

# 日本消化器病学会東海支部第139回例会

## 第 50 回 教 育 講 演 会

### プログラム抄録集

---

会 長 西脇伸二  
(JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院)

日 時 2023年11月18日 (土) 午前 8 時50分より

会 場 長良川国際会議場  
〒502-0817 岐阜県岐阜市長良福光2695-2  
TEL (058) 296-1200

参加受付

演者座長受付

第 1 会場	1 F	メインホール
第 2 会場	5 F	国際会議室
第 3 会場	4 F	大会議室 A・B
第 4 会場	4 F	大会議室 C
幹事会	2 F	第 5 会議室

(附 第130回市民公開講座プログラム)

2023年11月19日 (日)

西濃厚生病院 講堂

## 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
男女共同参画の会のご案内	9
第26回専門医セミナーのご案内	10
第50回教育講演会のご案内	11
第130回市民公開講座のご案内	12
第50回教育講演会プログラム	15
第50回教育講演会抄録	16
男女共同参画の会プログラム	27
男女共同参画の会プログラム抄録	28
シンポジウムプログラム	32
シンポジウム抄録	37
一般演題プログラム	46
一般演題抄録	64
協賛企業一覧・広告	83

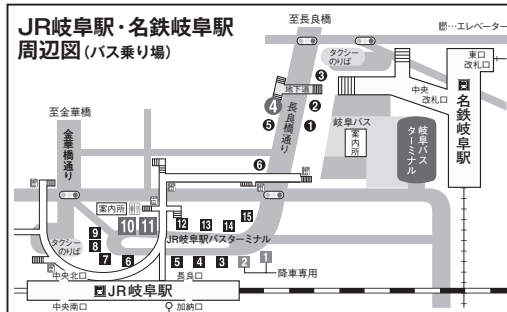
# 交通のご案内

## 岐阜市内地図



## 鉄道・バス

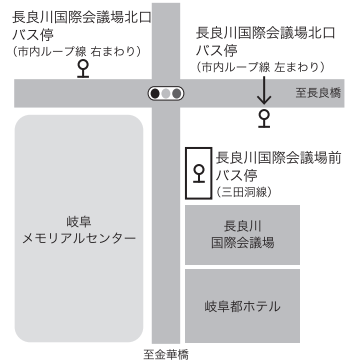
### 【名古屋から】



### 行き先と乗り場

行先番号「K50」「K55」は、岐阜バスターミナル始発（JR岐阜駅前10乗場）「長良川国際会議場前」下車 徒歩1分、JR岐阜駅から約20分  
 ※「市内ループ左回り」（JR岐阜駅前11乗場／名鉄岐阜駅前4乗場）でもアクセス可「長良川国際会議場北口」下車徒歩3分、JR岐阜駅から約20分  
 ※7時～22時まで、約10分間隔で運行しております。

### 長良川国際会議場周辺バス乗り場



長良川国際会議場からバスで岐阜駅方面へ移動される方は、信号の左右にバス停がある、市内ループ線のほうが便数が多いです。

## タクシー

【JR岐阜駅・名鉄岐阜駅からタクシー】 約10～15分 約1,800円

※会場に有料駐車場がございますが台数に限りがありますので公共交通機関をご利用ください。  
 ※駐車場等の割引はございません。

## 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。
- ・参加受付は8：30頃より開始予定です。
- ・会場内では、感染症予防および拡散防止にご理解・ご協力をお願いいたします。  
発熱や体調不良など感染症の疑いがある場合は、来場をお控えください。
- ・クロークはございません。予めご了承ください。

### ■支部例会のご案内

参加費：会員 1,000円（不課税）

非会員 1,100円（課税・消費税10% 100円）

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：会員 1,000円（不課税）

非会員 1,100円（課税・消費税10% 100円）

※教育講演会のみ参加は不可、支部例会の参加登録が必須。半日参加、全日参加にかかわらず一律料金。

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。

※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。

参加証の発行には、午前の部・午後の部それぞれの講演を聴講し、かつ講演毎に出題されるセルフトレーニング問題への回答が必要です。

専門医更新単位は午前9単位、午後9単位です。

### ■専門医セミナーのご案内

参加費：無料 ※支部例会の参加登録が必須

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5年11月18日（土）12：40～13：40

会場：1階 メインホール（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：4階ロビー

持ち時間：シンポジウム①	口演7分	質疑応答3分	総合討論なし
シンポジウム②	口演7分	質疑応答3分	総合討論なし
一般演題	口演5分	質疑応答2分	

### 《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》

- ・ご発表セッション開始30分前までに「演者座長受付」にてご到着をお知らせいただいた上でデータ受付を行ってください。
- ・スライド枚数に制限はありませんが発表時間を厳守してください。
- ・発表方法については次頁の「発表要領」をご確認ください。

### ■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。  
演台に備え付けのマウス等を使用し、発表者ご自身にて進めてください。  
オンライン発表には対応していません。
- ・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

### 《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. メディアの持ち込みは Windows 版 Power Point で作成されたデータのみといたします。  
(フォントは Power Point に標準搭載されているものをご使用ください。)
3. Mac で作成したデータは Windows 上で位置のずれや文字化け等の不具合が生じる場合が多いため、本体持ち込みを推奨いたします。  
データ持ち込みの場合は、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. 静止画・動画・グラフ等のデータ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、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 持ち込みによるご発表》

1. 必ず付属の AC アダプターをご持参ください。
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。  
事前に持ち込むデバイスをご確認の上、変換アダプターが必要な場合は必ずご持参ください。
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事前に設定をご確認ください。
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 『消化器がんの診断と治療 up to date』

会 場：第 3 会場

時 間：9：00～11：00

司 会：愛知県がんセンター 内視鏡部

田中 努

岐阜大学医学部附属病院 がんセンター

牧山 明資

シンポジウム 2 『消化器疾患診療における医療安全—各施設での取り組み—』

会 場：第 3 会場

時 間：14：20～17：00

司 会：岐阜市民病院 消化器内科

小木曾富生

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

石津 洋二

ランチョンセミナー 1

会 場：第 2 会場

時 間：12：40～13：40

演 者：大阪公立大学大学院医学研究科 消化器内科学

田中 史生

『機能性ディスペプシア診療ガイドライン改訂第 2 版の要点  
～六君子湯の位置づけとエビデンス～』

座 長：長良医療センター 消化器内科

加藤 則廣

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

演 者：岐阜大学医学部附属病院 がんセンター

牧山 明資

『胃癌一次治療におけるオブジーボ+化学療法の適正使用』

座 長：浜松医科大学医学部附属病院 上部消化管外科

竹内 裕也

共 催：小野薬品工業株式会社

アフタヌーンセミナー 1

会 場：第1会場

時 間：13：50～14：50

演 者：三重大学医学部附属病院 消化器病センター 堀木 紀行  
『便秘症診療トピックス』

座 長：JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 西脇 伸二

共 催：ヴィアトリス製薬株式会社

アフタヌーンセミナー 2

会 場：第2会場

時 間：13：50～14：50

演 者：岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 井深 貴士  
『便クローン病のこれからの治療戦略を考える』

座 長：松波総合病院 消化器内科 荒木 寛司

共 催：アッヴィ合同会社

スポンサードセミナー

会 場：第2会場

時 間：11：30～12：30

演 者：JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 足立 政治  
『検診車による集団胃がん内視鏡検診と AI 画像診断支援の有用性』

座 長：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器内科学 清水 雅仁

共 催：富士フイルムメディカル株式会社



## 男女共同参画の会のご案内

会 場：第3会場

時 間：11：30～12：30

テ ー マ：「女性医師とキャリア・アップ～学会の役割」

司 会：高山赤十字病院 内科

白子 順子

特別発言：日本消化器病学会東海支部 支部長・藤田医科大学 消化器内科学

廣岡 芳樹

1) 『学会の発展を支える多様性について』

演者：岐阜大学保健管理センター・大学院連合創薬医療情報研究科

医学部附属病院 糖尿病代謝内科

山本真由美

2) 『大学院を卒業して』

演者：岐阜大学医学部附属地域医療医学センター

大西 祥代

3) 『女性医師のキャリアアップについて考える』

演者：朝日大学病院 消化器内科

中畑 由紀

## 第26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：「食道病変の診断と診療方針」

司 会：岐阜県総合医療センター 消化器内科

山崎 健路

症例提示：岐阜県総合医療センター 消化器内科

増田 直也

討 論 者：岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部

井深 貴士

愛知県がんセンター 内視鏡部

伊藤 信仁

浜松医科大学 光学医療診療部

石田 夏樹

三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

池之山洋平

病理コメンテーター：岐阜大学医学部附属病院 病理診断科諾

宮崎 龍彦

## 第50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 『ウイルス制御時代の肝疾患診療』

講師：大垣市民病院 消化器内科

豊田 秀徳

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器内科学

清水 雅仁

### 教育講演2 『消化器内視鏡の現状（IEE から AI の応用まで）』

講師：朝日大学病院 消化器内科

八木 信明

司会：松波総合病院 消化器内科

荒木 寛司

### 教育講演3 『大腸癌治療の up to date』

講師：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学

松橋 延壽

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

問山 裕二

### 教育講演4 『胆石症に対する診断と治療の up to date』

講師：岐阜大学医学部附属病院 第一内科

岩下 拓司

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

## 第130回市民公開講座のご案内

日 時：2023年11月19日（日） 13：00～16：00

会 場：西濃厚生病院 講堂

司 会：JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院

西脇 伸二

### ここまで進んだおなかの病気の診断と治療

胃と大腸のがん：ここまで進んだ内視鏡診断と治療

講師：JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院

足立 政治

大腸がん：ここまで進んだ外科治療

講師：JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院

高橋 孝夫

ここまで進んだ肝臓病の診断と治療

講師：JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院

白木 亮

ここまで進んだすい臓がんの診断と治療

講師：JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 岐北厚生病院

畠山 啓朗

# 男女共同参画の会 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。

# 男女共同参画の会プログラム

## 第3会場

司 会：高山赤十字病院 内科

白子 順子

特別発言：日本消化器病学会東海支部 支部長・藤田医科大学 消化器内科学

廣岡 芳樹

テーマ：「女性医師とキャリア・アップ～学会の役割」

『学会の発展を支える多様性について』

演 者：岐阜大学保健管理センター・大学院連合創薬医療情報研究科  
医学部附属病院 糖尿病代謝内科

山本真由美

『大学院を卒業して』

演 者：岐阜大学医学部附属地域医療医学センター

大西 祥代

『女性医師のキャリアアップについて考える』

演 者：朝日大学病院 消化器内科

中畑 由紀

## 1) 学会の発展を支える多様性について

岐阜大学保健管理センター・大学院連合創薬医療情報研究科 医学部附属病院 糖尿病代謝内科 山本眞由美

OECDの保健指標レベル報告(Health at a Glance 2019)によれば、我が国はOECD加盟国中、最長の平均寿命、最低の総死亡率・乳児死亡率・肥満人口割合を達成したものの、女性医師割合は最低である。演者は、2019年から4年間、日本内分泌学会の男女共同参画推進委員会委員長を担当し、米国内分泌学会のGovernance Task Force委員にも参加したので、この経験を紹介するとともに、学会の多様性と活性化について述べさせていただきます。

日本内分泌学会は、2009年に女性医師専門医育成・再教育委員会が立ち上がった。初期研修義務化に伴う臨床現場の医師不足の対策のために、女性医師のライフイベントに伴う離職や専門研修離れに策を講じる結果となった経緯である。その後は、委員会としての体制を整え、男女共同参画推進委員会として活動を続けており、JES WE CAN(Japan Endocrine Society Women Endocrinologists Association)というニックネームで会員に周知されている。活動は、(1)各種学術集会でのJES WE CAN企画プログラムの実施、(2)会員の啓発・意識改革、(3)女性会員の応援、などであるが、(1)は特に重要である。女性会員がプログラムの企画・発案から実施・報告までのすべての過程に参画することにより、女性の視点や女性会員のニーズが学会プログラムに反映され、また女性会員は学会活動経験を蓄積させることができるからである。これは多様な学会員の参画が学会の活性化を促進することの一例である。現在、日本内分泌学会は、13の内科系基幹学会中、最も女性会員割合が多く、20歳代会員の約50%は女性である。専門医・指導医取得率に男女差は無くなり、理事や評議員の女性割合も急速に全女性会員割合に近づいている。演者の経験が、日本消化器病学会東海支部の活動に少しでもお役に立てば幸いである。

## 2) 大学院を卒業して

岐阜大学医学部附属地域医療医学センター 大西 祥代

岐阜県の女性医師数は年々増加傾向であり、厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査によると令和2年には岐阜県の女性医師は856人（全体の19.3%）といわれている。しかし、女性医師の就業率のM字カーブが問題になっており、女性医師が医師として就業している率は、医学部卒業後、年が経つにつれて、減少傾向をたどり、35-36歳で最低となるといわれている。私はそんな女性医師M字カーブの時期に、大学院卒業・愛知県がんセンター勤務となった。なれない環境での勤務ではあったが、内視鏡部・消化器内科部の先生の手厚い指導や、仕事環境に恵まれ、日常臨床での経験だけではなく、学会発表から論文作成まで様々なことに挑戦できた。その中の一つに、大学院での研究の続きとして愛知県がんセンターでも研究を続けていたサルコペニアに関して、愛知県がんセンターシステム解析学山口類先生・消化器内科桑原崇通先生のご協力のもと、『AIを用いたサルコペニア診断』で科研費および愛知県がん研究振興会研究助成金を取得できた。サルコペニアの診断は、従来は骨格筋量測定を専用のソフトを用い、手動でセグメンテーションを行い診断していた。しかしこの方法では、時間と手間がかかり日常臨床に広く活用されるまで至っていない。今回のわれわれの研究により、従来の欠点を補い、CT画像から直接サルコペニアを診断するAIの作成に成功した。（感度：82.3%・特異度：98.1%・正診率：89.5%）

平成21年日本医師会によるアンケート調査で、子育てと勤務の両立するために必要なものの第一位は『職場の雰囲気・理解』だった。私の場合は子育てと勤務を両立するためのものではないが、職場の楽しい雰囲気と、特に清水教授をはじめ医局の先生、がんセンターの内視鏡部・消化器内科部の先生の協力・理解があってこそだと思っている。



### 3) 女性医師のキャリアアップについて考える

朝日大学病院 消化器内科 中畑 由紀

女性には妊娠、出産、更年期など、他人に肩代わりしてもらおうことのできないいくつかのライフイベントがある。働いている女性であれば、その都度仕事とどのように両立していくのかを慎重に考えなければならない。また、男性女性に限らず、健康上の問題や介護などで、仕事との両立について悩まなくてはならない局面が訪れることもあろう。両立が難しい時にはキャリアを一時中断または終了することも検討しなくてはならない。

私個人についてはどうかというと、2人の子供の母として、例に漏れずいろいろなことで大変悩みつつ、しかし周囲の方に恵まれ現在まで働くことができた。内視鏡医としての技術やキャリアはこれまで続けてきたからこそ得られたものであり、感謝の念に堪えない。

医師国家試験において、女性の合格率は10年以上にわたり3割を超えており、それに伴い医師全体に占める女性医師の割合も増加している。もはや女性医師は少数派とは言えず、女性医師の仕事やキャリアアップとライフイベントとの両立は医師全体で考えるべき問題になっている。全体で考えることで、キャリアアップについて前向きに考えやすい仕組み作りが可能となる。最終的には全員が働きやすく、さらに、両立が難しいため一時離脱していた医師たちが、また働こうと思えるような環境を整えることが理想である。

私自身、医師になって10年以上が経過し、今後のキャリアアップについて考えなくてはならないことが増えてきた。今回、一事例として私がこれまでどのように働いてきたかについても触れつつ、女性医師のキャリアアップについて考えていきたい。

# 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 3 会場

9:00～11:00

司 会：愛知県がんセンター 内視鏡部 田中 努  
岐阜大学医学部附属病院 がんセンター 牧山 明資

## 『消化器がんの診断と治療 up to date』

- S1-1 人工知能による大腸内視鏡診断支援システムの開発に向けた国際共同研究の取り組み  
<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器代謝内科、  
<sup>2</sup>Hallym University College of Medicine  
○宇野 好<sup>1</sup>、久保田 英嗣<sup>1</sup>、Cho Bum-Joo<sup>2</sup>、福定 繁紀<sup>1</sup>、杉村 直美<sup>1</sup>、  
水野 裕介<sup>1</sup>、田中 守<sup>1</sup>、尾関 啓司<sup>1</sup>、志村 貴也<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>1</sup>
- S1-2 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と課題  
愛知県がんセンター 内視鏡部  
○高木 暁広、山田 啓策、伊藤 信仁、田中 努、田近 正洋、丹羽 康正
- S1-3 大腸腫瘍における腫瘍関連 microRNA の発現  
藤田医科大学 医学部 消化器内科  
○村島 健太郎、中川 義仁、廣岡 芳樹
- S1-4 胆嚢癌術前の造影ハーモニック EUS の有用性に関する検討  
岐阜県総合医療センター  
○吉田 健作、丸田 明範、入谷 壮一、小澤 範高、永野 淳二、山崎 健路、  
清水 省吾
- S1-5 当院における IPMN 経過観察の現状と悪性化例に対する課題  
社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器内科  
○片岡 史弥、河口 順二、神野 宏規、亀井 真琴、長尾 涼太郎、  
中西 孝之、浅野 剛之、田上 真、荒木 寛司、杉原 潤一
- S1-6 浸潤性膵管癌と遠位胆管癌の CT 画像所見における鑑別法についての検討  
磐田市立総合病院  
○玉腰 裕規、金子 淳一、山田 貴教
- S1-7 EUS-FNB 検体を用いた遺伝子パネル検査の成功に寄与する因子の検討  
静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科  
○坂本 拡基、石渡 裕俊、佐藤 純也

- S1-8 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 第一内科  
○千住 明彦、岩下 拓司、岩田 翔太、嶋田 貴仁、宇野女 慎二、手塚 隆一、華井 竜徳、上村 真也、清水 雅仁
- S1-9 切除不能胆道癌に対する Durvalumab + GC 療法の当院での治療成績  
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科  
○中村 佳史、山田 玲子、小林 真悠、田中 隆光、野瀬 賢治、三輪田 哲郎、坪井 順哉、中川 勇人
- S1-10 肝細胞癌に対する経橈骨動脈的肝動脈化学塞栓術の臨床的有用性  
豊橋市民病院 消化器内科  
○社本 賢昭、内藤 岳人、浦野 文博
- S1-11 当院における切除不能進行肝細胞癌に対する全身薬物療法の初回治療成績の時代的変遷  
<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 消化器内科、<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、<sup>3</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学診療部  
○山本 崇文<sup>1</sup>、伊藤 隆徳<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、横山 晋也<sup>2</sup>、山本 健太<sup>3</sup>、今井 則博<sup>2</sup>、石津 洋二<sup>1</sup>、本多 隆<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>2</sup>
- S1-12 切除不能肝細胞癌一次治療におけるアテゾリズマブ + ベバシズマブ併用療法の予後予測因子についての検討  
<sup>1</sup>岐阜県立多治見病院、<sup>2</sup>名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、<sup>3</sup>春日井市民病院 消化器内科、<sup>4</sup>JCHO 中京病院 消化器内科、<sup>5</sup>豊川市民病院 消化器内科  
○岡山 幸平<sup>1</sup>、鈴木 孝典<sup>2</sup>、松浦 健太郎<sup>2</sup>、奥村 文浩<sup>1</sup>、祖父江 聡<sup>3</sup>、日下部 篤宣<sup>4</sup>、長谷川 泉<sup>4</sup>、的屋 奨<sup>5</sup>、藤原 圭<sup>2</sup>、片岡 洋望<sup>2</sup>

## シンポジウム2

第3会場

14:20~17:00

司会：岐阜市民病院 消化器内科

小木曾富生

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

石津 洋二

### 『消化器疾患診療における医療安全—各施設での取り組み—』

- S2-1 消化器疾患診療における医療安全を内視鏡システムの機器ログ情報分析より考える  
藤枝市立総合病院 消化器内科  
○星野 弘典、吉井 重人、丸山 保彦
- S2-2 JCI 認定病院における消化器診療の現状  
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 消化器内科  
○齋藤 彰敏、林 克巳、加藤 大介、森 俊敬、宮城島 俊、熱田 直己、  
塚本 宏延、蟹江 浩、宮部 勝之、山田 智則
- S2-3 医療安全の観点から女性医師における内視鏡手技関連疲労度の検討  
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科  
○猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、武仲 祐弥、荒木 幸子、西垣 信宏、  
小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月
- S2-4 X線防護衣による筋骨格系疲労を軽減する人間工学的アプローチ法の提唱  
<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学、  
<sup>2</sup>産業医科大学 産業生態科学研究所 人間工学研究室、  
<sup>3</sup>名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科  
○堀 寧<sup>1</sup>、榎原 毅<sup>2</sup>、林 香月<sup>1,3</sup>、吉田 道弘<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、加地 謙太<sup>1</sup>、  
佐橋 秀典<sup>1</sup>、片岡 洋望<sup>1</sup>
- S2-5 多職種・多部門で取り組むペプチド受容体放射線核種治療（PRRT）導入準備について  
藤田医科大学 消化器内科  
○田中 浩敬、大野 栄三郎、葛谷 貞二、川部 直人、中岡 和徳、中野 卓二、  
宮地 洋平、越智 友花、宮地 小百合、廣岡 芳樹
- S2-6 当院における膣手術後の出血性合併症による Failure to Rescue 回避への取り組み  
名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器外科  
○傳田 悠貴、松尾 洋一、江口 祐輝、野々山 敬介、村瀬 寛倫、加藤 知克、  
今藤 裕之、齊藤 健太、森本 守、瀧口 修司

- S2-7 抗 CD20抗体製剤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、増田 直也、大谷 毅一、入谷 壮一、吉田 健作、丸田 明範、  
小澤 範高、山崎 健路、清水 省吾
- S2-8 当院における消化管内視鏡の感染対策—内視鏡洗浄と清浄度管理の取り組み—  
<sup>1</sup>済生会松阪総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>済生会松阪総合病院 臨床工学課  
○黒田 直起<sup>1</sup>、天野 有<sup>2</sup>、山端 壯周<sup>2</sup>、紅林 真理絵<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、  
福家 洋之<sup>1</sup>、河俣 浩之<sup>1</sup>、脇田 喜弘<sup>1</sup>、橋本 章<sup>1</sup>、清水 敦哉<sup>1</sup>
- S2-9 リンパ節腫脹に対する EUS-FNA の有害事象軽減と病理診断能を考慮した穿刺針選択  
岐阜市民病院 消化器内科  
○奥野 充、岩田 圭介、岩佐 悠平、下城 宏太、伊藤 有紀、河内 隆宏、  
小木曾 富生、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一
- S2-10 当院における内視鏡検査時の鎮静管理の現状と今後の課題  
<sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 第一内科、<sup>2</sup>岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室  
○境 浩康<sup>1,2</sup>、井深 貴士<sup>1</sup>、三輪 貴生<sup>1</sup>、大西 紘太郎<sup>1</sup>、今井 健二<sup>1</sup>、  
白上 洋平<sup>1</sup>、末次 淳<sup>1</sup>、高井 光治<sup>1</sup>、熊田 恵介<sup>2</sup>、清水 雅仁<sup>1</sup>
- S2-11 ERCP 時のペントゾシンの事前筋注投与はミダゾラム総投与量を減少させる  
岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 消化器内科  
○馬淵 正敏、足立 政治、岩崎 萌子、田端 みずほ、岩佐 太誠、松浦 加奈、  
高田 英里、中村 博式、島崎 信、西脇 伸二
- S2-12 当院における超高齢者に対する ERCP の現状と安全対策  
岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○浦壁 憲司、山田 直晃、大岩 拓矢、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、奥村 文浩
- S2-13 医療安全に配慮した時間外緊急 ERCP  
伊勢赤十字病院 消化器内科  
○村林 桃士、大山田 純、亀井 昭
- S2-14 安全で質の高い十二指腸 Endoscopic submucosal dissection を目指したそれぞれの  
職種からの取り組み  
<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、<sup>3</sup>名古屋大学医学部附属病院 看護部、  
<sup>4</sup>名古屋大学医学部附属病院 臨床工学技術部  
○廣瀬 崇<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、古根 聡<sup>2</sup>、高田 善久<sup>2</sup>、坂戸 恵<sup>3</sup>、根木 英輔<sup>3</sup>、  
川添 知佳<sup>3</sup>、中山 竣平<sup>4</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、川嶋 啓揮<sup>2</sup>

S2-15 若手医師による ESD の治療成績と安全性についての検討

社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器内科

○長尾 涼太郎、中西 孝之、荒木 寛司、神野 宏規、亀井 真琴、片岡 史弥、  
河口 順二、浅野 剛之、田上 真、杉原 潤一

S2-16 当院における胃 ESD 後出血の検討と抗血栓薬の取り扱いに対する取り組み

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○山下 晃司、井深 貴士、林 完成、宇野 由佳里、田口 大輔、小島 健太郎、  
大西 祥代、高田 淳、久保田 全哉、清水 雅仁

## S1-1 人工知能による大腸内視鏡診断支援システムの開発に向けた国際共同研究の取り組み

<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器代謝内科、  
<sup>2</sup>Hallym University College of Medicine  
 ○宇野 好<sup>1</sup>、久保田 英嗣<sup>1</sup>、Cho Bum-Joo<sup>2</sup>、福定 繁紀<sup>1</sup>、  
 杉村 直美<sup>1</sup>、水野 裕介<sup>1</sup>、田中 守<sup>1</sup>、尾関 啓司<sup>1</sup>、志村 貴也<sup>1</sup>、  
 片岡 洋望<sup>1</sup>

【目的】日本国内において、人工知能 (Artificial Intelligence: AI) による大腸内視鏡画像診断支援システムが薬事承認を取得し、臨床現場で使用されている。しかし、現状ではその使用は主に病変の存在を診断するためのもので、質的な診断機能は限定的である。そこで今回我々は、共同研究機関である韓国のハルリム大学が開発した、質的診断および病期診断機能を備えている AI 大腸内視鏡診断支援システム、「Hallym Colonoscopy AI system」の有用性を検証した。【方法】2014年～2021年に当院で大腸内視鏡を受けた患者 420 名 (腫瘍性病変なし 51 例、大腸腺腫 55 例、大腸癌: Tis 49 例、T1 69 例、T2 71 例、T3 62 例、T4 63 例) の白色光観察による大腸内視鏡画像を「Hallym Colonoscopy AI system」を用いて診断した。なお、大腸癌症例については、病理学的病期が確定しているものに限定した。ハルリム大学に設置されたサーバー上にコンテナ型仮想化技術により実装された AI 診断システムにアクセスし、大腸内視鏡画像を「異常なし」「腺腫」「早期癌」「進行癌」の 4 つのカテゴリに分類し、AI 診断システムの精度を統計学的に検証した。【成績】AI 診断システムの精度は、正解率 80.7%、再現率 81.8%、適合率 80.2%、F 値 80.6% であった。病期別の正解率は、T1 が 85.5%、T3 が 95.2%、T4 が 95.2% と良好であったが、T2 では 54.9% と低く、早期癌と誤診される割合が高かった。なお、本研究ではコンテナ型仮想化システムを活用することで、当院の内視鏡データをハルリム大学に送信することなく、迅速かつ円滑に AI 診断システムの検証が可能であった。【結論】当院の大腸内視鏡画像データセットを用いた交差検証の結果、「Hallym Colonoscopy AI system」の汎用性能が確認された。しかしながら、その診断能には改善の余地があり、実用化に向けた、さらなる精度の向上が必要である。AI 画像診断システム開発には大量のデータセットが必要であり、デジタル技術を活用した国際共同研究の推進が有益であると考えられた。

## S1-3 大腸腫瘍における腫瘍関連 microRNA の発現

藤田医科大学 医学部 消化器内科  
 ○村島 健太郎、中川 義仁、廣岡 芳樹

【目的】microRNA (miRNA) は 22-25ヌクレオチドの小さな機能性 RNA であり、標的となる mRNA と結合して翻訳を抑制する。我々はこれまでに大腸腫瘍において腫瘍関連 miR-143、-145 が高率に発現低下することや、miR-143 を担癌マウスに導入すると腫瘍増大を抑制することを報告してきた。一方、miR-31 が大腸癌の薬剤耐性に関与することなどを報告してきた。我々は、今回大腸腫瘍でのこれらの miRNA の発現 profile を解析し、大腸発癌との関連について検討した。【方法】孤発性進行大腸癌 46 例、孤発性早期大腸癌 25 例、孤発性大腸管状・絨毛腺腫 59 例、家族性大腸腺腫症例 (FAP) 26 例、鋸齒状腺腫 (SSA/P) 16 例、潰瘍性大腸炎由来腫瘍 (UCAT) 23 例の miR-143、-145、-31 発現を real-time PCR 法を用いて解析し検討した。【成績】miR-143 の発現低下は進行癌 29/46 例 (63.0%)、早期癌 20/25 例 (80.0%)、大腸腺腫 41/59 例 (69.5%)、FAP 20/26 例 (76.9%)、SSA/P 2/16 例 (12.5%)、UCAT 13/23 例 (56.5%) で SSA/P のみ有意に低頻度であった。miR-145 の発現低下は進行癌 31/46 例 (63.0%)、早期癌 19/25 例 (76.0%)、大腸腺腫 39/59 例 (66.1%)、FAP 19/26 例 (73.1%)、SSA/P 3/16 例 (18.8%)、UCAT 16/23 例 (69.6%) で SSA/P のみ有意に低頻度であった。miR-31 の過剰発現は進行癌 27/46 例 (58.7%)、早期癌 10/25 例 (40.0%)、大腸腺腫 13/59 例 (22.0%)、FAP 5/26 例 (19.2%)、SSA/P 8/16 例 (50.0%)、UCAT 4/23 (17.4%) で早期癌、腺腫、FAP、UCAT で低頻度であった。【結論】miRNA の発現 profile を比較すると、SSA/P は adenoma-carcinoma sequence による発癌が大きく異なることが示唆される。よって、microRNA を診断や治療に応用する場合は back ground を含めた病理診断の詳細な検討が必要であることが示唆された。

## S1-2 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と課題

愛知県がんセンター 内視鏡部  
 ○高木 暁広、山田 啓策、伊藤 信仁、田中 努、田近 正洋、  
 丹羽 康正

【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2022年8月までに当院にて外科手術を行った全大腸癌患者のうち、UTS の同意取得が得られ、免疫染色が可能であった 711 症例を対象に、その臨床的意義を後方的に検証した。【結果】711 例中 MMR の発現消失を 67 例に認め、うち BRAFV600E 変異型が 28 例であったため 39 例 (5.5%; MMR 欠損群) に LS が疑われた。このうち 10 例のみが MMR の遺伝学的検査 (GT) を受け、6 例が 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 0.48/0.75、1.0/0.75 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) 62:66 (p=0.23)、性別 (男/女) = (18/21): (365/307) (p=0.33)、病変主座 (右側結腸/左側結腸) = (24/15):(189/483) (p<0.01)、組織型 (分化型/未分化+粘液癌) = (25/14):(560/112) (p<0.01) と、欠損群で有意に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 8 例 (20.5%)、LS のうち 1 例 (16.7%) が大腸癌の手術歴を有していた。【考察と結論】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まれない一定数の LS がおり、LS や LS 疑いを診断することにより異時性大腸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 や他臓器のサーベイランス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。

## S1-4 胆嚢癌術前の造影ハーモニック EUS の有用性に関する検討

岐阜県総合医療センター  
 ○吉田 健作、丸田 明範、入谷 壮一、小澤 範高、永野 淳二、  
 山崎 健路、清水 省吾

【背景】B-mode EUS は胆嚢ポリープの良悪性診断に有用であるが、造影ハーモニック EUS (CEH-EUS) はより詳細な情報が得られる可能性がある。CEH-EUS により胆嚢ポリープの良悪性を判断する指標があれば手術に移すべき症例が判明する可能性がある。【目的】胆嚢腫瘍術前の CEH-EUS の良悪性診断における有用性について検討する。【方法】2012年5月から2023年4月までに当院で胆嚢腫瘍に対して CEH-EUS を施行した 98 例のうち、結節長径: 10mm 以上で手術が施行された 55 例を対象。B-mode EUS で描出または CEH-EUS で造影される結節について胆嚢壁の inner hypochoic layer の不明瞭化または outer hyperechoic layer の断裂を認める症例を胆嚢癌と定義、CEH-EUS については結節の造影パターンを homogeneous、heterogeneous に分類し、heterogeneous な造影パターンを胆嚢癌と定義。また、CEH-EUS で造影されない結節は胆泥と定義した。B-mode EUS、CEH-EUS における最適な良悪性鑑別の評価方法について比較検討した。【結果】男性: 24 例、年齢中央値: 70 歳。最終診断は良性: 36 例 (胆嚢腺筋症: 14 例、胆泥: 6 例、コレステロールポリープ: 3 例)、慢性胆嚢炎: 12 例、胆嚢腺腫: 1 例、悪性: 19 例 (腺癌: 19 例) であった。B-mode EUS での評価では腫瘍高中央値 (悪性: 16mm、良性: 9mm、P=0.0004)、腫瘍幅中央値 (悪性: 24mm、良性: 14mm、P<.0001)、壁層構造 (不明瞭または断裂) (悪性: 16 例、良性: 10 例、P<.0001) で良悪性に有意差を認めた。B-mode EUS での良悪性鑑別において腫瘍幅での評価が最も正診率が高く、感度: 74%、特異度: 86%、正診率: 82% であった。CEH-EUS での胆嚢腫瘍の良悪性鑑別において造影パターンの評価は感度: 68%、特異度: 94%、正診率: 85% であり、壁層構造の評価は感度: 95%、特異度: 97%、正診率: 96% であった。CEH-EUS による壁層構造の評価は B-mode EUS (P=0.01)、CEH-EUS (P=0.0374) による造影パターンの評価と比較して胆嚢癌診断に対する正診率が有意に高い結果となった。【結論】胆嚢腫瘍術前に CEH-EUS で壁層構造を評価することで良悪性鑑別が可能となり、適切な術式を選択できる可能性がある。



## S1-5 当院におけるIPMN 経過観察の現状と悪性化例に対する課題

社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器内科  
○片岡 史弥、河口 順二、神野 宏規、亀井 真琴、長尾 涼太郎、  
中西 孝之、浅野 剛之、田上 真、荒木 寛司、杉原 潤一

【背景】IPMNは経過観察中に悪性化することが知られており、定期的な経過観察を要する。一方、観察期間や検査間隔については国際IPMN診療ガイドラインに沿って患者背景も考慮しながら行われている現状がある。【目的】2018年4月から2023年3月までに当院でMRIを施行し、画像上IPMNが疑われた457例のうち多房性嚢胞・10mm以上の単房性嚢胞・EUSやMRCPで主膵管と交通が確認されるのいずれかを満たす336例に対して、当院の経過観察例の現状について後方視的に検討した。【結果】男/女:181/155、年齢中央値 72歳(38-90歳)、主病変:頭部91/体部68/尾部69/鉤部42/2領域以上65、嚢胞径中央値 15mm(5-65mm)。初回診断時以降、254例(75.6%)は当院で継続的な経過観察が行われ、82例(24.4%)は行われていなかった。経過観察例の中で、他院での経過観察が施行中の25例を除く229例(経過観察群)の年齢中央値 72歳(38-90歳)、経過観察期間中央値 1083日(0-5756日)、嚢胞径中央値 15mm(5-65mm)。経過観察が行われていない86例(非経過観察群)の年齢中央値 78歳(45-92歳)、経過観察期間中央値 245日(0-4364日)、嚢胞径中央値 15mm(7-50mm)であった。経過観察なしの理由は偶発的指摘による経過観察なし45、経過観察希望なし33、不明4であった。75歳未満は経過観察群で有意に多く、75歳以上は非経過観察群で有意に多かった( $p < 0.001$ )。また経過観察中に9例(由来癌7例、併存癌2例)で膵癌出現が疑われた。由来癌が疑われた7例は膵癌診断時に全例切除可能であり、手術を希望しなかった3例と他疾患で死亡の1例を除く3例で手術が行われた(IPMN1/IPMC noninvasive 1/IPMC invasive 1)。併存癌の1例は経過観察中のMRCPでは変化は認めなかったが、後方視的にはT2強調画像で診断の半年前から低信号域を有していた。【結語】当院のIPMN経過観察において、特に75歳以上の高齢者や偶発的な発見例に対する経過観察に課題を有していた。また経過観察中は、併存癌の可能性も考えMRCPのみならずT2強調画像なども用いて膵全体を俯瞰しての経過観察が必要である。

## S1-7 EUS-FNB 検体を用いた遺伝子パネル検査の成功に寄与する因子の検討

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科  
○坂本 拓基、石渡 裕俊、佐藤 純也

【背景・目的】近年、消化器がん診療において、遺伝子パネル検査(CGP)に基づいた個別化医療が治療選択の一つとなった。代表的なCGPであるFoundationOne CDx(F1CDx)の解析成功率は手術検体で約95%であるが、EUS-FNB検体(FNB検体)では70%程度であり成功率の向上が望まれる。EUS-FNBにおいて、22G針と比較すると19G針の成績が良いが、操作性に劣り全例に使用することはできない。本研究の目的は、針径の違いによるF1CDxの成績を明らかにすること、22G針でのF1CDx解析成功に寄与する因子を探索することである。【方法】当院で2019年6月から2023年1月に、FNB検体を用いてF1CDxを施行した消化器悪性腫瘍107例を後方視的に検討した。まず、A群:細径針(22G針)77例とB群:太径針(19/20G針)30例で比較を行い、次にA群のF1CDx解析成功に寄与する因子の解析を行った。F1CDx解析レポートに基づき、passedまたはqualifiedを解析成功と定義した。全例で検体を肉眼観察し、白色検体長を測定した。【結果】癌腫は膵癌が82名、80%(A vs. B群)で、B群で経胃穿刺(44 vs. 70%,  $p = 0.02$ )が多く、F1CDxに提出したパラフィンブロック中の合計白色検体長の中央値がB群で有意に長かった(40 vs. 56mm,  $p = 0.049$ )。F1CDxの解析成功率はB群で有意に高かった(83 vs. 100%,  $p = 0.02$ )。A群におけるF1CDx解析成功に寄与する因子について多変量解析を行うと、白色検体長32mm以上が独立因子であった(Odds比4.9[1.0-24],  $p = 0.047$ )。【結論】FNB検体を用いたF1CDxは太径針を用いた方が細径針よりも解析成功率が高い。細径針の場合には白色検体長32mm以上が成功率向上の基準となり、検査中に穿刺回数を定める目安となる可能性がある。

## S1-6 浸潤性膵管癌と遠位胆管癌のCT画像所見における鑑別法についての検討

磐田市立総合病院  
○玉腰 裕規、金子 淳一、山田 貴教

【目的】膵頭部癌と遠位胆管癌は画像所見が類似し、特に膵腫瘍が明らかではない症例においては、画像所見からの鑑別は難しい。ただし、切除可能膵頭部癌における術前化学療法が一般化したことで、術前症例における両者の鑑別の重要性は増している。今回我々は膵頭部癌と遠位胆管癌の症例のCT所見を後向きに解析し、両者の鑑別に有用な所見について検討を行った。【方法】2016年1月~2022年3月に当院で膵頭十二指腸切除術が施行され、かつ術前CT所見で膵腫瘍が明らかでなかった15症例(浸潤性膵管癌6例、遠位胆管癌9例)を対象とした。胆道ドレナージ前の造影CTの画像を、臨床情報をブラインド化した状態で2名の消化器内科医師により読影を行い、項目(遅延性濃染領域の有無、胆管壁の造影効果の有無、膵管拡張 $\geq 4$ mm、胆管軸変異の有無)について膵頭部癌と胆管癌の鑑別能について検討を行った。胆管軸変異は遠位胆管軸における肝門部胆管軸の角度を測定し、ROC曲線を用いてカットオフ値を算出した。【結果】最終病理組織はすべて腺癌であり、病理学的腫瘍径は膵癌で中央値29.5mm(19.5-50mm)、胆管癌で45mm(10-60mm)であった。胆管軸変異角度の膵癌に対するカットオフ値は67度(AUC: 0.67, 95% CI: 0.37-0.97)であり、67度以上は胆管軸変異ありとした。各項目の膵癌における感度と特異度は、遅延性濃染領域ありが感度83%/特異度67%( $p = 0.12$ )、胆管壁造影効果なしが感度50%/特異度89%( $p = 0.23$ )、膵管拡張ありが感度33%/特異度89%( $p = 0.53$ )、胆管軸変異ありが感度67%/特異度78%( $p = 0.14$ )であった。これら4項目の内、2項目以上合致では感度83%/特異度78%( $p = 0.04$ )であり、1項目以下と比較し膵癌である可能性が高いことが分かった。【結語】CT上膵腫瘍が明らかでない膵癌と胆管癌のCT所見における鑑別には遅延性濃染領域、胆管壁造影効果、膵管拡張、胆管軸変異に着目することが重要であることが示唆された。

## S1-8 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 第一内科  
○千住 明彦、岩下 拓司、岩田 翔太、嶋田 貴仁、宇野女 慎二、手塚 隆一、華井 竜徳、上村 真也、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発熱性好中球減少症(FN)を中心とした有害事象の発生も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2022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107症例を対象とした。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】男性57例、女性50例、年齢中央値64歳(Range38-75)、遠隔転移78例、胆管ステント留置後35例、腫瘍マーカー中央値578(U/mL)、原発巣サイズ中央値33(mm)、膵頭部病変45例、UGT1A1変異(野生型56例、変異51例)、糖尿病合併38例であった。化学療法導入回数中央値は13コース、RDI中央値は71.3%、奏効率は35.5%(CR2例、PR36例)、病勢制御率78.5%(CR2例、PR36例、SD46例)、無増悪生存期間中央値245日、全生存期間中央値438日であった。有害事象では、Grade3以上好中球減少80例(74.7%)、貧血4例(3.7%)、血小板低下7例(6.5%)、FN15例(14%)で認めた。非血液毒性(Grade3以上)では全体で29例(27.1%)に認め、末梢神経障害12例(11.2%)、下痢5例(4.6%)、食欲不振8例(7.4%)、嘔吐2例(1.8%)、間質性肺炎2例(1.8%)であった。FNのリスク因子について、FN群(15例)、非FN群(92例)に分けて検討を行った。年齢(70歳以上)、性別、胆管ステントの有無、UGT1A1変異の有無、糖尿病の有無での単変量解析では、UGT1A1変異( $p = 0.04$ )、糖尿病( $p = 0.04$ )に有意差を認めた。多変量解析では、糖尿病が有意なリスク因子であった。( $p = 0.04$ )【結語】APCに対するmFOLFIRINOX療法では、糖尿病がFN群に多い傾向であった。mFXは予後改善に有効な治療法ではあるが、UGT1A1変異例や糖尿病合併例ではFN発症リスクが上昇する可能性があり、注意深い経過観察が必要である。

## S1-9 切除不能胆道癌に対する Durvalumab + GC 療法の当院での治療成績

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○中村 佳史、山田 玲子、小林 真悠、田中 隆光、野瀬 賢治、三輪田 哲郎、坪井 順哉、中川 勇人

【背景】切除不能胆道癌において Gemcitabine と Cisplatin を併用する GC 療法が標準治療として長らく選択されてきたが、第3相臨床試験で GC 療法に Durvalumab を追加した治療の有用性が報告された。本邦でも承認され Durvalumab + GC 療法の導入をする症例が増加しているが、実臨床における治療成績の報告は乏しい。【目的】当院で切除不能胆道癌に導入した Durvalumab + GC 療法の有用性と安全性について検討する。【方法】保険収載後に切除不能胆道癌に対して Durvalumab + GC 療法を導入した当院の症例において患者背景、治療効果、有害事象を後方視的に調査した。【結果】対象症例は8例、年齢中央値66歳(42-85歳)、男性5例/女性3例。原発巣は胆嚢4例、肝門部領域胆管3例、肝内胆管1例。切除不能の要因は6例が遠隔転移、2例は局所進展であった。治療開始時の ECOG performance Statusは0または1で、治療導入前に6例で胆道ドレナージを施行した。観察期間中央値136.5日において治療回数中央値は5.5サイクル、奏効率は認めなかったが7例で病勢制御が可能であり、1例は初回投与から3ヶ月後に病勢進行を認め2次治療に移行した。3例でCTCAE Grade3以上の骨髄抑制、2例でGrade2の末梢性感覚ニューロパシーを認めた。4例で胆道感染が生じ、うち2例はrecurrent biliary obstructionのため胆管ステント交換を施行した。免疫関連有害事象が出現した症例はなかった。1例が原病死したが有害事象に関連した死亡例は認めず、有害事象により治療を中止した症例も認めなかった。【結論】短期間の観察では実臨床においても、切除不能胆道癌に対して Durvalumab + GC 療法は病勢制御に有効であり、安全に導入が可能であった。

## S1-11 当院における切除不能進行肝細胞癌に対する全身薬物療法の初回治療成績の時代的変遷

<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>3</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学診療部

○山本 崇文<sup>1</sup>、伊藤 隆徳<sup>1</sup>、水野 和幸<sup>1</sup>、横山 晋也<sup>2</sup>、  
山本 健太<sup>3</sup>、今井 則博<sup>2</sup>、石津 洋二<sup>1</sup>、本多 隆<sup>1</sup>、  
川嶋 啓揮<sup>2</sup>

【目的】時代変遷を加味した切除不能肝細胞癌 (uHCC) に対する薬物療法の治療成績を評価すること。【方法】2011年6月から2023年6月末までに当院で、uHCCに対して薬物療法を初回導入した335例を対象とし3期(1期:2011年6月~2018年2月、2期:2018年3月~2020年11月、3期:2020年12月~2023年6月)に分けて各時期における患者の特徴や予後を検討した。【成績】観察期間中央値は365日、使用薬剤は、1期はソラフェニブ206例、2期はレンパチニブ (LEN) 63例、3期はLEN6例、アテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法56例、デュルバルマブ・トレメリムマブ併用療法4例。治療開始時の年齢中央値は1期/2期/3期:69歳/74歳/74歳、男性が170例(82.5%) / 48例(76.2%) / 57例(86.4%)、Etiologyは、Nonviralが88例(42.7%) / 29例(46.0%) / 46例(69.7%)、Child-Pughスコア5点が100例(48.5%) / 26例(41.3%) / 39例(59.1%)、BCLCステージCが146例(70.9%) / 32例(50.8%) / 40例(60.6%)。TACE歴ありは54例(26.2%) / 43例(68.3%) / 28例(42.4%)、その内TACE施行回数が3回以上は107例(51.7%) / 15例(23.8%) / 10例(15.2%) だった。一次治療の6~9週時の病勢制御率 (mRECIST) は、77.5%/86.2%/67.9% だった。一次治療の継続期間 (TTF) 中央値は、184日/230日/133日 (P=0.157)、後治療も含めた全薬物治療の継続期間中央値は182日/285日/406日 (P=0.011)、全生存期間 (OS) 中央値は420日/760日/692日 (P=0.006) だった。【結論】近年のuHCCに対する薬物療法は、高齢、Nonviral、TACE施行歴が少なく、肝予備能良好が多い。1期に比し2期以降で薬物療法の継続期間やOSは延長したが2期から3期では大きな伸びが得られず、むしろTTFが短い。更なる予後改善のためには治療効果や有害事象を予測するバイオマーカー探索や、局所療法との組み合わせなどさらなる工夫が必要である。

## S1-10 肝細胞癌に対する経経骨動脈的肝動脈化学塞栓術の臨床的有用性

豊橋市民病院 消化器内科

○社本 賢昭、内藤 岳人、浦野 文博

【背景】経カテーテル的肝動脈化学塞栓術 (transcatheter arterial chemoembolization: TACE) では、これまで大腿動脈アプローチ (transfemoral arterial angiography: TFA) が主流だったが、TFAでは検査後の長時間にわたる下肢進展した状態での可動域制限が難点である。負担軽減の目的で橈骨動脈アプローチ (transradial arterial angiography: TRA) を当院でも2年前から導入した。TFAと比較したTRAの臨床的有用性・安全性について報告する。【対象と方法】2021年10月18日から2023年6月29日までに当院でTACEを行った肝細胞癌患者95症例を対象とし、TRA群とTFA群に分け、検査・治療の完遂率、所要時間(穿刺からシース抜去後の止血確認まで)、合併症、入院日数を比較検討した。解析にはEZRを使用した。【結果】全95例のうち肝細胞癌破綻の緊急症例5例(TFA)は除外した。TRA群は51例、TFA群は39例であり、患者背景は年齢中央値がTRA群で75歳、TFA群で77歳、男性/女性はTRA群で41/10例、TFA群で31/8例であり有意差は認めなかった。HBV/HCV/NBNCはTRA群で0/21/30例、TFA群で7/10/22例であり、TFA群にてHBVが有意に多かった(P=0.003)。Child A/B+CはTRA群で40/11例、TFA群で30/9例、ALBIスコアはTRA群で-2.25 [-3.37, -0.52]、TFA群で-2.28 [-3.33, -1.45] であり有意差は認めなかった。検査・治療の完遂率では、TRA群は2例でTFAに移行し、TFA群では2例で完遂できなかった。所要時間はTRA群で116分 [96.5, 148.5]、TFA群で123分 [102.5, 141.0] であり有意差は認めなかった。合併症の割合はTRA群で33例、TFA群で32例であり有意差を認めず、全症例において脳血管障害を含めた重篤な合併症は生じなかった。入院日数はTRA群で5日 [4, 6.00]、TFA群で7日 [5, 8] であり有意差を認めた (P=0.00164)。【考察】TRAはTFAと同じ検査・治療を完遂でき、合併症の割合や所要時間に差は認めなかった。またTRAでは脳血管障害のリスクが報告されているが顕性の脳梗塞イベントは生じなかった。入院日数もより短く、TRAによるTACEはTFAと比較しより低侵襲に行える治療法であると考えた。

## S1-12 切除不能肝細胞癌一次治療におけるアテゾリズマブ + ベバシズマブ併用療法の予後予測因子についての検討

<sup>1</sup>岐阜県立多治見病院、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、  
<sup>3</sup>春日井市民病院 消化器内科、  
<sup>4</sup>JCHO 中京病院 消化器内科、  
<sup>5</sup>豊川市民病院 消化器内科

○岡山 幸平<sup>1</sup>、鈴木 孝典<sup>1</sup>、松浦 健太郎<sup>1</sup>、奥村 文浩<sup>1</sup>、  
祖父江 聡<sup>2</sup>、日下部 篤宣<sup>4</sup>、長谷川 泉<sup>4</sup>、的屋 奨<sup>5</sup>、藤原 圭<sup>2</sup>、  
片岡 洋望<sup>2</sup>

【目的】切除不能肝細胞癌に対して一次治療として施行したアテゾリズマブ + ベバシズマブ (ATZ/BV) 併用療法の治療成績、治療前の予後予測因子について多施設共同で検討した。【方法】2020年9月から2023年5月までに、当院および関連施設でATZ/BVを一次治療として行った95例を対象とした。奏効率 (ORR)、病勢コントロール率 (DCR)、全生存期間 (OS)、無増悪生存期間 (PFS) について評価し、OS、PFSに関わる治療前因子について検討した。【結果】年齢中央値75歳、男/女:79/16、背景肝HBV/HCV/アルコール/nBnC:12/27/5/51、BCLC stage A/B/C:6/59/30、Child-Pugh score (CPS) 5/6/7:62/26/7、ALBI grade 1/2a/2b/3:37/29/26/2であった。RECISTによる初回効果判定はCR/PR/SD/PD:2/25/51/17、ORR28%、DCR82%、OS中央値は25.3か月、PFS中央値は12.7か月であった。ログランク検定により各項目2群間における生存分布を比較したところ、80歳未満 (P=0.017)、CPS 5 (P<0.001)、ALBI grade 1, 2a (P=0.009)、BCLC stage A, B (P=0.046) において有意にOSが、脈管侵襲なし (P=0.049) において有意にPFSが良好であった。Cox比例ハザードモデルによる単変量・多変量解析の結果、年齢80歳未満 (P=0.023、HR 0.419)、ALBI grade 1, 2a (P=0.009、HR 0.361)、BCLC stage A, B (P=0.043、HR 0.474) がOSに寄与する独立因子となり、脈管侵襲なし (P=0.052、HR 0.562) はPFSに寄与する傾向を認めた。OSに寄与した80歳以上、ALBI grade2以上、BCLC Cを各1点としてスコアリングしたところ、合計スコア0:1、2:3点で、OS中央値30.2:20.3:4.5か月 (P<0.001) と有意に層別化された。また脈管侵襲について詳細に検討したところ、VpよりもVvの有無がPFSに關する傾向を認めた。【結論】一次治療としてATZ/BV治療を行ったBCLC stage A, Bの割合の多い本患者集団において、PFS、OSは良好であった。年齢、ALBI grade、BCLC stageがOSに寄与し、脈管侵襲の有無がPFSに寄与する傾向を認め、今後症例数を蓄積した上でさらなる検討を要する。

## S2-1 消化器疾患診療における医療安全を内視鏡システムの機器ログ情報分析より考える

藤枝市立総合病院 消化器内科  
○星野 弘典、吉井 重人、丸山 保彦

【はじめに】医療安全の一環として機器管理の面からの医師主導の検討は少ない。現在、多くの市中病院では内視鏡と周辺機器の保守管理を紙上で行って、時に重大な故障がおきる直前まで認識されず、結果として高額な修理費を要する場合もある。医療DXが進む中、機器のリスク管理も従来の方法を見直す時期に来ている。【目的】内視鏡システムや内視鏡洗浄消毒装置が保持している機器ログ情報を活用し、機器稼働状況をモニタリングし、どのようにリスク管理に役立つかを検討した。【方法】2022年4月から2022年12月まで当院内視鏡システムをO社の試作システムを用いオンラインで接続し、内視鏡総使用回数、曜日別の1日あたり内視鏡使用回数、時間別内視鏡使用回数、時間外検査実施状況、各スコープ、洗浄機の使用状況を記録し解析した。【結果】内視鏡装置の総使用回数は3330回であり、上部スコープは2428回、下部スコープは894回であった。曜日別の内視鏡使用回数は月曜日が多く、金曜が少ない傾向であった。特に内視鏡使用回数の多い月曜では12時から13時台の上部スコープ使用が多いことがわかった。時間外検査実施状況は月曜日、木曜日の17時台が多かった。またスコープ別の使用頻度・稼働時間、NBI検査率、RDI検査率により各スコープの役割や老朽化が明確になり、機器の補充や更新の客観的な資料となった。【結語】内視鏡システム等の機器ログ情報分析は機器管理のほか業務におけるリスク管理にも役立つことがわかった。曜日別、時間毎のスコープの使用状況を把握することで各スコープの管理のみならず業務時間内の人員配置や業務分担にも活用できる可能性がある。また時間外での使用状況は残業を削減する方策を検討する貴重なデータとして働き方改革に活かす資料となりうる。更にこのシステムによるデータはオンラインで業者もリアルタイムに把握することができ、重大な故障に至る前に機器の異常を感知できる点でも優れ、今後の普及が望まれる。

## S2-3 医療安全の観点から女性医師における内視鏡手技関連疲労度の検討

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科  
○猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、武仲 祐弥、荒木 幸子、西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

【背景】女性医師は増加傾向であるが、消化器内科における女性比率は15%以下である。消化器診療において内視鏡手技は重要であるが、女性医師における内視鏡手技関連疲労度は男性医師が自覚していない可能性がある。その男女差の疲労度検討は医療安全面の観点から重要と思われる。【方法】当院の消化器内科医師14名のうち7名が女性医師であり、内視鏡手技関連疲労度の男女差を比較した。女性7名の内訳は40歳台：1名、30歳台：5名、20歳代：1名。男性7名は50歳台：2名、40歳台：2名、30歳台：3名。検討項目は、A：左手に懸かる各種内視鏡自体の重量測定、B：各種内視鏡手技（上部/下部スクリーニング・EMR・ESD・EUS（観察/治療）・ERCPなど）の内視鏡前後での疲労度アンケート（0：疲労なし、5：疲労、10：かなり疲労）と内視鏡前後での左右の握力測定とした。【結果】A：左手への負荷重量は上部内視鏡：0.6-0.8Kg、下部：0.9-1.1Kg、EUS：0.9-1.0Kg、ERCP：0.7-0.9Kgで男女、身長など体格、内視鏡保持姿勢による差は認めなかった。B：上部スクリーニング（30分以内）では男女ともに疲労度はなく、内視鏡前後での左右の握力変化は認めなかった。下部スクリーニング（30分以内）では女性で疲労度を認め、内視鏡前後での左右握力変化は認めなかった。30分以上のESDや大腸ポリペクトミーなどでは女性で疲労度と右手の有意な握力低下（前：26.8±16.9Kgから後：24.7±13.0Kg）を認めた。EUS/ERCPでは女性で疲労度と左手の有意な握力低下（前：24.7±14.5Kgから21.9±12.4Kg）を認めた。男性では全手技において疲労度や左右の握力低下は認めなかった。【考察】左手への内視鏡負荷重量は男女で差はなかった。男性で内視鏡前後の疲労度や握力変化は認めなかったが、女性では上部スクリーニング以外の内視鏡手技後に疲労度や握力低下を認めた。内視鏡手技において女性医師の男性が自覚しない疲労や握力低下を認識することは消化器疾患診療における医療安全の観点から重要と思われる。

## S2-2 JCI 認定病院における消化器診療の現状

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 消化器内科  
○齋藤 彰敏、林 克巳、加藤 大介、森 俊敬、宮城島 俊、熱田 直己、塚本 宏延、蟹江 浩、宮部 勝之、山田 智則

当院は医療の安全と質の向上を目標として、国際的な医療機能評価（JCI: Joint Commission International）の認証を2018年3月に東海3県初として取得した。全病院、全組織を挙げてその活動がJCIの認定基準に合致しているかについて審査を受け、3年毎に更新をしている。その中で我々の消化器診療、内視鏡診療のプロセス等が変化してきた。現状を報告するとともに、今後の改善について問題点を明らかにしていく。外来診療において、患者誤認に注意し、必ず診察前に二点確認をしている（患者に名前と生年月日を告げさせ、それを手元資料のカルテと照合させる。）診察室内のエコー検査前、内視鏡検査前も同様な行為を必ず行ってから医療行為を開始している。カルテ記載も、患者の評価基準（AOP）に従ってテンプレート等用い作成している。入院診療においては、医療機器管理、ハイアラート薬管理（IPSG3）に目を光らせながら、転倒転落に注意し（IPSG6）、しっかりと、説明と同意を行い、患者中心のケア（PCC）に気遣っている。診察時は5場面において手指消毒（IPSG5）を徹底している。多職種でカンファランスを定期的に開き、チーム内で意思の統一を図るようにしている。内視鏡診療では、検査前に必ず手を止めて、タイムアウトを行い（IPSG4）検査内容を多職種で確認し、患者誤認防止や内視鏡機器の確認をしている。鎮静（ASC）を伴う検査に対しては、必ずJMECCなどの救命講習を受講した資格者とともに、患者の検査前、回復期含め観察を行い記録している。病院全体で様々なQIを設定し、質の向上を目指している。当科関連においては、胆管炎救急患者の受付後24時間以内内視鏡的胆道ドレーナージ術達成率、内視鏡検査におけるタイムアウト実施率などがその評価項目となっている。医療行為を行う上で一つ一つ客観的に評価していくことは、医療の質の均一化、安全性は確保できるようになってきたが、問題点はそれが日常化することで、形骸化していないかどうか再評価が望まれるところである。医療安全推進室などが中心になって、今後の我々の活動を支えていただきたいながら、当科も協力していきたいと考える。

## S2-4 X線防護衣による筋骨格系疲労を軽減する人間工学的アプローチ法の提唱

<sup>1</sup>名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学、  
<sup>2</sup>産業医科大学 産業生態科学研究所 人間工学研究室、  
<sup>3</sup>名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科  
○堀 寧<sup>1</sup>、榎原 毅<sup>2</sup>、林 香月<sup>1,3</sup>、吉田 道弘<sup>1</sup>、加藤 晃久<sup>1</sup>、加地 謙太<sup>1</sup>、佐橋 秀典<sup>1</sup>、片岡 望洋<sup>1</sup>

【背景】透視下内視鏡検査・治療時に、医療従事者は約5-7kgのX線防護衣を常時着用している。頸肩部・腰部を中心とした筋骨格系症状（MSDs）の訴えは多いに関わらず、その負担対策に関する十分な情報はない。【方法】肩へのX線防護衣による負担を作業途中であっても決められた時間に解放するという人間工学的アプローチに基づいた小休止法（practical load-on-the-shoulders releasing technique: PoRT法）を立案、その有用性を検証した。従来法（小休止なし）、小休止法（20分毎・40分毎）、PoRT小休止法（20分毎・40分毎）の5群にて、主観的MSDsの時間推移およびウェアラブル加速度センサによる頸部・腰部のリアルタイム動作を測定した。【結果】頸肩部のMSDsは時間依存性に増加していた（F [3, 60] = 433.68, P < 0.001）が、PoRT法の実施によりそれらは軽減した（P < 0.001）。腰部・下肢においても同様であった（P < 0.001）。PoRT法の導入で、頭部の角度は中立姿勢に近づき（P = 0.012）、体幹は固定された（P = 0.01）というより理想的な姿勢を保持していた。【結論】PoRT法はMSDsを軽減する可能性が示唆された。この簡便かつ導入コスト不要の人間工学的アプローチは、医療従事者を守ることで医療安全に寄与することが期待される。

## S2-5 多職種・多部門で取り組むペプチド受容体放射線核種治療 (PRRT) 導入準備について

藤田医科大学 消化器内科

○田中 浩敬、大野 栄三郎、葛谷 貞二、川部 直人、中岡 和徳、中野 卓二、宮地 洋平、越智 友花、宮地 小百合、廣岡 芳樹

【背景】ソマトスタチン受容体陽性の神経内分泌腫瘍 (NEN) に対するペプチド受容体放射線核種治療 (PRRT) であるルテチウムオキソドトロチドが2021年6月に国内承認された。PRRTは排泄物の厳格な管理と治療中の被ばくを考慮し、投与後に特別措置室へ入院する必要がある。PRRTを新規導入するにあたっての放射線安全を含めた当院での取り組みを報告する。【対象と方法】PRRT導入前、半年間での準備状況を対象とした。【結果】NENのPRRT適応に関しては、複数診療科 (消化器内科/外科・呼吸器内科・臨床腫瘍科・病理診断科・放射線科) で治療法を検討 (肝胆膵/肺がんカンサボードなど) している。今回のPRRT導入を契機にそれらの診療科からなるNEN診療ワーキンググループを立ち上げた。医師 (消化器内科・放射線科)、放射線技師、看護師 (外来、RI室、病棟) の各職種が議論し院内マニュアルを作成した。マニュアル内では、患者選択 (排泄物の自己管理が可能なPSの良い症例であること等)、投与方法 (シングルルート法で血管外漏出が無いようにする点等)、特別措置室の設置や汚染防止措置、退室基準、患者への事前説明、患者の移動 (搬送担当者との距離を確保するためストレッチャー移動とし、エレベーターを専用運転にするなど動線内で他者への被ばくを軽減するようにした)、放射性汚染物の院内移動などを取り決め、それに従いコールドラン・シミュレーションを行った。また、先行導入施設への見学 (看護師 (RI室、病棟)、医師) に行き院内で報告会を行った。消化器非専門病棟に特別措置室を設定するにあたって、消化器診療に関する勉強会を行った。PRRTは病期の進行したNENが対象となるため、急変時対応をICU医と協議し理解を得た。実臨床では2023年7月よりPRRTを開始し、反省点や改善点の検討を行っている。【結論】多診療科医師・放射線技師・看護師 (外来・RI室・病棟) 含め多職種で取り組み、安全にPRRTを導入できるよう工夫した。今後は症例数を増やすことで、より安全で効率的な運用を目指していく。

## S2-7 抗CD20抗体製剤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、増田 直也、大谷 毅一、入谷 壮一、吉田 健作、丸田 明範、小澤 範高、山崎 健路、清水 省吾

【目的】リツキシマブ (以下R) やオビヌツズマブ (以下G) 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、少なくとも12ヶ月とされ、モニタリング終了時期は明示されていない。抗CD20抗体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的に検討した。【対象】2014年1月から2022年12月の9年間に当院において抗CD20抗体を含めた化学療法を施行し、1年以上経過観察が可能であった血液悪性腫瘍329例。【成績】男性175例・女性154例、年齢は70.7±11.4歳。疾病の内訳は、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫188例、濾胞性リンパ腫119例、その他22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191例、G-ベンダムスチン療法38例、R+放射線療法35例などが主に施行されていた。HBsAg陽性は5例 (1.5%) であり、核酸アナログ (以下NA) 治療中が3例で、非活動性キャリア2例は抗腫瘍治療開始前にNA治療を開始した。HBs抗体もしくはHbc抗体陽性例は85例 (25.8%) であり、その内2例ではDNAが陽性を示し、occult HBVと判断しNA治療が開始された。モニタリングを継続した既感染85例中8例 (9.4%) 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5例で、それぞれ8ヶ月、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。8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。【結論】抗CD20抗体製剤を投与した血液悪性腫瘍治療例でのHBsAg陽性は1.5%、既感染は25.8%、既感染例からのHBV再活性化率は9.4%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。

## S2-6 当院における膵手術後の出血性合併症による Failure to Rescue 回避への取り組み

名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器外科

○備田 悠貴、松尾 洋一、江口 祐輝、野々山 敬介、村瀬 寛倫、加藤 知克、今藤 裕之、齊藤 健太、森本 守、瀧口 修司

【目的】Failure to Rescue (FTR) は合併症発生患者の死亡率で定義され、病院の質の指標として広く使用されるようになった。膵手術においてFTRをきたし得る合併症には術後出血 (PPH) が挙げられる。その回避には外科医による術後管理のみならず、病院としての包括的なシステム構築が必要である。当院は13年前より現在の肝胆膵外科診療体制となり、膵手術後の在院死を認めていない。自施設の膵手術後のPPHを後方的に検討し、当院のFTR回避システムを検証した。【方法】自施設の概要: 高度技能専門医修練施設 (A) で消化器外科医29名 (肝胆膵診療スタッフ6名、うち高度技能専門医3名)。開鎖型ICU8床。院内緊急体制としてコードブルー (救命医、救急看護師、研修医各1名、年間79件) およびRRS (麻酔科医、ICU看護師、研修医各1名、年間81件) を認める。放射線科医師当直1名で緊急IVRはon call体制、画像診断管理加算3を施設承認されている。対象: 2015年1月~2022年12月までに当院で経験した341例の膵切除症例のうち、PPHを発症した12症例の治療成績を後方的に検討した。【結果】PPHレベルはGrade B 7例、Grade C 5例 (ISGPS)。PPH発症までの日数は中央値17.5日 (13-35日) であった。PPH発見時の勤務体制は平日日勤帯3例、夜間休日帯9例であった。ショックバイタルは4例でコードブルー/RRS要請は2例であった。Hb低下は中央値3.25 (0.4-4) g/dl、腸管内出血4例、腹腔内出血8例であり腹腔内出血8例は全例にGrade B以上の膵液漏を認めた。術後から退院までに撮像した平均CT回数は10.2回 (3-17回) であり、PPH発見から造影CT撮影までに要した時間は中央値42分 (24-70分)、造影CTからIVR開始までに要した時間は中央値95分 (75-216分) であった。全例で再出血は認めていない。術後入院期間中央値は55日 (27-73日)、全例軽快退院している。【結語】術後出血のFTR回避には迅速な画像評価と、IVRを軸とした止血処置を行う必要があるが、そのためには院内急変対応システムからIVR治療への途切れることのない連携に加え、チームとしての安全意識が重要と考えられた。

## S2-8 当院における消化管内視鏡の感染対策—内視鏡洗浄と清浄度管理の取り組み—

<sup>1</sup> 済生会松阪総合病院 消化器内科、

<sup>2</sup> 済生会松阪総合病院 臨床工學課

○黒田 直起<sup>1</sup>、天野 有<sup>2</sup>、山端 壯周<sup>2</sup>、紅林 真理絵<sup>1</sup>、青木 雅俊<sup>1</sup>、福家 洋之<sup>1</sup>、河俣 浩之<sup>1</sup>、脇田 喜弘<sup>1</sup>、橋本章<sup>1</sup>、清水 敦哉<sup>1</sup>

軟性内視鏡は再利用することを前提としているが、十二指腸鏡を介した多剤耐性菌の感染事故の報告もあり、使用後内視鏡については安全に管理、使用されることが必要である。2018年に消化管内視鏡の洗浄・消毒標準化に向けたガイドラインが刊行され、内視鏡診療を安全に実施する体制の確立が求められている。当院では2013年より内視鏡の定期監視培養による清浄度の管理を行っており、これまでの清浄度管理状況を報告する。当院内視鏡センターでは上部消化管内視鏡は3ヶ月毎、下部消化管内視鏡は2ヶ月毎、十二指腸鏡、超音波内視鏡は毎月監視培養を提出している。サンプリング方法は滅菌生理食塩水に内視鏡先端を浸漬し、鉗子口より滅菌注射器を用いて20回ポンピングしその洗浄液を回収する。その回収液を3000rpm 20分の遠心分離後、沈渣を遠心後培養検体として、沈渣と培養液の混和液を2日間培養した検体を増菌後培養としてそれぞれ提出している。観察期間は2013年12月から2022年3月までの期間で、総検体数は3250検体、そのうち沈渣培養陽性は46検体で1.4%、増菌後培養は128検体で4.0%であった。年度別と比較すると定期監視培養開始直後の2013年度は増菌後培養10.8%と高率であったが洗浄手技の安定などに伴い2016年以降は概ね2-3%前後で推移していた。内視鏡種別での陽性率は上部消化管内視鏡が8.0%、経鼻内視鏡が0.6%、下部消化管内視鏡が3.3%、十二指腸鏡が1.0%、コンベックス型超音波内視鏡が4.7%であり、胆道鏡、ラジアル型超音波内視鏡は0%であった。分離菌種別では *E.coli* や *Klebsiella pneumoniae*、*Pseudomonas aeruginosa*、*Stenotrophomonas maltophilia* などが見出された。また、検出菌の中で汎バネナム耐性腸球菌やメタロβラクタマーゼ産生菌などの耐性菌は認められなかった。既報では構造が複雑で洗浄が不十分となり易い十二指腸鏡でのアウトブレイクの報告があるが、当院の結果からは通常観察に用いるスコープよりも多数の増菌後培養陽性が認められており、観察用スコープでの感染伝播も考慮した洗浄管理が必要と考えられた。

## S2-9

リンパ節腫脹に対する EUS-FNA の有害事象軽減と病理診断能を考慮した穿刺針選択

岐阜市民病院 消化器内科

○奥野 充、岩田 圭介、岩佐 悠平、下城 宏太、伊藤 有紀、河内 隆宏、小木曾 富生、林 秀樹、杉山 昭彦、西垣 洋一

【背景】リンパ節 (LN) 腫脹に対する EUS-FNA は、低侵襲に病理検体採取が可能である。一方、LN 病理学的診断には多量の組織採取が必要であり、19G 針での検体採取を必要とする場合がある。19G 針 FNA 針・FNB 針の有用性につき検討した。【目的】LN 検体採取における安全性・有用性を考慮した EUS-FNA 19G 穿刺針選択につき検討する。【方法】対象は 2012 年 2 月 - 2023 年 7 月に LN 生検目的に 19G 針にて EUS-FNA を施行した 185 例 (FNA 針 92 例 / FNB 針 93 例)。各穿刺針の LN 病理診断能、有害事象につき比較検討した。【結果】FNA 群 / FNB 群の患者背景は、年齢中央値 72 (26-89) 歳 / 73 (24-93) 歳、女性 43 例 (47%) / 32 例 (34%)、LN 径中央値 28 (10-110) mm / 32 (12-110) mm、穿刺経路 (経食道: 経胃: 経十二指腸) 27:62:8 / 28:53:12 に有意差はないが、穿刺回数中央値は 3 (1-6) 回 / 4 (1-6) 回と FNB 群に有意に多かった (P=0.03)。FNA 群 / FNB 群の病理組織学的診断能は、感度 94% (68/72) / 97% (72/74) (P=0.4)、特異度 95% (19/20) / 100% (19/19) (P=1.0)、正診率 95% (87/92) / 98% (91/93) (P=0.3) と両群とも高い診断能を有し、有意差は認めなかった。一方、有害事象は 0 例 / 3 例 (3%) (P=0.25) と有意差はないが、FNB 群にのみ中等症以上の出血例を認めた。有害事象の内訳を示す。I. 縦隔 LN に対する経食道穿刺例。縦隔出血による血胸を来し、人工呼吸器管理下に血管塞栓術を要した。病理診断はサルコイドーシスであった。II. 縦隔 LN に対する経食道穿刺例。縦隔出血による食道圧排を来し、絶食管理を要した。病理診断はサルコイドーシスであった。III. 腹腔内 LN に対する経胃穿刺例。穿刺部より活動性出血を認め、内視鏡的止血術を複数回要した。病理診断は悪性リンパ腫であった。【結論】19G FNA/FNB 針の診断能は非常に高く、有意差はなかった。一方、FNB 群にのみ出血例を認め、FNB 針の形状上、微小血管を破綻させやすい可能性が考えられた。19G 針での EUS 下 LN 生検においては、FNA 針が安全かつ有用な選択肢と思われた。

## S2-11

ERCP 時のベンタゾジンの事前筋注投与はミダゾラム総投与量を減少させる

岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター

西濃厚生病院 消化器内科

○馬淵 正敏、足立 政治、岩崎 萌子、田端 みずほ、岩佐 太誠、松浦 加奈、高田 英里、中村 博式、島崎 信、西脇 伸二

【目的】ESD や ERCP など長時間におよぶ内視鏡処置の際に、鎮静薬と鎮痛薬の併用投与が広く行われている。しかし過量投与による循環動態への悪影響や呼吸抑制など、重篤な合併症の報告は少なくなく、可能な限り投与量を減らすことが求められている。当院では鎮静剤としてミダゾラム、鎮痛薬としてベンタゾジンを用いており、今回これらの至適投与方法を検討した。【方法】2022 年 6 月から 2023 年 7 月までに当院で施行した ERCP 92 例について、施行直前のベンタゾジン静注投与群 67 例 (以下、V 群) と施行約 15 分前 (病棟からの搬出時) のベンタゾジン筋注投与群 25 例 (以下、M 群) の 2 群に分け、患者背景、循環・呼吸動態、ミダゾラム、ベンタゾジンの総投与量、追加投与頻度について後方的に比較検討した。【結果】両群間で性別、年齢、治療目的、処置時間に有意差を認めなかった。ミダゾラム初期投与量は両群間で有意差は認めない (V 群 2.63mg ± 0.89 vs M 群 2.48mg ± 0.80; p=0.529) もの、ミダゾラムを追加投与した症例は V 群 44.8% vs M 群 16.0% (p=0.014)、最終的なミダゾラム総投与量は V 群 3.32mg ± 1.23 vs M 群 2.72mg ± 1.17 (p=0.0125) で、いずれも有意に V 群が多かった。一方ベンタゾジンの初期投与量は V 群 9.07mg ± 3.58 vs M 群 15.0mg ± 0.00 (p<0.01)、総投与量は V 群 10.7mg ± 4.17 vs M 群 15.0mg ± 0.00 (p<0.01) で、いずれも有意に M 群が多かった。術中に酸素流量の増量を必要とした症例は、V 群 11.9% vs M 群 12.0% (p=1.00) で、検査開始時から 20% 以上の血圧変動をきたした症例は V 群 41.8% vs 20.0% (p=0.0858) で、いずれも有意差を認めなかった。【考察】ベンタゾジンの筋注投与は静注投与と比べて、循環・呼吸動態への影響が少なく、有効血中濃度を長時間維持させることで、十分な鎮痛効果のある状態で内視鏡処置を施行でき、循環・呼吸動態に悪影響を及ぼしやすいミダゾラムの総投与量を減少させることが出来たと考えられた。【結論】長時間の内視鏡処置の際、ベンタゾジンを事前に筋注することで、ミダゾラムの総投与量を減らすことができた。

## S2-10

当院における内視鏡検査時の鎮静管理の現状と今後の課題

<sup>1</sup> 岐阜大学医学部附属病院 第一内科、

<sup>2</sup> 岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室

○境 浩康<sup>1,2</sup>、井深 貴士<sup>1</sup>、三輪 貴生<sup>1</sup>、大西 結太郎<sup>1</sup>、今井 健二<sup>1</sup>、白上 洋平<sup>1</sup>、末次 淳<sup>1</sup>、高井 光治<sup>1</sup>、熊田 恵介<sup>2</sup>、清水 雅仁<sup>1</sup>

【背景と目的】「内視鏡診療における鎮静に関するガイドライン (第 2 版): 2020 年日本消化器内視鏡学会」において、「鎮静前評価」として病歴を詳細に聴取し全身状態を把握することが「強く推奨 (推奨の強さ: 1)」されているが、実際には定まった基準がなく、医師個々の判断で鎮静が行われている施設も多い。他大学病院で用いられている鎮静前評価基準のレビューを通して、当院の評価基準について検討した。【当院の現状】内視鏡検査は鎮静の視点から、1) 鎮静前評価、2) 問診、3) 薬剤の選択、4) タイムアウト、5) 検査中のモニタリング、6) 退室基準評価の 6 フェーズに分類される。当院では、2) ~ 6) に関しては所定の評価シートを用いて医師・看護師間で患者情報が共有され、検査中・検査後の安全管理が図られていたが、1) については具体的な基準は定められていなかった。このため、「気道確保困難のリスク」が事前に把握されないまま鎮静が行われ、直後に呼吸停止を来した緊急気管切開を要した事例を経験した。【取り組み】当院の評価基準を作成するために、国立大学附属病院医療安全管理協議会を通して入手できた 4 大学病院の鎮静前評価基準の内容をレビューした。各施設によって評価基準は異なるが、1) BMI ≥ 30、2) 睡眠時無呼吸、3) ASA physical status ≥ class 3、4) Mallampati 分類 3 度・4 度は、各施設に共通する評価項目であった。そこで、当院ではこれら 4 項目を鎮静前評価基準と定め、いずれかに該当する場合には「鎮静剤による偶発症のリスク有」と判断し、「鎮静なしで検査」、「主科立ち会いで検査」、「麻酔科へ相談」の 3 項目より方針を選択することを規則とする案を作成した。【今後の課題】事前に鎮静リスクを評価することは安全に検査を行う上で重要であり、当院においても実施されることが望ましい。今回、当院のたたき台となる評価基準 (案) を作成したが、運用にあたっては「評価を行う検査依頼医の業務負担増への配慮」や「麻酔科の協力が得られるか?」といった課題の解決が必要である。

## S2-12

当院における超高齢者に対する ERCP の現状と安全対策

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○浦壁 憲司、山田 直晃、大岩 拓矢、岡山 幸平、鈴木 健人、裏輪 彬久、鈴木 雄太、羽根田 賢一、水島 隆史、奥村 文浩

【背景】高齢化社会に伴い、90 歳以上の超高齢者に対して内視鏡治療を行う機会が増えているが、その治療成績や安全性は明らかではない。【目的】90 歳以上の超高齢者に対する ERCP の治療成績や安全性について後方的に検討する。【方法】2019 年 5 月から 2023 年 7 月までに当院で ERCP を施行した 90 歳以上の高齢者、86 症例 130 件を対象とし、1) 患者背景、2) 処置内容、3) 治療成績、4) 偶発症とその危険因子について後方的に検討した。【結果】1) 男性 29 例、女性 57 例、年齢中央値は 92 歳 (90-102 歳)、原因疾患: 総胆管結石性胆管炎 49 例、胆石性膵炎 6 例、無症候性総胆管結石 3 例、胆石性胆管炎 17 例、悪性腫瘍 11 例 (胆道癌 6 例、膵癌 4 例、悪性リンパ腫 1 例)、Charlson 併存疾患指数中央値 7 (5-12)、PS 中央値 2 (0-4)、栄養状態: BMI 20.67 (14.8-29.7)、GPS2 (0-2)、NLR 4.68 (1.18-87.3)、PNI 34.3 (24.4-60.1)、GNRI 82.6 (62.5-107.2)、抗血栓薬 25 例 (29.1%)、傍憩室乳頭 31 例 (36.0%)、憩室内乳頭 11 例 (12.8%)、再建腸管 4 例 (4.7%) であった。2) 検査時間中央値 40 分 (8-142)、EST 47 件、EPBD 3 件、EPLBD 27 件、経口胆道鏡 3 件、EBS 1 件 (PS 44 件、SEMS 7 件) であった。3) 予定手技成功率 96.9% であった。4) 胆管炎 9 件、膵炎 5 件、胆管炎 5 件、誤嚥性肺炎 3 例、マロリーワイス 3 件、穿孔 3 件 (EST 1 例、マロリーワイス 1 例、穿孔部位不明 1 例)、過鎮静 28 件 (21.5%) (SpO2 低下 21 件、血圧低下 10 件) であった。発生頻度の高い SpO2 低下は、鎮静開始後中央値 4 分 (1-52 分) に発生していた。リスク因子を検討したが、有意な因子は抽出できなかった。カプノメータ導入後の症例では、SpO2 低下前に呼吸抑制を認識できた。【結論】超高齢者には手技困難因子を多く認めたが、予定手技成功率は許容できる範疇だった。過鎮静を主とした偶発症を比較的多く認めたが、いずれもそれが原因で死亡した症例は認めなかった。超高齢者に対する ERCP は、愛護的なファイバー操作と術中管理に細心の注意を払う必要があると考える。

## S2-13 医療安全に配慮した時間外緊急 ERCP

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】夜間や休日の時間外緊急 ERCP においては、不十分な人員体制の観点から、医療安全上の懸念が大きい。当院では、2020年7月から「時間外緊急 ERCP の適応を重症胆管炎のみとする」基本方針をとっており、この方針下での時間外緊急 ERCP の成績を検証した。【対象と方法】2020年7月から2023年6月に施行した ERCP 1358例のうち、時間外緊急 ERCP 71例 (78 ± 11 歳、男39女32) を対象とした。時間外緊急 ERCP の定義は、通常勤務時間外に必要性が初めて検討された後に、時間外に施行された緊急 ERCP。施行人員は、医師3名 (術者、助手、X線装置操作者) と看護師1名。術者が Trainee の場合は、必ず Trainer が指導の助手となった。【結果】ERCP 施行の主な理由は、胆管ドレナージ 66例 (胆管結石 49、悪性胆管狭窄 13、その他良性疾患 4)、胆嚢ドレナージ 4例、膵管ドレナージ 1例。緊急の理由は、重症胆管炎 18例、胆管炎重症化の懸念 14例、早期手術考慮の急性胆嚢炎 9例、大型連体 8例、その他 6例、意義不明 16例。施行時間帯は、平日夜間 32例、休日日中 31例、休日夜間 8例。64例では術者が Trainee で、うち 48例 (75%) で術者を交代せず手技完遂できた。平均手技時間は 30 ± 20 分、手技成功率は 99% (70/71) で、主な手技内容は、胆管ステント留置 45例、胆管結石除去 13例、ENBD 留置 7例、胆嚢ドレナージ (EGBS/ENGBD) 4例、膵管ステント留置 1例。手技不成功の1例では、胆管挿管が不成功となり、代替としての経皮的治療の希望はなく、翌日に胆管炎により死亡した。臨床的奏効率は 97% (68/70) で、非奏効の2例では胆管炎により死亡した (当日と翌日)。奏効が得られた 68例では、全例で退院可能となり、2週間以内の死亡はみられなかった。手技関連有害事象として、膵炎 2例 (軽症1、中等症1)、胆嚢炎 1例、EST 後出血 1例、胆嚢管損傷 1例を認めたが、保存的加療や止血処置等で軽快した。【結論】当院における基本方針下での時間外緊急 ERCP の成績は良好であった。一方で、必須ではない時間外緊急 ERCP も存在した。医療安全の観点から、自施設の時間外緊急 ERCP を定期的に検証する事が有用かもしれない。

## S2-15 若手医師による ESD の治療成績と安全性についての検討

社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器内科  
○長尾 涼太郎、中西 孝之、荒木 寛司、神野 宏規、亀井 真琴、片岡 史弥、河口 順二、浅野 剛之、田上 真、杉原 潤一

【背景】消化管腫瘍に対する ESD (内視鏡的粘膜下層剥離術) は、近年増加傾向にある。当院においても ESD 件数が増え、若手医師 (消化器病非専門医) が施行する件数が増えている。【目的】2020年4月から2023年6月までに当院で若手医師が施行した上部ならびに下部 ESD 132例に対して、後出血・消化管穿孔等の合併症発生率や病変一括切除率、処置完遂率 (若手医師が上級医に一度も交代せず、治療を行ったもの) などを評価し、若手医師による ESD の治療成績と安全性を後方視的に検討した。【結果】男/女:88/44、年齢中央値 74 歳 (37-87)、部位:食道 8例/胃 69例/大腸 55例であった。合併症は後出血 4例 (3.0%)、消化管穿孔 2例 (1.5%) で認めた。後出血は 4例全てが胃 ESD 後であり、3例は ESD 当日から翌日まで期間、1例は治療 5日後であった。いずれも緊急内視鏡にて止血術を行い、全例で輸血を要さなかった。治療 5日後の出血例は入院期間が 3日間延長した。消化管穿孔は胃 ESD で 1例、大腸 ESD で 1例認めた。いずれも迅速にクリップで穿孔部を閉鎖し、保存的加療にて改善を認め、合併症による入院期間の延長は認めなかった。病変一括切除率 99.2% (131/132例)、処置完遂率 70.5% (93/132例) 食道 3/8 37.5%、胃 47/69例 68.1%、大腸 43/55例 78.2%、平均剥離長径 35.5mm (15-82)、平均剥離時間 51.7分 (14-184) であった。切除断端陽性となった症例は未分化型胃癌の症例で、術前診断が不完全な症例であり、主技の技術だけでなく術前評価の正確性も重要である。処置完遂率は胃において前庭部病変 26/29例 (93.1%) と高い完遂率であったが、胃角部病変は 6/17例 (35.4%)、上部・中部病変は 3/8例 (37.5%) であった。また大腸では横行結腸・盲腸は 7/13例 (53.8%) に対し、上行結腸・下行結腸・S状結腸・直腸では 36/42例 (85.7%) であった。【結論】若手医師が施行した ESD 症例において、重篤な合併症は認めず、高い治癒切除率であった。また臓器・部位によって完遂率は異なるため、若手医師が ESD を開始するに当たり、適切な対象病変を選択することが重要である。

## S2-14 安全で質の高い十二指腸 Endoscopic submucosal dissection を目指したそれぞれの職種からの取り組み

<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、  
<sup>2</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、  
<sup>3</sup>名古屋大学医学部附属病院 看護部、  
<sup>4</sup>名古屋大学医学部附属病院 臨床工学技術部  
○廣瀬 崇<sup>1</sup>、古川 和宏<sup>2</sup>、古根 聡<sup>3</sup>、高田 善久<sup>2</sup>、坂戸 恵<sup>3</sup>、  
根木 英輔<sup>3</sup>、川添 知佳<sup>3</sup>、中山 竣平<sup>4</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、  
川嶋 啓輝<sup>2</sup>

【背景】表在性十二指腸上皮性腫瘍に対する内視鏡治療は遅発性穿孔などの重篤な偶発症から、これまで積極的に行われてこなかった。しかし近年、様々な治療法が報告されている。Endoscopic submucosal dissection (ESD) も Water pressure method (WPM) など様々な切除法の工夫や治療後潰瘍底の縫縮により安全性が向上している。しかし、WPM を用いた ESD では、腸管に多量の生理食塩水が流れ込む。その為、処置中の失便や嘔吐など特有の偶発症を認めていた。【目的】より安全で質の高い十二指腸 ESD を目指して、それぞれの職種が Clinical Question を設定し、それに対する解決策を検討する事。【方法】医師側は WPM を用いた十二指腸 ESD の偶発症とそのリスクを評価検討した。対象は 2019年10月から2021年2月までに行われた十二指腸 ESD 55例中、データを評価できた 43例について後方視的に評価検討を行った。看護師側は術中の失便によって起こり得る体温低下や患者さんの自尊心低下などを評価し、その対策を実施検討した。検査技師側は術中の視野向上や縫縮処置により適した器具を選定し高周波装置設定の改善を行った。【結果】偶発症として治療後、電解質異常を認めない。術中の失便のリスク因子として多変量解析で生理食塩水の使用量が 17 mL/min 以上が有意な因子であった。嘔吐のリスクとしては腫瘍径が有意な因子であった。前日に下剤をかける事、治療時、治療後に吸水性の高いおむつを着用する事、メディカルスタッフが前日に回診し、事前に偶発症について説明をする事で失便による二次的な偶発症を予防し、患者自尊心が保たれた。内視鏡治療時の送水ボトルやチューブをより適したものに変更することで、先端送水から空気の流入は激減した。検査技師が治療を理解することで、治療中の高周波装置の設定変更がスムーズになり、安全性が向上した。【結論】内視鏡治療は医師のみで行う事はできない。治療に参加するメディカルスタッフが治療を理解し、問題点を共有することで様々な角度からその安全性や治療の質を高める事が可能となる。

## S2-16 当院における胃 ESD 後出血の検討と抗血栓薬の取り組みに対する取り組み

岐阜大学医学部附属病院 第一内科  
○山下 晃司、井深 貴士、林 完成、宇野 由佳里、田口 大輔、  
小島 健太郎、大西 祥代、高田 淳、久保田 全哉、清水 雅仁

【目的】胃 ESD 後出血の危険因子の検討と当院における抗血栓薬の取り扱いに対する取り組みについて報告する。【方法】2013年1月から2019年12月に当院で胃 ESD を施行した 1079例を対象とし、後方視的に検討を行った。後出血は吐血またはショック状態を認め緊急内視鏡を要し止血術を施行した症例と定義した。抗血小板薬は低用量アスピリン、チエノピリジン誘導体、シロスタゾールとした。抗血栓薬服用例は休薬群、早期再開群、継続群、ヘパリン群、DOAC 群へ分類し検討を行った。当院では内視鏡検査オーダーの際に医師による服用薬の確認および継続/中止指示に加え、検査当日に看護師による既往歴、服用薬、休薬日数等の確認を行う。これを元に「抗血栓薬服用者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」に準じた生検の可否により患者ファイル进行分类し、服薬の再開指示が必要な患者では同ファイルに再開指示を促す札を入れる。【成績】1079例のうち、後出血は 45例 (4.2%) で認められ、抗血栓薬服用群で 16/191例 (8.4%)、非服用群で 29/888例 (3.3%) であり、抗血栓薬服用群で有意に多い結果であった (p=0.0013)。抗血栓薬の取り扱い別では、休薬群 7/83例 (8.4%)、早期再開群 2/35例 (5.7%)、継続群 1/40例 (2.5%)、ヘパリン群 4/14例 (28.6%)、DOAC 群 2/19例 (10.5%) であった。休薬群とヘパリン群では非服用例と比較して有意に後出血が多い結果であった (p=0.0173、p<0.0001)。さらに休薬群では CKD を有する患者で有意に後出血が多い結果であった (p=0.0450)。全症例のうち、継続群の 1例で ESD 翌日に急性心筋梗塞を発症したが、抗血栓薬の服用歴は同様に管理され、内服の継続を確認していた。【結論】当院での胃 ESD 後出血率は既報と同程度であり、抗血栓薬服用例で後出血率が高いが、一方で休薬群においても非服用例と比較し有意に後出血率が高かった。このため、抗血栓薬を休薬しても後出血をきたすリスクがあることを患者に説明しておく必要がある。抗血栓薬の休薬中に血栓症を来した例はなかったが、不意な休薬は医原性の血栓症を招く危険性があり、可能な限り避ける必要がある。

## 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

岐阜大学医学部 第一内科 小島健太郎

- 1 上腸間膜動脈起始部狭窄を背景に虚血性大腸炎、虚血性回腸炎を続発したと考えられた1例  
<sup>1</sup>岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院 外科  
○中村 博式<sup>1</sup>、岩佐 太誠<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、島崎 信<sup>1</sup>、西脇 伸二<sup>1</sup>、  
小島 則昭<sup>2</sup>
  
- 2 新型コロナウイルスワクチン接種後に発症した急性出血性大腸炎の1例  
若手 松波総合病院 消化器内科  
(専攻医) ○牧野 紘幸、中西 孝之、荒木 寛司、鳥澤 宗一郎、神野 宏規、亀井 真琴、  
長尾 涼太郎、片岡 史弥、河口 順二、浅野 剛之、田上 真、杉原 潤一、  
森脇 久隆、富田 栄一
  
- 3 集学的治療が奏功したサイトメガロウイルス腸炎と C. difficile 腸炎を合併した高齢  
若手 発症重症潰瘍性大腸炎の一例  
(専攻医) 松波総合病院  
○神野 宏規、中西 孝之、荒木 寛司、鳥澤 宗一郎、亀井 真琴、  
長尾 涼太郎、片岡 史弥、河口 順二、浅野 剛之、早崎 直行、伊藤 康文、  
田上 真、杉原 潤一、森脇 久隆、富田 栄一
  
- 4 腸管スピロヘータ症と腸管嚢胞状気腫症を合併した2例  
<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター、<sup>2</sup>滋賀医科大学 病理学講座  
○大谷 毅一<sup>1</sup>、山崎 健路<sup>1</sup>、九嶋 亮治<sup>2</sup>、山内 和貴<sup>1</sup>、木村 明博<sup>1</sup>、  
黒田 英孝<sup>1</sup>、小泉 悠<sup>1</sup>、村瀬 博幸<sup>1</sup>、増田 直也<sup>1</sup>、入谷 壮一<sup>1</sup>、吉田 健作<sup>1</sup>、  
小澤 範高<sup>1</sup>、丸田 明範<sup>1</sup>、永野 淳二<sup>1</sup>、清水 省吾<sup>1</sup>



## 大腸 2

松波総合病院 消化器内科 中西孝之

- 5 当院における潰瘍性大腸炎患者に対するフィルゴチニブの有効性および安全性の検討  
若手 岐阜大学医学部附属病院  
(専攻医) ○小泉 拓也、小島 健太郎、大西 祥代、高田 淳、久保田 全哉、井深 貴士、  
清水 雅仁
- 6 小腸、結腸、肛門病変の併存により高度低栄養を呈したクローン病の一手術例  
若手 岐阜大学医学部附属病院 消化器外科  
(専攻医) ○鷹羽 律紀、浅井 竜一、安藤 幸紀、松本 圭太、田島 ジェシー雄、木山 茂、  
田中 善宏、奥村 直樹、村瀬 勝俊、松橋 延壽
- 7 大腸憩室出血の止血目的に施行した Over-the-scope clip (OTSC) の偶発症に関する検討  
若手 社会医療法人厚生会 中部国際医療センター  
(専攻医) ○日野 孝彬、杉山 宏、市野 翔一、犬飼 将旭、大橋 洋佑、水谷 しの、  
出田 貴康、足達 広和、大島 靖広
- 8 内視鏡所見において特異的な所見に乏しかった MEFV 遺伝子関連腸炎の一例  
若手 名古屋市立大学 消化器代謝内科学  
(専攻医) ○林 良紘、尾関 啓司、片岡 洋望

- 9 直腸癌多発リンパ節転移の化学療法中に播種性骨髄癌症をきたした1例  
日本赤十字社高山赤十字病院 消化器内科  
○曾我 淳史、雄山 裕亮、小出 香里、谷口 裕紀、市川 広直、今井 奨、  
白子 順子
- 10 短期間で形態変化を来した直腸原発 Mixed neuroendocrine non-neuroendocrine  
neoplasm (MiNEN) の1例  
日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 消化器内科  
○有賀 亮太、蟹江 浩、内田 美奈、高木 優輔、加藤 大介、森 俊敬、  
宮城島 俊、熱田 直己、齋藤 彰敏、塚本 宏延、宮部 勝之、山田 智則、  
林 克巳
- 11 大腸穿通をきたした爪楊枝のCT値変化を観察し得た一例  
若手 濟生会松阪総合病院 内科  
(研修医) ○大久保 文、橋本 章、澤井 翔馬、小野 隆裕、紅林 真理絵、田原 雄一、  
黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、  
清水 敦哉
- 12 免疫調節剤使用を背景に発症した高齢発症直腸EBV陽性皮膚粘膜潰瘍(EBVMCU)  
若手 の1例  
(研修医) 藤枝市立総合病院  
○高橋 嘉那太、寺井 智宏、丸山 保彦、吉井 重人、景岡 正信、大畠 昭彦、  
星野 弘典、乾 航、稲垣 圭佑、馬場 皓大、丸山 巧

## 13 当院におけるクローン病患者のビタミン B12欠乏の検討

若手 岐阜大学医学部附属病院 第一内科

(専攻医) ○歌方 有貴、井深 貴士、川出 真史、小泉 拓也、嶋田 貴仁、宇野女 慎二、  
宇野 由佳里、林 完成、田口 大輔、山下 晃司、小島 健太郎、大西 祥代、  
高田 淳、久保田 全哉、清水 雅仁

## 14 小腸平滑筋腫の一例

<sup>1</sup>岐阜赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>中部国際医療センター 病理診断科、<sup>3</sup>岐阜赤十字病院 外科

○松下 知路<sup>1</sup>、荒尾 真道<sup>1</sup>、寺倉 大志<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、關野 誠史郎<sup>3</sup>、  
山田 鉄也<sup>2</sup>

## 15 ダブルバルーン小腸内視鏡で内視鏡的粘膜切除術を行った小腸動静脈奇形の1例

<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、<sup>2</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

○河村 達哉<sup>1</sup>、石川 恵里<sup>2</sup>、中村 正直<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、前田 啓子<sup>2</sup>、  
澤田 つな騎<sup>1</sup>、村手 健太郎<sup>2</sup>、長谷川 一成<sup>2</sup>、池上 脩二<sup>2</sup>、大橋 彩子<sup>2</sup>、  
大岩 恵祐<sup>2</sup>、八田 勇輔<sup>2</sup>、平松 美緒<sup>2</sup>、川嶋 啓揮<sup>2</sup>

## 16 小腸リポマトーシス内に小腸癌を合併した1例

名古屋大学 医学部附属病院 消化器・腫瘍外科

○鈴木 章弘、中山 吾郎、服部 憲史、梅田 晋一、岸田 貴喜、村田 悠記、  
小倉 淳司、清水 大、神田 光郎、田中 千恵、小寺 泰弘

## 17 難治性消化管出血に対する空腸部分切除で診断を得た絨毛癌の転移性空腸腫瘍の1例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

(専攻医) ○豊田 健介、海野 修平、芳澤 社、金谷 和哉、山下 大貴、井田 雄也、  
大城 恵吾、平野 雄一、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、  
山田 洋介、小林 陽介、木全 政晴、室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

## 18 通過障害を契機に診断された空腸異所性腺癌の一例

若手 <sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 光学医療診療部、(専攻医) <sup>3</sup>浜松医科大学 下部消化管外科、<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床検査医学

○杉山 智哉<sup>1</sup>、加藤 敦士<sup>2</sup>、浅井 雄介<sup>1</sup>、杉浦 喜一<sup>1</sup>、高橋 悟<sup>1</sup>、尾上 峻也<sup>1</sup>、  
樋口 友洋<sup>2</sup>、宮津 隆裕<sup>1</sup>、金子 雅直<sup>1</sup>、石田 夏樹<sup>1</sup>、松浦 友春<sup>1</sup>、田村 智<sup>1</sup>、  
阪田 麻裕<sup>3</sup>、谷 伸也<sup>1</sup>、山出 美穂子<sup>1</sup>、濱屋 寧<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>4</sup>、大澤 恵<sup>2</sup>、  
倉地 清隆<sup>3</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

- 19 エコーガイド下生検により診断に至った線毛性前腸性肝嚢胞の一例  
<sup>1</sup>島田市立総合医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>島田市立総合医療センター 病理診断科  
○榛葉 俊太郎<sup>1</sup>、竹内 悠<sup>1</sup>、米倉 孝<sup>1</sup>、石橋 浩平<sup>1</sup>、渡邊 晋也<sup>1</sup>、金山 広和<sup>1</sup>、  
松下 雅広<sup>1</sup>、濱保 英樹<sup>2</sup>
- 20 20G 細径針による経皮的肝腫瘍生検により安全に診断し得た肝血管肉腫の一例  
若手 静岡市立静岡病院  
(専攻医) ○川口 大貴、濱村 啓介、引地 智基、菊池 恵介、早川 諒祐、木村 領佑、  
鈴木 博貴、長谷川 力也、黒石 健吾、田中 俊夫、小柳津 竜樹
- 21 肝原発血管筋脂肪腫の1例  
若手 松阪中央総合病院外科  
(専攻医) ○山本 雅人、加藤 憲治、森定 雄、辻 直哉、中邑 信一郎、松田 明敏、  
小林 基之、谷口 健太郎、岩田 真、田端 正己
- 22 腹部超音波検診で発見された肝腫瘍の1例  
若手 朝日大学病院  
(専攻医) ○森 建次、大洞 昭博、杉野 敏志、中畑 由紀、向井 理英子、坂元 直行、  
村上 善基、八木 信明、小島 孝雄

## 肝2

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 土居崎正雄

### 23 肝細胞癌との鑑別が困難であった reactive lymphoid hyperplasia の一切除例

若手

<sup>1</sup>藤田医科大学 消化器内科、<sup>2</sup>南生協病院 消化器内科

(専攻医)

○鵜飼 剛史<sup>1</sup>、田中 浩敬<sup>1</sup>、葛谷 貞二<sup>1</sup>、川部 直人<sup>1</sup>、大野 栄三郎<sup>1</sup>、  
中岡 和徳<sup>1</sup>、中野 卓二<sup>1</sup>、宮地 洋平<sup>1</sup>、越智 友花<sup>1</sup>、宮地 小百合<sup>1</sup>、  
古松 了昭<sup>2</sup>、奥村 浩二<sup>2</sup>、牛田 知佳<sup>2</sup>、廣岡 芳樹<sup>1</sup>

### 24 根治治療後6年の経過で肺転移再発をきたした肝細胞癌の1例

若手

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

(研修医)

○伊勢谷 徒加、小倉 英、大和 浩乃、川村 聡、着本 望音、玉井 康将、  
藤原 直人、重福 隆太、爲田 雅彦、吉川 恭子、杉本 龍亮、田中 秀明、  
杉本 和史、岩佐 元雄、中川 勇人

### 25 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ベバシズマブにより irAE 大腸炎と irAE

若手 膵炎を合併した1例

(専攻医)

静岡市立静岡病院 消化器内科

○引地 智基、濱村 啓介、川口 大貴、菊池 恵介、木村 領佑、早川 諒祐、  
鈴木 博貴、長谷川 力也、黒石 健吾、田中 俊夫、小柳津 竜樹

### 26 切除不能肝細胞癌に対し Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法を施行した維持

若手 透析患者の2例

(専攻医)

静岡県立総合病院 消化器内科

○坂口 航輝、佐藤 辰宣、本多 一仁、村松 未来、稲川 敦子、大堂 真一郎、  
土壁 千夏、上原 慶大、武田 昌大、池田 慎也、加島 弘崇、平田 太陽、  
増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、  
川口 真矢、大野 和也

## 27 アテゾリズマブ投与で発症した irAE 赤芽球癆の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

○前田 英貴、前田 英貴、森 義徳、中井 俊介、今津 充季、金岩 弘樹、  
富田 優作、山口 彩奈、北川 美香、平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司

## 28 混合型肝癌に対して Durvalumab/Tremelimumab 併用療法を行った1例

若手 岐阜大学医学部附属病院

(専攻医) ○小泉 拓也、宇野女 慎二、三輪 貴生、華井 竜徳、今井 健二、高井 光治、  
清水 雅仁

## 29 オキサリプラチン長期投与中に急性肝障害をきたした一例

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>浜松医療センター 肝臓内科、<sup>3</sup>浜松医療センター 内視鏡科○佐藤 大輝<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>3</sup>、井上 尊史<sup>1</sup>、西澤 航平<sup>1</sup>、井口 太郎<sup>1</sup>、山中 力行<sup>1</sup>、  
大庭 行正<sup>2</sup>、鈴木 安曇<sup>1</sup>、佐原 秀<sup>1</sup>、影山 富士人<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>

## 30 成人 Wilson 病の1例

若手 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科

(専攻医) ○神谷 昌宏、猪飼 千咲、佐藤 椋、服部 智子、小林 彩香、中川 真里絵、  
庄田 怜加、武仲 祐弥、荒木 幸子、西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、  
伊藤 恵介、林 香月

31 待機的 CA-EIS が奏功したアルコール性肝硬変による胃静脈瘤の 1 例

若手 <sup>1</sup>松波総合病院、<sup>2</sup>蘇西厚生会

(専攻医) ○亀井 真琴<sup>1</sup>、田上 真<sup>1</sup>、鳥澤 宗一郎<sup>1</sup>、神野 宏規<sup>1</sup>、林 冴加<sup>1</sup>、  
長尾 涼太郎<sup>1</sup>、片岡 史弥<sup>1</sup>、全 秀嶺<sup>1</sup>、中西 孝之<sup>1</sup>、河口 順二<sup>1</sup>、  
浅野 剛之<sup>1</sup>、早崎 直行<sup>1</sup>、伊藤 康文<sup>1</sup>、杉原 潤一<sup>1</sup>、森脇 久隆<sup>1</sup>、  
富田 栄一<sup>2</sup>、荒木 寛司<sup>1</sup>

32 門脈血栓症に対してアンチトロンビン III 製剤とエドキサバン治療が有効であった  
1 例

総合大雄会病院 消化器内科

○宮原 康孝、松山 恭士、深見 正高

33 薬物療法開始後早期に腫瘍破裂を来し、IVR による止血を要した肝細胞癌の一例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○増田 直也、永野 淳二、山内 和貴、木村 明博、黒田 英孝、小泉 悠、  
村瀬 博幸、大谷 毅一、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、丸田 明範、  
山崎 健路、清水 省吾

34 肝細胞癌破裂後に非閉塞性腸管虚血を来した一例

若手 岐阜大学医学部附属病院 消化器内科

(専攻医) ○川出 真史、三輪 貴生、宇野女 慎二、華井 竜徳、今井 健二、高井 光治、  
清水 雅仁

## 胆 1

JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 内科 馬淵正敏

### 35 内視鏡的治療が成功した超高齢者 Bouveret 症候群の 1 例

若手 JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院

(研修医) ○伊藤 里奈、相羽 優志、長井 宏樹、平下 祐生、伊藤 貴嗣、三田 直樹、  
向井 美鈴、水谷 拓、山中 一輝、華井 頼子、白木 亮、戸田 勝久、  
勝村 直樹

### 36 自己免疫性肝炎、潰瘍性大腸炎を伴った原発性硬化性胆管炎の 1 例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○加納 佑一<sup>1</sup>、水谷 泰之<sup>1</sup>、石川 卓哉<sup>1</sup>、山雄 健太郎<sup>2</sup>、飯田 忠<sup>1</sup>、  
植月 康太<sup>1</sup>、片岡 邦夫<sup>1</sup>、森 裕<sup>1</sup>、高田 善久<sup>1</sup>、青井 広典<sup>1</sup>、南 喜之<sup>1</sup>、  
熊野 良平<sup>1</sup>、高野 宏平<sup>1</sup>、木下 拓也<sup>1</sup>、佐々木 雅隆<sup>1</sup>、竹内 一訓<sup>1</sup>、  
川嶋 啓揮<sup>1</sup>

### 37 切除不能遠位悪性胆管狭窄に対し、partially covered self-expandable metallic stent (SEMS) を使用した一例

医療法人山下病院 消化器内科

○平野 智也、服部 昌志、松崎 一平、菊池 正和、泉 千明、福沢 一馬、  
乾 和郎

### 38 胆嚢癌の十二指腸浸潤による腫瘍出血に対し放射線照射が<sup>3</sup>有効であった一例

若手 <sup>1</sup>春日井市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>春日井市民病院内視鏡センター、

(専攻医) <sup>3</sup>春日井市民病院 放射線治療科

○佐々木 謙<sup>1</sup>、祖父江 雅也<sup>1</sup>、水野 智之<sup>1</sup>、濱田 祐輔<sup>1</sup>、安原 聡<sup>1</sup>、  
原田 貴仁<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、小林 由花<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、名倉 義人<sup>1</sup>、  
林 則之<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、高田 博樹<sup>1,2</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、  
西尾 昌大<sup>3</sup>、小川 靖貴<sup>3</sup>、深谷 信之<sup>3</sup>



## 39 閉塞性黄疸にて発症した結核性リンパ節炎の一例

若手 静岡県立総合病院

(専攻医) ○大堂 真一郎、佐藤 辰宣、坂口 航輝、本多 一仁、村松 未来、土壁 千夏、  
稲川 敦子、上原 慶大、武田 昌大、加島 弘崇、平田 太陽、池田 慎也、  
増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、  
川口 真矢、大野 和也

## 40 肝内胆管癌の終末期症状と鑑別を要したビタミンB1欠乏・Wernicke脳症の1例

<sup>1</sup>紀南病院 内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>3</sup>原田医院、<sup>4</sup>三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科

○河俣 真由<sup>1,2</sup>、村林 桃士<sup>2</sup>、阪口 亮平<sup>1</sup>、原田 哲朗<sup>2,3</sup>、大山田 純<sup>2</sup>、  
中川 勇人<sup>4</sup>

## 41 超音波内視鏡下組織採取法と経口胆道鏡下生検により術前診断し得た肝門部胆管狭窄を伴う黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

(専攻医) <sup>1</sup>磐田市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器外科、<sup>3</sup>磐田市立総合病院 肝臓内科

○綿引 萌花<sup>1</sup>、金子 淳一<sup>1</sup>、木内 亮太<sup>2</sup>、小杉 知功<sup>1</sup>、草間 大輔<sup>1</sup>、  
玉腰 裕規<sup>1</sup>、丹羽 智之<sup>1</sup>、瀧浪 将貴<sup>1</sup>、高橋 百合美<sup>3</sup>、山田 貴教<sup>1</sup>

## 42 ENBDとESWLにより胆汁瘻と総胆管結石の治療を行うことができた一例

若手 静岡県立総合病院 消化器内科

(専攻医) ○村松 未来、遠藤 伸也、坂口 航輝、本多 一仁、稲川 敦子、大堂 真一郎、  
土壁 千夏、上原 慶大、武田 昌大、池田 慎也、加島 弘崇、平田 太陽、  
佐藤 辰宣、増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、黒上 貴史、白根 尚文、  
川口 真矢、大野 和也

## 43 貧血を契機に発見された胆嚢癌の1例

若手 中津川市民病院

(専攻医) ○山下 貴大、中野 有泰、西尾 亮、物江 真司、安江 優

## 44 術前診断が困難であった膵・胆管合流異常を背景とした胆嚢癌の一例

若手 <sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 肝胆膵外科(研修医) ○上田 華子<sup>1</sup>、大城 恵吾<sup>1</sup>、豊田 健介<sup>1</sup>、金谷 和哉<sup>1</sup>、山下 大貴<sup>1</sup>、吉井 元<sup>1</sup>、平野 雄一<sup>1</sup>、井田 雄也<sup>1</sup>、遠藤 茜<sup>1</sup>、小林 郁美<sup>1</sup>、志田 麻子<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、小林 陽介<sup>1</sup>、木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、細田 佳佐<sup>1</sup>、山本 博崇<sup>2</sup>

## 45 術前診断困難であった早期胆嚢癌の一例

若手 <sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 肝胆膵外科、(専攻医) <sup>3</sup>聖隷浜松病院 病理診断科○金谷 和哉<sup>1</sup>、小林 陽介<sup>1</sup>、豊田 健介<sup>1</sup>、山下 大貴<sup>1</sup>、井田 雄也<sup>1</sup>、大城 恵吾<sup>1</sup>、平野 雄一<sup>1</sup>、吉井 元<sup>1</sup>、遠藤 茜<sup>1</sup>、小林 郁美<sup>1</sup>、志田 麻子<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、細田 佳佐<sup>1</sup>、山本 博崇<sup>2</sup>、大月 寛郎<sup>3</sup>

## 46 腫瘍進展に伴う画像所見の変化を経時的に評価し得た胆管内乳頭状腫瘍由来浸潤癌の1切除例

三重大学 肝胆膵・移植外科

○野口 大介、栗山 直久、阪本 達也、藤村 侑、弓削 拓也、伊藤 貴洋、早崎 碧泉、飯澤 祐介、藤井 武宏、種村 彰洋、村田 泰洋、岸和田 昌之、水野 修吾

## 膵 1

半田市立半田病院 消化器内科 杉本啓之

### 47 EUS-FNB が診断に有用であった膵悪性リンパ腫の 2 例

若手 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

(専攻医) ○酒井 崇、加地 謙太、鬼頭 祐輔、豊原 祥資、久野 佳世子、安達 明央、  
佐橋 秀典、加藤 晃久、堀 寧、吉田 道弘、片岡 洋望

### 48 分子標的薬が継続困難となった膵神経内分泌腫瘍に対しソマトスタチンアナログが 若手 有効であった 1 例

(専攻医) 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、小池 剛、堀田 尋紀、佐藤 宏樹、牧野 成彦、社本 賢昭、  
浦野 文博

### 49 膵嚢胞の増大が膵石の治療契機となった一例

若手 藤田医科大学ばんだね病院

(研修医) ○永野 洋佑、片野 義明、橋本 千樹、小林 隆、山本 智支、武藤 久哲、  
館野 晴彦、高原 頌子、松下 美冴、梶野 裕太郎

### 50 診断に苦慮した Hemosuccus Pancreaticus の 1 例

一宮市立市民病院 消化器内科

○古川 大樹、平松 武、金森 信一、側島 友、松浦 倫三郎、山田 健太、  
平松 恵里奈、梶原 彰、安田 桂、山田 純也、伊藤 祐三郎

51 診断に難渋した macrocystic type 膝漿液性嚢胞の一例

若手 <sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
 (専攻医) ○新田 紘一郎<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、  
 久野 剛史<sup>1</sup>、二村 侑歩<sup>1</sup>、吉川 幸愛<sup>1</sup>、光松 佑時<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

52 経時的に嚢胞壁肥厚が顕在化し増悪を認めた Simple mucinous cyst の一例

若手 <sup>1</sup>静岡県立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>静岡県立総合病院 消化器外科、  
 (専攻医) <sup>3</sup>静岡県立総合病院 病理診断科  
 ○土壁 千夏<sup>1</sup>、佐藤 辰宣<sup>1</sup>、稲川 敦子<sup>1</sup>、大堂 真一郎<sup>1</sup>、上原 慶大<sup>1</sup>、  
 武田 昌大<sup>1</sup>、池田 慎也<sup>1</sup>、加島 弘崇<sup>1</sup>、平田 太陽<sup>1</sup>、増井 雄一<sup>1</sup>、  
 松田 昌範<sup>1</sup>、遠藤 伸也<sup>1</sup>、黒上 貴史<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、  
 大野 和也<sup>1</sup>、藤田 哲嗣<sup>2</sup>、金本 秀行<sup>2</sup>、鈴木 誠<sup>3</sup>

53 急性膝炎を契機に発見された膝神経内分泌腫瘍の一例

<sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 肝胆膵外科、  
<sup>3</sup>聖隷浜松病院 病理診断科  
 ○山下 大貴<sup>1</sup>、小林 陽介<sup>1</sup>、豊田 健介<sup>1</sup>、金谷 和哉<sup>1</sup>、井田 雄也<sup>1</sup>、  
 大城 恵吾<sup>1</sup>、平野 雄一<sup>1</sup>、吉井 元<sup>1</sup>、遠藤 茜<sup>1</sup>、小林 郁美<sup>1</sup>、志田 麻子<sup>1</sup>、  
 山田 洋介<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、  
 細田 佳佐<sup>1</sup>、山本 博嵩<sup>2</sup>、大月 寛郎<sup>3</sup>

54 外科的治療を行った急性膝炎合併膝動静脈奇形の1例

<sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 第一内科、  
<sup>2</sup>岐阜大学医学部附属病院 消化器外科  
 ○岩田 翔太<sup>1</sup>、千住 明彦<sup>1</sup>、手塚 隆一<sup>1</sup>、上村 真也<sup>1</sup>、岩下 拓司<sup>1</sup>、  
 村瀬 勝俊<sup>2</sup>、深田 真宏<sup>2</sup>、松橋 延壽<sup>2</sup>、清水 雅仁<sup>1</sup>

## 食道

JA 岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 外科 佐野仁哉

- 55 Anti-reflux mucoplasty により著明に改善した、逆流性食道炎の1例  
医療法人 山下病院 消化器内科  
○福沢 一馬、松崎 一平、菊池 正和、泉 千明、平野 智也、服部 昌志、  
乾 和郎
- 56 食道アカラシアに合併した食道癌の2例  
若手 <sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
(専攻医) ○足立 賢吾<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、  
久野 剛史<sup>1</sup>、吉川 幸愛<sup>1</sup>、二村 侑歩<sup>1</sup>、光松 佑時<sup>1</sup>、新田 紘一郎<sup>1</sup>、  
川嶋 裕人<sup>1</sup>、亀島 祐貴<sup>1</sup>、水谷 夏香<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>
- 57 食道-肺瘻を形成し肺化膿症をきたした食道癌の1剖検例  
若手 <sup>1</sup>トヨタ記念病院 統合診療科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 消化器内科、  
(研修医) <sup>3</sup>トヨタ記念病院 病理診断科  
○粕谷 昂希<sup>1</sup>、鈴木 貴久<sup>2</sup>、三宅 忍幸<sup>2</sup>、芳川 昌功<sup>2</sup>、皆森 俊<sup>2</sup>、  
長屋 龍太郎<sup>2</sup>、小柳 裕揮<sup>2</sup>、島 寛太<sup>3</sup>
- 58 2期的分割手術戦略により根治切除を得た胃全摘術後の食道癌+盲腸癌の重複癌症例  
若手 岐阜大学医学部附属病院 消化器外科  
(専攻医) ○山本 一雄、佐藤 悠太、洞口 岳、田中 善宏、浅井 竜一、田島 ジェシー雄、  
木山 茂、奥村 直樹、村瀬 勝俊、松橋 延壽
- 59 集学的治療により長期予後が得られたCRT 後再発食道癌、早期胃癌の一例  
若手 岐阜県立多治見病院 消化器内科  
(専攻医) ○足立 圭司、鈴木 雄太、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、浦壁 憲司、  
岡山 幸平、鈴木 健人、蓑輪 彬久、羽根田 賢一、水島 隆史、奥村 文浩

60 切除不能進行胃癌に対して SOX + Nivolumab 併用療法を施行し筋炎を伴う重症筋無力症を発症した 1 例

<sup>1</sup>浜松医科大学医学部附属病院 外科学第二講座、

<sup>2</sup>浜松医科大学医学部附属病院 森町地域包括ケア講座、

<sup>3</sup>浜松医科大学医学部附属病院 周術期等生活機能支援学講座、

<sup>4</sup>磐田市立総合病院 外科

○関森 健一<sup>1</sup>、坊岡 英祐<sup>1</sup>、羽田 綾馬<sup>1</sup>、川田 三四郎<sup>1</sup>、村上 智洋<sup>1</sup>、  
松本 知拓<sup>1</sup>、森田 剛文<sup>1,2</sup>、深澤 貴子<sup>4</sup>、菊池 寛利<sup>1</sup>、平松 良浩<sup>1,3</sup>、  
竹内 裕也<sup>1</sup>

61 Conversion surgery を行った切除不能進行胃癌の 1 例

若手 愛知医科大学病院 消化器内科

(専攻医)

○市田山 宝、春日井 邦夫、佐々木 誠人、小笠原 尚高、海老 正秀、  
井澤 晋也、田村 泰弘、山口 純治、足立 和規、杉山 智哉、山本 和弘、  
越野 顕、杉村 明佳音、吉峰 尚子、小野 聡、加藤 駿介、田代 崇、  
加藤 真子

62 IrAE でのニボルマブ中止後も長期にわたって腫瘍縮小効果が持続している切除不能進行胃癌の 1 例

(専攻医) 松波総合病院 消化器内科

○鳥澤 宗一郎、中西 孝之、荒木 寛司、神野 宏規、亀井 真琴、牧野 紘幸、  
長尾 涼太郎、片岡 史弥、河口 順二、浅野 剛之、早崎 直行、伊藤 康文、  
田上 真、杉原 潤一、森脇 久隆、富田 栄一

63 胃に多発する粘膜下腫瘍様の隆起性病変を呈した多発性骨髄腫胃浸潤の一例

若手 <sup>1</sup>岐阜西濃医療センター 西濃厚生病院 内科、

(研修医) <sup>2</sup>岐阜西濃医療センター 西濃厚生病院 外科

○田端 みずほ<sup>1</sup>、岩佐 大誠<sup>1</sup>、高田 英里<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>1</sup>、中村 信彦<sup>1</sup>、  
中村 博<sup>1</sup>、中村 博式<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、高橋 孝夫<sup>2</sup>、島崎 信<sup>1</sup>、  
西脇 伸二<sup>1</sup>

64 肝細胞癌に対する RFA 後に肝膿瘍と肝十二指腸瘻が生じ十二指腸瘻孔を OTSC で閉鎖した1例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○梅田 悠平、濱田 康彦、池之山 洋平、重福 亜紀奈、行本 弘樹、  
藤原 野須子、別府 剛志、重福 隆太、中村 美咲、堀木 紀行、中川 勇人

65 出血をきたした胃異所性腭の1切除例

若手

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科

(専攻医)

○水谷 夏香<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、仲島 さより<sup>1</sup>、  
久野 剛史<sup>1</sup>、二村 侑歩<sup>1</sup>、吉川 幸愛<sup>1</sup>、光松 佑時<sup>1</sup>、足立 賢吾<sup>1</sup>、  
新田 紘一郎<sup>1</sup>、亀島 祐貴<sup>1</sup>、川嶋 裕人<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

66 診断に苦慮した酢酸亜鉛による胃潰瘍の一例

若手

藤田医科大学病院 消化器内科

(専攻医)

○萩原 聖也、船坂 好平、小山 恵司、山田 日向、堀口 徳之、中川 義仁、  
長坂 光夫、葛谷 貞二、宮原 良二、柴田 知行、廣岡 芳樹

67 十二指腸狭窄で発症した後腹膜線維症の一例

若手

JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院

(研修医)

○朝倉 麻由、向井 美鈴、長井 宏樹、平下 祐生、相羽 優志、伊藤 貴嗣、  
三田 直樹、水谷 拓、山中 一輝、華井 頼子、白木 亮、戸田 勝久、  
勝村 直樹

68 術後30年以上経過して顕在化した胃空腸吻合部 Implantation cyst の1例

若手

<sup>1</sup>岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院、

(専攻医)

<sup>2</sup>岐阜大学医学部附属病院

○岩佐 太誠<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、松浦 加奈<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>1</sup>、中村 博式<sup>1</sup>、  
島崎 信<sup>1</sup>、岩下 拓司<sup>2</sup>、西脇 伸二<sup>1</sup>

69 腹痛を契機に診断された腹部内臓動脈脈解離の一例

若手 順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

(専攻医) ○寺井 雄一朗、嶋田 裕慈、巖 理華、北 祐次、池田 裕至、佐藤 祥、  
村田 礼人、佐藤 俊輔、玄田 拓哉

70 腹腔内腫瘍および横行結腸の粘膜下腫瘍様隆起を呈した多発腸間膜デスマイト腫瘍の1例

若手 聖隷三方原病院 消化器内科

(専攻医) ○山田 久修、山田 哲、三宅 彩、佐藤 友香、山下 龍、大原 和人、  
佐藤 義久、久保田 望、岡井 研、多々内 暁光

71 脳梗塞急性期に腹腔内出血を併発した segmental arterial mediolysis の1例

若手 済生会松阪総合病院 内科

(研修医) ○稲見 健汰、橋本 章、澤井 翔馬、小野 隆裕、紅林 真理絵、田原 雄一、  
黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、  
清水 敦哉

72 心窩部痛を主訴に来院した TAFRO 症候群の1例

若手 社会医療法人 宏潤会 大同病院

(専攻医) ○長谷川 万里子、西川 貴広、三宅 峻太、吉田 和弘、齋藤 和輝、丸山 昭洋、  
山口 智大、胡 磊明、田島 万莉、黒部 拓也、早川 真也、八鹿 潤、  
野々垣 浩二



## 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 上腸間膜動脈起始部狭窄を背景に虚血性大腸炎、虚血性回腸炎を続発したと考えられた1例

<sup>1</sup>岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院 消化器内科、  
<sup>2</sup>岐阜・西濃医療センター西濃厚生病院 外科  
○中村 博式<sup>1</sup>、岩佐 太誠<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、島崎 信<sup>1</sup>、  
西脇 伸二<sup>1</sup>、小島 則昭<sup>2</sup>

【症例】80代男性【主訴】右上腹部痛、胸部不快感【既往歴】脳梗塞後遺症。COPDにてHOT導入中。【現病歴】朝より倦怠感、右上腹部痛、胸部不快感が出現した。胸部不快感が強くなり、かかりつけ医に受診した。発作性上室性頻拍の診断にて当院に搬送された。ジギタリス製剤投与にて頻拍は消失したが、腹部単純CTにて肝彎曲近傍に腫瘍性病変を疑う腸管壁肥厚を認め、精査加療目的にて入院となった。【臨床経過】大腸内視鏡検査にて肝彎曲部に限局して3/4周を占める潰瘍性病変を認め、軽度の狭窄を伴っていた。病理結果では悪性所見はなく、虚血性変化、肉芽腫性変化が混在していた。保存的に右上腹部痛は軽快し、11病日に退院した。退院8日後に強い右側腹部痛が出現し、当院に搬送された。CTで門脈ガス血症と遠位回腸に血流障害及び腸管気腫を認め、緊急入院となった。腸管壊死に伴う穿通性腹膜炎は否定され、門脈ガス血症も翌日には消失し、腹痛も軽快したため保存的に経過観察となった。27病日に大腸内視鏡検査を施行し、回腸末端部の虚血性変化および肝彎曲部に虚血性変化共に軽快傾向であることが確認され、28病日退院した。【結語】上腸間膜動脈は主に小腸と盲腸から脾彎曲の大腸を栄養している。虚血性大腸炎は下行結腸を中心に左側大腸に好発するが、本症例は肝彎曲部、回腸末端部と虚血性腸炎が短期間に続発し、回腸炎では門脈ガス血症も併発した。造影CTにて上腸間膜起始部に壁血栓と考える狭窄を認め、関連性が考えられた。

## 03 集学的治療が奏功したサイトメガロウイルス腸炎とC. difficile 腸炎を合併した高齢発症重症潰瘍性大腸炎の一例

松波総合病院  
○神野 宏規、中西 孝之、荒木 寛司、鳥澤 宗一郎、亀井 真琴、  
長尾 涼太郎、片岡 史弥、河口 順二、浅野 剛之、早崎 直行、  
伊藤 康文、田上 真、杉原 潤一、森脇 久隆、雷田 栄一

【症例】74歳男性。【既往歴】高血圧症、脂質異常症、脊柱管狭窄症、虫垂炎術後【現病歴】当院受診の1ヶ月前に血便を自覚し、近医で感染性腸炎と診断され、AZMを内服するも改善せず。新たに発熱と左下腹部痛を認め当院入院した。受診時は10行以上の水様血便で、体温37.0度、脈拍90回/分であった。血液検査はHb 9.4 g/dL、Alb 2.0 g/dL、CRP 10.7 mg/dLであった。【経過】下部消化管内視鏡検査（CS）では上行結腸からS状結腸の多発深掘れ縦走潰瘍と直腸の粘膜浮腫、発赤びらんを認めた。CMZとMNZの点滴静注を開始したが改善せず。臨床経過より重症潰瘍性大腸炎（UC）全大腸炎型と診断し、プレドニゾン40mg/日の静脈投与を開始した。その後著明な症状改善を認めた。CS時の生検病理組織よりサイトメガロウイルス腸炎合併と診断し、ガンシロビル300mg/12hを10日間投与した。入院2週後に血便が消失し、3行/日まで改善したため外来加療に移行した。外来でプレドニゾン減量とMMX型メサラジンの導入を行ったが退院3週後に排便回数5行/日と増悪し、便培養でトキシソ産生株のC.difficileを認めたためメトロナゾール1500mg/日を14日間投与した。CSでは潰瘍は初診時より改善傾向であったが炎症所見は残存していた。ステロイド依存性難治性UCと診断しベドリズマブを開始した。ベドリズマブ2回目投与後に著明な両下腿浮腫の副作用を認め、UCの症状も改善しないためウステキマブに変更した。ウステキマブ開始後下腿浮腫は改善した。現在90mg皮下注射を継続しており、血便は消失し排便も1行/日の有形便となった。C.difficile腸炎とCMV腸炎ともに再燃はなく、UCは寛解導入に成功し、外来での維持療法を継続している。【考察】今回、高齢発症の重症潰瘍性大腸炎にサイトメガロウイルス腸炎やC. difficile腸炎を併発した症例に対して集学的治療が奏功した。

## 02 新型コロナウイルスワクチン接種後に発症した急性出血性大腸炎の1例

松波総合病院 消化器内科  
○牧野 紘幸、中西 孝之、荒木 寛司、鳥澤 宗一郎、神野 宏規、  
亀井 真琴、長尾 涼太郎、片岡 史弥、河口 順二、浅野 剛之、  
田上 真、杉原 潤一、森脇 久隆、雷田 栄一

【症例】62歳男性【主訴】血便【既往歴】慢性心房細動、完全房室ブロックにてペースメーカー留置後、冠動脈ステント留置後、糖尿病【薬剤】フレカイニド、アムロジピン、エドキサバントシル酸水和物、クロピドグレル・アスピリン配合剤、ポノプラザンフマル酸塩、ロソバスタチンカルシウム【現病歴】普段から便秘障害はなかった。X年8月18日に2回目の新型コロナウイルスワクチン（コロナウイルス修飾ウリジンRNAワクチン：モデルナ社）を接種した。同日夜に左上腹部痛と膨満感を自覚した。8月19日赤色調軟便を認め、疼痛は持続した。その後、8月20日までの5行の排便で赤色調軟便から鮮血便に変化したため、8月21日に当科入院となった。【入院経過】入院時血液検査でWBC 10900/μL、CRP 3.25 mg/dL、Dダイマー 5.5 μg/dLと上昇し、Hb 16.2 g/dLで他に特記所見は認めなかった。身体所見では腹部平坦・軟で腸雑音は亢進なく、右上腹部から左上腹部にかけて軽度圧痛を認めた。便培養では常在菌のみ検出した。造影CT検査で上行結腸から下行結腸脾彎曲部に至る広範囲に全周性で連続性の高度浮腫性変化と周囲の脂肪織濃度上昇、骨盤底に少量の腹水を認めたが、粗大な血栓や血流障害は認めなかった。出血性大腸炎と診断し抗菌薬投与はせず、絶食、補液加療を開始し、抗血栓剤3剤のうちアスピリンのみを休薬した。入院3日目で血便が数行あったが、4日目には茶色有形便になり腹痛も軽快した。入院7日目の全大腸内視鏡検査では、上行結腸から下行結腸にかけて広範囲に連続性の全周性浮腫状変化と多発潰瘍を認めた。潰瘍部の病理組織診では炎症性細胞浸潤と浮腫状変化を認めた。経過良好で8月29日に退院した。【考察】ワクチン接種直後の急性発症である点、Dダイマーの自然軽快とともに症状が消失した点から、新型コロナウイルスワクチン接種に関連した急性出血性大腸炎と考えられた。

## 04 腸管スピロヘータ症と腸管囊胞状気腫症を合併した2例

<sup>1</sup>岐阜県総合医療センター、<sup>2</sup>滋賀医科大学 病理学講座  
○大谷 毅一<sup>1</sup>、山崎 健路<sup>1</sup>、九嶋 亮治<sup>2</sup>、山内 和貴<sup>1</sup>、  
木村 明博<sup>1</sup>、黒田 英孝<sup>1</sup>、小泉 悠<sup>1</sup>、村瀬 博幸<sup>1</sup>、  
増田 直也<sup>1</sup>、入谷 壮一<sup>1</sup>、吉田 健作<sup>1</sup>、小澤 範高<sup>1</sup>、  
丸田 明範<sup>1</sup>、永野 淳二<sup>1</sup>、清水 省吾<sup>1</sup>

腸管囊胞状気腫症（pneumatosis cystoides intestinalis; PCI）は、大腸内視鏡検査にて右側結腸を中心に多発する隆起病変を呈する病変である。原因として特定の職業歴、薬剤、肺疾患などの関与を指摘されているが詳細な原因は不明である。この度、腸管スピロヘータ症との合併を認めた2例を経験したので報告する。症例1は60歳代男性。主訴はなし。検診で便潜血反応陽性を指摘され他院で大腸内視鏡検査を施行された。右側結腸に病変を指摘され精査のため当科へ紹介され受診となった。大腸内視鏡検査を施行し、上行結腸に多発する粘膜下腫瘍様隆起を認めた。EUS・CT所見と併せてPCIと診断した。PCIの原因として、有機溶剤の曝露歴はなく、慢性閉塞性肺疾患、膠原病などの背景疾患は認めなかった。糖尿病の併存症があったが、PCI発症の原因薬剤として報告が多いαグルコシダーゼ阻害薬の内服歴は認めなかった。生検病理組織所見にて腸管スピロヘータ症を認め、メトロナゾールによる除菌療法を行った。約4ヶ月経過後の内視鏡検査ではPCIの所見はほぼ消失していた。症例2は70歳代男性。数ヶ月持続する下痢症状がある。食道癌が指摘されており消化管スクリーニングにて大腸内視鏡検査が施行された。上行結腸に多発する粘膜下腫瘍様隆起を認め、PCIと診断した。PCIの原因としては、慢性閉塞性肺疾患の併存症がありその関与を最も疑ったが、生検病理組織所見にて腸管スピロヘータ症を認めた。除菌治療を行ったところ、約2ヶ月後に下痢症状は改善し、またCT上PCI所見の改善が確認できた。PCIの原因として様々な仮説があるが、いまだ説明されていない。内視鏡上PCIを疑う所見を認めた場合には、生検による病理組織評価も検討すべきである。

## 05 当院における潰瘍性大腸炎患者に対するフィルゴチニブの有効性及び安全性の検討

岐阜大学医学部附属病院

○小泉 拓也、小島 健太郎、大西 祥代、高田 淳、久保田 全哉、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。今回当院の潰瘍性大腸炎（UC）におけるフィルゴチニブ（FIL）の有効性及び安全性を後方視的に検討した。【方法・対象】2022年4月から2023年5月の間にFILの投与を受けた9人の患者を対象とした。寛解は、Partial Mayo Score（PMS） $\leq 2$ かつ、各サブスコア $\leq 1$ 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以下と定義した。【結果】男性6人（66%）、患者年齢52（interquartile range [IQR]: 44-61）歳、罹病期間7.3（IQR: 2.3-8）年、病変範囲は全大腸炎/左側大腸炎/直腸炎型が4/4/1例、臨床経過は慢性持続型が5例、寛解再燃型が4例で、ステロイド依存7例、ステロイド抵抗2例であった。腸管外合併症は2例で認め、1例は関節炎を、もう1例は関節炎、結節性紅斑を認めた。FIL導入時PMS5（IQR: 4-5）、CRP0.25（IQR: 0.06-0.33）mg/dl、Hb12.8（IQR: 12.4-13.1）mg/dl、Alb4.1（IQR: 3.7-4.1）g/dlだった。ベースライン時のMayo endoscopic subscore（MES）は6例でMES 2、2例でMES 1だった。全症例外来での導入だった。ベースライン時の全身ステロイド併用はなし、抗TNF $\alpha$ 製剤治療歴は5人（56%）、ペドリスズブ治療歴は1人（11%）、JAK阻害薬治療歴は0人、チオプリン製剤の併用は5人（56%）だった。改善と寛解、継続率は、8週時で44%（4/9）と11%（1/9）と56%（5/9）、24週時で11%（1/9）と11%（1/9）と33%（3/9）であった。2023年7月現在で1例のみ投与継続している。投与中止の原因は一次無効が6例、改善は認めしたが、寛解に至らず2例で治療変更を行った。最長投与期間は47週で現在も投与継続している。なおこの症例は生物学的製剤の治療歴がない。投与開始から22週で内視鏡を施行し、寛解粘膜を確認した。投与中に帯状疱疹を含む副作用を認めた症例はなかった。【結論】FILは安全に使用することができた。また生物学的製剤での治療歴がない症例に対しては有効であった。

## 07 大腸憩室出血の止血目的に施行した Over-the-scope clip (OTSC) の偶発症に関する検討

社会医療法人厚生会 中部国際医療センター

○日野 孝彬、杉山 宏、市野 翔一、犬飼 将旭、大橋 洋佑、水谷 しの、出田 貴康、足達 広和、大島 靖広

【目的】大腸憩室出血に対するOTSCの有効性が報告されているが、その偶発症の報告例は少ないため検討を試みた。【対象と方法】2020年2月～2023年6月に当院で責任憩室の内視鏡診断ができた大腸憩室出血は158例であった。うち62例にOTSCを施行した。その62例を対象に偶発症について検討した。【結果】OTSCは、62例中54例は初回止血に、8例はEBL、IVR後の再出血例に施行した。OTSC後に、全例で抗生剤の投与を行った。59例で止血に成功し、再出血した3例に対してはIVRで止血を行った。62例中3例（4.8%）で偶発症を認めた。【症例1】80歳代、男性。横行結腸の憩室から活動性出血を認め、EBLを施行したが止血困難であったため、OTSCで止血を行った。クリップをリリース後に腸管腔が5mm程度まで狭窄を認めたが、1週間後の内視鏡で狭窄は改善していた。【症例2】40歳代、男性。上行結腸に凝血塊が付着した憩室を認め、凝血塊を除去すると活動性出血を認めた。OTSCで止血を試みたが、クリップがリリースできず、スコープを抜去しようとしたところ、肛門を通過する時にクリップがリリースされ、肛門縁の粘膜が把持された。憩室出血に対しては、再度OTSCで止血処置を行い、成功した。肛門痛、腹痛、発熱がなかったため経過観察とした。1か月後の腹中でクリップの脱落を確認した。【症例3】70歳代、男性。S状結腸に凝血塊が付着した憩室を認め、OTSCで止血を行い、CTMの投与を開始した。2日後より左下腹部痛が出現し、同部位に腹膜刺激症状を認めた。CTではクリップ近傍の脂肪織濃度上昇、腹膜肥厚を認めたが、free airは認めなかった。腹膜炎と診断し、絶食を継続、抗生剤をMEPMに変更した。3日後にCRP 5.98mg/dlまで上昇したが、改善し、10日後に退院となった。【結論】大腸憩室出血に対してOTSCは有効であるが、頻度は低いものの偶発症が起こりうるため注意が必要である。

## 06 小腸、結腸、肛門病変の併存により高度低栄養を呈したクローン病の手術例

岐阜大学医学部附属病院 消化器外科

○鷹羽 律紀、浅井 竜一、安藤 幸紀、松本 圭太、田島 ジェシー雄、木山 茂、田中 善宏、奥村 直樹、村瀬 勝俊、松橋 延壽

【はじめに】クローン病は、腸管および肛門を含めた広範囲に潰瘍、瘻孔を来して重症化すると、手術に際して大きなリスクとなりうる高度の低栄養を呈することがある。今回、我々は小腸結腸瘻と広範な結腸病変、痔瘻と肛門周囲膿瘍を伴い、初診時より高度低栄養を呈し術式選択に検討を要したクローン病の手術例を経験したため報告する。【症例】19歳、男性。3年前に水様便、血便を主訴に他院を受診し内視鏡検査にてクローン病と診断された。内科的治療により症状が安定したため1年後に受診を自己中断し、以後2年間無治療となっていた。水様便の再燃、肛門痛、体重減少を認めたものの医療機関を受診せず生活していたが、低血糖による意識障害にて他院へ救急搬送され、クローン病の増悪と高度低栄養状態と診断、精査加療目的に当院へ転院となった。初診時、肛門周囲全周に発赤と硬結を認め3カ所の瘻孔より膿汁流出を認めた。BMI: 12.8、アルブミン1.9g/dL、プレアルブミン5mg/dL、リンパ球数429/ $\mu$ Lと高度低栄養を認め、心エコーではびまん性の壁運動低下を認め脚気心が疑われた。造影CTにて大量腹水と共に、回盲部から下行結腸にかけての壁肥厚、肛門周囲全周に膿瘍形成を認め、下部消化管内視鏡検査では上行結腸と回腸の瘻孔形成、上行結腸から下行結腸までの縦走潰瘍、直腸潰瘍による狭窄と痔瘻を認めた。消化器内科にて栄養サポートと感染のコントロールを行った後、当科転科となり、結腸全摘術、瘻孔部回腸部分切除術、回腸双孔式人工肛門造設術、痔瘻・肛門周囲膿瘍根治術を施行した。初診時においては、縫合不全のリスクが極めて高いと考えられたが栄養状態の改善が得られたことから腸管吻合は可能と判断し回腸-S状結腸吻合を行い、口側に二連続式の回腸Covering stomaを造設した。術後経過は良好であり、術後34日に自宅退院となった。【結論】高度の低栄養を伴い重症化したクローン病に対する手術治療は、栄養状態を含めた全身状態を踏まえた術式決定が必要である。

## 08 内視鏡所見において特異的な所見に乏しかったMEFV遺伝子関連腸炎の一例

名古屋市立大学 消化器代謝内科学

○林 良紘、尾関 啓司、片岡 洋望

【背景】日常臨床において、稀に原因不明に慢性下痢症の診断加療に苦慮することを経験する。今回、MEFV遺伝子（familial Mediterranean fever gene）関連腸炎の症例として内視鏡で特異的な所見に乏しく、FMF（Familial Mediterranean fever）遺伝子変異判明によって診断的加療が行われた症例を経験したため報告する。【症例】症例は、60歳代の女性。元々幼少期より下痢をしやすい体質であった。20XX-2年9月頃より下痢があった。10月に近医受診、過敏性腸症候群（IBS）が疑われ投薬加療されていたが症状の改善は乏しかった。20XX-1年1月より黒色便、下肢浮腫、血液検査にて貧血、低蛋白血症が出現。上下部内視鏡検査（GIF/CF）が施行され、出血性胃炎と直腸粘膜の炎症所見が見られた。鉄剤点滴投与、プロトンポンプ（PPI）内服など対症的治療を受けていた。3月にGIF再施行、出血性胃炎は改善していた。4月にCF再施行、大腸炎所見が見受けられた。9月FMF遺伝子変異が判明し、診断的コルヒチン投与が開始となった。12月時点で下痢回数は変わらないがテネズムス、腹痛等なく経過。その後、20XX年2月排便回数が減少し、泥状便が基本となった。以降さらに通常便ができるようになっていった。【考察】MEFV遺伝子関連腸炎として特異的な内視鏡所見に乏しく、遺伝子異常からコルヒチンの診断的加療を行った確定診断できた症例を経験した。日常臨床の原因不明の慢性下痢疾患の中にもこういった疾患が隠れており、IBSや炎症性腸疾患（IBD）と診断されて加療されている症例が存在していると考えられる。【結論】慢性下痢の診断の一つにMEFV遺伝子関連疾患の存在を認識することで早期での適切な診断、加療が可能となる。

## 09 直腸癌多発リンパ節転移の化学療法中に播種性骨髄癌症をきたした1例

日本赤十字社高山赤十字病院 消化器内科  
○曾我 淳史、雄山 裕亮、小出 香里、谷口 裕紀、市川 広直、今井 奨、白子 順子

【症例】75歳、女性。近医より左頸部リンパ節腫大の精査目的に当院当科紹介となった。造影CTやPET-CTで左頸部だけでなく左鎖骨上窩、傍大動脈領域などのリンパ節と直腸にFDGの集積がみられた。頸部リンパ節生検の病理では、Poorly differentiated adenocarcinomaが増殖しており、リンパ節転移と判明した。下部消化管内視鏡検査で直腸に小隆起性病変を認め、内視鏡的粘膜切除術（EMR）を施行した。病理では腺腫内腺癌の所見で、粘膜筋板を越えて500 μm程の浸潤がみられ、原発と考えられた。mFOLFOX6+BEVを開始し、その後の治療効果は良好であったが、9か月後のPET-CTで多発骨転移を認めた。CET+ENCO+BINIに変更したものの、下痢や食欲不振の副作用が出現し、ENCOとBINIは中止とした。2か月後に尿尿や歯肉出血などを自覚したため、腸骨骨髄針生検を施行すると、病理では骨髄に低分化腺癌の増殖がみられ、治療前に行われた直腸EMRの病理所見と一致していた。血液検査でも線溶亢進型DICの所見を呈しており、直腸癌による播種性骨髄癌症と診断した。DICの治療としてヘパリンを投与しつつ、化学療法はCET+FOLFIRIに変更したうえで継続とし、現在も引き続き加療を行っている。【考察】播種性骨髄癌症は、骨髄を中心としたびまん性臓器浸潤とDICによる出血症状、溶血性貧血を合併する病態と定義されている。大腸癌を原発とする報告例は少なく、有効な化学療法は確立されていないため、発症早期での死亡例も多い。今回我々は直腸癌多発リンパ節転移の化学療法中に播種性骨髄癌症をきたしたまれな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。

## 11 大腸穿通をきたした爪楊枝のCT値変化を観察し得た一例

済生会松阪総合病院 内科  
○大久保 文、橋本 章、澤井 翔馬、小野 隆裕、紅林 真理絵、田原 雄一、黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、脇田 喜弘、清水 敦哉

【症例】70歳代、男性【主訴】腹部不快感【既往歴】十二指腸潰瘍、気管支喘息、肺気腫【現病歴】腹部不快感が持続するため健康診断を受け、便潜血陽性を指摘された。202X年Y日近医を受診し下部消化管内視鏡検査を施行された。直腸S状部に10mm程度の頂部に陥凹を有する隆起性病変を認め、生検はGroup1だった。深部大腸への挿入は困難でありY+5日当院へ紹介受診となった。来院時腹部不快感は認めなかった。身体所見は、体温37.1℃、腹部は平坦軟、圧痛は認めなかった。血液検査では貧血はなく、WBC11000/μL、CRP11.5mg/dLと炎症反応高値を認めた。初診時当院で施行した腹部造影CTではS状結腸に多数の憩室とS状結腸周囲に軽度の脂肪織濃度上昇を認めるのみであった。明らかなfree air、腹水、異物は認めなかった。Y+15日下部消化管内視鏡検査にて針状異物がS状結腸に刺入されているのを認めた。前医で見られた隆起性病変は認めなかった。腹痛、free air、腹水は認めず保存的治療可能と判断した。内視鏡的に異物を摘出し、穿通部はクリップにて縫縮、抗生剤投与にて経過観察とした。異物は爪楊枝であった。後日前医での腹部CTを確認すると、S状結腸に7cm程の針状高吸収異物を認めた。内視鏡治療後は炎症反応低下を認め、腹部症状増悪なく経過し、入院第8病日に退院となった。【考察】本邦では異物誤飲は魚骨が多く、爪楊枝の誤飲は稀である。本例では、爪楊枝を誤飲したという自覚はなく、当初初診時のCTでも明らかな異物として描出されなかったことから、初診時に爪楊枝による大腸穿通の診断は困難であった。爪楊枝のCT値は5日間で高吸収域から腸液と同程度に変化しており、こうした変化が診断を困難にする可能性がある。爪楊枝の体内でのCT値変化をとらえた報告は我々が調べたかぎり認めず、興味深い症例と考え報告する。

## 10 短期間で形態変化を来した直腸原発Mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN)の1例

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第二病院 消化器内科  
○有賀 亮太、蟹江 浩、内田 美奈、高木 優輔、加藤 大介、森 俊敬、宮城島 俊、熱田 直己、齋藤 彰敏、塚本 宏延、宮部 勝之、山田 智則、丸 克巳

症例は50歳代の男性。アルコール性肝炎で当院通院中であり、定期血液検査でCEAおよびCA19-9の高値を認めたため消化管スクリーニング目的にて全大腸内視鏡検査を施行したところ直腸Rbに10mm大の1s腺腫を認めた。初回検査から4か月後に内視鏡的粘膜切除術を予定したところ、腫瘍は18mm大に増大し陥凹面を有していた。陥凹面のNBI拡大観察では、無血管野や太い血管の断絶および途絶などの所見を認めJNET分類Type3相当であった。また超音波内視鏡検査では第3層高エコーの菲薄化を認め、両者からSM深部浸潤を疑う病変であった。手術も検討される病変であったが、局在と短期間で形態変化を考え、まずはtotal biopsy目的に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。腫瘍は一括で切除可能であり、病理組織検査では、高分化腺癌に相当する組織像と、chromogranin Aおよびsynaptophysin陽性、Ki-67index 60~90%を示す神経内分泌癌（NEC）に相当する組織像を認め、腺癌成分は腫瘍全体の30%程度であり、以上の所見からWHO分類第5版に基づいてMiNENと診断した。高分化腺癌の一部がNECへ脱分化した発育進展が示唆された。大腸MiNENでは特徴的な内視鏡所見や画像所見は乏しく、術前診断が非常に難しく、多くは術前に進行の大腸癌と診断されて、術後の病理組織検査でMiNENと診断される。本症例は大腸MiNENの初期の形態変化をとらえた貴重な症例と考え、文献的考察を加えて報告する。

## 12 免疫調節剤使用を背景に発症した高齢発症直腸EBV陽性皮膚粘膜潰瘍 (EBVMCU)の1例

藤枝市立総合病院  
○高橋 嘉那太、寺井 智宏、丸山 保彦、吉井 重人、景岡 正信、大島 昭彦、星野 弘典、乾 航、福垣 圭佑、馬場 皓大、丸山 巧

【症例】70歳代女性【主訴】血便、肛門痛、発熱【現病歴】26年前から重症筋無力症でプログラフ療法、11年前から関節リウマチでメトトレキサート投与中であった。201X-1年8月に亜急性前壁心筋梗塞と鬱血性心不全で当院循環器内科入院。低心機能で、入院中にsustained VTを合併し抗凝固療法開始となった。退院後徐々に貧血が進行し同年10月に当科外来紹介初診。単純CTで消化管に粗大病変なくEGDで責任病変を認めなかったが、その後血便を呈したため12月にsigmoidoscopy施行。下部直腸に境界明瞭な半周弱の広範囲深掘れ潰瘍を認めた。当初宿便性潰瘍を疑って緩下剤開始するも潰瘍改善傾向に乏しく、2週間後の再検sigmoidoscopyで環周率が2/3周性に悪化し潰瘍辺縁に再生機転を認めなかった。生検ではmalignant lymphomaの所見なく診断確定に至らなかった。その後間欠熱が遷延し肛門痛も持続し低Alb血症も緩徐悪化したため、201X年3月にsigmoidoscopy再検。生検でEBER-ISH法陽性となり、EBV陽性皮膚粘膜潰瘍（以下EBVMCU）と診断した。その後も肛門痛・発熱が遷延し、低Alb血症が進行して徐々にADLが低下し入院。手術と全身化学療法は低心機能と全身状態から適応外となり、緩和的放射線照射（39Gy/13fr）を行ったが奏効せず、廃用症候群・悪液質顕在化で多臓器不全となり、201X年5月に永眠された。【考察】EBVMCUはEBVに感染したBリンパ球が異常に増殖するB細胞性リンパ増殖性疾患で、2017年のWHO分類で初めて記載された新しい疾患単位。免疫調節剤使用下で高齢女性に好発する特徴があるが稀であり、形態的には浅く境界明瞭な潰瘍性病変を皮膚あるいは消化管粘膜に生じる疾患とされる。過去の報告では免疫調節剤中止のみで自然軽快する症例もあり比較的予後良好とされていたが、3割弱はaggressive treatmentが必要となるなど転帰不良の報告もある。治療選択肢は手術・放射線治療・全身化学療法などで奏効例の報告もみられる。EBウイルス血症を伴わない症例が多いとされていたが、本症例ではEBウイルス血症を伴っており（再活性化）、臨床経過も緩徐進行で予後不良の転帰を辿った。

## 13 当院におけるクローン病患者のビタミンB12欠乏の検討

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○歌方 有貴、井深 貴士、川出 真史、小泉 拓也、嶋田 貴仁、宇野 慎二、宇野 由佳里、林 完成、田口 大輔、山下 晃司、小島 健太郎、大西 祥代、高田 淳、久保田 全哉、清水 雅仁

【目的】クローンは全消化管に病変を生じうる疾患であり、しばしば貧血が問題となる。ビタミンB12欠乏が貧血の一因となっており補充が必要な症例もある。当院通院中のクローン病患者で、ビタミンB12欠乏のある患者について検討を行った。【方法】2022年に当院に通院しているクローン病患者のうち、貧血で治療歴があり、かつビタミンB12欠乏に対して補充が行われている患者を抽出した。【成績】2022年に当院に通院しているクローン病患者は全部で96人であった。そのうち貧血で加療中、かつビタミンB12欠乏に対して補充を行っている患者は11人(11.5%)であった。年齢の中央値は53歳(33-62歳)、罹患年数の中央値は23年(4-46年)であった。男性10例、女性1例であった。病型は小腸型が3人(27%)、小腸大腸型が8人(73%)、大腸型は0人(0%)であった。Hb値の中央値は9.3g/dL(5.9-10.8g/dL)、鉄欠乏性貧血の合併は9例(82%)であった。クローン病に対する治療は、11人全例が生物学的製剤を使用しており、1剤目が8人(73%)、2剤目が1人(9%)、3剤目が2人(18%)であった。腸管の手術歴については、全例に小腸または回盲部の手術歴があり、手術回数の中央値は2回(1-3回)であった。手術からビタミンB12補充開始までの期間の中央値は18年(0.5-23年)であった。【結論】今回当院に通院中のクローン病患者のビタミンB12欠乏の実態についてまとめた。全例で小腸または回盲部の手術歴があり、複数回の手術歴を有する人が多かった。手術から補充までの期間にはばらつきがあるが、10年以上のことが多かった。小腸に病変を有するクローン病患者、小腸や回盲部の手術歴のあるクローン病患者は、VitB12欠乏による貧血をきたす可能性があり、定期的な検査を行い必要に応じて補充を行うことが大切である。

## 15 ダブルバルーン小腸内視鏡で内視鏡的粘膜切除術を行った小腸動静脈奇形の1例

<sup>1</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部、

<sup>2</sup>名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

○河村 達哉<sup>1</sup>、石川 恵里<sup>2</sup>、中村 直正<sup>1</sup>、山村 健史<sup>2</sup>、前田 啓子<sup>2</sup>、澤田 つな騎<sup>1</sup>、村手 健太郎<sup>2</sup>、長谷川 一成<sup>2</sup>、池上 脩二<sup>2</sup>、大橋 彩子<sup>2</sup>、大岩 恵祐<sup>2</sup>、八田 勇輔<sup>2</sup>、平松 美緒<sup>2</sup>、川嶋 啓輝<sup>2</sup>

【主訴】黒色便【既往歴】B型肝炎、肝細胞癌治療後(肝右葉切除術、ラジオ波焼灼術)【現病歴】60代女性。X年4月上旬より黒色便が出現し近医で上下部消化管内視鏡検査を施行したものの出血の原因とならう所見は認めず鉄剤内服で経過観察となっていた。倦怠感にて4月22日前医を受診し血液検査でHb4.2g/dLと高度貧血を認めため同日入院となった。前医でも上部消化管内視鏡検査を施行したが、出血源は同定できず一旦退院し、5月11日小腸カプセル内視鏡検査(CE)を行った。CEでは上部空腸、下部回腸に拡張した血管を認めるものの活動性出血は指摘できなかった。5月13日再度黒色便を認めため前医を受診し、精査加療目的に5月26日当院紹介受診となった。【経過】待機的にダブルバルーン小腸内視鏡検査(DBE)を予定したが、5月28日黒色便があり当院受診した。血液検査でHb7.5g/dLと貧血を認め、ダイナミックCT動脈相で小腸にextravasationを認めため、同日入院とし出血源同定のためCEを実施した。CEでは空腸に血餅付着があり、第2病日に経口DBEを行ったところ中部空腸に10mm程の発赤調で文の低い立ち上がりならかな粘膜下腫瘍様隆起を認め形態的に小腸動静脈奇形と考えられた。病変が小さく、且つ血管拍動もなかったため内視鏡的粘膜切除術にて病変を一括切除した。切除部から出血は生じず、切除部と周囲4点の計5カ所にクリッピングし処置を終えた。病理組織学的にも動静脈奇形として矛盾しない所見であった。その後、出血兆候はなく第7病日退院となった。【考察】消化管動静脈奇形は小腸に40%以上と最も多く、小腸出血性病変の約15%を占めるとされている。動静脈奇形は病理組織学的に漿膜まで浸潤している可能性があるため、治療は原則、病変部位の外科的腸切除である。ただ、サイズの小さな病変であれば、粘膜下腫瘍様隆起部を流入血管と一緒にクリップで結紮し内視鏡治療で完結することもある。今回、DBEで内視鏡治療を行った小腸動静脈奇形の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## 14 小腸平滑筋腫の一例

<sup>1</sup>岐阜赤十字病院 消化器内科、

<sup>2</sup>中部国際医療センター 病理診断科、<sup>3</sup>岐阜赤十字病院 外科

○松下 知路<sup>1</sup>、荒尾 真道<sup>1</sup>、寺倉 大志<sup>1</sup>、安田 陽一<sup>1</sup>、

關野 誠史郎<sup>2</sup>、山田 鉄也<sup>2</sup>

【症例】80歳女性【主訴】右下腹部痛【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】X年1月右下腹部痛・腹水・貧血にて近医入院、入院時CTにて右骨盤内に80mmの腫瘍を認めた。スピロラクトンで腹水軽快あるも、右下腹部痛持続するため精査加療目的でX年2月当院転院となる。【入院時現症】意識JCS1-1 HR 腹部：平坦・軟・右下腹部軽度圧痛あり 下腿：浮腫なし【入院時検査成績】CRP2.01(L)、Alb2.1(L)、AST/ALT40/31(H)、WBC3900、Hb11.1(L)、Plt11.1万(L)、PT58%(L)、AFP4.3、CEA8.2、CA19-9:2.9、CA125:377(H)、NSE5.1、sIL-2R1198(H)【入院経過】腹水についてはCTで硬変肝でありスピロラクトンに反応したこともあり非代償性肝硬変と診断した。右下腹部腫瘍は、ダイナミックCTでは、81mmの貫壁性の小腸病変であり、内部に壊死を伴った腫瘍性病変であった。壁は早期相で不均一な造影効果があるが、後期相は均一となった。経肛門の小腸内視鏡では同部まで到達できなかったが、この時の小腸造影検査にて小腸との交通のある壁外に突出する病変であることを確認した。鑑別診断として悪性リンパ腫/GISTを考え、同部の疼痛もあることより診断加療目的で同腫瘍摘出および小腸部分切除術を行った。【術中所見】回盲弁より80cm口側に小腸より突出する80mm大の腫瘍を認めた。周囲との癒着はなくリンパ節腫大も認めなかった。同腫瘍を含む回腸切除を行った。【病理所見】標本は壊死組織で覆われた平滑筋であるが平滑筋の配列は不規則であった。c-Kit、DOG1、Desmin、SMA、β-catenin、S100、STAT6、CD34、CD3、CD20、p53、MIB-1、Ki67の免疫染色を行い、平滑筋腫と診断した。【まとめ】術前に診断しえなかった小腸平滑筋腫の一例を経験したので報告する。

## 16 小腸リポマトーシス内に小腸癌を合併した1例

名古屋大学 医学部付属病院内 消化器・腫瘍外科

○鈴木 章弘、中山 吾郎、服部 憲史、梅田 晋一、岸田 貴喜、村田 悠紀、小倉 淳司、清水 大、神田 光郎、田中 千恵、小寺 泰弘

【症例】41歳男性【既往歴】バージャー病【主訴】特になし【現病歴】近医の胸腹部CT検査で、偶発的に小腸内脂肪増生と小腸腫瘍を疑う腫瘍性病変を認めため、当院紹介受診した。【画像診断】腹部造影CT：回腸に26mm大の腫瘍を認め、周囲の小腸壁に高度の脂肪沈着を認めた。PET-CT：腫瘍部位にFDGの集積を認め、他部位には異常な集積を認めなかった。ダブルバルーン内視鏡：経口的、経肛門的に施行したが病変に到達できず確認できなかった。【手術】小腸腫瘍の疑いで診断・治療目的に手術を行った。術中内視鏡検査で腫瘍部位を同定し、同部位を含む脂肪沈着を認めた回腸を110cmにわたり切除した。術後経過は良好で術後11日目に退院した。【病理組織学的所見】切除小腸全体に広がる成熟した脂肪細胞からなるリポマトーシスと、その中に白色調の腫瘍を認め、小腸癌と診断した。【考察】小腸リポマトーシス内に小腸癌を合併することは非常に稀と考えるため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

## 17 難治性消化管出血に対する空腸部分切除で診断を得た絨毛癌の転移性空腸腫瘍の1例

聖隷浜松病院 消化器内科

○豊田 健介、海野 修平、芳澤 社、金谷 和哉、山下 大貴、井田 雄也、大城 恵吾、平野 直一、吉井 元、遠藤 茜、小林 郁美、志田 麻子、山田 洋介、小林 陽介、木全 政晴、室久 剛、長澤 正通、細田 佳佐

【症例】40歳代女性【病歴】X-1年、第1子出生時に前置胎盤のため子宮全摘術が施行された。X年Y月より左眼の視野異常を自覚し当院眼科を紹介受診した。MRIで左眼球視神経頭部に腫瘍性病変を認めた。5日後にめまい、黒色便を認め救急外来に受診した。Hb 6.2g/dLの高度な貧血を認めた。造影CTでは近位空腸にextravasationを認め、また右肺上葉に4cm大の腫瘍性病変を認め、右肺下葉、左眼窩内、左前頭葉、左副腎にも腫瘍を認めた。右肺癌の空腸転移巣からの出血を疑い、上部消化管内視鏡検査を施行したところ、近位空腸に7-8mm大の赤色隆起性病変を認め、湧出性出血を伴っていた。出血源と判断し、同部位に対してクリッピングを施行した。2週間後に再度黒色便を自覚した。内視鏡検査で空腸腫瘍性病変から持続性出血を認めた。その後も出血コントロールに難渋したため空腸部分切除を施行した。以降は消化管出血を示唆する症状も認めず、貧血も改善した。術前の肺生検や骨生検では分化度の低い癌を認めたが、原発巣の確定には至らなかった。手術検体で合体栄養膜細胞や細胞性栄養膜細胞に類似した腫瘍性細胞を粘膜下層主体に認め、hCG陽性であり絨毛癌の診断を得た。以後化学療法を導入し、術後2年の生存が得られている。【考察】空腸腫瘍は粘膜下に病変の主座があり転移性と判断した。転移性空腸腫瘍の原発巣としては肺癌や悪性黒色腫などの報告例が多いが、絨毛癌の報告は非常に稀である。前置胎盤手術時の病理学的再検討を行ったが胎盤・子宮に明らかな悪性所見を認めず、原発巣は不明であった。本症例は全身性に多発転移巣を有していたが、出血コントロール目的に手術を行うことにより出血制御が可能となり、組織的な確定診断も得られた。絨毛癌の原発の同定には至らなかったが、適切な診断により化学療法での治療効果が得られた。【結語】転移性空腸腫瘍を由来とする難治性消化管出血に対して空腸部分切除術を施行し、出血の制御ならびに組織学的診断を得た一例を経験した。

## 19 エコーガイド下生検により診断に至った線毛性前腸性肝囊胞の一例

<sup>1</sup>島田市立総合医療センター 消化器内科、

<sup>2</sup>島田市立総合医療センター 病理診断科

○橋葉 俊太郎<sup>1</sup>、竹内 悠<sup>1</sup>、米倉 孝<sup>1</sup>、石橋 浩平<sup>1</sup>、渡邊 晋也<sup>1</sup>、金山 広和<sup>1</sup>、松下 雅広<sup>1</sup>、濱保 英樹<sup>2</sup>

【背景】肝囊胞はありふれた疾患である一方で、線毛性前腸性肝囊胞は胎児期前腸の遺残に由来する稀な疾患である。基本的には良性疾患と考えられているが、海外では扁平上皮癌が発生したとする報告もある。肝囊胞性疾患の鑑別診断として、この疾患の存在を知っていることは、臨床家にとって重要である。今回、エコーガイド下生検により診断し得た線毛性前腸性肝囊胞の一例を経験したため報告する。【症例】30歳代男性。X年9月、検診の腹部超音波検査で肝S4腹側被膜下に17mm大の腫瘍が指摘され当科紹介となった。CTでは内部は低吸収で充実性腫瘍も疑われたが乏血性であった。MRIは脂肪抑制T1強調画像で高信号、T2強調画像で軽度高信号を呈し、典型的な肝細胞癌などは否定的と考えた。造影エコーでは血管相早期から後期では造影されず、造影開始4分で内部にわずかな造影効果も認めた。以上の検査から線毛性前腸性肝囊胞が疑われ、積極的に悪性を疑う所見は乏しかったが、診断確定のため、十分なインフォームド・コンセントのもとエコーガイド下生検を行う方針とした。造影エコー下で血管相後期から後血管相で1回穿孔し、白色調組織を含む検体を採取した。病理所見としては小葉構造の保たれた肝組織と共に、胞体内にアルシアンブルー染色陽性の粘液を含む異型に乏しい多線毛上皮に裏打ちされ肥厚した平滑筋層を伴う囊胞性病変が認められた。以上より線毛性前腸性肝囊胞と診断した。現在外来経過観察中である。【考察】線毛性前腸性肝囊胞は良性の先天性疾患として報告されている。CTでは比較的低吸収、MRI T2強調画像では高信号として描出されることが多いが、内容物の粘稠性や含有しているカルシウムの量の差異が影響し、典型的な画像所見を呈さず、その他の充実性腫瘍との鑑別に苦慮し外科的切除される症例も多い。腫瘍生検による診断能も必ずしも高くはないとする報告もあるが、本症例のように確定診断で、侵襲的な手術を回避できる可能性もあり、線毛性前腸性肝囊胞を疑った場合、腫瘍生検を考慮してもよいと考える。

## 18 通過障害を契機に診断された空腸異所性肝癌の一例

<sup>1</sup>浜松医科大学 第一内科、<sup>2</sup>浜松医科大学 光学医療診療部、

<sup>3</sup>浜松医科大学 下部消化管外科、<sup>4</sup>浜松医科大学 臨床検査医学

○杉山 智哉<sup>1</sup>、加藤 敦士<sup>2</sup>、浅井 雄介<sup>1</sup>、杉浦 喜一<sup>1</sup>、高橋 悟<sup>1</sup>、尾上 峻也<sup>1</sup>、樋口 友洋<sup>2</sup>、宮澤 隆裕<sup>1</sup>、金子 雅直<sup>1</sup>、石田 夏樹<sup>1</sup>、松浦 友春<sup>1</sup>、田村 智<sup>1</sup>、阪田 麻裕<sup>3</sup>、谷 伸也<sup>1</sup>、山出 美穂子<sup>1</sup>、濱屋 寧<sup>1</sup>、岩泉 守哉<sup>4</sup>、大澤 恵<sup>1</sup>、倉地 清隆<sup>3</sup>、杉本 健<sup>1</sup>

【症例】86歳女性【主訴】食思不振、嘔吐【既往歴】高血圧症【現病歴】X-1年12月20日頃から食欲低下、心窩部違和感を自覚。X年2月中旬から度々食後に嘔吐するようになった。3月8日に嘔吐、体動困難となり前医総合病院へ救急搬送され、腹部造影CT検査で空腸の壁肥厚を指摘され、血液検査ではCEA 10.2 ng/mL、CA19-9 240.52 U/mLと高値であり、小腸癌が疑われた。同日は補液にて改善し帰宅。3月9日当科に紹介受診となり、3月15日精査目的に入院となった。入院同日の胸部腹部造影CT検査では空腸に20mm強の造影効果を伴う腫瘍がみられ、腫瘍側の空腸に拡張がみられた。明らかな遠隔転移やリンパ節転移は認めなかった。経口的ダブルバルーン小腸内視鏡では、空腸に上皮性変化に乏しい不整な発赤調隆起性病変を認められ、ガストログラフィンでの造影検査では高度の通過障害を認めた。病変部からの生検では腫瘍組織は採取されなかったが、悪性腫瘍の可能性が高く、当院下部消化器外科に紹介し、3月22日に腹腔鏡下小腸切除、リンパ節郭清術が施行された。術後の経過は良好で、術後第7病日に退院した。切除検体には25×15mmの粘膜下腫瘍様の腫瘍を認め、組織学的には粘膜上皮を保持したまま中分化型腺癌が空腸壁に全層性に浸潤していた。また、病変内に異所性腺が併存しており、空腸異所性腺に由来した異所性肝癌と考えられた。遺残なく切除され、外来で術後補助化学療法を行っている。【考察】本症例では通過障害に対する腹腔鏡下小腸切除術を契機に空腸異所性肝癌の診断に至った。小腸悪性腫瘍は全消化管原発性悪性腫瘍の0.3~4.9%を占めるに過ぎず稀な疾患といわれている。またGISTや悪性リンパ腫、転移性腫瘍、進行性原発癌の順に頻度が高いといわれている。その中でも空腸の異所性肝癌は報告があるものの非常に稀であり、今回経験したため報告する。

## 20 20G 細径針による経皮的肝腫瘍生検により安全に診断し得た肝血管肉腫の一例

静岡市立静岡病院

○川口 大貴、濱村 啓介、引地 智基、菊池 恵介、早川 諒祐、木村 領佑、鈴木 博貴、長谷川 力也、黒石 健吾、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【症例】70代男性。X年5月、上腹部痛を主訴に近医を受診し、肝腫瘍を指摘され当院を紹介された。受診時Hb8.7g/dL、腹部超音波検査では肝右葉のほとんどを占める巨大で血流豊富な腫瘍を認め、CTでは12cmの多血性腫瘍と判明した。これ以外にも両葉に多発する小結節が見られた。さらに、肝表面に高吸収の腹水貯留があり出血と考えられた。出血部位が不明確であったため緊急TAEは行わず、入院の上、保存的治療を行った。病状が安定したため、第8病日に20G細径針を使用して右葉病変の生検を施行したところ、類洞に這うように大型の異型細胞がみられ、免疫染色ではCD31、CD34が陽性であったことから肝血管肉腫と診断した。しかしながら、黄疸が急速に進行し、切除も化学療法も行うことができなかった。その後も肝不全が進行し、第19病日に永眠された。【考察】肝血管肉腫は肝臓原発悪性腫瘍の0.5~2.0%を占める稀な疾患で、診断時にすでに進行していることも多く、予後の悪い疾患である。また、特徴的な画像所見や腫瘍マーカーなどもないことから診断に苦慮する。本症例では、生検により診断を確定することができた。肝血管肉腫が疑われる患者には、早期に生検を行うことにより、早期治療につなげることができると考えられる。【まとめ】20G細径針による生検で、安全かつ確実に肝血管肉腫の診断ができた。

## 21 肝原発血管筋脂肪腫の1例

阪中央総合病院外科

○山本 雅人、加藤 憲治、森定 雄、辻 直哉、中邑 信一郎、  
松田 明敏、小林 基之、谷口 健太郎、岩田 真、田端 正己

血管筋脂肪腫は平滑筋、血管および脂肪細胞由来の3つの成分が各々の割合で混在する良性間葉系腫瘍である。腎臓を主とする様々な臓器で発生するが、肝原発は比較的稀である。腫瘍を構成する各成分の比率や被膜構成の有無等により多彩な画像所見を呈し、肝細胞癌が否定できない場合も少なくない。今回われわれは、偶発的に発見された肝原発血管筋脂肪腫の1例を経験したので報告する。【症例】44歳男性。甲状腺乳頭癌の術前CT検査で、肝S2に35mm大の充実性腫瘍を認めた。血液検査では肝障害を認めず、肝炎ウイルスや腫瘍マーカーは陰性であった。腹部造影CT検査では造影早期相で腫瘍全体が均一に濃染し、後期相で肝実質より低吸収を呈していた。肝限局性結節性過形成を疑い甲状腺癌の治療を優先し、術後に再度画像検査を施行した。腹部超音波検査では35×28mm程度の血流豊富な楕円形腫瘍を認め、腹部CT検査では前回と著変なかった。腹部MRI検査ではT1強調画像で肝実質より低信号、T2強調画像で肝実質より軽度高信号を呈しており、拡散低下を伴っていた。造影では早期濃染され、肝細胞相では造影剤の取り込み低下を認めた。明らかに被膜形成や脂肪成分は認めなかった。腫瘍径の増大はなかったが、MRI検査上肝細胞癌を否定できない所見であった。PET-CT検査では、肝腫瘍は周囲肝実質と同等のFDG集積であり、他臓器へのFDG集積は認めなかった。臨床経過より悪性腫瘍は否定的であったが各種画像検査では確定診断が得られなかったことを考慮し、経皮的肝生検を施行した。病理組織学的には淡明な胞体を示す腫瘍細胞が血管を介しシート状に増殖していた。免疫染色では肝細胞癌を示唆するようなCK19、Glypican3、Hepatocyte等は陰性である一方、αSMAやHMB45、MelanAは陽性を呈した。肝原発血管筋脂肪腫と診断した。腫瘍破裂に伴う腹腔内出血をきたした症例や悪性肝血管筋脂肪腫の報告が散見されるが、腫瘍径が5cm以下、生検で確定診断が得られている、通院コンプライアンス良好、肝炎ウイルス陰性の4つの項目をすべて満たす場合は経過観察可能と言われている。患者と協議の上、嚴重な経過観察の方針である。

## 23 肝細胞癌との鑑別が困難であった reactive lymphoid hyperplasia の1例

<sup>1</sup>藤田医科大学 消化器内科、<sup>2</sup>南生協病院 消化器内科

○鶴飼 剛史<sup>1</sup>、田中 浩毅<sup>1</sup>、葛倉 貞二<sup>1</sup>、川部 直人<sup>1</sup>、  
大野 栄三郎<sup>1</sup>、中岡 和徳<sup>1</sup>、中野 卓二<sup>1</sup>、宮地 洋平<sup>1</sup>、  
越智 友花<sup>1</sup>、宮地 小百合<sup>1</sup>、古松 了昭<sup>2</sup>、奥村 浩二<sup>2</sup>、  
牛田 知佳<sup>2</sup>、廣岡 芳樹<sup>1</sup>

【症例】73歳女性【主訴】上腹部痛【現病歴】上腹部痛で近医を受診。腹部超音波検査(US)にて肝腫瘍および胆嚢結石をみとめ、当院へ紹介となった。【既往歴】甲状腺機能低下症、高血圧症、脂質異常症【経過】当院で施行したUS、造影CTにて、胆嚢結石および総胆管結石を認め、上腹部痛の原因と診断した。ERCPを予定したが、総胆管結石は自然排石され、症状も消失した。胆嚢結石に対しては後日胆嚢摘出術の方針となった。肝腫瘍に対して行った各種画像検査の所見を以下に示す。腹部US：肝S5、最大径26mm、境界明瞭で内部均一な低エコー腫瘍。造影CT：動脈相で不均一な淡い高吸収、平衡相で低吸収。造影MRI：T1強調画像で低信号、T2強調画像で軽度高信号、DWIで拡散制限あり、Dynamic Studyでは早期濃染とwashout。肝細胞相では均一な低信号。造影US：動脈相で早期濃染、クーパー相では腫瘍全体が均一にdefect。画像検査からは、肝細胞癌を第一に考える所見であった。背景肝がほぼ正常、腫瘍マーカーが正常範囲であり、他の多血性肝腫瘍との鑑別のため腫瘍生検も提案したが、腹腔鏡下胆嚢摘出術と同時に、肝S5亜区域切除術を希望された。肝腫瘍切除後の病理所見では、異形の乏しいリンパ球、形質細胞浸潤、膠原線維の増生を認めた。CD3陽性細胞とCD20陽性細胞が同程度に観察され、bcl-2は陰性だった。悪性所見は認めず、reactive lymphoid hyperplasia (RLH)と診断した。なお、背景肝の線維増生は軽度であった。【考察】RLHは、異型がないリンパ球が増加し、反応性の胚中心をともなったリンパ濾胞を認める非常に稀な良性病変である。画像診断による肝細胞癌との鑑別が困難で、肝細胞癌として外科的切除が行われて初めて診断がつく症例がほとんどである。【結論】肝細胞癌と鑑別が困難であったRLHの1例を経験した。多血性肝腫瘍の鑑別の一つとしてRLHも念頭に置き、必要に応じて肝腫瘍生検も考慮すべきと考えられた。

## 22 腹部超音波検診で発見された肝腫瘍の1例

朝日大学病院

○森 建次、大洞 昭博、杉野 敏志、中畑 由紀、向井 理英子、  
坂元 直行、村上 善基、八木 信明、小島 孝雄

【症例】30代女性。X年に受けた当院の腹部超音波検診にて肝前区域に直径60mm大の腫瘍を指摘され、精査目的に当科外来を受診した。【臨床経過】血液検査では腫瘍マーカーの上昇はなかった。造影CTではS8に直径60mm大の造影効果の乏しい腫瘍を認め、EOB-MRIの肝細胞相では取り込み低下がみられ拡散強調像では高信号域を呈していた。また、S1にも下大静脈に隣接するように直径15mmの同様の画像所見を呈する腫瘍があり同一の腫瘍と考えられた。PET-CTでは他の部位にFDGの集積は見られなかった。肝生検を行ったところ、病理所見ではspindle cellを認め、免疫染色ではSMA(+)、vimentin(+)、CD34(-)、S100(-)であり平滑筋肉腫と診断した。放射線治療、化学療法の有効性は証明されていないため、原則外科的治療が推奨されている。精査の結果、本症例は外科的切除が可能と考え、肝右三区域切除+尾状葉切除+肝外胆管切除、下大静脈合併切除再建を行った。最終診断は転移性肝腫瘍(下大静脈原発平滑筋肉腫)となった。【考察】平滑筋肉腫は消化管、子宮に多く、その他に後腹膜、大血管、軟部組織より発生するが、下大静脈より発生することは非常に稀である。今回、腹部超音波健診で指摘された肝腫瘍から発見された症例を報告する。

## 24 根治治療後6年の経過で肺転移再発をきたした肝細胞癌の1例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○伊勢谷 徒加、小倉 英、大和 浩乃、川村 聡、着本 望音、  
玉井 康将、藤原 直人、重福 隆太、為田 雅彦、吉川 恭子、  
杉本 龍亮、田中 秀明、杉本 和史、岩佐 元雄、中川 勇人

【症例】70代男性【主訴】左上葉結節性病変【既往歴】COPD、肝細胞癌、C型肝炎変、逆流性食道炎【内服薬】エソメプラゾールマグネシウム水和物カプセル20mg【現病歴】C型肝炎変の既往があり、X-12年時にインターフェロン治療でウイルス学的著効(SVR)を得た。X-9年3月のCTにて肝S8区域に48mmの肝細胞癌(HCC)を認めたため当院へ紹介となった。5月に経カテーテル的肝動脈塞栓術(TACE)施行し、6月に当院肝胆脾・移植外科にて肝S8亜区域切除+胆嚢摘出術を施行。治癒度A2であったが、病理組織ではvp1の脈管侵襲を認めた。X-8年1月、肝S8切除断端に10mmと14mmの再発を認め、2月にTACE+ラジオ波焼灼療法(RFA)を施行した。X-8年8月に、肝尾状葉に11mm大の再発を認めたが右肝静脈近傍のため、9月に尾状葉切除を施行。治癒度A1であり、病理組織でも脈管侵襲は認めなかった。X-7年に、肝S4に12mmの再発を認め、8月にTACE+RFAを施行した。X-1年3月、左上葉に5mmの結節性病変の出現を指摘された。同年10月のフォローアップでは8mmと軽度増大を認め、転移性肺腫瘍の可能性が否定出来ないため、X年1月に当院呼吸器外科にて胸腔鏡下左肺部分切除術を施行。病理結果は免疫染色の結果、肝細胞癌の肺転移と判断した。術後半年経過後も再発を認めずフォロー中である。【考察】肝細胞癌の肝外転移については、治療後の経過中に出現する頻度は21~24%と報告され、臓器としては肺、リンパ節、骨、副腎、脳が多いとされている。その危険因子としては、PIVKA-II高値、門脈腫瘍栓あり、血小板数低値などが報告されている。本症例のような遅発性の転移再発のメカニズムは未だ解明されていないが、その要因の1つとして腫瘍の静止状態“cancer dormancy”が関与するという仮説がある。そのため、原発癌の根治治療後に長期間経過していても、転移再発を念頭に置いたフォローアップが重要である。【結語】根治治療後6年の経過で肺転移再発を来したHCCの症例を経験した。

## 25 進行肝細胞癌に対するアテゾリズマブ・ベバシズマブによりirAE大腸炎とirAE膵炎を合併した1例

静岡県立静岡病院 消化器内科

○引地 智基、濱村 啓介、川口 大貴、菊池 恵介、木村 領佑、早川 諒祐、鈴木 博貴、長谷川 力也、黒石 健吾、田中 俊夫、小柳津 竜樹

【目的】近年使用される免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の適用期間や副作用対策はまだ確立していない。我々は、進行肝細胞癌に対して使用したアテゾリズマブ・ベバシズマブ（ATZ/Bv）が有効であった反面、合併症としてirAE大腸炎とirAE膵炎を発症した症例を経験したため報告する。【症例】84歳男性。X年4月、近医の腹部エコーで肝腫瘍を指摘、当院を紹介された。AST 34、ALT 21、AFP 3.3、PIVKA2 269、HBsAg（+）。CTでS5/6 11.0cm、S3 4.1cmの肝細胞癌と診断した。門脈浸潤はなく、Child-Pugh 5点、ALBI -2.9 (grade 1)、BCLC ステージBであった。同月中にTACEを実施し、5月よりATZ/Bvによる全身療法を開始した。X+1年1月までに、10クール実施したところ、癌のすべてが壊死し、mRECIST基準で完全寛解が得られた。しかし、同時に倦怠感を訴え、WBC 7900、CRP 17.9、アミラーゼ532、リパーゼ4276となり、CTで脾腫大、結腸壁肥厚があり、下部内視鏡で結腸粘膜の発赤、浮腫、膿汁付着が見られた。病理組織は高度な炎症細胞浸潤を示した。ATZ/BvによるirAE大腸炎、irAE膵炎と診断し、プレドニゾン50mg、インフリキシマブ300mg、顆粒球除去療法を3回行ったところ、下痢は消失、CRP、アミラーゼ、リパーゼは著減した。【考察】ICIは、抗原呈示細胞や腫瘍細胞表面上の主要組織適合抗原/腫瘍関連抗原を、T細胞受容体が認識する際の共刺激（PD-1/PDL-1等）を阻害し、癌の免疫すり抜けを抑制する薬剤である。作用機序の性質上、腫瘍免疫を強化する反面、自己免疫疾患を誘発することが問題視される。また、作用発現が免疫担当細胞増殖を介するため、効果判定のタイミングが難しく、有害事象も突然現れ、投薬の調節が困難である。一方、既知の同一臓器自己免疫疾患に準じた治療が有効で、本症例も同様にステロイド、TNF $\alpha$ 阻害薬、顆粒球除去療法で病状が改善した。【まとめ】irAEは、既知の自己免疫疾患に対する治療に準じた治療が有効である。ICIの適正な使用を定めるための研究は、今後の課題である。

## 27 アテゾリズマブ投与で発症したirAE赤芽球癆の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

○前田 英貴、前田 英貴、森 義徳、中井 俊介、今津 充季、金岩 弘樹、富田 優作、山口 彩奈、北川 美香、平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司

【背景】抗がん剤治療にて欠かせない存在となってきた免疫チェックポイント阻害薬の登場で免疫関連有害事象（irAE）の遭遇頻度は少なくない。その中でも間質性肺炎、腸炎、肝機能障害、内分泌障害等の頻度が高いが、赤芽球癆の報告は少なく、アテゾリズマブ投与での発症が疑われる症例を経験したので報告する。【症例】81歳男性。X-1年6月に右上腹部腫瘍を契機に進行肝細胞癌と診断。アテゾリズマブ+ベバシズマブ療法開始。11コースを施行し、肝S4を主体とする原発巣は縮小傾向であった。X年4月外来受診時にふらつきあり、Hb4.5g/dlとGrade4の貧血を認め入院となった。造影CT検査、上部消化管内視鏡検査施行し肝細胞癌破裂、腫瘍内出血や上部消化管出血は否定された。網状赤血球の著名な減少、骨髄検査で赤芽球系的高度低形成を認めたことから赤芽球癆と診断。ヒトパルボウイルスB19などのウイルス感染や新規薬剤の投与は無く、アテゾリズマブによるirAEが原因と考えられた。併存疾患として糖尿病があることからプレドニゾンを0.5mg/kg/日で開始。2週間後の時点で網赤血球の改善は認めなかったためステロイド不応と判断し、漸減しつつシクロスポリンを4mg/kg/日で開始。開始6日後に網赤血球の増加を認め、貧血は改善した。【考察・結語】免疫チェックポイント阻害薬によるirAE赤芽球癆の報告は稀でありアテゾリズマブの添付文書には記載されていない。本症例ではステロイド不応の赤芽球癆を経験したが、既報からシクロスポリンを選択し速やかな改善を認め、発症機序や治療に関してはさらなる症例の蓄積が必要と考えられた。

## 26 切除不能肝細胞癌に対しAtezolizumab + Bevacizumab併用療法を施行した維持透析患者の2例

静岡県立総合病院 消化器内科

○坂口 航輝、佐藤 辰宣、本多 一仁、村松 未来、福川 敦子、大堂 真一郎、土壁 千夏、上原 慶大、武田 昌大、池田 慎也、加島 弘崇、平田 太陽、増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、川口 真矢、大野 和也

【目的】切除不能肝細胞癌（HCC）に対する全身化学療法としてAtezolizumab + Bevacizumab（Atez + Bev）併用療法が、2020年9月より本邦で保険適応となった。一方、維持透析患者における本治療の安全性についての報告は少ない。今回我々は、維持透析患者におけるHCCに対しAtez + Bev併用療法を行った2症例を経験したので報告する。【症例】(1)79歳、男性。X-4年、HCCと診断されS5部分切除が行われた。当院受診当初より慢性腎障害を認めており、X-1年から維持透析を導入された。X年にHCCの多発再発が認められ、Atez + Bev併用療法を施行した。治療開始時のChild-PughはA(6点)、PSは0であった。投与量は通常推奨量とした。2コース目終了時より、甲状腺機能低下（Grade1）、4コース目終了時より皮膚障害（Grade1）を認めたが、治療継続困難な有害事象は認めず減量も行われなかった。当院で7サイクル施行後に、自宅近傍の総合病院での治療を希望し転院となったが、当院治療中の最大治療効果判定はSD、転院直前の効果判定もSDであった。(2)75歳、女性。糖尿病性腎症による末期腎不全によりY-2年から維持透析を導入された。Y-半年、HCCと診断され肝左葉切除が行われた。Y年にHCCの多発再発が認められ、Atez + Bev併用療法を施行した。治療開始時のChild-PughはA(6点)、PSは1であった。投与量は通常推奨量とした。1コース目終了時より、倦怠感（Grade1）、関節痛（Grade1）を認めたが治療継続困難な有害事象は認めず減量も行われなかった。2コース目終了後に左大腿骨転子下病的骨折をきたし骨転移の出現によるPDの判定で治療は終了された。その1か月後に転院となったがその間に免疫関連有害事象の出現はなかった。【考察】HCCに限らず透析患者において免疫チェックポイント阻害剤およびBevacizumabはそれぞれ投与可能と報告されている。透析患者のHCCにおけるAtez + Bev併用療法についての報告は乏しいものの、当院で施行した2例はいずれも重篤な有害事象は発生せず治療を完遂することができた。

## 28 混合型肝癌に対してDurvalumab/Tremelimumab併用療法を行った1例

岐阜大学医学部附属病院

○小泉 拓也、宇野女 慎二、三輪 貴生、華井 竜徳、今井 健二、高井 光治、清水 雅仁

【症例】40歳台、女性。【既往歴】なし。【経過】近医の血液検査で $\gamma$ -GTP高値、腹部エコーで肝腫瘍を指摘され当院を紹介受診。造影CTで肝S4/5に86×48mm大の乏血性腫瘍を認め、尾側には部分的に早期濃染を認めた。主病変の周囲にも乏血性腫瘍を複数認めた。EOB-MRIでも同様の造影効果を示す腫瘍がみられ、肝細胞相で低信号を呈した。また腫瘍の中心部には線維成分を疑うT2WI低信号域を認めた。PET-CTでは肝内の多発腫瘍にFDG集積を認めた。血液検査ではAlb 4.4 g/dL、T-Bil 0.7 mg/dL、PT 108%、CEA 1.7 ng/mL、CA19-9 32.6 U/mL、AFP 102.6 ng/mL、PIVKA-II 58 mAU/mLであり、確定診断のため経皮肝生検を施行した。病理学的検査では、既存の肝細胞癌からの移行を伴う高度異型細胞の中索状の増殖を認め、同部はAFP（+）、CA19-9（-）と肝細胞癌を疑う所見であった。一方、一部の腫瘍組織では胞巣様から管腔様構造を示す細胞質の好酸性がやや失われた異型細胞を認め、同部はcytokeratin 19（+）、cytokeratin 7（+）、HepPar1（-）と胆管細胞癌を疑う所見で、以上より切除不能混合型肝癌と診断した。治療として、AFPが上昇し肝細胞癌の要素があること、また切除不能胆管癌に対しDurvalumab（抗PD-L1抗体）の適応があることより、切除不能肝細胞癌の一次治療として適応のあるDurvalumab/Tremelimumab（抗CTLA-4抗体：Dur/Tre）併用療法を選択した。治療開始後第2病日から顔面、四肢、体幹に掻痒感を伴う紅斑を認め、抗ヒスタミン薬の内服とステロイド外用での治療を開始したが、その後も皮疹は悪化したためGrade 3（CTCAE v5.0）の皮膚障害と判断し、第30病日からプレドニゾン15 mg/dyを開始した。その後、皮疹はGrade 1まで改善した。第26病日の造影CTで腫瘍は軽度増大傾向であったが、pseudo-progressionも考慮し第43病日に2コース目の投与を再開した。【考察】切除不能進行肝細胞癌の一次治療としてDur/Tre併用療法が新たに保険収載されたが、我々の検索する限り混合型肝癌に対して同併用療法を施行した報告はない。混合型肝癌に対してDur/Tre併用療法を施行した症例を経験したので、臨床経過および治療効果について報告する。



## 29 オキサリプラチン長期投与中に急性肝障害をきたした一例

<sup>1</sup>浜松医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>浜松医療センター 肝臓内科、  
<sup>3</sup>浜松医療センター 内視鏡科  
○佐藤 大輝<sup>1</sup>、栗山 茂<sup>3</sup>、井上 尊史<sup>1</sup>、西澤 航平<sup>1</sup>、  
井口 太郎<sup>1</sup>、山中 力行<sup>2</sup>、大庭 行正<sup>2</sup>、鈴木 安曇<sup>1</sup>、佐原 秀<sup>1</sup>、  
影山 富士人<sup>2</sup>、金岡 繁<sup>1</sup>

【背景】切除不能進行再発大腸癌に対してオキサリプラチン(L-OHP)を含む化学療法が広く施行されている。L-OHPは類洞閉塞症候群(SOS)をきたすことが報告されており、今回L-OHPの長期使用に起因すると思われる急性肝障害の一例を経験したため報告する。【症例】70歳女性【主訴】腹部膨満、下腿浮腫、体重増加【既往歴】下行結腸癌、2型糖尿病【内服薬】リナグリプチン【生活歴】飲酒歴：なし、喫煙歴：never-smoker【現病歴】X年12月に近医で小球形貧血が指摘され、単純CTで下行結腸癌、転移性肺腫瘍が疑われた。当院紹介となり、X+1年1月6日に下部消化管内視鏡を施行したところ、下行結腸に全周性2型腫瘍を認め、Stage4の下行結腸癌の診断に至った。1月29日に腹腔鏡下左結腸切除術が施行され、2月25日より化学療法1次治療としてSOX+bevacizumab療法(1コース目のみSOX療法)が開始となった。L-OHPを減量しつつ37コース継続し、肺転移は画像上消失しCRを維持していた。X+3年4月下旬より腹水、浮腫が出現し、5月16日に精査加療目的に入院となった。【経過】L-OHP長期使用に伴う肝障害が疑われ、化学療法の休業、アルブミン投与、フロセミド、カンレノ酸カリウムの内服が開始となった。治療抵抗性であり、トルバタンを追加内服したところ、緩徐に腹水の消退が得られた。6月13日退院となり、8月4日に単純CTで腹水の消失を確認した。退院後より化学療法も中止しているが、現在に至るまで肝障害は認めず、下行結腸癌も無再発生中で外来通院されている。【考察】本症例は急性期に腹水が多量にあり肝生検の実施が困難であったが、病歴よりSOSの可能性が高いと考えられた。投与量依存性か否かについては一定の見解を得ていないが、L-OHPの投与蓄積によりSOSの発症が惹起されることを示唆する報告もある。本症例は休業により改善が得られたが、L-OHPの継続期間はSOSの出現に留意して決定する必要があると思われる。

## 31 待機的CA-EISが奏功したアルコール性肝硬変による胃静脈瘤の1例

<sup>1</sup>松波総合病院、<sup>2</sup>蘇西厚生会  
○亀井 真琴<sup>1</sup>、田上 真<sup>1</sup>、鳥澤 宗一郎<sup>1</sup>、神野 宏規<sup>1</sup>、林 冨加<sup>1</sup>、  
長尾 涼太郎<sup>1</sup>、片岡 史弥<sup>1</sup>、全 秀瑠<sup>1</sup>、中西 孝之<sup>1</sup>、  
河口 順二<sup>1</sup>、浅野 剛之<sup>1</sup>、早崎 直行<sup>1</sup>、伊藤 康文<sup>1</sup>、  
杉原 潤一<sup>1</sup>、森脇 久隆<sup>1</sup>、富田 栄一<sup>2</sup>、荒木 寛司<sup>1</sup>

【症例】51歳男性【現病歴】アルコール性肝硬変に対して、当院で外来フォローされていた。X-4年に吐血し、他院で上部消化管内視鏡検査を施行し、食道胃接合部の胃側で出血点を認め、内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)で止血した。食道胃静脈瘤は胃を主体としているものの胃腎シャントの発達はないためバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(BRTO)の適応はなく、半年毎の定期的内視鏡精査で経過観察としていた。X年6月に黒色嘔吐で救急入院となった。緊急上部消化管内視鏡検査では活動性の出血は認めなかったが、胃静脈瘤はF3相当の形態であり、その中心に陥凹を伴うびらんを認め、出血点の可能性が考えられた。造影CTでは主に短胃静脈からの供血路で胃静脈瘤が発達しており、食道静脈瘤を介して奇静脈系へ排水していた。やはり胃腎シャント等の排水路は発達しておらずBRTOの適応はないと思われ、待機的なシアノアクリレートによる内視鏡的硬化療法(CA-EIS)を選択した。50%ブドウ糖液で胃静脈瘤を直接穿刺した後、透視下にシアノアクリレート:リピオドール混合液を素早く注入し、その後50%ブドウ糖液で混合液を押し出した。2回同様の穿刺を行った。術後軽度の心窩部痛を認めたものの発熱や出血徴候はなく、翌日のCTでは供血路短胃静脈から胃静脈瘤、食道静脈瘤途中までリピオドールの良好な集積を認め、ほぼ完全に血流遮断したものと思われた。11病日に退院となり、外来で静脈瘤の再評価を予定した。以上BRTOの適応のない胃静脈瘤に対する待機的CA-EISが有効であった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。

## 30 成人Wilson病の1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科  
○神谷 昌宏、猪飼 千咲、佐藤 棕、服部 智子、小林 彩香、  
中川 真里絵、庄田 啓、武仲 祐介、林 幸子、西垣 信宏、  
小島 尚代、近藤 啓、伊藤 惠介、林 香月

【はじめに】Wilson病は常染色体劣性遺伝でATP7B遺伝子変異を認め、胆汁中への銅排泄障害による銅過剰症である。全身臓器への銅沈着により肝機能障害、神経症状、精神症状、腎障害等、全身の臓器障害を来しうる。治療薬はD-ペニシラミン、トリエンチン、酢酸亜鉛で肝不全時は肝移植対象となる。予後は早期診断され適切な治療継続では良好なことが多いが、治療中断は致命的である。【症例】30歳前半の男性、180cm、100Kg。2023年X月中旬から倦怠感あり近医通院し肝障害を指摘されるも、以前からの健診異常もあったため経過観察。その後も症状改善傾向は乏しく、当院救急外来に受診。血液検査にて肝不全を指摘され消化器内科受診となる。初診時採血結果はAlb: 2.2g/dl、T-Bil: 4.4mg/dl、Plt: 10.3万/ul、PT: 32.9%、単純CTで腹水を伴う肝硬変を認めた。各種精査(ウイルス性、アルコール性、薬剤性、NASH、AIH、PBC、PSCなど)を行うも原因不明であった。その後、実母からの聴取で同胞内にWilson病2名を確認した。血清セロプラスミン値、Kayser-Fleischer角膜輪、尿中銅排泄量からWilson病と診断し、トリエンチン塩酸塩:1500mg/日と酢酸亜鉛水和物製剤:150mg/日を開始した。後日、ATP7B遺伝子変異も確認した。薬物治療開始に伴い倦怠感や採血結果は改善傾向となった。現在、肝移植外科と連携し経過観察中である。【結語】Wilson病は3.5万から4.5万人に1人の発症頻度と推察され、そのピークは10から11歳で20歳以下の発症割合が高い。その診断契機は、3歳以降の肝障害と神経障害(とくに錐体外路症状)、学童期以降の血尿・蛋白尿と肝障害・神経障害・精神障害の合併、Wilson病の同胞などとされ、成人前に診断されることも多い。本症例は本人からではなく母からの聴取によりWilson病の同胞が判明し診断に至ったため、成人においても本人以外からの家族歴聴取の重要性を再認識した。また、原因不明の肝障害時には成人においてもWilson病の鑑別を挙げる必要があり、文献的考察を加えて報告する。

## 32 門脈血栓症に対してアンチトロンビンIII製剤とエドキサバン治療が有効であった1例

総合大雄会病院 消化器内科  
○宮原 康孝、松山 恭士、深見 正高

【緒言】門脈血栓症は肝硬変治療ガイドライン2020においても長期予後に影響を与えるため抗凝固治療が提案されている。今回門脈血栓症に対してアンチトロンビンIII製剤とエドキサバン治療にて血栓を溶解・維持した一例を経験したため報告する。【症例】60歳代女性【既往・併存症】2型糖尿病、高血圧症、NASHによる肝硬変【経過】20XX年3月に直腸癌に対し腹腔鏡下高位前方切除術を施行されている。術後から半年後の20XX年9月に施行された、術後経過観察目的の腹部造影CT撮影で門脈本幹および門脈左枝内に血栓の指摘があった。特に症状は見られず、また採血データにおいてもトランスアミンナーゼ上昇も見られず無症候性の門脈血栓症と診断した。アンチトロンビンIIIは72.6%とやや減少を認めたため20XX年10月5日に入院の上アンチトロンビンIII製剤を5日間投与しその後エドキサバンの内服を開始した。第9病日の腹部造影CT撮影で門脈本幹および門脈左枝内の血栓がいずれも消失していることを確認した。入院中及び退院後も特に合併症も認めず、またその後の外来での経過観察にて1年経過した現在でも血栓の再燃は見られていない。【考察】肝硬変を背景とした門脈血栓症で、アンチトロンビンIIIが軽度低下している症例に対してアンチトロンビンIII製剤とエドキサバン治療は血栓の溶解・維持に有効である可能性を示唆する。

### 33 薬物療法開始後早期に腫瘍破裂を来し、IVRによる止血を要した肝細胞癌の一例

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○増田 直也、永野 淳二、山内 和貴、木村 明博、黒田 英孝、小泉 悠、村瀬 博幸、大谷 毅一、入谷 壮一、吉田 健作、小澤 範高、丸田 明範、山崎 健路、清水 吾吾

【背景】近年、肝細胞癌（HCC）に対する薬物療法として分子標的治療薬や血管内皮増殖因子阻害薬の使用機会が増加している。薬物療法の有害事象としての肝細胞癌破裂、腫瘍出血は稀であるが、発症すると致命的となることや、肝予備能の低下によりその後の治療継続が困難となることから、その予見や対応が重要である。【症例】70歳代男性。糖尿病、高血圧で近医通院中、腹部エコー検査で肝腫瘍を指摘され、当科を紹介受診した。精査の結果、C型肝炎による代償性肝硬変症（Child-Pugh score 5点、mALBI-grade 2a）を背景に、肝S8の動脈に突出する径52mm大の他、S2 25m、S3 10mmの3個の多血HCCを認めた。治療はLEN-TACE療法を選択し、入院の上レナビチニブ（LEN）を8mg/dayを開始した。Day3に収縮期血圧が160台まで上昇したため降圧薬を追加した。Day4に一旦退院としたが、Day6に急激な右上腹部痛が出現し、救急外来を受診した。dynamic CTで肝S8の肝細胞癌破裂を認め、緊急血管造影検査を施行し、セラチンスポンジで塞栓（TAE）して止血を得た。肝細胞癌破裂に伴いLENは一旦休業としたが、TAE 1ヶ月後にcTACEを追加し、TAE 2ヶ月後に残存病変に対してLENを再開した。LEN再開11ヶ月後に倦怠感でLENは中止となったが、mRECIST CRが得られた。抄録執筆時点でLEN中止して10ヶ月が経過しているが、LEN中止後の再発病変に対してその都度局所療法（RFA）で根治が得られている。【考察】LEN投与後に腫瘍内出血や腫瘍破裂を来した報告では、腫瘍因子として肝表面に突出した腫瘍や5cmを超える結節、宿主因子として高血圧などが危険因子とされている。本症例は腫瘍因子、宿主因子ともに合致しており、腫瘍出血のリスクが高い症例であったと考えられた。【結語】肝細胞癌に対してLENを開始後早期に腫瘍破裂を来し、IVR治療を要した症例を経験した。

### 35 内視鏡的治療が成功した超高齢者 Bouveret 症候群の1例

JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院

○伊藤 里奈、相羽 優志、長井 宏樹、平下 祐生、伊藤 貴嗣、三田 直樹、向井 美鈴、水谷 拓、山中 一輝、華井 頼子、白木 亮、戸田 勝久、勝村 直樹

【背景】Bouveret症候群は胆嚢十二指腸瘻から胆石が十二指腸球部に移動して嵌頓し、胃内容排泄障害を来したものと定義される稀な疾患である。外科的治療が必要とされることが多いが、高齢者ではより低侵襲な治療が望まれる。今回内視鏡的に治療を完遂し得た症例を経験したので報告する。【症例】95歳、女性。胆石性胆嚢炎に対して経皮経肝胆嚢ドレナージ（PTGBD）による治療歴あり。X年Y月に繰り返す嘔吐を主訴に当院を受診した。造影CTおよび上部消化管内視鏡検査で胆嚢と十二指腸球部との瘻孔形成を認め、40mm大の胆石が十二指腸球部に嵌頓していた。電気水圧衝撃波結石破砕術（EHL）による内視鏡的治療の方針としたが、当院では装置を常備しておらず、第8病日に施行予定としW-EDチューブを留置の上、経腸栄養および胃内の減圧を行った。第6病日に結石が十二指腸水平脚へ移動しており、機械的砕石具（ML）での治療を試みるも結石が大きく困難であり、W-EDチューブをイレウス管に交換し結石の肛門側でバルーン拡張することで結石の先進を予防した。第8、12病日にEHLおよび把持鉗子を用いて結石を破砕し、MLで把持可能な大きさとなったためMLで破砕しイレウス管を抜去した。EHLの際、イレウス管のバルーンを拡張することで少量の送水で効率的に十二指腸内への水の貯留が可能となった上、イレウス管先端からの排便を行うことで過剰な水分負荷を回避できた。第13病日のCTで小腸内に結石の遺残なく盲腸内に結石を確認した。食事開始後も嘔吐や腹痛なく経過し、第21病日に退院した。【考察】今回、胆石イレウス管の一型型とされるBouveret症候群の一例を経験した。本症例ではイレウス管挿入下でEHLを施行することで結石の肛門側への先進の予防、腸管内への効率的な水の貯留、過剰な水分負荷の回避が可能となり、効果的かつ安全に結石を破砕することに成功し、内視鏡的に治療を完遂することができた。本症例のような超高齢者等、外科的治療に伴う周術期合併症のリスクの高い症例においては特に有用な方法であると考えられた。

### 34 肝細胞癌破裂後に非閉塞性腸管虚血を来した一例

岐阜大学医学部付属病院 消化器内科

○川出 真史、三輪 貴生、宇野女 慎二、華井 竜徳、今井 健二、高井 光治、清水 雅仁

【背景】非閉塞性腸管虚血（non-occlusive mesenteric ischemia: NOMI）は、腸間膜血管に器質的閉塞を伴わず腸管虚血を来す予後不良な疾患である。肝細胞癌破裂後にNOMIを来した一例を経験したため報告する。【症例】70歳代、男性。主訴は腹痛。午前より腹痛を自覚し、午後になり腹痛が増悪したため救急要請した。前医で行ったCT検査で肝細胞癌破裂の可能性を指摘され、当院へ紹介となった。来院時、体温34.4℃、血圧75/54mmHg、脈拍60/分、眼結膜に貧血があり、上腹部を中心に圧痛を認めた。血液検査ではRBC 221万/μL、Hb 7.6 g/dL、WBC 12760 /μL、PLT 7.4万/μL、TP 4.1 g/dL、Alb 2.4 g/dL、T. Bil 0.7 mg/dL、AST 23 U/L、ALT 18 U/L、LDH 162 U/L、ALP 40 U/L、BUN 26.5 mg/dL、Cre 1.47 mg/dL、Na 136 mEq/L、CRP 0.35 mg/dL、AFP 2.1 ng/mL、PIVKA-Ⅱ 13612 mAU/mL、PT 92%、INR 1.04、FDP <2.5 mg/mL、D-dimer 0.8 mg/mLであった。CT検査では肝外側区域に80 mm大の腫瘍性病変を認め、肝表面と脾周囲に血性腹水を認めた。肝細胞癌破裂による出血性ショックと診断し、肝動脈塞栓術を行った。肝動脈造影ではCTAで外側区域に76mm大の濃い濃染を呈す腫瘍を認め、血管外漏出を疑う濃染域に対して塞栓術を行った。治療後腹痛は改善傾向となったが、翌日に腹痛の再燃と代謝性アシドーシス進行を認め、さらには意識障害を来したため挿管・人工呼吸器管理とした。造影CT検査では小腸の一部に腸管気腫と造影効果不良があり、NOMIの可能性を考慮し、緊急手術の方針とした。手術所見では小腸の一部に虚血性変化を認め、小腸部分切除を行った。手術後はアシドーシスの改善を認め、第15病日に抜管、入院から1か月半で退院した。術後1年半経過した現在は、外来にて化学療法を行っている。【考察】NOMIはうっ血性心不全、ショック状態、敗血症、透析中などの患者に発生するが、肝細胞癌破裂後の患者では稀である。特にショック状態を呈する肝細胞癌破裂の患者では、重篤な合併症を併発する可能性があり、臨床症状に則して臨機応変に対応すべきである。

### 36 自己免疫性肝炎、潰瘍性大腸炎を伴った原発性硬化性胆管炎の1例

<sup>1</sup>名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

<sup>2</sup>名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○加納 佑一<sup>1</sup>、水谷 泰之<sup>1</sup>、石川 卓哉<sup>1</sup>、山雄 健太郎<sup>2</sup>、飯田 忠<sup>1</sup>、植月 康太<sup>1</sup>、片岡 邦夫<sup>1</sup>、森 裕<sup>1</sup>、高田 善久<sup>1</sup>、青井 広典<sup>1</sup>、南 喜之<sup>1</sup>、熊野 良平<sup>1</sup>、高野 宏平<sup>1</sup>、木下 拓也<sup>1</sup>、佐々木 雅隆<sup>1</sup>、竹内 一訓<sup>1</sup>、川嶋 啓輝<sup>1</sup>

【症例】25歳男性【主訴】健診での肝機能異常【現病歴】数年前から血便はないものの下痢を繰り返していた。2023年3月の健康診断時の血液検査にて肝機能異常を指摘され、前医受診し各種検査から原発性硬化性胆管炎が疑われ当院紹介となった。当院での血液検査では、AST 356 U/L、ALT 597 U/L、ALP 1645 U/L、γ-GTP 881 U/Lと肝胆道系酵素上昇を認め、IgG 1964 mg/dL、ANA 160倍といずれも上昇していた。造影CT検査では、肝内胆管は両葉で拡張し総肝管から総胆管にかけて造影効果を伴う壁肥厚がみられた。MRCP検査では、肝内胆管拡張に加えてB2、B3根部での狭窄を認めた。ERCPでは総胆管壁に毛羽立ち様変化がみられ、左右肝管の狭窄、両葉の肝内胆管拡張を認めた。併せて施行したIDUSで総胆管にびまん性かつ全周性で不均一な壁肥厚がみられた。大腸内視鏡検査では、盲腸～降曲にかけて発赤したアフタが多発し、右側結腸優位に血管造影の消失した粗造粘膜を認めた。アフタからの生検で、粘膜固有層間質に高度のびまん性炎症細胞浸潤を認め、陰窩に軽度の蛇行傾向と杯細胞の減少傾向、少数の陰窩炎がみられた。また肝生検を行い、門脈域拡張、リンパ球浸潤、胆管周囲線維化に加えて肝細胞口セット形成を伴うinterface hepatitisを認めた。以上の検査結果から、自己免疫性肝炎、潰瘍性大腸炎を伴った原発性硬化性胆管炎（PSC/AIH-overlap）と診断した。当院紹介時よりウルソデオキシコール酸での治療を行っていたが、今後プレドニゾロンや免疫抑制剤の導入を考慮している。【考察】原発性硬化性胆管炎はしばしば潰瘍性大腸炎を合併するが、原発性硬化性胆管炎と自己免疫性肝炎の合併は、原発性硬化性胆管炎の5～8%程度、自己免疫性肝炎の4～7%程度とされており成人では特に少ない。また、少数例の報告であるが、PSC/AIH-overlapは古典的PSCより臨床経過が良好である可能性も示唆されている。今回我々はPSC/AIH-overlapの一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## 37 切除不能遠位悪性胆管狭窄に対し、partially covered self-expandable metallic stent (SEMS) を使用した一例

医療法人山下病院 消化器内科

○平野 智也、服部 昌志、松崎 一平、菊池 正和、泉 千明、  
福沢 一馬、乾 和郎

【背景】遠位悪性胆管狭窄に対する covered self-expandable metallic stent (SEMS) 留置は、症状やQOLの改善につながる一方、胆嚢管入口部を閉塞し急性胆嚢炎を発生する危険性が想定される。今回我々は切除不能遠位悪性胆管狭窄に対し、partially covered SEMS を使用し、術後胆嚢炎を発生せず良好な経過を得た症例を経験したため報告する。【症例】71歳、男性。2023年4月上旬、眼球結膜黄染と褐色尿を主訴に当院の外來を受診した。血液検査ではT-Bil 7.42 mg/dL、AST 135 U/L、ALT 142 U/L、ALP 1375 U/L、γ-GTP 996 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。造影CTでは、下部胆管に造影効果のある不整な壁肥厚を認め、肝内胆管、総胆管の拡張を認めた。以上から遠位悪性胆管狭窄に伴う閉塞性黄疸が疑われ、同日入院となった。翌日行ったERCPでは下部胆管に不整で急峻な狭窄像を認め、同部位より複数回生検を行ったが、悪性所見は認めなかった。同日行ったEUSで胆管内腫瘍像の腓腸膵像を認め、下部胆管癌と診断した。造影CTで大動脈周囲に10mmを超えるリンパ節を複数認め、胆管癌の転移と考えられた。切除不能と判断し、第9病日に8mm/80mmのpartially covered SEMSを留置した。留置後3か月経過した現在、急性胆嚢炎発症を認めていない。【考察】SEMS留置に伴う主な合併症に、急性胆嚢炎、急性肺炎、逸脱などがあり、急性胆嚢炎の発症頻度は3.3～6.9%とされる。特にcovered SEMSは胆嚢管入口部を閉塞すること、急性胆嚢炎を来す危険性が指摘されている。切除不能悪性遠位胆管狭窄において、胆管癌、総胆管径が8mm以下、化学療法中の症例ではcovered SEMS留置後に急性胆嚢炎を発生するリスクが高いという報告もある。今回使用したpartially covered SEMSはカバー部分に開口部を設けたマルチホールを採用しており、胆嚢管分枝の閉塞を防ぐことで、急性胆嚢炎の発症予防につながると考えられる。【結語】partially covered SEMSは切除不能悪性遠位胆管狭窄症例の有効な治療法となる可能性がある。

## 39 閉塞性黄疸にて発症した結核性リンパ節炎の一例

静岡県立総合病院

○大堂 真一郎、佐藤 辰宣、坂口 航輝、本多 一仁、村松 未来、  
土壁 千夏、福岡 敦子、上原 慶大、武田 昌大、加島 弘崇、  
平田 太陽、池田 慎也、増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、  
遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、川口 真矢、大野 和也

症例はミャンマー出身の20代男性。黄疸発症の半年程前に来日した。嘔吐および黄疸を主訴に前医を受診した。前医の精査では、肝胆道系酵素及び血清ビリルビン値の上昇を認め、造影CT検査では縦隔および膵頭部領域に多結節状の腫瘍を認めたが、肺野には有意な所見は認めなかった。膵頭部領域の腫瘍による閉塞性黄疸と診断し、胆管ステントを留置した後、精査加療目的に当科紹介となった。当院受診時は、発熱はなく呼吸数や呼吸音は正常。血液検査では肝胆道系酵素は改善していた。腫瘍マーカーはCEA 1.1ng/mL、CA19-9 2.0U/mL、INF-γは判定保留。喀痰検査では結核PCR検査は陰性であった。再検した造影CT検査では気管支右側のの上へ前縦隔及び膵頭部を中心に多房性囊胞成分を含有した腫大リンパ節を疑う腫瘍を形成し、充実部は比較的強い造影効果を伴っていた。前医のCT検査と比較し縮小および増大病変が混在していた。また右肺上中葉に小葉中心性の粒状影が新出していた。超音波内視鏡検査では膵頭部領域に37mm大の内部が比較的均一な低エコー腫瘍を認め、膵辺縁との境界は不明瞭であった。腫瘍の分布及び肺所見の新出から結核性リンパ節炎を鑑別診断に挙げたが、腓由来腫瘍も否定できない所見であった。悪性疾患の鑑別および培養検査目的に膵頭部周囲の結節に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法(EUS-FNA)を施行した。組織学的に壊死を伴う類上皮細胞肉芽腫が採取され、Langhans型の多核巨細胞も散見された。オーラミン法陽性の短桿菌も認められ結核性リンパ節炎に矛盾しない所見であった。またEUS-FNA検体に同時に施行したTB-PCR(結核菌群核酸増幅同定検査)も陽性であった。以上より結核性リンパ節炎と診断し、当院呼吸器内科で抗結核薬を開始した。発症時に肺結核を合併せずかつ閉塞性黄疸を初発症状とする腹部結核性リンパ節炎はまれであるものの、結核性リンパ節炎の腹腔内での好発部位として膵頭部周囲/肝門部周囲リンパ節の報告は散見される。結核性リンパ節炎を鑑別に挙げEUS-FNA検体を適切に利用することで診断に至った1例を経験したため報告する。

## 38 胆嚢癌の十二指腸浸潤による腫瘍出血に対し放射線照射が有効であった一例

<sup>1</sup>春日井市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>春日井市民病院内視鏡センター、  
<sup>3</sup>春日井市民病院 放射線治療科

○佐々木 謙<sup>1</sup>、祖父江 雅也<sup>1</sup>、水野 智之<sup>1</sup>、濱田 祐輔<sup>1</sup>、  
安原 聡<sup>1</sup>、原田 貴仁<sup>1</sup>、隈井 大介<sup>1</sup>、小林 由花<sup>1</sup>、山本 友輝<sup>1</sup>、  
名倉 義人<sup>1</sup>、林 則之<sup>1</sup>、池内 寛和<sup>1</sup>、平田 慶和<sup>1</sup>、  
高田 博樹<sup>1,2</sup>、祖父江 聡<sup>1</sup>、西尾 昌大<sup>3</sup>、小川 靖貴<sup>3</sup>、  
深谷 信之<sup>3</sup>

【症例】86歳女性。ADLは自立しており既往歴に高血圧、糖尿病、過活動膀胱があった。【現病歴】X-1年5月にCA19-9高値を主訴に当院を受診し、胆のうがん、傍大動脈リンパ節転移と診断されBSC方針となった。X-1年12月に肝門部胆管狭窄による閉塞性黄疸を認めたため両肝管に金属ステントを留置した。X年4月に再度閉塞性黄疸を認め、ステント閉塞による胆管炎と診断した。右肝管にプラスチックステントを留置し、胆管炎は改善したが、第10病日に多量の黒色便を認めショックバイタルを来した。上部消化管内視鏡を施行すると、十二指腸に浸潤した腫瘍から出血していた。高周波凝固により止血を得たが第12病日に再度出血を来した。内視鏡的止血術のみでは出血コントロールが困難と考えられ、第14病日より放射線照射を開始し、第28病日まで3Gr×10Fr total30Gyを照射した。放射線治療後は食事再開後も再出血を認めず、第33病日より再出血予防目的にゲムシタピンによる化学療法を開始した。第32病日の内視鏡検査では腫瘍は潰瘍となっていた。第37病日に自宅退院とし、以後外來で化学療法を継続している。【考察】内視鏡的止血術では出血コントロールに難渋した胆嚢癌、十二指腸浸潤からの出血に対して放射線照射を行い、止血を得ると同時に一時的に腫瘍縮小効果を得た。得られた止血を維持し再出血を予防するために化学療法を導入した。外科的治療介入が困難で、内視鏡的止血術では出血コントロールに難渋する悪性腫瘍からの出血に対して放射線治療は有効な治療選択肢と思われた。【結語】胆嚢癌の十二指腸浸潤による腫瘍出血に対し放射線照射が有効であった一例を経験したので報告する。

## 40 肝内胆管癌の終末期症状と鑑別を要したビタミンB1欠乏・Wernicke脳症の1例

<sup>1</sup>紀南病院 内科、<sup>2</sup>伊勢赤十字病院 消化器内科、<sup>3</sup>原田医院、  
<sup>4</sup>三重大学医学部附属病院 消化器肝臓内科

○河俣 真由<sup>1,2</sup>、村林 桃士<sup>2</sup>、阪口 亮平<sup>3</sup>、原田 哲朗<sup>2,3</sup>、  
大山田 純<sup>2</sup>、中川 勇人<sup>4</sup>

【症例】67歳の女性。3か月前に肝内胆管癌Stage4と診断され、GEM+CDDP療法を継続中であった。約10日前に施行した造影CTで肝内胆管癌は部分奏効が確認されたが、嘔気・嘔吐、食欲不振、ADL低下が徐々に増悪していた。また、食欲不振に対して、近医でブドウ糖加酢酸リンゲル液の点滴を頻回に施行していた。徐々に進行する食欲不振と体動困難に加え、意識障害も出現したため、当院へ搬送となった。声掛けにて開眼し、従命には従うものの、すぐに傾眠する状態であった。血液検査では、従来と同程度の軽度貧血(Hb 8.4g/dL)があるものの、白血球数とCRP値の有意な上昇なく、電解質異常や有意な肝腎機能障害もみられなかった。また、ビタミンB1値は5ng/mL(未満)と著減していた。頭部CTでは異常を認めなかったが、頭部MRIのFLAIR画像で視床下部、中脳水道周辺部、第4脳室底、小脳に高信号を呈しており、Wernicke脳症の診断に合致する所見であった。ビタミンB1投与を行ったところ、意識障害は速やかに改善した。また、嘔気・嘔吐、食欲不振、ADLなども著明に改善した。以後はビタミンB1内服継続のもと化学療法を再開可能となった。【考察】本例での徐々に増悪する嘔気・嘔吐、食欲不振、ADL悪化は、ビタミンB1欠乏・Wernicke脳症による症状であったと考えられるが、当初は肝内胆管癌による終末期症状と判断していた。しかし、「CTで認めた腫瘍縮小の所見」と「進行性に悪化する全身状態」に著しい解離があったため、ビタミンB1欠乏を鑑別に挙げたところ、診断・治療が行え、症状の改善が可能となった。もし、鑑別に挙げていなければ、そのままWernicke脳症により死亡しても、正しい診断に気づかず、肝内胆管癌終末期として扱われていた可能性がある。末期固形癌においても、癌の病勢と全身状態に解離がある際には、ビタミンB1欠乏を鑑別に挙げるのが重要である。また、本例では頻回に施行していたブドウ糖付加輸液がビタミンB1欠乏を助長させていた可能性があり、そのような輸液の際にはビタミンB1製剤併用を考慮しても良いかもしれない。

## 41 超音波内視鏡下組織採取法と経口胆道鏡下生検により術前診断し得た肝門部胆管狭窄を伴う黄色肉芽腫性胆管炎の一例

<sup>1</sup>磐田市立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>磐田市立総合病院 消化器外科、<sup>3</sup>磐田市立総合病院 肝臓内科  
○綿引 萌花<sup>1</sup>、金子 淳一<sup>1</sup>、木内 亮太<sup>2</sup>、小杉 知功<sup>1</sup>、  
草間 大輔<sup>1</sup>、玉腰 裕規<sup>1</sup>、丹羽 智之<sup>1</sup>、瀧浪 将貴<sup>1</sup>、  
高橋 百合美<sup>3</sup>、山田 貴教<sup>1</sup>

【症例】71歳、女性【主訴】発熱、心窩部痛【経過】受診1か月前に発熱と心窩部痛を自覚した。発熱は自然軽快したが心窩部痛はその後も持続したため、近医へ受診したところ胆管炎の疑いとなり当院へ紹介受診となった。来院時血液検査所見では肝胆道系酵素と炎症反応の軽度上昇を認め、腫瘍マーカーの上昇を認めた。画像検査所見では著明な胆嚢壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇およびの肝門部胆管閉塞を認めた。以上から、腹膜播種を伴う胆嚢癌+悪性肝門部胆管閉塞または慢性胆嚢炎+肝門部胆管癌と考えた。まず、胆嚢壁に対して超音波内視鏡下組織採取法（EUS-TA）施行した。病理結果では悪性所見は認めず、炎症細胞浸潤を伴う線維化、マクロファージの集簇、コレステリン結晶を認め、黄色肉芽腫性胆嚢炎（XGC）が疑われた。続いて、内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）を施行した。胆管造影ではBismuth分類IV相当の肝門部胆管閉塞を認めた。B2およびB3胆管に対して胆管インサイドプラスチックステント（iPS）を留置した。ERCP時の透視下生検で悪性所見を認めなかったため、経口胆道鏡検査（POCS）を施行した。POCS観察では胆管壁は発赤および浮腫状であり、POCS下生検でも悪性所見は認めなかった。以上の病理所見からXGCおよび炎症による良性肝門部胆管狭窄と診断し胆嚢摘出術を施行した。病理結果では胆嚢に悪性所見は認めず、炎症細胞浸潤を伴う線維化、マクロファージの集簇、コレステリン結晶を認め、XGCの診断に至った。術後2カ月目のERCPでは肝門部胆管狭窄の改善を認め、iPSを抜去した。【考察】胆道疾患は解剖学的に病理診断が困難な場合がしばしば存在する。過不足ない手術のためにEUS-TAやPOCSが有用である可能性が示唆された。

## 43 貧血を契機に発見された胆嚢癌の1例

中津川市民病院  
○山下 貴大、中野 有泰、西尾 亮、物江 真司、安江 優

【症例】87歳女性。受診1ヶ月前からふらつきを自覚。血液検査にてHb6.5g/dlの貧血を認め、精密目的の単純CTで胆嚢内血腫を指摘されたため紹介。抗血栓薬内服なし。腹部超音波検査では胆嚢底部に38mmの不整な高エコー腫瘍を認め、胆嚢壁血流速度は39.8cm/sであった。造影ダイナミックCTでは胆嚢内に造影される25mm大の乳頭状隆起性病変と血腫を疑う所見を認めたが、所属リンパ節および他臓器に転移を認めなかった。EUSでは胆嚢底部に31×30mmの輪郭明瞭で不整な広基性腫瘍を認めたが、外側の高エコー層は保たれており漿膜浸潤はないものと考えられた。また、胆嚢内に出血を疑う不均一な低エコーの液状成分が充満していたが、胆管内には血腫を疑う所見を認めなかった。MRIでは拡散強調像で胆嚢底部に高信号を呈する病変を認め、胆嚢内腔はT1強調像で高信号、T2強調像で低信号を呈した。上部消化管内視鏡検査では十二指腸乳頭部からの出血は見られなかった。以上の所見より、胆嚢癌（T2a N0 MO）と腫瘍出血による貧血と診断した。超高齢で開腹手術は高侵襲と考えられたが、貧血改善によりADL悪化が予防できると考え、出血コントロール目的に腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。肉眼的には胆嚢壁への腫瘍浸潤は認めず、胆嚢内腔は血腫を含む血性胆汁が充満していた。病理組織学的には胆嚢底部に高分化型腺癌を認め、一部筋層に浸潤していたが（pT1a）、尿管・神経浸潤はなく、剥離断端・胆嚢管断端も陰性であった。術後経過は良好であり術後11日目に退院した。退院2週間後の血液検査ではHb12.3g/dlと貧血の改善を認めた。【考察】胆嚢癌の症状としては腹痛、体重減少、黄疸などがあり、早期に症状を呈することが少なく進行癌で発見されることが多い。胆嚢出血は外傷性・医原性・炎症性・腫瘍性などが原因となり、腫瘍出血による胆道感染や上部消化管出血から胆嚢癌が発見された報告も見られるが、本症例のように比較的早期の胆嚢癌が貧血を契機に診断された症例は極めてまれと考えられたため報告する。

## 42 ENBDとESWLにより胆汁瘻と総胆管結石の治療を行うことができた一例

静岡県立総合病院 消化器内科  
○村松 未来、遠藤 伸也、坂口 航輝、本多 一仁、福川 敦子、  
大堂 真一郎、土壁 千夏、上原 慶大、武田 昌大、松田 慎也、  
加島 弘崇、平田 太陽、佐藤 辰宣、増井 雄一、池田 昌範、  
川合 麻実、黒上 貴史、白根 尚文、川口 真矢、大野 和也

【症例】84男性【主訴】腹痛【現病歴】6日前より持続する腹痛を主訴に前医を受診し、腹部超音波検査で総胆管結石を認められ、翌日当科を紹介受診した。【既往歴】十二指腸潰瘍【身体所見】血圧138/71mmHg、脈拍87/分、体温36.6℃、腹部平軟、右下腹部に軽度圧痛あり。【血液検査所見】WBC 11.8 x10<sup>3</sup>/μl、Hb 13.5 g/dl、Plt 23.6 x10<sup>3</sup>/μl、AST 25 U/l、ALT 93 U/l、ALP 201 U/l、GGT 248 U/l、T-Bil 5.8 mg/dl、Cr 1.06 mg/dl、CRP 19.89 mg/dl【腹部超音波検査】総胆管径は14mm大と拡張し、総胆管結石を認めた。肝内胆管は6mmと軽度拡張していた。【腹部単純CT】遠位胆管に結石の嵌頓を認めた。右腎周囲や下大静脈周囲に液体貯留を認めた。【経過】CT所見から総胆管結石による胆管炎に関連した胆汁瘻を疑い、入院当日にERCPを施行した。胆管造影にて胆管胆嚢管合流部に12mm径の結石を認め、6F ENBDチューブを留置した。保存的に経過をみたところ、すみやかに症状と肝胆道系酵素の改善を認めた。Day3にENBD造影を行ったところB1胆管からの造影剤の漏出をみとめ、胆汁瘻と診断した。胆汁瘻の自然閉鎖を期待しながら、総胆管結石に対しては体外式衝撃波結石破砕療法（ESWL）による破砕を試みた。Day10に再度ERCPを行ったところ、総胆管結石は破砕されており、バルーンカテーテルで容易に除去可能だった。プラスチックステントを留置しday12に退院した。胆汁細胞診では悪性所見を認めず、以後症状の再燃はみとめなかった。【考察】肝内胆管破裂の原因として、胆管内圧の上昇により組織の脆弱部が穿通し形成されるものがあり特発性に分類され、稀である。総胆管結石によるものが多く、経過としてbilomaを形成する場合や汎発性胆汁性腹膜炎に至る場合がある。本症例は、胆道ドレーンによる減圧のみで自然に改善した。また、ENBDチューブ留置下のESWLは、結石の視認性や固定性が良くなることから効果的であった。【結語】ENBDとESWLにより胆汁瘻と総胆管結石の治療を行うことができた一例を経験した。

## 44 術前診断が困難であった膵・胆管合流異常を背景とした胆嚢癌の一例

<sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 肝臓外科  
○上田 豊子<sup>1</sup>、大城 恵吾<sup>1</sup>、豊田 健介<sup>1</sup>、金谷 和哉<sup>1</sup>、  
山下 大貴<sup>1</sup>、吉井 元<sup>1</sup>、平野 雄一<sup>1</sup>、井田 雄也<sup>1</sup>、遠藤 茜<sup>1</sup>、  
小林 郁美<sup>1</sup>、志田 麻子<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、  
小林 陽介<sup>1</sup>、木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、  
細田 佳佐<sup>1</sup>、山本 博崇<sup>2</sup>

【症例】60歳女性【主訴】なし（検診異常）【既往歴】22歳右膝前十字靭帯損傷【経過】検診で初めて腹部US検査を施行し、胆管拡張が疑われ当院紹介となった。症状なく、血液検査では腫瘍マーカー含め異常は認めなかった。腹部エコーでは、肝内、肝外胆管の拡張を認めた。CTでは総胆管は18mm大に拡張し、肝内胆管も軽度拡張していた。膵内胆管の拡張は認めなかった。MRIでも同様に総胆管の著明な拡張を認め、膵・胆管合流異常も疑われた。EUSでは、総胆管の拡張を認めたが、胆嚢壁肥厚等は認めなかった。いずれの画像検査においても胆嚢には壁肥厚を含め異常は認めなかった。ERCPでは、膵・胆管合流異常を認め、総胆管は著明に拡張していた。胆汁中アミラーゼも高値（345,048 U/L）であった。膵・胆管合流異常（先天性胆道拡張症）と診断し、肝外胆管切除、肝管空腸吻合術、胆嚢摘出術を施行した。総胆管、胆嚢管には異型上皮は認めなかったが、胆嚢底部に高分化型腺癌（tub1）を認め、わずかに筋層浸潤を伴っていた。病変部は肉眼所見でも認識しづらく、粘膜の粗造な変化を呈するのみであった。最終病理診断は、47mm×23mm、tub1、pT1b（MP）、INFb、int、ly0、v0、pN0、DM0、HMO、EMO、RO、MO、pStage1と診断した。遊離腹腔側主体の病変で剥離断端、切離断端共に陰性であったため、追加切除は行わずに経過観察とした。【考察】膵・胆管合流異常を背景とした胆嚢癌の一例を経験した。術前には胆嚢癌を疑う所見は乏しく、肉眼所見でも軽微な変化のみであり、画像所見を見返しても診断は困難であったと考えられた。膵・胆管合流異常では胆道癌発生リスクが高く、胆嚢摘出術を含めた予防的手術が推奨される。早期の病変の場合は、画像診断が困難である可能性も高いと考えられ、膵・胆管合流異常を認めた際は、胆道癌の潜在性をより意識し対応する必要があると考えられる。

## 45 術前診断困難であった早期胆嚢癌の一例

<sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 肝胆膵外科、  
<sup>3</sup>聖隷浜松病院 病理診断科  
○金谷 和哉<sup>1</sup>、小林 陽介<sup>1</sup>、豊田 健介<sup>1</sup>、山下 大貴<sup>1</sup>、  
井田 雄也<sup>1</sup>、大城 恵吾<sup>1</sup>、平野 雄一<sup>1</sup>、吉井 元<sup>1</sup>、遠藤 茜<sup>1</sup>、  
小林 郁美<sup>1</sup>、志田 麻子<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、  
木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、細田 佳佐<sup>1</sup>、  
山本 博崇<sup>2</sup>、大月 寛郎<sup>3</sup>

【症例】70歳男性【主訴】なし【既往歴】高血圧症、高尿酸血症、前立腺肥大症【内服薬】アムロジピンベシル酸塩10mg、アジルサルタン20mg、アロプリノール100mg、タムスロシン塩酸塩0.2mg【病歴】X-1年9月検診の腹部USで11mm大の胆嚢ポリープを認め、X年1月当院紹介となった。血液検査では、CEA 1.0ng/mL、CA 19-9 100.6IU/mL、その他異常なし。腹部USでは、胆嚢頸部に12mm×10mm大の高エコーの有茎性ポリープを認めた。単純CTでは病変は認識できず、造影CTでは、胆嚢頸部に10mm大の早期相で造影される隆起性病変を認めた。MRIでは、T1低信号、T2高信号、DWI高信号の表面平滑な乳頭状隆起を呈し、造影早期より造影効果を認めた。超音波内視鏡では、12mm大の有茎性ポリープであり、茎部は細く浮遊していた。表面はやや桑実状、内部は高エコー主体であり、カラドプラーでは血流シグナルは認めなかった。体部には同様の形態を呈する3mm大の小ポリープも認めた。以上の所見からコレステロールポリープを疑ったが、10mmを超える病変であり手術を相談した。形態からは良性病変と判断したが、大きさ(10mm以上)、CA 19-9上昇の点から悪性病変の場合も想定し、迅速断端評価のうえで腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。病理所見では、8mm大の有茎性病変であり、粘膜の隆起部に高分化型腺癌を認めた。粘膜下浸潤や周囲粘膜への進展は認めず、断端は陰性であった。最終病理診断は、8mm、tub1、pTis、ly0、v0、ne0、pN0、CM0、EM0、RO、MO、pStage0と診断した。【考察】術前に胆嚢癌の診断が困難であったlp型早期胆嚢癌の一例を経験した。有茎性胆嚢ポリープとしては、コレステロールポリープが多いが、10mm以上の病変では腫瘍性病変との鑑別が困難となることも多い。一般的に、広基性、大きさ10mm以上、増大傾向の病変では手術が推奨されるが、有茎性病変であっても悪性病変の可能性があるので十分に注意し対応する必要があると考えられた。

## 47 EUS-FNB が診断に有用であった膵悪性リンパ腫の2例

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学  
○酒井 崇、加地 謙太、鬼頭 祐輔、豊原 祥資、久野 佳世子、  
安達 明央、佐橋 秀典、加藤 晃久、堀 寧、吉田 道弘、  
片岡 望洋

【症例1】46歳男性。X年10月急性膵炎で前医入院、絶食・補液で軽快した。造影CTで膵体部に乏血性の25mm大の腫瘍および尾側の主膵管拡張を認めた。膵腫瘍に対しEUS-FNAを施行したが病理検査で悪性所見を認めず、精査目的で当院へ紹介された。X+1年2月EUS-FNBを行ったが悪性所見なく、画像フォロー中に増大傾向を認めたため同年5月EUS-FNBを再検すると、B細胞リンパ腫疑いの結果が得られた。組織評価が困難であり同年7月膵体尾部切除術を施行、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断がついた。化学療法(R-CHOPを6コース)を行い完全緩解が得られ、経過観察中である。【症例2】51歳男性。Y年2月糖尿病コントロール不良のため前医で造影CT施行、膵尾部に乏血性の50mm大の腫瘍を認め、当院へ紹介された。EUS-FNBを施行し、低悪性度B細胞リンパ腫と診断した。限局期であり同年4月より放射線治療(計24Gy)を行い、完全緩解が得られ経過観察中である。【考察】膵に原発する悪性リンパ腫は筋外性悪性リンパ腫の中で2%以下、膵悪性腫瘍の中で0.5%以下と報告されており、非常に稀である。膵悪性リンパ腫の診断の際、フローサイトメトリー、遺伝子解析などが必要になり、EUS-FNA/Bで採取した組織量が十分でない確定診断および亜型分類に至らない場合がある。本症例ではEUS-FNBで分類診断まではし得なかったが、診断の方向付けに寄与した。膵悪性リンパ腫は腫瘍尾側の膵管拡張を伴わないことが多く、症例1は非典型的な所見を呈していた。膵悪性リンパ腫の所見は多彩で画像診断のみでは限界があり、膵悪性リンパ腫を念頭にのせた症例に対しEUS-FNBは有用な検査であると考えられる。

## 46 腫瘍進展に伴う画像所見の変化を経時的に評価し得た胆管内乳頭状腫瘍由来浸潤癌の1切除例

三重大学 肝胆膵・移植外科  
○野口 大介、栗山 直久、阪本 達也、藤村 侑、弓削 拓也、  
伊藤 貴洋、早崎 碧泉、飯澤 祐介、藤井 武宏、種村 彰洋、  
村田 泰洋、岸和田 昌之、水野 修吾

【症例】73歳男性。Stage 2上行結腸癌に対し根治切除術を受けた。2年後の画像検査で後区域胆管に限局する拡張を認めたが、積極的に悪性を疑う所見に乏しくMRCPにて経過観察されていた。さらに2年後の採血で腫瘍マーカー上昇を認めたため全身検索されたが、消化管内視鏡検査では局所再発所見なく、一方で、拡張した後区域胆管周囲の肝実質に新たに低吸収域が出現したため、精査目的に当院紹介された。受診時のCA19-9は347 U/ml、造影CTでは後区域胆管の壁肥厚は一部肝門側に及び、門脈後区域枝への浸潤も疑われた。PET-CTでは胆管周囲の低吸収域に集積を認め、EOB-MRI肝細胞相では同部に一致した取り込み低下を認めた。ERCP・胆道鏡下に胆管生検と胆汁細胞診を試みるも悪性所見を認めなかった。肝予備能は良好で(Child A、ICG R15 12%)、肝内胆管癌、胆管内乳頭状腫瘍(IPNB)、大腸癌肝転移、などを鑑別診断に挙げ、腹腔鏡下右肝切除術を施行した。病理所見では、拡張胆管から連続する被膜を伴わない3cm大の不整形白色充実腫瘍を認めた。異型腺管上皮細胞は粘液産生を伴いながら乳頭状に増殖し、進展先で浸潤像を呈していた。最終診断はInvasive IPNB(原発製肝癌取扱い規約T3N0M0、Stage 3)だった。合併症なく経過し、術後7日目で退院され、現在、無再発生存中である。【考察】当科で1980年から2022年の間に経験したIPNB 41例の中で、浸潤癌を伴うものは本症例を合わせて20例あった。IPNB由来浸潤癌について、本症例で経験した腫瘍進展に伴う術前画像の経時変化や病理所見を提示し、過去症例との比較検討を加えて報告する。

## 48 分子標的薬が継続困難となった膵神経内分泌腫瘍に対しソマトスタチンアナログが有効であった1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、小池 剛、堀田 尋紀、佐藤 宏樹、  
牧野 成彦、社本 賢昭、浦野 文博

【はじめに】ソマトスタチンアナログは、機能的膵神経内分泌腫瘍(PanNEN)に対する症状緩和の目的で使用されてきたが、腫瘍増大を抑制する効果もあることが報告され、機能的・非機能的に関わらず適応となった。当院で経験した分子標的薬の使用継続が困難となったPanNEN患者に対してソマトスタチンアナログを使用した1例を報告する。【症例】60代、男性。X-6年7月に骨髄異形成症候群(以下MDS)と診断され、定期的な輸血による支持療法を行っていた。X年9月に左側腹部に疼痛を自覚、腹部造影CT検査にて膵体部に28mm大の乏血性腫瘍を認め、当科紹介受診となった。EUSでは、輪郭明瞭で整な低エコー腫瘍として描出され、内部エコーは不均一、Color Doppler imagingでは腫瘍内に血流シグナルを認めた。腫瘍より尾側膵管の拡張はみられなかった。膨張性発育を示す腫瘍を疑い、EUS-FNBを施行。PanNEN Grade 2の診断に至った。右頸部リンパ節、右鎖骨上リンパ節、胃周囲のリンパ節、傍大動脈リンパ節に転移がありcT2N1M1cStageIVの診断にて薬物療法を行う方針となった。X年11月よりスチニブを導入したが、治療開始14日後にヘモグロビン・血小板の低下を認め休業。血球回復を待ったがMDSのため骨髄抑制の遷延がみられた。休業後3ヶ月に血球回復傾向がみられたがスチニブは投与継続困難と判断、ソマトスタチンアナログに変更し治療を再開した。以降、骨髄抑制なく投与でき、腫瘍の増大もみられず経過している。【考察】分子標的薬とMDSによる骨髄抑制のため、分子標的薬を中止しソマトスタチンアナログ製剤に切り替えた1例を経験した。ソマトスタチンアナログ製剤の骨髄抑制は5%未満と報告されており、骨髄抑制のリスクが高い患者に対しても比較的安全に使用できる。薬物療法の忍容性が低い高齢者や血液疾患既往のある患者などにはソマトスタチンアナログ製剤は積極的に考慮すべき治療選択肢である。

## 49 膵嚢胞の増大が膵石の治療契機となった一例

藤田医科大学ばんだね病院

○永野 洋佑、片野 義明、橋本 千樹、小林 隆、山本 智支、  
武藤 久哲、館野 晴彦、高原 頌子、松下 美冴、梶野 裕太郎

60歳、男性。2015年8月に近医で行った検診腹部エコーで11×9mm大の膵嚢胞を指摘されて当院へ紹介受診した。当院で行ったMRCPで、膵頭部に8mm大の単房性嚢胞を認め、分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍を疑い、外来で経過観察となった。2022年9月に行ったMRCPで、嚢胞は11mm大に増大し、主膵管は径7mmに拡張していたため精査を行った。ダイナミックCT及びEUSで膵頭部に13×4mm大の膵石の嵌頓を認め、それより尾側の主膵管が拡張していることから膵石による主膵管拡張と診断し、膵石に対して非手術的治療を行った。計6回のESWLを行った後の膵管造影で膵石の消失、主膵管拡張の改善が確認された。その後に行ったMRCPでは主膵管拡張の消失だけでなく、膵頭部の嚢胞も消失していたことから、以前より経過観察していた嚢胞は分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍ではなく、膵石による貯留嚢胞であったと診断した。以後、経過良好であり偶発症は認めていない。長年経過観察していた膵嚢胞の増大が膵石の治療契機となった一例を経験したため、報告する。

## 51 診断に難化した macrocystic type 膵漿液性嚢胞の一例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科

○新田 紘一郎<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、  
仲島 さより<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、二村 侑歩<sup>1</sup>、吉川 幸愛<sup>1</sup>、  
光松 佑時<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】65歳、女性【主訴】左側腹部痛【現病歴】X年1月、突然の左側腹部痛を認め、当院救急外来を受診した。発熱や黄疸は認めず、心窩部に圧痛を認めたが腫瘍は触知しなかった。血液検査で白血球数、膵アミラーゼ、リパーゼやCRPの上昇を認めたが、CEA、CA19-9の上昇は認めなかった。腹部エコーで膵尾部に内部に一部隔壁と後方エコーの増強のある嚢胞性腫瘍を認めた。腹部単純CTでは膵尾部に30mm大の周囲に脂肪織濃度の上昇を伴う低吸収腫瘍を認めた。以上より、膵嚢胞感染を伴う急性膵炎の診断で入院となった。MRCPで膵尾部に30mmの嚢胞性腫瘍と嚢胞周囲の膵実質に拡散低下を認めたが、主膵管の拡張は認めなかった。EUSでは、膵尾部に31.9×32.2mmの輪郭明瞭で内部に隔壁を伴う、内部不均一な嚢胞病変を認めた。X-5年のCTと比較して嚢胞は増大しており、粘液性嚢胞腫瘍(Mucinous cystic neoplasm: MCN)を第一に考え、当院外科で腹腔鏡下膵体尾部切除術を行った。切除標本の肉眼的所見では隔壁を伴う嚢胞性病変を認め、小型嚢胞は認めなかった。病理所見は、軽度腫大した円核核と淡明な胞体の異型細胞が索状に配列しており、Macrocystic serous cystadenomaと診断した。【考察】膵漿液性嚢胞(Serous cystic neoplasm: SCN)は、一般的に良性疾患であり、経過観察が可能なため術前診断が重要となる。診断にはMRCPやEUSでの診断能が高いとされている。自験例のようにmacrocystic type SCNはMCNやIPMNに類似した像が描出されるため注意が必要である。診断のためにはEUS FNAによる嚢胞穿刺を行う報告があるが、播種する可能性もあり推奨はされていない。今回の症例では、女性であり好発部位の膵尾部に腫瘍を認め、EUSで小嚢胞を認めないためMCNを疑った。腫瘍による主膵管の狭窄や上流側の拡張は認めず、膵炎は腫瘍とは関係なく特発性の可能性も考えられた。急性膵炎発症を契機に発見されたmacrocystic type SCNの症例を経験した。

## 50 診断に苦慮した Hemosuccus Pancreaticus の1例

一宮市立市民病院 消化器内科

○古川 大樹、平松 武、金森 信一、側島 友、松浦 倫三郎、  
山田 健太、平松 恵里奈、梶原 彰、安田 桂、山田 純也、  
伊藤 祐三郎

【症例】70歳代男性【主訴】心窩部痛、吐血【病歴】9か月前から消化管出血で入院を繰り返していた。複数回の上下部消化管内視鏡検査、ダブルバルーン内視鏡検査、造影CT、小腸カプセル内視鏡を行ったが出血源不明で輸血対応されていた。今回、農作業中に心窩部痛を自覚した後に吐血したため当院に救急搬送された。【既往歴】高血圧、便秘症【入院時現症】意識清明、眼瞼結膜に貧血を認めた、血圧129/76mmHg、脈拍74回/分、SpO2: 98% (室内気)、腹部は平坦軟で圧痛を認めなかった。直腸診では赤色便の付着を認めた。【入院時検査所見】血液検査所見は、WBC 4100/ $\mu$ l、RBC 269万/ $\mu$ l、Hb 7.0g/dl、MCV 86.6fl、MCH 26.0pg、MCHC 30.0g/dl、PLT 29.5万/ $\mu$ l、PT 100%、Amy 242U/Lだった。腹部造影CTでは、消化管内に明らかな造影剤の血管外漏出の所見は認めなかった。膵尾部に膵石と尾側の膵管拡張を認め、慢性膵炎が疑われた。膵石近傍の脾動脈に一部不整な部位が見られたが、造影剤の血管外漏出は認めなかった。【経過】上部消化管内視鏡検査を施行すると、胃内に多量の血性残渣を認めた。Vater乳頭を観察すると、同部から持続的な出血を認めた。血清アミラーゼ上昇と併せHemosuccus Pancreaticus (以下HP)を疑い、原因検索と治療目的で緊急血管造影検査を行った。血管造影では、脾動脈近位に出血部と思われる脾動脈拡張域を認めた。同部に対してコイル塞栓術を施行した。脾動脈遠位は側副路のため脾臓の血流は温存出来た。コイル塞栓後は吐血や腹痛、貧血の進行はみられず、第8病日に退院し、以降再発なく経過している。【考察】本症例は複数回の内視鏡検査、造影CTで出血源が同定できず、診断に苦慮したHPの1例だった。本例の過去9ヶ月間の造影CTでは一度も造影剤の血管外漏出を認めず、膵石や膵管、脾動脈に変化は認めなかったが、過去の消化管出血時にもわずかではあるが度々血清アミラーゼの上昇を認めており、出血源不明の消化管出血の際に血清アミラーゼ上昇を認めた場合にHPを想起することが重要と思われる。

## 52 経時的に嚢胞壁肥厚が顕在化し増悪を認めた Simple mucinuous cyst の一例

<sup>1</sup>静岡県立総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>静岡県立総合病院 消化器外科、

<sup>3</sup>静岡県立総合病院 病理診断科

○土壁 千夏<sup>1</sup>、佐藤 辰彦<sup>1</sup>、福川 敦子<sup>1</sup>、大堂 真一郎<sup>1</sup>、  
上原 慶大<sup>1</sup>、武田 昌大<sup>1</sup>、池田 慎也<sup>1</sup>、加島 弘崇<sup>1</sup>、  
平田 太陽<sup>1</sup>、増井 雄一<sup>1</sup>、松田 昌範<sup>1</sup>、遠藤 伸也<sup>1</sup>、  
黒上 貴史<sup>1</sup>、白根 尚文<sup>1</sup>、川口 真矢<sup>1</sup>、大野 和也<sup>1</sup>、  
藤田 哲嗣<sup>2</sup>、金本 秀行<sup>2</sup>、鈴木 誠<sup>3</sup>

【症例】72歳、男性【現病歴】X年に総胆管結石症精査時のMRI検査にて膵尾部に16mm大の単房性嚢胞性病変を指摘された。同時期に施行した造影CT所見も含めて、嚢胞内部の結節や嚢胞壁肥厚等、悪性病変を示唆する所見は乏しいため、総胆管結石症の治療を優先し、膵嚢胞性病変に関しては半年毎に経過観察とした。X+4年には嚢胞径が19mmと僅かに増大し内部に9mm大の腫瘍像の新規出現を認めたが、血流シグナルおよび造影効果は有さず、粘液塊と診断し経過観察を継続した。X+6年に超音波内視鏡検査(EUS)にて2mm程度の嚢胞壁肥厚所見が指摘されたが、観察期間を短縮し経過観察継続の方針とした。その半年後のEUSでは嚢胞内の粘液塊に変化はないものの壁肥厚が5mm程度に増悪したため、各種画像検査を再検した。CEA/CA19-9は基準値範囲内、造影CTでは明瞭な壁肥厚を有する26mm大の単房性嚢胞性病変と認識された。MRIでは壁肥厚部に一致してDWIでの拡散能低下を認め、MRCPでは主膵管との交通は明らかでなかった。FDG-PET/CT検査では壁肥厚部に一致してSUVmax 3.02の集積を認めた。以上より内部に貯留嚢胞を伴う膵尾部癌、嚢胞形成膵内分分泌腫瘍、充実性偽乳頭状腫瘍を鑑別に挙げ、腹腔鏡下膵体尾部切除術を施行した。標本の肉眼的所見では膵尾部に1.7×2.0×1.5cmの単房性嚢胞性病変を認め、内部に粘液貯留を認めた。病理組織学的に嚢胞内腔面は異型の乏しい単層高円柱上皮で裏装され、乳頭状隆起は認めなかった。嚢胞壁は厚い線維性結合組織からなり、卵巣様間質は確認されなかった。以上よりsimple mucinuous cyst (SMC)と診断した。【考察】卵巣様間質を持たず、異型に乏しい単層上皮で覆われた1cm以上の嚢胞性病変に対し、SMCと名称することが提唱されたが、比較的新しい疾患概念でありその病態については議論がなされている。壁肥厚を呈するSMCの報告は存在し、その発生機序として閉塞性膵炎や嚢胞内感染や出血の合併などが考察されているが、本症例ではそれらを示唆する所見に乏しく機序については不明であった。しかし、形態変化が観察できたSMCは貴重であり報告をする。

## 53 急性肺炎を契機に発見された脾神経内分泌腫瘍の一例

<sup>1</sup>聖隷浜松病院 消化器内科、<sup>2</sup>聖隷浜松病院 肝胆脾外科、  
<sup>3</sup>聖隷浜松病院 病理診断科  
○山下 大貴<sup>1</sup>、小林 惠吾<sup>1</sup>、豊田 健介<sup>1</sup>、金谷 和哉<sup>1</sup>、  
井田 雄也<sup>1</sup>、大城 勝吾<sup>1</sup>、平野 雄一<sup>1</sup>、吉井 元<sup>1</sup>、遠藤 茜<sup>1</sup>、  
小林 郁美<sup>1</sup>、志田 麻子<sup>1</sup>、山田 洋介<sup>1</sup>、海野 修平<sup>1</sup>、  
木全 政晴<sup>1</sup>、芳澤 社<sup>1</sup>、室久 剛<sup>1</sup>、長澤 正通<sup>1</sup>、細田 佳佐<sup>1</sup>、  
山本 博嵩<sup>2</sup>、大月 寛郎<sup>3</sup>

【症例】40歳男性【主訴】上腹部痛【既往歴】なし【飲酒歴】なし【現病歴】X年8月数日前から上腹部痛を認め近医を受診。血液検査で酵素素上昇を認め当院紹介となった。心窩部に強い圧痛を認め、血液検査ではP-Amylase 1,233U/L、Lipase 1,475U/L、CRP 11.99mg/dL、WBC 19,800/ $\mu$ Lと上昇を認めた。造影CTでは脾頭部の腫大、脾周囲から前腎傍腔に及ぶ脂肪織濃度上昇と腹水貯留を認め急性肺炎（CT grade2）と診断した。脾頭部には35mm大の境界不明瞭な腫瘍様構造が疑われ、脾管が閉塞し尾側脾管の拡張を認めていた。急性肺炎に対し治療を行うとともに脾頭部腫瘍についても精査を行った。入院後10日ほどは腹痛と発熱がみられたが、徐々に改善し経口摂取も可能となった。経過のCTでは、肺炎は改善傾向にあり脾管拡張も改善した。脾頭部腫瘍は造影早期から不均一に造影され、内部に一部変性と考えられる造影不領域も混在していた。MRIでは脾頭部腫瘍はT1低信号、T2高信号、拡散強調画像高信号の境界不明瞭な腫瘍であり、MRCPでは主脾管閉塞は認めなかった。EUSでは脾頭部腫瘍は境界明瞭、輪郭整内部不均一な高エコー腫瘍であり、内部には嚢胞変性も伴っていた。EUS-FNAを施行し、小型の類円形核が偏在する異型細胞を認め、神経内分泌腫瘍（NET）もしくは充実性偽乳頭状腫瘍と考えられた。肺炎の改善は良好であり、10月 亜全胃温存脾十二指腸切除術を施行した。病変は37mm大の線維被膜を有した腫瘍であり、血管、結合織が介在し腫瘍細胞の乳頭状増殖を認めた。免疫染色も含め、脾NET（G2）、TS2、ly0、v2、ne0、mpd(-)、pCHO、pDU1、pSO、pRP0、pPCMO、pBCMO、pDPM0と診断した。主脾管は一部腫瘍による圧排が疑われたが、腫瘍の浸潤は認めなかった。術後再発なく経過している。【考察】急性肺炎を契機に発見された脾頭部NETの一例を経験した。腫瘍により主脾管閉塞をきたし、肺炎の誘因となったと考えられた。急性肺炎の原因としては、アルコール性と胆石性が多いが、脾腫瘍が原因となることもあり、腫瘍性病変の有無にも注意した精査が望ましいと考えられる。

## 55 Anti-reflux mucoplasty により著明に改善した、逆流性食道炎の1例

医療法人 山下病院 消化器内科  
○福沢 一馬、松崎 一平、菊池 正和、泉 千明、平野 智也、  
服部 昌志、乾 和郎

【背景と目的】2022年4月より、難治性胃食道逆流症（gastroesophageal reflux disease: GERD）に対して内視鏡的逆流防止粘膜切除術が保険収載されたが、本治療の本邦における報告はまだ少ない。当院での内視鏡治療対象患者の決定方法、治療経験に関して報告する。【対象患者決定および治療方法】対象は生活指導と酸分泌抑制薬に抵抗性の難治性GERD患者で、内視鏡による反転観察で噴門が1.5cm以上に開大している症例とし、除外基準はCornell Medical Indexで領域III・IVもしくはSelf-Rating Depression Scaleで39点以上を示す症例、胸腹部CT・食道造影・拡大内視鏡観察およびランダム生検で他の食道疾患を有する症例、3cm以上の滑脱型ヘルニア症例とする。食道造影で胃から食道への逆流が証明されない患者、生活指導と酸分泌抑制薬による改善が極めて乏しい患者は食道生理機能検査にて病態評価を追加し、機能性胸やけや食道運動異常症、行動障害の除外を行う。治療手技は、噴門部粘膜をcap-EMRで切除し、内視鏡的に縫縮するARMP（Anti-reflux mucoplasty）を中心に行い、形成する潰瘍は噴門部小彎側を中心に約半周、長軸方向にやや延長した楕円形としている。Fスケールおよび内視鏡による噴門開大（cardiac opening: CO）、滑脱ヘルニア（sliding hernia: SH）の観察を、ARMS前、8週間後に実施し、治療効果を評価する。【症例提示】症例は57歳、男性。病歴期間は13ヶ月 Los Angeles分類はGrade A。手術時間は155分、治療後8週間でFスケール（点）は15→0（1-9）、CO（cm）は4→1、SH（cm）は2.5→0.5と著明に改善した。潰瘍の範囲の工夫や縮小を行うことで、噴門開大だけでなく、滑脱ヘルニアについても縮小するようにコントロールすることが可能であった。明らかな偶発症は認めなかった【考察】内視鏡的逆流防止粘膜切除術は難治性GERDの有効な治療とされているが、瘢痕化による噴門開大・潰瘍ヘルニアの改善には差異があり、潰瘍範囲や縫縮によりある程度コントロールができる可能性がある。今後、さらに症例を蓄積して報告を重ねたい。

## 54 外科的治療を行った急性肺炎合併脾動脈奇形の1例

<sup>1</sup>岐阜大学医学部附属病院 第一内科、  
<sup>2</sup>岐阜大学医学部附属病院 消化器外科  
○岩田 翔太<sup>1</sup>、千住 明彦<sup>1</sup>、手塚 隆一<sup>1</sup>、上村 真也<sup>1</sup>、  
若下 拓司<sup>1</sup>、村瀬 勝俊<sup>2</sup>、深田 真宏<sup>2</sup>、松橋 延壽<sup>2</sup>、  
清水 雅仁<sup>1</sup>

【症例】75歳、女性【主訴】左季肋部痛【現病歴】X年3月より左季肋部痛を自覚し近医を受診した。造影CTでは脾動脈分岐や上腸間膜動脈分岐から連続して脾体尾部の周囲に異常な血管網を形成し脾静脈へ連続しており、脾動脈奇形が疑われたため精査加療目的で4月11日に当院紹介となった。【経過】初診時の血液検査では血清アミラーゼ361U/Lと上昇を認め、造影CTで脾実質の造影不良域はみられないが、脾腫大および周囲の脂肪織濃度上昇、結腸間膜まで炎症波及を認め、造影CT grade1の急性肺炎と診断し保存的治療で改善を得られた。その後、明らかな肺炎の発症はみられないが繰り返す腹痛を認めるため、X年7月25日に脾動脈奇形に対して脾体尾部切除術、脾合併切除を施行した。術後経過は良好であり、合併症なく術後12日目に退院となった。病理所見は脾実質内から脾外組織内に不規則な拡張や蛇行を繰り返す異常な血管の集簇と、脾実質や周囲脂肪組織に脂肪壊死や線維化を認め、肺炎の原因としては動脈奇形による盗血が考えられた。【結語】急性肺炎を発症し手術を施行した脾動脈奇形の1例を経験した。脾動脈奇形比較の稀な病態であり文献的考察も含めて報告する。

## 56 食道アカラシアに合併した食道癌の2例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
○足立 賢吾<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
仲島 さより<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、吉川 幸愛<sup>1</sup>、二村 侑歩<sup>1</sup>、  
光松 佑時<sup>1</sup>、新田 紘一郎<sup>1</sup>、川嶋 裕人<sup>1</sup>、亀島 祐貴<sup>1</sup>、  
水谷 夏香<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例1】65歳、男性。【既往歴】25歳時にアカラシアにて外科的手術（Heller-Dor術）【主訴】吐血。【現病歴】X年Y月、吐血にて受診。上部消化管内視鏡検査（EGD）では結節状隆起の集簇と食道粘膜の浮腫、肥厚、落屑様変化と白苔の付着を認めアカラシアの再発と診断した（Sg型/拡張度Grade3 7cm）。CTで著明な壁肥厚を認め隆起部は腫瘍を疑い複数回生検をおこない、X年Y+7月に4回目の生検で食道癌（SCC）と確定した。CRTをおこないCRとなったものの狭窄が残存した。経口摂取とIVHを併用したがカンジダ菌血症とポート感染を複数回繰り返したため開腹胃瘻造設術をおこない現在に至る。【症例2】54歳、女性。【既往歴】下顎歯肉癌、ミオパチー。【主訴】食思不振。【現病歴】X年Y月食思不振にて紹介受診。CTで食道全体の拡張と液体貯留あり。EGDでは拡張した食道に固形残渣こそないものの液体貯留が多く、下部食道括約筋の弛緩不全を認めアカラシアと診断した（St型/拡張度Grade1 3.5cm）。白苔付着やコード淡染～不染域を多数認めたため、短期間に定期的にEGDを施行していたが約1年後のEGDにて半周性の0-IIc+I型の表在型食道癌（SCC）と診断した。背景の食道粘膜には慢性炎症とカンジダの付着と思われる白斑を多数認め、癌の水平方向の範囲診断が非常に困難であった。バルーン拡張術をおこなった後に抗真菌剤とPPI内服を併用したうえでEGDを再検したところより水平方向がより明瞭になり、ESDにて一括切除可能であった。【考察】食道アカラシアは迷走神経系異常に起因した下部食道噴門部の弛緩不全を呈する機能的良性疾患で、その頻度は0.4~1.1/10万人とまれであるが、食道癌を合併する頻度が高いとされる。発癌の機序については食物停滞に起因した慢性炎症の関与が考えられている。残渣や食道炎により詳細な内視鏡観察が困難であるため早期発見が困難で、進行癌で発見されることが多い。早期発見のためには食道癌の発生を念頭においた、定期的かつ長期的な内視鏡検査が必要である。

## 57 食道-肺癌を形成し肺化膿症をきたした食道癌の1剖検例

<sup>1</sup>トヨタ記念病院 統合診療科、<sup>2</sup>トヨタ記念病院 消化器内科、  
<sup>3</sup>トヨタ記念病院 病理診断科  
○柏谷 昂希<sup>1</sup>、鈴木 貴久<sup>2</sup>、三宅 忍幸<sup>2</sup>、芳川 昌功<sup>2</sup>、皆森 俊<sup>2</sup>、  
長屋 龍太郎<sup>2</sup>、小柳 裕輝<sup>2</sup>、島 寛太<sup>3</sup>

【患者】60歳代、男性【主訴】つかえ感【現病歴】X-3月半年以上持続するつかえ感あり近医受診しEGDで胸部下部食道癌と診断され紹介受診。CTで胃浸潤、腹膜播種指摘。PET-CTで原発巣に近接した部位に穿孔、膿瘍形成を指摘された。症状緩和、瘻孔閉鎖を目的に食道ステント留置。X-2月FP療法を実施したが1クールのみで本人希望で中止。X-1月に実施したCTで右肺に空洞及び液面形成あり右肺化膿症と診断した。化学療法継続は困難でありBISZ方針となった。X月Y日呼吸困難の増悪を認め救急搬送。【既往歴】気管支喘息、高血圧症【生活歴】飲酒：3合、喫煙：25本/日【現症】血圧134/92mmHg、脈拍143bpm、体温37.0℃、呼吸音：右側聴取できず左吸気喘鳴軽度。【検査結果】WBC46300/μl、Hb9.3g/dl、AST37U/l、ALT28U/l、LDH200U/l、ALP220U/l、TP7g/dl、Alb2g/dl、BUN36mg/dl、Cre1.09mg/dl、CRP25.6mg/dl。(血液ガス分析)pH7.455、pCO<sub>2</sub>33.3mmHg、pO<sub>2</sub>67.5mmHg。CT：右胸腔はほぼair像のみとなり液面形成を認めた。【経過】食道癌末期、肺化膿症、気管支喘息の診断で抗生剤治療、吸入薬、麻薬などによる緩和治療を行ったが、第6病日死亡。【剖検】胸部下部食道癌あり、腫瘍は胃側まで進展していた。右肺は壊死しており胸腔内に黄白色の膿汁貯留を認めた。食道癌が右肺に浸潤し肺化膿症を発生し呼吸不全に至ったものと考えられた。横隔膜、肝臓に転移を認めた。【考察】食道癌による食道-気道瘻の発生頻度は5-10%程度とされ、肺炎、敗血症や低栄養をきたすため、全身状態が悪化しやすく、予後不良な病態である。カバードメタリックスステント留置による食道瘻孔閉鎖を期待したが、効果は少なかった。【結語】食道-肺癌を形成し肺化膿症による呼吸不全をきたした食道癌の1例を報告した。

## 59 集学的治療により長期予後が得られたCRT後再発食道癌、早期胃癌の一例

岐阜県立多治見病院 消化器内科  
○足立 圭司、岡山 雄太、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、  
浦壁 恵司、鈴木 幸平、鈴木 健人、荻輪 彬久、羽根田 賢一、  
水島 隆史、奥村 文浩

【症例】77歳男性【既往歴】高血圧症、胃癌(Billroth-I再建後)【現病歴】X年6月に嚥下困難感を自覚し前医を受診し、食道癌を認めたため精査加療目的に当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて胸部中部食道に6cmにわたる半周性の2型腫瘍を認めた。skip lesionとして切歯から23cm、38cmに0-IIb病変を認め、いずれも生検でSCCであった。CTにて左反回神経リンパ節転移はあったが遠隔転移は認めず食道癌cT3、N1、M0 cStageIIIと診断した。高齢で手術希望はなくX年9月より化学放射線療法(CRT)を開始した。フルオロウラシル+シスプラチン(FP)2コースとRT(50Gy)施行後にCRとなったため地固めでFPを2コース追加し経過観察となった。X+2年2月に胸部中部食道に局所再発を認めAPCを施行した。X+3年6月に切歯より23cm、38cmの食道にヨード不染色を認め再度局所再発と診断した。胃体上部大弯、胃体上部後壁に早期胃癌も認め、食道癌に対しては光線力学的療法(PDT)を、早期胃癌に対しては内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行した。胃体上部後壁病変は治癒切除であったが、胃体上部大弯病変はtub1、v0、ly1、INF a、pT1b(200μm)、pHMO、pVMOと非治癒切除(eCura C-2)であった。患者背景も考慮して経過観察の方針となったが、食道癌、胃癌ともに再発なく5年以上経過している。【考察】食道癌に対するCRTは臓器温存が可能な治療だが食道局所の再発が多く、食道内局所制御の悪さが治療成績を下げる大きな要因とされる。CRT後の再発食道癌に対してAPC、PDTの有効性が報告されており、本症例では1病変にAPC、2病変にPDTを施行したが、いずれも偶発症なく根治が得られている。同時に認めた早期胃癌についてはESDを施行し、1病変は非治癒切除であったが幸いにも再発なく経過している。今回我々は集学的治療により長期予後が得られたCRT後再発食道癌、早期胃癌の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。

## 58 2期的分割手術戦略により根治切除を得た胃全摘術後の食道癌+盲腸癌の重複癌症例

岐阜大学医学部附属病院 消化器外科  
○山本 一雄、佐藤 悠太、洞口 岳、田中 善宏、浅井 竜一、  
田島 ジェシー雄、木山 茂、奥村 直樹、村瀬 勝俊、  
松橋 延壽

【諸言】食道癌は他臓器癌の重複が30%程度と比較的多いことはよく知られている。胃癌に対して27年前に胃全摘術が行われ、今回、食道癌と盲腸癌の重複癌が指摘された症例に対し2期的分割手術を計画し、根治切除しえた症例を経験したため報告する。【症例】71歳男性。食事のつかえ感、便潜血陽性に対して施行した上下部内視鏡検査にて胸部中部食道癌(低分化型SCC)+盲腸癌(高~中分化型adenocarcinoma)を指摘され当院紹介となった。明らかなリンパ節転移や遠隔転移を疑う所見を認めず、盲腸癌も通過障害を認めなかったことから、食道癌に準じた術前化学療法(Bi-DCF 2コース)を施行した。食道癌はCRに近いIR/SD、盲腸癌もgood-PRと極めて良好な腫瘍縮小効果を得られたため、手術加療の方針とした。手術には食道亜全摘、回盲部切除、小腸再建が必要であったが、27年前の開腹胃全摘術後であり、再建方法が不明かつ腹部の高度癒着が予想されたため、2期的分割手術を計画した。腫瘍学的には初回手術で盲腸癌も切除すべきであったが、病勢コントロールが良好であること理由に、初回手術は鏡視下食道亜全摘+食道外瘻造設+腸瘻造設、2回目の手術を回盲部切除術+胸骨前経路空腸挙上による消化管再建術を予定した。初回手術は腸瘻造設のみを目的に小開腹し腹腔内を検索したが、比較的長い距離の空腸を間置いたinterpositionによる再建であった。2回目の手術までに精査を追加し、7週間後に開腹での回盲部切除術、胸壁前経路での空腸挙上による消化管再建を施行し、腫瘍学的な根治切除と共に安全な消化管再建を達成した。【考察】胃癌の多い胃全摘術後に生じた食道・盲腸の重複癌に対して計画的な2期的切除再建術を計画し完遂した。症例によっては血管吻合を含めた再建を必要とする食道手術の場合、特に術前・術中の綿密な手術計画・手術戦略の構築が重要であると考えられた。

## 60 切除不能進行胃癌に対してSOX+Nivolumab併用療法を施行し筋炎を伴う重症筋無力症を発生した1例

<sup>1</sup>浜松医科大学医学部附属病院 外科学第二講座、  
<sup>2</sup>浜松医科大学医学部附属病院 森町地域包括ケア講座、  
<sup>3</sup>浜松医科大学医学部附属病院 周術期等生活機能支援学講座、  
<sup>4</sup>磐田市立総合病院 外科  
○関森 健一<sup>1</sup>、坊岡 英祐<sup>1</sup>、森田 綾馬<sup>1</sup>、川田 三四郎<sup>1</sup>、  
村上 智洋<sup>1</sup>、松本 知拓<sup>1</sup>、羽田 剛文<sup>1,2</sup>、深澤 貴子<sup>4</sup>、  
菊池 寛利<sup>1</sup>、平松 良浩<sup>1,3</sup>、竹内 裕也<sup>1</sup>

【背景】NivolumabはPD-L1に対するIgG4モノクローナル抗体であり2014年に本邦でも保険収載となった。切除不能進行胃癌に対しての一次治療として免疫チェックポイント阻害薬の併用が可能となったが、一定の頻度での免疫関連有害事象の発症が報告されている。免疫関連有害事象は治療効果との関連が示唆されており、治療にあたり有害事象の制御が重要である。【症例】74歳、女性。心窩部不快感や疲労感を契機に2023年2月に近医受診し精査加療目的に当科紹介となった。胃癌L、Gre、sig>muc、cT3N2M1(P1)、cStageIVBと診断となり、化学療法を施行する方針となった。HER2陰性であったため1次治療として2023年5月にSOX+Nivolumab併用療法を開始した。開始18日目から眼瞼下垂、頸部痛、脱力感の症状が出現した。症状出現から5日間経過しても改善がなく当科受診し、アムスバクテス陽性、血液検査でCK13924U/Lと高値であったため免疫関連有害事象による横紋筋融解症の疑いとなり、免疫内科にて筋炎を併発した重症筋無力症の診断に至った。抗ARS抗体、抗AChR抗体はいずれも陰性であった。ステロイドパルス療法(mPSL1000mg)と免疫グロブリン静注療法により、CK値は正常化し症状改善し、第30病日に軽快退院となった。【考察】本邦におけるNivolumabによる重症筋無力症の報告例により、いずれも眼瞼下垂や複視などの眼筋症状を伴っている。発症までの投与回数は1-3回であった。投与量が通常量の1/10でも発症した例もあり少量でも発症する可能性がある。筋炎やクリーゼを伴う重症例が多く死亡例の報告もある。抗AChR抗体は多くの例で陽性となっていたが、本症例含め2例で陰性となっている。治療法はステロイド治療、免疫グロブリン静注療法、免疫吸着療法、血漿交換療法など症例により様々である。抗AChR抗体陽性例で免疫グロブリン静注療法などの効果が得られなかった例や抗AChR抗体陰性となる症例もあり、抗AChR抗体以外の免疫異常による発症機序が示唆される。Nivolumabによる重症筋無力症は筋炎やクリーゼなどを併発し重症化する可能性があるため、早期診断と治療開始が必要と思われる。



## 61 Conversion surgery を行った切除不能進行胃癌の1例

愛知医科大学病院 消化器内科

○市田山 宝、春日井 邦夫、佐々木 誠人、小笠原 尚高、  
海老 正秀、井澤 晋也、田村 泰弘、山口 純治、足立 和規、  
杉山 智哉、山本 和弘、越野 颯、杉村 明佳音、吉峰 尚子、  
小野 聡、加藤 駿介、田代 崇、加藤 真子

症例は80歳代男性。X-2年9月より近医で貧血を指摘され、経過を診ていたが改善しないため同年12月に精査目的で当科に紹介受診となった。採血ではHb10.1g/dLと貧血を認め、CEA・CA19-9の上昇を認めなかった。腹部CTにて胃壁肥厚と肝臓に多発腫瘍、多発リンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡検査にて、胃体上部から前庭部小弯にかけて広範な2型腫瘍を認め、生検にて腺癌 (tub2/por) と診断した。病理の遺伝子検査ではHER2陰性、MSS、CPS $\geq$ 5であった。80歳代と高齢でもあることからX-1年1月SOX療法を開始した。grade2の好中球減少を認めたが、延期のみで回復したため、2コース目よりnivolumabを併用した。3コース終了後のCTでは原発巣・転移巣共に著明な改善を認めた。5コース目投与後に皮疹を認めたが、外用薬で経過を見て化学療法継続とした。7コース目投与後のCTで転移巣は縮小していたが、原発巣は増大を認めたため、7コース目終了後にConversion surgeryの方針となり、幽門側胃切除術、肝臓部分切除、胆嚢摘出術を施行した。胃は低分化腺癌主体に残存していたが、切除した肝臓と胆嚢には悪性所見を認めなかった。術後、現在までS-1+nivolumabを9コース施行したが、CRを維持している。【考察】Stage4胃癌症例に対するConversion surgeryは、化学療法により一定の抗腫瘍効果が得られ、奏効が維持され、R0切除が可能と判断される場合に弱く推奨される。近年の分子標的薬を含めた抗癌剤開発の進歩に伴い、Conversion surgery症例が増加しており、non surgery症例と比較し長期予後が得られた報告がある。本症例は肝部分切除を追加することによりR0切除が見込まれたため、Conversion surgeryを行った。【結語】Nivolumabを含んだ化学療法が奏効し、Conversion surgery施行後約1年間無再発生存中のStage4胃癌の一例を経験した。

## 63 胃に多発する粘膜下腫瘍様の隆起性病変を呈した多発性骨髄腫胃浸潤の一例

<sup>1</sup>岐阜西濃医療センター 西濃厚生病院 内科、

<sup>2</sup>岐阜西濃医療センター 西濃厚生病院 外科

○田端 みずほ<sup>1</sup>、岩佐 大誠<sup>1</sup>、高田 英里<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>1</sup>、  
中村 信彦<sup>1</sup>、中村 博<sup>1</sup>、中村 博式<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、高橋 孝夫<sup>2</sup>、  
島崎 信<sup>1</sup>、西脇 伸二<sup>1</sup>

症例は80代男性。数か月前からの労作時の呼吸苦や倦怠感を自覚され当院を受診。来院時、血圧169/81mmHg SpO2 96% (room air)で、両側の下腿に軽度浮腫を認めた。血液検査ではHb7.7g/dL、総蛋白9.1g/dL、Alb2.6g/dL、補正Ca10.6mg/dLと貧血、高蛋白血症、低Alb血症および高Ca血症を認め、多発性骨髄腫の存在を疑った。CTでは心拡大及び胸水貯留を認めNT-proBNP 7591.4pg/mLであり心不全を併発していた。血清 $\beta$ 2MGは10.2mg/Lと上昇し、血清蛋白免疫泳動にてIgG- $\lambda$ 型M蛋白を認めた。また尿中Bence Jones Protein- $\lambda$ 型M蛋白を認めた。骨髄生検ではCD138陽性異型細胞(形質細胞)のびまん性増殖を認め、入鎖にモノクローナリティがあった。以上から多発性骨髄腫 (IgG- $\lambda$ 型) R-ISS2と診断した。貧血のスクリーニングのため上部消化管内視鏡検査を施行すると体部~前庭部にかけて、立ち上がりで急峻で、頂部の中心部が陥凹した、白苔びらんを伴う大小不同の粘膜下腫瘍様隆起が多発していた。悪性リンパ腫、サイトメガロウイルス感染症、GISTなどが疑われたが、生検では異型性のある形質細胞を認めたため多発性骨髄腫の胃浸潤と診断した。その後MP(メルファン+ブレドニゾロン)療法を開始し1コース後にはTP及びM蛋白の低下を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃の隆起性病変もすべて退縮あるいは消失していた。その後心不全や肺炎を合併するなど全身状態が悪化し、診断から約2か月後に多臓器不全のため死亡した。多発性骨髄腫は経過中に髄外病変を呈する場合もあり、皮膚・肝・腎・神経で多く見られるものの、上部消化管に認めるのは稀とされる。内視鏡所見としては、多発潰瘍、潰瘍性腫瘍、胃壁肥厚、多発ポリープ、小ブランク、びまん性浸潤性病変などと多彩である。また、化学療法により消失を得られた症例の報告は少ない。本症例は胃に髄外病変を認め、治療により病変の消失が得られるなど、一連の経過を追うことが出来た貴重な症例であった。

## 62 IrAEでのニボルマブ中止後も長期にわたって腫瘍縮小効果が持続している切除不能進行胃癌の1例

松波総合病院 消化器内科

○鳥澤 宗一郎、中西 孝之、荒木 寛司、神野 宏規、亀井 真琴、  
牧野 紘幸、長尾 涼太郎、片岡 史弥、河口 順二、淺野 剛之、  
早崎 直行、伊藤 康文、田上 真、杉原 潤一、森脇 久隆、  
富田 栄一

【症例】77歳男性。【既往歴】肺気腫、気胸。【現病歴】X年1月下旬より心窩部痛、労作時息切れがあり、近医で貧血と多発肝腫瘍を指摘され2月に当院入院した。入院時CEA 1084.1 ng/mL、CA19-9 14371.1 U/mLと高値で、Hb 7.5 g/dL、MCV 71.6 fL、Alb 3.3 g/dL、fT3 2.27 pg/mLと低値だった。TSHは1.674  $\mu$ IU、fT4は1.18 ng/dLであった。上部消化管内視鏡検査で胃角小弯半周性の2型腫瘍を認め、病理で中分化型腺癌と診断した。CT所見とあわせ切除不能進行胃癌cStage IV (T2N3M1H3 (LYM))、HER2 score0と診断した。【経過】X年2月より一次治療としてSOXを開始した。8コースで四肢のしびれがありオキサリプラチンを中止し、計11コースを実施した。PDのため、X年10月から二次治療としてRAM+PTXを7コース実施した。PDのため、X+1年5月から三次治療としてニボルマブを2コース実施したが、高度倦怠感と動悸が出現した。TSH 0.010  $\mu$ IUと低下しfT3 7.74 pg/mL、fT4 2.66 ng/dLと上昇を認め、精査でニボルマブによる破壊性甲状腺炎と診断した。その後続発性甲状腺機能低下症を来し補充療法を継続している。X+1年12月より3コース目を再開したが4コース実施後に呼吸苦があり、胸部CTで薬剤性間質性肺炎と診断し内服ステロイドで病状改善した。以降ニボルマブを投与していない。X+2年5月のCTでリンパ節転移1ヵ所に増大がありPDと判断し、同月から四次治療としてTAS療法を開始したが倦怠感などが強く、1コースのみで中断した。現在までの約1年間、化学療法を再開せず外来経過観察を継続している。X+3年5月のCTでは肝転移巣、リンパ節転移巣ともに縮小が維持され、CEA 70.9 ng/mL、CA19-9 125.1U/mLと低値を維持している。【考察】本症例では化学療法中止後、約1年の期間を経て腫瘍縮小効果が持続した。

## 64 肝細胞癌に対するRFA後に肝臓癌と肝十二指腸瘻が生じ十二指腸瘻孔をOTSCで閉鎖した1例

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○梅田 悠平、濱田 康彦、池之山 洋平、重福 隆次、  
行本 弘樹、藤原 野須子、別府 剛志、重福 紀宏、中村 美咲、  
堀木 紀行、中川 勇人

【症例】72歳男性【主訴】腹痛【現病歴】C型慢性肝炎の既往があり、X-12年にS8の肝細胞癌に対して拡大前区域切除を施行した。その後肝細胞癌の再発があり、TACE、RFA、化学療法で集学的治療を施行した。S3の肝細胞癌が増大したため、X年6月に同部位に対してRFAを施行した。X年7月に腹痛、発熱を認めた。RFA後肝腫瘍の診断で緊急入院となり、肝腫瘍に対してPTADを施行した。PTAD造影で十二指腸が造影され、肝十二指腸瘻と診断した。肝腫瘍ドレナージと抗生剤加療を2週間継続したが、瘻孔は閉鎖されず経過した。食事を再開すると腹痛、発熱を認めたため内視鏡的に瘻孔を閉鎖する方針とした。十二指腸球部前壁幽門輪近傍に瘻孔を確認し、まずはクリップで閉鎖するもPTAD造影で瘻孔は残存していた。後日再度内視鏡検査を行い、クリップは脱落し瘻孔は残存していたため、Over-The-Scope Clip (OTSC)で瘻孔を閉鎖した。PTAD造影で十二指腸への造影剤流出は認めず、瘻孔閉鎖は良好と判断した。OTSC施行14日後にPTADをクランプし症状の再燃がないことを確認し、PTAD施行50日後にドレナージュチューブを抜去した。第53病日に退院となった。X年9月の内視鏡検査ではOTSCは残存しており、瘻孔の再燃や幽門狭窄は認めなかった。X+1年3月の内視鏡検査ではOTSCは脱落していたが、瘻孔の再燃や幽門狭窄は認めなかった。今回我々は肝細胞癌に対するRFA後に肝腫瘍と肝十二指腸瘻が生じ十二指腸瘻孔をOTSCで閉鎖した1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

## 65 出血をきたした胃異所性腺の1切除例

<sup>1</sup>刈谷豊田総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>刈谷豊田総合病院 病理診断科  
○水谷 夏香<sup>1</sup>、神岡 諭郎<sup>1</sup>、浜島 英司<sup>1</sup>、中江 康之<sup>1</sup>、  
仲島 さより<sup>1</sup>、久野 剛史<sup>1</sup>、二村 侑歩<sup>1</sup>、吉川 幸愛<sup>1</sup>、  
光松 佑時<sup>1</sup>、足立 賢吾<sup>1</sup>、新田 紘一郎<sup>1</sup>、龜島 祐貴<sup>1</sup>、  
川嶋 裕人<sup>1</sup>、伊藤 誠<sup>2</sup>

【症例】36歳、男性。【主訴】黒色便、意識消失。【既往歴】扁桃周囲膿瘍。【現病歴】X年6月、黒色便と腹部膨満感を認め、その後意識消失した。近医を受診し、緊急上部内視鏡検査（EGD）で粘膜下腫瘍（SMT）上の潰瘍の露出血管から活動性出血を認め、精査加療目的に当院を受診された。頻脈と軽度貧血、BUNの上昇を認めた。造影CTでは胃角部大弯に早期より造影される18mm大の結節を認め、内部に低吸収域を認めた。造影剤の血管外漏出や、周囲のリンパ節転移、遠隔転移を認めなかった。入院時のEGDでは胃角部大弯に発赤調の立ち上がり急峻な20mm大のSMTを認め、頂部に腺管開口部、肛門側にはbridging foldを認め、Cushion sign陽性であった。その際出血は認めず止血処置は行わなかった。超音波内視鏡（EUS）では、第3-4層を主座とする境界明瞭で不均一な低エコー腫瘍を認め、第4層の肥厚と内部に導管様の無エコー領域を認め、異所性腺を疑った。第7病日に施行した潰瘍底からの生検では、病理組織学的に膵腺房細胞を認め、出血性胃異所性腺と診断し腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。切除標本は25mm×18mm大の白色充実性腫瘍を呈し、粘膜直下の一部に潰瘍形成を認めた。病理組織学的には分化した膵小葉及び膵管の増生を認め、腺房細胞、導管、Langerhans島からなるHeinrich I型の異所性腺であり、悪性像を認めなかった。術後経過は良好で術後5日目に退院した。【考察】異所性腺は通常の膵組織とは異なる臓器に生じる膵組織で、診断はEUSやEUS下吸引穿刺細胞診であるが、診断率は十分ではない。出血をきたした胃異所性腺の報告は稀であるが、頂部に潰瘍形成を伴うことが多い。腫瘍口側に潰瘍形成し出血を来たした胃異所性腺を、EUS、潰瘍底からの生検で術前に診断し得た一例を報告する。

## 67 十二指腸狭窄で発症した後腹膜線維症の一例

JA 岐阜厚生連 中濃厚生病院  
○朝倉 麻由、向井 美鈴、長井 宏樹、平下 祐生、相羽 優志、  
伊藤 貴剛、三田 直樹、水谷 拓、山中 一輝、華井 頼子、  
白木 亮、戸田 勝久、勝村 直樹

【症例】70歳男性【既往歴】左鼠径ヘルニア【現病歴】20XX年5月初旬に嘔吐が出現し、発症4日後に近医受診し腹部超音波検査で胃内の水分貯留を認めた。胃腸炎として経過観察となっていた。その後嘔吐が持続し、発症6日目に当院当科に紹介された。十二指腸の通過障害および脱水による腎前性腎不全のため、精査加療目的で同日入院となった。【経過】入院時血液検査ではCRP軽度上昇、軽度肝機能障害、腎機能障害を認めた。単純CTでは胃・十二指腸球部の拡張、十二指腸下行脚の狭窄、および十二指腸水平脚尾側の腹膜肥厚様の所見を認めた。また明らかな膵腫瘍は認めず、十二指腸腫瘍や後腹膜線維症などが疑われた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸下行脚に浮腫性変化や、一部に軽度の虚血性変化を認めたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。スコープは通過可能であったがガストログラフインの造影では停滞を認めた。十二指腸下行脚の狭窄部の生検では、悪性像は認めなかった。経口摂取困難であり、W-EDチューブを留置し胃の減圧および肛門側の十二指腸より経管栄養を行った。腎機能の回復後第4病日に施行した造影CTでは十二指腸水平脚尾側に漸増性に濃染する腹膜肥厚様の所見を認め、後腹膜線維症が疑われたが、採血ではIgG4の上昇は認めなかった。W-EDチューブからの排液は持続し、第9病日の造影検査においても十二指腸の狭窄は著変ない状態であった。超音波内視鏡下吸引針生検や開腹生検も検討されたが、診断的治療として第11病日よりPSL30mg（0.6mg/kg）/日の投与を開始した。第22病日頃より排液は減少、第30病日のチューブ造影で十二指腸の狭窄の改善を認め、W-EDチューブを抜き経口摂取を開始した。第37病日に再検された単純CT上も十二指腸の狭窄像は改善を認め、第38病日に退院となった。退院後は外来で治療継続し現在PSL5mg/日で投与中であり、再燃なく経過している。【考察】十二指腸狭窄で発症した後腹膜線維症の一例を経験した。後腹膜線維症は背部痛、腹痛や尿閉での発症が多く、十二指腸狭窄を来した報告は少なく、文献的考察とともに報告する。

## 66 診断に苦慮した酢酸亜鉛による胃潰瘍の一例

藤田医科大学病院 消化器内科  
○萩原 聖也、松坂 好平、小山 恵司、山田 日向、堀口 徳之、  
中川 義仁、長坂 光夫、葛谷 貞二、宮原 良二、柴田 知行、  
廣岡 芳樹

【症例】72歳、女性。【主訴】なし（検診異常）【既往歴】原発性胆汁性胆管炎、脂質異常症、皮膚有棘細胞腫術後、H.pylori除菌後（2018年）【現病歴】2021年6月人間ドック検診の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃体上部大弯後壁側にびらんを認め、生検にてgroup2と診断されたため精査目的に当院へ紹介。当院EGDにて、同部位は潰瘍癒着化していたが、胃体部大弯に多発びらんを認めた。胃癌、胃MALTリンパ腫を鑑別するため生検を行うもgroup1であり、ボノブラザン20mgで治療開始とした。しかし、2か月後EGDで胃体中部小弯に隆起した白苔付着を伴う潰瘍が新たに出現、生検はgroup1であり胃潰瘍の原因は不明のままであった。3か月後に行ったEGDで噴門部に白色物質が付着したびらんを新たに認め、生検では中等度から高度な急性・慢性炎症を認め、アポトーシス像が散見された。胃内にびらん・潰瘍を繰り返していること、白色物質が付着したびらんとその病理所見から薬剤性胃潰瘍を疑い内服薬を再確認した。1年以内に開始した薬剤は酢酸亜鉛のみであり、2021年12月時点の添付文書には副作用としての胃潰瘍記載はなかったが、内服中止を指示し3か月後EGDを再検した。これまで認めた胃潰瘍はすべて癒着化しており新規病変は認めず、酢酸亜鉛による胃潰瘍と診断できた。【考察】酢酸亜鉛による胃潰瘍が2022年に報告され始め、2023年5月には酢酸亜鉛の添付文書に副作用として胃潰瘍が追加された。その機序はまだ解明されていないが、高濃度の酢酸や亜鉛による直接的な粘膜障害が推察されている。現在は酢酸亜鉛による胃粘膜傷害は広く知られつつあるが、本例は2021年と同剤による胃潰瘍が報告される以前であり、診断に苦慮した経験を踏まえ、ここに症例報告する。

## 68 術後30年以上経過して顕在化した胃空腸吻合部 Implantation cystの1例

<sup>1</sup>岐阜県厚生農業協同組合連合会 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院、  
<sup>2</sup>岐阜大学医学部附属病院  
○岩佐 太誠<sup>1</sup>、足立 政治<sup>1</sup>、松浦 加奈<sup>1</sup>、馬淵 正敏<sup>1</sup>、  
中村 博士<sup>1</sup>、島崎 信<sup>1</sup>、岩下 拓司<sup>2</sup>、西脇 伸二<sup>1</sup>

【症例】70歳、男性【主訴】自覚症状なし【現病歴】X-33年に胃潰瘍のため幽門側胃切除を受けた。その後も定期的な上部消化管内視鏡（EGD）でフォローされていた。X-2年のEGDでは特記すべき異常所見を認めなかった。X年のEGDで胃空腸吻合部に20mm大の粘膜下腫瘍を認めたため精査目的に当科紹介受診した。造影CTで腫瘍内部に隔壁を伴う低吸収領域を認めた。超音波内視鏡検査では、第3層から連続し内部が隔壁を伴う多嚢胞成分の腫瘍が描出された。以上から胃手術時の吻合部操作に伴うImplantation cystと画像診断し、現在慎重に経過観察している。【考察】Implantation cystは、吻合操作によって粘膜上皮が折れ込んで粘膜下層に置換され、置換された上皮が持続的に粘液を産生して嚢胞化することで形成される。手術から発症までの期間は4~91か月（平均26か月）と報告され、直腸やS状結腸での頻度が高い。良性疾患であり無症候であれば経過観察でよいとされるが、疾患の認知率が低いこと、悪性腫瘍の術後では再発との鑑別が特に困難であることから診断的治療として手術が選択されることも少なくない。本症例のように胃空腸吻合部で発生した報告や術後10年以上が経過して発症した報告例は今までなく、貴重な症例と思われた。【結語】術後30年以上経過して顕在化した胃空腸吻合部Implantation cystの1例を経験した。

## 69 腹痛を契機に診断された腹部内臓動脈解離の一例

順天堂大学医学部附属静岡病院 消化器内科

○寺井 雄一郎、嶋田 裕慈、巖 理華、北 祐次、池田 裕至、  
佐藤 祥、村田 礼人、佐藤 俊輔、玄田 拓哉

【背景】腹部内臓動脈解離は非常に稀な疾患でありいまだ不明な点の多い疾患である。今回我々は腹痛にて受診し腹部内臓動脈解離の診断に到った症例を経験したので報告する。

【症例】40歳代、男性【主訴】左下腹部・腰背部痛【既往歴】高血圧症、右椎骨動脈解離、尿管結石症【現病歴】10日前より腹部の張りや疼痛が出現、症状は日によって異なり心窩部痛や左下腹部痛と移動したが改善しないため当科外来を受診した。【初診時現症】意識清明、血圧161/115mmHg、脈拍数78回/分(整)、腹部は平坦かつ軟、腸蠕動音正常、腹部血管雑音は聴取せず、左下腹部に軽度の圧痛あり、足跳痛なし。【初診時検査所見】WBC 10100/ $\mu$ l、CRP 0.04mg/dl、CPK 114U/l、D-dimer 0.2 $\mu$ g/ml。【経過】第2病日(初診日を第1病日とした)に施行した腹部造影CT検査にて腹腔動脈と上腸間膜動脈の共通管に造影効果の不均一な限局性の領域を認め動脈解離と考えられた。1年4ヶ月前に偶然施行されていた腹部単純CT検査所見と比較し血管径が拡大していたためこの期間内に生じた病変と推測された。末梢の血管内腔は閉存し血流障害および臓器虚血を唆する所見は認めなかった。循環器内科医と相談した結果、腹痛出現より10日ほど経過し、D-dimer上昇はなく腸管壊死を疑わせる所見も認めないため陳旧性で緊急性のない病態と判断したが念のため即日入院とした。入院後は絶食と降圧治療を開始したところ第3病日より症状は改善した(BP 111/73mmHg)。第5病日には症状が軽快(BP 114/77mmHg)したため摂食を再開し第8病日に退院とした(BP 118/81mmHg)。その後も抗凝固療法は施行していないが症状再燃は認めない。

【考察】大動脈解離を伴わない孤立性の腹部内臓動脈解離は稀な疾患でありその病態に関して不明な点が多いが、腹腔動脈と上腸間膜動脈が共通幹を形成する頻度は3.4%といわれていることから共通幹に動脈解離をきたした今回の症例は非常に稀と考えられた。この症例のように保存的治療で軽快することもあるが、急速な臓器虚血の進行から予後不良となることもあるため、ときに注意が必要である。

## 71 脳梗塞急性期に腹腔内出血を併発した segmental arterial mediolysis の1例

済生会松阪総合病院 内科

○稲見 健汰、橋本 章、澤井 翔馬、小野 隆裕、紅林 真理絵、  
田原 雄一、黒田 直起、吉澤 尚彦、青木 雅俊、福家 洋之、  
河俣 浩之、脇田 喜弘、清水 敦哉

【症例】50歳代、男性。既往なし。20XX年Y日に右内頸動脈閉塞による一過性脳虚血発作を発症、その後保存的に治療を行うも無症候性の脳梗塞を発症。手術適応となり、Y+12日に術前の心臓エコー検査で腹水を認め、脳神経外科より当科へ紹介受診となった。【経過】来院時は無症状。身体所見は、体温36.6度、脈拍95回/分、血圧198/122mmHg、腹部は平坦、軟で圧痛は認めなかった。血液検査では、Hb14.0g/dlと貧血はなく、D-dimer3.3 $\mu$ g/mlと高値であった。腹部造影CTでは、骨盤内に高吸収の腹水を貯留し、胃体下部-胃角部大弯の外側に複数の高吸収域を認め、血腫と考えられた。胃大網動脈に仮性動脈瘤を認め、この動脈瘤破裂による出血と考えられた。腹腔内の中小径の動脈には分節状の狭窄や拡張を認めた。また、上腸間膜動脈(SMA)、左腎動脈に解離を認め、両側腎梗塞も認めた。腸管に造影不領域は認めなかった。血管内治療を検討するも右胃大網動脈の塞栓にはSMAの通過が必要であり、リスクが高いと判断。Vital signも安定しており、CT上も明らかな活動性出血の所見は認めなかったことから、抗血小板薬中止の上、降圧管理を行い慎重に経過をみる方針となった。出血は保存的にコントロールできたものの、脳梗塞に対し早期の抗血小板療法再開が必要と考え、入院第3病日に腹腔鏡下大網部分切除を施行した。切除標本では、脂肪織内に出血を認め、動脈壁の壊死、破裂、血管中膜での線維化の所見からsegmental arterial mediolysis (SAM)と診断した。術後経過は良好で、第15病日に退院となった。後日、脳神経外科で右浅頭動脈-中大脳動脈吻合が施行され、術後半年再発なく経過している。【考察】SAMは非炎症性・非動脈硬化性の動脈瘤の形成と破裂により腹腔内出血を生じる稀な疾患である。形成された動脈瘤の外膜が破壊することで時に致命的な転帰をたどる。今回脳梗塞急性期にSAMによる腹腔内出血を併発した1例を経験したため報告する。

## 70 腹腔内腫瘍および横行結腸の粘膜炎下腫瘍様隆起を呈した多発腸間膜デスマイド腫瘍の1例

聖隷三方原病院 消化器内科

○山田 久修、山田 哲、三宅 彩、佐藤 友香、山下 龍、  
大原 和人、佐藤 義久、久保田 望、岡井 研、多々内 暁光

【症例1】62歳、女性、子宮筋腫の開腹歴あり(32歳時)・家族歴に特記事項なし。非結核菌性抗酸菌症で当院呼吸器内科を通院しており、食欲不振・体重減少が出現したため精査目的で当科を受診した。腹部超音波検査で偶発的に腹腔内に2cm大の低エコー腫瘍を3個認め、造影CTで腹腔内腫瘍は辺縁有意に造影され、MRIではT1強調像、T2強調像の両方で低信号であった。下部消化管内視鏡検査で横行結腸に2cm大の粘膜炎下腫瘍を認め、生検を施行するも腫瘍成分はみられなかった。PET-CTで腹腔内腫瘍に一致してFDG集積を認めたが、消化管に有意な集積はみられなかった。腹腔内腫瘍は増大傾向を認め、横行結腸の粘膜炎下腫瘍を含めGIST・悪性リンパ腫を鑑別として横行結腸粘膜炎下腫瘍、腸間膜の腹腔内腫瘍の部分切除術を施行した。病理結果で $\beta$ -catenin陽性で腸間膜デスマイドと診断した。術後は良好に経過し術後8か月現在も再発の兆候はみられない。

【症例2】70歳、女性、腹部手術歴はなく、家族歴に特記事項なし。X-5年に右肺尖部腺癌、胸壁浸潤に対して右肺上葉+胸壁合併切除を施行しX-3年に右胸壁に転移再発みられたため胸壁腫瘍切除術を施行した。術後の定期フォローのCTでX年に腹腔内に増大する部分的に造影される5cm大の充実性腫瘍が出現し、PET-CTで腹腔内腫瘍に一致して軽度のFDG集積がみられた。肺癌の転移、悪性リンパ腫、GISTを鑑別として腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。病理結果で $\beta$ -catenin陽性で腸間膜デスマイドと診断した。術後は良好に経過し術後5年現在も再発の兆候はみられない。

【考察】デスマイドは1.分化した線維芽細胞の増殖、2.浸潤性発育、3.増殖性細胞間の多量の膠原線維の存在、4.細胞学的悪性像や顕著な核分裂像の欠如、5.転移をきたさないが浸潤性で摘出術後も局所再発を繰り返すことで特徴される臨床的に良悪性境界の線維組織腫瘍である。発生頻度は100万人中2.4~4.3人と稀な疾患であり今回、腸間膜デスマイドに対して摘出術を行い、再発なく良好に経過した2例を経験したため文献的な考察を交えてこれを報告する。

## 72 心窩部痛を主訴に来院した TAFRO 症候群の1例

社会医療法人 宏潤会 大同病院

○長谷川 万里子、西川 貴広、三宅 峻太、吉田 和弘、  
齋藤 和輝、丸山 昭洋、山口 智大、胡 嘉明、田島 万莉、  
黒部 拓也、早川 真也、八鹿 潤、野々垣 浩二

【症例】72歳、男性【主訴】心窩部痛【既往歴】脊柱管狭窄症、高尿酸血症、脂質異常症。【現病歴】入院X-7日より心窩部痛を認め、近医受診し対症療法で経過観察方針となっていた。X-1日に心窩部痛が増悪し、X日に当院救急外来を受診した。来院時は37.4°Cの発熱および心窩部圧痛を認め、血液検査にてWBC 9.8 $\times$ 10<sup>3</sup>/ $\mu$ L、CRP 25.82 mg/dLと炎症反応の上昇と血小板数5.0 $\times$ 10<sup>4</sup>/ $\mu$ Lと著明な血小板数低下を認めた。また、Cre 1.36 mg/dLと軽度の腎機能障害も認めた。胸部-恥骨部CT検査では軽度の両側胸水、腹水、心嚢水および肝腫大、両腋窩、両鼠径、傍大動脈周囲のリンパ節腫脹を認めた。一方で、熱源となりうる異常所見は指摘されなかった。感染症を疑いCMZ 4g/日の投与を開始したが、治療開始後も炎症反応は改善せず、X+3日に抗菌薬治療を終了した。X+4日の上下部内視鏡では悪性腫瘍は認めなかった。X+3日に胸部-恥骨部CT検査を再検したところ胸腹水とリンパ節腫脹が増悪しており、経過とあわせてTAFRO症候群を念頭にX+4日に骨髄生検、X+5日に鼠径リンパ節生検を行い、ステロイドパルス治療を開始した。骨髄生検にて、細網繊維増生と巨核球の増加を認め、TAFRO症候群の確認に至った。ステロイド治療開始後も炎症反応高値が持続し、X+10日よりトリズマブを併用した。X+13日から腎機能の悪化に対して血液透析を開始、その後も治療に対する反応は乏しく、X+26日に呼吸状態悪化し死亡した。【考察】TAFRO症候群は多中心性Castleman病の類縁疾患として2010年に報告された病態である。明らかな原因なく発熱、全身性浮腫、血小板減少をきたし、腎障害、臓器腫大を伴う全身炎症性疾患である。腹痛、肝機能障害を伴う場合は、消化器内科を受診することもあるが、本疾患は急性に経過し、致命的な転帰をきたす可能性もあり、早期に診断し治療介入を行うことが重要である。血小板低下や腹水貯留、全身性浮腫を伴う炎症を認める場合は、感染症、自己免疫性疾患、悪性腫瘍に加えて本疾患を鑑別に挙げるのが重要と考えられ報告する。