

日本消化器病学会東海支部第137回例会

第 48 回 教 育 講 演 会

プ ロ グ ラ ム 抄 録 集

令和4年度（2022年度）

（附 第126回市民公開講座プログラム）



2022年（令和4年）11月5日（土） アクトシティ浜松コンgresセンター

会長 竹内裕也（浜松医科大学 外科学第二講座）

日本消化器病学会東海支部第137回例会

第 48 回 教 育 講 演 会

プログラム抄録集

会 長 竹内裕也（浜松医科大学 外科学第二講座）

日 時 2022年11月 5 日（土） 午前 9 時より

会 場 アクトシティ浜松コンgresセンター
〒430-7790 浜松市中区板屋町111-1
TEL (053) 451-1111

参加受付	4 F	ロビー
演者座長受付	4 F	ロビー
第 1 会場	4 F	41会議室
第 2 会場	3 F	31会議室
第 3 会場	5 F	52+53+54会議室
第 4 会場	4 F	43会議室
第 5 会場	2 F	21会議室
幹事会	2 F	22会議室

（附 第126回市民公開講座プログラム）

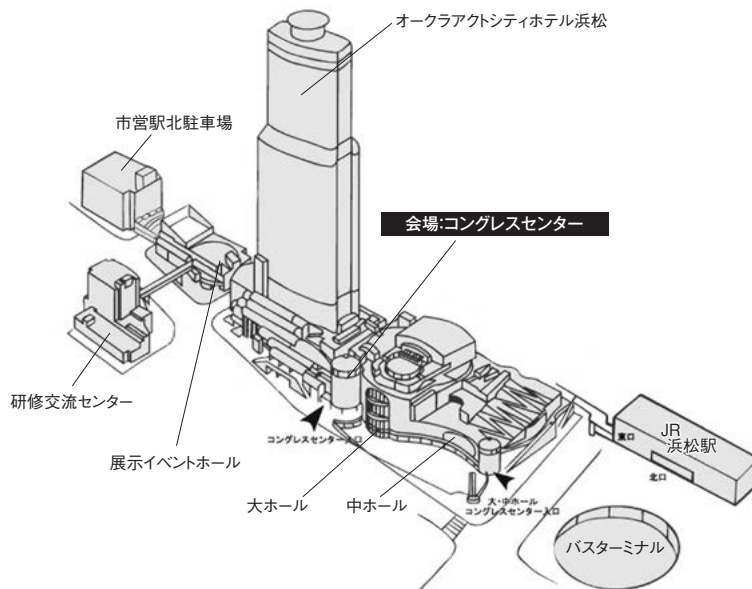
2022年11月 6 日（日）

アクトシティ浜松コンgresセンター

プログラム目次

交通のご案内	1
会場のご案内	2
プログラム・会場早見表	3
お知らせ・お願い	4
発表要領	6
シンポジウム・共催セミナーのご案内	7
第24回専門医セミナーのご案内	9
第48回教育講演会のご案内	10
第126回市民公開講座のご案内	11
第48回教育講演会プログラム	15
第48回教育講演会抄録	16
シンポジウムプログラム	26
シンポジウム抄録	30
一般演題プログラム	40
一般演題抄録	66
協賛企業一覧・広告	93

交通のご案内



車をご利用の場合

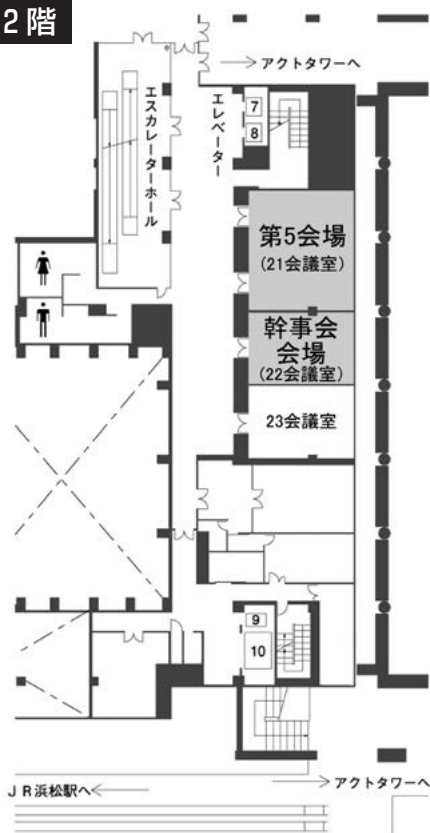
東名高速浜松インターもしくは浜松西インターより約30分。

鉄道をご利用の場合

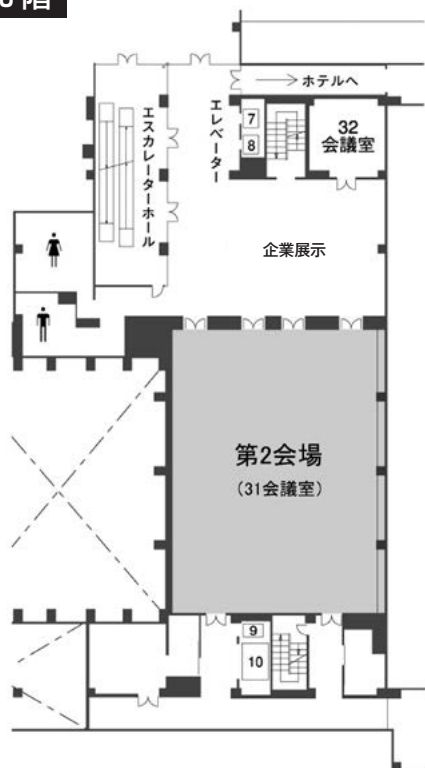
JR 浜松駅より徒歩5分。（東京、大阪より新幹線ひかり号で約1時間30分、こだま号で約2時間
名古屋より新幹線ひかり号で約35分、こだま号で約50分）

会場のご案内

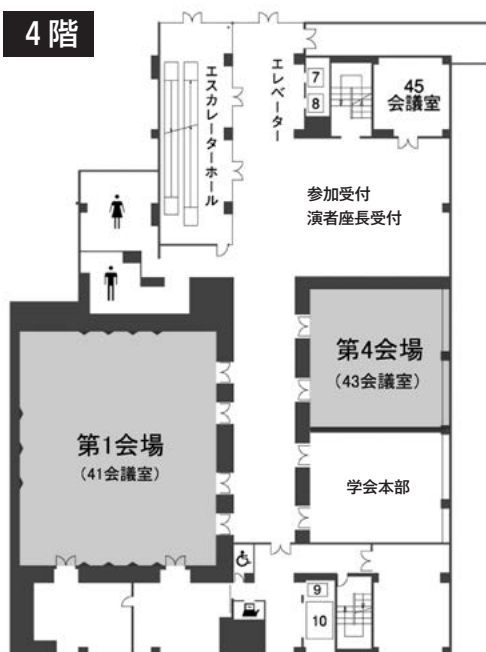
2階



3階



4階



5階



プログラム&会場早見表

	第1会場 4 F 41会議室	第2会場 3 F 31会議室	第3会場 5 F 52+53+54会議室	第4会場 4 F 43会議室	第5会場 2 F 21会議室	幹事会会場 2 F 22会議室
	受付					
09:00	開会の辞					
09:30	09:00-10:00 教育講演① 【胆膵】 講師：川田一仁 司会：川嶋啓揮	09:00-11:30 シンポジウム② 『肝胆膵疾患 診断・治療の 最近の進歩』 司会：森田剛文 川口真矢	09:00-09:35 大腸 1	09:00-09:28 胃・十二指腸 1	09:00-09:49 食道	
10:00			09:35-10:03 大腸 2	09:28-10:03 胃・十二指腸 2		
10:30	10:00-11:00 教育講演② 【肝臓】 講師：高原武志 司会：鈴木昌八		10:03-10:31 大腸 3	10:03-10:31 胃・十二指腸 3	09:49-10:17 小腸 1	
11:00			10:31-10:59 大腸 4	10:31-11:06 胃・十二指腸 4	10:17-10:45 小腸 2	幹事会 10:30-11:30
11:30				11:06-11:34 胃・十二指腸 5	10:45-11:27 その他 1	
12:00	11:30-12:30 専門医セミナー		11:30-12:30 スポンサードセミナー① 講師：中村正直 司会：杉本 健 共催：アッヴィ(株)		11:27-12:02 その他 2	
12:30						
13:00	12:40-13:40 評議員会	12:40-13:40 ランチョンセミナー① 講師：掛地吉弘 司会：菊池寛利 共催：(株)ツムラ	12:40-13:40 ランチョンセミナー② 講師：山本隆行 司会：大澤 恵 共催：ギリアドサイエンス(株) EA ファーマ(株)			
13:30						
14:00		13:50-14:50 アフタヌーンセミナー① 講師：松浦健太郎 岩本英希 司会：川田一仁 共催：エーザイ(株)	13:50-14:50 アフタヌーンセミナー② 講師：山下真幸 司会：倉地清隆 共催：武田薬品工業(株)			
14:30				14:20-15:02 肝 1	14:20-14:55 膵1	
15:00						
15:30	15:00-16:00 教育講演③ 【下部消化管】 講師：杉本 健 司会：中村正直	15:00-17:00 シンポジウム① 『消化管疾患 診断・治療の 最近の進歩』 司会：深澤貴子 田村 智	15:00-16:00 スポンサードセミナー② 講師：川上武志 司会：竹内裕也 共催：小野薬品工業(株) フリストルマイヤーズスクイブ(株)	15:02-15:44 肝 2	14:55-15:30 膵 2	
16:00				15:44-16:19 胆 1	15:30-15:58 膵 3	
16:30	16:00-17:00 教育講演④ 【上部消化管】 講師：芳澤 社 司会：春日井邦夫			16:19-16:47 胆 2	15:58-16:26 膵 4	
17:00					16:26-16:54 膵 5	
	閉会の辞					

お知らせ・お願い

■ご参加の皆様へ

※本会は会場での現地開催となります。配信はございません。

※新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、下記にご協力をお願いいたします。

- ・会場では、マスク着用、手指消毒をお願いいたします。
- ・37.5℃以上の発熱や体調不良がある場合は来場をお控えください。
- ・参加登録の際は検温をしていただき、「健康チェックシート」へご記入のうえ受付へご提出ください。
- ・ランチョンセミナーや評議員会での飲食時は、前方を向いての黙食をお願いいたします。
- ・会場を出た後で不調を感じられた方は、事務局までご連絡ください。

※接触を減らすためクロークはご用意いたしません。予めご了承ください。

※会場内に託児所は設置いたしません、近隣に託児施設がございます。

Web サイトにて詳細を確認のうえ、ご利用の際は直接施設へお申し込みください。

市外、県外の方もご利用可能です。費用は個人負担となりますのでご了承ください。

◎浜松こども館 託児室（ザザシティ浜松中央館内）

<https://kodomokan.entetsuassist-dms.com/takuji/>

TEL 053-450-9111

■支部例会のご案内

参加費：1,000円（受付 8：30～）

参加費と引換えにネームカード（参加証明書 兼 領収証）と抄録集をお渡しいたします。

専門医更新単位は5単位です。

■教育講演会のご案内

参加費：1,000円（午前のみ、午後のみ参加でも一律1,000円）

参加費と引換えにネームカード（兼 領収証）をお渡しいたします。

※教育講演会のみ参加は不可、支部例会の参加登録が必須

※受付時にお渡しするネームカードは参加証ではありません。

参加証は午前・午後に分けて所定の時間帯に会場前にて配布いたします。

専門医更新単位は午前9単位、午後9単位です。

参加証は、講演を聴講かつ、講演毎に出題されるセルフトレーニング問題へ回答された方へ
午前の部・午後の部のそれぞれ終了後に発行いたします。

■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須）

参加をされる場合は直接講演会場へお越しください。

参加証は専門医セミナー開催時間帯に会場前にて配布いたします。

■評議員会のご案内

日時：令和4年11月5日（土）12：40～13：40

会場：41会議室（第1会場）

※ご昼食をご用意いたします。

■演者・座長へのご案内

演者座長受付・PC 受付 … コンgressセンター 4F ロビー

《シンポジウム司会・一般演題座長の先生方へ》

ご担当セッションの開始20分前までに「演者座長受付」へお立ち寄りください。

いずれの会場も時間厳守とし、プログラム通りの進行にご協力ください。

《シンポジウム演者・一般演題演者の先生方へ》

シンポジウム①（消化管） 口演 6 分 質疑応答 3 分 総合討論なし

シンポジウム②（肝胆脾） 口演 6 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

※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。

発表セッション開始30分前迄に「演者座長受付」へ立ち寄り、ご到着をお知らせ頂いたうえで、データ受付を行ってください。

■単位登録についてのご案内

専門医更新単位は学会ホームページよりご登録いただく方式となります。

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されている番号（15桁）にて各自登録をお願いいたします。
（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

■ご発表について

*現地会場でのコンピュータープレゼンテーションのみといたします。

オンライン発表には対応しておりません。

演台に備え付けのマウス等にて発表者ご自身にて進めてください。

*発表データの受付は、原則として USB フラッシュメモリといたします。

動画ファイルがある場合は、バックアップとして動画ファイルの入った PC をご持参ください。

■発表用データ作成上の留意点

《USB メモリーまたは CD-R でのデータ持ち込みによるご発表》

1. 事務局にて用意する PC は Windows、プレゼンテーションソフトは Power Point です。
2. メディアを持ち込む場合は、Windows 版 Power Point で作成されたデータのみといたします（Power Point に標準で搭載されているフォントをご使用ください）。
3. Mac のデータは Windows 上で位置のずれや文字化けなどの不具合が生じることが多いため、本体持ち込みを推奨いたします。各自 Windows 上での作動確認と、Windows 用にデータ変換を行った上でのご用意をお願いいたします。
4. 他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は、必ず元のデータも一緒に保存していただき、作成に使用した PC 以外の Windows PC にて事前に動作確認をお願いいたします。
5. 液晶プロジェクターの出力解像度は、フル HD (1920×1080、16: 9) に対応しております。
6. 音声出力は使用できません。
7. 発表者ツールはご使用になれません。

《PC または iPad などの持ち込みによるご発表》

1. 必ず付属の AC アダプターをご用意ください。
2. 液晶プロジェクターとの接続は、事務局では HDMI ケーブルをご用意いたします。
事前に持ち込まれるデバイスを確認のうえ、変換アダプターが必要な場合は、必ずご自身にてご用意ください。
3. 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないように、事前に設定のご確認をお願いいたします。
4. 音声出力は使用できません。
5. 発表者ツールはご使用になれません。

《その他留意事項》

1. データを保存する前に必ずウイルスチェックを行ってください。
2. 発表セッション開始30分前迄に「演者座長受付」へ立ち寄り、データ受付を済ませてください（可能な限り早めに受付にお越しください）。
3. 申告すべき COI 状態の有無にかかわらず、発表スライドの最初（またはタイトルスライドの次）に COI 状態の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 『消化管疾患診断・治療の最近の進歩』

会 場：第2会場

時 間：15：00～17：00

司 会：磐田市立総合病院 消化器外科
浜松医科大学 内科学第一講座

深澤 貴子
田村 智

シンポジウム 2 『肝胆膵疾患診断・治療の最近の進歩』

会 場：第2会場

時 間：9：00～11：30

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座
静岡県立総合病院 消化器内科

森田 剛文
川口 真矢

ランチョンセミナー 1

会 場：第2会場

時 間：12：40～13：40

『集学的治療における漢方薬の役割』

講 師：神戸大学大学院医学研究科 外科学講座食道胃腸外科学分野 掛地 吉弘

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座 菊池 寛利

共 催：株式会社ツムラ

ランチョンセミナー 2

会 場：第3会場

時 間：12：40～13：40

『新しい時代を迎えた IBD 診療—ジセレカの有効性・安全性データを含めて—』

講 師：四日市羽津医療センター IBD センター 山本 隆行

司 会：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部 大澤 恵

共 催：ギリアド・サイエンシズ株式会社／EA ファーマ株式会社

アフタヌーンセミナー 1

会 場：第 2 会場

時 間：13：50～14：50

『切除不能肝細胞癌の治療戦略と LEN-TACE sequential 治療の可能性』

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 松浦健太郎

『レンバチニブ、長期内服の鍵』

講 師：久留米大学医学部 内科学講座消化器内科部門、医療法人 岩本内科医院

岩本 英希

司 会：浜松医科大学 内科学第二講座

川田 一仁

共 催：エーザイ株式会社

アフタヌーンセミナー 2

会 場：第 3 会場

時 間：13：50～14：50

『胃腸・肛門科専門病院の内科医としての IBD 診療～クローン病を中心に～』

講 師：松田病院 IBD センター

山下 真幸

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座

倉地 清隆

共 催：武田薬品工業株式会社

スポンサードセミナー 1

会 場：第 3 会場

時 間：11：30～12：30

『炎症性腸疾患治療のさらなる新展開～これからの難治例治療はどうなるか？～』

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：浜松医科大学 内科学第一講座

杉本 健

共 催：アッヴィ合同株式会社

スポンサードセミナー 2

会 場：第 3 会場

時 間：15：00～16：00

『ニボルマブ承認で変わる胃癌 1 次治療のプラクティス』

講 師：静岡県立静岡がんセンター 消化器内科

川上 武志

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座

竹内 裕也

共 催：小野薬品工業株式会社

ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

第24回専門医セミナーのご案内

会 場：第1会場

時 間：11：30～12：30

テ ー マ：「StageIV 胃癌に対する治療戦略」

座 長：浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座

症例提示：浜松医科大学 外科学第二講座

討 論 者：浜松医科大学 内科学第一講座

磐田市立総合病院 消化器外科

静岡県立総合病院 腫瘍内科

平松 良浩

松本 知拓

山出美穂子

松本 圭五

多久 佳成

第48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 『免疫機構の破綻と胆道疾患』

講師：浜松医科大学 内科学第二講座

川田 一仁

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 『肝臓領域での低侵襲アプローチの現状』

講師：藤田医科大学 総合消化器外科

高原 武志

司会：磐田市立総合病院 消化器外科

鈴木 昌八

教育講演3 『潰瘍性大腸炎診療の up to date』

講師：浜松医科大学 内科学第一講座

杉本 健

司会：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 『早期胃癌の内視鏡診断と治療』

講師：聖隷浜松病院 消化器内科・内視鏡センター

芳澤 社

司会：愛知医科大学 消化管内科

春日井邦夫

第126回市民公開講座のご案内

日 時：2022年11月6日（日） 13：00～15：00

会 場：アクトシティ浜松コンgresセンター 3階 31会議室

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座

竹内 裕也

おなかの病気の最新治療

上部消化管

講師：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部

大澤 恵

下部消化管

講師：聖隷浜松病院 消化器内科

細田 佳佐

肝胆膵

講師：浜松医科大学 外科学第二講座

森田 剛文

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48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
『免疫機構の破綻と胆道疾患』

川嶋 啓揮

講師：浜松医科大学 内科学第二講座

川田 一仁

教育講演 2 10:00-11:00

司会：磐田市立総合病院 消化器外科
『肝臓領域での低侵襲アプローチの現状』

鈴木 昌八

講師：藤田医科大学 総合消化器外科

高原 武志

教育講演 3 15:00-16:00

司会：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科
『潰瘍性大腸炎診療の up to date』

中村 正直

講師：浜松医科大学 内科学第一講座

杉本 健

教育講演 4 16:00-17:00

司会：愛知医科大学 消化管内科
『早期胃癌の内視鏡診断と治療』

春日井邦夫

講師：聖隷浜松病院 消化器内科・内視鏡センター

芳澤 社

1) 免疫機構の破綻と胆道疾患

浜松医科大学 内科学第二講座 肝臓内科 川田 一仁

肝臓は門脈血を介して食物関連や腸内細菌、エンドトキシンなど多様な外来抗原に暴露されている。また脾臓からの炎症性サイトカインやリンパ球による影響も受けている。一方で、クッパー細胞や類洞内皮細胞など肝非実質細胞により、過剰な抗原刺激に対する免疫寛容機構を有している。

胆管は末梢から順に、毛細胆管、ヘリング管、細胆管、小葉間胆管、隔壁胆管、肝内胆管、肝管、総胆管となり十二指腸に開口する。この胆道を構成する胆管上皮細胞には Toll 様受容体や MHC class I などの自然免疫、獲得免疫其々に関連する分子が発現しており、胆管独自の免疫機構が形成されている。特に免疫寛容に寄与する肝非実質細胞が存在しない門脈域の小型胆管は免疫応答が惹起されやすい環境にある。また、胆管上皮細胞は常に胆汁中の疎水性胆汁酸による刺激や傷害を強く受けている。さらに、胃液や十二指腸液の逆流やうっ滞による胆汁の dysbiosis が影響することがある。このように胆管上皮細胞は常に様々な免疫機構の破綻をきたす要因に曝されており、これらを契機に胆管炎が容易に発症する。さらに周囲の肝細胞まで炎症が及ぶことで、肝細胞障害から肝線維化まで誘導される危険性がある。

古くから自己免疫機構の破綻が原因の胆道疾患として原発性胆汁性胆管炎 (PBC) と原発性硬化性胆管炎 (PSC) が知られている。PBC は抗ミトコンドリア抗体の発現と隔壁胆管から抹消の小型胆管の慢性非化膿性破壊性胆管炎を特徴とする疾患である。PSC は炎症性腸疾患の合併率が高く、肝内胆管より下流の大型胆管にびまん性の狭窄と壁肥厚を来す。一方で近年、免疫機構の破綻により PSC と類似の胆管像を呈する IgG 4 関連硬化性胆管炎 (IgG4-SC) と免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) 関連硬化性胆管炎 (irSC) が注目されている。IgG4-SC は IgG 4 関連疾患の胆管病変であり、血中 IgG 4 値の上昇、胆管への IgG 4 陽性形質細胞とリンパ球の浸潤と線維化、閉塞性静脈炎を認める。また、ICI による免疫関連有害事象の胆管病変である irSC も ICI 使用頻度の増加に伴って症例数が増加しており、詳細な病態が徐々に解明されてきている。

本教育講演では、免疫機構の破綻が原因で発症する代表的な胆道疾患である PBC、PSC、IgG4-SC、irSC について最近の知見を中心に解説する。

略 歴

1999年 3 月 浜松医科大学医学部医学科 卒業
1999年 4 月 浜松医科大学 内科学第二講座 研修医
2000年 6 月 富士宮市立病院 内科 研修医
2001年 6 月 浜松医療センター 消化器内科 専攻医
2005年 4 月 浜松医科大学大学院医学系博士課程
2009年 4 月 浜松医科大学 内科学第二講座 医員
2010年11月 University of California at Davis School of Medicine Postdoctoral fellow
2013年 5 月 浜松医科大学 内科学第二講座 助教
2018年 8 月 浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科 診療科長
2022年 4 月 浜松医科大学 内科学第二講座 講師

現在に至る。

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）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医）
日本肝臓学会（専門医、指導医、学会評議員）
日本胆道学会（指導医）
日本膵臓学会
American Association for the Study of Liver Diseases（AASLD）
厚生労働科学研究費補助金 難治性疾患政策研究事業「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班 研究協力者

2) 肝臓領域での低侵襲アプローチの現状

藤田医科大学 総合消化器外科 高原 武志

肝胆膵領域においても、昨今消化管領域と同様に、腹腔鏡アプローチやロボット支援下アプローチが様々な術式で安全に導入され、従来の開腹でのアプローチと比べて、短期成績の優越性だけでなく、腫瘍学的に長期成績の非劣性が報告されつつある。特に、肝臓領域では、本年度より、胆道再建・血行再建を伴わないあらゆる術式に対してロボット支援下肝切除が保険収載され、また生体肝移植のドナー肝切除においても、外側区域グラフト採取に対して腹腔鏡下ドナー肝切除が保険収載されることとなった。

1) 腹腔鏡下肝切除

現在まで腹腔鏡下肝切除に対する国際コンセンサス会議は2回開催され、岩手県盛岡市で開催された第2回腹腔鏡下肝切除術国際コンセンサス会議(2014、10月)では、その時点までのエビデンスに基づく推奨が発表され、Delphi法を取り入れて腹腔鏡下肝切除の方向性が示された。気腹下では肝静脈の小穴からの出血はその気腹圧によって軽減され、つまり肝静脈を離断面のランドマークとする解剖学的肝切除において腹腔鏡下肝切除の妥当性が報告されている。また、従来開腹肝切除では大きな術創でしか得られない肝臓背側・尾側からの視野を、腹腔鏡肝切除では容易に得られるメリットがある。ICG 蛍光法や様々な最新手術器具の開発により、さらに合理的で汎用性の高い肝切除のアプローチ法になる可能性がある。

2) ロボット支援下肝切除

国内でもあらゆる肝切除の術式に対して、ロボット支援下肝切除が保険収載されることとなった。ロボット特有の多関節機能や揺れることのない3D画面を利用することで、すでに報告されている腹腔鏡下肝切除の難易度評価において腹腔鏡下肝切除で難易度の高い肝切除の術式に対して、その優越性を期待している。杉岡、加藤らが提唱するグリソンや肝静脈とそれらのレネック膜に留意する術式には、このロボット特有の機能はロジカルに適している。また、HCCや転移性肝腫瘍は再肝切除がそのOSの改善につながることが報告されているが、再肝切除において腹鏡下肝切除において難易度が高い癒着剥離においても、このロボット特有の機能が有効である。

3) 腹腔鏡下ドナー肝切除

生体肝移植手術において、生来健康体である生体ドナーに対して、安全性の絶対的な担保を条件に低侵襲アプローチを取り入れることは、すでに生体腎移植において生体ドナーに対してこの方法が取り入れられている点や、これまでの腹腔鏡下肝切除の短期成

績の結果から鑑みて、肝臓外科医としては取り組むべき自然の流れと思われる。この領域は、すでに生体肝移植の症例数が世界的に見ても多い韓国において、腹腔鏡下ドナー肝切除の有用性が多数報告されている。日本も外側区域グラフトにおいて保険収載されることとなり、グリソン周囲の解剖学的知見を鑑みた腹腔鏡下ドナー肝切除が確立されることを期待している。

略 歴

2000年 4 月 慶應義塾大学医学部一般消化器外科入局
2001年 5 月 永寿総合病院出張
2002年 5 月 荻窪病院出張（専修医出張）
2003年 5 月 慶應義塾大学医学部一般消化器外科胆道班病棟レジデント
2004年 4 月 京都大学移植外科国内留学
2005年 5 月 慶應義塾大学医学部一般消化器外科胆道班病棟レジデント
2006年 4 月 公立福生病院勤務
2007年 7 月 岩手医科大学外科学講座助教
2016年 4 月 岩手医科大学外科学講座講師
2020年 9 月 藤田医科大学総合消化器外科臨床准教授
2022年 1 月 藤田医科大学総合消化器外科臨床教授

所属学会・認定医等

日本外科学会 外科認定医、外科専門医
日本消化器外科学会 消化器外科専門医、消化器がん治療認定医、指導医
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
日本肝胆膵外科学会 高度技能専門医
日本肝臓学会 専門医
日本移植学会 認定医
Intuitive Surgical 社 ダビンチ手術の Certificate 取得者

3) 潰瘍性大腸炎診療の up to date

浜松医科大学 内科学第一講座 杉本 健

潰瘍性大腸炎（UC）の内科治療指針としては軽症例では5-ASA 製剤を使用し、5-ASA では炎症がコントロールできない中等症に対しては経口ステロイド製剤を使用して寛解導入を試みる。また直腸や遠位大腸の炎症を制御するために適宜5-ASA やステロイドなどの局所製剤の使用が推奨されている。ここまでは非常にクリアカットな治療指針であるが、問題はステロイド抵抗例やステロイド依存例でチオプリン製剤を使用しても炎症をコントロールできない場合である。その場合の治療オプションとしては血球成分除去療法、タクロリムス、抗 TNF 阻害薬、ウステキヌマブ、抗インテグリン抗体製剤、JAK 阻害薬など多くの選択肢が存在するが、どの治療をどのような順番でという明確な指針がなく、炎症性腸疾患を専門で見ている医師においても治療選択に迷うことが多い。これら難治性UCの治療薬はサイトカインやサイトカイン制御にかかわる分子をターゲットにしているものが多い。すなわち UC 患者がどのようなサイトカインプロファイルを有しているかがわかっていれば、そのサイトカインプロファイルに適合した薬剤を選択すればよいのであるが、問題は UC 患者がどのようなサイトカインプロファイルが優位であるかを知りうる明確な手段が現状では存在していないことである。UC の病態に関与するサイトカインプロファイルとしては大きく Th1、Th17、Th2があげられる。現状ではそれらのサイトカインプロファイルを明確にするようなバイオマーカーは存在していないが、その患者の炎症部位の病理組織学的所見、既往歴や合併症などの臨床的背景、過去の UC に対する各種治療による反応性を細かく解析することで、その患者が有すると考えられるサイトカインプロファイルのある程度の把握は可能であると考えられる。また、一人の患者でも病期や再燃時、また治療介入によりサイトカインプロファイルは刻々と変化していくということにも注意を払う必要がある。本講演ではそれぞれの UC 治療薬の生物学的薬理学的機序や特性について考察するとともに、それぞれの治療薬に適しているサイトカインプロファイルを有した UC 患者をどのように選別していくべきなのかについて、自身の見解や文献的考察をもとに解説する。

略 歴

1993年 3 月26日 浜松医科大学医学部医学科卒業
1993年 6 月 1 日 浜松医科大学第一内科研修医
1994年 6 月 1 日 国立熱海病院内科研修医
1995年 6 月 1 日 共立菊川病院内科医員
1996年 6 月 1 日 藤枝市立総合病院消化器科医員
1999年 4 月11日 浜松医科大学大学院医学研究科博士課程入学
2003年 3 月26日 同大学院卒業
2003年 4 月 1 日 浜松医科大学第一内科医員
2003年 8 月 1 日 米国マサチューセッツ総合病院、Research Fellow（病理学講座）
2008年 6 月 1 日 浜松医科大学内科学第一助教
2011年 2 月 1 日 浜松医科大学第一内科講師
2013年11月 1 日 浜松医科大学内科学第一准教授
2021年 4 月 1 日 浜松医科大学内科学第一教授

現在に至る。

所属学会

日本内科学会 内科専門医
日本消化器病学会 専門医 指導医 評議員
日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 評議員
日本消化管学会 認定医
日本消化器免疫学会

4) 早期胃癌の内視鏡診断と治療

聖隷浜松病院 消化器内科・内視鏡センター 芳澤 社

日本での胃癌は高齢化の影響もあり罹患数はまだ上昇傾向であるものの、年齢調節死亡率は横ばいから減少傾向にある。胃癌の死亡率の低下に関しては衛生環境の変化による *H.pylori* 感染の低下、*H.pylori* の除菌による胃癌リスクの減少がある一方、検診による早期発見や内視鏡機器や診断の進歩、ESD をはじめとした低侵襲治療の進歩が寄与している。

胃癌の発生に関して、胃癌の大部分は *H.pylori* 感染が原因であることが究明され、*H.pylori* 感染による胃粘膜の萎縮を背景に発生することが大半を占めていることが判明したことにより、早期胃癌の診断が飛躍的に向上した。つまり、早期胃癌するには萎縮の状態や萎縮境界を判断した上で、胃癌の発生する場所により組織型や肉眼型が異なってくるいわゆる「胃癌の三角」を念頭に内視鏡診断をしていくことが胃癌発見のスクリーニングに必要と言われてきた。しかし、現在は *H.pylori* 感染率が低下し、相対的に *H.pylori* 除菌後の既感染胃癌や未感染胃癌が増加してきていることにより、早期胃癌の特徴は変化しつつある。

H.pylori 既感染胃癌は腫瘍が非腫瘍性に被覆され、内視鏡的に癌と周囲粘膜の境界が不明瞭になる例も多く、表面構造が胃炎に類似し癌の診断が困難な病変がみられるため、*H.pylori* 除菌症例を内視鏡観察する際には色調変化を含め注意深く観察する必要がある。

また *H.pylori* 未感染胃癌に関しては、現感染や既感染の胃癌と異なる性質を持っている。胃上～中部に発生する胃底腺型胃癌やラズベリー型を含む腺窩上皮型胃癌などの胃型形質の低異型度腺癌、胃底腺粘膜と幽門腺粘膜の腺境界に発生する印環細胞癌、前庭部に発生する腸型胃癌などが挙げられる。また *H.pylori* 感染率の低下よりバレット食道癌を含めた食道胃接合部も増加している。萎縮のない *H.pylori* 未感染胃を内視鏡する場合上記のような特徴を理解して内視鏡観察をしていくことが必要である。

また、早期胃癌の内視鏡における質的診断に関しては、WLI の形態や色調などの特徴を理解しておくことがとともに、現在は画像強調観察を含めた拡大観察が必要不可欠となってきた。特に早期胃癌の範囲診断に関しては拡大内視鏡観察に基づく診断アルゴリズムである MESDA-G が提唱され広く使用されている。ただ胃底腺型腺癌や未分化型胃癌、除菌後胃癌などでは画像強調拡大観察を用いても範囲診断が正確に診断できない症例もあり、それぞれの癌の性質を理解し精査する必要がある。

早期胃癌の内視鏡治療に関しては上記の診断に基づいて治療の適応症例に関して行っていく。内視鏡治療適応病変の多くは ESD による切除が行われているが、部位や大きさによっては ESD に難渋する症例も多く、治療に工夫が必要となる症例も見受けられる。

本公演では上記のような早期胃癌の診断と治療に関して、自験例などを踏まえながら解説していく。

略 歴

2000年 3 月 浜松医科大学医学部 卒業
2000年 4 月 浜松医科大学附属病院第一内科 研修
2001年 6 月 浜松労災病院 内科
2003年 6 月 聖隷浜松病院 消化器内科 医師
2008年 4 月 聖隷浜松病院 消化器内科 医長
2013年 4 月 聖隷浜松病院 消化器内科 主任医長
2020年10月 聖隷浜松病院 内視鏡センター長

主な所属学会・資格・役職など

日本内科学会（認定医、総合内科専門医、指導医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、東海支部評議員）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、東海支部評議員）
日本消化管学会（専門医、指導医）
日本脾臓学会（認定指導医）
日本ヘリコバクター学会（認定医）

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

15:00～17:00

司 会：磐田市立総合病院 消化器外科 深澤 貴子
浜松医科大学 内科学第一講座 田村 智

『消化管疾患診断・治療の最近の進歩』

S1-1 当院における ESD で治療された食道扁平上皮癌の検討—局在別にみる発生の特徴—

¹浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部、²浜松医科大学 内科学第一講座

○石田 夏樹¹、大澤 恵¹、杉本 健²

S1-2 当院における切除不能進行胃癌の一次治療に対する FOLFOX 療法の使用経験

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○貫井 嵩之、水島 隆史、奥村 文浩

S1-3 当院における切除不能進行・再発胃癌に対する 3 次治療以降のニボルマブ療法の検討

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

○金岩 弘樹、森 義徳、妹尾 恭司

S1-4 急性出血性直腸潰瘍の再出血に関わるリスク因子の検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○谷口 裕紀、小澤 範高、山崎 健路

S1-5 当院における潰瘍性大腸炎患者に対するベドリズマブ治療の有効性と安全性の検討

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○小島 健太郎、井深 貴士、清水 雅仁

S1-6 当院における Vedolizumab の難治性潰瘍性大腸炎に対する有効性と安全性の検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○中村 美咲、堀木 紀行、中川 勇人

S1-7 各種生物製剤からみた肛門部クローン病の長期予後

¹増子記念病院 IBD センター、²三枝クリニック

○三枝 直人^{1,2}、堀田 直樹¹

S1-8 当院で経験した irAE 大腸炎症例の検討

藤田医科大学 消化器内科学

○鎌野 俊彰、中川 義仁、廣岡 芳樹

S1-9 当院における大腸癌に対するユニバーサルスクリーニングの現状

愛知県がんセンター 内視鏡部

○大西 祥代、山田 啓策、田近 正洋

S1-10 大腸癌に対するユニバーサルスクリーニング、市中病院における現状と課題

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 遺伝診療科、

³甲賀病院 内科・腫瘍内科、⁴静岡県立総合病院 大腸外科

○佐藤 辰宣^{1,2}、河合 貞幸³、大端 考⁴

S1-11 虫垂開口部近傍腫瘍（虫垂内進展病変を含む）に対する内視鏡診断と内視鏡的粘膜下層剥離術の課題

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○長谷川 一成、山村 健史、川嶋 啓揮

S1-12 ロボット支援結腸癌手術に対するアプローチ法の工夫と新規導入後の短期成績

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科

○鈴木 卓弥、高橋 広城、瀧口 修司

S1-13 進行直腸癌に対する臓器温存を目指した TNT の治療成績と前向き臨床研究を含めた今後の展望

三重大学大学院臨床医学系講座 消化管・小児外科学

○志村 匡信、川村 幹雄、間山 裕二

シンポジウム 2

第 2 会場

9:00～11:30

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座 森田 剛文
静岡県立総合病院 消化器内科 川口 真矢

『肝胆膵疾患診断・治療の最近の進歩』

- S2-1 当院における Fontan 術後肝合併症（FALD）に関する検討
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
- S2-2 高中性脂肪血症を合併した NAFLD 患者に対するペマフィブラートの脂肪肝改善効果の検討
浜松医科大学医学部附属病院 第二内科 肝臓内科
○花岡 智彦、則武 秀尚、川田 一仁
- S2-3 リツキシマブを投与した血液悪性疾患症例における HBV 再活性化の検討
岐阜県総合医療センター 消化器内科
○永野 淳二、入谷 壮一、清水 省吾
- S2-4 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における治療効果予測因子・安全性に関する検討
¹春日井市民病院 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
○河村 逸外¹、松浦 健太郎²、藤原 圭²
- S2-5 最新治療として期待されるロボット支援下肝切除の現状と課題
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
○小島 正之¹、高原 武志¹、加藤 悠太郎²
- S2-6 ロボット支援下肝切除術の導入と今後の展望
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
○林 祐一、松尾 洋一、瀧口 修司
- S2-7 非切除胆道癌の予後に影響を与える因子
磐田市立総合病院 消化器内科
○玉腰 裕規、金子 淳一、山田 貴教

S2-8 切除不能進行胆道癌に対する GCS 療法の有用性に関する検討

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

S2-9 胆道癌におけるゲノム医療の現状と課題

愛知県がんセンター 消化器内科部

○福井 淑崇、奥野 のぞみ、原 和生

S2-10 経乳頭的胆管生検における専用シースの有用性の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○新谷 文崇、石渡 裕俊、佐藤 純也

S2-11 術後再建腸管に対する胆膵内視鏡治療の検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○野瀬 賢治、山田 玲子、中川 勇人

S2-12 切除不能悪性肝門部領域胆管閉塞に対する Stent-in-stent 留置に用いるメタリック
ステントの種類別成績

岐阜市民病院 消化器内科

○奥野 充、岩佐 悠平、岩田 圭介

S2-13 当院における切除不能悪性胆道狭窄に対する EUS-HGS の治療成績と recurrent
biliary obstruction に対する内視鏡的 re-intervention の検討

豊橋市民病院 消化器内科

○加納 佑一、松原 浩、鈴木 博貴

S2-14 瘻孔拡張デバイスを省略した順行性ステント留置併用 EUS-HGS の可能性

愛知医科大学 肝胆膵内科

○井上 匡央、北野 礼奈、米田 政志

S2-15 当院における nal-IRI+5-FU/LV 併用療法の治療成績

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 腫瘍内科

○平田 太陽¹、川口 真矢¹、多久 佳成²

S2-16 ナブパクリタキセル供給制限により real world での膵癌化学療法はどう変わった
か？

伊勢赤十字病院 消化器内科

○村林 桃士、大山田 純、亀井 昭

S1-1 当院における ESD で治療された食道扁平上皮癌の検討 —局在別にみる発生の特徴—

¹浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部、
²浜松医科大学 内科学第一講座
○石田 夏樹¹、大澤 恵¹、杉本 健²

【背景】食道扁平上皮癌（ESCC）の長軸方向の局在としての好発部位が中部食道であることはよく知られているが、食道の周在性に関する局在に着目した研究はこれまでになかった。本研究は、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で切除された ESCC について長軸方向と周在性に関する局在を調べ、その特徴を検討することを目的とした。【方法】2012年3月から2021年12月まで当院において ESD で治療された143人の ESCC 患者、193病変を後方視的に評価した。ESCC の発生頻度と組織病理学的浸潤の程度および腫瘍長径を、腫瘍の長軸方向と周在性に関する局在ごとに比較した。【結果】周在性の局在は前壁27病変、左壁62病変、後壁66病変、右壁38病変で、長軸方向の局在については Ce-Ut29 病変、Mt106 病変、Lt-Ae58 病変であった。病理学的所見について最も浅い深達度である m1 の割合を調べたところ、周在性の局在ごと比較において前壁群で 44.4% と他の群と比較して有意差はないものの多い傾向が示された。また腫瘍の長径についても周在性の局在ごと比較で前壁群は腫瘍径の中央値は最小であった。腫瘍径 10mm 未満のみの割合を調べたところ、有意差は示さないものの前壁の割合が最多であった。さらに深達度 m1 かつ腫瘍径 10mm 未満の病変の割合を各群で調べたところ、前壁群が 22.2% と有意差をもって他の群よりも高値であることが示された（ $P = 0.049$ ）。【結論】前壁に局在する ESCC は発生頻度が少なく、さらに腫瘍径が小さくかつ深達度も浅い病変が多い可能性が示唆された。

S1-2 当院における切除不能進行胃癌の一次治療に対する FOLFOX 療法の使用経験

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○貴井 嵩之、水島 隆史、奥村 文浩

【背景】HER2 陰性の切除不能進行・再発胃癌に対する一次治療としてフッ化ピリミジン系とプラチナ系抗がん剤の併用療法が推奨されてきた。5FU+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチン（FOLFOX）療法が比較試験の対象群治療として用いられ、2017年2月から本邦で保険償還された。それにより経口投与困難例や全身状態不良例への化学療法の幅が広がった。また、2021年12月より化学療法にニボルマブ併用療法が適応となった。【目的】HER2 陰性切除不能進行・再発胃癌の一次治療として FOLFOX 療法を選択する症例は限られており、当院における使用経験について報告する。【方法】当院において 2017年2月～2021年11月の期間に HER2 陰性切除不能進行胃癌の一次治療に FOLFOX 療法を選択した 8 例について患者背景や無増悪生存期間、全生存期間などを調べた。【結果】8 例の年齢中央値は 71 歳（62-83 歳）、男性 7 例、女性 1 例であった。FOLFOX を選択した理由は胃原発による通過障害が 4 例、播種結節による通過障害が 2 例、腎機能障害が 1 例、全身状態不良が 1 例であった。全身状態不良を含む 2 例では十分な治療ができないうま不耐となり治療終了、2 例で早期不応判定のため次治療へ移行、4 例は治療効果が得られ通過障害が改善した症例も認めた。【考察】HER2 陰性切除不能進行・再発胃癌の一次治療に FOLFOX 療法を選択した症例は通過障害や全身状態不良例など状態の悪い患者が多かったが、半数で治療効果が得られ有効な治療と考えられた。

S1-3 当院における切除不能進行・再発胃癌に対する 3 次治療以降のニボルマブ療法の検討

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
○金岩 弘樹、森 義徳、妹尾 恭司

【背景】2017年9月から抗 PD-1 抗体ニボルマブが進行胃癌に対する 3 次治療以降のレジメンとして使用可能となり 5 年近く経過した。実臨床における長期成績のデータが求められている。【目的】実臨床における切除不能進行・再発胃癌に対する 3 次治療以降のニボルマブ療法の有効性や安全性を検討する。【方法】2017年9月から2021年12月に当院消化器内科・消化器外科で 3 次治療以降にニボルマブを使用した進行胃癌 60 例において患者背景、有効性、有害事象などについて検討した。【結果】患者背景は、年齢中央値：70 歳、性別：男性/女性 43/17 例、PS：0-1/2-3 45/15 例、切除不能/再発 43/17 例、組織型：分化型/未分化型/その他 37/19/4 例、HER2：陰性/陽性/不明 31/25/4 例、前治療レジメン数 2/3/4 以上 46/9/5 例であった。ニボルマブ投与状況は、投与回数中央値：6 回、治療状況：継続中/終了 4/56 例、治療終了理由：増悪/有害事象/増悪及び有害事象 50/5/1 例、ニボルマブ終了後の治療：BSC/他の化学療法 37/19 例であった。治療効果は、無増悪生存期間中央値：3.42 ヶ月、全生存期間中央値：9.83 ヶ月、最良総合効果：CR/PR/SD/PD/NE 0/10/15/34/1 例、奏効率：16.7%、病勢制御率：41.7% であった。免疫関連有害事象は、皮疹 9 例、甲状腺機能異常 3 例、間質性肺炎 2 例、下垂体炎 1 例、1 型糖尿病 1 例などであった。多変量解析にて OS における良好な因子として PS 良好、腹膜転移なしが抽出された。【結論】当院での治療成績は ATTRACTION-2 試験と比較し、良好な成績であった。基本的に安全に投与可能であるが、Grade 3 以上の免疫関連有害事象（irAE）を 4 例経験し、irAE にも十分注意する必要があると考えられた。

S1-4 急性出血性直腸潰瘍の再出血に関わるリスク因子の検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○谷口 裕紀、小澤 範高、山崎 健路

【目的】急性出血性直腸潰瘍（Acute Hemorrhagic Rectal Ulcer；以下 AHRU）は基礎疾患を有し活動性の低下した高齢者に好発し、一次止血後に再出血する症例をしばしば経験する。AHRU の再出血に関するリスク因子について検討した。【方法】2017年3月1日から2022年5月31日までに当院で血便に対して緊急内視鏡検査を施行し、AHRU と診断された 61 例のうち、身長未測定 4 例、検査前に CT 検査未施行の 3 例、OTSC（Over-The-Scope Clip）を施行した 1 例、外科的手術を施行した 1 例を除外した 52 例を対象とした。対象を一次止血後の再出血群（ $n=14$ ）、非再出血群（ $n=38$ ）に分類し、患者背景（年齢、性別、PS、内服、骨格筋量など）に関する比較検討を行った。虚血性大腸炎、宿便性潰瘍などは臨床経過・内視鏡所見から可能な限り除外した。【成績】平均年齢は 78.4 歳（57-92 歳）、性別は男性 29 例、女性 23 例であった。Performance Status（PS）3-4 の低下を 47 例（90.4%）、院内死亡（全例他病死）を 9 例（17.3%）に認めた。性別の男性割合（再出血群 57.1%、非再出血群 55.3%）、年齢中央値（再出血群 78.5 歳、非再出血群 80.0 歳）では差はみられず、ステロイド服用（再出血群 14.3%、非再出血群 13.1%）、抗血栓薬服用（再出血群 50.0%、非再出血群 44.7%）においても差はみられなかった。PS 低下例（PS3-4）は再出血群 14 例（100%）、非再出血群 33 例（86.8%）で再出血群に多く（ $P=0.307$ ）、初回検査時に内視鏡的止血術を要した症例は再出血群 11 例（78.6%）、非再出血群 24 例（63.2%）で再出血群に多い傾向があった（ $P=0.341$ ）。血清アルブミン値の中央値は再出血群 2.45（1.50-3.80）g/dl、非再出血群 2.45（1.50-4.80）g/dl で、好中球/リン球比が 5 以上の症例は再出血群で 7 例（50.0%）、非再出血群 18 例（48.6%）でいずれも差はみられなかった。骨格筋量低下例は再出血群 13 例（92.9%）、非再出血群 29 例（76.3%）であり、再出血群において骨格筋量が低下している傾向があった（ $p=0.25$ ）。【結論】PS 低下（PS3-4）や骨格筋量の低下が AHRU の再出血のリスク因子となる可能性が示唆された。

S1-5 当院における潰瘍性大腸炎患者に対するベドリズマブ治療の有効性と安全性の検討

岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○小島 健太郎、井深 貴士、清水 雅仁

【背景】近年、難治性潰瘍性大腸炎（UC）に対する新規薬剤が次々と登場し、治療選択肢が大きく広がっている。今回当院のUCにおけるベドリズマブ（VDZ）の有効性と安全性を後方視的に検討した。【方法・対象】2018年11月から2021年12月の間にVDZの投与を受けた18人の患者を対象とした。寛解は、Partial Mayo Score（PMS） ≤ 2 かつ、各サブスコア ≤ 1 かつ直腸出血サブスコアが0、改善はPMSがベースラインから2以上の低下、かつ直腸出血サブスコアが1以上低下または直腸出血サブスコアが1以下とした。【結果】男性8例（44%）、患者年齢 40.6 ± 20.7 （歳）、罹病期間 70.6 ± 69.0 （月）、全大腸炎型9例（50%）で、ステロイド依存9例（50%）、抵抗8例（44.4%）、腸管外合併症は4例（22.2%）、悪性疾患は1例（5.6%）に有していた。VDZ導入時PMS 4.6 ± 1.9 、Mayo endoscopic subscore（MES）2が7例（54%）、MES3が5例（39%）であった。ベースライン時の併用薬はステロイド5例（28%）、免疫調節薬12例（67%）、タクロリムス4例（22%）で、抗TNF α 抗体製剤治療歴は9例（50%）が有していた。改善と寛解は6週時で53%（8/15）、33%（5/15）、22週時で60%（9/15）、40%（6/15）、54週時でともに45%（5/11）であった。寛解に至るまで中央値47（39-153）日であった。VDZ継続率は54週時64%で、抗TNF α 抗体製剤naive群とfailure群で有意な差は認めなかった（ $P=0.34$ ）。54週時に寛解であり、検討可能であった全6症例で観察期間内に内視鏡的寛解（MES0：5例、MES1：1例）となった。関節痛を1例（5.6%）に認めたが、治療中止となる有害事象は認めなかった。また54週時臨床的寛解であった2例で免疫調節薬を中止したが、その後再燃は見られていない。【結論】VDZは抗TNF α 抗体製剤治療歴の有無に関わらず、一定の有効性が期待でき、臨床的寛解のみならず、内視鏡的寛解も達成することができる可能性が示唆された。安全性においても高いと考えられた。

S1-7 各種生物製剤からみた肛門部クローン病の長期予後

¹増子記念病院 IBD センター、²三枝クリニック
○三枝 直人^{1,2}、堀田 直樹¹

【目的】生物製剤（Bio）投与下の肛門部クローン病（PCD）の長期経過を検討した。【方法】2009年1月～2022年3月にBioを導入され16週間に以上投与されたBio naiveの活動性PCD61例をretrospectiveに解析した。PCD転帰は潰瘍、膿排出、腫脹、膿瘍形成、自発痛や圧痛がない場合を寛解とした。【結果】Bio導入時のPCD内訳は痔瘻が59例、CD裂肛が11例、edematous pileが5例（重複あり）で、57例（93%）はBio導入前に麻酔下肛門部検査/排膿を受けた。観察期間は平均7.5（0.5-17.4）年であった。1）男/女は48/13例、2）PCD発症年齢は23.1（10-44）歳、3）大腸病変（+）は55（90%）例、4）直腸病変（+）は37（61%）例、5）腸管病変は早期が19例（31%）、6）免疫調節剤併用は18例（30%）、7）喫煙者は11例（18%）8）PCD発症-Bio導入の期間は平均3.6（0.1-29）年、8）Bio導入後6-8週でPCD寛解が45例（74%）、9）初回導入/最終BioはInfliximab（IFX）が33例（54%）/23例（38%）、Adalimumab（ADA）が18例（30%）/18例（30%）、Ustekinumab（UST）が10例（16%）/19例（31%）、Vedolizumab（VDZ）が1例（2%）であった。Non failure例は44例（72%）、1割failureが10例（17%）、2割failureが6例（10%）、3割failureが1例（2%）で、最終的にIFXとADA投与例の約半数で最適化が行われていた。PCD最終予後は寛解が55（90%）例、2例（3%）は直腸切断に至った。PCD再燃のイベントを肛門手術かdiversionか直腸切断術かBioのswitchと定義し初回導入Bioによる累積寛解維持率についてKaplan-Meier解析を行うと、Bio導入から1年で約93%、5年で約77%、10年で58%と経時的に低下した。上記1）～8）について単変量および多変量解析を行うと、Bio導入後6-8週のPCD活動性が有意な再燃の危険因子であった。IFXとADA、IFXとUST、ADAとUSTの各群間で累積継続率についてLog rank検定を行ったがいずれも有意差はなかった。【結論】Bio導入後6-8週間での効果でPCDの長期予後が予測できる。初回導入Bioの寛解維持率は経時的に低下するが、最適化やswitchにより寛解の再導入・維持が期待できる。USTは既存Bioに劣らない効果を示したが観察期間が短く、今後さらなる検討が必要である。

S1-6 当院における Vedolizumab の難治性潰瘍性大腸炎に対する有効性と安全性の検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○中村 美咲、堀木 紀行、中川 勇人

【目的】難治性潰瘍性大腸炎（UC）に対し、本邦では2018年11月にVedolizumab（VDZ）が保険承認された。当院におけるUCに対するVDZの有効性と安全性について検討した。【方法】2017年11月から2021年12月までに当院消化器内科でUCに対してVDZを導入した14例を対象とした。患者背景（年齢、性別、病型、罹病期間、生物学的製剤の治療歴の有無、）および治療効果、継続率（2週、6週、14週、54週でのpMayoの推移、投与継続率、有害事象の有無）について後方視的に検討した。治療効果の判定にはpMayo scoreを用い、寛解に至らなかったがpMayoが2以上改善した症例を改善とした。治療変更を終了とした。【結果】症例は14例。平均年齢47.9歳（17-79）男：女=5：9、罹病期間10.5年（1-37）初発が3例、再燃寛解が11例。全結腸型が11例、左半結腸型が3例。投与前pMayoは5.6であった。前治療として、naive 6例、Tac使用が3例、生物学的製剤使用が6例（重複あり）。5-ASA不耐、アレルギーが5例、癌既往歴ありが3例。治療開始時PSL併用6例、GMA併用1例、TAC併用2例、Budesonide併用は9例。6週での継続率は85.7%、54週での継続率は43.8%であった。Naive例での6週での継続率は100%、54週での継続率は50%であった。54週で寛解維持していた症例で、その後に二次無効を生じた症例は2例であった。前治療あり例では、6週での継続率は75%、54週での継続率37.5%であった。投与経過中に1例、CMV腸炎を認めたが治療にて改善し、治療継続した。2例関節痛、浮腫にて治療変更をおこなった。その他、重篤な感染症は認めなかった。【結論】当院において、VDZは特殊症例に多く投与していたが、重篤な合併症は認めず、比較的安全な薬剤と考えられた。前治療のない症例の方が継続率は高かったが、前治療のある症例でも長期継続が可能な症例を認めていた。長期投与症例においてVDZにおいても二次無効を認めていた。どのような症例にVDZが有効なのか更なる症例の蓄積を要すると考えられた。

S1-8 当院で経験した irAE 大腸炎症例の検討

藤田医科大学 消化器内科学
○鎌野 俊彰、中川 義仁、廣岡 芳樹

【はじめに】近年、免疫チェックポイント阻害剤（immune checkpoint inhibitor：ICI）は様々な癌に治療適応となり投与機会が増えている。一方、ICIは多臓器に過剰な自己免疫反応（免疫関連有害事象（immune-related adverse events：irAE）を引き起こすことがある。irAEによる大腸炎（irAE大腸炎）は潰瘍性大腸炎（UC）に類似し、軽症例から重症例までであるが、原疾患の治療を困難にする。今回、我々は当院で経験したirAE大腸炎4例について、臨床経過、治療、大腸内視鏡（CS）所見について検討した。【症例1】56歳・女性 肺癌でICI治療5週間後に下痢6回/日、CRP 1.33mg/dlを認めた。ICI中止で下痢は軽快した。CSでは炎症所見は認めなかった。【症例2】75歳・男性 喉頭癌再発でICI治療12週間後に下痢8回/日、CRP 10.49mg/dlを認めた。プレドニン（PLS）60mg/日では効果無く80mg/日に増量して下痢が改善した。約3か月の入院加療を要した。CSでは非連続性にUC様粘膜を認めた。【症例3】53歳・男性 肺癌でICI治療11か月後に下痢を来し、PLS 80mg投与で一旦軽快した。CSでは炎症所見を認めなかった。3か月後に下痢の再燃とCRP 6.23mg/dlを認めた。PLS 60mg/日投与も効果無く90mg/日に増量も下痢は改善せず、インフリキシマブ投与にて軽快した。CSでは右結腸を主体にUC様粘膜を認めた。【症例4】65歳・男性 肝細胞癌再発でICI治療9ヶ月後に下痢5回/日、CRP 7.98mg/dlを認めた。PLS 90mg/日を開始、CSでは直腸より連続性にUC様粘膜を認めた。PLS投与1週間後に、多発穿孔・大腸壊死による腹膜炎を来し緊急手術施行もBSCとなった。【考察】irAE大腸炎は早期診断、早期治療を要する。治療開始時にCRP高値の症例は重症かつ治療に難渋する傾向がみられた。

S1-9 当院における大腸癌に対するユニバーサルスクリーニングの現状

愛知県がんセンター 内視鏡部

○大西 祥代、山田 啓泰、田近 正洋

【背景と目的】リンチ症候群 (LS) は全大腸癌の2-5%程度を占めていると考えられ、頻度が高い遺伝性腫瘍の一つである。当院では手術予定の全大腸癌患者を対象にミスマッチ修復 (MMR) 蛋白の免疫染色によるユニバーサルスクリーニング (UTS) を行っている。UTSの現状と課題を検討した。【対象と方法】2018年11月から2021年7月までに当院にて治療を行った全大腸癌患者のうち、UTSの同意取得が得られた532症例のうち免疫染色が可能であった484症例を後方視的に検討した。【結果】MMRの発現消失は42人に認め、うちBRAFV600E変異型が15人であったため27人 (5.8%; MMR欠損群) にLSが疑われた。このうち16人が遺伝カウンセリングを受診したがそのうち5人のみがMMRの遺伝学的検査 (GT) を受け、3人 (0.62%) がLSと確定診断された。改訂ベセスダガイドラインのMMR欠損群、LSに対する感度/特異度は0.70/0.77、1.0/0.74であった。MMR欠損群:非欠損群の比較を行うと年齢中央値 (歳) 54:68 ($p<0.01$)、性別 (男/女) = (12/15) : (257/200) ($p=0.23$)、病変主座 (右側結腸/左側結腸) = (19/8) : (352/132) ($p<0.01$)、組織型 (分化型/未分化+粘液癌) = (17/10) : (383/74) ($p<0.01$) と、欠損群で有意に若年で、右側結腸を主座とした未分化癌や粘液癌が多かった。MMR欠損群のうち5人 (18.5%)、LSのうち1人 (33.3%) が別部位の大腸癌手術の既往を有していた。【結語】大腸癌のUTSの臨床的意義は観察期間が短いため議論の余地を残すが、改訂ベセスダガイドラインで絞り込めない一定数のLSがあり、LSやLS疑いの診断により異時性多発癌や他臓器癌の早期発見に有用な可能性がある。しかし、GTや癌が未発症の臓器の検索が自費診療であることなどが今後の課題であると考えられた。

S1-10 大腸癌に対するユニバーサルスクリーニング、市中病院における現状と課題

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 遺伝診療科、

³甲賀病院 内科・腫瘍内科、⁴静岡県立総合病院 大腸外科

○佐藤 辰宣^{1,2}、河合 貞幸³、大端 考⁴

【背景】大腸癌の5%程度が遺伝性大腸癌とされ、リンチ症候群 (LS) の頻度が最も高い。LSの拾い上げとしてアムステルダム基準2 (AC) や改訂ベセスダガイドライン (BG) が用いられてきたが、同基準では10%ほどのLSを見落とすことが問題とされていた。欧米を中心に全大腸癌患者に対してマイクロサテライト不安定性検査やミスマッチ修復 (MMR) タンパクの免疫染色を行うユニバーサルスクリーニング (US) が提唱され、本邦でも施設によってUSの導入が始まった。しかし、USのためには、病理診断科や遺伝診療科など複数科の協力が不可欠であり、市中病院での導入は敷居が高く、報告は少ない。そこで、市中一般病院である当院でのUSの現状を把握する目的に本研究を行った。【方法】当院では消化器内科、消化器外科、腫瘍内科が協力し大腸癌臨床診療を行っている。2020年5月より病理診断科、遺伝診療科とも協力のUSを導入した。70歳以下もしくは71歳以上+BGを満たす大腸癌切除患者を対象にMMR染色 (PMS2、MSH6でスクリーニングをしている) を行い、MMR欠失が認められた場合、遺伝診療科にコンサルトし遺伝カウンセリング (GC) の後、生殖細胞系列のMMR遺伝子検査の施行の是非を決めて頂くという診療手順となっている。【結果】US開始時期から2022年6月時点で118例にMMR免疫染色が施行された。背景として50歳以下21人、51-60歳41人、61-70歳54人、71歳以上+BGを満たした患者が2人であった。初発時臨床病期 (大腸癌取り扱い規約第9版) はstage1 35例/2a 24例/2b 3例/2c 3例/3a 8例/3b 23例/3c 8例/4a 10例/4b 3例/4c 1例であった。118例中5人 (4.2%) でMMRタンパクの欠失を認めた。5人の年齢は33y、55y、62y、62y、66y。ACは1例/BGは3例が満たしていたが、2例はいずれの基準も満たしていなかった。5例全員にGCを勧めたが、うち2人が遺伝診療科受診を希望しGCが施行された。GCを施行した2例とも現時点では生殖細胞系列のMMR遺伝子検査は行っていない。【結語】市中一般病院においても各科協力の元、GCまでを出口戦略としたUSが円滑に施行できていたが、GC受診率の向上は課題と考える。

S1-11 虫垂開口部近傍腫瘍 (虫垂内進展病変を含む) に対する内視鏡診断と内視鏡的粘膜下層剥離術の課題

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○長谷川 一成、山村 健史、川嶋 啓輝

【背景】虫垂開口部にかかる腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) は、手技難易度が高い処置とされている。今回、当院での虫垂内進展病変を含む虫垂開口部近傍病変と虫垂開口部から離れた盲腸病変とを比較し、pit診断の問題点とESDの成績と安全性について後方視的に検討した。【対象および方法】2012年6月から2022年6月までに当院でESDを施行した虫垂開口部にかかる病変 (虫垂群:A群) 28例と開口部から離れた盲腸病変 (盲腸群:C群) 108例を検討した。両群において患者情報、pit診断、ESD所見、病理結果、治療後経過などを比較検討し、さらにA群においては虫垂内への進展度別にも検討を行った。【結果】病理の内訳はA群で鋸歯状病変10例/腺腫1例/癌17例 (pTis 14例/pT1a 3例)、C群で鋸歯状病変4例/腺腫21例/癌83例 (pTis 65例/pT1a 14例/pT1b 3例/評価困難1例) であった。pitV型の有無を癌/非癌の基準とした場合、A群の感度は75.0%、C群は92.2%と有意にA群で低かった ($p=0.043$)。一括切除率 (89.3%:94.4%)、治癒切除率 (78.6%:79.6%) は両群で差は認めなかった。A群においてF1以上の線維化が有意に多く (F1:53.6%:25.9%; F2:42.9%:16.7%)、手技速度の低下 (6.1mm2/min:10.4mm2/min) や術中穿孔率高値 (21.4%:7.4%) を認めたが、緊急手術例はC群の1例のみだった。治療後経過において遅発性穿孔や虫垂炎を発症した症例はなく、PECS (Post electrocoagulation syndrome) の発生率 (25.0%:20.8%) も差は認めなかった。さらに、A群の中で虫垂内進展を認めた病変を別途検討した。虫垂側断端が確認できない病変のうち虫垂切除歴の有無に分けて検討すると、虫垂切除歴なしの5例では一括切除率40%と低かったが、虫垂切除後の6例は一括切除率100%と良好であった。しかし一方で両群とも穿孔を多く認めた。【結語】虫垂開口部近傍腫瘍に対するpit診断は感度が低下する可能性がある。虫垂内進展病変でもESD治療は可能であるが穿孔率が比較的高く、特に虫垂切除歴のない場合はESDの適応を慎重に検討する必要がある。

S1-12 ロボット支援結腸癌手術に対するアプローチ法の工夫と新規導入後の短期成績

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科

○鈴木 卓弥、高橋 広城、瀧口 修司

背景:結腸癌に対するロボット支援腹腔鏡下手術は2022年4月より保険収載され、直腸癌手術に引き続き、今後も数多くの施設で導入されていくことが考えられる。当院では、保険収載に先駆けて2020年12月より臨床試験としてロボット支援腹腔鏡下結腸切除術を導入してきた。目的:当院における結腸癌に対するロボット支援手術の技手・短期成績を示し、その安全性を検討すること。方法:2020年12月から2022年7月までに結腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下結腸切除術を行った29例のうち多発癌・重複癌を除く27例を対称として後方視的に検討を行った。結果:年齢の中央値は73歳 (38-89歳)、男性:女性=12:15例、BMI中央値は22.0kg/m² (17.8-29.6) であった。腫瘍の占拠部位はC/A/T/D/S=5/11/3/3/5例、術式は回盲部切除/結腸右半切除/拡大結腸右半切除/結腸左半切除/S状結腸切除=5/11/3/3/5例であった。手術時間の中央値は243分 (156-452)、出血量は30ml (1-517ml)、術後在院日数は8日 (5-13日) であった。吻合は機能的端々吻合/overlap/DST=5/16/6例、overlapの16例は全て腹腔内吻合であった。Clavien-Dindo (CD) 分類Grade III以上の合併症は認めなかった。すべての手術において、局所R0手術がなされていた。考察:導入開始から全症例においてCD分類GradeIII以上の合併症は認められず、局所R0切除が達成されていた。一方、手術時間に関してはさらなる改善が求められる。結語:結腸癌に対するロボット支援手術は安全性に関して許容されるアプローチ法と考えられる。ロボット支援手術は腹腔鏡手術と比べ直感的で繊細な操作が可能であり、結腸癌に対してはメリットがあると考えられるが、特有の注意点なども存在するため慎重な導入が必要と思われる。

S1-13 進行直腸癌に対する臓器温存を目指した TNT の治療成績と前向き臨床研究を含めた今後の展望

三重大学大学院臨床医学系講座 消化管・小児外科学

○志村 匡信、川村 幹雄、間山 裕二

【背景】 下部進行直腸癌に対する予後向上を目指した術前集学的治療として、化学療法と化学放射線療法を組み合わせた total neoadjuvant therapy (TNT) が提唱され、当科では2018年より同治療を導入し完全寛解 (Complete Response; CR) 達成例では臓器温存療法である、Watch & Wait strategy (W&W) をおこなう方針としている。

【方法】 本研究では2018年4月から2022年3月までに当科でTNTを完遂した進行直腸癌45例における治療奏効率、手術症例における術式、2022年7月末時点までの生存再発予後に関して検証した。また対象症例において2022年4月に施設内の倫理委員会で承認された、前向き臨床研究に関しても紹介したい。

【結果】 対象症例は男性35例/女性10例、Stage1/Stage2/Stage3/Stage4は5例/16例/19例/5例であった。CRに到達しW&W継続中の症例が15例 (33.3%)、CR非達成の30例においては、部分寛解となった1例では縮小手術を施行し、total mesorectal exisionを伴う自然肛門温存直腸切除術を20例で施行し、腫瘍縮小効果が十分で無かった9例では直腸切断術が必要であった。観察期間中に癌死に至った症例3例 (6.7%) は全て手術症例であった一方で、W&W継続症例はいずれも無再発生存中である。臨床研究に関しては治療導入前に内視鏡下生検組織ならびに血液検体をサンプリングし、治療効果ならびに生存再発の層別化に有用となり得る分子生物学的指標を開発すべく現在前向きに症例集積中である。

【結論】 進行直腸癌に対するTNTではとりわけCRに到達した症例では良好な予後が期待できると考える。今後は現在進行中の臨床研究をはじめとして、悪性度の高い症例の同定能を高め、更なる治療成績向上に向けて取り組んでいきたい。

S2-1 当院における Fontan 術後肝合併症 (FALD) に関する検討

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：Fontan手術は単心室循環に対する機能的修復術として確立した治療法であるが、術後成績の向上に伴い、遠隔期の合併症である Fontan 術後肝合併症 (FALD) が問題となり、術後10年で約4割に肝線維化進展を認めるという報告もある。しかし、これまでに FALD に関する検討は十分とは言えない。今回我々は、当院の Fontan 術後症例における FALD に関して後方視的に検討した。方法：Fontan 術後10年以上当院へ通院、かつ腹部超音波エラストグラフィ (TE) による肝硬度測定を施行している51例を対象として以下について検討した。1) 肝線維化進展度の指標として血小板・アルブミン値の推移。2) CT・MRIによる肝腫瘍の有無。3) 肝硬度測定値 (TE 値) と同時期における血液検査項目との相関。なお、TEには汎用超音波画像装置 Fibroscan 502touch を用いた。結果：男性が32例 (63%) で、Fontan 術施行時の年齢の中央値 (IQR) : 3 (2-5) 歳、術後観察期間は中央値 (IQR) : 16 (13-20) 年であった。1) 術後4, 6, 8, 10, 15年において血小板値 (中央値) は22.9, 19.0, 18.7, 17.0, $13.8 \times 10^4/\mu\text{L}$ と経時的に低下したが、アルブミン値 (中央値) は4.6, 4.6, 4.6, 4.6, 4.8 g/dL と変化を認めなかった。観察期間中に肝腫瘍を5例 (10%) で認め、内訳は肝細胞癌2例、FNH疑い2例、再生結節1例であった。肝腫瘍を認めた5症例は、認めなかった症例と比べて術後10年での血小板値が低い傾向であった (中央値 12.9 vs $17.3 \times 10^4/\mu\text{L}$, $P=0.109$)。3) 術後中央値 (IQR) : 15 (12-19) 年に施行された TE 値の中央値 (IQR) は18 (16-22) kPa であった。TE 値 ≥ 10 kPa の46例の TE 値と同時期の各血液検査項目との相関を検討したところ、BNP 値のみ有意な正の相関を認めた ($r=0.467$, $P=0.025$)。結語：Fontan 術後、長期の観察において、肝線維化進展度の指標である血小板値の経時的な低下を認め、肝腫瘍を生じる症例も認めた。Fontan 術後患者における TE 値についてはうっ血の影響を受けることが示唆され、肝線維化進展度の評価としては注意を要する。Fontan 術後患者には定期的な肝疾患の評価に加えて経過観察方法の指針の確立が望まれる。

S2-3 リツキシマブを投与した血液悪性疾患症例における HBV 再活性化の検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○永野 淳二、入谷 壮一、清水 省吾

【目的】リツキシマブ (以下 R) を用いた化学療法では、HBV 再活性化の頻度は高いことが報告されている。また、ガイドラインでは HBV 既感染例の HBV-DNA (以下 DNA) のモニタリングが推奨されているが、その期間は明示されていない。R を投与した血液悪性腫瘍治療例における HBV 再活性化について後方視的に検討した。

【対象】2014年1月から2020年12月の7年間に当院において R を含めた化学療法を施行し、終了後1年以上経過観察が可能であった血液悪性腫瘍220例。

【成績】男性117例・女性103例、年齢は 71.3 ± 11.6 歳。疾病の内訳は、びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫153例、濾胞性リンパ腫49例、その他18例 (なお複数の組織型を有する症例は主たる組織型に含めた)。施行された化学療法は、R-CHOP 療法とその変法157例、R+放射線療法29例、R+ベンダムスチン療法24例、Rを含むその他の治療法10例であった。HBsAg 陽性は3例 (1.4%) であり、核酸アナログ (以下 NA) 治療中が2例で、非活動性キャリア1例は R 治療開始前に NA 治療を開始した。HBs 抗体もしくは Hbc 抗体陽性例は61例 (27.7%) であり、1例で DNA が陽性を示し、NA 治療が開始された。モニタリングを継続した既感染60例中7例 (11.7%) に DNA の再活性化を認めた。DNA が陽性化した時期は、化学療法中が3例、治療終了後が4例で、それぞれ1年4ヶ月、2年2ヶ月、2年4ヶ月、3年3ヶ月後であった。7例はいずれもガイドラインに従って対応し *de novo* B 型肝炎には至らなかったが、当院で初期に経験した遅発性の HBV 再活性化症例では *de novo* B 型肝炎の治療を要した。

【結語】リツキシマブを投与した血液悪性腫瘍治療例での HBsAg 陽性は1.4%、既感染は25.9%、既感染例からの HBV 再活性化率は12.3% であり、既報とほぼ合致する結果であった。一方、化学療法終了後1年以上経過してからの再活性化が4例あり、遅発性の再活性化に留意し、長期的にフォローする必要があると考えられた。

S2-2 高中性脂肪血症を合併した NAFLD 患者に対するベマフィブラートの脂肪肝改善効果の検討

浜松医科大学医学部附属病院 第二内科 肝臓内科
○花岡 智彦、則武 秀尚、川田 一仁

【目的】非アルコール性脂肪肝疾患 (NAFLD) は肝細胞の過剰な脂肪沈着を背景とする慢性疾患であり、患者はしばしば脂質異常症を合併している。選択的 PPAR α モジュレーターであるベマフィブラート (PF) は血中中性脂肪 (TG) の低下作用に加えて、肝臓における炎症や線維化の改善が期待できる薬剤であり、注目されている。今回、我々は高 TG 血症を合併した NAFLD 患者における PF による脂肪肝の改善効果を検討した。

【方法】2019年12月から2022年3月までに当院で NAFLD と診断された患者のうち高 TG 血症を合併し PF (0.2 mg/日) を48週間投与した8例 (男性4例、女性4例、年齢中央値65歳) を対象とした。PF 投与前後の BMI、血算、血清生化学検査、NAFLD Fibrosis Score (NFS)、FIB-4 index を評価した。肝内プロトン密度脂肪分画 (PDFF) および肝硬度は MRI、MR Elastography (MRE) により右葉を測定した。

【結果】PF 投与前後の中央値の変化 (投与前/投与48週後) は、TG 245/108 mg/dL ($p=0.014$)、TC 233/216 mg/dL ($p=0.008$)、AST 41/28 U/L ($p=0.023$)、ALT 49/21 U/L ($p=0.008$)、GGT 83/33 U/L ($p=0.014$)、血小板 $19.5/22.7 \times 10^4/\mu\text{L}$ ($p=0.008$)、IV 型コラーゲン 7S $5.55/4.05$ ng/mL ($p=0.031$)、FIB-4 index $2.27/1.94$ ($p=0.016$) であり、有意に改善した。一方 BMI $24.6/24.9$ 、HbA1c $5.8/5.9\%$ 、LDL-C $135/132$ mg/dL、NFS $1.07/1.07$ 、PDFF $11.4/9.6\%$ だった。肝弾性率 $3.45/2.75$ kPa ($p=0.123$)、については、統計学的有意差は認めないものの低下する傾向がみられた。

【考案】PF 投与により中性脂肪代謝が正常化するとともに肝逸脱酵素と肝線維化マーカーが有意に低下し、MRE も改善傾向を認めたことから、NAFLD 患者の中性脂肪代謝異常に起因する肝病態改善に有効であると考えられた。組織学的な線維化改善効果については生検による評価も含め、更に症例を集積し長期間での検討が必要であると考えられる。

【結論】PF は NAFLD 患者の血中中性脂肪を低下させるのみならず、肝障害を改善させ、肝線維化改善にも寄与する可能性がある。

S2-4 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における治療効果予測因子・安全性に関する検討

¹春日井市民病院 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
○河村 逸外¹、松浦 健太郎²、藤原 圭²

【目的】アテゾリズマブ・ベバシズマブ (ATZ+BV) 併用療法症例における治療効果予測因子、有害事象について検討した。

【方法】2022年5月までに当院および関連施設で ATZ+BV 療法を導入し、初回効果判定が終了した97例を解析対象とした。年齢中央値75歳、M/F: 79/18、ECOG PS 0/1: 91/6、背景肝 viral/non-viral: 38/59、BCLC-A/B/C: 4/55/38、治療 line 1st/2nd/3rd/4th: 67/24/3/3、Child-pugh score (CPS) 5/6/7/8: 61/28/7/1、mALBI grade 1/2a/2b/3: 33/33/29/2。治療効果判定と有害事象については RECISTv1.1 および CTCAEv5.0 を用いた。

【成績】初回効果判定では CR/PR/SD/PD: 2/19/54/22 例であり ORR 21.6% DCR 77.3% であった。初回効果判定時 PD に関連する因子として単変量解析では女性、BCLC-C、AFP 高値が有意であり、多変量解析の結果、AFP 高値のみ ($P=0.010$) が抽出された。最良効果判定は CR/PR/SD/PD: 3/23/49/22 例であり ORR 27.1% DCR 77.3% であった。最良効果判定 CR+PR に関連する因子として、男性 ($P=0.024$)、BCLC-A+B ($P=0.049$) が抽出された。全症例における OS 中央値は未達、1年生存率は76.4% であった。PFS は中央値6.0ヵ月 (M) であり、各因子で層別化するると、男性 vs. 女性: 6.8 vs. 3.7 M ($P<0.001$)、CPS 5 vs. ≥ 6 vs. 2.7 M ($P<0.001$)、BCLC-A+B vs. C: 8.9 vs. 3.5 M ($P=0.005$) において有意差を認めた。年齢、背景肝疾患、治療 line における差は認めなかった。Grade 2 以上の有害事象として比較的高頻度で認めたのが蛋白尿25例 (22%)、高血圧16例 (14%)、肝機能障害8例 (7%)、甲状腺機能低下症7例 (6%) であった。有害事象による投与中止は8例で、重篤な有害事象としては食道静脈瘤破裂2例、消化管穿孔1例、大腸炎1例、1型糖尿病1例、間質性肺炎2例であった。

【結語】初回判定時の治療効果予測には導入時の AFP 値が有用であり、男性、CPS 5 点、BCLC-A+B が良好な PFS に関連していた。ATZ+BV の忍容性は良好であったが、投与中止を余儀なくされる重篤な有害事象も少数で認め注意が必要と考えられた。

S2-5 最新治療として期待されるロボット支援下肝切除の現状と課題

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
○小島 正之¹、高原 武志¹、加藤 悠太郎²

2022年4月にロボット支援下肝切除の全定型術式が保険収載された。これに伴い、急速な普及が期待され、最新の治療法の選択となりうる。しかし、ロボット支援下肝切除は、これまでにその安全性や定型化は確立されていない。ロボット支援化肝切除術は、腹腔鏡下手術と違った特徴を有し、導入や適応拡大にはその違いを十分に理解する必要がある。当院では保険収載以前の2009年より自費診療でロボット支援下肝切除を施行しており、2022年5月までに128例に施行してきた。これまでの経験から得られた技術的特徴と今後の課題を報告する。当院では2009年12月よりda Vinci Sより開始し、Siへアップグレードし、2017年よりXiへ機種を変更し現在に至る。Xiに変更されたことで、Siに比べアームや視野の自由度が高くなり、肝切除に対しても使用範囲が広がってきている。ロボット支援下の利点としては、多関節機能を有することで角度制限を受けず、精細な操作が可能となった点があげられる。欠点としては、大きな術野展開が難しい点や、肝実質の切離デバイスの欠如などが挙げられる。また、ポート挿入ではポート挿入時に4横指以上の間隔を必要とし、体位や体型によって腹腔鏡手術より選択が難しい。さらに、その後で決定する助手ポート、助手の操作範囲はロボットにより規定され働きが制限されている。これらのロボットの特徴を理解し、当院ではロボット支援下肝切除の適応を、徐々に高難度症例などに拡大してきた。しかし、保険収載に伴い、開腹、腹腔鏡、ロボット手術のそれぞれの特徴を総合的に判断し、適応症例・術式を決定していく必要がある。具体的には、開腹手術は、切除個数が多い場合や、血管・胆道再建を必要とする拡大手術症例、腹腔鏡手術は、区域切除以上の肝切除面積を広く必要とする症例、ロボット支援下手術は、亜区域切除、再肝切除を積極的に適応と考えられ、具体的な症例を提示する。

S2-7 非切除胆道癌の予後に影響を与える因子

磐田市立総合病院 消化器内科
○玉腰 裕規、金子 淳一、山田 貴教

【目的】胆道癌の根治治療は手術のみであるが、局所進行、遠隔転移、または耐術困難の為に非切除となる症例も多い。非切除胆道癌の予後に影響を与える因子は、臨床重要な情報であるが、現在までに明らかにしていないため、今回我々はこれを明らかにするために検討を行った。【方法】2018年4月～2022年3月までに当院で診療した80歳以下の非切除胆道癌42症例を対象とした。予後不良因子は、初診時における年齢、性別、病名、Performance Status (PS)、好中球/リンパ球比(NLR)、Alb値、遠隔転移の有無、腹水の有無、非切除因子、胆道閉塞の有無、胆管炎の有無を因子として、生存期間に関してcox比例ハザードモデルを用いて検討を行った。また抗腫瘍療法あり群となし群で生存期間を比較した。【結果】患者の年齢は中央値73歳(範囲38-80歳)で、病名は肝内胆管癌3例、肝門部胆管癌14例、胆嚢癌20例、遠位胆管癌5例であった。非切除因子は局所進行・遠隔転移が33例(遠隔転移25例)、耐術困難は9例であった。NLRは中央値4.4(範囲1.4-45.0)、Albは中央値3.7g/dL(範囲2.4-4.4g/dL)であった。腹水は10%、胆道閉塞は83%、胆管炎は55%での症例で認めた。生存期間は中央値233日(95%信頼区間:CI 145-303日)であった。非切除胆道癌の予後不良因子は病名胆嚢癌(ハザード比:HR 3.2、95%CI 1.3-8.1)、PS2-4(HR 3.5、95%CI 1.5-8.6)、Alb<3.0g/dL(HR 7.1、95%CI 2.4-21.0)、腹水あり(HR 8.8、95%CI 2.3-33.0)であった。一方、胆管閉塞や胆管炎は予後不良因子とならなかった。抗腫瘍療法は55%で施行され、あり群ではなし群と比較し、生存期間が有意に長かった(中央値303日 vs. 144日、 $p<0.01$)。【結語】非切除胆道癌では、病名胆嚢癌、PS、Alb値、腹水が予後に影響を与える因子であることが分かった。

S2-6 ロボット支援下肝切除術の導入と今後の展望

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科
○林 祐一、松尾 洋一、瀧口 修司

近年、ロボット支援下手術は急速に普及しており、消化器外科領域においても、最初に胃と直腸領域で保険収載されてから久しい。肝胆膵領域においては、2020年に膵悪性腫瘍に対する膵体尾部切除術および膵頭十二指腸切除術が保険収載され、続いて2022年4月よりロボット支援下肝切除術が保険収載された。これにより、消化器外科領域におけるほとんどの悪性腫瘍に対する手術にロボット支援手術が適応されることとなった。一方で、肝胆膵領域におけるロボット支援手術は難度が高く、その厳しい施設条件および術者条件により限られた施設でのみ導入されている状況である。ロボット支援下手術は、その多関節機能による操作性の向上や、三次元画像と拡大視効果による微細解剖の認識向上などの利点がある一方で、腹腔鏡下手術とは異なるロボット支援下手術特有の制約や欠点があるのも事実であり、開腹手術や腹腔鏡手術との優位性については発展途上である。特に、ロボット支援下肝切除術は、本邦では2011年の若林ら、加藤らの報告が最初とされ、年数も浅く今後のさらなる症例の集積が必要といえる。当院では、ロボット支援下手術の利点を最大限に生かした精緻かつ安全な手技による成績向上を目指し、2019年よりロボット支援下肝切除術を導入し症例を積み重ねてきた。2022年7月までにロボット支援下肝切除術を29例おこなっており、導入当初は、肝部分切除術および肝外側区域切除に限定し10症例をおこない、その有用性を検証したのち、系統的肝切除術へと応用してきた。今回我々が段階的に導入してきたロボット支援下肝切除術に関する手技的な工夫や短期周期成績について解説する。

S2-8 切除不能進行胆道癌に対する GCS 療法の有用性に関する検討

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

【背景】切除不能胆道癌に対する1次化学療法としてGEM+CDDP+S-1(GCS)療法とGEM+CDDP(GC)療法を比較した第3相試験でGCS療法は有意に全生存期間の延長が得られたと報告され、本邦のガイドラインにもGCS療法は切除不能進行胆道癌の標準療法として記載されている。しかし、実臨床におけるGCS療法の有用性は明らかでない。【目的】切除不能進行胆道癌の1次化学療法としてGCS療法の有用性について検討する。【方法】2013年1月～2022年6月までに当院で組織学的に切除不能進行胆道癌と診断され、GCSまたはGC療法を施行された症例について全生存期間(OS)、無増悪生存期間(PFS)、奏効率(RR)、病勢制御率(DCR)、有害事象の発生頻度(AEs)について後視的に比較検討する。【結果】対象は30例(男性:17例、年齢中央値:72歳)。胆管ステント留置は16例、部位は肝内胆管:10例、肝外胆管:14例、胆嚢:6例、遠隔転移は15例であり、化学療法はGC群:20例、GCS群:10例であった。有効性に関して奏効率(GC群 vs GCS群:15% vs 33.3%、 $P=0.2595$)、OS(GC群 vs GCS群:11.9ヶ月 vs 17.1ヶ月、 $P=0.3047$)は有意差を認めなかったが、DCR(GC群 vs GCS群:70% vs 100%、 $P=0.0235$)、PFS(GC群 vs GCS群:5.5ヶ月 vs 14.5ヶ月、 $P=0.0179$)は有意にGCS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:15例、貧血:1例、血小板減少:4例であり、両群間で(GC群 vs GCS群:80% vs 10%、 $P=0.0001$)とGC群で有意に多く、非血液学的有害事象($\geq$ Grade 3)は皮膚:1例であり、両群間で(GC群 vs GCS群:5% vs 0%、 $P=0.3648$)と有意差は認めなかった。FNはGC群で1例のみに認めた。両群間で化学療法関連死は認めなかった。【結語】切除不能進行胆道癌患者にGCS療法を施行することでGC療法と比較して血液学的有害事象を減らし、DCR、PFSの改善が得られ、OS改善にも寄与する可能性がある。

S2-9 胆道癌におけるゲノム医療の現状と課題

愛知県がんセンター 消化器内科部

○福井 淑泰、奥野 のぞみ、原 和生

【背景と目的】がんゲノム医療は保険適応の拡大により急速に普及し、胆道癌においてもがん遺伝子パネル検査（CGP）を行う機会が増加している。今回、当院における胆道癌ゲノム医療の現状と課題について検討した。【対象と方法】2018年12月以降、CGPを施行した胆道癌65例（肝内胆管癌（CCC）/胆嚢癌（GB Ca）/肝外胆管癌（ECC）：32/22/11）を後方視的に検討した。【結果】CGPの検体は、組織検体49例（F1CDx/NCC/MSK-IMPACT: 24/21/4）、血液検体16例（F1CDx Liquid/GUARDANT360: 2/14）であった。結果開示までに必要とした時間は血液で有意に短い（組織/血液: 49.2/19.4日 $P < 0.01$ ）、遺伝子変異の検出数には有意差を認めなかった（組織/血液: 中央値3.0/2.5個 $P = 0.163$ ）。MSI-Highは1.5%（1/65, CCC:1）、TMB-Highは4.6%（3/65, CCC/GB Ca: 1/2）に認めた。治療介入可能な遺伝子変異は33.8%（22/65）に認め、内訳は、CCC 31.3%（10/32, IDH1-2/FGFR2/BRCA2/KRAS: 5/3/1/1）、GB Ca 50%（11/22, ERBB2/BRCA1-2/ATM/EGFR/FGFR1/NRAS: 6/2/1/1/1/1）、ECC 9.1%（1/11, TSC1: 1）であり、ECCと比較してGB Caで有意に多かった（ $P = 0.03$ ）。CGPに基づいた治療介入を18.5%（12/65）に考慮したが、実際に治療に至った症例は6.2%（4/65, FGFR2/ERBB2: 3/1）であり、治療介入出来なかった症例は9.2%（6/65）であった。CGP結果開示前、もしくは開示後3か月以内の死亡を18.4%に認めた。【考察と結論】CCCにおいて31.3%、GB Caにおいては50%と高率に治療介入可能な遺伝子変異を認めた一方で、ECCは低率であった。CCCとGB Caは標準治療の選択肢が少なく、かつ病勢コントロールが難しいため、治療の初期から積極的なCGPの導入が望ましいと思われる。

S2-11 術後再建腸管に対する胆膵内視鏡治療の検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○野瀬 賢治、山田 玲子、中川 勇人

【目的】術後再建腸管症例に対するERCPに関しては、概ね90%前後の目的部到達率・手技達成率、10%程度の偶発症率が報告されている。当科で施行した再建腸管症例（Billroth II法（BII）、Roux-en-Y法（RY）、膵頭十二指腸切除（PD）、胆管空腸吻合（BJ）、その他胆管膵管到達までに腸管吻合を有する術式（その他））に対する内視鏡治療の成績、偶発症、不成功時の対応について検討した。【方法】2019年8月から2022年7月までに上記の再建腸管症例に対して内視鏡治療を施行した103症例196件を対象とし、後方視的に検討した。【成績】再建法の内訳はBII 15件、RY 60件、PD 73件、BJ 25件、その他23件であった。治療目的は胆管結石82件、吻合部狭窄48件、悪性胆道狭窄45件、その他21件であった。初回アプローチとしてERCPを選択したのが193件、EUS下を選択したのが3件であった。ERCPでの目的部到達率は全体95.5%（184/193）、BII 100%（15/15）、RY 98.3%（58/59）、PD 100%（72/72）、BJ 72%（18/25）、その他95.4%（21/22）、手技達成率は全体88.6%（171/193）、BII 86.7%（13/15）、RY 86.4%（51/59）、PD 94.4%（68/72）、BJ 72%（18/25）、その他95.4%（21/22）であった。到達不能9件の理由はY脚が長い7、癒着1、穿孔1であった。手技達成不可13件の理由（到達不可除く）は胆・膵管挿管困難7、デバイス挿入困難3、採石困難1、偶発症のため終了（酸欠不良1、穿孔1）であった。偶発症は全体9.8%（19/193）、胆管炎11、穿孔6、膵炎1、胆管出血1であった。全偶発症のうち穿孔の2件で外科的対応を要したが、その他は保存的に改善し死亡例はなかった。不成功22件への対応は、再処置10（8件成功、2件は不成功のためEUS処置で対応）、EUS処置7（再処置不成功2件含む）、経皮処置4、再検査なし3であった。初回EUSアプローチ3件の理由は、播種による十二指腸狭窄2、吻合不全のためERCP不適が1であった。手技達成率は100%（3/3）、偶発症0であった。【結論】当科での再建腸管症例に対するERCPの成績は、既報と遜色ない結果であった。到達・手技達成困難例には代替治療を適切に選択することで、さらに高い割合で治療目的を達成できている。

S2-10 経乳頭の胆管生検における専用シースの有用性の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科

○新谷 文崇、石渡 裕俊、佐藤 純也

【背景】胆管狭窄病変の病理学的診断のための組織採取法は、ERCPを用いた経乳頭の胆管生検が一般的であるが、感度は36-81%であり、十分な成績とは言えない。さらに、胆管外への生検鉗子誤挿管による膵炎発症が懸念される。Endosheather（Piolax, Japan）は生検専用シースであり、胆管内挿管したシース内に生検鉗子を挿入することで、鉗子を目的部位に到達させることが容易になるため、これらの問題点を解決できる可能性がある。【目的】ERCP下胆管生検におけるEndosheatherを用いた胆管生検の成績（Endo群）を、通常の胆管生検の成績（通常群）と比較すること【方法】2020年1月から2021年12月に当院で胆道癌を疑いERCP下胆管生検を施行した症例を対象に、通常群とEndo群とで比較を行った。病理診断可能な検体採取率、診断能、誤挿管率、処置時間や生検1回あたりに要した時間、膵炎率について検討した。また正診に寄与する因子を多変量解析で検討した。【結果】通常群76例、Endo群39例であった。生検回数中央値は3回 vs. 5回、狭窄長中央値は16mm vs. 16.5mm、狭窄部位は肝門部狭窄が54% vs. 26%であった。病理診断可能な検体採取率は72.4% vs. 89.7%（ $p = 0.03$ ）、正診率は71% vs. 87.2%（ $p = 0.04$ ）であった。誤挿管率は43.4% vs. 0%（ $p < 0.01$ ）、処置時間は25分 vs. 24分（ $p = 0.64$ ）、一回あたりの生検時間は68.3秒 vs. 54秒（ $p = 0.03$ ）、膵炎率は2.6% vs. 0%（ $p = 0.3$ ）であった。正診に寄与する因子の検討では、狭窄長 > 15 mmとEndosheather使用が独立した因子であった。【結論】生検専用シースを用いた胆管生検は、生検時間の短縮と、胆管誤挿管をなくすることが可能であり、また胆管狭窄部診断における正診率向上に寄与すると考えられる。

S2-12 切除不能悪性肝門部領域胆管閉塞に対する Stent-in-stent 留置に用いるメタリックステントの種類別成績

岐阜市民病院 消化器内科

○奥野 充、岩佐 悠平、岩田 圭介

【背景】切除不能悪性肝門部領域胆管閉塞（UMHBO）に対する両葉uncovered SEMS（USEMS）留置は長期的ステント開存期間が報告される。USEMSはLaser-cut typeとBraided typeが選択可能だが、使い分けは明らかでない。【目的】Stent-in-stent（SIS）型留置に用いるLaser-cutとBraided typeのUSEMSを比較し、特徴および使用法につき検討する。【方法】対象は2005-2022年にUMHBOに対しLarge-cell widthに分類されるUSEMSを用いSIS型留置を試みた80例。Laser-cut（L群）とBraided type（B群）の患者背景、SIS留置における手技内容、術後偶発症、手技・臨床的成功率、TRBO、RBO理由および内視鏡的Reintervention（ERI）内容につき比較検討した。【結果】L群33例/B群47例で、年齢76（52-90）/74（49-91）歳、女性14例（42%）/20例（43%）、Bismuth分類type III以上33例（100%）/43例（92%）、胆管狭窄長24（8-103）/25（7-69）mm、胆管径8（3-14）/8（4-14）mmに有意差はなかった。ステント留置時の処置内容は、L群/B群でEST付加30例（91%）/44例（94%）、処置時間56（17-117）/63（23-167）分、術後偶発症発生率21%/17%と有意差はなかった。手技成功率はL群/B群で97%（32/33）/96%（45/47）、臨床的成功率は100%（32/32）/100%（45/45）であった。TRBO中央値は242（10-654）/140（9-673）日（ $P = 0.3$ ）と有意差はなかった。SIS留置に成功した77例中35例（L群15例/B群20例）にRBOを認めた。その理由としてingrowth [L群80%（12/15）/B群80%（16/20）（ $P = 1.0$ ）]が最も多かった。ERI手技成功率はL群60%（9/15）/B群85%（17/20）（ $P = 0.13$ ）と有意差はないが、ERI処置時間はL群38（19-104）分/B群22（7-50）分（ $P = 0.02$ ）と有意にB群が短かった。【結論】Laser-cut typeはステントデリバリー径が細く、Braided typeはステントメッシュが稼働しやすいためSIS留置が容易であった。ERIでは、SEMS内にプラスチックステント留置が必要となるため、ステントメッシュが稼働しやすいBraided typeの方が、ERIが容易であった。両群の特性を考慮したUSEMS選択が重要と思われた。

S2-13 当院における切除不能悪性胆道狭窄に対する EUS-HGS の治療成績と recurrent biliary obstruction に対する内視鏡的 re-intervention の検討

豊橋市民病院 消化器内科
○加納 佑一、松原 浩、鈴木 博貴

【はじめに】切除不能悪性胆道狭窄に対する EUS-BD は、ステント留置後に Recurrent biliary obstruction (RBO) を発症し内視鏡的 re-intervention が必要となる場合もある。【目的】当科における切除不能悪性胆道狭窄に対する EUS-HGS 施行後の RBO に対する内視鏡的 re-intervention の現況について検討すること。【対象・方法】2012年3月から2022年2月の間に当院で EUS-HGS 施行を試みた74例を対象とし、患者背景、成功率、RBOの有無、re-interventionについて後方視的に解析した。【結果】年齢中央値は72 (36-95) 歳、男性/女性 は39例/35例、PSは0/1/2/3=29例/26例/15例/4例、背景疾患は胆道癌34例、膵癌25例、その他15例。手技の成功率は94.6% (70/74)、臨床的成功率は88.6% (62/70)。所要時間中央値は40 (20-145) 分。使用ステントは全例で Self-Expandable Metallic Stent (SEMS) であった。SEMS 開存期間中央値は80 (14-584) 日、1ヶ月開存率は79.7% (47/59)、3ヶ月開存率は44.1% (26/59)。RBOは12例 (20.3%) で発症し、Time to RBO (TRBO) 中央値は133 (35-584) 日。re-interventionは12例 (100%) で実施し、12例全例でスナアでのSEMS 抜去を試みた。TRBO < 200日であった9例においてSEMS 抜去は容易で瘻孔を通じたSEMS 再留置が可能であった (処置時間中央値34 (16-45) 分)。TRBO > 200日であった3例においてはSEMS 抜去に難渋した。うち1例では最終的に抜去可能であったが処置時間98分と時間を要した。他2例では抜去不能で Stent-in-stent (処置時間70分) やメッシュ間隙への plastic stent 留置 (処置時間118分) を施行した。re-intervention を行った12例全例で臨床的改善が得られ、11例 (91.7%) で RBO 再発を認めなかった。【結語】RBO に対する内視鏡的 re-intervention は全例で可能であったが、TRBO が長い症例ではSEMS 抜去に難渋した。近年の化学療法法の進歩に伴い、切除不能悪性腫瘍の予後は延長傾向にあり、EUS-HGS 施行から半年程度で定期交換することで、re-intervention は短時間かつ確実となり得る。

S2-15 当院における nal-IRI+5-FU/LV 併用療法の治療成績

¹静岡県立総合病院 消化器内科、²静岡県立総合病院 腫瘍内科
○平田 太陽¹、川口 真矢¹、多久 佳成²

【目的】海外第III相試験 (NAPOLI-1) および国内第II相試験の結果から、2020年6月より切除不能進行・再発胆癌の2次治療以降を対象とした、Nanopiposomal irinotecan (nal-IRI) +5-fluorouracil/levoleucovorin (5-FU/LV) 併用療法が日常診療で広く使用されている。しかし、日本人対象の real-world data の報告は未だ少ないため、当院における nal-IRI+5-FU/LV 併用療法の治療成績について検討した。【方法】2020年6月から2022年4月の間に、当院で nal-IRI+5-FU/LV 併用療法を導入した切除不能進行・再発胆癌患者42名を対象に、有効性および安全性について後方視的に検討を行った。【成績】年齢中央値は71歳 (46-80歳)、局所進行切除不能胆癌が11.9%、遠隔転移を有する胆癌が61.9%、術後再発胆癌が26.2%であった。治療ラインは2次治療が61.9%、3次治療以降が38.1%であり、90.5%でゲムシタビンベースの前治療が行われた。投与サイクル中央値は5コース (1-22コース)。全生存期間 (OS) 中央値は6.3ヶ月 (95%信頼区間: 4.2-8.9ヶ月)、6ヶ月生存割合は55.8%であり、無増悪生存期間 (PFS) 中央値は2.6ヶ月 (95%信頼区間: 2.0-4.7ヶ月) であった。奏功割合は9.5%、病勢制御割合は42.9%であった。Grade 3以上の有害事象は50.0%で、好中球減少16.7%、貧血7.1%、下痢7.1%であった。なお、75歳以上 (elderly) 群は8例で75歳未満 (non-elderly) 群と比較して、OS、PFSともに有意差を認めなかったが、Grade3以上の有害事象については elderly 群75.0%、non-elderly 群44.1%であった。また、Irinotecan 使用歴あり群は8例でIrinotecan 使用歴なし群と比較しても、OS、PFSともに有意差は認めなかった。【結論】一般市中病院の実臨床においても nal-IRI+5-FU/LV 併用療法の有効性および安全性は既報とほぼ同様の結果であった。本検討ではIrinotecan 使用歴のある患者であっても有効性が認められた。75歳以上の高齢患者では有効性は保たれていたものの Grade3以上の有害事象を起こしやすい可能性があり、より慎重な経過観察を要すると考えられた。

S2-14 瘻孔拡張デバイスを省略した順行性ステント留置併用 EUS-HGS の可能性

愛知医科大学 肝胆膵内科
○井上 匡央、北野 礼奈、米田 政志

【目的】順行性ステント留置併用 EUS-HGS (EUS-HGAS) は、経乳頭のアプローチが困難な遠位胆管狭窄症例に対する有用なサルベージ法の1つであるが、煩雑であり偶発症率も低いとは言えない。瘻孔拡張ステップを省略できれば、胆汁漏出の減少による偶発症率の低下、ならびに手技時間の短縮を得られるかもしれない。本研究では瘻孔拡張デバイス非使用での EUS-HGAS の実現可能性を検証する。【方法】膵癌による切除不能悪性遠位胆管狭窄に対して、瘻孔拡張デバイスを用いずに EUS-HGAS を試みた57例を対象とした。穿刺アプローチには19G穿刺針と0.025インチガイドワイヤーを使用し、狭窄部の突破には先端3Fr or 3.5Frの細径カテーテルを併用した。順行性ステントには5.4Frのデリバリーシステムを有する金属ステント、HGSステントには7Frの専用プラスチックステント (Through & Pass TYPE-IT、ガドリウス社) を用いた。検討項目は手技成功、臨床的成功、recurrent biliary obstruction (RBO)、RBO以外の偶発症とした。手技成功はいずれの瘻孔拡張デバイスも用いずに、処置が完遂できた症例と定義した。【成績】手技成功率は91.2% (52/57) であり、5例が不成功であった。不成功の5例中3例は穿刺あるいは穿刺後のガイドワイヤー挿入が不成功であり、1例は狭窄部が突破不可、1例は瘻孔拡張デバイスが必要であった。処置時間の中央値は25分であり、手技成功が得られた症例では全例臨床的成功が得られた。早期偶発症率は3.5% (2/57) であり、出血と胆管炎は1例ずつ認めた。後期偶発症率は1.9% (1/52) であり、肝臓癌を1例で認めた。RBOは30.8% (16/52) で認め、RBOまでの期間中央値は245日であった。RBOに対する reintervention を試みた症例では、全例HGSルートからのアプローチで成功が得られた。【結論】EUS-HGASにおいて、細径デバイスや専用デバイスを用いることで、瘻孔拡張デバイスの使用を省略できる。本研究の短期・長期成績は良好で偶発症率も低く、膵癌による切除不能悪性遠位胆管狭窄において、ERCP不成功時の有用な選択肢の1つになり得ると考えられた。

S2-16 ナブパクリタキセル供給制限により real world での膵癌化学療法はどう変わったか?

伊勢赤十字病院 消化器内科
○村林 桃士、大山田 純、亀井 昭

【背景と目的】ナブパクリタキセル (nab-PTX) は遠隔転移を有する膵癌 (UR-M 膵癌) に対する化学療法において重要な薬剤であるが、2021年8月から2022年6月に nab-PTX が供給制限により使用困難となったため、この期間の UR-M 膵癌への化学療法について検討した。【対象と方法】2021年8月から2022年6月に当科で UR-M 膵癌と診断した24例 (術後再発例を除く) のうち、当科で1次化学療法を開始した14例 (74±9歳、男/女:5/9) を対象 (A群) とし、2020年4月から2021年7月に1次化学療法を開始した16例 (71±8歳、男/女:9/7) を対照群 (B群) とし、後方視的に2群を比較検討した。【結果】1次化学療法のレジメンは、A群で mFFX/GEM が6/8例 (43/57%)、B群で mFFX/GnP/GEM/S-1 が7/5/2/2例 (44/31/13/13%) であった。75歳未満のサブグループ (A群6例、B群11例) においては、A群で mFFX が6例 (100%)、B群で mFFX/GnP が7/4例 (64/36%) であった。75歳以上のサブグループ (A群8例、B群5例) においては、A群で GEM が8例 (100%)、B群で GnP/GEM/S-1 が1/2/2例 (20/40/40%) であった。30例のうち治療効果判定が可能であったのは25例 (A群11例、B群14例) であり、最良治療効果はA群で PR/SD/PD が2/3/6例 (18/27/55%)、B群で PR/SD/PD が2/5/7例 (14/36/50%) であり、病勢制御率はA群45%、B群50%であった (P=1.0)。無増悪生存期間 (中央値) はA群で92日、B群で88日であり (P=0.849)、全生存期間 (中央値) はA群で136日、B群で184日であった (P=0.304)。1次化学療法における Grade3以上の有害事象は、A群で骨髄抑制8例 (57%)、間質性肺炎1例 (6%)、B群で骨髄抑制6例 (38%) を認めた (P=0.272)。【結論】1次化学療法レジメンの治療強度の観点からは、75歳未満においては nab-PTX 供給制限の影響は小さかった。一方、従来であれば GnP を選択できた75歳以上の症例の一部においては、従来よりも強度が低下した化学療法となった可能性がある。

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

大腸 1

座長 浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部 石田夏樹

- 1 Ulcerative colitis-related postoperative enteritis に対して顆粒球除去療法が有効であった一例

若手 ¹愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター、²愛知医科大学病院 消化管内科
(研修医) ○安藤 慧¹、足立 和規²、加藤 綾²、高山 将旭²、加藤 駿介²、小野 聡²、
吉峰 尚子²、杉村 明佳音²、越野 顕²、長尾 一寛²、山本 和弘²、
杉山 智哉²、山口 純治²、田村 泰弘²、井澤 晋也²、海老 正秀²、舟木 康²、
小笠原 尚高²、佐々木 誠人²、春日井 邦夫²

- 2 Aseptic abscess syndrome を合併した潰瘍性大腸炎の一例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○宇野 好、尾関 啓司、西垣 瑠里子、小島 悠揮、管野 琢也、佐々木 槇子、
奥田 悠介、福定 繁紀、杉村 直美、水野 裕介、岩崎 弘靖、西江 裕忠、
田中 守、片野 敬二、志村 貴也、久保田 英嗣、片岡 洋望

- 3 COVID-19mRNA ワクチン接種後に発症した超高齢者潰瘍性大腸炎の一例

¹岐阜西濃医療センター西美濃厚生病院、²岐阜大学医学部 第一内科

○嶋田 貴仁¹、高田 淳²、馬場 厚¹、岩下 雅秀¹、林 隆夫¹、前田 晃男¹

- 4 食道潰瘍を合併した潰瘍性大腸炎の1例

三重大大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○木戸 恒陽、中村 美咲、梅田 悠平、重福 亜紀奈、別府 剛志、濱田 康彦、
田中 匡介、堀木 紀行、中川 勇人

- 5 顔面に壞疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎の一例

若手 ¹浜松医科大学医学部附属病院 内科学第一講座、

(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

○伊藤 誠人¹、樋口 友洋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

大腸2

座長 JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター岐北厚生病院 消化器内科 長谷川恒輔

6 メサラジン投与中に間質性腎炎を発症したクローン病の一例

若手 成田記念病院 消化器内科

(専修医) ○小林 里帆、溝口 直人、外山 貴洋、加藤 秀章、飯田 章人、大谷 宣人、
山雄 健次、成田 真

7 大動脈ステントグラフト内挿後の DIC に対する治療にて止血し得た、大腸ポリープ内視鏡治療後出血の1例

若手 岐阜県総合医療センター 消化器内科

(専修医) ○林 冴加、小澤 範高、山崎 健路、岩田 啓祐、木村 明博、黒田 英孝、
小泉 拓也、坂野 香里、曾我 敦史、廣田 大輝、入谷 壮一、吉田 健作、
丸田 明範、永野 淳二、清水 省吾

8 加味逍遙散の長期内服により発症した腸間膜静脈硬化症の2例

¹新城市民病院 総合診療科、²新城市民病院 外科・消化器科

○鈴木 琢也¹、中村 一平¹、柴崎 泰²、金子 猛²、横井 佳博²

9 漢方の長期内服により発症した腸間膜静脈硬化症の1例

若手 日本赤十字社高山赤十字病院

(専修医) ○増田 直也、市川 広直、水谷 拓、今井 奨、浮田 雅人、白子 順子

10 急速に増大した大腸未分化癌の 1 例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○江上 貴俊¹、芳澤 社¹、三宅 彩¹、榛葉 俊太郎¹、吉井 元¹、
平野 雄一¹、大城 恵吾¹、井田 雄也¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、
山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、
細田 佳佐¹、浜野 孝²、大月 寛郎³

11 疼痛緩和に放射線照射が有用であった下行結腸癌陰茎転移の一例

¹三重県立総合医療センター 消化器・一般外科、

²三重県立総合医療センター 小児外科

○山本 晃¹、家城 英治¹、寫村 麻生¹、辻浦 誠浩¹、横江 毅¹、尾嶋 英紀¹、
内田 恵一²、毛利 靖彦¹

12 家族性大腸腺腫症に対し、結腸亜全摘術後に発生した残存大腸癌の 2 例

若手 岐阜大学医学部附属病院 消化器外科

(専修医) ○大野 慎也、福田 萌、太田 雅斗、横井 亮磨、水谷 千佳、田島 ジェシー雄、
木山 茂、田中 善宏、奥村 直樹、村瀬 勝俊、高橋 孝夫、松橋 延壽

13 集学的治療を行い長期生存中の虫垂粘液腺癌 StageIV の 1 例

若手 ¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 外科学第一講座

(専修医) ○関森 健一¹、阪田 麻裕¹、立田 協太¹、杉山 洸裕¹、小嶋 忠浩¹、
赤井 俊也¹、鈴木 克徳¹、鳥居 翔²、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩¹、
倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

14 横行結腸に発生した早期内分泌細胞癌の一例

若手 ¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門科、

(専修医) ³聖隷浜松病院 病理診断科

○三宅 彩¹、芳澤 社¹、榛葉 俊太郎¹、井田 雄也¹、平野 雄一¹、大城 恵吾¹、
吉井 元¹、志田 麻子¹、小林 郁美¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、
小林 陽介¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、浜野 孝²、
大月 寛郎³

15 S 状結腸狭窄による腸閉塞で発症した原発性腹膜癌の一例

若手 藤枝市立総合病院 外科

(専修医) ○福井 脩介、岡本 和哉、島村 隆浩、東 正樹、白木 巧、長谷川 聡、
中村 利夫

16 側方リンパ節郭清を伴う腹会陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の1例

伊勢赤十字病院 外科

○川北 航平、楠田 司、高橋 幸二、松本 英一、藤井 幸治、熊本 幸司

17 直腸 MALT リンパ腫に対して ESD による診断的治療を行った一例

若手 ¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、

(研修医) ³浜松医科大学 臨床検査医学

○杉浦 直輝¹、高橋 賢一¹、伊藤 誠人¹、伊藤 達弘¹、浅井 雄介¹、高橋 悟¹、
杉浦 喜一¹、尾上 峻也¹、宮津 隆裕¹、金子 雅直¹、樋口 友洋¹、
松浦 友晴¹、石田 夏樹²、田村 智¹、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、岩泉 守哉³、
濱屋 寧¹、大澤 恵²、杉本 健¹

18 早期の外科的整復により胃切除を回避できた成人胃軸捻転症の 1 例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 上部消化管外科

○井田 雄也¹、木全 政晴¹、三宅 彩¹、榛葉 俊太郎¹、大城 恵吾¹、
平野 雄一¹、吉井 元¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、
海野 修平¹、小林 陽介¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、
戸松 真琴²

19 Transcatheter Aortic Valve Implantation で治癒した非典型的な Heyde 症候群の 1 例

若手 ¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²伊勢赤十字病院 循環器内科

(研修医) ○豊田 純樹¹、杉本 真也¹、高村 武志²、津田 宜之¹、河俣 真由¹、
松嶋 竜太郎¹、久田 拓央¹、林 智士¹、天満 大志¹、村林 桃士¹、
大山田 純¹、亀井 昭¹

20 半固形栄養剤により生じた巨大胃石に対しコーラ溶解療法が有効であった一例

若手 半田市立半田病院 消化器内科

(専修医) ○青井 有里波、杉本 啓之、小池 剛、野浪 大介、江崎 正哉、安藤 祐資、
大塚 泰郎

21 胃潰瘍穿通による胃結腸瘻を呈した 1 例

有隣厚生会富士小山病院 消化器内科

○小嶋 清一郎

22 潰瘍性大腸炎 上部消化管病変の一例

若手 藤田医科大学 消化器内科学

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

23 当院で経験した好酸球性胃腸炎の2例

済生会松阪総合病院 内科

○小野 隆裕、橋本 章、河内 瑞季、紅林 真理絵、田原 雄一、吉澤 尚彦、
黒田 直起、福家 洋之、青木 雅俊、河俣 浩之、脇田 善弘、清水 敦哉

24 IgG 4 関連消化管疾患の合併が疑われた好酸球性胃腸炎の症例

聖隷三方原病院 消化器内科

○山下 龍、岡井 研、山田 哲、久保田 望、佐藤 義久、大原 和人、
金谷 和哉、佐藤 友香、多々内 暁光

25 Collagenous gastritis の1例

¹山下病院 消化器内科、²山下病院 病理科

○福沢 一馬¹、松崎 一平¹、菊池 正和¹、泉 千明¹、岩田 悠嗣¹、
横井 太紀雄²、服部 昌志¹、乾 和郎¹

26 ジアミノジフェニルスルホン (DDS) が腹部症状に著効した成人発症 IgA 血管炎の1例

若手 岐阜市民病院

(専修医) ○大西 拓海、小木曾 富生、犬飼 将旭、川出 真史、日野 孝彬、伊藤 有紀、
高木 暁広、相羽 優志、岩佐 悠平、奥野 充、河内 隆宏、林 秀樹、
岩田 圭介、杉山 昭彦、西垣 洋一、富田 栄一

27 胃瘻造設困難例に大腸内視鏡補助下経皮的内視鏡的胃瘻造設術（C-PEG）を施行した2例

若手 トヨタ記念病院 消化器内科

（専修医） ○小柳 裕揮、鈴木 貴久、三宅 忍幸、村山 睦、芳川 昌功、物江 真司、
長屋 龍太郎

28 胃癌術後再発に伴った輸入脚症候群に対して経皮的ドレナージが有効だった一例

若手 小牧市民病院

（専修医） ○平尾 亮太、平井 孝典、丹羽 慶樹、小宮山 琢真、杉山 由晃、樋口 道雄、
安藤 樹里、宮田 章弘

29 内視鏡的粘膜切開が有効だった胃壁膿瘍の一例

若手 静岡市立静岡病院

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

30 胃癌腹膜播種に対する PTEG の使用経験

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学、

²名古屋大学メディカル xR センター

○杉山 史剛¹、中西 香企¹、田中 千恵¹、神田 光郎¹、清水 大¹、高見 秀樹¹、
猪川 祥邦¹、服部 憲史¹、林 真路¹、中山 吾郎¹、藤原 道隆^{1,2}、
小寺 泰弘¹

31 診断に難渋した粘膜下腫瘍様胃粘液癌の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 化学療法部

○飛田 恵美子¹、古川 和宏¹、伊藤 信仁¹、古根 聡²、廣瀬 崇¹、
鈴木 智彦¹、鈴木 孝弘¹、平井 恵子¹、柴田 寛幸¹、倉田 祥行¹、
中村 正直¹、川嶋 啓揮¹

32 胎児消化管類似癌と肝様腺癌の混在した胃癌の一例

¹菊川市立総合病院 外科、²菊川市立総合病院 消化器内科、

³磐田市立総合病院 消化器外科

○阿久津 友洋¹、内山 隆¹、小坂 隼人³、中村 光一¹、久保田 修¹、
山田 健太²、鈴木 崇弘²、石橋 るり²、二見 肇²

33 総胆管拡張を契機に精査加療を行った十二指腸印環細胞癌の一例

浜松医療センター 消化器内科

○山中 力行、井上 尊史、西澤 航平、藤田 翔也、井口 太郎、大庭 行正、
鈴木 安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁

34 DIC を合併した胃癌・骨転移に対して SOX+Trastuzumab 療法が著効した一例

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)

○中井 俊介、富田 優作、森 義徳、橋本 真耶佳、金山 朋裕、大脇 聖楽、
前田 英貴、金岩 弘樹、今津 充季、北川 美香、野村 智史、平野 敦之、
木村 吉秀、土田 研司、妹尾 恭司

35 胃小細胞癌に対し化学療法中に血球貪食症候群 (HPS) が疑われた一例

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)

○伊藤 創太、石原 誠、牧野 成彦、竹内 悠祐、加藤 彩、榎本 祥吾、
齋藤 洋一郎、尾崎 玄、林 大樹朗、竹内 真実子

36 腹膜播種を伴う噴門部癌に対してニボルマブを使用し、コンバージョン手術及び病理学的完全奏功を得た 1 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外科学講座、

³藤田医科大学 先端外科治療開発共同研究講座、

⁴藤田医科大学 高度情報医療外科学共同研究講座

○近石 裕子¹、中内 雅也²、藤田 正博¹、梅木 祐介¹、後藤 愛¹、鈴木 和光¹、
芹澤 朗子¹、秋元 信吾¹、田中 毅¹、柴崎 晋¹、稲葉 一樹²、宇山 一朗^{2,3}、
須田 康一^{1,4}

37 ニボルマブによる間質性肺炎に対しインフリキシマブを使用した進行胃癌の一例
愛知医科大学病院 消化管内科

○加藤 綾、加藤 駿介、加藤 真子、杉村 明佳音、吉峰 尚子、高山 将旭、
小野 聡、越野 顕、山本 和弘、長尾 一寛、杉山 智也、山口 純治、
足立 和規、田村 泰弘、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

38 当院における胃神経内分泌癌に対する手術成績
静岡県立静岡がんセンター 胃外科

○曾根田 亘、藤谷 啓一、寺島 雅典、古川 健一朗、谷澤 豊、坂東 悦郎

39 進行・再発胃癌患者終末期における検討
市立湖西病院 外科

○太田 学、中島 昭人、大貫 義則

40 腹腔鏡下肝部分切除術を行った肝原発 Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫の 1 例

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○弓削 拓也、種村 彰洋、前田 光貴、新貝 達、伊藤 貴洋、堯天 一亨、
早崎 碧泉、藤井 武宏、飯澤 祐介、村田 泰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、
水野 修吾

41 肝原発の神経内分泌癌の一例

静岡市立清水病院 消化器内科

○芹澤 亜紗美、小池 弘太、池田 誉、高柳 泰宏、窪田 裕幸

42 外科的治療が奏功した G-CSF 産生肝未分化癌の一例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○犬飼 庸介¹、石津 洋二¹、水野 史崇¹、松田 宜賢¹、山本 崇文¹、
水野 和幸¹、武藤 久哲¹、横山 晋也¹、山本 健太¹、伊藤 隆徳¹、
今井 則博¹、本多 隆¹、林 真路²、石上 雅敏¹、川嶋 啓揮¹

43 免疫チェックポイント阻害剤投与による間質性肺炎発症後、長期に SD が得られている肝細胞癌の 1 例

若手 藤田医科大学病院 消化器内科

(専修医) ○和田 悠良、葛谷 貞二、宮地 小百合、宮地 洋平、越智 友花、田中 浩敬、
中岡 和徳、中野 卓二、川部 直人、橋本 千樹、廣岡 芳樹

44 食道静脈瘤・直腸静脈瘤を併発した肝細胞癌の 1 例

若手 JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

(専修医) ○長井 宏樹、三田 直樹、山田 愛、三浦 有貴、小居 幹太、伊藤 貴嗣、
向井 美鈴、杉山 智彦、白木 亮、戸田 勝久、勝村 直樹

45 肝細胞癌に対する体幹部定位放射線治療の経験

若手 浜松医療センター 消化器内科

(専修医) ○西澤 航平、井上 尊史、井口 太郎、藤田 翔也、山中 力行、大庭 行正、
鈴木 安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁

肝2

座長 浜松医科大学 地域医療支援学講座 千田剛士

46 生体肝移植から11年後に脳死肝移植を施行した再発原発性硬化性胆管炎の一例

若手 浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科

(専修医) ○井上 尊史、伊藤 潤、松本 萌、梅村 昌宏、花岡 智彦、山下 真帆、
木次 健介、高鳥 真吾、太田 和義、千田 剛士、則武 秀尚、川田 一仁

47 難治性胸水に対してシャント留置を行った2例

若手 小牧市民病院 消化器内科

(専修医) ○安藤 樹里、平井 孝典、丹羽 慶樹、小宮山 琢真、杉山 由晃、樋口 道雄、
平尾 亮太、宮田 章弘

48 高度の黄疸をきたし肝生検にて診断された原発性全身性アミロイドーシスの一例

若手 ¹社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科、

(専修医) ²社会医療法人宏潤会大同病院 病理診断科

○柴田 萌¹、西川 貴広¹、小島 伊織²、齋藤 和輝¹、吉田 和弘¹、堀 諒¹、
杉原 有紀¹、田島 万莉¹、柳澤 直宏¹、八鹿 潤¹、名倉 明日香¹、
野々垣 浩二¹

49 伝染性単核球症様の症状で発症した急性 HIV 感染症の1例

若手 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

(専修医) ○岩佐 太誠、今井 健二、三輪 貴生、華井 竜徳、末次 淳、高井 光治、
清水 雅仁

50 CD20陽性濾胞性リンパ腫に対して、オビヌツズマブを用いた化学療法症例におけるHBV再活性化の検討

若手 ¹岐阜県総合医療センター 消化器内科、²関中央病院 内科

(専修医) ○木村 明博¹、永野 淳二¹、岩田 啓佑¹、黒田 英孝¹、小泉 拓也¹、
坂野 香里¹、廣田 大輝¹、林 冴加¹、曾我 淳史¹、谷口 裕紀¹、入谷 壮一¹、
吉田 健作¹、小澤 範高¹、丸田 明範¹、山崎 健路¹、清水 省吾¹、
植松 孝広²

51 当院における肝性脳症に対するリファキシミン投与後の肝予備能と栄養状態の検討

国立病院機構名古屋医療センター 消化器内科

○浦田 登、島田 昌明、平嶋 昇

胆 1

座長 愛知県がんセンター 消化器内科 奥野のぞみ

52 胆嚢捻転に加え索状物による絞扼を伴った壊死性胆嚢炎の1例

若手 済生会松阪総合病院

(専修医) ○谷川 智美、渡邊 大和、市川 健、奥田 善大、近藤 昭信、田中 穰

53 PTGBD ルートを用いたランデブー法により経乳頭的胆道ドレナージを行った超高齢総胆管結石の1例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科

○金子 淳一¹、綿引 萌花¹、小杉 知功¹、草間 大輔¹、玉腰 裕規¹、
丹羽 智之¹、竹下 悠¹、瀧浪 将貴¹、辻 敦¹、西野 眞史¹、高橋 百合美²、
笹田 雄三²、山田 貴教¹

54 PTBD ルートでの碎石が有効であった術後再建腸管に発症した積み上げ結石による胆管炎の1例

若手 中部国際医療センター 消化器内科

(専修医) ○大橋 洋祐、佐竹 勇哉、下城 宏太、林 完成、水谷 しの、出田 貴康、
足達 広和、大島 靖広、杉山 宏

55 腹腔鏡下胆嚢摘出術時のクリップの迷入により術後23年目に総胆管結石性胆管炎をきたした一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科

○三木 大地、鷺見 肇、山口 丈夫、土居崎 正雄、藤吉 俊尚、丸川 高弘、
吉岡 直輝、上田 遼太、松本 悠平、堀田 侑義、川瀬 祐、原 啓文、
市川 毅留、坂本 旭美、野村 真希、春田 純一

56 胆道処置に併発した膵十二指腸動脈瘤破裂による胆道出血の一例

富士市立中央病院 消化器内科

○松本 尚樹、丹羽 峻、小森 徹也、桐生 幸苗、土屋 学、遠藤 大輔、
金井 友哉

胆2

座長 浜松医科大学 肝臓内科 高鳥真吾

57 当院で経験した免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象としての胆管炎の2例

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(研修医) ○田中 佑典、鈴木 博貴、松原 浩、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、
服部 峻、加納 佑一、西堀 友美、堀田 尋紀、足立 賢吾、新田 紘一郎、
浦野 文博

58 ERCP 後膵炎に伴う急性壊死性貯留および遅発性主乳頭部穿孔に対し、胆管メタリックステント留置と穿孔部への ENBD チューブ留置後、経皮的な内視鏡的ネクロセクトミーを行った1例

若手 岐阜市民病院 消化器内科

(専修医) ○川出 真史、奥野 充、岩田 圭介、犬飼 将旭、大西 拓海、日野 孝彬、
伊藤 優紀、高木 暁広、相羽 優志、岩佐 悠平、河内 隆宏、小木曾 富生、
林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、富田 栄一

59 Choledochocoele に対して内視鏡的乳頭切除術が有効であった一例

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

60 シスプラチン＋イリノテカンが奏効した切除不能胆嚢神経内分泌癌の1例

若手 愛知県農業協同組合連合会安城更生病院 消化器内科

(専修医) ○岩田 彩加、林 大樹朗、牧野 成彦、榎本 祥吾、加藤 彩、竹内 悠祐、
齋藤 洋一郎、尾崎 玄、石原 誠、竹内 真実子

61 当院における光線力学的療法の治療成績

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 化学療法部、

³名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○柴田 寛幸¹、伊藤 信仁¹、古川 和宏¹、古根 聡²、廣瀬 崇¹、鈴木 智彦¹、
鈴木 孝弘¹、飛田 恵美子¹、平井 恵子¹、倉田 祥行¹、石川 恵里¹、
澤田 つな騎³、水谷 泰之¹、山雄 健太郎³、前田 啓子³、山村 健史¹、
石川 卓哉¹、大野 栄三郎¹、中村 正直¹、川嶋 啓揮¹

62 食道扁平上皮癌の治療成績の検討 ―手術 vs 根治的化学放射線療法―

¹静岡県立静岡がんセンター 食道外科、²浜松医科大学 外科学第二講座

○眞柳 修平¹、羽田 綾馬^{1,2}、井上 正純¹、石井 賢二郎¹、坪佐 恭宏¹

63 頸部食道癌に対する化学放射線療法の治療成績

静岡県立静岡がんセンター 食道外科

○井上 正純、坪佐 恭宏、羽田 綾馬、石井 賢二郎、眞柳 修平

64 他院から紹介された食道癌術後合併症治療中の D ダイマーの異常値に関する診療

岐阜大学医学部附属病院 消化器外科

○田中 善宏、佐藤 悠太、大野 慎也、遠藤 真英、浅井 竜一、深田 真宏、
安福 至、田島ジェシー 雄、奥村 直樹、高橋 孝夫、松橋 延壽

65 急速な転移再発をきたした食道表在型類基底細胞癌の 1 例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 病理診断科

○平野 雄一¹、芳澤 社¹、三宅 彩¹、榛葉 俊太郎¹、井田 雄也¹、大城 恵吾¹、
吉井 元¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、
小林 陽介¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、
大月 寛郎²

66 食道 GIST の一例

¹朝日大学病院 消化器内科、²岐阜大学医学部附属病院 消化器外科、

³岐阜大学医学部附属病院 病理診断科

○杉野 敏志¹、森 健次¹、中畑 由紀¹、向井 理英子¹、坂元 直行¹、
大洞 昭博¹、村上 善基¹、小島 孝雄¹、八木 信明¹、遠藤 真英²、
田中 善宏²、酒々井 夏子³、宮崎 龍彦³

67 食道胃接合部癌術後の食道空腸吻合部縫合不全に対して食道ステントを留置した 1 例

若手

(専修医)

¹藤田医科大学医学部 総合消化器外科、

²藤田医科大学医学部 先端ロボット内視鏡外科学講座、

³藤田医科大学医学部 先端外科治療開発共同研究講座、

⁴藤田医科大学医学部 高度情報医療外科学共同研究講座

○大島 一真¹、中内 雅也²、藤田 正博¹、梅木 祐介¹、後藤 愛¹、鈴木 和光¹、
芹澤 朗子¹、秋元 信吾¹、田中 毅¹、柴崎 晋¹、稲葉 一樹²、宇山 一朗^{2,3}、
須田 康一^{1,4}

小腸 1

座長 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 濱田康彦

68 消化管出血を契機にカプセル内視鏡で発見された Meckel 憩室内翻の 1 例

若手

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、

(専修医)

³浜松医科大学 臨床検査医学講座、⁴浜松医科大学 外科学第二講座

○丸山 巧¹、石田 夏樹²、田村 智¹、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、岩泉 守哉³、
濱屋 寧¹、大澤 恵²、赤井 俊也⁴、倉地 清隆⁴、竹内 裕也⁴、杉本 健¹

69 古典的 Ehlers-Danlos 症候群に小腸穿孔を合併した一切除例

藤枝市立総合病院

○白木 巧、島村 隆浩、東 正樹、長谷川 聡、岡本 和哉、中村 利夫

70 腹膜転移を伴う空腸癌に対し conversion surgery を行った 1 例

¹静岡県立静岡がんセンター 肝・胆・膵外科、

²静岡県立静岡がんセンター 消化器内科

○大林 未来¹、大塚 新平¹、山田 美保子¹、蘆田 良¹、大木 克久¹、
川上 武志²、杉浦 禎一¹、上坂 克彦¹

71 成人腸重積症の 1 例

浜松医療センター 消化器外科

○林 忠毅、原田 岳、芝切 花梨、松本 旭生、尾崎 裕介、宮崎 真一郎、
大菊 正人、田村 浩章、金井 俊和、落合 秀人

72 腹腔内腫瘍切除により診断された小腸神経内分泌腫瘍の一例

三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科

○浦谷 亮、大井 正貴、山下 真司、志村 匡信、今岡 裕基、北嶋 貴仁、
川村 幹雄、安田 裕美、奥川 喜永、森本 雄貴、大北 喜基、吉山 繁幸、
問山 裕二

73 難治性乳糜腹水に対してオクトレオチドが有効であった一例

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

○大岩 恵祐¹、石川 恵里¹、中村 正直¹、山村 健史¹、前田 啓子¹、
澤田 つな騎²、村手 健太郎¹、濱崎 元伸¹、山田 健太郎¹、長谷川 一成¹、
池上 脩二¹、大橋 彩子¹、河村 達哉¹、八田 勇輔¹

74 演題取り下げ

75 肺癌小腸転移に二度の腫瘍切除術を行った一例

若手 静岡市立静岡病院 消化器内科

(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

その他 1

座長 浜松医科大学 外科学第二講座 村上智洋

76 当科で経験されたセフトリアキソンによる抗菌薬関連脳症の3例

若手 春日井市民病院 消化器内科

(専修医) ○水野 智之、高田 博樹、祖父江 雅也、竹市 絵里花、山本 涼、原田 貴仁、
河村 逸外、隈井 大介、小林 由花、山本 友輝、安達 明央、池内 寛和、
林 則之、平田 慶和、祖父江 聡

77 全身化学療法を施行し3年の生存を得た悪性腹膜中皮腫の1例

若手 独立行政法人岐阜県立多治見病院

(専修医) ○佐々木 謙、大岩 拓矢、濱田 祐輔、安原 聡、丹羽 祐介、山田 直晃、
浦壁 憲司、貫井 嵩之、岡山 幸平、蓑輪 彬久、鈴木 健人、鈴木 雄太、
羽根田 賢一、水島 隆史、奥村 文浩

78 大腸癌術後腹膜播種との鑑別が困難であった腸間膜デスマイド腫瘍の1例

若手 静岡市立清水病院 外科

(専修医) ○見原 遥佑、平山 一久、田井 優太、林 良郎、石松 久人、小路 毅、
山崎 將典、丸尾 啓敏

79 診断に難渋した腹壁原発孤立性線維性腫瘍の1例

若手 岡崎市民病院

(専修医) ○相澤 勇人、藤田 孝義、森井 正哉、山田 弘志、大塚 利彦、堤 克彦、
細野 幸太、今枝 秀斗、飯塚 昭男

80 後腹膜に発生した限局型 Castleman 病の1例

一宮西病院 消化器内科

○森山 智仁、林 晋太郎、百々 弘樹、原田 雄太、井原 亮、熊原 加奈、
與儀 竜治、東 玲治、大橋 憲嗣、森 昭裕

81 術前診断に難渋した大網腫瘍の1例

藤枝市立総合病院

○岩瀬 友哉、東 正樹、福井 脩介、白木 巧、島村 隆浩、長谷川 聡、
岡本 和哉、中村 利夫

その他2

座長 静岡県立総合病院 消化器外科 川村崇文

82 食道癌、胆道癌の同時重複癌に対し、二期分割手術による胸腔鏡下食道切除と脾頭十二指腸切除を行い根治切除した2例の経験

¹愛知県がんセンター 消化器外科、²愛知医科大学 消化器外科

○安井 講平^{1,2}、安部 哲也¹、檜垣 栄治¹、藤枝 裕倫¹、赤座 賢¹、
多和田 翔¹、有竹 典¹、沖 哲¹、大内 晶¹、佐藤 雄介¹、奥野 正隆¹、
浅野 智成¹、夏目 誠治¹、木下 敬史¹、伊藤 友一¹、三澤 一成¹、
小森 康司¹、伊藤 誠二¹、清水 泰博¹

83 異時性異所性に再発したCTNNB1変異によるデスモイド腫瘍の1例

若手 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

(専修医) ○臼井 佑希¹、羽田 綾馬¹、川田 三四郎¹、村上 智洋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

84 Low-grade appendiceal mucinous neoplasm (LAMN) と鑑別が困難であった卵管留水腫と虫垂子宮内膜症の一例

若手 静岡県立総合病院

(専修医) ○西脇 大貴、大島 健志、東園 和哉、川村 崇文、間 浩之、永井 恵里奈、
瀧 雄介、西田 正人、佐藤 真輔、大端 考、渡邊 昌也、金本 秀行、
大場 範行

85 腎尿管膀胱尿道全摘後、骨盤旧尿道口ヘルニアを発症し腹直筋皮弁充填術にて修復し得た一例

若手 ¹名古屋市立大学病院 消化器・一般外科、²名古屋市立大学附属東部医療センター、

(専修医) ³名古屋市立大学附属西部医療センター

○野村 僚¹、早川 俊輔¹、齊藤 正樹¹、伊藤 直¹、上野 修平¹、大久保 友貴¹、
佐川 弘之¹、田中 達也¹、小川 了¹、高橋 広城¹、松尾 洋一¹、三井 章^{2,3}、
木村 昌弘²、瀧口 修司¹

86 COVID-19mRNA ワクチンが発症に関与したと考えられた分節性動脈中膜融解症の一例

若手 岐阜県立多治見病院 消化器内科

(専修医) ○丹羽 佑介、奥村 文浩、佐々木 謙、濱田 祐輔、安原 聡、山田 直晃、
大岩 拓矢、浦壁 憲司、貫井 嵩之、岡山 幸平、鈴木 健人、蓑輪 彬久、
鈴木 雄太、羽根田 賢一、水島 隆史

87 16歳男児の2型自己免疫性膵炎の一例

愛知医科大学 肝胆膵内科

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

88 自己免疫性膵炎を背景に発生したと考えられる膵体尾癌の一例

磐田市立総合病院 消化器外科

○杉原 守、木内 亮太、境井 勇氣、高木 徹、小坂 隼人、川端 俊貴、
神藤 修、宇野 彰晋、深澤 貴子、松本 圭五、坂口 孝宜、鈴木 昌八

89 急性膵炎を契機に発見された微小膵癌の1例

若手

三重大学 肝胆膵・移植外科

(専修医)

○辻 直哉、前田 光貴、新貝 達、堯天 一亨、伊藤 貴洋、早崎 碧泉、
藤井 武宏、飯澤 祐介、村田 泰洋、種村 彰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、
水野 修吾

90 反復性膵炎を契機に診断に至った膵尾部癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○大城 恵吾¹、小林 陽介¹、三宅 彩¹、榛葉 俊太郎¹、井田 雄也¹、
平野 雄一¹、吉井 元¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、
海野 修平¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、
山本 博崇²、大月 寛郎³

91 連続膵液細胞診が有用であった微小浸潤性膵管癌の一例

若手

公立西知多総合病院

(専修医)

○加古 雄基、竹山 友章、鈴木 悠土、安藤 雅能、澤田 悠太郎

膵2

座長 島田市立総合医療センター 消化器内科 渡邊晋也

92 閉塞性膵炎をきたした膵 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の一例

若手 ¹島田市立総合医療センター 総合診療科、²島田市立総合医療センター 消化器内科、
(研修医) ³島田市立総合医療センター 外科、⁴浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科

○小林 誠之¹、渡邊 晋也²、竹内 悠²、米倉 孝²、横田 彬彦²、金山 広和²、
松下 雅広²、上村 和康³、川田 一仁⁴

93 EUS-HGS ルートを用いた十二指腸ドレナージが有用であった、膵癌による多発消化管狭窄の1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、

³岐阜大学医学部附属病院 消化器内科

○馬淵 正敏¹、宇野 由佳里¹、中村 博式¹、足立 政治¹、島崎 信¹、
西脇 伸二¹、熊澤 伊和生²、岩下 拓司³、清水 雅仁³

94 膵腫瘍との鑑別に苦慮した EGIST の一例

若手 刈谷豊田総合病院 内科

(専修医) ○川野 莉奈、中江 康之、浜島 英司、神岡 諭郎、仲島 さより、久野 剛史、
佐々木 雅隆、高田 直樹、船橋 脩、二村 侑歩、吉川 幸愛、光松 佑時、
佐藤 宏樹

95 膵神経内分泌腫瘍と術前診断した膵神経鞘腫の1例

藤枝市立総合病院 消化器内科

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

96 膵神経内分泌腫瘍術後再発に対して Peptide Receptor Radionuclide Therapy を施行した1例

若手 ¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 放射線腫瘍学講座

(専修医) ○黒田 昂宏¹、武田 真¹、村木 隆太¹、井田 進也¹、牧野 光将¹、森田 剛文¹、
小西 憲太²、中村 和正²、竹内 裕也¹

膵3

座長 藤田医科大学 総合消化器外科 小島正之

97 膵頭部癌横行結腸浸潤による大量出血に対し動脈塞栓術にて救命し得た一例

若手 社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科

(専修医) ○吉田 和弘、八鹿 潤、野々垣 浩二、西川 貴広、名倉 明日香、榊原 聡介、
柳瀬 成希、早川 真也、柳澤 直宏、田島 万莉、杉原 有希、堀 諒、
柴田 萌、齋藤 和輝

98 浸潤癌を伴った膵 IOPN (Intraductal oncocytic papillary neoplasm) の一例

若手 ¹藤田医科大学 総合消化器外科学、²藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学

(専修医) ○松波 光志朗¹、岩間 英明¹、小島 正之¹、三井 哲史¹、水本 拓也¹、
内田 雄一郎¹、加藤 悠太郎²、宇山 一朗²、高原 武志¹、須田 康一¹

99 膵腺扁平上皮癌に対しゲムシタビン+S1療法(GS)療法が有効であった一例

公立西知多総合病院 消化器内科

○澤田 悠太郎、竹山 友章、加古 雄基、安藤 雅能、鈴木 悠土

100 Pembrolizumab 投与後、転移性肝腫瘍出血を繰り返した膵腺扁平上皮癌の1例

若手 静岡県立総合病院 消化器内科

(専修医) ○引地 智基、遠藤 伸也、川口 真矢、稲川 敦子、武田 昌大、石黒 友也、
加島 弘崇、平田 太陽、池田 慎也、浅原 和久、佐藤 辰宣、増井 雄一、
松田 昌範、板井 良輔、川合 麻実、寺田 修三、黒上 貴史、白根 尚文、
大野 和也

膵 4

座長 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 山雄健太郎

101 ペプチド受容体放射性核種療法（PRRT）が奏功した多発肝転移を有する膵神経内分泌腫瘍（pNEN）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

○木下 拓也¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、山雄 健太郎²、植月 康太¹、
宜保 憲明¹、青木 聡典¹、森 裕¹、青井 宏典¹、片岡 邦夫¹、高田 善久¹、
高橋 秀和¹、南 喜之¹、熊野 良平¹、高野 宏平¹、川嶋 啓揮¹

102 EUS-FNA で診断しえた膵漿液性嚢胞腫瘍の1例

若手 伊勢赤十字病院 消化器内科

（研修医） ○大前 啓太、村林 桃士、津田 宜之、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

103 膵腫瘍との鑑別に苦慮した悪性リンパ腫の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

○森 裕¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、山雄 健太郎²、水谷 泰之¹、飯田 忠¹、
植月 康太¹、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、高野 宏平¹、木下 拓也¹、
川嶋 啓揮¹

104 短期間で明らかな形態変化をきたした膵紡錘細胞型退形成癌の一例

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 病理診断科、

³三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○奥田 彩子¹、山田 玲子¹、野瀬 賢治¹、田中 隆光¹、村嶋 佑美¹、
坪井 順哉¹、丸山 和晃²、内田 克典²、早崎 碧泉³、栗山 直久³、
水野 修吾³、中川 勇人¹

- 105 演題取り下げ
- 106 切除不能進行膵癌に対する modified FOLFIRINOX 療法における発熱性好中球減少症のリスク因子の検討
岐阜大学医学部附属病院 第一内科
○千住 明彦、岩下 拓司、清水 雅仁
- 107 化学放射線療法により病理学的完全奏功を得た膵頭部癌の1例
総合病院聖隷三方原病院 外科
○山川 純一、藤田 博文、土屋 一途、木村 泰生、荻野 和功
- 108 化学療法により長期の病勢コントロールが可能であった UR-LA 膵頭部癌の一例
新城市民病院 外科
○柴崎 泰、金子 猛、横井 佳博

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 Ulcerative colitis-related postoperative enteritis に対して顆粒球除去療法が有効であった一例

¹愛知医科大学病院 卒後臨床研修センター、

²愛知医科大学病院 消化管内科

○安藤 慧¹、足立 和規²、加藤 綾²、高山 将旭²、加藤 駿介²、小野 聡²、吉峰 尚子²、杉村 明佳音²、越野 颯²、長尾 一寛²、山本 和弘²、杉山 智哉²、山口 純治²、田村 泰弘²、井澤 晋也²、海老 正秀²、舟木 康²、小笠原 尚高²、佐々木 誠人²、春日井 邦夫²

【症例】46歳、男性【主訴】腹痛、水様性下痢、倦怠感【現病歴】20XX-6年に潰瘍性大腸炎（UC）と診断され、抗TNF- α 製剤、免疫抑制剤等の加療を行うも緩解にはいたらず、ステロイド治療を継続していた。20XX年3月に腰背部痛を自覚、ステロイド性大腿骨頭壊死と診断され、人工骨頭置換術が行われた。その後、潰瘍性大腸炎に対し大腸全摘術+回腸人工肛門造設術が行われた。20XX年8月から腹痛、倦怠感、水様性下痢を認めたため当院受診。CTで十二指腸球部から上部空腸部の浮腫を認め入院となった。【既往歴】副腎機能低下症【入院後経過】上部消化管内視鏡検査にて十二指腸球部から水平脚部にかけて筋層の露出した多発潰瘍を認め、臨床経過、画像所見よりUlcerative colitis-related postoperative enteritis (UCRE) と診断し5-ASA開始。Day6に黒色便、貧血をきたしたため顆粒球除去療法（G-CAP）を追加した。以後腹痛は徐々に改善、内視鏡上も潰瘍の改善を認め退院となった。退院後は免疫調節薬を追加し、以後症状の再燃は認めていない。【考察】UCREはUCの大腸切除後の0.8%の割合で見られる非常に稀な症例である。腹痛、血便、発熱、大量水様便、ショック、穿孔など多彩な症状かつ重症であることが多い。ステロイドや抗TNF- α 製剤などUCに準じた治療が行われることが多いが、無効な場合もあり、未だ確立した治療法はない。UCREに対してCAP療法がおこなわれた報告は一例のみであり、有効であったのは本症例が初となる。UCに対して手術が行われる症例はステロイド長期使用例が多く、安全面の点からもG-CAPは初期治療の選択肢となりうると思われた。【結語】G-CAPはUCREの治療として有効な可能性があるとと思われる。

03 COVID-19mRNA ワクチン接種後に発症した超高齢者潰瘍性大腸炎の一例

¹岐阜西濃医療センター-西美濃厚生病院、

²岐阜大学医学部 第一内科

○嶋田 貴仁¹、高田 淳²、馬場 厚¹、岩下 雅秀¹、林 隆夫¹、前田 晃男¹

【症例】86歳男性【主訴】下痢、血便【既往歴/併存症】高尿酸血症、脂肪肝、胆嚢結石症、過敏性腸症候群【常用薬】フェキシナット、ウルソデオキシコール酸、トリメプチンマレイン酸【現病歴】3回目のCOVID-19mRNAワクチンを接種して数週間後から下痢、血便あり。下部消化管内視鏡検査では上行結腸から直腸Rbにかけて連続性に発赤、粗造粘膜を認め、血管透見不明瞭であり、潰瘍性大腸炎全結腸炎型Mayo Endoscopic Subscore (MES) grade1が鑑別に挙げたが、高齢であり、発症間もないことから感染性腸炎も鑑別にあげり整腸剤で経過観察となった。その後症状増悪あり、10日後に緊急入院となった。【経過】入院時10行/日以上の上頭血便と腹痛を認めた。採血ではWBC 23390/UL、CRP 25.1 mg/dLと炎症反応上昇を認めた。内視鏡再検ではS状結腸まで観察。著明発赤、血管透見消失を認め、MES grade2相当。初診時生検結果からは活動性潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であったが、一部にアポトーシスの存在も確認された。ワクチン関連の腸炎の可能性、潰瘍性大腸炎の可能性を考慮して、PSL 60mg/日での加療を開始。メサラジン4800mg/日も併用。加療開始後数日で治療効果あり、PSLを減量していき、症状、内視鏡所見とも改善を確認し、入院第22病日に退院となった。ワクチン関連の腸炎の可能性を考慮していたが、PSL減量、メサラジン中止にて再燃がみられたため、ワクチンがなんらかの影響を与えた可能性がある高齢発症の潰瘍性大腸炎ではないかと考え、PSL増量、メサラジン再開として加療中である。【考察】今回我々は、ワクチン関連の腸炎と鑑別に難渋した超高齢者の潰瘍性大腸炎を経験した。稀と考えられたため、若干の文献的考察をふまえて報告する。

02 Aseptic abscess syndrome を合併した潰瘍性大腸炎の一例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○宇野 好、尾関 啓司、西垣 瑠里子、小島 悠揮、管野 琢也、佐々木 慎子、奥田 悠介、福定 繁紀、杉村 直美、水野 裕介、岩崎 弘靖、西江 裕忠、田中 守、片野 敬二、志村 貴也、久保田 英嗣、片岡 洋望

【緒言】本邦における炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease : IBD) の有病率は増加傾向にあるが、腸管外合併症としてAseptic abscess syndrome (AAS) の報告例は少ない。その疫学や病因は未だ不明な点が多いが、脾臓や肝臓、リンパ節といった腹部臓器を中心に多発性の無菌性膿瘍を合併することが多いとされる。今回我々は腹壁外の深層筋内に多発したIBDに関連したAASを経験したため報告する。【症例】70歳女性。腰痛、血性下痢、下肢の皮膚潰瘍を愁訴に救急外来を受診した。CTでS状結腸を中心とした浮腫性壁肥厚と、右大腎筋および恥骨筋内に深部膿瘍を認めた。2週間広域抗生剤を投与したが膿瘍は縮小を認めず、自力歩行困難となり症状は増悪した。下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis : UC) と診断した。下肢の皮膚潰瘍は組織学的に無菌性真皮好中球の増加を認め、壊疽性膿皮症と診断した。血液培養検査、膿瘍穿刺液の培養検査を施行したが、細菌、真菌、抗酸菌は検出されなかった。最終的に潰瘍性大腸炎に伴うAASと診断しステロイドを開始したところ、速やかな臨床的改善が得られAASも画像上消失した。その後UCに対してはタクロリムス及び血球成分除去療法を併用することで寛解に至り、メサラジンとチオプリン製剤による寛解維持療法に変更後もAASの再発は認めなかった。【考察】IBD患者において抗生剤不応性の深部臓器に多発する無菌性膿瘍形成を認めた場合、AASを考慮し免疫抑制剤の使用を検討する必要がある。

04 食道潰瘍を合併した潰瘍性大腸炎の1例

三重大学医学部付属病院 消化器・肝臓内科

○木戸 恒陽、中村 美咲、梅田 悠平、重福 亜紀奈、別府 剛志、濱田 康彦、田中 匡介、堀木 紀行、中川 勇人

【症例】19歳男性。X年3月9日頃より下痢（8-10行/日）と38℃以上の発熱、腹痛が出現。感染性腸炎として加療を受けるが改善なく、3月30日に前医を受診。血液検査でHgb:5.7g/dL、Alb:1.8g/dLと高度の貧血と低栄養を認め、X年4月1日に当院紹介入院となる。既往歴・薬物歴に特記事項なし。転院時血液検査ではAlb:2.5g/dL、WBC:9820/ μ L、CRP:1.4mg/dL、Hgb:7.4g/dL、C7-HRP:陰性、T-SPOT:陰性であった。便培養では特記すべき菌なし。虫卵陰性。上部消化管内視鏡検査では中部～下部食道にかけて多発する打ち抜き様潰瘍を認め、胃前庭部には易出血性の顆粒状粘膜を認めた。下部消化管内視鏡検査では回腸末端の粘膜は正常であったが、深部結腸優位に深い縦走傾向を伴う潰瘍を認めた。直腸は顆粒状粘膜変化を認めるも炎症は軽度であった。小腸透視では小腸に異常を認めなかった。各種検査結果より、重症の全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断した。Day4よりPrednisolone (PSL) 60mg/日でのPSL強力静注療法を開始したが、臨床症状の改善が乏しくPSL抵抗性と判断し、Day11にInfliximab (IFX) 治療を実施した。IFX治療施行後は臨床症状・血液検査ともに改善を認めた。Day24の上下部消化管内視鏡検査では食道・胃・大腸病変のいずれも改善傾向にあった。その後も症状再燃なく経過しDay38に退院となる。以後IFX治療を8週毎に継続し2年間再燃なく経過している。【考察】潰瘍性大腸炎 (UC) における胃・十二指腸病変は全大腸炎型や大腸全摘後の症例に多く、合併率は7.6%と報告されている。一方で食道潰瘍を合併するUCの報告は本例を含め21例と非常に稀である（会議録を除く）。本例では食道病変を有しておりクローン病の他、ウイルス性や薬剤性との鑑別を有したが血清ウイルス検査は陰性であり薬剤歴もないこと、胃・大腸粘膜がUCに典型的であること、UCの治療経過とともにいずれの病変も改善を認めていることから、潰瘍性大腸炎による食道・胃病変と判断した。【結語】今回、我々は食道病変を伴う潰瘍性大腸炎を経験したため報告した。

05 顔面に壊疽性膿皮症を合併した潰瘍性大腸炎の一例

¹浜松医科大学医学部附属病院 内科学第一講座、
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
 ○伊藤 誠人¹、樋口 友洋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

【症例】20歳代男性【主訴】血便、腹痛【現病歴】X-6年に腹痛、血便で発症した全大腸炎型潰瘍性大腸炎（UC）で5-ASA製剤で寛解していた。X-2年4月にUCの再燃を認め、Tacrolimusで寛解導入を行った。また同時期に痂皮を伴うざ瘡が顔面、後頭部に認め、皮膚病理で好中球皮膚症と診断され、ステロイド外用薬で治療した。その後UCは寛解状態となり、病勢は安定し、顔面の皮膚所見も改善した。しかしX-1年12月に血便、腹痛を再度認めるようになり、5-ASA坐薬の追加を行ったが、改善を認めなかった。また同時期に側頭部から下顎にかけて痂皮を伴うざ瘡の再燃を認め、徐々に増悪した。左側腹部から下腹部正中に腹部症状を認めるようになり、排便回数は5行/日で血便を認め、UCの再燃としてX年2月に入院とした。【経過】血液検査ではWBC 9530/ μ L、CRP 18.4 mg/dLと炎症反応の上昇を認め、赤沈も亢進を認めた。下部消化管内視鏡検査（CS）ではS状結腸に血管透過の消失と粘膜出血、癒合傾向のある深掘れ潰瘍を認め、MES 3であった。顔面のざ瘡の皮膚病理では、好中球の著明な浸潤を認め、潰瘍性大腸炎に合併していることから、顔面に認めた壊疽性膿皮症と診断した。Adalimumabの導入を行い、腹痛、血便は著明に改善し、壊疽性膿皮症も改善した。また振り返ってみると、X-2年に生じた顔面の好中球性皮膚症も壊疽性膿皮症であった。【考察】壊疽性膿皮症は原因不明の皮膚炎症性疾患であり、炎症性腸疾患などに関連して発症する。UCの腸管外合併症としての壊疽性膿皮症の頻度は0.6%～5%と報告され、その好発部位は下腿前面（51%）であるが、頭部（5%）にも稀であるが生じる。壊疽性膿皮症の治療は軽症にはステロイド外用薬の投与だが、重症例にはAdalimumabの投与が有効である。本症例のように顔面に生じた壊疽性膿皮症は稀であるため、尋常性ざ瘡として見逃されがちであるが、UCの治療薬選定のためにも、正確に診断することが重要であると考えられた。

07 大動脈ステントグラフト内挿後のDICに対する治療にて止血し得た、大腸ポリープ内視鏡治療後出血の1例

岐阜県総合医療センター 消化器内科
 ○林 牙加、小澤 範高、山崎 健路、岩田 啓祐、木村 明博、
 黒田 英孝、小泉 拓也、坂野 香里、曾我 敦史、廣田 大輝、
 入谷 壮一、吉田 健作、丸田 明範、永野 淳二、清水 省吾

【症例】80歳代男性【既往歴】心筋梗塞（アスピリン内服中）【現病歴】胸部大動脈瘤に対して胸部大動脈ステントグラフト内挿術（TEVAR; Thoracic Endovascular Aortic Repair）施行後、持続する貧血の精査目的に当科紹介。【臨床経過】大腸内視鏡検査（CS）にて多発大腸ポリープを認め、CSP（Cold snare polypectomy）を行なった。術後0日目に血便を主訴に受診、緊急CS施行した。複数のCSP後部位に凝血塊の付着を認めクリップで止血した。血液検査では、FDP(185 μ g/mL)・Dダイマー（72.20 μ g/mL）の上昇、血小板（8.1万/ μ L）・フィブリノゲンの減少（144mg/dL）を認め、線溶亢進型DICと診断した。出血性貧血に対する赤血球輸血（RCC）に加え、DIC治療として血小板輸血・FFP（新鮮凍結血漿）補充も行なった。しかし、その後も再出血を繰り返し、頻回の内視鏡処置・輸血（RCC18単位、血小板10単位、FFP16単位）を行なった。また、補充による凝固線溶系の改善も見られなかった。DIC治療強化が必要と判断し、出血リスクを十分に説明したうえで術後8日目にトロンボモジュリン製剤投与を開始した。投与開始3日目より血便出血は消失し、食事を開始、その後再出血なく経過している。【考察】大動脈瘤は局所の凝固亢進とそれに基づく線溶系の活性化に伴う凝固因子の減少によるDIC（線溶亢進型）が生じることが知られているが、胸部大動脈瘤の治療であるTEVARの術後合併症としても、特にエンドリーク（ステントグラフトでカバーした動脈瘤の中に、血液が流れ込む現象）を伴う症例において局所性DIC（消費性凝固障害）が報告されている。本症例ではCTにてTEVAR後の動脈径が増大しており、エンドリークの存在が疑われた。TEVAR後DIC状態であったうえに消化管出血によりDIC傾向が進行、さらに出血が助長され負のサイクルに陥っていたと考えられる。トロンボモジュリン製剤にてDIC傾向が改善し、止血が得られたと考えられる。【結語】大動脈ステントグラフト内挿後の患者に対する内視鏡治療時には凝固線溶系の確認が重要である。

06 メサラジン投与中に間質性腎炎を発症したクローン病の一例

成田記念病院 消化器内科
 ○小林 里帆、溝口 直人、外山 貴洋、加藤 秀章、飯田 章人、
 大谷 宣人、山雄 健次、成田 真

【主訴】食後心窩部痛、下痢【現病歴】症例は53歳、男性。食後心窩部痛と下痢を主訴に当院外来を受診した。採血で白血球9600/ μ L、CRP 5.95 mg/dlと炎症反応高値、CTでも回盲部から横行結腸にかけて強い壁肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査では食道内・胃内に多発するアフタを認め、下部消化管内視鏡検査では回腸末端からS状結腸にかけて多発するびらんを認めた。食道アフタの生検組織所見では炎症性肉芽組織を認め、胃アフタと結腸びらんの生検組織所見では軽度のびらん、炎症性粘膜を認めた。クローン病の疑いとしてメサラジン内服を開始したところ、臨床症状、内視鏡所見上も著明に改善を認めた。メサラジン内服開始してから26ヶ月後の外来受診時、倦怠感が著明であり、採血でCre 1.81 mg/dl、eGFR 32 ml/dl/1.73m²と腎機能悪化しており、蛋白尿1+を認めたため腎臓内科に紹介となった。薬剤性ループス症候群が疑われ、被疑薬として疑わしいメサラジン内服を中止するも、Cre 2.00 mg/dlに上昇を認めた。診断目的に経皮的腎生検を施行した。生検組織所見から間質性腎炎の診断となり、mPSL内服を開始した。ミニバルスも施行し、腎機能は改善傾向となったが、現在もCre 1.50 mg/dl程度の値を推移している。メサラジン内服は中止したままで消化器症状の悪化は認めず経過している。【考察】メサラジン製剤は炎症性腸疾患に対する治療薬として広く使用されているが、間質性腎炎発症の報告は少ない。メサラジン製剤の関連が示唆される間質性腎炎の腎機能予後に関しては、投与期間が比較的に長いもので改善が乏しいとも報告されている。薬剤中止によって速やかに腎機能改善が認められない場合は、ステロイド投与等の治療介入が推奨されており、本症例もステロイド投与によって腎機能の改善を認めた一例である。【結語】今回我々はメサラジン製剤の関連が示唆される間質性腎炎の一例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

08 加味逍遙散の長期内服により発症した腸間膜静脈硬化症の2例

¹新城市民病院 総合診療科、²新城市民病院 外科・消化器科
 ○鈴木 琢也¹、中村 一平¹、柴崎 泰²、金子 猛²、横井 佳博²

山梔子を含む漢方薬の長期内服により腸間膜静脈硬化症を発症することが知られている。今回、我々は腹部症状を訴えて当科外来を受診され、内服歴と腹部CT、内視鏡生検で確定診断に至った腸間膜静脈硬化症の2例を経験したので報告する。症例1は、83歳女性で、1年ほど前から繰り返す上腹部痛と嘔気、下痢症状で受診した。症例2は、83歳女性で4年前から繰り返す右下腹部痛で受診した。いずれの症例も腹部CTで上行結腸から横行結腸にかけて連続性に腸管壁の肥厚と、肥厚部周囲の腸間膜静脈相当部に点状・線状の石灰化がみられ、15年間以上にわたる加味逍遙散の長期内服歴を認めたことから、腸間膜静脈硬化症が強く疑われた。下部消化管内視鏡検査では右側結腸を中心に特徴的な青銅色粘膜と腸管浮腫や狭窄を認め、生検では粘膜固有層での高度な線維化、および毛細血管～細静脈周囲の膠原線維増生がみられたことから、腸間膜静脈硬化症と確定診断した。腸間膜静脈硬化症の主要な臨床所見と病理所見について文献的考察を加えて検討する。

09 漢方の長期内服により発症した腸間膜静脈硬化症の1例

日本赤十字社高山赤十字病院

○増田 直也、市川 広直、水谷 拓、今井 奨、浮田 雅人、
白子 順子

【緒言】腸間膜静脈硬化症は、腸管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。【症例】48歳代女性。【主訴】腹痛。【既往歴】胃食道逆流症、アトピー性皮膚炎。【現病歴】胃食道逆流症のため、かかりつけ医通院であった。上腹部痛があり、かかりつけ医を受診したところ、腹部Xpでniveau像を認め、当院紹介となった。【現症】腹部は平坦軟で圧痛はなく、蠕動音の亢進は認めなかった。【内服薬】ボノブラザンに加え20年以上梔子柏皮湯エキスを、温清飲エキスを内服していた。【検査結果】採血では軽度CRP上昇を認めた他に特記すべき異常は見られなかった。腹部Xpでは上行結腸からS状結腸にかけて広範囲に青銅色の粘膜を認め、血管透見は消失していた。上行結腸の浮腫が強く、びらん・潰瘍が散見された。生検では表層粘膜直下10～100μm程度に帯状に線維化を認めた。マッソントリクロム染色は青く染まり、アミロイド染色は陰性であった。長期漢方薬の内服歴と上記所見から、山梔子含有する漢方薬の長期内服に起因する腸間膜静脈硬化症と診断した。山梔子含有した漢方薬の内服中止を行い、4ヶ月後に再度大腸内視鏡検査を実施したところ、上行結腸からS状結腸にかけてびらん・潰瘍は消失し血管透見の改善を認めた。その後腹部症状の再燃なく外来通院継続している。【考察】本症例は山梔子含有の漢方薬の長期内服歴があり、粘膜面の青銅色変化・腸間膜静脈の石灰化から腸間膜静脈硬化症の典型的な症例であった。腸間膜静脈への石灰化を認めない症例や粘膜面の変化に乏しい早期例も報告されており、内視鏡所見に加え、背景疾患や内服薬の聴取が診断に大切である。

11 疼痛緩和に放射線照射が有用であった下行結腸癌陰茎転移の一例

¹三重県立総合医療センター 消化器・一般外科、

²三重県立総合医療センター 小児外科

○山本 晃¹、家城 英治¹、嵐村 麻生¹、辻浦 誠浩¹、横江 毅¹、
尾嶋 英紀¹、内田 恵一²、毛利 靖彦¹

症例は54歳男性。腹痛を主訴に当院救急外来を受診したことを契機に、下行結腸癌の診断を受けた。当科初診時点で結腸閉塞および腫瘍の腹壁への直接浸潤、肝両葉の多発腫瘍、傍大動脈リンパ節腫大に加え、陰茎に造影効果を伴う結節を指摘された。当科としては、結腸狭窄を伴う病変に対し、姑息的手術として横行結腸人工肛門造設のみを施行後、速やかに化学療法を導入する方針とした。陰茎結節については泌尿器科に診療依頼し、下行結腸癌陰茎転移と診断されたが、同時点では軽度の疼痛を訴えるのみであり、鎮痛剤内服での管理とした。人工肛門造設後、BRAF変異陽性、MSSといったmolecular profileを反映し、化学療法としてFOLFOX+Bevacizumabを開始したが、陰茎転移に伴う苦痛で日常生活に支障をきたすようになった。オピオイド導入、増量による管理を試みたが、十分な苦痛の除去には至らず、徐々に排尿困難、持続勃起状態を呈するようになった。泌尿器科および放射線治療科と診療方針について検討し、膀胱瘻造設のうえ、陰茎転移に対する放射線照射(QUAD SHOT)を開始した。放射線照射開始後より陰茎症状は速やかに改善傾向となり、疼痛改善のためオピオイド減量が、自排尿が得られたため膀胱瘻抜去がそれぞれ可能となり、外来化学療法を継続することができた。転移性陰茎腫瘍は比較的に稀な病態であり、特に結腸癌陰茎転移の本邦報告例は少なく、管理方法が十分に確立されているとは言い難い。陰茎転移を生じるのは主に癌終末期であり、疼痛や排尿障害、持続勃起状態などにより終末期のquality of life低下につながり得る。下行結腸癌陰茎転移に対する症状緩和の方法として、放射線照射が有用であった一例を経験したため、報告する。

10 急速に増大した大腸未分化癌の1例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○江上 貴俊¹、芳澤 社¹、三宅 彩¹、榎葉 俊太郎¹、
吉井 元¹、平野 雄一¹、大城 恵吾¹、井田 雄也¹、小林 郁美¹、
志田 麻子¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、
木全 政晴¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、浜野 孝²、
大月 寛郎³

症例は72歳、男性。X-5年前に右腎盂腎癌・リンパ節転移に対して後腹鏡下右腎尿管摘除術の歴があり半年に1度CT検査で経過観察されていた。X-2年12月には下部消化管内視鏡検査(CS)を施行しているが複数の腺腫を内視鏡切除したものの悪性所見は認めなかった。X年3月、下痢と腹部膨満感を認め当科受診、CT検査で上行結腸の全周性の壁肥厚と口側の腸管拡張を認め当科入院となった。CT上は右腎盂癌の術後再発を疑う所見は認められなかった。大腸腫瘍によるイレウスと考えられ、入院当日にCSを施行したところ、上行結腸に周囲はSMT様に隆起し内部潰瘍を伴う全周性の腫瘍性病変を認めた。内視鏡下で腫瘍部腸管を造影したところ長径12cmほどに渡る不整狭窄を認めた。生検を施行しイレウス所見を認めていたこともあり同部位に内視鏡的にステントを留置した。腫瘍からの術前生検では免疫染色も含め分化度の低い上皮性腫瘍と考えられたが確定診断には至らなかった。明らかな遠隔転移も見られず、外科と相談の上右半結腸切除術+D3郭清を施行した。切除標本の病理検査でも実性増生を示す未分化な癌の増生を認め、免疫染色検査では腎盂癌も含め腫瘍細胞に特定の分化傾向は認められず大腸の未分化癌の診断となった。病変は漿膜を超え、大網に浸潤していたが(SI)リンパ節転移は認めなかった(pT4b, NO, MO)。現在術後の補助化学療法を継続中である。大腸未分化癌は極めてまれな疾患で、悪性度が高く、長期生存例はほとんど報告されていない。今回イレウスで発見するまでの1年半の間でCS、CTで経過観察されており、急速に増大し経過を追えた大腸未分化癌を経験したので報告する。

12 家族性大腸腺腫症に対し、結腸亜全摘術後に発生した残存大腸癌の2例

岐阜大学医学部附属病院 消化器外科

○大野 慎也、福田 萌、太田 雅斗、横井 亮磨、水谷 千佳、
田島 ジェシー雄、山本 茂、田中 善宏、奥村 直樹、
村瀬 勝俊、高橋 孝夫、松橋 延壽

【はじめに】家族性大腸腺腫症(FAP)の標準術式は、現在は大腸全摘・回腸囊肛門(管)吻合術であるが、腺腫密度によっては結腸全摘・回腸直腸吻合術(直腸温存)が選択される場合があり、1980～1990年代当時は、人工肛門回避、肛門機能温存のため、結腸亜全摘術・盲腸直腸吻合が選択される場合もあった。今回、FAPに対し予防的結腸亜全摘術・盲腸直腸吻合し、数十年後に発症した残存大腸癌の2例を経験したので報告する。【症例】症例1:50歳代、女性。26歳時FAPに対し予防的結腸亜全摘術・盲腸直腸吻合を施行し、術後26年目の下部消化管内視鏡検査でRabにSM深部浸潤を疑うtype0-2c病変を認めた。胃癌根治術後に回腸囊肛門吻合は困難と判断し、開腹残存結腸切除術、腹会陰式直腸切斷術、回腸永久人工肛門造設術を施行した。術後17日目に退院した。病理組織学的診断はRab, pT2, pN1a(1/10), cM0, pStage3aであった。症例2:50歳代、女性。27歳時FAPに対し予防的結腸亜全摘術・盲腸直腸吻合を施行した。術後25年目の下部消化管内視鏡検査で盲腸にSM深部浸潤を疑うtype2a-2c病変を認め、開腹残存結腸切除術、回腸囊肛門管吻合を施行した。術後12日目に退院した。病理組織学的診断はC, pT3, pN1a(1/33), cM0, pStage3bであった。【考察】以前は肛門機能温存の目的からFAPに対して様々な術式が考案されており、回盲弁を温存する盲腸直腸吻合といった再建が行われていた時代もあった。盲腸直腸吻合後の残存大腸癌の場合、腫瘍発生部位によりリンパ節郭清の範囲は異なる。また、サーベイランスを定期的に行っていたにも関わらず、本症例のようにリンパ節転移を認める進行癌で発見されることがあるためサーベイランスは慎重に行うべきと考えられた。【結語】FAPの予防的大腸切除術後の残存大腸のサーベイランスは重要であり、大腸癌を認めた場合、施行術式、吻合位置、残存腸管の確認などを念入に行いながら残存結腸・直腸手術に備える必要がある。

13 集学的治療を行い長期生存中の虫垂粘液腺癌 StageⅣの1例

¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 外科学第一講座
○関森 健一¹、阪田 麻裕¹、立田 協太¹、杉山 洗裕¹、
小嶋 忠浩¹、赤井 俊也¹、鈴木 克徳¹、鳥居 翔²、森田 剛文¹、
菊池 寛利¹、平松 良浩¹、倉地 清隆¹、竹内 裕也¹

【症例】69歳、男性。虫垂粘液腺癌による虫垂穿孔と腹腔内膿瘍形成に対して回盲部切除術を施行。病理組織学的検査結果はpT4b(OM) N2M1c pStageⅣcであった。術後、化学療法を行っていたが、転居に伴い術後1年6ヶ月で当院紹介となった。術後3年目に正中創の腹壁癒痕ヘルニアおよび同部位に腫瘍露出を認め、腹壁癒痕ヘルニア修復術と腫瘍摘出術を施行、病理組織学的検査結果は虫垂粘液腺癌の腹膜播種再発であった。術後、化学療法を再開、放射線療法を併施するも臍部創から粘液漏出を認めるようになり、放射線療法は中止となった。その後も化学療法を継続しながら、腫瘍の増大により体力低下を認め、経口5-FU薬のみ継続となった。がんゲノムプロファイル検査も施行した。臍部創の腫瘍は1cm大と大きく、腫瘍から産生される粘液が常時排出され、また腫瘍壊死に伴う悪臭も伴い、著しいQOL低下を認めていた。再度、放射線療法を行うも腫瘍縮小効果は一時的であった。化学療法継続が困難となり、QOL向上を目的で、初回手術から5年6ヶ月後に腹壁腫瘍切除術、大腸部からの遊離皮弁形成術を施行した。術後経過は良好で、腫瘍マーカーの著明な低下を認め、外来で経過観察中である。初回手術から腹壁腫瘍切除術までの化学療法は、SOX+avaを12コース→S+1+avaを3コース→Xeloda+avaを16コース→SIRBを18コース→S-1を4コース施行した。【考察】大腸癌取り扱い規約第9版では、虫垂の悪性上皮性腫瘍は、腺癌、胚細胞型カルチノイドとカルチノイド腫瘍に分類され、粘液腺癌は腺癌に含まれる。虫垂粘液腺癌は比較的精確な疾患であり、散発性大腸癌に比して、診断時すでに腹膜播種を伴いStageⅣである症例が多い。虫垂粘液腺癌に対する治療は、大腸癌に準じて行われることがほとんどであり、確立された治療法は存在しない。自験例は、初回手術以降、化学療法、化学放射線療法、再発病変切除術といった集学的治療を行い、5年以上の生存を得た貴重な症例である。大腸癌研究会で虫垂癌に対するプロジェクト研究が活動中であり、今後、虫垂癌に対する治療方針確立が期待される。

15 S 状結腸狭窄による腸閉塞で発症した原発性腹膜癌の一例

藤枝市立総合病院 外科
○福井 脩介、岡本 和哉、尾村 隆浩、東 正樹、白木 巧、
長谷川 聡、中村 利夫

【症例】70代女性。5日前からの下腹部痛と嘔吐を主訴に近医受診。腸閉塞疑いで当院救急外来紹介となった。CT上、小腸結腸の著明な拡張とS状結腸に複数の狭窄を認め、これによる腸閉塞と診断した。大網への腹膜播種、ダグラス窩の腹水も認められたが、乳癌や播種を来するような胃癌、肺癌、胆嚢癌は否定的で、卵巣、卵管にも腫大を認めなかった。下部消化管内視鏡ではS状結腸には上皮性変化がなく壁外性圧排であった。経肛門的イレウス管は留置できず、経口的にイレウス管を挿入して減圧した。注腸造影では加圧により造影剤は狭窄部を通過し、粘膜の形状は壁外性の変化と判断した。上部消化管内視鏡で胃病変を認めなかった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9は正常だがCA125が114U/mlと上昇していた。消化器癌による腹膜播種、大腸狭窄が否定的であり、腹膜癌を示唆する所見が複数みられたことから婦人科と合同手術を施行した。腹部を小切開して大網播種結節、腹水を迅速病理に提出したところ、漿液性腺癌であり腹膜癌と診断した。腫瘍減量術としてハルトマン手術、大網切除術、子宮付属器切除術を施行した。病理診断上S状結腸の粘膜に腫瘍病変はなく、漿膜下層/間質脂肪織に腫瘍が存在して狭窄の原因となっていた。卵巣・卵管ともに異常所見を認めず、腹膜原発のHigh-grade serous carcinoma stage III C (FIGO 2014) の診断となった。術後経過は良好で術後28日目に退院となった。術後4ヶ月現在婦人科でPaclitaxel + Carboplatin + Bevacizumab療法を施行しPRを維持している。【考察】本疾患は組織的に卵巣癌に最も多い漿液性腺癌で腹腔内に腫瘍があっても卵巣や卵管に原発となる病変がない場合に診断され、日本では年間300-400例のがん登録がある比較的精確な疾患である。腫瘍減量術と化学療法の併用により5生率は卵巣癌stage III-IVと同等の40-50%が得られる比較的前後の良いがん位置付けられている。【結論】女性における腹膜播種病変の診断時には稀ではあるが本疾患も鑑別に挙げて婦人科と共同で診断治療することが望ましい。

14 横行結腸に発生した早期内分泌細胞癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 大腸肛門科、
³聖隷浜松病院 病理診断科
○三宅 彩¹、芳澤 社¹、樺葉 俊太郎¹、井田 雄也¹、平野 雄一¹、
大城 恵吾¹、吉井 元¹、志田 麻子¹、小林 郁美¹、江上 貴俊¹、
山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、
長澤 正通¹、細田 佳佐¹、浜野 孝²、大月 寛郎³

大腸内分泌細胞癌 (NEC) は大腸癌全体の0.6%と非常にまれな疾患であり、神経内分泌の性格を有する高異型度癌組織であり予後不良であることが知られている。今回早期癌で診断に至った大腸NECを経験したため報告する。【症例】70歳代、男性。【主訴】なし。【現病歴】当院で脾臓癌性病変に対し経過観察中に腹部不快を認め、スクリーニング目的で下部消化管内視鏡検査を施行した。内視鏡で横行結腸脾彎曲部に10mm大の隆起性病変を認めた。病変の周囲は反応性と思われる平坦隆起を認め、その中に凹凸不整な発赤調の隆起があり、二段隆起を呈していた。NBI観察では発赤病変部において腺管構造は不整で一部断片化した不整血管も見られた。ピオクタンイン染色では発赤部は一部腺管構造の不明瞭化や間質の露出が見られVI高度不整からVN pitであり周囲の非腫瘍粘膜との境界は明瞭であった。表面構造と形態よりSM浸潤癌が疑われ病理評価目的で生検を施行した。生検病理所見では胞巣状〜一部ロゼット様構造を呈し、免疫染色ではCD56陽性、synaptophysin陽性でKi-67 indexは57%であり大細胞型神経内分泌細胞癌 (NEC) の診断となった。CT検査では明らかなリンパ節転移や多臓器転移は認めずcT1bN0M0、cStage Iと術前診断し腹腔鏡下左半結腸切除術D3郭清を施行した。検体病理所見では生検同様胞体の豊富な腫瘍細胞の充実状胞巣を認め、免疫染色も生検同様で、リンパ節転移も認めずNEC G3、pT1b(SM 3mm)、Ly0、V1b、N0、M0、pStage Iであった。現在術後2年経過しているが無再発経過観察中である。【考察】医学中央雑誌にて1994年から2022年にかけて「大腸早期内分泌細胞癌」の症例報告は調べ得た限り自験例を含め15例と稀少である。NECは一般的に予後不良な病変であるが本症例のように早期発見し治療することで予後良好な症例も認める。本症例は10mmほどの小病変で発見されたNECで、内視鏡所見も含め示唆に富む症例と思われる報告する。

16 側方リンパ節郭清を伴う腹会陰陰式直腸切断術を施行した直腸肛門部悪性黒色腫の1例

伊勢赤十字病院 外科
○川北 航平、楠田 司、高橋 幸二、松本 英一、藤井 幸治、
熊本 幸司

症例は86歳女性。血便を自覚したため近医を受診し、肛門部腫瘍を指摘された。直腸診では11-12時方向に可動性のある腫瘍を触知し、下部消化管内視鏡検査では肛門管から下部直腸に30mm大の隆起性病変を認め、腫瘍の頂部は潰瘍化して辺縁が一部黒色に変化していた。生検にて直腸肛門部悪性黒色腫 (Anorectal malignant melanoma; 以下、AMM) と診断された。PET-CTでは腸管傍リンパ節および右側方リンパ節に集積を認め、リンパ節転移が疑われた。以上より、AMMの診断で腹会陰陰式直腸切断術 (abdominoperineal resection; 以下、APR) および右側方リンパ節郭清を施行した。病理組織学的検査所見はMalignant melanoma, pT2, pN1a, M0, pStageIIIA (UICC) であり、LN251およびLN283に計3個のリンパ節転移を認めた。経過良好で術後16日目に退院となり、高齢のため術後補助療法は行わずに経過観察の方針とした。しかし、術後2ヶ月のCTで局所再発、および左臀部や腹部に皮下転移を認め、Pembrolizumab療法を開始したが、術後5ヶ月で永眠された。AMMは全悪性黒色腫のうち1%程度、全直腸肛門部悪性腫瘍の中で占める割合は1%未満と比較的精確な疾患である。好発年齢は60歳代で女性に多く、症状としては下血、肛門部違和感、腫瘍脱出など痔核と似た症状を呈し、外痔核と混同されることが多く診断や治療の遅延の原因となっている。5年生存率は10%未満と極めて予後不良である。治療は外科的切除が基本であるが、早期から血行性、リンパ行性に転移を来とし、診断時には高率にリンパ節転移や遠隔転移を認めるとされ、本邦では多くの場合、リンパ節郭清を伴うAPRが選択されている。本症例では術前検査で右側方リンパ節転移が疑われたため側方リンパ節郭清を追加した。今後は標準術式の確立や集学的治療の開発が望まれる。

17 直腸 MALT リンパ腫に対して ESD による診断的治療を行った一例

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、³浜松医科大学 臨床検査医学

○杉浦 直輝¹、高橋 賢一¹、伊藤 誠人¹、伊藤 達弘¹、浅井 雄介¹、高橋 悟¹、杉浦 喜一¹、尾上 峻也¹、宮澤 隆裕¹、金子 雅直¹、樋口 友洋¹、松浦 友晴¹、石田 夏樹²、田村 智¹、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、岩泉 守哉³、濱屋 寧¹、大澤 恵²、杉本 健¹

【背景】造血管腫瘍診療ガイドラインによれば限局期の腸管リンパ腫は外科的治療や放射線治療などの局所治療が主体となる。今回我々は直腸 MALT リンパ腫に対して診断的内視鏡的切除を行い、その後再発なく経過している症例を経験したので報告する。【症例】68 歳女性。X-1 年 11 月近医で施行された大腸内視鏡検査（CS）で直腸に発赤を伴う隆起性病変を認め、生検で MALT リンパ腫が疑われ当院紹介となった。可溶性 IL-2 レセプター 220U/ml で、PET-CT では異常集積を認めなかった。CS を再検し直腸に径 40mm 程度の上皮下に拡張血管を伴う O-IIa 様の隆起性病変を認めた。超音波内視鏡では粘膜層主体に均一な低エコーを呈した。抗 H.pylori-IgG 抗体 < 3U/ml であったがまず H.pylori 除菌療法を試みた。X 年 2 月 CS で経過観察し腫瘍の縮小は認めないことから診断的治療として X 年 3 月 ESD による内視鏡的一括切除を行う方針とした。病理診断は MALT リンパ腫に合致し、API2-MALT1 融合遺伝子の転座は認めず、免疫グロブリン H 鎖遺伝子再構成陽性で直腸 MALT リンパ腫と最終診断した。治療方針について血液内科とも検討し、経過観察とし、術後 41 か月で再発なく経過している。【考察】H.pylori 陰性腸管 MALT リンパ腫に対しても除菌療法で消失する症例が報告されている。残存する限局症例に対しての治療はいまだ確立されていないが外科的局所切除のみで十分である場合も多い。本例は診断的治療として ESD による局所切除を行い再発なく経過している。限局する MALT リンパ腫に対しては ESD が根治的治療となり得る可能性があり報告する。

19 Transcatheter Aortic Valve Implantation で治癒した非典型的な Heyde 症候群の 1 例

¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²伊勢赤十字病院 循環器内科

○豊田 純樹¹、杉本 真也¹、高村 武志²、津田 宜之¹、河俣 真由¹、松嶋 竜太郎¹、久田 拓央¹、林 智士¹、天満 大志¹、村林 桃士¹、大山田 純¹、亀井 昭¹

【緒言】大動脈弁狭窄症（AS）と消化管出血の合併は Heyde 症候群と呼称される。本態は高分子マルチマー分解型の後天性フォンヴィレブランド症候群（AVWS）と、消化管毛細血管拡張からの出血である。血清学的 AVWS は数万人規模で存在する可能性があり、極めて重要な病態にも関わらず、診断基準は確立されていない。我々は AS に合併した毛細血管拡張を伴わない胃粘膜出血が経カテーテル大動脈弁留置術（TAVI）で改善した症例を経験し、非典型的な Heyde 症候群と診断したため報告する。【症例】80 歳代男性。労作時呼吸困難のため近医を受診した。AS に起因する NYHA III 度の心不全と診断され、TAVI 目的で当院循環器内科を紹介受診した。消化管出血の症候は認めなかったが便潜血反応は陽性であり、血液検査で Hb10.6g/dL、Fe25μg/dL、TIBC400μg/dL、フェリチン 21ng/ml の鉄欠乏性貧血を認めた。NSAIDs、ステロイド、抗血栓薬などの消化管粘膜障害の原因となる薬剤の内服はなかった。上部消化管内視鏡検査で胃粘膜は木村・竹本分類 O-3 の萎縮を認め、萎縮胃粘膜を背景とした UML 領域にわたる多中心性の粘膜出血を認めた。出血点には毛細血管拡張、びらん、露出血管などの異常は認めなかった。スコープを保持して観察を続けると、出血点の洗浄から 6 秒後に粘膜からの再出血を確認した。追加血液検査で抗 HP 抗体陰性、フォンヴィレブランド因子（VWF）抗原定量 135%、VWF マルチマー解析結果は判定困難であった。下部消化管内視鏡検査、造影 CT 検査では明らかな出血源は認めなかった。Heyde 症候群を疑い、AS、消化管出血ともに TAVI の方針とした。TAVI 直後より労作時呼吸困難は消失した。4 か月後に再検した上部消化管内視鏡検査では多中心性の胃粘膜出血も消失していた。以上より胃毛細血管拡張を伴わない非典型的な Heyde 症候群が TAVI で治癒したと診断した。【結論】Heyde 症候群は病態を理解し、総合的に診断、治療にあたる必要がある。

18 早期の外科的整復により胃切除を回避できた成人胃軸捻転症の 1 例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 上部消化管外科

○井田 雄也¹、木全 政晴¹、三宅 彩¹、榎葉 俊太郎¹、大城 恵吾¹、平野 雄一¹、吉井 元¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 陽介¹、芳澤 杜¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、戸松 真琴²

【症例】61 歳女性【主訴】嘔吐、呼吸困難【既往歴】股関節脱臼【内服薬】なし【病歴】X-3 日から全身倦怠感と頻回嘔吐あり。X 日に症状増悪し呼吸困難も出現したため当院救急外来を受診。来院時、発熱や腹部症状を認めず低酸素化を認めなかった。腹部単純 CT では食道裂孔ヘルニアに臓器軸性胃捻転を合併した upside down stomach の所見を認めた。同日は胃管チューブ挿入可能であったため減圧加療としたが症状遷延したため X+1 日に内視鏡的整復を行った。整復後は一時的に症状改善したが、X+3 日に症状再燃したため内視鏡的整復術を試みた。胃内の観察で食道胃接合部直下の胃大弯の虚血性変化を認めたため、内視鏡的整復による穿孔のリスクが高いと判断し外科的整復の方針とした。術中所見では胃前底部から十二指腸が縦隔内に挙上し、術中内視鏡所見でも鬱血は残存していた。腹腔鏡下に挙上胃を腹腔内に引き戻すことで捻転解除し、内視鏡所見で鬱血の改善を認めた。開大した食道裂孔ヘルニアを縫合閉鎖後、腹部食道を食道裂孔に縫着固定し手術終了した。胃壊死には至っておらず胃切除は不要と判断した。術後合併症を認めず、X+13 日に退院とした。【考察】胃軸捻転は胃が生理的範囲を超えて回転し通過障害を来す状態である。内視鏡的整復で改善する症例もあるが、再発する症例では固定術を要する事もある。また、虚血を伴う症例では外科的整復に加えて胃切除を要する病態である。今回、胃軸捻転症に対する内視鏡的整復困難かつ虚血性変化を認め、緊急手術により胃切除を要せず整復治療を行った 1 例について報告する。

20 半固形栄養剤により生じた巨大胃石に対しコーラ溶解療法が有効であった一例

半田市立半田病院 消化器内科

○青井 有里波、杉本 啓之、小池 剛、野浪 大介、江崎 正哉、安藤 祐資、大塚 泰郎

【症例】87 歳男性【主訴】黒色嘔吐【既往歴】高血圧症、脂質異常症、鬱病【現病歴】外傷性の急性硬膜下血腫に対し開頭血腫除去後、意識状態の改善が得られず経鼻胃管より栄養・投薬を行っていた患者。入院 21 日目に黒色嘔吐を認め、当科へ依頼があり治療介入を行った。【経過】単純 CT と上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行した。単純 CT では多量の胃内容物貯留を認めたが明らかな閉塞起点は認めなかった。EGD では胃内に 10cm 大の胃石と grade B の胃食道逆流症（GERD）を認め、狭窄は認めなかった。以上から患者は胃石による通過障害のため胃内容物が胃内に停滞し、食道への逆流の結果、GERD を生じ、oozing から黒色嘔吐を来したと考えた。胃石は EGD による観察時にスコープ操作である程度破碎されたが、巨大なため破碎による完全な除去は困難と判断した。そこで既報を参考に経鼻胃管経からコーラを注入し 10 日目に胃内ガストログラフィン造影を行い、胃石が消失したことを確認した。再発予防のため半固形栄養剤を変更し、投薬内容についても見直した。患者は 3 か月後に転院した。【考察】胃石は EGD の 0.07-0.4% にみられる比較的確な疾患である。本邦では柿胃石が 70% を占めるが半固形栄養剤の投与により生じたとの報告もあり本症例も半固形栄養剤が原因と考えられた。その他胃の蠕動運動の低下や薬剤も原因になるとされ、複合的な要因が存在する。治療法については外科的切除を要した症例も散見されるため、非侵襲的で簡便なコーラ溶解療法を試行する意義は大きいと考えられる。要因について文献的考察を加えて報告する。【結語】経管栄養により生じた胃石に対しコーラ溶解療法が有効であった一例を経験した。

21 胃潰瘍穿通による胃結腸瘻を呈した1例

有隣厚生会富士小山病院 消化器内科
○小嶋 清一郎

症例は糖尿病、高血圧を有する99歳女性。呂律障害のため他院に搬送され、低血糖の診断で加療、軽快したため自宅退院となったが、嘔吐がおさまらないとのことでもかきつけ医から同日紹介受診、精査目的に入院となった。Vital安定、身体所見に特記なし。WBC 8950、Hb 8.6、Plt 48.2、Alb 2.6、UN 8.0、Cr 0.45、AST 13、ALT 8、ALP 61、γGT 11、LD 154、T.bil 0.4、Na 125、K 3.9、Cl 91、Fe 15、Glu 173、A1c 7.8、CRP 3.27。同日、上部消化管内視鏡にて胃内に便塊を認めた。胃角やや後壁寄りに深掘れの巨大胃潰瘍（A1）を認め、観察中に同部位から便塊が排出された。スコープを進めたところ、colonと考えられる管腔に到達した。続いて、透視下にガストログラフィンを注入したところ、胃角部の潰瘍からハウストラを示す横行結腸が描出され、胃結腸瘻が確認された。Free airは認めなかった。そのまま前処置なしで下部消化管内視鏡を施行。横行結腸の脾彎曲部近傍に胃との瘻孔を認め、スコープを進めたところ胃内に到達した。禁食としてボノプラザンを投与したところ嘔吐は消失した。2週間後の観察で潰瘍はA2 stageに改善、禁食中ではあったが、依然として少量の便塊を認めた。このため、食事摂取再開にて再度便の嘔吐が出現することが予想された。胃潰瘍の自然経過で胃結腸瘻を生じることは極めてまれで、文献報告では全例手術にて根治治療がされている。症例は超高齢で、家族も手術を希望しなかったため、禁食のまま中心静脈栄養を継続し、転院となった。

23 当院で経験した好酸球性胃腸炎の2例

済生会松阪総合病院 内科

○小野 隆裕、橋本 章、河内 瑞季、紅林 真理絵、田原 雄一、吉澤 尚彦、黒田 直起、福家 洋之、青木 雅俊、河俣 浩之、脇田 善弘、清水 敦哉

【背景】好酸球性胃腸炎（Eosinophilic gastroenteritis, EGE）は、消化管壁内に好酸球が浸潤し消化管機能不全をきたす炎症性疾患である。末梢血好酸球の増加、CT所見を契機に診断したEGEの2例を経験したので報告する。【症例1】50歳代女性。既往歴では花粉症がある。20XX年Y月に腹痛、下痢が出現し、末梢血好酸球 $4.66 \times 103/\mu\text{L}$ （40.4%）と上昇を認め、CT所見にて小腸の壁肥厚、液貯留を認めEGEを疑った。小腸生検にて20/HPFを超える好酸球の浸潤を認め、大腸生検でも同様の所見を認めEGEと診断した。診断後はPSL25mg/日の内服で治療開始し症状、好酸球数は1週間以内に著明に改善した。PSLは8ヶ月の経過で漸減、終了しており、現在抗ヒスタミン薬のみ継続し無再発経過観察中である。【症例2】50歳代女性。アレルギー性鼻炎の既往がある。20XX年Z月に下痢、腹部膨満感を主訴に受診した。経過観察中に好酸球 $4.28/\mu\text{L}$ （32.9%）と著明な増加を認め、CTでは胃、空腸の壁肥厚、腹水の出現を認めた。上部消化管内視鏡検査生検では好酸球の浸潤は認めなかったが、腹水の穿刺液に著明な好酸球増多を認めEGEと診断した。PSL40mg/日で治療開始し症状、好酸球数は数日で著明に改善した。約1年後に投与終了となり、現在無再発である。【考察】EGEの治療に関してはステロイド全身投与による薬物療法が治療の中心であり寛解導入率は高く比較的早期に治療効果が出現するが、ステロイドの減量・中止後に再燃することも多い。またステロイドの投与量や減量の時期やタイミングに一定の基準はない。長期予後に関しては一過性非再燃型、寛解・再燃反復型、慢性持続型がある。過半数は慢性的な経過をとりステロイドの維持療法を必要とすることも多く注意が必要である。【結論】EGEと診断した2例を経験した。長期予後と治療法について文献的考察を加えて報告する。

22 潰瘍性大腸炎 上部消化管病変の一例

藤田医科大学 消化器内科学

○小林 真理子、小山 徳司、山田 日向、吉田 大、尾崎 隼人、大森 崇史、堀口 恵子、鎌野 俊彰、長坂 光夫、船坂 好平、中川 義仁、宮原 良二、橋本 千樹、柴田 知行、廣岡 芳樹

【症例】33歳男性【主訴】心窩部痛、胸焼け【既往歴】潰瘍性大腸炎（UC）【内服歴】メサラジン腸溶錠【現病歴】X-5年前より時折、空腹時の心窩部痛、胸焼けがあり、X-3年前に前医にて上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行したところ、胃にびまん性の発赤腫脹粘膜を認めたが、生検病理では悪性所見なく、慢性胃炎として経過観察されていた。X年に心窩部痛が増悪した為EGD再検したところ、胃のびまん性発赤腫脹粘膜の増悪があり、精査加療目的に当院を紹介受診した。【初診時身体所見】腹部：平坦、軟、圧痛なし【初診時血液検査】WBC $13400/\mu\text{L}$ 、RBC $4.89 \times 10^6/\mu\text{L}$ 、Hb 14.5g/dL、Plt $30.5 \times 10^4/\mu\text{L}$ 、ESR 10mm/hr、TP 7.1g/dL、Alb 4.0g/dL、CRP 1.00mg/dL【画像検査】腹部CT：胃噴門部～体下部に壁肥厚を認める。骨盤内に少量の腹水貯留を認める。EGD：腹部食道左側に、噴門部まで連続する不整な黄色隆起性病変を認める。胃噴門部を主座として胃角部付近まで、びまん性に著明な萎の発赤、腫脹、黄色膿汁様粘液付着を認める。生検病理：食道、胃病変ともに好中球浸潤を伴う異型の乏しい上皮組織。【経過】胃蜂窩織炎を疑い、LVFX500mg内服を開始した。投与1週間後にEGD再検したところ、胃粘膜の発赤消退や黄色膿汁様粘液消失を認めたが、食道病変や胃粘膜の腫脹に改善はみられなかった。入院の上、胃病変の一部に対し診断目的に内視鏡的粘膜切除術を施行したが、病理では炎症細胞浸潤を認めるのみで悪性所見なく、細菌培養検査は陰性であった。入院継続しMEPM1.5g/日投与するもEGD再検にて胃粘膜は著変ないものの、食道の黄色隆起性病変は範囲が拡大・増悪し、十二指腸下行部にて新たに発赤浮腫状粘膜をびまん性に認めた。病態をUCの上部消化管病変に胃蜂窩織炎を合併したもの判断し、プレドニゾロン（PSL）40mg/日・メサラジン粉砕内服を開始した。1週間後のEGD再検では所見は著明に改善し、心窩部痛や胸焼けも改善を認めた。PSL漸減、AZA導入し、入院27日目に退院となった。【考察】診断に難渋したUCの上部消化管病変症例を経験した。食道、胃を主座とし、胃蜂窩織炎を合併した症例はまれであり、文献的考察を含めて報告する。

24 IgG4関連消化管疾患の合併が疑われた好酸球性胃腸炎の症例

聖隷三方原病院 消化器内科

○山下 龍、岡井 研、山田 哲、久保田 望、佐藤 義久、大原 和人、金谷 和哉、佐藤 友香、多々内 暁光

症例は73歳男性、20xx-1年末頃から認められる体重減少と食欲不振にて、20xx年近医に受診し上部消化管内視鏡検査施行した所食道狭窄と胃粘膜炎症を指摘され同月当科受診された。上部消化管内視鏡検査施行し食道ECJに癌様様狭窄。スコープ通過できたが胃粘膜の著明な炎症、易出血性、胃腔のびまん性狭小化を認めた。当初スキルス性胃癌を疑うも生検にて悪性を所見認めず、内視鏡フォローアップし、20xx+2年の上部消化管内視鏡検査時の生検にて好酸球数40/HPF以上を認め、さらにIgG4陽性細胞50/HPF以上、IgG4/IgG比は40%未満を指摘された。好酸球性胃腸炎の診断基準を満たし、IgG4関連消化管疾患の診断基準は部分的に満たすのみであった。一方20xx-1年よりIgG4陽性細胞を伴った喉頭肉芽による狭窄にて耳鼻咽喉科にて経過観察していた事が判明し、IgG4関連消化管疾患合併が疑われた。また全身検索にて脾臓、胆管に病変を確認出来なかった。以上からIgG4関連消化管疾患の合併が否定できない好酸球性胃腸炎と診断しプレドニゾロン40mg/dayによる治療を開始した。その後胃粘膜癌化や食道狭窄は残るものの粘膜の炎症は改善していき、プレドニゾロンを漸減し現在5mg/dayにて維持出来ている。今回好酸球性胃腸炎にIgG4関連消化管疾患の合併が疑われた稀な症例を認めたため文献的考察を加え報告する。

25 Collagenous gastritis の1例

¹山下病院 消化器内科、²山下病院 病理科

○福沢 一馬¹、松崎 一平¹、菊池 正和¹、泉 千明¹、岩田 悠嗣¹、横井 太紀雄²、服部 昌志¹、乾 和郎¹

【症例】37歳、女性【主訴】上部消化管造影検査異常【既往歴】特記事項なし【現病歴】X年4月健康診断で上部消化管造影検査を施行、胃体部の陥凹性病変・ひだ集中像を指摘され、当院に紹介となった。上部消化管内視鏡検査（EGD）を実施、胃体部に不整のない多発胃潰瘍と胃潰瘍癒着を認め、抗ヘリコバクター・ピロリ抗体は陰性であった。潰瘍辺縁から生検を実施、軽度から中等度の炎症細胞浸潤を伴っていたが悪性像は認めなかった。エソメプラゾール20mg/日に経過観察を行ったが、内服開始5週以後より内服が滞ると心窩部痛が出現するようになった。EGD再検査を勧めたが拒否され、患者希望で薬物療法を継続した。約4ヵ月後に2回目のEGDを実施、潰瘍は縮小・消退傾向ではあるものの残存していた。再度生検を行ったが、病理診断はGroup 1であった。潰瘍消失を期待し内服をエソメプラゾールからボノプラザン20mg/日へ変更した。さらに、血中ガストリン値を測定したが254pg/mLとボノプラザン使用下では有意な上昇とはいえず、抗胃壁細胞抗体・抗内因子抗体もそれぞれ陰性であった。胸腹部造影CT検査を実施したが脾臓を含め、腫瘍性病変は認めなかった。悪性腫瘍の鑑別に2ヵ月後（初診より8ヵ月後）、3回目のEGDを実施したところ潰瘍は治癒し瘢痕化を確認した。瘢痕部とは別に胃体部下前壁・大彎・後壁にかけて、褪色調の萎縮粘膜を背景とし大小不同の顆粒状～島状の平坦隆起を認めた。特徴的な内視鏡所見からcollagenous gastritisの可能性を考え、潰瘍癒着や平坦隆起、褪色調の萎縮粘膜中心に計15ヵ所の生検を行ったが、いずれも病理結果はGroup 1で特異的な炎症像や腫瘍性病変は認めなかった。その後、フォローを継続し、初診より26ヵ月後、5回目のEGDを実施、生検組織から表層上皮直下に肥厚したcollagen bandを認め、collagenous gastritisの診断に至った。以後、ボノプラザン内服継続で良好な経過を辿っているが、内服が滞ると腹部症状が再燃しEGDでも胃潰瘍再燃を認めるためボノプラザンは継続投与としている。【結語】collagenous gastritisの一例を経験した。国内外の報告例をまとめ報告する。

27 胃瘻造設困難例に大腸内視鏡補助下経皮的内視鏡的胃瘻造設術（C-PEG）を施行した2例

トヨタ記念病院 消化器内科

○小柳 裕輝、鈴木 貴久、三宅 忍幸、村山 睦、芳川 昌功、物江 真司、長屋 龍太郎

【症例1】68歳 男性【主訴】意識障害、嚥下障害【現病歴】X-6年からレビー小体型認知症で定期通院中。X年2月、原疾患進行による体動困難および経口摂取困難にて入院。意識障害と嚥下障害で安定した栄養摂取と薬剤投与困難のため経皮的内視鏡的胃瘻造設術（PEG）方針となった。【経過】経鼻胃管から空気を500cc注入して胃拡張のうえ腹部CT検査を行ったが胃前壁と腹壁の間に横行結腸介在を認め通常の手技では結腸誤穿刺の可能性が高いと判断、C-PEGを透視下で横行結腸を尾側に伸展し穿刺経路確保し行った。処置時間は約1.5時間、術後はC-PEGに関連する合併症なく経過、処置後の腹部CT検査でも横行結腸の誤穿刺ないことを確認、その後転院となった。【症例2】76歳 男性【主訴】嚥下機能低下【現病歴】X年6月肺化膿症のため入院。肺化膿症は抗生剤治療で治癒。しかし、嚥下機能低下により十分なエネルギー摂取のための経口摂取が不可能となり、PEG方針となった。【経過】経鼻胃管から栄養剤投与した後の腹部CT検査でも胃前壁と腹壁の間に横行結腸介在を認めたため、横行結腸誤穿刺のリスクを考慮しC-PEG方針となった。処置時、透視下で大腸内視鏡を用いて横行結腸を尾側に牽引して胃瘻を造設した。処置時間は約40分、C-PEGに伴う合併症なく経過、退院となった。【考察】PEGは一般的な治療手技であるが、他臓器の介在で穿刺経路が確保できない場合や誤穿刺などの合併症が存在する。今症例のような横行結腸介在時にPEGで誤穿刺する頻度は0-1.3%程度と報告されている。今回は横行結腸介在により通常の方法でのPEGが困難であったが、大腸内視鏡を併用することで横行結腸誤穿刺のリスクを下げ、合併症なく施行できた。穿刺経路に横行結腸の介在が判明した際は、大腸内視鏡を用いることが安全性を高める有効な手段であると考えられる。

26 ジアミノジフェニルスルホン（DDS）が腹部症状に著効した成人発症IgA血管炎の1例

岐阜市民病院

○大西 拓海、小木曾 富生、犬飼 将旭、川出 真史、日野 孝彬、伊藤 有紀、高木 曉広、相羽 優志、岩佐 悠平、奥野 充、河内 隆宏、林 秀樹、岩田 圭介、杉山 昭彦、西垣 洋一、富田 栄一

【症例】30代、男性【主訴】心窩部痛【既往歴】扁桃炎【現病歴】X-3日より心窩部痛が出現、増悪するためX日に当院ERを受診。採血でWBC:20500/μL、CRP:7.19mg/dLと炎症反応の上昇を認め、CTでも十二指腸・近位空腸の浮腫性壁肥厚を認めたことから、十二指腸潰瘍などの疑いで同日入院加療とした。【現症】腹部：平坦・軟、蠕動音：正常、心窩部に自発痛・圧痛(+)【入院後経過】X+1日の上部消化管内視鏡検査では胃・十二指腸にびまん性の発赤を認め、十二指腸では小潰瘍の散在も認めた。迅速ウレアーゼ試験は土であり、内視鏡粘膜生検結果も非特異的な炎症粘膜であったことからひとまずピロリ菌感染に起因する十二指腸潰瘍として加療を継続。しかし絶食・制酸薬投与下で4日ほど経過を見るも腹痛や炎症反応の改善がほとんど得られなかった。X+4日より右下腿に散在する紫斑を認め、IgA血管炎の疑いとして皮膚生検を施行した。生検の結果を待つ間に診断的治療でのステロイド投与も考慮されたが、まずは腹部症状軽症例に使用されることのあるジアミノジフェニルスルホン（DDS）の内服を開始した。その後速やかに症状は改善傾向に向かい退院となった。皮膚生検結果では白血球核破砕性血管炎の所見があり、蛍光抗体法で血管周囲へのIgA沈着も認めており、IgA血管炎に矛盾しない所見が得られた。その後は症状の再発は認めていない。【考察】DDSが著効したIgA血管炎を経験した。IgA血管炎は10歳以下の小児発症例が90%であり、さらに皮疹がほぼ100%みられるものの、その前に腹部症状が先行する例が10-20%みられることから、成人の難治性心窩部痛などの症例で診断に難渋することになり得る。炎症の部位は十二指腸―空腸が多いとされていることから、同部位の炎症像を認める症例では本疾患を積極的に鑑別に挙げ、下肢紫斑などの診察をする必要があると考えられる。

28 胃癌術後再発に伴った輸入脚症候群に対して経皮的ドレナージが有効だった一例

小牧市民病院

○平尾 亮太、平井 孝典、丹羽 慶樹、小宮山 琢真、杉山 由晃、樋口 道雄、安藤 樹里、宮田 章弘

【症例】70歳代女性【主訴】腹痛

【現病歴】2017年胃癌Stage3Bに対して、術前化学療法、胃全摘D2郭清、Roux-en Y再建、術後化学療法を行ない2020年2月まで3年間再発所見を認めなかった。2020年5月に腹痛を主訴に近医を受診し腸閉塞を指摘され当院へ紹介となる。腹部CTからY吻合合部の閉塞に伴う輸入脚症候群が指摘でき、さらなる精査および治療のため入院となった。

【臨床経過】来院時37.5℃の発熱があり、血液検査では、白血球9400/μL、CRP 1.8mg/dL、総ビリルビン1.3mg/dL、AST266U/L、ALT276U/L、ALP1216U/L、アミラーゼ1216U/Lだった。第2病日に透視下での上部消化管内視鏡を施行したが、狭窄が強くガストロ造影においても輸入脚は描出されなかった。輸入脚狭窄による閉塞性黄疸と考えたが、肝内胆管の拡張を認めなかったため、経皮肝胆静脈ドレナージ（以下PTGBD）を施行し胆管ドレナージとした。第5病日にPTGBDから内視鏡的経鼻胆管ドレナージ（以下ENBD）チューブを十二指腸まで通し外瘻とした。排液良好で症状も軽快したため第18病日に退院となった。閉塞の原因としては胃癌再発が疑われ、6月よりSP療法が開始された。8月に外瘻から造影剤を流すと狭窄は残存するものの造影剤の通過を認めENBDチューブを一旦クランプした。

【考察】輸入脚症候群は、Billroth2法胃切除あるいは、Roux-en Y吻合法による再建術後、輸入脚に何らかの原因による機械的通過障害が起こることによって生ずる病態をいう。本症例では、輸入脚症候群によって腹痛や閉塞性黄疸、アミラーゼ上昇などの所見が見られた。胃癌腹膜播種によるY脚狭窄が原因と思われ、化学療法による狭窄解除が検討されたが、解除までの持続的な胆汁排出経路として経皮的ドレナージが有効であった。また、外瘻としてENBDチューブを選択することで胆管への胆汁逆流を防ぎ感染症のリスクを抑えられたと考える。

【結語】胃癌術後再発による輸入脚症候群に対して経皮的ドレナージが有効であった症例を経験した。

29 内視鏡的粘膜切開が有効だった胃壁膿瘍の一例

静岡市立静岡病院

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

【症例】92歳女性【主訴】発熱、腹痛【既往歴】胃潰瘍【現病歴】20XX年6月上旬から心窩部痛を自覚。救急外来受診一週間前に消化器内科外来受診し単純CTにて長径55mm程度の粘膜下腫瘍を指摘された。同日上部内視鏡施行され胃粘膜下腫瘍の診断で一週間後外来フォローとなっていた。受診日前日の夜中から嘔気、当日の朝から38度の発熱があり救急要請となった。【経過】入院時CTにて胃体部後壁内に70×50mm程度の含気を伴う腫瘍あり。一週間前より増大傾向であった。腹部は平坦で上腹部を中心にやや硬く、強い圧痛を認めた。採血でWBC11900/μL、CRP12.6mg/dlと高値を認め胃壁膿瘍の診断で入院、抗生剤治療を開始した。上部内視鏡施行し胃体部後壁に長径70mm程度の緊満感を伴う粘膜下腫瘍による隆起を認めた。入院第3病日に全身麻酔下、腹腔鏡監視下にて内視鏡的粘膜切開術施行した。ORISE proKnifeにて粘膜下隆起の頂点を2cmほど切開したところ大量の白色膿汁の排出を認め、可能な限り内視鏡的に吸引しドレナージュチューブなどは留置せず手技終了とした。術後の経過は良好で穿孔や出血などの合併症は認めなかった。採取した膿汁からMRSA検出され抗生剤をバンコマイシン塩酸塩に変更し加療を継続。術後4日目に施行した内視鏡では粘膜下隆起は消失し創部の離開も認めなかった。術後14日目に撮像したCTでは膿瘍腔は著明に縮小しており、全身状態も良好なため抗生剤終了し自宅退院となった。その後の外来フォローで膿瘍腔の消失を確認している。【考察、結語】胃壁では胃酸に殺菌作用があり、血流も豊富なため膿瘍形成は稀とされている。治療としては胃全摘などの外科的治療が多く、内視鏡的治療としてEUS下穿刺ドレナージュを施行した症例も散見されるが、本症例では膿瘍を切開開放することで合併症なく治癒した症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

31 診断に難渋した粘膜下腫瘍様胃粘液癌の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 化学療法科
○飛田 恵美子¹、古川 和宏¹、伊藤 信仁¹、古根 聡²、廣瀬 崇¹、
鈴木 哲彦¹、鈴木 孝弘¹、平井 恵子¹、柴田 寛幸¹、
倉田 祥行¹、中村 正直¹、川嶋 啓輝¹

【症例】60歳代女性【既往歴】非代償性肝硬変【現病歴】食道静脈瘤のフォロー目的に施行した上部消化管内視鏡検査にて、30mm大の粘膜下腫瘍様病変を認めたため、精査目的に紹介となった。【経過】白色光観察では胃角部小弯に30mm大の表面平滑でやや扁平かつ類円形の粘膜下腫瘍様病変を認め、中心部は一部白苔に覆われた発赤調の軽度陥凹を伴っていた。NBI併用拡大観察では陥凹部の腺管がやや開大していたが、表面構造や血管の不整は認めなかった。超音波内視鏡検査では第2から3層を中心とする内部不均一な低エコー腫瘍として描出され、第4層を圧排していた。造影CTでは胃角部に造影効果の乏しい腫瘍を認め、総肝動脈腹側にリンパ節腫大を認めたことより、胃腫瘍からのリンパ節転移が疑われた。以上より鑑別診断として、粘膜下腫瘍様胃癌、もしくは、胃神経内分泌腫瘍が考えられた。初回精査時の病変陥凹部からの生検はGroup1であったため、超音波内視鏡下穿刺吸引針生検を行ったが腫瘍成分は得られなかった。次に粘膜切開下生検にて計12個の検体を得たが、間質の粘液貯留と細胞異型に乏しい異型細胞を認めるに留まり、病理結果はGroup2であった。そこでブロック検体での病理診断を目的として病変の一部を粘膜切除術にて採取する方針とし、腫瘍の約半分を剥離したのちにスネアで切除した。筋層直上での粘膜下層剥離を行う途中では白色粘液の流出を認めた。病理検査では粘膜固有層には腫瘍成分は認めなかったが、粘膜下層に粘液湖を形成しており、その内部に浮遊する異型円柱上皮を認め、粘液腺癌と診断した。cT2N1M0、cStage IIAの術前診断にて腹腔鏡下幽門側胃切除術、D2郭清が施行され、最終診断はMucinous adenocarcinoma、pT2(MP)、pN1、INfb、ly0、v0、pPM0、pDM0、pStage IIAであった。以後、無再発経過観察中である。【考察】胃粘液癌は粘膜下層に形成した粘液結節の内部に癌細胞が浮遊するという組織像を呈するため、鉗子生検による正診率は低い。今回、画像検査でリンパ節転移を伴う胃腫瘍を疑うも術前病理診断に難渋した症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

30 胃癌腹膜播種に対するPTEGの使用経験

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学、

²名古屋大学メディカルxRセンター

○杉山 史剛¹、中西 香企¹、田中 千恵¹、神田 光郎¹、清水 大¹、
高見 秀樹¹、猪川 祥邦¹、服部 憲史¹、林 真路¹、中山 吾郎¹、
藤原 道隆^{1,2}、小寺 泰弘¹

【背景】胃癌腹膜播種は経口摂取不良や低栄養を来し、腸閉塞により減圧処置が必要となる場合はQOLを大きく損ねる。経皮経食道胃管挿入術(Percutaneous Trans-Esophageal Gastro-tubing)は、経皮内視鏡的胃瘻造設術が困難な場合に有用であり、胃瘻と同様に経腸栄養や腸管減圧に用いられ、鼻腔や咽頭を経由せず長期留置が可能である。当教室で胃癌腹膜播種に対してPTEGを施行した3例について考察を加えて報告する。【症例1】63才、男性。腹膜播種を伴う切除不能4型胃癌に対して化学療法を行っていた。原発巣の狭窄を来したためPTEGを施行し、チューブ先端を狭窄部肛門側に留置することで経管栄養を行い、外来化学療法を継続した。【症例2】39才、女性。胃全摘後の腹膜播種に対して化学療法を行っていた。腹膜播種による空腸狭窄を来したためPTEGを施行し、チューブ先端を狭窄部の肛門側へ留置し経管栄養を行っていた。しばらくは継続可能であったが、口側狭窄を来したため、経静脈栄養に切り替え、チューブ先端を狭窄部の口側に留置するよう調整し減圧チューブとして使用した。【症例3】42才、男性。胃全摘後の腹膜播種に対して化学療法を行っていた。播種による回腸狭窄に対して減圧目的にPTEGを施行し、減圧チューブとして使用し、経静脈栄養管理を行うことで、外来化学療法を継続することができた。【結論】胃癌による消化管閉塞に対してPTEGチューブの栄養・ドレナージュ両用途として使用した。PTEGを使用することで腸閉塞症状の改善や在宅移行が可能となった。経鼻胃管による違和感から解放されることもQOL向上に寄与したと考えられた。胃切除術後や腹水貯留などにより胃瘻造設術が困難な腹膜播種患者の腸閉塞に対して、PTEGが有用な緩和的処置となり得る。

32 胎児消化管類似癌と肝様腺癌の混在した胃癌の一例

¹菊川市立総合病院 外科、²菊川市立総合病院 消化器内科、

³磐田市立総合病院 消化器外科

○阿久津 友洋¹、内山 隆¹、小坂 隼人²、中村 光一¹、
久保田 修¹、山田 健太²、鈴木 崇弘²、石橋 るり²、
二見 肇²

【症例】72歳、男性【主訴】心窩部痛【現病歴】20XX年9月、主訴のため近医を受診、H2ブロッカーで経過観察するが軽快しないため、翌年1月に上部内視鏡を施行したところ噴門部の2型腫瘍を指摘された。病理検査で低分化腺癌と診断され、当科に紹介となる。【臨床経過】胸腹部CTでは、#1,3,7のリンパ節転移を疑う他は明らかな遠隔転移は認めなかった(cT3, N2, M0, Stage3A)。同年2月に幽門側胃切除術を施行し、術後は大きな問題はなく10PODに退院となった。組織学的には大小不同で異型のある核を持った細胞が充実性、びまん性に増殖し、一部粘液癌を伴う低分化腺癌であった。また免疫染色ではAFP(部分的+)、SALL4(+), Glypican3(+)であった。以上より胎児消化管類似癌と肝様腺癌の混在した胃癌と診断した。病理組織学的進行度はpT3(ss), pN3a, M0, Stage3Bであったため、同年3月より術後補助化学療法としてS-1+DOC療法を施行した。術後1年5ヶ月間、無再発で経過している。【考察】胎児消化管類似癌と肝様腺癌は胃癌切除規約(15版)で特殊組織型に分類される非常にまれな胃癌とされる。両者の混在はしばしば認められ、通常の腺癌に比して脈管侵襲が高度で予後不良であることは診療上重要である。今回我々は、胎児消化管類似癌/肝様腺癌の混在した胃癌を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

33 総胆管拡張を契機に精査加療を行った十二指腸印環細胞癌の一例

浜松医療センター 消化器内科

○山中 力行、井上 尊史、西澤 航平、藤田 翔也、井口 太郎、大庭 行正、鈴木 安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁

【症例】69歳、女性。【主訴】嘔気。【既往歴】なし。【現病歴】20XX年4月9日、めまいのため救急要請し当院に搬送された。末梢性めまいと診断されたが、その際にスクリーニング目的で撮影した胸部単純CTで総胆管拡張を指摘され、4月16日に当科受診した。4月27日に上部消化管内視鏡および超音波内視鏡（EUS）を実施したところ、上十二指腸角に狭窄あり内視鏡通過せず、EUSでは胆管の閉塞起点となる明らかな病変を指摘できなかった。4月30日から嘔気が出現し食事摂取困難となったため、5月3日にCT撮影すると十二指腸通過障害があり入院した。【入院後経過】経鼻胃管を留置し絶食管理とした。造影CT、造影MRIではgroove領域の膵炎もしくは膵癌が疑われた。内視鏡的逆行性胆管膵管造影を試みたがやはり狭窄部から肛門側に内視鏡を挿入することができず、狭窄部粘膜から複数回の生検を行うも正常十二指腸粘膜が採取されたのみであった。病理学的診断は得られなかったが、有症状であること、悪性疾患を否定できないことから、6月3日に膵頭十二指腸切除術を実施した。その結果、十二指腸狭窄部の漿膜下層から粘膜固有層にかけて印環細胞主体の腺癌が見られ、十二指腸原発印環細胞癌と考えられた。腹膜結節に播種が確認され、最終病理診断はsignet-ring cell carcinoma、pT4、pN0、pM1、StagelV（UICC8th）であった。退院後に化学療法を考慮したが、次第に全身状態が悪化したためbest supportive careとし在宅療養に移行、12月13日に永眠された。【考察】原発性十二指腸癌の組織型については、これまでの多くの報告が高分化型腺癌であり、印環細胞癌の報告は少ない。本症例において、十二指腸粘膜に対する生検で診断が出来なかった理由として、印環細胞癌が粘膜下を進展していたことが考えられる。稀な疾患ではあるものの、画像評価や内視鏡生検で診断ができない十二指腸狭窄やgroove領域の病変が見られた場合には、低分化な十二指腸癌を考慮する必要がある。【結語】総胆管拡張を契機に精査加療を行った十二指腸印環細胞癌を経験した。

35 胃小細胞癌に対し化学療法中に血球貪食症候群（HPS）が疑われた一例

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

○伊藤 創太、石原 誠、牧野 成彦、竹内 悠祐、加藤 彩、榎本 祥吾、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、林 大樹朗、竹内 真実子

【症例】65歳、男性。主訴は心窩部痛、嘔吐。既往は睡眠時無呼吸症候群、高血圧、脂質異常症。飲酒歴は機会飲酒で、喫煙歴は20-35歳まで1日60本、以降禁煙。上部消化管内視鏡検査において、下部食道から体上部小弯前壁に長径80mm大の粘膜下腫瘍様隆起を伴う不整な潰瘍性病変を認めた。組織所見では、濃染する小型核を有する裸核状小型異型細胞が核線を引き変性を示し、高密度に充実性増殖する像を認めた。免疫染色では、CD56(+)、ChromograninA(+)、synaptophysin(+)であった。胸腹部骨盤部CTでは多発リンパ節転移、肝転移を認め、胃小細胞癌cT4aN3M1 cStageIVBと診断した。腫瘍マーカーはNSE300ng/mLと高値であった。eGFR53.3mL/min/1.73m²と軽度の腎機能障害を認めたためカルボプラチン+エトポシド併用療法を開始した。治療開始9日目で発熱性好中球減少症（FN）となり、TAZ/PIPC、G-CSF製剤を投与した。治療開始17日目は好中球4178/ μ Lと回復を認め、FNの治療経過は良好と判断しG-CSF製剤は終了した。しかし治療開始22日目に発熱を認め、その後好中球減少、肝障害、凝固異常、高フェリチン血症を認めた。原因検索のため治療開始27日目に骨髄穿刺を施行した結果、HPSを疑う所見であった。ステロイド治療も検討したが、支持療法にて改善傾向であったためHPSに対する特異的治療は施行しないこととした。【考察】成人に発症するHPSは主に二次性に生じ、感染症や悪性腫瘍、自己免疫性疾患に続発することが多い。悪性腫瘍によるものでは悪性リンパ腫の頻度が高く、固形腫瘍では稀である。本症例ではカルボプラチン+エトポシド併用療法中に、発熱、高LDH血症、高フェリチン血症、肝障害を認め、骨髄穿刺では血球貪食像を呈し、HPSが疑われた。ウイルス感染症に伴うHPSも鑑別であったが、各種ウイルス抗体検査は未感染もしくは既感染パターンであった。以上より二次性のHPSの中で、稀な固形腫瘍による腫瘍関連HPSと考えられた。【結語】胃小細胞癌に対してカルボプラチン+エトポシド治療中に血球貪食症候群をきたした稀な一例を経験したので報告する。

34 DICを合併した胃癌・骨転移に対してSOX+Trastuzumab療法が著効した一例

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

○中井 俊介、富田 優作、森 義徳、橋本 真耶佳、金山 朋裕、大脇 聖泰、前田 英貴、金若 弘樹、今津 孝季、北尾 美香、野村 智史、平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司、妹尾 泰司

【症例】43歳、男性【主訴】背部痛、体動困難【現病歴】X-1年10月に背部痛のため当院整形外科を受診したが、整形外科的疾患は否定すると診断されたため、X-1年11月に当院総合内科を受診した。CT検査で胃体部から幽門にかけて壁肥厚があり、周囲のリンパ節も腫大を認めたため、当院消化器内科を受診した。上部消化管内視鏡検査で胃角小弯から胃幽門前庭部にA1stageの不整な出血性胃潰瘍を認め、止血処置が必要となった。止血後に複数箇所から生検を施行したが病理組織検査ではGroup1であった。X年1月に上部消化管内視鏡検査を再検するも潰瘍は改善し、生検で再度Group1であった。CA19-9が上昇傾向であったため外来通院を予定していたが自己中断していた。X年3月に2週間前から続く背部痛、体動困難のため当院に救急搬送。胸腹部CT検査でTh5椎体、左腸骨に溶骨性変化を伴う病的骨折を認め、転移性骨腫瘍の疑いで精査加療目的に入院となった。第2病日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃角小弯から胃幽門前庭部に複数のH2stageの小潰瘍を認め、生検でGroup5（印環細胞癌～低分化腺癌）であり、胃癌・骨転移と診断した。第6病日に血小板減少とFDP上昇を認め、胃癌・骨転移によるDICと診断した。第8病日からSOX療法（S-1 80mg/m²、L-OHP 100mg/m²）を施行したところ、第13病日に血小板が上昇傾向になり、第21病日にDICを脱した。HER2陽性が判明したため、2コース目からSOX+Trastuzumab療法を施行し、DICが再燃することなく第39病日に退院となった。その後もSOX+Trastuzumabが奏効し、約18ヶ月経過した現在も治療を継続中である。【考察】DICを合併した胃癌は未治療では予後1～3週間程度で極めて予後不良とされている。以前より5-FU+MTX療法の有効性が報告されており、最近ではS-1+CDDP療法やSOX療法でDICが改善した報告が散見されているが、長期に効果が得られた報告は少ない。今回我々は、胃癌・骨転移の診断に難渋した後にDICを発症したものの、SOX+Trastuzumab療法が著効し長期の効果が得られている症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

36 腹膜播種を伴う噴門部癌に対してニボルマブを使用し、コンバージョン手術及び病理学的完全奏功を得た1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外科学講座、

³ 藤田医科大学 先端外科治療開発共同研究講座、

⁴ 藤田医科大学 高度情報医療外科学共同研究講座

○近石 裕子¹、中内 雅也²、藤田 正博¹、梅木 祐介¹、後藤 愛¹、鈴木 和光¹、芹澤 朗子¹、秋元 信吾¹、田中 毅¹、柴崎 晋¹、稲葉 一樹²、宇山 一朗^{2,3}、須田 康一^{1,4}

【背景】2021年11月切除不能再発進行胃癌に対する一次治療としてニボルマブが使用可能となった。今回腹膜播種を伴う噴門部癌に対しニボルマブとTS-1+オキサリプラチン併用療法（以降NivoSOX療法）を行い、コンバージョン手術及び病理学的完全奏功（pCR）を得た1例を経験したため報告する。【症例】67歳女性、吐血で前医受診し食道胃接合部癌を指摘され、精査加療目的で当院を紹介受診した。噴門部癌（UE, tub1/tub2/por, cT4aN+M0 cStage3）の診断で審査腹腔鏡を行ったところ腹膜播種結節を認め、Stage4Bとなった。審査腹腔鏡より2週間後よりNivoSOX療法を3コース実施し、糖尿病・甲状腺炎の有害事象を認めたものの、胸腹部造影CT検査、上部内視鏡検査にて原発巣・リンパ節の縮小を認め、PRと判定した。十分なインフォームドコンセントを行い、ロボット支援下噴門側胃切除術、D2リンパ節郭清を行った（手術時間：531分、出血量：62g）。術中腹水細胞診・腹膜結節は腫瘍陰性であり、原発巣も軽度な癒着を認める程度であった。術後甲状腺機能低下症とウインスロー孔背側に膿瘍形成を認めたがドレナージにて改善し、術後25日目で退院となった。術後病理検査では、原発巣・リンパ節ともに腫瘍細胞を認めず、pCRと判定された。【結語】腹膜播種を伴う噴門部癌に対してNivoSOX療法後コンバージョン手術を施行し、pCRを得た症例を経験した。切除不能進行胃癌に対するニボルマブと化学療法の併用はコンバージョン手術及び良好な病勢コントロールに有効である可能性が示唆された。

37 ニボルマブによる間質性肺炎に対しインフリキシマブを使用した進行胃癌の一例

愛知医科大学病院 消化器内科

○加藤 綾、加藤 駿介、加藤 真子、杉村 明佳音、吉峰 尚子、高山 将旭、小野 聡、越野 顕、山本 泰弘、長尾 一寛、杉山 智也、山口 純治、足立 和規、田村 弘弘、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

【症例】72才、男性。【主訴】呼吸苦。【現病歴】20XX年Y-5月近医の上部消化管内視鏡検査で進行胃癌をと診断され当院を受診した。CTでは肝転移、多発リンパ節転移を認め、病理検査はadenocarcinoma por/sig、HER2陰性、CPS $\geq$ 5であった。20XX年Y-4月よりS-1＋オキサリプラチン＋ニボルマブによる化学療法を開始した。4コース終了後のCTではリンパ節転移は縮小し肝転移は不明瞭化した。血液検査上は明らかな副作用はなかったが、G2-3程度の食思不振やG1程度のしびれを認め、適宜減量し対応した。20XX年Y月に呼吸苦、発熱が出現し入院した。【入院後経過】入院時の胸腹部CTではリンパ節転移はさらに縮小していたが、右肺優位に浸潤影が出現していた。市中肺炎を疑い抗菌薬を投与したが、入院5日目に酸素濃度が低下し、CTで浸潤影の拡大を認めた。画像所見、臨床経過からニボルマブによる間質性肺炎と診断し、メチルプレドニゾロンによるステロイドパルスを開始した。CT所見、自覚症状は改善したが、プレドニゾロンを0.6mg/kg/日まで減量すると再燃した。再度ステロイドパルスを導入し改善するもプレドニゾロン減量により再燃したため、インフリキシマブによる治療を行った。その後は症状の再燃はなく、ステロイド漸減可能となり退院した。【考察】現在HER2陰性の切除不能進行/再発胃癌に対して化学療法＋ニボルマブがファーストラインで使用可能となった。ニボルマブなどの免疫チェックポイント阻害薬はirAEと呼ばれる様々な有害事象を起こすが、胃癌における間質性肺炎疾患の報告は未だ限られている。Grade2以上の間質性肺炎ではステロイド治療を考慮し、改善が乏しい場合や悪化時にはインフリキシマブ、シクロホスファミド、免疫グロブリンなどの投与がASCOガイドラインで推奨されているものの、いずれも保険未承認であり使用しづらい現状がある。今回我々は進行胃癌へのニボルマブによる間質性肺炎に対しインフリキシマブを使用した稀な一例を経験したので報告する。

39 進行・再発胃癌患者終末期における検討

市立湖西病院 外科

○太田 学、中島 昭人、大貫 義則

進行再発胃癌患者にとって手術療法や化学療法による予後の延長は大きな目的と希望であるが、診断された時から死亡までの全期間におけるQOLも極めて重要である。今回我々は、治療終了後から緩和ケア対応で移行した後、死亡までの終末期について、過去5年間当院で看取った胃癌患者15例について評価を行った。15例の内訳は平均年齢78.5歳、M:F=10:5。10例は当院で治療を受け5例は他院で治療後当院紹介となった。胃全摘5例、幽門側胃切除4例、非切除6例であった。最終治療時の標的病変は原発巣4例、腹膜播種7例、リンパ節2例、肝転移2例、多発骨髄転移1例であった。全例在宅ではなく当院での看取り例。また、最終治療から死亡までの期間は平均60.1日(17日-83日)、最終入院期間は20.1日(5-63日)であった。死亡21日前時点での評価ではPPI (Palliative Prognostic Index) は平均4.2点と低く、消化管狭窄例1例を除いて、食事摂取が可能であった。またオピオイドは10例に使用されており、NRSは平均2.3点と疼痛コントロールできていた。治療終了後でも1ヶ月以上QOLが維持され、死亡21日前でもある程度の生活は可能であった。終末期胃癌患者において積極的な緩和ケア介入によりQOLの維持が可能となった。在宅での看取りは現時点では対応できていない。

38 当院における胃神経内分泌癌に対する手術成績

静岡県立静岡がんセンター 胃外科

○曾根田 亘、藤谷 啓一、寺島 雅典、古川 健一郎、谷澤 豊、坂東 悦郎

【背景】胃の神経内分泌癌 (NEC)/ 腺内分泌細胞癌 (MANEC) は根治的な胃切除後でもリンパ節転移や肝転移の頻度が高く予後不良である。ガイドラインでは消化管NECに対する術後補助化学療法が強く推奨されるが、後方視的解析であることに加え胃切除術後に限定したエビデンスは無い。本研究は当院における胃NEC/MANECの臨床像を明らかにすることを目的とした。【方法】2010年1月から2020年12月までに当院で外科切除を行った胃神経内分泌腫瘍のうち、病理学的にNECまたはMANECと診断された37人の臨床病理学的因子、術後補助化学療法、生存転帰を検討した。【結果】年齢中央値69歳、男女32/5人、術式は幽門側胃切除/胃全摘/噴門側胃切除20/13/4人が施行され、1人に肝転移巣を同時切除したが全患者でR0切除が得られた。腫瘍径中央値42mm、深達度T 1/2/3/4: 9/3/21/4人、リンパ節転移N 0/1/2/3: 11/13/8/5人、Stage (UICC8th) I/II/III/IV: 9/16/11/1人、Ki-67中央値80%であった。NEC/MANECは28/9人であった。術後補助化学療法は17 (45.9%) に施行され、レジメンはCDDP+VP-16/CBDCa+VP-16/S-1/CapeOX: 10/4/2/1人だった。術後再発を16人 (43.2%) に認め、再発部位は肝/リンパ節/腹膜/膵/骨/肺: 9/4/2/1/1/1人であった (重複あり)。うち2例で肝再発巣切除を施行したが長期生存は得られなかった。病期ごとの3年生存率はStage I/II/III/IV: 55.6/85.7/41.6/NA%であり、同時期に当院で手術加療を受けた胃癌の症例 (n=3196) とStageごとに比較すると、Stage Iで有意に生存が不良であった (ハザード比13.22、95%信頼区間5.83-29.94、 $p<0.001$)。【結語】当院の胃NEC/MANECでは、特にStage Iの生存が不良であった。今後は術前化学療法を含めた周術期治療の確立が必要と思われる。

40 腹腔鏡下肝部分切除術を行った肝原発 Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫の1例

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○弓削 拓也、種村 彰洋、前田 光貴、新井 達、伊藤 貴洋、堯天 一亨、早崎 碧泉、藤井 武宏、飯澤 祐介、村田 泰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、水野 修吾

Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫は、低悪性度のB細胞性リンパ腫であり、肝原発はまれである。今回、正常肝に発生したMALTリンパ腫に対し、腹腔鏡下肝部分切除により根治切除し得た1例を報告する。

症例は61歳女性。人間ドックの腹部エコー検査で肝S5に11mm大の腫瘍を指摘されたが、その後もサイズに変化なく経過観察されていた。鑑別診断のためMRIを行ったところ、肝S5に9mm大、肝S4に5mm大の充実性腫瘍を認め、いずれもT1強調画像で低信号を呈し、T2強調画像で淡い高信号を呈し、拡散強調画像は高信号かつADC低値であった。ダイナミックCTでは早期に腫瘍辺縁がリング状に濃染され、内部は肝実質と同程度に増強された後、肝実質より早くwash outした。肝臓腫瘍、早期HCCなどの良悪性病変が鑑別となり当院へ紹介された。肝機能は正常で背景肝疾患はなく、腫瘍マーカーCEA、CA19-9、AFP、PIVKA-II、および可溶性IL-2レセプターはすべて正常値であった。確定診断のため肝生検を行ったところ、小から中型のリンパ球がびまん性に増生した組織像を認め、免疫染色でBCL2(-)、BCL6(+), CD3e(-), CD5(-), CD10(-), CD20(+), Cyclin D1(-), MUM1(-)であり、低悪性度B細胞リンパ腫と診断され、発生日位からMALTリンパ腫と考えられた。上部・下部消化管内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査で消化管に病変はなく、PET-CTでは遠隔転移を認めなかった。骨髄液細胞診では正形成性の骨髄が採取され、異型リンパ球の浸潤は認めなかった。根治手術の適応と判断し、腹腔鏡下肝S4/S5部分切除術および胆嚢摘出術を行った。エコーで腫瘍を確認し、それぞれ2ヶ所の肝切離を行った。病理組織では反応性の胚中心を伴う辺縁帯領域が拡大したリンパ濾胞形成を認め、MALTリンパ腫と診断した。免疫染色ではCD3e(-), CD5(-), CD10(-), CD20(+), BCL-2(+), BCL6(-), IgG4(-), EBER-ISH(-)で、IgA/Igkに軽鎖制限を認めなかった。合併症はなく、術後12日目に退院した。低悪性度のため術後補助化学療法は行わず、術後3年間無再発で生存中である。

41 肝原発の神経内分泌癌の一例

静岡市立清水病院 消化器内科

○芹澤 亜紗美、小池 弘太、池田 誉、高柳 泰宏、窪田 裕幸

症例は70代男性。既往歴は高血圧、高脂血症、60代で総胆管結石に対し内視鏡的結石除去術を施行し、以降当院へ通院されていた。20XX年8月、腹部膨満感が出現し、近医を受診。造影CTにて肝腫瘍を指摘され、精査加療目的で当院紹介受診となった。造影CTにて肝外側区に5cm大の肝外に突出する腫瘍、肝内に2cmと3cm大の腫瘍を認めた。また、脾腫部背側に6cmの腫瘍を認めた。主膵管の拡張は見られず、脾腫瘍より腫大した腹腔リンパ節と考えられた。腫瘍マーカー、CEA、CA19-9、AFP、PIVKA2は陰性であった。20XX年9月に肝生検を施行した。染色性で富んだ大型の核をもつ異形細胞の増殖を認めたが、免疫染色で上皮系マーカー（CK7、CK20、CA19-9）、リンパ系マーカー（LCA、L-26、CD79a、CD3）はいずれも陰性であった。近医でCTを撮影した約1ヶ月後に撮影したMRIでは、腫瘍は肝外側区を占拠するまで増大し、腹腔リンパ節とも一塊となっていた。化学療法など治療の余地があるのか、近隣の癌治療専門病院へ紹介。NSE1050ng/mlと高値を認めた。肝生検の検体を見直したところ、synaptophysin陽性、CD5陽性、chromograninA陰性、Ki67指数60%であり神経内分泌癌（NEC:neuroendocrine cell carcinoma）の診断となった。画像上、肺を含めた多臓器に原発巣は指摘できず、肝原発の神経内分泌癌と診断した。全身状態不良でMRI撮影18日後に永眠された。肝における神経内分泌癌のほとんどが転移性であり肝原発は稀である。特徴的な画像所見がないため、診断に難渋する例が多く、肝細胞癌や胆管癌の診断で手術が行われ、切除標本の病理検査で診断される例がみられている。治療の第一選択は外科的切除であるが予後不良である。化学療法としては肺小細胞癌に準じたレジメンが使用されることが多いが十分な効果があるとは言えない。本症例も診断に難渋し、約1ヶ月の経過で急速に増大を認め、治療介入が困難であった。原発性肝癌取り扱い規約では、肝原発の神経内分泌癌の記載はなく、現状では未分化癌となるが、比較的稀な肝原発の神経内分泌癌を経験したため報告する。

43 免疫チェックポイント阻害剤投与による間質性肺炎発症後、長期にSDが得られている肝細胞癌の1例

藤田医科大学病院 消化器内科

○和田 悠良、葛谷 貞二、宮地 小百合、宮地 洋平、越智 友花、中田 浩哉、岡岡 和徳、中野 卓二、川部 直人、橋本 千樹、廣岡 芳樹

【症例】67歳男性【主訴】乾性咳嗽【現病歴】1993年よりB型慢性肝炎で通院していた。2013年5月に前医のCTで肝右葉全体を占拠する腫瘍と門脈浸潤の所見を認め肝細胞癌と診断された。同年7月手術目的に当院外科に紹介され、肝右葉切除＋門脈腫瘍栓摘除、胆のう摘出術施行された。2019年6月、右肺門リンパ節転移による再発を認め、レンパチニブによる薬物療法を導入された。2020年2月のCTでPDとなりレンパチニブは中止され、S-1＋CDDPによる薬物療法に変更となった。同年5月よりレンパチニブ再開されるも2020年12月のCTで縦隔、右肺門リンパ節転移の増大を認めPDとなりアテゾリズマブ＋ペバシズマブ併用療法目的に12月当科紹介となった。【経過】2021年1月6日よりアテゾリズマブ＋ペバシズマブ併用療法を開始した。2月15日、初回の抗腫瘍効果判定目的の胸部CTで右肺に間質性肺炎像を認めた。呼吸器症状としては乾性咳嗽を認め、同日呼吸器内科にコンサルトを行った。感染性肺炎としてLVFX内服治療を開始されたが2月20日の画像評価で肺炎像の増悪あり、アテゾリズマブによる間質性肺炎としてPSL30mg内服治療を開始された。その後呼吸器症状や肺炎像は速やかに改善しPSLは漸減され2021年9月15日にPSL中止となった。以後アテゾリズマブ＋ペバシズマブ併用療法は中止された。その後HCCに対しては無治療で現在まで1年半癌の増悪なく長期SDを保っている。【考察】他癌腫の報告でirAEの発症と良好な抗腫瘍効果についての報告がある。本症例も長期に無治療で良好な抗腫瘍効果を継続しておりirAE発症との関連が考えられた。【結語】アテゾリズマブによる間質性肺炎発症後、長期にSDが得られている肝細胞癌の1例を経験した。

42 外科的治療が奏功した G-CSF 産生肝未分化癌の一例

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

○大飼 庸介¹、石津 洋二¹、水野 史崇¹、松田 宜賢¹、山本 崇文¹、水野 和幸¹、武藤 久哲¹、横山 晋也¹、山本 健太¹、伊藤 隆徳¹、今井 則博¹、本多 隆¹、林 真路²、石上 雅敏¹、川嶋 啓博¹

【症例】60歳代男性【主訴】発熱【既往歴】高血圧症、2型糖尿病【現病歴】X年11月末より発熱、咳嗽が出現し前医を受診した。血液検査にて炎症反応の上昇と画像検査にて肝S6/7に10cm大の巨大な腫瘍性病変を認め入院加療となった。腫瘍は辺縁、内部に造影される部分を認めたが一部壊死を疑う低吸収域を認め、肝臓病の疑いとして抗生剤投与での加療が行われたが改善せず経皮経肝ドレナージ術が施行された。しかしながらその後も解熱や炎症反応の低下がみられず、排泄の細胞診にて偽陽性を認めたため肝腫瘍生検を行ったところ腫瘍細胞の検出があり精査加療目的にX＋1年1月に当院へ紹介となった。【経過】当院来院時の血液検査でも炎症反応の上昇（白血球数：17,600/μL、CRP：9.86mg/dL）を認めたが、細菌感染は否定的であり、血液内科での精査でも明らかな血液疾患の併存は認めなかった。種々の画像検査や、腫瘍マーカー高値（AFP：96ng/mL、PIVKA：4509mAU/mL）から肝原発の悪性腫瘍が鑑別となり、発熱、炎症反応上昇の原因としてG-CSF産生腫瘍も鑑別と考えられた。NSAIDsの定期内服によって全身状態や肝機能は保たれていたものの、消耗性のアルブミンの低下がみられたことや、悪性度が高いことが予想され早期の外科手術が望ましいと考え、予定を早めX＋1年3月に右肝切除術が施行された。【経過】肝臓だけでなく様々な臓器で報告されている。G-CSF産生肝腫瘍は比較的にまれであり、低分化から未分化な悪性度の高い組織型が多く予後不良とされている。予後改善のためには集学的治療を行うことが重要と考えられるが化学療法の効果は限定的であり、腫瘍の存在自体が増殖因子となることや、発熱などの症状を呈することから本症例のように可能な限り切除を検討すべきと考える。

44 食道静脈瘤・直腸静脈瘤を併発した肝細胞癌の1例

JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 消化器内科

○長井 宏樹、三田 直樹、山田 愛、三浦 有貴、小居 幹太、伊藤 貴嗣、向井 美鈴、杉山 智彦、白木 亮、戸田 勝久、勝村 直樹

【症例】69歳、女性【主訴】体重減少【既往歴】糖尿病、高血圧、C型肝炎【臨床経過】X-20年に慢性C型肝炎に対してIFN治療6ヶ月施行され寛解後、X-7年に再燃しソホスビル＋レジパスビル12週施行されSVRとなり、定期の血液検査と画像検査にて近医でフォローされていた。その後長期に肝機能は正常値で経過していたが、X年2月頃から肝機能増悪および体重減少を認め、X年4月5日に当科受診した。血液検査では、AST 85U/L、ALT 79U/L、LDH 297U/L、ALP 474U/L、γ-GTP 298U/L、T-BIL 1.0mg/dL、PT 93%、Alb 3.2g/dL、HCV RNA 検出感度以下、CEA 7.7ng/mL、CA19-9 2323.7U/mL、AFP 485.3ng/mL、PIVKA-II 3041.25ng/mLであった。造影CTでは、肝S8領域に早期濃染とwashoutを認め線維性被膜を伴う38mm大腫瘍や、総肝管から左肝管、肝S4から被膜下に進展する腫瘍影を認め、肝内胆管左枝の拡張も伴っていた。また、心横隔膜角から食道周囲、肝門部から傍大動脈領域の多発リンパ節腫大や、腰椎L5・右腸骨の溶骨性病変を認めた。上下部内視鏡検査では、食道静脈瘤（RC1CblIF2）及び直腸静脈瘤（Cb, RC 陰性）を認めた。肝生検を施行し、肝細胞癌と確定診断した。4月8日に食道静脈瘤に対してEVL施行し、6月14日に直腸静脈瘤に対してEISを行い、6月22日残存している食道静脈瘤に対して追加EVLを施行した。5月9日からアテゾリズマブ＋ペバシズマブ療法を開始し、2・3コース目はペバシズマブを休業してアテゾリズマブ単剤投与とし、4コース目7月25日からアテゾリズマブ＋ペバシズマブ療法を再開した。【考察】静脈瘤を併発した肝細胞癌に対して内視鏡治療およびアテゾリズマブ＋ペバシズマブでの治療を行った一例を経験した。抗VEGFヒト化モノクローナル抗体であるペバシズマブでは重大な副作用として出血の報告があるが、本症例では適切な期間において静脈瘤に対しての内視鏡治療を施行することができた。

45 肝細胞癌に対する体幹部定位放射線治療の経験

浜松医療センター 消化器内科

○西澤 航平、井上 尊史、井口 太郎、藤田 翔也、山中 力行、大庭 行正、鈴木 安曇、佐原 秀、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁

【はじめに】肝癌診療ガイドラインが2021年に改訂された。肝細胞癌における体幹部定位放射線治療 (stereotactic body radiotherapy: SBRT) は徐々に普及してきているもののその適応や副作用等は注意が必要で推奨度も強くない。我々は肝細胞癌に対してSBRTを施行し、再発なく経過した症例を経験したので報告する。【症例】症例1: 80才代、男性。201x年3月に近医で糖尿病治療中に腹部超音波検査で脂肪肝および肝内SOLを疑われ精査目的に当科を受診した。MRI (EOB) で肝S5の胆嚢床直上に20mmの腫瘍を認め、生検で高分化型肝細胞癌と診断された。合併症等から手術の希望はなく同年6月に45 Gy/計5回のSBRTを施行した。治療後4年以上再発なく経過している。症例2: 80才代、女性。C型慢性肝炎 (DAAs SVR後) で近医受診中の201y年7月にAFP高値で当科受診となった。MRI (EOB) で肝S7に23mmの肝細胞癌を認めたが他区域にもSOLsを否定できなかった。AFP10400 ng/mlと高く外科的切除の希望は低く同年9月にTACEを選択しその後48 Gy/計4回のSBRTを施行した。その後AFPは正常化し4年以上再発なく経過している。【考察】肝癌診療ガイドライン上では肝細胞癌に対してSBRTの推奨は強くない。しかし複数の前向き試験では高い局所制御率と高い生存率の報告もみられている。予備能低下や合併症など外科的手術不適例や経皮的穿刺の難しいRFA困難例などSBRTは治療選択となる。また症例によりSBRTにTACEやRFAを併用することも考慮される。今後SBRTの肝予備能低下など注意を要しその適応も含めて今後さらなる検討が必要と思われる。

46 生体肝移植から11年後に脳死肝移植を施行した再発原発性硬化性胆管炎の一例

浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科

○井上 尊史、伊藤 潤、松本 萌、梅村 昌宏、花岡 智彦、山下 真帆、木次 健介、高鳥 真吾、太田 和義、千田 剛士、則武 秀尚、川田 一仁

【はじめに】生体肝移植後に再発し、移植から11年後に脳死肝移植を行い、救命しえた原発性硬化性胆管炎 (PSC) の一例を報告する。【症例】40代女性。X年に検診にて肝胆道系酵素上昇の指摘を受け当院当科に紹介受診した。MRCP・ERCP・肝生検などを行いPSCと診断した。ウルソデオキシコール酸の内服で経過観察をしていたが、X+4年に黄疸が出現したため、X+5年に妹をドナーとしてA大学移植外科で生体肝移植を施行した。術後の胆管狭窄に対して胆管プラスチックステントの留置を行い、定期交換を行った。X+12年から胆管炎を繰り返すようになり、胆管プラスチックステントの交換を繰り返すも肝胆道系酵素の改善が乏しくなり、胆管狭窄も徐々に増悪した。X+13年から黄疸を呈するようになり、血清アルブミン値の低下やプロトロンビン時間の延長も伴い肝不全徴候が増悪した。X+14年に門脈血栓症や食道静脈瘤破裂、肝性脳症、腹水貯留などの肝不全症状が顕著となった。X+15年に鼻出血と体動困難で当院に救急搬送となった。肝不全症状が強く、自宅退院は困難であったが、入院5日後にドナーが現れたため、A大学移植外科に転院し脳死肝移植を施行した。脳死肝移植後は経過良好で現在まで再発無く経過している。【考察】PSCに対する近親者からの生体肝移植は再発率が高いことが知られている一方で、脳死肝移植はドナー不足から実現しないことも多い。本症例では生体肝移植後のPSC再発にて肝不全となったが、脳死肝移植を施行でき、良好な経過が得られたため報告する。

47 難治性胸水に対してシャント留置を行った2例

小牧市民病院 消化器内科

○安藤 樹里、平井 孝典、丹羽 慶樹、小宮山 琢真、杉山 由晃、樋口 道雄、平尾 亮太、宮田 章弘

【目的】薬剤治療が効果のない胸水に対して、胸腔穿刺や胸腔ドレーン留置などが行われるが、コントロール不良である症例が存在する。今回、シャント留置により胸水のコントロールが可能となった2例を経験したので報告する。【症例1】70代、女性【既往歴】高血圧症、2型糖尿病、肝細胞癌 (X-6年 TAE・RFA)、下行結腸癌 (X-4年 結腸部分切除)、慢性腎不全 (X+1年 透析導入) 【現病歴および経過】X-11年にC型慢性肝炎の診断でIFN治療を行ったが無効のため、ソホスビルとリバビリンの投与でX-1年にSVRとなった。X年12月頃より左胸水が出現し、胸水穿刺の結果、肝硬変による胸水貯留と考えられた。徐々に呼吸困難を来し、外来や入院で繰り返し胸腔穿刺を行った。X+2年3月に難治性胸水に対して胸腔腹腔シャント留置を行い、呼吸状態の改善を認め、外来通院が可能となった。【症例2】60代、女性【既往歴】高血圧症、肝細胞癌 (Y-5年 肝部分切除) 【現病歴および経過】Y-11年にC型肝炎ウイルス感染の診断でIFN治療を開始し、Y-6年よりリバビリンの併用でY-2年にSVRとなった。門脈血栓形成がありワルファリンの投与を開始した。Y年2月より徐々に胸水による呼吸苦が出現し、胸腹水のコントロール目的に入院となった。右胸水が主であり、肝硬変による胸水貯留と考えられた。利尿薬への反応性が悪く、腹水濾過濃縮再静注法 (CART) を含めた胸腔・腹腔ドレーナージを行った。自覚症状の改善には至らず、頻回の胸腔穿刺と長期入院を要した。同年7月に胸腔静脈シャント留置を行い、呼吸状態の改善を認め、外来通院が可能となった。【結論】2例とも難治性胸水に対してシャント留置を行い、呼吸状態の改善を認め、外来通院が可能となった。緩和治療の選択肢として考慮されるべきである。

48 高度の黄疸をきたし肝生検にて診断された原発性全身性アミロイドーシスの一例

¹社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科、

²社会医療法人宏潤会大同病院 病理診断科

○柴田 萌¹、西川 貴広¹、小島 伊織²、齋藤 和輝¹、吉田 和弘¹、堀 諒¹、杉原 有紀¹、田島 万莉¹、柳澤 直宏¹、八鹿 潤¹、名倉 明日香¹、野々垣 浩二¹

【症例】78歳男性【主訴】皮膚黄染【既往歴】先天性風疹症候群【現病歴】上記主訴で受診し、血液検査にてT-Bil 10.2 mg/dL、D-Bil 6.1 mg/dL、AST 213 U/L、ALT 209 U/L、ALP 1667 U/L、γ-GTP 735 U/Lと著明な肝胆道系酵素上昇を認め、精査加療目的に入院となった。【入院後経過】CT検査では肝腫大を認めるのみで、肝内・肝外胆管の拡張や肝実質・脾臓に異常は指摘されなかった。一方、多発の縦隔・肺門部リンパ節腫大、腎周囲を中心とした後腹膜全体に脂肪濃度の上昇を認めており、肝胆道系疾患やその他固形癌のスクリーニング検査と並行して、後腹膜線維症やサルコイドーシス、アミロイドーシス、リンパ腫、結核など全身性疾患を鑑別にあげ精査を行った。いずれも確定診断には至らず、唯一臓器障害をきたしている臓器を対象臓器として肝生検を施行した。病理組織所見としては、門脈域の血管周囲から間質にかけて、また類洞と肝細胞索の間に淡好酸性沈着がみられ、小葉内に胆汁鬱滞を認めた。免疫組織染色にてAL (κ) アミロイドーシスと診断し、さらに血清免疫電気泳動や骨髄穿刺にて二次性アミロイドーシスとは否定的であり、原発性全身性AL型アミロイドーシスと診断した。【診断後経過】血液内科に転科しDCyBorD療法導入となった。7クール目終了時点でT-Bil 1.4 mg/dL、D-Bil 0.6 mg/dL、AST 38 U/L、ALT 47 U/Lとほぼ正常値化し、ALP 407 U/L、γ-GTP 135 U/Lと改善を認め、その他の臓器障害をきたすことなく通院中である。【考察】原発性ALアミロイドーシスは全身にアミロイド線維が沈着して進行性の臓器障害を引き起こす疾患で、予後は芳しくない。本症例では後腹膜の脂肪濃度上昇や多発リンパ節腫大の所見から早期から全身性疾患を鑑別にあげて肝生検を含めた精査を行ったことで早期治療介入が実現し、現在まで良好な経過をとっているものと考えられる。また肝へのアミロイド沈着は高頻度であるが、肝腫大やALP単独上昇が典型的とされ、高度の黄疸をきたすことは非常に稀であるため病理学的な考察を交え報告する。

49 伝染性単核球症様の症状で発症した急性 HIV 感染症の1例

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○岩佐 太誠、今井 健二、三輪 貴生、華井 竜徳、末次 淳、高井 光治、清水 雅仁

【症例】19歳、男性 【主訴】肝機能障害、右季肋部痛 【現病歴】生来健康であった。X-54日に発熱、頭痛のためA医院を受診し感冒と診断された。X-49日に39℃台の発熱と全身に皮疹の出現を認めたため、X-40日にB医院を受診した。ALT 1300 U/Lの肝障害を認め、肝障害は自然軽快したが、X-7日より右季肋部痛が生じ腹部超音波検査で肝腫大と胆嚢壁肥厚を指摘されたため、X日に精査目的に当科紹介受診となった。初診時血液検査所見はAST 415 U/L、ALT 819 U/L、ALP 1033 U/L、 γ -GTP 292 U/L、T-Bil 1.2 mg/dL、PT 95%、WBC 10360/ μ L (Neut 18.6%、Mono 5.8%、Lymph 70.4%、Eosino 2.9%、atypical Lymph 2.3%)、IgM-HA 抗体(-)、HBs抗原(-)、HCV-RNA(-)、抗核抗体(-)、EBV抗VCA IgG(+)、EBV抗VCA IgM(-)、EBV-抗EBNA(+)、CMVpp65抗原(-)であった。常用薬剤はなく、生活歴は宴会飲酒、同性間性交渉歴を認めなかった。単純CTでは肝脾腫とperiportal collar signを認めた。肝障害は自然に改善傾向でありX+45日にはAST、ALTは正常値となった。追加の検査でHIV-Ag/Ab (+)、HIV-RNA 14 x 104 Log IU/mL、CD4リンパ球 415/ μ Lであり、急性HIV感染症と診断した。X+106日よりcombination antiretroviral therapyを開始し、現在はHIV-RNA未検出、CD4リンパ球 450/ μ L程度を維持しており、後天性免疫不全症候群(AIDS)には至っていない。【考察】HIVはCD4陽性リンパ球に感染し、感染したリンパ球が破壊されることでAIDSを発症する。HIV感染症は早期の治療開始が良好な予後につながり、また二次感染の阻止に寄与することから早期発見が重要であるが、感染初期の症状が非特異的であるため、実際には多くのHIV症例は感染初期に見落とされている可能性がある。特に感染初期には、本症例のように感冒様症状、肝障害、肝脾腫、異形リンパ球の出現といった伝染性単核球症様の症状で発症することがあり注意を要する。【結語】伝染性単核球症に類似した急性肝障害を認めた際の鑑別疾患として、急性HIV感染症を挙げる必要がある。

51 当院における肝性脳症に対するリファキシミン投与後の肝予備能と栄養状態の検討

国立病院機構名古屋医療センター 消化器内科

○浦田 登、島田 昌明、平嶋 昇

【背景】リファマイシ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。【目的】当院の肝硬変患者における肝性脳症に対するリファキシミン投与後の肝予備能と栄養状態を検討した。【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。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。リファキシミン投与開始前および1週間後、1か月後、3か月後、6か月後の肝機能酵素およびアンモニア測定値、Alb、ALBI score、T-BIL、PTをスチューデントのt検定にて比較した。【結果】肝性脳症の累積再発率は投与開始から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。アンモニア値は、投与前137.7 $\pm$ 64.7、投与1週後91.7 $\pm$ 61.1、投与1か月後81.8 $\pm$ 62.1、投与3か月後75.7 $\pm$ 61.5、投与6か月後65.4 $\pm$ 40.1であり、いずれも投与前と比較して有意に改善を認めた($p < 0.005$)。Albは、投与前2.7 $\pm$ 0.7、投与1週後2.6 $\pm$ 0.6、投与1か月後2.7 $\pm$ 0.6、投与3か月後3.0 $\pm$ 0.6、投与6か月後3.0 $\pm$ 0.6であり、投与3か月後は投与前と比較して有意に高値を認めた($p < 0.05$)。ALBI scoreは、投与前-1.32 $\pm$ 0.64、投与1週後-1.19 $\pm$ 0.68、投与1か月後-1.36 $\pm$ 0.73、投与3か月後-1.61 $\pm$ 0.61、投与6か月後-1.60 $\pm$ 0.69であり、投与3か月後は投与前と比較して有意に高値を認めた($p < 0.05$)。T-BILは、投与前2.99 $\pm$ 4.99、投与1週後3.29 $\pm$ 6.71、投与1か月後1.72 $\pm$ 1.52、投与3か月後2.00 $\pm$ 1.85、投与6か月後2.01 $\pm$ 2.06であり、投与1か月後以降で投与前と比較して有意に低値を認めた($p < 0.05$)。肝機能酵素およびPTは投与前後で有意差を認めなかった。【結語】リファキシミンの投与によって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。肝予備能や栄養状態の改善を認めたため、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。

50 CD20陽性濾胞性リンパ腫に対して、オビヌツズマブを用いた化学療法症例におけるHBV再活性化の検討

¹岐阜県総合医療センター 消化器内科、²関中央病院 内科

○木村 明博¹、永野 淳二¹、岩田 啓佑¹、黒田 英孝¹、小泉 拓也¹、坂野 香里¹、廣田 大輝¹、林 冨加¹、曾我 淳史¹、谷口 裕紀¹、入谷 壮一¹、吉田 健作¹、小澤 範高¹、丸田 明範¹、山崎 健路¹、清水 省吾¹、植松 孝広²

【目的】抗CD20抗体であるリツキシマブ、オビヌツズマブ(商品名ガザイバ(以下G))とともに添付文書上B型肝炎ウイルス再活性化について注意喚起のある薬剤であり、HBV再活性化が多いことが報告されているが、そのエビデンスの多くはリツキシマブによる報告である。2018年にオビヌツズマブがCD20陽性の濾胞性リンパ腫に対して承認を得て、実臨床において使用される機会が増えてきているが、HBV再活性化に関する報告はまだ少ない。当院においてオビヌツズマブ投与を行ったリンパ腫症例におけるHBV再活性化について後方視的に検討した。【方法】2019年5月から2022年5月の3年間に当院において血液悪性腫瘍に対してオビヌツズマブを含めた化学療法を施行した54例の内、1年以上経過観察が可能であった33例を対象とした。【成績】男性18例/女性15例、年齢は70.2 $\pm$ 8.7歳。観察期間中央値は21.9 $\pm$ 6.6か月、組織型は全33例中、濾胞性リンパ腫32例、DLBCLに濾胞性リンパ腫の合併例が1例であった。オビヌツズマブ併用で施行された化学療法は、G-CHOP療法8例、G-Bd療法21例、G-CVP療法4例であった。HBsAg陽性は1例(3%)であり、オビヌツズマブ治療開始前にすでに慢性B型肝炎に対して核酸アナログ(以下NA)治療が施行されていた。HBsAg陰性でHBsAb or/and HBeAg陽性例は11例(33%)であり、その内1例でHBV-DNA陽性を示し、B型慢性肝炎症例と同様に化学療法前にNA治療が開始された。モニタリング継続した既感染10例中、1例(10%)にDNA再活性化を認めた。その1例はガイドラインに従って対応を行い*de novo* B型肝炎には至らなかった。また、HBV再活性化例の化学療法前のHBsAb量は4.9mIU/mLと比較的低値であった。【結論】当院でのオビヌツズマブ投与例におけるHBsAg陽性例は3%、既感染例は30%、既感染例からのHBV再活性化率は10%であり既報とほぼ合致する結果であった。また、HBsAb 10mIU/mL以下が再活性化のハイリスク因子と報告されており、本症例も合致し既報を肯定するものであった。長期観察の報告は少ないため、遅発性のHBV再活性化に留意し経過観察を続けていく予定である。

52 胆嚢捻転に加え索状物による絞扼を伴った壊死性胆嚢炎の1例

済生会松阪総合病院

○谷川 智美、渡邊 大和、市川 健、奥田 善大、近藤 昭信、田中 稔

【症例】症例は84歳、女性。下腹部痛と嘔吐を主訴に当院へ救急搬送された。血液検査では炎症反応の軽度上昇を認めた。腹部単純CTでは胆嚢壁内層に高吸収、外層に低吸収の壁肥厚を認め、周囲に浮腫性変化を認めた。造影CTでは胆嚢壁の造影不良と胆嚢頸部に胆嚢動脈にwhirl signを認め、胆嚢捻転症と診断し、緊急で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中所見では肝臓と腹壁の間に形成された索状物で胆嚢頸部が絞扼され、胆嚢は暗赤色に腫大していた。胆嚢はGross分類I型の遊走胆嚢で、絞扼部で時計回りに360度捻転していた。病理組織所見では胆嚢粘膜上皮の脱落と高度の出血を認め、胆嚢壁は全層壊死に至っていた。以上より、胆嚢捻転に加え索状物による絞扼を伴った壊死性胆嚢炎と診断した。術後経過は良好で、術後7日目に退院となった。【結語】胆嚢捻転症を術前診断し得たため緊急手術を施行したが、さらに索状物による絞扼を伴う壊死性胆嚢炎の1例を経験した。絞扼を伴う胆嚢捻転症の報告は稀であり、文献的考察を加え報告する。

53 PTGBD ルートをを用いたランデブー法により経乳頭の胆道ドレナージを行った超高齢総胆管結石の1例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 肝臓内科
○金子 淳¹、綿引 萌花¹、小杉 知功¹、草間 大輔¹、
玉腰 裕規¹、丹羽 智之¹、竹下 悠¹、瀧浪 将貴¹、辻 敦¹、
西野 眞史¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²、山田 貴教¹

【はじめに】総胆管結石性胆管炎に対しては経乳頭のな治療が第一選択とされるが、緊急胆道ドレナージの為に経皮治療を選択することがある。今回我々は総胆管結石性胆管炎に対して経皮経肝胆囊ドレナージ (PTGBD) が施行された後、同ルートをを用いたランデブー法により経乳頭の胆道ドレナージを施行し得た総胆管結石の症例を経験したので報告する。【症例】98歳女性。【主訴】嘔吐、心窩部痛【経過】前日からの嘔吐、心窩部痛を自覚し、近隣の中小規模病院を受診した。総胆管結石性胆管炎と診断され、同日PTGBD (7Fr、ビッグテイル型) が施行された。胆管炎改善後にPTGBDの内癒化目的の為に当院へ紹介となった。当院でERCPを行うも、大きな傍乳頭憩室を認めており胆管挿管は不成功であったため、PTGBDルートからのランデブー法による経乳頭治療を企図した。まずPTGBDチューブをシーキングカテテルに変更し、ガイドワイヤ (GW) で探るも、胆嚢管の通過は困難であった。そこでカテテルをERCP用カニューラ (MTW) に変更し、GWで胆嚢管を探ったところ、胆嚢管を通過することに成功した。十二指腸内にGW留置した状態で、十二指腸鏡を挿入し、ランデブー法にて胆管挿管に成功した。ただし、内視鏡挿入後に徐脈になり長時間の内視鏡治療困難と判断し、結石除去までは施行せずEST後に総胆管にプラスチック留置し得たとなった。治療による偶発症は認めず、7日後にPTGBDを抜去し退院となった。

55 腹腔鏡下胆嚢摘出術時のクリップの迷入により術後23年目に総胆管結石性胆管炎をきたした一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 消化器内科
○三木 大地、鷺見 肇、山口 丈夫、土居崎 正雄、藤吉 俊尚、
丸川 高弘、吉岡 直輝、上田 遼太、松本 悠平、堀田 侑義、
川瀬 祐、原 啓文、市川 毅留、坂本 旭美、野村 真希、
春田 純一

【症例】82歳、女性【主訴】上腹部痛、食思不振【既往歴】子宮体癌術後【現病歴】59歳時に当院外科にて胆嚢結石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。その後は腹痛発作等なく経過していた。受診の5日前から上腹部痛および食思不振があり、改善がみられないため近医を受診し、当院へ紹介となった。【臨床経過】来院時、体温38.3℃、脈拍102/分、血圧90/52 mmHg、呼吸数24/分、SpO2 95%、JCS I-1とショック状態であった。血液検査ではCRP 38.0 mg/dL、WBC 8,800/μL、Neut 94.8%、D-Bil 7.3 mg/dL、AST 463 IU/L、ALT 381 IU/L、LDH 511 IU/L、ALP 371 IU/L、γ-GTP 359 IU/Lと炎症反応および肝胆道系酵素の上昇がみられた。CT検査では下部胆管内の垂な高吸収結石および上流の胆管拡張を認め、総胆管結石性胆管炎の診断で緊急ERCPの方針とした。胆管造影では総胆管内に結石による透亮像と重なるように金属クリップを認め、腹腔鏡下胆嚢摘出術時の処理に使用したクリップの迷入により結石が形成されたものと考えられた。高齢でショック状態でもあり、ERBD tubeを留置し、補液およびノルアドレナリン、抗菌薬の投与で治療を開始し、状態が安定したところで再度ERCPを施行した。EST後に採石を試みるも排石できなかったため、砕石後にバルーンおよびバスケットカテテルで結石を除去した。クリップに関しては、胆管損傷のリスクを考慮して鉗子でクリップの端を把持して丁寧に除去した。処置後の経過に問題なく、第12病日に退院となった。退院後70日目のCT検査で遺残結石はみられず、現在症状の再燃なく経過している。【考察】腹腔鏡下胆嚢摘出術後23年の長期経過で迷入クリップによる総胆管結石性胆管炎を発症した一例を経験した。腹腔鏡下胆嚢摘出術後の総胆管内へのクリップの迷入は、1992年に初めて報告され、その後も報告例が散見される。以前のReviewでは、腹腔鏡下胆嚢摘出術から本症発症までの期間の中央値は3年とされているが、本症例のように術後長期経過での発症の報告例もあり、晚期偶発症としても留意すべきである。

54 PTBD ルートでの砕石が有効であった術後再建腸管に発症した積み上げ結石による胆管炎の1例

中部国際医療センター 消化器内科
○大橋 洋祐、佐竹 勇哉、下城 宏太、林 完成、水谷 しの、
出田 貴康、足達 広和、大島 靖広、杉山 宏

【症例】80歳代、女性。既往は30年前に胃癌にて胃全摘 (術式不明)。20XX年Y月に他院の血液検査で軽度の貧血あり当院紹介受診した。CTで総胆管に積み上げ結石を認め、ERCPを予定していたがY+1月Z日に腹痛、黄疸を認め当科再受診した。血液検査では肝胆道系酵素上昇と炎症反応上昇を認め、総胆管結石性胆管炎の診断で入院開始した。同日緊急でシングルバルーン小腸内視鏡 (SIF-H290S) で結石除去を試みたが乳頭を同定できなかった。PTBDを試みたが胆管にチューブ留置できず、PTGBDを行い、症状並びに血液検査所見は改善した。第8病日にPTBDを行い、第14病日にPTBDルートからRendezvous法で結石除去を行ったが、結石が巨大で完全除去は困難であった。第18病日にPTBDルートを14Frチューブに拡張し、第21病日にPTBDルートからMechanical Lithotripter (BML-V442QR-30) を用いて砕石し、乳頭拡張してバルーンで結石除去を行った。第25病日にPTBD造影を行うと遺残結石を認め、第27病日に追加で結石除去を行った。第29病日のPTBD造影では遺残結石認めずチューブ抜き、第34病日に退院となった。【考察】術後再建腸管に合併した胆石症に関しては、バルーン小腸内視鏡の登場により内視鏡的な結石除去頻度は増加傾向にあるが、使用できるデバイスに制限があり、しばしばPTBDルートからのアプローチが選択される。近年では経皮経肝胆道鏡 (PTCS) を用いた電気水圧衝撃波 (EHL) の有用性が報告されているが、専用のデバイスが必要であり得る施設には限りがある。本症例では術後再建腸管の積み上げ結石症例であったがPTBDルートをを用いて砕石を行い、比較的に少ない回数で完全除去でき、有用な治療法の一つであると考えられた。

56 胆道処置に伴発した膵十二指腸動脈瘤破裂による胆道出血の一例

富士市立中央病院 消化器内科
○松本 尚樹、丹羽 峻、小森 徹也、桐生 幸苗、土屋 学、
遠藤 大輔、金井 友哉

【症例】77歳、男性。【主訴】腹痛、黄疸。【現病歴】20XX年4月に腹痛を契機に総胆管結石に伴う急性胆管炎と診断され、内視鏡治療目的に当院を紹介受診された。来院時のCT検査で単発2cmの巨大な総胆管結石を認め、血液検査で肝胆道系酵素の上昇と急性腎不全、播種性血管内凝固を認めたことから、重症急性胆管炎と診断し、内視鏡的胆道ドレナージ術で胆管内にプラスチック留置した。第15病日と第19病日に内視鏡的乳頭切開術 (EST) 及び内視鏡的乳頭大口徑バルーン拡張術 (EPLBD) を併用した内視鏡的砕石術を行った。第22病日に黒色便と腹痛、黄疸を発症し、原因精査のためCT検査を行うと総胆管や肝内胆管の内腔には胆道出血を示唆する高吸収域を認め、内視鏡的逆行性胆道膵管造影 (ERCP) でも、乳頭から大量の凝血塊を認めたことから胆道出血と診断し、保存的加療として内視鏡的経鼻胆管ドレナージ (ENBD) を行った。しかし、その後も赤血球輸血計10単位要する胆道出血を繰り返したため第33病日に腹部造影CT検査を撮像すると、後上膵十二指腸動脈 (PSPDA) 領域と右肝動脈近位側に仮性動脈瘤の出現を認めた。胆道出血の原因と考えられたため、同日に止血目的でPSPDAと肝右葉の仮性動脈瘤に対して血管塞栓術 (TAE) を行った。第35病日に再度胆道出血を認めたが、造影CTでは動脈瘤は消失しており、保存的加療とした。その後は胆道出血の再燃は認めなかった。【考察】胆道出血は上部消化管出血のうち1~5%と報告されており、中でも破裂動脈瘤の原因動脈として膵十二指腸動脈は6.4%程度と報告され、非常に稀な病態である。治療としてはTAEが選択されることが多いが、PSPDA領域は治療効率性が他の動脈瘤と比較し比較的低いとの報告もある。本例では、内視鏡的採石後に繰り返す胆道出血を来したPSPDA領域の仮性動脈瘤に対してTAEを行うことで救命した一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

57 当院で経験した免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象としての胆管炎の2例

豊橋市民病院 消化器内科

○田中 佑典、鈴木 博貴、松原 浩、内藤 岳人、山田 雅弘、
山本 英子、服部 峻、加納 佑一、西堀 友美、堀田 尋紀、
足立 賢吾、新田 紘一、浦野 文博

【はじめに】現在、免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) は多くの癌腫に適応となっている。それに伴い様々な免疫関連有害事象 (irAE) が報告されるようになり、注目を集めている。しかしながら irAE としての胆管炎は報告が少なく不明な点も多い。今回は当科で経験した irAE 胆管炎の2例を報告する。【症例1】70歳代、女性。喉頭癌に対してX-1年にペンプロリズマブ、X年5月にニボルマブによる治療歴あり。X年10月に肝胆道系酵素上昇、CTにて総胆管拡張及び壁肥厚、胆嚢の腫大・壁肥厚を指摘され当科に紹介。ERCPを施行し、総胆管の拡張は認められ閉塞機転は見られず。IDUSでは胆泥や総胆管結石は指摘出来ず、全周性の均一な壁肥厚を認めるのみであった。胆管生検では悪性所見は認めず、胆管ステントを留置。一時的に肝胆道系酵素は低下するも再び増悪。再度ERCP施行、総胆管の拡張所見は改善見られず。胆管炎の原因としてICIによるirAEが考えられた。【症例2】50歳代、女性。X-1年に肺癌を指摘されデュルバルマブを使用。X年1月に肝胆道系酵素の上昇及びCTにて限局的な胆管の壁肥厚と拡張を認め当科紹介となった。デュルバルマブによるirAEとしての硬化性胆管炎を疑い、ウルソデオキシコール酸を開始するも、2月に肝胆道系酵素の再増悪、黄疸の出現が見られた。ステロイド1mg/kgにて治療するも改善見られず、肝生検とERCPを施行した。ERCPでは肝門部胆管の狭窄が見られ、IDUSでは狭窄部に一致した壁肥厚を認めた。胆管生検、肝生検では悪性所見は見られず。左葉に胆管ステント留置、ステロイドに加えて免疫抑制剤を併用することで肝胆道系酵素は改善した。しかしフォローのERCPでは胆管像の改善は見られず、両葉にプラスチックステントを留置し現在定期交換を行っている。【考察】irAE胆管炎の特徴的な所見としてびまん性の胆管壁の肥厚や閉塞機転のない肝外胆管拡張を有すると報告されているがirAE胆管炎の発症頻度は稀であり、診断に難渋する事が多い。そのため臨床像を明らかにするために、今後さらなる症例の蓄積が必要である。

59 Cholelithiasis に対して内視鏡的乳頭切除術が有効であった一例

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、
山田 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

【症例】46歳男性【主訴】心窩部痛【既往歴】なし【常用薬】なし【現病歴】X年4月27日より心窩部痛を自覚しはじめ、翌28日に心窩部症状が増悪し近医を受診したところ急性肝炎の診断となり当院へ救急搬送された。血液検査では肝酵素が軽度上昇、腹部CTでは腫大した脾臓、総胆管や肝内胆管の拡張も認められたため、同日当科に入院となった。精査目的にMRCPを予定したが、疼痛症状のため体動が多く施行困難のため実施できなかった。補液治療にて経過観察としていたが4月30日より疼痛症状が増悪し、肝胆道系酵素も上昇、腹部造影CTでは胆嚢周囲まで炎症の波及を認めたため抗生剤治療を開始した。5月2日にERCPを実施したところ、乳頭部が膨隆しており乳頭開口部の同定に至らず観察のみで終了とした。しかし、手技終了後より疼痛症状は改善し肝胆道系酵素・肝酵素も改善傾向であったため、待機的にMRCPを撮像したところ胆管合流部に主胆管および総胆管の拡張を伴う嚢胞状の変化を認めた。さらに5月9日にEUSを施行したところ、肝門部で主胆管が拡張した嚢胞内に流出し総胆管と合流していた。5月16日に再度ERCP施行し、乳頭開口部の同定に成功し内視鏡的乳頭切開術を施行した。術後より肝胆道系酵素・肝酵素は改善し、食事再開後も問題なく経過した。退院後に施行したMRCPでは嚢胞の消失と脾管・総胆管の拡張は改善した。【考察】Cholelithiasisは十二指腸壁内で総胆管末端部が嚢状に拡張した稀な病変であり、一般的に胆管合流異常は伴わないとされている。またAlonso-Leiらの先天性胆道拡張症の3型、戸田らの分類の3型に相当するが、狭義の先天性胆道拡張症には分類されない。神澤らの分類によれば共通管拡張型、胆管末端部拡張型・共通管形成型、胆管末端部拡張型・共通管非形成型の3つに分類される。本症例では共通管拡張型に分類され、診断年齢は平均で40-50歳であり急性肝炎の合併が最も多いとされる。治療としては内視鏡的治療が選択されるケースが多く、十分な乳頭切開が可能であれば長期予後も良好である。以上の内容を文献的考察も追加して報告する。

58 ERCP 後肺炎に伴う急性壊死性貯留および遅発性主乳頭部穿孔に対し、胆管メタリックスステント留置と穿孔部へのENBD チューブ留置後、経皮的な内視鏡的ネクロセクトミーを行った1例

岐阜市民病院 消化器内科

○川出 真史、奥野 充、岩田 圭介、犬飼 将旭、大西 拓海、
日野 孝彬、伊藤 優紀、高木 咲広、相羽 優志、岩佐 悠平、
河内 隆宏、小川 富生、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一、
富田 栄一

【症例】60代、男性【主訴】心窩部痛【既往歴】44年前：胃潰瘍に対しBillroth-II再建術【現病歴】心窩部痛を主訴に当院受診。腹部CTにて総胆管内に最大径4mmの複数結石を認め、ショートタイプダブルバルーン内視鏡にて採石術を行った。主乳頭を10mmバルーンダイレターで拡張後、全ての結石を除去したが、術後重症肺炎を発症した。肺炎に対し保存的加療を行ったが、術後3週間目に急性壊死性貯留 (ACN) および、貯留腔内にfree airを認めた。内視鏡下に主乳頭を確認したところ、主乳頭部の穿孔を認め、造影検査では造影剤がACN内に漏出した。止血用クリップで穿孔部閉鎖を試みたが、腸管粘膜の高度な炎症のため閉鎖できなかった。穿孔部からの消化液漏出予防目的に総胆管内に12mm胆管カバードメタリックスステントを留置し、また穿孔部へのドレナージ目的に穿孔部を介してACN内に6Fr ENBD チューブを留置した。後日、経皮的な内視鏡的ネクロセクトミー (EN) を施行し、最終的に内視鏡は穿孔部まで到達した。EN中にはENBD チューブが確認でき、ENBD チューブを指標とした穿孔部、総胆管、門脈の同定が可能となり、これら避免了ENが可能であった。最終的に、全ての壊死物質を除去し、穿孔部閉鎖も確認できたため、ENBD チューブおよび胆管ステントを抜去し退院となった。【考察】主乳頭部穿孔は致死的な偶発症であり、腸管粘膜に高度な炎症を伴う場合は閉鎖術は困難となる。胆管カバードメタリックスステント留置は、穿孔部からの消化液漏出予防に有用であり、また穿孔部へのENBD チューブ留置は、穿孔部への消化液のドレナージ、および経皮的EN時の穿孔部、総胆管、門脈を同定する指標として有用であった。主乳頭部穿孔部閉鎖が困難な症例において、穿孔部へのENBD チューブ留置は有用な手法と思われる。

60 シスプラチン+イリノテカンが奏効した切除不能胆管神経内分泌癌の1例

愛知県農業協同組合連合会安城更生病院 消化器内科

○岩田 彩加、林 大樹朗、牧野 成彦、榎本 祥吾、加藤 彩、
竹内 悠祐、齋藤 洋一郎、尾崎 玄、石原 誠、竹内 真実子

【はじめに】神経内分泌癌 (Neuroendocrine carcinoma: NEC) は稀な疾患である。胆嚢NECは更に稀な疾患であり、予後は他のNECと比較しても不良である。今回我々は小細胞肺癌に準じたシスプラチン+イリノテカン療法を行い奏効した、遠隔転移を伴う切除不能胆管NECの1例を経験したので報告する。【症例】70歳代、男性。【主訴】肝胆道系酵素異常。【既往歴】高血圧症、2型糖尿病、高脂血症。【内服薬】アムロジピンベシル塩酸塩、メトホルミン塩酸塩、シタグリプチンリン酸水和物、シンバスタチン。【現病歴】2021年8月に近医を定期受診し、肝胆道系酵素の上昇を指摘され当科へ紹介となった。血液生化学検査ではAST 99IU/L、ALT 125IU/L、ALP 343IU/L、γ-GTP 850IU/L、総ビリルビン0.83mg/dL、CEA 1.7ng/mL、CA 19-9 19U/mLであった。造影CTでは胆嚢底部を主座としたhypervascularな85mm大の分葉状腫瘍を認め、同腫瘍による肝門部浸潤および複数の腹膜播種を認めた。腹部超音波検査では胆嚢底部に内部エコーは不均一で、CDIで豊富な血流信号が確認される80mm大の低エコー腫瘍を認めた。肝腫瘍生検を施行し、N/C比の高い異型細胞が多数の核分裂像及びアポトーシス像を伴って充実性増殖する所見を認め、免疫組織学的染色ではCD56/NCAM陽性、Chromogranin A陰性、Synaptophysin陽性を示し小細胞型のNECの診断を得た。肝門部浸潤に伴う閉塞性黄疸に対し内視鏡的胆道ドレナージ術を実施後、減黄が得られた後にシスプラチン+イリノテカンによる全身化学療法 (IP療法) を開始した。4コース終了時点の造影CTにて腫瘍の76%の減少を認め、RECIST (version1.1) にてPRと判定した。現在11コースまで投与継続しており、増悪を認めていない。【結語】本邦では消化管NECに対する化学療法は、小細胞肺癌に準じた治療が選択される。一方、小細胞肺癌に対する化学療法はEP療法に比しIP療法がより奏効したという報告があり、現在消化管NECに対してもIP療法が1つの選択肢となっている。今回我々はIP療法が奏効した稀な切除不能胆管NECの1例を経験した。

61 当院における光線力学的療法の治療成績

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 化学療法部、
³名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○柴田 寛幸¹、伊藤 信仁¹、古川 和宏¹、古根 聡²、廣瀬 崇¹、
 鈴木 智彦¹、鈴木 孝弘¹、飛田 恵美子¹、平井 恵子¹、
 倉田 祥行¹、石川 恵里¹、澤田 つな騎³、水谷 泰之¹、
 山雄 健太郎³、前田 啓子³、山村 健史¹、石川 卓哉¹、
 大野 栄三郎¹、中村 正直¹、川嶋 啓輝¹

【背景】タラボルフィンナトリウムを用いた光線力学的療法 (PDT) は、2015年10月に化学放射線療法後の局所再発食道癌に対して保険収載された。当院では2018年8月よりPDTを導入しており、医師主導治験の適応癌種だけでなく、長径の長い病変や局在性の広い病変に対しても、複数回の照射を行うなど工夫することで積極的に治療を行っている。【目的】当院におけるPDTの治療成績を検討し、その有効性を明らかにすること。【方法】2018年8月から2022年6月までにPDTを施行した25例31病変を対象とした。当院では、PDT前にEUSで深達度診断を行い、筋層までの浸潤にとどまる病変に対しPDTを施行している。治療完了2か月後に上部消化管内視鏡検査にて完全奏効 (CR)、進行 (PD) の治療効果判定を行った。また有害事象やPDT後の転帰についても検討した。【結果】年齢中央値は75歳 (41-87歳)、男女比は22:3であった。再発3例、再発20例、他臓器放射線照射野内2例であった。化学放射線療法前のT因子はT1b:15例、T2:4例、T3:2例、T4a:2例であり、N因子はN0:17例、N1:4例、N2:2例であった。再発時のT因子はT1:28病変、T2:3病変であり、局在性は半周以下:21病変、半周超:10病変、腫瘍径は3cm以下:23病変、3cm超:8病変であった。PDTの照射線量の中央値は420J (200-800J) であった。1病変あたりの治療回数は、1回:19病変、2回:6病変、3回:6病変であった。未判定の2例を除き、局所CRは20例26病変に得られ、3例3病変はPDであった。有害事象は肺炎を2例に認めたが、いずれも抗生剤治療で軽快した。また食道狭窄を4例に認め、バルーン拡張術で軽快した。PDT後の転帰は、観察期間中央値:1.2年で、局所CRの20例のうちCR継続が14例、3例が遠隔転移再発を認め、そのうちの2例が原病死した。また3例は他病死した。PDの症例に対しては、サルベージ手術を1例に、化学療法を1例に施行し、残りの1例は他病死した。【結語】タラボルフィンナトリウムを用いたPDTは放射線療法後の局所再発・再発食道癌に対して有効で安全なサルベージ治療である。

63 頸部食道癌に対する化学放射線療法の治療成績

静岡県立静岡がんセンター 食道外科
 ○井上 正純、坪佐 恭宏、羽田 綾馬、石井 賢二郎、眞柳 修平

【はじめに】頸部食道癌に対する手術は、侵襲は比較的小さいが喉頭合併切除を要する場合が多く、失声を伴う。そのため、化学放射線療法が選択されることも多いが、追加治療で喉頭合併切除を要する場合や、狭窄が残存する場合がある。今回、頸部食道癌に対する化学放射線療法の治療成績を検討した。【対象と方法】2003年1月から2017年3月までに当院で切除可能頸部食道癌に対し化学放射線療法を行った患者の治療成績を後方視的に検討した。【結果】対象患者は31例で、性別は男性26例 (83.9%)・女性5例 (16.1%)、平均年齢は65.5±6.7歳だった。臨床病期 (UICC8th) はcStage I:II:III:IVA:IVB=6例 (19.4%):6例 (19.4%):1例 (4.3%):9例 (29.0%):9例 (29.0%) だった。また、診断時に内視鏡所見で狭窄を認めたのは8例 (25.8%) だった。化学療法レジメンはCF療法29例、その他2例で、放射線照射線量は70Gy1例、60Gy27例、60Gy未満3例だった。治療効果判定CRは26例 (83.9%) で、そのうち13例で再発を認めた。内訳は原発局所6例、リンパ節3例 (うち照射範囲内2例)、遠隔4例であり、追加治療は咽喉食道摘7例、リンパ節郭清3例、その他3例だった。全体の5年喉頭温生存率は56.2%で、治療前非狭窄例に限れば72.3%であったのに対し、治療前狭窄例では12.5%と有意に不良だった (p<0.05)。また、CR症例のうち6例で治療後に狭窄を生じた。全体の5年生存率は66.1%、5年無再発生存率は51.9%であったが、治療前非狭窄例では86.4%と61.9%であったのに対し、治療前狭窄例に限れば25.0%と16.7%で、5年生存率・5年無再発生存率ともに治療前非狭窄例と比較して有意に不良だった (p<0.05)。【考察】5年喉頭温生存率は治療前非狭窄例で高く、予後も比較的良好であり、化学放射線療法のよい適応と考えられた。一方、治療前狭窄例では有意に予後不良であり、治療選択時には十分留意する必要がある。

62 食道扁平上皮癌の治療成績の検討 ―手術 vs 根治的化学放射線療法―

¹静岡県立静岡がんセンター 食道外科、
²浜松医科大学 外科学第二講座
 ○眞柳 修平¹、羽田 綾馬¹、井上 正純¹、石井 賢二郎¹、
 坪佐 恭宏¹

【目的】胸部食道扁平上皮癌に対する手術療法を中心とした治療と根治的化学放射線療法 (dCRT) の治療成績を比較する事を目的とした。【方法】2011年1月から2018年12月まで胸部食道扁平上皮癌 (T1N+, T2-4Nany) に対して手術もしくはdCRTが治療選択肢となった211例 (手術群161例、dCRT群50例) を解析対象とした。腺癌、cT4b、救済手術、耐術能のないフレイル症例は除外した。治療経過・長期成績について検討した。手術治療:術前化学療法後、胸部食道亜全摘、頸・胸・腹部3領域リンパ節郭清。dCRT: RTOG94-05 (RT 50.4Gy+5-FU+CDDP) もしくはJCOG0303 (RT 60Gy+5-FU+CDDP)。追加化学療法5-FU+CDDP。再発再発を認めた場合、救済手術を検討する。【結果】性別比以外の患者背景因子 (年齢、PS、臨床病期) に群間差は認めなかった (男/女 手術群131/30、dCRT群47/3, p=0.043)。手術群の術前化学療法は5-FU+CDDPが80%だった。術前化学放射線療法 (41.4Gy) が4%に施行され、術前治療未施行症例は11%だった。一方、dCRT群の照射線量は50.4Gyが60%、60Gyが40%、有害事象によるRT中止を2例認めた。併用化学療法は5-FU+CDDPが92%、5-FU+CDGPが4%、PTXが4%だった。3年全生存割合は手術群71.9%、dCRT群61.4%だった (p=0.509)。dCRT群では救済手術を6例 (12%) に施行し、食道切除が3例 (全て再発症例)、リンパ節のみの切除が3例 (全て再発症例) だった。dCRT群の3年食道温生存割合は59.4%だった。サブグループ解析でも両群間の全生存に有意差のある術前因子は認めなかった。【結語】手術とdCRTの生存割合に統計学的な有意差は認めなかった。一次治療として食道温存療法を希望される患者や手術拒否例に対して、dCRTは有用な治療である。

64 他院から紹介された食道癌術後合併症治療中のDダイマーの異常値に関する診療

岐阜大学医学部附属病院 消化器外科
 ○田中 善宏、佐藤 悠太、大野 慎也、遠藤 真英、浅井 竜一、
 深田 真宏、安福 至、田島ジェシー 雄、奥村 直樹、
 高橋 孝夫、松橋 延壽

(緒言) 食道癌周術期管理は平易なものではなく、多職種での合併症予防をはじめ、いざ合併症が起きたときの早期に気づくことが重篤化を回避する大切なポイントになる。今回他院で食道癌手術が行われ、合併症にて当院へ転院となった患者における特徴ある病勢を報告する。(症例) 50代男性。進行食道癌にて術前化学療法後、鏡視下食道亜全摘術を受けた患者。術後1か月の時点で縫合不全、胃内容排泄遅延、薬物依存にて当院へ転院した。それらの治療中に、39.3度の発熱を認めた。患者は医療従事者との約束事を遵守せず、飲水を多量にしていた。胃内容は胸腔内からの排泄が悪く停滞する状態であった。CVポートが留置されていた。Dダイマーは術後1か月の段階で9.6μg/mlであった。1誤嚥性肺炎2縫合不全からの膿瘍形成3CVポート感染を考慮するほかにSFMCを追加検査した。148.5μg/mlの異常値を認めた。このことから静脈血栓症を視野に入れ造影CTによる評価を行った。なお白血球185800/μL、CRP15.26mg/dlと上昇を認めた。血液培養の後日の結果グラム陽性球菌が判明。造影CTでは肺炎像はなく肺動脈血栓症、下大静脈血栓症、左内経静脈血栓症を認めた。DOACと抗生剤治療、CVポート抜去を行った。(考察) Dダイマーは我々の検討では、食道癌周術期は通常でも8日前後をピークに上昇はする。我々の施設では低分子ヘパリンを術後使用しているためより低値にはなる。S-FMCは食道癌術後にはあまり上昇しない。今回の症例のDダイマー値もやや1か月にしては高いという範疇ではあるが、S-FMCの異常値で血栓症と推察した。下大静脈にも存在したことからCVポートだけの要因ではない。前医では予防的薬物血栓対策を行っていなかった。(結語) 食道癌治療をおこなってきた経験から凝固系検査値からの推察すべき点と治療方針につき概説する。

65 急速な転移再発をきたした食道表在型類基底細胞癌の1例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 病理診断科

○平野 雄一¹、芳澤 社¹、三宅 彩¹、棟葉 俊太郎¹、井田 雄也¹、大城 恵吾¹、吉井 元¹、小林 陽美¹、志田 麻子¹、江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、小林 郁矢¹、木全 政晴¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、大月 寛郎²

【病歴】56歳男性、気管支喘息と皮膚筋炎の既往がありPSL3mgを内服中。X年12月検診EGDで中部食道に隆起性病変を認め生検で癌と診断され当院紹介。当院EGDでは門歯30cmのMt後壁にWLIで2cm程の亜有茎性発赤隆起を認め、周囲にIIB成分の平坦発赤を認めた。NBI観察で隆起部は拡張蛇行した血管が見られるが口径不同は乏しく上皮直下から進展する特殊型の食道癌を疑い、平坦発赤部はB-1血管とAVA smallからなる血管構造を認め扁平上皮癌を疑った。生検を施行し、隆起部からは類基底細胞癌疑い、平坦部は扁平上皮癌を認め、EUS所見と合わせてSM浸潤が疑われた。PET-CTでは原発巣のみが集積しリンパ節転移や遠隔転移は認めなかった。治療としてリンパ節郭清を伴う外科的切除を勧めたが、基礎疾患もありまず内視鏡的切除を強く希望されX+1年1月ESDを施行した。病理は類基底細胞癌と中分化型扁平上皮癌が混在してみられ、pT1b-SM2、Ly2、V1、pHMO、pVM0であった。追加治療の手術は拒否され、X+1年3月より根治的放射線化学療法(50.4Gy+FP)を施行した。FP2コース施行後5月の内視鏡では食道に遺残はなかったが、PET-CTで左胃動脈領域のリンパ節に集積を認め再発を疑った。化学療法を再開したところ薬剤性肺炎を発症し、この時の単純CTで肝臓に複数の低吸収域が新規にみられ、MRIとPET-CTでも1ヶ月で急速に増大する多発肝腫瘍を認めた。肝生検で類基底細胞癌の肝転移で矛盾せず、化学療法を再開したが効果は乏しく、X+1年8月に永眠された。【考察】SM浸潤を認めた表在型類基底細胞癌の治療中に、急速に転移再発し予後不良となった1例を経験した。食道類基底細胞癌は比較的稀な疾患であり、その治療方針には一定の見解は得られていない。悪性度が高く扁平上皮癌と比較して予後不良とされるが、StageIIBまでは通常食道癌と同様の予後を呈し、放射線化学療法が奏効したという報告もある。本症例では急速に肝転移が出現し診断から7ヶ月で死去された。類基底細胞癌は表在癌であっても急速に進行することも念頭において診療を行う必要がある。

67 食道胃接合部癌術後の食道空腸吻合部縫合不全に対して食道ステントを留置した1例

¹藤田医科大学医学部 総合消化器外科、

²藤田医科大学医学部 先端ロボット内視鏡外科学講座、

³藤田医科大学医学部 先端外科治療開発共同研究講座、

⁴藤田医科大学医学部 高度情報医療外科学共同研究講座

○大島 一真¹、中内 雅也²、藤田 正博¹、梅木 祐介¹、後藤 愛¹、鈴木 和光¹、芹澤 朗子¹、秋元 信吾¹、田中 毅¹、柴崎 晋¹、稲葉 一樹^{2,3}、宇山 一朗^{2,3}、須田 康一^{1,4}

【背景】縦隔内吻合の縫合不全は重大な合併症の一つである。食道癌術後の縫合不全に対して、瘻孔閉鎖目的の食道ステント留置は、欧米では比較的多く報告されているが、本邦では保険適応となっておらず報告例は少ない。今回食道胃接合部癌術後の縦隔内食道空腸吻合部縫合不全に対して食道ステント留置した症例を経験した。【症例】49歳男性。胸部つかえ感を主訴に前医を受診し上部消化管内視鏡検査で下部食道から噴門にかけて1型の腫瘍を指摘され精査加療目的に当科を紹介受診した。精査にてBarrett食道癌(cT4bN+M0、cStageIVA)と診断。術前化学療法としてSOX+Trastuzumabを3コース施行し、PRであった。ロボット支援下噴門側胃切除術(D2郭清、double tract法再建)を施行し、縦隔内で食道空腸吻合(overlap法)をおこなった。術後2日目に縦隔炎を認め、食道空腸吻合部の縫合不全と診断した。経皮的胸腔ドレナージでは改善に乏しく、術後9日目に胸腔鏡下・腹腔鏡下で穿孔部(吻合部共通孔閉鎖部)の縫合閉鎖および大網被覆と洗浄ドレナージを施行したが、効果は限定的であった。術後27日目に瘻孔閉鎖及びドレーン整理目的で抜去可能な自己拡張性金属ステント(HanaroSTENT)を留置した。ステント留置翌日からドレーン排液が著明に減少し、経鼻胃管や胸腔ドレーンを抜去することができた。その後も膿瘍及び瘻孔部の縮小傾向を維持している。【結語】食道胃接合部癌術後の縫合不全に対して食道ステントを留置した症例を経験した。食道ステントは消化管吻合部縫合不全に対する治療法として有効である可能性が示唆され、保険収載が期待される。

66 食道 GIST の一例

¹朝日大学病院 消化器内科、²岐阜大学医学部附属病院 消化器外科、

³岐阜大学医学部附属病院 病理診断科

○杉野 敏志¹、森 健次¹、中畑 由紀¹、向井 理英子¹、坂元 直行¹、大洞 昭博¹、村上 善基¹、小島 孝雄¹、八木 信明¹、遠藤 真英²、田中 善宏²、酒々井 夏子³、宮崎 龍彦³

【42歳、男性】。【主訴】特になし。【現病歴】2017年12月他院の食道胃透視検査にて、食道の透視像を認め精査目的に当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて中部食道に22×21mmの粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡にて固有筋層由来の腫瘍と判断し、それ以降年に1度の経過観察とした。2022年1月、上部消化管内視鏡検査にて長径30mmに増大しており、生検にて食道悪性間葉系腫瘍と診断した。胸部、腹部CTでは明らかな転移を認めず、外科的手術目的に岐阜大学付属病院消化器外科に紹介となり、2022年4月同院にて胸腔鏡下中部食道切除術を行った。病理組織は、固有筋層内に連続する、弱好酸性細胞質をもつ紡錘形細胞が束状に錯綜する構造を認めた。免疫組織染色はC-kit(+), CD34(+), DOG1(+), SMA(-), S100P(-)であり、GISTに矛盾しない所見であった。腫瘍径は35mm、核分裂像は2/50HPF、MIB-1<5%であったため、Fletcher分類にて低リスクと診断した。術後発熱を認めたが明らかな縫合不全などの合併症を認めず、術後1週間より経口摂取を再開し、2ヶ月後問題なく退院とした。

【考察】食道原発GISTは全消化管のGISTの中で発生頻度は2%程度の非常に稀な疾患である(幕内他2008)。病理学的にはHE染色でGISTと診断した。治療は外科的切除が第一選択であり、Fletcher分類によるリスク診断は低リスクであったため、追加の化学療法は不要と判断した。今回稀な腫瘍である食道GISTの一例を経験したため報告する。

68 消化管出血を契機にカプセル内視鏡で発見された Meckel 憩室内翻の1例

¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 光学医療診療部、

³浜松医科大学 臨床検査医学講座、⁴浜松医科大学 外科学第二講座

○丸山 巧¹、石田 夏樹²、田村 智¹、谷 伸也¹、山出 美穂子¹、岩泉 守哉³、濱屋 寧¹、大澤 恵²、赤井 俊也⁴、倉地 清隆⁴、竹内 裕也⁴、杉本 健¹

【症例】22歳、男性。【現病歴】X-1年より腹部正中の鈍痛を時折自覚していた。同時に下血を認め、近医で胃潰瘍疑いと判断されたが、投薬で症状は消失した。X年3月に1年前と同様の腹部正中の鈍痛と下血を認めたため、当院救急外来を受診し入院となった。【経過】入院後の上下部消化管内視鏡検査では出血源となる病変を認めなかった。小腸病変検索のために小腸カプセル内視鏡検査を施行したところ、回腸に有茎性腫瘍とその付近で出血が疑われた。第6病日に血液検査で著明な貧血の進行を認めたため、経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行した。回腸領域に暗赤色の血液成分と隆起性病変を認めたが、明確な出血点は確認できなかった。第7病日も下血が見られ、経肛門のダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行したところ、回腸に隆起性病変を認め、同部位で狭窄がありスコープ通過はできなかった。ガストログラフィン造影でも同部位に狭窄の所見を認めた。また隆起性病変付近に単発の小潰瘍を認めた。観察時点では活動性の出血は認められなかったが、同部位が出血源と考えられた。内視鏡的な出血コントロールが困難であり、同日緊急で腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。術中所見からMeckel憩室内翻による消化管出血と診断され、切除後の病理組織学的検査では憩室の先端に異所性胃粘膜を認めた。術後の経過は良好であり、第14病日に退院となった。【考察】Meckel憩室は消化管の先天性疾患の中で頻度が高い疾患であるが多くの場合は無症状である。異所性胃粘膜の存在は消化管出血との関連が報告されている。Meckel憩室内翻は比較的稀であり腸重積を契機に発見されたり、本症例のように消化管出血や腹痛を契機に発見されたりすることがあり、近年は小腸内視鏡検査での術前発見例が増えている。若年の腹痛を伴う原因不明消化管出血ではMeckel憩室内翻を鑑別診断に考えることが重要である。

69 古典的 Ehlers-Danlos 症候群に小腸穿孔を合併した一切除例

藤枝市立総合病院

○白木 巧、島村 隆浩、東 正樹、長谷川 聡、岡本 和哉、
中村 利夫

【はじめに】Ehlers-Danlos 症候群 (EDS) は皮膚、関節の過伸展性、各種組織の脆弱性を特徴とする遺伝性疾患である。様々な腹部症状を呈し、生涯で約 10% の患者が腹部手術を受けるとされる。今回我々は古典的 EDS を背景とした小腸穿孔を経験したため報告する。

【症例】60 歳女性。母親と本人は臨床症状から EDS と診断されており、娘も同様の臨床症状を呈している。今回、通常より過食した夕食後の突然の腹痛・嘔吐のため当院へ救急搬送された。来院時、腹部板状硬で腹膜刺激症状を認め、CT では大量腹水と free air を認めた。以上より消化管穿孔の診断で緊急手術となった。開腹所見は、大量汚染腹水と Treits 靱帯から 110cm 肛門側の空腸に約 1cm の穿孔を認めた。同部位を中心に約 10cm 部分切除したが、腸管は非常に脆弱であり吻合に難渋した。術後に持続する腹痛を認めたが、徐々に軽快して退院した。なお、入院中の小腸造影検査で十二指腸と小腸に多発憩室を認めたが、病理結果では憩室は認めず、穿孔部の腸管壁の菲薄化と壁内出血を認めるのみであった。穿孔の直接原因は特定できず、EDS による腸管壁の菲薄化と壁内出血が誘因の特発性小腸穿孔と診断した。術後の遺伝子検査では EDS に特徴的な遺伝子変異は明らかでなく、臨床的に古典的 EDS と診断し、術後 2 年腹部症状なく経過している。

【考察】EDS の 56% で腹痛や嘔気、便秘、胸やけなどの消化器症状を呈する。そのうち、消化器合併症として消化管穿孔やヘルニア、直腸脱、消化管出血、憩室炎などがあり、消化管穿孔では小腸穿孔が結腸穿孔に次いで多い。EDS では小腸穿孔の原因として憩室が報告されているが、本症例のように腸管壁の脆弱性と血腫により穿孔を生じることがあるとされている。EDS では様々な消化器合併症を呈するが、その一つに小腸穿孔もあることを念頭におく必要があると考えられた。

71 成人腸重積症の 1 例

浜松医療センター 消化器外科

○林 忠毅、原田 岳、芝切 花梨、松本 旭生、尾崎 裕介、
宮崎 真一郎、大菊 正人、田村 浩章、金井 俊和、落合 秀人

腸重積症は小児のイレウスの原因として知られている。しかし、まれではあるが成人にもみられ、その頻度は小児を含めた全腸重積症の 5～10% といわれている。今回われわれは、成人腸重積症の 1 例を経験したので報告する。症例は 54 歳、男性。当科受診の 2 か月前から時々心窩部に違和感を自覚していた。受診 2 週間前には臍周囲の痛みが出現したため近医を受診、症状が軽微であったため精査を目的に後日当院消化器内科に紹介となった。受診 1 週間前に消化器内科外来で行われた腹部 CT では小腸の重積が指摘されたが、この時は特に腹部症状を認めていなかった。当科受診当日、強い腹痛と嘔吐が出現したためイレウスの診断で近医を経て当科に救急搬送となった。搬送時、意識清明、バイタルサインは安定していた。腹部は平坦、軟。臍部から心窩部にかけて軽度の圧痛を認めたが、反跳痛、筋性防御は認めなかった。臍右側に可動性のある腫瘤を触知した。造影 CT 検査では重積した腸管に濃染する部位と近傍の小腸壁の造影効果不良が指摘され、腫瘍の存在と腸管虚血が疑われた。腫瘍を伴う小腸重積症の診断で同日緊急手術を行った。全身麻酔下で腹腔鏡を用いて腹腔内を観察した。血性腹水は認めず、拡張した口側腸管と重積した空腸を確認した。臍部創部を延長し重積した腸管を腹腔外に引き出した。Hutchinson 手技により重積は容易に解除され、不可逆的な虚血性変化は認めなかった。腫瘍を含む空腸を切除後、腸管を吻合した。切除検体には 35x30mm 大の腫瘤を認め、病理学的には GIST (Gastrointestinal stromal tumor) と診断された。術後経過は良好で術後 2 日目から経口摂取を開始、術後 7 日目に退院となった。

70 腹膜転移を伴う空腸癌に対し conversion surgery を行った 1 例

¹ 静岡県立静岡がんセンター 肝・胆・脾外科、

² 静岡県立静岡がんセンター 消化器内科

○大林 未来¹、大塚 新平¹、山田 美保子¹、蘆田 良¹、
大木 克久¹、川上 武志²、杉浦 禎一¹、上坂 克彦¹

【背景】小腸癌は手術と化学療法により予後が改善するとされているが、その希少性から適切な切除適応、治療についてのコンセンサスは得られていない。今回、腹膜転移を伴う空腸癌に対して、長期間の化学療法施行後に Conversion surgery を行った症例を経験したため報告する。【症例および経過】症例は 64 歳男性。既往に陳旧性心筋梗塞および糖尿病あり。特記すべき家族歴なし。腹痛を主訴に前医を受診、上部内視鏡検査にて Treitz 靱帯出口部空腸に全周性の II 型腫瘍 (生検にて tub1, tub2, pap) を認めた。造影 CT にて空腸腫瘍および腹腔内に多数の結節を認め、空腸癌多発腹膜転移と診断した。当院紹介後、内視鏡下にステントを留置、FOLFOX 療法を開始した。腫瘍の著明な縮小、腹腔内結節の消失を認め、11 コース時点で cCR と判定した。末梢神経障害のため I-OHP を中止し、LV+5-FU 療法を計 91 コース行った。引き続き化学療法の継続も考慮されたが、4 年間の継続的な cCR を得たこと、ステント留置部が原因と考えられる持続的貧血を認めたことから切除の方針とした。審査腹腔鏡を行い明らかな腹膜転移がないこと、腹水細胞診陰性を確認し、開腹小腸部分切除術を施行した。第 1～第 2 空腸動脈および下脘十二指腸動脈を根部で切断し、第 1～3 空腸静脈および第 3 空腸動脈はアーケードを温存するように切断し、リンパ節郭清とした。上腸間膜動脈の神経叢は温存した。腸管はステント 4cm 口側の十二指腸水平脚およびステント 6cm 肛門側の空腸で切断し、overlap にて側々機械吻合とした。術後経過は良好、術後 9 日目に自宅退院した。病理組織学的検査では残存腫瘍は認めなかった (pCR)。術後補助化学療法は施行せず、術後 1 年 10 ヶ月が経過した現在も無再発生存中である。【結語】進行小腸癌に対しても、他領域の癌腫と同様に Conversion surgery の可能性がある。

72 腹腔内腫瘍切除により診断された小腸神経内分泌腫瘍の一例

三重大学医学部附属病院 消化管・小児外科

○浦谷 亮、大井 正貴、山下 真司、志村 匡信、今岡 裕基、
北嶋 貴仁、川村 幹雄、安田 裕美、奥川 喜永、森本 雄貴、
大北 喜基、吉山 繁幸、間山 裕二

症例は 81 歳男性、2019 年に慢性骨髄性白血病と診断され他院で通院加療中。同時期に他疾患精査目的に施行した腹部 CT にて小腸間膜内に腫瘍性病変を偶発的に発見され、経過観察となっていたが、2021 年のフォローアップ CT にて同病変の増大傾向が認められ、当院紹介となった。当院で施行した PET-CT では小腸間膜に 42mm 大の不整形腫瘍が認められ、周辺の脂肪組織の濃度上昇や近傍の腸管拡張、周囲組織への浸潤を疑う所見を認め、同腫瘍に SUVmax3.1 の集積を認めた。また経過中に不全腸閉塞の症状を認め、臨床症状および画像検査から悪性リンパ腫や間葉系腫瘍などの悪性腫瘍を疑い、診断的治療として手術を施行する方針とした。術中所見では回腸腸間膜に既知の腫瘍を認め、隣接した腸間膜に浸潤を認めた。また腫瘍近傍では小腸の拡張所見を伴っていた。以上の所見から、リンパ節郭清を伴う小腸部分切除術を施行した。術後経過は良好で術後 10 日で退院となった。病理組織検査では、腫瘍近傍の小腸に 15mm 大の神経内分泌腫瘍が認められ、腸間膜病変はリンパ節転移と診断、最終診断は小腸神経内分泌腫瘍 (Grade1) pT2, pN2, cM0 となった。神経内分泌腫瘍診療ガイドラインによると、術後補助化学療法は有効性を示すエビデンスに乏しく、追加治療なく観察中であり、現在術後 2 か月時点で無再発で経過している。増大する腹腔内腫瘍を契機に診断に至った小腸神経内分泌腫瘍の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

73 難治性乳糜腹水に対してオクトレオチドが有効であった一例

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

○大岩 恵祐¹、石川 恵里¹、中村 正直¹、山村 健史¹、
前田 啓子¹、澤田 つな騎²、村手 健太郎¹、濱崎 元伸¹、
山田 健太郎¹、長谷川 一成¹、池上 脩二¹、大橋 彩子¹、
河村 達哉¹、八田 勇輔¹

【症例】70歳代女性【主訴】腹部膨満【既往歴】関節リウマチ【現病歴】腹部膨満、下痢が出現し前医受診した。血液検査にて低アルブミン血症を認め、造影CTにて腹水貯留を認めたが明らかな腫瘍性病変は認めなかった。腹水穿刺にて乳白色の混濁した腹水を認め、乳糜腹水と診断された。腹水細胞診は陰性であった。上部消化管内視鏡検査にて十二指腸に慢性白色絨毛を認め、生検にてリンパ管拡張の所見がみられ腸リンパ管拡張症と診断された。下部消化管内視鏡検査では異常所見を認めなかった。腹部膨満感の症状緩和を目的に定期的に3-6Lの腹水穿刺排液を繰り返していたが改善を認めず、精査及び治療目的に当院紹介となった。【経過】当院にて施行したダブルバルーン小腸内視鏡検査で十二指腸から上部回腸まで慢性白色絨毛を認め、腸リンパ管拡張症として矛盾しない所見であった。蛋白漏出シンチグラフィーでは漏出を疑う様な腸管への異常集積は明らかではなかったが、便α1アンチトリプシンクリアランスは32mlと上昇しており蛋白漏出性腸症と判断した。リンパ管シンチグラフィーではリンパ流の鬱滞や腹腔内への明らかな漏出は認めなかった。腸リンパ管拡張症、乳糜腹水に対し、PSL内服、半消化態栄養剤(中鎖脂肪酸含有)、利尿薬投与を開始したが症状改善は認めなかった。腹水コントロール目的に入院にて絶食、中心静脈栄養管理とし、オクトレオチド100μg/日皮下投与を開始した。投与前に腹水穿刺排液を行ったが、治療開始後腹部膨満は認めず、入院9日後より半消化態栄養剤(中鎖脂肪酸含有)開始し、16日後より低脂肪食に切り替えたが腹部膨満増悪は見られなかった。22日後にオクトレオチド投与を中止したが腹水の再燃は認めず、30日後に退院となった。【考察】本症例はソマトスタチン誘導体であるオクトレオチドの皮下投与を行なった。オクトレオチドは腸管壁に存在するソマトスタチン受容体を介しリンパ管流量を減少させると推測されており症状改善に寄与した可能性がある。【結語】難治性乳糜腹水に対してオクトレオチドが有効であった一例を経験したため報告する。

75 肺癌小腸転移に二度の腫瘍切除術を行った一例

静岡県立静岡病院 消化器内科

○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】60代男性【既往歴】肺腺癌(60代)、骨軟骨腫(10代)【家族歴】特記事項なし【現病歴】2019年に当院呼吸器内科で肺腺癌cT4N0M0と診断、根治的な放射線併用化学療法(シスプラチン+ドセタキセル)及びデュルバルマブ療法を施行後(2020年10月終了)、PRと判定されていた。一ヶ月間で3kgの体重減少、2021年4月下旬から黒色便を認め、4月30日に当院受診。Hb6台の貧血を認めた。造影CT検査で小腸に腫瘍性病変による重積を認め、精査加療目的に同日緊急入院となった。IL-2Rがやや高値であり、小腸悪性リンパ腫、肺癌小腸転移もしくは原発性小腸癌が鑑別として考えられた。経口のシングルバルーン内視鏡検査でライツ靱帯より肛門側に発赤調の隆起性腫瘍を認めた。生検で紡錘形、多角形の異型細胞を認めたが、肺癌小腸転移との診断がつかず、5月小腸部分切除術施行し、肺癌小腸転移の確定診断に至った。術後CTで吻合部狭窄あり、内視鏡的吻合部バルーン拡張術を施行した。再度頻回嘔吐を認め、吻合部再狭窄と判断、外科に緊急入院となった。7月に腹腔鏡下胃空腸バイパス術を施行したが、退院後に黒色便を認めた。上部内視鏡検査で十二指腸下行脚の吻合部付近に隆起性腫瘍を認め、生検で肺癌の小腸転移の再発との診断に至った。PET-CTでは吻合部病変及び肝左葉外側区に集積を認めていたが、肝切除術はせず、開腹小腸部分切除術のみ施行した。その後はPS低下及び本人希望で抗癌剤投与再開は行わず、緩和ケアを開始し、家族のもとに転居のため転院となったが、12月逝去された。【考察】近年の肺癌の治療進歩による生存期間の延長で、稀であった肺癌小腸転移は増加傾向である。文献的考察を加えるとともに当院で診断し得た同様症例の臨床病理学的特徴をまとめる。

74 演題取り下げ

76 当科で経験されたセフトリアキソンによる抗菌薬関連脳症の3例

春日井市民病院 消化器内科

○水野 智之、高田 博樹、祖父江 雅也、竹市 絵里花、山本 涼、
原田 貴仁、河村 逸外、隈井 大介、小林 由花、山本 友輝、
安達 明央、池内 寛和、林 則之、平田 慶和、祖父江 聡

【症例1】81歳男性(主訴)発熱、上腹部痛【既往歴】慢性腎不全にて血液透析中(経過)CRP:7.9mg/dLと炎症反応上昇を認め、腹部CTで胆嚢壁肥厚・周囲脂肪組織濃度上昇から胆嚢炎と診断。セフトリアキソン(CTRX)2g/日投与開始した。投与開始5日目に急激な意識障害を認めた。頭部CT/MRI、血液検査で異常を認めず、CTRXによる脳症が疑われた。レボフロキサシンに変更後、翌日より意識レベルが改善し症状再燃なく退院。【症例2】38歳男性(主訴)発熱、腹痛、下痢【既往歴】慢性腎不全にて血液透析中(経過)CRP:26mg/dL、PCT:150ng/mLと炎症反応上昇を認め、腹部CTで小腸の液体貯留と壁肥厚より細菌性腸炎と診断し、CTRX2g/日投与開始した。投与開始4日目に激しい不穏状態となり治療、透析継続困難のため鎮静。人工呼吸器管理とした。ミオクロオヌス様不随意運動を伴い血液検査、全身CT、髄液検査、脳波検査に異常を認めなかった。投与開始5日目にCTRXによる脳症を疑いメロペネムに変更し直接血液吸着を施行した。翌日には意識レベル改善しその後経過良好で抜管し退院。【症例3】65歳女性(主訴)発熱(既往歴)慢性腎不全にて血液透析中(経過)CRP:26mg/dLと炎症反応上昇を認めたがCT及び細菌学的検査で明らかな熱源を特定できず、エンピリックにCTRX2g/日投与開始した。投与開始9日目に呂律不全、意識障害が出現。頭部MRI、血液検査で明らかな異常を認めず、CTRXによる脳症を疑いスルバクタム・アンピシリンに変更し直接血液吸着を施行した。翌日には呂律不全、意識状態が改善し退院。【考察】抗菌薬関連脳症は抗生剤投与後血中濃度が上昇し脳症をきたす疾患である。一般的に抗生剤開始後5日以内に発症し、抗生剤中止後5日前後で意識状態が改善する。Type1~3に分類され本症例のようにセファロスポリン系・ペニシリン系抗菌薬はType1とされ投与数日で痙攣しミオクロオヌス症状や意識障害といった脳症を起こす。腎機能が悪化している患者に発症しやすく、腎不全を伴う患者や高齢者には少量かつ短期間の投与を考慮する必要がある。【結論】セフトリアキソンによる抗菌薬関連脳症の3例を経験した。

77 全身化学療法を施行し3年の生存を得た悪性腹膜中皮腫の一例

独立行政法人岐阜県立多治見病院

○佐々木 謙、大岩 拓矢、濱田 祐輔、安原 聡、丹羽 祐介、
山田 直晃、浦壁 憲司、貴井 嵩之、岡山 幸平、荻輪 彬久、
鈴木 健人、鈴木 雄太、羽根田 賢一、水島 隆史、奥村 文浩

【症例】70歳男性【既往歴】高血圧、虫垂炎術後【職業歴】印刷業。職場の天井にアスベストが使用され、40年間曝露された。【現病歴】X-5年頃より腹部膨満感と臍部の結節を自覚していた。X年1月に呼吸困難感を自覚し来院した。CTで縦隔及び傍大動脈リンパ節腫大、腹水貯留、胸膜の結節、腹膜肥厚、大網の脂肪繊維濃度上昇を認めた。腹水穿刺では粘稠な滲出性腹水が得られ、腹水中ヒアルロン酸は2113 μ g/mLと高値であった。血清ヒアルロン酸も105 $\times$ 104ng/mLと高値を示し、悪性中皮腫が疑われた。腹水細胞診では中皮細胞を認めたが、反応性と診断された。胸腔鏡下に前胸部壁側胸膜の結節を生検し、上皮型悪性中皮腫と診断した。腹部症状が先行したことから悪性腹膜中皮腫と診断した。臨床病期はびまん型と診断し、全身化学療法を開始した。診断時、可溶性メソテリン関連ペプチドは14.4nmol/Lと上昇していた。X年4月よりシスプラチン (CDDP)、ペメトレキセド (PEM) 併用療法を6コース施行し、維持療法としてPEMを25コース施行した。X+1年10月のCTで頸部、胸部リンパ節の増大を認めPDとなった。X+1年11月よりニボルマブ (Nivo) 療法を4コース施行し、X+2年1月のCTで縦隔リンパ節の増大を認めPDとなった。X+2年2月よりゲムシタビン (GEM) 療法を導入し、12コース施行した。X+3年1月に認知機能の低下から化学療法を終了し、在宅診療に移行した。X+3年3月に死亡した。【考察】悪性腹膜中皮腫は年間発症者数が100万人に1人とされる希少な疾患である。平均生存期間は13ヶ月と報告されており予後不良である。標準療法は確立されておらず、悪性胸膜中皮腫に準じ、CDDP+PEM、CDDP+GEM、PEM、GEM、Nivo、ビンレルビンの投与が行われている。予後良好因子として女性、50歳以下での診断、上皮型が報告されており、本症例は上皮型のみ該当した。比較的長期生存が得られた悪性腹膜中皮腫の一例を経験したので報告する。

79 診断に難化した腹壁原発孤立性線維性腫瘍の一例

岡崎市民病院

○相澤 勇人、藤田 孝義、森井 正哉、山田 弘志、大塚 利彦、堤 克彦、細野 幸太、今枝 秀斗、飯塚 昭男

【目的】孤立性線維性腫瘍solitary fibrosis tumor (以下SFT)は間葉系由来の比較的稀な腫瘍である。主に胸腔内(胸膜由来)に発生するものが多いが全身のあらゆる部位に生じる。胸腔外の原因としては、後腹膜や髄膜や眼窩などが多く腹壁原発の報告例は少ない。【症例】46歳女性。慢性便秘症のため近医に通院中であった。左下腹部に腫瘍を触知したため当科に紹介となった。腹部は平坦軟で圧痛はなく、左下腹部にゴルフボール大の硬い腫瘍を触知した。血便や下痢、嘔気などの消化器症状は見られなかった。腹部超音波検査では左下腹部に43 $\times$ 52 $\times$ 32mm大の境界明瞭で内部は不均一の低エコー腫瘍を認めた。腹部造影CTでは左下腹部に早期に造影効果を呈し、遅延性濃染を示す腫瘍を認めた。MRIではT2強調像で低信号、DWIで高信号を呈した。いずれのモダリティでも小腸に接しており鑑別として小腸原発有茎性GISTや後腹膜腫瘍が挙げられた。小腸腫瘍の鑑別のためカプセル内視鏡を施行したが、小腸内に腫瘍性病変は指摘できず、確定診断を得られなかったため診断的治療を目的に当院外科に腹腔鏡下腫瘍摘出術を依頼した。術中所見では腫瘍は左下腹部の腹壁より腹腔内に突出しており、小腸や後腹膜とは接していなかった。鏡視下に腫瘍を全周性に切開し完全に切除した。切除標本は3 $\times$ 5cm大、白色充実性腫瘍であった。病理組織学的検査所見では、腫瘍は薄い線維性被膜で囲まれており、紡錘型から類円型細胞が束状に増生していた。免疫組織学的染色ではCD34(+), STAT6(+), Desmin(-), S100(-), SMA(-)を示し、腹壁原発のSFTと診断した。今後は定期的な画像検査で再発の確認をしていく予定である。【総括】SFTは軟部腫瘍新WHO分類において、良悪性中間的腫瘍群のうちの低頻度転移群に分類されており、転移頻度は2%以下と低く、その多くは良性である。しかし10cm以上の腫瘍径や周囲への浸潤像を認めたり病理組織学的悪性所見(高い細胞密度、核異型、出血壊死など)を認めた場合は悪性どが高いとされ、転移や最初の可能性を念頭におく必要がある。

78 大腸癌術後腹膜播種との鑑別が困難であった腸間膜デスマイド腫瘍の1例

静岡市立清水病院 外科

○見原 遼佑、平山 一久、田井 優太、林 良郎、石松 久人、小路 毅、山崎 将典、丸尾 啓敏

【背景】デスマイド腫瘍は組織学的には良性腫瘍であるが、浸潤性発育や局所再発をきたす良悪性境界型の腫瘍である。稀な腫瘍の上、特徴的な画像所見に乏しく、術前診断に難渋することが多い。当院で経験した大腸癌術後腹膜播種と鑑別が困難であった腸間膜デスマイド腫瘍の1例を報告する。【症例】症例は70歳代、男性。上行結腸癌(T1b N1a M0 Stage IIIa)に対して腹腔鏡下結腸部分切除術、D3郭清を施行した。術後補助化学療法はUFT/UZELを施行したが、1クール目の途中で下痢と倦怠感が出現したため中止となった。術後24ヵ月でフォローアップ目的に撮影した造影CT検査で小腸間膜に33mmと14mmの腫瘍を認めた。腫瘍精査のために施行したPET-CT検査では33mmの腫瘍に一致してSUV max 1.91と淡い集積を認めた。またMRI検査では拡散強調画像で高信号を示したため、大腸癌の腹膜播種再発が疑われ、外科的切除の方針となった。手術では腸間膜に含まれる腫瘍を小腸と合併切除した。術後の病理組織学的所見、免疫組織化学染色から、腸間膜デスマイド腫瘍と診断した。デスマイド腫瘍切除後3カ月の造影CT検査で、新しく11mmの結節を腸間膜に認め、デスマイド腫瘍の再発が疑われたが、現在慎重に経過観察中である。【考察】自験例は腹膜播種が否定できなかったため、手術にて腫瘍を小腸と合併切除し、デスマイド腫瘍の診断に至った。腸間膜デスマイド腫瘍はその特性から、術前診断が難しく、また他臓器の合併切除が必要になる症例が散見される。最近では腫瘍の再発率の高さや無治療でも約半数の症例で腫瘍の増大を認めないため、慎重な経過観察(wait and see policy)が推奨されていることもあり、自験例のような早期再発が疑われた場合には切除術の有無、およびタイミングもディスカッションになると思われた。【結論】大腸癌術後腹膜播種再発との鑑別が困難であった稀な腸間膜デスマイド腫瘍の1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

80 後腹膜に発生した限局型 Castleman 病の1例

一宮西病院 消化器内科

○森山 智仁、林 晋太郎、百々 弘樹、原田 雄太、井原 亮、熊原 加奈、奥儀 竜治、東 玲治、大橋 憲嗣、森 昭裕

【症例】58歳、女性【主訴】腹痛。【現病歴】3日間持続する腹痛のため当院内科外来を受診。【既往歴】特記事項なし。【経過】腹部単純CTで急性虫垂炎と診断し抗生剤治療により軽快した。その際のCTで十二指腸上行脚左側の後腹膜に径25mmの点状の石灰化を伴う境界明瞭な腫瘍が発見された。造影CTでその腫瘍は動脈相で均一な造影効果を認め、他には腫瘍性病変は認めなかった。その腫瘍はMRIでT1強調像、T2強調像ともに中等度の信号を呈し、拡散強調像で高信号を示した。EUSでは境界明瞭で内部構造は均一で一部石灰化を伴う血流豊富な低エコー腫瘍として描出された。身体所見、血液検査、尿検査で特記すべき異常所見は認めなかった。以上から限局型Castleman病の可能性を疑ったが、悪性腫瘍を否定できず診断的治療目的に腹腔鏡下後腹膜腫瘍摘出術を施行した。切除標本の肉眼的所見は褐色調の腫瘍で、組織学的所見としては濾胞様結節が多数みられ濾胞部を主体に硝子化の目立つ血管が増生しリンパ実質内に硝子化した所見がみられた。以上よりCastleman病(hyaline vascular type:HV型)と診断された。【考察】HV型Castleman病の特徴的な画像所見は、点状の石灰化を伴い境界明瞭で強い造影効果を示すことが多く、本症例でも同様の所見を呈していた。

81 術前診断に難渋した大網腫瘍の1例

藤枝市立総合病院

○岩瀬 友哉、東 正樹、福井 脩介、白木 巧、島村 隆浩、
長谷川 聡、岡本 和哉、中村 利夫

症例は71歳男性。便潜血陽性の精査目的で当院消化器内科外来を受診した。その際に施行した腹部超音波検査で、左腹部に内部の血流が豊富な53×46×45mmと35×34×28mmの腫瘍を認めた。造影CT検査では左腹部に辺縁の石灰化を伴う多血性の腫瘍を2つ認め、栄養血管は左胃大網動脈であった。腹部MRIにおいて2つの腫瘍はT1強調画像で中等度の信号、T2強調画像で筋肉より高い中等度の信号を呈し、造影MRIでは比較的早期からの濃染を認めた。拡散強調画像では軽度の拡散制限を認めた。以上より、大網GISTの術前診断で腹腔鏡補助下に腫瘍摘出術を施行した。手術時間は1時間5分、出血は少量であった。病理診断ではGISTを疑う所見はなく、副脾の診断であった。術後4日で軽快退院となった。

副脾は後胃間膜内で複数の間葉細胞塊から脾臓が発生する過程で主脾以外に生じる脾臓の組織塊である。本邦において術後に副脾と診断された症例の中で確定診断がつかずに手術に臨んだ症例や、術前に胃GISTと診断して手術に臨んだ症例が報告されるように、腫瘍の位置や胃壁との境界が不明瞭な症例では術前診断が困難な場合がある。本症例も脾臓からの距離が離れていたため鑑別に副脾をあげることはできなかったが、脾シンチグラフィやSPIOを用いた造影MRIが副脾の診断に有用であるという報告もあり、診断のためにこれらの検査の施行も検討すべきと考える。今回の我々の経験症例について文献的考察を加えて報告する。

83 異時性異所性に再発した CTNNB1変異によるデスモイド腫瘍の1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

○白井 佑希¹、羽田 綾馬¹、川田 三四郎¹、村上 智洋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

【背景】デスモイド腫瘍は浸潤性に発育し局所再発をきたしやすいことが知られており良悪性境界腫瘍とされる。今回、デスモイド腫瘍の異時性異所性再発を経験したので報告する。【症例】73歳女性。胃癌に対して腹腔鏡下幽門側胃切除術D1+郭清B1再建を施行、病理結果はpT1aNOMO, pStageIAで術後補助化学療法は施行しなかった。術後1年のCTで胃背側および横行結腸間膜に結節影を指摘され、増大傾向にありリンパ節転移再発の疑いで術後1年4カ月に手術を施行した。腫瘍は胃脾間膜内および十二指腸水脚脚に付着するように存在した。胃壁および十二指腸壁との境界は剥離困難で胃壁、十二指腸壁を局所切除し腫瘍を摘出した。病理結果は2病変ともデスモイド腫瘍であった。以降4か月ごとにCTフォローをおこなったが、術後2年4カ月のCTで右下腹部の腸間膜に結節影を指摘された。デスモイド腫瘍再発の疑いで術後2年5カ月手術を施行した。腫瘍は小腸間膜に存在し小腸との境界は剥離困難で小腸部分切除を伴う腸間膜腫瘍切除術を施行した。病理結果はデスモイド腫瘍でありβ-catenin遺伝子変異が検出された。【考察】デスモイド腫瘍の発生メカニズムには手術などの機械的刺激、遺伝的要因などの関与が報告されている。家族性大腸腺腫症（FAP）患者に合併しやすいとされているが、FAPを伴わないデスモイド腫瘍はβ-catenin遺伝子（CTNNB1）の変異が原因との報告もある。本症例はFAPの既往はなく病理結果でCTNNB1変異が検出された。また発生部位は過去2回の手術操作の及ばない部位であった。異所性再発症例では特に再発の可能性が高く慎重な経過観察が必要な可能性がある。

82 食道癌、胆道癌の同時重複癌に対し、二期分割手術による胸腔鏡下食道切除と脾頭十二指腸切除を行い根治切除した2例の経験

¹愛知県がんセンター 消化器外科、²愛知医科大学 消化器外科

○安井 講平^{1,2}、安部 哲也¹、檜垣 栄治¹、藤枝 裕倫¹、赤座 賢¹、
多和田 翔¹、有竹 典¹、沖 哲¹、大内 晶¹、佐藤 雄介¹、
奥野 正隆¹、浅野 智成¹、夏目 誠治¹、木下 敬史¹、伊藤 友一¹、
三澤 一成¹、小森 康司¹、伊藤 誠二¹、清水 泰博¹

【はじめに】我々は食道癌と胆道癌の同時重複癌症例は共に高侵襲手術を要するため二期分割手術で行ってきた。しかし同時重複癌の場合はより進行した疾患の治療を先行するため、二期分割手術の際に食道切除、脾頭十二指腸切除のいずれを先行するかで夫々の術式に工夫を要する。【症例1】70代男性。検診で指摘された黄疸の精査で遠位胆管癌（cT3aNOMO, cStage IIA, 腺癌）と胸部食道癌（UtMt, cT3NOMO, cStage II, 類基底細胞癌）の同時重複癌を認めた。胸部食道癌が予後規定因子と判断し、まず胸部食道癌に対して胸腔鏡下食道切除術、3領域郭清、頸部食道瘻、腸瘻造設施行。手術時間514分、出血量60ml。術後経過良好で、術後35日目に2期的に幽門輪温存脾頭十二指腸切除、胸壁前胃管再建、Roux-Y再建施行。胃管血流温存目的で右胃大網動静脈を温存したが、術中ICG蛍光法による血流評価では胃管血流低下を認め、左胃大網動静脈と左内胸動静脈で血行再建を追加。手術時間833分、出血量1050ml。術後脾液瘻を認めドレナージを要したが、2期手術後58日目に退院。【症例2】60代女性。咽頭部違和感の精査で胸部食道癌（Lt, cT2N1M0, cStage II, 低分化型扁平上皮癌）と胆嚢癌（cT2N1M0, cStage IIIB, 腺癌）で#12bにBulkyなリンパ節転移を認めた。胆嚢癌が予後規定因子と判断し、まず幽門輪温存脾頭十二指腸切除術、Roux-en-Y再建を施行。手術時間353分、出血量130ml。胃管作成に備え右胃大網動静脈を温存した。術後経過良好で17日目に退院。術後38日目にロボット支援下食道切除術、3領域郭清、胸骨後胃管再建を行った。手術時間332分、出血量180ml。術後左反回神経麻痺を認めたが、経口摂取は良好で15日目に退院。【結語】食道癌と胆道癌の同時重複癌症例に対する二期分割手術ではより進行した疾患の手術を先行する必要がある。食道切除を先行する場合、消化管再建は二期手術で行うのがよいが、いずれの手術も脾頭十二指腸切除の際に右胃大網動静脈を温存する事ができれば胃管再建を選択でき、安全に施行可能である。

84 Low-grade appendiceal mucinous neoplasm（LAMN）と鑑別が困難であった卵管留水腫と虫垂子宮内膜症の1例

静岡県立総合病院

○西脇 大貴、大島 健志、東園 和哉、川村 崇文、間 浩之、
永井 恵里奈、瀧 雄介、西田 正人、佐藤 真輔、大端 考、
渡邊 昌也、金本 秀行、大場 範行

症例は30代女性。もともと強い月経痛を持ち、ピルを常用していた。数日前からの右下腹部痛を主訴に近医受診し、虫垂炎の疑いで当院消化器内科を紹介受診した。血液検査ではWBC、CRPの上昇は認めなかった。造影CT検査で骨盤内右側に、周囲に液体貯留を伴う径20mm大の囊胞性腫瘍を認めた。盲腸との連続性があり、LAMNの破裂が疑われたため、早期の手術目的に当科紹介となり、腹腔鏡下虫垂切除術+腹腔内洗浄ドレナージの方針とした。腹腔内を観察すると、骨盤内には粘液成分は認めず、血性腹水を認めた。子宮とS状結腸が骨盤前壁に高度に癒着しており、子宮内膜症が疑われた。右卵管は盲腸と高度に癒着しており、卵管の一部が腫瘍状に膨隆いたため、婦人科医に観察を依頼したところ、留水腫の診断となった。術前画像診断でLAMNと判断した部位は卵管留水腫と術中判断した。右卵管と盲腸を愛護的に剥離をしたところ、20mm大の萎縮した虫垂を同定できた。虫垂は腫瘍の可能性も考慮して右盲腸部分切除を施行し、術後経過は良好で術後2日目に退院した。病理組織学的診断では、虫垂子宮内膜症の診断となり、虫垂粘膜は線維性組織で置換され、漿膜下から筋層内に子宮内膜組織を認める所見であった。LAMNなどの虫垂疾患は解剖学的に子宮や卵巣に近接しているためその走行によっては、卵管留水腫、傍卵巣腫瘍、卵巣腫瘍などと画像検査で鑑別することが困難になる場合がある。加えて、外性子宮内膜症は慢性的な炎症を伴い腹腔内臓器の癒着の原因となるため、より診断を複雑にする場合がある。今回我々は子宮内膜症に伴う炎症により、卵管留水腫を発症し盲腸と高度に癒着したため、LAMNと鑑別が困難であった一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

85 尿管膀胱尿道全摘後、骨盤旧尿道口ヘルニアを発症し腹直筋皮弁充填術にて修復し得た一例

¹名古屋市立大学病院 消化器・一般外科、
²名古屋市立大学附属東部医療センター、
³名古屋市立大学附属西部医療センター
○野村 僚¹、早川 俊輔¹、齋藤 正樹¹、伊藤 直¹、上野 修平¹、
大久保 友貴¹、佐川 弘之¹、田中 達也¹、小川 了¹、
高橋 広城¹、松尾 洋一¹、三井 章^{2,3}、木村 昌弘²、
瀧口 修司¹

症例は70歳男性。膀胱癌に対して腹腔鏡下右尿管全摘術、尿管皮膚瘻造設術、膀胱全摘術を施行し、術後2週間で腹痛を発症した。CTにて小腸の拡張を認め、骨盤底を先進部とする癒着性イレウスの診断で絶食補液及びイレウス管留置を行った。発症から12日経過後も改善を認めなかったため、腹腔鏡下腸管癒着剥離術の方針とした。腹腔鏡下に観察すると元来、尿道が存在した部位（旧尿道口）が骨盤底部にヘルニア門様に開口しており（20×20mm）、同部位に小腸が嵌入して内部で癒着していた。ヘルニア囊内の癒着を剥離し、小腸を腹腔内に還納した後、旧尿道開口部の閉鎖は左右の骨盤底筋群同士を連続縫合閉鎖した。術後経過は良好で退院された。しかし術後1ヶ月に再度腹痛・嘔吐を発症し、CTにて旧尿道を経由して陰嚢内に腸管が脱出している所見を認めた。旧尿道口ヘルニアによるイレウスの再発と診断し、再手術の方針とした。縫合のみでは不十分と考えられたため腹腔鏡下癒着剥離術及び腹直筋皮弁充填術を形成外科と合同で施行した。腹腔内を観察すると前回の手術よりもヘルニア門が拡大していた（40×30mm）。また小腸が骨盤から陰嚢内にまで嵌入していた。小腸の壊死を認めず、腹腔内に還納した。5×11cmの右腹直筋皮弁を作成し、陰嚢直下の陰嚢正中に固定を行なった。固定は腹直筋皮弁先端に固定した糸を陰嚢内から体外へとエンドクローズで引き抜き、固定を行なった。また腹腔内から腹直筋を腹壁へ縫着し手術を終了した。術後経過は概ね良好で術後15日目に退院となった。その後腸閉塞の再燃は認めていない。骨盤底旧尿道口ヘルニアが腸閉塞を引き起こした希な1例を経験した。本症に対するヘルニア修復に、腹直筋皮弁充填術は有用な選択肢となる可能性があると考えられた。

87 16歳男児の2型自己免疫性肺炎の一例

愛知医科大学 肝胆脾内科
○北野 礼奈、井上 匡央、指宿 麻悠、坂本 和賢、木本 慧、
小林 佑次、角田 圭雄、中出 幸臣、伊藤 清顕、米田 政志

【症例】16歳男児。既往に潰瘍性大腸炎がありメサラジンにて治療中であったが、コントロール不良でありアザチオプリンが追加されていた。心窩部痛を主訴に当院に受診した。現症ではバイタルサインに異常はなく、心窩部に軽度の圧痛を認めた。血液検査ではPAMYが364 IU/L、リパーゼ321 IU/Lと上昇していた。IgG4は21.3 mg/dlと上昇を認めなかった。腹部CTでは脾臓部を中心に腫大を認め、MRCPでは拡散強調像で脾臓部に高信号を認めた。以上の所見より、アザチオプリン由来の薬剤性肺炎を第一に考え、アザチオプリン中止の上、肺炎治療を開始した。しかし1ヶ月後の経過観察目的の腹部CTでは脾臓の改善に乏しく、病理学的診断目的にEUSガイド下穿刺生検（EUS-TA）を施行した。超音波内視鏡所見では、脾は全体的に低エコーに描出され、脾臓部では主脾管が不明瞭であった。脾臓部より組織を採取した結果、小葉間脾管上皮内に好中球が浸潤したgranulocytic epithelial lesion（GEL）、小葉のacinar-ductal metaplasia（ADM）、および進行した線維化を認め、2型自己免疫性肺炎の所見であった。プレドニゾン35mg（0.6mg/kg）による治療を開始したところ、速やかに症状は消退し、CTにて脾臓の改善が確認された。以降プレドニゾンを漸減したが、再燃なく経過している。【考察】16歳男児の2型自己免疫性肺炎を経験した。2型自己免疫性肺炎は本邦では報告が少なく、好発年齢は40歳代である。また炎症性腸疾患に合併することが多いとされ、しばしば薬剤性肺炎との鑑別が問題となる。頻度として非常にまれではあるが、炎症性腸疾患の合併や、反復する原因不明の肺炎を認めた場合には鑑別疾患として念頭に置く必要があると考えられ、若干の文献的考察を含め報告する。

86 COVID-19mRNA ワクチンが発症に関与したと考えられた分節性動脈中膜融解症の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科
○丹羽 佑介、奥村 文浩、佐々木 謙、濱田 祐輔、安原 聡、
山田 直晃、大岩 拓矢、浦盛 憲司、貫井 嵩之、岡山 幸平、
鈴木 健人、養輪 彬久、鈴木 雄太、羽根田 賢一、水島 隆史

【症例】60歳代 男性【既往歴】胃潰瘍（ヘリコバクター・ピロリ菌除菌後）、発作性心房細動【生活歴】喫煙歴なし【接種歴】Pfizer-BioNTech COVID-19mRNA ワクチン接種3回【現病歴】COVID-19mRNA ワクチン3回目接種後から58日後に突然の上腹部痛を自覚し、当院救急外来を受診した。来院時バイタルサインに特記すべき所見は認めなかった。腹部は平坦軟であり、上腹部に自発痛を認めた。COVID-19に対する等温核酸増幅法による迅速検査は陰性であった。血液検査ではCRP 0.46mg/dlと軽度上昇以外の異常値は指摘できなかった。腹部ダイナミックCTを撮像すると、中結腸動脈や右結腸動脈、および大網動脈に複数力所にわたり拡張と狭窄像を認めた。上記所見から分節性動脈中膜融解症と診断した。バイタルサインは安定しており、また腹腔内への出血も認めなかったため、経過観察とした。その後外来にて血柱症や膠原病に伴う疾患の否定目的にスクリーニング検査を施行するも特記すべき所見は認めなかった。また頭部MRIも撮像したが、主要な脳動脈、頸部動脈には血管病変は認めなかった。定期的なCT撮像を行い、経時的に動脈拡張は消退していき、ワクチン接種後から133日後には完全に病変は消失した。【考察】分節性動脈中膜融解症（以下SAM）は動脈の中膜の破壊を特徴とする稀な非炎症性、非アテローム性の血管障害である。診断は主に病理診断にて行われるが、内山らは年齢、基礎疾患の有無、突然発症の腹部症状、血管造影所見の4項目をSAMの特徴とし、これに合致するものをSMAとする臨床的診断基準を提唱している。本症例でも上記4項目を満たしており臨床的に診断した。また一般的に動脈の破綻があれば血管内治療や外科的治療が選択されるが、本症例では全身状態が安定しており保存加療が選択され、自然軽快を得ることができた。現在COVID-19感染症やワクチン接種に伴う臓器特異的免疫介在性合併症として血管障害が認識されはじめており、本症例も上記を示唆する一例と考えられた。

88 自己免疫性肺炎を背景に発生したと考えられる膵体尾癌の一例

磐田市立総合病院 消化器外科
○杉原 守、木内 亮太、境井 勇気、高木 徹、小坂 隼人、
川端 俊貴、神藤 修、宇野 彰晋、深澤 貴子、松本 圭五、
坂口 孝宜、鈴木 昌八

【緒言】自己免疫性肺炎（AIP）はステロイド治療によく反応する病変で、短期的な予後は良好とされている。一方でAIPを由来とした発癌の報告も散見される。今回、AIPを背景として発生したと考えられる膵体尾部癌を経験したので、文献的考察を含めて発表する。【症例】症例は78歳男性。2018年10月から当院呼吸器内科で慢性閉塞性換気障害に対して加療をされていた。2019年1月、経過観察のためのCT検査で脾腫大を認めたため、精査加療目的に当院消化器内科に紹介された。造影CT検査では膵体尾部に腫大を認め、被膜様構造を有する限局性の腫大を認めた。主脾管は膵体尾部移行部で狭小化し、その上流で拡張していた。MRCPでは主脾管の不整狭窄像を認めた。EUSでも膵体尾部実質の腫大および肥厚した被膜を認めた。EUS-FNAではリンパ球・形質細胞の浸潤を認め、免疫染色ではIgG陽性形質細胞を認めた。悪性所見は認めなかった。血清IgG4は246mg/dLと上昇していた。上記検査結果からAIPと診断し、ステロイド治療を開始した。2019年10月の造影CT検査では脾実質の肥厚は改善し、ステロイドによる治療は奏功していた。しかし、膵体部に遷延性の造影される腫瘤を認めた。膵体部腫瘤に対して改めてEUS-FNAを施行したが、明らかな悪性所見は認めなかった。その後ステロイド治療と並行して経過観察をしていたが、腫瘤は徐々に増大傾向を示した。悪性の可能性が否定できず、本人に十分な説明をし、2021年1月に膵体尾部切除術を施行した。術後病理検査では後方組織および神経叢浸潤を認める45mm大の膵体部癌と診断された。また、非癌部分では約10個/HPFのIgG4陽性形質細胞や花筈状線維化、閉塞性静脈炎を示唆する所見も認めた。

89 急性肺炎を契機に発見された微小肝癌の1例

三重大学 肝胆脾・移植外科

○辻 直哉、前田 光貴、新貝 達、荒天 一亨、伊藤 貴洋、
早崎 碧泉、藤井 武宏、飯澤 祐介、村田 泰洋、種村 彰洋、
栗山 直久、岸和田 昌之、水野 修吾

症例は79歳女性。右乳癌術後、高血圧、脂質代謝異常症にて近医フォロー中、心窩部痛を契機に急性肺炎と左乳癌とを診断され、当院へ転院搬送となった。造影CTでは、脾頭部主脾管内に造影効果を伴った2mmの腫瘍とその尾側の脾管拡張、肺炎による脾周囲の液貯留、脂肪濃度の上昇（予後因子2点、CT Grade 0点）を認めた。MRIでもCTで同定された部位に一致してT1W1低信号域を認め、腫瘍の存在が示唆された。EUSでは、脾頭部に境界不明瞭な10mm弱の腫瘍を認め、FNAにて腺癌が検出された。切除可能肝癌として、左乳癌の治療も控えていることから、Upfront surgeryとして亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術中所見では、肺炎後の炎症が高度なため剥離に難渋し、手術時間は574分、出血量は1526mlであった。病理診断では、脾頭部脾管内に乳頭状病変、2mm大の微小な浸潤巣を認め、肝癌と診断された【Ph, TS1 (2mm), tub1, pT1a, pN0 (0/38), sM0, fStage IA/JPS7th】。術後27日で退院し、その後乳癌手術を施行され、術後2年7ヶ月無再発生存中である。

91 連続脾液細胞診が有用であった微小浸潤性脾管癌の一例

公立西知多総合病院

○加古 雄基、竹山 友章、鈴木 悠士、安藤 雅能、澤田 悠太郎

【症例】72歳、女性【既往歴】小腸GIST、脾動脈瘤、輸血後劇症肝炎【現病歴】腎機能障害のスクリーニング目的に腹部単純CTを撮影したところ脾動脈瘤が指摘された。精査のために施行したダイナミックCTで偶発的に脾体尾部に主脾管拡張が認められ、精査目的に当科紹介となった。同検査では脾頭部に主脾管狭窄を認めるものの腫瘍は指摘されなかった。超音波内視鏡検査（EUS）でも狭窄部に腫瘍は指摘されなかったが周囲の脾実質に限局性に萎縮を認めたため、脾上皮内癌（PanIN）を疑った。精査のためERCPを施行し4Frの内視鏡的経鼻脾管ドレナージ（ENPD）を留置の上、SPACEを行ったところ、7検体中5検体で擬陽性が得られた。以上よりPanINと診断し当院外科にて、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行された。術後病理標本では、主脾管および分枝脾管上皮内主体に異型腺管の増殖を認め、線維組織に圧排されるように管腔は狭窄していた。一部にリンパ管浸潤を来していたことから最終病理診断はPh, nodular, TS1 (6mmx5mm)、微小浸潤性脾管癌、高分化型管状線癌、pT1bNOM0, int, INFb, ly1, v0, ne0, mpd0, pCH0, pDU0, pS0, pRP0, pPV0, pA0, pPL0, pOO-0, R0, PCMO, BCMO, DPM0であった。また周囲の実質は分葉状の慢性肺炎像を呈しており、限局性の閉塞性肺炎が疑われた。【考察】偶発的に認められた主脾管拡張に対しダイナミックCTを施行したが腫瘍影が確認できなかった。空間分解能に優れたEUSにおいても腫瘍は認められなかったがPanINの可能性を念頭に置き、SPACEまで施行したことで微小浸潤性脾管癌を切除し得た一例を経験した。術前に見られた主脾管狭窄部付近の脾実質萎縮はPanINの特徴とされるが、本症例では主脾管・分枝脾管壁肥厚により生じた限局的な閉塞性肺炎を反映したものと考えられた。ENPDはERCP後肺炎の懸念から忌避されがちであるが本症例では4Frの細径ENPDチューブを留置することで内視鏡処置後の偶発症も認めなかった。ドレナージされる脾液量も診断に足るものであり、細径ENPDを用いたSPACEは腫瘍の確認が困難な微小肝癌の診断において有用であった。

90 反復性肺炎を契機に診断に至った脾尾部癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆脾外科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○大城 恵吾¹、小林 陽介¹、三宅 彩¹、榎葉 俊太郎¹、
井田 雄也¹、平野 雄一¹、吉井 元¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、
江上 貴俊¹、山田 洋介¹、海野 修平¹、木全 政晴¹、
芳澤 社¹、室久 剛¹、長澤 正通¹、細田 佳佐¹、山本 博崇²、
大月 寛郎³

【症例】80歳女性【主訴】心窩部痛【既往歴】高血圧症、慢性甲状腺腺炎【飲酒歴】なし【病歴】X年8月心窩部痛を主訴に当院受診。CTで脾尾部の軽度腫大、周囲脂肪濃度上昇を認め、急性肺炎（予後因子1点、CT Grade1）と診断し入院となった。保存的治療で改善し、第14病日に退院となった。腹部US、CT、MRIでは肺炎の原因が特定できず経過観察中であったが、9月に再度同部位での肺炎が再燃し入院治療を行った。肺炎改善後のEUSでは、脾尾部に境界不明瞭な淡い低エコー領域が疑われたが、腫瘍としては認識されず、脾管拡張も乏しかった。また、脾体尾部が他と比較しやや萎縮していた。脾癌の可能性も考慮し、ERPでの脾管造影・脾液連続細胞診を試みたが脾管挿管困難であり施行できず、慎重経過観察の方針とした。しかし、10月に肺炎が再燃し、入院治療を行った。再度ERPを施行し、プレカットも施行したが脾管挿管困難であった。その後肺炎の再燃なく経過したが、CA19-9は経時的に上昇傾向（27.6→146.8U/mL）にあった。X+1年1月MRIで脾尾部の脾管拡張が目立つようになり、EUSでは脾尾部に1cm大の低エコー腫瘍を認めた。脾腫瘍に対し、EUS-FNAを施行し、初回施行時は悪性所見は認めなかったが、短期間で再検し腺癌を認め脾癌と診断した。脾体尾部脾臓合併切除術を施行し、最終病理診断はpT3N1aM0、pStageIIbであった。術後経過良好で、現在外来経過観察中である。【考察】反復性肺炎を契機に診断した脾尾部癌の一例を経験した。腫瘍による脾管閉塞により肺炎を繰り返したと考えられた。当初診断が困難であったが、画像所見の変化に十分注意し追跡し診断することができた。原因不明の肺炎を繰り返す際は、脾癌の可能性も考慮し対応する必要があると考えられた。

92 閉塞性肺炎をきたした脾 Solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) の一例

¹島田市立総合医療センター 総合診療科、

²島田市立総合医療センター 消化器内科、

³島田市立総合医療センター 外科、

⁴浜松医科大学医学部附属病院 肝臓内科

○小林 誠之¹、渡邊 晋也²、竹内 悠²、米倉 孝²、横田 彬彦²、
金山 広和²、松下 雅広²、上村 和康³、川田 一仁⁴

【症例】44歳、女性【主訴】腹痛【既往歴】腎盂腎炎【内服薬】なし【現病歴】X年2月6日に心窩部痛が出現し、1時間程度で症状は軽快した。X年2月27日に再度心窩部痛が出現し、症状の改善がないため当院救急外来を受診した。精査の結果、脾腫瘍に伴う閉塞性肺炎が疑われ緊急入院となった。【臨床経過】脾体部に径30mm大の囊胞・石灰化成分が混在した充実性腫瘍を認めており、その腫瘍の上流側の主脾管が軽度拡張していた。MRIで脾体尾部の脾実質は高信号を呈しており、肺炎を合併しているものと思われた。肺炎は内科的治療で速やかに軽快した。脾腫瘍に関してはCT、MRI、US等にて神経内分泌腫瘍、腫瘍形成性肺炎、脾管癌、SPNの可能性が考えられた。診断目的にEUS下にFNAを施行し、病理結果よりSPNの診断となった。肺炎の再燃の危険性を考慮し当院外科にて脾体尾部脾合併切除術が施行された。【考察】SPNは主脾管に圧排や偏位を認める程度で狭窄や拡張を伴うことは少ないとされるが、本症例では腫瘍による主脾管の圧排が脾液の流出障害・脾管拡張をきたし肺炎を併発したと思われた。SPNについての文献的考察を加え報告する。

93 EUS-HGS ルートを用いた十二指腸ドレナージが有用であった、膵癌による多発消化管狭窄の1例

¹JA 岐阜厚生連岐阜西濃医療センター 損斐厚生病院 内科、
²JA 岐阜厚生連岐阜西濃医療センター 損斐厚生病院 外科、
³岐阜大学医学部附属病院 消化器内科
○馬淵 正敏¹、宇野 由佳里¹、中村 博式¹、足立 政治¹、
島崎 信¹、西脇 伸二¹、熊澤 伊和生²、岩下 拓司³、
清水 雅仁³

【症例】66歳、男性【主訴】腹痛、嘔吐【現病歴】入院8ヶ月前に切除不能局所進行膵体部癌による幽門狭窄に対して、胃空腸バイパス手術を施行された。術後、化学療法を行っていたが、入院1ヶ月前に中部胆管狭窄による閉塞性黄疸を発症したため、EUS-HGSを施行し一旦退院。しかし食後の腹痛、嘔吐を繰り返すため、精査加療目的で再入院した。【入院時CT】ステント位置は変化なし、肝内胆管の拡張等は認めないが、十二指腸下行脚～水平脚に著明な拡張を認めた。【入院後経過】原発巣の増大による幽門狭窄および腹膜播種と考えられる十二指腸水平脚の狭窄により、閉鎖された十二指腸内へ膵液が貯留することが拡張の原因と考えた。上部消化管内視鏡検査を施行し、胃空腸バイパスルートから十二指腸狭窄部に到達したものの、拡張した十二指腸へのガイドワイヤーの進入は困難であった。再度バイパス手術について検討したが患者の同意が得られず、HGSルートを用いて十二指腸の減圧を図ることとした。【処置】十二指腸スコープを用いて、HGSルートからカニューレを挿入、胆管造影を施行し中部胆管狭窄を確認した。ガイドワイヤーを十二指腸乳頭測まで誘導し、狭窄部をバルーン拡張したのち、ENBDカテーテルを十二指腸下行脚に先端を留置し終了した。その後CTにて十二指腸の拡張が十分に改善したことを確認し、1週後にHGSルートよりuncovered金属ステント（10mm径×8cm長）を中部胆管～十二指腸乳頭に留置した。その後十二指腸内の造影剤がHGSルートより胃内へ逆流することを確認し終了した。【処置後経過】処置後、軽度の腹痛を認めたが、食事再開後も嘔気、嘔吐症状は認めなかった。食事摂取可能となり、処置後1週間で自宅へ軽快退院した。【結語】膵がんによる多発狭窄のため閉鎖された十二指腸の拡張に対し、HGSルートを用いて減圧を行った。

95 膵神経内分泌腫瘍と術前診断した膵神経鞘腫の1例

藤枝市立総合病院 消化器内科
○大畠 昭彦、吉井 重人、景岡 正信、寺井 智宏、星野 弘典、
稲垣 圭佑、佐藤 大輝、馬場 皓大、丸山 保彦

【症例】60歳代、男性。総胆管結石発作で受診。その際のCTで膵鉤部に1cmの腫瘍を指摘された。1年後のMRIで増大傾向あり精査となった。【既往歴】虫垂切除、腋窩腫瘍（詳細不明）【生活歴】飲酒なし、喫煙なし【家族歴】なし【MRI】膵鉤部に膵外に突出するように20mmの境界明瞭な類円形の腫瘍を認める。T1WIでは低信号、T2WIでは辺縁は高信号で内部は低信号。DWIは辺縁主体に高信号。線維に造影される。【CT】膵鉤部の20mmの腫瘍は乏血性で遷延性に造影される。【EUS】膵鉤部に20mmの境界明瞭な低エコー腫瘍を認める。EUS-FNAにて膵内分泌腫瘍（PNET）が疑われ、膵頭十二指腸切除術施行した。【病理】膵鉤部に15×10mmの充実性腫瘍で、細長い核を有する紡錘形細胞が束状に増殖。免疫染色ではS100陽性、クロモグラニンA陰性、シナプトフィジン陰性、c-kit陰性、セラチン陰性、ki-67陽性細胞率2%以下。腫瘍の一部を膵実質が覆っていたため、膵神経鞘腫と診断した。【考察】神経鞘腫は脳神経、脊髄神経根および末梢神経のSchwann細胞に由来する腫瘍で。好発部位は頭頸部、体幹、縦隔、後腹膜で膵原発は稀である。画像所見からもPNETを疑い、EUS-FNAでPNETでないであったため、画像も病理も矛盾ないと思われた。鑑別に神経鞘腫を挙げるといった情報提供ができなかったことも手術前後の診断に乖離を来す結果となったと思われた。【結語】膵神経内分泌腫瘍と術前診断した膵神経鞘腫の1例を経験した。

94 膵腫瘍との鑑別に苦慮した EGIST の一例

刈谷豊田総合病院 内科
○川野 莉奈、中江 康之、浜島 英司、神岡 諭郎、仲島 さより、
久野 剛史、佐々木 雅隆、高田 直樹、船橋 脩、二村 侑歩、
吉川 幸愛、光松 佑二、佐藤 宏樹

【症例】55歳男性【主訴】健診異常【既往歴】特記事項なし【現病歴】X年1月、健診の腹部USで左水腎と左副腎腫瘍を指摘され、精査目的で当院泌尿器科を紹介受診。腹部CTにて膵体部に腫瘍を認め、消化器内科紹介となった。黄疸や貧血はなく。腹部は平坦、軟で腫瘍は触れず、血液検査では膵酵素や腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。USでは膵体尾部に低エコーの腫瘍を認めた。ダイナミックCTでは膵体尾部に境界明瞭、36mm大の造影効果の乏しい低吸収域に描出される腫瘍を認めた。MRCPでは膵体尾部にT1低信号、T2で淡い高信号を呈する43×16mm大の境界不明瞭な腫瘍を認め、主膵管の拡張は認めなかった。PET-CTでは腫瘍と同部位に淡い集積域を認めた。EUSでは膵体部に37mm大の境界比較的明瞭なやや低エコーの腫瘍を認め、内部はモザイク状に描出された。EUS-FNAの病理所見では線維性間質および平滑筋様の間質組織を認め、上皮性成分は含まれず、悪性所見は認めなかった。以上の所見から膵NETや他の膵原発間葉系腫瘍を疑い、X年3月18日当院外科で腹腔鏡下膵体尾部脾臓合併切除術を施行した。切除標本では、正常な膵実質に隣接して43×34×19mmの内部に小出血・小囊胞形成を伴う白色充実性腫瘍を認めた。病理組織学的には、膠原線維形成を伴いながら紡錘形細胞が種々の密度で錯綜状に増生する像を認めた。腫瘍内には周辺の脾組織、副腎組織、平滑筋組織・リンパ節・脂肪組織などが取り込まれ、迷入した腺上皮が囊胞化する様な像も見られたが、腫瘍内に腫瘍性上皮を認めず、明らかな悪性像を認めなかった。免疫染色ではAE1/AE3（-）、CD31（-）、DE34（-）、αSMA（-）、desmin（-）、c-kit（+）、S-100（-）、MIB-1 labeling index 2-3%であり、c-kit陽性であることからextra gastrointestinal stromal tumor（EGIST）と診断した。術後追加化学療法は行わず、再発なく経過している。【考察】GISTは消化管固有筋層内に発生する間葉系腫瘍であるが、稀に消化管壁外にも発生しEGISTと呼称される。自験例は、腫瘍内に左副腎組織の巻き込みがあること、膵GISTは極めて稀であることから、後腹膜原発と考えられる。

96 膵神経内分泌腫瘍術後再発に対して Peptide Receptor Radionuclide Therapy を施行した1例

¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 放射線腫瘍学講座
○黒田 昂宏¹、武田 真¹、村木 隆太¹、井田 進也¹、牧野 光将¹、
森田 剛文¹、小西 憲太²、中村 和正²、竹内 裕也¹

症例は60歳代女性。右乳癌に対する術前検査で膵体尾部に長径7.5cmの腫瘍を指摘され当科紹介となった。膵神経内分泌腫瘍（pancreatic neuroendocrine tumor PNET）の術前診断で、右乳癌の手術を施行後、開腹膵体尾部切除を施行した。開腹時に肝転移を認め、同病変の迅速病理診断でNET G3（神経内分泌癌も否定できない）の診断がついたことより、転移性神経内分泌癌の予後は不良であること、肝深部にさらに病変がありR0手術が期待できないことから試験開腹のみで手術終了とした。肝転移の病理診断はNET G2、術後の精査では多発肝転移を認め、PNET多発肝転移の診断でエベロリムスを導入した。有害事象としてGrade2の血小板減少、Grade1の皮膚障害を認めたが、6ヶ月継続し、R0手術が可能と考え開腹膵体尾部切除、肝部分切除を施行した。術後2年で多発肝転移再発を認め、ランレオドを導入した。有害事象は無く経過していたが術後4年時に肝転移巣の増加増大、傍大動脈リンパ節再発、左鎖骨上リンパ節再発をCT、MRI、オクトレオスキャンで認めPD判定となった。エベロリムス導入を考慮したが、前回の投与で有害事象を認め長期継続投与が困難と予想されたこと、乳がん肺転移・右鎖骨上リンパ節再発・局所再発を認めホルモン療法中であること、PS0であることよりPeptide Receptor Radionuclide Therapy（PRRT）を導入する方針とした。現在、1回目のPRRTが終了したところであるが重篤な副作用は確認されていない。PNETに対するPRRTは腫瘍に発現するソマトスタチン受容体に特異的に結合する化合物に放射性物質を標識し、体内から病巣に放射線を照射する治療法である。ENETSのガイドラインでは手術不能または転移性のG1/G2 NETに対して良好な腎機能やPSが担保されているという条件下で適応が定められている。PRRTは有意な生存期間の延長が報告され、本邦でも2021年6月より保険適応となった。今後更に使用が拡大していくと考えられるPRRTに対して、本症例の経過と文献的考察を踏まえて報告する。

97 膵頭部癌横行結腸浸潤による大量出血に対し動脈塞栓術にて救命し得た一例

社会医療法人宏潤会大同病院 消化器内科

○吉田 和弘、八鹿 潤、野々垣 浩二、西川 貴広、名倉 明日香、
柿原 聡介、柳瀬 成希、早川 真也、柳澤 直宏、田島 万莉、
杉原 有希、堀 諒、柴田 萌、齋藤 和輝

【症例】70歳代男性【既往歴】脂質代謝異常、アルコール性肝機能障害【現病歴】便秘、腹痛、体重減少を認め近医を受診し、原因精査目的に当院消化器内科を紹介受診した。腹部造影CTにて膵頭部腫瘍と肝転移を疑う所見を認めた。また膵腫瘍近傍の貯留嚢胞が横行結腸と接触している所見を認めた。EUSにて膵頭部に27mm大の輪郭明瞭、不整な低エコー腫瘍を認め、尾側の膵実質の萎縮や主膵管拡張を認めた。【経過】EUS-FNAにて中分化型の管状腺癌を検出した。以上より、遠隔転移を有する切除不能膵癌と診断した。GEM+nabPTXによる化学療法を開始した。3コース投与した後、めまい・黒色便を主訴に当院救急外来を受診した。下部消化管内視鏡検査で横行結腸に膵癌直接浸潤による瘻孔を認めた。貧血に対し適宜輸血を行っていたが、頻回に血便が出現し出血性ショックとなった。腹部造影CTにて膵腫瘍近傍の貯留嚢胞内部、および横行結腸に高吸収域を認め造影剤の血管外漏出が疑われた。緊急で腹部血管造影検査を行い、胃十二指腸動脈塞栓術を施行した。その後再出血なく経過した。GEM+nabPTXによる治療効果は不十分と判断し、2次治療としてTS-1による化学療法を開始した。以後、腫瘍縮小効果を維持し診断後2年経過した現在も化学療法を継続している。【考察】膵癌による胃十二指腸動脈の破綻に対して動脈塞栓術により救命でき、その後化学療法を長期的に継続している稀な症例を経験した。膵癌による消化管浸潤があり、消化管出血徴候を認める際には膵周囲に存在する血管の破綻を念頭に診療方針を決定する必要があると考えた。

99 膵腺扁平上皮癌に対しゲムシタビン+S1療法（GS）療法が有効であった一例

公立西知多総合病院 消化器内科

○澤田 悠太郎、竹山 友章、加古 雄基、安藤 雅能、鈴木 悠士

【症例】77歳男性【現病歴】2か月前からの腹痛を主訴に近医より紹介受診。受診時のCTにて膵体部に膵外へ突出する30mm大の低吸収腫瘍を認めた。血液検査上炎症反応高値であったため、膵嚢胞感染を疑い抗生剤治療開始したが改善乏しかった。3週間後にCT再検したところ前回見られた腫瘍は54mm大に増大し胃体部へ進展、また肝結節影の新出を認めた。EUS-FNA施行すると扁平上皮主体の悪性腫瘍が検出された。免疫染色ではCA19-9が陽性であったことから膵腺扁平上皮癌肝転移と診断した。膵癌の一次治療としてはゲムシタビン+アルブミン懸濁型パクリタキセル療法（GnP）、あるいはFOLFIRINOX療法が推奨されるが、本症例は採取された病理組織が扁平上皮癌主体で腺癌成分がほとんどなかったこと、感染が否定しきれない炎症反応高値があり骨髄抑制が強いレジメンは選択しにくいことが問題となった。病院内で化学療法委員会を開催して治療方針を検討し、ゲムシタビン+S1での化学療法を開始することとした。1コース終了後のCTで腫瘍縮小しており、3コース終了後再評価すると腫瘍は10mm程度まで縮小し、著明な効果が得られた。その後も同治療を継続したが、10コース目に腫瘍の増大が確認されGnP療法に変更したが無効であった。さらに5FU+nalイリノテカン療法に変更するもこちらも無効で、初診から11か月後に化学療法を終了し、初診から12ヶ月後に永眠された。【考察】膵腺扁平上皮癌は膵癌のうち扁平上皮成分が腫瘍の30%以上を占めるものと定義された比較的稀な疾患である。通常の腺癌と比較し治療抵抗性が予後不良とされ、有効なレジメンは確立されていないがGS療法が奏功した報告は散見される。膵癌診療ガイドライン2019では一次治療としてGS療法は推奨されていないが、扁平上皮成分が多い膵腺扁平上皮癌においてはGS療法も治療の選択肢の一つになり得ると考えられた。

98 浸潤癌を伴った膵 IOPN（Intraductal oncocytic papillary neoplasm）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

○松波 光志朗¹、岩間 英明¹、小島 正之¹、三井 哲史¹、
水本 拓也¹、内田 雄一郎¹、加藤 悠太郎²、宇山 一朗²、
高原 武志¹、須田 康一¹

【緒言】膵 Intraductal oncocytic papillary neoplasm（以下、IOPN）は膵 Intraductal papillary mucinous neoplasm（以下、IPMN）の一亜型、oncocytic typeとして分類されていたが、2019年WHO消化器腫瘍分類の改訂にて独立したIntraductal neoplasmsの一つとして定義された。【症例】症例は39歳男性、脂肪便、体重減少を主訴に近医を受診、腹部単純CTにて膵頭部腫大を認めたため当院紹介受診となった。当院にて施行したDynamic CTにて膵頭部に最大径4cmの多房性病変があり、内部に淡い造影効果を伴う壁を結節を認めた。主膵管の拡張は明らかではなかった。MR検査にて嚢胞内の壁に結節は拡散強調像で高信号、ADCmapで低信号を示していた。画像結果よりIntraductal papillary mucinous carcinomaと診断の上、亜胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。術後胆汁漏を認めたが保存加療にて改善し、術後36日目に退院となった。術後の病理検査では腫瘍細胞全体に細胞質の好酸性が目立ち、杯細胞様の粘液産生細胞が確認された。腫瘍細胞は既存の膵管を超えており、十二指腸や膵周囲脂肪組織までの浸潤を認めた。免疫染色ではMUC6が陽性、MUC1、MUC5ACが一部陽性、MUC2が極めて限局的に陽性であった。以上より浸潤癌を伴ったIOPNと診断した。S-1療法による術後補助化学療法を6ヶ月施行し、術後2年経過したが再発所見は認めていない。【考察】IOPNは高異型度IPMNと比較して、間質浸潤やリンパ節転移を伴う頻度が低く、予後が良好とされているが、本症例ではリンパ節転移はないものの浸潤癌を伴っていた。予後不良の可能性があり、慎重なfollow upが必要と考える。【結語】今回我々は浸潤癌を伴ったIOPNの1例を経験した。今後も定期検査を継続していく予定である。

100 Pembrolizumab投与後、転移性肝腫瘍出血を繰り返した膵腺扁平上皮癌の1例

静岡県立総合病院 消化器内科

○引地 智基、遠藤 伸也、川口 真矢、稲川 敦子、武田 昌大、
石黒 友也、加島 弘崇、平田 太陽、池田 慎也、浅原 和久、
佐藤 辰宣、増井 雄一、松田 昌範、板井 良輔、川合 麻実、
寺田 修三、黒上 貴史、白根 尚文、大野 和也

【症例】50歳男性【現病歴】健康診断の腹部超音波検査で膵嚢胞性病変を指摘され当科を紹介受診した。腹部造影CTで膵体部に37mm大の嚢胞性病変を伴う乏血性の充実性腫瘍を指摘され、門脈本幹への浸潤を認めた。EOB-MRIで多発肝転移を指摘され、T3N0M1 cStageIVの切除不能膵体部癌と診断した。EUS-FNAにて組織型は腺扁平上皮癌で、BRCA遺伝子は陰性であった。【経過】1次治療としてmFOLFIRINOX療法を導入し、SDを維持していたが8コースでPDと判定した。2次治療はGEM+nab-PTX療法を選択したが3コースでPDと判定した。遺伝子パネル検査にてMLH1変異陽性が確認されたため、3次治療としてPembrolizumabを導入した。導入7日目に腹痛と発熱をきたし、腹部造影CTで転移性肝腫瘍の一部に索状の血管拡張と腫瘍内出血を認めた。腹部血管造影にて出血源と思われる腫瘍血管に対し塞栓術を施行した。2コース後の造影CTでは肝内の多くの病変で充実成分の縮小を認めた。3コース後に嘔吐症状をきたした際に血性腹水を認め、造影CTにて転移性肝腫瘍出血と考え、再度腫瘍塞栓術を施行した。十分なインフォームドコンセントのうえPembrolizumabを再開したが、5コース後に再度嘔吐症状をきたし、造影CTでは肝腫瘍の再出血を認めた。3度目の腫瘍塞栓術で止血は可能であったが、全身状態は悪化したため以後BSCの方針とした。在宅療養を経て3度目の腫瘍出血より2か月後、初診より1年1か月で永眠された。【結論】膵腺扁平上皮癌の生存期間中央値は非切除例では8.2か月と報告され予後不良である。また膵癌に対しPembrolizumabが適応となる頻度は低く、治療効果や有害事象についての報告は乏しい。今回、膵腺扁平上皮癌に対し3次治療としてPembrolizumabを導入し、治療に苦慮した1例を経験したため報告する。

101 ペプチド受容体放射性核種療法 (PRRT) が奏功した多発肝転移を有する脾神経内分泌腫瘍 (pNEN) 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

○木下 拓也¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、山雄 健太郎²、植月 康太¹、宜保 恵明¹、青木 聡典¹、森 裕¹、青井 宏典¹、片岡 邦夫¹、高田 善久¹、高橋 秀和¹、南 喜之¹、熊野 良平¹、高野 宏平¹、川嶋 啓輝¹

【症例】25歳女性【既往症】特になし【現病歴】慢性下痢に対してスクリーニング目的で施行した腹部超音波検査で脾体部腫瘍および多発肝腫瘍を指摘され精査施行となった。Dynamic CT検査で脾病変は動脈早期相から造影効果を認め、動脈後期相で最大濃染をきたす造影態度であった。EUSでは脾体部に径11mm大の輪郭明瞭かつ整な低エコー腫瘍を認め、ソナゾイド造影にて動脈相から早期濃染を認めた。ソマトスタチン受容体シンチグラフィーでは、脾病変・肝病変共に強い集積を認めた。脾病変に対しEUS-FNBを施行し、組織診では小円型状の腫瘍細胞が索状・充実索状に増殖していた。また、免疫染色ではCD56陽性、synaptophysin陽性、Chromogranin A陽性、Ki-67 indexは2-3%であり脾神経内分泌腫瘍 (pNEN) G1の診断を得た。加えて、血清ガストリン値が3,000pg/mL以上と異常高値であり、機能性ガストリノーマと診断した。腫瘍量減量及び内分泌症状の緩和目的に全肝TAEを実施後に、エベロリムスを用いた全身化学療法を開始した。2回目の全肝TAE後に、ランレオチド (ソマトスタチンアナログ: SSA) の追加投与を開始した。治療効果判定目的のCT検査ではSDを維持していたものの、本人希望で国立がんセンター中央病院 (NCCH) に2nd opinionのため受診をされ、ペプチド受容体放射性核種療法 (PRRT) の治療を導入する方針となった。NCCHにて8週毎にPRRT+SSA併用療法を計4コース実施され、その後に撮像した造影CT検査では脾原発巣・肝転移巣ともに著明に縮小していた。加えて下痢症状も寛解しており、十分な治療効果が得られたと考えている。現在、治療は一時中断し経過観察を行っている。PRRT療法は2021年6月に国内で保険承認をされた新規治療薬であり、高い抗腫瘍効果を認める反面、治療中は被曝のため放射線治療室に入室するなどの措置が必要となる。今回はPRRT療法が奏功したpNEN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。

103 脾腫瘍との鑑別に苦慮した悪性リンパ腫の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

○森 裕¹、大野 栄三郎¹、石川 卓哉¹、山雄 健太郎²、水谷 泰之¹、飯田 忠¹、植月 康太¹、宜保 恵明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、高野 宏平¹、木下 拓也¹、川嶋 啓輝¹

悪性リンパ腫は主にリンパ臓器に発生する疾患であり、腹腔内に病変が出現することもある。今回、脾腫瘍との鑑別に苦慮し、EUS-FNBで濾胞性リンパ腫と診断した症例を経験したので報告する。50代女性。心窩部痛の精査目的に施行した経腹壁超音波検査で脾腫瘍を指摘され紹介となった。造影CTでは、脾体部上方に主脾管拡張は伴わず、動脈相で周囲脾実質より弱く、門脈相では均一に淡く造影される40×30 mm大の境界明瞭な類円形腫瘍を認めた。経腹壁超音波検査では同部位に輪郭明瞭な類円形低エコー腫瘍として描出された。EUSでは内部に点状高エコーを伴う均一な低エコー像を呈し、ソナゾイドを用いた造影EUSでは、早期から周囲脾実質より強く染色され、その後も造影効果が持続した。各種画像検査からは脾神経内分泌腫瘍や充実性偽乳頭状腫瘍などが疑われ、同腫瘍に対して22GのFranseen針を用いてEUS-FNBを施行した。病理所見では、比較的一様な小型円形細胞が充実性に増殖しており、CD3(-)、CD10(+), CD20(+), CD23(+), CD21陽性の濾胞樹状細胞のmeshworkを示し、Bcl-2(-), Synaptophysin(-), Chromogranin A(-), Ki-67 indexは低率であり、濾胞性リンパ腫と診断した。診断時には無症候であり、進行期低腫瘍量であったため、無治療経過観察とした。経過観察中に心窩部痛で受診され、総胆管結石性胆管炎と診断し、内視鏡で総胆管結石を採石した。その後、腹腔鏡下胆嚢摘出術施行時に、腹腔内リンパ節摘出を併施した。術後病理所見でも、濾胞性リンパ腫 Grade 3Aと診断し、術後4か月無再発経過観察中である。悪性リンパ腫の画像所見は多彩であり、脾近傍に発生した場合、脾腫瘍との鑑別に苦慮することがある。今回、EUS-FNBで表面マーカーを含めた悪性リンパ腫の正確な診断が可能であった症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

102 EUS-FNAで診断しえた脾漿液性囊胞腫瘍の1例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○大前 啓太、村林 桃士、津田 宜之、河俣 真由、松嶋 竜太郎、久田 拓史、天満 大志、林 智士、杉本 真也、大山田 純、亀井 昭

一般的に悪性例が非常に稀である脾漿液性囊胞腫瘍 (SCN) は経過観察するが、典型的なSCNの画像所見ではなく通常型脾癌を含む悪性脾腫瘍が鑑別となる場合には、切除するか経過観察するかの判断が悩ましい。本邦では脾囊胞性病変に対するEUS-FNAが禁忌とされていることもあり、脾SCNに対するEUS-FNAの報告は稀であり、その有用性も定かではない。脾悪性脾腫瘍が鑑別に挙がり脾切除も検討されたが、EUS-FNAによりSCNと病理診断できたため、脾切除を回避しえた脾SCNの1例を経験したため、ここに報告する。症例は72歳女性。多発肋骨骨折への精査目的に施行されたCTで偶発的に脾尾部腫瘍が指摘されたため、当科へ紹介受診となった。CEAとCA19-9は正常値であり、NSEは13.8 ng/mlであった。脾尾部腫瘍は、腹部USで一部に囊胞を伴う42 mm大の内部不均一な低エコー腫瘍として描出された。dynamic CTでは、38 mm大の境界明瞭で内部不均一な類円形低吸収腫瘍で、早期相では腫瘍辺縁に拡張した動脈を多数伴い、門脈相と平衡相では腫瘍中心に高吸収領域を伴っていた。また、腫瘍に隣接した1か所に多房性小囊胞がみられ、腫瘍の尾側脾では主脾管拡張 (8 mm径) と高度脾萎縮を認めた。MRIでは、脾腫瘍はT1 low、T2 high、heavy T2 high、拡散強調画像 high、ADC低下なしの所見であり、MRCPで腫瘍尾側の主脾管拡張を認めた。EUSでは、境界明瞭で内部比較的均一な充実性の等エコー腫瘍として描出され、腫瘍に隣接して約1cm大の蜂巣状ではない多房性囊胞を伴っていた。Sonazoidによる造影でも造影効果を伴う充実性腫瘍であり、腫瘍内には微小囊胞と考える所見も認めなかった。以上より、solid typeないしmicro cystic typeのSCNを第一に考えたが、神経内分泌腫瘍や通常型脾癌が鑑別に挙がるため、脾尾腫瘍に対してEUS-FNAを施行した (22G Franseen針にて2回穿刺)。組織診では、硝子化を伴う線維性間質を背景に管状構造を呈する異型の乏しい立方状細胞を認め、漿液性囊胞腺腫と病理診断した。脾切除は行わず、3ヶ月毎に経過観察を行う方針となった。

104 短期間で明らかな形態変化をきたした脾紡錘細胞型退形成癌の一例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、

²三重大学医学部附属病院 病理診断科、

³三重大学医学部附属病院 肝胆脾・移植外科

○奥田 彩子¹、山田 玲子¹、野瀬 賢治¹、田中 隆光¹、村嶋 佑美¹、坪井 順哉¹、丸山 和晃²、内田 克典²、早崎 碧泉³、栗山 直久³、水野 修吾³、中川 勇人¹

【症例】70代男性。多発腎囊胞で経過観察中であった。X-2年に脾体部に囊胞性病変を指摘され、当科で精査を施行した。MRIで脾体部に類円形の20mm大単房性囊胞を認め、主脾管との交通は明らかではなかった。EUSでは囊胞内部に充実成分や壁に結節は認めず、主脾管との交通も明らかではなかったため、単純性脾囊胞と診断して経過観察とした。X年に経過観察目的で施行したMRI/MRCPで脾囊胞の増大と囊胞内に充実性腫瘍の出現を認め、再度当科で検査を行う方針とした。造影CT検査で、単房性の囊胞内部に漸増性に造影される充実性腫瘍を認めた。EUS上囊胞径は28mmに増大し、内部に輪郭が比較的整な20mm大の腫瘍を認めた。前回同様に主脾管の拡張はなく、主脾管と囊胞との連続性は描出されなかった。脾管との交通は明らかではないものの、囊胞内に発生した増大傾向のある腫瘍であり、分枝型IPMN (High risk stigmata) の可能性を第一に考慮した。鑑別として、退形成性脾管癌や非典型的ではあるものの脾内分泌腫瘍の囊胞変性を考え、脾合併脾尾部切除を施行した。病理組織学的所見では、囊胞壁に乳頭状に増殖する異型細胞を認め、充実腫瘍部には腺癌成分以外に紡錘型異型細胞の増殖を認めた。以上より、IPMNより生じた脾紡錘細胞型退形成癌と診断した。【結論】退形成癌は脾管癌の一種とされており、腫瘍細胞の形態により1) 多形細胞型、2) 紡錘細胞型、3) 非腫瘍性の破骨型多核巨細胞を伴う退形成癌に分類される。臨床的特徴としては、膨張性発育を呈する事があり、発症早期よりリンパ性や血行性に転移をきたしていることもある。本症例では囊胞内の充実性腫瘍が急速に増大する経過を追うことができた。明らかな他臓器転移を認めず、外科手術を施行できた貴重な症例であったため報告する。

105 演題取り下げ

107 化学放射線療法により病理学的完全奏功を得た膵頭部癌の1例

総合病院聖隷三方原病院 外科

○山川 純一、藤田 博文、土屋 一途、木村 泰生、荻野 和功

今回、S-1と放射線照射により病理学的完全奏功を得た膵頭部癌の1切除例を経験したので報告する。症例は51歳女性、心窩部痛を主訴に近医受診、採血で閉塞性黄疸を認め当院消化器内科へ紹介となった。CTで膵頭部に造影効果に乏しい29×24mm大の辺縁不整な腫瘤を認めた。病変部からのEUS-FNAは不成功であったが、上部消化管内視鏡で十二指腸乳頭部周囲粘膜面に不整がみられ膵頭部腫瘍による浸潤が疑われたため同部の生検を行い高分化型管状腺癌と診断された。病変は局所に限局し遠隔転移がないものの下大静脈への広範な浸潤が疑われたことから局所制御の向上を図る目的で化学放射線療法を行い手術の方針とした。S-1 100mg/dayの28日間内服と放射線照射50.4Gy/28分割の併用を行い、治療後4週間でCTとMRIにより再評価した。腫瘍は15×10mmに縮小、下大静脈との境界は一部不明瞭であったが遠隔転移も認められないため手術を行った。術中所見では腫瘍は膵頭部に母指頭大の硬結として触知、上腸間膜静脈の右側壁に浸潤していたが下大静脈への浸潤は認められなかった。亜全胃温存膵頭十二指腸切除術、上腸間膜静脈切除再建を行った。摘出標本の病理組織診断では病理学的完全奏功が得られていた。術後に肺動脈血栓を生じ入院期間が延長したが術後21日目に退院、現在外来でS-1による術後補助化学療法を行っているが術後4ヶ月無再発生存中である。近年、膵癌の治療成績向上を目的として集学的治療が行われるようになってきた。その中でも術前化学放射線療法は有効な治療成績が報告されるようになってきている。しかしながら推奨されるレジメンはまだ存在しない。本症例はS-1と放射線療法併用により病理学的完全奏功が得られており、腫瘍縮小とDown stagingを図り治療切除率を上げる有効なレジメンと考えられた。

106 切除不能進行膵癌に対する modified FOLFIRINOX 療法における発熱性好中球減少症のリスク因子の検討

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○千住 明彦、岩下 拓司、清水 雅仁

切除不能進行膵癌（APC）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。多剤併用療法でありFNを中心とした有害事象の発生も多くdose modified FX（mFX）の有用性が報告されているが安全性の評価は十分ではない。【目的】APCに対するmFXの治療効果とFNに関連する危険因子について検討した。【方法】2014年4月から2021年12月までに当院においてAPCに対して一次化学療法としてmFX療法を施行した95症例を対象とした。FN群と非FN群に分けて患者背景、治療成績、FN発症のリスク因子について検討した。【結果】FN群（14例）：非FN群（81例）では年齢中央値（歳）66（range 56-74）：63（range 38-74）、男性7例（50%）：45例（55.5%）、遠隔転移あり10例（71%）：59例（72%）、CA19-9中央値（U/mL）633：888、原発巣サイズ中央値（mm）34（range 30-48）：32（range 28-38）、胆管ステント留置あり5例（35%）：19例（23%）、血清Alb（mg/dL）中央値4.0（range 3.65-4.3）：4.2（range 3.9-4.4）、糖尿病あり6例（42.8%）：26例（32%）、BMI異常値3（21.4%）：28（34.5%）、UGT1A1変異2（14.2%）：3（3.7%）、Hb中央値12.5（12.2-13.2）：12.5（11.5-13.6）について有意差を認めなかった。FNに関する多変量解析を用いた検討では、年齢、性別、血清Alb値、腫瘍径、胆管ステント留置、CA19-9、UGT1A1変異、Hb、糖尿病の有無について検討を行い糖尿病が有意なFNのリスク因子であった（P=0.047、odds ratio 3.98）奏効率は28%（PR4例）：35%（29例）；CR1例、PR28例（p=0.76）、病勢制御率71%（10例）：80%（65例）（p=0.48）無増悪生存期間中央値は165日（66.5-329.2）：252日（119-446）（P=0.18）と有意差を認めなかったが、全生存期間中央値は231：438日（p=0.02）でありFN群で良好であった。二次治療への移行は8例（57%）：72例（88%）（P=0.008）でありFN群が二次治療への移行が少なかった。【結論】APCに対するmFOLFIRINOX療法では、糖尿病がFNのリスク因子であった。FN群、非FN群では奏効率、病勢制御率、無増悪生存期間に有意差はなかったが、OSでは非FN群で良好であった。

108 化学療法により長期の病勢コントロールが可能であったUR-LA膵頭部癌の一例

新城市民病院 外科

○柴崎 泰、金子 猛、横井 佳博

【緒言】近年膵癌に対する治療法の変遷は目覚ましく、切除可能膵癌に対する術前化学療法の有益性がPrep-02/JSAP-05試験により報告され、膵癌における標準治療が変化してきている。また膵癌に使用できる治療法のレジメンも少しずつ拡充されつつあり、予後の向上が今後期待される。しかしながら切除不能膵癌に関しては、化学療法によりconversion surgeryが可能であったとする報告も散見されるが、一般的には長期生存は稀である。今回化学療法により長期に渡り良好な病勢コントロールが得られている症例を経験したため報告する。【症例】70代女性、健診異常を機に施行された腹部造影CTで、膵頭部に2cm超の乏血性腫瘍を指摘された。腫瘍は膵頭部周囲へ進展し、SMAに全周性の接触を認めた。EUS-FNAによる吸引細胞診を行ったところ、腺癌の診断に至った。また上部消化管内視鏡で十二指腸球部に膵癌の浸潤を認めた。組織検査でMSIは陰性であった。腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。UR-LA膵頭部癌T4N1M0 StageIIIの診断となり、化学療法を開始、1st lineとしてGEM+nab-PTX療法を施行した。ダウンスレージングは得られなかったものの、14か月後に腹水出現とCEAの上昇を認めPDとなるまで長期に渡り腫瘍の増殖が抑えられた。2nd lineとしてGEM+S-1に変更したところ、腹水は消失し腫瘍マーカーも一旦正常化した。9か月で肝転移出現を認めPDと判断した。3rd lineとしてnal-IRI+5FU/LV療法へ変更、現在まで7か月、病状の悪化は認めていない。またこれまで閉塞性黄疸や十二指腸狭窄等も認めておらずQOLもある程度維持されている。【結論】治療開始から2年半以上に渡り病勢コントロールがうまくできている稀有な症例と思われる。