日本消化器病学会東海支部第136回例会

第 47 回 教 育 講 演 会

プログラム抄録集

会 長 片野義明
(藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科)

日 時 2022年6月11日(土) 午前9時より

開催方法 Web 開催

(附 第123回市民公開講座プログラム)

2022年6月12日(日)

藤田医科大学ばんだね病院 西棟 第一会議室

プログラム目次

プログラム	1
お知らせ・お願い	2
発表要領	4
シンポジウム・共催セミナーのご案内	5
第23回専門医セミナーのご案内	6
第47回教育講演会のご案内	7
第123回市民公開講座のご案内	8
第47回教育講演会プログラム	11
第47回教育講演会抄録	12
シンポジウムプログラム	22
シンポジウム抄録	25
一般演題プログラム	34
一般演題抄録	50
協賛企業一覧・広告	71

プログラム

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	評議員会	幹事会
09:00	開会の辞					
09:30	09:00-10:00 教育講演1 【胆膵】 講師：林 香月 司会：川嶋啓揮	09:00-10:00 専門医セミナー	09:00-09:35 食道	09:00-09:35 小腸		
10:00			09:45-10:20 胃・十二指腸1	09:45-10:27 大腸1		
10:30	10:10-11:10 教育講演2 【肝臓】 講師：舘 佳彦 司会：中川勇人					
11:00		10:30-12:00 シンポジウム1 『消化管疾患診療 の現状と課題』 司会：古川和宏 長坂光夫	10:30-11:12 胃・十二指腸2	10:35-11:10 大腸2		10:30-11:30 幹事会
11:30			11:20-12:02 胃・十二指腸3	11:20-11:48 胆道1		
12:00				11:55-12:23 胆道2		
12:30						
13:00	12:40-13:40 ランチョンセミナー1 演者：三嶋廣繁 座長：清水雅仁 共催：ミヤリサン製薬㈱	12:40-13:40 ランチョンセミナー2 演者：堀木紀行 座長：春日井邦夫 共催：アストラゼネカ㈱			12:40-13:40 評議員会	
13:30						
14:00			13:40-14:40 アフタヌーンセミナー1 演者：眞部紀明 座長：片岡洋望 共催：㈱ソムラ	13:40-14:40 アフタヌーンセミナー2 演者：中島 淳 座長：杉本 健 共催：ビオフェルミン製薬㈱ 大正製薬㈱		
14:30						
15:00	14:50-15:50 教育講演3 【下部消化管】 講師：中村正直 司会：小笠原尚高	14:00-17:00 シンポジウム2 『肝胆膵疾患診療 の現状と課題』 司会：藤原 圭 山本智支	14:50-15:32 肝1	14:50-15:32 膵1		
15:30						
16:00			15:40-16:22 肝2	15:40-16:22 膵2		
16:30	16:00-17:00 教育講演4 【上部消化管】 講師：宮原良二 司会：荒木寛司					
17:00			16:30-17:12 肝3	16:30-16:58 その他		
17:30	閉会の辞					

お知らせ・お願い

本会は Web 会議システム「Zoom」によるライブ配信にて実施し、役割者、一般参加者ともオンライン上にてご参加いただきます。

現地会場での実施、ならびにオンデマンド配信は行いませんのでご注意ください。

本会への参加には事前参加登録が必要です。詳細は日本消化器病学会 Web サイトの会員専用ページよりご確認ください。

■支部例会のご案内

参加費：1,000円

事前参加登録制です。ネームカード（領収書 兼 参加証）は会期後に郵送いたします。

■教育講演会のご案内

参加費：1,000円

※午前のみ、午後のみ参加でも1,000円

※教育講演会のみ参加は不可、参加には支部例会の参加登録が必須

事前参加登録制です。ネームカード（領収書）は会期後に郵送いたします。

参加証は、ネームカードとは別に午前の部・午後の部に分けて発行いたします。

参加証の発行には、視聴と当日出題される各講演のセルフトレーニング問題への回答が必須です。

■専門医セミナーのご案内

参加費：無料

支部例会の参加登録が必要です。参加証は、視聴確認ができた方に対して発行いたします。

■評議員会のご案内

日 時：2022年6月11日（土）12：40～13：40

開催方法：Web 開催（Zoom によるライブ配信）

※ご参加の方は必ず支部例会の事前参加登録を行ってください。

■座長・演者へのご案内

・必ず期日までに参加登録をお済ませください。

・学会当日は、セッション開始前にマイクチェックや進行について事前ミーティングを行います。

事前に参加方法をご案内いたしますので、必ずご参加をお願いいたします。

《座長の先生方へ》

・演者への質問は、Zoom の「Q&A」機能で受け付け、座長が代読して演者が回答する形式といたします。

・いずれのセッションも時間厳守とし、プログラム通りの進行にご協力をお願いいたします。

《演者の先生方へ》

各セッションの持ち時間は下記の通りです。スライド枚数に制限はありませんが発表時間を厳守してください。

発表方法等に関しては後述の発表要領をご確認ください。

シンポジウム1 口演8分 質疑応答3分 総合討論なし

シンポジウム2 口演7分 質疑応答3分 総合討論なし

一般演題 口演5分 質疑応答2分

■参加者へのご案内

- ・期日までに参加登録をお済ませください。
参加登録が完了した方へは、事前に参加方法をご案内いたします。
- ・当日スムーズにご参加いただくために、事前に Zoom のアプリケーションをインストールしてください。
(Zoom アプリのダウンロードページ：<https://zoom.us/download>)
- ・発表および講演の録画は禁止といたします。
- ・演者への質問は、Zoom の「Q&A」機能で受け付け、座長が代読して演者が回答する形式といたします。
進行の都合上、全ての質問を取り上げられない場合がありますので予めご了承ください。

■単位登録についてのご案内

専門医更新単位は学会 Web サイトよりご登録いただく方式となります。

日本消化器病学会 Web サイトの「パーソナルページ」→「学術集会参加登録」より、支部例会・教育講演会・専門医セミナーの各参加証に記載の番号（15桁）にて各自登録をお願いいたします。

- ※専門医更新単位 … 支部例会：5単位
教育講演会：午前9単位・午後9単位
専門医セミナー：3単位

発表要領

ご発表は Zoom ウェビナーを用いたオンラインプレゼンテーションに限ります。

PC 操作や画面共有はすべてご自身で行ってください。

事務局では Zoom の操作説明やリハーサルは行いませんので、必ず事前に画面共有の方法などをご確認ください。

学会当日のご発表セッション開始前にテスト接続を兼ねた事前ミーティングを行いますので必ずご参加ください。 ミーティングへの参加方法は個別にご案内いたします。

■ご発表における注意事項

- ・学会当日までに、発表に使用する PC へ Zoom のアプリケーションをインストールしておいてください。
既にインストールされている場合は、必ず最新版であることをご確認ください。
- ・ハウリング防止のため、PC 内蔵のマイクスピーカーは使用せず、ヘッドセットマイク（またはヘッドホンやイヤホン）をご利用ください。
- ・必ず事前に Zoom テストサイト (<https://zoom.us/test>) にてスピーカー・マイクチェックを行ってください。
- ・通信回線は可能な限り**有線 LAN** をご使用ください。
- ・PC のバッテリー切れを防ぐため、ご発表の際は必ず付属の AC アダプターに接続してご使用ください。
- ・発表者ツールはご利用になれません。

■ご発表用データ作成上の留意点

- ・動画等をリンクさせている場合は、必ず元のデータも発表に使用する PC 保存し、事前にご発表時と同じインターネット環境にて Zoom で画面共有をした上で、正常に動作することをご確認ください。
- ・申告すべき利益相反（COI）状態の有無に関わらず、ご発表スライドにて COI 開示をお願いいたします。
詳細は日本消化器病学会 Web サイト (<https://www.jsge.or.jp/member/riekisouhan>) にてご確認ください。

シンポジウム・共催セミナーのご案内

シンポジウム 1 『消化管疾患診療の現状と課題』

時 間：10：30～12：00

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
藤田医科大学 消化器内科学

古川 和宏
長坂 光夫

シンポジウム 2 『肝胆膵疾患診療の現状と課題』

時 間：14：00～17：00

司 会：藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

山本 智支
藤原 圭

ランチョンセミナー 1 『COVID-19の病態と感染制御』

時 間：12：40～13：40

演 者：愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学

三鴨 廣繁

座 長：岐阜大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器内科学分野

清水 雅仁

共 催：ミヤリサン製薬株式会社

ランチョンセミナー 2 『酸関連疾患の診断と注意点および酸分泌抑制療法』

時 間：12：40～13：40

演 者：三重大学医学部附属病院 消化器内科 消化器病センター

堀木 紀行

座 長：愛知医科大学医学部内科学講座 消化管内科

春日井邦夫

共 催：アストラゼネカ株式会社

アフタヌーンセミナー 1 『漢方治療のエビデンス

～消化器症状・困った時の次の一手～』

時 間：13：40～14：40

演 者：川崎医科大学 検査診断学（内視鏡・超音波）

眞部 紀明

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

共 催：株式会社ツムラ

アフタヌーンセミナー 2 『ビフィズス菌の新展開』

時 間：13：40～14：40

演 者：横浜市立大学大学院医学研究科 肝胆膵消化器病学

中島 淳

座 長：浜松医科大学 内科学第一講座

杉本 健

共 催：ビオフェルミン製薬株式会社、大正製薬株式会社

第23回専門医セミナーのご案内

会 場：第2会場

時 間：9：00～10：00

テ ー マ：「進行肝細胞癌に対する治療戦略—有効で安全に治療を行うためには—」

司 会：藤田医科大学 消化器内科学

葛谷 貞二

症例提示：岐阜県総合医療センター 消化器内科

入谷 壮一

半田市立半田病院 消化器内科

安藤 祐資

聖隷三方原病院 肝臓内科

岡井 研

スーパーコメンテーター：

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

伊藤 隆徳

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

田中 秀明

第47回教育講演会のご案内

会 場：第1会場

時 間：9：00～17：00

教育講演1 胆道・膵疾患の診断と治療 —細径胆道・膵管鏡を中心に—

講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮

教育講演2 肝疾患における超音波画像診断の進歩

講師：藤田医科大学岡崎医療センター 消化器内科 舘 佳彦

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中川 勇人

教育講演3 with コロナ時代における炎症性腸疾患診療について

講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

司会：愛知医科大学 消化管内科 小笠原尚高

教育講演4 胃癌の診断と治療

講師：藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

司会：松波総合病院 消化器内科 荒木 寛司

第123回市民公開講座のご案内

日 時：2022年6月12日（日） 13：00～16：00

会 場：藤田医科大学ばんだね病院 西棟 第一会議室

司 会：藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科

片野 義明

知っておきたい、お腹のがんの話

「胃がんの話」

藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科

小林 隆

「大腸がんの話」

藤田医科大学ばんだね病院 外科・小児外科

荒川 敏

「肝臓がんの話」

藤田医科大学病院 消化器内科

川部 直人

「膵臓がんの話」

藤田医科大学ばんだね病院 外科・小児外科

加藤 宏之

教育講演 プログラム・抄録

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

第47回教育講演会プログラム

第1会場

教育講演 1 9:00-10:00

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮
胆道・膵疾患の診断と治療 ―細径胆道・膵管鏡を中心に―
講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

教育講演 2 10:10-11:10

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中川 勇人
肝疾患における超音波画像診断の進歩
講師：藤田医科大学岡崎医療センター 消化器内科 舘 佳彦

教育講演 3 14:50-15:50

司会：愛知医科大学 消化管内科 小笠原尚高
with コロナ時代における炎症性腸疾患診療について
講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

教育講演 4 16:00-17:00

司会：松波総合病院 消化器内科 荒木 寛司
胃癌の診断と治療
講師：藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

1) 胆道・膵疾患の診断と治療 —細径胆道・膵管鏡を中心に—

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

胆道・膵疾患における内視鏡関連手技や機器の進歩はめざましく、様々な ERCP/EUS 関連手技が行われている。本講演では細径胆道・膵管鏡を用いた診断と治療を中心に、当院の実際の症例や成績を提示し、最近のエビデンスや研究成果なども述べてみたい。

I：胆道疾患

【診断】従来、胆道疾患に対する病理学的診断では経乳頭的透視下生検が施行されている。近年、細径胆道鏡により病変の直接観察や生検が可能となり診断能の向上が期待される。

当院での良悪性を含む胆道疾患の細径胆道鏡下生検の検体採取成功率は92.3%で、生検部位（左肝内、右肝内、肝門部、上部、遠位、胆嚢管）による成功率の差は認めず、生検部の狭窄の有無でも差を認めなかった。細径胆道鏡下生検の悪性診断能は83.3%で透視下生検の72.6%より良好な傾向であったが、有意差は認めなかった（ $P=0.19$ ）。

【治療】急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン2018では胆嚢炎に対する新しい代替治療として、内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ（ENGBD：endoscopic naso-gallbladder drainage）と内視鏡的胆嚢ステント留置術（EGBS：endoscopic gallbladder stenting）が提示されている。しかし、胆嚢管の解剖学的屈曲蛇行や Heister 弁などにより胆嚢管の選択や突破に難渋する場合がある。

2017年より、我々は ENGBD/EGBS 成功率向上のため、胆嚢管開口部の同定およびガイドワイヤーの直視下胆嚢管挿入の目的で細径胆道鏡を使用している。ENGBD/EGBS 成功率は94.0%と良好な成績で、胆道鏡を使用していない2016年までの成功率（72.0%）と比較し有意に向上した。

II：膵疾患

膵石・膵管狭窄・仮性嚢胞などの膵疾患における内視鏡治療も進歩し、膵石治療の全国調査では体外式衝撃波結石破碎療法（ESWL）と内視鏡治療の併用が多く施行されている。

2016年以降、我々は有症状の主膵管内膵石に対する ESWL 後の ERP 下除去困難例や ESWL での破碎困難例において細径膵管鏡を併用した治療を行っている。症例毎の膵管鏡施行回数は1.6回（1-4回）、平均挿入時間は39.6分で、最終的な膵石消失率は85.7%と良好であった。

European Society of Gastrointestinal Endoscopy（ESGE）において ESWL 碎石困難な膵石は膵管鏡下電気水圧的破碎療法が推奨されている。しかし、慢性膵炎診療ガイドライン2021では膵管鏡下碎石は研究レベルのエビデンスであるとされている。

略歴

1996年3月 名古屋市立大学医学部 卒業
1996年4月 名古屋市立大学病院 研修医
1997年4月 愛知県厚生農業協同組合連合会 足助病院 内科医員
1999年8月 岐阜県立多治見病院 消化器内科 医員
2004年10月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 臨床研究医
2008年5月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 助教
2012年7月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 講師
2019年7月 名古屋市立大学病院 肝・膵臓内科 部長
2019年10月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 准教授

所属学会・認定医等

日本内科学会（専門医、指導医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員、慢性膵炎ガイドライン作成協力者）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、和文査読委員）
日本超音波医学会（専門医、指導医、代議員、査読委員）
日本胆道学会（指導医、評議員、倫理委員）
日本膵臓学会（指導医）

2) 肝疾患における超音波画像診断の進歩

藤田医科大学岡崎医療センター 消化器内科 舘 佳彦

ウイルス性肝炎が抗ウイルス薬の進歩により制御されつつある一方で、メタボリック症候群の増加に伴い Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) が増加している。NAFLD の中には単純性脂肪肝 (NAFL) と Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) があるが、NASH は線維化の増加を伴う進行性の病態であり10~30%の割合で肝硬変や肝細胞癌へと至る。NASH の患者は NAFLD の10~20%に存在するとされ、今後さらなる増加が予想されている。

NASH の存在 及び病期診断については、肝生検検査により得られた病理組織より肝細胞の脂肪化、炎症・壊死 の局在性、肝細胞風船様膨化や肝線維化について評価する必要がある。NASH 診断は NAFLD/NASH 診療ガイドライン2020にも記載されるように肝生検による病理診断のみ可能であるが、日本に1000万人以上存在する NAFLD 患者全てに肝生検を施行することは不可能である。肝生検はサンプリングエラーが約20%あるとも報告されており、侵襲的であるため頻回の検査にも適さないため、肝生検に代わる非侵襲的な NASH 診断法が望まれている。

NAFLD の診断においては、直接的に診断できる血液生化学マーカーが存在しないため、超音波検査、CT/MRI などの 画像診断が必須となる。脂肪肝に対する超音波検査では従来から「エコーレベルの上昇」「肝腎コントラストの上昇」「深部エコーの減衰」「血管不明瞭化」などの画像所見により診断が行われているが、検査者依存性が高く客観性に欠けるという大きな課題がある。したがって、NAFLD 診断において非侵襲的かつ、客観的に肝臓の状態を把握することが今後の重要な課題になってきている。

超音波エラストグラフィは非侵襲的に肝硬度 (Shear Wave Speed) を評価できることは多く報告されているが、超音波 B モードを参照しながら肝脂肪化による減衰を定量的に画像評価できる Attenuation Imaging (ATI)、炎症と関連するとされる粘性を評価する Dispersion slope を測定できる機能が開発された。超音波は生体内での反射・散乱によって減衰しながら伝搬していくが、特に肝臓においては、脂肪滴の増加とともに減衰が顕著になることが以前より知られている。ATI は、生体内部に放射された超音波パルスが生体組織を通過する時に吸収・拡散などにより減衰する原理を利用し、その減衰係数を推定するアプリケーションである。肝脂肪化を客観的に評価するツールとして今後臨床応用されていくと期待されている。

本教育講演では肝疾患に関する肝硬度、ATI, Dispersion slope の日常診療への有用性など、最新の超音波画像診断に関して解説する。

略歴

- 1996年 3月 名古屋大学医学部卒業
- 1996年 4月 市立四日市病院消化器内科
- 2005年 4月 掛川市立総合病院消化器内科
- 2006年 4月 名古屋大学消化器内科大学院
- 2009年 4月 名古屋大学消化器内科 医員
- 2011年 4月 名古屋大学消化器内科 病院助教
- 2012年 4月 小牧市民病院消化器内科 第三部長
- 2018年 7月 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 講師
- 2019年 4月 藤田医科大学ばんだね病院消化器内科 准教授
- 2020年 4月 藤田医科大学岡崎医療センター消化器内科 准教授
- 2021年 7月 藤田医科大学岡崎医療センター消化器内科 教授

主な所属学会・資格・役職など

- 日本消化器病学会 専門医、指導医、東海支部評議員
- 日本内科学会 認定医、指導医、総合内科専門医、指導医、東海支部評議員
- 日本肝臓学会 専門医、指導医、西部会評議員
- 日本消化器内視鏡学会 専門医
- 日本超音波医学会 専門医
- 日本静脈経腸栄養学会
- 日本肝臓研究会

3) with コロナ時代における炎症性腸疾患診療について

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease: IBD) は近年、複数の生物学的製剤、低分子化合物の導入により治療選択肢がひろがり、治療効果を多く認めるようになったため外来診療が可能な割合も増えた。今後医療側は治療薬の有効性、安全性、利便性を考慮したうえで診療が患者さんの生活に最小限の負担であるよう配慮していくことになる。一方、多くの薬剤は全身の免疫状態にも影響を与えるため、with コロナ時代における IBD 治療戦略を確立する必要がある。

潰瘍性大腸炎 (UC)

メサラジン、サラゾスルファピリジンと局所製剤 (メサラジン坐剤、注腸剤) を使用しても効果が不十分であった場合にはステロイドの経口投与を行う。事前に B 型肝炎再活性化のチェック (HBs 抗原、HBc 抗体、HBs 抗体) と結核のチェック (血清学的検査、胸部レントゲン) をする。ステロイドの投与期間中に NUDT15 遺伝子多型をチェックし、寛解維持期に使用する免疫調整薬の準備を行う。ステロイド、免疫調整薬投与中の新型コロナウイルス感染が重症化するリスクを考え、ステロイド減量中に再燃を認めた場合は、そのまま減量を進めて生物学的製剤など次の治療に移行することも考慮する。抗 TNF- α 抗体製剤では投与時反応に注意し、ベドリズマブは腸管選択性が高いために腸管外合併症に対する効果が検討事項である。トファシチニブは用量調整が可能であるが、貧血、妊娠、血栓症に注意を要し、免疫調整薬併用不可である。一方、食事が摂れない、体重減少を認める、頻回の下痢により睡眠が障害される、38度以上の発熱が継続する場合は入院絶食治療を考える。その場合に治療薬としてステロイド (強力静注療法)、タクロリムス、インフリキシマブ、トファシチニブが主に使用される。

クローン病

2002年に導入されたインフリキシマブ (IFX) により、それまでのステロイドと栄養療法から治療が一変した。難治例に対しても IFX は対して高い有効率を示し、その後アダリムマブ、ウステキヌマブ、ベドリズマブが導入された。当科におけるウステキヌマブの中等症患者に対する投与半年後における有効率は68%、臨床寛解率は45%であった。抗 TNF- α 抗体製剤への小腸病変への効果は大腸に比して弱いとの成績があり、元来小腸病変は手術に直結する症状によって初めて診断されることが多い (強い小腸狭窄による腹部膨満感、腹痛や瘻孔感染による発熱など)。ゆえに小腸にも活動性を認めた際もしくは穿通型の術後には病態がリセットされていてもタイトなモニタリングとバイオ製剤による維持治療が必要となる。保険診療に導入されたロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコプロテ

イン (Leucine-rich alpha 2 glycoprotein : LRG) は、TNF- α 、IL-22といった IL-6以外のサイトカインで引き起こされる炎症でも発現するため、CRP が正常範囲内の症例における活動性評価に有用であり、小腸粘膜治癒には LRG 8.9 μ g/ml 以下が目標とされる報告がある。

学歴・職歴

平成9年	岐阜大学医学部卒業
平成9年	名古屋大学関連病院 研修 (厚生連渥美病院、小牧市民病院)
平成15年	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 研究員
平成19年	医学博士 (名大医)
平成21年	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
平成23年	英国セントマークス病院リサーチフェロー (1年間)
平成24年	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
平成26年	名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教
平成30年4月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院講師
令和元年9月	名古屋大学医学部附属病院 IBD センター 副センター長兼任
令和2年1月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師

現在に至る。

資格

総合内科専門医指導医、日本医師会認定産業医、日本消化器病学会専門医指導医、日本消化器内視鏡学会専門医指導医、日本消化管学会専門医指導医、日本カプセル内視鏡学会専門医指導医、外国人医師臨床修練指導医

4) 胃癌の診断と治療

藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

衛生環境の向上と、Hp 感染胃炎に対する除菌療法が保険収載されたことにより、Hp 未感染及び除菌後胃が急速に増加している。従来の Hp 感染胃癌と、今後増加する Hp 未感染胃癌及び Hp 除菌後胃癌では、胃癌の特徴に差異がある。今後の胃癌診療において、Hp 感染胃癌、Hp 除菌後胃癌、Hp 未感染胃癌の特徴を理解する必要がある。

Hp 感染胃炎の内視鏡診断には、春間らによる胃炎の京都分類が有用である。Hp 未感染胃では活動性胃炎や胃粘膜萎縮を認めない。粘膜は凹凸を認めず、胃体部小彎の RAC (Regular Arrangement of Collecting venules) は Hp 非感染者の特徴的な所見とされる。Hp 除菌後胃粘膜については、粘膜発赤や大彎襞肥厚等の活動性胃炎所見は除菌後に消失するが、胃粘膜萎縮は急な変化を認めず、黄色腫も残存することが多い。

従来の胃癌は、ほとんどが Hp 感染胃粘膜から発生し、Hp 陰性胃癌は印環細胞癌などの未分化型胃癌が主とされてきた。印環細胞癌は Hp 陽性胃粘膜では胃底腺と幽門腺の腺萎縮境界を胃角部大彎付近で認めることが多いが、Hp 未感染胃粘膜では胃底腺が前庭部まで広がっていることに注意が必要となる。また、Hp 未感染胃粘膜を背景に発生する特徴的な胃癌として、胃底腺型胃癌や腺窩上皮型胃癌の報告が増えている。胃底腺型胃癌は、胃底腺への分化を示す胃癌であり、胃体部の胃底腺粘膜に発生することが多く、白色調の粘膜下腫瘍様隆起性病変で拡張した樹枝状血管が典型的である。腫瘍表層は非腫瘍粘膜に被覆されていることも多く、診断には生検が必要となる。腺窩上皮型胃癌は、胃体部から穹窿部大彎側に発見されることが多い。形態は、白色調の平坦隆起性病変と、ラズベリー様のくびれのある発赤調病変が典型的である。

Hp 除菌後の早期胃癌の中には、粘膜表層が異型に乏しい上皮に被覆されていて、発見が困難になる症例が経験される。比較的分化度の高い病変に多く認められ、拡大内視鏡観察においても胃炎類似所見を呈し、診断困難な症例も存在する。

欧米では、胃癌の分子サブタイプに着目した TCGA 分類 (The Cancer Genome Atlas) が提唱されている。EBV 陽性胃癌、マイクロサテライト不安定腫瘍、ゲノム安定腫瘍、染色体不安定腫瘍に分類され、近年胃癌化学療法に使用されている免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬剤の有用性とも相関する。

本講演では、大きく変化しつつある胃癌診療について、最近のエビデンスや自験例など述べたい。

略歴

1995年3月 名古屋大学医学部卒業
1995年4月 愛知厚生連昭和病院 研修医
1996年4月 愛知厚生連昭和病院 内科医員
1999年8月 大垣市民病院 消化器科医員
2001年4月 名古屋大学 内科学第二講座 研究生
2003年4月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科医員
2008年4月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 助教
2012年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 助教
2015年7月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 講師
2019年11月 藤田医科大学病院 国際医療センター 病院教授
2020年7月 藤田医科大学 消化器内科学Ⅱ 臨床教授
2021年4月 藤田医科大学 消化器内科学（組織変更） 臨床教授
現在に至る

主な所属学会、資格、役職等

日本内科学会（認定医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、和文誌査読委員、内視鏡鎮静ガイドライン作成委員）
日本消化管学会（専門医、指導医）

シンポジウム プログラム・抄録

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

シンポジウム 1

第 2 会場

10:30~12:00

司 会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 古川 和宏
藤田医科大学 消化器内科学 長坂 光夫

『消化管疾患診療の現状と課題』

- S1-1 食道 ESD 後狭窄に関する検討 ―頸部食道と胸部食道の比較―
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○室井 航一、古川 和宏、川嶋 啓揮
- S1-2 当院における胃 ESD に対する S-O clip の使用経験
藤田医科大学 消化器内科学
○堀口 徳之、柴田 知行、廣岡 芳樹
- S1-3 遺伝子変異型に基づいた転移再発 GIST に対する薬物療法の最適化
¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座
○菊池 寛利¹、平松 良浩²、竹内 裕也¹
- S1-4 消化器診療を担う医師のサステナブルな働き方改革
¹医療法人山下病院 消化器内科、²名古屋市立大学医学部 環境労働衛生学
○松崎 一平¹、榎原 毅²、服部 昌志¹
- S1-5 クロウン病による消化管狭窄に対する、内視鏡的バルーン拡張術の当院における成績
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○大岩 拓矢、水島 隆史、奥村 文浩
- S1-6 当院の潰瘍性大腸炎における ustekinumab 使用例の臨床的検討
刈谷豊田総合病院 内科
○吉川 幸愛、浜島 英司、神岡 論郎
- S1-7 当院における潰瘍性大腸炎に対する Vedolizumab 治療例の検討
聖隷浜松病院 消化器内科
○山田 洋介、芳澤 社、細田 佳佐
- S1-8 潰瘍性大腸炎での便培養陽性51症例の検討（偽膜性腸炎を除く）―感染単独と増悪因子と by stander の頻度と特徴について―
藤枝市立総合病院 消化器内科
○寺井 智宏、丸山 保彦、吉井 重人

シンポジウム2

第2会場

14:00~17:00

司 会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 藤原 圭
藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科 山本智支

『肝胆膵疾患診療の現状と課題』

- S2-1 症候性肝嚢胞に対する硬化療法の治療成績
名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科
○富田 優作、木村 吉秀、妹尾 恭司
- S2-2 Direct acting antivirals により sustained virologic response となったC型慢性肝炎からの肝発癌の検討
国家公務員共済組合連合会名城病院 消化器内科
○藤本 諒、林 和彦、後藤 秀実
- S2-3 当院における肝性脳症へのリファキシミン使用の状況
国立病院機構名古屋医療センター 消化器科
○浦田 登、島田 昌明、平嶋 昇
- S2-4 初発肝癌患者における陽子線治療成績の検討
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○鈴木 孝典、松浦 健太郎、藤原 圭
- S2-5 免疫チェックポイント阻害薬に起因する免疫関連硬化性胆管炎の臨床的特徴
名古屋大学医学部医学系研究科 消化器内科学
○伊藤 隆徳、川嶋 啓揮、石上 雅敏
- S2-6 肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法（Ate+Bev）の投与成績
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○入谷 壮一、永野 淳二、清水 省吾
- S2-7 切除不能肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法の検討
¹豊川市民病院 消化器内科、
²名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○的屋 奨¹、松浦 健太郎²、藤原 圭²
- S2-8 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブの治療成績—治療ライン別に
着目して—
藤田医科大学 消化器内科学
○亀島 沙也香、葛谷 貞二、廣岡 芳樹

- S2-9 当院での保険診療下での胆膵ゲノム診療の現状と課題
愛知県がんセンター 消化器内科
○石川 将、奥野 のぞみ、原 和生
- S2-10 胆管癌表層進展度診断における画像診断とマッピングバイオプシーの有用性
¹岐阜市民病院 消化器内科、²金沢医科大学 消化器内視鏡学科
○奥野 充¹、岩田 圭介¹、向井 強^{1,2}
- S2-11 胆管狭窄病変に対しての SpyGlass DS の有用性
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○田中 隆光、山田 玲子、中川 勇人
- S2-12 手術企図膵癌における ERCP 不成功時の EUS-BD と PTBD の後ろ向き比較研究
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○新谷 文崇、石渡 裕俊
- S2-13 EUS 下胆道ドレナージにおける新規内視鏡用イントロデューサーの有用性
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科
○加藤 晃久、吉田 道弘、林 香月
- S2-14 切除不能進行胆道癌に対する1次化学療法後の予後予測因子に関する検討
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○吉田 健作、丸田 明範、清水 省吾
- S2-15 当院における膵癌に対する術前補助化学療法の検討
岐阜県立多治見病院 消化器内科
○浦壁 憲司、水島 隆史、奥村 文浩
- S2-16 高齢者切除不能進行膵癌に対する modified FOLFIRINOX 療法の検討
岐阜大学医学部附属病院 消化器内科
○手塚 隆一、上村 真也、岩下 拓司
- S2-17 直視ラジアル型超音波内視鏡の上部消化管領域に対する描出能の検討
蒲郡市民病院 消化器内科
○高濱 卓也、坂 哲臣、安藤 朝章

S1-1 食道 ESD 後狭窄に関する検討 — 頸部食道と胸部食道の比較 —

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学
○室井 航一、古川 和宏、川嶋 啓輝

【背景】頸部食道癌 (CEC) は、全食道癌の2~10%未満と頻度が少ない上に、視野の確保が難しい領域であることから、内視鏡治療が可能な状態で見つけることは難しく、CECを対象とした内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) の報告例も少ない。食道ESD後の狭窄予防に、局注ステロイドや経口ステロイドの使用が普及しているが、胸部食道 (TEC) を主な対象にしているため、CECに対しての効果は明らかではない。【目的】TECと比較したCECのESD後狭窄率と狭窄後の臨床経過を明らかにすること。【対象】2011年7月~2021年1月の期間に当院で食道ESDを施行した325病変 (患者272名) を対象とした。尚、腹部食道領域の病変、全周性病変、癒痕近傍の病変は除外した。【方法】対象病変をCEC群 (43病変) とTEC群 (282病変) に分け、臨床病理学的特徴、治療成績、ESD後の狭窄率、狭窄後の臨床経過について、retrospectiveに検討した。【結果】患者背景の比較では、CEC群の方が飲酒量、高濃度の飲酒頻度、頭頸部や食道癌の既往歴が有意に高かった。切除長径 (中央値) はCEC群の方が有意に小さかったが (22mm vs. 28mm $P < 0.001$)、深達度や周在性に関しては有意差を認めなかった。治療成績は内視鏡的一括切除率 (100%)、RO切除率 (95.3%) ともに良好な治療成績でTEC群と同等であった。穿孔例や遅発出血例は認めなかった。CEC群では、より狭窄予防にステロイドを使用していたが (37.2% vs. 14.5% $P=0.001$)、ESD後の狭窄率は、CEC群の方がTEC群と比較して高い傾向を示した (11.6% vs. 6.7% $P=0.341$)。両群間共に粘膜欠損が3/4以上に及ぶ病変の場合には、経口ステロイドと局注ステロイドを併用した方が、局注のみの場合よりも狭窄予防の効果が見られた (CEC 40% vs 100%, TEC 30.7% vs 56.3%)。狭窄後の臨床経過を比較してみると、CEC群では狭窄を解除するために、より多くのバルーン拡張回数と期間が必要であった (20回 vs. 5回 $P=0.015$, 196日 vs. 55日 $P=0.043$)。【結論】CECのESD後狭窄率はTECよりも高い傾向があった。CECに対しては、より一層の狭窄予防策と狭窄後の管理が必要である。

S1-3 遺伝子変異型に基づいた転移再発 GIST に対する薬物療法の最適化

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

【背景】転移再発 GIST は薬物療法のまで治療に至らないが、5年以上の長期間イマチニブ (IM) で制御が得られた場合、二次耐性が生じる可能性は低く、IM 継続で良好な予後が期待できる。IM 耐性 GIST の治療は原則スニチニブ (SU) であるが、二次治療以降は治療に難渋すること多い。今回、当科で5年以上IMを継続したGIST 6例の特徴と、二次治療以降の工夫と最適化について検討した。【IM長期投与例】男性4例、女性2例。原発巣は胃4例、小腸1例、直腸1例。6例とも肝転移症例で、同時に肝転移1例を含む5例に肝切除を施行した。1例は9年でIM治療が中断され1年後に再燃した。IM投与量は、400mg/日2例、300mg/日3例で、1例は300mg隔日投与で無増悪生存中。遺伝子検査可能5例は全てc-kit exon 11変異で、この内4例はcodon 557_558を含む欠型であった。【SU投与例】2013年のレゴラフェニブ (RE) 保険収載前にSUを開始した7例 (前期群) と、保険収載後にSU開始した7例 (後期群) を比較した。年齢、性別、原発臓器、SU初回投与量に差はなく、SU開始後生存期間が後期群で有意に長かった (MST:400 vs 1582日、 $P=0.12$)。SU耐性後は前期群3例に外科切除、後期群1例にTAE、2例にRTを施行した、後期群のみ全例にREを投与し、RE耐性後にSU再導入やTAS-116投与を行った。SU開始後7年以上の最長生存例はc-kit exon9の小腸GIST症例であった。【考察】IM投与中の外科切除がIM治療期間の延長に寄与する可能性がある。長期制御中でもIM中断で再燃を来すため治療の継続が重要であるが、条件によってはIMを減量できる可能性がある。予後不良因子とされるc-kit exon 11 codon 557_558 delでもIM投与による長期制御が期待できる。二次治療以降は特にc-kit exon9例で、SU投与法の工夫や局所療法との併用、RE耐性後治療の工夫等により予後延長が期待できる。【結論】転移再発GISTに対する薬物療法の成績向上のためには、遺伝子変異を考慮した集学的治療の構築や薬物投与法の工夫が重要である。

S1-2 当院における胃 ESD に対する S-O clip の使用経験

藤田医科大学 消化器内科学
○堀口 徳之、柴田 知行、廣岡 芳樹

【背景・目的】内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) は早期胃癌の治療手技として確立してきている。しかし、腫瘍の局在部位や癒痕の有無により治療が困難となりうる。治療困難症例に対しESDをより安全・簡便にするために糸付きクリップなどの牽引法が用いられるようになってきている。当院で2021年10月から2022年3月までに新しい牽引法であるS-O clip (ゼオンメディカル) を9症例に使用したため報告する。【方法・結果】牽引方法は病変を粘膜切開し、粘膜下層をある程度剥離した後に病変部粘膜・粘膜下層をS-O clip®を用いて病変側面に牽引した。ESDナイフはIT knife 2、Dual knifeを使用。病変部医の内訳は穹窿部大弯2例、体上部大弯1例、体下部大弯1例、体下部小弯1例、角部小弯2例、前庭部2例であった。潰瘍癒痕の合併は4例に認め、腫瘍径は中央値56±20mmであった。病変切除平均時間は193分 (54-339)。いずれの病変も穿孔などの合併症なく水平断端、垂直断端陰性であった。従来処置困難とされるものは穹窿部病変、体部大弯病変、潰瘍癒痕合併例、腫瘍径が大きい病変である。穹窿部病変では牽引によって粘膜下層が描出され病変の剥離が容易になった。また、体上部大弯の病変は80mm程度の隆起性病変であり、通常、丈が高く重みのある病変では病変下層に入り込みにくく剥離困難となるが、牽引によるスペースができ、剥離が容易であった。潰瘍癒痕を有する3病変では粘膜下層の膨隆が十分に得られなかったが、牽引で線維化部分を同定でき、癒痕部の剥離ラインの認識がしやすくなり安全に剥離ができた。【結語】S-O clipは従来の牽引法とは異なり、牽引方向が病変の部位にかかわらずに任意にかけることができ、トラクションがかかり、剥離ラインの描出が容易になることでESDがより安全に行うことが可能となる。今後、症例を積み重ねていき、どのような病変に対してより有用か検討し、牽引をかける部位や手技についても確立させていく必要があると考えられる。

S1-4 消化器診療を担う医師のサステナブルな働き方改革

¹医療法人山下病院 消化器内科、
²名古屋市立大学医学部 環境労働衛生学
○松崎 一平¹、榎原 毅²、服部 昌志¹

高齢化に伴う労働力人口減少に対して、国は「意欲と能力のある高齢者が、いくつになっても働ける社会」の整備を検討している。加えて、我々消化器内科医は慢性的な医師不足の問題も抱えている。職務と能力のミスマッチを少なくし、アブセンティズム、プレゼンティズムを最小限にする医師の働き方改革のための人間工学的視点を紹介する。【ライフスタイルの見直し】医師として文字通り脂ののった45歳以上 (中高年齢労働者) は生活習慣病の発症率が高くなる。食生活、運動習慣、睡眠管理、ストレスコーピング力の向上が重要となるが、持続的な労働のためには高齢労働の準備期間として20歳代から取り組む必要がある。年代別の具体的な取り組みに関して概説したい。【医師のための人間工学的対策】内視鏡医は、長時間の上手保持、立位姿勢とった同一拘束姿勢や、大腸内視鏡における強い首のひねり動作を強いられ、筋骨格系障害に罹患しやすい。欧米を中心に人間工学的教育体制が整いつつあるが、我々も国際労働機関・国際人間工学連合が提唱している人間工学チェックポイントの形式に基づき、モニター、ベッド、内視鏡の取り扱いからワークレスト、スツール等も含めた包括的な対策として、内視鏡従事者のための人間工学的対策を提案している。急速に拡大しているオンライン会議、学会や電子カルテ操作など情報機器作業における対策も紹介する。【ワークエンゲージメント】筋骨格系障害や医師の離職には精神的要素も影響を与える。仕事に対するポジティブな姿勢をどのように維持させるかは、物理環境、組織環境、社会環境といったホリスティックアプローチも重要になる。人間工学を実践する企業OKAMURAやITOKI等によるオフィス環境整備や、探求脳を刺激する試みは医師の働き方改革にも参考になる。人間工学は特定の製品に紐づいたイメージをされがちだが、基本的には人の安全・快適・健康といった well-being と performance の調整を考える学問である。内視鏡検査治療における人間工学的対策だけでなく包括的な働き方改革、労働環境の整備に関して検討したい。

S1-5 クロウン病による消化管狭窄に対する、内視鏡的バルーン拡張術の当院における成績

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○大岩 拓矢、水島 隆史、奥村 文浩

【背景・目的】 クロウン病消化管狭窄に対して、外科的治療に替わる低侵襲な治療として、内視鏡的バルーン拡張術 (EBD) が普及しつつあるが、標準的な方法は確立されていない。2021年秋に、クロウン病小腸狭窄に対する内視鏡的バルーン拡張術ガイドラインが発刊されたため、当院におけるEBDの現状を、ガイドラインと照らし合わせる形で検討する。【方法】 2011年1月から2021年12月に当院でクロウン病小腸狭窄に対してEBDを施行したクロウン病11例 (男/女:8/3、年齢中央値/範囲:38/27-76) を対象とし、挿入経路、拡張狭窄数、狭窄長、吻合部・非吻合部狭窄、瘻孔・膿瘍合併の有無、狭窄部屈曲の有無、拡張バルーン径、偶発症、拡張後スコープ通過の可否、再拡張術・手術の有無などについて検討した。1回の内視鏡挿入に伴うEBDを1セッションとカウントした。【結果】 11例に対し、DBEは73セッション、108件施行した。CDAIの中央値は84 (範囲:0-317) で、狭窄症状 (腹痛、腹満) あり/なし:46/26セッションで、SES-CDの中央値は6 (範囲:3-25) であった。全ての手法で挿入経路は経肛門であった。1セッションあたりの拡張狭窄数の中央値は1個 (範囲:1-3) であった。狭窄長中央値:12mm (範囲:6-30)、吻合部/非吻合部狭窄:28/80件、屈曲/非屈曲狭窄:2/106件、潰瘍なし/浅い/深い:29/79/0件で、瘻孔合併や悪性狭窄の症例はなかった。拡張バルーン径中央値 (範囲):15mm (10-18) で、拡張後内視鏡通過可能/不可能:55/53件、EBD後に再度EBDを施行したセッション数は61セッション (84.7%) であった。穿孔など明らかな合併症はなく、観察期間内の外科手術例は1例のみであった。【結論】 当院におけるクロウン病による消化管狭窄に対するEBDは、ガイドラインの適応通り、浅い潰瘍までで瘻孔を認めない病変に施行されており、大きな合併症を認めなかった。また、無症状の狭窄に対するEBDが36%で、同患者に繰り返し手術を行う割合が多い (84.7%) もの、外科手術となった例は1例のみであり、外科手術回避にEBDは有効であることが示唆された。

S1-7 当院における潰瘍性大腸炎に対する Vedolizumab 治療例の検討

聖隷浜松病院 消化器内科
○山田 洋介、芳澤 社、細田 佳佐

【目的】 2019年に潰瘍性大腸炎 (UC) に対する Vedolizumab (VDZ) の有用性が VARSITY 試験で報告された臨床でもその効果が期待されている。我々はVDZで治療した10例のUCを経験したので有用性について検討した。【方法】 2019年1月から2021年11月の間に当院で治療を行ったUC患者10例を対象とした。年齢、病型、ステロイド反応性、5ASA、免疫調節剤、抗体製剤投与歴、臨床的寛解率、血液検査データ (CRP、Alb、赤沈)、Partial Mayo score (PMS)、安全性に関して検討した。【結果】 平均年齢43.6±19.7歳、男/女=3/7、平均罹病期間13.3年、病型は左側大腸炎3例、全大腸炎7例、治療歴としてステロイド依存例4例、抵抗例6例、5ASA不耐症1例、免疫調節剤あり5例、抗体製剤投与歴なしは1例のみであった。治療開始後8週での寛解率は40%であった。内視鏡的に粘膜治癒を確認した症例は3例であった。血液検査データとしてはCRP、Albに関しては有意差は見られなかったが、赤沈は0週 (43.8±29.3)、6週 (20.4±15.2) と有意に低下した (P=0.019) PMSは0週 (5.80±1.93)、6週 (3.70±3.27) で有意に低下した (P=0.048)。安全性に関しては1例帯状疱疹を認めたがその他特記すべき合併症は認めなかった。臨床的寛解を達成した4症例は2例にアトピー性皮膚炎やじんま疹等のアレルギー素因を認め、3例に治療前の組織好酸球浸潤を認めた。また、粘膜治癒に至った症例の中でVDZ単剤では約3年粘膜治癒まで時間を要した症例があった一方で、PSL60mg静注とVDZを併用することで、約2ヶ月で粘膜治癒を達成した症例がみられた。【考察】 VDZはa4β7 インテグリンに対する抗体でリンパ球や好酸球の腸管粘膜への浸潤を抑制する他の抗体製剤にはない特徴を持つため、他の抗体製剤の効果が乏しい患者で特にアレルギー素因有する患者には、当院の検討では治療効果が得られた。【結論】 VDZはアレルギー素因のある潰瘍性大腸炎患者により効果が期待できる可能性がある。VDZ単剤では寛解導入までに時間を要するがステロイドなどを併用することで短期間に臨床的寛解に至る可能性があり、患者個々の治療効果を予測するため症例の蓄積が必要である。

S1-6 当院の潰瘍性大腸炎における ustekinumab 使用例の臨床的検討

刈谷豊田総合病院 内科
○吉川 幸愛、浜島 英司、神岡 諭郎

【背景と目的】 既存治療で効果不十分な中等症～重症の潰瘍性大腸炎 (UC) に対して、ustekinumab (UST) が2020年3月に保険収載され、今回当院でUSTを導入したUC症例の臨床的検討を行った。【対象と方法】 対象は当院UC患者でUSTを導入した10例で、その効果・副作用を後方視的に検討した。治療効果判定はCRP、Partial Mayo Score (PMS)、Mayo Endoscopic Subscore (MES) を用い、PMSが0あるいは1をclinical remission、PMSが2以上減少をclinical response、UST投与後追加治療を要した時点で評価終了とした。【結果】 症例は男性6例/女性4例、年齢中央値は48.5歳 (26-72歳)、病型は全大腸炎が10例。罹病期間中央値は93ヶ月 (42-240ヶ月)、観察期間中央値は3ヶ月 (1-15ヶ月)、10例全て他のbiologicsからUSTへの切り替えで、その使用歴はIFX6例/ADA2例/GLMS例/VDZ6例 (重複あり)、導入時の治療は5-ASA9例/PSL3例/AZA3例/budesonide注腸1例 (重複あり) であった。CRP中央値は導入時/4週後/8週後/16週後で、0.28 (0.03-10.01、n=10) /0.41 (0.01-1.13、n=7) /0.05 (0.01-0.88、n=6) /0.105 (0.03-0.57、n=3) であった。導入時のPMSは2 (n=1) /3 (n=3) /4 (n=1) /5 (n=2) /6 (n=3)、PMS中央値は導入時/4週後/8週後/16週後で、4.5 (2-6、n=10) /3 (0-6、n=7) /2 (0-4、n=6) /1.5 (0-3、n=3) であった。経過中、clinical remissionは4例 (40%)、clinical responseは6例 (60%) であった。UST投与前後にCSを施行した1例では、MESは導入時2から12週後1に低下した。USTの累計継続使用率は4週後/8週後/16週後で、90%/79%/63%であった。UST使用による有害事象は特に認めなかった。【考察】 症例数は少ないが、UST導入により、CRP、PMS、MES共に改善を認め、特に有害事象もみられず、USTはUCの寛解導入に有効と考えられた。

S1-8 潰瘍性大腸炎での便培養陽性51症例の検討 (偽膜性腸炎を除く) —感染単独と増悪因子と by standerの頻度と特徴について—

藤枝市立総合病院 消化器内科
○寺井 智宏、丸山 保彦、吉井 重人

【目的】 潰瘍性大腸炎 (以下UC) の経過中に腸管感染が増悪の契機となることを経験するが、感染単独か併存 (UC増悪因子) か by standerかの判断が困難で診断や治療方針に影響を与えうる。またUCの治療強度変更が必要か抗生剤のみで軽快するか経過観察を要することも多くUCへの対応が遅れうる。そこで便培養陽性例 (偽膜性腸炎を除く) でUC自体の増悪の頻度と非増悪例の特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】 2005年3月～2021年3月の当院受診UC 233例のうち、便培養陽性 (病原性の明らかなCDトキシン陽性例を除く) となった51例を対象とした。追跡期間1年未満の症例は除外した。対象51症例をUC自体が増悪したA群 (治療強度変更が1年以内に必要となった症例で抗生剤の有無は問わない) と、増悪しなかったB群 (抗生剤のみで治癒した単独感染例と抗生剤投与もUC治療強度変更もなく病状が変化しないby stander例) に分けて検討した。両群で症状 (腹痛・下痢・血便・発熱、pMayo score)、血液検査結果 (CRP・WBC・Alb変動幅)、直前の内視鏡でのUC典型所見 (小黄色斑・微小上皮欠損・炎症の一様性) について比較検討した。尚、検出細菌は病原性大腸菌が最多42例 (耐性菌12)、次いでKlebsiella oxytoca 5例 (耐性菌2) で菌種の影響はなかった。【成績】 A群は45例 (88.2%)、B群は6例 (11.8%) であった。両群の比較では症状はB群で下痢と血便悪化が有意に少なかった (P<0.05)。血液検査はCRPとAlbは有意差なくWBCのみB群で上昇幅が有意に少なかった (A群3328/μl vs B群1060/μl, P<0.05)。内視鏡所見 (以下A群 vs B群) は小黄色斑 (有所見91.1% vs 33.3%, P<0.05) と微小上皮欠損の有無 (有所見88.9% vs 33.3%, P<0.05)、炎症の一様性 (P<0.01) でいずれもB群で有意に所見が乏しかった。【結論】 潰瘍性大腸炎の便培養陽性例では大半の症例でその後の治療強度変更が必要となる可能性が高い。下痢・血便の悪化やWBCの上昇幅が少なく内視鏡でUC典型所見を欠くごく一部の症例では、UC増悪に関与しない感染単独か by standerの可能性がありうる。

S2-1 症候性肝嚢胞に対する硬化療法の治療成績

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科
○富田 優作、木村 吉秀、妹尾 恭司

【背景】症候性肝嚢胞に対して、嚢胞内容物の排液のみでは100%再発すると報告されており、従来から塩酸ミノサイクリン(MINO)などによる硬化療法がおこなわれてきた。しかし、再発率は21-75%以上と比較的高率であるため、肝嚢胞開窓術や保険適応はないが静脈硬化療法に使用されるオレイン酸モノエタノールアミン(EO)による硬化療法もおこなわれている。我々は、MINO硬化療法を施行し、効果不十分と判定した症例に対してEO硬化療法を追加することにより、良好な治療効果を得ており、治療成績、有害事象について報告する。

【方法】対象は当院にて2016年1月から2021年1月までにMINO硬化療法を施行し、経過観察可能であった症候性肝嚢胞の患者。嚢胞内にドレーナージュチューブを挿入し、嚢胞内容物を排液後、MINOを嚢胞内に注入。MINO投与前後に嚢胞内容物のpHを測定。2週間後に腹部CTにて嚢胞容積を計測。治療前の嚢胞容積で除した嚢胞容積率が33%以下の症例を効果良好例(単独群)と判断し、ドレーンを抜去。33%を超える症例を効果不十分例と判定し、再度嚢胞内容物を排液後にEOを嚢胞内に注入(併用群)。2週間後に腹部CTで嚢胞容積を計測し、ドレーンを抜去。単独群、併用群ともに治療後に定期的に腹部CTで嚢胞容積を計測。

【成績】症例は18名21病変。年齢中央値78歳。単独群は13例、併用群は8例であった。単独群、併用群ともに全例で治療後1年の経過で再発を認めず、最大4年の経過でも症状の再発を認めなかった。単独群1年後の平均容積率は8.4%、併用群1年後の平均容積率は0.2%で、1年後嚢胞容積率は併用群が単独群より良好な傾向がみられた($p=0.099$)。MINO硬化療法前後のpH低下群と非低下群の治療2週間後嚢胞容積率に有意差を認めなかった。MINO投与後の有害事象は15例(すべてGrade1)、CRP上昇は7例で、EO投与後は3例(すべてGrade1)、CRP上昇は2例であり、両群間で出現率、重症度に有意差を認めなかった。

【結論】症候性肝嚢胞に対するMINO硬化療法の効果良好例と、効果不十分例に対するMINO/EO併用硬化療法は、1年の経過で再発を認めず非常に効果的であった。

S2-3 当院における肝性脳症へのリファキシミン使用の状況

国立病院機構名古屋医療センター 消化器科
○浦田 登、島田 昌明、平嶋 昇

【背景】肝性脳症は肝硬変に合併する病態であり、軽微な症状から昏睡に至るまで様々な意識変容を来とし、そのコントロールは重要である。リファキシミン系抗菌薬リファキシミンが肝性脳症における高アンモニア血症の改善を効能または効果として、2016年11月から保険収載された。

【方法】2019年1月から2021年12月に当院にてリファキシミンを初回投与した56例を対象とし、後方視的に検討した。検討項目として、HCC有無別、腹水および利尿剤有無別、リファキシミンadd-on/初回投与例で生存曲線を算出した。リファキシミン投与後の肝性脳症累積再発率を算出した。リファキシミン治療開始時および1週間後(外来で導入した場合は次回外来日)の肝性脳症昏睡度、肝機能酵素およびアンモニア測定値を比較した。肝性脳症の再発の有無別に、投与前のAlbとALBIスコアを比較した。

【結果】HCCの既往があり、なしの順で、1年生存率は63.5%、67.2%であり、2年生存率は42.3%、52.6%であった。腹水のあり、なしの順で、1年生存率は60.8%、65.9%であり、2年生存率は50.7%、45.7%であった。また、再発例でリファキシミンをadd-onした症例、初回発症例の順で、1年生存率は65.6%、65.8%であり、2年生存率は65.6%、43.2%、3年生存率は39.4%、43.2%であった。肝性脳症の累積再発率はリファキシミン開始から1か月で0.0%、3か月で4.9%、6か月で24.8%、1年で37.7%であった。リファキシミン投与前後ではアンモニアは有意に改善を認めた($p<0.005$)。また、肝性脳症の再発しなかった症例では投与前Albが有意に高値を認めた($p<0.005$)。

【結論】リファキシミンはHCCや腹水の有無、Add-on/初回投与に関わらず、比較的安全に使用することができ、投与によって肝性脳症昏睡度やアンモニア値は改善を認めたが、1年以内に37.7%が肝性脳症の再発を認めており、十分な観察が必要である。肝性脳症の再発しなかった症例では投与前Albが有意に高値であり、早期に肝性脳症を診断し、必要な症例にはリファキシミンの投与が望ましいと考えられた。

S2-2 Direct acting antiviralsにより sustained virologic responseとなったC型慢性肝炎からの肝発癌の検討

国家公務員共済組合連合会名城病院 消化器内科
○藤本 諒、林 和彦、後藤 秀実

【目的】C型慢性肝炎に対するDirect acting antivirals(DAA)によるsustained virologic response(SVR)は95%以上に達しており、SVR症例は増加している。SVR例においても、肝臓癌が発症し、予後を規定する重要な問題となっている。しかしながら、SVR後の肝発癌の病態はまだ不明な点が多く存在している。そこで今回、SVR後の肝発癌を観察評価して、その病態を明らかにするために当院の現状を解析した。【方法】2015年10月から2021年7月の間にDAA加療(アスナプレビル+ダグラタスビル39例、ソホスブビル+リバビリン29例、ソホスブビル+レジバシル34例、グレカプレビル+ビプレタスビル42例)した144例のうち、中断2例、無効1例、再燃7例、転院13例を除きSVR24が確認できた130例を対象とした。男62例、女68例、平均年齢67.9±13.3歳。DAA治療前に17例が肝臓治療歴を有していた。平均観察期間は、181.4±112.5週で、SVR後の肝発癌の発症率やその臨床的特徴を検討した。【成績】肝発癌は14例に認め、10例(71.4%)はSVR前に肝臓の根治治療を行った再発肝臓であった。累積発生率は、SVR後1年、2年、3年、4年、5年で0.074%、0.104%、0.104%、0.12%、0.12%であった。14例中9例(64.3%)が1年以内に発症しており、そのうち7例(77.8%)が肝臓治療歴のある再発肝臓であった。DAA治療前の肝臓治療歴の有無で肝臓発生率が有意に高かった。現在のところ、5年経過した54例からは、SVR前の肝臓治療歴に関わらず肝発癌は観察されていない。SVR後発症例と非発症例の臨床背景を比較検討したが、根治後のDAA治療のタイミングや経過観察のスクリーニング方法のバイアスがあり、SVR後発癌の危険因子の同定は困難であった。【結論】当院におけるSVR後の肝発癌の現状を解析した。

S2-4 初発肝臓癌患者における陽子線治療成績の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○鈴木 孝典、松浦 健太郎、藤原 圭

【目的】肝臓に対する肝切除は年齢や肝予備能など耐術能の点から困難な状況も存在し、また腫瘍の局在、大きさなどから焼灼療法も適応は限られる。粒子線治療は、従来の放射線治療と比べて局所への線量を集中させ、優れた腫瘍壊死効果と周囲の組織へのダメージを軽減することが可能であるが、肝臓に対して保険適応はなっておらず、治療成績についてまとまった報告は少ない。今回、我々は当院の初発肝臓癌患者における陽子線治療の成績を後方視的に検討した。【方法】2013年7月から2021年12月までの間に陽子線治療が行われた当院の肝臓癌患者51例中、初発肝臓癌33例を対象とし、臨床背景、局所制御率、肝予備能の推移をはじめとした臨床データを収集し解析した。【結果・成績】患者背景は、男/女:24/9例、年齢中央値(IQR):71(64-77)歳、背景肝B/C/アルコール/その他:6/8/9/10例、腫瘍長径中央値(IQR):29(19-47)mm、肉眼分類 単純結節/単純結節周囲増殖/多結節癒合/びまん浸潤型:21/4/7/1例、Child-Pugh score 5/6/7:26/4/3例、Stage I, II, III, IVa:12/7/13/1例、観察期間中央値(IQR):24(14-57)ヶ月であった。局所制御率(1,2年)は全症例:97.0%、82.1%、腫瘍径 ≥ 50 mm:87.5%、75.0%、単純結節を除く肉眼分類:100%、88.9%であり、いずれのサブグループにおいても良好であった。ALBI score中央値(治療前、終了3か月後)は全症例:-2.69、-2.56、75歳以上:-2.65、-2.42、治療前ALBI grade 2以上:-2.26、-2.26であり、いずれも治療前後の変化は少なかった。有害事象として半数以下の症例で照射部の軽度の皮膚炎を認めた。また、4例において陽子線治療後に腹水が出現し、うち3例で治療前に食道静脈瘤を有し、3例でICGR15値が30%以上と高度の肝予備能低下例であった。【考察・結論】肝臓に対する陽子線治療は高い局所制御率を有しており、高齢者や肝予備能低下例においても忍容性は良好であった。しかしながら肝予備能低下例の中で治療後に腹水を来す症例もあり、注意を要する。

S2-5 免疫チェックポイント阻害薬に起因する免疫関連硬化性胆管炎の臨床的特徴

名古屋大学医学部医学系研究科 消化器内科学
○伊藤 隆徳、川嶋 啓揮、石上 雅敏

【目的】免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の普及に伴い、その副作用である免疫関連有害事象 (irAE) が臨床的に問題となっている。irAE 肝障害の中にはステロイド治療に抵抗性を示し、致命的になり得る免疫関連硬化性胆管炎 (immune-related sclerosing cholangitis: irSC) が含まれるが、その発症は稀であり詳細な報告は少ない。そこで今回われわれは、irSC における臨床的特徴の検討を行った。【方法】2014年9月から2022年2月までに経験した CTCAE Grade3以上の irAE 肝障害のうち、画像検査にて (1) 閉塞のない局在的な肝外胆管の拡張、(2) 肝外胆管壁のびまん性肥厚を認めるものを irSC と定義し、他の irAE 肝障害との比較も含め、特徴・臨床経過を検討した。【成績】irAE 肝障害67例のうち、irSC は7例 (10.4%) であった。原疾患は肺癌・胸腺中皮腫 / 悪性黒色腫 / 頭頸部癌が5/1/1例で、ICI 治療は抗PD-1/PD-L1抗体単剤が6例、PD-1・CTLA-4併用療法が1例であった。ICI 初回投与から irSC 発症までの中央値は63 (35-473) 日であった。irAE 肝障害全体では肝細胞障害型30例・胆汁うっ滞型24例・混合型13例であったが、irSC では肝細胞障害型1例・胆汁うっ滞型4例・混合型2例であり、多くが非肝細胞障害型であった。ICI 治療前の胆道系酵素には有意差は認めなかったが、irSC 発症時は γ GTP・ALP、また CRP・好中球/リンパ球比 (NLR) が有意に高値であった。irSC に対する治療は6例においてステロイド投与が行われたが、いずれもステロイド反応性は不良であり1例で免疫抑制剤が併用されていた。【考察】irAE 肝障害のうち10%は irSC であり、その病態が知られるとともに実臨床にて経験する可能性は更に増加すると予想される。irSC の多くは非肝細胞障害型であり、発症時はそれ以外の irAE 肝障害と比較し、炎症反応が高値である。そのような症例では早期診断のために画像検査にて胆管像の評価を行う必要がある。

S2-7 切除不能肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法の検討

¹豊川市民病院 消化器内科、
²名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○的屋 葵¹、松浦 健太郎²、藤原 圭²

【目的】国際共同第III相臨床試験にて切除不能肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ペバシズマブ (ATZ+BV) 併用療法の有効性と安全性が示されたが、実臨床での治療成績についてはまだ十分に検討されていない。本研究では多施設共同で ATZ+BV 併用療法の治療反応性と有害事象について検討した。

【方法】2022年3月までに、当院および関連施設で ATZ+BV を導入した88例：年齢中央値75歳、男性71例、背景肝疾患はHBV/HCV/Alcohol/他=10/27/6/45、全身化学療法初回/2次/3次以降=62/23/3、BCLC A/B/C=4/49/35、TMN I/II/III/IVa/IVb=1/13/37/13/24、Child-pugh score 5/6/7以上=55/24/9、mALBI 1/2a/2b/3=31/31/24/2、ECOG PS 0/1=84/4、RECIST v1.1による効果判定を行い、有害事象について評価にはCTCAE v5.0を用いた。

【成績】治療効果判定施行の80症例の最良治療効果はCR/PR/SD/PD=3/18/41/18でORR/DCRは26.2/77.5%であった。年齢、背景肝疾患、MTAs治療歴、BCLC stage、Child-pugh score、mALBI grade別にみたORR/DCRに有意差はみられなかった。OSの中央値は未達、1年生存率は59.4%で、PFSの中央値は5.9ヶ月であった。各サブグループにおけるPFSの中央値は、年齢75歳以上vs.75歳未満=4.9 vs. 7.5ヶ月、背景疾患Viral vs. Non-viral=6 vs. 5.9ヶ月、初回 vs. 2次治療以降=6.5 vs. 5.2ヶ月、BCLC-B vs. C=9 vs. 3.5ヶ月 ($P=0.003$)、Child-pugh score 5 vs. 6=8.3 vs. 2.8ヶ月 ($P<0.001$)、mALBI 1+2a vs. 2b+3=7.2 vs. 3.2ヶ月 ($P=0.028$) であり、BCLC stage、Child-pugh score、mALBI gradeの各グループで有意な差を認めた。Grade 2以上の比較的頻度の高い有害事象として高血圧10例、蛋白尿20例、口腔粘膜障害4例をみとめた。有害事象による中止は11例、PDによる中止は43例、観察期間中の全死亡数は18例、次治療 (MTAs) への移行は26例であった。

【結語】実臨床においてもATZ+BV療法の有効性と安全性は治験と比較して遜色のない結果であった。背景肝疾患や前治療の有無により治療効果の違いは認めないが、肝予備能が治療効果に大きく寄与することが明らかとなった。

S2-6 肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ペバシズマブ併用療法 (Ate+Bev) の投与成績

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○入谷 壮一、永野 淳二、清水 省吾

【目的】2020年9月にAte+Bevの切除不能肝細胞癌に対する適応追加が承認され、実臨床での使用機会が急速に増加している。当科の初期投与症例23例における有効性と安全性について検討した。【方法】対象は2020年11月から2022年2月までにAte+Bevが投与された23例。患者背景は年齢：75 (45~89) 歳、男/女：20/3例、背景肝HBV/HCV/アルコール/NBNC：4/6/5/8例、Child score 5/6：15/8例、ALBI score：-2.446 (-2.907~ -1.467)、ALBI grade 1/2a/2b：7/9/7例、BCLC stage A/B/C：3/8/12例、AFP (ng/mL)：10.4 (2.2~3426.4)、Ate+Bev投与開始時期 1st line/2nd line/3rd line：17/5/1例。有害事象はCTCAE ver5.0に基づき解析した。治療効果はRECISTを用いて解析した。投与12週後のALBI scoreは-2.464 (-2.907~ -1.694) で、有意な悪化はみられなかった。23例中20例で効果判定可能で、CR/PR/SD/PD：1/5/7/7例、奏効率は30.0%、病勢制御率は65.0%、無増悪生存期間は4.5 (2.1~8.7) ヶ月であった。各因子を層別化して効果を比較したところ、AFP 20 ng/ml以上/20 ng/ml未満で病勢制御率が33.3%/90.9%と有意な差を認めた ($p=0.017$)。Grade3以上の有害事象は7/21例 (高血圧4例、食欲不振3例、倦怠感1例、出血1例) の35.0%で出現し、Grade2以上の有害事象は16/21例 (高血圧8例、食欲不振7例、倦怠感4例、心不全2例、蛋白尿2例、出血1例、腎機能障害1例、発熱1例) の80.0%で出現した。Grade2以上の有害事象が出現した群では奏効率37.5%、病勢制御率75.0%と、比較的良好な結果が得られた。【考察】Ate+BevはAFP 20ng/ml以上の群で効果不良である可能性が示唆された。一方、投与中に肝予備能は悪化せず、特にGrade2以上の有害事象が出現した群で高い効果が得られる症例も存在するため、生存期間延長のためには副作用のマネージメントが重要であると考えられた。

S2-8 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ペバシズマブの治療成績—治療ライン別に着目して—

藤田医科大学 消化器内科学
○亀島 沙也香、葛谷 貞二、廣岡 芳樹

【目的】進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ペバシズマブ (アテゾペバ) の治療成績を、治療ライン別 (1次 vs 2次以降) に着目して検討した。【方法】当院にて2020年10月から2022年3月にアテゾペバを導入した91例中、開始時Child-Pugh AかつPS 0または1、6週後の画像評価による抗腫瘍効果判定が可能であった80例を対象とした。治療ライン (1次/2次以降) (48/32)、男性/女性 (70/10)、B型/C型/NBNC (13/15/52)、PS 0/1 (63/17)、Child-Pugh score 5/6 (56/24)、BCLC B/C (33/47)、AFP値400ng/ml未満/以上 (60/20)。【成績】全体でのPFS中央値は307日、OS中央値は未到達。最良抗腫瘍効果 (CR/PR/SD/PD) は、RECISTで0/24/38/18例であり、ORRが30.0%、DCRが77.5%であった。1次ライン症例 (48例) では0/17/24/7例、ORRが34.4%、DCRが85.4%で、2次ライン以降症例 (32例) の0/7/14/11例、ORRが21.9%、DCRが65.6%と有意に良好であった。1次ライン症例のPFS中央値は未達であり、2次ライン以降症例の112日に比して有意に良好であった ($p=0.0021$)。全体でのアテゾペバの投与期間中央値は252日、有害事象のためアテゾペバ投与中に延期もしくはペバシズマブ休薬を行った症例は23例であった。1次ライン症例における初回減量または休薬までの期間中央値は154日であり、2次ライン以降症例の63日に比して長い傾向であった ($p=0.0664$)。【結語】実臨床下でのアテゾペバの治療成績は、RECISTでのPFSが307日、奏効率が30%と良好であった。1次治療での導入例は、2次治療以降での導入に比して、より良好な治療成績が得られる可能性が示唆された。

S2-9 当院での保険診療下での胆膵ゲノム診療の現状と課題

愛知県がんセンター 消化器内科
○石川 将、奥野 のぞみ、原 和生

【背景と目的】ゲノム医療の普及と共に胆膵領域でもコンパニオン診断やがん遺伝子パネル検査 (CGP) を行う機会が増えている。今回、当院での保険診療下における膵胆道癌に対するゲノム診療の現状と課題を検討した。【対象と方法】2018年12月～2022年2月までに保険診療下でBRACAnalysisまたは組織CGPを試みた浸潤性膵管癌183例、胆道癌45例を後方視的に検討した。【結果】(膵臓)CGPは101例 (F1CDx 55/NCC 46) で施行し、MSI-HighとTMB-Highを1例認めた。Actionable変異は10.9% (11/101) で、薬剤到達率は3.0% (3/101) だった。Actionable変異の内訳は、相同組換え修復欠損 (HRD) 変異が (BRCA2/ATM/PALB2: 3/3/1) であり、KRAS G12C/FGFR1/FGFR2/BRAF V600E 2/1/1/1だった。CGPとBRACAnalysisで認めたHRD変異15例をHRD群とし、非HRD群92例と比較すると、発症年齢と他癌の合併率に有意差はなかった。プラチナレジメンはHRD群11例 (1次/2以降 6/5)、非HRD群70例 (1次/2以降 18/52) で施行し、PFSは1次治療で373日 / 258日 P=0.738、2次治療で594日 / 181日 P=0.612だった。OSは1次で650日 / 544日 P=0.553、2次以降でNA / 940日 P=0.313で有意差を認めなかった。(胆道)CGPは35例で施行し、内訳はF1CDx/NCC 14/21だった。MSI-Highは認めず、TMB-Highは5.7% (2/35) で認めた。Actionable変異は34.3% (12/35) で、薬剤到達率は11.4% (4/35) だった。Actionable変異の内訳は胆嚢癌 (ERBB2/NRAS: 3/1)、肝内胆管癌 (FGFR2/IDH1/IDH2/BRACA2/MDM2: 2/2/1/1/1)、肝外胆管癌 (TSC1: 1) であり、原発部位によって異なっていた。Actionable変異を認めた症例の内、PS低下で治験を断念した症例を23.1% (3/13) で認めた。【考察と結論】膵癌ではActionable変異は少ないが、HRD変異の割合は高かった。HRD群では、プラチナレジメンのPFSが長い傾向を認めており、レジメン決定に有用な可能性があると思われた。胆道癌では高率にActionable変異を認め、原発部位で遺伝子変異が異なっていた。薬剤到達率が低い原因としては病勢の悪化が一因と考えられ、CGPの提出タイミングを再考すべきと考えられた。

S2-11 胆管狭窄病変に対しての SpyGlass DS の有用性

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○田中 隆光、山田 玲子、中川 勇人

【背景と目的】悪性胆道狭窄において、胆道造影では側方進展範囲の評価や胆管生検での確定診断が困難なことが多い。経口胆道鏡、Spyglass DS (Boston Scientific 社) は病変を直接観察し、生検も可能であることから悪性胆道狭窄を疑う症例に対して有用な検査法とされている。当院での使用経験を基にSpyglass DSの有用性を検討した。【方法】2016年1月から2022年2月までに胆道病変精査目的にSpyglass DSを行った45症例を対象として、患者背景、検査成績についてretrospectiveに検討した。【結果】対象は男性32例、女性13例で年齢中央値は72 (50-86) 歳であった。胆道狭窄の内訳は良性胆道狭窄13例、悪性胆道狭窄32例であった。良性胆道狭窄の原因は、総胆管結石3例、肝内結石2例、自己免疫性膵炎1例、慢性膵炎1例、術後変化1例、原因不明5例であった。悪性胆道狭窄の原因は、肝門部胆管癌14例、遠位胆管癌7例、胆嚢癌による胆管浸潤2例、十二指腸乳頭部癌1例、肝細胞癌1例、膵頭部癌3例であり、膵頭部癌はいずれも当初胆道癌を疑っていた。悪性胆道狭窄のうち、6例は既に癌の診断がしており、他26例においては胆道鏡下生検で癌の確定診断が得られたのは20例 (76.9%) であった。胆道鏡下での陰性生検においては、66検体中63例 (95.5%) で陰性の結果を得た。手術症例は26例で、悪性25例、良性1例だった。良性の症例は胆道鏡下生検で悪性を疑ったものであった。【結論】胆道鏡下生検の悪性診断率は76.9%と既報とほぼ同等の良好な成績であった。また、陰性生検に関しても95.5%と高い診断率であった。悪性胆道狭窄において、側方進展範囲の評価や確定診断をすること、Spyglass DSが有用であることが示唆されるが、さらなる症例の蓄積での検討が必要と考えられた。

S2-10 胆管癌表層進展度診断における画像診断とマッピングバイオプシーの有用性

¹岐阜市民病院 消化器内科、²金沢医科大学 消化器内視鏡学
○奥野 充¹、岩田 圭介¹、向井 強^{1,2}

【目的】胆管癌における表層進展度診断には画像診断および、非進展部と思われる部位からのmapping biopsy (MB) が重要である。しかしMBは、偽陽性、偽陰性を認めることがあり、MB診断結果の扱いに苦慮することがある。【方法】2010-2021年にMDCT、ERC、MBが施行され、手術標本評価が可能であった肝門部領域胆管癌31例、遠位胆管癌52例を対象に、MDCT+ERCの画像診断とMBの表層進展度診断能を比較し、MBの有用性を検討した。また、胆道鏡下MBには細径生検鉗子、透視下MBは通常径生検鉗子が使用されており、各生検鉗子の診断能についても検討した。【結果】肝門部領域胆管癌の画像診断とMBでは、肝内胆管側の感度43%/57%、特異度100%/79% (P=0.04)、遠位胆管側の感度100%/100%、特異度100%/79% (P=0.04)。遠位胆管癌での肝門部胆管側の感度22%/56%、特異度100%/70% (P<0.01)と、MBの感度は有意差を認めないものの、画像診断より高かった。一方、MBの特異度は画像診断より有意に低かった。胆道鏡下MBは、肝門部領域胆管癌14例、遠位胆管癌25例に施行された。なお肝門部領域胆管癌においては、5例胆道鏡が腫瘍窄部を通過できなかったため、胆道鏡下MBは肝内胆管側9例、遠位胆管側14例に施行された。肝門部領域胆管癌での細径と通常径生検鉗子では、肝内胆管側の感度100%/40%、特異度71%/82%、遠位胆管側の感度100%/100%、特異度67%/92%。遠位胆管癌の肝門部胆管側の感度33%/67%、特異度59%/81%と、両群に有意差はないが、通常径生検鉗子の方が良好な結果であった。MB偽陽性例の検討では、腫瘍部を介して生検鉗子を挿入する際に腫瘍混入が生じた可能性、および細径生検鉗子でのMBでは、採取された検体が小さく病理診断が困難となっていた可能性が考えられた。【結論】MBは画像診断で診断困難な微小病変の指摘に有用な可能性があるが、生検鉗子挿入時に腫瘍混入が起こり、偽陽性となる可能性が考えられた。正確な診断を得るには、腫瘍狭窄部に触れずに、通常径の生検鉗子を胆管癌非進展部と考えられる部位まで挿入する工夫が必要と考えられた。

S2-12 手術企図膵癌における ERCP 不成功時の EUS-BD と PTBD の後ろ向き比較研究

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科
○新谷 文崇、石渡 裕俊

【背景】手術企図膵癌における術前胆道ドレナージ (PBD: preoperative biliary drainage) の第一選択はERCPであり、ERCP困難例において経皮的胆道ドレナージ術 (PTBD) が選択される。しかしPTBD関連偶発症は15-31%であり、外瘻によるQOLの低下も問題となる。一方で切除不能悪性胆道閉塞において、EUS下胆管ドレナージ (EUS-BD) はPTBDと比較し臨床的成功率が高く、偶発症は少ないと報告され、ERCP困難時にはEUS-BDが行われるようになってきた。膵癌切除例のPBDにおいてEUS-BDを行った報告は少なく、手術への影響についてエビデンスは乏しい。【目的】EUS-BDあるいはPTBD後にPDが行われた膵癌症例の成績を比較すること【方法】2010年1月から2020年6月に当院でEUS-BDあるいはPTBDを行った後に膵頭十二指腸切除 (PD) を行った症例について、PBDの成績及び手術の成績を検討した。【結果】対象はEUS-BD 8例、PTBD 10例、技術的成功率は両群とも100%であった。EUS-BDは胆管十二指腸吻合術 (CDS) 2例、肝胃吻合術 (HGS) 6例であった。CDSではプラスチックステント (PS) 1例、金属ステント1例、HGSは全例PSであった。PTBDは全例で手術まで外瘻継続されていた。臨床的成功率はEUS-BD 100% vs. PTBD 60%、処置時間中央値はEUS-BD 20分 vs. PTBD 40分、PBD関連偶発症はEUS-BD 25% vs. PTBD 50%であった。予定外の再治療回数/人の中央値は0.25回 vs. 1.6回であった。手術関連偶発症の頻度 (重症) は37.5% vs. 30%、出血量中央値は907ml vs. 858ml、手術時間中央値は451分 vs. 539分、入院期間中央値 19日 vs. 18日であった。【結論】手術企図膵癌におけるERCP不成功時のPBDとして、EUS-BDはPTBDの代替法となりえる可能性が示唆された。

S2-13 EUS下胆道ドレナージにおける新規内視鏡用イントロ デューサーの有用性

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科
○加藤 晃久、吉田 道弘、林 香月

【目的】近年のステント開発の発展に伴い、胆道ドレナージの際のステント留置は技術面でも簡便になりつつある。しかしEUS下ドレナージにおけるステント留置に関しては、未だ技術面・安全面に課題が残る。新規内視鏡用イントロデューサーであるエンドシーサー (PIOLAX) は本来マッピング生検目的に作られたデバイスであるが、今回EUS下ドレナージの際に併用することでステント留置が安全かつ確実になる応用法を考案したため、当院での経験に基づきその有用性を報告する。【方法】2021年よりEUS下アプローチで胆道ドレナージをする際にエンドシーサーを先行して挿入後、そのアウトターシーズにステントを通す形で留置した7例について、手技方法や成績に関する後方視的検討を行った。【結果】7例中5例はEUS下ドレナージの初回瘻孔形成時に、2例はEUS下アプローチのre-intervention時に使用した。ドレナージの部位は、胆管 (EUS-HGS+AS、EUS-HDS) : 4例、胆嚢 (EUS-GBD) : 3例であった。初回瘻孔形成時はエンドシーサーを拡張デバイスとして使用後、そのまま引き続いてステント留置を行い、ステントの種類は4例が金属ステント (Uncovered及びCovered SEMs)、1例が6Frプラスチックステントを留置した。2例のre-intervention症例は、それぞれ胆管及び胆嚢にダブルビッグテイルステントの留置困難であった症例に対して使用した。全例でエンドシーサーの挿入と、それに続くドレナージステント留置は容易に可能であり、症状の改善が得られ、腹膜炎など偶発症は一例も認めなかった。【考案】EUS下胆道ドレナージの初回瘻孔形成時におけるエンドシーサーの使用は、瘻孔拡張後に生じる胆汁漏出を防ぐ観点からも安全かつ確実なステント留置方法であるといえる。またre-intervention時にもステント挿入が困難な症例では、トラブルシューティング用のデバイスとしても活用できる。エンドシーサーは今後の胆道ドレナージ技術の発展に寄与できる可能性が示唆された。

S2-15 当院における膵癌に対する術前補助化学療法の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○浦壁 憲司、水島 隆史、奥村 文浩

【目的】当院で施行された膵癌に対する術前補助化学療法 (NAC) の成績を明らかにする。【方法】2019年10月から2021年12月までに、当院で切除可能・切除可能境界と診断され、NACが施行された膵癌患者12例を対象とした。GS療法を施行後、造影CTで効果判定を行い、手術の適否を判断した。画像評価はRECISTv1.1に基づいて判断し、有害事象はCTCAEv5.0に準じて評価を行った。1) 患者背景、2) NACの施行状況、3) NACの効果判定、4) 有害事象、5) 手術成績について後方視的に検討を行った。【結果】1) 年齢中央値は73歳 (60-80歳)、膵癌罹患部位はPh:7例・Pb:3例・Pt:2例、病期分類 (JPS第7版) はIA:2例・IB:2例・IIA:7例・IIB:1例、切除可能性分類はR:10例・BR-A:1例・BR-PV:1例であった。Ph:7例中6例で胆管ドレナージが必要で、うち3例で複数回のステントが行われていた。2) NAC施行回数は中央値2コース (2-6コース)、2コース目までの治療強度の平均値はRDI:76.0%であり、その完遂率 (RDI $\geq$ 75%) は50.0% (6/12例) であった。未完遂の原因は皮疹・好中球減少・FN・胆管炎であり、特にFNでは休業期間が長くなり、RDIの低下が目立った。2コース後の効果判定を受け、NACを追加した症例は、R:2例 (1コース追加・2コース追加)・BR-A:1例 (1コース追加)・BR-PV:1例 (4コース追加) であった。3) PR:3例・SD:7例・PD:2例で、奏効率25.0%であった。4) Grade1/2の好中球減少を4例、Grade3/4の好中球減少を8例、Grade3の発熱性好中球減少症を1例、Grade1/2の皮疹を3例に認めた。5) 10例に手術加療が実施され、全例でRO切除となった。切除標本による最終病期診断は、IA:4例・IB:2例・IIA:2例・IIB:2例であった。術後補助化学療法はPS低下のため、2例で実施されていなかった。【結語】化学療法の施行回数だけでなく、少数例での検討ではあるが、血液毒性が多かった。血液毒性を生じると減量・休業のために治療強度が低下するため、full doseに拘らず、細やかな容量調節が必要になると考える。観察期間も短いため、今後も症例の蓄積と追跡を行い、更なる検討が必要と考える。

S2-14 切除不能進行胆道癌に対する1次化学療法後の予後予測因子に関する検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○吉田 健作、丸田 明範、清水 晋吾

【背景】切除不能胆道癌に対する1次化学療法としてGEM単剤療法またはGEM+CDDP (GC) が選択される場合が多いが、その予後予測因子については明らかでない。【目的】切除不能進行胆道癌に対する1次化学療法後の予後予測因子に関する検討する。【対象・方法】2009年4月から2021年11月までに岐阜県総合医療センターで切除不能胆道癌に対してGC療法 (GC群)、GEM単剤療法 (GEM群) を施行した症例を対象とし、OS、PFS、奏効率、有害事象について後方視的に比較検討した。OSについて年齢、性別、胆管ステントの有無、遠隔転移の有無、血清アルブミン値、NLR値、化学療法内容について単変量・多変量解析を行い、予後に影響を与える因子を検討した。NLR及びアルブミンのカットオフ値はROC曲線よりNLR:3、アルブミン:3.5g/dlと設定した。【結果】対象は33例 (男性:16例、年齢中央値:72歳)。胆管ステント留置は17例、部位は肝内胆管:14例、肝外胆管:13例、胆嚢:7例、遠隔転移は20例であり、化学療法はGC群:20例、GEM群:13例であった。有効性に関して奏効率 (GC群 vs GEM群:14.3% vs 7.7%, P=0.55) は有意差を認めなかったが、OS (GC群 vs GEM群:12.2ヶ月 vs 4.6ヶ月、P=0.0257)、PFS (GC群 vs GEM群:5.5ヶ月 vs 2.2ヶ月、P=0.0101) は有意にGC群で良好であった。安全性に関して血液学的有害事象 ($\geq$ Grade 3) は好中球減少:18例、貧血:2例、血小板減少:6例であり、両群間で (GC群 vs GEM群:81% vs 19%, P=0.0031) とGC群で有意に多く、非血液学的有害事象 ($\geq$ Grade 3) は皮疹:1例であり、両群間で (GC群 vs GEM群:4.8% vs 0%, P=0.32) と有意差は認めなかった。OSの予後予測因子についての単変量解析では化学療法内容 (P=0.0352)、NLR値 (P=0.0078)、遠隔転移の有無 (P=0.0018) で有意差を認め、多変量解析で遠隔転移あり (P=0.0018, HR:4.24)、低アルブミン血症 (P=0.0226, HR:2.87)、NLR高値 (P=0.0289, HR:2.48) は独立した予後予測因子であった。【結語】切除不能胆道癌に対する1次化学療法開始時の遠隔転移の有無、血清アルブミン値、NLR値は予後予測因子として有用な可能性がある。

S2-16 高齢者切除不能進行膵癌に対する modified FOLFIRINOX 療法の検討

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科
○手塚 隆一、上村 真也、岩下 拓司

切除不能進行膵癌に対するFOLFIRINOX (FX) 療法は従来の化学療法と比べ生存期間の延長が示されているものの有害事象も多い。65歳以上の高齢者では慎重投与とされ、FX療法の有効性・安全性は検討が未だ十分ではない。【目的】高齢者の切除不能膵癌に対するFX療法の有効性・安全性について後方視的に検討した。【方法】当院において、2014年4月から2021年12月までに切除不能進行膵癌に対して1次化学療法としてmodified FX (mFX) 療法 (5-FUのボラス投与を省略、CPT-11を150mg/m²に減量) を施行した95症例を対象とし、65歳未満 (Y群) と65歳以上 (O群) に分けて患者背景、治療成績、有害事象について検討した。【結果】Y群 (52例):O群 (43例) において、年齢中央値 (歳) 59 (range 38-64):69 (range 65-74)、男性26例 (50%):26例 (61%)。遠隔転移あり42例 (81%):27例 (63%)、CA19-9中央値 (U/mL) 965:594、原発巣長径中央値 (mm) 32.5 (range16-70):31 (range15-72)、膵頭部病変19 (37%)例:22 (51%)例、胆管ステント留置あり16 (31%)例:18 (42%)例、血清アルブミン (mg/dL) 中央値4.3 (range2.9-4.9)/4.1 (range3.2-4.7) であり、年齢を除いて群間に有意差は認めなかった。RDI中央値は76.8%:66.9% (p=0.043) と有意差を認め、奏効率は40.4% (21/52; CR1例、PR20例):27.9% (12/43); PR12例 (p=0.28)、病勢制御率78.8% (41/52):79.1% (34/43) (p=1)、全生存期間中央値は438/550日 (p=0.53) であり、有意差を認めなかった。有害事象はGrade3以上の血液毒性は82.7%:88.3% (p=0.57)、内訳は好中球減少75%:77%、血小板減少7.7%:4.7%などであった。非血液毒性は23.1%:34.9% (p=0.26) で認め、末梢神経障害11.5%:16.3%などであった。予後の関連因子を年齢 ($\geq$ 65)、血清アルブミン ($\geq$ 4.2)、腫瘍径 ($\geq$ 32)、胆管ステント、遠隔転移、CA19-9 ($\geq$ 653)、RDI ($\geq$ 71.3) で検討すると、年齢に差はなく (HR:0.96, 95%CI:0.6-1.55, p=0.88)、遠隔転移 (HR:2.17, 95%CI:1.2-3.94, p=0.01) が独立因子として抽出された。【結語】切除不能進行膵癌に対するmFX療法は、高齢者においても非高齢者と同様に有用で安全な治療方法と考えられた。

S2-17 直視ラジアル型超音波内視鏡の上部消化管領域に対する描出能の検討

蒲都市民病院 消化器内科

○高濱 卓也、坂 哲臣、安藤 朝章

【目的】近年、直視型ラジアル超音波内視鏡（直視EUS）が開発された。この直視EUSの内視鏡モードがEGDとしての能力を有していれば、上腹部症状を有する患者に対して、内視鏡医は上部消化管領域と胆膵領域を一回の検査で観察できることになる。今回我々は、直視EUS内視鏡モードの上部消化管領域の描出能を検討した。**【方法】**単施設前向き非ランダム化試験（UMIN 000043487）。対象は上腹部症状を有する患者で、EGDと直視EUSの両方を予定し、書面同意が得られた69患者。既報の文献に基づき上部消化管を26領域にわけ、両内視鏡の各々の領域における描出能を比較した。領域の描出能は以下の様にスコア化した。3点；全関心領域観察可能。2点；2/3観察可能。1点；1/3観察可能。0点；観察不能。検討項目；直視EUSと通常EGDにおける上部消化管26領域の描出能を比較した。**【成績】**直視EUSは胃角部3領域を除いて通常EGDと同等の観察能があった。直視EUSの反転像での胃角部3領域（胃角部前壁、小弯、後壁）の描出スコアはそれぞれ、1.94（95% CI; 1.36-2.52）、2.03（1.48-2.58）、1.93（1.35-2.50）であった。通常EGDでは2.97（2.86-3.08）、2.97（2.86-3.78）、2.96（2.83-3.09）、それぞれ $P < 0.001$ であり直視EUSは有意に低い結果であった。同様に、胃角部3領域のスコア3（完全描出）の割合は直視EUSでは通常EGDと比較し有意に低かった。（21/69；30.4%、23/69；33.3%、21/69；30.4% vs. 67/69；97.1%、67/69；97.1%、66/69；95.7%、 $P < 0.001$ ）。**【結論】**直視EUSはEGDとしての能力を有しているものの、胃角部3領域の描出能が通常EGDに劣り、単独で上部消化管領域と胆膵領域のスクリーニングに用いるには時期尚早である。

一般演題 プログラム

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

一般演題

食道

座長 愛知県がんセンター 消化器外科 安部哲也

- 1 EUS-FNAB で診断し得た食道結核の1例
若手 1三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、
(専修医) 2三重大学医学部附属病院 光学医療診療部
○澤井 翔馬¹、山田 玲子¹、木戸 恒陽¹、田中 隆光¹、野瀬 賢治¹、
村嶋 由美¹、梅田 悠平¹、行本 弘樹¹、坪井 順哉¹、中村 美咲¹、
葛原 正樹¹、濱田 康彦¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、中川 勇人¹

- 2 好酸球性肺炎を合併した好酸球性食道炎の一例
若手 公立西知多総合病院 消化器内科
(専修医) ○加古 雄基、鈴木 悠土、安藤 雅能、澤田 悠太郎、竹山 友章

- 3 術中に迷走神経刺激装置と消化管内視鏡を併用して憩室切除した Killian-Jamieson 憩室の一例
1藤田医科大学 総合消化器外科、2藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学、
3藤田医科大学 先端外科治療開発共同研究講座
○藤田 正博¹、中内 雅也²、後藤 愛¹、梅木 祐介¹、鈴木 和光¹、
芹澤 朗子¹、秋元 信吾¹、田中 毅³、柴崎 晋¹、稲葉 一樹²、
宇山 一朗^{2,3}、須田 康一¹

- 4 食道癌に対するFP療法中に意識障害を伴う高アンモニア血症をきたした1例
若手 松阪中央総合病院
(研修医) ○水谷 佳史、稲垣 悠二、平山 貴寛、中西 美菜子、上野 哲弘、浦出 伸治、
金子 昌史、直田 浩明、小林 一彦

- 5 耐術不能な感染性大動脈瘤食道瘻に対して Over The Scope Clip system (OTSC) による瘻孔閉鎖術が奏効した一例
若手 1聖隷浜松病院 消化器内科、2聖隷浜松病院 消化器外科、
(専修医) 3聖隷浜松病院 心臓血管外科
○吉井 元¹、山田 洋介¹、榛葉 俊太郎¹、大城 恵吾¹、小林 郁美¹、
志田 麻子¹、江上 貴俊¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、
室久 剛¹、長澤 正道¹、細田 佳左¹、戸松 真琴²、新堀 莉沙³、
國井 佳文³

6 目眩を契機に発見された胃癌傍腫瘍症候群の一例

¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座

○村上 智洋¹、羽田 綾馬¹、曾根田 亘¹、川田 三四郎¹、坊岡 英祐¹、
松本 知拓¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,2}、竹内 裕也¹

7 腹腔鏡内視鏡合同手術で治療した胃 Glomus 腫瘍の一例

若手 ¹浜松医科大学医学部附属病院 内科学第1講座、

(専修医) ²浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部、

³浜松医科大学医学部附属病院 臨床検査医学、

⁴浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究センター、

⁵浜松医科大学医学部附属病院 外科学第2講座

○伊藤 誠人¹、高橋 悟¹、石田 夏樹²、田村 智¹、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、
濱屋 寧¹、岩泉 守哉³、大澤 恵²、古田 隆久⁴、坊岡 英祐⁵、菊池 寛利⁵、
竹内 裕也⁵、杉本 健¹

8 CDDP+CPT-11が奏功した胃神経内分泌癌の一例

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専修医) ○大森 康司、山本 英子、松原 浩、内藤 岳人、山田 雅弘、服部 峻、

鈴木 博貴、加納 佑一、小木曾 拓也、西堀 友美、堀田 尋紀、浦野 文博

9 C型肝炎を契機に発見された無症候性神経内分泌腫瘍の1例

若手 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

(専修医) ○橋本 真耶佳、今津 充季、木村 吉秀、久保田 淳、中井 俊介、金岩 弘樹、

富田 優作、北川 美香、野村 智史、平野 敦之、森 義徳、土田 研司、
妹尾 恭司

10 傍大動脈リンパ節郭清を要する高度進行胃癌に対してロボット手術が担うべき立ち位置

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学

○齋藤 正樹、佐川 弘之、加古 智弘、早川 俊輔、伊藤 直、上野 修平、
大久保 友貴、田中 達也、小川 了、高橋 広城、松尾 洋一、三井 章、
木村 昌弘、瀧口 修司

11 4年の経過を追えた胃底腺型胃癌の1例

若手 ¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理診断科、³中部国際医療センター
(専修医) 病理診断科

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

12 診断に苦慮した胃 MALT リンパ腫の1例

若手 藤田医科大学 消化器内科

(専修医) ○和田 悠良、船坂 好平、小山 恵司、吉田 大、尾崎 隼人、堀口 徳之、
大森 崇史、鎌野 俊彰、長坂 光夫、中川 義仁、宮原 良二、橋本 千樹、
柴田 知行、廣岡 芳樹

13 心窩部痛を契機に診断に至ったEBV関連胃潰瘍の一例

若手 愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科

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

14 事前のコカ・コーラ内用により内視鏡摘除が容易となった柿胃石症の一例

若手 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院

(専修医) ○市野 翔一、中西 孝之、神野 宏規、亀井 真琴、長尾 涼太郎、木村 有志、
河口 順二、浅野 剛之、早崎 直行、伊藤 康文、田上 真、杉原 潤一、
荒木 寛司

15 吸収性局所止血剤（ピュアスタット）が有効であった2例

若手 岐阜市民病院 消化器内科

(専修医) ○大橋 洋祐、小木曾 富雄、岩田 圭介、下城 宏太、岩佐 太誠、岩田 翔太、
岩佐 悠平、奥野 充、河内 隆宏、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、
富田 栄一

16 噴門部全周性胃型腺腫を背景とした早期胃癌の1切除例

若手 ¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

(研修医) ○亀島 祐貴¹、神岡 諭郎¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、仲島 さより¹、
久野 剛史¹、佐々木 雅隆¹、二村 侑歩¹、吉川 幸愛¹、光松 佑時¹、
佐藤 宏樹¹、伊藤 誠²

17 十二指腸スコープを用いた乳頭観察が診断に有用であった Hemosuccus pancreaticus の1例

若手 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

(専修医) ○雄山 裕亮、三輪 貴生、宇野女 慎二、手塚 隆一、荒尾 真道、華井 竜徳、
上村 真也、高田 淳、久保田 全哉、今井 健二、岩下 拓司、井深 貴士、
高井 光治、清水 雅仁

18 消化管アミロイドーシスの1例

若手 済生会松阪総合病院 内科

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

19 好酸球性胃腸炎と診断した難治性十二指腸潰瘍の一例

若手 静岡市立静岡病院

(専修医) ○横山 翔平、正谷 一石、八木 直人、菊池 恵介、上田 駿介、池田 正俊、
早川 諒介、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、
小柳津 竜樹

20 後腹膜血種による十二指腸狭窄の1例

若手 ¹松波総合病院 総合内科、²松波総合病院 消化器内科

(専修医) ○樋口 翔¹、中西 孝之²、浅野 剛之²、河口 順二²、長尾 涼太郎²、
木村 有志²、全 秀嶺²、亀井 真琴²、市野 翔一²、牧野 紘幸²、神野 宏規²、
早崎 直行²、荒木 寛司²、伊藤 康文²、杉原 潤一²、田上 真²

21 蛋白漏出性胃腸症を契機に診断し得た好酸球性胃腸症の1例

社会医療法人大雄会 総合大雄会病院 消化器内科

○深見 正高、松山 恭士、宮原 康孝、榊原 裕行、吉田 隼也、吉岡 大介、
吉田 利明

22 著明な低蛋白血症が幽門側胃切除により改善した蛋白漏出性胃癌の1例

若手 ¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科

(専修医) ○藤田 翔也¹、井口 太郎¹、加藤 大樹¹、米倉 孝¹、山中 力行¹、大庭 行正¹、
山崎 哲¹、鈴木 安曇¹、佐原 秀¹、栗山 茂¹、影山 富士人¹、金岡 繁¹、
尾崎 裕介²、宮崎 真一郎²、金井 俊和²、落合 秀人²

23 当院における進行肝細胞癌に対するレンバチニブの治療成績

¹JA 愛知厚生連 海南病院 消化器内科、²JA 愛知厚生連 海南病院 腫瘍内科

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

24 臍頭十二指腸切除後の良性門脈狭窄に対し術後5年後に門脈ステントを留置した1例

若手

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 消化器外科

(専修医)

○稲川 敦子¹、佐藤 辰宣¹、遠藤 伸也¹、金本 秀行²、上原 慶大¹、
武田 昌大¹、石黒 友也¹、加島 弘崇¹、平田 太陽¹、池田 慎也¹、
浅原 和久¹、増井 雄一¹、松田 昌範¹、板井 良輔¹、川合 麻美¹、
寺田 修三¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、大野 和也¹、川口 真矢¹

25 非小細胞肺癌に対する抗 Programmed Death-Ligand 1 抗体治療で発症した免疫関連硬化性胆管炎の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○山本 崇文、伊藤 隆徳、松田 宜賢、犬飼 庸介、杉山 由晃、吉岡 直輝、
水野 和幸、武藤 久哲、横山 晋也、山本 健太、今井 則博、石津 洋二、
本多 隆、石上 雅敏

26 EUS-FNA で診断し得た炎症性偽腫瘍の1例

若手

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

(専修医)

○三浦 有貴、三田 直樹、山田 愛、小居 幹太、平下 祐生、宮地 加奈子、
伊藤 貴嗣、向井 美鈴、華井 頼子、山中 一輝、杉山 智彦、戸田 勝久、
白木 亮、勝村 直樹

27 卵巣癌に対する DC 療法後に生じ、転移性肝腫瘍との鑑別を要した sinusoidal obstruction syndrome の1例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 病理診断科、

³焼津市立総合病院 産婦人科

○青山 拓也¹、佐野 宗孝¹、眞鍋 藍璃¹、武部 友寛¹、萬治 福匡¹、
山形 真碁¹、渡邊 幸弘¹、久力 権²、仲神 宏子³

28 新型コロナウイルス感染症の罹患した生体肝移植患者の1例

若手

国家公務員共済組合連合会名城病院 消化器内科

(専修医)

○伊藤 悠希、林 和彦、山根 亮介、藤本 諒、松下 高明、吉崎 道代、
梶川 豪、水谷 太郎、清水 裕子、吉岡 健太郎、後藤 秀実

肝2

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石津洋二

- 29 C型急性肝炎の自然治癒後に再感染が確認されたC型慢性肝炎の1例
医療法人山下病院 消化器内科
○岩田 悠嗣、服部 昌志、松崎 一平、菊池 正和、泉 千明、浅井 清也、
乾 和郎
- 30 IgG4関連自己免疫性肝炎とC型慢性肝炎の鑑別を要した1例
若手 藤枝市立総合病院 消化器内科
(専修医) ○佐藤 大輝、星野 弘典、吉井 重人、景岡 正信、大島 昭彦、寺井 智宏、
榎田 浩平、稲垣 圭佑、丸山 保彦
- 31 ロスバスタチンの関与が疑われた自己免疫性肝炎の一例
若手 三重県立総合医療センター 消化器内科
(研修医) ○池田 昂平、井上 英和、小林 真悠、島田 康彬、中澤 祐一、水谷 広樹、
西浦 祐貴、管 大典、川崎 優也、森谷 勲、山中 豊、白木 克哉
- 32 眼内炎を来した肝膿瘍の1例
若手 刈谷豊田総合病院 内科
(研修医) ○川嶋 裕人、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、久野 剛史、
佐々木 雅隆、福沢 一馬、仁村 侑歩、吉川 幸愛、佐藤 宏樹、亀島 祐貴
- 33 臌腫大、好酸球性肝肉芽腫症、好酸球性尿道周囲肉芽腫症を認めたIgG4関連疾患
の1例
¹高山赤十字病院 内科、²高山赤十字病院 泌尿器科、
³高山赤十字病院 病理診断科
○千住 明彦¹、白子 順子¹、金田 裕人¹、水谷 拓¹、今井 奨¹、富岡 奨幸²、
岡本 清尚³
- 34 IgG4関連肝炎症性偽腫瘍と考えられた1例
若手 藤田医科大学ばんなね病院 消化器内科
(専修医) ○松下 美冴、片野 義明、三好 広尚、小林 隆、山本 智支、館野 晴彦、
萩原 聖也、加藤 宏之、荒川 敏、浅野 之夫、堀口 明彦、浦野 誠

肝3

座長 刈谷豊田総合病院 内科 仲島さより

- 35 レンバチニブと各種治療の組み合わせでCRが得られた切除不能肝細胞癌の3例
若手 岐阜県総合医療センター
(専修医) ○小泉 拓也、入谷 壮一、坂野 香里、曾我 淳史、林 冨加、増田 直也、
相羽 優志、谷口 裕紀、吉田 健作、小澤 範高、長谷川 恒輔、丸田 明範、
永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾
- 36 アテゾリズマブ・ベバシズマブ(ATZ/BEV)併用療法中に重篤な急性肺障害を
発症した混合型肝癌の1例
豊橋市民病院 消化器内科
○堀田 尋紀、内藤 岳人、松原 浩、山田 雅弘、山本 英子、服部 峻、
鈴木 博貴、浦野 文博
- 37 術前診断が困難であった肝血管筋脂肪腫の1例
若手 ¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理検査部
(専修医) ○川出 真史¹、林 秀樹¹、岩佐 太誠¹、下城 宏太¹、大橋 洋祐¹、岩田 翔太¹、
岩佐 悠平¹、奥野 充¹、河内 隆宏¹、小木曾 富生¹、岩田 圭介¹、
杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、富田 栄一¹、渡部 直樹²
- 38 進行肝細胞癌に対しAtezo/Bev併用療法に分割TACEが奏功した1例
静岡県立総合病院 消化器内科
○遠藤 伸也、川口 真矢、佐藤 辰宣、寺田 修三、白根 尚文
- 39 左下横隔静脈を排血路とした孤立性胃静脈瘤に対してバルーン閉塞下逆行性経静脈
的塞栓術(BRTO)を施行した一例
名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○松田 宜賢、石津 洋二、石上 雅敏
- 40 特発性門脈圧亢進症の経過中に発症し、診断・治療し得た門脈圧亢進性肺高血圧の
1例
若手 ¹三重大学 初期臨床研修センター、²三重大学 消化器・肝臓内科、
(研修医) ³三重大学 循環器内科
○芝原 拓真¹、重福 隆太²、田中 秀明²、吉川 恭子²、大和 浩乃²、
玉井 康将²、為田 雅彦²、小倉 英²、杉本 龍亮²、杉本 和史²、
長谷川 浩司²、岩佐 元雄²、佐藤 徹³、荻原 義人³、土肥 薫³、
中川 勇人²

小腸

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 尾関啓司

41 柿胃石の嵌頓による小腸穿孔を繰り返した一例

若手 ¹JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 揖斐厚生病院 内科、
(研修医) ²JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 揖斐厚生病院 外科
○田端 みずほ¹、宇野 由佳里¹、中村 博式¹、畠山 啓朗¹、島崎 信¹、
西脇 伸二¹、佐野 仁哉²

42 蛋白漏出性胃腸症精査でシェーグレン症候群と診断し、ステロイドパルス療法が著効した1例

若手 藤田医科大学 消化器内科学
(専修医) ○河村 岳史、城代 康貴、大森 崇史、前田 晃平、鎌野 俊彰、船坂 好平、
葛谷 貞二、長坂 光夫、川部 直人、中川 義仁、宮原 良二、柴田 知行、
橋本 千樹、廣岡 芳樹

43 オルメサルタン関連スプルー様疾患の1例

若手 愛知医科大学 消化管内科
(専修医) ○三輪 峻大、山口 純治、村上 諒、杉村 明佳音、駒井 洋彦、山本 和弘、
杉山 智哉、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、小笠原 尚高、佐々木 誠人、
春日井 邦夫

44 AZA 及び IFX 長期投与中に肝脾 T 細胞リンパ腫を発症した一例

若手 静岡市立静岡病院
(専修医) ○八木 直人、横山 翔平、正谷 一石、菊池 恵介、有谷 実莉、上田 駿介、
池田 正俊、早川 諒祐、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、
高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津 竜樹

45 小腸に転移した心臓内膜肉腫の1例

若手 ¹三重中央医療センター 消化器内科、²三重中央医療センター 消化器外科
(専修医) ○宮田 徹也¹、倉田 一成¹、辰巳 亜依²、北出 卓¹、田口 由紀子¹、
渡邊 典子¹

- 46 潰瘍性大腸炎・直腸癌手術症例における回腸人工肛門造設が腎機能に与える影響について
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学、
²名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学
○飯塚 彬光¹、中山 吾郎¹、服部 憲史¹、梅田 晋一¹、上原 圭¹、小倉 淳司²、
神田 光郎¹、田中 千恵¹、江畑 智希²、小寺 泰弘¹
- 47 特発性横行結腸穿孔の1例
若手 松阪中央総合病院 外科
(研修医) ○矢田 貴大、辻 直哉、山本 雅人、中邑 信一郎、中村 俊太、瀬木 祐樹、
小林 基之、谷口 健太郎、加藤 憲治、岩田 真、田端 正己
- 48 腹腔鏡下手術時における術前マーキングに蛍光クリップを使用する際の注意点
¹藤田医科大学ばんだね病院 消化器外科、²藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科
○荒川 敏¹、浅野 之夫¹、加藤 宏之¹、永田 英俊¹、近藤 ゆか¹、志村 正博¹、
小池 大助¹、林 千紘¹、越智 隆之¹、神尾 健士郎¹、河合 永季¹、
安岡 宏展¹、東口 貴彦¹、国村 祥樹¹、片野 義明²、小林 隆²、三好 広尚²、
石原 慎¹、伊東 昌広¹、堀口 明彦¹
- 49 右結腸静脈からSMV本幹に腫瘍塞栓の広がりをみとめた大腸癌に対して、
mFOLFOX療法が著効した透析患者の1例
若手 JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 消化器内科
(専修医) ○山田 愛、杉山 智彦、三浦 有貴、平下 祐生、小居 幹太、宮地 加奈子、
伊藤 貴嗣、向井 美鈴、三田 直樹、山中 一輝、華井 頼子、白木 亮、
戸田 勝久、勝村 直樹
- 50 BRAD V600E 変異を伴った大腸癌化学療法直後に漿液性網膜剥離をきたした一例
藤枝市立総合病院 消化器内科
○稲垣 圭佑、景岡 正信、佐藤 大輝、星野 弘典、榎田 浩平、寺井 智宏、
大畠 昭彦、吉井 重人、丸山 保彦
- 51 内視鏡的粘膜下層剥離術で診断に至った直腸腫瘍の1例
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○山田 健太郎¹、山村 健史¹、中村 正直¹、前田 啓子²、澤田 つな騎²、
石川 恵里¹、古川 和宏¹、喜田 裕一¹、江崎 正哉²、村手 健太郎¹、
濱崎 元伸¹、長谷川 一成¹、鳥山 和浩¹、池上 脩二¹、大橋 彩子¹、
河村 達哉¹、石上 雅敏¹、川嶋 啓揮¹

大腸2

座長 岐阜大学大学院医学系研究科 消化器内科学 久保田全哉

52 大腸偽メラノーシスに腸間膜静脈硬化症を合併した1例

若手 ¹岐阜県総合医療センター、²滋賀医科大学 病理学講座

(専修医) ○増田 直也¹、山崎 健路¹、久嶋 亮治²、小泉 拓也¹、坂野 香里¹、
曾我 淳史¹、林 冴加¹、谷口 裕紀¹、相羽 優志¹、入谷 壮一¹、吉田 健作¹、
小澤 範高¹、長谷川 恒輔¹、丸田 明範¹、永野 淳二¹、清水 省吾¹

53 大腸癌化学療法により縮小、消失がみられた多発大腸腺腫の一例

若手 松波総合病院

(専修医) ○亀井 真琴、木村 有志、長尾 涼太郎、川島 啓佑、全 秀嶺、中西 孝之、
河口 順二、浅野 剛之、田上 真、早崎 直行、荒木 寛司、伊藤 康文、
杉原 潤一

54 腹痛を契機に発見された大腸 Inflammatory fibroid polyp の1例

若手 ¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

(専修医) ○佐藤 宏樹¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、神岡 諭郎¹、仲島 さより¹、
久野 剛史¹、佐々木 雅隆¹、高田 直樹¹、二村 侑歩¹、吉川 幸愛¹、
光松 佑時¹、伊藤 誠²

55 大腸癌検診における質の高いCS習得のために ～初学者として～

若手 蒲郡市民病院 内科

(専修医) ○宮崎 友里、久保田 良政、坂 哲臣、高濱 卓也、佐宗 俊、安藤 朝章、
中村 誠、城 卓志

56 左鼠径ヘルニアにS状結腸が脱出しており大腸内視鏡が挿入困難であった1例

若手 静岡市立静岡病院

(専修医) ○菊池 恵介、小柳津 竜樹、横山 翔平、正谷 一石、八木 直人、有谷 実莉、
上田 駿介、池田 正俊、早川 諒介、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、
濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫

胆道 1

座長 岐阜市民病院 消化器内科 奥野 充

57 胆管十二指腸吻合術後の肝内胆管結石症に対して経鼻内視鏡を用いて電気水圧式結石破碎術で碎石を行った1例

若手 静岡市立静岡病院

(専修医) ○正谷 一石、木村 領佑、八木 直人、川口 大貴、菊池 恵介、有谷 実莉、
上田 駿介、池田 正俊、早川 諒介、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、
田中 俊夫、小柳津 竜樹

58 Roux-en-Y 再建術後総胆管積み上げ結石に対し大腸内視鏡を介した経口胆道鏡下電気水圧式結石破碎術が有効であった1例

若手 岐阜市民病院

(専修医) ○大西 拓海、奥野 充、岩田 圭介、大橋 洋祐、岩田 翔太、手塚 隆一、
岩佐 悠平、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、富田 栄一

59 金属胆管ステント留置後の反復性胆嚢炎に対し内視鏡的経乳頭的ドレナージが有用であった1例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○坂野 香里、丸田 明範、小泉 拓也、曾我 敦史、林 冴加、増田 直也、
相羽 優志、谷口 裕紀、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、長谷川 恒輔、
永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

60 経乳頭的胆管ドレナージにて胆管炎制御困難となった後、EUS-HGSにて長期制御可能となった悪性肝門部胆管閉塞の1例

若手 伊勢赤十字病院 消化器内科

(専修医) ○奥田 裕文、村林 桃士、市川 彩子、河俣 真由、松嶋 竜太郎、久田 拓央、
天満 大志、林 智士、杉本 真也、大山田 純、亀井 昭

胆道 2

座長 岐阜県総合医療センター 消化器内科 丸田明範

61 SpyGlass DS が IPNB 由来の肝門部胆管癌の診断と至適な術式決定に有用であった
1 例

若手 豊橋市民病院

(専修医) ○社本 賢昭、小木曾 拓也、鈴木 博貴、松原 浩、浦野 文博

62 悪性胆道狭窄に対するラジオ波焼灼療法施行後に胆管内仮性動脈瘤を来した一例
愛知医科大学 肝胆膵内科

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

63 遠位胆管癌との鑑別が困難であった植物の種子による胆管閉塞の一例

若手 三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

(専修医) ○橋本 真吾、堯天 一亨、栗山 直久、前田 光貴、新貝 達、伊藤 貴洋、
早崎 碧泉、藤井 武宏、飯澤 祐介、種村 彰洋、村田 泰洋、岸和田 昌之、
水野 修吾

64 胆管拡張を伴う膵胆管合流異常に合併した胆嚢癌肉腫の一例

若手 ¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 消化器外科、

(専修医) ³磐田市立総合病院 肝臓内科

○綿引 萌花¹、金子 淳一¹、木内 亮太²、竹下 悠¹、瀧波 将貴¹、辻 敦¹、
西野 雅史¹、高橋 百合美³、笹田 雄三³、山田 貴教¹

65 腎細胞癌術後37年目に膵転移再発をきたした1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

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

66 嚢胞変性を伴い、診断に苦慮した膵神経内分泌腫瘍の1切除例

若手 松阪中央総合病院 外科

(専修医) ○辻 直哉、山本 雅人、中邑 信一郎、中村 俊太、瀬木 祐樹、小林 基之、
谷口 健太郎、加藤 憲治、岩田 真、田端 正己

67 脱落型膵管ステントが虫垂内迷入した一例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

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

68 膵尾部デスマイト腫瘍の1例

若手 社会医療法人 財団新和会 八千代病院

(専修医) ○宮地 達郎、白井 修、森島 大雅、近藤 重明、中田 真登

69 経過中に出血を伴う嚢胞形成を来した自己免疫性膵炎の1例

若手 ¹春日井市民病院 消化器内科、²春日井市民病院 内視鏡センター

(専修医) ○竹市 絵里花¹、高田 博樹²、祖父江 聡¹、平田 慶和¹、林 則之¹、
池内 寛和²、安達 明央¹、山本 友輝¹、小林 由花¹、田中 翔¹、相羽 礼佳¹、
河村 逸外¹、原田 貴仁¹、山本 涼¹

70 超音波内視鏡下穿刺吸引術が診断に有用であった高齢発症の2型自己免疫性膵炎の1例

若手 JA 愛知厚生連海南病院 消化器内科

(専修医) ○宮崎 聖大、渡邊 一正、國井 伸、石川 大介、橋詰 清孝、坪内 達郎、
加賀 充朗、越山 彩香、山田 訓也、上田 錠

膵臓2

座長 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 水谷泰之

- 71 術前に浸潤性膵管癌と診断された mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の一切除例
藤田医科大学病院 総合消化器外科
○井上 誠司、高原 武志、三井 哲史、内田 雄一郎、小島 正之、加藤 悠太郎、須田 康一
- 72 COVID-19 感染症と同時期に発症した膵十二指腸動脈瘤破裂の1例
若手 静岡市立静岡病院
(研修医) ○明珍 剛志、小柳津 竜樹、川口 大貴、横山 翔平、正谷 一石、八木 直人、菊池 恵介、有谷 実莉、上田 駿介、池田 正俊、早川 諒祐、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫
- 73 WON を合併した重症急性膵炎に対して EUS 下ドレナージ及び経胃瘻的空腸瘻孔造設術が有用であった1例
若手 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター
(専修医) ○平山 陽太、近藤 啓、猪飼 千咲、加藤 真里絵、庄田 怜加、武仲 祐弥、森 俊敬、荒木 幸子、小島 尚代、西垣 信宏、田中 義人、伊藤 恵介
- 74 多発消化管瘻を伴った感染性 WON (walled-off necrosis) に対し内視鏡治療が奏功した一例
若手 聖隷浜松病院 消化器内科
(専修医) ○金谷 和哉、山田 洋介、小林 陽介、佐藤 友香、榛葉 俊太郎、大城 恵吾、玉腰 裕規、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、丹羽 智之、江上 貴俊、海野 修平、鏡 卓馬、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐
- 75 肝転移が疑われた膵癌に対し Conversion Surgery を施行した1例
¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○南 喜之¹、石川 卓哉¹、大野 栄三郎¹、水谷 泰之¹、飯田 忠¹、植月 康太¹、八鹿 潤¹、山田 健太²、宜保 憲明¹、青木 聡典¹、片岡 邦夫¹、森 裕¹、高田 善久¹、高橋 秀和¹、青井 広典¹、川嶋 啓揮²
- 76 Conversion surgery を含む集学的治療により長期生存を得た膵癌肝転移の一例
若手 社会医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科
(研修医) ○齋藤 和輝、西川 貴広、柴田 萌、堀 諒、胡 磊明、青木 亮磨、杉原 有紀、田島 万莉、白水 将憲、早川 真也、柳澤 直宏、柳瀬 成希、榊原 聡介、名倉 明日香、野々垣 浩二

その他

座長 藤田医科大学ばんだね病院 外科 志村正博

77 造影 CT で診断し病理解剖で確定した慢性腸間膜動脈虚血の 1 例

名古屋共立病院 消化器内科

○栗本 拓也

78 (演題取り下げ)

79 腹腔内原発神経内分泌腫瘍と鑑別を要した paraganglioma の 1 例

若手 愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科

(専修医)

○竹内 悠祐、竹内 真実子、牧野 成彦、榎本 祥吾、加藤 彩、齋藤 洋一郎、
尾崎 玄、鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、石原 誠、細井 努

80 腸管子宮内膜症の10切除例

若手 ¹浜松医科大学 医学部 外科学第二講座、²浜松医科大学 医学部 外科学第一講座、

(専修医) ³浜松医科大学 医学部 周術期等生活機能支援学講座、

⁴磐田市立総合病院 消化器外科

○臼井 佑希¹、赤井 俊也¹、立田 協太¹、杉山 洸裕¹、鈴木 克徳¹、
鳥居 翔²、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、
深澤 貴子⁴、倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

一般演題 抄録

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

01 EUS-FNAB で診断し得た食道結核の1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

○澤井 翔馬¹、山田 玲子¹、木戸 恒陽¹、田中 隆光¹、野瀬 賢治¹、村嶋 由美¹、梅田 悠平¹、行本 弘樹¹、坪井 順哉¹、中村 美咲¹、葛原 正樹¹、濱田 康彦¹、田中 匡介²、堀木 紀行²、中川 勇人¹

【背景】結核は病原性が強く、易感染性宿主だけでなく健康者にも発生し得る感染症である。肺外結核は約10%とされ、食道結核は極めて稀である。リンパ節腫脹を伴う食道腫瘍に対してEUS-FNABで結核の診断を得た1例を経験したため報告する。【症例】生来健康な54歳女性。検診の上部消化管内視鏡検査で、胸部中部食道に隆起性病変を認め、食道癌の疑いで当院を紹介受診した。内視鏡検査再検で、食道病変は陥凹を伴うنادりかな立ち上がりを示す隆起で、異常血管やコード不染はなく、EUS上3層の断裂を伴う低エコー腫瘍として描出された。病変より生検を施行するも異常所見は指摘できなかった。造影CTとMRIで脾頭部近傍に軟部影を認め、脾腫瘍やリンパ節の可能性が示唆された。EUSで脾頭部上縁に境界明瞭な類円形の低エコー腫瘍を認め腫大リンパ節と判断し、19G Franseen針で病変を採取した。細胞診で類上皮細胞や多核巨細胞を認めたが、組織は壊死が大半で標本中に抗酸菌は同定できなかった。T-SPOT陽性であり、結核性リンパ節炎・食道結核を第一に考えた。PET-CTで脾頭部以外に縦隔への集積を認めたため、再度縦隔病変に対しEUS-FNABを施行した。多核巨細胞を伴う肉芽腫性病変を認めるも菌の証明には至らなかったが、肺外結核疑いで抗結核薬の投与を開始した。その後、初回EUS-FNAB検体のPCRで結核菌が検出された。【考察】食道結核は粘膜下腫瘍様の形態や潰瘍型を呈する事が多く、悪性腫瘍との鑑別が困難である。生検組織から菌が同定できることは少なく、類上皮細胞や乾酪壊死を伴う肉芽腫性変化などから推定し、培養やPCRにより確定診断を得る。本症例も食道病変からは菌の同定ができず、腫大リンパ節から採取した検体で結核菌が証明された。本邦の結核感染症は減少傾向ではあるものの遭遇しうる疾患であり、非典型的な食道腫瘍を認めた際は食道結核も鑑別に挙げる必要があると考えられた。

03 術中に迷走神経刺激装置と消化管内視鏡を併用して憩室切除した Killian-Jamieson 憩室の一例

¹藤田医科大学 総合消化器外科、

²藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学、

³藤田医科大学 先端外科治療開発共同研究課

○藤田 正博¹、中内 雅也²、後藤 愛¹、梅木 祐介¹、鈴木 和光¹、芹澤 朗子¹、秋元 信吾¹、田中 毅³、柴崎 晋¹、稲葉 一樹²、宇山 一朗^{2,3}、須田 康一¹

【背景】Killian-Jamieson憩室は輪状咽頭筋下縁と食道縦走筋の間から発生する圧出性仮性憩室で、稀な疾患である。ほとんどが無症状であるが、嚥下困難などの有症状の場合は外科的切除の適応となる。今回、術中に迷走神経刺激装置（APS-NIMTM）と消化管内視鏡を併用したKillian-Jamieson憩室の一切除例を経験した。【症例】64歳の女性で、主訴は咽頭つかえ感。現病歴は咽頭つかえ感にて近医で上部消化管内視鏡を行ったところ、食道憩室を指摘。PPIを処方されるも改善なく、精査加療目的に当院紹介受診。上部消化管内視鏡、食道透視、造影CTで頸部食道左側に約30mmの憩室を認めた。Killian-Jamieson憩室の診断で、憩室切除術を行った。鎖骨の2横指頭側で約6cmの弧状切開を行った。左迷走神経を同定してAPS-NIMを装着。左反回神経を同定後、食道憩室を確認して全周性に剥離。内視鏡を挿入し、切離範囲を内腔から確認後にステープラーで切除した。切除後に内視鏡で狭窄所見がないことを確認した。術中APS-NIMの信号異常を認めなかった。手術時間は104分、出血量は10mlであった。術後合併症を認めず、術後13日目に退院した。【結論】術中APS-NIMと内視鏡を併用することにより安全にKillian-Jamieson憩室切除を行うことができたため、術中ビデオと若干の文献的考察を含め、報告する。

02 好酸球性肺炎を合併した好酸球性食道炎の一例

公立西知多総合病院 消化器内科

○加古 雄基、鈴木 悠士、安藤 雅能、澤田 悠太郎、竹山 友章

【症例】70歳、男性【既往歴】高尿酸血症【内服】フェブキソスタット【現病歴】食思不振のため当院消化器内科を受診。上部消化管内視鏡検査を勤めるも患者側の拒否があり、六君子湯、ラフチジンで治療開始されたが症状は改善せず、1か月後には食事摂取不能となり入院となった。血液検査では白血球7990/μL、分葉核球合計55.8%、好酸球9.9%、リンパ球24.8%と好酸球が優位に増多しており、血清アルブミンは4.0g/dLから3.6g/dLまで低下していた。上部消化管内視鏡検査では食道全体が浮腫状で輪状溝と縦走溝が目立ち、好酸球性食道炎が疑われた。病理組織では20-25個/HPFで好酸球浸潤が確認され、好酸球性食道炎と診断した。第2病日から、エソメプラゾール20mgにて加療開始したが症状の改善はなく、第16病日から呼吸苦が出現し、胸部CTで両側に軽度のすりガラス影を認めた。新型コロナウイルスPCR検査は陰性、抗核抗体、MPO-ANCA、PR3-ANCAは陰性で、気管支肺胞洗浄（BAL）ではリンパ球と好酸球優位の炎症細胞が確認され、好酸球性肺炎と診断した。好酸球性肺炎を合併したことで全身ステロイド療法が考慮されたが、全身投与による副作用への懸念から、局所ステロイド療法を先行することとした。同じく第16病日より、局所ステロイド療法としてブデソニド3.0mg/日 分2での内服を開始したところ、消化器症状、呼吸器症状ともに改善し、第28病日に退院。現在もブデソニド2.0mg/日 分2で維持療法を継続し、症状再発なく定期通院中である。【考察】近年、先進国を中心にアレルギー疾患が増加しており、好酸球性食道炎も増加傾向である。好酸球性食道炎と全身疾患との合併の報告はまれであり、その関連性や治療方法はまだ明らかではない。今回、好酸球性食道炎に好酸球性肺炎が合併した一例を経験したので報告する。

04 食道癌に対するFP療法中に意識障害を伴う高アンモニア血症をきたした1例

松阪中央総合病院

○水谷 佳史、福田 悠二、平山 貴寛、中西 美菜子、上野 哲弘、浦出 伸治、金子 昌史、直田 浩明、小林 一彦

【症例】79歳、男性。【主訴】嚥下困難、食欲不振、体重減少【現病歴】X-1年7月頃より飲み込みにくさと食欲低下を自覚し、9月頃より体重減少を認めていた。10月中旬に近医消化器内科を受診し、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、下部食道および胃噴門部に腫瘍性病変を認めた。精査加療目的に当院消化器内科紹介受診となった。【経過】CTにて食道胃接合部に周囲リンパ節を一塊とした10cm大の腫瘍を認め、腹部大動脈周囲リンパ節、胸部下部食道傍リンパ節にリンパ節転移を認めた。上部消化管内視鏡検査にて噴門部に3型病変を認め、それより口側の下部食道に連続して全周性の0-II病変を認めた。生検にて食道病変、胃噴門部病変ともに扁平上皮癌であり、食道癌StageVaの診断となった。化学放射線療法のため入院となった。入院4日目より放射線併用FP（フルオロウラシル・シスプラチン）療法を開始した。入院8日目早朝よりJCS I-3の意識障害が出現した。意識障害出現時のその他バイタルは安定していた。CT・MRIでは出血や梗塞、転移性脳腫瘍など意識障害の原因病変を認めなかった。血液検査上、電解質や血糖の異常を認めず、アンモニア307μg/dLと高値を認め、意識障害の原因は高アンモニア血症によるものと考えられた。捕液、肝不全用アミノ酸製剤を投与したところ、10時間後に意識レベルは改善した。その後FP療法は中止し、放射線治療のみを施行することとなった。【考察】食道癌に対するFP療法中に高アンモニア血症による意識障害をきたした1例を経験した。大腸癌における5-FUによる高アンモニア血症は多数報告されているが、食道癌での報告は少ない。高アンモニア血症を引き起こす誘因として5-FU以外には、肝機能障害、腎機能障害、嘔吐、脱水、食思不振などが挙げられる。5-FU投与を行う際には上記症状に留意し、意識障害が出現した場合には、鑑別として高アンモニア血症を挙げる必要がある。

05

耐術不能な感染性大動脈瘤食道瘻に対して Over The Scope Clip system (OTSC) による瘻孔閉鎖術が奏効した一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 消化器外科、
³聖隷浜松病院 心臓血管外科

○吉井 元¹、山田 洋介¹、樺葉 俊太郎¹、大城 恵吾¹、
小林 郁美¹、志田 麻子¹、江上 貴俊¹、海野 修平¹、
小林 陽介¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正道¹、
細田 佳左¹、戸松 真琴²、新堀 莉紗³、國井 佳文³

【症例】82歳女性【主訴】発熱、意識障害【既往歴】大動脈瘤（遠位弓部大動脈人工血管置換術後）、高血圧症、関節リウマチ【内服薬】ブレドニン（2.5mg/日）【現病歴】10日前より感冒症状が出現、悪寒戦慄と意識レベル低下を認め当院へ救急搬送された。受診時口腔内と口腔周囲に血液の付着を認めた。血液検査では貧血があり、造影CT検査にて上行大動脈へ弓部周囲に胸部食道左壁と近接する広範囲な気腫性変化を伴う膿瘍を認めた。また、膿瘍腔内の大動脈弓部近位吻合部に仮性動脈瘤を認めた。上記より人工血管感染、仮性大動脈切迫破裂と診断、大動脈瘤食道瘻の存在も疑われた。血圧低下を来していたことから、同日動脈瘤に対して緊急でステントグラフト内挿術（TEVAR）を実施した。TEVAR実施時の血管造影にて膿瘍腔を経由して食道が造影されたことから感染性大動脈瘤食道瘻と診断した。TEVAR施行により出血は落ち着いたものの感染コントロールと食道瘻による経口摂取が問題となった。高侵襲な外科的治療は高齢であることに加え、瘻孔周囲に膿瘍形成が疑われること、ステロイドの長期投与があることから困難であると考えられた。抗菌薬による感染コントロールを行いつつ第15病日に実施した上部内視鏡検査では胸部上部食道左壁に5mm大の瘻孔を認め、造影にて同部位と膿瘍腔との連続性が確認された。根治的治療が困難な状況下であり胃瘻造設も検討されたが、心臓血管外科、消化器外科、当科にて治療方針について協議を行い、経口摂取を目的にOver The Scope Clip system (OTSC) による瘻孔閉鎖術を実施する方針となった。第20病日にOTSCによる瘻孔閉鎖術を実施。内視鏡的に膿瘍腔への造影剤漏出が消失したことを確認した。その後、第28病日より経口摂取が可能となった。食事再開後も炎症反応の再燃なく経過している。【考察】感染性大動脈瘤食道瘻に対してOTSCによる瘻孔閉鎖術が奏効した一例を経験した。消化管に瘻孔が形成された耐術困難症例において、比較的低侵襲であるOTSCによる閉鎖が有用である可能性が示唆された。

07

腹腔鏡内視鏡共同手術で治療した胃 Glomus 腫瘍の一例

¹浜松医科大学医学部附属病院 内科学第1講座、
²浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部、
³浜松医科大学医学部附属病院 臨床検査医学、
⁴浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究センター、
⁵浜松医科大学医学部附属病院 外科学第2講座

○伊藤 誠人¹、高橋 悟¹、石田 夏樹²、田村 智¹、谷 伸也¹、
山出 美穂子¹、濱屋 寧¹、若泉 守哉³、大澤 恵⁴、古田 隆久⁴、
坊岡 英祐⁵、菊池 寛利⁵、竹内 裕也⁵、杉本 健¹

【症例】50歳代の女性。【現病歴】X-1年11月、近医の上部内視鏡検査（EGD）で胃粘膜下腫瘍（SMT）を指摘され経過観察していた。X年11月のEGDでSMTの増大傾向を認め、当院に紹介となった。【臨床経過】EGDでは胃の前庭部大弯に20mm程の表面平滑な立ち上がりがあるがなかなか隆起性病変を認めた。超音波内視鏡（EUS）は第4層に主座を有する境界明瞭な腫瘍を認めた。内部エコーはやや不均一で、無エコー領域に血流を認めた。造影CT検査は早期から濃染し、平衡相まで造影効果が持続する腫瘍を認めた。造影CTの所見からGlomus腫瘍を疑い、20mmを超える増大傾向のSMTより手術適応と判断しSAMIT（serosal and submucosal layers incision technique）の手法による腹腔鏡内視鏡共同手術（LECS）を施行した。病理所見はH-E染色で固有筋層内に索状に増生する比較的均一な上皮様細胞を認め、核は類円形であった。DOG-1染色は陰性で、 α -SMA染色が陽性であることよりGlomus腫瘍と確定診断した。【考察】Glomus腫瘍はGlomus体から発生する四肢や特に爪床に好発する電撃痛を伴う比較的稀な腫瘍である。皮膚以外には胃が好発部位であるが、胃Glomus腫瘍は胃の間葉系腫瘍の約1%と稀である。造影CT検査は動脈相で均一に造影効果を認め、平衡相で増強効果が持続することが特徴である。鑑別としてはGISTが挙げられる。WHOによるcriteriaでは2cm以上は悪性の可能性があると考えられるが、転移・再発例は非常にまれであり低侵襲な腹腔鏡下手術やLECSの有用性が報告されており、本例も胃壁非開放式LECSで治療した。

06

目眩を契機に発見された胃癌傍腫瘍症候群の一例

¹浜松医科大学 外科学第二講座、
²浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座

○村上 智洋¹、羽田 綾馬¹、曾根田 亘¹、川田 三四郎¹、
坊岡 英祐¹、松本 知拓¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、
平松 良浩^{1,2}、竹内 裕也¹

傍腫瘍症候群は全悪性腫瘍中1%程度と稀な病態で肺癌・卵巣癌・乳癌・悪性リンパ腫の頻度が高い。今回我々は目眩を契機に発見された胃癌傍腫瘍症候群の一例を経験したので報告する。しただで報告する。症例は80歳代女性、2019年1月から急な食思不振が出現し、同年末には目眩を伴い歩行困難となり、2020年1月に前医の耳鼻咽喉科から当院脳神経内科を紹介受診した。鑑別疾患として脳血管疾患、薬剤性神経障害、脳変性疾患、代謝性疾患などが挙げられたが、病歴や頭部画像検査で異常を認めず、傍腫瘍症候群関連抗体検査で抗Ma2抗体陽性を確認し傍腫瘍症候群と診断した。原因となる腫瘍疾患の検索目的の造影CTにて胃壁の肥厚を認め、上部消化管内視鏡を施行し進行胃癌と診断した。2020年3月、胃癌cT2、N0、M0、cStageIの術前診断のもと開腹幽門側胃切除D2郭清を施行。病理組織検査結果は胃癌、Type 5、110 x 60 mm, por2-sig > tub2 > tub1, pT2, pN3a(12/40)、pStageIIAであった。免疫組織化学染色にてCD56、synaptophysin、chromogranin A陽性の癌細胞を散在性に認めたが、傍腫瘍症候群に特異的な病理学的所見は認めなかった。術後経過は良好で14病日に脳神経内科に転科、23病日にリハビリテーション病院に転院となった。術後眩暈の持続はあったが、神経学的所見で指鼻試験に著明な改善を認めた。傍腫瘍症候群では神経症状出現時期から腫瘍に対する治療までの期間が神経学的予後に影響するため、本疾患を念頭においた正確な診断と迅速な治療が重要である。

08

CCDP+CPT-11が奏効した胃神経内分泌癌の一例

豊橋市民病院 消化器内科

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

【はじめに】胃の神経内分泌癌（NEC）は胃悪性腫瘍全体の約0.6%と稀な胃癌の一型で、高度のリンパ節転移、肝転移を認め悪性度が高い事が知られている。今回ADLの低下を来すことなく化学療法を継続し、一時的に腫瘍の縮小を認めた胃のNECの一例を経験したので報告する。【症例】78歳、女性【主訴】食思不振【既往歴】高血圧症、脂質異常症、骨粗鬆症【現病歴】X年4月末より食思不振が出現し前医を受診したところ肝障害を指摘され5月に当院を受診した。上部消化管内視鏡検査（EGD）にて胃穹隆部～体中部大弯に周堤を伴う陥凹性病変を認め、病理では神経内分泌癌（CD56±、chromogranin A+、synaptophysin+、Ki67 50%陽性）の診断となった。CTでは多発する乏血性腫瘍及び、胃周囲のリンパ節腫大を認め、胃NEC、多発肝転移、リンパ節転移と診断した。【経過】X年6月よりCCDP+CPT-11による化学療法を開始した。有害事象やADLの低下を来す事無く経過した。5コース施行後のX年10月にEGDを施行し、腫瘍の縮小を認め、治療継続とした。7コース施行後のX年12月にCT及びEGDを再検したところ、転移性肝腫瘍の縮小は認められたものの、原発巣は増大傾向であった。PSは良好であったため二次治療への移行を検討していたが、X+1年1月、黒色便、貧血の進行を認め入院し、再検したEGDにて腫瘍の増大、出血を認めた。入院後は本人のADLも急激に低下したため、化学療法の継続は困難と判断し、BSCの方針となり、入院第13病日に永眠された。【考察】胃のNECの化学療法のレジメンは確立されていないが、肺小細胞癌に準じた治療が推奨されており、本邦では一次治療としてCCDP+CPT-11及びCCDP+ETPを用いた治療の報告が多い。二次治療以降についても推奨されるレジメンは確立されておらず、NECの治療選択について今後の症例の蓄積が望まれる。本症例はADLの低下を伴う合併症を来さずにCCDP+CPT-11を用いた化学療法を施行し腫瘍の縮小が得られたため二次治療であり、NECに対しては高齢でも全身状態次第で化学療法の導入を検討すべきと考えられる。

09

C型肝炎を契機に発見された無症候性神経内分泌腫瘍の1例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

○橋本 真那佳、今津 充季、木村 吉秀、久保田 淳、中井 俊介、金岩 弘樹、富田 優作、北川 美香、野村 智史、平野 敦之、森 義徳、土田 研司、妹尾 恭司

【症例】60歳代、女性【現病歴】X年1月、近医にてHCV抗体陽性、HCV-RNA 4.8 (L IU/ML) を指摘され、C型肝炎治療目的に当院紹介となった。腹部造影CTでは肝両葉にびまん性の造影不良結節が散見され、早期濃染の所見はなく、肝細胞癌の鑑別のためEOB-MRIを施行した。EOB-MRIでは肝S2に13mm大の早期濃染、後期相にwash outされる低信号結節の他、両葉に小结節が散在していた。肝細胞癌を疑い肝S2の結節より肝腫瘍生検を施行したところ、免疫染色でChromogranin A (+)、Synaptophysin (+) を認め、神経内分泌腫瘍(NET)、MIB-1 index 8%、Grade2と診断された。また上部消化管内視鏡検査で、胃体中部小弯および上部後壁になだらかな隆起を形成する褐色調領域を認め、生検にてNET (MIB-1 index 11%、Grade2) と診断された。血中ガストリン、pro GRPは基準値範囲内であった。PET-CTでFDGの異常集積は認められなかったが、ソマトスタチン受容体シンチ (SRS) では、肝S2結節に一致するR1集積亢進を認めた。胃に2か所と肝に多発結節を認め、肝原発は非常にまれであるため、胃NETの肝転移と考えられた。X年6月に肝S2結節に対してTACEを施行し、その他病変に対してはソマトスタチンアナログにて治療中である。【考察】本症例は、C型肝炎を契機に無症状で胃と肝臓のNET病変を発見できた1例である。PET-CTでのFDG集積は分化度が低い方が認められやすく、SRSでの集積亢進は分化度が高い方が認められやすいとされ、本症例においてPET-CTでFDGの集積が認められず、SRSで肝S2病変に集積亢進が認められたのは、MIB-1 indexが比較的低値であり分化度が高かったためと考えられた。造影効果の認められる肝結節に対して局所療法としてTACEの有用性が認められており、今回造影効果の認められたS2結節に対して施行した。ソマトスタチンアナログは従来機能性NETでみられるホルモン症状の改善のために使用されていたが、本症例のようにSRSで集積が認められるNETの場合、ソマトスタチンアナログの抗腫瘍効果が期待できることが明らかになっており、本症例で使用し集学的治療を行っている。

11

4年の経過を追えた胃底腺型胃癌の1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理診断科、

³中部国際医療センター 病理診断科

○犬飼 将一郎、小木曾 富生¹、岩佐 太誠¹、下城 宏太¹、大橋 洋祐¹、岩田 翔太¹、岩佐 悠平¹、奥野 充¹、河内 隆宏¹、岩田 圭介¹、林 秀樹¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、富田 栄一¹、渡部 直樹²、田中 卓二²、山田 鉄也³

【症例】61歳、女性【主訴】なし(検診)【既往歴】X-4年HBV既感染【生活歴】喫煙歴:20年 20歳から 飲酒:なし【現病歴】X-4年より当院にて検診で定期的な上部消化管内視鏡検査(EGD)を受けていた。X年Y月検診のEGDで、胃体上部前壁側に発赤を伴う平坦隆起性病変0-2aを認め、病理組織学的検査にてadenomaが疑われた。拡大NBIで明確なDLはなく、やや窩開部の開大を伴い、粘膜下の血管は一部拡張を認めた。明らかな血管不整は認めなかった。X年Y+2月に内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)施行目的に当科入院となった。【現症】身長:142.4cm、体重:45.4kg 腹部:平坦・軟、圧痛なし【入院後経過】ESD施行、切除範囲17×11mm、病変範囲7×6mmであった。明らかな合併症なく経過し、第8病日に退院となった。切除病理組織学的検査では、最上層は正常腺窩上皮で被われており、腫瘍細胞は核が小型円形で通常の胃底腺細胞核と比較してわずかに大きく、これらの腫瘍細胞が腺管や腺房構造を構成しながら増殖しており、不規則な分岐構造も伴っていた。免疫染色でMUC5ACは陰性、MUC6、pepsinogen-1陽性であった。病理診断はGastric adenocarcinoma of fundic gland type、T1b (sm1)、ly0、v0、pHMO、pVMOであった。【結語】4年の経過を追えたESDにて診断した胃底腺型胃癌の1例を経験した。病変は4年前から指摘しており、sizeの変化もみられていない。4年前の同部の病理組織学的検査ではgroup1であったが、今回見直すことで腫瘍を疑う部位が指摘された。今回の病変は緩徐に進行したと考えられ、上部内視鏡検査にて疑わしき病変を認める場合は、頻回な精査が必要であると考えられた。

10

傍大動脈リンパ節郭清を要する高度進行胃癌に対してロボット手術が担うべき立ち位置

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科

○齋藤 正樹、佐川 弘之、加古 智弘、早川 俊輔、伊藤 直、上野 修平、大久保 友貴、田中 達也、小川了、高橋 広城、松尾 洋一、三井 章、木村 昌弘、瀧口 修司

【緒言】近年、手術手技、医療機器そして化学療法法の進歩により高度進行胃癌に対する治療成績は確実に進歩してきた。胃癌に対する予防的傍大動脈リンパ節郭清はJCOG9501試験により否定された。しかしながら、No.16a2/b1転移症例に対して、術前化学療法後の傍大動脈リンパ節郭清を施行した場合に治療成績を向上させる可能性を見いだした(JCOG0405試験)。傍大動脈リンパ節転移をきたした高度進行胃癌に対しては、外科的切除、術前術後化学療法、放射線療法を含めた集学的治療を念頭において治療計画を立てることが必要不可欠である。今回、傍腹部大動脈リンパ節郭清を要する高度進行胃癌に対してのロボット手術の立ち位置につき症例を通じて検討した。【症例】60代男性。精査の結果、傍大動脈リンパ節(No.16a2/b1)転移を伴う前庭部胃癌と診断した。術前化学療法としてSOX療法(2サイクル)施行後、HER2陽性結果を受けSP+T-mab療法(1サイクル、腎機能障害出現)、SOX+T-mab療法(2サイクル)施行した。PRの結果を得て、ロボット支援腹腔鏡下幽門側胃切除術(D2+No.16a2/b1)を施行した。術前には、3D-CTAおよびNo.16a2/b1領域の転移リンパ節のマッピングを作成し、daVinci Xi Surgical Systemに搭載されたTilePro機能に反映させて、解剖理解と傍大動脈リンパ節郭清にも役立てた。また十二指腸周囲は癌性リンパ管症を疑わせるリンパ管の怒張とリンパ節転移を認めた。手術時間は10時間11分、出血量は771ml(腹水込み)であり、術後合併症なく術後19日目に退院。病理組織学検査結果ではypT3N3aM1(No.16a2/b1):ypStagelV治療効果Grade2aであった。十二指腸および大動脈周囲に放射線療法について追加化学療法としてNivolumabを開始した。Nivolumab療法4サイクル施行後に腫瘍マーカーの漸増を認め、再度SOX+T-mab療法へ移行し術後19ヶ月病状安定して経過している。【結語】傍腹部大動脈リンパ節郭清を要する高度進行胃癌に対して、合併症なく早期から集学的治療につなげる上でもロボット手術が担う役割は大きいことが示唆された。

12

診断に苦慮した胃 MALT リンパ腫の1例

藤田医科大学 消化器内科

○和田 悠良、松坂 好平、小山 恵司、吉田 大、尾崎 隼人、堀口 徳之、大森 崇史、鎌野 俊彰、長坂 光夫、中川 義仁、宮原 良二、橋本 千樹、柴田 知行、廣岡 芳樹

【症例】75歳男性【主訴】吐血【現病歴】数日前より黒色便を認め、2021年11月X日吐血にて当院へ救急搬送された。緊急上部消化管内視鏡検査(EGD)にて胃体上部小弯後壁寄りに潰瘍性病変と露出血管を認めたためクリップ止血を行い入院となる。【経過】翌日セカンドルックEGDにて潰瘍辺縁は不整で周囲の限局性肥厚を認め、胃癌を疑い生検を3箇所施行した。結果はすべてgroup1と陰性であったが内視鏡所見からは悪性所見を疑うため1週間後再度EGD施行。潰瘍辺縁は再生上皮でおおわれ治療傾向であったものの拡大内視鏡観察にて一部の領域がmicrosurface(MS):absent、microvascular(MV):irregularであり再度生検を3箇所施行するもgroup1であった。出血性胃潰瘍の治療経過は良好であったため入院14日目に退院となり当科外来通院の方針となった。退院2週後に超音波内視鏡検査(EUS)を施行したところ第3層に内部やや不均一な低エコー腫瘍を認め、悪性リンパ腫を疑い、ボーリング生検施行。MALTリンパ腫を疑う組織像であったが免疫染色では確定診断には至らなかった。そのため2022年1月Y日診断目的の内視鏡的粘膜切除術(EMR)を入院にて施行。組織像では粘膜下層にリンパ濾胞様構造とlymphoepithelial lesionを認め胃MALTリンパ腫と診断された。血液内科にて施行された骨髄穿刺に異常はなく、PET検査では胃に限局した集積であったためLugano分類IA期と診断され、まずはヘリコバクテリア除菌を施行し、反応を見ながら放射線療法を検討することとなった。【考察】内視鏡所見で悪性腫瘍を疑ったにもかかわらず生検陰性であった場合、単に再生生検を繰り返すのではなく、拡大内視鏡による質的診断やEUSによる粘膜下の所見も併せて評価することが重要であり、今回はその所見から診断的EMRを選択し診断が可能であった。【結語】診断に苦慮した胃潰瘍出血を契機に発見され、診断的EMRを施行したMALTリンパ腫の1例を経験した。

13 心窩部痛を契機に診断に至ったEBV関連胃潰瘍の一例

愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院 消化器内科

○加藤 彩、竹内 真実子、牧野 成彦、榎本 祥吾、竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、鈴木 貴也、木下 拓也、林 大樹朗、石原 誠、細井 努

【背景】Epstein-Barrウイルス（EBV）は、本邦および中国において、成人の抗体保有率は90%以上だが、そのほとんどが不顕性感染であり、免疫不全状態の患者などにおいて再活性化をすることが知られている。近年、リンパ腫や上咽頭癌のみならず、胃癌や胃潰瘍のリスクになることが注目されている。今回、胃の潰瘍性病変の病理組織所見よりEBV関連胃潰瘍と診断し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。【症例】中国出身の54歳女性で、10年前に来院。5年前より関節リウマチに対してメソレキサート、セレコキシブ、ランソプラゾールを内服していた。来院1カ月前からの心窩部痛にて当院を受診し、上部消化管内視鏡検査を実施したところ、前庭部大弯後壁寄りに約50 mm大の不整な潰瘍性病変を認めた。悪性も疑われたが、病理組織検査ではGroup1の診断であり、EBER-ISH(EBV-encoded RNA in situ hybridization)陽性の中～大型リンパ球を多数認めることから、EBV関連胃潰瘍が疑われた。血液検査では、血算および生化学には異常を認めず、免疫血清学検査からはピロリ菌は陰性であった。また抗EA-IgG抗体2.0、抗VCA-IgG抗体9.9、抗EBNA-IgG抗体3.5といずれも陽性かつ抗VCA-IgM抗体は基準値を少し上回る程度であったがEBV-DNAの測定を待たず、初感染の回復期あるいは再活性化が考えられたが、確定診断は困難であった。ポノプラザン20 mgの内服を継続しつつ、1か月後、3か月後と上部消化管内視鏡検査を再検したところ、3か月後の時点で潰瘍の瘢痕化を確認できた。以降、15か月後までフォローアップを行っているが、内視鏡上では潰瘍の再発を認めず、またいずれの生検でも悪性所見は認めずに経過している。【結語】今回、免疫抑制剤を使用中であった患者における胃潰瘍の病理組織検査からEBV関連胃潰瘍と診断し得た一例を経験した。免疫抑制状態にある患者における消化管潰瘍を認めた場合には、EBV感染も念頭に置く必要があると考えられた。またEBVは胃癌やリンパ腫などのリスクとなることが知られており、注意深いフォローアップが必要であると思われた。

15 吸収性局所止血剤（ピュアスタット）が有効であった2例

岐阜市民病院 消化器内科

○大橋 洋祐、小木管 富雄、岩田 圭介、下城 宏太、岩佐 太誠、岩田 翔太、岩佐 悠平、奥野 充、河内 隆宏、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、雷田 栄一

【目的】吸収性局所止血剤（ピュアスタット）は、血液等の体液に接触するとゲル化し出血点を被覆することで止血を行う新規止血剤であり、2021年12月より保険収載された。今回当院で使用した2例の経験を報告する。【症例1】60歳代、男性。検診の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃体中部前壁に25mm大の0-I病変、胃前庭部に10mm大の0-IIa病変、胃体下部大彎には25mm大の0-IIc病変を認めた。病理組織学的検査では体中部および前庭部の病変はadenoma、体下部の病変はtub1であり、全病変とも一括で内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を行った。体下部大彎病変の切除中に滲出性出血を認め出血点の同定が困難であったため、吸収性局所止血剤を使用したところ、出血が減弱し出血点の同定が可能となり、止血鉗子で凝固止血した。最後に体下部大彎のESD後潰瘍面には吸収性局所止血剤を散布し終了した。術後再出血することなく経過し、吸収性局所止血剤を使用した潰瘍の治療は良好であった。【症例2】70歳代、男性。検診のEGDで十二指腸乳頭に隆起性病変を認めた。病理組織学的検査ではadenomaであり、内視鏡的乳頭切除術を行った。スナアで病変切除を行い、切除面をクリップで可能な範囲で縫縮し、胆管と膵管にプラスチックステントを留置した。しかし、切除面の1時方向から滲出性出血が続き、クリップやHSEを行うも十分な止血が得られなかったため、吸収性局所止血剤を使用したところ完全止血が得られた。術後再出血することなく退院し、外来経過中も再出血は認めない。【結語】内視鏡治療後における吸収性局所止血剤が有用であった2例を経験した。

14 事前のコカ・コーラ内用により内視鏡摘除が容易となった柿胃石症の一例

社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院

○市野 翔一、中西 孝之、神野 宏規、亀井 真琴、長尾 涼太郎、木村 有志、河口 順二、茂野 剛之、早崎 直行、伊藤 康文、田上 真、杉原 潤一、荒木 剛

【症例】70代男性【主訴】嘔気【既往併存疾患】25年前に胃癌で幽門側胃切除+Billroth1型再建術後、直腸癌切除術後、肺炎腫、間質性肺炎【現病歴】数ヶ月前より上腹部不快感を自覚し、徐々に増悪したため近医を受診。内服治療で改善せず当院を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査で残胃に8cm程度で表面平滑な黒色調の結石を認め胃石症と診断した。生検鉗子では結石の粉碎は困難だった。また、食道胃接合部にはGradeCの逆流性食道炎を、胃穹隆部にはびらんを、胃十二指腸吻合部にはH1Stageの潰瘍を認めた。腹部単純CTでは胃石の他に処置を要する病変を認めなかった。【経過】自宅療養中に可能な限り1日500ml程度のコカ・コーラを内用するよう指導し、初回内視鏡5日後に当科入院となった。入院時内視鏡では胃石表面に凹凸が目立つ変化があり、全体でもわずかに縮小した。胃石はスナアを用いると容易に破砕でき、表面を数カ所で削った状態でコカ・コーラを散布したところさらにいくつかに分解され、スナアでの細分化も容易となった。コカ・コーラの散布量は500ml程度で、使用したほとんどを内視鏡で吸引した。破砕に要した時間は38分で、オーバーチュア留置下に結石の全てを回収した。回収結石は7cm長で、成分分析では98%以上がタンニンであった。翌日の食事再開後も腹部症状なく同日退院となった。退院後も病状増悪はなく、処置6週後の内視鏡再検では結石再発は無く潰瘍やびらんも軽快が得られた。【考察】胃石は植物性の頻度が高く、中でも柿胃石が多い。B-1吻合術後など胃内物の排泄遅延も胃石リスク因子として挙げられる。本症例では習慣的な柿の摂取歴と成分分析結果から柿由来と考えられた。治療は内視鏡的摘除困難例は外科的摘除となるが、コカ・コーラを用いた内視鏡的胃石破砕術が有効とされる。これはコカ・コーラのpHが胃酸に類似していることと炭酸の泡沫が結石分解を容易にするためと考えられている。本症例は巨大胃石ではあったが、摘除術前にコカ・コーラを内用することで内視鏡摘除が容易となり遠残なく摘除し得た。

16 噴門部全周性胃型腺腫を背景とした早期胃癌の1切除例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

○亀島 祐貴¹、神岡 諭郎¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、仲島 さより¹、久野 剛史¹、佐々木 雅隆¹、二村 侑歩¹、吉川 幸愛¹、光松 佑時¹、佐藤 宏樹¹、伊藤 誠²

【症例】73歳、女性。【主訴】貧血の精査目的。【既往歴】左乳癌術後、子宮筋腫術後。【現病歴】X-4年9月、交通事故での左距骨骨折によりADL低下、四肢脱力が出現したため当院脳神経内科を受診。血液検査で小球形低色素性貧血を認め、精査目的に当科紹介受診した。EGDで、萎縮のない胃粘膜を背景に、噴門部を全周性に取り巻き体上部小弯に進展する、病変中央部に発赤した結節を伴う、境界明瞭な長径4cm大の橙黄色の絨毛状扁平隆起性病変を認めた。同部位の生検では、腺窩上皮や幽門腺に類似した形態を示す拡張腺管・小型腺管の増殖像を認め胃型腺腫と診断した。H. pyloriは陰性であった。病変は易出血性であり、貧血の原因として切除を検討したが、ADLや全身状態を考慮し経過観察となった。その後の定期的EGDでは腫瘍の形態変化を認めず、その間に貧血とADLは改善を認めた。X年8月のEGDで腫瘍の増大は認めなかったが、発赤を伴う隆起部からの生検はGroup4であり悪性成分の存在を否定できず、同年10月、腹腔鏡下噴門胃切除術を施行した。固定標本には、肉眼的に43×38mmの橙黄色で軽度の透光性を伴う噴門部全周性の0-I型病変を認め、病理組織学的には、胃型腺腫の一部に腺窩上皮様の異型細胞が不整な絨毛状・管状に増殖する低異型度高分化腺癌成分を認めた。免疫染色では、異型細胞はMUC5AC、MUC6共に陽性であり、胃型腺腫内に発生した腺窩上皮型の粘膜内癌と診断した。術後は再発なく経過している。【考察】胃型腺腫は腺窩上皮および幽門腺への分化を示す腫瘍であり、低異型度分化型胃腫瘍に分類される。癌化の報告例もあるが粘膜下浸潤の報告例は極めて稀であり、通常は内視鏡的切除が行われる。自験例は長期間の観察を行い癌化を指摘し得、噴門部全周性に進展していたため外科的切除を要した

17 十二指腸スコープを用いた乳頭観察が診断に有用であった Hemosuccus pancreaticus の1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○雄山 裕亮、三輪 貴生、宇野女 慎二、手塚 隆一、荒尾 真道、岩井 竜徳、上村 真也、高田 淳、久保田 金哉、今井 健二、若下 拓司、高井 貴也、高井 光治、清水 雅仁

【症例】70代、男性。貧血、消化管出血の疑いにて前医に入院し、上部消化管内視鏡検査を実施したが、活動性出血を認めず退院した。その際にCTにて慢性膵炎の所見を指摘されている。1か月後に貧血が進行（Hb 5.3 g/dL）し、前医に再入院した。赤血球輸血を実施し貧血改善後に食事を開始したところ腹痛と黒色便を認めた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行部に血液の貯留を認めたが出血源は同定できず、精査加療目的に当院に転院となった。当院来院時、血圧を含めてバイタルに異常は認めなかった。緊急上部消化管内視鏡検査を実施し、食道と胃には出血源を認めず、十二指腸下行部乳頭付近より新鮮血の流出を認めたが正確な出血部位は同定困難であった。内視鏡を十二指腸スコープに変更して観察すると、乳頭膵管開口部からの新鮮血の流出を認めた。膵動脈瘤をコイルにて塞栓した。治療には黒色便、貧血の進行を認めず、経過良好で退院とした。治療1か月後に、再度の黒色便、吐血、貧血の進行（Hb 4.1 g/dL）のため前医より転院となった。造影CT検査では主膵管内の血腫を認めたが、コイル塞栓後のアーチファクトにより瘤内の再開通の評価は困難であった。上部消化管内視鏡検査では、前回と同様に十二指腸乳頭付近からの新鮮血流出を認め、再度十二指腸スコープで観察したところ、乳頭からの出血を確認した。膵動脈瘤からの再出血と判断し、緊急血管造影検査を実施し、再度の塞栓術を行った。2回目の塞栓後、再出血はなかった。【考察・結語】HPは慢性膵炎、膵周囲の動脈瘤、膵腫瘍を背景として膵管・十二指腸乳頭から出血をきたす稀な疾患であり、本症例では十二指腸スコープを用いた出血源検索が診断に有用であった。原因不明の十二指腸出血ではHPを鑑別として考慮し、十二指腸スコープを用いた乳頭観察も検討すべきである。

19 好酸球性胃腸炎と診断した難治性十二指腸潰瘍の一例

静岡市立静岡病院

○横山 翔平、正谷 一石、八木 直人、菊池 恵介、上田 駿介、池田 正俊、早川 諒介、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、小柳津 竜樹

好酸球性消化管疾患は好酸球の消化管局所への異常な集積から好酸球性炎症が生じ、消化管組織が障害され機能不全を起こす疾患の総称である。部位により好酸球性食道炎、胃炎、胃腸炎、大腸炎に大別される。今回小児期より難治性十二指腸潰瘍を繰り返してきたが好酸球性胃腸炎と診断し治療を行った一例を経験したのでここに報告する。症例は18歳男性。家族歴としては父親がクローン病。13歳時に十二指腸潰瘍穿孔のため縫合術と大網被覆術が行われ、ポノプラザン内服にて2か月ほどで潰瘍治癒を確認した。ヘリコバクター・ピロリは陰性で、ガストリンも正常値内であった。14歳時に十二指腸潰瘍再発したためポノプラザン内服したところ、6か月ほどで潰瘍治癒を確認した。17歳時に十二指腸潰瘍再発のためポノプラザンを内服し1か月半ほどで再度治癒確認したが、その2か月後に十二指腸潰瘍再発を認めた。その後ポノプラザンを内服して定期的に上部消化管内視鏡を行うも潰瘍の改善が得られなかったため繰り返し生検を行ったところ、強拡大視野あたり50個を超える好酸球の間質への浸潤を認めたため、臨床症状と生検結果を合わせ好酸球性胃腸炎と診断した。食物抗原に対してブリックテストと、抗原特異的IgE抗体検査を行ったが原因食物は特定できず、ブレードニゾンとモンテルカスターを開始したところ潰瘍の改善が得られた。現在ブレードニゾン漸減中だが潰瘍の増悪は認めない。

18 消化管アミロイドーシスの1例

済生会松阪総合病院 内科

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

【症例】80歳代、女性【主訴】発熱、下痢【既往歴】関節リウマチ、脳梗塞、C型肝炎【現病歴】X-25年より関節リウマチに対してPSL 5 mg内服、症状は安定していた。X年5月下旬に発熱、下痢が出現、症状が持続するため、6月上旬に当院内科外来を受診、腹部CT検査にて小腸の腫脹および腹水貯留を認め、精査加療目的に入院となった。血液検査では、WBC 20300 / μ l、CRP 24.7 mg/dl、MMP-3 129.3 ng/ml、SAA蛋白 2364 μ g/mlと著明な上昇を認めた。便培養は異常なく、CD抗原は陰性であった。小腸炎の診断で絶食、補液、抗生剤投与にて治療を開始した。入院後も発熱、下痢が持続、入院5日目のCTでは、小腸の腫脹、壁肥厚の増悪および小腸の拡張を認めた。入院6日目の上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球部に著明な発赤、下行脚にはびまん性に浮腫を伴う顆粒状粘膜を認めた。生検ではアミロイド沈着を認め、消化管アミロイドーシスAA型と診断した。入院8日目よりメチルプレドニゾン500 mg/日を3日間投与したところ、症状の著明な改善を認め、PSL 50 mg内服へ変更した。入院13日目再度、高熱が出現。血液検査にて炎症反応の再上昇を認め、サイトメガロウイルス抗原が陽性であり、ガンシクロビルの投与を開始した。その後は全身状態改善し、PSLの漸減を行った。入院19日目に下血が出現、下部消化管内視鏡検査にて盲腸から上行結腸に類円形の潰瘍、びらんを伴う発赤隆起を認めた。同部位の生検組織の免疫染色では、サイトメガロウイルスは検出されず、同部位からはアミロイド沈着を認めた。抗血栓薬の中止により、止血を認めた。その後タクロリムス内服を併用し、PSLを減量、全身状態が安定したため、退院となった。【考察】難治性の下痢を契機に診断された消化管アミロイドーシスの1例を経験した。急速に悪化する腹部症状に対してステロイドが有用であった。関節リウマチの経過においては原疾患の症状が安定していても、難治性の下痢が出現した場合は、消化管アミロイドーシスを念頭に置いて精査を行う必要がある。

20 後腹膜血腫による十二指腸狭窄の1例

¹松波総合病院 総合内科、²松波総合病院 消化器内科

○樋口 翔¹、中西 孝之²、浅野 剛之²、河口 順之²、長尾 涼太郎²、木村 有志²、全 秀嶺²、亀井 真琴²、市野 翔一²、牧野 紘幸²、神野 宏規²、早崎 直行²、荒木 寛司²、伊藤 康文²、杉原 潤一²、田上 真²

症例は50代男性。下痢と嘔吐を繰り返して当院救急外来を受診、急性胃腸炎の診断で整腸剤、制吐剤内服開始し経過観察されていた。以後止痢したが、嘔吐は止まらず10日後当科へ受診した。特に既往歴、常用薬はなかった。採血と造影CT検査を行ったところ、採血で軽度黄疸と肝機能障害、炎症反応を認めた。造影CTでは十二指腸下行脚を圧迫する後腹膜血腫を8cm径で認めた。造影剤の血管外への漏出や明らかな腹部血管動脈瘤なども認めなかった。この後腹膜血腫の十二指腸下行脚圧迫による胃内容物通過障害、胆管圧迫による肝障害と考え入院精査となった。同日数時間後のCT再検では血腫の増大は認めなかった。翌日上部消化管内視鏡検査を行うと、十二指腸下行脚は乳頭より肛門側で粘膜面は浮腫が強く認められて全周性に狭窄しており、水平脚まで押し広げながらの内視鏡の通過は可能であった。同日腹部血管造影検査も施行した。明らかな血管の破綻や血腫の濃染、また動脈瘤、腫瘍濃染などは認めなかった。腹腔動脈と上腸間膜動脈にアーケードが目立ってみられ、腹腔動脈造影をすると、胃十二指腸動脈は上腸間膜動脈動脈血流が優位であった。十二指腸狭窄による嘔吐に対してはEDチューブを水平脚まで留置した。その後十二指腸腫瘍や膵腫瘍などの鑑別精査のためにMRCPも施行したところ、腫瘍性所見は認めず、正中弓状韧带による腹腔動脈の圧迫を認め、上腸間膜動脈動脈血流優位となってそれによる膵アーケードが発達していたと考えられた。その細分枝が破裂し、後腹膜血腫を形成した可能性が考えられた。以後保存的加療を行ったが徐々に後腹膜血腫は縮小し、4週後には径6cmとなり、十二指腸狭窄も改善して摂食可能となり退院した。退院2か月後には肝機能は正常化し、半年後のCT再検で後腹膜血腫は消失していた。背景には本態性血小板血症の合併を認めたため、血腫や出血のリスクがあったと思われる。正中弓状韧带による腹腔動脈圧迫で膵アーケードの発達を認め、後腹膜血腫を形成して十二指腸下行脚狭窄をきたした貴重な1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

21 蛋白漏出性胃腸症を契機に診断し得た好酸球性胃腸症の1例

社会医療法人大雄会 総合大雄会病院 消化器内科

○深見 正高、松山 恭士、宮原 康孝、榎原 裕行、吉田 隼也、
吉岡 大介、吉田 利明

【症例】60歳、男性【主訴】下痢・浮腫【現病歴】1ヵ月前から頻回の下痢・心窩部痛のため近医通院中も症状増悪の為、20XX年X月に当院へ紹介となった。受診時は体温36.2℃、血圧66/47mmHg、心拍数96回/分、腹部は平坦・軟で圧痛なし、両下腿に著明な浮腫を認めた。血液検査ではTP3.2g/dL、Alb1.7g/dLと著明な低蛋白・低アルブミン血症を認め、末梢好酸球分画は21.7%と高値であった。腹部単純CTでは肝表に軽度腹水貯留と小腸・大腸の浮腫性変化を認め入院となった。入院後は絶食と止痢剤の内服で下痢は10行/日から2、3行/日まで減少し、第5病日に流動食を開始したが、下痢の増悪を認めた。低蛋白血症も進行し、第12病日に99mTc-HSADシンチを撮影したところ、脾胃曲から下行結腸にかけて蛋白漏出を示唆する所見を認めた。第13病日に上部・下部消化管内視鏡検査を施行。上下部とも内視鏡的に特記すべき所見を認めなかったが、ランダムに生検を施行したところ、胃で好酸球数：20個/HPF、十二指腸で好酸球数：50個/HPF、大腸で好酸球数：15個/HPFを認め、好酸球性胃腸症と診断。抗ヒスタミン薬、ロイコトリエン拮抗薬を開始したが下痢症状が持続するため、第17病日よりプレドニゾン40mg/日の内服を開始した。投与後から症状は著明に改善し、ステロイドを徐々に漸減するも症状の再燃は認めなかった。第48病日に施行した99mTc-HSADシンチで蛋白漏出所見は消失しており、第49病日に退院となった。【考察】好酸球性胃腸症は好酸球の消化管組織への高度な浸潤による機能不全に関連した症状を来すと臨床症状と病理所見から定義される炎症性疾患である。本例では99mTc-HSADシンチを契機に、上下部消化管の生検から好酸球性胃腸症と診断に至り、ステロイド投与による症状の改善を認めた。しかし、好酸球性胃腸症は60%程度の症例で再燃するとの既報もあるため、注意深い経過観察が必要である。また、本症例のように特異的な内視鏡像を認めない症例もあり、蛋白漏出性胃腸症の原因として好酸球性胃腸症を疑う場合には、積極的に消化管内視鏡検査と生検の施行が望ましいと思われた。

23 当院における進行肝細胞癌に対するレンパチニブの治療成績

¹JA 愛知厚生連 海南病院 消化器内科、

²JA 愛知厚生連 海南病院 腫瘍内科

○加賀 充朗¹、渡邊 正一¹、國井 伸¹、石川 大介¹、橋詰 清孝¹、
坪内 達郎¹、越山 彩香¹、山田 訓也¹、上田 錠¹、宮崎 聖大¹、
菅井 章達¹、宇都宮 節夫²、奥村 明彦²

【目的】今日、切除不能進行肝細胞癌に対する分子標的薬としてレンパチニブ (LEN) はその有効性が報告されている。今回、当院にてLENを投与した症例を後方視的に検討した。【方法】2018年6月から2022年2月までに当院でLENを導入した33例を対象とし、(1) 臨床像、(2) LEN治療後に追加治療を行った追加治療群と緩和方針となったBest Supportive Care (BSC) 群の比較検討を行った。【成績】(1) 年齢中央値75歳(72-78歳)、男/女：27/6、HBV/HCV/HBV+HCV/NBNC:4/8/2/19、Child-Pugh分類A/B:31/2、ALBI score中央値-2.44 (-2.70~-2.09)、mALBI grade 1/2a/2b/3:12/8/13/0、BCLC stageB/C:10/23、前治療はTACE22例、手術10例、ソラフェニブ投与4例、RFA2例、陽子線治療1例であった(重複あり)。LENの治療日数中央値は153日(79-336日)、LEN投与開始後の全生存期間中央値は430日(188-733日)であった。有害事象(adverse event:AE)は高血圧(72.7%)、食欲減退(63.6%)、甲状腺機能障害(51.5%)、倦怠感(45.5%)、蛋白尿(42.4%)、手足症候群(27.3%)、下痢、脱水(21.2%)、肝性脳症(15.2%)、発声障害(12.1%)であり、Grade3以上は11例に認めた。AEにて治療中止となった症例は10例(30.3%)であり、そのうちGrade3以上は4例(12.1%)であった(肝性脳症2例、脱水1例、蛋白尿1例)。(2) 追加治療群は10例(分子標的治療薬6例、TACE5例、RFA1例)であり、BSC群は23例(11例:患者希望、10例:有害事象、2例:他疾患による中止)であった。両群を比較すると、追加治療群ではLEN開始前のPT活性・Alb値・ALBI scoreが良好であり($p=0.018$ 、 $p=0.047$ 、 $p=0.009$)、LEN治療日数中央値(373日vs.138日、 $p<0.001$)、全生存期間中央値(754日vs.255日、 $p=0.002$)が有意に長かった。またGrade3以上のAEは追加治療群1例、BSC群10例であり、追加治療群で少ない傾向を認めた($p=0.06$)。【結論】当院におけるLEN治療成績について検討した。追加治療群は、治療前の肝予備能がよく、全生存期間の延長に寄与することが示された。またBSC群ではGrade3以上のAEの症例が多く、AEがLEN治療後の経過に影響を及ぼす可能性が示唆された。

22 著明な低蛋白血症が幽門側胃切除により改善した蛋白漏出性胃腸の1例

¹浜松医療センター 消化器内科、²浜松医療センター 消化器外科

○藤田 翔也¹、井口 太郎¹、加藤 哲¹、米倉 孝¹、
山中 力行¹、大庭 行正¹、山崎 樹¹、鈴木 安曇¹、佐原 秀¹、
栗山 茂¹、影山 富士人¹、茂岡 繁¹、尾崎 裕介¹、
宮崎 真一郎²、金井 俊和²、落合 秀人²

【症例】69歳、男性【主訴】下腿浮腫、左足痛【現病歴】20XX年8月ごろから下腿浮腫、左足痛を自覚していた。11月30日左足痛の増悪を認め近医を受診、膝下動脈の拍動消失と足趾のチアノーゼを認めたため閉塞性動脈硬化症の疑いで当院に紹介となった。来院時の血液検査でHb 4.8g/dlと著明な貧血と造影CTで胃に10cm程度の腫瘍性病変を認めたため、胃癌の疑いで当科に紹介となった。【臨床経過】上部消化管内視鏡検査では胃前庭部から体下部小弯に1型腫瘍がみられ、生検で低分化型腺癌を認めた。造影CTでは所属リンパ節の腫大はみられたが明らかな遠隔転移は認めず、外科的治療の適応と思われた。しかし血清アルブミン1.2g/dlと著明な低アルブミン血症を認め、縫合不全などのリスクを考慮してまずは栄養状態の改善を図った。エネルギー・タンパクを負荷した経口摂取を始めたが、腫瘍からの出血で貧血が進行し、かつ低蛋白血症の改善がみられなかったため中止となった。その後IVHと経口的に液体の栄養補助食品を併用して2500kcal/日の栄養管理を行ったが、低蛋白血症は全く改善しないため、胃癌による蛋白漏出性胃腸症が疑われた。第22病日に施行した蛋白漏出シンチグラフィでは早期から胃癌の部位と一致したところに異常集積がみられ、腫瘍から胃内への蛋白漏出が示唆された。既報では蛋白漏出性胃癌に対し高カロリー輸液やアルブミン製剤の投与は低蛋白血症の改善が期待できないとされ、早期に手術に踏み切ることが重要とされており、高リスクではあるが外科手術の方針となった。第34病日に開腹幽門側胃切除術・D2郭清・腸瘻造設術を施行した。術後1週間程度は腸瘻からの経管栄養にアルブミン製剤を併用していたが、経口摂取再開後も血清アルブミン値2.0g/dl以上を維持しており、第77病日には3.0g/dlまで改善した。術後低蛋白血症は改善し、臨床経過からも蛋白漏出性胃癌の診断で矛盾しないと考えられた。【考察】蛋白漏出性胃癌が疑われ、外科的治療で軽快した1例を経験したので若干の文献学的考察を加えて報告する。

24 脾頭十二指腸切除後の良性門脈狭窄に対し術後5年後に門脈ステントを留置した1例

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 消化器外科

○福川 敦子¹、佐藤 辰宣¹、遠藤 伸也¹、金本 秀行²、
上原 慶大¹、武田 昌大¹、石黒 友也¹、加島 弘崇¹、
平田 太陽¹、池田 慎也¹、浅原 和久¹、増井 雄一¹、
松田 昌範¹、板井 良輔¹、川合 麻美¹、寺田 修三¹、
黒上 貴史¹、白根 尚文¹、大野 和也¹、川口 真史¹

【症例】73歳、男性【主訴】黒色便【既往歴】X-15年に胆嚢結石症に対し胆嚢摘出術【現病歴】X年8月に総胆管腫瘍に対し門脈合併脾頭十二指腸切除術が施行され、術後脾液漏を認めたが軽快退院した。腫瘍は胆嚢管断端のtraumatic neuromaと病理診断された。同年10月には造影CTで門脈狭窄を認めたが、側副血行路の発達が目立たず無症状であり経過観察とした。X+1年12月に胃静脈瘤破裂、X+2年5月には食道静脈瘤破裂を来したが、いずれも内視鏡的に止血し得た。X+5年8月から黒色便を繰り返すようになり、頻回な輸血を要するようになった。【黒色便増悪時検査所見】造影CTでは門脈本幹の高度狭窄と胆管空腸吻合部周囲の側副血行路の高度な発達を認めた。上部消化管内視鏡検査で食道胃静脈瘤はF1相当で赤色栓/白色栓は認めなかった。小腸内視鏡検査では胆管空腸吻合部近傍に発達した静脈瘤と血管拡張を認め出血源と診断した。【治療】門脈狭窄による門脈圧亢進症を背景に発達した静脈瘤から間欠的な出血を来している病態と考え、臨床倫理委員会での審議の後、門脈ステント留置の方針とした。経皮経肝門脈アプローチにて門脈狭窄部を突破し、胆管空腸吻合部周囲に発達した側副血行路に対しコイル塞栓術後、門脈ステント(8mm×3cm、SMART CONTROL、Cardinal Health Japan)を留置した。腹部血管造影で側副血行路への血流消失と門脈本幹血流の改善を確認した。【処置後経過】処置後よりヘパリン持続点滴の後、抗凝固薬/抗血栓薬の併用内服へ切り替え、偶発症なく退院となった。ステント留置後4か月、消化管出血の再燃は認めず経過良好である。【考察】脾頭十二指腸切除後の合併症の一つに門脈狭窄が報告されている。門脈圧亢進状態の結果、静脈瘤の発達/消化管出血や難治性腹水などを来し得る。門脈ステント留置の有用性が報告されているが、至適な介入時期については議論がなされている。

25 非小細胞肺癌に対する抗 Programmed Death-Ligand 1 抗体治療で発症した免疫関連硬化性胆管炎の1例

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○山本 崇文、伊藤 隆徳、松田 宜賢、犬飼 庸介、杉山 由晃、吉岡 直輝、水野 和幸、武藤 久哲、横山 晋也、山本 健太、今井 則博、石津 洋二、本多 隆、石上 雅敏

【背景】免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の免疫関連有害事象 (irAE) は多彩であり、複数の irAE を併発する症例も存在する。免疫関連硬化性胆管炎 (irSC) は、irAE の中では比較的稀とされている一方で、ステロイドの効果は限定的である事が知られている。今回我々は、ICI 治療中に肺炎を伴う irSC を発症し、Prednisolone (PSL) と Ursodeoxycholic acid (UDCA) にて治療中に irSC が再発した症例を経験した。【症例】70 歳代女性。胸腺播種を伴う非小細胞肺癌に対し、20XX 年 6 月、Pemetrexed + Cisplatin に続く 2 次治療として Atezolizumab を開始した。Atezolizumab を 6 サイクル投与後の 20XX+1 年 8 月に関節炎が増悪したため Atezolizumab は中止とし、3 次治療として Docetaxel + Ramucirumab に変更した。20XX+1 年 10 月、腹痛のため当院を受診し、血液検査では胆汁うっ滞型の肝障害と膵酵素上昇、CT および MRCP では膵腫大と胆管壁の肥厚を認めた。診断確定のために肝生検を行ったところ、肝内に CD8 陽性 T 細胞の浸潤が確認され、ICI 関連肺炎及び irSC と診断した。PSL (30mg/日) と UDCA (600mg/日) で治療を開始したところ、治療反応は良好で、PSL は漸減のち 10 mg/日による維持療法を行った。しかし 20XX+2 年 4 月、胆管の狭細化を伴う肝障害を再発した。再度肝生検を行い、肝内への CD8 陽性 T 細胞の軽度浸潤を認め irSC の再燃と判断したため、PSL を 30mg/日、UDCA を 900mg/日に増量した。肝障害は緩徐に改善したが、原病に対する治療が継続できず死亡した。【結語】複数の irAE を併発し、PSL と UDCA による維持療法中に再燃した irSC の症例を経験した。本症例では irSC への治療経過に伴う画像所見や病理所見の変化を確認することができた。

27 卵巣癌に対する DC 療法後に生じ、転移性肝腫瘍との鑑別を要した sinusoidal obstruction syndrome の1例

¹焼津市立総合病院 消化器内科、²焼津市立総合病院 病理診断科、³焼津市立総合病院 産婦人科

○青山 拓也¹、佐野 宗孝¹、眞鍋 藍瑠¹、武部 友寛¹、萬治 福匡¹、山形 真基¹、渡邊 幸弘¹、久力 権²、仲神 宏子³

【症例】34 歳、女性【現病歴】左卵巣癌の診断で妊孕温存手術として左付属器摘出術が施行されたが、病理結果は明細胞癌で、ダグラス窩に播種があった。化学療法後に根治手術を行う方針となり、DC (Docetaxel + Carboplatin) 療法が 2 コース施行された。2 か月後の造影 CT で肝 S6 に 26mm の不均一に造影される病変が出現し、転移性肝腫瘍が疑われた。腹部エコーでは血流信号の乏しい境界不明瞭な低エコー域として描出された。MRI では T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号、拡散強調像では淡い高信号を呈した。Gd-EOB-DTPA 造影 MRI の肝細胞相では、網目状の低信号を呈した。また、PET-CT は陰性であった。Dynamic CT では、門脈相から不均一に淡く造影されはじめ、平衡相で肝実質と同程度の造影効果を呈した。転移性肝腫瘍を否定できず、卵巣癌の根治手術と同時に肝部分切除術を施行されたが、病理学的には類洞の拡張と末梢血の貯留、変性した肝細胞索を認め、sinusoidal obstruction syndrome (SOS) と診断された。術後の化学療法では DC 療法を避けることも議論があがったが、血液検査で肝機能障害が無かったため、慎重に画像をフォローしながら DC 療法を 6 コース施行し、再発無く完遂できた。【考察】SOS は、肝類洞内皮細胞障害による類洞の閉塞により肝内の血流障害をきたし、小葉中心性のうっ血、出血、ならびに肝細胞壊死をきたす疾患である。化学療法、特に Oxaliplatin が原因で発症した SOS の報告が増加しているが、PubMed あるいは医中誌で検索した限りでは、DC 療法後あるいは Carboplatin 投与後に生じた報告例は無い。また、肝の一部に限局した SOS は転移性肝腫瘍との鑑別を要し、本症例と同じく肝部分切除術が施行されていた。Gd-EOB-DTPA 造影 MRI の肝細胞相で高信号、PET-CT 陰性であることは既報と共通していたが、MRI 拡散強調像で高信号を呈した点は異なっていた。化学療法後、特に白金製剤投与後に肝の一部に限局する腫瘍が出現した際には、SOS を鑑別にあげることがある。

26 EUS-FNA で診断し得た炎症性偽腫瘍の1例

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○三浦 有貴、三田 直樹、山田 愛、小居 幹太、平下 祐生、宮地 加奈子、伊藤 貴嗣、向井 美鈴、華井 頼子、山中 一輝、杉山 智彦、戸田 勝久、白木 亮、勝村 直樹

【症例】68 歳、女性。【主訴】右上腹痛【既往歴】急性肝炎 (25 年前)、腸閉塞 (半年前に他院で手術)。【現症・血液所見】4 日前から続く右上腹痛を主訴に当科外来を受診。腹部に圧痛を認めず、血液生化学検査では、炎症所見・肝機能障害を認めず、腫瘍マーカー (CEA/CA19-9/AFP/PIVKA-II) 正常、肝炎ウイルスも陰性であった。【経過】腹部造影 CT 検査で肝 S1 に早期相で辺縁浸染、内部は遅延性浸染を示す 40mm 大の腫瘍を認め、肝部下大静脈の圧排所見も認めた。EOB-MRI 検査で同腫瘍は T2 強調像で高信号、T1 強調像で低信号、DWI で高信号を示し、漸増性浸染および肝細胞相で取り込み欠損を認めた。画像所見からは胆管細胞癌や転移性肝癌等の悪性腫瘍が疑われ、病理診断を得るために超音波内視鏡下穿刺吸引法 (EUS-FNA) を行った。EUS で病変は辺縁不整な低エコー腫瘍として描出された。病理所見は壊死組織と凝血塊が主体で周囲に肉芽組織を伴い、悪性所見は認めなかった。後日 EUS-FNA の再検を行ったが悪性所見は認めなかった。腸閉塞の手術を行った病院へ問い合わせたところ、術中に小腸が肝門部背側に迷入し炎症をきたしていたエピソードがあった。以上の経過から肝炎性偽腫瘍を疑い経過観察の方針とした。3 ヶ月後の造影 CT では腫瘍は 20mm 大に縮小を認めており、肝炎性偽腫瘍と診断した。【考察】肝炎性偽腫瘍の一例を経験した。本疾患は診断がつけば保存的治療や経過観察が第一選択となるが、画像所見からは悪性腫瘍との鑑別が困難なことも多く、外科的切除が行われることもある。画像検査で肝腫瘍性病変を認めた際には炎症性偽腫瘍も鑑別に挙げるのが重要である。

28 新型コロナウイルス感染症の罹患した生体肝移植患者の1例

国家公務員共済組合連合会名城病院 消化器内科

○伊藤 悠希、林 和彦、山根 亮介、藤本 諒、松下 高明、吉崎 道代、梶川 豪、水谷 太郎、清水 裕子、吉岡 健太郎、後藤 秀実

【目的】新型コロナウイルス感染症が 2019 年より流行しており、既存の疾患に対する影響に関してのエビデンスがなく診断や治療に難渋している。生体肝移植患者は易感染性であり、重症化が懸念されるが、その詳細は不明である、また使用している免疫抑制剤が、新型コロナウイルス感染症に対してどのような影響を与えるかも不明である。今回、生体肝移植後に新型コロナウイルス感染症に罹患した症例を経験したので報告する。【症例】20 歳男性、5 歳の時に先天性胆道閉鎖症のため父親をドナーに生体肝移植を施行した。2020 年 12 月に発熱、咽頭痛が出現し、翌日近医に受診して新型コロナウイルス陽性と診断された。同時期に同僚 6 名も陽性と判明している。2 日後に肝移植患者であるため入院加療となった。入院時には咽頭痛があり、36.4℃、心拍数 74 bpm、酸素飽和度 98%、胸部 CT 異常なし。タクロリムスとウルソを内服していたが、肝障害は出現したが、呼吸不全はないので、継続した。入院後は、特に問題なく経過し発症することなく、10 日目で退院となった。【考察】臓器移植患者が新型コロナウイルス感染症になると重症化のリスクが高いとされているが、一般人と同じ頻度で呼吸不全に進展するという報告もある。肝移植患者の病態の違いが、予後や病態に影響を及ぼしている可能性があると考えられる。移植後 10 年、65 歳以上、男性、肥満、高血圧、糖尿病が、新型コロナウイルス感染症の重症化の危険因子と報告されている。今回の症例は移植後 15 年であるが、感染時は 20 歳であったため、その効果が打ち消されたと思われる。免疫抑制剤に関しては、今回は過去に内服コンプライアンス不良で拒絶反応が生じ高度な肝障害を来した経験があったので、継続することにより日和見感染のリスクは高くなるが中止はしなかった。生体肝移植患者における新型コロナウイルス感染症の病態は多彩であると推定するので、症例毎に治療方針など慎重に決定すべきである。【結語】呼吸不全に進展せず軽症で経過した新型コロナウイルス感染症の罹患した生体肝移植患者を経験した。

29 C型急性肝炎の自然治癒後に再感染が確認されたC型慢性肝炎の1例

医療法人山下病院 消化器内科

○岩田 悠剛、服部 昌志、松崎 一平、菊池 正和、泉 千明、浅井 清也、乾 和郎

【目的】C型肝炎ウイルス（HCV）感染では、中和抗体の誘導が難しいためにHCV排除後に再感染が起きる事が知られており、経静脈薬物乱用者では直接作用型ウイルス薬（DAA）治療によるウイルス学的排除（SVR）例からのHCV再感染例が散見される。今回、C型肝炎自然治癒後に再感染した経静脈薬物乱用者のC型慢性肝炎の1例を経験したので報告する。【症例】40歳代男性。20歳代より経静脈薬物乱用歴あり。2014年に黄疸と肝障害が出現し、C型肝炎と診断されA病院で入院加療を行ったが以後は通院せず。2016年に腹痛で当院に受診した際に、HCV抗体陽性、HCVグルーピング1だが、HCV-RNA陰性であり、自然治癒したC型肝炎と診断した。2019年から2020年薬物乱用で収監される。2020年12月に腹痛で受診した際には、HCV-RNA6.2logIU/ml、HCVグルーピング1、HCV genotype2bであり、再感染と判断し、2022年1月からDAA治療を開始した。【考察】Toyodらは本邦においてSVR後の再感染は薬物乱用者など高危険群を除くと皆無と報告しているが、高危険群では本症例のように再感染を起こすので注意が必要である。自然治癒後やSVR後も定期的なHCV感染の経過観察と、再感染防止のため啓蒙活動や教育活動が重要となる。本症例では、急性肝炎罹患時にウイルス学的解析がされていないが、初診時にHCVグルーピング1であったので初回感染はgenotype1bだったと推測する。再感染時はHCV genotype2bが優勢な感染と判断できるが、同時期に測定したHCVグルーピング1を既往感染の抗体と考えるか、genotype2bの偽判定とするか、微量なgenotype1の混合感染と判断するかは判断できない病態である。またDAA治療後と自然治癒後ではHCV感染免疫記憶に違いがあると予想するが、再感染防御力に差があるかどうかは明らかでない。このように再感染例を集積し解析する事により、HCVワクチンの作成に寄与できる有益な知見をもたらすと考える。【結語】薬物乱用者など高危険群では、HCV排除後も再感染が起きるので注意が必要である。

31 ロスバスタチンの関与が疑われた自己免疫性肝炎の1例

三重県立総合医療センター 消化器内科

○池田 昂平、井上 英和、小林 真悠、島田 康彬、中澤 祐一、水谷 広樹、西浦 祐貴、管 大典、川崎 優也、森谷 勲、山中 豊、白木 克哉

【症例】47歳女性【主訴】倦怠感【現病歴】20XX-1年3月より脂質異常症に対してロスバスタチンの内服加療中であった。20XX年11月15日健診にて肝機能異常を指摘され前医を受診したところAST・ALT高値および抗核抗体陽性が判明したため、精査目的に11月30日当院消化器内科を紹介受診した。【飲酒歴】缶ビール350mL/週2回【現症】理学所見に特記事項なし（肝脾腫、皮膚所見など）【内服薬】ロスバスタチン、ルパタジン、ファモチジン【検査結果】AST 739 IU/L、ALT 1025 IU/L、ALP 253 U/L、 γ -GTP 355 IU/L、Alb 4.0 g/dL、T-Bil 2.65mg/dL、WBC 7800、Plt 31.6万、Eosino 6.3%、IgG 1866 mg/dL、HBs抗原（-）、HCV抗体（-）、抗核抗体1280倍以上（Discrete sp 1280倍以上）、抗ミトコンドリア抗体陰性【経過】ウイルスマーカー陰性、抗核抗体陽性から自己免疫性肝炎（以下AIH）を疑い肝生検を施行した。肝生検では、門脈域を中心に、好酸球・形質細胞を含むリンパ球主体の炎症細胞浸潤が認められinterface肝炎像と考えた。軽度の線維化も認められた。ステロイド治療前のAIH国際基準スコアは13点となり、AIHと診断して内服中止のうえステロイド内服による治療を開始し、肝機能障害は速やかに改善が得られた。再燃なく経過し、PSL30mgまで減量し、現在外来フォロー中である。【考察】AIHの診断においては、薬剤性肝障害（DILI）との鑑別にしばしば苦慮する。本例では肝組織像において好酸球が比較的多く見られた点、末梢血好酸球が高値出た点、IgG上昇が軽微であった点がAIHとしては非典型的であった。ロスバスタチンのAIH発症への関与が過去にも複数例報告されており、本症例の肝障害発症に関与している可能性が示唆された。

30 IgG4関連自己免疫性肝炎とC型慢性肝炎の鑑別を要した1例

藤枝市立総合病院 消化器内科

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

【症例】60歳代男性【主訴】めまい（肝機能精査目的）【既往歴】脳梗塞、手根管症候群【内服薬】アスピリン、ランソプラゾール、アトルバスタチン【現病歴】X-5年より血液検査でHCV感染を疑われていたが、刑務中のため特に精査は行われていなかった。服役後X年9月めまいを主訴に前医を受診した。肝酵素上昇とHCV抗体陽性を認めたため精査加療目的に当院紹介となった。【経過】当院での採血所見では肝酵素の高値とIgG4の軽度上昇、HCV-RNAの陽性所見を認めた。まず薬剤性肝障害除外のため内服薬の一部をX年12月14日より一時休業したが、肝酵素の改善は乏しかった。肝障害の原因精査目的にX+1年2月9日に肝生検を施行し、門脈域の線維化と高度な形質細胞・リンパ球浸潤や細胆管の増生を認め、IgG4が15個/HPF、IgG4/IgGは75%の所見を認めたため、IgG4関連自己免疫性肝炎の診断に至った。X+1年4月29日よりプレドニゾン（PSL）30mgから治療導入を行ったが、肝酵素の改善は得られず速やかにPSLを減量した。6月10日よりPSL5mgに減量し、7月9日に再度肝生検を施行した。肝生検施行後にPSL 5mg隔日投与へ減量し、8月12日にPSL離脱とした。その後肝生検結果が判明し、肝細胞の異常が高度に見られ、門脈域のリンパ球の集簇も散見されることから慢性C型肝炎の診断に至った。また、その際の病理所見ではIgG4陽性所見はほとんど認めなかった。8月12日よりグレカプレビル水和物・ビプレンタシル配合剤による治療導入を行った。8月26日の採血では肝酵素は正常範囲内まで改善が認められた。12週の投与を行った後はSVRを達成し、現在に至るまで再燃を認めていない。【考察】IgG4関連自己免疫性肝炎とC型肝炎の合併例を経験した。病理学的所見からも肝障害の責任病態の同定に苦慮したため、文献的考察を交え報告する。

32 眼内炎を来した肝膿瘍の1例

刈谷豊田総合病院 内科

○川嶋 裕人、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、久野 剛史、佐々木 雅隆、福沢 一馬、仁村 侑歩、吉川 幸愛、佐藤 宏樹、亀島 祐貴

【症例】76歳女性【主訴】食思不振、左眼腫脹【既往歴】2型糖尿病、高血圧、脂質異常症、気管支喘息、子宮筋腫【現病歴】20XX年12月初旬より食思不振及び左眼腫脹が出現し徐々に増悪、ふらつきも出現したため12月6日に近医受診、同日精査目的にて当院救急外来で紹介受診となった。体温37.0℃、腹部は圧痛なく軟。左眼腫脹が強く開眼不可、眼球結膜は充血し角膜は混濁していた。血液検査ではWBC18900/ μ L、CRP24.4mg/dL、AST 73U/L、ALT 72U/Lと炎症、肝障害を認めた。腹部CTでは胆嚢は全周性に壁肥厚を認め、肝は辺縁整、肝角鈍で実質の吸収値は低下しており右葉に8cm大の辺縁不整、内部不均一な低吸収を呈する腫瘍を認めた。造影では腫瘍は多房性で辺縁が濃染され、肝膿瘍と診断し同日入院、経皮経肝膿瘍ドレーナージ（PTAD）を施行しTAZ/PIPCを開始した。膿汁培養でKlebsiella pneumoniae（KLPN）が検出された。左眼腫脹は肝膿瘍からの血行性感染による眼内炎と診断し、第4病日から眼内移行性を考慮して抗菌薬をCAZに変更した。第5病日に硝子体茎頭鏡下離断術を施行した。第18病日に炎症の改善を認めたため抗生剤を終了し、第22病日にドレーンを抜去し第23病日に退院となった。その後、通院フォローにて外来で施行したCSでは異常を認めず、CTで肝膿瘍の消失を確認した。眼内炎は術後に失明となり、眼痛と眼球内の蓄膿を認めたが、徐々に改善し終診となった。【考察】KLPNによる細菌性肝膿瘍は糖尿病患者に多く、他細菌よりも血行性転移が多い。特に眼内炎を合併することが多いことが知られており、自験例においても同様であった。眼内炎を発症した場合は抗生剤全身投与、硝子体内注射、硝子体手術、眼球摘出術で治療を行うが、多くの場合は失明または視力障害が起これば視力予後は悪い。KLPNによる肝膿瘍を認めたときは血行性転移を起こしうることを念頭に対応することが重要であると考えられた。

33 脾腫大、好酸球性肝肉芽腫症、好酸球性尿道周囲肉芽腫症を認めた IgG4関連疾患の1例

¹高山赤十字病院 内科、²高山赤十字病院 泌尿器科、
³高山赤十字病院 病理診断科
○千住 明彦¹、白子 順子¹、金田 裕人¹、水谷 拓¹、今井 奨¹、
富岡 奨幸²、岡本 清尚³

症例：71歳女性。特記すべき既往歴なし。20XX年Y月に排尿障害を主訴に当院を受診した。内服治療するも症状改善なく、精査目的に胸腹骨盤造影CT検査を施行したところ、びまん性脾腫大、脾体部遅延性濃染腫瘍、乏血性多発肝腫瘍、尿道周囲腫瘍を認めた。血液検査では、末梢血好酸球数2510/μLと増加、血清IgG4、1670mg/dLと上昇し、CEA、CA19-9、AFP、PIVKA-2などの腫瘍マーカーは正常であった。当初は脾腫大、多発肝転移、尿道周囲転移を疑い、各生検検査を行った。脾FNABでは脾組織は膠原線維の増加と少数のリンパ球が浸潤していたが、悪性所見はなかった。脾組織には好酸球の浸潤はなかった。また経皮的肝腫瘍生検、経陰陰尿道腫瘍生検を施行したいずれの組織でも線維芽細胞、膠原線維増生と著しい好酸球浸潤を認めたが、悪性所見はなかった。リンパ球浸潤、形質細胞浸潤は軽度で、IgG4陽性細胞は少量含まれるものの、IgG4/IgG比は40%未満であった。以上より自己免疫性脾炎と診断し、多発肝腫瘍、尿道周囲腫瘍については、IgG4関連疾患に伴う好酸球性肉芽腫症と診断した。末梢血の好酸球増加症の原因は、寄生虫、アレルギー、骨髄増殖性疾患等は否定的であることから、IgG4関連疾患によるものと考えた。プレドニゾン内服治療を開始し、2ヶ月で維持量まで漸減した。末梢血好酸球数、血清IgG4は治療開始後、速やかに低下した。6週間後の造影CT検査では、肝、尿道腫瘍の縮小を認め、排尿障害も改善した。脾腫大は改善し、脾腫瘍性病変の出現も認めなかった。現在、プレドニゾン5mgで維持療法中である。IgG4関連疾患では、Th2サイトカインを介して好酸球増加を引き起こすが、好酸球性肝肉芽腫を来した報告はまれである。悪性腫瘍と鑑別が必要であったが、肝生検にて診断可能であった。

35 レンバチニブと各種治療の組み合わせでCRが得られた切除不能肝細胞癌の3例

岐阜県総合医療センター
○小泉 拓也、入谷 壮一、坂野 香里、曾我 淳史、林 冨加、
増田 直也、相羽 俊也、谷口 裕紀、吉田 健作、小澤 範高、
長谷川 恒輔、丸田 明範、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

【目的】本邦でレンバチニブ (LEN) が肝細胞癌に使用できるようになって4年が経過し、様々な治療戦略の工夫がなされてきた。当院でもsequential TACEやconversion手術が奏効した症例を経験したので報告する。【症例1】70歳代男性。CH (Aic)。S4 64mm、S7 75mm、S8 21mmのmultiple HCC、BCLC-B2。サイズの大きいS7と肝外突出したS4のHCCにTACEを施行し、1.5ヶ月後にLEN 12mgを開始した。LEN開始5ヶ月後にはmRECIST PRが得られたが、22ヶ月後にmRECIST PDとなったS8のHCCに対してTAIを施行した。現在LEN開始後34ヶ月でmRECIST CRを継続している。【症例2】70歳代男性。CH (C SVR)。S4 80mmのHCCに対する内側区域切除術後5ヶ月で外側区に数〜33mmのHCCが14個再発し、3回TACEを施行したが、12ヶ月後には肝両葉に数〜12mmの7個のmultiple HCCの再発を認めた。BCLC-B2。LEN 12mgを開始し、LEN開始2ヶ月後にmRECIST CRが得られた。LEN開始28ヶ月後にS3 44mmの新規のHCCを認めた。TACEで良好なlipiodolの集積が得られた。以降LENは中止しているが、LEN開始から38ヶ月でmRECIST CRを継続している。【症例3】80歳代男性。CH (C)。後区域に95mmのHCC、門脈後区域枝浸潤あり。BCLC-C。ICG 16.7。高齢であることから初回治療はTACEを施行したが、TACE 1.5ヶ月後にlipiodol集積が不良であり、TACE 2ヶ月後にLEN 8mg開始した。LEN開始2ヶ月後にmRECIST PRが得られ、R0切除が可能と判断し、3.5ヶ月後に後区域切除を施行した。現在術後5ヶ月でRECIST CRを継続している。【考察】既報では、LENでPDとなった際にsequential TACEを行うことでpost progression survival rateが改善することや、LEN治療後のconversion手術はR0が達成できれば有意に予後が延長することが示されている。進行したHCC症例においてLEN単剤でCRを達成することは稀であるが、各種治療を計画的にタイミング良く行うことで良好な経過が得られると考えられた。【結語】BCLC-B2でもsequential TACEでmRECIST CRを達成できた2症例と、BCLC-Cでもconversion手術でRECIST CRを達成できた1症例を経験した。

34 IgG4関連肝炎症性偽腫瘍と考えられた1例

藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科
○松下 美芽、片野 義明、三好 広尚、小林 隆、山本 智支、
館野 晴彦、萩原 聖也、加藤 宏之、荒川 敏、浅野 之夫、
堀口 明彦、浦野 誠

【症例】80代、女性。【主訴】咳嗽時の右季肋部痛。CA19-9高値。【既往歴】胆石性胆管炎、胆石性脾炎、胆嚢摘出術後。【現病歴】半年前に胆石性胆管炎、胆石性脾炎で、当院で治療歴あり。近医通院中、咳嗽時の右季肋部痛と血液検査でCA19-9が77.9 U/mLまで上昇を認めたため、精査目的に当院へ紹介となった。【現症】バイタルサインに特記なし。腹部は平坦・軟、腫瘍を触知せず。反跳痛なし、筋性防御なし、眼球結膜に黄染なし、眼瞼結膜に貧血なし。【血液検査】CA19-9 202.8 U/mL、CEA 5.3 ng/mL。他特記すべき異常なし。【結果・考察】腹部超音波検査では、肝S4に20×10mm大の境界不明瞭な低エコー域と、B3、B4の拡張を認めた。CT、MRIでは肝門部近傍から肝内側区域にかけての低吸収域と、肝内側区域辺縁の膨隆、肝両葉の肝内胆管拡張を認めた。早期相で肝内胆管周囲に不均一な増強域、後期相で明瞭な増強不良域を認めた。同領域で被膜面より腹側に膨隆を認めた。また、心横膈膜胆管部の前縦隔リンパ節の腫大を伴っていた。ERCPでは遠位胆管内に胆管結石を認めたが、その他、明らかな所見は認めなかった。胆管結石除去後、右肝内胆管より生検を行ったが悪性所見は認められなかった。確定診断は得られなかったものの、肝内胆管癌、横膈膜浸潤の術前診断で手術の方針とした。中肝静脈合併左肝切除、横膈膜修復術を行った。切除標本はS4に30×50mm大の黄白色腫瘍を認めた。組織学的に病変の主体は好中球、リンパ球、形質細胞などの多彩な炎症細胞浸潤からなっていた。CD138、IgG、IgG4陽性の多数の形質細胞浸潤、胆管周囲性の線維化、閉塞性静脈炎像がみられ、IgG4関連疾患を疑うplasma cell typeの炎症性偽腫瘍と診断した。腫瘍性変化は認められなかった。以上より、2020改訂IgG4関連疾患包括診断基準によりIgG4関連肝炎症性偽腫瘍、準確信群と診断した。【結語】病理学的診断でIgG4関連肝炎症性偽腫瘍と診断した1例を経験した。

36 アテゾリズマブ・ベバシズマブ (ATZ/BEV) 併用療法中に重篤な急性肺障害を発生した混合型肝癌の1例

豊橋市民病院 消化器内科
○堀田 寿紀、内藤 岳人、松原 浩、山田 雅弘、山本 英子、
服部 峻、鈴木 博貴、浦野 文博

【症例】73歳男性。【既往歴】急性肝障害、総胆管結石、発作性心房細動、腰椎椎間板ヘルニア【現病歴】X-7月に他院のCT検査で4.7cm大の肝腫瘍を認め、紹介となった。腫瘍マーカーはAFP 15.2 ng/ml (L3 72.5%)、PIVKA-II 22 mAU/ml、CA19-9 <0.1U/mL。造影CTでは腫瘍は多血成分と乏血成分が混在し、総肝動脈幹に2.8cm大のリンパ節転移も認めた。202X年X-6月からATZ/BEVを導入し、肝原発巣・リンパ節転移巣のいずれも縮小傾向を確認しPRと判定した。計5コースを投与したX年0月に下痢、発熱、食不振が出現し、急性腸炎と診断し、入院加療。入院後も発熱が持続し、第3病日CTにて両肺下葉にスリガラス影、浸潤影を認め、CTRX2g/日を開始。第9病日に酸素化不良と肺門部の陰影増強が悪化し、無尿・腎障害・高カリウム血症をきたした。免疫関連有害事象 (irAE) による薬物性肺障害と診断し、人工呼吸器管理下にステロイドパルス療法 (メチルプレドニゾン1000mg、3days)を開始し、血液透析も導入した。パルス療法にて肺炎は改善し、プレドニゾン40mgに漸減、第15病日に人工呼吸器と透析を離脱した。病態は安定し、第52病日にリハビリ目的で転院となった。【考察】ATZ/BEV使用後にirAEとして重篤な急性肺障害をきたした症例を経験した。IMbrave150試験では重篤な肺炎を発生した事象は0.9%と報告されている。本症例ではATZ/BEV導入前からKL6が高値であり、導入後の胸部CTで両上肺野に淡いスリガラス陰影を認めていた。ATZ/BEVによる多彩なirAEに対しては、早期に診断し、多診療科や多職種と協力して対応することが重要である。

37 術前診断が困難であった肝血管筋脂肪腫の1例

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜市民病院 病理検査部
○川出 真史¹、林 秀樹¹、岩佐 太誠¹、下城 宏太¹、大橋 洋祐¹、
岩田 翔太¹、岩佐 悠平¹、奥野 充¹、河内 隆宏¹、
小木曾 富生¹、岩田 圭介¹、杉山 昭彦¹、西垣 洋一¹、
富田 栄一¹、渡部 直樹²

【症例】60歳代男性【主訴】発熱、腹部膨満【現病歴】X-1年10月、発熱と腹部膨満感を主訴に近医を受診、血液検査にて著明な肝障害を認めためて当院紹介受診となる。総胆管結石性胆管炎の診断にて当科入院となったが、CTにて肝S6に22mm大の腫瘍を認め精査を行った。【検査所見】〈造影CT〉S6の腫瘍は単純低吸収を示した。動脈相では濃染し、遷延性濃染を示したが、造影早期で肝静脈の描出(early venous return)を認めた。腫瘍内部に1cm程度の非濃染領域を認めた。胆嚢は内部に結石と、不整な壁肥厚を認めた。(超音波検査)B-modeでは境界明瞭、辺縁不整、内部不均一な高エコーを示した。ドプラでは周辺から囲むような流入血管を認め、近傍の肝静脈へと連続して流出する所見を認めた。造影超音波検査では血管相早期に腫瘍全体が染色されると同時に近傍の肝静脈が染色された(early venous return)。(EOB-MRI) T1強調像で肝実質と等信号、T2強調像で淡い高信号を示した。chemical shift imagingでは脂肪含有を疑う所見は認めなかった。動脈相にて濃染し、門脈相、平衡相では周囲肝実質と同程度の濃染が持続していた。拡散強調像では異常信号を認めたが、ADC値の低下は認めなかった。(FDG-PET)胆嚢壁の肥厚、肝S6腫瘍にFDG集積亢進を認めた。【経過】精査の結果、肝腫瘍については多血性結節として血管腫、血管筋脂肪腫(以下AML)、FNH、肝細胞腺腫などの可能性を考慮したが、確定診断には至らなかった。胆嚢癌の転移性肝腫瘍も否定できなかったため、X年1月胆嚢腫瘍、肝S6腫瘍に対して外科的切除を行った。病理診断にて慢性胆嚢炎、AMLと診断された。【考察】AMLは血管、平滑筋、脂肪の3成分からなる腫瘍で、腫瘍内成分により画像所見も多彩となり画像所見からの鑑別は困難であることが多い。小型かつ腫瘍生検で確定診断がついている場合には経過観察可能だが、まれに悪性化の報告もある。FDG集積は乏しいことが多く、本症例のような集積亢進例は稀であり、報告する。

39 左下横膈静脈を排水路とした孤立性胃静脈瘤に対してバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(BRTO)を施行した一例

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
○松田 宜賢、石津 洋二、石上 雅敏

【背景】BRTOは孤立性胃静脈瘤に対する有効な治療法である。胃静脈瘤多くは左胃静脈を排水路とするが、それ以外の血管が排水路となる症例も認める。今回我々は左下横膈静脈を排水路とした孤立性胃静脈瘤に対してBRTOを施行した症例を経験したので報告する。【症例】70歳代女性。2015年、貧血精査の際にC型肝炎ウイルスの感染を指摘された。上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行し、食道胃静脈瘤(LmF1CbRCO、Lg-cF2RCO)を認めた。出血リスクは高くないと判断し、抗ウイルス治療を先行、ウイルス学的著効を達成した。しかし、その後も食道静脈瘤の悪化がみられ、2016年と2020年に内視鏡的静脈瘤結紮術を行った。胃静脈瘤も経時的に悪化傾向を認め、腹部造影CTにて、胃静脈瘤は左下横膈静脈を排水路としていることを確認した。BRTOによる治療が可能と判断し、加療目的で入院となった。入院時の肝予備能はChild Pugh Score 5点であった。カテーテルはCANDISを使用。右大腿静脈穿刺で処置を開始したが、左下横膈静脈が下大静脈からやや尾側に分岐し、カテーテルの深部挿入が不可能であったため、右内頸静脈穿刺に変更した。左下横膈静脈經由胃静脈瘤からの排水路まで10mmバルーンカテーテルを進め、バルーン閉塞下造影にて胃静脈瘤全体が描出されることを確認。マイクロカテーテルを胃静脈瘤内まで進め、5%EO(ethanolamine oleate)を12ml注入。胃静脈瘤内に硬化剤が十分に停滞したことを確認し、overnight留置とした。翌日、造影にて静脈瘤の多くが血栓化されたことを確認、5%EOを3ml追加注入した後カテーテルを抜去した。処置当日から処置後2日目まで37度台後半～38度台前半の発熱を認めたが、その後は自然に解熱が得られた。処置後、肝予備能の悪化もみられず、処置後6日目に撮影した腹部造影CTで胃静脈瘤の血栓化を確認し退院となった。治療後4か月後のEGDにて胃静脈瘤の退縮を確認した。下横膈膜静脈を排水路とした胃静脈瘤に対してもBRTOは安全に治療可能である。

38 進行肝細胞癌に対しAtezo/Bev併用療法に分割TACEが奏功した1例

静岡県立総合病院 消化器内科
○遠藤 伸也、川口 真矢、佐藤 辰宣、寺田 修三、白根 尚文

【背景】近年肝細胞癌に対するTACEと分子標的薬との併用療法の有用性が報告されている。一方でTACEの繰り返しにより肝予備能の低下を招くという意見もあり、肝予備能を維持しながらどのようにTACEと他の治療薬とを併用するかが課題となっている。今回免疫療法と計画的に分割して行ったTACEにより、良好な経過を示した症例を経験した。【症例】56歳男性。アルコール性肝障害を基礎疾患とする患者が、偶発的に腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘され紹介された。腹部造影CT検査、肝腫瘍生検により肝細胞癌と診断した。右葉前区域に70mm大の単純結節周囲増殖型の病変を認め、両葉に多発する肝内転移を認めた。Child-Pugh分類Aで、明らかな肝外転移や門脈浸潤を認めなかったが、up to 7 outであることと肉眼型を考慮してTACE不適と判断し、まず全身化学療法を選択した。Lenvatinib 8mgより導入し、認容性を確認した上で12mgに増量した。治療効果を認めていたが、治療開始より6ヶ月後の造影CTで腫瘍の進行を認めたため、Atezolizumab/bevacizumab併用療法に変更した。同療法により腫瘍縮小効果を認めた。肝予備能の低下に注意しながら、微粉未化cisplatinの動注に加え、多発肝内転移には60℃に加熱したmiriplatinを用いたばらまきTACEを、粗大病変を含む区域にはepirubicin/lipiodolを用いたTACEを分割して行い、標的となる結節の大部分は消失した。経過中grade3の蛋白尿を認めたためAtezolizumab単剤での継続になったが、そのほか大きな副作用は認めず、現在肝予備能を維持しながら20コース継続中である。【結語】肝細胞癌の集学的治療の中で免疫療法に加えてTACEを行うことも一手段となり得る。ばらまきTACEは肝予備能の低下の観点では避けられがちだが、治療区域を分割することで予備能のコントロールが可能かもしれない。

40 特発性門脈圧亢進症の経過中に発症し、診断・治療し得た門脈圧亢進性肺高血圧の1例

¹三重大学 初期臨床研修センター、²三重大学 消化器・肝臓内科、
³三重大学 循環器内科
○芝原 拓真¹、重福 隆太²、田中 秀明²、吉川 恭子²、
大和 浩乃²、玉井 康将²、為田 雅彦²、小倉 英²、
杉本 龍亮²、杉本 和史²、長谷川 浩司²、岩佐 元雄²、
佐藤 徹³、荻原 義人³、土肥 薫³、中川 勇人²

【症例】22歳、女性。【現病歴】16歳時の右膝手術時に血小板減少を指摘され、前医の血液内科で特発性血小板減少性紫斑病として経過観察されていた。22歳時に腹痛精査のため施行された造影CT検査で巨脾と食道胃静脈瘤を指摘され当科に紹介となった。【既往歴】16歳 右膝蓋骨脱臼【個人歴】常用薬なし、飲酒歴・喫煙歴なし。【入院時現症】意識清明、体温36.9℃、脈拍数70/分、血圧129/71 mmHg、腹部診察で脾臓を触知した。【検査所見】WBC 2,990/ μ L、Hb 12.5g/dL、Plt 4.5×10^4 / μ L、Albumin 3.9g/dL、TBil 1.8mg/dL、AST 19U/L、ALT 18U/L、HBsAg (-)、HCV-Ab (-)、免疫グロブリン正常、ANA <40倍、AMA-M2 <20倍。ダイナミックCTで門脈大循環短絡と巨脾を、内視鏡検査で食道胃静脈瘤LmF2CbRC2(RWM)、Lg-cを認め、血小板減少症のため経静脈的肝生検を施行すると、肝実質に線維化を認めず、末梢門脈枝の異常を認めた。肝静脈造影で肝静脈間の吻合を認めることから、総合的に特発性門脈圧亢進症(IPH)と診断した。【経過】血小板数増加と門脈圧低下を目的としIPH診断4か月後に脾動脈塞栓術直後に脾摘術(700g)を施行した。脾摘前に施行したUCGで三尖弁圧較差(TRPG)15mmHgと正常であった。脾摘9か月後(24歳時)に労作時の息切れを自覚し循環器内科で施行したUCGでTRPG 52mmHgと高値であり肺高血圧が疑われ精査を行った。胸部レントゲンで左第2弓突出と右肺動脈拡張を認め、右心カテーテル検査では平均肺動脈圧(mPAP)40mmHg、肺血管抵抗(PVR)601dynes $\cdot$ sec $\cdot$ cm $^{-5}$ と上昇しており門脈圧亢進性肺高血圧(PoPH)の診断に至った。マシentan(エンドレリン受容体拮抗薬)5mg/日より開始し、現在では10mg/日で維持されている。マシentan開始1か月後には、自覚症状と6分間歩行の改善(治療前395m/治療後470m)、UCGのTRPG 41mmHgへ低下に加え、mPAP 28mmHg、PVR 260dynes $\cdot$ sec $\cdot$ cm $^{-5}$ と右心カテーテル検査所見の改善が認められた。【結語】自覚症状出現から診断、治療までの経過が追えたIPHに合併したPoPHの稀な1例を経験した。

41 柿胃石の嵌頓による小腸穿孔を繰り返した一例

¹JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 揖斐厚生病院 内科、
²JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 揖斐厚生病院 外科
○田端 みずほ¹、宇野 由佳里¹、中村 博式¹、畠山 啓朗¹、
島崎 信¹、西脇 伸二¹、佐野 仁哉²

【症例】80歳女、女性【主訴】腹痛【併存症】認知症【嗜好品】柿【現病歴】X年Y月頃から腹痛を自覚して近医に受診し、急性胃腸炎として内服治療で経過観察された。その1週間後に腹痛が再増悪、摂食不良のため救急搬送された。【入院時現症】腹部：平坦、やや硬、心窩部から左下腹部を中心に圧痛あり、反跳痛なし。【入院時検査所見】WBC 8400/mm³、Alb 2.7g/dL、CRP 3.67 mg/dL、プロカルシトニン 0.48 ng/dL、腹部CT：腹水貯留、小腸の拡張、液体貯留、鏡面像形成、骨盤腔内で小腸間膜の捻転様所見。【経過】小腸捻転による腸閉塞と診断したが、全身状態も良好で炎症反応の上昇も軽微であったため、イレウス管を挿入し保存的に経過観察を行った。その後症状は改善傾向であったが、第4病日に突然の腹痛と意識レベルの低下をきたしショック状態となった。腹部X-pで腹腔内に遊離ガスを認め、腸穿孔と判断し緊急手術を施行した。開腹すると便汁様腹水を多量に認め、回腸に壊死を伴う穿孔孔を認めた。また穿孔部の肛門側には結石を認め、穿孔部の回腸を結石とともに切除した。また、胃の内部にも鶏卵大の結石を3個触知し摘出した。結石成分分析の結果、タンニンが98%以上を占め、柿胃石と判断した。術後の経過は良好であったが、第31病日に再び腸穿孔をきたし再手術を行った。残存していた落下胃石が初回穿孔部に再陥頓しており、結石除去と穿孔部回腸の切除を再施行した。【考察】胃石は腸管に落下し腸閉塞や穿孔をきたすこともあり、早期に診断し病態に応じた適切な治療が必要である。本例では保存的にイレウス管による減圧で病状が安定していたため、穿孔をきたすまで胃石の存在を診断できなかった。また、手術時に複数の胃石を摘出したが、遺残結石による再穿孔をきたした。胃石は複数存在することも多く、内視鏡やCTなどの画像診断を用いて大きさや個数、存在部位を可能な限り把握の必要があると思われる。

43 オルメサルタン関連スブルー様疾患の1例

愛知医科大学 消化器内科

○三輪 峻大、山口 純治、村上 諒、杉村 明佳音、駒井 洋彦、
山本 和弘、杉山 智哉、井澤 晋也、海老 正秀、舟木 康、
小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【背景】オルメサルタン関連スブルー様疾患は、オルメサルタン服用後に発症する慢性下痢と体重減少を主症状とする吸収不良症候群であり、内服開始より数カ月から数年経過してから発症することが多い。本邦でも報告例が増加してきている。今回われわれは小腸カプセル内視鏡検査（CE）で絨毛萎縮の改善を確認し得たオルメサルタン関連スブルー様疾患の1例を経験したので報告する。【症例】66歳、男性。【主訴】水溶性下痢【既往歴】高血圧、高脂血症、虫垂炎（手術後）【現病歴】1日に8-10回程度の水様性下痢の持続を認め、3カ月で9kgの体重減少あり当院紹介となった。【臨床経過】腹部単純CTでは小腸液貯留・最大径約10mmの腹腔内リンパ節腫脹を認めた。血液検査では炎症反応上昇なく、血清アミロイド・結核菌特異的IFN γ ・甲状腺マーカーは陰性であった。Clostridioides difficile検査・便培養検査も陰性であった。下部内視鏡検査では明らかな異常所見は認めなかった。上部消化管内視鏡検査（EGD）では、十二指腸に軽度絨毛萎縮を認めた。CEで小腸全体の約2/3で絨毛の萎縮を認めた。以上より甲状腺機能亢進症・腸結核・慢性膵炎・腸管アミロイドーシス・腸管悪性リンパ腫などは否定的であり、オルメサルタン関連スブルー様疾患を疑い内服中止とした。内服中止後早期に下痢症状改善を認め、CE再検で小腸絨毛の萎縮改善を認めた。【考察】今回オルメサルタンを長期間内服していたこと及びCEで小腸全体に絨毛の萎縮を認めたことより、オルメサルタン関連スブルー様疾患を疑うことができた。EGDでも胃粘膜萎縮及び十二指腸の軽度絨毛萎縮を認めており、それらの所見から本疾患の早期診断に至る可能性があると思われる。【結語】オルメサルタン関連スブルー様疾患は慢性の重症水様性下痢をきたす症例では鑑別診断の1つとして考える必要がある。

42 蛋白漏出性胃腸症精査でシェーグレン症候群と診断し、ステロイドパルス療法が著効した1例

藤田医科大学 消化器内科学

○河村 岳士、城代 康貴、大森 崇史、前田 晃平、鎌野 俊彰、
船坂 好平、葛谷 真二、長坂 光夫、川部 直人、中川 義仁、
宮原 良二、柴田 知行、橋本 千樹、廣岡 芳樹

【症例】74歳女性【主訴】下腿浮腫、下腹部膨満感【現病歴】2021年9月15日下腿浮腫と下腹部膨満感を主訴に近医受診。多量の胸腹水を認めたため前医入院となった。心アミロイドーシスによる心不全疑いで10月20日当院循環器内科に転院となった。循環器系に異常を認めず、蛋白漏出シンチにて小腸より蛋白漏出を認めたため11月5日当科転科となった。【経過】当科転科時、著明な低アルブミン血症（1.6g/dL）と多量の胸水貯留による呼吸苦を認めた。酸素投与を行いつつ、1600kcal/日の高カロリー輸液と同時に常食を可能な範囲で摂取させた。さらにアルブミン投与も行ったが血清アルブミン値は低下傾向であった（11月20日：1.2g/dL）。蛋白漏出性胃腸症の原因検索目的で11月19日に上部消化管内視鏡検査と経口的胃腸ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。胃体部にsnake-skin appearanceを認めた。空腸には明らかな異常は認めず、共焦点レーザー内視鏡でもcell gapは認めなかった。以上より非白色絨毛型腸リンパ管拡張症による蛋白漏出性胃腸症と診断した。自己免疫疾患を疑い、リウマチ・膠原病内科と併科した。抗SS-A抗体陽性であり、シェーグレン症候群二次性蛋白漏出性胃腸症と診断した。プレドニゾン30mgを2週間内服するも効果不十分のため、12月9日よりステロイドパルス療法（ソルメドロール1000mg/日×3日間）後にステロイド強力静注（プレドニゾン60g/日）を施行した。その後徐々に血性アルブミン値が改善し、全身の浮腫や胸腹水も軽快した。2022年1月24日施行の蛋白漏出シンチでは蛋白漏出はほぼ消失していた。プレドニゾン30mg/日まで漸減したところでアザチオプリン50mg内服を開始し、1月26日リハビリ継続目的で前医へ軽快転院となった。【結語】蛋白漏出性胃腸症精査でシェーグレン症候群と診断し、ステロイドパルス療法が著効した1例を経験したので報告する。

44 AZA 及び IFX 長期投与中に肝脾 T 細胞リンパ腫を発症した一例

静岡市立静岡病院

○八木 直人、横山 翔平、正谷 一石、菊池 恵介、有谷 実莉、
上田 駿介、池田 正俊、早川 諒祐、木村 領佑、鈴木 博貴、
黒石 健吾、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【症例】40歳代男性【既往歴】尿管結石症【家族歴】特記事項なし【現病歴】2013年7月血便を主訴に受診し、下部消化管内視鏡検査では回腸末端・全結腸に不整潰瘍を認め、クローン病（小腸・大腸炎型）と診断された。5-ASA製剤のみでは症状増悪するため、2014年3月より寛解導入目的でIFX5mg/kg開始、2015年8月よりAZA50mg開始した。2017年7月に肛門痛及び排便を認め、肛門周囲膿瘍と診断し、切開排膿施行した。2019年10月よりIFX10mg/kgと倍量投与に変更した。2021年1月5-ASA300mg、AZA250mg、IFX10mg/kg8週毎で寛解状態を得た。同年10月に発熱、汎血球減少症及び肝脾腫を認めたため、精査加療目的で当科入院となった。末梢血及び骨髓穿刺塗抹標本中に異常リンパ球を認め、肝脾T細胞リンパ腫 StageI/IIの診断に至った。血液内科へ転科となり、AZA、IFX中止とした。化学療法としてICE（イホマイド+カルボプラチン+エトポシド）療法2コース施行も12月PET-CT検査で脾臓に極めて強い集積を認め、造血幹細胞移植も困難と考えられた。その後下痢及び腹痛が増悪し、顔面・体幹及び四肢に紫斑も認めた。SMILE（メトトレキサート+イホマイド+エトポシド+ロイナゼ）療法を開始した。その後も化学療法による白血球減少を認めている時期に血便・下痢の増悪を認めた。クローン病の増悪と判断し、2022年1月IFX10mg/kg8週間毎の投与を再開した。一時的に血便消失、腹痛改善を認めたが、再度症状悪化、ブデソニド9mg開始した。その後血便・腹痛などの腹部症状はなくなっているが、現在治療中である。【考察】クローン病に対してAZA、IFX投与中に肝脾T細胞リンパ腫の発症を認めた。発症原因はAZA+IFX併用による薬剤性が考えられる。近年、抗TNF α 製剤や免疫抑制剤投与中に、悪性腫瘍発症リスク上昇についての報告が増加傾向にあるが、肝脾T細胞リンパ腫の発症報告は非常に稀であるため、既報の論文報告を基に若干の考察を踏まえて報告する。

45 小腸に転移した心臓内膜肉腫の1例

¹三重中央医療センター 消化器内科、
²三重中央医療センター 消化器外科
○宮田 徹也¹、倉田 一成¹、辰巳 亜依²、
北出 卓¹、田口 由紀子¹、渡邊 典子¹

【症例】70歳代、女性【主訴】嘔吐【現病歴】200X年5月11日に脳梗塞で入院し、精査目的のCT検査で左房内に腫瘤を認め、31日に腫瘍摘出術が施行された。10月28日より嘔吐を認め、29日施行の前医での腹部CT検査で小腸の拡張、上行結腸での腸重積がみられ、精査加療目的で再度当院紹介となった。【入院後経過】来院後、腹部造影CT検査にて小腸腔内に数個の腫瘤の形成と、腸重積による小腸イレウスを認め、イレウス管を挿入した。11月2日(入院4日目)、下部消化管内視鏡検査で回腸末端と直腸に腫瘍を認め、回腸の腫瘍については腸重積再発のリスクが高いと判断し、11月8日(入院10日目)に小腸腫瘍に対して腹腔鏡下回盲部切除術、直腸腫瘍に対して直腸部分切除を施行した。病理検査にて小腸と直腸の腫瘍は免疫染色でCDK4(+)、MDM2(+)より内膜肉腫と診断された。以前摘出した左心房腫瘍も同様の病理所見であり、遠隔転移と診断した。経過良好で術後13日で退院となった。【考察】内膜肉腫は主に肺動脈や大動脈を原発とする非常に稀な疾患であり、WHO分類では悪性間葉系腫瘍に分類される。組織学的には軽度～高度の異型を伴った紡錘形細胞が柵状に配列し、壊死や核の多形性を認める。遠隔転移がない場合には外科的切除が治療の第一選択となる。しかし多くの場合は肺動脈や大動脈などの大血管が原発であることから完全切除は困難であり、標準的な治療法も確立していない。転移に関しては、血行性転移は腎、消化管、肝臓に多く、骨、リンパ節、腹膜、皮膚、卵巣、肺にも認められ、多くの症例で転移は広範である。小腸に転移した心臓内膜肉腫の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

47 特発性横行結腸穿孔の1例

大阪中央総合病院 外科
○天田 貴大、辻 直哉、山本 雅人、中邑 信一郎、中村 俊太、
瀬木 祐樹、小林 基之、谷口 健太郎、加藤 憲治、岩田 真、
田端 正己

特発性大腸穿孔は外傷、異物、悪性腫瘍、医原性、憩室、炎症性疾患など明かな原因を認めないが大腸穿孔をきたす疾患で、大腸穿孔の12～27%を占めるとされている。特発性大腸穿孔の中ではS状結腸穿孔が約80%と最も多く、横行結腸穿孔は約8%とまれである。最近われわれは、特発性横行結腸穿孔の1例を経験したので報告する。【症例】75歳女性。昼食摂取後、下腹部痛、嘔吐をきたし、当院に救急搬送された。搬送時、腹部は平坦軟であったが、下腹部に自発痛および圧痛を認めた。腹膜刺激症状はなかった。血液検査ではCRPは0.10mg/dlと正常範囲内であったが、WBCは11,900/μlと上昇していた。単純CTでは、横行結腸に壁の肥厚と周囲脂肪織濃度の上昇を認め、脾彎曲部の結腸近傍には腸管外が示唆される、内部にairを混じた径5cm大の便塊状の貯留物が存在した。free airや腹水貯留は認められなかった。横行結腸穿孔(穿通)と診断し、発症5時間後に緊急手術を施行した。開腹すると腹腔内に混濁腹水が少量認められた。また、脾彎曲部の横行結腸腸管内に便塊が漏出していたが腸腸膜内に留まっており、穿通の状態であった。穿通部の横行結腸を部分切除し、機能的端々吻合を行った。摘出標本の肉眼所見では、腸腸膜付着部に2.5cm長の穿孔口が存在したが、腫瘍性変化や憩室、潰瘍、異物などは認められなかった。病理組織学的には、穿孔部周囲粘膜の陰窩は軽度萎縮し、間質の出血を認め、虚血性変化が示唆された。組織学的にも悪性所見や憩室、潰瘍はなく、最終的には特発性横行結腸穿孔と診断された。術後経過は良好で術後12日目に軽快退院した。

46 潰瘍性大腸炎・直腸癌手術症例における回腸人工肛門造設が腎機能に与える影響について

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科、
²名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科
○飯塚 彬光¹、中山 吾郎¹、服部 憲史¹、梅田 晋一¹、
上原 圭¹、小倉 淳司²、神田 光郎²、田中 千恵¹、江畑 智希²、
小寺 泰弘¹

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)・直腸癌(RC)手術例における回腸人工肛門造設術が腎機能に与える影響について検討する。【方法】2010年1月から2018年12月までに当院でUC・RCに対する一時的回腸人工肛門造設術を伴う初回手術を行った後、人工肛門閉鎖術に至った症例の内、推算糸球体濾過量(eGFR)が測定可能であった139例を対象とした。初回手術前と比較し人工肛門閉鎖術前eGFR値の20%以上の低下を術後腎機能低下と定義し、腎機能低下群(低下群)と腎機能維持群(維持群)の2群に分けた。患者背景や手術因子についてロジスティック回帰分析を用い、術後腎機能低下に関連する危険因子の検討を行い、人工肛門閉鎖術後のeGFR値の推移についても検討した。【成績】低下群:27例(20%)、維持群:107例(80%)であった。原疾患や併存症、人工肛門閉鎖までの期間に差は無かった。手術因子では、開腹手術の割合が低下群が高かった(25.9%vs2.8%, $p<0.01$)。また、Clavien-Dindo分類Grade II以上の腹腔内感染性合併症(腹腔内膿瘍・縫合不全)は、低下群:29%、維持群:6%と低下群で有意に高く($p=0.007$)、High Output Stoma(HOS:2000ml/日以上)の排泄が3日間以上連続も低下群:33%、維持群:10%で、低下群で有意に高かった($p<0.01$)。術後腎機能低下に関連する危険因子の検討では、多変量解析で開腹手術(OR 11.0、95%CI 2.32~52.7、 $p=0.002$)、腹腔内感染性合併症(OR 5.27、95%CI 1.48~18.7、 $p=0.01$)、HOS(OR 4.10、95%CI 1.30~12.8、 $p=0.01$)が抽出された。低下群におけるeGFR値は、初回手術時と比較し人工肛門閉鎖術前に有意に低下し(89 vs 61ml/min/1.73m², $p<0.01$)、人工肛門閉鎖術後1年(65ml/min/1.73m²)においても改善傾向を認めなかった。【結論】一時的回腸人工肛門造設術を伴う初回手術後に腹腔内感染性合併症やHOSが生じた症例では、人工肛門造設による腎機能低下に留意する必要がある。腎機能低下は人工肛門閉鎖後も持続するため、長期的な経過観察が必要である。

48 腹腔鏡下手術時における術前マーキングに蛍光クリップを使用する際の注意点

¹藤田医科大学ばんだね病院 消化器外科、
²藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科
○荒川 敏¹、浅野 之夫¹、加藤 宏之¹、永田 英俊¹、近藤 ゆか¹、
志村 正博¹、小池 大助¹、林 千紘¹、越智 隆之¹、
神尾 健士郎¹、河合 永季¹、安岡 宏展¹、東口 貴彦¹、
国村 祥樹¹、片野 義明²、小林 隆²、三好 広尚²、石原 慎¹、
伊東 昌広¹、堀口 明彦¹

【背景】結腸切除時の術前マーキングには点墨やクリップなどが用いられている。しかし点墨は時に腹腔内に散布し腹膜炎を発生する危険がある。近年、術前内視鏡下蛍光クリップ(Fluorescence clip marking: FCM)が開発され、近赤外線を用いることで病変部位を確認することに有用であることが報告されている。今回、上部直腸癌に対してFCMを行った症例を経験したため報告する。【症例】58歳、女性。便潜血陽性にて当院を紹介受診した。下部消化管内視鏡検査で上部直腸に1/4周性の2型腫瘍を認め、生検を行い病理結果はGroup5であった。手術前日に下部消化管内視鏡検査を行い、腫瘍の対側に2カ所FCMを行った。手術は腹腔鏡下で行い、腹腔内観察時にOLYMPUS VISERA ELITE IIを用いてマーキング部位を確認した。マーキング部位は容易に視認することが出来た。内側アプローチを行った後にIMA根部で切離した。外側アプローチを行い授動した。腸管を頭側に牽引し、再度マーキング部位を確認した。マーキング部位から約3cm離して腸腸膜を処理し腸管を切離した。創外に腸管を誘導し病変部位を確認したところ病変部位から約1cmの部位で切離されていた。再度、腹腔鏡下にて腸腸膜を切離し、腸管を追加切離した。腹腔鏡下低位前方切除術、D3郭清、DST吻合を行った。手術時間は302分、出血量は5gであった。術後明らかな合併症なく術後12日目に退院となった。【結語】FCMの視認は容易であった。FCMは点墨の際に起こりうる有害事象を発生せず、安全にマーキングすることが出来る。しかし術中は腸管を牽引するため腫瘍の対側にマーキングしているときは腫瘍の位置と「ずれ」が生じているため、切離線に注意しなければならないと考えられた。

49

右結腸静脈からSMV本幹に腫瘍塞栓の広がりをみとめた大腸癌に対して、mFOLFOX療法が著効した透析患者の1例

JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院 消化器内科

○山田 愛、杉山 智彦、三浦 有貴、平下 祐生、小居 幹太、宮地 加奈子、伊藤 貴嗣、向井 美鈴、三田 直樹、山中 一輝、華井 頼子、白木 亮、戸田 勝久、勝村 直樹

【症例】80歳男性【主訴】便潜血陽性【病歴】慢性腎不全にて維持透析中の患者。X-2年11月25日便潜血陽性を主訴に当院受診。X-2年12月14日下部消化管内視鏡（CS）検査施行。肝彎曲部に3/4周性の3型腫瘍をみとめ、生検にてAdenocarcinoma (tub1~tub2)、KRAS陰性、NRAS陽性、BRAF陰性であった。造影CTにて肺転移、肝転移はみとめなかったが、腫瘍近傍の多発リンパ節腫大と右結腸静脈からSMV本幹に腫瘍塞栓の広がりをみとめた。上行結腸癌cT4N2M1 StageIVの診断にて、化学療法施行の方針となりX-2年1月14日からmFOLFOX療法開始となった。透析患者であり60%用量での投与開始とし、4コース終了後の造影CTにて原発巣は縮小、腫瘍塞栓も縮小しPRであった。19コース終了後の造影CTにて、原発巣・近傍の多発リンパ節腫大は指摘困難な程度にまで縮小、右結腸静脈からSMV本幹の腫瘍塞栓も消失した。X-1年11月11日、CS施行。肝彎曲部の腫瘍は消失し癒痕をみとめるのみであり、同部から生検施行するも悪性所見はみとめなかった。X-1年12月16日PETCT施行したがFDGの集積はみとめなかった。26コース施行し、CRの判断にてX年1月20日より化学療法は中止、経過観察の方針となった。現在まで再燃とみとめていないが今後も定期的な画像検査等にて経過フォローの方針となっている。【考察】大腸癌における腫瘍栓をともなう症例は比較的稀であるが、今回右結腸静脈からSMV本幹に腫瘍塞栓を伴う大腸癌の1例を経験した。透析患者に対する標準化学療法の指針はないとされているが、今回60%用量のmFOLFOX療法にて著効した。

51

内視鏡的粘膜下層剥離術で診断に至った直腸腫瘍の1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○山田 健太郎¹、山村 健史¹、中村 正直¹、前田 啓子²、澤田 つな騎²、石川 恵里¹、古川 和宏¹、喜田 裕一¹、江崎 正哉²、村手 健太郎¹、濱崎 元伸¹、長谷川 一成¹、鳥山 和浩¹、池上 脩二¹、大橋 彩子¹、河村 達哉¹、石上 雅敏¹、川嶋 啓揮¹

【症例】40歳代女性【主訴】なし【既往歴】なし【現病歴】検診便潜血陽性で前医にて大腸内視鏡を施行し、直腸腫瘍を認めため精査加療目的に当院に紹介となった。【経過】腹部造影CTでは、直腸Rbの粘膜下に造影効果を認めない10mm大の類円形の低吸収腫瘤を認めた。大腸内視鏡検査では直腸Rb左側に立ち上がりならかな10mm大の隆起性病変を認め、NBI併用観察でも周囲の粘膜構造と差異は認めず粘膜下腫瘍と判断した。細径プローブを用いた管腔内超音波検査(IDUS)12MHzでは、第3層内を首座とする輪郭明瞭な10mm大の均一な低エコー腫瘍として描出され、内部に数mm大の無エコー域を複数認めた。また、第3層には変化を認めなかった。腫瘍を生検鉗子で圧迫すると、確性硬で可動性のある所見がみられた。ボーリング生検を施行するも、確定診断には至らず、患者希望もあり診断的治療目的に内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した。病理所見は、粘膜下のう胞を主体とする病変で、う胞は線維性被膜に覆われていた。粘膜固有層には平滑筋増生を伴う線維筋症を認めた。中心部分には憩室様に陥凹し、陥凹部分には粘液産生細胞の杯細胞が多く、同部分の粘膜筋板は途絶していた。悪性腫瘍の所見は認めず、最終病理診断は深在性のう胞性大腸炎（CCP）であった。【考察】CCPは粘膜脱疽症候群（MPS）の亜型とされる稀な疾患である。歯状線から5-10cm程度離れた直腸に多いとされ、直腸粘膜に対する圧迫や損傷の修復過程で粘膜下層に上皮が迷入し、粘膜下のう胞を形成する病態とされる。CCPの診断に詳細な検討は多くはないが、EUSが最も有用とされている。粘膜下層に病変の主体があり、う胞性変化に加えて深部浸潤がないことが特徴とされる。腫瘍は低エコー域主体で、内部に数mm大の無エコー域を複数認めることがあり、腫瘍内部に散見する無エコー域はCCPのう胞状変化に対応するとの報告がある。CCPはMPSの亜型とされるが、既報にて悪性腫瘍の合併を認めた複数例の報告があるため、その治療の必要性については今後の検討課題と考えられる。【結語】ESDで診断に至ったCCPの1例を経験した。

50

BRAD V600E 変異を伴った大腸癌化学療法直後に漿液性網膜剥離をきたした一例

藤枝市立総合病院 消化器内科

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

【症例】69歳女性【現病歴】X-4年5月上行結腸癌pT3N2a stageIIIbに対して腹腔鏡下右結腸切除術が施行された。術後補助化学療法としてCapecitabine療法を半年行ったが、翌年12月に多発肺転移を認めた。遺伝子検査ではRAS変異陰性、BRAF V600E変異陽性を認めた。化学療法の再導入を行い、X-1年3月に胸腔鏡補助下右肺上葉切除術を行ったが、同年7月に多発縦隔リンパ節転移を認めたため、FOLFIRI+Bevacizumab療法で加療を行った。病状増悪のため11月にFOLFOX+Bevacizumab療法に変更し、加療継続していたが、BRAF V600E変異陽性に対するEncorafenib+Binimetinib+Cetuximabの3剤併用療法が保険収載されたためX年2月3日から化学療法開始となった。【経過】治療開始数時間後より視野の一部が黄色に見えるとの訴えがあり、眼科再診した。両側の黄斑部に治療開始前には見られなかった漿液性網膜剥離（grade 2）を認め、治療を中止した。翌日自覚症状は消失し、網膜下液も軽減を認めた。内服中止1週間後網膜下液の消失を確認した。化学療法開始後急激な発症であったことから、BRAF阻害剤とMEK阻害剤の再導入は困難と判断しCapeOX+Bevacizumab療法で加療を行う方針としたが、癌性リンパ管症と肺炎をきたしX年5月永眠された。治療中に眼症状の再発は認めなかった。【考察】BRAF変異は大腸癌の5-10%に認められ、予後不良因子と考えられている。Encorafenib+Binimetinib+Cetuximabの3剤併用療法はBRAF V600E変異陽性大腸癌の二次治療以降に適応となる。注意すべき有害事象として網膜色素上皮剥離を含む漿液性網膜症は20%の患者に発生すると報告されている。BRAF V600E変異例に対する加療中に漿液性網膜剥離を発症したとする報告例は医中誌、PubMedでは少数であったが、いずれも内服中止数日から数週間以内に症状の改善を認めている。BRAF阻害薬及びMEK阻害薬を用いる際には、眼症状のフォローと眼科との相談が重要と考える。

52

大腸偽メラノーシスに腸間膜静脈硬化症を合併した1例

¹岐阜県総合医療センター、²滋賀医科大学 病理学講座

○増田 直也¹、山崎 健路¹、久嶋 亮治²、小泉 拓也¹、坂野 香里¹、曾我 淳史¹、林 牙加¹、谷口 裕紀¹、相原 優志¹、入谷 壮一¹、吉田 健作¹、小澤 範高¹、長谷川 恒輔¹、丸田 明範¹、永野 淳二¹、清水 晋吾¹

【はじめに】腸間膜静脈硬化症は、結腸の静脈還流障害から慢性的な虚血性変化を伴うまれな疾患である。その病因として漢方の関与が注目されている。発見の遅れから手術が必要となるケースもある。【症例】60歳代女性。【主訴】軟便。【既往歴】脂質異常症、統合失調症。【現病歴】脂質異常症・統合失調症のためかかりつけ医通院中に1日数回の軟便を認め当科紹介。便秘症・浮腫に対してかかりつけ医より防風通聖散が約15年間処方されていた。【現症】腹部は平坦軟で圧痛は認めず、聴診では蠕動音の亢進は認めなかった。【検査結果】便培養検査では病原性菌の検出は認めなかった。大腸内視鏡検査を施行したところ、盲腸からS状結腸にかけて褐色調の粘膜所見を呈した。一部にbronze様の色調を呈する領域を認めた。生検にて粘膜固有層にリポフスチン顆粒を食したマクロファージの沈着を認め、偽メラノーシスに特徴的な所見であった。同時に腸間膜静脈硬化症の特徴である粘膜炎層の毛細血管周囲領域に軽度の同心円状線維化を認めた。CTでは進行した腸間膜静脈硬化症に認められる腸管壁・腸間膜の石灰化所見を認めなかった。以上の所見から、長期的防風通聖散服用に起因する、早期の腸間膜静脈硬化症が併存した大腸偽メラノーシスと診断した。防風通聖散中止後3か月後には軟便は消失した。【考察】本症例では偽メラノーシスの原因となるダイオウと腸間膜静脈硬化症の原因となるサンジの両者を含む防風通聖散の長期間にわたる内服歴があり、両者が併発していた。いずれの疾患もそれぞれが特徴的な色調を伴う内視鏡所見を呈することが知られているが、両者が併存する場合には色調が不明瞭となり、内視鏡所見が見落とされる可能性がある。内視鏡所見から一見偽メラノーシスと考えられる症例の中に他疾患が併存している可能性を念頭に、内視鏡所見のみならず、背景疾患や内服薬の聴取、病理組織学的所見の確認を怠ってはならないことを再認識させる症例である。

53 大腸癌化学療法により縮小、消失がみられた多発大腸腺腫の一例

松波総合病院

○亀井 真琴、木村 有志、長尾 涼太郎、川島 啓佑、全 秀嶺、中西 孝之、河口 順二、浅野 剛之、田上 真、早崎 直行、荒木 寛司、伊藤 康文、杉原 潤一

【背景】大腸腺腫が化学療法によって縮小、消失したという報告は少ない。今回、大腸癌化学療法後に大腸腺腫の明らかな縮小、消失を認めた症例を経験したので報告する。【症例】69歳女性【既往歴】なし【内服薬】なし【現病歴】X-1年4月に貧血検査の下部消化管内視鏡検査(CS)で、直腸Raに全周性の3型大腸癌を認めた。他にも上行結腸に2mmのJNET分類Type 2Bの腺腫内癌及び、下行結腸に10-20mmのJNET分類 Type 2Aの腺腫が散在していた。下行結腸腺腫は、大腸癌手術での合併切除の可能性を考慮し、脾湾曲部に点墨を施行した。5月に大腸癌に対して、腹腔鏡下直腸低位前方切除術が施行されpStage3b (pT4 (SE) N1M0)であった。下行結腸の腺腫は切除されなかった。6月には上行結腸早期癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。7月からX年2月まで、術後補助化学療法としてOxaliplatin+capecitabine (XELOX)療法6コース、capecitabine単独療法2コースが施行された。化学療法終了後のX年3月に再検したCSでは脾湾曲部の点墨部分と大腸癌術後の吻合部の間に以前認めた腺腫は大部分が確認できなかった。点墨部分肛門側周辺に5mmのポリープを2個認めた。病変の境界は一部不明瞭でJNET分類 Type 1とType 2Aが混在していた。cold snare polypectomyを施行し、病理学的には大部分が非腫瘍の一部腺腫が混在していた。【結語】大腸腺腫が化学療法によって縮小、消失がみられた症例を経験した。

55 大腸癌検診における質の高いCS習得のために ~初学者として~

蒲郡市民病院 内科

○宮崎 友里、久保田 良政、坂 哲臣、高濱 卓也、佐宗 俊、安藤 朝章、中村 誠、城 卓志

【背景】大腸癌サーベイランスにおいて免疫便潜血検査(FIT)、その二次検診として大腸内視鏡検査(CS)が行われる。近年、質の高いCS評価指標として、(1)盲腸到達率 $\geq 95\%$ 、(2)腺腫指摘率(ADR) $\geq 25\%$ 、(3)観察時間(time obs) ≥ 6 分が提唱された。【目的】従来の評価指標(time obs ≥ 6 分)と当院独自の評価指標(観察時間/挿入時間;time obs/int ≥ 1.0)の有用性を検討した。【方法】期間;2021/5月-2022/1月。対象;FIT 2回法で陽性となりCSが施行された全213例。主検討項目;time obs, time obs/intとADRの関係。副次検討項目;time obs, time obs/intと指摘病変数の関係。【結果】患者背景は、年齢中央値71歳、男性116人、女性97人。挿入時間の中央値は11.6分(四分位数;IQR: 7.6-18.2)、観察時間12.3分(IQR: 8.7-17.5)、time obs/int 1.1(IQR: 0.7-1.7)。盲腸到達率99.5%。FIT結果は1/2回陽性(FIT +/-) 147例、2回陽性(FIT +/+) 66例。ADRはそれぞれ0.59、0.76 ($P < 0.05$)。癌指摘率はそれぞれ0.05、0.23 ($P < 0.01$)であった。Time obs < 6 分(17例)、 ≥ 6 分(194例)のADRはそれぞれ0.18、0.68、またtime obs/int < 1 (92例)、 ≥ 1.0 (119例)のADRはそれぞれ0.45、0.78でありいずれも有意差を認めた($P < 0.01$)。Time obs < 6 分、 ≥ 6 分の平均指摘病変数はそれぞれ0.6個、2.5個($P < 0.05$)、またtime obs/int < 1 、 ≥ 1.0 の平均指摘病変数はそれぞれ1.3個、3.1個($P < 0.01$)でありいずれも有意差を認めた。【結論】既報のtime obs ≥ 6 分に加え、当院独自のtime obs/int ≥ 1.0 もADR、病変指摘数の観点からCSの質の評価に有用であった。

54 腹痛を契機に発見された大腸 Inflammatory fibroid polyp の1例

¹刈谷豊田総合病院 内科、²刈谷豊田総合病院 病理診断科

○佐藤 宏樹¹、浜島 英司¹、中江 康之¹、神岡 高田¹、仲島 さよ理¹、久野 剛史¹、佐々木 雅隆¹、野田 直樹¹、二村 侑歩¹、吉川 幸愛²、光松 佑時¹、伊藤 誠²

【症例】69歳、女性。【既往歴】結核性胸膜炎、肝結核【現病歴】X-3年より肝腫瘍(肝結核の疑い)にて当科で経過観察中、X年4月の受診時に半年前から継続する下腹部痛の訴えがあり、血液検査でWBC 11400/ μ l、CRP 16.9mg/dlの上昇を認めた。発熱はなく、腹部触診で圧痛も認めなかった。腹部単純CTでは、横行結腸の中央部に長軸方向に5cm程度の全周性の壁肥厚を認め、横行結腸炎の診断で同日入院となった。絶食・補液治療を開始した所、腹痛と血液検査上の炎症反応は数日で改善した。尚、便培養で下痢原因菌は検出しなかった。第5病日の腹部の造影CTでは、横行結腸の壁肥厚は改善していた。第6病日の下部消化管内視鏡検査(CS)では、横行結腸に30mm大のIp病変を認めた。頭部の表面は凹凸不整で白苔に被われ、洗浄して観察するも無構造であった。茎は軟らかく可動性良好で、炎症性ポリープと考えた。また、病変周囲の粘膜は、血管透過性が消失し、浮腫状であった。CTを見直すと、横行結腸に20mm大の腫瘍性病変を認め、壁肥厚に関してはIp病変に起因した腸重積による所見を疑った。病変の質的診断及び腸重積疑いの治療目的で切除の適応と判断し、polypectomy-clippingを施行した。切除病変は頭部33 $\times$ 34 $\times$ 20mm、頸部11 $\times$ 13 $\times$ 5mmであった。病理組織学的には、粘膜下組織内にリンパ球・形質細胞主体の炎症細胞浸潤を伴う小血管・および線維芽細胞の増生を認め、inflammatory fibroid polyp (IFP)と診断した。第8病日に食事を再開し、腹痛の再燃無く第11病日に退院となった。ポリープ切除5ヶ月後の腹部CTでは横行結腸の壁肥厚は消失し、X+1年後のCSではポリープ切除後の瘢痕は不明であった。2年経過した現在、症状の再燃はみられない。【考察】IFPは消化管粘膜下に発生する炎症性腫瘍で、通常は胃・回腸粘膜に多く、結腸での発症例は全体の4%程度と稀で、少数例ながら腸重積を呈して発見されたIFPもある。自験例は後腹膜に固定されていない横行結腸に発生した稀なIFPで、周囲の結腸壁肥厚の成因としては腸重積合併が最も合理的と考えられた。

56 左鼠径ヘルニアにS状結腸が脱出しており大腸内視鏡が挿入困難であった1例

静岡市立静岡病院

○菊池 恵介、小柳津 竜樹、横山 翔平、正谷 一石、八木 直人、有谷 実莉、上田 駿介、池田 正俊、早川 諒介、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、高橋 好朗、田中 俊夫

症例は76歳男性。当院循環器内科に陳旧性心筋梗塞・発作性心房細動の加療で通院しており抗血栓薬を内服中。経時的に進行する貧血の精査加療目的で当科紹介となった。虫垂炎に対して虫垂切除術後。自覚症状はなく、腹部は平坦・軟で腫瘍は触知せず。血液検査では、HB8.7 g/dL、Fe15 μ g/dL、TIBC425 μ g/dL、UIBC410 μ g/dL、フェリチン19 ng/mLと鉄欠乏性貧血を認めた。上部消化管内視鏡検査では特記すべき所見を認めず。大腸内視鏡検査を施行したところ、S状結腸に狭窄を認めており、術後癒着の影響を考慮して、用手圧迫や体位変換、細径スコープ(PCF-H290TI; Olympus Optical Co., Tokyo, JAPAN)へ変更したが挿入困難であった。検査後に実施したCTコロングラフィーでは、左鼠径ヘルニアにS状結腸が脱出していた。腹部症状がないため帰宅とし、待機的手術を提案した。【考察】鼠径ヘルニアは高齢化社会において実臨床で遭遇する機会が多い。しかし大腸内視鏡検査の際に、問題となることは稀である。中にはスコープ抜去困難や穿孔をきたし、緊急手術となった報告もある。自験例では、検査前に撮影されたCTでは鼠径ヘルニアを認めており、鼠径ヘルニアの存在を認識することは可能であった。反省と注意喚起をこめて若干の文献的考察を含めて報告する。

57 胆管十二指腸吻合術後の肝内胆管結石症に対して経鼻内視鏡を用いて電気水圧式結石破砕術で碎石を行った1例

静岡市立静岡病院

○正谷 一石、木村 領佑、八木 直人、川口 大貴、菊池 恵介、有谷 実莉、上田 駿介、池田 正俊、早川 諒介、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、田中 俊夫、柳川 竜樹

【症例】73歳女性【主訴】発熱【既往歴】右中大脳動脈瘤、胆嚢総胆管結石術後（胆摘術、胆管十二指腸吻合）【現病歴】20XX年10月に発熱で当科外来受診。血液検査で肝胆道系酵素の上昇、CTで右肝内胆管結石を認め結石性胆管炎の診断で入院となった。【経過】入院後に胆管炎は抗生剤治療で軽快。胆管炎軽快後20XX年11月に十二指腸球部より通常内視鏡を用いて透視下で採石術を行ったが困難であった。そのため電気水圧式結石破砕術（Electronichydraulic lithotripsy: EHL）を用いての採石を検討したが胆管十二指腸吻合部を通常内視鏡では通過出来なかったため経鼻内視鏡（先端部外径5.4mm）を使用した。経鼻内視鏡では胆管十二指腸吻合部を通過したが、処置時に胃内で内視鏡がたわんでしまうためシングルバルーン内視鏡のオーバーチューブの先端を十二指腸球部に留置し結石を直視下にとらえてEHLで碎石した。合併症も認めなかった。その後も外来でフォローしており結石の再発なく経過している。【考察、結語】EHLによる碎石は多くが胆道鏡を使用する場合が多く、治療が複数回に及ぶ場合も多い。当院では胆道鏡を使用せずにオーバーチューブと経鼻内視鏡を用いて直視下でEHLを用いて1回で碎石できた1例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

59 金属胆管ステント留置後の反復性胆管炎に対し内視鏡的経乳頭的ドレナージが有用であった1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○坂野 香里、丸田 明範、小泉 拓也、曾我 敦史、林 冨加、増田 直也、相羽 優志、谷口 裕紀、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、長谷川 恒輔、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

【症例】76歳・女性。切除不能進行膵癌（UR-LA）による閉塞性黄疸に対しCovered self-expandable metal stent（CSEMS）留置術を施行した。CSEMS留置後10日目に発熱・右季肋部痛が出現。炎症反応の上昇あり、腹部CTで胆嚢腫大と肥厚所見を認め急性胆管炎の診断でPTGBAを施行した。しかし術後4日目に胆嚢炎再燃のためPTGBDを施行。術後は速やかに改善を認めチューブ抜去とした。その後化学療法を開始したが、PTGBD抜去後50日目に胆嚢炎が再燃。再度PTGBD施行し改善が得られたが、反復する胆嚢炎に対し恒久的ドレナージが必要であると判断した。内瘻化の方法としてEUS下胆嚢ドレナージ（EUS-GBD）もしくは内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ（ETGBD）のいずれかのアプローチを検討した。EUSで胆嚢を観察すると反復する炎症の影響からか、胆嚢壁が硬く、PTGBDルートから生食を注入するも十分な胆嚢内腔の確保が困難であった。一方PTGBD造影では胆嚢管が開存しており、総胆管より右側・頭側に分岐する所見が得られた。以上の画像所見からETGBDを選択することとした。既存のCSEMSを抜去し、ガイドワイヤーで胆嚢管をseekingし、胆嚢内へ先進させた。胆嚢管をRENで拡張した後胆嚢-十二指腸間にETGBD（7Fr plastic stent）を、さらに胆管内に新たなCSEMSを留置して処置を終了とした。術後は特記すべき偶発症なく、速やかに化学療法に移行。ETGBD留置後6ヶ月経過するもチューブ逸脱および胆嚢炎の再発なく経過している。【考察】CSEMS留置後の胆嚢炎は偶発症の一つであり、再発例など時にコントロールに難渋するケースがある。胆嚢ドレナージのアプローチとして、経皮・経乳頭・EUS下の3つが挙げられるが、本症例では経皮で再発を繰り返すこと、EUS下は十分な胆嚢内腔が確保できず困難であったこと、さらにPTGBD造影で経乳頭的な胆嚢アプローチが比較的容易であると推察されたことからETGBDを選択し、良好な結果を得ることができた。【結語】今回CSEMS留置後の反復性胆管炎に対しETGBDが有用であった1例を経験したので、文献的考察を加えて報告した。

58 Roux-en-Y再建術後総胆管積み上げ結石に対し大腸内視鏡を介した経口胆道鏡下電気水圧式結石破砕術が有効であった1例

岐阜市民病院

○大西 拓海、奥野 充、岩田 圭介、大橋 洋祐、岩田 翔太、手塚 隆一、岩佐 悠平、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、富田 栄一

【症例】80代・男性【主訴】心窩部痛【既往歴】40年前：胃潰瘍に対しRoux-en-Y再建術、3年前：C型肝硬変、S8肝細胞癌へのRFA【現病歴】心窩部痛を主訴に当科受診。腹部CTにて総胆管内に最大径13mmの積み上げ結石を認め、血液検査にて、肝胆道系酵素の上昇および、炎症反応の上昇を認めた。総胆管結石性胆管炎と診断し、ショートタイプダブルバルーン内視鏡（sDBE）を用いた採石術を試みたが、胆管挿管が困難であったため、採石術が行えなかった。同日、経皮経肝胆管ドレナージ術（PTBD）を行う方針としたが、肝硬変のためB8以外の胆管が描出できず、S8 RFA瘢痕のすぐ近くのB8よりPTBDチューブを留置した。胆管炎改善後、再度採石術を検討したが、PTBDルートからの採石術は、RFA瘢痕部を損傷させる恐れがあり、経乳頭的採石術を行う方針とした。sDBEを主乳頭まで挿入後、PTBDランデブー法にて胆管挿管を行い、EPLBDを行った。引き続き、採石術を試みたが、総胆管内に結石が充滿していたため、碎石具の使用が困難であり、また膵内胆管が細く採石が行えなかった。そのため、ENBDを留置し、後日胆道鏡下電気水圧式結石破砕術（EHL）を行う方針とした。胆道鏡が挿入可能な大腸内視鏡（CF-HQ290L）を用いて再度ERCを試みたところ、大腸内視鏡での主乳頭への到達、および胆管内への胆道鏡（Spyglass DS）挿入が可能であったため、胆道鏡下EHLを施行した。EHL後、すべての結石を除去でき、術後偶発症も認めなかった。【考察】大腸内視鏡（CF-HQ290L）の鉗子口径は3.7mmとSpyglass DSの直径（3.3mm）より太いため、主乳頭まで到達可能であれば親子式経口胆道鏡が可能であった。大腸内視鏡を介した胆道鏡の操作性は良好であり、安全なEHL施行が可能であった。治療困難なRoux-en-Y再建術後総胆管結石症例において、大腸内視鏡が主乳頭まで到達可能であれば、本方法は有用な治療選択肢となり得ると考えられた。

60 経乳頭的胆管ドレナージにて胆管炎制御困難となった後、EUS-HGSにて長期制御可能となった悪性肝門部胆管閉塞の1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○奥田 裕文、村林 桃士、市川 彩子、河保 真由、松嶋 竜太郎、久田 拓央、天満 大志、林 智士、杉本 真也、大山田 純、亀井 昭

症例は84歳男性。発熱のため当院受診し、急性胆管炎の診断にて当科入院となった。2年2か月前に肝門部領域胆管癌の診断でBSCの方針となり、胆管ステント留置中であったが、直近半年間はステントを再留置しても1か月もたずにステント閉塞による急性胆管炎を繰り返す、頻回のERCPによる胆管ステント交換を要していた。経乳頭的胆管ドレナージでは胆管炎制御が困難と判断し、EUS-HGS施行の方針とした。胆管左右両枝にPSISにて留置された2本のUCSEMSの内腔を通して、右枝にFCSEMS（6×60 mm）、左枝にPS（8.5 Fr×9 cm）がSBSにて留置中であったが、まずはERCP下に胆管左枝のPSを抜去しENBDチューブ（6 Fr）に交換し、胆管炎の改善を図った（右枝のFCSEMSは温存）。ENBD後5日目にEUS-HGSを施行（FCSEMS [Hanaro FC benefit, 8×120 mm] をB3に留置）したところ、以後233日間は胆管炎や黄疸の再燃を来たせずに経過した。EUS-HGS後233日目にFCSEMS閉塞による急性胆管炎を発生し、HGSルートのステントをPS（Through & Pass Type IT, 7 Fr×14 cm）に交換し、さらにその21日後にPCSEMS（Spring stopper, 8×120 mm, 先端20 mmアンカバー）に交換した。以降はステント交換を要さず、EUS-HGS後596日（初診から3年10か月後）に原病死された。ERCP不成功の悪性胆管閉塞に対するEUS-HGSの有用性は既に明らかになっているが、ERCPで胆管炎制御困難な悪性肝門部胆管閉塞に対するEUS-HGSの有用性の報告は未だ十分とは言えない。本例では、ERCP下の経乳頭胆管ドレナージの際には頻回の胆管炎により頻回のERCPを要していたが、EUS-HGS施行後は233日間のTRBOと596日間の生存期間という長期制御を得た貴重な症例であり、ここに報告する。

65 腎細胞癌術後37年目に膀胱再発をきたした1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

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

腎細胞癌は転移性膀胱癌の原発巣としてよく報告されているが、手術後30年以上経過して再発する症例は非常に稀である。今回、手術37年後に腎細胞癌膀胱転移を来した症例を経験したので報告する。82歳女性。45歳時に腎細胞癌で左腎摘術を受けている。食思不振の精査目的に施行した腹部造影CTで膀胱腫瘍を指摘された。造影CTでは膀胱頭に動脈相で強く濃染される5mm大の孤発性多血性腫瘍を認めた。EUSでは境界明瞭な類円形の低エコー腫瘍が描出され、ソナゾイドを用いた造影EUSでは、30秒後から周囲脾実質より強く染影され、その後も造影効果が持続した。鑑別診断として膀胱神経内分泌腫瘍が挙げられたが、腎細胞癌の既往があり、その膀胱転移が疑われた。各種画像検査で膀胱以外の他臓器転移を認めなかったため亜全胃温存膀胱十二指腸切除術を施行した。病理所見では、CD10 (+)、Vimentin (+)、Synaptophysin (-)、Chromogranin A (-)、CD56 (-)であり、淡明細胞型腎細胞癌の膀胱転移と診断した。術後5ヵ月経過しているが、無再発経過観察中である。腎細胞癌は晩期再発を起こすことで知られているが、晩期再発の中でも術後30年以上経過して再発する症例は非常にまれである。本邦では術後39年目の膀胱転移症例を報告しているのが最も晩期の再発であり、自験例は2番目に遅い再発であると思われる。今回腎細胞癌手術37年後に膀胱転移で再発した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

67 脱落型膀胱管ステントが虫垂内迷入した一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

【症例】20歳代女性【既往歴】気管支喘息、パニック障害【内服歴】モンテルカスト、テオフィリン、プロカテロール塩酸塩吸入薬、リスベリドン、エスシタロプラムシュウ酸塩、クロキサザラム【病歴】X-2年11月、総胆管結石に対してERCPを施行し、EST、結石除去を行った。その際に膀胱管ガイドワイヤー法で施行したため、膀胱予防に自然脱落型膀胱管ステント(5Fr、5cm、Straight、片フラップ型)を留置した。翌月に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、腹痛等なく経過していた。X年7月、間欠的な右下腹部痛を主訴に受診された。体温36.6℃、血圧124/82mmHg、脈拍72/分、SpO2 98% (室内気)。右下腹部に限局した圧痛を認めた。血液検査は、WBC 8,010/ μ L、CRP 0.57mg/dL。CT検査では、虫垂は軽度腫大し、内部に筒状の高吸収構造物を認めた。この際、膀胱内にステントは認めなかった。虫垂内の構造物が膀胱管ステントと類似の形態であったことから、脱落した膀胱管ステントが虫垂内に入り込み虫垂内を穿通したと考えた。症状も強く、腹腔鏡下虫垂切除術を施行した。切除した虫垂内には膀胱管ステントを認め、ステントのフラップ端が虫垂先端に先進し迷入していた。病理検体では虫垂壁は全層性に肥厚し、慢性炎症を呈していた。手術後、症状は改善した。【考察】自然脱落型膀胱管ステントが虫垂内に入り込んだ一例を経験した。ステントの膀胱管内迷入の報告はあるが、虫垂へ迷入した報告はなく極めて稀である。ステントを留置した際には、その後の動態にも注意し経過観察する必要があると考えられる。

66 嚢胞変性を伴い、診断に苦慮した膀胱神経内分泌腫瘍の1切除例

大阪中央総合病院 外科

○辻 直哉、山本 雅人、中邑 信一郎、中村 俊太、瀬木 祐樹、小林 基之、谷口 健太郎、加藤 憲治、岩田 真、田端 正己

膀胱神経内分泌腫瘍(PNET)は膀胱腫瘍全体の1-2%と比較的まれな腫瘍である。PNETは血流が豊富であり、典型的には境界明瞭で類円形の多血性充実性腫瘍として描出されるが、嚢胞変性をきたし、嚢胞性腫瘍のような画像所見を呈することもある。今回われわれは、嚢胞変性を伴い、診断に苦慮した膀胱神経内分泌腫瘍の1切除例を経験したので報告する。【症例】71歳男性。交通外傷で当院に搬送された際に施行された単純CTで、膀胱部に低濃度腫瘍を指摘され、精査目的に当院消化器内科を紹介された。腫瘍マーカーはCEA 2.7ng/ml、CA19-9 3.0U/ml、DUPAN2 25.0U/mlといずれも正常範囲内であった。造影CTでは、膀胱部に動脈相で濃染し、平衡相でwash outされる径40mm大の腫瘍を認め、内部には造影不良域が混在し、嚢胞形成が示唆された。MRIでは、腫瘍内部はT1WIで低信号、T2WIで高信号を、辺縁部はDWIで高信号、ADC mapでは低信号を呈し拡散制限を示した。MRCPでは主尿管に拡張や狭窄はなく、腫瘍との連続性も認められなかった。EUSでは、境界明瞭な低エコー腫瘍で、内部に嚢胞と思われる不整形の無エコー領域が混在していた。ソナゾイド造影では辺縁部の低エコー部は早期に染影効果を示した。嚢胞壁が不整で厚く血流が豊富なことから、嚢胞変性をきたしたPNETを疑ったが、SPNあるいは腺房細胞腫瘍の可能性を考慮し、領域リンパ節郭清を伴う脾合併膀胱体尾部切除を施行した。摘出標本では、比較的境界明瞭な白色充実性腫瘍で、内部に出血および嚢胞形成を伴っていた。病理組織学的には、小型円形核を有する細胞が索状、島状に増殖しており、免疫染色ではCD56、クロモグロニン、シナプトフィジンが陽性であった。Ki-67 index 0.8%、核分裂像1/50HPFでありNET G1と診断された。術後経過は良好で、術後11日目に軽快退院した。

68 膀胱部デスマイド腫瘍の1例

社会医療法人 財団新和会 八千代病院

○宮地 達郎、白井 修、森島 大雅、近藤 重明、中田 真登

症例は63歳の女性で健診腹部超音波検査にて膀胱部に25mm大の腫瘍性病変を指摘された。造影DynamicCTでは膀胱部に30mm大の境界明瞭で内部不均一、一部に漸増性の造影効果を有する腫瘍性病変を認めた。MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像で辺縁が軽度高信号、中心部は低信号を呈し、拡散強調画像では辺縁に高信号を、中心部は低信号を呈し、中心部に壊死もしくは陳旧性出血の存在が示唆された。EUSでは腫瘍辺縁には低エコーな充実性部位を認め中心に無エコー領域を有する腫瘍性病変として描出され、充実性部分のカラーDプラでは血流シグナルは認めなかった。膀胱拡張は伴わなかった。鑑別としてsolid psuedopapillary tumorの嚢胞変性腫瘍や、退形成膀胱癌、腺房細胞癌などの特殊な膀胱癌が考えられ、悪性の否定が困難であり確定診断と治療のため外科切除の方針となった。術中所見にて胃腸潤が疑われたため、術式は腹腔鏡下膀胱体尾部切除術、胃部分切除術となった。病理学的組織検査では腫大核を持つ紡錘細胞が豊富な膠原繊維とともに錯綜上に増殖しており、 β -cateninが核に陽性を示したためデスマイド腫瘍と診断した。術後経過は良好で現在まで再発なく経過している。デスマイド腫瘍は組織学的には良性的線維増殖性腫瘍だが浸潤性発育や局所再発を示すことから臨床的には良悪性中間的軟部腫瘍に位置する腫瘍で腹腔内に発生するものは極めて稀である。発症原因は不明だが手術や外傷、妊娠、家族性大腸腺腫症が関連があるとの報告がある。本症例では心房細動に対するアブレーション術の既往があり家族性大腸腺腫症は認めなかった。術前の画像診断が困難で周囲組織浸潤をきたしている症例もあり、治療は外科切除が選択される事が多い。稀な疾患ではあるが膀胱の拡張を伴わない充実性腫瘍を認めた際にはデスマイド腫瘍も念頭におく必要があると考えられた。

69 経過中に出血を伴う嚢胞形成を来した自己免疫性膵炎の1例

¹春日井市民病院 消化器内科、²春日井市民病院 内視鏡センター
○竹市 絵里花¹、高田 博樹²、祖父江 聡¹、平田 慶和¹、
林 則之¹、池内 寛和²、安達 明央¹、山本 友輝¹、小林 由花¹、
田中 翔¹、相羽 礼佳¹、河村 逸外¹、原田 貴仁¹、山本 涼¹

【症例】85歳、男性【主訴】左側腹部痛【生活歴】飲酒：ビール350ml/日【経過】202X年4月頃から左側腹部の間欠痛あり近医受診し膵炎疑いにて当院紹介受診した。血液検査にてWBC 5700/μL、CRP 0.24mg/dL、AMY 588U/L、IgG定量1774mg/dL、IgG4/LA 299mg/dL、CEA 4.7ng/ml、CA19-9 16.3U/mlでありCTにて尾部を中心としたびまん性の膵腫大と膵尾部から膵臓に多発する嚢胞性病変を認めた。MRCPで膵尾部の主膵管狭細像が見られ、DWIにて膵尾部に拡散能低下を認めた。以上より自己免疫性膵炎（AIP）とそれに伴う嚢胞形成と診断した。腹痛症状が消退傾向であったためステロイド導入は行わず、外来にて経過観察とした。同年7月のCTにて膵臓内の嚢胞性病変は増大傾向であったが症状がなかったため経過観察とした。10月に急激に腹痛が悪化。CTにて膵尾部腹側に92×77mm大の内部に高吸収域を伴う新規嚢胞性病変と脾臓嚢胞の縮小、骨盤内には血性腹水と思われるやや高吸収域の液体貯留を認めた。血液検査ではWBC 8400/μL、CRP 23.82mg/dL、AMY391U/L、IgG定量1653mg/dL、IgG4/LA 281mg/dL、嚢胞内出血と診断し、入院の上PSL35 mg/日でステロイド導入による保存的加療を行った。入院後は速やかに症状改善しCRP低下したため14病日に退院とした。12月CTでは出血性嚢胞は消失しており、血液検査でも改善傾向であった。外来にてステロイド漸減行っていく予定であったが、ステロイド導入から3か月後に本疾患と関係ないと思われる突然の別エピソードにて永眠された。【考察】AIPに合併する膵炎性嚢胞は全体の約10-22%に発生し、原因の多くは可逆性の膵管閉塞、狭窄に伴う貯留嚢胞である。多くはステロイド治療で軽快するが投与が遅れた例や膵石の合併など膵管、膵実質に不可逆的な変化をきたした例では治療に抵抗性を示すことがある。ステロイド未施行でも自然寛解例が散見されるため本症例も当初はステロイド導入を行わず経過観察とした。結果として嚢胞の悪化と出血の合併を招いたがその後のステロイド治療が奏功した。ステロイド投与の適応を考える上で示唆に富む症例と考えたため若干の文献的考察を交えて報告する。

71 術前に浸潤性膵管癌と診断された mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の一切切除

藤田医科大学病院 総合消化器外科
○井上 誠司、高原 武志、三井 哲史、内田 雄一郎、小島 正之、
加藤 悠太郎、須田 康一

症例は73歳男性、人間ドックでCA19-9高値を認め、前医CT検査で膵頭部腫瘍を指摘された。当院の造影CT検査で膵頭部に36mm大の乏血性腫瘍を認めた。EUS-FNAを実施したところ腺癌の所見を認め、切除可能膵頭部癌（cT3N1M0 cStagellB）と診断した。当院では浸潤性膵管癌に対しては術前化学療法施行後に手術を行うことを基本としており、本症例でも術前化学療法mFOLFIRINOXを2コース施行したが、腫瘍縮小は得られなかった。化学療法2コース目投与4週後に亜全胃温存膵十二指腸切除術を施行した。術後病理学的所見では低分化型浸潤性膵管癌の非神経内分泌腫瘍成分と神経内分泌腫瘍成分（PanNET G1）が混在したmixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) という診断でypT3N0M0 ypStagellAであった。術後は概ね経良に経過し、術後28日目退院となった。手術後は再発予防的にTS-1による補助化学療法をPDACに準じて実施している。従来は浸潤性膵管癌に対しては手術先行のアプローチが標準的に実施されていたが、現在では術前化学療法が適応されることが多くなってきている。このような背景のもと、手術前の組織学的な評価の重要性は増しており、示唆に富む症例と思われるので文献的考察を踏まえて報告する。

70 超音波内視鏡下穿刺吸引術が診断に有用であった高齢発症の2型自己免疫性膵炎の1例

JA 愛知厚生連海南病院 消化器内科
○宮崎 聖大、渡邊 一正、國井 伸、石川 大介、橋詰 清孝、
坪内 達郎、加賀 充朗、越山 彩香、山田 訓也、上田 錠

【症例】70歳代女性。【主訴】腹痛【既往症】高血圧症、胃癌術後（B-I再建）、関節リウマチ【現病歴】腹痛を認め、近医受診。腹部エコーにて膵頭部に低エコー腫瘍を認めたため、精査加療目的に当院紹介受診となった。【経過】血液検査では血清アマラーゼ 1131U/L、膵アマラーゼ 79IU/L、IgG 1449mg/dL、IgG4 23.2mg/dL、CEA 6.9ng/mL、CA19-9 40U/mLであった。腹部造影CT検査では膵頭部と膵尾部に早期動脈相で低吸収、平衡相にかけて漸増性に造影される20mmの境界不明瞭な腫瘍を認めた。超音波内視鏡検査（EUS）では膵頭部と膵尾部に輪郭不明瞭な低エコー腫瘍を認め、内部は不均一で点状・線状高エコーがみられ、主膵管が腫瘍内を貫通している所見もあった。EUS所見から自己免疫性膵炎（AIP）が第一に考えられ、病理組織学的診断目的に超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）を施行した。病理所見では腺房に線維化があり主として好中球浸潤を認めた。IgG4陽性細胞は認めず、悪性所見はみられなかった。ERCPの膵管造影では主膵管は膵頭部でやや狭小化しており、膵尾部で不整狭細像を認めた。また、下部消化管内視鏡検査では炎症性腸疾患（IBD）を示唆する所見は認めなかった。国際コンセンサス診断基準（ICDC）に準拠すると、2型AIPが疑われた。治療はステロイドによる治療を行う方針とし、プレドニゾン30mg/dayより開始した。3ヶ月後の造影CT検査では腫瘍は消退しており、ステロイド治療は奏功し、2型AIPと確定した。現在もプレドニゾン5mg/dayで維持療法を行っている。【考察】2型AIPは1型AIPに比べ発症年齢が若く、IBDを合併し、血清学的異常所見に乏しい疾患である。本症例は、高齢であり、CT所見も異常も鑑別に挙がったが、EUS-FNAにて悪性腫瘍は否定的であったことから2型AIPが考えられた。2型AIPは膵癌との鑑別が困難となることが多く、EUS-FNAは悪性腫瘍を否定するという点で非常に有用である。【結語】EUS-FNAが診断に有用であった高齢発症の2型AIPを経験したため報告する。

72 COVID-19 感染症と同時期に発症した膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

静岡市立静岡病院
○明珍 剛志、小柳津 竜樹、川口 大貴、横山 翔平、正谷 一石、
八木 直人、菊池 恵介、有谷 実莉、上田 駿介、池田 正俊、
早川 諒祐、木村 領佑、鈴木 博貴、黒石 健吾、濱村 啓介、
高橋 好朗、田中 俊夫

【背景】膵十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の2%と稀な疾患であり、瘤の大きさと破裂の頻度は相関しない。今回はCOVID-19感染を契機に発見された膵十二指腸動脈瘤破裂に一例を経験したため報告する。【症例】40代男性。主訴は上腹部痛。夕食後の突然の上腹部痛あり、自宅で経過を見ていたが症状治まらないため翌日に近医を受診、息子がCOVID19陽性者であったためCOVID-19抗原検査を施行され陽性の診断。腹痛に関しては鎮痛薬を処方されたのみであった。その後も症状改善しないため夜間に当院救急外来を受診、造影CTにて膵周囲の血腫が見られ、肝表面、ダグラス窩まで出血が及んでいた。また、膵頭部アーケードが出血減と考えられたが、明らかな動脈瘤は認められず、また、COVID19感染急性期であり、臨床症状も重篤ではなかったため入院、保存的加療の方針とした。その後、徐々に貧血が進行したため、第7病日に造影CTを施行すると、膵背側に12×17mm大の動脈瘤を認めた。そのため、感染隔離解除前であったが第8病日に血管造影を行った。下膵十二指腸動脈に動脈瘤を認め病変に対し経カテーテル動脈塞栓術（TAE）を施行した。塞栓後の血管造影では動脈瘤は描出されなかったが、その後も貧血が続いていたため第18病日に再度TAEを施行。後下膵十二指腸動脈に対してコイル塞栓を施行した。2度目のTAE後は貧血見られず経過は良好であり、第23病日に退院となった。【考察】COVID-19感染症と腹部内臓動脈瘤との関連は報告されていない。今回は当初、COVID-19感染があり、状態も落ち着いていたため保存的治療を選択したが、入院中に再破裂を起こした。早期治療介入が難しい状況でもあったが、治療時期に関する判断の重要性を考えさせられた症例でもあった。

73 WONを合併した重症急性肺炎に対してEUS下ドレナージ及び経胃瘻の空腸瘻孔造設術が有用であった1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

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

【症例】47歳、男性【主訴】上腹部痛、嘔吐【既往】てんかん【嗜好】喫煙：10本/日、飲酒：焼酎500ml/日【病歴】20XX年10月18日より右上腹部痛と嘔吐を認め外来受診。血液検査で膵酵素上昇、腹部造影CTで膵腫大と周囲の液体貯留、膵体部の造影不良域を認め、重症急性肺炎と診断し入院となった。絶食、大量輸液、抗生剤にて治療を開始した。第2病日呼吸不全、乏尿、疼痛の悪化を認め、ICUに入室した。NPPV及びHFNCによる呼吸管理及び疼痛コントロールを行った。第10病日呼吸状態安定したため一般病棟へ退室した。その後も抗生剤を継続したが、炎症反応高値が持続したため、腹部CT再検すると、膵周囲の液体貯留が増大し、walled-off necrosis (WON)と診断した。第30病日WONに対して、Lumen-apposing metal stent (LAMS)によるEUS下ドレナージを施行した。第33病日より内視鏡的ネクロセクトミーを開始し、壊死物質の除去を行った。第39病日経鼻空腸チューブを留置し経腸栄養を開始したが、チューブの自己抜去が頻回であったため、第52病日経胃瘻の空腸瘻孔造設術(PEG-J)を施行しPEG-Jより経腸栄養を再開した。内視鏡的ネクロセクトミーを計9回行い、感染のコントロールが得られていることを確認し、第81病日PEG-Jを抜去した。その後経口摂取開始するも発熱なく経過し、第94病日自宅退院となった。【考察】WONを合併した重症急性肺炎に対して、EUSガイド下ドレナージ及び内視鏡的ネクロセクトミーを施行した1例である。本例では発症から4週間経過し完全に被包化された段階でLAMSを留置し、さらに内視鏡的ネクロセクトミーを施行することによりWON感染のコントロールを行うことが出来た。また重症急性肺炎においては早期の経腸栄養再開が重視されているが、経鼻空腸チューブの長期留置は患者の不快感も強く、自己抜去のリスクも高いため本例においてはPEG-Jを造設し経腸栄養を行った。EUS下ドレナージを行ったWON合併の肺炎患者においてPEG-Jを造設し早期の経腸栄養を開始することは肺炎治療において有用である可能性が考えられた。

75 肝転移が疑われた膵癌に対しConversion Surgeryを施行した1例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

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

【症例】50歳代女性【現病歴】黄疸、食思不振で前医を受診した。造影CT検査を施行し、膵頭部癌による閉塞性黄疸の診断で入院となった。ERCPを行い胆管ステントを留置し、治療的に当院へ紹介となった。【経過】血液検査ではCA19-9が124U/mLと上昇していた。多相造影CTでは膵頭部に20mm大の不整な低吸収腫瘍を認めた。腫瘍は動脈相から平衡相で漸増性に造影効果を示し、門脈相で周囲膵実質とほぼ等吸収となった。周囲血管への明らかな浸潤は認めなかった。また肝右葉後区域に5mm大のいずれの相でも肝実質よりも低吸収な病変を認めた。EUSでは膵頭部に長径30mmの輪郭明瞭、不整な低吸収腫瘍を認め、尾側膵管の拡張と膵実質の萎縮を認めた。EOB-MRIで肝S7の病変は動脈相での造影効果は不明瞭であったが肝細胞相で低信号となり、DWIでは淡い高信号であった。微小膿瘍との鑑別が問題となったが、各種画像所見より肝転移を疑い、本人・家族の同意を得てFOLFIRINOXによる化学療法を開始した。7コース施行したところで原発巣は縮小し肝転移巣は不明瞭化、CA19-9も正常化した。その後12コースを追加し原発巣は縮小を維持し新たな転移巣は認めなかった。造影USも行ったが肝S7に転移を疑う腫瘍は指摘できなかった。消化器外科と協議し、Conversion Surgery (CS)として、亜全胃温存膵頭十二指腸切除を行った。病理結果はmoderately differentiated tubular adenocarcinoma, ly2, v1, ne1, mpd0で上腸管静脈への浸潤を認めた。治療効果判定はGrade 1aだった。術後化学療法を行い、14ヶ月経過し無再発で観察中である。【考察】近年、切除不能膵癌に対しCSを行った報告があるが多くは局所進行膵癌である。今回我々は肝転移が疑われたが化学療法後に切除し長期生存が得られた1例を経験したため報告する。

74 多発消化管瘻を伴った感染性WON (walled-off necrosis) に対し内視鏡治療が奏功した一例

聖隷浜松病院 消化器内科

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

【症例】76歳女性【主訴】倦怠感、食思不振【既往歴】なし【内服薬】なし【病歴】10日より倦怠感、食思不振、腰背部痛を自覚し近医を受診した。血液検査で炎症反応上昇を認め当院に紹介、入院となった。体温37.0℃、腹部全体に圧痛あり。血液検査ではWBC 22,440/μL、CRP 29.7mg/dL、Amy 45U/L。造影CTでは膵周囲に20cm大の境界明瞭な被包化膿瘍を認めた。膿瘍内にはガス像も認められたが、消化管瘻は不明瞭であった。膵実質に急性期の炎症所見は認めなかった。急性膵炎後、感染性WONの状態と診断した。抗菌療法を開始したが改善が乏しく、第7病日に超音波内視鏡下経消化管的ドレナージを施行し、経胃的にHot AXIOSTM (Boston Scientific社)を留置した。その後も改善が乏しく、第19病日より内視鏡的ネクロセクトミーを施行した。WON内には多量の壊死物質、白濁した胆汁を認めた。治療とともにWON内からの造影で横行結腸脾彎曲部に瘻孔を認め、WON内部からも視認できるようになった。結腸瘻が感染の悪化要因と考え入り肛門造設術も検討したが、侵襲性も考慮し第32病日にOTSC (Over-the-scope-clip)を用いて内視鏡的瘻孔閉鎖を行った。X線透視下に上、下部内視鏡を挿入し、WON内腔、結腸側の双方から瘻孔を確認し、ガイドワイヤー補助下に結腸側から瘻孔閉鎖を行った。また、十二指腸水平部、下行部にも瘻孔を認めたが感染への影響は少ないと判断し経過観察とした。計6回のネクロセクトミー、結腸瘻閉鎖により感染は改善し、WONも縮小した。第54病日にHot AXIOSTMは抜去し、第57病日退院となった。退院54日後のCTでは、WONはさらに縮小し不明瞭となり感染の再燃なく改善した。【考察】多発消化管瘻を伴った感染性WONの一例を経験した。特に、結腸瘻が感染の悪化要因となっていたが、OTSCでの瘻孔閉鎖が奏功し治療に有用であった。また、十二指腸瘻も認められたが感染への影響は少なく経過観察可能であった。消化管瘻合併のWONは予後不良であり外科治療も検討されるが、内視鏡治療の工夫によって、より侵襲性に治療が可能であった。

76 Conversion surgeryを含む集学的治療により長期生存を得た膵癌肝転移の一例

社会医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科

○齋藤 和輝、西川 貴広、柴田 萌、堀 諒、胡 磊明、青木 亮磨、杉原 実、田島 万莉、白水 将憲、早川 真也、柳澤 直宏、柳瀬 成希、榊原 聡介、名倉 明日香、野々垣 浩二

【症例】57歳、男性【既往歴】糖尿病、脂質異常症【主訴】心窩部痛【現病歴】X年4月に食後の心窩部痛を自覚した。X年5月に心窩部痛の精査目的に施行した腹部超音波検査で肝腫瘍を指摘された。腹部造影CTでは、膵尾部に12mm大の不整な乏血性腫瘍と肝S4/8に30mm大の辺縁に造影効果を伴う不整形腫瘍を認めた。CA19-9は60678.0U/mLと著明に高値であった。超音波内視鏡下穿刺吸引法を施行し膵癌と診断した。肝転移を伴い、臨床病期はStageIVであり、切除不能膵癌として化学療法の方針とした。X年6月より、FOLFIRINOX療法を開始した。11コース目に手指の末梢神経障害Grade2を認め、12コース目からオキサリプラチンを1段階減量した。また、13コース目を施行後に好中球減少Grade3を認めたため、14コース目からイリノテカン塩酸水和物を1段階減量し、急速静注のフルオロウラシルを中止した。X+1年9月に26コースまで施行したところで、造影CTにて肝転移の消失と膵腫瘍の軽度縮小を確認し、PRと判定した。また、CA19-9は168.2U/mLまで低下を認めた。外科と協議し、Conversion Surgery可能と判断し、X+1年9月30日に脾体尾部切除術を施行した。病理学的進行度分類はpT3 pN0 M0 pStageIIAであった。X+1年11月、CA19-9は13.7U/mLと陰性化した。術後補助化学療法としてS-1療法を6コース施行し、X+2年8月に化学療法を終了した。術後65ヶ月が経過したX+7年3月現在も無再発である。膵癌は予後不良の疾患として知られており、FOLFIRINOX療法を施行した遠隔転移を有する膵癌の患者の生存期間中央値は11.1ヶ月とされる。本症例においては化学療法による副作用の出現が比較的低く、適宜減量することで長期に継続できたことがConversion Surgeryおよび長期生存を得た要因の一つであると考えられる。肝転移を有する膵癌に対してConversion Surgeryを施行し、長期生存を得ている症例は稀なため報告する。

77 造影 CT で診断し病理解剖で確定した慢性腸間膜動脈虚血の1例

名古屋共立病院 消化器内科
○栗本 拓也

【症例】83歳、女性
【主訴】繰り返す食後の腹痛・下痢
【既往歴】末期腎不全（血液透析）、2型糖尿病、狭心症、下肢閉塞性動脈硬化症
【現病歴】食後に頻発する腹痛や下痢が1年以上続き、食欲が低下し体重が減少した。他院で下部消化管内視鏡や小腸カプセル内視鏡を実施されたが原因は特定されなかった。その後も症状は改善せず、衰弱により歩行困難となったため当院に入院した。
【入院後経過】造影CTで、上腸間膜動脈の起始部に高度の石灰化や狭窄を確認した。食後に頻発する症状を繰り返してきた経過と合わせて慢性腸間膜動脈虚血（CMI）と診断し、血管内治療としてステント留置術を予定した。
ところが治療までの待機期間中に黒褐色物を嘔吐し、約30分で心肺停止状態となった。急性腸管虚血を合併したと判断し心肺蘇生術をおこなったが、意識は回復せずショック状態が続いたまま11日後に死亡した。
翌日、患者家族の希望により病理解剖を実施した。上腸間膜動脈の起始部は動脈硬化による狭窄が強く、肉眼でも判別が可能な血管内血栓物を認めた。下腸間膜動脈も狭窄していたが、腹腔動脈には同様の所見はなかった。小腸は広範囲でうっ血や腸管壁の菲薄化を認め、大腸は複数個所で穿孔していた。以上より、CMIを背景とした急性腸間膜動脈閉塞の診断が病理学的にも確定した。
【考察】CMIに特徴とされる食後の腹痛や体重減少・下痢が続いていたが、診断までには1年以上の時間を要した。病態の本質と言える動脈の狭窄は、造影CTで指摘され病理解剖で確認された。また栄養血管の支配域に一致した小腸や大腸の虚血・壊死性変化も確認した。
【結果】血液透析患者に生じた慢性腸間膜動脈虚血の1例を経験した。

79 腹腔内原発神経内分泌腫瘍と鑑別を要した paraganglioma の1例

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

【症例】70歳代男性。【現病歴】2021年8月健診での胸部レントゲン異常にて当院を受診した。精査にて施行した胸部CTで、偶発的に腹腔動脈左側の腫瘍性病変を指摘され当科紹介受診となった。再検した腹部造影CTでは腹腔動脈左側に境界明瞭で分葉状の37mm大の腫瘍性病変を認めた。腹部USでは、36mm大の充実性高エコー腫瘍として描出された。消化管検査では、粗大病変は認めなかった。EUSでは、膵臓背側に輪郭明瞭かつ概ね整な長径30mm大の腫瘍性病変を認めた。内部は比較的均一で、高エコーに観察された。カラードブラ法では腫瘍内部に豊富な血流シグナルを認めた。ソナゾイド造影では早期より火の玉様に造影し、1分後にも造影の低下は認めなかった。以上の所見から腹腔内原発神経内分泌腫瘍（NET）を疑った。多血性であり出血のリスクを考慮しEUS-FNAは施行しなかった。非切除因子はなく、12月6日に後腹膜腫瘍切除術を実施した。【考察】PGは豊富な血管間質を有するため多血性を有し、膨張性に発育・増大するに伴い内部に出血・壊死による嚢胞性変化を伴うなどの特徴を有する。またNETも血流豊富な腫瘍であり、嚢胞変性を認めるため、画像検査上両者の鑑別は困難であることが多い。腹腔内腫瘍に対してのEUS-FNAは、多血性腫瘍の場合は出血のリスクが高く、機能性PGであった場合には術中異常高血圧などの周術期管理が必要となるため、適応は慎重に検討する必要がある。PGの発生部位としては、後腹膜の傍大動脈領域が最多であり、本症例でもPGの好発部位であったにもかかわらず、術前に鑑別として挙げられなかったことは反省すべき点と考えられる。【結語】腹腔内原発NETと鑑別を要したPGの1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

78 (演題取り下げ)

80 腸管子宮内膜症の10切除例

¹浜松医科大学 医学部 外科学第二講座、
²浜松医科大学 医学部 外科学第一講座、
³浜松医科大学 医学部 周術期等生活機能支援学講座、
⁴磐田市立総合病院 消化器外科
○白井 佑希¹、赤井 俊也¹、立田 協太¹、杉山 洸裕¹、鈴木 克徳¹、鳥居 翔²、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、深澤 貴子⁴、倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

【はじめに】腸管子宮内膜症は、子宮内膜組織が逆行性に腹腔内に散布され、腸管壁に着床、浸潤、増殖し、腸管狭窄や出血をきたす良性疾患である。高度狭窄は不可逆的な病態であると考えられ、手術適応となる。性成熟期女性に多い疾患であるため、本疾患の臨床像を十分理解し、手術に際してはより整容性および妊孕性への配慮が求められる。【目的】当科における腸管子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術手技の実験を供覧し、短期治療成績の検討を行う。【対象】2017年1月から2022年2月までの期間に当科で腸管子宮内膜症に対し外科的切除を施行した10例。【結果】平均年齢は41歳（34-48歳）で8例が未経妊であった。受診契機は、血便3例、腹痛3例および嘔吐4例であった。病変部位は、回腸4例、S状結腸3例、直腸2例、虫垂1例であった。術前に生検を施行した6例全例で確定診断は得られなかった。腹腔鏡下手術は8例で選択し、1例で凍結骨盤を認めたが、全例開腹移行なく腹腔鏡下手術を完遂しえた。術後在院日数の中央値は9日（5-22日）、術後合併症は2例（腹腔内膿瘍（Grade2）、下痢（Grade1））に認められた。術後偽閉経療法を行った4例全例で腸管子宮内膜症の再発は認められていない（観察期間中央値：17カ月（1-60カ月））。【考察】腸管子宮内膜症は全子宮内膜症の14%を占める比較的頻度の高い疾患であり、子宮・付属器との位置関係から直腸およびS状結腸に好発する（74%）。腸閉塞例やその他有症状の挙児希望例は手術適応となる。近年、腹腔鏡手術は開腹手術に比し、拡大視効果による骨盤内臓器の温存や低侵襲による整容性、手術に伴う癒着軽減による妊孕性の温存に優れている点が報告されている。【結語】腸管子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術は、視認性の良さから安全な手術遂行が可能であり、また、整容面や妊孕性温存に優れた有用な術式である。