

## 1 内視鏡的硬化療法が奏功した食道血管腫の1例

玉井 方貴<sup>1</sup>、菅 智明<sup>1</sup>、沖山 葉子<sup>2</sup>、大工原誠一<sup>1</sup>、奥原 禎久<sup>1</sup>、山田 重徳<sup>1</sup>、岩谷 勇吾<sup>1</sup>、伊藤 哲也<sup>1</sup>  
須藤 桃子<sup>1</sup>、長屋 匡信<sup>1</sup>、高橋 俊晴<sup>3</sup>、横澤 秀一<sup>1</sup>、新倉 則和<sup>3</sup>、田中 榮司<sup>1</sup>

<sup>1</sup>信州大学 医学部 附属病院 消化器内科、<sup>2</sup>丸子中央総合病院 内科、<sup>3</sup>信州大学 医学部 附属病院 内視鏡センター

症例は40歳代の男性。3年前の上部消化管内視鏡検査にて、胸部食道に小型の血管腫を指摘され、経過観察の予定となった。本年の内視鏡検査で、この食道病変は3cm大に増大していたため、精査加療目的に当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、切歯から29cmに約1/3周を占める、暗紫色の柔らかい粘膜下病変を認めた。超音波内視鏡検査では、一部に血管様構造を伴うやや高エコーな腫瘤で、大部分は粘膜下層に存在するが、一部は壁外にも連続していた。海綿状血管腫と診断したが、病変に増大傾向がある事と、病変の表面に発赤所見を認めた事から出血の危険性があると判断し、治療を行う方針とした。造影剤と混合した5%エタノールアミンを透視下で病変に局注したところ、一部に血管様構造が描出されたが硬化剤の停滞は良好であった。術後は軽度の胸痛を認めたが、特に問題となる偶発症は認めず、3日後の内視鏡観察で病変は退縮していた。食道血管腫はまれな疾患であるが、嚥下障害や出血の原因となる場合には治療の対象となる。治療法には外科的切除と内視鏡的治療があるが、安全性が担保されるなら、侵襲の少ない内視鏡的治療が行われるべきである。内視鏡的治療には、主に粘膜切除術と硬化療法がある。この症例では病変の一部が食道壁外に連続していると考えられたため、粘膜切除術による出血・穿孔のリスクも考えて硬化療法を選択した。本症例ではエタノールアミンを用いた硬化療法を選択し、良好な結果を得た。治療法の選択方法等につき、文献的考察を加えて報告する。

## 2 十二指腸癌に対して開腹下に内視鏡的十二指腸全層切除を行った一例

小島 英吾<sup>1</sup>、田代 興一<sup>1</sup>、三浦 章寛<sup>1</sup>、太島 丈洋<sup>1</sup>、松村真生子<sup>1</sup>、弾塚 孝雄<sup>2</sup>

<sup>1</sup>長野中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>長野中央病院 外科

症例は73歳、男性。既往に胃癌切除、B-1再建術歴あり。併存疾患として知的障害、難聴、てんかん、非定型抗酸菌症、S状結腸巨大結腸症がある。平成22年1月にスクリーニング目的に施行した上部内視鏡検査にて十二指腸下行脚Vater乳頭対側に約40mm大(約1/3周性)のやや褪色調で粗大な結節が癒合し中心部が陥凹したような形態を示す扁平隆起性を認め、生検にて腺癌を得た。SM癌を疑い開腹切除の適応と考えられたが、切離ラインを最小におさめ縫合しない限り、術後狭窄対策としてバイパス術を新たに付加しないとしないと考えたため、開腹の下、確実なマーキングと詳細な切離が可能である内視鏡的全層切除を行い外科的に縫合する方針とした。腹腔鏡下での合同手術も検討したが、胃切除後の癒着やS状巨大結腸症による視野不良が懸念されたこと、不慣れのため時間がかかることを考慮し、同年4月に開腹下で施行した。全身麻酔下に上腹部正中切開を置き、十二指腸を授動後、トライツ靭帯部にてクランプを行った。内視鏡にて周辺マーキングを漿膜側からも観察できるように強めに行った。腸管の虚脱予防のため、腹腔側からマーキングの外側に支持系をかけ十二指腸を把持したのち、内視鏡下に針状メスにて腫瘍外側の一点を穿孔させ、その後ITナイフにて全層切除を行った。乳頭対側は約1/2周ほどの欠損部が生まれたが短軸方向に縫合し、終了とした。術後の検討では、腫瘍は45×25mm大のM癌であった。術後は狭窄症状も出現せず現在まで経過順調である。内視鏡下での全層切除術は開腹手術に比し、過不足ない切離線にて切除することができる利点が見込まれるが、穿孔した際の腸管の虚脱や漿膜近傍での大血管損傷による出血が危惧される。本法は、それらの欠点を補う方法として有用であり、今後も縮小手術の一つとして検討されてもよい方法と考えられた。

### 3 ERCP後膵炎予防における膵管ステントの有用性の検討

村岡 優、高野 伸一、深澤 光晴、門倉 信、高橋 英、進藤 浩子、佐藤 公、榎本 信幸  
山梨大学

【目的】ERCP後急性膵炎は、最も多いERCP偶発症であり時に致死的である。膵炎の原因のひとつとして、十二指腸乳頭の浮腫などによる膵液の流出障害が関与しているとされ、近年膵管ステントがその予防に効果的との報告が見られる。今回我々は、ERCP後膵炎の実態及び膵管ステントの予防効果について検討した。【対象と方法】検討1として当科で2009年1月から2010年8月までに施行したERCP427例を対象とし、ERCP後偶発症の内容及び頻度について検討した。検討2として胆管挿管を目的としたERCP症例339例を対象とし、ERCP後膵炎に関する因子を多変量解析にて同定した。また、そこで導かれた因子に対して膵管ステントの膵炎予防効果について検討した。検討3として、当科で経験したERCP後重症膵炎の2例について考察した。ERCP後偶発症の定義および重症度は、Cotton criteriaによって判定した。【結果】ERCP427例で発生した偶発症は103例で見られ、膵炎は13例(3.04%)、高アミラーゼ血症77例(18.3%)、出血4例(0.94%)、穿孔1例(0.23%)、胆管炎4例(0.94%)などであった。胆管挿管を目的として行ったERCP323例を対象とした膵炎の危険因子では、膵管ガイドワイヤー法での挿管が多変量解析にて抽出された(オッズ比7.29、 $p=0.032$ )。また、膵管ガイドワイヤー法にて胆管挿管を試みた47例について検討すると、膵管ステントを留置した32例では膵炎の発生はなく、膵管ステントを留置しなかった15例中3例でERCP後膵炎を発生し、うち2例は重症急性膵炎であった。【考察】膵管ガイドワイヤー法で胆管挿管を試みる症例は胆管挿管困難例であることがほとんどであり、ERCP後膵炎予防のためには膵管ステントを積極的に留置することが望ましいと考えられる。

### 4 消化管病変を観察しえたSchoenlein-Henoch紫斑病の1例

永野 敦嗣<sup>1</sup>、三浦 智史<sup>1</sup>、中村潤一郎<sup>1</sup>、山田 聡志<sup>1</sup>、三浦 努<sup>1</sup>、柳 雅彦<sup>1</sup>、高橋 達<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>長岡赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>魚沼病院 内科

Schoenlein-Henoch紫斑病は小児に好発するアレルギー機序による全身性の細血管炎である。白血球破壊性血管炎を来し、紫斑や関節症状、消化器症状や紫斑病性腎炎などを来す。今回、腹痛と血便を主訴に来院し消化管病変を内視鏡的に観察しえた症例を経験したので報告する。

症例は16歳男性。X年4月に扁桃腺炎に罹患。同年5月より下肢の紫斑が出現し近医より抗アレルギー薬にて加療された。6月17日に腹痛、下痢が出現し、6月19日に腹痛が増悪し鮮血の血便を伴うようになり救急外来を受診した。上下肢に典型的な紫斑と下腹部に著明な圧痛を認めたが反跳痛は認めなかった。CTでは上行結腸から横行結腸にかけて強い炎症所見を認めたがfree airは認めなかった。血液検査では筋因子63%と低下を認めた。Schoenlein-Henoch紫斑病を強く疑い入院とした。入院後に腹痛と血便は増悪したが、ステロイドや筋因子製剤の使用や皮膚生検は拒否されたため、絶飲食、輸液、カルバゾクロム、トラネキサム酸にて加療した。その後、血便は徐々に減少し、腹痛も改善傾向となった。上部・下部消化管内視鏡検査では、十二指腸水平脚に発赤粘膜が散見され、全大腸に発赤粘膜が散在し横行結腸には特に強い炎症所見を認め一部潰瘍形成を思わせる所見であった。生検結果で十二指腸粘膜に白血球破壊性血管炎を認めた。第11病日より経口摂取を再開したが、腹部症状の再燃は認めず、第17病日に退院した。6ヶ月後に下部消化管内視鏡検査を再検したところ、前述の病変は消失していた。今回の発症の誘因は扁桃腺炎とも考えられ扁桃誘発試験と扁桃摘出術も勧めたが拒否された。全経過において尿所見の異常は認められず、現在は再燃なく経過中である。

Schoenlein-Henoch紫斑病は時に強い消化管症状を呈することがあり、ステロイドや筋因子製剤の有用性が報告されている。時に消化管症状が紫斑の出現よりも先行する例も認められており注意を要する。内視鏡検査の施行時に血管炎の所見を認識しておくことは診断に際して非常に有用と思われるため、本症例にて観察された所見は重要と考えられ報告する。

## 5 大腸ポリープに対するcold polypectomyとconventional polypectomy ( hot polypectomy ) の有用性の比較

一瀬 泰之、堀内 朗、梶山 雅史、上島 哲哉、加藤 尚之  
昭和伊南総合病院 消化器病センター

目的：欧米では、高周波電流を使用せずポリペクトミースネアのみで大腸ポリープを除去するcold polypectomyが広く行なわれている。本研究の目的は、通常の高周波電流を使用したconventional polypectomyとcold polypectomyの有用性について比較検討した。方法：最大8mmまでの大腸ポリープを有する患者をcold polypectomy ( cold group ) とconventional polypectomy ( conventional group ) の2群に無差別に分け、患者背景、治療時間、除去されたポリープの部位、サイズ、ポリープの病理組織所見、偶発症およびポリペクトミー後2週間以内の消化器症状について評価した。結果：検討された症例は64例：cold groupは、N = 32 ( 94ポリープ ) またはconventional groupは、N = 32 ( 92ポリープ ) 。2群間に患者背景および除去されたポリープについては有意な差はなかった。治療時間では、cold groupがconventional groupに比べて有意に短かった ( 18分間対25分間 p=0.03 ) 。2群間においてポリープの完全除去率には有意差はなかった。2群において止血を必要とするような出血症例およびその他の偶発症は1例も認めなかった。また、Cold groupでは、conventional groupに比べてポリペクトミー後の消化器症状は有意に少なかった ( 3% vs 25%、p=0.023 ) 。結論：Cold polypectomy はconventional polypectomyに比べて有意に治療時間が短く、2週間以内の消化器症状の発生も少なかった。

## 6 亜有茎性に隆起した直腸粘膜脱症候群の1例

塩澤 秀樹<sup>1</sup>、岸本 恭<sup>1</sup>、安達 互<sup>1</sup>、太田 達郎<sup>2</sup>、小松 修<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>JA長野厚生連富士見高原病院外科、<sup>2</sup>JA長野厚生連富士見高原病院内科

直腸粘膜脱 ( MPS ) とは顕性あるいは不顕性の直腸粘膜の脱出により生ずる症候群であり、肉眼型より陥凹型、隆起型に分けられる。一般的に隆起型は直腸下端、歯状線近傍に多くみられ多くは広基性に隆起するものがほとんどで亜有茎性発育を示す隆起は比較的珍しいと思われる。今回、亜有茎性に隆起したMPS症例を報告する。症例は80歳女性、数年来より脱肛症状あり今年になって還納困難となり当科受診。便秘で下剤を長期に服用しており、1日5から6回の排便があり、1回の排便時間が1時間ぐらいとstrainerであった。MPSあるいは直腸ポリープが疑われ精査を施行。肛門、直腸診では肛門の弛緩はなく7時と10時に亜有茎性の隆起性病変を触知した。粘血の付着あり可動性は良好でMPSの隆起型が疑われた。大腸内視鏡検査で病変部は表面は白苔が付着しており丈の高い亜有茎性のポリープ様隆起であった。超音波内視鏡検査では粘膜下層の脈管の拡張がみられた。MPSで一般的にみられる粘膜下層の肥厚ははつきりしなかった。以上より発症より長期経過に伴い症状が遷延したMPSと診断し脱肛病変部の切除を施行した。手術所見では12時と3時と7時と9時に内痔核とMPSによる隆起性病変を認めそれぞれ結紮切除を行った。病理組織診断ではいずれも粘膜筋板に連続する線維筋束の増生と腸陰窩の増殖を認め直腸粘膜脱症候群を示す所見であった。MPSの治療は排便習慣の改善等の保存的治療が原則であるが、難治性で症状が遷延する場合にはMPSの切除が必要な場合もある。MPSの自然史はあまり明らかではないが直腸末梢部では隆起型が主体であり上部直腸では潰瘍型が多いといわれている。また長期経過により平坦型が隆起型に移行するようである。本症例は長期経過にともない隆起が進行し亜有茎性になったと思われた。

## 7 食道basaloidの2例

荻原 淳<sup>1</sup>、進士 明宏<sup>1</sup>、小松 健一<sup>1</sup>、小松 通治<sup>1</sup>、太田 裕志<sup>1</sup>、武川 建二<sup>1</sup>、山村 伸吉<sup>1</sup>、小口 寿夫<sup>1</sup>  
 島田 宏<sup>2</sup>、代田 廣志<sup>2</sup>、中村 智次<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>諏訪赤十字病院 消化器科、<sup>2</sup>諏訪赤十字病院 外科、<sup>3</sup>諏訪赤十字病院 病理部

食道悪性腫瘍の中で、類基底細胞癌（basaloid）は、比較的稀とされてきたが、近年報告例が増えている。今回過去2年に2例の食道basaloidを経験したので過去の報告との比較を含めて報告する。症例1：60歳、男性。主訴は食道つかえ感。既往歴に舌癌手術歴あり。下部食道に粘膜下腫瘍の性質をもち、一部にヨード不染を伴う病変を認め、生検でbasaloidと診断された。食道全摘術を受けた。上皮内進展が広範囲で、長径10cm，T1b（SM3），ly3，v1，pN2，M0，Stage 2，Cur Bの所見であった。術後UFTによる補助化学療法を行ったが、術後8ヵ月で両側肺転移が見られた。症例2：74歳、男性。前年に胃体上部の粘膜切除を受けており、その1年後の経過観察目的でEGDを受け、中部食道に粘膜下腫瘍の性質を持ち、一部にヨード不染を示す病変を認め、生検でbasaloidと診断された。全身検索で切除可能と判断し、食道全摘術を施行された。長径18mm，pT1b（SM3），ly1，v0，pN2，M0，Stage 2，Cur Aの所見であった。なお、合併切除した胆嚢には上皮内癌を認めた。術後3ヵ月となるが今のところ無再発である。過去の報告およびreviewと同様に粘膜下腫瘍様の形態をとり、頂部に非癌粘膜上皮を被覆され平滑な部分を有し、脈管浸潤も認めていた。Stage 3，4では扁平上皮癌に比べ予後不良といわれているが、Stage 0～2では扁平上皮癌と変わらないとされ、平滑な粘膜下腫瘍様の隆起を食道に認めた場合、本症を念頭において積極的な生検を心がけるべきだが、生検での正診率は低率といわれており、形態的に強く本症を疑うことが重要と考えられる。

## 8 食道類基底扁平上皮癌の1症例

安藤 恒平、中村 二郎、真岸亜希子  
 佐久総合病院 外科

【症例】58歳男性。【治療経過】2008年8月に食道癌：Lt，2型，扁平上皮癌，cT2，cN0，cM0，cStageIIと診断し、術前化学療法としてFP（5-fluorouracil，cisplatin）2コースを行い、治療効果判定はSDであった。同年12月に、引き続き右開胸開腹食道全摘術および2領域郭清にて遺残なく腫瘍を摘出した。病理組織診断は Lt，28mm，0-IIa+IIb，類基底扁平上皮癌，pT1b（SM3），ly0，v1，IM0，CRT-Grade 0，pN3，sM0，Stage III。pR0，CurA.No.1，3，9リンパ節に腫瘍の転移を認めた。今回経過観察目的で行った胸腹部造影CT検査にて、No.16a2リンパ節転移の所見があり、PETにて同部に集積を認め転移再発と診断した。その他に異常集積は認めず、単独再発と診断し、同リンパ節の切除術を行った。リンパ節は右腎動脈と強固に癒着していたため、腫瘍の遺残があるものと考えられた。病理組織診断は低分化扁平上皮癌であり、同部への術後放射線治療を併用している。【考察】食道類基底扁平上皮癌は食道扁平上皮癌のなかでも比較的稀な疾患であり、その治療法について様々な報告がある。文献的考察を交えて、癌遺残が疑われる本症例での今後の治療法を検討し報告する。



## 9 リンパ節転移を認めた深達度MMのBarrett食道癌の一例

竹内 大輔<sup>1</sup>、小出 直彦<sup>1</sup>、芳澤 淳一<sup>1</sup>、鈴木 彰<sup>1</sup>、関野 康<sup>1</sup>、石曾根 聡<sup>1</sup>、長屋 匡信<sup>2</sup>、浅野 功治<sup>3</sup>  
金子 靖典<sup>4</sup>、宮川 眞一<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>信州大学 医学部、<sup>2</sup>信州大学消化器内科、<sup>3</sup>信州大学臨床病理部、<sup>4</sup>飯田市立病院

症例は53歳女性、数年来胸やけを自覚していた。健診での上部消化管内視鏡検査で、食道胃接合部に隆起性病変を指摘された。血液検査ではCEA、CA19 - 9はともに基準値範囲内であった。上部消化管造影検査では食道胃接合部に長径15mmの境界明瞭な隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では食道胃接合部に0 - I型の隆起性病変を認めた。病変周囲の円柱上皮下に食道柵状血管網を認め、食道裂孔ヘルニアを伴っていた。腫瘍よりの生検ではadenocarcinoma ( tub1 > tub2 ) であった。超音波内視鏡検査では一部で第3層の断裂を認め、sm浸潤が疑われた。CTにて噴門右側に直径7mmのリンパ節を認めたが、肝転移や縦隔リンパ節の腫大を認めなかった。PET検査では食道胃接合部の病変に一致してSUVmax 3.8の集積を認めたが、リンパ節転移や遠隔転移を疑う所見を認めなかった。以上より食道胃接合部癌 ( Siewert type II , cT1b , cN0 , cM0 , cStage I ) の診断にて、下部食道噴門側胃切除、縦隔内食道胃管吻合術を施行した。病理組織診では、Ae , 15 x 15 mm , 0 - I型 , adenocarcinoma ( tub1 > tub2 ~ por ) in the Barrett's esophagus , pT1a-MM ( deep ) , INfb , ly1 , v0 , pIM0 , pPM0 , pDM0 , pRM0 , multiple ca ( - ) , pN1 ( No.3a ) , cM0 , fStage I , Cur Aであった。病変部において粘膜筋板の二重化を認め、Barrett食道癌と診断された。郭清されたNo.3aリンパ節1個に転移を認めた。近年、Barrett食道癌に対する注目は高く、表在癌の発見も増加しているとされる。食道癌診断・治療ガイドラインではMM - SM1の扁平上皮癌におけるリンパ節転移の頻度は約10%といわれているが、Barrett食道癌での検討は少なく、文献的考案を加えて報告する。

## 10 急性閉塞性化膿性胆管炎経過中に発症した急性壊死性食道炎の1例

小林 惇一、中村 喜行、持塚 章芳、岡庭 信司、白旗久美子、武田龍太郎  
飯田市立病院消化器内科

急性壊死性食道炎は内視鏡的に特徴的な食道粘膜の黒色調変化をきたし黒色食道とも呼ばれる稀な疾患である。今回、急性閉塞性化膿性胆管炎 ( AOSC ) 経過中に発症し、治癒経過を追えた症例を経験したので報告する。症例は90歳代女性。既往歴に糖尿病、腎疾患なし。発熱で他院に入院し抗生剤治療を受けていたが解熱傾向なく、肝胆道系酵素異常、白血球増多、血小板減少がみられ当院へ紹介となった。肝外胆管結石に伴うAOSC、DICの診断で転院第1病日にEBD施行。症状、検査値の改善があり第7病日に切石術施行したが、第10病日に発熱と胆道系酵素上昇を認めて再度EBDを施行した。その際に中部から下部食道に食道胃接合部で明瞭に境界される黒色の全周性のビラン、潰瘍を、胃十二指腸に黒色の潰瘍底を有する多発潰瘍を認め、急性壊疽性食道炎および急性胃十二指腸粘膜病変と診断した。プロトンポンプ阻害剤、高カロリー輸液を行った。胆管炎は再度のEBD後、改善が認められた。第18病日、ビラン、潰瘍は改善傾向を示し、黒色調の所見は乏しくなったが切歯列より27cmに全周性の狭窄が生じ、スコープ通過が困難となった。第21病日、細径超音波プローブによる検索で粘膜下層の肥厚を認めた。狭窄範囲は約3cmであり、内視鏡的バルーン拡張を行い、胃管を挿入し経管栄養を開始した。第33病日、ビラン、潰瘍は再生粘膜に被われていたが易出血性であった。第40病日に再度バルーン拡張を行い、第70病日退院となった。急性壊死性食道炎は虚血が関与し糖尿病、腎不全などの基礎疾患を有する患者に発生するケースが多いとされているが、本症例では重症感染に伴い発症したと思われた。

## 11 経過観察中に形態の変化を認めた食道血管腫の1例

久野 徹<sup>1</sup>、花輪 充彦<sup>1</sup>、大高 雅彦<sup>1</sup>、山口 達也<sup>1</sup>、植竹 智義<sup>1</sup>、大塚 博之<sup>1</sup>、佐藤 公<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup>  
中澤 匡男<sup>2</sup>

<sup>1</sup>山梨大学 医学部 第一内科、<sup>2</sup>山梨大学 医学部 人体病理

症例は64歳、女性。2008年12月胸やけの精査として近医で行われた上部消化管内視鏡検査において、中部食道に腫瘤を認め、精査のため紹介となった。2009年2月当院外来で行った内視鏡検査では、中部食道に5mm大の亜有茎性病変を認め、粘膜面は平滑で、周囲食道粘膜と比較して発赤し、表面に少数の血管の走行が確認された。超音波内視鏡では均一な高エコー腫瘤として描出され、腫瘤の存在の主座は粘膜内であるが、粘膜下層との境界は不明瞭であった。通常観察における赤紫の色調から血管性病変を否定できなかったため、敢えて生検は行わなかった。内視鏡所見、超音波内視鏡所見からも確定診断は困難であったため経過観察することとした。2010年3月の内視鏡検査では、腫瘍は亜有茎性で8mmに増大し、頂部は分葉傾向を示し、一部に白苔の付着を認めた。診断確定と治療の目的で、2010年5月入院し、内視鏡的粘膜切除を行った。病理組織検査では、上皮下に毛細血管の増殖がみられ、びらんと間質に出血を伴っており、capillary hemangiomaと診断した。また報告では、pyogenic granulomaとの併存が報告されており、本例でも一部に同様の所見を認めた。食道の良性腫瘍の頻度は悪性腫瘍に比べて稀であり、さらに血管腫は良性腫瘍の2～6%に過ぎないと報告されている。本症例は、経過観察中の比較的短期間に形態の変化を認め、その内視鏡所見、超音波所見は特徴的であり、文献的考察を加えて報告する。

## 12 強皮症に合併した食道扁平上皮癌の1例

秋田 眞吾<sup>1</sup>、小山 佳紀<sup>1</sup>、河西 秀<sup>1</sup>、久米田茂喜<sup>1</sup>、岡村 卓磨<sup>2</sup>、福澤 慎哉<sup>2</sup>、北原 桂<sup>2</sup>、飯島 章博<sup>2</sup>  
下条 久志<sup>3</sup>

<sup>1</sup>長野県立木曽病院 外科、<sup>2</sup>長野県立木曽病院 内科、<sup>3</sup>信州大学 病理組織学教室

症例は57歳、男性。17年前より強皮症の既往があり、当院内科に通院治療中であった。上部消化管スクリーニングのため、上部消化管内視鏡検査を施行された。下部食道に約1/5週の2型食道癌が指摘された。cT3cN0cM0を術前診断として、右開胸食道部分切除、胃管胸腔内再建、2領域リンパ節郭清を施行した。病理組織検査ではmoderately to poorly differentiated squamous cell carcinoma, pT3pN1sM0であった。術後経過は順調で特に合併症を認めず経過し、現在外来経過観察中である。一般的に、強皮症は、皮膚の硬化、Raynaud現象を主症状とする膠原病であり、組織の線維化と血管内皮の障害・増殖とそれに伴う循環障害が基本病態とされ、消化管における病変としては固有筋層の線維化が特徴的な所見とされている。膠原病と悪性腫瘍の合併はしばしば認められ、強皮症においても悪性腫瘍を合併した報告がなされている。本邦における強皮症の悪性腫瘍の発生部位は肺、胃、乳腺などに多いとされ、また悪性腫瘍が合併する頻度は、一般健常人の罹患率に比し有意に高いとされる。強皮症における食道癌の組織型の多くはBarrett食道炎を介した腺癌とされ、扁平上皮癌の報告は少なく、本症例は稀であると思われる。今回、我々は強皮症に合併した食道扁平上皮癌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。

## 13 食道気管支瘻を呈した非ホジキンリンパ腫の1例

小林 洋一、保坂 稔、山崎 玄蔵、渡辺 千尋、鈴木 正史  
都留市立病院 内科

症例は80歳男性。平成21年11月より6kgの体重減少と嚥下困難が出現し近医受診。右下肺野に肺炎像を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ中部食道に広範かつ下掘れの深い潰瘍性病変を認め、深部に気管支様粘膜が観察された。また気管支鏡検査を施行すると、右主気管支以下の気管支構造は破壊されており食道気管支瘻が示唆された。また、胃穹隆部にも、潰瘍底の平滑な潰瘍性病変を認めた。同部及び食道の潰瘍性病変よりの生検の病理組織ではB細胞マーカー（CD20）が陽性であり、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の診断となった。可溶性IL-2レセプターは3423U/mlと増加していた。非ホジキンリンパ腫Ann-Arbor病期分類4期で、International Prognostic Index（IPI）はhigh riskであった。絶食とし中心静脈栄養を行うとともにCHOP療法を開始。腫瘍の急激な縮小による気管支食道瘻の増悪を考え、通常量の1/5量より1/2量まで漸増しながら、現在までに計9回施行している。全身のリンパ節は縮小し、可溶性IL-2レセプターも1379U/mlまで低下。上部消化管内視鏡検査でも瘻孔の著明な縮小を認め、PRと考えられた。悪性リンパ腫による食道気管支瘻の形成は稀であり、また悪性腫瘍による食道気管支瘻の形成は一般に予後が悪いと考えられているが、化学療法が奏功し食道潰瘍と食道気管支瘻の改善を認めた症例を経験したので、考察を加えながら報告する。

## 14 脾仮性動脈瘤胃穿破に対するコイル塞栓術後約9年経過し 胃内へ再穿破を来した1例

水上 佳樹<sup>1</sup>、金子 源吾<sup>1</sup>、池田 義明<sup>1</sup>、代田 智樹<sup>1</sup>、前田 知香<sup>1</sup>、服部 亮<sup>1</sup>、秋田 倫幸<sup>1</sup>、牧内 明子<sup>1</sup>  
平栗 学<sup>1</sup>、北原 博人<sup>1</sup>、堀米 直人<sup>1</sup>、新宮 聖士<sup>1</sup>、中村 善行<sup>2</sup>、渡辺 智文<sup>3</sup>、千賀 脩<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>飯田市立病院 外科、<sup>2</sup>飯田市立病院 消化器内科、<sup>3</sup>飯田市立病院 放射線科

症例は52歳、男性。主訴は動悸、黒色便。既往歴はアルコール性慢性膵炎、糖尿病の他、平成13年1月に脾仮性動脈瘤の胃穿通を伴う消化管出血に対してコイル塞栓術を施行している。平成22年4月半ばより黒色便を認め、動悸を伴うようになったため5月20日当院内科を受診。同日胃カメラを施行。胃内に凝血塊は認めなかったが、体上部後壁大弯にコイルの露出を認めた。造影CTでは脾仮性動脈瘤内のコイルが胃内に穿通している所見の他、膵体尾部の高度の石灰化を認めた。また、Hblは5.8g/dlと高度の貧血を認めた。入院後、輸血を行い安静状態で手術を待機していたが、5月26日深夜、出血性ショックを来したため緊急血管造影検査を施行。脾仮性動脈瘤から胃内への造影剤の漏出を認めたため、脾仮性動脈瘤の中核および末梢側にコイルを留置し止血を行った。同日、脾梗塞および再出血に対する処置目的で緊急手術を施行。術中所見は、慢性膵炎によると思われる膵尾部周囲の高度の慢性炎症と線維化のため、通常の膵脾脱転操作は不可能と判断し、脾門部で脾動静脈を処理し脾を摘出した。また、胃後壁と脾仮性動脈瘤あるいは膵前面の間にも高度な癒着が存在し剥離困難であったため、胃後壁小弯を部分切除する形で胃と脾仮性動脈瘤を分離した。脾仮性動脈瘤は慢性膵炎によるものの他、外傷性、術後膵液漏によるもの等が挙げられるが、近接臓器への消化管出血を来したものは医中誌オンラインで1983年以降我々が検索した限りは6症例であり比較的稀な病態であると思われる。若干の文献的考察を加え報告する。

## 15 胃全摘術後の輸入脚症候群に対して 内視鏡的バルーン拡張術が著効した一例

多田 明良<sup>1</sup>、赤松 泰次<sup>2</sup>、張 淑美<sup>2</sup>、坂口 みほ<sup>2</sup>、松澤 正浩<sup>2</sup>、下平 和久<sup>2</sup>、西田 孝宏<sup>3</sup>、和城 光庸<sup>3</sup>  
森廣 雅人<sup>3</sup>、熊谷 信平<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>須坂病院 総合診療部、<sup>2</sup>須坂病院 内科、<sup>3</sup>須坂病院 外科

81歳の男性。2010年1月、胃癌に対する腹腔鏡下胃全摘術を受けた（R-Y再建法）。同年3月、腹痛、嘔吐が出現し、腹部CT検査にて輸入脚の拡張を認め、輸入脚症候群が疑われた。症状が軽度のため対症療法にて経過をみていたが、同年6月再び症状が増悪し、精査加療目的に当院入院となった。

血液生化学検査にて肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部CT検査にて輸入脚の著明な拡張および腹水の貯留を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、輸入脚吻合部にピンホール様の狭窄を認めた。引き続き吻合部に対して内視鏡的バルーン拡張術を行ったところ、輸入脚より大量の腸液流出がみられた。その後症状は劇的に改善し、第15病日に退院した。3ヶ月経過した現在、再発は認めていない。

外科手術を要することも少ない輸入脚症候群に対して、本例は内視鏡的バルーン拡張術が著効したと考えられ、文献的考察を加えて報告する。



## 16 側視鏡による十二指腸穿孔をクリップ閉鎖術にて保存的に加療しえた1例

太島 丈洋、田代 興一、松村真生子、三浦 章寛、小島 英吾  
長野中央病院

ERCP関連手技の偶発症である後腹膜穿孔のうち、内視鏡による穿孔については一般的には外科的治療を受けているものと考えられる。今回我々は側視鏡による十二指腸穿孔に際しクリップ閉鎖術にて保存的に加療しえた症例を経験したので報告する。症例は77歳男性。2008年腹部大動脈瘤手術を施行され、その際に隣IPMNを指摘された。2009年3月当科紹介となりIPMNの精査を行ったところ、IPMN混合型（最大径30mm・結節成分あり）と診断し手術適応病変と考えられたが大動脈瘤の術直後であったため御本人が手術を希望されず経過観察となった。2010年4月のCT検査でIPMN内の結節成分の増大が認められたため6月にERPを施行した。側視鏡を十二指腸に挿入し下行脚でのストレッチを試みた際、強い抵抗は感じなかったが画面上に後腹膜腔が観察された。急いでスコープを引き腸管の観察を行った所、Vater乳頭の対側やや口側よりの下行脚に約15mm大の穿孔を確認した。内視鏡室へ搬送し、CO<sub>2</sub>送気下で直視鏡にて4個のクリップで創部の閉鎖を行った。術後のCTでは十二指腸下行脚周囲から右腎周囲にまで広がるfree airを認めたが、後腹膜腔内に液体貯留は認めなかった。腹痛もなかったため、外科医と連絡をとりつつ保存的に加療することを選択し、経鼻胃管を挿入したうえで絶飲食と広域抗生剤+PPI+サンドスタチン投与を開始した。翌日には37.2度まで発熱し、CRPは穿孔後3日目に最大9.4まで上昇したが、その後は徐々に改善した。経過中腹痛は認めなかった。第7病日に十二指腸造影を施行し、リークのないことを確認したのち、第8病日から飲水を再開し第9病日から食事も開始した。その後は特に問題なく経過し第14病日に退院となった。乳頭部穿孔や胆管穿孔は適切な胆道ドレナージを行えば保存的治療が可能であると考えられている。しかし内視鏡による十二指腸穿孔は穿孔部分が大きく、一般的には緊急外科的治療の対象になるとされてきた。一方、海外ではクリップ閉鎖術で保存的に治療可能であるとの報告も散見される。今回内視鏡穿孔の保存的治療につき文献的考察を含めて報告する。

## 17 食道癌と胃癌の同時性重複癌の1例

秋田 眞吾<sup>1</sup>、小山 佳紀<sup>1</sup>、河西 秀<sup>1</sup>、久米田茂喜<sup>1</sup>、岡村 卓磨<sup>2</sup>、福澤 慎哉<sup>2</sup>、北原 桂<sup>2</sup>、飯島 章博<sup>2</sup>  
下条 久志<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>長野県立 木曽病院 外科、<sup>2</sup>長野県立木曽病院 内科、<sup>3</sup>信州大学 医学部 病理組織学教室

症例は83歳、男性。2009年1月食事の際のつかえ感を主訴に来院された。精査の結果、胸部中部食道に1型の扁平上皮癌cT3cN0cM0を指摘。年齢や本人・家族の希望を考慮し、放射線治療（60 - 66Gy33回）が選択された。放射線治療により、腫瘍は一旦は縮小したものの1年2ヶ月後の上部消化管検査にて胸部中部食道に1型の再発腫瘍と胃体下部前壁にIIcの腺癌病変が認められ、手術目的に当科に紹介となった。食道癌放射線治療後再発（cT3cN0cM0）及び早期胃癌の同時性重複癌の診断で、食道癌salvage手術及び胃部分切除を施行した。病理組織検査では、食道病変は放射線療法後のため分化型は明らかではないが、組織型は扁平上皮癌であり、胃の病変は高分化型腺癌であった。術後経過は順調で特に術後合併症を認めず経過し、現在外来経過観察中である。集学的治療法の進歩により食道癌と多臓器重複癌の割合は近年増加傾向にあり、食道癌との合併で多い癌では頭頸部領域癌と胃癌であるとされる。今後、さらに重複癌症例は増加することが予想され、日常診療において重複癌の存在を念頭におくべきであると思われた。今回、我々は食道癌放射線治療後再発と胃癌の同時性重複癌に対し手術治療を施行した1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

## 18 自己免疫性肝炎とA型胃炎の患者に発生した、 隆起型MALT lymphomaの一例

関 亜矢子<sup>1</sup>、長谷部 修<sup>1</sup>、原 悦雄<sup>1</sup>、越知 泰英<sup>1</sup>、立岩 伸之<sup>1</sup>、須澤 兼一<sup>1</sup>、多田井敏治<sup>1</sup>、保坂 典子<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>長野市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>長野市民病院 病理診断科

症例は60歳代女性。自己免疫性肝炎による肝硬変と診断され、近医で加療されていた。骨折の治療目的で整形外科に紹介されたが、見当識障害とフラッピングがありNH3163と高値を認めたため、肝性脳症の加療目的で当科に紹介された。子宮頸癌の手術歴あり、飲酒歴無し。血液検査所見はWBC5130、Hb9.2、Plt5.7x10<sup>4</sup>、TP6.9、Alb2.5、ZTT21.1、TTT20.0、T-Bil 0.6、AST43、ALT21、LD237、ALP911、GTP74、BUN37、Cre0.6、CRP0.25、PT% 80、IgG1924、IgA1163、IgM50、ANA320倍、AMA陰性、抗LKM-1抗体陰性、HBs抗原陰性、抗HCV抗体陰性であった。消化管出血による高NH3血症が疑われEGDを行ったところ、F3、RC++の食道静脈瘤と、前庭部後壁に発赤調の有茎性ポリープを認め、その周囲にはびらんを伴う発赤領域が認められた。ポリープは易出血性で、基部からの生検はGroup1であった。食道静脈瘤に2回EVLを施行後、過形成性ポリープと診断し胃ポリペクトミーを施行した。病理組織診断はMALT lymphomaであった。また、ポリープ周囲の発赤部の生検でも、MALT lymphomaが確認された。生検標本の免疫染色と血清IgG抗体検査では、H.pylori感染は認められなかった。また、体下部からの生検でendocrine cell nestが確認され、体部領域に強い萎縮を認めたため、抗胃壁細胞抗体と抗内因子抗体は陰性であったが、血中ガストリン濃度1400と高値であり、A型胃炎と診断した。自己免疫性肝炎とA型胃炎の患者に発生した、H.pylori陰性の隆起型MALT lymphomaは今まで報告が無く、貴重な症例と考えられたため報告する。

## 19 Helicobacter Pylori除菌15年後に発症した早期胃癌の一例

塚原 光典<sup>1,3</sup>、沖山 葉子<sup>1</sup>、金子 靖典<sup>1</sup>、松澤 賢治<sup>1</sup>、丸山 和敏<sup>1</sup>、佐々木裕三<sup>2</sup>、尾崎 一典<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>丸子中央総合病院 内科、<sup>2</sup>丸子中央総合病院 外科、<sup>3</sup>岩手医科大学 消化器・肝臓内科

【はじめに】Helicobacter pylori (HP) 感染と胃発癌の関連は強く、HP除菌療法による胃発癌の予防効果に関するエビデンスが報告されている。しかし、除菌後に発見される胃癌は依然存在し、その成因的特徴についてさまざまな検討がなされている。今回HP除菌15年後に発症した早期胃癌の症例を経験したので報告する。【症例】73歳、男性。【現病歴】高血圧、脳梗塞、前立腺肥大にて通院加療中であった。平成6年胃体中下部前壁～大弯の胃MALTリンパ腫（表層型）と診断され、HP除菌治療を施行された。除菌は成功し、MALTリンパ腫は完全寛解となった。その後も定期的に内視鏡検査をうけていたところ、平成21年8月病変を指摘された。【上部消化管内視鏡所見】萎縮と腸上皮化生の残る胃粘膜を背景に、胃体下部大弯に径30mm大の軽度発赤調平坦～平坦陥凹性病変を認めた。生検病理組織にて高分化型腺癌であり、精査にて粘膜内病変と判断したためESDにて一括全周切除を施行した。【切除標本病理所見】病変は0-IIc+IIb, 31×28mm, Well differentiated adenocarcinoma > moderately differentiated adenocarcinoma, M, ly0, v0, LM(-), VM(-)であった。背景粘膜には軽度の単核球浸潤と腸上皮化生を認めた。HPは陰性であった。【考察】現在までの臨床疫学的報告によれば、除菌による胃粘膜萎縮の改善及び胃癌発症の予防効果はHPと宿主との相互作用による粘膜の持続炎症の期間と程度、またその結果として引き起こされる粘膜萎縮の進展が重要であるとされている。本症例はHP除菌施行時に年齢が58歳と高齢であり、胃前庭部から体部の萎縮および腸上皮化生が高度であった。このような症例では、除菌成功後も内視鏡検査による長期間の経過観察が大切である。また萎縮と腸上皮化生、炎症が斑状に存在する胃粘膜においては腫瘍との判別が困難な場合があるため、内視鏡検査時には注意深い観察が必要である。

## 20 粘膜下腫瘍様形態を呈したEBV関連胃癌の1例

丸山 康弘<sup>1</sup>、丸山 雅史<sup>1</sup>、大工原誠一<sup>1</sup>、奥原 禎久<sup>1</sup>、山田 重徳<sup>1</sup>、岩谷 勇吾<sup>1</sup>、伊藤 哲也<sup>1</sup>、須藤 桃子<sup>1</sup>  
長屋 匡信<sup>1</sup>、高橋 俊晴<sup>2</sup>、横澤 秀一<sup>1</sup>、菅 智明<sup>1</sup>、新倉 則和<sup>2</sup>、田中 榮司<sup>1</sup>、左近 雅宏<sup>3</sup>、石曾根 聡<sup>3</sup>  
小出 直彦<sup>3</sup>

<sup>1</sup>信州大学 医学部附属病院 消化器内科、<sup>2</sup>信州大学 医学部 附属病院 内視鏡センター

<sup>3</sup>信州大学 医学部 附属病院 消化器外科

患者：70歳代、男性。主訴：食後の心窩部痛。現病歴：食後の心窩部痛の原因精査のため上部消化管内視鏡検査を施行した。上部消化管内視鏡検査所見：胃体下部大彎後壁に表層に発赤粘膜面を伴う15mm大の粘膜下腫瘍様病変を認め、発赤粘膜面には腫大した腺管構造を認めるものの明らかな不整構造は確認できなかった。NBI拡大内視鏡検査所見：NBI拡大観察においては絨毛様構造の不整や融合を認め、また、表面構造が不明瞭化した部分ではネットワークを形成しない走行不整を伴う異常血管を認めた。超音波内視鏡所見：第3層を主体に濾胞構造様の低エコー所見を認めた。臨床経過：生検組織にてリンパ球の高度な浸潤を背景に、腫大した核をもつ異型上皮細胞様の小塊が粘膜固有層に散在性に分布して認められ、低分化型腺癌とMALTリンパ腫の鑑別に難渋した。しかし、異型細胞が認められる部位に一致してAE1/AE3が陽性かつEBV encoded small RNA in situ hybridization (EBER-ISH) 陽性所見を認め、EBV関連胃癌 (por) と診断した。EUS所見から腫瘍細胞は粘膜下層に存在する濾胞様構造内への浸潤が疑われ腹腔鏡下幽門側胃切除術の方針とした。摘出標本：胃体下部後壁に粘膜下腫瘍様の低い隆起性病変が存在し、粘膜の変化は不明瞭だが、断面にて粘膜下に境界明瞭な白色腫瘤の形成を認めた。腫瘤の長径は約15mmであった。病理組織所見：腸上皮化生を伴った慢性胃炎を背景にして、N/C比が高く核小体明瞭な腫瘍細胞がレース状あるいは索状に配列して増殖していた。間質にはリンパ濾胞を形成したリンパ球の浸潤を伴っていた。病変の主座は粘膜下に存在したが、一部に粘膜内病変を認めた。切除断端は陰性で、明らかなリンパ節転移は認めなかった。腫瘍細胞は上皮系マーカーのAE1/AE3が陽性であり、同時にEBV-ISH陽性所見を認めた。最終診断はCarcinoma with lymphoid stroma (旧分類por1) SM2, ly0, v2, pN0であった。まとめ：今回我々は内視鏡生検材料にて腫瘍細胞のAE1/AE3とEBER-ISH陽性の所見を手がかりに、手術前にEBV関連胃癌と診断した1例を経験したので若干の考察を含め報告する。

## 21 若年男性に発症した十二指腸乳頭部低分化神経内分泌細胞癌の1例

湊 圭太郎<sup>1,2</sup>、山田 一樹<sup>2</sup>、瀧澤 一休<sup>2</sup>、土屋 淳紀<sup>2</sup>、富樫 忠之<sup>2</sup>、河内 裕介<sup>2</sup>、塩路 和彦<sup>2</sup>、須田 剛士<sup>2</sup>  
青柳 豊<sup>2</sup>、梅津 哉<sup>3</sup>

<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

<sup>3</sup>新潟大学医歯学総合病院 病理部

症例は20歳代の男性。2010年5月ごろより夜間の臍周囲鈍痛を自覚し近医を受診、肝胆道系酵素とアミラーゼの上昇を認め当科紹介となった。腹部CTにて総胆管の拡張、膵頭部周囲に多発するリンパ節腫大、傍大動脈リンパ節腫大を認めた。ERCP施行時、十二指腸主乳頭部に膵・胆管開口部を取り囲むように耳たぶ状の周堤を伴う潰瘍性病変が認められた。膵・胆管造影では軽度の胆管拡張を認めるのみであったが、腫瘍により胆汁うっ滞、膵液の流出障害を来していると考えEBD、EPSを留置した。内視鏡的には年齢も考慮し悪性リンパ腫を第一に考えたが、同部の生検では低分化神経内分泌細胞癌と診断され、その後測定したNES、ProGRPの上昇も認めた。PET-CTを含めた全身検索にて他に原発となりうる病変はなく、十二指腸主乳頭部原発の低分化神経内分泌細胞癌と診断した。広範なリンパ節転移を伴い治癒切除は不可能と判断し、肺小細胞癌に準じてCDDP + CPT-11による全身化学療法を行う方針とした。6月17日より1コース目 (CDDP 90mg/body + CPT-11 100mg/body) を開始。CTにて膵頭部周囲のリンパ節腫大は縮小していたが、傍大動脈リンパ節腫大の縮小は見られなかった。抗癌剤自体は奏功しておりdrug deliveryの問題であると考えられたため動注療法を行う方針となった。7月15日血管造影下に大動脈カテーテルを留置し前回と同様のレジメンを動注にて施行した。7月22日のCTでは傍大動脈リンパ節腫大にも軽度縮小を認め効果ありと判断。2コース終了後、動注のためのリザーバーを8月17日に留置し、3コース目の治療を現在施行中である。十二指腸主乳頭部の低分化神経内分泌細胞癌は非常にまれであり、動注での治療を施行した報告もなく、非常に貴重な症例と考え報告する。



## 22 非がん診療連携拠点病院での肝疾患診療における コメディカルとのチーム医療の有用性

宮林 千春<sup>1</sup>、大西 雅彦<sup>1</sup>、窪田 芳樹<sup>1</sup>、東海康太郎<sup>1</sup>、及川 治<sup>1</sup>、山崎 誓一<sup>1</sup>、片倉 正文<sup>1</sup>、根石 政男<sup>2</sup>  
小田切教彦<sup>3</sup>、宮崎 祐司<sup>3</sup>、聖沢 愛子<sup>4</sup>、内海 幸子<sup>4</sup>、大西 禎彦<sup>1</sup>、大彌 歩<sup>5</sup>、藤田 幸恵<sup>5</sup>、山田 哲<sup>5</sup>  
渡辺 智治<sup>5</sup>、角谷 眞澄<sup>5</sup>  
1千曲中央病院 内科、2同検査科、3同放射線科、4同看護部、5信州大学医学部画像医学講座(附属病院放射線科)

【はじめに】一般市中病院における肝疾患診療は限られたマンパワーのもとで行われており、肝炎ならびに肝癌(HCC)診療を担う人材育成や環境整備も難しい状況にある。このため当院では肝疾患診療を共同で行うことを通じ、コメディカルを育成しながら実診療にあたっている。【目的】肝疾患診療におけるコメディカルとのチーム医療の有用性について検証した。【方法】インターフェロン(IFN)療法を開始した1995年から外来看護師1名をIFN担当中心看護師とし、投与中の血算、副作用のcheckerとした。肝臓外来を開設した1996年以降、臨床検査技師1名を肝疾患初診患者のスクリーニングおよびHCCハイリスクグループの精査超音波検査の担当とした。また、超音波下処置(RFA、PTCD、PTGBD、PTAD等含む)には助手として参加させ処置、加療を共同で行った。HCCに対する肝動脈塞栓術(TAE)を含むインターベンション(IVR)においては、術中・術後を管理することができる放射線技師2名およびIVR看護師4名を育成した。【結果】それぞれのコメディカルに長野県内および全国研修会、研究会に参加させ、知識の習得と標準的看護、助手手技の会得向上を図った。年間肝疾患超音波件数(初診+ハイリスク)321件(HCC発見率:初診群6.6%、ハイリスク群5.7%)であり、超音波下処置総計151件(RFA 68件、PTCD+PTGBD+PTAD等83件)、IFN導入総計96件、腹部血管造影総計238件(うちTAE 156件)をそれぞれのコメディカルと共同で行った。いずれの処置、加療においても重篤な事故、合併症は起きていない。【結論】市中の非がん診療連携拠点病院において、肝臓専門医1名での肝疾患診療は限界があるが、コメディカルの参加により治療患者数の増加と治療の質の向上が見込まれる。ことに経過の長い肝疾患では常勤のコメディカルを育成し、チームで診療することが、安全で患者および地域に信頼される医療を生むことになる。

## 23 画像診断に苦慮した細胆管細胞癌の1例

金平さやか<sup>1</sup>、佐藤 光明<sup>1</sup>、久野 徹<sup>1</sup>、深澤 佳満<sup>1</sup>、小松 信俊<sup>1</sup>、浅川 幸子<sup>1</sup>、進藤 邦明<sup>1</sup>、雨宮 史武<sup>1</sup>  
中山 康弘<sup>1</sup>、井上 泰輔<sup>1</sup>、前川 伸哉<sup>1</sup>、坂本 穰<sup>1</sup>、雨宮 秀武<sup>2</sup>、松田 政徳<sup>2</sup>、藤井 秀樹<sup>2</sup>、山根 徹<sup>3</sup>  
加藤 良平<sup>3</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup>  
1山梨大学 医学部 第一内科、2山梨大学 医学部 第一外科、3山梨大学 医学部 人間病理学

【背景】細胆管細胞癌(CoCC)は原発性肝癌の1%以下で稀な疾患であり、画像診断は確立していない。【症例】50歳女性。【現病歴】検診の腹部超音波検査で肝S4に40mm大の腫瘤を認め当科紹介された。【検査所見】Alb:4.2g/dl、AST:17 IU/L、ALT:17 IU/L、T-Bil:0.6 mg/dl、PT%:108.2%、ICG R15:12.9%、CEA:5.3 ng/ml、CA19-9:0.53U/ml、AFP:1.5 ng/ml、PIVKA-II:15 mAU/ml、HBs-Ag(-)、HCV-Ab(-)【画像所見】腹部造影CTでは肝S4に分葉状の動脈相で辺縁主体に不均一に濃染し、遅延相で濃染が持続する48×33mmの腫瘤として指摘された。また、肝門部には最大13mmまでの腫大リンパ節を数個認めた。Gd-EOB-造影MRIではT1でlow intensity、脂肪抑制T2で辺縁high、内部lowであり、肝細胞相はlowでDWIはhighであった。Sonazoid造影超音波ではBモードでhypoechoicであったがP4が結節内部に入り込む像を認めた。【臨床経過】画像所見からは肝細胞癌(HCC)としても肝内胆管癌(CCC)としても非典型的であり、細胆管細胞癌、混合型肝癌、炎症性偽腫瘍などが考えられたが、確定診断ができず悪性腫瘍が否定し得ないため切除の方針となった。腫大リンパ節は術中迅速検査の結果、炎症細胞浸潤を認めたが悪性所見は認めなかった。このため拡大左葉切除術が施行された。切除標本は50mm大の灰白色腫瘤で被膜や隔壁を伴わず、周囲に軽度の浸潤を認めた。腫瘍細胞は細胆管構造を模倣する腺癌で、腫瘍辺縁は肝細胞索に直接連続し腫瘍内にはグリソン鞘が取り込まれ遺残を認めた。線維化した鞘内には腫瘍が浸潤し一部には血管内浸潤も伴っていた。免疫染色上cytokeratin(CK)7陽性、CK19陽性、ヘパトサイト陰性、グリピカン陰性であり最終的にCoCCと診断された。【結語】CoCCは比較的稀な疾患であり術前には確定診断し得なかった。本例のように非典型的な画像所見を呈する場合にはCoCCを考慮する必要があり、示唆に富む症例と考へ、文献的考察を踏まえ報告する。



## 24 多発肝腫瘍で発見された悪性中皮腫の一例

高橋久美子<sup>1</sup>、林 和直<sup>2</sup>、佐藤 裕美<sup>2</sup>、影向 一美<sup>2</sup>、横山 恒<sup>2</sup>、高村 昌昭<sup>2</sup>、佐藤 祐一<sup>2</sup>、野本 実<sup>2</sup>  
青柳 豊<sup>2</sup>、長谷川 剛<sup>3</sup>、麻植ホルム正之<sup>4</sup>

<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院臨床研修センター、<sup>2</sup>新潟大学医歯学総合病院 消化器内科、<sup>3</sup>新潟大学 第二病理学教室

<sup>4</sup>新潟労災病院

今回、我々は若年発症した悪性中皮腫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。症例は30歳代男性。3年前よりリフォーム業に従事した経歴がある。平成22年2月末より上腹部痛を自覚し、近医施行の腹部超音波にて肝腫瘍を指摘され前医を受診した。前医で転移性肝腫瘍を疑い全身CT、FGP - PET施行し、最大49mm大の両葉多発乏血性肝腫瘍、回盲部付近に28mm大の腫瘤、傍大動脈リンパ節から腸間膜リンパ節・外腸骨リンパ節の腫脹を認めた。腹膜・胸膜の肥厚、胸水は認めず、骨盤内腹水を少量認めた。上部・下部内視鏡、カプセル内視鏡を施行したが原発部位は指摘できなかった。肝腫瘍生検でも確定診断がつかず当科に紹介入院した。血清学的にCYFRA 41.9ng/ml、ヒアルロン酸223U/mlと上昇を認めた。肝腫瘍生検にて上皮様に配列する粘液産生腫瘍を認め、免疫染色ではVimentin陽性、Mesothelin陽性、Calretinin A陽性、CAM5.2陽性、melanoma marker陰性、CEA陰性であり、悪性中皮腫と診断した。根治手術不能であり化学療法の方針となった。悪性胸膜中皮腫の化学療法に準じて1st lineとしてペメトレキセド+シスプラチンを施行した。1コース施行後のCTで腫瘍は17.6%縮小し、SDであったが、2コース後にはPDとなった。2nd lineとしてゲムシタピン+シスプラチンの化学療法を開始したが、DICをきたし化学療法継続不能となり、その後に脳梗塞を合併し死亡した。本症例は30歳代と若年発症であり、剖検精査中であるが、悪性中皮腫の好発部位である胸膜・腹膜・心膜・精巣漿膜に異常所見を認めず、原発部位として虫垂漿膜もしくは肝臓被膜の可能性が考えられた非常に稀なケースであった。

## 25 Sorafenib投与により脳出血を発症した肝細胞癌の2症例

深澤 佳満、小松 信俊、佐藤 光明、浅川 幸子、進藤 邦明、雨宮 史武、中山 康弘、井上 泰輔、坂本 穂  
榎本 信幸  
山梨大学第一内科

<背景> 肝細胞癌においてマルチキナーゼ阻害剤であるSorafenibが保険認可され、分子標的治療薬の新しい時代を迎えようとしている。しかし、本剤には比較的多くの重篤な有害事象の報告があり、投与にあたっては副作用に対する細心の注意が必要である。今回われわれはSorafenib投与により脳出血を起こした2症例を経験したので報告する。<症例1> 55歳男性。C型肝硬変。2006年にHCCを発症し、以後RFAやTACEを繰り返していた。経過中、骨転移とPVTTに対してそれぞれ放射線治療を行った。2010年3月に多発肺転移が出現し、肝内の再発病変も増大傾向を認めため2010年6月からSorafenib 400mg/dayを開始した。投与開始後3週目の血液検査で肝不全傾向を認めため、Sorafenibを直ちに中止し入院した。Sorafenib中止後13日目に右前頭葉に脳出血を発症し、誤嚥性肺炎を併発して脳出血発症後3日目に永眠した。<症例2> 73歳男性。高血圧の既往あり。2006年にC型慢性肝炎に対してIFN治療を行いSVRとなった。2008年にHCCを発症し、以後RFAやTACEを繰り返していた。経過中、下大静脈浸潤に対して放射線療法を行った。2010年1月に肺転移が出現し同年2月からSorafenib 800mg/dayを開始した。投与開始後6ヵ月後に脳出血を発症し他院へ入院した。脳出血発症後18日目に永眠した。<まとめ> HCCに対するSorafenib投与症例の最新の特定使用成績調査では投与中止後1ヵ月以内の追跡症例を含む0.7% (7/777例) に脳出血を認め、7例中2例は脳出血により死亡したと報告されている。今回報告した2症例はともに画像上明らかな脳転移はなかったが、多発肺転移を合併しており、画像的に診断ができない微小な脳転移から出血した可能性も考えられ、文献的考察を含めて報告する。

**26** 人工腹水を用いた安全なRFAの工夫

川上 智、雨宮 史武、佐藤 光明、浅川 幸子、辰巳 明久、小松 信俊、進藤 邦明、中山 康弘、井上 泰輔  
 前川 伸哉、坂本 穰、榎本 信幸  
 山梨大学 医学部 第一内科

肝細胞癌(HCC)に対するラジオ波焼灼術(RFA)は低侵襲でありながら高い局所制御能をもち、現在多くの施設で導入されている。しかしその一方で腸管に近接した結節を焼灼する際には術後に腸管穿孔や穿通をきたした例も報告されている。当科でも2009年1月から2010年8月までに行ったRFA 131症例、計141回のうち、RFAによるものと考えられる消化管潰瘍を2例経験している(2/141 1.42%)。症例1 50歳、男性、B型肝硬変の患者。肝S2領域の30mm大のTACE後HCC再発に対し、RFAを施行した。術2日後の上部消化管内視鏡で胃体上部前壁にA2 stageの潰瘍性病変を認めた。症例2 81歳、男性、C型肝硬変の患者。S3 15mmのHCCに対しTACE後RFAを施行した。術3日後の上部消化管内視鏡で十二指腸球部前壁にA2 stageの潰瘍性病変を認めた。両症例とも潰瘍からの出血は認めず、保存的治療で改善を認めた。その後、当科では腸管に近接する結節は5%ブドウ糖(500~1000ml)を用いた人工腹水を用いることとし、特に左葉外側区背側や右葉後区域尾側に位置する結節には人工腹水を持続的に注入しながら焼灼する方法を積極的にとりいれている。2010年4月から8月まで7例に人工腹水を用いてRFAを行い、そのうち左葉外側区背側2例、右後区域1例の3症例3結節に対しては人工腹水持続注入中の焼灼を行った。いずれの症例も周囲臓器への損傷は認めず、結節も十分なmarginを伴って焼灼できた。また人工腹水の作製に伴う合併症は全例認めていない。HCCに対してRFAを行う際、人工腹水は周囲臓器への損傷の危険性を減少させることができ、とくに腸管に近接している結節を焼灼する際には積極的に取り入れるべきだと考えられた。

**27** B型肝細胞癌術後の多発肺転移に対し胸腔鏡下肺切除術が長期予後改善に有効と思われた1例

渡邊 琢也<sup>1</sup>、山本 亮平<sup>2</sup>、比佐 岳史<sup>1,2</sup>、古武 昌幸<sup>1</sup>、高松 正人<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>佐久総合病院 内科、<sup>2</sup>佐久総合病院 呼吸器外科

当院初診時40歳台男性。27年前の検診でB型肝炎を指摘され、7年前の人間ドックにて肝腫瘍を指摘された。同年に他院でS4の肝細胞癌と診断され肝部分切除術を施行された。以後再発なく外来にて経過観察されていたが、当院初診2か月前の会社検診にて胸部レントゲン上異常陰影を指摘され当院内科紹介となった。CT上両肺に複数の境界明瞭な結節影を認め、肝細胞癌の多発肺転移と診断した。肝に癌病変は認めなかった。推奨すべき化学療法はないと考えられ呼吸器外科紹介。呼吸機能は良好であり一期的肺切除可能と判断し、胸腔鏡下左上葉部分切除および右上葉部分切除+下葉切除術を施行した。病理標本は肝細胞癌に矛盾しなかった。術後3か月のCTで右上葉に3mm大の結節が新たに同定された。術後18ヵ月現在結節径は4.5mmとやや増大を認めるものの、肝には再発なく経過している。肝癌の多発肺転移に対し、転移巣の可及的切除を施行し18ヵ月良好なQOLを保っている。

## 28 当科におけるHCC破裂症例の検討

岩本 史光、望月 仁、廣瀬 純穂、津久井雄也、吉田 貴史、細田 健司、鈴木 洋司、細田 和彦、小島裕一郎  
廣瀬 雄一、小俣 政男  
山梨県立中央病院消化器内科

【目的】HCC破裂は重篤な病態であり、予後不良である。当科にて2009年から2010年に経験したHCC破裂例について検討した。【方法】対象は臨床症状、画像所見、腹腔穿刺でHCC破裂と診断された8例。内訳は性別（男性：8、女性：0）、平均年齢73歳（54～98）、背景肝（HCV：7、アルコール：1）、破裂直前のChild-Pugh分類（A：1、B：5、C：2）、臨床病期分類（3：2、4A：4、4B：2）であった。HCC多発例は2例で、単発例が6例と多かった。破裂した腫瘍はいずれも肝表に突出し、存在部位としてS8が4例、S5が2例、外側区が2例で、腫瘍径は平均73mm（20～140）であった。【結果】治療はTAE6例、保存的治療2例で、生存2例、死亡確認されているのは6例だった。死因は肝不全4例、出血2例で、平均生存期間は56.3日であった。HCC破裂は予後不良であり、肝表にあるHCCは破裂の予防的治療が重要と考えられる。文献の報告を踏まえて検討した。

## 29 A型劇症肝炎の1例

田中 景子、宮島 正行、今井隆二郎、三枝 久能、藤沢 亨、森 宏光、松田 至晃、和田 秀一、清澤 研道  
長野赤十字病院 消化器内科

【症例】50歳代男性。【主訴】意識障害、黄疸。【既往歴】特記すべきことなし。【現病歴】2010年4月中旬に感冒様症状が出現した。下旬から39 回の発熱があり近医を受診し、高度の肝機能障害（ALT 9000IU/L以上・・・）を認め前医に入院した。入院第3病日より意識状態の悪化があり、入院第4病日に当院へ転院した。【入院時現症】肝性脳症2度。体温36.2。眼球結膜黄染、胸部聴診異常なし、腹部触診にて右鎖骨中線上に肝を1横指触知。血液検査：TP 5.8g/dl、Alb 3.1g/dl、AST 471IU/l、ALT 2930IU/l、LDH 318IU/l、T.Bil 7.6mg/dl、D.Bil 6.2mg/dl、NH<sub>3</sub> 122μg/dl、PT 36%。腹部CTでは肝萎縮を認めなかった。【入院後経過】肝性脳症2度を認め、血液検査にてPT値が40%以下であり、劇症肝炎と診断した。入院当日より3日間血漿交換を施行したところ、徐々に意識状態は改善し、以後は順調に経過した。本例は、HBs抗原陰性、HCV抗体陰性、IgM - HA抗体陽性であったため、A型急性肝炎の劇症化と考えられた。【考察】A型肝炎は近年減少傾向にあり、感染症情報センター集計によるとここ数年は年間150例ほどの発生数であった。本年は第10週以降の週別報告数が2006年から2009年の平均3.68を大きく超え、第28週までに268例が報告された。このうち劇症肝炎は本例を含め7例であった。近年は高齢者でもHA抗体保有率が低下しており、A型肝炎は稀ならず経験される。本例のように50歳以上の高齢者では劇症化する可能性があり注意が必要である。

### 30 乳頭小切開併用大バルーン乳頭拡張が有効であった 多発総胆管結石の一例

山崎 貴久、中川 元希、山本 泰漢、高橋正一郎  
富士吉田市立病院 内科

【症例】73歳、男性。【既往歴】70歳時に胆石胆嚢炎で腹腔鏡下胆摘を施行。【現病歴】平成22年6月25日頃より全身倦怠感・関節痛があり、7月9日に当科受診。血液検査で炎症反応高値と肝胆道系酵素上昇を認め、精査加療目的で入院となった。【入院後経過】CT検査で総胆管結石及び肝内胆管拡張を認めた。閉塞性黄疸及び胆管炎と診断し、絶食・補液・抗生剤加療及び緊急ENBDを留置したところ、徐々に軽快した。7月16日ENBD造影で上部胆管に12mm径の結石、中下部胆管に10mm径以下の多発結石を認めた。そこで7月21日ERCP施行し、截石を試みた。まず8mm径EPBDで乳頭拡張後、クラッシャーで12mm径結石の破碎を試みたが、うまくつかめずに結石の辺縁を削るのみであった。その後バスケット及びバルーンカテーテルで中下部胆管の結石を截石したが、乳頭通過時の抵抗強く、計1時間以上要し、2個程しか摂れず、ENBDを再留置した。7月26日に再度ENBD造影施行したが、12mm径の結石は大きさ変わらず、多数の結石が遺残していた。腹腔鏡術の既往があるため外科的手術は避けたいこと、大きい結石を伴う多発結石があること、傍乳頭憩室があることから乳頭小切開と大バルーンを用いた截石を試みた。7月28日ERCP施行し、まずguide wireを胆管に留置し、パピロトミーナイフで乳頭を小切開。その後guide wire留置下に大バルーン（12～15mm径）を用いて乳頭を拡張した。大結石を破碎することなく、下部の胆管結石から順にバスケット及びバルーンカテーテルで截石したところ、抵抗なく、35分程で全て截石出来た。【考察】近年、乳頭小切開併用大バルーン乳頭拡張による截石の報告が増えている。本症例のように破碎困難な大きい結石や多発胆管結石では特に効果的と考えられる。若干の文献を加えて報告する。

### 31 当院における10mm径EPBD後偶発症の検討

廣瀬 純穂、望月 仁、岩本 史光、津久井雄也、吉田 貴史、細田 健司、鈴木 洋司、細田 和彦、小嶋裕一郎  
廣瀬 雄一、小俣 政男  
山梨県立中央病院 消化器内科

#### 【目的】

最近、乳頭機能温存を目的として乳頭バルーン拡張術（以下EPBD）が頻用されつつあり、当院に於いても2009年より乳頭切開術（以下EST）に代わりEPBDを主に用いるようになった。EPBDはESTと比べ術後膵炎の合併が多くまた結石の除去に困難を伴うことが多いとされている。拡張に際し8mm径バルーンを用いている施設が多いが、当院では碎石・砕石の確実性のため当初より10mm径バルーンを用いて拡張している。

今回は当院における10mm径EPBD後偶発症を検討した。

#### 【方法】

2009年9月～2010年8月の1年間。当院においてERCPを施行した161症例のうち10mm径EPBDを行った43例についてCottonの診断基準に基づき、急性膵炎、出血、穿孔、胆管炎、バスケット陥頓について検討した。

#### 【結果】

10mm径EPBDにより碎石・砕石を行った43例のうち3例（6.9%）に軽症膵炎をみとめたのみで、いずれも短期の保存的治療により軽快した。治療成績も良好であり、その他の出血、穿孔、胆管炎、バスケット陥頓はみられなかった。

#### 【考察】

当院における10mm径EPBDの偶発症は既存の報告と比べ高いとは言えない。これまでの当院EST症例と比較した、文献考察を加え報告する。



## 32 当科における超音波内視鏡下穿刺吸引生検の成績と今後の課題

金井 圭太、渡邊 貴之、丸山 真弘、伊藤 哲也、米田 傑、丸山 雅史、児玉 亮、村木 崇、浜野 英明  
新倉 則和、田中 榮司  
信州大学 医学部 消化器内科

【目的】当科で施行した超音波内視鏡下穿刺吸引生検（以下EUS - FNA）において、病変別の検体採取率、正診率などから成績と問題点を検討し、今後の成績向上を図る。【対象】2004年3月から2010年8月に施行し検討可能であったEUS - FNA 83件中。穿刺病変の内訳は、膵病変35件（通常型膵癌18件、膵内分泌腫瘍3件、自己免疫性膵炎5件、腫瘤形成性膵炎4件、他腫瘍性病変5件）、消化管粘膜下腫瘍16件（食道2件、胃12件、直腸2件）、リンパ節14件（胸腔内7件、腹腔内7件）その他18件（縦隔腫瘍10件など）。【方法】穿刺針はOLYMPUS社製 EZ shot 22G。穿刺は1病変に対し、肉眼的に白色の組織片を採取されるまで2～4回穿刺し、1回の穿刺毎に吸引圧をかけロックダウン方式で10～15ストロークをおこなった。なお、当科では細胞診は提出せずに組織診のみで病理組織学的検討を行った。【結果】1．膵病変：全体では、検体採取率91%（32/35）・正診率75%（24/32）。部位別では、頭部は85%（17/20）・64%（11/17）と体尾部100%（15/15）・87%（13/15）に比し低率の傾向であった。また、通常型膵癌は100%（18/18）・11%（11/18）と非通常型膵癌82%（14/17）・93%（13/14）に比し、正診率が低率の傾向を示した。穿刺回数においては、3回以上穿刺した症例で1例を除き14例全例で正診可能であった。2．消化管粘膜下腫瘍：全体では、検体採取率75%（12/16）・正診率100%（12/12）。膵同様3回以上穿刺した5例全例で正診可能であった。また、25mm以上の病変では1例を除き5例全例で正診可能であった。3．リンパ節：全体では、86%（12/14）・67%（8/12）。部位、大きさ、穿刺回数には一定の傾向を示さなかった。また、全検査を通して偶発症は認めなかった。【考察】1．膵病変：通常型膵癌において、検体採取率は良好であったが正診率は低く、穿刺回数を増やし採取検体量を多くすることにより正診率の向上を図る必要がある。2．消化管粘膜下腫瘍・リンパ節：確実な病変穿刺を行うための技術の向上や19Gへの穿刺針の変更などの工夫が必要と考えられた。また、今後は全症例において細胞診を併用し、成績の向上を図る。

## 33 特異な血管構造を呈した胆嚢癌（clear cell adenocarcinoma）の1例

池田 義明<sup>1</sup>、前田 知香<sup>1</sup>、代田 智樹<sup>1</sup>、服部 亮<sup>1</sup>、秋田 倫幸<sup>1</sup>、水上 佳樹<sup>1</sup>、平栗 学<sup>1</sup>、堀米 直人<sup>1</sup>  
金子 源吾<sup>1</sup>、岡庭 信司<sup>2</sup>、中村 喜行<sup>2</sup>、持塚 章芳<sup>2</sup>、武田龍太郎<sup>2</sup>、白旗久美子<sup>2</sup>、浅香 志穂<sup>3</sup>、伊藤 信夫<sup>3</sup>  
渡邊 智文<sup>4</sup>、岡庭 優子<sup>4</sup>

<sup>1</sup>飯田市立病院、<sup>2</sup>飯田市立病院 内科、<sup>3</sup>飯田市立病院 臨床病理科、<sup>4</sup>飯田市立病院 放射線診断科

今回われわれは特異な血管構造を呈し茎部にて漿膜下層浸潤を認めたclear cell adenocarcinomaの1例を経験したので報告する。症例は69歳、女性。主訴は右季肋部痛。心窩部痛、悪心、嘔吐にて近医を受診し、肝機能障害とUSにて胆嚢腫瘍を認めたために精査加療目的に紹介となった。血液検査では、肝胆道系酵素とCA19 - 9の上昇を認めた。USでは胆嚢内にデブリを伴う巨大な高エコー腫瘍を認め、ドプラにて定常流と拍動流の混在した血流シグナルを認めた。入院時のCTでは付着部から腫瘍内に放射状の不均一なearly enhancementを認め、平衡層にかけて腫瘍表面がenhanceされた。MPR像にて腫瘍血管は胆嚢動脈より栄養され門脈に流入していた。以上の画像所見より、腫瘍は有茎性であり明らかな転移は認めないと診断した。有茎性病変であるが、血管構造などから癌肉腫などの特殊型の胆嚢腫瘍を考慮しD2郭清を伴う拡大胆嚢摘出術を予定した。腫瘍は約60mmの有茎性病変であり茎部に太い腫瘍血管を認めた。病理組織学的にはグリコーゲンに富む淡明な腫瘍細胞や好酸性顆粒状の胞体を有する腫瘍細胞からなるclear cell adenocarcinomaであり、茎部にて漿膜下層にわずかな浸潤を認めた。最終病理診断は、Gf、75x43x40mm、clear cell adenocarcinoma、深達度ss、ly0、v0、n0、pn0、Stage II（pT2N0M0）、Cur Aであった。特異な血管構造を呈した胆嚢癌（clear cell adenocarcinoma）につき報告した。USによる体位変換、ドプラおよび造影CTのMPR像が、腫瘍の形状評価と腫瘍血管の診断に有用であった。

### 34 閉塞性黄疸を契機に発見された慢性期の自己免疫性膵炎と考えられた1例

西水 俊准、野々目信、金山 雅美、月城 孝志、康山 俊学、樋口 清博  
JA新潟厚生連 糸魚川総合病院 内科

【症例】81歳男性

【主訴】黄疸

【現病歴】平成22年7月下旬より発熱・感冒様症状を認め近医を受診。内服処方され解熱するも、近医にて黄疸およびビリルビン尿を指摘され、閉塞性黄疸疑いにて8月26日当院紹介受診し、同日精査加療目的に入院となる。

【所見】眼球結膜に黄染を認めるが表在リンパ節腫大は認めず、腹部は圧痛は無く腫瘤も触知されない。血液検査ではWBC 9000、CRP 1.87とごく軽度の炎症あり、AST 77、ALT 86、ALP 3061、GTP 659、T-Bil 2.7、D-Bil 2.2と肝胆道系酵素の上昇を認めた。Amy 33と上昇なく、CEA 2.5、CA19-9 17.4と腫瘍マーカーは基準値内であった。腹部CTでは、膵内のびまん性小石灰化と主膵管の拡張を認めるが、明らかな腫瘤像は認められなかった。総胆管・肝内胆管の拡張があり下部総胆管の狭窄が疑われ、MRCPでは同部のくちばし状狭窄が認められた。ERCPでは主乳頭には異常を認めず、膵管では主膵管拡張と分枝の拡張を認めるが体部主膵管は狭窄を認め、胆管では下部総胆管では乳頭近傍で約2cmの狭窄を認められたが、狭窄部の細胞診は陰性であった。狭窄に対してチューブステントを留置し、肝胆道系酵素の改善を認めている。慢性膵炎の原因としては、アルコール摂取歴無く、胆石も認めず、アルコール性および胆石性は否定的であった。本症例ではIgG4 131、抗核抗体160倍と高値であり、診断基準を満たさないものの、閉塞性黄疸の原因として自己免疫性膵炎の関与が考えられた。

【考察】自己免疫性膵炎は急性期には膵外病変として胆管狭窄やそれに伴う閉塞性黄疸をきたし、経過中に膵萎縮や膵石形成をきたすことが指摘されている。本症例では無症状で経過し慢性期に至った自己免疫膵炎の可能性があり、ここに文献的考察を加えて報告する。

### 35 多彩な膵外病変を認めたIgG4関連硬化性疾患の一例

岡 宏充、夏井 正明、坪井 清孝、青木 洋平、松澤 純、杉山 幹也、渡辺 雅史  
新潟県立新発田病院 消化器内科

症例は80歳代男性。近医から早期胃癌に対する内視鏡治療目的に、2010年1月22日当科外来紹介受診。ESD前の評価CTにて、膵体尾部の腫大、腸間膜リンパ節腫大、胸椎右側の軟部陰影、大動脈から総腸骨動脈周囲の軟部陰影、縦隔リンパ節の軽度腫大、両側顎下腺および涙腺の腫大を認めた。また血液検査で、ANA 陽性、IgG、IgG4の著明な上昇およびsIL-2Rの高値を認めた。ERCPで膵体尾部主膵管に著明な狭窄を認め、多彩な膵外病変を伴うIgG4関連硬化性疾患と考えた。しかし、悪性リンパ腫の可能性も完全には否定出来なかったため、4月8日、顎下腺生検を施行。組織学的に悪性リンパ腫を疑う所見はなく、多数の形質細胞の浸潤および線維化を認め、免疫染色でIgG4陽性が確認され、IgG4関連硬化性疾患に伴う顎下腺腫大と診断された。4月12日に、ESDを施行したが、切除検体の病理結果でsm1、ly1であったため、6月14日追加手術を施行。その際、腫大した腸間膜リンパ節も併せて切除した。組織学的にリンパ節には、IgG4陽性の形質細胞の浸潤および線維化を認め、IgG4関連硬化性疾患に伴うリンパ節腫大と考えられた。7月21日からPSL40mg内服を開始し、膵および膵外病変はいずれも縮小し、血液検査でもIgGおよびIgG4、sIL-2Rの低下を認めている。自己免疫性膵炎は多彩な膵外病変を高頻度に合併することから、IgG4関連硬化性疾患という新しい全身疾患概念の膵病変として考えられるようになってきている。今回我々は、組織学的に顎下腺および腸間膜リンパ節のIgG4陽性形質細胞浸潤を確認出来たIgG4関連硬化性疾患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。

## 36 TS1膵癌の臨床的病理学的検討

門倉 信<sup>1</sup>、村岡 優<sup>1</sup>、高橋 英<sup>1</sup>、高野 伸一<sup>1</sup>、深澤 光晴<sup>1</sup>、佐藤 公<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup>、細村 直弘<sup>2</sup>  
雨宮 秀武<sup>2</sup>、川井田博充<sup>2</sup>、河野 寛<sup>2</sup>、板倉 淳<sup>2</sup>、藤井 秀樹<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>山梨大学 医学部 第1内科、<sup>2</sup>山梨大学 医学部 第1外科

【目的】膵癌治療成績の向上には早期発見が必須であるが困難でもある。当院で経験したTS1膵癌の臨床的病理学的所見を検討した。【方法】2002年1月より現在までの通常型膵管癌切除例のうち病理学的にTS1と診断された15例を対象とした。検討項目は1)初発症状、2)発見契機、3)画像所見(US,CT, MRI, EUS)、4)術前病理学的診断、5)予後、について行った。【結果】全症例15例(男性9例、女性6例)の平均年齢は70.5歳、進行度はStage I/II/III/IVaそれぞれ4/1/8/2例であった。1)初発症状については無症状8例(5例が健診USでの指摘・2例が他疾患評価目的のCTでの指摘・1例が健診での高アミラーゼ血症指摘)、腹痛4例、黄疸・体重減少・糖尿病悪化が各1例であった。2)発見契機として腹部超音波による腫瘍直接描出6例・膵管拡張等間接所見6例、CTによる腫瘍直接描出1例・膵管拡張等間接所見2例であった。3)画像所見についてはUSの描出率は80%(12/15、直接描出11例・間接所見のみ1例)、CTの描出率は86.7%(13/15、直接描出11例・間接所見のみ2例)、MRIの描出率は85.7%(12/14、直接描出10例・間接所見のみ2例)、EUSの描出率は85.7%(12/14、全て直接描出)であった。腫瘍描出は可能であったがいずれの画像検査でも胆管癌やIPMCとの鑑別が不能なものが2例存在した。腫瘍径10mm以下の微小膵癌2例についてはいずれもEUSでのみ描出が可能であった。4)術前の病理学的診断については検索例11例のうちClass III b以上が検出されたものは6例であった。特に2009年4月以降積極的にENPDによる細胞診を導入し、80%の陽性率(4/5例)であった。5)予後についてはStage III症例3例に再発を認めたと、残る症例についてはいずれも無再発生存中であった(観察期間中央値527日)【結語】TS1膵癌の予後は良好であり早期発見の重要性が確認された。微小膵癌発見の為には膵管拡張等の間接所見のみであっても積極的にEUSやERCP下にENPDによる細胞診を行う事が重要である。

## 37 膵嚢胞の経過観察中に出現をみた小膵癌の1例

山本 正彦<sup>1</sup>、塩路 和彦<sup>2</sup>、小林 正明<sup>2</sup>、成澤林太郎<sup>2</sup>、高野 明人<sup>3</sup>、阿部 聡司<sup>3</sup>、橋本 哲<sup>3</sup>、富樫 忠之<sup>3</sup>  
五十嵐正人<sup>3</sup>、青柳 豊<sup>3</sup>、高野 可赴<sup>4</sup>、黒崎 功<sup>4</sup>、滝澤 一泰<sup>5</sup>、味岡 洋一<sup>5</sup>  
<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部  
<sup>3</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野、<sup>4</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器・一般外科学分野  
<sup>5</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

近年膵癌のリスクファクターとして小嚢胞や軽度の主膵管拡張の存在が知られており、これらを有する症例を注意深く経過観察することで、小さな膵癌の発見に寄与できると考えられている。今回我々は膵嚢胞の経過観察が小膵癌の発見契機となり、病変の観察にコンベックス型EUSが有用であった一例を経験したので報告する。症例は70歳代の男性。2008年スクリーニングの腹部USにて膵嚢胞を指摘。腹部CTにて膵頭部に7mm、膵尾部に12mmの小嚢胞を指摘された。EUSでは嚢胞内に結節を認めず、また嚢胞の十二指腸乳頭側に貯留嚢胞を来すような充実性腫瘍も認めなかった。ERCPでは膵管開口部の軽度開大と粘液の排出を認めた。主膵管と嚢胞の交通も確認でき、分枝型IPMNと診断した。膵液細胞診ではClass が検出されたためERCPの再検を予定したが同意が得られず、腫瘍マーカーが陰性で、腹部dynamic CT、EUSでも腫瘍が指摘できないこともあり経過観察となった。冠動脈ステント留置後でMRI、MRCPが施行できず、軽度の腎障害もあり、頻回の造影CTが行いづらい状況であり、年1回の造影CTと適宜EUS、血液検査で経過観察が行われた。ERCP施行2年後の腹部CTにて体尾部膵管の拡張を指摘。ERPでは頭体移行部で主膵管は途絶し、同部のブラッシング細胞診にてClass と診断された。ラジアル型EUSでは腫瘍描出はできなかったが、コンベックス型EUSを用いて観察すると、頭体移行部に15mm大の充実性腫瘍を認めた。IPMNの経過中に発生した通常型膵癌の診断で当院外科にて幽門輪温存膵頭十二指腸切除が施行された。病理学的には21mmの浸潤性膵管癌とその周囲には過形成から上皮内癌と思われる上皮が広がっていた。初回ERCP像を再度確認したが、浸潤癌の発生した部位に膵管の異常は指摘できなかった。術前のラジアル型EUSでも病変を指摘できておらず、技術的な問題もあるが、頭体移行部の観察が不十分な症例ではコンベックス型EUSも組み合わせ経過観察していく必要もあると考えられた。



**38** EST後3年後に診断された粘液産生胆嚢癌の一例

多田井敏治、長谷部 修  
長野市民病院

長野市民病院 1) 消化器内科 2) 消化器外科 3) 放射線科 4) 病理診断科 多田井 敏治、長谷部 修、原悦雄、越知 泰英、立岩 伸之、須澤 兼一、関 亜矢子<sup>1)</sup>、林 賢、成本 壮一<sup>2)</sup>、今井 迅<sup>3)</sup>、保坂 典子<sup>4)</sup> 症例は85歳女性。H19年に総胆管結石症、胆嚢結石症にてEST、切石術を施行されている。胆のう摘出術は希望にて行っていない。H22年7月に38度台の発熱・食欲不振を認めたため近医を受診、腹部CTにて総胆管の拡張を指摘されたため当院消化器内科に紹介となった。血液検査では肝胆道系酵素の上昇、腹部超音波検査では胆嚢腫大と胆嚢内腔にデブリス・総胆管の著明な拡張、腹部造影CTでは胆嚢底部に不均一な壁肥厚が認められた。造影MRI検査では胆管壁が広範囲に造影効果を認め、水平方向への浸潤も疑われた。いずれの検査でも、胆嚢結石・総胆管結石は確認できなかった。ERCPでは主乳頭の開大と粘液の流出・総胆管の拡張を認め、胆嚢・胆管内に粘液の貯留を認めた。IDUSでは総胆管内に胆砂を認めたが、総胆管の明らかな壁肥厚は認めなかった。EUSにて胆嚢壁肥厚(6mm) 広基性の病変を認め胆嚢癌が疑われ、深達度はmと考えられた。胆汁細胞診では、Class3であったが、管腔への粘液産生を伴う腫瘍であり、粘液産生胆嚢癌が疑われた。MRIより総胆管への表層進展も否定できないため、拡大胆嚢摘出術+リンパ節郭清+胆管切除術を施行した。粘液産生胆嚢癌は現行の胆道癌取り扱い規約には明確な定義はなされていない。臨床的に管腔への粘液産生を伴う腫瘍で、産生された多量の粘液により胆嚢炎や胆道系の閉塞症状で発症することが多い。本症例では、明らかな閉塞症状は認めなかったが発熱を7月に繰り返し、肝胆道系酵素の上昇を認めた。また、診断には胆嚢壁の隆起性病変に加えて、ERCPにて胆嚢・胆管内のゼリー状の粘液塊の確認が有用とされている。本症例ではCT、ERCPにて両方が確認できたため、診断は容易であった。今回我々は、粘液産生胆嚢癌の一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

**39** 肝機能異常を契機に診断したIPMCの1例

中村 厚夫<sup>1)</sup>、水野 研一<sup>1)</sup>、八木 一芳<sup>1)</sup>、関根 厚雄<sup>1)</sup>、岡本 春彦<sup>2)</sup>、小林 和人<sup>2)</sup>、小野 一之<sup>2)</sup>、田宮 洋一<sup>2)</sup>  
<sup>1</sup>新潟県立吉田病院 内科、<sup>2</sup>新潟県立吉田病院 外科

50歳代女性、既往歴、30歳代胆嚢摘出術、40歳代ASD手術。2010年5月末、上腹部痛にて近医受診、AST 68 ALT 54 ALP 456 GTP 282と肝機能異常を認め当科外来紹介受診。US、CT、MRCPで明らかな異常は指摘できなかったが総胆管結石の可能性は否定できず6月中旬ERCP目的に入院した。ERCP時主乳頭は開大していた。膵管内は粘液と考えられる透亮像を認め、膵液細胞診はclass であった。IDUSを行うと膵頭部に7.7x11.9mmの嚢胞を認め5mmの結節が疑われた。また主膵管は低エコー層が内側に認められ一部は腫瘍様に隆起していた。EUSも主膵管粘膜の肥厚が疑われ、嚢胞は確認できたが嚢胞内の結節は確認できなかった。膵管鏡を行い主膵管に血管像を伴わないイクラ状の隆起を認め、生検はadenocarcinomaであった。Intraductal papillary-mucinous carcinoma (IPMC) と診断し8月中旬、当院外科で幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を行った。病理診断はIPMC、18x25mm、ly0、v0、ne0、リンパ節転移は認めなかった。嚢胞径も小さく、主膵管の拡張も軽度なIPMCの1例を経験した。ERCP、IDUS、膵管鏡が診断に有用だった。



## 40 内視鏡的治療にて膵管内の蛋白栓を除去し得た、膵胆管合流異常の1例

落合田鶴枝<sup>1</sup>、望月 仁<sup>1</sup>、岩本 史光<sup>1</sup>、広瀬 純穂<sup>1</sup>、津久井雄也<sup>1</sup>、吉田 貴史<sup>1</sup>、細田 健司<sup>1</sup>、鈴木 洋司<sup>1</sup>  
細田 和彦<sup>1</sup>、小嶋裕一郎<sup>1</sup>、廣瀬 雄一<sup>1</sup>、木村 珠里<sup>2</sup>、大矢知 昇<sup>2</sup>、尾花 和子<sup>2</sup>、小俣 政男<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>山梨県立中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>山梨県立中央病院 小児外科

【症例】4歳女児。腹痛、嘔吐にて初診。血液検査にて肝機能障害、膵酵素高値。腹部エコーにて総胆管拡張を認めた。急性膵炎の診断のもと緊急入院となり、絶飲食、補液、抗生剤、膵酵素阻害薬にて治療が開始された。入院後のCT、MRCPでは総胆管膵管拡張・膵胆管合流異常と主膵管内に透亮像を認めた。保存的治療により膵炎は軽快し第14病日に、全身麻酔下、JF-240を用いてERCPを施行した。ワイヤーガイドカニューレションを行った造影にて、長さ30mm直径9mmの共通管とそこに合流する最大径30mmの嚢腫状に拡張する総胆管を認めた。また共通管から主膵管にかけての内腔に20mm×9mmの透亮像を認めた。6mmバルーンにてEPBDを行い、バスケット鉗子にて蛋白栓を把持除去した。術後の合併症はなくERCP施行後39日目に、拡張胆管・胆嚢切除、肝管空腸吻合術を施行し、また術中造影にて膵管内の透亮像は認められなかった。

【考察】膵胆管合流異常の外科手術を行う際、近位胆管切開による処置では膵管内の蛋白栓の除去を行うことは困難が多く、術後のQOLにしばしば影響を与える。今回、我々は外科手術に先行し内視鏡的治療にて主膵管内の蛋白栓を除去し得た、膵胆管合流異常の1例を経験したので、症例の提示を行うとともに若干の文献的考察を行う。

## 41 腎細胞癌膵多発転移の1例

田代 興一<sup>1</sup>、小島 英吾<sup>1</sup>、三浦 章寛<sup>1</sup>、太島 丈洋<sup>1</sup>、松村真生子<sup>1</sup>、柳沢 信生<sup>3</sup>、吉澤 明彦<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>長野中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>長野中央病院 外科、<sup>3</sup>長野中央病院 病理科

症例は76歳女性。主訴は腹部のしこり。1991年右腎癌に対し、右腎全摘術を受けた。2009年11月に左季肋部にしこりがあるのを自覚した。近医受診しCT検査を行ったところ、膵腫瘍を認め、精査加療目的にて当院紹介となった。受診時、左季肋部に弾性硬な約4cmの結節を触知した。血液検査では内分泌値も含め異常を認めなかった。単純超音波検査では膵体部に30mm、膵尾部に40mmの低エコー腫瘍を認めた。腫瘍の境界は明瞭で、内部は不均一なエコーを示した。Sonazoid造影超音波検査では、腹部大動脈とほぼ同時に、結節全体が同時に一気に非常に強く造影された。また造影後期相でも造影効果の残存を認めた。いずれの相でも腫瘍中心部に造影効果を認めない領域があった。造影CTでは早期相で強濃染され、後期相では造影剤のwash outを認めた。腹腔動脈からの血管造影では腫瘍内に動脈相で強く造影される拡張、蛇行した血管を認めた。さらに一気に腫瘍全体が非常に強く造影された。これは1991年に施行された右腎動脈造影による腎癌の所見と同じであった。MRIでは腫瘍はT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号を示し、内部にT1、T2強調画像ともに高信号を示す領域を認め、出血や変性壊死が示唆された。ERPでは、主膵管が体尾部で頭側に変移していたが、不整狭窄や途絶は認めなかった。以上より、腎癌膵転移、鑑別診断としては神経内分泌腫瘍を挙げ、2010年1月に膵体尾部切除を行った。膵体部に3.5×3cm、尾部に4×4.5cmの腫瘍を認め、中心部に出血壊死を認めた。腫瘍は血管性間質に囲まれた大小の胞巣状組織から構成されており、細胞は多角形から立方状で、類円形核と淡明な胞体を持ち、腎細胞癌膵多発転移と診断された。著明な多血性を有する膵腫瘍の鑑別として神経内分泌腫瘍と腎癌膵転移が挙げられ、両者の画像診断は容易でない。本症例では血管造影所見が原発の腎癌と類似しており、この点が鑑別に有用であった可能性があると考えられた。

## 42 乳頭部腫瘍を呈した胃癌転移の 1 例

比佐 岳史<sup>1</sup>、大久保浩毅<sup>2</sup>、塩澤 哲<sup>3</sup>、石亀 廣樹<sup>3</sup>、植田 瑞穂<sup>4</sup>、古武 昌幸<sup>1</sup>、高松 正人<sup>1</sup>

<sup>1</sup>JA長野厚生連 佐久総合病院 内科、<sup>2</sup>JA長野厚生連 佐久総合病院 外科、<sup>3</sup>JA長野厚生連 佐久総合病院 臨床病理

<sup>4</sup>JA長野厚生連 佐久総合病院 放射線科

【症例】患者は70歳代、女性。4年8ヶ月前、胃癌に対し幽門側胃切除術、B-I再建を施行された（pType 0-IIc, sig > por2, pT4a (SE), y1, v1, pN0, pPM0, pDM0）。術後定期受診の際に肝胆道系酵素の上昇を認め、CTにて下部胆管閉塞が疑われたため、当科紹介となった。内視鏡ではVater乳頭開口部に表面不整な発赤調腫瘍を認め、口側隆起は発赤・腫大し、襞の引きつれを伴っていた。EUSでは乳頭部腫瘍は低エコーを呈し、十二指腸固有筋層は腫瘍により不明瞭化し膵臓側への浸潤が疑われた。乳頭部腫瘍からの生検では上皮下に異型細胞を認めたため、十二指腸固有筋層浸潤を伴う非露出型乳頭部癌を考慮し、残胃+膵頭十二指腸切除術を施行した。固定標本断面では、Vater乳頭部から膵内胆管末端部に白色調腫瘍を認め、固有筋層へ浸潤していた。組織学的に腫瘍は印環細胞癌、低分化型腺癌から成り、上皮に癌は認められなかった。腫瘍部以外では十二指腸粘膜固有層・粘膜下層・固有筋層、膵周囲脂肪組織、膵小葉間組織、胆管周囲に癌が広範囲に散在していた。よって、胃癌の転移と診断した。

【考察】本例では胃癌の転移が特にVater乳頭部および膵内胆管末端部に腫瘍を形成し、胆管閉塞を来したと考えられた。

## 43 PD後発生した仮生動脈瘤に対して 肝動脈血流を完全に温存したまま治療しえた 1 例

芹澤 昌史、富田 明彦  
松本協立病院

【症例】症例は73歳男性、平成21年5月20日、下部胆管癌を膵頭十二指腸切除術（以下PD）にて治療されその後自宅療養となっていた。同年6月29日、発熱、腹痛があり来院、腹部単純CT検査を施行したところ腹部に直径4cmほどのlow densityの結節を認め、翌日の造影CTで同結節は動脈相で濃染され仮性動脈瘤であると診断した。PD後の膵液漏のため総肝動脈より分枝していた胃十二指腸動脈処理部に発生したものと考えたが、大きさは直径約5cmとなっており増大傾向を認めたため緊急での治療が必要と判断した。IVRを行うこととなったが、総肝動脈は上腸間膜動脈から分枝する転位動脈であり、また門脈本幹には血栓が認められたため肝動脈血流を温存しながら治療する必要に迫られた。このため治療ではデタッチャブルコイル（3-10）を用い仮性動脈瘤起始部を塞栓した。3日後のCTでは動脈瘤は造影されなくなっており、その後も縮小傾向となった。一年後の平成22年6月の造影CTでも瘤は縮小して血栓化しており、肝動脈血流は保たれていることが確認できた。【考察】PD後発生した仮性動脈瘤については、手術での救命率は低いとされており、IVRでの治療成功例の報告が散見される。その場合、多くは肝動脈本幹を塞栓する方法が選ばれ、他動脈からの側副血行、門脈血流などからの肝血流維持が期待されるが、術後肝梗塞で死亡したという報告も多く認める。本症例は門脈血栓が存在していたため肝動脈血流は温存する必要があり、また上腸間膜動脈から肝動脈が分枝しているためステントなどの各種デバイスのデリバリーも困難である状況が予想された。このため今回の治療法を選択したが、若干の工夫をすることにより有効な方法となりうると考えた。

## 44 アルコール性慢性膵炎通院中に仮性膵嚢胞の肝穿破を伴う急性増悪を来し、食道破裂を併発した一例

西垣 佑紀<sup>1</sup>、樋口 和男<sup>1</sup>、窪田 智之<sup>1</sup>、石川 達<sup>1</sup>、関 慶一<sup>1</sup>、本間 照<sup>1</sup>、吉田 俊明<sup>1</sup>、上村 朝輝<sup>1</sup>  
田邊 匡<sup>2</sup>、武者 信行<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>済生会新潟第二病院 消化器内科、<sup>2</sup>済生会新潟第二病院 外科

【症例】50歳代 男性【既往歴】心房中隔欠損にて手術【飲酒歴】3～5合 連日【現病歴及び経過】2008年1月上旬腹部痛で発症し、他院でアルコール性膵炎の診断を受けた。その後も飲酒による急性増悪と減酒による症状軽快を繰り返していた。2010年3月左側腹部痛が出現し、CTで膵頭部にわずかに出血を伴う仮性膵嚢胞を認めたが、治療を拒否。また、十二指腸の圧排は認められたが、狭窄症状は認めなかった。2010年7月18日昼頃から数回嘔吐し、嘔吐に伴い上腹部痛が出現し、左側腹部から側胸部へと痛みは広がった。痛みが軽快せず、同日救急搬送された。CTにて仮性嚢胞内出血、尾状葉への仮性嚢胞穿破、十二指腸狭窄、左胸水、左気胸を認めた。胃管挿入、膵炎治療、中心静脈管理とし、疼痛は軽快するも左胸水は増加傾向となった。7月22日外科コンサルトし、左胸腔ドレナージの上、ガストログラフィン食道造影を施行したところ胸腔内への流出が確認された。食道破裂併発と診断。同日緊急手術を施行。経腹的アプローチ、横隔膜経由で左胸腔に至り、下部食道の裂創を縫合閉鎖し、胃底部で被覆した。左胸腔内膿瘍にて発熱が遷延するも、軽快し、7月29日から水分開始。8月23日退院された。【考察】アルコール性慢性膵炎の急性増悪、仮性膵嚢胞の尾状葉への穿破と消化管通過障害にともなう嘔吐発作、食道破裂を併発した一例を経験した。外科との協力のもと救命できたものの消化器内科として外科相談へのステップが遅れた反省点も含め、症例を提示する。

## 45 癌性腹膜炎による小腸イレウスに対し、胃瘻を介して自己拡張型金属ステント2本を留置した膵頭体部癌の1例

宮林 秀晴<sup>1</sup>、松林 潔<sup>2</sup>、松田 賢介<sup>1</sup>、北村 宏<sup>3</sup>、小池 祥一郎<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>国立病院機構 まつもと医療センター 松本病院 消化器科  
<sup>2</sup>国立病院機構 まつもと医療センター 松本病院 内科、<sup>3</sup>国立病院機構 まつもと医療センター 松本病院 外科

症例は72歳・女性。脳梗塞の既往がある。2007年9月脳梗塞の経過観察として施行したFDP-PETで膵頭部に陽性所見を認め当院へ紹介。当院での腹部CT・ERCP・ブラシ細胞診で膵頭部癌と診断。血管造影で脈管浸潤が強く根治的手術非適応と診断。胆管狭窄に対してはcovered metallic stentを留置し、3～6ヶ月に一度程度胆管ステント内洗浄やステント交換で維持していた。また、原発巣に対してはS-1 100mg/day, 2投2休のスケジュールで増大傾向もなくほぼコントロールされていた。2010年4月上旬から食欲不振と嘔吐の回数が増えて入院。入院時施行した腹部CTで胃内に内容物が充満し、胃拡張の状態となっていた。また、十二指腸水平脚とTreitz靭帯近傍肛門側の空腸に狭窄を認め、減圧のための胃管留置の上当院外科に消化管バイパスの目的で転科。開腹所見で小腸を含む腹膜内にほぼ全体に播種が認められ、空腸を引き上げることができずバイパス術は断念。TPNを目的としたポート留置と減圧のため外科的胃瘻を造設した。本人の食事摂取と在宅への希望が強く、胃瘻ボタンへの変更の後リハビリを開始し、胃瘻から細径スコープにて狭窄部位口側にクリップにてマーキングし、十二指腸と空腸の狭窄に対して拡張の後十二指腸ステント(WallFlexTM)を2週に分けて留置した。一時的に5分粥までの食事摂取と外泊可能となり、在宅の準備をしていたが徐々に食事摂取困難・閉塞傾向となり、発熱・胆道系酵素上昇から閉塞性胆管炎を併発。エンドトキシンショックとなり、胆管ステント内洗浄を行ったが回復せず死亡した。胃瘻を介して空腸までのステント留置が可能となったが、ステント閉塞で致命的になる可能性があり、今後定期的な洗浄などを行えば、外科的バイパスが不可能な上部消化管閉塞に対して食事摂取・tube freeの状態在宅管理となる可能性があると考えられた。

## 46 腹部鈍的外傷により胆管狭窄を来たした一例

小口 貴也、渡邊 貴之、丸山 真弘、米田 傑、丸山 雅史、児玉 亮、村木 崇、浜野 英明、新倉 則和  
田中 榮司  
信州大学 医学部 消化器内科

症例は10歳代男性。テニスコートを整備中、整地用ローラと鉄柱の間に上腹部を挟まれ受傷した。1週間後より食欲不振、嘔気を認め、近医を受診し、血液検査にて肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部CT・MRIでは中部胆管の狭小化と肝側の胆管拡張を認め、受傷機転から外傷性胆管狭窄症と診断された。入院にて保存的に経過観察していたが、改善を認めないことから、受傷から3週間後、精査加療目的に当院紹介となった。内視鏡的胆管造影では、中部胆管に10mmほどの平滑な狭窄を認め、肝側胆管の拡張を認めた。IDUS上、狭窄部に壁肥厚、腫瘍影は認めず、同部からの生検でも上皮に異形は認めなかった。内視鏡的乳頭括約筋切開術後、胆管プラスチックステントを1本留置した。その後速やかに減黄し、1週間後に4mm Biliary dilationカテーテルにて狭窄部を拡張後、胆管プラスチックステントを2本留置し退院となった。一度、ステントトラブルに伴う急性胆管炎にてステント交換を要したが、胆管ステント留置3ヶ月後に胆管狭窄部の拡張を確認後、ステントを抜去した。以後、再狭窄なく経過している。腹部鈍的外傷により胆管狭窄を来した症例の報告は少なく、貴重な症例と考えられたため報告する。



## 47 クロウン病に門脈血栓症を合併しDanaparoid sodiumで血栓溶解に成功した1例

山田 舞乃、米山 靖、和栗 暢生、林 雅博、大杉 香織、相場 恒男、古川 浩一、杉村 一仁  
五十嵐健太郎  
新潟市民病院 消化器科

【はじめに】炎症性腸疾患の腸管外合併症として血栓や塞栓が起こることは広く認められており、その原因として炎症性腸疾患の活動期にみられる凝固機能亢進状態の関与が推定されている。今回、前方切除、回盲部切除後のクロウン病再燃に門脈血栓を認め、Danaparoid sodium(1250単位×2/day)2週間の点滴で血栓溶解に成功した1例を経験したので報告する。

【症例】症例は31歳男性。2004年にクロウン病と診断され直腸(Rs)回腸に婁孔を認めたために前方切除、回盲部切除を施行され術後当科でフォローされていた。2010年7月に高度貧血(Hgb 5g/dl)と著明な下腿浮腫を認め再入院した。入院時腹部症状はなかったが腹部レントゲンでは上行結腸の拡張と液体貯留を認めた。禁食・補液・フェジン3A点滴・エレンタール内服・ペントサ錠3000mg内服にて経過観察した。保存的療法ではあまり改善はみられず、下部消化管内視鏡にて横行結腸中部が全周性に狭窄し、浅い潰瘍・広範な癒痕・炎症性ポリープを認めクロウン病の再燃と判断した。入院6日目の腹部CTでは終末回腸と横行結腸の壁肥厚他、門脈血栓を認めた。血栓に対しダナパロイドナトリウム(1250単位×2/day)の点滴を行ったところ2週間の経過で血栓は縮小し消失した。血栓消失後、各種凝固・線溶系酵素を測定したところプロテインSの活性が51%と低値を認めたが、他に異常所見はみられなかった。

【考察】臨床的な研究では炎症性腸疾患患者の1~6%に静脈血栓が起こると報告されているが、門脈血栓は少なく、門脈血栓は臨床症状に乏しいため気づかれにくい。門脈血栓に対し、Danaparoid sodiumは投与法が簡便であり、出血などの副作用が起きにくいので、有用な治療法になりうると考えられる。

## 48 若年発症クロウン病のインフリキシマブ早期投与の有用性 当院の使用状況を含めて

津久井雄也、小嶋裕一郎、岩本 史光、廣瀬 純穂、吉田 貴史、細田 健司、鈴木 洋司、細田 和彦、廣瀬 雄一  
望月 仁、小俣 政男  
山梨県立中央病院 消化器内科

若年発症クロウン病のインフリキシマブ早期投与の有用性が示唆されており、当院で経験した2例を報告するとともに、当院でのインフリキシマブの使用状況を検討した。

症例1は13歳、女性。主訴は腹痛、体重減少。2008年8月当院小児科入院。痔ろうを認め、大腸鏡検査で終末回腸、上行結腸、横行結腸に潰瘍と狭窄所見があり、クロウン病と診断した。ED療法、5ASA製剤を投与するも十分な効果が得られなかったため、発症後2カ月後にインフリキシマブを導入。6-MPも併用し、継続投与。潰瘍、狭窄は改善し、その後2年間粘膜治癒が得られている。

症例2は13歳、女性。主訴は発熱、下痢。2008年1月当院小児科入院。大腸鏡検査で終末回腸に縦走潰瘍、S状結腸にびらんがあり、クロウン病と診断した。ED療法、5ASA製剤投与開始、6MPを併用し退院となった。2008年8月および2009年1月の大腸鏡検査で潰瘍の残存があったため、発症13カ月後にインフリキシマブを導入した。その後潰瘍は消失し、粘膜治癒が得られている。

現在当院では51例のクロウン病患者を加療しているが、そのうち30例にインフリキシマブを導入している。発症後2年以内投与例が9例と早期導入率が高くなってきている。当院のクロウン病の治療状況、インフリキシマブの使用状況についても、文献的考察を加えて報告する。

## 49 マイクロカテーテル・マイクロコイル留置により 術中病変部位を同定しえた小腸動静脈奇形の一例

齋藤 賢将、福成 博幸、佐藤 拓、青柳 治彦、設楽 兼司、林 哲二  
新潟県立十日町病院 外科

症例は26歳、女性。貧血・下血精査目的に紹介。CTでは門脈系の早期描出、上部空腸静脈枝の拡張を認めた。上部・下部内視鏡では出血源は不明であった。小腸出血を疑い血管造影施行。上腸間膜動脈造影では、空腸第2枝に流入動脈の拡張、異常血管の集簇、流出静脈の早期描出、濃染像の遷延を認めた。ダブルバルーン内視鏡を行ったが出血源は認めなかった。以上より空腸動静脈奇形を疑い、術当日にマイクロカテーテル・マイクロコイルを留置し腹腔鏡下に手術施行。その際術中イメージ撮影でコイルの位置を確認後、カテーテルよりインジゴカルミンを注入し濃染範囲の空腸を切除した。

## 50 腹部原発と考えられた肺外小細胞癌の1剖検例

有賀 諭生<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、津端 俊介<sup>1</sup>、平野 正明<sup>1</sup>、尾矢 剛志<sup>2</sup>、酒井 剛<sup>2</sup>、関谷 政雄<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>新潟県立中央病院 内科、<sup>2</sup>新潟県立中央病院 病理診断科

【症例】79才男性【現病歴】他疾患にて当院通院中、1年間で約3kgの体重減少と上腹部痛、食欲低下が出現したため、7月8日に胸腹骨盤CTを施行した。胸部に病変なく、胃体部右側、穹窿部尾側に内部に壊死を伴う巨大腫瘍を認めた。リンパ節転移を伴う点で非典型的だが、栄養血管などから胃原発GIST、多発肝転移、リンパ節転移と考えられ、脾転移も疑われた。7月10日、消化器内科初診。CEA：53.9と上昇し、上皮性悪性腫瘍の可能性も考えられた。7月15日、上部消化管内視鏡検査（EGD）及び超音波内視鏡検査（EUS）施行。EGDで壁外性圧排を認め、EUSで病変認識は可能であったが、胃原発かどうかは同定困難であった。7月22日、精査目的に入院した。【経過】超音波内視鏡下穿刺吸引術（EUS-FNA）施行および経皮的肝生検施行、組織はいずれも小細胞癌であった。CTで肺病変を認めないことから、腹部原発小細胞癌及び多発肝、リンパ節転移と診断した。小細胞肺癌に準じた化学療法施行の方針とし、8月11日よりCBDCA + VP - 16療法（CBDCA：300mg、day1、VP-16：120mg、day 1～3）を開始した。治療開始後に腫瘍はCTで縮小傾向となり、腫瘍マーカーも減少傾向であった。6クール開始時点の血液検査で腫瘍マーカーが上昇傾向となり、計6クール施行後のCTで原発巣、転移巣ともに増大しPDと判定。翌年1月29日からCPT - 11単独療法（CPT - 11：140mg、day 1、8、15）を開始したが、食欲不振、全身倦怠感が増悪し化学療法継続が困難となった。2月26日、全身苦痛、癌性疼痛の増悪のため入院。徐々に全身状態悪化し4月3日に永眠した。剖検では、胃体上部後壁から穹窿部にかけて腫瘍の露出を認めたが、胃壁と脾臓及び主病巣との癒着はほとんど無く要手剥離は容易であることから、胃の病変は直接浸潤ではなく転移と考えられた。また、脾にも腫瘍浸潤を認めたが、脾原発と考える所見に乏しく、他の臓器も含め原発巣の同定は困難であった。【考察】肺外小細胞癌は食道、胃、大腸、脾、前立腺など様々な臓器で認められているものの、いずれにおいても稀な疾患とされている。肺外小細胞癌を経験し剖検を施行したので報告する。

**51** 腸重積を来たしたHenoch-Schonlein紫斑病の1成人例

宗岡 悠介<sup>1</sup>、三浦 隆義<sup>1</sup>、佐藤 明人<sup>1</sup>、福原 康夫<sup>1</sup>、渡辺 庄治<sup>1</sup>、佐藤 知巳<sup>1</sup>、富所 隆<sup>1</sup>、吉川 明<sup>1</sup>  
 矢田 祐子<sup>2</sup>、黒崎 亮<sup>2</sup>、牧野 成人<sup>2</sup>、河内 保之<sup>2</sup>、和泉 純子<sup>3</sup>  
<sup>1</sup>厚生連長岡中央総合病院 内科、<sup>2</sup>厚生連長岡中央総合病院 外科、<sup>3</sup>厚生連長岡中央総合病院 皮膚科

【症例】63歳、女性【既往歴】7歳頃ネフローゼ症候群、30歳時に子宮頸管ポリープ切除、38歳時アキレス腱断裂で手術、53歳時より2型糖尿病【家族歴】父：腎癌 母：脳梗塞【現病歴】2010年5月7日より38 台の発熱と感冒様症状、腹痛・下痢を自覚し、症状は3日間持続した後に一旦改善していた。5月14日より両大腿から膝周囲にかけて大小様々な紫斑が出現。5月17日より下腹部痛と下痢、左肘関節の痛みを自覚し当院救急外来を受診した。腹部CTにて回腸 結腸型の腸重積と腸間膜のリンパ節腫大を認めたため、同日回盲部切除術を施行した。切除標本の観察では腫瘍性病変は無く、盲腸に一部粘膜壊死を伴う出血・浮腫性変化が認められた。病理組織学的には、Henoch-Schonlein紫斑病(HSP)に特徴的とされるleukocytoclastic vasculitisを認め、紫斑部より施行した皮膚生検でも同様の所見であった。入院時より尿蛋白陽性であったが、その後蛋白尿・血尿ともに著明となり、腎生検にて紫斑病性腎炎に矛盾しない高度のIgA腎症の所見が認められた。また手術後も腹痛が消失せず血便も認められた。以上より最終的に腹部・腎症状を伴ったHSPと診断し、ステロイドの投与を行ったところ諸症状は軽快した。【考察】HSPは主に溶連菌感染などの上気道炎に続発するアレルギー性血管炎に起因する疾患であり小児に好発し、成人では比較的まれである。小児では予後良好で数週間以内に自然治癒するが、成人発症例では腎炎合併例が多く、予後不良例もみられる。小児のHSPに腸重積を合併する頻度は1~8%とされているが、成人のHSP症例に腸重積を合併したとする報告は少なく、貴重な症例と思われたので報告する。

**52** 当院における小腸カプセル内視鏡検査の現状

河内 裕介<sup>1</sup>、本田 穰<sup>1</sup>、横山 純二<sup>1</sup>、佐藤 祐一<sup>2</sup>、小林 正明<sup>1</sup>、成澤 林太郎<sup>1</sup>、青柳 豊<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部、<sup>2</sup>新潟大学医歯学総合研究科 消化器内科学分野

背景：小腸カプセル内視鏡は、わが国で2007年10月に原因不明の消化管出血 (obscure gastrointestinal bleeding 以下OGIB) に対して保険適用が認められ、その有用性に関して多数の報告がなされている。目的：当院では、2008年からカプセル内視鏡 (Olympus EC-1) を導入し検査を行ってきた。これまでに施行した症例での有用性を検討し、当院における小腸カプセル内視鏡検査の現状を報告する。結果：2008年10月から2010年8月の間、67件のカプセル内視鏡検査を行った。男性39例、女性28例で、平均年齢は62.5歳であった。55例(82%)で全小腸の観察が可能であった。施行理由として最も多かったのは、OGIBにおける出血源精査で54例(80%)であった。所見として最も多かったのは小血管病変で20例であったが、明らかに活動性出血が認められるものはなかった。他に出血の原因として、NSAID起因性小腸潰瘍、メッケル憩室、血管腫、pyogenic granuloma、GIST、小腸癌などの病変が指摘可能であり、活動性の出血を伴っているものも認められた。カプセル内視鏡が滞留した症例はなかった。8例では全く異常所見を認めなかった。OGIB精査以外の症例として、蛋白漏出性胃腸症、peutz-jeghers syndrome、follicular lymphoma、小腸カルチノイド等の症例において、病変の精査目的に行われ、いずれも病変の範囲、質的診断に有用であった。考察：小腸カプセル内視鏡は、OGIB症例における出血原の検索において有用であった。また、出血性の病変以外でも有用な所見を得ることが可能であり、今後の小腸検査における応用も期待された。

## 53 小腸カプセル内視鏡読影ネットワークの運用と現況

横山 純二<sup>1</sup>、河内 裕介<sup>1</sup>、夏井 正明<sup>2</sup>、本間 照<sup>3</sup>、富所 隆<sup>4</sup>、佐藤 知巳<sup>4</sup>、山川 良一<sup>5</sup>、小林 正明<sup>1</sup>  
成澤林太郎<sup>1</sup>、青柳 豊<sup>6</sup>

<sup>1</sup>新潟大学 医歯学総合病院 光学医療診療部、<sup>2</sup>新潟県立新発田病院 内科、<sup>3</sup>済生会新潟第二病院 消化器内科  
<sup>4</sup>厚生連長岡中央総合病院 消化器内科、<sup>5</sup>下越病院 内科、<sup>6</sup>新潟大学医歯学総合研究科 消化器内科

【背景】小腸カプセル内視鏡(VCE)が原因不明の消化管出血(OGIB)に対して保険収載され3年が経過した。しかし、新潟県内においては、読影の煩雑さや読影医の負担増加などの理由でVCE読影に習熟している医師も少なく、導入が進んでいないのが現状である。当院では2008年10月にオリンパス社製カプセル小腸内視鏡(Endo Capsule)を導入し、2010年8月現在67件のVCEを施行した。しかし、遠隔地からの紹介患者も多く、検査施行時期の遅れによる出血診断率の低下や、患者に対する負担増加などデメリットが多かった。【目的】県内におけるVCEの効率的な施行と読影能力の向上を目指し、当院を中心とした読影ネットワークを構築した。現況と今後の課題について報告する。【方法】現在、関連3施設(下越地区2、中越地区1)との間で読影支援を行っている。運営手順は、1)ワークステーションを有する各施設においてVCEを施行(場合によっては、当院に相談のあった症例をより近郊の関連施設に紹介して施行)、2)施行施設にて一次読影後、画像を患者情報とともにUSBメモリに収め、当院へ配送。3)当院にて二次読影を施行し、USBメモリに収め返送。二次読影は当院勤務の内視鏡専門医2人で行っている。【成績】2009年3月から試験的に運用を開始し、2010年8月までに41件の二次読影を行った。施行理由のうちOGIBは28件で、28件中の有所見率は15件(53.6%)、小腸からの活動性出血は9件(32.1%)に認められた。【結論】読影ネットワークの構築により、患者紹介からVCE施行までの期間が省略・短縮され、患者の負担軽減および診断率の向上に寄与している。また、有所見時の対応や治療必要時の患者紹介などの連携もスムーズに行うことが可能となりつつある。今後、各施設での読影能力の向上と、県内でのVCE普及に貢献することが期待される。

## 54 当院にて経験したアメーバ赤痢の2症例

山本 泰漢<sup>1</sup>、山崎 貴久<sup>1</sup>、中川 元希<sup>1</sup>、高橋 正一郎<sup>1</sup>、橋本 直樹<sup>2</sup>、小俣 秀雄<sup>2</sup>、小林 純哉<sup>2</sup>、本田 勇二<sup>2</sup>  
石川 仁<sup>2</sup>

<sup>1</sup>富士吉田市立病院 内科、<sup>2</sup>富士吉田市立病院 外科

アメーバ赤痢は現在比較的まれな疾患である。診断が確定すれば抗生剤にて改善されるが、炎症性腸疾患と誤診してステロイド治療などをされると状態が悪化する。今回我々はアメーバ赤痢の2症例を経験したので報告する。症例1 24歳の男性、2008年6月下旬から感冒様症状あるも下痢・下血なし。近医受診され投薬加療されるも軽快せず。7月上旬に外来受診。既往は特記すべきことなし。海外渡航なし。また便潜血陽性であり7月下旬に下部消化管内視鏡検査にて回盲部に多発潰瘍あり。生検にてアメーバ検出させず。しかし血清アメーバ抗体陽性であり内服加療開始され軽快された。症例2 40才の女性、2010年7月下旬に右下腹部痛あり、下痢・下血なし。CT検査にて上行結腸に浮腫性変化と周囲のリンパ節腫脹を認め入院した。既往は尿崩症にて通院。海外渡航なし。8月中旬に下部消化管内視鏡検査にて上行結腸に多発潰瘍あり。生検にてアメーバ検出され、内服加療開始にて軽快された。アメーバ赤痢は*Entamoeba histolytica*を病原体とする大腸感染症である。多くは不顕性感染(発症率10%)に終わり保有者として経過するが、発症すれば下痢症状をはじめ状態が悪化した場合、腸穿孔や肝膿瘍を合併して重篤な経過をとることがある。診断方法は糞便検査(陽性率13~54%)、下部消化管内視鏡での生検組織による虫体確認(陽性率50~70%)、血清中抗アメーバ抗体価(陽性率85~97%)であり、治療はメトロニダゾールが著効する。鑑別診断では炎症性腸疾患などが挙げられるが診断に誤り、ステロイド治療などをされると状態が悪化し、致命的な状態になる可能性がある。稀な疾患であるが下部消化管での潰瘍性疾患では、本症も念頭にいた腸疾患を考慮する必要があると考える。



**55** 大腸穿孔を繰り返した1例

小山 佳紀<sup>1</sup>、秋田 眞吾<sup>1</sup>、河西 秀<sup>1</sup>、久米田茂喜<sup>1</sup>、福澤 慎哉<sup>2</sup>、岡村 卓磨<sup>2</sup>、北原 桂<sup>2</sup>、飯嶋 章博<sup>2</sup>  
下条 久志<sup>3</sup>

<sup>1</sup>地方独立行政法人長野県立病院機構木曽病院 外科、<sup>2</sup>地方独立行政法人長野県立病院機構木曽病院 内科

<sup>3</sup>信州大学医学部 病理学教室

症例は69歳女性。皮膚筋炎（プレドニゾン10mg/日投与）、糖尿病、胸腰椎圧迫骨折（NSAID服用歴あり）にて治療中。2008年12月、下行結腸癌に対し手術施行（SM、N0、stage I）。術後、左腸腰筋外側（腸管吻合部脇）に気泡を認め、経時的に増大傾向を呈した為、2009年7月に下部消化管内視鏡検査を施行。吻合部に浅い多発潰瘍を認めた。2009年8月、（下部消化管内視鏡検査施行後11日目）消化管（吻合部）穿孔・後腹膜膿瘍を発症し緊急手術（穿孔部腸管切除、下行結腸瘻造設術）を施行。病理学的検索では吻合部に生じた潰瘍の穿孔を支持する所見であったが原因の同定は困難であった。2010年5月、人工肛門閉鎖（下行結腸直腸端々吻合）術施行。術直後はステロイドカバーを行ない、その後、一旦ステロイドの離脱を試みたが、CPKの上昇を来したためプレドニンを再開、増量（25mg/日）を要した。摂食・排便に関しては特に問題なく経過していた。2010年7月下旬に左側腹部痛を来し受診。2009年8月に発症した膿瘍と同部位と考えられる位置に後腹膜膿瘍を認めた。局所麻酔下に切開・排膿・ドレナージを施行。ドレーンからは消化管内容物の流出を認めた。注腸検査にて膿瘍腔に面する左側大腸（実際には横行結腸：吻合部とは別）から造影剤の漏出を認め、大腸穿孔の診断で、2010年8月、大腸穿孔部閉鎖術・横行結腸漏造設術を施行。径約1cmの、壁に明らかな不整を認めない穿孔であった。（2010年5月の人工肛門閉鎖術施行の前に大腸の検索を行なっているが、特に憩室は認めておらず）本症例の2回の大腸穿孔の原因として1．吻合部感染の関与2．ステロイドの関与3．糖尿病の関与4．NSAIDの関与5．膠原病の関与 これらの一部、あるいは、いくつかが複合した可能性を考える。ステロイドの長期投与、糖尿病、NSAID投与、膠原病等により、易感染性、潰瘍形成、創傷治癒障害、血流障害等のリスクがある場合、潰瘍形成～穿孔までの病変の急速な増悪の可能性や、数ヶ月という中～長期的な経過での穿孔の可能性が示唆され注意を要すると考える。

**56** 内視鏡的整復術後に経肛門的イレウス管挿入が末期癌患者のQOLに貢献できたS状結腸軸捻転症の1例

柘植 善明  
町立辰野総合病院 外科

S状結腸軸捻転症を起こした末期癌の超高齢男性に対して、大腸内視鏡で整復後、経肛門的にイレウス管を挿入して手術を回避し、QOLに貢献できた症例を経験したので報告する。症例は89歳の男性で主訴は腹痛です。既往歴は2005年12月に胃癌＋胆石症で手術を受けており、2008年5月と2009年5月にS状結腸軸捻転症を起こしている。現病歴は2010年4月に膵癌、多発性肝転移と診断され加療中であった。5月8日の朝から腹痛が出現し、坐剤で経過をみていたが、痛みが増強したため、5月9日に救急車で搬送されてきた。現症で、腹部は全体に膨隆し、下腹部に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状はなかった。腹部レ線で、多量のガス像を伴う小腸・大腸の拡張とcoffee bean signを認めた。以上の所見よりS状結腸軸捻転による腸閉塞症と考え、緊急大腸内視鏡検査を施行した。肛門より約25cm口側に狭窄部を認め、慎重に内視鏡をすすめた。閉塞部の口側結腸は著明に拡張し多量の便汁を認めたが粘膜面は正常であり、脾彎曲まで挿入した。ところで患者は超高齢者でしかも膵癌の末期状態であり、どうしても手術を回避したいと考え、腸管の減圧を試みる目的で経肛門的にイレウス管を挿入した。内視鏡の鉗子孔からガイドワイヤーを挿入し、それに沿ってイレウス管を脾彎曲まで挿入した。これでイレウス管より多量の排液・排ガスを認め、腹部レ線でもガス像が消失しているのを確認し、5月11日にイレウス管を抜去して無事に退院した。その後、S状結腸軸捻転を起こさず、しかし膵癌が悪化したため8月に死亡した。

## 57 リウマチ性多発筋痛症で治療中にサイトメガロウイルス腸炎とAAアミロイドーシスを合併した1例

入月 聡<sup>1</sup>、原田 学<sup>1</sup>、河内 邦裕<sup>1</sup>、山川 良一<sup>1</sup>、味岡 洋一<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>下越病院 消化器科、<sup>2</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 分子・診断病理学分野

症例は76歳女性。2009年3月に両肩痛・腰痛・発熱など見られ近医受診し、リウマチ性多発筋痛症の診断でプレドニゾロン15mgが投与されていた。2009年7月に乳癌の手術を行い、アジュバント治療としてUFT300mg内服を行っていた。2010年2月頃より下痢、食欲不振がみられ当院初診された。下部消化管内視鏡検査でS状結腸に境界明瞭な不整形・軽度白苔を伴う地図状の打ち抜き様の潰瘍を認めた。潰瘍底の肉芽組織からの生検では酸性の核内封入体をもつ腫大した血管内皮細胞が散見され、サイトメガロウイルス(CMV)免疫染色では多数の陽性細胞が認められた。CMVpp65抗原C7HRPが52/65000で陽性であった。以上よりCMV腸炎と診断した。治療として、ガンシクロビルを投与し一時的に改善見られたものの、短期間で再燃がみられた。再燃時の潰瘍底からの生検にて多数のCMV免疫染色陽性細胞に加えて血管周囲にAAアミロイドの沈着を認め、CMV腸炎とAAアミロイドーシスの合併と診断した。ガンシクロビルの投与とCMV抗体高力価の免疫グロブリンの投与などを行ったものの、徐々に状態は悪化し死亡した。CMV感染とアミロイドーシスはともに全身性の多彩な症状をきたし、腸管においては血管内腔の狭小化による虚血性変化によって多彩な潰瘍性病変を特徴とする。CMV腸炎とAAアミロイドーシスの合併は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

## 58 診断にマルチスライスCTが有用であったS状結腸異物穿孔の1例

松村 任泰<sup>1</sup>、小池祥一郎<sup>1</sup>、横井 謙太<sup>1</sup>、中川 幹<sup>1</sup>、荒井 正幸<sup>1</sup>、北村 宏<sup>1</sup>、古田 清<sup>2</sup>、宮林 秀晴<sup>2</sup>  
松林 潔<sup>2</sup>、小林 正和<sup>2</sup>、松田 賢介<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>NHOまつもと医療センター 松本病院 外科、<sup>2</sup>NHOまつもと医療センター 松本病院 消化器内科

高齢化社会に伴い、PTP (press through package) 誤飲の報告は増加している。今回我々は、術前にマルチスライスCTにて異物を確認し、消化管異物穿孔の診断に至った1例を経験したので報告する。症例は87歳男性で認知症があり、タフマックEカプセル、メバロチン、バイアスピリン、ガスターを服用していた。2010年8月腹痛を主訴に近医を受診し、筋性防御、反跳痛を認め急性虫垂炎疑いで当院紹介となった。身体所見では、腹痛あり、下腹部中心に筋性防御を認め、体温37.1、血圧141/92mmHg、脈拍90bpm、白血球5,120/ $\mu$ l、CRP1.17mg/dlであった。腹部単純X線では異常を指摘できず、腹部CTでS状結腸に壁肥厚と炎症像を認め、腔内に台形の透亮像とdensityの高い直線構造があり人工異物と考えられた。更に気管支条件にて内部にカプセル構造を認めた。また上腹部から腸間膜内に小さな気泡を多数認めた。以上よりPTP誤飲によるS状結腸異物穿孔と診断し、同日緊急手術を施行した。手術所見では、腹腔内汚染は軽微であり、S状結腸に2mm程の穿孔を2ヶ所認めた。穿孔部の腸管温存は困難と考え、S状結腸部分切除、端々吻合にて再建、洗浄ドレナージを行った。摘出されたPTPはタフマックEカプセル(3×1.5cm)であった。術後にエンドトキシン吸着療法を施行し、回復は順調であった。PTPによる消化管穿孔は平均年齢約80歳と高齢で、下部消化管に多く、基本的には手術による摘出が必要である。早期診断ならびに予防が重要であるが、高齢者、認知症例の場合、診断は容易ではない。PTPはX線透過性であり、診断にはマルチスライスCTが有用であった。

**59** XELOX療法が著効しpCRとなった巨大直腸癌の一例

矢田 祐子<sup>1</sup>、川原聖佳子<sup>1</sup>、黒崎 亮<sup>1</sup>、西村 淳<sup>1</sup>、新国 恵也<sup>1</sup>、佐藤 明人<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>新潟厚生連長岡中央総合病院 外科、<sup>2</sup>新潟厚生連長岡中央総合病院 内科

症例は62歳男性。腹痛、嘔吐がありイレウスで入院し、直腸癌と診断された。理学的所見で貧血があり、腹部は全体に膨満し、直腸診で可動性不良な腫瘍を触知した。CTでは遠隔転移はないが骨盤内を占拠する径11.4cm大の巨大腫瘍を認め、膀胱浸潤が疑われた。大腸内視鏡検査ではRbとRSにskipして腫瘍があり、どちらかの癌が壁外から浸潤していることが予想された。RSで狭窄が強く、内視鏡は通過不能で経肛門イレウス管も挿入できなかった。生検はtub1で、臨床所見は直腸癌cSI（膀胱）cN0cH0cP0cM0 cStageIIと診断した。腹部症状が悪化したため、入院翌日に緊急手術を行った。開腹所見で、骨盤内を占める巨大な直腸癌は膀胱へ浸潤し可動性が無く、根治切除不能と判断した。sSI（膀胱）sNXsH0sP0sM0 sStageIIの診断でS状結腸人工肛門造設術を施行した。1回目手術後XELOXを施行、有害事象はGrade1の食欲不振のみであった。3コース終了時のCTで腫瘍径は6.1cmに縮小（-46.1%）し、膀胱浸潤もなく、化学療法の効果判定はPRであった。cSScN0cH0cP0cM0 cStageIIと診断し、4コース終了後3週間あけて2回目手術を施行した。術中所見では、Ra主体の腫瘍がRSと癒着していたが可動性はあり、膀胱への浸潤は無いものの周囲腹膜と癒着しており、sSI（腹膜）sN0sH0sP0sM0 sStageIIと判定した。手術はS状結腸人工肛門部を切除範囲に含む低位前方切除術、D2（prxD3）、膀胱周囲脂肪組織とともに腹膜合併切除、一時的回腸人工肛門造設術を施行し、R0、根治度Aとなった。切除標本の病理組織学的検査は癌全体が肉芽腫様組織や線維化組織に置き換わって消失しており、化学療法の効果はGrade 3、pCRとなった。術後経過は良好で第10病日に退院した。術後補助化学療法は本人が希望せず、現在外来経過観察中で今後回腸人工肛門閉鎖術を行う予定である。XELOXはFOLFOXやFOLFIRIと効果は同等であるがポートが不要であるため、術前化学療法に適している。切除不能局所進行癌の場合、奏功すれば根治切除かつ臓器温存可能となり、pCRが得られれば予後改善が期待される場合もあり、積極的に試みてよい治療と思われた。

**60** 全身化学療法が著効したびまん浸潤型（4型）大腸癌の1例

宮島 正行<sup>1</sup>、田中 景子<sup>1</sup>、今井隆二郎<sup>1</sup>、三枝 久能<sup>1</sup>、藤沢 亨<sup>1</sup>、森 宏光<sup>1</sup>、松田 至晃<sup>1</sup>、和田 秀一<sup>1</sup>  
 清澤 研道<sup>1</sup>、渡辺 正秀<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>長野赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>長野赤十字病院 病理部

症例は65歳男性。2010年4月より食欲不振を認め、同時に腰痛と全身倦怠感も出現し急速にADLが低下した。5月6日、当院循環器内科定期受診時に胸部Xpにて両側肺門部腫瘍を認めた。造影CTを行ったところ、全身リンパ節腫大を認め悪性リンパ腫が疑われ血液内科入院。5月7日のFDG-PETにて、縦隔、肺門、腹部大動脈周囲のリンパ節、肝臓、骨、S状結腸に集積を認めたため、S状結腸癌の全身転移が疑われ、5月11日に当科紹介となった。下部消化管内視鏡検査にてS状結腸に全周性の狭窄を認め口側への内視鏡挿入は不能であった。注腸検査にてS状結腸全体に狭窄と著明な壁硬化を認め、生検にて低分化型腺癌と診断された。以上から多発リンパ節転移、肝転移、骨転移を伴う4型大腸癌と診断して、mFOLFOX6による全身化学療法を開始した。原発巣、転移巣共に著明な縮小がみられ、6コース目からペバシズマブの併用を開始。現在7コース終了したが再発徴候はなく外来にて化学療法を継続中である。4型大腸癌は全大腸癌の約1%にすぎない稀な疾患であり予後不良例が多いが全身化学療法が著効しQOLが改善した1例を経験したので報告する。



## 61 虚血性大腸炎に対する抗生物質の有用性の検討

中村 祐美子、西水 俊准、金山 雅美、野々目和信、月城 孝志、康山 俊学、樋口 清博  
新潟県厚生連 糸魚川総合病院 内科

【目的】虚血性大腸炎は研修医にとって身近な疾患であり、日常診療においてもcommon diseaseのひとつである。しかし、治療に関しては抗生物質の使用に対する文献的根拠が未だ存在せず、臨床的に検討の余地がある疾患と言える。今回、当院における虚血性大腸炎症例について、病態と抗生物質投与が症状消失までの日数に与える影響を検討した。【方法】対象は、当院にて2006年3月から2010年8月までの5年間に虚血性大腸炎と診断された62例。年齢、性別、反跳痛の有無、炎症反応、内視鏡所見、抗生物質投与の有無と、入院から食事開始までの日数および入院から症状消失までの日数との関係について検討した。【成績】年齢は28歳から90歳（中央値69歳）で、男女比は19対43であった。入院時の血中CRP値やWBC数は、症状消失日数との間に相関を認めなかった。反跳痛を有する症例では症状消失日数が延長する傾向があり、内視鏡的に全周性の粘膜病変を認めた症例では症状消失日数が有意に延長した。抗生物質はCTMなどが主治医の判断で経静脈的に投与されたが、全体的には抗生物質投与の有無は症状消失日数に影響を与えなかった。しかし全周性病変を認めた症例では、抗生物質投与により症状消失日数が有意に1.1日短縮した。CRPが5mg/dl以上あるいは反跳痛を有する症例では、ほぼ全例で抗生物質が投与されていたため、抗生物質投与の有無による検討はできなかった。一方、軽症例（反跳痛なし、CRPが5mg/dl未満、病変が全周性ではなく一部）では、抗生物質投与によりむしろ食事開始までの日数が延長する傾向を認めた。【結論】全周性病変を認める症例では症状消失が遅延するが、抗生物質投与により早期改善が期待できることがわかった。虚血性大腸炎に対する抗生物質投与の明確な指針が、今後必要であると思われる。

## 62 Gilbert症候群を伴った結腸癌の1例

栗田 聡、佐々木 俊哉、船越 和博、本山 展隆、加藤 俊幸  
新潟県立がんセンター新潟病院 内科

体質性黄疸のひとつであるGilbert症候群は、家族性非溶血性黄疸で肝臓におけるグルクロン酸抱合が障害され間接型ビリルビンが上昇する疾患である。多くの抗癌剤は肝臓で代謝されるため担癌患者では抗癌剤の選択に苦慮することがある。

症例は66歳の女性。17歳時に体質性黄疸と診断されていた。2005年6月の検診で胸部レ線に異常から両肺転移が発見された。CEA 14.5ng/mlと高く、原発巣は大腸鏡でS状結腸癌と確診された。肝転移や肝障害はなかったが、総ビリルビン8.0mg/dl、直接ビリルビン0mg/dlの間接ビリルビン優位の黄疸を認め、低カロリー食試験で陽性を示したことからGilbert症候群と診断された。

結腸癌はss,ly2v3n1,StageIVであったため、結腸切除後にS-1を100mg/日内服する術後化学療法が開始された。CEA 2.4ng/mlまで下降し肺転移は縮小したが、総ビリルビンは最高23.7mg/dlまで上昇し、とくにS-1の4週間内服中に上昇し2週間休薬で減少した。Gilbert症候群で欠乏している酵素UGTsに依存する抗癌剤による作用であったが、1日500calの経口栄養補給を併用することにより上昇を防ぐことができた。S-1単独13コースでPDとなり、2007年からmFOLFOX6に変更したが、発疹と神経毒のため中止された。他の抗癌剤も検討したが、患者家族の希望により2008年からBSCとなった。その後も間接ビリルビンは10mg前後が持続したが、QOLに支障はなかった。その後、2010年に脳転移が発見され放射線療法を行ったが、脳・肺転移により死亡した。死後肝生検をご家族の同意を得て施行できたが、特別な所見は認められなかった。大腸癌を合併したGilbert症候群の患者では、抗癌剤や栄養状態による著明な黄疸の報告があり注意を要する。



**63** 再生不良性貧血に合併した潰瘍性大腸炎の1例

山本 高照<sup>1</sup>、石曾根 聡<sup>1</sup>、関野 康<sup>1</sup>、佐近 雅宏<sup>1</sup>、鈴木 彰<sup>1</sup>、小出 直彦<sup>1</sup>、宮川 眞一<sup>1</sup>、長屋 匡信<sup>2</sup>  
遠藤 真紀<sup>3</sup>、下條 久志<sup>3</sup>

<sup>1</sup>信州大学医学部附属病院 消化器外科、<sup>2</sup>信州大学医学部附属病院 消化器内科

<sup>3</sup>信州大学医学部附属病院 中央検査部病理

**要旨** 再生不良性貧血治療中に併発した潰瘍性大腸炎の一例を経験したので報告する。症例は、55歳男性。主訴は下血。5年前、人間ドックにて血小板減少を指摘、精査にて再生不良性貧血と診断されシクロスポリンにて治療中であった。また翌年頻回の下血のため大腸内視鏡検査を施行、直腸から連続性に全結腸に渡り発赤、粗造な粘膜を認め、全大腸型潰瘍性大腸炎と診断された。5-ASA製剤の内服を開始し症状は改善したが、その後徐々に血小板減少が進行し、5-ASA製剤による血小板減少が疑われたため内服を中止し経過観察していた。2年前から再び下血を認めたためPSL5-10mg/日の内服を開始、以降入院を繰り返した。経過中サイトメガロウイルス腸炎を発症したため一時ステロイドを中止した。内科的治療にて潰瘍性大腸炎のコントロールが難しく手術的に当科紹介となった。紹介時血液検査ではWBC 1500/ $\mu$ , RBC  $2.38 \times 10^6$ / $\mu$ , Plt  $2.8 \times 10^4$ / $\mu$ と汎血球減少を認めた。術前の下部消化管内視鏡検査ではMatts Grade 4の潰瘍性大腸炎であった。大腸全摘および回腸ストーマ造設術を施行した。術中に血小板の輸血を施行し、術後の免疫抑制療法はシクロスポリンの持続点滴を行った。術後経過は良好であり、術後第13病日に退院となった。病理検査では潰瘍性大腸炎に矛盾しない所見であり、免疫染色にて一部の粘膜にサイトメガロウイルス陽性の細胞を認めた。現在、回腸ストーマにて排便管理は良好であり、QOLが保たれている。再生不良性貧血に関してはシクロスポリン、蛋白同化ホルモンの内服治療中である。本例は再生不良性貧血に対して免疫抑制治療中に潰瘍性大腸炎を併発した稀な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

**64** 特発性血小板減少性紫斑病と潰瘍性大腸炎を合併した長期経過2例

長島 藍子<sup>1</sup>、本間 照<sup>1</sup>、関 慶一<sup>1</sup>、窪田 智之<sup>1</sup>、石川 達<sup>1</sup>、樋口 和夫<sup>1</sup>、吉田 俊明<sup>1</sup>、上村 朝輝<sup>1</sup>  
太田 宏信<sup>2</sup>、小林 真<sup>3</sup>

<sup>1</sup>済生会新潟第二病院 消化器内科、<sup>2</sup>厚生連村上総合病院 内科、<sup>3</sup>厚生連豊栄病院 内科

**症例1** . 18歳で潰瘍性大腸炎UC全大腸炎型を発症した27歳女性。初回発作時血小板数Plt 11万であった。サラゾピリンSASPとプレドニゾロンPSL40mgで寛解導入し、Pltは18万となった。1年2カ月後にSASPをペンタサに変更、4ヶ月後UCの初回再燃を来しPltは4.5万まで減少した。PSL20mgで寛解しPltも回復した。その後UCは再燃寛解を繰り返し、PSL20mg以上必要な再燃が8年間に9回あり7回再入院となった。再燃時にはいずれもPltが減少し10万以下となったのは5回、5万以下となったのは3回であった。PAIgG 73.1ng/107個と陽性、PBIgGは陰性。H.pylori感染は尿素呼気試験で陰性であった。経過中血便以外の出血傾向は明らかでなく、UCの治療を行いながら経過観察している。  
**症例2** . 52歳男性。30歳頃他院でITPと診断されたが症状なく治療されず、定期検診ではPlt 10万前後で推移していた。42歳で検診便潜血陽性から内視鏡でUC直腸炎型と診断されたが自覚症状軽微のため無治療で経過観察されていた。51歳時軟便2~3行/日となったためペンタサが初めて投与開始された。6カ月後、水のようにさらさらした血便が出現し前医受診、Plt 1.9万と低値であり当院へ紹介入院となった。入院前は鼻出血、歯肉出血が時々あったが持続することはなかった。PAIgG 65ng/107個と陽性、PBIgGは陰性。デカドロン16.5mgから漸減、Pltは33.9万へ回復した。CF所見では下部直腸と虫垂開口部に活動期粘膜を認めた。従来の報告ではUC経過観察中に特発性血小板減少性紫斑病ITPを発症するものが多いが、症例2はITPが先行していた。症例1もUC発症時にPltが低下しており、ITPが先行していた可能性を否定できない。2例ともUC再燃時にPltが減少したが、ステロイド投与に反応しUCもPlt減少も寛解した。約10年間、UCもITPも重篤化せずに経過が追えた。

## 65 Clostridium difficile感染が難治化に関与したと考えられた 中毒性巨大結腸症を呈した潰瘍性大腸炎の1例

もたい陽介<sup>1</sup>、本間 照<sup>1</sup>、酒井 靖夫<sup>2</sup>、内田 守昭<sup>3</sup>、味岡 洋一<sup>4</sup>、関 慶一<sup>2</sup>、窪田 智之<sup>1</sup>、石川 達<sup>1</sup>  
樋口 和夫<sup>1</sup>、吉田 俊明<sup>1</sup>、上村 朝輝<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>済生会新潟第二病院 消化器内科、<sup>2</sup>済生会新潟第二病院 外科、<sup>3</sup>水原郷病院 内科、<sup>4</sup>新潟大学 第一病理

70歳代女性。3月発熱、食思不振あり近医から感冒薬と抗生剤を処方されたが、血液混じりの下痢となり前医入院となった。左下腹部に圧痛あり。37.5。腹部Xpでは異常所見なく、便培養で有意菌は検出されなかった。入院当夜40。下部消化管内視鏡検査では直腸に偽憩室様の下掘れ潰瘍が多発していた。介在粘膜は発赤顆粒状であり、UCを疑いペンタサ2gが投与された。CDtoxinA陽性が判明しバンコマイシンも併用となった。下痢発熱は軽減したがCTで横行結腸の径が8cmと拡大し、血圧も低下気味となり、中毒性巨大結腸症が疑われ当院転院となった。プレドニゾロン30mg、ペンタサ3gが開始された、腹部膨満、排便困難感あり、径肛門的にネラトン挿入し大腸の排ガスと暗褐色の泥状便が排出された。腹痛は強くなく、血圧低下も改善していたため、中毒性巨大結腸症ではあるが内科的に治療を継続することとなった。LVFX500mg、MNZ500mg、大建中湯が追加された。血便は消失したが内視鏡検査ではS状結腸～横行結腸に治癒傾向のない下掘れ潰瘍が見られた。その後、腹痛血便が再燃8～10行/日となった。サイトメガロウイルスCMVアンチゲネミア陽性となったため、ガンシクロビルを投与した。しかし血便は改善せず低蛋白も進行し、外科治療の適応と判断し、大腸全全摘上行結腸人工肛門増設術を施行した。術後は症状安定し、低栄養も徐々に改善した。外科切除標本ではU1-3～4の深い潰瘍を認め、裂孔形成様の場所もあり、炎症性細胞浸潤は潰瘍底～周囲に限局していた。介在粘膜の再生上皮は成熟し胚細胞粘液減少は殆ど見られなかった。CMV封入体は確認できなかった。潰瘍性大腸炎と診断された。本例で観察された下掘れ潰瘍は、潰瘍性大腸炎の難治性を内視鏡的に示す一つの指標とされている。また、難治化の要因としてClostridium difficileやCMV感染（再活性化）が挙げられているが、本例でも両者の関連が示された。重症UCに対する治療として免疫抑制は必須であるがこれに伴う二次感染の対策・予防への配慮も重要と思われた。

## 66 Sky Clinicの漢方薬治療が有効であった難治性潰瘍性大腸炎の3例

長谷部 修、原 悦雄、越知 泰英、立岩 伸之、須澤 兼一、関 亜矢子、多田井敏治  
長野市民病院 消化器内科

若年未婚女性の難治性潰瘍性大腸炎3例に対し、Sky Clinic天野國幹医師の漢方薬治療を行い、3例とも有効であったので報告する。【症例1】15歳・女性。UC発症後2年、全大腸炎型、慢性持続型、投与時重症。治療歴は5-ASA 2250mg/day、PSL5~30mg/day（離脱不能、増量効果なし）、LCAP無効。若年女性、受験生のため免疫調整剤や入院治療は希望されず。同医の漢方内服2W後より粘血便減少し、2M後には症状消失、3M後には5-ASA・PSL off、2Y後のTCSでは完全緩解であった。2Y4M現在、漢方1回/日のみ内服継続、体重は35kg→42kgへ増加、全身状態はきわめて良好で緩解を維持している。【症例2】29歳・女性。UC発症後6年、全大腸炎型、重症UCで2回入院歴あり、慢性持続型、投与時中等症。治療歴は5-ASA 2250mg/day、PSL10~60mg/day（離脱不能）、柴苓湯9g/day、LCAPは軽度有効程度。若年未婚女性のため免疫調整剤や外科手術は希望されず。同医の漢方内服1M後には症状ほぼ消失、5M後には5-ASA・PSL などすべてoffとなる。1Y10M現在、漢方2~3回/日のみ内服継続、時に軟便になるが全身状態きわめて良好で緩解を維持している。【症例3】28歳・女性。UC発症後12年、全大腸炎型、慢性持続型、投与時中等症。治療歴は5-ASA 1500mg/day、PSL5~40mg/day（離脱不能）、イムラン50mg/day、5-ASA注腸うまくできず、5-ASA 4000mg/dayは軽度有効程度、LCAPは未施行。若年未婚女性、ステロイド&免疫調整剤依存性、慢性持続型UCのため外科治療も考慮されたが、まずは漢方治療をすすめた。同医の漢方内服約1M後に症状ほぼ消失、3M後には5-ASA・PSL・イムランすべてoffとなる。10M現在、漢方1回/日のみ内服継続、体重は増加し全身状態はきわめて良好で緩解と考えられる。【考察】症例2・3では2年後の効果判定のTCSは未施行であるが、3例とも漢方薬で緩解導入に成功し、漢方薬のみで緩解を維持している驚くべき症例である。同漢方薬は副作用も少なく、若年未婚女性の難治性潰瘍性大腸炎に対して極めて有用な治療法になると考えられる。

## 67 入院数からみた潰瘍性大腸炎、クローン病患者のQOL DPCデータによる解析

久保田 大輔  
社会医療法人財団慈泉会 相澤病院

【背景】潰瘍性大腸炎（UC）、クローン病（CD）は主として若年で発症し慢性の経過をとることから患者のQOL（Quality of Life）を低下させる疾患である。しかし、日本のUC、CD患者のQOLが実際にどの様に低下しているかについてのデータは少ない。【目的】UC、CD患者の入院の実態を解析する。【方法】診断群分類包括評価（DPC）のデータをもとに入院数、入院年齢、在院日数を解析する【成績】平成21年7月から12月の6ヶ月の間に退院した患者について解析した。データソースとしてグローバルヘルスコンサルティング・ジャパンのDPCデータベースを用いた。6ヶ月間毎月のデータがそろっていたのは317病院、ベッド数合計126,348床であった。これは日本の全一般病床数913,234床の13.84%にあたる。入院数はUC 1284人（延べ1428回）CD 1150人（延べ1729回）であった。UC患者の入院のうち1084人（84.42%）は期間内に1回のみ、残りは複数回入院していた。CD患者では746人（64.87%）が1回のみ入院であった。入院年齢はUCで44.5±19.8歳（平均±SD 以下同）CDで34.1±13.5歳であった。在院日数はUC 28.3±28.4日、CD 23.7±26.8日であった。【考察】今回得られたデータが日本の全一般病床からランダムに抽出されたものと仮定すると、日本での6ヶ月間のUC患者入院数は 9280.7人、CD患者では 8312.1人と推定される。平成20年度の両疾患の難病登録件数（UC 104,721件、CD 29,301件）を日本の全患者数として計算した場合、6ヶ月の間に1度以上の入院を要する確率はUCで8.86% CDで28.4%であった【結論】UC、CD患者は高い入院リスクがあり、入院がQOLを著しく損なっていると考えられる。

## 68 処置後癒痕を伴う大腸ESD

吉田 貴史、小嶋裕一郎、岩本 史光、廣瀬 純穂、津久井雄也、細田 健司、鈴木 洋司、細田 和彦、廣瀬 雄一  
望月 仁、小俣 政男  
山梨県立中央病院 消化器内科

当院では2003年より大腸に対するESDを導入しており、2009年12月まで153例の治療例を経験している。今回はその内、生検やEMRなどの処置による癒痕を伴う3症例について検討し、当院での治療の現状を踏まえて報告する。

【症例1】72歳女性。2007年3月肛門違和感を主訴に前医にて大腸鏡検査を施行し、上行結腸にLSTを認めたため、同年4月当院へ紹介となった。同LSTに対してESDを施行、病理診断はAdenomaであった。2009年3月の大腸鏡検査にて上行結腸生検後の癒痕を伴う扁平隆起を認めたため、同年8月、同病変に対してESDを施行した。癒痕部の繊維化が強く、スネアを併用し一括切除したが、穿孔による後腹膜気腫を認めた。穿孔部をクリップにて閉鎖し保存的に加療しえた。病理診断はSerrated adenomaであった。

【症例2】73歳男性。2009年4月前医にてスクリーニング目的に大腸鏡検査を施行し、S状結腸にLST-NGを認めた。EMRを試みるも断念し同年6月当院へ紹介となった。同年9月、同病変に対してESDを施行した。癒痕部の繊維化が強く難渋したが一括切除した。偶発症は認めず、病理診断はtubular adenomaであった。

【症例3】58歳男性。高血圧症のため通院中の前医にて、便潜血反応陽性のため2008年11月に大腸鏡検査を施行し、横行結腸に隆起性病変を認めた。2009年3月にEMRを試みるも断念し同年4月当院へ紹介となった。同年6月、同病変に対してESDを施行した。癒痕部の繊維化が強く難渋するが一括切除した。偶発症は認めなかったが、病理診断はpap, SM massive, ly1, V1であったため、外科的治療を追加した。



## 69 内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）にて確定診断した直腸粘膜下腫瘍の一例

水野 研一<sup>1</sup>、中村 厚夫<sup>1</sup>、八木 一芳<sup>1</sup>、関根 厚雄<sup>1</sup>、梅津 哉<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>新潟県立 吉田病院 内科、<sup>2</sup>新潟大学医歯学総合病院 病理部

症例は75歳女性。便秘症にて当科外来を定期受診されていた。スクリーニングにて施行した注腸検査にて直腸（Rb）に15mm大の隆起性病変を指摘された。下部内視鏡検査にて直腸（Rb）に約15mm大の頂部に陥凹を有する粘膜下腫瘍を認めた。超音波内視鏡では第2層から第3層を主体とする均一で境界明瞭な低エコー性腫瘤として観察された。全身の検索としてCT及び腹部エコー、上部内視鏡検査を施行したが特に異常は指摘されなかった。直腸カルチノイド腫瘍を疑い生検を行ったがリンパ球の強い浸潤を認めるのみで腫瘍性の変化はなく免疫グロブリン重鎖（IgH）遺伝子再構成の検索を行ったがmonoclonalityは認めなかった。生検組織では悪性の変化は認められなかったが、内視鏡およびEUS上でもカルチノイド腫瘍やMALTリンパ腫との鑑別は困難であり、患者と相談の上、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）にて一括切除し確定診断を得る方針となった。ESDでは粘膜下層の線維化は殆ど認められず、通常のESDと同様の処置で一括切除し得た。ESD切除標本の組織では粘膜下層を中心に増殖したリンパ濾胞で腫瘤は形成されており、構成するリンパ球には異型性は認められなかった。またIgH遺伝子再構成の検索を行ったがmonoclonalityは認めなかった。以上の結果より良性リンパ濾胞性ポリープと診断した。良性リンパ濾胞性ポリープは内視鏡的にカルチノイド腫瘍やMALTリンパ腫と鑑別が困難なことも多く、ESDによる一括切除が診断確定に有用であると考え若干の文献的考察を加えて報告する。

## 70 大腸動静脈奇形に対してクリッピング法を行い著明な改善が得られた一例

三浦 章寛、小島 英吾、田代 興一、太島 丈洋、松村真生子  
長野中央病院 消化器内科

症例は85歳、女性。特記すべき既往歴はなし。2009年12月より呼吸苦を自覚し、2010年1月当院に受診された。血液検査にてHb 4.7g/dl、MCV78.8flと重度の小球性貧血を認めたため精査加療目的で入院となった。フェリチンは9.8ng/mlと低値であり、鉄欠乏性が疑われたが出血のエピソードの自覚はなかった。上部消化管内視鏡検査では異常所見は認めず、下部内視鏡検査では横行結腸に血管拡張性病変を大小2個認め、大きいものは径5mm程の太い血管がミミズ様に怒張、蛇行している部分の表面に細い不整に拡張した血管が約15mmにわたり広がっている形態を呈していた。怒張血管は拍動もみられ、動脈系の異常も呈していたため内視鏡所見より大腸動静脈奇形（arteriovenous malformation, 以下AVM）と診断した。小さい病変は細い不整血管の集簇のみとして捉えられた。大腸AVMからの慢性出血が貧血の原因と考えられ、内視鏡的処置にて怒張した血管の口側および肛門側にそれぞれクリッピングを施行し、血流の遮断を行った。また、小病変に対してはクリップにて楔状に挟み込むようにして血流の遮断を試みた。術後、貧血の増悪はなく2010年4月に内視鏡検査再検したところ、AVMはわずかな発赤を残すのみで改善していた。小病変はクリップが脱落しており、一部病変の残存を認めたためクリッピングを追加した。代表的な大腸の血管性病変にAVMとvascular ectasia（以下VE）がある。AVMは先天性要素が強く、腸管壁全層にわたり動静脈の異常な拡張と吻合を認める病変を指し、比較的若年者に多いとされる。VEは後天性要素が強く、粘膜下層までの静脈の異常を認める病変を指し、心不全など基礎疾患を有する高齢者に多い。内視鏡所見で動脈系の関与を示す拍動性血管がみられればAVMと考えてよいと思われる。VEに対しては凝固法、局注法、クリッピング法などの内視鏡的治療が広く行われているが、AVMに対しては外科的切除や塞栓術が行われるのが一般的であり、クリッピング法単独で治療した報告例はない。今回われわれは大腸AVMに対してクリッピング法を行い、著明な改善がみられた症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。



## 71 横隔膜ヘルニアによるイレウスの2例

下平 隆寛<sup>1</sup>、水野 清<sup>2</sup>  
輝山会記念病院<sup>1</sup>、名古屋東栄クリニック<sup>2</sup>

今回我々は食道裂孔ヘルニアによるイレウスのため手術を要した2例を経験したので報告する。【症例1】77歳、女性【既往歴】2008年4月、6月、逆流性食道炎にて他院に入院。同年5月、右腎癌のため他院にて右腎摘出術施行。【経過】2008年12月繰り返す嘔吐にて来院。腹部CT上、著明な胃拡張を認め精査・加療目的で入院。翌日、ガストログラフィンによる胃透視を施行。十二指腸球部、下行脚が食道裂孔から縦隔内に脱出し通過障害をきたしていた。保存的治療により症状が改善したため食事を再開したが、経口摂取をすると嘔吐を繰り返した。経過観察のため腹部CT再検したところ、著明な胃拡張と十二指腸の縦隔内脱出の所見が変わらず見られたため食道裂孔ヘルニア根治術を施行した。術後経過は良好であった。【症例2】84歳、女性【既往歴】ギランバレー症候群、うつ病【経過】2006年より慢性の便秘のため当院外来通院中であった。2010年7月下腹部痛にて来院。浣腸を施行し帰宅。翌日、下腹部痛が再び出現し来院。腹部X線上、腸閉塞と診断し入院となる。腹部CTにて縦隔内に胃のガス像とは異なる消化管ガス像を認めた。さらに腹部X線及びCTにて横行結腸の著明な拡張が見られたため注腸造影をしたところ食道裂孔を通して横行結腸左側が縦隔内に脱出していた。食道裂孔ヘルニアによる大腸イレウスと診断し、食道裂孔ヘルニア根治術および噴門形成術を施行した。術後経過は良好であった。【考察】食道裂孔ヘルニアは加齢による横膈食道靱帯の脆弱化が誘因の一つと考えられている。今回の2例は共に高齢者であり、当然食道裂孔ヘルニアをきたしやすい状態であった。さらに腹腔内臓器の支持組織の脆弱化もイレウスの発症に関与したと考えられる。また症例1では既往手術の影響が、症例2では慢性の便秘が誘因になったとも考えられる。