

日本消化器病学会近畿支部

第 93 回例会

プログラム・抄録集

日 時：平成22年9月18日（土） 午前 8 時55分より

場 所：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6

Tel 06-6772-5931（代） Fax 06-6772-7600

第 1 会 場	1 F 大ホール
第 2 会 場	2 F 小ホール
第 3 会 場	2 F さくら西
第 4 会 場	2 F さくら東
第 5 会 場	2 F 会議室A・B
第 6 会 場	2 F 会議室C・D
評議員会会場	1 F 大ホール

日本消化器病学会近畿支部第94回例会
案内 添付

当番会長 **岡 崎 和 一**

（関西医科大学 内科学第三講座（消化器肝臓内科））

財団法人 日本消化器病学会近畿支部 第93回例会

についてのお知らせ

日本消化器病学会近畿支部 第 93 回例会の最新情報は
学会ホームページ

<http://www.jsge.or.jp/member/shibu/kinki/kinki.html>

または近畿支部ホームページ

<http://www.jsge-kinki.org/>

よりご覧いただけます。

研修医の参加について

研修医の第 93 回例会への参加費は「無料」です。参加予定の研修医の方は、
上記近畿支部ホームページの研修医証明書（PDF ファイル）をダウンロードし、
必要事項をご記入の上、学会当日に総合受付へご提出下さい。

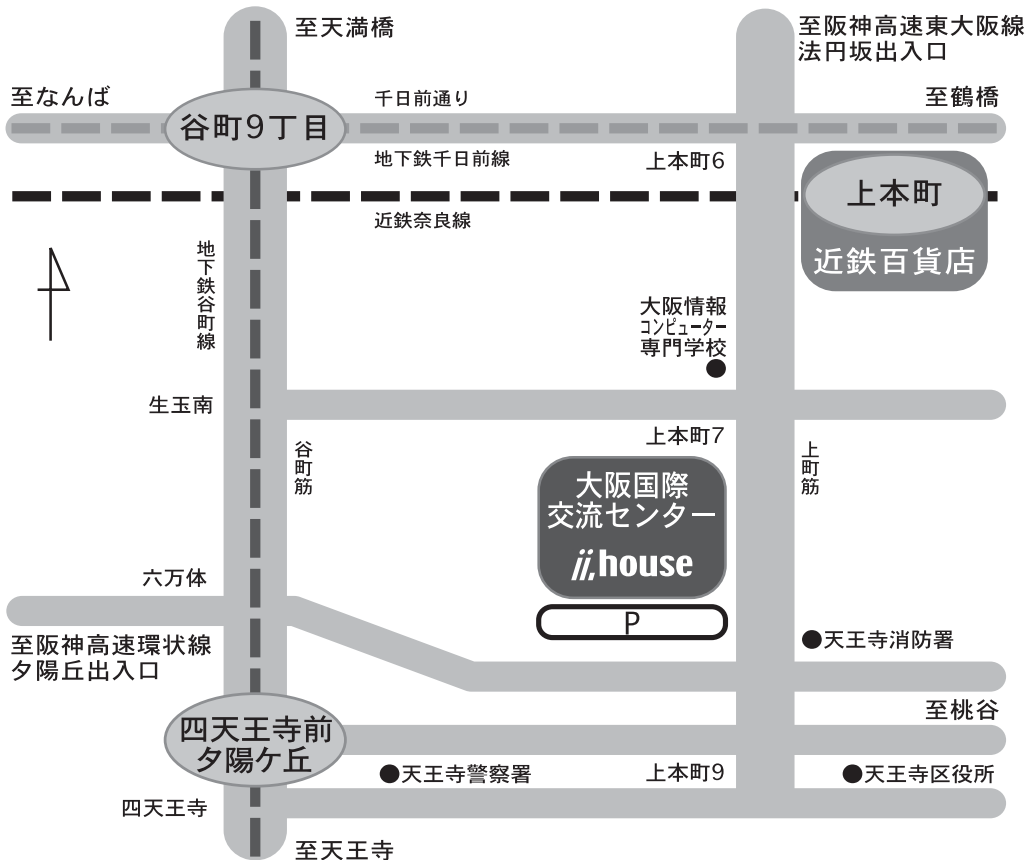
なお、証明書がない場合は、通常の会場費をお支払いいただきますので、
必ずご持参下さいますようお願いいたします。

会場案内図

大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6

TEL 06-6772-5931(代)

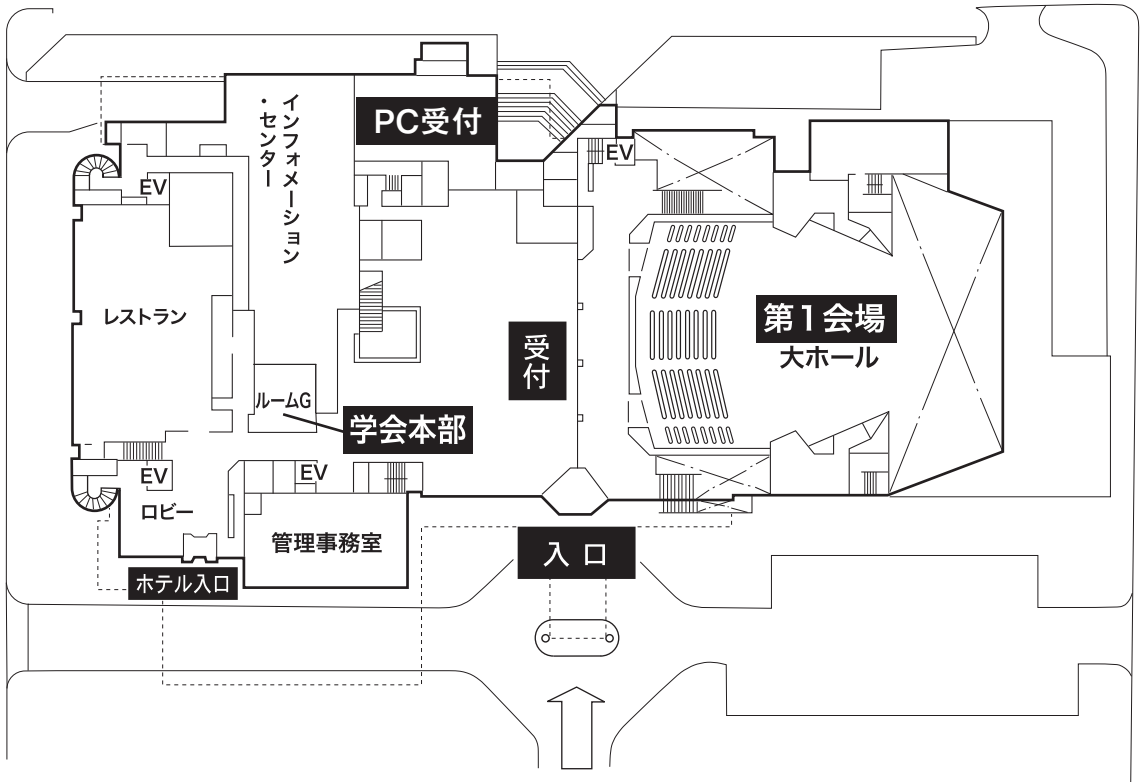


経路のご案内

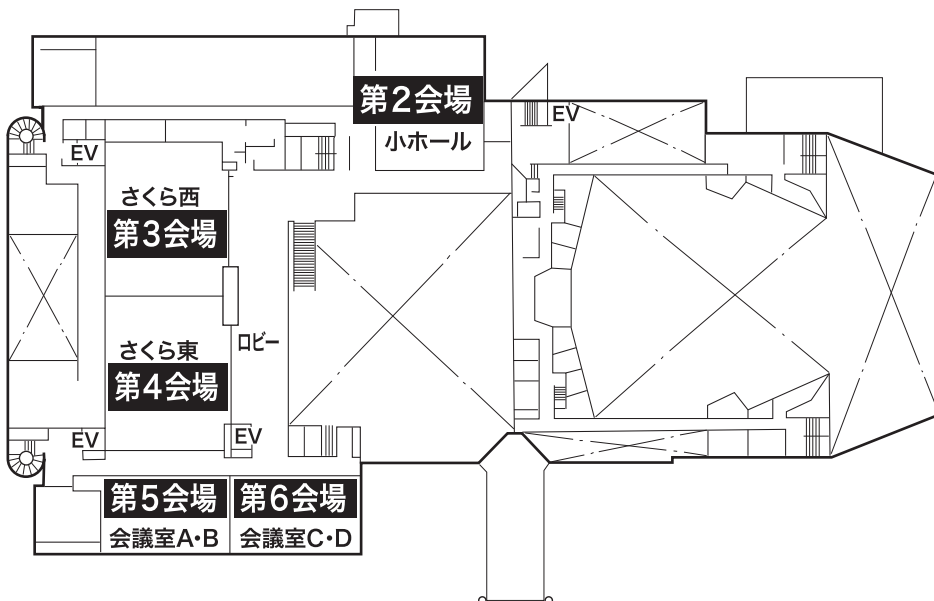
- 〔交通〕 地下鉄 「谷町九丁目」駅(谷町線・千日前線)から徒歩10分
「四天王寺前夕陽ヶ丘」駅(谷町線)から徒歩10分
- 市バス 「上本町八丁目」バス停から徒歩1分
- J R 「新大阪」駅から車または地下鉄(御堂筋線、「なんば」駅にて千日前線に乗り換え)で40分。
「大阪」駅から車または地下鉄(谷町線)で30分。
「天王寺」駅から車または地下鉄(谷町線)で15分。
- 近 鉄 環状線「鶴橋」駅から徒歩12分。
「上本町」駅から徒歩5分
- 阪神高速道路 「夕陽丘」出入口から5分

会場配置図

1F



2F



プログラム時間表

第 1 会場 (1F 大ホール)		第 2 会場 (2F 小ホール)		第 3 会場 (2F さくら西)	
8:55	開会の辞 岡崎 和一	9:00	Young Investigator Session 3 肝 1 Y3-1 ~ 10 座長 平松 直樹 福西 新弥	9:00	肝 1 1 ~ 5 座長 會澤 信弘
9:00	シンポジウム 3 炎症性食道・胃疾患の 病態と診療の進歩 司会 渡辺 俊雄 井口 幹崇	10:20	Young Investigator Session 4 肝 2・胆 1 Y4-1 ~ 10 座長 山下 幸孝 小泉 祐介	9:40	肝 2 6 ~ 10 座長 池田 広記
11:00		11:40		10:20	肝 3 11 ~ 15 座長 上田 佳秀
12:00		12:00	ランチョンセミナー 1 「胃悪性リンパ腫の治療 (マルトリリンパ腫を中心に)」 講師 土井 俊彦	11:00	肝 4 16 ~ 21 座長 上嶋 一臣
12:50	評議員会	12:50		11:48	
13:00		13:30	Young Investigator Session 1 消化管 1 Y1-1 ~ 12 座長 石原 立 森 茂生	12:00	ランチョンセミナー 2 「IBD 診断・治療の update」 講師 平田 一郎
13:10	総 会	15:06	Young Investigator Session 2 消化管 2 Y2-1 ~ 10 座長 木村 利幸 佐野村 誠	12:50	
13:30	第 34 回教育講演会 司会 樋口 和秀 1. 上部消化管 (13:35 ~ 14:20) 「胃癌診療の最前線」 講師 東 健 2. 下部消化管 (14:20 ~ 15:05) 「潰瘍性大腸炎診療の現状と今後」 講師 松下 光伸	16:26		13:30	シンポジウム 2 自己免疫性肝胆膵疾患 の病態と診療の進歩 司会 福井 博 内田 一茂
16:50	司会 關 壽人 3. 肝 (15:15 ~ 16:00) 「肝炎治療の現状と今後の展望」 講師 鍋島 紀滋 4. 胆・膵 (16:00 ~ 16:45) 「慢性膵炎診療の新たな展開」 講師 片岡 慶正			15:30 15:40	Young Investigator Session 5 胆 2・膵 Y5-1 ~ 10 座長 木村 達 保田 宏明
				17:00	

●幹事会：3F 会議室 1 (11:00 ~ 12:00)

第 4 会場 (2F さくら東)		第 5 会場 (2F 会議室 A・B)		第 6 会場 (2F 会議室 C・D)	
9:00		9:00		9:00	
	大腸 1 22 ～ 26 座長 川股 聖二		Freshman Session 2 肝 F2-1 ～ 9 座長 國立 裕之 木岡 清英		胆 1 77 ～ 80 座長 沢井 正佳
9:40	大腸 2 27 ～ 31 座長 飯室 正樹			9:32	胆 2 81 ～ 84 座長 新垣 直樹
10:20	大腸 3 32 ～ 36 座長 鎌田 紀子	10:12	Freshman Session 3 胆・膵・その他 F3-1 ～ 7 座長 児玉 裕三 吉田 志栄	10:04	膵 1 85 ～ 90 座長 里井 壯平
11:00	大腸 4 37 ～ 41 座長 岩本 慈能	11:08	その他 2 56 ～ 61 座長 飯沼 昌二	10:52	膵 2 91 ～ 96 座長 稲富 理
11:40		11:56		11:40	
12:00	ランチョンセミナー 3 「日本における 膵性糖尿病の現況」 講師 伊藤 鉄英				
12:50					
13:30	小腸 1 42 ～ 45 座長 若松 隆宏	13:30	Freshman Session 1 消化管 F1-1 ～ 11 座長 猪熊 哲朗 山下 博司	13:30	食道・胃 1 97 ～ 101 座長 亀田 夏彦
14:02	小腸 2 46 ～ 49 座長 吉田 太之			14:10	胃 2 102 ～ 106 座長 松本 隆之
14:34	その他 1 50 ～ 55 座長 尾野 亘	14:58	肝 5 62 ～ 66 座長 木村 浩之	14:50	胃 3 107 ～ 111 座長 福井 広一
15:22				15:30	
15:30	シンポジウム 1 炎症性腸疾患の 病態と診療の進歩 司会 松本 誉之 仲瀬 裕志	15:38	肝 6 67 ～ 71 座長 三村 純		十二指腸 112 ～ 116 座長 出口 久暢
		16:18	肝 7 72 ～ 76 座長 福永 豊和	16:10	膵 3 117 ～ 122 座長 池浦 司
		16:58		16:58	
17:30	閉会の辞 岡崎 和一				

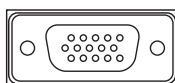
■日本消化器病学会近畿支部第93回例会（平成22年9月18日）に
ご参加、ご発表の会員の方へ

注 意 事 項

1. 一般演題及び Freshman Session、Young Investigator Session の講演時間は 5 分で討論時間は 3 分です。討論形式は座長に一任いたします。
各シンポジウムの討論形式は司会者の指示に従って下さい。
2. 講演発表は、コンピュータープレゼンテーションのみとなります。スライドは使用できませんのでご注意ください。USB メモリー（Windows 形式のみ可、Macintosh 形式は不可）もしくはノートパソコン（Windows または Macintosh）による発表が可能です。
3. ご発表時間の 1 時間前までに、USB メモリー又はご発表に使用されますノートパソコンをご持参の上、PC 受付（1F ギャラリー）までお越し下さい。早朝の演者の方は開場（午前 8 時 30 分）次第、お願い致します。PC 受付設置のコンピューターにて試写の上、ノートパソコンに関しましては、ご発表時間の 30 分前までに、ご自身で各講演会場の PC 操作席までお持ち下さい。（USB メモリーでお持込いただいた発表データは PC 受付から各会場に送信されます。）なお、発表データのご準備に関しましては、次頁の PC 発表に関するお願いをご参照下さい。
4. 会場費 3,000 円をお支払い下さい。なお、評議員会出席の先生は昼食代として 2,000 円をお願い致します。
5. 発表者（共同演者を含む）は日本消化器病学会会員であることが必要です。（初期・後期研修医を除く）。
6. 日本消化器病学会教育講演会は近畿支部例会の主催ですので、参加者は支部例会の会場費も必要となります。

PC発表に関するお願い

1. 発表データのファイル名は「(演題番号)(氏名)(会場)」として下さい。なお、会場では、演者ご自身で演題上の機材を操作していただきます。
2. ノートパソコン持込の場合、OS は Windows (Windows2000 以上) 及び Macintosh (MacOS10) 以上が使用できます。使用するアプリケーションは PowerPoint のみとさせていただきます。ご発表に使用される PowerPoint に動画 (Movie) ファイルを添付されている場合は、必ずノートパソコンにてお持込下さい。
3. ノートパソコン持込の場合でも、バックアップ用データとして USB メモリーをお持ち下さい。また、パソコンの AC アダプターも必ずご用意いただきますようお願い致します。会場でご用意する PC ケーブル・コネクタの形状は D-SUBmini15pin ですので、この形状に合ったパソコンをご用意いただくか、もしくはこの形状に変換するコネクタをお持ち下さい。



D-SUBmini15pin

4. USB メモリーでデータをお持込いただく場合は、Windows のフォーマットのみに限定し、Macintosh のフォーマットには対応しかねますのでご注意ください。Macintosh での発表をご希望の先生は、ノートパソコンをお持ち下さいますよう、宜しくお願い致します。なお、USB メモリーは下記の様式で保存してご用意下さい。

※アプリケーション・ソフトは PowerPoint に限定

※ PowerPoint2007 をご使用の場合 【作成時の注意】

スライド作成時の画面サイズは XGA (1024 × 768) をご確認の上、作成して下さい。

PowerPoint 画面のメニューにて「スライドショー」→「解像度」で設定できます。

※フォントは文字化けを防ぐため下記のフォントに限定させていただきます。

日本語…MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝

英語…Century、Century Gothic

※動画データを使用の場合はアプリケーション・ソフト Windows Media Player で再生できるものに限定させていただきます。

5. プレゼンテーションに他のデータ (静止画・動画・グラフ等) をリンクさせている場合、必ず元のデータも保存していただき、事前に動作確認をお願い致します。

※ USB メモリーをお持ちの場合は、作成されましたパソコン以外でのチェックを事前に必ず行っていただきますよう、お願い致します。

日本消化器病学会近畿支部第 34 回教育講演会

日 時：平成 22 年 9 月 18 日（土）13 時 30 分～ 16 時 50 分

会 場：大阪国際交流センター 第 1 会場（1F 大ホール）

参加費：1,000 円（参加者は支部例会の参加費 3,000 円も必要となります）

プログラム

開会の言葉（13：30 ～ 13：35） 当番会長 岡崎 和一

司会：樋口 和秀（大阪医科大学 第二内科）

1. 上部消化管：「胃癌診療の最前線」（13：35 ～ 14：20）

講師 東 健（神戸大学 消化器内科）

2. 下部消化管：「潰瘍性大腸炎診療の現状と今後」（14：20 ～ 15：05）

講師 松下光伸（関西医科大学 内科学第三講座）

休憩（15：05 ～ 15：15）

司会：關 壽人（関西医科大学 内科学第三講座）

3. 肝：「肝炎治療の現状と今後の展望」（15：15 ～ 16：00）

講師 鍋島紀滋（天理よろづ相談所病院 消化器内科）

4. 胆・膵：「慢性膵炎診療の新たな展開」（16：00 ～ 16：45）

講師 片岡慶正（大津市民病院 消化器科）

閉会の言葉（16：45 ～ 16：50） 關 壽人

ランチョンセミナーのご案内

(第2会場・第3会場・第4会場)

ランチョンセミナー1 第2会場 (2F 小ホール) 12:00 ~ 12:50

「胃悪性リンパ腫の治療 (マルトリリンパ腫を中心に)」

講師 土井 俊彦

(独立行政法人 国立がん研究センター東病院消化管腫瘍科 消化管内科 副科長)

座長 千葉 勉 (京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)

共催：エーザイ株式会社

ランチョンセミナー2 第3会場 (2F さくら西) 12:00 ~ 12:50

「IBD 診断・治療の update」

講師 平田 一郎 (藤田保健衛生大学医学部 消化管内科 教授)

座長 藤山 佳秀 (滋賀医科大学 内科学 教授)

共催：杏林製薬株式会社

ランチョンセミナー3 第4会場 (2F さくら東) 12:00 ~ 12:50

「日本における膵性糖尿病の現況」

講師 伊藤 鉄英 (九州大学病院 肝臓・膵臓・胆道内科 診療准教授)

座長 片岡 慶正 (大津市民病院 院長 京都府立医科大学 消化器内科 特任教授)

共催：小野薬品工業株式会社

第 1 会場 (1F 大ホール)

午 前 の 部

開会の辞 (8:55 ~ 9:00)

当番会長 岡 崎 和 一

シンポジウム 3 (9:00 ~ 11:00)

「炎症性食道・胃疾患の病態と診療の進歩」

司会 渡 辺 俊 雄 (大阪市立大学 消化器内科)

井 口 幹 崇 (和歌山県立医科大学 第二内科)

S3-1 多チャンネル食道インピーダンス-pH(MII-pH) モニタリングを用いた PPI 抵抗性 NERD の病態の検討
大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学 ○木幡 幸恵 藤原 靖弘 荒川 哲男

S3-2 GERD 症状を有する強皮症患者における High-resolution manometry を用いた食道運動機能の検討
大阪府済生会中津病院 消化器内科 ○山下 博司 福知 工 蘆田 潔

S3-3 NERD 患者における胸焼けと血漿サブスタンス P
京都第一赤十字病院 消化器科 ○吉田 憲正 鎌田 和浩 戸祭 直也
京都府立医科大学 消化器内科 吉川 敏一

S3-4 生活習慣からみた e-GERD と NERD との違い
神戸大学医学部 消化器内科 ○松木 信之 藤田 剛 東 健
淀川キリスト教病院 消化器病センター消化器内科 向井 秀一

S3-5 難治性 GERD に対する内視鏡治療—ELGP から ESD を応用した噴門形成術へ
大阪医科大学 第二内科 ○時岡 聡 梅垣 英次 樋口 和秀

S3-6 後天性免疫不全症候群に関連した食道潰瘍の検討
国立病院機構大阪医療センター 消化器科 ○由雄 敏之 葛下 典由 三田 英治
行岡病院 消化器センター 池田 昌弘

S3-7 *H. pylori* 感染からみたバレット食道における CDX2 発現とメチル化異常の検討
兵庫医科大学医学部 内科学上部消化管科 ○渡 二郎 三輪 洋人

S3-8 *H. pylori* 関連慢性萎縮性胃炎の血清ステージ分類と FSSG の症状評価を用いた炎症性上部消化管疾患
の病態解析
和歌山県立医科大学 第二内科・財団法人和歌山健康センター
○榎本祥太郎
和歌山県立医科大学 第二内科 岡 政志 一瀬 雅夫

S3-9 清酒酵母由来チオレドキシンによるインドメサシン胃粘膜障害軽減効果の検討
関西医科大学 消化器肝臓内科 ○中島 淳 福井 寿朗 岡崎 和一

評議員会（12：00～12：50）

総 会（13：00～13：10）

第2会場 (2F 小ホール)

午 前 の 部

Young Investigator Session 3 肝1 (9:00 ~ 10:20)

座長 平松直樹 (大阪大学 消化器内科)

福西新弥 (大阪医科大学 消化器内科)

Y3-1 乾癬に対するシクロスポリンによって発症した de novo B型肝炎の一例および当院でのB型肝炎の再活性化への対策の現状

田附興風会北野病院 消化器センター内科 ○西川 義浩 廣橋研志郎 牟田 優 佐久間洋二郎
渡辺 昌樹 熊谷 奈苗 小田 弥生 加藤 洋子
工藤 寧 藤田 光一 山内 淳嗣 杉浦 寧
吉野 琢哉 高 忠之 浅田 全範 福永 豊和
川口 清隆 八隅秀二郎

Y3-2 抗 TNF- α 製剤使用中に発症した de novo B型劇症肝炎の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 ○松本 知訓 杉之下与志樹 増尾 謙志 岡本 佳子
福島 政司 和田 将弥 占野 尚人 井上 聡子
木本 直哉 藤田 幹夫 岡田 明彦 河南 智晴
猪熊 哲朗
同 臨床病理科 今井 幸弘

Y3-3 妊娠中に増悪したB型慢性肝炎の一例

市立枚方市民病院 ○尾崎 晴彦 藤原 新也 奥田 篤 坂中 太輔
中平 博子 扇谷 大輔 阿部 洋介 本合 泰
大阪医科大学 樋口 和秀

Y3-4 経過中に非外傷性脾破裂が疑われた伝染性単核球症の1例

大阪医科大学附属病院 消化器内科 ○横濱 桂介 津田 泰宏 中 悠 中村 憲
山口 敏史 福西 新弥 福井 秀雄 宮地 克彦
福田 彰 樋口 和秀

Y3-5 アルコール多飲歴を有する男性に認めた自己免疫性肝炎の1例

大阪医科大学附属病院 消化器内科 ○中村 憲 福井 秀雄 中 悠 山口 敏史
横濱 桂介 福西 新弥 津田 泰宏 宮地 克彦
福田 彰 樋口 和秀

Y3-6 C型慢性肝炎に対しIFN治療を施行しSVRとなり、12年後に肝細胞癌が生じた一例

市立池田病院 消化器内科 ○牧野 祐紀 井倉 技 福田 和人 澤井 良之
小来田幸世 中松 大 岩崎 哲也 土本 雄亮
水本 壘 大濱日出子 宇都宮大輔 松本 康史
中原 征則 厨子慎一郎 今井 康陽 黒川 正典
同 外科 森本 修邦

Y3-7 SVR 後 16 年経過して発症した肝細胞癌の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○津久田 諭 吉田 勝紀 松崎 恒一 村田 美樹
池田 耕造 井口 亮輔 川村 梨那子 山口 隆志
池宗 真美 宮坂 将光 谷村 雄志 関 寿人
岡崎 和一

Y3-8 肝細胞癌加療中に胸膜播種をきたした一例

済生会吹田病院 消化器内科 ○大矢 寛久 島 俊英 西脇 聖剛 堀元 隆二
加藤 隆介 天野 一郎 関 耕次郎 北村 泰明
橋本 宏明 榎村 敦詩 松本 美加 天方 義郎
松本 淳子 田中いずみ 澤井 直樹 水野智恵美
水野 雅之 岡上 武

Y3-9 B 型慢性肝疾患関連肝癌の初回根治治療後における核酸アナログ投与の意義—全生存期間・累積再発率の検討

大阪赤十字病院 消化器科 ○犬塚 義 大崎 往夫 赤穂宗一郎 越川 頼光
竹田 治彦 金坂 卓 中島 潤 松田 史博
恵莊 裕嗣 金 秀基 坂本 梓 邊見慎一郎
石川 哲郎 齋藤 澄夫 西川 浩樹 喜多 竜一
木村 達

Y3-10 C 型慢性肝炎の経過中に発症した肝原発悪性リンパ腫の一例

大阪医科大学附属病院 消化器内科 ○山口 敏史 津田 泰宏 中村 憲 中 悠
横濱 桂介 福西 新弥 福井 秀雄 宮地 克彦
福田 彰 樋口 和秀

Young Investigator Session 4 肝 2・胆 1 (10:20 ~ 11:40)

座長 山下 幸孝 (日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科)

小泉 祐介 (滋賀医科大学 消化器内科)

Y4-1 B-RTO による脾腎シャント閉鎖により肝性脳症および肝機能の改善がえられた猪瀬型肝性脳症の 1 例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○谷村 雄志 是枝 ちづ 鉢峯 大作 朝山 俊樹
津久田 諭 池宗 真美 宮坂 将光 松崎 恒一
西尾 彰功 関 寿人 岡崎 和一
同 放射線科 米虫 敦 沢田 敏

Y4-2 経皮的ラジオ波焼灼術後 popping が原因と考えられた肝被膜下血腫の 2 例

明和病院 外科 ○栗本 亜美 相原 司 前田 晃宏 別府 直仁
岡本 亮 平田 淳一 飯田 洋也 吉江 秀範
生田 真一 安井 智明 柳 秀憲 光信 正夫
山中 若樹

Y4-3 肝膿瘍を合併した巨大肝嚢胞の1例

奈良県立奈良病院	消化器内科	○澤田	保	関	建一郎	佐藤	芳樹	橋本	耕二
		前川	泰寛	松尾	英城	中谷	敏也	菊池	英亮
同	放射線科	井上	正義	吉岡	哲也				

Y4-4 アメーバ性肝膿瘍の4例

大阪府立急性期・総合医療センター	消化器内科	○田畑	優貴	竹田	晃	石井	修二	野崎	泰俊
		高田	良司	齋藤	義修	藤永	哲治	原田	直毅
		西山	範	入江	孝延	鈴木	貴弘	春名	能通
		井上	敦雄						

Y4-5 自己免疫性肝炎劇症化救命後に出現した右肋骨骨融解性腫瘍の1例

岸和田徳洲会病院	内科	○直木	陽子	薬師寺	泰匡	新田	康晴		
同	消化器内科	田中	寛人	馬場	慎一	古賀	風太	長谷川	晶子
		滝原	浩守	木村	恵梨	井上	太郎	植田	智恵
		高松	正剛	尾野	亘				

Y4-6 *Salmonella typhi* による急性胆のう炎の一症例

明石医療センター	消化器内科	○江崎	健	中島	卓利	林	賢一	姜	昌林
		谷岡	洋明	赤松	貴子	安東	直之	澤井	繁明
同	外科	小菅	浩文	福田	善之				

Y4-7 高齢者の総胆管結石入院症例の検討

日本赤十字社和歌山医療センター	○津田	喬之	岩上	裕吉	太田彩貴子	信岡	未由
	三上	貴生	三長	孝輔	李	宗南	谷口
	中村	文保	中谷	泰樹	幡丸	景一	田中
	赤松	拓司	浦井	俊二	瀬田	剛史	上野山義人
	山下	幸孝					

Y4-8 抗結核治療中の肝機能障害を契機に発見されたIgG4関連多臓器リンパ増殖性症候群の一例

市立堺病院	消化器内科	○朴澤	憲和	岡田麻衣子	松森	響子	西園	一郎
		伊藤	公子	合原	彩	高橋	俊介	光藤
		塚本	祐己	藪田	隆正	北村	信次	

Y4-9 画像にて胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

京都第二赤十字病院	消化器科	○碓山	直邦	上田	悠揮	岡田	雄介	中瀬浩二朗
		萬代晃一郎	糸永	昌弘	鈴木	安曇	森川宗一郎	
		河村	卓二	宮田	正年	盛田	篤広	西大路賢一
		宇野	耕治	田中	聖人	安田健治朗	中島	正継
同	外科	大垣	雅晴	谷口	弘毅			
同	病理部	山野	剛	桂	奏			

Y4-10 胆嚢摘出術後に発症した遺残胆嚢管癌に対し臍頭十二指腸切除術を施行した一例

国立病院機構 大阪医療センター	○原	尚志	辻江	正徳	宮本	敦史	安井	昌義
	大宮	英泰	池永	雅一	平尾	素宏	藤谷	和正
	高見	康二	三嶋	秀行	辻仲	利政	中森	正二

午 後 の 部

Young Investigator Session 1 消化管 1 (13:30 ~ 15:06)

座長 石 原 立 (大阪府立成人病センター 消化管内科)

森 茂 生 (関西医科大学 消化器肝臓内科)

Y1-1 心房性頻拍に対するカテーテルアブレーションにて発症したと推察される食道潰瘍の一例

大阪医科大学 第二内科 ○原田 智 梅垣 英次 時岡 聡 竹内 利寿
竹内 望 依田有紀子 小嶋 融一 樋口 和秀
北摂総合病院 消化器内科 佐野村 誠 板橋 司

Y1-2 術前粘膜下層浸潤臨床病期Ⅰ期 (T1bN0M0) 食道癌と診断し ESD を施行した 1 例

大阪府立成人病センター 消化管内科 ○長井 健悟 上堂 文也 松井 茉美 河田奈都子
辻井 芳樹 太田 高志 神崎 洋光 花房 正雄
鼻岡 昇 山本 幸子 竹内 洋司 東野 晃治
石原 立 飯石 浩康
北野病院 消化器内科 杉浦 寧

Y1-3 内視鏡的粘膜切除術にて endocrine micronest を確認しえた自己免疫性 (A 型) 胃炎の一例

京都大学医学部 消化器内科 ○上田 康祐 武藤 学 真下 陽子 堀 貴美子
堀松 高博 森田 周子 宮本 心一 千葉 勉
同 集学的がん診療学講座 江副 康正
京都大学医学部附属病院 病理診断部 吉澤 明彦
京都民医連中央病院 消化器内科 西田 修

Y1-4 胃静脈瘤破裂に対して内視鏡下クリップ止血が有用であった一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○吉井 将哲 田橋 賢也 若松 隆宏 森 茂生
島谷 昌明 松下 光伸 高橋 悠 加藤 孝太
宮本 早知 山口 繭 松本 泰司 関 壽人
岡崎 和一

Y1-5 無症候性アニサキス症の 1 例

岸和田徳洲会病院 消化器内科 ○馬場 慎一 古賀 風太 滝原 浩守 長谷川晶子
木村 恵梨 井上 太郎 植田 智恵 尾野 亘

Y1-6 コカコーラによる溶解療法が有効であった胃石の 1 例

コープおおさか病院 ○金子 愛子 三谷 武 福永 幸彦

Y1-7 早期胃癌 ESD 適応外病変の予後についての検討

京都第一赤十字病院 消化器科 ○北市 智子 戸祭 直也 小野澤由里子 田中 信
間嶋 淳 川上 巧 富江 晃 世古口 悟
鈴木 隆裕 鎌田 和浩 中村 英樹 佐藤 秀樹
奥山 祐右 木村 浩之 吉田 憲正

Y1-8 AFP 産生胃癌の一例 その意義と臨床応用についての考察

岸和田徳洲会病院 消化器内科 ○滝原 浩守 尾野 亘 井上 太郎 木村 恵梨
古賀 風太 長谷川晶子 馬場 慎一 植田 智恵
同 外科 牧本伸一郎
同 病理検査科 西野 栄世

Y1-9 門脈腫瘍塞栓を来した進行胃癌の1例

市立奈良病院 消化器肝臓病センター ○原 祐 稲田 裕 角田 圭雄 酒井 恭子
金政 和之

Y1-10 根治不能進行再発胃癌に対して化学療法を施行し、5年以上の長期生存が得られた2症例の検討

大阪医科大学 第二内科 ○横山 紘子 浅石 健 川口 真平 平田 有基
依藤 直紀 樋口 和秀
大阪医科大学附属病院 化学療法センター 後藤 昌弘 吉田 元樹 紀 貴之 桑門 心
滝内比呂也

Y1-11 内視鏡的に治療し得た早期十二指腸癌の一例

市立伊丹病院 消化器内科 ○三浦 由雄 荒木 浩士 山口 典高 岩崎竜一郎
堀木 優志 佐野村珠奈 佐治 雪子 村山 洋子

Y1-12 十二指腸狭窄を契機に診断された十二指腸悪性リンパ腫の一例

近畿大学医学部堺病院 ○奥村 直己 高場 雄久 山本 典雄 富田 崇文
梅原 康湖 南 康範 森村 正嗣 米田 円
山田 哲 辻 直子
近畿大学医学部附属病院 工藤 正俊

Young Investigator Session 2 消化管2 (15:06 ~ 16:26)

座長 木村 利幸 (兵庫県立尼崎病院 消化器内科)

佐野 村誠 (北摂総合病院 消化器内科)

Y2-1 肺結核の治療中に穿孔性腹膜炎をきたした腸結核の一例

市立福知山市民病院 ○藤野 誠司 堀田 祐馬 原田 大司 新美 敏久
千藤 麗 奥田孝太郎 奥田 隆史 小牧 稔之
香川 恵造
京都府立医科大学付属病院 吉川 敏一

Y2-2 メッケル憩室を先進部として発症した腸重積症の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○宮本 早知 島谷 昌明 松下 光伸 若松 隆宏
加藤 孝太 三好 秀明 深田 憲将 小藪 雅紀
福井 由理 山口 繭 田橋 賢也 高岡 亮
岡崎 和一

Y2-3 下部回腸の Dieulafoy lesion からの動脈性出血に対し内視鏡的止血に成功した一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○加藤 孝太 島谷 昌明 若松 隆宏 宮本 早知
山口 繭 三好 秀明 深田 憲将 大宮 美香
松下 光伸 高岡 亮 岡崎 和一

Y2-4 回盲部狭窄をきたした腸管子宮内膜症の一例

兵庫県立尼崎病院 消化器科 ○山内 雄揮 木村 利幸 生田 耕三 高田 裕
出田 雅子 小山 貴弘 北見 真帆 野本 大介
梅田 誠 川崎 公男 松村 毅 斎田 宏

Y2-5 炎症性腸疾患との鑑別を要した回盲部悪性リンパ腫の一例

滋賀医科大学 消化器内科 ○西野 麗子 馬場 重樹
同 消化器外科 清水 智治
同 血液内科 木藤 克之
同 中央検査部 岡部 英俊
同 栄養治療部 佐々木雅也
同 光学診療部 齋藤 康晴
同 大学院 感染応答・免疫調節部門 安藤 朗

Y2-6 イマチニブ投与にて long PR が得られている小腸原発 GIST 肝転移の1例

三田市市民病院 外科 ○尾崎 貴洋 藤田 恒憲 政井 陽子 鈴木 晶子
西村 透 松本 拓 藤原 英利 和田 隆宏

Y2-7 Docetaxel による化学療法中に腸炎を発症した一例

大阪赤十字病院 消化器科 ○越川 頼光 坂本 梓 大崎 往夫 金坂 卓
中島 潤 松田 史博 恵莊 裕嗣 金 秀基
邊見慎一郎 石川 哲郎 波多野貴昭 斎藤 澄夫
西川 浩樹 関川 昭 津村 剛彦 喜多 竜一
圓尾 隆典 岡部 純弘 木村 達
同 病理部 若狭 朋子

Y2-8 短期間のステロイド投与により発症したサイトメガロウイルス腸炎の一例

(財) 田附興風会医学研究所北野病院 消化器センター内科

○牟田 優 山内 淳嗣 廣橋研志郎 西川 義浩
渡辺 昌樹 佐久間洋二郎 熊谷 奈苗 加藤 洋子
工藤 寧 小田 弥生 藤田 光一 杉浦 寧
吉野 琢哉 高 忠之 浅田 全範 福永 豊和
川口 清隆 八隅秀二郎

Y2-9 当院で緊急手術が必要とされた潰瘍性大腸炎5例の検討

西神戸医療センター 消化器科 ○後藤 規弘 佐々木綾香 津田 朋広 岡部 誠
松森 友昭 安達 神奈 島田友香里 林 幹人
多田 真輔 井谷 智尚 三村 純
同 病理科 橋本 公夫
同 外科 京極 高久

Y2-10 腸重積をきたした脂肪腫の2例

西神戸医療センター	消化器科	○安達	神奈	津田	朋広	佐々木綾香	後藤	規弘
		松森	友昭	岡部	誠	島田友香里	林	幹人
		多田	真輔	井谷	智尚	三村	純	

第3会場 (2F さくら西)

午 前 の 部

肝1 (9:00～9:40)

座長 會澤 信弘
(兵庫医科大学 内科学肝胆膵科)

1 急性腎不全を合併した急性A型肝炎の一例

関西電力病院 消化器内科 ○安田 慎吾 藤原 幹夫 桑田 仁司 野口麻希子
東 恵史朗 井上 夏子 足立 亜紀 吉岡 幹博
魚瀬 優 染田 仁 中村 武史
住友病院 阪口 勝彦 柿田 直人

2 重症化傾向を示した急性E型肝炎に対してステロイドパルス療法が奏効した1例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○池宗 真美 池田 広記 山口 繭 宮坂 将光
宮本 早知 中橋 佳嗣 広原 淳子 関 寿人
岡崎 和一

3 薬剤投与にて急性発症した自己免疫性肝炎の1例

笹生病院 内科 ○西内 明子 安東 まや 笹生 幹夫

4 初診時に抗核抗体陰性、IgGが正常であった自己免疫性肝炎の1例

兵庫医科大学 内科学肝胆膵科 ○高嶋 智之 榎本 平之 森脇英一朗 岩井 孝史
坂井 良行 會澤 信弘 池田 直人 岩田 恵典
齋藤 正紀 今西 宏安 下村 壯治 西口 修平
同 内科学肝胆膵科・超音波センター 田中 弘教 飯島 尋子
同 病理学 中正 恵二

5 インフルエンザ感染後に重症肝障害と再生不良性貧血をきたした一例

天理よろづ相談所病院 消化器内科 ○園山 浩紀 沖永 聡 高山 政樹 菊池 志乃
山賀 雄一 森澤 利之 宮島 真治 木田 肇
岡野 明浩 大花 正也 久須美房子 鍋島 紀滋
同 血液内科 中村 文彦

肝2 (9:40～10:20)

座長 池田 広記
(関西医科大学 消化器肝臓内科)

6 エンテカビルが有効であったB型重症急性肝炎とB型慢性肝炎の症例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○山口 隆志 松崎 恒一 吉田 勝紀 村田 美樹
井口 亮輔 川村梨那子 関 寿人 岡崎 和一

7 ステロイドと免疫抑制剤の併用により HBs 抗原が陽転した 2 例

京都府立医科大学 消化器内科 ○片山 貴之 岡田 頼久 山口 寛二 光吉 博則
 安居幸一郎 南 祐仁 岩井 眞樹 伊藤 義人
 吉川 敏一
 市立福知山市民病院 消化器内科 千藤 麗

8 naïveB 型慢性肝炎例における Entecavir 耐性例の検討 —rescue 剤としての tenofovir の必要性

県立西宮病院 ○福島 寿一 青井 健司 松浦 倫子 山井 琢陽
 池添世里子 柳川 和範 増田江利子 安永 祐一
 乾 由明
 名古屋市立大学医学部臨床分子情報医学分野 田中 靖人

9 慢性 C 型肝炎に対するペグインターフェロン＋リバビリン 48 週併用療法再燃例に対して 72 週投与が奏効した一例

大阪市立大学医学部附属病院 ○松田香奈子 田守 昭博 大谷 香織 寺西 優雅
 遠山まどか 萩原 淳司 藤井 英樹 小林佐和子
 岩井 秀司 森川 浩安 榎本 大 河田 則文

10 ペグインターフェロン＋リバビリン療法を行った悪性リンパ腫合併慢性 C 型肝炎の 1 例

岸和田徳洲会病院 消化器内科 ○田中 寛人 高松 正剛 馬場 慎一 古賀 風太
 長谷川晶子 滝原 浩守 木村 恵梨 井上 太郎
 植田 千恵 尾野 亘
 和歌山県立医科大学 第三内科 上田 弘樹

肝 3 (10:20 ~ 11:00)

座長 上田 佳秀

(京都大学 消化器内科)

11 C 型慢性肝炎のペグインターフェロン・リバビリン治療に対する BCAA 製剤併用の有用性 (副作用による中断を防ぐ)

すがの内科クリニック ○菅野 雅彦 松野たか子 井戸 聖華 伊東 雅子
 前川 直子

12 二重濾過血漿交換法 (DFPP) 併用 PEG-IFN+ リバビリン療法終了後に汎血球減少が出現し急性骨髓性白血病を発症した C 型慢性肝炎の 1 例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科 ○信岡 未由 瀬田 剛史 太田彩貴子 岩上 裕吉
 三上 貴生 津田 喬之 三長 孝輔 李 宗南
 中村 文保 谷口 洋平 中谷 泰樹 幡丸 景一
 田中 敦俊 赤松 拓司 浦井 俊二 上野山義人
 山下 幸孝

13 C 型慢性肝炎に対しインターフェロン治療施行中に頸部リンパ節結核を発症した 1 例

関西電力病院 消化器内科 ○東 恵史朗 染田 仁 魚瀬 優 吉岡 幹博
 藤原 幹夫 足立 亜希 井上 夏子 野口麻希子
 中村 武史

14 IFN 治療を契機に肝機能が増悪した C 型肝炎硬変の一例

大阪厚生年金病院 内科 ○甲斐 優吾 城 尚志 松村 有記 武田 梨里
 岩橋 潔 大西 良輝 北 久晃 西尾 啓
 貫野 知代 前田 晃作 内藤 雅文 伊藤 敏文
 同 内科・病理科 道田 知樹
 同 病理科 春日井 務

15 部分的脾動脈塞栓術施行後の IFN 治療中に HCV-RNA 陰性化がえられた F 4 肝硬変の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 消化器センター内科

○岡本 佳子 増尾 謙志 松本 知訓 福島 政司
 和田 将弥 占野 尚人 井上 聡子 木本 直哉
 藤田 幹夫 杉之下与志樹 岡田 明彦 猪熊 哲朗

肝 4 (11:00 ~ 11:48)

座長 上 嶋 一 臣
 (近畿大学医学部 消化器内科)

16 肝線維化の改善を認めた NASH の 1 例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○谷野 朋子 是枝 ちづ 山口 繭 村田 美樹
 岡島 愛 吉田 勝紀 池田 耕造 松崎 恒一
 関 寿人 岡崎 和一

17 ピオグリタゾン投与により組織学的改善が認められた非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) の一例

奈良県立五條病院 消化器病センター ○櫻井 伸也 西村 典久 津呂 公則 明石 陽介
 竹田 幸祐 中谷 吉宏 森安 博人 松本 昌美

18 発熱、及び軽度の肝機能障害に発症した肝サルコイドーシスの 1 例

近畿大学医学部附属病院 消化器内科 ○有住 忠晃 萩原 智 早石 宗右 田北 雅弘
 上田 泰輔 北井 聡 畑中 絹世 矢田 典久
 井上 達夫 鄭 浩柄 上嶋 一臣 檜田 博史
 工藤 正俊

19 自然消退後に再発した巨大肝嚢胞の一例

済生会京都府病院 内科 ○中島 智樹 信田みすみ 山岡 純子 牧山 明子
 大石 亨 中嶋 俊彰
 京都府立医科大学大学院 消化器内科学 吉川 敏一

20 多発性肝嚢胞に伴う感染性肝嚢胞の一切除例

関西医科大学 外科 ○松島 英之 石崎 守彦 松井 康輔 海堀 昌樹
 権 雅憲

21 当院で経験した門脈ガス血症の 2 例

大阪府済生会野江病院 ○高橋 和人 西山 悟 青井 一憲 馬場希一郎
 塩見 圭佑 土屋さやか 高 貴範 羽生 泰樹

午 後 の 部

シンポジウム 2 (13:30 ~ 15:30)

「自己免疫性肝胆膵疾患の病態と診療の進歩」

司会 福井 博 (奈良県立大学 第三内科)
内田 一 茂 (関西医科大学 消化器肝臓内科)

S2-1 自己免疫性肝炎の新国際診断基準の検討

NTT 西日本大阪病院 消化器内科 ○巽 信之 金子 晃 久保 光彦

S2-2 当院における自己免疫性肝炎の検討

社会保険京都病院 消化器科 ○今本 栄子 安藤 貴志
京都府立医科大学 消化器内科 山口 寛二 吉川 敏一

S2-3 急性肝不全の病像を呈した自己免疫性肝炎の臨床病理学的検討

奈良県立医科大学 第3内科 ○堂原 彰敏 植村 正人 福井 博

S2-4 新規自己免疫性肝炎 (AIH) モデルによる AIH 発症機序の解析

京都大学大学院医学研究科 次世代免疫制御を目指す創薬医学融合拠点・消化器内科
○青木 信裕 木戸 政博 渡部 則彦
京都大学大学院医学研究科 消化器内科 千葉 勉

S2-5 IgG4 関連硬化性胆管炎と自己免疫性肝疾患における制御性T細胞とIgG4陽性形質細胞の検討

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○小薮 雅紀 内田 一茂 楠田 武生 岡崎 和一

S2-6 当院における自己免疫性膵炎関連疾患の検討

淀川キリスト教病院 消化器病センター消化器内科 ○廣吉 康秀 菅原 淳 向井 秀一

S2-7 当院で経験した自己免疫性膵炎症例の検討

京都第二赤十字病院 消化器科 ○岡田 雄介 宇野 耕治 盛田 篤広

S2-8 悪性腫瘍との鑑別を要した自己免疫性膵炎の検討

神戸大学 肝胆膵外科 ○浅利 貞毅 松本 逸平 外山 博近 具 英成

S2-9 自己免疫性膵炎の検討：EUSによる膵実質所見

近畿大学医学部 消化器内科 ○小牧 孝充 北野 雅之 工藤 正俊 坂本 洋城

S2-10 自己免疫性膵炎患者におけるアレルギー疾患合併の検討

神戸大学大学院医学系研究科 消化器内科学 ○塩見 英之 増田 充弘 早雲 孝信 東 健

Young Investigator Session 5 胆2・膵(15:40～17:00)

座長 木村 達 (大阪赤十字病院 消化器科)

保田 宏明 (京都府立医科大学 消化器内科)

Y5-1 胆嚢腺内分泌細胞癌の1例

西陣病院	内科	○石田 恵梨	金光 大石	小林 由佳	曾我 幸一
		坂本 京子	竹中 信也	葛西 恭一	柳田 國雄
		伊谷 賢次			
同	外科	福本 兼久	中瀬 有遠	高木 剛	宮垣 拓也
京都府立医科大学	消化器内科	吉川 敏一			

Y5-2 急性胆嚢炎で発症した胆嚢癌肉腫の一例

済生会滋賀県病院	消化器科	○松本 寛史	神田 暁博	片山 政伸	岡島 達也
		田中 基夫	重松 忠		
同	病理科	竹村しづき	馬場 正道		

Y5-3 EUS-FNA が診断に有用であった膵内副脾の一例

大阪医科大学	○中 悠	蘆田 玲子	中村 憲	山口 敏史
	横濱 桂介	増田 大介	瀧井 道明	有坂 好史
	樋口 和秀			

Y5-4 膵内副脾の2例

西神戸医療センター	○佐々木綾香	津田 朋広	後藤 規弘	岡部 誠
	松森 友昭	安達 神奈	島田友香里	林 幹人
	多田 真輔	井谷 智尚	三村 純	

Y5-5 診断に苦慮した hemosuccus pancreaticus の一例

赤穂市民病院	消化器科	○松浦 敬憲	三井 康裕	高原 秀典	田渕 幹康
		勝谷 誠	高尾雄二郎	横山 正	小野 成樹

Y5-6 MCN と鑑別が困難であった IPMA の一例

大阪市立大学大学院医学研究科	消化器内科学	○東森 啓	杉森 聖司	中山佐容子	大谷 恒史
		越智 正博	永見 康明	中谷 雅美	亀田 夏彦
		町田 浩久	谷川 徹也	渡辺 俊雄	富永 和作
		藤原 靖弘	荒川 哲男		
大阪医科大学	第2内科	蘆田 玲子			

Y5-7 診断に難渋した膵癌の1例

関西労災病院	内科	○阿部佳奈子	戸田万生良	板倉 史晃	石見 亜矢
		前川 聡	小豆澤秀人	中村 剛之	柄川 悟志
		糸瀬 一陽	牧野 仁	伊藤 善基	萩原 秀紀
		林 紀夫			

Y5-8 転移性卵巣腫瘍に対する手術を契機に発見された、TS-1 反応性の膵粘液性嚢胞腺癌の一症例

大阪労災病院 ○末吉 弘尚 平尾 元宏 吉井 俊輔 吉岡 鉄平
山口 利朗 川井翔一朗 大川 雅照 松岡 理恵
村田真衣子 佐藤 雅子 小森 真人 山田 幸則
吉原 治正

Y5-9 主膵管狭窄をきたした膵内分泌腫瘍の1例

京都第二赤十字病院 消化器科 ○上田 悠揮 上田 真理 和田 浩典 碓山 直邦
岡田 雄介 糸永 昌弘 鈴木 安曇 中瀬浩二郎
萬代晃一朗 森川宗一郎 河村 卓二 盛田 篤広
宮田 正年 西大路賢一 宇野 耕治 田中 聖人
安田健治朗 中島 正継
同 病理部 山野 剛 桂 奏

Y5-10 hemosuccus pancreaticus を認めた膵神経内分泌腫瘍の一例

西神戸医療センター 消化器科 ○津田 朋広 佐々木綾香 安達 神奈 後藤 規弘
松森 友昭 岡部 誠 島田友香里 林 幹人
多田 真輔 井谷 智尚 三村 純

第4会場 (2F さくら東)

午 前 の 部

大腸1 (9:00 ~ 9:40)

座長 川 股 聖 二
(関西医科大学 消化器肝臓内科)

22 サイトメガロウイルス関連が疑われた高齢者の難治性下痢の2例

大阪府済生会泉尾病院 ○柳川 雅人 松本 隆之 井上 肇一 野村 正晃
芝野 佳代 入江 貴雄

23 卵巣癌化学療法中に偽膜性腸炎、CMV による直腸潰瘍を合併した一例

神戸赤十字病院 ○大塚 崇史 生方 綾史 東内 雄亮 姜 純希
横山 祐二 平山 貴視 黒田 浩平 白坂 大輔
藤井 正俊

24 診断に難渋した回盲部放線菌症の一例

大阪市立総合医療センター ○丸山 紘嗣 石田 裕美 平松 慎介 森 あろか
末包 剛久 山崎 智朗 平良 高一 中井 隆志
佐野 弘治 斯波 将次 川崎 靖子 木岡 清英
根引 浩子 佐藤 博之 高台真太郎 井上 透
久保 勇記 井上 健

25 ランソプラゾール内服中止にて改善を認めた Collagenous colitis の1例

大阪府済生会野江病院 ○青井 一憲 高橋 和人 馬場希一郎 西山 悟
塩見 圭祐 土屋さやか 高 貴範 羽生 泰樹

26 Lansoprazole 中止で症状消失した Collagenous colitis の2例

ベルランド総合病院 消化器内科 ○佐藤 慎哉 小川 敦弘 廣瀬 哲 大倉 康志
木下 輝樹 長谷川義展 伯耆 徳之 安 辰一
同 病理部 山内 道子

大腸2 (9:40 ~ 10:20)

座長 飯 室 正 樹
(兵庫医科大学 内科学下部消化管科)

27 壊死型虚血性腸炎の一例

近江八幡市立総合医療センター 消化器内科 ○森沢 剛 全 圭夏 楊 孝 治 石川 博己
赤松 尚明
同 外科 奥川 郁

28 過去4年間に当院で経験した腸管気腫症5例についての検討

日本赤十字社和歌山医療センター	消化器内科	○岩上 裕吉	太田彩貴子	信岡 未由	三上 貴生
		津田 喬之	三長 孝輔	李 宗南	中村 文保
		谷口 洋平	中谷 泰樹	幡丸 景一	田中 敦俊
		赤松 拓司	瀬田 剛史	浦井 俊二	上野山義人
		山下 幸孝			

29 広範囲に全周性の狭窄を呈した潰瘍性大腸炎の1例

関西医科大学	消化器肝臓内科	○田中 敏宏	松下 光伸	松本 泰司	吉井 将哲
		高橋 悠	深田 憲将	川股 聖二	福井 寿朗
		大宮 美香	西尾 彰功	関 寿人	岡崎 和一
同	外科	岡崎 智	岩本 慈能	吉岡 和彦	
同	病理部	坂井田紀子			

30 関節炎を合併した治療抵抗性の潰瘍性大腸炎にInfliximabが著効した1例

大阪大学	消化器内科	○澁川 成弘	西田 勉	筒井 秀作	山田 拓哉
		植村 彰夫	新崎信一郎	宮崎 昌典	薬師神崇行
		飯島 英樹	望月 圭	平松 直樹	辻井 正彦
		竹原 徹郎			

31 潰瘍性大腸炎に合併した無菌性右膝窩部膿瘍の1例

京都桂病院消化器センター	消化器内科	○宮本由貴子	山川 雅史	日下 利広	糸川 芳男
		古賀 英彬	田中 秀行	楠本 聖典	山口 大介
		吉岡 拓人	白井 智彦	田中 泰敬	中井 喜貴
		浜田 暁彦	藤井 茂彦	畦地 英全	國立 裕之

大腸3(10:20～11:00)

座長 鎌田紀子

(大阪市立大学 消化器内科)

32 成人腸重積の3例

京都桂病院消化器センター	消化器内科	○山口 大介	藤井 茂彦	日下 利広	古賀 英彬
		糸川 芳男	田中 秀行	宮本由貴子	楠本 聖典
		吉岡 拓人	田中 泰敬	白井 智彦	中井 喜貴
		浜田 暁彦	山川 雅史	畦地 英全	國立 裕之

33 成人腸重積症例の検討

田附興風会北野病院	消化器内科	○加藤 洋子	牟田 優	廣橋研志郎	西川 義浩
		渡辺 昌樹	佐久間洋二郎	熊谷 奈苗	工藤 寧
		小田 弥生	山内 淳嗣	藤田 光一	杉浦 寧
		吉野 琢哉	高 忠之	浅田 全範	福永 豊和
		川口 清隆	八隅秀二郎		

34 消化器症状にて発症し、ステロイド治療の著効した Cronkhite-Canada 症候群の一例

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器器官制御内科学

○中山 佐容子 亀田 夏彦 加藤 邦洋 南野 弘明
越智 正博 永見 康明 中谷 雅美 杉森 聖司
鎌田 紀子 十河 光榮 町田 浩久 岡崎 博俊
山上 博一 谷川 徹也 渡辺 憲治 渡辺 俊雄
富永 和作 藤原 靖弘 荒川 哲男

35 画像にて診断し保存的治療にて軽快した腹膜垂炎の一例

医仁会武田総合病院 消化器センター

○島本 福太郎 上田 智大 小瀧 祐介 柏 敦文
藤永 陽介 滝本 見吾 山内 宏哲 松山 希一
京都府立医科大学 消化器内科 吉川 敏一

36 特発性腸間膜静脈硬化症の1例

近畿大学医学部 消化器内科

○宮田 剛 檜田 博史 峯 宏昌 川崎 正憲
永田 嘉昭 朝隈 豊 櫻井 俊治 松井 繁長
工藤 正俊

大腸 4 (11:00 ~ 11:40)

座長 岩本 慈 能

(関西医科大学 外科)

37 EMR で治療した微小大腸癌の一例

日本郵政株式会社 神戸通信病院 内科
同 外科
李内科クリニック

○富永 正幸 高野 眞美 松村 美帆 池田 和人
向井 晃太 林 雅造 佐藤 友信
李 英徹

38 臍頭部腺扁平上皮癌を重複した横行結腸癌の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科
同 臨床検査医学

○関本 剛 段原 直行 池浦 司 小藪 雅紀
高岡 亮 岡崎 和一
植村 芳子

39 多発性脳転移に対して緩和的腫瘍摘出術が QOL の維持に有効であった直腸癌術後再発の1例

三菱神戸病院 外科
神戸大学 食道胃腸外科
神戸百年記念病院 外科
三菱神戸病院 消化器科

○金 英植 前田 暁行 鄭 充康 斎藤 正樹
鈴木 知志 黒田 大介
日高 敏晴
橋本 可成

40 K-ras 野生型切除不能下行結腸癌に対し3次治療で CPT-11/Cetuximab が有効であった1例

兵庫県立尼崎病院 消化器内科

○梅田 誠 山内 雄揮 生田 耕三 高田 裕
出田 雅子 小山 貴弘 北見 真帆 野本 大介
川崎 公男 松村 毅 斉田 宏 木村 利幸

41 大腸癌化学療法の悪心／食欲低下に対するアプレピタントの有効性検討報告

大阪府済生会中津病院

○江口 考明 福知 工 仙田 花実 百瀬 健次
豊永 貴彦 山下 博司 上田 綾 生方 聡史
大塚 真美 大橋 理奈 伊藤 大 蘆田 潔

午 後 の 部

小腸 1 (13:30 ~ 14:02)

座長 若 松 隆 宏
(関西医科大学 消化器肝臓内科)

42 IgA 腎症・腎細胞癌を併発したクローン病の一例

兵庫医科大学 内科学下部消化管科 ○河合 幹夫 小鶴 孝二 應田 義雄 吉田 幸治
河野 友彰 横山 陽子 飯室 正樹 樋田 信幸
福永 健 中村 志郎 松本 譽之
同 内科学上部消化管科 三輪 洋人

43 非特異性多発小腸潰瘍 (CNSU:chronic nonspecific multiple ulcers of the small intestine) の一例

兵庫県立尼崎病院 消化器内科 ○出田 雅子 生田 耕三 高田 裕 山内 雄揮
北見 真帆 小山 貴弘 梅田 誠 川崎 公男
松村 毅 斉田 宏 木村 利幸

44 原発性小腸癌の 2 例

大手前病院 消化器内科 ○笹井 保孝 坂谷 彰彦 寺部 寛哉 西田 直浩
阪本めぐみ 上ノ山直人 松田 高明 土井 喜宣

45 診断に苦慮した肺大細胞癌小腸転移の一例

兵庫県立尼崎病院 消化器内科 ○生田 耕三 梅田 誠 出田 雅子 高田 裕
山内 雄揮 小山 貴弘 北見 真帆 野本 大介
川崎 公男 松村 毅 斉田 宏 木村 利幸

小腸 2 (14:02 ~ 14:34)

座長 吉 田 太 之
(奈良県立医科大学 第三内科)

46 当院における Meckel 憩室の手術症例

京都桂病院消化器センター 消化器内科 ○臼井 智彦 山川 雅史 日下 利広 田中 秀行
古賀 英彬 糸川 芳男 宮本由貴子 山口 大介
楠本 聖典 吉岡 拓人 田中 泰敬 中井 喜貴
浜田 暁彦 藤井 茂彦 畦地 英全 國立 裕之

47 手術により確定診断を得た特発性小腸腸間膜血腫の一例

康生会武田病院 消化器センター ○鈴木建太朗 高岡 遠 中部 奈美 東原 博司
高橋 周史
同 外科 川島 和彦
京都府立医科大学消化器内科 内藤 裕二 吉川 敏一

48 原因不明の消化管出血を繰り返した空腸静脈瘤の一例

大阪市立大学大学院 消化器内科学 ○加藤 邦洋 越智 正博 亀田 夏彦 東森 啓
 新藤 正喜 中山佐容子 中谷 雅美 杉森 聖司
 鎌田 紀子 十河 光栄 山上 博一 谷川 徹也
 渡辺 憲治 富永 和作 渡辺 俊雄 藤原 靖弘
 荒川 哲男

49 絞扼性イレウスをきたした子宮広間膜ヘルニアの1例

市立加西病院 内科 ○蓬萊 亞矢 高取 健人 佐竹 信哉 大瀬 貴之
 北嶋 直人
 同 外科 西村 公志 河野 徳之 西田十紀人 生田 肇

その他1 (14:34 ~ 15:22)

座長 尾 野 亘
 (岸和田徳洲会病院 消化器内科)

50 *Clostridium perfringens* (ウェルシュ菌) の日和見感染を契機として急な経過をたどった出血性壊死性腸炎の1剖検例

社会医療法人愛仁会 高槻病院 ○太田 和寛 角田 力 松本 尊彰 小川 浩史
 品川 秋秀 北見 元哉 石村 恵美 志柿 泰弘
 中島 英信 中田 秀史 大須賀達也 松森 良信
 同 病理部 岩井 泰博

51 腹腔鏡下腹膜生検が診断に有用であった結核性腹膜炎の一例

京都第一赤十字病院 消化器科 ○鈴木 隆裕 奥山 祐右 小野澤由里子 北市 智子
 田中 信 間嶋 淳 川上 巧 富江 晃
 世古口 悟 鎌田 和浩 戸祭 直也 中村 英樹
 佐藤 秀樹 木村 浩之 吉田 憲正
 同 外科 池田 純
 同 病理部 永田 昭博

52 直腸脱に対する腹腔鏡下手術を契機に偶然診断された結核性腹膜炎の一例

六甲アイランド病院 内科 ○黒田 浩史 大森 靖弘 吉崎 哲也 畑澤 友里
 山口 琢 肥後 里実 土橋 大輔 名田 高幸
 山田 浩幸 北垣 一成
 同 外科 美田 良保 今西 築

53 プラデックス投与後に発症した腹直筋血腫の一例

高槻赤十字病院 消化器科 ○山中 雄介 藤本 大策 山崎 秀司 神田 直樹
 玉田 尚

54 腹部アンギーナに対し人工血管による血行再建を施行した1症例

大阪市立総合医療センター 消化器内科 ○石田 裕美 斯波 将次 丸山 紘嗣 平松 慎介
森 あろか 末包 剛久 山崎 智朗 平良 高一
佐野 弘治 佐藤 博之
同 肝臓内科 中井 隆志 川崎 靖子 木岡 清英
同 心臓血管外科 小谷 真介 加藤 泰之 服部 浩治 柴田 利彦

55 担癌患者に合併した Trousseau 症候群の5症例

大阪赤十字病院 ○石川 哲朗 竹田 治彦 犬塚 義 金坂 卓
中島 潤 松田 史博 恵莊 裕嗣 坂本 梓
邊見慎一郎 金 秀基 斎藤 澄夫 波多野貴昭
西川 浩樹 関川 昭 津村 剛彦 喜多 竜一
圓尾 隆典 岡部 純弘 木村 達 大崎 往夫

シンポジウム 1 (15:30 ~ 17:30)

「炎症性腸疾患の病態と診療の進歩」

司会 松本 誉之 (兵庫医科大学 内科学下部消化管科)
仲瀬 裕志 (京都大学 消化器内科)

S1-1 steroid naïve, free 症例の QOL でみた潰瘍性大腸炎に対する免疫調節剤の必要性

済生会中津病院 消化器内科 ○福知 工 豊永 貴彦 蘆田 潔

S1-2 炎症性腸疾患における免疫調節剤使用についての検討

奈良県立医科大学 消化器・総合外科 ○中川 正 小山 文一 中島 祥介
同 中央内視鏡・超音波部 藤井 久男

S1-3 当院におけるアザチオプリン使用の現況と今後の課題

京都府立医科大学 消化器内科 ○内山 和彦 高木 智久 内藤 裕二

S1-4 当院における免疫調節剤を用いたクローン病に対する寛解維持療法の検討

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 ○本澤 有介 松浦 稔 仲瀬 裕志

S1-5 クローン病合併肛門病変に対するインフリキシマブスケジュールメンテナンスの有用性

三菱神戸病院 外科 ○金 英植 斎藤 正樹
同 消化器科 橋本 可成

S1-6 インフリキシマブによる Top down 治療を施行したクローン病症例の臨床的検討

兵庫医科大学 内科学下部消化管科 ○中村 志郎 吉田 幸治
同 内科学上部消化管科 富田 寿彦

S1-7 CMV 感染合併した難治性潰瘍性大腸炎における CMV 感染陰性化後の治療法の検討

財団法人田附興風会北野病院 消化器センター内科 ○渡辺 昌樹 吉野 琢哉 八隅秀二郎

S1-8 潰瘍性大腸炎再燃における腸管感染症の関与

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○大宮 美香 松下 光伸 岡崎 和一

S1-9 炎症性腸疾患における Multiplex PCR 法を用いた *Clostridium difficile* 及びヘルペスウイルス検出の試み

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学 ○細見 周平 山上 博一 渡辺 憲治

閉会の辞（17：30 ～）

第5会場 (2F 会議室 A・B)

午 前 の 部

Freshman Session 2 肝 (9:00 ~ 10:12)

座長 國 立 裕 之 (京都桂病院 消化器内科)

木 岡 清 英 (大阪市立総合医療センター 肝臓内科)

F2-1 著名な精神症状の出現により PEG-INF/RBV 併用療法を中止したにもかかわらず SVR が得られた難治性慢性 C 型肝炎の 1 例

市立吹田市民病院 内科 ○加藤 亮 永瀬 寿彦 佐竹 伸 大嶋 太郎
笹川 廣和 奥田悠季子 長谷川 大 黒住真由美
勝野 広嗣 長生 幸司 黒島 俊夫
同 病理 玉井 正光

F2-2 腎癌に対するソラフェニブ投与にて発症し、治療に難渋した薬剤性肝障害の一例

大阪市立総合医療センター 肝臓内科 ○孫田 彩子 中井 隆志 川崎 靖子 木岡 清英
同 消化器内科 末包 剛久 山崎 智朗 佐野 弘治 斯波 将次
根引 浩子 佐藤 博之

F2-3 前胸部皮下腫瘍にて発見された肝細胞癌の一例

京都大学医学部附属病院 消化器内科・放射線治療科 ○渡邊 翼
京都大学医学部附属病院 消化器内科 依田 広 松本 忠彦 丸澤 宏之 千葉 勉
同 放射線治療科 松尾 幸憲

F2-4 急速進行性糸球体腎炎の合併が疑われた肝細胞癌に対し腹腔鏡下肝切除術を施行した一例

大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科 ○南 璃香 塚本 忠司 豊川 貴弘 金沢 景繁
清水 貞利 高台真太郎 山添 定明 中井 隆志
同 肝臓内科 川崎 靖子 木岡 清英

F2-5 S1 の肝細胞癌に対する体幹部定位放射線療法の試み

市立池田病院 消化器内科 ○片岡 祐 井倉 技 福田 和人 澤井 良之
小来田幸世 中松 大 岩崎 哲也 土本 雄亮
水本 壘 大濱日出子 宇都宮大輔 牧野 裕紀
松本 康史 中原 征則 厨子慎一郎 今井 康陽
黒川 正典
彩都友誼会病院 放射線科 杉浦 孝司 塩見 浩也 中村 仁信

F2-6 肝細胞癌に対する経皮的ラジオ波焼灼術後半年以上の経過で肝膿瘍が出現した一例

大阪市立大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター

○小原 由子

同	肝胆脾内科	小林佐和子	大谷 香織	松田香奈子	寺西 優雅
		遠山まどか	萩原 淳司	藤井 英樹	岩井 秀司
		森川 浩安	榎本 大	田守 昭博	河田 則文
同	消化器内科	南野 弘明	永見 康明	荒川 哲男	

F2-7 集学的治療が奏効した特発性門脈圧亢進症の1例

松下記念病院 消化器科 ○田中恵梨子 山西 正芳 宇都宮 栄 山口 俊介

沖田 美香 磯崎 豊 松本 尚之 長尾 泰孝

小山田裕一

同 外科 伊藤 忠雄 野口 明則

京都府立医科大学 消化器内科 内藤 裕二 吉川 敏一

F2-8 繰り返す肝性脳症に対し門脈-大循環シャント閉塞術を行った肝硬変症3例の検討

京都第一赤十字病院 消化器科 ○安富栄一郎 北市 智子 小野澤由里子 間嶋 淳

田中 信 富江 晃 川上 巧 鈴木 隆裕

世古口 悟 鎌田 和浩 戸祭 直也 中村 英樹

佐藤 秀樹 奥山 祐右 木村 浩之 吉田 憲正

同 外科 谷口 史洋

同 放射線科 森下 博之

F2-9 門脈ガス血症の3例

大阪府済生会茨木病院 消化器内科 ○王 麗楊 松島 由美 一ノ橋紘平 北村 遼一

豊田甲子男 柿木 崇秀 金村 仁 佐藤 千明

亀井 宏治 立田 浩

同 外科 辰巳 嘉章 井上 仁

Freshman Session 3 胆・脾・その他 (10:12 ~ 11:08)

座長 児玉裕三 (京都大学 消化器内科)

吉田志栄 (神戸大学 消化器内科)

F3-1 胃癌手術時に先天性胆嚢欠損症と確定診断された1例

仙養会北摂総合病院 ○大田 亮

同 消化器内科 佐野村 誠 高橋 良明 筋師 徹也 原田 智

佐々木有一 板橋 司

同 一般消化器外科 飯田 亮 佐藤七夕子 高城 武嗣 西口 完二

F3-2 EST後に症状が再燃した乳頭機能不全(SOD)の2例

神戸大学 消化器内科 ○迫 智也 角山 沙織 尾崎 元昭 増田 充弘

塩見 英之 吉田 志栄 佐貫 毅 藤田 剛

久津見 弘 早雲 孝信 東 健

F3-3 多発性骨髄腫の経過中に総胆管に髄外病変が発生し、閉塞性黄疸をきたした1症例

姫路赤十字病院 内科 ○蟹江悠一郎 高木慎二郎 三浦 翔 平田 祐一
岸田 裕志 水野 修 深津 裕寿 高谷 昌宏
森下 博文 上坂 好一

F3-4 IgG4 関連硬化性胆管炎との鑑別が困難であった胆管癌の1例

京都大学医学部附属病院 消化器内科 ○窪田 博仁 山田 敦 石津 祥子 上田 佳秀
児玉 裕三 千葉 勉

F3-5 術前 ENPD を留置し、腭腫瘍核出術を施行しえた腭頭部 SPN (Solid-Pseudopapillary Neoplasms) の1例

神戸大学 肝胆膵外科 ○寺師 江美 外山 博近 松本 逸平 新関 亮
白川 幸代 浅利 貞毅 後藤 直大 味木 徹夫
山田 勇 上野 公彦 木戸 正浩 堀 裕一
福本 巧 具 英成

F3-6 肝生検、脾生検により診断しステロイドが奏効した炎症性偽腫瘍の一例

大阪大学 消化器内科 ○土居 哲 薬師神崇行 川口 司 山田 拓哉
宮崎 昌典 西田 勉 望月 圭 筒井 秀作
木曾 真一 平松 直樹 考藤 達哉 辻井 正彦
竹原 徹郎

F3-7 多発性腹腔動脈仮性動脈瘤破裂に対し IVR が奏功した一例

社会医療法人誠光会草津総合病院 消化器内科 ○宮舂 智子 妹尾紅未子 伊藤 明彦 上田 浩史
中村 泰文 小山 茂樹

その他 2 (11:08 ~ 11:56)

座長 飯沼昌二
(洛和会音羽病院 消化器内科)

56 当院における頭頸部表在癌の治療成績について

京都大学大学院医学研究科 消化器内科 ○青山 育雄 森田 周子 武藤 学 真下 陽子
堀 貴美子 堀松 高博 江副 康正 宮本 心一
千葉 勉

57 クロウン病に合併した痔瘻癌の一例

京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学教室

○土屋 礼子 堀江 隆介 福本 晃平 尾藤 展克
吉田 直久 内山 和彦 半田 修 高木 智久
石川 剛 保田 宏明 阪上 順一 小西 英幸
若林 直樹 八木 信明 古倉 聡 内藤 裕二
吉川 敏一
同 消化器外科部門 大辻 英吾

58 診断困難な脾原発性腫瘍の一例

神戸大学大学院	肝胆脾外科	○外山	博近	土田	忍				
神戸朝日病院	消化器科	金	守良	井本	勉	安藤	健治	福田	勝美
		音野	由美						
兵庫県立がんセンター		前川	陽子						

59 骨盤内多発嚢胞性腫瘍の1例

大津赤十字病院	消化器科	○垣内	伸之	稗田	信弘	松永	康寛	水口	綾
		栗山	勝利	安村	聡樹	日高健太郎		田邊	渉
		平本	秀二	長谷川和範		本庶	元	近藤	雅彦
		西川	浩史	三宅	直樹	早雲	孝信		

60 腹膜原発漿液性乳頭状腺癌の一例

医療法人川崎病院	消化器内科	○竹内	庸浩	坂田	仁朗	西田	悠	野村	祐介
		牧野	哲哉	前田	哲男	多田	秀敏		

61 癌性腹水に対する腹水排液施行の是非について

日本赤十字社和歌山医療センター	消化器内科部	○瀬田	剛史	山下	幸孝	太田彩貴子	信岡	未由
		岩上	裕吉	三上	貴生	津田 喬之	三長	孝輔
		李	宗南	中村	文保	谷口 洋平	中谷	泰樹
		幡丸	景一	田中	敦俊	赤松 拓司	浦井	俊二
		上野山義人						

午 後 の 部

Freshman Session 1 消化管 (13:30 ~ 14:58)

座長 猪熊哲朗 (神戸市立医療センター中央市民病院 消化器内科)

山下博司 (大阪府済生会中津病院 消化器内科)

F1-1 同時性に11病変を認めた多発胃癌の一症例

大阪府済生会中津病院	消化器内科	○伊澤	有	豊永	貴彦	山下	博司	大塚	真美
		上田	綾	仙田	花実	生方	聡史	百瀬	健次
		江口	考明	大橋	理奈	福知	工	伊藤	大
		蘆田	潔						
同	外科	大嶋	勉	豊田	昌夫				
同	病理部	仙崎	英人						

F1-2 Cronkhite-Canada 症候群に合併し ESD で切除し得た早期胃癌の一例

大阪府済生会中津病院	研修医	○長谷	善明						
同	消化器内科	福知	工	仙田	花実	生方	聡史	江口	考明
		上田	綾	百瀬	健次	豊永	貴彦	大塚	真美
		大橋	理奈	山下	博司	伊藤	大	蘆田	潔

F1-3 胃悪性リンパ腫と早期胃癌を合併した1例

大阪医科大学	第二内科	○酒井	聡至	竹内	利寿	小嶋	融一	依田有紀子
		竹内	望	時岡	聡	梅垣	英次	樋口 和秀

F1-4 急激な体重減少を契機に発症した上腸間膜動脈 (SMA) 症候群の1例

市立伊丹病院	消化器内科	○中井	隆彰	山口	典高	三浦	由雄	岩崎竜一郎
		荒木	浩士	堀木	優志	佐野村珠奈	佐治	雪子
		村山	洋子					

F1-5 内科的治療により救命しえた魚骨による穿孔性腹腔内膿瘍の一例

田附興風会医学研究所北野病院	消化器センター内科	○梶谷	泰彦	渡辺	昌樹	小田	弥生	廣橋研志郎
		牟田	優	西川	義浩	佐久間洋二朗	熊谷	奈苗
		加藤	洋子	工藤	寧	藤田	光一	山内 淳嗣
		杉浦	寧	吉野	琢哉	高	忠之	浅田 全範
		福永	豊和	川口	清隆	八隅秀二郎		

F1-6 魚骨が原因と考えられた小腸穿孔の一例

奈良県立医科大学	第三内科	○辻	裕樹	相原	洋祐	中西	啓祐	白井 勇作
		野口	隆一	池中	康英	吉治	仁志	山尾 純一
		福井	博					

F1-7 少量のアスピリン投与中に小腸穿孔を起こした興味ある1例

洛和会音羽病院 外科 ○張 耀明 小野山裕彦 吉田 和世 西崎 大輔
 武田 亮二 宮前 伸啓 楯川 幸弘 水野 克彦
 山口 哲哉
 同 消化器内科 飯沼 昌二 二階堂光洋 沖 祐昌 富田 友実
 同 総合診療科 川口 晶子 遠藤 功二

F1-8 カプセル内視鏡が診断に有用であったシェーグレン症候群に合併した蛋白漏出性胃腸症の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○角田貴代美 若松 隆宏 松本 泰司 吉井 将哲
 宮本 早知 山口 繭 加藤 孝太 深田 憲将
 三好 秀明 島谷 昌明 森 茂生 田橋 賢也
 松下 光伸 高岡 亮 関 寿人 岡崎 和一

F1-9 Crohn 病患者に併発した小腸低分化腺癌の一例

京都府立医科大学 消化器内科 ○南 貴人 山田 展久 内山 和彦 吉田 直久
 半田 修 高木 智久 石川 剛 保田 宏明
 阪上 順一 小西 英幸 若林 直樹 八木 信明
 古倉 聡 内藤 裕二 吉川 敏一
 同 大学院医学研究科 病理学教室人体病理学部門
 藤田 泰子 安川 覚

F1-10 collagenous colitis の2症例

大阪医科大学 第2内科 ○鶴岡健二郎 楢林 賢 能田 貞治 川上 研
 石田 久美 倉本 貴典 森田英次郎 村野 直子
 村野 実之 樋口 和秀
 同 病理学 江頭由太郎

F1-11 多発肝転移で発見された大腸内分泌細胞癌の一例

財団法人 甲南病院 ○芳野 啓 村田 成正 深津 泰英 後藤 格
 田村 美歩 福永 馨 八木 規夫 坂井 誠
 森田 宗孝 谷 聡 老耜 宗忠

肝5 (14:58 ~ 15:38)

座長 木村 浩之
 (京都第一赤十字病院 消化器科)

62 自然壊死した原発性肝細胞癌の1例

京都第一赤十字病院 消化器科 ○富江 晃 木村 浩之 小野澤由里子 北市 智子
 田中 信 間嶋 淳 川上 巧 鈴木 隆裕
 世古口 悟 鎌田 和浩 戸祭 直也 中村 英樹
 佐藤 秀樹 奥山 祐右 吉田 憲正
 同 外科 谷口 史洋
 同 検査部病理 永田 昭博

63 Child C 肝細胞癌に対して肝動脈化学塞栓療法（TACE）を施行した1例

向陽病院 消化器内科 ○中沢 和之 新垣 直樹 上田 和樹 榎本祥太郎
前田 義政 森 良幸 太田 有紀 西村 道彦
和歌山県立医科大学 第2内科 岡 政志 一瀬 雅夫

64 重粒子線治療を施行した肝細胞癌の一例

日本赤十字社和歌山医療センター ○太田彩貴子 信岡 未由 岩上 裕吉 三上 貴生
津田 喬之 三長 孝輔 李 宗南 中村 文保
谷口 洋平 中谷 泰樹 幡丸 景一 田中 敦俊
赤松 拓司 瀬田 剛史 浦井 俊二 上野山義人
山下 幸孝

65 門脈腫瘍塞栓を伴う肝細胞癌に放射線照射が奏功した一例

大阪府済生会野江病院 消化器科 ○馬場希一郎 西山 悟 青井 一憲 高橋 和人
塩見 圭佑 土屋さやか 高 貴範 羽生 泰樹
同 放射線科 大中 恭夫
関西医科大学附属枚方病院 放射線科 鎌田 実

66 末期肝細胞癌に対して IFN 療法中にギランバレー症候群を併発した一例

兵庫県立西宮病院 内科 ○青井 健司 三木 均 福島 寿一 松浦 倫子
山井 琢陽 池添世里子 増田江利子 柳川 和範
安永 祐一 乾 由明

肝 6 (15:38 ~ 16:18)

座長 三 村 純

(西神戸医療センター 消化器科)

67 肺転移を伴う肝細胞癌に対して Sorafenib Tosilate が奏効した一例

大阪警察病院 ○楠本 侑弘 宮竹 英希 須田 貴広 堀江 真以
景山 宏之 末吉 伸行 西山 典子 横山 恵信
宇田 創 榎原 良一 山口真二郎 水谷 昌代
岡田 章良 河相 直樹 尾下 正秀

68 進行肝細胞癌に対するソラフェニブの有効性および安全性に関する検討

北野病院 消化器センター ○熊谷 奈苗 廣橋研志郎 牟田 優 西川 義浩
渡辺 昌樹 佐久間洋二郎 加藤 洋子 工藤 寧
小田 弥生 藤田 光一 山内 淳嗣 杉浦 寧
吉野 琢哉 高 忠之 浅田 全範 福永 豊和
川口 清隆 八隅秀二郎

69 当科における肝細胞癌に対するソラフェニブによる治療経験

西神戸医療センター ○岡部 誠 津田 朋広 佐々木綾香 後藤 規弘
松森 友昭 安達 神奈 島田友香里 林 幹人
井谷 智尚 三村 純

70 公立豊岡病院における非B非C型肝炎の実態

公立村岡病院 総合診療科 ○青木 智子
 公立豊岡病院 消化器科 上田 通雅 水田 憲利 竹中 淳雄
 兵庫医科大学 内科学肝胆膵科 田中 弘教 榎本 平之 齋藤 正紀 今西 宏安
 下村 壯治 飯島 尋子 西口 修平

71 生物学的製剤の使用中に発症した肝炎性偽腫瘍の一症例

済生会中津病院 消化器内科 ○豊永 貴彦 福知 工 江口 考明 山下 博司
 上田 綾 生方 聡史 仙田 花実 百瀬 健次
 大塚 真美 大橋 理奈 伊藤 大 蘆田 潔

肝7(16:18～16:58)

座長 福永豊和

(北野病院消化器センター 消化器内科)

72 肝原発悪性リンパ腫の一例

宝塚市立病院 消化器内科 ○李 兆亮 山崎 之良 田村 公祐 奥 順介
 柚木崎紘司 太田垣裕子 山階 武 川添智太郎
 金 ヨウ民 阿部 孝

73 胆管原発の腺内分泌細胞癌の一例

田附興風会医学研究所北野病院 消化器センター内科 ○佐久間洋二郎 牟田 優 廣橋研志郎 西川 義浩
 渡辺 昌樹 熊谷 奈苗 加藤 洋子 工藤 寧
 小田 弥生 山内 淳嗣 藤田 光一 杉浦 寧
 吉野 琢哉 高 忠之 浅田 全範 福永 豊和
 川口 清隆 八隅秀二郎

74 細胆管細胞癌の1例

市立岸和田市民病院 ○藤井 善憲 木村 昇 栗山 大輔 陣 佑祥
 田中 裕一 毛利 陽一 高谷 晴夫 梶村 幸三

75 肝内胆管癌と鑑別が困難であった胆管浸潤を伴う直腸癌肝転移の1例

京都桂病院 ○田中 秀行 畦地 英全 國立 利広 糸川 芳男
 古賀 英彬 宮本由紀子 山口 大介 楠本 聖典
 吉岡 拓人 田中 泰敬 白井 智彦 川西 祥宏
 中井 善貴 濱田 暁彦 山川 雅史 藤井 茂彦
 日下 利広

76 肝転移巣破裂による腹腔内出血をきたした胃原発 Hepatoid adenocarcinoma の一剖検例

大阪赤十字病院 消化器内科 ○竹田 治彦 喜多 竜一 犬塚 義 金坂 卓
 中島 潤 松田 史博 恵莊 裕嗣 金 秀基
 坂本 梓 邊見慎一郎 石川 哲朗 齋藤 澄夫
 波多野貴昭 西川 浩樹 関川 昭 津村 剛彦
 圓尾 隆典 岡部 純弘 木村 達 大崎 往夫
 同 病理部 若狭 朋子

第6会場 (2F 会議室 C・D)

午 前 の 部

胆 1 (9:00 ~ 9:32)

座長 沢 井 正 佳

(奈良県立医科大学 第三内科)

77 胆嚢十二指腸瘻を伴った胆石症の3例

近畿大学医学部 外科 肝胆膵部門 ○武本 昌子 安田 武生 中多 靖幸 山崎 満夫
石川 原 石丸英三郎 土師 誠二 中居 卓也
奥野 清隆 塩崎 均 竹山 宜典

78 胆嚢癌と鑑別困難だった胆嚢過形成性ポリープの1例

財団法人田附興風会北野病院 消化器内科 ○廣橋研志郎 加藤 洋子 牟田 優 西川 義浩
渡辺 昌樹 佐久間洋二郎 熊谷 奈苗 小田 弥生
工藤 寧 山内 淳嗣 藤田 光一 杉浦 寧
吉野 琢哉 高 忠之 浅田 全範 福永 豊和
川口 清隆 八隅秀二郎

79 特異な画像所見を呈した胆嚢癌の一例

大阪鉄道病院 消化器内科 ○南 竜城 川浦由紀子 内藤 達志 三宅 清花
森本 泰隆 清水香代子 光本 保英 森 敬弘
伊藤 正 清水 誠治 鹿田 潮 富岡 秀夫
神戸薬科大学 水野 成人
大津赤十字病院 本庶 元

80 総胆管壁に結石、磁器様胆嚢を伴った良性胆道狭窄の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○中山 新士 福井 寿朗 關 壽 人 岡崎 和一

胆 2 (9:32 ~ 10:04)

座長 新 垣 直 樹

(和歌山県立医科大学 第二内科)

81 胆管癌と鑑別が困難であった良性胆管狭窄の1手術例

医療法人福慈会 福外科病院 ○福 昭人 坂上美和子 福 幸吉 辻 俊明
北 啓介

82 胆管癌との鑑別が困難であった胆管狭窄の1例

淀川キリスト教病院消化器病センター 消化器内科 ○佐々木 翔 八木 洋輔 荻巣 恭平 矢野 雄飛
佐伯 綾子 廣吉 康秀 藤元 瞳 吉中 勇人
阿南 会美 阿南 隆洋 稲垣 恭和 松井 佐織
叶多 篤史 渡辺 明彦 菅原 淳 向井 秀一
淀川キリスト教病院 病理診断科 寺村 一裕
淀川キリスト教病院消化器病センター 外科 若原 智之 岩崎 武

83 急性化膿性胆管炎を契機に診断された早期胆管癌の1例

大阪赤十字病院 消化器科 ○金 秀基 犬塚 義 竹田 治彦 金坂 卓
 中島 潤 松田 史博 恵荘 裕嗣 坂本 梓
 邊見慎一郎 石川 哲郎 齊藤 澄夫 波多野貴昭
 西川 浩樹 関川 昭 津村 剛彦 圓尾 隆典
 喜多 竜一 岡部 純弘 木村 達 大崎 往夫

84 胆管癌に対するPTCDに合併した肝仮性動脈瘤の一例

市立池田病院 消化器科 ○水本 壘 井倉 技 岩崎 哲也 牧野 祐紀
 宇都宮大輔 大濱日出子 土本 雄亮 中松 大
 松本 康史 中原 征則 厨子慎一郎 小来田幸世
 澤井 良之 福田 和人 今井 康陽 黒川 正典
 同 放射線科 高村 学 丸川 太郎

膝1(10:04～10:52)

座長 里井 壮平

(関西医科大学 外科)

85 脾仮性嚢胞を併発した自己免疫性脾炎の1例

神戸大学医学部 消化器内科 ○家本 孝雄 吉田 志栄 塩見 英之 尾崎 元昭
 久津見 弘 角山 沙織 高山 和宣 増田 充弘
 三木 章 奥野 達哉 矢野 嘉彦 森田 圭紀
 杉本 真樹 佐貫 毅 吉田 優 瀬尾 靖
 豊永 高史 藤田 剛 東 健

86 脾腫瘍との鑑別が困難であった自己免疫性脾炎の一例

神戸大学 外科学講座 ○山下 博成 浅利 貞毅 松本 逸平 新関 亮
 外山 博近 後藤 直大 白川 幸代 田中 正樹
 上野 公彦 山田 勇 土田 忍 木戸 正浩
 鈴木 知志 黒田 大介 楠 信也 堀 裕一
 福本 巧 味木 徹夫 具 英成
 同 消化器内科 久津見 弘 佐貫 毅

87 IgG4関連硬化性疾患の3症例—脾外病変を中心に—

社会医療法人協和会北大阪病院 ○井田美貴男 大川 敏久
 社会医療法人協和会加納総合病院 内科 加納 繁照 原 直樹
 兵庫医科大学 肝・胆・脾内科 岩田 恵典 吉川 昌平 西口 修平

88 気腫性脾炎の1例

愛晋会 中江病院 ○中路幸之助 中江 遵義 熊本 光孝 田守健治朗
 松山 健次 廣瀬英美子 藤田 篤代 廣岡 紀之
 清水 達也
 済生会 有田病院 原 倫子
 川崎医科大学 食道・胃腸科内科 塩谷 昭子
 大阪府立成人病センター がん予防センター 鈴村 滋生

89 十二指腸穿破および脾動脈瘤を合併した急性脾炎後膿瘍の1例

日本赤十字社和歌山医療センター ○谷口 洋平 山下 幸孝 上野山義人 浦井 俊二
 瀬田 剛史 赤松 拓司 田中 敦俊 幡丸 景一
 中谷 泰樹 中村 文保 李 阿南 三長 孝輔
 三上 貴生 津田 喬之 太田彩貴子 信岡 未由

90 難治性脾炎の病状を呈し、経過中に仮性動脈瘤形成・脾管内出血を呈した脾動静脈奇形の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科 ○李 宗南 山下 幸孝 上野山義人 浦井 俊二
 瀬田 剛史 赤松 拓司 田中 敦俊 幡丸 景一
 中谷 泰樹 谷口 洋平 中村 文保 三長 孝輔
 津田 喬之 岩上 裕吉 三上 貴生 太田彩貴子
 信岡 未由

座 2 (10:52 ~ 11:40)

座長 稲 富 理

(滋賀医科大学 消化器内科)

91 好酸球性胃腸炎に併発した急性脾炎による脾性胸水に内視鏡的脾管ドレナージが有効であった1例

大阪大学大学院医学系研究科 消化器内科学 ○向井 香織 西田 勉 筒井 秀作 山田 拓哉
 植村 彰夫 宮崎 昌典 薬師神崇行 新崎信一郎
 渡部 健二 飯島 英樹 望月 圭 平松 直樹
 辻井 正彦 竹原 徹郎
 県立西宮病院 内科 池添世理子

92 非機能性脾内分泌腫瘍の2例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○田中 敏宏 高岡 亮 島谷 昌明 池浦 司
 加藤 孝太 宮本 早知 山口 繭 住本 貴美
 栗島亜希子 楠田 武生 小藪 雅紀 関 寿人
 岡崎 和一
 同 外科 豊川 秀吉 里井 壯平 權 雅憲
 同 病理科 大江 知里 坂井田紀子

93 非典型的な画像所見を呈した非機能性脾内分泌腫瘍の1例

神戸大学医学部 肝胆脾外科 ○田中 正樹 後藤 直大 松本 逸平 新関 亮
 外山 博近 白川 幸代 山下 博成 上野 公彦
 山田 勇 木戸 正浩 土田 忍 楠 信也
 鈴木 知志 黒田 大介 味木 徹夫 堀 祐一
 福本 巧 具 英成

94 多房性嚢胞性病変を呈し粘液性嚢胞腫瘍と鑑別困難であった脾内分泌腫瘍の一例

大津赤十字病院 消化器科 ○水口 綾 稗田 信弘 松永 康寛 垣内 伸之
 安村 聡樹 栗山 勝利 日高健太郎 田邊 渉
 平本 秀二 本庶 元 長谷川和範 近藤 雅彦
 西川 浩史 三宅 直樹 早雲 孝信

95 腭癌治療における適切な患者選択のための腹腔鏡検査の有用性

関西医科大学 外科 ○柳本 泰明 里井 壯平 豊川 秀吉 山本 智久
井上健太郎 道浦 拓 廣岡 智 山木 壮
由井倫太郎 権 雅憲

96 腭癌における治療前組織・細胞診断率の改善策

関西医科大学 外科 ○山木 壮 里井 壯平 豊川 秀吉 柳本 泰明
山本 智久 由井倫太郎 廣岡 智
同 消化器肝臓内科 池浦 司 島谷 昌明 高岡 亮 岡崎 和一
同 臨床検査医学科 大江 知里 植村 芳子 坂井田紀子

午 後 の 部

食道・胃 1 (13:30 ~ 14:10)

座長 亀田 夏彦

(大阪市立大学 消化器内科)

97 頻回の特発性食道粘膜下血腫を繰り返す1例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科 ○三上 貴生 太田彩貴子 信岡 未由 岩上 裕吉
津田 喬之 三長 孝輔 李 宋南 中村 文保
谷口 洋平 中谷 泰樹 幡丸 景一 田中 敦俊
赤松 拓司 瀬田 剛史 浦井 俊二 上野山義人
山下 幸孝

98 胃に直接浸潤を来し特異な形態を呈した進行食道癌の一例

京都府立医科大学 消化器内科 ○福田 亘 岡嶋 学 井上 健 尾藤 展克
吉田 直久 内山 和彦 石川 剛 半田 修
小西 英幸 若林 直樹 八木 信明 古倉 聡
内藤 裕二 吉川 敏一
同 消化器外科 藤原 斉 大辻 英吾

99 食道原発悪性黒色腫の1例

大阪府立成人病センター 消化管内科 ○松井 芙美 鼻岡 昇 上堂 文也 長井 健吾
辻井 芳樹 太田 高志 神崎 洋光 花房 正雄
河田奈津子 山本 幸子 竹内 洋司 東野 晃治
石原 立 飯石 浩康 竜田 正晴

100 繰り返す胃軸捻転症に対して内視鏡補助下腹腔鏡下胃固定術を施行した一例

市立豊中病院 内科 ○中堀 輔 澤村真理子 印藤 直彦 美馬 淳志
神下 真慶 高橋 啓 中本 泰生 高木 邦夫
山本 克己 澁谷 充彦 市場 誠 福井 浩司
稲田 正己 東本 好文
同 外科 柳川 雄大 藤田 淳也

101 柿胃石と思われる胃石に対し破碎療法にコカ・コーラによる溶解療法の併用を試みた1経験例

大阪府立成人病センター 消化管内科 ○花房 正雄 石原 立 長井 健悟 松井 芙美
石原 朗雄 長谷川徳子 酒井 新 太田 高志
神崎 洋光 辻井 芳樹 鼻岡 昇 河田奈都子
山本 幸子 竹内 洋司 東野 晃治 上堂 文也
飯石 浩康 竜田 正晴
井野病院 内科 森本 真輔 井野 隆弘

胃 2 (14:10 ~ 14:50)

座長 松本 隆之
(大阪府済生会泉尾病院 消化器内科)

102 早期胃癌に内分泌細胞巣を併発した一例

近畿大学医学部 消化器内科 ○峯 宏昌 朝隈 豊 川崎 正憲 永田 嘉昭
櫻井 俊治 松井 繁長 桒田 博史 工藤 正俊
同 病理学教室 筑後 孝章

103 多発した早期胃癌に対して複数の同時性重複癌を伴った1例

神戸市立医療センター中央市民病院 消化器内科 ○増尾 謙志 占野 尚人 松本 知訓 岡本 佳子
福島 政司 和田 将弥 井上 聡子 木本 直哉
藤田 幹夫 杉之下与志樹 岡田 明彦 河南 智晴
猪熊 哲朗
同 外科 三木 明 細谷 亮

104 血球貪食症候群を合併した進行胃癌の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科 ○高橋 悠 段原 直行 関本 剛 田中 敏宏
住本 貴美 岡崎 敬 坂尾 将幸 岸本 真房
山口 繭 若松 隆宏 森 茂生 田橋 賢也
岡崎 和一

105 S-1/Lentian + Paclitaxel 併用療法により良好な QOL を維持し長期生存が得られている癌性腹水を伴う切除不能進行胃癌の1例

兵庫医科大学 内科学上部消化管科 ○田中 淳二 奥川 卓也 山崎 尊久 横山 聡子
近藤 隆 豊島 史彦 櫻井 淳 富田 寿彦
大島 忠之 福井 広一 渡 二郎 三輪 洋人
同 内科学下部消化管科 松本 譽之
同 内視鏡センター 森田 毅
同 腸管病態解析学 堀 和敏

106 オンマイヤリザーバー留置後メソトレキセート髄腔内注入を行った胃癌髄膜癌腫症の1例

兵庫県立がんセンター 消化器内科 ○柳田早絵子 寺島 禎彦 奥野真紀子 津村 英隆
坂本 岳史 飛松 和俊 山本 佳宣 津田 政広
西崎 朗 井口 秀人

胃 3 (14:50 ~ 15:30)

座長 福井 広一
(兵庫医科大学 内科学上部消化管科)

107 早期胃癌内視鏡的切除後の異時性発癌に対する *Helicobacter pylori* (HP) 除菌療法の効果についての検討

北野病院 消化器センター内科 ○小田 弥生 牟田 優 廣橋研志郎 西川 義浩
渡辺 昌樹 佐久間洋二郎 熊谷 奈苗 工藤 寧
加藤 洋子 山内 淳嗣 藤田 光一 杉浦 寧
吉野 琢哉 高 忠之 浅田 全範 福永 豊和
川口 清隆 八隅秀二郎

108 早期胃癌内視鏡治療後の異時性多発病変の検討

京都桂病院	消化器センター	消化器内科	○吉岡	拓人	藤井	茂彦	日下	利広	田中	秀行
			古賀	英彬	糸川	芳男	宮本由貴子	山口	大介	
			楠本	聖典	田中	泰敬	臼井	智彦	中井	喜貴
			浜田	暁彦	山川	雅史	畦地	英全	國立	裕之

109 胃カルチノイド腫瘍の一例

京都第一赤十字病院	消化器科	○小野澤由里子	奥山	祐右	北市	智子	田中	信
		間嶋 淳	川上 巧	富江 晃	鈴木 隆裕			
		世古口 悟	鎌田 和浩	戸祭 直也	中村 英樹			
		佐藤 秀樹	木村 浩之	吉田 憲正				
同	病理診断科	榎 泰之						
社会保険京都病院	外科	小出 一真						

110 多量の吐血を契機に発見された胃 GIST の一例

八尾市立病院	消化器内科	○柳本 涼子	上田 高志	小西 章仁	氣賀澤齊史
		井上 浩一	藤田 実	巽 理	岩永 佳久
		福井 弘幸			
同	外科	福島 幸男			
同	病理診断科	竹田 雅司			

111 GIST の臨床診断における超音波内視鏡下穿刺生検法 (EUS-FNAB) の有用性

大阪赤十字病院	消化器科	○松田 史博	津村 剛彦	岡部 純弘	竹田 治彦
		犬塚 義	中島 潤	金坂 卓	恵莊 裕嗣
		坂本 梓	邊見慎一郎	金 秀基	石川 哲郎
		波多野貴昭	斎藤 澄夫	西川 浩樹	関川 昭
		喜多 竜一	圓尾 隆典	木村 達	大崎 往夫
同	病理部	若狭 朋子			

十二指腸 (15:30 ~ 16:10)

座長 出口久暢

(和歌山県立医科大学 第二内科)

112 十二指腸潰瘍による十二指腸結腸瘻の一例

大阪府立急性期・総合医療センター	○野崎 泰俊	竹田 晃	入江 孝延	田畑 優貴
	高田 良司	齋藤 義修	藤永 哲治	原田 直毅
	石井 修二	西山 範	鈴木 貴弘	春名 能通
	井上 敦雄			

113 当院における出血性胃十二指腸潰瘍患者の低用量アスピリンと抗潰瘍薬内服についての解析

恩賜財団大阪府済生会 千里病院	○山口 大輔	水野 龍義	有光 晶子	後藤 靖和
	奥田 偉秀	堀本 雅祥	鈴木 都男	

114 十二指腸に穿破し IVR にて止血しえた多発性腹部内臓動脈瘤
 近畿大学医学部奈良病院 消化器内科 ○花田宗一郎 宮部 欽生 奥田 英之 茂山 朋広
 豊澤 昌子 岸谷 讓 川崎 俊彦
 天理よろづ相談所病院 消化器内科 鍋島 紀滋

115 ホジキンリンパ腫完全寛解後に、胃 MALT リンパ腫と十二指腸乳頭部癌を発症した1例
 社会保険神戸中央病院 消化器科 ○松田 英之 宮川 徹 山内 紀人 婦木 秀一
 西林 宏之 安田 光徳
 京都府立医科大学 消化器内科 吉川 敏一

116 十二指腸 Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) の2例
 日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科 ○中谷 泰樹 大田彩貴子 信岡 未由 岩上 裕吉
 三上 貴生 津田 喬之 三長 孝輔 李 宗南
 中村 文保 谷口 洋平 幡丸 景一 田中 敦俊
 赤松 拓司 瀬田 剛史 浦井 俊二 上野山義人
 山下 幸孝

痔 3 (16:10 ~ 16:58)

座長 池 浦 司
 (関西医科大学 消化器肝臓内科)

117 重症急性壊死性膵炎後の経過中に発見された膵頭部癌の1例
 東大阪市立総合病院 消化器内科 ○森本 英之 高田 早苗 森下 直紀 岸 愛子
 俵 誠一 巽 香織 赤松 春樹 飯尾 慎元
 小林 一三

118 膵液細胞診で診断された低乳頭増殖を主体とする膵管内乳頭粘液性腺癌の一例
 大阪府立成人病センター 肝胆膵内科 ○福武 伸康 上原 宏之 河田奈都子 池澤 賢治
 今中 和穂 大川 和良 片山 和宏
 同 消化器外科 石川 治
 同 病理細胞診断科 竹中 明美 富田 裕彦

119 閉塞性黄疸で発症し細胞診にて診断された肺癌膵転移の一例
 洛和会音羽病院 消化器内科 ○富田 友実 二階堂光洋 遠藤 功二 沖 裕昌
 飯沼 昌二 坂口徹太郎
 京都府立医科大学 消化器内科 内藤 裕二 吉川 敏一

120 paraganglioma 内に tumor-to-tumor metastasis を来した膵癌の一例
 京都桂病院消化器センター 消化器内科 ○古賀 英彬 中井 喜貴 田中 秀行 糸川 芳男
 宮本由貴子 山口 大介 楠本 聖典 吉岡 拓人
 田中 泰敬 白井 智彦 浜田 暁彦 山川 雅史
 藤井 茂彦 畦地 英全 日下 利広 國立 裕之

121 gemcitabine + S-1 併用療法が有効であった切除不能進行膵癌の1例

ベルランド総合病院 消化器内科 ○木下 輝樹 伯耆 徳之 佐藤 慎哉 廣瀬 哲
大倉 康志 小川 敦弘 長谷川義展 安 辰一
同 病理部 山内 道子

122 動脈浸潤を伴う局所進行膵癌に対して放射線化学療法と維持療法により腫瘍縮小後に根治切除を施行した2例

関西医科大学 外科 ○山本 智久 里井 壯平 豊川 秀吉 柳本 泰明
山本 壮 由井倫太郎 廣岡 智 松井 陽一
権 雅憲



シンポジウム抄録



S1-1 steroid naïve, free 症例の QOL でみた潰瘍性大腸炎に対する免疫調節剤の必要性

済生会中津病院 消化器内科
福知 工、豊永 貴彦、蘆田 潔

【目的】IBD の治療目標は患者の症状改善による QOL の向上であり、潰瘍性大腸炎の寛解維持期での免疫調節剤 (azathioprine 又は 6-MP) の必要性を検討した。【方法】急性期を GMA で寛解導入を得た steroid naïve, free の潰瘍性大腸炎 38 例である。GMA 後に免疫調節剤を投与した 26 例を A 群、投与しなかった 12 例を B 群とし、急性期と寛解維持期 (平均観察期間 :538 日) の CAI と QOL を IBDQ, SF-8 でスコア化し、IBDQ では total score と腹部症状、全身症状、情緒、社会関連、SF-8 では mean と全体的健康感、身体機能、日常役割機能 (身体)、体の痛み、活力、社会生活機能、心の健康、日常役割機能 (精神) のサブスケールを 2 群間比較した。寛解維持期の現状の満足度を患者に 5 段階評価させた。【成績】CAI は (急性期、寛解維持期) は A 群 (10.8, 1.6) B 群 (11.6, 2.6) と寛解維持期で有意差はないも A 群で低い傾向にあった。急性期の IBDQ, SF-8 はどのサブスケールでも両群間で有意差はなかったが、寛解維持期で IBDQ の total score, SF-8 の mean は (A 群, B 群) で (189.2, 171.9) (51.2, 46.6) で A 群で有意に高く、SF-8 で A 群は国民標準値 (50) に達していたが B 群は達していなかった。IBDQ の腹部症状は (6.1, 5.6) で有意差はないも A 群で高い傾向にあり、IBDQ の全身症状 (6.1, 5.6)、社会関連 (6.2, 5.3)、SF-8 の全体的健康感 (51.2, 46.6)、日常役割機能 (身体) (50.6, 46.4)、活力 (51.7, 46.6)、社会生活機能 (51.0, 40.8) と有意に A 群で高かった。満足度は (A 群, B 群) で (4.2, 3.5) で有意に A 群で高かった。【結論】潰瘍性大腸炎患者が寛解導入すれば免疫調節剤で維持した方が日頃の腹部症状が安定する傾向にあり、この影響で QOL が向上し患者の満足がより得られると考えられた。

S1-3 当院におけるアザチオプリン使用の現状と今後の課題

京都府立医科大学 消化器内科
内山 和彦、高木 智久、内藤 裕二

【目的】近年、炎症性腸疾患の治療において、免疫調節剤による病勢コントロールは非常に重要な役割を担っている。しかし、その有効性と安全性には 5-ASA 製剤の併用などの影響や、薬剤代謝酵素の遺伝子発現などの個人差があるのも事実である。今回、当院における azathioprine の使用経験、およびその代謝産物である血中 6-TGN 濃度測定結果を元に、azathioprine の有用性と安全性を検討した。【対象】現在当院に通院加療中の潰瘍性大腸炎患者 191 名、およびクローン病患者 47 名を対象とした。その中で azathioprine を投薬されているのは潰瘍性大腸炎患者 28 名、クローン病患者 21 名であり、さらに血中 6-TGN を測定したのは潰瘍性大腸炎患者 17 名 (測定機会は 25 回)、クローン病患者 17 名 (測定機会は 25 回) であった。【結果】今回の対象患者の中で、白血球減少等の重篤な副作用を示した患者はいなかった。また、対象は外来通院中の患者であり、6-TGN 測定時、全ての患者で病勢コントロールは良好であった。Azathioprine の投与量は 25mg/day から 100mg/day であったが、投与量と血中 6-TGN 値の間に有意な相関は見られなかった。また、一例を除く 33 例で 5-ASA 製剤との併用療法が施行されていたが、5-ASA 製剤の投与量と血中 6-TGN 値との間にも有意な相関は見出せなかった。【考察】今回の検討では、azathioprine や、5-ASA 製剤の投与量と血中 6-TGN 値の間には相関はみられなかった。また、azathioprine 投与量に比して明らかに低濃度、もしくは高濃度の 6-TGN 値を呈する症例も散見され、投与量以外に azathioprine の薬物代謝酵素遺伝子多型が 6-TGN の血中濃度に影響を及ぼしていることが示唆される結果であった。現在、薬物代謝酵素の SNP による遺伝子発現の差異だけではなく、allele 毎の遺伝子発現を解析することで、薬剤代謝における新たな遺伝子マーカーを検索し、azathioprine を始めとする炎症性腸疾患の各種薬剤の安全性、有用性を検討中である。

S1-2 炎症性腸疾患における免疫調節剤使用についての検討

¹ 奈良県立医科大学 消化器・総合外科、² 同 中央内視鏡・超音波部
中川 正¹、藤井 久男²、小山 文一¹、中島 祥介¹

【はじめに】炎症性腸疾患の治療の中で、ステロイド依存性または抵抗性の症例に対する免疫調節剤の有用性は広く認識されている。今回我々は、当科でのアザチオプリン /6-メルカプトプリン (AZA/6-MP) 免疫調節剤使用の現況をレビューし、その有効性および投与時の注意点について検討した。【潰瘍性大腸炎 (UC)】157 例中 35 例 (22.3%) に投与された。適応理由はステロイド依存性が主で、5-ASA 不耐が 1 例であった。用量は AZA (30 例) では 25mg-100mg の範囲で 50mg が 22 例 (73%)、6-MP (5 例) では 20mg-30mg であった。使用後の経過では、寛解維持が 16 例 (46%)、再燃に対し短期的ステロイド投与で対処できたもの 6 例 (17%)、中止 (休止) 6 例 (17%)、手術 7 例 (20%) であった。ステロイド離脱までの期間は 3-42 週 (中央値 11 週) であった。投与期間は 24 ヶ月以上が 18 例、48 ヶ月以上が 6 例であった。投与中止の理由は 1-3 年の寛解維持後が 3 例、妊娠が 1 例、脱毛・無顆粒球症が 1 例、怠業が 1 例であった。手術例のうち 4 例は結果寛解に至らなかった症例で、3 例は手術適応と判断されてからステロイド減量目的で投与を開始した症例であった。【クローン病 (CD)】48 例中 17 例 (35.4%) に投与された。用量は AZA (16 例) では 25mg-100mg の範囲で 50mg が 9 例 (56%)、6-MP (1 例) では 20mg であった。Infliximab 投与を併施しているものが 15 例であった。9 例が 48 ヶ月以上の投与となっていた。【副作用・妊娠等】UC/CD 全体での副作用の内訳は、白血球減少 8 例、貧血 2 例、脱毛 3 例、発疹 3 例、嘔気 3 例、肝障害 2 例、肺炎 1 例であった。脱毛を伴う無顆粒球症を 2 例経験した。いずれも G-CSF 投与を行い、約 1 週間で白血球数が復帰した。服用中に妊娠が判明した症例が UC で 2 例あり、1 例は投与を中止して妊娠を継続し、1 例は妊娠中絶をおこなった。CD 2 例 (いずれも男性) に挙児希望を理由に投与を中止した。【まとめ】免疫調節剤は、その副作用について理解し適切に対応することにより、有効な薬剤として炎症性腸疾患に適用できると思われる。

S1-4 当院における免疫調節剤を用いたクローン病に対する寛解維持療法の検討

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学
本澤 有介、松浦 稔、仲瀬 裕志

【目的】近年、クローン病 (以下 :CD) に対する内科的治療として AZA/6-MP などの thioprine 製剤や tacrolimus 等の免疫調節剤及び infliximab などの生物学的製剤導入に伴い CD 患者 QOL は大幅に向上しつつある。しかしながら、本邦における各種免疫調節剤を用いた CD に対する寛解維持療法の長期成績に関する報告は少ない。今回我々は、当院における各種免疫調節剤を用いた CD 患者に対する寛解維持について retrospective に検討した。【方法】対象は 2003 年 5 月 ~ 2009 年 12 月までに当院にて免疫調節剤による治療を行った CD 患者 76 症例。免疫調節剤による寛解維持の定義は『Crohn's Disease Activity Index (CDAI) が 150 以下で、ステロイドを併用していない状態』とし、infliximab を導入した症例は免疫調節剤無効例とした。投与方法として AZA/6-MP は白血球数が 3000 ~ 5000/ μ l となるように調整し、不応例に対しては tacrolimus を導入した。tacrolimus の寛解導入には血中 trough 濃度を 10 ~ 15ng/ml として投与量を決定し、寛解維持としては 5 ~ 10ng/ml に設定した。【成績】対象症例の内訳は男性 57 人、女性 19 人 (計 76 人) で、投与時平均年齢は 32.7 歳 (16-61 歳) で、免疫調節剤投与症例の内訳は AZA/6-MP 単独群が 53 症例、tacrolimus 使用群が 23 症例であった。Kaplan-Meier 法による累積寛解維持率は免疫調節剤全体では観察期間 73.3 ヶ月で 57.9% であった (AZA/6-MP 単独群 :58.4%、tacrolimus 使用群 :56.5%)。【結論】CD に対する免疫調節剤の導入は長期寛解維持に有効であり、免疫調節剤単独でも十分な寛解維持効果を期待しうものと思われる。

S1-5 クローン病合併肛門病変に対するインフリキシマブスケジュールメンテナンスの有用性

¹三菱神戸病院 外科、²同 消化器科
金 英植¹、橋本 可成²、斎藤 正樹¹

【目的】クローン病は近年増加傾向にあり、クローン病に合併する肛門病変も稀な疾患ではなくなりつつある。特に痔瘻は患者のQOLを損なうことが多くその治療も内科の治療から外科の治療まで多岐にわたるため日常臨床においても苦慮することが多い。今回、我々はシードンドレナージ後にインフリキシマブスケジュールメンテナンス（IS）を行った症例を検討した結果、肛門病変のコントロールが容易となり患者のQOL向上に寄与できたと考えられたため報告する。【方法】当院でIS施行中の14例中、痔瘻を合併した9例と当院でシードンドレナージし他院でインフリキシマブ投与中の2例でシードンドレナージの有無、施行時期、転帰、インフリキシマブ投与による肛門合併症とその対策などについて検討した。【結果】当院でIS施行例は14例（男性10例、女性4例）で合併症はinfusion reaction 1例、肛門狭窄2例。肛門病変はインフリキシマブ投与後速やかにwet anusからdry anusとなり、排膿は消失し肛門へのガーゼ塗布も不要となった。狭窄例は栄養療法と緩下剤投与後にバルーン拡張を行った。1例は現在自己肛門プジーでコントロール良好でもう1例は現在小指程度が通過可能で将来拡張を検討中。痔瘻症例はシードンドレナージにて排膿後にインフリキシマブ投与を開始したところ、速やかに炎症は消滅し排膿停止をみたが、インフリキシマブ投与前に肛門痛の再発をみた症例が散見された。今後シードンの抜去時期を検討中である。【結論】クローン病に合併した肛門病変のコントロールにはISが有用であった。またクローン病合併痔瘻に対してはまずシードンドレナージを行い次いでISを行うことにより局所のコントロールは良好であったが、次回インフリキシマブ投与前に肛門痛が再燃した症例があり、今後は投与期間の短縮検討が必要と考えられた。

S1-7 CMV 感染合併した難治性潰瘍性大腸炎におけるCMV 感染陰性化後の治療法の検討

財団法人 田附興風会 北野病院 消化器センター内科
渡辺 昌樹、吉野 琢哉、八隅 秀二郎

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）の増悪因子であるCMV感染合併した難治性UCに対し、抗ウイルス薬を投与することで寛解導入する症例が報告されている。しかしながらCMV感染の陰性化を図るも、症状が持続し内視鏡学的に炎症が遷延し、追加治療法の選択に難渋する症例も認める。【目的】今回、我々はCMV陰性化後も症状が持続し内視鏡学的に炎症が遷延する難治性UCに対し、タクロリムス投与を行い、その有効性について検討した。【対象と方法】2010年4月から6月の間に経験したUC28例中、難治性UC4例を対象とした。病理学的検索、CMV antigenemia、大腸生検組織を用いたreal-time PCR法を用いてCMV感染を検索した。CMV感染陽性症例に対し抗ウイルス薬（デノシン500mg1日2回を2週間）を投与した。CMV陰性化後も症状が持続し内視鏡学的に炎症が遷延する症例に対しては、タクロリムスを投与した。【結果】難治性UC4例中3例がCMV-DNA陽性であった。病理学的検索、CMV antigenemiaにてCMV感染を診断しえた症例は認めなかった。CMV-DNA陽性症例の全例にガンシロビルを投与し、2例で陰性化を確認した。抗ウイルス薬投与にて自覚症状の改善を認めたものの、下痢便の持続、内視鏡所見上も炎症が遷延していたため、タクロリムスを投与した。タクロリムス投与後、2例共に速やかに寛解導入が得られ、CAI scoreは平均10.5点から1.5点へ改善した。【まとめ】CMV感染合併した難治性UCに対して、抗ウイルス薬の投与によりCMV感染陰性化後も、症状の持続や内視鏡学的に炎症が遷延している症例にはタクロリムス投与が有効と考えられた。症例数が少なく、統計学的有意性の検討については今後さらなる症例の積み重ねが必要である。

S1-6 インフリキシマブによるTop down 治療を施行したクローン病症例の臨床的検討

¹兵庫医科大学 内科学 下部消化管科、²兵同 上部消化管科
中村 志郎¹、吉田 幸治¹、富田 寿彦²

【目的】現在クローン病（CD）においてインフリキシマブ（IFX）は、一般的にstep up治療の最終選択枝として適応されているが、最近IFXを発症早期に適応するTop Down治療の有用性も報告されつつある。今回われわれは当院でIFXによるTop Down治療を行ったCD症例について臨床的に検討を行ったので報告する。【対象】Top Down治療とは診断後2年以内で、IFX導入前治療としてステロイドとアザチオプリン（AZA）/6MPは未使用、かつ腸管切除歴のないものと定義した。対象は45例、男女比23:22で、平均年齢は23.2±9.72歳、発症後の平均病価期間は31.7±16.9ヶ月であった。病型は小腸大腸型25例、小腸型9例、大腸型9例、アフタ型1例、肛門型1例で、肛門病変は21例に認めた。IFXと併用した主な内科治療は5ASA+経腸栄養法（HEN）が20例、5ASA単独が14例、5ASA+AZA3例、5ASA+AZA+HEN2例で、HENの内容はハーフEDが13例、ED2包以下9例、ED5包1例であった。IFXの治療内容はschedule投与37例、episodic→schedule投与7例、episodic1例で、導入後1年以上の投与継続例は37例であった。【成績】IFX 0.26w3回投与後の初期治療効果は、45例全てで臨床的寛解が導入された。IFX導入後1年以上の経過観察（平均観察期間は21.8±13.7ヶ月）が可能であった37例の長期治療効果は、26例が臨床的寛解を維持し、7例が平均11.7回目投与頃に効果減弱を示し、4例が4～5回目投与までに再燃していた。IFX導入後に内視鏡などで病変評価された27例では、23例で潰瘍治癒、3例で潰瘍縮小を認め、1例は不変であった。安全性については、狭窄の出現4例（2例で肛門プジー）、投与時反応（軽症）1例、菌血症1例、骨盤内膿瘍1例、帯状疱疹1例を認め、膿瘍例には回盲部切除を行った。IFX4～5回目までに再燃した4例は、全例痔瘻を伴い大腸に太い縦走潰瘍が多発する傾向をしていた。【結語】IFXによるTop down治療では、短期の寛解導入効果が100%、長期の寛解維持効果が約70%で、少なくとも約50%の症例で粘膜治癒効果も得られ、重篤副作用は2例、腸管切除も1例のみでCDの長期予後を改善する可能性が示唆された。

S1-8 潰瘍性大腸炎再燃における腸管感染症の関与

関西医科大学 内科学第三講座
大宮 美香、松下 光伸、岡崎 和一

【目的】以前より腸管感染症は炎症性腸疾患（IBD）の再燃・増悪因子の一つと考えられており、腸管感染症がIBDの成因の一つである可能性も示唆されている。今回我々は、潰瘍性大腸炎（UC）再燃における腸管感染症の関与についての実態調査を行い、その発生頻度、病原体、病的意義について検討を行った。【対象と方法】対象は2006年1月から2009年12月に当院で加療を行ったUC症例。経過中に中等症以上の再燃を認めた症例において、腸管感染症の発生、その病原体、感染後の疾患活動性について後ろ向きに検討した。【結果】総例数122例で、中等症以上の再燃回数は延べ117回であった。そのうち再燃時の便または腸管粘膜培養で腸管感染症が証明されたのは53回（45.3%）であった。検出された病原体は、Cytomegalovirus、Clostridium difficile、Aeromonas hydrophila、Norovirus、Salmonella enteritidis、病原性大腸菌であった。【結語】潰瘍性大腸炎再燃においては、従来から関与が示唆されているCytomegalovirusやClostridium difficile以外にも検索が必要であると思われる。

S1-9 炎症性腸疾患における Multiplex PCR法を用いた Clostridium difficile 及びヘルペスウイルス検出の試み

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学
細見 周平、山上 博一、渡辺 憲治

【背景】炎症性腸疾患（IBD）の病因もしくは増悪・難治化要因の一つとして、腸内細菌の関与が考えられている。Clostridium difficile（C. difficile）感染症は、近年欧米では binary toxin 産生菌株である BI/NAP1/027株の流行や、IBDでの高い感染合併率や病状増悪が問題視されている。一方、CMVの再活性化も難治化要因の一つとして認識されているが、他のヘルペスウイルス属についての報告は少ない。【目的・方法】健康人（n=21）・クローン病（CD）（n=34）・潰瘍性大腸炎（UC）（n=55）を対象として、粘膜組織からDNAを抽出し、multiplex PCR法を用いてC. difficile（CD toxinA/B・CD binary toxinA/B）、及びHSV-1/2・VZV・EBV・CMV・HHV-6・HHV-7を測定し、IBDの病態への関与を検討した。【結果】C. difficileは、健康人：0%、CD：2.9%（1/34症例）、UC：5.5%（3/55症例）で陽性であった。いずれも、ToxinA/B陽性であったがbinary toxinは陰性であった。2例ではPPI処方中であった。HSV-1/2・VZVはいずれの症例でも検出されなかった。健康人ではEBV：0%、CMV：4.8%、HHV-6：9.5%、HHV-7：0%の陽性率であったのに対し、CDではEBV：8.8%、CMV：0%、HHV-6：8.8%、HHV-7：5.9%、UCではEBV：21.8%、CMV：18.2%、HHV-6：12.7%、HHV-7：1.8%の陽性率であった。【結論】IBDの約4%にToxin A/B産生C. difficileを検出した。EB・CMVはUCで高頻度に検出されたが、他のヘルペスウイルス検出には疾患特異的な結果は得られなかった。患者病態との関連についても検討を加えて報告する。

S2-2 当院における自己免疫性肝炎の検討

¹ 社会保険京都病院 消化器科、² 京都府立医科大学 消化器内科
今本 栄子¹、安藤 貴志¹、山口 寛二²、吉川 敏一²

自己免疫性肝炎（AIH）の日本における発症年齢のピークは50歳代の一峰性であり、80歳代での発症はまれだとされている。一方で高齢化社会に伴い本疾患でも発症年齢の高齢化が認められている。今回当院においてこの5年間でAIHと診断された13症例について検討した。診断時平均年齢は68.0歳（33～89歳）と高く、60歳代が6例、70歳代が2例、80歳代が3例であり、70歳以上の高齢でAIHと診断される症例が全体の約4割を占めていた。70歳未満の8例と70歳以上の高齢者5例の間で診断時のALT、AST及び総ビリルビンの数値に差はなかった。10例で肝生検を施行し、全例でインターフェイス肝炎、形質細胞浸潤を伴うchronic hepatitisであり、88歳の症例では線維化が目だった。12例でUDCAを投与されており、ステロイドは70歳未満で5例、70歳以上で3例に投与されていた。70歳未満でステロイドを投与した症例のうち3例は著効で再燃なく、1例はPSCを合併し転医したが、合併前も再燃なかった。1例は奏功せず診断5ヵ月後に肝不全で永眠された。UDCAのみの3例では1例は経過良好、1例はすぐに転医し不明、1例は肝酵素の改善がみられていない。70歳以上ではステロイド投与のうち2例は著効であり、1例は著効しステロイドを減量していたが、診断16ヵ月後に急性増悪し永眠された。UDCAのみの2例は経過良好である。高齢者の場合、抗血小板療法などがおこなわれている場合も多く、肝機能異常に対して肝生検等の積極的な精査をためらわれることが少なくない。またAIHは若年者の疾患という印象が強く、高齢者では診断が遅れがちであり、長期間経過観察されていたため診断時肝硬変に至っていた例もある。高齢者のAIHでは比較的線維化が進んでいることが多いという報告があることを考えると速やかな肝酵素の正常化が望ましい。高齢者であってもステロイド投与により良好な経過を得ている場合が多く、たとえ高齢者であっても肝機能異常を認めた場合AIHも念頭において精査を行い、必要であればステロイドの投与も非高齢者同様有用であると考えられる。

S2-1 自己免疫性肝炎の新国際診断基準の検討

NTT 西日本大阪病院 消化器内科
巽 信之、金子 晃、久保 光彦

【目的】2008年に自己免疫性肝炎（AIH）の国際診断基準が改定されたが、今回その有用性や問題点について検討を行った。【対象】大阪大学消化器内科学関連の18病院から登録されたAIH症例のうち、新旧の国際診断基準のscoringに必要な情報の揃っているウイルス肝炎非合併の170例を対象として検討した。【成績】新基準では自己抗体の測定方法や判定について細かな条件がついていること、肝組織のスコアについて新たな定義が設けられていることに注意が必要であった。また、IgGについてはスコアの境界の値が大幅に引き下げられており、多くの症例が高いスコアをとる結果となった。TotalのAIH scoreについては、今回の症例の平均が7.1±1.1であったのに対して、PBC（82例）およびNAFLD（57例）の症例ではそれぞれ3.7±1.3、2.5±0.8と有意に低値でありその鑑別に有用であった。一方、急性発症例（45例）やPBC合併が疑われる症例（19例）のAIH scoreはそれぞれ7.2±1.0、6.9±1.3と高値であり、これら特殊な症例の診断においても新基準は有用と考えられた。しかし、基準を満たしている症例数は旧基準においては168例（definite 117例、probable 51例）99%であったのに対して、新基準においては156例（definite 128例、probable 28例）92%であり、診断基準より外れる症例数が増加する結果となった。新基準において基準より外れた14例について検討してみると、IgG正常（10例）や自己抗体陰性（8例）の非典型的な症例であることがわかったが、このような非典型例の拾い上げの点では旧基準に劣る結果となった。【結論】新基準にてAIHの約9割の症例は診断可能であり、かつその簡便性より日常臨床において有用であるが、IgG正常や自己抗体陰性の非典型的な症例では診断基準を満たさない症例があるため、このような症例においては旧基準も参考にして診断を行う必要があるものと考えられた。一方、旧基準では特異度の点で劣ることが報告されており、非典型的なAIHの診断においては新旧の診断基準のこのような特徴を踏まえた上で、診断基準のみに囚われず総合的に診断することを心がける必要がある。

S2-3 急性肝不全の病像を呈した自己免疫性肝炎の臨床病理学的検討

奈良県立医科大学第3内科
堂原 彰敏、植村 正人、福井 博

【目的】自己免疫性肝炎（AIH）は急速に進行して予後不良な転帰をとるものから免疫抑制剤投与により比較的予後良好な経過をとる症例まで多彩である。今回、急性肝不全の病像を呈したAIHを臨床病理学的に検討した。【方法】対象は当科で入院しAIHと診断した96例（年齢51±15歳、女/男=82/14）であり、診断にはAIH国際診断基準スコアを用いた。【結果】急性肝不全の病像を呈したAIHは17例（17.7%）であり、病型分類ではLOHF3例、劇症肝炎（FHF）4例（急性型2例、亜急性型2例）、急性肝炎重症型（severe-AH）10例、急性肝炎（AH）79例であった。死亡例はFHF亜急性型1例、LOHF3例（全例）であった。初診時ALTは、FHF、LOHFではAH、severe-AHより高い傾向にあり、T. Bilはsevere-AHで最も高く、T. Chol、血小板はFHFで最も低値であった。抗核抗体はFHF、LOHFではsevere-AH、AHに比し低力価を示し、以後上昇する傾向にあった。初診時ならびに肝組織を加味した際のAIH scoreは、それぞれLOHF 12.3、15.3（平均）、FHF 10.5、12.5、severe-AH 10.2、12.5、AH 11.0、14.5と両者ともLOHFでやや高い傾向にあったが、初診時いずれも疑診と評価された。65歳以上の高齢者は23例（24.0%）にみられ、LOHFを1例に認めたが、severe-AHは65歳以下の非高齢者に比し少ない傾向にあった。高齢者では非高齢者に比し、肝線維化進展例が多く（線維化スコア 平均2.5 vs. 1.9, $p < 0.05$ ）、肝硬変が高率（21.7% vs. 5.5%, $p < 0.02$ ）であり、回復期の血小板（15.9万 vs. 19.5万, $p < 0.05$ ）およびAlb（3.7 g/dl vs. 4.0 g/dl, $p < 0.01$ ）が低値であった。【結論】AIHの約2割が急性肝不全の病像を呈し、LOHFおよびFHF亜急性型の予後は不良である。急性肝不全を呈するAIHはAHに比して若年の傾向にあり、初診時ALT高値、高度黄疸および血小板減少を伴うAIH疑診例は急性肝不全への移行に十分留意し、できるだけ早期に免疫抑制剤の投与が必要と考えられた。一方、高齢者AIHは約1/4を占め、線維化進展例が多く、より潜在性に進行している可能性があるが、急性増悪により肝不全に陥りやすい可能性が示唆された。

S2-4 新規自己免疫性肝炎（AIH）モデルによる AIH 発症機序の解析

¹ 京都大学・大学院医学研究科・次世代免疫制御を目指す創薬医学融合拠点、² 消化器内科
青木 信裕^{1,2}、木戸 政博^{1,2}、千葉 勉²、渡部 則彦^{1,2}

肝臓は特異な免疫寛容機構を有する一方で、臓器特異的な自己免疫性肝炎（AIH）を発症する。しかし、AIHの病態機序は自然発症動物モデルが開発されておらず不明な点が多かった。CD4⁺CD25⁺ 制御性 T 細胞（Treg）と、抑制性共刺激分子 PD-1 を介したシグナルは、双方とも、自己免疫応答制御に重要であり、その阻害により自己免疫疾患が発症する。私達は、Treg 除去目的に新生仔期胸腺摘除を施行した野生型マウスや PD-1 遺伝子欠損（PD-1^{-/-}）マウスでは肝炎が生じないが、Treg 除去 PD-1^{-/-} マウスでは、高度の抗核抗体産生が生じ、CD4 陽性 T 細胞と CD8 陽性 T 細胞による重度の肝浸潤と、肝組織の広範な壊死を伴う致死的な肝炎が発症することを見いだした。【目的】 今回の研究では、AIH 自然発症 Treg 除去 PD-1^{-/-} マウスにおける肝炎の発症とその病態機序について、免疫学的検討を行った。【結果】 Treg 除去 PD-1^{-/-} マウスにおける致死的な肝炎は、ステロイドの経時的投与や、Treg の移入にて、その発症が抑制可能であった。また Treg 除去 PD-1^{-/-} マウスに経時的に抗 CD4、CD8 抗体を投与すると末梢の CD4 陽性、CD8 陽性 T 細胞が各々除去され、抗 CD 4 抗体投与では肝炎発症が完全に抑制できるが、抗 CD8 抗体投与では、肝細胞障害性は著しく減弱し致死性の肝炎進行は抑制できるものの、門脈域の CD4 陽性 T 細胞浸潤は抑制できず、CD8 陽性 T 細胞の肝への浸潤が CD4 陽性 T 細胞に依存したものであることが示唆された。また、抗 IFN- γ 中和抗体投与では肝炎発症を抑制できず、さらに、Th1 型、Th2 型免疫応答を各々抑制可能な中和抗体、抗 IL-12p40 抗体、抗 IL-4 抗体の投与でも、肝炎の発症自体を完全に抑制することができなかった。【結論】 以上の新規の AIH マウスモデルを用いた解析から、AIH 発症に関わる免疫機序が明らかとなり、自己反応性 CD4 陽性 T 細胞の活性化と肝への浸潤が発症のトリガーであり、必ずしも単純な Th1 型、Th2 型免疫応答に依存したのではないことが示唆された。

S2-6 当院における自己免疫性膵炎関連疾患の検討

淀川キリスト教病院 消化器病センター 消化器内科
廣吉 康秀、菅原 淳、向井 秀一

【目的】自己免疫性膵炎（AIP）は、中高年男性に多く、硬化性胆管炎、硬化性唾液腺炎などの合併例があり、全身性疾患とも考えられている。治療はステロイド治療が有効であるが、再燃する例もあり、一方では自然軽快する例もある。どのような症例が再燃しやすいかについて検討した。【対象と方法】2004 年以降、当院で診断した AIP7 例を対象とした。症例は男性 5 例・女性 2 例、平均年齢 62 歳（48 歳～75 歳）、平均観察期間は 3 年 2 ヶ月（1 年 2 ヶ月～6 年 2 ヶ月）。“自己免疫性膵炎臨床診断基準 2006”に基づき、再燃群 3 例と非再燃群 4 例に分けて、性別、発症年齢、IgG、IgG4、合併症の有無、治療について検討した。【結果】発症年齢は再燃群 67.7 ± 11.8 歳、非再燃群 57.8 ± 12.5 歳と再燃群で高かった。IgG、IgG4 についてはそれぞれ再燃群は 2641 ± 401.8mg/dl、1059 ± 434.9mg/dl、非再燃群では 2066 ± 585.4mg/dl、610 ± 390.3mg/dl と再燃群で高かったがいずれも有意差は認められなかった。7 例中 6 例はステロイド治療を 30 - 40mg で開始した。残りの 1 例は認知症のため治療困難であったが、自然軽快し再燃もなかった。再燃群 3 例では、全例で発症時に硬化性胆管炎を伴っていた。そのうちの 1 例は膵炎のみの再燃であり、残りの 2 例は胆管炎のみ再燃した。【結論】症例が少ないため有為差は認められなかったが、再燃群は非再燃群に比べ、年齢、発症時の IgG、IgG4 が高かった。また、硬化性胆管炎を伴う AIP は再燃が多いと考えられ、維持療法の継続が必要と思われる。

S2-5 IgG4 関連硬化性胆管炎と自己免疫性肝疾患における制御性 T 細胞と IgG4 陽性形質細胞の検討

関西医科大学 消化器肝臓内科
小藪 雅紀、内田 一茂、楠田 武生、岡崎 和一

【目的】IgG4 関連硬化性胆管炎（IgG4-SC）と原発性硬化性胆管炎（PSC）の区別が臨床的に問題となるが、その病態については未だ不明な点が多い。近年、様々な自己免疫性疾患の発症に制御性 T 細胞（regulatory T cells : Tregs）が、関与していることが数多く報告されている。そこで今回我々は、IgG4-SC と自己免疫性肝疾患について免疫組織学的検討を行った。【方法】IgG4-SC、PSC、自己免疫性肝炎（AIH）、原発性胆汁性肝硬変（PBC）患者の肝組織で免疫組織学的な検討を行った。【成績】IgG4 陽性細胞数と単核球数との比率（IgG4/Mono）は IgG4-SC が他の 3 群と比較して有意に高く、IgG4/Mono と IgG1/Mono の比率（IgG4/G1）も IgG4-SC が有意に高かった。Foxp3/Mono では PBC が有意に高く、IgG4-SC と PSC では IgG4-SC の方が PSC より有意に高値であった。また、IgG4-SC 患者でのみ、IgG4/Mono と Foxp3/Mono の正の相関（R=0.75）が認められた。【結論】IgG4/Mono と IgG1/Mono の比率（IgG4/G1）は IgG4-SC で有意に高く、IgG4-SC と PSC の鑑別に有用であると考えられた。IgG4-SC のみで IgG4 陽性細胞と Foxp3 陽性細胞数に正の相関が認められたことより、IgG4-SC では Treg による IgG4 産生制御の可能性とともに、PBC では Tregs の機能が異なる可能性が示唆された。

S2-7 当院で経験した自己免疫性膵炎症例の検討

京都第二赤十字病院 消化器科
岡田 雄介、宇野 耕治、盛田 篤広

【背景と目的】自己免疫性膵炎（以下 AIP）は近年概念や病態についての解析が進められてきた。今回当院で経験した AIP 症例につき検討する。【対象と方法】2005 年 5 月より 2010 年 4 月までに当院で AIP と診断された 13 例（男性 8 例、女性 5 例、平均年齢 69 歳）を対象とし、検査所見、合併症、治療、予後等を検討した。【成績】診断契機は黄疸 6 例、画像にて膵腫大指摘（無症状）4 例、心窩部痛 1 例、倦怠感 1 例、糖尿病の悪化 1 例であった。IgG 高値は 7 / 11（63.6%）、IgG4 高値は 8 / 10（80%）、抗核抗体陽性は 11 / 12（91.7%）、 γ -グロブリン高値は 4 / 8（50%）、リウマトイド因子陽性は 1 / 6（16.7%）であった。膵外病変は、胆管病変 8 例、後腹膜線維症 2 例、自己免疫性肝炎 2 例、硬化性唾液腺炎 2 例であった。糖尿病は AIP 発症以前から認めたものが 6 例（うち 1 例が発症時増悪）、同時発症が 1 例であった。画像診断では膵の腫大と主膵管の不整及び狭細化を全例に認めた。またソナゾイドによる造影超音波検査で興味ある所見が得られた。治療は 9 例に対してステロイド治療が施行された。初期投与量の内訳はプレドニゾン（以下 PSL）30mg が 5 例、40mg が 2 例であった。また膵腫瘍の鑑別に苦慮した 2 例のうち 1 例でメチルプレドニゾン 1g × 3 日のパルス療法、もう 1 例で 0.5g × 3 日のミニパルス療法が施行された。投与後の画像所見は全例で改善していた。治療後の再燃は、維持療法に移行せず投与中止した 3 例のうち 2 例で再燃した。維持療法を行った 5 例では、ステロイド開始後より平均観察期間 16.8 ヶ月（7 - 22）で再発を認めなかった。再燃例は PSL の再投与をすることで再び全例に画像所見で改善を認めた。黄疸を生じた胆管病変合併例 6 例のうち 4 例についてはドレナージを行い、全例で改善を認めた。【結語】AIP の治療にステロイドは有効であったが、維持療法を行わなかった症例では行った症例と比べ再燃率が高い傾向にあった。維持療法の期間、投与量などは更なる検討が必要である。

S2-8 悪性腫瘍との鑑別を要した自己免疫性膵炎の検討

神戸大学 肝胆膵外科
浅利 貞毅、松本 逸平、外山 博近、具 英成

【背景】自己免疫性膵炎（AIP）の診断基準改訂により、病変部位が限局した AIP も多く診断されるようになったが、膵癌との鑑別は常に重要である。【目的】我々が経験した AIP 6 例（限局型 5 例）は、いずれも悪性腫瘍との鑑別を要したため診断および治療の進め方について検討を行った。【結果】AIP 全例が男性で、平均年齢は 72.5 歳であった。1) 初発症状・診断契機：黄疸 3 例、上腹部痛 1 例、症状なく US で腫瘍像指摘、高アミラーゼ血症指摘が各 1 例であった。2) 血液検査・膵内外分泌機能検査：高 IgG 血症 3 例、高 IgG4 血症 5 例であった。抗核抗体、RF はすべて陰性であった。PFD 試験は全て正常、耐糖能異常 2 例であった。3) 膵外病変：顎下腺腫大 1 例、縦隔リンパ節腫大 1 例であった。4) 膵腫大所見：びまん性 1 例、限局性 5 例（膵頭部 3 例、体部 2 例）で、3 例に腫瘍像が疑われた。5) 膵管狭細所見：びまん性 1 例、限局性 5 例（膵頭部 3 例、膵体部 2 例）であった。6) 下部胆管狭窄：4 例に認めた。7) 膵液細胞診：施行例全例で class II であった。8) EUS-FNA：限局型に施行したが確定診断に至らなかった。9) 経過：2/6 例は AIP と診断し、経過観察 1 例、ステロイド治療 1 例を行った。IDUS で腫瘍像を認めた 1 例は、ステロイドによる治療の診断にて診断した。頭部に限局し腫瘍像を認めた 1 例は開腹生検にて診断した。体部に限局した 2 例は、いずれも膵癌の合併が否定できず膵中央切除及び膵体尾部切除を施行した。【まとめ】当科で経験した 6 例中 5 例が限局型で、いずれも悪性疾患との鑑別を要した。術前、診断し得た症例は 3 例であった。血清 IgG4 測定は AIP の補助診断に有用であった。ステロイドによる治療的診断が導入されていない現状では、積極的な生検（針生検、腹腔鏡下生検、開腹生検）による組織学的診断を行う必要があると考えられた。

S2-10 自己免疫性膵炎患者におけるアレルギー疾患合併の検討

神戸大学 大学院医学系研究科 消化器内科学
塩見 英之、増田 充弘、早雲 孝信、東 健

【背景・目的】自己免疫性膵炎（AIP）は、発症に自己免疫機序の関与が疑われる膵炎であると定義されているが、未だ病因の解明はされていない。また近年、AIP は何らかのアレルギー機序が病態に関与しているのではないかと報告もある。そこで今回、我々は当院における AIP とアレルギー疾患との関連性について調査し、AIP の病態におけるアレルギー機序の関与について検討した。【対象・方法】2006 年以降、当院で診断、加療を行った AIP30 例について検討した。【結果】AIP30 例中 12 例（40.0%）にアレルギー疾患を有しており、その内訳はアレルギー性鼻炎 8 例、気管支喘息 4 例、好酸球性肺炎 2 例、薬剤 1 例、造影剤 1 例（重複あり）であった。また全例で膵外病変を合併しており、Mikulicz 病が 7 例（58.7%）と高頻度であった。血清学的評価では、アレルギー疾患合併群は、平均値で IgG：2510.9 mg/dl、IgG4：649.8 mg/dl であり、非合併群の IgG：2153.1 mg/dl、IgG4：513.2 mg/dl と比較して高い傾向にあった。血清 IgE 値に関しては 1845.6 mg/dl vs. 476.2 mg/dl であり、アレルギー疾患合併群で有意に高値であった（ $p = 0.0404$ ）。また AIP 発症平均年齢においてもアレルギー疾患合併群：57.5 歳、非合併群：64.5 歳であり、両群に差を認めた。AIP 診断時の膵腫大の検討では、アレルギー疾患合併群は非合併群と比較して、びまん性に腫大する例が多かった（ $p = 0.029$ ）。【結論】アレルギー疾患を有する AIP は、全例膵外病変を合併し、びまん性に膵腫大を認める例が多く、IgG4 関連疾患として病勢が強い可能性が示唆された。

S2-9 自己免疫性膵炎の検討：EUS による膵実質所見

近畿大学 医学部 消化器内科
小牧 孝充、北野 雅之、工藤 正俊、坂本 洋城

【目的】自己免疫性膵炎（AIP）はその発症に自己免疫機序の関与が疑われる疾患であり、血液検査では自己抗体、IgG や IgG4 が上昇し、各種画像診断ではびまん性もしくは限局性の膵腫大と主膵管の狭細像が描出される。また典型的な体表式腹部 US 画像は腫大部の低エコー化と内部の高エコースポット散在と duct penetrating sign が挙げられている。今回、我々は腹部 US 検査と比較し、詳細な膵実質所見が得られる EUS 検査を使用して AIP の検討を行った。【対象】2003 年 9 月から 2010 年 5 月の間、AIP の診断基準（日本膵臓学会、2006 年）を満たした 11 例（男性 11 例：平均年齢 64.4 歳）を対象とした。11 例中 6 例はステロイドの経口投与を行い、以後漸減投与した。【方法】EUS は GF-UE260-AL5 と GF-UC240P-AL5（Olympus）を使用し、初回検査時の膵実質所見（11 例）と、ステロイド治療開始後の膵実質所見（4 例）を検討した。【成績】初回 EUS 検査時に、全ての症例で腫大部は hyperechoic foci の散在する低エコー領域として描出され内部に duct penetrating sign を認めた。また腫大部に早期慢性膵炎の画像所見である stranding（6 例）、nonhoneycombing lobularity（3 例）、lobularity（2 例）を認めた。ステロイド治療後に EUS を行った 4 例中全例で膵腫大の改善を認め、stranding や lobularity の改善を認めるも hyperechoic foci は変化しなかった。【結語】繊維化を反映すると考えられる stranding や lobularity は本疾患の活動期の所見であると同時にステロイド治療で消失する可能性が示唆された。

S3-1 多チャンネル食道インピーダンス-pH（MII-pH）モニタリングを用いた PPI 抵抗性 NERD の病態の検討

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器内科学
木幡 幸恵、藤原 靖弘、荒川 哲男

【目的】NERD の PPI の効果は逆流性食道炎と比較して 20～30% 低率であり、その病態として不十分な酸分泌抑制、酸以外の逆流、食道運動機能異常、知覚過敏等の関与が考えられている。PPI 抵抗性 NERD 患者における病態を MII-pH モニタリングを用いて検討した。【対象と方法】PPI 倍量投与（ラベプラゾール 10mg を朝夕 1 錠ずつ）でも症状の改善しない NERD 症例 22 例（男性 11 例、女性 11 例、平均年齢 57 歳）に対し、PPI 内服下で MII-pH モニタリングを施行し、逆流パラメーターや逆流関連症状等について検討した。【結果】MII-pH モニタリングによる逆流パラメーターが高値であるか、Symptom index が 50% 以上の症例を逆流関連あり、パラメーターが正常範囲内で SI < 50% のものを逆流関連なしとしたところ、22 例中 16 例が逆流に関連し、残り 6 例中 4 例は Functional heartburn（FH）と考えられる症例であった。逆流関連ありの 16 例のうち 5 例は酸逆流関連、11 例は非酸逆流関連であった。病態別の臨床的特徴としては、内視鏡的所見を含め、逆流関連群と FH 群で有意差を認める項目はなかったが、性別に関しては、FH では女性が多い傾向があった。PPI 倍量内服下では全液体逆流回数、非酸逆流が 81.5% を占めていた。ヘルニアの有無別の平均逆流回数は、ヘルニアあり群で有意に多くなっていた。症候性逆流では、無症候性逆流と比べて、酸性度に差は認めなかったが、近位側食道への逆流の割合は有意に高くなっていた。【結論】NERD と診断されている症例にはいくつかのサブタイプが存在する。診断と FH との鑑別には MII-pH モニタリングが有効であった。それらの診断に基づき、個々の症例に応じて治療戦略を考える必要があると考えられた。

S3-2 GERD 症状を有する強皮症患者における High-resolution manometry を用いた食道運動機能の検討

大阪府済生会中津病院 消化器内科
山下 博司、福知 工、蘆田 潔

【目的】強皮症は全身の結合組織が障害される慢性炎症性疾患であるが、その発症機序は未だ不明である。強皮症では特に食道筋層への炎症性変化により、食道運動が障害され、その結果 GERD の合併も多いとされている。今回、我々は GERD 症状を有する強皮症患者に High-resolution manometry を用いた食道内圧測定を行い、食道運動機能を評価した。【方法】当院膠原病内科において強皮症の診断を受けた 10 例（男性 2 例：女性 8 例、平均年齢 55.7 歳）を対象とした。食道内圧測定は 1cm 間隔に 36 個の内圧センサーを有する Mano Scan (Sierra Scientific 社) を用いて、座位で 5ml の水嚥下を 10 回行い評価した。評価項目は UES 静止圧・弛緩残圧 (mmHg)、LES 静止圧・弛緩残圧 (mmHg)、食道体部一次蠕動圧 (mmHg)、一次蠕動波出現率 (%)、蠕動速度 (cm/s) とした。また強皮症患者 (S 群) と無症状の健常人 7 例 (N 群) と比較を行った。【結果】UES 静止圧は S 群 47.6mmHg : N 群 80.1mmHg ($P < 0.05$)、UES 弛緩残圧は S 群 5.9mmHg : N 群 1.1mmHg (NS)、LES 静止圧は S 群 11.6mmHg : N 群 24.9mmHg ($P < 0.05$)、LES 弛緩残圧は S 群 5.7mmHg : N 群 7.7mmHg (NS)、食道体部一次蠕動圧は S 群 71.0mmHg : N 群 91.7mmHg (NS)、一次蠕動波出現率は S 群 88.3% : N 群 94.9% (NS)、蠕動速度は S 群 3.5cm/s : N 群 3.6cm/s (NS) であった。【結語】GERD 症状を有する強皮症患者において、食道体部の一次蠕動波の機能は保たれているが、UES・LES は共に静止圧が低い傾向が見られた。強皮症患者に GERD の合併が多いのは LES 静止圧の低下が関与している可能性が示唆された。

S3-4 生活習慣からみた e-GERD と NERD との違い

¹ 神戸大学 医学部 消化器内科、
² 淀川キリスト教病院 消化器病センター 消化器内科
松木 信之¹、藤田 剛¹、向井 秀一²、東 健¹

【目的】内視鏡的に粘膜障害を有するびらん性逆流性食道炎 (e-GERD) と逆流関連症状を有するが粘膜障害を有さない非びらん性逆流性食道炎 (NERD) にはどのような臨床的特徴や生活習慣の違いがあるかを検討する。【対象】2007 年 5 月から 9 月までに淀川キリスト教病院の人間ドックにて上部消化管内視鏡検査と FSSG 問診票を記入した 886 例を対象とした。男女比は 547 : 339 (男性 61.7%)、平均年齢 52.7 歳 (25 ~ 93 歳) であった。【方法】LA 分類で grade A 以上のびらん性食道炎を認めたものを e-GERD 群、それ以外のもののうち FSSG 問診票で 8 点以上の者を NERD 群、7 点以下の者をコントロール群とした。e-GERD 群と NERD 群の間で年齢、性、BMI、脂脂肪率、内視鏡所見、嗜好、食習慣、食行動、ストレスの有無、睡眠障害の有無、などの違いを検討した。またコントロール群との比較にて各々の群の危険因子について多変量解析を行った。【成績】まず e-GERD 群と NERD 群の 2 群間での比較を示す。e-GERD 群で男性の割合は有意に高く、平均年齢に差はなかった。BMI は e-GERD 群で有意に高く、脂脂肪率では両群に差はみられなかった。内視鏡の所見としては、e-GERD 群では胃粘膜萎縮の合併率は有意に低く、食道裂孔ヘルニアの合併率が有意に高かった。喫煙率では両群に差はみられなかったが、平均アルコール摂取量では e-GERD 群で有意に多かった。食習慣では、牛乳、果物、芋類、菓子類の摂取量が NERD 群で e-GERD 群に比べて有意に多かった。食行動に関しては、NERD 群で夜食の習慣と食事量の配分が不均等である割合が高かった。また寝不足感を感じている割合は NERD 群で有意に高かった。e-GERD と NERD 発症の危険因子をコントロール群との比較にて多変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、e-GERD 発症の有意な危険因子は性別 (男性)、胃粘膜萎縮を有さないこと、食道裂孔ヘルニアを有すること、喫煙であった。NERD 発症の有意な危険因子は卵類、油分の摂取量が多いこと、精神的ストレスを感じていること、寝不足感を感じていることであった【結論】e-GERD と NERD の病態には違いがあると考えられた。

S3-3 NERD 患者における胸焼けと血漿サブスタンス P

¹ 京都第一赤十字病院 消化器科、² 京都府立医科大学 消化器内科
吉田 憲正¹、鎌田 和浩¹、戸祭 直也¹、吉川 敏一²

【目的】われわれは、逆流性食道炎のみならず非びらん性胃食道逆流症 (non-erosive gastroesophageal reflux disease; NERD) 患者の食道粘膜内でも、炎症性サイトカイン IL-8 や神経炎症に関連した酸感受性受容体 (transient receptor potential vanilloid 1; TRPV1)、神経ペプチドサブスタンス P が増加することを報告してきた。特に粘膜内サブスタンス P は胸焼け症状発現と深く相関し、食道粘膜の知覚過敏に重要な因子であると考えている。今回、NERD 患者血漿中のサブスタンス P を測定して、胸焼け症状発現との関係を検討した。【方法】週 2 回以上の胸焼け症状を有し F スケール 8 点以上、内視鏡検査で明らかな粘膜損傷を認めない患者を NERD とした。無治療の NERD 患者 (25 人)、PPI 内服にて胸焼け症状が消失した NERD 患者 (25 人) およびディスペプシア症状なくスクリーニング内視鏡検査を受けた対照者 (20 人) の血漿サブスタンス P タンパクを測定した。【成績】1) 無治療 NERD 患者の血清中のサブスタンス P は、有治療 NERD 患者および対照者より高値であった。2) 一部の無治療 NERD 患者では、PPI 内服後に血漿サブスタンス P が低下した。3) 胸焼け症状の強い NERD 患者では、血漿サブスタンス P 値はより高い傾向にあった。【結語】NERD 患者の知覚過敏の一因に、サブスタンス P に関連した神経炎症の関与が示唆された。今後、血漿サブスタンス P の NERD 治療マーカーとしての有用性が期待される。

S3-5 難治性 GERD に対する内視鏡治療—ELGP から ESD を応用した噴門形成術へ

大阪医科大学第 2 内科
時岡 聡、梅垣 英次、樋口 和秀

【目的】食道・胃逆流症 (GERD) の治療の第一選択は薬物治療であるが、半永久的に内服が必要な疾患である。そこで内視鏡による endoluminal surgery で GERD を治療しようと試み、数種類の治療法が開発され臨床応用されてきている。当科では Endoluminal gastroplication (ELGP 法) を 16 例に行い良好な成績であった。さらに、GERD 患者の逆流症状の改善および内服治療の軽減・中止をはかることを目的として、内視鏡的粘膜下層剥離術 (ESD) を用いた新たな GERD の内視鏡治療 (ESD for GERD; ESDG) を考案したので報告する。【対象および方法】ELGP 法は GERD 症状のある 16 例を対象とした。また、ESDG は通常の内服治療のみでは消失しない GERD 症状を有し、同意の得られた 5 例を対象とした。食道・胃接合部の胃側の粘膜を中心に約 1/2 周にわたり ESD を施行することにより潰瘍を作成した。その後、潰瘍が瘢痕収縮・治癒する過程で食道・胃接合部は狭小化し、いわゆる内視鏡治療による噴門形成術を行った。本法による治療前後の GERD 症状、内服薬の量、食道 pH、食道内圧、安全性を評価した。尚、ESDG は施設内倫理委員会に申請の上承認されている。【結果】(1) ELGP 法では縫合できなかった 1 例を除き、全例が症状の改善、内服薬の減量が可能だった。(2) ESDG の平均治療時間は 40 分 (range: 33-72 分) だった。(3) ESDG 後、食道炎の内視鏡所見は 2 例で改善した。(4) ESDG 後、全例で症状が改善し、1 例で H2 blocker に変更が可能であった。(5) ESDG 後、24 時間食道内 pH モニターでは、食道内 pH 4 以下の時間が少なくなる傾向にあった。(6) ESDG 後、LES 圧は治療前後で測定できた 2 例では、治療後上昇した。(7) ESDG による重篤な偶発症は認められなかった。(8) ESDG は ELGP では適応外の GradeD の食道炎の症例にも施行可能であると考えられる。【結論】GERD 患者に対する ESD の技術を応用した ESDG は、ELGP と比較し同等の症状改善が認められ、新たな GERD の内視鏡治療となりうる可能性が示唆された。

S3-6 後天性免疫不全症候群に関連した食道潰瘍の検討

¹ 国立病院機構 大阪医療センター 消化器科、

² 行岡病院 消化器センター

由雄 敏之¹、葛下 典由¹、三田 英治¹、池田 昌弘²

【背景】我が国では HIV 感染者、後天性免疫不全症候群 (AIDS) 発症者は依然として増加傾向である。食道カンジダ症、サイトメガロウイルス (CMV) 食道炎、単純ヘルペスウイルス (HSV) 食道炎、特発性食道潰瘍など HIV 感染者に見られる食道病変は多彩で約 30% の症例に食道病変を認めるとされており、食道は AIDS 診断に重要な臓器の一つである。HIV 非感染者では食道潰瘍を認めることはまれだが、HIV 感染者では時に認め、胸痛、嚥下困難、食欲不振などの症状を認める。

【方法】今回、当院で認めた AIDS に関連した食道潰瘍 24 症例について背景、内視鏡所見、組織所見、血清学的所見、治療経過について retrospective に検討した。

【結果】23 症例 (96%) は男性で平均年齢は 39.8 歳であった。CD4 陽性 T リンパ球数の平均は $50/\mu\text{l}$ で HIV-1 ウイルス量は 747446 copies/ml であった。内視鏡所見としては 23 症例 (96%) が打ち抜き様潰瘍で 18 症例 (75%) が多発潰瘍であった。14 症例を CMV 食道炎、2 症例を HSV 食道炎による潰瘍と診断し 1 症例は CMV と HSV の共感染による潰瘍であった。また 4 症例を特発性食道潰瘍と診断し、5 症例は検査が十分でなく原因不明であった。まず抗ウイルス薬で CMV、HSV など感染性疾患の加療をして抗 HIV 治療を始めるが、感染性疾患を除外して特発性食道潰瘍と診断した場合は特発性食道潰瘍を治療するために抗 HIV 治療 (HAART) を開始した。全ての症例で抗 HIV 治療により自覚症状が速やかに改善し、内視鏡的にも潰瘍の軽快を確認できた。また重要なことに 4 症例で食道潰瘍を契機に HIV 感染が明らかになった。

【結語】ウイルス性食道潰瘍であれば HIV 感染を考えることは重要であり内視鏡的にウイルス性食道潰瘍を疑うが、その証明が出来ない時は HIV 感染に関連する特発性食道潰瘍であることも念頭に置くべきである。特発性食道潰瘍と診断された場合には、抗 HIV 治療がその効果的な治療法となりうる。

S3-8 *H.pylori* 関連慢性萎縮性胃炎の血清ステージ分類と FSSG の症状評価を用いた炎症性上部消化管疾患の病態解析

¹ 和歌山県立医大 第二内科、² 財団法人和歌山健康センター

榎本 祥太郎^{1,2}、岡 政志¹、一瀬 雅夫¹

【目的】これまで演者らは、*Helicobacter pylori* (HP) 関連慢性萎縮性胃炎 (CAG) ステージ分類と胃痛リスクとの関連につき報告してきた。同様に、炎症性食道・胃疾患の治療においても、HP 関連 CAG との関連を考慮する必要がある、合わせて上腹部症状を評価することも重要であると考えられる。今回、CAG ステージ血清診断と FSSG 問診表による上腹部症状の評価を用いて、炎症性上部消化管疾患の病態について検討した。【方法】2006 年 1 月から 2008 年 3 月までに、上部消化管内視鏡検査と FSSG 問診表 (総スコア、酸逆流症状、ディスペプシア症状別に評価) および血清検査 [抗 HP 抗体及び血清ペプシノゲン (PG)] を施行した 1166 人を対象とした。HP 非感染群 [HP (-) かつ PG (-)] を A 群、HP 感染成立群 [HP (+) かつ PG (-)] を B 群、CAG 進展群 [PG (+)] を C 群に分類した。CAG は A 群から C 群へと進展し、胃痛リスクが段階的に上昇することが知られている。【結果】FSSG 総スコアと酸逆流症状スコアは、CAG ステージ進展により有意に低下するが、ディスペプシア症状スコアは、各ステージ間で有意差はなかった。炎症性食道疾患では、びらん性食道炎が A 群で有意に多く、ステージ進展により有所見率が低下した。炎症性胃疾患では、A 群で、びらん性胃炎、表層性胃炎、出血性胃炎、胃ポリープが有意に多かった。内視鏡的な CAG は B 群および C 群で有意に多かった。胃潰瘍瘢痕は B 群で、胃癌は C 群で有意に多かった。炎症性十二指腸疾患では、十二指腸炎が A 群で多く、十二指腸潰瘍瘢痕と十二指腸潰瘍が B 群で有意に多かった。【結論】CAG ステージは、上腹部症状 (とくに酸逆流症状) と関連があり、さらに各群の炎症性上部消化管疾患にも特徴がある。簡便で非侵襲的な血清検査と問診表を用いて、各個人の CAG ステージ診断と上腹部症状の有無について評価することで、胃痛リスク診断だけでなく、炎症性上部消化管疾患のリスク診断や内視鏡適応などの補助としても有用であると考えられる。

S3-7 *H.pylori* 感染からみたバレット食道における CDX2 発現とメチル化異常の検討

兵庫医科大学 医学部 内科学上部消化管科

渡 二郎、三輪 洋人

【背景】バレット食道は GERD に続発し発生する。その診断において、本邦では組織学的に特殊腸上皮化生 (SIM) の有無は問わないが、米国では SIM のない円柱上皮化生粘膜 (CLE) はバレット食道とは診断されない。*H. pylori* (Hp) 感染はバレット食道の発生の防御的に働くと考えられているが、Hp 感染例におけるバレット粘膜での分子病理学的な解析はなされていない。【目的】Hp 感染例での CLE において腸上皮化生の発生にかかわる CDX2 の発現とメチル化異常について明らかにする。【対象・方法】通常内視鏡観察で食道下端の欄状血管網より生検を行い、組織学的に SIM を認めない CLE 症例 43 例を対象とした。これらに対して 1) 胃内および CLE における Hp 感染の有無、2) 免疫組織染色による CDX2 の発現、3) LCM 法により円柱上皮化生部から選択的に DNA を抽出し、*hMLH1*、*E-cadherin*、*p16*、*APC* のプロモーター領域におけるメチル化異常について検討した。【成績】1) 胃内での Hp 陽性率は 41.9% (18 例) であった。このうち 10 例に免疫組織染色で CLE に Hp 感染を認めた。2) CDX2 の発現は 34.9% (15 例) に認め、Hp 感染例で有意に頻度が高かった ($p < 0.05$)。3) CLE におけるメチル化異常の頻度は *hMLH1* が 0%、*E-cadherin* が 2.4%、*p16* が 2.7%、*APC* が 32.6% であり APC のメチル化異常の頻度は、他の遺伝子のメチル化異常に比べ有意に高かった ($p < 0.005$)。また、Hp 感染との有意な関連性は認めなかった。【結論】胃粘膜と同様に CLE においても Hp 感染を認めた。また、CLE においても CDX2 の発現と APC のメチル化異常を高頻度に認め、CDX2 の発現は Hp 感染と関連していた。これらの結果は、APC のメチル化異常は CLE の発生に、また Hp 感染は CDX2 の発現を介した SIM の発生に関与している可能性が示唆された。

S3-9 清酒酵母由来チオレドキシシンによるインドメサシン胃粘膜障害軽減効果の検討

関西医科大学 内科学第三講座

中島 淳、福井 寿朗、岡崎 和一

【背景と目的】チオレドキシシン (TRX) は紫外線、放射線、酸化剤、ウイルス感染、虚血再灌流傷害、及び抗ガン剤投与などにより誘導されることが明らかになっている。TRX は抗酸化作用や抗アポトーシス作用、好中球の炎症部位への血管外遊走を阻止する抗ケモタキシス作用、抗炎症作用を有していることがこれまでの研究によって明らかになっている。インドメサシンなどの NSAID は、解熱や鎮痛などの目的で抗炎症薬として頻用されている。インドメサシン起因性胃粘膜障害は、胃粘膜防御機構の低下、好中球の活性化と活性酸素による胃粘膜傷害、微小循環障害が原因とされる。今回、製造工程の調整 (熱・アルコールストレス) により、TRX 含量を高めた清酒酵母由来の清酒濃縮乾燥物 (TRX 含量: 1000-2000 $\mu\text{g/g}$) を 10% 配合したマウス用飼料を摂取させ、インドメサシンによる胃粘膜障害に対する予防効果を検討した。【方法】生後 8 週齢 (体重約 20 g) の C57BL/6 マウスに TRX 350-800 $\mu\text{g/body/day}$ 相当の清酒濃縮乾燥物 (0.35-0.40 g/body/day) を含んだ 10% 配合飼料 (3.5-4.0 g/body/day) (またはコントロール群として標準飼料) を 3 日間摂取させた。3 日間の摂取の後、インドメサシン (またはコントロール群として生理食塩水) 800 $\mu\text{g/body}$ の溶液を腹腔内注射し、絶飲食の状態で投与後 24 時間にて胃を摘出した。組織標本にて上皮壊死・浮腫、好中球浸潤の程度を評価した。また、胃粘膜における MPO 活性を測定した。さらに、胃粘膜組織におけるサイトカイン (IL-1 β 、IL-6、CXCL-1) の発現をリアルタイム PCR 法にて解析した。【結果】胃粘膜の組織標本の検討では TRX 投与群では TRX 非投与群に比べ、インドメサシンによる組織の上皮壊死、粘膜浮腫および好中球浸潤において有意に改善効果を認めた。また、胃粘膜の MPO 活性および IL-1 β 、IL-6 の発現も有意に低下していた。【結論】清酒酵母由来チオレドキシシンの経口摂取によってインドメサシン起因性胃粘膜障害の軽減効果を認めた。



Freshman Session 抄録



F1-1 同時に11病変を認めた多発胃癌の一症例

¹大阪府済生会中津病院 消化器内科、²大阪府済生会中津病院 外科、³大阪府済生会中津病院 病理部
伊澤 有¹、豊永 貴彦¹、山下 博司¹、大塚 真美¹、上田 綾¹、
仙田 花実¹、生方 聡史¹、百瀬 健次¹、江口 考明¹、大橋 理奈¹、
福知 工¹、伊藤 大¹、蘆田 潔¹、大嶋 勉²、豊田 昌夫²、
仙崎 英人³

症例は53歳の女性。2010年1月の検診時胃透視にて胃前庭部に陥凹性病変を指摘され、同年2月に上部消化管内視鏡検査を受けた。この結果、前庭部にH1からS1 stageの胃潰瘍、胃潰瘍瘢痕を指摘され、PPI内服加療が開始となった。しかし、1ヶ月後の内視鏡再検にて潰瘍性病変の改善が認められず、悪性病変の疑いにて精査加療目的に当科を紹介となった。当科内視鏡再検にて前庭部後壁に2型病変を認めた他、隣接する後壁、さらには前庭部前壁、大弯に計4か所の2c病変を認めた。2型病変からの生検にて高分化型腺癌、その他の病変からの生検にて乳頭腺癌の診断を得た。胃角部小弯にS1 stage胃潰瘍瘢痕を認めたが、同部生検の結果はGroup1と悪性病変は指摘し得なかった。胃粘膜の萎縮腺境界はClose-1で、迅速ウレアーゼ試験にてHelicobacter pylori陽性を確認した。その後のCT・PETによる精査にて明らかな転移を認めず、病期はT2N0H0pXMO/stage1Bと診断した。病変は前庭部に密集しており、幽門側胃切除を外科へ依頼した。幽門側胃切除術+D3郭清、Billroth-2法にて再建が行われた。術前に指摘し得た病変は5ヶ所であったが、病理組織学的所見では、肉眼下では確認し得ないものも含めて計11か所の病変を認めた。前庭部後壁の2型病変において深達度は最も進んでおり、腫瘍径は20mm、中分化型腺癌、MP、int、INFb、ly2、v1、pN1の結果であった。主病変に隣接して存在する前庭部前壁の2c病変で粘膜下層への浸潤を認めたほか、胃角部小弯の潰瘍瘢痕周囲より小範囲で粘膜下層への浸潤を呈する腫瘍を認めたが、その他の病変はいずれも粘膜固有層に留まる高分化型腺癌であった。同時性多発胃癌は近年増加傾向を示しているが、10病変以上の多発胃癌は極めて稀とされる。今回、11病変という多数の病変を伴った同時性多発胃癌の一症例を経験したので報告する。

F1-3 胃悪性リンパ腫と早期胃癌を合併した1例

大阪医科大学 第二内科
酒井 聡至¹、竹内 利寿¹、小嶋 融一¹、依田 有紀子¹、
竹内 望¹、時岡 聡¹、梅垣 英次¹、樋口 和秀¹

症例は50歳代の男性。2007年7月頃より食後の腹部膨満感が出現し、2007年11月に当院を受診した。上部消化管内視鏡検査にて胃前庭部に径50mm大の不整な潰瘍性病変を認め、生検にてdiffuse large B cell lymphomaが確認された。さらにこの病変とは別に、胃角小弯に径20mm大の小結節を伴う浅い不整陥凹性病変を認め、生検にて印環細胞癌が確認され、IIc型胃癌を合併していた。IIc型胃癌は形態的にSM浸潤も否定できない病変であった。全身検索にて大動脈周囲のリンパ節腫大に加え、腹腔内にも径60mm大の腫大したリンパ節と思われる腫瘍が認められた。胃癌のリンパ節転移の可能性は否定しきれなかったが、悪性リンパ腫の全身性病変が第一に考えられた。SM浸潤が疑われる未分化型の胃癌を合併しており、悪性リンパ腫の治療に先行して胃癌に対する手術を行うべきか、あるいは適応外病変であるが胃癌に対してESDを先行するべきかも思案したが、悪性リンパ腫がlife threatening diseaseと考え、まず悪性リンパ腫の治療を先行することとした。R-CHOP療法を1コース施行したところ、胃前庭部の悪性リンパ腫による潰瘍と腹腔内腫瘍は、ともに著明に縮小していた。この間、胃癌の形態変化はほとんど認められなかった。この時点で腹腔鏡下幽門側胃切除術を施行したところ、胃癌は粘膜内癌であり、悪性リンパ腫は化学療法後の変化と思われる間質の線維化を認めるのみであった。術後にR-CHOP療法を5コース施行し、現在CRで経過中である。今回治療方針に苦慮した悪性リンパ腫と早期胃癌の合併例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

F1-2 Cronkhite-Canada 症候群に合併しESDで切除し得た早期胃癌の一例

¹大阪府済生会中津病院 研修医、
²大阪府済生会中津病院 消化器内科
長谷 善明¹、福知 工²、仙田 花実²、生方 聡史²、
江口 考明²、上田 綾²、百瀬 健次²、豊永 貴彦²、
大塚 真美²、大橋 理奈²、山下 博司²、伊藤 大²、蘆田 潔²

【症例】73歳 女性【既往歴】胆石、虫垂炎、高血圧【現病歴】高血圧で近医通院中、2009年5月頃より誘因なく下痢、軟便が続いていた。同時期より爪の萎縮性変化、味覚異常、舌炎、両上肢色素沈着を認めた。2010年1月上旬より両側下腿浮腫、全身倦怠感が出現し改善ないため、2月12日に当院紹介受診。著名な低アルブミン血症(1.8g/dl)を伴う下腿浮腫と中等量の腹水を認め蛋白漏出性胃腸症疑いで入院となった。【経過】大腸内視鏡では回腸末端からS状結腸にかけて大小不同の発赤調、無茎性のポリポースを認め、病理ではポリープは浮腫性の間質と過形成性変化を示す腺管で構成されており、Cronkhite-Canada 症候群と診断された。上部消化管内視鏡では胃・十二指腸に大腸同様のポリポースがみられ、病理も大腸同様であった。その中に体下部小弯と前庭部大弯前壁に表面不整な可動性のある大きな隆起性病変を認め、高分化型腺癌が検出された。Cronkhite-Canada 症候群による下痢、腹水、浮腫は中心静脈栄養、ステロイド投与、アルブミン製剤投与、利尿剤投与を行い、徐々に改善がみられた。3月18日に前庭部大弯前壁隆起型早期胃癌、4月1日に体下部小弯隆起型早期胃癌に対しESDを施行した。処置は剥離面がポリポースに隠れて確認が困難であり、処置時間は第1回目は3時間45分、第2回目は3時間22分と難渋した。病理結果はいずれも粘膜内癌で、脈管侵襲は陰性であり根治に至った。PSLは2週間毎に漸減、食事は流動食より開始した。腹部症状出現なく、下痢みられず経過は良好であった。【結語】Cronkhite-Canada 症候群は病因不明の稀な消化管ポリポースである。癌の合併は他の消化管ポリポースと比較すると少ないが、今回早期胃癌を伴うCronkhite-Canada 症候群の一例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

F1-4 急激な体重減少を契機に発症した上腸間膜動脈(SMA)症候群の1例

市立伊丹病院 消化器内科
中井 隆彰¹、山口 典高¹、三浦 由雄¹、岩崎 竜一郎¹、
荒木 浩士¹、堀木 優志¹、佐野村 珠奈¹、佐治 雪子¹、
村山 洋子¹

【症例】50歳男性【主訴】腹部膨満【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】経済的な理由で食事摂取が十分にできず、平成19年頃より約3年間で13kgの体重減少を認めた。平成22年3月1日より嘔気、緑色嘔吐が出現し、3月3日食事摂取後に腹部膨満、腹痛、嘔吐の回数が頻回となったため当院救急外来を受診した。胃管を留置後、約4000mlの排液を認め、緊急入院となった。【経過】採血にて尿中および血中のAMY上昇、尿中エラスターゼおよびリパーゼ上昇を認めたため急性膵炎と診断し治療開始した。腹部CTでは胃から十二指腸球部の著明な拡張を認めた。絶食、輸液およびFUT、SBT/CPZの投与を開始し、胃管からの排液は徐々に減ってきた。通過障害精査のため3月7日上部消化管内視鏡検査施行したが十二指腸下降脚まで狭窄は認めなかった。胃管を抜去し、3月8日より食事を開始したが、3月13日再び嘔吐、腹痛が出現した。再度胃管を挿入したところ、緑色の排液を約2000ml認めた。絶食とし輸液を行い、保存的治療を行った。腹部エコーを施行したところ十二指腸球部の著明な拡張を認め、造影CTにて、大動脈と上腸間膜動脈に囲まれる形で十二指腸水平脚の狭窄を認め、SMAと腹部大動脈の分岐角が13度と鋭角であったため、SMA症候群が疑われた。3月23日上部消化管造影検査でも十二指腸水平脚でSMAの走行に一致して縦走する帯状の圧迫像を認め、SMA症候群と確定診断した。1日5回の分割食を開始し、食後は腹臥位や左側臥位を保つように指導した。その後再燃することなく経過し、3月30日退院となった。【結語】SMA症候群は比較的にまれな疾患である。今回我々は急激な体重減少を契機に発症したSMA症候群の1例を経験したので文献的考察も加えて報告する。

F1-5 内科的治療により救命しえた魚骨による穿孔性腹腔内膿瘍の一例

田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター内科
 穂谷 泰彦¹、渡辺 昌樹¹、小田 弥生¹、廣橋 研志郎¹、
 牟田 優¹、西川 義浩¹、佐久間 洋二郎¹、熊谷 奈苗¹、
 加藤 洋子¹、工藤 寧¹、藤田 光一¹、山内 淳嗣¹、杉浦 寧¹、
 吉野 琢哉¹、高 忠之¹、浅田 全範¹、福永 豊和¹、
 川口 清隆¹、八隅 秀二郎¹

【症例】50代男性【主訴】吐血【既往歴】軽度の精神発達遅滞（幼少時より）、拡張型心筋症（55歳時より）【現病歴】平成22年3月9日、夕食後の夕方4時頃、強い上腹部痛を自覚。近医に救急搬送され入院となるも、入院後の10日午前2時に多量の新鮮血の吐血を認め、出血性ショックとなり、当科に転院となった。来院時、意識は清明であったが、血液検査上、Hb 5.7g/dl。腹部CT上、十二指腸水平脚に腸管壁を貫通するHigh densityな線状の異物と隣周囲から前腎傍腔にかけて直径約11cm大の血腫及び血性腹水を認め、魚骨による十二指腸穿孔および腹腔内出血を疑った。拡張型心筋症による心機能の低下のため開腹手術はリスクが極めて高く、外科的治療は断念。内科的治療を行うこととした。ICU入室後、慎重に上部消化管内視鏡検査を施行。十二指腸水平脚に腸管壁を貫通する6cm大の魚骨を認め、スネアーにて除去した。魚骨の除去には成功したものの、魚骨除去後も血腫は次第に増大し、膿瘍化。第10病日、十二指腸下行脚よりEUSガイド下に膿瘍の穿刺ドレナージ術を行った。ドレナージ術後、膿瘍は一旦改善傾向となるも、再び増悪。ドレナージ不十分と考え、第17病日に経皮経肝的に膿瘍ドレナージ術を行った。経皮経肝的な持続ドレナージにより、膿瘍は消失。第62病日に軽快退院となった。【考察】魚骨による消化管穿孔による腹腔内膿瘍形成部としては、大腸（31%）、小腸（26%）、食道（18%）、胃（9%）の順で、十二指腸は稀（2%以下）との報告がある。一般に外科的治療を要することが多いが、今回、内科的治療により救命しえた魚骨の十二指腸穿孔による腹腔内膿瘍の一例を経験したので報告する。

F1-7 少量のアスピリン投与中に小腸穿孔を起こした興味ある1例

¹ 洛和会音羽病院 外科、² 洛和会音羽病院 消化器内科、
³ 洛和会音羽病院 総合診療科
 張 耀明¹、小野山 裕彦¹、吉田 和世¹、西崎 大輔¹、
 武田 亮二¹、宮前 伸啓¹、楯川 幸弘¹、水野 克彦¹、
 山口 哲哉¹、飯沼 昌二²、二階堂 光洋²、沖 祐昌²、
 川口 晶子³、遠藤 功二³、富田 友実²

【はじめに】小腸穿孔は極めて稀な疾患であるが、興味ある1例を経験したので報告する。【症例】81歳女性。主訴は腹痛、嘔吐。糖尿病性腎症、大腿骨頸部骨折で腎臓内科、整形外科に通院中。嘔吐と腹部全体の痛みのため救急受診した。内服は降圧薬、脂質異常症治療薬はカバアスピリン100mgを4年間投薬されていた。来院時腹部所見は下腹部臍下正中に手術創（子宮摘出術後）あり、膨隆、軟、腸蠕動音減弱、右側腹部を中心に腹部全体に圧痛を認めた。反跳痛はなく、叩打痛を認めた。血液生化学検査所見では白血球13,400/ μ l、CRP 8.52mg/dlと上昇していた。腹部単純レントゲン写真で小腸ガスが著明で麻痺性イレウスの所見であり、腹部単純CTでは上腹部中心にfree airを認めた。以上の所見より部位は不明であるが消化管穿孔を疑い緊急手術施行となった。術中所見では小腸は全体的にやや拡張しており、小腸を創外に引き出していくと、回腸末端部から10cmの部分で、単発の穿孔を認めた。穿孔部を含め10cm程度の小腸を切除した。摘出標本では単純性潰瘍の穿孔であり、形態からは悪性所見を疑わなかった。病理組織所見は単純性小腸穿孔であった。【考察】病理所見と経過より低用量アスピリンが小腸穿孔の原因と考えられた。低用量アスピリンによる小腸穿孔は他に報告がなく興味ある1例と考えられたので報告する。

F1-6 魚骨が原因と考えられた小腸穿孔の一例

奈良県立医科大学 医学 第三内科
 辻 裕樹¹、相原 洋祐¹、中西 啓祐¹、白井 勇作¹、
 野口 隆一¹、池中 康英¹、吉治 仁志¹、山尾 純一¹、
 福井 博¹

【【症例】54歳男性【主訴】突然の激しい腹痛【家族歴】父：肝臓癌【既往歴】慢性増殖性糸球体腎炎によるネフローゼ症候群（51歳）、C型慢性肝炎：ペグインターフェロン・リバビリン併用療法（PEG+Riba）施行も再燃（51歳）【現病歴】平成22年5月12日にPEG+Riba再導入のため当科に入院した。5月21日から再投与開始し、問題なく経過していたが、6月2日の朝食後突然腹部全体の激痛が出現した。【発症時現症】意識清明。体温36.8度。血圧164/100mmHg、脈拍84/min。結膜に黄疸、貧血を認めず。胸部に異常なし。腹部は平坦であるが、板状硬で、全体に圧痛を認め、Blumberg徴候陽性であった。【血液検査】RBC 397万/ μ l、WBC 7700/ul（Neut 35.3%、Lym 61.0%）、PLT 15万/ μ l、AST 46IU/LALT 35IU/L、LDH 631IU/L、ALP 265IU/L、CK 78IU/L、BUN 34mg/dl、CRE 1.28mg/dl、Na 141mEq/L、K 4.1mEq/L、Cl 106mEq/L、TP 5.3g/dl、Alb 2.9g/dl、CRP 0.4mg/dl【腹部CT】Free airを認めなかった。腹水を認めたが発症前から同様の所見であり、低蛋白血症に伴うものと考えられた。また、十二指腸水平脚から空腸にかけて連続性の壁肥厚と腸間膜脂肪組織混濁を認めた。さらに、空腸から腹腔内へ穿通する約長さ3cm、幅1.5mmの棒状High densityを認めた。一方、占拠性病変や閉塞等は指摘できず、虚血性変化も認めなかった。【臨床経過】魚骨による穿孔を疑い確認したところ、5月30日に焼いた鯛を食べたことが判明したが、患者に誤飲の自覚はなかった。異物による小腸穿孔・腹膜炎と診断し同日緊急手術を行なった。術中に黒色で鋭利な針状異物が空腸を穿通しているのを確認した。その他に著変を認めなかったため、穿通部を切除し端々吻合を施行した。術後経過は良好でPEG+Riba再開を予定している。【考察】黒色の針状異物は、CTで骨と同程度のDensityであり、小腸穿孔の原因として鯛の骨が多いと報告されていることから、炭化した魚骨であると考えた。【結語】食餌性異物誤飲は非食餌性と異なり、本人が自覚していない場合もあることが重要であり、誤飲の訴えがない場合でも急性腹症の原因として念頭に置き、詳細な問診を行う必要がある。

F1-8 カプセル内視鏡が診断に有用であったシェーグレン症候群に合併した蛋白漏出性胃腸症の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科
 角田 貴代美、若松 隆宏、松本 泰司、吉井 将哲、宮本 早知、
 山口 蘭、加藤 孝太、深田 憲将、三好 秀明、島谷 昌明、
 森 茂生、田橋 賢也、松下 光伸、高岡 亮、関 寿人、
 岡崎 和一

【症例】50代女性【既往歴】47歳時急性肺炎【主訴】浮腫、全身倦怠感【現病歴】2008年7月血清総蛋白4.8g/dl、アルブミン0.6g/dlと著明な低蛋白、低アルブミン血症を認め当科紹介。精査を予定されていたが自己判断でその後受診されていなかった。2010年4月全身倦怠感が著明となったため近医受診。前回受診時と同様著明な低蛋白、低アルブミン血症を認め当科再紹介され精査加療目的にて入院となった。入院後経過【入院時血清アルブミンは0.3 g/dlと著明に低下。蛋白尿は認めず、心臓・肝臓・腎臓機能異常も認めなかった。CTでは著明な胸水と軽度腹水、腸管浮腫が疑われた。胸水の性状は無色透明で漏出性、細胞診は陰性。FDG-PETでは異常集積は認めず。上部消化管内視鏡ではメネトリエ病や過形成胃炎の所見を認めなかった。蛋白漏出シンチグラフィでは小腸からの蛋白漏出が示唆された。小腸内視鏡を考慮するも患者侵襲を考慮しカプセル内視鏡を施行したところ一部にびらんを伴う小腸全域にわたる絨毛腫大を認め、腫大絨毛からの蛋白漏出が考えられた。なおクローン病やリンパ管拡張症に典型的な所見は認められなかった。その後抗SS-A抗体陽性、唾液分泌低下、小唾液腺生検所見からシェーグレン症候群の診断基準を満たし、シェーグレン症候群に合併した蛋白漏出性胃腸症と診断した。ステロイド（プレドニゾン45mg/日）を開始し現在20日目であるがアルブミンは上昇傾向にあり経過は良好である。【考察】カプセル内視鏡により非侵襲的に小腸粘膜の異常所見を得ることができ蛋白漏出性胃腸症の診断に有用であると考えられた。本症の原因となる疾患、病態は多彩であるがシェーグレン症候群に合併した蛋白漏出性胃腸症は比較的稀とされ若干の文献的考察を加え報告する。

F1-9 Crohn 病患者に併発した小腸低分化腺癌の一例

¹ 京都府立医科大学 消化器内科、² 京都府立医科大学大学院医学研究科 病理学教室 人体病理学部門
南 貴人¹、山田 展久¹、内山 和彦¹、吉田 直久¹、半田 修¹、高木 智久¹、石川 剛¹、保田 宏明¹、阪上 順一¹、小西 英幸¹、若林 直樹¹、八木 信明¹、古倉 聡¹、内藤 裕二¹、吉川 敏一¹、藤田 泰子²、安川 覚²

【目的】比較短的な病歴期間の Crohn 病患者に小腸低分化腺癌が併発した一例を経験したので報告する。【症例】39歳男性。2006年9月、前医にて小腸・大腸型 Crohn 病と診断され当院を紹介受診。Azathioprine 内服、Infliximab 投与にてコントロール良好であったが、2009年8月より腹部膨満感、腹痛、微熱が出現。11月20日の腹部CTでは1cm径の内部均一で low density な SOL を肝内に数個認めた。12月16日の外来受診時に症状が急激に増悪したため腹部CTを再施行。その結果、肝 SOL が増加・増大し腹水も貯留しており緊急入院となった。多発肝腫瘍との鑑別が問題となったが、腹部MRIでは転移と考えられる椎体病変を認め、さらに腹水細胞診ではclassV、免疫染色でEMA、CEA 陽性であったため、腺癌の肝転移及び腹膜播種と診断した。しかしCT、MRIでは原発巣は不明であった。12月25日より原発不明癌としてPTX+CBDCA 療法を試みたが奏功せず、急速に全身状態が悪化し12月29日永眠された。病理解剖を行ったところ、内臓の所見では癌性腹膜炎、多発肝・肺・骨転移のほか、空腸中部から下部にかけて強い狭窄部位を非連続性に5ヶ所認めたが、原発巣は特定できなかった。組織学的所見では上記5ヶ所の狭窄部位のうちの2ヶ所に一致して低分化腺癌を全層性に認めた。そのうちの肛門側の病変では高分化な腺管構造が混在した上皮内癌の一部が存在しており、原発巣であると考えられた。【考察】Crohn 病に小腸癌、大腸癌が併発するという報告例が近年本邦でも散見される。通常は病歴期間が長い場合に risk factor となるが、臨床症状を有さない潜在性の炎症が背景にあり、病歴期間としては短い Crohn 病による大腸癌の発生も報告されている。今回我々は、約3年間と比較的短い病歴期間の Crohn 病患者に併発した小腸低分化腺癌を経験した。炎症性腸疾患が著明な増加を示す現在、臨床的に貴重な症例と考えられるため、文献的考察を加えて報告する。

F1-11 多発肝転移で発見された大腸内分泌細胞癌の一例

財団法人 甲南病院

芳野 啓、村田 成正、深津 泰英、後藤 格、田村 美歩、福永 馨、八木 規夫、坂井 誠、森田 宗孝、谷 聡、老耄 宗忠

【症例】72歳、女性。【主訴】右脇腹のしこり。【現病歴】2009年4月下旬に右側腹部に腫瘤を自覚したため近医を受診。腹部エコーで肝内に多発腫瘤を認め、また注腸造影検査で上行結腸に腫瘤を指摘されたため、精査加療目的で5月11日当院紹介入院となった。【家族歴】父：気管支喘息。母：脳出血。兄：肺結核。【既往歴】50歳頃から異型狭心症で内服治療中、70歳から1型糖尿病でインスリン治療中。【入院時検査成績】ALP 354IU/L、LDH 406IU/L、 γ -GTP 60IU/Lと胆道系酵素値の軽度上昇を認める。Glu 217mg/dl、HbA1c 8.5%と血糖コントロール不良。NSE 24ng/ml、CEA およびCA19-9正常。【入院経過】腹部造影CTでは右側腹部に上行結腸と小腸が一塊となった90x50mm 大の不均一な造影効果を受ける腫瘤を認め、肝内には辺縁部が造影される多数の腫瘤を認めた。大腸内視鏡検査では上行結腸に粘膜下腫瘍様の隆起を認め、一部に粘膜欠損を認めた。病理組織検査ではN/C比の高い小型細胞が胞巣状に増殖し、腺管形成は乏しかつた。免疫染色ではSynaptophysin (+)、CD45 (-)、Chromogranin A (-)であり、大腸内分泌細胞癌と診断した。6月6日よりCPT-11+LOHPによる化学療法を5クール施行したが腫瘍マーカーは上昇、肝転移も増大傾向となった。8月25日よりAMR+VP-16を4クール施行するもPD、その後DTX+GEM+CBDCAを4クール施行したが、効果判定はPDであった。腹水貯留も著明となりPerformance Status (PS)の低下を認めたためbest supportive therapy (BSC)の方針となり、10月1日永眠された。御家族の承諾が得られたため、病理解剖を行った。【結語】大腸内分泌細胞癌は高率に肝転移やリンパ節転移を伴い、一般的に極めて予後不良とされる。比較的稀な疾患であり、多少の文献的考察を加えて報告する。

F1-10 collagenous colitis の2 症例

¹ 大阪医科大学 第2内科、² 大阪医科大学 病理学
鶴岡 健二郎¹、楳林 賢¹、能田 真治¹、川上 研¹、石田 久美¹、倉本 貴典¹、森田 英次郎¹、村野 直子¹、村野 実之¹、江頭 由太郎²、樋口 和秀¹

【はじめに】collagenous colitis (CC) は1976年にLindströmによって報告された原因不明の炎症性の腸疾患である。慢性的な水様性下痢で発症し、病理組織学的に大腸被蓋上皮下に10 μ m以上の膠原線維帯 (collagen band:CB) の形成と粘膜固有層に単核球浸潤を認めることを特徴としている。欧米に比し症例数の少ない本邦においても報告例が増加し、元来内視鏡変化に乏しいと考えられていた本疾患の内視鏡的特徴も指摘されつつある。以下の2症例を通して当科で経験した15症例の内視鏡的特徴を中心に若干の文献学的考察とあわせて報告する。【症例1】75歳、男性。当院循環器内科にて高血圧・心不全にて内服加療されていたが、2008年3月からランソプラゾール15mgの内服を始めたところ、数か月持続する数日/日の水様性下痢を認めるようになったために、当科紹介となった。8月に大腸内視鏡検査 (CS) 施行するも、大腸ポリープを認める以外は粘膜面など明らかな異常所見は指摘されなかった。しかし、下痢が持続していたために、2009年4月に再検査を行った。この際には横行結腸～上行結腸中心に血管透見不良で、ちりちりとした血管が目立ち、微細顆粒状粘膜を認めた。生検結果にて100 μ mのCBが証明され、ランソプラゾール関連性CCと考えられたために内服中止した所、約1週間後で症状改善し以後再発は認めなかった。【症例2】77歳、男性。当院循環器内科にて心不全にて通院加療が行われていた。2005年5月に血便にて当科受診となり、直腸癌が認められたために外科的治療が施行された。9月よりランソプラゾール15mg・アスピリン100mgが開始され、12月頃から6～8行/日の水様性下痢を認めるようになったために、2006年3月にCS施行した。盲腸はやや混濁調で上行結腸～S状結腸には微細顆粒状粘膜を認め、生検結果にて100 μ mのCBが証明され、CCと診断した。アスピリンは中止困難であり、ランソプラゾールのみ中止するも症状の改善はみられず、5ASA 製剤の内服を開始したところ、症状はほぼ軽快した。8か月後のフォローアップCSでは粘膜面に一部顆粒状の粘膜が残存していたが、著明な改善を認めた。

F2-1 著名な精神症状の出現により PEG-INF/RBV 併用療法を中止したにもかかわらず SVR が得られた難治性慢性 C 型肝炎の 1 例

¹ 市立吹田市民病院 内科、² 市立吹田市民病院 病理

加藤 亮¹、永瀬 寿彦¹、佐竹 伸¹、大嶋 太郎¹、笹川 廣和¹、奥田 悠季子¹、長谷川 大¹、黒住 真由美¹、勝野 広嗣¹、長生 幸司¹、玉井 正光²、黒島 俊夫¹

【症例】67歳女性。2005年頃より、慢性C型肝炎 (Genotype1, 高ウイルス量) を指摘されるも近医で肝症薬投与。今回、IFN 治療目的に当院紹介受診となる。【既往歴】31歳：子宮外妊娠、輸血後肝炎、60歳：直腸癌【入院時検査所見】WBC3880/ μ l、Hb13.5g/dl、PLT13.1万/ μ l、ALT7.7g/dl、Alb4.0IU/l、ZTT20、 γ -glob24.4、AST28IU/l、ALT19IU/l、ALP242IU/l、 γ -GTP15IU/l、ChE207IU/l、T-Bil0.6mg/dl、FPG94mg/dl、IgG2087mg/dl、HCV抗体定量100以上、抗核抗体陰性、抗ミトコンドリア抗体陰性、抗平滑筋抗体陰性。腹部単純CT (08/11/05)：慢性肝障害。S4に8mm大の囊胞あり。腹水なし。肝腫瘍なし。【経過】2008年12月17日より慢性C型肝炎Genotype1型、220KIU/ml (A1F2) に対しPEG-INF α 2b 60 μ g + ribavirin 600mg 開始。治療開始3ヶ月ごろよりIFN副作用症状 (不眠、脱毛、全身倦怠感) を認めたが、いずれも症状軽度であり治療継続可能であった。2009年7月16日に不安発作で隣家に駆け込むというエピソードありIFN副作用症状と考えられた。こうした不安障害及び抑うつ状態が続いたため、投与開始から30週でINF治療を中止したがSVRが得られた。その後、医療保護入院を含め抗精神病薬治療により精神状態は安定しており外来通院可能な状態にまで回復している。なお、ウイルス陰性化は治療開始4週目であった。本症例は、高齢女性であり特にSVRが得られにくい症例であったが著名な精神症状のために30週という短期投与にてSVRが得られた。PEG-INF/RBV 併用療法開始後、早期にウイルス陰性化が得られた場合短期投与にてSVRが得られるという報告もあり今回、若干の文献的考察を加えて報告する。

F2-2 腎癌に対するソラフェニブ投与にて発症し、治療に難渋した薬剤性肝障害の一例

¹ 大阪市立総合医療センター 肝臓内科、

² 大阪市立総合医療センター 消化器内科

孫田 彩子¹、中井 隆志¹、末包 剛久²、山崎 智明²、
佐野 弘治²、斯波 将次²、川崎 靖子¹、木岡 清英¹、
根引 浩子²、佐藤 博之²

症例は50歳代の男性。発熱、腰痛、血尿を主訴に近医を受診し、右腎癌と診断され当院泌尿器科を紹介受診した。右腎静脈腫瘍栓を伴っており術前治療としてソラフェニブ400mg/日の内服を開始した。12日後に、蕁麻疹を認め投与中止となったが、30日後の入院前の血液検査よりAST492IU/l、ALT663IU/l、ALP252IU/l、LDH520IU/lと肝機能異常を認めたため当科入院となった。HBS-Ag(-)、HCV-Ab(-)、HA-IgM(-)、EBV-IgM(-)、CMV-MEI(-)、ANA 40倍であり、ソラフェニブによる薬剤性肝障害が考えられた。SNMC、UCDAなど肝庇護療法を行ったがトランスアミナーゼの改善は非常に緩徐であった。入院第16病日に肝生検を施行したところ、肝小葉中心へ辺縁部を主体としてリンパ球浸潤、打ち抜き状の带状肝細胞壊死があり薬剤性肝障害に矛盾しなかった。その後も肝障害増悪、黄疸がみられステロイド内服を開始した。徐々に肝障害の改善を認め、入院第53病日で腎摘出術を行うこととなった。基礎肝疾患のない症例におけるソラフェニブによる肝障害の一例を経験した。薬剤中止、肝庇護療法では改善せず、ステロイド内服を必要とした。肝生検が施行しえた貴重な症例として報告する。

F2-4 急速進行性糸球体腎炎の合併が疑われた肝細胞癌に対し腹腔鏡下肝切除術を施行した一例

¹ 大阪市立総合医療センター 肝胆膵外科、

² 大阪市立総合医療センター 肝臓内科

南 璃香¹、塚本 忠司¹、豊川 貴弘¹、金沢 景繁¹、清水 貞利¹、
高台 真太郎¹、山添 定明¹、中井 隆志¹、川崎 靖子¹、
木岡 清英¹

肝細胞癌の増大と同時期に腎障害の発症を認め、臨床的にこれらに関連が考えられた一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】56歳、女性。【主訴】肉眼的血尿。【現病歴】1997年5月C型肝炎を指摘された。2009年10月全身倦怠感を自覚し、他院にて肝細胞癌と診断され、12月同院にてTAEが施行された。腫瘍はhypovascularでTAEの効果不十分と判断された。3月AFPの上昇を認め、同時期より肉眼的血尿を認め当院紹介受診した。AFP 1813ng/ml、PIVKA-II 196mAU/mlと高値を認め、造影エコー及びSPIO MRIの結果、S6、S2/3、S3の4箇所に変病を認めた。尿所見は尿蛋白(+)、尿潜血(3+)、血清Cre 2.46mg/dl、BUNは41.4mg/dlで、前医ではBUN、Cre値正常であり急速進行性糸球体腎炎(RPGN)の合併が疑われた。S6の病変は前医での治療後瘢痕と考えられ、S2およびS2/3の腫瘍に対して5月にPEITを施行した。S3外側域辺縁の病変はMRI上増大傾向を認めたが、超音波検査にて検出されなかったため、6月腹腔鏡下に肝切除を施行した。術後経過良好で術6日後軽快退院した。術後腎機能障害は軽減し腫瘍と関連した二次性のRPGNと考えられた。

F2-3 前胸部皮下腫瘍にて発見された肝細胞癌の一例

¹ 京都大学医学部附属病院 消化器内科、² 京都大学医学部附属病院 放射線治療科

渡邊 翼^{1,2}、依田 広¹、松本 忠彦¹、丸澤 宏之¹、松尾 幸憲²、
千葉 勉¹

【症例】55歳男性【主訴】前胸部皮下腫瘍【現病歴】2009年5月頃前胸部を打撲してから徐々に前胸部皮下に腫瘍が出現し、以後増大傾向であったため同年8月整形外科を受診された。前胸部皮下に4cm大の腫瘍を認め、組織生検にて肝細胞癌の胸骨転移と診断された。同年9月当院消化器内科紹介となった。HBs抗原(+)、HBe抗原(-)、HBe抗体(+)、HCV抗体(-)、AFP 6 ng/ml、PIVKA-II 5100 mAU/mlと高値であった。原発巣は単発4cm大、FDG-PETでは肝腫瘍と前胸部皮下に集積域を認めた。同年10月肝動脈化学塞栓療法(TACE: Transcatheter Arterial Chemoembolization)を行い、胸骨転移に対して放射線照射(39 Gy/13回)を行った。同年12月肝動脈動注化学療法(TAI: Transcatheter arterial infusion)を施行した。経過中に左手根骨・第一胸椎・右肋骨と異時性多発性に骨転移が出現し、それぞれ放射線照射を行った。原発巣は良好にコントロールされ、前胸部皮下腫瘍も消失し、2010年3月のFDG-PETでは異常集積域は消失したが、その後骨転移は再び増悪傾向にある。【考察】剖検例も含めた肝細胞癌の骨転移の頻度は最大20%と珍しくないが、骨転移の症状を主訴に肝細胞癌と診断されるケースは5%未満と稀である。肝細胞癌の骨転移の症例は疼痛コントロールに難渋する場合も多く、症状緩和には局所への放射線照射が有効で少なくとも80%の割合で疼痛が緩和するとされる。肝細胞癌の骨転移の有無は重要な予後因子であり、遠隔転移のある肝細胞癌の2年生存率が20%であるのに対して骨転移のある肝細胞癌の2年生存率は4%と特に予後が悪い。今回我々は、前胸部皮下腫瘍を主訴に発見された肝細胞癌の一例を経験したので文献的考察を交え報告する。

F2-5 S1の肝細胞癌に対する体幹部定位放射線療法の試み

¹ 市立池田病院 消化器内科、² 彩都友誼会病院 放射線科

片岡 祐¹、井倉 技¹、福田 和人¹、澤井 良之¹、
小来田 幸世¹、中松 大¹、岩崎 哲也¹、土本 雄亮¹、
水本 晃¹、大濱 日出子¹、宇都宮 大輔¹、牧野 裕紀¹、
松本 康史¹、中原 征則¹、厨子 慎一郎¹、今井 康廣¹、
杉浦 孝司²、塩見 浩也²、中村 仁信²、黒川 正典¹

【目的】肝細胞癌に対する放射線療法は、門脈腫瘍栓に対する集学的治療のひとつとして試みられているが、今回我々は、TACEやRFAによる治療困難なS1に局在する肝細胞癌に対して、呼吸同期照合機能を備えたVARIAN社のTrilogyを用いて、局所根治を目指した体幹部定位放射線療法を試みたので報告する。【方法】体幹部定位放射線療法は、リニアックに取り付けられているOn Board Imagerを用いてcone beam CTを撮像、治療計画画像と比較することで、位置補正を行い、腹壁に取り付けられた赤外線マーカーで呼吸のPhaseを取得し、透視により呼吸同期の際の照射タイミングを確認しながら照射した。照射量は48Gyを8分割照射した。【症例1】80歳、男性、HCV陽性、Child-pugh A。2001年3月初発の肝細胞癌で以後再発に対してTACEやRFAを繰り返していたが、2009年1月の造影CTでS8に径19.5mm大の再発を認めた。同年2月の血管造影でS8の病変の他にS1に径7mm大の肝細胞癌を認めた。TACEを施行するもS1の病変にはリビドールの集積はなく、またRFAなどの穿刺治療は困難であった。そこで同年5月同部位に定位放射線治療を施行したところ同年8月の造影CTではS1の早期濃染像は消失していた。【症例2】74歳、女性、HCV陽性、Child-pugh A。2009年10月EOB-MRIにて肝S1に動脈相にて早期濃染し、肝細胞相にて取り込み低下を示す径10mm大の腫瘍性病変を認め、肝細胞癌と診断した。同部位に対してTACEを試みるも腫瘍血管同定されず、RFAも困難であった。同年11月定位放射線治療を施行した。2010年1月の造影CTでは肝S1の肝細胞癌は径6mm大に縮小し、同年2月のEOB-MRIでは腫瘍濃染像は消失し、現在まで再発を認めていない。また2症例とも有害事象は認めなかった。【結果】S1に局在する肝細胞癌2症例に対し定位放射線療法を施行し、CRが得られ、有害事象は認めなかった。【結論】長期予後や遅発性の合併症は今後の課題ではあるが、定位放射線療法は低侵襲かつ安全で、肝癌の根治的な局所治療のひとつとなりうると考えられた。

F2-6 肝細胞癌に対する経皮的ラジオ波焼灼術後半年以上の経過で肝膿瘍が出現した一例

¹ 大阪市立大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、
² 大阪市立大学医学部附属病院 肝胆脾内科、
³ 大阪市立大学医学部附属病院 消化器内科
 小原 由子¹、小林 佐和子²、南野 弘明³、永見 康明³、
 大谷 香織²、松田 香奈子²、寺西 優雅²、遠山 まどか²、
 萩原 淳司²、藤井 英樹²、岩井 秀司²、森川 浩安²、
 榎本 大²、田守 昭博²、荒川 哲男³、河田 則文²

症例は53歳男性。C型肝硬変、肝細胞癌（HCC）治療後に当科外来通院中、タール便、腹水が出現したため、当院消化器内科に入院となった。上部消化管内視鏡にて、胃前底部毛細血管拡張症からの出血が認められたため、アルゴンプラズマ凝固を施行し、止血。入院時より炎症反応上昇（WBC 11300/mm³、CRP 5.15mg/dl）がみられたため精査を行ったところ、腹部CTにて肝右葉に6.5×7.5cm大の低吸収域が認められた。同部は9ヶ月前にHCC（2.8cm大）に対して経皮的ラジオ波焼灼術（RFA）を施行した部に一致していた。肝膿瘍が疑われたが、多量の腹水があったためドレナージ術は施行できず。セファリンナトリウム、メロペネム投与を行ったが、炎症はコントロールできず。敗血症から肝不全、腎不全をきたし、入院9日目に死亡された。病理解剖の結果は肝膿瘍であった。RFA後肝膿瘍のリスクとして、総胆管結石などによる胆汁の逆流・うっ滞、経カテーテルの肝動脈塞栓術（TAE）後の胆管虚血、治療による肝内血流・胆道系の変化、肝を広範囲に破壊する治療などが挙げられる。肝膿瘍の発症までの期間はさまざまであるが、多くは治療後遷延する発熱からみつける事が多い。本症例は、胆嚢及び総胆管結石を有していたが、TAEは行っておらず、RFA後経過で発熱などの自覚症状はみられなかった。また、RFA治療後は定期的なCTや血液検査でフォローされていたが、治療後半年以上経過した今回入院までは、積極的に膿瘍の出現を疑う所見は得られなかった。本症例では、肝硬変、糖尿病による免疫低下状態のため、何らかのきっかけで治療後の壊死巣に感染がおり、肝膿瘍が出現したと考えられる。

F2-8 繰り返す肝性脳症に対し門脈－大循環シャント閉塞術を行った肝硬変症3例の検討

¹ 京都第一赤十字病院 消化器科、² 京都第一赤十字病院 外科、
³ 京都第一赤十字病院 放射線科
 安富 栄一郎¹、北市 智子¹、小野澤 由里子¹、間嶋 淳¹、
 田中 信¹、富江 晃¹、川上 巧¹、鈴木 隆裕¹、世古口 悟¹、
 鎌田 和浩¹、戸村 直也¹、中村 英樹¹、佐藤 秀樹¹、
 奥山 祐右¹、木村 浩之¹、中村 憲正¹、谷口 史洋²、
 森下 博之³

【症例1】61歳女性＜現病歴＞C型＋アルコール性肝硬変（Child-Pugh C score11）をベースとした腹水、肝細胞癌に対し加療中、高アンモニア血症を伴う意識障害を繰り返しコントロール不良となった。腹部CT上、傍脾静脈から腹壁直下を蛇行し左大腿静脈に流出する門脈－大循環シャントを認め、高アンモニア血症の原因と考えられた。＜治療＞全身麻酔下で傍脾静脈の外科的結紮を行い、高アンモニア血症、意識障害は改善した。【症例2】79歳男性＜現病歴＞C型肝硬変（Child-Pugh B score8）で経過観察中に下血を主訴に救急受診。貧血と意識障害を認め入院となった。採血ではアンモニア275 μg/dlと高値を認めた。腹部CTでは下腸間膜静脈から直腸静脈を形成し左内腸骨静脈に流出する門脈－大循環シャントを認めた。＜治療＞血管造影を施行したところ、直腸静脈からの流出路が複数ありバルーン閉塞下行性経静脈的塞栓術（BRTO）は困難であった。そのため経皮経肝的に門脈にアプローチし、下腸間膜静脈から直腸静脈にカテーテルを挿入しヒストアクリルを注入した。また、流入血管である下腸間膜静脈に対しコイルリングを行いシャント血管を閉塞した。【症例3】62歳男性＜現病歴＞アルコール性肝硬変（Child-Pugh B score9）でフォロー中、高アンモニア血症による意識障害を繰り返すようになった。腹部CT上、冠状静脈→胃静脈→左腎静脈へ通じるシャント、および傍脾静脈→右総腸骨静脈へのシャントを認めた。また上部消化管内視鏡検査で胃静脈瘤（Lg-f, F3, RC3）を認めた。＜治療＞全身麻酔下にて胃静脈瘤に対してBRTOを行うと同時に、外科的に小切開を加えて傍脾静脈を露出し、傍脾静脈から門脈を介して冠状静脈にアプローチし、コイルおよびヒストアクリルを用いて塞栓術を行った。その後、露出した傍脾静脈に対して外科的結紮術を施行した。【まとめ】門脈－大循環シャントを有し内科的治療によるコントロールが困難となった肝性脳症に対し、外科的に或いはIVRを用いてシャント閉塞術を施行し肝性脳症をコントロールしえた3例を経験したので報告する。

F2-7 集学的治療が奏効した特発性門脈圧亢進症の1例

¹ 松下記念病院 消化器科、² 松下記念病院 外科、³ 京都府立医科大学 消化器内科
 田中 恵梨子¹、山西 正芳¹、宇都宮 栄¹、山口 俊介¹、
 沖田 美香¹、磯崎 豊¹、松本 尚之¹、長尾 泰孝¹、
 小山田 裕一¹、伊藤 忠雄²、野口 明則²、内藤 裕二³、
 吉川 敏一³

60歳代女性。既往歴、家族歴に特記事項なし。アルコール歴なし。HBV、HCV 陰性。2009年4月に数回の吐血を認め、前医に入院。上部消化管内視鏡検査でF3、RCサイン陽性の食道静脈瘤を指摘され、4月17日に当院転院となった。転院時、Hb5.1と著明な貧血を認め、輸血を行うとともに食道静脈瘤に対してEVLを施行した。食道静脈瘤の原因精査を行ったところ、高度な脾腫と脾静脈の拡張、側副血行路の発達がみられるにも関わらず、肝硬変の所見を認めなかったことから、特発性門脈圧亢進症（IPH）が疑われた。肝生検で門脈の軽度拡張を認めたが炎症細胞浸潤や線維増生はほとんど認められず、IPHと診断した。高度な脾腫があり、食道静脈瘤のコントロールが難しいと考えられたため、6月に脾摘とHassab手術を行った。術後の腹部造影CTで門脈本幹から左枝と右枝の一部に血栓を認めるとともに、食道静脈瘤の再発（F2, RC+）を認めた。静脈瘤をEVLで治療した後、門脈血栓に対してワルファリンによる抗凝固療法を開始した。門脈血栓は徐々に縮小し、2010年5月の時点でほぼ消失している。また、食道静脈瘤もEVL、APCによる追加治療により2010年2月の内視鏡検査では軽快治癒（F0, RC-）している。今回、我々は集学的治療が有効であったIPH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。

F2-9 門脈ガス血症の3例

¹ 大阪府済生会茨木病院 消化器内科、
² 大阪府済生会茨木病院 外科
 王 麗楊¹、松島 由美¹、一ノ橋 紘平¹、北村 達一¹、
 豊田 甲子男¹、柿木 崇秀¹、金村 仁¹、佐藤 千明¹、
 亀井 宏治¹、辰巳 嘉章²、井上 仁²、立田 浩¹

＜症例1＞79歳女性。嘔吐、吐血を主訴に当院受診。上部消化管内視鏡検査でマロリーワイス症候群と診断。腹部CTで肝内門脈ガス及び小腸壁の肥厚、腹水を認めた。血液ガス分析では代謝性アシドーシスを認めた。腸管壊死を強く疑い開腹したところ、小腸に軽度の赤色浮腫を認めるのみであった。術後症状は改善し、13病日目に退院となった。＜症例2＞84歳女性。僧帽弁狭窄症、心房細動、慢性心不全で外来通院中。腹部膨満を主訴に来院。WBC9800/μl、CRP6.1 mg/dlと上昇しており、観察入院となった。第3病日目に突然の心窩部痛、嘔気を訴えた。腹部エコーで門脈内ガスを疑う所見を認め、腹部造影CTにおいても、肝内門脈ガス像および、腸管の拡張を認めたが、SMA血栓、造影不良腸管は認めなかった。血液ガス分析でも代謝性アシドーシスを認めなかった。心機能不良のため、開腹手術は困難であり、絶食、補液、抗生剤の点滴により保存的治療を行ったところ、翌日には門脈内ガスは消失、第8病日目に臨床症状は改善した。＜症例3＞84歳女性。糖尿病、パーキンソン病で加療中。発熱、意識障害を主訴に当院受診。血糖値 845 mg/dl、血液ガス分析にて代謝性アシドーシスを認めなかったため、高血糖高浸透圧性昏睡の診断で入院した。入院時腹部CT検査にて、門脈内ガス像を認めた。身体所見、検査所見より腸管壊死は否定的と考え、インシュリン持続療法、昇圧剤、及び抗生剤などでの保存的治療を行ったところ、臨床症状は軽快、3日後の腹部CTでは門脈ガスは消失、血液データも改善した。＜考察＞元来、門脈ガス血症（hepatic portal venous gas: HPVG）は腸管壊死で認められる重篤かつ予後不良の徴候とされ、緊急手術適応のひとつの指標とされてきた。しかし、近年、腸管壊死に起因しない門脈ガス血症も散見され、保存的治療にて軽快した症例の報告が多くなり、必ずしも緊急手術の適応とはされない傾向にある。今回、われわれは、保存的治療で改善した、門脈ガス血症の3例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。*

F3-1 胃癌手術時に先天性胆嚢欠損症と確定診断された1例

¹ 仙養会 北摂総合病院、² 仙養会 北摂総合病院 消化器内科、
³ 仙養会 北摂総合病院 一般消化器外科
大田 亮¹、佐野村 誠²、高橋 良明²、筋師 徹也²、
原田 智²、佐々木 有一²、板橋 司²、飯田 亮³、
佐藤 七夕子³、高城 武嗣³、西口 完二³

【症例】82歳女性【主訴】便潜血陽性【既往歴】2009年冠動脈疾患ステント留置、高血圧、糖尿病【現病歴】2008年10月冠動脈造影の術前検査にて便潜血陽性を指摘され、当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて胃前底部大弯後壁に3cm大の2型胃癌を認めたため精査を行った。【経過】入院時の全身状態は、生来健康で身長150cm 体重46kg、2009年11月4日時点で半年前と比べて5kgの体重減少を認めた。血圧144/70mmHg、脈拍68回/分、SpO₂ 96%(室内気)、体温36.6度で眼瞼結膜貧血認めず、眼球結膜黄染認めなかった。表在リンパ節は触知せず、腹部は平坦、軟で圧痛は認めなかった。血液検査にて、GOT 20IU/L、GPT 20IU/L、T-Bil 0.3mg/dl、ALP 395IU/L、Hb 11.5g/dl、CEA5.37ng/ml、CA19-9 8.20U/mlであった。腹部造影CT検査にて総胆管・左肝内胆管の拡張を認め、胆嚢は指摘できなかった。MRCPでは総胆管・肝内胆管の拡張と主膵管頭部の軽度拡張を認め、胆嚢は指摘できなかった。総胆管拡張精査目的にてERCPを施行し、カニキュレーションを試みたが選択的胆管の造影は困難であり十分な胆管造影圧がかかけられず胆嚢管の有無の精査には至らなかった。上記所見を踏まえて胃癌に対しては幽門側胃切除術、拡張した総胆管・肝内胆管に関しては胆嚢の指摘困難とあわせて先天性胆嚢欠損症、胆嚢位置異常、萎縮胆嚢などを考え手術を施行した。術中所見では胆嚢窩に胆嚢は認めず、胆嚢管も欠損していた。下大静脈および大動脈前面を確認したが胆嚢は見当たらなかった。本症例は胃癌の精査中に疑われ、手術にて確定診断された先天性胆嚢欠損症であった。先天性胆嚢欠損症は、胃癌、胆管癌、十二指腸癌などの悪性腫瘍の合併例が報告されており本例は胃癌との合併例であった。今後は胆管癌の発症を含めて外来での注意深い経過観察が必要と考えられる。今回我々は先天性胆嚢欠損症の1例を経験し、比較的まれな疾患と考え、若干の文献学的考察を加えて報告する。

F3-3 多発性骨髄腫の経過中に総胆管に髄外病変が発生し、閉塞性黄疸をきたした1症例

姫路赤十字病院 内科

蟹江 悠一郎、高木 慎二郎、三浦 翔、平田 祐一、岸田 裕志、水野 修、深津 裕寿、高谷 昌宏、森下 博文、上坂 好一

【症例】80歳男性【主訴】両側大腿背面部痛【既往歴】狭心症、高血圧【現病歴】平成22年3月に両側大腿背面部痛を自覚しA病院受診。MRIにて転移性骨腫瘍が疑われたため、当院整形外科紹介受診。血液検査・骨髄穿刺でIgA λ型多発性骨髄腫と診断され内科紹介となった。【経過】4月よりMP療法と放射線治療を行ったが効果が乏しかった。5月に顕性黄疸が出現した。腹部エコーにて総胆管は15mmと拡張し、総胆管下部に充実性エコーが観察された。腹部造影CTでは総胆管下部から膵頭部周囲に均一な造影効果を呈する腫瘍があり、閉塞性黄疸の原因と考えられた。T-bil 7.1mg/dlに上昇したため、ERCP施行。乳頭の開口に粘膜下隆起があり、総胆管造影ではBmからBiにかけて長さ6cmのなめらかな狭窄が観察され、それより肝側の総胆管は直径12mmに拡張していた。ERBDを行いその後黄疸は改善した。バイアスピリン内服中だったため、ERCP時には胆管生検を施行できなかったが、胆管原発腫瘍のほかに、多発性骨髄腫の髄外腫瘍の可能性が考えられた。また、同時期に動眼神経障害を発症した。頭部MRI T2強調画像で右海綿静脈洞に伸展した大きさ8mm大の中等度の信号を呈する腫瘍があり、動眼神経麻痺の原因病変は多発性骨髄腫の右海綿静脈洞浸潤と考えられた。頭蓋内病変に関してはガンマナイフ治療を行い、動眼神経麻痺の改善が得られた。その後、一旦中止していたベルケイド療法を再開した。ベルケイド療法後のCT検査にて胆管腫瘍の縮小が確認された。化学療法にて仙骨部病変、胆管腫瘍とともに縮小したことから、腫瘍は多発性骨髄腫の胆管における髄外腫瘍とすることが妥当と考えられた。多発性骨髄腫における胆管病変の発症はまれであり、今回報告する。

F3-2 EST後に症状が再燃した乳頭機能不全(SOD)の2例

神戸大学 消化器内科

迫 智也、角山 沙織、尾崎 元昭、増田 充弘、塩見 英之、吉田 志、佐貫 毅、藤田 剛、久津見 弘、早雲 孝信、東 健

SODの治療の一つにESTが挙げられるが、その効果は確実ではない。また、切開範囲の基準も存在しない。今回、SODに対し、EST小切開を行い再燃した2症例を経験したので報告する。【症例1】40歳、男性。10歳頃より心窩部痛を認めていたが、自制範囲内で経過観察していた。2004年より腹痛は増強し、前医にて膵炎の診断にて蛋白分解酵素阻害剤を処方されたが、その後も症状の改善なく、2009年1月に当科紹介となった。2009年2月に行われた胆道シンチにて腸管への排泄は90分後まで見られず、排出障害を認め、SODと診断された。3月に入院の上、乳頭圧の高値を確認しEST小切開術を行った。EST後の胆道シンチでは25分時に腸管への排泄を認め、腹痛も軽減した。その後外来にてフォローしていたが、6月頃より心窩部痛は再燃し、11月の胆道シンチでは腸管への排泄は90分後まで認めず、再び排出障害を認めた。12月に再入院し、EST追加切開を施行した。EST後の胆汁流出は良好であり、腹痛は軽減した。しかし、2010年1月の胆道シンチでは再度流出障害を認め、症状も再燃した。【症例2】56歳、女性。30歳頃より、食後に右季肋部痛を認めており、鎮痛剤服用にて経過観察していた。2007年8月に右季肋部痛は増強し、内服にて痛みは軽減しなくなったため、2008年1月に当院紹介受診した。ERCPを施行し乳頭括約筋収縮圧が高値で収縮頻度も高く、SODと診断し、ESTを施行した。しかし、2008年9月に再度腹痛が出現したためEST追加切開を施行した。切開後、胆道シンチでは胆汁排泄は良好で、腹部症状も軽快した。その後外来にて経過観察していたが、再度腹痛が出現し、2010年5月の胆道シンチでは流出障害が再燃していた。【考察・結語】2症例ともSODを乳頭圧測定及び胆道シンチにて確定診断することができた。ESTにより一時的には症状改善したが、2症例とも症状の再燃を認めた。SODに対するESTの切開範囲の設定に問題が残る。

F3-4 IgG4関連硬化性胆管炎との鑑別が困難であった胆管癌の1例

京都大学 医学部 附属病院 消化器内科

窪田 博仁、山田 敦、石津 祥子、上田 佳秀、児玉 裕三、千葉 勉

症例は70歳代男性。2009年2月に当院免疫膠原病内科でリウマチ性多発筋痛症と診断され、プレドニゾロン内服などにより加療中であった。2010年1月より下肢の紫斑、好酸球増多、高γ-Gロブリン血症、各種自己抗体陽性、全身リンパ節腫脹を認め、その後著明な血小板低下も認めため、精査・加療目的で2010年3月に当院免疫膠原病内科に入院していたが、経過中に胆管炎および敗血症性ショックを発症したため当科転科となった。ERCPにて総胆管および肝内胆管の不整な狭窄像を認めた。また尾部主膵管にも狭窄・拡張像を認めた。CT、MRIでは総胆管から肝内胆管の軽度肥厚および拡張を認めたが、明らかな腫瘍像は認めなかった。膵尾部に軽度の主膵管拡張を認めたが、明らかな膵腫大はなく腫瘍性病変は指摘できなかった。なお頸部・縦隔・腹部などに多発性のリンパ節腫大を認めたが、経過中縮小傾向であり炎症性変化と考えた。血清IgG4は高値であった。以上からIgG4関連の自己免疫性膵炎および硬化性胆管炎を強く疑ったが、ERC時に施行した胆管生検にて病理組織学的に腺癌と診断された。このため再度ERCおよび胆管生検を施行した結果、膵内総胆管から左右肝内胆管の広い範囲に腺癌を認めたため、手術適応はないと判断した。このためERBDチューブステントを留置して胆道ドレナージを行った上で、ゲムシタビンによる化学療法を開始した。本症例では特徴的な胆管像・膵管像および高IgG4血症からIgG4関連の自己免疫性膵炎および硬化性胆管炎が強く疑われたが、胆管生検により胆管癌と診断が可能であった。高IgG4血症を合併する胆管の不整狭窄像を認める際にも胆管癌の可能性も考慮して胆管生検を含めた精査を行うことが重要であると考えられた。

F3-5 術前 ENPD を留置し、脾腫瘍核出術を施行しえた脾頭部 SPN(Solid-PseudopapillaryNeoplasms) の1例

神戸大学 肝胆脾外科

寺師 江美、外山 博近、松本 逸平、新関 亮、白川 幸代、浅利 貞毅、後藤 直大、味木 徹夫、山田 勇、上野 公彦、木戸 正浩、堀 裕一、福本 巧、具 英成

36歳男性。2005年中国の病院で検診にて脾頭部腫瘍指摘。来日後前医受診し、SPNが疑われたが、経過観察していた。2008年12月EUS-FNA施行しSPNと確定診断され、手術を勧められていたが放置。その後、本人の希望で当院紹介受診。MD-CTでは脾頭部に境界明瞭、石灰化被膜を有する32mm大の腫瘍を認めた。内部は不均一で一部に出血または囊胞成分を疑う所見を認めた。主脾管と近接していたが、主脾管に明らかな所見は認めなかった。門脈～SMVに接していたが明らかな浸潤は認めなかった。MRIでは同部位に境界明瞭、内部に一部囊胞性分を含む30mm大の充実性腫瘍を認めた。MRCP、ERCPでは脾管と腫瘍の交通は認めず、脾管、胆管に異常所見は認めなかった。EUSでは脾頭部に辺縁にacoustic shadowを伴う34mm大の腫瘍を認めた。主脾管とは接していたが、境界は保たれていた。FNAでSPNと診断された。以上より、脾頭部SPNの診断で、手術適応と判断した。SPNは一般に低悪性度の腫瘍であることから、縮小手術である腫瘍核出術を検討したが、主脾管と接していたため主脾管損傷の可能性を考慮し、術前にENPDを留置し、術中の主脾管のガイドとすると同時に、損傷した場合には定型手術である脾頭十二指腸切除に変更することとした。腫瘍の被膜に沿って慎重に剥離をすすめ、ENPDチューブを露出することなく安全に腫瘍を核出した(画像供覧)。病理診断は脾SPNで、硬く厚い線維性被膜と隔壁を有し、円形で小型の核を有する異型性の乏しい細胞が乳頭状に増殖していた。また、腫瘍内部に一部血腫を認めた。SPNは脾癌取り扱い規約では分化方向が不明な上皮性腫瘍と分類され、比較的稀な腫瘍である。WHOの組織学的分類では、悪性に関してborderlineのカテゴリーに分類される。頻度は低いが悪性化の報告もあり、外科的切除が第一選択である。本症例では脾頭部主脾管に近接していたが、術前ENPDを留置することにより安全に腫瘍を核出し、機能温存を得た。本症例のSPNに特徴的な画像所見と、核出術の手法を供覧し、文献的考察を加えて報告する。

F3-7 多発性腹腔動脈仮性動脈瘤破裂に対しIVRが奏功した一例

社会医療法人誠光会 草津総合病院 消化器内科

宮嶋 智子、妹尾 紅未子、伊藤 明彦、上田 浩1、中村 泰文、小山 茂樹

【症例】57歳男性。【現病歴】当院消化器内科通院中、2010/04/12 4pm上腹部激痛のため当院ERを受診、即入院。【既往歴】20年前胃噴門部癌手術(噴門側亜全摘、ileocecal interposition)、急性重症脾炎、アルコール性肝不全、2008/09胆嚢結石による急性壊死性胆嚢炎。【入院時現症】意識清明、腹部：左上腹部から左下腹部にかけ膨隆・圧痛あり。【血液データ】Hb11.7、WBC10500。【経過】造影CT検査：十二指腸、脾周囲、anterior pararenal space、腸管膜内に血腫、腹腔内出血、反応性腹水。PSPDA、ASPDA、IPDAの著明なirregularity。Splenic artery起始部でaneurysmあり閉塞、側副路にて末梢側描出。Poly-surgery、脾炎・胆管炎による炎症波及による下脾十二指腸動脈仮性動脈瘤破裂と診断、同日IVRを施行。IPDA紡錘状動脈瘤様部分に1/10枚のgelfoamにてTAE施行。その後経過順調であったが04/23再度腹痛、背部の張りあり、再出血を疑い造影CT施行。再出血は否定され、血腫の移動によるものと診断。しかし3D血管構築像より前回IVR時には認めなかった腹腔動脈、左右の肝動脈と脾動脈の分岐部に仮性動脈瘤を認めた。04/26IVR施行。【IVR procedure】左肝動脈、右肝動脈、脾動脈の末梢を5-6mmTrufl coilで塞栓、18cmC-stopper coilで腹腔動脈・動脈瘤の一部を充填、腹腔動脈本幹動脈瘤の充填とその近位部の腹腔動脈本幹に対して4-8mm水圧式detachable coil 6本で塞栓。【考察】本例はpoly-surgery、脾炎等の炎症波及によるpseudo aneurysm様血管変化をおこし破綻による後腹膜出血例である。炎症波及等により外科的処置は困難でIVRによる治療しかなく、かつ複数のaneurysm様変化部にに対し処置が必要であったため、多数のcoil塞栓をせざるを得なかった。

F3-6 肝生検、脾生検により診断しステロイドが奏効した炎症性偽腫瘍の一例

大阪大学消化器内科

土居 哲、薬師神 崇、川口 司、山田 拓哉、宮崎 昌典、西田 勉、望月 圭、筒井 秀作、木曾 真一、平松 直樹、考藤 達哉、辻井 正彦、竹原 徹郎

症例は70歳代女性。2009年3月初旬より全身倦怠感が出現。毎年4月に定期的に受診していた人間ドックの上部消化管内視鏡検査で胃弓隆部に壁外性の隆起性病変を指摘されたため精査加療目的にて5月中旬当院紹介となった。造影CT検査にて脾臓は内側にむかって突出し、門脈相ではびまん性かつ不均一に濃染された。また肝臓には動脈早期相でhypovascular、門脈相で濃染が不均一な病変がびまん性に拡がっていた。FDG-PETでは同部位および脾臓に接した腹膜にSUVmax:7.1のFDG集積を認めた。以上から肝転移、腹膜播種を伴った脾腫瘍が第一に疑われ、6月中旬に入院し第2病日、第17病日に肝腫瘍生検を施行した。病理結果では腫瘍細胞は認められず、形質細胞、好中球を主体とした炎症細胞と巣状の線維増生を認め、炎症性偽腫瘍が疑われた。しかし画像からは悪性腫瘍が強く疑われたため、第31病日に脾腫瘍生検を施行した。生検の結果は肝生検と同様で、腫瘍成分は認めず炎症細胞と線維増生を認め、CD68、SMA陽性細胞を多数認めたためfibroblastic typeの炎症性偽腫瘍と診断した。炎症性偽腫瘍の原因は感染、自己免疫疾患を中心に精査したが不明であった。診断的治療として第50病日より抗生剤(第50病日よりMEPM、第59病日よりSBT/ABPC+ABPC、第65病日よりSBT/ABPC+ABPC+CPFX、第85病日より第93病日までCPFX)を投与したが症状に改善が認められなかったため、第68病日よりステロイドパルスを施行したところ、症状、炎症マーカーが改善し、画像所見上も改善が認められた。その後はステロイドを漸減したが症状、検査所見に増悪を認めず第149病日に退院した。今回我々は肝生検、脾生検にて診断し、ステロイドが奏効した炎症性偽腫瘍の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。



Young Investigator Session 抄録



Y1-1 心房性頻拍に対するカテーテルアブレーションにて発症したと推察される食道潰瘍の一例

¹ 大阪医科大学 第二内科、² 北摂総合病院 消化器内科

原田 智¹、梅垣 英次¹、時岡 聡¹、竹内 利寿¹、竹内 望¹、
依田 有紀子¹、小嶋 融一¹、樋口 和秀¹、佐野村 誠²、
板橋 司²

【症例】30歳代男性。【主訴】胸部不快感および吐血。【現病歴】出生時より両大動脈右室起始症のため循環器専門病院にて継続加療を受けていた。平成16年より心房性頻拍および心不全に関しても同院にて加療されていた。平成22年1月に心房頻拍に対してカテーテルアブレーションが施行され、その後も薬物療法と電気的除細動にてコントロールされていた。同年2月3日より心窩部不快感が出現し、近医の総合病院で上部消化管内視鏡検査が施行され食道潰瘍が認められた。2月12日より黒色便を認め、再度の内視鏡検査では食道潰瘍の増悪と出血が認められ、クリッピングにて止血された。食道潰瘍に対する精査加療目的にて2月18日に当科紹介となったが、転院後に施行した内視鏡検査では切歯より32cmの中部食道の前壁と後壁の2か所に類円形の潰瘍を認めた。潰瘍には露出血管を認めず、肉芽形成も認められたため、止血処置は行わずPPI投与と粘膜保護剤の内服にて保存的に加療を行った。食道超音波内視鏡検査では食道潰瘍は心臓および大動脈に接するような位置にあり、カテーテルアブレーションとの関連が示唆された。入院中、心房頻拍発作が出現し、計3回の電気的除細動が施行されたが食道潰瘍には増悪を認めなかった。経過観察の上部消化管内視鏡検査でも潰瘍の増悪を認めなかったため、心不全と不整脈のコントロール目的に循環器専門病院へ3月20日に転院となった。【考察】心房細動に対するカテーテルアブレーションは慢性心房細動に対する有効な治療法の一つとされているが、食道炎や食道潰瘍といった食道損傷が合併症として知られている。発症の機序は不明だが、焼灼の際の温熱傷害と推察されている。本症例では中部食道に孤立性に潰瘍が発症し、いわゆる逆流性食道炎などによる食道潰瘍の発症部位から離れている事と、潰瘍発症部位が心臓に接している事などから、カテーテルアブレーションの関与が強く疑われる症例と考えられた。

Y1-3 内視鏡的粘膜切除術にて endocrine micro nest を確認しえた自己免疫性 (A 型) 胃炎の一例

¹ 京都大学 医学部 消化器内科、² 同 集学的がん診療学講座、

³ 京都大学 医学部附属病院 病理診断部、⁴ 京都民医連中央病院 消化器内科

上田 康祐¹、武藤 まなぶ¹、真下 陽子¹、堀 貴美子¹、
堀松 高博¹、江副 康正²、森田 周子¹、宮本 心一¹、千葉 勉¹、
吉澤 明彦³、西田 修⁴

症例は48歳女性。検診にて貧血を指摘され、上部消化管内視鏡で胃腫瘍を認めた。生検で胃カルチノイド疑いと診断され精査加療目的にて当院紹介となった。当院での上部消化管内視鏡では胃内に明らかな腫瘍性病変は指摘できなかったが、胃穹窿部から体上部にかけて粘膜の萎縮性変化を認めるものの前庭部は非萎縮粘膜で、A型胃炎に矛盾しないものであった。超音波内視鏡でも胃内にカルチノイドを示唆する明かな粘膜下腫瘍は認めなかった。当院での採血では明かな貧血は認めず、VitB12は270 pg/ml (正常233-914) と正常であったが、高ガストリン血症3070 pg/mL (正常37-172) を認め、抗胃壁細胞抗体陽性160倍以上 (正常10未満) であった。抗H.Pylori-IgG抗体は3 U/ml未満と陰性であった。これらよりRindi分類のI型カルチノイド (A型胃炎に合併するもの) を疑い、確定診断のため内視鏡的粘膜切除術 (EMR) 目的に入院となった。胃体部大彎の2mm程度の小隆起として認識された部位3ヶ所に対し、2チャンネルEMR法を施行した。病理組織学的には腸上皮化生を伴う高度に萎縮した胃底腺粘膜を背景に、粘膜筋板直上の深部粘膜固有層内に多発する endocrine cell micronest を認めA型胃炎に伴う変化として矛盾しないものであったが、標本内にカルチノイドとする腫瘍形成は認められなかった。A型胃炎では、抗胃壁細胞抗体や抗内因子抗体により胃底腺の破壊が起こり、高度の胃粘膜萎縮による無酸から血中ガストリンの上昇を来す。高ガストリン血症は、胃底腺領域のECL (enterochromaffin-like) 細胞の増加を引き起こし、そしてこのECL増生は endocrine cell micronests を経てカルチノイド腫瘍の発生を引き起こすとされる。しかし、I型カルチノイドは、多発傾向があるものの悪性度は低く転移もまれとされているため本症例では経過観察とした。今回EMRにて明瞭な endocrine cell micronest を確認しえたA型胃炎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。

Y1-2 術前粘膜下層浸潤臨床病期I期 (T1bNOMO) 食道癌と診断しESDを施行した1例

¹ 大阪府立成人病センター 消化器内科、² 北野病院 消化器内科

長井 健悟¹、上堂 文也¹、松井 茉美¹、河田 奈都子¹、
辻井 芳樹¹、太田 高志¹、神崎 洋光¹、花房 正雄¹、鼻岡 昇¹、
山本 幸子¹、竹内 洋司¹、東野 晃治¹、石原 立¹、飯石 浩康¹、
杉浦 寧²

症例は60歳、男性。人間ドックの上部消化管内視鏡検査で表在食道癌を発見され、紹介受診した。上部消化管内視鏡検査で、Mtに15mmの粘膜下腫瘍様の立ち上がりを持つ隆起性病変を認めた。表面に白色の付着物を伴う小さな陥凹を複数認め、他の部分は非腫瘍上皮で覆われており、通常観察ではSM癌を疑った。NBI拡大観察で、陥凹部のIPCLには一部でループ構造の破壊を認めたため、M3・SM1以深の深達度と診断した。超音波内視鏡検査では第3層は保たれ、明らかな粘膜下層への浸潤は認められなかった。頸胸部造影CT、PET-CTでリンパ節や遠隔臓器への転移はなかった。以上より、表在食道癌、cType0-Is、cT1b (SM) NOMOと診断した。粘膜下層浸潤臨床病期I期食道癌に対する粘膜切除術 (EMR) と化学放射線併用療法の第II層試験 (JCOG0508) への参加について同意を得たため、入院し粘膜下層剥離術 (ESD) を施行。病理組織所見は中分化型扁平上皮癌、14×10mm、深達度pT1a-MM、HM0、VM0、ly0、v0であったため、プロトコールに従い、化学放射線治療は行わず経過観察となった。

Y1-4 胃静脈瘤破裂に対して内視鏡下クリップ止血が有用であった一例

関西医科大学 消化器肝臓内科

吉井 将哲、田橋 賢也、若松 隆宏、森 茂生、島谷 昌明、
松下 光伸、高橋 悠、加藤 孝太、宮本 早知、山口 繭、
松本 泰司、関 壽人、岡崎 和一

【症例】67歳男性【主訴】吐血【既往歴】アルコール性肝硬変、肝細胞癌に対してTAE・PRFAの施行歴あり【現病歴】気分不良を主訴に近医へ救急搬送された。脳梗塞が疑われ入院となったが、病棟へ移送中に吐血を認めたため当院へ救急搬送となった。【入院時現症】血圧74/36mmHg、脈拍89回/分、体温36.3℃、意識清明、心雑音なし、呼吸音清、腹部平坦・軟・圧痛なし・反跳痛なし【入院後経過】当院来院時、出血による血圧低下を認めたため、赤血球濃厚液5単位の輸血と輸液によって循環動態の安定化を図ったのち、緊急上部消化管内視鏡検査を施行した。食道静脈瘤は認められず、胃穹窿部Lg-cf-F2の胃静脈瘤から活動性の出血を認めたため、止血術としてEVLを試みたが、胃粘膜が十分に吸引されず結紮困難であった。そのため内視鏡下クリップによる止血を試みたところ、比較的容易に止血処置が可能であった。合計5個のクリッピングを施行したが、粘膜損傷や再出血などは認められなかった。引き続き造影CTにて胃腎シャントの存在を確認し、5%EOI 18mlでB-RTOを施行した。翌日の上部消化管内視鏡検査行にて止血状態であることを確認し、第3病日より経口摂取を再開した。第5病日、造影CTでは胃静脈瘤の造影効果は認められなかった。第9病日、上部消化管内視鏡検査でクリップの残存を認め、静脈瘤にはarea強調像が認められた。その後経過良好であったため第12病日に退院となり、第37病日の上部消化管内視鏡検査では、クリップは残存していたが胃静脈瘤は著名に縮小していた。【結語】胃静脈瘤は主として粘膜下層を走行しており、また比較的強固な粘膜筋板が存在することから、クリップ止血による粘膜および静脈瘤の損傷の可能性は食道静脈瘤と比較して低いと思われる。本法のみでは胃静脈瘤の消失を図くことは困難であるので、速やかにB-RTOなどによる待期治療を行う必要があると考えられるが、クリップ法は一次止血には有用であると考えられた。

Y1-5 無症候性アニサキス症の1例

岸和田徳洲会病院 消化器内科

馬場 慎一、古賀 風太、滝原 浩守、長谷川 晶子、木村 恵梨、井上 太郎、植田 智恵、尾野 亘

【症例】63歳女性。2010年3月、当院健診の上部消化管内視鏡にて胃体下部大弯に炎症所見に乏しい隆起性変化を認め、偶発的にアニサキス虫体を発見し無症候性アニサキス症と診断した。アニサキス症は急性腹症の一因であり、痛みの原因は虫体よりそのアレルギー反応による影響が強いという報告がある。偶然発見される無症候性アニサキス症は本邦では過去20年で上下部消化管合わせて11例の報告がある。当院症例では内視鏡的に虫体を摘出し終了したため血清IgE抗体価は測定できなかったが、アニサキス症による腹痛の原因としてアレルギー反応との関連について詳細な検討が期待される。

Y1-6 コカコーラによる溶解療法が有効であった胃石の1例

コープおおさか病院

金子 愛子、三谷 武、福永 幸彦

症例は、82歳男性。既往歴で1980年胃潰瘍にて幽門側胃重全摘術を施行されている。2008年10月5日より嘔気嘔吐を主訴に近医を受診。症状が改善せず、10月10日に当院に紹介された。腹部は平坦・軟で腫瘍や圧痛を認めず、採血、腹部CT検査を施行するも明らかな異常は指摘されず帰宅となった。その後も嘔吐が改善しないため、10月17日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ、胃内に径3cmを越す胃石と、吻合部潰瘍が認められた。胃石の治療目的で入院となった。内視鏡的に胃石の碎石を試みた。鉗子で胃石を碎石することは困難だったが、コカコーラを散布したり、内部に注入することにより胃石は徐々に粉碎された。胃石の一部を経口的に回収して終了となった。上記の症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

Y1-7 早期胃癌 ESD 適応外病変の予後について の検討

京都第一赤十字病院 消化器科

北市 智子、戸祭 直也、小野澤 由里子、田中 信、間嶋 淳、川上 巧、富江 晃、世古口 悟、鈴木 隆裕、鎌田 和浩、中村 英樹、佐藤 秀樹、奥山 祐右、木村 浩之、吉田 憲正

【目的】胃癌に対するESD症例のうち、病理組織結果にて適応外病変と診断した症例について検討する。【適応】当科ではGotodaらの論文を参考に、1) M癌・分化型UL(-)、2) M癌・分化型UL(+) \cdot 30mm以下、3) M癌・未分化型UL(-) \cdot 20mm以下、4) SM1癌・分化型UL(-) \cdot 30mm以下を満たす症例をガイドライン病変・適応拡大病変としてESD適応としている。ESD後の病理組織結果にて1)～4)の基準より外れるもの、および脈管侵襲陽性のものは適応外病変と定義し、基本的に追加外科手術を勧めている。【対象】当科で2002年7月～2009年12月の間に施行した早期胃癌ESDのうち術後経過確認可能であった590病変の中で、適応外病変と診断された56例。【結果】56例のうち、手術施行群は23例(41%)、手術非施行群は33例(59%)であった。観察期間の中央値は2.69年であり、局所再発1例、遠隔転移2例、原病死2例、他病死7例であった。全体の平均年齢は72歳であった。手術施行群の平均年齢は67歳、手術非施行群では76歳であり、手術非施行群には高齢患者が占める割合が高かった。また、他病死した症例は7例中5例が手術非施行群であった。手術症例23例の中で癌の遺残を認めたものは5例、リンパ節転移(N1)を1例で認めた。リンパ節転移例も含め手術施行群全例で術後補助化学療法は施行していない。手術施行群の中で1例は癌性腹膜炎により手術2年後に原病死を来した。手術非施行群のうち1例に局所再発、1例に遠隔転移を認めた。遠隔転移した一例はESD1年後に多発肝転移が出現し死亡した。手術非施行症例で化学療法を施行したのは32例中2例であり、2例ともに再発なく経過している。【結論】手術非施行群では高齢患者や他病死を来した症例が多いことから、高齢患者や併存疾患を有する症例では経過観察とするケースが多いと考えられる。治療後2年経過してから遠隔転移を来した症例もあり、適応外病変で経過観察する場合は特に厳重な経過観察が必要である。

Y1-8 AFP 産生胃癌の一例 その意義と臨床応用 についての考察

¹岸和田徳洲会病院 消化器内科、²同 外科、³同 病理検査科

滝原 浩守¹、尾野 亘¹、井上 太郎¹、木村 恵梨¹、古賀 風太¹、長谷川 晶子¹、馬場 慎一¹、植田 智恵¹、牧本 伸一郎²、西野 栄世³

症例は86歳女性。近医よりCEA高値の指摘あり精査目的で紹介。上部消化管内視鏡検査にて胃体部小弯側に5cm大の2型進行胃がんを認めた。他臓器への転移所見なく手術適応あり、幽門側胃切除D2郭清BI再建術を施行。術後病理診断にてAFP産生を確認した。術前AFP検索はなされていなかった。一般にAFP産生胃癌は肝転移をきたしやすく予後不良な悪性腫瘍として知られている。一般にAFP検索は胃癌に対しては保険適用がなく、術前検査では一般的でない。術後病理検査にて偶然指摘されたAFP産生胃癌について、過去文献統計を検討しその意義と臨床応用について検討する。

Y1-9 門脈腫瘍塞栓を来した進行胃癌の1例

市立奈良病院 消化器肝臓病センター
原 祐、稲田 裕、角田 圭雄、酒井 恭子、金政 和之

【症例】78歳男性【主訴】体重減少、右背部および前胸部痛【既往歴】甲状腺機能低下症【身体所見】173cm、58kg、36.1℃、皮膚可視粘膜に貧血、黄疸なし。表在リンパ節触知せず。心肺に異常所見認めず。腹部に異常所見認めず。四肢浮腫なし。【血液検査】WBC7040/ μ l、Hb10.3g/dl、Plt25万/ μ l、AST24IU/l、ALT21IU/l、LDH164IU/l、ALP194IU/l、 γ GT207IU/l、TP6.5g/dl、Alb2.6g/dl、T-Bil0.37mg/dl、CEA18.3ng/ml、CA19-9 12.1U/ml、AFP2.1ng/ml、PIVKA-2 26mAU/ml【経過】2010年1月に当院初診。上部消化管内視鏡にて胃体上部大弯に2型腫瘍を認め、生検にて中分化型腺癌と診断された。腹部造影CTにて腫瘍から連続するように左胃静脈から門脈本幹に2.5cm程度突出するdefectを認めた。第3群リンパ節の転移を認めたが、他に遠隔転移は認めなかった。以上より門脈腫瘍塞栓を伴う胃癌stageIVと診断した。手術適応はないと判断し、TS-1 80mg/m² (day 1-21) + CPT-11 80mg/m² (day 1,15) q5weeksを2クール施行した。内視鏡にて原発巣は縮小しており、またCT上は門脈内の腫瘍塞栓は縮小しほぼ消失していた。治療効果PRと判断し、化学療法を続行する予定である。【結語】門脈に腫瘍を形成する胃癌は比較的稀であるが、予後が悪く治療の一般的な見解は定まっていない。しかしながら化学療法、手術を施行することにより長期生存した例も報告されている。密な治療経過観察を行っていきたい。

Y1-11 内視鏡的に治療し得た早期十二指腸癌の一例

市立伊丹病院 消化器内科
三浦 由雄、荒木 浩士、山口 典高、岩崎 竜一郎、堀木 優志、佐野村 珠奈、佐治 雪子、村山 洋子

症例は42歳、男性。気管支喘息、高血圧、高コレステロール血症にて近医通院中、2010年1月初旬に上腹部不快感を自覚した。精査目的で1月下旬当院にて上部消化管内視鏡検査施行したところ十二指腸下行脚の乳頭より口側に径5mm大の平坦な隆起性病変を認めた。病変中央部は褐色調で軽度陥凹しており無構造様の表面性状を呈していた。腫瘍性病変を疑い生検したところ腫瘍腺管を指摘された。total biopsy 目的で内視鏡的粘膜切除術 (EMR) のため3月下旬に当院入院となった。身体所見では軽度肥満がある以外に腹部所見を含め異常を認めなかった。検査所見では血液検査でコレステロール高値を認めた。十二指腸病変に対して高周波スネアを使用しEMRにて一括切除した。切除標本は5mm×6mm、最終病理診断はwell differentiated adenocarcinoma、m、ly0、v0、水平断端陰性、垂直断端陰性であった。術後経過は良好であった。十二指腸癌は消化管原発癌の中で0.3%と稀である。早期十二指腸癌の内視鏡的治療は症例数が少ないこともあり標準化されたものではなく施設ごとで適応が異なっているのが現状である。今回、EMRにて治療し得た早期十二指腸癌の症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

Y1-10 根治不能進行再発胃癌に対して化学療法を施行し、5年以上の長期生存が得られた2症例の検討

¹大阪医科大学 第二内科、²大阪医科大学附属病院 化学療法センター

横山 紘子¹、後藤 昌弘²、吉田 元樹²、紀 貴之²、桑門 心²、浅石 健¹、川口 真平¹、平田 有基¹、依藤 直紀¹、滝内 比呂也²、樋口 和秀¹

【背景】根治不能進行・再発胃癌に対する化学療法の有用性は証明されている。TS-1 (S-1)、irinotecan (CPT-11)、paclitaxel (PTX) が新薬として承認を受け、良好な治療成績が証明されている。今回、当院で根治不能進行・再発胃癌に対して化学療法を施行し、長期生存が得られた2症例を報告する。【症例1】60歳、男性。2002年10月に胃癌 (type2 T3 N2 H1 P0 M0;StageIV) に対して非治癒的胃十二指腸切除が施行された。肝臓に多発転移を認めていたため、5-FU (800 mg/m²/day1-5 every 4 week) を2コース施行し、結果はPDであった。外来でCPT-11 + MMC 併用療法 (CPT-11 150 mg/m²/day1、MMC 5 mg/m²/day1 every 2 weeks) を37コース投与した。奏功したが、3年3カ月後に腫瘍マーカーの上昇と肝臓に新病変を認め、治療を開始した。治療は重篤な有害事象を認めたため継続困難と判断した。次にWeekly PTX (70 mg/m²/day;day1,8,15 every 4 weeks) を2年8カ月行なった。CT上肝転移の増大を認め、S-1の投与開始したが、4カ月後にPDと判定した。現在はBiweekly CPT-11 (150 mg/m²/day) を10コース施行、病変はSDであり治療継続中 (初回治療開始から7年8カ月)。【症例2】52歳、男性。2004年7月に胃癌 (type4 T3 N1 H0 P3 M0 StageIV) に対して非治癒的切除が施行された。8月S-1 (80 mg/m² day1-28 every 6 weeks) 単独療法を開始した。再発所見は認めず、特に有害事象や副作用認めることなく、外来で計57コースを5年間継続し現在は経過観察中である (初回治療開始から5年10カ月)。【結語】根治不能進行・再発胃癌に対して長期生存の背景にはS-1を主体とした化学療法が選択される。今回報告した2症例からもS-1を主体とした治療の有用性とCPT-11、PTXといった作用機序の異なる有効な薬剤を使いこることで長期生存が可能であると思われた。

Y1-12 十二指腸狭窄を契機に診断された十二指腸悪性リンパ腫の一例

¹近畿大学 医学部 堺病院、²近畿大学 医学部 附属病院
奥村 直己¹、高場 雄久¹、山本 典雄¹、富田 崇文¹、梅原 康湖¹、南 康範¹、森村 正嗣¹、米田 円¹、山田 哲¹、辻 直子¹、工藤 正俊²

症例は60歳代女性。1週間持続する嘔吐を主訴に紹介受診した。WBC15800、CRP5.8、BUN72、CRE2.0と軽度炎症反応の上昇と高度の脱水を認め、腹部レントゲンで鏡面形成、腹部CTで胃、十二指腸の著明な拡張を認め十二指腸狭窄の疑いにて入院となった。翌日に上部消化管内視鏡検査を施行したところ下十二指腸角に狭窄を認めスコープの通過は不可能であった。生検では悪性所見は認めなかった。翌週に再度上部消化管内視鏡検査を行ったが狭窄部の改善は認めず、十二指腸乳頭に軽度腫大認め生検では壊死組織を認めたのみであったため、再度検査を施行しNK/T細胞性悪性リンパ腫と診断された。PETを施行しLugano分類stageIIIと診断した。NK/T細胞性悪性リンパ腫は化学療法抵抗性でもあり血液内科、外科と相談の結果、重全胃温存腔頭十二指腸切除術後に全身化学療法となった。術後病理組織検査では十二指腸壁内に連続性のNK/T細胞性悪性リンパ腫と診断された。十二指腸原発の悪性リンパ腫の中でもNK/T細胞由来の悪性リンパ腫は非常に稀な疾患であり、文献的考察を付け加えて報告する。

Y2-1 肺結核の治療中に穿孔性腹膜炎をきたした腸結核の一例

¹ 市立福知山市民病院、² 京都府立医科大学付属病院
藤野 誠司¹、堀田 祐馬¹、原田 大司¹、新美 敏久¹、千藤 麗¹、
奥田 孝太郎¹、奥田 隆史¹、小牧 稔之¹、香川 恵造¹、
吉川 敏一²

症例は22歳男性。平成21年12月20日より肺結核と診断され抗結核薬内服治療中であった。平成21年2月28日、持続的な下腹部痛、筋性防御を認め、近医より紹介受診となった。血液検査で炎症反応上昇、腹部CT検査でFree air、腹水貯留、リンパ節の腫大を認め、穿孔性腹膜炎と診断し、同日緊急手術となった。回盲部末端より回腸間膜の結節性病変と腸間膜内のリンパ節腫脹を認めた。Bauhin弁より約60cmの回腸末端で穿孔を認め、小腸切除となった。術後経過は良好であり、3月6日に退院となった。切除標本では回腸に輪状潰瘍が多発し、その一部で穿孔を認めた。病理所見は回腸全層、腸間膜リンパ節に類上皮様肉芽腫の形成を認めた。Ziehl-Neelsen染色は陰性であったが、肺結核の治療中であり、病理結果、臨床経過とあわせて腸結核による穿孔と診断した。消化管穿孔をきたす腸結核は比較的稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

Y2-3 下部回腸の Dieulafoy lesion からの動脈性出血に対し内視鏡的止血に成功した一例

関西医科大学 消化器肝臓内科

加藤 孝太、島谷 昌明、若松 隆宏、宮本 早知、山口 繭、
三好 秀明、深田 憲将、大宮 美香、松下 光伸、高岡 亮、
岡崎 和一

【症例】74歳女性。【主訴】下血。【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】平成22年4月5日に下血を主訴に近医入院。入院時の上部、下部内視鏡検査で明らかな出血源は認めなかった。血液検査にて血小板12万/uLと低値であり、血液内科にて特発性血小板減少性紫斑病（ITP）の診断のもと、ステロイド治療を開始した。その後、血小板10万/uLと改善を認めたが、下血、貧血の進行が続いたため、原因不明の消化管出血（OGIB）の精査目的で5月18日当院転院となった。【入院後経過】第1病日に緊急カプセル内視鏡検査（CE）を施行し、下部回腸からの活動性出血を認めたが、出血源の同定には至らなかった。第4病日に経口のダブルバルーン内視鏡（DBE）を施行し、中部回腸まで挿入するも出血源は確認できず、点墨のみで終了した。第7病日に経肛門のDBEを施行したところ、大腸挿入時から多量の血性残渣を認めた。その後、点墨まで挿入し全小腸観察を行ったが、出血源の特定には難渋した。そこで、ウォーターブリーズ（フォルテ・グロウ・メディカル社製）を使用し水中撮影を行ったところ、下部回腸に動脈性の出血を認め、Dieulafoy lesionからの出血と診断し、クリッピング、HSE局注にて止血処置を施行した。以降、下血、貧血の進行ともに改善し、第16病日に退院となった。【まとめ】OGIBは血管性病変などの微小病変が出血源であった場合、出血源の同定に難渋することがしばしばあり、その診断、治療においてはCE、DBEのそれぞれの特性を生かした積極的な活用が有用であると考えられた。今回、我々はDBEを施行し、送水装置による水中撮影を行うことで、Dieulafoy lesionからの出血の同定、止血処置に成功した1例を経験したので、当院におけるOGIBの診断の現況、アルゴリズムを含め報告する。

Y2-2 メッケル憩室を先進部として発症した腸重積症の一例

関西医大 第三内科

宮本 早知、島谷 昌明、松下 光伸、若松 隆宏、加藤 孝太、
三好 秀明、深田 憲将、小藪 雅紀、福井 由理、山口 繭、
田橋 賢也、高岡 亮、岡崎 和一

症例は18歳 男性。主訴は腹痛。2010年4月初旬より間歇的腹痛、嘔気・嘔吐を認め近医受診し腸重積症の疑いにて当院救命・救急センター紹介となった。来院時の身体所見は、腹部平坦軟、右下腹部に圧痛を伴う2cm程度の硬結を認めた。血液検査でWBCの上昇を認め、腹部超音波検査で右下腹部にtarget sign、腹部CT検査でリング状の腸管浮腫像を認め、腸重積症と診断した。ガストログラフィを用いた高圧洗腸を試みたところ回盲部から約15cm口側に造影欠損を認め、非観血的整復にて症状は軽快し一旦退院となった。しかし退院翌日に再度腹痛発作が出現したため、救急外来受診。腹部超音波検査・腹部CTで腸重積症の所見を認めたため、非観血的整復による治療は困難と考えられたが、腸重積症の原因がはっきりしないため、ダブルバルーン小腸内視鏡（DBE）による精査目的にて当科紹介となった。緊急DBEを経肛門的ルートにて施行したところ、下部回腸に頭頂部に陥凹を伴うIp型ポリープ様病変を認め、これが先進部となって腸重積が生じたものと考えられた。Ip型ポリープ様病変に対して内視鏡的切除も考慮したが、メッケル憩室の内翻も疑われたため、治療として外科的切除を選択し病変の肛門側に点墨にてマーキング施行しDBEは終了した。後日、腹腔鏡下小腸部分切除術が施行された。病理組織学的には胃粘膜が迷入したメッケル憩室に矛盾しない結果であった。【考察】腸重積症に対してDBEによる内視鏡観察・整復は有用であると考えられる。特に成人の腸重積症の原因として、腫瘍性病変（Peutz-jeghers症候群等のポリープ、脂肪腫、小腸腫瘍、転移性腫瘍など）が多く知られており、内視鏡的ポリープ切除により非観血的整復に成功する場合もあるが、メッケル憩室の内翻によるものも考慮すべきであり、安易に内視鏡的ポリープ切除術を行うべきではないと考えられた。【まとめ】今回、我々はメッケル憩室の内翻により腸重積を来した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

Y2-4 回盲部狭窄をきたした腸管子宮内膜症の一例

兵庫県立尼崎病院 消化器科

山内 雄揮、木村 利幸、生田 耕三、高田 裕、出田 雅子、
小山 貴弘、北見 真帆、野本 大介、梅田 誠、川崎 公男、
松村 毅、斎田 宏

回盲部狭窄をきたした腸管子宮内膜症の一例【症例】43歳 女性【主訴】イレウス加療【現病歴】平成21年11月2日に下腹部痛を自覚し近医を受診し、腹部レントゲンにてイレウスの診断で入院加療を受けたが、難治性のため11月14日当科紹介入院となった。【既往歴】帝王切開（2回）【家族歴】特記事項なし【現症】身長：156.1cm 体重：41.9kg 腹部平坦、軟、圧痛なし。腫瘍を触知せず。蠕動音やや亢進。臍下部正中線上に手術痕あり。【検査結果】WBC:4600/ μ L Hb:10.7g/dl Ht:34.2% PLT:42.2万/ μ L CRP:1.89mg/dl CEA:0.3ng/ml CA19-9:19.5U/ml クオエンティンフェロンTB-2G：陰性 可溶性IL-2レセプター：968U/ml 入院時腹部CT所見：回腸末端の壁肥厚、Douglas窩に少量腹水を認めた。下部消化管内視鏡所見：S状結腸に癒着あり、上部用のスコープで挿入。パウヒン弁は軽度腫大し、やや青色を呈していた。イレウス管造影：回腸末端の狭窄像と一部にnicheを認めた。Gaシンチグラフィー：回腸末端に集積を認めた。【経過】当初癒着性イレウスを疑い保存的に経過をみたが、イレウス管造影、下部消化管内視鏡検査所見から回腸末端の狭窄と診断した。内視鏡下の狭窄部生検はうっ血と萎縮したリンパ濾胞を伴った小腸粘膜で悪性像は認めなかった。難治性であったため入院16日目に開腹手術を行った。回盲部は手拳大程度に一塊となり、漿膜側からは悪性も否定できなかったため回盲部切除+D3郭清が施行された。病理組織診では虫垂と思われる部位には漿膜下層まで子宮内膜組織を、盲腸の粘膜下層にも子宮内膜組織を認めた。回腸末端にも粘膜下層から漿膜下層まで子宮内膜組織を認め、一部には下掘れ潰瘍を認めた。【考察】外性子宮内膜症である腸管子宮内膜症の好発部位はS状結腸や直腸であり、回盲部に発生するのは比較的稀である。今回、虫垂付着部、回腸末端に発生した子宮内膜症により回盲部狭窄をきたした一例を経験したので若干の文献的考察を踏まえて報告する。

Y2-5 炎症性腸疾患との鑑別を要した回盲部悪性リンパ腫の一例

¹滋賀医科大学 消化器内科、²同 消化器外科、³同 血液内科、⁴同 中央検査部、⁵同 栄養治療部、⁶同 光学診療部、⁷滋賀医科大学 大学院 感染応答・免疫調節部門
西野 麗子¹、馬場 重樹¹、清水 智治²、木藤 克之³、岡部 英俊⁴、佐々木 雅也⁵、齋藤 康晴⁶、安藤 朗⁷

症例は50代女性。2008年8月に下腹部痛が出現したため近医を受診。下部消化管内視鏡検査を施行され回盲部に潰瘍性病変を指摘、生検にて特異的な所見無くクローン病と診断された。プレドニン40mgと5ASA製剤、成分栄養剤にて加療され症状軽快傾向となった。2008年11月に経過観察目的の下部消化管内視鏡検査を施行され、回盲部潰瘍は治癒傾向にあることが確認された。しかし、2009年7月頃から腹痛増悪、7月中旬近医に入院となった。プレドニン40mg投与開始されたが効果不十分であり60mgに増量された。しかし症状改善せず精査加療のため8月初旬、当院へ転院となった。臨床経過や前医での内視鏡所見よりクローン病は否定的と考えられたため、シングルバルーン小腸内視鏡検査を施行。回盲部に潰瘍性病変を認め、潰瘍底と潰瘍辺縁より生検。免疫染色の結果、B cell lymphoma, large cell type in ileocolic region (CD20+, Ki-67 labeling high) と診断された。よって、8月中旬当院消化器外科にて回盲部切除術を施行。その後当院血液内科にてR-CHOPを6コース施行され、現在は寛解状態である。腸悪性リンパ腫はbulky massを形成するタイプが最も多いとされるが、この症例のようにびまん浸潤型でCTなどで腫瘍の指摘が困難なタイプも存在する。回盲部に形成されたびまん浸潤型の腸悪性リンパ腫はクローン病、腸管ペーチェット病、腸結核などとの鑑別が必要になる。特に悪性リンパ腫はステロイドが有効であり、クローン病や腸管ペーチェットなどとの鑑別が必要な場合、ステロイドの有効性が判断材料にはなり得ない。常に悪性リンパ腫などの疾患を念頭に置き、回盲部潰瘍の診断・治療を行うことが重要と考えられた。

Y2-7 Docetaxel による化学療法中に腸炎を発症した一例

¹大阪赤十字病院 消化器科、²同 病理部
越川 頼光¹、坂本 梓¹、大崎 往夫¹、金坂 卓¹、中島 潤¹、松田 史博¹、恵莊 裕嗣¹、金 秀基¹、邊見 慎一郎¹、石川 哲郎¹、波多野 貴昭¹、斎藤 澄夫¹、西川 浩樹¹、関川 昭¹、津村 剛彦¹、喜多 竜一¹、岡尾 隆典¹、岡部 純弘¹、木村 達¹、若狹 朋子²

症例は78歳男性、ホルモン不応性前立腺癌に対し、平成22年3月よりプレドニゾン10mg内服およびMonthly Docetaxel 60mg (35mg/m²)による加療中であった。初回化学療法開始後5日目より水様性下痢および下腹部痛を認め、3日間程度で軽快していた。また、菌科処置のため3月30日から3日間CFPN-PIを内服していた。その後、4月に2クール目の化学療法を同量で開始したが、投与5日目より食思低下および嘔吐あり、6日目より水様性下痢および下腹部痛が出現したため、当院に救急搬送された。来院時の血圧は78/51mmHg、心拍数158/minとショック状態であり、CTにてS状結腸の広範囲に浮腫状の壁肥厚および限局性の狭窄を認めた。来院時の白血球は4030/ μ l (好中球3200/ μ l)、CRP28.5mg/dl、LDH374IU/L、BUN74.5mg/dl、Cr3.21mg/dlであった。下痢に伴う循環血漿量減少性ショックおよび敗血症の合併と判断し、抗生剤および点滴による加療を開始した。状態が安定したため、入院10日目にTotal colonoscopyを施行した。回盲部に線状潰瘍が散発、下行結腸下部では腸管膜付着部に縦走潰瘍を認め、CT上浮腫の強かったS状結腸では輪状潰瘍、線状潰瘍、分厚い白苔を持つ潰瘍など多彩な形態の潰瘍が散在していた。一方下行結腸から下行結腸上部、直腸には異常を認めなかった。炎症性腸疾患や虚血性腸炎、感染性腸炎のいずれにも非典型的な像と考えられた。便培養およびCD toxin、便中アメーバも陰性であり、経過からDocetaxelによる薬剤関連の腸炎が疑われた。以後の経過も良好で、入院16日目に退院となった。これまでDocetaxelによる化学療法後に、好中球減少を伴わない腸炎をきたした症例が報告されている。今回Monthly Docetaxel 2クール目に多彩な形態の潰瘍を伴う腸炎を発症した一例を経験したので、若干の文献的考察を交え報告する。

Y2-6 イマチニブ投与にて long PR が得られている小腸原発 GIST 肝転移の1例

三田市民病院 外科
尾崎 貴洋、藤田 恒憲、政井 陽子、鈴木 晶子、西村 透、松本 拓、藤原 英利、和田 隆宏

イマチニブ投与にて long PR が得られている小腸原発 GIST 肝転移の1例三田市民病院 外科尾崎貴洋、藤田恒憲、政井陽子、鈴木晶子、西村 透、松本 拓、藤原英利、和田隆宏症例は51歳、女性。卵巣腫瘍疑いにて当院産婦人科入院となり、平成18年6月に子宮全摘および両側付属器摘除術、空腸部分切除術、膀胱部分切除術、大網切除術を施行。術後の病理組織診断にて空腸原発の GIST と診断された。その後、8月の腹部 CT にて多発肝転移を認めたためイマチニブ400mg/dayで投与開始したが、1週間後に両上下肢に発疹と浮腫が出現したため休薬し、イマチニブ300mg/dayに減量し投与再開すると両下肢の発疹が出現した。そのため2週投与1週休薬の間欠投与に変更したところ発疹の出現なく継続投与可能となった。投与5ヶ月後の腹部CTでは腫瘍は一部液状変性を示しPRとなり、その後もPR継続していたが、投与1年7か月後より患者の希望にてイマチニブ投与中止となった。しかし、休薬後6か月で肝転移果が著明に増大したためイマチニブ投与を再開したところ再度PRとなり、現在までPR継続している。減量間欠投与や一時的な休薬にも関わらずイマチニブ投与開始後3年4か月間の長期にわたりPRの継続している小腸原発 GIST 肝転移の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。

Y2-8 短期間のステロイド投与により発症したサイトメガロウイルス腸炎の一例

(財)田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター内科
牟田 優、山内 淳嗣、廣橋 研志郎、西川 義浩、渡辺 昌樹、佐久間 洋二郎、熊谷 奈苗、加藤 洋子、工藤 寧、小田 弥生、藤田 光一、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【緒言】CMV 腸炎は、AIDS 患者や移植後で免疫抑制剤内服患者でしばしば問題となる。また、近年潰瘍性大腸炎 (UC) の増悪因子の一つとしても注目されている。【症例】患者は78歳女性。肺癌術後で喘息の既往あり。2010年4月2日より喘息発作にて呼吸器センターに入院し、ステロイドミニバルス療法を受けた。4月7日よりプレドニゾン5mg/日の内服を開始し軽快退院となった。しかし、退院日より腹痛・下痢が出現し4月11日に、炎症値の上昇と下痢で緊急入院となった。絶食、補液、第2世代抗生剤投与にて治療を開始したが、1000ml/day以上の水様性下痢と強い腹痛が持続した。第4病日にはCRP:37mg/dlまで上昇し、汎腹膜炎を呈したため、第4世代の抗生剤に変更したが改善しなかった。CD陰性で、便培養では有意な菌を認めなかった。第10病日のsigmoidoscopyでは、S状結腸に黄白色の白苔を伴う潰瘍を広範囲に認め、病理組織診では悪性所見なく collagenous colitis や偽膜性腸炎の所見は認めなかった。血清 pp65抗原 (C7-HRP) は陰性だったが、大腸粘膜組織のCMV-PCRは陽性となり、抗生剤投与を中止し、CMV 腸炎を疑いガンシクロビル1000mg/dayを開始した。腹痛は改善し、排便量も減少し、第27病日のsigmoidoscopyでは膿性粘液は消失し、第腸粘膜も治癒傾向にあった。その後消化器症状再燃なく軽快退院となり、CMV 腸炎と最終診断した。【考察】本症例では、従来法であるCMV 血清抗原及び免疫染色では検出できず、CMV-PCRによってのみ検出した。また、UC患者でCMV 腸炎が問題となるのは、ステロイド依存性で、長期投与されている場合が多い。今回、ステロイド投与期間は計8日間と短期間にもかかわらず、重篤なサイトメガロウイルス腸炎の一例を経験したので若干の文献的考察を交え報告する。

Y2-9 当院で緊急手術が必要とされた潰瘍性大腸炎5例の検討

¹ 西神戸医療センター 消化器科、² 同 病理科、³ 同 外科
後藤 規弘¹、佐々木 綾香¹、津田 朋広¹、岡部 誠¹、松森 友昭¹、
安達 神奈¹、島田 友香里¹、林 幹人¹、多田 真輔¹、井谷 智尚¹、
三村 純¹、橋本 公夫²、京極 高久³

【背景と目的】潰瘍性大腸炎において約30%程度の患者に外科的治療が行われるとの報告がある。緩解期に手術を施行するのが理想的ではあるが、ステロイド抵抗性の症例では緊急手術が避けられない症例も少なくはない。当院においてステロイド強力静注療法を行うも治療抵抗性で、緊急手術が必要とされた症例について検討を行う。【対象】1994年8月～2010年5月に当院において緊急手術を必要とした潰瘍性大腸炎5症例（男4例、女1例、年齢21～63歳（中央値40.8歳））を対象としてretrospectiveに検討を行った。【結果】5例全てが全結腸炎型であり、4例が初回発作型、1例が再燃緩解型であった。入院時の重症度判定では重症3例、中等症2例であり、内視鏡所見はいずれもMatts grade 4であった。いずれもステロイド強力静注療法（PSL60～80mg/日）、5-ASA 製剤投与（2250mg～4000mg/日）、広域スペクトラムの抗生剤投与、絶食下でのTPNが行われており、3例において血球成分除去療法（G-CAP）が、2例においてステロイド動注療法が施行されていた。免疫調整剤は併用されていなかった。緊急手術となった原因としては大腸穿孔2例、出血性ショック3例であり、ステロイド強力静注療法開始から緊急手術までの期間は7～27日であった。術式は、一期手術として大腸全摘、直腸空置、回腸ストーマ造設術が施行され、後日、待機的にストーマの閉鎖が行われた。術前のCMV アンチゲネミアはいずれも陰性で、手術標準の病理組織からも封入体などのCMV感染を示唆する所見は認めなかった。いずれの症例も術後の経過は良好で、外来にて経過観察中である。【結語】ステロイド抵抗性で緊急手術が必要とされた潰瘍性大腸炎の症例について検討し、文献的考察を加えて報告する。

Y3-1 乾癬に対するシクロスポリンによって発症したde novo B型肝炎の一例および当院でのB型肝炎の再活性化への対策の現状

田附興風会 北野病院 消化器センター内科
西川 義浩、廣橋 研志郎、牟田 優、佐久間 洋二郎、渡辺 昌樹、
熊谷 奈苗、小田 弥生、加藤 洋子、工藤 寧、藤田 光一、
山内 淳嗣、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、
福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【背景・目的】近年、化学療法、免疫療法や移植療法の進歩に伴い、B型肝炎の再活性化が問題となっており、2009年に厚生労働省研究班より対策ガイドラインが提唱され、認識が高まっている。今回乾癬に対するシクロスポリンによって発症したde novo B型肝炎の一例を経験した。症例を提示するとともに、当院におけるde novo B型肝炎のハイリスクグループに対してどの程度検査が行われているのか、現状の把握を行った。【症例】60歳代男性、尋常性乾癬に対し、4年前よりシクロスポリンを内服中であった。肝障害（AST/ALT:428/386 U/L）を認めたため、薬剤性肝障害が疑われ、当科受診となった。HBs抗原陽性、HBs抗体陰性、HBc抗原陰性、HBc抗体陽性、Ig-M HBc抗体陰性、HBc抗体陽性であること、内服が開始された4年前にはHBs抗原陰性であったことより、B型肝炎の既感染からの再活性化（de novo B型肝炎）と診断し、エンテカビルによる治療を開始した。AST/ALTはピークで1851/2061 U/Lに、T-Bilは9.4 mg/dLまで上昇したがその後改善し、劇症化を免れた。【対象】2009年1月から2010年4月までに当院で免疫抑制剤、抗TNF- α 製剤および一部の抗癌剤が処方された患者を対象とした。【結果】対象患者735人中、ガイドライン通り、HBs抗原、HBs抗体、HBc抗体を測定されているのは、105人14.3%にすぎなかった。HBs抗原を検査されていない症例も187人25.4%存在した。HBs抗原陽性は5/548人0.9%、HBs抗体and/or HBc抗体陽性は74人であったが、HBV-DNAをチェックされているのは45人であった。【考察】消化器内科において、B型肝炎の再活性化に対する認識が高まっているが、他科においても広まっているとは言えず、ガイドラインどおりに行われている症例はかなり少ないものであった。HBs抗体、HBc抗体に対して一部保険適応がないという問題も存在するが、再活性化に対する認識が低く、啓発を行う必要があると考えられる。

Y2-10 腸重積をきたした脂肪腫の2例

西神戸医療センター 消化器科
安達 神奈、津田 朋広、佐々木 綾香、後藤 規弘、松森 友昭、
岡部 誠、島田 友香里、林 幹人、多田 真輔、井谷 智尚、
三村 純

【症例1】60歳代 男性【主訴】下腹部痛、血便【既往歴】大腸憩室症、不整脈【現病歴】来院2ヶ月前からの間歇的な腹痛、血便あり他院にて腸管囊胞様気腫症と診断され対症療法されるも改善しないため紹介受診となった。【経過】下部消化管内視鏡検査にて横行結腸に有茎性の粘膜下腫瘍とその基部に潰瘍を認めた。腹部造影CTでは先進部は下行結腸にあり造影されない径6cm大のfat densityの腫瘍として認めた。EUS目的の内視鏡検査の際に先進部はS状結腸にあり、茎部がかなり伸展していることから脱落による出血の恐れがあったため内視鏡的切除術を施行した。病理結果は脂肪腫であった。【症例2】50歳代 男性【主訴】下腹部痛、下痢【既往歴】痔核【現病歴】来院3週間前からの間歇的な腹痛と下痢あり市販薬にても改善しないため外来受診となった。【経過】下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に頂部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認め、その基部は小腸粘膜に覆われていた。腹部造影CTにて上行結腸の腸重積を認め、重積部分の大腸壁の浮腫性肥厚を認めた。先進部は横行結腸にあり径8cmの造影されないfat densityの腫瘍を認めた。注腸造影検査では検査開始時に先進部は肝弯曲にあったが検査の進行に伴い先進部は上行結腸へと整復された。先進部の腫瘍は辺縁平滑な隆起性病変として描出された。腹部MRI検査ではT1及びT2強調画像にて高信号、脂肪抑制画像にて低信号の腫瘍として描出された。上記結果より脂肪腫による腸重積と診断し腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。病理結果は脂肪腫であった。【考察】脂肪腫による腸重積をきたした2例を経験した。脂肪腫は良性腫瘍であるが重積症状があれば治療対象となり、治療は外科的切除が原則と考えられる。脂肪腫について文献的考察を加えて報告する。

Y3-2 抗TNF- α 製剤使用中に発症したde novo B型劇症肝炎の一例

¹ 神戸市立医療センター中央市民病院、² 神戸市立医療センター中央市民病院 臨床病理課
松本 知訓¹、杉之下 与志樹¹、増尾 謙志¹、岡本 佳子¹、
福島 政司¹、和田 将弥¹、占野 尚人¹、井上 聡子¹、木本 直哉¹、
藤田 幹夫¹、岡田 明彦¹、河南 智晴¹、猪熊 哲朗¹、
今井 幸弘²

症例は71歳女性。慢性関節リウマチに対し2007年4月より近医でメトトレキサート10mg/週、プレドニゾロン2.5mg/日及び8週毎にインフリキシマブ200mgの点滴にて加療されていたが、効果不十分として、2008年8月からはインフリキシマブをアダリムマブ40mgの2週毎の皮下注に変更し、免疫抑制療法を受けていた。また本症例はHBV感染について、HBsAgの低力価陽性を以前に指摘されたことがあったが、上記免疫抑制療法を開始時はHBsAgは陰性化しており、HBV既感染者であった。2008年12月より軽度の肝機能障害（ALT 47IU）を認め、2009年7月には急にALT 361IUと著明な上昇を認めた。薬剤性肝障害の可能性を考えアダリムマブを中止し経過観察されていたが、その後肝機能障害は急速に悪化したため、ALTの急増後約2週間後に当院を紹介受診となった。当院受診時はALT 645IU、T-bil 14.9mg/dl、PT 20.0%と肝炎は劇症化しており、また、HBsAgの強陽性を認めた。経過及び精査の結果、HBV既感染からの再活性化によるde novo B型肝炎と診断した。入院後、血漿交換・血液濾過透析・IFN- β ・核酸アナログ製剤など集学的治療を行ったが、肝不全及び敗血症の合併により入院後8日目に死亡した。剖検では、肝は250gと著明に萎縮していた。本症例は低容量のプレドニゾロン・メトトレキサートの併用はあるものの、経過から、抗TNF- α 製剤であるアダリムマブが主な契機となって発症したde novo B型肝炎の一例と考えられた。過去に抗TNF- α 製剤により発症したde novo B型肝炎は世界で2例しか報告がなく、極めて貴重な症例と考えられたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

Y3-3 妊娠中に増悪したB型慢性肝炎の一例

¹ 市立枚方市民病院、² 大阪医科大学

尾崎 晴彦¹、藤原 新也¹、奥田 篤¹、坂中 太輔¹、中平 博子¹、
扇谷 大輔¹、阿部 洋介¹、本合 泰¹、樋口 和秀²

症例は20歳代女性。主訴は全身倦怠感。2008年3月、第1子分娩。妊娠時検査でHBs抗原の陽性を初めて指摘された。妊娠中肝酵素は正常範囲内であったが、出産後肝酵素上昇(Max AST 418 IU/L、ALT 552 IU/L)を認めたが自然軽快した。2009年11月に第2子妊娠、2010年1月の妊婦検診(妊娠12週)で肝酵素上昇(AST 366 IU/L、ALT 498 IU/L)を指摘され、当院消化器内科を紹介受診した。血液検査ではHBsAg陽性、HBsAb陰性、HBeAg陽性、HBeAb陰性、HBV-DNA定量<9.0log copy/ml、HBV-DNA genotype C、HBV pre coreは混合型、HBV core promoterは野生型であった。薬剤やサプリメント服用、アルコールの摂取は無かった。また、HCV、EBV、CMVは原因と考えられなかった。外来にて経過観察していたが、2010年3月の血液検査でAST 915 IU/L、ALT 709 IU/L、T.Bil 2.16 mg/dl、PT 84.6%と肝機能低下を認めたため、加療目的で緊急入院となった。入院後、安静にて経過観察していたが、入院第3病日(妊娠19週)の血液検査にてAST 1426 IU/L、ALT 910 IU/L、T.Bil 3.69 mg/dlとさらなる肝酵素上昇を認めたため、十分なinformed consentのもとlamivudine(LAM)内服を開始した。その後も肝機能は低下し(AST 1892 IU/L、ALT 250 IU/L、T.Bil 5.25 mg/dl、PT 57.2%)、第6病日よりステロイドパルス療法とIFN- β の併用療法を開始した。同時に補助療法としてH2RAを併用した。血液検査にて肝酵素・止血機能の改善を確認しつつ、ステロイドを漸減した。第20病日の血液検査ではAST 26 IU/L、ALT 28 IU/L、T.Bil 1.24 mg/dl、PT100%と正常範囲となったためステロイドとIFN- β の投与を中止し、第28病日に軽快退院となった。現在外来でLAM投与を継続し、肝酵素と止血機能は正常でHBV-DNA定量も低下傾向を示している。出産後薬剤をentecavirに変更して、IFNとのsequential therapyをおこない、抗ウイルス剤の中止を期待している。今回われわれは、妊娠中に増悪したB型慢性肝炎の一例を経験した。妊娠中は免疫寛容状態であり、B型慢性肝炎は軽快傾向となるのが一般的であるが、増悪した症例を経験したので報告する。

Y3-5 アルコール多飲歴を有する男性に認めた自己免疫性肝炎の1例

大阪医科大学附属病院 消化器内科

中村 憲、福井 秀雄、中 悠、山口 敏史、横濱 桂介、
福西 新弥、津田 泰宏、宮地 克彦、福田 彰、樋口 和秀

60歳代 男性、2010年1月頃から発熱、全身倦怠感を自覚し近医を受診。血液検査にて急性肝炎と診断され、1月19日当科紹介受診。AST 1183 IU/L、ALT 1386 IU/L、T-Bil 12.6 mg/dl PT 62%と高度の肝障害を認め、CTにて腹水貯留と脂肪肝を認めたため入院となった。数週間前に多量の飲酒歴があり、飲酒による肝障害を疑い安静・加療を行うも改善を認めなかった。そのため、その他原因精査するも診断に至らず(HAV(-) HBs Ag(-) IgM-HBc Ab(-) HCV(-) 抗核抗体:×80 EBV(-) CMV(-) 抗ミトコンドリアM2抗体(-) IgG2214 mg/dl ↑ IgM51 mg/dl IgA332 mg/dl)、各種肝庇護療法を開始した。しかし当初は治療の反応性は乏しく、肝障害が持続していた。その後、緩徐に肝酵素の低下を認め、腹水も改善したため肝生検を施行し退院となった。退院後、禁酒状態でAST 272 IU/L、ALT 218 IU/L、T-Bil 4.0 mg/dl PT 56%と肝酵素の上昇を認めたため再入院。生検結果でinterface hepatitisの所見が得られたことから、前入院についてはAIHの診断基準を再検討したところ、93年国際診断基準では9点だったが、08年簡易型国際診断基準では7点と確定であった。このためAIHの増悪と考え、ステロイドを導入した。その後、肝酵素は低下しPSL維持量まで漸減、外来で経過観察となった。【考察・結語】AIHは発生機序が不明のため、原因に基づいた診断ができない疾患である。従って、他の肝疾患の除外をもとに、自己抗体や肝病理組織などの検索を行うことが重要とされる。しかし現在の診断基準で、本症例のような飲酒歴のある、男性患者などでは臨床所見からのAIH診断は困難なことがある。93年のAIHの診断基準では診断がつかず、08年の新国際診断基準にて確定診断が得られたアルコール多飲歴を有する男性に認めたAIHの1例を経験したので報告する。

Y3-4 経過中に非外傷性脾破裂が疑われた伝染性単核球症の1例

大阪医科大学附属病院 消化器内科

横濱 桂介、津田 泰宏、中 悠、中村 憲、山口 敏史、
福西 新弥、福井 秀雄、宮地 克彦、福田 彰、樋口 和秀

症例は17歳、男性。平成21年8月上旬より感冒様症状、左側腹部痛が出現し近医受診。扁桃周囲膿瘍と診断されたが、その際に肝脾腫と肝機能障害を指摘され、当院紹介受診。外来にて経過観察を行なうも肝機能障害、左側腹部痛が遷延するため、精査加療目的にて入院となる。入院時、37.5℃の発熱、咽頭痛、頸部リンパ節腫脹、左側腹部痛を認めた。血液検査にて、AST 338U/L、ALT 416U/L、LDH 1063U/L、 $134 \times 10^3/\mu\text{l}$ 、異型リンパ球の出現(26.5%)、EB抗VCA-IgM抗体40倍と高値であり、画像検査では腹部エコー、腹部CTにて著明な肝脾腫を認めた。伝染性単核球症(IM)と診断し、入院後は安静等の保存的治療にて血液データは改善を認め、臨床症状も一時改善を認めた。しかし第10病日頃より左側腹部痛の再燃と肝・胆道系酵素の再上昇を認め、腹部CTにて脾臓に楔状の低吸収域が出現、腹部MRIではT2強調像で脾実質内に楔状の高信号域と辺縁に低信号域を、T1強調像では高信号領域を呈していた。また同部位は拡散強調像にて著明な高信号を呈したため、脾破裂・被膜下出血などが疑われた。画像上、腹腔内への出血を認めなかったこと、貧血の進行を認めることなく、全身状態が安定していたことより、保存的治療で経過観察を行なった。経過中、腹痛等の症状増悪なく、また画像上も出血巣の拡大を認めず、経過良好にて第35病日軽快退院となった。IMは一般的には保存的加療にて軽快する予後良好な疾患であるが、稀に血球貪食症候群、Guillain-Barre症候群、髄膜炎、脳炎等を合併する。IMに伴う脾破裂の発生率はIM患者の0.1~0.5%と報告されており、非常に稀であるが、発生すれば生死に関わる場合がある。本例のようにIMに著明な脾腫大を合併している場合、脾破裂も念頭に置いた経過観察が必要であることを経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

Y3-6 C型慢性肝炎に対しIFN治療を施行しSVRとなり、12年後に肝細胞癌が生じた一例

¹ 市立池田病院 消化器内科、² 同 外科

牧野 祐紀¹、井倉 技¹、福田 和人¹、澤井 良之¹、小来田 幸世¹、
中松 大¹、岩崎 哲也¹、土本 雄亮¹、水本 塁¹、大濱 日出子¹、
宇都宮 大輔¹、松本 康史¹、中原 征則¹、厨子 慎一郎¹、
今井 康陽¹、黒川 正典¹、森本 修邦²

C型慢性肝炎に対するIFN後に著効が得られても肝細胞癌を発症する例が散見される。著効後の発癌のリスクファクターは、高齢、男性、線維化進展例とされている。今回我々はIFN治療時58歳で線維化もF1と軽度でも12年後に発症した症例を経験したので報告する。症例は71歳男性。1997年58歳時C型慢性肝炎と診断され、IFN- β 24週間投与にてSVRとなった。以後もHCV-RNAは持続陰性で、肝細胞癌のスクリーニングのため年1回腹部エコーを施行していたが、2009年4月腹部エコーにて肝S7に ϕ 12mm大のlow echoic noduleを認めた。同部位は造影CTでは早期濃染は認めなかったが、後期相でwash outを認めた。同年6月3日のEOB-MRIでは ϕ 16mmと増大し、動脈相で一部に淡く濃染され、肝細胞相で低信号を呈し肝細胞癌と診断しRFA予定にて入院となった。6月24日のRFA施行時には同病変は腹部エコーにて ϕ 27mm大とさらに増大しており、ソナゾイド造影エコーでは多結節融合型が疑われたため、RFAは中止して当院外科に紹介し、同年7月28日肝S7亜区域切除術を施行した。切除標本では腫瘍径 $27 \times 16\text{mm}$ 、多結節融合型肝細胞癌であった。現存のところ無再発生存中である。C型慢性肝炎に対するIFN後の著効例にも肝細胞癌の発症することがあるが、10年以上経過してから発症した症例は比較的稀である。本症例はHBeAb陰性で、飲酒歴はなく、F0と線維化も認めず、NASH発癌も否定的であった。SVR後長期間経過しても発癌の可能性があり、定期的な経過観察が必要であると考えられた。

Y3-7 SVR 後 16 年経過して発症した肝細胞癌の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科

津久田 諭、吉田 勝紀、松崎 恒一、村田 美樹、池田 耕造、井口 亮輔、川村 梨那子、山口 隆志、池宗 真一、宮坂 将光、谷村 雄志、関 寿人、岡崎 和一

はじめに：IFN 治療を行い SVR となった慢性 C 型肝炎患者では肝炎が沈静化することから肝細胞癌（HCC）の発症を抑制することが報告されている。しかしながら、最近では SVR 後も肝細胞癌が発症したとの報告も散見される。今回我々は、SVR 後 16 年もの歳月を経過して肝発癌を認めた症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例：77 歳男性。1992 年に C 型肝炎変症（A3F4）のためインターフェロン治療を施行して SVR となった。以降、定期的な採血と腹部エコーにてフォローアップされていた。2010 年 4 月の腹部エコーにて肝腫瘍を指摘され上腹部 dynamic CT にて肝細胞癌と診断した。考察：SVR 後の肝発癌の危険因子として高齢、男性、アルコール、IFN 前の線維化進展例（F3, F4）が挙げられている。本症例は高齢男性で IFN 前の肝組織検査では F4 で今回の発癌時の肝生検でも F3 であることから SVR 後も高発癌状態が持続していたものと考えられた。C 型肝炎変症の患者では、SVR 後 10 年を超えても発癌の危険性があるため、慎重な経過観察が必要であると思われる。

Y3-9 B 型慢性肝炎関連連肝癌の初回根治治療後における核酸アナログ投与の意義—全生存期間・累積再発率の検討

大阪赤十字病院 消化器科

大塚 義、大崎 往夫、赤穂 宗一郎、越川 頼光、竹田 治彦、金坂 卓、中島 潤、松田 史博、恵莊 裕嗣、金 秀基、坂本 梓、邊見 慎一郎、石川 哲郎、齋藤 澄夫、西川 浩樹、喜多 竜一、木村 達

【目的】B 型慢性肝炎関連連肝細胞癌根治後の核酸アナログ（以後 NA）投与の有無における全生存期間、累積再発率に与える影響について検討する。【対象・方法】1992 年以降に手術もしくは RFA にて根治治療ができたと考えられる 5cm 以下単発もしくは 3cm 以下 3 個以下の肝細胞癌症例で、HBsAg 陽性かつ HCV 抗体陰性であった 72 例（男性 57 例、女性 15 例、年齢中央値 58 歳）を対象とした。NA 治療の有無により 2 群にわけて（1）全生存期間、（2）累積再発率について Kaplan-Meier 法および Log-rank 検定および Cox 比例ハザード分析を用い retrospective に検討した。【結果・考察】検討（1）：初回治療後より初回他部位再発までの期間に NA を投与している 37 例を投与群とし、非投与群 29 例（非投与群 35 例のうち再発後から投与を開始した 6 例を除く）との全生存期間について検討した。全症例の観察期間平均値は 57.6 ± 34.8 カ月であった。単変量解析では HBeAg+ と血清アルブミン値と NA 投与と Child スコアが全生存に影響を与える有意な因子であった（ $p < 0.05$ ）が、多変量解析では HBeAg+（HR 5.02）と NA 投与（HR 0.164）が有意な因子であった。検討（2）：NA 投与群 37 例と非投与群 35 例について累積再発率を検討した。単変量解析では Child スコアと腫瘍個数と HBeAg+ と CP 変異と血清アルブミン値が再発に影響を与える有意な因子であり（ $p < 0.05$ ）、多変量解析では腫瘍個数（HR 3.77）と PC 変異（HR 0.137）が有意な因子であった。また、非投与群における 3 年以内の年率再発率（21.5%）と 3 年以後の再発率（6.9%）では、傾斜が異なり、3 年以降では de novo 発癌を見ているものと考えられるため 3 年間無再発であった 29 例について再度再発率を検討したところ、有意差は得られなかった（ $p=0.174$ ）が、核酸アナログ投与群において非投与群より再発率が低い傾向が見られた。今後の検討で長期的な経過では再発を抑える可能性も期待される。【結語】B 型肝炎関連連肝細胞癌根治後以降の NA 投与は、（1）全生存期間を有意に延長する。（2）他部位再発は短期的な再発抑制は得られないが、長期的な再発抑制は期待される。

Y3-8 肝細胞癌加療中に胸膜播種をきたした一例

済生会吹田病院 消化器内科

大矢 寛久、島 俊一、西脇 聖剛、堀元 隆二、加藤 隆介、天野 一郎、関 耕次郎、北村 泰明、橋本 宏明、榎村 敦詩、松本 美加、天方 義郎、松本 淳子、田中 いずみ、澤井 直樹、水野 智恵美、水野 雅之、岡上 武

症例は 78 歳女性 143cm 48kg。肝硬変（HCV）にて当院通院中。2001 年に肝 S6/7 に 25mm の肝細胞癌（HCC）を発症し肝動脈塞栓術（TAE）、経皮的マイクロ波凝固療法（PMCT）にて CR（著効）となり、引き続きインターフェロン治療を行い SVR が得られていた。2008 年 10 月、肝 S7 に 40mm の SOL を認め、各種画像検査にて HCC の再発が疑われた。単発で肝予備能も保たれており、2008 年 12 月に肝後区域切除術、胆嚢摘出術を施行した。多結節癌合型 St-P 4cm H1 Ig Fc（-）Fc-Inf（+）Sf（+）S0 N0 Vv0 Vp0 Va0 B0 P0 SM（+）LC F4 T2 Stage II N0 M0 治癒度 B であった。その後も S6 に再発を来した TAE、ラジオ波焼灼療法（RFA）、経皮的エタノール注入療法（PEIT）にて腫瘍のコントロールを続けた。2009 年 11 月に右胸水が増加し、MRI、CT にて右胸壁に造影効果のある結節を複数認めた。画像上肝内に HCC の再発所見は認めなかった。血液検査では AFP 3.5ng/ml と正常範囲内であったが、PIVKA-2 は 50mAU/ml と軽度上昇を認めた。胸水の性状は血性で、LDH 268IU/L、細胞数 $1050/\mu\text{l}$ （好中球 30%、リンパ球 25.3%、マクロファージ 31.3%、好酸球 13.4%）、アデノシンデアミナーゼ 24.8IU/L、ヒアルロン酸 4700ng/ml、AFP2.5ng/ml、PIVKA-2 39mAU/ml、細胞診や細菌培養検査は陰性であった。超音波ガイド下に胸膜の結節に対し腫瘍生検を行い中分化型の HCC を認め、2008 年の手術標本と同所見であった。HCC の胸膜播種と診断し low dose FP 療法（CDDP 10mg、5-FU 500mg）の全身投与を計 10 回施行した。胸水はわずかに減少したが PIVKA-2 は 118mAU/ml と上昇しており、貧血、血小板減少、腎機能悪化が出現したため low dose FP 療法は終了した。12 月半ばよりソラフェニブの少量投与を開始したが、倦怠感増強したため 2010 年 4 月に中止。その後、緩和療法の方針となったが肝性脳症を繰り返し肝不全増悪のため 5 月に死亡された。HCC における胸膜転移の頻度は 0.9-4.0% とまれであり、本邦での報告例も少ない。今回は病理学的に胸膜転移を証明できた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。

Y3-10 C 型慢性肝炎の経過中に発症した肝原発悪性リンパ腫の一例

大阪医科大学附属病院 消化器内科

山口 敏史、津田 泰宏、中村 憲、中 悠、横濱 桂介、福西 新弥、福井 秀雄、宮地 克彦、福田 彰、樋口 和秀

【症例】50 歳男性。2004 年に HCV 陽性指摘され近医にて IFN 治療を導入されたが、転動のため自己中断し採血 follow のみされていた。2009 年 2 月健診の腹部エコー検査にて肝 S7 に 56mm × 55mm 大の腫瘍様陰影を指摘され精査加療目的で当科入院となった。入院時、T-Bil 0.7mg/dl、AST 22U/L、ALT 25U/L、LDH 351U/L、ALP 295U/L、AFP 4.1ng/ml、PIVKA-II 27 mAU/ml、CEA 3.1ng/ml、CA-19-9U/ml。ダイナミック CT では単純で肝 S7 に 6cm 大の低吸収域を示す腫瘍を認め、造影早期で周囲のみ造影、後期で低吸収域を示し、また APshunt があり、内部脈管走行が認められた。EOBMRI では T1 low、T2 high intensity で肝細胞相で欠損を認め、拡散強調画像で strong positive であった。腹部血管造影では古典的な肝細胞癌の造影パターンは示さず、CTAP で欠損し、CTA で周囲のみの造影を認めた。腫瘍は単発であり急速に増大傾向を示したため肝切除術が施行された。術後の病理診断では、diffuse large B cell lymphoma の診断であった。その後化学療法（R-CHOP）施行され現在無再発生存中である。【考察と結語】肝原発悪性リンパ腫は節外性悪性リンパ腫の約 0.41% であり、肝原発悪性腫瘍の 0.07% と非常にまれな疾患であるとされる。特徴としては疫学的には男性に比較的多く、nodular type と diffuse type、T 細胞性と B 細胞性に分類されるが、報告されている大部分は diffuse large B cell type である。今回我々は C 型慢性肝炎の経過中に無症状で発見され、急速に増大した肝原発悪性リンパ腫の一切除例を経験したので若干の考察を加え報告する。

Y4-1 B-RTO による脾腎シャント閉鎖により肝性脳症および肝機能の改善がえられた猪瀬型肝性脳症の1例

¹ 関西医科大学 消化器肝臓内科、² 同 放射線科

谷村 雄志¹、是枝 ちづ¹、鉢峯 大作¹、朝山 俊樹¹、津久田 論¹、池宗 真美¹、宮坂 将光¹、松崎 恒一¹、西尾 彰功¹、関 寿人¹、岡崎 和一¹、米虫 敦²、沢田 敏²

B-RTO による脾腎シャント閉鎖術により肝性脳症および肝機能の改善がえられた猪瀬型肝性脳症の1例を経験したので報告する。症例は76歳男性。66歳時胃静脈瘤にてB-RTOによる胃腎シャント閉塞術施行の既往歴がある。以後2回食道静脈瘤のEISで入院、2007年5月S5/6HCCでPRFA/PEIT施行。以後経過観察中であったが徐々に高アンモニア血症のコントロールができなくなり2007年11月肝性脳症で入院。分岐鎖アミノ酸製剤、ラクツロース投与により保存的療法を施行されていたがその後反復性に脳症がみとめられた。2008年2月多発HCCに対しTAI、2009年5月TAI、PEIT。2010年1月高アンモニア血症コントロールを目標にB-RTOを施行し、脾腎シャント閉鎖は成功した。術後アンモニアは正常化しアシアロシンは改善しImaging Gradeは4から3となった。HCCの治療が可能となり4月6日TACEを施行した。血管造影で門脈血流は求肝性であった。術後6ヶ月脳症の再発はみとめていない。本例はB-RTOにより反復性肝性脳症が改善しHCC治療が可能となった症例である。

Y4-3 肝膿瘍を合併した巨大肝嚢胞の1例

¹ 奈良県立奈良病院 消化器内科、² 同 放射線科

澤田 保彦¹、関 建一郎¹、佐藤 芳樹¹、橋本 耕二¹、前川 泰寛¹、松尾 英城¹、中谷 敏也¹、菊池 英亮¹、井上 正義²、吉岡 哲也²

【はじめに】肝嚢胞は頻度の高い疾患であるが、大部分は無症状で経過し臨床問題となることは少ない。今回我々は、肝膿瘍を合併した巨大肝嚢胞の1例を経験したので報告する。【症例】61歳、女性。2010年1月25日から39度の発熱と右季肋部痛が出現し持続するため、2010年1月28日近医を受診した。抗生剤を処方され帰宅したが、症状の改善がみられず、翌日近医を再診した。腹部超音波検査・腹部単純CTで肝膿瘍が疑われ、当院を紹介受診した。腹部造影CTを施行したところ、全肝に大小多数の嚢胞を認めた。最大径のものは12cm大であり、肝門部で胆管を圧排し肝内胆管末梢側は拡張していた。またS4に3cm大の肝膿瘍がみられた。血液検査では著明な炎症反応（CRP 22.63mg/dL）と胆道系酵素上昇を伴う肝機能異常（T.BiL 1.34mg/dL、AST 54IU/L、ALT 55IU/L、ALP 575IU/L、γ-GTP 213IU/L、LAP 103IU/L）がみられた。肝膿瘍形成に巨大嚢胞が関与していると考えられたため、入院後、肝嚢胞に対し穿刺排液後エタノール固定し、さらに肝膿瘍のドレナージを行った。嚢胞内容液は膿性でなく嚢胞感染は否定的であった。膿瘍のドレナージ液からはKlebsiella Pneumoniaeが検出された。その後、抗生剤を投与し、発熱、炎症反応、肝機能異常は改善し2010年2月23日退院となった。現在、肝膿瘍は消失し、肝嚢胞は縮小傾向にあり外来経過観察中である。【結語】本例では胆管が肝嚢胞に圧排され胆汁が停滞し、胆道感染を介して肝膿瘍が形成された可能性が示唆された。巨大肝嚢胞症例において発熱・腹痛が出現した際には、肝膿瘍の可能性を念頭におく必要がある。

Y4-2 経皮的ラジオ波焼灼術後 popping が原因と考えられた肝被膜下血腫の2例

明和病院 外科

栗本 亜美、相原 司、前田 晃宏、別府 直仁、岡本 亮、平田 淳一、飯田 洋也、吉江 秀範、生田 真一、安井 智明、柳 秀憲、光信 正夫、山中 若樹

【はじめに】cool-tipを用いた経皮的ラジオ波焼灼術（P-RFA）はpopping現象により出血や播種等の合併症の危険性が指摘されているが実際の報告例は少ない。今回転移性肝癌に対し、P-RFA施行後poppingが原因と考えられた肝被膜下血腫の2例を経験したので報告する。【症例1】50代女性。閉塞性横行結腸癌、転移性肝癌の診断にて右半結腸切除術と肝S4部分切除術を施行後、4ヶ月で肝S4表層に12mmの腫瘍とS8表層にφ14mmの肝転移再発を認めた。本人の希望でP-RFA施行し、cool-tip 2cm針を用い、各々の結節に8分間（5回break）、8分10秒間（5回break）通電を行い、その過程でpoppingを確認した。術後持続する腹痛と貧血を認め、腹部CTを施行。肝両葉に広範囲に被膜下血腫を認め、2か所の裂隙を介して焼灼部と連続していた。感染の兆候と貧血の進行は認めず保存的に経過観察とし、第15病日に退院となった。【症例2】70代男性。S状結腸癌に対してS状結腸切除術を施行。術後13年で転移性肺癌に対し肺部分切除術を施行。その1年後、腹部CTにて肝S6に転移性肝癌を認め本人の希望でP-RFA目的で入院。肝S6にφ23.5mmの腫瘍があり、cool-tip 3cm針を用いてP-RFAを施行。術後の評価CTで効果不十分と診断し5日後にcool-tip 2cm針を使用して再度P-RFAを行った（6分50秒間 5回break、開始4分でpoppingを確認）。翌日の採血にてRBC/Hb 228万/6.7と高度な貧血を認め、腹腔内出血を疑い腹部CTを施行。右葉を中心として肝両葉に被膜下血腫を認め、これが裂隙を介して焼灼部と連続していた。貧血が高度であったためRCCの輸血を行った。その後貧血の増悪と感染の兆候もなく術後16日目に退院となった。【まとめ】転移性肝癌では正常肝であり、実質部分が軟らかく、肝表面に近い結節をPRFA施行するとpoppingにより肝実質が破裂し被膜下血腫等の合併症を引き起こす可能性がある。このような表在性の結節をPRFAする際はpoppingを回避するような焼灼方法が安全である。

Y4-4 アメーバ性肝膿瘍の4例

大阪府立急性期・総合医療センター 消化器内科

田畑 優貴、竹田 晃、石井 修二、野崎 泰俊、高田 良司、齋藤 義修、藤永 哲治、原田 直毅、西山 範、入江 孝延、鈴木 貴弘、春名 能通、井上 敦雄

【背景・目的】肝膿瘍の原因として赤痢アメーバは重要である。アメーバ性肝膿瘍は肝右葉に孤立性に存在することが多いという画像的特徴は示すが他の病原菌による肝膿瘍との鑑別は困難である。また下痢や粘血便といった腸管症状を呈する症例は約50%とされており、臨床的には原発性肝膿瘍として発症する。そこで2008年1月に降に当院で経験したアメーバ性肝膿瘍4例について、患者背景、診断、治療、経過について検討したので報告する。【結果】患者背景：全例男性で、20歳代2人、60歳代、70歳代各1人。同性愛者は1名。血清HIV抗体は全例で陰性であった。1例でアメーバ性大腸炎の既往を認めた。肝膿瘍は全例肝右葉に存在し、3例が単発性であった。血清アメーバ抗体値は陽性（800倍）1例、擬陽性2例、陰性1例であったが、陽性以外の3例ともベア血清は陽性であった。腸管症状の有無に関わらず、全例で内視鏡的にアメーバ性大腸炎を認めた。治療は全例メトロニダゾールの投与にて速やかに発熱などの臨床症状および炎症所見は改善し、治癒した。【考察】アメーバ性肝膿瘍は特異的な症状に乏しくメトロニダゾールに投与により速やかに治癒するが、診断に苦慮するし診断治療が遅れる可能性もある。文献的考察を加えて報告する。

Y4-5 自己免疫性肝炎劇症化救命後に出現した右肋骨骨融解性腫瘍の1例

¹岸和田徳洲会病院 内科、²同 消化器内科

直木 陽子¹、田中 寛人²、薬師寺 泰臣¹、馬場 慎一²、
古賀 風太²、長谷川 晶子²、滝原 浩守²、木村 恵梨²、
井上 太郎²、新田 康晴¹、植田 智恵²、高松 正剛²、
尾野 亘²

症例は77歳女性。平成21年5月中旬より全身倦怠感を自覚、6月中旬より全身倦怠感の増悪と褐色尿をみとめ、前医を受診したところ、血液検査で肝胆道系酵素の上昇指摘され精査加療目的に当院紹介受診となった。受診時の血液検査でAST 1735 IU/L、ALT 1707 IU/L、総ビリルビン 7.13 mg/dl、直接ビリルビン 4.56 mg/dl、ALP 350 IU/L、 γ -GTP 15 IU/L、PT 45%であり、同日当院に入院となった。精査の結果、肝炎ウイルスマーカーは全て陰性であり、IgG 1793 mg/dl、抗核抗体320倍 (Speckled pattern) であった。自己免疫性肝炎の疑いで加療するも、徐々に総ビリルビン値は上昇しPT値が低下していった。入院5日目よりステロイド治療を開始したが、入院7日目に肝の委縮を認め、PT%値は31%II度肝性脳症が認められたため劇症肝炎と判定。入院8日目より血漿交換を施行。全身倦怠感の改善と総ビリルビンの改善が認められた。入院28日目にはトランスアミナーゼの正常化が認められプレドニゾロンの漸減を開始。その後難癒と食欲増進が認められ、入院60日目に退院し以後は外来通院加療として経過していた。腹水改善を観察する目的でエコーを行ったところ、右肋骨に4cm大の腫瘍を認め、CTで精査したところ同部位に骨融解性の腫瘍を認めた。悪性腫瘍を疑い全身精査を行ったが、異常を認めなかった。PET検査の予定であったが、肝炎発症125日目に右股関節痛で近医入院し、右大腿骨骨頭壊死疑いで当院に紹介入院となった。精査の結果、化膿性股関節炎 (原因菌はMSSA) の診断で人工骨植込み術で加療。股関節痛などの症状の改善を見うえて、肝炎発症146日目に肝生検と右肋骨腫瘍の生検を行った。組織結果は、放線菌感染であった。放線菌症は主に嫌気性グラム陽性桿菌 *Actinomyces israelii* によるまれな感染症で慢性化膿性肉芽腫性疾患である。放線菌による腫瘍は、悪性腫瘍との鑑別が困難であり、手術が施行され、病理学的に放線菌症と診断されることが多い。今回、自己免疫性肝炎劇症化救命後に出現し、悪性腫瘍が疑われた右肋骨骨融解性放線菌症を経験したので報告した。

Y4-7 高齢者の総胆管結石入院症例の検討

日本赤十字社和歌山医療センター

津田 喬之、岩上 裕吉、太田 彩貴子、信岡 未由、三上 貴生、
三長 孝輔、李 宗南、谷口 洋平、中村 文保、中谷 泰樹、
幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、浦井 俊二、瀬田 剛史、
上野山 義人、山下 幸孝

2005年4月より2010年3月までの5年間に当科にて施行したERCPは3205件で、そのうち比較的浸襲が高いと思われる総胆管結石症例の臨床経過について年齢別に検討した。【結石遺残率】全症例3.5% (24/679)、内視鏡的切石術施行症例0.5% (3/658)。内視鏡的切石困難3例の内訳は大結石多数1例、破砕困難な硬い結石1例、胆管狭窄1例であった。内視鏡的切石術を選択しなかった症例は21例あり、処置希望されなかった例が5例 (101才高齢、95才敗血症性ショック、94才認知症/完全介助状態、89才腹部大動脈瘤、80才肺癌末期)、ERCP不能例が10例 (術後胃6例、憩室内乳頭1例、総胆管十二指腸術後狭窄1例、鎮静剤による脱抑制1例、開口不能1例)、早期死亡症例が6例であった。【基礎疾患】認知症32例、完全介助状態15例、心不全12例、腎不全10例、肝不全3例、悪性腫瘍合併例39例、抗凝固・血小板剤内服98例であった。【偶発症】全ERCP3205件中47件 (1.5%)、このうち41件はERCP下手術時 (24件は総胆管結石加療時) に発生していた。乳頭処置に伴う偶発症はEST時2.5% (14/571)、EPBD時4.8% (3/62) であった。ERCP下手術時の偶発症の内訳は穿孔9例、出血9例、瘻炎17例、胆嚢炎・胆管炎4例、誤嚥性肺炎3例、AGML1例、噴門部裂創1例であった。【死亡症例】敗血症3例 (95才、87才、80才)、吐物誤嚥2例 (90才、68才)、胆石性肺炎1例 (81才)、突然死1例 (82才)、心不全1例 (79才) の計8例であった。【まとめ】これらのファクターにつき、年齢別に検討を加えた結果、高齢者は基礎疾患を持つことが多く、結石遺残、胆石性肺炎、敗血症率が高く、死亡例が見られた。偶発症として、非高齢者ではERCP後瘻炎が多く、高齢者では誤嚥性肺炎がみられた。【結論】高齢者の総胆管結石症はriskが高く、診療に細心の注意を要すると考えられた。

Y4-6 Salmonella typhi による急性胆のう炎の一症例

¹明石医療センター 消化器内科、²同 外科

江崎 健¹、中島 卓利¹、林 賢一¹、姜 昌林¹、谷岡 洋明¹、
赤松 貴子¹、安東 直之¹、澤井 繁明¹、小菅 浩文²、
福田 善之²

症例は85歳男性、20歳台、50歳台、及び70歳台に腸チフスの加療歴あり。なお、最近の海外渡航歴や周囲にチフス感染者の存在はない。平成22年4月上旬頃に38度台の発熱を認め、全身倦怠感著明なため、当院に救急搬送された。来院時は意識レベルJCSI-1、心窩部痛を認めたが、体温上昇 (36.9℃)・バラ疹・比較的徐脈・脾腫は認められなかった。血液検査・腹部エコー・腹部CTにて胆石胆嚢炎と診断され、炎症反応上昇 (WBC18170/ μ l CRP29.8mg/dl) と血小板低下 (Plt8.7万/ mm^3) とPT延長 (PT (INR) 測定不可) を認めたためPTGBA施行、SBT/CPZ1g \times 2回/dayを投与開始され入院管理となった。その後はPlt2.7万/ mm^3 まで減少を認めDICとなったが、腹部症状を含めた全身状態は改善を認めていた。第4病日に入院時の胆汁培養・血液培養の両者より *Salmonella typhi* が検出されたため、抗菌薬をCTR2g \times 1回/dayに変更とした。同日採取した便培養は陰性であった。第12病日にCF施行したところ、広範にびらんを認めたが組織培養では陰性だった。DIC状態も改善し、症状軽快したため第18病日にCTR中止とした。第26病日に当院外科にて胆嚢摘出術を施行、胆嚢内に3cm大の結石を認めたが、胆汁培養は陰性だった。第29病日に便培養施行されるも *Salmonella typhi* は検出されなかった。 *Salmonella typhi* は腸チフス発症後1-4%保菌者となり、胆管系に保菌されることが多いことが知られている。今回、胆嚢炎として発症した *Salmonella typhi* 保菌症例と考えられる一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

Y4-8 抗結核治療中の肝機能障害を契機に発見されたIgG4関連多臓器リンパ増殖性症候群の一例

市立堺病院 消化器内科

朴澤 憲和、岡田 麻衣子、松森 響子、西園 一郎、伊藤 公子、
合原 彩、高橋 俊介、光藤 大地、塚本 祐己、藪田 隆正、
北村 信次

症例は気管支喘息にて他院通院中の78歳女性。2009年8月糖尿病およびシェーグレン症候群 (SjS) と診断され、治療のため前医に入院中、発熱、咳嗽が持続。胸部CTで左肺野に散布影を伴う結節影を認め、活動性肺結核と診断された。10月14日からイソニアジド (INH)、リファンピシン (RFP)、エタンブトール (EB) による多剤併用療法を開始するも発熱の増悪、皮疹出現のため、23日より内服中断。30日からストレプトマイシン (SM)、レボフロキサシン (LVFX) による治療を再開。INH/RFPの減感作後、11月30日からINH、RFP、LVFXの三剤併用となった。12月24日ALT 66IU/ml、総ビリルビン 3.35mg/dlと肝機能異常を認め薬剤性肝障害を疑い、翌日より抗結核薬は再び中断した。その後も黄疸は増悪、腹部US/CTで肝内胆管の拡張、胆嚢腫大、拡張した総胆管周囲に3.5 \times 3 cm大の充実性腫瘍を認め、総胆管狭窄による閉塞性黄疸を疑われ、精査加療目的で2010年1月5当科転院となった。当初総胆管癌による閉塞性黄疸を考え、内視鏡的胆道ドレナージを施行したが減黄効果に乏しかった。膵管造影で膵管狭細像を認めること、血清IgG4が564mg/dlと高値であること、前医でSjSと診断した顎下腺生検組織の免疫染色でIgG4陽性細胞が多数認められたことから、膵臓・胆管および唾液腺に病変を有するIgG4関連多臓器リンパ増殖性疾患と診断。1月20日から抗結核療法再開の上、23日からプレドニゾロン30mgを開始したところ、肝障害は著明に改善し、総胆管周囲の腫瘍性病変は縮小し、肺結核の増悪をみることなく3月8日に軽快退院となった。抗結核治療中の肝障害を契機にIgG4関連多臓器リンパ増殖性疾患と診断された症例を経験したので報告する。

Y4-9 画像にて胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

¹ 京都第二赤十字病院 消化器科、² 同 外科、³ 同 病理部
礒山 直邦¹、上田 悠揮¹、岡田 雄介¹、中瀬 浩二郎¹、
萬代 晃一郎¹、糸永 昌弘¹、鈴木 安曇¹、森川 宗一郎¹、
河村 卓二¹、宮田 正年¹、盛田 篤広¹、西大路 賢一¹、
宇野 耕治¹、田中 聖人¹、安田 健治朗¹、中島 正雄¹、
大垣 雅晴²、谷口 弘毅²、山野 剛³、桂 奏³

症例は73歳女性。主訴はなし。2009年5月に近医の採血にて貧血を指摘され、上部消化管内視鏡が施行された。胃前庭部小弯に3型進行胃癌を認めたため、精査・加療目的に当科に紹介となった。入院後の検査で深達度はSEで、胃小弯側から腹腔動脈周囲、肝門部から門脈周囲、傍大動脈から右腸骨動脈領域、腸間膜などにリンパ節腫大を認め、stageIVの胃癌と診断し、化学療法を開始した。5クール終了した時点の治療効果判定で、上部内視鏡では腫瘍は瘢痕化し、腹部CTではリンパ節腫大は縮小を認め、CRが得られたが、本人の強い希望より手術は行わず化学療法継続の方針となっていた。その後、8クール終了後の治療効果判定目的の腹部造影CTにて胆嚢壁の著明な肥厚及び胆嚢底部と肝臓の間に造影効果を認めるlow density areaを認め、胆嚢癌の肝浸潤あるいは胃癌の肝転移が疑われた。MRI、MRCPを施行したところ、胆嚢壁内には多数の小嚢胞を認めた。胆嚢結石は明らかではなかった。胆嚢底部の輪郭は一部不鮮明であり、肥厚した胆嚢底部の壁内には不整形の液体信号を認めた。膿瘍形成あるいは変性・壊死が疑われ、周囲のリンパ節腫大は明らかではなかったが、胆嚢癌あるいは胃癌の肝転移の可能性が考えられた。胃癌はCRの状態であり、また新規病変が胆嚢癌としても病変は限局的であることから、治癒切除の可能性について再度十分な説明を行った上で手術の方針となり、幽門側胃切除+D1、No7リンパ節切除+胆嚢癌合併胆嚢摘出術を施行した。病理組織検査では胃癌は腫瘍瘢痕部の1ヶ所で粘膜下組織に3.5mm程度と小型の癌巣を認めるのみであった。また新規病変は黄色肉芽腫性胆嚢炎の診断であった。今回、術前の画像診断では胆嚢癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性胆嚢炎の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。

Y5-1 胆嚢腺内分泌細胞癌の1例

¹ 西陣病院 内科、² 同 外科、³ 京都府立医科大学消化器内科
石田 恵梨¹、金光 大石¹、小林 由佳¹、曾我 幸一¹、坂本 京子¹、
竹中 信也¹、葛西 恭一¹、柳田 國雄¹、伊谷 賢次¹、福本 兼久²、
中瀬 有遠²、高木 剛²、宮垣 拓也²、吉川 敏一³

胆嚢原発の腺内分泌細胞癌はきわめて稀で予後不良とされている。今回われわれは胆嚢原発腺内分泌細胞癌で腹腔鏡下に切除し得た症例を経験したので報告する。63歳男性。糖尿病、高血圧症、脂血症等にて近医通院加療中。平成21年9月11日に高脂血症摂取後に上腹部痛発作を認め近医受診し、血液検査にて胆道系酵素の上昇を認めたが、腹痛は軽減していたため経過観察されていた。同年9月30日早朝より同様の腹痛発作を認め近医受診、腹痛の持続を認めていたため胆嚢結石症、急性胆嚢炎疑いにて同日紹介入院となった。入院時の血液検査所見では肝胆道系酵素、膵酵素の高値を認め、腹部CT、腹部MRI、MRCPにて胆嚢結石、及び胆嚢底部に腫瘤が疑われた。入院後持続点滴下に絶食とし、抗生剤、蛋白分解酵素阻害剤を投与したところ腹痛症状、血液検査所見は順調に改善した。胆嚢腫瘍の精査目的に腹部造影CT、DIC-CTを施行したところ、胆嚢底部に造影効果を伴う不整な隆起性病変、及び総肝動脈近傍にリンパ節腫脹を認め、胆嚢癌が疑われた。根治目的に同年10月22日腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。術中所見では胆嚢は緊満しており、胆嚢壁全体が著明に腫脹していた。胆嚢体部から底部にかけて肝床に強固な癒着を認めたが、胆嚢頸部の炎症は軽度で胆嚢管も同定可能であったため腹腔鏡手術にて摘出可能であった。摘出した胆嚢の内腔は非常に柔らかい絨毛状の腫瘍、及び大小様々の胆石で充満していた。摘出標本の病理検査では結節形成部のほとんどは高度な壊死を伴う小細胞癌成分で、一部に管状腺癌成分を伴っていた。免疫組織化学的には小細胞癌成分はSynaptophysin陽性、Chromogranin A陰性、CD56抗原陽性で、管状腺癌成分はいずれも陰性であったが、管状腺癌から小細胞癌への移行が見られた。以上より胆嚢腺内分泌細胞癌と診断した。術後も外来通院でフォローしているが、術後8ヶ月を経過した時点では再発、転移は認めていない。

Y4-10 胆嚢摘出術後に発症した遺残胆嚢管癌に対し膵頭十二指腸切除術を施行した一例

国立病院機構 大阪医療センター
原 尚志、辻江 正徳、宮本 敦史、安井 昌義、大宮 英泰、
池永 雅一、平尾 素宏、藤谷 和正、高見 康二、三嶋 秀行、
辻伸 利政、中森 正二

胆嚢管癌は上中部胆嚢癌、肝門部癌との鑑別が困難で、開腹時には予想以上に局所進展しており、切除不能の場合も多い。今回我々は、胆嚢摘出術後の遺残胆嚢管に発生した胆嚢管癌切除例を経験したので報告する。症例は70歳男性。検診時の胸部異常陰影に対しCTを撮影したところ胆嚢腫瘍を指摘され、精査加療目的に当科紹介受診した。既往歴には49歳時胆嚢結石症に対し胆嚢摘出術とその後の腹壁癒着ヘルニア等に対する他2回の開腹歴がある。また、喘息に対して20年以上ステロイド剤を含む内服薬の服用と吸入薬を併用していた。腹部造影CT・MRCP・ERCPを行い、総胆管中部に発生した25mm大の腫瘍と診断された。PET/CTでは同部位にSUV max2.5の異常集積を認めた。胆汁細胞診にて腺癌と診断された。黄疸は認めず、血液検査上肝機能や膵酵素に明らかな異常値は無く、腫瘍マーカー（CEA、CA19-9、PDHAN-2）は陰性であった。上部消化管内視鏡で胃前庭部に早期胃癌を認め、胆嚢管および早期胃癌と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。切除標本の肉眼所見は遺残胆嚢管に乳頭状腫瘤を認め、病理診断はAdenocarcinoma of the bile duct, pap > tub1, fm, int, INF α, ly0, v0, pn1, panc0, du0で遺残胆嚢管に発生した胆嚢管癌と診断した。術後膵液漏から腹腔内出血を来した開腹止血術及び残膵全摘術を施行した。その後の経過は概ね良好で再手術後77日目に退院した。遺残胆嚢管癌の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。

Y5-2 急性胆嚢炎で発症した胆嚢癌肉腫の一例

¹ 済生会滋賀県病院 消化器科、² 同 病理科
松本 寛史¹、神田 暁博¹、片山 政伸¹、岡島 達也¹、田中 基夫¹、
重松 忠¹、竹村 しづき²、馬場 正道²

症例は70歳の女性。右季肋部痛と発熱を主訴に近医を経て当院受診。来院時の血液生化学検査上で炎症所見の上昇を認めた。腹部超音波検査で胆嚢内部に多量の胆泥、胆嚢の腫大、胆嚢壁肥厚を認めた。腹部単純CTで同様に胆嚢は著明に腫大し漿膜下浮腫を認め、急性胆嚢炎の診断で入院となった。炎症が高度であったため、緊急PTGBAを施行したが、少量の感染胆汁が吸引できなかった。抗血小板薬内服中であったため吸引のみで処置を終了し、抗菌薬投与を行い保存的に加療を行った。入院第2病日施行したMRCPでは胆嚢内に腫瘍性病変を指摘され、腹部造影CTでは同部に造影効果を認めた。PTGBAで採取した穿刺液の細胞診はClass3bであった。以上より胆道感染を伴う胆嚢癌と診断したが、炎症が強く緊急性を要したこと、高齢であることから十分なインフォームドコンセントのもと、胆嚢摘出術を先行させ術後標本の病理結果によって追加切除を考慮する方針で胆嚢摘出術を施行した。摘出標本では胆嚢は著明に腫大しており、胆嚢管内には頸部から体部にかけて胆嚢を鑄型とするような径50mm×110mm程度の充実性の腫瘤を認めた。病理組織学検査では、腺癌と異型性を示す核を有する紡錘形細胞が混在し、癌肉腫と診断した。また異型細胞の増生は粘膜内に留まっており、脈管侵襲も認めなかったため完全切除できたと考えた。今回われわれは急性胆嚢炎で発症した極めてまれな腫瘍である胆嚢癌肉腫の一例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

Y5-3 EUS-FNA が診断に有用であった脾内副脾の一例

大阪医科大学

中 悠、蘆田 玲子、中村 憲、山口 敏史、横濱 桂介、増田 大介、瀧井 道明、有坂 好史、樋口 和秀

【症例】60歳代女性。【既往歴】2003年に子宮体癌（1aG1）に對し子宮摘出術を施行。【現病例】2009年8月、本学婦人科において上記経過観察目的で施行された腹部単純CTにて脾尾部に径15mmの腫瘤を指摘されたため当科を紹介され入院となった。入院時現症に特記すべきことなく、血液・生化学検査に異常なく、CEA,CA19-9も正常範囲内であった。腹部超音波検査では脾尾部に辺縁明瞭で内部均一な hypoechoic mass を認め、造影腹部CTでは早期相で脾臓に類似した造影パターンを呈した。また、MRIではT1WI、T2WIで脾実質と等信号を示しDWIでは拡散の低下が認められた。脾内副脾または内分泌腫瘍が疑われたが、SPIO-MRIでは脾臓と同等の信号を示しSPIOの取り込みがあると考えられたが、スズコロイドシンチでは同病変に集積は見られず、各種ホルモン検査および静注Ca負荷試験、75OGTT負荷試験でも異常所見は得られなかった。ERCPでも膵管に異常なく膵液細胞診も陰性であったことから、確定診断目的で超音波内視鏡下生検（EUS-FNA）を施行した。EUS所見では腫瘤は径20mmで脾実質に類似した辺縁明瞭な hypoechoic mass として描出された。穿刺はCook社製EUS-FNA穿刺針（22G Echo Tip Ultra）を用いて経胃的に穿刺した。この結果病理組織診にて脾内副脾の確定診断に至り、現在外来経過観察中である。【結語】脾内副脾はスズコロイドシンチ陽性が重要な所見であるが、本症例は陰性であり診断に難渋した。EUS-FNAは比較的安全で脾病変に対する組織採取率も良く、最近では診断に非常に有用な手段となっている。今回我々はEUS-FNAが脾内副脾の診断確定に有用であった症例を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

Y5-5 診断に苦慮した hemosuccus pancreaticus の一例

赤穂市民病院 消化器科

松浦 敬憲、三井 康裕、高原 秀典、田淵 幹康、勝谷 誠、高尾 雄二郎、横山 正、小野 成樹

【背景】hemosuccus pancreaticus (HP) は、1970年 Sandblom が提唱した概念で、主膵管を介する十二指腸乳頭部からの出血を意味し、約80%が慢性膵炎・急性膵炎などの膵疾患に合併するとされている。しかし、上部消化管内視鏡検査により乳頭部からの出血を実際に確認できる例は半数に満たない。今回我々は、大腸憩室が存在したために、診断に難渋した hemosuccus pancreaticus (HP) の1例を経験したので報告する。【症例】76歳、男性。主訴は下血で、既往歴に慢性膵炎がある。現病歴は、約2年前より下血を主訴に計4回入院、著明な貧血と下部内視鏡検査での多数の大腸憩室を認めたことから、大腸憩室出血を疑い、いずれも絶食・経過観察にて軽快していた。腹部造影CTでは、脾内に大小の脾石を多数認めていた。200X年Y月、再度下血で入院、下部消化管内視鏡検査にて上行結腸憩室周囲に鮮血便を認めたため、上行結腸憩室出血と診断、根治目的に腹腔鏡下右半結腸切除術を施行した。術後経過は良好であったが、術後第18病日に再度下血とHbの低下を認めたため、他部位からの出血が強く疑われた。200X年Y+4月、ERP施行しENPDチューブを留置した結果、間欠的な淡々血性の排泄を認めたため、hemosuccus pancreaticus を疑い腹部血管造影検査を施行、脾十二指腸動脈に9.6mm大の動脈瘤を認めたため、経カテーテルの動脈瘤塞栓術を施行した。その後は経過良好で、下血もなく、貧血は改善傾向である。【結語】慢性膵炎に伴う出血源不明の間欠的な消化管出血を認めた時には、hemosuccus pancreaticus (HP) を念頭においた検索を行うことが必要である。

Y5-4 脾内副脾の2例

西神戸医療センター

佐々木 綾香、津田 朋広、後藤 規弘、岡部 誠、松森 友昭、安達 神奈、島田 友香里、林 幹人、多田 真輔、井谷 智高、三村 純

【緒言】副脾は、日常診療においてしばしば遭遇するが、脾尾部に発生する副脾は稀であり、他の脾腫瘍の診断で手術が施行され、術後にはじめて診断されることが多い。今回、我々は脾内副脾を2例経験した。うち1例は脾内副脾に発生した epidermoid cyst であり、その臨床像、画像診断について文献的考察を加えて報告する。【症例1】36歳女性。CTにて脾尾部に23mm大の濃染される腫瘤を指摘された。脾内副脾の可能性も念頭におき、SPIO造影MRI検査、99mTc 標識スズコロイドを用いた肝脾シンチグラフィを行ったが副脾の確定診断には至らず、脾臓ラ氏島腫瘍疑いにて、脾温存脾尾部切除術が施行された。病理組織検査の結果、脾内副脾と診断された。【症例2】61歳女性。CTにて脾尾部に18mm大の内部に囊胞を有する腫瘤を指摘された。MRI検査にて囊胞周囲に造影効果を認め、DUPAN-2 458 U/mlと上昇していた。粘液性囊胞腫瘍が疑われ、脾温存脾尾部切除術が施行された。病理組織検査の結果、脾内副脾に発生した epidermoid cyst と診断された。【考察】脾尾部に脾臓と同程度に造影される腫瘤を認めた場合、脾内副脾の存在を念頭に置く必要があり、その確定診断にはSPIO造影MRI、肝脾RIシンチグラフィ検査を駆使するが、診断は容易ではない。脾尾部に発生した囊胞性疾患で、充実性部分と囊胞性部分が存在する場合には、脾内副脾に発生した epidermoid cyst の可能性も考慮する必要がある。

Y5-6 MCNと鑑別が困難であった IPMA の一例

¹ 大阪市立大学 大学院医学研究科 消化器内科学、

² 大阪医科大学 第2内科

東森 啓¹、杉森 聖司¹、蘆田 玲子²、中山 佐容子¹、大谷 恒史¹、越智 正博¹、永見 康明¹、中谷 雅美¹、亀田 夏彦¹、町田 浩久¹、谷川 徹也¹、渡辺 俊雄¹、富永 和作¹、藤原 靖弘¹、荒川 哲男¹

【症例】56才女性【主訴】症状なし【現病歴】平成21年11月に検診の腹部エコー検査で左腎上極にのう胞性病変を指摘され、精査目的に当院紹介受診した。【入院時検査所見】CBC、血清生化学検査に異常所見なく、CEA、CA19-9、SPan-1も正常範囲であった。【画像所見】腹部造影CTでは脾尾部に48×40mm大の隔壁を伴った類円形ののう胞性病変を認めた。造影にてのう胞周囲に造影効果を認めた。EUSでは、のう胞内に不整な22mm大の結節を認めた。MRCPでは膵管との交通は不明瞭で、DWIではのう胞成分は軽度高信号、充実成分は中間信号を示した。患者背景、臨床情報から鑑別としてIPMNのほかMCNやlympho epithelial cystなどがあがった。【入院後経過】のう胞径が大きく、結節も伴うことより手術適応と判断、平成22年1月中旬、腹腔鏡下脾体尾部切除+脾臓合併切除が施行された。病理組織学上は、のう胞壁を形成する上皮は低乳頭状増殖を示し、卵巣様間質は認めなかった。悪性所見はなく最終診断はIPMAであった。また、ムチン発現様式はMUC1(+), MUC2(-), MUC5AC(+)でありpancreatobiliary typeであった。【まとめ】術前に画像のみでは診断を確定することが困難であった分枝型IPMAの一例を経験した。免疫染色の結果も踏まえ若干の文献的考察を加えて報告する。

Y5-7 診断に難渋した膵癌の1例

関西労災病院 内科

阿部 佳奈子、戸田 万生良、板倉 史見、石見 亜、前川 聡、小豆澤 秀人、中村 剛之、柄川 悟志、糸瀬 一陽、牧野 仁、伊藤 善基、萩原 秀紀、林 紀夫

症例は、69歳男性。平成21年7月上旬頃より食欲不振を認め、近医受診。血液検査にて、AST 194U/L、ALT 243U/L、ALP 691U/Lと肝機能障害を認め、当院紹介受診。7月の造影腹部CTにて膵頭部付近での総胆管の狭窄と膵管の軽度拡張を認め、膵癌も疑われたため、PET-CTを施行するも、膵頭部に明らかなFDGの集積は認められなかった。上腹部痛も出現してきており、精査加療目的にて当科入院。入院後、MRCPにて、上部で拡張、中部で締め付け型狭窄している胆管、頭部と尾部の拡張を認める膵管を認めるも明らかな腫瘍は認められなかった。又、血液検査にて、CEA、CA19-9は正常、8月の造影腹部CT上病変の進行は認められなかったため、確定診断目的にてERCP施行。狭窄を認めた膵管と総胆管より、擦過細胞診施行したが、結果はいずれも良性であった。後腹膜線維症等の可能性を考え、PSL 30mgより開始。徐々に減量し、PSL内服治療開始約1か月後、再度造影腹部CT施行したが、病変の進行は認められず、又入院当初認められていた上腹部痛はほぼ消失しており、悪性疾患は考えにくかった。病状に変化はなかったが、診断確定を目指し再度ERCP施行し、狭窄を認めた膵管と総胆管より、擦過細胞診を施行した。細胞診の結果、adenocarcinomaが認められ、膵癌と確定された。その後、GEMによる化学療法開始。2回投与を行ったが、全身倦怠感、食欲低下、血球減少著明にて中止。化学療法による治療は困難と考え、緩和医療目的にて他院転院となった。診断に難渋した膵癌症例であり、若干の文献考察を加えて報告する。

Y5-9 主膵管狭窄をきたした膵内分泌腫瘍の1例

¹ 京都第二赤十字病院 消化器科、² 同 病理部

上田 悠揮¹、上田 真理¹、和田 浩典¹、碓山 直邦¹、岡田 雄介¹、糸永 昌弘¹、鈴木 安曇¹、中瀬 浩二郎¹、萬代 晃一朗¹、森川 宗一郎¹、河村 卓二¹、盛田 篤広¹、宮田 正年¹、西大路 賢一¹、宇野 耕治¹、田中 聖人¹、安田 健治朗¹、中島 正継¹、山野 剛²、桂 奏²

【症例】50歳代、女性。【主訴】主膵管拡張精査目的。【既往歴】高血圧症。【現病歴】H22年1月、健診の腹部超音波検査にて主膵管の拡張を指摘され、精査目的で当院を紹介受診した。【現症】意識清明、腹部平坦、軟、圧痛なし。【検査所見】血液検査では血算、肝胆道系酵素、膵酵素に異常なく、腫瘍マーカーの上昇も認めなかった。腹部造影CTでは膵頭部より尾側膵管は拡張していたものの、膵実質内に明らかな腫瘍性病変や腫瘍濃染は指摘できなかった。MRCPでは、膵頭部で主膵管の著明な狭窄と一部に途絶が疑われ、末梢膵管は拡張していた。EUSでは膵頭部に長径10mm大の境界明瞭な低エコー腫瘍を認め、同部位より末梢の膵管は拡張していた。腫瘍は膵内に限局し、周囲組織や血管への浸潤は認めなかった。また、ERCPでは乳頭部は正常で、膵頭部で主膵管は狭窄し、末梢膵管は6mmと拡張していた。造影は可能であったが、深部挿管が困難であったため、細胞診は施行できなかった。さらに、FDG-PETを施行したが異常集積は認めなかった。【経過】確定できる所見は得られなかったが、主膵管の狭窄と末梢膵管の拡張を伴う10mm大の腫瘍であることより原発性膵癌を否定できず、膵頭十二指腸切除術が施行された。切除標本では、膵頭部に内臓的に長径10mmの境界明瞭な白色腫瘍を認めた。組織学的に主膵管の近傍で、多角形のやや明るい細胞が索状に充実性の構造を示して増生し、主膵管を圧迫していた。免疫染色を施行したところ、クロモグラニンA、シナプトフィジン、CD56が陽性であった。分裂像はほとんど無く、MIB陽性率は15%であった。血管や膵外への浸潤及び遠隔転移を認めなかったことより高分化内分泌腫瘍と診断した。【考察】膵内分泌腫瘍は比較的稀な疾患であり、膵腫瘍全体の1~2%と報告されている。主にラ氏島から発生することの多い膵内分泌腫瘍は通常型膵管癌と比較し、膵管への影響は少ないと言われている。今回、我々は10mmと比較的小さい腫瘍ながらもかかわらず、主膵管の著明な狭窄をきたした膵内分泌腫瘍の症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

Y5-8 転移性卵巣腫瘍に対する手術を契機に発見された、TS-1反応性の膵粘液性嚢胞腺癌の一症例

大阪労災病院

末吉 弘尚、平尾 元宏、吉井 俊輔、吉岡 鉄平、山口 利朗、川井 翔一郎、大川 雅照、松岡 理恵、村田 真衣子、佐藤 雅子、小森 真人、山田 幸則、吉原 治正

症例は63歳、女性。既往歴は49歳時に乳癌手術。右下腹部腫瘍を自覚し、健康診断にて、CA19-9高値(830U/mL)および腹部超音波検査にて右卵巣腫大を指摘された。婦人科受診したところ、右卵巣に11.4×7.2cm大の一部壁肥厚を伴うも充実部を伴わない嚢胞性病変を認めた。良性卵巣腫瘍を疑うが、悪性の可能性も完全には否定出来ず、右卵巣摘出術を行ったところ、腹膜播種を疑う無数の小結節病変を認めた。術中迅速病理診断にて、腺癌の腹膜播種と診断された。卵巣腫瘍は病理組織検査の結果、粘液性嚢胞腺癌であり、腹膜播種の小結節と組織学的には同様のものと診断された。転移性卵巣腫瘍を疑い、原発巣精査目的にて画像検査(全身CTおよびPET-CT検査)を施行したところ、膵尾部に37×20mm大の腫瘍(CTにて低吸収性腫瘍)を認め、当科紹介受診となった。術後病理組織学的所見、臨床検査および画像検査所見より、原発巣は膵粘液性嚢胞腺癌と診断し、TS-1内服にて治療を開始した。TS-1を100mg/dayにて、4週投薬・2週休薬を1クールとし、3クール投与後(投与開始後5ヵ月)、CA19-9は846U/mLから230U/mLと減少し、画像上も癌の進行を認めず、外来にて投与継続中である。膵癌に対する一次化学療法はゲムシタピン塩酸塩であるが、患者希望にて点滴治療よりもTS-1の内服治療を選択した。TS-1は浸潤性膵管癌のみならず膵粘液性嚢胞腺癌に対して有効である可能性が示唆された。我々はTS-1反応性の膵粘液性嚢胞腺癌の一症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

Y5-10 hemosuccus pancreaticus を認めた膵神経内分泌腫瘍の一例

西神戸医療センター 消化器科

津田 朋広、佐々木 綾香、安達 神奈、後藤 規弘、松森 友昭、岡部 誠、島田 友香里、林 幹人、多田 真輔、井谷 智尚、三村 純

【症例】81歳、男性【既往歴】糖尿病【現病歴】平成21年1月頃より近医にて鉄欠乏性貧血を指摘され、内視鏡検査及びCT検査を行うも原因不明であった。鉄剤投与にて経過観察中であったが、平成22年4月Hb 5.1 g/dlと急激な貧血の進行を認めた。輸血にて対応していたが改善認めず、5月に当院免役血液内科紹介。腹部造影CTにて膵腫瘍と多発肝腫瘍を認め当科入院となった。【入院後経過】膵腫瘍精査目的にMRI及びEUSを施行、膵体部から尾部にかけて脾静脈と連続する低エコー領域を認め、また膵頭部から体部に造影効果のある腫瘍を認めた。ERCPでは乳頭部より出血を来しており、胆道鏡にて膵管内を占拠する腫瘍を確認した。組織学的に肝生検を行ったところ小型円形の核を有する細胞が増殖し、免疫染色でChromogranin A、synaptophysin及びCD56陽性であった。膵管内進展及び肝内転移を伴う膵神経内分泌腫瘍と診断し、オクトレオチド投与にて現在外来フォロー中である。【考察】膵神経内分泌腫瘍は神経内分泌細胞に由来する腫瘍の総称であり、膵臓、下垂体、消化管(胃、十二指腸、小腸、虫垂、大腸)、肺、子宮頸部など全身のさまざまな臓器に発生する。膵神経内分泌腫瘍は膵腫瘍全体の1.3%であり、頻度は一般人口10万対1以下の比較的小さい疾患である。また主膵管を経て消化管に出血する病態はhemosuccus pancreaticusと呼ばれ、膵疾患によるものと膵管構造によるものがある。原因としては慢性膵炎、膵管結石、脾動脈の破裂性動脈瘤等があり、その多くは膵仮性嚢胞内への脾動脈瘤の穿破である。しかしながら今回の症例のように膵腫瘍または膵管内進展を伴う腫瘍から出血を認めることがまれにあり、膵腫瘍を認める貧血症例においてはhemosuccus pancreaticusも原因として存在しうることを考慮する必要がある。



一般演題抄録



001 急性腎不全を合併した急性 A 型肝炎の一例

¹ 関西電力病院 消化器内科、² 住友病院

安田 慎吾¹、藤原 幹夫¹、桑田 仁司¹、野口 麻希子¹、東 恵史朗¹、井上 夏子¹、足立 亜紀¹、吉岡 幹博¹、魚瀬 優¹、柴田 仁¹、中村 武史¹、阪口 勝彦²、柿田 直人²

〔はじめに〕成人の急性 A 型肝炎は増加傾向を示しており、その合併症として時に急性腎不全が存在する。しかしながら、その機序についてはよく分かっていない。今回われわれは、急性腎不全を合併した急性 A 型肝炎を経験したので報告する。〔症例〕38歳 男性〔主訴〕発熱 食欲低下〔既往歴〕7歳 紫斑病〔現病歴〕5月1日頃から、40℃以上の発熱、嘔気、食欲低下が出現し、市販薬内服にて経過を見ていたが症状の改善なく当院受診となる。採血にて黄疸を伴う肝機能障害、腎不全の所見あり、精査加療目的にて入院となる。〔経過〕入院時、AST 101 IU/L、ALT 558 IU/L、T-bil 6.0mg/dl と肝機能障害あり、腹部エコー、CTにて肝腫大を認め、急性肝炎と診断した。また、腎腫大と共に Cre: 14.31、BUN: 81.7 と著明な腎機能障害を認め、急性肝炎に合併した急性腎不全と考えた。入院後、排尿あり、肺水腫・電解質異常も認めなかったが、尿量を確認しながら細胞外液による hydration を行い利尿剤も併用した。急性肝炎の原因については IgM 型 HA 抗体陽性であり、A 型肝炎ウイルスによるものと診断した。肝炎による肝機能異常については、入院後、安静にて軽快傾向を示した。腎障害については、尿量は確保されており、電解質異常等も認めなかったが、Cre の低下傾向が緩やかであり、透析による速やかな腎機能の改善が好ましいと判断し、透析を連日5日間行ったところ、腎機能は正常化し退院となった。〔まとめ〕A 型肝炎の患者に関する検討では、急性腎不全は約6%に認められ、66%に透析が必要であったとする報告がある。しかしながら、その発症機序、予後等について十分には分かっておらず、今後更なる症例の蓄積が必要であると考えられる。

003 薬剤投与にて急性発症した自己免疫性肝炎の1例

笹生病院内科

西内 明子、安東 まや、笹生 幹夫

症例は70歳代女性。既往歴：26歳肺結核、56歳子宮癌手術。輸血歴(-)。主訴：全身倦怠感、食欲不振 現病歴：2000/6月 AST109IU/L、ALT129IU/L 肝機能値の上昇があり、紹介され2001/6/25当院に初診。腹腔鏡肝生検施行、自己免疫性肝炎と診断。以後肝機能値は低値が持続のため、UDUA のみの投与で定期的に血液検査と画像検査を施行。2009/9/月中耳炎、耳鼻科より抗生剤を20日間投与され、2009/11/16に AST376U、ALT375U と上昇し、11/26に当院受診、11/27に入院。入院時検査成績は T.Bil0.4 mg/dl、AST493IU/L、ALT555IU/L、ALP163IU/L、 γ -GTP49IU/L、T.P7.4g/dl、T.chol163mg/dl、HBsAg(-)、HCV 抗体(-)、抗核抗体640倍。抗生剤のDLST(-)。入院後点滴のみでは肝機能低下しないため、12/8よりプレドニン40mgより開始。頻脈が出現したが、順調に肝機能値は低下し、5mgのみ続行し、経過観察中である。〔結語〕自己免疫性肝炎として長期間ウルソのみの投与で肝機能値は正常値を保っていたが、薬剤の投与で急性増悪をきたした自己免疫性肝炎の一例を経験し、報告した。

002 重症化傾向を示した急性 E 型肝炎に対してステロイドパルス療法が奏効した1例

関西医科大学消化器肝臓内科

池宗 真美、池田 広記、山口 繭、宮坂 将光、宮本 早知、中橋 佳嗣、広原 淳子、関 寿人、岡崎 和一

〔症例〕44歳男性。主訴肝機能異常。飲酒歴：機会飲酒。〔現病歴〕仕事のため中国に在住。2009年11月初旬より持続する全身倦怠感のため近医受診。血液検査を行い肝機能異常、HEV 抗体陽性を指摘されたため、帰国し当科紹介され、精査治療目的のために入院となった。〔経過〕入院時の血液検査では、PT135.5%、ALT373 IU/L、T.Bil8.4mg/dl であった。また、肝炎ウイルスの検査では HEV IgM、IgG、IgA 抗体陽性、HEV RNA 陽性で、genotype4であった。その他のウイルスマーカーは全て陰性であり、肝機能障害を引き起こしうる薬物・漢方薬の内服歴はなく、自己免疫疾患の指標となりうる抗体は全て陰性であった。同日施行した腹部超音波検査、腹部 CT では軽度の胆嚢萎縮を認めるものの腹水、肝萎縮の所見はなかった。急性 E 型肝炎の診断のもとに、入院後より対症療法を行っていたが、ALT2477 IU/L、T-Bil21.4mg/dl と上昇し、第4病日ではプロトロンビン時間の低下傾向と全身倦怠感、食欲不振著明となり重症化傾向認めため、第5病日よりステロイドパルス療法を開始した。ステロイド投与開始後より、トランスアミナーゼ、ビリルビンも低下傾向を示し、全身倦怠感、食欲不振も改善した。ステロイド中止後、肝遊逸酵素の再上昇傾向認めると、第23病日より低下傾向を示し、第28病日には全身状態・血液データ上の改善を示したため退院となった。退院より1ヶ月にわたる外来での経過観察においても全身状態・血液データの増悪はなく当科終診とした。〔考察〕急性 E 型肝炎は東南アジア、中国などからによる輸入感染症と言われてきたが、最近では本邦でも北海道を筆頭に東日本中心に土着の E 型肝炎も報告されている。急性 E 型肝炎の殆どは A 型肝炎と同様に対症療法で改善することが多く、劇症肝炎、重症肝炎例の報告も散在するものの治療法については様々である。本症例の場合重症化傾向を示したためステロイド投与を行い奏効したが、文献学的考察も含め報告する。

004 初診時に抗核抗体陰性、IgG が正常であった自己免疫性肝炎の1例

¹ 兵庫医科大学 内科学 肝胆脾科、

² 同 超音波センター、³ 同 病理学

高嶋 智之¹、榎本 平之¹、森脇 英一郎¹、岩井 孝史¹、坂井 良行¹、會澤 信弘¹、池田 直人¹、田中 弘教^{1,2}、岩田 恵典¹、齋藤 正紀¹、今西 宏安¹、下村 壯治¹、飯島 尋子^{1,2}、中正 恵二³、西口 修平¹

〔症例〕45歳女性。既往歴に特記すべき事なし。胸部違和感、体調不良のため、近医受診したところ採血検査で肝機能異常指摘され、精査加療目的で当科へ紹介受診（初診）となった。初診時 AST 61 IU/L、ALT 128 IU/L と軽度肝機能異常認められたが、ウイルス感染は否定的、抗核抗体陰性、IgG 正常範囲、抗ミトコンドリア抗体も陰性であり、腹部エコーなどでも明らかな異常所見を認めなかったため外来で経過観察としていた。初診時より1ヵ月後の採血検査で AST 394 IU/L、ALT 779 IU/L と増悪を認めたため精査加療目的で入院となった。薬物性等も肝機能障害の原因と考え、安静にて経過をみていたが肝機能の改善がなかった。入院直前の採血で抗核抗体40倍、IgG1754mg/dl と自己免疫性肝炎（AIH）の可能性も示唆されたため、肝生検施行したところ AIH の所見を認め、総合的に AIH と診断し、プレドニゾロン40mgより開始した（初診より約2ヵ月後）。その後、肝機能の改善傾向が認められプレドニゾロンを漸減し退院となった。〔考察〕今回、初診時に抗核抗体陰性、IgG が正常であったが、肝生検により自己免疫性肝炎と診断できた1例を経験した。自己免疫性肝炎の中には、まれであるが抗核抗体陰性や IgG が正常値の症例がある。自己免疫性肝炎はウイルス性慢性肝炎と比較して肝硬変への進行が速いため、初診時に抗核抗体陰性、IgG 正常であっても原因不明の肝機能障害患者は自己免疫性肝炎の可能性も考え経過観察し、場合により肝生検も考慮していくことが大事である。

005 インフルエンザ感染後に重症肝障害と再生不良性貧血をきたした一例

¹ 天理よろづ相談所病院 消化器内科、² 同 血液内科
園山 浩紀¹、沖永 聡¹、中村 文彦²、高山 政樹¹、菊池 志乃¹、
山賀 雄一¹、森澤 利之¹、宮島 真治¹、木田 肇¹、岡野 明浩¹、
大花 正也¹、久須美 房子¹、鍋島 紀滋¹

症例は16歳の男性。平成21年10月、発熱、倦怠感が出現し近医でインフルエンザA型と診断された。アマンタジンを処方されたが症状改善せずオセルタミビルも内服した。インフルエンザ罹患7日目に眼球の黄染が出現したため精査加療目的で当科紹介受診。入院時血液検査では、T-Bil 8.9mg/dl、PT 75.2%、AST/ALT=1128 IU/2109 IUと高度の肝機能障害を認めていた。各種肝炎ウイルスマーカー陰性で、インフルエンザウイルスによる肝障害もしくは薬剤性肝炎が疑われた。入院後、肝移植を見据えた血漿交換、血液濾過透析も検討したが全身状態良好のため保存的に経過をみていたところ肝機能は改善したため外来フォローとなった。しかし肝炎発症から約20週後に突然の汎血球減少(WBC1900/ μ l、好中球90/ μ l、Hb6.1g/dl、Plt 5000/ μ l、網赤血球10000/ μ l)が出現。血液内科コンサルトし骨髓穿刺など行った結果、肝炎後再生不良性貧血と診断された。入院後、HLA一致同胞ドナーによる造血幹細胞移植が行われ、現在も治療中である。今回、インフルエンザ罹患後に生じた肝炎とそれに伴う再生不良性貧血を来した症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

007 ステロイドと免疫抑制剤の併用によりHBs抗原が陽転した2例

¹ 京都府立医科大学 消化器内科、² 市立福知山市民病院 消化器内科
片山 貴之¹、千藤 麗²、岡田 頼久¹、山口 寛二¹、光吉 博則¹、
安居 幸一郎¹、南 祐仁¹、岩井 眞樹¹、伊藤 義人¹、
吉川 敏一¹

【背景】近年、HBs抗原陰性でHBe抗体またはHBs抗体陽性のB型肝炎ウイルス(HBV)既感染例に、リツキシマブ併用の化学療法により新たに急性肝炎が発症することが報告され、de novo B型肝炎と呼ばれている。しかしながらリツキシマブ以外の抗癌剤や免疫抑制剤については報告数が少ないこともあり、どのような薬剤がHBVの再活性化を起こしやすいのか不明である。我々はステロイドと免疫抑制剤投与中にHBs抗原が陽転した症例を2例経験したので考察を加えて報告する。【症例1】69歳女性、30年前に輸血によるB型急性肝炎の既往あり。30年前にSLEと診断されステロイドによる治療を続けていた。平成21年2月よりミゾリビン150mgを追加投与されていた。下腿浮腫の精査目的に平成22年1月に入院となった。入院前よりトランスアミナーゼ値の上昇を認めており平成20年には陰性であったHBs抗原が陽転していた。HBV DNAは8.8 logcopy/mlであった。肝生検でA1F1の慢性肝炎と考えられる所見であった。【症例2】68歳男性。輸血歴なし。平成20年より皮膚病に当院でフォローされていた。ステロイドとシクロスポリンによりコントロールされていた。ステロイド減量中の平成21年10月より肝機能障害を認めるようになり、改善を認めないため精査目的に平成21年12月入院となった。平成20年のHBs抗原は陰性であったが入院後に測定したところ陽性となりHBV DNAも8.5 logcopy/mlであった。ALTは200 IU/Lを超える値が続きエンテカビル0.5mgの内服を開始した。【考察】今回、ステロイドとミゾリビンの併用、ステロイドとシクロスポリンの併用でHBVの再活性化例を経験した。リスクの高い組み合わせや新規の免疫抑制剤の危険性を今後評価していく必要がある。B型肝炎のスクリーニングとしてHBs抗原のみのチェックが行われることが多く、免疫抑制剤や抗癌剤による治療を行う場合にはHBs抗体とHBe抗体の検査も行うことがおすすめされる。

006 エンテカビルが有効であったB型重症急性肝炎とB型慢性肝炎の症例

関西医科大学 消化器肝臓内科
山口 隆志、松崎 恒一、吉田 勝紀、村田 美樹、井口 亮輔、
川村 梨那子、関 寿人、岡崎 和一

B型重症急性肝炎の症例は43歳の女性。意識清明で、羽ばたき振戦は認めなかったが、血小板9.9万、PT34%と低下を認め、肝胆道系酵素の著明な上昇を認めた。ウィルスマーカーはHBe抗体(200倍希釈)が高力価で陽性を示し、HBe抗原も陽性で、HBV-DNAは5.8LC/mlでgenotypeCであった。劇症化への進行が懸念されたため、入院時より抗ウイルス療法としてエンテカビル0.5mg、インターフェロン α 600万単位連日投与を行った。治療開始後約1週間でHBV-DNAの2log以上の低下を認め劇症化を防ぐことができた。劇症化のリスクが高いと判断されれば、できるだけ早期に抗ウイルス療法を行うことで劇症化を予防できる可能性がある。慢性B型肝炎の症例は59歳の男性。13年前からB型慢性肝炎を指摘されていた。肝機能障害の悪化とHBVウイルス量の増加を認めたため、エンテカビル0.5mgの内服を開始した。エンテカビル投与直前のデータは血小板6.3万、PT 76%、HBV-DNA 7.5LC/mlであった。エンテカビル投与開始2週間でHBV-DNA 3.5LC/mlに低下し、4ヶ月後には血小板8.4万、PT 81%、HBV-DNA 2.6LC/mlとなった。10ヶ月後には血小板10.0万、PT 102%、HBV-DNAが検出感度以下となった。また、エンテカビル投与前に施行した、肝生検の病理組織像では中等度の炎症と架橋形成を伴う線維化を認めたが、エンテカビル投与1年3ヶ月後に施行した、肝生検の病理組織像では炎症はごく軽度で線維化も明らかな改善を認めた。これらの結果から、エンテカビルによりウイルス量を低下させることで多くの症例で肝組織の炎症を抑え、PT値などの肝予備能や線維化が改善すると考えられた。

naive B型慢性肝炎例における Entecavir 008 耐性例の検討—rescue剤としての tenofovir の必要性

¹ 県立西宮病院、² 名古屋市立大学医学部臨床分子情報医学分野
福島 寿一¹、青井 健司¹、松浦 倫子¹、山井 琢陽¹、
池添 世里子¹、柳川 和範¹、増田 江利子¹、安永 祐一¹、
乾 由明¹、田中 靖人²

【目的】naive B型慢性肝炎例における entecavir (ETV) 耐性株出現率は、海外では5年で3%、日本では3年で3.5%と極めて少ないことが知られている。また、lamivudine (LAM) +adefovir (ADV) 耐性例の報告も極めて少ない。しかし、長期投与例の増加に従いこれら薬剤の耐性例が増加傾向にあり、次々に薬剤を追加または変更することにより多剤耐性例の出現を招くことになる。今回、我々はETV naive例でETV耐性を獲得した例を経験し、rescue剤としての tenofovir の必要性を認識させられたので報告する。【解析方法】耐性ウイルス株の検出・解析はRt領域すべてにおける Direct sequencingを行い、LAM, ADV耐性株の検出とETV耐性株の検出はそれぞれINNO-LiPAのVersion2、Version3を用いた。【対象症例・経過】52歳、男性。LAM投与中耐性株出現しALT値、HBV-DNA量ともに増加した。ADVを追加しLAM+ADV併用投与したところ、ALT値、HBV-DNA量ともに低下しADVが有効であったが、ADVによると思われる腎障害が出現した。そこでETV 1錠/日に切り替えたが、HBV-DNA量が増加し、ALT値も漸増しやや高値で推移した。Direct sequencingとINNO-LiPAによる解析の結果LAM、ADV、ETVのいずれにも耐性であることがわかった。【考察】核酸アナログの長期投与に伴い今後多剤耐性株が増加することが予想され、海外では既にfirst line therapyとして使用されている tenofovir の導入が日本でも必須であることが示唆された。

009 慢性 C 型肝炎に対するペグインターフェロン+リバビリン 48 週併用療法再燃例に対して 72 週投与が奏効した一例

大阪市立大学 医学部附属病院

松田 香奈子、田守 昭博、大谷 香織、寺西 優雅、遠山 まどか、萩原 淳司、藤井 英樹、小林 佐和子、岩井 秀司、森川 浩安、榎本 大、河田 則文

〔症例〕61 歳、女性。1998 年 5 月に C 型肝炎（genotype 2b、HCV-RNA 3760 IU/ml）と診断。2001 年にインターフェロン（IFN） α -2b + リバビリン併用療法（24 週投与）を行ったが投与終了後 HCV-RNA は再燃した。2006 年に肝生検を施行（stage1, grade1）し、ペグ-インターフェロン（PEG-IFN） α -2b + リバビリン併用療法（48 週投与）を開始。投与開始 20 週目に貧血の進行（Hb 10.2g/dl）があり、リバビリンを 1 日 800mg から 600mg に減量した。投与開始 8 週後に HCV-RNA は陰性化した。投与終了後に HCV-RNA の再燃を認めた。2008 年、再治療として PEG-IFN α -2a + リバビリン併用療法（72 週投与）を開始。治療前の血液検査データは、HCV-RNA 6.2 LogIU/ml、WBC 4200 / μ l、好中球 1974 / μ l、Hb 13.0 g/dl、Plt 13 \times 104 / μ l、AST 23 IU、ALT 17 IU であった。開始後 8 週目に HCV-RNA は陰性化し、投与終了 24 週後も HCV-RNA は持続陰性である。治療経過中に血球減少やその他の重篤な副作用はなく、薬剤の減量はなかった。〔結語〕genotype 2b 高ウイルス量の再燃慢性 C 型肝炎に対して 72 週の PEG-IFN + リバビリン併用療法が奏効した一例を経験した。

011 C 型肝炎のペグインターフェロン・リバビリン治療に対する BCAA 製剤併用の有用性（副作用による中断を防ぐ）

すがの内科クリニック

菅野 雅彦、松野 たか子、井戸 聖華、伊東 雅子、前川 直子

【目的】C 型肝炎治療の基本は PegIFN α + rib. 併用だが、食欲不振や全身倦怠、うつ等の副作用がやや強く、QOL 低下にて治療完遂率がさがる。BCAA 製剤は肝炎患者の味覚障害や全身倦怠を改善するとされ、併用にての効果を検討。【対象と方法】当院にて治療中の 50 例中、特に副作用が強い 5 例（IFN 群：62.4 \pm 7.3 歳、HCV-RNA 6.0 \pm 0.5 logIU/ml、血小板 9.2 \pm 3.1 万：全例 Grl 男性）に BCAA 製剤（リーバクト® 2 包 / 眠前）を投与し、投与前と 3 カ月後に SF8 質問用紙にて QOL 調査を行い、同時期にリーバクトを開始した肝硬変 7 症例（LC 群：74.4 \pm 7.0 歳、血小板 11.4 \pm 5.2 万）と比較。【結果】SF8 は IFN 群で身体的健康スコア（PCS）：78.6 から 3 ヶ月後 88.0、精神的健康スコア（MCS）：39.7 から 42.9 と上昇、LC 群は PCS：85.4 から 92.9、MCS：40.1 から 41.5 と両群とも改善。PCS、MCS とも投与前は LC 群 > IFN 群であったが、両者とも IFN 群の改善率が高く、MCS スコアは逆転した。【症例 1】65 歳、IFN 投与 23 週（W）目から全身倦怠、不眠、食欲不振が強くリーバクト開始、3 ヶ月に味覚と体力の向上を自覚。【症例 2】67 歳、39W 目に全身倦怠とふらつきが強くリーバクト開始、3 ヶ月味覚と体力が向上、ふらつきが改善。【症例 3】50 歳、34W 目から皮疹、痒み、味覚障害が強くリーバクト開始、3 ヶ月痒みの改善を自覚。【症例 4】62 歳、IFN 投与前から体力低下を自覚、開始時よりリーバクト併用、3 ヶ月も増悪なし。【症例 5】68 歳、前回治療は体力低下と血小板減少にて中断、軽うつ傾向で治療に自信がなく、開始時からリーバクト併用、3 ヶ月後に少し活力が戻ったとコメント。【考案】リーバクト投与により QOL は IFN 群 > LC 群で改善。IFN 群では、治療中断に至ると予想された 5 例が全例治療継続できた。症例 3.5 では、投与後に RNA 消失も認め、抗ウイルス作用も期待できるかも。【結語】治療効果は中断を防げば上昇する。食欲不振、全身倦怠、うつなどにより治療を断念せねばならない事態がリーバクト投与にて回避された。IFN 治療効果の向上のため、早期の保険適応が望まれる。

010 ペグインターフェロン+リバビリン療法を行った悪性リンパ腫合併慢性 C 型肝炎の 1 例

¹岸和田徳洲会病院 消化器内科、²和歌山県立医科大学 第三内科
田中 寛人¹、高松 正剛¹、馬場 慎一¹、古賀 風太¹、
長谷川 晶子¹、滝原 浩守¹、木村 恵梨¹、井上 太郎¹、
植田 千恵¹、尾野 亘¹、上田 弘樹²

症例は 58 歳、女性で主訴は AST、ALT の上昇。既往歴に遺伝性球状赤血球症、悪性リンパ腫、脾摘術（H19.2）があり、嗜好歴では、飲酒なし、喫煙なし、健康食品摂取なし。輸血歴は認められた。遺伝性球状赤血球症にて血液内科で経過観察を受けていた。C 型肝炎ウイルスの感染は指摘されていたが、トランスアミナーゼの軽度の上昇示程度であった。平成 17 年 6 月に発熱、8 月下旬には両側頸部リンパ節腫大を認め、精査の結果では濾胞性リンパ腫と診断された。その後、数カルの化学療法を行うも完全寛解には至っていなかった。血小板低下、貧血あり、平成 19 年 2 月に脾臓摘出術を施行した。その後、化学療法を行った後に AST、ALT の上昇（100-200IU/ml）を認めたため当科紹介となった。その後もトランスアミナーゼの上昇は持続しており、最高 500IU/ml 程度まで上昇した。フェリチン、血清鉄の高値が認められ、造血療法にて AST、ALT は 200IU/ml 程度まで低下した。以後、外来にて造血療法を繰り返したが、AST、ALT は改善しなかった。フェリチン、血清鉄が正常化して造血療法一時中止した時点でもトランスアミナーゼの持続上昇は改善しなかった。生検施行し、慢性肝炎の所見と鉄染色では、除鉄の所見が認められた。造血療法による効果は見込めないと判断し、平成 20 年 11 月よりペグインターフェロン+リバビリン療法を開始した。貧血の増悪によりリバビリンの減量を行い対処した。また、平成 21 年 4 月からは、悪性リンパ腫の増悪を認め、放射線療法を行った。骨髄抑制によるペグインターフェロンの減量も行ったが、48 週間のペグインターフェロン+リバビリン療法は完遂した。最終的には完全著効と判定されたが、悪性リンパ腫増悪のため化学療法+骨髄移植での加療となった。C 型肝炎ウイルスと悪性リンパ腫の関連が報告されており、ウイルス消失による悪性リンパ腫の改善の報告も認められる。ペグインターフェロン+リバビリン療法にて C 型肝炎ウイルスは消失したが、悪性リンパ腫が増悪をした症例を経験したので報告する。

012 二重濾過血漿交換法（DFPP）併用 PEG-IFN+リバビリン療法終了後に汎血球減少が出現し急性骨髄性白血病を発症した C 型肝炎の 1 例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科

信岡 未由、瀬田 剛史、太田 彩貴子、岩上 裕吉、三上 貴生、津田 喬之、三長 孝輔、李 宗南、中村 文保、谷口 洋平、中谷 泰樹、幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、浦井 俊二、上野山 義人、山下 幸孝

症例は 63 歳、女性。既往歴は胆嚢結石症に対して胆嚢摘出術を施行。飲酒および喫煙、輸血歴はない。45 歳時に健診にて肝機能障害を指摘、C 型肝炎と診断されたが、本人の希望で肝臓薬剤投与のみで経過観察されていた。61 歳時に DFPP 併用 PEG-IFN+リバビリン療法（48 週投与）導入目的で入院。入院時の検査では AST 54IU/l、ALT 69IU/l、HCV genotype1b、ウイルス量 5.41 log/ml、肝生検組織診断 A2F1 であった。治療開始後 2 週間で計 5 回の DFPP を施行、入院中に PEG-IFN α -2b 60 μ g 3 投目まで投与を行い、以降は外来で治療継続していた。治療開始 4 週後より HCV-RNA 陰性化し、その後も大きな副作用はなく経過し、治療終了 24 週後の時点で SVR と判定した。48 週間の治療中に説明のつかない急激な血球減少は見られず、治療終了後は白血球、Hb、血小板の上昇を認めていた。ところが、治療終了後 7 ヶ月の検査で白血球 1200 / μ l（好中球 276 / μ l）、赤血球 355 万 / μ l、網赤血球 0.4%（1.4 万 / μ l）、Hb 11.6g/dl、血小板 6.5 万 / μ l と汎血球減少を認めた。血液疾患を疑い、腸骨穿刺を行ったところ、骨髄像では有核細胞数 31500 / μ l、巨核細胞数 15.6 μ l と低形成であり芽球 62% と急性白血病の所見を示した。特殊染色ではペルオキシダーゼ染色陽性であり、骨髄のフローサイトメトリーおよび染色体検査の結果より急性骨髄性白血病（FAB 分類：M2）と診断。血液内科入院の上、寛解導入療法（DNR+AraC）を開始した。PEG-IFN+リバビリン療法にともなう血球減少は日常よく経験するが、IFN 治療後の C 型肝炎患者における急性白血病合併の報告は検索した限りでは 1 例のみであり、貴重な症例を経験した。本症例における両者の因果関係の有無等について文献的考察を含めて報告する。

013 C型慢性肝炎に対しインターフェロン治療 施行中に頸部リンパ節結核を発症した1例

関西電力病院 消化器内科

東 恵史朗、染田 仁、魚瀬 優、吉岡 幹博、藤原 幹夫、
足立 亜希、井上 夏子、野口 麻希子、中村 武史

患者は60台男性。主訴は発熱。検診にて肝機能異常を指摘され近医より当院を紹介受診。慢性C型肝炎（HCV-RNA 2200 KIU/mL グループ2）と診断し、ペグインターフェロン・リバビリン併用療法を当科で導入。インターフェロン導入4週以後は主に近医でフォローされ、当院では月1回程度のフォローを行っていた。インターフェロン投与4週、12週のHCV-RNAは陰性であり、治療を要する副作用は認められなかった。インターフェロン導入後19週頃より38度台の高熱が認められ、当初は数日で軽快するため経過観察していたが、インターフェロン投与22週後頃より解熱が得られなかった。近医にてステロイド投与されたが39度台の発熱が持続、24週以降のインターフェロンの投与は中止し、その後も高熱が持続するため、当院を紹介受診、精査・加療目的で入院となった。入院後、発熱の原因精査をするため、各種の培養検査を行うも特定の原因菌は得られなかった。造影CTにて頸部のリンパ節腫脹が認められたため、リンパ節生検を施行した。また、同時に測定したQFT-TBが陽性であったため、リンパ節結核を強く疑い抗結核療法を開始した。治療開始後は、速やかに症状が軽快し退院した。インターフェロンの副作用として結核の増悪は記載されていないが、少数の症例報告がある。インターフェロン治療中に発症した結核の1症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

015 部分的脾動脈塞栓術施行後のIFN治療中に HCV-RNA陰性化がえられたF4肝硬変の一例

神戸市立医療センター中央市民病院 消化器センター内科

岡本 佳子、増尾 謙志、松本 知訓、福島 政司、和田 将弥、
占野 尚人、井上 聡子、木本 直哉、藤田 幹夫、
杉之下 与志樹、岡田 明彦、猪熊 哲朗

〈はじめに〉肝硬変症において、脾機能亢進に伴う出血傾向や難治性静脈瘤に対して部分的脾動脈塞栓術（PSE）が行われることがある。また近年、血小板の著明低下がIFN治療導入の妨げとなっている慢性C型肝炎に施行される例も増えている。皮下出血や左季肋部痛など脾機能亢進による症状を有するC型肝炎硬変に対してPSEを行い、その後IFN少量長期投与を開始しHCV-RNAが陰性化した一例を経験したので、PSE後IFN導入を行った他の自験例と合わせて検討を加え、報告する。〈症例〉61歳女性。主訴は皮下出血および食後の左季肋部痛。近医にてC型肝炎硬変で通院治療中であったが、血小板 $2万/\mu\text{l}$ 台で推移、易出血症状もあり当院紹介受診となった。HCVジェノタイプ3B、RNA3.8logIU/mL、GOT59IU、GPT46IU、腹部エコー上硬変肝であり著明な脾腫を認め、Child-Pugh分類は7点-Bであった。肝予備能からは慎重な検討が必要と考えられたが、症状を有しており、比較的若く、発痛のリスクも高いことから、IFN導入も考慮したPSEを施行した。発熱は術後3～4週間続いたがアセトアミノフェン内服のみで全身状態は良好、腹部膨満改善し食事量も術前に比べて増加した。CT上約75%の脾梗塞であった。術後炎症による反応性増加もあり血小板は2週後に $19万/\mu\text{l}$ 台まで増加したが、2ヶ月後には $6\sim7万/\mu\text{l}$ 台での推移となった。PSE後Albの上昇はみられなかったが、PTは70%台から90%台に改善した。肝生検はA1F4であった。ご本人はIFN治療を希望され、発痛予防目的でPEG-IFN α -2a90 μg 隔週投与を開始したところ、治療4ヶ月目にHCV-RNA陰性化がえられた。現在はIFN投与継続中である。左季肋部痛などの自覚症状が改善し、凝固能の改善やウイルス陰性化がえられ、食道静脈瘤も縮小、ほぼ消失しており、PSEが有効であった一例と考えられた。

014 IFN治療を契機に肝機能が増悪したC型肝炎 硬変の一例

¹大阪厚生年金病院 内科、²同 病理科

甲斐 優吾¹、城 尚志¹、松村 有記¹、武田 梨里¹、岩橋 潔¹、
大西 良輝¹、北 久晃¹、西尾 啓¹、貫野 知代¹、前田 晃作¹、
内藤 雅文¹、道田 知樹^{1,2}、春日井 務²、伊藤 敏文¹

症例は63歳男性。15年前から慢性C型肝炎を指摘され、5年前に当院初診。初診時Plt $10.1万/\mu\text{l}$ 、2型高ウイルスで肝逸脱酵素の軽度上昇もみられたが本人の希望にてIFN療法は行わずに外来で経過観察されていた。本年に入り肝逸脱酵素が上昇傾向となり、Plt $7.7万/\mu\text{l}$ と慢性肝炎～前肝硬変と考えられたが全身状態良好で本人もIFN治療を希望されたため、入院日に肝生検施行し、2日目よりPEG-IFN α 2b 100 μg ・RBV 800mgを投与開始した。3日目より右季肋部痛と胆嚢緊満を認め胆嚢炎発症と判断しPEG-IFN α 2b・RBV中止し、その後右季肋部痛や胆嚢緊満は改善するもビリルビン上昇が続き、17日目にはT-Bil 24.3mg/dlまで上昇。各種画像検査では胆管系の拡張や閉塞起点を認めず、入院時の抗核抗体80倍、17日目の採血でIgG 3344mg/dlと高値を認め、入院時に施行した肝生検の標本を再度検討したところ、Interface hepatitisやロゼット形成を認め、AIHとして矛盾しない所見であった。IFN治療を契機にAIHが増悪し肝不全が進行している状態であると考えPSL 50mg/day開始し、約1ヶ月後はT-bil 10.5mg/dlまで低下しPSL 35mgまで減量したが、その後ビリルビン再上昇し腹水貯留を認めSBPを2度合併するなど全身状態は悪化。69日目には再びT-Bil 24.5mg/dlまで上昇し、長男をドナーとした生体肝移植を準備していたが、76日目に上部消化管出血のため死亡した。IFNは様々な自己免疫性疾患を増悪させるが、AIHもそのうちの1つである。今回、IFN治療を契機にAIHが増悪したと思われる症例を経験したので、C型肝炎肝疾患とAIHの合併、さらにIFN治療との関連について、若干の文献的考察を加え報告する。

016 肝線維化の改善を認めたNASHの1例

関西医科大学 消化器肝臓内科

谷野 朋子、是枝 ちづ、山口 繭、村田 美樹、岡島 愛、
吉田 勝紀、池田 耕造、松崎 恒一、関 寿人、岡崎 和一

症例は49歳男性、2005年肝障害にて精査のため近医より紹介。初診時、BMI:37.8、腹部エコー上、高度の脂肪肝を示していた。2005年12月初回肝生検では小葉中心から辺縁まで全体に脂肪滴と風船化した細胞が存在し小葉中心性の線維化もめだちNASH (Stage 3, Grade 2)と診断された。糖尿病病悪化にともない脂肪肝が増悪したと考えられ減量運動療法を主体にグリコランを投与された。体重は102.8kgから85まで減量するも2009年から運動療法と食事制限ができなくなり体重は、94.5kgまで再上昇、BMIも32.9となった。初診時よりの体重は9kg減少であるが、エコー上の脂肪肝は依然みとめられた。2010年3月経過観察の肝生検を施行した。前回に比し明らかに脂肪滴が減少しており線維化も改善しStage1, Grade1の所見であった。ICGR15、血清フェリチン値、およびHOMA-IRIは改善した。現在までにNASHに対する確立した治療法はない。NASHの患者は肥満をもち、インスリン抵抗性も持っていることが特徴である。本症例は食事運動療法にくわえ早期からの薬物療法の奏功し病理所見が改善したと考えられる。病態による早期の薬物介入の必要性が示唆される症例であった。

017 ピオグリタゾン投与により組織学的改善が認められた非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) の一例

奈良県立五條病院 消化器病センター
櫻井 伸也、西村 典久、津呂 公則、明石 陽介、竹田 幸祐、中谷 吉宏、森安 博人、松本 昌美

【症例】50歳代男性。2型糖尿病、甲状腺機能低下症のため当院内科で内服加療を受けていた。身長166.5cm、体重81.5kg、BMI 29、ウエスト107cmと肥満であった。血液検査では肝機能障害が持続しており、ALTが100～150IU/l程度で推移していた。各種の肝炎ウイルス、自己抗体検査を行ったが全て陰性であり、腹部超音波検査(US)では脂肪肝を認めた。以上からNASHが疑われ、2007.4.24にUS下肝生検を施行した。組織学的所見では、好中球浸潤を伴うlipoglanuloma～spotty necrosisが散見、肝細胞のballooning、中心静脈周囲の繊維化が認められ、stage 1相当のNASHと診断された。肝生検時の血液検査でHoma-IR 3.65とインスリン抵抗性を認めたため、ピオグリタゾン15mg/日の内服を開始した。外来で内服加療を継続していたところALT値の低下がみられ、投与開始6ヵ月後からはほぼ正常値で推移するようになった。この間、目立った体重の変化はみられなかった。ピオグリタゾン投与開始17ヵ月後に再度肝生検施行したところ、好中球浸潤の目立つlipoglanulomaや肝細胞変性は改善しており、組織学的改善が確認された。【考察】NASHは放置すれば肝硬変へと進行し、肝細胞癌の発生源となるため治療が必要である。基本は食事、運動を中心とした生活習慣改善であるが、これだけでは改善がみられない患者も多い。薬物治療についてはいくつかの薬物で有効との報告があり、ピオグリタゾンは、TNF- α 等の炎症性サイトカインを抑制し、またアディポネクチンを増加させることによりNASHに対し効果があるとされている。今回ピオグリタゾン投与の前後で肝生検を施行し、組織学的改善を確認することができた症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

019 自然消退後に再発した巨大肝嚢胞の一例

¹ 済生会京都府病院 内科、
² 京都府立医科大学大学院消化器内科学 消化器内科学
中島 智樹¹、信田 みすみ¹、山岡 純子¹、牧山 明子¹、大石 亨¹、中嶋 俊彰²、吉川 敏²

患者は82歳、男性。平成20年4月のCTで肝右葉に18×14 cmで内部に充実成分や隔壁形成を伴わない単純嚢胞を認めたが、自覚症状はなかった。近医から精査加療を依頼され平成21年6月10日当院を受診した。血液検査ではWBC 4600/ μ l、CRP 0.11 mg/dlと炎症反応はなく、CEA、CA19-9ともに正常であった。同日、腹部超音波検査を行ったところ肝右葉に巨大肝嚢胞を認めた。6月19日、ダイナミックCTを施行したところ、嚢胞はほぼ消失し、その近傍に少量の腹水がみられた。腹腔内への自然破裂の可能性が高いと考えられ、症状もないため経過観察することとした。7月15日再診時、軽度の背部痛を訴え、CTで13×10cm大の嚢胞再発が認められた。7月21日、嚢胞液を穿刺したところ漿液性で細胞診class Iの嚢胞液であった。これをドレナージ後、無水エタノール70mlを注入したが、27日には12×11 cmと依然として嚢胞が残存したため、28日にはミノサイクリン200 mgを注入した。その後エコー上嚢胞は一旦縮小していたが、9月25日のCTで13×12 cmに再増大していた。単純CTでは嚢胞液はやや高吸収域を呈する部分がみられ、9月29日嚢胞液を再度穿刺したところ、今回は血性であった。これをドレナージしたうえで無水エタノールを100ml注入、10月5日ミノサイクリン200 mgを嚢胞内注入し、以後嚢胞は縮小傾向をみせ、平成22年4月には7×4 cmとなっている。考察：巨大肝嚢胞の腹腔内破裂による自然消退例は少数の報告があるが、嚢胞のその後の経過については詳細は知られていない。本症例では1回目の再増大時に嚢胞液は漿液性であったことから、嚢胞破裂部位が修復された後、嚢胞液が再貯留した可能性が考えられた。無水エタノールとミノサイクリンの注入後に生じた2回目の再増大については、嚢胞液が血性であったことから、治療後の嚢胞内出血が関与した可能性が考えられた。

018 発熱、及び軽度の肝機能障害に発症した肝サルコイドーシスの1例

近畿大学 医学部 附属病院 消化器内科
有住 忠見、萩原 智、早石 宗右、田北 雅弘、上田 泰輔、北井 聡、畑中 絹世、矢田 典久、井上 達夫、鄭 浩柄、上嶋 一臣、樫田 博史、工藤 正俊

症例は50歳代後半女性。2008年10月から37～38度台の持続する発熱を認めたため、近医で精査を受けるも確定診断までは至らなかった。以後、無治療で経過観察していたが症状が改善しないため、2009年4月当院血液内科を紹介となった。採血でALP651・ γ -GTP134と軽度肝機能障害と肝腫脹を認めたため当科紹介となった。2009年5月に肝生検を施行したところ、サルコイドーシスの肉芽腫性病変や新大分分類に照らし合わせると(A2,F3)相当を認め、肝サルコイドーシスと診断された。肺・心臓・眼等の肝以外に病変は認めなかった。サルコイドーシスは自然軽快することもあり、まず無治療にて経過観察を行った。2009年8月に再度肝生検を施行したが、新大分分類(A2,F2)相当と炎症持続しており、肝硬変進展予防目的で9月よりプレドニゾロン30mg/dayを開始した。以後、プレドニゾロンを漸減したところ、症状は消失した。2010年4月肝生検を施行したところ、新大分分類(A1,F2)相当まで改善し、肉芽腫の消失も認められた。2010年6月現在で発熱症状や肝機能障害の再燃は認めていない。発熱、及び軽度の肝機能障害に発症した肝サルコイドーシスの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。

020 多発性肝嚢胞に伴う感染性肝嚢胞の一切除例

関西医科大学 外科学教室
松島 英之、石崎 守彦、松井 康輔、海堀 昌樹、權 雅恵

症例は77歳女性、従来より肝嚢胞、腎嚢胞、脾嚢胞の指摘を受けていた。平成3年に感染性肝嚢胞に対し穿刺ドレナージ及び抗生剤による治療歴あり。平成21年6月頃より39℃の発熱を認め、近医にて入院及び抗生剤治療を繰り返すため、同年10月に精査加療目的に当院内科へ受診された。腹部所見は平坦、軟、圧痛なし。血液検査所見では、CRP：9.1mg/dl、ALP：943U/L、 γ GTP：261U/Lと炎症及び胆道系酵素の上昇を認めた。腹部造影CTで肝両葉に多発肝嚢胞を認め、PET-CTで肝S3の嚢胞に一致して2cm大のリング状の高信号域、及びS8の嚢胞に1cm大の淡い高信号域を認めた。感染性肝嚢胞及びS3肝嚢胞腺癌の疑いのもと、同年12月22日に手術施行した。左葉は内側区域まで嚢胞と置換されており正常実質は殆ど認められなかった。肝周囲は繰り返す炎症により腹膜・大網・小網と強固に癒着していた。S3の嚢胞壁の一部に白色硬化を認め、PET-CTで集積の見られた所見と一致した。S8の嚢胞には明らかな腫瘍性病変は認めず、嚢胞穿刺にて膿汁は認められなかった。以上の所見より肝左葉切除術を施行した。嚢胞内容は膿汁であり、摘出標本は病理所見上、悪性所見は認めなかった。術後胆汁瘻を生じたが、抗生剤とドレナージにより保存的に軽快し退院した。多発性嚢胞性疾患で感染性肝嚢胞を伴った症例は比較的稀であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

021 当院で経験した門脈ガス血症の2例

大阪府済生会野江病院

高橋 和人、西山 悟、青井 一憲、馬場 希一郎、塩見 圭佑、土屋 さやか、高 貴範、羽生 泰樹

門脈ガス血症は、肝内外の門脈内に気泡が充満する病態で、比較的先例があり予後不良の兆候とされてきた。今回我々は、保存的に治療しえた門脈ガス血症の2例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例1】83歳、男性。嘔吐を主訴に当院受診した。受診時の腹部CTにて、肝辺縁を中心に門脈内ガスを認め、また胃体部後壁に壁内ガス、噴門部周囲のリンパ節腫脹を認めた。胃の著明な拡張と十二指腸、近位空腸の拡張が明らかとなり、胃石や食物残渣などによる閉塞の可能性も疑われた。経鼻内視鏡で胃体部大弯から後壁を中心に広範な暗紫色の粘膜を認め、胃蜂窩織炎などに伴う粘膜の壊死性変化を疑った。経鼻胃管を挿入することで消化管の減圧を図り、PPIの投与を開始した。また胃蜂窩織炎の可能性も念頭に抗生剤の投与も開始した。入院3日目の内視鏡では浮腫は軽減し、暗紫色の粘膜は一部地図状の浅い潰瘍を形成していた。入院9日目のCTでは門脈内ガスや胃壁内ガスは消失しており、胃から十二指腸の拡張も改善した。入院17日目の内視鏡では同部位に発赤を残すのみであった。【症例2】73歳、女性。嘔吐主訴に当院救急搬送。吐物に血液が混入していたことから内視鏡検査を施行したところ、胃体上部大弯から前庭部にかけて広範に発赤、暗紫色の粘膜変化を認めた。腹部CTでは胃の著明な拡張と胃から十二指腸水平部にかけて壁内ガスを認め、また肝に門脈内ガスも減少していた。PPI、抗生剤の投与にて、保存的に治療を開始した。胃液培養では、Klebsiella pneumoniae 4+で胃蜂窩織炎と診断した。入院4日目の内視鏡では粘膜発赤は認めるものの全体的に著明な改善を認めた。また入院5日目の腹部CTでは門脈ガスはわずかに残存するのみで大部分は消失し、胃壁内ガスも減少していた。【考察】腹部CT検査で肝辺縁を中心に広がる樹枝状のガス像を認める典型的な門脈ガス血症（PVG）の2例を経験した。PVGは成因により治療や予後が異なり、成因を検討することが重要とされている。経験した2例では、共に胃の著明な拡張と内視鏡検査で粘膜損傷の所見が認められたことがPVGの発症に関与したと推測された。

023 卵巣癌化学療法中に偽膜性腸炎、CMVによる直腸潰瘍を合併した一例

神戸赤十字病院

大塚 崇史、生方 綾史、東内 雄亮、姜 純希、横山 祐二、平山 貴視、黒田 浩平、白坂 大輔、藤井 正俊

症例は83歳、女性。癌性腹膜炎を合併した卵巣癌に対して、当院産婦人科にてCDDPの腹腔内投与に引き続き、DC（DTX+CBDCA）療法を施行したが、約一週間後にGrade 4の好中球減少を認めるとともに、発熱、下痢が出現した。G-CSF、抗生剤、整腸剤の投与にて好中球は増加したが、発熱、下痢は改善せず、DC療法開始後26日目にショックを伴う多量の下血を認めたため、当科紹介となった。緊急大腸内視鏡検査施行した際、S状結腸に偽膜様斑状物の付着を認め（CD toxin、便培養提出）、さらに直腸には多発性の地図上潰瘍を認め、出血源と診断し、露出血管を止血鉗子で焼灼した。CD toxin陽性よりVCMの内服を開始し（後日、便中MRSA陽性も判明した）、CMV抗原血症検査陽性であったことから、CMVによる直腸潰瘍と診断し、ganciclovirの投与も併用した。その後は発熱、下痢、下血なく経過し、2週間後の大腸内視鏡検査施行時には著明な改善を認めた。今回、その診断および治療に早期の内視鏡検査が有用であったCD、MRSA混合感染による偽膜性腸炎とCMVによる直腸潰瘍が合併した1例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

022 サイトメガロウイルス関連が疑われた高齢者の難治性下痢の2例

大阪府済生会泉尾病院

柳川 雅人、松本 隆之、井上 肇一、野村 正晃、芝野 佳代、入江 貴雄

サイトメガロウイルス（CMV）関連の腸炎は免疫抑制剤投与中の患者やimmunosuppressed hostに多くみられることが知られている。今回我々は比較的低年齢疾患の軽微な高齢者の難治性下痢にCMV関連が疑われた症例を2例経験したので報告する。【症例1】糖尿病、廃用症候群にて入院中の90歳の女性。10日以上持続する水様便と炎症反応上昇にて当科紹介となった。偽膜性腸炎などの除外のために下部消化管内視鏡検査を施行した。縦走、点状の深い打ち抜き様の多発潰瘍を認めた。TPN管理としC7HRP陽性であったためにガンシクロビルを投与した。6週間後の再検で潰瘍の改善を認めた。【症例2】1か月前に放射線性腸炎にて血便、浅い潰瘍を認めた。その後、腎盂腎炎にて当院総合内科に入院となった80歳の女性。水様便にて便培養検査を施行したところMRSA陽性であったためバンコマイシンを投与したが改善しないことから当科紹介となった。下部消化管内視鏡検査で深い打ち抜き潰瘍を認めた。C7HRP陽性であったためにガンシクロビル投与を行ったところ便性状、CRPの改善を認めた。CMV関連腸炎は局所血管障害あるいは既存の潰瘍への感染などが病態として考えられている。特殊な免疫不全状態とはいえない高齢者に生じたCMV関連が疑われる症例を経験した。高齢者の難治性腸炎の原因として偽膜性腸炎などと同様にCMV再感染、再賦活化についても疑うべきであると考える。

024 診断に難渋した回盲部放線菌症の一例

大阪市立総合医療センター

丸山 紘嗣、石田 裕美、平松 慎介、森 あろか、末包 剛久、山崎 智朗、平良 高一、中井 隆志、佐野 弘治、斯波 将次、川崎 靖子、木岡 清英、根引 浩子、佐藤 博之、高台 真太郎、井上 透、久保 勇記、井上 健

診断に難渋した回盲部放線菌症の一例【症例】50歳代女性【既往歴】6歳：気管漏、7歳：肺炎腫、49歳：脊髄炎、糖尿病、高血圧【現病歴】平成22年2月に施行した近医での血液検査で、CA19-9高値を指摘され、精査目的で同年2月下旬に紹介受診され、精査目的で施行したPET検査で回盲部に異常集積（SUVmax:6～8）を認めた。【血液検査所見】CA19-9 48.7U/mlと軽度上昇認める以外は、明らかな異常は認めなかった。【画像所見】腹部超音波検査で、上行結腸背側内側の壁外に径21mm大の血流の乏しい境界不明瞭な低エコー腫瘍を認めた。造影CT検査で、パウヒン弁より1～2cm頭側の上行結腸に憩室様に突出し、造影にて増強される腫瘍を認めた。造影MRIで、同様の部位に均一に造影効果を受ける軟部組織腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡検査で、回盲部には憩室が認められたが、病変に一致する部位には明らかな憩室は認められなかった。【経過】外来診察時から入院経過を通じて、腹痛や発熱・下痢等の症状は認められなかった。平成21年のCT検査で、同部位に憩室を認めていたこと、PET検査にて異常集積を認めたこと、また、腫瘍マーカー上昇認めたことより、憩室内に合併した腫瘍である可能性を考え、平成22年5月下旬に腹腔鏡下回盲部切除術（D1郭清）を施行した。切除標本の病理組織の結果は、Actinomyces with diverticulosisであった。【まとめ】放線菌症の腹腔内感染は、全体の約20%であり、口腔内常在菌であるActinomyces israeliiが消化管粘膜から侵入することによって感染が成立する比較的低年齢疾患である。今回、回盲部の憩室内に合併した放線菌症を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

025 ランソプラゾール内服中止にて改善を認めた Collagenous colitis の1例

大阪府済生会野江病院

青井 一憲、高橋 和人、馬場 希一郎、西山 悟、塩見 圭祐、土屋 さやか、高 貴範、羽生 泰樹

症例は50歳台男性。2003年12月腹部膨満感、交替性便通異常を主訴に当院を受診。下部消化管内視鏡検査にて異常は認められず、上部消化管内視鏡検査にて逆流性食道炎（LA-B）を認めた。そのため、過敏性腸症候群（IBS）との診断にてポリカルボフィルカルシウムの内服を開始し、逆流性食道炎に対しランソプラゾール（3mg/日）の内服を開始した。しかし、その後も腹部膨満感、下痢が持続し内服を変更しながら経過観察を行っていた。その間もランソプラゾールは内服継続されていた。2004年11月に施行された下部消化管内視鏡検査では、脾胃曲部に粗大顆粒状変化を認めるも生検結果はLymphoid follicleであった。その後も腹部症状は完全には消失せず2007年8月に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、全大腸の粘膜に顆粒状の小隆起が多発していた。同部位からの生検にて粘膜の軽度萎縮、好酸球・単核細胞の浸潤を認めた他、粘膜表層の淡好酸性の沈着物を認めCollagenous colitis も疑い免疫染色を行った所、Masson-Trichrome 染色にてcollagen bandを認め、Collagenous colitis と診断。原因としてランソプラゾールを疑い内服中止したところ腹部症状は速やかに軽快をみとめた。症状軽快後の2010年4月に行った下部消化管内視鏡検査にて前回認めた全大腸の顆粒状変化は著明に改善認め、粘膜の生検にてcollagen bandは認められなかった。今回、我々はランソプラゾール内服中止にて改善を認めたCollagenous colitis の1例を経験したので、若干の文献的考査を加えて報告する。

027 壊死型虚血性腸炎の一例

¹ 近江八幡市立総合医療センター 消化器内科、² 同 外科

森沢 剛¹、全 圭夏¹、楊 孝治¹、石川 博己¹、赤松 尚明¹、奥川 郁²

【症例】75歳男性【主訴】下腹部痛【現病歴】近医にて高血圧で通院中、平成22年3月早朝より下腹部痛にて当院救急外来受診。【経過】単純CTにて明らかな腹膜炎の所見がなく結腸内に多量の便を認めたため、浣腸および排便が施行された。排便後も腹痛の改善が得られないため、造影CTを施行したところ、直腸周囲にfree airを認め、直腸周囲、右側結腸背側および肝周囲に少量の腹水の出現を認めた。直腸穿孔による腹膜炎が疑われ同日緊急開腹手術が施行された。開腹術前の直腸の観察で約1cm程度の裂創を認めたが骨盤内の腹膜に炎症所見は認めなかった。腹腔内には汚染した腹水を認め、左側結腸は一部斑状に黒色調変化を認めた。以上より直腸穿孔による腹膜炎は肯定的と判断。虚血性腸炎による腸管壊死、腹膜炎と考え下行結腸切断後横行結腸に単孔式の人工肛門を作成した。入院2日目挙上した人工肛門粘膜の色調不良を認め、先の開腹所見より残存結腸の虚血が疑われたため再開腹となった。人工肛門造設部付近の横行結腸は全周性に粘膜が脱落し一部壊死に陥っており、横行結腸を追加切除し再度人工肛門を造設した。以後経過良好にて入院24日目に退院となった。【総括】診断および治療に難渋した壊死型虚血性腸炎の一例を経験した。若干の文献的考査を加え報告する。

026 Lansoprazole 中止で症状消失した Collagenous colitis の2例

¹ ベルランド総合病院 消化器内科、² 同 病理部

佐藤 慎哉¹、小川 敦弘¹、廣瀬 哲¹、大倉 康志¹、木下 輝樹¹、長谷川 義展¹、柏蒼 徳之¹、安 辰一¹、山内 道子²

症例は72歳男性。既往歴は2007年1月15日胸部食道癌に対し当院消化器外科にて胃管再建術および化学療法FP療法2クールを施行されている。2009年1月26日に術後フォローの上部消化管内視鏡検査で逆流性食道炎（grade C）を指摘され、Lansoprazole 30mg/日を投薬開始となる。5月頃より2.3行/日程度の水様下痢が出現し、11月21日に当科紹介受診、TP 4.4 g/dl、Alb 2.4 g/dlと低蛋白血症を認めた。腹部CTでは明らかな異常所見はなく、下部消化管内視鏡検査では粘膜の浮腫は軽度認めたが、縦走潰瘍は認めなかった。病理組織検査にて、上行結腸中心に粘膜表層に分布するAzan Mallory染色で染まる膠原繊維を認め、Collagenous colitis と診断し、Lansoprazoleを中止、約2週間目より下痢が消失し、2010年1月にはTP 6.6 g/dl、Alb 3.9 g/dlと低蛋白血症も改善した。その後症状再発は認めず、2010年6月の下部消化管内視鏡検査では粘膜の異常は認めず、病理検査ではいずれも膠原繊維は認めなかった。症例は84歳女性。既往歴は洞不全症候群でペースメーカー挿入されている。近医にて逆流性食道炎と診断され、Lansoprazole 30mg/日を投薬されていた。2010年4月末頃より5行/日程度の水様下痢が出現し、5月26日に当科紹介受診となる。Collagenous colitisを疑ってLansoprazoleを中止したところ、約5日目に下痢は消失した。5月31日に下部消化管内視鏡検査では縦走潰瘍は認めなかったが、病理検査では下行結腸、直腸中心に粘膜表層に分布するAzan Mallory染色で染まる膠原繊維を認め、Collagenous colitis と診断した。Collagenous colitisは慢性的水様性下痢と大腸粘膜直下の膠原線維帯の肥厚を特徴とし、中年女性に好発する疾病であり、その原因としては遺伝的要因、薬剤（プロトンポンプ阻害薬、非ステロイド性消炎鎮痛薬、アスピリン、チクロピジンなど）、自己免疫疾患、腸管感染症、一酸化窒素などが挙げられる。Lansoprazole中止で下痢の改善を認めたCollagenous colitisの2例を経験したので報告する。

028 過去4年間に当院で経験した腸管気腫症5例についての検討

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科

岩上 裕吉、太田 彩貴子、信岡 未由、三上 貴生、津田 喬之、三長 孝輔、李 宗南、中村 文保、谷口 洋平、中谷 泰樹、幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、瀬田 剛史、浦井 俊二、上野山 義人、山下 幸孝

腸管気腫症は消化管壁内に多数の囊腫様気腫が認められる比較稀な疾患である。今回我々が経験した腸管気腫症5例について報告する。（症例一）53歳女性、強皮症がある。腹痛・腹部膨満を主訴に救急外来受診。CTにて腹腔内free air、小腸壁内気腫あり。保存的加療にて軽快。原疾患による消化管蠕動低下が原因と考えられた。（症例二）76歳男性、腹痛を主訴に救急外来受診。CTで小腸壁に気腫状変化あり。大腸は便が多量に貯留。保存的加療にて軽快。腸管内圧が原因と考えられた。（症例三）71歳女性、腹痛と意識消失発作を主訴に救急外来受診。プレシヨック、CTで腸管気腫を認め、腸管壊死と考えられ緊急手術。結腸切除術行われその後は順調に軽快した。（症例四）67歳男性、食欲低下、腹痛を主訴に救急外来受診。CT上腸管気腫認め、さらにS状結腸瘤とそれによるイレウスが疑われた。減圧目的に経肛門のイレウスチューブを挿入したが消化管穿孔を起こし緊急手術を行った。その後は順調に経過。（症例五）91歳男性、COPDがある。腹痛、腹部膨満感を主訴に救急外来受診。CTにて著明なfree airと腸管気腫を認めた。保存的に軽快。この2年後にも同様の症状で入院となっているが保存的に軽快している。（考察）腸管気腫症には腸閉塞等の腸管内圧の上昇や、腸管虚血等の腸管粘膜の脆弱化などが原因として挙げられる。今回経験した5例を文献的考査を加え報告する。

029 広範囲に全周性の狭窄を呈した潰瘍性大腸炎の1例

関西医科大学 消化器肝臓内科、²同 外科、³同 病理部
田中 敏宏¹、松下 光伸¹、松本 泰司¹、吉井 将哲¹、高橋 悠¹、
深田 憲将¹、川股 聖二¹、福井 寿朗¹、大宮 美香¹、西尾 彰功¹、
関 寿人¹、岡崎 和一¹、岡崎 智²、岩本 慈能²、吉岡 和彦²、
坂井田 紀子³

【症例】30歳代、女性。3年前より下痢と血便の症状を繰り返しており診療所で過敏性腸症候群として内服歴はあるが定期受診歴なし。2010年1月に近医を受診し、30行/日の下痢、高度の低アルブミン血症を認め緊急入院となった。便培養は陰性、S状結腸までの観察にて潰瘍性大腸炎と診断された。TPN管理の上、5-ASA製剤の内服を開始するも口唇の腫脹、皮疹を認め内服中止。GCAP2回施行するも症状の改善なく自己退院された。退院5日後に当院受診され同日入院となった。当院受診時に病変範囲確定のため下部消化管内視鏡検査を施行するも肛門側より20cmの部位にて全周性の狭窄を呈し内視鏡の通過は不可能であった。生検を行うも炎症細胞浸潤のみで潰瘍性大腸炎に矛盾しない病理所見であり悪性の所見はなかった。重症度は中等症潰瘍性大腸炎であり、CAIScore：6点。TPN管理とし注腸造影検査を施行し、肛門より肝彎曲部まで腸管の著明な短縮、全周性の狭窄、狭窄口側に腸管拡張を呈していた。狭窄がありクローン病の鑑別も要し小腸二重造影検査を行うも明らかな病変は認めなかった。以上より潰瘍性大腸炎と判断するも狭窄が高度である事、悪性腫瘍の合併が否定できない事より結腸全摘術、回腸人工肛門造設術を施行した。術後標本にては粘膜下層にとどまる潰瘍、粘膜上皮の炎症細胞浸潤、粘膜筋板の肥厚を認めた。狭窄部位に明らかな悪性所見なく、肉芽腫形成も認めず潰瘍性大腸炎で矛盾のない所見であったが、狭窄口側の拡張腸管部位に粘膜内高分化型大腸癌を認めた。切除断端は陰性、CT検査にて明らかな転移を疑う所見を認めなかった。広範囲に高度の短縮・狭窄を認めた潰瘍性大腸炎の1例を経験した。狭窄を合併する潰瘍性大腸炎はまれであり、悪性腫瘍の合併が否定できず手術適応となる例が多い。若干の文献的考察も含めて報告する。

031 潰瘍性大腸炎に合併した無菌性右膝窩部膿瘍の1例

京都桂病院 消化器センター 消化器内科

宮本 由貴子、山川 雅史、日下 利広、糸川 芳男、古賀 英彬、
田中 秀行、楠本 聖典、山口 大介、吉岡 拓人、白井 智彦、
田中 泰敬、中井 喜貴、浜田 暁彦、藤井 茂彦、畦地 英全、
國立 裕之

【症例】30歳代、女性【主訴】右膝関節痛【既往歴】23歳時に潰瘍性大腸炎（以下UC）。初発時に鼻中隔無菌性膿瘍、壊疽性膿皮症合併で入院歴有り。【現病歴】平成21年11月下旬より、下痢・血便のUC症状の再燃に伴って、38℃の発熱と右膝関節の激しい疼痛・腫脹・熱感を認め、近医を受診した。CT、MRIで右膝窩部膿瘍を疑われ、UCの消化管症状も増悪していたことから、12月上旬に当院紹介入院となった。【臨床経過】入院時の血液培養は陰性であったが、膝の理学所見より細菌性膝窩部膿瘍を疑い、まず抗菌薬投与（ABPC/SBT）を開始した。しかし治療に反応はなく、第5病日にCTガイド下膝窩部膿瘍生検を行った。その結果も細菌感染を示す所見はなく、さらに右膝の腫脹が増悪したため、第7病日に右膝窩切開排膿を施行した。その際ドレナージは得られたが、この際にも細菌感染の所見は認めなかった。一方、UCに対しては5-ASA製剤の内服と注腸を継続し、第5病日より顆粒球除去療法（GCAP）を開始した。第6病日の下部消化管内視鏡検査で、深掘れ潰瘍、粘膜欠損を広範に認め、臨床症状の増悪と合わせて、全結腸炎型UCの重症再燃と判断し、同日よりプレドニゾン（以下PSL）50mg/日で強力静注療法を開始した。PSL開始後は比較的速やかに消化管症状が軽快し、それに付随して膝の疼痛・腫脹も著しく改善した。その後PSLを漸減したが、消化器症状、膝症状いずれも再燃なく、第34病日に退院した。第51病日のMRIでは膿瘍の消失が確認され、現在寛解維持中である。【考察】本症例の膝窩部膿瘍は、繰り返し細菌感染の検索を行ったがその証明が得られず、UCの加療に付随してすみやかに軽快したことより、UCに合併した無菌性膿瘍と考えられた。UCに合併する腸管外病変として壊疽性膿皮症が有名であるが、同病変は下肢に好発し、抗菌薬に反応しない無菌性膿瘍である。今回の膝窩部無菌性膿瘍は壊疽性膿皮症と同じ病態であると考えられるが、膝窩部に無菌性膿瘍を合併したUCの報告は極めて少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

030 関節炎を合併した治療抵抗性の潰瘍性大腸炎にInfliximabが著効した1例

大阪大学 消化器内科

澁川 成弘、西田 勉、筒井 秀作、山田 拓哉、植村 彰夫、
新崎 信一郎、宮崎 昌典、薬師神 崇行、飯島 英樹、望月 圭、
平松 直樹、辻井 正彦、竹原 徹郎

症例は20歳代男性。平成20年春頃より排便時に血液が付着するようになった。徐々に出血の頻度が増加したため近医を受診。7月下旬消化管内視鏡検査にて潰瘍性大腸炎（直腸炎型）と診断された。SASP内服にて症状は安定していたが、平成21年2月に再燃。5-ASA製剤の内服と注腸にブレドナ注腸を併用するも増悪するため9月治療目的にて近医に入院となった。入院後、ステロイドパルス療法・強力ステロイド静注療法、GCAPを施行するも反応乏しく、病変は全結腸へと進展した。10月にはタクロリムスを開始し一旦便回数は2-3行/日へ減少するもタクロリムス減量により再燃。タクロリムスを再度増量するも寛解導入はできず、AZAを追加投与した。その後、薬剤性急性肝炎を発症したためタクロリムス・AZAを中止したところ、平成22年1月に両手指を中心とした関節痛が出現した。5-ASAとNSAIDs内服にともなう疼痛は増悪し、関節変化や可動域制限のため著しいADLの低下が出現したことと、血便も治療抵抗性であったため、4月当科へ転院となった。前医での治療法では病勢コントロールは困難と判断し、十分なインフォームドコンセントを得た上でIFXを導入した。投与翌日より便回数・血便ともに著明に改善し、関節痛もNSAIDsなしで自製内となり可動域制限もほとんど消失した。現在外来にてIFX維持投与中である。IFXが潰瘍性大腸炎に合併した関節炎に著効した報告は非常に珍しく若干の文献的考察を加え報告する。

032 成人腸重積の3例

京都桂病院消化器センター消化器内科

山口 大介、藤井 茂彦、日下 利広、古賀 英彬、糸川 芳男、
田中 秀行、宮本 由貴子、楠本 聖典、吉岡 拓人、田中 泰敬、
白井 智彦、中井 喜貴、浜田 暁彦、山川 雅史、畦地 英全、
國立 裕之

成人腸重積症は比較稀な疾患で、全腸重積症の3-10%の頻度とされる。その病因として小児腸重積症は95%が特発性であるのに対し、成人では約80%が何らかの器質的な原因疾患を有する。原因としては腫瘍が最も多いが、術前の原因診断は困難なことが多い。自然回復例は稀で、治療は一般に手術が選択される。今回3例の成人腸重積症を経験したので、文献的考察を加えその特徴を報告する。〈症例1〉29歳女性、28歳時発症の潰瘍性大腸炎のため外来加療中、腹痛を主訴に受診。腹部CTにて回盲部から上行結腸にかけて回盲部の囊胞状腫瘍を先進部とした腸重積を認め精査を行った。入院後重積は自然に解除され、原因精査のため下部ダブルバルーン内視鏡を施行した。虫垂開口部に径40mm大の弾性硬、可動性不良な粘膜下腫瘍を認め、生検にて粘液流出を認めたため、虫垂粘液囊腫が疑われた。腹腔鏡補助下盲腸部分切除術を施行し、病理診断はmucinous neoplasiaであった。〈症例2〉94歳女性、1か月前より右上腹部に腫瘍を触知するようになり、疼痛出現したため近医を受診。腹部CTにて上行結腸に腫瘍が疑われたため、精査加療目的に当科紹介となった。下部消化管内視鏡、注腸造影では結腸肝彎曲部に径60mm大の2型腫瘍を認め、CTでは腫瘍を先進部とした腸重積の所見を認めた。開腹右半結腸切除術が行われ、腫瘍は盲腸に存在し、腫瘍を先進部として回腸が重積を起こし、嵌頓していた。病理診断は低分化腺癌、StageⅢaであった。〈症例3〉74歳男性にて当院泌尿器科転院中、腹痛、便秘、発熱、炎症反応上昇を認めたため当科紹介となった。腹部CTにて、回盲部から横行結腸にかけて回盲部の腫瘍を先進部とした腸重積を認め、透視下にて下部消化管内視鏡を施行した。腫瘍は粘膜下腫瘍様の隆起性病変であり、その先進部は下行結腸に位置し、ガストログラフィンによる造影では壁の爪状所見を示した。内視鏡的に整備を試みたが困難であり、外科的に整備術を行った。手術時重積は解除されており、術中内視鏡にて盲腸に径50mm大の粘膜下腫瘍を認め、盲腸を切開し腫瘍を切除した。病理診断は脂肪腫で、悪性所見は認められなかった。

033 成人腸重積症例の検討

田附興風会北野病院 消化器内科

加藤 洋子、牟田 優、廣橋 研志郎、西川 義浩、渡辺 昌樹、佐久間 洋二郎、熊谷 奈苗、工藤 寧、小田 弥生、山内 淳嗣、藤田 光一、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【背景】成人の腸重積は比較稀な疾患で、小児を含めた全腸重積の3-10%であり、その約80%が器質的疾患に由来するとされている。今回当院にて経験した腸重積症例を検討し、原因・治療方法を検討する。【対象と方法】2004年から2010年において当院にて腸重積と診断された20歳以上の成人10名を対象とした。検討項目は主訴・イレウス症状の有無・診断方法・重積の部位・術式・病因について検討した。【結果】年齢は47歳から88歳の計10名、平均年齢68歳。内訳は男性7名、女性3名であった。主訴は5名が腹痛で最多であり、腹部膨満が2名、下血1名、症状のないものが2名であった。イレウス症状を呈しているものは認めなかった。診断にいたる検査方法は全例がCTであった。重積部位では回腸・回腸が4例、空腸・空腸が2例、回腸・結腸が1名、結腸・結腸が3名であった。その病因は腫瘍性病変が7例であり、(内訳は大腸癌3例、子宮肉腫が1例、平滑筋肉腫が1例、肺癌転移が1例、GISTが1例)、メッケル憩室が1例、イレウスチューブの抜去が誘引と考えられるものが2例であった。治療方法は1例のみ注腸検査を施行し、重積を解除している。上記1名を含め8例にて外科的治療を行い、腸切除を施行した症例が6例、Hutchinson 手技にて重積の整復をしたものが2例であった。全身状態不良にて様子観察となったものが2例であった。【考察】当院の成人腸重積の約70%が器質的疾患由来であり、特に内腔に突出する形態の腫瘍が多かった。また、2例においてイレウスチューブの抜去が原因と考えられたため、イレウスチューブの長期留置は腸重積の危険因子になりうるため、注意が必要と考えられた。

035 画像にて診断し保存的治療にて軽快した腹膜垂炎の一例

¹ 医仁会武田総合病院 消化器センター、

² 京都府立医科大学 消化器内科

島本 福太郎¹、上田 智大¹、小島 祐介¹、柏 敦文¹、藤永 陽介¹、滝本 見吾¹、山内 宏哲¹、松山 希一¹、吉川 敏一²

症例は54歳、男性。平成22年1月30日、突然始まった左下腹部痛が3日間持続するため当科外来を受診した。来院時の身体所見では左下腹部に軽度の圧痛を認めたが、発熱や腹膜刺激症状等は認めなかった。血液検査では、WBC 7200/ μ l (Neutrophil 66.4%)、CRP 1.73 mg/dl と軽度の炎症所見を認めた。原因精査目的に施行した腹部CTで、下行結腸とS状結腸の移行部付近の腸管外側にリング状の高吸収域に縁取られた脂肪性腫瘍を認め、その内部に一部高吸収域が存在した。腹部超音波検査では、周囲に低エコー帯を伴う高エコー腫瘍として描出され、内部に一部低エコー域を伴っていた。以上の特徴的な画像所見より腹膜垂炎と診断した。症状、炎症所見とも軽微であり、また憩室炎や膿瘍等の合併を認めなかったため、抗炎症薬のみの保存的治療にて経過観察し、改善が得られた。腹膜垂炎は、憩室炎や膿瘍等の合併症がない症例にて原則的に保存的治療で軽快する疾患である。しかし、報告によると術前診断率は20%にも満たず、急性発症のため腹部所見が強い場合には開腹されて初めて診断される症例も多く、急性腹症の鑑別疾患として念頭におかなければならない疾患でもある。今回我々は腹部CT、超音波検査にて診断し、保存的治療にて軽快が得られた腹膜垂炎の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

034 消化器症状にて発症し、ステロイド治療の著効した Cronkhite-Canada 症候群の一例

大阪市立大学大学院医学研究科 消化器器官制御内科学

中山 佐容子、亀田 夏彦、加藤 邦洋、南野 弘明、越智 正博、永見 康明、中谷 雅美、杉森 聖司、鎌田 紀子、十河 光栄、町田 浩久、岡崎 博俊、山上 博一、谷川 徹也、渡辺 憲治、渡辺 俊雄、富永 和作、藤原 靖弘、荒川 哲男

症例は45歳男性。平成20年12月末より下痢を2~3回/日認めていた。平成21年2月頃より舌の痛みや味覚異常を自覚し、3月頃より手足の爪の変形、顔面、体幹、四肢の色素沈着、脱毛が出現し始めた。5ヶ月で約12kgの体重減少を認めた。精査加療目的に平成21年5月当院入院となった。入院後検査では、内分泌機能検査等、特に異常を認めなかった。上部消化管内視鏡検査にて、胃~十二指腸下行脚にかけて発赤調で浮腫状のポリープをびまん性に認め、介在粘膜も浮腫状を呈しており、炎症所見が認められた。下部消化管内視鏡検査では、回腸末端~直腸にかけて大小様々な発赤の強いポリープを多数認めた。介在粘膜も胃と同様、浮腫状で発赤調の炎症所見の合併を認めた。胃および十二指腸のポリープは、病理組織学的には腺管の過形成と囊胞状拡張を認め、間質は浮腫状で、毛細血管の増生を伴っていた。回腸および大腸のポリープも、やはり胃と同様、病理組織学的には拡張した囊胞状腺管を認め、間質は炎症細胞浸潤が高度で、浮腫を伴っていた。臨床症状および内視鏡所見、病理組織学的所見から Cronkhite-Canada 症候群 (CCS) と診断した。プレドニ30mg から治療を開始し、以後漸減、以上は胃あるいは大腸全体に無数の無茎性ポリープがカーペット状に密着してくるものが多い。ポリープの発赤は高度で、介在粘膜にも発赤、浮腫、びらんなど炎症所見が認められる。今回典型的な症状から発症し、ステロイド治療の著効した CCS の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

036 特発性腸間膜静脈硬化症の1例

近畿大学 医学部 消化器内科

宮田 剛、櫻田 博史、峯 宏昌、川崎 正憲、永田 嘉昭、朝隈 豊、櫻井 俊治、松井 繁長、工藤 正俊

症例：50歳代女性。現病歴：平成6年よりPBCにて内服加療されていた。平成21年11月発熱・黒色便・肝機能障害にて近医受診。大腸内視鏡鏡施行されるも確定診断には至らず、約1カ月の保存的加療で症状は沈静化した。平成22年4月再度発熱、便潜血陽性あり、精査・加療目的にて当科紹介受診となった。現症：腹部：平坦・軟・右側腹部に圧痛あり・腹膜刺激症状なし、蠕動音：正常検査所見：CRP：0.155mg/dl、BUN：10mg/dl、Cre：0.53mg/dl、GOT：28IU/l、GPT：4IU/l、ALP：795IU/l、 γ -GTP：213IU/l、T.Bil：0.3mg/dl、D.Bil：0.1mg/dl、TP：7.4mg/dl、Alb：4.1mg/dl、WBC：5800、RBC：416万、PLT：30.6万 腹部エコー所見：盲腸~上行~右半横行結腸に層構造不明瞭な壁肥厚あり。壁内に石灰化を伴う high echoic spot 数か所あり。血流シグナル認めず。腹部造影CT所見：盲腸~右半横行結腸に著明な壁肥厚あり。同部腸間膜内に樹枝状に配列する石灰化あり、静脈の石灰化疑い。大腸内視鏡所見：上行結腸粘膜は浮腫状かつ青色調。回盲部に潰瘍痕散在。上行結腸に表面に厚い白苔と便が強く付着した潰瘍が散在していた。潰瘍より生検を施行。左半結腸より肛門大腸には異常所見を認めなかった。病理所見：陰窩は比較的整っているが間質の静脈周囲に硝子様物質の沈着あり。リンパ球や好中球などの炎症細胞浸潤も認められる。以上より特発性腸間膜静脈硬化症と診断。現在特に治療なく経過中である。考察：特発性腸間膜静脈硬化症は1991年に小山らが最初に報告し検索し得た範囲では本邦を中心に74例報告されているのみであり、まだその頻度、病因などは明らかにされていない。若干の文献的考察を加えて報告する。

037 EMR で治療した微小大腸癌の一例

¹ 日本郵政株式会社 神戸通信病院 内科、² 同 外科、
³ 李内科クリニック
富永 正幸¹、高野 真美¹、松村 美帆¹、池田 和人¹、
向井 晃太²、林 雅造²、佐藤 友信²、李 英徹³

症例は81歳男性。大腸ポリープの既往があり、かかりつけ医からの依頼で大腸内視鏡検査を施行した。S状結腸に径3mm大のIs型ポリープを認め、念のため生検を行なったところ、Group5 高分化型腺癌と診断された。かかりつけ医とも相談の上、本院内科入院にてEMRを施行することとなった。EMR時には、径3mmの平坦隆起の一部に生検10日後のびらんと認めたものの、生理食塩水局注により病変部粘膜の十分な挙上が得られた。切除は一括で行ない、断端は焼灼良好で出血や露出血管はなく、明らかな病変の遺残も認められなかった。切除標本の病理診断では腺癌成分は確認できず、病変部全体が粘膜内にとどまる高分化型腺癌であった。今回の病変の発見時には単に小ポリープとの認識であった。内視鏡写真の後からの検診ではポリープの一部にやや赤色調に見える部分があるため、そこに気付けて生検すべきであったとは思われるものの、最終病理診断の結果からは同部のみに癌が局限しているとは考えられない。

039 多発性脳転移に対して緩和的腫瘍摘出術がQOLの維持に有効であった直腸癌術後再発の1例

¹ 三菱神戸病院 外科、² 神戸大学 食道胃腸外科、
³ 神戸百年記念病院 外科、⁴ 三菱神戸病院 消化器科
金 英植¹、鈴木 知志²、黒田 大介²、日高 敏晴³、前田 暁行¹、
鄭 充康¹、斎藤 正樹¹、橋本 可成⁴

【はじめに】緩和医療は外科的治療も含め、がんの診断・治療と表裏一体をなすものであり、今後日常臨床においてもその重要性が増すと考えられる。今回我々は多発性脳転移に対して緩和的腫瘍摘出術がQOLの維持に有効であった直腸癌術後再発の1例を経験したので報告する。【症例】70代、女性。平成19年7月頃、直腸癌に対してハルトマン手術を施行（病理診断：RaRb, circ, Type 2, 70X90mm, SE, N0, H0, P0, M0, Stage II, D3, AN4, PM0, DM0, RMO, R0, curA）したが、術後補助化学療法は患者が拒否したため施行しなかった。経過中に肺転移を認め内服による全身化学療法（TS-1：5コースUFT/LV療法 2コース）を施行したが肺転移はPDであり肝転移も出現したためBSCを行うこととなった。平成21年4月下旬より頭痛と左上下肢の不全麻痺が出現、近医受診し頭部CTにて多発性脳転移を指摘、精査治療目的に当院へ入院。頭部MRIにて右前頭葉と側頭葉に転移性腫瘍と多発性の小転移巣、骨シンチにて左大腿骨にも転移を認めた。入院後よりグリセオールとリンデロンとの投与を開始。肺転移が制御困難なことから脳転移も治療は困難と考えられたが、腫瘍による頭蓋内圧亢進症の回避を目的として、患者と家族に十分なインフォームドコンセントをした後、5月下旬に右前頭葉の2つの腫瘍に対する開頭腫瘍摘出術と引き続き全脳照射（計30Gy）を施行した。術後は緩和医療のみを行うこととし疼痛コントロールとして医療用麻薬を使用した。経過中に遺残腫瘍の増大による頭蓋内圧亢進症状は認められず、8月下旬に家族の希望にて近医へ転院し21年1月下旬に永眠された。【考察】たとえ終末期であっても耐術能があれば積極的な緩和手術を行うことによりがん患者のQOLの向上・維持が可能であると考えられた。

038 腭頭部腺扁平上皮癌を重複した横行結腸癌の一例

¹ 関西医科大学 消化器肝臓内科、² 同 医学部 臨床検査医学
関本 剛¹、段原 直行¹、池浦 司¹、小敷 雅紀¹、高岡 亮¹、
岡崎 和一¹、植村 芳子²

【症例】症例は72歳、男性。腭頭部腫瘍・肝腫瘍精査目的で当科に紹介受診となった。造影CTにて腭頭部に乏血性の腫瘍（直径5cm）を指摘され、MRCPにてそれより尾側の膵管拡張と総胆管の拡張を指摘された為、ERCPにて胆管狭窄部より生検を施行した結果、病理診断は腺扁平上皮癌であり、腭頭部癌の胆管浸潤と判断した。造影CTにて肝内に転移性腫瘍を認めていた事から、他臓器転移を伴う切除不能腭癌との診断に至り、胆管ステントを留置した後化学療法を導入する予定であったが、血便を認めた為にスクリーニング目的で施行した大腸内視鏡検査にて横行結腸に潰瘍限局性病変を認め、生検組織の病理診断は腺癌であり、免疫染色の結果、胆管生検組織とは異なる形質発現である事を確認し得た為、進行大腸癌との同時性重複癌と診断した。PET-CTにて肺と肝臓に転移性腫瘍を確認し得た為、肺・肝転移を伴う進行大腸癌としてbevacizumab併用mFOLFOX 6による化学療法を導入し、現在外来化学療法中である。【結語】大腸癌と他臓器重複癌の報告は近年増加しているが腭癌の重複率は低く、なかでも腭腺扁平上皮癌との同時性重複は極めて稀である。今回我々は腭頭部腺扁平上皮癌を重複した横行結腸癌の一例を経験した為、若干の考察を加えて報告する。

040 K-ras 野生型切除不能下行結腸癌に対し3次治療でCPT-11/Cetuximabが有効であった1例

兵庫県立尼崎病院 消化器内科
梅田 誠、山内 雄揮、生田 耕三、高田 裕、出田 雅子、
小山 貴弘、北見 真帆、野本 大介、川崎 公男、松村 毅、
齊田 宏、木村 利幸

【背景】切除不能進行再発大腸癌治療は分子標的薬の出現により各種薬剤を組み合わせることでさまざまな治療が可能になり治療成績は大きく進歩している。Cetuximabはヒト上皮細胞増殖因子受容体（EGFR）に対するキメラ型モノクローナル抗体であるがEGFR発現レベルよりもK-ras変異の有無が治療効果に重要と考えられている。【症例】70歳男性、PS=0。【現病歴】近医にてCEA高値を指摘され精査。各種精査により下行結腸癌、多発肝、肺転移を指摘され当院紹介受診。治療前腫瘍マーカーCEA 639 ng/ml, CA19-9 165 U/ml。下行結腸癌、多発肝、肺転移に対し、まずmFOLFOX6療法を15コース施行したがGrade2の神経障害が出現し、また腫瘍マーカーの上昇を認めたため2次治療としてFOLFIRI/Bevacizumab療法に変更し13コース施行した。経過中はPRであったが再度腫瘍マーカーの上昇および肝転移が増大した。そのためEGFR陰性であったがK-ras野生型のために3次治療としてCPT-11/Cetuximab療法に変更したところ増大した肝転移は著明に縮小した。また下行結腸癌は著明に縮小し瘢痕化をきたした。現在まで約12ヶ月間投与継続している。なおCetuximabの大部分の投与は外来で行われたが有害事象として軽度のご瘡様皮疹が認められた以外は特記すべきものは認めず安全に投与出来た。【結論】今回我々は3次治療でCPT-11/Cetuximab治療が有効であった1例を経験したので報告した。K-ras野生型切除不能進行再発大腸癌に対するCetuximabは各種薬剤との組み合わせで今後1次、2次治療への治療効果に期待される。

041 大腸癌化学療法の悪心／食欲低下に対するアプレピタントの有効性検討報告

大阪府済生会中津病院

江口 考明、福知 工、仙田 花実、百瀬 健次、豊永 貴彦、山下 博司、上田 綾、生方 聡史、大塚 真美、大橋 理奈、伊藤 大、蘆田 潔

【目的】大腸癌化学療法のL-OHP,CPT-11は制吐薬適正使用ガイドラインで中等度嘔吐リスクに分類され、治療中悪心を認め治療抵抗性に繋がることがある。これら患者にアプレピタントでの悪心／食欲／QOL改善を調査し報告する。【方法】A.2010年2/24～6/10のL-OHP,CPT-11使用中大腸癌患者を対象に悪心を5段階（軽度0～重度5）、食欲低下2段階（全て食べた1,半分2,少し3,食べられなかった4）で評価する日誌とSF-8を抗癌剤投与日に記載し、急性／遅発性を問わず悪心や食欲低下を認めた患者を検索。B.有症状患者へアプレピタントを説明のうえ希望者に追加投与し、有効性を検討する。【結果】A.両抗癌剤使用中の大腸癌化学療法患者は25人（男：女/14：11）（平均年齢68歳）（stage 4：3b：術後再発/19：2：4）（L-OHP：CPT-11/13：12）。休業日と比べ抗癌剤投与後5日以内に症状を認めた症例7/25例（28.0%）に対しアプレピタントを3日間投与した。投与群7例は（男：女/4：3）（平均年齢67.8歳）（stage 4：3b：術後再発/5：0：2）（L-OHP：CPT-11/5：2）であった。B.投与群7例の悪心平均値（投与前：投与後 day1, day2, day3, day4, day5）（1.71,2.86,2.57,2.14,1.86：2.43,1.86,1.43,1.43,1.43）であった。食欲平均値は（投与前：投与後 day1, day2, day3, day4, day5）（2.29,2.00,2.29,2.00,1.86：2.29,2.14,2.00,1.71,1.57）であった。SF-8は（投与前：投与後 身体的,精神的）（47.6535,53.3363：50.0437,47.6997）であった。【考察】大腸癌化学療法患者において28.0%（7/25）は悪心／食欲低下を認めた。7例は急性期悪心へは効果を認めず、遅発性は有意差はなかったが症状改善を認めた。食欲も同様の結果だった。SF-8も有意差はなく、身体的評価は数値改善を認めたが、精神的評価は低下した。以上からアプレピタントは遅発性症状改善の可能性はあるが、一旦症状出現すると急性期症状改善は困難と考えられた。アプレピタントは中等度リスク薬剤の遅発性症状緩和に有効であると示唆され、悪心の早期発見／早期治療が症状緩和に繋がると考える。今後は悪心の予測因子を見つけ、症状出現する前に治療することで急性期症状改善が望まれる。

043 非特異性多発小腸潰瘍（CNSU：chronic nonspecific multiple ulcers of the small intestine）の一例

兵庫県立尼崎病院 消化器内科

出田 雅子、生田 耕三、高田 裕、山内 雄揮、北見 真帆、小山 貴弘、梅田 誠、川崎 公男、松村 毅、斉田 宏、木村 利幸

【症例】63歳男性【主訴】血便【既往歴】本態性血小板增多症【現病歴】2009年7月血便で入院した。下部消化管内視鏡検査で深部結腸に憩室を認め、憩室出血と診断し保存的に軽快し退院となった。本態性血小板增多症に対し内服していたバイアスピリンは退院後中止した。10月血便にて再入院となった。【入院時現象／検査】身長178.3cm,体重59kg,Hb10.1mg/dl,Ht32.3%,TP5.7g/dl,下部消化管内視鏡検査：血液貯留と回盲弁より30cm口側に類円形小腸潰瘍を3か所認めた。病理組織：非特異的炎症像を認めるのみで肉芽腫形成や腫瘍性変化は認めなかった。【経過】回盲部潰瘍の鑑別精査を行ったが、クオンティフェロン陰性より腸結核、臨床症状と眼・陰部・粘膜所見よりベーチェット病、病理組織結果より炎症性腸疾患は否定的であった。小腸カプセル内視鏡検査、小腸ダブルバルーン内視鏡下逆行性小腸透視（回盲弁より40cm）では明らかな腫瘍性病変を認めず、回腸末端に深掘れ潰瘍を1か所認めるのみであった。保存的に改善し、非特異的炎症像を呈する回腸潰瘍の存在よりCNSUと診断し、エンテラールを含む食事療法で退院とした。外来で数回血便を認めたが、食事をエンテラール中心とすることで改善した。2010年1月血便にて再入院となった。小腸透視で回腸末端（回盲弁より50cm）に多発する不整形潰瘍と潰瘍瘻管を認めた。本人の強い希望もあり十分なICの上、当院外科にて術中内視鏡下回盲部切除術（回腸末端から口側5cm、肛門側5cm）を施行した。切除標本内に不整な深掘れ潰瘍を5か所認めて、同部に一致して壁肥厚を認めた。病理組織上いずれもUL-II潰瘍で軽度の線維化と炎症細胞浸潤を認め、肉芽腫や血管炎像を認めなかった。【結語】CNSUは各種治療に抵抗性で再発性である。CNSUの一例を経験したので多少の文献的考察を加え報告する。

042 IgA 腎症・腎細胞癌を併発したクローン病の一例

¹兵庫医科大学 内科学 下部消化管科、²同 内科学 上部消化管科
河合 幹夫¹、上小鶴 孝二¹、應田 義雄¹、吉田 幸治¹、河野 友彰¹、横山 陽子¹、飯室 正樹¹、樋田 信幸¹、福永 健¹、中村 志郎¹、三輪 洋人²、松本 譽之¹

【症例】38歳 男性【既往歴】平成17年小腸穿孔疑いで手術。【現病歴】平成8年に小腸大腸型クローン病と診断され、5-ASAにてフォローされていた。平成17年・平成19年に小腸穿孔疑われ手術・保存の加療歴あり。転勤を機に平成21年4月当院にて加療開始となった。【経過】平成20年12月の健診にて尿検査異常、腎機能障害を指摘されており、平成21年6月22日精査目的で当院腎透析科入院。腎生検にてIgA腎症と診断され、ステロイドパルス療法、抗凝固療法を施行された。また、消化管精査で下部空腸から回腸にかけて広範囲に縦走潰瘍、狭窄、数石病変を認め、回腸-S状結腸瘻含む複雑内瘻も確認された。クローン病に対してinfiximab(IFX)、azathioprine (AZA)、手術療法について検討していたが、平成21年10月の腹部骨盤CTで左腎臓に31×28mm大の占拠性病変確認され、腎細胞癌を強く疑われ当院泌尿器科にて平成22年2月8日に左腎腫瘍に対して左腎部分切除術施行された。術後病理診断・術中所見よりClear Cell Carcinoma pT1a N0 M0 G1 INF a V (-)であった。現在、外来で経過観察中となっている。【まとめ】今回クローン病に合併したIgA腎症・腎細胞癌の症例を経験した。腎症のため、蛋白制限がありエンテラール®を中心とした栄養療法が困難なうえ、固形癌合併のためIFX、AZA等の免疫抑制療法についても導入が困難な症例であった。当患者については腎細胞癌を早期に発見でき、完全切除できたとの判断もあるので、半年から一年の経過観察後に可能であればIFX導入を考慮中である。悪性腫瘍を合併した炎症性腸疾患に対しての貴重な症例と判断し報告する。

044 原発性小腸癌の2例

大手前病院 消化器内科

笹井 保孝、坂谷 彰彦、寺部 寛哉、西田 直浩、阪本 めぐみ、上ノ山 直人、松田 高明、土井 喜宣

今回我々は原発性小腸癌の2例を経験したので報告する。【症例1】47歳男性。平成21年8月腹部違和感を主訴に近医受診し、注腸検査、上下部内視鏡検査、腹部エコー施行されるも原因は不明であった。その後腹痛の増強、6ヶ月で5kgの体重減少、Hb11.5g/dlと貧血の進行認めたため、平成22年12月精査加療目的に当院紹介受診。血液検査では貧血認めるも、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。腹部CT検査で骨盤腔内正中に腸管の壁肥厚を認めた。PET-CT検査では同部位にFDGの集積亢進を伴う径5.4×3.2cm大の腫瘍性病変と近傍の腸間膜リンパ節の軽度集積を認めた。血管造影では明らかなencasementは認めなかった。小腸癌あるいは悪性リンパ腫を疑い、小腸部分切除を施行した。腫瘍はTreitz靱帯より約60cm肛門側に位置し、回腸末端より約10cmの位置の腸間膜に浸潤していた。切除標本の病理組織検査は、中分化型腺癌、pSI、lyl、vl、n(-)であった。現在術後5ヶ月であるが再発、転移は認めていない。【症例2】53歳男性。S状結腸癌、直腸癌に対し手術歴あり、当院外来通院中であった。平成21年10月の血液検査にてHb7.8g/dlと貧血の進行認めた。上下部内視鏡検査施行するも、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。腹部CT検査でTreitz靱帯のやや肛門側の空腸の壁肥厚を認めた。小腸造影検査では同部位に約6cmの腸管の軽度狭窄を認めた。PET-CT検査でも同部位にFDGの集積亢進を伴う腫瘍性病変と近傍の腸間膜リンパ節の軽度集積を認めた。血管造影では明らかなencasementは認めなかった。小腸癌あるいは悪性リンパ腫を疑い、空腸部分切除術を施行した。腫瘍はTreitz靱帯より約5cm肛門側に位置し、周囲の腸間膜リンパ節の腫大を認めた。切除標本の病理組織検査は、粘液癌、pSE、lyl、vl、n(-)であった。現在術後5ヶ月であるが再発、転移は認めていない。原発性小腸癌は比較稀な疾患であるが、最近ではダブルバルーン内視鏡やカプセル内視鏡を用いた小腸の詳細な検査が可能となっており、自験例のように貧血精査において上下部内視鏡検査で異常を認めなかった場合は、小腸精査を行う事を念頭に置く事も重要であると考えられる。

045 診断に苦慮した肺大細胞癌小腸転移の一例

兵庫県立尼崎病院 消化器内科

生田 耕三、梅田 誠、出田 雅子、高田 裕、山内 雄揮、
小山 貴弘、北見 真帆、野本 大介、川崎 公男、松村 毅、
斉田 宏、木村 利幸

肺癌の小腸転移は比較稀で、2%～4%とされている。今回我々は、繰り返す消化管出血後、急激にイレウスを発症し、手術にて肺大細胞癌小腸転移と診断された一例を経験したので報告する。【症例】74歳男性【主訴】貧血、便潜血陽性【家族歴】姉：肝癌【既往歴】糖尿病、ASO、狭心症【現病歴】糖尿病教育入院中の2009/11/17、貧血（Hb 11.4g/dl）、便潜血陽性を認めた。下部消化管内視鏡検査では、結腸内の血液の付着と結腸憩室、内痔核を認めた。上部消化管内視鏡検査では出血源無く、小腸カプセル内視鏡でも異常所見を認めなかった。胸部腹部造影CTでは、腹部に明らかな異常所見はなかったが、左肺上葉に不整形腫瘍を認めた。貧血改善し退院したが、2ヶ月後の2010/1/4にHb 5.0g/mlと高度貧血、黒色便で再入院した。再度施行した腹部CTで異常はなく、痔出血と診断し、保存的治療を行い退院した。この際、気管支鏡を行ったが肺病変の確定診断は得られなかった。退院の2ヶ月後の3/11にHb 5.2g/mlと高度貧血、黒色便を認め再入院となった。【検査結果】（血液検査）WBC 25900/ μ l、Hb5.2g/dl、Plt76.3万/ μ l、CRP17.27mg/dl、CEA 4.4ng/ml、NSE 15.9ng/ml（2010/3/17）＜胸部腹部造影CT＞胸部腫瘍の増大、および回盲部付近の径3cm大の小腸腫瘍、それより口側の腸管拡張と小腸イレウスを認めた。（Ga シンチ）小腸に2箇所のある有意な集積を認めた。肺には有意な集積を認めなかった。【経過】肺腫瘍の小腸転移による小腸イレウスと診断し、手術を行った。開腹所見では、回腸末端から約30cm口側にできた腫瘍が屈曲してすぐ肛門側の回腸に浸潤し、さらに腹壁に穿通している状態であり、回腸部分切除を施行した。上記以外に、小腸内の3箇所、それぞれ4cm大の腫瘍を認めた。病理所見では肺大細胞癌の転移と診断された。術後30病日に死亡された。【まとめ】黒色便、貧血の前兆はあったが、上下部内視鏡、カプセル小腸内視鏡、腹部CTで診断がつかず、2か月後にイレウスを生じた、肺大細胞癌小腸転移の症例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

047 手術により確定診断を得た特発性小腸腸間膜血腫の一例

¹ 康生会 武田病院 消化器センター、² 同 外科、

³ 京都府立医科大学消化器内科

鈴木 建太郎¹、高岡 遠¹、中部 奈美¹、東原 博司¹、高橋 周史¹、
川島 和彦²、内藤 裕二³、吉川 敏一³

【症例】41歳男性【主訴】特になし【既往歴】1歳火傷（左上肢に皮膚移植）。32歳網膜剥離。37歳腹部腫瘍を指摘【現病歴】前医にて約3年前に偶然径2cmの腹部腫瘍を指摘されるも無症状であったため放置。今回、ウイルス性腸炎で前医を受診した際に経過観察目的にCT検査を施行されたところ径2cm程度であった腹部腫瘍は約3.5cmにまで増大傾向にあり、内部が不均一に造影されるようになった。試験的切除を勧められたが本人の希望により精査目的に当科を紹介受診。CT、MRI等画像診断で腸間膜腫瘍、重複腸管、消化管GIST、デスモイド腫瘍などが鑑別にあがったが確定診断には至らず。悪性腫瘍の可能性も否定出来ず前医と同じく試験切除を勧め、同意を得られたため手術を行った。小腸間膜内に径3.5cmの表面平滑な腫瘍を認め摘出。病理組織所見では嚢胞構造の内部に古い赤血球と多数のマクロファージを認めその周りに器質化したフィブリンが形成されており、血腫が器質化したものと考えられたことから、腸間膜血腫と診断した。【まとめ】非外傷性で出血原因不明な腸間膜血腫は極めて稀な疾患である。今回我々は無症状のまま経過し手術によって腸間膜血腫と診断した症例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

046 当院における Meckel 憩室の手術症例

京都桂病院 消化器センター 消化器内科

白井 智彦、山川 雅史、日下 利広、田中 秀行、古賀 英彬、
糸川 芳男、宮本 由貴子、山口 大介、楠本 聖典、吉岡 拓人、
田中 泰敬、中井 喜貴、浜田 暁彦、藤井 茂彦、畦地 英全、
國立 裕之

【背景】Meckel 憩室は胎生期の卵黄管の遺残で全人口の2%に発生する。生涯無症候性に経過する場合もあるが、Meckel 憩室が原因となり、何らかの臨床症状を来して緊急手術となる症例も少なからず見られる。Meckel 憩室に起因する合併症は出血、腸閉塞、急性炎症など様々で、しばしば診断に苦慮することがある。【目的】当院における Meckel 憩室の手術症例について検討し、その臨床的特徴を明らかにする。【対象・方法】対象は2000年4月から2010年6月まで、当院にて開腹手術を行った Meckel 憩室7症例で、病歴をもとに臨床学的因子、画像診断、病理学的特徴を検討した。【結果】平均年齢は54歳（15～78）、性別は男/女：6/1、症候例5人（腹痛4人、嘔吐1人）/無症候性2人であった。症候例の術前診断は、腹腔内膿瘍1人/小腸イレウス3人/汎発性腹膜炎1人であった。無症候例2人は他病変（胃癌と大腸癌）の術中に偶然診断が得られた。術中診断は穿孔2人/絞扼性イレウス2人/癒着性イレウス1人（潰瘍瘻痕を伴う Meckel 憩室の口側直近に索状物を形成）であった。CTによる術前診断が可能であったのは腹腔内膿瘍合併例1例のみで、それ以外の症例は術前診断が困難であった。術後の病理組織で異所性胃粘膜/脾組織を各1例認めた。【考察】7例中2例は無症候例であったが、症候例5例も、若年者と異なる臨床的特徴の1つと考えられる。Meckel 憩室は無症候性に経過する場合もあり、症候性に発展する割合は臨床的に少ないものの、一度発症を合併した場合、絞扼性イレウス、腹腔内膿瘍、汎発性腹膜炎などの重篤な腹部急性疾患となる。したがって、腹部救急疾患の鑑別病変として Meckel 憩室は常に念頭におく必要があると考えられる。

048 原因不明の消化管出血を繰り返した空腸静脈瘤の一例

大阪市立大学 大学院 消化器内科学

加藤 邦洋、越智 正博、亀田 夏彦、東森 啓、新藤 正喜、
中山 佐容子、中谷 雅美、杉森 聖司、鎌田 紀子、十河 光栄、
山上 博一、谷川 徹也、渡辺 憲治、富永 和作、渡辺 俊雄、
藤原 靖弘、荒川 哲男

症例は50歳代、男性。主訴はタール便、貧血。
既往歴：30歳交通事故にて小腸部分切除、51歳C型肝炎硬変
現病歴：C型肝炎硬変にて近医に通院加療中であった。平成20年および平成21年に下血および貧血進行を認め近医に入院となったが、上部および下部消化管内視鏡にて精査するも明らかな出血源は認められなかった。絶食および輸血にて症状軽快したため退院となり経過観察とされていた。その後、平成22年2月にタール便が認められ、近医に入院となり上部および下部消化管内視鏡を含め精査するも明らかな出血源は認められなかった。絶食および輸血にて加療行うも下血および貧血の進行が度々認められ、小腸出血が疑われたため精査加療目的に当科転院となった。
入院後経過：腹部造影CTにて内腔に突出する空腸静脈瘤を認めた。供血路は上腸間膜静脈で排水路を下腹壁静脈であった。同部位からの出血による貧血が考えられた。腹部手術の既往や根治性を考慮し内視鏡治療よりも経血管的治療が有用と考えBRTOを施行した。BRTO後は貧血は認めず、下血も認めなくなった。経過観察目的の造影腹部CTでは空腸静脈瘤は血栓化しており著明な縮小を認めた。開食後も出血認めず退院となった。
考察：小腸静脈瘤破裂は小腸出血の中でもまれな疾患であるが、その多くが食道胃静脈瘤治療の既往や開腹手術歴のある患者であるとの報告がある。それらの既往がある患者で下血を認めた際は小腸静脈瘤も念頭に置く必要があると考えられた。
結語：下血を繰り返しBRTOが有効であった空腸静脈瘤の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。

049 絞扼性イレウスをきたした子宮広間膜ヘルニアの1例

¹ 市立加西病院 内科、² 同 外科

蓬萊 亜矢¹、高取 健人¹、佐竹 信哉¹、大瀬 貴之¹、北嶋 直人¹、西村 公志²、河野 徳之²、西田 十紀人²、生田 肇²

【症例】52歳女性。朝食後に突然生じた下腹部痛・嘔気を主訴に入院。腹部手術歴はなく、自然分娩歴3回（妊娠歴3回）あり。入院時は下腹部に圧痛があり、筋性防御・反跳痛は認めなかったが、徐々に腹痛が増悪しNSAIDs・ペンタゾシン投与後も痛みの改善がみられなかった。腹部CT検査ではniveauや腸管拡張像は認めなかったが、骨盤腔に小腸腸間膜の収束像を認め、骨盤内小腸が袋状構造物に入り込んでいるような所見を認めたため、内ヘルニアによる絞扼性イレウスの可能性を疑い緊急開腹手術を行った。開腹所見では少量血性腹水があり、左子宮広間膜に約5センチにわたる異常裂孔を認め、そこに小腸が嵌り込められており、子宮広間膜ヘルニア（fenestra type）と診断した。うっ血・浮腫を呈していた小腸約30cmを切除し裂孔の閉鎖を行った。経過良好であり術後9日目に軽快退院した。【考察】子宮広間膜ヘルニアは子宮広間膜裂孔部をヘルニア門として生じる、内ヘルニアの中でもまれな疾患である。文献報告例では分娩歴の多い女性が多数であり、妊娠・出産による外力の影響で子宮広間膜に裂孔を形成する可能性が考えられている。診断にはCTが有用であるとされているが、本疾患を念頭におかないかぎり術前診断は困難と考えられる。今回われわれは絞扼性イレウスをきたした子宮広間膜裂孔ヘルニアの1例を認めたので報告する。

051 腹腔鏡下腹膜生検が診断に有用であった結核性腹膜炎の一例

¹ 京都第一赤十字病院 消化器科、² 同 外科、³ 同 病理部

鈴木 隆裕¹、奥山 祐右¹、池田 純²、永田 昭博³、小野澤 由里子¹、北市 智子¹、田中 信¹、間嶋 淳¹、川上 巧¹、富江 晃¹、世古口 悟¹、鎌田 和浩¹、戸祭 直也¹、中村 英樹¹、佐藤 秀樹¹、木村 浩之¹、吉田 憲正¹

結核性腹膜炎は画像検査のみで確定診断を得るのは困難な疾患である。今回腹腔鏡下腹膜生検が診断に有用であった結核性腹膜炎の症例を経験したので報告する。【症例】72歳、男性【主訴】腹部膨満感【既往歴】特記事項なし【家族歴】母・腎結核、第一肺結核【生活歴】35歳時より3年間アスベスト噴霧作業に従事【現病歴】2週間前より腹部膨満感を自覚し、近医受診したところ多量の腹水認め、当院消化器科に精査目的で入院となった。腹部超音波検査および腹部造影CT検査では、著明な腹水と腹膜の肥厚を認めた。胸部CT検査にて、も中等量の右胸水と胸膜の肥厚所見を認めた。腹部膨満感の増強に伴い腹水穿刺施行し、細胞診を2回行うも、明らかな悪性細胞は検出されず。家族歴、生活歴より結核性腹膜炎及び悪性中皮腫を疑った。諸検査を施行するも確定診断に至らず、腹腔鏡下腹膜生検を試行した。腹膜は著明に肥厚し、硬く、多数の小結節をびまん性に認め、フィブリン様の線維性析出物による腹膜と腸管同士の癒着を認めた。肥厚した腹膜を剥離し、病理組織学的検査を施行した。病変部には乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫を認め、結核性腹膜炎と確定診断した。治療は抗結核薬INH、RFP、EBによる3剤併用療法開始し、現在も継続治療中である。【結語】結核性腹膜炎は慢性の経過をたどる腹膜炎症状を呈する疾患であり、悪性中皮腫や癌性腹膜炎との鑑別が極めて困難である。腹腔鏡検査にて特徴的な所見を確認し、かつ組織学的検査を試行することが本疾患を診断する上で有用と考える。

050 Clostridium perfringens（ウェルシュ菌）の日と見感染を契機として急な経過をたどった出血性壊死性腸炎の1剖検例

¹ 社会医療法人愛仁会 高槻病院、² 同 病理部

太田 和寛¹、角田 力¹、松本 尊彰¹、小川 浩史¹、品川 秋秀¹、北見 元哉¹、石村 恵美¹、志柿 泰弘¹、中島 英信¹、中田 秀史¹、大須賀 達也¹、松森 良信¹、岩井 泰博²

症例は85歳、女性。2009年1月29日より右大腿骨頸部骨折のため、手術目的にて当院整形外科入院中であったが、1月31日より頻回の下痢が出現した。嘔吐を伴うなど、ウイルス性胃腸炎と診断し、内服加療にて経過観察されていたが、症状の改善が乏しいため、2月3日、当科紹介受診となった。同日に行われた血液検査では炎症反応の上昇を認めたが、腹部全体に軽度の圧痛を認める程度であり、骨折の影響もあると考え、症状経過などからはウイルス性胃腸炎の診断で、絶食・補液・整腸剤投与にて加療継続していた。しかし、同日、15時半に発熱を認め、16時50分にSpO2の低下を認め、即時施行した胸部Xpにて著明な胃の拡張を認めた。腹部膨満感も出現したため、緊急腹部単純CT検査を施行したところ、門脈内ガス血症、小腸壁内ガス、胃壁内ガスを認めるなど、壊死性腸炎を疑わせる所見であった。18時半には呼吸不全状態となり、気管挿管を行うも、直後に心停止となり、心肺蘇生にて一時的には心拍再開を認めるも、同日、22時56分に死亡となった。その後、行われた病理解剖では小腸の広範囲にわたる出血性壊死性腸炎の所見であった。また、下痢症状出現時に提出していたノロウイルス迅速検査は陽性であり、血液培養からはウェルシュ菌が検出されたことから、ノロウイルス感染症により易感染状態となり、腸管常在菌であるウェルシュ菌による日和見感染症が発症し、急速に腸管壊死の状態に至ったと考えられた。ウェルシュ菌は食中毒やガス壊疽の原因となることで知られているが、これとは異なり、壊死性腸炎を引き起こし、急速な経過で死に至ることもある。今回、我々はウェルシュ菌の日と見感染による出血性壊死性腸炎の1例を経験したので、病理解剖所見を踏まえ、若干の考察を加え報告する。

052 直腸脱に対する腹腔鏡下手術を契機に偶然診断された結核性腹膜炎の一例

¹ 六甲アイランド病院 内科、² 同 外科

黒田 浩史¹、大森 靖弘¹、吉崎 哲也¹、畑澤 友里¹、山口 琢¹、肥後 里実¹、土橋 大輔¹、名田 高幸¹、山田 浩幸¹、北垣 一成¹、美田 良保²、今西 築²

症例は65歳女性。糖尿病、慢性腎不全にて当院腎臓科に通院中であった。平成21年12月に当院婦人科にて（膀胱脱手術）を行った際には腹水は認めていなかった。平成22年3月に腹腔鏡下直腸脱根治術目的で当院外科に入院した際の採血にて、CRP軽度上昇していたものの発熱や腹部膨満感は認めていなかった。予定通り手術を開始したが、腹腔鏡挿入時に多量の腹水および腹壁・腸管膜全体に白色の小結節を多数認めたため、結核性腹膜炎を疑い腹腔鏡下手術を中止し、大網部より組織検体採取を行った上でGanz・三輪法に術式変更し手術終了とした。術後に当科転科となり精査を行った。腹水の抗酸菌の塗抹培養検査および結核菌PCRは陰性であったが、ADAは100.6 IU/Lと高値であった。また、喀痰の抗酸菌の塗抹培養検査および結核菌PCRは陰性であり、CT所見上も肺結核を疑う所見は認めなかった。クオンティフェロンTB-2G検査は0.32IU/mlで判定保留であったが、術中採取した組織で乾酪壊死、類上皮細胞結節、多核巨細胞を認め、抗酸菌染色が陽性を示したことが決め手となり、結核性腹膜炎と診断しRFP・INH・EBの3剤併用療法を開始した。術後より発熱・CRP上昇を認めていたが、治療開始後に炎症反応は速やかに改善し、腹水もほぼ消失した。現在当科外来にて治療継続中である。結核性腹膜炎は本邦ではまれな疾患であり多少の文献的考察を加え報告する。

053 ゼラデックス投与後に発症した腹直筋血腫の一例

高槻赤十字病院 消化器科

山中 雄介、藤本 大策、山崎 秀司、神田 直樹、玉田 尚

症例は83歳男性。前立腺癌に対し当院泌尿器科にてホルモン療法を施行されていた。H22年3月、同科定期受診しゼラデックス（酢酸ゴセレリン）の皮下投与を受けた。同日帰宅後より下腹部の違和感を自覚していたが排便時に怒責をかけた際より痛みが増強し冷汗も認めたため救急受診した。腹部所見は肉眼的には異常みとめないものの左下腹部はやや硬く強い圧痛があった。明らかな反跳痛は見られなかった。腹部CTにて同部腹壁に8cm×15cm×6cm大の血腫を認め腹直筋血腫と診断した。入院後貧血の進行を認めショック症状を呈したが、大量補液、濃厚赤血球輸血にて状態は安定し、その後も嚴重な観察のうえ安静等の保存的治療にて状態の改善を得た。腹直筋血腫は比較的にまれにしか発症しないが、腹膜刺激症状を呈し急性腹症としての鑑別が必要なものも少なくない。今回われわれは、皮下注射後に発症し巨大な血腫を生じたが保存的に治療しえた腹直筋血腫の1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

055 担癌患者に合併した Trousseau 症候群の5症例

大阪赤十字病院

石川 哲朗、竹田 治彦、大塚 義、金坂 卓、中島 潤、松田 史博、恵莊 裕嗣、坂本 梓、邊見 慎一郎、金 秀基、斎藤 澄夫、波多野 貴昭、西川 浩樹、関川 昭、津村 剛彦、喜多 竜一、圓尾 隆典、岡部 純弘、木村 達、大崎 往夫

悪性腫瘍による血液凝固亢進に伴って血栓・塞栓症をきたす病態は Trousseau 症候群と総称されている。【症例1】65歳男性。肝細胞癌、C型肝硬変にて当科通院加療中の2009年4月20日頃より左下肢に疼痛が出現した。4月28日の造影CTでは左大腿静脈より抹消側は血栓による閉塞を認め、右下肺動脈に塞栓を認めた。また、鎖骨上窩から腹腔動脈周囲、腸間膜内、傍大動脈領域までのリンパ節腫脹が認められ、EUS-FNAによるリンパ節生検にてadenocarcinomaを認めた。原発不明癌としてTS-1内服と、ワーファリゼーションを施行したが、約2カ月で腎梗塞、左頭頂葉・小脳右半球に脳梗塞を発症した。【症例2】73歳男性。2009年6月25日の上部消化管内視鏡検査で胃癌を認め、治療予定であった。6月27日に腹痛で救急外来を受診、左腎梗塞を認めた。6月28日に転倒、意識レベルの低下、左空間無視などの高次機能障害を認め、6月29日のCTでは右頭頂葉に脳梗塞を認めた。【症例3】81歳女性。膝尾部痛の診断にてジェムザール7クール目を投与中の2010年6月1日に左下腿浮腫が出現。造影CTにて下大静脈、両側総腸骨静脈、左内外腸骨静脈、左膝窩静脈に血栓を認めた。肺野に結節影、肝臓に腫瘍影が散在しており、転移性癌が疑われた。肝生検ではadenocarcinomaであったが、精査するも原発巣は不明であった。【症例5】72歳男性。近医での腹部エコーでリンパ節腫脹、転移性肝腫瘍疑いのため当科へ紹介、採血でFDP:72μg/ml、D-ダイマー:20.8μg/ml、と高値であったため、CT検査で右下腿の深部静脈に血栓を認めた。肝生検でadenocarcinoma、精査にて肺癌を認めた。【結語】悪性腫瘍に関連する血栓塞栓症については古くから認識されており、1865年にArmand Trousseauによって進行胃癌の患者に、静脈血栓症が多いことが報告されている。今回、比較的短期間に担癌患者に合併したTrousseau症候群の5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。

054 腹部アンギーナに対し人工血管による血行再建を施行した1症例

¹ 大阪市立総合医療センター 消化器内科、

² 同 肝臓内科、³ 同 心臓血管外科

石田 裕美¹、斯波 将次¹、丸山 紘嗣¹、平松 慎介¹、森 あるか¹、末包 剛久¹、山崎 智朗¹、平良 高一¹、中井 隆志²、佐野 弘治¹、川崎 靖子³、木岡 清英³、佐藤 博之¹、小谷 真介³、加藤 泰之³、服部 浩治³、柴田 利彦³

（症例）60歳代男性、平成6年より慢性腎不全に対して透析をされていた。平成20年秋頃から時々上腹部痛を自覚するようになり、主に透析後の腹痛が多く、また、下痢と便秘を繰り返すようになってきた。このため、平成21年5月大腸内視鏡検査を施行したところ上行結腸から横行結腸に地図状の浅い潰瘍が多発していた。NSAID sに起因するものと考え経過観察とした。同年7月夕食後に激しい腹痛が出現し採血、腹部CT検査にて急性肺炎と診断し入院の上、点滴加療を行い軽快退院となったが、退院後も透析後に上腹部痛は出現し、徐々に増悪する傾向にあった。下痢を繰り返すため11月に再度大腸内視鏡検査を施行したところ5月と同様の所見であった。同年11月、透析後の上腹部痛に加え、炎症反応も高値であったことから精査加療目的に入院となった。入院後の腹部CTでは、肺炎等の所見はみられなかったが、小腸の一部ニボーが認められ軽度の腸閉塞が疑われたため、絶食にて経過観察したところ翌日頃より腹痛は消失し炎症反応の改善もみられた。その後は、透析後も腹痛を認めることなく経過したが、腹痛発症時の痛みのおおきさと腹部理学的所見に乖離が認められたことから血管系の精査をするために3D-CT検査を施行したところ腹腔動脈の高度狭窄、上腸管膜動脈閉塞を認め、腸管の血流は下腸管膜動脈で保持されている状態であることが判明した。翌日、心臓血管外科に転科となり右総腸骨動脈-上腸管膜動脈・脾動脈バイパス術が施行された。以後、経過良好にて退院となり外来通院となった。退院後は透析後の腹痛は認めていない。また、大腸内視鏡検査では、前回みられた潰瘍性病変はすべて軽快していた。（結語）腹部アンギーナは、通常は慢性に移移する比較的まれな疾患であるが、今回は、不可逆的な腸管虚血にまでは至らなかったが、ひとたび不可逆的な腸管虚血に陥ると予後不良な病態となるため、早期発見、早期治療が必要であり常に念頭に置く必要がある疾患であると思われる。

056 当院における頭頸部表在癌の治療成績について

京都大学大学院医学研究科 消化器内科

青山 育雄、森田 周子、武藤 学、真下 陽子、堀 貴美子、堀松 高博、江副 康正、宮本 心一、千葉 勉

【目的】拡大内視鏡、狭帯域内視鏡（Narrow Band Imaging：NBI）の普及により、以前には発見できなかった咽頭喉頭領域の表在癌が発見される機会が増加している。当院でも咽頭喉頭表在癌に対して2007年頃より耳鼻咽喉科と協力し内視鏡下の局所切除を行っており、その現状を報告する。【対象と方法】当院にて2007年2月～2010年5月までに、当院で内視鏡治療を行った中下咽頭表在癌44症例についてその治療成績、合併症について検討した。【結果】44例の内訳は、男/女=40/4、年齢中央値は67（33-82）で、同時多発癌を12例に認めた。治療は全例全身麻酔下に行われ、佐藤式湾曲型喉頭鏡を用いてワーキングスペースを確保した。病変が複数ある場合も一期的に切除を行った。治療導入当初はESDによる切除を行っていたが、2009年8月頃よりELPS（Endoscopic laryngopharyngeal surgery）による治療に移行している。切除時間の中央値は77分（27-310）、一括切除率は87.3%で、切除病変径の中央値は30mm（12-68）であった。観察期間の中央値は426日（24-1209）で、現在のところ他病死をふくめ死亡例は認めておらず、転移再発例も認めていない。局所再発は同一症例で3回認めるのみであったが、異時性多発を8例に認めた。合併症（重複あり）は、皮下気腫5例、喉頭浮腫2例、後出血1例、癒着による嚥下障害4例、口蓋拘縮による開口障害1例をみとめた。後出血例、喉頭浮腫例で一時的な気管切開を要したが、喉頭機能の喪失例は認めなかった。【結論】まだ治療後の観察期間が短く注意深いフォローが必要であるが、現時点では局所コントロール、咽頭喉頭機能温存、および安全性の観点からは咽頭喉頭表在癌の治療法として妥当と考えられた。

057 クロウン病に合併した痔瘻癌の一例

¹ 京都府立医科大学大学院 医学研究科 消化器内科学教室、

² 同 医学研究科 消化器外科部門

土屋 礼子¹、堀江 隆介¹、福本 晃平¹、尾藤 展克¹、吉田 直久¹、
内山 和彦¹、半田 修¹、高木 智久¹、石川 剛¹、保田 宏明¹、
阪上 順一¹、小西 英幸¹、若林 直樹¹、八木 信明¹、古倉 聡¹、
内藤 裕二¹、吉川 敏一¹、大辻 英吾²

症例は40歳代、男性。主訴：痔瘻の増悪 既往歴：平成8年クロウン病と診断。平成10年腸管狭窄に対し上行結腸回盲部切除。平成18年腸腰筋膿瘍に対し回腸横行結腸切除。現病歴：小腸大腸型クロウン病と診断され、メサラジン内服で経過観察されていた。平成20年11月よりCDAIは103点であったが、痔瘻の増悪を認め、MRIにて異常所見を指摘されたため精査加療目的で当科に入院となった。入院時現症・検査所見：肛門は狭窄しており、周囲に隆起を認めた。CEA29.5ng/ml、CA19-9 240 U/mlと上昇。MRIでは直腸周囲から会陰部にかけ脂肪抑制 T2WIにて high intensity を認め、造影効果を伴っており痔瘻癌の可能性が指摘された。CTでは肛門管より連続して左右臀部の皮下脂肪織内に多房性嚢胞性病変を認め、膿瘍も考えられたが、1ヵ月後に同病変は増大を示し、同様に癌の合併が疑われた。生検結果は腺癌で放射線（40Gy/20fr.）とTS-1内服によるCRT開始。その後、膿瘍の著明な縮小と腫瘍マーカーの低下を認め、手術を行った。（Type 5（UI-IV）.76×62mm,muc>> tub1,pA,y0,v0,pPM0,pDM1,pRM0,pN0（0/4））考察：痔瘻における癌の発生頻度は約0.1%で全大腸癌の0.2～0.3%と稀である。クロウン病の活動性上昇を伴わない痔瘻の増悪を認めた場合は痔瘻癌の合併を考慮する必要がある。

059 骨盤内多発嚢胞性腫瘍の1例

大津赤十字病院 消化器科

垣内 伸之、稗田 信弘、松永 康寛、水口 綾、栗山 勝利、
安村 聡樹、日高 健太郎、田邊 渉、平本 秀二、長谷川 和範、
本庶 元、近藤 雅彦、西川 浩史、三宅 直樹、早雲 孝信

症例は50歳代の男性で下腹部痛を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で下腹部に腫瘍を認め紹介された。来院時症状は消失しており、下腹部正中に手拳大の腫瘍を触知した。CTでは腫瘍は骨盤腔内に存在し、2個の8cm大の嚢胞性病変であった。その間には小嚢胞が集簇する充実成分を認め、回腸と密に接していた。MRIでは拡散強調画像で充実成分に高信号を認めた。PETでは充実成分に淡い集積を認めた。血管造影では大網動脈末梢から腫瘍への栄養血管を認め、大網静脈への drainage vein を認めた。小腸内視鏡検査では回腸にスコープの通過が困難な圧排狭窄を認め、粘膜面には異常を認めなかった。以上の検査所見から腫瘍は大網もしくは腸間膜由来で悪性の可能性も十分に考えられたため外科的摘出術を行った。手術所見では腫瘍は大網と回腸に付着する形で存在し、大網には播種結節と考えられる小病変を認め、大網・回腸部分切除術を行った。病理組織所見では多数の嚢胞を形成する中皮細胞の増殖を認め、鑑別診断として良性多発嚢胞性中皮増殖症と悪性中皮腫が考えられたが断定することは困難であった。今回我々は骨盤内多発嚢胞性腫瘍の1例を経験した。文献的考察を加えて発表する。

058 診断困難な脾原発性腫瘍の一例

¹ 神戸大学大学院 肝胆膵外科、² 神戸朝日病院 消化器科、

³ 兵庫県立がんセンター

外山 博近¹、土田 忍¹、金 守良²、井本 勉²、安藤 健治²、
福田 勝美²、音野 由美²、前川 陽子³

【症例】36歳フランス人男性、肝機能異常（ γ -GTP 高値）精査のため来院。CTにて肝は慢性肝障害の所見はみとめなかったが、脾は7cm大の low density area あり。血液検査は γ -GTP 88（0～33U/l）と可溶性 IL-2 レセプター値が2090（145-519U/ml）を認めた。CEA、CA19-9とも正常値、造影CTでは、早期相で濃染なし、後期相で緩徐に増強された。EOB 造影 MRI では実質との境界が明瞭な腫瘍とやや不明瞭な腫瘍が混在している。T2WIでは腫瘍は脾実質とほぼ等信号であった。早期相で増強効果はごく弱く徐々に増強され、後期相では概ね脾実質同等に増強されている。拡散強調画像では、病変と脾実質はいずれも高い信号を呈し、実質と病変の信号に大差を認めなかった。造影 US では早期動脈相で hypo シグナル、後期～Kupffer 相は hypo シグナルを呈した。上記の画像所見を考慮すると脾原発悪性リンパ腫の可能性が第一に挙げられる。脾生検所見は大型異型細胞を認め、腫瘍病変を疑う。LCA（partial 陽性）、CD79a（focal 陽性）、CD20（陰性）、CD3（陰性）、MUM（陰性）、CD30（陰性）、perforin（陰性）、Bcl2（陰性）、Oct2（陰性）、CD8（陰性）、CD10（陰性）、CD68（陰性）。リンパ系腫瘍の可能性はあるが、LCA、CD79aの染色性が不均一で断定困難である。【考察】鑑別診断として悪性リンパ腫（B細胞性）、炎症性偽腫瘍、inflammatory fibroblastic tumor などがあげられる。FDG-PET などの画像診断の上、切除すべきかを確定したいと考える。

060 腹膜原発漿液性乳頭状腺癌の一例

医療法人 川崎病院 消化器内科

竹内 庸浩、坂田 仁朗、西田 悠、野村 祐介、牧野 哲哉、
前田 哲男、多田 秀敏

【症例】65歳、女性【主訴】腹部膨満、体重減少【既往歴】帯状疱疹【現病歴】2009年8月頃より腹部膨満出現し、体重減少（44kg→37kgに減少）を認めた。他院受診し、腹部CTで多量の腹水貯留認め、癌性腹膜炎が疑われ2009年9月29日当院紹介入院となる。【現症】身長160cm、体重37kg、BMI 16。腹部は著明に膨満していた。【検査結果】検血・一般生化学異常なし。腫瘍マーカーはCEA 正常値。CA125 1330U/mlと著明高値であった。【画像所見】CT、MRIで多量の腹水を認めるものの卵巣の腫大は認めなかった。【腹水細胞診】性状は黄白色・漿液性、比重1.039、リバルタ反応陽性、滲出性の腹水であった。細胞診で class 5、腺癌を認めた。【入院後経過】血中CA125高値、穿刺細胞診で腺癌細胞を認める、多量腹水貯留、画像上 omental cake を認める、画像上卵巣は正常大であることにより腹膜原発漿液性乳頭状腺癌（peritoneal serous papillary carcinoma：PSPC）が疑われ、10月26日試験開腹術施行となった。手術所見は、壁側腹膜・臓側腹膜にびまん性に腹膜播種を認め、子宮卵巣は膀胱直腸と一塊となっていた。卵巣は腫大していなかった。高度な腹膜播種のため cytoreduction 効果は低いと思われ、大網の一部のみ生検し手術を終了した。病理組織検査では、粗なクロマチンを有した大小不同の核と強い胞体を持った異型上皮様細胞が充実性胞巣を形成し、一部乳頭状構造を伴っており、PSPCと診断した。TJ療法（バクリタキセル＋カルボプラチン）による化学療法を開始し、腹水は消失、CA125は正常範囲となった。6クールの化学療法の後、cytoreduction surgery 施行可能となった。今回、われわれは比較的稀な腹膜原発漿液性乳頭状腺癌の一例を経験したので報告する。

061 癌性腹水に対する腹水排液施行の是非について

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科部

瀬田 剛史、山下 幸孝、太田 彩貴子、信岡 未由、岩上 裕吉、三上 貴生、津田 喬之、三長 孝輔、李 宗南、中村 文保、谷口 洋平、中谷 泰樹、幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、浦井 俊二、上野山 義人

【目的】腹部悪性腫瘍による癌性腹膜炎で生じる癌性腹水の排液は腹部膨満感などの症状を緩和する目的で実施される一方で、蛋白質などの栄養素や体液の喪失による全身への負担があり、実施すべきか判断を迷うことも少なくない。当院における癌性腹水に対する腹水排液施行の効果について検討した。【方法】2002年4月から2010年3月までに当科に癌性腹水を併発した腹部悪性腫瘍で入院し死亡退院した89人で、癌の種類は問わなかった。腹水排液の有無で介入群と対照群に大別し、両群の入院期間をメインアウトカムにして後ろ向きに解析した。年齢、性別、癌の種類、塩酸モルヒネ製剤の使用の有無で入院期間に影響があるかも併せて評価した。【成績】89人の内訳は男性49人、女性40人、平均年齢は 66.3 ± 11.6 歳だった。癌診断から癌性腹膜炎発症まで平均 4.4 ± 10.6 ヶ月、癌性腹膜炎発症から死亡まで平均 4.0 ± 4.9 ヶ月だった。死期を迎えた入院の際に塩酸モルヒネ製剤を56人（62.9%）に使用し、その平均期間は 17.4 ± 22.0 日だった。腹水排液は42人（47.2%）に実施していた。背景疾患は膵管癌29、胃癌27、胆管細胞癌13、大腸癌8、胆嚢癌4、原発不明癌3、子宮癌2、食道癌1、十二指腸癌1、小腸癌1であった。排液回数は平均 3.8 ± 5.1 回、排液量は平均 9764.3 ± 14886.0 mlだった。入院期間は平均 32.2 ± 28.4 日で、排液群では 38.7 ± 28.9 日、非排液群では 26.5 ± 27.0 日だった（ $p < 0.05$ ）。ただし対象患者数が少なかったこと、排液対象の選別、癌進行度の違いなどの結果に影響を与えるバイアスが存在した。【結論】今回の検討では癌性腹水を排液すると症状を和らげる効果のほかに死亡退院までの期間延長の可能性が示された。しかしながら研究バイアスが存在するため、腹水排液の真の効果については前向きランダム化比較試験の実施で証明する必要があると思われる。

063 Child C 肝細胞癌に対して肝動脈化学塞栓療法（TACE）を施行した1例

¹ 向陽病院 消化器内科、² 和歌山県立医科大学 第2内科
中沢 和之¹、新垣 直樹¹、上田 和樹¹、榎本 祥太郎¹、前田 義政¹、森 良幸¹、太田 有紀¹、西村 道彦¹、岡 政志²、一瀬 雅夫²

症例は、43歳、男性。血液検査でB型慢性肝炎。Child-Pugh score 10点（C）。腫瘍マーカーAFP 80600 ng/ml、AFP-L₃ 53.6%、PIVKA-II 212200 mAU/ml。腹部CT検査では、肝両葉に多発する肝細胞癌を認めた。腹部血管造影検査・アイエコール（100mg）・リビオドール懸濁液の肝動脈化学塞栓療法を2回施行した。肝内腫瘍の縮小効果が得られ、Child-Pugh score 7点（B）と肝障害も軽快した。以後、5回、肝動脈化学塞栓療法を施行した。初回診断時より、約11ヶ月経過している。肝予備能低下例に対しても副作用なくアイエコール・リビオドール懸濁液の肝動注は施行しえた。もともとの肝予備能が保たれていると予測され、腫瘍によって肝予備能低下したと考えられる症例については今回のように積極的に治療を行い腫瘍が縮小することにより、肝予備能が改善され、ひいては予後も改善される可能性があるため、症例をみきわめて治療を行う必要があると思われる。

062 自然壊死した原発性肝細胞癌の1例

¹ 京都第一赤十字病院 消化器科、² 同 外科、³ 同 検査部病理
富江 晃¹、木村 浩之¹、小野澤 由里子¹、北市 智子¹、田中 信¹、間嶋 淳¹、川上 巧¹、鈴木 隆裕¹、世古口 悟¹、鎌田 和浩¹、戸祭 直也¹、中村 英樹¹、佐藤 秀樹¹、奥山 祐右¹、吉田 憲正¹、谷口 史洋²、永田 昭博³

【症例】59歳、男性。主訴は肝腫瘍の精査。既往歴はC型慢性肝炎。現病歴は2004年よりC型慢性肝炎に対しベガシス単独治療を施行されるも眼底出血にて治療中止され、近医にて内服加療。その経過中に腫瘍マーカー（AFP・PIVKA-2）の上昇を認め、肝ダイナミックCT検査にて肝右葉に低吸収域を認めたため、精査加療目的にて当院へ紹介。初診時の身体所見上、特記すべき所見を認めず。血液検査ではAFP731、PIVKA-2 1310と腫瘍マーカーの上昇を認めた。肝予備能はChild score 5点、Liver damage Aであった。肝ダイナミックCT検査では肝右葉に4cm大の乏血性腫瘍を認め、3か月前より増大していた。血管造影検査にて、肝S5領域に4cm大の境界不明瞭な淡い腫瘍濃染を認めた。腫瘍は辺縁のみ濃染され、内部は造影されず乏血性であった。治療として肝S5亜区域切除が施行され、切除組織の病理所見では壊死組織を認めるも悪性所見は認めず、腫瘍結節内の動脈が閉塞していた。術後の肝ダイナミックCT検査では腫瘍の残存はなく、肝細胞癌が自然壊死したと考えられた。【結語】自然壊死した原発性肝細胞癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

064 重粒子線治療を施行した肝細胞癌の一例

日本赤十字社和歌山医療センター

太田 彩貴子、信岡 未由、岩上 裕吉、三上 貴生、津田 喬之、三長 孝輔、李 宗南、中村 文保、谷口 洋平、中谷 泰樹、幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、瀬田 剛史、浦井 俊二、上野山 義人、山下 幸孝

症例：79歳 男性現病歴：HBV感染とアルコール多飲が背景にあり、70歳時に肝機能障害で入院、以降は近医で経過観察されていた。73歳時にS6に3cm大の肝細胞癌を指摘され、当院外科に紹介受診。来院時、肝予備能の低下から右葉切除は困難と考えられ、当科にてTAE・PEIT・RFAを行った。その後の経過で再発を繰り返し、局所治療を繰り返し行うも、病変が肝門部におよび治療困難となり、また本人の強い希望もあり、重粒子線治療（80Gy/20回）を受けた。治療後は肝細胞癌は縮小、著効しほぼ治癒と考えられたが、肝右葉全体が経過とともに萎縮、胆管狭窄も伴い全身状態悪化したため再入院した。その後は食道静脈瘤の破裂を繰り返し、徐々に全身状態悪化、最終的には外泊中にCPAで近医に搬送され、死亡が確認された。考察：本症例は、肝細胞癌の指摘から5年の経過で再発を繰り返し治療困難となったが、重粒子線治療により腫瘍自体はほぼ制御され、その有効性が示唆された。肝細胞癌に対する重粒子線療法の適応を含め、文献的考察をくわえて報告する。

065 門脈腫瘍塞栓を伴う肝細胞癌に放射線照射が奏功した一例

¹大阪府 済生会 野江病院 消化器科、²同 放射線科、
³関西医科大学附属 枚方病院 放射線科
馬場 希一郎¹、馬場 希一郎¹、西山 悟¹、青井 一憲¹、
高橋 和人¹、塩見 圭佑¹、土屋 さやか¹、高 貴範¹、羽生 泰樹¹、
大中 恭夫²、鎌田 実³

症例は77歳男性。当院にて慢性C型肝炎、糖尿病、アレルギー性皮膚炎にて通院中であった。平成20年12月に腹部エコーにてS8に50mm大の腫瘍を認めたため、造影CT施行。S8に50mm大の造影効果を伴う肝細胞癌を認めた。腫瘍は門脈右前区域枝、中肝静脈に進展しており、中肝静脈の腫瘍は下大静脈合流部近傍まで進展していた。平成21年1月にTAE施行。CTA/CTAPにて腫瘍は門脈右枝にまで達しており、CTAPでは右葉は造影不可能な状態であった。右肝動脈よりリピオドール3ml、エビルピシン20mgを注入し、右肝動脈前区域枝よりジェルパード2mm、約1/20Vにて追加塞栓施行とした。翌日のCTにてS8の腫瘍へのリピオドールの集積不十分であり、2月に再度、加療を行った。右肝動脈よりリピオドール4ml、エビルピシン30mgを注入し、右肝動脈前区域枝よりジェルパード2mm、約3/20Vで追加塞栓施行とした。翌日のCTにてS8への集積は前回同様、不十分であった。TAEでは加療困難な門脈腫瘍塞栓が残存しており、同部位に対して放射線療法への適応と考えられたため、3月2日より4月10日までの期間、関西医科大学附属枚方病院放射線科にて56グレイ/28分割の照射施行となった。(AFP: TAE施行前1月時点、14492ng/ml⇒放射線照射後4月、15ng/mlと改善) 5月に経過観察目的にて造影CT施行すると、S8の病変は縮小していた。さらに、9月にも造影CT施行すると、門脈腫瘍塞栓は縮小しており、肝内部に腫瘍による造影効果を認めなかった。その後、平成22年1月のEOB-MRIでも再発所見認めないことはなかった。5月時点にて、AFP 9ng/ml、PIVKA-II 29mAU/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めることなく外来にて経過観察中である。今回、我々は門脈腫瘍塞栓をきたした肝細胞癌に対し、放射線照射を施行し、TAEとの併用で非常に良好な腫瘍の制御が可能であった。肝癌の放射線治療については強い疫学的根拠に乏しいが、本症例では、放射線治療併用でIVRの効果が安全に増強されたと考えられる。若干の文献的考察を加え報告する。

067 肺転移を伴う肝細胞癌に対して Sorafenib Tosilate が奏効した一例

大阪警察病院

楠本 侑弘、宮竹 英希、須田 貴広、堀江 真以、景山 宏之、
末吉 伸行、西山 典子、横山 恵信、宇田 創、榎原 良一、
山口 真二郎、水谷 昌代、岡田 章良、河相 直樹、尾下 正秀

症例は66歳男性。C型慢性肝炎にてフォロー中、2004年10月に肝S1に肝細胞癌を認め、当院にて肝動脈塞栓術 (TACE) を施行。以後再発を繰り返し2008年10月までに計6回のTACEを施行するも、2009年1月の造影CTにて多発性の肝細胞癌再発及び下大静脈腫瘍塞栓 (径13mm) を認め、PIVKA-II も18278mAU/mlと著明な上昇を認めたため、CCDPによる肝動注療法 (ワシショット)、下大静脈腫瘍塞栓に対する放射線照射療法を施行した。さらに肝動注用リザーバーを留置しLow dose FPを計3コース施行した。2009年10月の造影CTで肝原発巣の肝細胞癌・下大静脈腫瘍塞栓 (径7mm) は縮小傾向であったが、多発性肺転移巣は増加増大傾向にあり、新たに縦隔リンパ節転移も認めた。肝予備能については、総ビリルビン0.7mg/dl、アルブミン3.9g/dl、プロトロンビン時間99%、腹水・脳症を認めず、Child-Pugh分類grade A (score: 5点) で分子標的治療薬Sorafenibの適応があると考えられたため、11月26日よりSorafenib (800mg/日) を投与開始とした。開始7日後に両足底に鱗屑を伴う皮膚の肥厚による疼痛が出現し、Sorafenibの副作用である手足症候群と考えられた。Vit.B6製剤の内服および外用薬による局所療法を行うも、新たに両手掌に紅斑を認め、症状は増悪傾向であったため開始12日後に休業。2010年1月の造影CTでは肝原発巣・下大静脈腫瘍塞栓・縦隔リンパ節転移のサイズに変化はなかったものの、肺転移は縮小傾向であった。手足症候群等の副作用の出現を考慮し、Sorafenib 400mg/日に減量し1月12日に投与を再開した。同月17日に再度足底の肥厚・疼痛を認めたため休業とし、その後は全身状態や副作用の程度に合わせ、間欠的な内服を行った。3月の造影CTでは肝原発巣・下大静脈腫瘍塞栓・肺転移・縦隔リンパ節転移のいずれも著明に縮小し、PIVKA-IIも投与前7788mAU/mlから4123mAU/mlと減少傾向にあった。今回、多発性肺転移を伴う肝細胞癌に対してSorafenibが奏効した一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

066 末期肝細胞癌に対して IFN 療法中にギランバレー症候群を併発した一例

兵庫県立西宮病院 内科

青井 健司、三木 均、福島 寿一、松浦 倫子、山井 琢陽、
池添 世里、増田 江利子、柳川 和範、安永 祐一、乾 由明

【症例】68歳男性【主訴】筋力低下、両眼瞼下垂【現病歴】肝細胞癌 (T4N0M1Vp3) で当院内科にて治療されていた。2004年に肝細胞癌と診断され、TAE、RFA、PEIT など複数回の治療歴があった。2009年7月上旬のMRIにて肝内多発再発、門脈浸潤、右副腎転移を指摘された。そのため、8月下旬に肝動注リザーバー留置術を施行し、9月よりINF+5-FU治療を開始した。10月下旬より全身倦怠感が、11月上旬には筋力低下・腰背部痛が出現した。更に11月中旬の外來時に、両眼瞼下垂・起立困難となったため緊急入院となった。【入院後経過】両眼瞼下垂、両上肢遠位部優位、下肢足底部に異常感覚、両下肢に筋力低下 (MMT 3)、深部腱反射減弱を認めた。頭部CT上明らかな頭蓋内病変は認めていなかった。髄液にて蛋白細胞解離、更に神経電機生理学的検査で末梢神経障害を認めたためギランバレー症候群と診断し免疫グロブリン大量静注療法を実施した。一時的に眼瞼下垂は改善し、下肢の感覚異常も改善した。しかし、神経症状は再度増悪。血漿交換合計3回実施するも症状改善見られなかった。肝細胞癌のリンパ節転移による総胆管の圧排像を認め、胆嚢炎・胆管炎を併発した敗血症性ショック状態となり永眠された。【考察】今回のギランバレー症候群の一因としてINFの関連も疑われたため、今後INF- α を使用する際はギランバレー症候群を呈する可能性がある事を考慮すべきと考えられた。

068 進行肝細胞癌に対するソラフェニブの有効性および安全性に関する検討

北野病院 消化器センター

熊谷 奈苗、廣橋 研志郎、牟田 優、西川 義浩、渡辺 昌樹、
佐久間 洋二郎、加藤 洋子、工藤 寧、小田 弥生、藤田 光一、
山内 淳嗣、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、
福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【目的】ソラフェニブは2009年5月に進行肝細胞癌に対して保険承認されて以降、遠隔転移症例をはじめ広く用いられるようになりつつある。しかしながら、その有効性についての報告がなされている一方で、重篤な副作用の報告も散見されるようになり、その適応については十分な考慮が必要である。当科におけるソラフェニブ投与症例について、その有効性および安全性の検討を行った。【対象と方法】対象は2009年5月から2010年6月までに当科においてソラフェニブを投与した進行肝細胞癌4症例。患者背景は年齢中央値: 70歳 (64-81歳)、性別: 男性/女性 = 3/1、PS: 0/1/2 = 3/1/0。Child-Pugh分類は全例A、病期は全例Stage IV Bであった。各症例ごとにRECISTに基づいて治療効果の判定を行い、また、CTCAE Ver4.0に基づいて副作用の評価を行った。【結果】治療効果はCRとなった症例はなく、PRが1例、SDが1例、PDが2例であった。PRとなった1例については、肺転移が著明に縮小し、AFPも著明に低下した。PDとなった2例については、治療経過中、腫瘍破裂による腹腔内出血を来したが、1例はTAEにて止血し、1例は保存的に軽快した。副作用については、Grade3以上の重篤な副作用は手足症候群が2例、血小板減少が1例であった。【結語】進行肝細胞癌におけるソラフェニブ療法は有効な治療法であるが、出血などの重篤な合併症をもたらす症例もあり、適応症例の判断および治療中の経過観察に慎重を要すると考えられた。

069 当科における肝細胞癌に対するソラフェニブによる治療経験

西神戸医療センター

岡部 誠、津田 朋広、佐々木 綾香、後藤 規弘、松森 友昭、安達 神奈、島田 友香里、林 幹人、井谷 智尚、三村 純

【はじめに】肝細胞癌（以下 HCC）に対し、ソラフェニブは RAF 阻害することで腫瘍血管の新生が抑制される。結果として腫瘍壊死の効果があり、生存期間を有意に延長させることで知られる。2009 年 5 月にソラフェニブが保険適応となっており、当科で経験した 6 症例につき報告する。【対象】平均年齢 71 歳（67-80 歳）、全例男性、背景肝の内訳は C 型 2 例・B 型 1 例・アルコール性 3 例。Child-Pugh 分類 A 5 例 B 1 例。初回治療の内容は肝切除 1 例、局所治療 4 例、無治療 1 例であった。前 5 例はその後 HCC 再発に対し、局所治療（TACE、RFA 等）を繰り返したが、制御不可となったためソラフェニブを開始した。残り 1 例は腫瘍径が非常に大きく局所治療では制御不可と考え最初からソラフェニブ開始となった。6 例とも 800mg/日 で内服開始した。【結果】転帰は 2 例が現在も投与継続中、3 例が死亡、1 例が投与中止し、現在無治療である。投与継続中の症例は 1 例が投与後 2 カ月経過、1 例が投与後 12 カ月経過している。後者は途中で全身倦怠感や十二指腸潰瘍出血のため数回内服中止を要した。RECIST による画像評価はともに PD であるが、腫瘍内部の壊死が認められた。ともに現在 PS0 のまま投与量を減量せず治療している。投与中止した症例は、左下肢に潰瘍が出現した 1 例、胆道出血をきたした 1 例、著明な血小板低下を認めた 1 例であった。死亡原因は肝不全が 2 例、吐血による出血性ショックが 1 例であった。【まとめ】ソラフェニブの腫瘍の壊死効果が確認できたのは 6 例中 2 例であった。他 3 例は 4 カ月以内に死亡しており、残りの 1 例は現在無治療となっている。本邦における治療アルゴリズムでの位置づけや適応は議論の余地があり、当科でも今後さらに症例を重ね、検討すべきであると考えられた。

071 生物学的製剤の使用中に発症した肝炎性偽腫瘍の一症例

済生会中津病院 消化器内科

豊永 貴彦、福知 工、江口 考明、山下 博司、上田 綾、生方 聡史、仙田 花実、百瀬 健次、大塚 真美、大橋 理奈、伊藤 大、蘆田 潔

症例は 66 歳の女性、既往に関節リウマチがあり生物学的製剤であるエタネルセプトの投与を受けていた。投与開始後 3 年目の外来再診時採血にて、炎症反応の亢進と肝胆系酵素の上昇を指摘された。腹部超音波検査にて肝両葉に、境界やや不明瞭な数 mm 大の低輝度腫瘍の多発が認められたため、精査目的に当科を紹介となった。当科外来受診時には全身倦怠感著明で、視診にて両側眼結膜の黄染を認め、触診にて右季肋部に圧痛が認められた。腹部造影 CT にて肝腫瘍は造影効果に乏しく、また全身 FDG-PET では腫瘍への FDG の異常集積が認められた。これらの所見より転移性肝腫瘍が疑われたが、その後の精査にても明らかな原発巣を指摘し得なかった。安静、抗生剤の点滴、解熱鎮痛薬の頓用にて保存的加療を行ったところ、全身状態は速やかに軽快し、血液検査所見の改善が認められた。全身状態の改善に伴い、肝腫瘍は次第に消退傾向を示した。悪性病変の鑑別と診断の目的に肝生検を行った。この結果、肝実質内に異型のないリンパ球の浸潤が見られ、肝細胞の変性や肝実質の線維化が認められた。病状経過と組織所見より肝炎性偽腫瘍と診断した。IgG4 関連他臓器リンパ増殖症候群の可能性を考慮し、血中の IgG4 値を測定したが正常範囲内であった。以前より様々な感染症が肝炎性偽腫瘍の発症に関連し得るものとして報告されており、本症例においても生物学的製剤の継続的な投与によって易感染性が惹起され、何らかのウイルス感染を契機として発症したものと推測している。生物学的製剤の使用中に肝炎性偽腫瘍を発症し、保存的加療にて軽快した一症例を経験した。生物学的製剤の使用中に発症した肝腫瘍に対しては、本疾患の可能性を念頭におく必要がある。

070 公立豊岡病院における非 B 非 C 型肝炎の現状

¹ 公立村岡病院 総合診療科、² 公立豊岡病院 消化器科、

³ 兵庫医科大学 内科学肝胆脾科

青木 智子¹、上田 通雅²、田中 弘教³、水田 憲利²、竹中 淳雄²、榎本 平之³、齋藤 正紀³、今西 宏安³、下村 壯治³、飯島 尋子³、西口 修平³

【目的】兵庫県は肝癌が多い地域として知られている。しかし県北部に位置する豊岡市の肝癌標準化死亡率（SMR）は兵庫県全体の男性 129.4%、女性 131.3% に対して、男性 55.2%、女性 81.4% と有意に低い（ $p < 0.05$ ）。今回、その医療の中心的位置を担う公立豊岡病院の肝癌の原因疾患を調査することで、その原因について検討した。【対象】2005 年 5 月 1 日から 2009 年 12 月 31 日までの間に原発性肝癌と診断された 191 例（男性 125 例 女性 66 例、年齢 70.5 歳（20-93 歳））を対象とし、肝炎ウイルスマーカー、飲酒歴、糖尿病などの合併、肝機能検査データ、BMI などについて検討した。【結果】191 例のうち C 型肝炎（HCV 抗体陽性例）92 例（48.2%）、B 型肝炎（HBs 抗原陽性例）18 例（9.4%）、BC 型肝炎（HCV 抗体陽性かつ HBs 抗原陽性）4 例（2.1%）、非 B 非 C 型肝炎 77 例（40.3%）であった。非 B 非 C 型肝炎についてはアルコールと考えられたものは 15 例（7.9%）、PBC と診断された症例が 4 例（2.1%）、その他、PSC 1 例（0.5%）、AIH 1 例（0.5%）、脂肪肝 1 例（0.5%）であった。原因不明であった 55 例（28.8%）のうち、HBc 抗体陽性は 4 例（2.1%）に認め、これらは B 型肝炎ウイルスの影響が示唆された。【考察】本邦における肝癌の 75% 程度を C 型肝炎が占めるのに対し、公立豊岡病院では 48% と半数以下であり、肝癌の SMR が低い一因と推測された。一方で、肝癌患者の肝炎ウイルス陽性率の低い同院では発症症例の絞り込みが困難である。今後、さらに非 B 非 C 型肝炎症例の臨床学的特徴を明らかにし、原因を解明することが必要である。

072 肝原発悪性リンパ腫の一例

宝塚市立病院 消化器内科

李 兆亮、山崎 之良、田村 公祐、奥 順介、柚木崎 紘司、太田垣 裕子、山階 武、川添 智太郎、金 ヨウ民、阿部 孝

【症例】67 歳男性【主訴】発熱【既往歴】扁桃炎（手術）、気胸、高脂血症【生活歴・渡航歴・家族歴】特になし【現病歴】2 週間前から高熱が持続したため近医受診。単純 CT 検査から肝臓内に多発性の LDA を認めたため当科紹介となった。【血液検査所見】TP：8.1 g/dl、ALB 4.1g/dl、T-BIL：0.8 mg/dl、AST：68 U/L、ALT：54 U/L、ALP：512 U/L、LD：429 U/L、CRP：22.7mg/dl、WBC：73.6 $\times 10^2/\mu\text{l}$ 、RBC：449 $\times 10^4/\mu\text{l}$ 、Hb：14.3 g/dl、PLT：28.9 $\times 10^4/\mu\text{l}$ 、HBsAg：(-)、HCVAb：(-)、赤痢アメーバ抗体：100 > 倍、CMV-IgM：(-)、HIV 判定：(-)、CA19-9：2.9 U/ml、CEA：1.3 ng/ml、PIVKA-2：35.0 mAU/ml、SCC：0.7 ng/ml、DUPAN-2（EIA）：25 U/ml、SPAN-1（RIA）：9.3 U/ml、AFP：2.7 ng/ml、PSA：0.544 ng/ml、フェリチン：3465.1 ng/ml、IL2-R：2723 U/ml、抗核抗体（ANA）：(-)【入院経過】高熱が持続し、トランスアミナーゼや LDH、CRP 値は上昇していたが、白血球数や AFP、PIVKA-2 などの各種腫瘍マーカーは正常範囲内であった。造影 CT 検査では肝腫瘍や肝細胞癌としては非典型的な多発性 LDA 病変を認めた。転移性肝腫瘍及び多発性肝腫瘍を疑い全身検索を行なったが、他に明らかな異常所見は認めず、腹部超音波検査でも内部が均一な多発性の hypoechoic lesion を認めたため、超音波ガイド下肝生検を行った。入院直後より病変の急激な増大と肝機能障害の進行を認め、さらに IL2-R とフェリチン値の上昇と 2 系統の血球減少を認めたため、悪性リンパ腫による血貪食症候群（Hemophagocytic syndrome：HPS）を疑いステロイドパルス療法を施行した。後日病理検査結果からびまん性大細胞型悪性リンパ腫（B-cell type：CD79（+）、CD20（+）、CD3（-）、CD45RA（-））と診断し、血液内科に転科し引き続き加療となった。【考察】本疾患は稀な上に非典型的な臨床所見を呈するため診断に難渋することが多い。しかし、近年慢性肝炎や臓器移植後の免疫不全、HIV 感染などを基礎疾患に持つ患者の合併症としての報告があり、今後は増加すると予想される。発熱を有する多発性肝腫瘍を呈した患者を診療する際は本症例を鑑別に挙げるが必要と考える。

073 胆管原発の腺内分泌細胞癌の一例

田附興風会 医学研究所 北野病院 消化器センター内科
佐久間 洋二朗、牟田 優、廣橋 研志郎、西川 義浩、渡辺 昌樹、熊谷 奈苗、加藤 洋子、工藤 寧、小田 弥生、山内 淳嗣、藤田 光一、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【症例】54歳男性。【既往歴】胃潰瘍、頸椎症【嗜好】飲酒：缶ビール350ml/日、喫煙：20本/日（20歳～）【現病歴】2009年12月、黄疸と食思不振を主訴に当科外来を受診。肝胆道系酵素の上昇あり、T-Bil：9.1mg/dLと著明な黄疸を認めた。腹部造影CTにて中部胆管の壁肥厚と上部胆管から肝内胆管の拡張を認めたため、中部胆管癌による閉塞性黄疸と考え、精査加療目的に緊急入院した。【入院時現症】血圧：134/91 mmHg、脈拍：68/分、体温：36.4℃、眼結膜と皮膚の黄染著明。【経過】ERCPを行い、ENBDを留置して減黄開始。IDUS上、腫瘍は後区域枝まで浸潤していたが、肝内胆管は腫瘍浸潤がないと考えた。胆管狭窄部から生検し、癌の確定診断には至らなかったが、p53陽性細胞の増加あり、腫瘍性病変と考えた。残肝 volumeの問題から、TIPEを施行した後に右3区域切除+胆管切除を施行。術後の病理組織学的診断で、大半が内分泌細胞癌であるものの一部で腺管形成が僅かにみられ、規約上の腺内分泌細胞癌と考えられた。【考察】胆管原発の腺内分泌細胞癌は極めて稀とされている。本症例の画像と病理所見につき、若干の文献的考察を含めて報告する。

075 肝内胆管癌と鑑別が困難であった胆管浸潤を伴う直腸癌肝転移の1例

京都桂病院

田中 秀行、畦地 英全、國立 利広、糸川 芳男、古賀 英彬、宮本 由紀子、山口 大介、楠本 聖典、吉岡 拓人、田中 泰敬、白井 智彦、川西 祥宏、中井 善貴、濱田 暁彦、山川 雅史、藤井 茂彦、日下 利広

症例は60歳代男性。平成22年1月近医上部消化管内視鏡にて早期胃癌が見つかり当院紹介入院となった。腫瘍マーカーはCEA：33.1、CA19-9：27.7。上部消化管内視鏡検査では体下部大弯に15mm大の0-IIa+IIc腫瘍を認め、生検結果はtub2であった。下部消化管内視鏡検査では直腸Raに15mm大0-Is腫瘍を認めた。NBI観察でC-2（広島大学分類）、Pit patternでViであり深達度はSm-massiveが疑われ生検結果はtub1>2であった。dynamic CTでは肝S5に境界不明瞭な径約4cm大の造影効果の乏しい腫瘍とその末梢胆管の拡張を認めた。EOB-MRIでは肝S5に被膜構造不明瞭で造影効果が乏しい腫瘍とB5胆管拡張を認め胆管浸潤が疑われた。ERCPではB5に壁不整と胆管が造影されず腫瘍浸潤を疑う所見であった。以上の検査結果より早期胃癌、早期直腸癌、肝内胆管癌（以後ICC）stageII期の三重複癌を疑い、予後に最も関連すると考えられたICCに対して3月に右葉切除術が施行された。胃と直腸は早期病変であり、二期的に手術を行う事となった。手術所見では肝S5に2.5cm大の腫瘍と周辺胆管内に長く伸展する腫瘍浸潤を認めた。腹膜播種やリンパ節転移は肉眼的に認めなかった。病理診断では腫瘍は直腸癌の生検組織と近似した不規則な癒合腺管形成を示す高円柱状異型細胞であり、免疫染色ではCK7（-）、CK20（+）、CDX2（+）であり直腸癌の肝転移の診断であった。ICCと胆管内浸潤を有する消化管原発癌の肝転移との鑑別診断は、腫瘍マーカーや画像検査のみでは正確な診断が難しい。また、転移性肝癌の胆管内浸潤は少ないと考えられていたがその割合は比較的多い事、予後も浸潤のない症例より有意に良い事が報告されている。我々は今回胆管浸潤を伴う直腸癌肝転移の一例を経験したため文献的考察を加え報告する。

074 細胆管細胞癌の1例

市立岸和田市民病院

藤井 善憲、木村 昇、栗山 大輔、陣 佑祥、田中 裕一、毛利 陽一、高谷 晴夫、梶村 幸三

症例は63歳男性。他院にて糖尿病フォロー中スクリーニング目的の腹部エコーにてS6に40mm大のSOLを認め、平成21年9月16日当院紹介受診。持参の腹部ダイナミックCT（9/9）では肝S6の腫瘍は、動脈相で辺縁がリング状に濃染し、平衡相で腫瘍全体がlowdensityとなる。持参の肝ダイナミックMRI（9/14）では、腫瘍はT1強調像でlowintensity、T2強調像でHighintensity。ダイナミック造影では、動脈相で辺縁にリング状の濃染があり、造影効果の遷延がみられた。採血ではHBsAg：0.1（-）、HCVAb：0.2（-）、AFP：208ng/mL、 $3 \times 66\%$ PIVKA-2：3140mAU/mL、CEA：1.4ng/mL、CA19-9：10.7U/mLと肝癌の腫瘍マーカーが上昇。MRIの造影パターンは血管腫瘍であったが、腫瘍マーカー高値にて肝癌が疑われ、10/6生検施行；繊維性間質の豊かで浸潤性増殖をし、類円形の核を有し、低分化型肝細胞癌が疑われるCarcinomaと診断された。10/20右後区域切除施行；40×35mm大の単純結節型腫瘍を認めた。腫瘍は白色部分が最も広く、部分的に灰白色を呈していた。組織学的には、小管腔の形成を伴いシート状に増殖する部分（病変A）と、小索状を呈しながら肝細胞を模倣するように増殖する部分（病変B）と、大小の管腔構造を呈しながら胆管細胞を模倣するように増殖する部分（病変C）を認めた。病変Aの免疫染色像は肝管系で陽性となるCK7と肝細胞系で陽性となるHepatociteがともに陽性を示しており、また細胆管細胞に特徴的なその内腔がEMAで膜様に染色されることより、細胆管細胞癌と診断した。病変BはCK7が陰性、Hepatociteが陽性であることよりHE像とあわせて肝細胞への分化を示す病変と考えた。病変CはCK7が陽性、Hepatociteが陰性であることより胆管細胞への分化を示す病変と考えた。細胆管細胞癌は肝臓の幹細胞と想定されているヘリング管から発生するとされているまれな腫瘍で、本症例ではHE像と免疫染色像から肝細胞と胆管細胞の双方への分化を有する細胞の増殖を確認できたので、若干の文献的考察を加えて報告する。

076 肝転移巣破裂による腹腔内出血をきたした胃原発Hepatoid adenocarcinomaの一部検例

¹ 大阪赤十字病院 消化器内科、² 同 病理部

竹田 治彦¹、喜多 竜一¹、大塚 義¹、金坂 卓¹、中島 潤¹、松田 史博¹、恵荘 裕嗣¹、金 秀基¹、坂本 梓¹、邊見 慎一郎¹、石川 哲朗¹、斎藤 澄夫¹、波多野 貴昭¹、西川 浩樹¹、関川 昭¹、津村 剛彦¹、園尾 隆典¹、岡部 純弘¹、木村 達¹、大崎 往夫¹、若狭 朋子²

【症例】80代男性。【主訴】心窩部痛、食思不振。【家族歴】父母：胃痛。【現病歴】生来健康。今年3月食思不振と心窩部痛自覚し近医受診。CTで多発肝腫瘍、上部消化管内視鏡で噴門部に巨大な腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介、入院となった。初診時肝胆道系酵素の上昇を認め、腫瘍マーカーはAFP：411100.0ng/mL、PIVKA-2：98170mAU/mL、CEA：124.0ng/mL、CA19-9：14000.0U/mLと異常高値で、ウイルスマーカーはHBsAg（-）、HCVAb（-）であった。【経過】入院時内視鏡にて噴門直下にBorr3型の巨大な腫瘍を認め、生検では低分化なadenocarcinomaと診断。肝内には14cm大の結節をはじめ両葉に腫瘍が多発し、CT動脈相で淡染し、門脈相でやや低吸収を示した。またSonazoid USでは腫瘍内部にまだらな血流を認めた。入院後腹部膨満の急速な進行を認め、腹水穿刺にて血性腹水を確認した。多発肝腫瘍の肝外突出病変破裂による腹腔内出血の診断で準緊急的に肝動脈塞栓術（TAE）を施行。腹腔内出血はTAEにより止血され全身状態は安定したが、年齢や病状より抗癌化学療法は行わず、除瘤を中心とした加療を継続した。急速な肝腫瘍の増大に伴い肝不全が進行し、第39病日に死亡退院、剖検を行なった。【考察】生前の鑑別としてAFP産生胃癌の肝転移、HCCの胃転移、HCCと胃癌の重複癌等を挙げた。肝腫瘍組織および胃腫瘍組織はいずれも低分化型のadenocarcinomaであり、CK7およびCK19陽性でHCCは否定的と考えた。AFP、PIVKA2はいずれも陽性で、病理学的に転移様式を検討し、AFPおよびPIVKA2産生型の胃原発hepatoid adenocarcinomaの肝転移と診断した。胃hepatoid adenocarcinomaは高率に肝転移を伴う予後不良な特殊型胃癌として知られるが、肝転移巣破裂による腹腔内出血をきたした例は稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

077 胆嚢十二指腸瘻を伴った胆石症の3例

近畿大学 医学部 外科 肝胆膵部門

武本 昌子、安田 武生、中多 靖幸、山崎 満夫、石川 原、石丸 英三郎、土師 誠二、中居 卓也、奥野 清隆、塩崎 均、竹山 宜典

【症例1】62歳の男性。左前腕の平滑筋肉腫切除後、肺転移に対して化学療法中、意識障害にて当院へ救急搬送された。来院時血液検査で腎不全を、腹部CTにて胆嚢気腫、回腸内の結石、口側腸管拡張を認め、腎不全を伴う胆石イレウスと診断した。補液およびイレウスチューブ挿入にて保存的加療を行ったが改善が認められない為、開腹手術を施行した。胆嚢十二指腸瘻は自然閉鎖していたため、胆嚢摘出術と回腸末端に嵌頓した結石を小腸切開にて除去して手術を終了した。術後は順調に経過し、現在外来にて化学療法継続中である。

【症例2】72歳の男性。腹痛・嘔吐にて当院を受診。腹部CTにて胆嚢気腫、空腸での結石嵌頓、口側腸管拡張を認め、胆石イレウスと診断。心筋梗塞の既往のため抗凝固療法中であったので、保存的治療を選択しイレウスチューブを挿入した。第3病日に排便を認め腹部膨満感消失し、イレウス改善。その後のCT検査では腹腔内に結石認めず経肛門的に自然排石したものと考えられた。ERCP検査にて胆嚢十二指腸瘻の自然閉鎖が確認できたため手術は施行せず現在外来通院中であるが、胆嚢炎の再燃は認めていない。

【症例3】62歳の男性。肺小細胞癌（脳・脊転移あり）に対し化学療法中、腹痛発熱にて当院受診。腹部CTにて胆管・胆嚢気腫、十二指腸球部の結石像を認め、胆嚢十二指腸瘻と診断した。内視鏡的結石除去を試みるも困難であり、開腹手術を施行した。手術は幽門輪および十二指腸球部を切開し結石除去の、瘻孔閉鎖術と胆嚢摘出術を施行。術後は順調に経過し、外来にて化学療法継続中である。胆嚢消化管瘻は胆石胆嚢炎の比較的良好な合併症である。今回われわれは3例の胆嚢十二指腸瘻を経験したので文献的考察を加えて報告する。

079 特異な画像所見を呈した胆嚢癌の一例

¹大阪鉄道病院 消化器内科、²神戸薬科大学、³大津赤十字病院
南 竜城¹、川浦 由紀子¹、内藤 達志¹、三宅 清花¹、森本 泰隆¹、清水 香代子¹、光本 保英¹、森 敬弘¹、伊藤 正¹、清水 誠治¹、鹿田 潮¹、富岡 秀夫¹、水野 成人²、本庶 元³

症例は44歳女性、既往歴はA型肝炎・左卵巣嚢腫・虫垂炎。1週間前から上腹部痛が出現したため当科を受診した。来院時の採血では炎症所見に乏しく、腹部エコー・CTで胆嚢壁のびまん性の肥厚を認め、精査加療目的で入院となった。腹部エコーではびまん性に低エコーの胆嚢壁肥厚を認め、内部に高エコーの胆汁を伴っていた。胆石は認めなかった。Dynamic CTでは壁の造影効果と石灰化胆汁を認めた。またMRIではT2強調画像で底部に浮腫状変化と考えられる高信号を認め、Dynamicでは早期相で粘膜側から層状の強い造影効果を認め、経時的な漿膜側への広がりを認めた。ERCPでは合流異常は認めず、胆嚢内腔は狭小化し胆汁細胞診ではnegativeの結果であった。以上の結果から炎症を疑うものの、胆嚢癌を否定できず開腹で胆摘を行った。病理結果から底部の粘膜層内に腫瘍細胞は充実性に増殖しており、体・頸部にかけては粘膜の剥離が一部目立つものの底部から粘膜下に広がったものと考えられた。また、腫瘍細胞は間質を伴いながら胞巣状・孤在性に浸潤しており漿膜下層まで広がっていた。以上の結果を踏まえ、拡大右葉切除術・左肝管空腸吻合を追加で行った。現在術後3カ月を経過しているが再発無く経過している。考察：胆嚢はその解剖学的な理由により直視・細胞診が困難であるため画像検査による診断が重要である。症例は精査の結果からは胆嚢癌を否定できなかったものの、びまん性の比較的良好な壁肥厚に対して周囲への浸潤を疑う所見があまりにも乏しいため炎症性変化を第一に疑い、その結果二期的な手術が必要となった。著明な壁肥厚像を認めた際には胆嚢癌と黄色肉芽腫性胆嚢炎との異同が問題となることが多いが、びまん性に胆嚢壁内に広がりがながらも他臓器に明らかな浸潤傾向を示さない胆嚢癌が存在することも意識して鑑別する必要があると考えられた。

078 胆嚢癌と鑑別困難だった胆嚢過形成性ポリープの1例

財団法人田附興風会北野病院 消化器内科

廣橋 研志郎、加藤 洋子、牟田 優、西川 義浩、渡辺 昌樹、佐久間 洋二郎、熊谷 奈苗、小田 弥生、工藤 寧、山内 淳嗣、藤田 光一、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【背景】近年、MDCT、MRIなどの画像診断装置の診断能が飛躍的に向上しているが、外科的切除を行うまで確診に至らない症例は少なくない。今回、胆嚢癌と鑑別困難だった胆嚢過形成性ポリープの1例を経験したので報告する。【症例】80歳女性 貧血の精査目的にて当院紹介受診となった。上部・下部内視鏡検査にて明らかな出血源を認めず。CTで胆嚢底部に早期相・後期相にて共に造影効果を呈す約3cmの不整な隆起を認めた。USでは低エコーを示す不整な4cm大の隆起性病変で、カラドプラーでは豊富な血流を認めた。MRCPではCT同様、胆嚢底部に不整な隆起を認めたが拡散強調画像（DWIBS）では高信号を認めず、明らかな総胆管合流異常も認めなかった。EUSでは胆嚢底部に約4cm大の広基性の乳頭状隆起を認めたが、肝への明らかな浸潤なかった。以上より、胆嚢癌（Gf乳頭型T2（S1Hinf0 H0 Binf X PV0 A0 P0）N0 M0）、cStage2と考え、当院外科で胆嚢全層切除術を施行された。最終病理診断では上皮の乳頭状増殖が見られたが、異型、浸潤性増殖は見られず、過形成性変化のみを認め、過形成性ポリープと診断された。【考察】本症例では大きさが4cm大と大きいこと、CTにて造影効果があり、USで豊富な血流を認めたことから術前には癌と診断した。今回の症例のように癌との共通点が多い胆嚢隆起性病変について術前の質的診断は非常に困難である。今後術前の鑑別として更なる質的診断法の検討が必要と考えられる。

080 総胆管壁に結石、磁器様胆嚢を伴った良性胆道狭窄の一例

関西医科大学 消化器肝臓内科

中山 新士、福井 寿朗、關 壽人、岡崎 和一

症例は64歳男性。既往歴は舌癌術後、嗜好歴として飲酒毎日（アルコール換算にて1日25gを30年以上）。糖尿病の治療のため近医通院中であった。全身倦怠感、食思不振、皮膚掻痒感、黄疸が出現したため近医にて血液検査を施行した所、肝胆道系酵素、ビリルビン値の上昇を認め、また腹部超音波検査にて肝内胆管の拡張を指摘されたため閉塞性黄疸の疑いで当科紹介、精査加療のため入院となった。腹部CTにて胆嚢壁の瀰漫性石灰化、総胆管に結石様陰影を認めた。MRCPにて肝内胆管から総胆管の著明な拡張を認め、総胆管は下部にて狭窄していた。ERCPを施行した所、下部胆管に狭窄及び結石様の陰影欠損を認めた。乳頭切開後結石除去を試みたが結石様陰影は可動性無く採石不能であった。ENBD留置し、胆汁細胞診を繰り返し施行したが、悪性所見は認められなかった。自覚症状は減黄とともに次第に消失し、血液検査所見も改善していった。経口胆道鏡および鏡視下生検にて、下部胆管の狭窄、粘膜の炎症・過形成所見を認め、ERCPで認められた結石様陰影欠損は胆管壁に固着した白色調の石灰化病変であった。悪性所見は認められなかった。チューブステントを7.5Frから10Frまで、次第に径を拡張しつつ一定期間留置・交換し、ENBD挿入から計21週にて完全にステントを抜去した。その後2年以上経過したが、胆管狭窄や黄疸の出現など認めていない。当症例は総胆管壁に結石を伴った良性胆道狭窄の1例であり、磁器様胆嚢を伴っていた。これらの合併は非常に稀であり、診断法・治療に於いても注意を要すると考えられた。文献的考察を加えて報告する。

081 胆管癌と鑑別が困難であった良性胆管狭窄の1手術例

医療法人 福慈会 福外科病院
福 昭人、坂上 美和子、福 幸吉、辻 俊明、北 啓介

症例：63歳、男性。主訴：上腹部痛、黄疸。既往歴：40年前 腸閉塞手術。十二指腸潰瘍。家族歴：特記すべきことなし。現病歴：数日前から上腹部痛を自覚していた。その後、尿が褐色となり39度の発熱をとまうため急患センターで内服加療したが軽快しないため受診となった。現症：172cm、80kg 肥満、黄疸あり、所属リンパ腺の腫脹なし、胸部は理学的所見なし、腹部は平坦で柔らかいが上腹部に圧痛を認めた。同部位に腹壁の緊張あり。入院時血液検査：WBC 15500/ μ l、CRP 18.7mg/dl と著明な炎症を認めた。GOT 108IU/l、GPT 205IU/l、総ビリルビン 9mg/dl と肝機能障害と黄疸を伴っていた。以上から急性胆管炎と診断して抗菌剤で加療した。解熱したが上腹部痛が続くため経皮経肝胆管ドレナージ術を施行した。胆管造影検査で下部胆管は不完全狭窄となっていた。胆汁細胞診で悪性所見はなかった。内視鏡的胆道腔管造影検査で腔管は正常であった。造影 CT やエコーで腫瘍は指摘できなかった。胆管癌も否定できないため幽門輪温存瘻頭十二指腸切除術を施行した。病理組織検査で下部胆管には悪性所見はなくリンパ球中心の炎症所見を認めた。原発性硬化性胆管炎を示唆する所見も認めなかった。以上から、良性胆管狭窄症と診断した。良性胆管狭窄は胆道手術後の合併症をのぞくと報告例が少ないので文献的考察を加えて報告する。

083 急性化膿性胆管炎を契機に診断された早期胆管癌の1例

大阪赤十字病院 消化器科
金 秀基、大塚 義、竹田 治彦、金坂 卓、中島 潤、松田 史博、恵莊 裕嗣、坂本 梓、邊見 慎一郎、石川 哲郎、齊藤 澄夫、波多野 貴昭、西川 浩樹、関川 昭、津村 剛彦、圓尾 隆典、喜多 竜一、岡部 純弘、木村 達、大崎 往夫

症例は78歳男性。既往歴として糖尿病・甲状腺機能低下症があり、内服加療中である。平成22年5月昼食後急に上腹部痛が出現し、続いて悪寒・熱発を認めたため当院救急外来を受診した。血液生化学検査にてWBC 6.48x10³/ μ l GOT 999IU/l GPT 935IU/l T-Bil 2.7mg/dl ALP 534IU/l γ -GTP 878IU/l CRP 5.2mg/dl と炎症反応及び肝胆道系酵素の上昇を認めた。CT では肝内胆管の拡張は認めないものの、三管合流部の直上に内腔に突出するように増殖し、造影効果を有する腫瘍を認めた。また、MRCP でも同部位に陰影欠損像を認め、T2強調像では低信号を呈する限局性の壁肥厚像として描出された。ERC 像では、上部胆管内に境界明瞭で辺縁やや不整な陰影欠損像を認めた。また、乳頭から膿性胆汁の排出を認めたことから、陰影欠損像に相当する腫瘍が閉塞機転となり、化膿性胆管炎をきたしたものと考えた。さらに、同時に施行した胆管生検及び擦過細胞診にて腺癌が検出された。経鼻胆管ドレナージにより状態が安定し、後日経口的胆道鏡を行った。腫瘍は乳頭状で胆管内腔全体を占める形で存在し、易出血性で発赤を伴っていたが、境界は明瞭であった。各種画像検査で遠隔転移が無いことを確認し、外科にて胆管切除・胆嚢摘出・胆管空腸吻合術を施行した。術後の病理組織学的検索にて線維筋層内に留まった (fm) 早期胆管癌と診断された。胆管癌は黄疸で発見され、初診時すでに進行癌である症例が多い。今回我々は黄疸を伴った急性化膿性胆管炎を契機に診断され、術後病理学的所見にて早期胆管癌であった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。

082 胆管癌との鑑別が困難であった胆管狭窄の1例

¹ 淀川キリスト教病院 消化器病センター 消化器内科、
² 同 病理診断科、³ 同 消化器病センター 外科
佐々木 翔¹、八木 洋輔¹、萩原 恭平¹、矢野 雄飛¹、
佐伯 綾子¹、廣吉 康秀¹、藤元 暁¹、吉中 勇人¹、阿南 会美¹、
阿南 隆洋¹、稲垣 恭和¹、松井 佐織¹、叶多 篤史¹、渡辺 明彦¹、
菅原 淳¹、向井 秀一¹、寺村 一裕²、若原 智之³、岩崎 武³

症例は60歳代、男性。健診の腹部超音波検査にて総胆管拡張を指摘され、当院に紹介された。血液検査では胆道系酵素が軽度上昇していた。MRCP・CTにて中部胆管は狭窄し、上部胆管は嚢状に拡張していた。ERCPでは中部胆管に7mm長の比較的平滑な狭窄と上部胆管に嚢状の拡張がみられた。腔・胆管合流異常は認められなかった。胆管癌を疑い、胆汁細胞診、胆管擦過細胞診を行い、経鼻胆管ステントを留置し胆汁細胞診を繰り返したが悪性所見はなかった。1週間後、再度 ERCPにて生検と胆管擦過細胞診を施行し、胆管ステントに交換した。胆管生検の結果は異型上皮、擦過細胞診では腺癌が疑われた。EUSにて中部胆管の不整な壁肥厚を認め、胆管造影下CTにて中部胆管に9mm長の遅延濃染像を認めた。中部胆管癌疑いの診断により、亜全胃温存瘻頭十二指腸切除術が施行された。術中所見では周囲臓器への浸潤や転移はなく、胆嚢管が低位合流していた。術後の病理組織の結果は、胆嚢管が総胆管と線維性隔壁を共有し胆管狭窄部には線維増生がみられた。明らかな癌は認められなかったが、p53、ki-67の免疫染色では胆管拡張部の上皮が陽性であったため異型上皮と診断された。胆管癌との鑑別が困難であった胆管狭窄例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

084 胆管癌に対する PTCD に合併した肝仮性動脈瘤の一例

¹ 市立池田病院 消化器科、² 同 放射線科
水本 墨¹、井倉 技¹、岩崎 哲也¹、牧野 祐紀¹、宇都宮 大輔¹、
大濱 日出子¹、土本 雄亮¹、中松 大¹、松本 康史¹、中原 征則¹、
厨子 慎一郎¹、小来田 幸世¹、澤井 良之¹、福田 和人¹、
今井 康陽¹、黒川 正典¹、高村 学²、丸川 太郎²

【はじめに】経皮経肝胆道ドレナージ（以下PTCD）に伴う合併症の中で、肝仮性動脈瘤は比較的稀な合併症である。今回我々は胆管癌による閉塞性黄疸に対するPTCDに合併した肝仮性動脈瘤に対してコイル塞栓が奏効した症例を経験したので報告する。【症例】66歳女性。近医にて肝胆道系酵素の異常を指摘され、腹部造影CTを施行したところ胆管癌が疑われ、当院消化器科を紹介受診となった。PET-CTにて中部胆管に強いFDG集積を伴う腫瘍を認め、肝内に直接浸潤していた。腹腔内には多発リンパ節転移も認め、中部胆管癌と診断し入院となった。入院時T-BIL 12.8mg/dLと閉塞性黄疸を認めたため、PTCDを施行しB3と前区域枝にそれぞれ7Fr pig tail catheterを挿入した。PTCD後28日目にはT-BIL 5.3mg/dLまで減黄出来たため、自己拡張型metallic stent (EMS)への入れ替えを施行した。B3からは8cm、口径10mmのsilver stentを、前区域枝からは4cm、口径10mmのsilver stentを各々挿入した。safety catheterとして前区域枝に6Fr straight catheterを挿入した。シースを抜去した際に動脈性の出血を生じたため、B3には9Fr pig tail catheterを挿入し圧迫止血を行った。EMS挿入後15日目に前区域枝のstraight catheterを抜去したところ、胆管出血により出血性ショックを来した。腹部造影CTを施行したところ、B3のPTCDチューブの尾側に動脈相にて結節状の濃染を認め、仮性動脈瘤が疑われた。緊急血管造影を施行。造影剤の血管外漏出像は認めなかったが、A3の3mm大の仮性動脈瘤に対して直径3mm大のコイルを近位側に2個、遠位側に1個留置した。以後再出血を認めなかった。【結語】PTCDに伴う合併症の中で、肝仮性動脈瘤は比較的稀な合併症であるが、PTCD後の胆管出血においては仮性動脈瘤発生の可能性も考慮する必要があると考えられた。

085 脾仮性嚢胞を併発した自己免疫性脾炎の1例

神戸大学 医学部 消化器内科

家本 孝雄、吉田 志栄、塩見 英之、尾崎 元昭、久津見 弘、
角山 沙織、高山 和宜、増田 充弘、三木 章、奥野 達哉、
矢野 嘉彦、森田 圭紀、杉本 真樹、佐貫 毅、吉田 優、
瀬尾 靖、豊永 高史、藤田 剛、東 健

症例は70代女性、主訴は心窩部痛である。2000年に水腎症・腎盂腎炎を繰り返し左腎摘出術を施行された。2008年には高蛋白血症・全身リンパ節腫脹を認めた。IgG4高値・涙腺腫脹・唾液腺腫脹・後腹膜線維症を認め、IgG4関連疾患と診断され外来通院していた。

2010年2月より心窩部痛を認め近医に入院となった。自己免疫性脾炎に脾仮性嚢胞を合併しており、精査加療目的で当院へ転院となった。

入院時の腹部CTでは、脾体尾部の腫大と脾周囲を中心に脂肪織濃度の上昇を認め、胃背側や空腸周囲に仮性嚢胞を、大動脈周囲に軟部陰影を認めた。自己免疫性脾炎、後腹膜線維症、脾仮性嚢胞に矛盾しない所見であり、急性脾炎に準じた加療を開始した。胃背側の嚢胞に対しては経胃的ドレナージを施行し、外瘻、内瘻を留置した。脾尾部の嚢胞に対しては、CTガイド下嚢胞ドレナージを施行した。嚢胞内アミラーゼは高値であり主脾管との交通が示唆されたが、穿刺脾液細胞診は陰性であった。嚢胞洗浄によりサイズは縮小し、経胃的内瘻チューブ以外は抜去した。炎症反応の改善、嚢胞腔の縮小を確認した後にプレドニゾロン30mg/日を開始した。今のところ再燃傾向はみられず、プレドニゾロンを漸減して経過観察を行っている。脾仮性嚢胞を併発した自己免疫性脾炎の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

087 IgG4関連硬化性疾患の3症例 —脾外病変を中心に—

¹ 社会医療法人 協和会 北大阪病院、² 社会医療法人 協和会 加納総合病院 内科、³ 兵庫医科大学 肝・胆・脾内科
井田 美貴男¹、大川 敏久¹、加納 繁照¹、原 直樹¹、岩田 惠典³、
吉川 昌平³、西口 修平³

(はじめに) 自己免疫性脾炎は、全身疾患としてのIgG4関連硬化性疾患の脾病変と考えられているが、今回多彩な脾外病変を合併した3症例を経験したので報告する。(症例1) 75歳・男性。嘔気、嘔吐の消化器症状に加えて、背部に尋常疹様の紅斑を訴え来院した。脾画像所見ではびまん性腫大を認め、また胆管画像所見では肝内・肝外胆管の狭窄像を示し、肝内胆管は枯れ枝状を示していた。胸部レントゲン検査では右中肺野に結節性陰影を認めた。FDG-PET検査で脾以外に、腹部大動脈周囲(後腹膜線維症)、縦隔内リンパ節、右肺中葉、耳下腺、顎下腺に集積を認めた。(症例2) 33歳・男性。近医より肝機能障害と胆道系酵素異常(AST540U/L、ALT 620U/L、T-Bil 2.3mg/dL、 γ -GTP 1500U/L、ALP 2400U/L)を指摘され来院した。腹部画像診断でびまん性脾腫大と胆管狭窄所見を認め、胸部CT検査で左下肺にスリガラス状陰影を認めた。FDG-PET検査で脾以外に顎下腺、舌下腺、頸部、縦隔リンパ節、左下肺、前立腺に集積を認めた。(症例3) 67歳・男性。胸やけ、食思不振にて来院。腹部画像検査でびまん性の脾腫大と胆管の拡張狭窄像を認め、さらに左腎上極側より脾門部周囲にかけてびまん性に軟部陰影を認め、後腹膜線維症と考えられた。上部消化管内視鏡検査にて胃体部大弯を中心に胃静脈瘤(F1-2 RC(-))を認めた。また経過中に血小板減少症(5.8万)を認めた。(結果) 今回、多彩な臨床症状を示したIgG4関連硬化性疾患の3症例を経験した。全例男性で、平均年齢57.6歳で、一例では33歳と若年者であった。血清IgG4値は、症例1: 223mg/dL、症例2: 804 mg/dL、症例3: 355 mg/dLであった。脾外病変の診断は、2例でFDG-PET検査にて確認したが、胆管画像診断で拡張狭窄等の所見を認め、さらに肺病変、皮膚病変、胃静脈瘤、血小板減少症を示した症例も経験した。IgG硬化性疾患は脾外病変の発症機序、診断法、活動性の評価、治療法の選択など不明点が多く、今後の症例の集積が必要と思われる報告した。

086 脾腫瘍との鑑別が困難であった自己免疫性脾炎の一例

¹ 神戸大学 外科学講座、² 同 消化器内科

山下 博成¹、浅利 貞毅¹、松本 逸平¹、新関 亮¹、外山 博近¹、
後藤 直大¹、白川 幸代¹、田中 正樹¹、上野 公彦¹、山田 勇¹、
土田 忍¹、木戸 正浩¹、鈴木 知志¹、黒田 大介¹、久津見 弘²、
佐貫 毅¹、楠 信也¹、堀 裕一¹、福本 巧¹、味木 徹夫¹、
具 英成¹

今回我々は、脾腫瘍との鑑別が困難であった自己免疫性脾炎の一例を経験したので報告する。

症例は69歳男性。1993年、両側腎癌・脾転移に対し、右腎摘出術+左腎部分切除術+脾体尾部切除術を施行(clear cell type, fStageIV)。その後肺転移により肺部分切除術、脳転移によりγナイフによる治療が行われた。2009年6月、体重減少・背部痛を主訴に近医受診。脾門部腫瘍による下部胆管狭窄と診断され、当科紹介となった。

腫瘍はMDCTで淡い造影効果を受け、FDG-PETで集積を認めたが、Gd-MRIで造影効果は見られなかった。また、孤発性肺結節影、胃周囲および大動脈周囲リンパ節腫大、脾頭部腫瘍による十二指腸・門脈狭窄を認めた。腎癌脾転移・通常型脾癌・悪性リンパ腫などを疑い、EUS-FNAを3回施行したが確定診断に至らなかった。2009年11月、全身麻酔下で開腹脾腫瘍生検、および十二指腸狭窄に対して胃空腸バイパス術を施行した。生検標本の病理組織診断にて自己免疫性脾炎と診断された。術後の血液検査ではIgG 2460mg/dL、IgG4 648mg/dLと高値であり、抗核抗体陽性であった。ステロイド投与を開始し、腫瘍縮小と病状の改善を認めている。

近年、脾腫瘍と鑑別困難な非腫瘍性病変の報告例が数多く認められるが、本症も時に脾腫瘍と類似した画像所見を呈する。自験例は腎癌脾転移の既往があり、異時性脾転移も疑われたが、その画像所見としては非典型的であった。また、他の脾腫瘍とも合致しない所見であった。このように鑑別困難な脾腫瘍性病変に対しては、自己免疫性脾炎も念頭においた精査が肝要であると考えられた。

088 気腫性脾炎の1例

¹ 愛育会 中江病院、² 済生会 有田病院、³ 川崎医科大学 食道・胃腸科内科、⁴ 大阪府立成人病センター がん予防センター
中路 幸之助¹、中江 遵義¹、熊本 光孝¹、田守 健治朗¹、
松山 健次¹、廣瀬 英美子¹、藤田 篤代¹、廣岡 紀之¹、
清水 達也¹、原 倫子²、塩谷 昭子³、鈴木 滋生⁴

症例は84歳男性。2010年5月17日より上腹部痛が出現、その後嘔気、嘔吐が続く同日当院を受診した。既往歴に肺気腫、肺炎があった。来院時の生化学検査で、酢酸素の上昇を認め、腹部造影CT検査で脾背部の著明なガス像と胆嚢内に少量の空気像を認めた。気腫性脾炎を疑い、絶食、点滴、広域抗生剤を開始した。手術も考慮されたが、その後の定期的な腹部CT検査で、気腫像の増加はなく、炎症反応もしだいに低下し、保存的に軽快した。気腫性脾炎は極めてまれな疾患で、急性脾炎の重篤な合併症と考えられている。予後も悪く、ドレナージを含め、ほとんどの症例が脾壊死組織の外科的切除の対象となっている。今回われわれは、保存的に軽快した気腫性脾炎の1例を報告する。

089 十二指腸穿孔および脾動脈瘤を合併した急性膵炎後膿瘍の1例

日本赤十字社和歌山医療センター

谷口 洋平、山下 幸孝、上野山 義人、浦井 俊二、瀬田 剛史、赤松 拓司、田中 敦俊、幡丸 景一、中谷 泰樹、中村 文保、李 阿南、三長 孝輔、三上 貴生、津田 喬之、太田 彩貴子、信岡 未由

症例は58歳男性、H22年4月末より腹痛、嘔吐が出現し自宅で動けない状態であった。H22年5月6日、腹痛は改善するも腹部の膨満感が強く近医を受診。同日、腸閉塞の疑いにて当科紹介となる。採血、CTで炎症反応、肝胆系酵素の高値、脾体部、尾部の脾実質の不明瞭、周囲のfluidの形成、脾動脈瘤を認め、胆石性膵炎、腸間膜膿瘍、脾動脈瘤形成と診断した。緊急ERCPを施行しERBDチューブを留置。翌日、上部内視鏡施行したところ十二指腸下行脚に膿性の排泄を伴う瘻孔を認め腸間膜膿瘍の十二指腸穿孔と考えた。瘻孔からの排泄により脾膿瘍は自然消失する可能性が高いと判断し抗生剤、絶食にて保存的に加療を行った。後日CTにて脾膿瘍の縮小を認めていたが、突然吐血、血圧低下を来した上部内視鏡を施行したところ瘻孔より血液が排出され脾動脈瘤の破裂の可能性が高いと考えた。緊急IVRを施行し脾頭部の動脈瘤からの出血と診断しコイル塞栓にて止血を行った。その後、出血は治まり膿瘍もCT上は消失し退院となった。脾膿瘍は重症急性膵炎症例の1~9%にみられる重篤な合併症の一つである。通常、脾膿瘍については治療の第一選択が経皮的ドレナージ術ないし開腹ドレナージ術と考えられている。消化管穿孔する事はきわめて稀であり消化管瘻孔を合併した症例は自然軽快する可能性がある。今回、胆石性膵炎後に脾膿瘍を発症するも十二指腸瘻を形成する事で膿瘍が自然消失した症例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

091 好酸球性胃腸炎に併発した急性膵炎による脾性胸水に内視鏡的脾管ドレナージが有効であった1例

¹大阪大学大学院医学系研究科 消化器内科学、²県立西宮病院 内科 向井 香織¹、西田 勉¹、池添 世理子¹、筒井 秀作¹、山田 拓哉¹、植村 彰夫¹、宮崎 昌典¹、薬師神 崇行¹、新崎 信一郎¹、渡部 健二¹、飯島 英樹¹、望月 圭¹、平松 直樹¹、辻井 正彦¹、竹原 徹郎¹

症例は80歳代男性。主訴は呼吸困難。2009年6月に感冒・腹部膨満感で近医を受診。著明な好酸球増多を認め精査目的で入院となった。腹水中にも好酸球増多があり、腹部CT検査にて胃壁肥厚・腹水貯留を認めたため漿膜浸潤型好酸球性胃腸炎と診断された。PSL40mgを開始し症状は改善、PSLを漸減・中止するも症状再燃を認めなかった。経過中成因不明の急性膵炎を合併したが保存的治療で軽快した。同年12月頃より発熱、全身倦怠感、食思不振が出現、CRP上昇、好酸球増加を認め、好酸球性胃腸炎の再燃が疑われた。PSL 5mgを再開したが、2月初旬より咳嗽、呼吸困難も出現、胸部レントゲン検査にて多量の左胸水を認めたため精査加療目的で当院紹介となった。腹部症状はないものの血中アミラーゼ値は478IU/mlと再上昇し、胸水は血性で胸水中のアミラーゼ値は26759IU/mlと高値のため脾性胸水が疑われた。好酸球は胸水中で軽度上昇していた。腹部CTおよびMRI検査では明らかな腸管の壁肥厚や腹水は認めなかったが、脾体部に囊胞性病変を認め、囊胞から胸部下部食道左側まで連続する液貯留と左胸腔に連続する索状構造を認めた。内視鏡的逆行性脾管造影では脾体部に狭窄を認め、狭窄部頭側から漏出した造影剤は脾周囲の囊胞腔へ貯溜し、圧入により縦隔腔へ流入した。以上より急性膵炎に伴う脾仮性囊胞の破綻により瘻孔が形成され脾性胸水が生じたものと診断した。治療目的にて内視鏡的経鼻脾管ドレナージを施行し、絶食にて蛋白分解阻害剤、抗生剤を投与。胸水中アミラーゼ値は低下し、ENPDからの再造影および腹部CT検査にて囊胞腔の消失を認めたためENPDを抜去した。この後胸水は持続ドレナージ等により改善し第99病日退院となった。好酸球性胃腸炎に併発した急性膵炎による脾性胸水の治療に内視鏡的脾管ドレナージが有効であった1例を経験したので報告する。

090 難治性膵炎の病状を呈し、経過中に仮性動脈瘤形成・脾管内出血を呈した脾動静脈奇形の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科

李 宗南、山下 幸孝、上野山 義人、浦井 俊二、瀬田 剛史、赤松 拓司、田中 敦俊、幡丸 景一、中谷 泰樹、谷口 洋平、中村 文保、三長 孝輔、津田 喬之、岩上 裕吉、三上 貴生、太田 彩貴子、信岡 未由

【症例】41歳、男性【主訴】心窩部痛【既往歴・家族歴】特記事項なし【嗜好】ビール350ml/日20年間【現病歴】2010年2月上旬心窩部痛出現。近医で対処療法で経過観察されていたが、腹痛の増強を認め2月23日当院救急外来受診。血液検査にて膵酵素軽度上昇を認めた。造影CTを撮像すると脾頭部にアーケード状に発達した異常血流が認められ、脾動脈に局限する炎症所見および仮性脾囊胞と思われる低吸収域を認めた。急性膵炎および仮性脾囊胞の診断で緊急入院となった。【入院後経過】急性膵炎は厚生省の重症度分類では軽症に相当した。胆石性膵炎を示唆する所見を認めず、絶飲食・補液・膵酵素阻害薬投与による加療を開始したところ速やかに心窩部痛は改善したため、入院第6病日飲水より経口摂取を開始したが低脂肪食開始後2日（入院第9病日）心窩部痛の再燃、膵酵素上昇を認めた。同様のエピソードを3回繰り返したが、3月28日（入院第34病日）心窩部痛の再燃・少量の黒色吐物あり翌3月29日に上部消化管内視鏡検査施行。Vater乳頭脾管口からの出血を認めた。同日造影CTを撮像したところ、脾動脈の仮性脾囊胞内に胃十二指腸動脈に由来し門脈系に排血される仮性動脈瘤形成が確認された。脾動静脈奇形（脾AVM）に伴う繰り返す急性膵炎を疑った。4月8日（入院第45病日）確定診断のため、血管造影検査施行。上腸間膜動脈、胃十二指腸動脈分枝を供血路とし、門脈に排血される血流を認め脾AVMと診断。4月28日（入院第65病日）脾頭十二指腸切除術施行。経過良好で術後第35日退院となった。【考察】脾AVMは非常に稀な疾患であるが、臨床的には難治性消化管出血、急性膵炎を契機に発見されることが多い。脾AVMから急性膵炎が引き起こされる機序として、1.脾AVMから脾管内への出血、2.脾AVMに伴う虚血、3.脾AVMによる脾管圧排などが考えられている。本症例では急性膵炎再燃時に脾AVMからの出血と思われる脾管内出血が確認された。報告が少なく示唆に富む症例であると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

092 非機能性脾内分泌腫瘍の2例

¹関西医科大学 消化器肝臓内科、²同 外科、³同 病理科 田中 敏宏¹、高岡 亮¹、島谷 昌明¹、池浦 司¹、加藤 孝太¹、宮本 早知¹、山口 蘭¹、住本 貴美¹、栗島 亜希子¹、楠田 武生¹、小藪 雅紀¹、関 寿人¹、岡崎 和一¹、豊川 秀吉²、里井 壮平²、權 雅憲²、大江 知里³、坂井田 紀子³

【症例1】70歳代女性。主訴は左側腹部・背部痛。脾腫瘍と肝腫瘍の精査目的に当院紹介受診した。CT検査で脾体部に10mm大の平衡相で辺縁に造影効果を有する充実性腫瘍を認め、肝両葉に淡く造影効果を受ける多発性腫瘍を認めた。MRIでは脾腫瘍・肝腫瘍はともにT1・T2強調画像で高信号を呈した。EUSでは脾体部に類円形一部結節状で大きさ15mmの内部均一低エコーの充実性腫瘍を認め一部にはリング状の高エコー域も認めた。PET-CTでは肝腫瘍部に異常集積を認めたが、脾臓には集積を認めなかった。脾腫瘍マーカー及び脾ホルモン値は正常範囲内であり、脾内分泌ホルモン産生を疑う所見を認めなかった。肝生検にてsynaptophysin陽性、CD56陽性でNeuroendocrine tumorと診断した。以上より肝転移を伴った悪性脾内分泌腫瘍と診断した。脾頭十二指腸切除術、肝右葉切除術を施行した。病理学的には悪性非機能性脾内分泌腫瘍であった。【症例2】50歳代男性。右顎下腺腫瘍精査時のPET-CTで脾頭部に異常集積を認め、脾腫瘍の精査目的で当科に紹介された。CT検査で脾頭部に10mm大の一部早期相に濃染する充実性腫瘍を認め、MRIではT1強調画像で等・低信号、T2強調画像で高信号であった。EUSでは境界不明瞭な約10mm大の類円形で内部均一な低エコーの充実性腫瘍を認めた。脾腫瘍マーカー、脾ホルモン異常は認められず明らかな転移所見はなく、非機能性脾内分泌腫瘍と考え脾頭十二指腸切除術を施行した。病理学的に良性脾内分泌腫瘍と診断した。良悪性の異なる非機能性脾内分泌腫瘍の2例を経験した。若干の文献的考察も含め報告する。

093 非典型的な画像所見を呈した非機能性膵内分泌腫瘍の1例

神戸大学 医学部 肝胆脾外科

田中 正樹、後藤 直大、松本 逸平、新関 亮、外山 博近、白川 幸代、山下 博成、上野 公彦、山田 勇、木戸 正浩、土田 忍、楠 信也、鈴木 知志、黒田 大介、味木 徹夫、堀 祐一、福本 巧、具 英成

今回我々は、非典型的な画像所見を呈した膵尾部非機能性内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は60歳男性、2009年10月人間ドックのCT検査にて膵尾部の石灰化を指摘された。既往歴は特記事項なし。MRI検査では膵尾部の石灰化病変はDWIで著明高信号、T1WI低信号、T2WI高信号を呈した、造影CTでは膵尾部に石灰化認めたが明らかな腫瘍は指摘できなかった。EUSにて膵尾部に15mmの境界明瞭な低エコー腫瘍を認め、内部にacoustic shadow 伴う高エコー域を認めた。FDG-PETでは腫瘍に一致して集積を認めた。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9とも正常範囲内であった。以上より膵内分泌腫瘍を最も疑い、2010年5月腹腔鏡下膵尾部切除術を施行した。病理では腫瘍は16×9mm、石灰化を伴いCD56、synaptophysin陽性、chromogranin一部陽性、Ki-67 labeling index 1%未満で、WHO分類のwell-differentiated endocrine tumorと診断した。今一般に、膵内分泌腫瘍は発育が緩徐で予後は比較的予後良好とされている。腫瘍は血管に富み、典型例の画像診断ではhypervascularな腫瘍として描出される。しかし一方で中心部壊死や嚢胞変性等、二次的变化により多彩な画像所見を呈し、術前診断が困難な場合がある。膵内分泌腫瘍の画像診断につき若干の文献的考察を加えて報告する。

095 膵癌治療における適切な患者選択のための腹腔鏡検査の有用性

関西医科大学 外科

柳本 泰明、里井 壮平、豊川 秀吉、山本 智久、井上 健太郎、道浦 拓、廣岡 智、山本 壮、由井 倫太郎、権 雅憲

【背景】膵癌は画像上遠隔転移がないと判断されても開腹時に微小肝、腹膜転移で非切除となることが10-20%と報告されている。われわれは2007年より、画像上切除可能膵癌における高危険群(CA19-9>150 U/mlかつ腫瘍長径>30mm)および局所進行膵癌全例に対し、staging laparoscopy(以下Stag-lap)を実施してきたのでその結果について報告する。【方法】2007年から2010年までに経験したCT/PETにて局所進行膵癌と診断されStag-lapを施行した39例(局所進行群)および切除可能例61例の内、高危険群16例(切除群)を対象とした。【結果】局所進行群では年齢の中央値64(42-82)歳、膵体部癌比率50%、最大腫瘍径41(21-91)mmであった。微小肝転移(25%)、癌性腹水(32.5%)、腹膜転移(28%)を認め、遠隔転移群は(62.5%)であり、局所進行例は(37.5%)にすぎなかった。また切除群では年齢の中央値66(42-82)歳、膵体部癌比率31%、最大腫瘍径35(30-70)mmであった。5例(31%)に遠隔転移を認め、不要な開腹手術が避けられた。結果的に画像上切除可能例61例の開腹非切除率は3%となり、Stag-lap導入以前の症例の21%(腹腔鏡検査無し)と比較すると有意に低率であった($p<0.05$)。【結語】Stag-lapは正確な進展度診断に基づいた治療方針の決定に必要不可欠な検査法と考えられる。

094 多房性嚢胞性病変を呈し粘液性嚢胞腫瘍と鑑別困難であった膵内分泌腫瘍の一例

大津赤十字病院 消化器科

水口 綾、稗田 信弘、松永 康寛、垣内 伸之、安村 聡樹、栗山 勝利、日高 健太郎、田邊 渉、平本 秀二、本庶 元、長谷川 和範、近藤 雅彦、西川 浩史、三宅 直樹、早雲 孝信

症例は40歳代女性。慢性B型肝炎のseroconversion後にて、外来で経過観察していたところ、腹部超音波検査にて膵尾部に嚢胞性病変を指摘された。腹部CTおよびMRでは、同部に内部に隔壁を伴う18mm大の多房性嚢胞性病変を認めた。超音波内視鏡検査では隔壁の一部は肥厚し、結節状に隆起する部分を認めた。共通被膜は確認できず、主膵管の拡張や嚢胞性病変と主膵管との交通は認めなかった。造影超音波検査では嚢胞壁に比較的豊富な血流を認めた。以上より、年齢、性別、病変の部位、画像所見から総合的に、粘液性嚢胞腫瘍を最も疑い膵尾部切除術を施行した。切除標本では膵尾部に20mm大の嚢胞性病変を認めた。組織学的には、リボン状配列を呈する腫瘍細胞の増殖がみられ、著明な嚢胞変化を来していた。また免疫染色でsynaptophysin、chromogranin Aおよびグルカゴンが陽性であったため、膵内分泌腫瘍と診断した。本症例は術前に膵内分泌ホルモンは測定していないものの無症状であり、非機能性の膵内分泌腫瘍であると推測された。今回我々は多房性嚢胞性病変を呈し粘液性嚢胞腫瘍と鑑別困難であった膵内分泌腫瘍の一例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

096 膵癌における治療前組織・細胞診断率の改善策

¹ 関西医科大学 外科、² 同 消化器肝臓外科、³ 同 臨床検査医学科
山本 壮¹、里井 壮平¹、豊川 秀吉¹、柳本 泰明¹、山本 智久¹、池浦 司²、島谷 昌明²、高岡 亮²、岡崎 和一²、大江 知里³、植村 芳子³、坂井田 紀子³、由井 倫太郎¹、廣岡 智¹

(目的)膵癌に対して、集学的治療を行うためには、正確な治療前の組織や細胞診と進展度診断が必須であるが、時に組織・細胞診断が困難であることも少なくなく、特に体尾部癌に関してはその傾向が強いと考えられる。2009年以降fine needle aspiration biopsy(FNAB)の積極的な導入を行ってきた今回われわれは、FNABの治療前診断率への影響を検討した。(方法)2006年から2010年5月において、MDCTやPETでの術前進展度診断にて遠隔転移がないと考えられた局所進行ならびに切除可能膵癌と診断された症例175例を対象に、2006年から2008年の114例(前期群)と、FNABの積極的な施行を行った2009年から2010年5月の61例(後期群)に分けて、診断率を比較検討した。(成績)内視鏡的組織・細胞診断は胆汁細胞診、胆管生検、膵液細胞診、FNABにて行った。治療前にいずれかの検査にて内視鏡的診断の確定した症例は前期60例(53%)、後期49例(80%)、 $p=0.0003$ であった。体尾部癌の比率は前期47例(41%)：後期19例(31%)であった。後期のFNAB施行率は20%で、前期の7%と比較して有意に高率であった($p=0.0255$)。体尾部癌症例では、治療前内視鏡的診断率は、前期34%と後期63%であり($p=0.0527$)、FNAB施行率は前期8.5%に対して、後期37%と後期群で有意に増加していた($p=0.0096$)。(結語)FNABの積極的施行が膵癌、特に体尾部癌の治療前診断率の向上に寄与したと考えられた。

097 頻回の特発性食道粘膜下血腫を繰り返す1例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科

三上 貴生、太田 彩貴子、信岡 未由、岩上 裕吉、津田 喬之、三長 孝輔、李 宋南、中村 文保、谷口 洋平、中谷 泰樹、幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、瀬田 剛史、浦井 俊二、上野山 義人、山下 幸孝

【症例】47歳、女性。【主訴】吐血【現病歴】昼食後、嚥下の際に咽頭違和感を自覚した。その後、気分不良が出現し、嘔吐を2回認めた。その際、吐物に血性混入物は認めなかった。その後、嘔気が持続したのちに鮮血様の吐血を4回ほど認め、ER受診された。【既往歴】特記事項なし【内服薬】なし【主な血液検査所見】Hb: 6.0g/dl, BUN: 9mg/dl, CRE: 0.3mg/dl【経過】緊急上部消化管内視鏡を施行し、食道入口部から切歯列30cmにわたって血腫を認め、食道粘膜下血腫と診断した。一部の粘膜はわずかに破綻し出血を来していたが、持続的な出血は認めなかった。絶食、制酸剤の点滴で保存的に経過をみた。翌日の確認上部消化管内視鏡では、明らかな出血はなく、剥離した上皮が血腫の上を覆っており、治癒傾向と思われた。その後の内視鏡検査では、縦走する潰瘍瘢痕が認められた。以後、時期を経て3回、同様の病歴で来院されている。食道粘膜下血腫は比較的にまれな疾患であり、今回我々は、食道粘膜下血腫を繰り返す1例を経験した。抗凝固療法で、腎不全、白血病、血友病などの血液凝固異常、内視鏡的食道静脈瘤硬化療法による合併症、薬物、外傷、嘔吐などの胃内圧上昇、食事摂取後など、様々な原因、誘因が考えられる。治療は、保存的治療で軽快し、瘢痕狭窄をきたさないことから予後は良好な疾患といえる。今回、前述の原因、誘因や機序、そして食道類似疾患との鑑別点などについて、若干の文献学的考察も含め報告する。

099 食道原発悪性黒色腫の1例

大阪府立成人病センター 消化器内科

松井 美美、鼻岡 昇、上堂 文也、長井 健吾、辻井 芳樹、太田 高志、神崎 洋光、花房 正雄、河田 奈津子、山本 幸子、竹内 洋司、東野 晃治、石原 立、飯石 浩康、竜田 正晴

症例は72歳、女性。2009年4月頃から嚥下困難を認め、近医を受診した。上部消化管内視鏡検査で胸部上部食道に隆起性病変を指摘され、精査加療目的に当院を紹介受診となった。当院で行った上部消化管内視鏡検査では、胸部上部食道の左壁を中心に大きさ20mmの亜有茎性の隆起性病変を認め、隆起の周囲に黒色調の色調変化を認めた。NBI拡大観察では腫瘍表面の上皮乳頭内毛細血管ループ(IPCL)に食道癌に典型的な口径不同や形状不均一の変化を認めなかった。また、他部位の食道粘膜には黒色調の変化をびまん性に認めた。病変から採取した生検組織の病理所見と免疫組織学的検索で悪性黒色腫と診断された。造影CT、PET検査ではリンパ節転移、他臓器転移はなく表在型の悪性黒色腫と考えられた。外科手術適応の有無を判断する上で短期間に遠隔転移の出現しないことを確認するため、まずdacarbazine, nimustine, vincristineの全身投与とinterferon- β の内視鏡下局注によるDAV-feron療法を行う方針となった。しかし2コース施行後の上部消化管内視鏡検査と造影CT検査で腫瘍の増大を認めたため、食道亜全摘、3領域リンパ節隔清術を施行した。手術2ヵ月後の造影CTで肝転移を認めたため、2nd lineの化学療法としてCDDP + docetaxelによる治療を行った。しかしながら初回投与でgrade3の倦怠感と頭痛を認め、全身状態が悪化するため化学療法の継続は困難であった。以後は他に治療効果の実証された治療方法もないことから本人・家族と相談の上、支持緩和療法の方針となった。

098 胃に直接浸潤を来し特異な形態を呈した進行食道癌の一例

¹京都市立医科大学 消化器内科、²同 消化器外科

福田 亘¹、岡嶋 学¹、井上 健¹、尾藤 展克¹、吉田 直久¹、内山 和彦¹、石川 剛¹、半田 修¹、小西 英幸¹、若林 直樹¹、八木 信明¹、古倉 聡¹、内藤 裕二¹、吉川 敏一¹、藤原 斉²、大辻 英吾²

症例は72歳女性、主訴は嚥下障害。既往歴に特記事項なし。現病歴は2009年12月下旬頃より嚥下障害を認め、近医を受診し、製酸剤が処方されたが改善しないため、2010年2月に上部消化管内視鏡検査が施行された。下部食道→胃噴門部に粘膜下腫瘍様隆起を認めたため、精査・加療目的で当院を紹介受診となった。身体所見では腹部は平坦・軟で上腹部に圧痛を認めた。血液検査成績に特記所見はなかった。上部消化管内視鏡検査で、下部食道に一部にびらんを伴う粘膜下腫瘍様隆起を認め、同部位で狭窄していたが、スコープの通過は可能であった。また、胃噴門部には頂部が自壊し、深い潰瘍形成を伴う粘膜下腫瘍様隆起を認めた。造影CT検査で胃周囲、大動脈周囲に多発リンパ節腫脹を認め、PETでは食道・胃接合部と多発リンパ節に異常集積を示した。胃噴門部潰瘍よりの生検が扁平上皮癌であったため、食道癌 stag4b と考え、化学療法 (FP療法: 5-FU 800mg/体表面積, CDDP 80mg/体表面積) を開始した。全身倦怠感、食欲不振を認めたが、大きな有害事象なく、1クールを終了した。化学療法後の上部消化管内視鏡検査、造影CT検査で、噴門部腫瘍とリンパ節腫脹はいずれも縮小し、上部消化管内視鏡検査では噴門部の潰瘍性病変がより深くになっていた。穿孔の危険性を考え、2010年5月、右開胸開腹食道中下部切除および縦隔経路胸腔内吻合胃管再建、左頸部郭清術を施行した。腫瘍は噴門部に位置し、横隔膜への浸潤を認めた。病理組織結果は中分化扁平上皮癌であり、食道から胃への浸潤性増殖を認めた (pT4-AI (diaphragm, depth ai), INFb, ly1.v2.n (+))。癌組織の大半は viable であったが部分的に壊死がみられ、術中剥離の際に病巣の破綻を認めていたことから腫瘍の脆弱性が考えられた。食道癌が粘膜下に増殖し、胃に直接浸潤して粘膜下腫瘍様病変を来した例は稀であり、若干の文献的考察を加え報告する。

100 繰り返す胃軸捻転症に対して内視鏡補助下腹腔鏡下胃固定術を施行した一例

¹市立豊中病院 内科、²同 外科

中堀 輔¹、澤村 真理子¹、印藤 直彦¹、美馬 淳志¹、神下 真慶¹、高橋 啓¹、中本 泰生¹、高木 邦夫¹、山本 克己¹、澁谷 充彦¹、市場 誠¹、福井 浩司¹、稲田 正己¹、東本 好文¹、柳川 雄大²、藤田 淳也²

症例は、65歳女性。2007年12月、腹痛を主訴に当科を受診。腹部レントゲン検査にて著明な胃泡の拡張を認め、腹部CT検査を施行し、胃軸捻転症と診断した。胃管を挿入し胃内を減圧し、保存的加療にて改善した。以降、2008年1月、6月、2009年8月に胃軸捻転症にて入院し、減圧のみにて改善した。繰り返す胃軸捻転症のため、待機的手術を施行する方針となった。2009年9月、内視鏡補助下腹腔鏡下胃固定術を施行。術後は再発なく経過している。胃軸捻転症に関しては、開腹や腹腔鏡による胃固定術や内視鏡下経皮的胃癒造設術などが施行されているが、術後の再発や症状の残存が報告されており、標準的治療は確立していない。今回われわれは、内視鏡にて胃内を直接観察した上で、適切な固定位置を決定し、腹腔鏡下に低侵襲に手術を施行し、術後良好な経過を得ている。繰り返す胃軸捻転症に対して内視鏡補助下腹腔鏡下胃固定術が有効であった1例を経験したので報告する。

101 柿胃石と思われる胃石に対し破碎療法にコカ・コーラによる溶解療法の併用を試みた1経験例

¹大阪府立成人病センター 消化器内科、²井野病院 内科
花房 正雄¹、石原 立¹、長井 健悟¹、松井 美美¹、石原 朗雄¹、
長谷川 徳子¹、酒井 新¹、太田 高志¹、神崎 洋光¹、辻井 芳樹¹、
鼻岡 昇¹、河田 奈都子¹、山本 幸子¹、竹内 洋司¹、東野 晃治¹、
上堂 文也¹、飯石 浩康¹、竜田 正晴¹、森本 真輔²、井野 隆弘²

【はじめに】近年柿胃石に対して、コカ・コーラによる溶解療法を試みた報告が散見される。

【症 例】60代男性。胃 gastrointestinal stromal tumor (GIST) に対し胃局所切除術後。定期検査の上部消化管内視鏡検査で、最大径10cmの卵球型(ドングリ型)の胃内異物を認めた。典型的な形態、色調、表面性状などから植物胃石と考えられた。胃潰瘍の併発は認めなかった。胃石が嵌頓して生じた腸閉塞は、保存的加療では改善しにくく外科手術となることが多いため、内視鏡検査時に直ちに胃石の破碎を試みた。胃石が大きいため鉗子で把持し難く、また形態が卵球形で円滑なためスネアを固定しにくいなど、破碎に難渋した。同時に柿胃石の既報に準じて鉗子チャンネルを通してコカ・コーラ(日本コカ・コーラ Co.Ltd.) 500mlを注入し、胃石をコカ・コーラに浸水させた。コカ・コーラによる胃石の軟化が生じたのかははっきりしないが、最終的に胃石を破碎できた。

【考 察】我々の経験した胃石では、既報の柿胃石とはほぼ同様の外観であったが、既報のように外殻があまりに硬くて破碎できないわけではなく、その大きさにより処置具がうまく噛み込まない状態であったため、破碎に難渋した。既報では総胆管結石の碎石用バスケットでの破碎を要した症例もあり、胃石によっては非常に硬度の高いものも存在するが、経験症例では通常のスネアで破碎可能であったように考える。コカ・コーラによる溶解療法の併用も同時に試みたが、実際のところ本溶解療法が有効であったかは判断できなかった。ただし、数百 ml 程度の使用量であれば全く侵襲はないと考えられるため、試みてもよい療法であるとする。なお、検査後の患者への問診によると、1～2ヶ月間毎日3～6個の柿を食していたそうで、破碎した胃石の成分分析は実施していないが柿胃石と診断した。

103 多発した早期胃癌に対して複数の同時性重複癌を伴った1例

¹神戸市立医療センター 中央市民病院 消化器内科、²同 外科
増尾 謙志¹、占野 尚人¹、松本 知訓¹、岡本 佳子¹、福島 政司¹、
和田 将弥¹、井上 聡子¹、木本 直哉¹、藤田 幹夫¹、
杉之下 与志樹¹、岡田 明彦¹、河南 智晴¹、猪熊 哲朗¹、
三木 明²、細谷 亮²

症例は77歳の男性。既往歴では平成12年に下咽頭癌に対し、放射線療法を施行しCRとなっている。高血圧症に対して近医を定期的に受診していたが、貧血を指摘され上部消化管内視鏡検査で胃癌を認めたため精査加療目的に当院を紹介受診となった。当科にて改めて上部消化管内視鏡検査を施行したところ胃内に多発した早期胃癌を認め、さらに食道には早期食道癌を認めた。早期食道癌については内視鏡治療の適応と考えられたためESDを施行した。その後、胃癌については手術適応と考え当院外科で胃全摘出術を施行する予定であったが、手術前精査のCTで膀胱腫瘍および気管前リンパ節の腫脹を認め、さらに施行したPETでは気管前リンパ節への異常集積を認めた。膀胱腫瘍について膀胱鏡下生検を行なったところtransitional cell carcinomaと診断され、気管前リンパ節に対して行なった縦隔鏡下生検ではsmall cell carcinomaと診断された。膀胱癌に対してはTUR-BTを施行し、その後小細胞癌に対して化学放射線療法を施行しCRが得られた後に予防的全脳照射を施行した。小細胞癌が生命予後へ与える影響を考慮し、治療効果を評価した上で早期胃癌に対し開腹胃全摘出術を施行した。今回、多発した早期胃癌に対して同時性重複癌を伴った症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

102 早期胃癌に内分泌細胞巣を併発した一例

¹近畿大学 医学部 消化器内科、²同 病理学教室
峯 宏昌¹、朝隈 豊¹、川崎 正憲¹、永田 嘉昭¹、櫻井 俊治¹、
松井 繁長¹、樫田 博史¹、工藤 正俊¹、筑後 孝章²

【症例】69歳の男性。【既往歴】特記すべきことなし【現病歴】び慢性汎細気管支炎・高血圧症などで近医通院中、平成19年に上部消化管内視鏡検査にて胃体上部大弯に微小カルチノイドを指摘され、以後数回内視鏡フォローされるも再度検出されることがなかった。平成21年7月の内視鏡検査で新たに胃体上部小弯に0-2a病変が認められ、生検にてGroup5・tub1を認めたため、当院紹介となった。【経過】血液検査所見ではCEA・CA19-9は陰性で、血清H.pyloriIgG抗体は陽性であった。内視鏡検査では胃体上部小弯に25cm大の扁平隆起を認め粘膜内癌と診断した。また、体上部大弯に1mm程度の発赤した粒状隆起を2箇所認め、前医でのカルチノイド病巣と一致しており、生検でカルチノイドと診断した。9月に早期胃癌をESDにて一括切除し、病理結果はtub1,m.voly0.LM・VMであった。腫瘍浸潤部及び非腫瘍浸潤部に微小な胞巣が散在性に多発しており、chromograninA陽性を示し、多発性微小カルチノイドあるいは内分泌細胞の微小細胞集簇巣(endocrine cell micronest)と考えられた。後日、体上部大弯のカルチノイドに対してEMRを施行した。血液検査ではガストリン高値1030pg/ml、抗内因子抗体・抗胃壁細胞抗体は陰性であり、A型胃炎とは診断できなかった。今回我々は早期胃癌に内分泌細胞微小胞巣を併発した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

104 血球貪食症候群を合併した進行胃癌の一例

関西医科大学内科学第3講座(消化器肝臓内科)
高橋 悠、段原 直行、岡本 剛、田中 敏宏、住本 貴美、岡崎 敬、
坂尾 将幸、岸本 真房、山口 満、若松 隆宏、森 茂生、
田橋 賢也、岡崎 和一

症例は69歳、男性。労作時呼吸困難が出現し、動機、息切れが続くため近医受診。血液検査上、汎血球減少を認め、加療目的で当院紹介入院となった。当院入院時の血液検査ではWBC 2900 μ g/dl、RBC 164万 μ g/dl、Hb 4.8g/dl、Plt 2000 μ g/dlであった。輸血療法を行いながら、原因検索を行った。骨髄穿刺も施行したところ、骨髄塗抹標本では、血球貪食像が認められ、血球貪食症候群による汎血球減少と考えられた。また、上部内視鏡を施行したところ、胃角部小弯に3型胃癌を認めた。病理組織検査ではtubular adenocarcinomaであった。CT、PETを施行し、リンパ節転移、肝転移と考えられる所見を認め、胃癌はstage IVとの診断に至った。血球貪食症候群はウイルス関連や自己免疫性疾患関連、悪性腫瘍関連の病型がある。本疾患では測定されたウイルス価で有意な上昇を示すものではなく、自己免疫の抗体価においても有意な上昇は認めなかった。悪性腫瘍関連では悪性リンパ腫や白血病などが除外診断の対象となるが、いずれも否定的であった。このため、本疾患では胃癌に合併した血球貪食症候群と考えられた。胃癌に関しては、血球貪食症候群を来した症例は骨髄腫腫瘍の病態である報告が多い。しかし本疾患ではPETおよび骨髄生検も施行したが、明らかな骨転移像は認められなかった。今回、骨髄転移のない胃癌に血球貪食症候群を合併した症例を経験した、比較的稀な病態と考え報告する。

105 S-1/Lentian + Paclitaxel 併用療法により良好な QOL を維持し長期生存が得られている癌性腹水を伴う切除不能進行胃癌の 1 例

¹ 兵庫医科大学 内科学上部消化管科、² 同 内科学下部消化管科、³ 同 内視鏡センター、⁴ 同 腸胃病態解析学
田中 淳二¹、奥川 卓也¹、山崎 尊久¹、横山 聡子¹、近藤 隆¹、
豊島 史彦¹、櫻井 淳¹、富田 寿彦¹、森田 毅³、大島 忠之¹、
福井 広一¹、堀 和敏⁴、渡 二郎¹、松本 譽之²、三輪 洋人¹

【症例】68才女性。糖尿病にて加療中、腹部膨満感を主訴に近医受診。大量の腹水を認め当科紹介となった。腹部造影 CT では多量の腹水、及び腸管の壁肥厚を認めたが、リンパ節腫大は認めず、肝内にも異常を認めなかった。上部消化管内視鏡では4型進行胃癌を認め、生検組織検査では signet ring cell carcinoma であった。腹水細胞診でも同様に signet ring cell carcinoma が検出され、癌性腹膜炎による腹水貯留を伴った進行胃癌と診断した。平成20年10月より S-1 (80mg/m²:day1-14) + Paclitaxel (50mg/m²:day1,8) を投与し、7日の休業期間をおくサイクルを1コースとして化学療法を開始した。Lentian 2mg を毎週投与を行った。1コース終了時に腹水は明らかに減少し、自覚症状も改善した。2コース終了後の CT にて腹水は著明に減少していた。以後腹水の増加は認めなかったが、Grade3 の末梢神経障害、腫瘍マーカー (CA19-9) の上昇が見られたために、平成21年11月より2nd-line として CPT-11 + CDDP による化学療法を開始した。治療開始後1年9ヶ月後の現在、化学療法の初回導入時以外は入院治療を必要とせず、PS1、腫瘍マーカーの上昇や腹水の増加なく外来にて加療中である。【考察】切除不能進行胃癌に対する化学療法の1st-line として S-1 + CDDP が選択されることが多いが、中等度以上の腹水を有する腹膜播種陽性進行胃癌症例の治療法についてのエビデンスはなく、予後も極めて不良とされている。また、CDDP は多量の hydration が必要であり本症例のように多量の腹水を伴う場合、患者の QOL を著しく損なう可能性もある。S-1/Lentian + Paclitaxel 併用療法は腹水貯留を伴う高度進行胃癌に対して、患者 QOL を損なわず高い抗腫瘍効果を示した。癌性腹水を伴った進行胃癌症例に対する S-1 + Paclitaxel 併用療法の有効性の報告も散見され、今後大規模な study による有用性の検証が期待される。

107 早期胃癌内視鏡的切除後の異時性発癌に対する Helicobacter pylori (HP) 除菌療法の効果についての検討

北野病院 消化器センター内科

小田 弥生、牟田 優、廣橋 研志郎、西川 義浩、渡辺 昌樹、
佐久間 洋二郎、熊谷 奈苗、工藤 寧、加藤 洋子、山内 淳嗣、
藤田 光一、杉浦 寧、吉野 琢哉、高 忠之、浅田 全範、
福永 豊和、川口 清隆、八隅 秀二郎

【背景と目的】Helicobacter pylori (HP) は胃癌の強い関連因子であり、近年 HP 除菌療法による胃癌抑制が報告されている。当院における早期胃癌 ESD 後の HP 除菌療法の有無による異時性癌発生について解析、検討する。【方法】2002年12月から2009年12月までの期間に早期胃癌に対して内視鏡的切除を行った118症例のうち86例に HP 感染検査を施行し、65症例が HP 感染陽性、21症例が HP 非感染であった。65症例中55症例に HP 除菌 (PPI / AMPC / CAM 3剤併用療法7日間) を行った。1次除菌不成功例には2次除菌を行い、全除菌成功率は83.6%であった。HP 感染陽性症例を HP 除菌群 (46例) と感染持続群 (19例) に分け、それぞれの対象の性別、平均年齢、観察期間、異時性癌 (内視鏡治療後1年以上の別部位発生癌) 発生率について retrospective に検討した。【結果】観察期間内に計12例 (HP 感染群から8例、HP 非感染群から4例) の異時性癌発生を認めた。HP 除菌群と HP 感染持続群の男女比、平均年齢、平均観察期間には有意差は認めなかった。HP 除菌群 (46症例、平均年齢66.9歳、平均観察期間452日) からは5例、HP 感染持続群 (19症例、平均年齢72.0歳、平均観察期間289日) からは3例の異時性癌発生を認めた。それぞれの異時性癌発生率は10.8%、15.7%であったが、統計学的に有意差は認めなかった。【結論】早期胃癌内視鏡治療後に HP 除菌を行った群では HP 除菌を行わなかった群より異時性癌の発生率が低下している可能性が考えられた。しかし共に10%以上の高い再発率であり、内視鏡切除後も定期的な内視鏡検査が必要である。

106 オンマイヤリザーパー留置後メソトレキセート髄腔内注入を行った胃癌髄膜癌腫症の 1 例

兵庫県立がんセンター 消化器内科

櫛田 早絵子、寺島 禎彦、奥野 真紀子、津村 英隆、坂本 岳史、
飛松 和俊、山本 佳宣、津田 政広、西崎 朗、井口 秀人

【緒言】胃癌における髄膜癌腫症はまれな病態である。治療法は確立されておらず発症後の予後は極めて不良である。今回オンマイヤリザーパー留置後、メソトレキセート (MTX) 髄腔内注入にて症状の改善が見られた1例を経験したので報告する。【症例】57歳、男性。2009年4月胃癌、肺転移、多発リンパ節転移の診断にて S-1+CDDP 療法を開始した。2009年12月頸部リンパ節の増大により上大静脈症候群が出現し、同部に対して放射線療法を行った。12月24日より2次治療としてパクリタキセル療法が開始された。2010年1月15日より発熱、1月24日より意識レベルの低下が見られ、25日緊急入院となった。入院時意識レベルは (JCS-3)、項部硬直が認められた。頭部 CT/MRI 検査では両側脳室の開大が認められた。髄液検査所見は初圧46cmH₂O、終圧30cmH₂O、蛋白42mg/dl、細胞数60/3、細胞診では印環細胞癌が認められ、髄膜癌腫症と診断した。第3病日にオンマイヤリザーパーを留置し、第5病日より MTX 10mg 髄腔内投与を週1回 (計4回)、髄液ドレナージを行った。脳圧亢進症状は髄液検査後改善し、髄腔内注入、髄液ドレナージにて症状コントロールは良好であった。髄膜癌腫症発症後 Performance status 2~3 と低下しており、患者は追加治療を希望されず、緩和医療を希望され、第37病日、ホスピスへ転院となった。【考察】MTX 髄注、髄液ドレナージにより脳圧亢進症状の改善が得られた髄膜癌腫症を経験した。オンマイヤリザーパー留置により、薬剤の反復投与、髄液ドレナージを比較的確便に行うことができ、脳圧亢進症状のコントロールに有用と考えられた。

108 早期胃癌内視鏡治療後の異時性多発病変の検討

京都桂病院 消化器センター 消化器内科

吉岡 拓人、藤井 茂彦、日下 利広、田中 秀行、古賀 英彬、
糸川 芳男、宮本 由貴子、山口 大介、楠本 聖典、田中 泰敬、
白井 智彦、中井 喜貴、浜田 暁彦、山川 雅史、畦地 英全、
國立 裕之

【背景】早期胃癌に対する内視鏡的粘膜切除術 (endoscopic mucosal resection: EMR) が始められて約25年が経ち、近年ではより大きな病変や癒合合併病変の切除を可能とした内視鏡的粘膜下層剥離術 (endoscopic submucosal dissection: ESD) が普及している。内視鏡治療の普及と適応拡大に伴う胃温存の増加に伴い、治療後の異時性多発癌に関するサーベイランスが重要となってきた。【目的】当科における早期胃癌内視鏡治療例のうち、異時性多発癌症例の特徴を検討し、適切なサーベイランスを考察する。【方法】2003年2月~2010年2月に当科で EMR・ESD・EAM (内視鏡的吸引粘膜切除術: endoscopic aspiration mucosectomy) を行った早期胃癌563例中、2010年5月までに発生した異時性多発癌32例 (うち1例は手術) と5.7%あり、これらの発生状況、内視鏡的特徴について検討した。“初回治療後1年以上経過した後に胃の他部位に発生した新規病変”を異時性多発癌と定義した。【結果】存在部位については初発/異時性多発癌のいずれも前底部>胃角部に多く (50.0%/47.2%)、体上・中・下部にはほぼ同じ割合であり、弯隆部には1病変も認めなかった。肉眼型はいずれも IIa が最も多く (61.8%/58.3%)、IIc が次いで多かった (35.3%/38.9%)。サイズは初発癌の平均13.2mm に対し、異時性多発癌は10.8mm と小さく、色調は正色~白色調から赤色調まで様々であった。背景粘膜の胃炎の程度は、全ての症例で open type の萎縮性変化と腸上皮化生を伴っていた。初発癌と異時性多発癌を比べて肉眼型や色調に共通する特徴はなく、発生部位も様々であった。また、初発から異時性多発までの期間は1年1ヶ月~7年と幅があるが、3年以内の症例が66.7%と多かった。【結論】当科において異時性多発は5.5%に認められ、初発癌より小さく3年以内に発生することが多かった。初発癌治療後少なくとも3年以上は定期的に内視鏡フォローを行うことが重要であると考えられる。

109 胃カルチノイド腫瘍の一例

¹ 京都第一赤十字病院 消化器科、² 同 病理診断科、
³ 京都第一赤十字病院 社会保険京都病院 外科
小野澤 由里子^{1,2,3}、奥山 祐石¹、榎 泰之²、小出 一真³、
北市 智子¹、田中 信¹、間嶋 淳¹、川上 巧¹、富江 晃¹、
鈴木 隆裕¹、世古口 悟¹、鎌田 和浩¹、戸祭 直也¹、中村 英樹¹、
佐藤 秀樹¹、木村 浩之¹、吉田 憲正¹

症例は60歳女性。黒色便を主訴に当院受診。Hb6.1g/dlと著明な正球性低色素性貧血を認めた。腹部造影CTにて胃体部前壁に造影効果を伴う腫瘍を認め、上部消化管内視鏡検査にて胃体中部前壁の大きさ30mm、並有茎の不整な隆起性病変を認めた。表面にはびらんを伴い、易出血性で、辺縁の粘膜は正常の粘膜にて覆われていた。主病変のすぐ肛門側に過形成性ポリープ、対側に腺腫、噴門部直下に過形成性ポリープを認めた。胃透視では胃体中部前壁に辺縁不整、大きさ30mmの隆起性病変を認めた。病変部の表面は比較的平滑で、一部に不整なバリウムの貯留を認めた。超音波内視鏡検査にて腫瘍は第2、3層を主体に発育し、粘膜表面に露出していた。内部エコーは比較的低エコー、一部に点状、斑状の高エコー部を伴い、エコー減衰が強かった。腫瘍の中心部に第3層は断裂し、腫瘍はさらに第4層にまでひろがっている可能性が考えられた。生検の病理組織にて腫瘍細胞はリボン状、索状構造をとり、核は小型・均一であった。免疫染色にてchromogranin A、synaptophysin、CD56はいずれも陽性であり、腫瘍細胞のKi-67陽性率は1%未満であった。以上の所見より胃カルチノイド腫瘍と診断した。抗Helicobacter pylori IgG抗体は陰性であり、血清ガストリンは760pg/mlと上昇あり、抗胃壁細胞抗体が80倍と上昇していたため、最終診断としてA型胃炎を背景としたTypeIのカルチノイドと診断した。治療は進行胃癌に準じて胃全摘術+D2郭清施行した。術後の病理学的検索にて胃カルチノイド、大きさ40×40×25mm、リンパ管侵襲ly1、静脈侵襲v1、深達度SS、リンパ節転移N1(2/43)L3、L4と診断した。術後血清ガストリンは51pg/ml、抗胃壁細胞抗体は40倍と低下し、抗Helicobacter pylori IgG抗体は陰性であった。術後補助化学療法としては標準的な治療は存在せず、無治療にて慎重な経過観察をしている。今回我々はA型胃炎を背景にした大きさ30mm大の単発のTypeIのカルチノイドを経験した。TypeIのカルチノイドは多発例が多く、大きさ10mm以上の単発例は極めて稀である。過去の報告例について若干の文献的考察を加えて発表する。

111 GISTの臨床診断における超音波内視鏡下穿刺生検法(EUS-FNAB)の有用性

¹ 大阪赤十字病院 消化器科、² 同 病理部
松田 史博¹、津村 剛彦¹、岡部 純弘¹、竹田 治彦¹、犬塚 義¹、
中島 潤¹、金坂 卓¹、恵莊 裕嗣¹、坂本 梓¹、邊見 慎一郎¹、
金 秀基¹、石川 哲郎¹、波多野 貴昭¹、斎藤 澄夫¹、
西川 浩樹¹、関川 昭¹、喜多 竜一¹、圓尾 隆典¹、木村 達¹、
大崎 往夫¹、若狭 朋子²

GIST診療ガイドラインにより、組織学的にGISTと診断された消化管粘膜下腫瘍(SMT)は原則的に手術適応という治療方針が確立した。一方、消化管SMTの組織学的確診におけるEUS-FNABの有用性が報告されている。今回、当科におけるGISTに対するEUS-FNABの診断能について検討した。対象は、2006年11月から2010年4月までに当科で診断されたGIST 21例22病変である。その内訳は、男性9例、女性12例、平均年齢64.2歳であり、腫瘍の存在部位は胃18、十二指腸3、直腸1病変であった。腫瘍径は10-20mm:2、20-30mm:10、30-40mm:4、40mm以上:6病変であった。EUS-FNABにより術前に確定診断できたのは90.9%(20/22)であり、残り2病変は手術標本で確定診断に至った。EUS-FNAB検体を用いて施行した免疫染色では、ckit及びCD34共に全例陽性所見が得られた(14/14,12/12)。手術を施行したのは17病変で、術式は胃部分切除術14(開腹下9、腹腔鏡下5)、幽門側胃切除術1、胃噴門部切除術1、Miles手術1病変であった。一方、手術未施行の5病変は、高齢で経過観察希望が2、他臓器癌の治療優先1、呼吸障害で手術不能1、診断後の未受診1病変であった。現在も経過観察している4病変では増大・転移は認めていない。以上、EUS-FNABはGISTに対して高い診断能を有し、治療方針の決定に有用であると考えられた。

110 多量の吐血を契機に発見された胃GISTの一例

¹ 八尾市立病院 消化器内科、² 同 外科、³ 同 病理診断科
柳本 涼子¹、上田 高志¹、小西 章仁¹、氣賀澤 齊史¹、
井上 浩一¹、藤田 実¹、巽 理¹、岩永 佳久¹、福井 弘幸¹、
福島 幸男²、竹田 雅司³

症例:83歳、男性。主訴:吐血。既往歴、生活歴:特記事項なし。胸部大動脈瘤、高血圧で降圧剤を内服されていたが、平成22年4月に多量の吐血を認めたため当院救急外来受診。来院時のvital signは、意識レベル清明、血圧108/60mmHg、脈拍108bpm、整、SpO2 98%(room air)、体温36.4度であった。血液検査ではHb 8.0g/dl、Ht 24.0%の貧血とCre 1.46mg/dl、GFR 36.1ml/minの腎機能障害を認めた。上部消化管出血の精査加療目的で同日緊急入院。胸部レントゲンで巨大な胸部大動脈瘤を認めたため胸腹部CT施行したところ、胸部下行大動脈に最大径85mm大の動脈瘤と胃体部大弯に径30mm大の粘膜下腫瘍疑いの病変を認めた。緊急内視鏡検査施行したところ、胃体部大弯に頂部に潰瘍形成を伴った径30mm大の粘膜下腫瘍を認めた。活動性出血はなかったものの潰瘍部にcoagulaが付着していた。他に出血源となる病変なく、胃粘膜下腫瘍からの出血が上部消化管出血の原因と考えられた。MAP投与でその場は経過観察とした。入院の12時間後(第2病日)に多量の吐血を認めて出血性ショックとなり、当院外科にコンサルトして同日緊急手術となった。上腹部正中切開にて胃体中部大弯後壁寄りに漿膜側に露出した腫瘍を触知し、同部位の部分切除施行。術後経過は良好で退院された。病理診断では、肉眼的には頂部に潰瘍形成した粘膜下腫瘍で、剖面では粘膜下に灰白色、一部黄色調の境界明瞭な35×25mm大の充実性腫瘍であった。組織標本では、比較的均一な長円形の核をもつ紡錘形細胞が錯綜状に増殖する腫瘍であり、一部は固有筋層と連続していた。免疫染色ではc-kit、CD34がびまん性に陽性、desminは一部陽性、S-100は陰性であり、GISTと診断。MIB-1 labeling index 2~3%、強拡大50視野当たりには核分裂像、壊死像ともに認めず、リスク分類では低リスクのGISTであった。多量の吐血を契機に発見された胃GIST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。

112 十二指腸潰瘍による十二指腸結腸瘻の一例

大阪府立急性期・総合医療センター 野崎 泰俊、竹田 晃、入江 孝延、田畑 優貴、高田 良司、齋藤 義修、藤永 哲治、原田 直毅、石井 修二、西山 範、鈴木 貴弘、春名 能通、井上 敦雄

【症例】83歳、男性【主訴】黒色便【既往歴】パーキンソン病、多発性ラクナ梗塞【現病歴】2009年秋より上記既往にて近医より低用量アスピリンを処方されていた。また腰痛に対して近医整形外科よりメロキシカムを処方されていた。元来便秘症であったが、2010年3月下旬より下腹部痛、黒色便を認めたため、近医を受診。採血で貧血を認めたため、消化管出血疑いにて2010年4月上旬に当科紹介受診。【経過】第1病日に施行した緊急上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部下壁に巨大十二指腸潰瘍を認め、潰瘍底の露出血管からはoozingがあった。高周波凝固装置を用いて、露出血管を内視鏡的に焼灼止血した。また十二指腸後壁側には二か所に連続した十二指腸結腸瘻を認め、横行結腸と交通していた。絶食輸液加療を継続していたが、第4病日に下血を認め、緊急上部内視鏡検査を施行したところ、前回とは別の露出血管からの湧出性出血を認め、これを内視鏡的に止血した。その後も保存的加療を継続していたが、瘻孔閉鎖は困難と判断し、全身状態安定化の後、第48病日に十二指腸瘻閉鎖術および結腸瘻閉鎖術を施行した。しかし、第52病日に結腸縫合部縫合不全のため、緊急洗浄ドレナージ術および人工肛門造設術を施行。第66病日に食事再開し、経過良好となった。【考察】十二指腸結腸瘻は極めて稀な病態であるが、その主な原因疾患はCrohn病と結腸癌であるとされる。これまで良性的な十二指腸結腸瘻に関する文献報告例は少なく、一定した治療法もないのが現状である。今回、我々は十二指腸潰瘍による十二指腸結腸瘻を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

113 当院における出血性胃十二指腸潰瘍患者の低用量アスピリンと抗潰瘍薬内服についての解析

恩賜財団 大阪府済生会 千里病院
山口 大輔、水野 龍義、有光 晶子、後藤 靖和、奥田 偉秀、
堀本 雅祥、鈴木 都男

【目的】出血性胃十二指腸潰瘍患者の背景から、出血予防目的の抗潰瘍薬内服の重要性を明らかにする

【方法】2008年12月から1年間に当院に入院した出血性胃潰瘍患者52人、出血性十二指腸潰瘍患者16人における年齢、性別、合併症、抗血小板薬・抗凝固薬・NSAIDs・抗潰瘍薬の内服、H.pylori感染について後ろ向きに検討した。

【成績】出血性胃潰瘍では男女比は3:1で、平均年齢は64歳（32～89歳）、53%（21/40）で抗血小板薬・抗凝固薬（抗血栓薬）が使用されており、その背景疾患は陳旧性心筋梗塞が最多の24%（5/21）であった。抗血栓薬が使用されている患者の内72.5%（29/40）で抗潰瘍薬（粘膜保護薬、制酸薬）が併用されていた。また、全患者の72%（37/52）、抗血栓薬が使用されている患者の62%（13/21）でH.pylori陽性であった。出血性十二指腸潰瘍では、男女比は15:1（15:1）で、年齢は20代と70代に二峰性の分布を認め（平均年齢は64歳）、54%（7/13）で抗血栓薬が使用されており、その背景疾患は心房細動が最多の43%（3/7）で、その内85%（11/13）で抗潰瘍治療薬が併用されていなかった。また、全患者の50%（8/16）、抗血栓薬が使用されている患者の38%（5/13）でH.pylori陽性であった。

【結論】血栓性疾患の一次予防として抗血小板薬は広く用いられているが、低用量アスピリンを含めたNSAIDs潰瘍では、自覚症状を欠くため、突然の吐血にて初めて診断されることが多い。当院に来院された出血性胃十二指腸潰瘍患者は、高率で抗血小板薬（特に低用量アスピリン）の内服中であり、その多くで抗潰瘍薬を併用されていなかった。また、H.pylori感染はNSAIDs内服とは独立した危険因子といわれており、当院での解析でも出血性胃潰瘍患者のH.pylori陽性率は72%、出血性十二指腸潰瘍患者では50%に留まっていた。一般的に50歳以上のH.pylori感染率は70～80%であり、その数%にしか潰瘍ができないことを考慮すると、NSAIDs潰瘍の予防にはH.pylori除菌だけでは不十分であり、抗潰瘍薬の予防投与の重要性が示唆された。

115 ホジキンリンパ腫完全寛解後に、胃 MALT リンパ腫と十二指腸乳頭部癌を発症した 1 例

¹ 社会保険神戸中央病院 消化器科、² 京都府立医科大学 消化器内科
松田 英之¹、宮川 徹¹、山内 紀人¹、婦木 秀一¹、西林 宏之¹、
安田 光徳¹、吉川 敏一²

症例は76才男性。平成18年3月。近医より、食欲不振、体重減少で紹介。腹部CTで大動脈周囲のリンパ節腫大を指摘。上部消化管検査は異常なし。その後、当院血液内科にて精査で、ホジキンリンパ腫と診断、全身化学療法を施行。完全寛解を得ていた。その後、定期健診の平成20年3月の上部消化管内視鏡で、胃体中部前壁に浅い潰瘍性病変と胃弓隆部にびらんを認め、生検でMALTリンパ腫と診断された。その後H.pylori除菌治療を受け、9月の内視鏡ではMALTリンパ腫は瘢痕化し改善は見られていたが、直近の平成20年6月の上部消化管内視鏡検査で、以前見られなかった十二指腸乳頭部の腫大を指摘され、生検は、異型腺管で腺腫または高分化（低異型度）腺癌の可能性もありとされた。NBI観察でも不整血管模様で、癌の可能性が示唆された。これについては、約2cm×1cm大の腫瘍で、CT等で肝・リンパ節転移無し、EUS、IDUS、ERCP等で精査し、十二指腸筋層浸潤無し、Oddi括約筋を越える胆管・膵管浸潤無し。内視鏡的乳頭切除術EPTでの治療の可能性有りだと判断し、平成20年12月EPT施行。17×12×10mm大の腫瘍を切除し病理に供した。合併症は認めなかった。病理検査では、乳頭状上皮増生を呈する不整腺管形成と細胞異型、分裂像等から、腺癌（高分化）診断された。Oddi筋を越える浸潤なく、膵管侵襲も陰性、断端陽性所見も見られず、一括完全切除出来ていた。その後、1年7ヶ月再発所見無く、経過観察中である。ホジキンリンパ腫完全寛解後に、胃MALTリンパ腫と十二指腸乳頭部癌を発症した報告はなく、また、胃MALTリンパ腫と十二指腸乳頭部癌を併発した症例の報告も、本邦報告例でないため、文献的考察を加えて報告する。

114 十二指腸に穿破し IVR にて止血しえた多発性腹部内臓動脈瘤

¹ 近畿大学 医学部 奈良病院 消化器内科、
² 天理よろず相談所病院 消化器内科
花田 宗一郎¹、宮部 欽生¹、奥田 英之¹、茂山 朋広¹、
豊澤 昌子¹、岸谷 譲¹、川崎 俊彦¹、鍋島 紀滋²

【症例】68歳女性【主訴】吐血【経過】健診で心窩部に拍動性腫物を指摘され、近医にて腹腔動脈根部より分枝する左胃動脈に12mm大の動脈瘤を指摘され、当院心臓外科を紹介された。動脈瘤切除および血管再建術（総肝動脈-大動脈/脾動脈-大動脈バイパス術）を施行した。術後4日目に胃十二指腸動脈分枝の動脈瘤破裂による腹腔内出血が出現した。緊急開腹下動脈瘤切除を施行した。術後11日目に吐血あり。腹部造影CTにて脾頭部の背側十二指腸アーケードに動脈瘤の増大を認め、周囲にfree air及び血腫の付着を認めた。出血源特定のため緊急内視鏡を施行したところ、十二指腸下行部、vater乳頭の肛門側に憩室を疑う陥凹を認め、同部位から拍動性の出血を認めた。術前のCTでは明らかな傍乳頭憩室は認めないことから腹部内臓動脈瘤が十二指腸へ穿破したものと診断した。内視鏡下の止血は困難と判断し、緊急IVRを行った。上腸間膜動脈から後下降十二指腸動脈、後上降十二指腸動脈へとつながる十二指腸アーケードに動脈瘤を認め一部十二指腸へ造影剤の流出を認めた。コイル塞栓を行い止血した。IVR7日後の上部消化管内視鏡では十二指腸下行部に虚血性変化による壊爛性粘膜変化を認めたが、穿通部位は閉鎖していたため、術後10日より食事開始し以後再出血は認めなかった。【考察】腹部内臓動脈瘤の原因は外傷や感染、動脈硬化、妊娠、門脈圧亢進、医原性などによるものがあるが、一般的に動脈硬化によるものが多い。本症例は切除病理組織よりsegmental arterial mediolysis (SAM) と診断された。SAMは非炎症性、非動脈硬化性の変性疾患であり明らかな成因は不明である。複数の動脈系に多発する傾向をもち、他の成因による動脈瘤よりも破裂しやすい傾向がある。腹腔内出血や消化管出血として発症し開腹下動脈瘤切除も行われるが、最近ではMDCTによる早期の部位診断が可能になり血管内治療により救命率が向上している。【結論】segmental arterial mediolysisが十二指腸へ穿破した症例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

116 十二指腸 Gastrointestinal Stromal Tumor (GIST) の2例

日本赤十字社和歌山医療センター 消化器内科
中谷 泰樹、大田 彩貴子、信岡 未由、岩上 裕吉、三上 貴生、
津田 喬之、三長 孝輔、李 宗南、中村 文保、谷口 洋平、
幡丸 景一、田中 敦俊、赤松 拓司、瀬田 剛史、浦井 俊二、
上野山 義人、山下 幸孝

【症例1】63歳男性【既往】頸部食道癌【経過】頸部食道癌に対して放射線化学療法を行い、その後定期経過観察中であった。平成21年12月頃からふらつき症状、黒色便を認め、貧血が進行したため上部消化管内視鏡検査を行った。十二指腸乳頭部付近に一部潰瘍形成を伴った35×20mm大の粘膜下腫瘍を認めた。CTでは造影後相で緩徐に造影される内部不均一な腫瘍、MRIではT2WIで高信号を呈し、ERCPでは胆管、膵管共に拡張や途絶・所見は認めなかった。EUSでは内部エコーはHighとLowが混在し一部無エコー領域を認めたが脾実質への明らかな浸潤所見は認めなかった。十二指腸粘膜下腫瘍に対して核出術を施行した。病理標本免疫染色でc-kit(+)、CD34(+) high grade malignancy GISTと診断した。【症例2】65歳男性【既往】胃潰瘍【経過】平成21年10月頃から黒色便、貧血進行を認め上部消化管出血の疑いで精査加療施行。十二指腸深部を観察したところ、下十二指腸角付近に30mm大の頂部に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍を認めた。内視鏡止血は困難であり、十二指腸部分切除術を施行した。病理標本免疫染色でc-kit(+) CD34一部(+) low grade malignancy GISTと診断した。Gastrointestinal stromal tumor (GIST) は1983年にMazurらによって提唱された消化管の間葉系腫瘍の概念である。主に胃・小腸・大腸に好発し、十二指腸での発生は稀である。粘膜下腫瘍で3cm以上、結節分葉状、内部エコー不均一、無エコー域、潰瘍の5つの malignant sign の内3つを有するものは悪性を疑い手術加療を勧めている。今回我々は消化管出血を契機に発見された十二指腸GISTの2例を経験したので、多少の文献的考察を加え報告する。

117 重症急性壊死性膵炎後の経過中に発見された膵頭部癌の1例

東大阪市立総合病院 消化器内科

森本 英之、高田 早苗、森下 直紀、岸 愛子、俵 誠一、巽 香織、赤松 春樹、飯尾 禎元、小林 一三

症例は61歳、女性。主訴は心窩部痛。2009年4月中旬に心窩部痛が出現したため当院救急外来を受診した。採血結果は白血球22120/ μ l、CRP 0.11mg/dl、血中アミラーゼ 4018U/lであった。腹部造影CTにて膵体尾部に広範な濃染不良域を認め、腎下極に遠に炎症が広がり、Grade3の重症急性壊死性膵炎と診断し、緊急入院となった。膵炎の原因は特定できなかった。蛋白分解酵素阻害薬・抗菌薬・膵局所動注療法を行い、治療したため5月下旬に退院となった。7月上旬に38℃の発熱と上腹部痛の出現を認め、白血球とCRPの上昇を認め、腹部造影CTで膵体尾部に仮性嚢胞の形成を認めた。他に感染性膵仮性嚢胞の再燃と診断し、抗生剤投与を行い炎症は改善した。9月下旬より再び上腹部痛が出現し、白血球とCRPの再上昇を認めた。腹部造影CTで膵周囲の脂肪織混濁を認め、仮性嚢胞内にガス像がみられており、消化管との穿通が疑われた。感染性膵仮性嚢胞の再燃と診断し、抗生剤投与を行い炎症は改善した。11月下旬より食後の左背部痛を認めた。採血結果で黄疸、肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部造影CTにて膵鉤部の濃染不良域の増大を認め、総胆管及び主膵管が拡張していた。CA19-9 262U/mlと上昇しており膵癌が疑われたため、内視鏡的逆行性胆管膵管造影検査を行ったところ、膵頭部主膵管と下部総胆管に狭窄を認めた。経過細胞診にて膵癌と診断された。減黄後に当院外科にて膵頭十二指腸切除術を施行され、現在外来にて化学療法中である。本症例では重症急性壊死性膵炎後の経過中に腹部造影CTを施行したため、膵鉤部の濃染不良域の増大に気づき、膵癌を発見することができた。膵炎と膵癌が併存する頻度は少ないが、予後を左右するため、原因不明の急性膵炎後は注意深い経過観察が重要であると思われる。

119 閉塞性黄疸で発症し細胞診にて診断された肺癌膵転移の一例

¹ 洛和会音羽病院 消化器内科、² 京都府立医科大学 消化器内科
富田 友実¹、二階堂 光洋¹、遠藤 功二¹、沖 裕昌¹、飯沼 昌二¹、坂口 徹太郎¹、内藤 裕二²、吉川 敏一²

【症例】58歳男性。2008年8月発症の原発性肺腺癌と脳転移に対して化学療法とγナイフを施行されていた。2009年1月に黄疸出現し、腹部CTにて膵頭部腫瘍および多発肝腫瘍をみとめた。膵頭部腫瘍は画像のみでは原発性腫瘍か転移性腫瘍か診断できなかった。ERCPにて中下部胆管に5cmの狭窄をみとめ、膵頭部膵管は狭窄し、尾部の膵管は軽度拡張していた。腫瘍による胆管閉塞の解除目的に総胆管にcovered metallic stentを留置した。同時に施行された膵管ブラシ細胞診では腺癌細胞をみとめ、免疫染色からCK7(+), CK20(-), TTF-1(+)であり、気管支鏡検査で得られた肺組織と類似しており肺癌膵転移と診断した。内視鏡治療後食事摂取可能となり退院し自宅療養を続けるも、全身状態悪化し約2ヶ月後に死亡した。【考察】転移性膵癌は比較的稀な疾患であり、原発性膵癌との鑑別が困難である。転移性膵癌が膵管周囲に浸潤する場合、原発性膵癌と異なり、膵管壁を比較的保持しながら圧排性に増殖するため、ERCP検査が鑑別に有用とされているが、実際には画像所見から確定診断をすることは困難なことも多く、切除して初めて転移性膵癌と診断される症例も多い。本症例でも画像的には転移が原発かの鑑別は困難であったが、ブラシ細胞診にて診断可能であり、転移性膵癌の診断に膵管細胞診が有用であると考えられた。

118 膵液細胞診で診断された低乳頭増殖を主体とする膵管内乳頭粘液性腺癌の一例

¹ 大阪府立成人病センター 肝胆膵内科、
² 同 消化器外科、³ 同 病理細胞診断科

福武 伸康¹、上原 宏之¹、河田 奈都子¹、池澤 賢治¹、今中 和穂¹、大川 和良¹、片山 和宏¹、石川 治²、竹中 明美³、富田 裕彦³

症例は53歳、男性。腹部不快感を主訴に近医を受診した。血液検査にて血清アミラーゼ 755 IU/L、エラスターゼ-1 568 ng/dLと高値であったが、腹部超音波検査上で明らかな急性膵炎の所見なく、経過をみたところ2ヶ月ほどで正常値へ低下を認めた。膵癌変精査目的で当科紹介となった。腹部造影CT検査、腹部MRI検査にて膵頭部に約10mm、膵体部に約12mm、膵尾部に約6mmを始めとした嚢胞性病変の散在を認めた。また、主膵管は膵体尾部で約3mmと軽度拡張しており、嚢胞性病変として経過観察することとした。初診後4、10ヶ月後の腹部MRI検査では著変を認めなかった。11ヶ月後に心窩部痛を主訴とし、急性膵炎として他院にて入院加療を受けた。16ヶ月後の腹部MRI検査にて嚢胞性病変の増大、主膵管径拡張(約13mm)を認めた。精査のため、ERCPを行ったところ、粘液成分を有した膵液のため詳細な膵管造影は得られなかったものの、膵体部を中心に主膵管径拡張を認めた。主乳頭開口部の開大は認めなかった。EUSでは拡張した主膵管・分枝膵管が観察されたが、明らかな壁在結節は認めなかった。ERCP時に採取した膵液細胞診にてadenocarcinomaが認められ、膵管内乳頭粘液性腺癌と診断した。画像上、明らかな転移性病変は認められず、診断より1ヶ月後に膵体尾部切除術を施行した。術中肉眼的所見において壁在結節は認められなかった。術後病理組織学的検査では、膵体部の主膵管および分枝膵管に低乳頭増殖を主体とする膵管内乳頭粘液性腺癌を認めた。切除断端・剥離面は陰性で、腫瘍は膵管上皮内に限局し、間質浸潤は認められなかった。今回我々は、膵管径の拡張を契機に精査を行い、膵液細胞診にて診断し得た膵管内乳頭粘液性腺癌を経験したので報告する。

120 paraganglioma内にtumor-to-tumor metastasisを来した膵癌の一例

京都桂病院 消化器センター 消化器内科

古賀 英彬、中井 喜貴、田中 秀行、糸川 芳男、宮本 由貴子、山口 大介、楠本 聖典、吉岡 拓人、田中 泰敬、臼井 智彦、浜田 暁彦、山川 雅史、藤井 茂彦、畦地 英全、日下 利広、国立 裕之

【症例】58歳男性。【主訴】腰痛、背部痛、体重減少【既往歴】30歳、55歳時：胃潰瘍【現病歴】平成19年初旬より腹部膨満感を自覚していたが、放置。平成21年6月中旬頃より主訴を認め、8月に近医受診。腹部超音波検査にて腹腔内に児頭大の腫瘍を指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。【経過】造影CT、MRIでは大きく21cm大、境界明瞭で、内部に出血を伴う嚢胞成分と造影効果のある充実成分が混在し、周囲後腹膜臓器を圧排偏位させる巨大腫瘍を認めた。また膵体部にも嚢胞成分を有する腫瘍が見られ両者には連続性があると考えられた。その他多発性リンパ節転移と多発骨転移の所見を認めた。ERCPでは主膵管尾側に腫瘍内腔と思われる造影剤貯留がみられ、膵液細胞診でadenocarcinomaを検出した。以上の画像検査より未分化型の巨大膵癌(stage IVb)と診断し、腹部症状緩和を目的に巨大腫瘍摘出術を施行した。手術所見では、巨大腫瘍と膵との連続性はなく、巨大腫瘍のみの摘出となった。切除標本の肉眼所見は暗赤色の多房性嚢胞で、組織学的にはparagangliomaであり、内部に異型腺管の増殖巣が散在性に認められた。免疫染色で背景のparagangliomaは内分泌マーカー陽性、上皮系マーカー陰性を示し、異型腺管は内分泌マーカー陰性で、上皮系マーカー陽性であった。以上臨床、画像所見、病理所見から総合的に膵癌のparaganglioma内転移と診断した。術後化学療法を行ったが、6か月後に死亡した。【考察】tumor-to-tumor metastasisは稀な病態で高悪性度の悪性腫瘍から良性腫瘍あるいは低悪性度の悪性腫瘍への転移として見られることが多い。膵癌のparagangliomaへの転移は本邦では報告がなく、稀な症例と考えられるので報告する。

121 gemcitabine + S-1 併用療法が有効であった切除不能進行膵癌の1例

¹ ベルランド総合病院 消化器内科、² 同 病理部

木下 輝樹¹、伯耆 徳¹、佐藤 慎哉¹、廣瀬 哲¹、大倉 康志¹、小川 敦弘¹、長谷川 義展¹、安 辰一¹、山内 道子²

【症例】70歳台、女性。【主訴】腹部膨満、背部痛。【既往歴】高血圧。【現病歴】平成21年4月腹部膨満、背部痛で近医受診し採血で肝機能障害指摘され当院紹介となった。当院受診時腹部造影CT検査ではSMAに浸潤する膵頭部腫瘍及び腹水が認められた。EUSでは膵頭部に約22mmの低エコー腫瘍を認め、SMA及びPVへの浸潤をともなっていた。EUS-FNAで腺癌を認め、膵頭部癌 StageIVb (T4 N0M1) と診断した。【経過】膵癌による閉塞性黄疸に対して胆管メタリックステント留置の上、gemcitabine+S-1併用療法 (GEM: 1000mg/m²day1,15 S-1: 80mg/m²day1~14 4週1コース) を開始した。当初腹満のため腹水穿刺による排液を要したが、その後腹水は徐々に減少した。6コース終了時にはCT上腹水の消失が確認された。以後も状態の悪化なく併用療法を持続し計8コース施行したが、患者希望のため平成22年1月よりS-1単独療法に変更した。3月より腫瘍の十二指腸浸潤により食事摂取不良となり、十二指腸ステント留置を行い一時は食事摂取可能になるも、全身状態は悪化傾向となり平成22年4月永眠された。【考察】切除不能膵癌の化学療法第一選択薬はGEM単独療法であるがMSTは5~7ヶ月と十分な成績ではない。大量腹水を有する膵癌はさらに予後不良と考えられるがGEM+S-1療法が有効である可能性があると考えられる。

122 動脈浸潤を伴う局所進行膵癌に対して放射線化学療法と維持療法により腫瘍縮小後に根治切除を施行した2例

関西医科大学 外科

山本 智久、里井 壯平、豊川 秀吉、柳本 泰明、山木 壮、由井 倫太郎、廣岡 智、松井 陽一、権 雅憲

【はじめに】今回我々は動脈浸潤膵癌に対して放射線化学療法 (以下CRT) と維持療法により腫瘍縮小後に根治切除となった2例を経験したので報告する。【症例1】73歳女性。家人に黄疸を指摘され近医を受診。閉塞性黄疸と診断され紹介となった。検査の結果、腫瘍径27mmの門脈、総肝動脈 (上腸間膜動脈から分岐) 浸潤を伴う膵頭部癌と診断された。CRT (TS-1: 80mg/body + radiation: 1.8Gy × 28回) を施行した。CRT後に腫瘍径は22mm (24% down) 縮小したが動脈浸潤が残存し、TS-1 (80mg/body) による化学療法を約3カ月継続した。再度CT検査を行ったところ画像上CRと判定され、腫瘍マーカーは正常化し、PET検査では遠隔転移なく切除となった。手術は膵体尾部無形成であったために膵頭全摘出術、門脈・総肝動脈合併切除、左肝動脈/右胃大網動脈吻合術を行った。術後経過は良好で術後10日目に退院となった。病理学的診断は腫瘍径3mm (EVANS分類 Grade III)、門脈、総肝動脈周囲は線維化組織のみ存在し、t1 n0 StageIで根治切除 (R0) であった。【症例2】71歳女性。高血圧にて近医加療中に血液検査にて異常を指摘。精査にて膵腫瘍を指摘され紹介となった。検査の結果、腫瘍径35mmの腹腔動脈、総肝動脈、脾動脈浸潤を伴う膵体部癌と診断された。CRT (TS-1: 80mg/body + GEMZAR: 800mg/body + radiation: 1.8Gy × 28回) を施行した。CRT後に腫瘍径は15mm (58% down) 縮小したが、動脈浸潤が残存し、GS療法 (TS-1: 80mg/body+GEMZAR: 1400mg/body) を約3カ月継続した。再度CT検査を行ったところ画像上、腫瘍径8mmに縮小し切除となった。手術は膵体尾部切除術、総肝動脈合併切除を行った。術後経過は良好であり術後16日目に退院となった。病理学的診断は腫瘍径10mm (EVANS分類 Grade IIb、) 総肝動脈への腫瘍浸潤は認められず、t1n0 stageIで根治切除 (R0) であった。【考察】切除不能の局所進行膵癌に対して集学的治療を行い、腫瘍縮小効果得られた症例では積極的な外科切除が選択肢の一つとなりうると考えられた。

日本消化器病学会近畿支部第94回例会

ご案内

日本消化器病学会近畿支部第94回例会を下記の要領で開催いたします。奮ってご参加いただきますようお願い申し上げます。

日 時：平成23年2月5日（土）

会 場：大阪国際会議場 〒530-0005 大阪市北区中之島5-3-51

応募演題：シンポジウム、および一般演題（公募）

シンポジウム1.（公募）

「肝癌の予後改善を目指した治療戦略」

司会：西口 修平（兵庫医科大学 肝胆膵内科）

具 英成（神戸大学 肝胆膵外科）

わが国の肝癌の発症数は既にピークを過ぎたと考えられているが、依然として癌死亡者数の第4位を占める国民病である。肝癌の長期予後改善するには、まず、早期に診断し肝切除術やラジオ波焼灼術などの根治的治療に持ち込むことである。これには、診断面における肝細胞性造影剤によるMRIや造影超音波などの発展も治療成績の向上、予後改善に繋がると考えられる。第二は、再発癌や進行肝癌に対する取り組みも重要になる。進行肝癌に対しては分子標的薬ソラフェニブの承認によって治療の選択肢は増えたが、TACEや動注化学療法などの既存の治療とどう使い分けるのかは結論が出されていない。第三は、肝癌の背景肝への治療にも積極的に取り組まなければならない。わが国では非代償期への進行阻止や肝癌の再発抑制を期待して、BCAA製剤やインターフェロンが投与されており、数種類の新薬の評価も既に開始されている。本シンポジウムでは、肝癌の予後の改善を目指した各施設の意欲的な取り組みを公募し、明日の診療につながる討論としたい。

シンポジウム2.（公募）

「消化管腫瘍に対する内視鏡治療の現況と問題点」

司会：渡 二郎（兵庫医科大学 消化器内科）

内藤 裕二（京都府立医科大学 消化器内科）

食道・胃の早期癌に対する内視鏡治療はEMRからESDへと移行し、現在ではESDが全盛である。そして、LSTを中心とした大腸腫瘍に対してもESDが導入されつつあり、技術的に可能であれば全消化管腫瘍のESDは可能となった。しかし、それぞれの消化管腫瘍に対するEMRとESDのすみ分けやその適応、使用デバイスの使い分け、そしてESDの教育・指導、偶発症対策などは各施設で標準化されているのか疑問である。安全で正確な治療にはちょっとしたコツがあるはずである。また、病理組織標本が得られない焼灼術も一部の早期癌に対して施行されているのも事実である。姑息的治療法としてのステント留置術も行われている。本シンポジウムでは、さまざまな施設で行われているESDをはじめとした多種にわたる消化管癌の内視鏡治療の現状についてご発表いただき、その問題点や今後の新たな可能性について浮き彫りにしたい。

シンポジウム3.（公募）

「新しいイメージングテクノロジーによる消化器病診療の進歩」

司会：村上 卓道（近畿大学医学部 放射線科）

久保 光彦（NTT西日本大阪病院 内科）

近年の画像技術の進歩は著しく、消化器病の診断だけでなく、治療方針の決定（アルゴリズム）や病態解明（機能診断）などに幅広く応用されている。肝胆膵領域ではX線CT装置の多列化や高速撮像化によって、わずか数秒の間に3次元高分解能画像が得られるようになった。

た。MRI・USでは血流および組織特異性両方の性質を持つ新しい造影剤が開発され、腫瘍性病変の描出だけでなく組織機能が評価できるようになってきた。また、PET/CTなどの核医学的な機能診断も依然として重要な地位を占めている。一方、消化管領域においては超音波内視鏡に引き続きカプセル内視鏡、拡大・画像強調内視鏡など新しい技術が次々導入されている。本シンポジウムではこれら最近の画像技術の進歩が日常の消化器病診療にどう寄与しているかを明らかにするとともに、その組み合わせによる診断の有用性、その問題点、限界そして将来について論じればと考えている。多数の応募を期待している。

一般演題（公募）

Freshman Session（公募、近畿支部奨励賞対象セッション）

初期臨床研修医からの教育的な症例報告

Young Investigator Session（公募、近畿支部奨励賞対象セッション）

後期研修医（卒後3-5年目迄）からの萌芽的演題（臨床研究・基礎研究・症例報告）

第35回教育講演会

1. 消化器癌の粒子線治療

菱川 良夫（（財）メディボリス医学研究財団 がん粒子線治療研究センター）

2. NSAIDによる胃・小腸疾患

樋口 和秀（大阪医科大学 消化器内科）

3. クロウン病の病態と治療

飯島 英樹（大阪大学 消化器内科）

4. 肝移植の現況と展望

海道 利実（京都大学 肝胆膵・移植外科）

5. 膵・胆道癌の診断と治療

井岡 達也（大阪府立成人病センター 検診部消化器検診科）

応募方法：日本消化器病学会ホームページ（<http://www.jsge.or.jp/member/endai/endai/endai.html>）を用いたオンライン登録による募集のみとなります。

募集期間：本番登録開始 平成22年10月6日（水）

登録締め切り 平成22年11月10日（水）正午

※シンポジウムの演者数は発表者を含めて4名までといたします。

演題申し込みについての注意事項はホームページに掲載いたします。UMINシステムによる演題申し込みのみといたします。（抄録用紙はございませんのでご注意ください。）

詳細は上記ホームページにてご確認ください。

発表はすべてPCプロジェクターで行い、スライド発表はできませんのでご注意ください。

連絡先：日本消化器病学会近畿支部第94回例会 事務局

兵庫医科大学 核医学・PETセンター 〒663-8501 西宮市武庫川町1-1

TEL：0798-45-6883 FAX：0798-45-6262 E-mail：jsge94@hyo-med.ac.jp

日本消化器病学会近畿支部第94回例会 事務代行

株式会社サンプラネット メディカルコンベンション事業本部内

〒541-0041 大阪市中央区北浜2-3-6 北浜山本ビル3F

TEL：06-6232-3873 FAX：06-6232-0440 E-mail：e-yamaguchi-sun@hhc.eisai.co.jp

日本消化器病学会近畿支部第94回例会 当番会長 柏木 徹