

日本消化器病学会東海支部第140回例会

第 51 回 教 育 講 演 会

プ ロ グ ラ ム 抄 録 集

会 長 瀧口修司
 (名古屋市立大学 消化器外科学)

日 時 2024 年 6 月 22 日 (土) 午前 8 時 50 分より

会 場 ウィンクあいち
 〒 450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅 4 丁目 4-38
 TEL 052-571-6131

参加受付	10F	小会議室 1008
演者座長受付	10F	小会議室 1007
第 1 会場	10F	大会議室 1001
第 2 会場	10F	大会議室 1002
第 3 会場	9 F	大会議室 901
第 4 会場	9 F	大会議室 902
第 5 会場	9 F	中会議室 903
幹事会	9 F	小会議室 907

(附 第131回市民公開講座プログラム)

2024 年 6 月 23 日 (日)

名古屋市立大学病院 3 階 大ホール

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
第 27 回専門医セミナーのご案内	7
第 51 回教育講演会のご案内	8
第 131 回市民公開講座のご案内	9
男女共同参画の会のご案内	10
ビデオセミナーのご案内	11
シンポジウム・共催セミナーのご案内	12
第 51 回教育講演会プログラム	17
第 51 回教育講演会抄録	18
男女共同参画の会プログラム	31
男女共同参画の会プログラム抄録	32
ビデオセミナープログラム	37
ビデオセミナープログラム抄録	38
シンポジウムプログラム	45
シンポジウム抄録	52
一般演題プログラム	63
一般演題抄録	83
協賛企業一覧・広告	104

交通のご案内



ウインクあいち

(愛知県産業労働センター)

〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4-4-38

TEL:052-571-6131(代)



電車を ご利用の場合

(JR・地下鉄・名鉄・近鉄) 名古屋駅より

- JR名古屋駅桜通口から:ミッドランドスクエア方面 徒歩5分
- ユニモール地下街⑤番出口から:徒歩2分
- 名駅地下街サンロードから:ミッドランドスクエア、マルケイ観光ビル、名古屋クロスコートタワーを経由徒歩8分
- JR新幹線口から:徒歩9分

JR(東海道新幹線)をご利用の場合

- 東京駅から:約97分 ・新大阪駅から:約51分



お車を ご利用の場合

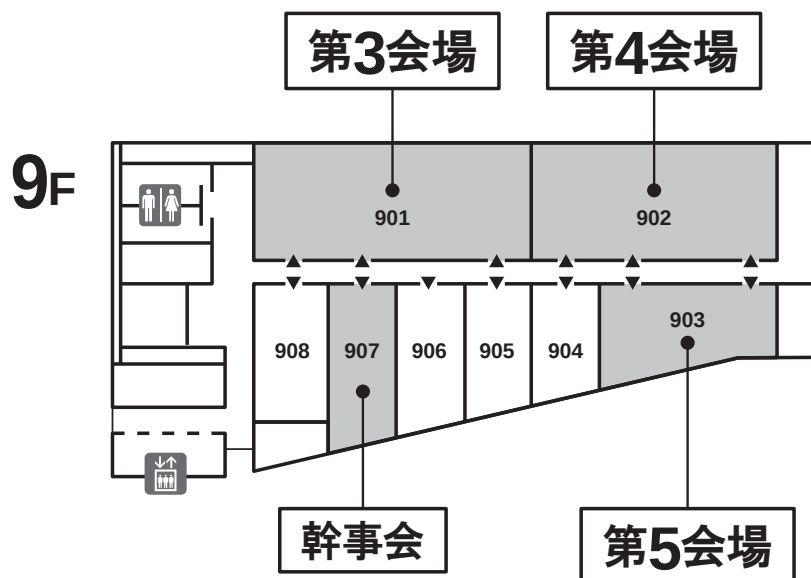
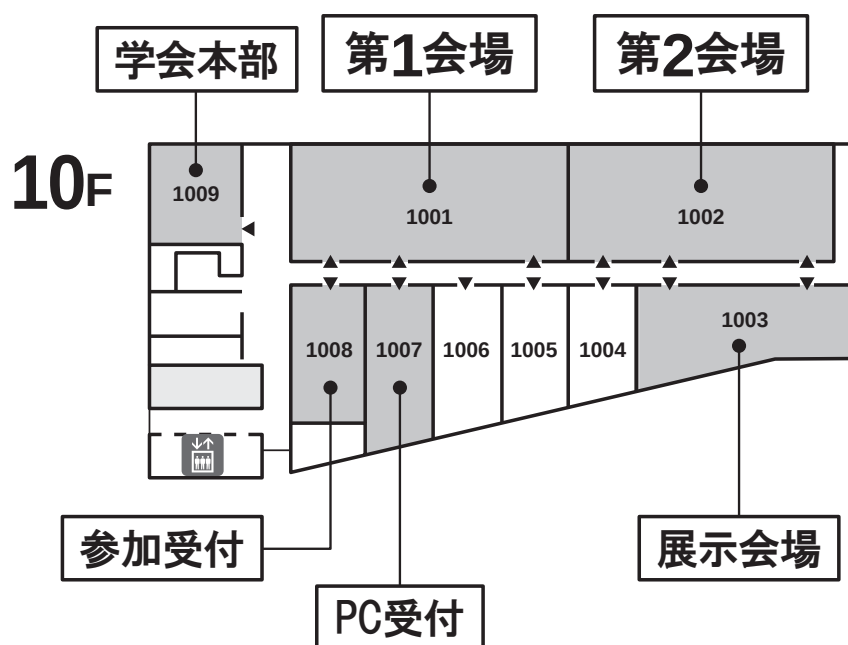
- 名古屋高速都心環状線「錦橋」出口から:約6分
- 駐車場:123台(身体障害者用 B2F:2台、B3F:1台)



飛行機を ご利用の場合



会場のご案内



プログラム&会場早見表

	第1会場 10F 大会議室 1001	第2会場 10F 大会議室 1002	第3会場 9F 大会議室 901	第4会場 9F 大会議室 902	第5会場 9F 中会議室 903
08:30					
09:00	開会の辞				
09:30	09:00-10:00 教育講演 1 「消化器外科領域における ロボット手術の現状 ～大腸癌領域を中心に～」 司会：竹内 裕也 講師：松橋 延壽	9:00-9:40 シンポジウム 1-① 「消化管疾患に対する診 断・治療の現状と課題」 (40分)	9:00-11:00 ビデオセミナー 外科 (120分) 司会：宇山 一朗 講師：大森 健 講師：渡邊 純 コヴィディエンジャパン(株)	9:00-9:35 一般演題 肝 1 (35分)	9:00-9:35 一般演題 膵 1 (35分)
10:00	10:00-11:00 教育講演 2 「肝細胞癌・胆道癌に 対する薬物療法 up to date」 司会：清水 雅仁 講師：中川 勇人	9:45-10:25 シンポジウム 1-② 「消化管疾患に対する診 断・治療の現状と課題」 (40分)		9:35-10:17 一般演題 肝 2 (42分)	9:35-10:03 一般演題 膵 2 (28分)
10:30		10:30-11:10 シンポジウム 1-③ 「消化管疾患に対する診 断・治療の現状と課題」 (40分)		10:17-10:52 一般演題 肝 3 (35分)	10:03-10:52 一般演題 胆 (49分)
11:00					
11:30					
12:00	11:30-12:30 専門医セミナー 「stage IV胃癌に対する 治療戦略」 (60分)	11:30-12:30 男女共同参画の会 「消化器医のより良い 働き方を考える」 司会：北川 美香 演者：堀 寧 西垣瑠里子 白子 順子	11:30-12:30 スポンサードセミナー (60分) 中外製薬(株)	11:30-12:30 スポンサードセミナー (60分) MSD (株)	
12:30					
13:00	12:40-13:40 ランチョンセミナー (60分) (株)ソムラ	12:40-13:40 ランチョンセミナー (60分) ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)	12:40-13:40 ランチョンセミナー (60分) インテュイティブサージカル 合同会社	12:40-13:40 評議員会 (60分)	12:40-13:40 評議員会 (中継) (60分)
13:30					
14:00	14:00-15:00 教育講演 3 「肝胆膵外科における ロボット手術の役割と その展望」 司会：佐野 力 講師：森本 守	14:00-15:00 シンポジウム 2-① 「肝胆膵疾患に対する 診断・治療の現状と 課題」 (60分)	14:00-16:00 ビデオセミナー 内科 (120分) 司会：林 香月 講師：角嶋 直美 講師：岩下 拓司	14:00-14:28 一般演題 食道 (28分)	14:00-14:35 一般演題 大腸 1 (35分)
14:30				14:28-15:03 一般演題 胃 1 (35分)	14:35-15:17 一般演題 大腸 2 (42分)
15:00	15:00-16:00 教育講演 4 「慢性膵炎に関する 諸問題」 司会：水野 修吾 講師：松尾 洋一	15:00-16:00 シンポジウム 2-② 「肝胆膵疾患に対する 診断・治療の現状と 課題」 (60分)		15:03-15:45 一般演題 胃 2 (42分)	15:17-15:52 一般演題 大腸 3 (35分)
15:30				15:45-16:20 一般演題 胃 3 (35分)	15:52-16:34 一般演題 小腸 (42分)
16:00	16:00-17:00 教育講演 5 「潰瘍性大腸炎診療に おける薬剤選択の 考え方」 司会：春日井 邦夫 講師：杉本 健	16:00-17:00 シンポジウム 2-③ 「肝胆膵疾患に対する 診断・治療の現状と 課題」 (60分)		16:20-16:55 一般演題 その他 (35分)	
16:30					
17:00	閉会の辞				
17:30					

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）

※教育講演会のための参加は不可、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。

参加証は所定の時間帯に会場前にて配布いたします。

専門医更新単位は 3 単位です。

■評議員会のご案内

日時：令和 6 年 6 月 22 日（土）12:40～13:40

会場：9 階 大会議室 902（第 4 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：10 階 小会議室 1007

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おりません。
- ・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。

第 27 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：「stage IV 胃癌に対する治療戦略」

司 会：岐阜大学大学院医学系研究科 医科学専攻外科学講座
消化器外科・小児外科学分野

松橋 延壽

演 者：岐阜大学 臨床解剖開発学講座

安福 至

コメンテーター：名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器外科学
愛知医科大学 消化管内科
藤田医科大学 総合消化器外科
豊田厚生病院 消化器内科

佐川 弘之
海老 正秀
柴崎 晋
古根 聡

第 51 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『消化器外科領域におけるロボット手術の現状～大腸癌領域を中心に～』

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座

竹内 裕也

講 師：岐阜大学大学院医学系研究科 医科学専攻外科学講座

消化器外科・小児外科学分野

松橋 延壽

教育講演 2『肝細胞癌・胆道癌に対する薬物療法 up to date』

司 会：岐阜大学大学院 消化器内科学

清水 雅仁

講 師：三重大学大学院 医学系研究科 消化器内科学

中川 勇人

教育講演 3『肝胆膵外科におけるロボット手術の役割とその展望』

司 会：愛知医科大学 消化器外科

佐野 力

講 師：名古屋市立大学 消化器外科

森本 守

教育講演 4『慢性膵炎に関する諸問題』

司 会：三重大学 肝胆膵・移植外科

水野 修吾

講 師：名古屋市立大学 医学部 消化器外科

松尾 洋一

教育講演 5『潰瘍性大腸炎診療における薬剤選択の考え方』

司 会：愛知医科大学 消化管内科

春日井邦夫

講 師：浜松医科大学 内科学第一講座

杉本 健

第 131 回市民公開講座のご案内

日 時：2024 年 6 月 23 日（日） 13：00～15：30

会 場：名古屋市立大学病院 3 階 大ホール

司 会：名古屋市立大学 消化器外科
名古屋市立大学 消化器外科

瀧口 修司
松尾 洋一

ここまできた！おなかのがん治療

食道がん

講 師：名古屋市立大学 消化器・代謝内科学

片岡 洋望

胃がん

講 師：名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器外科学

佐川 弘之

大腸がん

講 師：名古屋市立大学 消化器外科

高橋 広城

肝臓がん

講 師：名古屋市立大学 消化器外科

森本 守

膵臓がん

講 師：名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器外科学

佐藤 崇文

男女共同参画の会のご案内

会 場：第2会場

時 間：11：30～12：30

テーマ：「消化器医のより良い働き方を考える」

司 会：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科 北川 美香

1) 『人間工学がもたらす、消化器内視鏡医のより良い働き方』

演 者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 堀 寧

2) 『女性医師のより良い働き方』

演 者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 西垣瑠里子

3) 『女性医師の会のこれまでとこれから～私の国際医療救援～』

演 者：高山赤十字病院 消化器内科 白子 順子

ビデオセミナーのご案内

テーマ：「有名講師による手技のビデオクリニック」

ビデオセミナー外科

会 場：第3会場

時 間：9：00～11：00

座 長：藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学講座

宇山 一郎

『上部消化管がんにおける低侵襲手術の郭清と再建』

演 者：大阪国際がんセンター 消化器外科

大森 健

『大腸癌に対する低侵襲手術（腹腔鏡手術、ロボット手術）

～技術向上のために押さえておきたいポイント～』

演 者：関西医科大学 医学部 下部消化管外科学講座

渡邊 純

共 催：コヴィディエンジャパン株式会社

ビデオセミナー内科

会 場：第3会場

時 間：14：00～16：00

座 長：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

林 香月

『安全・確実な胃 ESD をめざして』

演 者：東京大学医学部附属病院 光学医療診療部

角嶋 直美

『ERCP と EUS 下胆管ドレナージにおける胆管アクセス』

演 者：岐阜大学医学部附属病院 第一内科

岩下 拓司

シンポジウム・共催セミナーのご案内

シンポジウム 1-①『消化管疾患に対する診断・治療の現状と課題』

会 場：第2会場

時 間：9：00～9：40

座 長：岐阜大学 消化器外科

名古屋大学医学部医学系研究科 消化器内科

田中 善宏

山村 健史

シンポジウム 1-②『消化管疾患に対する診断・治療の現状と課題』

会 場：第2会場

時 間：9：45～10：25

座 長：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

藤田医科大学 総合消化器外科

濱田 康彦

隈本 力

シンポジウム 1-③『消化管疾患に対する診断・治療の現状と課題』

会 場：第2会場

時 間：10：30～11：10

座 長：浜松医科大学 外科学第二講座

愛知医科大学 消化管内科

菊池 寛利

田村 泰弘

シンポジウム 2-①『肝胆膵疾患に対する診断・治療の現状と課題』

会 場：第2会場

時 間：14：00～15：00

座 長：名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

高見 秀樹

上村 真也

シンポジウム 2-②『肝胆膵疾患に対する診断・治療の現状と課題』

会 場：第2会場

時 間：15：00～16：00

座 長：藤田医科大学 消化器内科

三重大学 肝胆膵・移植外科

中岡 和徳

種村 彰洋

シンポジウム 2-③『肝胆膵疾患に対する診断・治療の現状と課題』

会 場：第2会場

時 間：16：00～17：00

座 長：愛知医科大学 消化器外科

深見 保之

浜松医科大学附属病院 第一内科

濱屋 寧

スポンサードセミナー 1

会 場：第3会場

時 間：11：30～12：30

演 者：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学

中川 勇人

『肝がん診療 up date - 脂肪性肝疾患の拾い上げから薬物療法まで-』

座 長：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

川嶋 啓揮

共 催：中外製薬株式会社

スポンサードセミナー 2

会 場：第4会場

時 間：11：30～12：30

演 者：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学

神田 光郎

『食道癌治療における外科的治療への取り組み』

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

志村 貴也

『食道癌に対する内科的治療の進歩と課題 ～内視鏡治療・薬物療法～』

座 長：藤田医科大学 消化器内科

廣岡 芳樹

共 催：MSD 株式会社

ランチョンセミナー 1

会 場：第2会場

時 間：12：40～13：40

演 者：大阪大学大学院医学系研究科 外科学講座 消化器外科学

植村 守

『大腸癌手術の定型化と応用 ～漢方に期待すること～』

座 長：名古屋大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学

江畑 智希

共 催：株式会社ツムラ

ランチオンセミナー 2

会 場：第3会場

時 間：12：40～13：40

演 者：大阪国際がんセンター 消化器外科

柳本 喜智

刈谷豊田総合病院 外科

廣川 高久

『外科医の声で生まれ変わった ECHELON3000

～消化器外科領域での Benefit～』

座 長：刈谷豊田総合病院 外科

木村 昌弘

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ランチオンセミナー 3

会 場：第4会場

時 間：12：40～13：40

演 者：国立がん研究センター中央病院 大腸外科

塚本 俊輔

刈谷豊田総合病院 上部消化管外科

宮井 博隆

『技術認定合格レベルのダビンチサーજャンをどう育てる？

～ロボット手術教育の問題点とその克服』

座 長：名古屋市立大学 消化器外科

瀧口 修司

共 催：インテュイティブサーજカル合同会社

教育講演 プログラム・抄録

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

第 51 回教育講演会プログラム

第 1 会場

教育講演 1 9:00～10:00

司 会：浜松医科大学 外科学第二講座 竹内 裕也
『消化器外科領域におけるロボット手術の現状～大腸癌領域を中心に～』
講 師：岐阜大学大学院医学系研究科 医科学専攻外科学講座
消化器外科・小児外科学分野 松橋 延壽

教育講演 2 10:00～11:00

司 会：岐阜大学大学院 消化器内科学 清水 雅仁
『肝細胞癌・胆道癌に対する薬物療法 up to date』
講 師：三重大学大学院 医学系研究科 消化器内科学 中川 勇人

教育講演 3 14:00～15:00

司 会：愛知医科大学 消化器外科 佐野 力
『肝胆膵外科におけるロボット手術の役割とその展望』
講 師：名古屋市立大学 消化器外科 森本 守

教育講演 4 15:00～16:00

司 会：三重大学 肝胆膵・移植外科 水野 修吾
『慢性膵炎に関する諸問題』
講 師：名古屋市立大学 医学部 消化器外科 松尾 洋一

教育講演 5 16:00～17:00

司 会：愛知医科大学 消化管内科 春日井邦夫
『潰瘍性大腸炎診療における薬剤選択の考え方』
講 師：浜松医科大学 内科学第一講座 杉本 健

1) 消化器外科領域におけるロボット手術の現状 ～大腸癌領域を中心に～

岐阜大学大学院医学系研究科 医科学専攻外科学講座 消化器外科・小児外科学分野 松橋 延壽

現在の外科手術の発展は目覚ましく、開腹手術全盛期時代から 1990 年代に低侵襲手術である腹腔鏡手術が行われるようになった。大腸癌領域においての腹腔鏡手術は時代のニーズにも相まって、症例数は激増した。特に直腸癌領域の手術において近視野でより精緻な解剖を認識し手術が可能となったため腹腔鏡の利点が多いと考えられ多くの施設で行われるようになった。さらに直腸癌に対する腹腔鏡手術は開腹手術と比較して、出血量、在院日数、合併症などの短期成績は、腹腔鏡手術の方が有効であるなど多くの報告がされるようになった。しかし一方で腹腔鏡手術の方が外科的剥離断端の陽性率が高かったという報告も示され、必ずしも開腹手術よりすべてが優れているという見解にはいまだ至っていないのも事実である。これらを克服するため直腸癌に対するロボット支援下手術は従来の腹腔鏡手術の操作困難性などの短所を補い、多関節機能を持ち合わせ、狭い骨盤腔内で今まで以上に精密な手術操作を行うことが可能になると考えられる。ロボット支援下手術は臨床における利便性、腫瘍学的優位性、機能温存術への優位性などあらゆる視点において腹腔鏡手術に比べて勝っているだろうことが期待され、本邦では 2000 年代から臨床導入された。導入当初はコスト面などの問題点などが多く、一部の施設での運用となっていた。しかし徐々に多くの施設および臨床試験においてロボット支援下手術についての成績が報告されるようになった。海外からは 2017 年 Jayne らにより報告された腹腔鏡下直腸手術とロボット支援下直腸手術における Randomized controlled trials (RCT) ROLARR 試験において、CRM (腫瘍と直腸固有筋膜までの (最短) 距離: circumferential resection margin)、開腹移行率、術後在院日数、術後合併症において残念ながら有意差を認めなかった。さらに手術時間は腹腔鏡手術の方が短いという結果であった。一方で Prete らによる Meta-analysis 研究では開腹移行率がロボット支援下手術では有意差をもって少なかったとし、Cui らによる Meta-analysis 研究でも同様に開腹移行率がロボット支援下手術では有意差をもって少なかったという結果を報告した。さらに Li らはそれぞれ 2000 例近い症例における Meta-analysis 研究を行ったが、CRM、術後在院日数、術後合併症に差はなく、開腹移行率がロボット支援下手術では有意差をもって少なかったという結果を報告した。そんな中で本邦では 2018 年の診療報酬改定でロボット支援直腸切除・切断術が保険収載され、急速に全国の多くの施設で行われるようになった。本邦 NCD からの腹腔鏡 V S ロボット支援手術の比較において、出血量と術後在院日数がロボット支援下手術で有意差をもって少なかったという結果を報告した。今後本邦からの BIG DATA を使用した長期予後など検討された報告を期待したい。このようにロボット手術の現状の今後について当科のデータも含めて紹介したい。

略 歴

平成8年4月	岐阜大学医学部附属病院第2外科 臨床研修医	
平成13年6月	岐阜大学医学系研究科腫瘍外科学分野 社会人大学院	
平成16年4月	岐阜大学医学系研究科救急災害医学分野医員	
平成17年3月	岐阜大学医学系研究科救急災害医学分野助手	
平成18年7月	岐阜県総合医療センター外科医長	
平成24年1月	岐阜大学医学系研究科腫瘍外科学分野医員	
平成24年4月	岐阜大学大学院医学系研究科がん先端医療開発学講座	特任講師
平成25年4月	岐阜大学大学院医学系研究科がん先端医療開発学講座	特任准教授
令和元年10月	岐阜大学医学部附属病院消化器外科	准教授
令和4年1月	岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科学	准教授
令和4年9月	岐阜大学大学院医学系研究科消化器外科・小児外科学	教授

所属学会・資格・役職

- ・日本外科学会（JSS）代議員、認定医、専門医、指導医、英文誌編集委員 Surgery Today Editorial Board Member
- ・日本消化器外科学会（JSGS）代議員、消化器がん外科治療認定医、専門医、指導医、Next Generation Recruit 委員会委員
- ・日本内視鏡外科学会（JSES）評議員、技術認定医 大腸、ロボット支援手術認定プロクター（直腸）ロボット支援手術認定プロクター（結腸）
- ・日本癌治療学会（JSCO）代議員、総務委員、国際委員
- ・日本消化管学会（JGA）代議員、胃腸科専門医、指導医、北陸・東海・甲信越支部幹事研究助成委員会
- ・日本大腸肛門病学会（JSCP）評議員、専門医
- ・日本救急医学会（JAAM）専門医
- ・日本食道学会（JES）評議員、認定医
- ・日本腹部救急医学会（JSAEM）腹部救急認定医
- ・日本外科系連合学会（JCS）評議員、編集委員
- ・日本消化器癌発生学会（JSGC）評議員、学会賞選考委員、国際委員
- ・日本臨床外科学会（JSA）評議員

2) 肝細胞癌・胆道癌に対する薬物療法 up to date

三重大大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中川 勇人

近年肝細胞癌に対する薬物療法は著しく進歩している。2009年のソラフェニブ承認以降、多くの臨床試験が不成功に終わり、長らくソラフェニブ1剤のみの時代が続いたが、2017年のセカンドラインとしてのレゴラフェニブを皮切りに、レンバチニブ、ラムシлмаブ、カボザンチニブが使用可能となった。次いで2020年、PD-L1阻害剤アテゾリズマブと血管新生阻害剤ベバシズマブの併用療法が、ソラフェニブに対して初めて有意な生存期間延長効果を示し、肝細胞癌における免疫療法の扉を開いた。さらに2022年、抗PD-L1抗体デュルバルマブと抗CTLA-4抗体トレメリムマブの併用療法もソラフェニブに対して優越性を示し、肝細胞癌治療における免疫療法の重要性がますます高まっている。

一方胆道癌においては、長らくゲムシタビンとシスプラチン併用療法（GC療法）が中心的役割を担ってきたが、2022年GCと抗PD-L1抗体デュルバルマブの併用療法がGC療法に対して有意な生存予後延長効果を示し、胆道癌領域においても複合免疫療法が登場した。また昨今次世代シーケンサーを用いた網羅的ゲノム解析技術の進歩に伴い、個々の症例のゲノム異常に基づいて治療法を選択する個別化医療（precision medicine）が脚光を浴びているが、胆道癌、とりわけ肝内胆管癌では、治療標的となり得る遺伝子異常が多数存在することが明らかとなり、注目を集めている。特にFGFR2融合遺伝子陽性例に対して、FGFR阻害剤であるペミガチニブおよびフチバチニブが優れた成績を示し、保険承認されたことから、胆道癌薬物療法を考えるうえでゲノム検査が欠かせない存在となっている。

本講演では、進歩の著しい肝細胞癌・胆道癌に対する薬物療法について、専門医として知っておくべき最新知識をお伝えしたい。

略 歴

2000 年 3 月	三重大学医学部医学科卒業
2000 年 4 月	三井記念病院内科・消化器内科レジデント
2005 年 4 月	東京大学大学院医学系研究科入学
2009 年 3 月	同 修了
2009 年 4 月	東京大学医学部附属病院消化器内科、検査部医員
2011 年 6 月	カリフォルニア大学サンディエゴ校研究員
2013 年 4 月	東京大学医学部附属病院消化器内科 助教
2019 年 4 月	同 特任講師
2021 年 8 月	三重大学大学院医学系研究科消化器内科学 教授

所属学会・資格・役職

- ・日本内科学会総合内科専門医・指導医・学会評議員
- ・日本消化器病学会専門医・指導医・学会評議員
- ・日本肝臓学会専門医・指導医・学会評議員
- ・がん治療認定医
- ・日本消化器内視鏡学会
- ・日本癌学会
- ・日本超音波医学会
- ・日本胆道学会
- ・日本消化管学会
- ・AASLD member

3) 肝胆膵外科におけるロボット手術の役割とその展望

名古屋市立大学 消化器外科 森本 守

【はじめに】近年、消化器外科領域におけるロボット手術の発展には目覚ましいものがある。肝胆膵外科は他領域と比べやや遅れている感が否めないが、2020年にロボット支援膵体尾部切除（RDP）とロボット支援膵頭十二指腸切除術（RPD）、2022年にはロボット支援肝切除（RLR）が保険適用となった。当科では、保険収載される前の2019年からRLRとRDPを開始した。また2021年からはRPDを開始し、これまでにRDPを70例、RPDを40例、RLRを96例施行した。我々はロボットの真の利点は、高難度手術の難度を下げ、多くの外科医が安全に質の高い手術を行えるところにあると考えている。特に肝胆膵外科手術のように複雑で高度な技術を要する手術こそロボットが向いており、これまで積極的に導入してきた。我々の考えるロボット手術のコツや今後の展望について述べる。

【方法】各術式の中で、特にロボット手術が向いている手技に焦点を当て解説する。

① PD：これまで我々は開腹手術と同様に、SMAとSMVの間からIPDAを処理するanterior approachを行っていたが、ロボットの欠点を軽減し利点をより活かすためLeft posterior SMA approachを第一選択として行っている。② 肝切除：亜区域切除におけるグリソン3次分枝の先行一括処理や肝静脈を露出するような肝切除 ③胆管切除を伴う肝切除：まだ保険適用にはなっていないが、特に肝門部のリンパ節郭清や尾状葉を含む肝切除、胆管切除や胆道再建などの手技はロボットの利点を大いに活かすことができる手技である。

【結果】① Left posterior SMA approachを伴うRPDを13例施行し手術時間が673分（592-732）、出血量188mL（75-424）、郭清リンパ節個数は27個（20-36）、膵液漏grade B以上が0例であった。② 96例のRLRのうち、IWATE criteriaのadvanced/expert levelを46例（48%）施行した。手術時間は332分（188-563）、出血量は102mL（3-326）、CD分類grade3以上の胆汁漏は2/82例（2%）であった。③ 胆道癌に対するRLRを14例施行した。手術時間は648分（502-764）、出血量は186mL（77-717）、郭清リンパ節個数が13個（6-26）、R0率は100%、CD分類grade3以上の胆汁漏を1例認めたが保存的に軽快した。全症例で死亡例はなかった。

【結語】ロボットの安定した視野の下での手ブレのない精緻な操作性は、難度の高い肝胆膵外科手術の質を落とすことなく安全性をさらに高めることができ、その普及に大いに貢献できるものと考ええる。

略 歴

2001 年(平成13年)3 月	名古屋市立大学医学部卒業
2001 年(平成13年)4 月	名古屋市立大学第一外科入局
2002 年(平成14年)4 月	いなべ総合病院 外科
2004 年(平成16年)4 月	刈谷豊田総合病院 外科
2009 年(平成21年)4 月	愛知県がんセンター中央病院消化器外科 レジデント
2011 年(平成23年)4 月	刈谷豊田総合病院 内視鏡外科 医長
2013 年(平成25年)4 月	名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科
2015 年(平成27年)4 月～	学位取得、名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科 助教
2020 年(令和 2 年)4 月～	名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科 講師

所属学会・資格・役職

日本外科学会、日本消化器外科学会、日本内視鏡外科学会、日本肝胆膵外科学会、日本膵臓学会、日本胆道学会、日本癌学会 など

専門医

- ・日本外科学会 専門医 指導医
- ・日本消化器外科学会 専門医 指導医 消化器がん外科治療認定医
- ・日本内視鏡外科学会技術認定医（腹腔鏡下胃切除）（2008 年取得）
- ・日本肝胆膵外科学会高度技能専門医（2017 年取得）、評議員
- ・日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
- ・Certificate of daVinci console surgeon
- ・ロボット支援手術プロクター：膵頭十二指腸切除・膵体尾部切除・肝亜区域切除以上
- ・肝臓内視鏡外科研究会 ロボット肝切除委員会 委員

4) 慢性膵炎に関する諸問題

名古屋市立大学 医学部 消化器外科 松尾 洋一

診療ガイドライン 2021 では、慢性膵炎を、「遺伝的や環境要因、その他の危険因子を有し、実質への障害やストレスに対して持続的な病的反応を生じる個人に起きる、膵臓の病的線維化炎症症候群」と定義している。前回のガイドラインから改訂されたポイントは、Mechanistic definition を慢性膵炎の概念として取り入れたことである。これによって「早期慢性膵炎」は「確実な慢性膵炎」の前段階で緩解しうる病態と捉えられたが、実際には、持続的な実質障害やストレスが加わることにより「確実な慢性膵炎」へと進行する症例を多く認める。そのため早期慢性膵炎を早い段階で診断し、治療介入することによって病態の進行を阻止することが重要である。これをうけて慢性膵炎臨床診断基準 2019 では、急性膵炎の既往や膵炎関連遺伝子異常の項目が追加され、EUS 所見も変更された。今後、さらに早期慢性膵炎の治療へと結びつくことを期待したい。

一方、慢性膵炎が代償期から移行期へと推移すると、機能的にも組織学的にも膵の不可逆性変化が進行する。その結果、膵石の主膵管への嵌頓などによって膵管内圧が上昇し、疼痛といった症状が増強することが多い。そのような場合には、内視鏡的治療や外科治療の介入が必要となる。多くは内視鏡的ステント留置や ESWL を組み合わせた治療が先行されるが、問題となるのは外科治療へ移行するタイミングである。ガイドラインでは、内視鏡的治療や ESWL でも効果が無効または再発する症例に対して外科治療が適応になると記載されているが、最適な手術時期に関しては示されていない。慢性膵炎に対する内視鏡的治療と外科治療を比較した RCT 解析やメタ解析では、合併症の発症率は同等にもかかわらず、外科治療の方が疼痛緩解率や体重増加率、社会復帰などが有意に優れているという結果が報告された。さらに外科治療をまとめたメタ解析でも、早期手術（症状発症後 3 年以内）は、膵機能不全への進行を減少するのみならず、完全疼痛緩解をもたらす有意な因子とされた。自施設の検討でも、術前の病悩期間が長い症例ほど、術後の疼痛が再燃しやすい傾向にあった。以上より自施設では、内科との連携のもと、内視鏡的治療開始から 1 年を経過しても治療を要する症例には、積極的に外科治療をすすめている。

膵癌診療ガイドラインでは、慢性膵炎は膵癌のリスクファクター（通常の 13 倍～18 倍）であることが示されている。一方、慢性膵炎に対する外科治療は、膵癌の発症を約 90% 低下するという報告が本邦から発信された。これらをふまえ、慢性膵炎の外科治療のメリットは、高い疼痛緩解率、膵機能温存、発癌予防の 3 点であると考えている。しかしながら最大の問題点は、慢性膵炎の手術に精通した消化器外科医が決して多くないことである。慢性膵炎の病態は複雑で、個々の患者に適した術式選択が必要であり、長年の炎症で手術難度も高いことが多い。慢性膵炎に対応できる消化器外科医の育成に努めていきたい。

略 歴

1994 年 3 月	名古屋市立大学医学部 卒業
1994 年 4 月	名古屋市立大学 第一外科 臨床研修医
1995 年 4 月	松波総合病院 外科医員
1996 年 4 月	名古屋市立大学 第一外科 臨床研究医
1998 年 3 月	国立浜松病院 外科医員
1999 年 1 月	刈谷総合病院 外科医員
2002 年 4 月	名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態外科 大学院
2004 年 4 月	名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態外科 助手
2006 年 9 月	MD Anderson Cancer Center Visiting Instructor
2009 年10月	名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 講師
2013 年10月	名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 准教授
2020 年 4 月	名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 教授

所属学会・資格・役職

- ・日本外科学会 認定医・外科専門医・指導医
- ・日本消化器外科学会 専門医・消化器がん外科治療認定医・指導医・NCD データ品質管理小委員会
- ・日本肝胆膵外科学会 高度技能専門医・評議員
- ・日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
- ・日本膵臓学会 認定指導医
- ・日本胆道学会 認定指導医
- ・日本臨床倫理学会 上級臨床倫理認定士
- ・日本臨床外科学会 評議員
- ・日本がん転移学会 評議員
- ・日本消化器癌発生学会 評議員
- ・腹部救急学会 評議員
- ・外科分子細胞治療研究会 幹事
- ・肝臓内視鏡外科研究会 世話人
- ・膵臓内視鏡外科研究会 世話人

5) 潰瘍性大腸炎診療における薬剤選択の考え方

浜松医科大学 内科学第一講座 杉本 健

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

略 歴

1993 年 3 月 26 日 浜松医科大学医学部医学科卒業
1993 年 6 月 1 日 浜松医科大学第一内科研修医
1994 年 6 月 1 日 国立熱海病院内科研修医
1995 年 6 月 1 日 共立菊川病院内科医員
1996 年 6 月 1 日 藤枝市立総合病院消化器科医員
1999 年 4 月 11 日 浜松医科大学大学院医学研究科博士課程入学
2003 年 3 月 26 日 同大学院卒業
2003 年 4 月 1 日 浜松医科大学第一内科医員
2003 年 8 月 1 日 米国マサチューセッツ総合病院、Research Fellow（病理学講座）
2008 年 6 月 1 日 浜松医科大学内科学第一助教
2011 年 2 月 1 日 浜松医科大学第一内科講師
2013 年 11 月 1 日 浜松医科大学内科学第一准教授
2021 年 4 月 1 日 松医科大学内科学第一教授
2023 年 1 月 1 日 浜松医科大学医学部附属病院炎症性腸疾患（IBD）センター長
現在に至る

所属学会・資格・役職

- ・日本内科学会 内科専門医
- ・日本消化器病学会 専門医 指導医 評議員
- ・日本消化器内視鏡学会 専門医 指導医 評議員
- ・日本消化管学会 認定医 代議員
- ・日本消化器免疫学会
- ・日本炎症性腸疾患学会 専門医 指導医
- ・日本大腸肛門病学会
- ・日本ヘリコバクターピロリ学会
- ・American Gastroenterological Association (AGA)

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2会場

時 間：11：30～12：30

司 会：名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科 北川 美香

テーマ：「消化器医のより良い働き方を考える」

『人間工学がもたらす、消化器内視鏡医のより良い働き方』

演 者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 堀 寧

『女性医師のより良い働き方』

演 者：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 西垣瑠里子

『女性医師の会のこれまでとこれから～私の国際医療救援～』

演 者：高山赤十字病院 消化器内科 白子 順子

1) 人間工学がもたらす、消化器内視鏡医のより良い働き方

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 堀 寧

内視鏡をはじめとする低侵襲型の医療技術の進歩は、患者の安全と身体負担面で恩恵がある一方で、医療従事者の安全・健康はなおざりにされている。特に、首・肩、腰、手首において難治性の筋骨格系障害（musculoskeletal disorders; MSDs）の訴えが内視鏡医に多発していることが2014年に系統レビューで報告されて以降、米国を中心に実態把握や人間工学対策の研究報告が相次いでいる。本邦における内視鏡医のMSDs有病率研究では、79.1%が1年以内のMSDsを自覚し、内17.3%は業務離脱を余儀なくされている実態が明らかとなった。「医療技術の進歩」と「医療従事者保護」の医療社会システムがもたらす不均衡は、医療従事者間においても認識されておらず、社会への警鐘と解決策の社会実装は喫緊の課題である。

人間工学は、人間の特性に合わせて仕事・機械・環境を適正化するための実践科学であり、MSDs予防を含む人間の健康やシステム全体のパフォーマンスを最適化するための学問である。それを、内視鏡・モニター・ベッドなどのハードウェアのシステム要素および、作業時間・組織文化などのマネジメント要素に活用することで、消化器内視鏡医をはじめとする内視鏡従事者の労働環境の改善に寄与できる。具体的には、内視鏡従事者のための7つの人間工学的対策（Ergonomic Endoscopy 7 Tips）および、身体的負荷の大きい透視下内視鏡治療における、人間工学に基づいた小休止法（practical load-on-the-shoulders releasing technique：PoRT法）の導入の知見を紹介する。近年は女性医師の働き方に関する検証も国内外で注目されており、タスクシフトや労働時間以外の人間工学的視点も取り入れなければならない。内視鏡従事者の健康・安全・働きがいといったウェルビーイングと、生産性向上・エラー率低減というパフォーマンスの適正化をはかるためには、物理・組織・社会環境における様々なステークホルダーとの連携を意識した包括的対策（システムズ・アプローチ）が必要となる。

2) 女性医師のより良い働き方

名古屋市立大学 消化器代謝内科学 西垣 瑠里子

日本国内の医師数が2020年末時点で約34万人と過去最多を更新し、医療機関に勤務する女性医師は初めて7万人を超えた。勤務医師に占める女性の割合は23%であり依然として男性との開きがあるものの、2000年の14%からは大幅に上昇している。ところが女性は皮膚科、眼科、麻酔科、放射線科や小児科志望が多く、女性消化器科医の増加は緩徐である印象を受ける。消化器病学会員に占める女性消化器科医の割合は、2023年には16%（2017年は14%）と低迷している。さらに消化器病学会指導医に占める女性の割合は、2023年に6%（2017年は5%）と非常に低く、キャリアアップにも一定のハードルがあることがうかがえる。

2006年にワークライフバランスという言葉が使われ始めてから久しいが、医局内で常に人員不足が叫ばれている現状からは、依然バランスのとりづらい科であることが推察される。その理由として私は、前処置や検査室・サポートスタッフの状況など不確定な要素が多いこと、内科・外科問わずいずれの領域でも緊急処置や手術がありうること、主治医制が根強いことなどが影響していると考ええる。

一方、私が現在専門として診療している炎症性腸疾患は年々患者数が増加しており新薬の開発も盛んな領域である。若年女性患者も多く、下部消化管内視鏡検査時や女性特有の心配事を相談される時など、女性医師としてのニーズを感じる瞬間も多い。限られた診療時間の中で、いかにその輝ける場に立つか。より良い働き方とは何か。医学生だったころの自分が想像していた理想の医師像に近づけているのだろうか。消化器科医7年目の今も自問自答しながら毎日を送っている。

当直や待機の免除なしでは勤務継続が困難であった私が、これまでどのように周りの医師に支えていただいていたかに触れつつ、働き方改革の逆風を受け一消化器内科医に立ちはだかる課題や悩みについても共有し、議論したい。

3) 女性医師の会のこれまでとこれから～私の国際医療救援～

高山赤十字病院 消化器内科 白子 順子

「支部女性医師の会」が発足した2016年当時、東海支部女性評議員数は5名で、日本消化器病学会全支部の中でも最も少なかった。そのため東海支部では、女性会員の意見がより反映されるよう支部評議員の数を増やす働きかけをおこなうとともに、「女性医師の会」への参加を呼びかけ、女性会員のみの親睦会を兼ねた研修会を行うなど、できるだけ顔の見える関係を構築できるよう取り組んできた。さらに支部例会において「女性医師の会」の独自セッションを設け、女性医師のキャリア形成において直面するさまざまな課題について討論してきた。また2023年からはこの会での発表が業績として認められ、時間も1時間と増えたことで、より深く幅広く話題を選び討論ができるようになった。現在、本支部女性評議員数は5名から29名に、学会評議員は0名が9名に増加するまでに至り、多くの女性医師が「女性医師の会」に参加し意見を交わすことができる環境に成長してきた。今後もこの会を継続し、女性医師のみならず、すべての会員において、消化器病医としての働きやすさやキャリアアップについて議論できる場に発展させていきたい。また学会から各支部例会で託児所を設置することが定められており、今後も男女問わず、広く託児所が活用されることが望まれる。

演者はこれまで海外で9回ほど医療救援活動に携わってきた。ハイチ、ジンバブエ、パキスタンの3か国でコレラ感染症に対する治療・保健衛生活動を行い、パキスタン、インドネシア、ハイチなどでは地震、洪水に対する医療救援活動も行ってきた。最近ではミャンマー、シリアなど紛争による難民に対する医療救援活動も行っている。これらの活動の中で、特にイスラム教文化の地域では、男性が女性に触れることへの制限から、男性医師よりも女性医師が要請されることも現場では多かった。本邦でも民族や文化の多様性も進んでおり、これらの経験を通して感じ学んだグローバルな医療救援活動や一般診療での女性の果たす役割についても述べたい。

ビデオセミナー 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。

ビデオセミナープログラム

第3会場

テーマ：「有名講師による手技のビデオクリニック」

ビデオセミナー外科 9:00～11:00

座 長：藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学講座

宇山 一郎

『上部消化管がんにおける低侵襲手術の郭清と再建』

演 者：大阪国際がんセンター 消化器外科

大森 健

『大腸癌に対する低侵襲手術（腹腔鏡手術、ロボット手術）
～技術向上のために押さえておきたいポイント～』

演 者：関西医科大学 医学部 下部消化管外科学講座

渡邊 純

共 催：コヴィディエンジャパン株式会社

ビデオセミナー内科 14:00～16:00

座 長：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

林 香月

『安全・確実な胃 ESD をめざして』

演 者：東京大学医学部附属病院 光学医療診療部

角嶋 直美

『ERCP と EUS 下胆管ドレナージにおける胆管アクセス』

演 者：岐阜大学医学部附属病院 第一内科

岩下 拓司

1) 上部消化管がんにおける低侵襲手術の郭清と再建

大阪国際がんセンター 消化器外科 大森 健

腹腔鏡下手術は早期胃がんに対しては既に標準化されており、日本、中国、韓国で行われた多施設共同試験の結果により、開腹手術と比較してその非劣性が証明され、進行胃がんに対する適応も広がりつつある。しかし、進行度の高い胃がん、化学療法後、コンバージョン手術などについては、エビデンスが不足しており、安全な普及を図るためには手技の標準化が必要である。特に胃全摘や食道胃接合部がんにおける最適な再建法についてまだ議論が分かれており、下縦郭再建における縫合不全率や逆流性食道炎の発生率が高いため、さらなる工夫が求められる。2018年からロボット支援手術が保険適用となり、ロボット手術の普及が進んでいる。当院では、手技を効率化し、手術時間の短縮を目指している。エネルギーデバイスの使用においては、ソフト凝固風の電気エネルギーを利用したソフトバイセクションによる郭清を行い、使用器具にはメリーランドバイポーラや電気メスハサミを用いることで、低温で周囲の臓器へのダメージを減少させ、迷いなくシームレスな手技を行うことが可能である。再建においては、リニアステープラーやサーキュラステープラーを使用し、さらに barbed suture で吻合部を補強することで、縫合不全率を軽減している。手技の Tips についても述べる。

2) 大腸癌に対する低侵襲手術（腹腔鏡手術、ロボット手術） ～技術向上のために押さえておきたいポイント～

関西医科大学 医学部 下部消化管外科学講座 渡邊 純

腹腔鏡手術やロボット手術においてエキスパートの手術とはどのような手術であるのかを考えると、良好に展開され左手鉗子のカウンタートラクションが十分にかかった術野で、無駄なく右手のエネルギーデバイスをを用いて切開・剥離をし、出血がなく最短時間で手術を完遂することであろう。このような手術を目指して修練する際に、現在ではエキスパートの動画がインターネットで手軽に視聴できる環境が整っており、技術を習得するには非常に良い環境となっている。しかし、右手のエネルギーデバイスの動きに多くの注意を割いてしまうと、せっかくの素材から学べる点の多くを見逃してしまうことになるかもしれない。手術手技の技術向上のために必要な事項は、1. 解剖学的理解、2. 癌に対する腫瘍学的理解、3. エネルギーデバイスの特性の理解、4. 適切な術野の展開とカウンタートラクション、5. 剥離層、切離線の適切な認識、6. 右手のエネルギーデバイスによる精緻な剥離と切開、7. 術野の展開から切開・剥離に際する無駄のない効率的な動き、の7点である。右手のエネルギーデバイスの動きはエキスパートの手術のほんの一端を担っているに過ぎない。非常に良好な術野で出血のない手術であったとしても、手術時間が長ければ、低侵襲とは言えないことに留意する必要がある。これらのすべての事項に関して修練を積むことが、手術手技の技術向上のために必要であると考えている。今回、大腸癌手術における、これらの手術手技の技術向上のために必要な事項に関して概説したい。

3) 安全・確実な胃 ESD をめざして

東京大学医学部附属病院 光学医療診療部 角嶋 直美

内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は、本邦で開発された手技で 2006 年に胃で承認されて以降、現在では全消化管の早期癌の内視鏡治療に用いられている。内視鏡の世界に足を踏み入れた初学者の多くが、消化管癌を根治できる ESD に興味をもち、習熟したいと願っているのではないだろうか。早期胃癌の多い本邦では、まず ESD のトレーニングは胃から開始することが多いため、本講演では安全・確実な胃 ESD を完遂するための tips について述べたい。胃 ESD を開始する前に必要な要件としては、①内視鏡治療に関する知識を有する（適応、機器類、偶発症など）、②上部のルーチン検査が適切に施行可能、③病変の術前精査として必要十分な画像を撮影できる、④下部内視鏡検査が一人前、⑤大腸 EMR を数例経験する、⑥正確な止血処置ができる、⑦ ESD の助手を数例務める、などがあげられる。また、可能であれば各種モデルで一度ハンズオンを経験することが望ましい。実際の ESD においては、①病変の範囲を正しく認識し、適切なマーキングを行う、②病変のサイズ・部位、重力を意識して戦略をたてる、③消化管壁の走行を認識し正しい層に入り込むこと、④術中出血をいかにコントロールするか、⑤適切な局注とトラクションの使用、などにより術中穿孔の予防および術時間の短縮、そしてきれいな標本を得ることができる。胃 ESD の偶発症として最も多いのは後出血であり、病変切除後の丁寧な潰瘍底の血管処理を行うことが重要である。最後に切除標本の組織診断と内視鏡診断を見直し、フィードバックを行う。治癒切除基準に沿った術後マネジメントまで行う必要がある。一例一例の ESD を大事にし、また他人の ESD 手技も多くみること、さまざまなレパトリーが増え、難易度の高い ESD への応用が可能となる。

4) ERCP と EUS 下胆管ドレナージにおける胆管アクセス

岐阜大学医学部附属病院 第一内科 岩下 拓司

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) は、胆道病変に対する低侵襲な精査・加療方法として、広く一般臨床において使用されている。一方、endoscopic ultrasound-guided biliary drainage (EUS-BD) は、ERCP が施行できない症例の salvage 方法として注目されている。ERCP と EUS-BD に共通して、その第一段階として深部胆管挿管や胆管穿刺といった胆管アクセスが必須となる。本稿では、ERCP および EUS-BD における胆管アクセスのポイントについて概説する。

ERCP では、側視鏡を用いて十二指腸に挿入、内視鏡をストレッチし、乳頭を確認、透視でスコープポジションを確認する。ストレッチ時のスコープポジションは症例によって差があり、内視鏡の十二指腸への引っ掛かりが強い症例や、食道とほぼ直線になるような固定がゆるい症例もある。ほぼ直線化される場合には、内視鏡の位置が呼吸性の変動の影響を受けやすく、胃内でたわみを作る、いわゆる“プッシュポジション”も確認する。その後、乳頭を詳細に観察し、胆管と膵管の開口部が分離しているか（別開口型やタマネギ型など）を判定する。分離型であればそれぞれ胆管開口部にカニユーラを挿入していくと容易に挿管が可能である。結節型、縦長型、絨毛型、平坦型の乳頭においては、隔壁型を考慮しつつ、隔壁の口側へ向かってカニユーラを挿入し、必要に応じて胆管造影を行う。造影により共通型と確認された場合は、共通管とカテーテルの軸を合わせながら少しずつカニユーラを進め深部胆管挿管を試みる。

EUS-BD では、一般的に十二指腸球部から総胆管へ、または胃から肝内胆管への穿刺が行われる。ここでは、経胃的穿刺法に焦点を当てて説明する。EUS スコープを胃内に挿入する際には、胃食道接合部からの距離を予め確認する。その後、肝左葉の外側区域を描出し、穿刺経路の脈管の介在の有無、穿刺方向が中枢側を向いているか、および食道への穿刺を避けるための門歯からの距離を確認する。スタイレットを抜去し造影剤を満たした FNA 用穿刺針を用いて、穿刺経路に胆管を捉えて穿刺を行い、適切な穿刺を確認するために造影剤を注入する。その後、穿刺針を介してガイドワイヤーを胆管内に挿入するが、穿刺針の先端でワイヤーを損傷しないように注意しながら操作する。

シンポジウム プログラム・抄録

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

シンポジウム 1

第 2 会場

9:00 ~ 11:10

座長：岐阜大学 消化器外科

田中 善宏

名古屋大学医学部医学系研究科 消化器内科

山村 健史

『消化管疾患に対する診断・治療の現状と課題①』

S1-1 食道胃接合部腺癌 D2 郭清に対する郭清効果インデックスの検討

¹ 浜松医科大学 外科学第二講座、² 浜松医科大学 森町地域包括ケア講座、

³ 浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座、⁴ 磐田市立総合病院 外科

○坊岡 英祐¹、境井 勇氣¹、羽田 綾馬¹、曾根田 亘¹、村上 智洋¹、
松本 知拓¹、森田 剛文^{1,2}、深澤 貴子⁴、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、
竹内 裕也¹

S1-2 当院で経験した irAE 胃炎の 2 例

藤田医科大学病院 消化器内科

○高原 頌子、船坂 好平、小山 恵司、山田 日向、堀口 徳之、
柴田 知行、長坂 光夫、葛谷 貞二、宮原 良二、廣岡 芳樹

S1-3 当院における進行胃癌に対する ICI + 化学療法の効果と irAE の検討

愛知医科大学病院 消化管内科

○加藤 駿介、足立 和規、杉山 智哉、山口 純治、田村 泰弘、
井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

S1-4 当院における在宅中心静脈栄養を併用した化学療法

岐阜県立多治見病院 消化器

○大岩 拓矢、水島 隆史、丹羽 佑介、山田 直晃、岡山 幸平、
蓑輪 彬久、羽根田 賢一、加地 謙太、奥村 文浩

『消化管疾患に対する診断・治療の現状と課題②』

S1-5 当院での EHS デバイスによる胃 ESD 後縫縮の治療成績の検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

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

S1-6 実臨床における Cold polypectomy の有用性・局所再発の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○平松 美緒¹、石川 恵里¹、中村 正直²、山村 健史¹、前田 啓子¹、
澤田 つな騎²、村手 健太郎¹、池上 脩二¹、河村 達哉²、川嶋 啓揮¹

S1-7 当院における LCIG 療法の現状

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科

○久保田 全哉、小島 健太郎、大西 祥代、高田 淳、井深 貴士、
清水 雅仁

S1-8 予後不良な出血性十二指腸潰瘍に関する検討

済生会松阪総合病院 内科

○紅林 真理絵、橋本 章、澤井 翔馬、小野 隆裕、田原 雄一、
黒田 直起、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、清水 敦哉

『消化管疾患に対する診断・治療の現状と課題③』

S1-9 da Vinci SP surgical system を使用したロボット支援大腸切除術の短期成績

¹ 藤田医科大学 医学部 総合消化器外科、

² 藤田医科大学 医学部 先端ロボット・内視鏡手術学

○鄭 栄哲¹、大塚 幸喜²、隈本 力¹、近石 裕子¹、辻村 和紀¹、
稲熊 岳¹、大村 悠介¹、小林 陽介¹、廣 純一郎¹、松岡 宏¹、
升森 宏次¹、須田 康一¹

S1-10 腫瘍径 10-15mm の直腸 NET の治療方針についての検討

医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科

○二村 侑歩、西川 貴広、名倉 明日香、八鹿 潤、黒部 拓也、
胡 磊明、柴田 萌、堀 諒、野々垣 浩二

S1-11 当院における大腸憩室出血診療の現状

藤枝市立総合病院 消化器内科

○乾 航、丸山 保彦、吉井 重人、景岡 正信、大畠 昭彦、寺井 智宏、
星野 弘典、草間 大輔、丸山 巧、杉本 祥拓

S1-12 クロウン病に対するリサンキツマブ、ウステキヌマブの治療効果と好中球-アルブミン・好中球-ビリルビン比の関連に関する検討

名古屋市立大大学院・消化器・代謝内科

○管野 琢也、尾関 啓司、西垣 瑠里子、久保田 英嗣、片岡 洋望

シンポジウム 2

第 2 会場

14:00 ～ 17:00

座長：名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科 高見 秀樹
岐阜大学医学部附属病院 第一内科 上村 真也

『肝胆膵疾患に対する診断・治療の現状と課題①』

- S2-1 NAC 時代の膵癌術前胆道ドレナージープラスチックステントの現状と課題ー
聖隷浜松病院 消化器内科
○金谷 和哉、小林 陽介、山田 洋介、木次 健介、海野 修平、
木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、細田 佳佐
- S2-2 経乳頭的ドレナージ単独でコントロール困難な肝門部悪性胆道狭窄に対する EUS ガイド
下胆道ドレナージ併用の有用性
三重大学 医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○三輪田 哲郎、山田 玲子、竹中 喬紀、島田 康彬、大和 浩乃、
野瀬 賢治、田中 隆光、中村 佳史、坪井 順哉、中川 勇人
- S2-3 当院における膵液瘻に対する内視鏡治療の現状
名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学
○安達 明央、吉田 道弘、浦壁 憲司、鬼頭 佑輔、久野 佳世子、
豊原 祥資、佐橋 秀典、加藤 晃久、堀 寧、片岡 洋望
- S2-4 非切除悪性遠位胆管閉塞に対する SEMS 留置後膵炎における膵癌 / 非膵癌患者での比
較検討
磐田市立総合病院 消化器内科
○金子 淳一、瀧浪 将貴、西野 真史
- S2-5 胆管金属ステント留置後胆嚢炎に対する超音波内視鏡下経鼻胆嚢ドレナージ (EUS-
NGBD) の有用性
愛知医科大学 肝胆膵内科
○北野 礼奈、井上 匡央、伊藤 清顯
- S2-6 膵腫瘍に対する新型 Fork-tip 針を用いた EUS-guided tissue acquisition
伊勢赤十字病院 消化器内科
○村林 桃土、杉本 真也、亀井 昭

『肝胆膵疾患に対する診断・治療の現状と課題②』

S2-7 当院における胆道癌一次化学療法としての GCD 療法の現状

岐阜県立多治見病院

○岡山 幸平、佐々木 謙、濱田 祐輔、丹羽 佑介、山田 直晃、
大岩 拓矢、蓑輪 彬久、羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、
奥村 文浩

S2-8 当院における切除不能胆道癌に対する Gemcitabine + Cisplatin + Durvalumab 療法の治療成績

豊橋市民病院 消化器内科

○新田 紘一郎、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、足立 賢吾、佐久間 智大、
佐野 暢彦、田中 佑典、浦野 文博

S2-9 切除不能進行胆道癌に対する包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性に関する検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○小出 香里、丸田 明範、清水 省吾

S2-10 遺伝子パネル検査の解析成功に関わる病理学的因子の検討

¹ 静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、

² 静岡県立静岡がんセンター 病理診断科、³ 聖マリアンナ医科大学 病理学講座

○土井 拓矢^{1,2}、石渡 裕俊¹、佐藤 純也¹、坂本 拡基¹、山村 昌大¹、
大池 信之^{2,3}、野呂瀬 朋子^{2,3}、角田 優子²、松林 宏行¹、小野 裕之¹

S2-11 切除不能肝細胞癌に対する初回全身化学療法としてアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法を施行した症例における BCAA 製剤の有用性

¹ 春日井市民病院 消化器内科、² 名古屋市立大学大学院病院 消化器・代謝内科学、

³ 岐阜県立多治見病院 消化器内科、⁴ 豊川市民病院 消化器内科、

⁵ 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、

⁶ JCHO 中京病院 消化器内科

○山本 友輝¹、鈴木 孝典²、松浦 健太郎²、奥村 文浩³、祖父江 聡¹、
溝下 勤⁴、林 克巳⁵、長谷川 泉⁶、藤原 圭²、片岡 洋望²

S2-12 当科における胆嚢癌疑診例に対する術式選択の現状と課題

愛知医科大学 消化器外科

○大澤 高陽、深見 保之、安藤 公隆、小松 俊一郎、齊藤 卓也、
松村 卓樹、篠原 健太郎、上田 翔、加藤 翔子、安井 講平、
白井 信太郎、大岩 立学、佐野 力

『肝胆膵疾患に対する診断・治療の現状と課題③』

S2-13 Conversion surgery における課題 – FUT2/FUT3 遺伝子型判定と腹腔細胞診の陰性化–

¹ 名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科、

² 国立病院名古屋医療センター外科、

³ 富山大学 学術研究部医学系 消化器・腫瘍・総合外科

○田中 晴祥¹、末永 雅也²、酒井 彩乃³、大津 智尚¹、深澤 美奈¹、
林 真路¹、渡辺 伸元¹、中川 暢彦¹、栗本 景介¹、渋谷 和人³、
吉岡 伊作³、猪川 祥邦¹、山口 淳平¹、國料 俊男¹、高見 秀樹¹、
藤井 努³、江畑 智希¹、小寺 泰弘^{1,2}

S2-14 微小膵癌に特徴的な CT 所見の抽出–当院における多数の微小膵癌症例を用いた検討–

¹ 名古屋大学 大学院 医学系研究科 消化器内科、

² 名古屋大学 医学部附属病院 光学医療診療部、

³ 名古屋大学 大学院 医学系研究科 臨床研究教育学

○佐々木 雅隆¹、山雄 健太郎¹、石川 卓哉¹、水谷 泰之¹、飯田 忠²、
植月 康太¹、高田 善久^{1,3}、青井 広典¹、高橋 秀和¹、川嶋 啓揮¹

S2-15 術前治療時代における膵頭部癌 Resectability の再考：術前化学放射線治療後の CT で
の腫瘍門脈浸潤長は予後と相関する

¹ 三重大学 肝胆膵・移植外科、² 三重大学 放射線科

○伊藤 貴洋¹、栗山 直久¹、永田 幹紀²、Kaluba Benson¹、
早崎 碧泉¹、藤井 武弘¹、飯澤 祐介¹、村田 泰洋¹、岸和田 昌之¹、
水野 修吾¹

S2-16 自己免疫性膵炎のステロイド治療における初期投与量についての検討

¹ 岐阜市民病院 消化器内科、² 岐阜大学医学部附属病院 第一内科、

³ 岐阜県総合医療センター 消化器内科

○岩佐 悠平¹、岩田 圭介¹、手塚 隆一¹、岩下 拓司²、上村 真也²、
千住 明彦²、岩田 翔太²、丸田 明範³、吉田 健作³、清水 雅仁³

S2-17 進行膵癌患者における骨格筋量減少の意義

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○岩田 翔太、上村 真也、大橋 洋祐、千住 明彦、岩下 拓司、
清水 雅仁

S2-18 MASLD を構成する代謝異常と肝線維化、脂肪化についての検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○鈴木 孝典、松浦 健太郎、河村 逸外、藤原 圭、片岡 洋望

S1-1 食道胃接合部腺癌 D2 郭清に対する郭清効果インデックスの検討

¹ 浜松医科大学 外科学第二講座、
² 浜松医科大学 森町地域包括ケア講座、
³ 浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座、
⁴ 磐田市立総合病院 外科
 ○坊岡 英祐¹、境井 勇気¹、羽田 綾馬¹、曾根田 亘¹、村上 智洋¹、松本 知拓¹、森田 剛文^{1,2}、深澤 貴子⁴、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、竹内 裕也¹

【背景】日本食道学会・日本胃癌学会合同の食道胃接合部腺癌に対する前向き観察研究により、#1, #2, #3a, #7は転移率 20% 以上であり、#8a, #9, #11p は転移率 10% 以上であることが報告されたため、2022 年 9 月発刊の食道癌取り扱い規約第 12 版では、転移率 20% 以上のリンパ節を D1 郭清、転移率 10% 以上のリンパ節を D1+ 郭清、食道浸潤 2.1cm-4.0cm の場合の郭清推奨範囲 (D1+, #19, #20, #110) を D2 郭清と定義した。今回、D2 郭清に含まれるリンパ節の転移率、郭清効果インデックス= (転移症例数 / 郭清症例数) * 転移症例の 3 年生存割合について検討を行なった。【対象と方法】2016 年 1 月から 2023 年 11 月まで Siewert type 2 食道胃接合部腺癌に対して手術を施行した 70 例について D2 リンパ節の転移率、3y 郭清効果 index を食道浸潤長 (A 群: 4cm 以上, B 群: 4cm 未満) で 2 群に分けて検討した。【結果】全 70 例の中央値は年齢 68.5 歳、腫瘍長径 50mm、食道浸潤長 30mm であった。男/女: 63/7、右胸腔/経裂孔: 52/18、cStage1/2/3/4/14/7/25/24 であった。術前/術後化学療法は 15/39 例に行われた。A 群: 29 例の転移率 (%) は、#1 (48.3), #2 (37.9), #3a (44.8), #7 (34.5), #8a (17.2), #9 (24.1), #11p (17.2), #19 (10.3), #20 (10.3), #110 (6.9) であった。3y 郭清効果 index は #1 (35.3), #2 (29.5), #3a (31.5), #7 (20.7), #8a (9.2), #9 (12.9), #11p (5.2), #19 (6.9), #20 (3.4), #110 (3.5) であった。B 群: 41 例の転移率 (%) は、#1 (24.4), #2 (22.0), #3a (22.0), #7 (24.4), #8a (2.4), #9 (9.8), #11p (4.9), #19 (8.3), #20 (5.9), #110 (15.6) であった。3y 郭清効果 index は #1 (14.5), #2 (22.0), #3a (19.5), #7 (24.4), #8a (2.4), #9 (9.8), #11p (4.9), #19 (5.6), #20 (5.9), #110 (11.7) であった。【結論】食道浸潤長に関わらず D2 リンパ節の郭清効果は高く、食道胃接合部腺癌に対する D2 リンパ節郭清の意義が示された。

S1-3 当院における進行胃癌に対する ICI + 化学療法の効果と irAE の検討

愛知医科大学病院 消化管内科
 ○加藤 駿介、足立 和規、杉山 智哉、山口 純治、田村 泰弘、井澤 晋也、海老 正秀、小笠原 尚高、佐々木 誠人、春日井 邦夫

【目的】進行再発胃癌に対する一次化学療法+免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の長期成績、免疫関連副作用 (irAE) の報告がされた。実臨床における効果について、当院における ICI + 化学療法の効果、irAE について明らかにする。【方法】当院にて 2021 年 12 月~2023 年 12 月の期間に ICI + 化学療法が導入され、一回以上効果判定をされた胃癌患者について、その背景、効果、irAE について検討する。【成績】対象は 17 例、年齢中央値は 64.6 歳、男/女: 11/6、PS 0/1: 2/15、組織型は分化型/未分化型/混合型: 2/13/2 であった。転移部位はリンパ節/腹膜/腹水/肝臓/肺/骨: 6/8/3/2/2 であった。CPR は未測定/1 未満/1 以上 5 未満/5 以上: 3/4/3/7 であった。治療法は SOX 併用/CAPOX 併用: 14/3 であった。平均投与回数は 9.6 回、平均投与期間は 268 日であった。最良効果判定は CR/PR/SD/PR: 0/11/3/3 名であった。17 名中、8 名が死亡したが、一次治療継続が 4 名、二次治療移行継続中が 5 名、二次治療移行率は 76.9% (10/13) であった。irAE は肝障害 G2 が 1 名 (保存療法)、間質性肺炎 G3 が 2 名 (PSL 治療)、G4 が 1 名 (PSL、IFX 治療)、皮膚障害 G2 が 1 名 (保存療法)、劇症型 1 型糖尿病 G4、副腎皮質機能低下症 G3 が 1 名 (インスリン治療、ヒドロコルチゾン補充) であった。出現時期の平均日数は 373 日であり、一次治療終了後に出現を認めたものを 2 例 (一次治療終了 101 日後に間質性肺炎、224 日後に 1 型糖尿病、副腎皮質機能低下症) 認めた。【結論】当院における ICI + 化学療法は未分化型が多く含まれていたが、奏効率 64.7% であった。irAE では間質性肺炎の割合が多く、ICI 終了後も irAE の出現を認めた。少数の検討ではあるが、ICI + 化学療法は実臨床でも有効であるが、irAE においては後方治療でも出現する可能性があり、定期的な検査が必要であることが示唆された。

S1-2 当院で経験した irAE 胃炎の 2 例

藤田医科大学病院 消化器内科
 ○高原 頌子、船坂 好平、小山 恵司、山田 日向、堀口 徳之、柴田 知行、長坂 光夫、葛谷 貞二、宮原 良二、廣岡 芳樹

【背景】免疫チェックポイント阻害薬 (immune checkpoint inhibitor: ICI) が 2014 年登場して以来、ICI の種類および適応疾患が広がり、がん薬物療法に大きなパラダイムシフトが起きている。一方、ICI 特有の免疫関連有害事象 (immune-related adverse events: irAE) が問題となり、そのマネジメントの重要性も増している。消化管領域では小腸炎、大腸炎がよく知られているが、irAE 胃炎は報告が少ない。【症例 1】62 歳男性、腎細胞癌の術後補助化学療法としてベムプロリズマブ (抗 PD1 抗体) を 12 ヶ月間の予定で投与されていた。開始 10 ヶ月より胃部不快感、食思不振を自覚し、CT にて胃壁肥厚を認めたため、上部消化管内視鏡検査 (以下 EGD) を施行。胃のびまん性発赤と前庭部の不整形多発びらんを認めた。生検では高度の急性慢性炎症細胞浸潤を認め、臨床経過を含め irAE 胃炎と診断した。ベムプロリズマブ中止、PPI 処方により 2 週間後には症状の改善を認めたが、1 か月後の EGD では不整形びらんが一部残存していた。ICI は中止のまま経過観察となっている。【症例 2】72 歳女性、子宮頸癌術後再発に対しセンプリマブ (抗 PD1 抗体) による ICI 治療が実施された。開始から 5 ヶ月目に、強い吐気と食思不振が出現し、CT にて胃壁の著明な肥厚を認めたため EGD を施行。胃のびまん性浮腫状発赤、前庭部優位の白色滲出物を認め、生検では上皮細胞内への CD4、CD8 陽性細胞浸潤が確認され、irAE 胃炎と診断した。センプリマブ中止、絶食、PPI 静注で症状の改善を認めたが、10 日後の EGD 再検では浮腫状発赤が残存しており、プレドニゾロン (以下 PSL) 40mg で治療を開始した。PSL 開始 6 日後の EGD では発赤の改善を認めたため PSL を漸減していき、1 ヶ月後の EGD では胃内の炎症は消失し萎縮性胃炎がはっきりしてきた。ICI は中止のまま再開せず、後治療を検討中である。【結語】今回経験した irAE 胃炎 2 例をもとに内視鏡、病理学的特徴を含めた診断と治療につき文献的考察を加えて報告する。

S1-4 当院における在宅中心静脈栄養を併用した化学療法

岐阜県立多治見病院 消化器
 ○大岩 拓矢、水島 隆史、丹羽 佑介、山田 直晃、岡山 幸平、菱輪 彬久、羽根田 賢一、加地 謙太、奥村 文浩

【背景】がん診療において、栄養管理は重要であり、基本的には経腸栄養を優先することが多い。しかし病態によっては静脈栄養の方が有利である状況も経験する。最近 CV ポートが留置されていることも多く、在宅 TPN も手段の一つである。【目的】当院における在宅 TPN 併用の化学療法の実情を明らかにし、その有用性を検討する。【対象】当院において 2019 年 5 月~2024 年 1 月の期間に在宅 TPN 併用して化学療法を試行した症例 6 例について患者背景や化学療法の経過を調べた。【結果】6 例の年齢中央値は 72.5 歳 (55-78 歳)、男性 4 例、女性 2 例であった。癌腫は全て胃癌で、肉眼型は 3 型が 2 例 (33%)、4 型が 4 例 (66.7%) だった。病理型は por が 4 例 (66.7%)、sig が 2 例 (33.3%) だった。化学療法の内容は、FOLFOX+Nivo が 3 例 (50%)、FOLFOX が 3 例 (50%) だった。在宅 TPN 導入の理由は、胃癌による胃蠕動機能低下が 3 例 (50%)、胃癌による通過障害が 2 例 (33.4%)、播種による腸管運動障害が 1 例 (16.7%) だった。最良効果判定 (n) は、PR/SD/PD/不明= 2/1/2/1 だった。1st line 試行コース数は (範囲、中央値) 1-25 (4.5 コース) だった。2 例は一次治療で終了したが、4 例は二次治療以降に進んだ。在宅 TPN の内容は、全例で高カロリー輸液 1L/日で在宅診療に紹介していた。【考察】当院における在宅 TPN 併用の化学療法は全例胃癌に対するものだった。1st line の最良効果判定が PD である症例は早期に死亡していたが、化学療法で腫瘍が縮小し、経口摂取が可能となり、在宅 TPN が終了となる症例もあり、在宅 TPN 併用の化学療法が有用な病態があることが示唆された。

S1-5 当院での EHS デバイスによる胃 ESD 後縫縮の治療成績の検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○細谷 聖美、池之山 洋平、梅田 悠平、濱本 弘樹、重福 亜紀奈、藤原 野須子、別府 剛志、中村 美咲、行田 康彦、堀本 紀行、中川 勇人

【背景】消化管 ESD は現在広く普及しており、多くの施設で行われるようになっている。ESD の主な偶発症として、ESD 後出血が挙げられる。胃 ESD で最も多く、約 4% の患者に見られ、近年増加傾向にある抗血栓薬服用者などのハイリスク患者では 20% 程度にまで増加すると言われている。当院では、新たに様々な縫縮方法を試みており、中でも、特にディスポーザブル持針器である SutuArt を用いた内視鏡的手縫縮（EHS：Endoscopic hand suturing）に注力している。今回、当院での胃 ESD 症例に対して行われた EHS 法による縫縮の有効性について検討した。【方法】まず、臨床導入前に練習機器を用いて潰瘍底を 3 針縫合するトレーニングを行った。次に、当院で 2023 年 10 月から 12 月の間に胃 ESD を行い、SutuArt を用いて縫縮を行った 15 症例に関して、後方視的に検討を行った。縫縮は当院の内視鏡専門医師 1 名によって行われた。【結果】練習機器で 6 針縫合するのに要した時間の中央値は、施行回数 1-10 回で 6.1 分（4.7-11.1 分）、11-30 回で 3.2 分（2.2-5.0 分）、31-50 回で 1.8 分（1.5-2.3 分）であった。胃 ESD 後に実際 SutuArt を用いて縫縮を行った症例は 15 症例（噴門 1 例、体部小彎 2 例、体部大彎 3 例、角部小彎 4 例、角部大彎 1 例、前庭部小彎 2 例、前庭部大彎 2 例）であった。切除長径の中央値は 35mm（25-70mm）、縫縮時間の中央値は 46 分（38-82 分）、縫縮成功率は 86.6%（13/15 症例）、1 ヶ月後の縫縮維持率は 81.8%（9/11 症例）、合併症率は 0%（0/15 症例）であった。症例を前期（1-7 例）と後期（8-15 例）で比較すると、後期の方が有意に縫縮時間が短かった（82 分 vs. 44 分、 $p < 0.01$ ）。【結論】胃 ESD 後縫縮法である EHS は修練を積むことで、ある程度部位によらず縫縮可能で、その治療効果は高く、新たな縫縮法の一角となり得ると考える。

S1-7 当院における LCIG 療法の現状

岐阜大学医学部附属病院 消化器内科

○久保田 全哉、小島 健太郎、大西 祥代、高田 淳、井深 貴士、清水 雅仁

レボドパ/カルビドパ配合経腸用液（Levodopa Carbidopa Intestinal Gel, LCIG）療法は、進行期パーキンソン病に対するデバイス補助療法の一つとして 2016 年に保険適応となった治療である。内視鏡的胃瘻造設および経胃瘻空腸（PEG-J）チューブの留置が必要で、消化器内科医の介入が必要な侵襲的な治療である一方、その治療効果は高い。当院では 2018 年から 2024 年 3 月までに計 22 例に治療導入を行っており、それらについて後方視的に検討を行った。全 22 例において年齢中央値 68 歳（51-81 歳）、性別は男性 7 例と女性 15 例、罹病期間中央値は 17 年（7-27 年）であった。経鼻空腸投与用（NJ）チューブを留置し、治療反応、忍容性を確認して内視鏡的胃瘻造設術（PEG）を実施し、PEG-J チューブを留置したのは 20 例であった。PEG 造設後の観察期間中央値は 1040 日（20-1990 日）で、3 例は治療中止となった。NJ チューブ留置、胃瘻造設・PEG-J チューブ留置に要した時間はそれぞれ 30.0 ± 12.5 分と 46.6 ± 9.7 分で、1 例は高度の食道裂孔ヘルニアにより内視鏡的胃瘻造設が不可であったため、外科手術後に内視鏡的胃瘻造設を行った。全ての症例でパーキンソン病臨床評価スケール・UPDRS（Unified Parkinson's Disease Rating Scale）は改善し、off 時間の短縮を認めた。合併症として、14 例で延べ 46 回の J チューブに関連したトラブル（閉塞、事故抜去、逸脱）を認め、23 回は J チューブ位置調整のみで対応し、23 回は J チューブ再留置を要した。1 例で胃瘻の結腸誤穿刺が後日判明し、待機的外科手術を実施した。1 例でチューブ接触による胃潰瘍を認めた。また胃瘻部について、不良肉芽 4 例、瘻口感染 3 例、皮膚炎 2 例を認めた。処置における課題も含めて当院での現状を報告する。

S1-6 実臨床における Cold polypectomy の有用性・局所再発の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部付属病院 光学医療診療部

○平松 美緒¹、石川 恵里¹、中村 正直²、山村 健史¹、前田 啓子¹、澤田 つな騎²、村手 健太郎¹、池上 脩二¹、河村 達哉²、川嶋 啓揮¹

【目的】Cold polypectomy（CP）は手技が簡便で、従来の Hot polypectomy（HP）に比べ遅発性出血や穿孔などの偶発症も低く本邦でも普及した。当初局所遺残再発が懸念されたが、臨床試験の報告では遺残に差がないことが示されている。我々は実臨床における局所遺残・再発を検討する目的で Cold polypectomy（CP 群）または Hot polypectomy（HP 群）を行った大腸ポリプを比較検討した。【方法】2016 年 10 月から 2017 年 10 月までに当院で大腸ポリプ切除術を受けた 612 名（2619 病変）のうち、半年間以上経過後に内視鏡検査で遺残病変の有無を確認できた 313 名（1449 病変）を対象とした。病変の位置・形態・処置具（生検鉗子、スネア）で傾向スコアマッチングを行い、両群につきサイズ・肉眼型・部位・処置具・組織型・組織学的断端陰性率・局所再発について後方視的に検討した。【結果】傾向スコアマッチングの結果、対象患者は 206 名となり CP 群・HP 群でそれぞれ 215 病変が抽出された。サイズ・肉眼型・部位・処置具・組織型は両群で差を認めなかった。肉眼的一括切除率は、CP 群 99.1% / HP 群 98.1%（ $P = 0.343$ ）、組織学的断端陰性率は CP 群 82.5% / HP 群 84.0%（ $P = 0.708$ ）で差は認めなかった。局所再発は両群とも 2 病変（0.93%）で認めた（ $P = 0.688$ ）。CP 群の局所再発 2 病変はいずれも肉眼的一括切除であったが、1 病変は組織学的断端陰性、1 病変は断端判定困難で、再発病変の組織型は CP 前の病変と一致していた。HP 群の局所再発 2 病変のうち 1 病変は肉眼的一括切除・組織学的断端陰性であったが、1 病変は分割切除であり、再発病変の組織型は 1 病変は再発病変の検体回収ができず評価不可で、分割切除後の再発病変は HP 前の病変と異なっていた（Tubulovillous adenoma, high grade → Tubular adenoma, high grade）。【結論】実臨床における検討でも CP と HP の局所再発率は同等であった。CP は手技が簡便で偶発症も少ないため、今後のさらなる普及が期待される。

S1-8 予後不良な出血性十二指腸潰瘍に関する検討

済生会松阪総合病院 内科

○紅林 真理絵、橋本 章、澤井 翔馬、小野 隆裕、田原 雄一、黒田 直起、青木 雅俊、福家 洋之、河俣 浩之、清水 敦哉

【目的】予後不良な出血性十二指腸潰瘍（HDU）の特徴およびその予測に有用なスコアリングシステムを明らかにする。【対象 / 方法】2008 年 1 月から 2024 年 3 月に当院で経験した HDU89 例を対象とした。<検討 1>死亡（A）群と生存（B）群に分類し、患者背景（年齢、性別、NSAID/抗血栓内服、併存疾患）、病変部位、発症時所見（症状、vital sign、血液検査）、内視鏡施行回数、内視鏡止血困難率について比較検討した。<検討 2>上部消化管出血に対する 3 つの既存のスコアリングシステム（Glasgow-Blatchford Score（GBS）、AIMS65 score、clinical Rockall score（CRS））に対し予後予測の有用性を ROC 曲線下面積（AUC）を用いて検討した。【成績】<検討 1>A 群 10 例、B 群 79 例であり、11% の症例が死亡した。出血関連死は 2 例だった。年齢は A 群 82、B 群 66 歳、 $p < 0.001$ で A 群が高齢だった。性別、NSAID/抗血栓内服率に 2 群間で差はなかった。併存疾患として、糖尿病、整形疾患、心疾患、肝不全、腎不全、脳血管障害、悪性腫瘍は差がなく、感染症は、A 群 3（30%）、B 群 3（14%）例、 $p = 0.015$ と A 群で有意に多かった。病変部位に 2 群間で差はなく、発症時に吐血、失神を呈した例も差はなかった。収縮期血圧は A 群 90、B 群 110mmHg、 $p = 0.007$ と A 群で低かったが、脈拍数に差はなかった。Hb: A 群 5.7、B 群 8.3g/dl、 $p = 0.004$ 、Alb: A 群 2.1、B 群 3.4g/dl、 $p < 0.001$ といずれも A 群で低値、PT-INR: A 群 1.34、B 群 1.12、 $p = 0.002$ と A 群で高値だった。内視鏡施行回数、内視鏡止血困難率は同等であった。<検討 2>AUC [95%CI] は GBS 0.80[0.68-0.92]、AIMS65 0.87[0.78-0.95]、CRS 0.86[0.75-0.96] であり、最も死亡予測に優れていたのは AIMS65 だった。死亡を予測するカットオフ値は GBS14 点、AIMS65 2 点、CRS3 点であった。AIMS65 1 点以下での死亡は認めなかった。【結論】感染症罹患中の高齢者で、低血圧、高度貧血、低 Alb 血症、PT-INR 延長を呈する出血性十二指腸潰瘍は予後不良である。その予測に AIMS65 は有用である。

S1-9 da Vinci SP surgical systemを使用したロボット支援大腸切除術の短期成績

¹ 藤田医科大学 医学部 総合消化器外科、
² 藤田医科大学 医学部 先端ロボット・内視鏡手術学
○鄭 栄哲¹、大塚 幸喜²、隈本 力¹、近視 裕子¹、辻村 和紀¹、
稲熊 岳¹、大村 悠介¹、小林 陽介¹、廣 純一郎¹、松岡 宏¹、
升森 宏次¹、須田 康一¹

【背景】消化器外科領域におけるロボット支援手術は全世界的に普及しており、現在は標準治療の一つになりつつある。本邦では2018年以降多くの領域でロボット支援手術が保険収載され、症例数は増加している。Da Vinci SPを使用した大腸切除の報告は少なく、当院では2022年5月からda Vinci SPを導入し開始した。当院における、da Vinci SP導入初期短期成績について、文献的考察を含め報告する。【方法】2023年5月から2023年3月までに、大腸悪性腫瘍に対してda Vinci SPを使用して大腸切除を行なった23例を対象とし、手術方法、短期成績について検討を行なった。【結果】患者背景は、年齢71(44-84)歳、男/女(7/16)、BMI21.6(14.3-32.4)、9例(39.1%)に開腹既往を認めた。局在は、結腸/直腸16/7、cStage1/2/3/4:7/5/10/1であった。術式は、ICR/RHC14(60.87%)、LHC(8.7%)、HAR/LAR/ISR7(30.43%)、皮膚切開40(30-50)mm。手術時間229(94-338)分、コンソール時間181(52-322)分、出血量6(2-145)g、合併症(Clavian Dindo分類3以上)は1例に癒着性腸閉塞を認めた。術後在院日数は8(5-52)日で、開腹移行はなかった。【結語】da Vinci SPを使用した大腸切除の導入初期成績は良好で、安全に施行可能であった。

S1-11 当院における大腸憩室出血診療の現状

藤城市立総合病院 消化器内科

○乾 航、丸山 保彦、吉井 重人、景岡 正信、大島 昭彦、
寺井 智宏、星野 弘典、草間 大輔、丸山 巧、杉本 祥拓

【目的】大腸憩室出血は大腸憩室有病率の増加とともに増えてきており、自然止血はしやすいが再出血を繰り返すことも多く、実臨床では対応に苦慮することが多い。大腸憩室出血の現状と課題を明らかにするため当院での症例を検討した。【方法】2020年1月から2023年6月の期間にDPC病名で「憩室出血」として入院となり、他の出血源が明らかな疾患を除外した255例176人を対象とした。【成績】患者背景は男性、高齢者に多く、造影CTでextravasationを認める症例は29.1%だった。内視鏡的に止血処置を行った症例は20%認め、IVRへ移行した症例は1.9%、手術へと移行した症例は0%だった。出血源が特定できなかった症例は65.0%だった。造影CTでのextravasationの有無で比較すると、extravasation陽性群で有意にstigmata of recent hemorrhage (SRH)を検出した(p=0.005)。抗血栓薬内服薬の有無で比較すると、抗血栓薬内服群で造影CTでのextravasation陽性率が有意に高かった(p=0.0432)。造影CTでextravasationを認める群でも、抗血栓薬内服群でも、早期・後期再出血率や輸血率、IVR移行率に関しては有意な差を認めなかった。曜日で比較すると、月から木曜日、金から日曜日で比較すると当日内視鏡検査施行率やSRH検出率に有意な差は認めなかったが、金曜日と土・日曜日で比較を行うと金曜日で有意に当日内視鏡検査施行率は多かった(p=0.0044)もののSRH検出率は有意差を認めなかった。【結論】ガイドライン上は憩室出血を疑う場合は大腸内視鏡検査が推奨されているが、全例緊急検査を行うのは医療従事者の負担が大きい。抗血栓薬内服患者は造影CTでextravasationを認めやすいこと、extravasationを認める症例ではSRH検出率が高いことを考慮し緊急検査の適応を検討することが必要と考える。

S1-10 腫瘍径10-15mmの直腸NETの治療方針についての検討

医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科

○二村 侑歩、西川 貴広、名倉 明日香、八鹿 潤、黒部 拓也、
胡 磊明、柴田 萌、堀 諒、野々垣 浩二

【目的】本邦ガイドラインにおいて、直腸神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine Tumour: NET)は粘膜下層にとどまり、腫瘍径10mm未満であれば内視鏡治療の適応であるが、腫瘍径10mm以上、もしくは固有筋層に浸潤する場合はリンパ節郭清を伴う外科手術が推奨されている。しかし近年、腫瘍径が10~15mmの病変では、他に転移関連因子を有していなければ転移リスクが低い可能性が報告されている。内視鏡治療後の追加手術の必要性はさらなる検証が必要であり、腫瘍径が10~15mmの病変の治療方針を検討した。【方法】2013年1月~2024年1月に、当院で病理学的に直腸Neuroendocrine Neoplasm: NENと診断された症例は56例であった。Neuroendocrine Carcinoma: NEC 3例、Mixed Neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm: MiNEN 1例を除いた直腸NET 52例中、本邦ガイドラインで外科切除が推奨される症例(腫瘍径が10mm以上、Grade2以上、固有筋層浸潤または局所リンパ節転移のいずれかを疑うもの、内視鏡的切除標本において脈管侵襲陽性などのリンパ節転移危険因子を認めるもの)は10例あり、さらにその中で腫瘍径10-15mmの7例を対象とし、後方視的に臨床的特徴、治療法、予後について検討を行った。【成績】7例の内訳は、男性5例/女性2例、年齢は48~79歳(中央値62歳)。WHO2019分類はGrade1が6例、Grade2が1例。腫瘍径は10~15mm(平均値12mm)。主訴はなしが4例、血便が3例。診断方法は内視鏡生検が5例、ESDが1例、外科切除が1例。全例で診断時に転移を認めなかった。治療法はESD後経過観察が5例、ESD後追加外科切除が1例、外科切除が1例。深達度は全例で粘膜下層にとどまっており、リンパ管侵襲を2例で認めた。観察期間中央値は24ヶ月で、全例で再発はなく、5例は生存中、2例は他疾患で死亡していた。【結論】腫瘍径10-15mmの直腸NET7例のうちで、内視鏡治療後に追加切除せず経過観察している症例が5例あり、再発をきたした症例はなかった。直腸の場合は手術の侵襲・QOLへの影響が大きいことから、腫瘍径10-15mmの症例においては、内視鏡治療後経過観察も選択肢になりえると考えられた。

S1-12 クロウン病に対するリサンキツマブ、ウステキヌマブの治療効果と好中球・アルブミン・好中球・ビリルビン比の関連に関する検討

名古屋市立大大学院・消化器・代謝内科

○菅野 琢也、尾関 啓司、西垣 瑠里子、久保田 英嗣、
片岡 洋望

【目的】クローン病(CD)に対する治療は新規薬物治療の増加により治療選択肢が多様になっている。しかし、各製剤の選択基準が明確でないことが臨床的課題となっている。既報報告で、インフリキシマブ(IFX)に関しては治療導入時の好中球・アルブミン比(NAR)や好中球・ビリルビン比(NBR)が短期的寛解導入の予測因子になるとの報告がある。一方、ウステキヌマブ(UST)、リサンキツマブ(RIS)についてのNARやNBRの治療効果予測に関する報告は認めない。今回当院でのUST、RISの治療効果をまとめ、NAR及びNBRがCDに対するUSTとRISの治療効果予測因子となるか検討した。【方法】当院において2017年6月から2024年1月までにUSTを新規導入した活動期クローン病確診患者28例、2022年12月から2024年1月までにRISを新規導入した8例を後ろ向きに解析し、導入後8(12)週目における早期寛解率や導入時、導入8(12)週時のHarvey Bradshaw Index (HBI)、CRP、好中球数、Alb、血小板数、NAR、NBRを解析し、治療導入時のNARとNBRが短期寛解導入と関連を検討した。【結果】UST群とRIS群における、患者背景は年齢中央値45歳[13-74]と48歳[22-69]、男性21/28名、5/8名、罹病期間中央値14[0.3-50]年と11.5[0.8-27.5]年、Bio naive患者12人と3人であった。UST導入8週における臨床的寛解は18名(64%)、Bio naive患者では8名(67%)であった。RIS導入12週における臨床的寛解は4名(50%)であった。Bio naive患者では2名(67%)であった。治療導入時NAR及びNBRはUST及びRISの短期的寛解との関連は認めなかった。【結論】UST、RISとともにCD患者において安全に寛解導入が可能であった。NAR及びNBRはIFXにおいて認められた治療効果予測因子に反して、UST、RISの短期的寛解予測因子にはならないことが判明した。また、エンタビオにおけるCDの治療効果予測因子に関する臨床指標がUSTにおいては使用できなかったなどの報告が認められており、薬剤の作用機序において独自の指標を開発する必要があるかもしれない。

S2-1 NAC 時代の痔瘻術前胆道ドレナージ—プラスチックステントの現状と課題—

聖隷浜松病院 消化器内科

○金谷 和哉、小林 陽介、山田 洋介、木次 健介、海野 修平、木全 政晴、芳澤 社、室久 剛、細田 佳佐

【目的】NAC 時代における切除企図痔瘻においては、安全かつ有効性の高い術前胆道ドレナージ (PBD) が望ましく、最適なステントの選択が課題である。痔瘻 NAC 例におけるプラスチックステント (PS) での PBD の治療成績を検討した。【方法】2019 年 4 月から 2024 年 3 月までに当院で手術を施行した痔瘻 NAC 例において、PS を用いて PBD を施行した 17 例を対象とし、後方視的に治療成績を検討した。主要評価項目は、TRBO、副次評価項目は、偶発症、RBO の要因とした。【結果】年齢中央値は 69 歳 (46-81)、男/女 8/9、病変部位は全例痔頭部、Stagella/II/III 12/4/1、切除可能性分類は R/BR 12/5。全例未処置乳頭であり、胆管閉塞部位は全例遠位胆管、PBD 前の T.Bil 中央値は 6.5mg/dL (0.7-14.2)。NAC の内訳は、GS/GnP 12/5 であった。PBD 初回治療は、全例 NAC 導入前に施行した。留置したステントの内訳は、7Fr × 1 本 14、7Fr × 2 本 1、8.5Fr × 1 本 1、10Fr 1 本 1、Straight/Pig 15/2 であった。EST 施行は 12、臨床的成功率は 100% (17/17) であった。NAC の治療期間、中央値は 56 日 (14-98) であり、治療効果は SD/PR 13/4、全例亜全胃温存痔頭十二指腸切除術を施行し、NAC 開始から手術までの期間、中央値は 73 日 (48-136) であった。RBO は 71% (12/17) に認め、原因は、閉塞/逸脱 7/5 であり、肝障害 4、胆管炎 8 が生じた。TRBO、中央値は 60 日 (14-108) であり、閉塞時期は、NAC 施行前/中/後 1/8/3 であった。全例ステント交換し改善した。早期偶発症を 2 例 (EST 後出血、ERCP 後痔炎)、後期偶発症を 1 例 (胆嚢炎) 認めた。【結語】PS を用いた PBD では、TRBO は手術後期間よりも短く、比較的高率に RBO を認め、閉塞、逸脱が主たる要因であった。手術後期間を考慮した、より適切なステントの選択、予防策の検討が必要であると考えられた。

S2-3 当院における痔瘻に対する内視鏡治療の現状

名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科

○安達 明央、吉田 道弘、浦壁 憲司、鬼頭 佑輔、久野 佳世子、豊原 祥寛、佐橋 秀典、加藤 晃久、堀 寧、片岡 洋望

【背景】痔瘻は膵管や膵嚢泡などの破綻により胆汁が腹腔内や胸腔内へ漏出する病態を指す。漏出に伴い複雑な経過を辿ることが多く、可能な限り早期の対応が望まれる。痔瘻の治療方法について統一された見解はなく、各施設により経乳頭の処置 (ETD)、超音波内視鏡下嚢泡ドレナージ (EUS-CD)、外科手術など治療方針が異なると考えられる。【目的】当院での術後・悪性腫瘍を除く痔瘻に対する内視鏡治療とその有効性について解析する。【方法】2012 年 6 月から 2024 年 2 月まで、当院にて術後・外傷・悪性腫瘍を除く痔瘻と診断され内視鏡的処置を施行した 17 例を対象とし、処置内容と経過について後方視的に検討した。【成績】年齢中央値 = 63、性別は M:F = 15:2 で、原因疾患は慢性膵炎:急性膵炎:原因不明 = 10:5:2 であった。初回治療は ETD:EUS 下膵管ドレナージ (EUS-PD):EUS-CD = 15:1:1、膵管破綻部は head (h):body (b):tail (t) = 4:1:12 であった。全例で最終的に膵管への処置 (ETD or EUS-PD) が行われており、破綻部を bridge する膵管ステント留置に成功していたのは 7 例 (41%) であった。治療内容は、膵管処置のみ施行しているもの (ETD or EUS-PD) が 11 例、ETD+EUS-CD は 6 例であった。4 例 (23.5%) で再発を認め、外科的手術を要したものは 10 例 (58.8%) であった。手術移行率を部位別に検討すると、(h+b) vs t = 0% vs 83.0% であり痔尾部破綻は痔頭・体部破綻と比較し有意に手術移行例が多かった (p=0.03)。膵管破綻部の bridge stenting 症例については、非手術群 vs 手術群 = 71.4% vs 20.0% (p=0.058) であり手術回避に膵管破綻部の bridge stenting が有効である可能性はあるが有意差は認めなかった。部位別に bridge stenting の成功率を見ると、h:b:t=100%:100%:16.6% で、痔尾部破綻症例は頭体部と比べて有意に bridge stenting の成功率が低かった (p=0.03)。【結語】痔尾部破綻の痔瘻は有意に bridge stenting の成功率が低く手術移行例が多かった。瘻孔部の bridge stenting は手術回避に有用である可能性が高いと思われるが、検討にはさらなる症例の蓄積が望まれる。

S2-2 経乳頭のドレナージ単独でコントロール困難な肝門部悪性胆道狭窄に対する EUS ガイド下胆道ドレナージ併用の有用性

三重大学 医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○三輪田 哲郎、山田 玲子、竹中 喬紀、島田 康彬、大和 浩乃、野瀬 賢治、田中 隆光、中村 佳史、坪井 順哉、中川 勇人

【背景】切除不能な悪性肝門部胆道狭窄 (malignant hilar biliary obstruction:MHBO) による閉塞性黄疸に対する治療として、ERCP による経乳頭のな内視鏡的ドレナージ (endoscopic biliary drainage:EBD) が第一選択として行われているが、狭窄部分が広範囲にわたるとドレナージに難達することも稀ではない。近年 MHBO に対し EBD と超音波内視鏡下胆道ドレナージ (Endoscopic ultrasound guided biliary drainage:EUS-BD) の併用によるドレナージも報告されている。【対象と方法】対象は 2020 年 1 月から 2024 年 3 月までに施行した MHBO に対して EBD 単独でのコントロール不良のため、EBD による右葉ドレナージと超音波内視鏡下肝胃瘻孔形成術 (EUS-hepaticogastrostomy: EUS-HGS) による左葉ドレナージを併用した 9 例とした。男性 5 名、女性 4 名、平均年齢は 61 ± 13 歳であった。病因の内訳は肝門部領域胆管癌 4 例、痔瘻術後再発 1 例、痔瘻肝転移 1 例、胆嚢癌の肝門部浸潤 1 例、大腸癌リンパ節転移 1 例、胃癌リンパ節転移 1 例であった。EUS-HGS の施行理由は経乳頭アプローチを行ったものの腫瘍の増悪により左肝管選択が困難であった症例が 8 例、腫瘍の増悪により胆管炎コントロールが困難で EBD 交換が頻回であった症例が 1 例であった。事前の経乳頭のドレナージは inside stent2 本が 4 例 (いずれも前後区域枝)、inside stent1 本 (後区域枝) が 1 例、メタルステント 1 本 (いずれも前区域枝) が 2 例、メタルステント 2 本が 1 例 (stent in stent で前後区域枝)、乳頭出しプラスチックステント 1 本が 1 例 (前区域枝) であった。【結果】全例で短期的な偶発症はなく、胆管炎・閉塞性黄疸の改善を認め退院することができた。EUS-HGS 後の生存期間中央値 (四分位範囲) は 178 日 (42~286 日) であった。EUS-HGS 前にステント交換を行った症例は 4 症例あったがいずれもステント交換の回数は減少していた。【結語】切除不能な MHBO に対し追加ドレナージとしての EUS-HGS は安全に施行することが可能であり、右葉への EBD 交換の回数を減らす可能性も示唆された。

S2-4 非切除悪性遠位胆管閉塞に対する SEMS 留置後痔炎における痔瘻 / 非痔瘻患者での比較検討

磐田市立総合病院 消化器内科

○金子 淳一、瀧浪 将貴、西野 真史

【目的】悪性遠位胆管閉塞の経乳頭の胆道ドレナージにおいて、自己拡張型金属ステント (SEMS) 留置後の痔炎発症は依然として課題である。特に非痔瘻では、痔機能が温存されていることが多く、SEMS 留置後の痔炎発症や重症化が懸念される。痔瘻と非痔瘻における SEMS 留置後痔炎の発生率や重症度は十分に比較されておらず、今回検討を行った。【方法】2018 年 4 月~2024 年 3 月に当院で非切除悪性遠位胆管閉塞に対する SEMS 留置を行った非痔瘻群 (N 群) 21 例と痔瘻群 (P 群) 64 例を対象とし、SEMS 留置後痔炎の発症率と重症度を比較した。次に SEMS 留置後痔炎の発症リスク因子を、ロジスティック回帰分析を用いて検討した。【成績】患者背景として、N 群は P 群と比較し、年齢中央値が高く (83 歳 vs. 77 歳, p = 0.02)、ジクロフェナク座薬使用が少なく (48% vs. 78%, p=0.01)、主膵管径 ≥ 4mm が少なかった (19% vs. 63%, p < 0.01)。また N 群の原疾患は胆道癌 16 例、胃癌 2 例、その他 3 例であった。SEMS 留置後痔炎の発症率は N 群 43% (9/21)、P 群 8% (5/65) であり、N 群で有意に高かった (p < 0.01)。また、中等症以上の痔炎発症率は N 群 19% (4/21)、P 群 2% (1/64) であり、有意に N 群で高かった (p = 0.01)。SEMS 留置後痔炎の発症リスク因子は、性別女性 (OR 5.5, p = 0.02) と非痔瘻 (OR 8.2, p < 0.01) であった。N 群における SEMS 留置後痔炎の有意な発症リスク因子は認めなかったが、初回胆管治療での SEMS 留置では痔炎発症が多い傾向があった (OR 8.8, p = 0.08)。【結論】非切除悪性遠位胆管閉塞の経乳頭の SEMS 留置において、非痔瘻患者では痔瘻患者と比較し、痔炎発症率および中等症以上となる率が高いことが示された。原疾患に応じた胆道ドレナージ戦略を検討すべきであることが示唆された。

S2-5 胆管金属ステント留置後胆管炎に対する超音波内視鏡下経鼻胆囊ドレナージ (EUS-NGBD) の有用性

愛知医科大学 肝胆脾内科

○北野 礼奈、井上 匡史、伊藤 清顯

【目的】非切除悪性胆管狭窄に対する金属ステント (MS) 留置は確立した方法であるが、しばしば問題となる偶発症として胆管炎がある。この MS 留置後の胆管炎は一般的な胆石性胆管炎とは病態が異なり、適切な治療戦略は確立されていない。非切除例では予後が限られることから、より低侵襲で速やかに発症前の状態に回復できる (QOL 低下が防止でき、抗腫瘍療法の導入・再開も速やかに行える) 治療法が求められる。これらの点から当院では超音波内視鏡下経鼻胆囊ドレナージ (EUS-NGBD) を試みており、本研究ではその治療成績を検証する。【方法】非切除悪性胆管狭窄に対して MS を留置後に急性胆管炎を発症し、EUS-NGBD を施行した 30 例を対象とした。EUS-NGBD には 4Fr、5Fr、あるいは 6Fr の適切な硬度と先端テーパ形状を有する経鼻チューブを使用した。超音波内視鏡下で十二指腸球部より胆嚢を 19G 針で穿刺し 0.025 インチガイドワイヤーを留置後、瘻孔拡張操作は行わずに経鼻チューブを留置した。検討項目は手技成功率、臨床的成功率、偶発症率とした。【成績】手技成功率は 96.7% (29/30)、臨床的成功率は 96.6% (28/29) であった。処置時間中央値は 15 分であった。手技関連偶発症率は 3.3% (1/30) であり、胆汁性腹膜炎を 1 例で認めたが軽症であり保存的に軽快が得られた。経鼻チューブは中央値 9 日後に抜去し、抜去後の偶発症はいずれの症例でも認めなかった。入院期間の中央値は 14 日であり、化学療法施行例では胆管炎発症から中央値 13 日後に化学療法が導入・再開できていた。EUS-NGBD 後の生存期間中央値は 123 日であり、死亡時まで胆管炎再発を認めた例は 1 例で再発率は 4.2% であった。【結論】EUS-NGBD の手技的・臨床的成功率は高く、手技手順は簡素で短時間で処置完了が可能であった。また偶発症率と再発率も低く、入院期間と化学療法中止期間も短期間であった。MS 留置後胆管炎に対する治療法として、有用な選択肢になり得ると考えられた。

S2-7 当院における胆道癌一次化学療法としての GCD 療法の現状

岐阜県立多治見病院

○岡山 幸平、佐々木 謙、濱田 祐輔、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、菱輪 彬久、羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

【目的】胆道癌一次化学療法におけるゲムシタピン (GEM) + シスプラチン (CDDP) + デュルバルマブ (Durva) 併用療法 (GCD) の有効性と安全性について検討する。【方法】2023 年 1 月から 2024 年 3 月までに当院で胆道癌の一次化学療法として GCD 療法を導入し初回効果判定が行えた 11 例を対象とした。奏効率 (ORR)、病態制御率 (DCR)、全生存期間 (OS)、無増悪生存期間 (PFS) および有害事象について評価した。【結果】観察期間中央値は 195 日、年齢中央値 74 (70-76)、男性 9 例、原発部位は肝内胆管癌 / 肝外胆管癌 / 胆嚢癌: 2:5:4 だった。切除不能 / 再発: 10:1、局所進行 / 転移: 5:6、TNM stage III/IV: 4/7 で、MSI high の症例は認めなかった。RECIST による初回効果判定は CR/PR/SD/PD: 0/2/6/3、ORR18%、DCR73% だった。OS、PFS の中央値は未達であったが、6 か月生存率は 82%、non PD 率は 55% であった。有害事象は 91% に認め、Grade3 以上の有害事象は好中球減少 (6 例)、食思不振 (1 例)、間質性肺炎 (1 例)、imAE は甲状腺機能低下、下垂体機能低下、間質性肺炎を各 1 例ずつ認めた。Grade3 以上の好中球減少を来した 6 例はいずれも投与量・期間の調整、G-CFS 製剤の併用にて継続できたが、それ以外の副作用 (食思不振、間質性肺炎) では化学療法が中止となった。CDDP の RDI の平均は 52%、GEM は 58% で、観察期間中に PD になった症例は 5 例、不耐にて中止となった症例を 1 例認め、早期に PD となった 3 例のうち 2 例は死亡された。現在も化学療法を継続できている 5 例のうち 3 例は Durva 単剤に移行しており、いずれも増悪は認めない。化学療法導入前に胆管ステント留置を要した症例は 5 例認めたが、プラスチックステント (PS) を留置した 3 例は早期に胆管炎を発症したため、それぞれ PS の定期交換、金属ステント留置、PTBD を行った。遺伝子パネル検査は 5 例に施行でき (組織 7 例、血液 2 例)、1 例 TMB-high の症例を認めたものの、新たな治療につながる遺伝子変異は認めなかった。【結論】今回の検討において OS、PFS は TOPAZ-1 試験と同等の結果だった。しかし今回の検討では観察期間が短く、より長期の観察と症例の蓄積が望まれる。

S2-6 脾腫瘍に対する新型 Fork-tip 針を用いた EUS-guided tissue acquisition

伊勢赤十字病院 消化器内科

○村林 桃士、杉本 真也、亀井 昭

【背景と目的】脾腫瘍に対する Endoscopic ultrasound-guided tissue acquisition (EUS-TA) においては、Franseen 針や Fork-tip 針といった FNB 針を用いることで組織採取量が増加するが、FNB 針は FNA 針よりも穿刺性能が劣っているため、FNB 針では穿刺困難な病変もしばしば存在する。先日、従来品よりも性能が向上した新型 Fork-tip 針である Trident Needle Biopsy System (Trident) が EUS-TA において利用可能となったため、この使用成績を検討した。【対象と方法】当院で Trident を第一選択とした 2023 年 6 月から 2024 年 2 月に、脾腫瘍に対して EUS-TA を試みた 44 例を対象 (A 群)、Trident 導入前である 2022 年 4 月から 2023 年 5 月の 58 例を対照 (B 群) とし、成績を比較検討した。【結果】年齢は、A 群 75 ± 9 歳、B 群 73 ± 10 歳。性別は、A 群 男 23 女 21 例、B 群 男 29 女 29 例。対象脾疾患は、A 群で脾癌 39 例、脾神経内分泌腫瘍 3 例、その他 2 例、B 群で各々 52 例、2 例、4 例。腫瘍部位は、A 群 頭部 23 例、体部 10 例、尾部 11 例、B 群で各々 20 例、15 例、23 例。腫瘍径は、A 群 30 ± 12 mm、B 群 31 ± 11 mm。A 群では、44 例全例において Trident (5 例で 19G、39 例で 22G) を使用して検体採取に成功した。B 群では、Franseen 針を 29 例 (6 例で 19G、23 例で 22G) で、Fork-tip 針 (SharkCore) を 4 例 (全例で 22G) で使用し、FNB 針での穿刺困難が予想されたため FNA 針を 25 例 (全例で 22G) で使用した (P < 0.001)。穿刺回数は、A 群 3.0 ± 1.3 回、B 群 3.0 ± 1.3 回で、病理診断の正診率は、A 群 89% (39/44)、B 群 91% (53/58) であった (P = 0.742)。手技関連有害事象は、両群ともに 1 例も認めなかった。【結論】従来の FNB 針では穿刺困難であった難症例に対しても、Trident を用いた EUS-TA が可能であり、その診断能も良好であった。今後、脾腫瘍に対する EUS-TA における穿刺針は Trident が第一選択となる。

S2-8 当院における切除不能胆道癌に対する Gemcitabine + Cisplatin + Durvalumab 療法の治療成績

豊橋市民病院 消化器内科

○新田 紘一郎、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、足立 賢吾、佐久間 智大、佐野 暢彦、田中 佑典、浦野 文博

【背景】切除不能胆道癌に対する一次治療として Gemcitabine + Cisplatin + Durvalumab 療法 (GCD) が 2022 年 12 月に承認され、胆道癌診療ガイドライン第 3 版にも標準療法として追記された。実臨床においても、GCD 療法を導入する症例は増加しているが、その治療成績の報告は少ない。【目的】当院における切除不能胆道癌に対する一次治療としての GCD 療法の治療成績を明らかにすること。【対象と方法】2022 年 12 月から 2023 年 12 月までに当院で切除不能胆道癌に対して GCD 療法を導入した 24 例のうち、一次治療として施行した 17 例を対象とした。第 III 相試験に則り、GCD 療法を 8 サイクル行っただけで、Durvalumab 単剤を 4 週毎に投与した。検討項目は 1. 患者背景、8 サイクル終了時の治療成績、2. GCD 療法 8 サイクル投与後の Durvalumab 単剤における治療成績について後視的に検討した。治療効果判定は RECIST、有害事象は CTCAE ver.5.0 を用いて評価した。【成績】結果 1. 年齢中央値は 71 歳 (53-85 歳)、男性: 女性 13: 4 例。原疾患は肝内胆管癌 4 例、肝門部領域胆管癌 4 例、胆嚢癌 9 例であった。治療開始時の ECOG Performance Status は PS0 が 13 例、PS1 が 4 例。治療開始前に 10 例で胆管ステント留置を施行していた。8 サイクル投与の完遂率は 71% であり、治療効果判定は PR 3 例、SD 8 例、PD 6 例だった。Grade3 以上の有害事象は、好中球減少 4 例、貧血 1 例みられた。免疫介在性有害事象 (imAE) は甲状腺機能低下症を 1 例で認めたが、Durvalumab 投与中止、レボチロシンナトリウムの内服で改善した。結果 2. 8 サイクル投与後に Durvalumab 単剤に移行した症例は 11 例であった。そのうち、5 例で PD となった。5 例中 3 例が GCD 療法を再開、1 例がベシガチニブを投与した。【考察】当院において GCD 療法は 64% で無増悪であったが、Durvalumab 単剤移行後に 45% で増悪した。GCD 療法の投与サイクルについてはさらなる検討が必要と考えられる。

S2-9 切除不能進行胆道癌に対する包括的ゲノムプロファイリング検査の臨床的有用性に関する検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○小出 香里、丸田 明範、清水 省吾

【背景】包括的ゲノムプロファイリング検査 (comprehensive genomic profiling: CGP) が本邦においても保険承認され、がん診療において急速に普及しつつある。胆道癌は治療標的のとりうる遺伝子異常の頻度が比較的高いと報告されており、CGPを施行することで予後改善につながる可能性がある。【目的】切除不能進行胆道癌に対するCGPの臨床的有用性に関する検討。【方法】2019年10月から2023年7月にかけて当院及び関連施設で切除不能または再発胆道癌に対して化学療法を施行された71例を対象とし診療情報を後方視的に調査。検討項目はCGP施行率、CGPの検体採取方法・治療標的となる遺伝子異常、治療到達率、CGPで治療到達における治療奏効率、生存期間とし、奏効率、生存期間については非到達群と比較検討。【結果】CGPは29例(39.7%)で施行、腫瘍部位は肝内胆管癌/肝門部領域胆管癌/胆嚢癌/遠位胆管癌が9/5/11/4例。検体採取方法はEUS-FNA 8例(19G:5例、20G:1例、22G:2例)、手術検体7例、肝生検9例、胆管生検2例、血液3例、CGPの内訳はFoundationOne CDx 19例、NCCオンコパネル6例、Foundation One Liquid CDx 3例、Guardant360 CDx 1例であった。治療標的となる遺伝子異常は6例(20.7%:IDH1 2例、ERBB2 1例、FGFR2 1例、MSI-high 1例、TMB-high 1例)に認め、治療到達は4例(13.8%: Pembrolizumab 2例、Pemigatinib 1例、Pertuzumab+Trastuzumab 1例)、腫瘍部位は胆嚢癌2例(18%)、肝内胆管癌2例(22%)でありいずれも2次治療から開始。治療に結び付かなかった25例中、18例で2次治療が開始された。2次治療以降の奏効率は(治療到達群 vs 非到達群: 50% vs 0%, P=0.0063)、生存期間中央値は(治療到達群 vs 非到達群: 未達 vs 4.5ヶ月)であった。【結論】切除不能進行胆道癌に対するCGPは治療の選択肢が広げ奏効率を改善、生存期間延長に寄与する可能性がある。

S2-11 切除不能肝細胞癌に対する初回全身化学療法としてアテゾリズマブ・ベシズマブ併用療法を施行した症例におけるBCAA製剤の有用性

¹春日井市民病院 消化器内科、
²名古屋市立大学大学院病院 消化器・代謝内科学、
³岐阜県立多治見病院 消化器内科、⁴豊川市民病院 消化器内科、
⁵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、
⁶JCHO 中京病院 消化器内科
○山本 友輝¹、鈴木 孝典²、松浦 健太郎²、奥村 文浩³、
祖父江 聡⁴、溝下 勤⁴、林 克巳⁵、長谷川 泉⁶、藤原 圭²、
片岡 洋望²

【目的】肝硬変による低アルブミン血症の治療として用いられる分枝鎖アミノ酸製剤 (BCAA) は免疫に関与することが報告されている。今回我々は切除不能肝細胞癌に対して、初回全身化学療法としてアテゾリズマブ・ベシズマブ (ATZ+BV) 併用療法を施行した症例におけるATZ+BV導入時のBCAA製剤の有用性に関して検討した。【方法】対象はATZ+BVを切除不能肝細胞癌の1次治療として導入した110症例。背景は年齢中央値74歳、男性91例、背景肝疾患はviral/non-viral=42/68、BCLC A+B/C=71/39、Child-Pugh score 5/6/7以上=70/28/10、ALBI score 中央値 -2.50。ATZ+BV開始時におけるBCAA製剤導入症例は17例であった。【成績】全症例における無増悪生存期間 (PFS) 中央値は9ヵ月、OS中央値は26ヵ月であった。初回治療効果判定 (RECIST v1.1による) はCR/PR/SD/PD=2/29/58/21、ORR/DCRは28/81%であった。ATZ+BV開始時にBCAA製剤を内服していた17症例 (BCAA有) と内服していなかった93症例 (BCAA無) の背景を比較したところ、BCAA有群において血清アルブミン値が有意に低値であった (中央値 3.3 vs 3.9g/dl, $p < 0.001$)。両群のPFSとOSには有意差を認めなかった (BCAA有 vs 無: PFS 中央値 12.0 vs. 8.5ヵ月, $P=0.120$; OS 中央値 28.7 vs. 25.3ヵ月, $P=0.957$)。両群の背景の血清アルブミン値を傾向スコアマッチングにて背景を揃えたところ、各々16例ずつが抽出され、両群においてATZ+BV開始時の背景に有意差のある項目は認めなかった。両群のOS、PFSを比較したところ、BCAA有群にてPFSが有意に長く、OSも長い傾向であった (BCAA有 vs 無: PFS 中央値 12.0 vs. 5.9ヵ月, $P=0.049$; OS 中央値 25.3 vs. 15.3ヵ月, $P=0.059$)。【考察・結論】ATZ+BV初回治療例において、ATZ+BV導入時のBCAA製剤は治療効果を高めるために有用である可能性があるが、更なる検証を要すると考える。

S2-10 遺伝子パネル検査の解析成功に関わる病理学的因子の検討

¹静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科、
²静岡県立静岡がんセンター 病理診断科、
³聖マリアンナ医科大学 病理学講座
○土井 拓矢^{1,2}、石渡 裕俊¹、佐藤 純也¹、坂本 拓基¹、
山村 昌大¹、大池 信之^{2,3}、野呂瀬 朋子^{2,3}、角田 優子²、
松林 宏行¹、小野 裕之¹

【背景・目的】遺伝子異常に応じた治療により肺癌の予後が改善することが報告されている。そのため遺伝子パネル (CGP) 検査の需要は高まっており、超音波内視鏡下組織採取術 (EUS-TA) が重要な役割を担っている。一方で肺癌は遺伝子解析が難しい腫瘍とされる。その要因として壊死の関与が示唆されているが、実際に壊死がCGP検査の成否に与える影響についての具体的な報告はない。そこで、肺癌に対するEUS-TA検体に含まれる壊死の存在とCGP検査の解析の成否との関連を明らかにすることを目的に本研究を行った。【方法】当院で2019年11月から2023年11月にEUS-TAを行い、肺癌と診断されCGP検査 (Foundation one CDx: F-one CDx) を企図した111例を対象として、内視鏡所見及び病理所見を後方視的に検討した。病理所見では、広範な壊死 (壊死の領域が50%以上) の有無、CGP適正検体 (病変の集簇が6視野/10倍視野以上かつ腫瘍細胞含有量20%以上)、組織型、F-one提出スライド枚数について検討した。F-one CDx解析レポートに基づいてpassedを解析成功と定義した。【結果】病変中央値は30mm、FNA/FNBが2/109例、穿刺針径は19G/20G/22Gがそれぞれ29/1/81例、穿刺回数中央値は3回、化学療法施行前の穿刺が93例であった。F-one提出スライド枚数は中央値20枚、組織型は浸潤性腺癌/腺扁平上皮癌/退形成性腺癌/腺房細胞癌がそれぞれ97/11/2/1例、CGP適正検体は69例で、広範な壊死は7例にみられた。解析成功は75例 (67%) であった。広範な壊死を含む検体では解析成功率は28% (2/7) で有意に低かった ($p=0.04$)。F-one解析成功に関わる病理所見について多変量解析を行うと、CGP適正検体 (OR 6.33[2.65-15.20], $p < 0.00001$) 及び広範な壊死 (OR 0.17[0.03-0.92], $p=0.0095$) が有意な因子であった。【結論】病理所見で広範な壊死を認めた場合、解析成功率は低かった。腫瘍の壊死の有無が解析成功に関与していることが示唆された。

S2-12 当科における胆嚢癌疑診例に対する術式選択の現状と課題

愛知医科大学 消化器外科
○大澤 高陽、深見 保之、安藤 公隆、小松 俊一郎、齊藤 卓也、
松村 卓樹、篠原 健太郎、上田 翔、加藤 翔子、安井 講平、
白井 信太郎、大岩 立学、佐野 力

【背景】胆嚢癌疑診例に対する術式選択は、画像・内視鏡診断が発達した現在においても判断に迷う症例がある。胆嚢癌の転移・浸潤様式は多彩であり、過不足ない切除範囲の決定が求められる一方、結果的に良性疾患であった場合は、過大侵襲となる可能性がある。【当科の治療方針】当科では術前画像で胆嚢癌疑診例に対し、病変が比較的胆嚢に局限している症例 (体部・底部) には術中迅速診断を併用することで最終的な切除範囲を決定している。具体的には肝床切除を行い、胆嚢管断端およびリンパ節 (#12c or #12b) を術中迅速診断に提出し、いずれかが陽性であれば、肝外胆管切除とリンパ節郭清を追加している。【現状】過去8年の間に胆嚢癌疑診例 (肝門浸潤、脾胆管合流異常を除く) 42例に対し上記の方針で手術を行なっている。術式の内訳は肝床切除: 32例 (うち腹腔鏡6例、悪性率22%)、肝床切除+肝外胆管切除: 10例 (悪性率70%) であった。手術時間中央値は196分 (110-439)、出血量は116g (5-831)、術後入院日数中央値は8日 (4-19) で、CDIII以上の合併症はみられなかった。胆嚢癌は13例 (31%) にみられ、進行度はStage 0: 1例、Stage I: 3例、Stage II: 4例、Stage III: 4例、Stage IV: 1例であった。胆嚢癌症例の観察期間中央値は1091日 (515-2906) で、Stage IVの1例は1年半後に原病死したが、他病死1例を除いた11例は無再発生存中である。【課題】術中迅速診断を併用する事により、ある程度悪性疾患の選別がなされ、良性疾患に対する肝外胆管切除を回避できていると思われるが、胆嚢癌正診率の向上が課題である。

S2-13 Conversion surgery における課題 – FUT2/FUT3 遺伝子型判定と腹腔細胞診の陰性化–

¹名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科、
²国立病院名古屋医療センター-外科、
³富山大学 学術研究部医学系 消化器・腫瘍・総合外科
 ○田中 晴祥¹、末永 雅也²、酒井 彩乃³、大津 智尚¹、深澤 美奈¹、
 林 真路¹、渡辺 伸元¹、中川 暢彦¹、栗本 景介¹、
 渋谷 和人³、吉岡 伊作³、猪川 祥邦¹、山口 淳平¹、國科 俊男¹、
 高見 秀樹¹、藤井 努³、江畑 智希¹、小寺 泰弘^{1,2}

【背景】我々は進行胃癌に対して、十分な治療前評価と治療効果判定を行ったうえで Conversion surgery (CS) を行っている。切除可能であっても治療導入前に積極的に審査腹腔鏡を行い、CY1 は UR に準じて術前治療を行い、細胞診を経時的に採取して CS の判断材料としている。腫瘍マーカー正常化のカットオフ値については議論が盛んであるが、CA19-9 や DUPAN-2 の評価には、Lewis 血液型を決定する遺伝子型による発現変動に注意が必要とされている。【方法】検討 I: 2018-2022 年に画像上 Resectable と診断された 115 例において、CY1 症例に対する我々の治療戦略の予後への影響を検討した。検討 II: 2012-2021 年に CS を施行した UR 胃癌のうち、germline DNA が取得できた 82 例について、Taqman PCR 法による FUT2/FUT3 遺伝子型判定を行い、適切な型層別化カットオフ値について探索的に検討した。【結果】検討 I: 画像上 R 胃癌と診断された 115 例のうち、HOP0CY1 は 22 例であり、うち 11 例が CY 陰性化、さらにそのうち 7 例が CS に至った。CS 達成にかかわらず、集学的治療を行った HOP0CY1 群の予後は HOP0CY0 群の予後と有意差はなく (P = 0.939)、微小遠隔転移例よりも有意に予後良好であった (P = 0.04)。検討 II: 遺伝子型判定が可能であったのは 79 例 (UR-LA/UR-M = 66/13) であった (FUT2 homozygote/FUT3 intact/FUT3 null = 9/65/5)。単一のカットオフ値と比べて、遺伝子型別カットオフ値を設定することで OS に対する予後予測能が改善した (CA19-9 非層別化 vs. 層別化: P = 0.52 vs. P = 0.0016, DUPAN-2 非層別化 vs. 層別化: P = 2.3e-4 vs. P < 1.0e-4)。【結論】十分な治療前評価と治療効果評価の上で CS を行うことが進行胃癌の予後改善につながる。

S2-15 術前治療時代における膵頭部癌 Resectability の再考: 術前化学放射線治療後の CT で の腫瘍門脈浸潤長は予後と関連する

¹三重大学 肝胆膵・移植外科、²三重大学 放射線科
 ○伊藤 貴洋¹、栗山 直久¹、永田 幹紀²、Kaluba Benson¹、
 早崎 碧泉¹、藤井 武弘¹、飯澤 祐介¹、村田 泰洋¹、
 岸和田 昌之¹、水野 修吾¹

【背景と目的】膵癌治療において、本邦の診療ガイドラインでは、局所進行胃癌に加え、Prep02/JSAP05 の結果より切除可能胃癌に対しても術前補助化学療法提案が追加されたこともあり、今後術前治療の機会は増加すると予測される。しかし、術前治療後の画像評価に対する指標は確立されていない。今回、化学放射線療法を施行した膵頭部癌症例における治療後 (術直前) の画像について、特に門脈浸潤度合いに再着目し、予後との関連を検討した。【方法】2013 年から 2020 年に当科でゲムシタビン+S1 併用化学放射線療法後に切除を行った膵頭部癌症例のうち、画像評価可能であった 131 例を対象とし、放射線科医により、化学放射線療法前後の CT の詳細な腫瘍評価を行った。特に腫瘍の門脈への浸潤角度と浸潤長を算出し、これらと予後の関連を検討した。【結果】全 131 例 (男性 77 例、女性 54 例、年齢中央値 68 歳) の初診時 Resectability (取り扱い規約 8 版に準ずる) の内訳は R:48 例、BR-PV:17、BR-A:41m UR-LA:25 例であった。全例に膵頭十二指腸切除が選択され、うち門脈合併切除は 115 例 (87.8%)、R0 切除は 122 例 (93.1%) であった。術後在院死亡は 1 例 (0.8%)、全症例の 5 年生存率は 22.7% (MST34 カ月) であった。化学放射線療法後の CT において、122 例 (93.1%) に腫瘍の門脈への接触が認められたが、腫瘍の門脈接触は、角度において 18.8 度から 360 度 (中央値 143.2 度)、長さにおいて 1.3 から 46.6mm (中央値 17.5mm) であった。このうち、初回治療からの全生存率を、門脈浸潤の角度、長さに応じて比較すると、従来の Resectability の指標である角度 (0、1-180、181-359、360 度、MST: 58、45、30、16 カ月、p=0.003) とともに、長さにおいても予後と有意に相関あり、門脈接触長が長いほど予後不良であった (0、1-9、10-19、20-29、30-39、40- mm、MST: 58、53、26、26、24、10 カ月、p=0.015)。【結論】化学放射線療法後の膵頭部癌評価においては、門脈接触の角度だけでなく、接触長も重要な予後指標になる可能性が示唆される。

S2-14 微小胃癌に特徴的な CT 所見の抽出 –当院における多数の微小胃癌症例を用いた検討–

¹名古屋大学 大学院 医学系研究科 消化器内科、
²名古屋大学 医学部附属病院 光学医療診療部、
³名古屋大学 大学院 医学系研究科 臨床研究教育学
 ○佐々木 雅隆¹、山雄 健太郎¹、石川 卓哉¹、水谷 泰之¹、
 飯田 忠²、植月 康太¹、高田 善久^{1,3}、青井 広典¹、
 高橋 秀和¹、川嶋 啓輝¹

【背景と目的】胃癌は予後不良な癌種であり、微小胃癌 (本研究では上皮内癌および 10mm 以下の浸潤癌と定義) レベルでの早期発見が求められている。しかし微小胃癌は CT での主病変の直接描出が困難であり、間接所見をもとに診断に迫る必要がある。以前より尾側膵管拡張を伴う主膵管狭窄が胃癌の特徴的な所見と報告されているが、この所見は慢性膵炎や IPMN などの良性疾患でも認められる。近年、微小胃癌の病変周囲に限局性膵実質萎縮が見られ、診断に有用との報告が散見される。本研究では当院の微小胃癌および良性膵管狭窄症例の CT 所見を比較し、診断に有用な画像所見を検討した。【対象と方法】対象は 2009 年 1 月から 2023 年 12 月までの間に、当院で手術検体にて病理学的に診断された微小胃癌症例であり、IPMC は除外した。対照群である良性膵管狭窄症例は手術病理で良性、もしくは画像上、膵管所見に 3 年以上変化がないものとし、IPMN、自己免疫性膵炎などを除外した。評価項目として両群の主膵管所見 (主膵管拡張の頻度、径)、膵実質萎縮の頻度を比較検討した。なお主膵管拡張は体尾部における 3mm 以上の拡張、膵実質萎縮は既報 (Nakahodo et. al. Pancreas 2020) の定義に基づき評価した。【結果】対象は微小胃癌群 31 例、良性狭窄群 16 例であり、両群の性別、年齢、病変の局在などの患者背景に有意差を認めなかった。主膵管拡張は微小胃癌群で 74.2% (23/31)、良性群で 94.0% (15/16) であり両群に有意差なし (p=0.14)。主膵管径中央値は微小胃癌群で 5.9mm (2-11.7)、良性群で 4.8mm (2-12.6) であり両群に有意差なし (p=0.89)。実質萎縮は微小胃癌群では 87.1% (27/31)、良性群では 31.0% (5/16) であり、微小胃癌群で有意に高頻度であった (p<0.01)。【結論】微小胃癌では良性膵管狭窄と比較して実質萎縮を高頻度に認めた。萎縮を伴う膵管狭窄症例は微小胃癌の可能性を考慮し、EUS および ERP を含む精査を強く検討すべきである。

S2-16 自己免疫性膵炎のステロイド治療における初期投与量についての検討

¹岐阜市民病院 消化器内科、²岐阜大学医学部附属病院 第一内科、
³岐阜県総合医療センター 消化器内科
 ○岩佐 悠平¹、岩田 圭介¹、手塚 隆一¹、岩下 拓司²、
 上村 真也²、千住 明彦²、岩田 翔太²、丸田 明範³、吉田 健作³、
 清水 雅仁³

【背景】自己免疫性膵炎 (AIP) に対する治療はステロイドが第一選択であり、寛解率は 98% と良好である。初期投与量はガイドラインでは 0.6 mg/kg が推奨されているが、高容量のステロイド投与は糖尿病 (DM) の増悪の原因となりうる。【目的】ステロイドの初期投与量における治療効果、DM の増悪について後方視的に検討した。【方法・対象】2007 年 4 月から 2023 年 4 月に岐阜大学関連 3 施設で AIP に対してステロイド治療を行った 81 例を対象とした。集団をステロイド初期投与量高容量群 (>0.4 mg/kg)、低容量群 (≤0.4 mg/kg) に分け、治療効果 (奏効率、解体率)、再発率、DM 増悪率について解析した。【結果】全 81 例中、男性 66 例、年齢中央値 70 (27-84) 歳、BMI 中央値 21.8 (16.3-32.9) kg/m²。治療前の IgG4 中央値 355 (32-1702) ng/dl、HbA1c 中央値 7.0 (4.5-12.2) % であった。ステロイド高容量群 58 例、低容量群 23 例であり、治療奏効率は両群で 100% (58 vs 23, p=1)、再発率は 32.7% vs 20% (20 vs 4, p=0.79) で優位差は認めなかった。高容量群、低容量群の治療前の解体率、治療後 1 年時点の解体率、解体率減少率はそれぞれ 76.8ml vs 72.5ml (p=0.71)、29.0ml vs 37.3ml (p=0.13)、58% vs 49.5% (p=0.31) でいずれも有意差を認めなかった。治療開始後 1 年時点での DM の増悪は 50% vs 16% (25 vs 3, p=0.007) であり、優位に高容量群で DM の増悪が多かった。DM 増悪のリスク因子に関する多変量解析では、ステロイド初期投与量高容量 (OR6.52, 95%CI1.41-30.2, p=0.02)、治療開始後 1 年時の解体率の小ささ (unitOR0.95, 95%CI0.92-0.99, p=0.03) が優位な因子であった。【結論】AIP に対するステロイドの初期投与量は、低容量 (≤0.4 mg/kg) でも高容量 (>0.4 mg/kg) と同等の治療効果が得られ、再発率も同等であった。DM の増悪は高容量群で優位に多いことから、低容量で開始することで DM の増悪を予防できる可能性がある。

S2-17 進行肺癌患者における骨格筋量減少の意義

岐阜大学医学部附属病院 第一内科

○岩田 翔太、上村 真也、大橋 洋祐、千住 明彦、岩下 拓司、清水 雅仁

【背景】進行肺癌患者は診断時より骨格筋量の減少を認めることが多く、治療効果や予後に影響を及ぼすと報告されている。【目的】FOLFIRINOX (FX) 療法にて化学療法を行なった切除不能肺癌症例における骨格筋量減少の臨床的意義を検討した。【方法】2014年6月から2023年1月の間に切除不能肺癌と診断し、FX療法を行なった99例（男性55例、年齢中央値64歳）を対象とし、化学療法の忍容性、予後因子、生存期間を後方視的に調査した。日本肝臓学会のサルコペニア判定基準に基づき、CT横断画像の第3腰椎レベル筋肉量より骨格筋指数（SMI）を算出し、男42cm²/m²・女38cm²/m²未満を骨格筋量減少症例とした。【結果】診断時に骨格筋量減少は51例（52%）で認めた。骨格筋量減少群（A群）と非骨格筋量減少群（対照群：B群）で比較をすると、患者背景はA群で有意に女性が多く（A群：30例、B群：14例； $P < 0.01$ ）、BMI（A群：19.5、B群：23.5； $P < 0.01$ ）、脂肪量（A群：66.5 cm²/m²、B群：78.4 cm²/m²； $P < 0.01$ ）が低値であった。FXの奏効率（ORR）はA群：23.5%、B群：25.0%（ $P = 1.00$ ）、病勢コントロール率（DCR）はA群：66.7%、B群：85.4%（ $P = 0.04$ ）、Grade3以上の有害事象出現率は2群間で有意差はなかった。多変量解析にて診断時に骨格筋量減少あり（HR：1.84、95% CI：1.06-3.20； $P = 0.03$ ）と化学療法開始から2ヶ月でSMI減少率が中央値である7.3%よりも低下すること（HR：2.79、95% CI：1.69-4.59； $P < 0.01$ ）が、生存期間に影響を与える因子として抽出された。Kaplan-Meier法での生存期間中央値（MST）はA群：396日、B群：564日（Wilcoxon $P = 0.04$ ）、FXの無増悪期間中央値はA群：199日、B群：302日（Wilcoxon $P = 0.04$ ）であった。化学療法開始から2ヶ月後にSMI減少率中央値の7.3%より低下した群と7.3%未満の群を比較するとMSTはそれぞれ349日および677日（Wilcoxon $P < 0.01$ ）であった。【結語】進行肺癌患者において、診断時での骨格筋量減少の存在と治療開始から早期にみられる骨格筋量減少は、独立した予後不良因子であった。今後、肺癌患者における骨格筋維持を目指した対策についての検討が必要である。

S2-18 MASLDを構成する代謝異常と肝線維化、脂肪化についての検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○鈴木 孝典、松浦 健太郎、河村 逸外、藤原 圭、片岡 洋望

【目的】脂肪性肝疾患に関わるMASLDという概念が定義された。MASLDの診断には代謝異常項目のうち少なくとも一つを有することが必須とされるが、このうちの項目が肝線維化に関わるかについての検討は十分には行われていない。肝線維化の評価において腹部超音波エラストグラフィ（TE）、肝脂肪量測定（CAP）は肝生検で得られる肝線維化・脂肪化の評価との相関性が高く、信頼性の高い指標とされている。以上の背景から肝線維化進展度・脂肪量をTE・CAPにより評価し、MASLDを構成する代謝因子との相関、肝線維化への関連について検証した。【方法】2015年1月から2023年12月までに当院で初回のTEが行われ、ウイルス性・自己免疫性肝疾患のない672名を解析対象とした。TE・CAPは汎用超音波画像装置Fibroscan502touch（インターメディカル社）を用いて測定し、高度肝線維化進展を $TE \geq 7.9$ kPa（F3以上）と定義した。対象症例においてTEと同時点における各検査項目との相関性と、MASLDを構成する代謝異常項目と肝線維化との関連について検討した。CAP値232dB/mm以上を脂肪肝と定義した。【結果】TE値とBMI、AST、T-Bil、APRI、FIB4indexは、各々 $r = 0.115$ （ $p = 0.009$ ）、 $r = 0.141$ （ $p = 0.001$ ）、 0.116 （ $p = 0.008$ ）、 0.145 （ $p < 0.001$ ）、 0.177 （ $p < 0.001$ ）と弱い相関を有し、血小板値、HDLと $r = -0.131$ （ $p = 0.003$ ）、 -0.100 （ $p < 0.001$ ）と弱い逆相関を有した。全症例のうち脂肪肝の基準を満たしたのは398例であり $TE \geq 7.9$ kPaの高度肝線維化に対するMASLDを構成する代謝因子（BMI、CRP、HbA1c、TG、高血圧、高脂血症、糖尿病の有無）の関連についてロジスティック回帰分析で解析したところ、BMI（オッズ比1.10、 $p < 0.001$ ）と高血圧（オッズ比1.87、 $p = 0.014$ ）が独立因子であった。また同時点でM2BPGi値を有する189症例で、同様の解析を施行したところM2BPGiは独立して高度肝線維化に関連していた（オッズ比2.63、 $p = 0.002$ ）【考察・結論】MASLDを構成する代謝異常項目のうち、BMI、高血圧が高度肝線維化に有意に関連していた。また、M2BPGiはMASLD患者における高度肝線維化の囲い込みに有用であると考えられた。

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

肝 1

三重大学病院 消化器・肝臓内科

爲田 雅彦

- 1 血液透析中の切除不能肝細胞癌患者に対しデュルバルマブ・トレメリムマブ併用療法を導入し奏功が得られた1例.

名古屋市立大学 大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学

○岡本 宜樹、鈴木 孝典、松浦 健太郎、河村 逸外、藤原 圭、
片岡 洋望

- 2 切除不能肝細胞癌(HCC)に対してAtezolizumab+Bevacizumab併用療法1コース施行し腫瘍崩壊症候群(TLS)様の副作用を合併しつつも、コンバージョン切除まで施行した一例

¹春日井市民病院 消化器科、²春日井市民病院 外科

○山本 涼¹、山原 絵里花¹、原田 貴仁¹、小林 由花¹、山本 友輝¹、
水野 祐介¹、林 則之¹、池内 寛和¹、平田 慶和¹、高田 博樹¹、
祖父江 聡¹、佐藤 文哉²、渡邊 真哉²

- 3 切除不能肝細胞癌に対するAtezolizumab + Bevacizumab併用療法後に出現した副腎皮質機能低下症の1例

豊橋市民病院 消化器内科

○石川 充希、内藤 岳人、松原 浩、山田 雅弘、山本 英子、服部 峻、
鈴木 博貴、小池 剛、足立 賢吾、新田 紘一郎、佐久間 智大、
佐野 暢彦、田中 佑典、浦野 文博

- 4 進行肝細胞癌に一次治療としてデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法を行った5例

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○河邊 昌平、高井 光治、今井 健二、華井 竜徳、三輪 貴夫、
宇野女 慎二、相羽 優志、清水 雅仁

- 5 脈絡膜悪性黒色腫の術後29年で肝転移を発症した一例

安城更生病院 消化器内科

○塩沢 昌大、竹内 真実子、山田 政伸、安部 太智、柳原 将希、
亀島 祐貴、杉浦 健太郎、牧野 成彦、榎本 祥吾、竹内 悠祐、
井出 彩、長谷川 一成、林 大樹朗

6 当院における薬物性肝障害の症例についての検討

静岡市立静岡病院 消化器内科

○杉浦 直輝、小林 祐紀、関谷 幸佑、横山 翔平、川口 大貴、
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、濱村 啓介、小柳津 竜樹

7 腹腔静脈シャント留置後に被嚢性腹膜硬化症の合併が疑われた1例

¹三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科、²紀南病院 内科

○新田 淳¹、原田 哲朗²、池田 昂平²、鈴木 寛人²、阪口 亮平²、
中川 勇人¹

8 門脈大循環シャントによる肝性脳症の1例

三重厚生連松阪中央総合病院

○丸山 晶子、稲垣 悠二、江島 景美、留奥 茉由子、上野 哲弘、
村嶋 佑美、浦出 伸治、金子 昌史、直田 浩明、小林 一彦

9 門脈圧亢進症を認めた歌舞伎メーキャップ症候群の一例

名古屋大学 医学部附属病院 紹介内科学

○鈴木 貴也、伊藤 隆徳、佐原 和規、水野 史崇、松田 宜賢、
山本 崇文、犬飼 庸介、水野 和幸、横山 晋也、山本 健太、
今井 則博、石津 洋二、本田 隆、川嶋 啓揮

10 重症アルコール性肝炎に対して内科的治療が奏功した一例

三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院

○留奥 茉由子、稲垣 悠二、江島 景美、上野 哲弘、村嶋 佑美、
浦出 伸治、金子 昌史、直田 浩明、小林 一彦

11 悪性リンパ腫の化学療法を契機に発症した HCV 再活性化による C 型慢性肝炎の治療例

桑名市総合医療センター 消化器内科

○山本 あゆみ、大矢 由美、吉兼 祐介、村田 亮介、浦吉 俊輔、
泉 道博、中川 直樹、石田 聡

- 12 術前に悪性嚢胞性腫瘍を疑い、腹腔鏡下右肝切除術を行った肝内結石症の1例

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○水上 拓哉、種村 彰洋、長谷川 文哉、小松原 春菜、野口 大介、
伊藤 貴洋、早崎 碧泉、藤井 武宏、飯澤 祐介、村田 泰洋、
栗山 直久、岸和田 昌之、水野 修吾

- 13 肝血管腫が肝膿瘍化し *Edwardsiella tarda* が検出された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

○三崎 大輔、内田 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、神谷 昌宏、佐藤 棕、
服部 智子、小林 彩香、猪飼 千咲、庄田 怜加、中川 真里絵、
荒木 幸子、西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

- 14 Kasabach-Merritt 症候群を合併した巨大肝血管腫の1例

名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科

○川上 裕子、川勝 章司、水野 隆史、山口 淳平、林 真路、尾上 俊介、
高見 秀樹、砂川 真輝、渡辺 伸元、田中 晴祥、馬場 泰輔、
中川 暢彦、伊神 剛、國料 俊男、横山 幸浩、江畑 智希

- 15 巨大肝嚢胞により通過障害をきたした1例

刈谷豊田総合病院 内科

○田村 匠、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、
久野 剛史、森 裕、稲掛 優介、光松 佑時、佐藤 宏樹、森下 昌史、
斎藤 和輝、河竹 弘貴、水谷 夏香

- 16 直腸癌術後多発肝転移に対して Conversion Surgery を施行した1例

刈谷豊田総合病院 消化器・一般外科

○奥山 晃世、廣川 高久、加藤 龍太郎、庭本 涼佑、吉川 朋佳、
斎藤 健志、上野 修平、今藤 裕之、宮井 博隆、山本 稔、木村 昌弘、
小林 建司、田中 守嗣

17 ダビガトラン起因性食道炎の1例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○香山 朋美、浜島 英司、中江 康之、神岡 論郎、仲島 さより、
久野 剛史、森 裕、稲掛 優介、光松 佑時、佐藤 宏樹、斎藤 和輝、
森下 昌史、河竹 弘貴、水谷 夏香

18 スギ花粉舌下免疫療法による好酸球性食道炎に合併した表在型食道癌の一例

一宮市立市民病院

○関 紗那、側島 友、畑中 景、尾関 良太、山田 純也、吉川 幸愛、
古川 大樹、梶原 彰、山田 健太、松浦 倫三郎、平松 武、金森 信一

19 急性出血性胃潰瘍を契機に診断した前立腺癌食道転移の一例

半田市立半田病院

○酒井 愛雅、杉本 啓之、安藤 祐資、江崎 正哉、尾崎 玄、
青井 有里波、今枝 秀斗、大塚 泰郎

20 亜全周性表在型食道癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術後の狭窄予防目的に薬剤投与
バルーンカテーテルを用いた1例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学 医学部 附属病院 光学医療診療部

○柴田 寛幸¹、古川 和宏¹、廣瀬 崇¹、鈴木 孝弘¹、飛田 恵美子¹、
倉田 祥行¹、田中 仁¹、福沢 一馬¹、石川 恵里¹、澤田 つな騎²、
前田 啓子²、山村 健史¹、中村 正直²、川嶋 啓揮¹

- 21 早期胃癌 ESD 後，過形成性ポリープの出現・増大が診断の契機となった自己免疫性胃炎の 1 例

¹ 岐阜県総合医療センター 消化器内科、² 滋賀医科大学 医学部 病理学講座
○長谷部 那江¹、増田 直也¹、山崎 健路¹、小澤 範高¹、九嶋 亮治²、
山内 和貴¹、小出 香里¹、日野 孝彬¹、村瀬 博幸¹、曾我 淳史¹、
林 冴加¹、入谷 壮一¹、吉田 健作¹、丸田 明範¹、永野 淳二¹、
清水 省吾¹

- 22 Ball valve syndrome を来した PPI 関連胃底腺ポリープの 1 例

静岡県立総合病院 消化器センター 消化器内科

○村松 未来、増井 雄一、大野 和也、川口 真矢、白根 尚文、黒上 貴文、
遠藤 伸也、川合 麻実、松田 昌範、佐藤 辰宣、池田 慎也、平田 太陽、
武田 昌大、上原 慶大、尾崎 友香、馬場 皓大、引地 智基、高橋 春奈、
土壁 千夏

- 23 十二指腸狭窄症状を契機に受診し EUS-FNB が有用であった乳癌腹膜播種の 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

○佐藤 棕、内田 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、神谷 昌宏、服部 智子、
猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、荒木 幸子、小島 尚代、
西垣 信宏、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

- 24 Pocket-creation method においてポケット開放時の出血に対して Gel immersion endoscopy が有用であった 1 例

伊勢赤十字病院 消化器内科

○松嶋 竜太郎、沢 恵美加、大前 啓太、津田 宜之、奥田 裕文、
奥田 彩子、河俣 真由、中村 はる香、久田 拓央、林 智士、
天満 大志、村林 桃士、杉本 真也、亀井 昭

- 25 Subepithelial lesion 様の形態を呈した MSI 型リンパ球浸潤胃癌の 1 例

静岡県立総合病院

○木村 文香、武田 昌大、増井 雄一、村松 未来、高橋 春奈、土壁 千夏、
引地 智基、上原 慶大、尾崎 友香、馬場 皓大、池田 慎也、平田 太陽、
佐藤 辰宣、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

26 胃癌穿孔による膿瘍形成に対し内視鏡下ドレナージが有効であった一例

¹三重大学大学院・医学部 先端的外科技術開発学、

²三重大学大学院・医学部 消化管・小児外科学、

³三重大学大学院・医学部 ゲノム医療部

○市川 崇¹、大井 正貴²、瀧村 麻生²、水野 成²、家城 英治²、
山下 真司²、浦谷 亮²、今岡 裕基¹、北嶋 貴仁³、志村 匡信²、
川村 幹雄²、安田 裕美²、大北 喜基²、吉山 繁幸²、奥川 喜永³、
間山 裕二²、

27 出血コントロールに難渋した免疫性血小板減少症（特発性血小板減少性紫斑病、ITP）を合併した4型進行胃癌の1例

¹高山赤十字病院 内科、²高山赤十字病院 血液内科

○雄山 裕亮¹、渡部 大輝²、早瀬 直輝²、曾我 淳史¹、谷口 裕紀¹、
市川 広直¹、今井 奨¹、白子 順子¹、

28 高度浸潤食道胃接合部神経内分泌癌の1手術例

刈谷豊田総合病院 消化器外科

○齊藤 健志、宮井 博隆、奥山 晃世、加藤 龍太郎、庭本 涼佑、
上野 修平、今藤 裕之、廣川 高久、山本 稔、木村 昌弘、田中 守嗣

29 StageIV 胃癌に対して長期間の化学療法後に Conversion Surgery を施行し根治し得た1例

¹藤田医科大学病院 総合消化器外科、²先端ロボット・内視鏡手術学

○松本 航一¹、中内 雅也²、伊藤 綾香¹、藤田 正博¹、鈴木 和光¹、
梅木 祐介¹、芹澤 朗子¹、田中 毅¹、柴崎 晋¹、松岡 宏¹、
稲葉 一樹²、宇山 一朗²、須田 康一¹

30 進行胃癌に対し Nivolumab 併用化学療法を施行後に副腎不全と間質性肺炎を発症した一例

静岡市立静岡病院消化器内科

○関谷 幸佑、小柳津 竜樹、濱村 啓介、黒石 健吾、長谷川 力也、
鈴木 博貴、木村 領佑、早川 諒祐、菊池 恵介、川口 大貴、
横山 翔平、杉浦 直輝、小林 祐紀

31 胃癌：血管破格症例に対するロボット支援手術の有用性

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学

○井上 右喬、佐川 弘之、小川 了、辻 恵理、藤田 康平、齊藤 正樹、
原田 真之資、伊藤 直、早川 俊輔、瀧口 修司

32 十二指腸穿孔を来した腸石による輸入脚症候群の1例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

○加藤 龍太郎、齊藤 健志、奥山 晃世、庭本 涼佑、吉川 朋佳、
上野 修平、今藤 裕之、廣川 高久、宮井 博隆、山本 稔、木村 昌弘、
小林 建司、田中 守嗣、

33 腸石による十二指腸水平脚憩室炎の一例

¹名古屋市立大学 消化器外科、

²名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

○宮本 めぐみ¹、社本 智也¹、山本 誠也¹、楠戸 夏城¹、植松 宏¹、
藤幡 士郎¹、安藤 菜奈子¹、大久保 友貴¹、平野 敦之²、原 賢康¹、
松尾 洋一¹、三井 章¹、瀧口 修司¹

34 腹腔鏡下胃部分切除を施行した胃神経線維腫症の1例

¹名古屋市立大学 東部医療センター、²名古屋市立大学病院

○桐原 遥河¹、上原 侑里子¹、高阪 重行¹、林 祥平¹、前田 祐三¹、
志賀 一慶¹、田中 達也¹、原田 幸志朗¹、小川 了²、高橋 広城²、
松尾 洋一²、三井 章²、瀧口 修司²

35 Vater 乳頭部癌と鑑別困難だった潰瘍性大腸炎関連限局性炎症の一例

¹浜松医科大学附属病院 第二外科、²磐田市立総合病院 消化器外科、

³浜松医科大学付属病院 第一内科

○杉村 朗¹、竹内 裕也¹、森田 剛文¹、武田 真¹、古橋 暁¹、
井田 進也¹、松本 旭生¹、村木 隆太²、杉本 健³、濱屋 寧³

36 術後 11 年を経過して頭蓋底・舌根を含む多臓器転移をきたした胃癌の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

○橋本 真耶佳、森 義徳、松尾 智、矢口 正宏、中井 俊介、前田 英貴、
金岩 弘樹、富田 優作、山口 彩菜、北川 美香、平野 敦之、
木村 吉秀、土田 研司

37 確定診断に苦慮した結核性腹膜炎の一例

豊川市民病院

○福井 尚貴、成田 幹誉人、三崎 大輔、宮崎 友里、市野 由華、
稲垣 勇輝、尾関 貴紀、夏目 まこと、安部 快紀、溝下 勤、佐野 仁

38 鼠径ヘルニアに嵌入した大網に存在した悪性リンパ腫の1例

名古屋市立大学

○中屋 誠一、若杉 健弘、澤井 美里、三井 章、松尾 洋一、瀧口 修司

39 術前診断しえた腹腔神経叢由来巨大神経鞘腫の1例

¹愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 臨床研修科、

²愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 外科、

³名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態病理学、

⁴愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 内科

○村瀬 新武¹、林 祐一²、中野 さつき³、平山 陽太⁴、式守 克容⁴、
百瀬 佑紀⁴、濱野 真吾⁴、高山 宗之²、服部 孝平⁴、伊藤 浩一²、
眞下 啓二²

40 保存的に軽快した小児特発性大網梗塞の1例

名古屋市立大学医学部附属 東部医療センター

○重森 春花、高阪 重行、桐原 遥河、林 祥平、上原 侑里子、
前田 祐三、志賀 一慶、田中 達也、原田 幸志朗、

41 腹腔鏡下脾臓摘出術により診断した脾原発悪性リンパ腫の1例

¹トヨタ記念病院 外科、²トヨタ記念病院 消化器外科

○近藤 響¹、越智 靖夫²、山本 真太郎¹、籠橋 宣彰¹、加藤 匠²、
横井 佑梨²、加古 智弘²、佐藤 怜央²、山川 雄士²、春木 伸裕²

42 5年間の経過を観察しえた膵 Lymphoepithelial Cyst 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

○田村 洋樹、猪飼 千咲、内田 美奈、横井 佑典、三崎 大輔、
神谷 昌宏、佐藤 棕、服部 智子、小林 彩香、中川 真里絵、
庄田 怜加、荒木 幸子、小島 尚代、西垣 信宏、近藤 啓、
伊藤 恵介、林 香月

43 超音波内視鏡下エタノール焼灼療法が著効した症候性膵インスリノーマの1例

¹伊勢赤十字病院、²伊勢赤十字病院 消化器内科、

³伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科

○金森 美帆¹、村林 桃士²、井田 諭³、沢 恵美加²、大前 啓太²、
津田 宣之²、奥田 彩子²、奥田 裕文²、河俣 真由²、松嶋 竜太郎²、
中村 はる香²、久田 拓央²、天満 大志²、林 智士²、杉本 真也²、
亀井 昭²

44 主膵管拡張の変化から術前診断し外科切除に至った High-grade PanIN の1例

名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科

○吉田 陽子、鬼頭 佑輔、安達 明央、久野 佳世子、豊原 祥資、
佐橋 秀典、加藤 晃久、堀 寧、吉田 道弘、片岡 洋望

45 原発巣切除術後6年目に閉塞性黄疸と膵液漏を発症したS状結腸癌膵転移の1例

岐阜県総合医療センター

○山内 和貴、吉田 健作、丸田 明範、長谷部 那江、小出 香里、
日野 孝彬、村瀬 博幸、曾我 淳史、林 冨加、入谷 壮一、
小澤 範高、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

46 groove 膵癌に対する EUS-FNA の現状と課題

藤枝市立総合病院 消化器内科

○大畠 昭彦、吉井 重人、景岡 正信、寺井 智宏、星野 弘典、乾 航、
草間 大輔、丸山 巧、杉本 祥拓、丸山 保彦

47 主膵管狭窄をきたした結核性リンパ節炎の1例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学 医学部 附属病院 光学医療診療部

○熊野 良平¹、石川 卓哉¹、山雄 健太郎¹、水谷 泰之¹、飯田 忠²、
植月 康太¹、高田 善久¹、青井 広典¹、南 喜之¹、高野 宏平¹、
川嶋 啓揮¹

48 原発性硬化性胆管炎に併発した2型自己免疫性膵炎の一例

公立西知多総合病院

○齊藤 玄己、竹山 友章、加藤 賢人、山口 一馬、加古 雄基、
社本 賢昭、澤田 悠太郎、鈴木 悠士

49 ERCP 後膵炎に続発した被包化壊死の保存的治療中に癒着性腸閉塞を合併した一例

静岡市立静岡病院 消化器内科

○小林 祐紀、杉浦 直輝、関谷 幸佑、横山 翔平、川口 大貴、
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、濱村 啓介、小柳津 竜樹

50 慢性膵炎に伴う膵仮性嚢胞に対して経皮的および内視鏡的ドレナージを伴った一例

島田市立総合医療センター 消化器内科

○酒井 宏記、榛葉 俊太郎、長木 紗矢果、綿引 萌花、井口 太郎、
米倉 孝、石橋 浩平、渡邊 晋也、金山 広和、松下 雅広

- 51 十二指腸乳頭部癌術後再発による肝外門脈閉塞症に伴う胆管空腸吻合部静脈瘤出血の一例

松波総合病院

○鳥澤 宗一郎、中西 孝之、荒木 寛司、三好 晃長、亀井 真琴、
牧野 紘幸、長尾 涼太郎、片岡 史弥、奥野 充、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

- 52 ペムプロリズマブが著効し、胆管ステントを抜去することができた肝門部胆管癌の1例
岐阜県立多治見病院

○堀江 純平、岡山 幸平、加藤 圭、祖父江 雅也、水野 智之、
佐々木 謙、濱田 祐輔、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、
蓑輪 彬久、羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

- 53 PTBD チューブの肝被膜下穿通に対して、経皮チューブからのリカバリーに ERCP 用の uneven カテーテルが有用であった一例

¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 磐田市立総合病院 肝臓内科

○鈴木 大二郎¹、金子 淳一¹、西澤 航平¹、平野 雄一¹、丹羽 智之¹、
加藤 敦士¹、滝浪 将貴¹、高橋 百合美²、笹田 雄三²、西野 真史¹

- 54 FCSEMS を用いた EUS-GBD への追加プラスチックステント留置における新規テクニック ～ catheter-puncture method ～

伊勢赤十字病院

○辻 龍佑、村林 桃士、沢 恵美加、大前 啓太、津田 宣之、
奥田 彩子、奥田 裕文、河俣 真由、松嶋 竜太郎、久田 拓央、
天満 大志、林 智士、杉本 真也、亀井 昭

- 55 ガイドワイヤロック機構を備えた新型スコープでの超音波内視鏡下胆管ドレナージ術における被曝量の検討

岡波総合病院

○今井 元、福井 淑崇、勝部 滉平

- 56 腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後診断された低異型度胆嚢内乳頭状腫瘍の1例
名古屋市立大学 消化器外科
○林 祥平、原田 幸志朗、桐原 遥河、高坂 重行、上原 侑里子、
前田 祐三、志賀 一慶、田中 達也、小川 了、高橋 広城、
松尾 洋一、三井 章、瀧口 修司
- 57 術前画像所見で胆嚢捻転症と診断し腹腔鏡下胆嚢摘出術を行なった2例の検討
蒲郡市民病院 消化器外科
○野村 僚、佐藤 幹則、長崎 高也、杉浦 弘典、中村 善則

- 58 重複癌の治療中に認めた転移性肝腫瘍に対し Liquid Biopsy が原発の推定に有用であった 1 例

浜松医療センター 消化器内科

○齊藤 健人、井上 尊史、竹内 悠、佐藤 大輝、樋口 友洋、大庭 行正、
谷 伸也、鈴木 安曇、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁

- 59 S 状結腸がんに伴う腸管嚢胞様気腫症の 1 例

成田記念病院

○馬場 創、坪井 謙、木村 将、葛谷 宙正、柴田 孝弥、栗本 昌明、
小出 肇、神谷 厚、沢井 博純

- 60 Segmental Absence of Intestinal Musculature の部位で穿孔を認めた上部消化管造影検査後のバリウム腹膜炎の 1 例

¹ 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器内科、

² 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器外科

○片岡 史弥¹、中西 孝之¹、荒木 寛司¹、鳥澤 宗一郎¹、三好 晃長¹、
亀井 真琴¹、牧野 紘幸¹、長尾 涼太郎¹、奥野 充¹、河口 順二¹、
浅野 剛之¹、田上 真¹、早崎 直行¹、伊藤 康文¹、杉原 潤一¹、
森脇 久隆¹、富田 栄一¹、東 敏弥²、木村 真樹²

- 61 日本住血吸虫症を診断した一例

名古屋セントラル病院

○山口 皓史、中川 貴之

- 62 ガストログラフィンで駆虫した条虫症の 2 例

名古屋市立大学病院附属みどり市民病院

○酒井 崇、長谷川 千尋、内藤 格、西江 裕忠、浅野 剛、野尻 優

63 血管塞栓術前後の内視鏡所見を確認し得た結腸動静脈奇形の一例

¹ 順天堂大学医学部附属静岡病院、² 伊豆今井浜総合病院内科

○永合 浩己¹、寺井 雄一朗¹、北 祐次¹、長崎 拓巳²、山口 征大¹、
巖 理華¹、池田 裕至¹、佐藤 祥¹、村田 礼人¹、佐藤 俊輔¹、
嶋田 裕慈¹、玄田 拓哉¹

64 粘膜下腫瘍様の形態を呈した大腸アニサキス症の一例

静岡市立静岡病院

○横山 翔平、小林 祐紀、杉浦 直輝、関谷 幸佑、川口 大貴、
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、濱村 啓介、小柳津 竜樹

65 ステロイド治療が奏効し、大腸腺腫を切除し得た Cronkhite-Canada 症候群の一例

JA 愛知厚生連海南病院

○田代 秀仁、奥村 明彦、渡邊 一正、國井 伸、石川 大介、橋詰 清孝、
加賀 充朗、越山 彩香、上田 錠、宮崎 聖大、伊藤 裕三郎

66 関節リウマチに対するトシリズマブの投与が病勢の悪化に関与していたと考えられる好酸球性胃腸炎の1例

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

³ 浜松医科大学医学部付属病院 検査部

○肥爪 海斗¹、松浦 友春¹、石田 夏樹¹、田村 智¹、山出 美穂子¹、
濱屋 寧¹、山田 貴教²、岩泉 守哉³、大澤 恵²、杉本 健¹

67 polyp 切除後に発症した蜂窩織炎性大腸炎の1例

¹ 藤田医科大学病院、² 南生協病院、

³ 操健康クリニック 消化器内科・内視鏡検診センター

○鶴飼 剛史¹、中川 義仁³、村島 健太郎¹、小山 恵司¹、山田 日向¹、
堀口 徳之¹、平山 裕¹、中野 尚子¹、鎌野 俊彰¹、船坂 好平¹、
長坂 光夫¹、宮原 良二¹、奥村 浩二²、牛田 知佳²、古松 了昭²、
廣岡 芳樹¹

68 抗 TNF α 抗体製剤による潰瘍性大腸炎治療中に肺炎球菌による急性感染性電撃性紫斑病を発症した1剖検例

¹ トヨタ記念病院 消化器内科、² トヨタ記念病院 内視鏡科

○長屋 龍太郎¹、三宅 忍幸²、鈴木 貴久¹、石原 誠¹、芳川 昌功¹、
皆森 俊¹、小柳 裕揮¹

- 69 腸回転異常症を伴う横行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半側切除術を施行した1例
豊川市民病院
○山本 真也、寺西 太、堅田 武保、小出 修司、仲井 希、柳田 剛、
山崎 礼雄、鈴木 海太
- 70 Non-rotation type 腸回転異常症を伴うRS直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸
低位前方切除術を施行した1例
名古屋市立大学
○山本 誠也、林 祥平、原 賢康、楠戸 夏城、植松 宏、藤幡 士郎、
安藤 菜奈子、大久保 友貴、社本 智也、三井 章、小川 了、
高橋 広城、松尾 洋一、瀧口 修司
- 71 大腸癌の播種による人工肛門悪性狭窄に対してステント留置を施行した1例
一宮市立市民病院
○畑中 景、側島 友、金森 信一、平松 武、松浦 倫三郎、山田 健太、
梶原 彰、古川 大樹、吉川 幸愛、山田 純也、尾関 良太、関 紗那
- 72 Pagetoid spread を伴う肛門管癌に対して腹会陰式直腸切断術を施行した1例
¹ 浜松医科大学 外科学第二講座、² 浜松医科大学 外科学第一講座、
³ 浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座
○高木 徹¹、倉地 清隆¹、岩瀬 友哉¹、立田 協太¹、杉山 洗裕¹、
小嶋 忠浩¹、赤井 俊也¹、鳥居 翔²、阪田 麻裕¹、森田 剛文¹、
菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、竹内 裕也¹
- 73 先天性第5因子欠損症に合併した盲腸癌の1例
名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科（消化管）
○伴 友弥、梅田 晋一、近藤 剛規、野々垣 彰、伊藤 雄貴、
田中 健士郎、岸田 貴喜、服部 憲史、中山 吾郎、小寺 泰弘

74 小腸 GIST から難治性出血を来した Sturge-Weber 症候群の 1 例

名古屋市立大学医学部付属東部医療センター

○神谷 昌宏、三崎 大輔、内田 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、佐藤 棕、
服部 智子、小林 彩香、猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、荒木 幸子、
西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

75 膝頭部癌術後、胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して門脈ステント留置と側副血行路の
コイル塞栓にて止血を得た一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○土壁 千夏、佐藤 辰宣、村松 未来、高橋 春奈、引地 智基、上原 慶大、
尾崎 友香、馬場 皓大、武田 昌大、池田 慎也、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

76 ダブルバルーン小腸内視鏡にて診断された小腸リンパ管腫の 1 例

藤田医科大学 消化器内科

○小林 真理子、平山 裕、長坂 光夫、鎌野 俊彰、村島 健太郎、
宮原 良二、舩坂 好平、葛谷 貞二、大野 栄三郎、廣岡 芳樹

77 腹痛と下痢を契機にランブル鞭毛虫症と診断された 1 例

地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○内田 智之、大岩 拓矢、加藤 圭、堀江 純平、祖父江 雅也、水野 智之、
濱田 祐輔、佐々木 謙、丹羽 佑介、山田 直晃、岡山 幸平、蓑輪 彬久、
羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

78 胃全摘、Roux-en-Y 再建後、Petersen's ヘルニア、絞扼性腸閉塞を反復した一例

¹三重大学大学院・医学部 卒後臨床研修部、

²三重大学大学院・医学部 消化管・小児外科学、

³三重大学大学院・医学部 先端的外科技術開発学、

⁴三重大学大学院・医学部 ゲノム医療部

○辰巳 一星¹、市川 崇³、大井 正貴²、鳶村 麻生²、水野 成²、
家城 英治²、山下 真司²、浦谷 亮²、今岡 裕基^{1,3}、北嶋 貴仁⁴、
志村 匡信²、川村 幹雄²、安田 裕美²、大北 喜基²、吉山 繁幸²、
奥川 喜永⁴、間山 裕二²

79 穿孔性腹膜炎をきたした小腸憩室の1例

¹トヨタ記念病院 外科、²トヨタ記念病院 消化器外科

○山本 真太郎¹、加古 智弘²、近藤 響¹、籠橋 宣彰¹、加藤 匠²、
横井 佑梨²、佐藤 怜央²、山川 雄士²、越智 靖夫²、春木 伸裕²

一般演題 抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・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 血液透析中の切除不能肝細胞癌患者に対しデュルバルマブ・トレメリマブ併用療法を導入し奏功が得られた 1 例.

名古屋市立大学 大学院 医学研究科 消化器・代謝内科学

○岡本 宜樹、鈴木 孝典、松浦 健太郎、河村 逸外、
藤原 圭、片岡 洋望

【背景】2021 年の肝癌診療ガイドラインでは、複合免疫療法であるアテゾリズマブ・ベバシズマブ併用療法とデュルバルマブ・トレメリマブ療法が一次薬物療法として推奨されている。血液透析患者において免疫チェックポイント阻害薬の治療が奏功した報告は、他癌種では散見するが、肝細胞癌においてはほとんど報告されていない。今回、我々は血液透析中の切除不能肝細胞癌患者に対しデュルバルマブ・トレメリマブ療法を導入し、奏功が得られた稀な症例を経験したので報告する。【症例】70 代男性。【現病歴】末期腎不全により血液維持透析中。肝細胞癌に対して 20XX-2 年に肝 S5 亜区域切除術を施行し、その後 20XX-1 年 4 月に肝 S2/4/8 に多発再発を認め、肝動脈化学塞栓療法や複数の分子標的薬を投与するも病勢の悪化に伴い 20XX 年にデュルバルマブ・トレメリマブ併用療法を導入となった。【臨床経過】血液検査所見では肝障害は認めず、Alb 3.0 g/dl と軽度低下を認め、Child-Pugh score は 6 点であった。治療導入前の腫瘍マーカーは AFP 3251.4ng/mL、PIVKA-2 77826mAU/mL と上昇していた。造影 CT で肝両葉に早期濃染/wash out を呈する多数の腫瘍性病変の他、肺野と縦隔にも腫瘍性病変を認めた。デュルバルマブ・トレメリマブ併用療法を導入し、1 か月後の CT で腫瘍は縮小傾向で、腫瘍マーカーは AFP 2656ng/mL、PIVKA-2 3098mAU/mL と低下した。以後デュルバルマブ単剤治療を継続し、初回導入から 3 か月後の CT で腫瘍はさらに縮小し、RECIST v1.1 より PR と判定、腫瘍マーカーは基準値内であった (AFP 8.0ng/mL、PIVKA-2 9.0mAU/mL)。経過中、治療継続を断念するよう有害事象は認めなかった。【考察】透析患者では心血管系リスクは高く積極的に分子標的薬や血管新生阻害薬は通常使用しにくい現状がある。本症例から血液透析患者に対するデュルバルマブ・トレメリマブ併用療法は非透析患者と同様の投与方法で施行しても忍容性があり、効果も期待できる有用な治療法であると思われるが、今後症例数を重ねて検証を要する。

03 切除不能肝細胞癌に対する Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法後に出現した副腎皮質機能低下症の 1 例

豊橋市市民病院 消化器内科

○石川 充希、内藤 岳人、松原 浩、山田 雅弘、山本 英子、
服部 峻、鈴木 博貴、小池 剛、足立 賢吾、新田 紘一郎、
佐久間 智大、佐野 暢彦、田中 佑典、浦野 文博

【症例】50 歳代、男性【主訴】倦怠感、食思不振【併存症】糖尿病、高血圧、高尿酸血症、高脂血症、逆流性食道炎、慢性大動脈解離【現病歴】202X-1 年、検診の腹部超音波検査にて肝腫瘍を指摘され 202X-1 年 5 月当初診。最大径 4.8 × 4.4cm で両葉に多発する肝細胞癌 (StageIII, T3N0M0) を認めた。Child - Pugh A (5 点) で Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法 (Atezo + Beva) で治療を開始した。経過中、Grade2 の甲状腺中毒症があり一時休業 (5 クール)、Grade2 の尿蛋白があり Atezo のみ施行 (12 クール)、Grade3 の高血圧があり、202X 年 6 月に Atezo + Beva を終了した (計 17 クール)。治療終了時点で 1 病変を除き腫瘍径は縮小し、腫瘍濃染も消失した。残存病変に対して 8 月にラジオ波焼却法を施行し退院。退院 4 日後、全身倦怠感・食思不振にて入院。【入院後経過 1】血液検査にて CRP が 8.61mg/dl と高値であったため CTRX2g / 日投与。CRP 陰転化し退院となった。退院後も倦怠感・食思不振の症状継続し、後日の血液検査にて ACTH2.4pg/ml、コルチゾール 0.73 μg/dl と低値が判明したため 10 月に副腎皮質機能低下症として入院となった。【入院後経過 2】入院 1 日目はプレドニゾン (PSL) 100mg、2 - 3 日目には 60mg、4 - 7 日目には 30mg 点滴投与し、その後 15mg 内服で投与、症状改善を認め 13 日目に退院となった。【退院後経過】202X + 1 年 3 月時点の造影 CT にて多血性病変を認めず経過観察としている。【考察】Atezo + Beva 併用療法のランダム化前向き比較試験である IMbrave150 試験では副腎皮質機能障害の発現は 329 例中 1 例 (0.3%) と稀である。本症例では Atezo + Beva 終了から 2 ヶ月後に発症し、早期診断に至らなかった。PSL 投与により速やかな症状の改善を認めており、倦怠感などの症状出現時に副腎皮質機能低下症を念頭に置く必要がある。【結語】肝細胞癌に対して Atezo + Beva 治療後に副腎皮質機能低下症の 1 例を経験した。

02 切除不能肝細胞癌 (HCC) に対して Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法 1 コース施行し腫瘍崩壊症候群 (TLS) 様の副作用を合併しつつも、コンバージョン切除まで施行した一例

¹ 春日井市民病院 消化器科、² 春日井市民病院 外科

○山本 涼¹、山原 絵里花¹、原田 貴仁¹、小林 由花¹、山本 友輝¹、
水野 祐介¹、林 則之¹、池内 寛和¹、平田 慶和¹、高田 博樹¹、
祖父江 聡²、佐藤 文哉²、渡邊 真哉²

【症例】78 歳 男性【既往歴】高脂血症、高血圧【現病歴】X 年 9 月に体重減少を主訴に当科へ紹介受診した。腹部造影 CT 検査で右葉に 12 × 11cm 大の HCC を疑う占拠性病変を認めた。単発病変であったが下行大静脈に接していた為、外科切除を断念し、化学療法導入方針とした。【経過】X 年 11 月に Atezolizumab + Bevacizumab 療法を初回導入した。第 3 病日に AST1078U/L、ALT938U/L と著明な肝障害を認め、第 5 病日から UA8.2mg/dL と高尿酸血症、第 5 病日から Cre3.04mg/dL と腎障害を認めた。補液負荷を行い、腎障害、肝障害、高尿酸血症は徐々に改善した。カリウム・リンの上昇は認めなく TLS の診断基準を満たさないが、化学療法による腫瘍崩壊に伴う症状と考えられた。腎障害改善後、腹部造影 CT 検査を施行すると腫瘍の大部分の造影効果の消失と腫瘍径の縮小を認めた。化学療法 1 コース施行したのみであったが当院外科と相談し、X + 1 年 3 月に右葉切除・横隔膜・右肺合併切除術を施行した。X + 2 年 4 月現在再発所見は認めていない。【考察】TLS は化学療法開始 3 日前から開始後 7 日以内に高尿酸血症・高カリウム血症・高リン血症の三項目のうち二項目以上を満たすと診断される。本症例は電解質異常を認めなく、診断基準を満たさないが経過から TLS を強く疑う経過であった。HCC に対する化学療法に合併した TLS の報告は散見するが、切除不能 HCC に対して Atezolizumab + Bevacizumab 併用療法 1 コース施行し TLS 様の副作用を合併しつつも、コンバージョン切除まで施行した症例は稀と考えられる為報告する。

04 進行肝細胞癌に一次治療としてデュルバルマブ + トレメリマブ併用療法を行った 5 例

岐阜大学 医学部 消化器病態学

○河邊 昌平、高井 光治、今井 健二、華井 竜徳、三輪 貴夫、
宇野女 慎二、相羽 優志、清水 雅仁

進行肝細胞癌に対する薬物療法として肝がん治療ガイドラインの薬物療法アルゴリズムではアテゾリズマブ + ベバシズマブ併用療法もしくはデュルバルマブ + トレメリマブ併用療法 (STRIDE) が推奨されているが、STRIDE は多彩な免疫チェックポイント関連有害事象 (imAE) が報告されており当院では適応を有害事象出現時に自力で対応・受診できる PS の保たれた症例としている。今回一次治療として STRIDE を行った 5 例について報告する。性別 (男/女) 4/1 例、年齢 66.2 (49-78) 歳、治療効果は (CR/PR/SD/PD) 1/2/0/2 例であった。治療経過は継続中が 2 例、AE 中止が 2 例、PD 中止が 1 例で、Grade3 以上の imAE として皮疹が 4 例、下痢が 2 例、肝障害、出血性膀胱炎がそれぞれ 1 例であった。この中で imAE としてステロイド抵抗性下痢を認めた一例を提示する。【症例】75 歳男性、肝 S6 の 6.4cm を最大に両葉に計 5 個の多血性腫瘍を認め、腫瘍生検で肝細胞癌と診断された。CPS は 5 点で、BCLC B であり、STRIDE を選択した。投与 15 日より 10 回 / 10 日以上の下痢が出現、投与 20 日目に倦怠感、体動困難にて救急外来受診。高度の脱水により急性腎障害も来しており入院加療とした。下部消化管内視鏡検査では回腸末端に発赤とびらんを認め、imAE 腸炎と診断し同日より PSL 60 mg/day (1 mg/kg) で治療を開始した。7 日後に下痢は改善傾向となり PSL 50mg に減量したが、再燃したためインフリキシマブ 300mg の投与を開始した。症状は単回投与で速やかに改善し 24 日後に退院した。治療効果は PR であったが再投与は行わずステロイドを減量しながらレンバチニブを投与中である。【結語】当院ではデュルバルマブ + トレメリマブ併用療法の適応を有害事象出現時に自力で対応・受診できる PS の保たれた症例とし、皮疹については開始時より抗ヒスタミン薬とステロイド外用にて対応している。5 例での奏効率率は 60%と良好であったが、imAE に治療継続が困難な症例も経験した。しかしながら二次治療への移行は全例で可能であり、薬物療法が多数存在する現状では一次治療として選択すべきと考えられた。

05 脈絡膜悪性黒色腫の術後 29 年で肝転移を発症した一例

安城更生病院 消化器内科

○塩沢 昌大、竹内 真実子、山田 政伸、安部 太智、柳原 将希、
亀島 祐貴、杉浦 健太郎、牧野 成彦、榎本 祥吾、竹内 悠祐、
井出 彩、長谷川 一成、林 大樹朗

【症例】77 歳、男性【主訴】右季肋部痛【現病歴】29 年前に右眼脈絡膜悪性黒色腫と診断され、温熱療法と放射線治療の後、右眼の摘出術を施行された。X 年 10 月に健診にて肝機能異常を指摘された。また同時期より右季肋部痛が出現していたため、近医を受診した。CT 検査の結果、肝左葉に 11cm 大の占拠性病変があり、11 月に当院消化器内科へ紹介となった。外来採血にて AST 28 U/L、ALT 25 U/L、LD 509 U/L、ALP 180 U/L、 γ -GTP 77 U/L、T.Bil 0.32 mg/mL と胆道系酵素の上昇を認めた。腫瘍マーカーは CEA 3.4 ng/mL、CA19-9 28 U/mL、AFP 5 ng/mL、PIVKA-II 21 mAU/mL、NSE 28.2 ng/mL と、NSE のみ上昇を認めた。腹部超音波検査・CT 検査・MRI 検査で肝 S4 に境界明瞭で内部不均一な 12cm 大の腫瘍とそれに隣接する 2cm 大の腫瘍が認められた。CT 検査、上下部内視鏡検査より、原発を疑う所見はなく、転移性腫瘍が疑われ、腫瘍生検の方針とした。21G 針で S4 腫瘍より肝腫瘍生検を施行した。採取された検体は肉眼にて黒色調を呈していた。組織は壊死変性が強かったが高度メラニン沈着を認め、悪性黒色腫の肝転移と考えられた。当院皮膚科に紹介し、以後ニボルマブでの治療が行われた。【考察】悪性黒色腫はメラニン産生細胞から発生する悪性腫瘍で、一般的に転移しやすく予後不良な疾患である。脈絡膜悪性黒色腫は皮膚を原発とし、悪性黒色腫で、悪性黒色腫の中では比較的予後良好な疾患であるが、肝転移例の 1 年生存率は 13% と極めて予後不良で、原発の診断から肝転移の診断に至るまでの期間は 5-240 ヶ月、肝転移診断後の平均生存期間は 5-9 ヶ月と報告されている。本症例は原発の診断から肝転移の診断まで 350 ヶ月と非常に長かった。悪性黒色腫の針生検は転移・播種を誘発するため、一般的には禁忌と考えられているが、組織学的確定診断を得ることで適切な治療法が選択できるため、本症例では有用であった。【結語】脈絡膜悪性黒色腫肝転移という非常に稀な一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

07 腹腔静脈シャント留置後に被嚢性腹膜硬化症の合併が疑われた 1 例

¹ 三重大学医学部附属病院 消化器・臓臓内科、² 紀南病院 内科

○新田 淳¹、原田 哲朗²、池田 昂平²、鈴木 寛人²、
阪口 亮平²、中川 勇人¹

【症例】74 歳男性【現病歴】X 年 5 月からアルコール性肝硬変、難治性腹水に対して腹水穿刺、アルブミン製剤投与、腹水濾過濃縮再静注法 (Cell-free and Concentrated Ascites Reinfusion Therapy: CART) を行っていた。頻回な腹水穿刺を要するため、治療抵抗として、同年 12 月 12 日に腹腔静脈シャントを造設した。X + 1 年 7 月よりシャント閉塞による腹水増悪を認めるようになり、その都度シャント交換を行った。X + 2 年 9 月 24 日に腹痛精査の CT で絞扼性小腸閉塞が疑われた。試験開腹を行ったところ、腸管血流は保たれていたが、高度癒着により小腸が一塊になっていた。出血リスクが高く、癒着剥離困難と判断され、閉腹となった。小腸閉塞に対して保存治療を行う方針とし、その後は腸閉塞の軽快と再燃を繰り返した。術後 88 日目に腹膜刺激兆候が出現、CT で腸管拡張と門脈がみられ、急激に状態悪化した。術後 89 日目に永眠された。【考察】被嚢性腹膜硬化症は腹膜透析患者に多いが、腹腔静脈シャントや脳室腹腔シャント留置例での報告も散見される。本患者では、長期の腹腔静脈シャント留置を行っており、CT 所見や術中所見等から被嚢性腹膜硬化症の合併が疑われた。腹腔静脈シャント留置患者では被嚢性腹膜硬化症の合併に留意して診療することが必要と考えられる。

06 当院における薬物性肝障害の症例についての検討

静岡市立静岡病院 消化器内科

○杉浦 直輝、小林 祐紀、関谷 幸佑、横山 翔平、川口 大貴、
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、濱村 啓介、小柳津 竜樹

【背景】薬物性肝障害 (DILI) は種々の病態を含む疾患概念であり、各病態に応じた診断と治療が必要である。日本国内での診断には、日本消化器関連学会週間 2004 のワークショップで提案されたスコアが一般的に使用されているが、これは近年よく見られる免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) が考慮されていない。また DILI は、初診時の ALT 値や ALP 値に基づき、肝細胞障害型、胆汁うっ滞型、混合型に分類される。我々は当施設での DILI 患者の経験をレビューし、その特性について検討した。【患者・方法】2013 年から 2022 年までに、当施設で薬物性肝障害と診断され入院した 34 名の患者を対象とした。この中には、ICI による肝障害を持つ患者 3 名が含まれている。【結果】男性 13 名、女性 21 名、平均年齢 69.1 ± 17.3 歳、ALT 546.9 ± 554.6、ALP 1306.2 ± 1643.2、 γ GTP 457.4 ± 436.7、PT (INR) ± 0.658、Tbil 4.3 ± 4.5。病型別では、肝細胞障害型が 16 名、胆汁うっ滞型が 15 名、混合型が 2 名であった。DLST が実施された 24 例中、18 例が弱陽性～陽性であった。スコアは DLST 陽性者では高く、ICI による肝障害患者では低かった。さらに ALT と ALP の分布を見ると、ALT が高い肝細胞障害型と ALP が高い胆汁うっ滞型は、それぞれ明確に区別された。【考察】DLST には偽陰性者が多いが、それでも有用であった。スコアによる診断は、従来の DILI には適するが、ICI によるものは判別できない可能性が示唆された。また肝細胞障害型と胆汁うっ滞型は、ALT と ALP の値により区別でき、それぞれの病態が大きく異なることが示された。【結論】ICI による DILI の診断には、更なる検討が必要である。また DILI は、肝細胞障害型と胆汁うっ滞型でそれぞれ異なる病態を持つ。

08 門脈大循環シャントによる肝性脳症の 1 例

三重厚生連松阪中央総合病院

○丸山 晶子、稲垣 悠二、江島 景美、留奥 茉由子、上野 哲弘、
村嶋 佑美、浦出 伸治、金子 昌史、直田 浩明、小林 一彦

【症例】80 歳代男性【主訴】異常行動【現病歴】X-1 年 12 月末に歩行異常あり、他院に救急搬送され、高アンモニア血症で入院となった。原因不明も症状改善あり退院となった。X 年 1 月 28 日から同様の歩行異常が出現した。1 月 31 日夕方から応答がおかしく、簡単な計算ができなくなったため救急要請された。来院時眼球結膜や皮膚の黄染なし。羽ばたき振戦を認めた。血液検査では肝胆道系酵素の上昇はないものの、アンモニア 219 μ g/dl と高値を認めた。頭部 CT で有意な頭蓋内病変を認めず。肝性脳症の疑いとして入院の方針となった。【入院後経過】分枝鎖アミノ酸 (BCAA) 点滴を開始し入院 2 日目に意識状態の改善を認めた。入院 4 日目の腹部エコー上は正常肝で、慢性肝炎所見など異常所見は認めなかった。症状改善を認めたもののアンモニア高値であったため、ラクツロース、BCAA の内服を開始した。入院 5 日目の腹部造影 CT で、上腸間膜静脈 (SMV) の著明な拡張と、左腎静脈合流部の直下で下大静脈 (IVC) への流入を認め、門脈大循環シャント (SMV-IVC シャント) による肝性脳症の診断に至った。状態安定が得られたため入院 12 日目に退院となった。根本治療としてバルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術 (BRTO) のため他院紹介となった。紹介先で血管造影が施行され、BRTO を試みたがシャント血管が複数あるためか BRTO の施行が困難と判断された。内服加療で脳症の再発なく経過していることから、内服継続での経過観察の方針となった。【結語】近年、肝性脳症の成因分類は世界消化器病学会の国際分類が用いられている。急性肝不全によるもの (A 型)、門脈大循環シャントによるもの (B 型)、肝硬変によるもの (C 型) の 3 つに分類されるが、そのうち肝外シャント血管による肝性脳症は見落とされがちな疾患のひとつであり、慢性で反復性の意識障害を呈する患者では念頭に置く必要がある。異常行動を契機に、肝硬変を合併しない門脈大循環シャントによる肝性脳症をきたした症例を経験したため報告する。

09 門脈圧亢進症を認めた歌舞伎メーキャップ症候群の一例

名古屋大学 医学部付属病院 紹介内科学

○鈴木 貴也、伊藤 隆徳、佐原 和規、水野 史崇、松田 宜賢、
山本 崇文、大飼 庸介、水野 和幸、横山 晋也、山本 健太、
今井 則博、石津 洋二、本田 隆、川嶋 啓揮

【症例】16歳男性。【既往歴】歌舞伎メーキャップ症候群、特発性血小板減少性紫斑病、てんかん【現病歴】1歳時に歌舞伎メーキャップ症候群と診断され当院小児科に通院していた。経過観察目的のCT検査で食道静脈瘤を指摘され当院消化器内科に受診した。【経過】初診時の血液生化学検査はAST 58 U/L、ALT 116 U/L、ALP 840 U/L、 γ -GTP 56 U/L、T-Bil 0.9 mg/dLと肝胆道系酵素の上昇を認めたほかウイルス性肝疾患、自己免疫性疾患などの関与は否定的であった。腹部超音波検査は辺縁の鈍化、内部エコー性状の粗雑化を認め左葉の腫大、右葉の萎縮もあることより肝硬変に矛盾しない所見であった。上部消化管内視鏡検査でLiF1CbRC0の食道静脈瘤を認め上記より肝硬変による門脈圧亢進症、食道静脈瘤と診断した。原因検索目的で肝生検を施行したが門脈域の炎症、胆汁うっ滞の所見ほか原因を示唆する所見に乏しかった。その後定期的なCT検査、上部消化管内視鏡検査を施行し初回診察より3年後に上部消化管内視鏡検査でLmF2CbRC0の食道静脈瘤およびLg-cF2CbRC0の胃静脈瘤を認めたため食道静脈瘤硬化療法を施行した。以後定期的な検査を継続した。歌舞伎メーキャップ症候群はKMT2Dのヘテロ接合体病的バリエーションもしくはKDM6Aのヘミ接合体病的バリエーション、特徴的顔貌を有する先天性疾患として知られる。日本における有病率は出生数32000人に1人と非常にまれな疾患であり、報告例は限られている。既存の報告例で肝障害をきたしたものは散見されるが、門脈圧亢進をきたした症例は報告例がなく文献的考察を加えて報告する。

11 悪性リンパ腫の化学療法を契機に発症したHCV再活性化によるC型慢性肝炎の治療例

桑名市総合医療センター 消化器内科

○山本 あゆみ、大矢 由美、吉兼 祐介、村田 亮介、
浦吉 俊輔、泉 道博、中川 直樹、石田 聡

【症例】85歳女性【既往歴】50代C型肝炎（治療なし）、高血圧【現病歴】20XX年10月悪性リンパ腫と診断。前医にて治療前ALT18、HCV抗体陽性、HCV-RNA1.8logIU/ml、HBc抗体陽性、HBs抗体陰性、HBV-DNA陰性、11月から20XX+1年3月までリツキシマブを含む全身化学療法（R-miniCHOP療法）を6コース施行された。治療中HBV-DNAは陰性であったがHCV-RNA5.9logIU/mlと上昇し、化学療法終了後、ウイルス性肝炎の経過観察目的で20XX+1年5月当科紹介受診。ALT48U/ml、HCV-RNA4.9logIU/ml、HCV grouping 2、抗核抗体・抗ミトコンドリア抗体陰性、腹部USにて慢性肝障害変化はわずかで脂肪肝所見や腫瘍性病変を認めず、化学療法終了後も肝障害が遷延しているため、HCV再活性化によるC型慢性肝炎の増悪と考えた。20XX+1年8月よりグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル（GLE/PIB）を8週間投与し、投与開始4週以降HCV-RNA陰性およびALT11U/ml以下を維持している。【考察】HCV感染者に対する免疫抑制療法や化学療法によりHCVの再活性化や肝炎増悪が報告されているが、現時点で本邦には明確な指針は存在しない。しかし悪性リンパ腫を含む血液悪性腫瘍患者やリツキシマブ・高容量ステロイド使用ではHCV再活性化のリスクが高いことが明らかにあり、これらの薬物療法時には、薬物有害事象による肝障害やHBV再活性化のみならずHCV再活性化の可能性も十分考慮すべきと考えられた。本症例は通常のC型慢性肝炎の治療と同様にGLE/PIB8週間投与を選択したが、免疫抑制剤を使用する肝移植後再発例の治療指針にてGLE/PIBは推奨されている。HCV再活性化による肝炎増悪の治療報告症例は少なく貴重な症例であった。

10 重症アルコール性肝炎に対して内科的治療が奏功した一例

三重県厚生農業協同組合連合会 松阪中央総合病院

○留奥 茉由子、稲垣 悠二、江島 景美、上野 哲弘、
村嶋 佑美、浦出 伸治、金子 昌史、直田 浩明、
小林 一彦

【症例】50歳代女性【主訴】腹部膨満、黄疸、発熱【既往歴】高血圧、糖尿病、X-2年にマロリーワイス症候群【内服薬】なし【嗜好歴】飲酒：9%のアルコール飲料を多量に飲んでいたが詳細量不明、喫煙：なし【現病歴】X年Y月7日から悪寒がありY月10日に発熱、腰部痛のため近医を受診したところ、黄疸と腹部膨満を指摘され同日当院救急外来を紹介受診した。当院来院時、37.7度の発熱、全身黄疸と腹部膨満を認め、血液検査ではT-Bil: 19.90mg/dl、D-Bil: 13.91mg/dl、AST: 406IU/L、ALT: 114IU/L、 γ -GTP: 241IU/L、WBC: 9200/ μ L、CRP: 6.52mg/dlと肝胆道系酵素と炎症反応の上昇を認めた。腹部CTにて肝萎縮と大量腹水を認めた。X-2年に当院受診時にアルコール性肝硬変を疑われており、acute on chronic liver failureにて入院加療となった。【経過】入院後より利尿剤、分岐鎖アミノ酸製剤の投与を開始した。また炎症反応上昇を認めたため、フォーカスは明らかにセフトラゾールの投与を開始した。トランスアミナーゼは入院後徐々に改善傾向であったが、ビリルビンはさらに上昇し、腎障害も認めた。血液培養などから明らかな感染を疑う所見は乏しく、重症アルコール性肝炎と考えY月15日よりメチルプレドニゾロンによるステロイドパルス療法を実施した。ステロイドパルスによりビリルビン、トランスアミナーゼは改善傾向であったため、プレドニゾロン40mgに変更し漸減していった。また、経過途中で意識障害をきたし肝性脳症を合併したが、ラクツロース注腸、分岐鎖アミノ酸の点滴製剤を投与し改善を認めた。状態安定しY+1月15日に自宅退院となった。【考察】重症アルコール性肝炎は3ヶ月以内の致死率が約3割と非常に予後不良な疾患である。診断基準はアルコール性肝炎重症度（JAS）スコア10点以上とされており、本症例は13点とその基準を満たしており迅速な治療が必要であった。重症アルコール性肝炎の治療は確立されていないが、副腎皮質ステロイドの有用性が示されている。本症例でもステロイドなどの内科治療を行い救命し得た。

12 術前に悪性嚢胞性腫瘍を疑い、腹腔鏡下右肝切除術を行った肝内結石症の1例

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科

○水上 拓哉、種村 彰洋、長谷川 文哉、小松原 春菜、
野口 大介、伊藤 貴洋、早崎 碧泉、藤井 武宏、飯澤 祐介、
村田 泰洋、栗山 直久、岸和田 昌之、水野 修吾

肝内結石症は、胆管炎や肝膿瘍の原因となり、肝内胆管癌を合併する。一方、肝嚢胞性疾患は良悪性を含めしばしば術前診断が困難である。今回、術前に悪性肝嚢胞性腫瘍を疑い、腹腔鏡下右肝切除術を行った肝内結石症の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は80歳女性。主訴はなし。高血圧、糖尿病に対して毎年画像フォローされており、X年5月のCT画像検査にて、肝右葉に嚢胞性病変を指摘された。近医にて精査のCT、MRI画像検査を行ったところ、肝S7領域に径42x33mmの嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞壁は肥厚し造影効果を伴っており、腫瘍より末梢の胆管は拡張していた。嚢胞性腫瘍の可能性も疑われ、当院肝臓内科に紹介となった。来院時採血検査の腫瘍マーカーではCEAは2.4ng/ml、CA19-9は6.2U/mlと正常であった。EOB-MRI画像検査では嚢胞性腫瘍は内部不均一であり、T2強調画像で低信号、T1強調画像で高信号を認め、拡散強調画像では嚢胞壁、内部の構造ともに拡散制限わず増強効果は乏しい所見であった。出血を伴った肝嚢胞が疑われたものの、末梢胆管の拡張を伴っており、鑑別としてIPNB、MCNなどの嚢胞性腫瘍も挙げられた。悪性が否定できず切除の適応と判断され、当科紹介となった。肝予備能に問題なく、腹腔鏡下右肝切除術、胆嚢摘出術を施行した。腫瘍は一部後腹膜へ癒着しており後腹膜を切離した。また前・後区域、グリソンに近接しており、個別処理法にて肝門処理を行った。胆管切離では術中胆道造影にて右肝管を確認し切離した。病理検査結果では、内部に無数の黒色結石を貯留した嚢胞性病変を認めた。嚢胞壁は胆管上皮で裏打ちされ、嚢胞内には肉眼的、組織学的に腫瘍性病変は認めず、肝内結石症と診断された。術後経過は良好で、合併症なくPOD11に退院となった。今回術前に悪性肝嚢胞性腫瘍を疑った肝内結石症に対して、腹腔鏡下に低侵襲に右肝切除を遂行することができた。

13 肝血管腫が肝膿瘍化し Edwardsiella tarda が検出された 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
○三崎 大輔、内田 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、神谷 昌宏、佐藤 暲、服部 智子、小林 彩香、猪飼 千咲、庄田 怜加、中川 真里絵、荒木 幸子、西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

【緒言】肝血管腫は原発性肝腫瘍において最も頻度の高い良性腫瘍であり、無症状で画像検査にて偶然発見されることが多く、通常は治療対象になることはない。肝血管腫の膿瘍化は非常にまれであり、さらに肝膿瘍から E. tarda が検出された報告はないため文献的考察を加え報告する。【症例】55 歳男性で膵頭部癌のため膵頭十二指腸切除、胆管空腸吻合後に化学療法歴はあるが、有害事象はなく経過良好であった。今回、数日継続する高熱を訴え受診し、採血で胆道系酵素は正常であったが炎症反応高値を認めた。CT で肝膿瘍を認め、その部位は以前から指摘されている血管腫と一致した。肝膿瘍に対し PTAD を施行し膿瘍培養から Edwardsiella tarda (以下、E. tarda) が検出された。後日、PTAD からの膿瘍造影で末梢胆管との交通を認めたが、保存的治療により肝膿瘍は改善し PTAD 抜去後、第 11 病日に退院可能であった。【考察】肝血管腫の膿瘍化について、「肝血管腫」、「肝膿瘍」、「炎症」、「hemangioma」、「liver abscess」、「hepatic abscess」、「infection」を Key word とし医学中央雑誌 (1983 ~ 2023 年) および PubMed (1965 ~ 2023 年) で検索した限りでは 7 例と少なく、extremely rare event of an infected hemangioma と記述されている。また、E. tarda は溶血性毒素を有する水生生物の腸内常在菌の嫌気性グラム陰性桿菌であり、基本的にヒトへの感染は稀で、感染経路も不明なことが多いとされる。E. tarda の大規模調査では基礎疾患として肝胆道系疾患が寄与する可能性が報告されている。本症例も膵頭十二指腸切除による胆管空腸吻合の既往があること、PTAD 後の造影で胆管との交通を認めたことから、E. tarda の感染経路は経胆道性が高いと考えた。【結語】肝血管腫の膿瘍化は非常に稀であり、E. tarda が肝膿瘍から検出された報告はないため報告した。本症例は日本消化器病学会雑誌に投稿し、2024 年 2 月 8 日に受領 (JJSJG-23-0143.R2) されておりますが、未発表です。

15 巨大肝嚢胞により通過障害をきたした 1 例

刈谷豊田総合病院 内科
○田村 匠、仲島 さより、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、久野 剛史、森 裕、稲掛 優介、光松 佑時、佐藤 宏樹、森下 昌史、斎藤 和輝、河竹 弘貴、水谷 夏香

【症例】61 歳、男性。【主訴】腹痛、嘔吐。【既往歴】左網膜剥離、尿路結石、高血圧、肝嚢胞。【現病歴】X-13 年に貧血精査で当科を受診。腹部 CT にて偶発的に 6cm の肝嚢胞を指摘され経過観察としたが自己中断した。X 年に腹痛と頻回嘔吐が出現し当院救急外来を受診した。腹部は膨満しており全体に自発痛を認めたが圧痛はなかった。WBC 13300/μl、CRP 1.27mg/dl、BUN 33.1mg/dl、Cre 1.66mg/dl と軽度の炎症と腎障害を認めた。超音波検査では肝右葉に 23cm の嚢胞を認めた。単純 CT では巨大肝嚢胞が十二指腸を圧排し、胃が拡張、残渣が停滞していた。MRI では嚢胞は内部均一で T2WI で高信号を呈した。以上より巨大肝嚢胞による通過障害と診断し入院となった。第 1 病日に胃管を挿入し減圧処置を行い、第 2 病日に経皮経肝肝嚢胞ドレナージを施行したところ黄色透明の嚢胞液が合計約 6.4L 程度引けた。第 8 病日に腹腔鏡下肝嚢胞開窓術を施行し、第 12 病日に退院となった。【考察】肝嚢胞の合併症は比較的低く、その多くは出血、感染、破裂であり通過障害は非常に少ない。治療は硬化療法や手術が選択肢となる。本症例は重篤な基礎疾患がなく、硬化療法では入院が長期化する懸念があり、ドレナージ後、準緊急で手術を施行する方針とした。

14 Kasabach-Merritt 症候群を合併した巨大肝血管腫の 1 例

名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科
○川上 裕子、川勝 章司、水野 隆史、山口 淳平、林 真路、尾上 俊介、高見 秀樹、砂川 真輝、渡辺 伸元、田中 晴祥、馬場 泰輔、中川 暢彦、伊神 剛、國料 俊男、横山 幸浩、江畑 智希

症例は 54 歳、女性。約 4 年前から他院で経過観察されていた無症候性肝血管腫が増大傾向となり、腹痛が出現したため当院へ紹介となった。造影 CT では、肝右葉を占拠する 20 × 12cm 大の巨大肝血管腫を認め、肝周囲には腹水貯留を伴っていた。下大静脈は腫瘍による圧排で狭窄し、右横隔膜挙上による圧排性無気肺を認めた。当院来院時の血液検査所見では、Hb 8.9g/dL と軽度の貧血を認めたが、Plt 234000/μL と血小板は正常範囲内に保たれていた。また PT 67.8%、Fibrinogen 209mg/dL、FDP 245.1 μg/mL、D-dimer 124.3 μg/mL と凝固異常を来しており、急性期播種性血管内凝固症候群と考えられた。以上より、Kasabach-Merritt 症候群を合併した巨大肝血管腫と診断し、トロンボモデュリン製剤の持続点滴により凝固機能を補正し、初診から約 2 週間後に肝右三区域切除を施行した。巨大な腫瘍のため視野確保が困難だったが、逆 T 字切開に胸骨縦切開を追加することで、肝門の視野展開が可能となった。下大静脈の圧排のため中心静脈圧が高く、易出血性であったが流入血管を順次処理することで腫瘍の緊満感は低下し、徐々に操作が容易となった。摘出標本の重量は 4420g、術中出血量は 3949mL、手術時間は 585 分であった。術中に赤血球 12 単位、新鮮凍結血漿 12 単位を投与した。術後は胆汁瘻、胸水貯留などを認めたものの保存的に改善し、術後 27 日目に退院となった。病理診断は海綿状血管腫であり、悪性所見は認めなかった。肝血管腫の手術適応は明確には確立されていないものの、巨大肝血管腫では Kasabach-Merritt 症候群を発症し、重篤な病態となる可能性があるため、無症状であっても機能的切除を検討する必要があると考えられた。また本症例は安全に手術操作を遂行するうえで、胸骨縦切開が非常に有用であった。示唆に富む 1 例であると考えられ、文献的考察を加えて報告する。

16 直腸癌術後多発肝転移に対して Conversion Surgery を施行した 1 例

刈谷豊田総合病院 消化器・一般外科
○奥山 晃世、廣川 高久、加藤 龍太郎、庭本 涼佑、吉川 朋佳、斎藤 健志、上野 修平、今藤 裕之、宮井 博隆、山本 稔、木村 昌弘、小林 建司、田中 守嗣

大腸癌は転移再発に対しても積極的な切除で予後改善が見込まれる癌種の一つである。今回切除不能と判断した症例に対して化学療法が奏功し切除しえた 1 例を経験したため報告する。症例は 68 歳男性。直腸癌に対し X 年にロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術、両側側方郭清を施行した。X+1 年の CT で傍大動脈リンパ節転移再発を認めた。切除を前提に精査を進めている際、両葉に広がる多発肝転移が出現し、切除不能と判断した。心臓弁膜症手術の既往から抗血管新生阻害薬の使用は阻まれ、FOLFOXIRI を計画した。6 コース施行し腫瘍は残存するものの縮小は得られていた。好中球減少などから FOLFOX へ変更、6 コース施行した。肝転移は 2 か所のみとなり、傍大動脈リンパ節も切除可能と判断し X+2 年、腹腔鏡下肝 S3 部分切除+傍大動脈リンパ節摘出術を施行した。病理組織診断でいずれも遺残腫瘍は認めず pCR であった。肝切除後 8 カ月が経過した現在、無再発生存中である。化学療法の進歩により Conversion 手術が可能な症例が増えているが、施設毎の適応や手術時期などに関して、統一した基準はない。今回我々は大腸癌多発転移に対して Conversion 手術を施行し pCR を得た 1 例を経験したため報告する。

17 ダビガトラン起因性食道炎の1例

刈谷豊田総合病院 消化器内科

○香山 朋美、浜島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、
仲島 さより、久野 剛史、森 裕、稲掛 優介、光松 佑時、
佐藤 宏樹、斎藤 和輝、森下 昌史、河竹 弘貴、水谷 夏香

【症例】74歳、男性。【主訴】胸部違和感。【既往歴】心房細動、心室性期外収縮、高血圧症、脂質異常症、高尿酸血症、糖尿病、胃底腺ポリプ、逆流性食道炎、食道裂孔ヘルニア、小腸潰瘍。【現病歴】心房細動、心室性期外収縮に対して他院でX-12年よりdabigatran（110mg × 2/日）、lansoprazole（15mg/日）、atorvastatin、carvedilol等を内服していた。X-8年より当院で小腸潰瘍（回腸末端の潰瘍で自然消滅）の経過観察を行い、毎年のEGDでは逆流性食道炎（Grade M）、胃底腺ポリプ、食道裂孔ヘルニアを認め、臨床経過は良好であった。X-1年頃から、食後に食塊が胸骨付近に引っかかる違和感を自覚していた。X年6月のEGDでは特に著変なく、症状は自然軽快するため経過観察していたが、X年9月頃から増悪傾向であった。X年12月のCTでは、胸部中部～下部食道の壁肥厚を認め、X年12月のEGDでは、胸部中部から下部食道に糜爛と縦走する白色の膜様物の付着を認めた。以上より、ダビガトラン起因性食道炎（dabigatran induced esophagitis：DIE）と診断した。Dabigatran 休薬の判断が困難であったため、その内服は継続し、内服時間の指導と胃薬の強化を実施した。患者への問診で食後に大量の水分でdabigatranを内服していたことが明らかとなり、dabigatranは食前または食中に内服し、違和感が無くなるまで水分を大量に摂取する。更に内服後は座位を保ち、すぐに就寝しないように指導した。同時に、lansoprazole（15mg/day）を追加し、polaprezinc（150mg/day）を併用した。速やかに症状は改善し、X+1年1月のCTでは、食道壁肥厚の明らかな改善を認めた。その後の経過では、dabigatran内服直後に引っかかるような違和感を自覚しても、食事や水分を摂取することで症状は速やかに改善していた。【考察】自験例は糖尿病が既往にあり、糖尿病による蠕動運動低下がDIE発症の契機となったと推察された。胸部の違和感や胸やけなどの症状が出現した際は、dabigatranは食前、食中に内服し、十分な水分摂取を実施することで、DIEを予防することができると考えられた。

19 急性出血性胃潰瘍を契機に診断した前立腺癌食道転移の一例

半田市立半田病院

○酒井 愛雅、杉本 啓之、安藤 祐資、江崎 正哉、尾崎 玄、
青井 有里波、今枝 秀斗、大塚 泰郎

【症例】81歳、男性【既往歴】高血圧症、虫垂炎、アルコール性肝炎【現病歴】去勢抵抗性前立腺癌、骨転移にて泌尿器科通院中の方で化学療法（ドセタキセル）開始後に高度貧血を認め入院となった。第4病日に黒色便を認めたため第5病日に消化器内科へ紹介となり、同日上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行した。EGDでは胃角部から胃体部にかけて多発性の潰瘍性病変を認め、胃角部小弯の凝血塊および露出血管を伴う潰瘍性病変に対しては凝固止血を行った。同日、ポロプラザンの内服を開始した。第8病日のEGD再検では出血所見はなかったが、潰瘍性病変は全体に粘膜下腫瘍様に隆起し増大様となっており、さらに食道胃接合部には10mm大の粘膜下腫瘍様隆起性病変を認めたため、それぞれの病変より生検を行った。その後、貧血の進行はなく、第11病日に退院となった。退院10日後に自宅で吐血し体動困難となり救急搬送され、緊急EGDで出血性胃潰瘍の再発を認め凝固止血とクリップ止血を施行し入院加療となった。【経過】前回入院時に施行したEGDでの生検病理結果では胃潰瘍性病変で悪性所見はみられなかった。食道胃接合部の隆起性病変の生検病理所見では、異型細胞の小集簇、免疫染色でPSA陽性を認め、前立腺癌の食道転移の診断となった。第2病日にEGD再検を行い、止血術を行った潰瘍性病変から生検を施行した。生検病理結果では悪性所見はみられなかった。食事再開後、貧血進行なく第8病日に退院となった。【考察】前立腺癌の転移臓器はリンパ節、骨、肺、肝臓が好発臓器だが、食道転移の報告は少ない。本症例はポロプラザン内服していたにもかかわらず胃潰瘍からの再出血を来したことや、食道の隆起性病変の生検組織から前立腺癌の転移の診断となったことから、胃潰瘍性病変についても前立腺癌の胃転移を強く疑う経過であった。消化管に転移する前立腺癌の稀な症例を経験したので、文献的考察を合わせて報告する。【結語】急性出血性胃潰瘍を契機に診断した前立腺癌食道転移の一例を経験した。

18 スギ花粉舌下免疫療法による好酸球性食道炎に合併した表在型食道癌の一例

一宮市立市民病院

○関 紗那、側島 友、畑中 景、尾関 良太、山田 純也、
吉川 幸愛、古川 大樹、梶原 彰、山田 健太、松浦 倫三郎、
平松 武、金森 信一

【はじめに】好酸球性食道炎（EoE）は食道粘膜上皮に好酸球浸潤を認める慢性アレルギー疾患で、食物抗原・吸入抗原等の関与が指摘されている。近年アレルギー性疾患に対する治療である舌下免疫療法が普及し、その副作用としてEoEが生じることが報告されている。今回我々はスギ花粉舌下免疫療法であるシダキュアによるEoEに表在型食道癌を合併した症例を経験したので報告する。【症例】症例は飲酒歴・喫煙歴のない50代女性。数年前よりスギ花粉症に対してシダキュアで減感作療法を行っていた。前医で除菌後の経過観察目的で施行された上部消化管内視鏡検査にて食道癌が疑われ当院紹介となった。当院での上部消化管内視鏡検査では切歯から25cmに浅い陥凹性病変を認め、食道全体に粘膜白濁と縦走溝を認めた。生検では陥凹部に一致して扁平上皮癌を認めるとともに、白濁した粘膜からは100個/HPF以上の好酸球浸潤を認めた。自覚症状はないものの、EoEと診断し、その原因としてシダキュアを疑い、シダキュアを中止し2か月後に上部消化管内視鏡検査を再検した。食道の炎症所見は改善し、生検でも好酸球浸潤はごくわずかとなっていた。その後、食道癌に対してESDを行いT1a-EPの扁平上皮癌であった。現在外来で経過観察中である。【考察】本症例ではシダキュア中止のみですみやかに内視鏡・病理所見の改善が得られたことからシダキュアが原因のEoEと診断した。スギ花粉症は本邦特有の疾患で、その治療として舌下免疫療法を受ける患者は増加している。EoEと診断した際にはその原因として舌下免疫療法の有無にも着目する必要があると考える。EoEはその慢性炎症性の存在にもかかわらず食道癌のリスクとはならないと報告されているが、本症例では飲酒・喫煙歴など食道癌のリスク因子は認めていない。今回EoEに食道癌が合併したまれな症例を経験したため、若干の文献学的考察を加えて報告する。

20 亜全周性表在型食道癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術後の狭窄予防的に薬剤投与とバルーンカテーテルを用いた1例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学 医学部 附属病院 光学医療診療部

○柴田 寛幸¹、古川 和宏¹、廣瀬 崇¹、鈴木 孝弘¹、
飛田 恵美子¹、倉田 祥行¹、田中 仁¹、福沢 一馬¹、
石川 恵里¹、澤田 つな騎²、前田 啓子²、山村 健史¹、
中村 正直²、川嶋 啓揮¹

【背景】深達度T1aまでの表在型食道癌に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は根治性や安全性が高いことから多くの施設で実施されている。しかしながら、切除範囲が半周を超えると、狭窄のリスクが上昇することが知られており、狭窄予防策としてESD後潰瘍底へのトリアムシロン局注やステロイド全身投与が行われている。局所投与では、専用の穿刺針を用いて、少量ずつ粘膜下層へ局注することが一般的である。しかし、筋層へ穿刺しないよう慎重に粘膜下層に局注する必要があり、少量ずつを局注するため穿刺回数が多くなることから煩雑かつ時間を要することが欠点である。今回我々は、独自に開発した薬剤投与とバルーンカテーテルを用いて、食道ESD後の狭窄予防を目的としたトリアムシロン局所投与を世界で初めて行ったため、ここに報告する。【症例】64歳 男性【主訴】なし（健診異常）【既往歴】なし【現病歴】20XX年健診上部消化管内視鏡検査にて胸部中部食道に長径50mm大、約4分の3周性の発赤調の不整形陥凹性病変を認めた。生検にて扁平上皮癌、内視鏡所見から深達度LPMと診断した。ESDを実施し、偶発症なく一括切除を行った。切除範囲が亜全周となったため、上述の薬剤投与とバルーンカテーテル（Micro-Hole Hero Balloon）を使用しトリアムシロン局注を行った。トリアムシロンの粘膜下層への圧着は非常に良好であり、従来の局注法と比較して著明に短時間で均一に投与が可能であった。治療1か月後の上部消化管内視鏡検査では、狭窄を認めておらず、良好な狭窄予防効果が得られていた。【結語】Micro-Hole Hero Balloonは従来の局注針を用いた局注法と比較して、半周以上の表在型食道癌ESD後の狭窄予防を目的としたトリアムシロン投与を短時間で安全に行うことが可能であった。

21 早期胃癌 ESD 後、過形成性ポリープの出現・増大が診断の契機となった自己免疫性胃炎の 1 例

¹ 岐阜県総合医療センター 消化器内科、
² 滋賀医科大学 医学部 病理学講座
 ○長谷部 那江¹、増田 直也¹、山崎 健路¹、小澤 範高¹、
 九嶋 亮治²、山内 和貴¹、小出 香里¹、日野 孝彬¹、
 村瀬 博幸¹、曾我 淳史¹、林 冨加¹、入谷 壮一¹、
 吉田 健作¹、丸田 明範¹、永野 淳二¹、清水 省吾¹

【症例】60 歳代男性。【既往歴】早期胃癌 ESD (20XX-3 年, 前庭部後壁, 治癒切除。)。胃腺腫内視鏡治療 (20XX-2 年, 体中部後壁)。ヘリコバクターピロリ (HP) 除菌 (20XX-2 年)。慢性心不全。埋め込み型除細動器留置後。高血圧。2 型糖尿病。【嗜好】アルコール: ビール 350ml, 2 日に 1 回, 喫煙: 20 本 / 日, 40 歳まで。【内服薬】カンデサルタン, フェブキソスタット, アゾセミド, カルベジロール, テネリグリブチン, エンバグリフロジン。【主訴】なし【現病歴】早期胃癌, 胃腺腫の内視鏡治療後のサーベイランスとして 20XX 年, 上部消化管内視鏡検査を施行。20XX-3 年に施行した前庭部後壁の ESD 部位に, 増大傾向を呈する約 20mm の白苔を有する発赤調の亜有茎性隆起病変を認めた。NBI 拡大観察では不整な粘膜構造は認めず, 過形成性ポリープと診断した。体中部後壁の内視鏡治療部位には癌痕形成のみで過形成性変化は認められなかった。増大する過形成性ポリープの所見から, 自己免疫性胃炎 (AIG) の存在を念頭に内視鏡観察を行った。背景粘膜は広範囲な萎縮を認め, 固着粘液を認めた。前庭部には腸上皮化生を認めた。生検で発赤隆起は腺窩上皮型過形成性ポリープと診断。前庭部大彎, 体部大彎には腸上皮化生が拡がり, 病理組織学的評価が困難であったが壁細胞抗体 160 倍, ガストリン 425.9 pmol/mL と高値を呈し, AIG と診断した。【考察】胃遠位部の内視鏡治療後に発生する隆起病変は polypoid nodule scar (PNS) と呼ばれ, 発生率は約 3% とされる。PNS が発生する機序として, 胃粘膜損傷修復過程での過剰粘膜再生, 蠕動運動による物理的刺激, 酸分泌抑制薬によるガストリン濃度の上昇が挙げられている。AIG が背景にある場合, 高ガストリン血症により本症例のような病態を呈することが予想される。【結語】胃の内視鏡治療部位に増大する過形成性病変に遭遇した際には AIG の存在を念頭に置く。

23 十二指腸狭窄症状を契機に受診し EUS-FNB が有用であった乳癌腹膜播種の 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
 ○佐藤 栂、内田 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、神谷 昌宏、
 服部 智子、猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、荒木 幸子、
 小島 尚代、西垣 信宏、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

【緒言】一般的に乳癌の遠隔転移は骨・肺・肝が多く, 腹膜播種は稀である。十二指腸狭窄症状を来した乳癌の腹膜播種に対し EUS-FNB が診断に有用であったため文献的考察を加え報告する。【症例】50 歳, 女性。X 年 10 月頃から上腹部違和感, 11 月からは膨満感や嘔吐も出現。X+1 年 1 月, 嘔吐増悪し経口摂取障害もあり腸閉塞疑いで紹介受診。血液検査にて消化器系腫瘍マーカーは正常であった。CT にて著明な胃拡張を認め, 十二指腸下脚から水平脚付近の狭窄を疑った。MRCP では胆管や膵管の軽度拡張を認めた。上部消化管内視鏡では下行脚の非上皮性狭窄を認め, 生検でも炎症所見のみであった。造影 CT を詳細に検討すると肝十二指腸間膜周囲への腹膜播種が疑われたが, 原発臓器は腹部以外の胸部・乳腺領域も含め不明であった。EUS で脾と十二指腸の間隙に低エコー領域が存在することを確認し, 22G 針にて FNB を施行した。病理組織は線維性間質内形質細胞様～印環型異型細胞がびまん性, 単細胞性に浸潤していた。入院後, 以前から自覚していた右腋窩の 9mm 大の無痛性腫瘤を生じ異型細胞がびまん性, 単細胞性に浸潤した印環型異型細胞を認めた。FNB と腋窩の組織免疫染色では GATA3+, ER+, CK AE1/3+, CK7+, CK20-, 等を呈し, 乳癌の特殊型である浸潤性小葉癌が疑われた。乳腺外科にて生検を行った無痛性腫瘤のある右の乳癌ではなく, 左の乳癌: 浸潤性小葉癌と診断された。【考察】浸潤性小葉癌は全乳癌の 4-5% で, 組織結合性が低いため腫瘍形成せず, びまん性に浸潤伸展が特徴のため早期発見が難しいとされる。また, 通常の乳癌に比べ消化管・腹膜播種・卵巣への転移が多いとされている。「浸潤性小葉癌」, 「十二指腸狭窄」を Key word として医学中央雑誌 (1983 ~ 2023 年) で検索した限りでは報告例は 6 例と少なく, EUS-FNB が診断に有用であったという報告は初めてである。【結語】十二指腸狭窄症状を契機に受診し EUS-FNB が有用であった乳癌腹膜播種の 1 例を報告した。

22 Ball valve syndrome を来した PPI 関連胃底腺ポリープの 1 例

静岡県立総合病院 消化器センター 消化器内科
 ○村松 未来、増井 雄一、大野 和也、川口 真矢、白根 尚文、
 黒上 貴文、遠藤 伸也、川合 麻実、松田 昌範、佐藤 辰宣、
 池田 慎也、平田 太陽、武田 昌大、上原 慶大、尾崎 友香、
 馬場 皓大、引地 智基、高橋 春奈、土壁 千夏

【症例】84 歳, 女性【主訴】心窩部痛【現病歴】X-8 年より逆流性食道炎に對しラベプラゾール内服が開始され, X 年心窩部痛を主訴に近医を受診した。上部消化管内視鏡検査 (EGD) で胃前庭部のポリープが十二指腸球部へ脱出・嵌頓し, 整復困難なため当院受診となった。【経過】受診時, 心窩部痛は改善傾向であり, 血液検査で WBC 3800/μl, CRP 0.48mg/dl と軽度炎症反応高値だが, CT 検査で胃重積は認めなかった。EGD で胃体部を中心に多発ポリープを認めたが嵌頓しておらず, 生検で胃底腺粘膜の過形成変化と腺管の囊胞状拡張を認め胃底腺ポリープの診断であった。PPI 長期内服中の背景や, ガストリン高値 (> 3000pg/mL) であることから PPI 関連胃底腺ポリープと診断した。ポノプラザンを中止し経過観察としたが, 初診より約 1 ヶ月後, 嘔吐を主訴に救急受診した。CT 検査で胃・十二指腸重積を認め, EGD で胃体部大弯後壁寄りの粘膜が十二指腸球部へ脱出・嵌頓しており, 胃底腺ポリープを先遣部とする Ball valve syndrome (BVS) と判断した。内視鏡で嵌頓した粘膜を胃内に引き戻す事で内視鏡的整復に成功した。以後, PPI・ポノプラザン中止によりガストリン値は低下 (83pg/mL) し, 胃底腺ポリープも著明に減少・縮小し BVS を来す事なく経過した。【考察】BVS は, 胃内の腫瘍が十二指腸に脱出し, 幽門閉塞する事で腹痛・嘔吐等を来す病態とされるが, PPI 関連胃底腺ポリープを先遣部とする例は稀である。手術を要する報告も多いが, 本症例は内視鏡的整復に成功し手術を回避し得た。また, 高齢化社会や低容量アスピリン製剤・非ステロイド抗炎症剤服用者の増加に伴い PPI 服用者は増加傾向にある。長期服用により胃底腺ポリープの発生・増大や, 腫瘍性異型を伴った胃底腺ポリープの報告, その他多岐に渡る副作用報告もあり, 漫然とした PPI 長期投与には注意が必要と考える。

24 Pocket-creation method においてポケット開放時の出血に對して Gel immersion endoscopy が有用であった 1 例

伊勢赤十字病院 消化器内科
 ○松嶋 竜太郎、沢 恵美加、大前 啓太、津田 宜之、奥田 裕文、
 奥田 彩子、河俣 真由、中村 はる香、久田 拓央、林 智士、
 天満 大志、村林 桃士、杉本 真也、亀井 昭

【背景】Gel immersion endoscopy (GIE) では内視鏡止血時の血液による視野不良の際に, ゲルを注入することで視野確保を容易に出来る。早期胃癌に對して Pocket-creation method (PCM) を用いた ESD において, ポケット開放時に生じた湧出性出血の止血に GIE が有用であったため報告する。【症例】81 歳男性。胃体上部後壁と穹窿部の境界に早期胃癌 U, Post, 0-IIa, T1a (M), UL1, 25mm を認め, ESD の方針とした。胃潰瘍瘢痕による線維化で粘膜下層剥離が困難となる可能性を考慮し, 浸水下での PCM を選択した。病変口側に粘膜切開を置き, ポケット作成を開始した。粘膜下層剥離の終着点を決定するため, 大弯側に粘膜切開を置いた。大弯側の粘膜切開部に向けてポケット内から剥離を追加したところ, 穿通枝を損傷し湧出性出血をきたした。ポケット内部の辺縁に近い出血であり, かつ内部を満たしている生食は血液で混濁したため, 出血部の同定は困難であった。また Red dichromatic imaging (RDI), CO2 送気下観察も用いたが止血困難だった。さらに粘膜面側からの観察でも出血部の同定は困難だった。そこで我々は, ポケットを形成していること, 大弯側であることからゲルが貯留しやすいと考え, GIE を選択した。ゲルの注入で視野確保が容易となり, 出血点を視認し, 止血鉗子を用いて止血を行うことができた。【結論】GIE は浸水下での PCM を用いた ESD において, 出血部位の同定と止血に對しても有用である。

25 Subepithelial lesion 様の形態を呈した MSI 型リンパ球浸潤胃癌の 1 例

静岡県立総合病院

○木村 文香、武田 昌大、増井 雄一、村松 未来、高橋 春奈、土壁 千夏、引地 智基、上原 慶大、尾崎 友香、馬場 皓大、池田 慎也、平田 太陽、佐藤 辰宣、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】69 歳女性。リンチ関連腫瘍を含めた悪性腫瘍の既往や家族歴はない。近医で 20XX 年に上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃前庭部に上皮下病変（SEL）様の隆起性病変を指摘された。20XX+3 年時に増大傾向のため、精査目的に当科紹介となった。血液検査で腫瘍マーカー（CEA, CA19-9, 可溶性 IL2 レセプター）の上昇はなく、尿中 H. pylori 抗体は陽性であった。EGD で胃前庭部大彎後壁に約 2cm 大の SEL 様隆起性病変を認めた。頂部にびらんを伴うが、NBI 観察で上皮性変化は指摘できず、ボーリング生検でリンパ球浸潤を伴う低分化腺癌が検出された。超音波内視鏡検査（EUS）では、第 2/5 層を主座とする境界明瞭な低エコー腫瘍として描出され、第 3 層の断裂は認めなかった。造影 CT 検査で病変は描出されず、リンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。内視鏡的形態からは粘膜下層浸潤癌を疑ったが、粘膜内癌の可能性も否定できず、十分な病状説明の下、診断的 ESD を施行した。病理組織学的に粘膜下層に胞巣状から癒合索状配列を示した低分化腺癌を認め、間質に著明なリンパ球浸潤と多数のリンパ濾胞を伴っていた。免疫染色で、EBER-ISH（-）、MLH1（-）、PMS2（-）、MSH2（+）、MSH6（+）であり、非 Epstein-Barr virus（EBV）関連胃リンパ球浸潤癌（GCLS）MSI 型と診断した。pT1b（3000 μ m）、Ly1（D2-40）、V0、HM0、VM0 で内視鏡的根治度 C-2 のため追加外科切除の方針となっている。【考察】GCLS は著明なリンパ球性間質を特徴とする特殊型胃癌である。GCLS のほとんどは EBV 関連胃癌であり、非 EBV 関連の中には一亜分類として MSI 型胃癌が含まれる。しかし、MSI 型 GCLS における臨床病理学的特徴に関する知見は乏しく、また胃癌サブタイプごとに予後が異なる可能性が報告されており、適切な治療選択については今後検討課題とされている。今回我々は SEL 様の形態を呈した MSI 型 GCLS の一例を経験したので報告する。

26 胃癌穿破による膿瘍形成に対し内視鏡下ドレナージが有効であった一例

¹ 三重大学大学院・医学部 先端的外科技術開発学、

² 三重大学大学院・医学部 消化管・小児外科学、

³ 三重大学大学院・医学部 ゲノム医療部

○市川 崇¹、大井 正貴²、嵩村 麻生²、水野 成²、家城 英治²、山下 真司²、浦谷 亮²、今岡 裕基¹、北嶋 貴仁³、志村 匡信²、川村 幹雄²、安田 裕美²、大北 喜基²、吉山 繁幸²、奥川 喜永³、間山 裕二²

【症例】59 歳女性。主訴は心窩部痛。2023 年 1 月ころより胸やけ等の症状を自覚していた。8 月下旬に立ち眩みや黒色便を認め近医を受診し、上部消化管内視鏡検査にて胃に膿瘍を認めたため、精査加療目的に前医を紹介された。前医の上部消化管内視鏡検査ならびに腹部 CT 検査にて脾臓浸潤のある巨大リンパ節腫大伴う進行胃癌と診断され、加療目的に当院に紹介となった。治療方針決定のため、審査腹腔鏡を施行し、腹水細胞陰性、腹膜播種等腹腔内遠隔転移は認めず、進行胃癌 U, Gre, typ e3, tub1, cT4b, N+, MO, pCY0, cPO, cStageIII（HER2: 陰性）と診断し、Conversion surgery も考慮しつつ、化学療法として SOX 療法を導入した。経過中の血液検査にて白血球 17000、CRP19 と高度炎症を認め、緊急腹部造影 CT 検査にて胃癌の急速な増大所見、左横隔膜下に膿瘍と連続する Low density area を認め、膿瘍貯留を疑う所見を認めた。膿瘍壊死や穿破による膿瘍形成と診断し、同日緊急入院後に抗生剤加療を開始したが、炎症の増悪、血圧低下を来し、敗血症性ショックの状態となった。消化器内科とのカンファレンスの上、内視鏡的ドレナージを施行する方針とした。EUS 下に膿瘍腔を穿刺の上、Double pig tail catheter 7Fr を 2 本留置し、膿瘍をドレナージした。その後の治療経過は良好で、ショックから脱離し、炎症反応も急速に改善した。現在化学療法を継続中である。【まとめ】胃癌穿破による膿瘍形成に対し、感染コントロールとして内視鏡下ドレナージが有効であった症例を経験した。若干の文献的考察を含め、報告する。

27 出血コントロールに難渋した免疫性血小板減少症（特発性血小板減少性紫斑病、ITP）を合併した 4 型進行胃癌の 1 例

¹ 高山赤十字病院 内科、² 高山赤十字病院 血液内科

○雄山 裕亮¹、渡部 大輝²、早瀬 直輝²、曾我 淳史¹、谷口 裕紀¹、市川 広直¹、今井 奨¹、白子 順子¹

【症例】80 代、男性。【主訴】下血、労作時呼吸困難。【現病歴】X 年 2 月上旬から下血・労作時呼吸困難を自覚し、同月 11 日に近医を受診したところ、高度貧血（Hb 4.6g/dL）・血小板減少（Plt 2000/ μ L）を認め、同日当院へ転院搬送となった。赤血球・血小板輸血を行いつつ緊急で上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃噴門部から胃体上部小弯の 4 型腫瘍と、腫瘍部全体の多量の血餅の付着・滲出性出血を認め、内視鏡的止血が困難であった。骨髄検査等から ITP と診断し、同月 13 日より副腎皮質ステロイドの投与を開始したが、止血や血小板減少の改善を得られなかった。同月 16 日より止血目的の放射線治療（20Gy/5Fr）、免疫グロブリン静注療法（IVIg）、ロミプロスチムの投与を開始したところ、同月 21 日頃には止血を得られ、また同月 26 日には血小板減少の改善を得られた。その後、ロミプロスチム・副腎皮質ステロイドによる治療を継続し、血小板減少・貧血の再発を認めなかったため、進行胃癌（cT4a, cN1, cM0, cStage III）に対する治療を検討している。【考察】ITP を合併した重症消化管出血に対しては、血小板輸血やIVIg、副腎皮質ステロイド加療による血小板減少の改善に伴い止血を得られるため、放射線治療が行われた報告は少ない。集学的治療により改善した ITP 合併難治性腫瘍出血を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

28 高度浸潤食道胃接合部神経内分泌癌の 1 手術例

刈谷豊田総合病院 消化器外科

○齊藤 健志、宮井 博隆、奥山 晃世、加藤 龍太郎、庭本 涼佑、上野 修平、今藤 裕之、廣川 高久、山本 稔、木村 昌弘、田中 守嗣

症例は 55 歳男性。胸痛と体重減少を主訴に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査で食道胃接合部に腫瘍性病変を認め、精査目的に当院を紹介受診した。上部消化管内視鏡検査を施行し食道胃接合部に 60mm 大の 2 型腫瘍を認め、生検で Neuroendocrine carcinoma（NEC）と診断した。腹部造影 CT 検査ならびに PET-CT 検査で食道胃接合部より脾臓および左横隔膜脚へ浸潤する腫瘍を認めた。以上より脾浸潤、横隔膜浸潤をきたした食道胃接合部神経内分泌癌と診断し、ロボット支援下胃全摘術+脾体尾部切除術+脾臓合併切除術を施行した。術後脾液漏を合併してドレーン抜去に時間を要したが、術後 52 日目に退院した。病理組織診断は pT4aN3bM1, pStageIV であった。術後補助化学療法として CDDP+CPT-11 を 10 クール施行し、術後 2 年 9 か月無再発で経過している。本邦における消化管 Neuroendocrine neoplasm（NEN）の頻度は、10 万人に 6.42 人と非常に稀であり、食道胃接合部の発生頻度に関する報告はないが、NEC の頻度は全消化管 NEN の 6.2% 程度であり、前腸（食道、胃）に由来するものは 12.6% の頻度とされている。食道 NEC の手術適応に関しては StageIII までの切除可能な症例は手術が選択肢として挙げられているが、胃 NEC に関する手術適応は一定の見解が得られていない。本症例のように脾臓浸潤を伴った StageIV の食道胃接合部 NEC に対してロボット手術で根治切除し得たものは極めて稀であり術中動画を供覧し報告する。

29 StageIV 胃癌に対して長期間の化学療法後に Conversion Surgery を施行し根治し得た 1 例

¹ 藤田医科大学病院 総合消化器外科、
² 藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学
○松本 航一¹、中内 雅也²、伊藤 綾香¹、藤田 正博¹、
鈴木 和光¹、梅木 祐介¹、芹澤 朗子¹、田中 毅¹、
柴崎 晋¹、松岡 宏¹、稲葉 一樹²、宇山 一朗²、須田 康一¹

症例は 53 歳女性。心窩部不快感を主訴に近医受診し、上部消化管内視鏡を施行したところ噴門部後壁に 2 型進行胃癌を指摘されたため当院紹介となった。既往はくも膜下出血のみで、手術歴はなし。精査を行ったところ、腋窩、鎖骨上リンパ節転移、脾浸潤が疑われ、胃癌 cT4bN3M1cStage4 と診断された。S-1 + oxaliplatin (SOX) 療法を導入し、その後、3 か月おきに造影 CT 検査にて経過観察を行った。導入して 2 年 3 か月経過したが、重篤な有害事象は認めず、造影 CT 検査では Partial Response (PR) を維持していた。化学療法開始から 2 年 4 か月後に PET-CT 検査を施行したところ、主病変、転移巣ともに集積を認めず、上部消化管内視鏡検査でも癒瘍のみで、病理検査でも悪性所見を認めなかった。Complete Response (CR) の診断として Conversion Surgery (CS) の方針となった。術中所見として、開始直後は腫瘍によると思われる癒着によって胃脾ヒダが挙上困難であったが、剥離していくにつれて徐々に脾との境界が明瞭になり、定型通りにロボット支援腹腔鏡下胃全摘術 (D2 郭清) + Billroth2 法を施行し得た。術後は明らかな合併症もなく経過し、術後 10 日目に退院した。病理検査では明らかな癌の遺残は認めず、摘出したリンパ節にも転移を認めなかった。現在術後 2 か月経過しているが、再発なく経過している。切除不能進行・再発胃癌に対する化学療法は、最近の進歩により、高い腫瘍縮小効果を実現できるようになった。本症例も SOX 療法が選択され、重篤な有害事象なく、計 35 コースと長期間安定して治療継続が可能で腫瘍縮小効果を維持し、CS が可能となったと考える。しかし切除不能胃癌に対する化学療法の治療期間や CS を行うタイミング、術後補助化学療法の有無なども標準化されていない項目は多い。一定の見解はなく、胃癌治療ガイドラインにも記載されていないため、今後さらなる検討が必要であると考えられる。

31 胃癌：血管破格症例に対するロボット支援手術の有用性

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学
○井上 右壽、佐川 弘之、小川 了、辻 恵理、藤田 康平、
齊藤 正樹、原田 真之資、伊藤 直、早川 俊輔、瀧口 修司

当科ではロボット手術 (RS) の導入当初より胃癌全症例をその適応とし、その症例数は 2024 年 2 月までに 473 症例となる。画像診断を利用した術前の脈管解剖把握、特に血管破格の有無とその走行理解は不可欠である。その上で、術中に高拡大 3D-HD 画像から得られる視覚情報を正確にとらえ、認識した上で手技に移る能力が求められる。RS は開腹手術と異なり、水平 30° 斜視視野に限定されるため、その特徴も理解し、RS の特性を最大限発揮させることで精緻で確実なリンパ節郭清手技につなげることが重要である。今回、血管破格 (平松分類 VA) 症例に対して必要十分に脾上縁郭清を施行した症例を提示する。症例は、77 歳女性。心窩部痛を主訴に施行した上部消化管内視鏡検査で胃前庭部から胃体下部後壁小彎寄りに 4 型腫瘍を認め、生検で低分化腺癌・印鑑細胞癌と診断した。術前 3D-CTA で平松分類 VA (総肝動脈 (CHA)、左胃動脈、脾動脈が腹部大動脈から直接分岐) かつ門脈 (PV) の CHA 前面走行を把握した上で、ロボット支援幽門側胃切除術 (D2) Billroth II 法再建を施行した (手術時間 5 時間 8 分、出血量 26ml)。脾上縁郭清では、PV 左側まで CHA の Outermost layer を連続させ、PV 右側から前面に走行する固有肝動脈から分岐した右胃動脈を切離した。その後、PV をテーピングし右側に牽引することで CHA 右側の Outermost layer への連続性を可能とし、CHA もテーピングの上、腹側に牽引することで No8a、12a の十分な郭清につなげた。リンパ節郭清個数は 32 個であり (リンパ節転移なし) 脾液漏・リンパ漏を含めた術後合併症は認めなかった。術前準備の徹底と RS の特性を活かした手技によって血管破格を有する胃癌症例に対しても安全かつ根治性ある手術につなげることができると考えられる。

30 進行胃癌に対し Nivolumab 併用化学療法を施行後に副腎不全と間質性肺炎を発症した一例

静岡市立静岡病院 消化器内科
○関谷 幸佑、小柳津 竜樹、濱村 啓介、黒石 健吾、
長谷川 力也、鈴木 博貴、木村 領佑、早川 諒祐、
菊池 恵介、川口 大貴、横山 翔平、杉浦 直輝、小林 祐紀

【背景】免疫チェックポイント阻害薬と化学療法の併用療法は現在 HER2 陰性切除不能進行胃癌の一次治療として推奨されている。しかし免疫チェックポイント阻害薬の使用により様々な irAE を起こす事が知られており、今回副腎不全及び間質性肺炎の発症により化学療法の継続が困難となった症例を経験した為報告する。【現病歴】症例は 77 歳、女性。X 年に進行胃癌を診断され、化学療法 (Nivolumab + G-SOX) を開始。7 コース施行されるも肝転移の増大を認め中止、二次治療として Ramucirumab + nab-Paclitaxel を開始。しかし Nivolumab の最終投与から 70 日後に血圧低下、発熱を認め救急搬送となった。搬送時収縮期血圧は 50mmHg、血液検査で ACTH、コルチゾール低下より副腎不全としてソルコーテフ 100mg を点滴投与されたところ血圧の上昇を認めた。Nivolumab の投与歴から irAE による副腎不全が考えられた。コートリル 50mg/day の内服が継続された。全身状態の改善を認め、コートリル 20mg/day まで漸減され第 17 病日に退院。しかし、退院から 2 日後に発熱、脱力为主訴に再度救急搬送された。CT にて右肺にすりガラス様の浸潤影を認め、血液検査で KL-6 の上昇を認めたことから irAE による間質性肺炎の診断で入院加療を開始した。コートリルの内服を中止しプレドニゾン 40mg/day で投与開始。肺炎の改善を認め、20mg/day まで減量、第 20 病日に退院。しかし退院 10 日後に再度全身状態の低下を認め入院。プレドニゾン 25mg/day で継続されたが、胃の原発巣の出血や深部静脈血栓症からの肺塞栓症などのイベントを経て徐々に全身状態が低下。第 61 病日に死亡確認となった。【考察】Nivolumab 投与における irAE の発現割合は間質性肺炎疾患で 3% とされ、一方で副腎障害は 0.6% と報告され比較的稀な病態である。複数臓器にわたる irAE を発症した症例は多く報告されているが、間質性肺炎と副腎不全の合併した症例報告は少数のみであった。今回間質性肺炎の発症によりステロイドの減量が困難となり治療に苦慮したため、irAE の併発とその対応について文献的考察を踏まえ発表する。

32 十二指腸穿孔を来した腸石による輸入脚症候群の 1 例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院
○加藤 龍太郎、齊藤 健志、奥山 晃世、庭本 涼佑、
吉川 朋佳、上野 修平、今藤 裕之、廣川 高久、宮井 博隆、
山本 稔、木村 昌弘、小林 建司、田中 守嗣

患者は 90 代女性。食道胃接合部癌に対し X 年に腹腔鏡下胃全摘 Roux-en-Y 再建術を施行した。X + 2 年の術後フォロー CT では輸入脚内に高吸収異物を認めており、経時的に増大傾向であった。X + 4 年に胆石性胆嚢炎を発症して経皮経肝胆嚢ドレーナージ (PTGBD) チューブを留置した。X + 5 年腹痛を主訴に当院を受診した。血液生化学検査で CRP1.0mg/dL と炎症反応の上昇と ALP186U/L、 γ -GTP136U/L、AMY203U/L と脾臓道系酵素の軽度上昇を認めた。腹部 CT 検査で輸入脚内に高吸収異物を認め、後腹膜に free air および液体貯留を認めた。十二指腸穿孔を伴う輸入脚症候群と診断し開腹異物摘出術、および十二指腸縫縮術、腸瘻造設術を施行した。摘出物は 3mm 大で、成分分析ではビルリベンカルシウム結石であり胆石由来と考えた。輸入脚症候群とは胃切除術・胃全摘術後の BillrothII 法再建・Roux-en-Y 再建において、何らかの原因で輸入脚に通過障害が起こること発症する。BillrothII 法再建の 1.0%、Roux-en-Y 再建の 0.68% に発症したとの報告がある。一方原因別では腸石による輸入脚症候群の頻度は 3.3% と少なく、消化管穿孔に至った症例は非常に稀である。しかし、本症を来した場合は治療に難渋する可能性が高く、術後フォロー中に輸入脚内に腸石を認めた場合は、CT 等で部位およびサイズの変化などの経過観察が必要と考える。

33 腸石による十二指腸水平脚憩室炎の一例

¹名古屋市立大学 消化器外科、
²名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科
 ○宮本 めぐみ¹、社本 智也¹、山本 誠也¹、楠戸 夏城¹、
 植松 宏¹、藤幡 士郎¹、安藤 菜奈子¹、大久保 友貴¹、
 平野 敦之²、原 賢康¹、松尾 洋一¹、三井 章¹、瀧口 修司¹

症例は70歳、女性。2日前から持続する心窩部痛を主訴に近医を受診。投薬治療を受けるも、腹痛増悪のため当院消化器内科紹介となった。心窩部に圧痛と軽度の反跳痛を認め、白血球17500/μl、CRP 19.2mg/dLと高値であった。腹部造影CT検査にて十二指腸水平脚に壁肥厚と、壁の一部欠損に連続した後腹膜腔にairと残渣がみられ、十二指腸後腹膜穿通が疑われた当科紹介となった。十二指腸憩室炎を鑑別に挙げたが、過去の画像検査歴がなく、水平脚に憩室が存在していたか不明で、判別は困難と考えた。全身状態は比較的良好であり、絶食・抗生剤・消化管減圧による保存治療を開始し、厳重に経過観察する方針とした。約1週間後炎症反応は消退し、後腹膜腔のairと残渣は縮小傾向にあった。さらなる精査を行ったところ上部消化管造影検査では、十二指腸下角に陰影欠損を認め、異物や腫瘍などが疑われた。上部消化管内視鏡検査にて、十二指腸水平脚に憩室を認め、憩室内部に一部が入り込んだ約2.5cm大の淡黄褐色の腸石を認めた。結石は硬く、胆管結石用砕石バスケツト(stone smash)では破碎できず、透視下でエンドリプターを用いて破碎、小腸側の腸管内に砕いた結石を排出させた。その後再度行った造影検査で憩室穿孔は否定され、十二指腸内の陰影欠損も消失し、腸石破頓による十二指腸憩室炎であったと診断した。メトロスペクティブに画像を確認すると、初診時は腸石が憩室内に存在し入口部に嵌頓し炎症を起こしており、保存治療中に憩室から腸石が自然に押し出されて十二指腸内に移動し、炎症が改善したと推測できた。その後の精査で、傍乳頭憩室と水平脚の憩室を確認している。今回我々は、比較的良好な腸石による十二指腸水平脚憩室炎の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

35 Vater乳頭部癌と鑑別困難だった潰瘍性大腸炎関連限局性炎症の一例

¹浜松医科大学付属病院 第二外科、²磐田市立総合病院 消化器外科、
³浜松医科大学付属病院 第一内科
 ○杉村 朗¹、竹内 裕也¹、森田 剛文¹、武田 真¹、古橋 暁¹、
 井田 進也¹、松本 旭生¹、村木 隆太²、杉本 健³、濱屋 寧³

【症例】68歳男性【既往歴】十二指腸潰瘍、脳梗塞・両側中大脳動脈狭窄、ピロリ菌除菌【現病歴】198X年から潰瘍性大腸炎(UC)と診断され、各種治療を受けていた。202X-3年から前医でグゼルクマブの治療に参加され、粘膜病変が軽度残っているものの臨床的寛解の状態だった。202X年5月に前医でPET-CT検査を行ったところ、十二指腸に結節状の集積を指摘され、同年6月に当院消化器内科紹介受診となった。EGDを施行したところ十二指腸乳頭部は発赤・腫大しており、EUSでは10mmの低エコー腫瘍を認めた。生検とEUS-FNAを行ったが明らかな腫瘍性病変は認めなかった。造影CTでは十二指腸乳頭部に隣と同程度に濃染する15mm大の結節として認められた。悪性腫瘍が否定できず、患者の手術希望もあったため同年7月に当科受診となった。同年8月に亜全胃温存脾頭十二指腸切除術を施行した。術後は脾液ろう、腹腔内膿瘍、肺血栓塞栓症、COVID-19感染、胆管炎などの合併症を生じた。UCも増悪し、ステロイド注腸、5-ASA、タクロリムスなどを開始したものの症状改善せず、ミリズマブ投与によって何とか炎症が改善し、102病日に退院した。術後の病理検査では腫瘍性病変は認めず、Vater乳頭周囲に限局した慢性活動性十二指腸炎の所見であった。【考察】潰瘍性大腸炎の病変は大腸に限局すると考えられてきたが、近年上部消化管病変を合併する潰瘍性大腸炎の報告が増加している。本症例も病変の病理組織像が潰瘍性大腸炎と類似していることから潰瘍性大腸炎に関連した慢性活動性十二指腸炎であると考えられる。しかし潰瘍性大腸炎に関連する上部消化管病変の報告は、病勢が強い潰瘍性大腸炎で出現し、びまん性病変であるものが多数である。本症例では潰瘍性大腸炎は寛解状態で十二指腸炎も限局性病変であり非典型的と考えられた。【結語】術前検査ではVater乳頭部癌との鑑別が困難であった非典型的な潰瘍性大腸炎関連限局性炎症の症例について、文献的考察を加えて報告する。

34 腹腔鏡下胃部分切除を施行した胃神経線維腫症の1例

¹名古屋市立大学 東部医療センター、²名古屋市立大学病院
 ○桐原 遼河¹、上原 侑里子¹、高阪 重行¹、林 祥平¹、
 前田 祐三¹、志賀 一慶¹、田中 達也¹、原田 幸志朗¹、
 小川 了²、高橋 広城²、松尾 洋一²、三井 章²、瀧口 修司²

症例は、80歳女性。CT検査で偶発的に胃粘膜下腫瘍を疑う所見を指摘され当科に紹介された。胃体部後壁の粘膜下に壁外に突出する境界明瞭な27ミリメートル大の腫瘍を認め、明らかなリンパ節転移や遠隔転移を疑う所見はなかった。上部消化管内視鏡検査で胃体上部後壁に表面平滑な隆起性病変を認め、クッションサインは陰性であり、頂部に潰瘍は指摘できなかった。超音波内視鏡検査で腫瘍は低エコー、内部不均一であり、内部に血流を指摘できなかった。第4層に由来する粘膜下腫瘍であり、Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST)が疑われた。生検では紡錘形細胞の疎な増生を認め、反応性の線維化組織を疑う所見であったが、他の間葉系腫瘍の可能性も否定できず、診断には至らなかった。画像検査所見からGIST等を疑い、診断治療目的に腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。胃壁を穿孔させ腫瘍周囲を全層で切除し、胃壁欠損部を縫合閉鎖した。術後経過良好で術後9日に退院となった。病理所見では、固有筋層内に紡錘形細胞が束状に増生しており、免疫染色ではS-100+、DOG-、c-kit-、CD34-/+、Desmin-、a-SMA-であり、ki-67陽性率は最も高い部分で5%程度であった。GISTは否定的であり、良性の神経線維腫と考えられる所見であった。皮膚病変やその他の神経系腫瘍等は認めず、他に神経線維腫症との関連を強く疑う所見を認めなかった。術後半年間、再発なく経過している。胃神経線維腫は、胃壁筋層内に存在するAuerbach神経叢より発生する腫瘍で、全胃腫瘍の0.1%、胃良性非上皮性腫瘍の5%を占めるまれな腫瘍である。生検等で術前診断がつかないことも多く、診断治療目的に摘出されている報告が多い。今回我々は、腹腔鏡下に胃粘膜下腫瘍を摘出し、病理検査で神経線維腫と診断された症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

36 術後11年を経過して頭蓋底・舌根を含む多臓器転移をきたした胃癌の一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科
 ○橋本 真耶佳、森 義徳、松尾 智、矢口 正宏、中井 俊介、
 前田 英貴、金岩 弘樹、富田 優作、山口 彩葉、北川 美香、
 平野 敦之、木村 吉秀、土田 研司

【症例】79歳、女性【現病歴】前医で胃癌(por2, pT3N0M0 pStage2A)と診断され幽門側胃切除術を受けた。術後11年目に約3cmの左副腎腫瘍に対して切除術を行ったところ胃癌の転移と判明した。術後12年目に左眼瞼下垂・複視が出現し精査の結果、骨転移(頭蓋底(斜台)、腰椎)、舌根転移、右副腎転移、左頸部リンパ節転移が疑われ、前医から当院に紹介となった。【臨床経過】当院受診後、下大静脈から両側内外腸骨静脈にかけて腫瘍栓と血栓を認めたため抗凝固療法を施行した。左眼瞼下垂・複視の原因は頭蓋底(斜台)の骨転移が左中頭蓋窩底部から海綿静脈洞内に浸潤したことによるものと考えられた。頭蓋底骨転移、腰椎骨転移、下大静脈の腫瘍栓に対して放射線治療を施行した。化学療法はS-1単剤療法を施行した。治療開始1ヶ月後、腫瘍の全体的な縮小を認めたものの、微小な多発脳梗塞ありTrousseau症候群を併発したと考えられた。化学療法を2コース施行後に意識レベル低下を認め、髄液検査を施行したところ細胞診陽性であり、髄膜癌腫症が疑われた。その後BSCに移行し、緩和ケアのため他院転院となった。【考察】本症例は胃癌治療後10年以上経過して頭蓋底、舌根を含む多臓器転移をきたした一例である。上部消化管内視鏡検査では残胃に再発所見は認められなかったものの切除した副腎を生検した舌根、リンパ節などから低分化腺癌を認め、胃癌の晩期再発と判断した。胃癌の晩期再発は1%未満と報告されている。晩期再発をきたす胃癌の特徴としては組織型として高分化や印環細胞癌が約80%、再発臓器としては骨転移やリンパ節転移が多い。本症例では頭蓋底や舌根に転移を認めたが、これらにおける胃癌の転移の報告は極めて少ない。今回、我々は稀な転移・再発様式を呈した胃癌の一例を経験したため報告する。

37 確定診断に苦慮した結核性腹膜炎の一例

豊川市民病院

○福井 尚貴、成田 幹誉人、三崎 大輔、宮崎 友里、
市野 由華、稲垣 勇輝、尾関 貴紀、夏目 まこと、
安部 快紀、溝下 勤、佐野 仁

【症例】57歳女性。【既往歴】慢性腎不全【現病歴】20XX年Y月、貧血および腹痛の精査目的で近医より紹介となったが、外来精査中に血便を認めたため憩室出血として入院となった。【入院後経過】CTにて腹水および大網の網状の脂肪濃度上昇が認められ、原因不明の腹膜播種などの可能性を念頭に精査を実施した。上下部内視鏡検査、腹水細胞診、婦人科診察で明らかな悪性腫瘍は認められなかったが、追加で提出していたTスポットは陽性であり、腹水中のアデノシンデアミンアザが上昇していたことから結核性腹膜炎も鑑別にあがった。この時点で結核菌の証明はされておらず、癌性腹膜炎の可能性も否定できなかったため消化器外科に依頼し審査腹腔鏡検査を実施したところ、腹膜や大網に微小結節が多発しており同部位を切除し検体として提出した。病理にて悪性所見や乾酪性肉芽腫は認めず、抗酸菌塗抹も陰性であったが臨床的に結核性腹膜炎と診断し、2HREZ+4HRの標準的な抗結核治療を開始した。その後、腹水および大網検体より抗酸菌培養が陽性と判明し結核性腹膜炎の診断に至った。薬剤感受性も良好であり6か月の投与をもって治療を終了した。以降再燃なく経過している。【考察】結核性腹膜炎は全結核患者の1%未満とされており診断に難渋することが多い。その要因として腹水中の結核菌塗抹陽性率や菌培養検出率はそれぞれ3%以下、20%以下と低いこと、さらには初診時に鑑別にあげることが挙げられる。慢性腎不全や免疫不全患者などリスクのある患者の発熱や腹痛で原因不明の腹水を認めた際には結核性腹膜炎も鑑別にあげることが重要である。

38 鼠径ヘルニアに嵌入した大網に存在した悪性リンパ腫の1例

名古屋市立大学

○中屋 誠一、若杉 健弘、澤井 美里、三井 章、松尾 洋一、
瀧口 修司

【症例】68歳、男性【既往歴】特記するものなし【現病歴】X年5月、右鼠径部の腫脹を自覚し当院内科受診した。悪性リンパ腫による鼠径部リンパ節腫大が疑われたため、診断的切除の目的に当科依頼となった。【身体・検査所見】右外鼠径輪付近にピンポン玉大の弾性硬の腫瘍を触知した。圧痛なし。腹腔内に還納不能。可溶性IL-2受容体3590U/mL。CT検査で右鼠径管内に4cm大の卵型腫瘍と大動脈周囲に腫大リンパ節を認めたが、鼠径部リンパ節は両側とも腫大を認めなかった。【診断・治療方針】右鼠径ヘルニア内に悪性リンパ腫などの腹腔内腫瘍が嵌入している診断した。診断を目的に腫瘍摘出手術を鼠径法で行う方針とした。【手術所見】鼠径法にて右鼠径管を開放すると、右外鼠径ヘルニアを認め、ヘルニア嚢内に腫瘍を認めた。ヘルニア嚢を開放すると大網組織から連続する4cm大の表面平滑な卵型の腫瘍を認めた。ヘルニア門付近で全周性に大網が癒着していた。ヘルニア嚢内で大網を結紮切離し、腫瘍を摘出した。鼠径ヘルニアはL-2型であったが、ヘルニア門に大網が癒着しており、これ以上の腹腔内臓器の脱出のリスクはないと判断し修復術は施行しなかった。【病理診断・治療】病理組織学的検査では、脂肪組織内にびまん性に浸潤する異型リンパ球が認められた。免疫染色ではCD20+、bcl2+、CD10+、CD3-、CD5-の結果であった。びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫と診断され、血液内科でR-CHOP療法導入となった。【考察】鼠径ヘルニア内に悪性腫瘍が存在する確率は0.5%未満と報告されており、大腸癌が多く、悪性リンパ腫は稀である。リンパ腫は通常大網組織から発生することはないが、悪性リンパ腫は稀に悪性腹膜炎を呈して腹腔内、特に大網に転移を来することがあると報告されている。自験例は審査腹腔鏡による腹腔内評価は行っていないが、悪性腹膜炎から大網転移を来した可能性も考えられ、非常に稀な病態を呈した。文献的考察を加えて報告する。

39 術前診断しえた腹腔神経叢由来巨大神経鞘腫の1例

¹愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 臨床研修科、
²愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 外科、
³名古屋市立大学大学院医学研究科 臨床病態病理学、
⁴愛知県厚生農業協同組合連合会 稲沢厚生病院 内科
○村瀬 新武¹、林 祐一²、中野 さつき³、平山 陽太⁴、
式守 克容⁴、百瀬 佑紀⁴、濱野 真吾⁴、高山 宗之²、
服部 孝平⁴、伊藤 浩一²、眞下 啓二²

【緒言】腹部巨大腫瘍はしばしば術前診断に苦慮することが多い。今回、EUS-FNAにて術前診断しえた、外科的切除に至った腹腔神経叢由来巨大神経鞘腫の1例を経験した。後腹膜原発の神経鞘腫は珍しく、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】77歳女性、検診で上腹部腫瘍を指摘され、CTで胃小弯側に巨大腫瘍を認め当院紹介となった。造影CTにて境界明瞭平滑な最大径13cm大の腫瘍を認め、腹腔動脈(CeA)の過伸展が特徴的であった。上部消化管内視鏡にて胃上部の圧排像を認め、EUS-FNAにて神経鞘腫と診断され、診断治療目的に手術をおこなった。術中所見では後腹膜に腫瘍が位置し、胃や肝、脾との連続性を認めなかった。また、CeAから総肝動脈、脾動脈(SpA)分枝部にかけて比較的強固に癒着を認めたが、明らかな腫瘍浸潤を認めなかった。血管からの剥離中にCeAおよびSpAを損傷し、CeAは縫合補修、SpAは脾血流の保持を確認し結紮切離した。最終的に腫瘍は被膜ごと切除した。術後、一時的にCeAの血流途絶を認めるも臓器血流は保持され、その他問題なく第11病日に退院した。最終病理診断は術前同様に神経鞘腫であった。【考察】神経鞘腫は末梢神経のSchwann細胞に由来し、ほとんどが良性である。主に頭頸部や体幹、四肢に好発し、後腹膜原発は少数である。また、そのうち多くは骨盤腔内の発生であり、上腹部に局在するものは非常にまれである。さらに、自験例のような腹腔神経叢由来とする巨大神経鞘腫は極めて珍しい。一方、本例では術前診断で血管鞘に由来する神経鞘腫が疑われ、術中においても血管剥離に難渋した。そのため、手術戦略として、血管合併切除や血行再建の可能性について術前血管造影などで評価しておくことは重要と考えられた。【結論】術前診断しえた非常にまれな腹腔神経叢由来巨大神経鞘腫の1切除例を経験した。

40 保存的に軽快した小児特発性大網梗塞の1例

名古屋市立大学医学部附属 東部医療センター

○重森 春花、高阪 重行、桐原 遥河、林 祥平、上原 侑里子、
前田 祐三、志賀 一慶、田中 達也、原田 幸志朗

背景：大網梗塞は小児では極めてまれな疾患である。一般には腹痛や腹部膨満感などの急性腹症の原因として知られている。大網切除などの外科的治療を要する症例や保存的に治癒に至る症例などが散見され、急性期管理の指針は確立されていない。腹部単純CT検査で診断し、腹部エコーフォロー下に保存的治療を行った1例について報告を行う。症例：特に既往症のない11歳女児。BMIは18台。左側腹部痛を主訴に近医を受診した際、腎盂腎炎の疑いで内服抗生物質による治療を開始された。症状の改善なく当院紹介となり、腹部単純CT検査・血液検査・尿検査を施行した。血液検査では軽度の炎症反応の増加を認め、尿検査では特筆すべき所見を認めなかった。腹部単純CT検査で左腹部に脂肪組織CT値の上昇した構造及び腹膜の肥厚所見・骨盤部腹水を認め大網梗塞と診断した。絶食・補液・抗生物質投与による治療開始の方針となり、翌日には腹部症状の改善を認めた。入院後4日に腹部エコー検査を施行して、腹水の消失と腹膜肥厚所見の消失を確認した。経過良好につき入院後5日に退院となった。退院後10日に外来で腹部エコー検査を行い、特筆すべき所見がないことを確認した。考察：小児における特発性大網梗塞は稀な疾患である。小児の大網梗塞の経過観察の方法として腹部エコーフォローが有用と考えた本症例を踏まえ、文献的考察を加えて報告する。

41 腹腔鏡下脾臓摘出術により診断した脾原発悪性リンパ腫の1例

¹トヨタ記念病院 外科、²トヨタ記念病院 消化器外科
○近藤 響¹、越智 靖夫²、山本 真太郎¹、籠橋 宣彰¹、
加藤 匠²、横井 佑梨²、加古 智弘²、佐藤 怜央²、
山川 雄士²、春木 伸裕²

【はじめに】今回、悪性リンパ腫が疑われる脾腫瘍に対して腹腔鏡下脾臓摘出術を行い、Large B-cell lymphoma の診断が得られた1例を経験したため、報告する。【症例】患者は70歳男性。高血圧症、脂質異常症、脳梗塞、急性前骨髄球性白血病 APL 寛解後の既往歴があった。脳梗塞後のリハビリテーションのため通院していた近医で、血小板低下とLDH上昇ならびに脾腫を認めたため、精査目的に当院消化器内科に紹介となった。その後血液内科より消化器外科に副科依頼となった。血液検査ではIL-2R=5661 U/mLと上昇がみられた。造影CTでは、楔状・区域状の造影不良域を伴う脾腫大および脾門部の結節性病変を認めた。PET-CTでは脾臓へのびまん性の異常集積のほか、右腋窩、右頸下領域、左閉鎖領域リンパ節にも集積を認めた。上部消化管内視鏡検査、髄液検査、骨髄検査ではいずれも診断がつかず、確定診断のためにリンパ節生検の依頼があったが、いずれのリンパ節も摘出困難と判断した。ついでCNB (core needle biopsy) による脾生検が検討されたが、悪性リンパ腫であった場合、高度血小板減少のために化学療法導入に支障をきたす可能性があること、十分な量の生標本を確保することの有用性を考慮し、脾臓を摘出す方針となった。巨大脾腫瘍のため脾門部の展開に難渋し、結果的に脾尾部合併切除を伴う腹腔鏡下脾臓摘出術を施行した。切除標本の長軸方向は20cmで、969gであった。術後経過は、麻痺性イレウスを認めたものの保存的治療により改善がみられ、術後13日目に退院となった。病理組織学的診断は脾原発のLarge B-cell lymphomaで、R-CHOP療法を行う方針となった。【考察】症候性の脾腫に対して、骨髄生検、末梢血フローサイトメトリ、各種画像検査に関わらず診断がつかない場合、脾臓摘出術が適応となることもある。本症例では、内視鏡検査、髄液検査、骨髄検査で診断がつかず、リンパ節生検が困難であったため、脾臓摘出術を施行した。脾腫の原因と脾臓摘出術の適応について、文献的考察を用いて検討する。

43 超音波内視鏡下エタノール焼灼療法が著効した症候性脾インスリンノーマの1例

¹伊勢赤十字病院、²伊勢赤十字病院 消化器内科、
³伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科
○金森 美帆¹、村林 桃土²、井田 諭³、沢 恵美加²、
大前 啓太²、津田 宣之²、奥田 彩子²、奥田 裕文²、
河俣 真由²、松嶋 竜太郎²、中村 はる香²、久田 拓央²、
天満 大志²、林 智士²、杉本 真也²、亀井 昭²

症例は84歳男性。ADL自立。糖尿病の既往はなく、インスリン、経口血糖降下薬の使用歴はなかった。空腹時に増悪する体動困難が1ヶ月前から徐々に増悪し、意識障害を呈したため、当院へ救急搬送された。持続する著明な低血糖、C-ペプチド、インスリン高値を認めた。絶食試験陽性、グルカゴン負荷試験陽性であった。造影CTで脾頭部に約15mm大の多血腫瘍を認め、MRIでは拡散強調像でのみ高信号腫瘍として認識され、MRCPで主膵管狭窄はみられなかった。EUSでは約15mmの境界明瞭、内部やや不均一な類円形の低エコー腫瘍として描出された。EUS-FNAにて神経内分泌腫瘍(Grade 2)の病理診断を得た。ソマトスタチン受容体シンチグラフィでは有意な集積は認めなかった。SASI testではSMA領域でインスリン値の有意な上昇を認めており、脾頭部腫瘍からのインスリン分泌と診断した。単発の症候性脾インスリンノーマの最終診断で脾頭十二指腸切除を検討したが、持続性低血糖に伴う著明なADL悪化と高齢のため耐術能なしと判断された。高インスリン血症性低血糖症治療剤(ジアノキッド)内服では低血糖の改善に至らず、超音波内視鏡下エタノール焼灼療法(EUS-EA)を施行する方針とした。本処置は保険未承認であるため、院内の未承認新規医薬品等評価委員会ならびに高難度新規医療技術等評価委員会での承認を得た上で施行した。腫瘍が主膵管に近接していたため、腫瘍部分をまいたで脾管ステント(5 Fr)を留置した後に、十二指腸球部よりFNA針(22 G)で脾腫瘍を穿刺し、腫瘍の中心にエタノール0.9 mlを注入した。手技関連有害事象はみられず、翌日から低血糖は全く認めなくなり、ADLも著明に改善した。4日後の造影CTで、脾腫瘍の造影効果の完全消失が確認された。術後5カ月の時点で再発の徴候はみられていない。本症例では、低血糖症状を繰り返す耐術能のない脾インスリンノーマ症例に対してEUS-EAが非常に有用であった。今後、小さな脾神経内分泌腫瘍に対するEUS-EAの本邦での保険承認や治療の拡大が期待される。

42 5年間の経過を観察しえた脾 Lymphoepithelial Cyst 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
○田村 洋樹、猪飼 千咲、内田 美奈、横井 佑典、三崎 大輔、
神谷 昌宏、佐藤 棕、服部 智子、小林 彩香、中川 真里絵、
庄田 怜加、荒木 幸子、小島 尚代、西垣 信宏、近藤 啓、
伊藤 恵介、林 香月

【緒言】脾臓リンパ上皮嚢胞 (lymphoepithelial cyst: LEC) は病理学的には嚢胞内腔面に皮膚付属器を伴わない扁平上皮を認め、その上皮下にリンパ組織を認める良性の真性嚢胞である。【症例】70歳男性。202X-5年に継続する下腹部痛・粘血便で他院受診、下部消化管内視鏡にて重症潰瘍性大腸炎が疑われ紹介入院。既往に治療中の気管支喘息あり。202X-5年、入院時単純CTにて脾頭部頭側の門脈と下大静脈に挟まれた領域に長径20mmの単房性嚢胞性病変を認め、発生部位は脾か後腹膜かの鑑別は困難であった。202X-4年からX-3年の単純CTで嚢胞性病変は40mmと増大傾向で、脾に接する部位でBeak Signを認めたため脾発生由来と考え、造影CTは喘息のため施行せずEUSを勧めるも経過観察希望であった。202X-2年からX-1年にかけて病変は50mmに増大し多房性嚢胞として確認でき、その内部は高吸収域に変化していた。MRIのT2強調画像で多房性嚢胞の各々嚢胞は信号が異なり比較的厚い皮膜を有していた。以上よりLECを疑い、MRIによる経過観察が有用と判断した。202X年のMRIにても多房性の嚢胞各々は不均一な信号を呈し、T1:低信号、T2:高信号でケラチン物質が疑われる部位は低信号で前年同様にLECが疑われたが、胆管圧排所見を認めた。造影EUSでは多房性嚢胞の各々はエコー値に差を認め、隔壁は造影効果を認めたためMRI同様にLECを疑うも、胆管圧排や嚢胞内部に造影効果のある結節様病変を認めたため外科的切除の方針とした。切除病理標本:扁平上皮細胞にて被覆された嚢胞性病変で、その内部には角化物やコレステリン裂隙の形成を伴った好酸性物質の含有を認めLECと診断した。【考察】脾LECは良性疾患であるため経過観察可能だが、本症例のように増大傾向で胆管圧排など有する場合には手術が施行されている報告が多い。また、充実性病変と異なり確定診断のためEUS-FNAの適応は慎重に検討する必要がある。LECから扁平上皮嚢胞発生との報告も存在する。【結語】5年間の経過を観察しえた脾LECの1例を報告した。

44 主膵管拡張の変化から術前診断し外科切除に至った High-grade PanIN の1例

名古屋市立大学大学院 医学研究科 消化器・代謝内科
○吉田 陽子、鬼頭 佑輔、安達 明央、久野 佳世子、
豊原 祥資、佐橋 秀典、加藤 晃久、堀 寧、吉田 道弘、
片岡 洋望

【症例】52歳男性。【主訴】心窩部痛。【既往歴】なし。【現病歴】X-3年に心窩部痛を契機に近医で急性脾炎と診断されたが自然軽快した。その後も年1-2回脾炎様症状を繰り返していたが、すぐに軽快したため医療機関には受診しなかった。X年9月に強い心窩部痛を自覚し当院で急性脾炎と診断された際、脾に画像的異常を認め精査を行った。【経過】血液検査で脾型アミラーゼは440 U/Lと上昇しており、腫瘍マーカーの上昇はなかった。造影CTで脾体部の限局的萎縮と同部を起始部とする尾側主膵管拡張を認めた。腫瘍の形成やリンパ節腫大、他臓器の異常所見は認めなかった。MRIではT2強調画像で脾体尾部の主膵管および分枝膵管の拡張を認めたが、拡散強調画像で有意な拡散低下を認めなかった。前医で撮像したX-3年のMRIを取り寄せ比較すると主膵管拡張が悪化していたため、早期脾癌を想定し超音波内視鏡検査(EUS)を行った。EUSでは脾体部の萎縮と尾側主膵管拡張を認めたが腫瘍性病変は視認されず穿刺吸引生検は行わなかった。内視鏡的逆行性膵管造影では脾体部に2cm程度の主膵管不整狭窄像が認められ、尾側主膵管が拡張していた。狭窄部のブラン擦過細胞診を行った上で連続脾液細胞診(SPAC)用のチューブを留置した。病理結果はブラン擦過細胞診でSuspicious of malignancyであり、SPACでは変性異型細胞を認めた。以上より通常型脾管癌(Stage0)としてX年11月に当院消化器外科にてロボット支援腹腔鏡下脾体尾部切除術を行い、病理結果は高異型度脾上皮内腫瘍性病変(High-grade PanIN)であった。【考察】脾癌は予後不良な癌腫で5年生存率は7%程度と報告されているがStage0に限定すれば85.8%と比較的良好である。一方Stage0で発見される割合は脾癌患者全体の1.7%と早期発見は容易ではない。本症例では繰り返す急性脾炎症状から早期脾癌に特徴的な画像所見として知られる脾体部実質の限局的萎縮と尾側主膵管拡張の同定に至り、その経時的な悪化をも観察し得た貴重な症例であった。改めて脾癌早期発見のきっかけとなる所見を整理し、その意義・重要性とともに報告する。

45 原発巣切除術後 6 年目に閉塞性黄疸と脾液漏を発症した S 状結腸癌脾転移の 1 例

岐阜県総合医療センター

○山内 和貴、吉田 健作、丸田 明範、長谷部 那江、小出 香里、日野 孝彬、村瀬 博幸、曾我 淳史、林 亯加、入谷 壮一、小澤 範高、永野 淳二、山崎 健路、清水 省吾

【症例】60 歳代男性、X-5 年に S 状結腸癌 (T3,N1,M0,cStage IIIa) に対して腹腔鏡下 S 状結腸切除術を施行され、XELOX:8 コースによる術後補助化学療法を施行された。X-3 年に肺転移、X-1 年に脳転移を認めている。X 年 8 月に脾腫瘍による閉塞性黄疸を発症し、当科紹介受診。腹部 CT で脾頭部に ϕ 30mm 大の低濃度腫瘍を認め、同部位より末梢の総胆管、主脾管の拡張を認めた。脾頭部癌を疑い、EUS-FNA を施行したところ免疫染色検査で TTF-1 (-)、CDX2 (+)、SATB2 (+) を認めたため S 状結腸癌の脾転移と診断された。その後、閉塞性黄疸に対して胆管メタリックステントを留置した。X 年 10 月に左季肋部痛を自覚され、血液検査で CRP:19mg/dL と著明な炎症反応上昇を認め、腹部 CT で脾周囲にまだらに濃染される低濃度領域を認めたため脾周囲膿瘍を疑い、経皮的ドレナージ術を施行した。ドレナージ液中のアミラーゼ:14226IU/L と著明に上昇しており、膿瘍腔は脾尾部から連続性に認められたため脾液漏と診断した。経皮ドレナージからの排液は持続したため内瘻化が必要と判断した。内瘻化の方法として 1. 胆管メタリックステントを抜去して経乳頭脾管ステント留置、2.EUS 下脾管ドレナージが考えられた。1. の経乳頭アプローチを選択することとし、胆管ステントを抜去した後、7Fr 脾管ステントを留置し、再度胆管ステントを留置した。脾管ステント留置後は徐々にドレナージからの排液量は減少し、脾管ステント留置した 10 日後に経皮ドレナージを抜去し、その後も脾液漏の再燃を認めることなく経過良好のため第 17 病日に退院となった。【考察】大腸癌脾転移は比較的稀な疾患であり、原発巣切除術後 5 年以上経過した後でも認められることがあるとの報告も散見される。また、脾管内への進展や閉塞性黄疸を発症することも報告されている。今回、大腸癌脾転移による閉塞性黄疸、脾液漏を発症し、胆管ステント留置、脾管ステント留置により治療し得た 1 例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

47 主脾管狭窄をきたした結核性リンパ節炎の 1 例

¹名古屋大学大学院 医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学 医学部 附属病院 光学医療診療部

○熊野 良平¹、石川 卓哉¹、山雄 健太郎¹、水谷 泰之¹、飯田 忠²、植月 康太¹、高田 善久¹、青井 広典¹、南 喜之¹、高野 宏平¹、川嶋 啓揮¹

【目的】結核性リンパ節炎による主脾管狭窄を認めた稀な症例を経験したため報告する。【症例】70 代女性、前医にて心窩部痛に対し CT 検査を施行し、脾腫瘍を指摘されたため当院紹介となった。造影 CT 検査では脾尾部を主座とした、中心部が乏血性で辺縁部に造影効果を伴う 38 × 29mm 径の腫瘍性病変を認めた。また、主脾管は腫瘍により狭窄し、4mm の尾側脾管拡張を伴っていた。超音波内視鏡検査 (EUS) では病変は輪郭明瞭で整な低エコー腫瘍として描出され、内部は不均一で点状の高エコー域が散見された。造影 EUS では、腫瘍の中心部は壊死、変性による avascular な領域を広範に伴っており、辺縁部は不均一に染色される一部不整な充実成分を認めた。腫瘍辺縁の充実部は早期に染色され、周囲脾実質と同程度に造影効果が持続した。腫瘍の大部分が壊死腔である点と、腫瘍に胃十二指腸動脈が介在している点より EUS-FNA は行わなかった。各種画像所見上、Solid-Pseudopapillary Neoplasm や Acinar cell carcinoma などの悪性腫瘍が否定できないと考え、亜全胃温存脾頭十二指腸切除術が施行された。術後病理標本において、腫瘍はリンパ節であり、リンパ節内に類上皮細胞や Langhans 型巨細胞からなる肉芽腫を認め、乾酪壊死を伴っており、結核性リンパ節炎と最終診断した。なお、主病変に隣接した脾組織内に炎症細胞浸潤や線維化、肉芽腫を認め、これが主脾管を狭窄していた。また、Ziehl-Neelsen 染色で結核菌は指摘されなかったが、PCR 検査にて結核菌を検出した。【結語】結核性リンパ節炎は脾組織内にも炎症細胞浸潤による線維化や乾酪性肉芽腫をきたし、主脾管狭窄を伴うことが稀にある。脾原発の悪性腫瘍との鑑別に迷う症例であり、文献的考察も踏まえ報告する。

46 groove 脾癌に対する EUS-FNA の現状と課題

藤枝市立総合病院 消化器内科

○大島 昭彦、吉井 重人、景岡 正信、寺井 智宏、星野 弘典、乾 航、草間 大輔、丸山 巧、杉本 祥拓、丸山 保彦

【はじめに】groove 領域に発生する脾癌 (groove 脾癌) は同部位の脾炎と鑑別が困難なことも少なくない。【目的】groove 脾癌に対して施行した EUS-FNA の現状と課題を明らかにする。【対象・方法】当院で groove 脾癌に対して EUS-FNA を施行した 6 例を後方視的に検討した。【患者背景】平均年齢 70.2 歳、男女比 3:3、飲酒歴あり 3 人、糖尿病あり 1 人、脾癌家族歴あり 1 人、CEA、CA19-9 の中央値は 6.9ng/ml、134.4U/ml。CT で腫瘍形成 3 例。いずれの症例も十二指腸粘膜面への浸潤は認めなかった。【結果】EUS-FNA で癌の診断がついたのは 6 例中 4 例であった。4 例中 3 例は腫瘍形成するタイプであった。6 例中、癌の診断のつかなかった 2 例は 2 回目の再検を行っている。のべ 8 回中、22G が 7 回、25G が 1 回、平均穿刺回数 2.1 回。癌の診断がつかなかった 2 例は検体量が少なかった。groove 脾癌 6 例中 4 例は手術 (FNA で癌陰性の 2 例含む)、化学療法 1 例、BSC1 例であった。【考察】CT で腫瘍として認識できる病変の方が、EUS-FNA で癌が出やすい傾向にあった。癌と診断がつかなかった症例は再検しても検体採取が難しかった。【結語】癌の診断がつかなかったのは腫瘍を形成しないタイプで検体量が十分採取できないものであった。少数例の経験であるため、さらなる症例の蓄積を要する。

48 原発性硬化性胆管炎に併発した 2 型自己免疫性脾炎の 1 例

公立西知多総合病院

○齋藤 玄己、竹山 友章、加藤 賢人、山口 一馬、加古 雄基、社本 賢昭、澤田 悠太郎、鈴木 悠士

【症例】29 歳男性【現病歴】X 年に 3 か月前からの皮膚痒痒感と肝機能障害で紹介受診。AST 101 U/L、ALT 165 U/L、ALP 323 U/L、 γ -GTP 565 U/L と肝胆道系酵素が上昇し、MRCP/ERCP で総胆管から肝内胆管に短い狭窄と拡張が多発しており、原発性硬化性胆管炎 (PSC) と診断。ウルソデオキシコール酸、ベマフィブラートによる治療を開始し、その後は皮膚痒痒感と肝機能障害の改善を認め経過していたが、X+2 年に発熱と腹痛をきたし受診。血液検査では WBC 10200/ μ L、CRP 11.5 mg/dL と炎症反応の上昇、AST 54 U/L、ALT 55 U/L、ALP 261 U/L、 γ -GTP 345 U/L と肝胆道系酵素の上昇、アミラーゼ 181 U/L と軽度上昇を認めた。CT ではわずかに脾腫大を認める以外に腹痛の原因となる異常は認めなかった。急性胆管炎を疑い、絶食と抗菌薬 TAZ/PIPC 治療を行ったが症状改善がえられず。MRCP を施行すると DWI で脾全体がびまん性に高信号となり、主脾管に狭細像を認めた。超音波内視鏡下穿刺生検術 (EUS-FNB) を施行すると、腺房に散在性に好中球浸潤を認め、IgG4 染色は陰性だった。以上から 2 型 AIP と診断しプレドニゾン (PSL) 50mg (0.6mg/kg) で治療開始。その後、速やかに症状は軽快し、入院第 21 日に退院。以降外来で PSL は漸減終了したが再燃なく経過している。【結語】本邦において 2 型 AIP は 1 型 AIP と比較し稀で、潰瘍性大腸炎 (UC) との合併が多いとされる。PSC は UC を合併することが知られているが、2 型 AIP と PSC の合併については明らかではない。今回我々は PSC フォロー中に 2 型 AIP を生じた 1 例を経験した。希少な症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

49 ERCP 後肺炎に続発した被包化壊死の保存的治療中に癒着性腸閉塞を合併した一例

静岡県立静岡病院 消化器内科

○小林 祐紀、杉浦 直輝、関谷 幸佑、横山 翔平、川口 大貴、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、濱村 啓介、小柳津 竜樹

症例は44歳の女性で、既往に子宮頸癌がある。20XX年1月4日に腹痛と嘔気を主訴に当院を受診し、CTで多数の胆嚢結石と総胆管結石を認め、結石性胆管炎の診断で入院となった。第2病日にERCPを施行しプラスチックステントを留置した。同日ERCP後肺炎（予後因子0点、CT Grade 1）を発症したが、補液治療で自覚症状の軽減と血液データの改善があり、第17病日に退院となった。1月26日に心窩部痛のため受診し、CTでは前回認められた膵体尾部の腫大は改善傾向であったが、膵尾部周囲に被包化された液体貯留を認め、入院となった。心窩部痛は自然に軽快し、第12病日に腹腔鏡下総胆管切石術・胆嚢摘出術を施行し第18病日に退院となった。3月1日の膵尾部周囲の液体貯留はMRIで縮小傾向（35x44x140mm）を認めたが、3月26日頃から嘔吐と心窩部痛が出現するようになり、3月30日のCTでは小腸閉塞を認め入院となった。イレウス管理となったが、閉塞は解除されず第8病日に腹腔鏡下腸管癒着剥離術を施行した。横行結腸間膜を超えて膵液体貯留物と小腸が癒着しており、同箇所小腸は2箇所loop状に一塊となっていた。癒着は解除され、術後経過は良好で第12病日に退院となった。6月のフォローアップMRIでは被包化液体貯留は消失・器質化し22x45x65mmまで縮小を認めた。その後は今日に至るまで腸閉塞はなく経過している。考察 ERCPは侵襲度が高く、合併症としてERCP後肺炎は0.4-5.6%の頻度で発生するとされている。また、肺炎後の膵局所合併症である液体・壊死性貯留も稀ではあるが続発するとされている。これらの合併症の大半は自然軽快するが、発生場所や炎症の程度によって大腸などの後腹膜臓器と癒着する事が知られている。今回我々はERCP後肺炎の後、被包化壊死に至り癒着性小腸閉塞を引き起こした貴重な一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

51 十二指腸乳頭部癌術後再発による肝外門脈閉塞症に伴う胆管空腸吻合部静脈瘤出血の一例

松波総合病院

○鳥澤 宗一郎、中西 孝之、荒木 寛司、三好 晃長、亀井 真琴、牧野 紘幸、長尾 涼太郎、片岡 史弥、奥野 充、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

【症例】71歳男性。【既往歴】高血圧症、胆嚢結石症術後、十二指腸乳頭部癌術後。【現病歴】X年6月に十二指腸乳頭部癌（pT3a,pN1,pM0,pStageIIA）に対して亜全胃温存膵頭十二指腸切除術（SSPPD+Child再建）を施行した。X+1年2月に肺転移、大動脈、腹腔動脈周囲リンパ節転移を新たに認め、同年3月からGEM+S-1療法を9コース実施。PDで同年11月からGEM+CDDP療法を2コース実施。PDとなるもPSが悪化し薬物療法を中止した。X+2年1月23日に暗赤色血便を自覚しHb 6.3g/dLと貧血を認め入院となった。【経過】入院1日目に上部消化管内視鏡検査、入院2日目に全大腸内視鏡検査、入院3日目には小腸カプセル内視鏡検査を実施したがいずれの検査でも出血源を同定できなかった。その後血便は持続し、入院6日目までに計12単位の輸血を実施した。同日、経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査を実施し、輸入脚の胆管空腸吻合部に細血管の集簇と拡張を認め、うち一カ所より活動性出血を認めたためクリップ止血した。造影CTで転移巣の直接浸潤による腹腔動脈、左腎動脈、上腸間膜静脈の狭窄、および門脈本幹の完全閉塞と門脈腫瘍栓の形成、肝門部への側副血行路の増生を認めた。また、顕著な腹水の増加を認めた。以上より、肝外門脈閉塞症によるcavernous transformation of the portal veinと胆管空腸吻合部静脈瘤破裂と診断した。止血術後より血便は消失し、輸血を要さず貧血に改善がみられ、入院12日目に退院した。その後、X+2年3月に原疾患により死亡した。【考察】原疾患増悪による門脈完全閉塞に伴い形成されたcavernous transformation of the portal veinが吻合部静脈瘤の原因となったものと考えた。また、胆管空腸吻合部静脈瘤出血の治療として、内視鏡的クリッピング術は門脈血行動態への影響が少なく比較的低侵襲である点で治療の有用性が報告されている。本症でも内視鏡的クリッピング術により良好な止血効果が得られ、有用性を示す一例となった。

50 慢性肺炎に伴う肺仮性嚢胞に対して経皮的および内視鏡的ドレナージを伴った一例

鳥田市立総合医療センター 消化器内科

○酒井 宏記、榎葉 俊太郎、長木 紗矢果、綿引 萌花、井口 太郎、米倉 孝、石橋 浩平、渡邊 晋也、金山 広和、松下 雅広

【症例】60歳男性【既往歴】アルコール性肝硬変、肝性脳症、慢性肺炎、肺石症、肺嚢胞【内服薬】インロイシン・ロイシン・バリン顆粒、ラクソコース、リファキシミン、肝不全用成分栄養剤、レボカルニチン、スピロノラクトン【病歴】X-14日、定期受診時に発熱、炎症反応上昇を認めた。脱水傾向もみられたため入院での精査加療を提案したが、希望なく外来で経過観察をしていた。しかし、X日、予定受診時の血液検査で、炎症反応上昇、脱水の改善がなく入院となった。【現症】体温36.6℃、血圧103/62 mmHg、脈拍72回/分。心窩部に自発痛あり。【検査所見】WBC 13,400/μL、CRP 6.23 mg/dL。X-14日の造影CTで膵尾部から胃に連続するように嚢胞を認めた。嚢胞辺縁には造影効果を認めた。X+1日のMRIで同病変は増大し、胃はそれによって腹側に圧排されていた。【経過】嚢胞による胃の圧排で通過障害を来し、また慢性肺炎増悪により炎症反応が上昇したと判断し、X日に入院した。内視鏡的膵管ステントを留置する方針としたが、嚢胞による壁外圧排により内視鏡操作は困難であった。経胃的もしくは経皮的ドレナージを考慮したが、患者の希望もあり経皮ドレナージを選択した。エコー下で経皮的嚢胞ドレナージを施行し、CTで嚢胞の縮小を確認した後、再度膵管ステント留置を企図し、非脱落型膵管ステント（5Fr、7cm、Straight）を留置した。膵管ステント留置による合併症はなく、嚢胞の増大はなく経過した。現在2-3ヶ月毎に膵管ステントの交換を行い、嚢胞の再増大はなく経過している。【考察】急速に増大した肺嚢胞に対して経皮的ドレナージを施行し、嚢胞縮小後に内癒化した一例を経験した。経胃的ドレナージは奏効率、再発率、合併症などの点で経皮的ドレナージより優れているが、経皮的ドレナージは多くの施設で施行可能という点で優れている。肺嚢胞に対してはその成因を鑑別し患者背景を考慮しながら治療選択をしていく必要がある。

52 ペムブロリズマブが著効し、胆管ステントを抜去することができた肝門部胆管癌の1例

岐阜県立多治見病院

○堀江 純平、岡山 幸平、加藤 圭、祖父江 雅也、水野 智之、佐々木 謙、濱田 祐輔、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、菱輪 彬久、羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

【症例】69歳男性【家族歴】姉：40代で胃癌【病歴】1週間前より腹痛で近医を受診し、血液検査で肝機能障害と軽度黄疸を認め、精査目的にて当科に紹介となった。造影CTにて肝門部に30mm径の造影効果を認める腫瘍性病変と門脈左枝の閉塞、腹腔動脈周囲のリンパ節腫脹を認めた。Bismuth分類4型の肝門部胆管癌が疑われた。ERCを行い、左肝内胆管と前区域枝にステント留置を行い、胆管生検にて胆管癌の確定診断に至った。当初は外科的切除の方針で経皮経肝門脈塞栓術（PTPE）を実施したが、直前のCTで原発巣の増大と右肝動脈浸潤が出現したため、がん遺伝子パネル検査目的に肝生検を行った後に、ゲムシタビン・シスプラチン（GC）療法を開始した。7コース施行後に急性胆管炎で緊急入院し、腹部CTで腫瘍の増大と右肝内胆管の拡張を認めた。ERCを施行したが後区域枝の胆管狭窄が強くステント留置が困難であったため、前区域枝のみにステントを留置した。その後、拡張した後区域枝にPTBDを施行した。炎症改善後にRendezvous法にて前区域枝と後区域枝にステントを留置し、減黄が得られた。1コース終了時点でがん遺伝子パネル検査を提出した肝生検の組織がMicrosatellite Instability-High（MSI-H）とTumor Mutational Burden-High（TMB-H）であると判明したため、ペムブロリズマブ療法を導入した。治療開始後腫瘍マーカーは著明に低下し、3コース終了時の造影CTでは原発巣の不明瞭化と胆管拡張の改善を認めた。4コース終了後のERCでも胆管の通過性は良好であったため、ステントフリーとなった。12コース後両肺下葉にすりガラス影が出現し、irAEによる軽度の間質性肺炎が疑われたが、呼吸器内科と協議の上、画像検査と線維化マーカーの測定による慎重経過観察となっている。現在17コースまで継続しているが、腫瘍は縮小を維持している。関連癌と家族歴とMSH6バリエーションを認めたことから、Lynch症候群の可能性もあると考えたが、追加の遺伝子検査は希望されなかった。【結語】ペムブロリズマブ療法を導入し、著効が得られた肝門部胆管癌の1例を経験した。

53 PTBD チューブの肝被膜下穿通に対して、経皮チューブからのリカバリーに ERCP 用の uneven カテーテルが有用であった一例

¹ 磐田市立総合病院 消化器内科、² 磐田市立総合病院 肝臓内科
○鈴木 大二郎¹、金子 淳一¹、西澤 航平¹、平野 雄一¹、
丹羽 智之¹、加藤 敦士¹、滝浪 将貴¹、高橋 百合美²、
笹田 雄三²、西野 真史¹

【症例】85 歳、男性【主訴】黄疸【既往歴】悪性リンパ腫寛解後、胆嚢摘出術後【経過】黄疸を認め前医へ受診した。画像検査で肝内胆管は拡張し、総胆管は遠位胆管で閉塞しており、遠位胆管癌が疑われた。まず、内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) が施行されるも胆管挿管困難であったため、B5 からの経皮的胆道ドレナージ (PTBD) が施行された。減黄は良好であったが、胆汁の内瘻化が困難であり、当院へ紹介となった。当院で施行した造影 CT 検査で、PTBD チューブの先端が実質を貫通し、肝臓被膜下に穿通していることが分かった。肝内胆管拡張は認めず、腹水も認めなかった。PTBD チューブからは 250ml/ 日の淡黄色の胆汁排出を認めていた。まず、ERCP を施行するも胆管挿管困難であり、経皮ルートからのリカバリーを行う方針とした。PTBD チューブを引きながらガイドワイヤ (GW) 操作を行う場合、PTBD チューブの肝外への逸脱が危惧された。そのため被膜下穿通ルートをキープしつつ、GW で肝門部へつながる胆管枝を探る必要があった。まず、経皮ルートに GW を挿入した状態で PTBD チューブを抜去し、続いて ERCP 用の uneven カテーテルを挿入した。uneven カテーテルは先端ルーメンと側方ルーメンが存在し 2 本の GW をそれぞれのルーメンで使用するこがで、側方ルーメンからの GW で胆管枝を探ること、肝門部胆管まで GW を誘導することに成功した。続いて、GW を順行性に総胆管から十二指腸へ通過させ、十二指腸鏡を挿入しランデブーテクニックで胆管挿管を行い、最終的に胆管プラスチックステントを前区域枝に留置した。しかし、ステント留置の過程で GW が逸脱してしまい、経皮ルートにセイフティ用の PTBD チューブが留置できなくなってしまうため、PTBD チューブが留置されていた抹消胆管枝に経鼻胆道ドレナージ (ENBD) チューブを留置した。ENBD チューブは内瘻化施行から 4 日後に抜去し、患者は 7 日後に合併症なく退院となった。【考察】ERCP 用の uneven カテーテルは経皮治療のリカバリーにおいても有用である可能性が示唆された。

55 ガイドワイヤロック機構を備えた新型スコープでの超音波内視鏡下胆管ドレナージ術における被爆量の検討

岡波総合病院
○今井 元、福井 淑崇、勝部 晃平

はじめに：職業被曝により発癌、皮膚障害、白内障等の問題があり、本邦でも 2021 年に法改正が行われ、水晶体の放射線線量限度を 5 年間に付き 100mSv および 1 年間について 50mSv を超えない様に定められている。その中で胆膵内視鏡医にとって重要な治療手法となりつつある、超音波内視鏡下胆管ドレナージ術 (EUS-BD) における被爆量も ERCP に比して多い傾向にあると言われ問題である。当院では昨年に新型透視装置を導入し、被爆時間、被爆量を可視化し、7 月にはガイドワイヤロック機構を備えた新型 EUS スコープを導入した。ロック機構により EUS-BD 実施時におけるデバイス交換時の被曝が軽減される可能性があり、少数例であるが検討した。対象：2023 年 1 月から 2024 年 3 月までに行った、ERCP 困難切除不能悪性胆道狭窄に対して行った EUS-BD 合計 14 例、従来型スコープ群 (CS) 6 例、新型スコープ群 (NS) 8 例である。なお当院では EUS-BD は、EUS guided antegrade stenting+hepaticogastrostomy (HGAS) を基本とし、AS が困難症例では HGS のみとしている。検討項目：患者背景、手技時間 (PT)、透視時間 (FT)、空気カーマ (AK)、面積線量 (KAP) とした。結果：両群間において年齢、性別に有意差はなく、HGS のみが CS、NS とともに 3 例であった。(P=1) PT は CS: NS = 38.6 ± 21.1min : 29.6 ± 14.1min (P=0.28)、FT は CSvsNS 25.7 ± 14.9min vs 16.5 ± 9.4min (P=0.14)、AK は CSvsNS = 202.9 ± 122.0mGy vs 132.0 ± 68.3mGy (P=0.13)、KAP は CSvs NS 55.8 ± 18.9Gycm² vs 36.9 ± 14.2 Gycm² (P=0.06) であった。考察：今回の検討では、症例数が少く、FT、AK、KAP において統計学的有意差はなかったが、ガイドワイヤロック機構により FT、AK、KAP とともに低い傾向にはあった。従来型のスコープを使用した EUS-HGS の際の既報の FT、AK、KAP よりも新型スコープを使用した本検討は低く、被爆量軽減に寄与する可能性が考えられた。結語：ガイドワイヤロック機構により透視時間、被爆量は少なくなる可能性があり、術者および介助者の被曝軽減につながる可能性が示唆された。

54 FCSEMS を用いた EUS-GBD への追加プラスチックステント留置における新規テクニック ~catheter-puncture method~

伊勢赤十字病院

○辻 龍佑、村林 桃士、沢 恵美加、大前 啓太、津田 宣之、
奥田 彩子、奥田 裕文、河俣 真由、松嶋 竜太郎、久田 拓央、
天満 大志、林 智士、杉本 真也、亀井 昭

【緒言】EUS-GBD において FCSEMS を用いた場合には、Double-pigtail plastic stent (DPPS) を FCSEMS 内腔にアンカーとして追加留置することでステント逸脱や出血を防ぐことが可能となる。しかし、十二指腸に FCSEMS が長く出ている場合には、デバイスを挿入する伝達力が伝わりにくくなるため、DPPS の追加留置は技術的に困難であり、追加留置に伴う FCSEMS 位置ずれのリスクもある。我々は、この DPPS 追加留置における新規のテクニックを考案したため、ここに報告する。【症例】75 歳女性。6 か月前に遠位胆管癌に対して FCSEMS を留置後であったが、発熱、腹痛の症状があり当院を受診した。血液検査で CRP 値の上昇を認めるも、肝胆道系酵素の上昇はなかった CT で胆嚢の腫大と壁肥厚を認めるも、胆管拡張はみられなかった。金属ステント留置後の急性胆嚢炎と診断し、PTGBA を施行したところ、胆嚢炎は改善し、6 日後に退院となった。しかし、退院翌日に再度発熱したため、当院を受診した。精査の結果、胆嚢炎再燃の診断となったため、EUS-GBD を施行する方針とした。19 G 針で十二指腸球部から胆嚢を穿刺し、バルーンダイレタで前拡張の後に、8 × 100 mm の FCSEMS (Hanaro FC Benefit) を胆嚢内 ~ 十二指腸にかけて留置した。DPPS を追加留置する方針としたが、十二指腸に出た FCSEMS の部分が約 6 cm と長く、従来の方法 (FCSEMS の手前側からの DPPS 留置) では困難と考えられた。そこで、直視鏡下にて、FCSEMS の十二指腸壁近傍のステントメッシュ間隙をカテーテル (MTW) で穿刺することで穴をあけて、ガイドワイヤを FCSEMS 側面から刺入し、FCSEMS 内腔から胆嚢内にかけて挿入した。前拡張なしで DPPS (Through & Pass, Double Pigtail, 7 Fr, 7 cm) を挿入し、胆嚢内 ~ FCSEMS 内腔 ~ 十二指腸内にかけて留置した。十二指腸壁から近い位置よりアプローチしたことで、デバイス挿入の軸が適切となり、容易に DPPS を追加留置することが可能であった。

56 腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後診断された低異型度胆嚢内乳頭状腫瘍の 1 例

名古屋市立大学 消化器外科

○林 祥平、原田 幸志朗、桐原 遥河、高坂 重行、
上原 侑里子、前田 祐三、志賀 一慶、田中 達也、小川 了、
高橋 広城、松尾 洋一、三井 章、瀧口 修司

症例は 70 歳、女性。胃癌に対し開腹胃全摘術、右肺上葉肺癌に対し胸腔鏡下右肺上葉切除 + 下葉楔状切除を施行された既往がある。胃癌、肺癌ともに再発なく経過観察中であった。4 年前の人間ドックで、胆嚢底部に壁肥厚を指摘され、胆嚢筋線腫瘍の診断で、当院消化器内科で定期的にフォローアップされていた。定期検査での腹部超音波検査で、胆嚢底部に 7.7mm 大の乳頭状に不整な壁肥厚の増大を認め、一部隆起性病変の合併が疑われた。ソナゾイド造影超音波検査では、壁肥厚に一致した造影増強効果を認めた。造影 CT 検査や MRI 検査では非特異的な胆嚢壁の肥厚が指摘できるのみに留まった。胃全摘術後であり、超音波内視鏡検査による精査は不能と考えられた。腫瘍マーカーは CEA が 6.4 ng/mL と軽度上昇を認めた。胆嚢癌を含め悪性腫瘍の可能性が否定できず、診断かつ治療目的に胆嚢摘出術をすめられ、当科紹介となった。全層切除による腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後経過は問題なく術後 3 日で退院とした。病理組織学的検査では、胆嚢底部から体部にかけて 55 × 50mm の範囲に紡錘形核腫大を有する異型胆嚢上皮の乳頭状増殖像を認めるものの、浸潤を示唆する所見はなく、低異型度胆嚢内乳頭状腫瘍と診断した。胆嚢内乳頭状腫瘍は、WHO 消化器腫瘍分類 2010 に初めて記載された疾患概念であり、胆嚢癌の前癌病変の一つである。組織学的には線維性血管芯を伴う上皮の乳頭状増生を特徴とした病変とされる。画像検査所見は胆嚢ポリプや胆嚢癌と類似しており、術前診断は困難とされている。また、前癌病変であるために、切除診断時には胆嚢癌を合併していることが多く、本症例のように癌併存のない低異型度の状態で診断されることは極めて稀である。今回、我々は腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行し、術後に低異型胆嚢内乳頭状腫瘍と診断した 1 例を経験したため、文献の考察を加えて報告する。

57 術前画像所見で胆嚢捻転症と診断し腹腔鏡下胆嚢摘出術を行なった2例の検討

蒲郡市民病院 消化器外科

○野村 僚、佐藤 幹則、長崎 高也、杉浦 弘典、中村 善則

胆嚢捻転症は特異的な症状に乏しく比較的稀な疾患であるが、急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン 2018 によれば胆嚢捻転症は胆嚢頸部の捻転により血流が途絶し、胆嚢壁に壊疽性変化を生じるため緊急手術を必要とすると考えられている。近年画像診断の進歩により術前診断可能な症例も増えてきている。当院では 2021 年から現在までに2例の胆嚢捻転症に対して術前診断可能で早急に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行できた症例を経験したので報告する。症例1：93 歳女性。右上腹部痛を主訴に救急搬送された。単純 CT を撮影した時点で胆嚢腫大と胆嚢壁の浮腫に加えて、胆嚢管におけるねじれを指摘することができた。造影 CT を追加すると胆嚢壁全体の造影不良が疑われた。胆嚢捻転症の診断で緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術の方針とした。術中所見では腹腔内に血性腹水が貯留し、胆嚢は鬱血を来していた。胆嚢は胆嚢頸部と間膜を軸に反時計回りに 360°捻転をしており Gross1 型と診断した。整備後に順行性胆嚢摘出術を施行した。経過は良好で術後8日目に退院した。病理組織検査では、全層の出血性壊死認め上皮はほぼ脱落を来していた。症例2：87 歳女性。心窩部痛を主訴に前医受診の後、当院に救急搬送をされた。単純 CT では胆嚢腫大と周囲脂肪組織濃度上昇を認め胆嚢炎の診断となったが胆嚢捻転は指摘できなかった。追加で撮影した MRCP では胆嚢のねじれを認め頸部が描出されず、胆嚢捻転症の診断で緊急腹腔鏡下胆嚢摘出術の方針とした。術中所見で胆嚢は胆嚢頸部と肝床の間膜を軸に時計回りに 360°捻転をしており Gross 1 型であった。整備後、逆行性胆嚢摘出術を施行した。経過良好で術後3日目に退院した。病理組織検査では鬱血や出血、慢性炎症の所見であり胆嚢捻転に矛盾しないとの診断であった。今回当院で経験した胆嚢捻転症では2例とも術前画像所見で診断可能であり早急な治療が可能であった。若干の画像診断を中心に文献的考察を踏まえて報告する。

58 重複癌の治療中に認めた転移性肝腫瘍に対し Liquid Biopsy が原発の推定に有用であった 1 例

浜松医療センター 消化器内科

○齊藤 健人、井上 尊史、竹内 悠、佐藤 大輝、樋口 友洋、大庭 行正、谷 伸也、鈴木 安曇、栗山 茂、影山 富士人、金岡 繁

【症例】69 歳、女性【既往歴】なし【現病歴】X-9 年に S 状結腸癌に対し Hartmann 術、X-2 年に S 状結腸癌による転移性肝門部癌に対して摘除術を施行。X 年 7 月サーベイランス CT 検査で右肺門部腫瘍と肝門部に 15mm 大の腫瘍性病変を認め、CEA、CA19-9、SCC はいずれも正常範囲であった。生検を含めた精査の結果、肺病変は扁平上皮癌と診断。しかし肝腫瘍は腹部超音波検査や MRI 検査でも質的診断は困難であった。肺癌に対し化学放射線治療を行い X 年 10 月には PR となったが、肝腫瘍については 30mm と増大。肝生検を試みるも穿刺困難であった。画像検査では肝腫瘍の質的診断は困難であるため、がん遺伝子パネル検査・FoundationOne Liquid CDx を施行。結果として癌に関連するバリエーションとして APC、DNMT3A、NF1、RAD21 が検出され、9 年前切除した S 状結腸癌の異時性転移とエキスパートパネルで判断された。大腸癌の肝転移として mFOLFOX+Pmab を開始し転移巣の縮小を認めている。【考察】がん遺伝子パネル検査は、標準治療が終了となるもしくは見込まれる固形がん、標準治療のない希少癌と原発不明がん患者が対象で、腫瘍組織や血液を用いて解析し、遺伝子異常により新たな治療や臨床治験に結びつけることを目的としている。さらに本症例のように重複癌患者の転移性病変に対しその由来の推定に役立つ可能性がある。

59 S 状結腸がんに伴う腸管囊胞様気腫症の 1 例

成田記念病院

○馬場 創、坪井 謙、木村 将、葛谷 甫正、柴田 孝弥、栗本 昌明、小出 肇、神谷 厚、沢井 博純

57 歳、女性。3 日前からの血便を主訴に当院消化器内科を受診した。既往歴に特記事項はなく服薬もない。血液生化学所見では Hb 15.2g/dL、Ht 46.7%、MCV 81.2fL、CEA 0.8ng/mL、CA19-9 22.3U/mL と貧血や腫瘍マーカーの上昇は認められなかった。大腸内視鏡所見では S 状結腸に 20mm 大の ls 型ポリープを認め、同病変の肛門側に 10cm に渡って発赤を伴う 5mm 大の小隆起性病変を多数認めた。Cushion sign 陽性であり、粘膜下病変を疑った。ポリープの病理組織は Tubular adenocarcinoma, well differentiated type. Group 5 と診断した。腹部 CT 検査では S 状結腸周囲にリンパ節腫大があり、腸管内や腸管壁内にて 5mm 大の多房性の air を認めたが、周囲脂肪組織の上昇は認められなかった。S 状結腸癌 cT1b cN2a cM0 cStage3b と術前診断し、腹腔鏡下 S 状結腸切除術(D3 郭清)を施行した。手術所見は、S 状結腸腫瘍の点墨部から肛門側に漿膜側からも確認できる気腫が多発し、腹膜播種や腹水貯留などは認めなかった。病理組織所見では S 状結腸に 15mm 大の隆起性腫瘍、その肛門側 10cm に気腫像を認めた。S 状結腸癌 pT4a pN1a sM0 fStage3a、腸管囊胞様気腫症 (pneumatosis cystoides intestinalis: 以下 PCI) と病理診断した。その後、5 年間無再発生存している。PCI は、特発性の他にも、腸閉塞などが原因となる腸管虚血、粘膜破壊によるものが知られている。本症例では S 状結腸癌はあるものの腸閉塞を呈しておらず、同病変よりも肛門側に PCI が認められており、まれな 1 例を経験したので考察を加えて報告する。

60 Segmental Absence of Intestinal Musculature の部位で穿孔を認めた上部消化管造影検査後のバリウム腹膜炎の 1 例

¹ 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器内科、

² 社会医療法人蘇西厚生会 松波総合病院 消化器外科

○片岡 史弥¹、中西 孝之¹、荒木 寛司¹、鳥澤 宗一郎¹、三好 晃長¹、亀井 真琴¹、牧野 紘幸¹、長尾 涼太郎¹、奥野 充¹、河口 順二¹、浅野 剛之¹、田上 真¹、早崎 直行¹、伊藤 康文¹、杉原 潤一¹、森脇 久隆¹、富田 栄一¹、東 敏弥²、木村 真樹²

【症例】54 歳女性【主訴】腹痛【現病歴】健康診断目的でバリウムによる上部消化管造影検査を当院で受け、検査直後に当院規定の下剤（ピコスルファートナトリウム水和物 2 錠）を服用しバリウムを含む排便も認めた。同日の夜から下腹部痛を自覚し、症状が改善しないため翌日当科外来を受診した。【経過】来院時体温は 38.1℃。下腹部を中心に自発痛と圧痛を認めていた。血液生化学検査で WBC 14,800/μL、CRP 0.61mg/dL と上昇を認めた。腹部造影 CT 検査で S 状結腸に多発憩室と腸管内及び憩室内にバリウムの貯留を認めていたものの、free air やバリウムの腸管外漏出は認めなかった。緊急入院の上で抗生剤投与を行ったが、入院 3 時間後より腹痛の増悪を認めた。再度腹部 CT 検査を施行したところ S 状結腸付近にバリウムの腸管外漏出を認めた。S 状結腸穿孔による穿孔性腹膜炎と診断し、緊急手術にて S 状結腸部分切除と人工肛門造設術が施行された。摘出標本では穿孔部周囲に 25mm にわたる固有筋層の欠損を認め、穿孔部では漿膜下脂肪組織の菲薄化もみられた。穿孔部周囲にはバリウムの付着を認めたが炎症細胞浸潤は軽度で、明らかな粘膜障害を有していなかったことより、SAIM (Segmental absence of intestinal musculature) とそれに伴う穿孔と考えられた。術後 16 日目に退院し、その後人工肛門閉鎖術も施行され現在良好に経過している。【考察】SAIM は憩室を伴わない部分的な腸管固有筋層の欠損であり、多くが先天性であり小児例はしばしば報告されているが、成人例は稀である。本症例はバリウム便の滞留で腸管内圧が上昇し、SAIM による腸管壁の脆弱な部分が穿孔を来したと考えられた。本邦ではバリウムによる上部消化管造影検査は年間 400 万件以上施行されており、重篤な合併症の大腸穿孔によるバリウム腹膜炎があるが、発生機序については未だ統一された見解はない。SAIM の存在はバリウム腹膜炎の発生の一因となり得る非常に重要な所見と考える。

61 日本住血吸虫症を診断した一例

名古屋セントラル病院
○山口 皓史、中川 貴之

【症例】40代、女性 在日フィリピン人 フィリピンのミンダナオ島出身。【主訴】右下腹部痛【現病歴】1年程度持続する慢性的な右下腹部痛を主訴に近医を受診し、血液検査と腹部エコーで特記所見を認めなかったが、便潜血陽性であったため当科を紹介受診となった。腹部CTで肝の網目状の石灰化や結腸壁の石灰化を認め、下部消化管内視鏡検査で行った生検で虫卵を認めたため日本住血吸虫症と診断した。追加の間診で小児期にミンダナオ島の川でよく遊んでいたことが判明し、それが感染経路であると考えた。2回行った便検査では虫卵は陰性であったため、治療介入は行わずに経過観察の方針とした。【考察】日本住血吸虫症はわが国では既に撲滅されており現在新たな患者発生はみられないが、旅行者や移民などによる輸入感染症として診療する機会はありうる。特徴的な検査所見がいくつかあり、代表的なものでは肝の網目状の石灰化や大腸内視鏡検査での不整形黄色斑、便や腸管壁中の虫卵の存在とその周囲の線維化が挙げられる。治療にはブランジカンテルを用いる。治療を行っても石灰化した虫卵による画像変化は改善しないとされるが、本症に付随する門脈圧亢進や脾腫は改善することが多いとされる。本症は典型的な画像所見や内視鏡所見を呈することが多く、病歴からも鑑別に挙げることは難しいが、知っていなければ鑑別には挙がらない。消化器内科医として、輸入感染症として本症を認知しておく必要があると考える。

63 血管塞栓術前後の内視鏡所見を確認し得た結腸動静脈奇形の一例

¹順天堂大学医学部附属静岡病院、²伊豆今井浜総合病院内科
○永合 浩己¹、寺井 雄一朗¹、北 祐次¹、長崎 拓巳²、
山口 征大¹、巖 理華¹、池田 裕至¹、佐藤 祥¹、
村田 礼人¹、佐藤 俊輔¹、嶋田 裕慈¹、玄田 拓哉¹

【症例】80歳代女性。血便を主訴に入院。皮膚、粘膜に毛細血管拡張は認めず、血液検査でHb9.7g/dLと軽度の貧血を認めた。下部消化管内視鏡検査では結腸脾湾曲部近傍に立ち上がりなだらかで硬さのない粘膜下腫瘍様隆起が集簇する病変を認めた。病変の表面粘膜の色調は周囲粘膜と違いはなく粘膜欠損部は認めないが、一部に発赤部が存在し出血源として疑われた。ダイナミックCTでは動脈相で腸間膜動脈分枝末梢に小動脈瘤を伴う異常拡張血管増生と、これに連続する脾湾曲部付近の結腸壁濃染を認めた。出血源として結腸血管性病変が疑われたため腹部血管造影を施行、拡張した中結腸動脈左枝と抹消の塊状異常血管塊(nidus)と流出静脈早期描出(early venous return)を認めた。以上の所見より出血源を結腸動静脈奇形(arteriovenous malformation, AVM)と診断、止血目的に血管塞栓術を施行した。中結腸動脈抹消までマイクロカテーテルを挿入し、結腸壁内と考えられる異常血管塊(nidus)消失をエンドポイントとしてマイクロコイルを留置した。塞栓術後に下部消化管内視鏡検査を施行し、粘膜下腫瘍様病変の隆起の平坦化と周囲結腸粘膜に虚血性変化がないことを確認した。経口摂取再開後も再出血や塞栓術に伴う有害事象は認められず、患者は血管塞栓術後9日目に軽快退院した。【考察】大きなAVMに対する治療として血管塞栓術も治療選択肢となる。消化管出血治療としての血管塞栓術では腸管虚血を避け、かつ十分な止血効果を得るために過不足のない塞栓が必要となる。本症例のごく大きな消化管AVMからの出血に対する血管塞栓術では治療効果と腸管虚血合併の確認のために内視鏡検査が有用であることが示唆された。

62 ガストログラフィンで駆虫した条虫症の2例

名古屋市立大学病院付属みどり市民病院
○酒井 崇、長谷川 千尋、内藤 格、西江 裕忠、浅野 剛、
野尻 優

ガストログラフィンで駆虫した条虫症の2例名古屋市立大学医学部付属みどり市民病院 消化器内科 感染症・総合内科酒井崇、長谷川千尋、内藤格、西江裕忠、浅野剛、野尻優【症例1】53歳、女性【主訴】虫体の排泄【現病歴】X年11月10日、排便時に約1mの紐状の物体が排泄され近医を受診した。普段からサーモンの刺身を好んで食べており日本海裂頭条虫症が疑われ当院を紹介された。【海外渡航歴】なし【既往歴】なし【アレルギー】なし【経過】X年11月20日の受診後に提出された便の鏡検で虫卵が確認された。食の嗜好と虫卵の形態から日本海裂頭条虫症が疑われた。X+1年2月7日にガストログラフィンによる駆虫を行い、約6mの虫体が排出された。虫体のMultiplex-PCR検査で日本海裂頭条虫と同定された。【症例2】35歳、男性【主訴】虫体の排泄【現病歴】X年にタイ、ミャンマー、ベトナム、X+1年1月にカンボジア、ベトナムにそれぞれ1週間程度滞在し豚肉の料理を食べた。X+1年1月31日、排便時に約30cmの紐状の物体が排泄された。インターネットの検索により有鉤条虫症が心配となり当院を受診した。【既往歴】なし【アレルギー】なし【経過】渡航歴より海外で感染した消化管条虫症が疑われた。X+1年2月21日にガストログラフィンによる駆虫を行い約8mの虫体が排出された。虫体のMultiplex-PCR検査で日本海裂頭条虫と同定された。【考察】今回経験した2例の消化管条虫症のうち2例目は海外渡航歴から有鉤条虫、無鉤条虫などの輸入感染症が疑われたが、駆虫後の精査で日本海裂頭条虫と同定された。海外渡航歴に惑わされず国内での感染も鑑別診断にあげ診療を行うことが重要である。

64 粘膜下腫瘍様の形態を呈した大腸アニサキス症の一例

静岡市立静岡病院
○横山 翔平、小林 祐紀、杉浦 直輝、関谷 幸佑、川口 大貴、
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、濱村 啓介、小柳津 竜樹

【症例】40歳代男性【症状】腹痛【既往歴】前立腺肥大症、胃アニサキス症【現病歴】夜間、腹痛および蕁麻疹症状を認め、アナフィラキシー疑いにて近医へ救急搬送され、単純腹部CT検査を施行したところ腸重積所見を認めたため当院へ転院搬送となった。改めて造影腹部CT検査を実施すると腸重積所見は解除されており横行結腸に壁飛行および周囲脂肪組織濃度上昇を認めた。職業柄、普段から鮮魚を摂取しており以前にも胃アニサキス症の既往があることから大腸アニサキス症の鑑別のため、第2病日に下部消化管内視鏡検査を実施し、横行結腸に粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。頂部にわずかに陥凹を認め、同部位に対して鉗子を用いて生検実施すると内部よりアニサキス虫体の露出を認めた。アニサキス虫体を除去して以降は経過良好であり第5病日に退院となった。【考察】消化管アニサキス症の多くは胃アニサキス症であり、大腸アニサキス症は0.5～0.9%と稀である。臨床的にはアニサキス初感染時に無症候もしくは軽度腹痛症状を呈する緩和型と2回目以降の感染で即時型過敏反応により激しい消化管症状が出現する劇症型に分類される。劇症型は生魚摂食後、数時間～数日間に激しい腹痛や嘔吐、下痢、イレウス症状や腸重積症状をきたすことがあり、今回はこれまで複数回のアニサキス症の既往歴もあり劇症型症状が出現したと思われる。症例報告を参考にするとCT画像にて腸重積所見を伴う症例や下部消化管内視鏡検査にて粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認める症例も報告されており、さらに腹部症状を伴わず無症候性に発見される症例も散見された。本症例は大腸アニサキス症に伴い粘膜下腫瘍を形成し、腸管蠕動により腸重積を発症したことが受診契機となったが、臨床症状や既往歴、食歴・職業などの患者背景を考慮したうえで下部消化管内視鏡検査を施行し虫体除去にて速やかに症状改善得られた一例である。以上の内容を文献的考察も追加して報告する。

65 ステロイド治療が奏効し、大腸腺腫を切除し得た Cronkhite-Canada 症候群の一例

JA 愛知厚生連海南病院

○田代 秀仁、奥村 明彦、渡邊 一正、國井 伸、石川 大介、
橋詰 清孝、加賀 充朗、越山 彩香、上田 錠、宮崎 聖大、
伊藤 裕三郎

【症例】60 歳代男性【主訴】食思不振【併存症】逆流性食道炎、脂質異常症【現病歴】2 ヶ月以上続く食思不振があり、下痢や体重減少もきたしたため、近医を受診。原因精査目的に施行した上部消化管内視鏡検査 (EGD) にて胃全体に多発する発赤調のポリープを認め精査加療目的に当院紹介受診となった。【経過】初診時、10kg 以上の体重減少、10 回/日の下痢、味覚障害、爪甲萎縮、皮膚色素沈着、脱毛等の皮膚症状を認めたが腹部症状は認めなかった。血液検査ではアルブミン 1.8 g/dl、総蛋白 4.1 g/dl、亜鉛 63 μg/dl であった。EGD では 5 ~ 10mm 大の中型密集型の発赤調のポリープが多発しており、下部消化管内視鏡検査 (CS) では回腸 ~ 直腸に大型散在型の発赤調の過誤腫性ポリープが多発していた。生検では過形成性ポリープまたは過誤腫の診断であった。また S 状結腸に基部が過誤腫で頂部に腺腫を伴う所見を認めた。過誤腫は大きく、腺腫病変の全体像の把握が困難であったため、経過観察とした。^{99m}Tc-DTPA-HSA シンチグラフィでは右側結腸に集積を認め、蛋白漏出性胃腸症の所見であった。以上より Cronkhite-Canada 症候群 (CCS) と診断した。治療はプレドニゾン (PSL) 35mg/日 で開始し、1 週間後には血液検査所見も排便回数も改善傾向となった。治療効果判定に施行した CS では過誤腫性ポリープは全体的に縮小傾向であり、一部は消失していた。また S 状結腸の腺腫は PSL により過誤腫が縮小したため、全体像の把握が可能となり内視鏡的に切除し得た。現在は PSL 5mg/日 で維持療法を行っており、無再発生存中である。【考察】CCS は消化管に非腫瘍性ポリープが多発する非遺伝性疾患であり、治療は PSL が著効する。本症例も PSL の治療効果は良好であり、治療効果判定目的の CS にて大腸腺腫の切除が可能となった。また、CCS は消化管悪性腫瘍の合併 (15 ~ 25%) も報告されているため、定期的に画像評価を行うことは非常に重要である。

66 関節リウマチに対するトシリズマブの投与が病勢の悪化に關与していたと考えられる好酸球性胃腸炎の 1 例

¹ 浜松医科大学 内科学第一講座、

² 浜松医科大学医学部付属病院 光学医療診療部、

³ 浜松医科大学医学部付属病院 検査部

○肥爪 海斗¹、松浦 友春¹、石田 夏樹¹、田村 智¹、
山出 美穂子¹、濱屋 寧¹、山田 貴教²、岩泉 守哉³、
大澤 恵²、杉本 健¹

【症例】42 歳、女性【主訴】腹部膨満感【現病歴】24 歳時に近医免疫内科で関節リウマチと診断され PSL と MTX の内服が開始された。29 歳時に病勢悪化のためアダリムマブが開始された。妊娠希望があったためアダリムマブと MTX は中止されたが、出産後に症状再燃し、32 歳時にトシリズマブが開始された。39 歳時に固形物がのどに詰まるとのことで当科紹介受診。内視鏡にて下部食道に狭窄を認め、生検にて食道上皮内への好酸球浸潤があり好酸球性食道炎が疑われたが、狭窄症状が強いため狭窄部のバルン拡張術が施行された。その後つかえ感は改善したが、42 歳時に腹部膨満の訴えあり、腹部 CT にて著明な小腸、大腸の拡張および腹水の貯留を認め当科入院となった。腹水穿刺にて腹水中に多量の好酸球を認め好酸球性胃腸炎と診断し、PSL 40mg の内服が開始された。その後速やかに症状の改善を認めたが、PSL を減量すると腸管ガスおよび腹水の貯留が再燃。トシリズマブによる Th2 サイトカインの誘導が病勢の悪化に關与していると判断し、免疫内科に連絡をとり、関節リウマチの治療薬をトシリズマブからウパダシニブに変更したところ、PSL の離脱に成功した。【考察】トシリズマブは Th1 サイトカインを抑える薬剤であるが、逆に Th2 を賦活化するために好酸球性胃腸炎を誘導し難消化化した疑いがある。一方ウパダシニブは Th2 サイトカインを抑制する働きがあり、今回関節リウマチの治療薬をトシリズマブからウパダシニブに変更することで、ステロイド依存性の難治性好酸球性胃腸炎を改善できたと考えられた。

67 polyp 切除後に発症した蜂窩織炎性大腸炎の 1 例

¹ 藤田医科大学病院、² 南生協病院、

³ 操健康クリニック 消化器内科・内視鏡検診センター

○鶴飼 剛史¹、中川 義仁³、村島 健太郎¹、小山 恵司¹、
山田 日向¹、堀口 徳之¹、平山 裕¹、中野 尚子¹、
鎌野 俊彰¹、松坂 好平¹、長坂 光夫¹、宮原 良二¹、
奥村 浩二²、牛田 知佳²、古松 了昭²、廣岡 芳樹¹

【症例】55 歳女性【主訴】嘔吐【現病歴】他院で便潜血のため下部消化管内視鏡が施行され、3 か所 polyp 切除された。翌朝に頻回嘔吐を来し当院救急外来を受診となった。ショックバイタルのため精査加療目的で ICU 入院となった。【既往歴】不眠症、境界性パーソナリティ症候群、肝内結石症 (肝右葉切除術後)【内服歴】フルニトラゼパム、ゾレピデム、レボメプロロマジン【経過】腹部圧痛のため入院当日施行された腹部造影 CT で大腸に粘膜炎性浮腫を認めた。大量補液と TAZ/PIPC 投与を開始した。入院第 2 病日には血圧、腹部症状ともに改善した。入院第 3 病日施行の下部消化管内視鏡では、前医での polyp 切除部位に一致する粘膜欠損と、広範な全周性にびまん性の粘膜浮腫を認めた。以上の画像所見から蜂窩織炎性大腸炎と診断し絶食、輸液、抗生剤投与を継続した。経過良好のため、抗生剤継続下で食事再開するも症状再燃無く、第 15 病日に退院となった。退院後は軽度の腹痛、血便、CRP 高値が持続したため経口抗生剤投与を 56 日間行った。第 100 病日には腹痛・血便の消失し、CRP が正常化したため当院終診とした。【結論】蜂窩織炎性大腸炎は予後不良な疾患で、外科的切除後や病理解剖により診断された症例が多い。好発部位は上行結腸で、肝機能低下がリスク因子とされる。本症例は造影 CT 検査で polyp 切除部に特に強い炎症所見を認めたことから、polyp 切除に起因する蜂窩織炎性大腸炎と診断した。本症例は保存的加療のみで治癒させることができた貴重な症例であり報告した。

68 抗 TNF α 抗体製剤による潰瘍性大腸炎治療中に肺炎球菌による急性感染性電撃性紫斑病を発症した 1 割例

¹ トヨタ記念病院 消化器内科、² トヨタ記念病院 内視鏡科

○長屋 龍太郎¹、三宅 忍幸²、鈴木 貴久¹、石原 誠¹、
芳川 昌功¹、皆森 俊¹、小柳 裕揮¹

【背景】近年、潰瘍性大腸炎 (以下 UC) に対し生物学的製剤や低分子化合物を用いた治療例が増加している。これらの治療に際し感染症への注意は周知されているものの、結核/B 型肝炎/CMV/真菌などが主体であり、肺炎球菌に対する対策は殆ど行われていないのが現状である。また、炎症性腸疾患の中でも UC は脾機能低下を来たしうることから肺炎球菌感染への注意が必要である。今回抗 TNF α 抗体製剤による UC 治療中に肺炎球菌性敗血症から急性感染性電撃性紫斑病を発症し死亡した 1 割例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】48 歳、男性。10 年前に他院でぶどう膜炎の治療歴あり。約 1 年前から下痢、粘血便を認めるようになり CS にて中等症全大腸炎型 UC と診断し 5-ASA、PSL、AZA による治療を実施、その後 CMV 陽性となり GCV 投与および GMA を行ったところ症状は一旦改善傾向となり、PSL 及び AZA を漸減、抗 TNF α 抗体製剤である GLM の投与を開始した。3 回目投与頃から食思不振、嘔気症状が強くなり入院となった。CS や CT では UC の悪化を認めず粘血便回数の増加もなかった。しかしながら倦怠感が持続、更に頻呼吸、血圧低下など全身状態の悪化を認め、体幹や四肢に出血斑が出現、入院時の血液培養から肺炎球菌性敗血症が疑われ抗菌薬投与及び CHDF を開始したがアンダーシスが進行、入院 7 日目に死亡した。病理解剖所見では結腸に寛解期に相当する UC 所見を認め、グラム陽性双球菌の集簇を伴った漿膜の化膿性炎症所見がみられたが穿孔所見はなかった。また皮膚には側腹部から大腿部を主体として広範な紫斑/皮下出血/水疱形成を認め、皮下脂肪織にグラム陽性双球菌の集簇を伴った壊死を認め、肺炎球菌による敗血症に矛盾のない所見であった。【結論】潰瘍性大腸炎に対し生物学的製剤や低分子化合物による治療例が増加する中、合併症の感染症に対するリスクマネジメントは非常に重要であり、特に本例のような肺炎球菌による急性感染性電撃性紫斑病は死亡率が高いため、ワクチン接種による予防、発症後早期の診断と適切な治療が行えるかが救命のために重要である。

69 腸回転異常症を伴う横行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半側切除術を施行した 1 例

豊川市民病院

○山本 真也、寺西 太、堅田 武保、小出 修司、仲井 希、柳田 剛、山崎 礼雄、鈴木 海太

症例は 79 歳女性。便潜血陽性の精査で肝彎曲部横行結腸に全周性 2 型腫瘍を認めた。スコープは不通過で病理学的検査では、高分化～中分化管状腺癌であった。術前診断は、横行結腸癌 (cT3N0M0 cStage IIa) であった。術前的大腸 3D 検査では、上行結腸は正中に位置し上行結腸固定異常、造影 CT で SMV rotation sign を認め、腸回転異常症を伴う横行結腸癌の診断となった。術中所見では、上行結腸は正中に位置する固定異常やトライツ靱帯の形成不全を認めた。内側アプローチで手術を開始し、十二指腸球部前面をから受動を開始し横行結腸間膜を受動したが、血管走行が不詳のため小開腹下に血管走行を確認し、回結腸動静脈、中結腸動静脈右枝を切離し、結腸右半側切除術とした。術後経過問題なく、術後 7 日目に自宅退院となり、最終診断は横行結腸癌 (pT3N1aM0 pStage IIb) であった。今回、腸回転異常症を伴う横行結腸癌の 1 例を経験した。腸回転異常症を伴う大腸癌手術は比較的特異であるが通常解剖と異なるため、手術操作や視野展開に難渋することがある。そのため術前の画像評価による入念な準備が重要である。

71 大腸癌の播種による人工肛門悪性狭窄に対してステント留置を施行した 1 例

一宮市立市民病院

○畑中 景、側島 友、金森 信一、平松 武、松浦 倫三郎、山田 健太、梶原 彰、古川 大樹、吉川 幸愛、山田 純也、尾関 良太、関 紗那

【症例】50 歳代男性【主訴】人工肛門狭窄・排便困難【現病歴】X-3 年 4 月より横行結腸癌に対して化学療法を行っている。X-2 年 12 月に原発巣の狭窄をきたしイレウスで緊急入院となり上行結腸で単孔式人工肛門を造設した。以降も化学療法を継続していたが、徐々に人工肛門周囲の皮下に播種と思われる結節が出現し増大していた。X 年 3 月の CT で人工肛門部の大腸壁肥厚および口側腸管の著明な拡張を認めた。【経過】大腸癌の腹膜播種による人工肛門悪性狭窄と判断し人工肛門再造設の方針とした。しかし腹腔内は播種が高度で小腸および小腸間膜が硬化・萎縮しており腸管の挙上が困難であったため試験開腹で終了となった。そのため自己拡張型金属ステント (self-expandable metallic stent: SEMS) を用いて治療を行う方針とした。経鼻用の細径内視鏡を用いてガイドワイヤーを上行結腸に留置したのち、20mm × 8cm の Niti-S Colonic ComVi Stent® を人工肛門から挿入しステントの肛門側が体表に 1cm 弱出る状態で留置した。留置後から排便を認め、腹部レントゲンでも良好なステント拡張を認めた。経口摂取も問題なく可能であり、処置 2 日後に自宅退院となった。以降、現在まで人工肛門にトラブルなく経過している。【考察】大腸癌の狭窄によるイレウスに対する治療としてはイレウス管留置や外科的治療などが挙げられるが、近年は減圧成功率の高さ、治療侵襲の低さ、患者の QOL 改善の観点から SEMS の有用性が報告され広く行われるようになっていく。一方、悪性腫瘍の転移・再発による人工肛門狭窄はまれである。本症例においては播種による人工肛門狭窄に対して体表に SEMS を出す形で留置し、良好な治療効果を得ることができた。人工肛門の悪性狭窄に対しても SEMS 留置は有用で安全な手技であると考え、若干の文献的な考察を加えて報告する。

70 Non-rotation type 腸回転異常症を伴う RS 直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下直腸低位前方切除術を施行した 1 例

名古屋市立大学

○山本 誠也、林 祥平、原 賢康、楠戸 夏城、植松 宏、藤幡 士郎、安藤 菜奈子、大久保 友貴、社本 智也、三井 章、小川 了、高橋 広城、松尾 洋一、瀧口 修司

腸回転異常症は男性に多く、胎生 6 週間から 11 週間頃の中腸の不完全な回転や固定異常により生じ、80%程度は小児期に腸閉塞を呈して発見される。Wang らによって、回転異常の形態により 4 つの type に分類されている。今回我々は non-rotation type の腸回転異常を伴う直腸癌に対してロボット支援手術を施行したので報告する。症例は 65 歳の男性で、血便を主訴に来院した。下部消化管内視鏡検査で AV20cm の直腸に 5cm にわたる全周性の 3 型腫瘍を認めた。CT 検査で遠隔転移はなく、腫瘍の口側で壁外浸潤が疑われ、腸管傍リンパ節は 4 つに 8mm 程度の腫大を認めた。cT4aN2aM0 cStage 3c の診断となった。また、SMV rotation sign を認め、患者右側に全小腸が局在し盲腸が中央に位置しており non-rotation type の腸回転異常が疑われた。手術方針となりロボット支援腹腔鏡下直腸低位前方切除術 D3 郭清を施行した。明らかな Ladd 靱帯は形成していなかったが、結腸は高度に癒着しており剥離に難渋した。手術時間は 516 分 (コンソール時間: 429 分) で出血は 110ml であった。術後に Clavien Dindo grade2 の麻痺性イレウスとなり入院期間が若干延長したが、13 日目に退院となった。病理検査結果は高分化型腺癌で、pT3N0M0 pStage 2a の診断であった。脈管侵襲を認め、術後補助化学療法の適応であったが患者が希望せず施行しなかった。現在、術後 1 年が経過し、無再発生存中である。腸回転異常症では腸管が広範囲にわたって癒着していることが多く術中の視野展開が難しい。医中誌で「腸回転異常」「大腸癌」「ロボット手術」をキーワードに検索すると自験例のほか 1 例、直腸癌に対してロボット支援手術を施行した報告があった。いずれも手術成績は良好であり、術前に確実に解剖を確認することにより、腸回転異常を伴う症例であってもロボット手術を安全に施行できると考える。

72 Pagetoid spread を伴う肛門管癌に対して腹会陰式直腸切断術を施行した 1 例

¹ 浜松医科大学 外科学第二講座、² 浜松医科大学 外科学第一講座、³ 浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座

○高木 徹¹、倉地 清隆¹、岩瀬 友哉¹、立田 協太¹、杉山 洸裕¹、小嶋 忠浩¹、赤井 俊也¹、鳥居 翔²、阪田 麻裕³、森田 剛文¹、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、竹内 裕也¹

【背景】Pagetoid spread は肛門管癌および下部直腸癌が連続的に肛門周囲表皮に進展した病態を指し、乳房外 Paget 病との鑑別が難しく、根治切除が困難なため予後不良と報告されている。今回集学的治療により根治をえた 1 例を文献的考察を加えて報告する。【症例】77 歳女性。会陰部の発赤を主訴に近医を受診し、腔カンジダの診断で投薬治療を受けていたが改善せず、徐々に肛門に腫瘍形成を認めた。腫瘍の生検で腺癌を認め、初診 1 年後に当院形成外科を紹介。肛門から大陰唇にかけて広範囲の紅色皮疹を認めた。胸腹部造影 CT では遠隔転移なく、肛門周囲の皮膚に造影効果に伴う肥厚を認めた。腫後壁から会陰部を含めた病変のパンチ生検で、表皮内 Paget 様細胞を認めた (CK20 陽性、GCDPF-15 陰性)。下部消化管内視鏡検査所見は、肛門管から直腸 Rb にかけて発赤、浮腫、2cm 大の小隆起を認め、生検で粘液癌および Paget 様細胞を認めた。外陰部表皮組織と肛門管癌が類似しており、総合的に Pagetoid spread を伴う肛門管癌と診断した。術前および術中に表皮進展の病理評価を行い形成外科と合同手術として、腹会陰式直腸切断術、子宮摘出、腫全摘、会陰部臀部皮膚切除、両側薄筋皮弁を施行、手術時間 11 時間 29 分、出血 1625mL。病理組織所見は adenocarcinoma, muc, sig で、pT3, pN0, M0, pStagella (大腸癌取扱い規約第 9 版)。表皮切除部断端陰性を確認した。術後 44 病日退院したが、4 ヶ月後経過腹部 CT で右鼠部リンパ節転移および骨盤内局所再発疑いのため化学放射線療法を追加した。術後 5 年経過の現在 CR を維持している。【考察】Pagetoid spread を伴う肛門管癌は、乳房外 Paget 病と鑑別困難で診断に苦慮する場合がある。表皮浸潤を特徴とするが肉眼的所見より広範囲に進展することがあり、切除断端陰性を確保するために、術前 mapping biopsy と術中迅速病理による遺残のない根治切除が予後に影響する。本症例では、肛門から会陰部を含めた広範囲切除と皮弁再建により遺残なく切除が可能であった。鼠径部リンパ節転移に対しては化学放射線療法で CR 維持可能であり、集学的治療が奏功した。

73 先天性第5因子欠損症に合併した盲腸癌の1例

名古屋大学医学部付属病院 消化器・腫瘍外科（消化管）

○伴 友弥、梅田 晋一、近藤 剛規、野々垣 彰、伊藤 雄貴、田中 健士郎、岸田 貴喜、服部 恵次、中山 吾郎、小寺 泰弘

【症例】81歳、男性。【現病歴】前医で盲腸癌の診断で手術を予定していたが、術前精査で凝固異常を指摘され、精査目的で当院へ紹介となった。【既往歴】2型糖尿病、高血圧症。【薬剤歴】グラクティブ、ミチグリニド、メトホルミン、デベルザ、ニフェジピン、エンレスト。【家族歴】特記事項なし。【アレルギー】なし。【生活歴】喫煙歴なし、機械飲酒程度。【初診時現症】身長15cm、体重6kg。【血液生化学検査】Hb 11.6g/dL、PT 20.0%未満、PT-INR 4.73、APTT 133.5秒、第5因子活性 3.0%以下、第5因子インヒビター 陰性、CEA 7.7ng/mL、CA19-9 1U/mL未満。【下部消化管内視鏡検査】盲腸に2型腫瘍を認める。【胸腹部CT検査】盲腸に造影効果に伴う腫瘍性病変を認め、腸管傍領域に腫大したリンパ節を認める。遠隔転移を認めない。【術前診断】盲腸癌 cT3N1bM0 cStage3b。【手術】術前日、術当日、術翌日にそれぞれFFP 8単位の周術期輸血を行った。術式は腹腔鏡下回盲部切除術 D3 郭清。再建は機能的端端吻合で行い、出血予防として吻合部の内側からステープルの止血を行った。手術時間3時間29分、出血量36mL。術中に易出血性を認めなかった。【術後経過】術後第0日目の夜間にうっ血性心不全を発症し利尿薬の投与を要した。術後第8日目にFFP 4単位の輸血を行い、同日ドレンを抜去した。術後第10日目に自宅退院となった。【考察】先天性第5因子欠乏症は、常染色体不完全劣性遺伝の形式をとる非常にまれな疾患である。PT、APTTの延長や第5因子定量の低下を示し、皮下出血や粘膜出血などの出血傾向が認められるが、分離精製された第5凝固因子製剤は存在しないため、観血的処置の際にはFFP製剤の使用が推奨されている。今回我々は非常にまれな先天性第5因子欠乏症患者の盲腸癌に対して、周術期にFFP製剤を投与し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した貴重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。

74 小腸 GIST から難治性出血を来した Sturge-Weber 症候群の1例

名古屋市立大学医学部付属東部医療センター

○神谷 昌宏、三崎 大輔、小林 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、佐藤 椋、服部 智子、小田 彩香、猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、荒木 幸子、西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

【緒言】Sturge-Weber 症候群（SWS）は静脈の発生障害により脳軟膜や脈絡膜等に血管腫が生じる疾患である。今回、小腸 GIST より難治性出血を来し、GIST 出血部に血管腫様病変を認めた1例を経験した。【症例】30歳台の男性で既往に SWS があり、当院に通院中であった。黒色便、脱力感のため救急搬送され採血で Hb:5g/dL のため同日入院。緊急上部内視鏡検査では明らかな出血性病変は認めなかった。造影 CT で小腸に造影効果のある 50 × 60 mm 大の腫瘍を認めたが、明らかな造影剤の血管外漏出（extravasation）は認めなかった。その腫瘍は上腸間膜動脈からの空腸動脈枝を栄養血管とし、拡張した空回腸静脈も認めた。腹部超音波検査で腫瘍は低エコー病変として描出され、腫瘍辺縁にはドブラにて血流を認めた。MRI で腫瘍は T1 強調画像で比較的均一な低信号、T2 で高信号で ADC 値は 1.03 であった。各種画像より GIST を考え、悪性リンパ腫を鑑別疾患とした。赤血球成分製剤を計 12 単位投与するも貧血の改善は乏しく、血便は継続していた。精査加療目的に小腸内視鏡を予定したが、前処置時に再度大量血便を認めたため内視鏡は施行せず。入院第3病日に緊急小腸部分切除術を行った。病理学的に腫瘍は小腸固有筋層内から突出し、一部は粘膜面に露出し血管の拡張を認めた。組織学的に紡錘形細胞を認め、免疫組織学的に DOG1+、S100-、SAM- を呈し、Ki-67 陽性率は 2.2% で中等度リスクの GIST と判断した。【考察】SWS は GNAQ 遺伝子変異より脳軟膜や脈絡膜等に血管腫が発生する疾患である。PubMed で GIST と SWS、及び GNAQ 遺伝子関連の報告例はなく、消化管出血と SWS での検索で血管奇形による出血を来した報告例を認めた。本例は切除後標本で GIST の出血部位に血管腫様病変を認めたことから、GNAQ 遺伝子変異により血管奇形が GIST に発生し難治性出血を来した可能性も考えた。【結語】小腸 GIST から難治性出血を来し、同部位に血管腫様病変を確認した SWS の1例を経験した。

75 脾頭部癌術後、胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して門脈ステント留置と側副血行路のコイル塞栓にて止血を得た一例

静岡県立総合病院 消化器内科

○土壁 千夏、佐藤 辰彦、村松 未来、高橋 春奈、引地 智基、上原 慶大、尾崎 友香、馬場 皓大、武田 昌大、池田 慎也、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

【症例】72歳、男性【主訴】黒色便【現病歴】切除可能境界脾頭部癌に対して術前化学療法（GEM+nab-PTX）後に脾頭十二指腸切除術+門脈合併切除再建を施行した。S-1 での術後補助療法中に、総肝動脈周囲の局所再発の診断となった。また再発所見とともに門脈狭窄と胆管空腸吻合部周囲に側副血行路の発達を認めていたが腹水もなく無症状であったため門脈狭窄に対しては経過観察としていた。再発治療として GEM 単独療法を施行中、X 年 11 月に黒色便/貧血の進行を認め入院加療となった。【入院時検査所見】血圧 123/64 mmHg、脈拍 87 回/分、黒色便を認め、血液検査で Hb 7.9 mg/dL、BUN/Cr 比 13/0.68 であった。造影 CT では再発所見に変化はないが門脈狭窄による求肝性側副血行路の発達の増悪と胆管空腸吻合部周囲の静脈瘤の形成を認めた。上部消化管内視鏡検査を行ったところ、内視鏡的にも胆管空腸吻合部に静脈瘤の発達を認め、観察中に活動性出血が確認された。内視鏡的止血は困難と考えられなかった。【治療】門脈狭窄による門脈圧亢進症を背景に発達した静脈瘤から間欠的な出血を来している病態と考え、臨床倫理委員会での審議後、門脈ステント留置の方針とした。経皮経肝門脈アプローチにて門脈狭窄部を突破し、胆管空腸吻合部周囲に発達した側副血行路に対しコイル塞栓術後、門脈ステント（8 mm × 3 cm、SMART CONTROL、Cardinal Health Japan）を留置し、腹部血管造影で側副血行路への血流消失と門脈幹血流の改善を確認した。【処置後経過】処置後よりヘパリン持続点滴を行い、抗凝固薬/抗血栓薬の併用内服へ切り替え、6 日目に退院とした。ステント留置後 5 か月、消化管出血の再燃は認めず化学療法継続中である。【考察】門脈狭窄に対する門脈ステント留置の有効性に関して報告されているが、同時に側副血行路に対してコイル塞栓術を施行するか否かに関しては議論がわかれている。コイル塞栓術を同時に施行し、再出血なく良好な経過を得ている一例を経験したので報告する。

76 ダブルバルーン小腸内視鏡にて診断された小腸リンパ管腫の1例

藤田医科大学 消化器内科

○小林 真理子、平山 裕、長坂 光夫、鎌野 俊彰、村島 健太郎、宮原 良二、舩坂 好平、葛谷 貞二、大野 栄三郎、廣岡 芳樹

【症例】46歳男性【臨床経過】0歳と2歳時に腸回転異常に伴う中腸軸捻転と腸閉塞にて手術歴のある患者。22歳、29歳、32歳時に下血で入院歴がある。その際に何度か大腸内視鏡検査（CS）、血管造影検査、血管シンチ等の検査を施行も出血源は不明であった。今回は2023年3月に夕食後の下血を主訴に紹介元救急外来を受診し、消化管出血疑いで緊急入院となった。その際に造影 CT では小腸に一部浮腫状の変化を認めるほかに粗大病変を認めなかった。止血剤にて下血は改善した。後日、経口および経肛門的シングルバルーン内視鏡検査を施行するも、明らかな粗大病変を認めなかった。カプセル内視鏡検査を施行したところ、空腸に隆起性病変を認めたため、当院に紹介となった。2023年5月に上記指摘病変の精査目的に入院。入院後経口的ダブルバルーン小腸内視鏡検査（DBE）を施行したところ、空腸に 5cm 大の有茎性隆起性病変を認めた。粘膜面上皮性変化はなく、また EUS（12MHz）では隆起内部に複数の大小不動の囊胞様の無エコー病変を認めた。今後重積などを誘発する可能性を考え、内視鏡切除の方針とし、EMR にて同病変を切除した。病理結果では、上皮性腫瘍は認めず、浮腫状の間質および粘膜下層を主体に拡張した大小のリンパ管が介在し、リンパ管は最大 5mm 以上に拡張して囊胞化しており、リンパ管腫の診断となった。患者はその後経過順調にて退院となり、現在外来で経過観察中である。【考察】リンパ管腫は小児に多く、全身に発生する疾患であるが、neoplasm ではなく congenital malformation と考えられている。好発部位は頸部など胎生期に原始リンパ管の存在していたところであり、消化管に発生することは稀である。また本疾患に特徴的な症状はないとされるが、軸捻転や腸閉塞を認めたという報告もある。【結語】DBE にて診断された小腸リンパ管腫につき、若干の文献的考察を加えて報告する。

77 腹痛と下痢を契機にランブル鞭毛虫症と診断された 1 例

地方独立行政法人 岐阜県立多治見病院 消化器内科

○内田 智之、大岩 拓矢、加藤 圭、堀江 純平、祖父江 雅也、
水野 智之、濱田 祐輔、佐々木 謙、丹羽 佑介、山田 直晃、
岡山 幸平、菱輪 彬羽、羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、
奥村 文浩

【症例】40 歳男性【現病歴】もともと他国籍の人との関りが多い生活環境であった。X 年 Y-5 日ブラジル料理を摂取した。X 年 Y-3 日 38℃台の発熱と NRS3 程度の腹痛、1日10回以上の水様性下痢を自覚した。X 年 Y 日腹痛が増悪したため、当院救急外来を受診した。体温 36.5℃、腹部平坦軟で左側腹部から心窩部にかけての圧痛を認めた。採血で BUN 23.7 mg/dL、CRE 1.27 mg/dL、CRP 3.95 mg/dL、WBC $4.8 \times 10^3/\mu\text{L}$ 、NEUTRO 48.0 % と軽度の脱水と炎症反応上昇を認めた。CT では小腸浮腫と小腸および大腸の液貯留を認めた。X 年 Y+1 日に便培養の鏡検でランブル鞭毛虫が検出されたため、メトロニダゾール内服治療を開始した。その後下痢等の症状は改善した。【考察】ランブル鞭毛虫症はヒトを含む幅広い哺乳類を宿主とする人類共通感染症であり、家畜やペットを介した感染の危険もある。また 5 類感染症であるため、7 日以内に最寄りの保健所に届け出る必要がある。熱帯や亜熱帯の途上国では比較的高い感染率であるが、先進国では途上国からの帰国者に見られる旅行者下痢症として知られる一方、日本国内での推定感染率は 0.08%とされており日常臨床で診察する機会は少ない。臨床症状としては、非血性で水様性または泥状便、悪心、脂肪便などが見られる。感染の形態としては嚢子と栄養型があり、感染者の多くが無症状で便中に持続的に嚢子を排出している嚢子保有者である。ランブル鞭毛虫は、十二指腸と上部小腸および胆道系に吸着寄生することが知られている。栄養型は下痢便および十二指腸液にみられ、また嚢子は有形便中に見られる。CT 所見で小腸の拡張、空腸粘膜ひだの肥厚が見られる。診断方法は、糞便より顕微鏡下で原虫を証明することである。治療法としては、メトロニダゾール内服が一般的に 1000mg/分 4 で 7-10 日程度経口内服投与が推奨されている。ただし、薬剤耐性もあり、その場合には、ニタゾキサニド、チニダゾールなどへの変更が望ましいとされている。本症例でもメトロニダゾールが著効した。本症例では国内にいながらも、ランブル鞭毛虫を疑い診断した。詳細な問診が下痢症の診断には重要だと示唆された。

78 胃全摘、Roux-en-Y 再建後、Petersen's ヘルニア、絞扼性腸閉塞を反復した一例

¹ 三重大学大学院・医学部 卒後臨床研修部、

² 三重大学大学院・医学部 消化管・小児外科学、

³ 三重大学大学院・医学部 先端的外科技術開発学、

⁴ 三重大学大学院・医学部 ゲノム医療部

○辰巳 一星¹、市川 崇³、大井 正貴²、鳥村 麻生²、
水野 成²、家城 英治²、山下 真司²、浦谷 亮²、
今岡 裕基^{1,3}、北嶋 貴仁⁴、志村 匡信²、川村 幹雄²、
安田 裕美²、大北 喜基²、吉山 繁幸²、奥川 喜永⁴、
間山 裕二²

60 歳女性。X-11 年に胃限局性若年性ポリポースのため腹腔鏡下胃全摘術（前結腸 Roux en Y 再建）を施行し、以降は経過観察とされていた。観察期間中に急性前骨髄球性白血病（APL）を発症し、当院血液内科入院治療中の X 年 4 月 5 日に、突然の心窩部痛を来した。CT 所見から絞扼性腸閉塞と診断し、同日緊急手術を施行した。手術所見では、横行結腸より頭側に生じる挙上空腸との間隙に Y 脚吻合部を含む大部分の小腸が嵌入、Y 脚吻合部付近で著明な腸管拡張と一部壊死を疑う所見を認めた。Y 脚吻合部を含めた挙上空腸を部分切除とし、Y 脚は Circular stapler を用いて食道空腸吻合から約 40cm 肝門側で端側吻合とした。さらに Y 脚吻合部から 20cm 肝門側で機能的端々吻合にて空腸空腸吻合を行った。術後経過は安定しており、経口摂取を再開とした。引き続き APL の治療にて入院を継続されていたが、X 年 5 月 2 日、心窩部痛と嘔吐を認め、CT を施行したところ、挙上空腸に closed loop を疑う所見を認めた。絞扼性腸閉塞と診断し同日緊急手術を施行した。術中所見では Y 脚吻合部におよそ 2cm の腸間膜欠損が認められた。同部位をヘルニア門として Y 脚吻合部尾側の挙上空腸が Y 脚腸管の背側から陥入し、絞扼されていた。絞扼を解除したところ、腸管壊死を疑う所見は認めなかったため、ヘルニア門を縫合閉鎖とし手術終了とした。患者の回復は良好で、術後腸閉塞の再発なく経過している。【まとめ】胃限局性若年性ポリポースに対して腹腔鏡下胃全摘術後に、絞扼性腸閉塞を反復した一例を経験した。若干の文献的考察を含め、報告する。

79 穿孔性腹膜炎をきたした小腸憩室の 1 例

¹ トヨタ記念病院 外科、² トヨタ記念病院 消化器外科

○山本 真太郎¹、加古 智弘²、近藤 響¹、龍橋 宣彰¹、
加藤 匠²、横井 佑梨²、佐藤 怜央²、山川 雄士²、
越智 靖夫²、春木 伸裕²

症例は 55 歳女性。心窩部から右下腹部にかけての間欠的な腹痛を自覚し、近医を受診。回盲部炎の疑いにて転院搬送となった。受診時、表情は苦悶様で腹部全体に圧痛、筋性防御を認め、血液検査にて WBC $20700/\mu\text{L}$ 、CRP 7.42mg/dL と炎症反応の上昇を認めた。造影 CT 検査にて骨盤内小腸に間膜内穿通を認めた。腹部所見からは汎発性腹膜炎が疑われ、穿孔を否定出来なかったため、診断治療目的に緊急手術を施行した。腹腔鏡下に観察すると、膿性腹水および汎発性腹膜炎の所見を認めた。腹壁および骨盤内に回腸が癒着しており、剥離すると、パウチン弁から口側に 50cm の位置の回腸に 5mm ほどの穿孔が認められた。同部の可動性が良好な事を確認し、小開腹下に穿孔部の回腸を 15cm ほど切除し機能的端々吻合をおこなった。腹腔内を十分に洗浄後、ダグラス窩にドレーンを留置して手術を終了した。術後経過はおおむね良好で術後 5 日目に食事開始、術後 6 日目にドレーンを抜去し、術後 9 日目に退院となった。病理組織学的所見では、回腸に仮性憩室とその周囲に高度の急性化膿性炎症が認められ、炎症は漿膜面まで及んでいた。回腸仮性憩室炎による穿孔の所見であった。悪性所見は指摘されなかった。Meckel 憩室を除く小腸憩室はまれな疾患であり、全消化管憩室の 1.4~3.2% を占める。近位空腸に好発し、次に遠位回腸が続く。原因の多くは不明であるが、腸管運動障害と高腸管内圧の関与が示唆されている。術前診断は難しく、憩室の多くが腸間膜付着部に存在し、穿通や穿孔を引き起こしても、膿瘍が限局していることから、抗生剤及び CT ガイド下ドレーナージによる保存的治療が可能であるとの報告も散見される。本症例では検査所見及び、腹部所見から保存的治療は難しいと考え、緊急手術を施行した。今回我々が経験した小腸憩室穿孔による汎発性腹膜炎の 1 例について、若干の文献的考察を含めて報告する。

協賛企業一覧

ランチョンセミナー共催

インテュイティブサージカル合同会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
株式会社ツムラ

ビデオセミナー共催

コヴィディエンジャパン株式会社

スポンサードセミナー共催

MSD 株式会社
中外製薬株式会社

企業展示

株式会社アムコ
株式会社大塚製薬工場
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ミヤリサン製薬株式会社

広 告

アステラス製薬株式会社

アストラゼネカ株式会社

EA ファーマ株式会社

ヴィアトリス製薬株式会社

エーザイ株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

シスメックス株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

第一三共株式会社

大鵬薬品工業株式会社

高田製薬株式会社

武田薬品工業株式会社

テルモ株式会社

株式会社メディコン

株式会社八神製作所

五十音順

2024 年 5 月 31 日現在

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

www.astellas.com/jp/

明日は変えられる。

 **astellas**
アステラス製薬株式会社



処方箋医薬品^{注)}

クロライドチャンネルアクチベーター

薬価基準収載

アミティーザ[®]カプセル

ルビプロストンカプセル

Amitiza[®] Capsules

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、「6. 用法及び用量」、
「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 ヴィアトリス製薬株式会社

東京都港区虎ノ門5丁目11番2号

(文献請求及びお問い合わせ先) メディカルインフォメーション部

フリーダイヤル 0120-419-043

 **VIATRIS**

AMT72N016

2023年1月作成

TERUMO

スプレーなら、狙いやすい

癒着防止吸収性バリア

Adi Spray

一般的名称：癒着防止吸収性バリア 販売名：アドスプレー 医療機器承認番号：22800BZX00234

製造販売業者 テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

TERUMO Adi Sprayはテルモ株式会社の登録商標です。
テルモ、アドスプレーはテルモ株式会社の登録商標です。
©テルモ株式会社 2016年5月



抗悪性腫瘍剤-抗HER2[®]抗体
トポイソメラーゼⅠ阻害剤複合体

薬価基準収載



エンハーツ[®] 点滴静注用100mg

一般名/トラスツズマブ デルクステカン(遺伝子組換え)

(Trastuzumab Deruxtecan (Genetical Recombination))

生物由来製品、制薬、処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

※HER2: Human Epidermal Growth Factor Receptor Type 2

(ヒト上皮増殖因子受容体2型、別称: c-erbB-2)

- 「効能又は効果」、「用法及び用量」、
「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等に
ついては電子添文等をご参照ください。

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先を含む)



Daiichi-Sankyo

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

2023年3月作成

OLYMPUS

EVIS X1



Let's Be Clear:
Elevating the Standard of Endoscopy



製造販売元 オリンパスメディカルシステムズ株式会社
販売店
EVIS X1 エンダスコープシステム OLYMPUS GF-E1500 302ABE2000017000
上部消化管用内視鏡システム OLYMPUS GF-E1500 302ABE2000018000
大腸内視鏡システム OLYMPUS GF-E1500 シリーズ 302ABE2000025000
上部消化管用内視鏡システム OLYMPUS GF-X21000 302ABE2000025500
大腸内視鏡システム OLYMPUS GF-X21000 シリーズ 302ABE2000025900

EVIS X1シリーズが内視鏡診療の新時代を切り拓く。

EVIS X1シリーズは、TXI・RDI・EDOF・高速面順次などといった当社独自のテクノロジーにより、スクリーニングから診断、処置までの各ステップにおいて内視鏡診療の質を向上させます。5LED、タッチパネル、ホワイトバランスフリー、マイCVモードなどの機能を搭載したことにより、これまで以上に効率的な検査の運用をサポートします。EVIS X1シリーズにより、オリンパスはすべての内視鏡医の検査・手技の質の向上に貢献します。

オリンパス マーケティング株式会社

www.olympus.co.jp



すべての人の健康のために
地域社会とつながり、予防・医療・介護のサービスを通じて「人」を支える

株式会社 八神製作所

-Human Care Company-

YAGAMI

〒460-8318 愛知県名古屋市中区千代田二丁目16番30号 TEL. 052-251-6671 (代)

www.yagami.co.jp





Better Health, Brighter Future

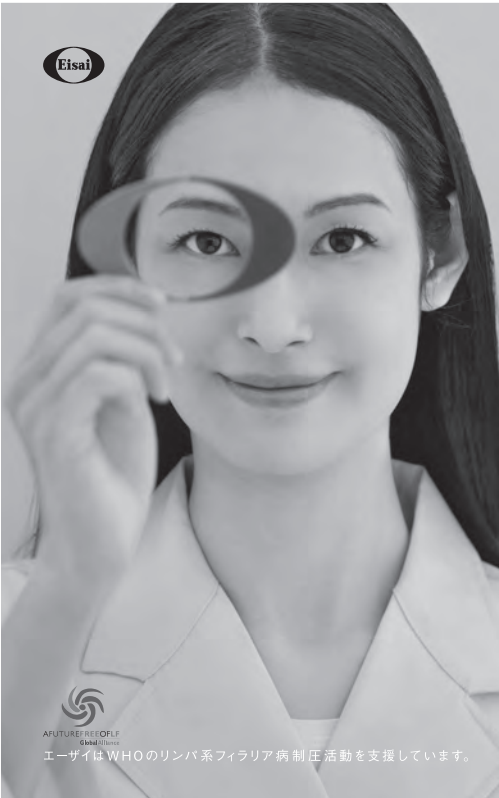
タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp





患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。

病氣とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。

私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。

治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。

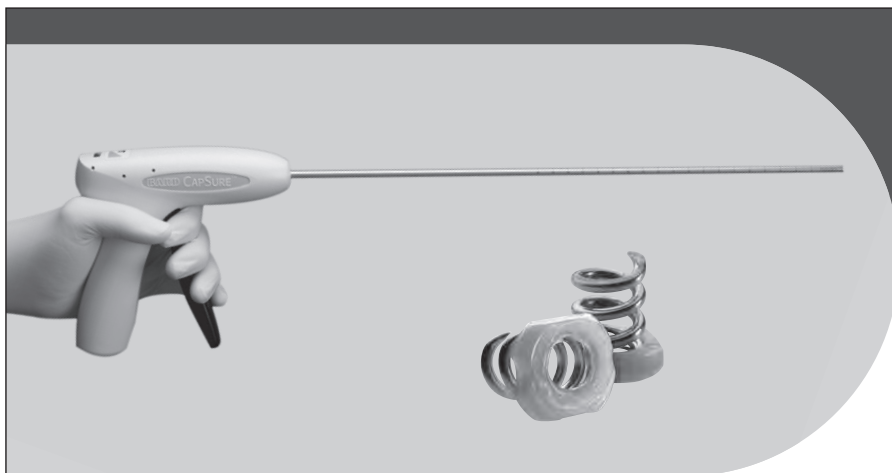
病氣を見つめるだけではなく、想いを見つめて、薬は生まれる。

「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



バード® キャプチャー®

固定力と操作性でヘルニア修復術をサポートします。

製造販売元

株式会社メディコン

カスタマーサービス www.bdj.co.jp/s/cs/

bd.com/jp/

・事前に必ず本製品の電子添文(注意事項等情報)を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、警告、使用上の注意等を守り、使用方法に従って正しくご使用ください。
 本製品の電子添文は、独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページで閲覧できます。
 ・製品の仕様・形状等は、改良等の理由により予告なく変更する場合もございますので、あらかじめご了承ください。

販 売 名：バードキャプチャー
 承認番号：22900BZX00082000
 クラス分類：[Ⅲ]高度管理医療機器
 一般的名称：体内固定用組織ステープル



BD, the BD Logo, are trademarks of Becton, Dickinson and Company or its affiliates. © 2022 BD. All rights reserved.



消化器疾患の患者さまの笑顔。

そんな、いい絵を描きたい。

消化器疾患で苦しむ人たちの
 幸せに生きたい。自分らしくありたい。
 その思いにしっかり応える私たちでありたい。
 EAファーマは、
 そんな未来の実現に向けて進んでいきます。



EAファーマは、消化器のスペシャリティ・ファーマです。



東京都中央区入船二丁目1番1号

<http://www.eapharma.co.jp/>

Abraxane®

抗悪性腫瘍剤

薬価基準収載

特定生物由来製品、毒薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

アブラキサン® 点滴静注用 100mg

Abraxane® I.V. Infusion パクリタキセル注射剤（アルブミン懸濁型）

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元



文献請求先及び問い合わせ先

大鵬薬品工業株式会社

〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先



2021年8月作成

2024年4月1日より
高田製薬に販売移管
されました。

抗悪性腫瘍剤

毒薬、処方箋医薬品^{（注）} 注）注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

エルプラット® 点滴静注液 50mg
100mg
200mg

一般名：オキサリプラチン

販売元

高田製薬株式会社

さいたま市西区宮前町203番地1

製造販売元

株式会社ヤクルト本社

〒105-8660 東京都港区海岸1-10-30

〈文献請求先及び問い合わせ先〉

高田製薬株式会社 文献請求窓口

〒336-8666 さいたま市南区沼影1丁目11番1号

TEL: 0120-989-813 FAX: 048-816-4183

2024年1月作成



※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については電子化された添付文書をご参照ください。



抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトPD-L1モノクローナル抗体

薬価基準収載

 イミフィンジ[®]点滴静注
120mg・500mg

IMFINZI[®] Injection 120mg・500mg デュルバルマブ(遺伝子組換え)製剤
生物由来製品/劇薬/処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトCTLA-4モノクローナル抗体

薬価基準収載

 イジユド[®]点滴静注
25mg・300mg

IMJUDO[®] Injection 25mg・300mg トレメリムマブ(遺伝子組換え)製剤
生物由来製品/劇薬/処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む注意事項等
情報」等については製品電子添文をご参照ください。

製造販売元[文献請求先]

アストラゼネカ株式会社

大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

hinotori™

サージカルロボットシステム

目指したのは
人に仕え、
人を支える存在



hinotori™

販売名：hinotori™ サージカルロボットシステム 承認番号：30200BZX00256000

*外観、仕様等については改良のため予告なしに変更することがあります。

総代理店

シスメックス株式会社

本 社 神戸市中央区臨浜海岸通1丁目5番1号 〒651-0073

(お問い合わせ先)

支 店 仙 台 022-722-1710
大 阪 06-6337-8300
営 業 所 札幌 011-700-1090
千 葉 043-297-2701
京 都 075-255-1871
鹿 児 島 099-222-2788
本 社 03-5434-8565

北関東 048-600-3888
広 島 082-248-9070
盛 岡 019-654-3331
横 浜 045-640-5710
神 戸 078-251-5331

東 京 03-5434-8550
福 岡 092-687-5380
神 戸 0263-31-8180
横 浜 054-287-1707
高 松 087-823-5801

名古屋 052-957-3821
新 潟 025-243-6266
金 沢 076-221-9363
岡 山 086-224-2605



注 1. 本製品のシステム構成は図表により異なります。
詳細は www.sysmex.co.jp の E-2010000004 を参照。
Note: Structure of site and solution vary depending on the standard.
For details, refer to the E-2010000004 at www.sysmex.co.jp

製造販売元

株式会社メディカロイド

〒650-0047

兵庫県神戸市中央区港島南町一丁目 6-5
国際医療開発センター 6F

www.sysmex.co.jp

ECHELON ENDOPATH® Staple Line Reinforcement

従来通りの操作性を維持したまま、
ステイ플ラインの補強・止血をサポート



販売名：エシェロン エンドパス ステイ플ライン リンフォースメント 承認番号：30300BZX00044000
販売名：エンドスコピック パワード リニヤー カッター 認証番号：22500BZX00396000
販売名：G S Tカートリッジ 承認番号：22700BZX00155000

ETHICON

Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

Reimagining how we heal™

製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカル カンパニー
〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-5-2 TEL.0120-160-834

175045-210427
©J&J KK 2022

