第96回 北海道医学大会 プログラム・抄録

Program of the 96th Hokkaido Medical Congress

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

(第119回日本消化器病学会北海道支部例会) (第113回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会)

時: 平成28年9月3日(土) 9:25~18:00 平成28年9月4日(日) 9:00~16:15 料・利・ベンションセンター 第1会場204会議会 第2会場小ホール - 2階 第3会場201+202会議室 - 2階 第4会場207会議室 - 2階 機器展示会場小ホール前 - 2階

機器展示空場小ホール前 - 2階 札幌市白石区東札幌を計丁目1-1 下EL (011) 817-1010 長:第119回日本消化器病学全北海道支部例会 北海道大学大学院医学研究科 消化器外科学分野 I 教授 平野 聡 第113回日本消化器内保線学会北海道支部例会 小梅振済会病院 消化器内科 副院長 勝木 伸一

第113回日本消化器内視線学会北海道支部例会
・特別講演1:平成28年9月3日(土)
「小腸疾患に魅せられて」
屋長:勝木 伸一(小精液含病院:消化器内科) 副院長 勝木 伸一
・特別講演1:平成28年9月3日(土)
「小腸疾患に魅せられて」
屋長:勝木 伸一(小精液含病院:消化器内科)
消者:松井 敬幸 福岡内大学坑紫病院 臨床医学研究センター)
・特別講演2:平成28年9月4日(日)
「13:35~14:35
「内科と分料のコラボレーションでエビデンスを創る一胆膵癌・大腸癌肝転移-」
座長:平野 聡 (北海道大学大学院医学研究科 消化器外科学分野 ID 演者:洛井 傍明 (東北大学大学院医学研究科 消化器外科学分野)
・ランチョンセミナー1:平成28年9月3日(土)
「C型肝炎の治療戦略 ~ DAAS製剤の使い分けを中心に一
を長・流藤 淳二 (札・版医科大学医学部 腫瘍内科学講座・血液内科学 教授) 消者:治野 古康 (JA北海道原生連 札・原理・信所院 院長)
・ランチョンセミナーニ・平成28年9月3日(土)
「アシチョンセミナーニ・平成28年9月3日(土)
「アシチョンセミナーニ・平成28年9月3日(土)
「アシチョンセミナーニ・平成28年9月4日(土)
「足30~13:25
「胃癌薬物療法 新時代の到水 一方ムシルマフを学ぼう~」
座長:高橋 庫雄 (北海道水土ター内科系診療部長)
消者:結城 敏志 (北海道大学内院 消化器内科 助教)
・ランチョンセミナー3・平成28年9月4日(日)
「DAA治療時代におけるC型肝炎治療の更なる可能性」
座長:坂本 直核 (北海道大学大学院医学研究科 内科学講座 消化器内科学分野 教授)
演者:近藤 葬縄 仙台軍生病院 肝臓内科 主任部長)
「ランチョンセミナー4:平成28年9月4日(日)
「LASEREOシステムを用いた大腸内科療診断の現況~ DetectionからCharacterizationまで~」
座長:中川 宗一(中川胃腸科) 演者:国生 運銭 (弘前大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授)
・イブニングセミナー1:平成28年9月3日(土)
「2605~17:00
「早期胃癌を見逃さないために~ NBI併用拡大観察の有用性~」
座長:中川 宗 「(中川胃腸科) (大島・中川 1605~17:00
「早期胃癌を見逃さないために~ NBI併用拡大観察の有用性~」
座長:野野 昭 北海道大学 生物院学学研究科 消化器外科学分野 II 教授)
演者:三上 運銭 (弘前大学医学部附属病院 光学医療診断 准教授)
・イブニングセミナー2・平成28年9月4日(日)14:45~16:15
「金井神化経病学会北海道支部 第11回専門医セミナー:平成28年9月4日(日)14:45~16:15

・日本消化器病学会北海道支部第11回専門医セミナー : 平成28年9月4日(日)14:45~16:15
 ・日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会 : 平成28年9月3日(土)17:00~18:00

開催期間

平成28年10月1日(土) 総会 分科会 自 平成28年8月27日(土) 至 平成28年11月26日(土) 総会会場 札幌グランドホテル 塚 本 泰 司

主 催 札幌医科大学 北海道大学医学研究科 旭 川 医 科 北 海 道医 師

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

(第119回日本消化器病学会北海道支部例会) (第113回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会)

日 時:平成28年9月3日出 9:25~18:00 平成28年9月4日(日) 9:00~16:15

場:札幌コンベンションセンター

第1会場204会議室 -2階 第2会場小ホール -2階 第3会場201+202会議室 -2階 第4会場207会議室 -2階 機器展示会場小ホール前 -2階

札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1 TEL (011) 817-1010

長:第119回日本消化器病学会北海道支部例会 北海道大学 大学院医学研究科 消化器外科学分野 Ⅱ 教授 平野 聡 第113回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 小樽掖済会病院 消化器内科 副院長 勝木 伸一

・特別講演1:平成28年9月3日(土)

13:30~14:30

「小腸疾患に魅せられて」

座長:勝木 伸一 (小樽掖済会病院 消化器内科) 演者:松井 敏幸 (福岡大学筑紫病院 臨床医学)

敏幸 (福岡大学筑紫病院 臨床医学研究センター)

機有・14元 駅〒 (周門ハーマの5/1712 113:35~14:35 ・特別講演2: 平成28年9月4日(日) 13:35~14:35 「内科と外科のコラボレーションでエビデンスを創る-胆膵癌・大腸癌肝転移-」 座長: 平野 聡 (北海道大学 大学院医学研究科 消化器外科学分野 II) 演者:海野 倫明(東北大学大学院医学系研究科消化器外科学分野)

12:30~13:25

・ランチョンセミナー3: 平成28年9月4日(日) 12:35~13:30 「DAA治療時代におけるC型肝炎治療の更なる可能性」

座長:坂本 直哉(北海道大学大学院医学研究科 内科学講座 消化器内科学分野 教授) 演者:近藤 泰輝(仙台厚生病院 肝臓内科 主任部長)

・ランチョンセミナー4: 平成28年9月4日(日)

12:35~13:30

[LASEREOシステムを用いた大腸内視鏡診断の現況~DetectionからCharacterizationまで~]

座長:中川 宗一(中川胃腸科) 演者: 冨樫 一智(福島県立医科大学会津医療センター 小腸・大腸・肛門科学教室) 演者: 冨樫 一智(福島県立医科大学会津医 イブニングセミナー1: 平成28年9月3日(土)

16:05~17:00 「早期胃癌を見逃さないために~NBI併用拡大観察の有用性~」 座長:藤田 朋紀(小樽掖済会病院 主任消化器科部長)

達哉(弘前大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授)

イブニングセミナー2:平成28年9月3日(土)

「食道胃接合部癌に対する治療戦略」

聡(北海道大学 大学院医学研究科 消化器外科学分野 Ⅱ 教授) 演者: 瀬戸 泰之(東京大学 大学院医学系研究科 消化管外科学 教授)

・日本消化器病学会北海道支部 第11回専門医セミナー :平成28年9月4日(日) 14:45~16:15 ・日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会 : 平成28年9月3日(土) 17:00~18:00

消化器病分科会事務局:北海道大学 大学院医学研究科 消化器外科学分野 Ⅱ TEL 011-706-7714 FAX 011-706-7158

消化器内視鏡分科会事務局:小樽掖済会病院 消化器内科 TEL 0134-24-0325 FAX 0134-24-0326

1. 一般演題:口演5分、質疑2分 優秀演題選考セッション:口演5分、質疑2分 内視鏡プレナリー:口演5分、討論2分 シンポジウム:口演10分、質疑5分 ビデオシンポジウム:口演10分、質疑5分。

- 2. ご自身のPCを使用される場合はACアダプターをご持参下さい。又Macintosh、Windows8のPCで接 続端子がHDMIの場合は必ず変換アダプターをご持参下さい。
- 3. ご発表の30分前までにはPC受付へお越し下さい。
- 4. 参加者は参加費3,000円を受付でお支払い下さい。

Abs6 消化器病・消化器内視鏡 indd 9 16/08/10 13:26

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

(第119回日本消化器病学会北海道支部例会)

(第113回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会)

日 時:平成28年9月3日(土) 9:25~18:00

平成28年9月4日(日) 9:00~16:15

会 場:札幌コンベンションセンター

第1会場204会議室 -2階

第2会場小ホール -2階

第3会場201+202会議室 -2階

第4会場207会議室 -2階

機器展示会場小ホール前 -2階

札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1 TEL(011)817-1010

会 長:第119回日本消化器病学会北海道支部例会

北海道大学 大学院医学研究科 消化器外科学分野 Ⅱ 教授 平野 聡

第113回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会

小樽掖済会病院 消化器内科 副院長 勝木 伸一

第1会場

〔9月3日(土)(第1日目)〕

シンポジウム1 (9:30~10:45)

座長 川本 泰之 (北海道大学病院腫瘍センター・消化器内科)

木村 康利 (札幌医科大学医学部消化器·総合、乳腺·内分泌外科学講座)

- S1-1 (消). 進行食道癌に対するdocetaxel, nedaplatin, 5-FU (DNF) 3剤併用療法を用いた集学的治療戦略
 - 〇大沼 啓之¹, 佐藤 康史¹, 須釜 佑介¹, 坂本 拡基¹, 早坂 尚貴¹, 平川 昌宏¹, 菊地 尚平¹, 佐藤 勉², 宮西 浩嗣¹, 小船 雅義², 加藤 淳二¹ (札幌医科大学腫瘍内科学講座¹, 札幌医科大学血液内科学講座²)
- S1-2 (消). 術前化学療法として5-FU+シスプラチン療法を施行した進行食道癌の治療成績
 - ○村中 徹人¹², 小松 嘉人², 原田 一顕^{1,2}, 川本 泰之², 中積 宏之², 結城 敏志¹, 松田 可奈³, 安孫子怜史³, 津田 桃子³, 宮本 秀一³, 水島 健³, 山本 桂子³, 小野 尚子³, 清水 勇一³, 海老原裕磨⁴, 村上 壮一⁴, 倉島 庸⁴, 七戸 俊明⁴, 平野 聡⁴, 坂本 直哉¹ (北海道大学病院消化器内科¹, 北海道大学病院腫瘍センター², 北海道大学病院光学医療診療部³, 北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野Ⅱ⁴)
- S1-3 (消). 化学放射線療法後のサルベージ手術における鏡視下手術の意義
 - ○京極 典憲, 海老原裕磨, 斎藤 崇宏, 田中 公貴, 中西 喜嗣, 浅野 賢道, 野路 武寬, 倉島 庸, 村上 壮一, 中村 透, 土川 貴裕, 岡村 圭祐, 七戸 俊明, 平野 聡 (北海道大学大学院医学研究科消化器外科II)
- S1-4 (消). 切除不能進行胃癌に対するDCS療法によるconversion therapyの可能性
 - ○佐藤 康史¹, 大沼 啓之¹, 信岡 隆幸², 平川 昌宏¹, 菊池 尚平¹, 佐川 保³, 高橋 康雄³, 竹政伊知朗², 加藤 淳二¹ (札幌医科大学腫瘍内科¹, 札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科², 北海道がんセンター消化器内科³)

S1-5 (消). 胃癌Conversion Surgery症例における長期生存予測因子

○佐川 保, 櫻田 晃, 濱口 京子, 田村 文人, 林 毅, 藤川 幸司, 高橋 康雄 (国立病院機構北海道がんセンター消化器内科)

S1-6 (消). 切除不能転移性結腸直腸癌における原発巣切除の意義

〇市川 伸樹 1 , 本間 重紀 1 , 吉田 \mathfrak{R}^1 , 大野 陽 \mathfrak{R}^1 , 渋谷 一陽 1 , 川村 秀樹 1 , 川本 泰之 2 , 村中 徹人 2 , 原田 一顕 2 , 中積 宏之 2 , 結城 敏志 3 , 小松 嘉人 2 , 坂本 直哉 3 , 武冨 紹信 1 (北海道大学消化器外科 \mathbb{I}^1 , 北海道大学病院腫瘍センター 2 , 北海道大学病院消化器内科 3)

内視鏡研修医優秀演題選考(10:48~11:16)

座長 加藤 貴司(市立稚内病院内科)

- 1 (内). 内視鏡下での造影が診断に有用であった十二指腸真性憩室による慢性疼痛の1例
 - ○箕浦 愛, 北川 翔, 宮川 宏之, 長川 達哉, 平山 敦, 岡村 圭也, 奥 大樹 (札幌厚生病院第2消化器内科)
- 2(内). 嚥下障害をきたした頸椎骨病変症例の検討
 - 〇ム チル, 太田 智之, 高坂 琢磨, 坂本 淳, 佐藤 龍, 木村 圭介 (札幌東徳洲会 病院消化器センター)
- 3 (内). 食道平滑筋腫上に発生した早期食道癌の1例
 - 〇能登谷元聡 1 , 関 英幸 1 , 伊藤 聡司 1 , 平田 裕哉 1 , 松薗 絵美 1 , 大原 克仁 1 , 石橋 陽子 1 , 菅井 望 1 , 藤田 2 , 鈴木 潤一 1 , 岩崎 沙里 2 , 鈴木 昭 2 (KKR札幌医療センター消化 器内科 1 , KKR札幌医療センター病理科 2)
- 4 (内). 転移性胃腫瘍の内視鏡像についての検討
 - 〇久保 彰則 1 , 津田 桃子 2 , 小野 尚子 3 , 松田 可奈 2 , 宮本 秀 2 , 安孫子怜史 2 , 山下 允孝 3 , 水島 健 2 , 山本 桂子 2 , 工藤 俊彦 2 , 清水 勇 3 , 坂本 直哉 2 (北海道大学病院臨床研修センタ 1 , 北海道大学大学院医学研究科消化器内科学 2 , 北海道大学病院光学医療診療部 3)

内視鏡専修医優秀演題選考(11:19~11:47)

座長 久居 弘幸 (伊達赤十字病院消化器科)

- 5 (内). SMT様の外観を呈したInverted pyloric gland adenomaの1例
 - ①伊藤 聡司¹, 関 英幸¹, 平田 裕哉¹, 松薗 絵美¹, 石橋 陽子¹, 菅井 望¹, 藤田 淳¹, 鈴木 潤一¹, 岩崎 沙里², 鈴木 昭² (KKR札幌医療センター消化器内科¹, KKR札幌医療センター病理診断科²)
- 6 (内). 当院で経験した胃底腺型胃癌の1例
 - 〇畑山 加奈, 寺門 洋平, 伊藤 彰洋, 柳原志津妃, 賀集 剛賢, 道上 篤, 鈴木 肇, 乙黒 雄平, 渡邊 義行, 萩原 武, 小澤 広, 前田 聡 (札幌厚生病院第1消化器科)
- 7 (内). 通電ダイレーターによる内視鏡的拡張術が有用であった胆管空腸吻合部狭窄の1例
 - ○仙波 佳祐, 杉山 祥晃, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉, 鈴木 康秋 (名寄市立総合 病院消化器内科)
- 8 (内). 胆管金属ステント留置後に生じた遅発性胆管周囲膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージを施行した1例
 - ○更科耕一郎, 羽場 真, 小田 寿, 曽我部 進, 高橋 一宏, 小林 良充, 寺下 勝巳, 中野真太郎, 山村 貴洋, 松田宗一郎, 宮城島拓人 (釧路労災病院内科・消化器内科)

内視鏡プレナリー (11:50~12:11) 座長 桂田 武彦 (北海道大学病院光学医療診療部)

- 9 (内). 大腸腫瘍性病変に対するV型pit pattern亜分類の有用性
 - 〇原田 拓¹, 田沼 徳真¹, 濱本 英剛¹, 小林 陽介¹, 須藤 豪太¹, 宇都宮 蘭¹, 山本 恭史¹, 外園 正光¹, 鈴木雄一郎¹, 大森 優子², 野口 寛子², 篠原 敏也², 真口 宏介¹ (手稲渓仁会病院消化器病センター¹, 手稲渓仁会病院病理診断科²)

- 10 (内). ESDを行った声門上喉頭癌4症例の検討
 - 〇安孫子怜史¹,清水 勇一²,水島 健¹,松田 可奈¹,宮本 秀一¹,山下 允孝²,津田 桃子¹, 高橋 正和²,山本 桂子¹,森 康明²,中川 学²,小野 尚子²,中川 宗一²,工藤 俊彦¹, 坂本 直哉¹ (北海道大学病院消化器内科¹,北海道大学病院光学医療診療部²)
- 11 (内). 早期胆摘術困難な胆石胆嚢炎症例に対する経皮経肝的胆嚢ドレナージ後の胆嚢ステント留置術に関する検討
 - ○岸 宗佑, 丹野 誠志, 野村 友祐, 羽廣 敦也, 平田 翔, 山本 浩, 金野 陽高, 上野 敦盛, 平池 則雄, 葛西 和博(イムス札幌消化器中央総合病院)

特別講演1(13:30~14:30)

座長 勝木 伸一 (小樽掖済会病院消化器内科)

「小腸疾患に魅せられて」

○松井 敏幸 (福岡大学筑紫病院臨床医学研究センター)

シンポジウム2(14:30~16:00)

座長 辻 邦彦(手稲渓仁会病院消化器病センター)大原 正範(国立病院機構函館病院外科)

- S1-7 (消). 切除不能進行肝細胞癌の集学的治療における肝動注化学療法の位置付けと有用性
 - 〇荒川 智宏, 推井 大雄, 巽 亮二, 山口 将功, 木村 睦海, 中島 知明, 桑田 靖昭, 小関 至, 佐藤 隆啓, 大村 卓味, 髭 修平, 狩野 吉康, 豊田 成司 (札幌厚生病院 第3消化器内科)
- S1-8 (消). 当院における進行肝癌に対するSorafenibを中心とした集学的治療の現状
 - ○山本 義也, 鈴木茉理奈, 平田 甫, 鈴木 和治, 大野 正芳, 工藤 大樹, 畑中 一映, 成瀬 宏仁 (市立函館病院消化器病センター消化器内科)
- S1-9 (消). 肝動注化学療法を中心とした肝細胞癌に対する集学的治療
 - ○町田 卓郎, 小川 亮, 西原 功, 葛西 健二, 河上 純彦 (医療法人菊郷会札幌センチュリー病院消化器科)
- S1-10 (消). 当科における切除不能膵癌に対する非手術療法後のadjuvant surgeryの有用性
 - 〇田中 公貴, 浅野 賢道, 中村 透, 中西 喜嗣, 野路 武寬, 土川 貴裕, 岡村 圭祐, 七戸 俊明, 平野 聡 (北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野二)
- S1-11 (消). 化学放射線療法により病理学的CRが得られた局所進行膵癌の3切除例
 - 〇山口 洋志¹, 木村 康利¹, 今村 将史¹, 河野 剛¹, 林 毅^{2,4}, 田村 文人^{2,4}, 水口 徹¹, 坂田 耕一³, 加藤 淳二², 竹政伊知朗¹ (札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分 泌外科学講座¹, 札幌医科大学腫瘍内科学講座², 札幌医科大学放射線医学講座³, 北海道がんセンター 消化器内科⁴)

第2会場

〔9月3日(土)(第1日目)〕

食道(10:24~10:59)

座長 田沼 徳真(手稲渓仁会病院消化器病センター)

- 12 (内). SEMS-in-SEMS techniqueにより食道ステントを抜去し得たBoerhaave症候群の1例
 - 〇嘉成 悠介 1 , 久居 弘幸 1 , 櫻井 環 1 , 釋 亮也 1 , 小柴 裕 1 , 佐藤 正文 2 , 川崎 亮輔 2 , 行部 洋 2 , 武内 優太 2 , 宮崎 悦 3 , 山内 夏未 4 (伊達赤十字病院消化器科 1 , 伊達赤十字病院外科 2 , 伊達赤十字病院内科 3 , 札幌医科大学腫瘍・血液内科 4)

- 13 (内). 良悪性の鑑別が問題となりPPIで消失した食道胃接合部炎症性ポリープの1例
 - 〇山本 桂子¹,松田 可奈²,宮本 秀一¹,安孫子怜史²,津田 桃子²,水島 健²,小野 尚子¹,工藤 俊彦²,清水 勇一¹,坂本 直哉² (北海道大学病院光学医療診療部¹,北海道大学病院消化 器内科²)
- 14 (消). 当院で経験した急性食道粘膜病変 (AEML) の1例
 - ○大沼ゆりな, 重沢 拓, 松本 美櫻, 太宰 昌佳, 小野寺 学, 宮本 大輔, 横山 朗子, 吉井 新二 (NTT東日本札幌病院)
- 15 (内). 演題取下
- 16 (消). 食道悪性黒色腫に対してnivolumabを投与した1例
 - 〇松田宗一郎 1 , 高橋 -宏 1 , 更科耕一郎 1 , 山村 貴洋 1 , 中野真太郎 1 , 小林 良充 1 , 寺下 勝巳 1 , 羽場 ${\bf q}^1$, 曽我部 進 1 , 小田 ${\bf p}^1$, 宮城島拓人 1 , 小笠原和宏 2 , 高橋 達郎 3 (釧路ろうさい病院内科 1 , 釧路ろうさい病院内科 2 , 釧路ろうさい病院中央検査科 3)
- 17 (内). 食道原発MALTリンパ腫の2例
 - 〇小柴 裕 1 , 久居 弘幸 1 , 櫻井 環 1 , 釋 亮也 1 , 山内 夏未 1 , 宮崎 悦 2 , 嘉成 悠介 3 (伊達赤十字病院消化器科 1 , 伊達赤十字病院内科 2 , 札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座 3)

消化管・その他(11:02~11:23)

座長 小野 尚子(北海道大学病院光学医療診療部)

- 18 (内). 内視鏡画像の遡及的検討が可能であったInterval Gastric CancersにおけるMissed CancersとNew Cancersの比較
 - ○飯田 智哉, 山下健太郎, 三宅 高和, 小野寺 馨, 久保 俊之, 山本英一郎, 能正 勝彦, 仲瀬 裕志 (札幌医科大学消化器内科)
- 19 (消). 多発肝転移を有する上行結腸癌、胃癌に対し、集学的治療を行った1例
 - 〇木脇佐代子¹,岩永 一郎¹,得地 祐匡¹,小田切信介¹,佐藤 史幸¹,江平 宣起¹,上林 寒¹,松永 明宏²,山口 晃司²,新関 浩人²,池田 淳一² (北見赤十字病院消化器内科¹,北見赤十字病院外科²)
- 20 (消). 悪性消化管狭窄に対するステント留置術
 - 〇平山 敦, 宮川 宏之, 長川 達哉, 岡村 圭也, 北川 翔, 奥 大樹 (札幌厚生病院 第2消化器科)
- 肝炎1(11:26~11:54)

座長 森川 賢一(北海道大学病院消化器内科)

- 21 (消). 当院のHCV感染患者におけるソホスブビル併用経口2剤療法の使用経験
 - 〇小林 智絵, 斎藤 里佳, 中島 正人, 江藤 和範, 小西 康平, 山本 文泰 (苫小牧市立病 院消化器内科)
- 22 (消). 当院におけるSofosbuvir/Ledipasvirの治療成績
 - ○中島 知明, 推井 大雄, 巽 亮二, 山口 将功, 木村 睦海, 荒川 智宏, 桑田 靖昭, 小関 至, 佐藤 隆啓, 大村 卓味, 髭 修平, 狩野 吉康, 豊田 成司 (札幌厚生病院 第3消化器内科)
- 23 (消). 当院におけるGenotype1型C型肝炎に対するSofosbuvir/Ledipasvir併用療法の検討
 - ○山本 義也, 鈴木茉理奈, 平田 甫, 鈴木 和治, 大野 正芳, 工藤 大樹, 畑中 一映, 成瀬 宏仁(市立函館病院消化器病センター消化器内科)
- 24 (消). 当院におけるGT1のC型慢性肝炎に対するsofosbuvir (SOF) /ledipasvir (LDV) の治療効果
 - ○渡邊 晃一¹,伊藤 亮¹,佐賀 潤也¹,濱口 孝太¹,山田 尚太¹,奥田 敏徳¹,南 伸弥¹,小野 薫²,蟹沢 祐司²,柴田 敬典³,坂本 拡基⁴ (王子総合病院消化器内科¹,王子総合病院血液腫瘍内科²,製鉄記念室蘭病院消化器内科³,札幌医科大学腫瘍・血液内科⁴)

肝炎2(11:57~12:25)

座長 小関 至(札幌厚生病院第3消化器内科)

- 25 (消). 脳死肝移植を待機した急性肝不全、B型慢性肝炎急性増悪に対する橋梁的治療
 - 〇姜 貞憲 1 , 松居 剛志 1 , 田中 一成 1 , 辻 邦彦 1 , 吉野 裕紀 1 , 児玉 芳尚 1 , 桜井 康雄 1 , 真口 宏介 1 , 嶋村 剛 2 (手稲渓仁会病院・消化器病センター 1 , 北海道大学医学部第一外科 2)
- 26 (消). 後期高齢者におけるSOF/LDV治療の早期効果と安全性
 - 〇田辺 利男 1 , 山崎 雅勇 1 , 草間 敬司 2 , 鈴木 和仁 3 (道東勤医協釧路協立病院内科 1 , オホーツ ク勤医協北見病院 2 , 道北勤医協一条通り病院 3)
- 27 (消). 当院におけるGT1 C型慢性肝炎に対するDaclatasvir (DCV) /Asunaprevir (ASV) の治療効果
 - 〇佐賀 潤也¹,伊藤 亮¹,渡邊 晃一¹,濱口 孝太¹,山田 尚太¹,奥田 敏徳¹,南 伸弥¹,小野 薫²,蟹沢 祐司²,柴田 敬典³,坂本 拡基⁴ (王子総合病院消化器内科¹,王子総合病院血液腫瘍内科²,室蘭製鉄記念病院³,札幌医科大学腫瘍内科・血液内科⁴)
- 28 (消). 当院におけるGT2 C型慢性肝炎に対するSofosbuvir (SOF) / Ribavirin (RBV) の治療効果
 - 〇濱口 孝太¹, 與田 敏徳¹, 伊藤 亮¹, 渡邊 晃一¹, 佐賀 潤也¹, 山田 尚太¹, 南 伸弥¹, 小野 薫², 蟹澤 祐司², 柴田 敬典³, 坂本 拡基⁴(王子総合病院消化器内科¹, 王子総合病院 血液腫瘍内科², 製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科³, 札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学⁴)

肝炎3(14:16~14:44)

座長 松居 剛志 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

- 29 (消). Genotype 1型C型慢性肝疾患に対するLedipasvir / Sofosbuvir併用療法の治療成績-地方病院での 検討-
 - 〇久居 弘幸 1 ,櫻井 $環^1$,釋 亮也 1 ,小柴 裕 1 ,嘉成 悠介 1 ,宮崎 悦 2 ,山内 夏未 3 (伊達赤十字病院消化器科 1 ,伊達赤十字病院內科 2 ,札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座 3)
- 30 (消). PegIFNによるSequential therapyを行ったB型慢性肝炎症例の臨床経過
 - ○姜 貞憲, 松居 剛志, 田中 一成, 辻 邦彦, 吉野 裕紀, 児玉 芳尚, 桜井 康雄, 真口 宏介 (手稲渓仁会病院消化器病センター)
- 31 (消). エンテカビル投与中の肝炎急性増悪により遅発性肝不全に至った一剖検例
 - 〇鈴木 和治 1 , 鈴木茉理奈 1 , 平田 甫 1 , 大野 正芳 1 , 工藤 大樹 1 , 畑中 一映 1 , 山本 義也 1 , 成瀬 宏仁 1 , 下山 則彦 2 (市立函館病院消化器内科 1 , 市立函館病院病理診断科 2)
- 32 (消). HIV/HBV重複感染症例に対するTDF/FTCの治療効果
 - 〇小川 浩司¹,川岸 直樹¹,大原 正嗣¹,出水 孝章¹,梅村真知子¹,伊藤 淳¹,中井 正人¹, 莊 拓也¹,須田 剛生¹,森川 賢一¹,遠藤 知之²,坂本 直哉¹(北海道大学消化器内科¹,北海道大学血液内科²)

肝炎4(14:47~15:22)

座長 鈴木 康秋 (名寄市立総合病院消化器内科)

- 33 (消). PEG-IFN/RBV/SMV三剤併用療法施行後1年3か月後に再燃を認めたC型代償性肝硬変の一症例
 - ○斎藤 里佳, 小林 智絵, 中島 正人, 江藤 和範, 小西 康平, 山本 文泰 (苫小牧市立病 院消化器内科)
- 34 (消). ソホスブビル/リバビリン併用療法中に潰瘍性大腸炎を発症したC型慢性肝炎の1例
 - 〇太田 雄, 鈴木 裕子, 岩本 英孝, 高橋 賢治, 山北 圭介, 玉木 陽穂, 北野 陽平, 岡田 充巧, 麻生 和信 (旭川医科大学内科学講座病態代謝内科学分野)
- 35 (消). 高齢者に発症した急性発症自己免疫性肝炎の1例
 - ○熊倉 隼, 鈴木 康秋, 仙波 佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉, 杉山 祥晃 (名寄市立総合病院消化器内科)
- 36 (消). HBs抗原陰性化したB型慢性肝炎既往の患者に発症したE型劇症肝炎の1例
 - ○林 秀美, 阿部 真美, 細木 弥生, 長谷部千登美, 藤井 常志 (旭川赤十字病院消化器内科)

37 (消). 腎障害を伴ったE型急性肝不全の1例

〇萬 春花 1 ,松居 剛志 1 ,姜 貞憲 1 ,田中 一成 1 ,辻 邦彦 1 ,吉野 裕紀 1 ,児玉 芳尚 1 ,桜井 康雄 1 ,真口 宏介 1 ,高橋 和明 2 ,新井 雅裕 2 ,三代 俊治 2 (手稲渓仁会病院消化器病センター 1 、東芝病院研究部 2)

肝5 (15:25~16:00)

座長 髙梨 訓博(小樽掖済会病院消化器内科)

- 38 (消). 当院で肝動注化学療法を施行した初発stageIVb肝細胞癌の検討
 - 〇巽 亮二, 荒川 智宏, 推井 大雄, 山口 将功, 木村 睦海, 中島 知明, 桑田 靖昭, 小関 至, 佐藤 隆啓, 大村 卓味, 髭 修平, 狩野 吉康, 豊田 成司 (札幌厚生病院 第3消化器内科)
- 39 (消). 肝細胞癌治療後のHCV-SVR症例の検討~IFN based therapyとDAAを比較して~
 - 〇中井 正人, 川岸 直樹, 大原 正嗣, 梅村真知子, 出水 孝章, 伊藤 淳, 莊 拓也, 須田 剛生, 森川 賢一, 小川 浩司, 坂本 直哉 (北海道大学大学院医学研究科消化器内科)
- 40 (消). 肝細胞癌切除後再発におけるソラフェニブ治療の有効性
 - ○横尾 英樹, 神山 俊哉, 折茂 達也, 若山 顕治, 島田 慎吾, 脇坂 和貴, 田中 友香, 永生 高広, 蒲池 浩文, 武冨 紹信(北海道大学大学院消化器外科学I)
- 41 (消). 肝硬変における体液貯留に対するトルバプタンの効果
 - 〇木村 睦海, 佐藤 隆啓, 巽 亮二, 山口 将功, 荒川 智宏, 中島 知明, 桑田 靖昭, 小関 至, 大村 卓味, 髭 修平, 狩野 吉康, 豊田 成司 (札幌厚生病院第3消化器内科)
- 42 (消). 当院において化膿性肝膿瘍患者の検討
 - 〇曽根 孝之, 小野 雄司, 村井 太一, 松田 千佳, 板谷 一史, 八木澤允貴, 小池 祐太, 遠藤 文菜, 佃 曜子, 中村 路夫, 西川 秀司, 永坂 敦 (市立札幌病院消化器内科)

第3会場

[9月3日(土)(第1日目)]

大腸1 (9:29~9:57)

座長 加藤健太郎 (恵佑会札幌病院外科)

- 43 (消). KRAS Exon2野生型の切除不能大腸癌に対する二次治療としてのIRIS/Cet第II相試験[HGCSG0902]: Cetuximab (Cmab) 投与法の比較
 - ○岩永 一郎¹, 小松 嘉人², 結城 敏志³, 中積 宏之²³, 川本 泰之²³, 原田 一顕²³, 村中 徹人²³, 辻 靖⁴, 細川 歩⁵, 中村 路夫⁶, 武藤 理², 佐々木尚英⁶, 畑中 一映ց, 佐藤 温¹⁰, 江藤 和範¹¹, 舘山 美樹¹², 高橋 康雄¹³, 曽我部 進¹⁴, 坂本 直哉³, 坂田 優¹⁵ (北見赤十字病院腫瘍内科¹, 北海道大学病院腫瘍センター², 北海道大学病院消化器内科³, 斗南病院腫瘍内科⁴, 富山大学医学部附属病院第三内科⁵, 市立札幌病院消化器内科⁶, 秋田赤十字病院腫瘍内科², 北海道消化器科病院内科³, 市立函館病院消化器内科ց, 弘前大学医学部附属病院腫瘍内科¹⁰, 苫小牧市立病院消化器内科¹¹, 苫小牧日翔病院内科¹², 北海道がんセンター消化器内科¹³, 釧路労災病院腫瘍内科¹⁴, 三沢市立三沢病院CEO¹⁵)
- 44 (消). 腹腔鏡下結腸切除術症例の治療成績の検討
 - ○國本 尚彦, 沖田 憲司, 古畑 智久, 西舘 敏彦, 植木 知身, 秋月 恵美, 石井 雅之, 信岡 隆幸, 木村 康利, 水口 徹, 竹政伊知朗 (札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌 外科)
- 45 (消). 大腸癌原発巣切除後血清総蛋白および血色素値回復に対する阻害要因の検討
 - ○松井 あや, 野村 俊介, 真木 健裕, 鯉沼 潤吉, 狭間 一明, 渡邉 幹夫, 岩井 和浩 (王子総合病院外科)

46 (消). T1 (SM) 癌への摘除生検としてのESDの導入の検証

○松本 美桜, 吉井 新二, 宮本 大輔, 重沢 拓, 横山 朗子, 太宰 昌佳, 小野寺 学 (NTT東日本札幌病院)

大腸2(10:00~10:21) 座長 吉井 新二(NTT東日本札幌病院消化器内科)

- 47 (内). 当院で経験したCytomegalovirus胃腸炎59例の検討
 - 〇松田 可 \hat{S}^1 ,宫本 秀 \hat{S}^2 ,津田 桃 \hat{S}^1 ,安孫子怜史 1 ,水島 健 2 ,山本 桂 \hat{S}^2 ,小野 尚 \hat{S}^2 , 江藤 俊 \hat{S}^2 ,清水 勇 \hat{S}^1 , 坂本 直 \hat{S}^1 (北海道大学消化器内科 1 ,北海道大学病院光学医療診療 \hat{S}^2)
- 48 (内). 網走厚生病院における大腸ESDの現況
 - ○阿部 暢彦, 内田多久實, 細田 峻一, 伊藤 憲, 田中 一光, 山田 錬(網走厚生病院)
- 49 (内). 大腸カプセル内視鏡検査の忍容性と安全性
 - ○伊藤 貴博, 内海 辰哉, 河本 徹, 藤永 明裕, 佐藤 智信, 後藤 充, 柳川 伸幸, 斎藤 義徳, 折居 裕 (旭川厚生病院消化器科)

大腸3(10:24~10:52) 座長 本間 重紀(北海道大学病院消化器外科 I)

- 50 (内). 内視鏡にて穿孔部位を特定できた魚骨による上行結腸穿孔の1例
 - 〇榮浪 洋介¹,我妻 康平¹,一色 裕之¹,伊早坂 舞¹,佐藤 修司¹,清水 晴夫¹,金戸 宏行¹,中野正一郎²,佐々木賢一²,今 信一郎³ (室蘭市立病院消化器内科¹,室蘭市立病院外科²,室蘭市立病院臨床検査科³)
- 51 (消). 大腸ステント留置後に穿孔をきたした2例
 - ○北潟谷 隆, 佐々木 塁, 二瓶 壮史, 常松 聖司, 多谷 容子, 馬場 麗, 塚本 祐己, 武藤 修一, 木村 宗士, 大原 行雄 (国立病院機構北海道医療センター消化器内科)
- 52 (消). 新規経口抗凝固薬 (NOAC: novel oral anticoagulant) 内服中に発症した非外傷性横行結腸間膜血腫の1例
 - 〇千田 圭悟 1 ,江本 [1],小林 清二 1 ,河合 朋昭 1 ,谷 道夫 1 ,小笠原和宏 1 ,羽田 光輝 2 ,宫城島拓人 2 (釧路労災病院外科 1 ,釧路労災病院內科 2)
- 53 (消). ストマ静脈瘤破裂に対し静脈瘤硬化療法によって止血が得られた1例
 - 〇山口 将功, 佐藤 隆啓, 巽 亮二, 木村 睦海, 荒川 智宏, 中島 知明, 桑田 靖昭, 小関 至, 大村 卓味, 髭 修平, 狩野 吉康, 豊田 成司 (札幌厚生病院消化器内科)
- その他(10:55~11:30) 座長 佐藤 暢人(市立釧路総合病院外科(消化器外科・呼吸器外科・乳腺外科))
 - 54 (消). 長期入院中に発症したリフィーディング症候群の1例
 - ○二瓶 壮史, 常松 聖司, 北潟谷 隆, 佐々木 塁, 馬場 麗, 塚本 祐己, 木村 宗士, 大原 行雄, 武藤 修一 (北海道医療センター消化器内科)
 - 55 (消). Segmental arterial mediolysis (SAM) の1例
 - ○横山 崇, 渡邉 義行, 柳原志津妃, 萩原 武, 小澤 広, 前田 聡(JA北海道厚生 連札幌厚生病院第1消化器内科)
 - 56 (消). 悪性腹膜中皮腫の1例
 - ○小野山直輝, 小野寺 馨, 山下健太郎, 大和田紗恵, 大久保陽介, 平野 雄大, 三宅 高和, 飯田 智哉, 久保 俊之, 山本英一郎, 能正 勝彦, 仲瀬 裕志 (札幌医科大学医学部消化器 内科学講座)
 - 57 (消). 後腹膜原発神経鞘腫に対する腹腔鏡下切除の2例
 - 〇石井 雅之, 信岡 隆幸, 沖田 憲司, 西舘 敏彦, 伊東 竜哉, 植木 知身, 秋月 恵美, 古畑 智久, 竹政伊知朗(札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科)

58 (消). 腹痛を主訴とした視神経脊髄炎関連疾患の1例

〇村井 太一, 小野 雄司, 松田 千佳, 板谷 一史, 曽根 孝之, 八木澤允貴, 小池 祐太, 遠藤 文菜, 佃 曜子, 中村 路夫, 永坂 敦, 西川 秀司(市立札幌病院消化器内科)

膵1(11:33~12:01)

座長 本谷 雅代 (札幌医科大学消化器内科)

- 59 (消). 局所進行切除不能膵癌に対するS-1併用放射線療法の治療成績
 - ○小松 直広, 矢根 圭, 真口 宏介, 高橋 邦幸, 潟沼 朗生, 金 俊文, 北川 洸, 古賀 英彬, 永井 一正, 遠藤 壮登, 古賀 毅彦 (手稲渓仁会病院消化器病センター)
- 60 (消). 切除不能局所進行膵癌に対する集学的治療戦略を考える
 - 〇川本 泰之 12 , 小松 嘉人 1 , 村中 徹人 12 , 原田 一顕 12 , 中積 宏之 12 , 結城 敏志 2 , 杉浦 真 2 , 加藤 新 2 , 佐野 逸紀 2 , 川久保和道 2 , 桑谷 将城 2 , 原田 慶 3 , 井上 哲也 3 , 加藤 徳雄 3 , 中村 透 4 , 浅野 賢道 4 , 平野 聡 4 , 坂本 直哉 2 (北海道大学病院腫瘍センタ $^{-1}$, 北海道大学大学院医学研究科消化器内科学分野 2 , 北海道大学大学院医学研究科放射線医学分野 3 , 北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野 11
- 61 (消). 当科におけるFOLFIRINOX療法不応後の切除不能膵癌に対する nab-PTX+GEM療法の成績
 - ○成瀬 宏仁, 鈴木茉理奈, 平田 甫, 鈴木 和治, 大野 正芳, 工藤 大樹, 畑中 一映, 山本 義也 (市立函館病院消化器病センター消化器内科)
- 62 (消). 肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍 (PNET) に対する治療成績
 - ○北川 洸, 矢根 圭, 高橋 邦幸, 潟沼 朗生, 金 俊文, 古賀 英彬, 永井 一正, 遠藤 壮登, 小松 直広, 古賀 毅彦, 真口 宏介 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

膵2(12:04~12:25)

座長 安達 雄哉 (小樽市立病院消化器内科)

- 63 (消). 10mm未満の膵嚢胞性病変の経過観察例の検討
 - 〇久居 弘幸¹,櫻井 環¹,釋 亮也¹,小柴 裕¹,嘉成 悠介¹,佐藤 正文²,川埼 亮輔²,行部 洋²,武內 優太²,宮崎 悦³,山內 夏未⁴ (伊達赤十字病院消化器科¹,伊達赤十字病院外科²,伊達赤十字病院內科³,札幌医科大学腫瘍・血液內科学講座⁴)
- 64 (消). 分枝型IPMN悪性例の病理と画像所見
 - 〇遠藤 壮登, 金 俊文, 真口 宏介, 高橋 邦幸, 潟沼 朗生, 矢根 圭, 北川 洸, 古賀 英彬, 永井 一正, 小松 直広, 古賀 毅彦(手稲渓仁会病院消化器内科)
- 65 (消). 膵神経内分泌腫瘍に対し補助化学療法後を行った1例
 - 〇石井 貴大, 齋藤 敦, 小沼 新, 林 秀美, 河端 秀賢, 阿部 真実, 藤井 常志, 長谷部千登美 (旭川赤十字病院消化器内科)
- 小腸1 (14:30~14:58)

座長 古川 滋(札幌東徳洲会病院IBDセンター)

- 66 (内). 回腸横行結腸吻合術後に発生し、内視鏡にてその成長を観察した多発炎症性ポリープの1例
 - 〇小松 悠弥 1 , 勝木 伸 $-^1$, 北岡 慶 Ω^1 , 安保 文恵 1 , 和賀永里 Ω^1 , 高梨 訓博 1 , 安保 智典 1 , 藤田 朋 Ω^1 , 今川 貴 Ω^2 , 市原 真 3 (小樽掖済会病院消化器病センタ $-^1$, 札幌医科大学腫瘍 内科学講座 2 , 札幌厚生病院臨床病理科 3)
- 67 (消). 腸重積と腹痛で発症した小腸muco-submucosal elongated polyp (MSEP) の2例
 - 〇安保 文恵 1 , 藤田 朋紀 1 , 小松 悠弥 1 , 北岡 慶介 1 , 高梨 訓博 1 , 和賀永里子 1 , 安保 智典 1 , 勝木 伸 $-^1$, 藤田 昌宏 2 (小樽掖済会病院消化器科 1 , PCL札幌病理・細胞診センタ $-^2$)
- 68 (内). ダブルバルーン内視鏡下にAPC止血術を施行することで、待機的な外科切除術に至った出血性小腸 GISTの1例
 - ○林 優希, 鈴木 一也, 赤保内正和, 福田昂一郎, 川上裕次郎, 谷津 高文, 米澤 和彦, 阿部 敬 (市立釧路総合病院消化器内科)

69 (消). 閉鎖孔ヘルニア嵌頓に対する用手大腿部圧迫法による整復の経験

○三浦 亮, 大野 敬祐, 今野 愛, 及能 拓朗, 佐々木一晃 (小樽掖済会病院外科)

小腸2(15:01~15:36)

座長 田中 浩紀(札幌厚生病院IBDセンター)

- 70 (消). 経カテーテル動脈塞栓術 (TAE) にて止血しえた小腸多発血管腫の1例
 - ○栗山 知穂, 杉山 隆治, 佐々木貴弘, 助川 隆士, 富永 素矢, 稲場 勇平, 小澤健一郎, 垂石 正樹, 斉藤 裕輔 (市立旭川病院消化器病センター)
- 71 (内). 空腸動静脈奇形の1例
 - 〇岩本 英孝¹, 北野 陽平¹, 鈴木 裕子¹, 山北 圭介¹, 高橋 賢治¹, 和田佳緒利¹, 太田 雄¹, 玉木 陽穂¹, 岡田 充巧¹, 麻生 和信¹, 西越 宗博², 庄中 達也², 長谷川公治², 古川 博之², 三代川斉之³ (旭川医科大学病態代謝内科学講座¹, 旭川医科大学消化器病態外科学講座², 旭川医科大学附属病院病理部³)
- 72 (内). 貧血を主訴に診断となった小腸Capillary hemangiomaの1例
 - ○平田 裕哉¹, 関 英幸¹, 須藤 大智¹, 千秋 貴昭¹, 伊藤 聡¹, 松園 絵美¹, 横山 文明¹, 大原 克仁¹, 石橋 陽子¹, 菅井 望¹, 藤田 淳¹, 鈴木 潤一¹, 岩崎 沙理², 鈴木 昭² (KKR札幌医療センター消化器内科¹, KKR札幌医療センター病理科²)
- 73 (消). 胃石イレウスに対して腹腔鏡補助下胃石摘出術を施行した1例
 - ○加藤 紘一, 長瀬 勇人, 植木 伸也, 佐藤 利行, 笠島 浩行, 砂原 正男, 久留島徹大, 中西 一彰, 木村 純(市立函館病院消化器外科)
- 74 (消). 腸石イレウスにより手術を要した1例
 - 〇櫻井 環 1 , 久居 弘幸 1 , 釋 亮也 1 , 嘉成 悠介 1 , 山内 夏未 4 , 小柴 裕 1 , 宮崎 悦 2 , 佐藤 正文 3 , 川崎 亮輔 3 , 行部 洋 3 , 武内 優太 3 (伊達赤十字病院消化器科 1 , 伊達赤十字病院內科 2 , 伊達赤十字病院外科 3 , 札幌医科大学腫瘍・血液內科学講座 4)
- 小腸3(15:39~16:00)

座長 佐々木清貴(北海道消化器科病院内科)

- 75 (消). インフリキシマブが原因と示唆されるGemella属による敗血症を呈したクローン病の1例
 - 〇山梨 香菜, 長島 一哲, 木下 賢治, 大西 礼造, 桂田 武彦, 坂本 直哉 (北海道大学病 院消化器内科)
- 76 (消). Collagenous gastroenteritisと水疱性類天疱瘡
 - 〇小池 祐太, 西川 秀司, 松田 千佳, 村井 太一, 板谷 一史, 八木澤允貴, 曽根 孝之, 佃 曜子, 遠藤 文菜, 小野 雄司, 中村 路夫, 工藤 俊彦, 永坂 敦 (市立札幌病院消化器内科)
- 77 (消). 胃潰瘍・回盲部潰瘍と可溶性IL-2レセプター高値を示し消化管悪性リンパ腫が疑われた胃結核・腸 結核の1例
 - ○佐々木 塁, 北潟谷 隆, 二瓶 壮史, 常松 聖司, 多谷 容子, 馬場 麗, 塚本 祐己, 武藤 修一, 木村 宗士, 大原 行雄(独立行政法人国立病院機構北海道医療センター消化器内科)

第4会場

〔9月3日(土) (第1日目)〕

- 胃・十二指腸1(10:07~10:35) 座長 住吉 徹哉(斗南病院消化器内科)
 - 78 (内). ESD用高周波ナイフ Splash M-Knife導入後の治療成績
 - ○重沢 拓,松本 美櫻, 太宰 昌佳, 小野寺 学, 宮本 大輔, 横山 朗子, 吉井 新二 (NTT東日本札幌病院)

- 79 (消). 内視鏡的止血術を施行された出血性消化性潰瘍に対する抗血小板剤・抗凝固剤の与える影響の検討
 - 〇一色 裕之, 清水 晴夫, 榮浪 洋介, 我妻 康平, 伊早坂 舞, 佐藤 修司, 金戸 宏行 (市立室蘭総合病院消化器内科)
- 80 (内). 当科における上部消化管ESD時のデクスメデトミジン塩酸塩を用いた鎮静の検討
 - ○宮本 大輔, 重沢 択, 松本 美櫻, 太宰 昌佳, 小野寺 学, 吉井 新二 (NTT東日本札 幌病院消化器内科)
- 81 (内). 胃ESD周術期におけるP-CAB投与の有用性について
 - ○藤井 亮爾, 住吉 徹哉, 坂田 果穂, 吉田 将大, 木村 朋広, 庵原 秀之, 由崎 直人, 平山 真章, 近藤 仁 (斗南病院消化器内科)

胃・十二指腸2(10:38~11:06) 座長 小野 雄司(市立札幌病院消化器内科)

- 82 (消). 当院における胃癌ESD非治癒切除症例の検討
 - 〇伊藤 亮¹,南 伸弥¹,佐賀 潤也¹,渡邊 晃一¹,濱口 孝太¹,山田 尚太¹,奥田 敏徳¹, 高橋 祥¹,小野 薫^{2,3},蟹沢 祐司²(王子総合病院消化器内科¹,王子総合病院血液腫瘍内 科²,札幌医科大学腫瘍・血液内科³)
- 83 (内). 初学者による胃ESDラーニングカーブの検討-20例で基本的なESDを習得するための北海道大学病院と関連病院における取り組み-
 - ○小野 尚子¹, 松田 可奈², 安孫子怜史², 津田 桃子², 水島 健², 山本 桂子², 坂本 直哉², 大森 沙織³, 江平 宣起⁴, 高橋 一宏⁵, 鈴木 美櫻⁶, 吉井 新二⁶, 加藤 元嗣² (北海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学消化器内科², 岩見沢市立総合病院消化器内科³, 北見赤十字病院消化器内科⁴, 釧路ろうさい病院消化器内科⁵, NTT東日本札幌病院消化器内科⁶, 独立行政法人国立病院機構函館病院消化器内科²)
- 84 (消). 当科における腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術 (LECS) の工夫
 - 〇山本 和幸¹, 北城 秀司¹, 住吉 徹哉², 河合 典子¹, 森 大樹¹, 花城 清俊¹, 佐藤 大介¹, 才川 大介¹, 鈴木 善法¹, 川原田 陽¹, 奥芝 俊一¹, 藤井 亮爾², 近藤 仁² (斗南病院外科¹, 斗南病院消化器内科²)
- 85 (消). 非乳頭部十二指腸腫瘍に対する内視鏡治療
 - 〇小林 陽介 1 , 濱本 英剛 1 , 田沼 徳真 1 , 鈴木雄一郎 1 , 山本 恭史 1 , 外園 正光 1 , 宇都宮 蘭 1 , 須藤 豪太 1 , 原田 拓 1 , 真口 宏介 1 , 大森 優子 2 , 篠原 敏也 2 (手稲渓仁会病院消化器病センター 1 , 手稲渓仁会病院病理診断科 2)
- 胃・十二指腸3 (11:09~11:30) 座長 川上賢太郎 (札幌しらかば台篠路病院)
 - 86 (消). 当院における Paclitaxel+ Ramucirumab併用療法の治療成績
 - 〇櫻田 晃 1 , 佐川 保 1 , 岡川 泰 2 , 濱口 京子 1 , 田村 文人 1 , 林 毅 1 , 藤川 幸司 1 , 高橋 康雄 1 (独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター消化器内科 1 , 札幌医科大学医学部腫 瘍内科学講座 2)
 - 87 (消). 演題取下
 - 88 (消). 播種性血管内凝固を併発するも, 集学的治療により30ヶ月の生存が得られた胃原発神経内分泌細胞 癌の1例
 - ○大和田紗恵¹, 小野寺 馨¹, 畠山 巧生², 大久保陽介¹, 平野 雄大¹, 三宅 高和¹, 飯田 智哉¹, 久保 俊之¹, 山本英一郎¹, 能正 勝彦¹, 山下健太郎¹, 仲瀬 裕志¹ (札幌医科大学医学部消化器 内科学講座¹, 広域紋別病院消化器内科²)
 - 89 (内). 末梢性T細胞リンパ腫と胃癌の併存を認めた1例
 - 〇安部 智之¹, 藤井 重之¹, 坂野 浩也¹, 佐藤 健¹, 柴田 敬典¹, 三浦 翔吾¹, 山田 充子¹, 黒田 裕行¹, 前田 征洋¹, 仙丸 直人², 藤田 美悧³, 植村 尚貴⁴, 堀口 拓人⁴ (製鉄記念室 蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科¹, 製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科², 製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室³, 札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科⁴)

胃・十二指腸4(11:33~11:54)

座長 信岡 隆幸(札幌医科大学附属病院消化器・総合、乳腺・内分泌外科)

- 90 (内). PEG造設が、胃軸捻転の予防に有効であったと考えられた1症例
 - ○京納 正法, 武藤 修一, 伊藤 智樹, 北潟谷 隆, 二瓶 壮史, 佐々木 塁, 常松 聖司, 多谷 容子, 馬場 麗, 塚本 祐己, 木村 宗士, 大原 行雄 (北海道医療センター消化器 内科)
- 91 (消). プロトンポンプ阻害剤の長期投与を中止した後に多発胃底腺ポリープが消退した1例
 - ○見田 裕章¹, 遠藤 高夫¹, 檜森 亮吾¹, 青木 敬則¹, 菊地 剛史¹, 秋野 公臣¹, 岩田 徳和¹, 中村 正弘¹, 安達 靖代¹, 吉田 幸成¹, 足立 靖¹, 石井 良文², 加藤 康夫¹ (札幌しらかば台病院消化器科¹, 札幌しらかば台病院病理²)
- 92 (消). ボノプラザンによるH.pylori除菌療法の検証 一従来のPPI除菌との比較一
 - 〇岡本 哲郎 1 , 宮島 治也 1 , 猪股 英俊 1 , 長町 康弘 2 , 藤見 章仁 2 , 山内 尚文 2 , 小池 和彦 2 , 後藤 義朗 2 , 井原 康二 2 , 西里 卓次 2 (社会医療法人札幌清田病院消化器内科 1 , 社会医療法人札幌清田病院内科 2)

胃・十二指腸5(11:57~12:25) 座長 間部 克裕(国立病院機構函館病院消化器科)

- 93 (消). 自己記入問診票からみた H. pylori関連ディスペプシアの特徴
 - ○津田 桃子¹, 加藤 元嗣², 松田 可奈¹, 宮本 秀一¹, 安孫子怜史¹, 水島 健¹, 山本 桂子¹, 中川 学⁴, 小野 尚子³, 工藤 俊彦¹, 中川 宗一⁴, 西川 恵子⁵, 間部 克裕², 浅香 正博⁶, 清水 勇一³, 坂本 直哉¹ (北海道大学大学院医学研究科消化器内科学講座¹, 国立病院機構函館病院消化器科², 北海道大学病院光学医療診療部³, 中川胃腸科クリニック⁴, 今井内科小児科医院⁵, 北海道医療大学学長⁶)
- 94 (消). P-CABによるHelicobacter pylori除菌とGERD治療成績の検討
 - ○久野木健仁, 仙波 佳祐, 小林 裕, 芹川 真哉, 杉山 祥晃, 鈴木 康秋 (名寄市立総合病院消化器内科)
- 95 (消). 当院での Helicobacter pylori 除菌における薬剤感受性結果と一次除菌成績
 - ○小泉 忠史, 青山 慶哉, 馬場 英, 定岡 邦昌, 古家 乾(JCHO北海道病院消化器内科)
- 96 (内). Helicobacter pylori未感染胃に発生した早期胃癌の1例
 - 〇山内 夏未 1 ,久居 弘幸 1 ,櫻井 環 1 ,釋 亮也 1 ,小柴 裕 1 ,佐藤 正文 2 ,川崎 亮輔 2 ,行部 $\overset{?}{\sharp}$,武内 優太 2 ,宮崎 悦 3 ,嘉成 悠介 4 (伊達赤十字病院消化器内科 1 ,伊達赤十字病院外科 2 ,伊達赤十字病院内科 3 ,札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座 4)

胆1 (14:37~15:05) 座長 小野 道洋 (札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座)

- 97 (消). 黄色肉下種性胆嚢炎と進行胆嚢癌のCT所見による鑑別の知見
 - 〇中村 英明 1 ,高橋 利幸 2 ,目黒 高志 1 ,山田 裕人 1 ,藤澤 良樹 1 ,佐々木尚英 1 ,佐々木清隆 1 ,加賀谷俊英 1 ,堀田 彰 $^{-1}$ (北海道消化器科病院內科 1 ,北海道消化器科病院病理部 2)
- 98 (消). EBS後にEffusion lymphomaの急性発症をきたした胆管炎の1例
 - ○鈴木 康秋, 仙波 佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉, 杉山 祥晃 (名寄市立総合病院消化器内科)
- 99 (内). 胆管プラスチックステントが逸脱後に十二指腸乳頭部口側隆起を貫通した十二指腸乳頭部癌の1例
 - ○杉浦 諒, 佐野 逸紀, 加藤 新, 川久保和道, 桑谷 将城, 坂本 直哉 (北海道大学病 院消化器内科)
- 100 (内). 胆嚢管adenomyomatosisの1切除例
 - 〇嘉成 悠介 1 , 久居 弘幸 1 , 櫻井 環 1 , 釋 亮也 1 , 小柴 裕 1 , 佐藤 正文 2 , 川崎 亮輔 2 , 行部 $\overset{.}{\cancel{+}}$ 2, 武内 優太 2 , 宮崎 悦 3 , 山内 夏未 4 (伊達赤十字病院消化器科 1 , 伊達赤十字病院外科 2 , 伊達赤十字病院内科 3 , 札幌医科大学腫瘍・血液内科 4)

胆2(15:08~15:36) 座長 桑谷 将城(北海道大学病院光学医療診療部/消化器内科)

- 101 (消). 単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術安全性に関する検討
 - ○佐藤 大介, 北城 秀司, 川原田 陽, 鈴木 善法, 才川 大介, 山本 和幸, 河合 典子, 森 大樹, 花城 清俊, 川田 将也, 大久保哲之, 奥芝 俊一 (国家公務員共済組合連合会 斗南病院外科)
- 102 (消). 化学療法を施行している胆嚢原発と考えられる神経内分泌細胞がんの1例
 - 〇小沼 新¹,斉藤 敦¹,石井 貴大¹,林 秀美¹,河端 秀賢¹,細木 弥生¹,阿部 真美¹,藤井 常志¹,長谷部千登美¹,菊池 智樹²,小幡 雅彦² (旭川赤十字病院消化器科¹,旭川赤十字病院病理診断科²)
- 103 (消). 奇異な経過を辿った胆管原発神経内分泌腫瘍の1例
 - 〇佐野 逸紀¹, 桑谷 将城¹, 杉浦 諒¹, 加藤 新¹, 川久保和道¹, 坂本 直哉¹, 上野 峰², 中西 喜嗣², 平野 聡², 岡田 宏美³, 三橋 智子³, 平田 甫⁴, 羽場 真⁴ (北海道大学病院消化器内科¹, 北海道大学病院消化器外科II², 北海道大学病院病理診断科³, 釧路労災病院内科⁴)
- 104 (消). 当院で経験した肝外胆管原発、いわゆる癌肉腫の1例
 - 〇平田 甫, 工藤 大樹, 鈴木茉理奈, 鈴木 和治, 大野 正芳, 畑中 一映, 山本 義也, 成瀬 宏仁 (市立函館病院消化器内科)
- 胆3(15:39~16:00) 座長 野路 武寛(北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野Ⅱ)
 - 105 (内). 当院における術後再建腸管例に対するダブルバルーン内視鏡下ERCPの現況
 - 〇木村 朋広¹, 坂田 果穂¹, 吉田 将大¹, 藤井 亮爾¹, 皆川 武慶¹, 庵原 秀之¹, 住吉 徹哉¹, 由崎 直人¹, 平山 眞章¹, 近藤 仁¹, 辻 靖², 奥芝 俊一³ (斗南病院消化器内科¹, 斗南病院腫瘍内科², 斗南病院外科³)
 - 106 (内). ショートシングルバルーン内視鏡を用いたEPLBDの有用性と安全性
 - ○韓 蔚, 矢根 圭, 真口 宏介, 高橋 邦幸, 潟沼 朗生, 金 俊文, 北川 洸, 古賀 英彬, 永井 一正, 小松 直広, 遠藤 壮登, 古賀 毅彦 (手稲渓仁会病院消化器病センター)
 - 107 (内). スパイグラスデジタル胆管・膵管鏡システムとEHLオートリスを用いた内視鏡的総胆管結石砕石術 の経験
 - 〇大和 弘明 1 , 高橋 徽 1 , 大場 彩音 1 , 大森 沙織 1 , 大平 浩司 1 , 加藤 寛士 1 , 林 健児 2 (岩見沢市立総合病院消化器内科 1 , 札幌北辰病院 2)

第1会場

〔9月4日(日) (第2日目)〕

消化器病研修医優秀演題選考 (9:07~9:28)

座長 土川 貴裕(北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野 Ⅱ)

- 108 (消). インフリキシマブにより維持治療されたクローン病における長期手術率に関する検討
 - ○金野 匠、宮川 麻希、那須野正尚、田中 浩紀、本谷 聡(札幌厚生病院IBDセンター)
- 109 (消). 炭酸ランタン内服患者の胃粘膜生検でsignet ring cell carcinomaとの鑑別を要した2例
 - ○片山 博康¹, 坂本 淳¹, 高坂 琢磨¹, 佐藤 龍¹, 木村 圭介¹, 太田 智之¹, 長嶋 和郎² (医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院消化器センター¹, 医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院病理診断科²)
- 110 (消). StageIVb膵癌術後, 卵巣転移, 腹膜播種再発に対して腹腔内パクリタキセル併用ゲムシタビン療 法が奏効し, 無病生存を継続している1例
 - 〇水上 卓哉¹, 吉田 将大¹, 近藤 知大¹, 田中丸真希¹, 杉山 絢子¹, 平山 眞章¹, 川原田 陽², 平野 聡³, 辻 靖¹ (斗南病院腫瘍内科¹, 斗南病院外科², 北海道大学医学研究科消化器外科学分野 Π ³)

消化器病専修医優秀演題選考 (9:31~9:59)

座長 阿久津典之 (札幌医科大学医学部消化器内科学講座)

- 111 (消). MSIを用いたuniversal screeningによるLynch症候群の拾い上げ
 - 〇三宅 高和, 飯田 智哉, 山下健太郎, 大和田紗恵, 大久保陽介, 平野 雄大, 小野寺 馨, 久保 俊之, 山本英一郎, 能正 勝彦, 仲瀬 裕志 (札幌医科大学医学部消化器内科学講座)
- 112 (消). 当科における食道癌遠隔転移症例に対する化学放射線療法の成績
 - ○須釜 佑介¹,大沼 啓之¹,坂本 拡基¹,早坂 尚貴¹,平川 昌宏¹,菊地 尚平¹,佐藤 勉²,宫西 浩嗣¹,小船 雅義²,坂田 耕一³,加藤 淳二¹ (札幌医科大学医学部腫瘍內科学講座¹,札 幌医科大学医学部血液内科学²,札幌医科大学医学部放射線医学講座³)
- 113 (消). 化学療法後に根治術を施行し得た診断時切除不能肝内胆管癌の1例
 - ○横山 啓介, 岡村 圭祐, 京極 典憲, 斎藤 博紀, 田中 公貴, 中西 喜嗣, 浅野 憲道, 野路 武寛, 倉島 庸, 海老原裕磨, 村上 壮一, 中村 透, 土川 貴裕, 七戸 俊明, 平野 聡 (北海道大学医学研究科消化器外科学分野 II)
- 114 (消). 自己免疫性膵炎非典型例3例の検討
 - ○大久保陽介, 志谷 真啓, 本谷 雅代, 大和田紗恵, 平野 雄大, 三宅 高和, 佐々木 基, 若杉 英樹, 阿久津典之, 佐々木 茂, 仲瀬 祐志 (札幌医科大学医学部消化器内科学講座)

ビデオシンポジウム (10:30~12:30)

座長 藤谷 幹浩 (旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野) 潟沼 朗生 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

- VS-1 (内). 顕性小腸出血症例におけるカプセル内視鏡の有用性 ~緊急症例を中心に~
 - ○髙梨 訓博, 藤田 朋紀, 小松 悠弥, 北岡 慶介, 和賀永里子, 安保 文惠, 安保 智典, 勝木 伸一 (小樽掖済会病院消化器内科)
- VS-2 (内). 結腸静脈瘤の内視鏡診断・治療におけるknack & pitfalls
 - 〇北川 翔 1 ,佐藤 隆啓 2 ,宮川 宏之 1 ,長川 達哉 1 ,平山 1 ,岡村 圭也 1 ,奥 大樹 1 ,木村 睦海 2 (札幌厚生病院第2消化器内科 1 ,札幌厚生病院第3消化器内科 2)
- VS-3 (内). 抗血栓薬服用者に対する緊急ERCP
 - ○古賀 毅彦, 矢根 圭, 真口 宏介, 高橋 邦幸, 潟沼 朗生, 金 俊文, 北川 洸, 古賀 英彬, 永井 一正, 小松 直広, 遠藤 壮登 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

- VS-4 (内). 術後腸管に対するEmergency ERCP
 - ○藤田 朋紀, 小松 悠弥, 北岡 慶介, 高梨 訓博, 和賀永理子, 安保 文恵, 安保 智典, 勝木 伸一 (小樽掖済会病院消化器科)
- VS-5 (内). Urgent ERCP in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy and percutaneous transesophageal gastro-tubing
 - 〇久居 弘幸 1 ,櫻井 $環^1$,釋 亮也 1 ,小柴 裕 1 ,嘉成 悠介 1 ,宮崎 悦 2 ,山内 夏未 3 (伊達赤十字病院消化器科 1 ,伊達赤十字病院內科 2 ,札幌医科大学腫瘍・血液內科学講座 3)
- VS-6 (内). 一般市中病院消化器科内科における緊急内視鏡の現状
 - ○小野寺 学, 宮本 大輔, 重沢 拓, 松本 美櫻, 太宰 昌佳, 横山 朗子, 吉井 新二 (NTT東日本札幌病院)
- VS-7 (内). Severe obscure-overt gastrointestinal bleeding に対する緊急カプセル内視鏡を用いた治療戦略 の有用性
 - ○早坂 尚貴, 大沼 啓之, 坂本 拡基, 須釜 佑介, 平川 昌宏, 菊地 尚平, 村瀬 和幸, 高田 弘一, 宮西 浩嗣, 加藤 淳二 (札幌医科大学腫瘍内科学講座)
- 特別講演2(13:35~14:35) 座長 平野 聡 (北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野 II) 「内科と外科のコラボレーションでエビデンスを創る-胆膵癌・大腸癌肝転移-」
 - ○海野 倫明 (東北大学大学院医学系研究科消化器外科学分野)

第2会場

〔9月4日(日) (第2日目)〕

肝6 (10:22~10:50)

- 座長 田本 英司 (手稲渓仁会病院外科)
- 115 (消). 肝細胞癌副腎転移に対して局所治療を施行した1例
 - 〇柴田 敬典¹, 藤井 重之¹, 坂野 浩也¹, 植村 尚貴¹, 山田 充子¹, 安部 智之¹, 黒田 裕行¹, 前田 征洋¹, 湯浅 憲章², 藤田 美悧³, 佐藤 健⁴, 三浦 翔吾⁴, 堀口 拓人⁴ (製鉄記念室 蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科¹, 製鉄記念室蘭病院放射線科², 製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査 室³, 札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科⁴)
- 116 (消). Gd-EOB-DTPAの取り込み動態の変化を認めた肝細胞癌の1例
 - 〇沼田 泰尚, 山川 司, 横山 佳浩, 牛島 慶子, 鈴木 亮, 岡 俊州, 笠原 薫, 小林 寿久, 矢和田 敦 (函館五稜郭病院消化器内科)
- 117 (消). 中肝静脈に接した肝細胞癌に対し肝静脈のドレナージ領域を指標とした選択的肝領域切除 (Venous drainage-guided selective hepatectomy) を施行した1例
 - 〇松本 譲 1 , 岡本 宗則 2 , 平野 聡 4 , 森田ゆかり 5 , 鈴木 温 1 , 中島誠一郎 1 , 藤田 弘之 2 , 堀本 啓大 2 , 宮下 憲暢 2 , 齋藤 誠 3 , 森岡 正信 3 , 三和 公明 2 (医療法人菊郷会愛育病院外科 1 , 医療法人菊郷会愛育病院消化器内科 2 , 医療法人菊郷会愛育病院内科 3 , 北海道大学消化器外科 Π 4 , 南円山内科医院 5)
- 118 (消). 非アルコール性脂肪肝炎の経過観察中13年目に発症した肝細胞癌の1例
 - ○田中 信悟, 宮西 浩嗣, 河野 豊, 坂本 拡基, 池田 裕貴, 石川 和真, 加藤 淳二 (札幌医科大学腫瘍内科学講座)

肝7(10:53~11:21) 座長 河野 豊 (札幌医科大学腫瘍内科/感染制御臨床検査医学講座)

- 119 (消). 術後12年半で肺門部リンパ節転移再発をきたした肝細胞癌の1例
 - ○鈴木 康秋, 仙波 佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉, 杉山 祥晃 (名寄市立総合 病院消化器内科)
- 120 (消). 肝性胸水を合併したC型慢性肝疾患を背景とした肝細胞癌の治療後、ウイルス駆除が可能であった1例

 ○馬場 英¹, 古家 乾¹, 小泉 忠史¹, 定岡 邦昌¹, 数井 啓蔵², 服部 淳夫³ (JCHO北海道病院消化器センター¹, JCHO北海道病院外科², JCHO北海道病院病理³)
- 121 (消). 高齢者に発症した細胆管細胞癌の1例
 - 〇岩田 徳和¹, 吉田 幸成¹, 檜森 亮吾¹, 青木 敬則¹, 菊地 剛史¹, 秋野 公臣¹, 見田 裕章¹, 安達 靖代¹, 中村 正弘¹, 足立 靖¹, 加藤 康夫¹, 石井 良文², 遠藤 高夫¹ (札幌しらかば台病院消化器科¹, 札幌しらかば台病院病理²)
- 122 (消). 肝Reactive lymphoid hyperplasiaの 2例
 - ○田中 一成, 松居 剛志, 桜井 康雄, 姜 貞憲, 辻 邦彦, 吉野 裕紀, 児玉 芳尚, 真口 宏介 (手稲渓仁会病院消化器病センター)

肝8(11:24~11:52) 座長 町田 卓郎(医療法人菊郷会札幌センチュリー病院)

- 123 (消). 急性発症様自己免疫性肝炎重症例の臨床像
 - ○田中 一成, 姜 貞憲, 松居 剛志, 辻 邦彦, 吉野 裕紀, 児玉 芳尚, 桜井 康雄, 真口 宏介 (手稲渓仁会病院消化器病センター)
- 124 (消). Shear wave elastgraphyによる肝線維化評価
 - ○松居 剛志¹, 西脇 隆², 竹内有加里³, 田中 一成¹, 姜 貞憲¹, 辻 邦彦¹, 真口 宏介¹ (手稲渓仁会病院消化器病センター¹, 手稲渓仁会病院技術部², 手稲渓仁会病院生理検査部³)
- 125 (消). Dual Energy CTを用いたNAFLD診断
 - 〇松居 剛志¹, 板谷 春佑², 田中 一成¹, 姜 貞憲¹, 辻 邦彦¹, 真口 宏介¹ (手稲渓仁会 病院消化器病センター¹, 手稲渓仁会病院技術部²)
- 126 (消). MR ElastographyとIDEAL IQによるC型慢性肝炎IFN free DAAs治療後フォローアップ
 - ○鈴木 康秋, 仙波 佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉, 杉山 祥晃 (名寄市立総合 病院消化器内科)

肝9(11:55~12:30) 座長 横尾 英樹(北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野 I)

- 127 (消). 胃内視鏡検査を契機に診断された多包性肝エキノコックス症の1例
 - ○高橋はるか, 鈴木 康秋, 仙波 佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉, 杉山 祥晃 (名寄市立総合病院消化器内科)
- 128 (消). EUS-FNAが診断に有用であった肝エキノコックス症の1例
 - ○澤井 健之, 川上裕次郎, 林 優希, 赤保内正和, 福田昴一郎, 谷津 高文, 鈴木 一也, 米澤 和彦, 阿部 敬 (市立釧路総合病院消化器内科)
- 129 (消). 治療に難渋したアメーバ性肝膿瘍の1例
 - ○平田 幸司, 高木 智史, 林 健児, 小笠原倫子, 福島 拓, 吉田 純一 (JCHO札幌北 辰病院消化器内科)
- 130 (消). 出血性肝嚢胞に対して腹腔鏡下天蓋切除術を施行した2例
 - ○河野 剛, 及能 大輔, 水口 徹, 山口 洋志, 今村 将史, 木村 康利, 沖田 憲司, 信岡 隆幸, 竹政伊知朗 (札幌医科大学医学部消化器・総合、乳腺・内分泌外科)
- 131 (消). ミノサイクリン注入固定術が著効した高齢者出血性肝嚢胞の1例
 - ○杉山 祥晃, 鈴木 康秋, 仙波 佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川 真哉 (名寄市立総合病院消化器内科)

第3会場

〔9月4日(日)(第2日目)〕

膵3(10:22~10:57)

座長 松本 岳士(恵佑会札幌病院)

- 132 (消). 膵癌におけるNACRT後の治療効果と適切なSMA神経叢郭清範囲に関する検討
 - 〇永生 高広¹,蒲池 浩文¹,敦賀 陽介¹,田中 友香¹,脇坂 和貴¹,島田 慎吾¹,若山 顕治¹, 折茂 達也¹,横尾 英樹¹,神山 俊哉¹,三橋 智子²,武富 紹信¹(北海道大学大学院医学研究 科消化器外科学分野I¹,北海道大学病院病理部²)
- 133 (内). 遠位悪性胆管狭窄に対する経乳頭的金属ステント留置後の膵炎に関するリスク因子の検討
 - ○永井 一正, 金 俊文, 北川 洸, 古賀 英彬, 遠藤 壮登, 古賀 毅彦, 小松 直広, 矢根 圭, 潟沼 朗生, 高橋 邦幸, 真口 宏介 (手稲渓仁会病院消化器病センター)
- 134 (内). 当院におけるinterventional EUS の現状
 - ○江藤 和範, 斉藤 里佳, 中島 正人, 小林 智絵, 小西 康平, 山本 文泰 (苫小牧市立病 院消化器内科)
- 135 (内). 迷入した膵管ステントを胆石除去用バルーンカテーテルと生検鉗子の同時使用により回収した1例 ○福田昂一郎, 鈴木 一也, 林 優希, 赤保内正和, 川上裕次郎, 谷津 高文, 米澤 和彦, 阿部 敬 (市立釧路総合病院消化器内科)
- 136 (消). 縦隔内膵仮性嚢胞に対して内視鏡的経鼻膵管ドレナージが著効した2症例の検討
 - ○河端 秀賢, 藤井 常志, 石井 貴大, 斎藤 敦, 小沼 新, 林 秀美, 阿部 真美, 長谷部千登美 (旭川赤十字病院消化器内科)

膵4 (11:00~11:28)

座長 金 俊文(手稲渓仁会病院消化器病センター)

- 137 (消). アルコール性肝障害における膵硬度の検討
 - ○土居 忠¹, 平田健一郎¹, 大井 雅夫¹, 秋山 剛英¹, 高橋 稔¹, 佐藤 昌則^{1,4}, 古川 勝久², 森井 一裕², 女澤 慎一³, 本間 久登¹ (札幌共立五輪橋病院消化器病センター¹, 札幌共立五輪橋病院血液腫瘍内科², 札幌共立医院消化器内科³, 札幌医科大学腫瘍内科⁴)
- 138 (消). 当院における重症膵炎治療中に発症した血栓症の発生危険因子と予後の検討
 - ○松野 鉄平, 小野 道洋, 石川 和真, 吉田 真誠, 佐藤 勉, 佐藤 康史, 宮西 浩嗣, 小船 雅義, 加藤 淳二 (札幌医科大学腫瘍・血液内科)
- 139 (消). 自己免疫性膵炎に対するステロイド治療後の再燃に関する検討
 - ○古賀 英彬, 金 俊文, 古賀 毅彦, 永井 一正, 小松 直広, 遠藤 壮登, 北川 洸, 矢根 圭, 潟沼 朗生, 高橋 邦幸, 真口 宏介(手稲渓仁会病院消化器病センター)
- 140 (消). 当院で経験した自己免疫性膵炎の3例
 - ○須藤 大智¹, 関 英幸¹, 伊藤 聡司¹, 千秋 貴昭¹, 平田 裕哉¹, 松薗 絵美¹, 大原 克仁¹, 石橋 陽子¹, 菅井 望¹, 藤田 淳¹, 鈴木 潤一¹, 仲川 心平², 岩崎 沙理², 鈴木 昭¹ (KKR札幌医療センター消化器科¹, KKR札幌医療センター病理診断科²)
- 膵5 (11:31~11:59)

座長 上林 実(北見赤十字病院消化器内科・腫瘍内科)

- 141 (消). 無症状で発見された膵尾部肝様腺癌の1例
 - 〇我妻 康平¹,金戸 宏行¹,榮浪 洋介¹,一色 裕之¹,伊早坂 舞¹,佐藤 修司¹,清水 晴夫¹, 佐々木賢一²,小西 康宏³ (市立室蘭総合病院¹,市立室蘭総合病院外科・消化器外科²,市立室蘭 総合病院臨床検査科³)
- 142 (消). G-CSF産生膵癌の1剖検例
 - ○成瀬 宏仁¹, 鈴木茉理奈¹, 平田 甫¹, 鈴木 和治¹, 大野 正芳¹, 工藤 大樹¹, 畑中 一映¹, 山本 義也¹, 下山 則彦² (市立函館病院消化器病センター消化器内科¹, 市立函館病院病理診断科²)

- 143 (消). 胆管・膵管拡張を契機に診断に至ったgroove 膵癌の1例
 - 〇吉田沙保里, 斉藤 里佳, 中島 正人, 小林 智絵, 江藤 和範, 小西 康平, 山本 文泰 (苫小牧市立病院消化器内科)
- 144 (消). 胆道系酵素の上昇と2型糖尿病の悪化から診断に至った膵尾部平滑筋肉腫・多発肝転移の1例
 - ○千秋 貴昭¹, 菅井 望¹, 須藤 大智¹, 伊藤 聡¹, 平田 裕哉¹, 松薗 絵美¹, 横山 文明¹, 大原 克仁¹, 石橋 陽子¹, 関 英幸¹, 藤田 淳¹, 鈴木 潤一¹, 岩崎 沙理², 鈴木 昭² (KKR札幌医療センター消化器センター¹, KKR札幌医療センター病理科²)

胃・十二指腸6(12:02~12:30)

座長 海老原裕磨 (北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野 Ⅱ)

- 145 (消). 術前診断に苦慮した十二指腸デスモイド腫瘍の1例
 - 〇柴田 進 1 , 佐々木貴弘 1 , 杉山 隆治 1 , 助川 隆二 1 , 富永 素矢 1 , 稲場 勇平 1 , 小澤賢一郎 1 , 垂石 正樹 1 , 斉藤 裕輔 1 , 高田 明生 2 (市立旭川病院消化器病センター 1 , 市立旭川病院病理診断科 2)
- 146 (消). 妊娠中の女性に合併した十二指腸神経内分泌腫瘍の1例
 - 〇山川 司,横山 佳浩, 沼田 泰尚, 牛島 慶子, 鈴木 亮, 岡 俊州, 笠原 薫, 小林 寿久, 矢和田 敦 (函館五稜郭病院消化器内科)
- 147 (内)、十二指腸SMTとしてフォローされた十二指腸原発癌の1例
 - 〇永島 裕之 1,2 , 保木 寿史 1,2 , 久保 智洋 1,2 , 今川 貴之 1,2 , 野田さやか 1,2 , 大岩修太郎 1 , 村松 博士 1 (留萌市立病院消化器内科 1 , 札幌医科大学腫瘍内科 2)
- 148 (消). 上腸間膜動脈症候群の2例
 - ○坂田 果穂, 住吉 徹哉, 吉田 将大, 藤井 亮爾, 木村 朋広, 庵原 秀之, 由崎 直人, 平山 眞章, 近藤 仁 (斗南病院消化器内科)

第4会場

〔9月4日(日) (第2日目)〕

大腸4(10:39~11:14)

座長 明石 浩史 (済生会小樽病院内科)

- 149 (消). FAPにて大腸全摘後にデスモイドを発症した2例
 - ○山村 貴洋¹, 曽我部 進¹, 更科耕一郎¹, 松田宗一郎¹, 中野真太郎¹, 高橋 一宏¹, 小林 良充¹, 寺下 勝巳¹, 羽場 真¹, 小田 寿¹, 小林 清二², 宮城島拓人¹ (独立行政法人労働者健康安全機構釧路ろうさい病院内科¹, 独立行政法人労働者健康安全機構釧路ろうさい病院外科²)
- 150 (消). 内視鏡的粘膜切除術 (EMR) が診断に有用であった好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例
 - ○平田 翔, 葛西 幸穂, 山本 浩, 平池 則雄, 金野 陽高, 上野 敦盛, 山口 巧, 岸 宗佑, 野村 友祐, 葛西 和博, 羽廣 敦也, 丹野 誠志 (イムス札幌消化器中央総合 病院消化器病センター)
- 151 (消). クエン酸マグネシウムが奏効した特発性巨大結腸症の1症例
 - ○伊藤 智樹, 武藤 修一, 京納 正法, 北潟谷 隆, 二瓶 壮史, 佐々木 塁, 常松 聖司, 多谷 容子, 馬場 麗, 塚本 祐己, 木村 宗士, 大原 行雄 (北海道医療センター消化器 内科)
- 152 (内). 多彩な内視鏡像を示した消化管梅毒の1例
 - ○杉山 雄哉, 井尻 学見, 岩間 琢哉, 佐藤 裕基, 高橋慶太郎, 坂谷 慧, 田中 一之, 藤林 周吾, 野村 好紀, 上野 伸展, 嘉島 伸, 後藤 拓麿, 笹島 順平, 盛一健太郎, 藤谷 幹浩, 奥村 利勝 (旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

153 (消). 黄連解毒湯長期内服中に特発性腸間膜静脈硬化症と診断された1例

○中本 洋平¹, 松原 悠², 佐野 瑛子⁴, 渡部 敬之², 西園 一郎², 濱田 修平², 水谷 彰吾², 角谷 昌俊³, 佐川 憲明³, 富山 光広³ (江別市立病院総合内科¹, 江別市立病院消化器科², 江別市立病院外科³, 北海道家庭医療学センター⁴)

大腸5(11:17~11:52)

座長 安部 智之(製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科)

154 (内). S状結腸に発生し腹膜播種をきたした大腸悪性リンパ腫の1例

○小林 裕, 仙波 佳祐, 久野木健仁, 芹川 真哉, 杉山 祥晃, 鈴木 康秋 (名寄市立総合 病院消化器内科)

155 (消). 直腸腺扁平上皮癌の1例

○林 健児¹,平田 幸司¹,小笠原倫子¹,福島 拓¹,高木 智史¹,吉田 純一¹,中川 隆公², 中西 勝也³ (地域医療機能推進機構札幌北辰病院消化器内科¹,地域医療機能推進機構札幌北辰病 院外科²,地域医療機能推進機構札幌北辰病院病理診断科³)

156 (消). 腸閉塞症状にて発症し術前診断が困難であった原発性虫垂癌の1例

○植村 尚貴¹, 藤井 重之¹, 柴田 敬典¹, 佐藤 健¹, 三浦 翔吾¹, 山田 充子¹, 安部 智之¹, 黒田 裕行¹, 前田 征洋¹, 藤田 美悧², 仙丸 直人³, 坂野 浩也⁴, 堀口 拓人⁴ (製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科¹, 製鉄記念室蘭病院病理・臨床検查室², 製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科³, 札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科⁴)

157 (消). 早期大腸癌で発見された神経内分泌腺癌の1例

○小松 弘明¹, 関 英幸¹, 須藤 大智¹, 伊藤 聡司¹, 千秋 貴昭¹, 平田 裕哉¹, 松園 絵美¹, 菅井 望¹, 藤田 淳¹, 鈴木 潤一¹, 岩崎 沙里², 鈴木 昭² (KKR札幌医療センター消化 器内科¹, KKR札幌医療センター病理診断科²)

158 (消). 化学療法後の放射線治療により組織学的CRを得た上行結腸癌腹壁浸潤の1例

〇山本 恭史¹,田沼 徳真¹,濱本 英剛¹,原田 拓¹,小林 陽介¹,須藤 豪太¹,宇都宮 蘭¹,外園 正光¹,鈴木雄一郎¹,真口 宏介¹,今村 清隆²,野口 寛子³,篠原 敏也³(手稲渓仁会病院消化器内科¹,手稲渓仁会病院外科²,手稲渓仁会病院病理診断科³)

大腸6(11:55~12:30)

座長 今野 愛(小樽掖済会病院外科)

159 (消). 肛門温存手術を施行し得た下部直腸巨大粘膜下腫瘍の2例

○武藤桃太郎¹, 本田 宗也¹, 武藤 瑞恵¹, 市來 一彦¹, 石川 千里¹, 井上 充貴¹, 青木 貴徳² (JA北海道厚生連遠軽厚生病院内科¹, 時計台記念病院消化器センター外科²)

160 (内). 下部直腸に発生した乏色素性悪性黒色腫の1例

○横山 佳浩, 山川 司, 沼田 泰尚, 牛島 慶子, 鈴木 亮, 岡 俊州, 笠原 薫, 小林 寿久, 矢和田 敦 (函館五稜郭病院消化器内科)

161 (消). 術前診断し得た回腸直腸瘻を伴う直腸癌の1例

○齋藤 善也¹, 武藤桃太郎¹, 本田 宗也¹, 武藤 瑞恵¹, 市來 一彦¹, 石川 千里¹, 井上 充貴¹, 栗山 直也², 石井 大介², 北 健吾², 後藤 順一², 橋本 道紀², 稲葉 聡², 矢吹 英彦² (JA北海道厚生連遠軽厚生病院内科¹, JA北海道厚生連遠軽厚生病院外科²)

162 (内). 多発皮膚転移にて発症した直腸癌の1例

○坂野 浩也¹,藤井 重之¹,佐藤 健¹,植村 尚貴¹,山田 充子¹,安部 智之¹,黒田 裕行¹,前田 征洋¹,三浦 翔吾¹,藤田 美悧²,仙丸 直人³,柴田 敬典⁴,堀口 拓人⁴ (製鉄記念室蘭病院消化器・血液内科¹,製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室²,製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科³,札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科⁴)

163 (内). 超音波内視鏡下穿刺針生検で診断し得た膵癌直腸転移の1例

○藤林 周吾, 後藤 拓磨, 佐藤 裕基, 笹島 順平, 高氏 修平, 杉山 雄哉, 岩間 琢哉, 井尻 学見, 坂谷 慧, 田中 一之, 高橋慶太郎, 野村 好紀, 上野 伸展, 嘉島 伸, 盛一健太郎, 藤谷 幹浩, 奧村 利勝(旭川医科大学内科学講座消化器血液腫瘍制御内科学分野)

特別講演1

「小腸疾患に魅せられて」

○松井敏幸(福岡大学筑紫病院臨床医学研究センター)

小腸は暗黒の大陸と言われ、診断が困難な疾患が多いと考えられてきた。自施設を含めて多くの施設では小腸X線検査、大腸内視鏡からの小腸観察や空腸鏡などが基本の検査手段であった。小腸X線検査は煩雑で長時間を要しX線被曝も考慮する必要があり、最近の診断医はこれを忌避するため撮影技術も低下し主要検査としての地位は低下しつつある。一方、小腸内視鏡検査は進歩が著しく、主要な検査とみなされるものとなった。近年では、カブセル内視鏡、バルーン内視鏡の地位が高まり、カブセル内視鏡とMRI診断がもてはやされるため臨床現場では各検査の用い方に混乱がある。被検者に有利な診断体系が考慮されるべきである1)。小腸内内鏡では、生検が可能な上に治療も瞬時に可能であるため、評価が高まる一方である。我々もクローン病などの小腸疾患では内視鏡的拡張術を多数例で成功させてきた。これらの総論に加えて、最近経験した小腸疾患は増えつつあり、診断面では興味深いものが多い。疾患のアトラスが必要な領域である23.4)。

クローン病に対しても小腸内視鏡は必要度が高い。診断のみならず治療評価や合併症の評価に有用性が高い。治療評価には科学的な内視鏡指標が求められる。また、非特異性多発性小腸潰瘍症(CNSU)は40年前から診断が可能であったが、病因が明らかでなかった。昨年、CNSUの病因はプロスタグランディン輸送に係る酵素(SLCO2A1)遺伝子異常の常染色体劣性遺伝と同定された(Umeno, PLoS Genet; 11:e 1005581, 2015)。本症には多彩な臨床像がある。例えば、肥厚性皮膚骨膜症(Primary hypertrophic osteoarthropathy)との合併なども解明されねばならないため、小腸疾患の病因解明に果たす役割は計り知れないと思われる。期待して臨床面からの貢献をしたい。このように新たな領域が次々に現れる小腸には興味が尽きない。

- 1)「小腸内視鏡診療ガイドライン」山本博徳、日本消化管内視鏡学会、2015 2)「小腸内視鏡所見から診断へのアプローチ」 松井、松本、青柳編、医学書院 2011
- 3) [Endoscopy in the Diagnosis of Small Intestine Diseases] Matsui, Matsumoto, Aovagi eds. Springer 2014
- 4) Atlas of Inflammatory Bowel Diseases Kim, Cheon eds. Springer, 2015

特別講演2

「内科と外科のコラボレーションでエビデンスを創る-胆膵癌・大腸 癌肝転移-

○海野倫明(東北大学大学院医学系研究科消化器外科学分野)

膵癌・胆道癌の予後は極めて不良で治療成績向上は急務である。近 年、nab-パクリタキセルなどの新薬の登場や、FOLFIRINOXある いはGC療法などのレジメンの工夫により切除不能症例の治療成績 が徐々に改善している。また、大腸癌肝転移も、血管新生阻害薬や抗 EGFR薬などの分子標的薬の登場により治療成績が大きく改善し長 期予後が望める時代となった。しかしながら現状の癌化学療法はあ くまで延命治療であり、治癒を求めるためには外科治療の介入が不 可欠であり、外科治療と癌化学療法の融合が求められている。従来 は、まず切除術を行いその後に術後補助化学療法を行う、という治療 方針が主流であった。また多くの術後補助化学療法は経口薬が主役 であったため、外科医が主にその治療を担っていた。近年、膵癌・胆 道癌・大腸癌肝転移に対して、癌化学療法を手術前に行う新たな治 療戦略が急速に広まっている。切除可能であっても術前に抗癌剤治 療を加えるNeoadjuvant therapyは、診断直後に治療が開始でき、そ の優れたコンプライアンス、臓器温存や縮小手術の可能性、高い治癒 切除率など、優れた戦略であることが明らかになりつつある。さら に、切除不能であった症例が癌化学療法により切除可能となる Conversion症例も稀ではなくなったのである。このような治療戦 略の実現のためには消化器内科医/腫瘍内科医と消化器外科医との 連携は不可欠である。我々の行っている胆膵癌と大腸癌肝転移に対 する臨床研究を紹介しつつ、内科と外科のコラボレーションに関し て、皆様に話題を提供したいと考えている。

- S1-1 (消). 進行食道癌に対するdocetaxel, nedaplatin, 5-FU (DNF) 3剤併用療法を用いた集学的治療戦略
- ○大沼啓之¹, 佐藤康史¹, 須釜佑介¹, 坂本拡基¹, 早坂尚貴¹, 平川昌宏¹, 菊地尚平¹, 佐藤 勉², 宮西浩嗣¹, 小船雅義², 加藤淳二¹(札幌医科大学腫瘍内科学講座¹, 札幌医科大学血液 内科学講座²)

【目的】進行食道癌治療においては全病期で化学療法が関与する. 我々は強力な化学療法のplatformを確立すべく、CDDPに比し毒性が軽微なnedaplatin (CDGP)を用い、さらにdocetaxel (DOC)を加えたDOC, CDGP, 5-FU三剤併用療法 (DNF) を開発し、切除可能例に対する術前化学療法 (NAC)として、また耐衝不能・局所進行切除不能例に対する根治的化学放射線療法 (CRT) のレジメンとして同療法を用いた臨床試験を行っている。今回その成績を報告し、進行食道癌に対する治療戦略について検討する.

【方法】StageIb-III (nonT4) (UICC7th) 食道癌に対するNAC-DNFの忍容性確認試験: 5-FU 400mg/m² (day 1-5, 8-12), CDGP 50mg/m² (day 1&8), DOC 30 mg/m² (day 1&8), 以上3週毎3コース投与. 3コースの完遂率, 安全性, 無再発生存期間(PFS), 全生存期間(OS)を評価. StageIb-IV食道癌に対するDNF併用CRT (DNF-R) の第I/II相試験: 前述のDNFを5週毎2コース施行. 放射線は同時併用で1.8Gyを週5回照射. 2週間の休止の後, 総線量59.4Gyまで照射. 第II相部分で完全緩解割合, PFS, OS, 安全性を評価.

【成績】NAC-DNF試験: 2016年3月まで15例が登録. 14例が3コースのNACを完遂し、重篤な副作用はみられなかった。全例でR0切除が達成. 4例で病理学的CRが得られ、全例無再発生存中. DNF-R試験: 第1相部分でDOCの推奨用量を 20 mg/m²と設定. 第11相試験は25例が登録. 年齢中央値. 64 (56-78)歳. StageII/III/IV: 6/17/2. 治療効果CR:PR:SD:PD=23:5:0.0. CR率82.1%(95%CI: 67.9-96.3%). 主な毒性はGrade3/4の好中球減少,発熱性好中球減少,血小板減少,食道炎が各42.8%、7.14%、17.9%、21.4%であった. PFS, OS中央値は共に41.2ヶ月であった. Stage II/III(nonT 4)でのCR率94.4%、MST 33.2 M. T4/M1LYMではCR率60%、MST 41.2 Mであった。

【結語】代表的症例を供覧し報告する。食道癌に対するDNF療法は強力な抗腫瘍効果を示し、忍容性も良好な有望な新規レジメンであると考えられ、今後長期経過につき更にフォローアップを行う予定である。

- S1-2 (消). 術前化学療法として5-FU+シスプラチン療法を施 行した進行食道癌の治療成績
- ○村中徹人¹²、小松嘉人²、原田一顕¹²、川本泰之²、中積宏之²、結城敏志¹、松田可奈³、安孫子怜史³、津田桃子³、宮本秀一³、水島 健³、山本桂子³、小野尚子³、清水勇一³、海老原裕磨⁴、村上壮一⁴、倉島 庸⁴、七戸俊明⁴、平野 聡⁴、坂本直哉¹(北海道大学病院消化器内科¹、北海道大学病院腫瘍センター²、北海道大学病院光学医療診療部³、北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野Ⅱ⁴)

【背景】本邦ではJCOG 9907 試験の結果に基づき、StageII/IIIの食道癌に対しては5-FU+シスプラチン療法 (FP) による術前化学療法を施行後に手術を行うことが標準治療となった.

【目的】実臨床における術前化学療法としてFPが施行された食道癌 患者の治療成績を検討する.

【方法】2009年1月から2015年5月までに食道癌に対して術前化学療法としてFPが施行された31症例を後方視的に解析した.

【結果】 患者背景は年齢中央値64歳(55-78歳), 部位はCe:Ut:Mt:Lt:Ae=1:4:14:11:1,組織型は扁平上皮癌29例,その他2例で、UICC 第7版おける術前診断ではcStageIB:II:III=1:11:19であった.相対用量強度中央値はシスプラチン 97.7%、5-FU 97.7%で、化学療法関連のGrade 3以上の有害事象(5%以上)は好中球数減少12.9%、貧血6.5%、食欲不振9.7%だった.化学療法を施行中に病勢進行を認めたのは5例で、うち3例が手術適応から除外され.化学療法まは化学放射線療法が行われた.化学療法に関連した死亡は1例(肝不全)で、術後30日以内の周術期死亡例はなかった.観察期間中央値は50.2ヶ月、無増悪生存期間中央値は15.9ヶ月、全生存期間中央値は未到達、1年生存率は90.3%、3年生存率は60.9%であった.

【結語】当院での実臨床においても術前化学療法としてのFPは既報の臨床試験結果と遜色ない成績であったが、さらなる治療成績向上に向けて新しい治療開発が望まれる。

S1-3 (消). 化学放射線療法後のサルベージ手術における鏡視 下手術の意義

○京極典憲,海老原裕磨,斎藤崇宏,田中公貴,中西喜嗣, 浅野賢道,野路武寛,倉島 庸,村上壮一,中村 透,土川貴裕 岡村圭祐,七戸俊明,平野 聡(北海道大学大学院医学研究科 消化器外科II)

【背景】当教室では食道癌に対して1996年より鏡視下手術の導入し た. 化学放射線療法後(以下CRTと略する)の鏡視下サルベージ手 術(以下SLVと略する)を1998年より縦隔鏡から胸腔鏡手術へ変遷 し、20例を積み重ねてきた. そこで当科で胸腔鏡下に施行したSLV の治療成績を定型的根治術と比較することでSLVの改善点を検討 し、生存率および再発形式から当科SLVの妥当性についても検討し た. 【方法】2007年1月から2016年3月の間に当科で食道癌に対し手 術を施行した125 例. その内でSLVは16 例であった. CRT後の非奏 効例に対するR0を原則とした手術をSLVと定義し、SLVの郭清範 囲はCRT前の転移リンパ節のみを郭清する方針とした. 二群間を 比較した検討項目は,背景因子,手術因子,病理学的因子, Clavien-Dindo分類などの術後成績、CONUTなどの栄養評価スケールとし た. また, SLVの生存率と再発形式についても検討した. 【結果】 SLVの症例内訳は、遺残症例7例、再発症例9例で、CRT術前T4症例 は3人に認めた. 1例を経裂孔的下部食道切除再建, 10例を用手補助 下胸腔鏡手術 (側臥位) にて施行,腹臥位胸腔鏡手術を5例に施行し た. CD>3aは5例に認め、うち在院死亡を1例に認めた. 二群間比較 では、SLVに胸壁前再建(P<0.01)、pR (+)(P<0.01)、術後胸水が 多く (P<0.05), BMI (P<0.01) とすべての栄養評価スケール (P< 0.05) で低値であった. 再発形式はpR1症例の1例のみで局所再発を 認めた. その他は遠隔転移であった. SLVの3年生存率は21%, 生存 期間中央値は18.8ヶ月であった.【結語】局所再発例は少なく,遠隔 再発が多いことから当科のSLVの郭清範囲は十分であった. 栄養状 態が悪い症例が多く、予後は依然として悪いことから、今後はCRT 中から栄養介入の必要性と、生存率向上のための術後補助療法を検 討する必要があると思われた.

S1-4 (消). 切除不能進行胃癌に対するDCS療法による conversion therapyの可能性

○佐藤康史¹,大沼啓之¹,信岡隆幸²,平川昌安¹,菊池尚平¹, 佐川 保³,高橋康雄³,竹政伊知朗²,加藤淳二¹(札幌医科大学 腫瘍内科¹,札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科², 北海道がんセンター消化器内科³)

【目的】近年、胃癌においても抗癌剤の奏効率の向上により化学療法 後に切除可能と判断される症例を経験する機会が増えている. しか しこのようなconversion therapyの意義は確立しているとは言えず 各施設、担当医によりその扱いが大きく異なるのが現状である. こ れまで我々は、切除不能進行胃癌に対して有効3剤を投与する CDDP+Docetaxel+S-1 (DCS) 療法を行うとともに、HER2陽性胃 癌にはHerceptinを併用した DCS + Trastuzumab (DCS-T) 療法を 行い根治切除が望める奏功例に対しては積極的に手術を施行してき た. そこで今回我々は、DCS療法によるconversion therapy達成例 の成績を解析しその意義を検討した. 【対象】 DCS並びにDCS-T療 法の臨床試験に登録した127 症例. 【成績】 DCS症例は、PS 0/1/2: 53/31/27、非切除因子はLN/肝/腹膜/骨/卵巣/肺:65/36/37/6/5/6 例. Conversion therapyは111症例中2次治療以降の7例を含む36例 の32.4%、R0切除は29例の81%で達成された. 病理学的奏効率は 75%であった. 切除例の3年生存率 66.8%、MST 47.8Mと非切除例 (17.3%、MST 17.7M)と比べ良好であった. また、切除例のうち、5 年以上の長期生存例を28% (10/36) に認めた. DCS-T症例は、 PS 0/1/2: 10/4/2、 非切除因子はLN/肝/腹膜/肺/骨/卵巣: 11/7/4/2/1/1例であった. 16例中2例の多発肝転移症例を含む9例 で切除となり(全例がR0)、組織学的効果は88.9%であった. 観察期 間中央値 29.6M (17.8-39.9M) の時点で切除例はMSTに達していな い. 【結語】DCS療法によるconversion therapyは、切除不能進行胃 癌において長期生存をめざす有望な治療戦略となる可能性が示唆さ

S1-5 (消). 胃癌Conversion Surgery症例における長期生存予 測因子

○佐川 保, 櫻田 晃, 濱口京子, 田村文人, 林 毅, 藤川幸司, 高橋康雄(国立病院機構北海道がんセンター消化器内科)

【背景】胃癌におけるConversion Surgery症例の長期生存予測因子について は未だ明らかでない。【対象】2005~2015年までに当院で初発切除不能進行 胃癌と診断され化学療法を施行した症例のうち、非治癒因子が消失または縮 小してRO切除が期待できると判断し、Conversion Surgeryを施行した36例。 【方法】生存期間に影響を与える臨床病理学的特徴をretrospectiveに検討し た。生存分析はKaplan-Meier法を用いて生存曲線を作成し、2 群間の検定に はlog-rank testを用いた。【結果】男/女 26/10例、年齢中央値64歳(33-81歳)、 分化型/未分化型13/23例、非治癒因子は領域外LN転移22例、腹膜播種10例、 肝または肺転移8例 (重複あり)、2因子症例は5例。1st line化学療法DCS 23 例/DCS+trastuzumab 7例/DOS 1例/ S-1+CDDP 2例/その他3例、化学療法 開始から手術までの期間中央値114日 (37-832日)、術前化学療法regimen数 1/2/3/4が27/7/1/1例。胃全摘/幽門側胃切除 28/8例、合併切除臓器は Π 2 例/卵巣1例/横行結腸1例。腫瘍遺残R0/1/2 25/10/1例、化学療法組織学的 治療効果はGrade 0/1a/1b/2/3が2/14/7/8/5 例。術後補助化学療法はS-1 単剤/S-1+CDDP/S-1+Taxanes/XELOX/PTX/CPT-11/投与なしが 11 / 4 / 11 / 1 / 2 / 3 / 4例。生存期間中央值1190日、3年生存率62.1%。3年生存 率は術前因子として分化型/未分化型 84.6%/38.7% (p=0.1002)、領域外LN 転移/腹膜播種/肝・肺/2 因子 63.3%/20.8%/83.3%/40.0%、1st line化学療 法に対するClinical Response CR.PR/SD.PD 66.1%/25.0% (p=0.0326)、化学 療法開始から手術までの期間90日未満/90日以上 40.0%/68.8% (p=0.0791)、 術後因子としては腫瘍遺残有無R0/R1・2 70.0%/27.3% (p=0.0094)、化学療 法組織学的治療効果G 0-1a/G1b-3 37.5%/72,5% (p=0.0458)、Pathological tumor depth CR, T1 \sim 3/T4 64.9%/33.3% (p=0.0306), Pathological nodal stage N 0~2/N 3 72.6%/30.8% (p=0.0103)、胃全摘術/幽門側胃切除術 50.7%/75% (p= 0.6439)、術後補助化学療法あり/なし 60.7%/25.0%(p=0.0523)。【結語】長期生存の期待できる予測因子として術前では1st line 化学療法に対するClinical Response、術後では腫瘍遺残有無、組織学的治療 効果、Pathological tumor depth、Pathological nodal stageが抽出された。

S1-6 (消). 切除不能転移性結腸直腸癌における原発巣切除の意義
○市川伸樹¹, 本間重紀¹, 吉田 雅¹, 大野陽介¹, 渋谷一陽¹,
川村秀樹¹, 川本泰之², 村中徹人², 原田一顕², 中積宏之²,
結城敏志³, 小松嘉人², 坂本直哉³, 武冨紹信¹(北海道大学消化
器外科 I¹, 北海道大学病院腫瘍センター², 北海道大学病院消化器内科³)

【背景】切除不能転移性結腸直腸癌において,原発巣切除が生命予後に 寄与するかどうかは科学的根拠がない.【目的】切除不能転移性結腸直 腸癌における原発巣切除の意義を検討する. 【方法】2010年1月から2015 年12月に当院で加療をうけた切除不能転移性結腸直腸癌症例53例につ いて患者背景,臨床病理学的因子をレトロスペクティブに検討し,生命 予後に影響を与える因子を解析した.【結果】年齢は中央値64才(17-85 才)で男性 24 例女性 29 例であった.結腸癌は37 例(69%),分化型 35 例 (66%),RAS変異陽性23例(43%),周囲浸潤4例(7.5%),リンパ節転移48 例(90%).肝転移41例(77%).肺転移19例(35%).腹膜播種18例(33%). 複数臓器転移陽性22例(41%)であった.切除不能要因は,H3 19 例,PUL2 10例, P3 10例, その他30例で, 2要因以上の重複は16例存在した. 初回治 療前血中アルブミン値は3.8(2.2-4.7)g/dl,ヘモグロビン値11.3(7.3-15.3)g/dl,CEA 73.1 (1.5-5978) ng/mlであった.治療開始前に閉塞症状を有 した症例は30例あり、9例はステント挿入が行われた.原発巣切除は残り 21 例と症状を有さない6 例に行われた.ステント挿入後晩期穿孔が1 例 あり,追加で原発巣が切除された.また,非切除症例は26 例で,うち2 例は 人工肛門造設が先行され、5例で閉塞症状出現の為、人工肛門またはバイ パス術が後日追加された.化学療法は全例に施行された.オキザリプラ チンまたはイリノテカンを含むレジメンは52例,分子標的薬は50例に 併用された.全症例のMSTは24.7か月であった.生命予後と関係がある 因子を解析すると,原発巣非切除 (HR 3.72,95%CI 1.45-9.49,p< 0.01) ,RAS変異陰性 (HR 0.395,95%CI 0.153-1.019,p=0.054) で,同項目 で多変量解析を行うと,唯一,原発巣非切除で有意に生命予後が悪かっ た (切除群MST 33.6ヵ月,非切除群MST 15.8ヵ月,HR 2.77,95%CI 1.057-7.306,p=0.039).【結論】切除不能転移性結腸直腸癌において,原発巣切 除は生命予後を改善させる可能性がある.

- S1-7 (消). 切除不能進行肝細胞癌の集学的治療における肝動 注化学療法の位置付けと有用性
 - ○荒川智宏, 推井大雄, 巽 亮二, 山口将功, 木村睦海, 中島知明, 桑田靖昭, 小関 至, 佐藤隆啓, 大村卓味, 髭 修平, 狩野吉康, 豊田成司(札幌厚生病院第3消化器内科)

【目的】 肝癌診療ガイドラインにおいて、Child-PughAの切除不能進 行肝癌で肝動注化学療とソラフェニブが適応となっている。今回初 発時切除不能進行肝癌における動注化学療法の有用性を検討する。 【方法】当院でリザーバー留置による動注化学療法を行った314例中、 初発肝癌治療は94例であった。StagII/III20例、IVA52例、IVB22例 に対しlow dose FP療法70例、new FP療法3例、5FU+IFN療法21例 を施行し、腫瘍栓合併例では放射線治療を併用した。各stage毎の奏 効率、生存率、生存に寄与する因子を解析した。【結果】StageII/III20 例の各中央値は年齢69歳、腫瘍数3個、最大径75mm、Child-PughA/B は15/5例、m-RECISTでの最大腫瘍効果はCR2例PR9例SD7例PD2例、 奏効率55.0%、MST 16か月であった。StageIVA 52例では、年齢63歳、 腫瘍数20個、最大径75mm、Child-PughA/Bは37/15例、m-RECISTで の最大腫瘍効果はCR 6 例PR 13 例SD 20 例PD 13 例奏効率 36.5%、 MST 13か月であった。予後規定因子が肝内腫瘍と判断し動注を施行 したStageIVB22例では、年齢61歳、塊状型11例びまん型7例、腫瘍範囲 径123mm、Child-PughA/Bは10/12例、m-RECISTでの肝内腫瘍への 効果はCR0例PR6例SD7例PD9例奏効率27.2%、転移部への治療は6例 に行われ、MSTは7か月であった。動注奏功全36例(38.3%)のMSTは 26.5か月と長期生存が得られた。後治療としてネクサバールは15例に 使用されているが、腫瘍制御が得られたのは2例のみであった。また 動注奏功後conversion therapyが10例で行われた。多変量解析による 生存に寄与する因子は年齢、動注奏功、Child-PughA、AFP100ng/ml 未満、最大径 50 mm未満であった。ネクサバールの適応と思われる Child-PughA症例のMSTはStageIVA 37 例で19.5か月、StageIVB 10 例で10.8か月であり、動注化学療法は妥当な治療選択枝と考えられた。 【結語】切除不能進行肝細胞癌において奏効率の高いリザーバー肝動 注化学療法は妥当な選択枝と考えられた。

- S1-8 (消). 当院における進行肝癌に対するSorafenibを中心とした集学的治療の現状
 - ○山本義也,鈴木茉理奈,平田 甫,鈴木和治,大野正芳, 工藤大樹,畑中一映,成瀬宏仁(市立函館病院消化器病センター 消化器内科)

【目的】局所制御不能となった進行肝癌に対して、Sorafenib(SF)は 唯一エビデンスを有する治療であるが、その効果は十分とは言えない。 一方肝動注化学療法(HAIC)は明確なエビデンスはないものの、実臨床 において選択される場面も多く、奏効例も経験される。SFとHAICの 両者とも適応のある進行肝癌症例における治療選択は施設間で大きく 異なり、現在様々な形で検討が進められている。今回、SFを導入した 進行肝癌例におけるHAIC併用の現状について検討したので報告する。 【対象と方法】局所制御困難となり当院にてSFを導入した進行肝癌 69 例について、(1)全体の治療効果、生存に寄与する因子、(2) HAIC併用 例において、その導入時期、治療効果や予後への影響について後方視的 に検討した。【成績】SFの導入時年齢中央値は68才、性別は男性/女性: 59/10 例。背景肝はHBV/HCV/NBNC: 21/26/22 例、Child-Pughは A 5/A 6/B: 39/20/9例。 導 入 時 のStageはII/III/IVA/IVB: 10/23/11/25 例、高度脈管浸潤は11 例だった。初期投与量(日)は 800mg/減量開始: 19/50例、投与期間中央値は184日(8~1655日)、前治 療は有/無:64/5例、後治療は有/無:40/29例だった。治療効果はCR/ PR/SD/PD: 0/4/33/28 例 (評価不能 4 例)、奏功率 6%、病勢制御率 57%、生存期間中央値555日、無増悪期間中央値147日だった。生存期間 延長に寄与する有意な因子として、治療効果がPRかSD、StageIVA以 外、後治療有が抽出された。後治療の内訳は、HAIC21例、TACE21例、 放射線照射15例、穿刺治療6例で、SFとHAICを両方とも施行した38症 例のHAIC施行時期は、SF前のみ/SF前後両方/SF後のみ:19/9/10 例で、生存期間中央値は各々206/555/633日であり、HAICを先行させ た症例で短い傾向であった。【結論】Sorafenib治療は、比較的良好な病 勢制御が得られており、生存期間の延長が期待された。後治療を含め 他治療との集学的な治療が重要であるが、HAICを選択する場合は施 行時期が生存期間に影響を与える可能性も示唆された。

- S1-9 (消). 肝動注化学療法を中心とした肝細胞癌に対する集 学的治療
- ○町田卓郎,小川 亮,西原 功,葛西健二,河上純彦(医療法 人菊郷会札幌センチュリー病院消化器科)

<はじめに>近年、肝細胞癌に対する治療は、TACEにおけるビー ズの登場、動注化学療法のレジメンの開発による奏功率の向上、ソラ フェニブの登場など、様々な選択肢が増えている。これまでに経験 した高度進行肝細胞癌に対する肝動注化学療法を中心とした集学的 治療について検討したので報告する。<対象>TACE不応と診断、 または門脈浸潤を伴うなど切除不能と診断された高度進行肝細胞癌 のうち、肝動注リザーバーを造設し治療を行った28例について検討 した。肝動注リザーバー造設時のデータを用い、効果判定はリザー バー造設後2から3ヶ月後のCTまたはMRIを用い、RECIST Guidelineにて判定した。生存期間は動注リザーバー造設時からの 期間で検討した。<内訳>男性25例,女性3例.平均年齢は63.9歳,原因 疾患はHCV11 例,HBV8 例,HBV+HCV1 例,Alchol+NASH8 例,Child 分類はgradeA21例,gradeB6例,gradeC1例であった。動注療法のレ ジメンはNew FP,low dose FPを中心に行った。ソラフェニブを併 用したものが5例であった。<治療成績>奏功率(CR+PR)は53.6%, 病勢制御率 (CR+PR+SD) は75% (CR2例、PR13例、SD6例、PD7 例)、であった。全体の平均生存期間は26ヶ月(5ヶ月から96ヶ月)で あった。<長期生存例>57歳男性。平成14年、肝細胞癌にて肝S8部 分切除術を施行。RFAを繰り返していた。平成20年肝左葉に胆管 腫瘍栓、門脈浸潤を伴う肝細胞癌の再発を認め、肝動注化学療法を施 行。CRとなった。しかし、平成22年12月、肝S5に肝細胞癌が再発。 下大静脈に腫瘍栓を形成。放射線治療を施行し、その後肝動注化学 療法を継続しCRを得た。その後、再発を繰り返しているがTACE、 RFAにてコントロールし、現在も生存中である。<まとめ>現在、 肝細胞癌に対する治療は様々な選択肢があり、患者の状況に応じた 治療を選択することにより、長期生存が見込める症例も存在する。 特にNew FP療法は脈管浸潤を伴う肝細胞癌に有用であると考えら れた。

- S1-10 (消). 当科における切除不能膵癌に対する非手術療法後のadjuvant surgeryの有用性
 - ○田中公貴, 浅野賢道, 中村 透, 中西喜嗣, 野路武寛, 土川貴裕, 岡村圭祐, 七戸俊明, 平野 聡(北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野二)

【背景】膵癌に対する集学的治療として、切除不能高度進行膵癌の中でも、 非手術療法奏効例に対するadjuvant surgery(以下ASと略す)の有用性に 関する報告が散見される。

【目的】当科で施行した切除不能膵癌に対するASの成績を検討する。

【対象と方法】2007年7月~2016年3月に非手術療法後に手術療法を施行した初回診断時に切除不能降癌患者28例を後方視的に検討した。非手術療法を施行し、無増悪生存期間が6ヶ月以上の症例に対し切除の可能性を再評価した。非手術療法前の画像診断での腫瘍存在部位は切除範囲に含めた。

【結果】男性14例、女性14例。年齢中央値62歳(43-80歳)。切除不能因子は 局所進行が22例、遠隔転移が6例(肝転移4例、大動脈リンパ節転移2例)で あった。非手術療法は化学療法単独が18例、化学放射線療法が10例であり、 化学療法はgemcitabineベースが23 例、FOLFIRINOXが3 例、S-1 単剤 2 例 であった。術前治療期間は中央値9ヶ月(6-44ヵ月)であり、効果判定はCR1 例、PR 19例、SD 8例であった。施行術式はDP-腹腔動脈合切 8例、SSPPD 9例、PD+肝動脈合切 4例、DP 4例、TP-腹腔動脈合切 2例、PD-肝・脾動 脈合切 1例で、19例に門脈合併切除を併施した。R0切除は25例 (89%) であ り、Evans分類Grade IIb以上が16例 (56%) であった。術後合併症は17例に みられ、Clavien-Dindo分類IIIa以上は7例であった。手術関連死亡はなく、 24例で術後補助化学療法を施行した。再発は13例(46%)にみられ、再発まで の期間の中央値は11.7ヶ月(3.2-65ヵ月)であった。初回治療からの3年生存 率、および5年生存率はそれぞれ75%、43%であり、手術療法からは42%、 35%であった。初回治療後のMSTは59.1ヶ月であり、手術療法後は32.6ヶ月 であった。切除不能因子別の検討では遠隔転移群は、局所進行群に比べ有 意に予後不良であった(p=0.045)。

【結語】切除不能膵癌の非手術療法奏効例に対するASは予後を改善する可能性が示唆された。特に局所進行例に対するASは予後延長効果がより期待できると考えられた。

S1-11 (消). 化学放射線療法により病理学的CRが得られた局 所進行膵癌の3切除例

○山口洋志¹,木村康利¹,今村将史¹,河野 剛¹,林 毅²⁴, 田村文人²⁴,水口 徹¹,坂田耕一³,加藤淳二²,竹政伊知朗¹(札 幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座¹,札幌医 科大学腫瘍内科学講座²,札幌医科大学放射線医学講座³,北海 道がんセンター消化器内科⁴)

【はじめに】近年の化学療法や放射線療法の進歩により、局所進行膵癌に おいて病勢の制御と局所進展の改善が図られ、R0を目指した手術が行わ れる症例が増えてきている。局所進行膵癌に対する集学的治療の中で、 R0手術を達成するために重要な前治療やその評価方法、手術時期や術式等 に関して、最適な方法を明らかにしていく必要があると考えられる。今回、 局所進行膵癌に対し化学放射線治療を施行し、病理学的CR が得られた3切 除例を経験したため、臨床経過と手術方法を報告する。【症例1】80歳代女 性。膵体部癌でPL ce浸潤が否定できずStageIVa。CRT(50.4Gy+TS-1 100mg) 施行後、GEM 1000mgを4コース施行した。遠隔転移の出現なく 治療開始から8ヶ月後に根治術としてDP-CARを施行した。【症例2】60歳 代男性。 膵頭部癌でPL sm浸潤が疑われStageIVa。 FOLFIRINOXを17 コース施行後、遠隔転移の出現無く、PL sm浸潤が改善傾向を示した。更 なる局所制御のためにCRT (50.4Gy+TS-1 100mg) を施行後、治療開始か ら11ヶ月後に根治術としてSSPPD+PVRを施行した。【症例3】60歳代男性。 膵体部癌 (Asm+, Ace+, PL+, N1, StageIVa) で切除不能と診断された。 CRT (40Gy+GEM1000mg/m²) 施行後、GEM1000mg/m²を54コース施行 した。GEMの開始から約3年7か月で正常化していた腫瘍マーカーが再上 昇し始めた。画像上は明らかな遠隔転移・再発巣を認めなかったが、マー カーの上昇傾向が続くため、局所再発を疑い追加の前治療と手術を計画し た。FOLFIRINOXを12コース投与後、SMA/CA周囲神経叢にRT (20Gy) を施行した。治療開始から4年10ヶ月後に根治術としてDP-CAR+PVRを 施行した。【まとめ】局所進行膵癌において、化学放射療法と十分に計画さ れた手術方法により、病理学的CRが確認できた。最適な集学的治療を確立 していくためには、個々の症例の詳細な分析と症例集積による知見の蓄積 が今後、重要になると考えられた。

1 (内). 内視鏡下での造影が診断に有用であった十二指腸真性 憩室による慢性疼痛の1例

○箕浦 愛, 北川 翔, 宮川宏之, 長川達哉, 平山 敦, 岡村圭也, 奥 大樹(札幌厚生病院第2消化器内科)

【諸言】十二指腸憩室の多くは下行部内側の仮性憩室であり無症状である。今回、我々は内視鏡下での造影が診断に有用であった下十二指腸角対側の真性憩室による慢性疼痛の1 例を経験したので報告する。

【症例】50歳、女性。主訴は3年前より増悪傾向にある食後に出現する背部痛。前医で各種検査を施行されたが原因を特定できず、疼痛が増悪傾向にあったため当科を受診された。CTでは下十二指腸角の対側に46mm程度の液貯留を伴う十二指腸憩室の所見を認め、臨床経過からは同病変が慢性疼痛の原因と考えられた。上部消化管内視鏡検査では、憩室内に出血や潰瘍および炎症所見を認めなかった。内視鏡下にガストログラフィンによる憩室造影を施行したところ、以前より自覚している食後の背部痛が誘発され、吸引によって速やかな疼痛の改善を認めた。以上より十二指腸憩室が慢性疼痛の原因であると診断し、各種鎮痛剤にも抵抗性であったため、外科的治療の方針とした。十二指腸憩室切除術が施行され、病理組織学的に十二指腸真性憩室と診断した。術後は以前のような食後の背部痛は消失し、その後18ヶ月が経過したが疼痛の再燃を認めていない。

【考察】有症状での十二指腸憩室の報告は出血や穿孔、炎症を伴う例が多く、自験例のように憩室内圧の上昇により慢性疼痛をきたした症例は検索しうる限り報告はなく貴重な症例と考えられた。食後の背部痛の鑑別診断として十二指腸憩室を考慮する必要があり、内視鏡下での憩室造影による疼痛誘発が診断に有用であった。

2 (内). 嚥下障害をきたした頸椎骨病変症例の検討 〇ム チル、太田智之、高坂琢磨、坂本 淳、佐藤 龍

○ム チル,太田智之,高坂琢磨,坂本 淳,佐藤 龍,木村圭介(札幌東徳洲会病院消化器センター)

【目的】嚥下困難をきたす疾患は咽頭食道由来や脳神経疾患由来の 頻度が高く、頸椎疾患由来は内科医にとって認知度が高いとはいえ ない。当院で経験した頸椎疾患により嚥下困難を認めた6症例を消 化器内科および上部内視鏡所見の観点から検討した。【成績】(症例1) 70歳代、男性. 以前に施行した早期胃癌に対する内視鏡的胃粘膜下 層剥離術のサーベイランス目的で2014年某月に上部消化管内視鏡検 査を施行。とくに主訴なく検査を施行したが咽頭部に背側から圧排 所見があり検査後に嚥下困難の有無を問診したところ、実は1年前か らあったとのことであった。頸椎単純X線、CT、MRIではC4-Th1 の前方に骨化巣が突出し食道造影でも圧排性変化を認め嚥下困難の 原因と考えられた。当院脳外科で前縦靭帯骨化症(OALL)と判断さ れ骨化巣部堀削術が施行され嚥下困難は改善した。(症例2) 60歳 代、男性. 主訴は繰り返す誤嚥。1年前から誤嚥が増悪し近医耳鼻 科で頸椎の異常を指摘され当院紹介。頸椎画像検査ではC3-7の前 方に突出する骨化巣を認め、食道造影ではそれに圧排され造影剤の 気管内流入を認めた。OALLによる嚥下困難と診断し骨化巣部堀削 術を施行後、誤嚥は消失した。上記以外に、嚥下困難感をきたして上 部内視鏡検査を施行したが、咽頭食道由来の疾患がないにもかかわ らず頸椎X線検査にて頸椎前方の骨化巣病変を認めた例を4 例経験 している。【まとめ】内科医が嚥下障害の一原因疾患として本疾患の 認識を持つことは重要であり、内視鏡による咽頭部の観察と疑わし い症例に対しては積極的な頸椎レントゲン検査を推奨したい。

3 (内). 食道平滑筋腫上に発生した早期食道癌の1例

○能登谷元聡¹、関 英幸¹、伊藤聡司¹、平田裕哉¹、松薗絵美¹、 大原克仁¹、石橋陽子¹、菅井 望¹、藤田 淳¹、鈴木潤一¹、 岩崎沙里²、鈴木 昭²(KKR札幌医療センター消化器内科¹、 KKR札幌医療センター病理科²)

【背景】食道平滑筋腫は食道に発生する粘膜下腫瘍 (SMT) の中で最 多である. 稀ではあるが、平滑筋腫表面の食道粘膜に食道癌を合併 することがある. 今回我々は食道平滑筋腫上に発生した早期食道癌 の1例を経験したので、本邦における過去の報告と併せて報告する. 【症例】68歳, 男性. 3年前から食道粘膜下腫瘍を近医で指摘され, 上 部消化管内視鏡 (EGD) で経過観察されていた. 定期のEGDで腫瘍 表面の粘膜に発赤を認め生検が行われた、生検組織で高度異形成を 認め, 精査加療目的に当科紹介となった.EGDでは切歯列から20cm 後壁側に径15mmのSMTを認めた. SMTの表面にNBIでBrunish areaを認め、拡大観察で日本食道学会拡大内視鏡分類のB2血管を認 めた. EUS, CTと合わせて粘膜筋板由来の平滑筋腫上に発生した 早期食道癌と診断し, 内視鏡的粘膜切除術 (EMR) を施行した. 病 理学的にsquamous cell carcinoma on leiomyoma, 深達度はLPMで あった. 【考察】平滑筋腫と食道癌は稀ながら同所性合併することが 知られており、本邦では自験例を含め37例の報告があった。男女比 は25対12, 年齢は平均59.9歳であった. 癌と筋腫の位置関係は記載 のある26例で筋腫直上に癌を認めるものが24例, 近傍にあるものが2 例であり、平滑筋腫直上に食道癌を合併することが多かった. 食道 癌の深達度は記載のある33例中,粘膜癌23例 (EP 9例,LPM 3例, MM 7例), 粘膜下層癌8例, 固有筋層以深2例と早期に発見される傾 向にあった. 治療法は食道癌治療の時代変遷と関係し、1990年以前 は外科手術が、それ以降は診断精度の向上とともに内視鏡治療が選 択されてきている. 癌の発生に関して同所性合併では食道平滑筋腫 上への物理的な刺激が食道癌の発生のリスクとなっている可能性が 考えられている. 食道平滑筋腫は比較的頻度の高い疾患で, 経過観 察されることが多いが、稀ながらその表面に癌を合併しうることが あり癌の発生に注意した経過観察が必要である.

4 (内). 転移性胃腫瘍の内視鏡像についての検討

○久保彰則¹,津田桃子²,小野尚子³,松田可奈²,宮本秀一², 安孫子怜史²,山下允孝³,水鳥 健²,山本桂子²,工藤俊彦², 清水勇一³,坂本直哉²(北海道大学病院臨床研修センター¹,北 海道大学大学院医学研究科消化器内科学²,北海道大学病院光 学医療診療部³)

【背景・目的】近年、悪性腫瘍に対する抗腫瘍療法の進歩により、癌 患者の生命予後は延長され、出血などを契機として転移性胃腫瘍を まれに経験する. 本検討では, 転移性胃腫瘍の内視鏡像を中心に, 特 徴像と組織学的転移形式を含めて検討した. 【方法】2008年4月から 2015年12月までに、上部消化管内視鏡検査(EGD)で腫瘍性病変を認 め、生検から転移性胃腫瘍と診断された10例を対象とした。 臨床背 景および経過は診療録を参照し,内視鏡画像はすべて見直し,立ち上 がりなだらかな粘膜下腫瘍様隆起を呈するsubmucosal tumor (SMT) like typeと原発性胃癌に類似したprimary gastric cancer typeに分類して、組織学的な転移形式を予測した. 【結果】症例の内 訳は, 男性5例, 女性5例で, 診断時の平均年齢は63.9歳, 原発腫瘍は膵 内分泌腫瘍2例. 肺癌2例. 乳癌2例. その他4例で、3例は出血症状で発 見された. 内視鏡像はSMT like type 8 例 (80%), primary gastric cancer type 2例(20%)で、単発が3例(30%)、多発が7例(70%)であっ た. primary gastric cancer typeはいわゆるスキルス様の所見を呈 した乳癌の胃転移であり、リンパ行性転移が示唆された. 一方, SMT like typeでは表面決壊あるいは潰瘍形成し多発する傾向にあ り、おもに血行性転移の所見と考えられた. 原発巣診断から胃転移 診断までの期間は中央値13か月(同時発見~7年9か月後)であった. 【結語】転移性胃腫瘍は稀ではあるものの、転移形式を反映した特徴 的内視鏡像を呈する. 担癌あるいは癌既往のある患者のEGDでは, SMT様隆起やスキルス様の所見にとくに留意し、臨床背景を加味し て診断すべきである.

5 (内). SMT様の外観を呈したInverted pyloric gland adenomaの1例

○伊藤聡司¹, 関 英幸¹, 平田裕哉¹, 松薗絵美¹, 石橋陽子¹, 菅井 望¹, 藤田 淳¹, 鈴木潤一¹, 岩崎沙里², 鈴木 昭²(KKR 札幌医療センター消化器内科¹, KKR札幌医療センター病理診 断科²)

【背景】近年,胃型形質を発現する腺腫とその類縁疾患の存在が指摘 されているが,稀有な症例として扱われており報告も非常に少な い.その中で今回SMT様の外観を呈したinverted pyloric gland adenomaの1例を経験したため、ここに報告する.【症例】59歳女性.検 診での上部消化管内視鏡検査にて,穹隆部大弯に中央に粘液漏出を 伴う径15mm大の粘膜下腫瘍を認めた.中央のくぼみからの生検で Group 2の結果であったため,患者と相談し診断的治療目的にESDを 施行した.肉眼的には表面にくぼみを伴うSMT様の病変であった.組 織学的には不規則に拡張した腺管が密に増生しており.構成する細 胞は幽門腺様の淡明な胞体を有する円柱状細胞で,粘膜下組織に深 く内反性増殖していた.免疫組織化学では,病変部に一致して底部で MUC 6 陽性,内腔側でMUC 5AC陽性を示していた.CD 10は内腔側の ごく一部で陽性,MUC2は陰性であった.Ki-67 陽性細胞は少数散在性 に認められるのみでp53の過剰発現は認めなかった.以上より Inverted pyloric gland adenomaの診断となった. 【考察】九嶋らは胃 型腺腫の内視鏡所見として,(1)丈の高い絨毛状隆起,(2)表面平滑で くびれを持つ隆起(3)中央に陥凹をもつ丈の低い隆起(内反性増殖), (4) 結節集簇様で大腸のLST-G型のような外観を呈する隆起,に類型 化している.本症例を分類するとすれば(3)のinverted growth type に分類されるが、SMT様の外観を呈するものは医中誌および PubMedでは報告がなく,非常に稀な症例と思われたため,若干の文 献的考察を加えて報告する.

6 (内). 当院で経験した胃底腺型胃癌の1例

○畑山加奈, 寺門洋平, 伊藤彰洋, 柳原志津妃, 賀集剛賢, 道上 篤, 鈴木 肇, 乙黒雄平, 渡邊義行, 萩原 武, 小澤 広, 前田 聡(札幌厚生病院第1消化器科)

【背景】胃底腺型胃癌は、2010年に胃底腺への分化を示す低異型度分化型胃癌として提唱され、その後多数の報告がされているが、頻度は胃癌全体の1.6%程度であり比較的稀である。当院で経験した胃底腺型胃癌の1例を、文献的考察を加え報告する。

【症例】65歳男性. X年10月に上部消化管内視鏡検査で噴門部大彎に 7mm大の粘膜下腫瘍様の降起性病変を指摘された。頂部に発赤陥凹 を伴い、周囲には拡張した血管を認めた. 生検でAdenocarcinoma (Tub1,Tub2)の診断で、内視鏡診断では粘膜下層への浸潤の可能性も 否定できなかったが、サイズも小さく、完全摘除生検目的に、X年12月 に内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した. 病理組織学的診断は, 腫瘍径 15×14mm, pT1b (表層から2mm), ly (-), v (-), HM0, VM0であっ た. 免疫染色では、PepsinogenIが主に陽性となる主細胞方向への分 化を示す腫瘍細胞が粘膜中層から深層に増殖し、表層部は非腫瘍の腺 窩上皮に覆われており、胃底腺型胃癌の診断となった. 本症例は、Ki-67 labeling indexは低く、desmoplastic reactionも全く認めなかった が、胃癌治療ガイドラインによる内視鏡的切除の根治性の評価では、 深達度がT1bであることから非治癒切除であるため、追加外科手術の 方針で、X+1年4月に噴門側胃切除術およびD1+郭清を施行した. 術 後の病理組織学的診断では、内視鏡治療部位に腫瘍の残存はなく、リ ンパ節転移も認めず、最終病理組織診断はGastric adenocarcinoma of fundic gland type, pT1b, INFa, ly0, N0, M0, stageIAであった. 【考察】胃底腺型胃癌は小さいうちに粘膜下層へ浸潤するが、N/C比 は50%以下の低異型度で、細胞増殖活性は低く、比較的予後良好な腫 瘍として報告されている.しかしながら中には高異型度へ進展し、脈 管侵襲を伴うものや漿膜下組織まで浸潤するものなど、高悪性度の病 変が存在する. 今後さらなる症例の蓄積や病理学的解析により, 進行 癌に至る発育様式の解明や胃底腺型胃癌の本質を明らかにし、治療方 針を確立することが課題といえる.

7 (内). 通電ダイレーターによる内視鏡的拡張術が有用であった胆管空腸吻合部狭窄の1例

○仙波佳祐,杉山祥晃,小林裕,久野木健仁,芹川真哉,鈴木康秋(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】60歳代, 男性, 2015年8月に膵管内乳頭粘液性腺癌 (noninvasive, Stage 0) に対し膵頭十二指腸切除術IIA再建を施行. 術後 明らかな再発なく経過していたが、2015年11月より肝胆道系酵素の 上昇を認め, 2016年4月に胆管空腸吻合部狭窄による胆管炎で入院 となった. 十分なインフォームドコンセントにより内視鏡的拡張術 の方針となった. 術後再建腸管に挿入するため, 挿入長が比較的長 く,全ての十二指腸処置具が使用できるCF-Q 260 AIを選択した. 胆 管空腸吻合部への到達に成功したが, 吻合部はpinhole様で高度に狭 窄していた. 0.025インチのガイドワイヤー(VisiGlide 2, Olympus) を胆管内に留置することは出来たが、先細り型の造影チューブ (PR-V 434 Q, Olympus), 先端 4 Frの非通電のダイレーター (SBDC-7, Cook Japan) は狭窄部を通過できなかったため、6Fr通電ダイレー ター (Cysto-Gastro-Set; Endo-Flex) を使用した. その結果, 容易に 狭窄部を通過できたため、6mm径の拡張用バルーン(Hurricane RX Biliary Dilation Catheter, Boston Scientific Japan)で拡張後, 8Frの double-pigtail型ステント (CX-Tステント, Gadelius) を留置した. 術 後合併症はなく, 胆管炎は改善し, 6日で早期退院が可能となった. 【結語】胆管空腸吻合部狭窄の内視鏡的アプローチとして通電ダイ レーターは有用な選択肢の1つと考えられる. しかし、まだ安全性が 確立されていないため、適応には慎重な検討が必要と考えられる.

- 8 (内). 胆管金属ステント留置後に生じた遅発性胆管周囲膿瘍 に対して超音波内視鏡下ドレナージを施行した1例
 - ○更科耕一郎, 羽場 真, 小田 寿, 曽我部進, 高橋一宏, 小林良充, 寺下勝已, 中野真太郎, 山村貴洋, 松田宗一郎, 宮城島拓人(釧路労災病院内科・消化器内科)

症例は74歳,女性. 2015年7月に腹膜播種を伴う切除不能膵頭部癌の 診断で、胆管閉塞に対して経乳頭的に金属ステント (WallFlexTM Biliary RX Stent, Fully covered, 8x80mm)を留置し, 外来通院で塩 酸ゲムシタビン単剤による化学療法を施行していた. 経過中に時々 発熱をきたすことがあったが、血液検査やCT検査では特記すべき所 見を認めず、抗生剤投与で改善していたため様子をみていた。2016 年2月、39℃の発熱を主訴に外来を受診し血液検査で炎症反応の上 昇を認めたため入院となった. 抗生剤投与を行ったが発熱が持続し 炎症反応が改善しないため造影CTを撮像したところ, 胆管周囲に最 大径 47mmの多房性嚢胞性病変を認めた. 胆管周囲膿瘍と考え超音 波内視鏡下ドレナージを施行した.経胃的に嚢胞を超音波内視鏡で 描出し穿刺針(SonoTip[®] Pro Control, 19Ga)で穿刺すると, 白色膿汁 様の排液が吸引された。ガイドワイヤーを膿瘍内に2本挿入し、内瘻 ステント (Zimmon^R Biliary stent, 5Fr 7cm) 1 本と外瘻チューブ (Flexima[™] ENBD Catheter, 5Fr) を留置した。治療翌日に外瘻 チューブから造影を行うと、膿瘍腔から胆管方向へ瘻孔を確認でき、 胆管を介して十二指腸が造影される像がえられたため、胆管穿孔に よる胆管周囲膿瘍と考えられた. 金属ステント留置前の胆管造影と 比較することで瘻孔は最狭窄部である遠位胆管より生じたと思われ ドレナージ施行後は速やかに発熱・炎症反応は改善し、14日後 に外瘻チューブの自然脱落を確認したが、その後の炎症の再燃は認 めず、18日後に退院となった. 以降は発熱を認めずに経過し、外来 通院で化学療法を継続している. 胆管金属ステント留置後の合併症 としては閉塞や迷入・脱落などが知られているが、ステント留置後 の胆管穿孔および遅発性の膿瘍形成の報告はまれである. 本症例に おいてはこのような病態に対して低侵襲で効果的な治療をしえたた め. ここに報告する.

9 (内). 大腸腫瘍性病変に対するV₁型pit pattern亜分類の有用性
○原田 拓', 田沼徳真¹, 濱本英剛¹, 小林陽介¹, 須藤豪太¹, 宇都宮蘭¹, 山本恭史¹, 外園正光¹, 鈴木雄一郎¹, 大森優子², 野口寛子², 篠原敏也², 真口宏介¹(手稲渓仁会病院消化器病センター¹, 手稲渓仁会病院病理診断科²)

【背景と目的】大腸における拡大内視鏡診断はpit pattern分類に基 づいて行われ、 V_1 型pitには粘膜内病変からSM深部浸潤癌までの多 彩な病変が含まれるが、軽度・高度不整の2つに分類されるのが一般 的である。今回、当センター内において用いているV、型暫定分類の 有用性に関して検討を行った。【対象と方法】2009年6月から2016年 5月までの期間に拡大内視鏡観察で V_1 型pitと診断し、内視鏡または 外科的治療が施行された317病変を対象とした。内視鏡所見から進 行癌と診断された病変は除外した。V_I型pitの診断はクリスタルバ イオレット染色を用いた拡大観察で行い、腺管の構造や密度、染色性 等により不整の程度からV, 1/3型、V, 2/3型、V, 3/3型の3つに亜 分類した。病変内で複数の異なる所見を認める場合は病変内の最も 不整の強い領域の所見を病変のpit patternとした。【結果】対象病変 の病理組織診断はLow grade adenoma (LGA) 14病変、High grade adenoma (HGA) 48病変、深達度M ~ SM軽度浸潤癌 (pT 1a癌) 162 病変、SM深部以深浸潤癌 (pT1b以深癌) 93 病変であった。拡大内 視鏡所見では $V_{\rm I}$ 1/3型109病変、 $V_{\rm I}$ 2/3型120病変、 $V_{\rm I}$ 3/3型88病変 に分類され、各群での病理組織型の分布には有意差を認めた。 $V_{\rm I}$ 1/3型ではLGA/HGA/pT1a癌/pT1b以深癌:13/43/52/1と腺腫と pT1a癌がそれぞれ約半数であり、V₁2/3型ではLGA: HGA/pT1a 癌/pT1b以深癌:1/5/98/16とpT1a癌が多くを占め、V, 3/3型は LGA/HGA/pT 1a癌/pT 1b以深癌:0/0/12/76とpT 1b以深癌が大 多数であった。また、癌の組織分化度に関してもV₁ 1/3型では高分 化腺癌のみで構成される腫瘍がほとんど(48/53病変:90.6%)であっ たのに対し、V₁2/3型(87/114病変; 76.3%)、V₁3/3型(25/88病変; 28.4%) と不整が増すにつれてより低分化な組織像を呈する腫瘍の 増加を認めた。【結語】V₂型暫定分類は大腸腫瘍性病変の拡大内視 鏡診断の精度向上に有用である可能性が示唆された。

- 10 (内). ESDを行った声門上喉頭癌4症例の検討
 - ○安孫子怜史¹,清水勇一²,水島 健¹,松田可奈¹,宮本秀一¹,山下允孝²,津田桃子¹,高橋正和²,山本桂子¹,森 康明²,中川 学²,小野尚子²,中川宗一²,工藤俊彦¹,坂本直哉¹(北海道大学病院消化器内科¹,北海道大学病院光学医療診療部²)

【背景】咽喉頭癌は表在癌として発見され、内視鏡治療で根治できる 症例が増加している。しかし、喉頭蓋舌面に発生する喉頭癌はルー チンの経口的アプローチで発見するのが困難である。また、同部位 は挿管チューブが視野展開の妨げとなるため、ESDに際し、工夫を 要する。【目的】喉頭蓋舌面に発生した早期喉頭癌に対してESDを 行った4例を経験したため報告する。症例1:60代男性。2007年7月 に右喉頭蓋舌面に15mmの表面顆粒状変化を伴う隆起性病変を認め ESD施行 (0-IIa,SCC,SEP,ly 0,v 0,HM 0,VM 0)。 2012年3月に右喉頭蓋 舌面に18mm の粘膜下腫瘍を認め局所再発と診断し、耳鼻科で喉頭 蓋部分切除術施行。2012年5月に部分切除後の断端に7mmの発赤し た隆起性病変を認め腫瘍の遺残と診断し、再度ESD施行(0-IIa, SCC, EP, ly 0, v 0, HM 0, VM 0)。症例 2:80 代男性。2009 年 8 月に喉頭蓋 舌面正中に8mmの平坦な発赤粘膜を認めESD施行 (0-IIb, SCC, SEP, ly0, v0, HM1, VM0)。症例3:70代男性。2012年11月に左喉頭蓋舌 面に12mmの白色調の隆起性病変を認めESD施行(0-IIa, SCC, SEP, ly0, v0, HM1, VM0)。症例4:60代男性。2014年12月に左喉頭蓋舌 面に12mmの平坦な発赤粘膜を認めESD施行(0-IIa, SCC, SEP, ly 0, v0, HM1, VM0)。術後、喉頭蓋左側部分の脱落を認めた。※全例、 全身麻酔下でESD施行。気管切開術を必要とした症例は無かった。 【考察】ESD導入初期症例で局所再発を経験した。病理学的に断端 陰性であったが腫瘍の進展範囲診断が誤っていた可能性がある。合 併症としては喉頭蓋においてESDを施行した左側部分が脱落し、喉 頭蓋が半分になることを経験した。本例では誤嚥など無く経過した が喉頭蓋の広範囲をESDする場合は注意が必要である。喉頭蓋ESD は視野の十分な確保に喉頭鏡挿入部位の工夫が必要であった。【結 論】少数例の検討であるが早期喉頭癌へのESDは安全に施行出来 た。今後、治療予後の検討も含めた症例の蓄積が必要である。

- 11 (内). 早期胆摘術困難な胆石胆嚢炎症例に対する経皮経肝的 胆嚢ドレナージ後の胆嚢ステント留置術に関する検討
 - ○岸 宗佑, 丹野誠志, 野村友祐, 羽廣敦也, 平田 翔, 山本 浩, 金野陽高, 上野敦盛, 平池則雄, 葛西和博(イムス札幌消化器 中央総合病院)

【目的】基礎疾患を有する高齢者の増加に伴って,早期の胆嚢摘出術 (胆摘)困難な胆石胆嚢炎症例を経験する機会が増えている. 当施設 ではこのような胆石胆嚢炎症例に対して、胆嚢ステント留置術 (GBS)を経乳頭的または経皮経肝的に行う症例を経験してきた. 本 検討では経乳頭的アプローチ困難な胆石胆嚢炎症例に対して, PTGBD後に経乳頭的または経皮経肝的にGBSを施行した11 例につ いて、その治療成績と有用性について検討を行った。【対象と方法】 2016年4月までにGBSを施行した61例中、PTGBD施行後にGBSを施 行した11例(年齢中央値77歳, 男性5例, 女性6例)を対象とした. GBS 施行例の基礎疾患、GBSによる症状改善効果, 治療関連偶発性, 胆嚢 炎再燃の有無,ステント留置期間,待機的外科治療移行成績について 検討した.【結果】PTGBD後にGBSを留置した11例中, 経乳頭的に GBSを施行したのは8 例でそのうち2 例はランデブー法を用いた.経 皮経肝的に順行性にGBSを施行したのは3例であった. 基礎疾患内 訳はMirizzi症候群2例, 胃全摘R-Y吻合術1例, 膵癌2例, その他6例で あった. Mirizzi症候群では初回に経乳頭的GBSは困難であったが、 PTGBD後に胆嚢管が開通したことで可能となり、1例では待機的胆 摘が可能となった。ステント留置期間中央値は全体で287日(12~ 585日), 胆摘施行2例で118日(68-167日), 未施行9例324日(12~585 日)であった. 胆嚢炎再燃や胆嚢炎による死亡例は認めなかった. 【結 論】基礎疾患合併のため胆摘困難で、かつ早期の経乳頭的アプローチ 困難な胆石胆嚢炎症例では、PTGBD後のGBSはpalliativeかつ bridge therapyとして有用である. Mirizzi症候群やR-Y吻合例では 早期の経乳頭的アプローチは困難なことが多いが、PTGBD後に GBSを行うことで長期間にわたって胆嚢炎再燃を認めず、良好な QOLを得られる症例も経験される.

- 12 (内). SEMS-in-SEMS techniqueにより食道ステントを抜去 し得たBoerhaave症候群の1例
 - ○嘉成悠介¹, 久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 亮也¹, 小柴 裕¹, 佐藤正文², 川崎亮輔², 行部 洋², 武内優太², 宮崎 悦³, 山内夏未⁴(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院外科², 伊達赤十字病院内科³, 札幌医科大学腫瘍・血液内科⁴)

Boerhaave症候群(特発性食道破裂)術後の瘻孔に対するself-expandable metal stent (SEMS) による治療後に、SEMS-in-SEMS techniqueにより、SEMSを安全に抜去しえた1 例を経験したので、その手技を中心に文献的考察を加え報告する。

症例は77歳、女性。義歯が合わずに食事を飲み込むように摂取していた。平成27年12月初旬に午前中より嘔気、心窩部痛あり、同日夕方に増強し当院に救急搬送された。CTで縦隔気腫、左胸水貯留を認め、食道造影で下部食道から左胸腔への造影剤の漏出を確認し、Boerhaave症候群と診断した。同日外科にて開胸下で穿孔部の縫合閉鎖およびドレナージ術を施行した。

同月末に発熱を認めたため、第24病日に経口ガストロ造影を施行したところ下部食道から左胸腔への瘻孔の残存を認めた。抗生物質の投与にて経過観察したが、排液量の減少なく、発熱も続いたため、第33病日に瘻孔閉鎖目的にEGDを施行した。クリッピングによる瘻孔閉鎖を試みたが不可能であり、covered SEMSを留置した。

第35、第42病日に食道造影を施行したが、SEMS脇からリークを認めたため、第46病日に大口径covered SEMSを追加留置した。第53病日の経口ガストロ造影では明らかなリークを認めず、第57病日に経口摂取を再開した。SEMS留置による胃食道逆流症状を軽度認めたものの、経口摂取は良好であった。

第74病日にSEMS抜去目的にEGDを施行した。SEMS口側端は全周性にmucosal hyperplasiaで埋もれており、アルゴンプラズマ凝固で焼灼し、食道壁とSEMSを離した後に、鰐口鉗子でSEMS口側端を把持し、2本のSEMSを同時に抜去した。軽度の出血を認めるものの、瘻孔は閉鎖されていた。第79病日に胸腔ドレーンも抜去した。第103病日に退院となった。

- 13 (内). 良悪性の鑑別が問題となりPPIで消失した食道胃接合 部炎症性ポリープの1例
 - 〇山本桂子¹, 松田可奈², 宮本秀一¹, 安孫子怜史², 津田桃子², 水島 健², 小男尚子¹, 工藤俊彦², 清水勇一¹, 坂本直哉²(北 海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学病院消化器内科²)

【症例】60歳代男性【現病歴】前医でスクリーニング目的に行われた 上部消化管内視鏡検査にて食道胃接合部に隆起性変化を指摘。生検 にて腫瘍性病変を疑われ当科紹介となった。【既往歴】23歳時、胃潰 瘍。55 歳時に Helicobacter pylori 除菌。 【内視鏡所見】 食道胃接 合部はLos Angeles分類grade Aの逆流性食道炎が存在した。 Barrett粘膜は見られず、扁平円柱上皮境界部の3 時方向に10 mm程 度のY-IIポリープを認めた。表面は比較的平滑な発赤調の隆起だが、 乳白色の突出した部分が見られ、全体としていびつな凹凸を呈した。 また頂部はびらんを思わせる白色の領域を認めた。発赤部はNBI観 察で濃いbrownishな色調で、拡大観察では拡張・増生した血管を認 めた。発赤部と頂部の白色部は上皮特有の所見はなく、上皮欠損お よび自苔と思われた。乳白色の突出部は扁平上皮の残存と思われた。 【病理所見】生検病理では、血管増生と高度の好中球浸潤からなる炎 症性肉芽組織内に、不整形腫大核を有する異型細胞が多数認められ た。 免 疫 染 色 で はAE1/AE3、CAM5.2、CD31、CD34、 FactorVIII、LCA、CD 68 (KP-1、PGM-1) すべて陰性であった。 病理学的には、この異型細胞が腫瘍性か否か、また良悪性の判定は困 難であった。【経過】除菌歴や逆流性食道炎といった臨床背景と内視 鏡所見から、炎症性ポリープを第一に考え、PPI内服にて経過観察 をしたところ、約4カ月後には隆起は消失していた。【考察】炎症性ポ リープは炎症細胞浸潤、間質細胞の増生、反応性異型、上皮細胞の反 応性異型、脱落、過形成などが病理学的な特徴であるが、上皮、間質系 細胞共に強い異型を示すことがあり、悪性疾患との鑑別が問題とな ることがある。診断的治療として内視鏡的切除が選択されるケース が少なくないが、PPIで消失する可能性があり、食道胃接合部にお ける炎症性ポリープの存在と形態的特徴を知ることが、無用な治療 を防ぐ一助となると考えられる。

14 (消). 当院で経験した急性食道粘膜病変 (AEML) の1例 ○大沼ゆりな, 重沢 拓, 松本美櫻, 太宰昌佳, 小野寺学, 宮本大輔, 横山朗子, 吉井新二(NTT東日本札幌病院)

【背景】 急性食道粘膜病変 (acute esophageal mucosal lesion, 以下 AEML)は急性出血性びらん性食道炎のうち,下部食道全域を超え 全周性にびまん性の粘膜障害を認める比較的稀な疾患である. 今回 我々は吃逆、胸痛を主訴とし診断に至ったAEMLの1 例を経験した ので報告する. 【症例】60歳代男性【現病歴】入院2日前から誘因なく 前胸部痛, 吃逆, 嘔吐, コーヒー残渣様吐物を認めた. 経口摂取困難 のため入院となった. 【入院時検査所見】血液検査: WBC 12100/μL, BUN 21 mg/dL, Cre 0.58 mg/dL, Na 119 mmol/L, Cl 80 mmol/ L, CRP 1.27 mg/dL, HbA1c 8.4 %, 胸腹部造影CT:下部食道に 壁肥厚と周囲への炎症の波及を認めた. 【経過】上部消化管内視鏡検 査で、胸部下部食道中心に全周性の白苔と黒色食道炎を認めた. PPI投与を開始し入院7日目には胸痛, 吃逆は改善した. 入院12日目 の内視鏡再検にて食道炎の改善を認めた. 【考察】 AEMLは急性出 血性びらん性食道炎のうち下部食道全域を超え全周性にびまん性粘 膜障害を認めるもので、2008年にTsumuraらによって定義された. 急性に発症し中高年男性に好発する.虚血が主な病因とされている. 本症例は糖尿病を背景にした虚血性変化が病因として推察された. 内視鏡的特徴は、下部食道を中心とした全周性食道炎で、円柱上皮に は炎症が及ばない. 下部食道には酸化された凝血が原因の黒色食道 炎を呈することがあり本症例でも認めた. 病理像は非特異的炎症所 見で, 鑑別として腐食性食道炎, 放射線性食道炎, 感染性食道炎, 慢性 逆流性食道炎の急性増悪などが挙げられる. 本症例は病歴, 特徴的 な内視鏡像, 病理組織像からAEMLの診断となった. 絶食、PPI投 与により速やかに改善した. 今回我々は比較的新しい疾患概念であ り、報告例も限られているAEMLを経験したので若干の文献的考察 を加え報告する.

15 (内). 演題取下

16 (消). 食道悪性黒色腫に対してnivolumabを投与した1例

○松田宗一郎¹,高橋一宏¹,更科耕一郎¹,山村貴洋¹,中野真太郎¹,小林良充¹,寺下勝巳¹,羽場 真¹,曽我部進¹,小田 寿¹,宮城島拓人¹,小笠原和宏²,高橋達郎³(釧路ろうさい病院内科・消化器内科¹,釧路ろうさい病院外科²,釧路ろうさい病院中央検査科³)

症例は60代男性。高血圧症で近医通院中、平成26年12月中旬頃から 嚥下困難症状が出現し、同月下旬に同院で上部消化管内視鏡検査を 行い、中部食道に腫瘍性病変を認め、平成27年1月7日に当科紹介初診 となった。精査上部消化管内視鏡検査では門歯列から30-36cm、 6-12 時方向にSMT様隆起を認めた。病変中心部は離開し茶褐色~ 黒色の大小不同の顆粒、結節状隆起を形成し、周辺正常粘膜面、病変 周堤には色素沈着を伴っていた。ルゴール撒布では不染帯を呈さず、 NBI拡大観察では病変内、周堤ともに食道癌学会分類type A血管の みで構成されていた。生検病理結果ではMalignant melanoma、 AE1/AE3 (-)、S100 (-)、HMB45 (+)、Melan A (+) であった。 PET/CTでは病変周囲のリンパ節への集積認め、腫瘍切除及び術後 化学療法方針となり、当院外科にて2月17日に右開胸開腹食道亜全摘 術、D1 郭清施行、術後病理結果ではpT3,pN1 (4/19) ,M0,pStage III,pR1,Cur Bであった。退院後、専門外来での加療を再三勧めるも 了承を得られず、当院でDAV療法 (DTIC、ACNU、VCR) を5月に 開始した。4~6週毎に5コース行うことが一般的であるが、本人都合 により度々延期となりH28年1月に5コース終了した。治療後の評価 CT画像では前縦隔リンパ節の増大を認め、2016年2月26日から2nd regimenのnivolumabを開始した。Day 12 頃より頭部にgrade 1の湿 疹、掻痒、眼瞼の腫脹を認め、治療を延期しステロイド外用、抗ヒスタ ミン薬で経過観察をしたが、投与から6週間以上経過後も頭部の湿 疹、掻痒の持続あり、最終的にプレドニゾロンの内服を要した。現在 は治療を中止しているが、縦隔リンパ節縮小傾向である。 Nivolumabは2014年9月から悪性黒色腫に対して保険認可となり、皮 膚悪性黒色腫に対して広く使用されている。しかしながら消化管悪 性黒色腫への投与報告例は少なく、今回報告する。

17 (内). 食道原発MALTリンパ腫の2例

○小柴 裕¹, 久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 亮也¹, 山内夏未¹, 宮崎 悦², 嘉成悠介³(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字 病院内科², 札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座³)

消化管原発リンパ腫のうち、食道原発リンパ腫は1%未満であり、なかでもMALTリンパ腫は極めてまれである。治療方針に関する統一した見解は得られておらず、予後も十分に検討されていない。今回、食道原発MALTリンパ腫の2例を経験したので報告する。

【症例1】49歳、女性。平成27年4月中旬より左背部痛を自覚し、近医受診。EGDでMtLt前壁約半周性に10cmに及ぶやや白色調粘膜下腫瘍様病変を認め、生検でリンパ腫が疑われ当科受診。EUSでは第2層から第3層の高エコーの混在する低エコー腫瘤であった。生検で中型異型リンパ球の集簇を認め、CD3除性、CD5除性、CD10除性、CD20陽性、CD79a陽性、bcl-2陽性であり、MALTリンパ腫と診断した。PET/CTでは同部位の集積亢進を認める以外異常はなく、Lugano国際会議分類I期と考えられた。平成27年8月よりR-CHOP療法を4コース施行。11月のEGDで縮小効果が不十分なため、放射線治療を36Gy/18回施行。治療後の同年12月、平成28年1月、4月に施行した内視鏡検査では、病変部の隆起はわずかに残存しているが、生検では残存は確認されず。平成28年2月に施行したFDG-PET検査でも明らかな残存、再発は認めていない。

【症例2】74歳、女性。体重減少あり、平成27年7月に近医受診。EGDでUt左壁に約3cmのごく僅かに白色調の扁平隆起性病変を認め、生検でリンパ腫が疑われ当科受診。EUSでは第2層から第3層の低エコー腫瘤であった。再生検でMALTリンパ腫と診断され、各種画像診断にて他部位の病変は認めず、Lugano国際会議分類I期と考えられた。R-CHOP療法を平成27年8月より6コース施行し、平成28年5月のEGD、EUSでは明らかな病変の残存は認めていない。

18 (内). 内視鏡画像の遡及的検討が可能であったInterval Gastric CancersにおけるMissed CancersとNew Cancersの比較

○飯田智哉,山下健太郎,三宅高和,小野寺馨,久保俊之, 山本英一郎,能正勝彦,仲瀬裕志(札幌医科大学消化器内科)

【背景と目的】Interval Gastric Cancers (IGCs) は過去に上部消化管 内視鏡検査 (EGD) を受けた患者に発見された胃瘍と定義され、これま でにも複数の検討がなされているが, 過去の内視鏡検査歴の有無のみ でIGCsを定義しているものが多く、過去の内視鏡画像と詳細な比較検 討が行われている報告は少ない. 今回. 我々は IGCsの内視鏡画像を遡 及的に比較し、IGCsの経過および臨床病理学的特徴について検討する ことを目的とした. 【方法】 2006年1月から2015年12月に当科で診療した 胃癌症例のうち, 過去10年の間に当科でEGDが施行され, 内視鏡画像の 遡及的比較が可能であった症例をIGCsと定義し、本検討の対象とした. IGCsを過去の画像に癌の存在が強く疑われるMissed Cancres (MC)と 指摘できないNew Cancers (NC) に分類し、その臨床経過および特徴 (年齢, 性別, 病変部位, 組織型, Stage, MSI, 施行医) について検討し た、【成績】当科で診療した胃癌285例のうち、当科でEGDが施行され、過 去の画像と詳細な比較検討が可能であった症例は35 例であり、そのう ちMSIが陽性だったのは3例 (9%) であった. 35例のうち19例が過去の 画像に早期胃癌が指摘でき(MC), 16 例は指摘できなかった(NC) MC19例のうち11例が中央値18か月の観察期間で形態変化を認めず,8 例が中央値36カ月で増大した. 増大した8例のうち4例では中央値30カ 月で早期癌のままであり、3例が中央値48カ月で切除不能となった. NC16例のうち2年以内に出現した症例が5例で、そのうち進行癌となっ て診断された症例が1 例認められ、内分泌細胞癌の症例であった、また、 MCではNCと比較して有意に早期癌が多く, 体上部病変, 陥凹性病変が 多い傾向にあった.【結論】IGCsのMSI陽性率は既報(10%)と同等であっ た. IGCsの経過から、特殊な組織型を除いて早期胃癌の多くは少なく とも18カ月は形態変化を認めなかった. MCではNCと比較して有意に 早期癌が多く, 体上部病変, 陥凹性病変が多い傾向にあり, これらを念 頭に置いてEGDを行う必要があると考えられた.

19 (消). 多発肝転移を有する上行結腸癌、胃癌に対し、集学 的治療を行った1例

○木脇佐代子¹,岩永一郎¹,得地祐匡¹,小田切信介¹,佐藤史幸¹, 江平宣起¹,上林 実¹,松永明宏²,山口晃司²,新関浩人², 池田淳一²(北見赤十字病院消化器内科¹,北見赤十字病院外科²)

多発肝転移を有する上行結腸癌, 胃癌に対し, 化学療法施行後, 大腸 癌に対して外科治療を行い, さらに化学療法を追加した後, 胃癌に対 する外科治療を行った症例を経験した. 現在無治療で再発なく, 初 発から4年の生存を得られているので報告する. 【症例】70代, 男性. 【現病歴】2012年3月に他院で胃前庭部に3cm大の2型腫瘍を指摘さ れ当科紹介受診した. 下部消化管内視鏡検査では上行結腸に半周性 の2型腫瘍を認めた.全身CTでは多発肝転移とそれぞれの所属リン パ節の腫大を認めた、肝転移についてはいずれの腫瘍からの転移か 判断できず双方に有効なmFOLFOX6 + Bevacizumab (BV) 療法を 行う方針となり、2012年4月に治療を開始した.1年後には上行結腸 癌は縮小し、胃癌、肝転移は肉眼的にCRとなった. 残存する上行結 腸癌に対し、2013年7月に当院外科で腹腔鏡下右半結腸切除術を施 行した. 術後3ヶ月で肝転移と胃癌の増大を認めたため、2013年11 月よりmFOLFOX6+BV療法を再開した. 再開後4ヶ月で肝転移は CRになったが、胃癌は増大傾向となったため、FOLFIRI+BV療法 に変更したが、胃癌は縮小せず、2014年11月に開腹幽門側胃切除術 を施行した. 術後, 化学療法は施行せず経過観察中であるが, 画像上 明らかな再発を認めていない.

20 (消). 悪性消化管狭窄に対するステント留置術 ○平山 敦,宮川宏之,長川達哉,岡村圭也,北川 翔, 奥 大樹(札幌厚生病院第2消化器科)

[目的] 当院では1998年より悪性消化管狭窄に対しステント留置術 を施行してきた.過去 18 年間の消化管ステントを施行した全症例は 204例(部位別重複あり),内訳は食道(噴門部を含む)22例,胃十二指 腸134例,吻合部26例,空腸(胆管空腸吻合部) 1例,大腸21例である.各消 化管ステントの成績,合併症,トラブルシューティングについて供覧 する. [方法と結果]過去18年間の消化管ステントを施行した204例に ついて成績と種々の合併症につて検討する.ステントの臨床的成功 率は92.2%,検討内容は,食事摂取量はステント長が長い程摂取量が低 下する.胆管十二指腸ダブルステント症例については胆管処置が先 行する症例が殆どで,十二指腸胆管ステントの相互位置関係と胆管 炎トラブルの相関が認められた.上部消化管と大腸のダブルステン トとなった症例が4例あり何れも上部消化管ステントが先行し後に 大腸ステントを施行した症例だが,最終ステント後臨床的改善の得 られた症例は1例のみで予後も平均18日と短い印象だった。これまで の経験上消化管ステントを選択すべきではなかった症例について報 告する(胃内容量不足,同時複数消化管通過障害,瘻孔を伴う狭窄).ま た検討すべき症例(PPPD-IIA術後再発に対する十二指腸空腸吻合部 ステント症例,PD Child変法術後再発に対する空腸ステント症例) に ついて供覧する. [結論] 消化管ステント留置術は侵襲も少ないとい うことで普及して来ているが,あらかじめ知っておかなければいけ ないリスク,避けられないトラブルとそれに対するトラブルシュー ティングがセットで存在することを理解することによって,効果の 予測やリスクマネージメントが可能となり,臨床的成功率が上昇す るものと考える.

21 (消). 当院のHCV感染患者におけるソホスブビル併用経口2 剤療法の使用経験

○小林智絵,斎藤里佳,中島正人,江藤和範,小西康平, 山本文泰(苫小牧市立病院消化器内科)

【背景・目的】DAAの登場により今日の慢性C型肝炎の治療成績は 飛躍的に向上した。特に核酸型NS5Bポリメラーゼ阻害剤であるソ ホスプビルの登場により副作用中止も少なく、100%近いSVR率が 期待できるようになった。今回当院で施行したソホスブビル経口2 剤療法の使用経験についてまとめた。

【対象・方法】当院にてソホスブビル併用経口2利療法を導入し、投 与終了した36例。治療効果、副作用について検討した。

【結果】症例は36例、年齢中央値60歳(27-82歳)、男性/女性 21例/15 例であった。1型は18例全例がgenotype 1b、2型は11例がgenotype 2a、7例がgenotype 2b、1例がgenotype 1bとserotypeとの相違が認められた。全体のHCV-RNA中央値は6.3LogIU/ml(4.1-7.2LogIU/ml)、ALT中央値 32IU/1(11-179IU/l)、血小板数中央値 15.7万/ μ l(6-34万/ μ l)、IL 28BはTT/nonTTは20例/16例であった。前治療歴は初回21例、再燃5例、無効6例、副作用中止例4例であった。前治療歴は初回21例、再燃5例、無効6例、副作用中止例4例であった。FIB-4indexは1.45未満が7例、1.45-3.25は17例、3.25以上が12例と線維化進行例を多く含んでいた。全例で治療完遂でき、副作用中止例、viral breakthroughは認めなかった。副作用としては1例に皮疹を認めたが、治療完遂できた。また治療経過中に1例において高尿酸血症、2例において脂質異常症が増悪し、内服治療を開始した。糖尿病治療中の患者1例において低血糖のため薬剤変更を要した。SVR4まで観察し得た症例は1型で7例、2型で15例であり、いずれもSVR4達成率は100%であった。

【結語】当院におけるソホスブビル併用療法における副作用中止率は0%、SVR4達成率は100%であり、既報通り高い安全性、有効性が示された。少数例ではあるが、当院のデータからは糖尿病や脂質異常症に対して影響を及ぼす可能性が示唆された。

22 (消). 当院におけるSofosbuvir/Ledipasvirの治療成績

○中島知明,推井大雄,巽 亮二,山口将功,木村睦海,荒川智宏,桑田靖昭,小関 至,佐藤隆啓,大村卓味,髭 修平,狩野吉康,豊田成司(札幌厚生病院第3消化器内科)

【目的】2015年9月よりC型慢性肝疾患に対してSofosbuvir (SOF)とLedipasvir (LDV)の配合錠による治療(SOF/LDV)が可能となった。そこで、当院におけるSOF/LDVの治療成績を評価することを目的とした。

【方法】当院でC型慢性肝疾患症例に対してSOF/LDVを導入した93例を対象として、患者背景、治療前のNS5A (Y93、L31)耐性変異、治療効果を検討した。耐性変異はPCR-invader法、あるいはdirect sequence法+cycleave PCR法で測定し、存在比10%以上を変異陽性とした。

【成績】患者背景は、年齢中央値68 (21-87) 歳、男性41 例 (44.1%)、LC35 例 (37.6%)、HCC既往 13 例 (14.0%) であった。耐性profileは、Y93H陽性 46 例 (49.5%)、L 31 M/V陽性 23 例(24.7%)であり、Y 93 H と L 31 M/Vのdouble mutant例を11例 (11.5%) 認めた。抗ウイルス療法既治療例は47例 (IFNベース 36 例、IFNフリー11 例) であり、IFNフリー既治療例ではDaclatasvir/ Asunaprevir治療 (DCV/ASV) を副作用のため早期に中止した症例を除く10例 すべてでNS5A耐性変異を認めた。治療開始後2週/4週/8週/治療終了時にお けるHCV RNA陰性化率は全体で15.1%(13/86)/63.4%(52/82)/98.7%(76/77) $/100\% (66/66) \, \texttt{\it cosh} \, \texttt{\it b} \, \texttt{\it svr4/svr12} \\ \texttt{\it e} \, \texttt{\it e} \, \texttt{\it h} \, \texttt{\it e} \, \texttt{\it e} \, \texttt{\it h} \, \texttt{\it e} \, \texttt{\it e} \, \texttt{\it h} \, \texttt{\it e} \,$ で達成した。治療開始後2週と4週におけるHCV RNA陰性化率は、NS5A耐性 変異陽性/陰性でそれぞれ、2週で9.4% (5/53) /24.2% (8/33) (P=0.012)、4週 で62.5% (30/48) /64.7% (22/34) (<u>P</u>=0.84)であり、早期ウイルス減衰に差を認 めた。3 例で再燃したが、これらの症例の背景は、症例1:LC、HCC既往あり、 IL 28B TT、PEG/RBV/Telaprevir再燃、Y 93H/L 31M double mutant、症例 2:CH、HCC既往なし、IL 28B TG、PEG/RBV/Daclatasvir再燃、Y 93H single mutant、症例3:LC、HCC既往あり、IL 28B TT、PEG/RBV/Simeprevir VBT、 Y 93H/L 31M double mutantであった。DCV/ASV既治療例のうち治療終了後 4週まで経過した6例は、4例/1例/1例でそれぞれSVR12/SVR8/SVR4を達成し、 これまで再燃を認めていない。有害事象による治療中止例は無かった。

【結論】SOF/LDVはNS5A耐性変異を有する症例に多く行われ、一部の症例で 再燃を認めたものの、DCV/ASV既治療例でも良好な成績であった。

23 (消). 当院におけるGenotype1型C型肝炎に対する Sofosbuvir/Ledipasvir併用療法の検討

○山本義也,鈴木茉理奈,平田 甫,鈴木和治,大野正芳, 工藤大樹,畑中一映,成瀬宏仁(市立函館病院消化器病センター 消化器内科)

【目的】C型肝炎に対する抗ウイルス治療は、2014年以降インターフェロ ンフリー療法が中心となっている。2015年からは核酸型ポリメラーゼ阻 害薬の使用が可能になるなど、Genotype 1 型、2 型ともC型肝炎ウイルス 排除率が90%台半ばまで向上するものと期待されている。今回、当院にお けるGenotype1型C型肝炎に対する、Sofosbuvir (SOF) /Ledipasvir (LDV) 併用療法の治療状況について検討したので報告する。【対象と方法】当科 で導入されたC型肝炎Genotype1型66例に対するSOF/LDV療法の患者背 景、抗ウイルス効果、肝線維化マーカーの変化、有害事象について検討し た。【結果】患者背景は、男性44 %、年齢中央値(範囲) 71 (32~82)歳、外来 導入率 30%、初回 56%、DAA治療歴はTelaprevir 1 例、Simeprevir 7 例、 Daclatasvir/Asnaprevir 3例、肝硬変15%、治療開始時データの中央値は、白 血球4300 (1800~8000) / μl、ヘモグロビン13.7 (7.5~17.6) g/dl、血小板 16.2 (2.8 \sim 30.2) \times 104 μ l, ALT 34 (9 \sim 225) IU/l, eGFR 74.8 (42.3 \sim 121.6) mL/min/1.73 m 2, HCV RNA 6.3 $(4.1 \sim 6.9)$ LogIU/ml, Genotype laが1 例、IL 28B major 65% だった。治療前のNS 5A薬剤耐性に ついては、検討(Direct Sequence法)した43例中Y93変異が25例、L31変異 が3例で確認された。HCV RNA陰性化率は、2週9%、4週64%、6週92%、 8週100%、12週治療終了時100%で、SVR(4)は98%(46/47例)だった。 8週目で陰性化した3例はいずれもSVRが得られていた。治療前/後におけ る肝線維化マーカーは、Fibroscanによる肝弾性値で8.3/6.3kPa(P=0.086)、 M2BPGi値で2.55/1.48COI (P=0.023) と低下していた。Non-SVR症例は、 80 歳代女性、IL 28B major、Y 93H陽性の肝硬変例で、6 週目でRNAは陰 性化したが、終了4週目に再燃した。有害事象は、軽度の頭痛、倦怠感が散 見されたが、中止例はなかった。【結論】SOF/LDV療法の抗ウイルス効果 は、NS5A耐性変異を有する症例においても非常に良好だったが、唯一の 非著効例は変異を有する高齢女性例だった。重篤な有害事象は経験され ず、高齢者でも安全に治療可能であった。

- 24 (消). 当院におけるGT1のC型慢性肝炎に対するsofosbuvir (SOF) /ledipasvir (LDV) の治療効果
- ○渡邊晃一¹, 伊藤 亮¹, 佐賀潤也¹, 濱口孝太¹, 山田尚太¹, 奥田敏徳¹, 南 伸弥¹, 小野 薫², 蟹沢祐司², 柴田敬典³, 坂本拡基⁴(王子総合病院消化器内科¹, 王子総合病院血液腫瘍 内科², 製鉄記念室蘭病院消化器内科³, 札幌医科大学腫瘍・血液内科⁴)

SOF/LDVはGT 1のC型慢性肝炎患者を対象とした国内第III相臨床 試験において、前治療、代償性肝硬変の有無、年齢、性別およびNS5A の耐性変異の有無に関わらず、SVR 12は100%との驚くべき結果で、 2015年9月1日より実臨床での使用が可能となった。実臨床での治療 効果として、これまでの当院での治療成績を報告する。

【対象】2015年9月から2016年5月までにSOF/LDVを導入した34例。 【結果】患者背景は年齢中央値: 71 (32-83)歳、男性19例、女性15例、慢性肝炎29例、代償性肝硬変5例、前治療有り19例、前治療無し15例であった。治療前のHCV-RNA量: 中央値6.2 (4.3-6.9) LogIU/mL、血小板数: 15.9 (7.5-25.5) x $104/\mu$ L、Hb: 13.4 (10.4-16.5) g/dL、eGFR: 75.7 (45.7-120.0) mL/min/1,73m2であり、治療開始後のウイルス陰性化率は、RVR: 67.9% (19/28)、ETR: 100.0% (22/22)、SVR4: 100.0% (11/11)、SVR12: 100.0% (2/2) であった。重篤な有害事象をきたした症例はなく、内服中止例もなかった。

【結語】治療結果は臨床試験結果と同様に、SVR12が100%の結果を示した。また、ETRやSVR4でも100%の結果が得られ、治療後早期からの陰性化が確認された。現在のところ、再燃した症例も認めず、副作用の出現率も少なかったため、本薬剤の高い有効性・安全性が示唆された。その後の治療経過につても今後、報告予定である。

26 (消). 後期高齢者におけるSOF/LDV治療の早期効果と安全性
○田辺利男¹, 山崎雅勇¹, 草間敬司², 鈴木和仁³(道東勤医協釧路協立病院内科¹, オホーツク勤医協北見病院², 道北勤医協一条通り病院³)

目的:C型慢性肝炎1型の後期高齢者におけるLDV/SOF治療の早期 治療効果と安全性について検討した。対象と方法:2016年6月まで にLDV/SOF治療を終えた後期高齢者は13例で男性7例、女性6例で した。治療の効果と代謝(アルブミン、eGFR, HbA1c)への影響と 安全性について検討した。結果:12週間治療可能であった12例では 全例「HCV-RNAは検出せず」で推移しています。アルブミンは全 例に悪化はなく改善し、eGFRも悪化症例はなかった。HbA 1c値は 治療後3ヶ月間では変動がみられない。AFPが>10の3症例でも10 以下への改善が認められました。 最高齢の87歳男性に1例に重大 合併症が生じた。症例は、高血圧と虚血性心臓疾患を合併し、治療開 始4週でHCV-RNAが「検出されず」、血圧上昇等の副作用もなく経 過していたが、10週目に脳出血を発症した。考案:C型慢性肝炎1 型の第2世代DAAであるLDV/SOF治療は副作用も少なく、併用注 意の薬物も少なく、eGFRの悪化もなく、安全に治療の遂行が可能 であり、アルブミンやAFPの改善も認められた。しかし、87歳の男 性の1例で脳出血を発症した。たまたまの可能性があるが、今年春の 32.700例の市販後全国調査でも11例の脳出血が報告され、うち後期 高齢者では2例。今後の全国での合併症の発生状況に注意を必要と する。

- 25 (消). 脳死肝移植を待機した急性肝不全、B型慢性肝炎急性 増悪に対する橋梁的治療
 - ○姜 貞憲¹, 松居剛志¹, 田中一成¹, 辻 邦彦¹, 吉野裕紀¹, 児玉芳尚¹, 桜井康雄¹, 真口宏介¹, 嶋村 剛²(手稲渓仁会病院・ 消化器病センター¹, 北海道大学医学部第一外科²)

【目的】2010年7月臓器移植法改正後、脳死肝移植(DDLT)は急性肝不全 昏睡型 (cALF) に対する現実的な治療選択枝の一つとなった。しかし、 年間の脳死donorは50 例前後と低迷しており、DDLTの待機期間は予測 できない(待機14日での累積施術率が24.9%、市田他 肝臓2015;56:79-87)。cALFに対し内科治療による生存を目指す一方、DDLT待機治療も 行う肝臓内科医の立場から、DDLT待機例における橋梁治療の実態と予 後改善の可能性を探ることを目的とした。【方法】法改正後6年間に内科 治療不応と判断しDDLTを待機したcALF, OTC欠損(D)及び核酸アナロ グ中断によるB型慢性肝炎急性増悪 (CHBAE) 例を対象に、1) 背景、2) 臨床像、3) DDLT適応と肝移植guide line (GL) scoreの適用、4) 待機 中血液浄化法と覚醒効果、5) DDLT待機治療の経過、施行率と転帰を解 析した。【成績】1)対象はDDLT待機8例で男5例、年齢中央値50 (22-67) 歳。2) 成因は急性発症様自己免疫性肝炎, CHBAE各2例、HAV, Wilson 病、OTCD、不明各1例で、cALF5例は全例亜急性型であった。3) PT 活性低迷、bilirubin D/T漸減から内科治療不応と判断、適格生体donor 不在でDDLT待機とした。移植GL scoreは4, 7, 8点 各1例, 6点3例であっ た。4) 緩徐な覚醒を目指しCHDFを用いたOTCD1は7日、HDF施行7例 では中央値5日後に全例覚醒した。OTCDを除く7例でHDFを20 (3-24) 回施行した。5) 昏睡-脳死登録まで中央値8(5-23) 日が経過した。全例 で週2回以上の各種培養、CMV Ag, Aspergillus Agを提出、週1-2回肺縦 郭CTを撮像、可能な限り経口栄養摂取を進めた。待機8例中6例(75%)で DDLTが施行され術後生存した。待機49日後施術されたOTCD1例を除 く7例中5 例では、昏睡から21 (13-22)日、脳死登録から12 (6-17)日後に 施術された。DDLT未施行2例は肝性昏睡から38,68日後、脳死登録15,58 日後に感染症により死亡した。 【結語】DDLT待機例における施術率、 生存率は75%であった。肝性昏睡の早期覚醒下で、昏睡発症後3週以内に 施術されれば高率に救命が可能である。

- 27 (消). 当院におけるGT1 C型慢性肝炎に対するDaclatasvir (DCV) /Asunaprevir (ASV) の治療効果
 - ○佐賀潤也¹, 伊藤 亮¹, 渡邊晃一¹, 濱口孝太¹, 山田尚太¹, 奥田敏徳¹, 南 伸弥¹, 小野 薫², 蟹沢祐司², 柴田敬典³, 坂本拡基⁴(王子総合病院消化器内科¹, 王子総合病院血液腫瘍 内科², 室蘭製鉄記念病院³, 札幌医科大学腫瘍内科・血液内 科⁴)

DCV/ASVはGT 1のC型慢性肝炎患者を対象とした国内第III相臨床 試験において、慢性肝炎のSVR24 84.7% (188/222)、代償性肝硬変 のSVR 24 90.9% (20/22) と高い有効性が示され、2014.9 国内初の IFNfree治療として登場した。薬剤耐性変異症例の問題もあり、当 院では2015.3に1例目の症例の治療を開始した。SOF/LDVによる治 療が開始されてからは、主に腎機能低下症に使用している。これま での当院での治療成績を報告する。【対象】2015年3月から2016年5 月までにDCV/ASVを導入した15例。【結果】患者背景は年齢中央値 68 (47-79) 歳、男性8例、女性7例、慢性肝炎8例、代償性肝硬変7例、前 治療有り7例、前治療無し8例であった。治療前のHCV-RNA中央値6.0 (5.4-6.6)logIU/ml、血小板数10.5(4.9-22.6)x104 μ l、Hb12.7(7.1-15.7)g/dl、eGFR77.5 (6.5-106.5) ml/min/1,73m2。薬剤耐性変異はY93 変異0% (0/16) L31変異0% (0/16)。中止例は1例。治療開始後のウ イルス陰性化率は、RVR 83% (10/12)、ETR 82% (9/11)、SVR4 80% (4/5)、SVR12 75% (3/4)、SVR24 75% (3/4)。 有害事象は肝 障害 5例、腎障害1例、貧血1例。 【結語】 当院でのRVRは83%、ETRは 82%と既報告と矛盾しない結果であった。その後の治療経過につい ても報告予定である。

- 28 (消). 当院におけるGT2 C型慢性肝炎に対するSofosbuvir (SOF) / Ribavirin (RBV) の治療効果
 - ○濱口孝太¹, 奧田敏德¹, 伊藤 亮¹, 渡邊晃一¹, 佐賀潤也¹, 山田尚太¹, 南 伸弥¹, 小野 薫², 蟹澤祐司², 柴田敬典³, 坂本拡基⁴(王子総合病院消化器内科¹, 王子総合病院血液腫瘍 内科², 製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科³, 札幌医 科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学⁴)

SOF/RBVはGT 2のC型慢性肝炎患者を対象とした国内第III相臨床 試験において、SVR 12 96.4 % (135/140) と高い有効性が示され、2015年5月25日に承認された。これまでの当院での治療成績を報告 する。

【対象】2015年5月から2016年5月までにSOF/RBVを導入した26例。 【結果】患者背景は年齢中央値58(24-81)歳、男性15例、女性11例、慢性肝炎19例、代償性肝硬変7例、前治療有り4例、前治療無し22例であった。治療前のHCV - RNA中央値は6.15(3.8-7.1)logIU/ml、血小板数 19.5(5.6-31.5)x $104~\mu$ l、Hb 13.45(11.2-16.4)g/dl、eGFR 76.75(33.6-116.9)ml/min/1,73 m2であった。中止例はなく、リバビリン減量は2例であった。治療開始後のウイルス陰性化率は、RVR 75%(15/20)、ETR 100%(20/20)、SVR4 100%(12/12)、SVR12 100%(11/11)であった。有害事象は貧血2例 7.7%、皮疹1例 3.8%、頭痛1例 3.8%を認めるのみであり、貧血はリバビリンの減量で改善し、皮疹、頭痛は支持療法で改善した。

【結語】当院でのSVR 12は100%と良好な結果が得られた。RBV使用による貧血が懸念されたが、高齢者でも安全に使用可能であった。その後の治療経過についても報告予定である。

29 (消). Genotype 1型C型慢性肝疾患に対するLedipasvir / Sofosbuvir併用療法の治療成績 - 地方病院での検討 - ○久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 亮也¹, 小柴 裕¹, 嘉成悠介¹, 宮崎 悦², 山内夏未³(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院内科², 札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座³)

2015年12月のC型肝炎治療ガイドライン (日本肝臓学会) において、genotype 1型C型慢性肝炎・代償性肝硬変に対する第一選択薬として、NS5A阻害剤Ledipasvir / NS5Bポリメラーゼ阻害剤Sofosbuvir (LDV / SOF) 併用療法が明記され、全国的に普及している。本療法は有効性のみならず忍容性が高いことが報告されている。今回、2016年1月~2016年6月までにgenotype 1b型C型慢性肝炎および代償性肝硬変患者に対し、LDV / SOF併用療法を施行した23例(46~89歳、平均70歳、男性10例、肝硬変9例、NS5A変異なし9例、

Daclatasvir / Asunaprevir無効1例)について、患者背景、治療成績、

有害事象などにつき検討したので報告する。

30 (消). PegIFNによるSequential therapyを行ったB型慢性肝 炎症例の臨床経過

○姜 貞憲, 松居剛志, 田中一成, 辻 邦彦, 吉野裕紀, 児玉芳尚, 桜井康雄, 真口宏介(手稲渓仁会病院消化器病センター)

【目的】核酸アナログ(NA)療法はB型慢性肝炎(CHB)に対する主要 な抗virus療法であり、良好なHBV制御により肝硬変への進行抑制が 期待される。しかし、著効例におけるNA中止後の肝炎再燃riskは殆 どの症例で中等度以上と想定され、安全な中止方法が模索されてい る。Peg IFNを用いたSequential therapyによりNA中止を試みた。 【方法】NA治療中のCHB 11 例に対し2012年4月から2016年3月まで の期間NAからPegIFN 48 週投与への切り替えを行い肝機能とHBV 感染指標をprospectiveに観察した。NA中止後、HBV DNA量5.8 log copies/ml以上或はALT 80 IU/L以上の上昇を再燃とした。【結 果』1) 対象11例 (男性8例、中央値59.2歳) のNA投与期間は8.5 (2.4-10.4) 年であった。2) PegIFN切り替え時ALT 20 (9-39) IU/L, ${
m HBsAg~3.29~(~-1.22-3.72)~logU/ml,~HBcrAg~<}2.9~(<2.9-3.8)~{
m LU/}$ ml, HBV DNA < 2.1 (< 2.1-3.0) LCp/mlで、肝組織A1 (0-1), F1 (0-2) 全例HBeAg陰性、肝組織HBV ccc DNA 2.7 (<1.7-3.9) LCp/ μg, NA中止後再燃risk scoreは2 (0-3)で、低risk 2例、中risk 7, 高 risk 2 例であった。3) PegIFN 48 週投与終了時はALT 29 (13-127) IU/L, HBsAg 3.0 (-2.0-3.42) logU/ml, HBcrAg < 2.9 (< 2.9-3.8) LU/ml, HBV DNA <2.1 (<2.1-3.1) LCp/mlであった。4) PegIFN 終了48週後はALT 24 (12-125) IU/L, HBsAg 3.2 (-2.0-4.21) logU/ ml, HBcrAg <2.9 (<2.9-8.3) LU/ml, HBV DNA <2.1 (<2.1-9.1) LCp/mlであった。5) PegIFN終了後観察期間84 (12-116) 週では、4 例に16 (8-88) 週でHBVDNA高値を伴うALT上昇 (>80IU/L) を認 め、そのうち3例 (切り替え時再燃risk score 2点2例、1点1例) では NA再投与を余儀なくされた。PegIFN終了後観察期間が48週を超 えた9例中6例(低risk 2例、中risk 3, 高risk 1)は無治療で観察中であ る。【考察と結語】PegIFN終了後の評価には72-96週程度の観察を 要すると思われる。PegIFNを用いたsequential therapyはNA単純 中止に比してCHB再燃riskを低減する可能性がある。

- 31 (消). エンテカビル投与中の肝炎急性増悪により遅発性肝 不全に至った一剖検例
- ○鈴木和治¹, 鈴木茉理奈¹, 平田 甫¹, 大野正芳¹, 工藤大樹¹, 畑中一映¹, 山本義也¹, 成瀬宏仁¹, 下山則彦²(市立函館病院消化器内科¹, 市立函館病院病理診断科²)

【症例】53歳男性。【既往歴】平成19年に多発性骨髄腫に対し自己末 梢血幹細胞移植を施行され、その際、B型肝炎キャリアとして再活 性化予防のためエンテカビル (ETV) を開始された。平成21年に虚 血性心疾患に対し、冠動脈バイパス術を施行された。【臨床経過】2ヶ 月あまりに及ぶ全身倦怠感、黄疸を主訴に紹介受診された。AST 133 U/L, ALT 123 U/L, T-Bil 10.8 mg/dl, HBV-DNA 5.0 logcopies/mlと上昇を認めB型肝炎急性増悪の疑いでETVを倍量投 与の上テノホビルを追加投与し、またPT活性が43%と低値であり重 症例としてステロイドパルス療法を開始した。心窩部痛が持続する ため上部消化管内視鏡を施行しヘルペス食道炎を認めアシクロビル を開始したが、その後AST、ALTの再上昇があり薬剤の関与も疑わ れ7日間で投与を中止した。しかし再検した内視鏡で食道炎の著明 な増悪を認め、アシクロビルの投与を再開したものの効果は得られ なかった。第50病日頃より肝性脳症を認めPT活性が40%を下回り、 既に肝炎発症後4ヶ月が経過し遅発性肝不全の診断となった。しか しADLの極度の低下及び治療抵抗性感染症の併発、虚血性心疾患既 往もあり肝移植待機を前提とした持続透析、血漿交換などの集中治 療は選択しなかった。その後腎機能低下さらには多臓器不全に至り 第67病日に永眠された。ご家族の同意を得て剖検を施行し、肝臓の 著明な萎縮及び食道粘膜の広範な脱落を認めた。【考察】一般的に遅 発性肝不全は救命が困難である。本症例の治療抵抗性の感染症は、 遅発性肝不全の病態にステロイド治療が加わりかつ過去の自己末梢 血幹細胞移植既往の影響も否定できない。またETV初回投与での 耐性ウイルス出現の頻度は低く、本症例ではETV投与中のHBV-DNA上昇が確認されており、ウイルス学的な検討が必要と考えられ た。

32 (消). HIV/HBV重複感染症例に対するTDF/FTCの治療効果

○小川浩司¹, 川岸直樹¹, 大原正嗣¹, 出水孝章¹, 梅村真知子¹, 伊藤 淳¹, 中井正人¹, 荘 拓也¹, 須田剛生¹, 森川賢一¹, 遠藤知之², 坂本直哉¹(北海道大学消化器内科¹, 北海道大学血液内科²)

【目的】テノホビルジソプロキシフルマル酸塩(TDF)はHIVとHBVの逆転写酵素を阻害することにより抗ウイルス効果を発揮する。TDFはエムトリシタビン(FTC)との合剤によりHIV/HBV重複感染症例に対して治療されてきた。現在TDFはHBV単独の慢性肝疾患症例に対しても投与可能となったが、先駆けて治療されたHIV/HBV重複感染症例における、TDF/FTCのHBVに対する治療効果および腎機能の経過について検討した。

【方法】当院血液内科および消化器内科にてHIV/HBV重複感染と診断され、TDF/FTC投与を開始し1年以上経過観察可能であった26例を対象とした。治療開始年齢中央值35歳、全例男性、Genotype A/B/C/G/H 12/1/4/1/2 例、HBe抗原陽性/陰性 17/7 例、HBV DNA 8.7 Logcopies/mL、HBs抗原 5.1 LogIU/mL、ALT 39 IU/Lであった。上記患者群における治療開始後のウイルス学的治療効果、腎機能の経過について検討した(観察期間中央値55ヶ月)。

【成績】ウイルス学的治療効果:HBe抗原の陰性化率は1年/2年/3年 11.8/29.4/41/7%、HBV DNAの陰性化率は1年/2年/3年/5年 58.3%/75.0/82.4/92.3%と良好であった。HBs抗原は1年/2年/3年/5年 4.1/3.0/2.3/1.9 LogIU/Lと経時的に低下し、4例が陰性化(陰性化率 20.3%/5年) した。腎機能の経過:3年以上経過した症例で eGFR、血清P値の推移を検討した。eGFRは治療開始前/1年/2年/3年 108/107/94/89 mL/min/1.73m2と低下傾向であったが、血清P値は治療開始前/1年/2年/3年3.3/3.1/3.0/2.9 mg/dLと著変なかった。

【結論】HIV/HBV重複感染症例におけるHBVに対するTDF/FTC の治療効果は良好であった。他のHIV併用薬関与も考慮しなければ ならないが、eGFRは緩徐ながらも低下傾向であり、今後の長期的 な経過観察が必要と考えられた。

- 33 (消). PEG-IFN/RBV/SMV三剤併用療法施行後1年3か月後 に再燃を認めたC型代償性肝硬変の一症例
 - ○斎藤里佳, 小林智絵, 中島正人, 江藤和範, 小西康平, 山本文泰(苫小牧市立病院消化器内科)

【症例】60歳代、女性、主婦。

【現病歴】平成 14 年 11 月に職場健診でHCV抗体陽性を指摘されたが、肝機能障害を認めず経過観察となっていた。平成 25 年 12 月に AST 47 IU/1、ALT 47 IU/1、血小板数 8.0万/μlと肝機能障害、血小板低値を指摘され、平成26年1月に当科紹介となった。採血結果ではHCV-RNA 6.4 LogIU/ml、1型、肝生検ではA2F2の診断であったが、造影CT、腹部エコーにて脾腫、肝表面凹凸不整を認め、C型代償性肝硬変と診断した。肝癌は認めなかった。同年 1 月よりPEGIFN a - 2a/RBV/SMV三剤併用療法を開始した。同年 2 月にRVRを達成した。血球減少のためPEG-IFN a - 2a、RBVの投与量の調整を要したが、SMVは予定投与量を完遂できた。同年5月、治療開始後13週目に左下肢の血栓性静脈炎を来し、治療中止を要した。治療中はあったが平成 26 年 11 月にSVR 24 達成を確認した。肝線維化進行例であったことから以降も外来にて慎重経過観察を行っていたところ、治療終了1年3か月後にHCV-RNA 5.8 LogIU/mlと陽性化に転じ、ALT 37 IU/1と肝機能障害も認めた。

【考察】本例ではSMV併用三剤治療を行い、副作用により治療中止には至ったもののRVR、SVR 24を達成できた。しかしながらその後経過観察中に特にHCV再感染を示唆するイベントがなかったにも関わらず治療終了後1年3か月後に再燃を認めた。本例について文献的考察を加え、報告する。

- 34 (消). ソホスブビル/リバビリン併用療法中に潰瘍性大腸炎を発症したC型慢性肝炎の1例
 - ○太田 雄,鈴木裕子,岩本英孝,高橋賢治,山北圭介,玉木陽穂, 北野陽平,岡田充巧,麻生和信(旭川医科大学内科学講座病態 代謝内科学分野)

【症例】56歳、男性。【現病歴】2012年2月に四肢伸側の皮下結節を自 覚して当院皮膚科を受診し、生検にてリウマチ結節の診断となり膠原 病内科を紹介受診した。その際の血液検査にてHCV抗体が陽性であ り、同年4月に当科を紹介初診した。HCV-RNA 5.6LogIU/mL、 genotype 2aのC型慢性肝炎としてfollow upし、2016年1月28日よりソ ホスブビル/リバビリン併用療法(SOF/RBV)を導入した。3月下旬よ り水様便と血便が出現するようになった。4月21日でSOF/RBVの12 週間投与が終了となったが、水様便と血便は持続しており4月25日に 精査加療のため入院となった。【臨床経過】入院後に施行した下部消 化管内視鏡検査では回腸末端に病変はなく、大腸全域で血管透見像は 消失していた。粘膜は直腸から盲腸まで連続性に浮腫状、顆粒状、易 出血性で一部に自然出血も認めた。全体的に小潰瘍から広範な潰瘍 が散在し、深掘れの潰瘍も多発していた。潰瘍性大腸炎(UC)に加え サイトメガロウイルス (CMV) 感染の併存も疑われた。病理組織所見 は炎症細胞浸潤が高度で陰窩内にも浸潤 (crypt abscess) しており、 UCに矛盾しない所見であった。また潰瘍底からの生検組織の免疫染 色によりCMVが検出された。まず腸管安静とガンシクロビル投与を 開始したが改善に乏しく、現在はプレドニゾロンと5-アミノサリチル 酸製剤の投与も開始し治療中である。【考察】UCの病因は未だ明らか にはなっていないが、その病態形成にヘルパーT細胞(Th)のTh1/ Th 2バランスが崩れTh 2 系が優位となることが病態の主体と理解さ れている。またRBVの薬効薬理にもTh 1/Th 2バランスを変動させる ことによる免疫調節作用が示されている。さらに先日HCVに対する 直接作用型抗ウイルス薬(DAA)でのHBV再活性化の事例も報告さ れ、SOFを含めたDAAも何らかの免疫機構へ関与している可能性が ある。本症例はSOF/RBV中にCMV感染を伴うUCを発症し、発症契 機としてSOF/RBVによる免疫調節への影響が考えられた。

35 (消). 高齢者に発症した急性発症自己免疫性肝炎の1例 ○熊倉 隼, 鈴木康秋, 仙波佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川真哉, 杉山祥晃(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】86歳・女性。橋本病・高血圧・うつ病にて近医フォロー中で、 今まで肝障害を指摘された事は無かった。1W前から倦怠感、発熱を 認め近医受診。黄疸と高度の肝障害を指摘され当科紹介となった。 血液生化学検査では、WBC 4.100、Hb 10.4、Plt 16.3 万、PT% 87%, CRP 1.0, AST 1403, ALT 1174, ALP 939, γ GTP 522, T-Bil 5.5、D-Bil 3.7であった。免疫系では、HBsAg (-)、HCV (-)、 IgM HAV Ab (-)、IgA HEV Ab (-)、CMV・EBV既感染パターン、 IgG 1447、IgM 131、AMA (-)、ANA×320、とANAのみ陽性であっ た。腹部CTでは肝腫大とperiportal collarを認めた。以上より自己 免疫性肝炎(AIH)を疑い肝生検を施行。Interface hepatitisとリン パ球優位の細胞浸潤を認め、急性発症AIHの確定診断となった(改訂 版国際診断基準スコア19; definite)。PSL 30mg (0.8mg/kg) より投 与開始後、速やかにALTは低下し、以後、PSLを漸減し退院となっ た。【考察】AIHは潜在性に発病して慢性に進行する疾患であり、慢 性肝炎・肝硬変の組織像を呈する事が多い。しかし、その発症形式 は一様ではなく、約20%が急性肝炎様の症状で発症する。急性発症 AIHでは、ANAは陽性でも抗体価が低く、IgG値も正常なことが多 いため、診断が困難な症例が報告されている。本症例もANAは高値 であったが、IgG値は低値であった。また、近年の全国調査では、診 断時平均年齢が約60歳と高齢化している。高齢者AIHは非高齢例に 比較し病勢が低く再燃が少ないが、高齢者AIH急性肝不全も13例報 告されており、特に急性発症AIHでは、早期診断と早期のPSL導入が 重要と考えられる。

36 (消). HBs抗原陰性化したB型慢性肝炎既往の患者に発症したE型劇症肝炎の1例

○林 秀美,阿部真美,細木弥生,長谷部千登美,藤井常志(旭 川赤十字病院消化器内科)

【症例】47歳男性【主訴】倦怠感と発熱【経過】2000年にB型慢性肝炎 に対しラミブジン内服治療を行いHBs抗原が陰性化したことから 2012年に内服中止し、以後通院を自己中断していた。2016年2月上旬 より発熱・倦怠感が出現し、2月中旬に近医受診、黄疸とAST・ ALT高値から急性肝炎が疑われ当院紹介・入院となった。入院時 採血ではAST 1784、ALT 2674、HBs抗原陰性、HBV-DNA陰性で、 HEV-RNA陽性、HEV-IgA抗体陽性であったことからE型急性肝炎 と診断した。Genotype4で、焼き肉店における食材からのHEV感染 が疑われた。入院時PT% 48であったが徐々に低下し第 4 病日には PT%20まで低下、傾眠傾向となったことから劇症化と考え第5・第7 病目に血漿交換を施行した。その後脳症はなく、PT%の回復がみ られたため、以後は肝庇護療法を継続した。しかし14病日をすぎて もPT%は40台から回復せず、黄疸が進行、アンモニアの再上昇と腹 水増加がみられたため脳死肝移植登録を行った。36 病日にはHEV-RNAの陰性化が確認され、HBV-DNAは陰性持続していたが肝不 全症状は悪化し続け、腹水増加、肝容積減少、腎障害、出血傾向出現に 至り、98病日目に脳死肝移植待機のため転院となった。【考察】本症 例の劇症化の要因としてはGenotype 4であることの他にB型慢性肝 炎の既往が関与した可能性が高いと考えられた。HBs抗原が陰性 化、ALT基準値内にあったものの入院時のCTでは慢性肝障害の所 見を呈しており、HEVによる肝炎の悪化・肝再生不良の要因になっ た可能性が高い。基礎肝疾患をもつE型急性肝炎の治療にあたり注 意が必要と考えられた。

37 (消). 腎障害を伴ったE型急性肝不全の1例

○萬 春花¹, 松居剛志¹, 姜 貞憲¹, 田中一成¹, 辻 邦彦¹, 吉野裕紀¹, 児玉芳尚¹, 桜井康雄¹, 真口宏介¹, 高橋和明², 新井雅裕², 三代俊治²(手稲渓仁会病院消化器病センター¹, 東 芝病院研究部²)

【背景】E型肝炎ウイルス感染症では他のウイルス性肝炎と同様に 肝外病変が存在し、その一群として腎病変が指摘されている (Gastroenterol Rep. 2016 Feb; 4(1):1-15.) ものの、詳細は不明な 点が多い. 今回、腎障害を伴ったE型急性肝不全非昏睡型の1例を経 験したので報告する. 【症例】 肝障害の既往のない36歳男性. 2016年5 月初旬に 発熱,黄疸, 心窩部痛を主訴に前医を受診.血液検査で AST 6960 U/I, ALT 6040 U/Iと高値を示したため、同日精査加療目的に 当センター紹介入院となる.海外渡航歴,半年以内の新規開始薬剤お よび常習飲酒歴なく,自己免疫疾患の家族歴も認めなかった.入院時 AST 6734 U/L ALT 5948 U/L LDH 1309 U/L T.Bil 3.9 mg/dl. D. Bil 3.0 mg/dl, PT活性 32.5%であり急性肝不全と診断した.また,Cre 1.44 mg/dl (eGFR 47 ml/1.73m^2) と腎障害を認めた.HAV IgM 0.16 S/CO, HBV DNA $<\!2.1$ logCp/ml, HCV RNA $<\!1.2$ logIU/ml, とHAV,HBV,HCVによるウイルス性肝炎は否定的で、HEV IgA陽 性であったことからE型急性肝炎と診断した.急性肝不全を呈してお り入院当日からステロイドパルス療法を開始した.トランスアミ ナーゼは速やかに低下し,凝固能も改善した. 肝組織学的検討では急 性ウイルス性肝炎に矛盾しない所見であった.ステロイドを漸減し たが再燃なく経過したため入院10日目にステロイドを中止し14日目 に退院となった.入院時に認められた腎障害は肝炎の鎮静化ととも に改善し,退院時にはCre 0.89 mg/dl (eGFR 79 ml/1.73m^2)であっ た.後日、保存血清を用いた検討からHEV遺伝子型はGenotype 4と診 断された.感染経路としては発症3か月以内に生焼けの豚レバーを複 数回食しており,経口感染と考えられた.【結語】腎障害を伴ったE型 急性肝炎を経験した. 腎障害を伴った急性肝炎ではE型急性肝炎も 考慮する必要がある.

38 (消). 当院で肝動注化学療法を施行した初発stageIVb肝細胞癌の検討

○巽 亮二, 荒川智宏, 推井大雄, 山口将功, 木村睦海, 中島知明, 桑田靖昭, 小関 至, 佐藤隆啓, 大村卓味, 髭 修平, 狩野吉康, 豊田成司(札幌厚生病院第3消化器内科)

【目的】日本肝臓学会が提唱する肝細胞癌治療のアルゴリズムにおい て肝外病変を認める症例はソラフェニブによる治療が推奨されてい る.当院では肝外病変を認めるが,肝内病変が予後を左右すると考えら れる症例では動注化学療法を実施している.今回、StageIVb初発肝細胞 癌に対し,肝動注化学療法を行った症例の治療成績と妥当性を検討す る. 【方法】2005年1月から2014年12月までにStageIVb初発肝細胞癌と 診断した48 例の中で,初回治療で肝動注化学療法を施行した22 例を対 象とした.治療は5-FU250mgとCDDP10mgを4週5日間動注 (low dose FP肝動注療法) またはIFN a 500万単位4週3日間皮下注,5-FU250mg 4 週5日間動注 (IFN併用5FU肝動注療法) を行い,門脈腫瘍栓合併例では 放射線治療(40Gy)を併用した.また,6 例に対して肝外病変に対する治 療を施行した. 【成績】年齢中央値は61歳,男性19例,女性3例であり,Child-Pugh A/Bは10/12 例であった.腫瘍形態は結節型/塊状型/びまん型が 4/11/7例であった.肝内腫瘍の最大径中央値は114(19-238)mmで,50mm 以上が18 例であった.門脈浸潤は20 例に認め,高度脈管浸潤(Vp3,Vp4) は11 例に認めた.肝外病変の主要転移部位は肺/骨/リンパ節/副腎/腹 膜が14/2/4/1/1例であった.肝内病変に対する最大抗腫瘍効果は m-RECISTでCR/PR/SD/PDは0/6/7/9例,奏効率27%であり,当院の初 発stageIVa肝細胞癌における動注化学療法の奏効率よりも低値であっ た.評価可能であった肝外病変 17 例は0/1/3/13,奏効率 6%,腫瘍制御率 24%であった.生存期間中央値(MST)は7ヶ月,1年生存率は25.1%であっ た.後治療は9例に実施,5例にソラフェニブを使用したが奏功例は認め なかった.【結論】初発stageIVb肝細胞癌症例は肝内病変が進行し肝予 備能が低下している症例が多く,肝動注化学療法の奏効率は低値で あった.初発stageIVb肝細胞癌に対して,肝予備能が良好な症例はソラ フェニブによる治療も検討すべきであるが、肝予備能が低下した症例 についてはbest supportive careも考慮する必要があると思われる.

39 (消). 肝細胞癌治療後のHCV-SVR症例の検討~IFN based therapyとDAAを比較して~

○中井正人,川岸直樹,大原正嗣,梅村真知子,出水孝章, 伊藤 淳,莊 拓也,須田剛生,森川賢一,小川浩司, 坂本直哉(北海道大学大学院医学研究科消化器内科)

【背景】 HCVに対するDAAs (Drug Acting Antivirals) は短期間であり、 肝細胞癌治療後でも施行可能である。一方、肝細胞癌既往症例おける DAAs治療は肝癌再発のリスクとなりうるとの報告があり (Reig M,et al. J Hepatol 2016)、DAAs治療が肝細胞癌治療歴のある患者において、肝 癌再発抑制に有用かは明らかでない。【目的】肝細胞癌治療後症例におけ る、抗HCV治療前後の肝予備能の変化と、肝細胞癌再発への影響を検討 する。【方法】2016年6月までに当科で抗HCV治療を施行した肝細胞癌治 療後症例を、IFN-based therapy群とDAAs群に分けて、治療前後の肝予 備能パラメーターおよび線維化マーカー、肝癌再発の時期、再発形式を後 方視的に検討する。【結果】肝癌治療後にSVR12を達成した症例は、IFN 群9例、DAAs治療群19例であった。抗HCV治療前の背景因子 (IFN群/ DAAs群)は、年齢(66歳/70歳)、肝硬変(33%/63%)、血小板(14.8万/9.4 \mathcal{T} × 104/ μ l), Alb (4.0 / 3.6 g/dl), PT (82.1 / 78.9%), AFP (7.4 / 9.4ng/ ml)、M2BPGi (2.03 /5.67 C.O.I)、ヒアルロン酸 (149 /316 ng/ml)、4 型Collagen 7S (8.9/7.5 ng/ml)、Fib-4 index (3.2 /7.1) であり、DAAs 群にて高齢、線維化マーカー高値、予備能不良の傾向を認めた。治療後の 肝予備能の変化(IFN/DAAs)はAlb (+0.2/+0.3g/dl)、PT (+3.3 /+1.5 %) と両群で軽度改善した。肝細胞癌根治治療後であった症例は21 例 (IFN 7例、DAAs 17例)であり、そのうちHCV治療終了後の再発が14例 (IFN 6例、DAAs 8例) に認められた。HCC治療~抗HCV治療までの期 間はIFN 4.8か月 $(1.3\sim26.1)$ 、DAAs 7.9か月 $(1.7\sim104)$ 、抗HCV治療終 了~HCC再発までの期間はIFN 3.2か月 (0~71.2)、DAAs 2.5か月 (0~ 3.7) であり、DAAs症例では再発は全例で終了前後の再発であった。多 発再発はIFN 1例 (11.1%)、DAAs 6例 (75%) であった。 【結語】 肝細胞癌 既往患者でも抗HCV治療終了後に肝予備能の改善を認め、肝癌再発治療 に有利になると考えられた。DAAs治療症例では治療終了時に多発再発 の症例を多く認めた。今後、多施設・多数例での検討が望まれる。

40 (消). 肝細胞癌切除後再発におけるソラフェニブ治療の有効性 ○横尾英樹, 神山俊哉, 折茂達也, 若山顕治, 島田慎吾, 脇坂和貴, 田中友香, 永生高広, 蒲池浩文, 武冨紹信(北海道大学大学院 消化器外科学I)

【背景】ソラフェニブは進行肝細胞癌に対して、海外第III相臨床試 験のSHARP試験やAsia-Pacific試験により全生存期間、無増悪生存 期間を改善することが示された初めての分子標的治療薬であるが、 切除後再発に対する投与のタイミングや有効性については一定の見 解が得られていない。【目的】当科での肝細胞癌切除後再発に対する ソラフェニブ投与症例の治療成績について検討し有効性を明らかに する。【対象と方法】2004年9月~2015年3月までの肝切除後再発治 療としてソラフェニブを投与された47例を対象とした。全体の投与 量、投与期間、投与量別の治療効果、有害事象について検討した。効 果判定はダイナミックCTでmRECIST, RECIST判定に従った。有 害事象はCTCAE v4.0に従った。【結果】治療標的再発病変は肝のみ が15例、遠隔転移のみ12例、肝と遠隔転移が20例であった。初回投与 量は800mgが16例、400mgが13例、800mgから400mgへ減量したも のが17 例であり投与期間中央値は4ヶ月であった。治療成績は全体 でCRが1例、PRが6例、SDが20例、PDが13例、判定不能が7例であ り病勢制御率は67.5%であった。ほとんどの症例では他の局所治療 を介在させながらソラフェニブの投与を行った。全体でのTTPは 中央値が4ヶ月であり、投与量別でみてみると800mg、400mgいずれ においても有効性にあまり差は見られなかった。再発部位でみると 肝のみの場合TTPの中央値は2.5ヶ月、遠隔転移では5.3ヶ月であり、 遠隔転移症例で有効性が高かった。有害事象はHFSRが17例と最も 多くGrade3は2例みられ、肝機能障害が次に多かった。有害事象の ために中止となった症例は12例であり全体の25.5%であった。【結 語】他の局所治療も介在させながら副作用をコントロールできる最 大許容量のソラフェニブ投与をめざすことで予後の改善が得られ、 特に遠隔転移のみの症例でその効果を期待できる可能性がある。

41 (消). 肝硬変における体液貯留に対するトルバプタンの効果 ○木村睦海, 佐藤隆啓, 巽 亮二, 山口将功, 荒川智宏, 中島知明, 桑田靖昭, 小関 至, 大村卓昧, 髭 修平, 狩野吉康, 豊田成司(札幌厚生病院第3消化器内科)

当院では肝硬変92例にトルバプタンを投与した。トルバプタン使用 例について解析しその効果を検証した。【対象】 当院にて2013年9月 から2016年3月までにトルバプタンを導入した肝硬変症例で、1週間 の投与とモニタリングが可能であった92例のうち、トルバプタン投 与開始の当日か前日に他の利尿剤を変更・アルブミン製剤を投与し た20例、当日に腹水穿刺を行った2例、前後1週間以内に出血か肝癌治 療があった11例の計33例を除外し、残り59例を対象とした。患者背 景は、男女比38:21、年齢70歳(以下中央値)、背景肝疾患B/C:20例、非 B/C:39 例、Child分類A:B:C=1:32:26、HCC併存 14 例。投与前の血 清Alb2.9g/dl、血清Na139mEq/l、eGFR52.1mL/min./1.73m2、フ ロセミド投与量40mg/日、スピロノラクトン投与量50mg/日、トルバ プタン導入量3.75mg:57例、7.5mg:2例。【方法】導入前と1週後の 血清Na、ALT、eGFR、NH3を比較。次に導入1週以内に穿刺排液 やアルブミン製剤の投与・他の利尿剤の増量(以下介入)が無くかつ 導入1週時点でbase lineからの体重が-3.0%以上減少した群を著効 群、一方、1週以内に介入は無くかつ体重が増加か±0%であった群 と1週以内に(体重減少が思わしくないため)介入があった群とを合 わせて不応群とし、著効群と不応群の背景因子・治療後因子を比較 した。【結果】血清Na、ALT、eGFRは、1週後までに大きな変動は みられない傾向にあった。効果では著効群19例、不応群25例で、両群 の年齢(66/73、中央値)とeGFR(65.4/44.8)において有意差(p=0.091、 0.030) を認めた。また1日後の体重変動率(%)(-1.48/±0.00)で有意 症例の検討では、高齢になる前、腎障害が軽度であるうちの導入が著 効につながる可能性や、翌日の体重減少で1週間後の効果をある程度 予測しうる可能性も見出すことができた。

- 42 (消). 当院において化膿性肝膿瘍患者の検討
- 曽根孝之, 小野雄司, 村井太一, 松田千佳, 板谷一史, 八木澤允貴, 小池祐太, 遠藤文菜, 佃 曜子, 中村路夫, 西川秀司, 永坂 敦(市立札幌病院消化器内科)

【目的】化膿性肝膿瘍は肝膿瘍の約90%を占め、アメーバ性肝膿瘍に比べ多発性が多い。多発性で重症化した場合、死亡率は10-30%と高率である。当院の化膿性肝膿瘍の症例について検討した。【方法】2008年1月から2016年5月までに肝膿瘍と診断された症例に対して後向き研究を行った。肝膿瘍ドレナージ術を施行した症例41例の起因菌や耐性菌の有無などについて検討を行った。【結果】肝膿瘍からの起因菌検出率は73.2%であった。起因菌は、Escherichia coli、Klebsiella pneumoniae、Entercoccus faecalisの順で多く検出された。抗菌剤投与後にドレナージされた症例では、耐性菌の出現を認めた。【結論】化膿性肝膿瘍は重症感染症である。ほぼ全例で発熱を認めており、肝膿瘍を疑った場合、早期診断を行い、抗菌薬の投与前にドレナージを行い適切な抗菌剤投与を行う必要があると考えられた。

- 43 (消). KRAS Exon2野生型の切除不能大腸癌に対する二次 治療としてのIRIS/Cet第II相試験 [HGCSG0902]: Cetuximab (Cmab) 投与法の比較
 - ○岩永一郎¹, 小松嘉人², 結城敏志³, 中積宏之²³, 川本泰之²³, 原田一顕²³, 村中徹人²³, 辻 靖⁴, 細川 歩⁵, 中村路夫⁶, 武藤 理¹, 佐々木尚英ց, 畑中一映ց, 佐藤 温¹⁰, 江藤和範¹¹, 館山美樹¹², 高橋康雄¹³, 曽我部進¹⁴, 坂本直哉³, 坂田 優¹⁵(北見赤十字病院腫瘍内科¹, 北海道大学病院腫瘍センター², 北海道大学病院消化器内科³, 斗南病院腫瘍内科⁴, 富山大学医学部附属病院第三内科⁵, 市立札幌病院消化器内科⁵, 秋田赤十字病院腫瘍内科³, 北海道消化器科病院内科³, 市立函館病院消化器内科³, 弘前大学医学部附属病院腫瘍内科¹⁰, 苫小牧市立病院消化器内科¹³, 弘前大学医学部附属病院腫瘍内科¹², 北海道がんセンター消化器内科¹³, 釧路労災病院腫瘍内科¹⁴, 三沢市立三沢病院CEO¹⁵)

[背景] KRAS Exon 2 野生型の切除不能大腸癌に対する二次治療として IRIS/Cetの第II相試験を実施し、奏効率 33.3%で主要評価項目を達成した。本 解析ではCmab毎週投与 (EW) /隔週投与 (BW) の有効性/安全性を比較検討し た。[方法] 一次治療でOxaliplatinの投与を受けた KRAS Exon2 野生型の結 腸直腸癌を適格例とした。治療はS-1 80mg/m²を2週内服2週休薬、Irinotecan は100mg/m²を隔週投与、CmabはEW:初回 400mg/m²→2回目以降 250mg/ $m^2 \, ($ 毎週)、もしくは BW : $500 mg/m^2 \, ($ 隔週) を選択可能とした。 主要評価項目 は奏効率(RR)、副次的評価項目は病勢制御率(DCR)、無増悪生存期間(PFS)、 全生存期間(OS)、安全性。EW/BWの比較は、患者背景/有害事象/RR/DCRは Fisherの正確検定・t検定、PFS/OSはLog-rank検定を用いた。[結果] 2010年3 月~2013年9月に58例が登録された。未投与例(n=1)を除いた57例を安全性解 析対象、不適格例 (n=3) を除いた54例を有効性解析対象とした。EWは34例、 BWは23例であった。RRはEW/BW 34.4/31.8% (p=1.000)、PFS 4.2/6.1ヶ月 (HR 0.752, p=0.350)、OS 8.9/10.7ヶ月(HR 0.902, p=0.737)であった。Grade 3以上の有害事象は下痢(EW 23.5%/BW 52.2%, p=0.005)、口腔粘膜炎(EW 2.9%/BW 30.4%, p=0.046) であった。[結語] IRIS/CetはCmabの投与法に関 わらず良好な有効性を示した。下痢/口腔粘膜炎はBWで有意に高率だった。 本併用療法の開発にはCmab毎週投与法が適していると考えられた。

44 (消). 腹腔鏡下結腸切除術症例の治療成績の検討

○國本尚彦, 沖田憲司, 古畑智久, 西舘敏彦, 植木知身, 秋月恵美, 石井雅之, 信岡隆幸, 木村康利, 水口 徹, 竹政伊知朗(札幌 医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科)

【目的】結腸癌に対する腹腔鏡下結腸切除術 (LAC) と開腹結腸切除 術 (OC) の治療成績を検討し、LACの妥当性を検証することを目的 とした。【対象と方法】1995年1月から2012年12月に当施設で施行さ れた、根治度Aの単発結腸癌切除例379例(LAC 378例・OC 363例) を対象に、治療成績をretrospectiveに比較検討した。【結果】LAC群 とOS群の対象症例に性別、年齢に有意差は認めなかった。結腸癌の 占拠部位では、LAC群、OS群それぞれ、C; 37、27例、A; 78、43 例、S: 121、75 例であり、2 群間に有意差を認めなかった。pStage 別では、LAC群、OS群それぞれ、0;18、5例、1;65、20例、2; 83、71例、3;70、49例であり、両群間に有意差を認めたが、 pStage 2.3のみでは有意差を認めなかった。短期成績は、LAC群、 OC群それぞれの出血量の中央値は50ml、250ml、手術時間246min、 180 min、で両群間に有意差を認めた。LAC群はOC群に比べ出血量 は少なく、手術時間は長い結果であった。縫合不全は、LAC群では 認めず、OC群で1例に認め、両群間に有意差はなかった。術後腸閉 塞は、両群とも3例を認めたが有意差は認めなかった。pStage 2,3症 例を対象に、無再発生存期間(DFS)、全生存期間(OS)を比較した結 果では、LAC群、OC群の5年DFSはそれぞれ、Stage 2;88.5、 85.5% (p=0.63)、Stage 3;76.1、64.1% (p=0.21) であり、有意差は 認めなかった。LAC群、OC群の5年OSはそれぞれ、Stage2;94.7、 89.1% (p=0.26)、Stage3;89.3、70.6% (p=0.02) であり、Stage3 のOSにおいて有意差を認めた。JCOG 0404 試験の対象である stage 2,3 症例における5 年DFSは、LAC群 82.7%、OC群 76.4%であ り (p=0.28)、5年OSは、LAC群92.2%、OC群81.3%であった (p=0.02)。 【結語】Stage 2,3症例において、腹腔鏡群の長期成績は開腹群にくら べ良好であった。

45 (消). 大腸癌原発巣切除後血清総蛋白および血色素値回復 に対する阻害要因の検討

○松井あや, 野村俊介, 真木健裕, 鯉沼潤吉, 狭間一明, 渡邉幹夫, 岩井和浩(王子総合病院外科)

【目的】 大腸癌原発巣切除後血清総蛋白 (TP) および血色素値 (Hb) 回復に対する阻害要因とその程度を評価し、薬物療法や栄養療法に よる介入の必要性を検討する。【方法】大腸癌に対する原発巣切除を 施行した患者185名の術後1年間のTPおよびHb値を、術前、術翌日、 術後4日目、7日目、1ヶ月、3ヶ月、6ヶ月、1年で追跡した。患者年 齢80歳以上、腫瘍による腸閉塞、術前低栄養、遠隔転移、開腹手術、 Clavien-Dindo分類IIIa以上の術後合併症、術後補助療法の有無が、術 後血清総蛋白および血色素レベルの回復にどの程度影響を与えるか 検討した。【結果】患者年齢80歳以上では、患者年齢80歳未満と比較 し、術後1年間継続してTP・Hb値は有意に低値であり、平均でそれ ぞれ4%、8%低下していた。腫瘍による腸閉塞、術前低栄養、遠隔転 移のいずれかを伴う場合、そうでない場合と比較して入院時から術 後7日目までTP値は有意に低かった。腫瘍による腸閉塞、術前低栄 養を伴う症例では、術後それぞれ1ヶ月、3ヶ月でTP値は回復したが、 遠隔転移を伴う症例ではTP値は継続して低値であり(p<0.05)、遠 隔転移のない症例と比較して観察期間内で平均6%下回った。Hb値 は、腫瘍による腸閉塞または遠隔転移を有する症例では術後1年間継 続して低値であり(p<0.05)、術前低栄養症例では術後6カ月まで低 値だった(p<0.05)。開腹手術を行った症例は、腹腔鏡手術症例より 入院時TP・Hb値が低値だった(p< 0.05). また、Clavien-Dindo分 類IIIa以上の術後合併症があっても、TP・Hb値に有意な差はなかっ た。術後補助療法を施行した症例では、術後6ヵ月時点でのTP・Hb 値が有意に低値となった (p< 0.05) . 【結語】術後TP・Hb値の回復 に対する阻害要因を有する症例に対しては、薬物療法や栄養療法に よる介入の検討が必要と考えられた。

46 (消). T1 (SM) 癌への摘除生検としてのESDの導入の検証

○松本美桜, 吉井新二, 宮本大輔, 重沢 拓, 横山朗子, 太宰昌佳, 小野寺学(NTT東日本札幌病院)

【背景

早期大腸癌治療の第一選択としては病変の一括切除が望まれ、当院では2013年 1月より内視鏡的大腸粘膜下層剥離術を導入している。近年、SM浸潤距離 $1000~\mu$ m以上でもその他の転移リスク因子がなければリンパ節転移の頻度が低いことが明らかとなり内視鏡治療の適応拡大が議論されているが、当院では T1 (SM) 癌に対しても十分なICのもとに摘除生検としてのESDを施行してい

【目的・方法】ESD導入前3年(2010年1月―2012年12月;前期)とESD導入後3年(2013年1月―2015年12月;後期)の大腸T1(SM)癌の治療成績について検討

【結果】2010年—2015年までの6年間の当院における早期大腸癌の外科的切除とESDを合わせた手術件数総数は89例(前期32例、後期57例)で、ESDによる治療は38例であった。Tis (M)癌は前期10例、後期16例であった。前期は全て外科手術例だが後期は16 例すべてESD例で、over surgeryとなった外科的切除例は1例も認めず、ESDによる患者侵襲の軽減が明らかであった。

T1 (SM) 癌に対する治療は、前期21例、後期33例であった。後期ではESD例が63.6% (21/33)を占めていた。 SM浸潤距離が1000 μ m以下かつ脈管侵襲陰性だったものは、前期で35.3% (6/17)、後期で35.5% (11/31)であった。そのうち後期で外科的切除されていた症例は6.4% (2/31)と前期の外科切除例35.3% に比べ有意に少なく (p=0.03)、ESDによる患者侵襲の軽減が明らかであった。ESDを施行されたT1 (SM)癌21例中、浸潤距離が1000 μ m以上または脈管侵襲陽性であったものが11 例あった。そのうち追加切除施行されたのは54.5% (6/11)であり、残りの45.5% (5/11) は経過観察となっていた。経過観察症例の理由としては、脈管侵襲なしが3例、高齢が1例、他臓器癌が約1例であり、観察期間中央値14.5ヶ月と十分ではないが1 例の他病死を除いてはいずれの症例 察期間中央値14.5ヶ月と十分ではないが1 例の他病死を除いてはいずれの症例 容力治療コストを換算すると、ESD導入後の方が17509点削減できていた。 【結語】

大腸T1(SM)癌に対する摘除生検としてのESDは有用である。

47 (内). 当院で経験したCytomegalovirus胃腸炎59例の検討 ○松田可奈¹, 宮本秀一²、津田桃子¹, 安孫子怜史¹, 水鳥 健², 山本桂子², 小野尚子², 工藤俊彦², 清水勇一¹, 坂本直哉¹(北海道大学消化器内科¹, 北海道大学病院光学医療診療部²)

【背景】免疫不全患者において、Cytomegalovirus (以下CMV) 感染 症はつねに念頭に置く必要があるものの、CMV胃腸炎は症状も内 視鏡像も非特異的であり診断は容易ではない。また、基礎疾患や発 症背景が異なるため、多数例での検討は少ない。当院で経験した CMV胃腸炎の臨床像と内視鏡像について検討した。【対象】2008年 1月から2016年5月までに上部または/かつ下部消化管内視鏡検査 (EGD,CS)を施行し、生検検体から組織学的にCMV感染が証明され た59例を対象とした。診療録から臨床背景、血清抗原の陽性率を調 査し、記録された内視鏡画像から消化管病変の占拠部位、内視鏡所見 を検討した。【結果】移植レシピエントが24例(造血幹細胞移植後21 例、腎移植2例、および肝移植後1例)、非移植患者が35例であった。 造血幹細胞移植後の患者では67% (14/21) にGVHDの合併を認めた。 症状は下痢が最多で、次いで腹痛、血便が多かったが、無症状例も9例 認めた。血清CMV抗原は61.0%で陽性であった。EGDは34 例に施 行され、24例(70.6%)でCMV感染が証明された。食道病変は16.7% (4/24)、胃病変は83.7% (20/24)で認め、とくにL領域に83.3%と高率 に所見を認めた。CSは50例に施行されCMV感染は44例 (88.0%) に 認めた。病変は盲腸に好発し (91.2%)、とくに回盲弁上の潰瘍性病 変が64.7%に認められており特徴的であった。CMV胃腸炎ではびら ん潰瘍性病変が主体であるが、いわゆる打ち抜き様潰瘍は4割程度 で、アフタや発赤や浮腫などの軽微な所見のみ有した症例も11例み られた。また、EGDとCS両方を行った症例では約3割(7/24)で胃炎 と腸炎の合併を認めた。【結語】CMV胃腸炎では胃前庭部と深部大 腸に好発する潰瘍性病変が特徴的であるものの、軽微な所見のみの 場合もあり積極的な生検を試みるべきである。

48 (内). 網走厚生病院における大腸ESDの現況

○阿部暢彦,內田多久實,細田峻一,伊藤 憲,田中一光, 山田 錬(網走厚生病院)

【背景と目的】大腸ESDが2009年7月に先進医療の対象となり、2012 年4月に保険収載されるに至って、全国的に本治療を実施する病院が 増えている。当院も一定の施設基準を満たし、保険診療での大腸 ESDを開始した。今回2015年4月1日~2016年3月31日まで当院で施 行した大腸ESD 22 病変を対象として治療の妥当性を検討するべく 後方視的に調査した。【対象と結果】対象は男性14名、女性8名、平均 年齢68.3歳 (33~92:中央値68.5) で、肉眼型はLST-G11例、LST-NG4例、IIa4例、Isp1例、SMT2例、部位はC1例、A5例、T3例、 S2例、R11例であった。平均標本径21.7mm、平均腫瘍径16.8mm、 一括切除率90.9% (20/22)、スネア―併用率45.5% (10/22)、平均手術 時間63.2min (28~150:中央値49)、合併症(穿孔/出血)は0%であっ た。病理診断は腺腫11例、Tis癌5例、T1a癌1例、T1b癌3例、NET (G1) 2例で、組織学的な一括完全切除率は77.3% (17/22)であった。 全例で経過観察中であるが、現時点で再発は認めていない。【結論】 当院の大腸ESD症例は少ないが、安全性は遜色ないもので、今後も 積極的な運用でより多くの患者利益につながると考える。

49 (内). 大腸カプセル内視鏡検査の忍容性と安全性 ○伊藤貴博, 内海辰哉, 河本 徹, 藤永明裕, 佐藤智信, 後藤 充, 柳川伸幸, 斎藤義徳, 折居 裕(旭川厚生病院消化器科)

【背景と目的】大腸カプセル内視鏡検査 (大腸CE) において,全大腸 観察率向上のために前処置やブースターの工夫が各施設で取り組ま れているが摂取水分量が4L以上になることもまれではない.当施設 における検査の忍容性と安全性を検討した.【対象と方法】対象は 2014年8月から2016年4月までに大腸CEを施行された40例で男性16 例,女性24例,平均年齢は65.1歳(37~83歳).前日は検査食を摂取し夜 にピコスルファートナトリウム20ml,クエン酸マグネシウム (マグP) 50gを内服.当日朝来院後モビプレップ (R) 500mlを内服後カプセル 嚥下.その後のブースターの方法は前期(11例),後期(29例)共にカプ セルの小腸到達確認後マグP900ml内服,1時間後モビプレップ500ml 内服,1時間後モサプリド4錠内服.その後前期では2時間,後期では1時 間経過ごとに軽食+マグP600ml,軽食+モビプレップ500mlを追 加.さらにカプセルが排出されない場合前期ではレシカルボン(R)座 薬、後期ではグリセリン浣腸を施行した.全大腸観察率、CE施行時間、 大腸通過時間,ポリープ発見率,洗浄度,内服水分量,アンケートによる 患者の忍容性を検討した.また全大腸観察成功に寄与する因子の検 討も行った. 【結果】 全大腸観察率は80% (前期73%,後期83%),平均 CE施行時間は324分,大腸通過時間は170分.ポリープ発見率は38%,洗 浄度でGood以上の割合は70%,当日の総水分量は3290mlであった.全 大腸観察に寄与する因子の検討では性別、年齢、BMI、糖尿病、下痢、腸管 運動賦活剤,胃酸分泌抑制剤,抗血栓剤,過敏性腸症候群症状,腹部手術 歴の有無は抽出されなかったが,機能性ディスペプシア症状がある 症例は全大腸観察率が有意に高く、CE前の内視鏡で盲腸に到達でき なかった症例は全大腸観察率も低い傾向にあった.患者アンケート ではブースターの辛さ (VAS,10点満点) は中央値7,CEの恥ずかしさ は0,検査時間の長さは7であったが,次回もCEを希望した割合は52% であり忍容性は概ね良好であった.検査施行による滞留も含めた偶 発症を認めなかった.【結論】大腸CEの忍容性は概ね良好で,高齢者も 含めて安全に施行できる検査方法である.

50 (内). 内視鏡にて穿孔部位を特定できた魚骨による上行結 腸穿孔の1例

○榮浪洋介¹,我妻康平¹,一色裕之¹,伊早坂舞¹,佐藤修司¹, 清水晴夫¹,金戸宏行¹,中野正一郎²,佐々木賢一²,今信一郎³ (室蘭市立病院消化器內科¹,室蘭市立病院外科²,室蘭市立病 院臨床檢查科³)

症例は65歳,男性.主訴は腹痛.糖尿病に対して当科通院中であった。 2016年3月頃より腹痛が出現。当科受診するも特記すべき所見なく、 整腸剤等を処方で帰宅。一時的に改善するものの、徐々に増悪して いき4月4日に当科再診。腹部診察にて右下腹部に腫瘤を触知し同部 位を中心に圧痛を認めた。CRP 5.5mg/dlの炎症反応を認めるほか、 CTにて回盲部周囲の膿瘍をみとめ、その内部に骨様の組織を認め た。魚骨穿孔による腹腔内膿瘍と診断し緊急入院とした。当院外科 と相談のうえ、絶食・抗生剤加療を開始。下部消化管内視鏡検査で は回盲部のバウヒン弁対側に発赤、出血点を認め穿孔部位と判断し たが魚骨は確認できなかった。CRPは改善するも腹部症状の改善に 乏しく、再度外科に相談し他結果腹腔鏡下回盲部切除術を施行され た。手術所見では上行結腸に膿瘍を形成しており、その内部に魚骨 を認めた。手術経過良好で退院。現在も当院消化器内科および外科 でフォロー中である。 誤飲された異物は通常1週間以内に消化も しくは自然排出され、消化管を穿孔する頻度は1%以下とされてい る。その中で異物による消化管穿孔の原因として、日本ではその食 文化から魚骨によるものが約半数とされている。穿孔部位としては 小腸、横行結腸、S状結腸の割合が多く、これらの臓器は腸間膜を持 ち後腹膜に固定されていないため、蠕動運動による動きが大きいこ とが影響しているとされている。魚骨穿孔による腹腔内膿瘍の正診 率は約3割とされており、CTがその診断能に最も寄与するとされて いる。本症例のように上行結腸に穿孔をきたした例はまれであり、 内視鏡にて穿孔部位を特定できた症例は極めて少ない。まれな症例 のため若干の文献的考察を加えて報告する。

51 (消). 大腸ステント留置後に穿孔をきたした2例

○北潟谷隆,佐々木塁,二瓶壮史,常松聖司,多谷容子,馬場 麗,塚本祐己,武藤修一,木村宗士,大原行雄(国立病院機構北海道医療センター消化器内科)

【背景】大腸ステントは大腸悪性狭窄に対する標準的な治療の一つであり,入院期間短縮や人工肛門の回避が期待できるなど,その利点が広く報告されている.しかし,穿孔や再閉塞といった偶発症も報告されており留置後の経過観察にも注意が必要である.今回我々は,大腸ステント留置後に穿孔をきたした進行大腸癌の2 例を経験したので報告する.

【症例1】64歳,女性. 半年前からの右下腹部痛及び下血が徐々に増 悪し、当院へ救急搬送となった。CT検査ではRSからS状結腸にかけ ての狭窄所見を認め、腸閉塞を合併していた。腹部リンパ節及び肝 内には多発する転移性病変が認められた. 透視下で下部消化管内視 鏡検査を施行したところ、直腸RSに3cm長の糸状悪性狭窄像を認 め,同部位に大腸ステントを留置した. 経過は良好であったが,留置 6日後に突然の腹痛と発熱が出現した. CT検査ではfree airを認め, 緊急開腹手術となった.手術の結果,漿膜側へ露出している腫瘍部 分からのminor leakが原因であった. 【症例2】55歳, 女性. 2日前か らの強い腹痛を訴え当院へ救急搬送となった. CT検査では直腸に 狭窄病変及び腸閉塞の所見が認められた. 肝には複数の転移性病変 が指摘された.透視下での下部消化管内視鏡検査ではRSからRaに かけて全周性の悪性狭窄を認め、大腸ステントを留置した、留置4日 後に発熱と腹痛が出現し、CT検査ではステント近傍にfree airを認 め、緊急開腹手術となった.手術病理所見では腫瘍の漿膜側露出部 に穿孔が認められた.

【考察】大腸ステントは大腸悪性狭窄症例における手術までの待機的治療、もしくは非治癒症例に対する姑息的治療として広く用いられている。大腸悪性狭窄に対する姑息的大腸ステントを検討した報告では、留置後の穿孔が4%、逸脱が10%、再閉塞率が10%、死亡率が0.5%とも報告されており、留置後の合併症を見過ごさないことが重要である。

- 52 (消). 新規経口抗凝固薬 (NOAC: novel oral anticoagulant) 内服中に発症した非外傷性横行結腸 間膜血腫の1例
 - ○千田圭悟¹, 江本 慎¹, 小林清二¹, 河合朋昭¹, 谷 道夫¹, 小笠原和宏¹, 羽田光輝², 宮城島拓人²(釧路労災病院外科¹, 釧路労災病院内科²)

【はじめに】腸間膜血腫のほとんどは外傷性だが、非外傷性腸間膜 血腫の原因としては内臓動脈瘤の破裂、抗凝固薬の使用など挙げら れる. 今回我々は、新規経口抗凝固薬 (NOAC: novel oral anticoagulant) 内服中, 横行結腸間膜の動脈出血に伴い, 出血性 shockとなった1例を経験したため、報告する. 【症例】67歳の男性. 発作性心房細動に対してアピキサバン内服中であった. 急激な上腹 部痛及び嘔吐を主訴に前医を受診し、精査目的に当院内科を受診し た. 来院時, 腹部は平坦軟であるが, 心窩部~右季肋部にかけて強い 圧痛を認めた. 採血ではWBCは19660/ulと上昇し, Cr 1.21 mg/dl と腎機能障害を認めた. Hbは11.2g.dlと低下は認めなかった. 他に は凝固系を含めて明らかな異常は認めなかった. CTでは右上腹部 に130×90mm大の横行結腸に接する腫瘤性病変を認め、内部は不均 で造影早期相から造影剤のpoolingを認めた. 腹腔内腫瘍への腫 瘍内出血が疑われ、手術の方針となった. 手術待機中に急激な血圧 の低下を認め、出血性shockと診断し、緊急開腹術を施行した. 開腹 すると、血性腹水と大網内への血腫形成を認めた. 横行結腸間膜内 の動脈から活動性の出血を認めたが、出血源の動脈を結紮し、止血が 得られた. 腸管壁の血流は保たれていたため, 腸管切除は行わなかっ た. 術後経過は良好で,明らかな合併症なく術後25日目に退院した. 【結語】非外傷性腸間膜血腫の出血の本態としては、腸間膜血管末梢 枝の動脈瘤あるいは仮性動脈瘤の破綻が最も考えられる. また, NOACはワーファリンと比較して出血合併症が少ない抗凝固薬と されており、NOAC内服中の非外傷性腸間膜血腫の報告例はなく, 非常に稀である. 非外傷性腸間膜血腫は, 術前検査において腫瘍や 膿瘍などとの鑑別が困難であり、NOACを含め抗凝固薬使用中の患 者の急性腹症では鑑別に入れるべき疾患と思われた.

- 53 (消). ストマ静脈瘤破裂に対し静脈瘤硬化療法によって止血が得られた1例
 - ○山口将功, 佐藤隆啓, 巽 亮二, 木村睦海, 荒川智宏, 中島知明, 桑田靖昭, 小関 至, 大村卓昧, 髭 修平, 狩野吉康, 豊田成司(札幌厚生病院消化器内科)

【演題】ストマ静脈瘤破裂に対し静脈瘤硬化療法によって止血が得 られた1例【はじめに】門脈圧亢進に伴う静脈瘤の増悪は、実臨床にお いて度々経験する. 今回, 我々は再発を繰り返すストマ静脈瘤破裂 に対し硬化療法によって止血が得られた1 例を経験したので報告す る. 【症例】74歳, 男性. 【経過】54歳, B型慢性肝炎およびアルコー ル性肝硬変を指摘された. 57歳, 食道静脈瘤に対しEISを施行. 64歳, 食道静脈瘤再発に対しEIS施行. 70歳,直腸静脈瘤に対しEIS施行. 72歳、肝細胞癌および直腸癌を発症、肝細胞癌に対して右葉切除術 施行し、直腸癌に対して直腸切除およびストマ造設術施行した.74 歳、貧血の進行およびストマパウチ内への持続的出血を認め精査加 療目的に入院した. 【検査・処置】ストマパウチ内に多量の凝血塊を 認めたが、下部消化管内視鏡検査では消化管内からの出血は認めな かった. ストマ周囲には血管拡張を伴う粘膜隆起を認め、その一部 から持続的な出血を認めた. ストマ静脈瘤破裂と診断し、静脈瘤硬 化療法の適応と考えた. 超音波検査により静脈拡張を検索したが, 拡張した静脈の描出は困難であった。出血を認めた粘膜隆起の近傍 から内視鏡用穿刺針(25G4mm固定針)にて用手的に穿刺したとこ ろ静脈瘤内へ硬化剤(5%モノエタノールアミンオレイン酸塩)の注 入および停滞を認め、止血が得られた. その後、ストマ静脈瘤破裂の 再発を認めたが,同様の静脈瘤硬化療法により止血が得られている. 【結語】ストマ静脈瘤破裂に対し、静脈瘤硬化療法により止血が得ら れた1例を経験したので報告する.

54 (消). 長期入院中に発症したリフィーディング症候群の1例 ○二瓶壮史,常松聖司,北潟谷隆,佐々木塁,馬場 麗,塚本祐己, 木村宗士,大原行雄,武藤修一(北海道医療センター消化器内 科)

【緒言】リフィーディング症候群とは、慢性的な半飢餓状態の代謝に 適合している患者に対して過量な栄養投与を行うことによって発症 する重大な合併症である. 今回,我々は慢性栄養障害患者に発症し, 重篤な心肺機能障害を呈したリフィーディング症候群を経験した. 【症例】78歳女性. 亜急性脊髄視神経症, くも膜下出血及び肝内門脈 肝静脈短絡による肝性脳症のため施設入所中であった。食欲不振及 び意識障害が増悪したために当院に搬送となり,以後,長期入院加療 中であった. 長期臥床の状態であったため、経過中に直腸潰瘍を併 発した. 肝性脳症及び直腸潰瘍の増悪を繰り返し, 徐々に経口摂取 量も低下し,入院より約1年を経過したころには一時49kgあった体 重は40kgに減少し, 血清アルブミン値は1.1g/dlとなっていた. 栄養 投与を行うために胃管が挿入され400kcal/日の経腸栄養,及び中心 静脈栄養として1000 kcal/日を投与された. 投与翌日より38 度台の 発熱及び意識障害が出現。心不全症状も出現した。鑑別目的に網羅 的に行われた血液生化学検査では血清リン値は0.4mg/dlであった. リフィーディング症候群と診断し栄養投与量の調節及び電解質の補 正など行ったが,急性呼吸窮迫症候群を併発し集中治療室に入室と なった. 集学的治療が行われたが, 真菌感染症及び多臓器不全とな り永眠された. 【考察】リフィーディング症候群は、ミネラルやビタ ミンなどは欠乏状態にある栄養不良状態の患者に栄養投与を行うこ とにより発症する一連の代謝合併症であり、時に致死的な帰結を取 り得る. 本症例では長期の高度低栄養状態にあり、栄養投与を機に リフィーディング症候群が発症したものと考えられた. 近年はガイ ドラインによるリフィーディング症候群のリスク評価も行われるよ うになっており、慢性栄養障害患者に対する栄養投与時にはリ フィーディング症候群を考慮する必要がある.

55 (消). Segmental arterial mediolysis (SAM) の1例 ○横山 崇、渡邉義行、柳原志津妃、萩原 武、小澤 広、 前田 聡(JA北海道厚生連札幌厚生病院第1消化器内科)

症例は50歳女性。急性発症の腹痛、背部痛を主訴に当科外来受診。 既往歴なし。理学所見にて発熱なし、血圧正常、結膜に貧血なく、腹 部は平坦、軟で全体に軽度の圧痛はあるものの筋性防御はなかった。 血液生化学検査では白血球の軽度上昇を認めるのみであった。急性 腹症もしくは大動脈解離なども考慮して精査のため胸腹部造影CT を施行した。胸腹腔内臓器には明らかな異常所見はなかったが、脾 動脈瘤、下腸間膜動脈の解離性変化、胃大網動脈の大網枝に数珠状の 動脈瘤を認め、一部で周囲への血液の漏出が疑われた。他にも中結 腸動脈、右結腸動脈にも動脈瘤を認めた。segmental arterial mediolysis(以下SAM)に伴う胃大網動脈大網枝の動脈瘤破裂の診 断で緊急腹部血管造影を施行した。脾動脈の選択的造影にて大網枝 の数珠状変化を認めた。明らかな造影剤の血管外漏出は認めなかっ たが、再出血予防目的でコイルにより塞栓術を施行した。入院後は 対症療法のみで症状の改善を認め、合併症もなく軽快し退院となっ た。その後も定期的にCTで経過観察し、徐々に動脈径の正常化、解 離の消失を認め、1年半経過した現在では、ほぼ正常の状態まで改善 している。

SAMに対する治療としては動脈塞栓術のほか外科的手術を選択することもあるが、最近では保存的に軽快する症例も報告されている。本症例では緊急手術を視野に入れつつ、保存的に経過観察することを選択した。幸い自然軽快し合併症もなく外来経過観察中である。分節性動脈中膜融解、segmental arterial mediolysis(SAM)は比較的稀な疾患で原因不明であり、長期予後も報告されていない。今回我々は自然軽快したSAMの1例を経験したので今後の治療方針決定の参考になると考え若干の文献的考察を加えて報告する。

56 (消). 悪性腹膜中皮腫の1例

○小野山直輝,小野寺馨,山下健太郎,大和田紗恵,大久保陽介,平野雄大,三宅高和,飯田智哉,久保俊之,山本英一郎,能正勝彦,仲瀬裕志(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)

【症例】60歳代, 男性. 主な既往歴に胆石症 (手術), 結腸憩室出血 (内視鏡的止血術). 発熱・腹痛を主訴に前医を受診し、CRP高値と 結腸肝彎曲部周囲の腹膜の脂肪織濃度上昇を認め、結腸憩室炎の診 断にて絶食・補液・抗菌薬投与による保存的治療が開始された. し かし約2ヶ月の経過でも症状は改善せず,脂肪織濃度上昇が腹膜全体 に拡がったため、さらなる精査加療目的に当科紹介となった. 上下 部消化管検査・CT検査を行うも原因となりうる明らかな異常を指 摘できず, 内科的検査では診断困難と判断し, 外科にて試験開腹術を 施行した.手術所見では大網は一塊となり,腹膜播種の所見であっ た. 大網の一部をサンプリングしたところ、肉眼的には白色調の腫 瘍性病変であり、組織学的には大型の円型核を有する異型細胞が充 実性に増殖しており、一部に紡錘型の異型細胞も認められた. 免疫 組織学的には中皮腫マーカー陽性・腺癌マーカー陰性であり、二相 性悪性中皮腫の診断に至った. 業務歴を詳細に聴取したところ, 大 学生時代に建設現場のアルバイトでアスベストの吹き付け作業に約 3年間従事していたことが判明した. 現在はシスプラチン+ペメト レキセド療法を実施中である. 【考察】中皮腫は胸膜発生が80%と多 く、腹膜発生は10~20%と少ない、アスベストの吸引が原因である ことが知られているが、アスベスト吸引から中皮腫発生までの潜伏 期間は20~50年と長いのが特徴である. 近年患者数が急増しており, 注意が必要である. 腹膜中皮腫は臨床症状・血液学的検査・CT検 査いずれも特異的な所見はなく,確定診断には病理組織学的診断が 必須とされている. 自験例は確定診断にやや時間を要したが、振り 返ってみると典型的な腹膜中皮腫の症例であった. 鑑別診断として 本症を念頭におき業務歴を詳細に聴取すること、血液・画像検査で 鑑別が困難な場合には積極的に病理組織学的検査を検討することが 重要と認識させられた症例であった.

57 (消). 後腹膜原発神経鞘腫に対する腹腔鏡下切除の2例 ○石井雅之,信岡隆幸,沖田憲司,西舘敏彦,伊東竜哉,植木知身, 秋月恵美,古畑智久,竹政伊知朗(札幌医科大学消化器・総合、 乳腺・内分泌外科)

【はじめに】神経鞘腫は末梢神経の神経鞘由来の腫瘍で、境界明瞭で 被膜を持つ腫瘍である。頭頸部や四肢に好発し、後腹膜から発生す るのは比較的稀である。今回、われわれは腹腔鏡下に摘出しえた後 腹膜神経鞘腫の2例を経験したので報告する。【症例1】38歳女性。 検診で腹部腫瘤を指摘され、精査目的に当院紹介となった。CTでは 総肝動脈・左胃動脈に接する25×20mm大の造影効果の乏しい類円 形腫瘍を認めた。MRIではT1強調像で低信号, T2強調像で高信号 であった。EUSでは腫瘍は総肝臓脈に近接するものの境界は明瞭 であった。FNAの結果、神経鞘腫疑いの診断となった。悪性が否定 できないため手術の方針となった。【症例2】38歳女性。検診で腹部 腫瘤を指摘され、他院にて精査を施行した。CTでは腹腔動脈・脾動 脈に接する19×11mmの造影効果の乏しい類縁形腫瘍を認めた。 EUSでは腫瘍は周囲臓器や血管との境界は明瞭であった。FNAで 神経鞘腫と診断され経過観察の方針となった。半年後のMRIでは T1強調像で低信号, T2強調像で高信号であり周囲との境界は明瞭 であったが、25×18mmと増大傾向を示していた。経時的に増大傾 向を示したため手術の方針となった。【手術】症例1では総肝動脈神 経叢と、症例2では腹腔動脈神経叢と腫瘍の癒着が強固であったが、 いずれも神経叢を切除側に付着させる形で腹腔鏡下に摘出しえた。 手術時間はそれぞれ164分、155分で、術後5日目と8日目に退院した。 【病理】神経鞘腫の診断で悪性所見は認めなかった。【まとめ】腹腔鏡 による後腹膜神経鞘腫の手術は低侵襲で整容性に優れ、拡大視効果 により比較的安全に施行できることから、出血も少なく有効で安全 な治療方法の一つであると考えられた。

58 (消). 腹痛を主訴とした視神経脊髄炎関連疾患の1例

○村井太一,小野雄司,松田千佳,板谷一史,曽根孝之, 八木澤允貴,小池祐太,遠藤文菜,佃 曜子,中村路夫, 永坂 敦,西川秀司(市立札幌病院消化器内科)

【はじめに】視神経脊髄炎関連疾患(NMOSD)は、抗AQP4抗体陽性で、視神経炎あるいは脊髄炎を単独で持つ例、視神経炎あるいは脊髄炎に自己免疫性疾患を合併する例、視神経脊髄炎(NMO)に大脳・脳幹病変を伴う例に分類される。今回腹痛を主訴としたNMOSDの1例を経験したので文献的報告を加え報告する。

【症例】50歳女性。7年前に嘔吐が2週間継続したため近医受診していたが、原因特定に至らないまま軽快が得られていた。以前より口腔および眼乾燥を自覚していたが、症状は軽度で受診はしていなかった。4日前の昼に新鮮なイカの刺身を食べてから腹痛の再発改善を繰り返し、当科受診となった。心窩部を最強点とする圧痛、筋性防御を認めたものの、腹部US、CT、EGD、採血では腹痛の原因となる所見は認めなかった。当科受診後に発熱を認め、その後下腹部から下肢の痺れ、排尿障害、排便障害が出現したため当院神経内科を受診した。精変もよび多発脳病変、髄液検査で細胞数およびAIb上昇、血清抗AQP4抗体陽性を認めた。また、SS-A抗体陽性、眼科検査陽性、口腔検査陽性、口唇腺病理組織検査。陽性であった。以上より、シェーイレン症候群を合併したNMOSDの診断となった。本症例はステロイドバルス療法にて改善が得られた。

【考察】NMOおよびNMOSDは、本邦では2012年の時点で3000~4000例程度の稀な疾患であるが、急性増悪期に不可逆的な障害をきたすことがあるため迅速に治療を開始することが重要である。医学中央誌で「視神経脊髄炎」をキーワードとし、2006年から2016年までの期間で症例報告および原著論文を検索したところ、今回のように腹痛を主訴とした症例の報告はなかった。腹痛の原因となる腹部異常所見がない場合にはNMO、NMOSDの鑑別も必要と考えられた。

59 (消). 局所進行切除不能膵癌に対するS-1併用放射線療法の 治療成績

○小松直広,矢根 圭,真口宏介,高橋邦幸,潟沼朗生,金 俊文, 北川 洗,古賀英彬,永井一正,遠藤壮登,古賀毅彦(手稲渓 仁会病院消化器病センター)

【背景】局所進行切除不能膵癌(locally advanced, unresectable pancreatic cancer; LAPC) に対する一次治療としては化学療法単独もしくは化学放 射線療法が挙げられるが、未だ確立した治療法はない. 【目的】 LAPCに対 するS-1 併用放射線療法 (S-1/RT) の治療成績を検討する. 【対象・方法】 2013年4月から2016年5月までの期間に当センターでLAPCと診断した49例 のうち、S-1/RTを施行した18例を対象とし、後方視的に調査した. 切除不 能の判定基準はNCCNガイドラインを用い、全例に対し治療開始前に細胞 診または組織診で腺癌の診断を得た. S-1は80mg/m 2/dayを照射日に内 服し,放射線療法は総線量50.4Gy/28frとした.原則として治療終了後4週 以内にCTを撮像し、有効性の評価を行った、検討項目は、1)背景因子(年 齢・性別・PS・主占拠部位・腫瘍径・切除不能理由・前治療), 2)治療完 遂率, 3) 有害事象, 4) 奏功率(ORR) および病勢コントロール率(DCR), 5) 後治療, 6)無増悪生存期間(PFS)とした. 【結果】1)年齢中央値は68歳(45-76歳). 男女比は8:10. PS0 5, PS1 13. 主占拠部位は頭部12, 体部4, 尾部2. 平均腫瘍径は35.3±18.0mm. 切除不能理由は, 上腸間膜動脈浸潤13, 腹腔 動脈浸潤8 (重複あり). 前治療は7例で施行され, 内訳はGEM→GEM+S-1 1, $S-1 \rightarrow GEM$ 1, GEM+S-1 3, GEM+nab-Paclitaxel 1, mFOLFIRINOX→GEM+nab-Paclitaxel 1であった. 2) 治療完遂率は94% (17/18)であった. 3) Grade 3以上の有害事象は4例で認め、内訳は白血球 減少2, 血小板減少1, 敗血症1であった. 敗血症の1例は治療の中止を要し た. その他, Grade 2以下の非血液毒性を16例で認めた. 4) ORR 16.7%, DCR 88.9%であった. 5) 全例で化学療法を施行し、うち4 例 (22%) は Adjuvant surgeryを施行,全例でR0切除が得られた. 術後観察期間はそ れぞれ26, 6, 3, 1ヵ月で全例無再発生存中である. 6) S-1/RT開始から のPFS中央値は17ヵ月(95%CI:4-25ヵ月)であった. 【結論】LAPCに対す るS-1/RTは比較的安全に施行可能で治療完遂率も高かった. Adjuvant surgeryが可能となる症例もあり、有望な治療法の一つと考える.

60 (消). 切除不能局所進行膵癌に対する集学的治療戦略を考える
○川本泰之¹², 小松嘉人¹, 村中徹人¹², 原田一顕¹², 中積宏之¹², 結城敏志², 杉浦 真², 加藤 新², 佐野逸紀², 川久保和道², 桑谷将城², 原田慶一³, 井上哲也³, 加藤徳雄³, 中村 透⁴, 浅野賢道⁴, 平野 聡⁴, 坂本直哉²(北海道大学病院腫瘍センター¹, 北海道大学大学院医学研究科消化器内科学分野², 北海道大学大学院医学研究科放射線医学分野³, 北海道大学大学院医学研究科消化器外科学分野Ⅱ⁴)

【背景】治癒切除不能な膵癌に対しては、2014年よりFOLFIRINOX療法、2015年よりGEM+nab-PTX療法が使用可能となり、治療選択肢の広がり、成績の向上が期待されている。また、切除不能な局所進行膵癌に対する治療選択肢として全身化学療法と化学放射線療法があるが、どの治療が最適な治療であるかは現時点では一定の見解はない。当院では化学放射線療法も取り入れて治療を行い、長期にわたって病勢を制御できた症例に対してはCancer Boardにて根治的な切除の検討も行っている。

【目的】当院における切除不能局所進行膵癌に対する治療成績を明らかにする。

【方法】当院にて2014年1月から2015年12月の間に治療を開始した切除不能局所進行膵癌症例について、患者背景・治療成績等を診療録を用いて後方視的に検討する。

【結果】対象症例は25例、年齢中央値66歳(49-83歳)、男: $\phi=17:8$ 、原発部位はPh/Pb/Pt = 17/7/1、ステントあり/なし = 12/13、PS 0/1/2=11/13/1であった。一次治療の選択肢はFOLFIRINOX/GEM $(+\alpha)/GEM+nab$ PTX/S-1/S-1+RT=7/6/1/2/9であった。全生存期間中央値は全身化学療法群と化学放射線療法群でそれぞれ12.6ヶ月、NR (未到達)であった。一次治療でFOLFIRINOX療法施行後にS-1+RTによる化学放射線療法を行った一例で根治切除術(R0切除)が行われた。

【結論】当院では切除不能局所進行膵癌に対して化学放射線療法を選択することも多くなってきている。25 例中1 例で追加治療として根治的切除が行われた。化学療法、放射線療法、さらに奏効例に対しては手術を併用する集学的治療により、長期予後を期待できる症例が存在する可能性があり、最適な治療方法の開発を進めていく必要がある。

- 61 (消). 当科におけるFOLFIRINOX療法不応後の切除不能膵 癌に対する nab-PTX+GEM療法の成績
 - ○成瀬宏仁,鈴木茉理奈,平田 甫,鈴木和治,大野正芳, 工藤大樹,畑中一映,山本義也(市立函館病院消化器病センター 消化器内科)

【目的】当科におけるFOLFIRINOX療法不応となった切除不能膵癌 に対するnab-PTX+GEM療法の成績を検討する. 【対象】一次治療 としてFOLFIRINOX療法を施行し、不応となった切除不能膵癌で、 2015.2月~2015.9月に二次治療として, nab-PTX+GEM療法を施行 した10 症例. 平均年齢 62.9 歳, 男女比 4:6, P.S 0-2 例,P.S 1-8 例, cStage 4a 2例, cStage 4b 8例. 組織型は全例腺癌であった. 【方法】 nab-PTX 125mg/mm², GEM 1000mg/mm²をday 1.8.15で投与し, 3投1休で可能な限り継続した. 投与薬剤の減量,投与時期の変更は, 患者の状態を勘案して、主治医判断で行った。生存期間、TTPはカ プランマイヤー法で算出し、有意差検定はログランクテストで行っ た. 【成績】一次治療としてのFOLFIRINOX療法の投与回数は,中央 値5.5回(1-17回), 二次治療としてのnab-PTX+GEM療法の投与回数 は、中央値 5.0 回(1-37 回)であった. 二次治療として行ったnab-PTX+GEM療法の10例中7例で、1コース目から、3投1休投与が不 能であったが、投与回数に対する相対用量強度は、中央値80%が保た れていた. FOLFIRINOX療法開始からの全生存期間中央値は, 461 日であった. 二次治療としてnab-PTX+GEM療法開始後の生存期 間中央値は、288日であった. 二次治療としてのnab-PTX+GEM療 法のTTPは190日であった. 同時期に, 当科で切除不能膵癌に対す る一次治療としてnab-PTX+GEM療法を施行した14例のTTPは214 日であり、二次治療でnab-PTX+GEM療法を施行した10例の TTP190日と有意差を認めなかった(P=0.3053). 有害事象は、骨髄 抑制に関して,全Gradeで白血球減少50%, Hb減少50%, 血小板減少 20%を認めた. Grade 3以上の骨髄抑制は認めなかった. 【結論】切 除不能膵癌のFOLFIRINOX療法不応後二次治療として, nab-PTX+GEM療法は、忍容性のある症例に関して有用である.

- 62 (消). 肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍 (PNET) に対する治療成績
 - ○北川 洸, 矢根 圭, 高橋邦幸, 湯沼朗生, 金 俊文, 古賀英彬, 永井一正, 遠藤壮登, 小松直広, 古賀毅彦, 真口宏介(手稲渓 仁会病院消化器病センター)

【背景・目的】肝転移を伴う膵神経内分泌腫瘍(PNET)に対し、様々 な治療法が選択可能となってきているが、適応のエビデンスは明ら かではない。肝転移を伴うPNETに対する治療の現状と成績を報告 する。【対象と方法】2016年5月までに当センターにて外科切除ある いは薬物療法/局所治療 (TAE/TAI/RFA) を施行したPNET同時性 肝転移9例を対象とした。男女比は3:6、年齢は40-59歳(中央値54歳)。 WHO分類におけるGradeはG25、NEC4。機能性2(インスリノー マ 1、ガストリノーマ 1)、非機能性 7。【検討項目】1)一次治療内容、 2) 減量手術例における追加治療、3) 治療成績。【結果】1) 一次治療 として外科手術を選択したのは7例 (78%) であり、内訳は根治手術 3;減量手術 4であった。根治手術 3 例の術式は膵体尾部切除 (DP) + 肝左葉切除 1、DP + 肝腫瘍核出術 1、膵頭十二指腸切除 + 肝右葉 切除 (HPD) 1であった。減量手術 4 例の術式はDPのみ 2、DP+外 側区切除 2であった。2 例は広範な他臓器浸潤あるいは巨大肝転移 を理由に薬物療法(サンドスタチン 1、サンドスタチン+アフィニ トール 1)を選択し、うち1例は治療が著効してDP+肝腫瘍核出術へ のconversionに成功した。2) 減量手術例には全例で追加治療が行わ れ、内訳は薬物療法+局所治療が3例、薬物療法のみが1例であった。 3) 根治手術を施行した4例中3例で術後に肝転移再発を認め、再発ま での期間は33ヶ月(6-53)であった。いずれも再切除は困難であり薬 物療法あるいは局所治療を施行した。観察期間中央値43か月(9-100) であり、4例(根治手術 1、減量手術 2、薬物療法のみ 1)は死亡してい るが5例は生存中であり、うち3例は5年以上の長期生存を得ている。 【結論】肝転移を伴うPNETにおいては肉眼的遺残のない手術が可能 であっても高率に術後肝転移再発を認めるが、外科切除と薬物療法 及び局所治療とのコンビネーションにより長期予後が得られる可能 性がある。

- 63 (消). 10mm未満の膵嚢胞性病変の経過観察例の検討
 - ○久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 克也¹, 小柴 裕¹, 嘉成悠介¹, 佐藤正文², 川埼亮輔², 行部 洋², 武内優太², 宮崎 悦³, 山内夏未⁴(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院外科², 伊達赤十字病院内科³, 札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座⁴)

膵嚢胞性病変は、近年の報告では、MRCPで発見される頻度は2.4~41.6%とされており、日常臨床で遭遇する最も多い膵疾患のひとつとなっている。その一方で膵嚢胞性病変は膵癌診療ガイドライン2013では膵癌のリスクファクターのひとつとされている。しかし、10mm未満の膵嚢胞性病変の質的診断や進展などについては不明な点が多い。

1997 年 4 月~2016 年 5 月までに経験した10mm未満の膵嚢胞性病変214例のうち、各種画像診断で1年以上経過を追跡することのできた166例について、嚢胞自体の進展、通常型膵癌の発生の有無、予後などについてretrospectiveに検討したので報告する。

64 (消). 分枝型IPMN悪性例の病理と画像所見

○遠藤壮登, 金 俊文,真口宏介,高橋邦幸,潟沼朗生,矢根 圭, 北川 洸,古賀英彬,永井一正,小松直広,古賀毅彦(手稲渓 仁会病院消化器内科)

【目的】 分枝型IPMN (BD-IPMN) の悪性例について、病理と画像所見 を比較検討する。【対象と方法】2004年4月から2016年3月までに当セ ンターにて外科切除を施行したBD-IPMN 115 例のうち、病理学的に High grade dysplasia (HD) あるいはIPMN with an associated invasive carcinoma (IC) と診断した54例 (46.5%; HD 33、IC 21) を対 象とした。検討に際し、組織学的腫瘍高≥3mm (P群、n=45)と<3mm (NP群、n=9)に分類した。【検討項目】1) 病理診断と組織学的腫瘍高、 2) 乳頭状隆起部(結節)と浸潤部の位置関係、3) 結節の画像所見、4) 浸潤部の画像所見【結果】1) P群の病理診断はHD 26 (57.8%)、IC 19 (42.2%; T1a 11、T1b 1、T1c 2、T3 3、T4 2)であり、組織学的腫瘍 高中央値は8mm (4-26)であった。NP群の病理診断はHD 7 (77.8%)、 IC 2 (22.2%; T1a 1、T1c 1) であり、腫瘍高は0mm (0-2) であった。2) P群のIC 19例における浸潤癌の局在は、結節直下 14 (73.7%; 浸潤部組 織 管状腺癌 7、粘液癌 6、粘液癌+管状腺癌 1)、結節と離れた低乳頭状 隆起下 5 (26.3%; 管状腺癌 1、粘液癌 4)であった。 NP群のIC 2例では、 管状腺癌 1、粘液癌 1であった。3) P群においてEUSにて結節を指摘し 得たのは44例 (97.8%) であり、EUSでの結節高は組織学的腫瘍高と比 較して1.23倍 (0.43-5) に描出された。造影CTによる造影効果を有する 結節指摘は40 (88.9%) であった。4) 浸潤癌の存在を術前に指摘したの はIC 6例 (28.6%) であり、6例中5例は浸潤癌部が10mm以上であった。 P群で、EUSにて指摘したのが5例 (T1a1、T1c1、T32、T41)、造 影CTで指摘したのが3 例 (T1a 1、T1c 1、T41) であった。NP群で は1例(T1c)がEUS、CTでともに指摘していた。【まとめ】IC 21例の うち、P群 90.5%、NP群 9.5%であった。P群ICの26%で結節直下以外 の部位に浸潤部を認め、多くは粘液癌の形態であった。P群のほとんど でEUSによる結節指摘が可能であり、病理所見と比較して1.23 倍大き く描出されていた。浸潤癌を術前に指摘できたのは28%であり、ほと んどが病理組織学的に10mm以上の浸潤であった。

65 (消). 膵神経内分泌腫瘍に対し補助化学療法後を行った1例 ○石井貴大, 齋藤 敦, 小沼 新, 林 秀美, 河端秀賢, 阿部真実, 藤井常志, 長谷部千登美(旭川赤十字病院消化器内科)

【緒言】 膵神経内分泌腫瘍 (pNET) は、人口10万人あたり有病者数が 2-3人と稀な疾患である. 遠隔転移を伴うpNETの治療方針は切除 可能ならば切除が勧められている. 今回, 肝転移を有するpNETに 対し補助化学療法を施行し、手術を行った1例を経験したので報告す る. 【症例】70歳代,女性. 近医で定期の腹部スクリーニングUS検 査にて膵尾部腫瘤を指摘され精査加療目的に当科紹介受診となっ た. EUS-FNAを行った結果, pNET (Ki-67 index < 1% G1) の診断 となり,画像検査で明らかな遠隔転移を認めず,当院外科にて手術の 方針となった. 術中に肝S8に小指頭大の腫瘤を認めたため, 他部位 にも肝転移が疑われ、S8の肝腫瘤の結節のみ切除し閉復となった. 肝腫瘤の病理結果はpNET (Ki-67 index 4% G2)の肝転移であった. 術後の画像検査では遠隔転移は認めなかったが、血行性の微小転移 の可能性を考慮し補助化学療法 (Sunitinib 37.5mg/日 8week) を施 行した上で、原発巣のpNETに対し開腹膵尾部切除術を行った. 術 後の病理結果ではNeuroendocrine tumor (NET, Ki-67 index 10-20% G 2) Ptb, TS 2; 3x 3x 1.5cm, nodular type scirrhous type, INF α , ly1, v2, ne2, mpd (-) , pT2 [ENETS TNM] , pS (-) , pRP (-) , pPVsp (+) , pA (-) , pOO (-) , pPCM (-) , pDPM (-) , $pN1\ (4/12)\ ;n7+n9-0/0,\ n8a-0/1,\ n10-2/6,\ n11d-2/4,\ n11p-0/1,$ n18-0/0でありR0手術が施行された。現在は経過観察中であり再発 なく経過している. 【考察】 pNETに対する補助化学療法の症例報告 は散見され、補助化学療法によって術後再発を抑制する可能性も考 えられている. 本症例では補助化学療法によって術後無再発で経過 しているが、pNETに対する治療法として確立するかどうか今後検 討が必要であると考えられた.

- 66 (内). 回腸横行結腸吻合術後に発生し、内視鏡にてその成 長を観察した多発炎症性ポリープの1例
- ○小松悠弥¹, 勝木伸一¹, 北岡慶介¹, 安保文恵¹, 和賀永里子¹, 高梨訓博¹, 安保智典¹, 藤田朋紀¹, 今川貴之², 市原 真³(小 樽掖済会病院消化器病センター¹, 札幌医科大学腫瘍内科学講 座², 札幌厚生病院臨床病理科³)

症例は、70歳代男性、幼少時に、原因不明の小腸疾患にて、小腸切除 術を受けた既往あり.2013年1月,下痢(黒色便)を主訴に当院消化器 病センターを受診, 採血にてHb 7.5g/dlと貧血を認めた. 上部内視 鏡検査では出血源を認めず,下部消化管検査を施行した,結果,横行 結腸に回腸が吻合されており吻合部口側の回腸に、多発する小潰瘍 と立ち上がりなだらかな径5mm大の丘状を呈する小腫瘤を認めた. 生検では、潰瘍には特異的な所見はなく、また、腫瘤は、炎症性肉芽組 織と診断された. 明らかな出血は認めないことから, 約3カ月間, 鉄 剤投与を施行し, 貧血は改善し. 以後外来にて経過観察中であった. 2015年4月, 心房細動の発症を期に近医循環器科より抗血栓剤を投与 された際、その後黒色便ならびに貧血症状が出現したため当院消化 器病センターを再受診となった。同腸出血を疑い。下部消化管内視 鏡検査を施行したところ,前回認めた小丘状隆起は,大きく形態変化 し、陰茎状外観を呈していた。出血源と判断し、11月17日ダブルバ ルーン式内視鏡を用い内視鏡的切除を行なった. 病理組織学的には 線維細胞,膠原線維などの結合織の増生や毛細血管の増生,並びに炎 症細胞の浸潤を認め、炎症性ポリープと診断された.

- 67 (消). 腸重積と腹痛で発症した小腸muco-submucosal elongated polyp (MSEP) の2例
 - ①安保文恵¹,藤田朋紀 1 、小松悠弥 1 、北岡慶介 1 、高梨訓博 1 、和賀永里子 1 、安保智典 1 、勝木伸一 1 、藤田昌宏 2 (小樽掖済会病院消化器科 1 、PCL札幌病理・細胞診センター 2)

【はじめに】小腸ポリープは無症状で偶然発見されることも多いが、症状としては腹痛、顕出血、イレウス、貧血、嘔吐、腹満感を認めるとされる。今回腹痛や腸重積で発症し、内視鏡的に切除しえた小腸MSEPの2症例を経験したので報告する。

【症例1】50代女性。糖尿病にて当院通院中であった。倦怠感と軽度の右上腹部痛を訴え来院し、造影CT検査をしたところ空腸に腸重積の所見を認めた。閉塞症状は認めず、可逆性の変化と考えられた。経口DBEをしたところ、空腸に15mm大のポリープを認め、ポリペクトミーを施行した。病理組織診断ではMSEPが強く疑われた。

【症例2】60代女性。1か月前より2-3 日おきに夜間に生じる臍周囲の激痛があり、精査希望で入院した。上下部消化管検査及び造影CTで異常を指摘できず、小腸カプセル内視鏡を施行した。回腸に有茎性ポリープの発赤した頸部を認めたが、全体像は描出できなかった。経肛門的に小腸ダブルバルーン内視鏡(以下、DBE)を施行したところ、回腸に正常粘膜で覆われた無頭の20mm大のポリープを発見した。他に病変を認めず、ポリペクトミーを施行した。病理組織診断はMSEPであった。切除後3か月間、腹痛は認めていない。

【考察】1994年真武らが大腸の粘膜及び粘膜下層からなる細長い非腫瘍性ポリープをCMSEPと命名し報告した。組織学的には、正常粘膜と拡張した静脈、リンパ管と浮腫状の疎性結合組織からなる粘膜下層から構成される細長いポリープとされている。同様の特徴を持つ小腸病変も2000年に西脇らによる報告以降散見されるが、比較的稀である。既存の報告では下血やタール便を機に発見されたものが多く、今回のような腸重積や激痛で発症する例は極めて稀であると考えられた。

- 68 (内). ダブルバルーン内視鏡下にAPC止血術を施行することで、 待機的な外科切除術に至った出血性小腸GIST の1例
 - ○林 優希, 鈴木一也, 赤保内正和, 福田昂一郎, 川上裕次郎, 谷津高文, 米澤和彦, 阿部 敬(市立釧路総合病院消化器内科)

【症例】52歳, 女性, NF-1に合併した脊髄腫瘍手術の既往あり. タ ル便、出血性ショックにて当院へ救急搬送された。Hb 5.7の高度貧 血を認め,精査加療目的に当科入院となった. 第1病日に施行した緊 急上部消化管内視鏡では出血所見を認めなかった. 続いてポリエチ レングリコール電解質製剤内服で前処置を行った上で下部消化管内 視鏡検査を施行したが、大腸内に出血の責任病変を認めず、回腸末端 にて黒色便が上流から流出するところが観察され、小腸出血が疑わ れた. 第2病日に小腸カプセル内視鏡を施行し, 空腸に1ヶ所出血所 見を認めたが、明確な責任病変は描出されなかった. 同日に経口的 ダブルバルーン小腸内視鏡を施行したところ、空腸に2つの粘膜下腫 瘍を認めた. 粘膜下腫瘍の1つは露出血管を伴う出血性病変であっ たため、APC止血術を行った. 止血術後から第4病目に外科にて小 腸部分切除術が施行されるまで、再出血や貧血の進行は認めなかっ た. 切除された小腸腫瘍は出血性病変が20×20mm大, 非出血性病 変が15×10mm大であった. いずれも境界明瞭な白色調充実性の腫 瘍であり、病理組織学診断にてGISTと診断された. 免疫染色では c-kit (+), CD34 (-), αSMA (-), S100 (-), Ki-67標識率は2%で あり、核分裂像は0/50HPFであった。出血性病変の漿膜面は被膜破 裂を伴っており、Modified Fletcher分類で高リスク群と診断され た. 【考察】カプセル内視鏡とバルーン内視鏡の普及に伴い、小腸 GISTが内視鏡的に発見・診断される機会が増加している。ショッ クバイタルを呈した出血性小腸GISTを内視鏡的に診断した後に緊 急外科手術へ移行したとの報告が本邦で散見される一方で、本症例 のように一時ショック状態からAPCによる止血術を施行すること で待機的な外科切除術へ移行したとの報告は医中誌で検索した限り 見当たらなかった. 若干の文献的考察を加えて報告する.

- 69 (消). 閉鎖孔ヘルニア嵌頓に対する用手大腿部圧迫法による整復の経験
 - ○三浦 亮,大野敬祐,今野 愛,及能拓朗,佐々木一晃(小樽 掖済会病院外科)

閉鎖孔ヘルニアは、やせ型の高齢女性に好発する比較的稀な疾患で ある。嵌頓症例が多く、緊急手術が施行される場合が多いが、近年で はCT等の画像診断の進歩により早期診断に至る症例が増加したた め、用手的に整復し待機的手術を施行した報告も散見される。しか し体表面から脱出したヘルニア内容やヘルニア門を触知することは 困難で、整復の際には圧迫点・方向の解剖学的理解が必要となる。 今回、閉鎖孔ヘルニア嵌頓に対して腹腔鏡下根治術を施行した際、用 手大腿部圧迫法による嵌頓整復を行い、腹腔側から観察したところ、 適切な圧迫により比較的容易に整復が得られた。圧迫する部位は大 腿動静脈の内側、長内転筋との間隙で、示指を用いて体表に垂直やや 頭側へ向けて愛護的に圧迫した。整復に伴う腸管損傷を認めず、鉗 子による牽引手技と比較しても安全な手技と思われた。非観血的な 整復の際には、圧迫点を経験的に同定する必要があるが、手術時の整 復経験を基に施行が可能である。また、超音波ガイドによる圧迫点 の同定や、下肢体位変換下(外転・外旋・屈曲)の整復についての報 告も見られ、これらを併用することでより的確な整復が可能と考え る。整復が可能であれば、リスクの高い全身麻酔下の緊急手術を回 避でき、低侵襲な待機手術を見込めるため、有用な手段と考えられ た。本会では、手術時に嵌頓腸管を用手圧迫法にて整復した際の動 画を供覧し、多少の文献的考察を加えて報告する。

- 70 (消). 経カテーテル動脈塞栓術 (TAE) にて止血しえた小腸多発血管腫の1例
- ○栗山知穂,杉山隆治,佐々木貴弘,助川隆士,富永素矢, 稲場勇平,小澤健一郎,垂石正樹,斉藤裕輔(市立旭川病院消 化器病センター)

消化管血管腫は全消化管腫瘍の中で0.3%とまれな疾患である。多くは、血便や貧血を主訴の若年で発症すると報告されている。今回我々は高齢で発症し治療に難渋した小腸腫瘍の1 例を経験したので報告する。症例は75歳女性。めまい、胸苦、動悸などで受診。Hb5.6の貧血を認め、当科紹介。直腸診で黒色便を認めた。腹部造影CT検査で腸管内への造影剤の漏出は認めなかったが、動脈相で腸管内に多発のhigh density lesionを認めた。緊急上部消化管内視鏡検査で十二指腸水平脚に血管腫を疑う粘膜下隆起を認め、貧血精査で当科に入院となった。貧血に対して輸血で対応し、上部小陽内視鏡検査を施行、空腸に多発の粘膜下隆起を認めた。腹部血管造影では小腸に多発のangioectagiaを認めた。青色ゴムまり様母斑症候群を疑ったが、体表に皮疹はなく、小腸多発血管腫と診断した。入院中に再度Hb5.9までの著明な貧血を認め、出血シンチグラフィーで腸管への漏出を認めた。病変の範囲が広範であるため、止血処置のためTAEを施行。TAE後は貧血の進行なく、現在外来経過観察中である。

71 (内). 空腸動静脈奇形の1例

○岩本英孝¹, 北野陽平¹, 鈴木裕子¹, 山北圭介¹, 高橋賢治¹, 和田佳緒利¹, 太田 雄¹, 玉木陽穂¹, 岡田充巧¹, 麻生和信¹, 西越宗博², 庄中達也², 長谷川公治², 古川博之², 三代川斉之³(旭川医科大学病態代謝内科学講座¹, 旭川医科大学消化器病態外科学講座², 旭川医科大学附属病院病理部³)

小腸動静脈奇形は原因不明の消化管出血をきたす稀な血管誠意病変 とされている。症例は57歳、男性。2015年10月の人間ドックで便潜 血と貧血を指摘され近医を受診。上部消化管内視鏡でGERDと十二 指腸潰瘍瘢痕、大腸内視鏡検査でS状結腸憩室とS状結腸の小隆起性 病変 (生検で腺腫) を認めるのみで明らかな出血源の同定に至らず、 小腸精査のため当科を紹介され11月18日に初診となった。造影CT で左上腹部空腸に早期濃染を認め、動静脈奇形などの血管性病変が 疑われた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡では上部空腸に15mm大 の強い赤色の易出血性の陥凹性病変を認め、生検は施行せずクリッ プおよび点墨によるマーキングを行った。2016年3月に腹腔鏡下小 腸部分切除術が施行された。病理所見では粘膜下層に拡張した血管 が増生しており、その一部で弾性板を有する血管と弾性板を欠如す る血管の直接移行像を散見し動静脈奇形に矛盾しないとの結果で あった。術後、貧血の再発はなく経過している。本例では既報にも あるごとく存在診断に造影CT早期相が有用であった。また本例で は術前の診断確定は困難であったが、小腸の血管性病変に関する内 視鏡所見等に関し文献的考察を加え報告する。

72 (内). 貧血を主訴に診断となった小腸Capillary hemangiomaの1例

○平田裕哉,関 英幸¹、須藤大智¹、千秋貴昭¹、伊藤 聡¹、松園絵美¹、横山文明¹、大原克仁¹、石橋陽子¹、菅井 望¹、藤田 淳¹、鈴木潤一¹、岩崎沙理²、鈴木 昭²(KKR札幌医療センター消化器内科¹、KKR札幌医療センター病理科²)

【はじめに】小腸出血は全消化管出血の2~5%と少ない。また小腸 の原発性腫瘍は全腸管腫瘍の約5%と少なく、その中で小腸Capillary hemangiomaは約10%前後と言われている。今回、進行する貧血の精 査目的に、小腸カプセル内視鏡を行い、空腸に易出血性の隆起性病変 を認め、ダブルバルーン内視鏡下で粘膜切除術を施行し、病理学的に Capillary hemangiomaと診断され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。【症例】症例は55歳女性。慢性腎不全、 特発性門脈圧亢進症で当院通院中であった。2015年12月頃より貧血 の進行を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ食道静脈 瘤を認めたためEVLを施行した。静脈瘤は改善したものの貧血が 改善しなかった為、再度上下部消化管内視鏡検査を施行したが、明ら かな貧血の原因となる様な異常所見を認めなかった。そこで小腸カ プセル内視鏡検査を施行したところ、空腸に径4mm程の滲出性出血 を伴う発赤調の隆起性病変を認めた。後日小腸ダブルバルーン内視 鏡検査を施行し、内視鏡的粘膜切除術(EMR)を施行した。組織学的 には、粘膜固有層に毛細血管増生、線維芽細胞増生、炎症性肉芽組織 を認め、Capillary hemangiomaの診断となった。

73 (消). 胃石イレウスに対して腹腔鏡補助下胃石摘出術を施 行した1例

○加藤紘一,長瀬勇人,植木伸也,佐藤利行,笠島浩行,砂原正男, 久留島徹大,中西一彰,木村 純(市立函館病院消化器外科)

【はじめに】胃石は比較的まれな疾患であるが、時に胃潰瘍やイレウ スなどの合併症をきたす。今回われわれは小腸イレウスを発症した 落下胃石に対して腹腔鏡下に胃石摘出術を施行した1 例を経験した ので報告する。【症例】84歳男性。4日前より排便はなく、腹痛・嘔 吐を主訴に当院へ救急搬送された。CTにて上部空腸の一部に壁肥 厚を認め、その口側の拡張を認めた。イレウスの診断で胃管留置の 上、保存的加療開始した。イレウスの改善がないため、第9病日にイ レウス管を挿入した。改善しないため、第14病日にイレウス管造影 をすると、先端より肛門側に可動性のない29×25mmの造影欠損像 を認め、消化管異物によりイレウスの診断で当科紹介。第15病日に 腹腔鏡補助下に手術を施行した。腹腔鏡補助下でイレウス管先端よ り肛門側に小腸の隆起を認め、臍部より小腸を取り出し長軸方向に 切開を加えると44×24mmの茶色調、楕円形の結石を摘出した。陥 頓部の小腸粘膜は潰瘍など形成しておらず、小腸切除はせず短軸方 向に閉鎖した。腹腔鏡下にTreitz靭帯から回腸末端までの小腸に異 常がないことを確認し手術終了。術翌日にイレウス管抜去し飲水開 始、術後3日目より食事開始、術後9日目に退院となった。【考察】落下 胃石のイレウスでは内科的治療で軽快せず、外科的治療を要する症 例も多い。本術式は腹腔鏡観察により病変の確認が容易であり、小 切開からの摘出のため、安全性・低侵襲性の観点から有効であった と考えられた。

74 (消). 腸石イレウスにより手術を要した1例

○櫻井 環¹, 久居弘幸¹, 釋 亮也¹, 嘉成悠介¹, 山内夏未⁴, 小柴 裕¹, 宮崎 悦², 佐藤正文³, 川崎亮輔³, 行部 洋³, 武内優太³(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院内科², 伊達赤十字病院外科³, 札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座⁴)

腸石には落下胃石・胆石や糞石などの仮性腸石と、腸管内容物が沈殿・ 貯留し形成される真性結石とがある。その腸管内嵌頓により時にイレウ スの原因となり、手術や内視鏡的截石による治療の報告が散見される。 今回、腸石の嵌頓によりイレウスを来し手術を要した症例を経験したの で報告する。

症例は90歳女性。腹部手術の既往はなし。2016年3月初旬より食欲不振と倦怠感を認め、同月中旬に当科外来初診。腎機能障害を認め、脱水による腎前性腎不全と診断し入院。入院後、輸液により腎障害は改善、食欲も回復したが、食後突発的に大量に嘔吐することを繰り返したため造影CTを施行。回腸に、内部にガス像を伴う35mm大の造影効果のない類円形物が嵌頓しているのが認められた。その口側腸管内にも類似の類円形物が数個見られいずれも腸石と考えられた。嵌頓した腸石より口側の腸管の拡張を認め、腸石嵌頓によるイレウスと診断。経鼻イレウス管を留置し減圧はされたが、イレウス管造影で腸石より肛門側へは造影剤の流出は不良であり、腸石は動かず自然排石される可能性は低いと考えられた。イレウス発症12日目に手術を施行。開腹下に小腸をTreitz靭帯近傍から肛門側へ辿っていくと、回腸で腸内容物による閉塞所見を認めた。内容物は硬く腸壁に炎症所見があり、触診で肛門側に押し出したり砕いたりするのは困難であったため、小腸壁を切開して内容物を摘出し創を縫合閉鎖した。回腸末端まで触診で確認したが他に閉塞機転は認められなかった。

摘出した内容物は硬く、やや弾性があり、断面は層状になっていた。 結石 分析では成分の同定はできなかったが、一部タンニン酸と類似の吸収が 見られ、柿胃石の落下などの仮性腸石の可能性が考えられた。

術後第3病日より経口摂取を開始。術創部感染を合併しその治療に時間を要したが、それ以外の経過は良好で、第32病日に退院となった。

75 (消). インフリキシマブが原因と示唆されるGemella属による敗血症を呈したクローン病の1例

○山梨香菜,長島一哲,木下賢治,大西礼造,桂田武彦,坂本直哉(北海道大学病院消化器内科)

【症例】30歳代男性. 【主訴】発熱、少量下血【現病歴】2001年に小腸 大腸型クローン病を発症. 2008年に回腸末端の高度狭窄に対し回盲 部切除術施行. 術後よりインフリキシマブを開始. 2013年に難治性 痔ろうの改善を期待しインフリキシマブ倍量投与を開始. 2016 年 1 月1日より少量下血と39度の発熱が出現. 1月2日,症状改善なく当科 受診し、同日精査加療目的に入院となった. 【経過】当初はクローン 病の増悪や肛門周囲膿瘍の増悪, 感染性腸炎に伴う発熱を疑ったが, CT検査で明らかな腸炎を疑う所見はなく, 肛門周囲の膿瘍は前回と 著変がなかった. 感染巣検索目的に各種培養を提出し, 抗生剤(CEZ) を開始. 培養結果よりGemella属を検出した. Gemella属が起因菌 の敗血症として抗生剤 (ABPC) へ変更し、解熱傾向となった、解熱 後の小腸内視鏡検査では潰瘍の増悪などなく、吻合部狭窄部にバル ン拡張術を施行し、1月20日、経過良好で退院となった. 【考察】近年、 感染症の原因菌は多種多彩をきわめ、敗血症も例外ではない。今回 われわれは血液培養結果により、Gemella属が起因菌と考える敗血 症を呈したクローン病の一例を経験した. Gemella属はヒトの口腔, 上気道,消化管,尿路などの粘膜上に存在する常在細菌である. Gemella属による敗血症, 膿胸, 感染性心内膜炎の報告は医学中央雑 誌でもほとんど報告ない. リスクファクターとして歯科疾患などの 報告は散見する。本症例は原因となりうる歯科疾患は認めなかった が、インフリキシマブがリスクファクターであると示唆する報告が あり,大変興味深い症例であるため,今回文献的考察を加えて報告す 76 (消). Collagenous gastroenteritisと水疱性類天疱瘡 〇小池祐太, 西川秀司, 松田千佳, 村井太一, 板谷一史,

○小池佑太,四川旁司,松田干住,村开太一,板谷一史, 八木澤允貴,曽根孝之,佃 曜子,遠藤文菜,小野雄司, 中村路夫,工藤俊彦,永坂 敦(市立札幌病院消化器内科)

【はじめに】本症例はcollagenous gastroenteritisと診断され、その経過観察中に水疱性類天疱瘡を合併した初めての報告である.Collagenous gastroenteritisの病因を考察する上で貴重な症例であるトラシられた

【症例】60歳代、女性. 下痢,全身性浮腫,上半身を中心とした皮膚掻痒感を主訴に当院を受診された. 上部消化管内視鏡検査, 小腸内視鏡検査にて胃, 十二指腸, 空腸にcollagen bandの形成が認められ, collagenous gastroenteritisと診断された. 診断から約半年間は成分栄養製剤とメサラジン粉砕投与で経過観察されていたが, わずかな症状の改善を認めたのみであった. 診断から約8ヶ月後に全身に水疱形成が認められ, 水疱性類天疱瘡と診断されたことを契機にステロイド治療(プレドニゾロン 0.5 mg/kg/日)が開始された. ステロイド治療開始後は消化器症状, 皮膚症状ともに改善が認められた. 現在ステロイドを減量しながら慎重に経過観察中である.

【考察】消化管のcollagenous mucosal inflammatory diseaseは粘膜 固有層内の炎症細胞浸潤と粘膜上皮下の肥厚したcollagen bandの形成を認める疾患群であり、collagenous gastritis、collagenous sprue (collagenous enteritis)、collagenous colitisに 分類 される。collagenous gastritisは炎症が胃に限局する若年者グループと、炎症が胃、十二指腸、大腸に及ぶ成人グループが区別されており、本症例に合致すると考えられる成人グループの病因には自己免疫学的機序の関連が推測されている。Collagenous gastroenteritisと水疱性類天疱瘡が合併した症例報告は過去に存在せず、本症例においても明らかな関連性を証明することはできてはいないが、ほぼ同時期に消化器症状と皮膚症状が出現し、いずれもステロイド治療により症状の改善が認められたことから、一連の病態である可能性が推測された。

【結論】本症例におけるcollagenous gastroenteritisの病因には自己 免疫学的機序が関連している可能性が推測された.

77 (消). 胃潰瘍・回盲部潰瘍と可溶性IL-2レセプター高値を示し消化管悪性リンバ腫が疑われた胃結核・腸結核の1例 ○佐々木塁、北潟谷隆、二瓶壮史、常松聖司、多谷容子、馬場 麗、 塚本祐己、武藤修一、木村宗士、大原行雄(独立行政法人国立 病院機構北海道医療センター消化器内科)

【症例】70歳代男性

【現病歴】 陳旧性心筋梗塞にて当院循環器内科通院中。20XX年5月 上旬に食欲不振にて受診、採血でLDH高値を含めた肝胆道系酵素上 昇とCRP上昇を認めたため、消化器疾患を疑われ当科紹介入院と なった。造影CTでは回盲部から終末回腸にかけての壁肥厚・浮腫 と同部周囲のリンパ節腫大を認めた。上部消化管内視鏡では胃体下 部大彎にアフタ様潰瘍、下部消化管内視鏡では回盲弁から終末回腸 にかけて易出血性の全周性潰瘍を認めた。鑑別として感染性腸炎、 炎症性腸疾患、悪性腫瘍などを考えたが、入院3日後から39℃の発熱 および可溶性IL-2レセプター (sIL-2R) が3,527U/mlと高値を示し たため、臨床所見と総合して消化管悪性リンパ腫を疑った。しかし 胃および終末回腸の粘膜病理では悪性リンパ腫として特異的な所見 が得られず、全身評価目的のCTを再検したところ両側肺にびまん性 の粒状影の出現を認めた。喀痰検査から抗酸菌塗抹陽性、結核菌 DNA-PCR陽性であり肺結核と診断した。また胃および終末回腸粘 膜生検の追加染色では悪性リンパ腫として明らかな所見なかったも のの抗酸菌染色が陽性であったため、胃結核、腸結核と診断した。そ の後当院呼吸器内科転科となりRFP、INH、SM、LVFXによる治 療開始され、発熱およびCRP、肝胆道系酵素は改善傾向である。

【考察】消化管悪性リンバ腫との鑑別を要した胃結核・腸結核の1例を経験した。sIL-2Rは悪性リンパ腫などの腫瘍マーカーとして知られているが、結核などの感染症でも上昇することがあり、それらの鑑別も考える必要がある。また本症例は抗結核薬治療により肝胆道系酵素の改善を認めており、粟粒結核による肝浸潤も考えられた。一元的に説明できない肝胆道系酵素の上昇を認めた場合は粟粒結核の可能性も念頭に置くべきである。

78 (内). ESD用高周波ナイフ Splash M-Knife導入後の治療成績 ○重沢 拓, 松本美櫻, 太宰昌佳, 小野寺学, 宮本大輔, 横山朗子, 吉井新二(NTT東日本札幌病院)

【背景】2015年5月, 第89回日本消化器内視鏡学会総会において, PENTAX Medical社製の高周波ナイフ<Splash M-Knife>が発表さ れた、ナイフ先端のディスクチップにより、電極の接触面が広く速 やかな止血が可能で、ナイフ先端からの送水機能も有し視野の確保 や出血点の視認性に優れる. 当院では2015年11月よりSplash M-Knifeを導入しメインデバイスとして内視鏡的粘膜下層剥離術 (以 下ESD)を施行しており、その使用成績について従来のデバイスと比 較し報告する. 【検討】2015年4月~2016年6月に当院で施行したESD は121病変(111症例)で、内訳は上部64病変(59症例)、下部57病変(52症 例)であった. 上部消化管ESDにおいてSplash M-Knifeを使用したの が21病変,その他デバイス (主にFlushKnife BT (富士フイルムメディ カル株式会社))を使用したのが43病変であった。患者背景、切除時 間, 切除標本最大径はSplash M-Knife群(年齢中央値69歳, 男女比15: 5,82分,42.1mm),その他デバイス群(年齢中央値72歳,男女比29: 11. 75分、42.4mm) で有意差は見られなかった。 術中に止血鉗子を 使用したのはSplash M-Knife群で3例(14.2%)、その他デバイス群で8 例(18.6%)であった。2nd look時に止血鉗子で止血処置を行ったの はそれぞれ8例 (38.0%), 22例 (51.1%) で統計学的有意差は見られな かったがSplash M-Knife群で低い傾向にあった (P=0.4258). 下部消 化管ESDにおいてSplash M-Knife群 25 病変,その他デバイス群 (主に FlushKnife BT) 32病変であった. 患者背景はSplash M-Knife群 (年 齢中央値67歳, 男女比14:11), その他デバイス群(年齢中央値69歳, 男女比17:14)で、いずれも統計学的有意差は見られなかった。切除 時間, 切除標本最大径はSplash M-Knife群(59.0分, 40.0mm), その他 デバイス群(54.5分, 40.1mm)で有意差はなかった. 術中に止血鉗子 を使用したのはSplash M-Knife群では現在まで無く、その他デバイス 群で2例(6.3%),後出血も1例経験した.【まとめ】本検討では症例数 が少ないため今後の症例の蓄積が必要であるが、Splash M-Knifeは 従来のESDデバイスと比較し高い止血能を持つ可能性がある.

79 (消). 内視鏡的止血術を施行された出血性消化性潰瘍に対する抗血小板剤・抗凝固剤の与える影響の検討

○一色裕之,清水晴夫,榮浪洋介,我妻康平,伊早坂舞,佐藤修司, 金戸宏行(市立室蘭総合病院消化器内科)

【背景・目的】当院は脳神経外科、心臓血管外科、循環器内科を有す る総合病院で、当科を受診する患者が抗血小板剤・抗凝固剤を内服 中である場合が比較的多く認められる 今回我々は 内視鏡的止血 術を施行された胃・十二指腸潰瘍出血に対する抗血小板剤・抗凝固 剤の与える影響について検討した. 【対象・手法】2006年1月から 2015年12月までの10年間に内視鏡的止血術を施行された胃・十二指 腸潰瘍患者のうち、当院入院にて加療し詳細な経過を追えた228例を 対象とし、患者の背景と経過について後方視的に分析した. 【結果】 症例の背景は男性 162例・女性 66例,平均年齢 71.0歳,胃潰瘍 180 例・十二指腸潰瘍 48例であった.胃潰瘍は改変Forrest分類1a 19例・ 1b 57例・2a 104例であった. 内視鏡的止血術として, 高張ナトリウ ム・エピネフリン局注法 158例, クリップ法 101例, 高周波凝固法 67 例,アルゴンプラズマ凝固法 33例,エタノール局注 6例が施行され ており、このうち120例では2種類以上の止血手技が用いられていた. 止血後に再度止血術を必要とした再出血率は14.4%(33例), 輸血率 は60.5%(138例), 平均輸血量は5.9単位, 食事開始までの日数は6.6日, H.pylori陽性率は54% (70/129例) であった. 内視鏡的止血が困難で あったのは3例 (1.32%) で、1例は4回の止血術ののちに潰瘍部で穿 孔をきたし緊急手術となり、2例は全身状態が悪く追加治療困難で、 うち1 例は出血性ショックのため死亡した. 抗血小板剤・抗凝固剤 の内服は67例(29.4%)であり、内服群の方が再出血率は高い傾向を 認め (内服群 19.4% vs 非内服群 12.4%: p=0.09), 食事開始までの 期間が有意に長かった(内服群 8.1日 vs 非内服群 6.0日: p=0.002). 輸血率, 輸血量,H.pylori感染率では有意差は認めなかった. 【結論】 抗血小板剤・抗凝固剤を内服している患者の再出血率は高い傾向が あり,一度止血が得られた後も慎重な経過観察が必要と考えられた.

- 80 (内). 当科における上部消化管ESD時のデクスメデトミジン塩酸塩を用いた鎮静の検討
 - ○宮本大輔, 重沢 択, 松本美櫻, 太宰昌佳, 小野寺学, 吉井新二(NTT東日本札幌病院消化器内科)

【背景】上部消化管ESDの際には、長時間安定して不動化が得られ る鎮静管理が求められる. 内視鏡検査において一般的に用いられる ベンゾジアゼピン系鎮静薬は、時に効果不十分や脱抑制が問題とな る. また、呼吸抑制による低酸素血症が常に懸念される. 呼吸抑制 を来しにくい鎮静薬であるデクスメデトミジン塩酸塩は元来ICUで のみ用いられてきたが、2013年6月の適応拡大を機に内視鏡検査治 療時に使用可能となった. しかし古典的な薬剤とは使い勝手が異な るため、未だ一般的とは言い難い. 【目的】上部ESDにおけるデクス メトミジン塩酸塩の有用性を検討し、我々の症例の蓄積から得られ た知見を報告する. 【対象】2016年4月以降の当科においてデクスメ デトミジン塩酸塩を使用した上部消化管ESD症例. 【方法】デクスメ デトミジン塩酸塩の投与方法は初期負荷量 3mcg/kg/時を10 分間、 維持量は0.3mcg/kg/時から開始して適宜増減した. ペチジン塩酸 塩およびミダゾラムを必要に応じて追加投与した. 鎮静状態は RASSで評価した. 【結果】以前と比較してミダゾラムの投与量が少 なく良好な鎮静が得られた. デクスメデトミジン塩酸塩は上部消化 管ESDの鎮静に有用であった.

81 (内). 胃ESD周衛期におけるP-CAB投与の有用性について ○藤井亮爾, 住吉徹哉, 坂田果穂, 吉田将大, 木村朋広, 庵原秀之, 由崎直人, 平山真章, 近藤 仁(斗南病院消化器内科)

【背景と目的】2015年2月、PPIに比し、より早く強い酸分泌抑制効 果を有するPotassium-Competitive Acid Blocker (以下P-CAB) であ るvonoprazanが発売された。従来、当院では胃ESDの周術期管理に おいてPPIの投与を行っていたが、P-CABによる後出血予防効果を 期待し、2015年6月から同薬に変更している。今回、われわれは胃 ESDの切除成績ならびに後出血について、周術期におけるP-CABと PPIの投与につき比較検討を行ったので報告する。【対象】2012年7 月から2016年4月までの間に当院で施行した胃ESD 534症例571病変 を対象とし、2012年7月から2015年5月までの間に周術期にPPIを使 用したPPI群 (410症例440病変) と2015年6月から2016年4月までの間 にP-CABを使用したP-CAB群 (124症例131病変) につき、患者背景 (年齢、性別、併存症、抗血栓薬内服の有無、組織型、病変部位, 腫瘍径, ULの有無)、ESD切除成績ならびに後出血の頻度について retrospectiveに検討した。【成績】患者背景において両群間に有意差 はなく、ESD切除成績においても治癒切除率はPPI群で88.9%、 P-CAB群で87.8%であり、両群間で差を認めなかった。後出血率は P-CAB群2.4% (3/124)、PPI群5.4% (21/410)であり、有意差は認め ないものの、P-CAB群で少ない傾向にあった。また、抗血栓薬内服 症例においてもP-CAB群7.4% (2/27)、PPI群12.4% (15/121)であり、 P-CAB群で少ない傾向にあった。【結論】PPI投与群とP-CAB群にお いて切除成績は同等であったが、P-CAB群ではPPI群と比較し、有 意差を認めないものの、後出血が少ない傾向にあった。さらには胃 ESD後出血の危険因子とされる抗血栓薬内服症例においても P-CAB群で少ない傾向にあり、ESD周術期におけるP-CAB投与の 後出血予防効果が示唆された。

- 82 (消). 当院における胃癌ESD非治癒切除症例の検討
 - ○伊藤 亮¹, 南 伸弥¹, 佐賀潤也¹, 渡邊晃一¹, 濱口孝太¹, 山田尚太¹, 奥田敏徳¹, 高橋 祥¹, 小野 薫²³, 蟹沢祐司²(王 子総合病院消化器内科¹, 王子総合病院血液腫瘍内科², 札幌医 科大学腫瘍・血液内科³)

[目的] 早期胃癌に対する内視鏡治療後の病理診断において非治癒 切除と判定された場合は追加外科手術が必要とされている。しかし、 年齢や合併症などによってやむを得ず経過観察となる場合もしばし ば経験する。今回、当院における胃癌ESD非治癒切除症例の検討を 行ったので報告する。 [対象] 2006年4月より2016年5月までに当院 にて施行した胃ESD症例 518 病変のうち、切除後の病理診断で非治 癒切除と判定された65症例65病変。性別は男性56例、女性9例。平均 年齢74.1歳(53歳~91歳)。非治癒因子(重複あり)は、sm2以深 47.7% (31/65)、脈管侵襲陽性30.8% (20/65)、未分化型21mm以上 7.7% (5/65)、切除断端陽性または不明 50.8% (33/65)。追加外 科手術は29.2% (19/65) に施行された。その病理所見は局所遺残 10.5% (2/19)、リンパ節転移陽性 5.3% (1/19)であった(重複あり)。 ESD後の平均観察期間58.7か月(1~119か月)において、経過観察と なった症例では再発ならびに原病死を2.2% (1/46)に認めたが、追 加外科切除を行った症例では再発・原病死をともに認めなかった。 [結論] 非治癒切除症例に対しては追加外科手術が原則だが、今回当 院の検討では経過観察症例に再発・原病死を1例に認めた。現在、追 加外科手術症例においては再発を認めていないが、手術の有無に関 わらず今後も長期的なフォローが必要と考えられた。

- 83 (内). 初学者による胃ESDラーニングカーブの検討-20例で基本的なESDを習得するための北海道大学病院と関連病院における取り組み-
 - ○小野尚子¹, 松田可奈², 安孫子怜史², 津田桃子², 水鳥 健², 山本桂子², 坂本直哉², 大森沙織³, 江平宣起⁴, 高橋一宏⁵, 鈴木美櫻⁵, 吉井新二⁵, 加藤元嗣¹(北海道大学病院光学医療診療部¹, 北海道大学消化器内科², 岩見沢市立総合病院消化器内科³, 北見赤十字病院消化器内科⁴, 釧路ろうさい病院消化器内科⁵, NTT東日本札幌病院消化器内科⁵, 独立行政法人国立病院機構函館病院消化器内科¹)

【背景】早期胃癌に対するESD (Endoscopic submucosal dissection) は、 標準的な治療として確立したものの、その習得は容易ではない。当院の 関連病院は北海道各地の一般病院であり、症例数や指導医不足から、若い 医師が地域でESD技術を習得することは容易ではなかった。2012年か ら関連病院とともに初学者を対象としたESD教育に取り組んできたの で、その成績を報告する。【方法】ESD初学者について、ESD実践、豚の 胃を用いたハンズオン、ESD手技ビデオの供覧や講義などの講習会を定 期的に行い、ESD習熟度について前向き観察研究を行った。切除対象病 変は切除困難部位やUI症例を除いた3cm以下の適応拡大病変で、20例で の基本的なESD技術習得を目指した。習熟度はESD完遂率、時間内完遂 率(60分)について検討し、更にCUSUM (累積和)解析を加えてラーニン グポイントを算出した。【結果】10施設12名のトレーニーにより計184病 変が切除された。トレーニーによる完遂率は60.9% (112/184)、時間内完 遂率は49.5% (91/184)で、非完遂例は全例上級医が切除し、治癒切除率は 97.2% (175/180) だった。前庭部のガイドライン病変 (G-1) では症例数 10例以下の初期から完遂率は81.8%(54/66)と高かったが、体部の同(G-2) は11 例目以後で完遂率が有意に上昇した (p < 0.01)。適応拡大病変の 完遂率は51.4% (18/35)で、完遂率の上昇はなかった。CUSUM解析によ るラーニングポイントは、G-1で7例目、G-2で14例目と算出された。【結 語】20 例以下でガイドライン病変に対する基本的なESD習得が可能で あった。また、効率的な習得には病変の選択が重要であり、ガイドライン に準じたステップアップが推奨される。

84 (消). 当科における腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術 (LECS) の工夫

〇山本和幸¹, 北城秀司¹, 住吉徹哉², 河合典子¹, 森 大樹¹, 花城清俊¹, 佐藤大介¹, 才川大介¹, 鈴木善法¹, 川原田陽¹, 奥芝俊一¹, 藤井亮爾², 近藤 仁²(斗南病院外科¹, 斗南病院消化器內科²)

近年. 胃粘膜下腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同胃局所切除術 (laparoscopic endoscopic cooperative surgery: 以下, LECS) の有用 性が報告され、急速に普及している.これまで当院では38例にLECS を施行した.LECSの手技はLECS関連手技を含めると多様であるが, 我々は個々の症例に応じて最適のLECSをアレンジしてきた. 食道 胃接合部の腫瘍に対しては経口内視鏡を併用しない腹腔鏡下胃局所 切除では難しく, 噴門側胃切除や胃全摘術が行われるケースが多 かったが、LECSでは胃の内腔から観察しながら、切除線を設定する ことで局所切除が可能となった. しかし食道胃接合部のLECSは高 い技術が要求される手技であり、我々は安全に行うために全層U字 切開法を開発した. 胃壁を切開する際に食道側を約1cm残した状態 でU字型に切開し、腫瘍を切除する前に胃側と食道側を1針縫合し、 その後に腫瘍を切除することとしている. その結果, 食道側が縦隔 側へ引き込まれることなく, 縫合閉鎖をストレス無く行うことが可 能となった.また小弯病変に対する切除では胃の蠕動に関わる迷走 神経を可能な限り温存すべく, 腹腔鏡の器具を胃内へ誘導して行う 胃瘻LECSを開発し良好な結果が得られている. また臍部単孔式 LECSを導入し、さらなる低侵襲化が可能となった。これまでの当 科におけるLECS38例の平均腫瘍径は34mm, 手術時間は184分, 出血 量は5ml, 合併症は1例のみに縫合不全を認めたが, その他は合併症 を認めず概ね良好な結果であった.LECSの手技は多様であるが、 個々の症例に応じて柔軟に手術術式を適応する必要がある. 食道胃 接合部に対する全層U字切開法、胃瘻LECS、単孔式LECSはLECSの 発展に寄与するものと考えている.

85 (消). 非乳頭部十二指腸腫瘍に対する内視鏡治療

○小林陽介¹,濱本英剛¹,田沼徳真¹,鈴木雄一郎¹,山本恭史¹, 外園正光¹,宇都宮蘭¹,須藤豪太¹,原田 拓¹,真口宏介¹, 大森優子²,篠原敏也²(手稲渓仁会病院消化器病センター¹,手 稲渓仁会病院病理診断科²)

【背景】非乳頭部十二指腸腫瘍に対する治療は、高度な技術を要する ことが多く合併症も生じやすい. 【目的】非乳頭部十二指腸腫瘍に対 する内視鏡治療の現状を明らかにすること. 【方法】2013年1月から 2016年5月まで、当院で十二指腸病変の内視鏡治療を行った16例17病 変(平均年齢70歳(47-80),男性12,女性4)を対象とし,臨床病理学的項 目を後方視的に検討した.【結果】治療法の内訳は、ESD/hybrid ESD (以下h-ESD) /EMR:3 (18%) /5 (29%) /9 (53%). 病変の局 在は、球部/上十二指腸角/下行部/下十二指腸角:3(17%)/2(12%) / 10 (59%) / 2 (12%) であった. 肉眼型は, 0-I/0-IIa/0-IIc/0-IIa+IIc:5 (29%) /7 (41%) /4 (24%) /1 (6%) であり、平均腫瘍径は 14mm (3-30mm;ESD/h-ESD/EMR 21/16/8mm), 平均標本径は 18mm (3-47mm;ESD/h-ESD/EMR 34/21/11mm) であった. 平均 治療時間は27分 (1-126分:ESD/h-ESD/EMR 76/37/5分). 病理組織 は, 高分化型腺癌9例(54%), 腺腫5例(29%), 腺腫内癌1例(6%), 良性 ポリープ2 例 (11%) であった. 一括切除率は94% (ESD/h-ESD/ EMR:3例(100%) /4例(80%) /9例(100%)), 一括完全切除率, 治癒切 除率は共に76% (ESD/h-ESD/EMR:3例 (100%) /4例 (80%) /6例 (67%))であり、非治癒となった4例の内訳は、水平/垂直断端= (+)/ (+) 2例(h-ESD/EMR1/1), (+)/(-)2例(EMR2)で, 脈管侵襲は全 て陰性であった. また, 治療前生検は14/17例(82%)で, 断端陽性例 では3/4例(75%), 断端陰性例は11/13例(85%)で行われていた. 偶 発症は, 術中穿孔1例(6%), 後出血2例(12%)であったが, いずれも保 存的に軽快した. 【結論】十二指腸病変の内視鏡治療においては, 括完全切除率の向上が課題である. EMRで非一括完全切除が多い 傾向があり、h-ESDとEMRの適応を考慮し治療にあたるのが望ま しいと考える.

86 (消). 当院における Paclitaxel+ Ramucirumab併用療法の 治療成績

○櫻田 晃¹, 佐川 保¹, 岡川 泰², 濱口京子¹, 田村文人¹, 林 毅¹, 藤川幸司¹, 高橋康雄¹(独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター消化器内科¹, 札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座²)

【背景】RAINBOW試験において、Paclitaxel+ Ramucirumab併用 療法は二次化学療法の標準治療の一つであるPaclitaxel単独療法に 対して全生存期間における優越性が検証された。ただし、 Paclitaxel+ Ramucirumab併用療法においては好中球減少などの毒 性の増加、またRamucirumab使用により血管新生阻害作用に伴う高 血圧や尿蛋白などの特徴的な毒性の頻度が増加することも報告され ている。【目的】 当院におけるPaclitaxel+ Ramucirumab療法施行例 の効果および安全性を後方視的に検討する。【対象】2015年6月 (Ramucirumab保険承認後) から2016年6月までにプラチナ製剤+ フッ化ピリミジン系製剤ベースの併用化学療法施行後に病勢が進行 した切除不能進行胃癌に対してPaclitaxel+ Ramucirumab 療法が施 行された17例。【方法】Ramucirumab (8mg/kg, day 1, 15) + Paclitaxel (80mg/m², day 1, 8, 15) を基本とした。前治療ですでに 減量されていた場合はそれに準じて減量した。奏効率、OS、PFS、 安全性などについて評価した。【結果】年齢中央値69歳(43~80)、男 性 12 例・女性 5 例。PS 0/ 1/ 2: 9/ 6/ 2。治療ラインは2 次/ 3 次/ 4 次:12/4/1。 胃切除歴あり/なし:8/9。RECIST (v1.1) による治療 効果判定ができた16 例において、最良効果判定は CR/PR/SD/PD: 0/4/8/4であり、奏効率25%、病勢制御率75%であった。観察期間中 央 値134日 (13~316) に お い てPFSは111日 で あ り、 Paclitaxel+Ramucirumab併用療法開始後のOSは未到達であった。 G3以上の有害事象は好中球減少10例、疲労1例、食欲不振3例であり、 G3以上の高血圧、鼻出血、蛋白尿は認めなかった。治療関連死亡は 認められなかった。【結論】当院におけるPaclitaxel+ Ramucirumab 併用療法の奏効率はRAINBOW試験と同等であった。有害事象と して好中球減少を多く認めたが、重篤なものは認めなかった。

87 (消). 演題取下

- 88 (消). 播種性血管内凝固を併発するも、集学的治療により 30ヶ月の生存が得られた胃原発神経内分泌細胞癌の1例
 - ○大和田紗惠¹,小野寺馨¹,畠山巧生²,大久保陽介¹,平野雄大¹, 三宅高和¹,飯田智哉¹,久保俊之¹,山本英一郎¹,能正勝彦¹, 山下健太郎¹,仲瀬裕志¹(札幌医科大学医学部消化器内科学講 座¹,広域紋別病院消化器内科²)

【症例】60歳代, 男性. 食欲不振, 体重減少 (2ヶ月で10kg) を契機 に前医で胃腫瘍を指摘された. 当院紹介となり、諸検査にて胃体部 癌(亜全周性3型, 神経内分泌細胞癌(neuroendcrine cell carcinoma ; NEC)), cT4b (膵臓・横行結腸) N1M0, Stage IIIBと診断された. 直後より38℃台の発熱が出現し、数日の経過で播種性血管内凝固 (disseminated intravascular coagulation; DIC) を発症した. 肺小 細胞癌に準じてシスプラチン+エトポシド療法を施行したところ, DICは軽快. 計6コース施行後, 腫瘍は著明に縮小したが胃狭窄をき たしたため、治療開始7ヶ月目に当院外科にて胃全摘+膵尾部切除+ 横行結腸部分切除 + 胆嚢・脾臓摘出術を施行した. 病理診断は ypT4bN0M1 (CY+), stage IV, 化学療法の効果はGrade 1aであっ た. 術後は経口摂取不良もあり経過観察としていたが、治療開始 20ヶ月目に左腎近傍に70mm大の腹膜転移を認め、姑息的放射線照 射を行い,緩和ケアの方針とした.その後,徐々に腹膜転移が悪化し, 治療開始30ヶ月目に原病死された. 【考察】NECは腫瘍増殖が速く 急激な経過をたどることがあり、迅速な病期・病理診断と治療開始 のタイミングを逸しないことが重要である. 進行例の消化管NEC に対しては肺小細胞癌に準じた化学療法が一般的に行われるが、奏 効率は50~70%と報告されており高度進行例であっても病状改善が 期待される. 一方で比較的早期に病状悪化をきたし、生存期間は 14ヶ月程度と予後不良である. 外科的手術や放射線療法の意義につ いては十分明らかとなっていないが、集学的治療によって長期生存 が得られたとする報告が散見され、全身状態・腫瘍状況を考慮し、適 切と思われる治療法を症例毎に選択することが肝要と考える. 【結 語】治療開始前にDICを併発したが、集学的治療によって30ヶ月の長 期生存が得られた胃原発NECの1例を経験したので報告する.

- 89 (内). 末梢性T細胞リンパ腫と胃癌の併存を認めた1例
 - ○安部智之', 藤井重之', 坂野浩也¹, 佐藤 健¹, 柴田敬典¹, 三浦翔吾¹, 山田充子¹, 黒田裕行¹, 前田征洋¹, 仙丸直人², 藤田美悧³, 植村尚貴⁴, 堀口拓人⁴(製鉄記念室蘭病院消化器内 本油液腫瘍内科¹, 製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科², 製 鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室³, 札幌医科大学医学部腫瘍・ 血液内科⁴)

T細胞性悪性リンパ腫は、悪性リンパ腫全体の中で1/4程度の発症頻 度であり、悪性度の高い疾患が多く、予後も悪い。近年は高齢化によ る癌罹患率上昇や、診断技術の進歩により重複癌の報告が増えてい るが、悪性リンパ腫と胃癌の併存例の報告はほぼB細胞リンパ腫に 限られている。今回我々は、血行再建の術前検査で施行した上部消 化管内視鏡検査で末梢性T細胞性リンパ腫と胃癌の併存を認めた1 例を経験したので報告する。症例は80代、男性。心不全にて、2015 年3月当院循環器科に入院。心筋虚血のため、血行再建が必要と考え られ、術前消化管精査目的に当科紹介となった。上部消化管内視鏡 検査では、十二指腸球部から下行脚にかけて広範に渡り多発する白 色小隆起を認めた。胃幽門前庭部小弯に3/4周性の0-I+IIa様腫瘍、 前庭部大弯に結節集簇様1型腫瘍、体部大弯に襞の肥厚像を認めた。 十二指腸の白色小隆起および胃体部大弯肥厚襞からの生検病理結果 は、T細胞性リンパ腫、胃幽門前庭部小弯と前庭部大弯隆起性病変 からの生検病理結果は、adenocarcinoma, tub1 であった。当院外 科で胃全摘、D2郭清、胆摘、R-Y再建したところ、胃癌については、 pT 4a, pN 0, pStage IIB、T細胞性リンパ腫ついては peripheral T-cell lymphoma, NOS, pStage IIEと診断された。現在、当科で化 学療法(THP-COP)施行中である。T細胞性リンパ腫に癌が併存 することは稀であり、さらに本症例のように胃癌との併存の報告は ほとんど認められず、貴重な症例と考え報告する。

- 90 (内). PEG造設が、胃軸捻転の予防に有効であったと考えられた1症例
- ○京納正法,武藤修一,伊藤智樹,北潟谷隆,二瓶壮史,佐々木塁, 常松聖司,多谷容子,馬場 麗,塚本祐己,木村宗士, 大原行雄(北海道医療センター消化器内科)

特発性胃軸捻転は、胃の全体あるいは一部が生理的範囲を超えて捻 転し、胃内容の通過障害を来した形態異常とされる。成人の場合、寝 たきりや年齢による横隔膜の弛緩に伴う食道裂孔ヘルニアなどがあ ると軸捻転を起こしやすいとされる。今回、PEG造設時は診断でき ていなかったが、結果的には特発性胃軸捻転を起こしやすい症例に 対してPEGを造設したことで、その後QOLを高めることができた1 症例を経験したので報告する。症例は、60歳台の女性。精神遅滞に て前医に長期入院中であった。横隔膜挙上、大腸の拡張のため巨大 結腸症と診断され、4年前に近医で盲腸瘻を造設。定期的にグリセ リン浣腸を順行性に注入していた。その頃から時々嘔吐が見られ、 経口摂取を拒否するようになり、CVポートを造設した。患者は点 滴中、ポート部に手を伸ばすため、拘束が必要な状態となった。家族・ 主治医から、何とか経腸栄養にすることで拘束を外せないかと提案 があり、当科紹介。転院となった。胃は横隔膜が挙上し胸郭内には まり込んでいる状態であった。危険性もお話しした上で、CT下に PEG造設を行った。肋間からの造設であったため、固定針を使わな いpull法を選択したが、胃が固定しないため施術中空気の膨らみな どで胃が動いてしまい、困難を極めたが、PEG造設は可能であった。 その後、数日PEGは開放のまま経過観察後、経腸栄養を開始した。特 に問題となる所見もなく、経腸栄養を増量したが、同時に経口摂取も 試みると全く問題なく、食事後にPEG部を開放することで嘔気・嘔 吐も見られず、結果経腸栄養は止めて、すべて経口摂取となり転院さ れた。その後、数例の胃軸捻転症の症例を経験することがあり、改め て本症例を検討すると、胃軸捻転症がベースにあり、PEGを造設す ることで胃の軸が固定し、摂食が可能となったことが強く推察され た。胃が固定しない症例に、PEG造設が有効であった症例を経験し た。

- 91 (消). プロトンポンプ阻害剤の長期投与を中止した後に多 発胃底腺ポリープが消退した1例
 - ○見田裕章¹, 遠藤高夫¹, 檜森亮吾¹, 青木敬則¹, 菊地剛史¹, 秋野公臣¹, 岩田徳和¹, 中村正弘¹, 安達靖代¹, 吉田幸成¹, 足立 靖¹, 石井良文², 加藤康夫¹(札幌しらかば台病院消化器 科¹, 札幌しらかば台病院病理²)

【はじめに】近年プロトンポンプ阻害剤 (PPI) の長期投与により胃底 腺ポリープが発生・増大することが報告されているが原因の詳細は 明らかでない。今回我々は15年にわたるPPI投与の経過中に胃底腺 ポリープが多発・増大したが、PPIを中止しH2受容体拮抗薬に変更 したところポリープが消退した一例を経験した。【症例】60歳代女性。 【既往歴】乳癌術後。【現病歴】当院初診の6年前から逆流性食道炎 (GERD)、バレット食道、関節リウマチ、高血圧で他院に通院中であっ た。尿素呼気試験陰性が確認されたのち、GERDに対しランソプラ ゾール15mgが処方されていた。【臨床経過】200X年6月から当院で GERDの外来フォローを開始し、ランソプラゾール15mg 分1の処方 を継続した。フォロー開始4ヶ月後の上部消化管内視鏡検査では、胃 体上部大弯を中心に山田III型のポリープを数個認めた。最大のもの は5mmで、生検では胃底腺ポリープと診断された。胃幽門前庭部に はびらん性胃炎を、他にBarrett食道(LSBE)を認めた。 断続的な胸や けのためランソプラゾール15mgを継続した。フォロー開始2年後に は胃ポリープ数が増加し最大で約10mmの大きさとなっていた。 LSBEのフォローのため1年毎に内視鏡検査を施行したが徐々に胃ポ リープの数が増加しサイズも増大した。9年後には胃底腺ポリープ が20個以上に増加し、最大のものは約15mmとなった。胃底腺ポリー プの増加にPPIが関連していると疑われたためこの検査後にランソ プラゾールを休止し、ファモチジン40mg 分 2に変更した。PPI中止 約1年後の内視鏡検査では胃底腺ポリープは一部遺残を認めたがほ ぼ退縮していた。胃ポリープの生検組織ではPPI中止前には腺管の 嚢胞状拡張、壁細胞の内腔への突出・空包変性を認めたが、PPI中止 後には腺管拡張が縮小しているのを認めた。PPI長期投与に関して 示唆に富む症例と考えられたため、文献的考察を加え報告する。

- 92 (消). ボノプラザンによるH.pylori除菌療法の検証 一従来のPPI除菌との比較一
 - ○岡本哲郎', 宮島治也¹, 猪股英俊¹, 長町康弘², 藤見章仁², 山内尚文², 小池和彦², 後藤義朗², 井原康二², 西里卓次²(社 会医療法人札幌清田病院消化器内科¹, 社会医療法人札幌清田 病院内科²)

【目的】新たな胃酸分泌抑制薬ボノプラザンを用いた H.pylori 除菌療 法の有効性が示され、市中の一般病院でも広く行われるようになった。し かし、従来のPPIを用いた除菌療法との比較について、十分な報告はない。 そこで、従来のPPI (ランソプラゾール、ラベプラゾール)を用いた除菌療法 とボノプラザンを用いた除菌療法について、当院の症例で比較検討した。 【方法】検討は、当院研究審査委員会で承認を得て、後方視的な診療録の reviewによって行われた。2014年4月から2016年3月までの間に、当院で培 養法あるいは尿素呼気試験で H.pylori 菌感染を確認し、1 次除菌療法が 行われた症例を対象とした。P-CAB群はボノサルタン (P-CAB) 20mg+ク ラリスロマイシン (CAM) 200mg +アモキシシリン (AMPC) 750mgを、 LZP 400群はランソプラゾール (LPZ) 30mg +CAM 200mg +AMPC 750mg を、LPZ 800mg群はLPZ 30mg +CAM 400mg +AMPC 750mgを、RPZ群 はラベプラゾール (RPZ) 10mg +CAM 200mg +AMPC 750mgの3剤をそれ ぞれ1日2回7日間経口投与した。除菌療法実施後、2ヶ月以上あとに培養 法あるいは呼気試験で除菌の成否を判定した。なお、除菌判定時にP-CAB あるいはPPIを内服していた症例など、除菌判定に不適格な症例は除外し、 最終的に235例が今回の検討の対象となった。 【成績】各症例群の背景に 差は認められなかった。 H.pylori 除菌率はP-CAB 92.6% (25/27)、 LZP400群 75.3% (61/81)、LPZ800群81.4% (70/86)、RPZ群 70.7% (29/41) であり、P-CAB群の除菌率はすべてのPPI群よりも高く、なかでもLPZ400 群、RPZ群よりも有意(それぞれp=0.042、0.0266)に高い除菌率であった。 P-CAB群で6 日目に軟便を訴えて再診した症例が1 例あったが治療継続可 能で、外来診療で問題となる有害事象は認められなかった。 【結論】 P-CABは酸に安定で胃壁細胞に早期から高濃度により長く集積し、胃内 pHを高く維持できることが除菌効果を高めていると考えられ、既報と同様 に H.pylori 除菌補助薬としての有効性・安全性が確認された。

- 93 (消). 自己記入問診票からみた H. pylori 関連ディスペプシアの特徴
 - ○津田桃子¹,加藤元嗣²,松田可奈¹,宮本秀一¹,安孫子怜史¹,水島 健¹,山本桂子¹,中川 学⁴,小野尚子³,工藤俊彦¹,中川宗一⁴,西川恵子⁵,間部克裕²,浅香正博⁶,清水勇一³,坂本直哉¹(北海道大学大学院医学研究科消化器内科学講座¹,国立病院機構函館病院消化器科²,北海道大学病院光学医療診療部³,中川胃腸科クリニック⁴,今井内科小児科医院⁵,北海道医療大学学長⁶)

【背景】 H. pylori 除菌療法がディスペプシア症状の改善につながること が知られている. 京都国際コンセンサス会議で H. pylori 除菌でディス ペプシア症状が改善する場合には H. pylori 関連ディペプシアと診断し、 除菌後も症状が持続する場合には機能性ディスペプシアと診断すること となった. 腹部症状を継時的に評価できるGSRS (Gastrointestinal Symptom Rating Scale) とGOS (Global Overall Severity) を用いて、ディ スペプシア患者に対する H. pylori除菌療法の効果を検討した. 【方法】 2012年1月から2015年12月までに、当科で H. pylori 陽性で除菌療法が施 行され、除菌前後のGSRS、GOSスコアによう検討が可能であった179例を 対象とした. GSRS, GOSスコアは除菌前および除菌結果が知らされる前 の除菌後1か月に自己記入式問診で行った. 除菌の判定は尿素呼気試験で 行った. GOSスコアで胃痛, 早期膨満感, 胃もたれ, 空腹時痛の項目のうち どれか1つでも4点以上であった症例をディスペプシア患者とし、検討を加 えた. 【結果】症例179例, 平均62±12歳(平均±SD). 除菌成功例151例, 除 菌失敗例28例であった.除菌成功群におけるGSRSスコアは,下痢の項目 以外で優位に低下していた (P<0.05). ディスペプシア患者は除菌成功例 48例, 除菌失敗例7例であった. 除菌成功後GOSスコア項目のすべてが2点 以下になった症例を改善群 (18/48 (37.5%)) とし、4点以上のGOSスコア が残った場合を非改善群として比較検討した. H. pylori関連ディスペ プシアでは除菌前のGOS胃痛スコアが高く、H. pylori非関連では吐き気 や膨満感スコアが高かった (P < 0.05). 【結語】H. pylori除菌はディペプ シア症状を有意に改善させた. 除菌前のGOSスコアから H. pylori関連 ディスペプシアの推測ができることが示唆された.

- 94 (消). P-CABによるHelicobacter pylori除菌とGERD治療成 績の検討
- ○久野木健仁,仙波佳祐,小林 裕,芹川真哉,杉山祥晃, 鈴木康秋(名寄市立総合病院消化器内科)

【はじめに】カリウムイオン競合型アシッドブロッカー(P-CAB)は新しい酸関連疾患治療薬で、Helicobacter pylori除菌率が高く、また、GERDに対する有効性も報告されている。今回我々は、地方中核病院である当院における除菌とGERDに対するP-CABの治療成績をretrospectiveに検討したので報告する。

【対象と方法】2015年3月~2016年3月まで、除菌とGERD治療目的でP-CAB(ボノプラザン)を投与した185例。内訳は除菌138例(平均年齢62歳、男性66・女性72例、1次除菌126・2次除菌12例)、胸焼けを主症状とするGERD 47例(平均年齢57.2歳、男性12・女性35例、びらん性 12・非びらん性 35例)。前者は除菌率、後者は胸焼け改善効果を検討した。

【結果】1、除菌成績。1次除菌率は93.6%(118/126)。性別では、男性93.4%(57/61)、女性93.8%(61/65)。背景疾患別では、萎縮性胃炎92.7%(101/109)、胃・十二指腸潰瘍100%(16/16)、MALTリンパ腫100%(1/1)。除菌成功群と失敗群で、年齢、性差や背景疾患に有意差は認めなかった。2次除菌率は100%(12/12)。背景疾患別では、萎縮性胃炎100%(11/11)、十二指腸潰瘍100%(1/1)。2、GERD治療成績。胸焼け改善効果を72.3%(34/47)に認めた。びらん性は91.7%(11/12)、非びらん性は65.7%(23/35)が改善した。また既存のPPIからP-CABに変更した群では、80%(4/5)に改善を認めた。3、副作用で治療中断となった症例は認めなかった。

【結語】P-CABは、既存のPPIよりも除菌率が優れており、GERDの主症状である胸焼け改善にも有用性が期待できると考えられた。

- 95 (消). 当院での Helicobacter pylori 除菌における薬剤感 受性結果と一次除菌成績
 - ○小泉忠史, 青山慶哉, 馬場 英, 定岡邦昌, 古家 乾(JCHO 北海道病院消化器内科)

【背景】本邦では Helicobacter pylori (以下: H.pylori)のCAM 耐性率の上昇による一次除菌率の低下が報告されている。一方、本邦で 2015年2月26日から発売されたカリウムイオン競合型アシッドブロッ カー (以下: P-CAB) であるボノプラザンは既存のPPIよりも H. pyloriに対する除菌効果が高く、CAM耐性菌にも高い除菌成功率が あったとの報告がある。【目的】当院で培養法にて陽性となった H.pylori一次除菌症例に対し H.pyloriの薬剤耐性率とP-CABを用い た除菌結果を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】当院にお いて2015年3月1日から2016年5月31日までに培養法で *H.pylori* 培養陽 性となりP-CABを用いて一次除菌を施行し、除菌判定が施行できた20例 を対象とした。アモキシシリン(以下:AMPC)、クラリスロマイシン(以 下:CAM)、メトロニダゾール (以下:MNZ) の薬剤感受性並びに除菌 成功率を後方視的に検討した。除菌判定は除菌薬内服終了後から8週間 以上間隔をあけて尿素呼気試験(以下:UBT)で行った。対象の平均年 齢は64.7歳(49-84歳)であり、男女比は10例/10例であった。【結果】一次 除菌症例でのCAM耐性率は20.0% (4/20)であった。一次除菌症例全体 での除菌成功率は90.0% (18/20) であった。そのうちCAM感受性例で は93.8%(15/16)、CAM耐性症例では75.0%(3/4)の除菌率であった。【考 察】 最近では H.pvloriのCAM耐性率の上昇が見られるが、既存のPPI での一次除菌率の70%程度に対しP-CABでは90%以上と高く、CAM耐 性菌においてもそれぞれ40%台に対し80%台とP-CABでは比較的高い 除菌成功率が報告されている。今回の検討は少数例の検討であるが、既 報と同程度の除菌成功率であった。除菌失敗例においても、UBT値が 2.8、3.1%と低値であり、時間をおいて再検すればUBT陰性となり除菌 率は更に高値となった可能性がある。今後、薬剤感受性結果を元にした 除菌レジメンの選択が保険診療で可能となれば薬剤感受性を見てより 効果的な除菌が可能となると思われるが、現状ではCAM耐性菌に対し てもP-CABを用いた一次除菌は有効と考えられた。

96 (内). Helicobacter pylori未感染胃に発生した早期胃癌の1例

○山内夏未¹, 久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 亮也¹, 小柴 裕¹, 佐藤正文², 川崎亮輔², 行部 洋², 武内優太², 宮崎 悦³, 嘉成悠介⁴(伊達赤十字病院內科³, 札幌医科大学腫瘍・血液內科学講座⁴)

Helicobacter pylori (H. pylori)未感染胃癌の代表としては、未分化型腺癌と胃底腺型胃癌が報告されており、その頻度は1%未満とまれであるが、今後、H. pylori未感染者が増加するにつれて、日常診療やがん検診などで発見される機会が増加する可能性がある。H. pylori未感染胃癌の報告は増加してきているものの、臨床像や病理学的特徴など未だに明らかになっていない点も多い。今回、H. pylori)未感染胃に発生した早期胃癌の1 例を経験したので報告する。

症例は43歳、男性。平成28年1月初旬より心窩部痛あり、同年3月に近 医受診、EGDで噴門部後壁に陥凹性病変を認め、生検でGroup 5、印 環細胞癌と診断されたため、当科紹介受診となった。

施算、生化学検査で異常なく、腫瘍マーカー(CEA、CA 19-9)は正常 範囲内であった。EGDでは胃粘膜は粘液付着なく、直線状の胃粘膜 ひだを胃角対側大弯まで認めた。胃角部~体上部小弯にRAC (regular arrangement of collecting venules)を認め、粘膜萎縮はな かった。噴門部後壁に15mm大の発赤調の陥凹性病変を認め、NBI 拡大観察ではmicrovascular patternの消失を認め、インジゴカルミン散布にて病変の境界は不明瞭であった。EUSでは第3層までの低 エコー腫瘤として描出されたが、第4層は保たれていた。また、尿素 呼気試験、血清 H. pylori-Ig伝体はともに陰性であった。各種画 像診断においても周囲リンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。 以上より、H. pylori未感染胃に発生した早期胃癌(Type 0-IIc、 CT1b)と診断し、同年3月当院外科で腹腔鏡補助下噴門側胃切除術が 施行された。病理組織所見では、U、Post、pType 0-IIc、 21x11mm、sig、pT1b2(SM2)、INFc、sci、ly0、v0、pN0(0/14)、 pDM0、pPM0、Stage 1Aであった。

97 (消). 黄色肉下種性胆嚢炎と進行胆嚢癌のCT所見による鑑 別の知見

○中村英明¹, 高橋利幸², 目黒高志¹, 山田裕人¹, 藤澤良樹¹, 佐々木尚英¹, 佐々木清隆¹, 加賀谷俊英¹, 堀田彰一¹(北海道消化器科病院内科¹, 北海道消化器科病院病理部²)

【目的】 黄色肉芽腫性胆嚢炎 (以下XGC) は胆嚢壁内に肉芽腫を形成 する比較的稀な胆嚢炎の一亜型で、しばしば漿膜下層を中心とする 壁肥厚像を呈しときに周囲臓器(肝, 肝外胆管, 十二指腸, 横行結腸な ど) にあたかも浸潤するような画像を呈するため進行胆嚢癌との鑑 別困難な症例を経験する. US, CT, MR 等の画像診断による鑑別 が試みられているがいまだ不充分で胆嚢癌疑診例として外科的手術 等の対処をせざるをえない症例も時に経験する. 今回我々はCT所 見によりXGCと進行胆嚢癌との鑑別診断は可能かを検討した. 【対 象と方法】2009年1月から2015年12月までに当院で経験したXGC18 例 (XGC群) (M:F=15:3. 43~81歳) と進行胆嚢癌 19 例 (GBC群) (M:F=9:10, 55~88歳)とを対象にXGCに禿頭的とされるCT所見1) 瀰漫性胆嚢壁肥厚,2)粘膜面の連続性,3)肥厚した胆嚢壁内の低濃 度結節の描出、4)肝内胆管拡張の有無、5)リンパ節腫大の有無を両 群で比較検討した. 【結果】1) 瀰漫性胆嚢壁肥厚有XGC群 61.1%, GBC群52.6% (p=0.85) 2) 粘膜面の連続性有XGC群72.2%, GBC群 42.1% (p=0.13) 3) 肥厚した胆嚢壁内の低濃度結節有XGC群 44.4%, GBC群 36.8% (p=0.89) 4) 肝内胆管拡張無XGC群 83.3%, GBC群 78.9% (p=0.94) 5) リンパ節腫大無XGC群 88.9%, GBC群 84.2% (p=0.95) でいずれも両群で有意差を認めなかった. 単項目 のみでは両者の鑑別は困難だったので、これらの所見の3つ以上を有 する症例と2つ以下の症例で感度,特異度,正診率を計算すると夫々 38.5%, 84.2%, 56.8%だった. 【結語】 XGCとGBCのCT所見によ る鑑別は現在のところ甚だ困難で更なる症例の蓄積が必要と考えら カナ

98 (消). EBS後にEffusion lymphomaの急性発症をきたした胆 管炎の1例

○鈴木康秋, 仙波佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川真哉, 杉山祥晃(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】80歳代・男性。間質性肺炎にてステロイド・アザチオプリ ン投与中。7ヶ月前に総胆管結石性胆管炎にてEPLBD+内視鏡的結 石除去術の既往がある。意識障害にて救急外来搬送され、急性閉塞 性化膿性胆管炎によるDIC、敗血症性ショックの診断で緊急EBSを 施行(胆汁培養にてEnterococccus、Klebsiellaが同定)。EBSと抗 ショック療法、抗菌剤、グロブリン製剤などの治療で、黄疸、肝胆道系 酵素、WBCは改善したが、CRPは正常化せず、LDHも高値であった。 DICは持続し、たびたび発熱を繰り返し、全身倦怠感、食欲不振も持 続した。また、入院時より両側に軽度胸水を認めていたが、2W後に 著明に増悪した。心不全は呈さず、腹水は認めなかった。胸水は利 尿剤やアルブミン製剤には反応せず、呼吸苦も出現したため、胸腔穿 刺排液を施行。胸水細胞診にて、異型リンパ球系細胞を多数認め、 AE1/AE3-, CD3-, CD20+, CD79a+ & 0, B cell lymphoma の病理診断となった。体表リンパ節は触知せず、CTでは大動脈周 囲に軽度のリンパ節腫脹を認めたが、腫瘤形成は認めなかった。可 溶性IL 2Rは4920と高値であった。effusion lymphoma合併の診断と なったが、その後、間質性肺炎の急性増悪をきたし、第33病日に呼吸 不全で死亡した。【考察】 Effusion lymphomaは、body cavity-based lymphomaと呼ばれ、腫瘤を形成することなく胸水や腹水、心嚢水な どの体腔液のみにlymphoma cellが出現する稀なリンパ腫である。 免疫不全状態に発症することが多く、Human herpes virus 8 (HHV-8)が関与するPimary effusion lymphoma (PEL)と、関与しな いPEL-like lymphomaがある。本症例は、HHV-8は未検査であり両 者の鑑別にはいたらなかったが、胆管炎を契機に発症したEffusion lymphomaの報告は無く、示唆に富む症例と考えられた。

99 (内). 胆管プラスチックステントが逸脱後に十二指腸乳頭 部口側隆起を貫通した十二指腸乳頭部癌の1例

○杉浦 諒, 佐野逸紀, 加藤 新, 川久保和道, 桑谷将城, 坂本直哉(北海道大学病院消化器内科)

【症例】70歳代,女性. 【現病歴および経過】2016年2月に全身掻痒感 を自覚し,前医を受診したところ閉塞性黄疸を指摘され,精査目的に 同年3月に当院に紹介となった。腹部造影CT検査において、十二指 腸乳頭部に10mm大, 類円形の造影増強効果を伴う腫瘤と肝内・肝 外胆管の拡張がみられた。十二指腸内視鏡所見では、乳頭部に不整 な発赤と凹凸を伴った腫瘤を認めた. 超音波内視鏡検査では、乳頭 部に16×13mm大の低エコー性腫瘤がみられ,一部わずかに十二指 腸固有筋層の不明瞭化がみられた.減黄目的に,経乳頭的に7Fr 7cm 胆管プラスチックステント (PS) を留置し、十二指腸乳頭部癌 cT2, cN0, cM0, cStageIBの診断で膵頭十二指腸切除の予定となっ た. PS留置24日後に腹部X線検査でステントの逸脱がみられたため、 同25日後に再度PS留置を施行することとした。十二指腸内視鏡所 見において、PSは十二指腸に留まっていたが、乳頭部の胆管開口部 から口側隆起を貫通した状態で逸脱していた. 口側隆起に胆汁の流 出を伴う微小な瘻孔を認めたため、逸脱したPSは抜去せず、瘻孔部 位から胆管挿管を行った上で7Fr 7cm PSを新たに留置した. 初回 PS留置 30 日後に外科的切除を行い、PS貫通による合併症は認めな かった. 【考察】内視鏡的胆管ステント留置術は,胆道ドレナージ術 として確立された一般的な処置である. その処置に際してPSは汎 用されてはいるが、PS留置後の悪性遠位胆管狭窄症例の5-10%程度 でPSの逸脱が報告されている. PSの逸脱に伴って腸管損傷・穿孔 を起こすことも報告されているが、逸脱したPSが十二指腸乳頭部の 口側隆起を貫通する報告は稀であり, 文献的考察を加えて報告する.

100 (内). 胆嚢管adenomyomatosisの1切除例

○嘉成悠介¹, 久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 亮也¹, 小柴 裕¹, 佐藤正文², 川崎亮輔², 行部 洋², 武内優太², 宮崎 悦³, 山内夏未⁴(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字病院外科², 伊達赤十字病院内科³, 札幌医科大学腫瘍, 血液内科⁴)

胆嚢腺筋腫症(adenomyomatosis、以下ADM)は、しばしば経験される疾患であるが、胆嚢管に限局したADMは極めてまれである。今回、胆嚢管ADMの1例を経験したので報告する。

症例は78歳、男性。75歳時に胆嚢結石を指摘されていた。平成27年 11 月初旬に夕食後に上腹部痛を認めた。翌日に腹痛は消失したが、 同月他院を受診し、CTで胆嚢管に造影効果のある腫瘤と胆嚢結石・ 総胆管結石を認め、12月初旬に当科紹介受診となった。

USでは胆嚢結石を認めたが、胆嚢管・総胆管の異常は指摘できなかった。MRCPでは総胆管に7mmのsignal defectを認め、胆嚢管は中途で描出されなかった。EUSでは総胆管結石の他、胆嚢管に15mm大の低エコー腫瘤を認め、造影EUSで一部小嚢胞状の変化を伴う染影効果のある充実性腫瘤として描出された。更なる精査目的に12 月末に当科入院となった。ERCを施行し、EST後に胆管結石をバスケットカテーテルにて排石後の造影では胆嚢管の狭窄を認め、ガイドワイヤーの通過は不可能であり、総胆管にplastic stentを留置した。胆汁細胞診ではclass Iであった。

胆嚢管癌の可能性を否定できず、平成28年1月に当院外科にて拡大胆 嚢摘出術(胆嚢および胆嚢床部分切除)を施行した。切除標本では 胆嚢管に15x11mm大の白色調の腫瘤を認め、Rokitansky-Aschoff sinusと線維筋線維の増生がみられ、ADMの所見であった。胆嚢は 壁の石灰化を伴う慢性胆嚢炎の所見であった。

101 (消). 単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術安全性に関する検討 ○佐藤大介, 北城秀司, 川原田陽, 鈴木善法, 才川大介, 山本和幸, 河合典子, 森 大樹, 花城清俊, 川田将也, 大久保哲之,

河合典子,森 大樹,花城清俊,川田将也,大久保哲之,奥芝俊一(国家公務員共済組合連合会斗南病院外科)

【背景】 単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術 (SPA-C) は高い整容性から急速 に普及している。当院でも2008年より同術式を導入し、現在はほぼ 全ての胆嚢疾患を適応に含め、腹腔鏡下胆嚢摘出術の半数を単孔式 で施行している。単孔式手術への一般認知度の高まりと共にSPA-C への患者needsも増大しているが、炎症・肥満症例などでは適応が 躊躇される場合もある。【対象・方法】2008年から2016年のSPA-C 完遂例中、他領域手術併施を除いた297例を対象とし、SPA-C安全性 の検証を目的とした。手術手技は臍部を1.5-2.5cmの縦切開し、トロッ カーを直接臍創内に穿刺するmultiple trocar法を基本としている。 術前CRP最大値、BMI、腹部手術既往の有無と、合併症、手術時間、出 血量との相関を検討した。【結果】 患者背景は年齢中央値57.3歳(21-86)、男女比120:177。BMI中央値23.9 (13.2-38.2)、術前CRP最大値は 中央値0.1 (0-25.2)であった。対照疾患は、胆嚢炎が18例で急性期施 行が4例、保存的加療後の待機主述が14例であった。279例が胆石、胆 嚢ポリープ、総胆管結石後などの無炎症症例であった。Clavien-Dindo 分類III以上の合併症が4例で認められ、内訳は術後出血、腹壁 瘢痕ヘルニアが各1例、胆嚢摘出後総胆管結石が2例であった。CRP >1、BMI>25、腹部手術既往有で解析したが、合併症の発生に有意 差は認められなかった。CRP>1は手術時間の延長(中央値82分 vs103分, p=0.0014) と出血量の増加 (中央値両群5ml, p=0.0064) と 有意に相関し、BMI>25は手術時間の延長(中央値80分vs96分 p=0.0003) と相関したが差は比較的軽度であった。【結語】若干の手 術時間の延長や出血量の増加傾向はみられるものの、炎症・肥満症 例においても、SPA-Cは安全に施行可能と考えられる。

102 (消). 化学療法を施行している胆嚢原発と考えられる神経 内分泌細胞がんの1例

○小沼 新¹, 斉藤 敦¹, 石井貴大¹, 林 秀美¹, 河端秀賢¹, 細木弥生¹, 阿部真美¹, 藤井常志¹, 長谷部千登美¹, 菊池智樹², 小幡雅彦²(旭川赤十字病院消化器科¹, 旭川赤十字病院病理診断科²)

症例は60歳代女性、腹部膨満感で近医を受診しCT検査にて胆嚢の不 整壁肥厚、多数の腹膜播種病変、多量の腹水貯留を認め、当科を紹介 となった。当院での腹部超音波検査、造影CTでの再検でも胆嚢の腫 瘤病変が目立ち、腹膜の不整壁肥厚、多量の腹水に加え胸水の貯留を 認め胆嚢癌、癌性胸腹膜炎が示唆された。症状緩和目的に腹水穿刺 を行い提出した細胞診にて、N/C比の高い濃染腫大核をもつ小型細 胞の集塊を認め、免疫染色でSynaptophyshin陽性、CD 56 陽性の結 果から神経内分泌細胞癌(NEC)の診断となった。CPT-11+CDDP による化学療法を開始したところ、著明な腫瘍縮小と腹水の減少を 認め、3コース終了時点では胸腹水は消失、原発巣と考えられる胆嚢 以外にCT画像上腫瘍性病変は消失しており、上下部消化管内視鏡で も特記すべき異常は認められなかった。当院外科にて拡大胆嚢摘除 を試みたが、術中に腹膜播種を認めたことから試験開腹のみで終了 となっている。術後同レジメンで化学療法再開も早期に腫瘍の広が りを認めたため、VP-16+CBDCAへの変更により奏功し、計8コー スを行い初診時より約11ヶ月の時点まで良好に病勢コントロールが できていた。その後腫瘍量は著増し、腹水コントロール不良となっ たが、weeklyPTX療法を導入、初診時より13カ月経過した現在、継 続投与を行っている。胆嚢原発の神経内分泌癌は比較的稀な疾患で あり、本例のような進行例に化学療法を長期で行ったとする報告も 非常に少ない。胆嚢原発NECの予後はその他臓器原発のものと同 様に極めて不良であるとされている。NECに対する明確な化学療 法レジメンは定まっていないが、小細胞肺癌治療に準じたレジメン の効果が報告されている。神経内分泌細胞癌は腫瘍増殖速度が非常 に速いが、適切なタイミングでの抗腫瘍薬の変更により切除不能症 例における生存期間の延長が得られる可能性があると考える。

103 (消). 奇異な経過を辿った胆管原発神経内分泌腫瘍の1例 ○佐野逸紀¹, 桑谷将城¹, 杉浦 諒¹, 加藤 新¹, 川久保和道¹, 坂本直哉¹, 上野 峰², 中西喜嗣², 平野 聡², 岡田宏美³, 三橋智子³, 平田 甫⁴, 羽場 真⁴(北海道大学病院消化器内科¹, 北海道大学病院消化器外科¹, 北海道大学病院病理診断科³, 釧路労災病院内科⁴)

症例は30歳代女性. 2016年2月に上腹部違和感を主訴に前医を受診 した. CTにて肝門部領域胆管に28×20mm大の類円形腫瘤と左右 肝内胆管の拡張を認めた. 腫瘤辺縁は動脈相で強い造影増強効果を 伴い, 内部は低吸収域を呈していた. 内視鏡的逆行性胆管造影 (ERC)では、肝門部領域胆管内にカニ爪様所見を伴う陰影欠損像を 認め, 胆管生検の結果からは腺癌が疑われた. 同年3月に精査加療目 的に当科に紹介となった. 再度施行したCTにて, 同部位の腫瘤は24 ×13mm大に縮小しており、内部低吸収域は不明瞭化していた. 腹 部USでは、境界明瞭な低エコー性腫瘤としてみられ、sonazoid造影 にてarterial phaseで腫瘤内に流入するspot状の血流と腫瘍内に不 均一な強い造影効果を認めた. EUSでは胆管内に偏心性に隆起する 結節状の低エコー性腫瘤として描出された. 腫瘤内部には一部無エ コー域を伴い、胆管壁表面の境界エコーは保たれていた. 胆管癌の 画像所見としては非典型的であったため、再度ERC下に胆管生検を 施行したところ, 悪性所見は得られなかった.同腫瘤に対してEUS-FNAを施行したところ,大小不同,不整な大型偏在核をもつ大型異 型細胞が孤立性に存在もしくは不整な集塊を形成していた. 免疫組 織化学的染色にて, synaptophysin, chromogranin A, CD 56が陽 性であり、胆管原発神経内分泌腫瘍の診断で肝外胆管切除術を施行 した. 切除標本の病理組織学的所見では, 多形性を示す核を有する 腫大した異型細胞を部分的に認めたが、核分裂像は1.9/10HPF, Ki-67の標識率は6.6% (63/959)であり、肝門部領域胆管原発内分泌 腫瘍, G2の最終診断となった. 術後18日目に退院となった. 本症 例は、経時的に縮小を示す奇異な経過を辿った胆管原発神経内分泌 腫瘍であり、文献的考察を加えて報告する.

104 (消). 当院で経験した肝外胆管原発、いわゆる癌肉腫の1例 ○平田 甫, 工藤大樹, 鈴木茉理奈, 鈴木和治, 大野正芳, 畑中一映, 山本義也, 成瀬宏仁(市立函館病院消化器内科)

【症例】63歳,女性. 【主訴】黄疸. 【現病歴】 黄疸を自覚して近医を受 診し, 精査目的にて当科紹介となった. 造影CTでは, 肝内胆管壁の肥 厚所見及びその上部の拡張を認めた. 膵内胆管壁は動脈相で早期濃 管まで及び、胆嚢管への腫瘍の進展が疑われた. 当科にてERCを施 行したところ、 膵内胆管の狭窄を認めた. IDUSでは 膵内胆管壁肥厚 と狭窄を認め、 膵実質との境界が不明瞭であったことから、 CT所見 と併せて膵浸潤を疑った. 狭窄部からの生検ではadenocarcinomaの 診断であった. 胆管癌cStage 3の診断となり, 当院外科にて亜全胃温 存膵頭十二指腸切除術が施行された. 切除標本において腫瘍部は異 型腺管構造と紡錘形細胞が密に増生した成分が混在しており、免疫 組織化学染色にて、AE1/AE3陽性、vimentin陽性でありso called carcinosarcomaの診断となった. その後当科にて外来通院中である が無再発生存中である. 【考察】癌肉腫は肺, 食道, 胃, 乳腺, 子宮など での発生が報告されている. 肝外胆管原発の癌肉腫は非常に稀であ り,かつ予後不良であるといわれている.本症例は外科的切除後に 長期生存が得られており、貴重な症例と考え若干の文献的考察を加 えて報告する.

- 105 (内). 当院における術後再建腸管例に対するダブルバルーン内視鏡下ERCPの現況
 - ○木村朋広¹, 坂田果穂¹, 吉田将大¹, 藤井亮爾¹, 皆川武慶¹, 庵原秀之¹, 住吉徹哉¹, 由崎直人¹, 平山眞章¹, 近藤 仁¹, 辻 靖², 奥芝俊一³(斗南病院消化器内科¹, 斗南病院腫瘍内科², 斗南病院外科³)

当院では2014年から富士フィルム社製の有効長152cmのshort typeダ ブルバルーン内視鏡 (DBE)・EI-530Bを導入、術後再建腸管例に対す るERCPを行っており、現況について報告する。2014年3月から2016年 5月までの間に当院では18 症例 31 件にshort type DBEを使用した ERCPを行っており、ERCPを要した疾患は、総胆管結石およびその 疑いが15例、胆管空腸吻 合部狭窄が1例、胆管EMS閉塞が1例、総胆管 狭窄が1 例であった。腸管再建術式は、Roux-en-Y再建が14 例、B-II 再建が2例、膵頭十二指腸切除(PD)後Child変法が1例、胆管空腸吻合術 後が1 例であった。乳頭部また は胆管空腸吻合部への到達率は94.4% (17/18) で、到達できなかった1 例は緩和的胃全摘後の 腫瘍性狭窄に よるスコープ不通過例であった。到達した17例でのカニュレーショ ン成功率は、88.2% (15/17) であった。カニュレーション成功例につ いては、繰り返しの検査を含めると全例で目的処置を完遂している。 処置内容は、内視鏡的乳頭バルーン拡張術(主にEPLBD)が21件、結石 除去が17件、plastic stent留置が5件、ENBD留置が5件、EMS留置が 1件であった。乳頭 到達までの時間は平均23.4分、乳頭到達から初回 カニュレーションまでの時間は平均13.1分、総検査時間は平均67.0分 であった。合併症としては、膵炎(軽症) 1件、胆管炎1件、造影チュー ブの門脈誤挿入で、合併症率は9.7%であった。胆管炎の1例は、ERCP 翌日に血圧低下もあり PTGBD施行、軽快後の造影で総胆管結石の残 存なく乳頭浮腫によるものと考えられた。また 門脈誤挿入の1 例で は造影チューブ抜去後に出血は無かったが、翌日PTCD施行して、後 日 PTCDルートで十二指腸までガイドワイヤーを進め、ランデブー法 にてEPBDの上、結石除去した。合併症は入院期間の延長や追加処置 に伴うリスクも発生する場合があり、注意深い操作や工夫により、予 防や低減に努めていく必要があると考えられる。

- 106 (内). ショートシングルバルーン内視鏡を用いたEPLBD の有用性と安全性
- ○韓 蔚, 矢根 圭, 真口宏介, 高橋邦幸, 潟沼朗生, 金 俊文, 北川 洸, 古賀英彬, 永井一正, 小松直広, 遠藤壮登, 古賀毅彦(手稲渓仁会病院消化器病センター)

【目的】術後再建腸管例の総胆管結石に対するショートシングルバ ルーン内視鏡(short SBE)を用いたendoscopic papillary large balloon dilation (EPLBD) の治療成績について検討する. 【対象と方法】2011 年7月から2016年5月までにshort SBEを用いてERCPを施行した術後 再建腸管137例中、総胆管結石の治療目的にEPLBDを施行した17例を 対象とした. 年齢中央値78歳 (61-89), 男性11, 女性6. 再建術式は BillrothII再建(B-II) 7例, 胃切除後Roux-en-Y再建10例. 初発15例, 再 発結石2例. 手技の適応に関しては、術後再建腸管例では軸合わせが 難しいことから、大結石に限定せずに胆管径が太い場合に術者判断で EPLBDを選択している. 手技に際しては、未処置乳頭例では原則と してneedle knifeを用いたESTを併施し、使用バルーン径は下部胆管 径に合わせて選択し、拡張時間はnotch消失後30秒を基本とした。検 討項目は1) 胆管径, 結石径および結石個数, 2) 治療手技内容 (乳頭処 置, 使用バルーン, 拡張手技, EML使用の有無, 処置時間), 3)完全排 石率および完全排石までの処置回数, 4) 偶発症とした. 【結果】1) 胆 管径は13.3 ± 3.7mm, 結石径は長径11.7 ± 4.6mm, 短径9.3 ± 4.0mm, 結石個数は3.8±4.5個であった.2) 8例はEST後,1例はEPBD後であ り、未処置乳頭7例ではESTを施行し、残る1例は乳頭部に形成された 瘻孔から処置を施行した. 使用バルーン径は10-12mm 9, 12-15mm 3, 13-15mm 4, 15-18mm 1であり, バルーン拡張径は11.4±1.5mmであっ た. 3例でEMLを使用した. 処置時間は73.9 ± 27.1分であった. 3) 内 視鏡治療のみで完全除石が得られたのは16例(94%)であり、このうち 13例(81%)は1セッションにて完全除石が可能であった. 1例は結石径 が大きく排石困難であり、ESWLの追加を要した。4) 1例で遅発性の 出血を認め、輸血および内視鏡的止血術を要した. 【結論】術後再建腸 管例の総胆管結石に対するshort SBEを用いたEPLBDは、少ない処置 回数で完全除石を可能とする有用な治療法である.

- 107 (内). スパイグラスデジタル胆管・膵管鏡システムとEHL オートリスを用いた内視鏡的総胆管結石砕石術の経験 ○大和弘明¹, 高橋 徹¹, 大場珍音¹, 大森沙織¹, 大平浩司¹, 加藤寛土¹, 林 健児²(岩見沢市立総合病院消化器内科¹, 札幌 北辰病院²)
- 【背景】SpyGlassDS胆管・膵管鏡システム(Boston scientific Japan)は2015年10月に発売され、旧SpyGlassの4~5倍の画像解像度 により良好な視野が得られるようになった. 一方で、体内挿入式電 気水圧衝撃波結石破砕装置: EHLオートリス (株式会社アムコ) は 2014年9月に再認可され、両者を併用した内視鏡的総胆管結石砕石術 が可能となった. 今回,2症例を経験し報告する. 【症例1】91歳女性. 急性胆管炎・総胆管結石の診断にて入院. ERCで40mm大の総胆管 結石を認め,通常の採石術は困難と考え乳頭バルーン拡張・チュー ブステントを留置し一時退院した. 再入院後, 胆道鏡下でのEHLを 用いた砕石術を施行した. 術中, 胆道鏡の胆管挿入はスムーズかつ, 視野・操作性は良好で、EHLでの結石破砕は問題なく施行可能で あった. 大部分の結石をEHLで破砕後, 大口径バルーンで乳頭を再 拡張し採石具を用いて排石し終了した. 治療時間は1時間25分を要 した. 偶発症もなく治療後13病日に退院となり、再発なく経過中で ある. 【症例2】85歳男性. 急性胆管炎・総胆管結石の診断でEST・ 採石術を試みるも22mm, 17mm大の積み上げ式結石が砕石用バス ケットに収まらず, 後日, 胆道鏡下でのEHLを施行した. 術中, 胆道 鏡の胆管挿入・視野・操作性に問題はなく、大部分の結石をEHLで 破砕後、大口径バルーンで乳頭を拡張し採石具を用いて排石し終了 した. 治療時間は2時間30分を要した. 術後,軽症膵炎を発症したが 回復し、治療後8病目に胆嚢摘出術の施行目的に外科転科となった. 【結論】2例とも大きな問題なく施行できたが、EHLに長時間を要し 胆道鏡操作の習熟・EHLの出力調整などの検討が必要であると考 えられた. 同様の症例は高齢者に多く、今後早期の保険適用が望ま

- 108 (消). インフリキシマブにより維持治療されたクローン病 における長期手術率に関する検討
 - ○金野 匠, 宮川麻希, 那須野正尚, 田中浩紀, 本谷 聡(札幌 厚生病院IBDセンター)

【目的】抗TNF- α 抗体製剤による維持治療は、クローン病(CD)にお ける長期の寛解維持を可能としてきたが、長期にわたり手術を回避 できる症例の特徴は明らかにされていない. 今回我々はインフリキ シマブ (IFX) により維持治療されたCDにおける長期手術率を検討 し、手術率低下に寄与する背景因子を検索した. 【方法】2003年1月 から2015年12月までに当院にてIFXによる寛解導入治療が施行され たCD 466例のうち、14週以上IFXが投与された317例を対象とした. IFX初回投与から手術までの累積手術率をKaplan-Meier法を用いて 検討し、累積手術率に影響する背景因子をログランク検定および多 変量Cox回帰分析を用いて比較検討した.【結果】患者背景は、男性 234例・女性 83例, 平均年齢 30.9歳, 平均罹病期間 7.2年, 小腸型 74 例・小腸大腸型 185例・大腸型 58例, 腸管切除歴 103例, 狭窄 135例, 内瘻 45例, 肛門病変 142例. 併用療法は免疫調節薬 (アザチオプリ ン/6-メルカプトプリン) 233 例、5-ASA製剤 282 例、成分栄養療法 216例, ステロイド 31例, IFX導入時の平均CRP 2.08mg/dlであった. 喫煙者は97例 (n=306) であった. なお, 免疫調節薬併用の定義は IFX導入前またはIFX導入後6週時までに使用開始され、14週時に 内服を継続している症例とした. 累積手術率は3年9.5%,5年 14.6%, 7年 20.5%, 10年 25.3%であった. ログランク検定では, 免 疫調節薬併用・狭窄なし・IFX導入時CRP≦1.1mg/dl・14週時CRP < 0.3mg/dlにおいて累積手術率が有意に良好であった. 多変量Cox 回帰分析においても、免疫調節薬併用・狭窄なし・IFX導入時CRP 低値・14週時CRP低値が独立した累積手術率改善因子として検出さ れた. 【結語】IFXにより維持治療されたCDの75%において10年間 手術が回避されていた. 狭窄の進行をきたす前に免疫調節薬併用下 でIFXを開始することが、手術のさらなる減少に重要であるものと 考えられた. IFX導入時および14週時のCRP値は手術を予測するバ イオマーカーとなり得る可能性が示唆された.

- 109 (消). 炭酸ランタン内服患者の胃粘膜生検でsignet ring cell carcinomaとの鑑別を要した2例
 - ○片山博康¹, 坂本 淳¹, 高坂琢磨¹, 佐藤 龍¹, 木村圭介¹, 太田智之¹, 長嶋和郎²(医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院消化 器センター¹, 医療法人徳洲会札幌東徳洲会病院病理診断科²)

【はじめに】炭酸ランタンは2009年に認可されてから慢性腎臓病の 高リン血症の治療薬として処方されている。本薬は副作用が少ない といわれ、全国的に使用例が増加傾向にあるが、近年炭酸ランタンの 胃粘膜への沈着が報告されるようになってきた。一方、海外でも本 薬は処方されているが、胃粘膜に沈着した報告例はない。上部消化 管内視鏡検査で胃粘膜を生検し、病理でsignet ring cell-like histiocyte/macrophageが認められ、signet ring cell carcinomaとの 鑑別を要した症例を2例経験したので報告する。【症例1】64歳男性 透析患者《主訴》貧血精査《現病歴》貧血精査で上部消化管内視鏡検査 目的《内視鏡所見》体上部のヒダに沿った白色班、胃角部小弯~前庭 部にかけて環状の白色班を2か所生検した【症例2】60歳男性 透析 患者《主訴》前医に胃粘膜病変を指摘されたため《現病歴》胃角部小弯 早期がん鑑別の精査目的で入院《内視鏡所見》胃体下部大弯のヒダに 沿った白斑、胃角部小弯に環状の白斑とびまん性の白斑が混在し、胃 の前庭部に環状の白斑が見られ胃角部小弯のびまん性白斑を生検し た【考察】病理所見で炎症細胞に加えて特異な細胞がびまん性に見ら れ、signet ring cancer cell (goblet cell type) に類似しているため 免疫染色を行なった。signet ring cell carcinomaはPAS/Alcian blue陽性の粘膜を持ち、Cam 5.2 陽性であるが、2 例共に PAS/ Alcian blue陰性、Cam 5.2陰性、CD 68陽性であったため macrophage由来の細胞と考えられた。【結語】炭酸ランタンは2009 年に認可されてから7年が経過し、今後も胃粘膜に沈着する症例が増 加していくと予想される。病理所見でsignet ring cell carcinomaと の鑑別に苦慮することが考えられるため、上部消化管内視鏡検査を 施行する際には炭酸ランタンの胃粘膜への沈着を念頭にいれて診療 することが重要と思われた。

- 110 (消). StageIVb膵癌術後、卵巣転移、腹膜播種再発に対して腹腔内パクリタキセル併用ゲムシタビン療法が奏効し、無病生存を継続している1例
 - ○水上卓哉¹,吉田将大¹,近藤知大¹,田中丸真希¹,杉山絢子¹,平山真章¹,川原田陽²,平野 聡³,辻 靖¹(斗南病院腫瘍内科¹,斗南病院外科²,北海道大学医学研究科消化器外科学分野 Ⅱ³)

症例は70歳代, 女性. 2013年6月, CA19-9上昇を契機として腹腔動脈周 囲浸潤を有する局所進行膵癌と診断された. 総肝動脈, 左胃動脈塞栓術 後,8月6日に腹腔動脈管合併切除を伴う膵体尾部切除術を行った.病 理組織学的所見はtubular adenocarcinoma, pT4[CH(-), DU(-), pS(+), pRP (+) , pPVsp (+) , pAsp (+) , pPLsma (-) , p00 (-)] , pN2, M0, pStageIVbであった. 術後はS-1 内服で明らかな再発病変を認めず良好 に経過した. 術後約2年を経過した2015年7月のCTで径5cm大の右卵巣 腫瘤を認めた. 10月には9cmまで増大し、卵巣転移再発と診断した. し かし、他に遠隔転移を認めず、無症状で生命に危機的な病変ではないこ とからS-1内服を継続した。11月4日, 急激な右下腹部痛を主訴として受 診, CTで右卵巣腫瘍の破裂を認めた. 11月9日, 両側卵巣切除術および 腹腔ポート造設術を行った. 術中所見で腹壁に白色結節を認め, 同部位 の生検より腹膜播種再発の確定診断となった. 遠隔転移を認めないS-1 不応の腹膜播種再発膵癌に対する治療として, 腹膜播種病変に対して有 効性の高いパクリタキセル(PAC)の腹腔内投与とゲムシタビン(GEM) 静脈投与の併用療法を選択した(腹腔内PAC 20mg/m 2, 静脈内 GEM 1000mg/m2, 第1日, 第8日, 3週毎). 2015年11月より治療開始, 2016年6月現在明らかな再発所見を認めず、外来で治療継続中である. Grade 2以上の有害事象を認めていない. 腹膜播種を伴う膵癌に対し てS-1にPACを経静脈と腹腔内併用投与した第II相試験では、1年生存 率62%, 生存期間中央値16.3ヶ月と良好な成績が報告されている. 一方, 病期I-III術後膵癌に対してはS-1内服6ヶ月間の補助療法が推奨されて いる. 従って、術後補助療法を受けた再発例の多くはS-1に不応となっ ている可能性が高い. 本療法は遠隔転移を有さないS-1不応の腹膜播種 再発膵癌に対する有用な治療と考え, 文献的考察を含め報告する.

- 111 (消). MSIを用いたuniversal screeningによるLynch症候 群の拾い上げ
 - ○三宅高和,飯田智哉,山下健太郎,大和田紗恵,大久保陽介, 平野雄大,小野寺馨,久保俊之,山本英一郎,能正勝彦, 仲瀬裕志(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)

【背景と目的】従来Lynch症候群の拾い上げはAmsterdam基準や改訂Bethesda guidelinesの該当例を対象にmicrosatellite instability (MSI) 解析や免疫染色を施行するのが一般的であったが、2015年にアメリカ消化器病学会が新規大腸癌全例を対象としたuniversal screeningを公式に推奨した。本 研 究 の 目 的 はMSIに よ るuniversal screeningを 行 う こ と に より、AmsterdamやBethesdaによる見落とし例がどの程度存在するかを明らかにすることであった。

【方法】MSIは2種類のmononucleotide markers (BAT26, BAT25) で screeningし、いずれかに変異がみられた場合は BAT40, D2S123, D17S250を追加解析、2マーカー以上に変異がみられた場合MSI-Hと判定した。 MSI-Hの場合ミスマッチ修復(MMR)タンパクの免疫染色を行い、MLH1の発現が低下している場合は MLH1プロモーターのメチル化と BRAF変異を解析した。 Lynch症候群が疑われる例にはMMR遺伝子の胚細胞変異を解析した。

【成績】当科で診療した大腸癌 310 例のうちにれまでに188 例・199 病変の MSIを解析、17例 (9%)・21病変 (11%) がMSI-Hであった。MSI大腸癌はMSS (microsatellite stable) と比較して女性優位、右側結腸優位、粘液癌・低分化 腺癌の割合が多いがstage I/IIが多い等の特徴を呈した。 MSI-H大腸癌17例 のうち6例がLynch症候群 (MSH2:5例、MSH6:1例)、9例が MLH1プロモーターのメチル化による散発性MSI-H大腸癌、2 例が不明であった。 Lynch症候群6例は全例Bethesdaに該当したが、うち2例は初発癌から10年以上経過した第 3 癌での診断であった。 Amsterdam IIを満たすものは2 例のみであった。 上記6例の他に癌がMSSを呈する MSH6 変異によるLynch症候群が1例存在し、合計7例 (3.8%) のLynch症候群を確定診断した。

【結論】universal screeningを行った大腸癌症例のうち3.8%がLynch症候群であった全例Bethesdaに該当したがuniversal screeningにより10年以上早く診断できる例も存在した.

112 (消). 当科における食道癌遠隔転移症例に対する化学放射 線療法の成績

○須釜佑介¹,大沼啓之¹,坂本拡基¹,早坂尚貴¹,平川昌宏¹, 菊地尚平¹,佐藤 勉²,宮西浩嗣¹,小船雅義²,坂田耕一³, 加藤淳二¹(札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座¹,札幌医科大 学医学部血液内科学²,札幌医科大学医学部放射線医学講座³)

【目的】近年、局所進行食道癌に対してtripletレジメン併用化学放射線療法(CRT)などによる治療成績の向上が期待されている.しかし、遠隔転移を伴うStageIVb症例に対しては一般に全身化学療法が行われるものの、満足できる治療成績は得られていない. 当科ではStageIVb食道癌に対しても、局所制御を重視しCRTを選択してきた.今回これらの治療成績を検討し、同対象に対する治療戦略を考察した.

【方法】2006年以降、当科においてCRTに同意が得られたStageIVb食 道癌の14例を対象とした。CRTレジメンは、当科で報告してきたNF-R 療法 (CDGP:50mg/m² (day 1,8),5-FU:400mg/m²/day (day 1 \sim 5,8 \sim 12,60Gy) (CCP 2006) またはDTX:20mg/m² (day 1,8) を追加した DNF-R療法 (Int J radiat Oncol Biol Phys. 2015) を用いた。奏効率、dysphasia gradeに基づく症状改善度、生存期間等につき検討した.

【成績】平均年齢62.PS: 0/1/2: 8/4/2,14例の内訳は遠隔リンパ節転移のみを伴う8例多臓器転移を伴う6例(肝: 4例, 肺: 1例, その他: 2例)であった.治療レジメンは,5例がNF-R, 9例がDNF-Rであった. 現在治療中の症例を除き,CRT完遂率は100%であった. Dysphagia gradeの改善率は92%と良好であり,特にDNF-R症例では100%の局所コントロールが得られた. 奏効率は84%(CR/PR/SD/PD: 3/7/1/2),原発巣はCR8,PR5例、転移巣ではCR3, PR7例, SD1例, PD2例であった.全症例の生存期間中央値は12.0ヶ月. DNF-Rの2 例で遠隔転移を含めた病変の完全緩解が得られ,18ヶ月以上の生存が達成された.

【結論】食道癌遠隔転移症例に対してもCRTにより高い局所制御率と 比較的良好な予後が期待できる。当初狭窄症状を有する症例中心に CRTを選択していたが、DNF-R施行症例で完全寛解達成後の長期生 存例も経験され、特に全身状態のよい症例に対してCRTは積極的な治 療選択肢の一つとなりうると考えられた。

113 (消). 化学療法後に根治術を施行し得た診断時切除不能肝 内胆管癌の1例

○横山啓介, 岡村圭祐, 京極典憲, 斎藤博紀, 田中公貴, 中西喜嗣, 浅野憲道, 野路武寬, 倉島, 庸, 海老原裕磨, 村上壮一, 中村 透, 土川貴裕, 七戸俊明, 平野 聡(北海道大学医学研 究科消化器外科学分野Ⅱ)

【はじめに】肝内胆管癌 (ICC) は外科的切除が唯一の根治療法であ る。今回われわれは、局所高度進行ICCに対し化学療法を行うこと で切除可能となった症例を経験したので報告する。【症例】60歳代 の女性が白血球増多の経過観察中に胆道系酵素の上昇を認め、腹部 超音波検査にて左肝内胆管の拡張と肝門部領域の肝内に低エコー腫 瘤を指摘された。CT検査では造影効果の乏しい低吸収性腫瘤であ り、肝内胆管癌の診断にて当科に紹介となった。門脈左枝は腫瘍に より閉塞しており肝左葉切除術が必要としたが、画像上、右肝動脈 前・後区域枝への浸潤を認めたため根治的切除は不能と診断し、化 学療法を開始した。gemcitabine (1000mg/m2) + cisplatin (25mg/ m2) (3週毎投与1週休み) を9コース施行後のCT検査にて腫瘍の縮小 を認め、門脈左枝の閉塞は残存していたものの、右肝動脈浸潤の改善 を認めたため化学療法奏功例として手術適応と判断した。手術は化 学療法開始から9ヶ月後、最終投与から5週後に肝左葉・尾状葉・胆 管切除、右肝動脈・門脈合併切除再建術を施行した。手術時間は17 時間 37 分、出血量は800 mLであった。病理組織学的診断ではpT3, pN1, M0, pStage 4A、腫瘍の遺残は無く(R0切除)、化学療法の効果 判定はEvans分類で2B相当であった。術後7か月を経過した現在、無 再発生存中である。【まとめ】局所高度進行ICCに対し化学療法を施 行し、根治的切除を行うことができた。切除不能胆道癌の化学療法 奏功例に対する手術療法は、その時期や有用性に対し症例を集積し 検討中である。

114 (消). 自己免疫性膵炎非典型例3例の検討

○大久保陽介,志谷真啓,本谷雅代,大和田紗惠,平野雄大, 三宅高和,佐々木基,若杉英樹,阿久津典之,佐々木茂, 仲瀬祐志(札幌医科大学医学部消化器内科学講座)

【背景】自己免疫性膵炎 (AIP) の診断においては膵癌の除外が重要 であるが,1型2型のどちらの基準においても確定診断に至らない症例 を時に経験する.初診時に膵癌が疑われたが組織診と臨床経過から膵 癌が除外できたAIP非典型例と思われる3例を経験したので文献的考 察を加え報告する.【症例1】60歳代,男性.2型糖尿病,高血圧症,気管支 喘息を有し,血清IgG4正常,CA19-9軽度高値.CTにて膵頭部,体部,尾部 に早期相で造影効果に乏しく後期相で背景膵とIsoに染まり,PETで 高集積する腫瘤を認めた.EUSにて内部均一なLow echoic areaを呈 し,辺縁は分葉状であった.FNAでの組織診では線維化と炎症細胞浸 潤を認め、PSL治療にて膵腫大の改善とPETでの集積低下を認め た. 【症例2】70歳代.男性.2型糖尿病を有し.IgG4.腫瘍マーカーともに 正常.CTにて膵尾部に早期相で造影不良だが後期相で造影される限 局性腫大を認め、PETにて同部位に集積を認めた.EUSでは均一なLow echo massを呈し辺縁は明瞭.FNAでは強い線維化と炎症細胞浸潤を 認めた.自然経過で腫大の改善と造影効果の変化を認めたが半年後に 膵頭部に類似の病変の出現を認めた. 【症例3】 70歳代,女性. 2型糖尿病, 関節リウマチを有し、IgG4正常、CA 19-9 軽度高値.CTにて膵体尾部に Low attenuation haloを有するびまん性腫大を認めた.EUSでは内部 均一なLow echoを呈しカプセル様被膜構造も認めた.FNAでは炎症 細胞浸潤を認め、PSL治療にて腫大の改善を認めた. 【考察】 良悪の鑑 別においてFNA検体は非常に有用であり,また画像診断上も鑑別に 有用と考えられるいくつかの所見が得られた.しかしAIPとして診断 を進める為にはIDCP Level 2以上の組織所見,血清IgG 4値,特徴的な 併存疾患などが必要となり,これらを欠く本症例では診断をつめるこ とは困難であった.またFNA検体がIDCD Level 2 以上の所見を有し ているか見極める為には穿刺の技術や検体の質,判定者の技量に依存 するところも大きく,AIP非典型例や腫瘤形成性膵炎と診断せざるを 得ない症例に今後も遭遇する可能性があると思われた.

VS-1 (内). 顕性小腸出血症例におけるカプセル内視鏡の有用性 ~緊急症例を中心に~

○高梨訓博,藤田朋紀,小松悠弥,北岡慶介,和賀永里子,安保文恵,安保智典,勝木伸一(小樽掖済会病院消化器内科)

小腸疾患におけるストラテジーが確立してきている。顕性小腸出血 (overt bleeding) の場合に経口バルーン内視鏡 (以下BAE) を第一選 択とする施設がある一方で、BAEの前に出血部位・病変が予想で きるカプセル内視鏡(以下CE)のメリットを重要視してCEを第一選 択とする施設もある。当院ではCEを第一選択とし、その所見に応じ てBAE施行の可否と挿入ルートを決定している。今回、当院にてCE 導入以降の2009年1月から2016年5月までに経験した顕性出血が主訴 にてCEを施行した195症例中、小腸出血と判断しえた119症例を検討 の対象とした。小腸出血と判断した119症例中、血管病変22.7% (27/119)、びらん・潰瘍病変 41.2% (49/119), 腫瘍性病変 5.9% (7/119)、出血源不明は30.3% (36/119)であった。119症例中1症例 のみは造影CTで出血源を同定し、同日のBAEで動脈性出血を速や かに止血した。顕性小腸出血症例に対してCEを行ったのは118症例。 そのうちCEにて小腸に血液または出血の責任病変が認められBAE を行った39症例の出血源同定率は89.7% (35/39)と高く、一方CEに て小腸に血液や出血の責任病変が判明せずにBAEを行った18症例 の出血源同定率は11.1% (2/18)と低いものであった。今回、特にCE にて小腸に血液または出血の責任病変が認められBAEを行った39 症例を検討すると、小腸出血が疑われる症例に対しては、CEを先行 させた症例において、より小腸内出血部位の推定が容易でひいては BAE治療への移行が速やかであること、また万が一出血源同定に至 らない場合においても次回以降への治療の指標になりえること、等 が利点であるものと考えられた。

VS-2 (内). 結腸静脈瘤の内視鏡診断・治療におけるknack & pitfalls

〇北川 翔¹, 佐藤隆啓², 宮川宏之¹, 長川達哉¹, 平山 敦¹, 岡村圭也¹, 奥 大樹¹, 木村睦海²(札幌厚生病院第2消化器内科¹, 札幌厚生病院第3消化器内科²)

【背景と目的】結腸静脈瘤は非常に稀な疾患であり、連珠状(F2)お よび結節状(F3)を示す静脈瘤であれば診断は容易だが、粘膜下にわ ずかな隆起を伴う程度の静脈瘤でも大量の出血をきたし、その診断 は破裂例であっても見慣れていなければ非常に困難である。また治 療法も確立されておらず、多くの症例では外科的治療が施行されて いる。結腸静脈瘤の診断における要点と盲点および当科での内視鏡 治療について、実際の内視鏡診断・治療時の動画を供覧し説明する。 【方法】2012年1月~2015年12月に経験した6例の結腸静脈瘤を retrospectiveに検討した。【結果 (knack & pitfalls)】(1) 全例で門 脈系の閉塞を伴っており、門脈本幹から上腸間膜静脈の閉塞による 上行・横行結腸静脈瘤が5例、脾静脈閉塞による下行結腸静脈瘤が1 例であった。(2) 出血後に前医で内視鏡検査を施行された2 例では 静脈瘤は指摘されていなかった。(3) 先端フードを装着し粘膜を 伸展することで明らかとなる静脈瘤も存在した。(4)詳細に観察 すると静脈瘤上に微小点状発赤 (我々は"red dot sign"と呼称してい る)を認めた(胃食道静脈瘤のred plugに相当する静脈瘤の破綻部 と考える)。(5)内視鏡的静脈瘤結紮術(EVL)の際には粘膜を伸展 させ十分に吸引することが重要であった(不十分な結紮は出血を助 長しその後の治療を困難化した)。(6)結紮後には食道静脈瘤と同 様の"white ball appearance"の他に、結紮部の静脈の怒張所見(我々 は"pop-up vein"と呼称している) が見られた。【結論】 門脈系の閉塞 を伴う消化管出血例では結腸静脈瘤の存在に留意し、微細な内視鏡 所見であることを念頭に置いた丹念な観察が必要である。また内視 鏡治療として"red dot sign"に着目したEVLが有用であると考えら れ、実際の内視鏡治療時の動画を供覧しながら解説したい。

VS-3 (内). 抗血栓薬服用者に対する緊急ERCP

○古賀毅彦, 矢根 圭, 真口宏介, 高橋邦幸, 潟沼朗生, 金 俊文, 北川 洸, 古賀英彬, 永井一正, 小松直広, 遠藤壮登(手稲渓 仁会病院消化器病センター)

【目的】抗血栓薬服用下の緊急ERCPの安全性について後方視的に 検討する。【対象と方法】2012年10月より2015年9月までに急性胆管 炎・胆嚢炎および胆石性膵炎の診断にて当センター受診後24時間以 内に緊急ERCPを施行した初回乳頭症例283 例 (抗血栓薬服用者83、 非服用者200)を対象とした。年齢中央値75歳(14-95)、男性151、女性 132例、ASA中央値2 (1-4)であり、基礎疾患は心疾患76、脳血管疾患 61、糖尿病49、慢性腎不全(維持透析中)9、肝硬変1であった。対象疾 患は、急性胆管炎179(胆管結石157、悪性胆道閉塞15、良性胆管狭窄3、 その他4)、急性胆嚢炎17、急性胆管炎+胆嚢炎 35、胆石性膵炎52であ る。抗血栓薬服用群における薬剤の内訳は、抗血小板薬単剤45、抗血 小板薬2剤以上17、抗凝固薬単剤14、抗凝固薬+抗血小板薬7例であっ た。抗血栓薬服用群(A群)と非服用群(B群)における、1)患者背景、 2) 処置内容、3) 偶発症について比較検討した。【結果】1) 年齢中央 値はA群 79歳 (45-95)、B群72歳 (14-95)、ASA中央値はA群2 (1-4)、 B群1 (1-4)であった。A群はB群に比較し、高齢で心疾患(63.9%)、脳 血管障害(47.0%)、糖尿病(30.1%)を有意に多く認めた(p<0.05)。2) 胆管挿管成功率は98.9% (280/283)で、A群では乳頭処置なし(ドレ ナージのみ)53 (63.9%)、EPBD 7 (8.4%)、EST/Precut 23 (27.7%) であり、B群では乳頭処置なし(ドレナージのみ)34(17.0%)、 EPBD 5 (2.5%), EST/Precut 156 (78.0%), EST/Precut+EPLBD 2 (1.0%) であった。胆管結石の一期的結石除去率はA群 30.6% (22/72)、B群78.9% (135/171)であった。3)出血性偶発症の頻度は A群0% (0/83)、B群3.5% (7/200)であった。その他の偶発症はA群 で8.4% (膵炎3、穿孔0、その他4例)、B群で6.5% (膵炎3、穿孔3、その 他7例)であり、いずれも両群で有意差を認めなかった。【結語】抗血 栓薬服用者でも非服用者と同等の安全性で緊急ERCPは施行可能で ある。

VS-4 (内). 術後腸管に対するEmergency ERCP
○藤田朋紀 小松攸弥 北岡慶介 意製訓博 和賀永理∃

○藤田朋紀,小松悠弥,北岡慶介,高梨訓博,和賀永理子,安保文惠,安保智典,勝木伸一(小樽掖済会病院消化器科)

【目的】当院では2004年より、ダブルバルーン式小腸内視鏡(EN-450P5, T5, EC 450-BI5・EI-530B) を導入している. なかでも BI5・EI-530Bは近年、術後再建腸管に対するERCP関連手技の有効 性が報告されている. 今回当院での術後腸管に対するERC関連治 療のEmergency ERCPとしての位置付けを検討したので報告する. 【方法】対象は、2009年12月から2015年11月までに当院で施行したダ ブルバルーン式内視鏡を用いた術後腸管に対するERCP関連手技を 行った24症例61回のうち胆管炎を発症して当院を受診した15症例の 初回治療を対象とした. 15 症例の内訳は平均年齢 74.7歳, 男女比 8:7, 術式R-Y 6 症例, B-II 9 症例, 原因疾患 総胆管結石 7 症例, 腫瘍 による胆管狭窄 4 症例, 術後胆管腸吻合部狭窄 4 症例であった. 【成 績】目的部位到達率 100% (15/15), 造影成功率100% (15/15), ERC 関連手技成功率93.3% (14/15) (ステント挿入 8/9, 排石2/2, 吻合部 拡張 4/4) であった. ERC関連手技不成功の症例は癌の十二指腸・ 胆管浸潤によりファイバーの操作性が著しく悪かった1 症例であっ た. 目的部位到達時間平均 28 分, 挿入開始~治療終了時間平均 59 分 であるが2014年12月以降の7症例に限ると目的部位到達時間平均11 分, 挿入開始~治療終了時間平均43分と治療時間の短縮が得られて いた. また, 当院受診からDB-ERCまでの日数は当日・翌日が10症例, 胆管炎が落ち着いた6~13日後が5症例であったが、2014年12月以降 の7症例に限ると当日・翌日が6症例と通常のERCPと同様に緊急で 行われる割合が高くなっていた.【結論】ダブルバルーン式内視鏡を 用いた術後腸管に対するERC関連治療は、手技が安定したことによ りEmergency ERCPとしての役割を担うことができるようになっ

VS-5 (内). Urgent ERCP in patients with percutaneous endoscopic gastrostomy and percutaneous transesophageal gastro-tubing

○久居弘幸¹, 櫻井 環¹, 釋 亮也¹, 小柴 裕¹, 嘉成悠介¹, 宮崎 悦², 山内夏未³(伊達赤十字病院消化器科¹, 伊達赤十字 病院内科², 札幌医科大学腫瘍・血液内科学講座³)

【目的】高齢者・終末期医療における経皮内視鏡的胃瘻造設術(PEG)・経皮経食道胃管挿入術(PTEG)は社会の高齢化に伴い、経口摂取が困難な患者に対する経腸栄養の手段として重要であることに異論ない。また、ERCPはPEG同様、偶発症の多い診断・治療手技である。しかし、PEG施行患者のERCPに関する報告は未だなく、今回、その有用性と安全性について検討した。

【方法】当院および他院でPEG/PTEGを施行され、2001年7月~2016年3月までにERCPを施行した48例(38~95歳、平均81.5歳、男性21例、女性27例)、のべ133回を対象とした。患者あたりの検査処置回数は1~11回(中央値2回)であった。 鎮静剤 はdiazepam、midazolamの単独または併用で使用し、適宜pethidineを追加した。全例酸素投与を行い、血圧、脈拍、酸素飽和度(必要により心電図)をモニタリングし、術後にflumazenilを静注した。検討項目は1) 患者背景、2) ERCP施行理由、3)成功率、4)偶発症とした。

【成績】1) 転院当日もしくは入院中症状出現より48時間以内に施行された緊急ERCPは49.6%(66/133回)であった。完全寝たきり38例(79.2%)で、基礎疾患の重症度(ASA分類)はII 22例、III 26例であり、抗血栓剤内服は6例(12.5%)であった。2) 48 例の初回施行理由は胆管結石(胆管炎、胆石性膵炎)37 例(77.1%)、悪性胆道狭窄8例、胆囊炎、主膵管断裂(急性膵炎後)、胆管炎疑いが1例ずつであった。3) 主膵管断裂(急性膵炎後)に対する11回を除く122回の目的手技完遂率は96.7%(118/122回)であった。初回選択的胆管挿管不能であった4例のうち3例はneedle knife precut後、後日肥管挿管可能であった。4) 偶発症では膵炎2例(軽症2)、出血2例(中等症1、重症1)、胆管炎1例、胆囊炎1例を認めた。酸素飽和度90%以下1回、血圧低下(≦80mmHg)2回、血圧上昇(≥200mHg)4回に認めたが、ERCPによる誤嚥性肺炎や死亡例は認めなかった。

【結論】PEG/PTEG施行患者のERCPは安全かつ有用であり、適応があれば積極的に施行すべきである。

VS-6 (内). 一般市中病院消化器科内科における緊急内視鏡の現状 〇小野寺学, 宮本大輔, 重沢 拓, 松本美櫻, 太宰昌佳, 横山朗子, 吉井新二(NTT東日本札幌病院)

【背景】緊急内視鏡検査と治療は、消化器内科医にとって、救命のため に習熟すべき重要な対応項目である. その処置は多岐に渡り, 各疾患 への対応能力は全体的な習熟度を反映する. 【目的】札幌市内一般病 院である当院における緊急内視鏡の現状と問題点を明らかにするこ と. 【対象/方法】 緊急内視鏡の定義として、各種主訴で受診後24時間 以内に内視鏡が施行された症例を対象とした。2014年1月から2015年 12月まで、緊急内視鏡が施行された365件について、緊急施行率、施行 理由,診断,処置内容等を後方視的に検討した.【結果】365件の内訳は, 上部内視鏡(以下EGD) 190件, 下部内視鏡(以下CS) 107件, ERCP関 連手技 (以下ERCP) 68 件であった. 緊急での施行率はEGD 0.01% (190/13127), CS 0.02% (107/5137), ERCP 24.7% (68/275)であった. 時間外(休日や夜間早朝など)での施行率は15.3% (56/367)であった. 施行理由は、EGDで上部消化管出血疑い(貧血やタール便等)62.6% (119/190), 上部消化管症状(心窩部痛や吐気等) 18.4% (35/190), CS で消化管出血疑い(下血等)88.8%(95/107),ERCPで胆管炎 95.6% (65/68) であった. 最終診断は、EGDで出血源不明や問題なし31% (59/190), 食道胃十二指腸潰瘍や炎症30.5% (58/190), イレウス管留 置9.5% (18/190), 異物誤嚥6.8% (13/190), 治療後出血4.2% (8/190), CSで憩室出血疑い22.4% (24/107), 治療後出血15.8% (17/107), 直腸 潰瘍等15.8% (17/107)、出血源不明や問題なし15.8% (17/107)、イレ ウス8.4% (9/107), ERCPで総胆管結石64.7% (44/68), 悪性胆道狭窄 13.2% (9/68) であった. 全体の60.3% (220/365) で各種処置を施行し、 止血処置が最多で110件(処置の50%)であった. 処置不能で救命し得 なかった症例はみられず、処置による合併症もみられなかった. 【考 察/結語】緊急での内視鏡施行率は上下部内視鏡で低率で, 胆膵内視鏡 で高率であった. 自然発生の出血等への対応はもちろん, 医療処置後 の合併症への対応も的確に施行していた. 当院は様々な年代の医師 が存在するが、夜間や休日でのバックアップ体制も機能しており、十 分に緊急内視鏡に対応できていると考えられた.

VS-7 (内). Severe obscure-overt gastrointestinal bleeding に対する緊急カプセル内視鏡を用いた治療戦略の有用性
○早坂尚貴、大沼啓之、坂本拡基、須釜佑介、平川昌宏、菊地尚平、村瀬和幸、高田弘一、宮西浩嗣、加藤淳二(札幌医科大学腫瘍内科学講座)

【目的】当科ではカプセル内視鏡(CE)を導入後の2009年1月より、顕 在性消化管出血のうち、バイタル異常を伴うか、赤血球輸血を必要と し、且つ上下部消化管内視鏡検査を行っても原因が特定できないも のをsevere obscure-overt gastrointestinal bleeding (OOGIB)と定義 し、その治療方針決定のための緊急CEの有用性を報告してきた(平川 ら、日本消化器内視鏡学会総会、2013年)。今回我々は、前回報告に 症例を追加し、当科で緊急ダブルバルーン内視鏡(DBE)と緊急CEを 施行した症例との比較検討を行ったので、最新の成績を報告する。 【対象】DBE導入後の2004年4月からCE導入前の2008年12月までに当 科でDBEを施行した166例のうち、severe OOGIBに対し緊急DBEを 施行した17例をA群、CE導入後の2009年1月から2016年5月までに CEを施行した190例のうち、severe OOGIBに対し緊急CEを施行し、 その後の治療方針を決定した26 例をB群とし、その成績を検討した。 【成績】出血原因を特定できたのは、A群で88.2% (血管性病変6例、 びらん・潰瘍性病変6例、腫瘍性病変3例)、B群で84.6% (血管性病変 13例、びらん・潰瘍性病変7例、腫瘍性病変2例)であり、両群に有意差 は認めなかった。原因を特定できた症例の治療として、A群では7例 は保存的治療、6 例はDBEによる止血術、2 例は手術を施行した。B 群では1 例は保存的治療、19 例は適切なルート選択のうえDBEによ る止血術、2例は手術を施行した。A群のうち、経口又は経肛門的な 単回のアプローチで止血可能だった症例は10例(58.8%)、B群で DBEによる止血術を施行した症例のうち、単回のアプローチで止血 可能だった症例は15例(78.9%)であった。DBEの平均施行回数はA 群1.7回、B群0.8回で、B群で有意にDBEの施行回数が少なかった。【結 語】severe OOGIBに対し、より低侵襲である緊急CEを第1選択とす る戦略は、その後の治療方針決定やDBEのルート選択に有用であり、 不要なDBEの施行を回避できると考えられた。

115 (消). 肝細胞癌副腎転移に対して局所治療を施行した1例 ○柴田敬典¹, 藤井重之¹, 坂野浩也¹, 植村尚貴', 山田充子¹, 安部智之¹, 黒田裕行¹, 前田征洋¹, 湯浅憲章², 藤田美悧³, 佐藤 健⁴, 三浦翔吾⁴, 堀口拓人⁴(製鉄記念室繭病院消化器内 科・血液腫瘍内科¹, 製鉄記念室繭病院放射線科², 製鉄記念室 繭病院病理・臨床検査室³, 札幌医科大学医学部腫瘍・血液内 科⁴)

肝細胞癌は、たとえ根治切除を施行しても、しばしば術後早期に肝内 転移再発や新規肝発癌(多中心性発癌)を起こす事が多い。また、遠 隔転移は比較的少ない癌とされている。ところが、近年その肝内病 変に対する治療成績が向上するとともに予後が改善し、肝外の転移 性病変が問題となる症例が確実に増加してきている。肝外転移を起 こした症例の予後は不良であり、有効な治療方法は確立していない。 今回我々は、肝細胞癌の副腎転移に対して、経カテーテル的動脈化学 塞栓術 (TACE) とラジオ波焼灼療法 (RFA) による局所治療を施行 した1例を経験したので報告する。症例は、67歳男性。平成26年5月 に肝細胞癌に対して中央2区域切除術を施行した。その後外来で経 過を見ていたが、平成28年1月のCT検査にて残肝S7に新規病変及び 右副腎に腫瘤影を認め副腎転移が疑われた。そこで、CTガイド下 生検を施行し肝細胞癌の副腎転移と確定診断した。遠隔転移は右副 腎だけに認めたが、肝臓に再発病変を合併していた為、両者にTACE を施行した。評価CTにて副腎に残存病変を認めた事から、RFAを 追加施行。計2回施行し、局所制御を図った。大きな合併症無く良好 な焼灼術を施行し得た。若干の文献的考察を加え報告する。

116 (消). Gd-EOB-DTPAの取り込み動態の変化を認めた肝細 胞癌の1例

○沼田泰尚,山川 司,横山佳浩,牛島慶子,鈴木 亮,岡 俊州, 笠原 薫,小林寿久,矢和田敦(函館五稜郭病院消化器内科)

肝細胞特異性MRI造影剤であるGd-EOB-DTPAは、造影剤急速注入 後のダイナミック相で血流評価が可能であるとともに、肝細胞に十 分に取り込まれた肝細胞造影相では肝機能評価が行える。肝細胞癌 の発生に関しては多段階発癌が知られているが、肝細胞癌のGd-EOB-DTPA造影MRI (EOB-MRI)の肝細胞造影相の所見は、多段階 発癌の過程で増強効果が低下していくことが報告されている。今回 我々は、画像上限局性結節性過形成(FNH)と考えられた結節が、経 過観察中にEOB-MRIの肝細胞造影相の所見が短期間で変化し、肝細 胞癌の診断に至った症例を経験したので、若干の文献的考察と、当院 のEOB-MRI検査例での画像所見の変化に関する検討を加えて報告 する。【症例】61歳、男性【既往歴】2型糖尿病、アルコール性肝炎【経過】 アルコール多飲による肝機能異常を認め、CT撮影すると肝S7に 25mm大の腫瘤性病変を認めたため、前医から紹介となる。ダイナ ミック造影CTでは動脈層で内部不整濃染、平衡相では周囲肝実質と ほぼ同等の染まりを認めた。EOB-MRIのダイナミック早期相では 漸増型の濃染を認め、肝細胞造影相で周囲肝実質と同等の造影剤の 染まりでdefectは認めなかった。積極的にHCCを疑う所見はなく、 FNHが考えられたため、前医で定期的な画像診断を受けて経過観察 の方針となった。15か月後の前医でのCTで腫瘤の増大があり再度 紹介となる。ダイナミック造影CTは前回所見と比べて変化はなかっ た。EOB-MRIで肝細胞造影相でdefectを認め、EOB-MRI所見が短 期間で大きく変化していた。HCCを疑い肝生検を施行したところ、 高分化型肝細胞癌の診断となった。手術治療が施行され、 T2N0M0, StageIIの結果であった。

- 117 (消). 中肝静脈に接した肝細胞癌に対し肝静脈のドレナージ 領域を指標とした選択的肝領域切除 (Venous drainageguided selective hepatectomy) を施行した1例
 - ○松本 譲, 岡本宗則², 平野 聡⁴, 森田ゆかり⁵, 鈴木 温¹, 中島誠一郎¹, 藤田弘之², 堀本啓大², 宮下憲暢², 齋藤 誠³, 森岡正信³, 三和公明²(医療法人菊郷会愛育病院外科¹, 医療法 人菊郷会愛育病院消化器内科², 医療法人菊郷会愛育病院内科³, 北海道大学消化器外科Ⅱ⁴, 南円山内科医院⁵)

[はじめに] 選択的肝切除は切除予定領域の肝動脈と門脈を阻血し て出現する変色域を指標として肝実質切離が行われることが多い。 一方、肝静脈のドレナージ領域を指標とした選択的肝領域切除であ るVenous-drainage-guided selective hepatectomy (VDGH)は、肝鬱 血領域を視覚化することで肝切離の指標とする手技である。肝動脈 と肝静脈を同時に遮断することによって初めて当該静脈のドレナー ジ領域が鬱血し、肝表面の変色域として視覚化が可能となる。今回、 VDGHでR0手術を安全に行えた肝細胞癌 (HCC) の一例を経験した ので報告する。[症例] 61歳の男性が上腹部痛と便秘を主訴に近医 を受診し、USで肝左葉全体を占める7cm大の腫瘤影を指摘され、当 院消化器内科紹介となった。精査で中肝静脈を圧排する肝細胞癌と 診断した。HBsAg (+)であったが、ICG15 2.4%、Liver damage A と正常肝であり、中肝静脈を含んだ肝切除により根治切除可能と診 断し、VDGHでの拡大肝左葉切除を施行した。手術時間6時間56分、 出血量1500ml、無輸血で手術を終え、合併症無く経過し術後10日目 に退院した。病理組織学的診断は高分化型肝細胞癌, 単純結節型, 7.5x5.5cm, im (-), eg, fc (+), fc-inf (-), sf (-), s0, vp0, vv0, va0, b0, sm (-) ,非癌部CH, f0-1, T2N0M0 stageIIであった。術後より エンテカビルによる肝炎治療を開始し、術後1年8ヶ月、無再発生存中 である。[結語]本術式は中肝静脈を合切するような拡大肝葉切除術 において、残肝機能が十分な場合は有用な選択肢の一つである。

- 118 (消). 非アルコール性脂肪肝炎の経過観察中13年目に発症 した肝細胞癌の1例
 - ○田中信悟,宮西浩嗣,河野 豊,坂本拡基,池田裕貴,石川和真,加藤淳二(札幌医科大学腫瘍内科学講座)

【症例】70歳代, 女性. 身長156 cm, 初診時体重54 kg. 46歳時に脂 質異常症および50歳時に肝機能障害(AST 33 IU/L, ALT 63 IU/L) と診断され、以後当科外来でfollow upされていた。 初診時から57歳 時までの11年間で15kgの体重増加とtransaminaseの上昇 (AST 101 IU/L, ALT 193 IU/L) が認められ、その時点で第1回目の肝生検が 施行された. 病理学的所見および飲酒歴からMatteoni分類 type 4 の非アルコール性脂肪肝炎(NASH)と診断された. 58歳時に高血圧 症と診断され内服加療が開始された. 食事療法による体重減少(最 大-6kg) によりtransaminaseが低下(AST 30 IU/L, ALT 40 IU/L) した62歳時に第2回目の肝生検が施行されたが、その際は明らかな ballooningや線維化の所見が認められなかった(Matteoni分類 type 2). その後、体重が再度増加傾向となり、transaminaseのみならず 血清フェリチン値も上昇した (62歳時 平均130 ng/mL, 65歳時 平 均230 ng/mL, 69歳時 平均560 ng/mL). 68歳時に糖尿病を発症し, メトホルミンの内服が開始された. 肝細胞癌のスクリーニング目的 に年1回肝3 phase CTが施行されていたが、70歳時の同検査にて肝 S6/7に径20mm大の肝細胞癌が認められた. 同病変に対してRFA が施行され、5か月後の現在まで無再発生存中である.

【考察】NASHからの肝発癌危険因子として、これまでにインスリン抵抗性、酸化ストレスおよび鉄過剰が挙げられている。我々は酸化ストレスの指標として、肝 8-Hydroxy-2'-deoxyguanosine(8-OHdG)量が独立した肝発癌危険因子であると報告した(JGastroenterol 2013)。本症例は発癌2年前に糖尿病を発症し、発癌8年前から血清フェリチン値の急激な上昇が認められ、肝 8-OHdGも増加していた。NASH症例の長期間にわたるfollow upにおいて、肝発癌の観点からは肝線維化の程度のみならず、インスリン抵抗性や酸化ストレスの指標が参考になることが示唆された。

- 119 (消). 術後12年半で肺門部リンパ節転移再発をきたした肝 細胞癌の1例
- ○鈴木康秋, 仙波佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川真哉, 杉山祥晃(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】80歳代・男性。2002年、肝右葉に径15cmの巨大腫瘍を指摘。 HBV、HCVは陰性だが、AFP 76万 ng/mlと著明高値で、各種画像 検査より肝細胞癌 (HCC) と診断し、肝右葉切除施行。mode. HCC, St, H2, Vp1, Vv1, B0, N0, M0, NL, Stage IIIの病理診断であった。 術後8年にAFP 1000 ng/mlまで上昇し、左肺舌区に径12mmの孤立 性肺転移再発を認め、胸腔鏡下切除を施行。術後AFPは速やかに低 下し、化学療法はせず経過観察となった。 肝切除後12年半目に、突如 AFP 520 ng/ml、と急上昇を認めた。CT、MRIでは肝内再発、肺転 移再発は認めなかったが、左肺門部に径 20mmのリンパ節腫大を認 め、FDG-PETでは淡い集積を認めた。生検は未施行だが、新規病変 であり、全身検索では他にAFP産生腫瘍病変は認めなかった為、 HCC肺門部リンパ節転移再発と診断。Sorafenib 800 mg投与を開始 した。5ヶ月後にはAFPは2800から2.6 ng/mlまで低下し、8ヶ月後 のCTではリンパ節は著明に縮小し、FDG-PETでは集積を認めな かった。1年後のCTではリンパ節は消失した。Sorafenib著効と判 断し、400mg継続投与中である。【結語】本症例は、肝切除後12年半 という長期の経過後に肺門部リンパ節転移再発し、かつ、Sorafenib が著効した極めて示唆に富む症例と考えられた。

- 120 (消). 肝性胸水を合併したC型慢性肝疾患を背景とした肝 細胞癌の治療後、ウイルス駆除が可能であった1例
 - ○馬場 英¹, 古家 乾¹, 小泉忠史¹, 定岡邦昌¹, 数井啓蔵², 服部淳夫³(JCHO北海道病院消化器センター¹, JCHO北海道病院外科², JCHO北海道病院病理³)

【症例】60才代、女性、主訴は息切れ、【既往歴】23才、26才で帝王切開、 いずれも輸血施行. 【現病歴】20年前に初めてC型慢性肝炎を指摘され, 以後、関東の病院で肝庇護療法を受けていた。3年前から間欠的に胸水 が貯留するようになったが、2012年11月に札幌に転居した. 2013年10 月咳嗽、発熱、左胸水貯留を認め,前医入院,60代前半で肝炎の活動性が 高いことから,肝炎の治療の目的で2013年 12 月に当科紹介となったが, 左胸水貯留を認め12月末に当科入院となった. 【現症】身長153.0cm、体 重55.4kg、左肺で呼吸音低下を認めた。胸部写真で大量の左胸水を認め た。【入院後の経過】入院時、Child B (8点)で,CT上は肝体積1245ml,脾 体積 586ml, 腹水は少量で胸水が主体であった。肝S7に以前から経過観 察となっている大きさの変化に乏しい17mmの乏血性病変を認めた。 FiborScanによるLiver stiffnessは22.3kPaで肝炎の活動性を考慮すると F3-4 程度と推定された。入院後、胸腔ドレナージと利尿剤にて左胸水 はコントロールされた。HCVRNA 1b, HCVRNA 7.5 LIU/ml, HCV core 70/91 mixed/W, IL-28B TTより胸水コントロール可能であれば、 SMV/PegIFN/RBV治療導入の方針とした。肝性胸水と判断し脾摘と 横隔膜面のリンパ管焼灼または小孔閉鎖の方針とし、2014年1月後半に HALと術中肝生検を行った。病理結果はA2F3-4であった。3 剤治療中 にもともと存在していたS7の18mmの乏血性腫瘍が治療開始後17週目 で32mmと増大し多血化したため、3 剤治療は中止として2014年7月に PRFA/TACEにて治療した.SMV終了後12週でウイルスは陽性化し、 D168V陽性、Y93H陽性であったためDCV/ASVは導入せずに2016年2 月よりSOF/LDVでの治療を開始した。治療開始時にクリオグロブリ ン陽性、尿蛋白陽性であったが、治療終了後4週でクリオグロブリンは陰 性化、尿蛋白も消失し、SVR4が得られている。F3-4で肝性胸水となり うる症例を経験し、DAAの登場によって肝癌治療後に肝炎根治療法が 導入可能となったので報告する。

121 (消). 高齢者に発症した細胆管細胞癌の1例

○岩田徳和¹, 吉田幸成¹, 檜森亮吾¹, 青木敬則¹, 菊地剛史¹, 秋野公臣¹, 見田裕章¹, 安達靖代¹, 中村正弘¹, 足立 靖¹, 加藤康夫¹, 石井良文², 遠藤高夫¹(札幌しらかば台病院消化器 科¹, 札幌しらかば台病院病理²)

[背景] 細胆管細胞癌 (Cholangiolocellular carcinoma;以下CoCC) は、 肝細胞と胆管細胞のいずれにも分化しうる肝前駆細胞が存在する細 胆管あるいはHering管の上皮細胞から発生するとされ、1959年 Steinerらが初めて報告した。CoCCは原発性肝癌取扱い規約第6版で は肝細胞癌、胆管細胞癌、混合型肝癌などとは別のカテゴリーに分類 され、極めて稀な原発性悪性肝腫瘍とされている。今回我々は高齢 者に発症したCoCCの1 例を経験したので報告する。[症例] 80 歳代、 女性。2か月続く食欲不振、体重減少、肝機能障害の精査目的に当院 に紹介入院となった。血液検査でAST 66U/I, ALT 43U/I, γ -GTP 456 U/I, ALP 1362 U/Iと胆道系優位の肝機能障害を認めたが T-Bilは正常であった。腹部単純CTでは肝右葉前区域から内側区を 中心に10cm超の類円形の低吸収域を認めた。造影検査に同意されな かったためMRIを施行したところ、同病変は長径12cmの腫瘤で、辺縁 は明瞭だがnotchを伴っていた。腫瘤内に既存脈管構造が同定され ることから、悪性リンパ腫やCoCCが疑われた。肝内胆管拡張は軽度 であった。確定診断を得るため肝腫瘍生検を施行した。HE染色で は、粘液産生のない小型の好酸性腫瘍細胞が、豊富な線維性間質を伴 い細胆管増生に類似する不規則な吻合状あるいは索状腺管を形成し 増殖するCoCCに特徴的な組織像を呈していた。また、一部に肝細胞 癌様の成分も認めた。免疫染色ではCK7/19(+)、CK20(-)で、 CK7/19は細胆管癌成分でより強い発現を示した。以上より、高齢発 症の進行CoCCと診断し、同意の下でTS-1単剤による化学療法を導入 した。2コース終了後、主病変は安定状態を維持している。[考察] CoCCは組織多彩性を呈することが多く、混合型肝癌と共通する特徴 をもつことから、2010年のWHO分類では混合型肝癌の一亜型に分 類された。しかし、希少腫瘍のためいまだ明確な診断基準はなく、病 態や予後に関しても不明な点が多い。文献的考察を加え報告する。

122 (消). Fractive lymphoid hyperplasiaの 2例 ○田中一成、松居剛志、桜井康雄、姜 貞憲、辻 邦彦、吉野裕紀、 児玉芳尚、真口宏介(手稲渓仁会病院消化器病センター)

【背景】 肝Reactive lymphoid hyperplasia (RLH) は稀な良性肝腫瘍 だが、悪性腫瘍との鑑別が重要である。 肝RLHを2 例経験したので 報告する。【症例1】58歳女性。40歳時に乳癌で乳房切除術を施行、 48歳時に骨転移再発で放射線治療の受療歴がある。2008年1月、腹痛 を主訴に当科を受診。腹部超音波検査(US)で肝S8に10mm大の境 界明瞭で内部均一な類円形の低エコー腫瘤を認めた。造影CTでは 肝S8に10mm大の淡いlow densityを認め、dynamic studyでは造影 されなかった。造影MRIではT1強調像にて低信号、T2強調像で淡 い高信号を呈したが、dynamic studyではCTと同様濃染を認めな かった。造影USでは血管相で淡く染影され、後血管相でdefectと なった。転移性肝癌を否定できないことから確定診断目的に狙撃生 検を施行した。密なリンパ球浸潤とリンパ濾胞を認め、CD 20は結 節状に分布し、CD 3には異型を認めず、CD 5,10ともに正常な分布 を示していることから肝原発のRLHと診断した。【症例2】59歳女性。 心窩部痛で当科受診。腹部USで肝S5に15mm大の類円形で境界明 瞭な低エコー腫瘤を認めた。造影MRIではT1強調像で低信号、T2 強調像で淡い高信号、dynamic Studyでは動脈相で周囲肝と同等で、 平衡相で低信号となった。造影USでは血管相で染影し、後血管相で defectとなった。CTAPではperfusion defectとなり、CTHAの1st phaseで腫瘤自体は周辺肝と同等であったが、周囲が厚い被膜様に 濃染、3rd phaseでdefectとなり被膜様濃染を呈した。同様の血行 動態を示す10mm大の結節をS7肝表に認めた。PET-CTではS5の腫 瘤に強い集積を認めたため悪性腫瘍も否定できず、両病変に対して 肝部分切除術を行った。両結節とも、胚中心を有するリンパ濾胞形 成を伴う高度のリンパ球浸潤を認め、CD20、CD3陽性細胞の分布 異常、軽鎖制限なく腫瘤内に線維芽細胞や線維化が目立たないこと から肝原発のRLHと診断した。【まとめ】肝RLHは画像診断による 鑑別は困難であり、悪性疾患が否定できない場合には生検、手術を含 めた包括的な診断が重要と思われた。

123 (消). 急性発症様自己免疫性肝炎重症例の臨床像 〇田中一成,姜 貞憲,松居剛志,辻 邦彦,吉野裕紀,児玉芳尚, 桜井康雄,真口宏介(手稲渓仁会病院消化器病センター)

【背景】自己免疫性肝炎(AIH)には急性発症様(AP)の病態が存在し、そ の一部には重症化する例が存在するが、AIH APとその重症例の臨床像 には不明な点が多い。APとその重症例の臨床像ついて明らかにする。 【方法】1995年1月から2015年12月までに、臨床的病理学的に診断した AIH160例中AP65例を対象とした。APの定義は初診時T.Bil≥5mg/dl或 はALT≥400IU/Lとし、肝障害の既往なく肝線維化F1以下をAH、肝障害 の既往を有する、或はF2以上をAEとした。重症化の定義は肝臓 2013;54,723-5.に拠った。1) AIH APの頻度と背景、2) その重症例の臨 床像、さらに3) 重症例をAE、AH別に検討し、4) AIH APにおける重症 化関連因子をLogistic回帰分析で検討した。【成績】1) 21年間に診療した AIH 137例中、APは65例(47.4%、女性54例、年齢(以下中央値) 57歳)で あった。2) AIH AP中、重症例は26例(40.0%、女性23例、61歳)で、非重 症39例(31例、56歳)と比較して、性、年齢に差は無かった。重症例は総 Bil (12.1 vs. 6.1mg/dl, p<0.05) が高く、Alb (2.8 vs. 3.6mg/dl, p<0.01), Plt (12.3 vs. 18.7x 104/ μ l, p<0.01) が低値であった。自己免疫指標は重 症例でIgG (1900 vs. 1526mg/dl, p<0.05)が高値であったが、抗核抗体力 価に差を認めなかった。組織像ではinterface hepatitis, 形質細胞浸潤、 zone 3肝細胞虚脱/壊死の頻度に差は無いが、重症例で肝線維化が強く(2 vs.1,p<0.01)、Rosette形成が多かった(65 vs.12%,p<0.01)。3) 重症化 したAIH AP 26例では、AE (n=17 (65.3%), 女性16例、61歳)がAH (n=9 (34.7%), 7例、61歳) に比して多かった。重症AEでAlb (3.1 v.s. 3.7mg/ dl, P<0.05)、Plt (13.7 v.s. $18.7 \times 104 / \mu l, p$ <0.05)、PT活性(41.7v.s.82.6%,p <0.01)がより低値だった。ANA分布に差は無く、組織像では重症AEで 線維化進行例が多かった(3 vs.2,p< 0.05)。revised AIH scoreはAE 、 AH ともに15点と差は無かった。4) 重症化関連因子としてAE (p<0.05、 OR 4.35、95%CI 1.02 $\sim\!18.5$)、Albumin (p<0.05,OR 0.14,95%CI -3.82 ~-0.05) が抽出された【結語】AIH APにおける重症例は1/3を越えるこ とから、AIHの臨床におけるAPの重要性が示唆される。AIH AP重症 化には線維化の程度が影響していると考えられた。

124 (消). Shear wave elastgraphyによる肝線維化評価

○松居剛志¹, 西脇 隆², 竹内有加里³, 田中一成¹, 姜 貞憲¹, 辻 邦彦¹, 真口宏介¹(手稲渓仁会病院消化器病センター¹, 手稲渓仁会病院技術部², 手稲渓仁会病院生理検査部³)

【目的】肝疾患における肝線維化は肝発癌と密接に関連し、その評価は 極めて重要である今回、慢性肝疾患におけるshear wave elastgraphy (以下SWE) を用いた肝線維化診断能について検討した。【対象と方法】 2014年12月から2016年4月までにSWE肝硬度を測定した149例を対象と しSWEにより得られたVm値とFIB-4 indexとの相関を検討した。また、 SWE施行の半年以内に肝生検を施行した41 例を組織学的線維化で3 群 に分類し、Vm値 (m/s) との比較検討を行った。更にROC曲線を用い、 cut off値を設定し感度、特異度、AUC-ROCを算出した。使用機器は LOGIQE9 (GEヘルスケアジャパン社製)、コンベックスC1-6 XD clear で、右肋間走査にて超音波画像のDepthを8cm前後と固定し安定した10 回の平均値をその被検者の弾性定量値Vmとした。【成績】 男性79例/20 例(全例/肝生検例)・女性70例/21例、中央値年齢66歳/60.5歳、背景肝疾 患はB型慢性肝炎・肝硬変31/8例、C型慢性肝炎、肝硬変41/16例、その 他77/17例であった。血液検査の中央値は、血小板数17.0/16.4万/μL、 AST 31.0/47.0IU/L, ALT 26.5/49.0IU/L, Alb 4.0/3.9 g/dl, T-Bi 10.7/0.7mg/dL、FIB-4 indexは2.25であった。肝線維化ステージ はF0-1:26 例、F2:9 例、F3-4:6 例で、Vmの中央値は1.46m/sであり FIB-4 indexと相関を示した (r= 0.49、p< 0.01)。 肝線維化stage別の Vm値はF0-1:1.36 m/s、F2:1.74 m/s、F3-4:1.83 m/sであった。F0-1 群のVmはF2群、F3-4群よりも有意に低い結果であった(p=0.0272、 p=0.0232)。しかしながらF2群とF3、4群では差は認められなかった (p=0.4795)。Vm値によるF0-1とF2以上の判別能についてはcut off値 1.66 m/sとすると感度 0.67、特異度 0.81、AUC-ROC 0.7705と肝線維化 進展の比較的軽いステージにおいて判別能を有していた。FIB-4 index では感度0.87とVmよりも優れているものの、特異度は0.73とVmよりも 低い結果であった。【結語】肝線維化進展評価にSWEを用いた肝硬度測 定は有用であった. 比較的軽いステージにおいて判別能を有しており、 実臨床での線維化の早期診断に有用であることが示唆された。

125 (消). Dual Energy CTを用いたNAFLD診断

○松居剛志¹,板谷春佑²,田中一成¹,姜 貞憲¹,辻 邦彦¹, 真口宏介¹(手稲渓仁会病院消化器病センター¹,手稲渓仁会病院技術部²)

【目的】近年、肝疾患において非アルコール性脂肪肝(NAFLD)が増 加しており、その中でも肝硬変・肝細胞癌へと進行する非アルコー ル性肝炎(NASH)が注目されている。我々はこれまで非侵襲的な肝 の脂肪評価方法としてDual Energy CTの有用性を報告してきた。 今回、症例の蓄積に伴いその有用性を再検討することを目的とした。 【方法】対象は2014年10月から2016年4月で肝生検およびDual Energy CT (GE社製) を施行した54 例。CT画面上で肝右葉・左葉 各3点にROIを設定しspectral HU曲線を作成して、spectral HU 曲 線の40keVのCT値を計測し6点の平均値を計算した。これにより得 られた40 KeVのCT値と肝生検における脂肪領域の割合との相関性 について検討した。更にReceiver operator characteristic curve (ROC曲線)を用い、cut off値を設定し感度、特異度を算出した。【結 果】男女比23:31、中央値年齢64.5歳(25-87)、背景肝疾患は脂肪肝20 例、B型慢性肝炎9例、C型慢性肝炎14例、自己免疫性肝炎5例、その 他疾患 6 例であった。血液検査の中央値は、血小板数 18.2 万/ μL (13.6-44.7)、AST 58IU/L (41-345)、ALT 68IU/L (41-531) であっ た。組織の脂肪領域は15% (1-90)であり、Dual Energy CTにより 得られた40keVのCT値は62.5 (-17-85) であった。40keV のCT値は 肝生検の脂肪領域の割合と強く逆相関していた (r=-0.8068、P< 0.01)。脂肪領域 10%以上の判別能に関してはAUC-ROC 0.7598で あり、cut off値を63とすると感度0.692、特異度0.80であった。脂肪 領域 5%以上の判別能はAUC-ROC 0.9010であり、cut off値を69す ると感度0.875、特異度0.833であった。【まとめ】Dual Energy CTに より得られた40keVのCT値は肝脂肪領域の割合と強い逆相関を示 した。ROC曲線より得られたcut off値を設けることにより、脂肪領 域が5%以上の症例の検出が可能と考えられ、Dual Energy CTによ り得られた40keVのCT値はNAFLDの非侵襲的な早期診断に有用で あることが示唆された。

- 126 (消). MR ElastographyとIDEAL IQによるC型慢性肝炎 IFN free DAAs治療後フォローアップ
 - ○鈴木康秋, 仙波佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川真哉, 杉山祥晃(名寄市立総合病院消化器内科)

【はじめに】MR Elastography (MRE)は、肝内の振動の伝播をMRI 位相変化量として捉え、組織弾性率により肝硬度を評価する手法で、 また、IDEAL IQはcomplexベースのMRI化学シフト法で、肝の脂肪 含有率と鉄沈着の評価ができる。今回我々は、C型慢性肝炎のIFN free DAAs療法前後において、MREとIDEAL IQによる評価をした ので報告する。【対象と方法】IFN free DAAs療法を施行したC型慢 性肝炎·肝硬変13例(SVR 12以上 10、breakthrough 2、relapse 1例)。 同時期に同間隔で評価したDAAs非治療群9例を対照群とし、治療前 後のALT値、血小板数、FIB4 index、MRE肝硬度、IDEAL IQ脂肪 含有率・鉄沈着率の変化を比較検討した。【結果】1、初回評価(治療 群:非治療群)。年齢65:71、ALT値60.3:63.3、血小板数9.7万: 10.6万、FIB4 index 4.8:6.8、MRE肝硬度 (kPa) 5.0:5.4、IDEAL IQ脂肪含有率(%) 6.3:6.5、IDEAL IQ鉄沈着率(Hz) 32:35.9で有 意差は無かった。2、非治療群の再評価 (平均間隔11ヶ月)。ALT値 45.8、血小板数 11.3 万、FIB4 index 6.7、MRE肝硬度 5.4、IDEAL IQ脂肪含有率5.8、IDEAL IQ鉄沈着率30.3と初回時と有意な変化は 無かった。3、DAAs治療群の再評価(平均間隔 11.6ヶ月)。ALT値 30.8、血小板数9.7万、FIB4 index 4.1、MRE肝硬度3.9、IDEAL IQ 脂肪含有率 6.3、IDEAL IQ鉄沈着率 35と、ALT、MRE肝硬度の低 下を認めた。特にSVR 12 達成群では、MRE肝弾性度が約 20%低下 した。【考察】MREでは、肝線維化に加え、炎症も肝硬度に影響を与 えるため、DAAsのSVR群においてMRE肝弾性度が軽度低下した と考えられる。今後、SVR群では、ALT正常化後のMRE測定によ り肝線維化改善の非侵襲的評価が可能になると考えられる。

- 127 (消). 胃内視鏡検査を契機に診断された多包性肝エキノコックス症の1例
- ○高橋はるか,鈴木康秋,仙波佳祐,小林 裕,久野木健仁, 芹川真哉,杉山祥晃(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】40歳代・女性。胃癌検診内視鏡にて胃噴門部直下に径 25mmのSMT様隆起を指摘され、精査のため当科受診。血液生化学 検査では鉄欠乏性貧血以外は異常を認めず、腫瘍マーカーは正常で あった。精査内視鏡では、SMT様隆起はCushon sign陰性で、拡大 では粘膜に明らかな構造不整は認めず、生検では慢性胃炎の所見の みであった。腹部造影CTでは胃噴門部に接して、径30mmのlow density massを認め、内部に隔壁様構造を認め、石灰化を伴ってい た。さらに、肝S4表面に径90×27mmの石灰化を伴う多房性嚢胞性 病変を認め、肝S7に径13mmの円形の嚢胞性病変を認めた。MRIで はT1強調で低信号、T2強調で噴門部近傍腫瘤は微小嚢胞集簇パ ターン、S4は大小不同の程度の異なる高信号の集簇パターン、S7 は孤立性嚢胞パターンを呈した。超音波では、噴門部近傍腫瘤は石 灰化を伴う低エコー腫瘤で、造影では乏血性で後血管相では完全欠 損を呈し、S4は石灰化を伴う無エコーと低エコーが混在した腫瘤 で、造影では乏血性で後血管相では多包性肝エキノコックス症に特 徴的な虫喰い様造影欠損(worm-eaten defect appearance)を認め た。S7は石灰化を伴う低エコー腫瘤で、造影では乏血性で後血管相 では完全欠損を呈した。以上より肝S4主病巣+S7肝内転移+噴門 部リンパ節転移の多包性肝エキノコックス症と診断(後日、抗エキノ コックスEm 18 抗体陽性が判明)。肝左葉切除+S7部分切除+噴門 部リンパ節切除を施行し、病理学的確定診断に至った。【考察】多包 性肝エキノコックス症は進行すると、腹腔内リンパ節、肺、脳、骨など に転移巣を形成することがある。リンパ節転移は肝十二指腸靱帯近 傍に多い。本症例は極めて稀な噴門部リンパ節転移の圧排による胃 SMT様病変が診断の契機になっており、示唆に富む症例と考えられ

- 128 (消). EUS-FNAが診断に有用であった肝エキノコックス ${
 m ilde{x}}$ の1例
 - ○澤井健之,川上裕次郎,林 優希,赤保内正和,福田昴一郎, 谷津高文,鈴木一也,米澤和彦,阿部 敬(市立釧路総合病院 消化器内科)

症例は60歳代女性. 2015年6月下旬より食欲不振が出現し,8月発熱, 皮膚黄染を認め, 近医を受診、血液検査で肝機能障害, 閉塞性黄疸の 所見を認め、当科紹介となった. CTでは、肝S1を主体として内部に 石灰化を有する径 30mm大の不整形乏血性腫瘍を認め、肝門部浸潤 をきたし、大動脈周囲、下大静脈周囲、右心横隔膜リンパ節腫大を認 めた. MRCPでは、T2強調像で点状高信号, 拡散強調像で高信号を 示す腫瘍を認めた. 上記画像検査から, 閉塞性黄疸の原因として, 肝 内胆管癌多発リンパ節転移が疑われ、診断及び減黄目的にERCPを 施行した. 胆管造影では肝門部閉塞を認め, 閉塞部位より胆管生検, 擦渦細胞診を行い、左右胆管にEBSを施行した、組織診では明らか な悪性所見を認めず、細胞診ではclassIの結果であったため、確定診 断目的にEUS-FNAを施行した. 組織診では,硝子化変性を伴った壊 死組織内に層状のクチクラ層を認め、エキノコックス症の可能性が 示唆された. エキノコックス抗体検査を追加したところ, エキノコッ クス症血清反応試験でELISA法偽陽性、ウェスタンブロット法陽性 であった.以上より肝エキノコックス症と確定診断した.現在は albendazoleを内服し、当科外来にてフォロー中である。 肝エキノ コックス症は、肝の寄生虫性嚢胞性疾患で、発症するまでの経過が5 ~15年と長く, 自覚症状に乏しいため, 発見時には既に高度な胆管閉 塞を伴って進行している例も少なくない. また, 画像上, 乏血性で, 辺縁不整な充実性部分, 嚢胞, 石灰化が特徴とされているが, しばし ば悪性腫瘍との鑑別に難渋する. 胆膵疾患に対するEUS-FNAの有 用性は広く認知されているが、エキノコックス症に対するEUS-FNAの報告に関しては、医中誌およびPubmedで検索し得た範囲内 では、本症例を含めると2例の報告のみであった. 今回我々は、肝内 胆管癌との鑑別を要し、EUS-FNAが診断に有用であった肝エキノ コックス症の1例を経験したため,文献的考察を加えて報告する.

129 (消). 治療に難渋したアメーバ性肝膿瘍の1例

○平田幸司, 高木智史, 林 健児, 小笠原倫子, 福島 拓, 吉田純一(JCHO札幌北辰病院消化器内科)

【症例】44歳,男性. 【主訴】発熱,下痢【現病歴】6ヶ月間持続する発熱・ 下痢を主訴に当科外来を受診した.血液検査では炎症反応および肝 胆道系酵素の上昇がみられ、腹部超音波検査では肝右葉に境界不明 瞭、内部不均一な腫瘤像を認めた. 腹部造影CTでは肝右葉に13cm 大の辺縁内部に網状造影効果を伴う単発の腫瘤影を認めた. 巨大肝 膿瘍の診断で経皮経肝膿瘍穿刺を行い、anchovy paste様の無臭膿 汁を確認し、ドレナージチューブを留置した. 穿刺液の光学顕微鏡 検査で原虫の集簇を認め、アメーバ性肝膿瘍と診断し、メトロニダ ゾールの投与を開始した. 翌日の下部消化管内視鏡検査では直腸に 多発する潰瘍を認め、生検検体の顕微鏡検査で肝膿瘍と同様の虫体 を同定したため、腸管アメーバの経門脈的な進展による肝膿瘍形成 が考えられた. その後発熱および炎症反応は低減傾向を示したが. チューブからの排液は少量であり、膿瘍の縮小は得られなかった. また第8病目から胸部レントゲン検査で右胸水の出現がみられた. 胸水は経時的に増加し、第15病日には呼吸困難感の出現と右上葉に 至る胸水貯留像を認めたため,右胸腔穿刺を行った.胸水の性状は 淡黄色であり, 顕微鏡検査では反応性中皮細胞を認めるのみで虫体 は認めず, 肝膿瘍の胸腔内穿破ではなく反応性胸水と診断した. 徐々 に胸水量の低下および肝膿瘍の縮小を認め、第35病日までに胸腔お よび膿瘍ドレーンを抜去し、第49病日に退院した. 退院後は肝膿瘍、 右胸水の貯留と右肺下葉の無気肺は残存するものの、発熱などの臨 床症状はなく経過している. 【考察】本症例は膿瘍から虫体を同定で き,早期に抗菌薬による治療を開始することができたが,巨大肝膿瘍 に対するドレナージ効果が不十分であり、肺へ炎症波及をきたし治 療に難渋することとなった. アメーバ性肝膿瘍に対するドレナージ の意義や治療方法に関する検討が今後必要と考えられたため、若干 の文献的考察を加え報告する.

130 (消). 出血性肝嚢胞に対して腹腔鏡下天蓋切除術を施行した2例

○河野 剛, 及能大輔, 水口 徹, 山口洋志, 今村将史, 木村康利, 沖田憲司, 信岡隆幸, 竹政伊知朗(札幌医科大学医学部消化器・総合、乳腺・内分泌外科)

【はじめに】有症状の出血性肝嚢胞に対して、その鑑別診断と外科治 療を2例に施行したので報告する。【症例1】65歳、女性。右上腹部痛、 貧血があり当院内科を受診。CTで肝右葉に16cm大の嚢胞がみら れ、精査目的にエコーガイド下穿刺を施行し、古血様の茶褐色漿液性 の排液がみられた。肝嚢胞内出血が疼痛、貧血の原因と考えられ、肝 嚢胞に対する手術目的に当科紹介となった。DIC-CTで胆管との交 通はみられず、画像検査および排液の細胞診から悪性疾患は否定的 であり、嚢胞内出血を伴う肝嚢胞の診断で手術を行った。【症例 2】 61歳、男性。右側腹部痛を自覚し近医を受診。CTで肝右葉に内部が 均一に低濃度な16cm大の腫瘤を認め、精査加療目的に当科受診。 MRIでは多房性嚢胞の所見で、一部にT1で高信号の部分を認めた。 各種モダリティで充実性成分や悪性を疑う所見を認めず、有症状の 出血性肝嚢胞の診断で手術を行った。【手術】2例ともに腹腔鏡下天 蓋切除術を施行した。まず初めに嚢胞壁の一部を術中迅速組織診に 提出し、異型細胞上皮がみられないことを確認して、嚢胞壁を可及的 に広い範囲でENSEALを用いて切離した。嚢胞内部には柔らかい 茶褐色の隔壁様構造物が充満しており、回収用袋に収納して摘出し た。ダイセクティングシーラーを用いて内腔面の凝固止血を可及的 に行った。出血や胆汁漏のないことを確認して手術を終了した。【経 過』2例ともに術後合併症なく良好に経過し、1例目は第9病日、2例 目は第14病目に退院した。病理診断でフィブリンと凝血塊を伴う肝 嚢胞の所見で、悪性所見はみられなかった。現在までに腹腔内出血 や再発はみられていない。【まとめ】出血を伴う肝嚢胞に対して、腹 腔鏡下天蓋手術は鑑別、治療を施行可能な有効な治療法であると考 えられた。

131 (消). ミノサイクリン注入固定術が著効した高齢者出血性 肝嚢胞の1例

○杉山祥晃, 鈴木康秋, 仙波佳祐, 小林 裕, 久野木健仁, 芹川真哉(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】89歳・女性。1W前から倦怠感、5日前から38℃の発熱、右 側腹部・背部痛が出現し近医受診。腎盂腎炎疑いで抗菌剤処方され るも改善なく当科紹介となった。血液生化学検査では、WBC 4,800、 Hb 9.7、Plt 47.2万、CRP 11.5、AST 108、ALT 83、ALP 795、γ GTP 105と、軽度貧血とCRPの上昇、胆道系優位の肝障害を認めた。 超音波では、肝右葉前区域を占める径110mmの巨大な嚢胞性腫瘤 と、S8表面に径35mmの嚢胞を認めた。後者が内部均一な無エコー の典型的な単純性嚢胞所見に対し、前者は内部が不規則な網目状の 充実成分で占められ、complicated cystと考えられた。腹部造影CT では、後者より前者の病変のCT値が高く、かつ前者の嚢胞性病変周 囲は軽度の低吸収帯を呈していた。MRIでは、後者がT1low、T2 very highの典型的な嚢胞所見に対し、前者はT1 high、T2 不均一 hign (前者よりはlow intensity)であった。以上より、前者は嚢胞内 出血によるcomplicated cystと診断した。経皮的に嚢胞ドレナージ チューブを留置し、約420mlの暗赤色の血性嚢胞液をドレナージし、 生食で洗浄した。その後、ドレナージチューブよりミノサイクリン 注入固定術を2回施行(計600mgのミノサイクリンを注入)。1ヶ月後 に退院となった。退院後80日目に施行したCTでは、治療した巨大肝 嚢胞は消失した。【考察】肝嚢胞内出血は単純性肝嚢胞の比較的稀な 合併症であり、その頻度は10%以下である。肝嚢胞内出血は多彩な 画像所見を呈するため、腫瘍との鑑別が困難で、腫瘍を否定できずに 手術に至った例が多い。本症例は、各種画像診断で嚢胞内出血によ る有症状のcomplicated cystと診断し、早期のドレナージにより症 状を改善させ、かつミノサイクリン注入固定術により完治させるこ とができた。

132 (消). 膵癌におけるNACRT後の治療効果と適切なSMA神 経叢郭清範囲に関する検討

○永生高広', 蒲池浩文', 敦賀陽介', 田中友香', 脇坂和貴', 島田慎吾', 若山顕治', 折茂達也', 横尾英樹', 神山俊哉', 三橋智子², 武冨紹信'(北海道大学大学院医学研究科消化器外 科学分野I', 北海道大学病院病理部²)

【目的】局所進行膵癌に対して術前化学放射線療法 (NACRT) を施 行後に手術を行っている。上腸間膜動脈 (SMA) 周囲神経叢浸潤に 対するNACRT後の切除範囲に関しては診断時画像評価に基づき決 定しているが、その妥当性に関し検討した。【対象と方法】2005年か ら2016 年までに当科でNACRTを施行した38 例中SMA神経叢浸潤 を診断時CTにて認め手術を施行した7例。診断時CTとNACRT後 CTを用いて画像評価を実施した。SMA神経叢の切除範囲は NACRT施行前の浸潤予想範囲とした。実際の癌の浸潤範囲に関し て病理学的検討を実施した。【結果】病理結果はSMA神経叢に関し て全例断端陰性であり、全切除例でR Oが得られた。Evans分類は Grade I 0 例、Grade II a 3 例、Grade IIb 3 例、Grade III 1 例。 SMA神経叢浸潤があったと思われる部位には神経周囲のfibrosis bandなど線維化が目立ち、出血とhemosiderin沈着など癌の治療効 果と考えられる所見も認められた。再発症例は7例中4例で他病死1 例、無再発生存が2例。【結語】NACRTの局所コントロールは良好で 当科の検討においてSMA神経叢の切除範囲は診断時の画像評価に 基づいて実施すると現在のところ全例切除断端陰性が得られてい

- 133 (内). 遠位悪性胆管狭窄に対する経乳頭的金属ステント留置後の膵炎に関するリスク因子の検討
 - ○永井一正,金 俊文,北川 洸,古賀英彬,遠藤壮登,古賀毅彦, 小松直広,矢根 圭, 潟沼朗生,高橋邦幸,真口宏介(手稲渓 仁会病院消化器病センター)

【背景と目的】胆管狭窄に対する金属ステント(MS)留置に際しては膵 管閉塞による膵炎が問題となる。悪性遠位胆管狭窄に対するMS留置 例を検討し、膵炎発症に関わるリスク因子を明らかにすることを目的 とした。【対象と方法】対象は2009年4月から2016年5月までに当セン ターで悪性遠位胆管狭窄に対し経乳頭的MS初回留置の341 例。検討項 目は、1) 患者背景、2) MS留置内容、3) 膵炎の発症頻度、4) 膵炎リ スク因子、とした。膵炎の定義及び重症度評価はASGE guidelineに準 拠した。【結果】1) 年齢中央値 73 (41-95)歳、男女比 175:166。原疾患 は膵癌280、肝外胆管癌28、胆嚢癌12、乳頭部腫瘍 8、他臓器癌の胆管浸 潤/転移性リンパ節 13であり、うち腫瘍浸潤により主膵管狭窄・閉塞 を合併していたのは255 (75%; 膵癌 247、乳頭部腫瘍 8) であった。未 処置乳頭159例(47%)、EST既往59例、EBS/ENBD後123例であった。 2) MSの種類はfull/partial covered 324 (95%)、uncovered 17 (5%)で あり、留置前のEST施行(既往含む)を240例(70%)、留置後の膵管ドレ ナージ (EPS/ENPD) を9例 (3%) に施行した。処置時間中央値は20 (5-135)分であった。3) 膵炎は27例(8%; 軽症 19、中等症 7、重症 1)で発症 し、原疾患別には膵癌 19 (7%)、肝外胆管癌 4 (14%)、胆嚢癌 2 (33%)、 乳頭部腫瘍 1 (13%) であった。全例保存的加療にて改善を認めたが、 うち2例でMS抜去を要した。4) 膵炎発症に関して、年齢、性別、原疾 患、主膵管浸潤、乳頭処置既往、EST、EMSの種類、膵管ドレナージ、 処置時間別に単変量解析を行ったところ、年齢(75歳以上 11% vs 75歳 未満 5%; p=0.04)、主膵管浸潤(あり 5% vs なし 15%; p=0.007)で有意 差を認めた。このうち、多変量解析にて主膵管浸潤なしが膵炎発症の リスク因子として抽出された(OR 3.24、95%CI 1.27-8.24; p=0.01)。【結 語】膵炎発症のリスク因子として主膵管浸潤なしが抽出された。主膵 管浸潤のない悪性遠位胆管狭窄に対するEMS留置は膵炎発症のリス クが高く、留置に際して十分な注意が必要と考えられた。

134 (内). 当院におけるinterventional EUS の現状 ○江藤和範,斉藤里佳,中島正人,小林智絵,小西康平, 山本文泰(苫小牧市立病院消化器内科)

【背景】当院では2012年4月よりコンベックス型EUSを整備し、 interventional EUSを導入した. 導入後の成績ならびに問題点につい て検討した. 【対象】2012年4月から2016年3月までにinterventional EUSを施行した190 例 (FNA 162 例, 治療 28 例) についてそれぞれ retrospective に検討した. 【方法】超音波内視鏡は、Olympus 社製の UCT 260, 超音波観測装置は、Olympus 社製のEU-ME1を使用した. 【結果1:FNA】162例に施行した. 年齢中央値は69歳(37-89), 男性 92 例. 対象病変は膵臓 99例, リンパ節 29例, 粘膜下腫瘍 20例, 腹腔内腫 瘤 6例, 後腹膜腫瘤 3例, 胃壁肥厚・縦隔腫瘍・胆嚢腫瘍・肺腫瘍・脾 腫瘍がそれぞれ1 例ずつであった. 抗血栓療法は21 例で施行されてお り,うち12例では休薬を行っていなかった. 穿刺針は22Gが114例と最 も使用されており(19/20/22/25G 26/2/114/41), そのうちSide port のある針が7例で使用されていた. 穿刺回数中央値は3回(0-6回), 組 織採取率 87.7% (142/162)、組織正診率 70.4% (100/162) であった. 細胞採取率 98.1% (159/162)、細胞診正診率 93.7% (149/162)であっ た. 合併症は4% (7/162)に認めたが、重篤なものはみられなかった. 【結果2:治療】経乳頭的アプローチ、経皮的アプローチともに不能な 症例を「絶対的適応」、経皮的アプローチは可能であるがQOL維持に内 瘻化が有効と判断された症例を「総体的適応」とし、28例に施行した. 年齢中央値は69.5歳(46-98), 男性 14 例. 対象病変はRendezvous (RV) 法 2例, 胆管 7例, 胆囊 6例, 感染性囊胞・膿瘍 12例, 膵液漏 1例 であった. 抗血栓療法は6 例で施行されており, うち2 例では休薬を 行っていなかった. 穿刺針は19Gが使用され、瘻孔拡張には、Century Medical 社製の6Fr通電ダイレーターが使用されていた。 留置ステン トはプラスチックが8例、金属が16例使用されていた. 手技成功率は 85.7% (24/28), 奏功率は100% (24/24), 合併症は7% (2/28)で認めた が、重篤なものはみられなかった. 【結語】 FNAについては、組織診の 検体採取率ならびに正診率の向上が望まれた. 治療については、現在 のところ比較的安全に導入できていると考えられた.

- 135 (内). 迷入した膵管ステントを胆石除去用バルーンカテー テルと生検鉗子の同時使用により回収した1例
- ○福田昂一郎, 鈴木一也, 林 優希, 赤保内正和, 川上裕次郎, 谷津高文, 米澤和彦, 阿部 敬(市立釧路総合病院消化器内科)

【背景】膵管ステント留置による膵管ドレナージ術は慢性膵炎に対 する内視鏡的治療の1つであり、その有用性は数多く報告されてい る. しかし、膵管ステント留置に伴う偶発症であるステントの膵管 内迷入が稀ながら発生する. ステントが迷入すると回収に難渋する 場合があり、内視鏡的回収が不能で外科手術を要した症例の報告も ある. 今回我々は、様々なデバイスの単独使用ではステント回収不 能だったが、胆石除去用バルーンカテーテルと生検鉗子の同時使用 によりステント回収に成功した1例を経験したので報告する. 【症例】 61歳男性【主訴】特になし【現病歴】2012年5月アルコール性急性膵炎 を発症後、慢性膵炎に移行した. 反復する膵炎発作や左胃大網動脈 仮性瘤を介した繰り返す上部消化管出血に対して加療を行い、その 一環として2015年8月膵管ステント 5Fr 12cm Geenen Pancreatic Stent (Cook Medical®) を挿入した。諸治療の末に経過が安定した ため、2016年2月膵管ステント抜去の方針となる. 【経過】JF-260V (OLYMPUS®)を使用してERPを施行. 把持鉗子にてステント抜去 を試みたが断裂し、膵管内にステントが遺残した. 過去に有用と報 告されているバルーンカテーテル・バスケットの単独使用で回収を 試みたが, いずれも不成功となり, 同日の手技は終了した. (ステン ト内にガイドワイヤーが挿入不能であり、Stent retrieverは使用せ ず.) 4日後にTJF-240 (OLYMPUS®) を使用してERPを再施行. ま ずは、5Fr胆石除去用バルーンカテーテルB(ゼオンメディカル®) 単独で回収を試みたが不成功.そこで、同カテーテルを膵管内に挿 入し、バルーンを膨らませてステントと密着・一体化させて十二指 腸側に引き, 乳頭から出たステント断端を生検鉗子 (Radial Jaw4:Boston Scientific®)にて把持したところ、回収に成功した.【考 察】迷入した膵管ステントの回収法に関しては, 過去にも様々な報告 があるが、本手技も同様に有用である可能性が示唆されたため、若干 の文献的考察を加えて報告する.

- 136 (消). 縦隔内降仮性嚢胞に対して内視鏡的経鼻膵管ドレ ナージが著効した2症例の検討
- ○河端秀賢,藤井常志,石井貴大,斎藤 敦,小沼 新,林 秀美,阿部真美,長谷部千登美(旭川赤十字病院消化器内科)

【はじめに】膵炎の合併症である膵仮性嚢胞は高頻度に経験するが、 稀に縦隔内に進展することがある。縦隔内膵仮性嚢胞は保存的治療 に難渋することが多く、以前は外科的ドレナージをすることが多 かった。今回ソマトスタチン誘導体と内視鏡的治療にて2症例を治 療し得たので報告する。【症例1】30歳代.男性.アルコール依存症の ため急性膵炎を7回発症し、その都度保存的に加療されていた。今回 は喀血を主訴に入院した。胸部CTで肺野の急激な気腫性変化や膵 性胸水を認めた。気管支鏡では出血源不明であった。腹部CTでは 膵臓から縦隔内に連続した嚢胞を認め、MRCPにて不規則に拡張し た主膵管と嚢胞の交通を認め、縦隔内膵仮性嚢胞の診断となった。 ERCPにて膵体部の主膵管と嚢胞に交通を認め、嚢胞内に内視鏡的 経鼻膵管ドレナージ (ENPD 5Fr pigtail) を留置した。またソマ トスタチン誘導体による保存的治療も並行して施行した。ENPDの 位置調整を行った数日後の膵管造影では、膵管と嚢胞の交通はすで に消失していた。膵管ステント (5Fr 5cm) を留置して内瘻化を行っ た。2か月後のCTでは肺の気腫性変化は著明に改善し、膵仮性嚢胞 の再発も認めなかった。【症例 2】50 歳代.男性.アルコール性慢性膵 炎の急性増悪を繰り返していたが、断酒ができず今回は胸痛・高熱 を主訴に入院した。CT・MRCPにて膵体部から縦隔内に連続して 嚢胞を認め、主膵管と嚢胞の交通も認めた。症例1と同様に縦隔内膵 仮性嚢胞と診断された。ERCPでは主乳頭からの膵管挿入が困難に て、副乳頭から膵管造影を行った。主膵管と嚢胞の交通を認め、内視 鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD 5Fr pigtail)を留置後、後日膵管 ステント(5Fr 5cm)による内瘻化を行い軽快した。【まとめ】縦隔内 膵仮性嚢胞はソマトスタチン誘導体と内視鏡的乳頭ドレナージが有 効と思われた。

137 (消). アルコール性肝障害における膵硬度の検討

○土居 忠1, 平田健一郎1, 大井雅夫1, 秋山剛英1, 高橋 稔1 佐藤昌則^{1,4}、古川勝久²、森井一裕²、女澤慎一³、本間久登¹(札 幌共立五輪橋病院消化器病センター¹、札幌共立五輪橋病院血 液腫瘍内科², 札幌共立医院消化器内科³, 札幌医科大学腫瘍内

【目的】 我々はすでにShear wave elastography (SWE) による膵硬 度測定は臨床応用可能であり、慢性膵炎(CP)では膵硬度が上昇する ことを報告した。そこで今回はアルコール性肝障害患者における早 期膵障害の実態を明らかにする端緒としてアルコール性肝障害患者 の膵硬度について検討した。【対象・方法】2015年9月から2016年5 月までに当科で膵SWEを施行した1 目 60g以上の飲酒習慣を有する アルコール性肝障害患者32症例と正常群33症例を対象とした。アル コール性肝障害群はさらに慢性膵炎診断基準2009に該当しない21例 (ALD単独群)とCP併存群11例に分けて比較検討した。膵硬度測定 にはTOSHIBA Aplio 500 Shear wave with Smart maps (SwSm) を用い、剪断弾性波伝播速度(SWV;m/s)を測定した。【結果】慢性膵 炎診断基準2009により11例がCP (確診+準確診6例、早期慢性膵炎4 例、疑診1例)と診断された。膵硬度はCP群(中央値2.32m/s)とALD 単独群 (中央値2.20m/s) ともに正常群 (中央値1.82m/s) に比べ有意 に高い値を示した。CP併存群とALD単独群を比較するとCP併存群 で高い傾向を示したが有意差はなかった。また肝硬変群(中央値 2.28m/s)と非肝硬変群(中央値2.18m/s)を比較すると肝硬変群で膵 硬度が高い傾向を示したが有意差は認めなかった。【結語】慢性膵炎 の臨床所見に乏しく、慢性膵炎診断基準に該当しないアルコール性 肝障害患者においても膵硬度上昇が認められた。今後、SWEを用 いた膵硬度測定が早期膵障害の評価に有用かをさらに検討していく 必要がある。

- 138 (消). 当院における重症膵炎治療中に発症した血栓症の発 生危険因子と予後の検討
 - ○松野鉄平, 小野道洋, 石川和真, 吉田真誠, 佐藤 勉, 佐藤康史, 宮西浩嗣, 小船雅義, 加藤淳二(札幌医科大学腫瘍・血液内科)

【背景】重症膵炎には制御困難な合併症が発生することがあり、未だ 致命率の高い重篤な疾患である。救命率を高めるためには併発した 疾患ごとの適切な治療を行う必要があるが、しばしば経験する血栓 症に関しては、その頻度、発生危険因子や予後に及ぼす影響について 詳細な検討がされていない。【目的】重症膵炎の治療中に併発した血 栓症の発生危険因子と予後を解析する。【方法】2010年4月~2016年 3月までに当院で治療された重症膵炎41例のうち、全身の造影CTを 退院までに少なくとも2回以上撮像されている32例33回を対象とし、 1) 患者背景、2) 血栓の併発率と部位の内訳、3) 発症3日以内のPT-INR,APTT,フィブリノーゲン(FIB),FDPの最高値と血栓の関連性、 4)予後因子と血栓の関連性、5)血栓と予後の関連性、について後方 視的に解析した。尚、膵炎の予後因子は厚生労働省急性膵炎重症度 判定基準2008に基づいて判定した。【結果】1) 患者背景は男25女7、 年齢中央値54.1歳(21-79)、膵炎の原疾患はアルコール14/ERCP6/胆 石4/膵癌3/特発性2/その他4、併存疾患は担癌7/Af4/DM4/凝固線 溶系の異常をきたす疾患0、予後因子2以下18/3以上13/不明2であっ た。2) 血栓の発症率は54.5% (18/33) で、内訳は肺動脈7/門脈系5/ カテーテル周囲15 (重複あり) であった。3) PT-INR,FIB,FDPは血 栓併発の有無で有意差を認めず、APTTはむしろ血栓併発群で高値 であった。4) 血栓併発率は予後因子3以上84.6%(11/13)/2以下 33.3% (6/18)で、予後因子3以上で有意に血栓症発症率が高かった。 5) 膵炎関連死は4例であった。死亡率は血栓あり16.7% (3/18) /血 栓なし6.7%(1/15)で、死亡率が高い傾向であったが、有意差はなかっ た。【結語】重症膵炎では半数に血栓症を併発していた。発症初期の 凝固・線溶マーカーで血栓症発生の予測はできず、予後因子が3以上 の症例は血栓症のリスクが高いことが示された。血栓併発症例で死 亡率が高いが、予後への関与は認められなかった。

- 139 (消). 自己免疫性膵炎に対するステロイド治療後の再燃に 関する検討
 - ○古賀英彬, 金 俊文, 古賀毅彦, 永井一正, 小松直広, 遠藤壮登, 北川 洸, 矢根 圭, 潟沼朗生, 高橋邦幸, 真口宏介(手稲渓 仁会病院消化器病センター)

【目的】自己免疫性膵炎 (AIP) のステロイド (PSL) 治療例の経過を 検討し、再燃に関わる因子を明らかにすること。【対象と方法】2004 年4月から2016年3月までに診断したAIP 74例のうち、ステロイド投 与を行った64 例を対象とした。ICDC診断基準に準拠したAIPの診 断は、Type1確診 51、Type1準確診 1、Type2準確診 2、疑診 10で あり、観察期間中央値は45ヶ月(0,7-123)。検討項目は1) 患者背景、2) PSL治療内容、3)治療経過、4) AIP再燃に関わる因子、とした。【結 果】1) 診断時年齢中央値は 66歳(26-85)、男女比51:13、IgG4中央 値は290mg/dl (15-1330)。膵腫大はびまん性 38、限局性 15、腫瘤形 成 11。併存疾患は、膵外病変 18例(28.1%; 硬化性胆管炎 7、後腹膜 線維症 8、耳下腺炎/唾液腺炎 3、間質性腎炎 3、涙腺腫瘍 1; 重複あ り)に認め、その他糖尿病(DM) 21、慢性膵炎 3、門脈血栓症 1、で あった。Type2の2例は潰瘍性大腸炎を合併していた。 2) PSL初期 投与量中央値は30mg (15-40)であり、維持療法を53例 (82.8%)に施 行した。維持療法中のPSL投与量中央値は5mg (2.5-10)、投与期間2 年以上が30 (56.6%) であった。PSLの副作用としてDM6 (新規4、 増悪 2)、粟粒結核 1を認めた。3) PSL投与により全例で寛解が得ら れたが、17例(26.6%)に再燃を認めた。再燃様式は、膵病変 13、膵外 病変 4、再燃までの期間中央値 18ヶ月(6-55)であり、維持療法の内 訳は、なし6、終了後6(2年未満5、2年以上1)、投与中5であった。 いずれもPSLの再投与および増量で再緩解したが、4例では反復性 の再燃を認めた。4) 再燃の有無で2群間を比較すると、再燃群で有意 に2年未満のPSL維持投与が多かった(p<0.01)。【結語】AIPに対す るPSLの治療効果は良好であるが、再燃例が少なくない。2年以上の PSL維持投与が望ましく、長期フォローが必要である。

- 140 (消). 当院で経験した自己免疫性膵炎の3例
 - ○須藤大智¹, 関 英幸¹, 伊藤聡司¹, 千秋貴昭¹, 平田裕哉¹, 松薗絵美1, 大原克仁1, 石橋陽子1, 菅井 望1, 藤田 淳1, 鈴木潤一¹, 仲川心平², 岩崎沙理², 鈴木 昭²(KKR札幌医療 センター消化器科¹, KKR札幌医療センター病理診断科²)

【症例1】70歳男性. 心窩部痛, 黄疸を主訴に他院を受診し, 膵頭部腫 瘤を指摘され、紹介入院、PTBDにて減黄後、膵頭部腫瘤に対して EUS-FNAを施行し、高度のリンパ球、形質細胞の浸潤と線維化および 多数のIgG4陽性形質細胞を認めた. 花筵状線維化, 閉塞性静脈炎はな かったが、高IgG4血症を認め、自己免疫性膵炎疑診としてステロイド 治療を開始し、 膵頭部腫瘤は著明に縮小した. ステロイドは治療開始 15ヵ月後に中止したが、中止後1年となる現在も明らかな再燃なく経 過している

【症例2】86歳男性. 他科受診中に胆道系酵素上昇, 膵頭部腫瘤を認め, 紹介受診。CTで膵癌が疑われたが、高齢であり、また、高IgG4血症を 認め、自己免疫性膵炎の可能性も考えられたため、下部胆管にステン ト留置後, 無治療経過観察とした. その後, 増悪はなく, 1年後にはス テントは自然脱落し、再検したCTで膵頭部腫瘤は著明に縮小してい た. 当科初診後8年となる現在も明らかな再燃なく経過している

【症例3】77歳男性. 黄疸を主訴に他院を受診し, 膵頭部腫瘤を指摘さ れ, 紹介入院. CTで低吸収の被膜様構造を伴う膵頭部, 尾部の腫大を 認め、自己免疫性膵炎が疑われた、下部胆管にステント留置後、膵頭 部腫瘤に対してEUS-FNAを施行し、特異的所見はなかったが、高IgG4 血症を認め、自己免疫性膵炎疑診と診断した. 1ヵ月後のCTでは膵頭 部腫瘤は縮小傾向であったため、ステロイド治療は行わず、外来経過 観察の方針とした。

【考察】自己免疫性膵炎に対するステロイド治療は閉塞性黄疸例、腹 痛・背部痛を有する例、膵外病変合併例などに行われるが、一部の症 例では、ステロイド治療なしで自然寛解を認める. 今回我々は、自己 免疫性膵炎の症例において、ステロイド治療による改善例およびステ ロイド治療なしでの自然寛解例を経験したので、ステロイド治療の適 応や自然寛解例について若干の文献的考察を加え報告する.

141 (消). 無症状で発見された膵尾部肝様腺癌の1例

○我妻康平¹,金戸宏行¹,榮浪洋介¹,一色裕之¹,伊早坂舞¹, 佐藤修司¹,清水晴夫¹,佐々木賢一²,小西康宏³(市立室蘭総合病院¹,市立室蘭総合病院外科・消化器外科²,市立室蘭総合病院庭床検査科³)

【症例】70歳女性. 既往として、31歳時に子宮癌、52歳時に乳癌、60 歳と68歳時に皮膚基底細胞癌の手術歴があり、フォローアップのCT で膵尾部に70mm大の腫瘤を指摘されたため、精査目的に当科に紹介 となった. 造影CTでは動脈相で腫瘍辺縁部に造影効果を認めた. EUSでは、境界明瞭な正常膵と同程度のエコー輝度であり、比較的均 一なものの一部に高・低エコー輝度の部分が混在していた. MRIで はT2強調画像で正常膵より軽度高信号, DWIで高信号であった. PETではほぼ均一な軽度の集積亢進を認めた. 腫瘍マーカーは, AFP・PIVKA-IIが著明高値で、CEA・CA 19-9は基準値内であった. 多血性の膵腫瘍の鑑別目的にEUS-FNAを施行した. 腫瘍組織は、比 較的小型の好酸性腫瘍細胞のシート状配列よりなり, 腺腔様構造も形 成して内部に分泌物を入れていた. 免疫染色では神経内分泌マーカー は陰性で、AFP・PIVKA-IIが陽性であった. 以上より、神経内分泌 腫瘍は否定的で、腺房細胞癌、肝様腺癌が鑑別として挙げられた. 他 に原発を疑う所見を認めなかったことから, 原発性膵腫瘍として開腹 尾側膵切除・横行結腸間膜合併切除が施行された. 術後病理組織は, 癌細胞が小胞巣状に密に増生する像が主体で、散在性に小型腺管を形 成していた. 免疫染色で、AE1/3、CK7、AFP、PIVKA-IIが陽性、 CK 20・CEA・CA 19-9が 陰 性 で あ っ た. chromogranin A, synaptophysin陰性, trypsin陰性であり, 神経内分泌腫瘍や腺房細胞 癌は否定的であった. 以上より, 膵原発の肝様腺癌と診断した. 術後 はAFP、PIVKA-IIは著明に減少し、現在術後4か月再発を認めていな い. 【考察】 肝様腺癌は肝臓以外の組織に発生する,機能及び形態学的 に肝細胞癌と腺癌の特徴を持つ稀なタイプの癌である. 発生部位と しては胃の報告が多い. その他の部位として, 医学中央雑誌では, 食 道, 大腸, 胆嚢, 子宮, 腎盂, 十二指腸, 卵巣が散見される程度であり, 膵 原発の報告はないため貴重な症例と考えられここに報告する.

142 (消). G-CSF産生膵癌の1剖検例

 ○成瀬宏仁¹, 鈴木茉理奈¹, 平田 甫¹, 鈴木和治¹, 大野正芳¹, 工藤大樹¹, 畑中一映¹, 山本義也¹, 下山則彦²(市立函館病院消化器病センター消化器内科¹, 市立函館病院病理診断科²)

G-CSF産生腫瘍の報告は散見されるが、膵癌での報告は少ない、症 例は64歳, 女性. 上腹部痛, 背部痛を主訴に近医を受診し, 腹部CT検 査にて膵腫瘍が疑われ当科紹介となった. 入院時検査にて, CA19-9の高値を認めた. 体外式腹部超音波検査にて, 膵頭部に直径 30mm程度の低エコー腫瘤を認めた. 腹部造影CT検査では, 膵頭体 部に膵実質より造影不良を示す直径 40mmの不整形領域を認め、膵 体尾部膵管は5mmまで拡張していた. 総肝動脈は腫瘍に取り巻か れ、傍腹部大動脈リンパ節腫脹を認めた、 ERCPでは、主膵管は膵体 部で途絶していた. 胃体中部後壁より膵体部の低エコー領域に対し てEUS-FNAを施行し, 膵管癌と診断した. 以上より, 切除不能膵癌, cT4N3M1,cStage4bと診断した. 塩酸ゲムシタビン1000mg/body, 3投1休にて化学療法を10コースしたが骨髄抑制等有害事象のため継 続困難となり、1投1休へ変更して5回投与した. 病勢増悪し、TS-1 80mg/body, 4投2休へ変更して2コース追加投与したが. 第487病 日施行した胸・腹部CT検査にて、肝転移、肺転移が出現した. 第494 病日に閉塞性黄疸を併発し、ERCP下遠位狭窄胆管へcEMSと ENBDを併行留置して、胆道ドレナージを施行した. 抗生剤投与等 保存的加療を施行したが、急激かつ著名な白血球の上昇を認め、最高 値5×104/μlまで増加し、血清中G-CSFは331pg/ml (<39)と上昇し ていた. 第511病日に死亡し,家族の同意を得て剖検を施行した. 剖 検では、全身に高度白血球増加の原因と思われる感染巣は認めな かった. 膵癌の原病巣には、高分化型管状腺癌と低分化腺癌が認め られ, 抗G-CSFモノクローナル抗体による免疫染色では, 高分化型管 状腺癌部位は陰性で, 低分化腺癌部分で陽性であった. 本邦の G-CSF産生膵癌に関しては、これまで26例の報告があり、G-CSF産 生膵癌の悪性度に関して, 文献的考察を加えて報告する.

143 (消). 胆管・膵管拡張を契機に診断に至ったgroove 膵癌 の1例

○吉田沙保里,斉藤里佳,中島正人,小林智絵,江藤和範, 小西康平,山本文泰(苫小牧市立病院消化器内科)

Groove 領域とは、十二指腸下行脚と下部胆管で囲まれた膵頭部領 域であり、この領域にできる膵癌は、膵頭部癌のなかでもとりわけ Groove 膵癌と呼ばれる. 症例は、70代女性、2016年5月より褐 色尿を自覚. 徐々に全身皮膚黄染を認めるようになり当科初診. 血 液検査では,黄疸に加え,肝胆道系酵素異常を認めた. 腹部超音波検 査では,総胆管と主膵管の拡張を認め,乳頭直上の下部胆管近傍に 19mm大の低エコー性充実性腫瘤を認めた. CT検査では、明らかな 充実性腫瘤は指摘できなかった. 上部消化管内視鏡検査では、主乳 頭口側に発赤を伴う易出血性の粗造粘膜と引き連れを認めるも、明 らかな不整粘膜や腫瘤は指摘されなかった. 超音波内視鏡検査では, 乳頭直上のGroove 領域に境界明瞭で辺縁不整な20mm大の低エ コー性充実性腫瘤を認め、十二指腸固有筋層との境界が不明瞭化し ていた. 上記腫瘤を閉塞起点として, 胆管・膵管拡張を認めた. 上 記充実性腫瘤に対して超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診を施行したと ころ、Class V. adenocarcinoma の診断となり、Groove 膵癌 (T3N0M0, cStage III) の診断で膵頭十二指腸切除術を施行した. Groove 膵癌は、副膵管領域に発生することが多く、十二指腸狭窄や 下部胆管狭窄を伴うことが多いとされている.今回,主膵管拡張も 伴ったGroove 膵癌を経験したので報告した.

144 (消). 胆道系酵素の上昇と2型糖尿病の悪化から診断に 至った膵尾部平滑筋肉腫・多発肝転移の1例

○千秋貴昭¹, 菅井 望¹, 須藤大智¹, 伊藤 聡¹, 平田裕哉¹, 松蘭絵美¹, 横山文明¹, 大原克仁¹, 石橋陽子¹, 関 英幸¹, 藤田 淳¹, 鈴木潤一¹, 岩崎沙理², 鈴木 昭²(KKR札幌医療センター消化器センター¹, KKR札幌医療センター病理科²)

【症例】73歳、女性【入院目的】膵尾部腫瘍精査【現病歴】2010年頃から2型糖尿病、高血圧症、脂質異常症にて前医定期通院中であった。2016年2月の採血にて胆道系酵素の上昇とHbA1cの上昇を認めたため当院代謝科紹介受診となった。当院で施行した腹部エコー検査にて膵尾部腫瘍と多発肝転移を指摘され同年3月当科紹介となった。CT検査にて膵臓、左腎臓、脾臓、胃に囲まれた部位に11cm大の内部不均一に造影される腫瘍を認めた。また、肝内に造影される多発腫瘤を認め、膵尾部癌の多発肝転移疑いにて精査目的に当科入院となった。入院後にMRCP検査を行うと膵頭部、体部の膵管は異常なく、尾部は描出不良であった。典型的な膵管癌の可能性は低いと考え、EUS-FNA検査にて胃から膵尾部腫瘍のの非性は低いと考え、EUS-FNA検査にて胃から膵尾部腫瘍の生検を行い、Leiomyosarcomaの診断となった。【考察】一般的に膵平滑筋肉腫は極めて稀な病態で、膵悪性腫瘍の0.1%程度とされている。今回我々は、2型糖尿病の悪化を伴った膵尾部平滑筋肉腫を経験したので多少の文献的考察を加え報告する。

145 (消). 術前診断に苦慮した十二指腸デスモイド腫瘍の1例 ○柴田 進¹, 佐々木貴弘¹, 杉山隆治¹, 助川隆二¹, 富永素矢¹, 稲場勇平¹, 小澤賢一郎¹, 垂石正樹¹, 斉藤裕輔¹, 高田明生²(市 立旭川病院消化器病センター¹, 市立旭川病院病理診断科²)

【症例】20歳代男性【主訴】持続する心窩部不快感、嘔気、嘔吐と1か 月間で5kgの体重減少【既往歴】特記事項なし【家族歴】特記事項なし 【現病歴】2015年3月頃、上記主訴を認め近医を受診したところ十二 指腸水平脚に腫瘍性病変を認めたため、精査・加療目的に当科紹介 となった。【経過】上部消化管内視鏡検査では十二指腸水平脚に立ち 上がりなだらかな粘膜下腫瘍の形態を呈しており、腫瘍部での高度 狭窄を認め口側腸管は著明に拡張していた。消化管造影検査でも狭 窄部で腸管粘膜下の強い引きつれを認めた。CTでは淡く造影効果 を認める比較的均一は腫瘍として描出され、MRIではT2強調画像 で淡く高信号であり、T1強調画像で筋肉と同程度の低信号となり、 dynamic studyで徐々に染まる腫瘍性病変を認めた。精密検査から はGISTや平滑筋種をはじめとした粘膜下腫瘍や後腹膜腫瘍などが 鑑別に挙げられたが、粘膜下腫瘍としては非典型的で確定診断には 至らなかった。高度狭窄による通過障害も認めていたことから手術 適応と考えられ当院外科にて十二指腸部分切除術が施行された。術 後病理診断で十二指腸筋層~漿膜下層に充実性腫瘍を認め、紡錘形 細胞が束状に交錯する配列を認めデスモイド腫瘍と診断された。【考 察】デスモイド腫瘍は軟部組織に発生する他の間葉系腫瘍との鑑別 が困難な稀な腫瘍である。発生部位としては腹壁、腹壁外、腹腔内に 分類されるが中でも腹腔内発生は最も少ない。良性腫瘍と位置づけ されており遠隔転移は認めないものの、浸潤性の発育を認め局所の 再発を繰り返すことがあるとされている。今回腹腔内に発生し浸潤 性発育により十二指腸狭窄を認め、術前診断に苦慮したデスモイド 腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

146 (消). 妊娠中の女性に合併した十二指腸神経内分泌腫瘍の1例 ○山川 司, 横山佳浩, 沼田泰尚, 牛島慶子, 鈴木 亮, 岡 俊州, 笠原 薫, 小林寿久, 矢和田敦(函館五稜郭病院消化器内科)

32歳女性、妊娠36週にクリニックでの妊婦検診時の採血でD-dimer 32ng/mlと高値であり血栓塞栓症の合併が疑われたため、他院産婦人科に紹介となった。造影CTを施行したところ、造影効果を伴った十二指腸壁の肥厚と、肝内に充実成分を有する多房性嚢胞性腫瘤の多発を認めた。患者は妊娠37週で分娩誘発を行い経腟分娩で児を出産した後、悪性腫瘍の精査目的に当科紹介となった。上部消化管内視鏡検査で十二指腸下行部に隆起性病変を認め生検を施行したが悪性所見は検出されず、その後EUS-FNAで十二指腸生検、また多発肝腫瘤から肝生検を施行したところ、N/C比が高く核小体が目立ない細顆粒状クロマチンを有する小型円形異型細胞の集塊を認め、免疫染色でsynaptophysin陽性、chromograninA一部陽性、CD56とTTF-1陰性、MIB-lindex 1~2%となり、十二指腸神経内分泌腫瘍の診断となった。多発肝転移巣に対し肝動脈化学塞栓療法を施行し、その後はソマトスタチンアナログを導入して現在も当科で加療継続中である。

神経内分泌腫瘍は肺、消化管等に多く発生する腫瘍であり、十二指腸原発の神経内分泌腫瘍は全体の3.8%と非常に稀である。妊娠中の若年女性に合併した十二指腸神経内分泌腫瘍の多発肝転移巣に対し肝動脈化学塞栓療法を施行した1例に関して、文献的考察を加え報告する。

147 (内). 十二指腸SMTとしてフォローされた十二指腸原発 癌の1例

○永 島 裕 之¹², 保 木 寿 史¹², 久 保 智 洋¹², 今 川 貴 之¹²,
 野田さやか¹², 大岩修太郎¹, 村松博士¹(留萌市立病院消化器内科¹, 札幌医科大学腫瘍内科²)

【症例】70代男性。【既往歷】脳梗塞、右腎癌(平成18年摘出)、前立腺 肥大(平成22年) 【現病歴】 平成18年に腹部不快感を自覚し、上部消化 管内視鏡検査を施行され、その際に十二指腸上十二指腸角に約2cm のSMTが認められた。cushion sign陽性で、粘膜表面からの生検結 果では悪性所見を得られなかった。CTでは明らかな腫瘍性病変を 指摘されず、定期内視鏡検査でフォローされる方針となった。その 後年に1回の定期内視鏡検査が施行されたがサイズに大きな変化は 認められず経過していた。平成27年の内視鏡検査ではサイズに大き な変化は認めなかったものの、病変の中央に陥凹が認められた。平 成28年2月に黒色便を主訴に当院を受診し、内視鏡検査でSMT病変 の中心に潰瘍形成を認められ、そこからの出血が確認され、同日入院 となった。【臨床経過】十二指腸からの出血は保存的に止血された。 内視鏡所見としては、腫瘍径は3cmほどに増大しており、生検の結果 adenocarcinomaと診断された。またCT、MRIで多発肝転移、#17,18 の十二指腸下行脚周囲のリンパ節腫脹が認められた。SMTの形態 を呈していたことから他臓器からの転移も考慮され、上下部消化管 内視鏡検査、CT, MRI施行されるも明らかな悪性所見は認められ なかった。腎癌で認められたclear cellは認められず、免疫染色では CK7 (+), CK20 (-), CDX2 (-)であった。十二指腸癌 (Brunner 腺由来) c-stage IVと診断し、以後化学療法を施行されている。【考 察】消化管SMTは悪性リンパ腫、転移等の非上皮性腫瘍を考慮する 所見であるが、Brunner腺は十二指腸の粘膜深層から粘膜下層に特 異的に存在する外分泌腺でSMTを形成することがある。腫瘤を形 成する大部分は過形成であるが、まれに癌を発生する。本邦でも35 症例の報告があるが、本症例のように10年の経過を記載した報告は ない。サイズの変化はあまりなくても多臓器転移した状態で診断が ついたことから経過は慎重にフォローするべきと考えられた。

148 (消). 上腸間膜動脈症候群の2例

○坂田果穂,住吉徹哉,吉田将大,藤井亮爾,木村朋広,庵原秀之, 由崎直人,平山眞章,近藤 仁(斗南病院消化器内科)

【はじめに】上腸間膜動脈症候群(以下SMA症候群)は、十二指腸水 平脚がSMAと大動脈の間で圧迫され、同部で十二指腸閉塞を生じる 比較的まれな疾患である。今回、われわれは、当院で経験したSMA 症候群の2例につき、若干の文献的考察を加えて報告する。【症例1】 70歳台、女性、身長153.0cm、体重32.7kg、BMI13.9。嘔吐が持続す るため近医へ救急搬送された。同院での画像検査でSMA症候群と 診断され、保存的に治療を行っていたが、改善を認めなかったため、 加療目的に当院に紹介となった。当院で行ったCT検査においても SMAと腹部大動脈の間で十二指腸は閉塞しており、十二指腸造影で は、十二指腸水平脚の狭窄部より肛門側への造影剤およびairの流出 を認めず、高カロリー輸液による保存的治療を継続して行った。し かしながら、症状の改善を認めず、第26病日に腹腔鏡下胃空腸バイパ ス術を施行した。術後の経過は良好であり、術後22日目に退院となっ た。【症例2】70歳台、女性、身長145.0cm、体重40.0kg、BMI 19.0。近 医で早期胃癌を指摘され、内視鏡的粘膜下層剥離術(以下ESD)目的 に当院に紹介となった。早期胃癌に対し、術中には合併症なくESD を施行しえたものの、ESD後5日目に、突然の噴出性嘔吐を認めた。 腹部Xp、上部消化管検査よりESD後の胃蠕動障害と考え、絶食およ び消化管蠕動改善薬の投与にて経過観察とした。しかしながら、そ の後も症状の改善を認めず、CT検査にてSMA症候群と診断した。 減圧目的に経鼻胃管を留置の上、高カロリー輸液等の保存的治療を 開始した所、症状の改善を認め、第28病日に退院となった。【考察と 結論】高齢者では腹部手術の既往や併存症等によりSMA症候群の誘 因が解除できないため、手術に至ることが多いと考えられており、本 検討においても症例1では胃空腸バイパス術を施行した。また、発症 原因としては、2症例ともにBMIが低く、急激な体重減少に伴う十二 指腸周囲の脂肪織減少により発症したと考えられた。

149 (消). FAPにて大腸全摘後にデスモイドを発症した2例

○山村貴洋¹,曽我部進¹,更科耕一郎¹,松田宗一郎¹,中野真太郎¹,高橋一宏¹,小林良充¹,寺下勝巳¹,羽場真¹,小田寿¹,小林清二²,宮城島拓人¹(独立行政法人労働者健康安全機構釧路ろうさい病院内科¹,独立行政法人労働者健康安全機構釧路ろうさい病院外科²)

症例1は22歳女性。FAPの診断にて結腸全摘術施行。病理診断では S状結腸にsm癌を一つ認めた。術後2年半経過時点で腹痛の主訴あり、CTを施行したところ腹腔内に上腹部腸間膜を中心とした浸潤影を認めた。PET-CT施行したところ腫瘍に一致した集積を認めた。現病歴、画像所見からデスモイドと診断。手術につき検討したが腹腔内他臓器への浸潤が高度であり根治的手術は困難と判断。メロキシカムを併用しつつ、DTIC+ADM併用による化学療法を施行する方針となった。4週毎に4サイクルを施行。腹腔内腫瘍は若干の縮小を認めた。以後はメロキシカムのみ継続投与を行い、現在のところ腫瘍の増悪なく経過觀察中である。

症例 2は24 歳女性。症例 1の姉である。母もFAPの診断にて結腸全 摘を施行されている。症例 2もFAPの診断で結腸全摘施行。術後 2 年の時点のCTで腹腔内腫瘍を認め、症例 1 同様デスモイドと診断。 左水腎症を伴っていたため、左尿管ステントを留置後、メロキシカム 併用のうえ、DTIC+ADM療法を開始。4サイクル施行し腫瘍は若 干縮小し、その後、左尿管ステント抜去が可能となった。症例2につ いても現在のところ腫瘍の増悪なく経過観察中である。

デスモイドはまれな腫瘍であり、治療に関してもエビデンスは十分 とは言い難い。若干の文献的考察を加え、報告する。

150 (消). 内視鏡的粘膜切除術 (EMR) が診断に有用であった好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例

○平田 翔, 葛西幸穂, 山本 浩, 平池則雄, 金野陽高, 上野敦盛, 山口 巧, 岸 宗佑, 野村友祐, 葛西和博, 羽廣敦也, 丹野誠志(イムス札幌消化器中央総合病院消化器病センター)

【はじめに】 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症 (以下EGPA) は末梢血 の著明な好酸球増加を伴う原発性全身性血管炎のひとつであり、そ の診断には臨床所見および臨床経過のほか,組織所見が重要である. 今回,我々は大腸粘膜のEMR検体を組織診断の目的で採取し,典型的 な組織所見を得られた一例を経験したので報告する。【症例】40歳代, 女性. 腹痛, 微熱, 右頬の腫脹, 左眼瞼の腫脹を主訴に当科を受診し た. 血液検査で好酸球が著明に増加しており、CTで左肺S1+2に著 明な浸潤影を認め、その他の肺野にも斑状影が散在していた。30歳 代における気管支喘息の既往があることや、MPO-ANCA陽性、 IgE高値などの参考所見からはEGPAが示唆されたものの、皮膚症状 が直ちに消退してしまったため組織所見を得られていなかった. こ のとき全身精査の一環として施行した下部内視鏡検査にて発赤した 粘膜を認めたため、血管を含む粘膜下組織を採取すべくEMRを施行 した. 同検体において粘膜下層の血管に多数の好酸球浸潤を伴う血 管炎の所見を認め、EGPAの確定診断を得るに至った.【考察】 EGPAの診断において、組織所見を得ることは非常に有用である. しかし皮膚生検は局所浸潤麻酔の痛みを伴い, 傷跡も残ってしまう. これに対してEMRによる生検であれば無痛であり、傷跡も体表から は見えないため、患者の負担は少ないものと思われる. また自己免 疫性疾患はしばしば悪性腫瘍に合併するため、これを疑った場合に は上部・下部内視鏡検査を含めた全身精査が必要となるが,スクリー ニングの内視鏡検査時に検体を採取できれば患者負担は最小限にな ると推察される. その際の検体採取方法として、粘膜下組織まで採 取できるEMRは有用であると思われた.

151 (消). クエン酸マグネシウムが奏効した特発性巨大結腸症 の1症例

○伊藤智樹,武藤修一,京納正法,北潟谷隆,二瓶壮史,佐々木塁, 常松聖司,多谷容子,馬場 麗,塚本祐己,木村宗士, 大原行雄(北海道医療センター消化器内科)

巨大結腸症とは、明らかな閉塞部位がなく、常に結腸が拡張している 状態とされている。今回、クエン酸マグネシウムにて、巨大結腸症の 腹部症状が改善した1症例を経験したので報告する。 症例は、50 歳台の女性。高校生の時に統合失調症を発症。35年間、前医に長期 に入院中の状態であった。6年前から、イレウスを起こすことが増 え、当院にて、慢性特発性巨大結腸症と診断した。今回、入院2週間前 にインフルエンザに罹患後から腹部膨満、臍周囲の疼痛が増強した。 食事も取れなくなり当院転院となった。かなりの腹部膨満であった が、ニボー像はみられず、便が大腸に大量に見られたため、PEG製剤 2Lを服用していただいた。しかし、味が気に入らず1000mlの服用で 拒否された。そのため、翌日、クエン酸マグネシウム等張液900mlに 変更すると、美味しいとのことで服用の継続が可能であった。しか し、排便は少量であった。ショートCSで、グリセリン浣腸液60mlを 撒いたが、排便は少量見られるものの腹部膨満は改善しなかった。 入院後5日目に再度クエン酸マグネシウム等張液900mlの服用を試 みた。その数時間後から、多量の排便が見られた。その後は、全身状 態も軽快した。ご家族と相談し、大腸蠕動亢進をもたらす薬は現在 効果が少ないこと、排便が滞った時点(4日間)で、クエン酸マグネシ ウム等張液 900mlを服用しそれでも出なければ翌日グリセリン浣腸 60mlを使用することで排便が見られていることから、継続すること にご了承を頂いた。クエン酸マグネシウムに伴い、マグネシウム高 値も考慮されたが、50歳台、腎障害は見られない、1ヵ月後の採血で も血中マグネシウムは入院時と変化が無かったことから、クエン酸 マグネシウム等張液の数日に一度の使用の危険性は少ないと考え た。今回、PEG製剤服用が困難な患者に対してクエン酸マグネシウ ム等張液の間隔をあけての投薬が有効であった1症例を経験した。

152 (内). 多彩な内視鏡像を示した消化管梅毒の1例

○杉山雄哉,井尻学見,岩間琢哉,佐藤裕基,高橋慶太郎,坂谷 慧,田中一之,藤林周吾,野村好紀,上野伸展,嘉島 伸,後藤拓麿,笹島順平,盛一健太郎,藤谷幹浩,奥村利勝(旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野)

症例は30代、女性。1か月前より持続する心窩部痛を主訴に当科を受診した。既往歴として淋病とクラミジア感染を婦人科で治療していた。身体診察では心窩部に軽度の圧痛と頬部に発赤調の皮疹を認めた。上部消化管内視鏡検査では、胃前庭部に浅い不整形潰瘍と胃大弯の巨大雛壁を認め、胃体部から胃底部には扁平隆起性病変が多発していた。これらの病変は褪色調で中心は軽度陥凹し、一部で癒合していた。血液検査にてRPR・抗TP抗体が陽性であった。胃の生検組織からは菌体は認められなかったが、PCR検査でTreponema pallidumの遺伝子型と一致する結果が得られた。大腸内視鏡検査では、回腸終末部に絨毛構造が減少した扁平な隆起、下行結腸に血管透見検組織からは、Warhin-Starry染色で陽性を示す螺旋菌が認められた。皮膚所見についてはバラ疹と診断された。以上より消化管病変を有する第2期梅毒と診断し、経口ベニシリン(1500mg/day・7週間)による治療を行い、心窩部痛・皮疹は改善した。

第2期以降の梅毒ではスピロヘータが血行性に全身に撒布され消化管病変を伴うとされている。梅毒の胃病変についての報告は散見されるが、大腸病変を内視鏡的に観察しえた症例は稀であり示唆に富むと考えられ報告する。

153 (消). 黄連解毒湯長期内服中に特発性腸間膜静脈硬化症と 診断された1例

○中本洋平¹, 松原 悠², 佐野瑛子⁴, 渡部敬之², 西園一郎², 濱田修平², 水谷彰吾², 角谷昌俊³, 佐川憲明³, 富山光広³(江 別市立病院総合内科¹, 江別市立病院消化器科², 江別市立病院 外科³, 北海道家庭医療学センター⁴)

【症例】症例は50歳女性. 精神遅滞があり精神科通院中であったが、 その他既往は特に認めなかった. X年10月に嘔吐を主訴に来院し, 腸閉塞症の診断で入院加療となった. 腹部造影CTで腸管の拡張に 加え,上行結腸側を中心に腸間膜静脈石灰化を伴っており,症状改善 後に施行した下部消化管内視鏡検査では、上行結腸から横行結腸に かけて浮腫状で青銅色調を呈していたため、特発性腸間膜静脈硬化 症と診断した. 原因としては長期使用していた黄連解毒湯の関与を 考え、内服中止として経過観察していた. しかし黄連解毒湯中止後 も腸閉塞症を発症し入院となり、閉塞の原因が変性した上行結腸で あると判断し、保存的加療は困難と考え腹腔鏡下結腸亜全摘術を施 行した. 摘出標本の病理組織診断では、粘膜下層の線維化・硝子化 と漿膜下層の血管の著明な石灰化を認め、特発性腸間膜静脈硬化症 に矛盾しない所見であった. 【考察】特発性腸間膜静脈硬化症は稀な 疾患であり, 真の原因は不明とされているが, 漢方薬, 特に山梔子を 含有する漢方薬の長期内服との関連性も指摘されている. 治療は本 症例のように手術治療となることも少なくない. 例えば, 医学中央 雑誌で「特発性腸間膜静脈硬化症」もしくは「静脈硬化性大腸炎」を キーワードに2016年5月の時点で検索して確認できた62件73例の症 例報告(会議録を除く)のうち、手術治療が行われたのは26例(35%) であった. 一方, 漢方の休薬による保存的治療で改善が見込める報 告もされており、症例に応じた治療法の選択が必要となる. 若干の 文献的考察を加えて報告する.

154 (内). S状結腸に発生し腹膜播種をきたした大腸悪性リンパ腫の1例

○小林 裕, 仙波佳祐, 久野木健仁, 芹川真哉, 杉山祥晃, 鈴木康秋(名寄市立総合病院消化器内科)

【症例】70歳代・女性。うつ病にて近医フォロー中。倦怠感とふら つきが強く総合内科受診。腹部腫瘤を指摘され当科紹介となった。 現症では、左下腹部に腫瘤を触知し、両下腿に著明な浮腫を認め、 38℃の発熱を認めた。表在リンパ節は触知しなかった。血液生化学 検査では、WBC 9,400、Hb 10.1、Plt 35.6 万、CRP 3.4、AST 53、 ALT 33、TP 6.2、Alb 2.7、CEA 3.5、CA 19-9 9.8と、軽度の貧血 と炎症反応上昇、低アルブミン血症を認めた。腹部CTでは左下腹部 のS状結腸に径90mmの巨大な不整形腫瘤を認め、少量の腹水と腹膜 の肥厚、腸間膜の不整な濃度上昇があり腹膜播種が疑われた。CSで は、S状結腸に不整形深掘れ潰瘍と一部に不整隆起が混在した2~3 型病変を認めた。同部位はスコープが通過できたが、SDiでは漿膜 外浸潤・癒着によると思われる狭窄を認めた。S状結腸の病変の生 検では、異型リンパ球系細胞がシート状に増殖し、CD3-、CD20+、 CD79a+より、diffuse large B cell lymphoma(DLBCL)の病理診 断となった(後日、可溶性IL2R 12,300と著明高値が判明)。腸閉塞が 危惧され開腹手術を施行したが、腫瘍はS状結腸・下行結腸・小腸 を巻き込み一塊となっており、かつ、多数の腹膜播種結節を認め、試 験開腹で終了となった。【考察】大腸悪性リンパ腫は消化管原発の悪 性リンパ腫の3-10%、大腸悪性腫瘍の0.1-0.7%と報告されている。さ らに、好発部位は回盲部と直腸で約9割を占めており、S状結腸発症 大腸悪性リンパ腫は極めて稀である。肉眼型では限局潰瘍型が多い。 癌との鑑別では、1) 内視鏡では粘膜下腫瘍様隆起が存在、2) 注腸X 線では壁進展性が保たれている、3) CTでは大腸壁が著明に肥厚し ているにも関わらず大腸内腔が確認される、等が有用と報告されて いる。本症例では、3) は認めたものの、1) 2) は明らかではなく鑑 別が困難であった。

155 (消). 直腸腺扁平上皮癌の1例

○林 健児¹,平田幸司¹,小笠原倫子¹,福島 拓¹,高木智史¹, 吉田純一¹,中川隆公²,中西勝也³(地域医療機能推進機構札幌 北辰病院消化器內科¹,地域医療機能推進機構札幌北辰病院外 科²,地域医療機能推進機構札幌北辰病院病理診断科³)

【症例】70歳代,男性.【既往歴】2型糖尿病

【現病歴】2015年5月より血便出現あり.前医にて大腸内視鏡検査施行され直腸癌が疑われ当院紹介受診した.大腸内視鏡検査でRbに3分の1周性の2型腫瘍を認め肛門管と連続性はなかった.腹部CTで直腸の壁肥厚,周囲脂肪織の毛羽立ち,リンパ節腫大を認め.生検結果はsquamous cell carcinomaであり直腸扁平上皮癌T3(A)N1M0cstage 3bと診断した.6月腹腔鏡下内肛門括約筋切除+D3廓清術施行し.病理結果はAdenosquamous carcinoma Rb,Type 2.環周率42%,pT3(A)N2,INFb,ly 1,v 2,pstage 3bであった.免疫染色で腫瘍は広範にCK(+).34 β E12(+).p63(+)を示し大部分は扁平上皮の成分が占め、これとともにCAM5.2(+)、CEA(+)を示す成分も確認され腺癌成分も併存していると判断された.術後はCape療法6か月施行し、無再発生在中である。

【考察】大腸原発の悪性腫瘍はほとんどが腺癌であり,腺扁平上皮癌の発生は稀である。本邦における大腸腺扁平上皮癌の発生頻度は0,1%前後であるとの報告が多い、大腸癌取扱い規約によれば腺扁平上皮癌は同一の癌組織内に腺癌と扁平上皮癌への分化が共存しているものと定義され,腺癌と扁平上皮癌の占める割合については一般的には3~4割の扁平上皮成分を含むものを腺扁平上皮癌としている。大腸腺扁平上皮癌は進行癌で発見され,腫瘍最大径が5cmを超えるもの,リンパ節転移を有するものが多いとされる。治療法は他の進行癌と同様外科的切除が第一選択であり,化学療法の有効性を検討した報告は少ない.

【結語】直腸原発の腺扁平上皮癌の1 例を経験した.希少な症例と思われ若干の文献的考察を加え報告する.

156 (消). 腸閉塞症状にて発症し術前診断が困難であった原発 性虫垂癌の1例

○植村尚貴',藤井重之',柴田敬典',佐藤 健',三浦翔吾',山田充子',安部智之',黒田裕行',前田征洋',藤田美悧',仙丸直人3,坂野浩也',堀口拓人'(製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科',製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室',製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科3,札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科')

原発性虫垂癌は比較的稀な疾患であり、術前診断が困難な事が多く、 進行した状態で発見され予後不良な経過を示す症例が多い。今回 我々は、腸閉塞症状にて発症し術前診断が困難であった原発性虫垂 癌の1例を経験したので報告する。症例は、67歳男性。平成27年6月 頃から腹部不快感を自覚していた。本年(平成28年)1月に症状の増 強があり近医を受診。そこで、腸閉塞が疑われ、精査加療目的に当科 外来を紹介受診、入院となった。CT、腹部エコー検査にて、バウヒン 弁口側の腸管拡張所見を認め、回腸末端から上行結腸にかけて壁肥 厚所見を認めた。下部消化管内視鏡検査を施行したが、バウヒン弁 に著明な狭窄あり。通常のスコープでは狭窄部を通過できず経鼻用 細径スコープで通過させ観察。狭窄部には粘膜変化なく生検でも特 異的な変化や悪性所見は指摘できなかった。当院外科で診断的な意 味を含めて手術を施行。切除標本の病理学的検討では、虫垂入口部 と虫垂には粘膜病変を伴いその他の部分は粘膜下から筋層、漿膜下 へ広く腫瘍細胞の進展を認めた。腫瘍細胞には粘液を伴うgoblet cellsの小胞巣とpor1、tub2、tub1などの腺癌成分が混在し、マーカー 染色では腺癌マーカーが優位で神経内分泌マーカーの染色性が低 かった事から、adenoneuroendocrine carcinomaと診断した。若干 の文献的考察を加え報告する。

157 (消). 早期大腸癌で発見された神経内分泌腺癌の1例

・ 「小松弘明」、関 英幸¹、須藤大智¹、伊藤聡司¹、千秋貴昭¹、 平田裕哉, 松園絵美¹、菅井 望¹、藤田 淳¹、鈴木潤一¹、 岩崎沙里²、鈴木 昭²(KKR札幌医療センター消化器内科¹、 KKR札幌医療センター病理診断科²)

【背景】神経内分泌癌(NEC)は早期より転移し,進行癌で発見されることが多く,早期癌で発見されることは稀である.今回,早期大腸癌で発見されたNECの一例を経験したため,ここに報告する.

【症例】63歳男性.20歳から20本/日の喫煙歴あり.糖尿病,高血圧で近医通院中糖尿病の増悪あり,教育目的で当院入院となった.入院時検査にてCEA 9.9と上昇を認めたため,CS施行したところ横行結腸に径8mm Ip,下行結腸に径8mm Ip,S状結腸に径16mm Is病変を認めた.EMR施行したところ,病理診断では横行結腸病変は,mixed low and high grade tubular adenoma.下行結腸病変は,Hyperplastic noduleであったが,S状結腸病変は免疫染色と合わせてColonic carcinoma (adenocarcinoma with endocrine cell carcinoma component) tub2>tub1>neuroendocrine carcinomapT1a(SM),ly(+)(D2-40),v(+)(Elastica-HE),PNO, budding grade 3,pHMO,pVMO,ERO,Cur EAの診断となった.浸達度はSM(4.5mm)で,リンパ管浸潤,脈管浸潤,内分泌細胞癌を認めたため,腹腔鏡下S状結腸切除,D2郭清,FEEA再建術が施行された.外科切除後の病理では,大腸粘膜に腫瘍の残存を認めなかったが,リンパ節1個に転移を認めた術後経過問題なく現在当院外科で経過観察中である.

【考察】大腸神経内分泌癌は稀な疾患であり、早期診断が難しい、診断時にはすでに転移を認めることが多く、予後不良である、大腸における早期神経内分泌癌は医学中央雑誌で「大腸 内分泌細胞癌」をキーワードに検索した結果、1990年から2016年6月までの報告は12例のみであった、今回の症例は極めて稀な大腸神経内分泌腺癌の早期発見例であり、若干の文献的考察を加えて報告する.

158 (消). 化学療法後の放射線治療により組織学的CRを得た 上行結腸癌腹壁浸潤の1例

○山本恭史¹,田沼徳真¹,濱本英剛¹,原田 拓¹,小林陽介¹,須藤豪太¹,字都宮蘭¹,外園正光¹,鈴木雄一郎¹,真口宏介¹,今村清隆²,野口寛子³,篠原敏也³(手稲渓仁会病院消化器内科¹,手稲渓仁会病院外科²,手稲渓仁会病院病理診断科³)

症例は66歳女性。2015年8月に自宅で動けなくなり救急外来受診。 右下腹部に腫瘤を触れ、血液検査でHb 2.9の高度貧血を認め入院と なった。精査の結果、上行結腸癌腹壁浸潤 cStageIIIa(T4bN2M0) と診断。外科的切除を相談したが、腹壁浸潤が高度であったため術 前 化 学 療 法 を 行 な う 方 針 と な り、2015年9月 よ り Panitumumab+mFOLFOX 6で治療を開始した。4コース終了後の 同年11月に造影CTを撮影し腫瘍縮小(PR判定)を認めたが、腹壁浸 潤・背側臓器浸潤を疑う所見が残存していたため化学療法継続の方 針とし、同年12月まで同レジメンで計8コース治療を行なった。2016 年1月に化学療法による有害事象(食欲不振・下痢・疲労)のため入 院となり、入院時のCTで腫瘍の増大および腹水を認めPD判定と なった。PS3であり化学療法の継続は困難と判断し、TPNを行ない ながら局所制御のため放射線治療(60Gy/30Fr)を行なった。放射線 治療により腫瘍の縮小が得られたため外科的切除術が可能と判断 し、本人・家族と相談し承諾が得られた。同年3月に開腹右半結腸切 除術を施行し、術中所見では腹壁浸潤・背側臓器浸潤なく腫瘍は切 除可能であった。病理診断では摘出標本中にviableな癌組織はなく、 組織学的治療効果判定Grade3、ypStage 0 (A, ypT0, ypN0 (0/15)) と診断された。現在、術後化学療法は行なわずに経過観察中である。

本邦において結腸癌に対する治療は手術もしくは化学療法が中心となっており、放射線治療を行なう機会は少ないが、本例のように治療選択肢が限られた場合において放射線治療は有用な治療法となり得る可能性がある。化学療法後の放射線治療により組織学的CRを得た進行結腸癌の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。

159 (消). 肛門温存手術を施行し得た下部直腸巨大粘膜下腫瘍 の2例

○武藤桃太郎¹,本田宗也¹,武藤瑞恵¹,市來一彦¹,石川千里¹, 井上充貴¹,青木貴徳²(JA北海道厚生連遠軽厚生病院内科¹,時計台記念病院消化器センター外科²)

【はじめに】大腸の粘膜下腫瘍は脂肪腫、リンパ管腫、GIST、平滑筋 腫、神経内分泌腫瘍 (NET) などが挙げられる。NET以外の粘膜下腫 瘍ではリンパ節転移がほとんど見られず、浸潤性増殖を示すことが少 ないため、機能温存した腫瘍切除が推奨される。今回我々は肛門温存 して切除し得た下部直腸巨大粘膜下腫瘍の2 例を経験したので報告す る。【症例1】44歳男性。肛門の掻痒感を主訴に当院外科を受診し、直 腸診で腫瘤を触知したため当科紹介となった。下部消化管内視鏡検 査で下部直腸から肛門管にかけて、やや発赤調を呈した粘膜下腫瘍を 認めた。注腸X線検査では下部直腸前壁に径 45mmの立ち上がりがな だらかで表面平滑な腫瘍として描出された。経直腸的腫瘍生検で GISTの診断となった。CT検査、MRI検査で明らかな周囲臓器への 浸潤を認めず、腹腔鏡補助下括約筋間直腸切除術 (ISR) を施行した. 腫瘍径は60×50mm、核分裂像数 1/50HPFs、MIB-1 labeling index 1%で切除断端(-)であった。中リスクのGISTであったが、3年間のイ マチニブによる補助療法を施行し、現在再発なく経過している。【症 例2】66歳男性。排便時に肛門外へ腫瘤が脱出し、血便も認めたため当 科受診となった。下部消化管内視鏡検査で下部直腸から肛門管にか けて表面にびらんを有する粘膜下腫瘍を認めた。注腸X線検査では下 部直腸前壁に径 45mmの境界明瞭で表面平滑な腫瘍として描出され た。CT検査では内部不均一な造影効果を有する腫瘤であった。MRI 検査ではT1WIで低信号、T2WIで低信号、内部に不整な高信号域を 有しており、明らかな周囲臓器への浸潤を認めなかった。以上より GISTや平滑筋腫などを疑い、有症状であるため経肛門的腫瘍切除術 を施行した。腫瘍径は80×50mmで病理組織結果は平滑筋腫の診断 であり、切除断端(-)であった。下部直腸の大きな腫瘍は肛門の温存が 困難なことが多い。しかし粘膜下腫瘍であれば、正確な部位診断、質 的・量的診断により縮小手術が可能であると考えられた。

160 (内). 下部直腸に発生した乏色素性悪性黒色腫の1例 ○横山佳浩、山川 司、沼田泰尚、牛島慶子、鈴木 亮、岡 俊州、 笠原 薫、小林寿久、矢和田敦(函館五稜郭病院消化器内科)

症例は70歳代,女性. 下血を主訴に近医を受診し,下部内視鏡検査で 腫瘤性病変を指摘され当科紹介となった. 下部直腸に20mm大の亜 有茎性病変を認め、頂部には不整形なびらんを伴う発赤粘膜を認め たが立ち上がりは正常粘膜であり粘膜下腫瘍や粘膜脱症候群が疑わ れた. びらんと正常粘膜の境界部位からの生検では腺上皮と炎症性 肉芽組織のみであった. 診断的治療目的に当院外科で経肛門的局所 切除を施行した. 病理組織では粘膜固有層から粘膜下層に灰白色調 の充実性腫瘍を認め、核小体顕在化を示す大型多稜形異形細胞がび まん性に増殖していた. 免疫組織化学にてS-100蛋白, HMB-45, Melan-A, MITF, およびvimentin陽性であった. 明らかなメラニ ン産生は確認できず、乏色素性悪性黒色腫と診断した. 切除断端は 陰性であったが、予後不良な疾患であるため本人と相談のうえ後日 追加切除として腹会陰式直腸切断術及び側方リンパ節郭清を施行し た. 現在術後経過は良好である. 悪性黒色腫は消化管の中では食道 や肛門直腸部が好発部位とされているが、全肛門部悪性腫瘍のうち 0.25~1.25%と稀な組織型である. 術前正診率は34.3%と低く, メラ ニン色素が欠乏あるいは腫瘍全体の一部にとどまる乏色素性腫瘍の 場合には特有の黒色調を示さないため、診断はさらに困難とされて いる. 本症例では内視鏡観察で黒色調を呈していなかったこと, 腫 瘍の主座が粘膜固有層から粘膜下層にあり表層の多くは腺上皮に覆 われていたため生検で検出されなかったことが術前診断し得なかっ た原因と考えた.

161 (消). 術前診断し得た回腸直腸瘻を伴う直腸癌の1例

○齋藤善也¹, 武藤桃太郎¹, 本田宗也¹, 武藤瑞恵¹, 市來一彦¹, 石川千里¹, 井上充貴¹, 栗山直也², 石井大介², 北 健吾², 後藤順一², 橋本道紀², 稲葉 聡², 矢吹英彦²(JA北海道厚生 連遠軽厚生病院内科¹, JA北海道厚生連遠軽厚生病院外科²)

症例は64歳男性。2016年2月より下痢、血便が出現し5月初旬に当科 受診となった。下部消化管内視鏡検査を施行したところ、直腸S状 部に全周性の2型腫瘍を認め、潰瘍底に瘻孔を認めた。瘻孔内に内視 鏡を進めると小腸との連続性が確認された。水溶性造影剤による注 腸造影検査では直腸S状部に全周性の狭窄像を認め、同部位から小 腸側へ造影剤の流入が見られた。腫瘍からの生検でtub1-2の診断と なった。CT検査では直腸S状部の壁肥厚が見られ、腸管傍リンパ節 転移を認めたが、肝転移、肺転移は認めなかった。以上より直腸癌に よる小腸瘻と診断し、高位前方切除術、D3郭清、瘻孔部を含めた小 腸部分切除術を施行した。瘻孔部は回腸末端より口側 10 cmの部位 にあり、腹膜播種は認めなかった。病理組織結果はRS,50×50mm, 2型, tub2, pT4b (回腸), ly2, v3, pN2, pStageIIIbであった。術後 経過は良好であり、術後12日目に退院となった。今後術後補助化学 療法を予定している。大腸癌の消化管内瘻形成は稀な病態であり、 可動性のある空腸および回腸への瘻孔形成は少ないとされている。 また、瘻孔形成大腸癌は腹膜播種、肝転移、リンパ節転移の頻度が低 く、根治切除で良好な予後が見込めるとする報告があり、本症例も根 治切除にいたった。術前の内視鏡検査で小腸瘻を確認し得た大腸癌 は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

162 (内). 多発皮膚転移にて発症した直腸癌の1例

○坂野浩也¹,藤井重之¹,佐藤 健¹,植村尚貴¹,山田充子¹,安部智之¹,黒田裕行¹,前田征洋¹,三浦翔吾¹,藤田美悧²,仙丸直人³,柴田敬典⁴,堀口拓人⁴(製鉄記念室蘭病院消化器・血液内科¹,製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室²,製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科³,札幌医科大学医学部腫瘍・血液内科⁴)

内臓の悪性腫瘍が皮膚に転移を起こす事は比較的稀である。転移性 皮膚癌の原発巣としては、肺癌、胃癌、乳癌等が多いといわれており、 大腸癌は1.9~4.6%と少ない。また逆に大腸癌が皮膚に転移を来た す頻度も、0.1~4.4%と比較的稀である。今回我々は、頭部の皮膚に 多発腫瘤を認め、その後の精査で、直腸癌の多発皮膚転移と診断した 1例を経験したので報告する。症例は、66歳男性。本年(平成28年) 3月頃、頭部の皮膚に腫瘤を触知した。近医(皮膚科)を受診し、生検 を施行した所、皮膚転移性腺癌の診断となり、精査加療目的に当科外 来を紹介受診された。血液検査では肝胆道系酵素の高値を認め、 CEA、CA19-9も異常高値であった。CT、PET検査では、直腸に壁 肥厚所見を認めFDGの取り込み亢進を認めた事から直腸癌の可能 性が示唆された。また、頭部の皮膚や肝臓、肺、筋肉、骨、縦隔、腹腔内 リンパ節などにも転移を疑う所見を認めた。下部消化管内視鏡検査 を施行した所、直腸Rs~Raに3型腫瘍を認め、ほぼ全周性に浮腫状 狭窄を呈していた。生検にて、por1>por2のAdenocarcinomaと診 断した。若干の文献的考察を加え報告する。

163 (内). 超音波内視鏡下穿刺針生検で診断し得た膵癌直腸転 移の1例

○藤林周吾,後藤拓磨,佐藤裕基,笹島順平,高氏修平,杉山雄哉, 岩間琢哉,井尻学見,坂谷 慧,田中一之,高橋慶太郎, 野村好紀,上野伸展,嘉島 伸,盛一健太郎,藤谷幹浩, 奥村利勝(旭川医科大学内科学講座消化器血液腫瘍制御内科学 分野)

症例は60歳代女性. 平成25年11月, 巨大肝嚢胞の経過観察目的で施 行されたCTにて膵尾部の腫大を指摘され、当科紹介初診となった. 画像精査の結果、膵尾部に左副腎・脾静脈浸潤を伴う径4cm大の不 整な腫瘤を認め、脾門および脾動脈周囲のリンパ節腫大を認めたも のの明らかな遠隔転移は認めなかった. 超音波内視鏡下穿刺針生検 にて腺癌を認めたため、cStage 4aの局所進行膵体尾部癌と診断し、 平成25年12月に膵体尾部切除術を施行した. 術後病理所見は中分化 型腺癌でpT4 (Pbt, TS2, CH (-) , DU (-) , S (+) , RP (+) , A (-) , PL (+), OO (+)), pN1, pM0のpStage4aであり、平成26年1月より 術後補助化学療法としてS-1 (100mg/day, 4投2休)を開始した。平 成27年3月, S-1 10コース施行後のCTにて, 左腎門部および直腸左 側壁に不整な低吸収腫瘤を、PET-CTにて同部位に異常集積を認め 再発・転移を疑った. 下部消化管内視鏡検査にて, 上部直腸にφ 2cm程の弾性硬で可動性不良な粘膜下隆起を認め、boring biopsy施 行もGroup 1であった. 超音波内視鏡検査では直腸壁内にφ 15mm, 境界明瞭, 辺縁整, 内部均一な低エコー腫瘤として描出され, 25G ProCore針を用いて2 度超音波内視鏡下穿刺針生検を行い, 腺癌の認 め, 膵癌の直腸転移と診断した. 膵癌の直腸転移は, 検索し得た限り では5例の報告のみと、稀な転移である. また、いずれもboring biopsyや切除標本、剖検による診断であり、 EUS-FNAによって診断 した報告はなかった. 非常に稀な転移をFNAにて診断した1例につ いて, 文献学的考察を加え報告する.

16/08/10 13:27