

挑戦：次世代のリーダーを育成する

第61回日本消化器病学会甲信越支部例会、第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会との合同例会を主催させていただきます新潟大学の寺井です。長年甲信越支部例会は症例報告を中心とする会でしたが、これからは多方面の企画をし、支部例会の中で若手、中堅医師を育成し、発表、討論を通じ切磋琢磨する中で、総会にて活躍する次世代のリーダーを育成をする場であるべきと考えています。専門医研修システムが変わる中で、より魅力のある支部例会の運営は、若手医師、女性医師の育成において重要です。今回は初めての試みとして、新たに発足した甲信越女性医師の会を中心として企画した**合同シンポジウム(特別企画)「消化器専門女性医師の活躍」**を、また各大学の医局長を司会とする**合同パネルディスカッション「みんなで考えるこれからの消化器病研修－消化器の魅力をどう伝えるか－」**を開催します。甲信越支部伝統の症例を大切にしている企画としては、**合同ワークショップ1「症例に学ぶ」**、近年進歩の著しい癌診療分野として**合同ワークショップ2「進行消化器癌診療の新展開：消化管編」**、**合同ワークショップ3「進行消化器癌診療の新展開：肝・胆・膵編」**を開催します。さらに、病理学を踏まえた**合同症例検討(消化管、肝・胆・膵)**も企画しています。その他**第13回専門医セミナー**を開催します。

第38回教育講演会としては、国内トップの3人の先生に特別講演をお願いしました。**講演1「がん微小環境のマイクロマネージメント：microRNAとエクソソームの実態に迫る」** 演者：落谷 孝広(国立がん研究センター研究所分子 細胞治療研究分野 主任分野長)、**講演2「非アルコール性脂肪肝炎(NASH)：木を診て森も診よう！」** 演者：小川 佳宏(九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学分野 教授／東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 分子細胞代謝学分野 教授)、**講演3「胆膵がんの最新の治療と今後の戦略」** 演者：海野 倫明(東北大学大学院医学系研究科 外科病態学講座消化器外科学分野 教授)と、充実した内容となっています。

本会の参加を通じて、支部の先生方には、教育、臨床、研究の3本の柱について議論を深めて頂き、さらにこれからの消化器病学、消化器内視鏡学について皆で大いに議論する会にしたいと考えています。最後まで楽しんで頂きますようお願い申し上げます。

第61回日本消化器病学会甲信越支部例会
第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会

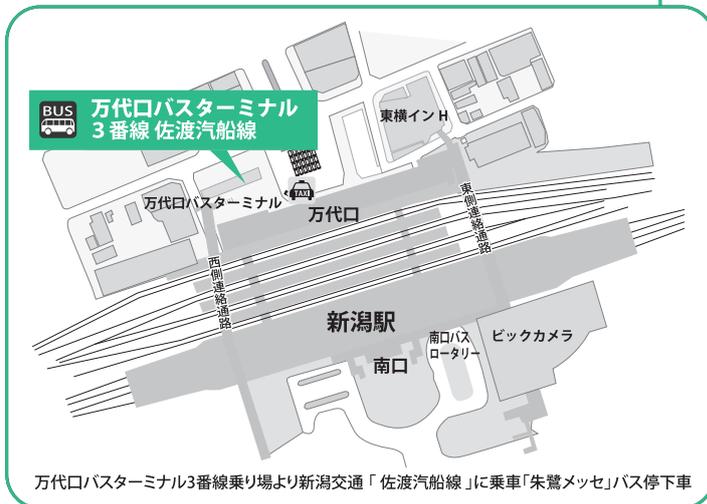
会長 寺井 崇二

(新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 教授)

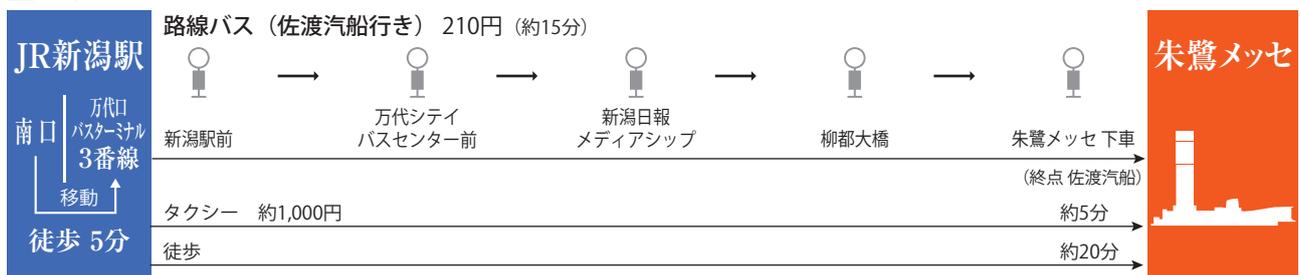
会場案内



【新潟駅から路線バスでお越しの場合】

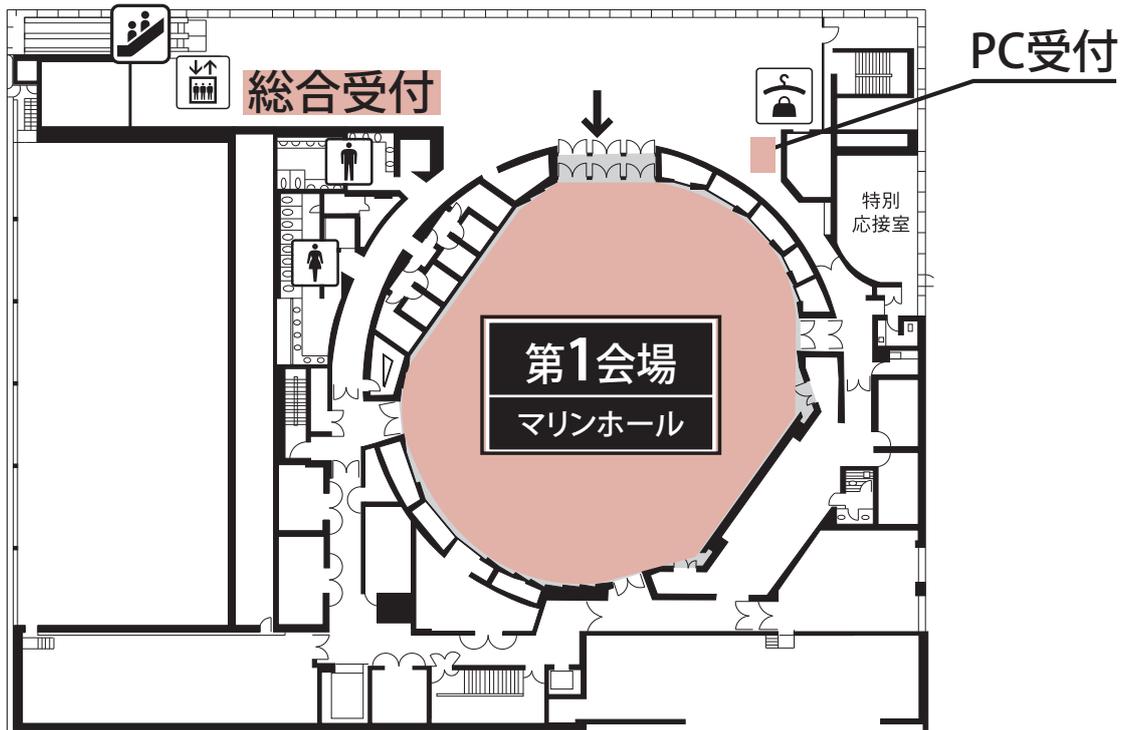


アクセス



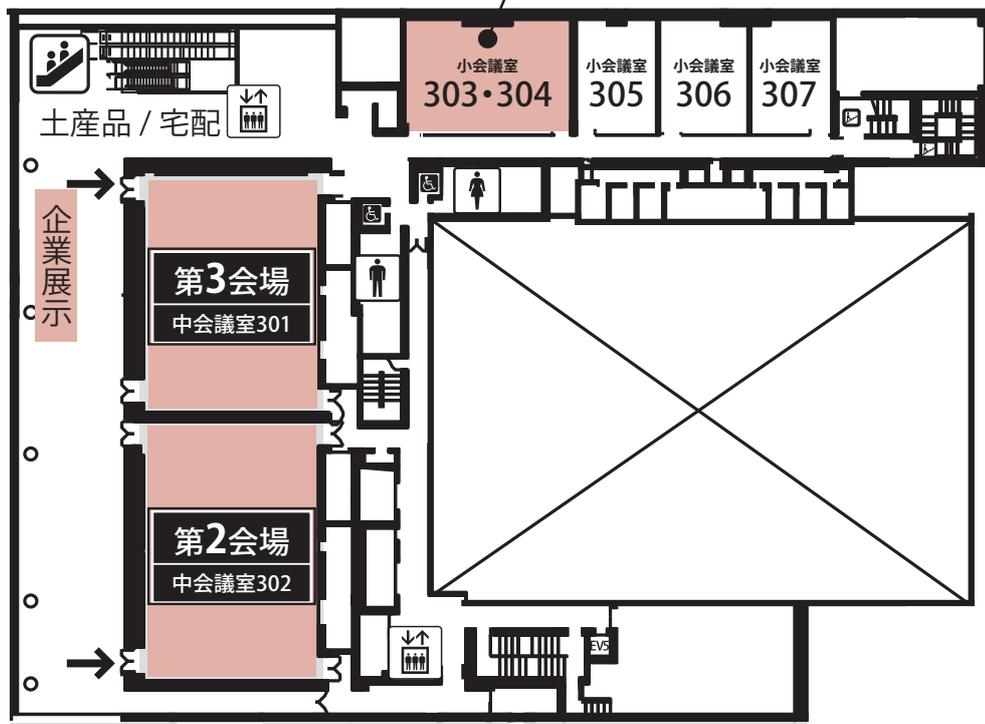
会場案内図

4F



幹事会、女性医師の会懇談会、合同懇親会

3F



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. 参加受付

【場所】 朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター 4F ホワイエ

【日時】 11月3日(金) 8時から、11月4日(土) 7時30分から 受付を開始いたします。

2. 参加登録

参加費 2,000円

教育講演会 2,000円

※学生の参加は無料となります。受付にて学生証をご提示のうえ、参加証をお受け取りください。

※参加証に指名・所属を記入のうえ、会場内では必ずご着用ください。

3. 単位登録

「日本消化器病学会専門医更新単位登録票」に関しては、必要事項を記入のうえ受付に提出し、確認印を押印した登録票控えを受け取ってください。

4. 質疑・応答について

発表に対しての質疑においては、質問、実質的な討論を優先し、できるだけコメントはお控えくださいますようお願いいたします。特に若手の審査演題についてはご留意ください。

発言の際には、あらかじめ会場に設置してあるマイクの前でお待ちいただき、所属・氏名を述べた後、簡潔明瞭をお願いいたします。

座長の先生方へのご案内

1. 予定時刻の30分前までに総合受付内「座長受付」にて受付をお願いいたします。

2. ご担当セッション開始10分前までに、各会場の次座長席にお着きください。

3. 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ご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

合同シンポジウム、合同パネルディスカッションは、座長の指示に従ってください。

合同ワークショップ1：口演時間 8分、討論時間 12分、総合討論の予定なし

合同ワークショップ2：口演時間 8分、討論時間 4分、総合討論の予定あり

合同ワークショップ3：口演時間 8分、討論時間 4分、総合討論の予定なし

プレナリーセッション・一般演題：口演時間 5分、討論時間 3分

※口演におきましては、時間厳守をお願いいたします。

2. 発表形式

●発表の10分前までには各会場の次演者席にお着きください。

●すべてPCによる発表のみとなります。

その他スライド、ビデオなどは使用できませんので、ご注意ください。

- 動画がある場合、Macintoshでの発表の場合は、必ずPC本体をお持ちください。
- 演台には、モニター、キーボード、マウスを準備します。ご自身で操作をお願いいたします。

3. 発表データの受付

ご発表セッション開始の60分前（朝一番のセッションは20分前）までに、「PCセンター」にて受付および動作確認を行なってください。

【場所】 4F ホワイエ

【時間】 11月3日（金） 8:00～17:45

11月4日（土） 8:15～12:00

お預かりしたデータは事務局のPCにコピーいたします。

（コピーしたデータは学会終了後、主催者側で責任を持って消去いたします。）

PC本体をお持ち込みの場合はPCにて試写を行い、PC本体はご自身で会場内オペレータまでお渡しください。セッション終了後ご自身でお引き取りをお願いいたします。

4. 発表データ作成について

- 1) 発表データは、USBメモリを推奨します。
- 2) 受付でのデータ編集はお断り致します。また、受付完了後データを修正された場合は、再受付をしてください。
- 3) 発表会場ではデータの修正はできませんので、予めご了承ください。
- 4) 事務局で用意いたします PCのOSと対応アプリケーションは以下のとおりです。
OS : Windows7
アプリケーション : Microsoft PowerPoint 2007/2010/2013/2016
- 5) フォントは文字化けを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
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
- 6) データのファイル名は「演題番号－演者氏名」としてください。
- 7) ご持参いただくメディアには、当日発表されるデータ（完成版）以外のデータを入れないようにしてください。
- 8) 発表データ作成後、作成したPC以外で正常に作動するかチェックすることを推奨いたします。
- 9) 動画がある場合およびMacintoshをご使用しての発表の場合は、PC本体を持ち込んでください。
- 10) 患者の個人情報に抵触する可能性のある内容は、ご本人あるいはその代理人からインフォームド・コンセントを得た上で、個人が特定されないように十分注意した内容でご発表ください。
- 11) メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。

【PC本体を持ち込まれる場合の注意事項】

- 1) 持ち込みするPCは、ご自身で会場内PCオペレータへお渡しください。
発表後、会場内PCオペレータより返却いたしますので、忘れずにお受け取りください。
また、発表10分前までには、次演者席にお越しください。
- 2) 会場内での接続コネクタは、Mini D-sub15ピンです。PCの外部モニター出力端子の形状をご確認ください。変換コネクタが必要な場合はご持参ください。

- 3) 接続トラブルなどの場合に備え、バックアップデータを必ずお持ちください。
PC本体を持ち込みの場合、バッテリーでの発表はトラブルの原因になります。必ず電源アダプタをご用意ください。
- 4) 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能によって電源が切れないよう、予め設定の確認・変更をお願いいたします。

利益相反 (COI) の開示について

発表には、演者に関するCOI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枚目にご提示ください。**

COIの自己申告につきましては、下記の通りをお願い致します。

・消化器病学会からの発表

今回の支部例会では、演題登録にあたり、すでにCOIの有無を申告いただいております。その演題の内容に関連してCOIが生じる場合には、学会ホームページにありますCOI申告フォームにご入力いただいております。支部例会の演題登録が完了してから新たなCOIが生じた場合には、適宜申告フォームにてご申告頂きますようお願い申し上げます。詳しくは学会ホームページ (http://www.jsge.or.jp/coi/shibu_coi/index.php) をご覧ください。

・消化器内視鏡学会からの発表

消化器内視鏡学会支部例会、支部セミナーの発表・講演に際しては、日本消化器内視鏡学会の規定に沿った、発表筆頭者のCOI開示が求められています。

消化器内視鏡学会からの発表および、合同シンポジウム、合同パネルディスカッション、合同ワークショップでの発表では、当日、発表開始時におけるスライドでの提示のほか、**受付時にCOI申告書を提出いただきます。申告書はCOIの有無にかかわらず提出の必要があります。事前に学会ホームページよりダウンロードして記入し、当日ご提出をお願いいたします。**

スライド提示とCOI申告書フォームは以下からダウンロードできます。

http://www.jges.net/index.php/member_submenu/archives/12

倫理承認について

平成29年2月に「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」が改訂され、日本消化器内視鏡学会も平成30年3月以降に募集する例会・総会から統一した倫理指針のもと実施される予定です。第83回支部例会につきましては、症例報告および連結不可能匿名化されたデータを扱った研究については倫理委員会の承認は不要で、それ以外については各施設倫理委員会の承認を受けた上で演題をご発表ください。

倫理審査委員会の承認を得て発表される場合は、「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、評議員からの投票により選出いたします。総合受付での参加受付の際、投票用紙をお渡しいたしますので、ご自身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（一般演題に限ります）。

投票箱は、総合受付に例会終了まで設置いたします。

日本消化器内視鏡病学会 優秀演題表彰式

卒後5年目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(一般演題に限ります)。

合同懇親会のご案内

【日時】 2017年11月3日(金) 19時から

【会場】 朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター 3F 小会議室

【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。

お知らせ

発表は、本学会会員または研修医に限ります。非会員の方は、学会ホームページをご確認いただき、入会手続きをしてください。

関連会合

合同評議員会	11月3日(金) 11:40~12:40	3F 第3会場
消化器内視鏡学会 幹事会	11月3日(金) 7:50~ 8:50	3F 小会議室
消化器病学会 幹事会	11月3日(金) 10:00~11:00	3F 小会議室
女性医師の会 懇親会 (Silver Spoon Conference: Cafe part)	11月3日(金) 15:10~16:40	3F 小会議室

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)

学会事務局

第61回日本消化器病学会甲信越支部例会・

第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会 合同支部例会

事務局 横山 純二・高村 昌昭・大川 有紀

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野内

951-8510 新潟市中央区旭町通1番町757

TEL 025 (227) 2207 FAX 025 (227) 0776

合同プログラム〔第1日目 11月3日(金)〕

4 F		3 F		3 F		3 F		3 F	
第1会場(マリンホール)		第2会場(中会議室302)		第3会場(中会議室301)		展示会場 (第3会場前ホワイエ)		懇親会場 (小会議室)	
セッション	演題番号	セッション	演題番号	セッション	演題番号				
8:55	会長あいさつ								
9:00	プレナリーセッション1 座長：小林 正明	9:00	肝1 座長：杉谷 想一	9:00	合同ワークショップ1 「症例に学ぶ」 座長：塩路 和彦 木村 岳史 コーディネーター：赤松 泰次	9:00	展示		
9:40	プレナリーセッション2 座長：越知 泰英	9:48	小腸 座長：菅 智明	9:48		W1-1			
10:25	隣1 座長：本山 博章	9:51	食道・胃 座長：橋本 哲	10:39		W1-2			
10:30		10:42		W1-3					
11:02		11:22		W1-4					
11:05		11:22		W1-5					
11:37	隣2 座長：門倉 信			11:30		W1-6			
12:00	ランチョンセミナー1 司会：榎本 信幸 演者：石上 雅敏 MSD株式会社	12:00	ランチョンセミナー2 座長：八木 一芳 演者：樋口 和秀 武田薬品工業株式会社	11:40	W1-7				
13:00	内視鏡学会優秀演題表彰式	13:00	合同シンポジウム (特別企画) 「消化器専門女性医師の活躍」 Discussion part 基調講演 座長：佐藤 公 シンポジウム 座長：小林 由夏 進藤 浩子	12:40	合同評議員会				
13:10		13:30	合同パネルディスカッション 「みんなで考えるこれからの消化器病研修 →消化器の魅力はどう伝えるか」 座長：川合 弘一 伊藤 哲也 井上 泰輔	13:30	症例検討 (消化管) 司会：竹内 学 山口 達也 篠原 知明				
13:30	会長講演 座長：青柳 豊 演者：寺井 崇二	14:00		15:00	症例検討 (肝・胆・膵) 司会：和栗 暢生 長谷部 修				
15:10	教育講演1 座長：榎本 信幸 演者：落谷 孝広	15:00		15:10					
15:20	教育講演2 座長：田中 榮司 演者：小川 佳宏	15:10		16:40					
16:10	教育講演3 座長：若井 俊文 演者：海野 倫明	16:40							
17:00	イブニングセミナー 座長：寺井 崇二 演者：泉 並木 塩野義製薬株式会社								
17:50									
18:00									
19:00									
								15:10	合同シンポジウム (特別企画) Cafe part
								16:20	ESD ワークショップ
								17:10	
								18:30	
								19:00	合同懇親会
								20:30	

プログラム

会長講演

合同シンポジウム（特別企画）

 基調講演

 シンポジウム

合同パネルディスカッション

ワークショップ1・2・3

合同症例検討

 症例検討（消化管）

 症例検討（肝・胆・膵）

ランチオンセミナー1・2

イブニングセミナー

モーニングセミナー

ESDワークショップ

第38回日本消化器病学会甲信越支部 教育講演会

第13回日本消化器病学会甲信越支部 専門医セミナー

第1日目 11月3日 (金) 第1会場 (4Fマリンホール)

会長講演 14:40～15:10

座長：青柳 豊 (新潟医療センター 消化器病センター長)

肝硬変症に対する新しい再生医療

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 教授 寺井 崇二

第1日目 11月3日 (金) 第2会場 (3F中会議室302)

合同シンポジウム (特別企画) 13:30～15:00

「消化器専門女性医師の活躍」(Silver Spoon Conference ～ To be More Brilliant)

Discussion part

基調講演 13:30～14:00

座長：佐藤 公 (山梨大学医学部 第1内科 准教授・光学医療診療部長)

消化器病診療に携わる女性医師をどう支援していくか
～山口県における女性医師支援活動の紹介～

山口大学医学部附属病院 特命教授(医療人育成センター 副センター長・総合診療部 部長) 黒川 典枝

シンポジウム 14:00～15:00

座長：小林 由夏 (長岡中央総合病院 消化器内科)
進藤 浩子 (山梨大学 第1内科)

消化器専門医として女性医師が活躍するために

山梨県厚生連健康管理センター 三浦 美香

当科における出産後女性医師の働き方について

新潟大学 消化器・一般外科 中野 麻恵

新潟県内の消化器内科女性医師の活躍

～誰もが働きやすい勤務体制を目指して・アンケート調査の結果より～

済生会新潟第二病院 消化器内科 佐野 知江

長野県内における消化器診療にかかわる女性医師の現況

長野赤十字病院 第二消化器内科 柴田 景子

Cafe part 15:10～16:40 3F小会議室

コーヒーを飲みながら気楽に交流しませんか (参加自由、参加費無料)

合同パネルディスカッション 15:10～16:40

「みんなで考えるこれからの消化器病研修 – 消化器の魅力をどう伝えるか –」

座長：川合 弘一（新潟大学 消化器内科）
伊藤 哲也（信州大学 消化器内科）
井上 泰輔（山梨大学 第1内科）

1. 指導医の立場から

- ・甲信越地区における消化器内科初期研修の現状と課題

長野県 信州大学 消化器内科 助教（総括医長） 伊藤 哲也
山梨県 山梨大学 第1内科 講師（総括医長） 井上 泰輔
新潟県 新潟大学 消化器内科 講師（総括医長） 川合 弘一

- ・市中病院における消化器病研修の現状

厚生連長岡中央総合病院 消化器内科部長 福原 康夫

- ・消化器外科の立場から

山梨大学医学部第1外科 山梨大学医学部附属病院 臨床教育センター長 板倉 淳

- ・特別発言（関東圏における消化器内科研修について）

済生会川口病院 副院長 松井 茂

2. 後期研修医の立場から

- ・後期研修医からみた消化器内科研修の魅力と課題

山梨県 山梨大学 第1内科（卒後3年目） 大澤玲於奈
新潟県 新潟市民病院（卒後3年目） 森田 真一
長野県 信州大学 消化器内科（卒後3年目） 近藤 翔平

第1日目 11月3日（金） 第3会場（3F中会議室301）

合同ワークショップ1「症例に学ぶ」 9:00～11:30

座長：塩路 和彦

（新潟県立がんセンター新潟病院 内科（消化器科））

木村 岳史（信州大学 消化器内科）

コメンテーター：赤松 泰次（長野県立信州医療センター 内視鏡センター）

W1-1-消 自己免疫性膵炎として1年間治療後に、転移巣の発見により膵癌と診断された1例
JA長野厚生連南長野医療センター 篠ノ井総合病院 消化器内科 三枝 久能

W1-2-消 術前診断が困難で、急速な術後経過をたどった退形成性膵癌の一例
安曇野赤十字病院 消化器内科 樋口 和男

W1-3-消 超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引細胞診後に感染を生じ、
超音波内視鏡ガイド下ドレナージ術が奏功した気管支嚢胞の1例
佐久医療センター 消化器内科 工藤 彰治

W1-4-消	LDH高値で発見された若年女性の大腸癌、多発肝転移、多発肺転移の1例 まつもと医療センター松本病院 消化器内科 奥原 禎久
W1-5-消	Lamotrigineが原因と考えられたdrug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS) による昏睡型急性肝不全の1例 長岡赤十字病院 消化器内科 吉川 成一
W1-6-消	蕎麦食を介しての感染が疑われたA型肝炎 信州大学医学部附属病院 消化器内科 池内 浩志
W1-7-消	難治性肝性胸水の治療戦略 新潟厚生連上越総合病院 消化器内科 吉田 悠紀

第2日目 11月4日（土） 第2会場（3F中会議室302）

合同ワークショップ2「進行消化器癌診療の新展開：消化管編」 11:10～12:40

座長：吉田 貴史（山梨大学 第1内科）

徳竹康二郎（長野赤十字病院 消化器内科）

コメンテーター：亀山 仁史（新潟大学 消化器・一般外科）

W2-1-消	高齢者の進行胃癌治療の当院における現状と今後の展望 新潟県立加茂病院 消化器内科 齋藤 崇
W2-2-消	80歳以上の切除不能進行胃癌症例に対するG-SOX療法の治療成績と 地域がん診療病院としての取り組み 長野県立木曽病院 外科 小出 直彦
W2-3-消	大腸癌におけるPTEN遺伝子変異の臨床的意義についての検討 新潟大学 消化器・一般外科 田島 陽介
W2-4-消	隣接臓器浸潤大腸癌に対する術前治療の検討 山梨大学 第一外科 赤澤 祥弘
W2-5-消	当院における閉塞性大腸癌の治療戦略 新潟市民病院 消化器内科 佐藤 宗広
W2-6-内	当院における閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の現状について 佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 山田 崇裕

第2日目 11月4日（土） 第3会場（3F中会議室301）

合同ワークショップ3「進行消化器癌診療の新展開：肝・胆・膵編」 10:40～12:40

座長：渡邊 貴之（信州大学 消化器内科）

中山 康弘（山梨大学 第1内科）

コメンテーター：坂田 純（新潟大学 消化器・一般外科）

W3-1-消	肝細胞癌に対する Sorafenib 投与終了後の予後 山梨大学医学部 第一内科 中嶋奈津子
W3-2-内	胆管病変診断における逆止弁付胆管ステントシースを用いた胆管生検法の検討 新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 森田 慎一
W3-3-内	フランシーン形状針を用いた EUS-FNA の有用性についての検討 新潟大学医歯学総合病院 消化器内科 河久 順志
W3-4-消	造影超音波内視鏡検査を組み入れた膵癌の診断ストラテジー 長野赤十字病院 消化器内科 丸山 雅史
W3-5-消	当科における膵癌治療の現状 新潟県立がんセンター新潟病院 内科 塩路 和彦
W3-6-消	当院における切除不能膵癌に対する化学療法の治療成績 信州大学 消化器内科 芦原 典宏
W3-7-消	当院における超音波内視鏡ガイド下胆道ドレナージの現状 長野市民病院 消化器内科 金井 圭太
W3-8-消	進行胆膵癌における超音波内視鏡下胆道ドレナージの位置づけと問題点 JA長野厚生連佐久医療センター 桃井 環
W3-9-内	当院で施行した膵癌に対する超音波内視鏡ガイド下腹腔神経叢破壊術の検討 JA長野厚生連南長野医療センター 篠ノ井総合病院 消化器内科 児玉 亮

第1日目 11月3日（金） 第3会場（3F中会議室301）

合同症例検討 13:30～16:40

症例検討（消化管） 13:30～15:00

読影：山梨大学 第1内科

信州大学 消化器内科

厚生連村上総合病院 内科

病理コメンテーター：新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

吉田 貴史

大工原誠一

中村 隆人

味岡 洋一

症例1 食道

司会：長岡赤十字病院 消化器内科

症例提示：長岡赤十字病院 消化器内科

竹内 学

高綱 将史

症例2 胃

司会：山梨大学 第1内科
症例提示：山梨大学 第1内科

山口 達也
小林 祥司

症例3 大腸

司会：佐久医療センター 消化器内科
症例提示：佐久医療センター 消化器内科

篠原 知明
篠原 知明

症例検討（肝・胆・膵） 15:10～16:40

症例1 肝

司会：新潟市民病院 消化器内科
症例提示：新潟市民病院 消化器内科
読影：新潟大学 消化器内科
信州大学 消化器内科
山梨大学 第1内科
病理コメンテーター：新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

和栗 暢生
大崎 暁彦
竹内 卓
木村 岳史
佐藤 光明
味噌 洋一

症例2 胆・膵

司会：長野市民病院 消化器内科
症例提示：長野市民病院 消化器内科
読影：新潟県立新発田病院 内科
諏訪赤十字病院 消化器科
山梨大学 第1内科
病理コメンテーター：新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

長谷部 修
越知 泰英
佐藤 聡史
小口 貴也
深澤 佳満
味噌 洋一

第1日目 11月3日（金） 第1会場（4Fマリンホール）

ランチョンセミナー1 12:00～13:00

司会：榎本 信幸（山梨大学医学部附属病院 第一内科 教授）

IFNフリー時代のC型肝炎治療 –特に Special Populationに着目して–

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 講師 石上 雅敏

共催：MSD株式会社

第1日目 11月3日（金） 第2会場（3F中会議室302）

ランチョンセミナー2 12:00～13:00

座長：八木 一芳（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 特任教授）

酸関連疾患のNEW STRATEGY

大阪医科大学 第二内科 教授 樋口 和秀

共催：武田薬品工業株式会社

第1日目 11月3日（金） 第1会場（4Fマリンホール）

イブニングセミナー 18:00～19:00

座長：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 教授）

肝障害時の血小板を経口投与で増やす薬剤の活用 ～ムルプレタをいかに使いこなすか～

武蔵野赤十字病院 泉 並木

共催：塩野義製薬株式会社

第2日目 11月4日（土） 第2会場（3F中会議室302）

モーニングセミナー 8:00～8:50

司会：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 教授）

高齢化社会におけるC型肝炎治療 – DAAの実臨床成績から再治療の実態まで –

国家公務員共済組合連合会虎の門病院 肝臓内科 医長 芥田 憲夫

共催：ギリアド・サイエンシズ株式会社

第1日目 11月3日（金） 3Fホワイエ(第3会場前・企業展示ブース)

ESDワークショップ 16:20～17:10

ESDトレーニングモデル（EndoGel™）を用いたワークショップを行います。
EndoGelの使用法とESDのコツを実技を通してわかりやすく説明します。

新潟大学医歯学総合研究科 消化器内科 水野 研一

協力：サンアロー株式会社
オリンパス株式会社

第1日目 11月3日（金） 第1会場（4Fマリンホール）

第38回日本消化器病学会甲信越支部 教育講演会 15:20～17:50

教育講演1 15:20～16:10

座長：榎本 信幸（山梨大学医学部 第一内科 教授）

がん微小環境のマイクロマネージメント：microRNAとエクソソームの実態に迫る

国立研究開発法人国立がん研究センター研究所 分子細胞治療研究分野 主任分野長 落谷 孝広

教育講演2 16:10～17:00

座長：田中 榮司（信州大学医学部 内科学第二講座（消化器内科）教授）

非アルコール性脂肪肝炎（NASH）：木を診て森も診よう！

九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学分野 教授

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 分子細胞代謝学分野 教授 小川 佳宏

教育講演3 17:00～17:50

座長：若井 俊文（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 教授）

胆膵がんの最新の治療と今後の戦略

東北大学大学院 消化器外科学分野 教授 海野 倫明

第2日目 11月4日（土） 第1会場（4Fマリンホール）

第13回日本消化器病学会甲信越支部 専門医セミナー 10:40～12:40

[症例検討]

1. 炎症性腸疾患

司会：新潟大学 光学医療診療部	横山 純二
症例提示：新潟大学 消化器内科	小川 雅裕
ディスカッサー：信州大学 消化器内科	平山 敦大
山梨大学 第1内科	岩本 史光
済生会新潟第二病院 消化器内科	岩永 明人

2. 肝・胆・膵

司会：新潟大学 消化器内科	高村 昌昭
症例提示：済生会新潟第二病院 消化器内科	今井 径卓
ディスカッサー：市立甲府病院 消化器内科	辰巳 明久
新潟大学 消化器・一般外科	三浦 宏平
信州大学 消化器内科	小松 通治

プログラム

内視鏡学会プレナリーセッション1・2

一般演題

第1日目 11月3日 (金) 第1会場 (4Fマリンホール)

内視鏡学会プレナリーセッション1 9:00～9:40

座長：小林 正明 (新潟県立がんセンター新潟病院 内科 (消化器科))

-
- PL-1-内-専 止血困難なESD後出血に対してexpandable metallic stentによる止血が有効であった2例
新潟市民病院 消化器内科 弥久保俊太
-
- PL-2-内-研 潰瘍性大腸炎 (疑診) のサーベイランスで発見した虫垂癌の1例
長野県立信州医療センター 桃崎 孝
-
- PL-3-内-研 内視鏡的にCrohn病との鑑別に難渋した腸結核が疑われる1例
済生会新潟第二病院 消化器内科 神谷奈津実
-
- PL-4-内-専 多発直腸NETに対してISRを施行した1例
飯田市立病院 消化器内科 田中 友之
-
- PL-5-内-研 大細胞神経内分泌癌と腺癌領域が内視鏡で認識しえた胃mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) の一例
長岡赤十字病院 消化器内科 小関 洋平
-

内視鏡学会プレナリーセッション2 9:45～10:25

座長：越知 泰英 (長野市民病院 消化器内科)

-
- PL-6-内-研 超音波内視鏡下経胃的ドレナージが有効だった多発肝膿瘍の一例
長岡赤十字病院 消化器内科 三ツ井彩花
-
- PL-7-内-研 経口胆道鏡下のボーリング生検により術前診断できた胆管粘膜下腫瘍の1例
山梨大学医学部 第一内科 見本雄一郎
-
- PL-8-内-専 ESWLが有効であった仮性瘻のう胞合併瘻石症の1例
新潟県立吉田病院 横山 邦彦
-
- PL-9-内-専 内視鏡的整復を行い解除し得た盲腸軸捻転症の1例
長岡赤十字病院 消化器内科 熊谷 優
-
- PL-10-内-研 左肺上葉切除2か月後に発症した間膜軸性胃軸捻転症の一例
佐渡総合病院 消化器内科 池見 雅俊
-

膵1 10:30～11:02

座長：本山 博章（信州大学 第1外科）

1-消-研 分枝膵管の嚢胞状拡張を伴った限局性1型自己免疫性膵炎の1切除例
済生会新潟第二病院 消化器内科 羽入龍太郎

2-消-専 急性膵炎を発症した自己免疫性膵炎の一例
新潟県厚生連糸魚川総合病院 内科 松原 裕樹

3-消-専 膵管非癒合に合併した重症急性膵炎の一例
信州大学医学部附属病院 消化器内科 鎌倉 雅人

4-消-専 Santorini管と交通を有した後腹膜血腫の一例
信州大学医学部附属病院 消化器内科 小川原秀太郎

膵2 11:05～11:37

座長：門倉 信（市立甲府病院 消化器内科）

5-消 膵上皮内癌の1例
長野赤十字病院 消化器内科 丸山 雅史

6-内 超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）施行後膵液瘻を生じた一例
社会医療法人財団慈泉会相澤病院 消化器病センター 藤元 瞳

7-消 術後良性胆管・膵管狭窄に対するEUS下ドレナージの経験
長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 岡 宏充

8-内 重症膵炎後のWONに対して内視鏡的ネクロセクトミーが有用であった1例
新潟医療生協木戸病院 内科 横山 恒

第1日目 11月3日（金） 第2会場（3F中会議室302）

肝1 9:00～9:48

座長：杉谷 想一（厚生連村上総合病院 消化器内科）

- | | | |
|--------|---|------------------------|
| 9-消 | Luseogliflozin内服にて軽快を認めた脂肪肝の4例 | 佐藤医院 佐藤 俊大 |
| 10-消 | Lorazepamによる薬物性肝障害の1例 | 上野原市立病院 内科 荒井 俊夫 |
| 11-消 | 根治的肝細胞癌治療後にAFP上昇を認め、
抗ウイルス治療により速やかに低下したC型肝炎の1例 | 厚生連新潟医療センター 消化器内科 田村 康 |
| 12-消 | C型肝炎に対するDAA治療にてHCV-RNA陰性化後に
一過性陽性を示すもSVRが得られた2例 | 済生会新潟第二病院 消化器内科 今井 径卓 |
| 13-消-研 | バイポーラ型電極針を用いたRFAにより穿刺部2カ所にIII度熱傷を生じた1例 | 済生会新潟第二病院 消化器内科 大越麻理奈 |
| 14-消 | 難治性肝性胸水に対し非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)併用下にて
繰り返し胸膜癒着術を実施し寛解が得られた1例 | 相澤病院 消化器内科 稲場 淳 |

小腸 9:51～10:39

座長：菅 智明（信州大学医学部附属病院 内視鏡センター）

- | | | |
|--------|---|--------------------------|
| 15-内 | 当院におけるカプセル内視鏡検査の現状：
消化管出血と抗血栓薬内服の関連についての検討 | 新潟県立中央病院 消化器内科 熊木 大輔 |
| 16-消 | オクトレオスキャン及び小腸内視鏡で術前範囲診断しえた
回腸多発カルチノイドの1例 | 新潟大学医歯学総合研究科 消化器内科 富永顕太郎 |
| 17-消-研 | 緊急造影CTにてextravasationを認め、出血源を局在診断し得た
回腸憩室出血の1例 | 新潟市民病院 消化器内科 藤崎 真也 |
| 18-消 | ガストログラフィンによる駆虫を明確にとらえられた日本海裂頭条虫症の1例 | 長野中央病院 消化器内科 平野 拓己 |
| 19-消-研 | 6-メルカプトプリンによる発熱性好中球減少症および脱毛を呈したクローン病の1例 | 山梨県立中央病院 消化器内科 天野 博之 |
| 20-消 | EUS-FNAで診断できた脂肪肉腫の一例 | 長岡赤十字病院 消化器内科 小林 陽子 |

21-内	後天性血友病A治療中にサイトメガロウイルス（CMV）関連食道炎、 胃潰瘍を合併した1例	新潟県立新発田病院 内科 佐藤 聡史
22-消-研	放射線治療が著効し、食道肺癭閉鎖により経口摂取可能となった食道癌の一例	諏訪赤十字病院 腫瘍内科 飯澤 瞳
23-内	内部に胃癌を合併した hamartomatous inverted polyp の1例	信州大学医学部附属病院 消化器内科 佐藤 幸一
24-消-研	びまん性胃粘膜下異所性胃腺に併存した早期胃癌の一例	山梨大学医学部 第一外科 古谷 元宏
25-消	当院における胃癭造設症例の特徴について	新潟県立がんセンター新潟病院 内科 栗田 聡

第2日目 11月4日(土) 第1会場(4Fマリンホール)

肝2 9:00～9:40

座長：田村 康(厚生連 新潟医療センター 消化器内科)

- | | |
|--------|---|
| 26-消-専 | 肺癌術後、早期大腸癌内視鏡治療後に出現した尾状葉の肝転移に対してEUS-FNAで原発巣を診断し得た一例
長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 茂木 聡子 |
| 27-消-研 | アルコール性肝硬変を背景とした食道静脈瘤に対して内視鏡治療後、低酸素血症が顕在化し肝肺症候群と診断された一例
長野赤十字病院 消化器内科 今村 峻輔 |
| 28-消-研 | 下大静脈腫瘍栓(IVC-TT)及び遠隔転移を伴う巨大肝細胞癌に対して集学的治療を施行した1例
長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 夏井 一輝 |
| 29-消-専 | プロキシマル・サイドホール・マイクロバルーンカテーテルを用いてバルーン下肝動脈塞栓術を行った肝細胞癌の1例
済生会新潟第二病院 消化器内科 大脇 崇史 |
| 30-消-研 | 難治性腹水で発症したCrow-Fukase症候群の1例
山梨県立中央病院 消化器内科 吉田 侑真 |

肝3 9:43～10:23

座長：一條 哲也(安曇野赤十字病院 消化器内科)

- | | |
|--------|---|
| 31-消-研 | 自己免疫性肝炎に自己免疫性溶血性貧血を合併した1例
信州上田医療センター 消化器内科 弘中 智子 |
| 32-消 | 急な黄疸を認めたPBCの1例
山梨大学 第一内科 原井 正太 |
| 33-消-専 | ステロイド投与により黄疸の改善を認めたPSCの1例
信州大学医学部附属病院 消化器内科 保坂 亮介 |
| 34-消-専 | 門脈大循環シャントによる高アンモニア血症に対してバルーン下逆行性経静脈的塞栓術を施行した1例
済生会新潟第二病院 消化器内科 大脇 崇史 |
| 35-消-専 | 緊急動脈塞栓術で救命し得た正中弓状靭帯圧迫症候群に伴う前上脘十二指腸動脈瘤破裂の一例
新潟県厚生連柏崎総合医療センター 杉田 萌乃 |

第2日目 11月4日（土） 第2会場（3F中会議室302）

胃・十二指腸1 9:00～9:32

座長：友利 彰寿（佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科）

- | | |
|--------|--|
| 36-消-専 | アルコール性膵炎、肝炎を繰り返した胃静脈瘤の一例
新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 野尻 俊介 |
| 37-消-専 | 肝嚢胞と瘻孔を形成した胃潰瘍より膵十二指腸動脈瘤破裂をきたした一例
新潟市民病院 消化器内科 木村 淳史 |
| 38-消-専 | 胃、十二指腸、大腸に炎症を有する難治性好酸球性胃腸炎の1例
山梨大学 第1内科 三浦 優子 |
| 39-消 | 当院で経験した好酸球性胃腸炎の1例
新潟県立吉田病院 渡邊 順 |

胃・十二指腸2 9:35～10:07

座長：河口 賀彦（山梨大学 第1外科）

- | | |
|--------|---|
| 40-消-研 | 傍大動脈リンパ節に対するEUS-FNAが治療方針決定に有用であった
早期胃癌・濾胞性リンパ腫重複癌の一例
長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 野澤 良祐 |
| 41-消-専 | 十二指腸乳頭切開術後に施行された胃内視鏡的粘膜下層剥離術により
遅発性穿孔をきたした一例
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 小田知友美 |
| 42-消-研 | 組織学的に診断し得た十二指腸異所性膵癌の一例
長岡赤十字病院 消化器内科 大岩 智 |
| 43-消-研 | 胃軸捻転症に対して内視鏡的胃固定術を施行した一例
長岡赤十字病院 小幡 泰生 |

大腸 10:10～10:58

座長：細田 健司（山梨県立中央病院 消化器内科）

- | | |
|------|--|
| 44-消 | 大腸憩室出血における出血責任憩室部位同定困難例に対しウロキナーゼ動注が
出血部位同定に有用であり確実なコイル塞栓術を実施し得た一例
柏崎総合医療センター 消化器内科 丸山 正樹 |
| 45-内 | OTSC（Over-The-Scope Clip）システムを用いて閉鎖した
大腸ESD後遅発性穿孔の2例
長岡中央総合病院 消化器病センター 内科 佐藤 明人 |
| 46-消 | S状結腸癌に合併したhumoral hypercalcemia of malignancyの1例
新潟県立中央病院 内科 横尾 健 |

47-消	同時性3多発進行結腸癌の発見と切除範囲の決定に CT colonographyが有効だった1例	長野県立木曽病院 外科 加賀谷丈紘
48-消-専	家族性地中海熱の経過中に単純性潰瘍をきたした1例	新潟市民病院 消化器内科 森田 真一
49-内	9年間の経過観察を行った、全大腸に潰瘍性大腸炎類似の びまん性発赤粘膜を呈したCrohn病の1例	佐渡総合病院 消化器内科 阿部 寛幸

第2日目 11月4日（土） 第3会場（3F中会議室301）

胆1 9:00～9:48		座長：林 和直（新潟大学 消化器内科）
50-消-専	Sister Mary Joseph's Noduleをきたした胆管がんの一例 新潟県立新発田病院 岩澤 貴宏	
51-消-研	6年間の画像経過観察中に増大傾向を呈した Hepatic peribiliary cysts (HPBC) の一剖検例 長野赤十字病院 消化器内科 師田 悠	
52-消	常染色体優性多発性嚢胞腎に合併した閉塞性黄疸の1症例 長野市民病院 消化器内科 北畠 央之	
53-消-専	胆嚢収縮時と拡張時で異なる形態を示した胆嚢病変の1例 山梨大学 第一内科 奥脇 徹也	
54-消-研	肝左葉切除術に生じた胆汁漏に対して、 経胃的EUS下ドレナージが有効であった1例 長岡赤十字病院 消化器内科 青木 志門	
55-内	術後再建腸管に対するショートタイプシングルバルーン内視鏡下での 胆膵内視鏡治療の検討 新潟市民病院 消化器内科 佐藤 宗広	
胆2 9:51～10:31		座長：川井田博充（山梨大学 第1外科）
56-消	胆管癌と膵癌の重複癌の1例 諏訪赤十字病院 消化器科 小口 貴也	
57-消-専	胆管内乳頭状腫瘍（Intraductal papillary neoplasm of the bile duct;IPNB） の一例 山梨大学 第1外科 仲山 孝	
58-消-研	診断に苦慮した十二指腸乳頭部癌の一例 諏訪赤十字病院 消化器科 山内 瑛子	
59-内	巨大総胆管結石に対し経口電子胆道鏡下電気水圧衝撃波結石破碎術が 有効であった1例 新潟市民病院 消化器内科 古川 浩一	
60-消	十二指腸球部瘻孔と吻合部から上部消化管用スコープ下にEHLを行った 胆道結石2例 厚生連村上総合病院 中村 隆人	

会長講演

2017(平成29)年11月3日

14:40~15:10

第61回 日本消化器病学会 甲信越支部例会
第83回 日本消化器内視鏡学会 甲信越支部例会

会長講演 プログラム

会長講演 14:40~15:10

座長 青柳 豊 先生
(新潟医療センター 消化器病センター長)

肝硬変症に対する新しい再生医療

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 教授
寺井 崇二 先生

合同シンポジウム (特別企画)

消化器専門女性医師の活躍

Silver Spoon Conference ~ To be More Brilliant

2017(平成29)年11月3日

Discussion part	基調講演	13:30~14:00
(第2会場)	シンポジウム	14:00~15:00
Cafe part		15:10~16:40
(3F 小会議室)		

SILVER SPOON CONFERENCE

~ TO BE MORE BRILLIANT

第61回日本消化器病学会・第83回日本消化器内視鏡学会
甲信越支部例会 合同シンポジウム
「消化器専門女性医師の活躍」

2017年11月3日 朱鷺メッセ新潟コンベンションセンター

<Discussion part> 13:30～15:00 3F 第2会場

<Cafe part> 15:10～16:40 3F 小会議室

Corundum Generation Committee

第61回 日本消化器病学会 甲信越支部例会
第83回 日本消化器内視鏡学会 甲信越支部例会

合同シンポジウム プログラム

消化器専門女性医師の活躍
Silver Spoon Conference
～ To be More Brilliant
Discussion part

基調講演 13:30～14:00

座長 佐藤 公 先生

(山梨大学医学部 第1内科 准教授・光学医療診療部長)

消化器病診療に携わる女性医師をどう支援していくか
～山口県における女性医師支援活動の紹介～

山口大学医学部附属病院 特命教授

(医療人育成センター 副センター長・総合診療部 部長) 黒川 典枝 先生

消化器病診療に携わる女性医師をどう支援していくか ～山口県における女性医師支援活動の紹介～

山口大学医学部附属病院 特命教授

(医療人育成センター 副センター長・総合診療部 部長) 黒川 典枝 先生

講演の前半では、山口県における女性医師支援の活動を紹介し、後半では消化器病に携わる女性医師の特徴をふまえて、どのような支援が必要か提案したい。

1 山口県における女性医師支援の紹介

山口県においては、山口県医師会・山口県行政・山口大学医学部・山口大学医学部同窓会が連携して女性医師支援の活動を展開している。県行政が県医師会に委託して行なっている「保育サポーターバンク」は、女性医師のみならず県内の医師であればだれでも利用できる医師に特化した保育支援である。県内全域に130名余りの保育サポーターを登録し、医師の要望に応じて保育相談員が保育サポーターを紹介するシステムである。「応援宣言集 やまぐち」では県内病院長からの男女共同参画応援宣言と就労環境整備に関する情報を掲載している。「女性勤務医ネットワーク」では、県内100病院に連絡係を置き、男女共同参画部会の活動および女性勤務医に有用な情報を直接届けている。山口大学医学部附属病院医療人育成センターの男女共同参画支援部門には、県行政の協力のもと、「医療人キャリア支援室」を設置し、女性医師キャリアコーディネーターが学内のみならず県全域の女性医師のキャリア継続や復職のための相談にのる。同支援室はマタニティー白衣やマタニティースクラブの貸し出しも行なっている。

2 複数主治医制の導入を

消化器病医は、吐下血・イレウス・閉塞性黄疸などで緊急対応を求められることが多い。一方、ママさんドクターは不測の事態に、めっぽう弱い。しかし、ON/OFFがはっきりしていれば、賢く対応することは可能である。ONの時間帯は自分以外のだれかに子どもを任せることは計画できる。また、検査のみを担当する女性医師が多いが、やはり主治医として修練を積んでいくことが大切だと考える。複数主治医制は、女性医師が増加する状況下では不可欠であり、女性医師の多様性を認識し、その能力を十分に引き出せるシステムを構築することは、他の医師の労働環境の改善にも寄与すると信じる。

3 放射線被爆・防護に関する正しい知識と対策を

ERCPなどの内視鏡治療と密接に関わる「放射線被爆・放射線防護」に関しては、2014年日本消化器病学女性医師・研究者の会第13回集会（JDDWセッション）において採り上げた。後輩の女性医師を守るためにも必要な知識だと考え、専門家の話の一端を報告する。

第61回 日本消化器病学会 甲信越支部例会
第83回 日本消化器内視鏡学会 甲信越支部例会

合同シンポジウム プログラム

消化器専門女性医師の活躍
Silver Spoon Conference
～ To be More Brilliant
Discussion part

シンポジウム 14:00～15:00

座長 小林 由夏 先生
(長岡中央総合病院 消化器内科)

進藤 浩子 先生
(山梨大学 第1内科)

消化器専門医として女性医師が活躍できるように

山梨県厚生連健康管理センター
三浦 美香 先生

当科における出産後女性医師の働き方について

新潟大学大学院 消化器・一般外科
中野 麻恵 先生

新潟県内の消化器内科女性医師の活躍

～誰もが働きやすい勤務体制を目指して・アンケート調査の結果より～

済生会新潟第二病院 消化器内科
佐野 知江 先生

長野県内における消化器診療にかかわる女性医師の現況

長野赤十字病院 第二消化器内科
柴田 景子 先生

シンポジウム

座長 小林 由夏 先生
進藤 浩子 先生

消化器専門医として女性医師が活躍できるために

山梨県厚生連健康管理センター
三浦 美香 先生

日本消化器病学会において女性会員の活動の場の環境整備が必要との考えから、2016年3月「日本消化器病学会 支部女性医師の会」が発足し、それに伴って同年秋に甲信越支部において女性医師の会が発足した。

山梨県内は消化器内科・外科とも女性医師は非常に少なく、消化器病学会員245名（専門医124名）のうち女性医師22名（専門医10名）、支部評議員19名のうち女性医師2名である。また山梨大学第一内科同窓会員153名中女性医師29名であるが、このうち現在山梨県内消化器関連施設で常勤医として働く女性医師は数名であるのが現状である。

今回、2017年11月に開催される甲信越支部例会で各県からの現状報告を行うこととなり、「女性医師の働き方に関するアンケート」を山梨大学第一内科女性同窓会員と現在山梨大学で研修中の前期研修女性医師に送付し、現在回収中である。

アンケートでは、まず各々の現状として、年齢、医師取得後年数、勤務先施設、就労形態、勤務内容、結婚歴（夫の職業、子供の数、第1子出産時年齢）、家族構成を調査した。また山梨大学第一内科女性同窓会員には、消化器内科を選択した理由、これまでの経験を踏まえてライフイベント（結婚・出産・育児・介護など）で仕事の制限を受けたかどうかやその期間、理由も調査した。またその間に産休や育休、支援サービスなどが受けられたか否かも調べた。さらに今後の働き方の方向性や希望、その際に必要な支援や体制についても具体的に調査した。また前期研修女性医師には、今後就職先（科、病院）を決定するにあたって考慮する事柄、自分のライフイベントに伴って仕事をどのようにしていきたいか、必要な情報は何かなどについても調査した。

女性医師が大学病院などの一線病院で働き続けるには、特に消化器内科医・外科医は業務過多であることは周知のとおりである。今回アンケート結果を踏まえ、女性医師が消化器専門医として活躍するための改善点やキャリアアップに必要なことなどを分析し報告したいと考えている。

シンポジウム

座長 小林 由夏 先生
進藤 浩子 先生

当科における出産後女性医師の働き方について

新潟大学大学院 消化器・一般外科

中野 麻恵 先生

【はじめに】

女性の社会進出とともに出産後も働き続ける女性医師が増えている。しかし、外科の仕事は手術や周術期管理など時間的にも肉体的にも負担が大きい。当科における出産後の女性外科医の働き方とその問題点について報告する。

【現状】

我々の医局には消化器外科65名、乳腺・内分泌外科11名が在籍している。そのうち女性医師は14名おり、消化器外科を専門とするのは7名である。現在、出産後の消化器外科女性医師は3名で全員新潟大学医歯学総合病院に勤務している。当科での対策としては、夫と勤務地区を合わせる、復帰時期は本人の希望通り、時間拘束の少ない仕事の割り当て、日当直の免除、子供の急病など不測の事態に対応できる体制作りがある。A医師は、外科専門医、学位取得後、卒後11年目で出産し、出産2年後に消化器外科専門医を取得。復帰時から腫瘍センター特任助教で、通院治療室をメインに勤務している。B医師は、外科専門医を取得後（妊娠中に受験）、卒後6年目で出産した。現在、医員として常勤している。消化器外科専門医取得を目指し研修中である。C医師は、卒後5年目で出産し、出産1年後に認定試験を受ける。出産後大学院に入学し、現在大学院生である。学位と消化器外科専門医取得を目指し研修中である。B医師、C医師はともに育児のために6か月間休職して復帰し、外来業務が中心の仕事をしていた。病棟業務や手術の参加を自ら希望し、B医師は復帰4か月後、C医師は復帰9か月後に病棟の主治医チームの一員に配属され、手術や周術期管理に参加していく予定である。新潟大学医歯学総合病院は合併症のある症例や長時間手術も多く、手術や周術期管理が時間外に及ぶことが頻回にあるため、勤務体制での配慮が必要になる。

【おわりに】

女性外科医にとっていかに仕事と家庭を両立させるかは大きな課題である。特に、若手女性外科医は、外科医として一人前になるためのトレーニング中であり、肉体的にはもちろん、果たして一人前の外科医になれるかどうかという精神的な苦悩も大きい。時間的な制約があっても外科医としての理想的な将来像を持ち、やりがいを持って仕事に臨めるようなサポート体制が必要である。

シンポジウム

座長 小林 由夏 先生
進藤 浩子 先生

新潟県内の消化器内科女性医師の活躍

～誰もが働きやすい勤務体制を目指して・アンケート調査の結果より～

済生会新潟第二病院 消化器内科

佐野 知江 先生

近年、女性医師の比率が全国的に上昇し、医師国家試験合格者の女性割合は3割を超えてきている。女性医師増加により問題となる出産・育児中の休職や離職率の増加に対して、厚生労働をはじめ各学会・医師会が、育児期間中も充実して働きやすい環境作りや勤務体制について盛んに議論している。新潟県内の消化器内科では女性医師の比率は決して高くはないが、診断・治療はもとより多くの手技を習得し、高い志を持って入局した女性医師が、出産・育児で休職や離職を余儀なくされたり、キャリア形成を閉ざされたりすることは非常に残念である。そこで今回我々は、新潟県内で働く消化器内科医（勤務医と大学院生）にアンケート調査を行い、その問題点を明確化し、育児中の女性医師だけではなく、それを支える女性医師・男性医師、誰もが働きやすい勤務体制を考察し報告する。

また、育児中の女性医師が働くために必要なものを4つ挙げた。女性医師の「働く意志」と、子供を預かってもらうことで確保できる「働く時間」、短時間勤務やパート勤務などが可能な病院・施設といった「働く場所」、子供および患者の急変時の対応をお願いできる周囲医師のサポートや複数主治医制・フレックスタイム制などの勤務体制「働く環境」である。「働く意志」は、育児により十分に働けない女性医師の葛藤や周囲の医師からの期待をアンケート調査より分析し、女性医師がより活躍したいと思うような動機づけを提案したい。また、「働く環境」については、出産・育児だけではなく、病気や介護などライフイベントにより通常勤務が困難な状況など、誰もが直面するような場面も想定し、消化器内科医一人一人の負担を軽減でき、まとまった時間を確保できる複数主治医制についても議論したい。

シンポジウム

座長 小林 由夏 先生
進藤 浩子 先生

長野県内における消化器診療にかかわる女性医師の現況

長野赤十字病院 第二消化器内科

柴田 景子 先生

近年では、医師国家試験の合格者が3割を超えるようになっており、今後消化器領域においても女性医師が増加してくることが見込まれる。女性においては特に、ライフイベントによりキャリアが中断してしまうことが懸念される。

今回、長野県内の消化器科診療を行う女性医師の現況について知るため、日本消化器病学会甲信越支部所属の、長野県内の女性医師を対象にアンケート調査を行なった。アンケート項目は、卒業年度、専門科、専門医資格の有無、所属、勤務形態、家族構成とした。また自由記載として、専門科選択理由や女性医師として働く中での障壁、キャリアについての考え等を質問した。得られた回答は18名分で、回収率は35%であった。卒業年度は昭和43年-平成25年で、診療科は内科系13名、外科系4名、小児科1名であった。14名が常勤医、1名が非常勤医、3名が開業医であった。専門医資格は平成21年卒以上の医師は全員所持していた。専門科選択理由は外科系医師では手術への興味が大半で、内科系では内視鏡への興味、患者さんをトータルに診られる、初期研修時の指導医・職場環境の影響、学問的な興味があげられた。

女性医師として働く中で困ったこととしては、妊娠・出産・育児にかかわることが多く、特に、病児、病後児保育、夜間保育の必要性を多くの人感じていた。そのほか、昇進に絡むパワーハラスメントや、医師患者関係のセクシャルハラスメント問題もあった。キャリア関連では、様々な理由で中断しても再開できるのであれば問題ないという意見が多数であったが、パートナーの職業や協力状況、子の有無により難易度及び必要なサポートは異なり、個別の対応が必要である。また、医療現場全体の長時間拘束・長時間労働のために職場全体に余裕がなく、女性医師のみならず業界全体の勤務状況改善が必要という意見もあった。その中で、消化器内視鏡研修に重点を置くことで、サブスペシャリティーとして消化器科を選択しやすくなり、内視鏡医を必要としている病院側のメリットにもなるという声もあった。

長野県では、平成26年度から女性医師総合支援事業を開始しており、就労支援や復職研修を実施し、医療機関に対しては、医師の負担軽減・勤務環境の整備に対する支援を行っており、男女ともによりよく働ける環境づくりに取り組んでいる。実例を交え、報告したい。

合同パネルディスカッション

2017(平成29)年11月3日

15:10~16:40

座長 川合 弘一 先生 (新潟大学 消化器内科)

伊藤 哲也 先生 (信州大学 消化器内科)

井上 泰輔 先生 (山梨大学 第1内科)

合同パネルディスカッション 15:10~16:40

みんなで考えるこれからの消化器病研修

ー消化器の魅力をどう伝えるかー

1. 指導医の立場から

- ・甲信越地区における消化器内科初期研修の現状と課題

長野県 信州大学 消化器内科 助教（総括医長）

伊藤 哲也 先生

山梨県 山梨大学 第1内科 講師（総括医長）

井上 泰輔 先生

新潟県 新潟大学 消化器内科 講師（総括医長）

川合 弘一 先生

- ・市中病院における消化器病研修の現状

厚生連長岡中央総合病院 消化器内科部長

福原 康夫 先生

- ・消化器外科の立場から

山梨大学医学部第1外科 山梨大学医学部附属病院 臨床教育センター長

板倉 淳 先生

- ・特別発言（関東圏における消化器内科研修について）

済生会川口病院 副院長

松井 茂 先生

アンサーパッドによるアンケートにご協力ください。

合同ワークショップ

合同ワークショップ1「症例に学ぶ」 9:00～11:30

座長：塩路 和彦

(新潟県立がんセンター新潟病院 内科 (消化器科))

木村 岳史 (信州大学 消化器内科)

コメンテーター：赤松 泰次 (長野県立信州医療センター 内視鏡センター)

W1-1

自己免疫性膵炎として1年間治療後に、 転移巣の発見により膵癌と診断された1例

消

三枝 久能¹、児玉 亮¹、伊藤 哲也²

¹JA長野厚生連南長野医療センター 篠ノ井総合病院 消化器内科、²信州大学 内科学第二教室

自己免疫性膵炎の診断においては、膵癌との鑑別が困難な場合があり、また、ときに自己免疫性膵炎や慢性膵炎に合併する膵癌も経験する。今回、自己免疫性膵炎として約1年間治療を行った後、転移巣の発見により膵癌の診断に至った1例を経験した。教訓的な症例と考え報告する。症例は60歳台男性。X-1年9月より下痢を自覚していた。X年6月、前医にて行われた腹部超音波検査で膵嚢胞を指摘された。腹部MRI検査で膵頭部の腫大と体尾部主膵管の拡張を認め、精査加療を目的にX年7月当科を紹介された。膵癌を疑い精査を開始した。ERCPでは、膵頭体移行部で主膵管狭窄を認め、狭窄の尾側主膵管は軽度拡張しており、膵液および擦過細胞診を行った。また、超音波内視鏡下に、拡張膵管近傍の不明瞭な低エコー領域から穿刺吸引細胞診を行った。しかし、いずれの検体からも悪性所見を認めず、PET/CTでも異常集積を認めなかったため、膵癌の診断確定には至らなかった。膵癌とすれば上腸間膜動脈周囲の軟部陰影のため手術非適応と考えられた。IgG4は基準値内であり、自己免疫性膵炎としても非典型的だったが、患者本人に説明と同意の後、X年7月よりPSL内服を開始した。X年11月に膵炎発作をきたし再入院し、この際再度膵液細胞診と膵管擦過細胞診を行ったが、悪性所見を認めなかった。X+1年3月の画像所見で膵頭部の腫大を認めた。X+1年6月頃より頸部から両肩の疼痛を自覚するようになり、次第に増悪した。症状が改善しないため、患者及び家族より転院の希望があり、信州大学医学部附属病院に紹介した。紹介と前後して撮影された胸部CTで、椎骨の骨融解像を指摘され、転移性腫瘍の可能性が考えられた。転院先での骨生検で腺癌を認め、骨転移を伴う膵頭部癌と診断され、現在同院で化学療法が行われている。膵癌の発症時期と治療方針の選択が問題となる症例と考えられ、画像所見を呈示し検討することにより、今後の診療の教訓としたい。

W1-2

術前診断が困難で、急速な術後経過をたどった退形成性膵癌の一例

消

樋口 和男、須藤 貴森、中村 直

安曇野赤十字病院 消化器内科

症例は70代男性、1ヶ月前より倦怠感を自覚し、かかりつけ医にて糖尿病悪化を指摘され当院内科を受診した。約3ヶ月で8kgの体重減少を認めたほか、身体所見上は異常なし。血液検査ではごく軽度の膵アミラーゼ上昇のみで、腫瘍マーカーは正常だった。腹部造影CTでは膵頭体部に20mm大の腫瘤を認め、膨張発育性で内部は不均一、早期相で乏染性、後期相でわずかに造影効果を認めた。MRIでは内部は不均一で一部に液体貯留を疑わせる所見があり、硝子または出血変性を来した神経内分泌腫瘍(NET)が考えられたが、典型的ではなく診断確定は困難であった。EUSにて膵腫瘍は辺縁やや不整で境界不明瞭、一部無エコーを認めた。これら画像検査では膵頭部に多房性嚢胞を認め、分枝型IPMNが疑われた。ERPにて膵頭体移行部では圧排様の狭窄を認めたが、同部位のブラシ細胞診はClass1であった。PET-CTでは膵頭体部の腫瘤に集積は認めず、低悪性度のNETが鑑別として挙げられた。また、遠隔転移を疑う所見は認めなかった。以上より術前診断としては腫瘍内嚢胞変性を来したNETと考えて手術の方針となり、膵体尾部切除が施行された。病理診断では主病変は退形成性膵癌多形細胞型で、脈管浸潤やリンパ節転移はなかった。副病変として、NET G1やIPMN PanINを認めた。術後30日のCTで右副腎と左肋骨への転移が出現し、その後さらに右肺門部への転移や原発巣局所再発も出現した。それぞれの病巣は急速に増大し、術後167日に永眠された。退形成性膵癌は全浸潤性膵癌の0.3%と稀であり、急速に発育して予後不良であることが知られている。術前診断が困難で、術後に急速な進展を来した症例を経験したので報告する。

W1-3

超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引細胞診後に感染を生じ、
超音波内視鏡ガイド下ドレナージ術が奏功した気管支嚢胞の1例

消

工藤 彰治、友利 彰寿、比佐 岳史
佐久医療センター 消化器内科

【症例】50歳代、女性。【主訴】なし。【既往歴】高血圧にて内服加療中。2年前、右乳癌に対し乳腺温存術を施行され、内分泌療法中。【現病歴】乳癌術後サーベイランス目的のCTにて、下部食道に3cm大の造影効果に乏しい腫瘤を指摘された。食道平滑筋腫が疑われ、精査目的に当院内視鏡内科へ紹介となった。【身体所見】特記事項なし。【血液検査所見】血算、一般生化学、腫瘍マーカー（CEA、CA15-3、SCC）は基準範囲内。【経過】上部消化管内視鏡では、下部食道に2cm大の表面平滑な粘膜下腫瘤を認め、鉗子圧迫では弾性軟であった。超音波内視鏡（以下EUS）では、食道腫瘤は固有筋層に連続する3cm大の内部エコーやや不均一な低エコー腫瘤であった。非典型的な食道粘膜下腫瘤と判断され、EUSガイド下穿刺吸引細胞診（以下FNA）目的に当科紹介となった。EUS-FNA施行時、低エコー腫瘤の内部エコーはわずかに揺動し隔壁様構造も認め、嚢胞性腫瘤が疑われた。穿刺にてやや白色に混濁したゼリー様物質を認めた。組織学的に線毛円柱上皮の小集塊を認め、食道壁発生の気管支嚢胞と診断した。FNA施行3日後に、急激に胸痛、嘔吐が出現し、当院救急外来を受診した。炎症反応の上昇、造影CTで食道腫瘤の増大と周囲脂肪織濃度上昇を認め、嚢胞感染の診断で緊急入院となった。抗菌薬投与を行ったが入院翌日に症状および炎症所見が増悪し、発熱が出現した。緊急手術について外科と相談し、まずはEUSガイド下嚢胞ドレナージを行う方針となった。感染嚢胞内に7Frのプラスチックチューブを留置し、経鼻的に外瘻とした。混濁した黄白色内容物が流出し、ドレナージ翌日に解熱、翌々日には排液は漿液性へ変化した。ドレナージ7日後のチューブ造影で縦郭内への造影剤流出がないことを確認して抜去した。4ヶ月後の現在まで感染再燃、嚢胞増大なく経過している。【考察】EUS-FNA後の食道嚢胞感染例は、既報では外科手術が施行されている。しかしながら、本例のようにEUSガイド下嚢胞ドレナージは外科手術前に試みるべき有用な治療法と考えられた。

W1-4

LDH高値で発見された若年女性の大腸癌、多発肝転移、多発肺転移の1例

消

奥原 禎久、佐々木 信和、宮林 秀晴
まつもと医療センター松本病院 消化器内科

症例は20歳代女性、20XX年X月の職場の検診で、LDH高値指摘され近医受診し、血液疾患の疑い当院血液内科に紹介となった。CT検査で多発肝転移、多発肺転移を疑う所見を認め、当科紹介となった。精査の結果、S状結腸癌を認めた。化学療法を開始した。本人の大腸癌発見の前月父親が大腸癌、肺転移で術後化学療法開始していた。父親に精巣腫瘍の既往もあり、リンチ症候群を疑いマイクロサテライト不安定性検査を施行したが、遺伝子異常は認められなかった。化学療法は1年9ヶ月間に渡って、FOLFOX+ベバシズマブを11コース、IRIS+ベバシズマブを4コース、XELOX+ベバシズマブを8コース、FOLFIRI+ラムシルマブを9コース施行した。化学療法中の副作用としては、FOLFOXとIRISの際にGrade2の悪心を認めていたが、XELOX以降はGrade1であった。また、ラムシルマブによる蛋白尿と浮腫、腹水の出現で、FOLFIRI+ラムシルマブ4コース目以降はラムシルマブを減量し、浮腫と腹水は改善傾向となった。FOLFIRI+ラムシルマブを9コース目終了し退院した2日後より38度を超える発熱を認めたが、本人の判断でクーリングで様子見ていた。4日後も解熱せず、朝から腹痛の訴えや意識障害を認め、当院へ救急搬送となった。精査の結果、顆粒球減少症と、胆嚢炎による敗血症と判断した。FDP高値も認め、DICの合併の可能性も考え、補液、抗生剤投与、トロンボモデュリンアルファ投与を開始した。夕方には意識やや回復したが、血圧70mmHg台と低下を認めドパミンを使用した。5日目には血圧130mmHg台となり、昼には意思疎通もとれるようになったが、14時過ぎに心肺停止となり、蘇生試みたが救命できなかった。若年発症だったことや、同時期に父親も術後化学療法開始等もあり、対応に苦慮し試行錯誤した症例であった。再度リンチ症候群の精査を進め、研究班で二本ルマブの使用の可能性もあったため、後悔が残る1例であった。

W1-5

Lamotrigineが原因と考えられたdrug-induced hypersensitivity syndrome (DIHS) による昏睡型急性肝不全の1例

消

吉川 成一、竹内 学
長岡赤十字病院 消化器内科

【はじめに】Lamotrigineは抗てんかん薬、抗うつ剤だが、DIHSによる急性肝不全、多臓器不全を発症する場合がある。Lamotrigine服薬後に、昏睡型急性肝不全、急性腎不全、重症疾患性多発性神経障害に至った非典型DIHSを経験したため報告する。【症例】65歳、女性、主訴：発熱、血圧低下、意識障害、既往歴：うつ病（向精神剤服用）【現病歴】201×年5月にうつ病再発、7月10日よりlamotrigine 50mg開始。8月2日38℃の発熱、発疹、振戦、8月4日肝酵素上昇が見られ、当科へ紹介。【入院時現象】体温 38.6℃、意識障害（JCS 30）、皮膚：頸部、体幹、四肢に発赤膨隆疹散在。【入院時検査所見】Hb 12.7、WBC 15120、Plt 19.9万、AST 20323、ALT 7382、ALP 787、 γ GTP 243、BUN 37.0、Cre 3.21、T-Bil 2.3、CRP 5.0、Fer 30025、sIL-2R 25600、NH3 23、IgG 1473、ANA 40倍未満、PT 24.0、PT-INR 2.99、HA-IgA (-)、HBs Ag (-)、HBc IgM (-)、HBV-DNA (-)、HCV Ab (-)、HEV-IgA (-)、CMV-IgG (+)、CMV-IgM (-)、EBNA 40、EBVCA IgG 80、EBVCA IgM 10未満、HHV-6 IgG (+)、HHV-6 IgM (-)、HSV IgG (+)、HSV IgM (-)、VZV IgG (+)、VZV IgM (-)【経過】体幹、四肢に発赤膨隆疹、意識障害、急性肝不全、急性腎不全が見られた。DIHSによる昏睡型急性肝不全の診断で、ステロイドパルス療法、血漿交換、CHDFを開始。意識レベルは改善したが（JCS 200→JCS 1）、右上肢以外の四肢麻痺が見られ、重症疾患性多発性神経障害も合併。ステロイド減量後、DIHSの再燃、意識レベル悪化、腹腔内血腫、CMV血症が見られ、50病日目に永眠。HHV6、HHV7の抗体価上昇やDNA検出はみられなかった。【考察】DIHSは薬剤による皮疹や発熱、肝障害を生じる疾患群で、休薬後の病状悪化も特徴の一つである。体内のヘルペスウイルス（HHV6、HHV7、CMV、EBV）の再活性化によるとされるが、非典型DIHSではHHV-6の再活性が無い例もある。病状改善後も再燃する可能性があり、特にCMVに関して予防的抗ウイルス薬投与も含めた治療が必要と考えられた。

W1-6

蕎麦食を介しての感染が疑われたA型肝炎

消

池内 浩志、杉浦 亜弓、田中 榮司
信州大学医学部附属病院 消化器内科

【緒言】A型肝炎ウイルス（HAV）は糞口感染で伝播する。衛生環境の整備が進んだ本邦ではA型肝炎の流行は少なく、発症者の多くはカキを含む海産物を介した感染や海外渡航者の感染である。今回、県内で初めて食中毒と認定されたA型肝炎が発生し、これが蕎麦食という稀な感染経路であったため報告する。【症例1】30歳代、男性。蕎麦店で、主に茹でた蕎麦を水でさらす作業を担当。X年6月2日に咽頭痛と発熱を認めた。5日に近医で血液検査を行ったところ肝機能異常（AST 943 U/L、ALT 1004 U/L）を指摘され、当院へ紹介入院となった。入院時の肝機能はAST 1377 U/L、ALT 5490 U/L、T-Bil 9.4 mg/dL、PT 26%であった。劇症化せず、保存的加療にて改善した。入院時の血液検査にてIgM-HA抗体が陽性であり、A型肝炎と診断した。感染経路に関しては不明であった。【症例2】60歳代、男性。X年6月末に鼻汁、鼻閉感が出現、7月5日より倦怠感、10日から褐色尿を認め近医を受診し、黄疸を指摘され当院へ紹介入院となった。入院時、肝機能異常（AST 3840 U/L、ALT 4900 U/L、T-Bil 6.7 mg/dL、PT 42%）を認めた。劇症化せず保存的加療にて軽快した。入院時の血液検査にてIgM-HA抗体が陽性となり、A型肝炎と診断した。病歴にて、症例1が既に症状を呈していた6月3日に、症例2は症例1が勤務している蕎麦店で食事をしたことが判明した。HAV系統樹解析から、症例1と2は同一ウイルスであることを確認し、蕎麦食を介したHAV感染であると診断した。同様の症例が県内に他2件確認され、合わせて保健所から食中毒と認定された。【考察】稀ではあるが、HAVの感染経路として水を使用した作業過程がある蕎麦食も考慮すべきと考えられた。

W1-7 難治性肝性胸水の治療戦略

消

吉田 悠紀、合志 聡、佐藤 知巳
新潟厚生連上越総合病院 消化器内科

【症例】53歳 男性 【主訴】呼吸困難 【現病歴】X-5年よりアルコール性肝硬変を指摘。X-1年9月中旬、非代償期肝硬変の診断で当科入院。利尿剤フロセミド40mg、トルバプタン7.5mgを使用したところ軽快。その後外来通院を続けていたが、X年1月呼吸困難が出現し、胸部X線にて右胸水が多量に貯留していることを認め、胸水の精査加療目的に当科入院。【入院後経過】種々の検査より肝性胸水と診断され、トルバプタン内服にフロセミド20mg静注を追加、飲水制限も行ったが胸水が増大。横隔膜の欠損孔が原因と考え腹部超音波検査を施行したが腹水の胸腔内への流入の所見は指摘できず。しかし核医学検査にて腹腔内に^{99m}Tc-MAAを注入したところ、経時的に胸水内への緩徐な移行を認めたことから、横隔膜の欠損孔より腹水から胸水に移行していると考えられた。そのため胸腔ドレーン穿刺を行い、ドレーンからの陰圧による除水を行い、胸水を圧排する目的で非侵襲的陽圧換気療法を併用した。さらに欠損孔を塞ぐためOK432、ミノマイシンを用いて胸膜癒着を施行した。しかし計4回の胸膜癒着を行ったが連日1Lの胸水の排液を認めたことから癒着困難と考え胸腔鏡下でタルクを注入し胸膜癒着術を行った。術後は新たな胸水の貯留は認めず、腹水が貯留するようになった。体動時の呼吸困難も改善したため当科退院。【考察】肝硬変症の非代償期において、大量の腹水が貯留している場合、しばしば胸水も貯留し呼吸困難が起こりうる。しかし、腹水の貯留を認めずに胸水を認めることもあるとされている。本症例では腹部超音波や放射性同位元素による検査を施行し腹水が胸腔内に移行していることを確認した。利尿剤のみでの改善が図られない難治性肝性胸水の治療として非侵襲的陽圧換気療法併用下胸膜癒着、胸腔鏡下胸膜癒着術を段階的に施行し、奏功した報告は稀であったことから若干の文献的考察を加えて報告する。

合同ワークショップ2「進行消化器癌診療の新展開：消化管編」 11:10～12:40

座長：吉田 貴史（山梨大学 第1内科）

徳竹康二郎（長野赤十字病院 消化器内科）

コメンテーター：亀山 仁史（新潟大学 消化器・一般外科）

W2-1 高齢者の進行胃癌治療の当院における現状と今後の展望

消

齋藤 崇¹、竹石 利之²、秋山 修宏¹

¹新潟県立加茂病院 消化器内科、²新潟県立加茂病院 消化器外科

【背景】本邦における近年の高齢化に伴い、高齢者進行胃癌の治療割合が増加している。胃癌による年齢階級別累積死亡リスクは高齢者ほど高い。従って高齢者進行胃癌の治療の検討は進行胃癌全体に対する治療戦略の一環といえる。【目的】当院での高齢者進行胃癌症例の治療の現状を把握・検討し今後の展望を明らかにする。【対象と方法】2013年4月～2017年7月の4年4か月間に診断された、治療後再発・残胃癌・他病死を除いた、胃癌71例を対象とし、(1)早期胃癌(E)群31例と進行胃癌(Ad)群40例、(2)Ad群の治療法別に、手術(S)群22例、化学療法(C)群5例、緩和療法(BSC)群13例、(3)Ad群からBSCを除いた27例の原病死群4例と生存群23例、に分け、年齢・性別・検診受診の有無・胃粘膜萎縮の有無と程度・腸上皮化生の有無・部位・肉眼型・組織型・非治癒因子・Performance status (PS)・疾患理解力・予後栄養指数(Prognostic Nutritional Index:PNI)・高齢者脆弱性調査(Vulnerable Elders Survey-13:VES-13) Score・cStageについて各群間で比較した。統計学的解析にはSPSS Version24を用いた。【結果】(1) Ad群はE群に比しPNIとPSが低くVES-13 scoreが高かった(順に $p = 0.001$ 、 0.001 、 0.023)。治療拒否はAd群3例(M1、PS4、PS2かつcT2が各1例)とE群4例(理解不可能3例、87歳でPS4が1例)であった。検診受診率はAd群(17.5%)よりE群(38.7%)で高い傾向にあった($p = 0.060$)。(2) S群、C群、BSC群の順に高齢で非治癒因子が多くPS・理解力・PNIが低くVES-13 scoreが高くcStageが悪かった(順に $p = 0.012$ 、 0.003 、 < 0.001 、 0.004 、 0.001 、 0.001 、 0.001)。(3) 原病死群は生存群に比し高齢で腸上皮化生が多く全例分化型と未分化型の組織混合型だった(順に $p = 0.042$ 、 0.043 、 0.022)。二項ロジスティック回帰分析による多変量解析では腸上皮化生が有意な因子という結果だった($p = 0.047$ 、Odds ratio = 15.9)。【考察】治療法の選択は概ね妥当と思われた。治療戦略として、早い時期での検診受診とピロリ除菌勧奨、腸上皮化生を有する症例への注意と組織混合型病変の早期診断が重要である。

W2-2 80歳以上の切除不能進行胃癌症例に対するG-SOX療法の治療成績と地域がん診療病院としての取り組み

消

小出 直彦、加賀谷 丈紘、小山 佳紀

長野県立木曽病院 外科

【はじめに】切除不能進行胃癌症例に対してSP療法が行われてきたが、高齢者では施行継続が困難であった。2015年4月より80歳以上の症例に対してS-1+オキサリプラチン(G-SOX)療法を行ってきた。G-SOX療法の治療成績と地域がん診療病院としての取り組みを検討した。【方法】80歳以上の切除不能進行胃癌症例11例(80歳—88歳)を対象とした。【結果】2例は救急搬送にて入院精査にて胃癌が発見され、9例は外来受診して発見された。独居あるいは高齢の配偶者との二人暮らしの方が9例であった。MMSEによる認知機能障害評価では1例を除いて24点未満であった。胃癌の指摘後、患者と家族はがん相談支援センターを受診、医師による診断・治療方針のICを受けつつ、治療前、治療中、退院後の支援を含めて相談しつつ治療準備に入った。MSW、緩和ケア、NST、リハビリチームによる支援・治療を行いつつ、全身状態やPSの改善を図り、1-2週間後よりG-SOX療法を開始した。固形物摂取困難例では1から2コース終了後には固形物の摂取が可能となったが、3例で途中で幽門ステントを挿入して化学療法を継続した。3コース施行後の短期成績では1例のみPDであった。長期的には1例PDで、1例において現在20コース継続しPRを維持している。PDにてセカンドラインへの変更が2例、有害事象による変更が2例、2例はPR継続中に本人の希望にて化学療法を中止した。有害事象では3コースまでにG3好中球減少が3例に認められた。長期的には全例に血小板減少が認められたがG2は1例のみ、末梢神経障害を5例に認めた。【まとめ】80歳以上の切除不能進行胃癌症例でもG-SOX療法の施行は十分可能であるが、患者が有する身体的、精神的、社会的なフレイルを理解し、がん相談支援センターを中心に行う様々な支援がその開始や継続に重要である。

W2-3 大腸癌におけるPTEN遺伝子変異の臨床的意義についての検討

消

田島 陽介、永橋 昌幸、若井 俊文
新潟大学 消化器・一般外科

【背景】 PTENは、細胞増殖を促進するPI3K/AKT/mTORシグナル伝達系に対して抑制的に働く癌抑制遺伝子である。PTEN変異はPI3K/AKT/mTORシグナル伝達経路の異常活性化をきたし、癌の進展に深く関わると考えられる。しかし、大腸癌におけるPTEN変異の臨床的意義に関する報告は少ない。【目的】 大腸癌におけるPTEN変異の臨床的意義を明らかにすること。【対象と方法】 2011年4月から2015年8月までの間に原発巣切除を施行した大腸癌201例を対象とした。PTEN変異と各臨床病理学的因子(年齢、性別、局在、腫瘍径、リンパ管侵襲、静脈侵襲、組織型、深達度、リンパ節転移、遠隔転移、簇出、低分化胞巣、Ki67)との関連について、Fisherの正確確率検定を用いて解析した。また、PTEN変異と予後との関連についてLog-rank検定を用いて解析した。【結果】 201例中55例(27%)にPTEN変異を認めた。腫瘍径 < 50mm、リンパ管侵襲陽性、静脈侵襲陽性、遠隔転移あり、低分化胞巣Grade 2/3、Ki67 < 60%がそれぞれPTEN変異と有意に関連していた($P < 0.001$ 、 $P = 0.036$ 、 $P = 0.003$ 、 $P = 0.002$ 、 $P = 0.009$ 、 $P = 0.003$)。Stage III(N = 46)の3年RFSは、PTEN野生型が87.2%であったのに対してPTEN変異型は34.3%であり、PTEN変異は有意な予後不良因子であった。一方、Stage I(N = 11)、Stage II(N = 33)におけるRFS、およびStage IV(N = 111)における全生存率については、PTEN変異の有無で有意差を認めなかった。【結論】 PTEN変異はStage III大腸癌の有意な予後不良因子であった。PTEN変異は臨床的意義のあるmolecular subtypeである可能性が示唆された。

W2-4 隣接臓器浸潤大腸癌に対する術前治療の検討

消

赤澤 祥弘、須藤 誠、市川 大輔
山梨大学 第一外科

【背景】 局所で進行する大腸癌はしばしば他臓器に直接浸潤をきたし、浸潤臓器の合併切除が必要になることがある。浸潤臓器によっては術後に合併症の発生率が増加したり、生活の質の低下につながることもある。近年、術前治療を行うことによってR0手術を達成し、良好な成績が得られた症例の報告が多数あり、当院での他臓器浸潤大腸癌に対して施行した術前治療について検討した。【方法】 2008年から2016年までの8年間に当科で行った大腸癌手術1230例から他臓器に直接浸潤している大腸癌をretrospectiveに調べ、術前治療を行った症例(Neoadjuvant群; N群)と術前治療を行っていない群(control群; C群)に分けた。術前治療は放射線化学療法か化学療法単独のものであった。【結果】 他臓器浸潤を伴った症例は52例あった。そのうち術前治療を行った症例は9例であった。直接浸潤している臓器は膀胱が13例と最も多く次いで腹膜が12例であった。リンパ節転移はC群では31例に認め、N群では5例に認めた。合併症の発生率はC群では21%、N群では22%であった。R0の達成率はC群72%、N群で55%であった。術前治療による治療効果判定ではCRが1例、SDが8例でありPDはいなかった。SD症例8例中2例は浸潤臓器の数が減った。【考察】 2016年までの症例であるため長期予後についてはまだ比較検討はできない。合併症の発生率はほぼ変わらなかった。R0に関しては術前より遠隔転移があったものはR2になる。RM0の達成率を考えると、比較的良好な成績と思われる。ただ、症例の数がまだ少なく観察期間も少ない症例もあるので今後も症例の積み重ねが必要であると考えられる。

W2-5 当院における閉塞性大腸癌の治療戦略

消

佐藤 宗広、米山 靖、和栗 暢生
新潟市民病院 消化器内科

閉塞性大腸癌における初期治療として経肛門的・経鼻イレウス管や緊急手術、そして最近は大腸ステントなど各施設において様々な治療法が選択されている。そのなかで大腸ステントによる減圧療法は手術で一次的吻合が可能となり、術後合併症も減少すると報告されている。当院では2012年の保険収載から閉塞性大腸癌に対して積極的に大腸ステントを留置している。今回当院における閉塞性大腸癌の治療戦略について報告する。初期治療として閉塞部位が直腸S状部より口側ならステントを、それより肛門側なら経肛門的イレウス管を第一選択としている。適応は大腸ステント安全手技研究会が提唱するCROSSで、術前一時的適応BTS(Bridge to Surgery)の対象はスコア0から1、緩和治療(Palliation：以下PAL)の対象はスコア0から3としている。当院では消化器内科のみで適応を決めることはせず、ステント留置前に消化器外科と必ず適応について協議しているが、このことは適応決定のみでなくステント留置以後のスムーズな継続診療においても非常に重要なことと考えている。大腸ステントは2016年8月まで80例留置しており、そのなかで閉塞性大腸癌の症例は69例であった。その内訳は58例がBTS、11例がPALであった。合併症は、再閉塞・逸脱・ガイドワイヤー穿孔・ステント展開不充分的4例であった。そのうち展開不十分な1例が緊急手術となり人工肛門造設術となった。また別の1例では閉塞部位が近傍に2ヶ所あり、ステント留置前に気づかずステント留置後も腸閉塞が改善されないことから緊急人工肛門造設術となった。これらの5例を除いた64例では合併症を認めずCROSSも改善した。外科術後の合併症は腸閉塞や縫合不全、そして腹腔内膿瘍などを認め、そのうち再手術となった症例は2例であった。閉塞性大腸癌のステント留置は有効と考えられるが、合併症をきたすことがあり狭窄部位の正確な評価や留置後の慎重な経過観察が重要である。大腸ステントを留置する機会はBTSのみならずPALにおいて今後ますます増加していくものと考えられる。今回当院における治療成績や合併症をきたした症例などを中心に報告する。

W2-6 当院における閉塞性大腸癌に対する大腸ステント留置の現状について

内

山田 崇裕、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

【背景】本邦では大腸ステントをBTSもしくは緩和治療目的に施行されている。BTSでは大腸ステントで腸管減圧を行うことで緊急手術を回避し、一期的手術を施行することが出来る様になった。しかし、欧州消化器内視鏡学会ガイドラインでは、左側閉塞性大腸癌への標準治療としての術前ステント留置は推奨できない、としている。そこで、大腸ステント留置の安全性と有用性について検討をすることとした。【対象】2012年4月から2017年3月までに当院で大腸ステント留置を試みたBTS 144例、緩和治療目的 15例を対象とした。ステント留置の適応はスコアが通過しない高度狭窄を呈す進行大腸癌とした。【検討1 BTS】対象の内訳は男女比75：69、平均年齢：71.0歳、病変部位は盲腸/上行結腸/横行結腸/下行結腸/S状結腸/直腸：1/23/27/24/44/25であった。ステント留置成功率は93.1% (134/144例)であった。平均CROSSはステント施行前1.93、ステント留置後3.80であった。ステントを留置出来なかった10例の内訳は狭窄部造影不良6例、回盲弁までの狭窄2例、便処置不良2例であった。ステント留置中に伴う穿孔や輸血を要する大量出血は1例も認めなかった。ステント留置後の合併症は逸脱0.7%(1/134例)、ステント拡張不良による再留置 1.5%(2/134例)、硬便による閉塞性腸炎0.7%(1/134例)、穿孔0.7%(1/134例)であった。ステント留置成功134例のうち一期的吻合術は78.3% (105/134例)でおこなわれ、21.7% (29/134例)に人工肛門造設術がおこなわれた。ステント留置による緊急手術は1.5%(2/134例)あり、理由は硬便による閉塞性腸炎0.7%(1/134例)、穿孔0.7%(1/134例)であった。術後合併症として縫合不全を3.0%(4/119例)認めた。【検討2 Palliation】対象の内訳は男女比8：7、平均年齢：81.5歳であった。遡及的に死亡までの経過を追えたのは6人であり、平均ステント開存期間は134日、最長は453日であった。また、死亡原因の内訳は原疾患によるものが5例、誤嚥性肺炎が1例であった。【結論】大腸ステント留置における偶発症は低率であり、大腸ステントは安全に施行出来るものと考えた。

合同ワークショップ3「進行消化器癌診療の新展開：肝・胆・膵編」 10:40～12:40

座長：渡邊 貴之（信州大学 消化器内科）

中山 康弘（山梨大学 第1内科）

コメンテーター：坂田 純（新潟大学 消化器・一般外科）

W3-1 肝細胞癌に対するSorafenib投与終了後の予後

消

中嶋 奈津子、鈴木 雄一郎、榎本 信幸
山梨大学医学部 第一内科

【目的】 切除不能進行肝細胞癌に対しsorafenibが使用されているが、今回セカンドラインとしてregorafenibが認可された。しかし効果と共に強い毒性も報告され、使用には肝機能を含めた制限が設けられている。今回我々はSorafenib投与例の終了時の状態を検討し、regorafenib投与可能であったであろう症例の割合を求めた。【方法】 当院でSorafenib市販後から2015年までに導入された29例について検討した。Sorafenib投与終了の定義はSorafenib再投与した場合には最終投与日を投与終了とした。【成績】 Sorafenibの平均導入年齢は69歳、男性90%、背景肝はHBV/HCV/NBNC：7/16/6、Child-Pugh A2/B6、Stage 2/3/4a/4b：3/3/5/18であった。投与期間中央値は132日、Sorafenib投与開始からの生存期間中央値は221日であった。29人中8人が現在生存しており、現在までSorafenibが投与されている症例は3例であった。Sorafenib中止理由はPDが8例、肝機能低下8例、皮疹2例、消化管出血2例、脳出血1例、肺炎1例、腹膜炎1例、その他2例であった。終了後26例の生命予後はMST83日、うち10例において後治療が行われ、内訳はFAIT 5例、TACE 4例、TS1+IFN 4例、TAI 2例、low dose FP 1例であった（重複治療含む）。終了後治療が行われた症例のMSTは164日、治療が行われなかった症例は23日であった（ $p=0.08$ ）。Sorafenib終了後2種類以上の治療が行われた症例はMST221日、1つの治療だった症例は164日（ $p=0.32$ ）、FAITありMST164日、なし221日（ $p=0.50$ ）、TS1+IFNありMST122日、なし164日（ $p=0.31$ ）であった。Sorafenib終了後の死因はHCCの進展19例、消化管出血1例、脳出血1例であった。Sorafenib投与終了後に肝機能が保たれ潜在的にregorafenib投与可能であった症例は8例28%と考えられた。【結論】 Sorafenib投与後のMSTは221日、投与終了後のMSTは83日であった。Sorafenib投与終了後に後治療が行えた症例では、行えなかった症例に比べてMSTが長い可能性が示唆されたが、後治療としてregorafenib投与が可能であった例が相当含まれており、今後はregorafenib投与症例をそれらと比較することが重要であると考えた。

W3-2 胆管病変診断における逆止弁付胆管ステントシースを用いた胆管生検法の検討

内

森田 慎一¹、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、
²新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【目的】 胆管病変診断における生検の目的は存在診断および切除術式決定に重要な範囲診断である。近年、経口胆道鏡の改良により診断精度は向上したが、費用面の制約もありその恩恵は一部の施設に限られる。我々はその代替法として逆止弁付胆管ステントシースを用いた透視下生検法を以前に報告した（Endoscopy, 2017;49: E9-10）。本法の有効性につき検討する。【対象と方法】 対象は2016年8月より2017年7月、存在診断及び予定術式に応じた病変範囲診断目的に本法を行った胆管病変15例16病変（良性3例、胆管癌12例、胆管癌重複2病変1例）。男/女=13/2、年齢中央値 77(56-85)歳。Bp/Bd=8/8。乳頭/結節/平坦型=2/13/1。手術は7例（膵頭十二指腸3、肝右三区2、拡大肝左葉1、肝膵頭十二指腸1；R0/R1/R2=5/1/1）で行われた。主要評価項目は存在診断における適正生検率（良悪性診断が可能な組織採取を適正と定義）とその成績とし、併せて範囲診断における適正生検率とその成績（切除例にて検討）、処置時間、合併症につき後ろ向きに検討を行った。【結果】 検査は全例で完遂し検査時間中央値は45(40-90)分。1例で検査後に膵炎をきたした。腫瘍狭窄部の生検は計48回（中央値3回）行われ、適正生検率は77.1%（37/48）、検査あたり93.3%（14/15）。感度 84.6%、特異度 100%、陽性的中率 100%、陰性的中率 60%、正診率 83.3%であった。範囲診断目的の適正生検率は31.7%（13/41）、感度50%、特異度100%、正診率87.5%であった。診断不適の原因は検体量不足、粘膜脱落に伴う線維組織のみの採取が大半であった。【結論】 本法は存在診断については既報告の生検診断法と遜色ないものの、病変範囲診断は十分とは言えない。技術的な問題に加え、胆管癌の肉眼型と進展様式の違い、胆管炎やドレナージ処置、検体処理による粘膜脱落など要因は多い。胆管病変に対する生検の有用性や限界を理解した結果評価、方針決定が肝要である。

W3-3 フランシオン形状針を用いたEUS-FNAの有用性についての検討

内

河久 順志、林 和直、寺井 崇二
新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

【背景・目的】 進行消化器癌診療において超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) による病理診断が普及しているが、正確な診断のためより多くの組織を採取することが求められている。そのため、フランシオン形状のFNA針が発売され、その有用性が報告されている。今回我々は、フランシオン形状針を用いたEUS-FNAの成績について検討した。【方法】 2016年6月から2017年7月までにEUS-FNAを行った進行膵癌15例、リンパ節転移を伴う進行消化器癌3例(胆管細胞癌2例、胆嚢癌1例)を対象とし、フランシオン形状針 (Acquire 22G) を用いたA群9例と Super Beveled形状針 (Sono Tip 22G) を用いたB群9例に分けて比較検討した。検討項目は、患者背景、穿刺標的部位、平均標的径、穿刺経路、平均穿刺回数、検体採取率、正診率、組織検体量スコア (0:無、1:少量の組織片のみ、2:適正な検体量、3:豊富な検体量)、血液混入量スコア (0:無、1:少量、2:中等量、3:大量)、偶発症とした。【結果】 患者背景:A群 年齢中央値70歳 (53-79歳)、男性6例、女性3例、B群 年齢中央値70歳 (51-78歳)、男性7例、女性2例。穿刺標的部位:A群 膵頭部3例、膵体部2例、膵尾部2例、神経叢1例、リンパ節1例、B群 膵頭部2例、膵体部4例、膵尾部1例、リンパ節2例。平均標的径:A群 30.7 mm (17-60mm)、B群 29.9mm (12-50mm)。穿刺経路:A群 経胃4例、経十二指腸球部2例、経十二指腸下行脚3例、B群 経胃5例、経十二指腸球部3例、経十二指腸下行脚1例。平均穿刺回数:A群 1.6回 (1-2回)、B群 2.7回 (2-4回)。検体採取率:A群 100% (9/9)、B群 89% (8/9)。正診率:A群 89% (8/9)、B群 78% (7/9)。組織検体量スコア中央値:A群 3 (1-3)、B群 1 (0-2)。血液混入量スコア中央値:A群 2 (1-3)、B群 3 (2-3)。偶発症:A群 0% (0/9)、B群 11% (1/9)。内訳は発熱 (軽症) 1例であり、保存的治療により軽快した。【結語】 フランシオン形状針では、質の良い検体が多く得られ、正確な診断に有用であった。これらの検体をより詳細に検索することで、治療方針の選択にEUS-FNAがさらに重要な役割を果たす可能性があると考えられた。

W3-4 造影超音波内視鏡検査を組み入れた膵癌の診断ストラテジー

消

丸山 雅史、松田 至晃、和田 秀一
長野赤十字病院 消化器内科

膵癌は悪性度が高く、迅速かつ確実な診断と治療を要する。当院では膵癌の診断ストラテジーの中で造影超音波内視鏡検査 (以下造影EUS) を組み入れている。膵腺管癌は造影超音波内視鏡検査で蜘蛛の巣状血管網: Cobweb Pattern Vasoganglionの所見を呈することが多くその所見を補助診断として用いている。当院における膵癌の診断ストラテジーを提示する。膵腫瘍を認めた場合、US、CT、MRIを用いて局在診断とともに転移巣を評価する。A. 切除可能と判断された症例では、1)-a 膵頭部もしくは膵頭体移行部で胆管狭窄による黄疸または胆管炎がない場合は造影EUSとEUS-FNAを行う、1)-b 膵頭部もしくは膵頭体移行部で胆管狭窄による黄疸または胆管炎がある場合はERC下で胆道ドレナージ、胆管狭窄部生検を行う。2) 膵体部では造影EUSで補助診断を行い、ERP下で膵管擦過細胞診を行う。3) 膵尾部では造影EUSで補助診断を行う。ERPは施行しない。B. 切除不可能と判断された症例では1) 胆管狭窄による黄疸や胆管炎がない場合EUS-FNAによる細胞組織診断を得たうえで化学療法もしくは放射線化学療法を行う。2) 胆管狭窄による黄疸や胆管炎がある場合はERC下胆道ドレナージ、胆管狭窄部生検による細胞組織診断を得たうえで化学療法もしくは放射線化学療法を行う。上記ストラテジーの中で造影超音波内視鏡検査はEUS-FNAを用いない切除可能な膵体部または膵尾部腫瘍の補助診断に有用と考える。代表症例を提示しながら報告する。

W3-5 当科における膵癌治療の現状

消

塩路 和彦、小林 正明、成澤 林太郎
新潟県立がんセンター新潟病院 内科

【緒言】膵癌は難治癌の代表であり、2014年の部位別死亡数の第4位、5年生存率も10%以下である。早期発見が困難で多くが手術不能の状態で見られるため、そのような症例に対しては化学療法が治療の中心となる。2013年12月にFOLFIRINOX療法が、2014年12月にゲムシタピン+ナブ-パクリタキセル(GnP)療法が承認され、少しずつではあるが化学療法の治療成績も向上している。【目的】当科での膵癌治療の成績をレトロスペクティブに解析し、特に化学療法の成績について報告する。【対象】2014年4月1日から2017年3月31日まで当科で経験した新規膵癌患者のうち、他院治療開始例や術後再発例、膵神経内分泌腫瘍や腺房細胞癌といった特殊型膵癌は除外し、初発で当院に紹介され、治療導入した浸潤性膵管癌(腺癌、腺扁平上皮癌)182例。【結果】男性 97例、女性 85例、年齢は37歳から94歳(中央値 69.5歳)。一次治療として手術が行われたのが29例(15.9%)、化学放射線療法を含む放射線療法が行われたのが34例(18.7%)、化学療法施行例が85例(46.7%)、ドレナーゼのみなど治療が行えずBest Supportive Careとなったのが34例(18.7%)であった。TS1併用化学放射線治療を行った32例中6例で外科切除が施行された。化学療法の内訳はmodifiedを含むFOLFIRINOX療法が32例、GnP療法が34例、ゲムシタピン単独療法が13例、TS1単独療法、ゲムシタピン+TS1療法、GEMOX療法がそれぞれ2例ずつであった。治療開始1年以上生存している症例はmFOLFIRINOX療法で12例、GnP療法で9例あり、さらに2年以上生存している症例がmFOLFIRINOX療法で2例、GnP療法で1例認めている。【まとめ】化学療法より長期生存が得られる症例も増えてきているが、まだまだ満足できる成績ではなく、有効な分子標的薬や免疫チェックポイント阻害薬などの登場に期待したい。

W3-6 当院における切除不能膵癌に対する化学療法の治療成績

消

芦原 典宏、渡邊 貴之、伊藤 哲也
信州大学 消化器内科

【目的】2013年にFOLFIRINOX(FFX)、2014年にGEM+nab-PTX(GnP)が保険収載され、切除不能膵癌に対する化学療法の選択肢は拡大した。今回、両レジメン保険収載後の切除不能膵癌に対する当院での治療成績を検討した。【方法】対象は2015年1月以降に切除不能膵癌に対して当院で化学療法を導入し、後方視的に評価が可能であった57例である。患者背景、1st lineでの治療選択・抗腫瘍効果、1st lineでFFX・GnPを選択した症例については2nd lineへの移行についても検討した。【結果】患者背景は男性 33例・女性24例、年齢中央値は66歳(47-89)。病変部位は頭部/体部/尾部=31/14/12/2(54/25/21%)、病期(膵癌取り扱い規約第7版)はStageIVa 11例(19%) IVb 44例(77%)であった。またStageIIであったが全身状態不良・高齢などの理由により外科的治療が困難であり、化学療法施行した症例を2例認めた。1st lineの内訳はFFX 14例(うちmFFX 6例)、GnP 20例、TS-1単独 12例、GEM単独 7例、GEM+TS-1 4例であった。FFXを選択した症例の年齢中央値は57歳(52-67)、GnPは66.5歳(49-82)であり、20例中8例は65歳以下であった。初回効果判定時の成績はFFXでCR/PR/SD/PD=0/0/9/4例、GnPで0/4/8/4例、TS-1単独が0/1/5/5例、GEM単独が0/0/2/3例、GEM+TS-1が0/0/3/1例であった。FFX不応となった10例では10例全例が2nd lineへ移行しており、8例でGnPを選択していた。GnP不応の11例では2nd lineへの移行は4例(36%)のみであったが、70歳以下の3例では全例が2nd lineへ移行しており、そのうち1例でFFXを選択していた。【結論】FFXとGnPが保険収載され、当院では両レジメンが1st lineとして60%ほど選択されていたが、以前からのTS1単独やGEM単独での治療も多くみられた。FFXとGnPの初回効果判定での抗腫瘍効果は既報と大きな差はなかった。1st lineでFFX、GnPを施行した症例において、両群とも70歳以下であれば全例2nd lineへの移行は可能であった。2nd lineへの移行ではGnP→FFXへの選択が少なく、70歳以下の症例であればFFXを1st lineとして選択することが望ましいと考えられた。

W3-7 当院における超音波内視鏡ガイド下胆道ドレナージの現状

消

金井 圭太、越知 泰英、長谷部 修
長野市民病院 消化器内科

【目的】超音波内視鏡ガイド下胆道ドレナージ(EUS-BD)はERCPが困難または不能な症例が対象となる手技で、内瘻術であるため患者 QOLは高く、PTBDの代替治療として考慮されるべき手技である。今回、当院で過去5年間に施行したEUS-BDの成績を検討した。【対象】2012年8月から2017年8月に当科で施行したEUS-BD 9件。【結果】EUS-BDの内訳はEUS-guided choledochoduodenostomy(EUS-CDS)4件、EUS-guided hepaticogastrostomy (EUS-HGS)3件、EUS-guided gallbladder drainage(EUS-GBD)2件であった。EUS-BDの適応とした原疾患は悪性胆道狭窄が8例(膵癌3例、胆管癌4例、胃癌1例)、肝内結石1例で、内5例で急性胆道炎を合併、反復していた。対象患者の年齢中央値は67.5歳(65-94歳)、原疾患診断からEUS-BD施行までの期間中央値は67日(4-201日)、EUS-BD施行から死亡までの期間中央値は63.5日(51-193日)であった。偶発症はEUS-CDSを施行した1例で金属ステントの逸脱を認めたが、死亡例は全例原疾患による癌死であった。生存中の3例では、全例でステント開存が保たれている。【症例提示】68歳、女性。2016年11月に黄疸、体重減少の精査で膵頭部癌に伴う閉塞性黄疸、多発肝転移と診断された。経乳頭的胆管ドレナージが困難であったため12月にEUS-CDSを施行されたが、3日後にステントの十二指腸肛門側への逸脱を認めたため、CMSを抜去、瘻孔をクリッピング縫縮後にEUS-GBDを施行された。以後ドレナージは良好で12月より一次化学療法を開始された。2017年3月になり黄疸が再燃し、精査で腹膜播種に伴う胆嚢管狭窄によるドレナージ不良と診断され、急性胆管炎を合併したためEUS-CDSを施行された。偶発症無く経過し、処置10日後に退院した。【結語】EUS-BDは処置後のQOLが保たれることから、経乳頭的胆管ドレナージが困難な症例では積極的に考慮されるべき治療と考えられた。

W3-8 進行胆膵癌における超音波内視鏡下胆道ドレナージの位置づけと問題点

消

桃井 環、比佐 岳史、古武 昌幸
JA長野厚生連佐久医療センター

【背景】切除不能悪性胆道閉塞の経乳頭的胆道ドレナージ(TPBD)困難例において、超音波内視鏡下胆道ドレナージ(EUS-BD)は代替法として有用である。一方で、化学療法による進行胆膵癌の生存期間延長が可能となり、EUS-BD後のステント機能不全やその対応が問題となる。本検討の目的は、EUS-BDの適応、問題点を考察することである。【対象および方法】2012年1月から2017年7月の間に当院でEUS-BDを施行した進行胆膵癌38例(膵癌21例、胆嚢癌7例、胆管癌6例、乳頭部癌4例)を対象とし、背景、偶発症、ステント機能不全を検討した。なお、ステント機能不全の比較検討のため、同期間にTPBDを施行した進行胆膵癌88例(膵癌54例、胆嚢癌8例、胆管癌25例、乳頭部癌1例)をコントロールとした。【結果】EUS-BD例における年齢中央値は78歳、化学療法施行例は8例、穿刺ルートは経胃経肝的(TG)28例、経十二指腸的(TD)10例であった。EUS-BD施行理由は、十二指腸狭窄10例、経乳頭的胆管挿管不可9例(うち経皮経肝的胆道ドレナージ施行5例)、臨床試験7例、肝門部閉塞4例、再発性経乳頭的胆管ステント閉塞3例、改変解剖3例、TPBD不良1例であった。偶発症ではTGの1例で穿刺ルート上に仮性肝動脈瘤破裂を来し、血管塞栓術で止血されたが14日目に肝不全で死亡した。金属ステント機能不全はEUS-BD:16例(TG13例、TD3例)、42%、TPBD:39例、44%に認められ、金属ステント開存期間中央値はEUS-BD:115日(2-437)、TPBD:114日(2-1203)であった。EUS-BD例のステント機能不全への対応は、同ルートでステント追加留置4例、他ルート作成5例(経乳頭2例、経皮経肝2例、経胃経肝1例)、保存的加療5例、十二指腸ステント留置2例であった。EUS-BD施行例の処置日から最終診察日(死亡31例、生存4例、不明3例)までの観察期間中央値は133日であった。【考察】再発性経乳頭的胆管ステント閉塞例や経皮経肝的ルートから変換例は、QOLの点でEUS-BDのよい適応である。TG例のステント閉塞では、同ルートでの追加処置が困難な場合が多く、他ルート作成を含めたレスキューが必要である。

W3-9 当院で施行した膵癌に対する超音波内視鏡ガイド下腹腔神経叢破壊術の検討

内

児玉 亮、三枝 久能、牛丸 博泰

JA長野厚生連南長野医療センター 篠ノ井総合病院 消化器内科

【目的】膵癌の癌性疼痛に対する超音波内視鏡ガイド下腹腔神経叢破壊術（以下、EUS-CPN）の効果と安全性を検討する。【方法】2013年1月から2017年12月までに当院でEUS-CPNを行った膵癌8例を対象とし、鎮痛効果、オピオイド使用量の変化、偶発症に関して検討した。鎮痛効果に関してvisual analogue scale (VAS) を用いて疼痛を評価し、治療前に比し治療後5-7日の平均でVASが半分以下になったものを有効とした。【EUS-CPNの手技】1. Convex型超音波内視鏡を用いて腹腔動脈起始部を描出する。2. FNA用19G針を腹腔動脈起始部やや右側に穿刺し、血管内穿刺でないことを確認する。3. 1%リドカイン5mlとデキサメタゾン1.65mgの混合液を局注する。4. 無水エタノール9mlとヨード造影剤1mlの混合液を局注する。5. 検査後すぐに単純CT検査を行い、薬液の分布を確認する。【結果】膵癌患者8例のうち、1例はIPMC、1例は腺扁平上皮癌であった。男女比は4：4で、平均年齢は73.1歳(47-89)、平均治療回数は1.25回(1-2)、死亡までの平均日数は88.8日(11-207)であった。全例で抗癌剤治療が行われていた。治療前のVASの平均は4.8(3-8)であったのに対し治療後は2.0(5-0)であり、8例中7例で有効であった。併用したオピオイドに関しては2例で増量を要したが、4例は同量継続で疼痛の軽減が得られていた。1例は不安が強くなりオピオイドの減量が必要であり、1例は麻薬に対する拒否感が強く導入できないでいたが、EUS-CPNにより疼痛緩和が得られており、このような症例でEUS-CPNは特に有効と思われた。偶発症は1例も認めず、終末期の全身状態不良の患者に対しても安全に施行できた。【結語】癌性疼痛の評価は難しく、補助的な治療であるEUS-CPNの有効性の評価は難しいが、当院の検討ではEUS-CPNは有効性・安全性ともに高く、オピオイド製剤の使用や増量が難しい症例でも緩和医療の選択肢になりうる点で有用な手技と思われる。

合同症例検討

2017(平成29)年11月3日

13:30~16:40

症例検討（消化管） 13:30～15:00

症例 2	胃	司会	山梨大学 第 1 内科	山口 達也 先生
		症例提示	山梨大学 第 1 内科	小林 祥司 先生
		読影	山梨大学 第 1 内科	吉田 貴史 先生
			信州大学 消化器内科	大工原誠一 先生
			厚生連村上総合病院 内科	中村 隆人 先生
		病理コメンテーター		
			新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野	味岡 洋一 先生

症例検討（消化管） 13:30～15:00

症例3	大腸	司会	佐久医療センター 消化器内科		篠原 知明 先生
		症例提示	佐久医療センター 消化器内科		篠原 知明 先生
		読影	山梨大学 第1内科		吉田 貴史 先生
			信州大学 消化器内科		大工原誠一 先生
			厚生連村上総合病院 内科		中村 隆人 先生
		病理コメンテーター			
			新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野		味岡 洋一 先生

症例検討（肝・胆・膵） 15:10～16:40

症例1 肝	司会	新潟市民病院 消化器内科	和栗 暢生 先生
	症例提示	新潟市民病院 消化器内科	大崎 暁彦 先生
	読影	新潟大学 消化器内科	竹内 卓 先生
		信州大学 消化器内科	木村 岳史 先生
		山梨大学 第1内科	佐藤 光明 先生
	病理コメンテーター		
		新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野	味岡 洋一 先生

**プレナリーセッション
一般演題**

抄 録 集

PL-1 止血困難なESD後出血に対してexpandable metallic stentによる止血が有効であった2例

内専

弥久保 俊太、古川 浩一、大崎 暁彦、森田 真一、木村 淳史、川田 雄三、
佐藤 宗広、相場 恒男、米山 靖、和栗 暢生
新潟市民病院 消化器内科

【緒言】 EST 後出血は止血処置により更なる合併症を招来することもあり、慎重な対応が必要である。近年、止血困難なEST後出血に対してexpandable metallic stent（以下EMS）を用いた圧迫止血が有用であるとの報告がある。今回、我々は既存の処置では止血に至らなかったEST後出血に対し、EMSを用いて良好な止血が得られた2例を経験したので報告する。【症例1】 76歳、男性。X年9月30日腹痛、嘔吐を認め、前医受診、総胆管結石性胆管炎の診断で同日小切開のEST施行、ENBD留置した。黄疸再燃あり、10月2日ENBD交換、その際、乳頭部より出血確認、ポスミン散布、バルーン圧迫で止血した。10月7日吐血、貧血進行あり、再度ERCP施行、乳頭部より再出血あり、止血鉗子による高周波凝固止血を行った。その後も貧血進行あり、10月9日内視鏡的止血困難と判断、IVR、外科的処置も考慮し、当科へヘリ搬送となった。同日、緊急ERCP施行、従来の内視鏡処置では止血困難であることから侵襲性も考慮し、EMSによる止血を試みることにした。Bonastentカバー付き10mm径50mm長を透視下にて出血部位がステント中央となるように留置、速やかに止血が得られた。11月26日EMS自然脱落が確認された。【症例2】 54歳、男性。胆石発作にて当院受診、胆嚢摘出術の方針で手術待機中であった。11月16日腹痛再燃、CTにて新たに総胆管結石を認め、当科入院となった。11月17日小切開のESTとバルーン採石施行、術中より切開上縁より出血を認め、バルーン圧迫により止血を確認した。11月18日深夜に下血、未明に緊急ERCP施行、再出血を認め、トロンビン、ポスミン散布、バルーン圧迫を行った。安定した止血状態には至らず止血困難と判断、同日、再度ERCP施行、Bonastentカバー付き10mm径50mm長を留置した。術中ショックバイタルとなるもEMS展開後は速やかに止血が得られ、循環動態も安定した。12月6日EMS自然脱落が確認された。【結語】 止血困難なEST後出血に対してEMSが有効であった。治療の適応、ステントの選択について文献的考察を加え報告する。

PL-2 潰瘍性大腸炎（疑診）のサーベイランスで発見した虫垂癌の1例

内研

桃崎 孝¹、翠川 央高¹、廣田 聡一郎¹、下平 和久²、宮島 正行²、中村 真一郎²、
植原 啓之²、木畑 穰³、赤松 泰次⁴、久保 直樹⁵、古澤 徳彦⁵、今井 紳一郎⁵、寺田 克⁵、
市川 徹郎⁶
¹長野県立信州医療センター、²長野県立信州医療センター 消化器内科、
³長野県立信州医療センター 総合診療部、⁴長野県立信州医療センター 内視鏡センター、
⁵長野県立信州医療センター 外科、⁶長野県立信州医療センター 病理・臨床検査科

症例は77歳の男性。既往歴として糖尿病がある。2014年11月に大腸検診で便潜血反応陽性といわれ、大腸内視鏡検査を受けた。自覚症状はなかったが、上行結腸に散在性に発赤、ビラン、毛細血管網の消失を認めた。虫垂入口部やその周囲には炎症所見はなく、左側大腸も正常であった。びらんを認める部位から採取した生検標本でcryptitisがみられ、便培養では特に病原性のある細菌は同定されなかった。非典型的であるが区域型の潰瘍性大腸炎と考え、ペンタサ2g/日の投与を行って経過観察していたが、その後症状の増悪はなかった。2017年6月にサーベイランスの目的で大腸内視鏡検査を行ったところ、上行結腸の炎症所見は消失していたが、虫垂入口部に発赤と白苔を認めた。虫垂癌を疑って同部から鉗子生検を行ったところ、Group-5（腺癌）と診断された。前回の大腸内視鏡検査と同様に、虫垂周囲の大腸粘膜や左側大腸は正常であった。注腸造影検査では、虫垂入口部に小さな腫瘤像を認め、虫垂は描出されなかった。画像診断では遠隔転移やリンパ節転移は認めなかった。本例は潰瘍性大腸炎に関連したcolitic cancerではなく、sporadic typeの虫垂癌と診断し、腹腔鏡下回盲部切除術を行った。最終病理診断は、肉眼型1型、大きさ15×15mm、tub2、深達度ss、ly1、V1、PM 0、DM 0、リンパ節転移陰性、根治度Cur Aと診断された。病理組織所見で、虫垂癌周囲にdysplasiaの所見は認めなかった。

PL-3 内視鏡的にCrohn病との鑑別に難渋した腸結核が疑われる1例

内研

神谷 奈津実¹、本間 照¹、朴 載広²、横山 純二³、岩永 明人¹、大脇 崇史¹、佐藤 裕樹¹、野澤 優次郎¹、佐野 知江¹、今井 径卓¹、関 慶一¹、石川 達¹、西倉 健⁴、石原 法子⁴、味噌 洋一⁵、寺井 崇二³

¹ 済生会新潟第二病院 消化器内科、² ぷらっと本町クリニック、

³ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野、⁴ 済生会新潟第二病院 病理診断科、

⁵ 新潟大学大学院医歯学総合研究科 臨床病理学分野

【症例】40歳代、女性。4年前、便潜血陽性精査目的に前医で下部消化管内視鏡検査（CS）を施行した。回盲弁が開大し、上行結腸に腸ひも上に縦走配列する不整形潰瘍が多発していた。潰瘍は小さな炎症性ポリープを伴い、潰瘍辺縁の発赤が目立った。他部位の大腸や終末回腸には所見を認めなかった。生検標本の細菌培養では有意菌を認めず、結核菌PCRは陰性であった。生検組織で肉芽腫を認め、中心乾酪壊死は無いが肉芽腫に癒合傾向を認め、結核性肉芽腫の可能性があると考えられた。消化器症状、呼吸器症状とも無く、肛門病変なし。ツベルクリン反応は強陽性、胸部レントゲン写真に異常を認めなかった。14年前に母が肺結核で入院し、この際に本人も抗結核薬の予防投与を受けた。活動性結核の証拠が得られず、Crohn病も否定できなかったため、5ASA 3gを開始した。6月後経過観察目的にCS施行した。新たな病変の出現はなかったが、上行結腸の病変は輪状に拡大傾向を示していた。当科紹介され、上部消化管内視鏡検査、胸腹骨盤部CTで明らかな異常所見は見られなかった。カプセル内視鏡で小腸病変を認めなかった。クオンティフェロン陽性、喀出痰培養では抗酸菌検出されず。5ASAを継続し1年後、経過観察CSを行った。潰瘍は治癒し、小さな炎症性ポリープの集簇が残存していた。培養では有意菌無し。さらに6月後T-SPOT陽性。その後も5ASA 3gを継続し3年間経過観察しているが、症状は見られない。しかし昨年、父が脳梗塞となり入院し、喀痰培養で結核菌が検出された。【考察】腸結核病変は回盲部や右側結腸に好発し、活動期所見と治癒期所見が混在して見られることが特徴的とされる。病変部から結核菌、乾酪性肉芽腫が検出できれば診断できるが、細菌学的、組織学的に確定診断が困難なことも多い。免疫療法の適応となるか、Crohn病との鑑別は重要である。本例は診断当初、5ASAに反応せず病変が拡大傾向を示したが、その後治療を変更せずに寛解した。無症状であるため、このまま慎重に経過観察を続けていく予定である。

PL-4 多発直腸NETに対してISRを施行した1例

内専

田中 友之¹、野沢 祐一¹、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、水上 佳樹²、堀米 直人²、佐野 健司³、上原 剛³、岡村 卓磨⁴、吉福 清二郎⁵、笹原 孝太郎⁵、樋口 佳代子⁶、伊藤 信夫⁶

¹ 飯田市立病院 消化器内科、² 飯田市立病院 消化器外科、³ 飯田市立病院 病理診断科、

⁴ 相澤病院 消化器内科、⁵ 相澤病院 外科、⁶ 相澤病院 病理診断科

症例は70歳、男性。2014年1月、早期S状結腸癌に対してEMRを施行し、2015年10月、進行胃癌に対して幽門側胃切除、胆嚢摘出術、Roux-en-Y再建を施行した。2016年2月経過観察目的に施行した下部消化管内視鏡検査で、直腸S状部及び下部直腸に径4mm大の黄色調の粘膜下腫瘍を多数認め、生検にてneuroendocrine tumor (NET)と診断された。CTでは明らかなリンパ節転移を認めなかったが、直腸広範囲に広がる多発病変であり、直腸全摘を予定した。肛門機能の温存を強く希望されたため、4月28日、他施設にて腹腔鏡下内肛門括約筋切除術 (ISR)、D2郭清、回腸双孔式人工肛門造設術を施行した。病理所見にて粘膜上皮から粘膜固有層に浸潤する腫瘍径11mm以下の13病変を認めた。いずれもKi-67 labeling index ≤ 2%、核分裂像 ≤ 1/10HPF、chromogranin-A、synaptophysin陽性であり、多発直腸NET (G1)と診断した。切除断端は全周性に陰性であったが、一部病変にリンパ管侵襲と静脈侵襲を認めた。また傍腸管リンパ節に転移を1個認めた。術後3ヶ月に人工肛門閉鎖術を施行した。現在まで再発を認めていない。多発直腸NETは腫瘍径に関わらずリンパ節転移の危険性が高く、リンパ節郭清を含めた外科的切除が望まれる。今回われわれは、多発直腸NETに対して、ISRを行い再発なく経過した1例を経験したので報告する。

PL-5

大細胞神経内分泌癌と腺癌領域が内視鏡で認識しえた 胃mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC) の一例

内研

小関 洋平¹、高綱 将史¹、熊谷 優¹、小林 陽子¹、安住 基¹、長島 藍子¹、吉川 成一¹、
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 病理部

消化管の内分泌細胞癌は腺癌成分が併存することがあり、その両者が30%以上混在する癌が、腺内分泌細胞癌 (mixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC)) とされる。今回、我々は胃に発生したMANECを内視鏡的切除し得た症例を経験したので報告する。症例は80歳代男性。胃体中部後壁の出血性潰瘍の経過観察のため上部内視鏡検査を施行した。胃角大弯に、びらん性病変を指摘し、生検にて中分化型管状腺癌の診断となった。分化型の粘膜内癌と診断し、胃粘膜下層剥離術 (ESD) を施行した。ESD時の内視鏡観察では、前回指摘されたびらんは拡大しており、びらんに連続するように退色調の領域が認められた。NBI拡大観察では、びらん面には粘液の付着を認め、その直下の粘膜構造は無構造で、密度の高い微小血管構造を呈していた。一方、退色調の領域は不整な乳頭状構造を呈しており、びらん部に比べ、密度の低い微小血管像であった。病理組織学的所見では、びらん部には好酸性細胞質を有する大型の腫瘍細胞が胞巣状に増生しており、神経内分泌マーカー (chromogranin A、synaptophysin) が陽性であることから、Large cell neuroendocrine carcinoma の所見であった。一方、退色調の領域は不整腺管を構成する腫瘍細胞を認め、神経内分泌マーカーは陰性であり、高分化型管状腺癌の所見であった。内分泌癌の成分が約70%の領域を占め、高分化型腺癌は約30%を占めていたことからMANEC (SM 2 (1750 μm)、Iy0、v+、HM(-)、VM(-)) と診断した。胃のMANECは全胃癌の0.1-0.4%といわれており、まれな疾患である。また、早期で発見され、ESDにて切除された症例は本邦では1例のみであった。本症例は内分泌癌領域と腺癌領域を内視鏡的に同定しえたものであり、その組織学的所見が内視鏡像に反映された1例と考えた。

PL-6 超音波内視鏡下経胃的ドレナージが有効だった多発肝膿瘍の一例

内研

三ツ井 彩花、長島 藍子、吉川 成一、熊谷 優、小林 陽子、安住 基、高綱 将史、
三浦 努、竹内 学
長岡赤十字病院 消化器内科

近年、超音波内視鏡を使用した穿刺治療の普及により、内視鏡治療の選択肢が広がりつつある。当科では、針生検の他に経消化管的ドレナージ治療も行っている。今回、多発肝膿瘍に対し経皮的アプローチが困難であり、経胃的にドレナージを行った1例を経験した。過去の報告例も少なく貴重な症例と考え報告する。症例は60歳台男性。胆嚢管癌に対し肝外胆管切除、肝右葉切除、胆道再建（左肝管空腸吻合、空腸空腸吻合R-Y再建）と、脳出血後遺症で片麻痺を既往していた。発熱を認め、近医を受診するも感染源不明で当科紹介となった。高度炎症所見と、軽度の肝障害、CTにて残肝の外側区域に多発膿瘍を認めたため、入院加療となった。第1病日に経皮的アプローチが困難で、超音波内視鏡にて胃内から膿瘍が捉えられたため、EUS下膿瘍穿刺吸引を行った。一番大きい膿瘍腔から胃内にERPD用ステントを留置し、さらに膿瘍腔からENBD用チューブを留置した。血性膿瘍を15mlほど吸引できたが、その後の炎症が改善せず排液がなかったため、CTで再評価したところ、ドレナージ中の膿瘍周囲に膿瘍の増大傾向を認めたため、第3病日に再度EUS下膿瘍穿刺吸引を施行した。周囲の小膿瘍は穿刺吸引し、膿瘍腔が縮小したことを確認した。ドレナージされている膿瘍の腹側の膿瘍を穿刺し、ENBD用チューブを留置した。ドレナージチューブからは自然排液はなかったが連日洗浄にて炎症所見は徐々に改善し、第6病日にはWBC正常化、昇圧剤も終了できた。第16病日に膿瘍腔の外瘻化チューブを内瘻化、第20病日に退院となった。経皮的ドレナージが困難な肝膿瘍に対し、穿刺ライン確保が可能であれば、EUS下肝膿瘍ドレナージでも有用である可能性が考えられた。

PL-7 経口胆道鏡下のボーリング生検により術前診断できた胆管粘膜下腫瘍の1例

内研

見本 雄一郎、進藤 浩子、深澤 光晴、高野 伸一、高橋 英、廣瀬 純穂、深澤 佳満、
川上 智、早川 宏、佐藤 公、榎本 信幸
山梨大学医学部 第一内科

80代女性。右季肋部痛を主訴に近医受診し、肝胆道系酵素上昇、MRIで総胆管腫瘍を指摘され胆管癌疑いにて当科紹介となる。既往歴は40歳時に胆嚢結石で胆嚢摘出術、子宮筋腫手術。家族歴は特記事項なし。当科入院時の血液検査所見では胆道系酵素は正常化しており、炎症所見も認めなかった。腫瘍マーカー（CEA、CA19-9）も陰性であった。腹部エコーでは下部胆管に突出する16mm大の亜有茎性腫瘍を認め、造影CTでは同腫瘍は造影効果を伴うポリープ様の病変として認めた。MRIではT2で淡い高信号、拡散強調画像で高信号を呈する胆嚢管合流部にまたがる腫瘍として描出された。EUSでは臍上縁レベルの胆管内に隆起性病変を認め外層高エコーの断裂が疑われ、病変周囲の壁肥厚は認めなかった。ERCPおよびIDUSでは遺残胆嚢管内に充満する低エコー腫瘍を認め胆嚢管由来病変と考えた。経口胆道鏡を施行したところ胆嚢管合流部に粘膜下隆起を認め、主座は胆嚢管に存在し一部が総胆管に突出していた。胆管粘膜面の不整は認めなかった。断端神経腫を疑い、腫瘍部よりboring biopsyを4回施行した。生検病理診断はS-100蛋白陽性の神経線維を含む線維性組織を認め、上皮に腫瘍成分を認めず断端神経腫に矛盾しない所見であった。良性病変が疑われるものの、悪性病変の除外が困難なことから、一過性ではあるものの胆管閉塞をきたしていることから外科的治療を提案し、肝外胆管切除、肝管十二指腸吻合術の方針となった。術中迅速病理診断でも悪性でないことを確認し予定術式を施行。術後の病理組織診断は胆管粘膜下に9mmの神経線維束が密に増生した腫瘍を認め、断端神経腫であった。胆管断端神経腫は術前診断が困難な病変で、胆管癌を疑われ拡大手術を施行されている報告もある。また生検組織で術前診断できた症例はまれであり、文献的考察を含め報告する。

PL-8 ESWLが有効であった仮性膵のう胞合併膵石症の1例

内専

横山 邦彦、中村 厚夫、渡邊 順、佐藤 祐一
新潟県立吉田病院

症例は50歳代男性。30歳代アルコール性急性膵炎にて入院歴あり。20xx年2月上腹部痛にて近医受診、血清アミラーゼ (AMY) 239U/Lにて急性膵炎と診断したが入院はしなかった。6月より持続する上腹部痛有り、8月近医受診し当科紹介された。AMY:118U/L、WBC:7800/ μ l、CRP:0.09mg/dl、腹部造影CTにて膵頭部主膵管に8mmの結石が陥頓し尾側の膵管は8mmに拡張、膵頭部に主膵管と交通する31x20mmの仮性膵のう胞も認めた。入院を強く勧めたが拒否された。鎮痛剤 (NSAIDs) 処方したが持続する上腹部痛が増強、3日後再受診し入院した。入院時検査成績はAMY:475U/L、WBC:8100/ μ l、CRP:0.31mg/dl。入院2日後ERCPを行ったが膵頭部主膵管に結石が陥頓し尾側の膵管は描出されず、0.025ガイドワイヤーも結石より尾側に挿管できなかった。X線で結石が確認できるためESWLを行う方針とした。術前にジクロフェナク坐薬50mgを投与し、結石破碎装置の衝撃出力を通常の強さより弱めに設定し、60~75回/分、衝撃を与えた。約1500発で結石にひびが入り、約2000発で痛みを訴えたためペンタゾシン15mgを静注し治療を続けた。約2500発で結石が認識できなくなったため通常は3000発行うが終了とした。治療後は持続していた上腹部痛は著明に消失した。破碎後4日目で腹部CT撮影したところ結石は6x3mmに縮小し、仮性のう胞も17x15mmに縮小、尾側主膵管の拡張も5mmに軽快した。ERCPを行い主膵管は尾側まで造影されガイドワイヤー、カテーテルも尾側まで留置できたため膵石用バスケットで結石を除去した。IDUSで主膵管に結石が無いことを確認し終了とした。術後も経過良好にてERCP後6日で退院した。仮性膵のう胞を合併した膵石陥頓症例は破碎により膵のう胞を悪化させる可能性があるため当院では今までESWLを行って来なかった。本症例は持続する痛みがあり仮性膵のう胞消失まで待てないと判断した。さらに最近新機種導入され、より精密に焦点が合わせられるようになったこと、通常出力よりやや弱めで治療を行う工夫をしたことで良好な結果が得られた。文献的にも検討し報告する。また当院の消化器領域におけるESWLの現況も報告したい。

PL-9 内視鏡的整復を行い解除し得た盲腸軸捻転症の1例

内専

熊谷 優、吉川 成一、小林 陽子、安住 基、高綱 将史、長島 藍子、三浦 努、
竹内 学
長岡赤十字病院 消化器内科

【はじめに】盲腸軸捻転症の治療法は、外科的処置が一般的主流であり内視鏡的整復による治療の報告は少ない。今回、内視鏡的に捻転の解除に成功した症例を経験したため、報告する。【症例】66歳女性。【主訴】腹痛、嘔吐。【現病歴】入院4日前に腹痛を自覚、その後嘔吐も認め救急外来を受診した。【身体所見】臍周囲の自発痛と腹部膨満著明で、圧痛や腹膜刺激徴候は無かった。【画像所見】単純CTにて盲腸が頭側方向へ挙上し、終末回腸と上行結腸が交差して軸捻転を形成していた。【治療・経過】盲腸軸捻転症と診断したが、腸管壊死を示唆する所見を認めなかったことから、外科とも相談の上、まずは内視鏡的整復の方針とした。下部内視鏡所見では肝彎曲から上行結腸へのscope挿入が困難であり、同部位を捻転部と考えた。捻転部から口側腸管へはGuide wireを先行させ、cannulation tubeを捻転部へ挿入し、腸管の脱気を行った。その後捻転部口側へのscope通過が可能となり、再度scopeから脱気を行い捻転の整復に成功した。その後、経過観察を行い食事再開としたが再発はなく6病日に退院となった。【考察】盲腸軸捻転症に対し内視鏡的整復による治療が少ない理由として、S状結腸と異なり深部腸管であるため、十分な前処置が困難であること、それに伴い手技自体も困難であることが第一に挙げられるが、その他に腸管壊死を10~30%に合併すること、内視鏡的整復のみでは再発率が高いことなどが考えられる。本症例では、十分な前処置は得られなかったもののdeviceを駆使することで、盲腸上行結腸の捻転も解除可能であった。本症例を踏まえ、事前に腸管虚血を示唆する所見がないこと、内視鏡に耐えられる全身状態であることなどの条件を満たせば、盲腸軸捻転症でも、まず内視鏡的整復を試みることは検討に値すると思われた。

PL-10 左肺上葉切除2か月後に発症した間膜軸性胃軸捻転症の一例

内研

池見 雅俊¹、荒生 祥尚¹、高木 将之¹、清野 智¹、阿部 寛幸¹、小柳 英人²、岩城 孝和²、
親松 学²、佐藤 賢治²

¹佐渡総合病院 消化器内科、²佐渡総合病院 消化器外科

症例は80歳代男性。時折心窩部痛があり201 X -1年10月に上部消化管内視鏡検査が施行されたが、食道裂孔ヘルニア滑脱型を認めるのみで内服加療により症状はコントロールされていた。201 X年3月に左肺腺癌に対して左肺上葉切除を施行された。201 X年5月に左腹痛のため救急外来受診し、造影CTで食道裂孔ヘルニアの悪化と周囲に腹水出現を認めたため入院とした。禁飲食、抗生剤、プロトンポンプ阻害薬、胃管による減圧で治療を開始し、症状改善したために第4病日に食事を開始した。しかし翌日症状再燃し、CTでも縦隔側への胃ヘルニア嚢の増悪と腹水の増加、胃が短軸性に捻転している所見を認めた。第6病日に内視鏡的整復を試みたが、一旦整復されるものの内視鏡を抜去するとすぐに捻転された状態に戻るため内視鏡的整復は困難と判断し、準緊急的に第14病日に手術を施行した。食道裂孔から胃と大網が縦隔側に脱出しており、愛護的に還納した。ヘルニア嚢には腹水が貯留し、食道裂孔と横隔膜脚周囲は癒着していた。胃壁を横隔膜に固定し終了した。術後の経口摂取も特に問題なく経過し第27病日に退院した。胃軸捻転症は生理的範囲を超えて回転した状態であり、発生頻度は0.05～0.22%という報告がある。肺切除後に胃軸捻転症を来した報告はさらに稀である。胃軸捻転症は内視鏡的整復成功例も散見されるが、二次性は不成功例が多く、肺切除後の胃軸捻転症では全て外科的手術が施行されていた。胃軸捻転症は稀であるが、腸管壊死も来し致命的になる疾患であり、本症例と文献的考察も含め報告する。

1 分枝膵管の嚢胞状拡張を伴った限局性1型自己免疫性膵炎の1切除例

消研

羽入 龍太郎¹、関 慶一¹、本間 照¹、今井 径卓¹、佐野 知江¹、野澤 優次郎¹、岩永 明人¹、佐藤 裕樹¹、大脇 崇史¹、石川 達¹、吉田 俊明¹、小川 洋²、武田 敬子³、根本 健夫³、石原 法子⁴、西倉 健⁴

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 外科、³ 済生会新潟第二病院 放射線科、⁴ 済生会新潟第二病院 病理診断科

膵腫大と狭細型膵管像を特徴とする自己免疫性膵炎 (AIP) が、嚢胞性病変を随伴することは稀とされていた。今回、膵尾部の嚢胞性病変を伴う限局腫瘍性病変に対し、術前に悪性を強く疑い切除後に1型AIPと診断された症例を経験したので報告する。症例は70台男性。既往に60台に好酸球性肺炎。潰瘍性大腸炎と糖尿病、腹腔動脈瘤にて当院通院加療中の動脈瘤の経過観察を目的とした腹部CTで、膵尾部に25mmの腫瘍性病変を認めた。同部は造影早期相で低吸収、後期相で辺縁優位の遅延性造影効果と内部に多発する嚢胞を疑う所見を認めた。同部位はMRIのT1強調像で低信号、T2強調像で淡い高信号で内部に多発する嚢胞状の高信号を認めた。拡散強調像で高信号、ADC mapで低信号を呈した。病変周囲には被膜様構造は認められなかった。超音波内視鏡では、病変内の多発した分枝膵管の拡張を伴う辺縁不整で内部不均一な低エコー腫瘍として描出された。ERCPでは尾部の嚢胞性病変は描出されず、その頭部側での主膵管の途絶と判断した。その際の膵液吸引細胞診では悪性所見は得られなかった。CEA、CA19-9、DUPAN-2は陰性であった。画像所見から、膵尾部主膵管の狭窄と同部での分枝膵管の拡張、或いは貯留嚢胞を伴う浸潤性膵管癌やIPMCを強く疑い否定もできないとして切除を行った。切除標本病理組織では悪性所見は認められず、間質へのIgG4陽性リンパ球の著明な浸潤と閉塞性静脈炎、花筵状線維化を認め1型AIPと診断された。確定診断後に測定したIgG4は834mg/dlと高値であった。膵管途絶とその近傍の分枝膵管の拡張は悪性に多く認められる所見ではあるが、術前にAIPをも鑑別として挙げてIgG4の測定をしていれば或いは切除を回避できた可能性もあり、AIPには本例と同様の所見を呈し得ることも念頭に置いて鑑別診断をすることが大切であると考えられた。

2 急性膵炎を発症した自己免疫性膵炎の一例

消専

松原 裕樹、中田 直克、金山 雅美、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 内科

【症例】76歳、男性【既往歴】C型肝炎(SVR)、2型糖尿病【嗜好歴】飲酒なし【処方薬】メトホルミン塩酸塩【現病歴】2009年より頸部リンパ節の腫脹があり、同部位の生検でIgG4関連疾患の診断であったが、活動性に乏しく無治療で経過観察されていた。2017年4月に心窩部痛を自覚し当院を受診した。血清AMY高値であり、CTで急性膵炎と診断され入院となった。【身体所見】血圧143/81mmHg、脈拍93bpm、呼吸数22回/分、体温37.8℃、腹部：平坦・軟、心窩部を最強点とする圧痛が腹部全体にあり、反跳痛なし、筋性防御なし【検査所見】血液検査：WBC 10200/ μ l、血小板22.7万/ μ l、LDH 153IU/l、BUN 15.5mg/dl、総Ca 8.8mg/dl、CRP 12.5mg/dl、尿検査：AMY 5356IU/l、血ガス：pO₂ 79.2mmHg、BE -0.1mmol/l、CT：膵のびまん性腫大あり、膵頭部に限局した造影不良域あり、膵頭部・尾部に石灰化が散在する【入院後経過】補液・メシル酸ガベキサート・抗菌薬を開始し、入院2日後には血清AMYの低下を認めたものの、心窩部痛は増強し、炎症反応はさらに上昇していた。同日CTを再検すると炎症は腎下極まで達し、膵臓は被膜形成を伴うソーセージ様のびまん性腫大を呈した。さらに血清IgG4値は630mg/dlと著明に上昇しており、自己免疫性膵炎を背景とした急性膵炎と判断しPSL60mgより開始した。これにより症状およびCT所見は改善したが、5mg/1週でPSLを漸減し25mgとしたところで再び心窩部痛が出現した。CTで膵頭部を中心とした炎症を認め、急性膵炎の再燃と判断した。そこでPSL40mgまで増量したところ、膵炎は再度改善に向かった。PSL管理をより慎重に行うこととし5mg/2週の漸減としたところ、現在PSL20mgで再燃なく経過している。【考察】本症例では組織学的検索は行っていないが、画像所見・IgG4値・PSLによる改善・PSL漸減による増悪から自己免疫性膵炎と判断している。急性膵炎を呈した自己免疫性膵炎の報告は本邦では少ないが、治療への反応に乏しい急性膵炎の鑑別として自己免疫性膵炎の可能性を考えさせる貴重な症例と考えられた。

3 膵管非癒合に合併した重症急性膵炎の一例

消専

鎌倉 雅人¹、倉石 康弘¹、近藤 翔平¹、翠川 創¹、鈴木 宏¹、芦原 典宏¹、栗林 直矢¹、小澤 真希子¹、中村 晃¹、横田 有紀子¹、平山 敦大¹、大工原 誠一¹、渡邊 貴之¹、富田 明彦²、伊藤 哲也¹、村木 崇¹、濱野 英明³、田中 榮司¹

¹信州大学医学部附属病院 消化器内科、²松本協立病院 消化器内科、

³信州大学医学部附属病院 医療情報部

症例は63歳、男性。既往歴として30歳台以降、急性膵炎で3回の入院歴があり、精査を施行されたが明らかな原因は指摘されなかった。2017年5月、突然の嘔気、嘔吐、上腹部痛、背部痛が出現し、前医を受診した。血液検査・CT所見より重症急性膵炎と診断され、同院で初期輸液(5000ml/日)、抗生剤等による治療が開始された。血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を伴っていたことから胆石性膵炎が疑われ、入院同日にERCPが施行され、胆管ステントが留置された。重症急性膵炎に対する集学的治療のため、発症3日目に当院転院となった。転院時の重症度判定基準では、予後因子は4項目(PaO₂、LDH、CRP、SIRS 3項目)該当した。造影CTでは膵頭部の一部に造影効果が保たれているのみで広範囲に渡って造影不良域を認め、炎症の波及は腎下極以遠まで及んでおり、造影CT Grade 3であった。前医で施行されたERCP検査時に観察された膵管造影像では、背側膵管は造影されず馬尾状の短小膵管であった。また、造影CTにおいて膵の壊死は腹側膵領域より背側膵領域で優位であった。これらの所見より膵炎の原因として膵管非癒合が疑われた。ICUに入院の上、絶飲食とし、補液、メロペネム1.5g/日、メシル酸ナファモスタット200mg/日点滴静注、オクトレオチド300 μ g/日持続皮下注による治療を行った。また、空腸に経腸栄養チューブを留置し成分栄養剤による経腸栄養を開始した。入院後は、循環動態の悪化や感染症の合併はなく経過し、食事摂取再開後も膵炎の悪化を認めず、第33病日に退院した。急性膵炎では成因診断が重要となるが、適切に成因を特定できない症例がしばしば存在する。膵管非癒合では膵炎の合併頻度が高いとされており、急性膵炎の原因の一つとして考慮する必要がある。

4 Santorini管と交通を有した後腹膜血腫の一例

消専

小川原 秀太郎¹、芦原 典宏¹、池内 浩志¹、翠川 創¹、佐藤 幸一¹、栗林 直矢¹、倉石 康弘¹、小澤 真希子¹、杉浦 亜弓¹、中村 晃¹、斎藤 博美¹、渡邊 貴之¹、丸山 雅史²、伊藤 哲也¹、村木 崇¹、濱野 英明³、田中 榮司¹

¹信州大学医学部附属病院 消化器内科、²長野赤十字病院 消化器内科、

³信州大学医学部附属病院 医療情報部

症例は40歳代、男性。ビール1 ℓ /日、喫煙15本 \times 25年間。入院3年前より間歇的な上腹部痛を認め、近医にて急性胃炎の診断で加療されていた。高度の上腹部痛の増悪を認め施行したCTにて、血管外漏出を認める被胞化された後腹膜血腫(約15 \times 5cm)、及び軽度の主膵管拡張を伴う急性膵炎、閉塞性黄疸を認め、当科搬送となった。画像上、Groove領域に嚢胞構造を伴う軟部陰影(厚さ20mm)を認め、また血腫はGroove領域と連続を有していた。明らかな感染徴候や経時的な血腫の増大はなく、血管外漏出部位が複数に及んでいた為、緊急血管内塞栓術ないしERCPは施行せず、血圧管理、安静、絶飲食、予防的抗菌薬投与、蛋白分解酵素阻害薬、ソマトスタチンアナログ製剤投与等にて保存的加療を行った。症状は一旦改善したが、第7病日左上側腹部痛が増悪。CTにて血腫の急激な縮小と腹水の増加、腹腔内脂肪織濃度の広範な上昇を認め、腹水はアミラーゼ高値を伴う血性だった。膵液漏を疑い緊急ERCPを施行した。主乳頭近傍で胆管、膵管共に狭窄を認め、膵管像では、Santorini管から副乳頭へは開存しておらず、副乳頭近傍Santorini管末端はびまん性に広狭不整を呈し、その分枝より血腫内腔が造影された。以上より、膵仮性嚢胞内出血、及びそれに伴う主乳頭近傍の胆管、膵管狭窄からの閉塞性黄疸及び閉塞性膵炎と判断した。内視鏡的胆道ステント留置術に加え、経鼻膵管ドレナージ術(膵管内減圧による間接的経乳頭的膵嚢胞ドレナージ術)を施行し、症状は速やかに改善した。1週間後、膵管ドレナージを内瘻化し、現在再出血なく経過している。内視鏡上、十二指腸副乳頭近傍では粘膜の浮腫状変化を認め、組織学的にブルネル腺の過形成が疑われた。各種画像所見や患者背景から、本例はGroove膵炎に伴うGroove領域ないし十二指腸壁内の嚢胞内血管が破綻した可能性を考えた。Groove膵炎は、本邦では稀とされ、病態やGroove領域ないし十二指腸壁内の嚢胞性病変の発生機序は未だ不明である。本症例は、画像所見、患者背景共に、Groove膵炎の特徴を有しており、Groove膵炎の病態解明において貴重な症例と考え報告する。

5 隣上皮内癌の1例

消

丸山 雅史¹、柴田 壮一郎¹、柴田 景子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、町田 泰一²、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

隣癌は診断時に進行期であることが多く、早期発見が困難な悪性腫瘍である。我々は術前に診断しえた隣上皮内癌の1例を経験したので報告する。患者は70歳台女性。2012年より隣頭部多房性のう胞性病変で当科follow upしていた。2017年4月のMRCPにて隣体部隣管の狭窄が出現、尾側隣管の拡張は伴わなかった。隣頭部多房性のう胞性病変には変化を認めなかった。超音波内視鏡検査では隣管狭窄部に腫瘤や結節は認めず、隣管壁の肥厚とともに内腔狭小化を確認した。CTでは隣体部の実質の萎縮と脂肪置換の所見を認めたが腫瘤や結節は確認されなかった。ERCPでは隣管狭窄は明らかでなかったが同部の壁不整所見を呈していた。ENPD下隣液細胞診を提出したところ7回採取中2回においてclass3bの結果を得た。隣体部上皮内癌と診断のうえ脾合併隣体尾部切除術を施行した。術後新鮮標本では断端近傍と体尾部の2か所において隣実質は硬く触知された。術後病理組織では断端の主隣管上皮はPanIN2の異型を伴い、その尾側約2cmの範囲で体部主隣管上皮にPanIN3、上皮内癌の所見を認めた。さらに尾側の主隣管と分枝隣管の一部にはPanIN2の異型上皮進展を伴っていた。最終診断はTisN0M0 stage0の隣体部癌であった。隣癌の早期発見は困難であるが早期診断された手術例においては長期生存が可能である。本例を経験し隣上皮内癌の診断、画像所見、病理所見について考察を含め報告する。

6 超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）施行後隣液瘻を生じた一例

内

藤元 瞳、新倉 則和、雄山 澄華、稲場 淳、西条 勇哉、岡村 卓磨、細川 洋、
横澤 秀一、手島 憲一、山本 智清、五十嵐 亨、薄田 誠一、清澤 研道

社会医療法人財団慈泉会相澤病院 消化器病センター

症例は20歳台女性。既往歴に特記すべき事項はない。来院半年前に出産、その後より生じた心窩部疼痛を主訴に近医を受診し、精査目的に当科紹介受診された。精査目的に施行した腹部造影CTにて、造影早期に病変の一部に濃染を伴う周囲隣実質より造影不良な径15mmの腫瘤を認め、同部位は造影後期で均一に濃染された。血液検査では明らかな異常は認めなかった。造影パターンからは非典型的ではあるが、隣管拡張を伴わない腫瘤である点及び類円形の形態から隣神経内分泌腫瘍（NET）を疑い組織診断のため超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）を施行した。EUSでは隣体部に境界明瞭、類円形、内部均一の低エコー腫瘤を認め、NETが疑われた。同病変に対して22G針にて1回穿刺した。術中には明らかな偶発症は認めなかった。穿刺後より左季肋部疼痛、背部疼痛認め、FNA施行後翌日の血液検査にてアミラーゼ2859IU/Lと隣酵素、白血球17380/ μ lと炎症反応の上昇を認めた。腹部CTにて胃と隣の間には4×3×2cm程の液体貯留を認め隣液瘻と考えられた。同日より抗生剤、ナファモスタットメシル酸塩の点滴、FNA施行2日後よりオクトレオチド酢酸塩の皮下注射を開始した。その後左季肋部疼痛、背部疼痛は持続し、FNA施行8日後には腹部CTにて9×7×5cm程まで液体貯留は増大を認め、左胸水、左下肺無気肺も認めたが、その後、血液検査、腹部症状は徐々に改善し、画像上も液体貯留の縮小傾向を認めた。FNA施行14日後より食事を開始し、FNA施行24日後に退院となった。病理組織診断は神経内分泌腫瘍（NET G1）であり、今後手術を予定している。EUS-FNA後に生じた隣液瘻の1例を経験した。FNA後隣液瘻を認めた症例は数例報告されるのみであり、教訓的な症例と考えられるため文献的考察を加えて報告する。

7 術後良性胆管・膵管狭窄に対するEUS下ドレナージの経験

消

岡 宏充、茂木 聡子、堂森 浩二、本田 穰、佐藤 明人、福原 康夫、渡辺 庄治、
小林 由夏、富所 隆、吉川 明

長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

近年、interventional EUSが胆膵領域における内視鏡治療の新たな選択肢となり、その有用性が注目されている。今回我々は、術後胆管狭窄に対しEUS-BDが、術後膵管吻合部狭窄に対しEUS-PDが有用であった症例を経験したので報告する。【症例1】60代男性。肝細胞癌に対し拡大左葉切除術後に、胆管狭窄を来しERCP下に前枝にインサイドステントを留置。その後、後区域の狭窄の増強あり、ERCP再検したが、後枝は全く描出されず後枝へのステント留置は不可能であった。PTCDでは永久外瘻となる可能性があり、EUS-BDの方針とした。胃前庭部から後枝を19G針で穿刺し、GWを留置。瘻孔部を拡張後、金属ステント留置を試みたが、デリバリーシステムが進まず、5Fr ENBDを留置し終了した。7日後に直視鏡で瘻孔脇からGWで探り金属ステント(BONASTENT M-Intraductal、8mm、5cm)を留置し、内瘻化に成功した。【症例2】70代女性。PPPD後に膵管吻合部狭窄を来し、腹痛症状が出現するようになったため、ステント留置の方針とした。ショートシングルバルーンで膵管吻合部から膵管にGWを留置し、バルーン拡張後に、ステント留置を試みたが軸が合わず、途中でfree airの出現もあり断念した。軽度の膵液瘻を認めたと、保存的に改善した。吻合部からのアプローチは困難と判断し、7日後にEUS-PDを施行。胃内から体部の主膵管を19G針で穿刺し、GWを留置し瘻孔拡張後に金属ステント(Niti-S、6mm、10cm)を膵管から胃内にかけて留置した。その後、腹痛症状は消失し経過良好である。

8 重症膵炎後のWONに対して内視鏡的ネクロセクトミーが有用であった1例

内

横山 恒¹、摺木 陽久¹、佐藤 秀一¹、山田 明²、林 和直³

¹新潟医療生協木戸病院 内科、²新潟医療生協木戸病院 外科、

³新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

症例は60歳代女性。既往歴として脊髄小脳変性症のため当院神経内科に通院中。飲酒歴なし。2016年7月、腹痛、吐き気、嘔吐を主訴に当院へ救急搬送された。血清アミラーゼ高値、腹部CTで膵臓全体が腫大し、結腸間膜までの周囲脂肪織濃度上昇を認め、急性膵炎と診断し入院した。禁食、大量補液、メシル酸ガベキサート、メロペネム、ウリナスタチンを投与して治療を開始、第3病日には意識レベルが低下し急性呼吸不全を併発したため、人工呼吸器装着による呼吸管理も開始した。また同日、乏尿となり血液濾過透析を1日のみ施行した。8月中旬より38℃前後の発熱が持続するため、感染性膵壊死の存在を疑い腹部エコーを施行したところ、膵周囲に長径約70mmの貯留物を認めた。経皮的にドレナージは可能と判断し、上腹部から計5回、穿刺ドレナージを施行、1回あたり500～900mlの混濁した茶色の内容物を採取した。これを培養に提出したが有意菌は検出されず、カルバペネム系抗生剤を投与していたが発熱は持続していた。10月25日の腹部CTでは、貯留物が被包化され(Walled-off necrosis; WON)、この中にガスが多発しており、感染の併発と考えた。また、胃体下部後壁に瘻孔があり、これを利用した内視鏡的ドレナージを考慮して上部消化管内視鏡を施行したところ、同部に瘻孔を確認できた。瘻孔径が比較的広く内視鏡がそのまま挿入可能であり、WON内には膵壊死組織と思われる黄茶色の塊状組織が存在し感染制御には壊死組織除去が必要と考えたため、十分にインフォームド・コンセントを行い、11月より五脚鉗子を用いた内視鏡的ネクロセクトミーを計6回施行した。発熱は改善したが、瘻孔径が広がったことから、食事開始は再感染の可能性を念頭に置き、瘻孔とWONの縮小を参考に慎重に決定した。症状再燃は認めなかったが、脊髄小脳変性症のためADLは低く、長期臥床が続いたため、リハビリに長期間を費やし、2017年5月に退院した。重症膵炎後のWONに対して内視鏡的ネクロセクトミーが有用であった1例を経験したため報告する。

9 Luseogliflozin内服にて軽快を認めた脂肪肝の4例

消 佐藤 俊大
佐藤医院

非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) と 2 型糖尿病 (T2DM) の疾患背景はよく似ており、T2DM とインスリン抵抗性は NASH のもっとも重要なリスク因子である。NASH の確定診断には組織学的精査が必要とされているが、近年非侵襲的な体外式肝硬度測定の有用性が報告されている。今回、Luseogliflozin 内服前後で肝硬度値・肝機能値を測定でき、超音波上の脂肪肝に軽快を認めた 4 例を経験したため報告する。症例は 4 例とも男性で T2DM に対する Luseogliflozin 内服開始時期に肝機能検査と共に腹部超音波検査を施行し、超音波上の脂肪肝を確認すると共に肝硬度値を測定した。なお 1 例が DPP4 阻害薬内服中への追加投与だったが、他の 3 例は Luseogliflozin 単独による初回治療だった。治療開始後に 4 例とも体重減少がみられ、血液検査では HbA1c の低下と肝機能値および中性脂肪値の低下傾向が認められた。また治療開始後約半年で施行した腹部超音波検査で 4 例とも超音波上の脂肪肝所見の消失を認め、肝硬度値も低下していた。SGLT2 阻害薬はその血糖降下作用機序から体重減少が生じることが知られており、心臓周囲脂肪などの異所性脂肪の減少が報告されている。脂肪肝に対しても同様に軽快を認めた症例が多数報告されているが、肝硬度値測定を経時的に施行した報告は少ない。また SGLT2 阻害薬は脂肪肝に対する血糖降下・体重減少を介する二次的な影響以外にも、別の機序での関与も予想されている。その一つの可能性として脂質代謝への関与が考えられているが、今回の検討では脂肪肝の消失を認めなかった症例との比較において中性脂肪値との関係性はみられなかった。Luseogliflozin 内服にて肝機能・肝硬度値に軽快を認めた症例を経験した。しかし今回の検討では全例が男性であり脂肪肝が比較的軽度の症例も含まれていたこと、治療開始前に脂肪肝への影響を予測できる因子が同定できなかったことから、今後も症例の蓄積を続けたい。

10 Lorazepamによる薬物性肝障害の1例

消 荒井 俊夫¹、小木 一豊¹、岡本 まさ子¹、村田 暢宏¹、本田 優希²、藤岡 高弘³
¹上野原市立病院 内科、²練馬光が丘病院 総合診療科、³練馬光が丘病院 肝臓内科

症例は 51 歳男性。他院精神科に鬱病にて通院中。201x 年 7 月 x 日に黄疸、皮膚の掻痒感が出現し当院内科を紹介受診した。前医から同年、2 月より新たに処方された Lorazepam を含む抗うつ薬を 6 種類内服していた。また、黄疸出現前にサプリメントの服用、ジビエの喫食、飲酒量の増加はなく、海外渡航歴もなかった。入院時血液検査では AST250、ALT99、LDH358、ALP974 γ -GTP262 を示し、各種ウイルスマーカー、自己抗体は陰性で、腹部超音波検査、腹部造影 CT、腹部 MRCP 検査にて肝胆道系に閉塞起点はなかった。薬物性肝障害を疑い被疑薬を全て中止したところ肝機能は改善し、また、DLST 試験では被疑薬の内、Lorazepam が陽性であり、薬物性肝障害のスコアリングは 8 点であった。以上のことから Lorazepam による急性型薬物性肝障害と診断した。本剤はベンゾジアゼピン系向精神薬として広く用いられるが、薬物性肝障害の報告はこれまで医学中央雑誌上ない。臨床で貴重な症例と考えられたためここに報告する。

11	根治的肝細胞癌治療後にAFP上昇を認め、 抗ウイルス治療により速やかに低下したC型肝炎の1例
消	田村 康 ¹ 、早川 雅人 ¹ 、五十嵐 正人 ¹ 、高橋 澄雄 ¹ 、大矢 洋 ² 、加藤 崇 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 消化器内科、 ² 厚生連新潟医療センター 消化器外科、 ³ 厚生連新潟医療センター 病理部

【症例】60歳男性【主訴】C型肝炎治療目的【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年3月にAFP高値を指摘され当科紹介受診。AST 117 IU/L、ALT 128 IU/L、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。画像検査にて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。肝予備能良好であり、4月にS5病変を含む拡大肝左葉切除を施行。病理では低分化肝細胞癌による門脈臍部腫瘍充満とS5に10mmの低分化+中分化肝細胞癌を認めた。術後の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、6月、7月に2回の肝動注化学療法を施行した。一方、肝切除後もAFPは持続上昇し、10月には2839ng/mlとなった。US、PET-CTなど各種画像で明らかな肝細胞癌再発を認めず、12月からDAA(レジパスビル/ソホスブビル)による抗ウイルス治療を施行。X+1年7月現在、AFPは9ng/mlまで低下、HCV-RNAは陰性を維持している。【考察】術後のAFP持続上昇を伴う肝細胞癌再発高リスク症例であるが、AFP-L3分画は術後6%未満を維持していた。各種画像検査で明らかな肝細胞癌再発は認めず、DAAによる抗ウイルス治療を施行した。術後AFP上昇の原因は不明だが、肝再生期間における抗癌剤治療の影響が一因と推測している。【結語】肝細胞癌治療後にAFPの上昇を呈し、抗ウイルス治療により速やかな低下を認めたC型肝炎の1例を経験したので報告する。

12	C型肝炎に対するDAA治療にてHCV-RNA陰性化後に 一過性陽性を示すもSVRが得られた2例
消	今井 径卓、石川 達、大脇 崇史、佐藤 裕樹、野澤 優次郎、佐野 知江、岩永 明人、 関 慶一、本間 照、吉田 俊明 済生会新潟第二病院 消化器内科

【目的】C型肝炎疾患に対する抗ウイルス療法におけるHCV-RNA測定方法としてリアルタイムPCR法が広く用いられている。通常、HCV-RNA陰性化後に再度陽性を示す場合、再燃と判断されることが多いが、稀に一過性陽性を示すもSVRに至る例が存在する。今回我々は、直接作用型抗ウイルス薬(DAA)治療によってHCV-RNA陰性化後に一過性陽性を示すも最終的にSVR 24が得られた2例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例1】59歳男性。genotype 1型、高ウイルス量、Peg-IFN + RBV併用療法による再燃例。Ombitasvir(OBV)/Paritaprevir(PTV)/Ritonavir(r)療法を開始し、4週後にHCV-RNAが陰性化、12週後(治療終了時)に一過性陽性を示すも、16週後に再度陰性化した。最終的にSVR 24が得られ、SVR 1年経過後もRNA陰性を維持している。【症例2】80歳男性。genotype 1型、高ウイルス量、初回治療例。Ledipasvir(LDV)/Sofosbuvir(SOF)療法を開始し、8週後にHCV-RNAが陰性化、12週後に一過性陽性を示すも、16週後に再度陰性化し、最終的にSVR 24を達成した。【考察】HCV-RNAが一過性陽性を示した機序として、体内に残存していた少量のHCV-RNAが血中で一時的に検出されるも増殖に至らなかった可能性などが考えられたが、リアルタイムPCR法が偽陽性を示した可能性も完全には否定できない。【結語】HCV-RNA陰性化後に一過性陽性を示す例があるため、再燃の有無を含めた治療効果判定は慎重に行う必要があると考えられた。

13 バイポーラ型電極針を用いたRFAにより穿刺部2カ所にIII度熱傷を生じた1例

消研

大越 麻理奈、今井 径卓、石川 達、大脇 崇史、佐藤 裕樹、野澤 優次郎、佐野 知江、
岩永 明人、関 慶一、本間 照、吉田 俊明

済生会新潟第二病院 消化器内科

【緒言】ラジオ波焼灼療法（以下RFA）は肝細胞癌に対する優れた局所療法として広く普及している。一般的に低侵襲で合併症発生率は高くないが、RFAに伴う熱傷の報告も散見される。今回我々は、バイポーラ型電極針を用いたRFAにより穿刺部2カ所にIII度熱傷を生じた1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は82歳女性。C型肝硬変にて近医フォローされていたが、MRIで肝S3に20mm大のHCCを指摘されて当科紹介受診、Child Aであったが、他合併症からRFAの方針となった。病変はS3肝表に突出しており、直接穿刺は播種ならびに出血の危険性が高いと考え、オリンパス社製のバイポーラRFAシステムCelon POWER(3cm-15cm)を2本使用し、病変を挟むように2ヶ所より穿刺してRFAを施行した。術後7日、CTで同病変右側の焼灼が不十分と考え、Covidien社製のCool-tip RFAシステム(3cm-15cm)を用いて再度RFAを施行した。術後12日、バイポーラRFAの穿刺部2ヶ所におのみにIII度熱傷と考えられる皮膚潰瘍を認め、皮膚科によるスルファジアジン銀クリーム塗布などの加療を受け、上皮化までに約3ヶ月を要した。【考察・結語】RFAに伴う熱傷には穿刺部熱傷と対極板熱傷とが存在し、穿刺部熱傷では主に穿刺針の絶縁被膜損傷による熱傷が報告されている。本症例では穿刺針自体には異常を認めず、皮膚潰瘍はRFA終了時の穿刺ルート焼灼の際に生じたと考えられた。肝表病変に対し、バイポーラ型電極針による加療が今後増えていく可能性があるが、本症例のような合併症を充分理解する必要性がある。

14 難治性肝性胸水に対し非侵襲的陽圧換気療法(NPPV)併用下にて繰り返し胸膜癒着術を実施し寛解が得られた1例

消

稲場 淳、雄山 澄華、西条 勇哉、岡村 卓磨、藤元 瞳、細川 洋、手島 憲一、横澤 秀一、
山本 智清、新倉 則和、五十嵐 亨、清澤 研道、薄田 誠一

相澤病院 消化器内科

【症例】50代、男性。【主訴】呼吸苦。【現病歴】X-2年より飲酒量が急増し他院でアルコール依存症、アルコール性肝硬変(Child Pugh C)と診断された。飲酒量は缶酎ハイ2500ml/日。X年6月中旬に呼吸苦を自覚し当院受診。精査目的に実施した胸部CT検査では右胸水貯留を認め胸腔試験穿刺にて500mlの血性胸水を吸引した。アルコール性肝硬変を背景として右側のみに貯留する胸水であり肝性胸水と診断し入院となった。【入院後経過】第1病日に呼吸苦解除のため右胸腔にドレーンを挿入。排液量は2500~4000ml/日で推移し、第5病日より利尿薬(フロセミド20mg+スピロラクトン50mg)内服を開始したが排液量は減少せず第7病日、第14病日にピシバニール10KEで胸膜癒着を試みた。しかし排液量の改善には至らず、第21病日にNPPV併用下にて胸膜癒着術を実施した。その後も8時間/日のNPPV使用を続け排液量は1500ml/日まで減少した。第29病日にミノサイクリン塩酸塩300mg注入したところ排液量は800ml/日まで減少した。第36病日、第43病日にそれぞれタルク4g使用にて胸膜癒着術を実施したところ、第50病日には排液量330ml/日まで減少した。同日に実施した胸部CT検査では胸膜の大部分が癒着し胸水貯留は少量であった。第53病日に胸腔ドレーンをクランプし第56病日に胸部Xp検査を実施したが胸水貯留の悪化なく第57病日に胸腔ドレーンを抜去した。第61病日に実施した胸部CT検査では若干の腹水貯留を認めるものの胸水の増量なく呼吸苦もなく経過し第73病日に退院となった。【考察】肝性胸水は非代償期肝硬変などの腹水貯留症例で横隔膜筋接合部に小孔が形成され胸腔内陰圧により腹水が吸引され生じる病態である。NPPV併用での胸膜癒着術は胸腔腹腔の圧較差を減らすことで胸腔内への腹水流入を減らし癒着剤の希釈も防ぐことができ肝性胸水に有用な治療法と考えられた。

15 当院におけるカプセル内視鏡検査の現状： 消化管出血と抗血栓薬内服の関連についての検討

内

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

【目的】当院では2011年7月よりGiven Imaging社のPillCam SB2を使用し、カプセル内視鏡検査 (capsule endoscopy: CE) を行っている。当院のCEの現状を検討し、消化管出血と抗血栓薬内服の関連について考察した。
【対象】2011年7月から2017年8月に当院でCEを行った109症例(129件) 【結果】結果1：CE施行理由は、原因不明の消化管出血 (obscure gastrointestinal bleeding: OGIB) が53件(41%)と最も多く、次いで、貧血が21件(16%)であった。以下、炎症性腸疾患精査、CTでの小腸異常指摘等の理由が続いた。結果2：OGIBに対し、CEを含めた検査で出血源精査を行った53件のうち、出血源がCEで判明したものが25件(47%)、CE以外で判明したものが8件(15%)、最終的に判明しなかったものが20件(38%)であった。判明した出血源で最も多かったのは、小腸angiodysplasia(10件)であった。結果3：臨床症状または検査結果により消化管出血と診断された52症例(抗血栓薬内服なし35例、あり17例)について、抗血栓薬内服との関連について検討を行った。CE後に再出血を認めたのは、抗血栓薬内服なしの群で8例(23%)、内服ありの群で7例(41%)であった(統計学的に有意差なし)。また、抗血栓薬内服ありの17例中、初回CE後、14例で抗血栓薬が継続され(A群)、1例で抗血栓薬剤が変更され(B群)、2例で抗血栓薬が中止された(C群)。A群14例中、6例がその後、再出血した。この6例中1例は再出血後に抗血栓薬が中止され、その後、再出血はなかったが、一過性脳虚血発作(TIA)を発症した。B群1例に再出血はなかった。C群2例では、その後、1例が再出血し、もう1例は再出血はなかったが、脳梗塞を発症し死亡した。結果的に抗血栓薬を中止した3例中、1例はTIAを、1例は脳梗塞を発症した。ABC群全17例中、この2例以外に血栓症発症は認めなかった。【結語】消化管出血診療におけるCEの有用性が確認されるとともに、抗血栓薬内服中の消化管出血症例への対処の難しさが再認識される結果であった。

16 オクトレオスキャン及び小腸内視鏡で術前範囲診断しえた 回腸多発カルチノイドの1例

消

富永 顕太郎¹、酒井 規裕¹、安住 里映¹、坂牧 僚¹、水野 研一¹、本田 穰¹、上村 顕也¹、
横山 純二¹、山際 訓¹、寺井 崇二¹、中野 雅人²、田島 陽介²、島田 能史²、亀山 仁史²、
若井 俊文²、岩淵 三哉³、梅津 哉⁴、阿部 達也⁵、アネンコフ アレクセイ⁵、味岡 洋一⁵
¹新潟大学医歯学総合研究科 消化器内科、²新潟大学 消化器外科、³新潟大学医学部 保健学科、
⁴新潟大学医歯学総合病院 病理部、⁵新潟大学 臨床病理学分野

小腸カルチノイドは、本邦では全消化管カルチノイドの4.3%とされる稀な病態である。特異的な症状がなく、通常の内視鏡検査では診断が困難である一方で、他の消化管カルチノイドに比べ悪性度が高く、診断時には高率に転移を伴う。さらには15～40%の症例で多発病変を認め、術前では5%前後の正診率と報告され、その存在、病期の診断が困難な病態である。今回、我々はオクトレオスキャン及び小腸内視鏡が術前範囲診断に有用であった回腸多発カルチノイドの1例を経験した。症例は60歳、女性である。繰り返す下血に対して上下部内視鏡、CT、出血シンチグラフィーを施行するも出血源は不明で、精査・加療目的に当科を紹介受診された。カプセル内視鏡で、回腸にびらんを伴う粘膜下腫瘍様隆起が散見された。ソマトスタチン受容体を持つ神経内分泌腫瘍の評価に有用とされるオクトレオスキャンでは、小腸に集積を認め、カルチノイドが示唆されるも、詳細な局在や腫瘍個数の評価は困難であった。明らかな遠隔転移は認めなかった。バルーン内視鏡を用いた全小腸の観察により、パウヒン弁から約50-150 cmにかけての回腸に10 mm以下の同様の病変を9病変認め、生検でカルチノイドと診断した。カルチノイド症候群を示唆する身体所見はなく、軽度の貧血を認めるほかは、血清セロトニン値、尿中5-HIAA、腫瘍マーカーともに基準範囲内であった。小腸内視鏡検査結果に基づき、回腸多発カルチノイドの診断で小腸部分切除・リンパ節郭清術を施行した。術後病理組織診断では最大径10 mmのカルチノイド腫瘍を14病変認め、リンパ節転移を伴っていた。内視鏡的病変数と術後標本の肉眼的腫瘍数は一致し、バルーン内視鏡による診断の有用性が示唆された。一方、内視鏡や肉眼的には指摘不可能で、組織学的にのみ指摘可能な微小病変も存在した。本症例は、オクトレオスキャン及び小腸内視鏡による全小腸観察により、無症候性の多発小腸カルチノイドを正確に術前範囲診断しえた貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

17

緊急造影CTにてextravasationを認め、出血源を局在診断し得た回腸憩室出血の1例

消研

藤崎 真也、相場 恒男、森田 真一、弥久保 俊太、木村 淳史、川田 雄三、大崎 暁彦、佐藤 宗広、米山 靖、古川 浩一、和栗 暢生
新潟市民病院 消化器内科

【症例】70代後半男性。【既往歴】慢性腎不全にてA病院で維持透析中(隔日3日間/週)。発作性心房細動があるが抗血栓療法は行っていない。【現病歴】20XX年3月下旬血便にてA病院入院し、輸血を行ったが貧血進行したため、入院8日目(4月上旬)に転院搬送され、当科に入院した。入院時造影CTで上行結腸主体に憩室が散在していたが、extravasationは認めなかった。大腸憩室出血と診断し、輸血と補液で保存的に加療した。入院3病日には血便は軽快し、貧血も改善したため、9病日に退院した。退院後血便は認めなかったが、退院26日後に血便が1日4回あった。その2日後に当院受診し、同日再入院となった(5月上旬)。上行結腸憩室からの再出血と考え、保存的加療を開始した。入院2～3病日には血便は落ち着き、5病日に経口洗腸剤による前処置にて全大腸内視鏡(TCS)を行った。上行結腸遠位部主体に憩室が散見されたが、観察範囲に出血は見られなかった。終末回腸はスコープのたわみで挿入できなかった。病棟帰室後のTCS約2時間後に鮮血便を来したが、バイタルサインは落ち着いていた。緊急造影CTを行う方針とし、血便出現約1時間後に行った。終末回腸に憩室を認め、同部位から終末回腸内腔に造影剤のextravasationが見られた。憩室は筋層を欠いた仮性憩室と考えられ、腸間膜付着側に位置していた。出血源と診断したが、バイタルサインは安定しており、保存的に経過をみる方針とした。しかし、その後も血便が遷延し、貧血の進行も来したため、輸血の追加を必要とした。手術適応と考えられ、15病日に消化器外科にて回盲部切除術を施行した。【考察】メックル憩室を除く回腸憩室は小腸憩室の中では比較的稀とされる。腸間膜付着側に好発する仮性憩室が大部分とされ、本例と一致していた。一方、造影CTで造影剤のextravasationが描出されるには0.5mL/分以上の出血量が必要とされる。血便出現後の緊急造影CTにて回腸憩室からのextravasationが捉えられ、局在診断し得た貴重な症例として報告する。

18

ガストログラフィンによる駆虫を明確にとらえられた日本海裂頭条虫症の1例

消

平野 拓己、小島 英吾、永村 良二、田代 興一、松村 真生子
長野中央病院 消化器内科

【症例】52歳、女性【主訴】排便時にパスタ様の白色異物を排出【既往】なし【現病歴】2017年1月末にほとんど加熱していないサケを摂取した。2月初旬から軟便傾向であった。2月末の排便時にパスタのような幅2～3mm、長さ10cm程度の白色の異物が排出されたため当院を受診した。寄生虫症を疑い、虫卵検査を施行したところ、直接塗抹法にて無数の虫卵が観察され、虫卵の形状から条虫症が疑われた。3月に十二指腸ゾンデを挿入し、ガストログラフィンによる駆虫を試みた。ガストログラフィン150mlを投与し、下部小腸が造影されたところで虫体が確認された。腸管蠕動により虫体が流される様子が明瞭に観察され、直腸まで移動したのを確認した。その後ムーベン500mlを服用したところ虫体が排出された。COX1遺伝子の塩基配列解析により、日本海裂頭条虫症と診断した。ガストログラフィンによる駆虫後、念のためプラジカンテル内服による駆虫を追加したが、虫体の排出はなかった。駆虫1か月後および2か月後の虫卵検査は陰性で駆虫成功と判断した。【考察】日本海裂頭条虫症は本邦で経験する条虫症の中で最多である。第1宿主ケンミジンコ、第2宿主をサケ属魚類とし、ヒトは終宿主である。ヒトへの感染は日本海裂頭条虫症に感染したサケ属魚類を刺身や加熱不十分な状況で摂取した場合に成立し、ヒトの小腸内で発育する。治療法は従来からガストログラフィンによる駆虫とプラジカンテル内服による薬物治療の有効性が報告されている。ガストログラフィンによる駆虫率は約78%とされ、これのみでは不成功であった報告例も多いが、本例ではガストログラフィンにより小腸内の虫体が十分に観察され、駆虫した様子を動画に記録し得た。虫体をほぼ損傷のない状態で排出でき、遺伝子解析も含めた診断が得られた貴重な症例と考えられたため若干の文献的考察を含め報告する。

19

6-メルカプトプリンによる発熱性好中球減少症および脱毛を呈したクローン病の1例

消研

天野 博之¹、高岡 慎弥¹、小嶋 裕一郎¹、弘津 陽介²、芦澤 浩¹、吉村 大¹、中込 圭子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山梨県立中央病院 ゲノム解析センター

症例：32歳女性。主訴：腹痛、痔瘻。現病歴：数ヶ月前より繰り返す腹痛および難治性痔瘻あり、精査加療目的に当科紹介。大腸内視鏡検査では終末回腸および全大腸に不整形潰瘍の多発あり、カプセル内視鏡検査でも空腸および回腸に類円形潰瘍の多発を認めた。病理所見で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め、小腸大腸型クローン病と診断し、インフリキシマブおよび6-メルカプトプリン(6-MP)を開始した。また、難治性痔瘻もあり、seton法ドレナージを施行した。6-MP開始2週後、白血球 $2700/\mu\text{l}$ と低下を認め、3週後にほぼ全頭の脱毛を認め、6-MPを中止としたが、4週後に白血球 $1500/\mu\text{l}$ とさらに低下を認めた。5週後に 39°C の発熱および白血球 $1000/\mu\text{l}$ (好中球 $400/\mu\text{l}$)と低値となり、発熱性好中球減少症と診断し入院加療を行った。抗菌薬およびG-CSFで改善し、退院としたが、全頭脱毛は持続していた。脱毛は6-MP中止後1ヵ月頃より徐々に改善している。クローン病の治療においてインフリキシマブ使用の際には6-MP併用が推奨されているが(NEJM. 2010 362(15): 1383-95)、アジア人において6-MPの顆粒球減少(Nat Genet. 2014 46(9): 1017-1020)および脱毛(Pharmacogenomics J. 2016 16: 280-285)にNUDT15 R139Cの変異が関与していることが報告されている。とくにホモ変異を有する場合は、早期の顆粒球減少および重度の脱毛をきたすことが報告されており、当院のゲノム解析センターにおける同SNPの解析結果もふまえて報告する。

20

EUS-FNAで診断できた脂肪肉腫の一例

消

小林 陽子¹、小林 陽子¹、吉川 成一¹、熊谷 優¹、安住 基¹、高綱 将史¹、長島 藍子¹、三浦 努¹、竹内 学¹、皆川 昌広²、谷 達夫²、谷 由子³¹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 放射線科

【はじめに】脂肪肉腫は稀な疾患で通常はCT、MRIによる画像診断が主である。今回、超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診(EUS-FNA)で術前に確定診断を得た脂肪肉腫の症例を経験したので報告する。【症例】70代女性【主訴】特になし【既往歴】虫垂炎手術、胆石にて胆摘術、糖尿病、高血圧、左乳癌術後【現病歴】左乳癌術後で当院外科で経過観察中、2014年1月のCTで右腎下極に後腹膜腫瘍を認めた。神経鞘腫等の非悪性腫瘍が疑われ経過観察としていた。2017年2月のCTで右腎下極の腫瘍は大きさ増大とともに、右前腎傍腔から肝十二指腸間膜へ腫瘍の増大あり、精査目的に当科紹介となった。【現症】体温 36°C 、腹部症状なし【検査所見】WBC 4760、CRP 0.14、Hb 14.8、Plt 19.2、BUN 16.9、CRE 0.83、CEA 1.6、CA19-9 2.0以下【画像】CTでは右腎下極周囲の軟部濃度腫瘍と脾頭部背側から肝十二指腸間膜に進展する脂肪や軟部組織の混在した粗大腫瘍を認め漸増型の造影効果を認めた。MRIではT1WIにて低信号で内部不均一でやや造影効果を示し、T2WIでは高信号中心で内部不均一、拡散強調像で高信号を示した。【EUS-FNA】肝門部に $40 \times 55\text{mm}$ 大の高エコー腫瘍を認め、経胃的に穿刺した。病理診断では高分化型脂肪肉腫であった。【経過】肝外胆管切除および右腎摘出術を施行した。腎周囲の脂肪組織から胆管周囲の脂肪組織まで広範囲にわたり腫瘍組織が進展していた。病理結果はWell differentiated liposarcoma with dedifferentiated liposarcoma、MDM2免疫染色陽性であった。【考察】脂肪肉腫は稀な疾患であるが軟部組織の悪性腫瘍の中では5~30%と最多である。一般的に脂肪肉腫は含有する脂肪成分の程度によりエコーパターンが異なるとされているが、CTやEUS等の画像のみでの診断が困難な場合があり、腫瘍の確定診断にはEUS-FNAによる検体採取が有用と考えられる。【結語】臨床では経験することが少ない脂肪肉腫の一例を経験した。本症例はEUS-FNAで術前に確定診断ができた貴重な症例と考え報告する。

21 後天性血友病A治療中にサイトメガロウイルス（CMV）関連食道炎、胃潰瘍を合併した1例

内

佐藤 聡史、岩澤 貴宏、小林 雄司、影向 一美、津端 俊介、松澤 純、夏井 正明、
渡邊 雅史、塚田 芳久
新潟県立新発田病院 内科

症例は80歳代、男性。後天性血友病Aに対しプレドニゾロン(PSL)、遺伝子組み換え活性型凝固第VII因子製剤(rFVIIa)、ランソプラゾールを投与中であつた。PSL投与9日目より黒色便が出現し、その後Hb低下も認めため、投与18日目に当科紹介となり緊急上部消化管内視鏡検査を施行。食道では全体にわたり易出血、血管透見の低下した粗ぞうな粘膜を認め、胃では幽門前庭部から前庭部にかけて多発するびらん及び類円形、大小不同の潰瘍を認め、一部は打ち抜き様の形態を呈していた。APTT延長があり生検は施行しなかつた。同日の血液検査で血中CMVpp65抗原(C10、C11)は23/32と強陽性であり、CMV感染に伴う食道炎、胃潰瘍を強く疑い、投与23日目よりGCV500mg/日による治療を開始した。投与30日目、APTT正常化、第VIII因子活性の改善を確認した上で上部消化管内視鏡検査を施行。食道粗ぞう粘膜、胃前庭部の打ち抜き潰瘍からの生検組織とともにCMV感染を示唆する核内封入体及び免疫組織化学染色でのCMV抗体陽性細胞を検出し、CMV関連食道炎及び胃潰瘍と診断した。投与38日目より抗ウイルス薬をValGCV900mg/日へ変更し2週間継続したところ、血中CMV抗原は陰性化し、3ヶ月後の上部消化管内視鏡検査で食道炎、胃潰瘍の改善を確認した。CMV関連消化管病変は悪性腫瘍、ステロイド・免疫抑制剤投与、AIDS患者など免疫機能が低下した状態でのCMV再活性化により発症する事が多いと言われている。診断は病理学的にCMVを核内に含有した核内封入体を証明すること、免疫組織化学染色でCMV抗体陽性細胞を検出すること或いはPCRやin situ hybridizationによりCMV-DNAを検出する事のいずれかが必要とされている。今回我々は後天性血友病Aに対しPSL投与中にCMV関連食道炎、胃潰瘍を合併した症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

22 放射線治療が著効し、食道肺瘻閉鎖により経口摂取可能となった食道癌の一例

消研

飯澤 瞳¹、進士 明宏¹、丸山 康弘²、小口 貴也²、五味 光太郎³
¹諏訪赤十字病院 腫瘍内科、²諏訪赤十字病院 消化器科、³諏訪赤十字病院 放射線科

症例は72歳男性。一か月前より吃逆を自覚し、近医を受診した。炎症反応高値であり、胸部CTで食道癌の穿通による肺膿瘍が疑われた。上部消化管内視鏡検査で、胸部中部食道の全周性の瘻孔を有する腫瘤と、同部からの膿汁流出を認め、精査加療目的で当院に転院となった。絶飲食及び抗生剤投与により、炎症反応は改善し、全身状態も改善した。なおCT検査で右腎癌及び膵癌合併が疑われたが、瘻孔閉鎖によるQOL改善を目指し、放射線治療を開始した(50Gy/25Fr)。治療終了7日後、食道造影検査で瘻孔閉鎖を確認し、経口摂取を少量から開始して、五分粥摂取可能となり退院となった。追加診療の希望はなく、Best Supportive Careの方針となった。医学中央雑誌及びPubMedで「食道肺瘻/esophagopulmonary fisture」と「放射線治療/radiation therapy」のキーワードで検索した範囲では放射線治療のみで食道肺瘻の閉鎖が得られた症例の報告例はなく、貴重な症例と思われ報告する。

23 内部に胃癌を合併したhamartomatous inverted polypの1例

内

佐藤 幸一¹、鈴木 宏¹、大野 和幸¹、小林 惇一¹、齊藤 博美¹、日原 優¹、横田 有紀子¹、伊東 哲宏¹、平山 敦大¹、岡村 卓磨¹、大工原 誠一¹、村中 太²、佐藤 碧³、上原 剛³、太田 浩良³、菅 智明¹、田中 榮司¹

¹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 消化器外科、³信州大学医学部附属病院 臨床検査部

症例は50歳台の女性。特記すべき既往症はない。7年前より上部消化管内視鏡検査で胃病変を指摘されていたが生検では腫瘍成分を認めず、自覚症状も無いため、近医で経過観察の方針となっていた。今回、同病変の精査加療目的にて当科へ紹介となった。胃穹隆部大弯に長径18mmの粘膜下腫瘍様の病変を認め、頂部の一部には陥凹を伴っていた。拡大観察では陥凹周囲に粘膜構造の軽度不整を認めた。EUSでは第3層に液体貯留部分と充実成分を認め、hamartomatous inverted polypが疑われた。病変の粘膜構造不整部から生検を行ったところ低分化型腺癌を含む癌成分を認めたため、リンパ節郭清を含めた腹腔鏡下胃全摘術を施行した。病理組織学的にはhamartomatous inverted polyp内に限局する胃型の腺癌であり、粘膜内病変と診断された。hamartomatous inverted polypは粘膜下異所性胃腺のうち胃粘膜と連続する嚢胞状に拡張した腺管構造を持ち、粘膜筋板に連続した平滑筋束が存在する。胃上部が好発部位であり、SMT typeとpolyp typeに分類される。医学中央雑誌の検索ではこれまでに数十例の症例報告があるが、内部に胃癌を合併した症例は2例のみである。7年前の病変発見時から緩徐に発育してきた経過があり、その形態変化においても興味深い症例と思われた。

24 びまん性胃粘膜下異所性胃腺に併存した早期胃癌の一例

消研

古谷 元宏、河口 賀彦、中田 祐紀、若菜 弘幸、白石 謙介、渡邊 光章、細村 直弘、赤池 英憲、雨宮 秀武、須藤 誠、川井田 博充、井上 慎吾、河野 寛、市川 大輔
山梨大学医学部 第一外科

胃粘膜下異所性胃腺は胃粘膜下に嚢胞状の拡張腺管を認める病態であり、胃癌との関連性が指摘されている。今回我々はびまん性胃粘膜下異所性胃腺に併存した早期胃癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は68歳の男性。3年前より上部消化管内視鏡検査にて胃体部のびまん性胃粘膜下異所性胃腺および胃体上部大弯の3cm大の粘膜下嚢胞に対して経過観察を行っていた。経過観察をしていた粘膜下嚢胞とは離れた胃体中部大弯後壁に約6mm大の0-IIc病変を認めた。生検にてpor - tub2であったが内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の適応と考え、ESDを施行した。病理組織学的所見では0-IIc、15x13mm、por、pT1b1(SM1)、UL(-)、ly(-)、v(-)、HMO、VM0であった。胃粘膜下異所性胃腺との連続性は見られなかった。低分化腺癌、SM浸潤であったため、腹腔鏡補助下胃全摘術、D1+リンパ節郭清、Roux-en Y再建を行った。病理組織学的所見では癌の遺残およびリンパ節転移はみられず、ESD癒痕部周囲の粘膜下層に異所性胃腺を認めた。また以前より経過を見ていた3cm大の粘膜下嚢胞部では特に異所性胃腺が目立ち、粘膜下腫瘍状に集簇してみられた。本症例では異所性胃腺と早期胃癌との連続性は認められず、胃粘膜下異所性胃腺が多発する胃粘膜に早期胃癌が発生したものと考えられる。しかし胃粘膜下異所性胃腺は慢性的な炎症を背景に形成されるという説があり異時性多発胃癌を発生しやすいと考えられている。本症例では、幽門側胃切除術を行った場合、切離線に胃粘膜下異所性胃腺がかかると判断し胃全摘術を行うこととなった。胃粘膜下異所性胃腺に合併した胃癌に対する術式については、異時性多発癌のリスクを考慮して決定することが必要である。

25 当院における胃瘻造設症例の特徴について

消

栗田 聡、安住 里映、青柳 智也、塩路 和彦、佐々木 俊哉、小林 正明、成澤 林太郎
県立がんセンター新潟病院 内科

【目的】日本が超高齢化社会を迎えたことで、終末期非がん患者に積極的な延命治療、とりわけ人工的水分・栄養補給法が必要か否かの議論が、昨今さかんになっている。そこで「漫然と胃瘻をつくる」ことに歯止めをかける目的で、2014年度胃瘻に関する診療報酬の改定が行われた。実際に中央社会保険医療協議会においては2013年度に比し2014年度の胃瘻造設件数は平均21.9件から20.1件へ減少したとの報告や、栄養管理指導者協議会 井上義文らによる105施設からのアンケート調査では胃瘻造設件数は2010年に比らべ、2015年は55.5%まで減少したと報告されている。そこで、当院における胃瘻造設件数の推移とともに、その特徴について検討を行った。【方法】2011年1月から2016年12月までの6年間に当院にて経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)を施行した123例を対象とし検討した。【成績】6年間の造設件数は123件であり、男性98例に対し女性25例、平均年齢68.7歳(34-90歳)であった。造設件数の推移については2011年17件、2012年22件、2013年21件、2014年22件、2015年13件、2016年28件。疾患別としては頭頸部外科領域の悪性腫瘍78例、食道がん24例、肺腫瘍7例、神経疾患8例、他6例であった。造設の目的として化学放射線治療前74例、悪性腫瘍治療後やBSC37例、神経疾患や非がん患者による嚥下障害11例、ドレーナージ2例。化学放射線治療群では頭頸部外科領域の悪性腫瘍64例、食道がん9例。頭頸部外科領域の化学放射線治療64例のうち、40例で将来的に胃瘻を抜去。また悪性腫瘍に対するCRT中に胃瘻からの経管栄養を使用することで、直前平均TP6.48g、ALB3.65gから経管栄養1か月後平均TP6.51g、ALB3.57gと栄養状態を維持しながら治療を完遂。【まとめ】当院での胃瘻症例数は2014年を境に減少することはなかった。特徴として、1. 胃瘻対象者の多くが化学放射線治療を目的としており、従って平均年齢も若い傾向にあり、原因疾患による性差を反映している。2. 頭頸部外科領域の悪性腫瘍に対する化学放射線治療群では、半数以上(62.5%)の症例で、将来的に胃瘻抜去が可能であった。

26

肺癌術後、早期大腸癌内視鏡治療後に出現した尾状葉の肝転移に対してEUS-FNAで原発巣を診断し得た一例

消專

茂木 聡子¹、岡 宏充¹、堂森 浩二¹、本田 穰¹、佐藤 明人¹、福原 康夫¹、渡辺 庄治¹、小林 由夏²、木村 陽介³、富所 隆¹、吉川 明¹¹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 腫瘍内科、³長岡中央総合病院 呼吸器内科

【症例】80代女性。2014年12月に肺腺癌に対して右中葉切除、ND2a-1を施行。病理結果はpT3(pm1)N0M0、StagellB、EGFR変異陽性であった。術後化学療法は施行されず呼吸器外科で経過観察されていた。2016年5月にS状結腸の早期大腸癌に対しEMR施行。病理結果はtub2、sm2(1800μm)、ly0、v0、pHM0、pVM0、pStage Iであった。追加切除の希望なく、経過観察の方針となった。2016年12月のCTで肝尾状葉に25mm大の腫瘤の出現を認め、病期を考慮し肺癌の肝転移と判断され、2017年2月からGefitinib単剤療法を開始された。2ヶ月後のCTで肝転移は42mmに増大し、PDと判定。EGFR変異陽性例にも関わらずGefitinibが無効であったため、大腸癌の肝転移の可能性も疑われ、肝転移巣からの組織採取が必要と判断した。尾状葉に位置しており経皮的には肝生検は困難であったため、EUS-FNAの方針とした。胃内から22G針で3回穿刺した。病理結果は、adenocarcinoma、CK7(-)、CK20(+)、TTF-1(-)、EGFR変異陰性であり、大腸癌肝転移と診断した。6月末よりCapecitabine単剤療法開始し、手術も念頭に経過観察中である。【考察】癌治療歴が複数ある症例において、異時性に出現した転移巣の組織診断の意義は高く、治療方針に大きく関わる。肝内病変に対するEUS-FNAの位置付けはまだはっきりしていないが、本症例の様に経皮的な生検が困難な場合には、安全で有用な手段となり得ると思われる。

27

アルコール性肝硬変を背景とした食道静脈瘤に対して内視鏡治療後、低酸素血症が顕在化し肝肺症候群と診断された一例

消研

今村 峻輔¹、柴田 壮一郎¹、柴田 景子¹、徳竹 康二郎¹、丸山 雅史¹、藤沢 亨¹、森 宏光¹、松田 至晃¹、和田 秀一¹、倉石 博²¹長野赤十字病院 消化器内科、²長野赤十字病院 呼吸器内科

【症例】70歳代男性。【現病歴】これまで日常生活で呼吸苦は認めていなかった。X-2年にアルコール性肝硬変を背景とした肝細胞癌を発症し、肝動脈化学塞栓術を施行したが不応であったため、定位放射線療法を開始された。定位放射線療法施行中に右上肢麻痺を認め、*Peptostreptococcus spp.*による脳膿瘍と診断され、脳膿瘍ドレナージ術及び抗生剤投与にて改善した。X年6月に施行した上部消化管内視鏡検査にて食道静脈瘤の悪化を認め、治療適応と考えられ7月に入院となった。【経過】入院時SpO₂: 90%(室内気)であった。入院翌日に内視鏡的食道静脈瘤結紮術を施行したが、術中に低酸素血症を認め、O₂ 5l/min投与下で施行した。術後も低酸素血症が持続し、O₂ 3l/min投与下でSpO₂: 93%程度で推移していたが、労作時は呼吸苦が生じ、容易にSpO₂: 80%台に低下した。造影CTでは肺血栓塞栓症や肺炎は認めず、肺気腫や間質性変化はX-2年時と同様であった。また心臓超音波検査では心機能の低下は認めず、肺高血圧症を疑う所見も認めなかった。呼吸機能検査は正常であった。また肺血流シンチにてシャント率は26%であり、また本来集積しないはずの脳や両腎に集積を認めることから肝肺症候群と診断された。在宅酸素療法を導入し退院となった。【考察】肝肺症候群は慢性肝疾患の存在下で肺血管拡張によって誘発される動脈血酸素化の障害を特徴とする疾患であり、本例では脳膿瘍の既往もあり以前より肺内シャントが存在していた可能性が高いと考えられた。【結語】本例は内視鏡治療後に低酸素血症が顕在化しており、内視鏡治療による軽度の血流変化が呼吸状態に多大な影響を及ぼした可能性がある教訓的症例と考え報告する。

下大静脈腫瘍栓 (IVC-TT) 及び遠隔転移を伴う巨大肝細胞癌に対して集学的治療を施行した1例

消研

夏井 一輝、福原 康夫、茂木 聡子、堂森 浩二、岡 宏充、本田 穰、佐藤 明人、
渡辺 庄治、小林 由夏、富所 隆、吉川 明

長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

【症例】74歳、男性。糖尿病の治療中であり、2年前には脂肪肝と診断されていた。約1ヶ月前から食欲不振と右側腹部痛を自覚し、近医で肝機能異常の出現を指摘されて2017年6月に紹介受診した。dynamic CTで下大静脈腫瘍栓 (IVC-TT) 及び多発肺転移と骨転移を伴う肝右葉の13cm大の肝細胞癌を認め、ソラフェニブ400mgの先行投与を開始した上で治療目的に入院した。2017年7月に右肝動脈、A4及び右下横隔動脈からBland TAEを施行したところ、肝内腫瘍の大部分が壊死したが中肝静脈から下大静脈に進展する腫瘍栓に対する効果は限定的であった。TAEの14日後からIVC-TTに局限して放射線照射(総線量50Gy)を開始。2017年8月に再度血管造影を施行し、IVC-TTの腫瘍血管として関与が認められた右肝動脈、左肝動脈、右下横隔動脈の全てに対してmiriplatin計120mgを用いてTACEを施行した。一連の治療に伴う有害事象は認められず、放射線照射終了時のCTにおいて肝内病変はTE3、IVC-TTはTE4の治療効果が得られた。【考察】IVC-TTを伴う肝細胞癌は肺転移や肺塞栓症が高頻度に認められ予後は極めて不良であり、突然死のリスクもあるためoncologic emergencyと捉えて迅速に対応すべきとされている。肝癌診療ガイドラインでは肝外転移を有するChild-Pugh分類Aの症例に対しては全身化学療法が推奨されているが、本症例ではIVC-TTの局所制御と横隔膜下に突出する原発巣の破裂防止が予後改善に寄与すると判断したため、ソラフェニブの投与に加えてTACEと放射線照射の併用を行った。IVC-TTに対するTACEの適応や成績は明らかではないものの奏功例における予後改善の報告が散見されており、動静脈短路を通過した塞栓物質や腫瘍栓の遊離による肺塞栓のリスクを十分考慮した上で、その適応を積極的に検討すべきと考えられる。【結語】IVC-TT及び遠隔転移を伴う巨大肝細胞癌に対する集学的治療が奏功している1例を経験した。TACEと放射線照射の併用によるIVC-TTの局所制御がQOLの改善に有効であったと考えられ、文献的報告を含めて報告する。

プロキシマル・サイドホール・マイクロバルーンカテーテルを用いてバルーン下肝動脈塞栓術を行った肝細胞癌の1例

消専

大脇 崇史¹、石川 達¹、今井 径卓¹、佐藤 裕樹¹、野澤 優次郎¹、佐野 知江¹、岩永 明人¹、
関 慶一¹、本間 照¹、吉田 俊明¹、根本 健夫²、武田 敬子²

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

【背景】バルーン下肝動脈塞栓術(B-TACE)は、通常の肝動脈塞栓術(TACE)不応例や難渋例に対しても新たな治療法として期待される。当科では2012年1月よりB-TACEを導入し、その有用性を報告してきた(PLos One 2014)。今回、プロキシマル・サイドホール・マイクロバルーンカテーテルが開発され、マイクロカテーテルでは挿入不可能な分岐形状や超細径の血管にも薬液の注入が可能となり、不要な部分への薬剤注入やTACEを回避できるようになった。プロキシマル・サイドホール・マイクロバルーンカテーテルを用いてB-TACEを行った肝細胞癌(HCC)の1例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性。アルコール性肝硬変を背景としたS4再発のHCC症例。腫瘍は中肝動脈の起始部から分岐する微細な血管より栄養されていた。そこで中肝動脈に同カテーテルを挿入し、サイドホールが栄養血管より近位側となる位置でバルーンを拡張した後、ミリプラチンを注入した。TACE後のCTでは腫瘍へ選択的に良好なリピオドール集積を認めた。【考察】解剖学的に選択が困難な血管からTACEを行う場合に、同カテーテルが有用であった症例を経験した。しかし、追従性が悪くカテーテル挿入に難渋した点、並びにHand Injectionでの造影しか不可能である点など改善の余地がある。今後、有効性や安全性についてさらなる検討の上、手技を確立する必要がある。

消研

吉田 侑真¹、吉村 大¹、小嶋 裕一郎¹、芦澤 浩¹、中込 圭子¹、高岡 慎弥¹、細田 健司¹、鈴木 洋司¹、望月 仁¹、山本 健夫²、小俣 政男¹

¹山梨県立中央病院 消化器内科、²山梨県立中央病院 化学療法科

症例は77歳女性。X-1年6月頃より四肢のしびれを認め、脊柱管狭窄症の診断で腰椎、頸椎の手術を施行されていた。11月頃より咳嗽、腹部膨満を主訴に前医を受診し、胸腹水を認めた。フロセミド80mg/日にて改善せずX年1月に前医入院となり、甲状腺機能低下症を認めたためチラーゼン補充を行い一時的に改善を得たが、再度腹水は増加した。3月よりトルバプタンを開始したが、腹水は改善せず、血管内脱水から腎前性腎不全を認めるようになった。難治性腹水の精査加療目的にX年4月下旬に当院転院となった。腹水は漏出性であり、末梢神経障害、甲状腺機能低下、肝脾腫、高IgA血症を認めたため、Crow-Fukase症候群を疑い当院血液内科を受診した。1)神経伝達速度の低下、2)血清VEGFの高値、3)M蛋白血症を認め、診断基準の大基準3項目および小基準を満たし確定診断となり、同症候群による腹水と考えられた。5月下旬より低用量レナリドミド+デキサメタゾン療法を開始し、徐々に腹水貯留は改善し、腹水穿刺の回数も減少した。甲状腺機能低下症や四肢のしびれも改善し、体重も入院時と比較し12kg減少した。リハビリのため転院となり、その後自宅で生活されている。腹水症の原因は肝硬変、癌性腹膜炎等多岐に渡るが、原因が特定できない場合消化器内科で精査を行う事も少なくない。Crow-Fukase症候群は多発性神経炎、臓器腫大、内分泌異常、M蛋白、皮膚色素沈着などを主症状とする疾患であり、VEGFの過剰産生に伴い難治性の胸腹水を伴うことが知られている。今回我々は難治性腹水を契機としてCrow-Fukase症候群と診断した1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

31 自己免疫性肝炎に自己免疫性溶血性貧血を合併した1例

消研

弘中 智子¹、吉澤 要¹、森田 進¹、原 大地¹、浅野 純平¹、藤森 一也¹、滋野 俊¹、前島 俊孝²、関口 和³¹信州上田医療センター 消化器内科、²信州上田医療センター 臨床検査科一病理診断科、³信州大学医学部附属病院 信州がんセンター

症例は56歳、女性。X-13年から肝障害を認め、脂肪肝としてUDCA投与を受けていた。X-9年には糖尿病を発症し、メトホルミン投与を追加された。同年、抗核抗体x40、IgG高値のため、肝生検を施行。リンパ球、形質細胞浸潤と線維化F3の慢性活動性肝炎であり、HLA-DR4陽性で自己免疫性肝炎(AIH)と診断(改定国際診断基準: 確診score 17)し、プレドニゾン(PSL)投与を開始した。肝障害は改善するも糖尿病が悪化したため、本人の強い希望もありX-4年にPSLは中止し、UDCAのみで経過をみていた。X-2年には汎血球減少を認めたが骨髓には明らかな異常を認めず、脾機能亢進症が疑われた。X年4月、知人から皮膚黄染を指摘され、息切れ症状も出現したため来院した。それまでは総ビリルビン(T.Bil) 2前後であったが、T.Bil 10.4、直接ビリルビン(D.Bil) 4.1と間接ビリルビン(I.Bil)優位、Hbは 8前後から4.7まで低下していた。網状赤血球の増加、LDH高値、ハプトグロビン低下、直接クームス陽性、間接クームス陰性等より自己免疫性溶血性貧血(AIHA)の合併と診断した。PSL 50 mg/day投与を開始したところ、Hbは前値である8前後まで回復、網状赤血球は低下傾向となった。T.Bil、I.Bilは低下してきたがD.Bilの低下はわずかであった。NH3高値、肝性脳症、難治性の腹水出現など肝不全は悪化、X年8月死亡した。AIHは自己免疫性疾患の合併が多いことは認められているが、AIHAの合併は0.4%(4/1056例)との報告がある。ともにその発症に自己免疫機序が想定されているが、詳細は不明である。本邦、および海外の報告例の考察を加えて報告する。

32 急な黄疸を認めたPBCの1例

消

原井 正太、佐藤 光明、中嶋 奈津子、松田 秀哉、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 第一内科

症例は51歳、女性。健診で脂質異常症、肝機能障害を指摘され近医受診。γ-GTP 211U/L、AST 172U/L、ALT 244U/L、T-Cho 266mg/dL、LDL-C:183mg/dL、TG 176mg/dL、飲酒量はエタノール換算で約40g/日、BMI:28.3であった。禁酒指導、ロスバスタチン内服開始。抗ミトコンドリアM2抗体246indexであり原発性胆汁性胆管炎(PBC)も疑われ当院紹介。健診3か月後の当院初診時の血液検査はγ-GTP 77U/L、ALP 275U/L、AST 53U/L、ALT 67U/L、T-Cho 176mg/dL、LDL-C:117mg/dL、TG 103mg/dLと改善傾向を認めた。腹部超音波検査では肝の異常所見を認めず、Fibroscanでも線維化の進展はなかった。IgG:1910mg/dL、IgA:315mg/dL、IgM:189mg/dL、抗核抗体<40倍、抗ミトコンドリア抗体 20倍、抗ミトコンドリアM2抗体265indexであり、肝生検は同意されなかったがPBCの合併も考えウルソデオキシコール酸(UDCA)600mgを内服開始。スポーツジムでの運動をはじめ10か月後には肝胆道系酵素、脂質は正常化したため内服中止されて経過観察となった。4か月後、倦怠感、黄疸で当院再紹介。T-Bil 14.8mg/dL、D-Bil 11.6mg/dL、γ-GTP 100U/L、ALP 432U/L、AST 868U/L、ALT 629U/Lと高度の黄疸と肝障害を認めた。ウイルス性、アルコール性、薬物性肝障害、閉塞性黄疸は否定的であった。IgG 2302mg/dL、IgM 401 mg/dL、抗核抗体160倍、抗ミトコンドリア抗体 20倍、抗ミトコンドリアM2抗体358indexであり診断のため肝生検施行。Interface Hepatitis、ロゼット形成、形質細胞浸潤がありAIHの典型例であった。AIH簡易スコア、国際診断スコアともに確診であった。また胆管の減少も認め、Paris criteriaからPBC+AIHオーバーラップ症候群と診断した。AIHの重症度は中等症でありUDCA+プレドニン(PSL) 0.8mg/kg(50mg/day)を開始した。速やかに黄疸、肝障害は改善しPSLを漸減しながら現在正常範囲まで改善している。PBCとAIHのオーバーラップ症候群は10-20%との報告があるが確立した診断基準がなく詳細は不明である。本症例は無症候性PBCにAIHが急性発症した非常に重要な症例と考えられ、文献的考察を含めて報告する。

33 ステロイド投与により黄疸の改善を認めたPSCの1例

消專 保坂 亮介、小澤 真希子、芦原 典宏、栗林 直也、倉石 康弘、中村 晃、渡邊 貴之、伊藤 哲也、村木 崇、田中 榮司
信州大学医学部附属病院 消化器内科

症例は60歳代女性。2016年8月、かかりつけ医の定期血液検査で肝胆道系酵素の上昇を指摘された。薬物性肝障害が疑われ被疑薬を中止し経過観察したが、その後も肝胆道系酵素は上昇し黄疸も伴ったため前医へ紹介となった。CTで3管合流部から肝門部胆管にかけての壁肥厚と肝内胆管拡張を認めた。胆管造影では3管合流部から肝内胆管に狭窄を認め外側区へENBDチューブを留置した。胆管生検では明らかな悪性所見を認めなかったが胆汁細胞診がClass 3であったことから胆管癌が疑われ当院へ転院となった。当院のCTでは前医の胆管狭窄所見に加え肝門部周囲の肝実質に不均一な増強効果が顕著となっており、胆管造影では胆管狭窄部に偽憩室様の所見を認めた。複数回の胆管生検でも腫瘍を認めず、胆管像からはPSCが鑑別の上位となり、CTで肝実質に強い炎症所見を認めたこと、腹部症状として嘔気・心窩部不快感を伴っていたことからPSL 50mg/日 (1mg/kg) を導入した。PSL 導入前のT-bilは15mg/dl台であったがPSL 導入1週間後には5mg/dl台に改善し腹部症状も消失した。PSLは2週毎に漸減したがT-bilの再上昇はなくPSL 導入1ヶ月後には正常化した。PSL 導入後、CTで認めた肝門部周囲肝実質の不均一な増強効果は消失していたが胆管造影では胆管狭窄の改善に乏しく、またIDUSによる胆管壁評価では胆管壁の肥厚は残存していた。現在はPSL 5-7.5mg/日で継続し多少の肝胆道系酵素の上昇は認めるがT-bilの上昇はなく経過している。本症例はPSL 投与後にT-bilの改善を認めたが、胆管像には変化を認めなかった。しかしながら腹部症状とCTでの肝実質の不均一な増強効果は消失し、PSLにより強い炎症反応は消褪されたものとする。PSCに対するPSLの絶対的適応はないが、PSL 選択の一助となりうる症例を経験したので報告する。

34 門脈大循環シャントによる高アンモニア血症に対してバルーン下逆行性経静脈的塞栓術を施行した1例

消專 大脇 崇史¹、石川 達¹、今井 径卓¹、佐藤 裕樹¹、野澤 優次郎¹、佐野 知江¹、岩永 明人¹、関 慶一¹、本間 照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60歳代女性。てんかんで前医にて加療中であったが、高アンモニア血症を認めたため当科を紹介受診した。血清アンモニア値は158 μ g/dLと上昇しており、HBs抗原陽性と肝繊維化マーカーの軽度上昇を認めた。CTで肝の辺縁は鈍化し、上腸間膜静脈と脾静脈の合流部よりやや肝側の門脈から左腎静脈に流入するシャントを認めた。B型慢性肝炎を背景とした門脈大循環シャントによる高アンモニア血症と診断した。顕性脳症はきたしていなかったが、カルニチンやリファキシミンなどによる内科的治療に抵抗性であり、Interventional Radiology (IVR) の方針とした。宗教上の理由で輸血できないことも踏まえて、経皮経肝的塞栓術 (PTO) ではなく、バルーン下逆行性経静脈的塞栓術 (B-RTO) を選択した。右内頸静脈アプローチでシャント血管にコイルリングを施行した。翌日の造影でシャント閉塞は良好であり、門脈圧上昇は認めなかった。同時に経頸静脈的肝生検 (TJLB) を施行し、A2F3相当のB型慢性肝炎の診断であった。治療後、高アンモニア血症はすみやかに改善した。症例報告とともに、当科におけるPortal Systemic Encephalopathyに対するB-RTOならびにPTOを含めたIVR治療戦略の成績について報告する。

杉田 萌乃、丸山 正樹、中島 尚、高橋 祥史、五十川 修
新潟県厚生連柏崎総合医療センター

【はじめに】臍十二指腸動脈瘤の発生率は、全腹部内蔵動脈瘤の中でわずか2%と比較的稀な疾患である。報告例の40%は破裂で発見され、その際の死亡率は約19%とされている。今回、前上臍十二指腸動脈瘤破裂により出血性ショックを来し、緊急動脈塞栓術で救命し得た一例を経験したので報告する。【症例】57歳、男性。20XX年5月、突然に上腹部痛を自覚し当院救急外来を受診。当直医の診察中に左側腹部痛の増強を訴え嘔吐した直後から急速にショック状態となった。緊急腹部造影CTで、臍頭部背側下方にextravasationを認め、広範な後腹膜血腫および腸間膜血腫を伴っていた。直ちに緊急腹部血管撮影を行った。上腸間膜動脈(SMA)造影では、下臍十二指腸動脈(IPD)と前上臍十二指腸動脈(ASPD)との吻合部付近に口径異なる血管像を呈しており、その近傍に動脈瘤を1か所認めた。しかし、IPDからの動脈瘤へのアプローチは、血管の強い屈曲のため困難であった。CTにて腹腔動脈起始部も狭窄が疑われていたが、腹腔動脈へのカテーテル留置には問題が無く、胃十二指腸動脈(GDA)を介してマイクロカテーテルを動脈瘤へ進めた。同部での造影にてextravasationを認めたため、出血責任病変と診断し、直ちにコイル塞栓術を行った。術後経過は良好で、術後15日目に退院した。以後、再出血や隣接臓器の虚血性変化は認めない。【考察】臍十二指腸動脈瘤の原因として、臍炎、腹腔動脈起始部の狭窄、動脈硬化、感染、外傷、先天的異常などが報告されている。本症例では、CTにて正中弓状靭帯の圧排による腹腔動脈起始部の狭窄が指摘されており、これによる上腸間膜動脈から腹腔動脈領域方向への臍十二指腸アーケードを介した血流増加を生じ、その負荷から動脈瘤を形成したものと推定された(正中弓状靭帯圧迫症候群)。腹部内蔵動脈瘤破裂を疑った際には、本疾患も鑑別に挙げ、迅速に血管撮影の適応を検討する必要があると思われた。今後は、新たな動脈瘤形成に注意しつつ、正中弓状靭帯圧迫解除術も含めた対応なども念頭に慎重な経過観察を行う予定である。

36 アルコール性膵炎、肝炎を繰り返した胃静脈瘤の一例

消専

野尻 俊介、上村 博輝、水澤 健、五十嵐 聡、橋本 哲、高村 昌昭、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

左側門脈圧亢進症は肝外門脈圧亢進症の病態の一つであり、脾静脈の閉塞に起因する病態である。多くは膵疾患に起因し、短胃静脈系を介した胃静脈瘤を形成する。今回、アルコール性肝不全とアルコール性急性膵炎を繰り返した胃静脈瘤形成症例に対して、腹部血管造影検査で血行動態、楔入肝静脈圧較差 (WHVPG) 等の測定により左側門脈圧亢進症による胃静脈瘤と判断し、部分的脾動脈塞栓療法 (PSE) を行い、リアルタイムで血行動態の変化を確認した症例を経験したので報告する。症例は40代女性、20代よりアルコールの多飲による、アルコール性膵炎と肝炎での入院を繰り返していた。外来経過観察中に胃静脈瘤を認め、当科紹介となった。肝生検では直前の線維化はF3-4の評価であった。腹部血管造影検査では、左胃静脈から胃静脈瘤への血流は認めず、短胃静脈から静脈瘤へ供血され、後胃静脈、左胃静脈を排水路として門脈血は求肝性に流れていることが確認され、またWHVPGは5mmHgであり、肝性の門脈圧亢進状態が強くないことを確認できた。脾静脈閉塞による左側門脈圧亢進症状態が本病態の原因として優位であると判断し、若年者であり、肺静脈に血栓などの合併症等も併発していることからPSEを選択した。梗塞率は45.8%であった。PSE施行前後において肝静脈圧、胃腎シャント圧を測定し比較し、肝静脈圧（開放圧）の低下と胃腎シャント圧（楔入圧）の低下を認めた。超音波内視鏡 (EUS) 等により、排水路、供血路の血流量を比較したところ、門脈本幹、短胃静脈などの流量の低下や供血路の血管径の低下を認めた。3ヶ月後のEGDでは胃静脈瘤はわずかに緊満感が減少しており、軽度の改善を認めた。左側門脈圧亢進症に起因する胃静脈瘤の治療手段としてPSEは有効であり、施行中の肝静脈カテーテルやEUSなどの前後での変化の比較が効果判定に有用であると思われた。

37 肝嚢胞と瘻孔を形成した胃潰瘍より膵十二指腸動脈瘤破裂をきたした一例

消専

木村 淳史、大崎 暁彦、森田 真一、弥久保 俊太、川田 雄三、佐藤 宗広、相場 恒男、
米山 靖、古川 浩一、和栗 暢生
新潟市民病院 消化器内科

【はじめに】出血性胃潰瘍の止血手技は、内視鏡的止血術が主流であり、9割以上の高い成功率が報告されている。一方、低頻度ではあるが内視鏡的止血困難例も存在する。今回我々は、肝嚢胞と瘻孔を形成した出血性胃潰瘍内視鏡止血困難例に対して、腹部血管造影検査を行い、膵十二指腸動脈 (PDA) 瘤破裂を指摘、経カテーテル的動脈塞栓術 (TAE) にて止血、救命し得た症例を経験したので、報告する。【症例】82歳男性、多発骨転移を有する前立腺癌にて当院泌尿器科通院中、CTにて肝外側区嚢胞と胃の瘻孔を指摘された。1ヶ月後、突然の胸痛、吐血にて当院搬送、緊急上部消化管内視鏡検査を行った。前庭部に出血性胃潰瘍を認めたが、出血の勢いが強く、洗浄しても視界不良、内視鏡的止血困難と判断した。高張食塩水エピネフリン (HSE) を出血想定部周囲に局注し、出血の勢いを減弱させた。視野の改善に成功し、露出血管を同定、同血管及び、潰瘍周囲にクリップにてマーキングすることができた。腹部血管造影検査施行、後上膵十二指腸動脈 (PSPDA) に発生した仮性動脈瘤及び同部から造影剤が胃内に穿破する像が指摘された。TAEに移行、PSPDAにマイクロカテーテルを選択的に挿入し、さらに瘤遠位まで進めることに成功した。瘤遠位から近位にかけて積み上げるようにコイル塞栓を行い、止血に成功した。以後、再出血なく経過、27病日、泌尿器科転科となった。【考察】PDAは、上行性と下行性の2方向の血流が吻合し、アーケードを形成する。止血には、出血点の近位、遠位を塞栓する必要があるが、本症例の内視鏡的止血は不可能であったと考える。一方、内臓動脈本幹の破綻であっても、HSEにて出血の勢いを減弱できたことは、注目すべき点と考える。内視鏡的止血困難例に対して、外科的止血術、TAEのどちらを次に選択するかについては、一定の見解がない。診断と治療が同時行える点、低侵襲性である点はTAEの利点であり、責任血管病変が同定できた場合は、非常に有効な手段である。その選択には、個々の症例毎に総合的な判断が必要とされる。

38 胃、十二指腸、大腸に炎症を有する難治性好酸球性胃腸炎の1例

消專

三浦 優子、岩本 史光、原井 正太、倉富 夏彦、石田 泰章、久野 徹、田中 佳祐、
津久井 雄也、小林 祥司、吉田 貴史、山口 達也、佐藤 公、榎本 信幸
山梨大学 第1内科

症例は20歳男性、腹痛、黒色便を主訴に当科初診された。既往歴、家族歴は特記所見なく、アレルギーも特になかった。7年前から難治性十二指腸潰瘍で他院通院されていたが、2年前から通院を自己中断。その後も腹痛は時折認めるも様子を見ていところ、増強あり近医受診。症状の増悪とHb 6.3g/dlと著明な貧血を認め当科紹介受診された。緊急上部消化管内視鏡検査を施行、十二指腸球部に白苔、辺縁の再生上皮を伴わない広範な潰瘍を認め同日入院となった。ポノプラザンと絶飲食で加療し、症状、貧血の改善あり第9病日で退院した。十二指腸潰瘍の原因精査を外来で行う方針であったが、退院1か月後の受診以降に通院自己中断された。その8か月後、腹痛の増強を主訴に再受診、上部消化管内視鏡で、同十二指腸潰瘍の増悪を認め、生検施行した。病理組織所見では粘膜固有層に好酸球を20個/HPF以上認め好酸球性胃腸炎と診断した。ポノプラザン、抗ヒスタミン薬で加療するも改善せず、便潜血 747ng/mlと陽性、便中カルプロテクチンは2256 μ g/gと高値を示し、全消化管の精査、加療の方針とした。上部内視鏡では胃角から前庭部のびまん性発赤を認め、大腸鏡では虫垂開口部、右側大腸を主座とした顆粒状粘膜を認めた。カプセル内視鏡は嚥下困難で施行できず、MRenterocolonography (MREC) を施行したが空腸、回腸には明らかな所見は認められなかった。消化管の広範囲に炎症を認め、強い腹痛と著明な貧血を伴うことからステロイド全身投与による加療方針とした。導入後は症状、貧血もすみやかに改善し、現在漸減中だが経過良好である。今回我々は、著明な貧血を認め、潰瘍を有し、且つ広範囲に及ぶ全身ステロイド加療が必要となった好酸球性胃腸炎の1例を経験したので文献的な考察を含めて報告する。

39 当院で経験した好酸球性胃腸炎の1例

消

渡邊 順、佐藤 祐一、中村 厚夫、横山 邦彦
新潟県立吉田病院

好酸球性胃腸炎 (eosinophilic gastroenteritis : EGE) は、1937年に Kaijser により初めて報告された疾患で、10万人に1~20例の有病率を示すとされており、稀な疾患である。今回、我々はEGEと診断しえた1例を経験したので、報告する。症例は、33歳男性。大豆アレルギーの既往があった。2016年10月末に前日からの腹痛と嘔気、嘔吐を主訴に来院。末梢血の好酸球上昇と腹部CTにて小腸の浮腫と腹水を認め、EGEの疑いと考えられたが、内視鏡検査を拒否され、本人と相談の上、外来にてプレドニン20mg/day内服にて経過観察の方針となった。症状は速やかに軽快し、プレドニンを徐々に減量し、5mg/dayまで至るも通院を自己中断された。しかし、2017年4月初め頃から再び腹痛と嘔気、嘔吐が出現し、経口摂取も困難となったため、4月下旬に再度当院受診。前回同様の末梢血の好酸球上昇と腹部CTにて広範な小腸の浮腫と腹水貯留を認め、EGEの再燃と考え、入院となった。入院後、腹水穿刺を試みるも安全に穿刺できるルートがとれず断念。上・下部内視鏡をしたところ、十二指腸と回腸末端に全周性の浮腫と盲腸に多発する斑状の発赤を認めた。各臓器から生検したところ、好酸球浸潤が食道5/HPF以下、胃5/HPF以下、十二指腸10/HPF、回腸末端30/HPF、回盲部30/HPFだった。好酸球性胃腸症の診断で、プレドニン30mg/dayより内服開始したところ、症状は速やかに軽快し、食事再開にても症状悪化なく、退院された。その後、外来にて徐々にプレドニンを減量していたが、20mg/dayまで減量したところで再び通院を自己中断してしまい現在に至る。本邦では1959年に初めて報告され、厚生労働省研究班による実態調査では2004年~2009年までの期間にEGEと診断された症例144例が報告された。わが国では欧米からの報告に比べ、類縁疾患である好酸球性食道炎 (eosinophilic esophagitis : EoE) より多い傾向にある。しかし、いまだ症例数は少なく、臨床学的な特徴の集積が求められる。今回我々の経験したEGEの1例の臨床学的な特徴を既報のものと比較し、若干の文献的な考察を加え、検討したのでこれを報告する。

40 傍大動脈リンパ節に対するEUS-FNAが治療方針決定に有用であった
早期胃癌・濾胞性リンパ腫重複癌の一例

消研

野澤 良祐¹、佐藤 明人¹、茂木 聡子¹、堂森 浩二¹、岡 宏充¹、福原 康夫¹、渡辺 庄治¹、
富所 隆¹、吉川 明¹、坪井 康介²、外池 祐子³、小林 由夏³、牧野 成人⁴
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 血液内科、
³長岡中央総合病院 腫瘍内科、⁴長岡中央総合病院 消化器病センター 外科

症例は50歳代女性。既往症としてX-10年、濾胞性リンパ腫に対しR-CHOP療法6コースでCR、リツキサンにて維持療法4回施行、最終化学療法はX-7年で以後CRを維持していた。X年の胃集検で異常を指摘され、EGDにて胃体下部後壁に約1cm大の陥凹性病変を認め、早期胃癌cT1a(M)と診断した。術前CTで傍大動脈リンパ節(#16b1-lat)腫大を認めたが、胃周囲リンパ節の腫大がなく早期胃癌のリンパ節転移は否定的と考え、濾胞性リンパ腫の再燃を疑い血液内科へコンサルトした。本症例における濾胞性リンパ腫はslow growthでwatch and waitの方針となり、半年後にCT経過観察を予定した。早期胃癌に対してはESDを施行し、偶発症なく一括完全切除したが、病理診断はAdenocarcinoma(tub1)、pSM 500 μm、ly1、v0、hm0、vm0と非治癒切除の判定であった。ESD後に施行したPET-CTでは傍大動脈リンパ節に高集積を認めた。このためリンパ節生検が必要となり、腺癌なら病期IV胃癌で化学療法の方針、濾胞性リンパ腫なら早期胃癌ESD非治癒切除に対する追加胃切除・周囲リンパ節廓清を行い、濾胞性リンパ腫に対しては当初の予定通り経過観察する方針となった。EUSは前庭部から観察し左腎動脈近傍の傍大動脈リンパ節を描出、FNAは4回穿刺しMalignant B-cell lymphoma, follicular type(免疫染色でCD20、CD79a、bcl2、CD5(focal)、CD10(focal)、bcl6(focal)が陽性)の病理診断であった。これにより胃癌の病期はIA、濾胞性リンパ腫の病気はIIA(限局期)と判明し、後日腹腔鏡下幽門側胃切除、D2廓清が施行された。臨床的に胃癌のリンパ節転移か濾胞性リンパ腫か判断困難なケースにおいて、EUS-FNAによる病理診断は治療方針決定に有用であった。胃癌と濾胞性リンパ腫との重複癌の報告も少なく、貴重な症例と思われるので若干の文献的考察を加えて報告する。

41 十二指腸乳頭切開術後に施行された胃内視鏡的粘膜下層剥離術により
遅発性穿孔をきたした一例

消専

小田 知友美¹、八木 一芳¹、星 隆洋¹、森田 慎一¹、兼藤 努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

【症例】84歳、女性【主訴】特記事項なし【既往歴】心房細動【現病歴】X年4月に構音障害で前医へ入院。発熱、肝機能障害、腹部CTで総胆管結石を認め、急性胆管炎の診断で、当院へ転院した(第1回入院)。十二指腸乳頭切開術(EST)後に内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術を施行し、結石を除去した。胆管炎は軽快し、第8病日で退院した。入院中に施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胃体下部大弯後壁側に0-IIa型早期胃癌を指摘され、生検でGroup 5(Adenocarcinoma, tub1, low grade)であり、6月に内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)目的に入院(第2回入院)。第2病日にESDにより近接2病変を一括切除し、51×46mmの切除標本を得た。止血操作はほとんど必要とせず、術中の穿孔、出血などのトラブルなく約2時間で手技を終了した。ESDから帰室後も意識清明で腹痛などの症状はなかった。しかし、13時間後に左側腹部痛、嘔吐が出現。17時間後に腹部CTを撮影したところ、胃体部に穿孔所見、およびfree airと腹水を認めた。緊急EGDでESD後潰瘍部穿孔、胃内への胆汁逆流所見を認めた。ESD後遅発性穿孔、汎発性腹膜炎として緊急に腹腔鏡下胃潰瘍穿孔縫合術を施行した。術後、敗血症性ショックで集中治療を要したが、その後は順調に回復した。【考察】胃ESD後の遅発性穿孔は稀であるが、時に緊急手術を要するような深刻な偶発症である。原因として1)筋層への熱凝固の伝導、2)過剰な止血操作による粘膜の虚血性変化、3)食道癌術後胃管や幽門側切除後残胃における逆流胆汁への直接暴露などが推察されている^{1)、2)}。本症例のESDは、経験豊富な術者によりスムーズに完遂されており、1)、2)は否定的と考えられ、EST後による胃内への胆汁逆流が穿孔の原因として疑われた。十二指腸のESDのみならず、胆汁逆流の多い胃でのESD時には遅発性穿孔のリスクがある可能性を考慮すべきであると考えられる。参考論文：1) Suzuki H, et al. World J Gastroenterol 2015;21:12635-12643. 2) Yano T, et al. World J Gastroenterol 2016;8:368-373.

42 組織学的に診断し得た十二指腸異所性膵癌の一例

消研

大岩 智、長島 藍子、熊谷 優、小林 陽子、安住 基、高綱 将史、吉川 成一、三浦 努、竹内 学

長岡赤十字病院 消化器内科

異所性膵の半数は胃・十二指腸に発生し、大半は無症状だが、稀に腹痛や出血などの症状を認めることがある。膵炎や癌化など正常膵と同様の病態をきたし得るが、本邦での十二指腸由来の異所性膵癌の報告は自験例を含めて9例と稀で、貴重な症例と考え報告する。症例は60歳代男性。咽頭癌に対し放射線照射治療後寛解していた。経過観察目的のCTで十二指腸球部の腫瘍を指摘され、当科紹介となった。腫瘍マーカーはCA19-9が高値で、腺癌が疑われた。上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球部後壁に、発赤調の粗大顆粒状隆起を認めたが、同部位からの生検で腫瘍は検出されなかった。超音波内視鏡検査で、胃前庭部後壁から乏血性の腫瘤を捉えることが出来たため、超音波内視鏡下針生検を施行した。組織学的には腺癌だったが、非腫瘍成分が含まれず、異所性膵由来の診断には至らなかった。その後、外科で膵頭十二指腸切除を施行。肉眼的に腫瘍は十二指腸球部を中心として、粘膜面に露出部分も認めた。組織学的には、腫瘍の本体は十二指腸粘膜から漿膜まで広がり、粘膜層には一部非腫瘍導管を認め、異所性膵原発を示唆していた。さらに固有筋層深層の腫瘍内に壊死組織があり、癌の中心部分とすると上皮の存在が考えにくいことから異所性膵原発の根拠とされた。以上から、十二指腸に存在した異所性膵癌と診断された。異所性膵からの癌化は、癌組織の主体が粘膜より粘膜下層以深に存在、あるいは粘膜面に癌組織を認めず、粘膜下層以深に癌巣を認めることや、まだ癌化していない異所性膵組織が存在し、これの癌への移行像が認められる場合に診断可能となる。しかし移行像を捉えることは難しく、癌組織像が膵管に類似する場合は異所性膵由来とされることもある。本邦での十二指腸異所性膵癌の報告の中でも、ほとんどが術前診断では十二指腸癌と診断されていた。本症例は、以前のCTで同部位に異所性膵を疑われていたため、そこから発生した癌と術前に診断する根拠となった。

43 胃軸捻転症に対して内視鏡的胃固定術を施行した一例

消研

小幡 泰生、安住 基、熊谷 優、小林 陽子、高綱 将史、長島 藍子、吉川 成一、三浦 努、竹内 学

長岡赤十字病院

症例は80代男性、嘔吐と腹痛を主訴に当院を受診した。上腹部に圧痛あり、腹部CTにて胃の著明な拡張と胃穹窿部が尾部に落ち込む所見を認め、胃短軸捻転症と診断した。内視鏡的整復術を行い入院となった。症状軽快し、食事再開したのち退院となった。退院7日後に再度腹痛にて当院を受診した。胃軸捻転症の再発と診断し再度内視鏡的整復術とチューブによる減圧を施行した。ご本人、ご家族と再発に対しての外科的な胃壁固定、内視鏡的胃壁固定について説明したところ内視鏡的胃壁固定術を希望された。透視下で内視鏡を挿入し、鮎田式つり上げ式固定を3箇所施行した。術後経過は良好であり、食事再開後退院となった。現在、外来経過観察中であるが術後4ヶ月再発を認めていない。胃軸捻転症は、胃が生理的範囲を超えて回転し、上部消化管閉塞をきたす形態学的異常と定義されている。噴門と幽門を結ぶ長軸方向に捻転をきたす臓器軸性（長軸）捻転、大彎と小彎を結ぶ短軸方向におきる間膜軸性（短軸性）捻転に分類される。治療としては、経鼻胃管による減圧や内視鏡的整復術があるが、内科的に整復不能な症例に対しては開腹または腹腔鏡下手術が施行されている。近年、低侵襲な内視鏡的胃壁固定術の報告も散見されており、自験例を含め若干の文献的考察を加えて報告する。

44 大腸憩室出血における出血責任憩室部位同定困難例に対しウロキナーゼ動注が出血部位同定に有用であり確実なコイル塞栓術を実施し得た一例

消

丸山 正樹¹、今井 径卓²、杉田 萌乃¹、中島 尚¹、高橋 祥史¹、五十川 修¹¹ 柏崎総合医療センター 消化器内科、² 済生会新潟第二病院 消化器内科

【諸言】大腸憩室出血における内科的止血術として、近年では内視鏡的止血術の進歩により、動脈塞栓術や手術への移行を回避できたとする報告が多数みられるようになった。しかし、確実な止血術を行うためには、出血責任憩室を同定することが第一条件である。今回、下血を繰り返す、出血責任憩室同定が困難な大腸憩室出血患者に対して、ウロキナーゼ動注にて再出血を誘発し、出血部位を同定し、確実な塞栓術を施行し得た症例を経験したので報告する。【症例】67歳女性。出血性ショックを伴う4回の下血を繰り返したが、2回の大腸内視鏡検査を行うも出血責任憩室の同定が困難であった。緊急腹部血管撮影に移行するも責任憩室が同定出来なかった。やむを得ず、上腸間膜動脈からウロキナーゼ6万単位動注後に上腸間膜動脈造影を再度行ったところ、回結腸動脈末梢にextravasationを認め、直ちに同部位のコイル塞栓術を行った。後日、大腸内視鏡検査で上行結腸に周囲に炎症を伴う塞がった憩室を認めため出血憩室と考えられた。以後、下血の再発は認めない。【考察】間欠的に一時的な出血を繰り返す大腸憩室出血例では、自然止血期間においては、出血責任憩室の同定が困難なことが多い。その場合、確実な止血術の実施が困難である。本症例では、血行動態管理を徹底した上で、本来、出血性疾患では禁忌とされるウロキナーゼ動注を慎重に行い、再出血を誘発することにより、最終的に確実な止血術に結びつけることが出来た。大腸憩室出血時における、出血責任憩室同定困難例では、ウロキナーゼ動注による出血憩室同定も有用な一法と思われた。

45 OTSC (Over-The-Scope Clip) システムを用いて閉鎖した大腸ESD後遅発性穿孔の2例

内

佐藤 明人、茂木 聡子、堂森 浩二、岡 宏光、本田 穰、福原 康夫、渡辺 庄治、小林 由夏、富所 隆、吉川 明

長岡中央総合病院 消化器病センター 内科

【はじめに】大腸ESD後遅発性穿孔は高率に緊急手術を要する重篤な合併症である。ESD術中穿孔は筋層の直接損傷による小型円形の穿孔であるのに対し、遅発性穿孔は焼灼による虚血性変化から生じると考えられ、穿孔径が大きく、周囲組織が壊死により浮腫状かつ脆弱となり、通常のクリップ閉鎖は困難となることが多い。今回我々はOTSCシステムを用いて閉鎖可能であった大腸ESD後遅発性穿孔の2例を経験したので報告する。【症例1】60歳代男性。S状結腸の早期大腸癌LST-NGに対しESDを施行した。術後7時間後に強い腹痛が出現、触診で下腹部に圧痛あり、CTではfree airと液体貯留を認め遅発性穿孔と判断した。緊急CSではESD潰瘍に大きな穿孔を認め、通常のクリップ縫縮は不可能であった。そこでOTSCシステムに切り替え、腸管外脂肪組織を含め穿孔部を閉鎖した。穿孔後3日目にCRP 33.8まで上昇したが、その後は徐々に低下し、第11病日から食事を開始、第19病日に退院した。1年後の経過観察でOTSCは残存するも狭窄などの合併症なく経過良好である。【症例2】70歳代女性。下行結腸の早期大腸癌LST-NGに対しESDを施行した。周囲に憩室が存在していたが病変にはかかっておらず、術中偶発症なく終了した。ESD翌朝に腹痛を訴え、発熱、下腹部圧痛が出現、CTで下行結腸周囲にfree airを認め遅発性穿孔と判断した。緊急CSではESD潰瘍の中央に小さな穿孔を認めクリップ縫縮を試みたが、クリップで把持された筋層が断裂し穿孔径が拡大したため断念した。OTSCシステムに切り替え、ツイングラスパーで穿孔部両端を把持し、引き込みながらOTSCをリリースし閉鎖した。穿孔後2日目にCRP 18.1まで上昇したが、その後は徐々に低下し、第5病日から食事を開始、第9病日に退院した。5ヶ月後のCSでは瘢痕のみでOTSCは認められず、CTで確認したところやはり消失していた。経過中に自然脱落したと思われる。【結論】OTSCシステムを用いた大腸ESD後遅発性穿孔閉鎖術は、緊急外科手術を回避することが可能な安全かつ有用な方法で、治療の一選択肢になるとと思われる。

46 S状結腸癌に合併したhumoral hypercalcemia of malignancyの1例

消

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

悪性腫瘍のPTHrP産生に伴う高カルシウム血症 (humoral hypercalcemia of malignancy、以下HHM) の原疾患としては扁平上皮癌などの頻度が高い。大腸癌に合併する症例は非常に稀であり、貴重な1例と考え報告する。症例は80歳代、男性。1ヶ月前から続く食思不振と口渇のため近医を受診したところ、CEA高値であり当科を紹介受診した。初診時は傾眠傾向 (JCS 10) で血清Ca 15.3 mg/dL (Alb補正後) と上昇しており、精査加療のため同日に入院した。血清Caの著名高値に加え、CTでは多発肝転移を疑う低吸収域を多数認めた。一方で明らかな副甲状腺腫瘍や骨病変はなく、HHMを第一に考えた。まずは高Ca血症の治療として輸液とフロセミド、ゾレドロン酸投与を行ったところ、血清Caは低下し症状は消失した。原発巣検索のため行ったEGDでは十二指腸に多発する消化性潰瘍を認めたが腫瘍はなく、CFではS状結腸に2型大腸癌を認めた。その後、入院時の採血でintact PTH 10 pg/mL (基準値 10-65 pg/mL)、PTHrP 20.9 pmol/L (基準値 0-1 pmol/L) であることが明らかとなり、S状結腸癌に合併したHHMと診断した。高齢のため化学療法は行わず、緩和治療の方針とした。第27病日に再び血清Ca高値による傾眠 (JCS 10) が出現し、2回目のゾレドロン酸投与を行ったが、初回ほどの血清Ca低下はみられず、全身状態悪化も影響して傾眠が続いた。徐々に意識混濁が強まり (JCS 30)、第49病日にもゾレドロン酸を投与したが、意識状態の改善は全くみられなかった。第53病日に他院緩和ケア病棟へ転院し、第60病日に永眠された。S状結腸癌に合併したHHMの1例を経験した。診断時にすでに多数の肝転移を伴っており、その後も急速な進行によって血清Ca値の制御が困難となり、予後不良な経過を辿った。

47 同時性3多発進行結腸癌の発見と切除範囲の決定にCT colonographyが有効だった1例

消

加賀谷 丈紘¹、小出 直彦¹、小山 佳紀¹、高橋 芳之²、加賀谷 結華²、丸山 真弘²、飯嶋 章博²

¹長野県立木曽病院 外科、²長野県立木曽病院 内科

【はじめに】大腸は他臓器に比べ多発癌が発生する頻度が高いとされるが、3個以上の進行結腸癌を有する同時性多発結腸癌の報告は少ない。3個の結腸進行癌が同時性多発した症例において狭窄部口側の評価にCT colonography (CTC) が有効であったので報告する。【症例】82歳の男性。主訴は下痢。便潜血陽性にて近医でcolonoscopyが行われ、S状結腸に2型の進行結腸癌を指摘され、紹介となった。S状結腸癌の狭窄にてスコープの通過は困難であった。イレウス症状はないが、少しずつ軟便が頻回に排泄されるという状態であった。前医での腸管洗浄液は内服可能で、その際に腹部症状は認められなかった。精査を目的とした腹部CTを行う際に、口側結腸の評価を行うべくCTCを併せて行う方針とした。これによってS状結腸の口側に2つ目の進行癌が指摘され、さらに脾彎曲の下行結腸に11cmを超える大きな結腸癌が指摘可能であった。横行結腸よりさらに口側には病変は指摘されなかった。以上より、下行結腸癌と2個のS状結腸癌の3多発進行癌の診断にて、左半結腸切除術、横行結腸人工肛門造設術を施行した。最終病理診断でStage IIIaの診断となり、カペシタビン単剤での術後補助化学療法を術後20日目から開始した。同時性多発癌の問題として遺伝性大腸癌が問題となるが、家族歴がないこと、polyposisを認めていないことより否定的であった。CTCは腸管洗浄液の内服の問題はあるが、本例のような内視鏡通過不能な進行癌で、イレウスにおちいていない場合には、多発病変の確認や切除範囲の決定に有効な検査法であると考えられた。【結語】狭窄を伴う多発進行結腸癌の発見および切除範囲の決定にCTCが有効であった症例を報告した。

48 家族性地中海熱の経過中に単純性潰瘍をきたした1例

消專

森田 真一¹、佐藤 宗広¹、川田 雄三¹、相場 恒男¹、弥久保 俊太¹、木村 淳史¹、大崎 暁彦¹、米山 靖¹、古川 浩一¹、和栗 暢生¹、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

【緒言】自己炎症性疾患である家族性地中海熱 (familial Mediterranean fever; FMF) やベーチェット病 (Behcet's disease; BD) は炎症を主病態とする疾患である。FMFは周期性発熱と漿膜炎を主徴とする疾患で、非限局性の腹膜炎による腹部症状をきたす。経過中に消化管粘膜障害をきたすことは少なく、なかでも回盲部に深掘れ潰瘍をきたすことは極めて稀である。今回FMFの経過中に単純性潰瘍 (simple ulcer; SU) をきたし、PSL (prednisolone) が著効した1例を経験したので報告する。【症例】38歳の女性。5年前に周期性発熱と短期間で繰り返す胸膜炎にてMEFV遺伝子解析しFMFと診断、コルヒチン内服で加療され再燃は認めなかった。X年3月に軟便と血便で当科紹介、大腸内視鏡検査 (CS) を施行され回盲部に深掘れ潰瘍を認めた。内視鏡と病理所見から腸管BDもしくはSUの併発を疑い、メサラジン内服を開始した。しかし、自己判断により通院を中止された。X年7月に腹部症状が再燃し当科を再診した。CSを施行すると前回と同様の所見であった。HLA遺伝子B51/A26陽性もBDの診断基準を満たさないためSUと診断、メサラジンにPSLを加えた治療について説明したが、まずはメサラジンのみの治療を希望され再開した。しかし、軟便と排便回数は変化なく、X+1年2月に評価目的にCSを施行すると回盲部潰瘍は縮小傾向も残存していた。そこで本人の同意を得てPSL:30mg/日を開始したところ排便回数は減少した。腹部症状の増悪を認めないため、PSLを適宜漸減し、PSL開始4か月後の5mg/日の時点で治療効果判定目的にCSを施行すると回盲部の潰瘍は癒痕化し著効していた。また、小腸造影でもPSL投与前後で終末回腸の通過障害は改善された。現在はPSLを中止しているが、症状の再燃は認めていない。しかし、今後も慎重な経過観察が必要である。【考察】本症例の原因は不明も、MEFV遺伝子やHLA遺伝子が回盲部潰瘍の発症に関与した可能性が高いと推測した。FMFは消化管粘膜障害をきたすことは少ないが、コルヒチンに反応しない腹部症状をきたした場合は内視鏡にて消化管の評価をすることは重要と考える。

49 9年間の経過観察を行った、全大腸に潰瘍性大腸炎類似のびまん性発赤粘膜を呈したCrohn病の1例

内

阿部 寛幸¹、本間 照²、石川 達²、堀米 亮子⁵、阿部 聡司⁵、土屋 淳紀⁵、横山 純二⁵、西倉 健³、石原 紀子³、加藤 卓³、味岡 洋一⁴、寺井 崇二⁵

¹佐渡総合病院 消化器内科、²済生会新潟第二病院 消化器内科、

³済生会新潟第二病院 病理診断科、⁴新潟大学大学院医歯学総合研究科 臨床病理学分野、

⁵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】症例は30歳代、男性。11年前に5行/日の下痢になった。血便なし。喫煙は16年前から1箱/日。9年前の下部消化管内視鏡検査で、直腸S状部の一部を除き全大腸に血管透見像が低下した発赤粘膜を認めた。びらんはなく、直腸に膿性白点が多発していた。各部位からの生検組織で、陰窩の粗密、不整を認め、びまん性慢性活動性炎症を認めた。そのため潰瘍性大腸炎と診断し、メサラジン2.25gで速やかに症状は改善した。その後、断続的な通院となり、内服アドヒアランスは不良であった。しかし、症状はラーメン、焼肉や牛乳等の食事の後に腹痛下痢を来す以外にはみられなかった。口内炎は稀に出現する程度で、肛門部病変も認めなかった。4年前に下部消化管内視鏡を再検したところ、初回検査同様、直腸の一部を除き全大腸に渡り血管透見像が低下し、軽度の粘膜発赤を認めた。微小な膿性白点が全大腸に多発していた。盲腸、横行、下行、S状結腸の生検標本に肉芽腫を認めた。上部消化管内視鏡検査では噴門直下小弯に、竹の節様所見を認めた。CTでは異常所見はみられなかった。初回の下部消化管内視鏡検査の病理組織を見直すと直腸に肉芽腫を認めた。以上から、Crohn病と考えられた。自覚症状がほとんど無く、メサラジン内服を継続とした。今回、体重の変動や症状の増悪などもなかったが、下部消化管内視鏡検査を再検したところ、大腸の変化は前回、前々回とほぼ同様であった。回盲弁に輪状びらんを認め、回腸末端には微小びらんが散在し、柔毛構造の平坦化がみられた。約10年の経過中、メサラジンの断続的な内服だけで、病像の大きな進展は見られなかった。今後も注意深い経過観察が必要と考えられる。【考察】Crohn病 (大腸型) の中には、縦走潰瘍や敷石像を欠き、潰瘍性大腸炎様所見のみを有する非典型例が報告されている。本症例は長期間病像の変化が見られず、内視鏡所見からも潰瘍性大腸炎との鑑別が困難なCrohn病であった。炎症性腸疾患の鑑別において示唆に富む症例と考え報告する。

50 Sister Mary Joseph's Noduleをきたした胆管がんの一例

消専

岩澤 貴宏¹、渡辺 雅史¹、小林 雄司¹、佐藤 聡史¹、影向 一美¹、津端 俊介¹、松澤 純¹、夏井 正明¹、塚田 芳久¹、三井田 博²、清野 康夫³、若木 邦彦⁴¹新潟県立新発田病院、²新発田病院 皮膚科、³新発田病院 放射線科、⁴新発田病院 病理科

Sister Mary Joseph's Nodule(以下SMJN)は腹腔内悪性腫瘍の臍転移として知られ、予後不良であることが報告されている。今回、胆管癌によるSMJNを経験したので報告する。【症例】61歳、男性。【主訴】右季肋部痛、黄疸。【既往歴】胆嚢結石、糖尿病、緑内障、慢性副鼻腔炎。【現病歴】2016年11月頃から臍上部にしこりを触れ、徐々に増大するため2017年3月皮膚科を受診した。臍部全周性に皮下硬結を触知し滲出液流出を認め、当初尿管管遺残に伴う臍炎が疑われた。抗菌薬投与にて経過を見たが改善せず、腫瘍性病変も否定できなかったため6月に手術予定となった。5月下旬突然腹痛出現し当科受診、黄疸を伴う高度の肝障害を認めた。各種画像診断にて胆管癌と診断した。臍部病変について転移を疑い生検したところ腺癌を認め免疫染色にて胆道系腫瘍の転移として矛盾しない所見であった。今後化学療法を施行する予定である。【考察】臍部腫瘍を認めた場合、腹腔内悪性腫瘍の臍転移も念頭に置き、生検を含め積極的に精査する必要があると考えられた。

51 6年間の画像経過観察中に増大傾向を呈した
Hepatic peribiliary cysts (HPBC) の一剖検例

消研

師田 悠、藤澤 亨、柴田 景子、柴田 壮一郎、徳竹 康二郎、丸山 雅史、森 宏光、松田 至晃、和田 秀一

長野赤十字病院 消化器内科

【背景】Hepatic peribiliary cysts(以下HPBC)は、胆管周囲付属腺が多発性に拡張した比較的まれな肝嚢胞性病変であるが、発生機序や自然史は不明である。【症例】60歳代、男性【既往歴】大酒家 焼酎 3-4合/日 40年間【現病歴】2009年7月頃より、皮膚の黄染を認めたため、近医を受診した。血液検査でT-Bil 9.7 mg/dlと、黄疸が著明であったため、当院消化器内科に紹介受診した。【経過】受診時の腹部造影CTで、肝辺縁の変形と著明な脂肪肝、ならびに肝臓左葉の肝内胆管周囲に小さな多発性のLDAの集簇を認めた。当初は、LDAの原因として区域性の肝内胆管拡張を考え、左肝内胆管癌を疑った。しかしながら、ERCの所見では、肝内胆管に壁外圧排が示唆され、同時に施行したIDUSで、胆管周囲に多数のcystが指摘された。胆汁細胞診では、ClassIIであった。このため、アルコール性肝硬変を背景としたHPBC(Hepatic peribiliary cysts)と診断した。治療は、アルコール依存が高度であったため、禁酒指導のための精神科専門病院への入院を約2か月施行し、その後、アルコール性肝硬変に対する保存的な内服加療を外来で継続した。その後、黄疸は徐々に軽減し、肝機能も改善傾向を認めた。しかしながら、その後の画像経過観察では、HPBCは徐々に増大傾向を認めた。初診後、5年10カ月を経過した頃より再び黄疸が増悪し、肝機能が低下し、保存的加療に抵抗性となり、6年10カ月で死亡した。剖検では、肝臓の左葉全体と右葉の左半分に、最大径2cmの大型でやや粘調な液で満たされたHPBCを多数個認めた。嚢胞内に癌は認めなかった。【考察】本例は、6年10カ月の画像経過観察で、HPBCの緩徐な増大傾向を呈したため、注意深く画像経過観察した。剖検の結果、増大の原因として、嚢胞の個数の増加や容積の増大が主体であり、嚢胞内に発癌は認めなかった。近年、胆管周囲付属腺は、IPNB(intraductal papillary neoplasm of the bile duct)や胆管癌の発生源の観点より見直されていることから、本例は、貴重な剖検例と考え報告する。

52 常染色体優性多発性嚢胞腎に合併した閉塞性黄疸の1症例

消

北畠 央之、長谷部 修、原 悦雄、越知 泰英、関 亜矢子、櫻井 晋介、金井 圭太、
宮澤 鷹幸

長野市民病院 消化器内科

症例は40歳代の女性。2015年に検診の腹部超音波検査で肝嚢胞を指摘され、精査の腹部造影CT検査では肝と両腎に嚢胞の多発を認めた。母親に特記すべき病歴はないが、父親は30歳代で急死しており、姉に同様の肝腎嚢胞多発を認めることから、常染色体優性多発性嚢胞腎(以下ADPKD)と診断された。同時期より腎性と思われる高血圧症に対して、降圧剤を開始されている。ADPKDについては他院かかりつけだが、特に治療介入はされていない。2017年5月に誘引なく心窩部不快感と尿色の変化を認め、近医を受診した。血液検査で閉塞性黄疸が疑われたことから、当科を紹介受診した。腹部造影CT検査では肝門部における肝嚢胞の増大と近接する上部胆管の不明瞭化、上流の胆管拡張を認めた。肝嚢胞の圧迫に伴う閉塞性黄疸を疑い、ERCPを施行した。胆道造影では肝門部に壁外圧迫の影響と思われる狭小化を認め、IDUSでは嚢胞と右肝動脈で胆管が挟まれている様子を確認できた。その上流にも嚢胞圧迫の影響と思われる胆管の変形を散見したが、こちらは造影剤の通過障害を起こしていなかった。ERBDを施行して、黄疸の改善を認めた。逆行性感染を警戒してESTは施行せず、腎機能障害からNSAIDsの投与も控えたところ、ERCP関連膵炎を発症したが、保存的治療に反応して改善した。胆管ステントを留置したまま、一旦退院した。その後、多発肝嚢胞に伴う胆道系の障害を起こしたことについて、ADPKDのかかりつけ医より肝移植を勧められたが、希望しなかった。胆管ステントの長期留置は逆行性感染・嚢胞感染のリスクになることから、圧迫の原因と思われる肝嚢胞に対してCTガイド下に経皮経肝的嚢胞ドレナージ術を施行したうえでミノサイクリンによる嚢胞焼灼術を追加し、ステントは抜去した。胆管ステント抜去後、現在まで閉塞性黄疸の再発は認めていない。ADPKDに関連した多発肝嚢胞に伴う胆道系のトラブルは非常に稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

53 胆嚢収縮時と拡張時で異なる形態を示した胆嚢病変の1例

消専

奥脇 徹也、高橋 英、深澤 光晴、高野 伸一、進藤 浩子、廣瀬 純穂、深澤 佳満、
川上 智、早川 宏、佐藤 公、榎本 信幸

山梨大学 第一内科

症例は40歳代、女性。健診腹部超音波検査で胆嚢腫瘍を指摘された。前医で腹部造影CTを施行し、隔壁を伴う胆嚢腫瘍が疑われ精査目的にて当科紹介受診となった。当院での初回腹部超音波検査では胆嚢は収縮しており、胆嚢内腔を低エコー腫瘍が充満し、内部に小嚢胞が散在していた。腹部造影CTでは胆嚢内に胆嚢壁と同等の造影効果を有する多数の隔壁構造を認めた。壁肥厚や結節構造などの悪性所見は認めなかった。腹部MRI(T2強調画像)ではCTと同様に胆嚢内に多数の隔壁が明瞭に描出され、隔壁によって大小様々に仕切られていた。一部の隔壁の内腔には胆泥を疑う所見を認めた。MRCPで膵胆管合流異常は認めなかった。USとCT、MRI所見に乖離が見られたためUS再検をしたところ、前回は胆嚢内腔に充満し、内部に小嚢胞を有する低エコー腫瘍として描出されていたが、再検時には胆嚢は拡張しており、胆嚢頸部から底部までの大小多数の隔壁構造として描出された。壁肥厚や結節は認めなかった。ソナゾイド造影で隔壁構造がより明瞭に描出された。EUSでもUS同様、胆嚢内部に多数の隔壁構造を有していた。胆嚢管、総胆管に壁肥厚なく、胆管内に隔壁構造や腫瘍は認めなかった。大小不同な多数の隔壁を有する胆嚢病変であることから多隔壁胆嚢と診断し、癌合併例の報告もあるため腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理標本では粘膜面は網目状に隆起を形成、腫瘍や結節は認めなかった。組織学的に隔壁は異型のない円柱上皮で被われており、隔壁中に胆嚢壁の固有筋層が移行する像を認め、多隔壁胆嚢と最終診断した。多隔壁胆嚢は非常にまれな疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

肝左葉切除術に生じた胆汁漏に対して、 経胃的EUS下ドレナージが有効であった1例

消研

青木 志門、吉川 成一、熊谷 優、小林 陽子、安住 基、高綱 将史、長島 藍子、
三浦 努、竹内 学

長岡赤十字病院 消化器内科

【はじめに】肝切除や胆摘後の合併症に胆汁漏があるが、通常は経皮的ドレナージ、経乳頭的ドレナージにて改善が見られることが多い。今回、肝左葉切除術後に胆汁漏を生じ、経乳頭的ドレナージは困難であり、経胃的EUS下ドレナージにて改善が見られた術後胆汁漏を経験したため報告する。【症例】70歳台、男性、主訴：胆汁漏による発熱、既往歴：胆嚢炎（胆摘後）、COPD、アルコール性肝硬変。【現病歴】2017年5月に、肝左葉（S3）に16mm大のHCCとB3に胆管拡張とS3に嚢胞性病変が見られ、手術目的に当院へ紹介受診。ERCPではB3の高度狭窄と抹消胆管の拡張が見られ、胆管癌もしくはIPMBを合併したHCCの可能性が高いと考え、同年6月末に肝左葉切除術を施行。術後13日目より39度台の発熱が見られ、CTにて肝切離面に11cm大の胆汁漏形成が見られ、内科的治療目的に当科へ紹介となった。【経過】ERCPでは胆汁漏との交通は確認できず、経乳頭的ドレナージは困難であった。EUSにて胃前庭部前壁より胆汁漏腔の描出が可能であり、経胃的にEUSにて内外瘻チューブ（5Fr ENBD用チューブ、5Fr ERBD用ステント 12cm 両端Pigtail）を胆汁漏腔内に留置した。胆汁漏腔の縮小、炎症改善を確認後に内瘻化し退院となった。【考察】術後の胆汁漏に対しては、経皮的ドレナージやENBD等による経乳頭的ドレナージにて病状が改善する場合が多い。しかし本症例では、経乳頭的ドレナージは困難であり、経胃的EUS下胆汁漏ドレナージを施行した。内外瘻にて改善し、プラスチックステントによる内瘻化後も胆汁漏による炎症の悪化は見られていない。術後胆汁漏に対する経消化管的ドレナージの報告は少ないが、経皮的・経乳頭的ドレナージにて改善が困難な胆汁漏に対して、経消化管的EUS下ドレナージ術も治療の選択肢に成り得ると考えられた。

術後再建腸管に対するショートタイプシングルバルーン内視鏡下での 胆膵内視鏡治療の検討

内

佐藤 宗広、古川 浩一、米山 靖、森田 真一、弥久保 俊太、木村 淳史、川田 雄三、
大崎 暁彦、相場 恒男、和栗 暢生

新潟市民病院 消化器内科

【目的】2016年に鉗子口径が大きくなり挿入性も向上されたショートタイプのシングルバルーン内視鏡SIF-H290S（有効長152cm、鉗子口径3.2mm）が発売され、術後再建腸管における胆膵内視鏡治療の更なる向上が期待されている。今回当院における術後再建腸管に対するSIF-H290S使用下での胆膵内視鏡治療について検討する。【方法】対象は2016年6月から2017年8月までの10例16回、年齢中央値は74（32-86）歳、男女比は9:1、術式は胃全摘+R-Y/膵頭十二指腸切除/胃亜全摘+R-Y/胃亜全摘+B-2で6/2/1/1であった。目的は治療が9例で診断が1例であった。治療内容は総胆管結石が6例、悪性胆管狭窄が1例、胆管空腸吻合部再発が1例、膵管吻合部狭窄が1例であり、診断は肝胆道系酵素上昇・乳頭部腫瘍疑いであった。また総胆管結石の3例で急性胆管炎（中等症/重症：2/1）を発症しており、内視鏡処置前に経皮的ドレナージ（PTGBD/PTBD:2/1）を施行していた。【結果】乳頭もしくは吻合部までの到達は10/10（100%）で、到達時間の中央値は23（5-86）分であった。最終的な手技成功率は70%（7/10）であり、不成功となった3例の内訳は乳頭部到達後に腸管穿孔に気づき中止（術式は胃亜全摘+B-2）、胆管へのカニューレ挿入困難、そして膵管吻合部を同定できなかった症例であった。成功した7例13回の手技時間全体の中央値は80（25-155）分で、そのうち乳頭未処置が5例、1例はPTBDルートからランデブー法で施行した。全体での偶発症は高アミラーゼ血症が1件、腸管穿孔が1件であり同症例は緊急手術となった。【結論】当院における術後再建腸管に対するSIF-H290Sの使用経験では全乳頭もしくは吻合部まで到達できたことや到達時間を考慮すると挿入性は向上されていると考える。しかし処置完遂に関しては容易ではなく、また時に重篤な合併症をきたすこともあり難易度の高い手技であると実感する。症例が少なく今後更に蓄積し検討していくが、現状では対象となる症例数は多くないためひとつひとつの症例を大切に挿入性や挿管の向上に努めていくことが重要と考える。

56 胆管癌と膵癌の重複癌の1例

消

小口 貴也¹、丸山 康弘¹、小林 正和¹、太田 裕志¹、武川 建二¹、三原 基弘²¹諏訪赤十字病院 消化器科、²諏訪赤十字病院 外科

症例は60歳代女性。既往歴に卵巣癌術後がある。2017年6月下旬頃より褐色尿および黄疸を認めるようになり、7月上旬に当科を受診された。血液検査で肝胆道系酵素上昇とDUPAN2上昇を認め、腹部USで下部胆管内に低エコーの隆起性病変および膵体部に径15×12mmの不整形な低エコー腫瘤を認めた。腹部造影CT・MRIでは下部胆管狭窄、膵頭部主膵管狭窄、膵体部主膵管狭窄およびその尾側の主膵管拡張を認めた。ERCでは下部胆管に不整狭窄像を認め、胆管癌を疑う所見であった。ERPでは膵頭部主膵管は平滑な狭小化を呈し炎症性変化を疑う所見であったが、膵体部主膵管は軸偏位を伴う狭窄を認め、膵管癌を疑った。下部胆管狭窄部からの生検および膵体部主膵管狭窄部からの擦過細胞診を施行した結果、いずれからも腺癌を認めた。局在部位より下部胆管癌と膵体部癌の重複癌と診断し、膵全摘術を施行した。切除標本の組織所見だが両病変は連続性を認めず、胆管に関しては下部胆管に径15×9mmの高分化型腺癌を認め、T3aN1M0のstageIIIbであった。膵管に関しては膵体部に径8mmの高分化型腺癌を認め、T1bN0M0のstageIaであった。胆管癌と膵癌の重複癌の報告例は少なく、文献的考察を加え報告する。

57 胆管内乳頭状腫瘍 (Intraductal papillary neoplasm of the bile duct; IPNB) の一例

消専

仲山 孝、細村 直弘、渡邊 光章、赤池 英憲、河口 賀彦、雨宮 秀武、川井田 博充、須藤 誠、河野 寛、市川 大輔

山梨大学 第1外科

【症例】78歳男性。【主訴】特になし。【現病歴】近医で総胆管結石に対して手術施行後、経過観察していた。直近の腹部CTで肝内腫瘍を認め、当院紹介受診した。【既往歴】48歳：十二指腸潰瘍に対して幽門側胃切除術(B-I再建)＋胆嚢摘出術。63歳：糖尿病、高血圧。77歳：脊柱管狭窄症手術。【患者背景】飲酒歴：機会飲酒、喫煙歴：40本/日(20歳から65歳、BI=820)、輸血歴：あり(76歳、総胆管結石手術時)、針治療歴：あり(38歳)、刺青：なし、Drug abuse：なし、日本住血吸虫症：あり(治療歴なし)【身体所見】腹部：上腹部正中切開痕を認める。【血液学的検査】肝胆道系酵素に異常所見は認めなかった。腫瘍マーカーはAFP、PIVKA-II、CEA、CA19-9はいずれも正常範囲であった。ICG-15分補正值6.0%。【画像検査所見】<Dynamic CT> G3根部頭側に単純で不均一な低濃度、動脈相で周囲とほぼ等濃度、門脈相から平衡相にかけて周囲肝実質より染まりが悪い14mm大の腫瘍あり。それより末梢の胆管は拡張していた。<ERCP> B3はカニ爪様の途絶を認める。<肝門部生検> 悪性細胞なし<胆汁細胞診> Class II<EOB-MRI> 肝細胞相でS3病変以外に染まり抜ける部位なし<内視鏡下超音波検査> S3に23mm大の比較的境界明瞭な分葉形状を呈する高エコー腫瘤を認める。【術前診断】胆管内乳頭状腫瘍【手術術式】左肝切除＋左側尾状葉切除＋リンパ節郭清【病理学的検査所見】胆管内に充満する黄色充実性の腫瘤を認める。異型胆管上皮が乳頭状に増殖し内腔に突出し、胆管壁内外にわずかに浸潤を認めた。卵巣様間質はなし。免疫染色においてはMUC1(-)、MUC2(-)、MUC5AC(-)、MUC6(+)であった。免疫染色では非特異的だがHE染色から浸潤性胆管内乳頭状腫瘍(Pancreatobiliary type)と診断した。【結語】胆道癌取扱い規約第6版では前浸潤性病変として3種類の病変が提唱された。今後更なる症例の蓄積が必要と考え報告する。

58 診断に苦慮した十二指腸乳頭部癌の一例

消研 山内 瑛子¹、小林 正和¹、太田 裕志¹、小口 貴也¹、丸山 康弘¹、武川 建二¹、
三原 基弘²、梶川 昌二²、中村 智次³

¹諏訪赤十字病院 消化器科、²諏訪赤十字病院 外科、³諏訪赤十字病院 病理診断科

健診での肝障害を契機に発見されたが、術前病理学的確定診断が困難で、膵頭部周囲脂肪織への広範な浸潤を認めた十二指腸乳頭部癌を経験したので報告する。【症例】60歳代、男性。【生活歴】飲酒あり、喫煙なし。【既往歴】高血圧。【経過】X-1年10月の健診にて肝障害を指摘され、精査目的でX年2月に当科紹介。腹痛などの自覚症状は無く、肝胆道系酵素上昇を認めた。腹部超音波検査にて総胆管及び主膵管拡張を認めた。腹部造影CTでは膵腫瘍は認めなかったが、十二指腸下行部と膵頭部の間に軟部影を認めた。Groove膵炎、胆管癌、膵癌が鑑別となった。X年3月1日ERCPを実施。十二指腸乳頭部腫大と十二指腸粘膜のひきつれを認めた。乳頭部癌を疑ったが、乳頭及び十二指腸粘膜の生検ではGroup2、胆汁細胞診ClassIIIであった。FDG-PETでは、胆膵十二指腸に集積は認めず、改めて3月17日にERCP及びEUSを実施。EUSでは、乳頭部胆管の壁肥厚を認め、非露出型乳頭部癌を疑った。EST後生検を行ったが、Group2で確定診断は得られなかった。肝障害は、下部胆管狭窄が原因と考えERBDを留置した。病理学的に確定診断は得られなかったが、乳頭部癌の可能性が極めて高いと考えられ、X年8月幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行。病変は肉眼的に境界不明瞭であったが、病理標本にて乳頭部から胆管にかけて3.0×2.5cmの腫瘍を認めた。組織診断は、adenocarcinoma(pap/tub1 > tub2)で、乳頭部は腫瘍に置換されていたが、胆管は壁内浸潤が主で粘膜上皮は保たれていた。十二指腸壁浸潤は認めるが膵実質への浸潤は軽度であった。また、膵頭部後方の脂肪織への浸潤が広範であった。非露出腫瘍型乳頭部癌(pT3a、N1、ly1、v1、M0、stagellb)と診断した。【考察・結語】本例は、乳頭部癌が強く疑われたが、術前病理診断が得られなかった。切除標本の病理より、構造異型はあるものの細胞異型が軽度であったことが、確定診断が困難であった一つの要因と考えられた。

59 巨大総胆管結石に対し経口電子胆道鏡下電気水圧衝撃波結石破碎術が有効であった1例

内 古川 浩一¹、佐藤 宗広¹、木村 淳史¹、弥久保 俊太¹、森田 真一¹、川田 雄三¹、
大崎 暁彦¹、米山 靖¹、相場 恒夫¹、和栗 暢生¹、佐藤 大輔²、横山 直行²、
大谷 哲也²

¹新潟市民病院 消化器内科、²新潟市民病院 消化器外科

【はじめに】総胆管結石治療における電気水圧衝撃波結石破碎術(以下EHL)は、近年SpyGlassの登場や新規衝撃波発生装置の国内販売開始、電極カテーテルの供給再開により、再び治療の選択肢としてあげられる環境が整った。今回、機械式結石破碎術(以下EML)が困難であった巨大総胆管結石に対し経口電子胆道鏡下電気水圧衝撃波結石破碎術が有効であった1例を経験したので報告する。【症例】70歳代、女性。既往歴として脳梗塞後遺症(左不全麻痺)、心房細動にて抗血栓療法中。現病歴ではX年11月28日高熱出現、A病院入院。精査にて総胆管結石、胆嚢胆管炎にて抗生剤投与にて軽快。12月29日退院。総胆管結石治療目的に翌年1月27日当院紹介初診、28日入院。入院経過としては抗血栓療法をヘパリンに置換し、2月2日1回目のERCPを実施。総胆管に長径51mmの結石が総胆管に鑄型にはまり、積み上げ結石が上流の総肝管まで観察された。中切開のESTを行い、EMLを試みるもバスケットが有効に展開せず、ENBDを留置し終了。2回目、3回目のERCPにてSpyGlass DSを用いた経口電子胆道鏡下での電気水圧衝撃波結石破碎術(以下EHL)を実施することとした。1.9Fr電極カテーテルとEHLオートリスを用い、出力電圧3000~4000V、照射間隔20回/秒としEHLを施行。初回は2本のカテーテルを使用し4100発、2300発の照射を行い、さらに追加の3100発の照射によりEMLのバスケットが展開可能な大きさにまで結石は破碎された。内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術も付加し総胆管結石除去を完了した。【結語】EML単独では治療困難な巨大総胆管結石に対してEHLが有効であった。

EHLは通常の採石器具で対処困難な胆道結石に有用性が報告されており、経乳頭的ないし経皮的胆道鏡下に行うのが基本となる。今回、胆道結石2症例に対し、十二指腸球部の瘻孔と吻合部からQ260J下にEHLと採石を行った。うち1例は胆嚢癌と胆嚢炎の鑑別に、採石後の胆嚢壁の観察と生検を加えた。拡張は15mm径バルーンで行った。【症例1】58歳女性、平成29年2月胆管炎症状で紹介受診した。CTで胆嚢壁肥厚、十二指腸胆嚢瘻、肝門部胆管狭窄を認めた。遠隔転移所見はなかった。EGDで上十二指腸角に瘻孔部と思われる潰瘍性病変を認め生検を施行した。ERCでは胆嚢に粗大結節を認め、同部の生検とENBD留置による細胞診を行った。肝門部狭窄に対しERBDを留置した。病理検体で悪性所見は得られなかったが、画像所見から局所進行胆嚢癌と診断し3月よりGEM+CDDPを開始した。しかし、組織学的根拠が必要と判断し5月、経瘻孔的に胆嚢内にアプローチした。胆嚢内に充満していた結石にEHLを試行し、胆嚢壁の観察と生検により胆嚢癌の可能性は低いと判断した。現在、外来経過観察中である。【症例2】53歳女性、胆嚢炎に対する腹腔鏡化胆嚢摘出術に起因する胆道損傷と術後吻合部狭窄で平成6年、平成26年に胆管十二指腸吻合が行われた。平成29年4月、吻合部狭窄と肝門部に局在する巨大結石による胆管炎で受診した。吻合部からのドレナージで胆管炎の鎮静化を得た。壁に固着、嵌頓した肝門部胆管結石に対し5月、EHLを施行し完全採石を得た。胆管壁に悪性を疑う所見はなく、外来で経過観察中である。【結論】上部消化管用スコープを用いた経十二指腸球部胆道アプローチで、効率的なEHLと採石、詳細な病変観察と生検が可能であった。

ランチョンセミナー

2017(平成29)年11月3日

12:00~13:00



2017年

日時

11月3日(金・祝) 12:00~13:00

会場

第1会場

朱鷺メッセ・新潟コンベンションセンター 4F マリンホール
〒950-0078 新潟市中央区万代島6番1号 TEL.025-246-8400

IFNフリー時代のC型肝炎治療

—特にSpecial Populationに着目して—

司会

榎本 信幸 先生

山梨大学医学部附属病院 第一内科 教授

講師

石上 雅敏 先生

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 講師

本セミナーのご参加にあたり、弊社による旅費の負担はできませんことをご了承ください。

第61回日本消化器病学会甲信越支部例会・
第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会合同支部例会

ランチオンセミナー2



日時

2017年**11**月**3**日 (金・祝)

12:00~13:00

場所

第2会場 (3階：中会議室302)

座長

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 特任教授 八木 一芳先生

「酸関連疾患のNEW STRATEGY」

演者

大阪医科大学 第二内科
教授 樋口 和秀先生

ご参加の皆様には、お弁当をご用意しております (数に限りがあります)

共 催

第61回日本消化器病学会甲信越支部例会・
第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会合同支部例会



武田薬品工業株式会社

イブニングセミナー

2017(平成29)年11月3日

18:00~19:00



第61回日本消化器病学会甲信越支部例会・
第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会合同支部例会
イブニングセミナー

日時 2017年 **11**月**3**日(金) 18:00~19:00

会場 **第1会場(朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター4F マリンホール)**



座長 **寺井 崇二** 先生 新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

肝障害時の血小板を 経口投与で増やす薬剤の活用

～ムルプレタをいかに使いこなすか～

演者 **泉 並木** 先生 武蔵野赤十字病院

共催: 第61回日本消化器病学会甲信越支部例会・第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会合同支部例会/
塩野義製薬株式会社

モーニングセミナー

2017(平成29)年11月4日

8:00~8:50



第61回日本消化器病学会甲信越支部例会
第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
モーニングセミナー

高齢化社会におけるC型肝炎治療

—DAAの実臨床成績から再治療の実態まで—

日時

2017年11月4日(土) 8:00~8:50

会場

朱鷺メッセ 新潟コンベンションセンター
3階 第2会場

〒950-0078 新潟県新潟市中央区万代島6番1号

司会：**寺井 崇二 先生**

(新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 教授)

演者：**芥田 憲夫 先生**

(国家公務員共済組合連合会 虎の門病院 肝臓内科 医長)

共催:



第61回日本消化器病学会甲信越支部例会
第83回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
ギリアド・サイエンス株式会社

ESDワークショップ

2017(平成29)年11月3日

16:20~17:10

**第38回
日本消化器病学会甲信越支部
教育講演会**

2017(平成29)年11月3日
15:20~17:50

会 場：第1会場（マリンホール）

会 長：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）

第38回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会 プログラム

教育講演 1 15:20~16:10

座長 榎本 信幸 先生
(山梨大学医学部 第一内科 教授)

がん微小環境のマイクロマネージメント： microRNAとエクソソームの実態に迫る

国立研究開発法人国立がん研究センター研究所 分子細胞治療研究分野 主任分野長
落谷 孝広 先生

教育講演 2 16:10~17:00

座長 田中 榮司 先生
(信州大学医学部 内科学第二講座 (消化器内科) 教授)

非アルコール性脂肪肝炎 (NASH):木を診て森も診よう!

九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学分野 教授
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 分子細胞代謝学分野 教授
小川 佳宏 先生

教育講演 3 17:00~17:50

座長 若井 俊文 先生
(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 教授)

胆膵がんの最新の治療と今後の戦略

東北大学大学院 消化器外科学分野 教授
海野 倫明 先生

がん微小環境のマイクロマネージメント： microRNAとエクソソームの実態に迫る

国立研究開発法人国立がん研究センター研究所 分子細胞治療研究分野 主任分野長
落谷 孝広 先生

体液中を循環するマイクロRNAによる疾患診断の開発が世界中で進んでいる。そもそもこうした体液中のマイクロRNAなどの核酸情報伝達物質は、エクソソームと呼ばれる直径50~150ナノメートル前後の細胞外小胞 (EV) に運ばれて細胞間のコミュニケーションツールとして利用され、がん等の疾患の成立に重要な機能を果たしている事が明らかになった。がんの転移においても、エクソソームの存在は極めて重要であり、がん細胞は宿主、つまり患者の体内での生き残りをかけて、がんの微小環境において、このエクソソームを駆使した情報伝達機構を発達させてきたようだ。過去の報告を紐解くと、このがんの転移の古典的な説の中には、Gene transfer説といって、がん細胞の体細胞変異を受け継ぐ遺伝子断片が血流を介して遠隔臓器に飛び、そこで正常組織の幹細胞等に取り込まれ、その細胞をトランスフォームすることで二次的ながん、つまり転移が起こるとする説まである。この考えは現時点では否定的ではあるが、エクソソームによって運ばれたがん細胞の伝達する遺伝情報が、遠隔臓器の特定の細胞に取り込まれ、その細胞の2次的な変化が炎症などを起点とする前転移ニッチの形成に繋がるのであれば、まさしくエクソソームの生物学的特性の解明が、新たながん転移のメカニズムの理解に貢献するとともに、こうした経路を遮断することが新しいがん転移治療薬の創薬となる。本講演では、こうしたエクソソームによるマイクロRNAトランスファーの実態解明がもたらす新規がん診断・治療薬の開発を消化器病領域での進展と合わせて概説する。

参考文献

1. Katsuda T, et al., Conversion of terminally committed hepatocytes to culturable bipotent progenitor cells with regenerative capacity. *Cell Stem Cell*, 2017
2. Akimoto M, et al. Soluble IL-33 receptor sST2 inhibits colorectal cancer malignant growth by modifying the tumour microenvironment, *Nat Commun*, 2017
3. Kosaka N, et al. Versatile roles of extracellular vesicles in cancer. *J Clin Invest*, 2016 (Exosome Review)
4. Takahashi RU, et al. Loss of microRNA-27b contributes to breast cancer stem cell generation by activating ENPP1. *Nat Commun*, 2015.
5. Tominaga N, et al. Brain metastatic cancer cells release microRNA-181c-containing extracellular vesicles capable of destructing blood-brain barrier. *Nat Commun*, 6:6716, 2015
6. Ono M, et al. Exosomes from bone marrow mesenchymal stem cells contain a microRNA that promotes dormancy in metastatic breast cancer cells. *Sci Signal*, 7:ra63, 2014 (2015 Signaling Breakthrough of the Year)
7. Yoshioka Y, et al. Ultra-sensitive liquid biopsy of circulating extracellular vesicles using ExoScreen. *Nat Commun*, 5:3591, 2014

非アルコール性脂肪肝炎 (NASH)：木を診て森も診よう！

九州大学大学院医学研究院 病態制御内科学分野 教授
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 分子細胞代謝学分野 教授

小川 佳宏 先生

NASHは内臓脂肪型肥満、糖脂質代謝異常、インスリン抵抗性と深く関連するため、メタボリックシンドロームの肝臓における表現型と考えられている。一方、メタボリックシンドロームから様々な生活習慣病が顕在化する過程では、脂肪組織局所において細胞間相互作用により誘導される炎症の慢性化や線維化が契機となり、複雑かつ巧妙な「臓器代謝ネットワーク」による恒常性維持機構が破綻して全身臓器に病変が波及・拡大化することが明らかにされてきた。

我々は最近、ヒトNASHの病態に酷似したNASHマウスの開発に成功した。このマウスでは肥満に伴う慢性炎症により脂肪組織の脂肪蓄積能が低下し、溢れ出た遊離脂肪酸が異所性脂肪として肝臓に蓄積して脂肪肝からNASHに肝病変が進展する。NASHマウスの肝臓では、過剰な脂肪蓄積により細胞死に陥った肝実質細胞をマクロファージが取り囲んで貪食・処理する組織像が認められ (hepatic crown-like structures (hCLS))、これが起点となって誘導された炎症が収束せずに持続・慢性化すると病的な線維化に至ることが明らかになった。

経口糖尿病薬であるSGLT2阻害薬は、腎臓の近位尿細管におけるグルコースの再吸収を抑制し、血糖低下とともに体重減少をもたらすことが期待されている。我々は最近、糖尿病肥満マウスにSGLT2阻害薬を投与することにより血糖値が低下するものの代償的な摂餌量の増加により体脂肪量が増加して体重が減少しないこと、この「脂肪組織のHealthy Expansion」により過剰なエネルギーを本来の脂肪組織に溜めることにより、異所性脂肪蓄積である脂肪肝を改善できる可能性を見出した。肥満が軽度でも異所性脂肪の蓄積が相対的に多いとされる日本人では、若年男性を中心にNASHの罹患率の増加が懸念されている。臓器代謝ネットワークを上手く活用し、異所性脂肪が過剰に蓄積した肝臓から本来溜めるべき脂肪組織に脂肪の流れを制御することにより、NASHや肝臓癌の発症・進展を予防できるのかも知れない。

時々刻々と変化する外的ストレスに対して、臓器局所のレベル（木）では細胞間相互作用により、個体のレベル（森）では臓器代謝ネットワークにより、上手く適応することによりホメオスタシスが維持されている。メタボリックシンドロームと関連の深いNASHの理解には、「木（肝臓）を診て森（全身）も診る」という視点が不可欠である。

胆膵がんの最新の治療と今後の戦略

東北大学大学院 消化器外科学分野 教授

海野 倫明 先生

胆道がん・膵がんは、がん医療が急速に進歩した現在においても、最も治療成績が不良ながんの一つであり、その治療成績向上は急務である。

治療成績が不良である原因として、発症時にはすでに進行していることが多く、治癒を望める治療が困難であることがあげられる。予防と早期発見が最も重要であることに異論はないが、現在、有効な予防策やバイオマーカー、早期診断法は確立されておらず、今後のブレイクスルーが渴望されている。

一方、進行癌に対する治療成績は21世紀になり、少しずつではあるが向上している。以前は有効な薬物が殆ど無かった胆膵がんであるが、胆道がんではゲムシタビン+シスプラチン療法が、膵がんでは、Nab-paclitaxelやFOLFIRINOX療法などの新しいレジメンが開発され、標準治療となり成績は格段に向上した。

一方、唯一の“cure”を目指すことができる外科治療においても、近年、外科切除に化学療法や放射線治療を組み合わせる集学的治療が普及したこと、術前術後管理が確立され手術の安全性が向上したことなど、大きく成績は向上した。特に、食道癌や乳癌で一般的になった“術前治療”は、手術侵襲度が大きい胆膵がんにおいて、より効果的であることが明らかになりつつある。また2016年に発行された膵癌取扱い規約第7版のように、切除可能性分類という概念が取り入れられるようになった。例えば、切除境界膵癌に関しては、従来一般的であった手術先行治療は行われなくなり、術前治療がまず行われ、その後に手術を行うNeoadjuvant治療が一般的となった。さらに切除不能膵癌の一部は化学（放射線）療法後が有効であった症例に切除を行うことで良好な成績を示すことが明らかになり、このようなconversion治療の適応や手術術式に関して、現在盛んに議論がなされている。さらに、切除可能膵癌に関しても、術前治療の有無により全生存期間を比較する第3相多施設共同ランダム化試験が行われており、その結果が待たれるところである。

本講演では、胆膵がんのガイドラインの沿った最新の治療法を解説するとともに、現在進行中の臨床研究に触れ、今後の新たな治療戦略について皆さんと共に考えたい。

**第13回
日本消化器病学会甲信越支部
専門医セミナー**

2017(平成29)年11月4日
10:40~12:40

会 場：第1会場（マリンホール）

会 長：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）

専門医セミナー1（炎症性腸疾患） 10:40～12:40

司会	新潟大学 光学医療診療部	横山 純二 先生
症例提示	新潟大学 消化器内科	小川 雅裕 先生
ディスカッサー	信州大学 消化器内科	平山 敦大 先生
	山梨大学 第1内科	岩本 史光 先生
	済生会新潟第二病院 消化器内科	岩永 明人 先生

専門医セミナーでは、アンサーパッドを用いて、会場の先生方も含めて討論いたします。

