シンポジウム　プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

シンポジウム 1

第 1 会場　　9:00 ～ 11:20

司会　名古屋大学大学院医学系研究科　消化器内科学　安藤　貴文
愛知医科大学　消化器内科　小笠原尚高

「消化管疾患の診断と治療の up-to-date」

S1-01　NBI 拡大内視鏡観察を用いた潰瘍性大腸炎粘膜治癒からの病態把握と再燃予測

[1] 国立病院機構　名古屋医療センター　消化器科、
[2] 名古屋大学大学院　消化器内科学
○島田　昌明[1]、岩瀬　弘明[1]、都築　智之[1]、後藤　秀実[2]

S1-02　小腸疾患におけるバルーン内視鏡の有用性　～ OGIB 症例を中心に～

[1] 三重大学　光学医療診療部、[2] 三重大学　消化器肝臓内科
○葛原　正樹[1]、為田　雅彦[2]、二宮　克仁[2]、田野　俊介[2]、高山　玲子[2]、
井上　宏之[2]、濱田　康彦[1]、堀木　紀行[1]、竹井　謙之[2]

S1-03　ダブルバルーン内視鏡（DBE）を用いた小腸疾患と治療の有効性

名古屋大学医学系研究科　大学院
○名倉明日香、大宮　直木、後藤　秀実

S1-04　当科での潰瘍性大腸炎における手術成績向上のための取り組み

三重大学医学部消化管・小児外科
○大北　喜基、荒木　俊光、井出　正造、志村　匡信、藤川　裕之、小池　勇樹、
井上　幹大、内田　恵一、毛利　靖彦、楠　　正人

S1-05　臨床症状、内視鏡所見から初発潰瘍性大腸炎と鑑別が困難な Campylobacter 腸炎の診断法と薬剤耐性菌に対する治療法についての検討

藤田保健衛生
○藤田　浩史、長坂　光夫、平田　一郎

S1-06　当院におけるクローン病に対する adalimumab の使用経験

刈谷豊田総合病院　内科
○桑原　崇通、浜島　英司、井本　正巳

S1-07　CRP 高値のクローン病患者に対する寛解導入での adalimumab・prednisolone 併用療法の可能性について

名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科
○渡辺　　修、安藤　貴文、後藤　秀実

S1-08　早期胃癌に対する薬品加工シースを用いたシースアシスト法による胃 ESD の有用性

愛知医科大学病院　消化器内科
○伊藤　義紹、小笠原尚高、春日井邦夫

S1-09　悪性胃十二指腸狭窄 16 症例における WallFlex duodenal stent の生体内での振る舞いと経口摂取の関係

名古屋第二赤十字病院・消化器内科
○坂　哲臣、山田　智則、蟹江　浩、野尻　優、大脇　俊宏、金本　高明、青木　美帆、堀　寧、岩崎　弘靖、野村　智史、梅村修一郎、藤原　圭、澤木　明、林　克巳、折戸　悦朗

S1-10　治療前 CRP 値は転移性胃癌に対する予後予測因子である

[1] 名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器代謝内科学、
[2] 名古屋第二赤十字病院　消化器内科
○北川　美香[1]、志村　貴也[1]、山田　智則[2]、海老　正秀[1]、片岡　洋望[1]、城　卓志[1]

S1-11　当院における大腸 ESD についての現況と切除困難例についての検討

名古屋第二赤十字病院　消化器内科
○野村　智史、山田　智則、青木　美帆、岩崎　弘靖、堀　寧、梅村修一郎、蟹江　浩、坂　哲臣、藤原　圭、林　克巳、折戸　悦朗

S1-12　T1 食道癌における PET 診断の意義

[1] 愛知県がんセンター中央病院　消化器内科部、
[2] 愛知県がんセンター中央病院　内視鏡部、[3] 東名古屋画像診断クリニック
○大林　友彦[1]、丹羽　康正[2]、玉木　恒男[3]

S1-13　当院における食道 ESD の検討

山下病院　消化器内科
○富田　誠、小田　雄一、服部　昌志、磯部　祥、富永雄一郎、広瀬　健、服部外志之、中澤　三郎

S1-14　当院における十二指腸 ESD の現状

土岐市立総合病院　内科
○白井　修、吉村　透、下郷　友弥、南堂　吉紀、清水　豊

S1-01 NBI 拡大内視鏡観察を用いた潰瘍性大腸炎粘膜治癒からの病態把握と再燃予測

[1] 国立病院機構　名古屋医療センター　消化器科、
[2] 名古屋大学大学院　消化器内科学
○島田　昌明[1]、岩瀬　弘明[1]、都築　智之[1]、後藤　秀実[2]

【目的】潰瘍性大腸炎 (UC) 経過観察例に NBI 拡大内視鏡観察をおこない、粘膜治癒からみた UC の病態と再燃について検討した。【方法】NBI 拡大内視鏡観察 59 例中、2 回以上の NBI 拡大内視鏡観察がおこなわれた 18 例（延べ 42 例）の UC を対象とした。NBI 拡大内視鏡所見は血管構造を中心に 4 段階に分類した (I 型 : 蜂巣状血管構造を認める。II 型 : 蜂巣状血管構造が不明瞭となり不規則血管の存在を認める。III 型 : 血管口径不同が明らかで血管のにじみ所見を認める。IV 型 : 血管構造が消失し、凹凸不整な岩盤状粘膜構造を認める)。経過観察時の粘膜治癒状態と再燃について検討した。直腸生検組織所見を Riley 分類により評価した。【成績】1) 男性 10 例、女性 8 例で、平均年齢は 46.6±14.5 歳であった。病変の拡がりは全大腸炎型 9 例 (50.0%)、左側大腸炎型 3 例 (16.7%)、直腸炎型 6 例 (33.3%) で、臨床経過は再燃寛解型 : 15 例（83.3%）、初回発作型 : 3 例（16.7%）であった。2)NBI 拡大内視鏡所見は I 型 :11 例 (26.2%)、II 型 :21 例 (50.0%)、III 型 :8 例 (19.0%)、IV 型 :2 例 (4.8%) であった。病期については I 型、II 型は全例、寛解期であったが、III 型の 25%、IV 型は全例、活動期であった。3) 経過観察中、NBI 拡大内視鏡所見は、改善例 :6 例、不変例 :13 例、悪化例 :5 例であった (平均観察期間 :388.2±81.5 日)。III 型と IV 型の症例や悪化例で再燃が多い傾向であった。4) 再燃率は I 型 :0%、II 型 :14.3%、III 型 :25%、IV 型 :100% で、再燃までの平均期間は II 型 :315 日、III 型 :104.5 日、IV 型 :86 日であり、粘膜治癒が得られた症例では再燃を認めず、粘膜治癒が得られなかった症例では高率かつ早期に再燃した。5) NBI 拡大内視鏡所見と Riley's grade との相関係数は 0.79 と強い相関関係を認め、今回、分類した NBI 分類が病理組織学的にも UC の粘膜局所の炎症状態を正確に表していた。【結論】NBI 拡大内視鏡を用いた UC 粘膜治癒の観察は、経過観察例の病態把握や再燃予測に有用な診断法であり、治療戦略的意義は極めて大きいと考えられる。

S1-02 小腸疾患におけるバルーン内視鏡の有用性 ～ OGIB 症例を中心に～

[1] 三重大学　光学医療診療部、[2] 三重大学　消化器肝臓内科
○葛原　正樹[1]、為田　雅彦[2]、二宮　克仁[2]、田野　俊介[2]、
高山　玲子[2]、井上　宏之[2]、濱田　康彦[1]、堀木　紀行[1]、
竹井　謙之[2]

【背景、目的】バルーン小腸内視鏡の登場によりこれまで不明とされてきた小腸疾患が明らかになってきた。当院におけるバルーン小腸内視鏡の成績を報告し、有用性について検討する。【対象および方法】2008 年 4 月から 2011 年 9 月まで当院でバルーン小腸内視鏡を施行した 81 例 134 回を対象とした。男女比は男 : 女＝ 43 : 38、平均年齢は 58.1 歳（18 － 88 歳）。挿入経路は経口 : 経肛門＝ 65 : 69。検査契機は OGIB49 例、PET、CT 異常 6 例、イレウス精査　4 例、腹痛、下痢 8 例、その他 14 例　(濾胞性リンパ腫の小腸精査 7 例を含む)。1. 診断率（検査契機別、全体）、2.OGIB 症例の診断、治療経過、3. 偶発症、4. 全小腸観察率について検討した。使用内視鏡機種は EN450P5 及び EN450T5。【結果】1. 検査契機別の診断率は OGIB　27/49 例（55.1%）、PET,CT　4/6 例（66.6%）、イレウス精査 3/4 例（75.0%）、腹痛 , 下痢 6/8 例（75.0%）、その他 12/14 例（85.7%）で全体の診断率は 52/81 例（64.2%）であった。2. OGIB49 例の最終診断は、血管性病変 11 例（22.4%）、潰瘍性病変 10 例（20.4%）、腫瘍性病変 5 例、憩室性病変 1 例であった。17 例（34.7%）で異常を指摘できず、また小腸外病変を 5 例（10.2%）に認めた。小腸外病変は胃血管性病変 1 例、大腸血管性病変 2 例、大腸憩室 1 例、乳頭部出血 1 例であった。治療は潰瘍性病変 4 例 (2 例は Dieulafoy 潰瘍) にクリッピングを行なった。血管性病変 6 例に APC、2 例にクリッピングを、多発病変 3 例にエトキシスクレロールの局注を行ない治療が可能であった。腫瘍性病変 3 例（十二指腸水平脚癌、GIST、肺癌小腸転移）、憩室 1 例で外科的手術を行なわれた。治療を行なわれた症例、異常なしと判断され経過観察となった 17 例ではその後再出血を認めなかった。2. 穿孔 1 例（クローン病観察例、経肛門挿入）、誤嚥性肺炎 1 例（経口挿入）を認めた。経口挿入で血清アミラーゼの上昇を 22/65 例（33.8%）に認めたが、腹部症状は 1 例も認めなかった。3. 全小腸観察率は 21/29 例（72.4%）であった。【結語】小腸内視鏡は小腸疾患における診断、治療において有用であると思われた。

S1-03 ダブルバルーン内視鏡（DBE）を用いた小腸疾患と治療の有効性

名古屋大学医学系研究科　大学院
○名倉明日香、大宮　直木、後藤　秀実

【目的】各種小腸疾患の診断、治療における DBE の有用性をカプセル内視鏡（VCE）との比較を含めて検討する。【方法】対象は 2003 年 6 月～ 2011 年 7 月までに小腸精査目的で DBE を施行した 829 例（男性 510 例、女性 319 例、経口 718 件、経肛門 903 件）。そのうち VCE は 364 例（383 件）に施行した。【結果】DBE で全小腸観察を試みた 212 件例中の成功例は 158 例（74%）であった。VCE の全小腸観察率は 71%、記録時間が延長した 2009 年 12 月以降では 87% であった。原因不明の消化管出血 451 例中 275 例（60%）が小腸出血と総合的に診断された。そのうち医原性・炎症性・感染性病変が 109 例と最も多く、次いで血管性病変が 101 病変、腫瘍性病変 56 病変（悪性 33 病変、良性 23 病変）、憩室 27 病変であった。DBE は 13 病変（3.5%）を除き診断可能であった。DBE で診断不可能であった病変は GIST3 例、原因不明小腸潰瘍 3 例、小腸浸潤・転移 2 例、放射線性小腸炎 1 例、鉤虫症 1 例、腸結核 1 例であった。DBE、VCE とも施行した小腸出血病変は 119 病変で、DBE の診断率は 84%、VCE の診断率は 67% と有意差があった（P=0.005）。VCE の指摘困難病変は憩室 7 例、十二指腸・空腸の粘膜下腫瘍 5 例、病変未到達 4 例等であった。DBE 下内視鏡治療は 95 病変に施行。その内訳は焼灼・クリッピング、硬化療法などの止血術が 61 病変に、バルーン拡張術が 7 病変に、カプセル内視鏡の回収が 4 例施行された。原因不明の消化管出血以外の検査契機で施行した DBE は 393 例で、その内訳は小腸狭窄 126 例、腫瘍精査が 99 例、腹痛・腹部膨満精査が 60 例、クローン病精査が 31 例、蛋白漏出性胃腸症の精査が 22 例等である。偶発症は誤嚥性肺炎 10 件（0.5%）、穿孔 9 件（0.5%）、急性膵炎（0.1%）に認められた。また、当院では Peutz-Jeghers 症候群（PJS）における DBE 下ポリープ切除を積極的に行っており、PJS 例 31 例中 29 例（93%）に EMR を施行している。【結論】各種小腸疾患の診断・治療における DBE の診断能の高さ、内視鏡治療の汎用性が示された。

S1-04 当科での潰瘍性大腸炎における手術成績向上のための取り組み

三重大学医学部消化管・小児外科
○大北　喜基、荒木　俊光、井出　正造、志村　匡信、
藤川　裕之、小池　勇樹、井上　幹大、内田　恵一、
毛利　靖彦、楠　　正人

【はじめに】潰瘍性大腸炎（UC）における大腸全摘、回腸嚢肛門吻合術（IPAA）は標準術式として確固たる地位を確立した。しかし、IPAA の手術侵襲は大きく、術後合併症は高率にみられるため、術後の QOL 向上のためには、手術侵襲の小さい手術手技、術後合併症に対する予防法の確立が望まれる。【目的】今回当科における IPAA の術後合併症に対する予防法、手術手技の変化による手術成績の変遷について検討し、その効果を明らかにする。【対象】2000 年 9 月から 2011 年 9 月まで当科で施行された UC に対する IPAA213 例を対象とした。1.Surgical site infection（SSI）抑制のための anti SSI best practice（2002 年 1 月～）2. 術後肺塞栓（PTE）予防のための術前深部静脈血栓（DVT）screening（2003 年 5 月～）および術後エノキサパリンナトリウム投与（2009 年 9 月～）3. 術後痔瘻予防のための直腸粘膜抜去における肛門陰窩切除（2004 年 1 月～）4. 低侵襲手術を目指した小開腹手術（2005 年 11 月～）および腹腔鏡下手術（2009 年 11 月～）を導入し、1 ～ 4 における手術成績を検討した。【結果】IPAA 症例の内訳は 1 期手術 14 例、2 期手術 140 例、3 期手術が 59 例であった。1.SSI 発症率は、anti SSI best practice 導入前 68.2%に対し、導入後は 16.8% へと減少した。2. 術後 PTE の発生率は術前 DVT screening 導入以前 1 例（2%）、術前 DVT screening 導入後 1 例（0.8%）、術後エノキサパリンナトリウム投与導入後 0 例（0%）であった。3. 術後痔瘻発生率の検討では、肛門陰窩切除により痔瘻の累積発生率が抑制された。4. 従来切開創手術 104 例、小開腹手術 100 例、腹腔鏡手術 9 例であった。従来切開創手術、小開腹手術、腹腔鏡手術各々において術後在院日数は 31±34 日、22±20 日、17±1 日であった。【まとめ】上記の術後合併症予防法の導入により、SSI 発生率、PTE 発生率、術後痔瘻発生率は減少した。また低侵襲手術を導入後、術後在院日数は減少し、低侵襲手術導入による効果が示唆された。今回の検討における術後合併症予防法、手術手技により、手術成績は向上するものと考えられた。

S1-05 臨床症状、内視鏡所見から初発潰瘍性大腸炎と鑑別が困難な Campylobacter 腸炎の診断法と薬剤耐性菌に対する治療法についての検討

藤田保健衛生
○藤田　浩史、長坂　光夫、平田　一郎

【目的】潰瘍性大腸炎（以下 UC）は 2008 年に 10 万人を超え、年々増加傾向にある。このうち初回発作型 UC が 2 割程度認められ、一部に UC と鑑別に難渋する Campylobacter 腸炎（以下 CC）が含まれている可能性が示唆される。今回我々は初発 UC と CC の臨床症状と内視鏡像を比較しその鑑別点について検討し、初発 UC と誤診される可能性のある CC の特徴を検討した。【対象】2005.8 月 -2009.5 月までの 45 ヶ月間に診断しえた CC40 症例のうち内視鏡施行可能であった 16 例（男性 12 例・女性 4 例、年齢 25.3±8.2）と初発 UC 症例 18 例（男性 6 例・女性 12 例、年齢 40.2±13.4）の臨床症状、内視鏡所見について検討した。UC 初回内視鏡での病変範囲は全大腸炎 6 例、左半大腸炎型 5 例、直腸炎型 6 例、右側大腸炎型 1 例であった。内視鏡的特徴については回腸末端 I、盲腸（バウヒン弁）C、上行結腸 A、横行結腸 T、下行結腸 D、S 状結腸 S、直腸 R の各部にて、浮腫、びらん、潰瘍の有無を検討した。【成績】臨床症状の比較は、CC で下痢回数が 10 回以上（P=0.008）、発熱（P=0.001）のある症例が多く、UC では平熱（P=0.001）で血便（P=0.007）のある症例が多い結果となった。内視鏡的特徴については CC では盲腸に優位のびらん（P=0.0001）や直腸浮腫（P=0.007）が多く、UC ではバウヒン弁上の潰瘍を認める症例は皆無であり、直腸に有意のびらん（P=0.0001）や、孤発性虫垂開口部びらん（P=0.032）を多く認めた。薬剤耐性については MINO の約 30%、LVFX の約 40%、ABPC の 50% に耐性を認めた。LVFX 耐性症例の 75% はバウヒンベン上の潰瘍がなく、びらんまたは浮腫が中心で UC との鑑別が内視鏡のみでは困難であった。【結論】頻回の下痢、発熱があり浅いバウヒンベン上の潰瘍のあるびまん性腸炎で直腸に浮腫が主体の症例は CC を強く疑う必要があると考えられた。またバウヒン弁上に潰瘍を認めない症例の 60% は LVFX 耐性症例であり、このような症例が UC と誤診される可能性がある CC と考えられ、マクロライド系抗菌薬投与後の内視鏡再見が望ましいと考えられた。

S1-06 当院におけるクローン病に対する adalimumab の使用経験

刈谷豊田総合病院　内科
○桑原　崇通、浜島　英司、井本　正巳

【背景】2010 年 10 月よりクローン病（CD）に対し、抗 TNF- α 抗体として、infliximab（IFX）に加え adalimumab（ADA）が保健適応となった。今回我々は、当院の CD に対する ADA の使用症例を元に、その有用性について検討した .【対象】2010 年 12 月より当院で ADA を導入した CD 患者 11 症例 .【方法】(1) ADA 投与前後における自覚症状の変化を ,IO-IBD score によって検討した .（2）IFX アレルギー症例の ,ADA 変更によるアレルギー症状の変化を検討した .（3）IFX から ADA 変更後の QOL の変化を外来通院時の平均在院時間と患者の感想を用いて評価した .【対象の内訳】平均年齢は 37 歳（18 歳〜 69 歳）, 性別は男性 10 例 , 女性 1 例 , 平均罹病期間は 121.6 ヶ月（2.2-389 ヶ月）,ADA 平均投与期間は 5.8 ヶ月（1.6-8.7 ヶ月）であった . 病型は , 小腸型 3 例 , 小腸大腸型 6 例 , 大腸型 2 例であった .ADA の初回導入 1 例 ,IFX からの変更 10 例であり ,ADA への変更理由は ,IFX のアレルギー反応が 4 例（皮疹 3 例・肝機能障害 + 皮疹 1 例）,IFX 長期中断により IFX アレルギーを考慮した 2 例 , 外来通院日の在院時間短縮などの QOL 向上目的が 3 例 ,IFX 不応が 1 例であった . その他の治療は , 全例で 5-ASA 3g,5 例で AZA 50-100mg,3 例で PSL 10-30mg,6 例で elental 300-900kcal であった .【結果】(1) IO-IBD score は ,ADA 投与直前は平均 1.5 点（0-4 点）,ADA 投与後は 1.1 点（0-4 点）で ,ADA により低下傾向を認め , 全症例で ADA 投与後に症状の増悪は認めなかった .（2）IFX アレルギー反応を示した 4 例全例で ,ADA 変更後にアレルギー反応を認めず , 内皮疹 3 例は ADA 導入後に改善傾向となり , ステロイド外用薬の減量が可能となった . また ,IFX 長期中断 2 例も ADA 投与後に明らかなアレルギー反応を認めなかった .（3）外来通院時平均在院時間は ,IFX 205 分 ±43 分で ,ADA 138 分 ±18 分で , 大幅な短縮を認めた . また IFX 使用時に比べ , 自覚症状の日ごと変動の幅が減少した症例は 4 例認めた .【結語】CD の治療薬として ,ADA はその治療効果やアレルギー反応の少なさ ,QOL の観点より有用と考えられた .

S1-07 CRP 高値のクローン病患者に対する寛解導入での adalimumab・prednisolone 併用療法の可能性について

名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科
○渡辺　　修、安藤　貴文、後藤　秀実

【目的】2010 年にクローン病（CD）の治療薬として adalimumab（ADA）が使用できるようになった。当科では infliximab（IFX）にアレルギーを起こした症例や二次無効の症例を中心に ADA の投与を行っている。【方法】今回 6 例の CD 患者に対して ADA を使用し 7 回の寛解導入療法を行った。まず ADA を単独で用いた 5 例 5 回の寛解導入について、続いて ADA と prednisolone（PSL）を併用した 2 例 2 回の寛解導入について検討を行った。寛解は IOIBD score が 0 または 1 点と定義した。【成績】CD6 例の背景は、男性 5 例　女性 1 例、平均年齢　36.5 歳、平均罹病期間　14.8 年、病型は小腸大腸型　3 例、大腸型　2 例　小腸型　1 例であった。IFX 治療歴に関しては 1 例が二次無効、4 例がアレルギーのため IFX が使用不可、1 例が IFX 未投与であった。ADA を単独で用いた 5 例 5 回の寛解導入については、ADA 投与 8 週後に 5 例中 3 例が寛解となった。寛解導入できなかった 2 例は、ADA 投与前の CRP が 3.12、5.76 mg/dl と寛解となった 3 例（平均 CRP 0.42 mg/dl）に比べ高値であった。この結果より CRP が比較的高値の症例では ADA 単独では寛解導入が難しいと思われた。そこで ADA 投与前に PSL の投与を行い、CRP が低下した時点で ADA 投与が有効ではないかと考え、2 症例（前回 ADA 単独で寛解導入できなかった 1 症例を含む）に PSL・ADA 併用療法を行った。PSL は 30mg 内服で開始し、5mg / 週で減量した。PSL 開始時には 2 症例の CRP はそれぞれ 5.46、7.31 mg/dl であったが、PSL 開始 2-3 週後に CRP は 1.73、0.14 mg/dl と低下し、ADA の投与を行った。ADA 投与 8 週後には PSL は off していたが 2 例とも寛解導入が可能であった。【結論】CRP が低い症例には ADA 単独で、CRP が比較的高い症例には ADA・PSL を併用することで寛解導入することができた。今後症例を蓄積し、PSL の併用効果や、その後の寛解維持について検討を行っていく必要であると思われた。

S1-08 早期胃癌に対する薬品加工シースを用いたシースアシスト法による胃 ESD の有用性

愛知医科大学病院　消化器内科
○伊藤　義紹、小笠原尚高、春日井邦夫

【背景・目的】ESD は内視鏡的早期胃癌治療の標準的な手技となりつつあるが、技術的難易度や合併症のリスクが高いため、初級者が安全かつ効率的に修得していくことが課題である。そこで、我々は安全確実な粘膜下層剥離操作のために、シースアシスト法による ESD を考案し報告してきた。今回さらに粘膜の保持性を高めるためシース先端に特殊な薬品加工を施した局注針を開発し、その有用性を報告する。【方法・対象】シースアシスト法は 2ch スコープの一方の鉗子口から IT ナイフを、他方の鉗子口から局注針を挿入した状態で局注針のシース部分で剥離粘膜をめくり上げ粘膜下層に適度な荷重を保持し切除面を直視下に剥離する方法である。2008 年 4 月から 2008 年 11 月までのシースアシスト法を用いず従来法で ESD を施行した群（標準治療群）43 例と、2009 年 11 月から 2010 年 3 月までの先端加工シースを用いた群（加工シース治療群）25 例について、切除径および病変部位別の剥離時間や合併症などを比較検討した。【結果】平均切除長径は両群で有意差を認めなかった。平均剥離時間は切除長径 20mm 未満では標準治療群と加工シース治療群で有意差を認めなかったが、切除長径 20-40 mm では標準治療群、加工シース治療群はそれぞれ、68.1 ± 41.5 分、92.3 ± 36.8 分（$p < 0.05$）であり、切除長径 40 mm 以上では標準治療群、加工シース治療群はそれぞれ、147.2 ± 43.4 分、95.5 ± 14.8 分（$p < 0.05$）であり、ともに加工シース治療群において有意な剥離時間の短縮効果が認められた。また、部位別では、U、M、L のすべての領域において剥離時間が加工シース治療群において有意に短縮された。合併症は穿孔を標準治療群で 2 例（4.7%）、治療を要する後出血を標準治療群で 3 例（7.0%）認めたものの、加工シース治療群では合併症を認めなかった。【結論】薬品加工シースを用いたシースアシスト法により、粘膜の保持性が高まり、剥離面の直視性が向上し、より効率的で安全な ESD が可能となった。

S1-09 悪性胃十二指腸狭窄 16 症例における WallFlex duodenal stent の生体内での振る舞いと経口摂取の関係

名古屋第二赤十字病院・消化器内科
○坂　哲臣、山田　智則、蟹江　浩、野尻　優、
大脇　俊宏、金本　高明、青木　美帆、堀　寧、
岩崎　弘靖、野村　智史、梅村修一郎、藤原　圭、
澤木　明、林　克巳、折戸　悦朗

BACKGROUND;　本邦において、2010 年 4 月から悪性胃十二指腸狭窄（MGOO）に対して、WallFlex duodenal stent が認可された。我々は、16 症例にたいして、同ステントを留置したが , 期待した成績が得られなかった。OBJECTIVE AND METHOD;　2010 年 4 月 1 日から 2011 年 6 月 6 日の期間、当院消化器内科にて、MGOO を有する 16 症例に対して、WallFlex duodenal stent が留置され、留置 3 日後に腹部単純 Xp が撮影された。我々は、生体内でのステントの振る舞いと、経口摂取の関係を検討した。ステントの振る舞いは、留置 3 日目後の腹部単純 Xp を用い、ステント拡張率とステント屈曲率が検討された。経口摂取は、ステント留置 3 日目から開始され、毎日評価され、不可能、水分、軽食、通常食として記録された。CONCLUSION;　ステント留置成功率は 100%（16/16）であった。早期合併症は 2 例で認められ , 出血と軽症膵炎であった。経口摂取可能率（軽食以上、1/2 以上摂取）は 75.0%（12/16）であった。経口摂取が軽食未満の患者群と、軽食以上の患者群のステント拡張率は、それぞれ、37.4% と 71.0% であった。経口摂取が軽食未満の患者群と、軽食以上の患者群のステント屈曲率は、それぞれ、114.8° と 48.0° であった。WallFlex duodenal stent の留置後の経口摂取が悪い症例は、留置 3 日後のステントの高度屈曲と不全拡張と関連がある可能性がある。今後症例を蓄積し検討を継続する。

S1-10 治療前 CRP 値は転移性胃癌に対する予後予測因子である

[1] 名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器代謝内科学、
[2] 名古屋第二赤十字病院　消化器内科
○北川　美香[1]、志村　貴也[1]、山田　智則[2]、海老　正秀[1]、
片岡　洋望[1]、城　卓志[1]

【背景】転移性胃癌に対する初回治療として本邦においては SPIRITS 試験の結果から S-1+CDDP 療法が推奨されている。炎症と癌の進展には密接な関連があることは知られているが、転移性胃癌と炎症との関連については不明である。今回、治療前の血清 CRP 値と転移性胃癌に対する化学療法の抗腫瘍効果について検討した。【方法】当院および名古屋第二赤十字病院のコンピューターデータベースを使用し、2006 年 1 月から 2010 年 12 月までに転移性胃癌に対して 1st-line 化学療法として S-1+CDDP 療法を使用した 61 例を抽出し、治療前の血清 CRP 値により CRP<1.0mg/dl（CRP<1.0 群）と CRP ≧ 1.0mg/dl（CRP ≧ 1.0 群）の 2 群に分け、その治療成績を検討した。【結果】CRP<1.0 群 ,CRP ≧ 1.0 群の各群の内訳は、年齢中央値 : 67 歳（32-79）,69 歳（48-79）、組織型は分化型 / 未分化型 : 13/26,10/12、原発腫瘍の有 / 無 : 29/10 例 ,18/4 例、腹膜播種は 17 例 ,8 例、標的病変は有 / 無 : 32/7,20/2、であった。生存期間は CRP ≧ 1.0 群が CRP<1.0 群に比べ有意に短かった（中央値 : 451 日（95%CI : 385-517）vs.292 日（95%CI : 182-402）; P=0.0004）。また、奏功率は CRP<1.0 群 : 31.3%、CRP ≧ 1.0 群 : 30.3% と両群間に有意差は認めなかったが、無増悪生存期間は CRP ≧ 1.0 群が CRP<1.0 群に比べ有意に短かった（中央値 : 188 日（95%CI : 118-258）vs.115 日（95%CI : 89-141）; P=0.0010）。また多変量解析においても治療前 CRP 値は独立した予後不良因子であった（HR 4.20（95%CI : 1.66-10.64）; P=0.002 ）。【結論】転移性胃癌において治療前の CRP 値は強力な予後不良因子となりうると考えられた。

S1-11 当院における大腸 ESD についての現況と切除困難例についての検討

名古屋第二赤十字病院　消化器内科
○野村　智史、山田　智則、青木　美帆、岩崎　弘靖、
堀　寧、梅村修一郎、蟹江　浩、坂　哲臣、
藤原　圭、林　克巳、折戸　悦朗

【目的】当院では 2007 年 1 月より大腸腫瘍に対して ESD を導入しており、従来 EMR では一括切除困難と考えられる病変に対しても良好な切除成績が得られている。その中で術前には内視鏡切除の適応と考えられた病変が、実際は切除困難であったことを経験した。当院での大腸 ESD の治療成績を解析し、切除不能であった症例から、切除困難となる要因についての検討を行った。
【対象】2007 年 1 月から 2011 年 6 月までに大腸 ESD を行った 93 病変（腺癌 68 病変、腺腫 24 病変）。
【結果】一括切除率は 90.3%（一括切除 84 病変、分割切除 2 病変、切除不能 7 病変）であった。切除不能例 7 病変については、腺癌 6 病変、腺腫 1 病変、平均腫瘍径 23.6mm、部位は直腸 4 病変、S 状結腸 3 病変であった。7 病変のうち 6 病変で手術が施行され、M 癌 1 病変、SM 癌 1 病変、MP 癌 3 病変、腺腫 1 病変であった。切除不能の要因として、筋層への浸潤や、高度繊維化のために剥離困難であった。腺腫で切除不能となったものは S 状結腸切除後の吻合部上に病変があり、高度繊維化のため剥離困難であった。ESD 前には pit pattern 診断を加味して深達度診断を行っているが、MP 癌が 3 病変含まれており、これらはいずれも隆起型（0-Is）および粗大結節を伴った平坦隆起型 : LST-G（nodular mixed type）であり、結節部分について腫瘍全体の pit pattern を観察することが困難であった。
【結語】20mm 以上の粗大結節をもつ病変については高度繊維化および筋層への浸潤を有する病変がみられるため、ESD 適応については慎重に判断する必要があると考える。

S1-12 T1 食道癌における PET 診断の意義

[1] 愛知県がんセンター中央病院　消化器内科部、
[2] 愛知県がんセンター中央病院　内視鏡部、
[3] 東名古屋画像診断クリニック
○大林　友彦[1]、丹羽　康正[2]、玉木　恒男[3]

【背景】
食道癌における PET 診断は主として病期診断に用いられている。しかし通常の胃がん検診では食道は撮影対象とならない場合が多く、また進行食道癌においても症状の出現は遅い。最近では施設健診で PET が用いられることもあるが、食道表在癌の拾い上げ診断における意義は明らかでない。そこで当院で経験された T1 食道癌に施行された PET の成績をもとに同検査法の意義を検討した。
【対象と方法】
2008 年 4 月から 2011 年 2 月までに愛知県がんセンター中央病院において T1 食道癌と診断され、東名古屋画像診断クリニックで PET を行った 39 例を対象（扁平上皮癌 36 例、バレット腺癌 3 例）とした。検討項目は食道表在癌の占拠部位、組織型、深達度、大きさ、リンパ節転移と PET 所見を検討した。
【成績】
1. 扁平上皮癌では PET で描出できたのは、長径 3cm 以上の 4 例と 0-Is（SM）型の 3 例であった。それぞれ PET の所見は軽度の連続性のある集積と結節状の集積を認めた。2. その他の症例では明からな病巣として描出できず、主病巣が描出されずにリンパ節転移巣のみに集積を認めたのは 1 例であった（主病巣 SM,101R 2 病巣）。また腫瘍径が長い症例でも生理的な集積との鑑別が困難であった。3. バレット腺癌 3 例（SM）ではすべての症例で下部食道に結節状の集積像として描出された。
【結論】
現時点で PET を用いて指摘が可能な T1 食道癌は 3cm を超える病変あるいは 0-I 型に限られると思われた。バレット腺癌について PET はスクリーニング検査として有用な可能性が示唆された。

S1-13　当院における食道 ESD の検討

山下病院　消化器内科
○富田　　誠、小田　雄一、服部　昌志、磯部　　祥、
富永雄一郎、広瀬　　健、服部外志之、中澤　三郎

【目的】EMR の時代から ESD の時代に変貌を遂げるなか、胃 ESD については全国的に普及し標準的治療として確立されたものと思われる。一方、食道 ESD については 2008 年 4 月より保険収載され一部の基幹病院では多く施行されるようになったが、手技や安全性の問題から標準治療とまでには至っていないのが現状である。今回我々は当院における食道 ESD について分析し、市中病院における食道 ESD の治療成績と安全性について検討した。【方法】2006 年 7 月～ 2011 年 8 月まで当院にて施行した食道 ESD30 症例 34 病変を対象とした。2006 年導入当初は Flush knife 1.5mm を main device として Hook knife を併用していた。先端フードはオリンパス社製先端アタッチメントを用いた。2009 年 10 月以降 Flush knife BT 2.5mm に main device を変更してからは、先端のボールチップの部位に引っ掛けて切除することが可能となり現在のところ Hook knife を併用することがなくなった。現在、先端フードはトップ社製エラスティック・タッチ　スリッド&ホール型を使用している。Flush knife 1.5mm を main device にしていた時期を前期（15 症例 15 病変、男性 11 例女性 4 例、平均年齢 71.6 歳（59-84）、腫瘍占拠部位 Ce0・Ut1・Mt9・Lt3・Ae2）、Flush knife BT 2.5mm に main device にしている現在を後期（15 症例 19 病変、男性 12 例女性 3 例、平均年齢 64.3 歳（41-76）、腫瘍占拠部位 Ce0・Ut0・Mt10・Lt5・Ae4）として治療成績を比較検討した。【成績】平均切除長径：前期 41.1mm（30-60）後期 38.8mm（22-65）、平均腫瘍長径：前期 25.3mm（12-47）後期 17.2mm（4-52）、一括切除率：前期 93.3%（14/15）後期 100%（19/19）、施行時間：前期 151.4 分（41-270）後期 66.4 分（22-203）。切除長径には前期後期とも差は認めなかったが、施行時間は前期より後期の方が有意差（$p < 0.01$）をもって短縮することが出来た。偶発症は、前期・後期とも穿孔・後出血は認めなかった。【結論】食道 ESD は、市中病院においても device の選択の工夫により安全かつ確実にできる手技と思われた。

S1-14　当院における十二指腸 ESD の現状

土岐市立総合病院　内科
○白井　　修、吉村　　透、下郷　友弥、南堂　吉紀、
清水　　豊

【目的】十二指腸の腫瘍性病変は比較的稀な疾患であるが，日常診療では腺腫を中心として発見される．十二指腸腺腫は，大腸と同様に腺癌の発癌母地として重要であるが，生検による腺腫と癌の病理診断では正診率 50%程度と高くない．生検を繰り返すと瘢痕を伴い内視鏡治療困難例も予想され，正確な質的診断を得るためには早期に内視鏡治療を施行することが望まれる．今回我々は，当院で施行した十二指腸 ESD の現状について検討を行ったので報告する．【対象と方法】20010 年 5 月から 2011 年 9 月までに当院にて ESD を施行した十二指腸腫瘍 5 例（男性 5 例，平均年齢 71 歳）を対象とし，処置具は Flushknife BT1.5，ClutchCutter3.5mm，高周波スネアを使用し，局注液は原液のムコアップに少量のインジゴカルミンとエピネフリンを混注し、高周波は ICC200 あるいは ESG100 を使用した．十二指腸 ESD を施行した 5 例の部位，平均腫瘍長径，平均切除長径，一括切除率，平均切除時間，術中・術後合併症，平均の食事開始時期，病理組織学的所見について検討した．【結果】十二指腸球部 2 例，下行脚 3 例（乳頭部近傍 1 例，対側 2 例），平均腫瘍長径は 11mm，平均切除長径 21mm，一括切除率は 80%，平均切除時間は 30 分，術中・術後合併症は認めず，平均の食事開始時期は 3 日後であった．病理組織学的所見は腺腫 4 例, カルチノイド腫瘍 1 例であり, snare 併用は 4 例（80%），ENBD・ENPD 使用例はなし，切除後の完全縫縮率は 3 例（60%）であった．【考察】十二指腸 ESD も粘膜切開から snare を併用することにより比較的短時間で安全に切除することが可能であった．十二指腸では局注液の粘膜下膨隆形成が不良など通常の EMR では困難な例もあり，熱変性が固有筋層に及ばぬよう短時間で手技が終了しリスクが高い場合には一括切除にこだわらなければ，十二指腸 ESD は安全に十二指腸腫瘍の正確な病理診断が可能となり侵襲の大きな手術を回避することができると考えられた．

シンポジウム 2

第 1 会場　　14:00 ～ 16:30

司会　　増子記念病院　外科　黒川　　剛
名古屋市立大学　消化器・代謝内科学　中沢　貴宏

「肝胆膵疾患の診断と治療の up-to-date」

S2-01　新規超音波画像解析を用いた慢性肝疾患の組織性状診断

[1] 三重大学・消化器内科学、[2] 済生会松阪総合病院
○草川　聡子[1]、杉本　和史[1]、白木　克哉[1]、小倉　　英[1]、稲垣　悠二[1]、
爲田　雅彦[1]、野尻圭一郎[1]、山本　憲彦[1]、竹井　謙之[1]、山本　孝治[2]、
橋本　　章[2]、清水　敦哉[2]

S2-02　IL28B・ITPA 遺伝子多型・コア 70 変異・ISDR による C 型慢性肝炎の
インターフェロン治療効果予測

藤田保健衛生大学肝胆膵内科
○村尾　道人、吉岡健太郎、橋本　千樹、川部　直人、原田　雅生、新田　佳史、
中野　卓二、嶋崎　宏明、有馬　裕子

S2-03　当院における B 型慢性肝疾患に対する核酸アナログ治療の問題点
−薬剤耐性遺伝子変異

愛知医科大学　消化器内科
○金森　寛幸、中尾　春壽、佐藤　　顕、米田　政志

S2-04　肝細胞癌に対する経カテーテル的ミリプラチン動注および塞栓療法の検討

[1] 独立行政法人国立病院機構　名古屋医療センター　消化器科、
[2] 独立行政法人国立病院機構　東名古屋病院　消化器科、
[3] 名古屋大学大学院　消化器内科学
○龍華　庸光[1]、岩瀬　弘明[1]、島田　昌明[1]、都築　智之[1]、日比野祐介[1]、
玉置　　大[1]、齋藤　雅之[1]、横井　美咲[1]、神谷　麻子[1]、喜田　裕一[1]、
久野　　剛[1]、平嶋　　昇[1,2]、高橋　宏尚[2]、小林　慶子[1,2]、後藤　秀実[3]

S2-05　十二指腸乳頭部癌に対する EUS,IDUS の有用性

公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内視鏡センター
○森島　大雅、大塚　裕之、清野　隆史、石川　英樹

S2-06　当院における胆・膵病変の診断に対する EUS-FNA の有用性の検討

[1] 愛知医科大学　消化器内科、[2] 愛知医科大学　消化器外科
○小林　佑次[1]、石井　紀光[1]、井上　匡央[1]、山本　高也[1]、野田　久嗣[1]、
佐々木誠人[1]、中尾　春壽[1]、春日井邦夫[1]、米田　政志[1]、有川　　卓[2]、
野浪　敏明[2]

S2-07　当院における悪性胆道狭窄に対する Metallic Stent 留置例の検討
～ Full-covered, Partial-covered, Uncovered stent の比較～

静岡県立総合病院　消化器内科
○山田　友世、菊山　正隆、森田　敏広、永倉千紗子、吉田　将雄、上田　　樹、
奥野　真理、重友　美紀、黒上　貴史、白根　尚文、鈴木　直之、萱原　隆久

S2-08　bright pancreas の臨床的意義

[1] 朝日大学　村上記念病院　消化器内科、[2] 大阪大学免疫学フロンティア研究センター
○大洞　昭博[1]、小島　孝雄[1]、加藤　隆弘[1]、遠藤　美生[1]、宮脇喜一郎[1]、
森本　泰隆[1]、福田　信宏[1]、伴　　尚美[1]、濱口　真英[2]

S2-09　膵疾患に対する EUS-elastography の有用性

[1] 名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学、
[2] 名古屋大学医学部附属病院　光学医療診療部
○伊藤　裕也[1]、廣岡　芳樹[2]、後藤　秀実[1,2]

S2-10　膵腫瘤性病変に対する EUS-FNA 検体での KRAS 遺伝子解析の臨床的有用性の検討

愛知県がんセンター　消化器内科
○品川　秋秀、原　　和生、水野　伸匡、肱岡　　範、今岡　　大、丹羽　康正、
田近　正洋、近藤　真也、田中　　努、小倉　　健、羽場　　真、永塩　美邦、
長谷川俊之、大林　友彦、山雄　健次

S2-11　当院におけるガイドワイヤルーメン付き経乳頭的生検鉗子を用いた膵管生検の試み

[1] 小牧市民病院　消化器科、[2] 小牧市民病院　臨床検査科
○林　大樹朗[1]、平井　孝典[1]、宮田　章弘[1]、大山　　格[1]、小島　優子[1]、
鈴木　大介[1]、灰本　耕基[1]、飯田　　忠[1]、和田　啓考[1]、荒尾　嘉人[1]、
中川　　浩[2]

S2-12　急性胆管炎 / 総胆管結石症に対する内視鏡的胆道ドレナージ施行 3 時間後の高アミラーゼ血症の ERCP 後膵炎発症予測能に関する検討

名古屋第二赤十字病院
○堀　　寧、坂　　哲臣、野尻　　優、大脇　俊宏、金本　高明、青木　美帆、
岩崎　弘靖、野村　智史、梅村修一郎、蟹江　　浩、藤原　　圭、山田　智則、
林　　克巳、折戸　悦朗

S2-13　膵管ステントは乳頭括約筋切開術を行わない内視鏡的胆道ドレナージ術後の膵炎を予防できるか

名古屋第二赤十字病院消化器内科
○坂　　哲臣、折戸　悦朗、野尻　　優、大脇　俊宏、金本　高明、青木　美帆、
堀　　寧、岩崎　弘靖、野村　智史、梅村修一郎、蟹江　　浩、藤原　　圭、
山田　智則、林　　克己、澤木　　明

S2-14　急性閉塞性化膿性膵管炎の臨床像と治療法に関する検討

[1] 名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器・代謝内科学、
[2] 名古屋市立大学大学院医学研究科　地域医療教育学
○奥村　文浩[1]、中沢　貴宏[1]、大原　弘隆[2]

S2-15　当院での膵仮性嚢胞・感染性膵壊死に対する治療

[1] 三重大学　医学部附属病院　消化器肝臓内科、
[2] 三重大学　医学部附属病院　光学診療部
○高山　玲子[1]、井上　宏之[1]、為田　雅彦[1]、二宮　克仁[1]、田野　俊介[1]、
葛原　正樹[2]、濱田　康彦[2]、堀木　紀行[2]、竹井　謙之[1]

S2-01 新規超音波画像解析を用いた慢性肝疾患の組織性状診断

[1] 三重大学・消化器内科学、[2] 済生会松阪総合病院
○草川　聡子[1]、杉本　和史[1]、白木　克哉[1]、小倉　　英[1]、
稲垣　悠二[1]、爲田　雅彦[1]、野尻圭一郎[1]、山本　憲彦[1]、
竹井　謙之[1]、山本　孝治[2]、橋本　　章[2]、清水　敦哉[2]

【目的】C 型慢性肝疾患の進行度を非侵襲的に評価することは極めて大切である。今回、我々は新規画像解析法（ASQ : acoustic structure quantification と腹部エラストグラフィー）を東芝メディカルシステムズと共同開発した（AJR;193 : 2009）。この解析法を用いて慢性肝疾患の進展度、脂肪化診断における有用性について検討した。【方法】ASQ は超音波診断の重要所見の一つである「画像の粗さ」を解析し定量評価できる。特に、ASQ は、肝実質など、微小な構造体空間で発生するスペックルの性状を統計的に処理し、グラフや値で表示する。また、微小 ROI のエコー信号の分散値を用いた指標である Cm2 と大きな ROI の中における構造体の量の指標である RB ratio を用い慢性肝疾患における肝内部超音波像を定量的に解析した。両指標は 2 次元表示した。一方、腹部エラストグラフィーは組織の硬さを解析し、定量評価する超音波診断装置上のソフトウェアである。超音波診断装置のプローブを用いた圧迫により臓器を変化させ、組織ドップラーを利用して組織の変化率（ストレイン）の指標であるエラズト値を用いた。特に、経時的に解析できることにより、より正確に評価できる可能性がある。今回、我々は、慢性肝疾患 4 0 例について上記指標を検討しその有用性を評価した。【成績】 Cm2 値は慢性肝炎より肝硬変にて有意に高値を示し、血小板値とは負の相関、ヒアルロンサンとは正の相関を認めた。単純性脂肪肝では両者とも低値を示した。それぞれ、肝内線維化進展と脂肪化の評価に有用であると考えられた。一方、腹部エラストグラフィーでは平均、正常肝 0.19、慢性肝炎 0.15、肝硬変 0.082 と肝硬変では有意に低値を示した。【結論】ASQ と腹部エラストグラフィーの異なった指標を組み合わせて用いることにより、より客観的に肝内組織性状を評価し得ると考えられた。

S2-02 IL28B・ITPA 遺伝子多型・コア 70 変異・ISDR による C 型慢性肝炎のインターフェロン治療効果予測

藤田保健衛生大学肝胆膵内科
○村尾　道人、吉岡健太郎、橋本　千樹、川部　直人、
原田　雅生、新田　佳史、中野　卓二、嶋崎　宏明、
有馬　裕子

【目的】C 型慢性肝炎に対するペグインターフェロン（PEG-IFN）・リバビリン（RBV）併用療法により 1 型高ウィルス量に対して 50％の SVR 率、2 型高ウィルス量に対して 80% の SVR 率が得られる。PEG-IFN・RBV の治療効果にはウィルス側因子や宿主因子が関係することが知られており今回我々は IL ２８・ITPA 遺伝多型・コア 70 変異・ISDR との治療効果予測について検討した。【方法】対象は PEG-IFN・RBV 併用療法を施行した C 型慢性肝炎 genotype1 型 92 例、genotype2 型 29 例である。IL28BSNP（rs8099917）、ITPA SNP（rs1127354）、コア 70 変異、ISDR について検討した。遺伝子検査は当大学の遺伝子倫理委員会の承認を得て、患者から文書による同意を得た後施行した。【結果】genotype1 型患者の SVR 率は 40%（37 例 /92 例）で genotype2 型患者の SVR 率は 71%（20 例 /29 例）であった。IL28B 遺伝子は 92 例（76％）が TT で、29 例（24％）で TG であった。genotype1 型患者の TT 例での SVR 率は 47%（33 例 /70 例）で TG 例 18%（4 例 /22 例）より有意に高かった（p=0.015）が genotype ２型患者の TT 例での SVR 率は 72%（16 例 /22 例）で TG 例 57%（4 例 / 7 例）との間に有意差はみられなかった。コア 70 変異例での genotype1 型患者の SVR 率は 18%（6 例 /33 例）で野生例 47%（20 例 /43 例）より有意に低かった。ISDR 変異例では SVR 率に有意差は見られなかった。ITPA 遺伝子は、CC80 例、CA23 例であった。genotype1 型患者では 68 例（79%）が CC で 18 例（21%）が CA であった。リバビリン投与率は CA 例（91±14%）で CC 例（80±19%）より有意に高かった（p = 0.0088）。genotype ２型患者では 18 例（72%）が CC で 7 例（28%）が CA であった。リバビリン投与率は CA 例（87±22%）で CC 例（85±16%）との間に有意差はみられなかった。両者とも SVR 率に有意差はみられなかった【結論】IL28BSNP とコア 70 変異は genotype1 型患者の PEG-IFN・RBV 併用療法の治療効果を予測する因子として、ITPA 遺伝子はリバビリン投与率を予測する因子として有用と思われる。

S2-03 当院における B 型慢性肝疾患に対する核酸アナログ治療の問題点—薬剤耐性遺伝子変異

愛知医科大学　消化器内科
○金森　寛幸、中尾　春壽、佐藤　　顕、米田　政志

【目的】B 型慢性肝疾患の基本的治療である核酸アナログ製剤は，長期投与にて一部に薬剤耐性が出現し製剤の変更が必要となる。我々は最近 11 年間に当院で 1 年以上の核酸アナログ治療を施行した B 型慢性肝疾患患者を解析し，核酸アナログ治療の現状と問題点を検討した。【方法】2001 年以降に当科でラミブジン（LAM），アデフォビル（ADV），エンテカビル（ETV）を 1 年以上連続投与した B 型慢性肝疾患患者 197 名（男性 124 名，女性 73 名，平均年齢 48.9±13.9 歳）を対象とし，核酸アナログ製剤投与前後の血液・生化学検査，HBV ウイルスマーカー，HBV-DNA 量，break-through hepatitis の有無などを解析した。一部症例では INNO-LiPA 法にて薬剤耐性遺伝子変異を解析した。【結果】初期治療として LAM を開始した 112 例のうち LAM 単独の継続例は 12 例（19%）であり，ETV 単独に変更群は 22 例（35.2%），LAM+ADV 併用例は 26 例（41%）であった。ETV 単独変更群のうち 1 例は ETV 耐性が出現し ETV+ADV に変更した。LAM+ADV 併用群のうち 2 例は ETV 単独に変更し，4 例は ADV+ETV 併用療法に変更した．一方，ETV 単独療法を施行した 85 例では転院例を除く 79 例全例が HBV break-through もなく ETV 単独療法を継続中である。ETV 開始後に大部分の症例は 3 カ月以内に HBV-DNA が検出感度以下となったが，3 log copies/ml 未満までに 1 年以上要した症例でも核酸アナログ耐性変異は認めなかった。ETV 耐性変異を認めた症例は 2 例で，ともに T184 に I/L/F/M の混在型の変異を認め，同時に LAM 耐性である L180M 変異と M204 の変異を認めた。また，1 例に L80V の LAM 耐性変異と A181T の ADV 耐性変異を認めた。【結語】ETV は単独では薬剤耐性を生じ難いが，LAM 耐性変異を有すると ETV 耐性変異を生じやすく，ETV に変更する際には薬剤耐性遺伝子変異の確認が望ましいと思われた。

S2-04 肝細胞癌に対する経カテーテル的ミリプラチン動注および塞栓療法の検討

[1] 独立行政法人国立病院機構　名古屋医療センター　消化器科、
[2] 独立行政法人国立病院機構　東名古屋病院　消化器科、
[3] 名古屋大学大学院　消化器内科学
○龍華　庸光[1]、岩瀬　弘明[1]、島田　昌明[1]、都築　智之[1]、
日比野祐介[1]、玉置　　大[1]、齋藤　雅之[1]、横井　美咲[1]、
神谷　麻子[1]、喜田　裕一[1]、久野　　剛[1]、平嶋　　昇[1,2]、
高橋　宏尚[2]、小林　慶子[1,2]、後藤　秀実[3]

［はじめに］2009 年 10 月、肝細胞癌に対しミリプラチンの肝動注療法が保険適応となった。ミリプラチンは肝細胞癌に対する Lipiodolization 適応が認められた初めてのプラチナ製剤で治療効果向上が期待されている。今回我々がミリプラチンを使用した肝細胞癌症例の早期効果を検討したので報告する。［対象と方法］対象は 2010 年 1 月から 2011 年 6 月に経カテーテル的ミリプラチン動注および塞栓療法（TAE）を実施し、カテーテル療法のみで治療した肝細胞癌患者 34 人である。男性 20 例、女性 14 例、年齢は平均 68.4（44-84）才である。肝障害の原因は HB が 4 例、HC が 22 例、NBNC が 8 例である。肝細胞癌は単発 18 例で平均径 38.1（15-60）mm、多発が 16 例で最大腫瘍径は平均 39.1（15-100）mm であった。初回治療例 24 例、再治療例 10 例であった。ミリプラチンによる治療回数は 1 回が 27 例、2 回が 4 例、4 回が 1 例であった。ミリプラチン動注のみで治療したのは 27 例、２回目以降にミリプラチン動注後に TAE を併用したのは 7 例であった。今回は初期効果の判定として治療 1 週間後と 1 か月後の CT を用いて腫瘍最大割面でのリピオドール沈着率(%) を計算して判定した。［結果］ミリプラチンの一回使用量は平均 71.8（20-130）mg であった。ミリプラチン動注のみで治療した症例の CT リピオドール沈着率は 1 週間後・1 か月後の順に平均で 1 回目施行 34 例では 42（0-100）%・23（0-50）%、2 回目施行 5 例では 51（10-100）%・25（0-30）%、3 回目施行 2 例では 45（30, 60）%・18（10, 25）% であった。ミリプラ動注後に TAE 併用を併用した 7 例（計 8 回 TAE 施行）では、前動注後の 1 週間後の CT リピオドール沈着率が 37（0-90）% から TAE 後は 87（20-100）% に上昇した。動注単独例でも TAE 併用例でも発熱と軽度の肝機能障害以外に重篤な副作用は認められなかった。［考案］肝細胞癌に対するミリプラチンの肝動注療法は安全性が高いが、リピオドール沈着率が 1 か月後には低下する傾向があり、リピオドール沈着率を上げるためには動注後に TAE を併用するなどの工夫が必要と考えられた。

S2-05　十二指腸乳頭部癌に対する EUS,IDUS の有用性

公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内視鏡センター
○森島　大雅、大塚　裕之、清野　隆史、石川　英樹

十二指腸乳頭部癌の進展度、深達度診断において EUS,IDUS の有用性が報告されている。【目的】当院における十二指腸乳頭部癌に対する EUS,IDUS による進展度、深達度の診断能の評価。【対象と内訳】2008 年 1 月から 2011 年 8 月までに当院にて十二指腸乳頭部癌と診断し、EUS および IDUS を施行した 11 例。男性 8 例、女性 3 例、平均年齢 72.5 歳（58 ー 83 歳）、診断契機は黄疸 3 例、腹痛 3 例、体重減少 1 例、下血 1 例、便潜血 1 例、胃癌術後 follow up GIF1 例、咽頭部違和感にて GIF1 例。腫瘤の肉眼型は非露出腫瘤型 6 例、露出腫瘤型 3 例、潰瘍腫瘤型 1 例、腫瘤潰瘍型 1 例であった。非露出腫瘤型のうち 2 例、およびその他の 5 例では内視鏡下生検にて癌、腺腫の術前診断がなされていた。【方法】内視鏡は OLYMPUS 社製 GF-UM2000 を使用し十二指腸下行脚から注水し観察。IDUS は ERCP に引き続き OLYMPUS 社製 UM-G20-29R を guidewire に沿って胆管内に挿入し観察。切除後（膵頭十二指腸切除術 5 例、内視鏡的乳頭切除術 6 例）の病理結果と比較し診断能を評価。【結果】乳頭部癌の描出能は、EUS：100%（11/11）、IDUS：100%（10/10;EST 後症例 1 例を除く）であった。十二指腸浸潤（Du）の EUS の正診率は 78.2%（6/11）、膵臓浸潤（Panc）の EUS の正診率は 90.9%（10/11）であった。胆管内進展の正診率は EUS：90.9%（10/11）、IDUS：80.0%（8/10）、膵管内進展の正診率は EUS：81.8%（9/11）であった。また IDUS にて oddi 筋が描出できた症例は 100%（9/9）で、深達度 m の正診率は 100%（4/4）であった。【考察】当院の十二指腸乳頭部癌に対する EUS,IDUS では、全症例で腫瘤の描出が可能であり存在診断に有用な modality であると考えられた。また胆膵管内進展度診断、m 癌の深達度診断にも有用であることから、術前の EUS,IDUS 画像から良悪性の質的診断を行う事が困難である事の多い非露出腫瘤型腫瘍が疑われる症例では、EUS,IDUS による正確な胆膵管内進展度診断、深達度診断の後に total biopsy 目的も含めた内視鏡的乳頭切除術も検討すべきであると考えた。

S2-06　当院における胆・膵病変の診断に対する EUS-FNA の有用性の検討

[1] 愛知医科大学　消化器内科、[2] 愛知医科大学　消化器外科
○小林　佑次 [1]、石井　紀光 [1]、井上　匡央 [1]、山本　高也 [1]、
野田　久嗣 [1]、佐々木誠人 [1]、中尾　春壽 [1]、春日井邦夫 [1]、
米田　政志 [1]、有川　卓 [2]、野浪　敏明 [2]

【目的】EUS-FNA は、膵病変や、腫大リンパ節、粘膜下病変への病理診断に有用であると報告され、2010 年 4 月に本邦において保険収載された。当科では、high volume center に過去に 2 名を研修目的に派遣し、2010 年 4 月から本格的に導入を始めた。当科では、術前症例を含め、確定診断目的に EUS-FNA を施行している。当院での、胆・膵疾患への EUS-FNA 診断の現況を報告する。【対象と方法】2010 年 4 月から 2011 年 9 月までに当科で行った診断的 EUS-FNA74 症例（78 病変）のうち、胆・膵疾患 47 症例（50 病変）。穿刺対象は、膵臓 43、リンパ節 3、腹水 3、肝臓 1 であった。使用機器は内視鏡を UCT240-AL5（Olympus）、観測装置を EU-ME1（Olympus）、穿刺針は主に 25G 針を用いている。当院では、迅速細胞診を導入しており、十分量な検体が採取できた段階で検査を終了している。病理組織診断にて悪性所見が得られていない症例の最終診断は、FNA 後最低半年の経過観察にて評価した。【結果】穿刺回数の中央値は 1.5 回（1 ー 4）、size の中央値 30mm（10 ー 50）。最終診断は、通常型膵癌 31 例、胆嚢癌 4 例、AIP4 例、胆管癌 2 例、転移性腫瘍 2 例、膵ガストリノーマ 1 例、groove 膵癌 1 例、IPMC1 例、慢性膵炎 1 例であった。検体採取率 / 感度 / 特異度 / 正診率は、95.7%/95.2%/100%/95.7% であった。穿刺経路は、胃 36、十二指腸球部 7、十二指腸下行脚 7 であり、検体採取率に差はなかった。合併症は、急性膵炎や出血は認めなかった。穿刺不可症例は 2 例あった。（1 例は B-II 再建後、1 例は穿刺ルートに血管が介在）。【考察】当院において、胆膵疾患の診断 EUS-FNA は、臨床上有用で、安全に施行することができた。high volume center での研修後、施設として EUS-FNA 導入早期より、高い組織採取率及び正診率を得ることができ、また迅速細胞診を導入することにより、穿刺回数を必要最小限に抑えることができたと考える。

S2-07　当院における悪性胆道狭窄に対する Metallic Stent 留置例の検討～ Full-covered, Partial-covered, Uncovered stent の比較～

静岡県立総合病院　消化器内科
○山田　友世、菊山　正隆、森田　敏広、永倉千紗子、
吉田　将雄、上田　樹、奥野　真理、重友　美紀、
黒上　貴史、白根　尚文、鈴木　直之、萱原　隆久

[背景]
手術適応のない悪性胆道狭窄に対し、Palliative treatment として胆道 metallic stent（MS）留置術が広く行われている。Uncovered MS に対する Covered MS の有用性が報告されている。Full-covered MS と Partial-covered MS を比較した報告は少ない。
[方法]
2009 年 4 月 1 日から 2011 年 8 月 31 日まで、当院で施行した悪性胆道狭窄に対する MS 留置例を retrospective に調査した。患者背景、ステント開存、合併症、抗癌剤治療有無、死亡有無を検討し、Full-covered、Partial-covered、Uncovered MS それぞれの臨床的経過を比較した。
[結果]
69 名（Full-covered;17 名、Partial-covered;19 名、Uncovered;35 名）、83 stents（Full-covered;17、Partial-covered;25、Uncovered;41）の留置術が行われた。ステント開存日数の中央値は Full-covered で 107 日、Partial-covered で 100 日、Uncovered で 64 日であった。カプランマイヤー検定を用いた開存曲線では Full-covered MS が高い開存率を示した。ステント閉塞は Full-covered で 11%、Partial-covered と Uncovered で 40% 認め、Full-covered MS で少ない傾向であった。閉塞の要因別では、Full-covered で他ステントより Tumor ingrowth が少なかった。合併症は、Full-covered で 5.9%、Partial-covered と Uncovered で 12% 認 め、Full-covered MS で少なかった。Migration は Partial-covered で 2 例認めたのみで、有意に Partial-covered MS で多かった。患者 survival では、Full-covered で他ステント留置例より年次死亡が少なかった。Full-covered 症例は MS 留置後の抗癌剤治療率が高く、抗癌剤投与による生存期間の有意な延長を認めた（HR : 0.51、95%CI : 0.28-0.91、P=0.03）。
[結論]
Full-covered MS は閉塞リスクが低く高い開存率を示し、合併症も少ない傾向がある。Full-covered MS の長期間安定した開存率が、留置後の抗癌剤治療へつながり、長期生存へ寄与した可能性がある。MS の担う役割は、緩和治療だけでなく、化学療法による積極的癌治療への橋渡しとして、その重要性が示唆される。

S2-08　bright pancreas の臨床的意義

[1] 朝日大学　村上記念病院　消化器内科、
[2] 大阪大学免疫学フロンティア研究センター
○大洞　昭博 [1]、小島　孝雄 [1]、加藤　隆弘 [1]、遠藤　美生 [1]、
宮脇喜一郎 [1]、森本　泰隆 [1]、福田　信宏 [1]、伴　尚美 [1]、
濱口　真英 [2]

（目的）腹部超音波検査において膵輝度の上昇を認めるものを bright pancreas（高輝度膵）と呼んでいる . 腹部超音波検査における bright pancreas の臨床的意義について検討したので報告する .（対象）2001 年に当院健診センターで腹部超音波検査が施行され , 肝・膵疾患等を除外した 3563 名の中で ,2009 ー 2010 年に再度検査が施行された 1993 名（男性 1252 名 , 女性 741 名 , 平均年齢男性 46.6 歳 , 女性 45.0 歳 , 平均経過観察期間 8.7 年）.（方法）超音波検査で脂肪肝がなく肝膵コントラスト陽性のものを bright pancreas とした . 研究方法は 2001 年を 1 回目 ,2009 ー 2010 年の最終受診日を 2 回目として , 検診結果と bright pancreas との関連について比較検討した .（結果）1 回目の横断調査では 776 名（38.9%）に bright pancreas を認め , 正常膵群と比べて BMI や体重 , 血圧 , 喫煙係数は高く , 飲酒量も多く , 血液検査では ,ALT,GGT,LDL-C,HDL-C,TG, FBS,HbA1c が有意に高値であった . 総 AMY はむしろ低値であった .2 回目の調査では 866 名（43.5%）に bright pancreas を認め , 頻度は増加していた . 正常膵から新たに 324 名（26.6%）に bright pancreas が出現し ,bright pancreas であった群から 234 名（30.2%）が正常膵となっていた .bright pancreas 所見の出現や消失は Metabolic syndrome（以下 ,MS）の悪化や改善と有意に関連していた .（結語）腹部超音波検査において , 脂肪肝がなくても ,bright pancreas を認めた場合 , 生活習慣病に関連する MS との関連が強いことが示唆された . この所見を異常所見として拾い上げ , 生活習慣改善指導など経過観察が必要性があると考えられた .

S2-09 膵疾患に対する EUS-elastography の有用性

[1] 名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学、
[2] 名古屋大学医学部附属病院　光学医療診療部
○伊藤　裕也 [1]、廣岡　芳樹 [2]、後藤　秀実 [1,2]

【背景】EUS-elastography（EG）は組織弾性を画像化できる超音波診断技術である。EG から得られる情報には関心領域内での硬度情報と硬度分布情報があり、前者は腫瘍性疾患の、後者はびまん性疾患の診断に対する有用性が期待できる。【目的】膵疾患に対する EG の有用性に関して以下 2 項目を検討。検討 1）病理組織学的に間質の多い、即ち硬いと考えられる通常型膵癌（PC）の診断能を B-mode と EG で比較検討。検討 2）腫瘍尾側膵に存在する線維化（閉塞性膵炎の影響による）の程度と、術前の EG 所見を比較検討。【方法】1）対象は病理組織学的に確定診断を得た膵充実性腫瘍 98 例（2004 年 9 月ー 2011 年 7 月）。内訳は PC 52 例、神経内分泌腫瘍（PNET）25 例、膵炎症性腫瘤 7 例、その他の膵良性腫瘍 5 例、その他の膵悪性腫瘍 9 例。B-mode では境界明瞭かつ不整で、低エコーに描出される腫瘍を PC と診断し、EG では腫瘍周囲組織と比較し硬く（寒色調に）描出される腫瘍を PC と診断し、両者の診断能を比較検討した。2）対象は 2004 年 9 月ー 2010 年 10 月に膵切除術を実施した 56 例（PD34 例、DP19 例、膵中央切除術 3 例）。内訳は PC 7 例、膵管内乳頭粘液性腫瘍 28 例、PNET 7 例、その他の膵腫瘍 14 例。膵線維化の程度は Peri- or Intra-lobular と focal or diffuse の変化（Kloppel,et al. Pancreas 1991）を基に grade0 から grade12 までスコア化し、EG 所見は EG 画像をテクスチャ - 解析し算出される 6 項目の特徴量（Mean、Standard Deviation、Skewness、Kurtosis、Area%、Mean of Complexity）を使用した。これら 6 項目による膵線維化診断能を検討した。【結果】1）B-mode 診断の感度は 65.4%、特異度 67.4% であり、EG 診断の感度は 82.7%、特異度 74.0% であった。2）膵線維化は grade0 ー 3：23 例、4 ー 6：19 例、7 ー 9：6 例、10 ー 12：8 例に分類された。Mean、Standard Deviation、Skewness、Kurtosis、Area%、Mean of Complexity の 6 項目はすべて、膵線維化の程度と有意な相関を認めた（r=-0.745**、-0.489*、0.693**、0.630**、0.694**、0.453*：**p<0.01、*p<0.05）。【結論】EG により PC の質的診断能は向上し、膵線維化の定量的評価も可能と考えられる。

S2-10 膵腫瘤性病変に対する EUS-FNA 検体での KRAS 遺伝子解析の臨床的有用性の検討

愛知県がんセンター　消化器内科
○品川　秋秀、原　和生、水野　伸匡、肱岡　範、
今岡　大、丹羽　康正、田近　正洋、近藤　真也、
田中　努、小倉　健、羽場　真、永塩　美邦、
長谷川俊之、大林　友彦、山雄　健次

【目的】膵管癌（PC）と他の膵腫瘍、慢性膵炎や自己免疫性膵炎等の炎症性疾患との鑑別は困難なことが少なくない。EUS-FNA は膵癌の病理診断に有用であるが、膵癌診断に対する感度は 65-95% と報告されており、診断成績の向上には補完的手段が必要である。KRAS 変異は PC で高頻度に認められるが、EUS-FNA 検体における有用性については少数例での報告があるのみで十分には検討されていない。本研究では EUS-FNA 検体における KRAS 遺伝子解析の PC 診断における有用性を検討する。【方法】2004 年 3 月から 2009 年 9 月までに膵腫瘤性病変に対して EUS-FNA が施行されかつ KRAS 解析を行った連続する 393 例を対象とした（男 212、女 181、平均 60 歳、平均腫瘍径 25mm）。KRAS 変異の有無は cycleave PCR 法を用い、PC に対する診断能を retrospective に検討した。【成績】疾患の内訳は PC 306 例、膵炎症性疾患 47 例（慢性膵炎 23、自己免疫性膵炎 24）、他の膵腫瘍 40 例（膵内分泌腫瘍 20、転移性膵腫瘍 8、膵腺房細胞癌 3、SPN 3、SCN 2、リンパ上皮嚢胞 1）であった。KRAS 解析は細胞成分を全く得られなかった 1 例を除く 392 例で可能であった .KRAS 変異は PC の 87%（266/306）に認められ ,PC 以外の 87 例（3/87、3%）に比し有意に高頻度であった（P<0.001）。なお PC の KRAS 変異のタイプは G12D 50%、G12V 41%、G12R 9% であった。KRAS 変異を有する場合を PC とすると、PC 診断における EUS-FNA の感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率（NPV）、正診率は、細胞診 / 組織診併用で 87、100、100、54、89%、KRAS 解析単独では 87、100、100、54、89%、両者を組み合わせると 93、100、100、68、94% であり、感度は 6%（P=0.02）、NPV は 14%（P<0.01）、正診率は 5%（P=0.02）の上乗せ効果が得られた。PC 以外では転移性膵腫瘍 2 例と内分泌腫瘍 1 例に KRAS 変異を認めた。【結論】KRAS 解析は cycleave PCR 法を用いることで EUS-FNA 検体でも十分に解析可能であった。EUS-FNA 検体において KRAS 解析を行うことで、PC と PC 以外の膵腫瘤性病変の鑑別診断、更には治療法選択に有用であると考えられた。

S2-11 当院におけるガイドワイヤルーメン付き経乳頭的生検鉗子を用いた膵管生検の試み

[1] 小牧市民病院　消化器科、[2] 小牧市民病院　臨床検査科
○林　大樹朗 [1]、平井　孝典 [1]、宮田　章弘 [1]、大山　格 [1]、
小島　優子 [1]、鈴木　大介 [1]、灰本　耕基 [1]、飯田　忠 [1]、
和田　啓考 [1]、荒尾　嘉人 [1]、中川　浩 [2]

< 背景・目的 > 膵腫瘍性病変の鑑別では組織学的所見が必要となる症例が少なからず存在するが、その手技的困難性や安全性のため満足な組織学的評価を行えない症例も数多く存在する。我々は 2005 年 11 月よりガイドワイヤ下に経乳頭的に挿入可能な生検鉗子の考案・製品化に携わってきたが、2009 年 3 月より同鉗子を用いて膵管に有意所見を認める膵腫瘍性病変に対し経乳頭的膵管生検を試みてきたため、その成績をここに報告する。< 対象・方法 >2009 年 3 月から 2011 年 6 月までの、胆管に有意所見を認めず、膵管にのみ有意所見を認めた経乳頭的膵管生検を施行した膵腫瘍性病変、全症例 9 例。平均年齢は 72.1 歳。男性 6 例、女性 3 例。疾患の内訳は膵癌 7 例、IPMN2 例。病変存在部位は膵頭部 1 例、膵体部 3 例、膵尾部 5 例。鉗子は先端にガイドワイヤ用ルーメンも有する Olympus 社製 V 字型（外径 2.9mm, 有効長 1950mm, 適応ガイドワイヤ 0.035inch）と、片開き型（外径 2.8mm, その他共通）を使用し、組織採取率、診断率、検査（生検）時間、合併症について評価を行った。< 結果 > 全症例において生検は total で 23 回施行し、そのうち 21 回（91.3%）で、また症例ごとでは 9 例中 8 例（88.9%）で標本作製可能な組織が採取できた。組織採取可能であった 8 例における正診率は 62.5%（5 例）であり、誤診例は主膵管に狭窄、途絶を認めた膵尾部癌 3 例であった。生検に要した時間は 1 回あたり平均 122.2sec（35-420sec）であった。鉗子抜去時にガイドワイヤに引っかかりを生じた症例が 1 例存在したが、検査続行可能であった。2 例で ERCP 後膵炎予防目的に膵管ステント留置を施行したが、本検査による合併症は認めず、全症例において検査施行翌日より食事摂取再開が可能であった。< 結語 > ガイドワイヤガイド下の経乳頭的膵管生検は、組織採取率、またその簡便性、安全性から有用であることが示唆された。

S2-12 急性胆管炎 / 総胆管結石症に対する内視鏡的胆道ドレナージ施行 3 時間後の高アミラーゼ血症の ERCP 後膵炎発症予測能に関する検討

名古屋第二赤十字病院
○堀　寧、坂　哲臣、野尻　優、大脇　俊宏、
金本　高明、青木　美帆、岩崎　弘靖、野村　智史、
梅村修一郎、蟹江　浩、藤原　圭、山田　智則、
林　克巳、折戸　悦朗

【背景】ERCP4 時間後のアミラーゼ上昇は ERCP 後膵炎（PEP）発症を予測するといわれている。当院では、検査 3 時間後採血を行っており、施設基準の 3 倍（342 IU/L）以上の場合、高アミラーゼ血症と定義している。しかし、その基準において、PEP 発症予測の特異度は低い印象である。【目的】ERCP3 時間後アミラーゼ値と PEP 発症の ROC カーブから、PEP 発症を予測する最もふさわしい cutof を値を算出すること。【対象と方法】2006 年 6 月 1 日から 2010 年 8 月 31 日までの期間に、急性胆管炎 / 総胆管結石で、当院を受診し、内視鏡的胆道ドレナージ（EBD without sphincterotomy）術を受けた、native papilla の 156 例を対象とし、retrospective に検討した。高アミラーゼ血症を ERCP3 時間後のアミラーゼ値が施設基準の 3 倍以上と定義した場合の、PEP 発症との関連を検討し、その値を cutoff 値とした場合の PEP 発症予測を検討した。次いで、ROC カーブから、最もふさわしい cuoff 値を算出し、その値を用いた場合の、PEP 発症予測を検討した。【結果と考察】全体の PEP 発症は 13.5%（21/156）であった。従来の高アミラーゼ血症の基準を cutoff 値として用いた場合、PEP 発症予測の感度は 95.2%、特異度は 77.0%、正診断率 79.5% であった。ROC カーブから算出した ERCP 後アミラーゼ値 1,000 IU/L を cutoff とした場合、感度は 90.5%、特異度は 89.4%、正診断率 89.7% と最も予測能が改善した。両 cuttoff は共に、PEP 発症とは有意に関連があった（p<0.001）。

S2-13 膵管ステントは乳頭括約筋切開術を行わない内視鏡的胆道ドレナージ術後の膵炎を予防できるか

名古屋第二赤十字病院消化器内科
○坂　哲臣、折戸　悦朗、野尻　優、大脇　俊宏、
金本　高明、青木　美帆、堀　寧、岩崎　弘靖、
野村　智史、梅村修一郎、蟹江　浩、藤原　圭、
山田　智則、林　克己、澤木　明

【背景】近年、胆石症を有する総胆管結石 / 胆管炎症例に対して、乳頭機能温存を目的とした、待機的な、腹腔鏡下同時胆嚢摘出術 / 総胆管結石摘出術を施行する施設がある。その場合、術前胆道ドレナージとして乳頭括約筋切開術（EST）を行わない、内視鏡的胆道ドレナージチューブの留置（EBD without sphincterotomy）が必要である。しかし、胆管ステント留置が post-ERCP pancreatitis（PEP）発症に及ぼす影響はよくわかっていない。【目的】EBD without sphincterotomy を行う際、同時に膵管ステント（EPS）を留置することで、PEP が予防できるか検討する。【対象患者】当院を受診した、内視鏡的胆道ドレナージが必要な、胆石症を有する胆管炎もしくは総胆管結石症の患者。EPS（-）群 ;2006 年 6 月 1 日から 2009 年 1 月 31 日の期間、ドレナージが必要な、胆石症を有する胆管炎もしくは総胆管結石症を有し、EBD without sphincterotomy が施行された患者。EPS（+）群 ;2009 年 2 月 1 日から 2010 年 8 月 31 日の期間。EPS 併用留置に同意が得られた患者。【アウトカム】post-ERCP pancreatitis。【結果】EPS (-) 群は 108 例。EPS (+) 群は連続 48 例。単変量解析では、総胆管径と EPS の有無が、PEP 発症と有意に関連があった。EPS（-）群、EPS（+）群の PEP 発症率はそれぞれ、17.6%（19/108）、4.2%（2/48）で有意差を認めた（p=0.023）。多変量解析では EPS（-）群の PEP 発症の OR は 5.66 であった（95%CI, 1.16- 27.64, p= .032）。【結論】胆石症を有する総胆管結石 / 胆管炎症例に対し、同時腹腔鏡下胆嚢摘出術 / 総胆管結石摘出術を予定する場合の術前のドレナージには EPS 併用が望ましい。

S2-14 急性閉塞性化膿性膵管炎の臨床像と治療法に関する検討

[1] 名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器・代謝内科学、
[2] 名古屋市立大学大学院医学研究科　地域医療教育学
○奥村　文浩[1]、中沢　貴宏[1]、大原　弘隆[2]

【目的】急性閉塞性化膿性膵管炎（Acute Obstructive Suppurative Pancreatic Ductitis：以下 AOSPD）の臨床像を明らかにし , その治療法について検討する .
【方法】1993 年 12 月から 2011 年 8 月までに当科で経験した AOSPD 症例 8 例を対象とし ,retrospective に検討した . 男女比 7：1, 平均年齢 49.8 歳 , 基礎疾患は全例慢性膵炎（アルコール性：非アルコール性 =7：1）であった . 発症時の臨床徴候（腹痛 , 発熱 , 血中膵酵素上昇）,CT 所見（主膵管拡張 , 膵石 , 膵腫大 , 膵萎縮 , 膵周囲脂肪濃度上昇）, 治療法および細菌培養検査について検討した .4 例は膵石に対する ESWL 療法中の発症であった .
【成績】腹痛は 8 例全例に , 発熱は 8 例中 7 例に , 血中膵酵素上昇は 8 例中 4 例に認めた .CT では（n=6）,6 例全例に主膵管拡張を認め , うち 5 例は拡張膵管の頭側に膵石を認めた . 膵萎縮は 6 例中 4 例に認め , 膵腫大および膵周囲脂肪織濃度上昇は 1 例も認めなかった . 治療は ,8 例全例に内視鏡的膵管ドレナージが試みられ , 施行時に全例で混濁した膵液の排出を認めた . 内視鏡的膵管ドレナージは 7 例で成功し , 症状の改善が認められた . 内視鏡的膵管ドレナージが不成功に終わった 1 例も絶食と抗生剤投与を続けることで改善を認めた . 膵液培養検査は 4 例で施行され ,1 例で Enterobacter clocae,Enterococcus faecalis,1 例で Klebsiella oxytoca,1 例で Streptococcus constellalus が検出された .Streptococcus constellalus が膵液より検出され症例では , 血液培養検査からも同菌が検出された . 治療時の ERP では 8 例中 6 例に主膵管狭窄を認め ,7 例に膵石を認めた . 膵石を認めた 7 例に対しては , その後 6 例に ESWL が ,1 例に外科的手術が施行された .
【結論】1）AOSPD は全例慢性膵炎患者に発症した .2）AOSPD では発症直後より発熱を認めることが多く ,CT では慢性膵炎の所見以外得意な所見を認めなかった .3）AOSPD は敗血症に移行し得る疾患であり , 早期の治療が望まれる . 治療法は内視鏡的膵管ドレナージ術が有効であった .

S2-15 当院での膵仮性嚢胞・感染性膵壊死に対する治療

[1] 三重大学　医学部附属病院　消化器肝臓内科、
[2] 三重大学　医学部附属病院　光学診療部
○高山　玲子[1]、井上　宏之[1]、為田　雅彦[1]、二宮　克仁[1]、
田野　俊介[1]、葛原　正樹[2]、濱田　康彦[2]、堀木　紀行[2]、
竹井　謙之[1]

当院では膵仮性嚢胞や感染性膵壊死に対し、超音波内視鏡下ドレナージと CT ガイド下ドレナージを施行しており、ドレナージだけで改善しない場合は、内視鏡的 necrosectomy も施行している。2009 年 7 月 -2011 年 8 月の期間で、初回治療に EUS 下経消化管的ドレナージを施行した 7 例（男：女 =5：2）と CT ガイド下ドレナージを施行した 3 例（男：女 =2：1）に対し、有用性について評価した。原因疾患は全例膵炎で、感染性膵壊死が 6 例、嚢胞内感染が 3 例、嚢胞径増大に伴う腹痛が 1 例。内訳はアルコール性 3 例、胆石性 3 例、特発性 1 例、原発性副甲状腺機能亢進症 1 例、膵管癒合不全 1 例、ERCP 後膵炎 1 例であった。感染性膵壊死の 6 例のうち、3 例は初回に EUS 下ドレナージを施行し、外瘻と内瘻の計 2 本を留置、全例に追加で内視鏡的 necrisectomy を数回施行した。そのうち 1 例では、広範囲な病変のため CT ガイド下ドレナージも要した。初回に CT ガイド下ドレナージを施行した 3 例のうち、2 例では複数本のドレナージを要したが、全例改善した。嚢胞内感染は 1 例が胆石性急性膵炎後の仮性嚢胞内感染、残り 2 例はアルコール性慢性膵炎に伴う仮性嚢胞内感染で、全例初回に EUS 下ドレナージを施行、外瘻のみで改善した。嚢胞径増大に伴う腹痛は、ERCP にて膵管癒合不全と診断。嚢胞と Wirsung 管の交通を認めたため、まず経乳頭的に膵管ステントを留置した。しかし、ステント留置後に症状増悪と嚢胞径の増大を認めたため、EUS 下ドレナージを施行し、外瘻 1 本を留置した。嚢胞径は縮小し症状も改善したが、Wirsung 管の狭細強く膵炎も繰り返しており、外科的手術の予定である。以上、全例合併症なく経過良好である。病変の部位や性状、範囲等により CT ガイド下ドレナージ、内視鏡ドレナージの選択、あるいは併用を考慮することが必要と考えられる。

一般演題　プログラム

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

一　般　演　題

第２会場

9:00 ～ 9:28　　肝臓①　　座長　豊橋市民病院　消化器内科　浦野　文博

1　Gd-EOB-DTPA MRI にて描出されるも造影 CT にて描出されない
多血性肝細胞癌の一例

（若手）　愛知医科大学　消化器内科

○新村　哲也、中尾　春壽、坂野　文美、山本　高也、金森　寛幸、大橋　知彦、
中出　幸臣、佐藤　顕、米田　政志

2　広範な Peliotic change を伴った肝細胞癌の 2 例

（若手）　藤田保健衛生大学　肝脾外科

○中川　満、加藤悠太郎、香川　幹、竹浦　千夏、吉田　淳一、棚橋　義直、
所　隆昌、杉岡　篤

3　高度の A-P shunt に対する coiling により TACE と肝性脳症治療が
可能となった肝細胞癌の一例

愛知医科大学　消化器内科

○田邉　敦資、中尾　春壽、山本　高也、坂野　文美、金森　寛幸、大橋　知彦、
佐藤　顕、中出　幸臣、米田　政志

4　診断に苦慮したアルコール性肝硬変に伴う過形成結節の 1 切除例

（若手）　豊橋市民病院　消化器内科

○西　俊彦、浦野　文博、藤田　基和、内藤　岳人、山田　雅弘、北畠　秀介、
山本　英子、松原　浩、河合　学、樋口　俊哉、田中　浩敬、岡村　正造

9:28 ～ 9:56　肝臓②　座長　愛知医科大学　消化器内科　大橋　知彦

5　AL 型アミロイドーシスに合併した自然肝出血の一例

愛知医科大学　消化器内科

○山本　高也、大橋　知彦、川村百合加、坂野　文美、金森　寛幸、佐藤　顕、中出　幸臣、佐々木誠人、中尾　春壽、春日井邦夫、米田　政志

6　当院におけるウイルス性肝疾患症例の臨床的検討

清水内科クリニック

○清水　秀幸

7　ローヤルゼリーによる薬物性肝障害の１例

名古屋市立西部医療センター　消化器内科

○稲垣　佑祐、木村　吉秀、足立　和規、山川　慶洋、平野　敦之、河合　宏紀、土田　研司、妹尾　恭司、勝見　康平

8　都市部開業医におけるウイルス性肝疾患の初診症例についての検討

清水内科クリニック

○清水　秀幸

9:56 ～ 10:24　肝臓③　座長　藤田保健衛生大学　肝胆膵内科　川部　直人

9　妊娠中に感染した急性 B 型肝炎重症型の 1 例

（若手）　藤田保健衛生大学　肝胆膵内科

○松永　友花、嶋崎　宏明、有馬　裕子、中野　卓二、村尾　道人、新田　佳史、原田　雅生、川部　直人、橋本　千樹、吉岡健太郎

10　Peg-IFN+Ribavirin 併用療法にて再燃した難治性 C 型慢性肝炎に対して Peg-IFN 単独による Two step IFN rebound therapy が著効した 1 例

（若手）　岐阜県総合医療センター　消化器内科

○小原　功輝、加藤　潤一、馬淵　正敏、岩砂　淳平、安藤　暢洋、大島　靖広、岩田　圭介、芋瀬　基明、清水　省吾、杉原　潤一

11　ペグインターフェロンα 2a 治療中 Breakthrough を起こしβインターフェロン＋リバビリンで SVR が得られた C 型慢性肝炎の 1 例

（若手）　[1] 独立行政法人国立病院機構　名古屋医療センター　消化器科、[2] 国立病院機構　東名古屋病院　消化器科、[3] 名古屋大学大学院　消化器内科学

○久野　剛史 [1]、平嶋　昇 [2]、喜田　裕一 [1]、横井　美咲 [1]、斎藤　雅之 [1]、玉置　大 [1]、龍華　庸光 [1]、日比野佑介 [1]、都築　智之 [1]、島田　昌明 [1]、岩瀬　弘明 [1]、後藤　秀実 [3]

12　ステロイドパルスが著効した genotype A の B 型急性肝炎の一例

（若手）　岐阜赤十字病院　消化器内科

○松本　光善、松下　知路、杉江　岳彦、宮崎　恒起、高橋　裕司、伊藤陽一郎、名倉　一夫

10:24 ～ 10:52　肝臓④　　座長　三重大学医学部附属病院　消化器内科　岩佐　元雄

13　肝膿瘍を契機に発見された直腸癌の一例

（若手）

[1] 静岡市立清水病院　消化器内科、[2] 静岡市立清水病院　外科

○小池　弘太[1]、窪田　裕幸[1]、松浦　友春[1]、川崎　真佑[1]、池田　　誉[1]、東　　幸宏[2]、鈴木　邦士[2]、谷口　正美[2]

14　原発性肝細胞癌との鑑別に苦慮した AFP,PIVKA-II 産生転移性肝癌の 1 例

（若手）

半田市立半田病院

○竹内　真介、春田　明範、広崎　拓也、川口　　彩、安藤　通崇、岩下　紘一、島田礼一郎、森井　正哉、神岡　諭郎、大塚　泰郎

15　多血性胆管細胞癌の 1 例

[1] 国民健康保険関ヶ原病院　内科、[2] 岐阜大学　医学部　附属病院　腫瘍外科

○桐井　宏和[1]、中村　博式[1]、森島眞理子[1]、斎藤　吉男[1]、瀬古　　章[1]、吉田　和弘[2]

16　肝内結石症術後 20 年で発症した肝内胆管癌の 1 例

羽島市民病院　消化器内科

○福島　秀樹、長谷川恒輔、奥野　祥子、坂野　喜史、大西　隆哉、酒井　　勉、天野　和雄

10:52 ～ 11:20　肝臓⑤　座長　順天堂大学医学部附属静岡病院　消化器内科　玄田　拓哉

17　Streptococcus milleri 群による肝膿瘍の一例

独立行政法人　労働者健康福祉機構　中部労災病院

○森本　剛彦、村瀬　賢一、中岡　和徳、菅　敏樹、細野　功、児玉　佳子、尾関　雅靖

18　感染性肝嚢胞の 2 例

（若手）　済生会松阪総合病院　松阪総合病院　内科

○黒田　直起、竹内　俊文、吉澤　尚彦、福家　洋之、河俣　浩之、橋本　章、脇田　喜弘、清水　敦哉、中島　啓吾

19　感染性巨大肝嚢胞を治療し得た 1 例

静岡市立静岡病院　消化器内科

○中村　尚広、近藤　貴浩、黒石　健吾、武尾　真宏、大野　和也、濱村　啓介、田中　俊夫、高橋　好朗、小柳津竜樹

20　破裂直腸静脈瘤の 1 例

順天堂大学医学部附属静岡病院　消化器内科

○佐藤　俊輔、玄田　拓哉、廿楽　裕徳、金光　芳生、成田　諭隆、菊池　哲、平野　克治、飯島　克順、市田　隆文

14:00 ～ 14:35　食道　　座長　愛知医科大学　消化器内科　飯田　章人

21　食道顆粒細胞腫の表層に食道癌を合併した 1 例

国家公務員共済組合連合会　名城病院

○前田　啓子、大岩　哲哉、大竹麻由美、山下　俊樹、長野　健一、木本　英三

22　FP 療法中に 5-FU が原因と考えられる高アンモニア血症を呈した肺癌合併食道癌の 1 例

（若手）　済生会松阪総合病院　内科

○行本　弘樹、竹内　俊文、吉澤　尚彦、黒田　直起、福家　洋之、河俣　浩之、橋本　　章、脇田　喜弘、清水　敦哉

23　FDG PET での集積亢進が経時的に観察された良性食道神経鞘腫の 1 例

（若手）　名古屋第一赤十字病院

○澤田つな騎、春田　純一、山口　丈夫、土居崎正雄、石川　卓哉、山　　剛基、亀井圭一郎、小林　寛子、佐藤亜矢子、水谷　泰之、村上　義郎、服部　　峻

24　酸性洗剤飲用により腐食性食道狭窄、幽門閉塞を来した 1 例

トヨタ記念病院　消化器内科

○遠藤　伸也、鈴木　貴久、篠田　昌孝、高士ひとみ、村山　　睦、内山　功子、宇佐美彰久

25　食道裂孔ヘルニアに臓器軸性胃軸捻転を伴った 2 例

東濃厚生病院

○菊池　正和、長屋　寿彦、吉田　正樹、藤本　正夫、山瀬　裕彦

一　般　演　題

第３会場

9:00 ～ 9:28　　膵臓①　　座長　大同病院　総合内科　野々垣浩二

26　分枝型 IPMN の経過観察中に通常型膵癌が発生した 1 例

大同病院

○藤城　卓也、野々垣浩二、小川　和昭、榊原　聡介、印牧　直人

27　術前画像と術後病理組織像に乖離がみられた、膵癌術前放射線化学療法の 3 例

[1] 名古屋大学大学院　消化器外科、[2] 名古屋セントラル病院　外科

○末永　雅也[1]、藤井　　努[1]、山田　　豪[1]、大橋　紀文[1]、中山　吾郎[1]、
杉本　博行[1]、小池　聖彦[1]、野本　周嗣[1]、藤原　道隆[1]、竹田　　伸[1]、
中尾　昭公[2]、小寺　泰弘[1]

28　膵癌の脳転移をきたした 1 症例

（若手）　山田赤十字病院　消化器科

○杉本　真也[1]、山本　　玲[1]、山村　光弘[1]、大山田　純[1]、黒田　幹人[1]、川口　真矢[1]、
佐藤　兵衛[1]、福家　博史[1]

29　分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍由来癌と通常型浸潤性膵管癌が併存したと思われた 1 例

[1] 鈴鹿中央総合病院　外科、[2] 鈴鹿中央総合病院　内科、[3] 鈴鹿中央総合病院　病理

○藤井　武宏[1]、坂口　充弘[1]、早崎　碧泉[1]、岡本　篤之[1]、金兒　博司[1]、
田岡　大樹[1]、松崎　晋平[2]、馬場洋一郎[3]、村田　哲也[3]

9:28 ～ 9:56　　膵臓②　　座長　三重大学医学部附属病院　肝胆膵・移植外科　櫻井　洋至

30　膵癌に合併した膵内副脾の１例

（若手）　国立病院機構　名古屋医療センター

○喜田　裕一、岩瀬　弘明、島田　昌明、都築　智之、日比野祐介、龍華　庸光、
齋藤　雅之、玉置　　大、神谷　麻子、横井　美咲、久野　剛史、初野　　剛、
田中　晴祥、岡崎　裕子

31　慢性膵炎に合併した進行膵体尾部癌に対し膵体尾部切除後に膵頭部癌が併発し残膵全摘を施行した１例

（若手）　[1] 三重大学　肝胆膵・移植外科、[2] 藤田保健衛生大学　坂文種報徳會病院　消化器内科

○新貝　　達[1]、櫻井　洋至[1]、村田　泰洋[1]、栗山　直久[1]、岸和田昌之[1]、
大澤　一郎[1]、濱田　賢司[1]、水野　修吾[1]、臼井　正信[1]、田端　正己[1]、
伊佐地秀司[1]、乾　　和郎[2]

32　放射線化学療法が奏功し、切除しえた膵頭部癌、局所高度浸潤の１例

（若手）　[1] 藤田保健衛生大学　医学部　胆膵外科、[2] 藤田保健衛生大学　医学部　放射線科

○越智　隆之[1]、堀口　明彦[1]、石原　　慎[1]、伊東　昌広[1]、浅野　之夫[1]、
古澤　浩一[1]、津田　一樹[1]、伊藤良太郎[1]、志村　正博[1]、清水謙太郎[1]、
林　　千紘[1]、加藤　良一[2]、花岡　良太[2]、赤松　北斗[2]、宮川　秀一[1]

33　膵癌に対して Double Stenting を行った２例

（若手）　静岡市立静岡病院

○黒石　健吾、近藤　貴浩、中村　尚広、大野　和也、濱村　啓介、田中　俊夫、
高橋　好朗、小柳津竜樹

9:56 ～ 10:31　膵臓③　座長　岐阜市民病院　消化器内科　向井　強

34　主膵管途絶を来した膵神経内分泌腫瘍の 1 例

山田赤十字病院

○大山田　純、杉本　真也、山本　　玲、山村　光弘、黒田　幹人、川口　真矢、佐藤　兵衛、福家　博史

35　膵内分泌腫瘍術後に異時性肝転移をみとめ肝切除を施行した 1 例

[1] 朝日大学村上記念病院　消化器内科、[2] 朝日大学村上記念病院　外科

○遠藤　美生[1]、小島　孝雄[1]、加藤　隆弘[1]、宮脇喜一郎[1]、森本　泰隆[1]、高野　幸彦[1]、伴　　尚美[1]、福田　信宏[1]、大洞　昭博[1]、川部　　篤[2]

36　胃へ穿破した微小浸潤型 IPMC の 1 切除例

（若手）

[1] 木沢記念病院　消化器科、[2] 木沢記念病院　外科、[3] 木沢記念病院　病理

○丸田　明範[1]、吉田　健作[1]、中川　貴之[1]、安田　陽一[1]、杉山　　宏[1]、山本　淳史[2]、尾関　　豊[2]、松永　研吾[3]

37　急性膵炎を契機に発見された石灰化を伴う IPMC の一例

（若手）

[1] 岐阜市民病院　消化器内科　研修医、[2] 岐阜市民病院　消化器外科、[3] 岐阜市民病院　中央検査部

○村瀬　浩孝[1]、堀部　陽平[1]、奥野　　充[1]、黒部　拓也[1]、入谷　壮一[1]、鈴木　祐介[1]、中島　賢憲[1]、小木曽富生[1]、川出　尚史[1]、林　　秀樹[1]、向井　　強[1]、杉山　昭彦[1]、西垣　洋一[1]、加藤　則廣[1]、冨田　栄一[1]、足立　尊仁[2]、山田　鉄也[3]

38　悪性黒色腫膵転移の一例

（若手）

愛知県厚生農業協同組合連合会　安城更生病院

○脇田　重徳、小屋　敏也、鈴木　悠土、須原　寛樹、市川　雄平、富田　英臣、岡田　昭久、馬淵　龍彦、竹内真実子、細井　　努、山田　雅彦

10:31 ～ 11:06　膵臓④　　座長　愛知医科大学　消化器内科　石井　紀光

39　入院中に吐血で発症した hemosuccus pancreaticus の一例

（若手）　一宮市立市民病院　消化器内科

○梶川　豪、中條　千幸、山中　敏広、水谷　恵至、金森　信一、井口　洋一、石黒　裕規、松浦倫三郎、伊藤　隼、山口　純治、金倉　阿優、小澤　喬

40　膵仮性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の 1 例

（若手）　[1]JA 愛知厚生連　豊田厚生病院　内科、[2]JA 愛知厚生連　豊田厚生病院　外科

○羽賀　智明[1]、大久保賢治[1]、森田　清[1]、竹内　淳史[1]、金沢　宏信[1]、清水　潤一[1]、伊藤　隆徳[1]、竹山　友章[1]、橋詰　清孝[1]、西村　大作[1]、塩見　正哉[2]、片田　直幸[1]

41　感染性膵仮性嚢胞に対してドレナージ術を施行した 2 例

（若手）　愛知医科大学病院　消化器内科

○井上　匡央、小林　佑次、小松原利典、新村　哲也、川村百合加、岡庭　紀子、吉峰　崇、田邉　敦資、野田　久嗣、石井　紀光、佐々木誠人、中尾　春壽、春日井邦夫、米田　政志

42　ステロイド治療が奏功した膵仮性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の 1 例

（若手）　藤田保健衛生大学　医学部　肝胆膵内科

○森川紗也子、橋本　千樹、川部　直人、原田　雅生、新田　佳史、村尾　道人、中野　卓二、嶋崎　宏明、有馬　裕子、吉岡健太郎

43　後腹膜線維症を合併した自己免疫性膵炎の 1 例

（若手）　半田市立半田病院　消化器内科

○春田　明範、竹内　真介、川口　彩、広崎　拓也、安藤　通崇、岩下　紘一、島田礼一郎、森井　正哉、神岡　諭郎、大塚　泰郎、肥田野　等

11:06 ～ 11:41　膵臓⑤　座長　名古屋大学大学院医学系研究科　消化器内科学
川嶋　啓揮

44　術前に膵内副脾を強く疑った一切除例

（若手）　豊橋市民病院　消化器内科

○和田　幸也、松原　浩、浦野　文博、藤田　基和、内藤　岳人、山田　雅弘、北畠　秀介、山本　英子、河合　学、樋口　俊哉、田中　浩敬、岡村　正造

45　内視鏡的経鼻膵管ドレナージが有効であった膵性腹水の 1 例

（若手）　大同病院　消化器内科

○小川　和昭、榊原　聡介、藤城　卓也、野々垣浩二、印牧　直人

46　膵性腹水・膵性胸水の一例

（若手）　愛知医科大学病院　消化器内科

○吉峰　崇、小林　佑次、石井　紀光、井上　匡央、野田　久嗣、田邉　敦資、佐々木誠人、中尾　春壽、春日井邦夫、米田　政志

47　麻疹ウイルスが原因と考えられたウイルス性膵炎の 1 例

（若手）　岐阜県立多治見病院　消化器科

○加地　謙太、佐野　仁、安藤　健二、水島　隆史、吉村　至広、西　祐二、西江　裕忠、夏目まこと、福定　繁紀

48　アルコール性肝膵障害合併糖尿病の健診事例から学ぶ今後の介入動向

かすみがうらクリニック

○廣藤　秀雄

14:00 ～ 14:42　胃・十二指腸①　座長　岐阜大学医学部附属病院　光学医療診療部　荒木　寛司

49　門脈浸潤を来たした進行胃癌の 1 例

[1] 岐阜県厚生連　久美愛厚生病院　消化器内科、[2] 岐阜県厚生連　久美愛厚生病院　外科

○加藤幸一郎[1]、杉山　和久[1]、長瀬　裕平[1]、横畑　幸司[1]、丹羽　慶樹[1]、堀　明洋[2]

50　吐血で発症した胃癌の 4 症例

（若手）

公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内視鏡センター

○大塚　裕之、清野　隆史、森島　大雅、石川　英樹

51　一年間の S-1 術後補助化学療法により無再発生存中の CY1 胃腺扁平上皮癌の 1 例

名古屋市立大学大学院　消化器代謝内科学

○海老　正秀、志村　貴也、北川　美香、田中　守、平田　慶和、村上　賢治、森　義徳、溝下　勤、谷田　諭史、片岡　洋望、神谷　武、城　卓志

52　AFP 産生をともなわない PIVKA-II 産生胃癌の 1 例

（若手）

[1] 山田赤十字病院　消化器科、[2] 三重中央医療センター　消化器科

○神廣　憲記[1]、川口　真矢[1]、杉本　真也[1]、山本　玲[1]、山村　光弘[1]、大山田　純[1]、黒田　幹人[1]、佐藤　兵衛[1]、福家　博史[1]、亀井　昭[2]

53　FDG-PET 検査にて発見された異時性多発大腸癌を伴った進行胃 GIST の一例

（若手）

[1] 三重大学大学院　消化管・小児外科学、[2] 三重大学大学院　先端的外科技術開発学

○近藤　哲[1]、毛利　靖彦[1]、安田　裕美[1]、石野　義人[1]、森本　雄貴[1]、大井　正貴[2]、田中　光司[1]、荒木　俊光[1]、井上　靖浩[1]、楠　正人[1,2]

54　早期胃癌の胃 ESD 後の潰瘍瘢痕部に生じた胃過形成性ポリープの 1 例

（若手）

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科

○大橋　彩子[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、大森　寛行[1]、鬼塚　亮一[1]、桑原　崇通[1]、松井　健一[1]、今田　数実[1]、小川　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　誠[2]

14:42 ～ 15:17　胃・十二指腸②　座長　浜松医科大学　第一内科　杉本　健

55　PPI 投与中，胃過形成性ポリープが増加・増大した１例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科

○大森　寛行[1]、浜島　英司[1]、井本　正己[1]、中江　康之[1]、仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、桑原　崇通[1]、松井　健一[1]、鬼塚　亮一[1]、今田　数美[1]、小川　　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　　誠[2]

56　胃軸捻転症の一例

トヨタ記念病院

○宇佐美彰久、鈴木　貴久、篠田　昌孝、高士ひとみ、村山　　睦、内山　功子、遠藤　伸也

57　APC 焼灼術後に遅発性穿孔を起こした DAVE の一例

医療法人　山下病院

○富永雄一郎、富田　　誠、小田　雄一、服部　昌志、磯部　　祥、広瀬　　健、江藤　奈緒、服部外志之、中澤　三郎

58　Menetrier 病の１例

（若手）

豊橋市民病院　消化器内科

○廣瀬　　崇、浦野　文博、北畠　秀介、藤田　基和、内藤　岳人、山田　雅弘、山本　英子、松原　　浩、河合　　学、樋口　俊哉、田中　浩敬、岡村　正造

59　胃癌肉腫の１例

名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学

○金　　正修、安藤　貴文、石黒　和博、前田　　修、渡辺　　修、日比　知志、神谷　　徹、三村　俊哉、氏原　正樹、平山　　裕、森瀬　和宏、宮原　良二、大宮　直木、後藤　秀実

一　般　演　題

第４会場

9:00 ～ 9:28　　大腸①　　座長　刈谷豊田総合病院　内科　浜島　英司

60　Infliximab の増量投与が著効したクローン病の１例

（若手）

豊橋市民病院　消化器内科

○三竹　泰弘、田中　浩敬、樋口　俊哉、河合　　学、松原　　浩、山本　英子、
北畠　秀介、山田　雅弘、内藤　岳人、藤田　基和、浦野　文博、岡村　正造

61　81 歳男性に発症した大腸クローン病の１例

東濃厚生病院　内科

○吉田　正樹、菊池　正和、長屋　寿彦、藤本　正夫、山瀬　裕彦

62　大腸穿孔を来たした小腸大腸型クローン病の１例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科

○松井　健一[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、仲島さより[1]、
松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、大森　寛行[1]、鬼塚　亮一[1]、桑原　崇通[1]、
今田　数実[1]、小川　　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　　誠[2]

63　壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎の１例

（若手）

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科

○鈴木　孝弘[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、仲島さより[1]、
松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、桑原　崇通[1]、松井　健一[1]、大森　寛行[1]、
鬼塚　亮一[1]、今田　数実[1]、小川　　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　　誠[2]

9:28 ～ 9:56　　**大腸②**　　**座長　三重大学大学院医学系研究科　消化管小児外科学**
内田　恵一

64　　難治性潰瘍性大腸炎治療中に発症した深部静脈血栓症および血栓性静脈炎

（若手）　　静岡県立綜合病院　消化器内科

○永倉千紗子、菊山　正隆、黒上　貴史、森田　敏広、吉田　将雄、上田　　樹、
奥野　真理、重友　美紀、山田　友世、白根　尚文、鈴木　直之、萱原　隆久

65　　大腸亜全摘術後にサイトメガロウイルスに起因する小腸穿孔をきたした高齢者難治性潰瘍性大腸炎の１例

（若手）　　[1] 三重大学　大学院医学系研究科　消化管小児外科学、
[2] 三重大学　大学院医学系研究科　先端的外科技術開発学

○志村　匡信[1]、荒木　俊光[1]、藤川　裕之[1]、大北　喜基[1]、大井　正貴[2]、
田中　光司[1]、井上　靖浩[1]、内田　恵一[1]、毛利　靖彦[1]、楠　　正人[1,2]

66　　中毒性巨大結腸症で緊急手術を施行した高齢発症潰瘍性大腸炎の１例

岐阜大学医学部消化器病態学

○中西　孝之、荒木　寛司、杉山　智彦、出田　貴康、河内　隆宏、久保田全哉、
小野木章人、井深　貴士、白木　　亮、清水　雅仁、森脇　久隆

67　　ガンシクロビルが著効した難治性潰瘍性大腸炎の１例

（若手）　　[1] 春日井市民病院　消化器科、[2] 名古屋市立大学　消化器・代謝内科学

○立松有美子[1]、森岡　　優[1]、尾関　貴紀[1]、加藤　晃久[1]、松波加代子[1]、
池内　寛和[1]、望月　寿人[1]、坂本　知行[1]、高田　博樹[1]、祖父江　聡[1]、
伊藤　和幸[1]、片野　敬仁[2]

9:56 ～ 10:31　大腸③　座長　名古屋市立西部医療センター　消化器内科　妹尾　恭司

68　初発潰瘍性大腸炎と感染性腸炎の鑑別

（若手）　藤田保健衛生大学病院　消化管内科

○城代　康貴、藤田　浩史、大森　崇文、加藤　祐子、生野　浩和、市川裕一朗、釜谷　明美、米村　　穣、大久保正明、小村　成臣、吉岡　大介、丸山　尚子、鎌野　俊彰、石塚　隆充、中川　義仁、長坂　光夫、柴田　知行、平田　一郎

69　潰瘍性大腸炎に発生した、早期大腸癌との鑑別が困難であった大腸腺腫の一例

[1] 豊橋医療センター、[2] 豊橋市民病院

○松下　正伸[1]、高田　都佳[1]、林　　直美[1]、武藤　俊博[1]、野村　尚弘[1]、岡本喜一郎[1]、山下　克也[1]、佐藤　　健[1]、市原　　透[1]、岡村　正造[2]

70　演題取り下げ

71　診断に苦慮した腸回転異常に伴う急性虫垂炎の１例

（若手）　藤田保健衛生大学病院　消化管内科

○市川裕一朗、柴田　知行、吉岡　大介、石塚　隆充、大久保正明、米村　　穣、長坂　光夫、中川　義仁、藤田　浩史、鎌野　俊彰、丸山　尚子、小村　成臣、釜谷　明美、生野　浩和、大森　崇史、城代　康貴、加藤　祐子、平田　一郎

72　直腸癌にてバリウムが腸閉塞を来した１例

（若手）　碧南市民病院　内科

○村手健太郎、内田　　潔、長谷川元英、中野間　紘

10:31 ～ 10:59　大腸④　　座長　愛知医科大学　消化器内科　水野　真理

73　mFOLFOX6・FOLFIRI 療法により 51 ヶ月間 CR を保っている直腸癌術後の腰椎転移の 1 例

東濃厚生病院　内科

○吉田　正樹、菊池　正和、長屋　寿彦、藤本　正夫、山瀬　裕彦

74　EMR 後に肝転移を切除した大腸 SM 癌の 2 例

（若手）

木沢記念病院　外科

○堀田　亮輔、伊藤　由裕、吉田　直優、山本　淳史、尾関　　豊

75　直腸内分泌細胞癌の一例

（若手）

[1] 浜松医科大学　第一内科、[2] 浜松医科大学　分子診断学、
[3] 浜松医科大学　臨床研究管理センター

○石田　夏樹[1]、栗山　　茂[1]、鈴木　崇弘[1]、濱屋　　寧[2]、山田　貴教[1]、
杉本　光繁[1]、金岡　　繁[2]、古田　隆久[3]、大澤　　恵[1]、杉本　　健[1]

76　最近経験した直腸肛門部悪性黒色腫の 2 例

（若手）

藤枝市立総合病院　消化器科

○宇於崎宏城、丸山　保彦、志村　輝幸、森　　雅史、大畠　昭彦、景岡　正信

14:00 ～ 14:35　小腸①　座長　名古屋大学大学院医学系研究科　消化器内科学　渡辺　修

77　貧血を契機に発見された小腸 GIST の一例

[1] 磐田市立総合病院　消化器内科、[2] 磐田市立総合病院　外科、
[3] 磐田市立総合病院　病理部

○森川　友裕[1]、伊藤　潤[1]、成瀬　智康[1]、鈴木　静乃[1]、西垣　信宏[1]、
住吉　信一[1]、笹田　雄三[1]、斎田　康彦[1]、犬飼　雅美[1]、片橋　一人[2]、
落合　秀人[2]、鈴木　昌八[2]、谷岡　書彦[3]

78　カプセル内視鏡がその診断に有用であった小腸 GIST の 1 例

(若手)

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科

○山本　崇正[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、仲島さより[1]、
松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、大森　寛行[1]、松井　健一[1]、桑原　崇通[1]、
鬼塚　亮一[1]、今田　数実[1]、小川　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　誠[2]

79　回腸 MALT リンパ腫の一例

[1] 東海病院　内科、[2] 名古屋大学医学部付属病院　光学医療診療部、
[3] 名古屋大学大学院　消化器内科学、[4] 名古屋大学大学院　腫瘍外科学

○北村　雅一[1]、加藤　亨[1]、戸田　崇之[1]、三宅　忍幸[1]、丸田　真也[1]、
宮原　良二[2]、中村　正直[3]、大宮　直木[3]、後藤　秀実[3]、石黒　成治[4]、
上原　圭介[4]、椰野　正人[4]

80　術後 5 年目に腸閉塞で発見された腎細胞癌小腸転移の 1 例

[1] 市立伊勢総合病院　外科、[2] 市立伊勢総合病院　内科、[3] 市立伊勢総合病院　病理

○出崎　良輔[1]、佐野　孝治[1]、武内泰司郎[1]、野田　直哉[1]、伊藤　史人[1]、
鈴木　厚人[2]、野田　雅俊[3]

81　小腸内視鏡にて診断した Peutz-Jeghers 型ポリープによる腸重積の一例

(若手)

土岐市立総合病院　消化器科

○南堂　吉紀、白井　修、吉村　透、下郷　友弥、清水　豊

14:35 ～ 15:10　小腸②　座長　名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器・代謝内科学　片岡　洋望

82　最終的に小腸外病変からの出血と診断された原因不明消化管出血（OGIB）の一例

[1] 三重大学　医学部　附属病院　消化器・肝臓内科、
[2] 三重大学　医学部　附属病院　光学医療診療部

○田野　俊介[1]、葛原　正樹[2]、為田　雅彦[1]、二宮　克仁[1]、高山　玲子[1]、
井上　宏之[1]、濱田　康彦[2]、堀木　紀行[2]、竹井　謙之[1]

83　大量下血し緊急手術を要した出血性小腸動脈瘤の一例

（若手）

[1] 聖隷浜松病院　消化器内科、[2] 同　小児外科、[3] 同　病理診断科

○小林　陽介[1]、瀧浪　将貴[1]、田村　智[1]、市川　仁美[1]、木全　政晴[1]、
芳澤　社[1]、舘野　誠[1]、室久　剛[1]、熊岡　浩子[1]、清水恵理奈[1]、
細田　佳佐[1]、長澤　正通[1]、佐藤　嘉彦[1]、鳥羽山滋生[2]、大月　寛郎[3]

84　アニサキス症が原因と考えられた小腸イレウスの一例

（若手）

[1] 愛知医科大学病院　消化器内科、[2] 愛知医科大学病院　消化器外科

○杉山　智哉[1]、増井　竜太[1]、岡庭　紀子[1]、田村　泰弘[1]、近藤　好博[1]、
伊藤　義紹[1]、井澤　晋也[1]、土方　康孝[1]、徳留健太郎[1]、河村　直彦[1]、
飯田　章人[1]、水野　真理[1]、小笠原尚高[1]、舟木　康[1]、佐々木誠人[1]、
中尾　春壽[1]、米田　政志[1]、春日井邦夫[1]、安藤　景一[2]

85　腸閉塞症状を契機に発見された小腸結核の１例

（若手）

[1] 岐阜市民病院　消化器内科、[2] 岐阜市民病院　中検病理

○黒部　拓也[1]、入谷　壮一[1]、奥野　充[1]、堀部　陽平[1]、中島　賢憲[1]、
鈴木　祐介[1]、小木曽富生[1]、川出　尚史[1]、林　秀樹[1]、向井　強[1]、
杉山　昭彦[1]、西垣　洋一[1]、加藤　則廣[1]、冨田　栄一[1]、山田　鉄也[2]

86　広範囲におよぶ腸管浮腫と腹水を認めた好酸球性胃腸炎の１例

[1] 愛知県厚生連　海南病院　消化器内科、[2] 愛知県厚生連　海南病院　病理診断科

○青木　孝太[1]、武藤　久哲[1]、荒川　直之[1]、久保田　稔[1]、石川　大介[1]、
國井　伸[1]、渡辺　一正[1]、後藤　啓介[2]、中村　隆昭[2]、奥村　明彦[1]

一　般　演　題

第５会場

9:00 ～ 9:28　　胆道①　　座長　名古屋市立大学大学院医学研究科　消化器・代謝内科学　林　香月

87　spontaneous biloma を併発した胆石胆嚢炎の 1 例

[1] 国民健康保険関ヶ原病院　内科、[2] 国民健康保険関ヶ原病院　外科

○中村　博式[1]、桐井　宏和[1]、森島眞理子[1]、瀬古　　章[1]、松尾　　篤[2]、宮　　喜一[2]

88　腹腔鏡下胆嚢摘出術後に金属クリップを核として総胆管結石を形成した 1 例

西美濃厚生病院

○高田　　淳、林　　基志、岩下　雅秀、田上　　真、畠山　啓朗、林　　隆夫、前田　晃男、西脇　伸二、齋藤公志郎

89　胆石イレウスの一例

（若手）

公立陶生病院

○石川　恵里、松浦　哲生、小島　久実、浅井　裕充、清水　裕子、林　　隆男、黒岩　正憲、森田　敬一

90　胆嚢十二指腸瘻に嵌頓した胆嚢結石に対し内視鏡的に破砕しえた 1 例

名古屋第二赤十字病院　消化器内科

○野尻　　優、蟹江　　浩、大脇　俊宏、青木　美帆、堀　　寧、岩崎　弘靖、野村　智史、梅村修一郎、金本　高明、坂　　哲臣、藤原　　圭、山田　智則、林　　克巳、折戸　悦朗

9:28 ～ 9:56　　**胆道②**　　**座長　名古屋大学医学部附属病院　光学医療診療部**
大野栄三郎

91　　胆嚢摘出術にて救命しえた出血性胆嚢炎の 2 例

（若手）　　愛知医科大学消化器内科

○岡庭　紀子、小林　佑次、石井　紀光、佐々木誠人、中尾　春壽、春日井邦夫、米田　政志

92　　EST 後出血を生じた coledococele の一例

（若手）　　東海中央病院　消化器内視鏡センター

○清野　隆史、石川　英樹、森島　大雅、大塚　裕之

93　　重複胆嚢の 1 例

（若手）　　[1] 岐阜県総合医療センター　消化器内科、[2] 岐阜県総合医療センター　外科、[3] 岐阜県総合医療センター　病理診断科

○馬淵　正敏[1]、加藤　潤一[1]、小原　功輝[1]、岩砂　淳平[1]、安藤　暢洋[1]、大島　靖広[1]、岩田　圭介[1]、芋瀬　基明[1]、清水　省吾[1]、杉原　潤一[1]、前田　健一[2]、岩田　　仁[3]

94　　当院で施行した 90 歳以上の超高齢者に対する ERCP の検討

（若手）　　愛知県厚生連　海南病院　消化器内科

○武藤　久哲、青木　孝太、荒川　直之、久保田　稔、石川　大介、國井　　伸、渡辺　一正、奥村　明彦

9:56 ～ 10:24　その他①　座長　藤田保健衛生大学　肝臓・脾臓外科　加藤悠太郎

95　当院における咽喉頭表在癌の内視鏡治療成績

[1] 名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学、
[2] 名古屋大学医学部附属病院　光学診療部

○坂巻　慶一[1]、宮原　良二[2]、舩坂　好平[1]、坂野　閣紀[1]、古川　和宏[1]、立松　英純[1]、鶴留　一誠[1]、山本富美子[1]、大野栄三郎[2]、川嶋　啓揮[1]、伊藤　彰浩[1]、大宮　直木[1]、廣岡　芳樹[2]、渡辺　修[1]、前田　修[1]、安藤　貴文[1]、後藤　秀実[1,2]

96　肝臓に直接浸潤をきたした両側副腎骨髄脂肪腫の一例

名古屋第一赤十字病院

○亀井圭一郎、春田　純一、山口　丈夫、土居崎正雄、石川　卓哉、山　剛基、小林　寛子、佐藤亜矢子、澤田つな騎、水谷　泰之、村上　義郎、服部　峻

97　術前診断に苦慮した特発性大網出血の一例

岐阜県立多治見病院

○西江　裕忠、福定　繁樹、加地　健太、夏目まこと、西　祐二、吉村　至広、安藤　健二、水島　隆史、上野浩一郎、佐野　仁

98　巨大な腹部腫瘤をきたした後腹膜脱分化型脂肪肉腫の１例

（若手）

[1] 浜松医科大学　第一内科、[2] 浜松医科大学　分子診断学、
[3] 浜松医科大学　臨床研究管理センター、[4] 浜松医科大学　第一外科

○鈴木　崇弘[1]、大石　愼司[1]、石田　夏樹[1]、佐原　秀[1]、池谷賢太郎[1]、栗山　茂[1]、濱屋　寧[2]、山田　貴教[1]、杉本　光繁[1]、金岡　繁[2]、古田　隆久[3]、和田　英俊[4]、大澤　恵[1]、杉本　健[1]

10:24 ～ 10:52　その他②　座長　名古屋第二赤十字病院　消化器内科　山田　智則

99　下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

（若手）

[1] 社会保険中京病院　消化器科、[2] 名古屋市立大学　消化器・代謝内科学

○杉村　直美[1]、長谷川　泉[1]、清水　周哉[1,2]、堀口　徳之[1]、飛鳥井香紀[1]、
高口　裕規[1]、三浦　亜紀[1]、井上　裕介[1]、松永誠治郎[1]、戸川　昭三[1]、
榊原　健治[1]、大野　智義[1]

100　後腹膜多血性腫瘤として発生した Castleman 病の一例

（若手）

順天堂大学医学部附属静岡病院　消化器内科

○廿樂　裕徳、玄田　拓哉、佐藤　俊輔、金光　芳生、成田　諭隆、菊池　哲、
平野　克治、飯島　克順、市田　隆文

101　血栓溶解術・除去術後に脳血管塞栓症とともに再発した上腸間膜動脈血栓症の 1 例

（若手）

愛知県厚生連　海南病院　消化器内科

○荒川　直之、武藤　久哲、青木　孝太、久保田　稔、石川　大介、國井　伸、
渡辺　一正、奥村　明彦

102　診断に難渋した結核性腹膜炎の 1 例

（若手）

[1] 小牧市民病院　消化器科、[2] 小牧市民病院　臨床検査科

○荒尾　嘉人[1]、宮田　章弘[1]、平井　孝典[1]、大山　格[1]、小島　優子[1]、
林　大樹朗[1]、鈴木　大介[1]、灰本　耕基[1]、飯田　忠[1]、和田　啓孝[1]、
中川　浩[2]

一般演題　抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

1 Gd-EOB-DTPA MRI にて描出されるも造影 CT にて描出されない多血性肝細胞癌の一例

愛知医科大学　消化器内科
○新村　哲也、中尾　春壽、坂野　文美、山本　高也、
金森　寛幸、大橋　知彦、中出　幸臣、佐藤　顕、
米田　政志

症例 :60 歳男性。主訴 : 肝腫瘤の精査。既往歴 : 平成 17 年に C 型慢性肝炎を指摘され , 平成 19 ー 20 年に Peg-IFN+RBV 療法を施行し SVR を達成。家族歴 : 特記すべきことなし。輸血歴 : 昭和 41 年に熱傷にて 4 L 輸血。飲酒歴 : 機会飲酒。現病歴 : 近医での腹部超音波検査にて肝に腫瘤を指摘され , 平成 22 年 2 月 2 日に当科を紹介されて受診。入院時採血検査は ,WBC:5100,RBC:443 万 ,Hb:14.5,PLT:20.2 万 ,AST:18, ALT:17,ALP:370, γ -GTP:19,TB:0.99,Alb:5.0,HBs Ag:（-）,HBs Ab:（+）,HCV Ab:（-）,HCV-RNA:（-）,PIVKA2:44,AFP:4.0,L3 分画 : 検出不能 ,ICG R15:2.1。腹部 US では肝 S7 に径 15mm の境界明瞭で内部が一部 high な単発の low echo SOL を認めた。Gd-EOB-DTPA MRI（以下 MRI）では ,S7 に動脈相で濃染し肝細胞相で取り込み不良な径 15mm の単発な SOL を認め ,T1N0M0 の多血性肝細胞癌（HCC）と診断した。しかし , 翌日の造影 CT（以下 CT）では , 動脈相 , 門脈相 , 平衡相ともに SOL は全く描出されなかった。ソナゾイド造影 US では , 血管相で早期に濃染しクッパー相で欠損像を呈し , 典型的な多血性 HCC として矛盾しなかった。同 SOL の腫瘍生検にて病理組織学的に高分化型 HCC と診断され ,RFA にて焼灼した。考察 :HCC の画像診断に CT および MRI はともに有用なデバイスであるが , 両者間で異なる所見を呈する HCC 症例も存在する。しかし , 典型的な多血性 HCC の場合は両者ともに動脈相で早期濃染像を呈することがほとんどである。本例では ,MRI で典型的多血性 HCC 像を呈したのにも関わらず CT では存在診断が全く不可能であった興味深い症例であり ,HCC における CT と MRI の画像診断能に関する文献的考察も含め報告する。

2 広範な Peliotic change を伴った肝細胞癌の 2 例

藤田保健衛生大学　肝脾外科
○中川　満、加藤悠太郎、香川　幹、竹浦　千夏、
吉田　淳一、棚橋　義直、所　隆昌、杉岡　篤

【緒言】Peliosis hepatis は血液を容れた拡張した類洞よりなる肝内多発嚢胞性病変である . われわれは広範な Peliotic change を伴うまれな肝細胞癌の 2 例を経験したので報告する .【症例 1】73 歳 , 男性 .HCV-Ab 陽性 .AFP, PIVKA-II 値正常 . 腫瘍は 8cm 大で肝 S8 に存在した .US では halo を伴い ,high echoic で ,CT では動脈相から平衡相まで不均一な造影効果が持続した .MRI では T1WI で低信号 ,T2WI で高信号で ,Dynamic MRI では腫瘍の末梢部分が早期より不整に造影され , 次第に中心部に造影効果が浸透した . 血管造影では “cotton-wool” 様で海綿状血管腫の造影像に酷似した . 画像上質的診断は困難であり , 針生検を施行した . その結果 , 肝細胞癌と診断されたため , 肝前区域切除を行った . 摘出腫瘍の割面は大部分が赤褐色で海綿状の結節であり , 中心部に不整な線維化を認めた . 病理所見では腫瘍辺縁に索状に増殖する高分化型肝細胞癌が存在したが , 海綿状の部分は peliotic change と診断された .【症例 2】38 歳 , 男性 . 外傷性膝靭帯損傷で入院中 , 偶然 US で肝 S8/5 に 9cm 大の腫瘍を指摘された .HBs-Ag,HCV-Ab とも陰性 .AFP, PIVKA-II 値は正常 . 腫瘍は US では high echoic で ,CT では動脈相で不均一に淡く造影され , 門脈相で浸み込むような造影効果を認め , 平衡相では低吸収域 . 中心部は一部 low で壊死や瘢痕が示唆された .MRI では T1WI で低信号 ,T2WI で高信号で , 中心部は T2WI で綿状の高信号域を認め , 中心瘢痕が示唆された .EOB 造影では動脈相で淡く造影され , 平衡相から肝細胞相にかけて経時的に低信号を示した . 肝拡大前区域切除により切除された腫瘍の割面は多結節性であり , 結節は大部分が出血巣であったが , 末梢部分は被膜を伴う充実性の腫瘍であった . 病理所見では広範な Peliotic change を伴う中分化型肝細胞癌であった .【結論】広範な Peliotic change を伴うまれな肝細胞癌の 2 例を提示した . 通常型肝細胞癌とは異なる興味深い画像 , 臨床所見を呈しており , 報告した .

3 高度の A-P shunt に対する coiling により TACE と肝性脳症治療が可能となった肝細胞癌の一例

愛知医科大学　消化器内科
○田邉　敦資、中尾　春壽、山本　高也、坂野　文美、
金森　寛幸、大橋　知彦、佐藤　顕、中出　幸臣、
米田　政志

【症例】74 歳 , 男性。【主訴】意識障害。【既往歴】C 型肝硬変 , 高血圧 , 糖尿病 , 狭心症 , 脳梗塞 , 食道静脈瘤（EVL 施行）,HCC（2005 年に RFA,2007 年に TACE,2009 年に TACE と RFA）。【家族歴】特になし。【飲酒歴】機会飲酒。【輸血歴】なし。【現病歴】2011 年 6 月の Gd-EOB-DTPA MRI にて S8 ドーム下と S5 に HCC 再発を認め ,8 月 19 日に TACE の予定であったが ,8 月 10 日頃より呂律不良が出現し始め ,8 月 16 日に当院神経内科で TIA と診断され緊急入院。降圧剤の中止と補液にて構音障害は改善したが ,8 月 19 日未明より失見当識と NH3 の上昇を認め , 肝性脳症と診断し消化器内科に転科。転科時の採血検査は WBC:4100,Hb:12.5,PLT:8.1 万 ,PT:73%,Alb:3.3,TB:1.19,AST:47,ALT:37,ALP:366, γ -GTP:74,NH3:150,AFP:35.2,L3:17%。分枝鎖アミノ酸製剤とラクツロースの投与にて肝性脳症はかなり改善するも清明ではなく NH3 高値は持続。9 月 8 日の経上腸間膜動脈門脈造影では門脈は本幹から造影されず , 腹腔動脈造影では右葉に大きな A-P shunt を認め肝内門脈が逆行性に造影された。脾動脈造影では脾静脈は細径で ,CTAP で門脈の狭小化を認めた。以上より肝内門脈の血流は高度の A-P shunt を介したもので求肝性血流は乏しく , 肝性脳症の原因と思われた。S8 と S5 に HCC を認めたが、求肝性の門脈血流が乏しいため TACE は困難と考えられた。そこで A-P shunt を coiling で閉鎖させ求肝性の門脈血流を回復させた後に A8c,A5 の腫瘍血管に選択的な TACE を施行した。翌 9 日には NH3 は著明に低下し意識も清明化した。【考察】高度な A-P shunt で求肝性門脈血流が低下した HCC 症例においても shunt に対する積極的な coiling の導入により TACE と肝性脳症治療が可能となった。

4 診断に苦慮したアルコール性肝硬変に伴う過形成結節の 1 切除例

豊橋市民病院　消化器内科
○西　俊彦、浦野　文博、藤田　基和、内藤　岳人、
山田　雅弘、北畠　秀介、山本　英子、松原　浩、
河合　学、樋口　俊哉、田中　浩敬、岡村　正造

【症例】44 歳、男性【既往歴】C 型慢性肝炎（平成 3 年より）、食道静脈瘤破裂（平成 17 年、21 年、22 年と 3 回 EVL 施行）【現病歴】元来 1 日焼酎 2-4 合の大量飲酒者であった。平成 3 年より C 型肝炎を指摘され、平成 17 年食道静脈瘤破裂にて入院した際に pegIFN 療法施行し、Sustained Viral Response が得られた。その後飲酒は継続していた。平成 22 年 7 月 CT にて肝 S3 に径 20mm で動脈相にて一部濃染し、後期相にて肝実質よりもやや低濃度を示す結節を認めた。腫瘍マーカーは α FP が 11.7ng/mL と軽度上昇、PIVKA2 は 36mAU/mL と正常範囲内であった。EOB-MRI では S3 の結節は動脈相では濃染が乏しく、後期相で肝実質より低信号を示す結節として描出され、肝細胞相で取り込みを認める部分があり、肝細胞癌（以下 HCC）よりは dysplastic nodule が疑われた。その後、平成 23 年 2 月に施行した EOB-MRI において腫瘍の増大ならびに早期相での造影効果増強、肝細胞造影相での低信号を認め、また腫瘍マーカーにおいても α FP が 15.3ng/mL、PIVKA2 は 245mAU/mL と上昇した。HCC が否定できず、平成 23 年 5 月 16 日肝腫瘍核出術を施行した。術後の病理結果では切除肝に 1.5cm ×1cm の結節を認め、増殖性の病変であり、細胞異型は低度、基本的な肝構造の極性が保たれていることから過形成性の病変と診断した。【結語】一般にアルコール性肝硬変に発生した過形成結節は HCC との鑑別が困難とされている。今回我々は当初、過形成結節と診断していたが、経過中 HCC が否定できず、手術に至った症例を経験した。鑑別診断上、示唆に富む症例と考え報告する。

5 AL 型アミロイドーシスに合併した自然肝出血の一例

愛知医科大学　消化器内科
○山本　高也、大橋　知彦、川村百合加、坂野　文美、
金森　寛幸、佐藤　顕、中出　幸臣、佐々木誠人、
中尾　春壽、春日井邦夫、米田　政志

【症例】66 歳女性 【主訴】腹痛、呼吸困難 【既往歴】33 歳 : 子宮筋腫　57 歳 : ネフローゼ症候群、AL 型原発性アミロイドーシスと診断し MP 療法を計 5 回施行した。　60 歳 : 左副腎腺腫を指摘　63 歳 : 同副腎腺腫より出血し保存的加療にて軽快　64 歳 :　慢性腎不全にて血液透析導入。 【家族歴・職業歴等】特記すべき点なし。 【現病歴】2011 年 1 月 8 日早朝、突然に腹痛と呼吸苦が出現し当院を受診した。【初診時所見】入院時血液検査所見では貧血、肝機能障害、腎機能障害を認めた。腹部超音波検査では肝脾腫と肝外側区の背側に接する巨大な高エコー領域を認めた。腹部 CT 上、肝は著明に腫大し辺縁は鈍化していた。肝外側区の背側に径 80×60mm 程度の被膜下血腫を認めた。同領域の辺縁は、血管外漏出像を思わせる細かな濃染が多数みられた。尚、問診上打撲等腹部への外力はなく、出血はアミロイドーシスに由来する組織脆弱性が原因と考えられた。 【治療】緊急 DSA を施行したところ、総肝動脈造影にて肝外側区より造影剤の漏出を確認したため ,TAE を施行して止血した。その後、血腫は徐々に吸収され、4 か月後には径 2cm まで縮小した。 【考察】AL 型アミロイドーシスは形質細胞増殖性疾患の一種であり、アミロイドは免疫グロブリンの L 鎖からなり、中枢神経系を除くあらゆる臓器に沈着し最終的に機能不全に至る。肝への沈着は全アミロイドーシスの 9% に認められるが、外傷を伴わない自然肝出血は AL アミロイドーシスの合併症としては極めて稀な病態であり、9 例の報告があるにすぎない。治療法としては外科手術の報告が多いが、予後不良とされている。今回、我々は自然肝出血を合併した AL アミロイドーシスに対し TAE を施行し、良好な経過を辿っ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。

6 当院におけるウイルス性肝疾患症例の臨床的検討

清水内科クリニック
○清水　秀幸

【目的】開業医の専門外来は同じ専門医が毎日外来診療を行っていることや夜間、週末の診療といったアクセシビリティ（Accessibility）の良さが患者側から評価されている。当院は肝臓内科を標榜した新規の診療所であるが、当院を受診したウイルス性肝疾患症例の臨床的検討を行ったので報告する。【方法】対象は新規開院した 2008 年 7 月から 2011 年 6 月に当院で肝疾患の検査または治療歴のある B 型、C 型肝疾患 83 例で、B 型 41 例（男 / 女 20/18 例）、C 型 42 例（男 / 女 20/18 例）の肝疾患のステージ評価、治療内容、通院脱落率について検討した。【成績】肝疾患のステージ評価では、B 型肝疾患は急性肝炎 2 例、無症候キャリア（ASC）17 例、慢性肝炎（CH）19 例、肝硬変（LC）0 例であった。年齢（35 歳以上 +/-）、eAg（+/-）初診時 HBV-DNA 量で分類した患者構成では eAg（-）35 歳以上の集団が ASC59%、CH41% と多く、ASC の中には DNA>4log コピーと比較的ウイルス量の多い症例も 17%（2/12 例）認められた。C 型肝疾患は ASC1 例、CH24 例、LC2 例、インターフェロン SVR 後 4 例であった。B 型肝疾患の治療では、11 例に核酸アナログ（ETV9 例、LAM/ADF 併用 2 例）が使用されたが、ブレイクスルーや副作用への対応を要する症例は認めていない。C 型肝疾患では年齢やステージ評価により抗ウイルス療法の適応と判定した症例は 74%（31/42 例）であり、セロタイプ 1/2 型 =19/12 例、60 歳以上が 45% であった。IFN 治療の同意は 87%（27/31 例）で得られ、24 例が当院で IFN を実施した。ウイルス排除治療の完遂率は 86%（12/14 例）であり、中断した 2 症例は、倦怠感と網膜出血が理由であった。通院脱落率については、B 型 CH4%（1/22 例）、C 型肝疾患 13%（5 例 /SVR を除く 38 例）と低率であったが、B 型 ASC では 47%（8/17 例）と高かった。核酸アナログや IFN による抗ウイルス療法中の症例には脱落例は認めなかった。【結論】当院の慢性ウイルス性肝疾患症例の受診継続率は比較的良好であったが、B 型 ASC に受診脱落例が多かった。これらの症例の中にはウイルス量が比較的多い症例も認めるので、この患者群を囲い込める地域の肝疾患連携システムが望まれる。

7 ローヤルゼリーによる薬物性肝障害の 1 例

名古屋市立西部医療センター　消化器内科
○稲垣　佑祐、木村　吉秀、足立　和規、山川　慶洋、
平野　敦之、河合　宏紀、土田　研司、妹尾　恭司、
勝見　康平

症例は 72 歳の男性。黄疸を伴う急性肝炎にて入院し、ハイゼリー SP による薬物性肝障害と自己免疫性肝炎の急性発症が疑われた。ハイゼリー SP の服用中止後も肝障害が遷延したためプレドニゾロンを使用、その後の肝胆道系酵素は順調に低下し退院となった。外来にてプレドニゾロンを中止にしたのちトランスアミナーゼの再上昇を認めたが、約 3 カ月の経過で自然に改善し、その後 15 カ月間肝胆道系酵素は正常値であった。抗核抗体と抗平滑筋抗体が一過性に陽性で、プレドニゾロン中止後にトランスアミナーゼの再上昇を認めたことから、自己免疫性肝炎との鑑別が重要であるが、長期の臨床経過と肝組織像よりハイゼリー SP による薬物性肝障害と診断しえた。ハイゼリー SP に含まれている 4 つの成分に対してそれぞれ DLST を施行したところ、ローヤルゼリーのみ陽性であった。ローヤルゼリーによる薬物性肝障害の報告はほとんどなく、重症化した肝障害を経験したので報告する。

8 都市部開業医におけるウイルス性肝疾患の初診症例についての検討

清水内科クリニック
○清水　秀幸

【目的】近年、拠点病院を中心に肝疾患診療連携ネットワークが整備され、市民への啓蒙、症例の拾い上げから治療における連携まで肝炎対策が強力に進められている。このような肝疾患診療システムのなかで、主治医を持たない症例や新規症例の受診行動に関する分析と受診誘導への対策も取り組むべき課題だと思われる。当院は 2008 年に肝臓内科を標榜した新規の診療所として都市部にて開院したが、当院を受診したウイルス性肝疾患の新規受診症例について検討した。【方法】新規開院した 2008 年 7 月から 2011 年 6 月に当院を受診し、肝疾患の検査歴または治療歴を有する B 型、C 型肝疾患 83 例（男 / 女 38/45 例）のうち、担当医と旧縁のある 14 例を除いた新規受診症例 69 例の検討を行った。【成績】症例の男女構成では、B 型 38 例（男 / 女 20/18 例）、C 型 31 例（男 / 女 15/16 例）とともに男女差は認めなかった。年齢構成では、B 型は 50 歳代以下が 84%（32 例）を占める一方、C 型は 60 歳以上が 45%（14 例）を占め高齢者の割合が多かった。肝疾患のステージ評価では B 型では急性肝炎 2 例、キャリア 17 例、慢性肝炎 19 例、肝硬変 0 例で、C 型ではキャリア 1 例、慢性肝炎 24 例、肝硬変 2 例、インターフェロン SVR 後 4 例であった。初診時におけるウイルス性肝疾患を自覚してからの年数は、急性肝炎をのぞく症例の 74% が 6 年以上であり、当院でウイルス性肝疾患と診断した症例は B 型 1 例、C 型 4 例の 5 例のみであった。受診行動についての検討では全 69 例とも 1 回以上は夕診または土曜日の時間帯に受診していた。当院を知った手段に関する検討では、ホームページ、施設周囲の誘導看板、知人や家族の推薦、医師の紹介の割合がそれぞれ 47%、19%、17%、17% であった。インターネットの利用については 50 歳代以下 48 例で 56%（27 例）と多かったが、60 歳以上 21 例では 24%（5 例）のみであった。【結論】ウイルス性肝疾患症例のうち、比較的若い世代、疾患歴が 6 年以上、インターネットを活用する集団が開業医を受診する患者群として明らかとなった。

9 妊娠中に感染した急性 B 型肝炎重症型の 1 例

藤田保健衛生大学　肝胆膵内科
○松永　友花、嶋崎　宏明、有馬　裕子、中野　卓二、
村尾　道人、新田　佳史、原田　雅生、川部　直人、
橋本　千樹、吉岡健太郎

【症例】28 才女性【既往歴】うつ病、不眠症、妊娠 28 週【家族歴】夫は肝炎の既往はないが HBV キャリアであった。そのほか肝疾患を有する血縁者はいない。【現病歴】妊娠経過に問題なし、妊娠 25 週時、右側腹部から胸部に皮疹をみとめ帯状疱疹と診断されアシクロビル処方されていた。その 5 日後右腰背部痛、全身倦怠感、嘔気にて近医受診し、黄疸を指摘され当院に紹介受診。初診時 HBs 抗原陽性、GOT3785 IU/l, GPT4159 IU/l, T.BIL4.2mg/dl PT50%、血小板 20.5 ×104/μl、アンモニア 61μg/dl、意識は清明、明らかな腹部所見は認めなかった。腹部超音波検査では肝腫大、脂肪肝は認めず、軽度の胆嚢壁肥厚を認めた。入院後 AST/ALT は増悪し、入院翌日、急性 B 型肝炎と診断、PT43% と低下し重症型を疑った。産婦人科医、本人、家族と相談しエンテカビル 1mg 内服開始。DIC 予防としてメシル酸ナファモスタット使用開始した。産婦人科医と相談し脳症、DIC 傾向、腎障害の出現の際には緊急帝王切開を行うこととした。第 3 病日には PT35% に低下、明らかな脳症は認めず、US,MRI では明らかな肝萎縮、腫大は認めなかった。その後も PT30% 台であり産科的出血性合併症の危険もあったため FFP、AT-3 製剤、脳症予防として腸内細菌除菌もおこなった。入院 5 日目には採血結果も改善傾向となり、入院 18 日目で退院となった。3 か月後には HBV-DNA7.7 → 2.4logcopies/ml に減少、その後 40 週 1 日で経腟分娩にて出産し、出生児に対しては HBIG、HB ワクチンの投与をおこない、その後感染は認めなかった。4 か月後に HBV-DNA<2.1 に減少認め、エンテカビル 0.5mg/day に減量。6 か月後にはウイルス検出感度以下であり HBs 抗原陰性、HBs 抗体陽性となったためエンテカビル内服終了し、現在外来にて経過観察中である。【考察】妊娠初期の採血にて HBs 抗原陰性であったが、妊娠中に HBV 感染、急性 B 型肝炎重症型と診断、エンテカビルを内服し改善した症例を経験したため文献的考察を含め報告する。

10 Peg-IFN+Ribavirin 併用療法にて再燃した難治性 C 型慢性肝炎に対して Peg-IFN 単独による Two step IFN rebound therapy が著効した 1 例

岐阜県総合医療センター　消化器内科
○小原　功輝、加藤　潤一、馬淵　正敏、岩砂　淳平、
安藤　暢洋、大島　靖広、岩田　圭介、芋瀬　基明、
清水　省吾、杉原　潤一

【症例】65 歳、男性。46 歳時に胃潰瘍にて輸血を受け、その後に HCV 抗体陽性を指摘され、近医にて経過観察されていたが、IFN 治療目的にて平成 20 年 3 月に当科紹介となった。ALT 36IU/L、HCV はセロタイプ 1、ウイルス量は 6.0LogIU/ml であった。肝生検では慢性肝炎（A1/F2-F3）の所見であった。4 月 11 日から Peg-IFN α 2b 80μg/ 週 +Ribavirin 600mg/ 日の併用治療を開始した。併用療法開始 20 週後に HCV-RNA の陰性化が得られたが、LVR であるため 72 週間に治療期間を延長した。しかし治療終了 4 週目に HCV-RNA は 1.2LogIU/ml と再燃し、12 週目には 7.0LogIU/ml まで上昇、トランスアミナーゼの急激な上昇（AST 300IU/L、ALT 342IU/L）をきたした。その後トランスアミナーゼの rebound 後（治療終了 16 週目）には HCV-RNA が 4.7LogIU/ml と低ウイルス量化したため、Peg-IFN α 2a 180μg/ 週の単独治療を開始した。単独治療開始後 4 週と早期の HCV-RNA 陰性化が得られたが、16 週目に発熱、咳が出現し、胸部 CT にて両下肺野にスリガラス様陰影が認められ、間質性肺炎の合併と診断した。このため IFN 療法は中止し、ステロイド剤の投与を行い自覚症状、画像所見ともに改善を示した。Peg-IFN 単独治療中止後も HCV-RNA は陰性が持続し、SVR が得られた。【考察】C 型慢性肝炎に対する IFN 治療後に再燃した場合、HCV-RNA の量の増加に続いて起こるトランスアミナーゼの rebound 後に低ウイルス量化した時期をとらえて、IFN 再治療を行うと高い SVR 率が得られることが知られている。Peg-IFN+Ribavirin 併用療法にて再燃した難治性 C 型慢性肝炎（セロタイプ 1、高ウイルス量）例で、今後新しい治療法として期待されている Peg-IFN+Ribavirin+Teraprevir 三者併用療法不適例に対しては、治療後のトランスアミナーゼ rebound 後に低ウイルス量化をきたした場合には Peg-IFN 単独による Two step IFN rebound therapy もウイルス陰性化を目指した有効な治療選択肢の一つになるものと思われる。

11 ペグインターフェロンα 2a 治療中 Breakthrough を起こしβインターフェロン + リバビリンで SVR が得られた C 型慢性肝炎の 1 例

[1] 独立行政法人国立病院機構　名古屋医療センター　消化器科、
[2] 国立病院機構　東名古屋病院　消化器科、
[3] 名古屋大学大学院　消化器内科学
○久野　剛史[1]、平嶋　昇[2]、喜田　裕一[1]、横井　美咲[1]、
斎藤　雅之[1]、玉置　大[1]、龍華　庸光[1]、日比野佑介[1]、
都築　智之[1]、島田　昌明[1]、岩瀬　弘明[1]、後藤　秀実[3]

［はじめに］インターフェロンα治療中に一旦陰性化した HCV RNA が陽性化する viral breakthrough を起こす報告が散見されている。今回我々は、ペグインターフェロンα 2a 単独治療中 Breakthrough を起こし、ペグインターフェロンα 2b+ リバビリンに切り替えても反応しなかったが、βインターフェロン + リバビリンで SVR が得られた C 型慢性肝炎の 1 例を経験したので報告する。［症例］症例は 38 才男性。2007 年 12 月、脳梗塞を発症時に C 型慢肝炎ウイルス（HCV）陽性を指摘された。脳梗塞は麻痺を残さず軽快したが、各種抗体は陰性であり脳梗塞の原因は不明であった。2009 年 1 月 19 日血液生化学検査は、AST 46IU/L, ALT 66 IU/L, 白血球 7200/μl（好中球 61.5%）, Hb16.0g/dl, 血症板 30.4×104/μl , HCV グループ 2, HCV RNA 6.2LGE/ml であった。アスピリン内服中のため肝生検は施行しなかった。2009 年 1 月 26 日からペグインターフェロンα 2a 180μ 単独で週一回治療を開始した。投与 8 週後の 3 月 23 日には HCV RNA は陰性化し AST,ALT も正常化したが、20 週後の 7 月 13 日 HCV RNA 1.3LGE/ml, 24 週後 8 月 10 日 7.1LGE/ml と viral breakthrough を起こした。ペグインターフェロンα 2a を中止して、2009 年 9 月 14 日からペグインターフェロンα 2b 100μ/ 週 + リバビリン 800mg/ 日に切り替えたが AST,ALT は正常化したものの HCV RNA は低下しなかったため 16 週 2010 年 1 月 12 日で中止した。2010 年 1 月 18 日抗インターフェロンα 2a 抗体 19NU（正常 8 未満）・α 2b 抗体 31NU（正常 8 未満）と陽性であった。2010 年 7 月 22 日から 8 月 4 日までβインターフェロン 600MU 連日・8 月 4 日から 12 月 24 日まで 600MU 週 3 回投与 + リバビリン 800mg 毎日投与にて SVR となった。［考案］ペグインターフェロンα治療中 Breakthrough を起こした場合は、抗インターフェロンα抗体の出現を考慮して抗体測定を行い、βインターフェロンに切り替えることも検討すべきと思われた。

12 ステロイドパルスが著効した genotype A の B 型急性肝炎の一例

岐阜赤十字病院　消化器内科
○松本　光善、松下　知路、杉江　岳彦、宮崎　恒起、
高橋　裕司、伊藤陽一郎、名倉　一夫

【症例】53 歳　男性【主訴】発熱・倦怠感・関節痛　【家族歴】肝疾患 (-)【生活歴】輸血歴（-）　手術歴（-）　飲酒歴 : ビール 700mlx20 年、食事 : 生カキ / 魚介類 / 生肉（-）　内服薬（-）　健康食品（-）【現病歴】平成 23 年 5 月手指・手背・下腿にむくみと発疹を自覚。その後、発熱・倦怠感・関節痛出現。3 病日近医受診し、血液検査にて AST/ALT の高値と HBs 抗原陽性を指摘され、7 病日当科紹介受診。精査加療目的で入院となった。【入院時検査成績】Hb14.0g/l, WBC8500, Plt.35.2 万 , T.P.6.3g/dl, Alb3.8g/dl, T.Bil.0.8mg/dl, AST/ALT　637/1119IU/ml, LDH567IU/ml, ALP358IU/ml, γ -GTP210IU/ml, PT94%, HBs 抗原（+）25250.0 HBs 抗体（-）HBe 抗原（+）1320　HBe 抗体（-）35 未満　HBc 抗体（+）6.90　IgM-HBc 抗体（+）35.5　HBV-DNA（RT-PCR）9.1 以上　genotype（A）　HCV 抗体（-）　ANA（-）　抗 M2 抗体（-）　IgG891mg/dl hHGF 0.54ng/ml【入院経過】入院後安静加療していた。11 病日にて倦怠感等の自覚症状は消失するも、AST/ALT 高値が続いた。13 病日よりエンテカビルを開始したが、16 病日より T.Bil3.8 と上昇を認め、20 病日には脳症の発症はないものの、AST/ALT 1937/2955 T.Bil.7.2　PT75 と肝予備能の悪化があった。同日よりステロイドパルス療法（メチルプレドニゾロン 1000mg×3 日）を施行した。以後 27 病日には AST/ALT78/529　T.Bil.2.0　PT106 と改善あり、37 病日に退院となった。なお、36 病日に行った肝生検では A1F0 であった。114 病日には　AST/ALT21/20　HBV-DNA2.1 未満　HBs 抗原（-）0.00 HBs 抗体（-）1.18 HBe 抗体（+）86 であった。【考案】　近年輸入感染症である HBV ジェノタイプ A の急性肝炎の報告が地方でも増加している。在邦のジェノタイプ B/C と異なり、10% 程度の慢性肝炎への移行があるといわれている。1 カ月以内の核酸アナログの開始を勧めているものもあるが、明確な指針はない。今回、AST/ALT が 3 週間近くも高値であり、PT 低下、黄疸を発症したジェノタイプ A の B 型急性肝炎に対し、ステロイドパルスが著効した一例を経験したので、若干の文献的考察をふまえ報告する。

13　肝膿瘍を契機に発見された直腸癌の一例

[1] 静岡市立清水病院　消化器内科、[2] 静岡市立清水病院　外科
○小池　弘太[1]、窪田　裕幸[1]、松浦　友春[1]、川崎　真佑[1]、
池田　誉[1]、東　幸宏[2]、鈴木　邦士[2]、谷口　正美[2]

【症例】73 歳　男性【主訴】心窩部痛　発熱【経過】X 年 4 月 28 日より 38 度の発熱、心窩部痛出現。症状軽快しないため同年 4 月 30 日当院救急外来受診。38.9 度の発熱と血液検査にて WBC12600/μl.CRP15.06mg/dl.GOT71IU/l.GPT48IU/l と炎症反応と肝酵素の上昇を認めた。造影 CT で肝右葉に 6×5cm の不整形の低吸収域を認め肝膿瘍の診断にて入院した。同日肝膿瘍に対し PTAD 施行、白濁膿性排液を認めた。第 7 病日に PTAD 造影施行し、膿瘍腔の縮小を認めたため PTAD 抜去した。その後も腹部症状増悪や発熱を認めず、第 17 病日退院となった。赤痢アメーバは陰性、排液培養より Bacteroides.sp を認め、細菌性肝膿瘍と診断した。退院後に肝膿瘍の原因精査目的として消化管内視鏡検査施行。下部内視鏡で Ra に 1/3 周性の扁平隆起性病変を認めた。病理は高分化腺癌であり、転移性病変を認めなかったため低位前方切除術（D2+ α + 右側方リンパ節郭清）した。手術検体の病理結果は Early rectal adenocarsinoma,sm3,3×2cm, 脈管侵襲やリンパ節転移を認めなかった。【考察】肝膿瘍の原因として 1 経門脈性 .2 経肝動脈性 .3 経胆道性 .4 直達性 .5 外傷性 .6 医原性 .7 特発性があげられる。肝膿瘍を認めた場合には他疾患が隠れている可能性がある。今回肝膿瘍の原因として悪性腫瘍も考慮し、上下部内視鏡行ったところ直腸 Ra に進行癌を認めたため文献的考察を踏まえ報告する。

14　原発性肝細胞癌との鑑別に苦慮した AFP,PIVKA-II 産生転移性肝癌の 1 例

半田市立半田病院
○竹内　真介、春田　明範、広崎　拓也、川口　彩、
安藤　通崇、岩下　紘一、島田礼一郎、森井　正哉、
神岡　諭郎、大塚　泰郎

【症例】60 歳、女性【主訴】食思不振、倦怠感【現病歴】平成 21 年 9 月より食思不振、倦怠感がみられるようになり 10 月に近医受診。上部消化管内視鏡検査と腹部超音波施行した結果、食道と肝内に腫瘍性病変を認めたため精査目的にて同年 10 月 19 日当院紹介となる。【既往歴】子宮筋腫、虫垂炎【臨床経過】入院時上部消化管内視鏡検査では胃噴門部に全周性の 3 型腫瘤性病変を認め、下部食道まで直接浸潤がみられた。いずれの箇所も生検にて GroupV adenocarcinoma であった。また、腫瘍マーカーは CEA:29.6ng/ml, CA19-9:8.4U/ml, SCC:0.4ng/ml, AFP:9871.0ng/ml, PIVKA-II:519mAU/ml であり、ダイナミック CT では動脈相にて肝内に早期より濃染し、平衡相において周囲肝実質より低吸収となった多発腫瘤と傍大動脈リンパ節腫大、腹水貯留を認めた。腹部超音波においても中心部高エコー、辺縁低エコーのやや境界不明瞭な腫瘤がみられた。11 月 2 日に血管造影施行。CTA1 相では著明な濃染を呈し、2 相ではコロナ様濃染を示した。以上の画像所見より肝細胞癌の画像的特徴を有しており、腫瘍の栄養血管が肝動脈優位と判断し、同日 TAE を施行した。また、AFP,PIVKA-II 陽性であることから原発性肝細胞癌等の鑑別が問題となったが、その後の肝腫瘍生検結果では転移性肝癌として矛盾しない所見であった。【結語】本症例のように AFP,PIVKA-II 陽性胃癌は比較的稀な疾患であると考えられ、若干の文献的考察を加え報告する。

15　多血性胆管細胞癌の 1 例

[1] 国民健康保険関ヶ原病院　内科、
[2] 岐阜大学　医学部　附属病院　腫瘍外科
○桐井　宏和[1]、中村　博式[1]、森島眞理子[1]、斎藤　吉男[1]、
瀬古　章[1]、吉田　和弘[2]

【症例】69 歳の男性。H22.5 月に COPD 増悪で当院入院、その際にアルコール性肝硬変と肝腫瘍を指摘されたが、肝血管腫が疑われ経過観察となっていた。H23.1 月の腹部超音波で肝腫瘍が増大傾向を示しており精査加療目的にて H23.3 月当院入院となった。入院時血液検査では胆道系酵素の軽度上昇と AFP・PIVKA の軽度高値を認めた。腹部造影 CT では肝 S7 にφ 22.6×26.9mm の動脈相・門脈相で hyper、平衡相で iso の腫瘍を認め、Gd-EOB-MRI では T1W low、T2W やや high、DWI high、肝細胞相 low の腫瘍を認めた。肝 S7 の腫瘍は CTAP では低信号、CTA では高信号を示し、造影 CT 同様やや境界は不明瞭であったが腹部血管造影では hypervascular tumor として認めた。ここまでで造影 CT 平衡相で wash out がないことや腫瘍境界が不明瞭であること等から典型的ではないものの、CEA・CA19-9 陰性、AFP・PIVKA 高値より肝細胞癌を第一に考え腹部血管造影の際に TAE を行い、H23.4 月岐阜大学医学部附属病院にて肝後区域切除術を施行した。摘出標本では腫瘍はφ 25mm 大の白色結節性病変で、肉眼的には辺縁不整で被膜形成は認めなかった。病理所見では管状、胞巣状、一部乳頭状の異型細胞の増殖を認め、免疫染色では CK7・CK19 に陽性、CA19-9 に一部陽性、AFP・hepatocyte に陰性を示し、肝内胆管癌・中分化から低分化型腺癌の所見であった。また腫瘍は線維性被膜を有さず腫瘍との境界は不明瞭で、肝実質に直接浸潤していた。
【考察】肝内胆管癌は原発性肝癌では肝細胞癌についで多く、全体の約 3 ー 5% を占めるとされる。腫瘤形成型肝内胆管癌は線維性間質に富む腺癌であり、通常被膜のない辺縁不整な腫瘤性病変として認められる。通常は乏血性腫瘍であるが、中心部が線維性の壊死組織に富む症例では、早期相で中心部が乏血性で辺縁濃染を示し、遅延相で乏血性あるいは遅延性濃染を呈することがある。約 30% の症例は hypervascular を呈するとの報告もあり、動脈相で均一あるいは不均一に濃染する肝内胆管癌も 5% 前後に見られるとされ、肝細胞癌との鑑別が非常に重要である。
【結語】肝細胞癌との鑑別に苦慮した多血性胆管細胞癌の 1 例を経験したので報告する。

16　肝内結石症術後 20 年で発症した肝内胆管癌の 1 例

羽島市民病院　消化器内科
○福島　秀樹、長谷川恒輔、奥野　祥子、坂野　喜史、
大西　隆哉、酒井　勉、天野　和雄

【症例】症例は 60 代、女性。既往歴 :30 代に胆嚢摘出術、50 代に肝内結石症に対して肝左葉外側区域切除 + 胆管空腸吻合術（Roux-en-Y 吻合）を施行。7 年前には胆管炎と肝内結石症再発の疑いがあり、PTCD を施行したが、明らかな結石は認めず、経過観察となった。現病歴 :7 年前の胆管炎の発症移行も軽度の胆管炎は発症していたが、抗生剤にて比較的すみやかに改善し、入院治療は要さなかった。平成 22 年 11 月に CA19-9 の上昇を認め、MRI 検査を施行した。肝 S6 に T2 強調画像で中心部に 20mm 大の高信号域、リング状の低信号域、淡い高信号域と 3 層構造を呈する 48mm 大の腫瘤を認め、肝膿瘍を疑った。その際、腫瘍の可能性も否定できず、外科と相談したが、手術適応はなかった。本人の自覚症状と炎症反応の上昇も軽度であったため、経過観察とした。しかし、1 ヶ月後の CA19-9 はさらに上昇し、造影 CT 検査を行ったところ、肝右葉後区域の腫瘤は増大し、中心部の増強効果はなく、辺縁の漸増型濃染を認めた。また、その他にも肝内に小結節が出現しており、経過と画像所見より肝内胆管癌と診断した。その後の PET-CT にて腹膜播種、腹部傍大動脈リンパ節転移、腹壁転移、頸椎転移が疑われた。そのため、当院入院とし、患者に十分な説明を行ったうえで腫瘍針生検を行ったところ、adenocarcinoma（CK7 陽性　CK20 陰性）と診断された。その後、gemcitabine+CDDP による化学療法を施行したが、効果は得られず、発症 6 ヶ月後で死亡された。【結論】肝内胆管癌は肝内結石症に合併することはこれまで多くの報告があり、肝内結石症に対しては肝切除が行われている。しかし、術後の発癌の報告もみられ、胆道再建術による胆汁うっ滞が発癌に寄与する可能性が指摘されている。本症例でも繰り返される胆管炎が発癌の原因となった可能性が示唆された。肝内胆管癌は内科的治療の効果は乏しく、早期診断が治療には重要である。そのため肝内結石の術後は、長期にわたって厳重な経過観察が必要であると考えられ、報告した。

17　Streptococcus milleri 群による肝膿瘍の一例

独立行政法人　労働者健康福祉機構　中部労災病院
○森本　剛彦、村瀬　賢一、中岡　和徳、菅　敏樹、
細野　功、児玉　佳子、尾関　雅靖

【症例】69 歳男性【既往歴】2005 年心筋梗塞、2006 年腎硬化症による慢性腎不全にて透析導入【現病歴】近医で透析をされており、緩徐に進行している貧血に対し、消化管スクリーニング目的で紹介。発熱はないが、血液検査で、白血球 14900/μl、CRP21.9mg/dl と炎症反応の著明な上昇を認め、精査目的にて入院となった。【経過】第 3 病日より 38 度台の発熱を認めた。腹痛などの腹部の自覚症状は認めなかった。不明熱に対し、CTRX にて治療を開始。腹部造影 CT 右葉に 50×80mm 大の膿瘍を認めたが、腹水や Freeair は認めなかった。同日エコー下にドレナージ術を施行した。培養検査では Streptococcus milleri が検出された。培養結果後、CEZ に変更。第 13 病日にはドレーンを抜去し、炎症反応の改善が得られ、第 21 病日に退院となった。今回 Streptococcus milleri 群を起因菌とする肝膿瘍を経験した。近年口腔、咽頭、消化管、膣などの粘膜の常在菌である Streptococcus milleri 群による肝膿瘍の報告が散見されるようになってきたが、未だその原因菌としては比較的まれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

18　感染性肝嚢胞の 2 例

済生会松阪総合病院　松阪総合病院　内科
○黒田　直起、竹内　俊文、吉澤　尚彦、福家　洋之、
河俣　浩之、橋本　章、脇田　喜弘、清水　敦哉、
中島　啓吾

【症例 1】73 歳女性【主訴】発熱、心窩部痛【既往歴】甲状腺機能低下症、肝左葉単純性嚢胞【現病歴】平成 23 年 7 月下旬から心窩部痛あり、近医にて肝機能異常、CRP 高値を指摘され当院紹介受診。【経過】受診時、心窩部に圧痛、反跳痛を認めた。CT で肝左葉に 91×118mm のやや高吸収を示す嚢胞性病変を認め、造影 CT では充実成分を認めなかった。感染性肝嚢胞と診断し、嚢胞ドレナージを行った。排液量が 50-80ml/ 日程度まで減少確認後、嚢胞造影で総胆管との交通がないことを確認し塩酸ミノサイクリン注入療法を 5 日間施行した。その後排液量は 20-30ml/ 日と減少したためドレナージチューブを抜去した。その後も嚢胞の増大、発熱、腹部症状出現なく経過良好である。【症例 2】85 歳女性【主訴】腹部膨満【既往歴】特記事項なし【現病歴】平成 21 年 8 月頃から腹部膨満あり、近医にて巨大肝嚢胞を指摘され当院紹介受診。【経過】受診時著明な腹部膨隆を認めたが、圧痛や反跳痛は認めなかった。CT で肝臓に 221×144×237mm の嚢胞性病変あり、造影で充実成分を認めず巨大肝嚢胞と診断、入院にて肝嚢胞ドレナージ施行した。嚢胞の虚脱確認後ミノサイクリン注入療法施行。CT で嚢胞の縮小が認められたため退院とした。その後特に腹部症状は認めていなかったが、退院 2 か月後に腹部膨満が再度出現。血液検査にて CRP17.3mg/dl、CT で嚢胞の増大が認められ肝嚢胞再発、感染合併疑いで再入院、第 1 病日肝嚢胞ドレナージ施行した。穿刺翌日より腹膜刺激兆候認め、CT で嚢胞液の腹腔内漏出を認め、嚢胞液漏出に伴う腹膜炎の診断で MEPM を開始し、第 4 病日には腹部症状改善認められた。第 9 病日にドレナージ造影で嚢胞と総胆管の交通を認めたが第 16 病日のドレナージ造影では胆管は描出されなかった。塩酸ミノサイクリン注入療法を繰り返し行ったところ、嚢胞は著明に縮小し、退院となった。【結語】塩酸ミノサイクリン注入療法が奏功した感染性肝嚢胞の 2 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

19　感染性巨大肝嚢胞を治療し得た 1 例

静岡市立静岡病院　消化器内科
○中村　尚広、近藤　貴浩、黒石　健吾、武尾　真宏、
大野　和也、濱村　啓介、田中　俊夫、高橋　好朗、
小柳津竜樹

【目的】肝嚢胞は良性疾患であり治療の対象とならない場合が多いが、感染を来たした場合は治療の対象となる。今回感染性巨大肝嚢胞を治療し得た 1 例を経験したので報告する。【症例】70 代女性。入院約 10 日前から発熱、右季肋部痛を自覚。近医にて抗生剤点滴、内服されていたが軽快せずに紹介受診。右季肋部から心窩部にかけて巨大な腫瘤を触知しそれに一致して圧痛を認めた。血液検査では炎症反応の著明な上昇認めた。腹部 US、腹部造影 CT で肝右前区域に巨大な嚢胞認め、その周囲脂肪織濃度上昇を認めた。以上の所見から感染性肝嚢胞を疑い入院の上抗生剤投与を開始。入院第 2 病日、感染性肝嚢胞に対して穿刺施行すると混濁のある膿性の白色排液で培養からは Enterobacter cloacae 検出し、感染性肝嚢胞と診断。その後増悪傾向にあったため入院第 10 病日ドレーン留置。留置後乳白色の排液が続き、腹痛や炎症反応は著明な改善認めた。嚢胞と胆管との交通がないこと確認し、ドレーン留置後 12 日目にミノサイクリン（MINO）300mg（2mg/ml）を注入、14 日目に MINO750mg（10mg/ml）注入後ドレーンを抜去。その後嚢胞増大なく退院。現在外来通院しているが肝嚢胞は著明な縮小認め、再発や感染徴候もなく経過良好である。【考案】今回感染性巨大肝嚢胞の 1 例を経験した。MINO 注入療法にて特に副作用や合併症なく良好な結果を得た 1 例であったため考察を加え報告する。

20　破裂直腸静脈瘤の 1 例

順天堂大学医学部附属静岡病院　消化器内科
○佐藤　俊輔、玄田　拓哉、廿楽　裕徳、金光　芳生、
成田　諭隆、菊池　哲、平野　克治、飯島　克順、
市田　隆文

【はじめに】直腸静脈瘤は異所性静脈瘤のなかで最も頻度が高いが、治療法に関して未だ一定の見解が得られておらず治療に難渋することが多い。今回破裂直腸静脈瘤に対して PTO と B-RTO を行い良好な治療効果が得られた 1 例を経験したので報告する。
【症例】86 歳女性。突然の大量血便のため当院へ救急搬送された。来院時の造影 CT で肝硬変と直腸静脈瘤が認められたため下部消化管内視鏡検査で精査したところ、直腸（Rb）に出血源と考えられる白色栓を伴った直径 2cm 程の粘膜下腫瘍様に隆起した静脈瘤を認めた。第 3 病日に再度大量血便があり出血性ショックを呈したため、EVL にて一次止血し待機的 IVR を行った。まず PTP で下腸間膜静脈が遠肝性側副路として認められた。次に下腸間膜静脈からの逆行性造影で下腸間膜静脈 - 上直腸静脈を供血路とし下直腸静脈を排血路とする静脈瘤全体像が描出された。次に左大腿静脈からバルーン付マイクロカテーテルを下直腸静脈まで進め BRTV を行ったが、多数の細い排血路が描出されるのみで静脈瘤本体は描出されなかった。そこで下腸間膜静脈のカテーテルを上直腸静脈末梢まで進め金属コイルでの塞栓を付加し PTO を行った。次に下直腸静脈からの逆行性造影で静脈瘤が描出されたため、BRTO を追加した。最後に下腸間膜静脈造影で静脈瘤が描出されないことを確認した。治療後の造影 CT で静脈瘤の完全な血栓化を認めた。
【結語】PTO と B-RTO の併用は破裂直腸静脈瘤に対して有効な治療法のひとつであると考えられた。

21　食道顆粒細胞腫の表層に食道癌を合併した１例

国家公務員共済組合連合会　名城病院
○前田　啓子、大岩　哲哉、大竹麻由美、山下　俊樹、
長野　健一、木本　英三

【症例】73 歳 , 男性【主訴】検診異常【既往歴】30 歳時 自然気胸 ,50 歳時 肺結核【家族歴】特記事項なし【生活歴】飲酒 2 合 / 日 , 喫煙 20 本 × 50 年【現病歴】平成 21 年 10 月に検診の上部消化管造影検査にて異常を指摘され当院を受診した . 上部消化管内視鏡検査を施行すると , 切歯から 30cm の左後壁に約 15mm の中央に発赤した陥凹を伴う大臼歯状の粘膜下腫瘍を認めた . ヨード染色では頂部は 5mm 不染であったが粘膜下隆起の部位は濃染であった . 食道顆粒細胞腫を考え , 頂部から生検を施行したところ , 粘膜下に顆粒細胞腫の所見を認め , 表層部の扁平上皮はクロマチンの増生を認める扁平上皮癌という結果だった . 免疫組織学的に p53,Ki-67 が陽性であり , 顆粒細胞腫に伴う pseudoepitheliomatous hyperplasia よりも扁平上皮癌と考えられるという結果だった . 以上より顆粒細胞腫の表層に合併した食道癌で深達度は T1a（M）と考え , 同時治療の可能性を考えて内視鏡治療を施行した . 治療目的にて平成 22 年 12 月に入院となった .【経過】入院にて内視鏡的粘膜切除術（EMRC）を施行した . 一括切除を行い , 切除標本は 15 ×19mm で病変は 7×15mm だった . 合併症なく , 第 9 病日に退院となった . 病理組織学的検査では粘膜下には顆粒細胞腫の所見を認め , 上皮から粘膜固有層にかけては扁平上皮癌の所見を認めた . 顆粒細胞種の断端は陰性であった . 食道癌の深達度は T1a（M）で断端は陰性であり , 脈管侵襲 , リンパ管侵襲も認めず , 治癒切除と判断した .2 ヶ月後 ,6 ヶ月後に上部消化管内視鏡検査を施行しているが ,EMR 後瘢痕のみで現在遺残 , 再発を認めていない .【結語】今回我々は顆粒細胞腫の表層に合併した食道癌の一例を経験した . 顆粒細胞腫と食道癌との合併例の報告は少なく , 報告する .

22　FP 療法中に 5-FU が原因と考えられる高アンモニア血症を呈した肺癌合併食道癌の１例

済生会松阪総合病院　内科
○行本　弘樹、竹内　俊文、吉澤　尚彦、黒田　直起、
福家　洋之、河俣　浩之、橋本　　章、脇田　喜弘、
清水　敦哉

症例は 74 歳、男性。既往歴は COPD、肺線維症、頭部外傷、痛風、高血圧であり肝疾患はない。嗜好歴として喫煙 20 本 ×52 年、アルコール 1.5 合 / 日あり。平成 22 年 8 月に健診で当院を受診し各種検査で右肺 S1 に直径 19mm 大の腫瘍性病変を認めた。気管前リンパ節と右主気管支周囲リンパ節に PET-CT での FDG 集積を認め、Stage3A（T1aN2M0）の肺小細胞癌と診断した。同時に施行した上部消化管内視鏡検査にて胸部中部食道に 2/3 周以上の 0-2a 型食道癌、Stage1（T1N0M0）を認めた。組織型は中分化型扁平上皮癌であった。平成 22 年 12 月から臨床的進行度の高い肺癌に対して CBCDA/VP16 による化学療法を行った。尚、肺線維症があり放射線照射は行わなかった。VP16:100mg/m^2（130mg/day）Day1,2,3+CBCDA:AUC=5.0（350mg/day） を、2 クール目からは VP16:120mg/day　Day1,2,3+CBCDA:310mg/day を投与し、6 クール施行後に完全寛解が得られた。進行した肺癌があること、食道癌の範囲が 2/3 周を超えること、肺線維症があり消化管穿孔をきたした際の手術が困難であることを考慮し、食道癌に対し FP 療法を行うこととした。平成 23 年 7 月 25 日治療目的にて入院となった。入院時の血液生化学検査では BUN15.9mg/dl Cr1.18mg/dl eGFR47.1ml/min./1.73m^2 と中程度の腎機能低下は認めるも肝機能は特に問題なかった。腎機能低下を認めたため CDDP の投与量を 50% とし 70mg/day に減量、5-FU を 1400mg で投与を開始した。投与開始 4 日目に嘔吐、嘔気を伴う突然の意識障害を来した。意識レベルは指示動作不可、呼名に反応する程度であった。頭部 CT、頭部 MRI では意識障害の原因を認めず血液生化学検査で NH3 705μg/dl と高アンモニア血症を認めたため意識障害の原因と診断した。FP 療法は中止しアミノレバンの投与を行い発症翌日には意識レベルは意識清明にまで回復した。発症 2 日目には NH3 は 45μg/dl と正常範囲内まで改善した。その後も全身状態は安定しており退院となった。5-FU による高アンモニア血症の報告は稀であり今回経験した症例も含め同様の症例を検討した結果を報告する。

23　FDG PET での集積亢進が経時的に観察された良性食道神経鞘腫の１例

名古屋第一赤十字病院
○澤田つな騎、春田　純一、山口　丈夫、土居崎正雄、
石川　卓哉、山　　剛基、亀井圭一郎、小林　寛子、
佐藤亜矢子、水谷　泰之、村上　義郎、服部　　峻

【症例】60 歳代　女性【主訴】PET-CT での食道異常集積【既往歴】2008 年 9 月 直腸癌で低位前方切除術【現病歴】2008 年 9 月に直腸癌の術前検査のため撮影した 18F-FDG PET-CT（以下 FDG PET）で食道に SUV=2.8 の集積を認めたが、上部消化管内視鏡検査で異常を指摘できず、経過観察となった。2009 年 11 月の FDG PET で同部位の集積が増強していたため、精査を行った。CT では濃染する径 18mm の食道腫瘤を認め、上部消化管内視鏡検査で門歯より 22cm の部位に粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。超音波内視鏡では、径 18×15mm の第 4 層に連続する内部均一な低エコーの腫瘤であり、平滑筋腫と診断し、経過観察とした。2010 年 10 月の FDG PET では同部位は SUV=4.1 とさらに集積の増強を認めた。超音波内視鏡を再検査したところ、腫瘤の大きさは著変なく、内部エコー所見も変わりなかった。ソナゾイド®による造影で腫瘍内部に不整形な造影不良域を認めた。壊死や変性など悪性の所見であることが否定できないと判断し、EUS-FNA を施行したが、診断には至らなかった。FDG PET での集積の増強を経時的に認め、悪性の可能性も否定できないため、2011 年 5 月に頸部アプローチで食道腫瘍核出術を施行した。腫瘤は径 21×20mm の類円形で、内部は乳白色で均一な充実性腫瘍であった。【病理所見】腫瘤は被膜は持たず、固有筋層を主体に増生する腫瘍であった。腫瘍を構成する紡錘形細胞は、層状の束を作り、渦巻状または不規則な交差を示し、核の柵状配列も伴っていた。免疫染色では c-kit 陰性、CD34 陰性、desmin 陰性、α SMA 陰性、S100 陽性、Ki67<5% であった。以上から神経鞘腫（Antoni A 型）と診断した。【結語】食道神経鞘腫は比較的まれな疾患であり、画像診断における特徴的所見の報告は少ない。経時的に FDG PET の集積亢進が増強した良性食道神経鞘腫の 1 症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

24　酸性洗剤飲用により腐食性食道狭窄、幽門閉塞を来した１例

トヨタ記念病院　消化器内科
○遠藤　伸也、鈴木　貴久、篠田　昌孝、高士ひとみ、
村山　　睦、内山　功子、宇佐美彰久

【症例】52 歳、男性。【主訴】上腹部痛。【既往歴】胃潰瘍。【現病歴】自殺目的でトイレ用酸性洗剤（サンポール）を約 200ml 飲用後に咽頭痛、上腹部痛が出現し当院へ救急搬送された。【入院時検査】白血球数 12000/μl と増多を認め、静脈血ガス分析で著明な代謝性アシドーシスを認めた。CT では下部食道に壁肥厚が疑わ、胃全体にびまん性の壁肥厚を認めたが、腹腔内に free air は認めず、腹水も認めなかった。【臨床経過】第 8 病日に施行した上部消化管内視鏡検査で腐食性食道炎および胃全域に広汎な潰瘍を認めた。保存的治療により腐食性食道炎および胃潰瘍は瘢痕化したが、胸部下部食道狭窄、幽門閉塞を来した。食道狭窄部に対して内視鏡的バルーン拡張術を 3 回施行したが、再狭窄を繰り返した。長期予後を考慮し第 139 病日に胸腹部食道切除、胃全摘術および食道・空腸吻合術（Roux en Y 再建）を施行した。【結語】酸性洗剤飲用により食道狭窄および幽門閉塞を来たし治療に苦慮した 1 例を経験したので報告した。

25　食道裂孔ヘルニアに臓器軸性胃軸捻転を伴った 2 例

東濃厚生病院
○菊池　正和、長屋　寿彦、吉田　正樹、藤本　正夫、
山瀬　裕彦

【目的】今日の診療において軽度の食道裂孔ヘルニアを見る機会は頻繁に存在するが、胃の殆どが胸郭内に脱出する程の大きな食道裂孔ヘルニアは少ない。今回我々は食道裂孔ヘルニアにより胃の殆どが胸郭内に脱出した症例 2 例を経験したためここに報告する。【症例】66 歳女性【主訴】心窩部痛、背部痛【既往歴】白内障・気管支喘息で近医受診中【現病歴】心窩部痛、背部痛、嘔吐より発症し救急要請、当院救急外来受診。腹部 CT にて著名な胃拡張・胃内食物残渣貯留を認め、NG チューブを挿入することにより症状改善。精査加療のため同日当院内科入院となった。【入院後経過】絶飲食で経過を追い第 8 病日に透視下で GIF 施行。屈曲・圧排による胃変形はあったがファイバー通過は容易で十二指腸下降脚まで抵抗なく挿入可能であった。ガストログラフィンによる造影では胃体部がヘルニア内に陥頓しており、穹窿部と前庭部より肛門側の消化管は腹腔内に存在していると思われた。造影剤は体位変換によりゆっくりと十二指腸へ流れていったため NG チューブは抜去し水分を開始した。ただ固形物は通過困難と思われ第 24 病日に裂孔縫縮術 + 噴門形成術を行い自覚症状・通過障害ともに改善。第 38 病日退院となった。【結語】他にも同様に胃体部全体が胸郭内に脱出した症例が 1 例存在したが、偶然指摘されたのみで自覚症状は無かったため手術を行わず経過観察中である。このように症例により分類・症状・治療方針などが異なるため、それらにつき若干の文献的考察を加えて報告する。

26 分枝型 IPMN の経過観察中に通常型膵癌が発生した 1 例

大同病院
○藤城　卓也、野々垣浩二、小川　和昭、榊原　聡介、
印牧　直人

【はじめに】近年分枝型 IPMN には通常型膵癌の合併頻度が高いとの報告も散見される。IPMN の自然史についてはいまだ不明な点も多く、診断時の治療適応の決定と同様に経過観察の必要性が指摘されている。今回、分枝型 IPMN の経過観察中に通常型膵癌が発生した 1 例を経験したので報告する。【症例】80 才、女性。2008 年 6 月に膵腫瘍で他院から紹介。MRCP にて膵尾部に主膵管と交通をもつ多房性嚢胞性病変を認めた。嚢胞径は約 15mm で、分枝型 IPMN と診断し、以後 MRCP、体外式超音波検査にて経過観察とした。2011 年 5 月の MRCP では体尾部主膵管の狭窄と尾側主膵管の拡張を認めた。EUS を施行したところ、以前より経過観察をしていた尾部の嚢胞性病変は、約 15mm の多房性嚢胞性病変として描出された。内部には結節を認めず、分枝型 IPMN の所見で悪性度は低い病変と思われた。その嚢胞性病変とはわずかに離れた膵体部に約 12mm の低エコー腫瘤を認めた。ERP では膵体部に不整な狭窄を認め、その尾側で主膵管と交通をもつ嚢胞性病変が造影された。以上より、IPMN に合併した通常型膵癌と診断し、膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的には、膵体部の腫瘤は、11mm 大の Invasive tubular adenocarcinoma と診断され、尾部の IPMN は adenoma レベルであり、体部の腫瘤と近接しているものの連続性は認めず、IPMN に合併した通常型膵癌と診断された。【結語】今回、分枝型 IPMN 経過観察 3 年の経過で TS1、StageI の通常型膵癌を合併した 1 例を経験した。IPMN においては、主病巣のみならず、他部位にも通常型膵癌の合併に注意した経過観察の重要性を認識した 1 例であったため報告する。

27 術前画像と術後病理組織像に乖離がみられた、膵癌術前放射線化学療法の 3 例

[1] 名古屋大学大学院　消化器外科、[2] 名古屋セントラル病院　外科
○末永　雅也[1]、藤井　　努[1]、山田　　豪[1]、大橋　紀文[1]、
中山　吾郎[1]、杉本　博行[1]、小池　聖彦[1]、野本　周嗣[1]、
藤原　道隆[1]、竹田　　伸[1]、中尾　昭公[2]、小寺　泰弘[1]

近年、膵癌の根治切除率を上げる試みとして術前化学放射線療法（neoadjuvant chemoradiation therapy;NACRT）が行われている。今回我々は、NACRT（S-1+ 放射線療法（50Gy））後に根治切除術を施行した膵癌 3 例を経験した。術前画像における腫瘍縮小効果と切除後の病理組織像に乖離がみられた興味深い症例であったため、文献的考察を含め報告する。【症例 1】73 歳、女性。腹痛の精査から膵癌と診断。腹部 CT で膵頭部の 35mm の腫瘤は上腸間膜動脈（SMA）と上腸間膜静脈（SMV）に接しており浸潤疑い。NACRT 後、腫瘤は 33% 縮小（PR）したが動脈浸潤部は不変。手術所見では SMA からの剥離は容易で、SSPPD（SMV 合併切除）を施行。病理組織検査で腫瘍は広範な線維化を認め、腫瘍細胞はほぼ消失していた。最終診断は pT1,pN0,sM0,fStage1。【症例 2】67 歳、女性。糖尿病の精査から膵癌と診断。腹部 CT で膵頭部の 27mm の腫瘤は総肝動脈（CHA）に接しており浸潤疑い。SMV は浸潤にて狭窄。NACRT 後、腫瘤は軽度縮小したのみ（SD）、動脈浸潤部は不変。手術所見では CHA は剥離可能であり、SSPPD（SMV 合併切除）を施行。病理組織検査で約 60% の腫瘍細胞が消失。pT4,pN1,sM0,fStage4a。【症例 3】61 歳、男性。腹痛の精査から膵癌と診断。腹部 CT で膵頭体部の 33mm の腫瘤は CHA、固有肝動脈（PHA）、脾動脈（SA）に接しており浸潤疑い。SMV は浸潤にて狭窄。NACRT 後、画像上腫瘤に変化なし（SD）。手術所見では各動脈は剥離可能であり、SSPPD（SMV 合併切除）を施行。病理組織検査で腫瘤の 80% に線維化が認められた。pT3,pN0,sM0,fStage3。【考察】当科で経験した NACRT 後の膵癌切除症例では、画像所見と実際の病理組織像は大きく乖離していた。化学放射線療法後の効果判定の際に留意する必要があると考えられた。

28 膵癌の脳転移をきたした 1 症例

山田赤十字病院　消化器科
○杉本　真也、山本　　玲、山村　光弘、大山田　純、
黒田　幹人、川口　真矢、佐藤　兵衛、福家　博史

症例は 54 歳男性。2009 年 10 月初旬より背部痛が出現し、軽快しないため 10 月末に当科を受診した。その際施行した腹部造影 CT で膵尾部に動脈相で低吸収を示す不整形腫瘤を認め、また肝には両葉に腫瘤性病変が多発し、大動脈周囲のリンパ節腫脹も認められた。以上より膵尾部癌、多発肝転移、大動脈周囲リンパ節転移と診断し、TS-1・GEM 療法の方針となった。以降は背部痛に対して CT ガイド下内臓神経ブロックを施行し、また特にサイズの大きい S4/5 の肝転移巣に対して RFA での治療を加えつつ、TS-1・GEM 療法を継続した。6 クール施行後の 2010 年 3 月、黄疸と発熱が出現したため、精査加療目的に入院となった。ERC で右後区域枝と中部胆管に狭窄部を認め、リンパ節転移による胆管閉塞が疑われた。EBD チューブの挿入で黄疸は軽快したが、入院経過中（第 19 病日）に突然意識レベルの低下を認め、右片麻痺が出現した。頭部 CT を施行したところ、左大脳半球に腫瘤性病変と腫瘤内の出血を認め、膵癌の脳転移が疑われた。意識レベルは回復せず、第 21 病日に永眠された。膵癌の脳転移は 1969 ー 1993 年に本邦で報告された転移性脳腫瘍 7498 例中 0.1% と極めて報告が少ない。一方、膵癌で死亡した 55 例の剖検例のうち、5 例（9.1%）に脳転移を認めたという報告もある。これは脳転移をきたしても中枢神経症状を呈する前に原発巣が原因で死亡するためと考えられる。今回我々は比較的稀な膵癌の脳転移例を経験したため、考察を加えて報告する。

29 分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍由来癌と通常型浸潤性膵管癌が併存したと思われた 1 例

[1] 鈴鹿中央総合病院　外科、[2] 鈴鹿中央総合病院　内科、
[3] 鈴鹿中央総合病院　病理
○藤井　武宏[1]、坂口　充弘[1]、早崎　碧泉[1]、岡本　篤之[1]、
金兒　博司[1]、田岡　大樹[1]、松崎　晋平[2]、馬場洋一郎[3]、
村田　哲也[3]

症例は 74 歳女性。2008 年 2 月に画像上で膵尾部に初めて 3mm 大の嚢胞性病変を指摘されていた。2009 年 11 月に同病変は 15mm 大と増大傾向を認めた。2011 年 6 月に CA19-9 の上昇を認めたため撮影された画像所見では 33mm 大とさらに増大し、嚢胞壁の一部に造影後期で濃染する壁肥厚を認め、悪性病変の発生が疑われた。精査にて行われた ERPD では径 7mm と軽度拡張し尾部膵管は末梢側で途絶し、嚢胞性病変との交通は認められなかった。十二指腸乳頭の観察では粘液の排出を認めたが、膵液細胞診の結果は陰性であった。以上の結果より膵尾部分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）由来浸潤癌を強く疑い、脾合併膵体尾部切除を施行した。術中所見は膵尾部の嚢胞部に近接して 4cm 大の白色の充実性病変を触知した。病理学的所見では嚢胞壁に低異型度の上皮内癌を認め、非常に近接した部位に高異型度の浸潤癌（管状腺癌）を認めたが、両者の間に明らかな組織学的移行像は認められなかった。病理学的検討の結果、IPNM 由来癌に IPMN 併存膵癌が近接して合併したものと診断した。近年 IPMN に通常型膵管癌が合併した症例は多く報告されている。しかし IPMN に由来癌を認め、かつ通常型膵管癌を合併した症例の報告は極めて少ない。また術後病理学的診断においてもその鑑別に大変苦慮した症例であり、他の鑑別疾患も検討して併せて報告する。

30 膵癌に合併した膵内副脾の１例

国立病院機構　名古屋医療センター
○喜田　裕一、岩瀬　弘明、島田　昌明、都築　智之、
日比野祐介、龍華　庸光、齋藤　雅之、玉置　　大、
神谷　麻子、横井　美咲、久野　剛史、初野　　剛、
田中　晴祥、岡崎　裕子

【症例】60 才男性、12 ー 3 年前から健診で尿糖を指摘されていたが放置していた。2011 年 4 月頃より口渇、倦怠感、10kg ほどの体重減少を自覚し、6 月 9 日当院総合内科受診し、HbA1c16% と血糖コントロール不良のため内分泌内科入院となった。腹部造影 CT にて膵鉤部の乏血性腫瘤と膵尾部の多血性腫瘤を認めたため 6 月 28 日精査目的に当科紹介となった。ガストリンも 829pg/ml と高値であり、ガストリノーマが疑われた。内視鏡的逆行性膵胆管造影を施行し、総胆管の高度狭窄と膵頭部での膵管の不整な狭窄・閉塞を認めたため 7Fr5cm の ERBD チューブを挿入した。総胆管と膵管の狭窄部の擦過細胞診、胆汁・膵液細胞診を施行したがすべて陰性だった。また、十二指腸下行脚に腫瘍の浸潤を認め、生検の結果中分化型腺癌だった。腹部血管造影検査では明らかな血管浸潤は認めず、同時に選択的動脈内カルシウム注入法を行ったがガストリン値の有位な変化は得られなかった。膵造影 MRI では膵尾部の腫瘤は脾臓と同様の造影効果を有し、膵内副脾が疑われた。造影腹部超音波検査施行し、膵尾部に早期から造影され、90 秒ほどで wash out される径 13mm の腫瘤を認めた。膵癌 cT3,N0,M0StageIIA の診断で 7 月 19 日膵頭十二指腸切除術、脾温存膵尾部切除術施行。病理診断は膵頭部腫瘍は中分化型腺癌が主体で一部低分化な成分も見られた。膵尾部腫瘍は膵内副脾であった。手術当日より 5-FU の門脈内投与を行い、8 月 23 日退院、外来で化学療法を継続している。【結語】副脾の発生頻度は剖検例で 7 ー 15% と稀な病変ではないとされるが、膵実質内に発生するのは稀で、腫瘍性病変との鑑別に苦慮することも多い。今回我々は術後の病理組織学的検査で診断された膵鉤部癌に合併した膵内副脾の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

31 慢性膵炎に合併した進行膵体尾部癌に対し膵体尾部切除後に膵頭部癌が併発し残膵全摘を施行した１例

[1] 三重大学　肝胆膵・移植外科、
[2] 藤田保健衛生大学　坂文種報徳會病院　消化器内科
○新貝　　達[1]、櫻井　洋至[1]、村田　泰洋[1]、栗山　直久[1]、
岸和田昌之[1]、大澤　一郎[1]、濱田　賢司[1]、水野　修吾[1]、
臼井　正信[1]、田端　正己[1]、伊佐地秀司[1]、乾　　和郎[2]

アルコール多飲歴のある 55 才男性。5 年前より、他院にて糖尿病、肝障害でフォロー中、3 年前に、エコー、CT にて膵全体の石灰化・膵管拡張・膵委縮を指摘され、慢性膵炎と診断されている。1 年前より CT,MRI にて膵尾部の腫脹を指摘され、経過観察が行われたが、膵尾部腫脹の増大傾向を認めたため、膵癌を疑われ当科紹介となった。MD-CT、ERCP、EUS、EUS-FNA などの精査の結果、脾動静脈、左副腎浸潤を伴う進行膵体尾部癌 : T4N0M0, Stage 4a（JPS）と診断された。ジェムザール 800mg/m^2 5 cycles と三次元原体照射法を用いた術前化学放射線療法（NCRT）を行った後、脾・左副腎合併切除を伴う膵体尾部切除術を行った。病理組織学的には、後腹膜浸潤、副腎浸潤、脾動静脈への浸潤は指摘されず、最終診断は、T3 N0 M0 Stage 3 であり、診断時よりダウンステージングを認め、R0 手術を得た。術後経過は良好で合併症・局所再発なく退院後、外来にてジェムザール（800mg/m^2/2week）を用いた補助化学療法を続けていた。術後 4 ヵ月目に頬粘膜癌と診断され、3 期に渡る手術が行われ、この間ジェムザール投与は行われなかった。術後 11 ヶ月目より肝機能障害、腫瘍マーカーの再上昇とともに、CT で肝内胆管の拡張を認めた。残存膵頭部での膵癌局所再発あるいは新規膵頭部癌が疑われ精査を行ったところ、膵癌の診断を得た。初回手術から 1 年 4 ヶ月後に、残存膵頭十二指腸切除（膵全摘術）を施行した。術後の血糖管理は術前に比し難渋する事はなく、HbA1c 8% 前後、1 日インスリン使用量 18 単位（ノボラピッド朝 3 単位、昼 3 単位、夕 5 単位、眠前 3 単位 ; レベミル眠前 4 単位）前後で推移した。術後 48 日目に退院。現在外来にて TS-1 内服による加療を継続中である。

32 放射線化学療法が奏功し、切除しえた膵頭部癌、局所高度浸潤の１例

[1] 藤田保健衛生大学　医学部　胆膵外科、
[2] 藤田保健衛生大学　医学部　放射線科
○越智　隆之[1]、堀口　明彦[1]、石原　　慎[1]、伊東　昌広[1]、
浅野　之夫[1]、古澤　浩一[1]、津田　一樹[1]、伊藤良太郎[1]、
志村　正博[1]、清水謙太郎[1]、林　　千紘[1]、加藤　良一[2]、
花岡　良太[2]、赤松　北斗[2]、宮川　秀一[1]

症例は 71 歳、男性。既往症として、前立腺肥大、高脂血症にて内服治療中、また、糖尿病にてインスリン自己注射をしています。現病歴として、2 年前に腹痛にて当院受診。その際に施行された画像所見にて、IPMN を指摘され、その後、定期的に経過観察されていた。1 年後の Follow US にて主膵管の拡張を認めたため、精査目的にて入院となった。ERCP では、膵頭部主膵管での不整狭窄像と上流側膵管の拡張を認めた。また、近接する下部胆管にも不整狭窄を認めた。膵管狭窄部でのブラッシング細胞診では擬陽性であった。CT では、主膵管の拡張を認め、膵鉤部に径 1.9x1.3x1.4cm の乏血性腫瘍を認めた。同腫瘍から SMA の背側にまで連続した脂肪織濃度上昇を認め、膵頭部癌、局所高度浸潤と判断し、化学放射線療法を施行した。総放射線量は 60Gy（2Gyx30 回）、塩酸ゲムシタビン 600mg/m²（3 投 1 休）とした。途中、塩酸ゲムシタビンに伴う薬剤性肺障害を来たし、40Gy 終了後より TS-1 に変更した。化学放射線療法終了後には腫瘍マーカーは正常化し、Follow CT でも腫瘍は軽度縮小傾向を認めた。その後、TS-1 での継続化学療法を 4 コース施行したあとの Follow CT にて、腫瘍は径 1.2x1.0x1.0cm と縮小し、また SMA 背側の脂肪織濃度上昇も縮小傾向を認めたため、根治手術可能と判断し、手術施行した。術中所見では、明らかな腹膜播種転移、肝転移を認めなかった。放射線を照射した SMA 周囲は弾性硬の所見であったが剥離可能であり、門脈合併、膵頭十二指腸切除術にて根治手術施行した。化学放射線療法が奏功し、根治手術しえた膵頭部癌、局所高度浸潤の 1 例を経験したので報告します。

33 膵癌に対して Double Stenting を行った２例

静岡市立静岡病院
○黒石　健吾、近藤　貴浩、中村　尚広、大野　和也、
濱村　啓介、田中　俊夫、高橋　好朗、小柳津竜樹

【はじめに】経内視鏡的十二指腸ステントが 2010 年 4 月より保険収載された。胆管狭窄を伴う悪性十二指腸狭窄に対して、胆管ステントと経内視鏡的十二指腸ステントを組み合わせて用いれば、従来の手術よりも低浸襲な治療が可能であると考える。膵癌による胆管、十二指腸狭窄に対して、経内視鏡的十二指腸ステントと胆管ステントを行った 2 例を報告する。【症例 1】72 歳女性。2011 年 1 月、心窩痛で受診し膵頭部癌（stage4A）と診断されたが手術は希望されなかった。5 月、下部胆管閉塞による閉塞性黄疸で入院。また、十二指腸球部から主乳頭口側にかけての十二指腸狭窄も同時に来していた。まず、十二指腸狭窄に対して乳頭口側に十二指腸ステントを経内視鏡的に留置した。その後、内視鏡的に胆管ステント留置をした。【症例 2】70 歳女性。2011 年 3 月、膵頭部癌（stage4B）と診断し化学療法を行ったが、7 月、頻回な嘔吐があり入院。十二指腸狭窄を認めたため、十二指腸ステントを留置した。退院 8 日後、下部胆管狭窄による閉塞性黄疸が出現し再入院となった。ERCP を試みるも十二指腸ステントが主乳頭にかかっており乳頭を同定できなかった。そのため経皮経肝胆管ステントを留置した。【考察】Gastric Outlet Obstruction に対する内視鏡的十二指腸ステント留置術は、従来の胃空腸吻合術に比べ低浸襲である。また、胆管狭窄を伴う GOO に対しても内視鏡的 Double Stenting（十二指腸 + 胆管）が低浸襲であると考える。症例 1 は十二指腸ステント留置翌日より食事摂取が可能となり、胆管ステント留置後 5 日で退院となった。しかし、症例 2 では、十二指腸ステントが胆管ステントの妨げとなったため経皮経肝胆管ステントを必要とした。胆管狭窄を伴う GOO に対して経内視鏡的十二指腸ステントを行うことで内視鏡的胆管ステントが可能となった。しかし、内視鏡的 Double Stenting を行うためには、十二指腸ステントと胆管ステントの位置関係をうまく調節することが大切である。【結語】膵癌による胆管、十二指腸狭窄に対して、Double Stenting を用い治療を行った 2 例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

34 主膵管途絶を来した膵神経内分泌腫瘍の１例

山田赤十字病院
○大山田　純、杉本　真也、山本　　玲、山村　光弘、
黒田　幹人、川口　真矢、佐藤　兵衛、福家　博史

症例 68 歳、男性。2011 年 7 月に腹痛があるため、近医で CT を施行しており、膵体尾部で主膵管の拡張を認め、精査加療目的にて当科受診となった。初診時、自覚症状なく、血液検査上も特記すべき所見は認めなかった。腹部 CT では膵体部に不均一に淡く造影される約 20mm の腫瘤を認めた。MRI では T1 では軽度低信号、造影で濃染される腫瘤を認めた。MRCP では主膵管は途絶しており、尾側の膵管の拡張を認めた。EUS では膵体部に境界明瞭なやや不整な低エコー腫瘤を認めた。ERCP では膵体部に 12mm 長の狭窄を認めたが、擦過細胞診の結果は class 1 であった。以上の画像所見より、膵管癌で矛盾しない所見と診断し、膵体尾部切除を行った。腫瘍は 1.4×1.2×1.5cm の白色調であり、主膵管は腫瘍により圧排していた。組織学的には類円形の小型細胞が島状ーリボン状増殖を認めた。免疫組織学的所見では、クロモグラニン A 陽性であり神経内分泌腫瘍と診断した。インスリン、グルカゴン、ガストリンの染色はすべて陰性であった。主膵管途絶を来した膵神経内分泌腫瘍はまれであり、文献的考察を含めて報告する。

35 膵内分泌腫瘍術後に異時性肝転移をみとめ肝切除を施行した１例

[1] 朝日大学村上記念病院　消化器内科、
[2] 朝日大学村上記念病院　外科
○遠藤　美生[1]、小島　孝雄[1]、加藤　隆弘[1]、宮脇喜一郎[1]、
森本　泰隆[1]、高野　幸彦[1]、伴　　尚美[1]、福田　信宏[1]、
大洞　昭博[1]、川部　　篤[2]

【症例】60 歳女性。【現病歴】2004 年 12 月に人間ドックの腹部超音波検査で指摘された腹部腫瘤の精査目的に当科受診。腹部 CT にて膵体部に径 5cm 超の腫瘤をみとめた。【経過】腹部造影 CT、MRI にて膵体部に動脈相で造影され、後期相で wash out される多血性腫瘤をみとめた。内視鏡的逆行性膵管造影（ERP）では主膵管の圧排像は認めたが途絶はなく、また腫瘤と主膵管の交通もみとめなかった。EUS を施行したところ、膵体部腫瘤は長径 59mm 大で充実性腫瘍であった。2005 年 2 月に膵体尾部脾合併切除術を施行。そのときの病理組織診断にて非機能性膵内分泌腫瘍（クロモグラニン、NSE、S-100 陽性）と診断された。その後、外来にて経過観察を行っていたが、術後 6 年経過した 2011 年 3 月、腹部 CT で肝 S6、2、7 に造影効果を認める 4 個の肝腫瘤をみとめ膵内分泌腫瘍の多発肝転移と診断。同年 8 月、多発肝転移に対して肝部分切除術を施行し、経過は良好である。【考察】内分泌腫瘍の再発の多くは肝転移である。膵内分泌腫瘍の肝転移において、治療の第 1 選択は肝切除であり、治癒切除が行えた症例では長期生存が期待できる。当院でも長期生存が期待される膵内分泌腫瘍の肝転移に対して肝切除を施行した 1 例を経験したので報告する。

36 胃へ穿破した微小浸潤型 IPMC の１切除例

[1] 木沢記念病院　消化器科、[2] 木沢記念病院　外科、
[3] 木沢記念病院　病理
○丸田　明範[1]、吉田　健作[1]、中川　貴之[1]、安田　陽一[1]、
杉山　　宏[1]、山本　淳史[2]、尾関　　豊[2]、松永　研吾[3]

【症例】83 歳、女性。H21 年 7 月に下腹部痛にて当科外来を受診し、CT で主膵管の拡張および拡張内部の壁在結節様の構造を認めた。主膵管型 IPMN の疑いにて精査勧めるも希望されず、以降外来通院を自己中断していた。H23 年 4 月 11 日に心窩部痛を認め当科外来再受診となった。血液検査所見では WBC:5780/mm^3、CRP:4.29mg/dl と炎症所見を認め、腫瘍マーカーは CA19-9:84U/ml と軽度上昇していた。Dynamic CT では膵頭部から膵尾部にかけて主膵管のびまん性拡張を認め、その最大径は 32mm で、前回の CT に比し拡張内部の壁在結節様の構造は変化なかったが、主膵管拡張の程度が著明に増悪していた。MRCP でも同様に主膵管の著明な拡張と、一部分枝の拡張も認め、さらに嚢胞壁辺縁は不整であった。FDG-PET では拡張した膵管周囲に SUVmax4.6 の集積を認めた。GIF では前庭部小弯側に瘻孔を認め、同部位より白色粘液の流出が認められた。以上から悪性混合型 IPMN の胃穿破と診断し、5 月 10 日に膵全摘術 +1/2 胃切除術 + リンパ節郭清術を施行した。摘出標本の病理組織学的検査では IPMC minimally invasive,pT2,chx,du (-) ,s (-) ,rp (-) ,pcmx,bcmx,dpm (-) ,ly0,v0,ne0,N0,M0 であった。術後、血糖が不安定となったが、インスリンによってコントロール良好となったため術後 51 日目に退院となった。【考察】IPMN はしばしば他臓器に穿破をきたすことが知られており、その頻度は 10.9 ー 15.0% とされている。他臓器穿破の成因としては、腫瘍の浸潤増殖による浸潤性穿破、腫瘍から産生される大量の粘液により膵管内圧が上昇する機械的穿破の 2 つが挙げられ、その頻度はほぼ同等とされている。本症例では摘出標本の病理組織学的検査にて IPMC minimally invasive であり胃への明らかな浸潤を認めていないことから、主膵管内圧の上昇により膵管内粘液が機械的に胃に穿破したと考えられた。【結語】今回我々は、胃へ穿破した微小浸潤型 IPMC の 1 切除例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

37 急性膵炎を契機に発見された石灰化を伴うＩＰＭＣの一例

[1] 岐阜市民病院　消化器内科　研修医、
[2] 岐阜市民病院　消化器外科、[3] 岐阜市民病院　中央検査部
○村瀬　浩孝[1]、堀部　陽平[1]、奥野　　充[1]、黒部　拓也[1]、
入谷　壮一[1]、鈴木　祐介[1]、中島　賢憲[1]、小木曽富生[1]、
川出　尚史[1]、林　　秀樹[1]、向井　　強[1]、杉山　昭彦[1]、
西垣　洋一[1]、加藤　則廣[1]、冨田　栄一[1]、足立　尊仁[2]、
山田　鉄也[3]

症例は 75 歳 , 女性 .2011 年 3 月 23 日に腹痛と発熱を主訴に当科外来を受診した . 腹部 CT にて膵体部に石灰化を伴う 19x11mm の嚢胞性病変を認めた . また , 膵尾部周囲を中心とする急性膵炎（CT grade2）と診断し , 精査加療目的で同日入院となった . その後 , 保存的治療のみで急性膵炎は改善した .4 月 7 日に MRCP を施行したところ , 膵体部の石灰化を伴う嚢胞は T1W1 では high intensity,T2W1 では low intensity で描出されることから , 高粘稠性の内容を伴う嚢胞性病変であると考えられた .5 月 31 日に EUS を施行したところ , 膵体部に 35x17mm の嚢胞を認め , 嚢胞内部には石灰化を伴った 23x16mm の充実性腫瘍を認めた . また , 主膵管は最大径 2.0mm と拡張を認めなかった . 急性膵炎の原因は不明であったが , 嚢胞性病変が原因となった可能性があること ,IPMC が否定できなかったことから ,8 月 8 日膵体尾部切除術を施行した . 病理診断は小型で不規則な腺管を形成する異型細胞の増殖を認める IPMC であり , 高分化腺癌が主体であったが , 一部には低分化腺癌や未分化癌も認められた（pancreatic cancer:tub1>tub2,intermediate,INF β ,ly1,v0,ne1,mpd（-）pcm（-）,S（-）,RP（-）,PV（-）,A（-）,n（-））. 嚢胞性病変に伴う石灰化は , 嚢胞を包むように形成しており , 腫瘍による石灰化は認められなかった . 病変の増大による変性壊死にカルシウム沈着をきたしたため , 石灰化が生じたものと考えられた . 石灰化を伴った IPMC は非常に稀であるため , 若干の文献的考察を加えて報告する .

38　悪性黒色腫膵転移の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会　安城更生病院
○脇田　重徳、小屋　敏也、鈴木　悠士、須原　寛樹、
市川　雄平、富田　英臣、岡田　昭久、馬淵　龍彦、
竹内真実子、細井　　努、山田　雅彦

症例は71歳女性。主訴は全身倦怠感､掻痒感。既往歴に脊椎すべり症。同胞3人にそれぞれ直腸癌、肝臓癌、膵臓癌の既往があった。2008年4月に当院耳鼻科で鼻腔悪性黒色腫と診断、摘出術後放射線照射を行ったが2010年6月に局所再発を認め切除術を再施行した。同年12月に上記主訴にて近医を受診し、肝機能異常、高血糖、黄疸、膵頭部腫瘍を指摘され当院紹介となった。初診時身体所見では腹部は平坦、軟。眼球結膜、皮膚に黄染を認め、下腹部正中に軽い自発痛を認めた。血液検査ではAST 301 IU/L、ALT 523 IU/L、ALP 3064 IU/L、T-Bil 3.69 mg/dL、FPG 398 mg/dL、アミラーゼ112 IU/L、リパーゼ155 U/L、HbA1c 9.1 %、ガストリン37 pg/mL、インスリン5.2 μU/mL 、sIL-2R 163 U/mL、CEA 4.1 ng/mL、NSE 8.0ng/mL、CA19-9 143 U/mL、DU-PAN-2 1400 U/mL。MDCTでは膵頭・鉤部から十二指腸下行脚の間に全ての時相で膵実質よりも弱く造影される均一で境界明瞭な4cm大の腫瘤を認め、主膵管はこれを迂回するように走行していた。周囲主要血管浸潤、周辺リンパ節腫大、肝腎嚢胞のほかは他臓器に特記すべき異常は認めなかった。PET-CTでは同部位にFDGの淡い集積を認めた。ERCPでは膵頭部主膵管、副膵管の平滑な狭窄、尾側の数珠状拡張を認めた。下部胆管に管外からの締め付け様の狭窄を認めEBDチューブを留置した。EUSでは膵頭部腫瘍は境界明瞭、内部は不均一で高低エコーがまだらに混在し、カラードプラーでわずかに血流を認めた。膵液細胞診は陰性であった。転移性膵腫瘍を疑ったが確定診断には至らず、外科に転科し亜全胃温存膵頭十二指腸切除術D2郭清を施行。病理組織はクロマチンが増量し核小体の目立つ類円から卵円形の核、及び淡好酸性の胞体を持つ短紡錘形の異型細胞が充実性に増殖する像を認め、悪性黒色腫の膵転移と診断した。郭清したリンパ節内に転移を認めなかった。術後経過は良好であり、術後6か月の時点で再発は認められていない。悪性黒色腫の膵転移を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

39 入院中に吐血で発症した hemosuccus pancreaticus の一例

一宮市立市民病院　消化器内科
○梶川　　豪、中條　千幸、山中　敏広、水谷　恵至、
金森　信一、井口　洋一、石黒　裕規、松浦倫三郎、
伊藤　　隼、山口　純治、金倉　阿優、小澤　　喬

症例は 45 歳男性。2003 年よりアルコール性慢性膵炎にて通院、入退院を繰り返している。2010 年 12 月に吐下血で入院したが、内視鏡検査では原因不明であった。2011 年 2 月上旬より左側腹部ー背部痛が増強、近医受診し当院消化器内科紹介受診となった。慢性膵炎の増悪を考え、本人の希望あって対症的に経過観察するが、疼痛が更に増悪し再受診。CT 検査では膵の腫大と石灰化、及び膵周囲の脂肪織濃度の上昇あり、膵体部腹側と尾部に嚢胞性病変を認めた。採血では炎症反応とアミラーゼの上昇を認めた。以上の病歴・検査所見より慢性膵炎の急性増悪として入院となった。絶食・補液にて症状改善し食事も開始したが、第 16 病日に吐血を認め緊急 GIF を施行。胃内にコアグラ認めた。胃内には出血源となる病変はなかったが、十二指腸乳頭部より間欠的な出血を認めた。CT 施行し、仮性嚢胞内に 8mm 径の動脈瘤を認めた。CT 施行時 extravasation は認めなかったが、これによる出血であったと疑われた。翌日、腹部血管造影を施行。脾動脈に動脈瘤の発生部と思われるノッチを認めたが、瘤自体の造影は認めず、同日施行の造影 CT でも動脈瘤の消失を確認した。自然に器質化したと考えられ、本症例では TAE は施行せず経過観察とした。その後腹部症状や出血の出現なく経過は順調であり、第 23 病日に退院となった。現在も外来で経過観察中である。主膵管を経て消化管に出血する病態は hemosuccus pancreaticus（HP）と呼ばれ、比較的まれであるが大量出血をきたすため、臨床上重要な疾患である。本症の発症機序は、慢性膵炎あるいは急性膵炎に随伴した膵仮性嚢胞内に、脾動脈などの仮性動脈瘤が穿破し出血することが多いとされている。慢性膵炎・膵仮性嚢胞で経過観察中の患者で消化管出血を来した場合、本疾患を鑑別診断としてあげる必要があると考えられたので、若干の文献的考察を加え報告する。

40 膵仮性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の 1 例

[1]JA 愛知厚生連　豊田厚生病院　内科、
[2]JA 愛知厚生連　豊田厚生病院　外科
○羽賀　智明[1]、大久保賢治[1]、森田　　清[1]、竹内　淳史[1]、
金沢　宏信[1]、清水　潤一[1]、伊藤　隆徳[1]、竹山　友章[1]、
橋詰　清孝[1]、西村　大作[1]、塩見　正哉[2]、片田　直幸[1]

【症例】68 歳 , 男性【主訴】上腹部痛【既往歴】67 歳 , 脂質異常症 , 糖尿病【家族歴】特記すべきことなし【現病歴】2010 年 6 月夜間に上腹部痛が出現し増悪傾向で翌日近医より当院紹介 . 心窩部から左上腹部にかけて圧痛が高度 ,WBC13500×103/mm^3,CRP5.73mg/dl と炎症所見を認め , 血清アミラーゼが 155U/l と軽度上昇し入院となった .【経過】腹部超音波検査で脾門部に 22.9×17.7mm の嚢胞を認め , 腹部 dynamic CT では脾門部の嚢胞に接した膵尾部に 3cm 大の充実性腫瘤を認めた . 腫瘤は動脈早期相から門脈相にかけて徐々に濃染し , 膵実質と同程度の造影効果を示した . また膵体部に膵実質相で 5mm 大の濃染する類円形の腫瘤影が存在した .EUS では通常型膵癌以外の腫瘍および尾側の嚢胞は貯留嚢胞もしくは腫瘍の嚢胞変性を疑った .ERCP では主膵管は尾部側で途絶し嚢胞との交通はみられず , 膵液細胞診は異型細胞の所見であった .PET-CT では膵尾部の充実性腫瘤に一致して淡い集積を認めた . 入院後は保存的治療で , 腹痛・炎症反応は改善したが , 膵尾部の病変は腫瘍性嚢胞を否定できず ,膵体部の病変を含め膵体尾部切除・脾臓摘出術を行った . 病理組織所見にて膵体部の小腫瘤は , 好酸性の細胞質と異型の乏しい核をもつ細胞が , ランゲルハンス島に類似した形で集簇しており膵内分泌腫瘍と診断した . 膵尾部の嚢胞病変は嚢胞腔内に上皮はみられず仮性嚢胞の所見で , 充実性腫瘤は線維化 , 腺房の萎縮 , リンパ球・形質細胞浸潤がみられ自己免疫性膵炎と診断された . なお術後に測定した IgG4 は 193.0mg/dl と上昇していた .【考察】本例は術前画像で特徴的な主膵管狭細像は得られず主膵管の途絶像であったが , 途絶部位は限局性の膵腫大で腫瘍との鑑別が困難であった . 仮性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の文献報告は Pub Med（1946 年ー）および医中誌 Web（1983 年ー）を併せて 11 例で , また自己免疫性膵炎と膵神経内分泌腫瘍を合併した報告例はなく稀な症例で若干の文献的考察を加えて報告する .

41 感染性膵仮性嚢胞に対してドレナージ術を施行した 2 例

愛知医科大学病院　消化器内科
○井上　匡央、小林　佑次、小松原利典、新村　哲也、
川村百合加、岡庭　紀子、吉峰　　崇、田邉　敦資、
野田　久嗣、石井　紀光、佐々木誠人、中尾　春壽、
春日井邦夫、米田　政志

急性膵炎治療後に生じた感染性膵仮性嚢胞に対して EUS ガイド下ドレナージ（EUS-CD）と CT ガイド下ドレナージを施行した 2 症例を報告する。EUS-CD 症例は 64 歳男性、平成 23 年 4 月アルコール性急性膵炎発症、保存的に軽快したが、平成 23 年 5 月に上腹部痛を認め再度受診、膵尾部に仮性嚢胞の形成、また感染徴候を認めた。抗生剤投与にて一旦は軽快するも容易に再燃し入退院を繰り返していた。平成 23 年 6 月 5 日に再度上腹部痛を認め入院となった。炎症反応の上昇と、腹部 CT で膵尾部に約 30mm 大の緊満感のある仮性嚢胞、また周囲への炎症の波及を認めた。保存的治療の限界と判断し EUS-CD を施行した。EUS 下に ECHO-TIP19G で穿刺、Soehendra 胆管拡張用カテーテルにて瘻孔を拡張、次いで 2 孔式の CytoMax2 を挿入、計 2 本ガイドワイヤーを留置し各々に 6Fr×7cm double pig stent、5FrENBD を留置し終了とした。2 日後には自覚症状は消失、1 週間後に ENBD を抜去、CT 上も炎症像は著明に改善し嚢胞腔は消失した。CT ガイド下ドレナージ症例は 40 歳男性、平成 23 年 4 月 10 日にアルコール性急性膵炎を発症した。重症例であり ICU 入室、人工呼吸器管理、血液濾過等も行った。その後徐々に全身状態は改善したが 6 月下旬に入り再度 38 度台の発熱、CRP20 台と炎症反応上昇を認めた。腹部 CT にて胃背側に約 150mm 大、左腎腹側に約 85mm 大の嚢胞形成、また感染徴候を認めた。人工呼吸器は離脱出来ていたが循環呼吸動態は安定しているとは言えず、内視鏡治療は high lisk と判断、CT ガイド下ドレナージを行った。CT 下に胃背側の病変に 18G エラスター針を穿刺、8Fr pig tail チューブを留置した。左腎腹側の病変に対しても同様に穿刺し、計 2 本外瘻チューブを留置した。炎症反応は低下、嚢胞腔は縮小、約 1 カ月後に左腎腹側のチューブ、約 2 カ月後に胃背側のチューブを抜去した。感染性膵仮性嚢胞に対する標準的治療は確立されておらず、当院では全身状態あるいは病変の部位などから EUS-CD、CT ガイド下、外科的処置を考慮し治療法を選択している。感染性膵仮性嚢胞の治療に関し若干の文献的考察を加え報告する。

42 ステロイド治療が奏功した膵仮性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の 1 例

藤田保健衛生大学　医学部　肝胆膵内科
○森川紗也子、橋本　千樹、川部　直人、原田　雅生、
新田　佳史、村尾　道人、中野　卓二、嶋崎　宏明、
有馬　裕子、吉岡健太郎

症例は 60 歳、男性。食思不振あり近医を受診し上部内視鏡検査を施行したところ胃癌を認めたため当院紹介となった。入院時血液検査で血清アミラーゼ 1515IU/L と高値であった。腹部造影 CT では膵はび漫性に腫大し、膵体部から胃小彎側にかけて嚢胞性病変を認めた。US でも膵はび漫性に腫大し、低エコーを呈していた。ERCP では主膵管にびまん性狭細像を認め、膵管と嚢胞との交通を認めた。また下部胆管および肝内胆管に狭窄を認めた。血清 IgG4 は 1300mg/dl と高値であった。以上より膵仮性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎（AIP）と診断し、プレドニゾロン 30mg/ 日の内服を開始した。1 週間後の CT で膵仮性嚢胞はほぼ消失していた。プレドニゾロンを 5mg/ 日まで漸減したところで、腹腔鏡下噴門側胃切除を行った。合併症なく経過は良好である。【考察】AIP に膵仮性嚢胞を伴う例は稀とされている。また胃癌に合併した AIP の報告も極めて少ない。本例は、ステロイドが奏功し仮性嚢胞が消失したと考えられ、しかも早期胃癌に合併していた非常に稀な AIP の症例と思われた。

43　後腹膜線維症を合併した自己免疫性膵炎の１例

半田市立半田病院　消化器内科
○春田　明範、竹内　真介、川口　　彩、広崎　拓也、
安藤　通崇、岩下　紘一、島田礼一郎、森井　正哉、
神岡　諭郎、大塚　泰郎、肥田野　等

【症例】60 歳台　男性【主訴】黄疸【家族歴】特記事項なし【既往歴】特記事項なし【現病歴】200○年×月閉塞性黄疸にて紹介入院となった。腹部 CT で膵は全体に腫大を認めた。ERCP ではびまん狭細型膵管像を呈した。【検査成績】T-Bil 7.4 mg/dl、膵アミラーゼ 43 U/ml、Ig-G 1668mg/dl、CA19-9 100.5U/ml、SS-A, SS-B 陰性、ANA80 倍。【治療経過】自己免疫性膵炎を強く疑い ERBD チューブ留置し、PSL30mg 投与開始したところ膵腫大は改善した。その後定期的に ERBD チューブ交換をおこなった。経過中 CT で上腸間膜動脈、腹部大動脈周囲に低吸収域が増大しつつあり、後腹膜線維症の合併が疑われた。翌年ERBDチューブ閉塞による閉塞性黄疸・胆管炎にて入院、ERBD 交換おこなった。そのときの採血で IgG4 999mg/dl（30.3%, Total IgG 2698mg/dl）と IgG4 の上昇を認めた。また CT で右水腎症も認めたため当院泌尿器科にて一時期尿管ステントも留置を要した。PSL 増量にて尿管狭窄も改善を認めた。現在 PSL は 7.5mg で維持しているが、胆管狭窄は改善し、IgG 値や画像所見も寛解している。自己免疫性膵炎は全身性 IgG4 関連疾患の一部とされ、ミクリッツ病、キュットナー腫瘍、硬化性胆管炎、間質性腎炎、後腹膜線維症、自己免疫性下垂体炎、間質性肺炎、前立腺炎などの合併や多彩な臨床像を呈することが知られている。今回治療経過中に後腹膜線維症を合併した自己免疫性膵炎の 1 例を経験したので報告した。

44 術前に膵内副脾を強く疑った一切除例

豊橋市民病院　消化器内科
○和田　幸也、松原　　浩、浦野　文博、藤田　基和、
内藤　岳人、山田　雅弘、北畠　秀介、山本　英子、
河合　　学、樋口　俊哉、田中　浩敬、岡村　正造

【はじめに】病理組織学的根拠の得られる超音波内視鏡下穿刺生検（EUS-FNA）は、本邦において広く普及している。一方で、近年の膵疾患に対する画像診断の進歩は目覚しく、様々なモダリティーにおいて報告が見られている。【症例】30 歳代男性。下痢を主訴に近医受診。肝機能障害を認め、腹部超音波検査を施行したところ肝に低エコー病変を認めた。腹部造影 CT で膵尾部にも多血性腫瘍を認めたため、精査目的で当院紹介となった。初診時には症状、肝機能障害は改善し、膵酵素や腫瘍マーカーは正常範囲内であった。ダイナミック CT では肝 S8 に造影効果の乏しい 1cm 大の低吸収域を認め、膵尾部に 8mm 大、造影効果は早期動脈相で濃染し、以後徐々に減弱していく病変を認めた。EOB プリモビスト造影 MRI では、肝病変は門脈相以降、肝細胞相も含め低信号を示し、脂肪抑制 T1 強調像と T2 強調像では周囲と等信号を示した。膵尾部には動脈相で高信号を呈する病変を認め、T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号であった。超音波内視鏡検査では、膵尾部に 1cm 大、内部は比較的均一で境界明瞭整な低エコー病変を認め、被膜形成や側方音響陰影は認めなかった。病変エコーと脾エコーは類似しており、膵病変は膵内副脾を第一に考えた。そこで、十分な説明と同意の上で EUS-FNA を施行した。病理組織結果は、弱好酸性胞体を有する小型細胞がシート状に認められ、Solid- pseudopapillary neoplasm であった。肝腫瘍生検を実施、病理組織診断は脂肪肝であり、画像診断と合致するものであった。当院外科で膵尾部脾合併切除術を施行。切除標本では、膵実質内に径 5mm 程の異所性の脾組織が認められ、膵内副脾と最終診断された。EUS-FNA で得られた病理標本を再検討したところ、膵組織中に少数であるが脾組織が含まれていた。【まとめ】術前の画像診断で膵内副脾を強く疑った一切除例を経験した。EUS-FNA は病理組織学的根拠が得られ、膵充実性腫瘍の診断に有用である。しかし、画像診断と EUS-FNA による病理組織所見との乖離があった場合には、各画像はもちろん、病理標本の再検討や再 EUS-FNA を考慮する必要もあると考えられた。

45 内視鏡的経鼻膵管ドレナージが有効であった膵性腹水の 1 例

大同病院　消化器内科
○小川　和昭、榊原　聡介、藤城　卓也、野々垣浩二、
印牧　直人

【はじめに】膵性腹水は慢性膵炎の合併症として知られている。近年、経鼻膵管ドレナージや膵管ステントが慢性膵炎の内視鏡的治療に施行され、良好な成果をあげている。今回我々は、アルコール性急性膵炎から 1 年 3 か月経過後に出現した膵性腹水に対して、内視鏡的経鼻膵管ドレナージが有効であった 1 例を経験したので報告する。【症例】症例は 35 歳男性。2010 年 4 月にアルコール性急性膵炎のために他院入院歴あり。2011 年 7 月上旬から腹部膨満感を自覚、改善ないため 8 月に当院消化器内科に受診となった。腹部 CT 検査で、大量の腹水を認めた。腹水穿刺にて、アミラーゼ 22870 IU/l と高値であったために、膵液漏を疑い ERP 施行。膵尾部から造影剤の漏出を認めた。そのため 6Fr 経鼻膵管ドレナージチューブを留置した。腹水は徐々に減少していき、第 28 病日の経鼻膵管ドレナージチューブからの造影では、膵尾部からの造影剤の漏出は認めなくなった。食事を再開するも腹水の増加を認めず、第 38 病日に膵管ドレナージチューブ抜去。腹水増加ないことを確認し退院となった。【考察】膵性腹水に対して内視鏡的経鼻膵管ドレナージが有効であった 1 例を経験した。以前は膵性腹水に対して保存的治療が効果を認めない場合は、外科的治療が考慮された。近年、経鼻膵管ドレナージや膵管ステントを施行した症例が散見され、良好な結果が報告されている。本症例も早期に経鼻膵管ドレナージチューブを留置して改善を認めた。膵性腹水に対する膵管ドレナージは有用な治療法と考えられたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

46 膵性腹水・膵性胸水の一例

愛知医科大学病院　消化器内科
○吉峰　　崇、小林　佑次、石井　紀光、井上　匡央、
野田　久嗣、田邉　敦資、佐々木誠人、中尾　春壽、
春日井邦夫、米田　政志

【症例】41 歳 , 女性【主訴】腹部膨満感【家族歴・既往歴】特記事項なし【飲酒歴】ウイスキー 450ml/ 日 ×20 年【臨床経過】2011 年 5 月初旬に腹痛発作がみられるも自然軽快したため放置されていた .その後 , 腹部膨満感が出現し , 近医を受診 . 腹部 CT 検査にて多量の腹水を認めたため , 精査加療目的にて当院入院となった . 血液検査にて炎症反応と膵型アミラーゼの上昇を認めた . 腹水穿刺液検査では , 膵型アミラーゼ 13280IU/l と異常高値を認めた . 腹部 CT 検査で膵体部に , 膵実質の断裂を疑う所見を認めた .ERCP にて , 造影剤が膵体部より膵外の流出を確認し , 膵管の断裂と膵液の漏出による膵性腹水と診断した . 膵管の減圧目的に断裂部位より乳頭側に膵管ステントを留置した . その後 , 絶食・補液 , アルブミン投与 , 抗生剤 , 蛋白分解酵素阻害薬 , 利尿剤を併用し徐々に全身状態の改善と腹水の減少を認め , 体重も入院時 53.0kg から 46.2kg まで減少し , 入院第 24 病日目に退院となった . 退院後 ,3 日目に背部痛が出現し再入院となった .CT 検査にて腹水の減少は認めるものの , 膵管と連続する仮性嚢胞と右胸水貯留を認めた . 胸水中のアミラーゼは高値であり , 仮性嚢胞の縦隔への穿破によるものと考えられた . 再度 ,ERCP を施行し , 膵管の減圧と膵液のドレナージ目的にて膵断裂部位を越えて ,ENPD を留置した . また , 呼吸苦も出現したことから胸腔ドレナージを施行した . その後は保存的加療にて胸水は徐々に減少し , 症状も改善した . 後日に施行した膵管造影では , 膵管の断裂部の改善が確認された . 膵管の前面への破綻は腹腔内への内膵液瘻の形成により膵性腹水となり , 後面での破綻は膵液が大動脈・食道周囲の抵抗減弱部に沿って上行 , 縦隔への内瘻を形成 , さらに胸腔内穿孔を生じて膵性胸水になると報告がある . 今回 , 膵性腹水及び膵性胸水の一例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する .

47 麻疹ウイルスが原因と考えられたウイルス性膵炎の 1 例

岐阜県立多治見病院　消化器科
○加地　謙太、佐野　　仁、安藤　健二、水島　隆史、
吉村　至広、西　　祐二、西江　裕忠、夏目まこと、
福定　繁紀

【症例】62 歳男性【主訴】発熱、腹痛【現病歴】H23 年 4 月中旬より発熱、上腹部鈍痛、腹部膨満感あり近医を受診。尿路感染症の診断で抗生剤処方され内服していたが、上腹部鈍痛持続、38 ～ 39℃の高熱出現し 4 月 18 日に当科紹介受診となった。【既往歴】虫垂炎（9 歳）、急性 B 型肝炎（26 歳）、高血圧症（55 歳）、腹部大動脈瘤（58 歳）【経過】採血検査では血清 Elastase1 値が上昇していた。腹部 CT 検査で膵は全体に腫大し、また後腹膜、腹腔内の多発リンパ節が腫大し、PET/CT 検査では膵全体、腹腔内、傍大動脈領域リンパ節に FDG の集積亢進を認めた。自己免疫性膵炎、膵癌、悪性リンパ腫、ウイルス性膵炎等が疑われ、4 月 27 日精査目的で入院。入院時には症状は軽快傾向であった。入院後、腹部超音波、MRCP、超音波内視鏡検査等を行ったが膵腫大、膵管の拡張や明らかな狭細像、胆管壁肥厚、有意なリンパ節腫大は認めなかった。診断確定のため EUS-FNA を予定していたが、5 月 2 日に再検した腹部 CT では初診時に比し、膵腫大、リンパ節腫大とも著明に改善していたため EUS-FNA は中止し退院となった。入院中に施行したウイルス検査にて麻疹ウイルス IgM 抗体価の上昇が退院後に判明し、麻疹ウイルスによるウイルス性膵炎であったと考えられた。【考察】麻疹は小児期（1 ～ 5 歳）に好発し、二峰性発熱、融合伴う発疹、コプリック斑、下痢、感冒症状が主症状で、脳炎、中耳炎、肺炎等など合併症を起こしやすいウイルス感染症である。本症例は高熱、上腹部鈍痛が主症状で二峰性発熱や発疹、コプリック斑等の典型的な麻疹症状は認めなかった。膵炎の合併は珍しく報告例も少ない。原因不明の膵炎の鑑別疾患として、麻疹に特有の症状を認めなくても、麻疹ウイルスの感染に伴うウイルス性膵炎も念頭に置く必要があると考えられた。

48　アルコール性肝膵障害合併糖尿病の健診事例から学ぶ今後の介入動向

かすみがうらクリニック
○廣藤　秀雄

【症例】41 歳、男性〈主訴〉会社健診でアルコール性肝障害と糖尿病を指摘〈生活歴〉初飲 18 歳、24 歳から習慣飲酒。飲酒運転厳罰後に飲み会は激減。休日に朝酒し休肝日なく妻の介入もない。趣味 : オートバイツーリング〈既往歴〉なし〈家族歴〉母 : 糖尿病疑い〈現病歴〉平成 23 年 4/25 の健診にて AST 46 IU/L, ALT 74 IU/L, γ GTP 501 IU/L, 血糖 200mg/dL, 尿糖 4+ を指摘。問題飲酒の治療目的にて当院紹介となる〈外来経過〉5/2、当院アルコール専門外来を初診。酒量 : ビール（350mL）1 本と夜に焼酎水割り 2 杯 / 日。腹痛なく、皮膚湿潤し、手指振戦あり。血清アミラーゼ 498 IU/L、血糖 433 mg/dL, Hb A1c 9.1 % と上昇。腹部エコーを内科依頼され、軽度脂肪肝のみ。5/21、再診。1）週 2 回の休肝日を守り、2）酒類はビールだけ、3）妻の否認もあり、節酒指導となった。ただし、多量飲酒が糖尿病に悪影響すると説明された。妻が精神科通院を拒否し、内科診療を要求したためアルコール専門外来を離脱し内科受診となる。血圧 112/70。肝臓触知せず。糖尿病の治療も希望された。消化器内科の立場から患者と妻に膵炎の原因を絶つ断酒が最良と介入した。食生活改善を促し、内服治療を追加した。6/4、栄養指導に来院時、2 週間前から断酒を実行。離脱症状はなく皮膚は湿潤気味。「サプリメントを続けてもいいですか」という妻の質問に「とてもいいことなので問題ありません」と肯定的に応えると、表情が緩んだ。8/13、食後 1 時間血糖 201 mg/dL, Hb A1c 6.8%, アミラーゼ 179 IU/L まで改善。一方、AST 52 IU/L, ALT 121 IU/L, γ GTP 366 IU/L と断酒 3 カ月後も肝障害の回復が遅延した。【考察】アルコール依存症治療薬の開発に伴う標準的治療として従来の断酒から、まず中間目標の節酒を目指す世界的動向がある。オピオイド受容体拮抗薬に期待される節酒状態を維持可能にする効果によるが、精神科を除く一般医科の立場から先行する飲酒容認に混乱が残る。

49　門脈浸潤を来たした進行胃癌の 1 例

[1] 岐阜県厚生連　久美愛厚生病院　消化器内科、
[2] 岐阜県厚生連　久美愛厚生病院　外科
○加藤幸一郎 [1]、杉山　和久 [1]、長瀬　裕平 [1]、横畑　幸司 [1]、
丹羽　慶樹 [1]、堀　明洋 [2]

症例は 84 歳女性。貧血を主訴に近医より紹介受診し、上部消化管内視鏡検査で体中部小弯後壁に 1 型の中分化型管状腺癌を認めた。腹部造影 CT にて門脈本幹内への進展と思われる腫瘍の拡大が見られた。腹部超音波検査においても門脈内の充実性腫瘤を認めた。明かな遠隔転移なく、手術的治療を施行した。左胃静脈より浸潤する腫瘍成分を認め、門脈合併切除を施行した。
〈考察〉門脈腫瘍塞栓を認める胃癌の症例では、比較的発生頻度が少ないが肝転移を伴うものが約 60% と進行した状態のものが多い。また AFP 産生胃癌における門脈腫瘍塞栓の発生頻度は通常よりも高く、AFP を血液や病理検査で検索する事も有用である。門脈腫瘍塞栓の発生機序として 1 胃癌が直接門脈内に浸潤　2 胃癌の肝転移巣から門脈内に浸潤　3 胃癌と門脈腫瘍塞栓を伴う肝細胞がんの合併が考えられるが、本症例では術中所見より 1 の発生機序と考えられる。また門脈内の腫瘍塞栓と血栓との鑑別においては腹部超音波検査（とくにカラードプラ -）が有用な検査である。内部の血流の状態で肝細胞がんによる腫瘍塞栓では hypervascular、胃癌による腫瘍塞栓では hypovascular などの鑑別が可能である。
〈結語〉門脈浸潤を来した進行胃癌の症例を経験した。文献による頻度から、今回の症例は比較的稀な病態であった。

50　吐血で発症した胃癌の 4 症例

公立学校共済組合　東海中央病院　消化器内視鏡センター
○大塚　裕之、清野　隆史、森島　大雅、石川　英樹

吐血を契機に発見された胃癌の 4 例を経験したので報告する。【症例 1】42 歳男性。タール便と立ちくらみがあり近医より紹介受診。Hb10.8 と軽度貧血を認め、緊急上部消化管内視鏡検査を施行すると体中部大彎後壁よりに露出血管のある深掘れ潰瘍が観察され、止血術を施行した。生検では Group 5, Adenocarcinoma であり、外科で幽門側胃切除術を施行した。【症例 2】71 歳男性。黒色便と吐血があり受診。Hb9.9 と貧血を認め、緊急上部消化管内視鏡検査を施行すると胃内に暗赤色のコアグラあり、体中部大彎後壁に A1 stage ulcer が観察され、止血術を施行した。生検では Group 5, Adenocarcinoma であり、不規則な腺管構造を有する Poorly differenciated adenocarcinoma の浸潤性増殖を認め、外科で胃全摘術を施行した。【症例 3】72 歳男性。大量下血あり救急受診。Hb6.9 と貧血を認め、緊急上部消化管内視鏡検査を施行すると胃角部に境界比較的明瞭な大きな陥凹性病変あり潰瘍底の凹凸不整は乏しいものが観察され、止血術を施行した。生検では悪性像が確認できなかったため、消炎後の再検となった。再検時の肉眼型は IIc+III（表面陥凹型）であり、生検では Group 4, highly suspicious for malignancy であり、外科で幽門側胃切除術を施行した。【症例 4】62 歳男性。Hb12.9 と軽度貧血を認め、上部消化管内視鏡検査を施行すると角部に露出血管のある巨大な深掘れ潰瘍が観察され、止血術を施行した。生検では Group 5, gastric cancer であり、今後外科で手術予定である。【まとめ】吐血の原因としては、胃潰瘍・十二指腸潰瘍、食道静脈瘤・胃静脈瘤、マロリーワイス症候群、出血性胃炎、胃癌・食道癌、その他があげられるが、胃癌の頻度は高いものではない。また、わが国における胃癌の 6 割は早期で発見されるが、その多くは症状がなく、健康診断の胃 X 線造影検査や上部消化管内視鏡検査で発見される。今回、我々は吐血で発症した胃癌の 4 症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

51　一年間の S-1 術後補助化学療法により無再発生存中の CY1 胃腺扁平上皮癌の 1 例

名古屋市立大学大学院　消化器代謝内科学
○海老　正秀、志村　貴也、北川　美香、田中　守、
平田　慶和、村上　賢治、森　義徳、溝下　勤、
谷田　諭史、片岡　洋望、神谷　武、城　卓志

［症例］74 歳の男性。［主訴］心窩部痛 , 冷汗 , タール便。［既往歴］高血圧［現病歴］2009 年 2 月ごろより , 心窩部痛を自覚していた。4 月 7 日タール便あり , 心窩部痛の悪化および冷汗出現したため , 同日当院救急外来に受診した。［現症］意識清明。血圧 114/58 mmHg 脈拍 71 回 / 分 , 体温 35.3℃。血液生化学検査では Hb=9.6 g/dl と貧血を認め ,CEA=7.1 ng/ml, CA19-9=56.9 U/ml と腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部造影 CT では胃前庭部から体部にかけて後壁の壁肥厚および小彎リンパ節の腫大を認めた。腹水は認めなかった。緊急上部消化管内視鏡検査にて胃角部後壁に巨大な潰瘍性病変を認め , 潰瘍底には血液が付着し詳細が不明であったため、4 月 13 日再検したところ , 胃角部後壁に約 5cm 大の周囲に隆起を伴った厚みにある潰瘍性病変を認めた。潰瘍底は、厚い白苔におおわれ周囲の隆起は粘膜下腫瘍様で内側に発赤したわずかな上皮性の変化を伴っていた。同部位からの生検にて扁平上皮癌と診断し、4 月 20 日幽門側胃切除術を施行した。術後の病理組織学的検査では腫瘍のほとんどは扁平上皮癌であったが一部に粘液産生をみとめたことから、腺扁平上皮癌と診断した。腹腔洗浄細胞診で扁平上皮癌をみとめたことから総合所見は pT3,pN1,sH0,sP0,pCY1,M1, f Stage4 であった。6 月 10 日から術後補助化学療法として S-1 を 1 年間内服し、手術後から 2 年 5 ヶ月経過した現在再発所見をみとめていない。S-1 の Relative dose intensity は 87.8% であり、主な有害事象は Grade2 の味覚障害と Grade 1 の下痢・羞明等であった。胃腺扁平上皮癌はまれな組織型であり腺癌に比べ予後不良といわれている。若干の文献的考察を含めて報告する。

52　AFP 産生をともなわない PIVKA-II 産生胃癌の 1 例

[1] 山田赤十字病院　消化器科、[2] 三重中央医療センター　消化器科
○神廣　憲記 [1]、川口　真矢 [1]、杉本　真也 [1]、山本　玲 [1]、
山村　光弘 [1]、大山田　純 [1]、黒田　幹人 [1]、佐藤　兵衛 [1]、
福家　博史 [1]、亀井　昭 [2]

【はじめに】α -Fetoprotein（AFP）産生胃癌の中で protein induced by vitamin K absence or antagonist-II（PIVKA-II）を同時に産生するものが存在する . しかし , AFP 高値を示さず , かつ免疫組織染色にて抗 AFP 抗体染色陰性を示す , いわゆる AFP 産生をともなわない PIVKA-II 産生胃癌の報告は過去にみられない . 純粋な意味で PIVKA-II 産生胃癌の臨床像を反映していると考えられたので報告する .【症例】41 歳女性 . 20XX 年 8 月食思不振にて近医を受診し , 腹部 US にて多発肝腫瘤を指摘され当院へ紹介となった . 腹部造影 CT では bull's eye の所見を呈し転移性肝腫瘤に矛盾しない所見であったが , 腫瘍マーカーは CEA, CA19-9, AFP が正常範囲内で , PIVKA-II が 1044mAU/ml と高値を呈していた . 尚 , 肝炎ウイルスマーカー HBsAg, HCVAb は陰性であった . 原発巣精査のために施行した上部および下部消化管内視鏡検査を施行したところ , 噴門部小弯に径 3cm 大の周堤を伴う潰瘍性病変を認め高分化型腺癌と診断された . また , 腹部 US 下肝腫瘍生検では肝様腺癌と診断された . 免疫組織学的検査では胃および肝腫瘤共に抗 AFP 抗体染色陰性 , 抗 PIVKA-II 抗体染色陽性であり , PIVKA-II 産生胃癌（cT3（SE）, cN1, cH1, cM0, cStage IV ）と診断した . S-1+CDDP による化学療法を 1st line とし化学療法を施行したが , 初診後 6 ヵ月で死亡された .

53 FDG-PET 検査にて発見された異時性多発大腸癌を伴った進行胃 GIST の一例

[1] 三重大学大学院　消化管・小児外科学、
[2] 三重大学大学院　先端的外科技術開発学
○近藤　哲[1]、毛利　靖彦[1]、安田　裕美[1]、石野　義人[1]、
森本　雄貴[1]、大井　正貴[2]、田中　光司[1]、荒木　俊光[1]、
井上　靖浩[1]、楠　正人[1,2]

症例 :60 代男性。現病歴 : 平成 15 年月 9 頃より腹痛を自覚。平成 16 年 5 月、近医を受診し、胃 GIST と診断され当院紹介受診となる。腹部造影 CT 検査にて GIST は膵体尾部への浸潤が疑われ、肝 S4 および S7 に転移巣を認めた。平成 16 年 6 月、胃全摘術および膵体尾部、脾合併切除施行し、術後 1 カ月後よりイマニチブの投与を開始した。投与開始後、肝転移巣は徐々に縮小し、CT にても造影効果は減少した。投与開始後 3 年経過した時点で S7 および S8 に転移巣が出現し、肝切除および術中 RFA を施行した。その後、転移巣の増悪あるいは出現は認めなかったが、平成 20 年 8 月の FDG-PET 検査にて脾湾曲部の下行結腸に異常集積を認めた。大腸内視鏡検査にて下行結腸、S 状結腸および直腸にそれぞれ 2 型、2 型および 1 型腫瘍を認め生検にて腺癌の所見を認め、多発大腸癌と診断した。平成 20 年 10 月大腸亜全摘術を施行し術後約 3 年年経過した現在で再発を認めていない。今回、我々は進行胃 GIST に多発大腸癌を異時性に合併した 1 例を経験した。GIST と消化器癌の合併について文献的考察を加えて報告する。

54 早期胃癌の胃 ESD 後の潰瘍瘢痕部に生じた胃過形成性ポリープの 1 例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科
○大橋　彩子[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、
仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、大森　寛行[1]、
鬼塚　亮一[1]、桑原　崇通[1]、松井　健一[1]、今田　敦実[1]、
小川　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　誠[2]

【症例】78 歳，男性．H22/5 の健診胃 X-p･GIF にて胃腫瘍を認め，5/24 に当科へ紹介．GIF では，(1) 胃前庭部小弯後壁寄りに発赤した表面不整な 3cm の山田 III 型の隆起性病変，UL (-)，0 I 型，tub1,M, (2) 胃体中部大弯に発赤した 4cm の山田 IV 型の胃過形成性ポリープ，他に (3) 胃体部に数個の胃過形成性ポリープを認めた．諸検査にて転移はみられず，6/17 に (1) に対して胃 ESD, (2) に対して胃 EMR を施行．組織学的には，(1) tub1,m,ly0,v0,cut end (-)，(2) 胃過形成性ポリープ，H.p. 陽性であった．術後，rabeprazole 20mg/ 日，polaprezinc 1g/ 日，malfa 30ml/ 日とし，退院．9/7 の GIF では，胃 ESD 後の潰瘍瘢痕部に発赤した 5mm の山田 I 型の隆起(Group I) を認め，GERD 症状があったため rabeprazole 10mg/ 日を継続した．12/14 の GIF では，胃 ESD 後の瘢痕部の隆起は山田 III 型，1cm に増大し(Group I)，他に(4)胃体上部小弯に 5mm の 0 IIc 型，tub1,M,UL (-) を認めた．再発・転移はなく，H23/1/25 に (4) に対して胃 ESD を施行．初回胃 ESD 後の瘢痕部の隆起は山田 III 型，1.5cm に増大していた (Group I)．組織学的には，(4) tub1,m,ly0,v0,cut end (-) であった．その後，タール便が時々出現し，3/22 の GIF では，初回胃 ESD 後の瘢痕部の隆起は山田 IV 型，2cm に増大し，出血あり．6/14 の GIF では，山田 IV 型，更に 2.5cm に増大し，出血あり．この時点で Hb の低下はなく，諸検査にて再発･転移もみられなかった．以上より，初回胃 ESD 後の潰瘍瘢痕部に生じた隆起性病変 (5) は徐々に増大し，タール便の原因である可能性が高いため，質的診断・治療目的で 7/6 に胃 ESD を施行．病変の中央は線維化が強く剥離に難渋したが，1 時間 58 分で終了した．同時に，初回 GIF よりある (6) 胃体中部大弯の 1cm の胃過形成性ポリープの胃 EMR も施行した．切除標本は，(5) 20 × 15 × 24mm/23 × 20 × 24mm, (6) 11 × 4mm で，組織学的には，いずれも胃過形成性ポリープであった．【結語】自験例は，比較的稀な胃 ESD 後の潰瘍瘢痕部に生じた胃過形成性ポリープの 1 例であり，H.p.，PPI，蠕動運動などの関与が示唆された．

55 PPI 投与中，胃過形成性ポリープが増加・増大した 1 例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科
○大森　寛行[1]、浜島　英司[1]、井本　正己[1]、中江　康之[1]、
仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、桑原　崇通[1]、
松井　健一[1]、鬼塚　亮一[1]、今田　数美[1]、小川　裕[1]、
鈴木　敏行[1]、伊藤　誠[2]

【症例】68 才 , 男性 . 既往歴は脂肪肝 , 大腸ポリープ .H16 年 11 月に , 胸焼けのため GIF を施行したところ , 胃前庭部ー体上部大弯に 3 ー 8mm 大 , 山田分類 I ー III 型の胃過形成性ポリープを数個と , 逆流性食道炎（LA 分類 grade M）を認めた .lansoprazole 30mg/ 日を投与し GERD は改善傾向であった .H21 年 6 月の GIF では , 胃ポリープを胃前庭部ー穹隆部大弯の広範囲に認め ,10 個以上に増加していた . また , 大きさは 5 ー 30mm 大と増大し , 山田分類 IV 型も認めた . 悪性の可能性もあると考え ,8 月に 8 個の大きな胃ポリープに対し胃 EMR を施行したが , 長時間かかり , 出血も認めたため数個のポリープは残った . 組織学的には ,hyperplastic foveolar polyps であり ,H.pylori（以下 H.p.）は陰性であった . この時点では ,PPI による胃ポリープの増大を考えたが , 尿素呼気試験が陽性であったため ,H.p. が関与している可能性があり H.p. 除菌を試みたが失敗した . その後は rabeprazole 10mg/ 日に変更した .H23 年 7 月の GIF では , 遺残ポリープが 10 ー 20mm に増大していたため ,8 個の胃ポリープに対し胃 EMR を施行した . 組織学的には hyperplastic foveolar polyps であり , 現在も外来で経過観察中である .【考案】自験例で , 胃過形成性ポリープが増大し増加した原因として ,PPI または H.p. 感染が考えられた .PPI により胃酸分泌が抑制され低酸状態になることや ,H.p. 感染による粘膜の慢性炎症が , 原因の 1 つと考えられている .PPI の中止や H.p. 除菌により胃過形成性ポリープが消失した報告もあり , 今後は H2RA への変更や H.p. 除菌の second line を行う予定である .【結語】自験例では , 胃過形成性ポリープが増加・増大し ,PPI または H.p. の関与が疑われた .

56 胃軸捻転症の一例

トヨタ記念病院
○宇佐美彰久、鈴木　貴久、篠田　昌孝、高士ひとみ、
村山　睦、内山　功子、遠藤　伸也

【症例】64 歳、女性。【既往歴】30 歳 : 帝王切開。42 歳 : 甲状腺腺腫手術。【主訴】心窩部痛、嘔吐。【現病歴】2011 年 6 月某日。4 日間持続する心窩部痛、食後の嘔吐にて当院救急外来を受診。腹部 CT にて胃捻転症を疑い同日入院となった。【入院時現症】血圧 :162/105mmHg、脈拍 :106 回 / 分。体温 :36.8℃。心窩部に軽度圧痛あり、反跳痛なし。【入院時検査所見】WBC 13900/μl,Hb 14.2g/dl,Plt 31.8×10^4/μl,AST 15U/l, ALT 10U/l,LDH 191U/L,Alp 229U/l,BUN 18mg/dl,Cr 0.8mg/dl,CRP 2.0mg/dl. 腹部 CT: 液面形成を伴い拡張した胃を認めた。食道・胃接合部は尾側に下降しており、下降した食道の前方に横走する前庭部を認めた。腹水は認めなかった。【入院後経過】腹部 CT にて、胃軸捻転症と診断した。造影 CT 検査にて胃壁の虚血性変化はなく、腹膜刺激症状も認めなかったことから、経鼻胃管を挿入し保存的治療を行った。入院翌日にも、心窩部痛が持続していたため内視鏡的に胃軸捻転の整復を行うことにした。透視下で内視鏡を挿入すると、胃底部には浅い潰瘍が多発していた。胃底部が変位しており、胃体部と思われる部位は捻れ、狭窄を呈していた。内視鏡をさらに挿入し狭窄部を超えると幽門輪が存在し、十二指腸球部にも潰瘍を認めた。内視鏡を十二指腸下行脚まで挿入し透視で確認すると、内視鏡は逆 α ループを形成していた。透視下で内視鏡を時計方向に回転させてループを解除した。その直後より腹部症状は消失した。内視鏡的整復 3 日後より流動食を開始し、第 13 病日に退院となった。外来で経過観察を行っているが、症状の再燃は認めていない。【結語】内視鏡的整復に成功した成人胃短軸捻転症の一例を経験した。造影 CT、特に再構成 3D 画像が早期診断、治療方針決定に有用であった。

57 APC 焼灼術後に遅発性穿孔を起こした DAVE の一例

医療法人　山下病院
○富永雄一郎、富田　誠、小田　雄一、服部　昌志、
磯部　祥、広瀬　健、江藤　奈緒、服部外志之、
中澤　三郎

症例は 82 歳女性。近医にて貧血を指摘され通院加療していたが、貧血の増悪を認めるため精査加療目的にて当院へ紹介受診。上部消化管内視鏡検査を行ったところ、幽門ー前庭部にかけて全周性の広範囲な毛細血管による発赤を認め DAVE（diffuse antral vascular ectasia）と診断した。全大腸内視鏡検査を行ったが貧血に成り得る病変を認めないため、DAVE による貧血と考えられ APC 焼灼術を行った。初回の APC 焼灼術から 10 日後に 2 回目の APC 焼灼術を行った。術中は順調に施行し術直後にも腹痛は認めなかったが、術後 6 時間経過した後に急に腹痛が出現した。腹部 CT 検査を行ったところ、腹腔内に free air と少量の腹水を認めたため、APC 焼灼術による遅発性穿孔と診断した。保存的治療にて軽快した後、上部消化管内視鏡検査を行ったところ前庭部前壁に潰瘍を認めたため、同部位が穿孔部位と考えられた。その後 3 回追加し計 5 回の APC 焼灼術を行い、治療を終了した。今回我々は APC 焼灼術後に遅発性穿孔を起こした DAVE の一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。電導性の高いアルゴンガス中の放電は電流密度が低く均一で、組織を浅く凝固させるため穿孔リスクは低いとされている。我々の検索した限りでは同治療における遅発性穿孔に関する報告はないことから、稀な症例であったものと考えられた。

58 Menetrier 病の 1 例

豊橋市民病院　消化器内科
○廣瀬　崇、浦野　文博、北畠　秀介、藤田　基和、
内藤　岳人、山田　雅弘、山本　英子、松原　浩、
河合　学、樋口　俊哉、田中　浩敬、岡村　正造

【症例】59 歳、女性【主訴】食思不振、浮腫【既往歴】虫垂炎手術、妊娠中毒症、子癇発作、高脂血症【現病歴】平成 22 年 1 月末より、上下肢の浮腫、胃部不快感を主訴に近医を受診。胸部 X 線にて右胸水を認め、また顔面浮腫も出現した事より、心不全の疑いにて 2 月 9 日に当院循環器内科に紹介受診となった。心臓超音波検査にて心不全は否定的であったため、胸水を穿刺したところ、黄色透明の漏出性胸水であった。血液生化学検査では総蛋白 3.5g/dL、アルブミン 2.1g/dL と低値であり、低アルブミン血症が胸水の原因と考えられた。CT 上は胸腹水を認めたが、肝の形態には異常はみられなかった。また尿蛋白も陰性であった。低アルブミン血症の原因は不明であったが、全身状態の悪化がみられたため、2 月 17 日、精査目的で入院となった。【経過】下痢が持続しており、蛋白漏出性胃腸症を疑い、Tc99m シンチグラフィを施行したところ、小腸に集積を認めた。α 1 アンチトリプシンテストは高値であった。上部消化管造影と上部消化管内視鏡にて胃体部に巨大皺襞を認めたが、硬化はみられなかった。また、内視鏡下生検で massive feveolar hyperplasia を認めたため、Menetrier 病と診断し、プロトンポンプ阻害剤、抗コリン剤で治療を開始した。治療開始後も食思不振や下痢は改善しなかったため、プレドニゾロン 30mg より投与を開始した。これにより、食欲は改善し、浮腫も軽減した。プレドニゾロンは漸減し、5mg/ 日で 4 月 28 日に退院となった。その後も経過は良好であったため、平成 22 年 8 月 21 日からプレドニゾロンを中止したところ、下痢の増悪と、内視鏡所見の悪化を認めたため、平成 23 年 1 月から再度プレドニゾロン 30mg/ 日にて内服を開始、現在も 5mg/ 日で投与中である。【まとめ】食指不振、浮腫にて発症した Menetrier 病の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

59　胃癌肉腫の１例

名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学
○金　正修、安藤　貴文、石黒　和博、前田　修、
渡辺　修、日比　知志、神谷　徹、三村　俊哉、
氏原　正樹、平山　裕、森瀬　和宏、宮原　良二、
大宮　直木、後藤　秀実

症例は 62 歳、女性。糖尿病にて近医通院中に貧血を指摘され、上部内視鏡検査が施行された。胃癌が認められたので精査加療のため当院に紹介となった。当院で行った上部内視鏡検査では前庭部前壁に 6×4 センチの潰瘍部と隆起部からなる腫瘤を認め、生検で腺癌と肉腫が疑われる異型細胞を認めた。造影 CT では胃前庭部から幽門にかけて胃原発と考えられる腫瘤、多発する肝転移及びリンパ節転移を認めた。化学療法を予定したが、出血のコントロール不良のため、幽門側胃切除術が施行された。切除標本の病理組織学的所見は、潰瘍部には腺癌を認め、隆起部には中ー低分化な腺癌像と伴に軟骨成分を伴う紡錘形の異型細胞が蜜に増殖する肉腫を認めた。術後に S-1+CDDP 療法が行われたが､CT 検査で肝転移巣, リンパ節転移巣の増悪を認めたため、イホスファミド及びドキソルビシン併用療法を行っている。胃癌肉腫は本邦では約 50 例報告されているが、未だ標準的治療が確立されておらず今後の治療の確立が望まれる。

60 Infliximab の増量投与が著効したクローン病の 1 例

豊橋市民病院　消化器内科
○三竹　泰弘、田中　浩敬、樋口　俊哉、河合　　学、
松原　　浩、山本　英子、北畠　秀介、山田　雅弘、
内藤　岳人、藤田　基和、浦野　文博、岡村　正造

【症例】27 歳　男性【主訴】下痢　腹痛【家族歴】特記事項なし【既往歴】平成 19 年 5 月（23 歳）に水様下痢、発熱、腹痛で小腸大腸型クローン病を発症し入院となった。同年 6 月 7 日より AZA50mg と infliximab の 0 週、2 週、6 週の 3 回投与が行われた。infliximab 初回投与後、3 日目には下痢が消失、腹痛も消失した。外来にて AZA50mg 内服で寛解維持していたが平成 19 年 9 月より通院を自己中断していた。【現病歴】平成 23 年 5 月に、腹痛、発熱、体重減少を認め外来受診。【身体所見】体温 37.5 度、臍周囲に間欠的な痛みあり、腹膜刺激症状はなかった。また血液生化学所見では WBC8100/μL、CRP8.23mg/dl、赤沈（60 分）51mm と炎症反応を認めた。【臨床経過】AZA50mg で再開し、白血球数を指標に 100mg まで増量したが効果がなかった。AZA に加えて、平成 23 年 5 月 30 日から infliximab 5mg/kg 投与を 0 週、2 週、6 週で再投与した。0 週投与翌日には、下痢は消失し、腹痛は軽快した。症状の改善がみられたものの、効果は一過性で 2 週、6 週の投与時には投与後、2 から 3 週間後には下痢、下血、腹痛が出現していた。infliximab に対して効果が認められながらも、その効果が減弱したクローン病患者に対して平成 23 年 8 月より infliximab 10mg/kg の投与が保険適応となったため、平成 23 年 8 月 22 日に維持投与量を 10mg/kg に増量した。投与直後から症状は軽快し血液生化学検査においても、WBC4900/μL、CRP0.28mg/dl、赤沈（60 分）13mm と炎症反応は著明に改善していた。【結語】今回我々は infliximab 5mg/kg の投与による効果減弱例に対して 10mg/kg への増量が有効であったクローン病の 1 例を経験したので報告する。

61 81 歳男性に発症した大腸クローン病の 1 例

東濃厚生病院　内科
○吉田　正樹、菊池　正和、長屋　寿彦、藤本　正夫、
山瀬　裕彦

クローン病の発症年齢は 10 歳代から 30 歳代の若年層が中心で、65 歳以上の高齢者は 1.3% に過ぎないとされている。特に 80 歳以上での発症は非常にまれであり、大腸疾患の診断において、初診時には診断の盲点になりやすい疾患である。私どもは 81 歳男性の初発の大腸クローン病患者を経験したので、その臨床経過を、内視鏡、注腸 X 線を中心に報告する。症例は 81 歳、男性。下腹部の鈍痛と軽度の下痢を主訴に当院を受診。発熱はなく、採血上、白血球数は 5990 と正常範囲であったが、CRP は 9.7 と中等度上昇していた。腹部 CT では大腸の脾彎曲部と S 状結腸に全周性の大腸壁肥厚を認めた。大腸内視鏡では、2 ヶ所とも非常に狭窄しており、縦走性潰瘍とつやのある多発性のポリープ状の粘膜が観察された。狭窄が強く、脾彎曲部以深には挿入不能であったが、肛門側の大腸は、前述の 2 病変以外は全く正常であった。十数個の生検を施行したが、大腸癌、悪性リンパ腫、大腸結核は否定された。ガストログラフィン注腸では、横行結腸中部と肝彎曲部にも縦走性潰瘍を認めた。当初 2 週間は入院とし、半消化態栄養 600 カロリーと輸液とした。2 週間後の大腸内視鏡は回腸終末部まで挿入可能で、横行結腸から S 状結腸にかけて非連続性にやや幅広の縦走潰瘍を伴う不整型の潰瘍性病変を 5 ヶ所に認め、クローン病の内視鏡像に矛盾はないと考えられた。小腸 X 線造影では異常を認めなかった。3 ヶ月目以降、ペンタサ 3000mg、イムラン 50mg の内服を開始した。4 ヶ月目に 38℃の発熱と食欲不振が出現したため、プレドニンを 40mg から漸減投与したところ、速やかに解熱し、体調が回復した。自覚症状は完全に消失したが、CRP が 8、血沈が 80mm と炎症反応が改善せず、大腸の潰瘍性病変の治癒も遅いため、9 ヶ月目以降はレミケードの計画的維持投与も併用した。経過中に施行した 6 回の生検では、いずれからも典型的な非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認めなかった。しかし、3 ヶ月目以降は、内視鏡上も注腸 X 線造影上もクローン病の所見がはっきり出て、狭窄が改善し、潰瘍も瘢痕化しつつあり、初診後 1 年 7 ヶ月が経過した。

62 大腸穿孔を来たした小腸大腸型クローン病の 1 例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科
○松井　健一[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、
仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、大森　寛行[1]、
鬼塚　亮一[1]、桑原　崇通[1]、今田　数実[1]、小川　　裕[1]、
鈴木　敏行[1]、伊藤　　誠[2]

【症例】26 歳 , 米国人男性 . 主訴は発熱 . 既往歴は , 米国で 22 歳より小腸大腸型クローン病（以下 CD）,22 歳時に痔瘻の手術 . 現病歴は , 日本滞在中 , 平成 23 年 6 月 15 日に発熱で当院入院 , 絶食・抗生剤の点滴で軽快し第 9 病日に退院 , しかし , その後下血や高熱を来たし ,7 月 8 日に当院 ER を受診 . 現症は 40℃の高熱 , 腹部は平坦・軟 , 肛門周囲に血液付着を認めた . 採血では ,Hb 9.5g/dl と貧血を認め ,Alb 2.4g/dl と低下 ,CRP 19.73mg/dl, と上昇 ,C7-HRP は陰性であった . 腹部 CT では , 全大腸・直腸の壁肥厚 , 周囲の脂肪織濃度上昇を認めた .CD 再燃に加え何らかの感染症の合併を考え , 入院時より絶食とし ,FMOX 2g/ 日を投与した . 感染悪化を懸念し ,2007 年 2 月から服用していた methotrexate 40mg/ 日は中止 ,adalimumab 40mg/ 週は継続とした . 第 4 病日には CRP 12.43mg/dl と低下 , しかし肝障害を来たし , 薬剤性も考え同日から抗生剤を CTM に変更した . また , 第 6 病日から mesalazine 4000mg/ 日の内服を開始 . その後 , 肝障害は改善するも , 炎症反応は悪化 , 第 8 病日に腹部造影 CT を再検したが , 炎症の focus となりえる所見は認めず , 原疾患の更なるコントロールが必要と考え , 第 9 病日より prednisolone 30mg/ 日の内服を開始 . しかし , 第 12 病日の腹部 CT 上 , 腹腔内遊離ガスが出現し , 消化管穿孔を疑い , 同日緊急手術を施行した . 術中 CF では ,R ー A に敷石状変化 , 多発する縦走潰瘍を認め ,Ra に 10mm の穿孔を認めた . 術中 R 以外に複数の穿孔を認め ,Ra ー C の亜全摘 , 回腸瘻造設を行い , 残存直腸は粘液瘻とした . 切除標本は組織学的には , 活動性の CD を示す所見であった . 術後は発熱が遷延したが , 明らかな膿瘍形成などはなく , 第 22 病日に infliximab 5mg/kg を投与 , その後 IVH カテーテル由来の真菌血症や肺炎 , 骨盤内膿瘍による発熱が続き ,infliximab の再投与は延期としたが ,levofloxacin,itraconazole の投与にて制御され , 第 47 病日に退院 , 現在は外来で経過観察中で , 感染が落ち着いたところで infliximab の再投与を行う予定である .【結語】大腸穿孔を来たし , 感染症の control に難渋した CD の 1 例を経験した .

63 壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎の 1 例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科
○鈴木　孝弘[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、
仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、桑原　崇通[1]、
松井　健一[1]、大森　寛行[1]、鬼塚　亮一[1]、今田　数実[1]、
小川　　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　　誠[2]

【症例】44 歳 , 女性 . 主訴は , 発熱・咳 .H2 に潰瘍性大腸炎（以下 UC）, 全大腸炎型を発症し , 当科で salazosulphapiridine 300mg/ 日の内服で臨床的寛解であった .H23/8/11 より発熱・咳が出現し , 近医で loxoprofen sodium hydrate,clarithromycin を処方されたが症状の改善なく ,8/18 より 4 ー 5 回の新鮮血下血・下痢も出現するため 8/20 に当科受診 . 体温 38.2℃ , 腹部は平坦・軟で , 採血上 WBC18100/μl,Hb10.6g/dl,CRP19.09mg/dl であった . 胸部 X 線・CT で明らかな異常を認めず , 腹部 CT で全大腸の軽度壁肥厚を認めた . 気管支炎を契機とした UC 再燃（中等症）と考え、同日入院 . 第 1 病日より絶食 ,ampicillin/sulbactam+minocycline で治療を開始したが , 発熱・炎症反応の改善は認めなかった . 第 5 病日より左下腿に 3×2cm, 右上肢に 2×1cm の暗赤色の堤防状隆起を伴う潰瘍が出現し , 壊疽性膿皮症（以下 PG）を疑い , 皮膚生検・培養を施行 . 抗生剤は無効で , プロカルシトニンの上昇（-）で , 血液・喀痰・便培養のいずれも菌の検出（-）から感染症は否定的で ,UC の再燃に伴い PG を合併したと診断し , 第 7 病日より prednisolone（以下 PSL）90mg/ 日を投与開始 . 速やかに解熱し , 第 10 病日の採血上 CRP5.37mg/dl,WBC11900/μl と炎症反応の改善を認めた . 第 10 病日の CF で R ー S に粘膜の発赤・浮腫・糜爛を認め ,UC の活動期と診断 . 皮膚の培養で菌の検出（-）で , 生検は , 組織で真皮ー皮下脂肪織に好中球主体の炎症が高度であることから ,PG で compatible であった . 第 12 病日より PSL を 50mg/ 日に減量し , 第 14 病日より GCAP を週 2 回施行 . 第 17 病日に PSL を 30mg/ 日へ減量したが , 採血上 CRP2.14mg/dl,WBC10700/μl と炎症反応の上昇なく , 下痢・下血は消失した . 左下腿の潰瘍は 9×8cm と拡大傾向であるため PSL 無効の PG と考え , 第 14 病日より cyclosporine（以下 Cys）250 mg/ 日を内服開始 . 潰瘍の増大は stop したものの治癒が不十分で , 第 22 病日より infliximab（以下 IFX）5mg/kg を投与し , 現在当院入院中である .【結語】自験例は ,PG を合併した UC で ,UC は PSL・GCAP で改善したが ,PG は Cys・IFX の投与を要した難治性の PG であった .

64 難治性潰瘍性大腸炎治療中に発症した深部静脈血栓症および血栓性静脈炎

静岡県立綜合病院　消化器内科
○永倉千紗子、菊山　正隆、黒上　貴史、森田　敏広、
吉田　将雄、上田　　樹、奥野　真理、重友　美紀、
山田　友世、白根　尚文、鈴木　直之、萱原　隆久

症例は潰瘍性大腸炎（38 歳時発症）の 68 歳男性。3 日前からの発熱・下痢・下血を主訴に当院救急外来を受診。採血では炎症反応の上昇は軽度（WBC7500/μl、CRP2.03mg/dl）だったが、CT にて腸管壁に浮腫性変化を認めたため、入院加療の方針とした。CMV アンチゲネミア陽性であり、抗生剤とガンシクロビルの投与を開始、入院 3 日目からは右大腿部にブラッドアクセス留置し白血球除去療法を開始した。しかし、上記のみでは症状改善に乏しく、第 10 病日からは経口ステロイド 40mg/day の内服も併用した。ステロイド内服後は、腹部所見および炎症反応は速やかに軽快したため、白血球除去療法は計 7 回で中止とし、ステロイドも適宜漸減した。しかし、第 30 病日、発熱・右大腿部のブラッドアクセス刺入部を中心に著明な腫張・疼痛を認めるようになった。四肢血管ドップラーエコーおよび下肢 3DCT にて右大腿から総腸骨静脈に血栓形成を認めた。循環器内科コンサルトし、両腎静脈分岐下に IVC フィルターを留置し、ワーファリン内服を開始、第 45 病日に退院した。しかし、退院 2 日後、再度発熱を認め、救急外来を受診。WBC6600/μl、CRP9.73mg/dl と炎症反応上昇していたが、腹部所見には乏しく、潰瘍性大腸炎の増悪は考えにくかった。造影 CT 施行では、大腿静脈周囲の脂肪織濃度上昇が見られ、血栓性静脈炎と診断、その他熱源を疑う身体・検査所見に乏しく、血液培養からブラッドアクセス刺入部のスワブ培養と同じ Staphylococcus aureus が培養されたため、静脈血栓に感染を併発し菌血症をきたしたものと考えた。その後、化膿性脊椎炎も発症するなど、感染コントロールに難渋したが、保存的加療が奏功し、現在では外来通院を継続している。難治性潰瘍性大腸炎治療中に深部静脈血栓症およびコントロール困難な全身感染症を来した症例を経験したため、文献的考察を加えて発表する。

65 大腸亜全摘術後にサイトメガロウイルスに起因する小腸穿孔をきたした高齢者難治性潰瘍性大腸炎の 1 例

[1] 三重大学　大学院医学系研究科　消化管小児外科学、
[2] 三重大学　大学院医学系研究科　先端的外科技術開発学
○志村　匡信[1]、荒木　俊光[1]、藤川　裕之[1]、大北　喜基[1]、
大井　正貴[2]、田中　光司[1]、井上　靖浩[1]、内田　恵一[1]、
毛利　靖彦[1]、楠　　正人[1,2]

症例は 70 歳代女性。急激な下痢、血便をきたし他院に入院し、大腸内視鏡で直腸から連続したびらん、S 状結腸に多発潰瘍、横行結腸に巨大潰瘍が認められ潰瘍性大腸炎（UC）と診断された。プレドニゾロン（PSL）60mg/ 日の静脈内投与により症状の軽快傾向が認められ、PSL 漸減するも内視鏡的に潰瘍の改善は認められなかった。血中サイトメガロウイルス（CMV）抗原陽性だったが抗 CMV 薬は投与されず、PSL 再増量、顆粒球除去療法施行するも症状増悪し、同院入院 53 日目に大腸穿孔をきたし転院搬送された。
緊急で開腹術を施行し、上行結腸に穿孔を認め、大腸亜全摘 +S 状結腸粘液瘻造設 + 回腸人工肛門造設術を施行した。この際、小腸に異常は認めなかった。切除標本では結腸全長にわたる不規則な地図状潰瘍を認め、穿孔の認められた上行結腸壁の菲薄化は著明であった。切除標本の病理所見では、潰瘍底の血管内皮に核内封入体を認め、免疫染色にて CMV 抗体陽性であった。
術後 12 日目に突然人工肛門口から血便が認められ、内視鏡検査により人工肛門開口部近傍に多発小腸潰瘍と小腸穿孔を認めため、再開腹し回腸部分切除 + 回腸人工肛門再造設術を施行した。切除標本では潰瘍部の血管内皮に抗 CMV 抗原陽性細胞が認められた。術直後の血液検査では血中 CMV 抗原陽性であったため、抗 CMV 薬の投与を開始し、10 日後に陰転化を確認した。術後 2 ヶ月が経過したが、再出血なく全身状態は改善し経口摂取可能な状態まで回復している。
UC に対する PSL 投与中の CMV 再活性化は増悪因子や難治性要因の一つと考えられ、内科的治療に抵抗性で大腸穿孔をきたす例は少なくないが、本症例のように大腸切除術後に、CMV に起因する小腸穿孔は極めてまれであり、文献的考察を加えて報告する。

66 中毒性巨大結腸症で緊急手術を施行した高齢発症潰瘍性大腸炎の 1 例

岐阜大学医学部消化器病態学
○中西　孝之、荒木　寛司、杉山　智彦、出田　貴康、
河内　隆宏、久保田全哉、小野木章人、井深　貴士、
白木　　亮、清水　雅仁、森脇　久隆

症例は 67 歳 , 男性 . 現病歴は 2010 年 1 月（67 歳時）に 10 行 / 日以上の水様性下痢・顕血便を契機に近医で潰瘍性大腸炎（左側大腸炎型）と診断 . メサラジンとメサラジン注腸加療で症状は改善していたが , 同年 9 月より腹痛を伴わない 10 行超 / 日の血性下痢を認め , 改善しないため同年 11 月に当科紹介入院となった . 既往歴に心筋梗塞と右内頚動脈狭窄症 , 高脂血症があり , アスピリンとチクロピジンの内服中 .2010 年 7 月からは ALS と診断され加療を受けている . 入院時現症では , 腹部に圧痛なく , 筋力は左上肢優位の低下あり . 入院時血液検査所見では WBC 8190,CRP 6.10, 赤沈 31mm/1 時間 , 総蛋白 5.8g/dL,Alb 2.9g/dL であった .CMV antigenemia,PCT は陰性 . 入院時の大腸内視鏡検査で S 状結腸ー直腸のびまん性浮腫性変化と小潰瘍を認め , 単純 CT では同部の壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇があったが横行結腸の拡張は認めなかった . 重症度判定中等度 ,UC-DAI 重症の診断でプレドニゾロン 40mg/ 日を開始した .3 日目には排便回数や血液検査所見は改善傾向だった . しかし ,11 月 15 日夜間に酸素化の低下と呼吸困難感が出現した . 原因検索のために実施した CT で横行結腸の拡張が認められ単純 X 線検査にて横行結腸の横径が 7.1cm で中毒性巨大結腸症と診断した . 緊急手術の適応と判断し結腸全摘術 + 回腸人工肛門造設術を当院消化器外科で施行した . 腸管の著明な拡張があり , 切除標本病理検査では横行結腸を中心に壁の菲薄化と拡張があり , 上行結腸ー Rs まで全周性に粘膜の脱落が認められた . 横行結腸のもっとも菲薄化した部分では , 粘膜下層を主体とし漿膜に至る炎症浸潤が認められた . 高齢者の潰瘍性大腸炎の傾向として , 以前には軽症かつ直腸炎型が多いとの報告があるが , ここ最近は高齢者の 4 割が全大腸炎型 ,25% が重症で発症するとの報告が見られ , 本症例のように発症後 1 年以内に重篤化し手術に至ることもある . そのため , 高齢者の潰瘍性大腸炎が重症化する可能性を考慮し診療にあたるべきである .

67 ガンシクロビルが著効した難治性潰瘍性大腸炎の 1 例

[1] 春日井市民病院　消化器科、
[2] 名古屋市立大学　消化器・代謝内科学
○立松有美子[1]、森岡　　優[1]、尾関　貴紀[1]、加藤　晃久[1]、
松波加代子[1]、池内　寛和[1]、望月　寿人[1]、坂本　知行[1]、
高田　博樹[1]、祖父江　聡[1]、伊藤　和幸[1]、片野　敬仁[2]

症例は 81 歳女性 .2007 年 S 状結腸憩室穿孔のため , 横行結腸に人工肛門を造設 .S 状結腸から肛門は残存していた .2010 年 10 月肛門から血便あり当科受診し , 全大腸内視鏡検査（CS）で左側大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断された .5-ASA 内服にて治療を行い寛解していたが ,2011 年 5 月肛門と人工肛門からの頻回の血便あり再受診した .10 回以上の粘血便 ,37.5 度の発熱 ,Hb10.3 CRP4.31 を認め重症潰瘍性大腸炎と診断し入院加療となった . 入院時 CS では全大腸に広範なびらん , 潰瘍を認めた . 絶食 , ステロイド（PSL）30mg/day を併用し GCAP を施行したところ症状は軽快し CRP も陰性化した .PSL を 10mg/day まで減量したところで発熱 , 血便が増悪し CS を施行するとびらん , 潰瘍はさらに悪化し深掘れ潰瘍を伴っていた . この時の便培養 ,C. ディフィシルトキシンはいずれも陰性であり CS 所見からサイトメガロウイルス（CMV）感染を疑ったが , 血中 CMV 抗原検査（アンチゲネミア法）で陽性細胞数 1/300000 と弱陽性であり病理組織学上も CMV 感染の所見を認めなかったため ,PSL を 30mg/day に増量し治療を行った . しかし , 増量後も症状はさらに悪化し CRP は 7.2 まで上昇した .38 度以上の間欠熱と CS 所見より CMV 感染を完全に否定できなかったため , ガンシクロビルを 5mg/kg/day で投与したところ , 腹痛 , 血便 ,CRP は速やかに改善し ,CS 所見も深掘れ潰瘍の著明な改善を認めた . 本症例より ,PSL 投与時の潰瘍性大腸炎増悪例では血中 CMV 抗原検査が弱陽性であっても CMV 感染を念頭において治療する必要があると考えられた .

68　初発潰瘍性大腸炎と感染性腸炎の鑑別

藤田保健衛生大学病院　消化管内科
○城代　康貴、藤田　浩史、大森　崇文、加藤　祐子、
生野　浩和、市川裕一朗、釜谷　明美、米村　　穣、
大久保正明、小村　成臣、吉岡　大介、丸山　尚子、
鎌野　俊彰、石塚　隆充、中川　義仁、長坂　光夫、
柴田　知行、平田　一郎

諸言 : 潰瘍性大腸炎の医療受給者票交付件数は 2008 年度にはついに 10 万人をこえ平成 21 年度には 113,306 人が登録されておりその数は年々増えつづけてきている。潰瘍性大腸炎の臨床経過の 20% は初回発作型であり（2007 年度）、一部に感染性腸炎症例が含まれていると考えられている。目的 : 今回我々は腸管感染症の原因として頻度の高いサルモネラ腸炎と初発潰瘍性大腸炎の臨床的所見を比較検討し、その特徴から両者の鑑別が可能かどうか検討した。対称 :2005 年 1 月から 2009 年 12 月までの 60 ケ月間に便培養または腸液培養陽性となった非チフス性サルモネラ腸炎 17 症例（男性 13 例、女性 4 例）と同期間に診断しえた初発潰瘍性大腸炎 34 例（男性 16 例、女性 18 例）。結果 : サルモネラ腸炎では CRP9 以上（P=0.002）の炎症反応が高い症例や便回数 10 行以上（P=0.017）で 37℃以上（P=0.006）の発熱を伴う症例が多く、2 週間以内に S 状結腸カメラを含め内視鏡施行可能であった症例は 3 例（18%）のみであった。潰瘍性大腸炎では血便を高頻度に認めるが（P=0.017）、CRP1 以下（P=0,013）で平熱（P=0.006）の症例が多かった。結語 : サルモネラ腸炎は採血所見、臨床症状ともに激しく急性期に内視鏡診断が困難な症例が多いと考えられ初回発作と誤診される恐れは比較的少ないと考えられた。しかし、内視鏡可能な症例では炎症の分布より初発潰瘍性大腸炎と誤診される恐れが十分考えられ、上記症状を有する微慢性腸炎症例では特定疾患申請を慎重に吟味することで初発潰瘍性大腸炎との誤診を避けることが可能と考えられた。

69　潰瘍性大腸炎に発生した、早期大腸癌との鑑別が困難であった大腸腺腫の一例

[1] 豊橋医療センター、[2] 豊橋市民病院
○松下　正伸[1]、高田　都佳[1]、林　　直美[1]、武藤　俊博[1]、
野村　尚弘[1]、岡本喜一郎[1]、山下　克也[1]、佐藤　　健[1]、
市原　　透[1]、岡村　正造[2]

【症例】55 歳の男性。平成 17 年より全大腸炎型潰瘍性大腸炎の診断で当院通院開始、5-ASA 製剤を内服していた。平成 22 年、下部消化管内視鏡検査を施行、盲腸から直腸まで活動性の炎症は見られず、結腸直腸全体が白色調に瘢痕化していた。S 状結腸に径 2cm 程の背丈の低い隆起性病変がみられた。隆起の内部は面状に陥凹しており、辺縁には zig-zag pattern あり、内視鏡上 0-IIa+IIc と考えた。しかし同部位の病理組織検査は、病理医により tubular adenoma とする判断と高分化腺癌とする判断に分かれた。Step biopsy を行っても盲腸から直腸まで dysplasia が見られなかったため、sporadic cancer もしくは sporadic adenoma の可能性が高いと考えられた。標準治療である大腸全摘出を勧めたが本人の希望もあり、腹腔鏡補助下 S 状結腸切除術を施行した。切除標本における病変部の大きさは 16x10mm で、病理組織検査結果は tubular adenoma（high grade）、p53 陰性であった。周囲 S 状結腸も全割の上検討を加えたが、切除標本内に dysplasia 所見はなく、一部粘膜下に線維化あり、潰瘍性大腸炎緩解期に相当していた。術後経過は良好で、半年に 1 回の下部消化管内視鏡検査にて厳重に経過観察を行っている。
【まとめ】潰瘍性大腸炎の経過観察中に生じた早期大腸癌との鑑別の困難な大腸腺腫を経験したので報告する。

70　演題取り下げ

71　診断に苦慮した腸回転異常に伴う急性虫垂炎の 1 例

藤田保健衛生大学病院　消化管内科
○市川裕一朗、柴田　知行、吉岡　大介、石塚　隆充、
大久保正明、米村　　穣、長坂　光夫、中川　義仁、
藤田　浩史、鎌野　俊彰、丸山　尚子、小村　成臣、
釜谷　明美、生野　浩和、大森　崇史、城代　康貴、
加藤　祐子、平田　一郎

症例 :15 歳　男児、既往歴 : 特記事項なし、現病歴 : 8 月初旬より臍部腹痛、発熱、下痢（4-5 行 / 日）あり。近医で点滴・処方を受けるが軽快なく、症状続くため当院時間外外来を受診。身体所見では腹部全体の圧痛を認めるものの反跳痛、筋性防御は明瞭ではなかった。採血上、炎症反応の亢進（WBC15,300、CRP3.6）も認めたため緊精査加療のため入院となる。入院時の腹部単純 CT では、左臍部付近の腸管の浮腫と同部位の 5mm 大の小石灰化像を 2 個認め、腸管周囲組織の炎症波及所見も認められた。入院時の便培養で有意な細菌は検出されなかった。急性腸炎に伴う腸管の腫脹を疑い絶食、安静、オキサセフェム投与を行った。入院後、熱発も 37 度台に軽快し、腹痛の軽減、炎症反応の改善を認めたが、下痢が続いていたため、腸管の状態を確認するため大腸内視鏡検査を施行。回盲部からの膿の流出と軽度の変形を認めた。同時に施行した培養では有意な菌は検出されなかった。症状・検査所見共に軽快傾向であったため第 6 病日より流動食開始したところ、症状の再増悪がみられたため、緊急造影 CT 検査行ったところ、前回指摘された左臍部付近腸管の所見は悪化しており膿瘍形成も疑われたため、外科にコンサルトすると共に、抗生剤をカルバペネム系に変更した。膿瘍形成部位が広範囲で、精査が必要と考えられたため、造影剤を内服し CT 撮影をしたところ腸回転異常が疑われ、膿瘍形成部位は回盲部である可能性が示唆された。小腸透視では、小腸狭窄 , 瘻孔所見なく、大腸内視鏡検査再検でも S 状結腸、直腸にアフタ所見を認めるが、生検病理では明らかな肉芽腫形成や、炎症性腸疾患を疑う所見は認めなかった。以上の経過・所見から腸回転異常を伴う虫垂炎と診断し第 26 病日に腹腔鏡下虫垂切除術が施行された。

72　直腸癌にてバリウムが腸閉塞を来した１例

碧南市民病院　内科
○村手健太郎、内田　　潔、長谷川元英、中野間　紘

症例）59 歳女性　主訴）下腹部痛　現病歴）半年前より便秘傾向であり、2011 年 6 月検診の上部消化管 X 線検査を受け、検査後バリウム排出された思ったがその後臍周囲及び下腹部痛が持続し下腹部に腫瘤を触知する様になり 2011 年 7 月当科受診。6 月施行の検診結果は上部消化管 X 線検査は異常なく、便潜血は陽性であった。受診時大腸検査施行前に長期間の便秘及び腹痛の自覚より器質的疾患による腸閉塞の可能性を考慮し腹部単純写真を施行した。単純写真上 S 状結腸を中心にバリウムを認め、同時期施行の CT より大腸遠位にバリウム残存及び、直腸に全周性の狭窄を認めた。器質的疾患によるバリウムの腸閉塞と診断し、器質的疾患の精査及びイレウスチューブによる減圧の為に緊急下部内視鏡検査を施行した。内視鏡上肛門縁より 8cmRa に全周性の 2 型進行癌を認め、完全閉塞では無かったが scope は通過しなかった。同部位より生検を施行し、生検結果は管状腺癌であった。腹膜刺激徴候なく全身状態は安定していたため 1 週間後の手術を予定し減圧の為にイレウスチューブを挿入し 1 日 1L で洗浄したが UGI 施行より約 1 ヶ月が経過しており、注入分の水の回収は出来たがバリウムの回収は困難であり 1 週間後の術直前 CT ではバリウムの残存認めた。手術は低位前方切除術を施行、口側腸管内に粘土状のバリウムを多量に認めた。手術は予定通り施行し術後合併症無く経過した。考察）バリウムを使用した検査による偶発症には誤嚥　腸閉塞　腸管穿孔　過敏症等があげられる。平成 21 年度日本消化器がん検診学会によると調査総数約 410 万件中重篤な合併症である腸閉塞は 2 件で 0.00005% であり、腸管穿孔は 6 件 0.00014% とされている。（死亡例 1 件 0.00002%）バリウムを使用した胃 X 線検査は胃癌検診においては内視鏡検査に比べ侵襲の少ない検査で多数例が施行されるが、頻度は低いが重篤な偶発症はある。事前の排便状況や腹部症状等十分な問診や受診者への注意喚起、検査後の腹痛や便秘等腹部症状発現時の医療機関への連絡などのわかりやすい説明が必要であると考えられた。

73 mFOLFOX６・FOLFIRI 療法により 51 ヶ月間ＣＲを保っている直腸癌術後の腰椎転移の１例

東濃厚生病院　内科
○吉田　正樹、菊池　正和、長屋　寿彦、藤本　正夫、
山瀬　裕彦

最近の進行・再発大腸癌に対する治療成績の向上には目を見張るものがあり、従来の感覚・経験では考えられないような良好な治療効果が得られるようになった。私どもは、患者の同意が得られなかったため、分子標的薬を併用しない mFOLFOX6・FOLFIRI 療法を行い、直腸癌術後の腰椎転移が臨床的に CR となった長期生存症例を経験した。現在、再発後 57 ヶ月、臨床的な CR から 51 ヶ月、化学療法を中止してから 16 ヶ月経過し、全く無症状・無治療で経過観察中である。症例は 48 歳女性。47 歳の時に排便時出血で下部直腸癌を発症し、直腸切断術を施行。中分化型腺癌、a2、ly3、v1、aw（-）、ow（-）であった。術後は UFT400mg を内服していた。丸 1 年後に強い右坐骨神経痛を発症し、疼痛のため歩行困難となり、精査入院した。MRI にて第 5 腰椎椎体後方部分の 2×3cm の骨転移と診断し、椎弓切除により神経の圧迫を解除した。手術時に腫瘍からの出血が多く、転移巣は約 5% 切除できたのみであった。組織型は原発巣と同じ、中分化型腺癌であった。肝臓と肺には転移巣はみられなかった。腫瘍マーカーの上昇は初発時、再発時ともに見られなかった。直腸癌の腰椎転移と診断され、内科に紹介された。疼痛コントロールのため、NASID とモルヒネ徐放錠 150mg の内服を開始し、疼痛の軽快後に mFOLFOX6 療法を 9 コース施行した。手足のしびれが出現したため、FOLFIRI 療法に変更し、さらに 63 コース施行した。mFOLFOX6 療法を 6 コース施行後の腰椎 CT では、第 5 腰椎の骨溶解性の転移巣は完全に消失し、正常な骨組織に置換されていた。他に転移巣はなく、臨床的に CR と判断した。PS は 0 の状態にまで回復した。疼痛も治療に伴い軽快・消失したため、最終的にモルヒネを含めて一切の内服薬は不要となった。患者の同意の上、16 ヶ月前からは化学療法を中止した。現在は 1 ヶ月に 1 回の診察、3 ヶ月に 1 回の MRI または CT による画像検査で経過観察中である。本症例は腰椎転移単独の再発例であるが、現時点では、化学療法により病理学的な CR に至った可能性があると考えている。

74 EMR 後に肝転移を切除した大腸 SM 癌の２例

木沢記念病院　外科
○堀田　亮輔、伊藤　由裕、吉田　直優、山本　淳史、
尾関　　豊

はじめに : 原発巣を内視鏡的切除後に肝転移巣を切除した大腸 SM 癌の 2 例を経験したので報告する。症例 1:70 歳代の女性、平成 23 年 2 月ごろより下血を自覚し当院消化器科を受診した。精査の下部消化管内視鏡検査で S 状結腸に隆起性腫瘍を認めたため EMR で切除した。病理組織学的検索では、tub2,pSM で浸潤距離 1198μm であり追加切除を行うこととした。術前の CT で肝 S8 に 18mm 大、肝 S4 に 8mm 大の腫瘍を認め肝転移と診断した。平成 23 年 5 月に S 状結腸癌、肝転移に対して腹腔鏡下 S 状結腸切除術、腹腔鏡補助下肝部分切除術を行った。病理組織学的検索では、S 状結腸は EMR 瘢痕部に癌遺残は認めず、pN1、肝腫瘍は S 状結腸癌の転移であった。術後経過は良好で術後第 28 病日に退院となった。現在、術後 4 カ月、肝 S7 に 19mm 大の腫瘍を認め肝内再発をきたし、治療を検討中である。症例 2:60 歳代の男性、便潜血陽性で当院消化器科を受診した。精査の下部消化管内視鏡検査で直腸に隆起性腫瘍を認めたため、EMR で切除した。病理組織学的検索で、tub1 ー tub2,pSM,ly0,v0, 垂直断端および水平断端の評価が困難とのことで追加切除を行うこととした。平成 22 年 12 月に腹腔鏡下低位前方切除術を施行した。病理組織学的検索では、EMR 瘢痕部に癌遺残は認めず、pN0 であった。術後 6 カ月のフォローアップ CT で肝 S2 に 9mm 大、肝 S7 に 6mm 大の腫瘍を認め肝転移と診断した。平成 23 年 7 月に腹腔鏡補助下肝部分切除を行った。病理組織学的検索では、肝腫瘍は直腸癌の転移であった。術後経過は良好で術後第 17 病日に退院となった。現在、無再発生存中である。考察および結語 : 本邦の報告によれば大腸 SM 癌の肝転移をきたす確率は 1.2% とまれである。特に症例 2 のように脈管侵襲、リンパ節を認めない大腸 SM 癌で肝転移をきたすことは非常にまれであると考えられる。転移、再発の低リスク群でも定期的な画像検索は必要であると考えられる。今回、われわれはまれな肝転移をきたした大腸 SM 癌の 2 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

75 直腸内分泌細胞癌の一例

[1] 浜松医科大学　第一内科、[2] 浜松医科大学　分子診断学、
[3] 浜松医科大学　臨床研究管理センター
○石田　夏樹 [1]、栗山　　茂 [1]、鈴木　崇弘 [1]、濱屋　　寧 [2]、
山田　貴教 [1]、杉本　光繁 [1]、金岡　　繁 [2]、古田　隆久 [3]、
大澤　　恵 [1]、杉本　　健 [1]

患者は 59 歳、男性。検診便潜血陽性のため、平成 22 年 1 月に他院で大腸内視鏡検査を施行。直腸 Rb に 10mm 大の 0-Is 病変を認め EMR を施行した。組織診断は tubular adenocarcinoma（tub1）,depthM,v0,ly0,HM 0,VM0 であった。1 年後の経過観察で施行した大腸内視鏡で、EMR 後の部位に 2 型病変を認め、生検にて poorly differentiated neuroendocrine carcinioma との病理診断を得た。当初術前放射線化学療法として TS-1 28 日間内服及び、radiation 計 40Gy を施行したが遠隔転移巣の悪化を認めたため中止となり、精査加療目的にて同年 4 月に当院紹介となった。当院の大腸内視鏡では病変部は正常粘膜によるひだの集中と粘膜下隆起を伴う所見であり、明らかな上皮性の病変は認めなかった。CT では直腸から壁外リンパ節に連続する腫瘍病変と、胸腹膜・副腎・肋骨などの多発遠隔転移所見を認めた。腫瘍マーカーは CEA・CA19-9 は基準値内であったが、NSE は 14ng/ml と軽度の上昇を認めた。直腸粘膜組織にて CD56 がびまん性に陽性を示していることより直腸低分化内分泌細胞癌、cStageIV と診断した。同年 5 月より全身化学療法として CDDP+CPT-11 療法を開始したが 2 コース施行後の効果判定は PD であり、また副作用として腎障害の遷延も認めた。そのため 8 月より小細胞癌のレジメンに則り amrubicin に変更して現在治療継続中である。直腸内分泌細胞癌は比較的稀でありその治療報告も少ない。本例では早期大腸癌の EMR 後に発症した経過も含め検討を加えて報告する。

76 最近経験した直腸肛門部悪性黒色腫の２例

藤枝市立総合病院　消化器科
○宇於崎宏城、丸山　保彦、志村　輝幸、森　　雅史、
大畠　昭彦、景岡　正信

悪性黒色腫は皮膚が好発部位だが、消化管領域では食道および直腸肛門部に発生する。直腸肛門部の悪性黒色腫は比較的まれな疾患であるが、早期から高率に血行性・リンパ行性転移を来し極めて予後不良である。本報告では、当院で最近経験した直腸肛門部悪性黒色腫の 2 例についてまとめる。【症例 1】68 歳、男性。血便が持続したため、当院当科を受診。CF で歯状線に接して平滑な黒色調隆起を認め、生検で類円形の核を有する腫瘍細胞がびまん性に増生し、メラニン顆粒を含み S-100 弱陽性及び HMB45 陽性のため悪性黒色腫と診断。生検後早期の手術を施行。病理結果 Rb、1 型、malignant melanoma、pMP、pN2（17/37）、pM0、Stage IIIb。術後化学療法を施行。【症例 2】48 歳、男性。便潜血陽性のため、近医で CF を施行。直腸 Rb に黒色調の隆起性病変を認め、生検では類円形の核を有する腫瘍細胞を認め、メラニン顆粒を含み S-100 陽性及び HMB45 陽性のため悪性黒色腫と診断され、当院当科を受診。多発肝転移を認め、手術適応はないと判断。他病院で化学療法施行。【考察】皮膚科領域では悪性黒色腫の部分生検は禁忌とされていたが、直腸肛門部悪性黒色腫に関しては生検と予後には相関ないとの報告もあり、生検による診断は有用と考えられた。診断には特徴的な内視鏡所見や生検検体の S-100 蛋白や HMB-45 などによる免疫組織学的な検索が有用と考えられた。

77 貧血を契機に発見された小腸 GIST の一例

[1] 磐田市立総合病院　消化器内科、[2] 磐田市立総合病院　外科、
[3] 磐田市立総合病院　病理部
○森川　友裕[1]、伊藤　　潤[1]、成瀬　智康[1]、鈴木　静乃[1]、
西垣　信宏[1]、住吉　信一[1]、笹田　雄三[1]、斎田　康彦[1]、
犬飼　雅美[1]、片橋　一人[2]、落合　秀人[2]、鈴木　昌八[2]、
谷岡　書彦[3]

【症例】52 歳女性【主訴】労作時呼吸困難感【既往歴】特記事項なし【現病歴】2010 年 10 月 14 日より嘔気嘔吐を自覚し近医受診した。Hb4.5g/dl、MCV56.9fl、Fe10ng/ml と鉄欠乏性貧血を認めたため鉄剤処方されていたが、10 月 18 日に労作時呼吸困難感出現し精査目的にて同日当院血液内科紹介受診となった。血液検査で Hb2.8g/dl と高度な貧血を認めたため同日入院となった。腹部造影 CT にて左下腹部に径 5cm 大の不均一に造影される軟部腫瘤を認め、精査目的にて 10 月 25 日に当科転科となった。【現症】身長 147cm, 体重 48kg, 体温 37.0℃ , 脈拍 78bpm・整 , 血圧 94/54mmHg・左右差なし . 眼瞼結膜に貧血あり。左上腹部に軽度圧痛を認める以外に、胸腹部に異常所見なし . 神経学的異常所見なし . 【経過】CT にて小腸腫瘍が疑われたため 10 月 27 日に経肛門的小腸内視鏡、10 月 29 日に経口的小腸内視鏡施行し空腸に表面に易出血性のびらんを伴う粘膜下腫瘍を認め、貧血の原因と思われた。11 月 9 日に外科にて小腸部分切除術施行した。【病理組織】gastrointestinal stromal tumor（GIST）of the small intestine,55×32mm,mitosis 1/30/HPF。C-kit（+）,CD34（+）、S-100（-）,Desmin（-）,SMA（-）【結語】貧血を契機に精査施行し、小腸内視鏡検査により指摘しえた小腸 GIST の一例を経験したので報告する。

78 カプセル内視鏡がその診断に有用であった小腸 GIST の 1 例

[1] 刈谷豊田総合病院　内科、[2] 刈谷豊田総合病院　病理科
○山本　崇正[1]、浜島　英司[1]、井本　正巳[1]、中江　康之[1]、
仲島さより[1]、松山　恭士[1]、濱宇津吉隆[1]、大森　寛行[1]、
松井　健一[1]、桑原　崇通[1]、鬼塚　亮一[1]、今田　数実[1]、
小川　　裕[1]、鈴木　敏行[1]、伊藤　　誠[2]

【症例】75 歳 , 女性 . 既往歴は , 慢性心不全 , 高脂血症 , 高血圧症 , 糖尿病 . 家族歴は特記事項なし .2011 年 5 月 31 日に新鮮血下血にて近医入院 .CF・GIF では , 特に異常を認めず痔核疑いにて経過観察となったが ,7 月 16 日に黒色便が出現し , 同日近医再入院 . カプセル内視鏡 (以下 CPE）を施行し , 結腸までカプセルが到達し , 全小腸の 3/4 程度の部分の回腸に , 出血を伴い , 頂部に陥凹を伴う同色調の表面が平滑な隆起性病変を認めた .7 月 18 日に当科へ紹介され , 同日入院となった . 現症は , 腹部は平坦軟で , 結膜に貧血あり . 血液検査では ,Hb8.9g/dl と軽度貧血を認めた他は特に異常を認めず CEA・CA19-9 は正常であった . 腹部 CE では , 膀胱腹側に回腸と連続した 5cm 大の分葉状腫瘤を認め , その造影効果はあるものの , 内部は一部不良であった .PET-CT では , 骨盤腔内に 5cm 大 ,SUVmax= 早期相 :9.1, 後期相 :11.9 となる一塊の集積を認め , 近傍に集積は認めなかった . 小腸 X 線（有管法）では , 小腸に病変や圧排所見を認めなかった . 経肛門的 single-balloon enteroscopy（以下 SBE）では , 骨盤腔内回腸に壁外性の圧排像を認め , 圧排部位を越えた最深部に点墨を施行した . 経口的 SBE では特に異常はみられず , 経肛門的 SBE で施行した点墨も認めず , 観察した最深部に点墨を施行した . 以上より , 回腸の出血を伴う粘膜下腫瘍と診断し ,8 月 1 日に腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した . 術中所見では , 回腸末端から 120cm の部分の 1 ヶ所のみ点墨を認め , 腫瘍は回腸末端から 200cm の部位で , 腫瘍を含め 7cm の回腸を切除した . 切除標本では , 腫瘍は 6cm 大の管内管外発育型の SMT で , 表面は平滑で 2mm 大の陥凹を 4 個認め ,CPE と同様の所見であった . 組織学的には , 固有筋層から発生した腫瘍で , 紡錘形細胞が索状配列し粘膜下浸潤が明瞭であり ,GIST と診断した .Fletcher 分類は , 主に中リスクで , 一部に高リスクの部分を認めた . 術後は特に問題なく ,8 月 9 日に退院となった . 【結語】自験例では , 小腸 X 線は病変を指摘できず , 経口的・経肛門的 SBE は病変に到達できなかったが ,CPE は病変の存在・質的診断に有用であった .

79 回腸 MALT リンパ腫の一例

[1] 東海病院　内科、[2] 名古屋大学医学部付属病院　光学医療診療部、
[3] 名古屋大学大学院　消化器内科学、
[4] 名古屋大学大学院　腫瘍外科学
○北村　雅一[1]、加藤　　亨[1]、戸田　崇之[1]、三宅　忍幸[1]、
丸田　真也[1]、宮原　良二[2]、中村　正直[3]、大宮　直木[3]、
後藤　秀実[3]、石黒　成治[4]、上原　圭介[4]、椰野　正人[4]

患者は 80 歳代男性。9 年前に直腸癌を経肛門的切除した既往がある。今回 6 年ぶりに大腸内視鏡検査を施行したところ終末回腸（Bauhin 弁からおよそ 5cm）にφ 3cm 大の平皿様の隆起性病変を認めた。立ち上がりは急峻であるが隆起の表面は腫瘍性変化に乏しく生検では腫瘍は見られなかった。2 ヵ月後の内視鏡では隆起は明らかに増大しており拡大観察では表面は正常粘膜が引き延ばされていた。超音波内視鏡では第 2 層に内部均一な低エコー腫瘤として描出された。再度生検を施行したが腫瘍は見られなかった。さらに 1 ヶ月後の内視鏡時に腫瘤は Bauhin 弁に嵌頓していたが送気により容易に整復された。患者に十分なインフォームドコンセントを得て診断目的に腫瘤の一部をスネアにて切除し病理学的に MALT リンパ腫と診断された。ヘリコバクターピロリ IgG 抗体は陰性であった。他の小腸を含め全身検索を行ったが他部位にはリンパ腫を認めなかった。治療は化学療法も考慮したが腸重積を起こす危険性があり患者の手術希望も強かったため腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理組織学的には腫瘍は粘膜下腫瘍の形態を呈し粘膜固有層にリンパ球の密な浸潤を認めた。表層部には拡大した胚中心の形成を認めるが深部では不明瞭な濾胞を形成したり小型ー monocytoid なリンパ球が密に増殖していた。免疫染色では CD20 が陽性、CD3, CD10, bcl-2, CD5, Cyclin D1 は陰性、MIB-1 陽性率は 5% 程度で MALT リンパ腫と診断された。小腸原発悪性リンパ腫は比較的まれな疾患であるが消化管原発リンパ腫の中では 20 ー 30% を占め胃リンパ腫に次いで多い。小腸原発悪性腫瘍の中では悪性リンパ腫は 30 ー 40% を占め癌および GIST と並んで頻度が高い腫瘍である。中村らによると小腸リンパ腫の組織型はびまん性大細胞型 B 細胞性リンパ腫が 48% と最も多く胃や大腸例に比べると MALT リンパ腫は少なく 18% とされている。治療には多くの選択肢があり、病変の範囲、組織型と臨床病期により決定する。I ー II1 期の限局例に対しては外科的切除および術後化学療法が一般的である。胃原発以外の MALT リンパ腫のヘリコバクターピロリ除菌療法は確立されていない。

80 術後 5 年目に腸閉塞で発見された腎細胞癌小腸転移の 1 例

[1] 市立伊勢総合病院　外科、[2] 市立伊勢総合病院　内科、
[3] 市立伊勢総合病院　病理
○出崎　良輔[1]、佐野　孝治[1]、武内泰司郎[1]、野田　直哉[1]、
伊藤　史人[1]、鈴木　厚人[2]、野田　雅俊[3]

症例は 53 歳男性。5 年前に左腎細胞癌にて開腹左腎摘出術を受けていた。嘔吐・腹部膨満のため当院内科受診し、腹部 X 線で niveau を伴う小腸ガス像を認め、単純 CT では左側小腸を主座に腸管拡張を認め癒着性小腸閉塞と診断し、経鼻胃管の保存的加療を開始した。一時的に症状は改善したが経口摂取を再開したところ再度腸閉塞状態となった。ロングチューブからの小腸造影で腫瘤性病変によると思われる 4cm にわたる apple core 様の狭窄を認め、造影 CT では小腸拡張末端部に径 4cm の造影効果を受ける腫瘤形成を認めた。腎癌の小腸転移を疑い開腹手術を行った。小腸に 5cm 大の腫瘤を認め小腸部分切除を施行した。摘出標本肉眼所見では 3.5×4.5cm の全周性 2 型様腫瘍を認め、組織学的検査では淡明な胞体を持つ紡錘型細胞の増殖を認め腎癌の小腸転移と診断した。経過は良好で術後 9 日目に退院した。腎癌は術後長期にわたり異時性転移を認めるが小腸転移は比較的稀で診断が困難なことが多い。今回われわれは腎細胞癌の小腸転移の 1 例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

81　小腸内視鏡にて診断した Peutz-Jeghers 型ポリープによる腸重積の一例

土岐市立総合病院　消化器科
○南堂　吉紀、白井　　修、吉村　　透、下郷　友弥、
清水　　豊

症例は 60 歳男性。主訴は腹痛。既往歴、家族歴に特記すべき事項なし。口腔粘膜、手指足底に色素沈着なし。現病歴は平成 23 年 6 月 25 日夕食後より突然の腹痛を認め、当院救急外来受診。採血上明らかな異常を認めなかったが、腹部単純 CT 検査にて下部空腸に同心円状の層状構造認め、腸重積の疑いにて精査加療のため入院とした。絶飲食、持続点滴にて腹部症状は改善し、第 3 病日の腹部造影 CT にて上部空腸の拡張は改善し、下部空腸の同心円状の層状構造も改善傾向であった。第 6 病日にガストログラフィンによる経ゾンデ小腸造影を施行した。下部空腸に分葉状の隆起性病変が肛門側へ嵌入し、その口側には平滑な狭窄を認めたが、ガストログラフィンは容易に肛門側へ通過した。第 12 病日にシングルバルーン小腸内視鏡を施行した。下部空腸に単発で分葉状の発赤した頭部をもつ約 30mm の有茎性ポリープを認め、ポリープが先進部となり肛門側に嵌頓していた。ポリープが非常に大きかったこともあり、出血などのリスクを考慮してポリペクトミーは行わず、不完全な重積状態であり、スコープを一旦肛門側へ通過させ、頭部を口側へ引き戻し、病変部の口側に点墨し終了とした。第 13 病日に腹腔鏡補助下空腸部分切除術を施行した。病理組織学的には樹枝状の間質の立ち上がりを有し、過形性腺管の増生を認め、Peutz-Jeghers 型過誤腫性ポリープと診断し、悪性所見は認めなかった。第 17 病日に食事を開始し、第 21 病日に退院となったが、2 ヶ月を経過した現在、症状の再発を認めない。成人で発症する腸重積は比較的頻度がまれで、原因のほとんどがポリープや腫瘍などの器質的疾患であると報告されており、その診断には開腹手術によるものが多い。自験例では、術前の小腸内視鏡により病変とその部位を同定することで腹腔鏡補助下による外科的手術が可能となった。シングルバルーン小腸内視鏡は腸重積の診断に非常に有用と考えられた。

82 最終的に小腸外病変からの出血と診断された原因不明消化管出血（OGIB）の一例

[1] 三重大学　医学部　附属病院　消化器・肝臓内科、
[2] 三重大学　医学部　附属病院　光学医療診療部
○田野　俊介[1]、葛原　正樹[2]、為田　雅彦[1]、二宮　克仁[1]、
高山　玲子[1]、井上　宏之[1]、濱田　康彦[2]、堀木　紀行[2]、
竹井　謙之[1]

症例）41 歳の男性。既往歴）39 歳時にアルコールによる急性膵炎にて計 3 回の入院歴あり。現病歴）2010 年 11 月上旬より繰り返す黒色便、高度貧血を認めたため前医を受診した。上下部消化管内視鏡検査では異常を指摘されず、原因不明の消化管出血（以下 OGIB）としてカプセル内視鏡を施行されたが原因は明らかでなかった。しかし、小腸内に黒色残渣を認めたため小腸出血が疑われ同年 12 月に当院を紹介受診、入院となった。入院後、再検した上部消化管内視鏡検査で十二指腸乳頭部から間欠的に少量の出血を認め、胆管もしくは膵管からの出血の可能性が考えられた。腹部造影 CT では膵にびまん性の石灰化を認め慢性膵炎の所見であった。しかし、前医のカプセル内視鏡の結果を考慮し、経口、経肛門ダブルバルーン小腸内視鏡を施行した。黒色便が多量にあるため条件が悪く、全小腸観察はできなかったものの観察範囲内に異常を認めなかった。また、出血シンチグラフィでも出血源を指摘できなかった。膵管出血の可能性を考え、血管造影を施行したところ前上膵頭十二指腸動脈に動脈瘤を認めた。出血源として明らかではなかったものの予防的にコイル塞栓術を行った。その後、一旦退院となり外来で経過観察していたが、黒色便を認めず貧血は改善した。今回、OGIB として当初は小腸出血が疑われたが、最終的に慢性膵炎に伴う膵管出血が原因と考えられた。OGIB 症例に対して小腸の精査を行った場合、潰瘍性病変、血管性病変が原因の多くを占めるが、約 10% で小腸外病変が存在するとされる。OGIB 症例において小腸病変が明らかでない場合、繰り返し上下部消化管の検索を行うことが重要であり、稀な原因として膵管出血も考慮に入れる必要があると思われた。

83 大量下血し緊急手術を要した出血性小腸動脈瘤の一例

[1] 聖隷浜松病院　消化器内科、[2] 同　小児外科、[3] 同　病理診断科
○小林　陽介[1]、瀧浪　将貴[1]、田村　智[1]、市川　仁美[1]、
木全　政晴[1]、芳澤　社[1]、舘野　誠[1]、室久　剛[1]、
熊岡　浩子[1]、清水恵理奈[1]、細田　佳佐[1]、長澤　正通[1]、
佐藤　嘉彦[1]、鳥羽山滋生[2]、大月　寛郎[3]

【症例】38 歳女性【主訴】下血【既往歴】特になし【現病歴】2011 年 5 月 28 日夕方特に誘因なく暗赤色の下血を数回認め ER を受診した。ER 受診時に多量に下血しショック状態（BP78/, Hb8.0g/dl）となった。造影 CT では、回腸に造影剤漏出を伴った約 1cm 台の瘤構造を認め出血源と判断し、緊急腹部血管造影検査を施行した。血管造影検査では回結腸動脈末梢に動脈瘤を認め、造影剤漏出しておりコイル塞栓術にて止血した。その後下血、貧血の進行等なく落ち着いていたが、約 12 時間後に再び多量に下血しショック状態となった。造影 CT でも同部位からの再出血と考えられ、出血コントロール困難と判断し緊急手術施行となった。手術では回結腸動脈末梢に約 1cm 台の動脈瘤を認め、回腸部分切除術施行し止血できた。検体は拡張した動脈構造を有し、小腸内腔への開口がみられた。以上より回結腸動脈末梢の動脈瘤が腸管内に穿破し大量下血がもたらされたと考えられた。【考察】消化管出血の原因として、小腸からの出血は比較的稀な疾患であり、また止血処置困難な場合が多く致命的となることもある。特に基礎疾患がない方で、回結腸動脈瘤破裂にて大量下血をもたらし、コイル塞栓術を施行するも止血コントロールがつかず、緊急手術を要した症例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

84 アニサキス症が原因と考えられた小腸イレウスの一例

[1] 愛知医科大学病院　消化器内科、[2] 愛知医科大学病院　消化器外科
○杉山　智哉[1]、増井　竜太[1]、岡庭　紀子[1]、田村　泰弘[1]、
近藤　好博[1]、伊藤　義紹[1]、井澤　晋也[1]、土方　康孝[1]、
徳留健太郎[1]、河村　直彦[1]、飯田　章人[1]、水野　真理[1]、
小笠原尚高[1]、舟木　康[1]、佐々木誠人[1]、中尾　春壽[1]、
米田　政志[1]、春日井邦夫[1]、安藤　景一[2]

【症例】31 歳、女性【主訴】腹痛【既往歴】急性虫垂炎にて手術（8 歳時）、痔核（20 歳時）【家族歴】特記すべき事項なし【社会生活歴】喫煙 : なし、飲酒 : 機会飲酒【現病歴】2011 年 5 月 1 日頃より腹痛出現し、5 月 2 日に当院救急外来を受診となった。制吐剤処方にて帰宅するも症状改善せず、再度受診し、腹部 CT にて小腸の浮腫、腸液貯留を認めたためイレウスを疑い緊急入院となった。【現症】意識清明、体温 :36.9℃、血圧 :103/40mmhg、SpO_2:98%（room　air）、脈拍 :78 回 / 分、腹部 : 平坦、軟、臍下部に圧痛あり、筋性防御なし【入院後経過】保存的治療を行うも症状の改善なく、腹部 CT にて小腸の浮腫と拡張を認め、腹痛の増強も見られたため第 3 病日にイレウス管を挿入した。イレウス管からのガストログラフィン造影では、回腸に狭窄を認め、狭窄部より口側回腸の拡張を認めた。後も狭窄部に変化はなく、内科的治療は困難と判断し、第 12 病日に腹腔鏡下癒着剥離術、回腸部分切除術を施行した。末端回腸より約 50cm の部位に 2.5cm 大の腫瘤を認め、腫瘤より骨盤部に索状物を認めた。回腸切除標本では、固有筋層から漿膜側に突出する約 2.5cm 大の境界明瞭な腫瘤を認めた。病理組織学的所見では、腫瘤辺縁に線維化、組織球、リンパ球を主体とする炎症性細胞浸潤が見られるも好酸球浸潤は認めなかった。腫瘤内部は壊死に陥っており、アニサキスの幼虫を認めた。術後の経過は良好であり、第 24 病日に退院となった。アニサキス症は胃アニサキス症が圧倒的に多く、小腸アニサキス症は 4 ー 8% 程度との報告もあり、比較的稀な疾患である。今回我々はアニサキス症が原因と考えられた小腸イレウスを経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

85 腸閉塞症状を契機に発見された小腸結核の 1 例

[1] 岐阜市民病院　消化器内科、[2] 岐阜市民病院　中検病理
○黒部　拓也[1]、入谷　壮一[1]、奥野　充[1]、堀部　陽平[1]、
中島　賢憲[1]、鈴木　祐介[1]、小木曽富生[1]、川出　尚史[1]、
林　秀樹[1]、向井　強[1]、杉山　昭彦[1]、西垣　洋一[1]、
加藤　則廣[1]、冨田　栄一[1]、山田　鉄也[2]

患者は 80 歳男性。便秘と高血圧および脂質異常症で近医より紹介され当科外来に通院中であった。平成 23 年 2 月頃から食後の上腹部違和感を自覚していた。同年 4 月下旬に上部消化管内視鏡検査を施行したが、残渣が胃内にみられた以外にはとくに大きな病変はみられなかった。5 月 5 日に強い心窩部痛を自覚したため当院救急外来受診。腹部レントゲン撮影で小腸ガス、ニボー像を認め、小腸閉塞の疑いで同日に当科へ入院となった。翌日の腹部 CT で回腸領域に狭窄像と同部位の壁肥厚および腸間膜に多発性の軟部結節がみられた。また狭窄部の口則小腸には高吸収の物質を 2 箇所認めた。入院後は絶飲食、補液開始により腹痛は徐々に軽快していた。第 10 病日のイレウス管による小腸造影検査で骨盤底部の回腸に 2cm ほどの狭窄を認め、腫瘍性狭窄と診断した。また入院時の CT でみられた種子様の物質も同部位にとどまっていた。通過は困難と考えられ、手術適応と判断し第 12 病日に当院外科転科となった。第 16 病日に小腸の部分切除術を施行。術後経過は良好で第 28 病日に退院となった。切除標本の病理検査で腫瘤形成部の腸管壁全層に類上皮肉芽腫の出現を伴った炎症細胞浸潤が認められた。またラングハンス巨細胞の出現とチールネルソン染色による多数の抗酸菌が確認され、小腸結核と最終診断した。なお喀痰の抗酸菌培養は陰性であった。同年 8 月より INH+RFP+EB の三者併用療法による治療を開始し経過は良好である。

86　広範囲におよぶ腸管浮腫と腹水を認めた好酸球性胃腸炎の１例

[1] 愛知県厚生連　海南病院　消化器内科、
[2] 愛知県厚生連　海南病院　病理診断科
○青木　孝太[1]、武藤　久哲[1]、荒川　直之[1]、久保田　稔[1]、
石川　大介[1]、國井　　伸[1]、渡辺　一正[1]、後藤　啓介[2]、
中村　隆昭[2]、奥村　明彦[1]

症例は生来健康な 37 歳男性。腹部膨満感と水様性下痢を主訴に来院した。整腸剤で経過観察されるも、受診後 1 週間で腹部の膨満感が悪化したため当科精査依頼となった。腹部 CT にて、空腸から上行結腸にかけての広範囲な腸管の浮腫性変化と、多量の腹水を認めた。また血液生化学検査では白血球増多、好酸球増多と Ig-E の高値を認め、MPO-ANCA、PR3-ANCA は陰性であった。また腹水穿刺では細胞診は陰性で多量の好酸球を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸に著明な浮腫性変化を認めた。また下部消化管内視鏡検査では明らかな腫瘤性病変は認めなかったが、腸管全体は浮腫状で、生検にて高度の好酸球浸潤を認めた。患者は症状の発症する 2 ヶ月前にタイへの渡航歴があったため、寄生虫感染に対するスクリーニング検査も施行したが、線虫、吸虫、条虫ともに陰性であった。以上より寄生虫疾患、悪性腫瘍、血管炎は否定的であり好酸球性胃腸炎と診断した。プレドニゾロン（PSL）30mg/day より開始したところ、腹水は減少し水様性下痢も消失した。その後 PSL を徐々に漸減していき、PSL 開始後約 1 ヶ月で中止した。PSL 中止後約 2 ヶ月現在、腹水は消失しており消化管症状も認めていない。好酸球性胃腸炎は消化器症状があり、消化管の 1 箇所以上に生検で好酸球浸潤が証明され、寄生虫、消化管外病変を認めない疾患とされている。男性に多く 20 ー 50 歳代が主である。本症の原因は不明なことが多く、下痢、腹痛が主な症状で吸収障害や出血を起こすこともある。今回我々は腹水貯留と広範囲な腸管浮腫を認めた好酸球性胃腸炎に対し、ステロイド投与が著効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。

87 spontaneous biloma を併発した胆石胆嚢炎の 1 例

[1] 国民健康保険関ヶ原病院　内科、
[2] 国民健康保険関ヶ原病院　外科
○中村　博式[1]、桐井　宏和[1]、森島眞理子[1]、瀬古　　章[1]、
松尾　　篤[2]、宮　　喜一[2]

症例 82 歳 , 女性 . 主訴 : 嘔吐 . 既往歴 : 特記すべきことなし . 腹部外傷歴なし . 現病歴 :2010 年 12 月 3 日昼過ぎから食事摂取後の嘔吐をきたし , 以後たびたび嘔吐したため , 翌日当科受診 . 制吐剤にて経過観察するも改善せず ,12 月 6 日再受診した . 血液検査･腹部 CT 所見より , 胆石胆嚢炎と診断して同日当科入院となった . 入院後 , 絶食 , 抗菌剤投与にて保存的に経過観察した . 発熱が継続し ,12 月 8 日夜より吸気時の腹痛の増悪を認め , 翌日経皮経肝胆嚢穿刺ドレナージ目的で腹部超音波検査を行ったところ , 肝右葉表面に fluid echo 領域を認めた . 腹部 CT でも肝右葉外側の被膜下に入院時には存在しなかった境界明瞭な 14.5×3.5cm 大の低吸収域を認めた . 肝実質に向かって凸な曲面を一部にもつ形状であり ,biloma を疑い経皮的穿刺ドレナージを施行した . 入院当初より黄疸は認めなかったが , 穿刺液では T.Bil6.8mg/dl であり ,biloma と診断した . ドレナージチューブはその後閉塞したので抜去した . 炎症反応は軽快傾向にあり , 臨床症状も消失していたため再留置を行わず , そのまま経過観察した .biloma も徐々に縮小し ,1 月 7 日当院外科にて開腹胆嚢摘出術を行った . 手術所見では肝右葉表面は線維性癒着を認めたものの液体貯留は認めず , 胆嚢との瘻孔は確認されなかったが , 胆嚢頸部の結石の嵌頓と胆嚢炎が原因で胆道内圧が上昇し , 胆嚢外の肝内に穿通をきたし嚢胞性病変が形成されたものと推測された .biloma は「胆道系の破綻により胆汁が腹腔内に漏出し , 上皮形成により限局性に被包化されて生じた肝外性胆汁性嚢胞」と定義される .biloma は成因により , 医原性 (iatrogenic) , 外傷性 (traumatic) , 特発性 (spontaneous) と分類され , 前 2 者が大部分を占める .spontaneous biloma は稀な疾患であるが , 原疾患のうち大部分（約 75%）は総胆管結石嵌頓に伴うもので , 本例のように胆石胆嚢炎に合併したものはさらに稀であり , 報告する .

88 腹腔鏡下胆嚢摘出術後に金属クリップを核として総胆管結石を形成した 1 例

西美濃厚生病院
○高田　　淳、林　　基志、岩下　雅秀、田上　　真、
畠山　啓朗、林　　隆夫、前田　晃男、西脇　伸二、
齋藤公志郎

症例は 86 歳女性 . 慢性心不全などで外来通院中 .13 年前に胆石症にて腹腔鏡下胆嚢摘出術の既往あり . 発熱と食欲不振を主訴に救急外来受診し , 血液検査にて閉塞性黄疸の所見を認め , 入院 . 腹部 CT にて総胆管の拡張と下部総胆管内に金属と思われる高輝度の構造を認めた .ERCP を施行したところ , 総胆管内に金属を核にした結石を認め ,EST 行い , 採石 . 結石内に , 腹腔鏡下胆嚢摘出術時に胆嚢管断端閉鎖に用いられた金属クリップを認めた . 過去の CT を retrospective に見てみると ,7 年前には総胆管内にクリップは認めず ,6 年前には総胆管内にクリップが確認され , その後 6 年かけて結石が形成された事が示唆された . 金属クリップの総胆管迷入による総胆管結石は比較的稀な合併症であるが散見され , 術後晩期合併症として念頭におく必要がある .

89 胆石イレウスの一例

公立陶生病院
○石川　恵里、松浦　哲生、小島　久実、浅井　裕充、
清水　裕子、林　　隆男、黒岩　正憲、森田　敬一

【はじめに】胆石イレウスは比較的稀な疾患であり、発生頻度はイレウス全体の 0.05 ー 1.0%、胆石症の 0.15 ー 1.5% とされる。今回胆石イレウスを発症し外科的治療を必要とした症例を経験したので報告する。【症例】85 歳男性で既往は胆石性胆嚢炎（他院にて PTGBD 施行歴あり）、大動脈弁逆流症による慢性心不全、WPW 症候群があり、廃用によるベット上 ADL で前医入院中であった。4 日前より嘔吐あり、腹部 X 線でイレウスと診断され紹介入院となった。腹部膨満、左下腹部に軽度圧痛を認め、炎症反応上昇あるも肝胆道系酵素の上昇は認めなかった。腹部 CT で胆嚢内・小腸内に結石像を認め、胆石イレウスと診断した。イレウス管を挿入し、ガストログラフィンによる造影にてカニ爪様の陰影を認めた。肛門側は造影されず完全閉塞の状態であり、第 9 病日に手術を施行した。回腸末端より約 10cm 口側に結石を確認し、20cm 程度口側に移動させ同部位で回腸間膜対側を長軸に 3cm 切開し結石を摘出した。術後、慢性心不全増悪・WPW 症候群による頻拍発作を認め ICU に入室、また術後麻痺性イレウスを認め入院長期化したが、術後 44 日目に軽快し前医に転院となった。【考察】胆石イレウスの原因となる胆道消化管瘻は胆嚢周囲炎により胆道と消化管が癒着し、さらに炎症が腸管に及ぶことで形成される。手術治療については内胆汁瘻の修復、および胆嚢摘出を行うべきかどうか議論の余地がある。胆道系に通過障害がなければ瘻孔は自然閉鎖するとの報告もあるが、再発の危険性や瘻孔の存在による胆嚢癌の発生の報告もあり、全身状態が良ければ施行することが望ましいと思われる。本症例ではベット上 ADL の方で慢性心不全の合併もあり、低侵襲の胆石除去術にとどめた。本症例に若干の文献的考察を加えて報告する。

90 胆嚢十二指腸瘻に嵌頓した胆嚢結石に対し内視鏡的に破砕しえた 1 例

名古屋第二赤十字病院　消化器内科
○野尻　　優、蟹江　　浩、大脇　俊宏、青木　美帆、
堀　　寧、岩崎　弘靖、野村　智史、梅村修一郎、
金本　高明、坂　　哲臣、藤原　　圭、山田　智則、
林　　克巳、折戸　悦朗

症例は 87 歳女性。持続する黒色便と血性嘔吐にて 2010 年 11 月 11 日救急外来受診となった。腹痛は自覚していない。腹部 CT 検査では、十二指腸内に突出する 20mm 大の石灰化結石を認めた。緊急 GIF では十二指腸球部前壁に露出した結石と瘻孔部からの少量出血を認めた。胆嚢十二指腸瘻に胆嚢結石が嵌頓していると診断、同日緊急入院となった。十二指腸への結石落下による胆石イレウスの可能性があるため、第 16 病日、ホルミウムヤグレーザー（Ho:YAG）を用いた内視鏡的破砕を施行した。先端アタッチメント装着し直視下に YAG レーザープローブを結石に接触させ、可及的に破砕した。合計 2 回の破砕にて、内視鏡的には結石の残存を認めなかった。2 回の破砕とも感染や消化管出血などの合併症はなく経過し第 64 病日退院、以後外来経過観察中である。4 ヶ月後の GIF では瘻孔は浅くなっており、癌化を疑う所見はない。8 ヶ月後の腹部 CT では結石再発はないが胆管内空気像を認めている。今回我々は、胆嚢十二指腸瘻に嵌頓した胆嚢結石を経験した。胆石イレウスや胆嚢十二指腸瘻の報告は散見するが、嵌頓している状態を内視鏡的にとらえた報告は少ない。ホルミウムヤグレーザーを用いた内視鏡的破砕は瘻孔内結石であっても安全に破砕可能であり、有用な治療手段と考えられた。

91 胆嚢摘出術にて救命しえた出血性胆嚢炎の 2 例

愛知医科大学消化器内科
○岡庭　紀子、小林　佑次、石井　紀光、佐々木誠人、
中尾　春壽、春日井邦夫、米田　政志

【症例 1】85 歳、女性。【主訴】腹痛、嘔吐。【現病歴】平成 22 年 7 月 12 日より腹痛、嘔吐が出現し、7 月 14 日に当院を受診した。CT 検査で、胆嚢腫大、小腸ガス像貯留を認め、急性胆嚢炎と診断し、入院加療となる。【経過】絶食・補液・抗生剤治療を開始した。第 2 病日に、右季肋部痛の悪化を認め、再度腹部 CT 検査を施行したところ、胆嚢の壁肥厚、緊満感は増悪しており、内部には高吸収域を認め、出血を伴う胆のう炎と診断した。抗凝固薬を内服していたため、緊急で PTGBA を行った。しかし、病状は改善せず、第 3 病日に開腹胆嚢摘出術を施行した。病理所見は、胆嚢壁の全層性の炎症性細胞浸潤と出血を認めたが、悪性の所見は見られなかった。その後経過良好で第 24 病日に退院となった。【症例 2】50 歳、男性。【主訴】右季肋部痛。【現病歴】平成 23 年 5 月 21 日より右季肋部痛が出現。5 月 23 日に当院受診し、腹部 CT 検査で胆嚢の腫大と壁肥厚、内部に低吸収域と高吸収域の混在を認め、出血性胆嚢炎と診断した。外科的治療の適応と判断するが、既往に深部静脈血栓症があり、抗凝固薬を内服していたので、翌日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理所見は胆嚢壁に全層性の炎症細胞浸潤を認めたが、悪性の所見は見られなかった。その後経過良好で第 6 病日に退院となった。【考察】抗凝固療法中に発症した出血性胆嚢炎に対し、緊急手術を行い救命できた 2 例を経験した。症例 1 は、心臓バイパス術後、抗凝固薬内服、透析中といったハイリスク患者であり、外科的治療を行う判断に苦慮した症例であった。症例 2 は、抗凝固薬内服を中止後、翌日に外科的治療を施行した症例であった。若干の文献的考察を加え、報告する。

92 EST 後出血を生じた coledococele の一例

東海中央病院　消化器内視鏡センター
○清野　隆史、石川　英樹、森島　大雅、大塚　裕之

症例は 52 歳男性。平成 23 年 8 月上旬、上腹部痛を主訴に当院内科を受診し、腹部超音波検査で総胆管拡張を指摘され当科紹介となる。腹部超音波検査では、総胆管は 13mm と拡張していたが、内部に明らかな結石や腫瘍性病変は指摘されなかった。また、vater 乳頭近傍、十二指腸管腔側に 53mm 大の嚢胞性病変を認めた。腹部 dynamic CT では、肝内胆管の拡張はないものの、肝外胆管は著明に拡張し、総胆管末端から連続して嚢腫状に拡張した病変が十二指腸管腔内へ突出していた。また、胆嚢は腫大していたが壁肥厚はなく、胆嚢、総胆管内部に異常は指摘されなかった。血液検査上は軽度の炎症反応の上昇がみられるのみであった。EUS では、総胆管は 15mm と拡張し、末端でくびれた後に十二指腸内腔に向かって嚢胞状に拡張していた。胆嚢は腫大し、内部に debris の貯留とコレステローシスを認めた。膵管は拡張していなかった。翌日施行した ERCP では、総胆管、胆嚢管は共に拡張し、総胆管末端と連続した嚢胞状病変を確認した。造影前には認めなかったが、造影後の内視鏡画像では、同部位は十二指腸下行脚に SMT 様に突出していた。IDUS を施行したところ拡張した総胆管内部に debris を認め、EST を実施した。また ERP および MRCP 上、膵胆管合流異常はみられなかった。以上の検査結果から choledococele と診断した。しかし、ERCP 翌日の血液検査で異常はなく、腹痛もみられなかったので退院としたが、同日の夕食後、心窩部痛が出現して当院救急外来を受診した。血液検査上、血清アミラーゼ 952U/l と上昇し、CT では総胆管下部から嚢腫内に出血を示唆する高吸収域が描出された。血腫による閉塞性膵炎を疑い緊急 ERCP を施行した。嚢腫内に血腫によると思われる透瞭像を確認し、7Fr ENBD を留置した。また、乳頭開口部に EST 後潰瘍と露出血管が存在したため、APC にて焼灼止血を行った。その後の経過は良好で、8 月下旬に退院となる。choledococele は、胆管下部の十二指腸壁内での嚢状拡張と定義され、先天性胆道拡張症の一型に分類された比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

93 重複胆嚢の 1 例

[1] 岐阜県総合医療センター　消化器内科、
[2] 岐阜県総合医療センター　外科、
[3] 岐阜県総合医療センター　病理診断科
○馬淵　正敏[1]、加藤　潤一[1]、小原　功輝[1]、岩砂　淳平[1]、
安藤　暢洋[1]、大島　靖広[1]、岩田　圭介[1]、芋瀬　基明[1]、
清水　省吾[1]、杉原　潤一[1]、前田　健一[2]、岩田　仁[3]

症例は 76 歳女性。以前より胆嚢結石を指摘されていた。今回、腹部超音波検査上で胆嚢頚部に低エコー腫瘤を指摘されたため、当科へ紹介受診となった。超音波内視鏡（EUS）を施行したところ、胆嚢頚部に数個の結石と約 10mm 径の低エコー腫瘤と壁肥厚を認めた。壁の外側高エコーは保たれており胆石および胆嚢腫瘍が疑われた。造影 CT でも胆嚢頚部には淡く濃染される軟部影と結石が確認された。しかし同時に胆嚢内に膜様の隔壁が認められ、MRCP を施行したところ胆嚢の腹側に小さな袋状の構造物とその内腔に結石が確認され重複胆嚢が疑われた。ERCP を施行したところ中部胆管左側より主胆嚢に繋がる胆嚢管が描出され、それとは別に胆管右側より胆嚢管が描出された。IDUS 上も左右の胆嚢管がそれぞれ中部胆管に合流してくることが確認され、重複胆嚢、Boyden の H 型、Gross の B 型が疑われた。また EUS/ 造影 CT にて指摘された軟部影に関しては ERCP/MRCP と照らし合わせると副胆嚢頚部の壁肥厚が疑われた。IDUS 上副胆嚢頚部の壁肥厚は描出されなかったが左右の胆嚢管分岐部に壁肥厚は認められなかった。以上より副胆嚢に結石を合併した重複胆嚢が疑われたが、副胆嚢頚部の壁肥厚に関しては悪性を完全に否定できず、本人 / 家族に十分な informed consent を行った上で手術を施行した。手術所見では同一漿膜内に重複胆嚢が存在し、それぞれの胆嚢管も同定可能で各々をクリッピングし切離摘出した。摘出標本上では主胆嚢は軽度のコレステローシスを認め、リンパ球や好酸球などの炎症細胞浸潤を中等度認めた。副胆嚢内には数個の結石を認め、その胆嚢管や頚部には粘膜上皮の過形成や筋層の肥厚を認めた。筋層内には膠原線維や平滑筋の増生が観察され、体部から底部にかけて Rokitansky-Aschoff sinus が散見され、壁には中等度の慢性炎症細胞浸潤を認めた。いずれの胆嚢にも neoplastic な変化は観察されなかった。今回我々は重複胆嚢を経験したので文献的考察を加えて報告する。

94 当院で施行した 90 歳以上の超高齢者に対する ERCP の検討

愛知県厚生連　海南病院　消化器内科
○武藤　久哲、青木　孝太、荒川　直之、久保田　稔、
石川　大介、國井　伸、渡辺　一正、奥村　明彦

現在わが国では急速に高齢化が進行してきており、総胆管結石症をはじめとして高齢者に対して ERCP を施行する機会が増加してきている。一般に高齢者においては、呼吸、循環機能の予備能が低下しており、ERCP の施行にあたっては合併症を起こさないための細心の注意が必要である。一方、急性胆管炎・急性胆嚢炎診療ガイドラインによると、高齢者であっても急性胆管炎に対しては積極的な ERCP による診断・治療が推奨されている。これまでの報告では、高齢者であっても比較的安全に ERCP は施行できるとの報告が散見される。しかしながら、総胆管結石除去術を行うか、ステント留置に留めるかなど、治療方針の決定については議論の余地がある。当院では、2006 年 7 月 1 日より 2011 年 7 月 1 日までの 5 年間で、90 歳以上の超高齢者に対して 33 症例、70 件の ERCP を施行している。平均年齢は 92.8 歳、最高齢は 102 歳であった。今回、これらの症例を対象として患者背景、併存疾患、挿管成功率、処置の内訳、合併症について検討した。超高齢者に対する ERCP の当院での現状について、若干の文献的考察を加えて報告する。

95　当院における咽喉頭表在癌の内視鏡治療成績

[1] 名古屋大学大学院　医学系研究科　消化器内科学、
[2] 名古屋大学医学部附属病院　光学診療部
○坂巻　慶一[1]、宮原　良二[2]、舩坂　好平[1]、坂野　閑紀[1]、
古川　和宏[1]、立松　英純[1]、鶴留　一誠[1]、山本富美子[1]、
大野栄三郎[2]、川嶋　啓揮[1]、伊藤　彰浩[1]、大宮　直木[1]、
廣岡　芳樹[2]、渡辺　修[1]、前田　修[1]、安藤　貴文[1]、
後藤　秀実[1,2]

【目的】近年、NBI を中心とした画像強調機能と拡大観察機能により、食道表在癌のみならず咽喉頭領域においても早期癌に対する存在診断能が向上してきた。また治療に関しても消化器内科領域での内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の技術を応用した耳鼻咽喉頭領域に対する鏡視下粘膜切除術（ELPS）が施行され、低侵襲での治療が可能となっている。今回、当科にて ELPS を施行した 6 例について治療成績をまとめたため報告する。【対象】2007 年 7 月ー 2011 年 3 月までの間に耳鼻科と合同で内視鏡的治療を施行した咽頭癌症例 6 症例 8 病変を対象とした。当院での ELPS は、手術室にて全身麻酔下に、湾曲型喉頭鏡を用いて喉頭挙上を行った上で、ESD 手技を中心に病変の切除を行っている。【結果】対象は男女比 5:1、年齢 61 ー 78 歳（平均 70 歳）、病変部位は下咽頭後壁 1 病変、中咽頭後壁 1 病変、中咽頭左壁 1 病変、左梨状陥凹 5 病変、うち 1 病変は頸部食道に及んでいた。食道癌取り扱い規約に準じた肉眼型は 0-IIa1 病変、0-IIb4 病変、0-IIc3 病変、腫瘍長径は 6 ー 25mm で、平均 13.8mm であった。深達度が評価できた 7 病変では 3 病変において上皮下浸潤を認めたが、他は全て上皮内病変であった。脈管侵襲はいずれも陰性で、水平断端は 5 病変において断端に dysplasia の存在を認めた。切除時間は、15 ー 153 分（平均 47.1 分）で、長時間を要したのは左梨状陥凹の後壁寄りの病変で、作業空間が狭く、また、舌の干渉により内視鏡操作が困難な病変であったが、他の症例はほぼ 1 時間以内の切除が可能であった。さらに、2 病変を除いた 6 病変で一括切除が可能であり、一括切除切除率は 75% であった。全例において合併症は認めておらず、現在再発症例は認めていない。【結論】ELPS は確実な切除が可能で、有効な治療法であると考えられた。

96　肝臓に直接浸潤をきたした両側副腎骨髄脂肪腫の一例

名古屋第一赤十字病院
○亀井圭一郎、春田　純一、山口　丈夫、土居崎正雄、
石川　卓哉、山　剛基、小林　寛子、佐藤亜矢子、
澤田つな騎、水谷　泰之、村上　義郎、服部　峻

副腎骨髄脂肪腫は組織学的には成熟脂肪組織と造血組織から構成される非機能性の良性腫瘍である。近年の画像診断の進歩に伴い偶発的に発見された例も増加している。今回、我々は総胆管結石の精査中に偶然発見された、肝臓に直接浸潤をきたした両側副腎骨髄脂肪腫の一例を経験したので報告する。【症例】60 歳代男性【主訴】心窩部痛【現病歴】心窩部痛を主訴に近医を受診、両側副腎の腫瘤を指摘され紹介される。【検査成績】CT では肝の左葉は著明に萎縮していた。両側副腎に内部不均一で造影効果のない low density の腫瘍を認めた。左は 6.7cm 大、右は 4.3cm 大で被膜を形成しながら肝臓に浸潤していた。総胆管は 15mm と拡張していたが明らかな結石は指摘できなかった。副腎腫瘍は MRI では T1 high、T2 low であり、内部に多量の脂肪成分を含むとみられた。腹部 US では腫瘍は内部エコーほぼ均一な高エコー腫瘍であった。肝左葉は著明に萎縮していた。総胆管に 15mm 大の結石を認めた。EUS では肝萎縮に伴う胃変形のため右副腎の観察は出来なかった。エコー像は腹部 US と同様であり、ソナゾイドによる造影では造影効果は認めなかった。PET-CT では腫瘍への集積は軽度であった。各種副腎内分泌検査は異常を認めなかった。ERCP では胃変形のため胃内でループを形成して十二指腸乳頭に到達した。胆管造影では総胆管結石とみられる透亮像を認めたが、スコープの操作性が悪く、EST は施行せず ERBD チューブを留置して終了した。以上の検査結果より総胆管結石、両側副腎脂肪肉腫または骨髄脂肪腫と診断して両側副腎腫瘍摘出術＋総胆管結石摘出術を施行した。【病理】左副腎腫瘍 : 薄い線維性被膜を認め、被膜直下には圧排された副腎組織をみる。3 系統の造血細胞からなる骨髄組織から形成され、副腎骨髄脂肪腫の像であった。右副腎腫瘍 : 肝内、および肝に癒着する右副腎に左と同様の副腎骨髄脂肪腫を認める。【考察】副腎骨髄脂肪腫は良性の腫瘍で無症状であれば経過観察で良いとされる。両側副腎に骨髄脂肪腫ができることは非常に稀であり、文献的考察を交えて報告する。

97　術前診断に苦慮した特発性大網出血の一例

岐阜県立多治見病院
○西江　裕忠、福定　繁樹、加地　健太、夏目まこと、
西　祐二、吉村　至広、安藤　健二、水島　隆史、
上野浩一郎、佐野　仁

症例は 35 歳女性。2010 年 3 月に腹腔内膿瘍にて入院、保存的治療にて軽快した既往がある。2011 年 3 月 5 日に間欠的な右下腹部痛があり 3 月 7 日に近医受診。腹腔内膿瘍の疑いで同日当院救急外来紹介受診となった。発熱なく、腹部は平坦、やや硬で右側中心に腹部全体に圧痛と軽度反跳痛を認めた。腹部単純 CT では腹壁近傍の腹腔内に径約 50mm 大の軽度高吸収を呈する腫瘤を認め、内部には低吸収域が混在していた。造影 CT での造影効果は周囲では認めたが内部は乏しい状態であった。血液検査では CRP4.2mg/dl と CRP のみ軽度上昇を認めた。発熱がなく炎症所見も軽度であったため腹腔内膿瘍としては非典型とは考えられたが、同様の所見で腹腔内膿瘍の診断での入院歴もあり、絶食、補液、抗生剤治療を開始した。第 2 病日の血液検査でも CRP7.5mg/dl と若干の CRP の上昇は認めたが WBC は正常値であり腹腔内膿瘍としては炎症所見に乏しい状態であった。第 4 病日に施行した腹部 MRI では diffusion で low intensity となる領域を中心に脂肪抑制 T2 で low intensity となる脂肪成分を伴う腫瘤であり、血腫を疑う所見であった。各種画像所見より大網出血が疑われたが確定診断は得られず、症状の改善が乏しいため第 4 病日に開腹手術が施行された。腫瘤は大網に位置し、分葉状で弾性硬、腹壁と軽度癒着していた。術中所見では間葉系腫瘍が疑われたが、病理診断では出血と線維化、炎症細胞浸潤より成り明らかな腫瘍性病変は認められず大網内出血の診断であった。第 11 病日に退院後、再出血は認めていない。大網出血は大網の動・静脈が破綻して腹腔内に出血したり大網に貯留したりする疾患と定義され、その原因により外傷性、非外傷性に大別される。本症例では原因となる外傷や基礎疾患はなく、特発性と考えられた。治療は手術療法が原則であるが保存的治療により軽快した報告もある。本症例では手術 1 年前にも同様の所見で結果的に保存的経過観察となっているが、再発を来たしているため本疾患を疑った場合は手術療法が望ましいと考えられた。術前診断に苦慮した特発性大網出血の一例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

98　巨大な腹部腫瘤をきたした後腹膜脱分化型脂肪肉腫の 1 例

[1] 浜松医科大学　第一内科、[2] 浜松医科大学　分子診断学、
[3] 浜松医科大学　臨床研究管理センター、
[4] 浜松医科大学　第一外科
○鈴木　崇弘[1]、大石　愼司[1]、石田　夏樹[1]、佐原　秀[1]、
池谷賢太郎[1]、栗山　茂[1]、濱屋　寧[2]、山田　貴教[1]、
杉本　光繁[1]、金岡　繁[2]、古田　隆久[3]、和田　英俊[4]、
大澤　恵[1]、杉本　健[1]

症例は 59 歳、男性。1 か月前より徐々に進行する体重減少と下腿浮腫、腹部膨満感を認め、近医を受診し精査のため当科へ紹介された。理学的所見では、腹部全体に圧痛のない弾性硬の巨大な腫瘤を触知した。血液検査では Hb 9.5 g/dl の貧血、Alb 2.5 g/dl の低アルブミン血症、CRP 11.9 mg/dl の炎症所見を認め、腫瘍マーカーは CEA、CA19-9 は正常範囲内であった。腹部造影 CT では、右後腹膜を主体に 30cm ほどの内部が不均一で右側尾側に脂肪成分を含んだ巨大な腫瘤を認め、下大静脈の狭小化による還流障害と水腎症を認めた。MRI では腫瘤境界は明瞭で一部は脂肪の信号を呈し、他の領域には極めて内部不均一、変性や壊死を含むと思われる充実性部分も存在した。消化管病変の検索として、上部および下部消化管内視鏡、小腸造影を施行したが、消化管原発腫瘍は否定的であった。以上より、後腹膜由来の脂肪肉腫を疑い外科的切除の適応と判断し、腫瘍を含め右腎、尿管および右副腎、右側結腸を広範合併切除を施行した。病理組織学的には、脱分化型脂肪肉腫と最終診断された。後腹膜由来の脱分化型脂肪肉腫は、脂肪肉腫の組織分類の一型であり、後腹膜腫瘍全体の約 0.5% で非常に稀とされる。本例のように急速な増大を示す症例もあり、予後は遠隔転移の有無によるが、分化型に比し悪いとされる。若干の文献的考察を含め報告する。

99　下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

[1] 社会保険中京病院　消化器科、
[2] 名古屋市立大学　消化器・代謝内科学
○杉村　直美[1]、長谷川　泉[1]、清水　周哉[1,2]、堀口　徳之[1]、
飛鳥井香紀[1]、高口　裕規[1]、三浦　亜紀[1]、井上　裕介[1]、
松永誠治郎[1]、戸川　昭三[1]、榊原　健治[1]、大野　智義[1]

症例は50歳女性。平成23年7月23日排便時に突然上腹部痛が出現し、冷汗を伴うようになったため当院を受診した。来院時はショック状態にあり、血液検査にて軽度の貧血を認めた。腹部単純CTで膵頭部から十二指腸周囲に高吸収域を認め、後腹膜出血と考えられたため精査加療目的で入院となった。腹部造影CTによる血管構築像で腹腔動脈根部の狭窄と膵十二指腸動脈に径5mm程の動脈瘤を認め、その破裂による後腹膜出血と判断した。腹部血管造影を施行したところ、上腸間膜動脈造影にて下膵十二指腸動脈の一部に紡錘状の拡張を認め（動脈瘤はすでに血栓化していた）、コイル塞栓術を行なった。塞栓術後は再出血を認めなかったが、第6病日に十二指腸閉塞を来した。経鼻胃管を挿入し、絶食、中心静脈栄養にて保存的治療を行なったところ、第28病日の上部消化管造影では十二指腸の通過障害の改善が確認されたため経口摂取を再開し、第35病日に退院となった。今回我々は、十二指腸閉塞を来した下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例を経験した。下膵十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の2ー3%とされており、非常にまれな病態であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

100　後腹膜多血性腫瘤として発生したCastleman病の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院　消化器内科
○廿樂　裕徳、玄田　拓哉、佐藤　俊輔、金光　芳生、
成田　諭隆、菊池　哲、平野　克治、飯島　克順、
市田　隆文

症例は61才女性。主訴は下腿浮腫。平成22年5月に下腿浮腫が出現し、ネフローゼ症候群と診断され当院腎臓内科受診。全身検索目的に施行された腹部単純CTで腹部腫瘤を指摘され当科紹介受診した。腹部超音波検査では左腎と脾臓の間に石灰化を伴った、内部に血流を有する4.8cm大の腫瘤性病変を認めた。腹部造影CTでは左腎腹側に、内部に石灰化を伴う動脈相から造影効果を有する腫瘤を認めた。病変のMRI所見はT1強調像で低信号、T2強調像で一部高信号であった。PET-CTでは病変部に集積を認めた。腹部血管造影検査では左第三腰動脈より栄養される多血性腫瘤を認めた。以上の結果より後腹膜原発の病変と診断し、悪性の可能性が否定できなかったため、診断的治療目的に当院泌尿器科にて後腹膜腫瘍摘出術を施行した。切除検体は6×5.5×5.5cm大の境界明瞭な結節性病変で、組織学的には結節内部はリンパ濾胞構造からなっており、リンパ球や形質細胞の増殖を認めた。また、濾胞内には壁が肥厚し、硝子化した血管構造を認めた。以上の所見からCastleman病と診断した。Castleman病は比較的稀なリンパ増殖性疾患のひとつで、縦隔に発生するものが多く、腹部腫瘤として遭遇する頻度は少ない。腹部に発症するCastleman病の特徴として、造影効果を伴うことや樹枝状の石灰化があることが報告されている。本症例においても、このような所見を認めており、鑑別疾患として考慮していればCastleman病の臨床診断に至る可能性があった。Castleman病は遭遇する頻度は少ないが腹部腫瘤において考慮すべき疾患であり、特徴的な画像所見はその診断の一助となり得る可能性がある。

101　血栓溶解術・除去術後に脳血管塞栓症とともに再発した上腸間膜動脈血栓症の1例

愛知県厚生連　海南病院　消化器内科
○荒川　直之、武藤　久哲、青木　孝太、久保田　稔、
石川　大介、國井　伸、渡辺　一正、奥村　明彦

【症例】76歳女性【主訴】腹痛【既往歴】糖尿病、高血圧【現病歴】糖尿病・高血圧にて近医通院中。腹痛・下痢にて夜間に救急外来受診。胃腸炎の診断で一旦帰宅するも症状改善せず、翌日当科受診。【経過】当科受診時、腹部所見は乏しかったが自発痛が強かったため、血管病変を疑い造影CTを施行したところ、上腸間膜動脈閉塞を認めた。血管造影検査にて閉塞部位を確認後、ウロキナーゼを用いて血栓溶解を試みたが完全には溶解しなかった。引続き、血栓除去術を施行したところ、末梢側血管の再開通が確認できた。しかし血栓除去術終了後から意識状態が急激に低下した。MRI・MRAを施行したところ、右被殻・左頭回・左側頭葉にDWI高信号、左中大脳動脈・右内頸動脈の閉塞を認めた。血栓溶解術・血管拡張術を施行し、集中治療室で経過観察となったが、翌日のCTにて上腸間膜動脈が再閉塞し、腸管壊死も疑われた。外科的治療を考慮したが、ご家族が希望されなかったため、ヘパリン化のみで経過観察。4日後に永眠された。【考察】上腸間膜動脈血栓症は致死率が高く、緊急の診断・治療が必要な急性腹症のひとつである。治療は血栓溶解術・除去術・手術が腸管壊死の程度によって選択される。血栓溶解術や除去術を施行しても治療効果が認められなかったり、再発した症例も報告されている。特に動脈硬化に起因する血栓症の場合は、血栓除去術が無効の場合が多く、注意が必要である。

102　診断に難渋した結核性腹膜炎の1例

[1] 小牧市民病院　消化器科、[2] 小牧市民病院　臨床検査科
○荒尾　嘉人[1]、宮田　章弘[1]、平井　孝典[1]、大山　格[1]、
小島　優子[1]、林　大樹朗[1]、鈴木　大介[1]、灰本　耕基[1]、
飯田　忠[1]、和田　啓孝[1]、中川　浩[2]

【はじめに】今回我々は癌性腹膜炎疑いで精査入院され、結核性腹膜炎の診断に至った1例を経験したので報告する。【症例】66歳男性、【主訴】腹部膨満感【既往歴・家族歴・内服歴】特記事項なし【現病歴】H22/9月中旬から持続する発熱、腹部膨満感自覚あり、10月初旬に当院内科を受診。腹部CTにて膵尾部腫瘍、腹水、小腸の壁肥厚あり、癌性腹膜炎が疑われたたため消化器科へ紹介。同日より精査、加療目的に入院となった。第4病日、GIF・MRCP施行し、明らかな原発巣と思われる病変を認めず。膵腫瘍はIPMNが疑われた。第9病日、腹水穿刺・精査施行し滲出性腹水を確認。細胞診・培養を提出しいずれも陰性。第10病日、腹部CT再検施行し、腹水の遷延を認め、画像上やはり癌性腹膜炎が疑われる所見であった。第11病日、腹水遷延傾向にあるが、症状経過は安定しており、食事摂取を再開。第16病日、腹水精査再検施行し、再度細胞診陰性を確認。第17病日、TCS施行し、大腸ポリープを認めたが、原発巣となり得る病変は認めず。回盲部に炎症性変化あり、結核などの否定も考慮した。第18病日、採血精査にてクオンティフェロンを施行し、後日第25病日に同検査にて陽性と報告。結核性腹膜炎の診断にいたり、抗結核薬内服開始となった。病状安定後は外来にて加療を継続。2ヶ月経過時のCT再検にて改善良好を確認。以降も経過良好であり、6ヶ月間の内服期間にて治療終了に至った。【考察】腹水の鑑別で滲出性であった場合、膵性腹水、癌性腹水、腹膜炎が考えられる。腹膜炎では細菌性、結核性などが考慮される。本症例では当初内科受診時にCT上膵嚢胞性腫瘍も認めたことから、癌性腹膜炎が疑われたが以降結核性腹膜炎も念頭に精査を継続。クオンティフェロン陽性であったことからもその最終診断に至った。本症例につき、若干の文献的考察もふまえここに報告する。