第97回　北海道医学大会
プログラム・抄録

Program of the 97th Hokkaido Medical Congress

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

（第121回日本消化器病学会北海道支部例会）
（第115回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会）

日　時：平成29年9月2日(土)　9：00～17：45
　　平成29年9月3日(日)　9：00～16：10
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206会議室　　−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121回日本消化器病学会北海道支部例会
　　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　奥村　利勝
　　第115回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
　　北海道大学病院光学医療診療部　清水　勇一

・特別講演1「炎症性腸疾患とPaneth細胞：腸内細菌を制御する生体メカニズムの研究から」
　日時：平成29年9月2日（土）第1会場　　13:40～14:40
　座長：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 教授)
　演者：綾部 時芳(北海道大学大学院先端生命科学研究院細胞生物科学分野 教授)
・特別講演2「早期胃癌に対する内視鏡治療の進歩―現状と今後の展望―」
　日時：平成29年9月3日（日）第1会場　　13:35～14:35
　座長：清水 勇一(北海道大学病院 光学医療診療部 診療教授)
　演者：田邉　聡(北里大学医学部　新世紀医療開発センター　低侵襲光学治療学 教授)
・シンポジウム「機能性消化管疾患　up to date」
　日時：平成29年9月2日（土）第1会場　　9:00～10:40
・ビデオシンポジウム「消化器癌内視鏡診断・治療の工夫」
　日時：平成29年9月3日（日）第1会場　　9:00～11:00
・ランチョンセミナー
　日時：平成29年9月2日（土）第1～第3会場　　12:05～13:00
　　平成29年9月3日（日）第2～第3会場　　12:20～13:15
・日本消化器病学会北海道支部 第13回専門医セミナー
　日時：平成29年9月3日（日）第1会場　　14:40～16:10
・日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会
　日時：平成29年9月2日（土）第1会場　　16:45～17:45

消化器病分科会事務局：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
　　TEL 0166−68−2462　　FAX 0166−68−2469
消化器内視鏡分科会事務局：北海道大学病院 光学医療診療部
　　TEL 011−716−1161（内線 5920）　　FAX 011−706−7867

開催期間
　総　会　　平成29年 9 月16日(土)
　分科会　自　平成29年 9 月 2 日(土)
　　至　平成29年11月25日(土)
総会会場　　札幌グランドホテル
会　　頭　　吉　岡　充　弘

主　催　北海道大学医学研究院
　　旭　川　医　科　大　学
　　札　幌　医　科　大　学
　　北　海　道　医　師　会

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

（第121回日本消化器病学会北海道支部例会）

（第115回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会）

日　時：平成29年9月2日(土)　9：00～17：45
　　平成29年9月3日(日)　9：00～16：10
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206会議室　−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121回日本消化器病学会北海道支部例会
　　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
　　奥村　利勝
　　第115回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
　　北海道大学病院光学医療診療部
　　清水　勇一

・特別講演1：平成29年9月2日（土）　13：40～14：40
「炎症性腸疾患とPaneth細胞：腸内細菌を制御する生体メカニズムの研究から」
　座長：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 教授）
　演者：綾部　時芳（北海道大学大学院先端生命科学研究院細胞生物科学分野 教授）
・特別講演2：平成29年9月3日（日）　13：35～14：35
「早期胃癌に対する内視鏡治療の進歩―現状と今後の展望―」
　座長：清水　勇一（北海道大学病院 光学医療診療部 診療教授）
　演者：田邉　　聡（北里大学医学部 新世紀医療開発センター 低侵襲光学治療学 教授）
・ランチョンセミナー1：平成29年9月2日（土）　12：05～13：00
「大腸がん二次化学療法：VEGFR−2阻害の意義」
　座長：高橋　康雄（北海道がんセンター内科系診療 部長）
　演者：佐川　　保（北海道がんセンター腫瘍内科 医長）
・ランチョンセミナー2：平成29年9月2日（土）　12：05～13：00
「レーザー光による頭頸部・食道表在癌の内視鏡診断～拾い上げから精査まで～」
　座長：高橋　宏明（社会医療法人恵佑会第2病院 院長）
　演者：川田　研郎（東京医科歯科大学 消化管外科学 講師）
・ランチョンセミナー3：平成29年9月2日（土）　12：05～13：00
「小児IBD診療における生物学的製剤の位置づけ」
　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 准教授）
　演者：新井　勝大（国立研究開発法人 国立成育医療研究センター 器官病態系内科部消化器科 医長）
・ランチョンセミナー4：平成29年9月3日（日）　12：20～13：15
「六君子湯の最新のトピックス－二重盲検プラセボ対照比較試験－The DREAM study」
　座長：加藤　元嗣（国立病院機構 函館病院 院長）
　演者：荒川　哲男（大阪市立大学 理事長兼学長）
・ランチョンセミナー5：平成29年9月3日（日）　12：20～13：15
「食道癌における診断治療のトピックス～早期診断、ESD、狭窄治療など～」
　座長：清水　勇一（北海道大学病院 光学医療診療部 診療教授）
　演者：石原　　立（大阪国際がんセンター 消化管内科 部長）

・日本消化器病学会北海道支部 第13回専門医セミナー　：平成29年9月3日（日）14：40～16：10
・日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会　：平成29年9月2日（土）16：45～17：45

消化器病分科会事務局：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
TEL 0166-68-2462　FAX 0166-68-2469
消化器内視鏡分科会事務局：北海道大学病院 光学医療診療部
TEL 011-716-1161（内線 5920）　FAX 011-706-7867

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7分、討論3分　シンポジウム：口演8分、質疑3分
   ビデオシンポジウム：口演8分、質疑3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。

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

（第 121 回日本消化器病学会北海道支部例会）

（第 115 回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会）

日　時：平成29年9月2日(土)　9：00～17：45
　　平成29年9月3日(日)　9：00～16：10
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206会議室　−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121回日本消化器病学会北海道支部例会
　　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
　　奥村　利勝
　　第115回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
　　北海道大学病院光学医療診療部
　　清水　勇一

第１会場

〔 9月2日（土）（第1日目）〕

開会式（8：55～9：00）

シンポジウム（9：00～10：40）　　座長　野津　　司（旭川医科大学地域医療教育学）
　　工藤　俊彦（北海道大学大学院消化器内科学）

S−1（消）．機能性消化管障害の臨床的特徴と脳腸相関
　○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）

S−2（消）．過敏性腸症候群とCRF
　○野津　　司[1]，奥村　利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，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[2]）

S−3（消）．食道アカラシア感受性遺伝子多型の解析
　○藤谷　幹浩[1]，堂腰　達也[1]，稲場　勇平[2]，奥村　利勝[1]（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[1]，市立旭川病院消化器内科[2]）

S−4（消）．当科におけるGERD治療の現状―実臨床におけるP−CABとPPIの比較検討―
　○久野木健仁，船山　拓也，由井　美佳，上原　聡人，上原　恭子，小林　　裕，芹川　真哉，藤林　周吾，鈴木　康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

S−5（消）．*H. pylori*関連ディスペプシアの治療戦略
　○津田　桃子[1]，加藤　元嗣[2]，加藤　麻倫[1]，松田　可奈[1]，宮本　秀一[1]，安孫子怜史[1]，山本　桂子[1]，小野　尚子[3]，工藤　俊彦[1]，中川　　学[4]，中川　宗一[4]，西川　恵子[5]，間部　克裕[2]，清水　勇一[3]，浅香　正博[6]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[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[4]，今井内科小児科医院[5]，北海道医療大学[6]）

S-6（消）．ヘリコバクターピロリ除菌患者における機能性ディスペプシア症状の解析

○田邊　裕貴[1]，柳川　伸幸[1]，奥村　利勝[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，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[2]）

S-7（消）．ディスペプシア患者の病態把握に有用な飲水超音波検査

○久保　公利，西村　友佑，間部　克裕，加藤　元嗣（国立病院機構函館病院）

S-8（消）．炎症性腸疾患における過敏性腸症候群

○前本　篤男，伊藤　貴博，古川　　滋（札幌東徳洲会病院IBDセンター）

内視鏡専修医優秀演題選考（10：43～11：11）　　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）

1（内）．内視鏡的粘膜下層剥離術で切除し得た粘膜筋板由来と考えられた胃GISTの1例

○三宅　高和，鈴木　一也，大久保陽介，林　　優希，福田昂一郎，米澤　和彦（市立釧路総合病院消化器内科）

2（内）．当院における大腸悪性狭窄症に対する大腸ステント挿入症例の現状

○桜井　健介，佐々木　塁，常松　聖司，多谷　容子，松本　美桜，馬場　　麗，武藤　修一，木村　宗士（国立病院機構北海道医療センター消化器内科）

3（内）．大腸憩室出血に対する留置スネアによる結紮止血術の有用性

○佐々木　塁，桜井　健介，常松　聖司，多谷　容子，松本　美桜，馬場　　麗，塚本　祐己，武藤　修一，木村　宗士（国立病院機構北海道医療センター消化器内科）

4（内）．当院における超高齢者に対する内視鏡的胆管結石除去術の現状

○平田　　甫，佐野　逸紀，西田　千尋，松田宗一郎，更科耕一郎，原田　一顕，小林　良充，高橋　一宏，寺下　勝己，小田　　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

内視鏡研修医優秀演題選考（11：14～11：42）　　座長　吉井　新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

5（内）．食道腫瘍として発見され、診断に苦慮した結核の1例

○東野　真幸[1]，清水　勇一[2]，安孫子怜史[1]，加藤　麻倫[1]，松田　可奈[1]，宮本　秀一[1]，山下　允孝[1]，津田　桃子[1]，高橋　正和[2]，山本　桂子[2]，森　　康明[2]，中川　　学[2]，小野　尚子[2]，中川　宗一[2]，工藤　俊彦[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

6（内）．粘液癌成分を合併したBarrett食道腺癌の1例

○林　　和広，関　　英幸，伊藤　聡司，山口　　巧，松薗　絵美，松原　　悠，曽我部　進，菅井　　望，藤田　　淳，鈴木　潤一，柳内　　充，鈴木　　昭（KKR札幌医療センター消化器内科）

7（内）．当科における大腸悪性狭窄に対する大腸ステント5例の治療経験

○野澤俊一郎[1]，内藤　崇史[1]，矢島　秀教[1]，矢花　　崇[1]，仲地　耕平[1]，安達　雄哉[1]，有村　佳昭[1]，近藤　吉宏[1]，仲瀬　裕志[2]（小樽市立病院消化器内科[1]，札幌医科大学医学部消化器内科学講座[2]）

8（内）．当院における内視鏡検査時タイムアウト施行の現状評価と課題

○ム　　チル[1]，太田　智之[1]，石井　貴大[1]，富永　素矢[1]，坂本　　淳[1]，木村　圭介[1]，伊藤　貴博[2]，古川　　滋[2]，前本　篤男[2]（札幌東徳洲会病院消化器センター[1]，札幌東徳洲会病院IBDセンター[2]）

内視鏡プレナリー（13：05～13：35）　　座長　勝木　伸一（小樽掖済会病院消化器内科）

9（内）．胃瘻造設500症例の生存分析および予後因子の検討

○真崎　茂法，西尾　　仁（宮の森記念病院消化器科）

10（内）．クローン病腸管合併症に対する小腸内視鏡を用いた治療成績

○伊藤　貴博[1]，石井　貴大[2]，ム　　チル[2]，富永　素矢[2]，坂本　　淳[2]，古川　　滋[1]，前本　篤男[1]，木村　圭介[2]，太田　智之[2]（札幌東徳洲会病院IBDセンター[1]，札幌東徳洲会病院消化器センター[2]）

11（内）．切除不能膵癌剖検47症例による，EUS-FNA後の腹膜播種，生存期間への影響の検討

○成瀬　宏仁[1]，北潟谷　隆[1]，霜田　佳彦[1]，伊藤　　淳[1]，大野　正芳[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]）

特別講演1（13：40～14：40）　　座長　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 教授）

「炎症性腸疾患とPaneth細胞：腸内細菌を制御する生体メカニズムの研究から」

○綾部　時芳（北海道大学大学院先端生命科学研究院細胞生物科学分野 教授）

日本消化器内視鏡学会北海道支部　評議員会（16：45～17：45）

第２会場

〔 9月2日（土）（第1日目）〕

肝炎1（9：00～9：35）　　座長　小関　　至（札幌厚生病院第3消化器内科）

12（消）．急性肝不全を呈した自己免疫性肝炎の血液生化学的所見の特徴

○山本　恭史，松居　剛志，姜　　貞憲，辻　　邦彦，真口　宏介（手稲渓仁会病院消化器病センター第3消化器内科）

13（消）．ステロイド投与、血漿交換療法、血液濾過透析などの集学的治療により救命し得た重症アルコール性肝炎の1例

○大竹　　晋，太田　　雄，玉木　陽穂，岡田　充巧，麻生　和信，岩本　英孝，山北　圭介，高橋　賢治，北野　陽平，和田佳織利（旭川医科大学内科学講座病態代謝内分泌分野）

14（消）．保存的に救命し得たHEVによる非昏睡型急性肝不全の1例

○五十嵐　将，澤田　康司，林　　秀美，長谷部拓夢，中嶋　駿介，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）

15（消）．High flow HDFと血漿補充が有効であった劇症肝炎の3例の検討

○馬場　　英[1]，古家　　乾[1]，池田　明洋[1]，小泉　忠史[1]，定岡　邦昌[1]，服部　淳夫[2]（JCHO北海道病院消化器センター[1]，JCHO北海道病院病理[2]）

16（消）．メディカルハーブによる薬物性肝障害の1例

○船山　拓也[1]，鈴木　康秋[1]，上原　恭子[1]，小林　　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，杉山　祥晃[2]，澤田　康司[3]，奥村　利勝[3]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院消化器内科[2]，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[3]）

肝炎2（9：38～10：06）　　座長　澤田　康司（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）

17（消）．エンテカビル耐性症例の検討

○小川　浩司，鈴木　和治，中村　晃久，川岸　直樹，大原　正嗣，出水　孝章，梅村真知子，中井　正人，荘　　拓也，須田　剛生，森川　賢一，坂本　直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

18（消）．高齢者C型慢性肝疾患に対するインターフェロンフリー治療の検討

○山本　義也，霜田　佳彦，北潟谷　隆，伊藤　　淳，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）

19（消）．当科におけるダクラタスビル・アスナプレビル・ベクラブビルの初期治療経験

○中島　知明，横山　　崇，巽　　亮二，山口　将功，木村　睦海，荒川　智宏，桑田　靖昭，小関　至る，大村　卓味，髭　　修平，狩野　吉康，豊田　成司（札幌厚生病院肝臓内科）

20（消）．DAA 治療を施行したC型肝硬変症例の肝予備能の変化と発癌についての検討

○久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，山内　夏未[1]，佐藤　正文[2]，川崎　亮輔[2]，行部　　洋[2]，水沼　謙一[2]，宮崎　　悦[3]，飴田　咲貴[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]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[4]）

肝炎3（10：09～10：37）　　座長　井上　充貴（遠軽厚生病院内科）

21（消）．腹腔鏡下Hassab手術を施行した門脈圧亢進症の1例

○早馬　聡[1]，三橋　洋介[1]，松本　哲[1]，渡曾　博志[1]，上　奈津子[1]，田中　英一[1]，葛西　幸穂[2]，葛西　和博[2]，越湖　進[1]（イムス札幌消化器中央総合病院外科[1]，イムス札幌消化器中央総合病院消化器内科[2]）

22（消）．肝胆道系酵素の上昇を伴った巨細胞性動脈炎の1例

○鈴木　和治，中井　正人，中村　晃久，大原　正嗣，川岸　直樹，出水　孝章，荘　拓也，須田　剛生，森川　賢一，小川　浩司，坂本　直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

23（消）．MR Elastography・IDEAL IQとUSによるNAFLDフォローアップ

○鈴木　康秋，上原　恭子，小林　裕，久野木健仁，藤林　周吾，芹川　真哉（名寄市立総合病院消化器内科）

24（消）．SGLT2阻害薬の長期投与により体重減少を伴わず肝機能が改善した非肥満NASHの1例

○中嶋　駿介，林　秀美，長谷部拓夢，澤田　康司，生田　克哉，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）

胃・十二指腸1（10：40～11：15）　　座長　武藤桃太郎（遠軽厚生病院内科）

25（内）．上部消化管内視鏡検査後に起きた気腹の1例

○見田　裕章，檜森　亮吾，足立　靖，中村　浩子，菊地　剛史，岩田　徳和，安達　靖代，中村　正弘，吉田　幸成，佐々木泰史，加藤　康夫，遠藤　高夫（札幌しらかば台病院消化器内科）

26（消）．胃gastrointestinal stromal tumorにおける超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法の診断能についての検討

○田邊　裕貴[1]，藤永　明裕[1]，河本　徹[1]，高橋慶太郎[2]，後藤　充[1]，佐藤　智信[1]，内海　辰哉[1]，斎藤　義徳[1]，柳川　伸幸[1]，奥村　利勝[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，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[2]）

27（内）．当院での上部消化管内視鏡検査・治療の偶発症に関する検討

○森園竜太郎，古山　準一，高木　秀雄，後藤　哲，五十嵐聖名子（勤医協中央病院）

28（消）．ボノプラザンによる2次除菌療法の検証

○岡本　哲郎[1]，宮島　治也[1]，木村　朋広[1]，猪股　英俊[1]，藤見　章仁[2]，長町　康弘[2]，小池　和彦[2]，後藤　義朗[2]，山内　尚文[2]，井原　康二[2]，西里　卓次[2]（札幌清田病院消化器内科[1]，札幌清田病院内科[2]）

29（内）．*Helicobacter pylori*除菌後に発見されたSM浸潤癌の臨床病理学的特徴

○山本　桂子[1]，加藤　麻倫[2]，松田　可奈[2]，安孫子怜史[2]，津田　桃子[2]，宮本　秀一[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]，北海道大学大学院消化器内科学[2]）

胃・十二指腸2（11：18～11：53）　　座長　住吉　徹哉（国家公務員共済組合連合会斗南病院消化器科）

30（内）．胃内視鏡粘膜下層剥離術後の遅発性出血に難渋し潰瘍治癒遷延した1例

○高木　将，川村　駿介，伊藤　彰洋，柳原志津紀，賀集　剛賢，道上　篤，乙黒　雄平，鈴木　肇，寺門　洋平，萩原　武，渡邊　義行，小澤　広，前田　聡（札幌厚生病院）

31（内）．食道・胃・大腸ESDにおけるSplash M-Knifeの治療成績

○鈴木茉理奈，江上　太基，太宰　昌佳，小野寺　学，宮本　大輔，横山　朗子，吉井　新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

32（内）．multi－loop（M－loop）法の胃、大腸ESDにおける有用性

○濱本　英剛，原田　拓，田沼　徳真（手稲渓仁会病院消化器病センター）

33（消）．早期の胃粘膜病変を指摘し得た遺伝性びまん性胃癌の1例

○藤田　千紗[1]，平川　昌宏[1]，大沼　啓之[1]，松野　鉄平[1]，坂本　拡基[1]，水上　都[2]，石川　亜貴[3]，中津川宗秀[4]，信岡　隆幸[5]，櫻井　晃洋[3]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学小児科,札幌医科大学病院遺伝子診療室[2]，札幌医科大学病院遺伝子診療室[3]，札幌医科大学病理診断科[4]，札幌医科大学消化器・総合,乳腺・内分泌外科[5]）

34（内）．3年間経過観察し,内視鏡切除で診断した十二指腸原発未分化癌の1例

○伊藤　聡司[1]，関　　英幸[1]，山口　　巧[1]，松薗　絵美[1]，松原　　悠[1]，曽我部　進[1]，菅井　　望[1]，藤田　　淳[1]，鈴木　潤一[1]，柳内　　充[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]）

胃・十二指腸3（14：45～15：13）　　座長　海老原裕磨（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ）

35（消）．経過観察中に急速に増大し、手術を要したGISTの1例

○菊地　剛史[1]，遠藤　高夫[1]，檜森　亮吾[1]，中村　浩子[1]，見田　裕章[1]，安達　靖代[1]，岩田　徳和[1]，中村　正弘[1]，吉田　幸成[1]，足立　　靖[1]，山下健太郎[2]，仲瀬　裕志[2]，加藤　康夫[1]（札幌しらかば台病院・消化器科[1]，札幌医科大学消化器内科[2]）

36（内）．嚢胞化のためクッションサイン陽性を示した胃GISTの1例

○岡川　　泰，庵原　秀之，住吉　徹哉，大岩修太郎，得地　果穂，吉田　将大，藤井　亮爾，皆川　武慶，由崎　直人，平山　眞章，近藤　　仁（斗南病院消化器内科）

37（消）．特異な経過と画像所見を呈した特発性十二指腸穿孔の1例

○上原　恭子[1]，鈴木　康秋[1]，小林　　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，杉山　祥晃[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院消化器内科[2]）

38（消）．食道ヘルニアに伴う再発性胃軸捻転症に対し外科的加療が著効した1例

○菅野　　究[1]，桜井　健介[1]，佐々木　塁[1]，常松　聖司[1]，多谷　容子[1]，松本　美桜[1]，馬場　　麗[1]，三野　和宏[2]，武藤　修一[1]，植村　一仁[2]，木村　宗士[1]（北海道医療センター消化器内科[1]，北海道医療センター外科[2]）

胃・十二指腸4（15：16～15：51）　　座長　嘉島　　伸（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）

39（消）．サイトメガロウイルス感染による胃潰瘍の1例

○石井　貴大，富永　素矢，坂本　　淳，木村　圭介，太田　智之（札幌東徳洲会病院消化器センター）

40（内）．上部消化管内視鏡検査で診断した無症状の消化管アミロイドーシスの1例

○山口　　巧，関　　英幸，柳内　　充，鈴木　　昭，伊藤　聡司，松薗　絵美，松原　　悠，曽我部　進，菅井　　望，藤田　　淳，鈴木　潤一（KKR札幌医療センター消化器センター）

41（消）．急性胆管炎、急性膵炎を合併した、胃全摘後の盲端十二指腸下行脚傍乳頭憩室炎によるLemmel症候群の1例

○小泉　忠史，池田　明洋，馬場　　英，定岡　邦昌，古家　　乾，坂本　聡大，藤居　勇貴，敦賀　陽介，正村　裕紀，数井　啓蔵（JCHO北海道病院消化器センター）

42（消）．予防的PEGを施行した頭頸部癌CRT/RT症例における胃瘻の使用有無についての検討

○松田　可奈[1]，宮本　秀一[1]，津田　桃子[1]，安孫子怜史[1]，加藤　麻倫[1]，山本　桂子[2]，小野　尚子[2]，工藤　俊彦[1]，清水　勇一[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

43（消）．白血球数と胃癌罹患リスク～東神楽町検診受診男性の追跡調査～

○相馬　光宏[1]，武藤　英二[2]，奥村　利勝[3]（東神楽町国民健康保険診療所[1]，むとう内科医院[2]，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[3]）

胃・十二指腸5（15：54～16：29）　　座長　中積　宏之（北海道大学病院腫瘍センター）

44（消）．多発肝転移を伴った胃癌肉腫の1例

○岩間　琢哉，野村　好紀，杉山　雄哉，岡田　哲弘，井尻　学見，高橋慶太郎，田中　一之，河端　秀賢，林　　明宏，安藤　勝祥，上野　伸展，後藤　拓麿，嘉島　　伸，笹島　順平，盛一健太郎，水上　祐輔，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）

45（消）．胃癌同時性肝転移に対し肝切除術を施行し長期生存が得られた1例

○飴田　咲貴[1]，久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，宮崎　　悦[2]，佐藤　正文[3]，川崎　亮輔[3]，行部　　洋[3]，水沼　謙一[3]，山内　夏未[4]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，伊達赤十字病院外科[3]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[4]）

46（消）．食道癌を合併した胃mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の1例

○由井　美佳[1]，上原　恭子[1]，小林　　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，鈴木　康秋[1]，村上　雄紀[2]，奥村　利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，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[2]）

47（消）．トラスツズマブを含む化学療法に不応のHER2陽性胃癌に対するトラスツズマブ/イリノテカン併用療法の第II相試験（HGCSG1201）

○佐々木尚英[1]，川本　泰之[2,3]，結城　敏志[3]，目黒　高志[1]，加藤　貴司[4]，畑中　一映[5]，岩永　一郎[6]，上林　　実[6]，中村　路夫[7]，江藤　和範[8]，奥田　博介[9]，阿部　雅一[10]，中積　宏之[2,3]，村中　徹人[2,3]，八木澤允貴[2,3]，大庭　幸治[11]，坂田　　優[12]，坂本　直哉[3]，小松　嘉人[2]（北海道消化器科病院内科・消化器科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，北海道大学大学院消化器内科学[3]，市立稚内病院内科[4]，市立函館病院消化器内科[5]，北見赤十字病院消化器内科・腫瘍内科[6]，市立札幌病院消化器内科[7]，苫小牧市立病院消化器内科[8]，恵佑会札幌病院腫瘍内科[9]，札幌厚生病院化学療法内科[10]，東京大学大学院情報学環学際情報学府[11]，三沢市立三沢病院CEO[12]）

48（消）．Cisplatinの投与後に急性膵炎を発症した胃癌の1例

○武藤桃太郎，本田　宗也，武藤　瑞恵，市來　一彦，石川　千里，井上　充貴（遠軽厚生病院内科）

第３会場

〔9月2日（土）（第1日目）〕

大腸1（9：00～9：35）　　座長　稲場　勇平（市立旭川病院消化器病センター）

49（内）．内視鏡非専門医における潰瘍性大腸炎の活動性診断能の検討

○盛一健太郎，杉山　雄哉，岩間　琢哉，佐藤　裕基，岡田　哲弘，井尻　学見，田中　一之，高橋慶太郎，河端　秀賢，林　　明宏，安藤　勝祥，野村　好紀，上野　伸展，嘉島　　伸，後藤　拓磨，笹島　順平，高氏　修平，水上　裕輔，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）

50（消）．潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後のafferent limb syndromeに対して腸管固定術を施行した1例

○大野　陽介，本間　重紀，市川　伸樹，吉田　　雅，川村　秀樹，武冨　紹信（北海道大学大学院消化器外科学Ⅰ）

51（消）．潰瘍性大腸炎における週2回の顆粒球除去療法の有効性と背景因子の検討

○杉山　浩平，那須野正尚，宮川　麻希，田中　浩紀，本谷　　聡（札幌厚生病院IBDセンター）

52（消）．炎症性腸疾患患者における*NUDT15*遺伝子多型と臨床像の検討

○平山　大輔[1]，飯田　智哉[2]，風間　友江[1]，白田　智洋[1]，小野寺　馨[1]，久保　俊之[1]，山下健太郎[1]，山野　泰穂[1]，仲瀬　裕志[1]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，札幌外科記念病院[2]）

53（消）．pH依存MMX徐放性5-ASA製剤の不耐を呈した潰瘍性大腸炎の1例

○古川　　滋[1]，伊藤　貴博[1]，前本　篤男[1]，石井　貴大[2]，ム　　チル[2]，富永　素矢[2]，坂本　　淳[2]，木村　圭介[2]，太田　智之[2]（札幌東徳洲会病院IBDセンター[1]，札幌東徳洲会病院消化器内科[2]）

大腸2（9：38～10：13）　　座長　小野寺　馨（札幌医科大学医学部消化器内科学講座）

54（内）．悪性大腸狭窄に対する大腸ステント留置術の現況

○久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，山内　夏末[1]，佐藤　正文[2]，川崎　亮輔[2]，行部　　洋[2]，水沼　謙一[2]，宮崎　　悦[3]，飴田　咲貴[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]，札幌医科大学腫瘍内科学[4]）

55（消）．肝外胆管転移を伴った上行結腸癌の1例

○平田　裕哉[1]，和賀永里子[1]，嘉成　悠介[1]，小松　悠弥[1]，高梨　訓博[1]，藤田　朋紀[1]，安保　智典[1]，勝木　伸一[1]，吉田　真誠[2]，加藤　淳二[2]，長谷川　匡[3]（小樽掖済会病院消化器病内科[1]，札幌医科大学腫瘍血液内科学講座[2]，札幌医科大学病理診断科[3]）

56（消）．悪性大腸狭窄に対して緩和的ステント留置症例の検討

○杉山　隆治，佐々木貴弘，助川　隆士，稲場　勇平，小澤賢一郎，垂石　正樹，斉藤　裕輔（市立旭川病院消化器センター）

57（消）．EMR後再発を疑われたS状結腸癌の1例

○白田　智洋，久保　俊之，風間　友江，平山　大輔，小野寺　馨，山本英一郎，能正　勝彦，山下健太郎，山野　泰穂，伸瀬　裕志（札幌医科大学医学部消化器内科学講座）

58（消）．虫垂原発Mixed adenoneuroendocrine carcinomaの1例

○井上　雅貴[1]，中野真太郎[1]，青沼　彩音[1]，大森　沙織[1]，大和　弘明[1]，大平　浩司[1]，加藤　寛士[1]，高橋　　徹[4]，石川　倫啓[5]，近藤　信夫[3]（岩見沢市立総合病院消化器内科[1]，岩見沢市立総合病院外科[2]，ジェネティックラボ病理解析センター[3]，恵み野病院消化器内科[4]，釧路労災病院外科[5]）

大腸3（10：16～10：44）　　座長　加藤　貴司（市立稚内病院内科）

59（消）．大腸癌一般臨床におけるラムシルマブの安全性についての当院での検討

○曽我部　進[1]，大原　克仁[1]，畠山　智明[2]，伊藤　聡司[3]，山口　　巧[3]，松薗　絵美[3]，松原　　悠[3]，菅井　　望[3]，関　　英幸[3]，藤田　　淳[3]，小池　雅彦[4]，鈴木　潤一[3]（KKR札幌医療センター消化器内科・腫瘍内科[1]，KKR札幌医療センター薬剤部[2]，KKR札幌医療センター消化器内科[3]，KKR札幌医療センター消化器外科[4]）

60（消）．大腸・直腸・肝内胆管に発症した異時性5重複癌の1例

○久野木健仁，船山　拓也，由井　美佳，上原　聡人，上原　恭子，小林　　裕，芹川　真哉，藤林　周吾，鈴木　康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

61（内）．腫瘍除去・止血・固定法による再開存術を施行した大腸ステント閉塞の2例

○芹川　真哉，上原　恭子，小林　　裕，久野木健仁，藤林　周吾，鈴木　康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

62（消）．門脈内ガス血症を来した横行結腸癌の1例

○本間　賢太（市立根室病院）

大腸4（10：47～11：22）　　座長　間部　克裕（国立病院機構函館病院消化器科）

63（内）．全ての憩室内と憩室周囲粘膜にアフタと糜爛を伴う非特異性腸炎の1例

○馬場　　麗，桜井　健介，佐々木　塁，常松　聖司，多谷　容子，松本　美桜，塚本　祐己，武藤　修一，木村　宗士（北海道医療センター消化器内科）

64（消）．S状結腸憩室炎による回腸S状結腸瘻の1例

○藤井　重之[1]，渡邊　晃一[1]，佐賀　潤也[1]，山田　充子[1]，小野　道洋[1]，安部　智之[1]，黒田　裕行[1]，前田　征洋[1]，藤田　美悧[2]，東海林安人[3]，仙丸　直人[3]，柴田　敬典[4]，佐藤　昌則[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内科学講座、血液内科学[4]）

65（内）．ニボルマブ投与中に潰瘍性大腸炎類似の大腸炎を生じた1例

○久保　公利，西村　友祐，間部　克裕，加藤　元嗣（国立病院機構函館病院消化器科）

66（内）．保存的加療で改善せず腸管切除に至った難治性虚血性大腸炎の1例

○久保　彰則[1]，木脇佐代子[1]，林　　健児[1]，高木　智宏[1]，吉田　純一[1]，奥村　一慶[2]，小丹枝裕二[2]，下國　達志[2]，中川　隆公[2]，高橋　昌宏[2]，吉川　裕幸[3]，中西　勝也[4]（JCHO札幌北辰病院消化器内科[1]，JCHO札幌北辰病院外科[2]，JCHO札幌北辰病院放射線診断科[3]，JCHO札幌北辰病院病理診断科[4]）

67（消）．大腸憩室出血における責任憩室の同定に与える因子の検討

○一色　裕之，清水　晴夫，大和田紗恵，那須野　央，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）

大腸5（11：25～12：00）　　座長　伊藤　貴博（札幌東徳洲会病院IBDセンター）

68（内）．当院で診断したcollagenous colitis 12症例の検討

○松原　　悠，関　　英幸，伊藤　聡司，山口　　巧，松薗　絵美，曽我部　進，菅井　　望，藤田　　淳，鈴木　潤一（KKR札幌医療センター消化器内科）

69（消）．反復water avoidance stressによる内臓知覚過敏と腸管透過性の亢進－IBS動物モデルにおける末梢CRF受容体，炎症性サイトカインの役割

○野津　　司[1]，奥村　利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，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[2]）

70（内）．1%ポリドカノールを用いた静脈瘤硬化療法と静脈瘤結紮術の併用療法により改善した食道胃静脈瘤と直腸静脈瘤の1例

○山口　将功，横山　　崇，巽　　亮二，木村　睦海，荒川　智宏，中島　知明，桑田　泰昭，小関　　至，大村　卓味，髭　　修平，狩野　吉康，豊田　成司（札幌厚生病院肝臓内科）

71（内）．下部消化管内視鏡検査を契機に大腸の鼠径ヘルニア嵌頓が判明した3例

○嘉成　悠介[1]，勝木　伸一[1]，安保　智典[1]，藤田　朋紀[1]，高梨　訓博[1]，和賀永里子[1]，小松　悠弥[1]，平田　裕哉[1]，佐々木一晃[2]，大野　敬祐[2]，野田　　愛[2]，三浦　　亮[2]（小樽掖済会病院消化器内科[1]，小樽掖済会病院外科・肛門科[2]）

72（消）．当院におけるアミティーザの治療効果の検討

○石井　吉文[1]，岩野　博俊[1]，佐藤　貴幸[2]，神　　崇志[1]，仁木　　卓[1]，山田　政孝[1]（士別市立病院消化器内科[1]，士別市立病院内視鏡技術科[2]）

大腸6（14：45～15：13）　　座長　本間　重紀（北海道大学大学院消化器外科学Ⅰ）

73（消）．リツキシマブ単独療法が奏功した直腸MALTリンパ腫の1例

○佐藤　修司，清水　晴夫，大和田紗恵，那須野　央，一色　裕之，伊早坂　舞，金戸　宏行（市立室蘭総合病院消化器内科）

74（消）．DTX/ CDDP/ S-1（DCS）療法及び放射線療法が奏効した肛門管癌の1例

○大岩修太郎[1]，辻　　靖[1]，高山　歳三[1]，吉田　将大[2]，田中丸真希[1]，岡村　直香[1]，杉山　絢子[1]，平山　眞章[1]，佐藤　大介[3]，北城　秀司[3]，奥芝　俊一[3]（斗南病院腫瘍内科[1]，斗南病院消化器内科[2]，斗南病院外科[3]）

75（消）．横行結腸原発脂肪肉腫の1例

○大久保陽介，鈴木　一也，三宅　高和，林　　優希，福田昂一郎，米澤　和彦（釧路市立総合病院消化器内科）

76（消）．出血をきたした大腸脂肪腫の1例

○一色　裕之[1]，清水　晴夫[1]，大和田紗恵[1]，我妻　康平[1]，那須野　央[1]，伊早坂　舞[1]，佐藤　修司[1]，佐々木賢一[2]，金戸　宏行[1]（市立室蘭総合病院消化器内科[1]，市立室蘭総合病院外科・消化器外科[2]）

肝炎4（15：16～15：44）　　座長　森川　賢一（北海道大学大学院消化器内科学）

77（消）．HCVが自然消失した非代償性肝硬変の1例

○横山　　崇，中島　知明，巽　　亮二，山口　将功，木村　睦海，荒川　智宏，桑田　靖昭，小関　　至，大村　卓味，髭　　修平，狩野　吉康，豊田　成司（JA北海道厚生連札幌厚生病院第3消化器内科）

78（消）．治療に難渋した重症アルコール性肝炎の1例

○山本　恭史，松居　剛志，姜　　貞憲，辻　　邦彦，真口　宏介（手稲渓仁会病院消化器病センター）

79（消）．非代償期肝硬変症例に対するリファキシミン投与効果に関する検討

○相馬　　学，長谷部千登美，阿部　真美，細木　弥生，谷口　正浩（旭川赤十字病院消化器内科）

80（消）．当科における非B非C肝硬変患者の臨床的特徴の検討

○井上　充貴[1]，本田　宗也[1]，武藤　瑞恵[1]，市來　一彦[1]，石川　千里[1]，武藤桃太郎[1]，林　　秀美[2]，長谷部拓夢[2]，中嶋　駿介[2]，澤田　康司[2]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2]（JA北海道厚生連遠軽厚生病院[1]，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[2]）

肝腫瘍1（15：47～16：22）　　座長　小川　浩司（北海道大学大学院消化器内科学）

81（消）．多発門脈腫瘍栓にて再発した術後肝細胞癌の1例

○町田　卓郎[1]，小川　　亮[1]，葛西　健二[1]，河上　純彦[1]，永渕　　誠[2]，小西　和哉[2]，平野　　聡[3]（医療法人菊郷会札幌センチュリー病院消化器科[1]，医療法人菊郷会札幌センチュリー病院外科[2]，北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[3]）

82（消）．高度腎障害を伴うペースメーカー植込み患者の肝細胞癌に対してバイポーラRFAを施行した1例

○長谷部拓夢，林　　秀美，中嶋　駿介，澤田　康司，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）

83（消）．リザーバー肝動注化学療法およびソラフェニブ治療が奏効した多発性肝細胞癌の1例

○岩田　徳和[1]，檜森　亮吾[1]，菊地　剛史[1]，見田　裕章[1]，安達　靖代[1]，中村　正弘[1]，吉田　幸成[1]，足立　　靖[1]，森藤　吉哉[3]，井口知加子[3]，南　　貴恵[3]，池田　公子[3]，黒河　　聖[3]，諏訪　高麿[3]，牧口　祐介[3]，秦　　史壮[4]，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内科[1]，札幌しらかば台病院病理[2]，札幌道都病院内科[3]，札幌道都病院外科[4]）

84（消）．インターフェロンフリー治療後に発見されたHCC 5例の臨床的検討

○板橋　美沙，伊藤　聡司，山口　　巧，松薗　絵美，松原　　悠，曽我部　進，菅井　　望，関　　英幸，藤田　　淳，鈴木　潤一（KKR札幌医療センター消化器内科）

85（消）．肝細胞癌ラジオ波焼灼術2週間後に横隔膜より後出血をきたした1例

○松田　千佳，小野　雄司，村井　太一，板谷　一史，曽根　孝之，小池　祐太，藤田　弘之，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）

第４会場

〔９月２日（土）（第１日目）〕

食道1（9：00～9：35）　　座長　水島　　健（北見赤十字病院消化器内科）

86（消）．食道癌に対する高線量率腔内照射（RALS）併用化学放射線療法の検討

○田邊　裕貴[1]，後藤　　充[1]，高邑　明夫[2]，佐藤　智信[1]，内海　辰也[1]，河本　　徹[1]，藤永　明裕[1]，斎藤　義徳[1]，中野　詩朗[3]，柳川　伸幸[1]（旭川厚生病院消化器科[1]，旭川厚生病院放射線科[2]，旭川厚生病院外科[3]）

87（内）．高度狭窄をきたし、バルーン拡張が有効であった好酸球性食道炎の1例

○加藤　麻倫[1]，清水　勇一[1,2]，松田　可奈[1,2]，宮本　秀一[1,2]，安孫子怜史[1,2]，津田　桃子[1,2]，山本　桂子[1,2]，小野　尚子[1,2]，工藤　俊彦[1,2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

88（消）．食道原発未分化癌の1例

○高橋　一輝，佐々木貴弘，杉山　隆治，助川　隆士，稲場　勇平，小澤賢一郎，垂石　正樹，斉藤　裕輔（市立旭川病院消化器病センター）

89（消）．集学的治療により長期生存が得られたAFP産生食道胃接合部癌の1例

○田中　一之[1]，杉山　雄哉[1]，岩間　琢哉[1]，佐藤　裕基[1]，井尻　学見[1]，岡田　哲弘[1]，高橋慶太郎[1]，安藤　勝祥[1]，河端　秀賢[1]，林　明宏[1]，野村　好紀[1]，上野　伸展[1]，嘉島　伸[1]，後藤　拓磨[1]，笹島　順平[1]，伊藤　貴博[2]，高氏　修平[1]，盛一健太郎[1]，水上　裕輔[1]，藤谷　幹浩[1]，奥村　利勝[1]（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[1]，札幌東徳洲会病院炎症性腸疾患センター[2]）

90（消）．Granulocyte-colony stimulating factor（G-CSF）産生食道癌の1例

○杉山　雄哉，嘉島　伸，岩間　琢哉，佐藤　裕基，岡田　哲弘，井尻　学見，田中　一之，高橋慶太郎，安藤　勝祥，林　明宏，川端　秀賢，野村　好紀，上野　伸展，後藤　拓磨，笹島　順平，高氏　修平，盛一健太郎，水上　裕輔，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）

食道2（9：38～10：06）　　座長　岡原　聡（恵佑会第2病院内科・消化器科）

91（消）．当院における食道胃接合部癌診療の現状

○高橋　一宏，西田　千尋，更科耕一郎，松田宗一郎，平田　甫，原田　一顕，佐野　逸紀，小林　良充，寺下　勝巳，小田　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

92（内）．食道ESD後狭窄を予測する食道狭窄リスク分類の検討

○高橋慶太郎，杉山　雄哉，岩間　琢哉，井尻　学見，田中　一之，安藤　勝祥，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）

93（内）．咽頭癌CRT後遺残再発に対するサルベージEMR/ESD

○安孫子怜史[1]，清水　勇一[2]，加藤　麻倫[1]，松田　可奈[1]，宮本　秀一[1]，山下　允孝[1]，津田　桃子[1]，高橋　正和[2]，山本　桂子[2]，森　康明[2]，中川　学[2]，小野　尚子[2]，中川　宗一[2]，工藤　俊彦[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

94（内）．粘膜優位型の尋常性天疱瘡による剥離性食道炎の1例

○後藤　充[1]，田邊　裕貴[1]，内海　辰哉[1]，河本　徹[1]，藤永　明裕[1]，佐藤　智信[1]，斎藤　義徳[1]，柳川　伸幸[1]，折居　裕[1]，小松　成綱[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，旭川厚生病院皮膚科[2]）

胆1（10：09～10：44）　　座長　笹島　順平（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）

95（内）．経皮経肝的ルートからのRendezvous法の治療成績

○櫻井　環[1]，久居　弘幸[1]，山内　夏未[1]，小柴　裕[1]，宮崎　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[3]）

96（消）．腹腔鏡下胆嚢摘出術により治癒し得た胆嚢出血の1例

○岡田　哲弘[1,2,3]，後藤　琢磨[1]，笹島　順平[1]，水上　祐輔[1]，藤谷　幹浩[1]，奥村　利勝[1]，杉村浩二郎[2]，佐藤　恵輔[2]，久保　光司[2]，相山　健[3]（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[1]，町立中標津病院内科[2]，町立中標津病院外科[3]）

97（消）．胆嚢悪性腫瘍が疑われたIgG 4関連胆嚢炎の1例

○高橋　正樹，紺野　潤，小沼　新，笹木　有佑，中根　浩伸，廣田ジョージョ（函館中央病院）

98（内）．繰り返す総胆管結石に対して，術前のEBS留置が奏効した1例

○西田　彩華，江上　大基，鈴木茉里奈，宮本　大輔，太宰　昌佳，小野寺　学，横山　朗子，吉井　新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

99（消）．閉塞性黄疸で発症したアメーバ性肝膿瘍の1例

○柴田　敬典[1]，小野　道洋[1]，藤井　重之[1]，渡邊　晃一[1,2]，佐賀　潤也[1,2]，佐藤　昌則[1]，山田　充子[1]，安部　智之[1]，黒田　裕行[1]，藤田　美悧[3]，前田　征洋[1]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[2]，製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室[3]）

胆2（10：47～11：22）　　座長　江藤　和範（苫小牧市立病院消化器内科）

100（消）．当院における黄色肉芽腫性胆嚢炎の臨床像の検討

○成瀬　宏仁[1]，北潟谷　隆[1]，霜田隆佳彦[1]，伊藤　淳[1]，大野　正芳[1]，工藤　大樹[1]，畑中　一映[1]，山本　義也[1]，中西　一彰[2]，下山　則彦[3]（市立函館病院消化器病センター消化器内科[1]，市立函館病院消化器病センター消化器外科[2]，市立函館病院病理診断科[3]）

101（内）．EST後穿孔が原因と思われる後腹膜膿瘍、骨盤内膿瘍に対し経皮下内視鏡的ネクロセクトミーが有用であった1例

○池田　裕貴[1]，吉田　真誠[1]，須釜　佑介[1]，坂本　拡基[1]，石川　和真[1]，小野　道洋[1]，伊藤　智子[2]，渡邊奈々恵[2]，高田　弘一[1]，宮西　浩嗣[1]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，東札幌病院内科[2]）

102（内）．遠位胆道狭窄に対するカバードメタリックステント留置後胆嚢炎の検討

○宇都宮　蘭，矢根　圭，瀧川有記子，小林　陽介，田中　一成，遠藤　壮登，小松　直広，永井　一正，金　俊文，林　毅，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）

103（内）．胃全摘Roux-en-Y再建術後の総胆管結石に対し、EUS antegrade techniqueを用いて経乳頭的排石を施行した1例

○石川　和真[1]，吉田　真誠[1]，須釜　佑介[1]，坂本　拡基[1]，池田　裕貴[1]，小野　道洋[1]，高田　弘一[1]，宮西　浩嗣[1]，加藤　淳二[1]，伊藤　智子[2]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，東札幌病院内科[2]）

104（消）．総胆管内に落下し、肝胆道系酵素上昇を来した偽胆石症の1例

○山内　夏未[1]，久居　弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，宮崎　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[3]）

胆3（11：25～11：53）　　座長　鈴木　一也（市立釧路総合病院消化器内科）

105（消）．胆管癌との鑑別が困難であった硬化性胆管炎による良性胆管狭窄の1例

○岸　法磨，杉山　祥晃，太田　勝久，斎藤　敦，相馬　学，阿部　真美，松崎　伸幸，藤井　常志，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

106（消）．胆管非拡張型膵・胆管合流異常症に合併した混合型腺神経内分泌癌（MANEC）の1例

○我妻　康平[1]，平野　雄大[1]，本谷　雅代[1]，柾木　喜晴[1]，志谷　真啓[1]，阿久津典之[1]，佐々木　茂[1]，木村　康利[2]，竹政伊知朗[2]，仲瀬　裕志[1]（札幌医科大学附属病院消化器内科学講座[1]，札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

107（内）．術後再建腸管例における悪性胆道狭窄に対する胆道ドレナージ術の検討

○田中　一成，矢根　圭，真口　宏介，宇都宮　蘭，瀧川有記子，小松　直広，遠藤　壮登，永井　一正，小林　陽介，金　俊文，林　毅，高橋　邦幸，潟沼　朗生（手稲渓仁会病院消化器病センター）

108（内）．巨大十二指腸乳頭部腺腫に内視鏡的乳頭切除術を施行し得た1例

○河端　秀賢[1]，後藤　拓磨[1]，佐藤　裕基[1]，岡田　哲弘[1]，林　明宏[1]，笹島　順平[1]，水上　裕輔[1]，奥村　利勝[1]，藤井　常志[2]（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[1]，旭川赤十字病院消化器内科[2]）

胆4（14：45～15：20）　　座長　多谷　容子（北海道医療センター消化器内科）

109（消）．約7年の経過で増大し切除し得た有茎性早期胆嚢癌の一症例

○秋山　由樹[1]，横山　和典[1]，松本　　航[1]，代田　　充[1]，沢田　尭史[1]，旭　　火華[1]，喜納　政哉[1]，高田　譲二[1]，益子　博幸[1]，山野　三紀[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

110（消）．出血性胆嚢炎で発症したSS胆嚢癌の1例

○安達　雄輝，河本　　徹，内海　辰哉，藤永　明裕，佐藤　智信，後藤　　充，田邊　裕貴，斎藤　義徳，柳川　伸幸，折居　　裕（JA北海道厚生連旭川厚生病院）

111（消）．巨大肝内胆管癌に対して集学的治療により長期生存を得た1例

○川村　武史，岡村　圭祐，櫛谷　洋樹，城崎　友秀，宮坂　　衛，大場　光信，中西　喜嗣，浅野　賢道，野路　武寛，倉島　　庸，海老原裕磨，中村　　透，村上　壮一，土川　貴裕，七戸　俊明，平野　　聡（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ）

112（消）．当初非切除と診断しメタリックステント挿入8ヶ月後に根治切除を行った肝門部領域胆管癌の1例

○野路　武寛[1]，川村　武史[1]，中西　喜嗣[1]，浅野　賢道[1]，海老原裕磨[1]，倉島　　庸[1]，中村　　透[1]，村上　壮一[1]，土川　貴裕[1]，岡村　圭祐[1]，七戸　俊明[1]，三橋　智子[2]，平野　　聡[1]（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[1]，北海道大学病院病理部[2]）

113（消）．進行肝内胆管癌に対して切除とGemcitabineにより長期予後を得た1例

○長津　明久，神山　俊哉，島田　慎吾，若山　顕治，折茂　達也，横尾　英樹，蒲池　浩文，武冨　紹信（北海道大学大学院消化器外科学Ⅰ）

膵1（15：23～15：58）　　座長　金　　俊文（手稲渓仁会病院消化器センター内科）

114（消）．IPMCとの鑑別に苦慮した膵粘液癌の1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]，柳川　伸幸[2]（遠軽厚生病院内科[1]，旭川厚生病院消化器科[2]）

115（消）．分枝型IPMNと通常型膵癌が併存したbifid pancreasの1例

○澤井　康弥[1]，北川　　翔[1]，奥　　大樹[1]，岡村　圭也[1]，平山　　敦[1]，長川　達哉[1]，宮川　宏之[1]，市原　　真[2]，岡田　邦明[3]（札幌厚生病院消化器内科（胆膵内科）[1]，札幌厚生病院病理診断科[2]，札幌道都病院外科[3]）

116（消）．IPMN併存膵癌における膵癌発生前の画像所見

○遠藤　壮登，金　　俊文，真口　宏介，潟沼　朗生，高橋　邦幸，林　　毅，矢根　　圭，永井　一正，小松　直広，田中　一成，小林　陽介，瀧川有記子，宇都宮　蘭（手稲渓仁会病院消化器病センター）

117（消）．術前診断が困難であった膵粘液性嚢胞腺癌の1例

○齋藤　　敦，杉山　祥晃，岸　　法磨，太田　勝久，相馬　　学，稲葉　千尋，松崎　伸幸，細木　弥生，阿部　真美，藤井　常志，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

118（消）．特異な形態を呈した膵神経内分泌細胞癌の1例

○佐々木貴志，伊藤　　憲，山田　　錬，西澤　竜也，小林　智絵，江藤　和範，山本　文泰（苫小牧市立病院消化器内科）

第１会場

〔9月3日（日）（第2日目）〕

ビデオシンポジウム（9：00～11：00）　　座長　盛一健太郎（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）
桒谷　将城（北海道大学病院光学医療診療部・消化器内科）

V-1（内）．胃上皮性腫瘍に対するデンタルフロスクリップESDの使用経験
○皆川　武慶，住吉　徹哉，大岩修太郎，得地　果穂，吉田　将大，藤井　亮爾，岡川　　泰，庵原　秀之，平山　眞章，近藤　　仁（斗南病院消化器内科）

V-2（内）．エンドサイトスコピーシステムを用いた表在性非乳頭部十二指腸腫瘍の診断
○宮本　秀一[1]，加藤　麻倫[1]，松田　可奈[1]，安孫子怜史[1]，津田　桃子[1]，山本　桂子[1]，小野　尚子[2]，工藤　俊彦[1]，清水　勇一[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

V-3（内）．隆起性病変に対する大腸ESDのアプローチの工夫
○道上　　篤[1]，前田　　聡[1]，寺門　洋平[1]，鈴木　　肇[1]，乙黒　雄平[1]，伊藤　彰洋[1]，賀集　剛賢[1]，柳原志津妃[1]，渡邊　義行[1]，萩原　　武[1]，小澤　　広[1]，岩口　佳史[2]，市原　　真[2]，後藤田裕子[2]，村岡　俊二[2]（JA北海道厚生連札幌厚生病院胃腸科[1]，JA北海道厚生連札幌厚生病院病理科[2]）

V-4（内）．大腸ESDにおける牽引法（S-O clip）の有効性について
○安部　智之[1]，藤井　重之[1]，柴田　敬典[1]，佐藤　昌則[1]，山田　充子[1]，小野　道洋[1]，黒田　裕行[1]，前田　征洋[1]，藤田　美悧[2]，佐賀　潤也[3]，渡邊　晃一[3]（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査室[2]，札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

V-5（内）．当科での消化管悪性リンパ腫の内視鏡診断における工夫
○嘉島　　伸，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）

V-6（内）．小腸腫瘍性病変における各検査法の診断率と診断率向上への工夫
○藤田　朋紀，平田　裕哉，嘉成　悠介，小松　悠弥，和賀永理子，高梨　訓博，安保　智典，勝木　伸一（小樽掖済会病院）

V-7（内）．消化器癌の大動脈周囲リンパ節への転移や再発に対するEUS-FNA診断の検討
○小野寺　学，江上　大基，鈴木茉里奈，宮本　大輔，太宰　昌佳，横山　朗子，吉井　新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

V-8（内）．超音波内視鏡下穿刺吸引生検におけるソナゾイドの有用性
○河瀬　智哉[1]，田中　　卓[1]，吉田　浩司[2]（北斗病院消化器内科[1]，川崎医科大学胆膵インターベンション学[2]）

V-9（内）．悪性遠位胆道狭窄に対するレーザーカットカバードステント X-Suit NIRの治療成績
○瀧川有記子，林　　毅，宇都宮　蘭，田中　一成，遠藤　壮登，小松　直広，永井　一正，小林　陽介，金　　俊文，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内科）

V-10（内）．肝腫瘤性病変およびびまん性肝疾患に対するEUS-FNA
○久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，山内　夏未[1]，宮崎　　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[3]）

消化器病専修医優秀演題選考（11：03～11：38）　　座長　鈴木　康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

119（消）．*Helicobacter Pylori*除菌療法における治療戦略
○神　　崇志[1]，岩野　博俊[1]，山田　政孝[1]，佐藤　貴幸[2]，石井　吉文[1]，仁木　　卓[1]，宮本　　潤[3]，出合　栄治[3]（士別市立病院消化器内科[1]，士別市立病院内視鏡技術科[2]，士別市立病院臨床検査室[3]）

120（消）．大腸亜全摘術を施行した*EPCAM*欠失によるLynch症候群の1例

○大和田紗恵[1]，山下健太郎[1]，大久保陽介[1]，平野　雄大[1]，三宅　高和[1]，飯田　智哉[1]，小野寺　馨[1]，久保　俊之[1]，山本英一郎[1]，能正　勝彦[1]，仲瀬　裕志[1]，沖田　憲司[2]，竹政伊知郎[2]，櫻井　晃洋[3]（札幌医科大学医学部消化器内科学講座[1]，札幌医科大学医学部消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座[2]，札幌医科大学医学部遺伝医学[3]）

121（消）．肝硬変患者におけるサルコペニアに対するBCAAおよびレボカルニチンの効果についての検討

○今川　貴之[1]，高橋　祥[1]，小野山直輝[1]，坂野　浩也[1]，佐藤　健[1,2]，山田　尚太[1]，奥田　敏徳[1]，南　伸弥[1]，井畑　壮詞[2]，蟹澤　祐司[2]，井山　諭[3]（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]，札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

122（消）．当院における自己免疫性膵炎に膵仮性嚢胞を合併した6例の検討

○畑山　加奈，岡村　圭也，宮川　宏之，長川　達哉，平山　敦，奥　大樹，北川　翔（札幌厚生病院消化器内科（胆膵内科））

123（消）．切除不能局所進行膵癌および切除可能境界膵癌に対するFOLFIRINOX療法の治療成績

○吉田　将大[1]，辻　靖[2]，大岩修太郎[1]，坂田　果穂[1]，田中丸真希[2]，高山　歳三[2]，藤井　亮爾[1]，皆川　武慶[1]，岡川　泰[1]，岡村　直香[2]，杉山　絢子[2]，木村　朋広[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]，鈴木　善法[3]，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]）

消化器病研修医優秀演題選考（11：41～12：16）　座長　水上　裕輔（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）

124（消）．*SDHC*変異による胃GISTの1例

○一柳亜貴子[1]，山下健太郎[1]，小野寺　馨[1]，久保　俊之[1]，能正　勝彦[1]，山本英一郎[1]，白田　智洋[1]，平山　大輔[1]，風間　友江[1]，山野　泰穂[1]，長谷川　匡[2]，仲瀬　裕志[1]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，札幌医科大学病理診断科・病理部[2]）

125（消）．当院におけるS状結腸軸捻転症37例の臨床的検討

○山崎　覇久[1]，太田　智之[1]，ム　チル[1]，石井　貴大[1]，富永　素矢[1]，坂本　淳[1]，木村　圭介[1]，前島　拓[2]，深堀　晋[2]，唐崎　秀則[2]（札幌東徳洲会病院消化器センター[1]，札幌東徳洲会病院外科[2]）

126（消）．診断に難渋した薬剤性過敏性症候群（DIHS）による肝機能障害の1例

○榊間　光理，村井　太一，松田　千佳，板谷　一史，曽根　孝之，藤田　弘之，小池　祐太，佃　曜子，遠藤　文菜，小野　雄司，中村　路夫，西川　秀司，永坂　敦（市立札幌病院消化器内科）

127（消）．肝原発末梢性T細胞リンパ腫非特定型の1例

○宮澤　佑貴[1]，佐藤　一也[1]，田邊　裕貴[2]，塚田　和佳[1]，稲村　純季[1]，斎藤　義徳[2]，平松　一秀[3]，佐藤　啓介[4]（旭川厚生病院血液・腫瘍内科[1]，旭川厚生病院消化器科[2]，旭川厚生病院放射線科[3]，旭川厚生病院病理診断科[4]）

128（消）．末梢血幹細胞移植後に顕性化し、診断に苦慮した自己免疫性肝炎の1例

○谷口　正浩，長谷部千登美，阿部　真美，細木　弥生，相馬　学（旭川赤十字病院消化器内科）

第120回日本消化器病学会北海道支部例会
第115回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会　奨励賞表彰式（13：15～13：35）

特別講演2（13：35～14：35）　座長　清水　勇一（北海道大学病院光学医療診療部 診療教授）

「早期胃癌に対する内視鏡治療の進歩―現状と今後の展望―」

○田邉　聡（北里大学医学部新世紀医療開発センター低侵襲光学治療学 教授）

閉会式（16：10～16：15）

第２会場

〔9月3日（日）（第2日目）〕

肝腫瘍2（9：00～9：35）　　座長　髙木　秀安（札幌禎心会病院消化器内科）

129（消）．肝原発神経内分泌腫瘍に対し肝動脈化学塞栓術を施行し奏功が得られた1例

○小田総一郎[1]，寺下　勝巳[1]，西田　千尋[1]，松田宗一郎[1]，更科耕一郎[1]，平田　　甫[1]，原田　一顕[1]，小林　良充[1]，高橋　一宏[1]，佐野　逸紀[1]，小田　　寿[1]，高橋　達郎[2]，宮城島拓人[1]（釧路労災病院消化器内科[1]，釧路労災病院中央検査科[2]）

130（消）．繰り返す転移に対し集学的治療を行なった肝原発神経内分泌腫瘍の1例

○河本　　徹[1]，柳川　伸幸[1]，内海　辰哉[1]，藤永　明裕[1]，佐藤　智信[1]，後藤　　充[1]，田邊　裕貴[1]，斎藤　義徳[1]，稲垣　光裕[2]，折居　　裕[1]（JA北海道厚生連旭川厚生病院消化器科[1]，JA北海道厚生連旭川厚生病院外科[2]）

131（消）．10年間にわたり長期経過観察中の原発性胆汁性胆管炎に発症した肝 reactive lymphoid hyperplasia（RLH）の1例

○鈴木　康秋[1]，上原　恭子[1]，小林　　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，澤田　康司[2]，奥村　利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，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[2]）

132（消）．胃直接浸潤をきたした肝腺扁平上皮癌の1例

○鈴木　康秋[1]，仙波　佳祐[2]，上原　恭子[1]，小林　　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，市立稚内病院内科[2]）

133（消）．悪性が否定できず肝切除を行ったReactive lymphoid hyperplasiaの1例

○佃　　曜子，松田　千佳，村井　太一，板谷　一史，曽根　孝之，藤田　弘之，小池　裕太，遠藤　文菜，小野　雄司，中村　路夫，永坂　　敦，西川　秀司（市立札幌病院消化器内科）

肝腫瘍3（9：38～10：13）　　座長　河野　　豊（札幌医科大学腫瘍内科学講座）

134（消）．発症からの経過をCTで観察しえた肝偽脂肪腫の1例

○上原　聡人[1]，鈴木　康秋[1]，上原　恭子[1]，小林　　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，渡邊　晴司[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，平成会病院[2]）

135（消）．ICG蛍光Navigationを利用した肝臓外科手術

○砂原　正男[1]，皆川のぞみ[1]，前田　好章[1]，篠原　敏樹[1]，濱田　朋倫[1]，植木　伸也[2]，中西　一彰[2]，木村　　純[2]（北海道がんセンター消化器外科[1]，市立函館病院消化器外科[2]）

136（消）．術前に診断に苦慮した類上皮内血管内皮腫の1例

○中村　晃久，荘　　拓也，鈴木　和治，大原　正嗣，川岸　直樹，出水　孝章，中井　正人，須田　剛生，森川　賢一，小川　浩司，坂本　直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

137（消）．診断が困難であった肝原発Castleman病の1例

○土岐　康通[1]，生田　克哉[1]，長谷部拓夢[1]，畑山　真弓[1]，山本　昌代[1]，澤田　康司[1]，進藤　基博[1]，鳥本　悦宏[2]，岡山　大志[3]，水上　周二[3]，新井　利英[3]，青木　貴徳[4]，矢持　淑子[5]，塩沢　英輔[5]，瀧本　雅文[5]，奥村　利勝[1]（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[1]，旭川医科大学病院腫瘍センター[2]，深川市立病院外科[3]，時計台記念病院消化器センター[4]，昭和大学医学部臨床病理診断学講座[5]）

138（消）．肝硬変に合併した肝血管肉腫の1例

○小柴　　裕[1]，久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，山内　夏未[1]，飴田　咲貴[1]，宮崎　　悦[2]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]）

肝腫瘍4（10：16～10：44）　　座長　中嶋　駿介（旭川医科大学救急科内科学講座消化器血液腫瘍制御内科学分野）

139（消）．完全に埋没した魚骨によって肝膿瘍を併発した1例

○松本　将吾[1]，斎藤　里佳[1]，仙波　佳祐[1]，山村　貴洋[1]，永井　孝輔[1]，瀧新悠之介[1]，加藤　貴司[1]，國枝　保幸[1]，町田　卓郎[2]，小西　和哉[3]（市立稚内病院内科[1]，札幌センチュリー病院内科・消化器内科[2]，札幌センチュリー病院外科[3]）

140（消）．経皮的ドレナージが奏効した肝膿瘍穿破による汎発性腹膜炎の1例

○江上　太基，鈴木茉理奈，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）

141（消）．肝生検後のhemobiliaに対してTAEで止血し得た1例

○中島　正人[1]，古川龍太郎[1]，佐藤　史幸[1]，水島　　健[1]，江平　宣起[1]，岩永　一郎[1]，上林　　実[1]，松澤　　徹[2]（北見赤十字病院消化器内科[1]，北見赤十字病院放射線科[2]）

142（消）．Clostridium difficile肝膿瘍の1例

○松野　鉄平[1]，田中　信悟[1]，宮西　浩嗣[1]，中村　　元[1]，早坂　尚貴[1]，河野　　豊[1]，高梨　訓博[2]，勝木　伸一[2]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科学講座[1]，小樽掖済会病院消化器内科[2]）

肝腫瘍5（10：47～11：15）　　座長　岡田　充巧（旭川医科大学内科学講座病態代謝内分泌分野）

143（消）．当科における初発肝癌の臨床背景に関する検討

○井上　充貴[1]，本田　宗也[1]，武藤　瑞恵[1]，市來　一彦[1]，石川　千里[1]，武藤桃太郎[1]，林　　秀美[2]，長谷部拓夢[2]，中嶋　駿介[2]，澤田　康司[2]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2]（JA北海道厚生連遠軽厚生病院内科[1]，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[2]）

144（消）．当院における下大静脈腫瘍栓を伴う進行肝細胞癌症例の検討

○伊藤　　淳，山本　義也，霜田　佳彦，北潟谷　隆，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内科）

145（消）．尿蛋白が診断の契機となり，広範なリンパ節腫大をきたしたため，診断に苦慮した肝細胞癌の1例

○木脇佐代子[1]，高木　智史[1]，久保　彰則[1]，林　　健児[1]，小笠原倫子[1]，吉田　純一[1]，奥村　一慶[2]，小丹枝裕二[2]，下國　達志[2]，中川　隆公[2]，高橋　昌宏[2]，吉川　裕幸[3]，木村　理奈[3]，中西　勝也[4]（JCHO札幌北辰病院消化器内科[1]，JCHO札幌北辰病院外科[2]，JCHO札幌北辰病院放射線診断科[3]，JCHO札幌北辰病院病理診断科[4]）

146（消）．当科における初発肝癌の臨床的特徴に関する検討

○澤田　康司，林　　秀美，長谷部拓夢，中嶋　駿介，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）

第３会場

〔９月３日（日）（第2日目）〕

小腸1（9：00～9：28）　　座長　藤田　朋紀（小樽掖済会病院消化器内科）

147（内）．小腸pyogenic granulomaの1例

○高梨　訓博[1]，勝木　伸一[1]，安保　智典[1]，藤田　朋紀[1]，和賀永里子[1]，小松　悠弥[1]，嘉成　悠介[1]，平田　裕哉[1]，佐々木一晃[2]，大野　敬祐[2]，野田　　愛[2]，三浦　　亮[2]（小樽掖済会病院消化器内科[1]，小樽掖済会病院外科・肛門科[2]）

148（消）．オルメサルタンによるcollagenous enteritisの1例

○長島　一哲[1]，桂田　武彦[1]，小田切信介[1]，山梨　香菜[1]，木下　賢治[1]，松野　吉宏[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院病理診断科[2]）

149（消）．腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症を併発した慢性偽性腸閉塞症の1例

○武藤　修一，桜井　健介，常松　聖司，多谷　容子，松本　美桜，馬場　麗，塚本　祐己，木村　宗士（北海道医療センター消化器内科）

150（消）．全周性狭窄によりカプセル内視鏡の停滞をきたした小腸濾胞性リンパ腫の1例

○畑山　真弓[1]，生田　克哉[1]，山本　昌代[1]，土岐　康通[1]，上野　伸展[1]，進藤　基博[1]，盛一健太郎[1]，鳥本　悦宏[2]，奥村　利勝[1]（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[1]，旭川医科大学病院腫瘍センター[2]）

小腸2（9：31～10：06）　座長　上野　伸展（旭川医科大学地域医療支援および専門医育成推進講座）

151（消）．単孔式腹腔鏡下イレウス解除術を行った胆石イレウスの1例

○石川　倫啓[1]，江本　慎[1]，佐野　修平[1]，河合　朋昭[1]，小林　清二[1]，小笠原和宏[1]，原田　一顕[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]）

152（消）．腸管気腫症，門脈気腫症を呈した回腸末端炎の1例

○前田　啓介[1]，定岡　邦昌[1]，池田　明洋[1]，小泉　忠史[1]，馬場　英[1]，古家　乾[1]，服部　淳夫[2]，水戸　孝文[3]（JCHO北海道病院消化器センター[1]，JCHO北海道病院病理[2]，みと内科循環器クリニック[3]）

153（消）．回腸神経鞘腫による腸重積症の1例

○渡邊　晃一[1]，藤井　重之[1]，柴田　敬典[1]，山田　充子[1]，小野　道洋[1]，安部　智之[1]，黒田　裕之[1]，前田　征洋[1]，藤田　美悧[2]，東海林安人[3]，仙丸　直人[3]，佐賀　潤也[4]，佐藤　昌則[4]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，同病理・臨床検査室[2]，同外科・呼吸器外科[3]，札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学[4]）

154（消）．空腸muco-submucosal elongated polypより出血をきたした1例

○斉藤　成亮[1]，安藤　勝祥[2]，杉山　雄哉[3]，岩間　琢哉[3]，佐藤　裕基[3]，岡田　哲弘[3]，井尻　学見[3]，田中　一之[3]，高橋慶太郎[3]，河端　秀賢[3]，林　明宏[3]，野村　好紀[3]，上野　伸展[2]，後藤　拓磨[3]，嘉島　伸[3]，盛一健太郎[3]，水上　裕輔[3]，藤谷　幹浩[3]，奥村　利勝[3]（旭川医科大学病院卒後臨床研修センター[1]，旭川医科大学地域医療支援及び専門医育成推進講座[2]，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[3]）

155（内）．膵頭部癌術後の胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して,n-butyl-2-cyanoacrylateにより止血を得た1例

○巽　亮二，山口　将功，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（札幌厚生病院肝臓内科）

小腸3（10：09～10：37）　座長　小田　寿（釧路労災病院消化器内科）

156（内）．パテンシーカプセルの局在診断における超音波検査の有用性

○那須野正尚，杉山　浩平，宮川　麻希，田中　浩紀，本谷　聡（札幌厚生病院IBDセンター）

157（消）．難治性クローン病における術後吻合部潰瘍の特徴と予後の検討

○稲場　勇平[1]，佐々木貴弘[1]，杉山　隆治[1]，助川　隆士[1]，小澤賢一郎[1]，垂石　正樹[1]，斉藤　裕輔[1]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2]（市立旭川病院消化器病センター[1]，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[2]）

158（消）．ビタミンK欠乏により出血傾向を示したクローン病の1例

○高氏　修平[1,2]，嘉島　伸[2]，上野　伸展[3]，五十嵐　将[2]，杉山　雄哉[2]，佐藤　裕基[2]，岩間　琢哉[2]，岡田　哲弘[2]，井尻　学見[2]，高橋慶太郎[2]，田中　一之[2]，安藤　勝祥[3]，河端　秀賢[2]，林　明宏[2]，野村　好紀[2]，笹島　順平[2]，盛一健太郎[2]，水上　裕輔[2]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2]，垂石　正樹[4]（旭川医科大学救急医学講座[1]，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[2]，旭川医科大学地域医療支援および専門医育成推進講座[3]，旭川市立病院消化器内科[4]）

159（内）．クローン病に対するカプセル内視鏡の使用成績とその有用性に関する検討

○上野　伸展[1]，杉山　雄哉[2]，岩間　琢哉[2]，井尻　学見[2]，岡田　哲弘[2]，田中　一之[2]，高橋慶太郎[2]，河端　秀賢[2]，林　明宏[2]，安藤　勝祥[1]，野村　好紀[2]，嘉島　伸[2]，後藤　拓磨[2]，笹島　順平[2]，盛一健太郎[2]，水上　裕輔[2]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2]（旭川医科大学地域医療支援および専門医育成推進講座[1]，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[2]）

その他1（10：40～11：15）　　座長　鈴木　聡（市立旭川病院総合内科）

160（消）．IVR治療が必要となった孤立性動脈解離の2例

○小川　拓也[1]，坂本　淳[1]，和田玲緒名[2]，ム　チル[1]，石井　貴大[1]，富永　素矢[1]，木村　圭介[1]，齋藤　博哉[2]，太田　智之[1]（札幌東徳洲会病院消化器センター[1]，札幌東徳洲会病院放射線診断科[2]）

161（消）．PET-CTが診断に有用であった結核性胸腹膜炎の一症例

○柏柳　杏美[1]，横山　和典[1]，松本　航[1]，代田　充[1]，沢田　尭史[1]，旭　火華[1]，喜納　政哉[1]，高田　譲二[1]，益子　博幸[1]，山野　三紀[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

162（消）．当科における胆膵・消化管原発神経内分泌癌に対する治療経験

○八木澤允貴[1,2]，小松　嘉人[2]，村中　徹人[1,2]，川本　泰之[1,2]，中積　宏之[1,2]，結城　敏志[1]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

163（消）．腰椎前面に発生した類表皮嚢胞の1切除例

○中田　裕隆[1]，笹島　順平[2]，盛一健太郎[2]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2,3]，大平　賀子[3]，野津　司[3,4]，浅井　慶子[5]，古川　博之[5]（旭川医科大学病院卒後臨床研修センター[1]，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[2]，旭川医科大学総合診療部[3]，旭川医科大学地域医療教育学講座[4]，旭川医科大学外科学講座消化器病態外科学分野[5]）

164（消）．スマトリプタンの内服により嘔吐発作が消失した周期性嘔吐症の1例

○粂井　志麻[1]，野津　司[2]，大平　賀子[1]，奥村　利勝[1,3]（旭川医科大学病院総合診療部[1]，旭川医科大学地域医療教育学講座[2]，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[3]）

その他2（11：18～11：53）　　座長　小野　雄司（市立札幌病院消化器内科）

165（消）．魚骨による消化管穿孔・穿通をきたした4症例の検討

○池田　明洋[1]，小泉　忠史[1]，馬場　英[1]，定岡　邦昌[1]，古家　乾[1]，正村　裕紀[1]，数井　啓蔵[1]，服部　淳夫[2]（JCHO北海道病院消化器センター[1]，JCHO北海道病院病理診断科[2]）

166（消）．川崎病様症状を呈したYesinia pseudotuberculosis感染症の1例

○鈴木　聡，鈴木　啓子（市立旭川病院総合内科）

167（消）．寒冷刺激により腹部膨満感、筋肉痛、発熱発作を繰り返した家族性地中海熱の1例

○粂井　志麻[1]，宮岸　沙織[1]，野津　司[2]，大平　賀子[1]，奥村　利勝[1,3]（旭川医科大学病院総合診療部[1]，旭川医科大学地域医療教育学講座[2]，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[3]）

168（消）．自然排虫例を中心とした日本海裂頭条虫排虫例の検討

○佐藤　裕基[1]，矢崎　康幸[1]，櫻井　達也[1]，本田　光則[1]，後藤　拓磨[2]，笹島　順平[2]，藤谷　幹浩[2]，奥村　利勝[2]（小林病院内科[1]，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[2]）

169（消）．非アルコール性脂肪性肝炎におけるプロスタグランジンI2の肝保護作用

○粂井　志麻[1]，結城　幸一[1]，柏木　仁[1]，今道　力敬[1]，奥村　利勝[2]，牛首　文隆[1]（旭川医科大学薬理学講座[1]，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[2]）

第４会場

〔9月3日（日）（第2日目）〕

膵2（9：00～9：35）　　座長　本谷　雅代（札幌医科大学消化器内科）

170（内）．悪性胃十二指腸狭窄症例に対する十二指腸ステント留置術

○久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，山内　夏末[1]，佐藤　正文[2]，川崎　亮輔[2]，行部　　洋[2]，水沼　謙一[2]，宮崎　　悦[3]，飴田　咲貴[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]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[4]）

171（内）．神経内分泌化を伴った膵腺房細胞癌の1例

○杉山　祥晃[1]，岸　　法磨[1]，太田　勝久[1]，齋藤　　敦[1]，相馬　　学[1]，松崎　伸幸[1]，阿部　真美[1]，藤井　常志[1]，長谷部千登美[1]，菊地　智樹[2]，小幡　雅彦[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院病理診断科[2]）

172（内）．膵管内腫瘍の臨床的特徴

○平田　幸司[1]，桒谷　将城[1]，杉浦　　諒[1]，加藤　　新[1]，川久保和道[1]，坂本　直哉[1]，浅野　賢道[2]，平野　　聡[2]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[2]）

173（内）．膵腫瘤性病変に対する新型franseen形状穿刺針を用いたEUS-FNAの有用性

○永井　一正，金　　俊文，潟沼　朗生，宇都宮　蘭，小林　陽介，瀧川有記子，遠藤　壮登，小松　直広，田中　一成，矢根　　圭，林　　毅，高橋　邦幸，真口　宏介（手稲渓仁会病院消化器病センター）

174（消）．当院で経験した小型膵solid-pseudopapillary neoplasm（SPN）3例の検討

○内海　辰哉，河本　　徹，藤永　明裕，柳川　伸幸，佐藤　智信，後藤　　充，田邊　裕貴，斎藤　義徳，折居　　裕（JA北海道厚生連旭川厚生病院消化器科）

膵3（9：38～10：13）　　座長　小野　道洋（製鉄記念室蘭病院消化器内科）

175（内）．感染性被包化膵壊死に対する内視鏡的ネクロゼクトミーの効果

○加藤　　新，桒谷　将城，平田　幸司，杉浦　　諒，川久保和道，坂本　直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

176（消）．中年男性に発症し、多発肝転移を伴った膵Solid-pseudopapillary neoplasm（SPN）の1例

○金谷　本真[1]，村中　徹人[2]，八木澤允貴[2]，川本　泰之[2]，中積　宏之[2]，結城　敏志[3]，平田　幸司[3]，杉浦　　諒[3]，加藤　　新[3]，川久保和道[3]，桒谷　将城[3]，中村　　透[4]，岡村　圭祐[4]，平野　　聡[4]，三橋　智子[5]，小松　嘉人[2]，坂本　直哉[3]（北海道大学病院卒後臨床研修センター[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，北海道大学大学院消化器内科学[3]，北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[4]，北海道大学病院病理部[5]）

177（消）．急性膵炎を契機に発見された膵Mixed adeno-neuroendocrine carcinoma（MANEC）の1例

○柳原　弘明，内海　辰哉，河本　　徹，藤永　明裕，柳川　伸幸，佐藤　智信，後藤　　充，田邊　裕貴，斎藤　義徳，折居　　裕（JA北海道厚生連旭川厚生病院消化器科）

178（消）．膵頭十二指腸切除術後に発生した左側門脈圧亢進症による膵腸吻合部静脈瘤に対する治療経験

○櫛谷　洋樹[1]，野路　武寛[1]，阿保　大介[2]，中西　喜嗣[1]，浅野　賢道[1]，中村　　透[1]，土川　貴裕[1]，岡村　圭祐[1]，平野　　聡[1]（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[1]，北海道大学大学院放射線医学[2]）

179（消）．化学放射線療法後に腫瘍壊死部から出血をきたした膵頭部癌の1例

○箕浦　　愛，宮川　宏之，長川　達哉，平山　　敦，岡村　圭也，奥　　大樹，北川　　翔，畑山　加奈，澤井　康弥（札幌厚生病院胆膵内科）

膵4（10：16～10：51）　　座長　後藤　拓磨（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）

180（消）．当院における切除不能進行・再発膵癌に対するFOLFIRINOX療法及びGEM＋nab-PTX療法の検討

○植村　尚貴，佐川　　保，田村　文人，濱口　京子，藤川　幸司，高橋　康雄（北海道がんセンター消化器内科）

181（消）．切除不能進行膵癌に対するGemcitabine +nab-Paclitaxel動注化学療法の第I相試験

○土居　　忠[1]，秋山　剛英[1]，高橋　　稔[1]，大井　雅夫[1]，宇佐美　信[1,4]，平田健一郎[1]，本間　久登[1]，森井　一裕[2]，古川　勝久[2]，女澤　慎一[3]（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・血液内科[4]）

182（消）．膵癌に対するGEM＋nab-Paclitaxelを用いた術前化学療法の有用性

○小林　陽介，金　　俊文，真口　宏介，高橋　邦幸，潟沼　朗生，林　　毅，矢根　　圭，遠藤　壮登，小松　直広，永井　一正，瀧川有記子，田中　一成，宇都宮　蘭（手稲渓仁会病院消化器病センター）

183（消）．ゲムシタビン+ナブパクリタキセル（GEM+nab-PTX）療法に不応の切除不能進行・再発膵癌に対する2次化学療法

○村中　徹人[1,2]，小松　嘉人[2]，八木澤允貴[1,2]，川本　泰之[2]，中積　宏之[2]，結城　敏志[1]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

184（消）．高齢者切除不能膵癌における筋肉量と栄養学的予後因子の検討

○佐藤　裕基[1]，後藤　拓磨[1]，澤田　康司[1]，岡田　哲弘[1]，河端　秀賢[1]，林　　明宏[1]，笹島　順平[1]，水上　裕輔[1]，杉山　雄哉[1]，岩間　琢哉[1]，井尻　学見[1]，高橋慶太郎[1]，田中　一之[1]，安藤　勝祥[1]，野村　好紀[1]，上野　伸展[1]，嘉島　　伸[1]，高氏　修平[2]，盛一健太郎[1]，藤谷　幹浩[1]，奥村　利勝[1]（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[1]，旭川医科大学救急医学講座[2]）

膵5（10：54～11：29）　　座長　川畑　修平（帯広厚生病院消化器内科）

185（消）．膵癌切除例におけるCTでの動脈周囲軟部陰影に関する検討

○小松　直広，林　　毅，宇都宮　蘭，瀧川有記子，小林　陽介，田中　一成，遠藤　壮登，永井　一正，金　　俊文，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）

186（消）．膵癌との鑑別が困難であった慢性膵炎の1例

○太田　勝久，杉山　祥晃，岸　　法麿，斎藤　　敦，相馬　　学，阿部　真美，松崎　伸幸，藤井　常志，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

187（内）．膵原発腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜神経鞘腫の3例

○柾木　喜晴[1]，本谷　雅代[1]，平野　雄大[1]，我妻　康平[1]，志谷　真啓[1]，阿久津典之[1]，佐々木　茂[1]，仲瀬　裕志[1]，木村　康利[2]，竹政伊知朗[2]（札幌医科大学医学部消化器内科[1]，札幌医科大学医学部消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

188（内）．膵充実性小病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診の有用性の検討

○杉浦　　諒，桒谷　将城，平田　幸司，加藤　　新，川久保和道，坂本　直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

189（消）．膵液診断が可能であった小膵癌同時多発例

○岩野　博俊[1]，水上　裕輔[2,3]，唐崎　秀則[2,4]，小野　裕介[2]，尾形　宗彦[2]，岡田　哲弘[2,3]，佐藤　貴幸[5]，石井　吉文[1]，神　　崇志[1]，仁木　　卓[1]，山田　政孝[1]（士別市立病院消化器内科[1]，札幌東徳洲会病院医学研究所[2]，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[3]，札幌東徳洲会病院外科[4]，士別市立病院内視鏡技術科[5]）

特別講演1

「炎症性腸疾患とPaneth細胞：腸内細菌を制御する生体メカニズムの研究から」

○綾部時芳（北海道大学大学院先端生命科学研究院細胞生物科学分野 教授）

小腸の上皮細胞は幹細胞と4系統の最終分化細胞からなる。小腸陰窩の基底部に位置するPaneth細胞は、1888年に細胞質顆粒に富む上皮細胞としてJoseph Panethが初めて記載し、1989年にOuelletteがその顆粒中に抗菌ペプチドα-defensinを発見して自然免疫を司ることがわかった。Paneth細胞はα-defensinを含有する顆粒を分泌することで生体防御に大きく貢献すると共に幹細胞ニッシェを構成する。当研究室では、α-defensinが病原菌選択的な殺菌活性を示し、常在菌とは共生して腸内細菌叢を制御することを明らかにした。一方、腸内細菌叢の破綻（dysbiosis）は、炎症性腸疾患、肥満やII型糖尿病など生活習慣病、肝硬変、大腸癌、自閉症など様々な疾患との関係が知られている。しかし、dysbiosisに至る生体メカニズムや、その改善が疾病予防や治療に繋がるのかは未だ不明の点が多い。
われわれは腸内細菌に作用する生体メカニズムとしてのPaneth細胞機能に注目した研究を進めてきた。Sandwich ELISAを樹立して分泌されたα-defensinをはじめて定量し、腸炎モデルIL10欠損マウスで糞便中α-defensin量が減少することを示した。また、高脂肪食による肥満、移植片対宿主病の両マウスモデルでは、α-defensin分泌量減少がdysbiosisを惹起して病態や予後に関与することを明らかにした。さらに、enteroid培養と高解像度イメージング法を用いてPaneth細胞の顆粒分泌メカニズムを解明すると共に、クローン病モデルマウスSAMP 1/YitFcでは異常な還元型α-defensinが分泌されてdysbiosisを生じる可能性を示した。近年、クローン病の感受性遺伝子である小胞体ストレス関連XBP 1, AGR 2やオートファジー関連ATG 16L 1などはPaneth細胞をターゲットにすることが報告された。Paneth細胞の小胞体ストレスやα-defensin分泌機能の異常がdysbiosisを介して疾患を導くのなら、その異常に対処することで炎症性腸疾患はじめ様々な消化器関連疾患に対して今後Paneth細胞研究が貢献できることは少なくない。Paneth細胞の機能は自然免疫、再生分化、代謝、炎症制御などに及ぶことから、Paneth細胞の異常が病因か、病態を決めるのか、あるいは二次的な影響にすぎないのかなど、疾患克服を目指した臨床研究の興味は尽きない。

特別講演2

「早期胃癌に対する内視鏡治療の進歩―現状と今後の展望―」

○田邉　聡（北里大学医学部新世紀医療開発センター低侵襲光学治療学 教授）

早期胃癌に対する内視鏡治療は、1980年代の内視鏡的粘膜切除術（EMR）から、1990年代半ばより臨床応用がはじまった内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）へと目覚ましい進歩を遂げ、現在、リンパ節転移リスクの極めて少ない早期胃癌に対する治療法の第一選択として全国に普及している。従来から、ESDは技術的難易度が高く、出血や穿孔といった偶発症の発生率が高いことが指摘されてきたが、近年の治療成績をみると、安全性もほぼ確立してきているように思われる。しかし、高度瘢痕症例など治療に難渋する症例も存在し、糸付きクリップなどを含め、より治療を安全かつ簡便にするtraction methodsの開発が必須である。また、今後増加が予想される抗血栓療法施行例においては、術後出血が課題であり、出血高危険群に対する対策も重要である。

内視鏡治療の適応については、外科切除例におけるリンパ節転移リスクの検討により、絶対適応病変の他に、リンパ節転移リスクの極めて少ない早期胃癌が明らかとなり、ESDの適応が拡大されてきた。分化型癌についてはJCOG 0607試験によって適応拡大が検証され、今まで分化型適応拡大とされていた病変が絶対適応病変に組み込まれる予定である。未分化型癌についてはJCOG 1009/1010試験が進行中であり、結果が待たれる。早期胃癌の半数以上が内視鏡治療によって治癒が得られる時代になってきている。

しかし、ESD適応外病変に対してはリンパ節廓清を伴う胃切除術が標準治療とされている。cT 1N 0の早期胃癌患者ではリンパ節転移の頻度は15%程度と多くないにもかかわらず、一律にリンパ節廓清を伴う胃切除が行われているのが現状である。胃癌患者の高齢化に伴い、画一的な追加外科手術の見直しが今後必要かもしれない。一方、このようなESD適応外病変すなわちSM深部浸潤癌が治療対象となった場合、確実に深部断端を切除するためには全層切除の開発が必要であり、腹腔鏡内視鏡合同手術（LECS）関連手技による究極の低侵襲治療が試験的に導入されつつある。

胃癌の診断・治療を牽引してきた日本から、さらに安全かつ確実な低侵襲治療の開発が期待される。

S-1（消）．機能性消化管障害の臨床的特徴と脳腸相関

○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）

腹部症状に対し先ずはその原因診断がなされるが、様々な検査をしても器質的疾患を認めないことも非常に多く、機能性消化管障害FGIDと診断される。FGIDの主要病態は消化管運動機能障害と内臓知覚過敏と考えられている。我々は、旭川医大病院総合診療部の初診患者約6000例の解析結果から、腹部症状を主訴にした患者の約40%がこのFGIDに該当する事を報告した。FGIDの国際標準であるRome IV基準が2016年改訂公表された。今回のKeyはDisorders of Gut-Brain Interactionの概念であろう。すなわちFGIDは消化管の末梢臓器だけの疾患ではない.我々は、30年前から一貫して脳腸相関に関する研究、すなわち中枢神経系がどのように消化管機能調節に関与するのか、また逆に消化管の情報がどのように中枢神経系へ伝達されるのかを明らかにして来た。この20年は神経ペプチド オレキシンに着目して来た。ラットの脳室内にオレキシンを投与すると、容量依存性に胃運動や大腸運動が亢進した。2-deoxy-D-glucoseによる消化管運動の亢進がオレキシン受容体拮抗薬によってブロックされた。更に、オレキシンの脳室内投与は容量依存性に直腸伸展による内臓痛に対して鎮痛効果があることが明らかになった。モルヒネによる内臓痛鎮痛作用はオレキシン受容体拮抗剤でブロックされ、内因性オレキシンは脳に作用して消化管運動を亢進させること、内臓知覚鈍麻作用を有することが明らかになった。以上から脳内オレキシン シグナルが低下すると消化管運動障害や内臓知覚過敏といった、いわゆるFGIDの基本病態を誘導する可能性がある。このことは脳内オレキシン シグナルの低下がFGIDの病態形成に深く関与する可能性を示唆する。すなわち、消化管自体には問題はなくても脳機能に問題があればFGIDの病態は成立する。パーキンソン病が脳内ドパミン系の異常であり、これをターゲットにした治療が行われているように、FGIDも脳機能を標的に全く新たな治療法を目指せる。

S-2（消）．過敏性腸症候群とCRF

○野津　司[1]，奥村利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，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[2]）

過敏性腸症候群（IBS）は腸管の機能異常に基づく慢性の腹痛を来す疾患であり，ストレスが発症に深く関わっている．様々な実験動物ストレスモデルで大腸運動の亢進と内臓知覚過敏が認められ，IBSの病態をシミュレートすることができる．corticotropin-releasing factor（CRF）は，これらの消化管ストレス反応を司っている．我々は直腸に反復伸展痛覚ストレスを負荷すると，IBS患者では特異的に内臓知覚過敏が誘導されることを示し，IBSの診断マーカーになり得ることを報告した．また健常者にストレスと同時にCRFを投与すると，内臓知覚過敏を誘導しIBSでの反応をシミュレートできる．CRF受容体は中枢のみならず消化管を含む末梢組織に広く発現しており，2種類のサブタイプCRF 1，CRF 2が存在する．古典的にはストレスによる大腸運動促進，内臓知覚過敏はCRF 1のみを介し，CRF 2は関わらないとされてきた．しかしストレス時に分泌されるCRF及びCRF関連ペプチドであるウロコルチン（I，II，III）は，それぞれの親和性に持ってCRF 1，2双方の受容体に同時に結合するので，CRF 1のみ作用発現するというのは奇妙であった．我々は最近末梢CRFによって誘導される大腸収縮の促進，内臓知覚過敏はCRF 1を介するが，CRF 2はCRF 1のシグナルを抑制することによりその作用を制御していることを明らかにした．つまり，これはCRF 1/2信号バランスにより大腸機能変化が決定されることを意味し，CRF 1/2信号のbalance theoryとして提唱している．一方IBSでは血中lipopolysaccharide（LPS），サイトカインレベルの増加が報告され，LPS-サイトカイン系の病態関与が示唆されている．我々はLPSをラットに投与すると内臓知覚過敏が誘導されることを見いだし，この反応はIL-1，IL-6，末梢CRFを介することを明らかとし，さらにCRF 1/2のbalance theoryが成り立つことを証明した．以上よりIBSはCRF 1/2の信号バランスがCRF 1側にシフトした状態であると考えられ，それにより大腸収縮促進，内臓知覚過敏，免疫反応が亢進した状態にあり，このバランスを正常化することがその治療につながることを示唆している．

S-3（消）．食道アカラシア感受性遺伝子多型の解析

○藤谷幹浩[1]，堂腰達也[1]，稲場勇平[2]，奥村利勝[1]（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[1]，市立旭川病院消化器内科[2]）

背景：食道アカラシアは原因不明の食道通過障害をきたす疾患である。本研究では、食道アカラシアに感受性の高い遺伝子異常の同定を目的とした。方法：患者21例、健常人20例の末梢血単核球からDNAを採取した。消化器免疫や炎症、酸化ストレスなどに関連する1031遺伝子の全エクソン領域（12609か所のDNA配列）を解析できるオリジナルパネルを作成し、次世代シークエンサーにてDNA配列を調べた。検出した多型についてはサンガーシークエンス法でも解析した。検出した遺伝子多型について、患者背景との関連性を検討した。結果：次世代シークエンサー法にて患者群で有意に高い出現頻度を示した7つの遺伝子多型を検出した。このうち、サンガーシークエンス法の結果が、全例で一致した多型はrs 4898であった（p＜0.0091）。この多型は、X染色体上にあり、TIMP-1遺伝子のエクソン5および相補鎖にあるsynapsin-1遺伝子のイントロンに含まれていた。rs 4898の検出頻度は、患者群67.2%，健常群35%、特に女性患者で高かった（87.5%）。結論：食道アカラシア感受性遺伝子多型rs 4898は、本疾患のリスクマーカーとなる可能性がある。また、この多型は神経伝達やシナプス小胞の恒常性維持に関係するsynapsin-1の発現に関係することから、本疾患病態への関与が示唆される。

S-4（消）．当科におけるGERD治療の現状―実臨床におけるP-CABとPPIの比較検討―

○久野木健仁，船山拓也，由井美佳，上原聡人，上原恭子，小林　裕，芹川真哉，藤林周吾，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）の発売から約3年が経過しGERDに対する有効性も報告されている．今回我々は当院におけるP-CAB製剤Vonoprazan（VPZ）と実臨床において高頻度で使用されているPPI製剤のEsomeprazole（EPZ）のGERDに対する治療成績をretrospectiveに比較検討したので報告する．【対象と方法】2015年4月から2017年3月まで，GERD治療目的で新規にVPZ又はEPZを投与された258例（VPZ 131，EPZ 127例）．全例上部消化管内視鏡検査が施行され，逆流性食道炎及び非びらん性胃食道逆流症（NERD）に分類した．更に逆流性食道炎は改訂ロサンゼルス分類にそってGrade M～Dに分類した．VPZ ,EPZそれぞれの症状（胸焼け･呑酸･つかえ感）改善率と内視鏡所見改善率の比較を行った．【結果】1，症状改善率は，逆流性食道炎患者ではVPZ 92.5%（49/53）,EPZ 94.7%（71/75）,NERD患者ではVPZ 68.6%（54/79），EPZ 82.69%（43/52）でそれぞれ有意差は認めなかった．2，投与期間と症状改善率を検討すると，逆流性食道炎患者では投与期間（2W，4W，8W）においてVPZ ,EPZの症状改善率に有意差は認めなかった．症状改善に要した投与期間は，VPZ 20.2日，EPZ 24.5日で有意差を認めなかった．一方，NERDでは2w投与での症状改善率はVPZが有意に高く（p＜0.01），8w投与における症状改善率はEPZが有意に高かった（p＜0.05）．症状改善に要した投与期間は，VPZ 11.3日，EPZ 26.8日でVPZが有意に短かった（p＜0.01），3，逆流性食道炎における内視鏡所見の改善率は，VPZ 88.9%（8/9），EPZ 81.8%（18/22）と有意差を認めなかった．4，PPI無効のためVPZに変更した12例における症状改善率は，逆流性食道炎83.3%（5/6）,NERD 100%（6/6）と高かった．【結語】NERDにおいて，VPZはEPZに比較して効果発現までの期間が短いことが示唆されたが，早期に改善しない長期間投与例における症状改善率はEPZが高く，病態に応じ使い分ける必要があると考えられる．

S-5（消）．*H. pylori*関連ディスペプシアの治療戦略

○津田桃子[1]，加藤元嗣[2]，加藤麻倫[1]，松田可奈[1]，宮本秀一[1]，安孫子怜史[1]，山本桂子[1]，小野尚子[3]，工藤俊彦[1]，中川　学[4]，中川宗一[4]，西川恵子[5]，間部克裕[2]，清水勇一[3]，浅香正博[6]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[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[4]，今井内科小児科医院[5]，北海道医療大学[6]）

【目的】ROMEIVでは*H. pylori*感染は器質的疾患と明確にされ，*H. pylori*関連ディペプシアの疾患概念が確立した．*H. pylori*除菌後6～12カ月でディスペプシア症状が改善する場合には*H. pylori*関連ディスペプシアと診断し，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される．*H. pylori*陽性ディスペプシア患者の除菌治療後のディスペプシア症状の推移を評価して，*H. pylori*関連ディペプシアの診断について検討した．
【方法】2012年から3年間で，*H. pylori*除菌治療に成功したディスペプシア患者を対象とした．GOS（Global Overall Severity）で胃痛，早期膨満感，胃もたれ，空腹時痛の4項目のいずれかが4点以上をディスペプシア患者とした．GOSは除菌前，除菌結果が知らされる前の除菌後1か月，除菌療法後1年以上経過時に自己記入で行った．除菌後1年のGOS4項目のすべてが2点以下を症状消失として*H. pylori*関連ディペプシアと診断した．GOSスコアが4点以上続いている場合を症状不変として機能性ディスペプシアと診断した．それら以外は境界型とした．
【結果】最終的な診断は*H. pylori*関連ディペプシアは14例，機能性ディスペプシアは8例，境界型8例であった．除菌後1か月時点で症状消失の症例は16例で，そのうち9例（56.3%）は1年後も症状消失が継続し，1年後に症状スコアが4点以上に悪化したのは2例（12.5%）であった．除菌後1か月時点で症状不変の症例は10例で，1年後ではそのうち5例（50%）は症状が持続し，4例（40%）は症状が消失した．除菌後1か月の時点で，*H. pylori*関連ディペプシアと機能性ディスペプシアの62-64%が診断可能であった．
【結語】*H. pylori*関連ディスペプシアの診断は除菌後1か月である程度可能で，症状消失がない場合には次の治療に移行できる．

S-6（消）．ヘリコバクターピロリ除菌患者における機能性ディスペプシア症状の解析

○田邊裕貴[1]，柳川伸幸[1]，奥村利勝[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，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[2]）

【背景】機能性ディスペプシア（FD）は，上腹部症状を訴える患者の約半数を占める疾患であり，10-20%の有病率があるとされている．2016年のRome IVクライテリアでは，“Bothersome”な症状を有し，器質的疾患がないことが基準とされている．ヘリコバクターピロリ（*H.pylori*）感染により胃粘膜において慢性炎症が生じること，*H.pylori*除菌治療が一部のFD患者の症状改善をもたらすことから，*H.pylori*関連ディスペプシアとしてFDからは除外されることとなった．【対象と方法】2015年2月から2016年2月に当院にてボノプラザンによる3剤除菌治療を行なった240名を解析対象とした．全例で上部内視鏡検査を実施され，症状の原因が明らかな疾患は除外された．*H.pylori*除菌患者における，*H.pylori*関連ディスペプシアと除菌抵抗性FDの割合を算出し，その治療内容を検討した．【結果】胃十二指腸潰瘍，胃癌などの症状をきたす疾患を除外した192名のうち，FD症状を有した患者は17名（8.9%）であり，男性2名女性15名であった．*H.pylori*除菌治療を完遂し判定に至った16名の1次除菌率は75%であった．除菌失敗例には2次除菌を行い15名が最終的に除菌に成功した．FD症状は7名（46.7%）で改善し，症状が持続した8名は*H.pylori*除菌抵抗性FDと診断された．その治療にはプロトンポンプ阻害剤，H2受容体拮抗薬，消化管運動調節薬などが用いられていた．【結語】*H.pylori*除菌患者全体ではFD症状を有する患者の頻度は高くないが，除菌治療により約半数の症状改善につながった．

S-7（消）．ディスペプシア患者の病態把握に有用な飲水超音波検査

○久保公利，西村友佑，間部克裕，加藤元嗣（国立病院機構函館病院）

【目的】機能性胃障害の病態検査を目的に、2010年に我々は飲水超音波検査を開発した。飲水超音波検査は低侵襲であり、約20分の検査時間内に胃拡張能、胃排出能、胃知覚を評価ができるため、被験者を胃拡張能異常、胃排出能異常、胃知覚異常、正常の4つの病態に分類することが可能となった。そこで、飲水超音波検査を用いて、当院におけるディスペプシア患者の病態を評価することを目的とした。【方法】内視鏡検査や腹部画像診断で器質的疾患が除外されたディスペプシア患者を対象に飲水超音波検査を施行した。飲水超音波検査は、6時間以上の絶飲食で仰臥位を基本に、ストローを用いて飲水を行った。飲水量は2分間毎に200mlとし、800ml（検査開始8分後）に達した時点で終了とした。飲水が不可能の場合には途中で終了とした。エコープローブにて脾臓をウィンドウとし、近位胃が最大径で観察される箇所を描出して、2分間の飲水毎に胃窮隆部の断面積を測定し、同時に腹部症状をVAS（visual analog scale）（0=無症状～10=上腹部症状のため飲水が不能）にて評価した。飲水終了後は、さらに5分後、10分後に胃前庭部断面積の測定を行い、終了直後の近位胃断面積を100％とし、その面積の変化率を測定した。胃穹窿部断面積、VASは健常人の平均値±SDからはみ出す場合に異常、胃排出は10分後の排出率が0%の場合に異常と診断した。【結果】H28年1月から当院で飲水超音波検査を導入して、現在までに57名のディスペプシア患者に施行した。年齢は22才から88才まで中央値68才で、男性20名、女性37名であった。800mlの飲水が不可能であった症例は16例あり、最低飲水量は100mlであった。知覚過敏を認めたのは33例（57.9%）で、拡張能障害は17例（29.8%）、排出障害は1例であった。10例で知覚過敏と拡張能障害が合併していた。【結語】飲水超音波検査を用いて、ディスペプシア患者の病態を評価することで、適切な薬物治療を選択することができると考えられた。

S-8（消）．炎症性腸疾患における過敏性腸症候群

○前本篤男，伊藤貴博，古川　滋（札幌東徳洲会病院IBDセンター）

【背景と目的】炎症性腸疾患（IBD）は慢性炎症性腸疾患であるが、炎症が内視鏡等で証明されない過敏性症症候群（IBS）とは区別できるものとされてきた。しかし近年、感染性腸炎後過敏性腸症候群（PI-IBS）の概念が提唱され、粘膜透過性亢進や腸内細菌の関与が示唆されるようになり、またIBSの患者の大腸粘膜のリンパ球や催炎症性サイトカインが増多していることなど、IBSの病態に対する考え方が変わりつつある。今回IBS症状を伴う軽症IBD患者の現状を明らかにすることを目的に検討した。【対象】2017年1月から6月までの間に札幌東徳洲会病院IBDセンターにて加療した軽症（厚労省IBD班基準）IBD患者670例（潰瘍性大腸炎：UC 409例、クローン病：CD 261例）を対象とした。当院に6ヶ月以上通院した患者を対象とし、潰瘍性大腸炎術後およびストマ患者は除外した。最後の受診時にRoma Ⅳ診断基準を満たした患者をIBSありと判断した。【結果】IBD 670例中、IBS症状を認めたのは34例（5.0%）であった。UCでは4.9%（20/409）、UCでは5.4%（14/261）と差はなかった。IBS病型ではIBS-C（便秘型）/IBS-D（下痢型）/IBS-M（混合型）/IBS-U（分類不能型）が、それぞれUCでは8/8/3/1、CDでは2/11/0/1とクローン病ではIBS-Dが多い傾向がみられた。IBS症状を伴った34例のうち1年以内に内視鏡検査が施行されたのは、UC 12例、CD 9例で、内視鏡的に寛解期粘膜あるは粘膜治癒をきたしていたものはUC 41.2%（5/12）、CD 33.3%（3/9）であったが、他は軽度活動性粘膜を認めた。また症状の改善を目的に29.4%（10/34）の症例で抗コリン剤や運動機能調節薬、漢方薬などが使われていた。【結語】軽症IBDにおいて約5%にIBS症状を伴い、約40%では内視鏡的に粘膜治癒を認めていた。軽症といえども慢性炎症が治る過程で粘膜の炎症が残存している可能性もあり注意深く判断する必要がある。

1（内）．内視鏡的粘膜下層剥離術で切除し得た粘膜筋板由来と考えられた胃GISTの1例

○三宅高和，鈴木一也，大久保陽介，林　優希，福田昂一郎，米澤和彦（市立釧路総合病院消化器内科）

【症例】70歳女性．【現病歴】検診にて胃幽門輪近傍にbridgind foldを伴う10mm大の隆起性病変を認めたため，精査加療目的に当科紹介となった．超音波内視鏡検査を施行したところ胃壁第2-3層内に低エコー腫瘤を認め，第4層との連続性は認められなかったため，粘膜下層に限局した腫瘍と考え，神経内分泌腫瘍を鑑別に挙げ，診断的治療として内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した．切除標本では腫瘍径は10×6×3mmで，病理組織所見では紡錘形の腫瘍細胞が束状，一部花むしろ状錯綜構造を呈しており，免疫染色ではCD 34陽性，c-kit一部陽性，α-SMA陰性，S-100蛋白陰性であり，以上の結果から胃GISTと診断された．病変の切除断端は陰性であり，術後再発なく経過している．【考察】Gastrointestunal stromal tumor（GIST）は胃の粘膜下腫瘍の約60～70%を占める間葉系腫瘍である．GISTの名称はc-kit遺伝子産物であるc-kit受容体型チロシンキナーゼ（KIT）またはCD 34の発現を認める腫瘍を指して用いられる．本症例はCD 34が陽性，KITは一部陽性であり，免疫組織像からGISTの診断を満たした．GISTのほとんどは固有筋層由来であり，粘膜筋板由来の症例は稀である．医学中央雑誌を用いてGIST，粘膜筋板をキーワードとして検索し得た限り（会議録を除く）では1983～2017年で自験例を含め3例の報告のみであった．そのうち2例は外科的手術，2例は内視鏡的切除術を施行されている．内視鏡的粘膜下層剥離術を施行して切除した症例は本邦において本症例のみであった．GISTは固有筋層内に存在するカハールの介在細胞（intestinal cells of Cajal：ICCs）に由来する腫瘍と考えられていたが，ICCsの存在しない部位から発生する例も報告されており，本症例のような粘膜筋板由来の稀なGIST症例から発生起源などの更なる検討のためにも症例の蓄積が期待される．積極的なEUSでの観察，診断的治療は粘膜下腫瘍の更なる病態把握においても有意義であると考えられる．【結語】粘膜筋板由来の胃GISTの1例を経験したので文献的考察を加え報告する．

2（内）．当院における大腸悪性狭窄症に対する大腸ステント挿入症例の現状

○桜井健介，佐々木塁，常松聖司，多谷容子，松本美桜，馬場　麗，武藤修一，木村宗士（国立病院機構北海道医療センター消化器内科）

【目的】2012年より大腸ステントが保険収載され，切除不能大腸癌や腹膜播種などによる大腸閉塞に対し，大腸ステントを留置する機会が多くなっている．今回，当院で大腸ステント留置術を行った22例を検討し報告する．【方法】2015年3月－2017年4月に大腸ステントを挿入した22例に対し，患者背景や，大腸ステント留置における技術的成功率，大腸閉塞スコア（CROSS）を用いた臨床的成功率，偶発症発症率について後ろ向きに検討した．【成績】患者背景では，年齢の中央値77歳（45－98），性別は男性12例，女性10例，計22例であった．原発巣の部位は回盲部2例，上行結腸2例，横行結腸5例，下行結腸3例，S状結腸6例，直腸4例であった．大腸狭窄の原因としては原発性大腸癌による狭窄が22例（100%）であり，後腹膜転移による大腸狭窄や良性狭窄は見られなかった．外科手術前の処置（BTS:Bridge-to-Surgery）症例では，技術的成功例は9例中8例（88.9%）であり、その全例で経口摂取が可能となった．緩和症例では技術的成功例が13例中12例（92.3%）の内，経口摂取が可能となった症例は11例（91.6%）であった。CROSSに関しては術前平均1.9から術後平均3.8と有意（P<0.05）な改善が得られた。経口摂取が不可能であった1例の原因は，認知機能低下による嚥下機能障害であった．2例が遅発性穿孔により技術的不成功となったが，その原因としては腸管の浸潤癒着，遠位結腸へのステント留置，22mm径以上のステント選択などが考えられた．【結論】大腸悪性狭窄に対する大腸ステント挿入術は，BTS症例，緩和症例双方で多くの症例が経口摂取可能となった．ステント挿入そのものの内視鏡的手技は確立されつつあり，ストーマ造設や経肛門イレウス菅と比較し侵襲も少なくメリットの大きい減圧手段と言える．しかしながら大腸穿孔などの重篤な偶発症も認めており，安全に留意した処置が不可欠である．

3（内）．大腸憩室出血に対する留置スネアによる結紮止血術の有用性

○佐々木塁，桜井健介，常松聖司，多谷容子，松本美桜，馬場　麗，塚本祐己，武藤修一，木村宗士（国立病院機構北海道医療センター消化器内科）

【背景・目的】高齢化に伴う大腸憩室の発生率の増加や抗血小板薬などの処方増加のため、今後も大腸憩室出血の頻度は高まっていくことが考えられ、簡便かつ高い止血効果そして再出血率・穿孔など合併症発生率の低い手技が望まれる。今回我々はAkutsuらがEndoscopyで報告している、大腸憩室出血に対する留置スネア結紮止血術の効果について前向きの検討を行なった。【方法】対象は2017年1月から2017年5月に大腸憩室出血に対し止血術を行なった全症例とした。造影CTによる出血部位の同定を行なった後、可能な限り経口腸管洗浄剤や高圧浣腸による前処置を施行し内視鏡を行なった。スコープ先端にロングフードを装着し、出血部位を同定後に留置スネアをフード内に展開し、出血憩室を吸引翻転して憩室基部をスネアで結紮した。処置後に止血率、合併症・再出血の有無につき検討を行なった。【結果】期間内に大腸憩室出血を疑い下部消化管内視鏡を施行したのは6例、そのうち出血部位を同定できたのは5例で、その5症例全てで留置スネア結紮止血術を行なった。年齢中央値は70歳、男性3名・女性2名であり、出血部位は上行結腸1例、横行結腸1例、S状結腸3例であった。止血成功率は100％（5/5）であり、施行した5例全てで再出血は認めず、穿孔などの合併症も認めなかった。うち1例は約1ヶ月後に下部内視鏡検査を行ない憩室の瘢痕化が見られた。【考察】大腸憩室出血の内視鏡的止血術はクリップ法が一般的であるが、近年はEndoscopic band ligation（EBL）法による止血術も報告されている。しかしクリップ法は再出血が比較的多く、EBL法は再出血率が低いもののEVLデバイスの装着・スコープ再挿入を要すため煩雑である。今回の留置スネアによる結紮止血術は再出血がなく再挿入の必要もないため、従来法と比べ有用である可能性がある。【結語】留置スネアによる結紮止血は簡便に施行可能で、高い止血効果と安全性を持つ手技であると考えられる。

4（内）．当院における超高齢者に対する内視鏡的胆管結石除去術の現状

○平田　甫，佐野逸紀，西田千尋，松田宗一郎，更科耕一郎，原田一顕，小林良充，高橋一宏，寺下勝己，小田　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

【背景】近年の高齢化を背景に，超高齢者に対する内視鏡的胆管結石除去術（Endoscopic Lithotripsy: EL）の機会が増加し，その適応が問題となっている．今回当院での超高齢者の総胆管結石症に対し施行されたELについて，その有用性について検討を行った．【対象と方法】2015年4月から2017年5月の間に，当院で総胆管結石症に対して初回ELを施行した患者149例の内，85歳以上の20例を対象とし後方視的に検討を行った．検討項目は1）患者背景，2）治療内容，3）治療成績，4）偶発症，5）予後とした．【結果】1）年齢中央値は91歳（85-99），男女比は9:11，抗血栓薬内服は6例，術後再建腸管は2例（幽門側胃切除B-2再建後1例，噴門側胃切除後1例）であった．胆管炎の併存は19例（軽症が8例，中等症が10例，重症が1例）で認めた．胆管癌の合併を2名認めた．結石径の中央値は11mm（3-25），結石数は1/2/3/4/5以上（個）が10/4/1/1/4（例）であった．2）前治療として胆管ドレナージを施行したのは2例であった．乳頭処置は乳頭切開13例，バルーン拡張5例（拡張径10mm以上は4例）であった．砕石は6例（機械的砕石5例，電気水圧衝撃破砕1例），バルーンカテーテル使用が17例，バスケット鉗子使用が3例であった.3）1期的結石除去率は80%（16/20）であった．初回結石除去不成功4例の内訳は巨大結石が2例，抗血栓薬内服が1例，処置中の状態悪化による中止が1例であった．不成功4例中3例で追加治療を施行し全例で結石除去が可能であった．1症例あたりの処置回数中央値は1回（1-6），総処置時間中央値は38.5分（16-252）であった．最終的な結石除去率は95%（19/20）であり，1例は胆管ステント留置のみとした．4）全ての処置において偶発症は認めなかった.5）観察期間中央値14.5日（5-515）の期間で，EL後の総胆管結石の再発は認めなかった．【結語】当院における超高齢者に対するELは安全に施行でき，かつ良好な成績であることが示された．

5（内）．食道腫瘍として発見され、診断に苦慮した結核の1例

○東野真幸[1]，清水勇一[2]，安孫子怜史[1]，加藤麻倫[1]，松田可奈[1]，宮本秀一[1]，山下允孝[1]，津田桃子[1]，高橋正和[2]，山本桂子[2]，森　康明[2]，中川　学[2]，小野尚子[2]，中川宗一[2]，工藤俊彦[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【症例】20歳代、女性【主訴】嚥下困難感、全身倦怠感【経過】2016年5月下旬より嚥下困難感、全身倦怠感を認め7月初旬前医受診。上部消化管内視鏡検査で胸部中部食道に潰瘍を伴う粘膜下腫瘍様病変を認め当科紹介。造影CTで気管分岐部に内部不均一な造影効果を呈する不整形の腫瘤性病変を認めた。EUSで悪性リンパ腫などの縦隔腫瘍の食道への穿破を疑い、ボーリング生検を施行したが炎症性細胞浸潤を認めるのみであった。後日EUS-FNAを施行したが、腫瘍細胞は認めず化膿性肉芽組織の所見であった。結核性リンパ節炎、サルコイドーシスを疑い追加採血したところ、T.SPOTが陽性となった。FDG-PETでは病変部以外に回盲部にも集積を認め、腸結核を疑い下部消化管内視鏡検査を施行した。回腸末端に肉芽を伴う不整潰瘍の散在を認め、生検組織のPCRで結核菌が陽性となった。以上より食道結核+腸結核と診断し、9月上旬より抗結核剤4剤（INH、RFN、EB、PZA）を開始した。12月上旬の上部消化管内視鏡検査で食道病変は消失し、憩室様の瘢痕を認めるのみであり、2017年6月上旬の下部消化管内視鏡検査でも回腸末端病変は消失し、瘢痕を認めるのみであった。【考察】食道結核は肺外結核の中で非常に稀な疾患である。食道結核の形態は様々であるが、粘膜下腫瘍様であることが多く、頂部に潰瘍を伴うことが多いとされる。腫瘍性病変との鑑別が時に困難であり、診断がつかないまま手術をされた症例の報告も散見される。食道結核の診断には結核菌の同定が必須とされるが、直接証明されることは稀である。本症例では合併していた回腸末端の病変から生検組織培養を行うことで診断することが出来た。【結語】結核は食道腫瘍の鑑別診断として挙げるべき疾患であり、病理組織で診断がつかない場合でも、採血や画像診断等を含め総合的に診断する必要があると考えられた。

6（内）．粘液癌成分を合併したBarrett食道腺癌の1例

○林　和広，関　英幸，伊藤聡司，山口　巧，松薗絵美，松原　悠，曽我部進，菅井　望，藤田　淳，鈴木潤一，柳内　充，鈴木　昭（KKR札幌医療センター消化器内科）

【症例】82歳，女性。喉の詰まり感を主訴に近医で上部消化管内視鏡検査を行った。胸部下部食道に0-2a+2c病変を認めたため当科紹介となった。当科で行ったEGDではBarrett食道を認め、Barrett食道内（切歯列から32cm右側壁）に長径約20mmの0-2a+2c病変が存在し、同部位の生検はGroup4腺癌であった。EUSでは腫瘍は第3層に浸潤し、第4層は保たれていた。CTでは明らかなリンパ節の腫脹、他臓器転移の所見を認めなかった。以上から、深達度smのBarrett食道癌と診断し、治療方法に関して本人・家族と相談した。本人・家族は強く内視鏡治療を希望されたため、当科入院し、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理学的に腫瘍はsmに637μm浸潤するBarrett食道癌であった。組織像は腫瘍表層では篩状腺管形成性を主体（tub2）とし、深部では粘液湖形成性に増殖する腺癌（muc）の所見を認めた。病理所見判明後、再度治療に関し相談したが、追加治療の希望なく、現在外来で経過観察中である。【考察】本邦での食道癌は病理学的には扁平上皮癌であることが多い。しかし近年、生活様式の欧米化、GERD症状の増加とともにBarrett食道癌の報告が増加している。通常Barrett食道癌の組織像は分化型腺癌が主体であるが、今回我々は腫瘍の深部が粘液癌であるBarrett食道癌を経験した。検索し得た範囲で、本邦での粘液癌を合併したBarrett食道癌の報告は4例しか認めず、非常に稀と思われたので、多少の文献的考察を加え報告する。

7（内）．当科における大腸悪性狭窄に対する大腸ステント5例の治療経験

○野澤俊一郎[1]，内藤崇史[1]，矢島秀教[1]，矢花　崇[1]，仲地耕平[1]，安達雄哉[1]，有村佳昭[1]，近藤吉宏[1]，仲瀬裕志[2]（小樽市立病院消化器内科[1]，札幌医科大学医学部消化器内科学講座[2]）

大腸悪性狭窄による腸閉塞や閉塞性大腸炎は，日常よく経験するoncological emergencyである．わが国では大腸悪性狭窄に対する大腸ステント治療が2012年1月に保険収載され，手術までの待機的治療（bridge to surgery：BTS）や非治癒手術症例の緩和的治療としての有用性が散見される．当科でもこれまで緊急手術や経肛門イレウス管が選択されていた悪性大腸閉塞に対し，閉塞部位に関わらず大腸ステント留置を行う症例が増加している．2016年4月から2017年3月まで，当科において原発性大腸癌による大腸悪性狭窄5症例に対し大腸ステント留置を経験した 。年齢は65歳～91歳（中央値73歳）で，閉塞部位はS状結腸3例，肝弯曲部2例であり，使用ステントはNiti-S 4例，WallFlex 1例で あった．治療目的はBTS 4例，緩和目的1例であり，手技に伴う偶発症は認めず全例で挿入可能であり，劇的な自覚症状の改善が得られた．BTS症例では，いずれも待機的に一期的手術が可能であった．大腸悪性狭窄に対する大腸ステント留置は，緊急手術や人工肛門造設を回避し良好なQOLの維持が可能で，患者や患者家族の受容も良好であった．当科での5 症例でもその安全性と有効性を再確認し，重篤な併存疾患のない症例では入院期間の短縮にも寄与した．

8（内）．当院における内視鏡検査時タイムアウト施行の現状評価と課題

○ム　チル[1]，太田智之[1]，石井貴大[1]，富永素矢[1]，坂本　淳[1]，木村圭介[1]，伊藤貴博[2]，古川　滋[2]，前本篤男[2]（札幌東徳洲会病院消化器センター[1]，札幌東徳洲会病院IBDセンター[2]）

【背景】タイムアウト（T/O）とは『術前休止』の意味で、医師・看護師など医療スタッフが一斉に手を休めて確認作業を行うことであり外科手術では術前安全対策の一環として広く施行されてきた。近年、手術室以外で行われる侵襲的手技へも普及が進み、当院も2015年JCI（Joint Commission International）取得をきっかけに内視鏡を含む全ての侵襲的手技開始前にT/Oを行う方針となった。【目的】当院における内視鏡検査施行前のT/Oの現状と問題点を調査すること。【対象】2015年8月から2017年2月まで施行された内視鏡検査及び加療を対象に後方視的に調査した。【方法】T/Oの目標：1.正しい患者確認 2.薬剤アレルギーなど情報共有の強化 3.情報共有によるスタッフの負担減少。T/Oの手順：1.入室時に患者自身から名前、生年月日を確認、2.検査開始前に医師から自己紹介、検査内容を説明、3.スタッフから同意書・義歯・アレルギー・抗血栓薬・既往歴・ペースメーカー・鎮静希望など確認、4.検査終了後サインアウト【結果】T/O必要時間：平均20秒　T/O施行率：当初は意識の低さや非協力等の問題で2015年8月は5.1％であった。院内広報および周知徹底による認知度向上にともない同年12月には95.2％、2017年2月は96.7％まで上昇した。検査別では上部内視鏡検査の施行率が99％に対して、下部内視鏡検査では90％前半であった。大腸ポリペクミーやESD、ERCPなどのT/O施行率は100％に到達しているが、カプセル内視鏡だけは一度も施行されていなかった。【考察】施行率100％ではなかった理由：1.夜間休日の緊急内視鏡検査やカプセル内視鏡は他部署のスタッフが行う場合があるため、2.緊急時の時間節約で手止め不十分、などが考えられた。【結論】内視鏡施行時のT/O導入により医療スタッフ全員で患者情報を共有し、患者・スタッフ双方の医療安全の確保が可能である。内視鏡手技全般におけるT/Oの重要性について意識を向上する必要がある。

9（内）．胃瘻造設500症例の生存分析および予後因子の検討

○真崎茂法，西尾　仁（宮の森記念病院消化器科）

【はじめに】経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下PEG）は脳梗塞後遺症などで嚥下障害を有する患者に適用されるが，超高齢者や栄養状態不良例においては転帰不良なケースが見られる．今回我々は当院にてPEGを施行した500 症例について生存分析および予後因子の検討を行ったので文献的考察を加え報告する．【対象・方法】対象は2008年1月から2017年1月までに当院にてPEGを施行した500症例．年齢・性別・基礎疾患・生存日数・死因を診療録にて調査した．生存率の分析はカプランマイヤー法にて行い，予後因子の検討には年齢，性別，血清アルブミン値，脳血管障害・重度認知症・神経筋疾患・慢性心不全・虚血性心疾患・慢性腎臓病・糖尿病・悪性腫瘍の有無，を共変量としCox比例ハザードモデルによる多変量解析を行った．有意水準は$p<0.05$とした．【結果】年齢は25－99歳で平均79.5±10.7歳，性別は男性209例，女性291例，主たる基礎疾患は脳血管障害354例（70.8％），重度認知症106例（21.2％），神経筋疾患16例（3.2％），悪性腫瘍4例（0.8％）であった．PEG後の生存期間中央値は838日，1年生存率69.7％，2年生存率55.2％，3年生存率 44.9％，5年生存率29.2％であった．Cox比例ハザードモデルによる多変量解析では年齢，性別，血清アルブミン値，慢性心不全，虚血性心疾患，悪性腫瘍が有意な変数として選択された．観察期間中178例が死亡し，死因は肺炎が86例（48.3％）と最多であった．死亡例のうち，19例（3.8％）がPEG後30日以内の早期死亡であった．早期死亡の死因はいずれもPEGの手技には直接関連しないものであった．【結語】PEG後の予後不良因子は高齢，男性，血清アルブミン低値，慢性心不全，虚血性心疾患，悪性腫瘍，であった．PEGは全身状態不良な高齢者に行われることも多く，PEGの手技とは直接関連のない予期せぬ早期死亡が見られることがあるため，PEG前の十分なインフォームドコンセントが重要である．

10（内）．クローン病腸管合併症に対する小腸内視鏡を用いた治療成績

○伊藤貴博[1]，石井貴大[2]，ム　チル[2]，富永素矢[2]，坂本　淳[2]，古川　滋[1]，前本篤男[1]，木村圭介[2]，太田智之[2]（札幌東徳洲会病院IBDセンター[1]，札幌東徳洲会病院消化器センター[2]）

【背景と目的】クローン病の病変は小腸や小腸術後吻合部に発生しやすく,出血に対する止血や狭窄に対する内視鏡的拡張術に難渋することが少なくない.当科では通常の内視鏡で到達できない小腸病変に対しても可能な限り小腸内視鏡を用いて治療を行い手術を回避するよう努力している.クローン病に対する小腸内視鏡を用いた治療の成績を明らかにする.【対象と方法】対象は2009年1月から2017年4月まで腸管合併症に対してバルーン内視鏡を用いて治療を行ったクローン病患者.方法は病歴,治療内容,合併症,予後などの情報を診療録から収集し後方視的に検討した.【結果】止血術を施行した患者は3名6回で全例成功,異物除去術は5名5回で全例内視鏡的バルーン拡張術（EBD）を行い除去していた.腸管狭窄にEBDを施行した患者は70 名で,初回EBD施行時の年齢中央値は34歳（16-66歳）,罹病期間中央値は95.5か月（1-339か月）,病型は小腸型43名,小腸大腸型27名,EBD施行回数は173回（経口的24回,経肛門的149回）で,そのうち158回は内視鏡の通過しない中等度以上の狭窄に対して施行されていた.初回EBD時の症状は腸閉塞 34 名,閉塞症状16名,症状なし20名であり,EBD後の治療は抗TNF-α抗体製剤55名,チオプリン製剤36名,経腸栄養療法50名であった（重複あり）.EBDを施行した狭窄は延べ370 箇所で1 回のEBDで拡張した狭窄は平均2.1 箇所であった.拡張部位は空腸が22 箇所,回腸が297 箇所,吻合部が28 箇所,回盲弁が18 箇所,その他5 箇所であった.拡張した狭窄のうち72%はびらんや潰瘍を伴っていた.EBDの合併症（穿孔）は3回（3/173,1.7%）で緊急手術を必要としたものは2 回,待機手術は1 回であった.初回EBD後の累積非手術率は1年で89%,3年で71%であった.初回EBD後1年以上経過を追えた患者では症状がなくても定期的にEBDを施行した患者の方が1 回のみ施行した患者より累積非手術率が有意に高かった（それぞれ2 年で97.6%,33.3%,3年で86.1%,33.3%,$p<0.0001$）.【結論】クローン病の腸管合併症に対する小腸内視鏡を用いた治療は安全かつ有用である.

11（内）．切除不能膵癌剖検47症例による，EUS-FNA後の腹膜播種，生存期間への影響の検討

○成瀬宏仁[1]，北潟谷隆[1]，霜田佳彦[1]，伊藤　淳[1]，大野正芳[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]）

【目的】切除不能膵癌に対するEUS-FNA施行後の腹膜播種，生存期間への影響を後方視的に検討した．【方法】切除不能膵癌47剖検症例を，EUS-FNA施行群（A群）とEUS-FNA非施行群（B群）にわけ，剖検時腹膜播種の有無，生存期間を検討した．群間比較検定はFisherの実数確率で行った．生存期間中央値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．【結果】両群間の背景として，年齢，男女比，臨床病期4a/4bの割合，化学療法の施行率に差を認めなかった．初診時腹膜播種を認めなかった37例中12例（32.4%）で剖検時腹膜播種を認めた．剖検時腹膜播種を認めた頻度は，B群13.6%に対し，A群60.0%と高率で，P値0.0049と有意差をもってEUS-FNA施行は腹膜播種に関与していた．初診時腹膜播種を認めなかった37症例について，EUS-FNA施行の有無と剖検時腹膜播種との関連を二項ロジスティック回析にて検討すると，P値0.0057，オッズ比9.5，95%信頼区間1.92-46.9で，有意差をもってEUS-FNA施行が腹膜播種発症に関与していた．穿刺部位と腹膜播種の関係を同様に二項ロジスティック回析で検討すると，胃より穿刺した場合P値0.035，オッズ比17.5，95%信頼区間1.22-250.32に対し，十二指腸より穿刺した場合，P値0.2758．オッズ比3.50，95%信頼区間0.37-33.31で，胃より穿刺した場合腹膜播種をきたしやすいと推測された．塩酸ゲムシタビンを含む化学療法を施行した31症例を，EUS-FNA施行群-C群（16例）とEUS-FNA非施行群-D群（15例）にわけて生存期間中央値をカプランマイヤー法で検討すると，C群344日，D群244日，P値0.5236と有意差を認めなった．【結論】切除不能膵癌において，EUS-FNA施行後の腹膜播種は高率に発生していた．EUS-FNA施行の有無は，塩酸ゲムシタビンを含む化学療法を施行した場合，生存期間へは影響していなかった．

12（消）．急性肝不全を呈した自己免疫性肝炎の血液生化学的所見の特徴

○山本恭史，松居剛志，姜　貞憲，辻　邦彦，真口宏介（手稲渓仁会病院消化器病センター第3消化器内科）

【背景・目的】自己免疫性肝炎（AIH）の多くは慢性肝炎の病態を呈するが、一部は急性発症し急性肝不全を呈する症例が存在する。他の成因による急性肝不全との鑑別が困難な症例も存在し、病初期の臨床像を明らかにすることは今後の診療において役立つ。本研究では急性肝不全を呈した急性発症自己免疫性肝炎の一般的な血液生化学的所見の特徴を明らかにすることを目的した。【対象・方法】2001年1月から2016年11月までに経験した急性肝不全124例中、治療開始前のデータが存在する96例を対象とし、自己免疫性肝炎、ウイルス性肝炎、薬物中毒（アルコール含む）、循環障害の4成因間での血液生化学検査値（AST, ALT, LDH, T-Bil）の比較・検討を行った。なお検査値はASTが最高値時の値を採用した。【結果】急性肝不全96例の成因は自己免疫性肝炎13例（14%）、ウイルス性肝炎44例（46%）、循環障害11例（11%）、薬物中毒8例（8%）、その他4例（4%）、成因不明16例（17%）であった。ASTの平均値はAIHでは870 U/Lとウイルス性肝炎（2695 U/L）、循環不全（10240 IU/L）、薬剤性（7674 IU/L）と比較して有意（それぞれp< 0.001, p= 0.007, p= 0.01）に低値であった。ALT, LDHについても同様の傾向を示しておりAIHで有意に低値であった。T-Bilの平均値はAIHで16.4 mg/dlとウイルス性肝炎（7.1 mg/dl）、循環不全（2.1 mg/dl）、薬剤性（2.35 mg/dl）と比較して有意（それぞれp=0.037, p=0.004, p=0.002）に高値であった。【結論】急性肝不全を呈した急性発症AIHは他の成因と比較してAST, ALT, LDH値が有意に低値であり、T-Bil値は有意に高値であった。急性発症AIHは急性肝炎期に加え、急性増悪が含まれることが、他の成因による急性肝不全よりも肝障害が比較的軽度にもかかわらず、T-Bilが高値であることに関与していると考えられた。

13（消）．ステロイド投与、血漿交換療法、血液濾過透析などの集学的治療により救命し得た重症アルコール性肝炎の1例

○大竹　晋，太田　雄，玉木陽穂，岡田充巧，麻生和信，岩本英孝，山北圭介，高橋賢治，北野陽平，和田佳織利（旭川医科大学内科学講座病態代謝内分泌分野）

症例は38歳、男性。てんかん、アルコール依存症の診断で当院精神科に定期通院していた。2012年、アルコール性肝障害で近医に入院歴がある。2016年4月にも肝障害で近医入院し保存的に軽快した。2017年1月下旬からビール1日2Lの連続飲酒状態となり、2月上旬、家族が黄疸を指摘し当院精神科を受診、肝障害および腎障害認め 当科紹介となった。当科初診時、全身倦怠感著明、JCS 1、羽ばたき振戦あり。眼球結膜および皮膚に黄染を認めた。下腿浮腫著明。血液検査上、WBC 26900/μL, PT 38 %、T-Bil 31.6 mg/dL, Alb 2.2 g/dL, AST 100 IU/L, ALT 34 IU/L, γ-GTP 251 IU/L, Cre 2.37 mg/dLと白血球増多、高度の肝機能障害、腎障害を認め、CTで著明な脂肪肝と肝腫大、腹水貯留を認めた。肝炎ウイルスや自己抗体は陰性でアルコール性肝炎が考えられた。日本アルコール性肝炎重症度スコアで11点であったため、重症アルコール性肝炎の診断となった。入院後、ステロイドパルス療法、ガベキサートメシル酸塩投与、血漿交換療法＋血液濾過透析を施行し、第11病日、倦怠感の改善、意識障害および肝性脳症の改善を認めた。同日のCTで脂肪肝、肝腫大の改善も認められたが、黄疸および白血球増多の改善は認められなかった。ステロイドパルス後、プレドニゾロン40mg/dayで継続し、第22病日より漸減。第71病日に中止した。黄疸および白血球増多は遷延したが徐々に改善を認め、第85病日に退院した。重症アルコール性肝炎は禁酒後も肝腫大が続き、多臓器不全を伴うことの多い予後不良の疾患とされる。今回集学的治療により救命し得た1例を経験したため報告する。

14（消）．保存的に救命し得たHEVによる非昏睡型急性肝不全の1例

○五十嵐将，澤田康司，林　秀美，長谷部拓夢，中嶋駿介，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）

50歳代の男性。4日前から全身倦怠感と38度の発熱、右大腿部に紫斑を認め、近医で抗生剤と解熱薬を処方されるも改善なく、近医皮膚科を受診。著明な肝機能障害を指摘され、当院搬送・入院となった。アルコール歴：純エタノール40g/日の中等量の飲酒歴あり、8日前には大量飲酒をしていた。約2カ月前に焼肉の摂取歴あり。全身の黄染と右大腿・右上腕に点状出血を認め、JCS0であったが、軽度の羽ばたき振戦が見られた。当院搬送時血液検査ではplt 8.1万/μL、T-Bil 8.1 mg/dL、AST 2663 U/L、ALT 6772 U/L、γGTP 340 U/L、BUN 39.1 mg/dL、Cre 2.88 mg/dL、PT% 11%、NH3 75 mg/dLであり、腹部CT検査では肝の軽度腫大とCT値の低下を認めた。以上から急性腎不全を合併した非昏睡型急性肝不全と診断し、同日から持続血液濾過透析と血漿交換を開始した。、第8病日にHEV-IgA陽性、HEV-RNA陽性が判明し、HEVによる非昏睡型急性肝不全の診断となった。第7病日から血液濾過透析から離脱したが、その後もT-Bil、ALT、PT%、NH3は徐々に改善し、腹部CT検査上も肝萎縮を認めなかった。しかし第48病日に38度台の発熱を認め、β-Dグルカン76.6 pg/mL、CMV antigenemia（C10）陽性、胸部CT検査で両肺野にスリガラス陰影を認めた。以上からCMV肺炎、ニューモシスチスカリニ肺炎が疑われ、ST合剤、GCVにて加療を開始、第58病日には解熱し、両肺野のスリガラス陰影も消失した。その後も肝機能の悪化を認めず、第85病日に退院となった。HEVによる非昏睡型急性肝不全に対して保存的治療にて救命し得た1例を経験した。本症例のよう飲酒歴がベースにある際は、E型急性肝炎が重症化する可能性が示唆された。

15（消）．High flow HDFと血漿補充が有効であった劇症肝炎の3例の検討

○馬場　英[1]，古家　乾[1]，池田明洋[1]，小泉忠史[1]，定岡邦昌[1]，服部淳夫[2]（JCHO北海道病院消化器センター[1]，JCHO北海道病院病理[2]）

劇症肝炎において血漿交換とHDFを組み合わせる方法が患者の状態を改善するが、中には、肝性脳症の増悪、脳浮腫の悪化をきたす症例があることが示され、透析量のさらなる増加を目的にHigh flow HDFが行われるようになった。さらに、最近、血漿交換を最小限の回数にとどめ，High flow HDFとFFPの補充でも十分有用であるとの報告も認められている。 今回当院で経験したHigh flow HDFと血漿補充が有効であった3例を検討したので報告する．3症例の平均年齢は40歳, 原因は1症例が薬物性，2症例は原因不明，1例が急性型，2例が亜急性型であった．受診時の平均T-Bil, D-Bilは15.1/11.4,平均AST/ALTは3723/3656,平均PT（%）は20.1,脳症発症時の平均アンモニアは150.1であった．脳症発症後脳浮腫を確認し，HighflowCHFを開始した．離脱までの期間は平均5日（ただし2症例は移植のため転院となり中止）であった．内科的に救命できた1例と移植した1例は1回の血漿交換後に適宜血漿を補充することでPTは維持できたが, 移植したもう1例は7回の血漿交換と移植まで1日15単位のFFP補充を必要とした．転帰は1症例は内科的救命，2症例は脳死肝移植による救命に成功した．内科的治療のみを実施した症例における救命率は急性型49%、亜急性型24%、LOHF 13%であり，依然として死亡率の高い疾患である. 脳死肝移植を治療の選択肢に入れ，集学的治療により合併症の発生を予防しつつ，内科的治療で改善が望めない場合には移植へつなげていくことが大切であると考える．

16（消）．メディカルハーブによる薬物性肝障害の1例

○船山拓也[1]，鈴木康秋[1]，上原恭子[1]，小林　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，杉山祥晃[2]，澤田康司[3]，奥村利勝[3]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院消化器内科[2]，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[3]）

【症例】40歳代の男性。胃部膨満感を主訴に初診。上部消化管内視鏡検査を予約されたが、1W後に黄疸が出現したため緊急入院。血液生化学検査では、AST 2296, ALT 3488, γGTP 305, ALP 521, T-Bil 12.6, PT 98%, HBsAg (-) , HCV Ab (-) , IgM-HAV Ab (-) , IgA-HEV Ab (-) , ANA×40, AMA (-)であった。アルコール多飲はなく、血清セルロプラスミンは正常。数年前から多数のサプリメントを服用していたが、3M前に抗菌剤内服歴が判明し、それによる薬物性肝障害が疑われた。肝庇護剤などの保存的治療をおこない、第24病日にはAST 228, ALT 417, T-Bil 6.6と改善し、本人の強い希望で退院し、外来で肝庇護剤継続とした。退院1W後にはAST 153, ALT 308, T-Bil 4.0と更に改善していたが、退院3W後にAST 587, ALT 872, T-Bil 3.8と再燃を認め、再入院となった。改めて詳細な問診をすると、発症4M前から新たに2種のメディカルハーブ（Fo-Ti、Saw Palmetto）を服用しており、退院後に服用を再開したことが判明した。肝組織生検では、肝小葉、門脈域それぞれにリンパ球主体の炎症細胞浸潤を認め、薬物性肝障害に矛盾しない所見であった。JDDW-2004薬物性肝障害のスコアリング8点であり、文献検索にてFo-Tiによる薬物性肝障害が中国で多く報告されていることが判明し、メディカルハーブ（Fo-Ti＞Saw Palmetto）による薬物性肝障害の診断となった。服用中止を指導し、現在AST/ALTは正常化している。【考察】近年サプリメントによる薬物性肝障害の報告が増加している。Fo-Tiは、ツルドクダミの根を原料とした漢方薬「何首烏（かしゅう）」のサプリメントであり、白髪止めや滋養強壮に用いられる。「何首烏」による肝障害は、中国では158例、韓国では25例の報告がある。発症までの期間が1日～半年と広範囲であり、また、肝移植例、死亡例も認めた。本邦の報告は1例のみではあるが、近年、インターネットを通じて様々なメディカルハーブが入手できるため、注意が必要と考えられる。

17（消）．エンテカビル耐性症例の検討

○小川浩司，鈴木和治，中村晃久，川岸直樹，大原正嗣，出水孝章，梅村真知子，中井正人，荘　拓也，須田剛生，森川賢一，坂本直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

【目的】B型慢性肝疾患に対するエンテカビル（ETV）治療により確実かつ安全にHBV DNA量が制御可能となった。しかし一部の症例ではETV耐性が出現している。ETV耐性症例の特徴および治療について検討した。

【方法】当科にてウイルス学的（INNO-LiPA法）にてETV耐性が確認されたB型慢性肝疾患患者12例を対象とした。耐性確認時の年齢中央値56歳（22-76歳）、男性/女性 8/4例、慢性肝炎/肝硬変 9/3例、HBe抗原陽性/陰性 8/4例、Genotype B/C 10/2例であった。上記患者群において（1）ETV耐性獲得までの治療状況（2）耐性獲得部位（3）耐性後の抗ウイルス治療を検討した。

【成績】（1）ETV耐性獲得までの前治療はETV初回が5例（2例は他院開始）、ラミブジン（LAM）/ETV切り替えが4例（2例は他院開始）、LAM/アデホビル（ADV）からのADV副作用中止が1例、LAM中止後が1例、IFN/LAM併用治療後が1例であった。当院でのLAM/ETV切り替え後の耐性は2例で、LAM投与期間は11ヶ月と7ヶ月、ETV切り替え時のHBV DNAは4.2、3.3Logcopies/mLと陰性化していなかった。LAM中止後とIFN/LAM併用治療後は6.5、8.7 Logcopies/mLと高ウイルス量であった。全体での耐性確認までのETV投与期間は63ヶ月であった。（2）全例LAM耐性を認め、ETV耐性部位は184が4例、202が5例、184/202が1例、250が2例であった。（3）耐性後11例で抗ウイルス治療を導入され、2例がアデホビル（ADV）、9例がテノホビル（TDF）であった。ALT正常化率は1年/2年 67/88%、HBeAgの陰性化は認めなかったが、HBV DNA陰性化（定性感度以下）率は1年/2年 70/63%であった。陰性化しなかった症例もHBV DNA量は3.0 Logcopies/mL前後で、肝炎発症は認めなかった。

【結論】ETV耐性症例はLAM投与歴が多かった。LAMからの切り替え時に陰性化していない症例からの耐性も認めた。耐性症例に対してはADVとTDFでHBVの制御は可能であった。

18（消）．高齢者C型慢性肝疾患に対するインターフェロンフリー治療の検討

○山本義也，霜田佳彦，北潟谷隆，伊藤　淳，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型慢性肝疾患に対してインターフェロンフリー（IFN free）療法が施行可能となり、治療成績は著しく向上している。臨床試験においては75歳（一部80歳）を年齢の上限として登録していることが多いが、実臨床では超高齢者に対しても治療導入されているのが現状である。今回、当院でIFN free療法を導入した高齢者C型肝炎患者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IFN free療法を導入したC型慢性肝疾患243例中、SVR12判定可能な222例を対象とした。本検討では、高齢群を75歳以上と定義し、治療成績、安全性について検討した。【結果】全体の患者背景は、男性44 %、年齢中央値69（30～88）歳、初回64%、肝硬変23%、肝癌既往10%、Genotype 1型155例/2型67例、IL 28major 71%、治療内容はDCV/ASV 67例、SOF/LDV 70例、OBV/PTV/r 18例、SOF/RBV 67例だった。SVRは全体で95%、治療法別では、各々93、97、100、94%といずれも良好な結果であった。高齢群/非高齢群は61/161例で、年齢中央値79（75～88）/65（30～74）歳、男性33/49%、初回 64/55%、肝硬変 34/18%、肝癌既往 20/7%、Genotype 1型 84/65%、IL 28major 76/70%だった。HCV RNA陰性化率は、治療開始後4週目/8週目/治療終了時/終了12週目（SVR12）で、高齢群71/100/97/85%、非高齢群74/98/99/99%だった。治療薬の中止は高齢群3例（血圧上昇、肝機能障害、他病死）、非高齢群3例（肝機能障害、Breakthrough、自己中断）、貧血によるリバビリンの減量は、高齢群3例、非高齢群5例だった。IFN free終了後の肝癌の発症は、高齢群で初発3例、再発5例、非高齢群で再発5例認められた。【結論】IFN free治療は、高齢者においても安全に施行可能であったが、治療成績がやや劣る結果であった。高齢群には、肝硬変、肝癌既往症例が多いこともあり、治療終了後の肝癌発症頻度も高かった。

19（消）．当科におけるダクラタスビル・アスナプレビル・ベクラブビルの初期治療経験

○中島知明，横山　崇，巽　亮二，山口将功，木村睦海，荒川智宏，桑田靖昭，小関至る，大村卓味，髭　修平，狩野吉康，豊田成司（札幌厚生病院肝臓内科）

【目的】遺伝子型１型のC型慢性肝疾患に対するダクラタスビル（NS5A阻害剤）・アスナプレビル（NS3/4プロテアーゼ阻害剤）・ベクラブビル（非核酸型NS5B阻害剤）（DCV/ASV/BCV）の3剤配合錠による治療が認可された。第３相臨床試験での全体の著効率（SVR12）は全体で96%と良好な成績であったが、一部の症例では肝障害や総ビリルビン値上昇といった副作用を認めた。当科での臨床試験登録症例と市販後症例の治療成績について検討した。
【方法】臨床試験登録症例18例と市販後症例3例について、治療成績および副作用について評価した。
【成績】臨床試験登録症例18例は、*IL 28B*（rs8099917）はTT/GTが8/10例、ベースラインのHCV RNA量（中央値）は6.51（4.88-7.46）logIU/ml、FibroTestは0.43（0.08-0.93）、APRIは0.74（0.29-4.14）であった。NS5A Y93薬剤耐性変異RASを4例に認めた。治療成績は、2週で6例、4週で14例、6週で18例全例がウイルス陰性化に至り、全例が著効した。副作用中止例を3例認め、うち2例は肝障害のため7週と9週で中止、1例は発熱、PT値の低下、白血球数、好酸球数の増加、総ビリルビン値とCRP値の上昇、胆嚢の腫大と壁肥厚を認め、2週で中止した。現在、市販後症例3例（3例とも肝硬変例でL31+Y93耐性変異例、2例がDCV/ASV再燃例、1例はソホスブビル・レジパスビル再燃例）は現在治療中であるが、良好な経過を辿っている。
【結論】DCV/ASV/BCV治療は肝障害等の副作用に注意を要するものの、著効率は非常に高く、既存のDAA治療不成功例に対しても有用な治療選択肢となりうると考えられた。

20（消）．DAA 治療を施行したC型肝硬変症例の肝予備能の変化と発癌についての検討

○久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，山内夏未[1]，佐藤正文[2]，川崎亮輔[2]，行部　洋[2]，水沼謙一[2]，宮崎　悦[3]，飴田咲貴[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]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[4]）

C型慢性肝疾患に対するdirect acting antivirals（DAA）はその忍容性から高齢者や代償性肝硬変症例にも積極的に導入され、治療は飛躍的に進歩した。当院でも、2014年11月～2016年5月の期間に、genotype 1b型に対し、Daclatasvir/Asunaprevir 23例、Ledipasvir / Sofosbuvir 33例、genotype 2型に対し、Sofosbuvir/Ribavirin 15例にDAAを導入した。特に従来難治であった肝硬変症例に対するsustained viral response（SVR）率の向上は予後改善に寄与するものと考えられている。
一方で、肝硬変患者におけるSVR後の発癌、肝予備能の変化などについては、現在多数の施設で検討されているものの、未だ不明な点が多い。
今回、DAA治療を施行したC型肝硬変患者21例（49～89歳、平均70歳、男性6例、女性15例、genotype Ib 19例、genotype 2a 2例）について、肝予備能の変化、肝硬変合併症（腹水、門脈血栓症、食道胃静脈瘤など）および発癌などについて検討したので報告する。

21（消）．腹腔鏡下Hassab手術を施行した門脈圧亢進症の1例

○早馬　聡[1]，三橋洋介[1]，松本　哲[1]，渡曾博志[1]，上奈津子[1]，田中英一[1]，葛西幸穂[2]，葛西和博[2]，越湖　進[1]（イムス札幌消化器中央総合病院外科[1]，イムス札幌消化器中央総合病院消化器内科[2]）

【はじめに】胃上部血行遮断と摘脾術-いわゆるHassab手術は食道や胃の離断を伴わず、胃周囲ならびに食道下部の血行遮断と脾摘を行う術式で、門脈圧亢進症に対する直達手術である。いまだ最も根治性の高い治療法であるが、多くの場合、耐術能の低下した肝硬変症例が対象であることを考慮すると、手技の低侵襲化は極めて重要である。今回、孤立性胃静脈瘤・巨脾症例に対して腹腔鏡下Hassab手術を施行し、良好な結果を得たので報告する。【症例】71歳, 女性。B型肝硬変にて経過観察中に胃静脈瘤の発達を認め、切迫破裂状態であった。血管造影CTにて左胃静脈、後胃静脈を供血路として同定した。脾腎shuntは未発達であり、B-RTOは困難であった。Child B症例で他の臓器不全もなく、全身麻酔可能であり、手術適応と判断した。【手術】右半側臥位とし、7ポートで実施。胃脾間膜・脾結腸間膜をVessel sealing systemでし、次いで脾門部を授動して自動吻合器で切離した。脾門部より外側に向かって後腹膜との剥離を行い、脾臓摘出。次に血行郭清を行う。胃を翻転・挙上すると主要な供血路である左胃静脈及び後胃静脈が索状物として明らかとなり、それぞれ動静脈を一括して自動吻合器で切離した。最後に胃小弯の血行郭清を行い終了。手術時間5時間30分、出血量250ml、摘出脾臓重量は1400gであった。術後合併症なく、第11病日に退院となった。術後3ヵ月に行った上部消化管内視鏡で胃静脈瘤はほぼ消失しており、脾機能亢進状態も改善した。【考察】腹腔鏡下Hassab手術は本症例のような巨脾症例に対しても安全に実施可能であった。根治性を損なうことなく，低侵襲性という利点を併せ持つ本術式は、内視鏡やIVR困難な門脈圧亢進症に対する治療法として今後も重要な位置を占めるものと考えられた。

22（消）．肝胆道系酵素の上昇を伴った巨細胞性動脈炎の1例

○鈴木和治，中井正人，中村晃久，大原正嗣，川岸直樹，出水孝章，荘　拓也，須田剛生，森川賢一，小川浩司，坂本直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

【症例】60歳代女性【現病歴】X年3月より発熱、後頸部痛を認め近医を受診した際、血液検査にて肝胆道系酵素上昇を認めた。胆道系疾患が疑われ、超音波内視鏡、CTが施行されたが有意な所見を認めなかった。同月末に精査加療目的に当科転院となった。【既往歴・生活歴・内服薬】特記すべき事項なし。【経過】転院時血液検査にてWBC 10200 / μl, CRP 17.35 mg/dlと炎症反応の上昇を認め、AST 44 IU/l, ALT 121 IU/l, LDH 165 IU/l, ALP 2169 U/l, γ-GTP 606 IU/l, T-bil 0.6 mg/dlと胆道系優位の肝胆道系酵素の上昇を認めた。HAV、HBV、HCV、HEV等の肝炎ウイルスおよびヘルペスウイルス属の急性感染は血清マーカーから否定的であった。各種自己抗体もすべて陰性であった。腹部超音波検査、造影CTでは肝含め明らかな異常所見は認めなかった。肝障害の原因精査目的に施行した経皮的肝生検では、門脈域のリンパ球主体の軽度炎症細胞浸潤を認めるのみで特異的な所見は認めなかった。発熱、肝胆道系酵素、炎症反応の高値が持続し、各種検査にて明らかな原因となりうる所見が認められなかったため、熱源検索目的に第9病日にPET-CTを撮像したところ、上行大動脈から大動脈弓、左右鎖骨下動脈等に集積亢進を認めた。また、頚部血管エコーでも上行大動脈の全周性壁肥厚を軽度認めた。浅側頭動脈生検にて動脈内膜から中膜の肉芽腫性炎症の組織像を認め、巨細胞性動脈炎と診断した。プレドニゾロン40mg/dayで治療を開始後頭痛、発熱は改善し、肝胆道系酵素も著明な改善を認めた。その後も症状再燃なく、プレドニゾロンを漸減し経過観察中である。【考察・結語】肝胆道系酵素を伴った巨細胞性動脈炎の1例を経験した。本疾患は発熱、頭痛といった臨床所見、鎖骨下動脈、腋窩動脈の狭窄等の画像所見、側頭動脈生検による組織検査が有用であるが、本症例はPET-CTが診断に有効であった。肝胆道系酵素の上昇を伴う症例の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

23（消）. MR Elastography・IDEAL IQとUSによるNAFLDフォローアップ

○鈴木康秋，上原恭子，小林　裕，久野木健仁，藤林周吾，芹川真哉（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、組織弾性を評価する手法である。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。これまで我々は、NAFLDの非侵襲的評価におけるMRE・IDEAL IQの有用性を報告してきたが、今回、NAFLDフォローアップ症例でUS所見と共に検討したので報告する。【対象】外来フォローアップでMRE・IDEAL IQとUSを同時期に2回（平均間隔13.6ヶ月）施行したNAFLD患者72例（男38：女34、中央値年齢54歳）。【方法】使用MRI装置はGE社Optima MR450w 1.5T。MR elastogramより肝右葉、左葉各1～2箇所ずつfree ROIを設定し、平均弾性率（kPa）を測定した。また、IDEAL IQ のfat imageで脂肪含有率（%）を測定した。超音波による評価は、Saadehらの超音波脂肪肝gradeを用いた。【結果】1，初回検査では、ALT 68 IU/L、脂肪含有率14.7%、MRE弾性率3.1kPa、US grade 1.9であった。2，2回目検査では、ALT 46 IU/L、脂肪含有率11.9%、MRE弾性率2.8kPa、US grade 1.8であった。3，2回目検査で脂肪含有率が5%以上減少した15例（21%）では、ALTが有意に低下した（85→47 IU/L、p＜0.01）。また、MRE弾性率も有意に低下した（2.9→2.4 kPa、p＜0.01）。一方、脂肪含有率が5%以上は減少しない57例では、ALTやMRE弾性率に有意な変化を認めなかった。4，MRE弾性率の有意な低下（30%以上）を認めた22例（30%）では、ALTが有意に低下した（85→438IU/L、p＜0.01）。一方、低下しなかった50例ではALTに有意な変化を認めなかった。5，US gradeの改善を認めた8例（11%）では、ALTが35低下し、脂肪含有率は12.5%低下した。【結語】約1年間のNAFLDのMRI・USフォローにおいて、5%以上の脂肪含有率の減少によりALTが有意に低下し、US gradeが改善すると脂肪含有率は12.5%低下することが明らかとなった。MRIとUSにより、NAFLDの治療経過を非侵襲的に評価できると考えられる。

24（消）. SGLT2阻害薬の長期投与により体重減少を伴わず肝機能が改善した非肥満NASHの1例

○中嶋駿介，林　秀美，長谷部拓夢，澤田康司，生田克哉，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）

【背景】近年糖尿病・肥満合併非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）患者に対するSGLT2阻害薬（SGLT2i）が体重減少とともに肝機能を改善させることが報告されているが、非肥満患者に対する報告例は少ない。今回我々は糖尿病合併非肥満NAFLD患者に対してSGLT2iが有効であった1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】50歳代女性、身長152cm、体重50.6kg、BMI 21.9。関節リウマチの診断で5年前より近医にてステロイドおよび免疫抑制剤の内服加療を受けていたが、経過中に糖尿病の悪化とALT＞100 U/L程度の肝機能異常を認めたため当院糖尿病内科および当科を紹介受診となった。経皮的肝生検を行いMatteoni分類Type 3のNASHと診断した。糖尿病治療としてSU剤およびDPP-IV阻害薬の併用にて治療されていたがHbA 1c 8%台から改善せず肝機能も肝庇護療法を行うもALT＞100 U/Lから改善しなかったことから追加治療としてSGLT 2i（dapagliflozin）を投与した。投与後1年間は体重変化、HbA 1c、肝機能ともに改善を認めなかったが投与後1年半から2年の経過で体重変化は最大で-2kg程度と軽度であったが、HbA 1c 7台前半およびALT 30-40程度まで回復した。

【考察】SGLT2iは体重減少に伴う内臓脂肪減少によりNAFLDの病態改善の可能性が期待され、NAFLD患者のうち肥満合併糖尿病患者に対しての有効性が報告されているが、非肥満合併例においても長期投与において体組成変化による有効性が期待される可能性が示唆された。

【結語】非肥満患者に対するSGLT2iの長期投与によりNASHによる肝機能異常および糖尿病コントロールが得られた1例を経験した。

25（内）. 上部消化管内視鏡検査後に起きた気腹の1例

○見田裕章，檜森亮吾，足立　靖，中村浩子，菊地剛史，岩田徳和，安達靖代，中村正弘，吉田幸成，佐々木泰史，加藤康夫，遠藤高夫（札幌しらかば台病院消化器内科）

上部消化管内視鏡に伴う偶発症として気腹は極めて稀である。今回、貴重な1例を経験したので報告する。　症例は80歳代女性。認知症に伴う摂食障害と羸痩があり、経皮内視鏡的胃瘻造設術（percutaneous endoscopic gastrostomy：以下 PEG）を目的として当院に紹介された。PEGの術前評価として上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃壁の伸展は比較的良好であり、胃体中部前壁側で指サインおよびイルミネーションテストの確認を行うことができた。内視鏡検査後に患者は嘔気や腹痛などの症状を訴えることはなかった。しかし、胃壁と腹壁の間に介在臓器がないこと等を評価する目的で行った内視鏡終了直後の腹部CT検査において、腹腔内遊離ガス像を認めた。身体所見では腹部は軟で、圧痛や筋性防御を認めなかった。また皮下気腫、縦隔気腫や気胸は認めなかった。　絶食とし抗生剤および補液による保存的治療を行った。1週間後、上部消化管内視鏡下にガストログラフィン造影検査を行ったが、腹腔への漏出を認めず瘻孔は確認できなかった。CT所見と内視鏡所見を比較し再検討したところ、内視鏡反転操作後に、胃体中部後壁側の粘膜損傷と軽度の出血をきたしており、同部位で微小穿孔または穿通を来した可能性が考えられた。患者は低栄養状態であり腹部脂肪が少なく、胃粘膜が脆弱で筋層が菲薄化していた。このため上部内視鏡検査を行った際の過度な送気により粘膜損傷が発生し、気腹をきたした可能性が推測された。気腹は重症化すると緊張性気腹や腹部コンパートメント症候群を起こすこともある。したがって、栄養状態が悪い患者に対して上部消化管内視鏡検査を行う際には、気腹は注意しなければならない偶発症であると考えられた。

26（消）. 胃gastrointestinal stromal tumorにおける超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法の診断能についての検討

○田邊裕貴[1]，藤永明裕[1]，河本　徹[1]，高橋慶太郎[2]，後藤　充[1]，佐藤智信[1]，内海辰哉[1]，斎藤義徳[1]，柳川伸幸[1]，奥村利勝[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，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[2]）

【目的】消化管粘膜下腫瘍の病理組織診断に超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引法（EUS-FNA）が有用であり，gastrointestinal stromal tumor（GIST）の正診率は90～100%と良好である．当院でEUS-FNAをおこなったGIST症例の診断と治療の現状について後方視的に解析し，手術施行例に対して術前診断能の検討を行なった．【対象と方法】2012年4月から2017年3月まで当科で上部消化管病変32病変に対してEUS-FNAを35回施行した．穿刺針にはEchoTip ProCore^{R}（Cook社製），Expect^{TM}（Boston Scientific社製）を用いて，十分量の検体採取まで穿刺を繰り返した．病変の内訳は胃22例（24回），十二指腸3例（3回），食道2例（2回），壁外病変5例（6回）で，胃病変の内訳はGIST 19例，平滑筋種1例，神経鞘腫1例，大腸癌胃転移1例であった．検討1. GIST症例についてEUS-FNAの組織採取率および正診率（感度）を求めた．検討2. 手術症例に対しては免疫染色，核分裂像，Ki-67 Indexを比較し，Modified Fletcher分類に基づくリスク分類の術前診断能について検討を加えた．【結果】検討1. EUS-FNAで検体が採取されGISTの診断に至った症例は18例（94.7%）であった．外科手術は14例に施行され，3例は内科的治療（イマチムブ），2例は経過観察となった．GIST手術症例におけるEUS-FNAの感度は93%（13/14）であった．検討2. EUS-FNAで得られた組織を用いて，12例で免疫染色（CD34陽性，c-kit陽性），細胞増殖能（核分裂像またはKi-67 index）が評価できた．リスク分類では，EUS-FNAでは超低リスク4例，低リスク8例であり，切除標本では超低リスク2例，低リスク9例，高リスク1例であり，術前に低く診断されたものが3例あった．平均腫瘍径（mean±SD）がEUSで29.2±11.2mm，術後標本で32.7±10.4mmと，腫瘍径が小さく測定されていたことがその原因と考えられた．【結語】GISTに対するEUS-FNAの組織学的診断能は優れていたが，術前にリスク診断を評価する際には注意を要する．

27（内）．当院での上部消化管内視鏡検査・治療の偶発症に関する検討

○森園竜太郎，古山準一，高木秀雄，後藤　哲，五十嵐聖名子（勤医協中央病院）

（対象）2009年4月から2016年12月まで当院で上部消化管内視鏡検査・治療を施行した45464症例のうち，偶発症を起こした9症例の検討．（結果）偶発症は穿孔が5症例（うち裂傷が2症例），出血が2症例，心肺停止が2症例であった．偶発症発生時の検査・治療内容は，止血治療が4症例，観察が3症例，生検が2症例で，止血治療に伴う偶発症の頻度は0.5%（4/792症例），観察又は生検に伴う偶発症の頻度は0.01%（5/44672症例）であった．穿孔症例は5症例中4症例が外科手術となり，出血は2症例とも内視鏡的止血術が施行された．また心肺停止の2症例のうち1症例は過鎮静が原因と思われ，1症例は全身状態不良症例であった．（考察）内視鏡的止血術を行う際は，全身状態不良症例も多く，出血や食残ですでに胃壁が伸展されている状態の場合も多々ある．これに内視鏡挿入後の送気に伴う内圧の上昇が加わると弾力係数の低いと言われている小弯側が裂傷（破裂）し易く，本症例においても2症例とも小弯側の裂傷を認めた．監視体制の強化，偶発症発生後の問題点の検証も必要で有るが，消化管止血中の状況によっては一次的な撤退や外科治療の検討も必要になると思われた．心肺停止症例に関しては，内視鏡診療における鎮静のガイドラインによると，緊急内視鏡時には安全性と確実性の観点から鎮静が有用であるが，安全性の確保も必要とある．全身状態不良症例に対する鎮静に際しては，術者以外にもモニタリングを行うスタッフが必要であるが，夜間休日に関しては人員を確保できないのが現状である．また鎮静剤の投与基準や観察時間，上限の設定も必要と思われた．本症例の様な鎮静の効果不良又は全身状態が極度に悪い症例に対しては，治療開始前に人工呼吸器管理も含めた検討を行っても良かったかもしれない．（結語）偶発症の問題点を整理することにより，以降の偶発症発生を抑制する必要があると思われた．緊急内視鏡治療に際しては，特に安全性の確保が重要で有り，体制の確保と基準作りが課題と思われた．

28（消）．ボノプラザンによる2次除菌療法の検証

○岡本哲郎[1]，宮島治也[1]，木村朋広[1]，猪股英俊[1]，藤見章仁[2]，長町康弘[2]，小池和彦[2]，後藤義朗[2]，山内尚文[2]，井原康二[2]，西里卓次[2]（札幌清田病院消化器内科[1]，札幌清田病院内科[2]）

【背景と目的】ボノプラザン（P-CAB）を用いた*H.pylori*1次除菌療法の有効性が示され広く行われるようになっている。2次除菌でもその有効性が期待されいくつかの報告があるが、一般市中病院の2次除菌についての報告は少ない。今回、P-CABを用いた除菌療法（1次除菌、2次除菌）について、当院での現状を検討したので報告する。【方法】当院の研究審査委員会で承認を得て、後方視的な診療録のreviewを行なった。2016年2月から2017年3月までの間に、当院で除菌療法が行われ適切に除菌判定がされた症例を対象とした。【結果】*H.pylori*菌感染は、培養法136例、尿素呼気試験（RUT）10例、血清抗体15例、その他の判定法3例で確認した。1次除菌は全例ボノプラザンが用いられ、CAMは400mg/日または800mg/日で行なわれた。除菌判定は培養法18例、RUT 117例で評価し、CAM400群の除菌成功率は91.01%、CAM800群は90.57%であり、有害事象（肝障害・下痢・皮疹）出現率も2.7%、3.4%と2群間に差は認めなかった。これまでP-CABを用いた2次除菌は、43例に対してP-CAB 40mg +MNZ500mg +AMPC1500mg/日、分2、7日間で行われた。治療後の判定が未実施などの7症例が除外し、評価対象となった36症例は全例RUTで評価された結果、全36例で2次除菌は成功していた。【結論】P-CABを用いた*H.pylori*に対する除菌療法は、一般市中病院において2次除菌でも既報と同等の高い除菌率で、外来診療で問題となる有害事象は認められず、有用な治療法であることが確認された。

29（内）．*Helicobacter pylori*除菌後に発見されたSM浸潤癌の臨床病理学的特徴

○山本桂子[1]，加藤麻倫[2]，松田可奈[2]，安孫子怜史[2]，津田桃子[2]，宮本秀一[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]，北海道大学大学院消化器内科学[2]）

【背景】*Helicobacter pylori（HP）*感染中の高度の炎症から、除菌による消炎という環境変化は癌の成長にどのような影響をもたらすのか。浸潤の初期段階であるSM浸潤癌を詳細に検討することによって進展様式の違いを明らかにできる可能性があるが、除菌後のSM浸潤癌に着目した検討はこれまで報告されていない。【目的】*HP*除菌後に発見されたSM浸潤胃癌の臨床病理学的特徴を検討する。【方法】2015年1月から2016年10月までに当院にて内視鏡的あるいは外科的に切除されたSM浸潤癌33症例のうち、過去に除菌治療が行われ、除菌成功が確認された7例を除菌群、HP感染状態の17例を感染群として抽出し、内視鏡観察所見、病理組織学的所見を比較検討した。【結果】除菌群において、除菌から発見までの期間は、4例が1～3年、3例が10年以上であった。組織型（分化:分化未分化混合:未分化）は除菌群（2:5:0）、感染群（8:7:2）であった。分化未分化混合型のSM浸潤部は除菌群では分化型主体であるのに対し、感染群では未分化型主体であった。浸潤距離/長径比は感染群で高い傾向にあった。SMT様の形態的特徴を持つものが除菌群のみ（3例・すべて除菌後10年以上）に見られ、周囲粘膜には豊富な固有腺や腺窩上皮がみられた。また、Ul+の症例は、除菌群（2例）ではいずれもUls、感染群（5例）はすべて開放性の潰瘍であった。白色光非拡大観察における、腫瘍発生部位と萎縮との関連（萎縮内：境界：外）は除菌群（2:5:0）、非除菌群（10:6:1）であり、除菌群では萎縮境界、感染群では萎縮内と判断される領域に位置するものが多かった。それを裏付けるように、NBI拡大観察における腫瘍周囲粘膜模様は感染群では縞状や顆粒状であったのに対し、除菌群ではpit状模様の割合が多くみられた。【結論】除菌後、胃癌の進展様式に変化が生じている可能性がある。腫瘍そのものによる組織学的特徴のほか、腫瘍周囲粘膜の消炎後変化の関与が疑われる。

30（内）．胃内視鏡粘膜下層剥離術後の遅発性出血に難渋し潰瘍治癒遷延した1例

○高木　将，川村駿介，伊藤彰洋，柳原志津紀，賀集剛賢，道上　篤，乙黒雄平，鈴木　肇，寺門洋平，萩原　武，渡邊義行，小澤　広，前田　聡（札幌厚生病院）

症例は70歳台男性.既往歴：心筋梗塞,心房細動（ワーファリン4.5mg内服中）,連合弁膜症,糖尿病,慢性心不全,慢性膵炎,膀胱癌術後,大腸癌術後（左半結腸切除後）,直腸癌（ESD後）,CKD.近医での上部消化管内視鏡検査で体中部小彎に20mm大の扁平隆起性病変を認め,生検の結果Group 5（tub1）と診断され,加療目的に当科紹介となる.当科入院後,抗血栓薬中止かつヘパリン置換を開始,平成X年X月内視鏡的粘膜下層剥離術（以下胃ESD）を施行した（切除標本径53×3mm、腫瘍径33×23mm、術時間179分、出血多量、穿孔なし）.術翌日,上部消化管内視鏡検査施行し,APC（argon plasma coagulation）で予防的止血を行い,術後2日目より抗血栓剤再開ならびに食事を再開した.術後4日目に吐血し緊急上部消化管内視鏡検査したところ,潰瘍底より活動性出血を認め内視鏡的止血術を施行した.抗血栓薬中止と数日の絶食後に,食事を再開するも頻回に再出血を繰り返し,合計16回もの内視鏡的止血処置を施行したが止血は得られず潰瘍治癒は遷延化していた.その後,絶食中心静脈栄養管理,ヘパリン持続点滴を中止した.過度な内視鏡的止血処置を施行せず,17回目の内視鏡検査で止血確認後に経口摂取を再開するも再出血を認めず,術後69日目に退院となった.今回、胃ESDの遅発性出血に難渋し潰瘍治癒遷延した一例を経験したので,文献的考察を加え報告する.

31（内）．食道・胃・大腸ESDにおけるSplash M-Knifeの治療成績

○鈴木茉理奈，江上太基，太宰昌佳，小野寺学，宮本大輔，横山朗子，吉井新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

【背景】近年，内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）の発展と共に，様々な特長を持ったデバイスが開発されている．Splash M-knifeは多機能高周波ナイフで，ナイフの先端から0.5mmの場所にディスクチップ（ナイフ全体ではバーベルの片側の如き形状），シース先端に沿って輪状のメタルプレートが装備されている．メタルプレートでマーキング・止血，ナイフ先端のディスクチップで組織にトラクションをかけつつ切開剥離できるため，高い切開剥離能を発揮する．当院では2015年10月からESDにSplash M-knifeを導入している．
【目的】当院におけるSplash M-Knifeを使用した食道・胃・大腸ESDの治療成績を明らかにすること．
【方法】2016年1月～2017年4月まで当院で3人の術者（指導医1人，被訓練者 2人）により施行されたSplash M-Knifeを使用した食道・胃・大腸ESD症例167例について，患者背景（男女比，年齢，抗血栓薬内服，腫瘍径），ESD中の止血鉗子使用率，治療成績について後方視的に検討した．
【結果】ESDを施行した167例のうち，食道15例，胃82例，大腸70例であった．男女比（男性/女性）は，食道12/3，胃67/15，大腸47/23であった．年齢中央値は，食道69歳，胃71歳，大腸70歳であった．抗血栓薬内服（%）は，食道2例（13），胃18例（22），大腸20例（29）であった．腫瘍径中央値は，食道36mm，胃40mm，大腸30mmであった．ESD中の止血鉗子使用（%）は，食道4例（27），胃9例（11），大腸4例（5.8）であった．切除時間中央値は，食道45分，胃58分，大腸36分であった．後出血（%）は，食道なし，胃7例（8.2），大腸4例（5.7）であった．穿孔（%）は食道・大腸なし，胃1例（1.4）であった．後出血・穿孔はいずれも保存的加療で改善した．
【結語】食道・胃・大腸ESDにおいて，Splash M-Knifeは安全で止血能が高く，ESDにおける止血鉗子の使用頻度を低減できる可能性が示唆された．

32（内）．multi－loop（M－loop）法の胃、大腸ESDにおける有用性

○濱本英剛，原田　拓，田沼徳真（手稲渓仁会病院消化器病センター）

【背景】ESDは広く普及しており、様々なカウンタートラクションが得られるデバイス、手法が報告されている。しかし、新規のデバイスを用いたり、すぐ適応するのが難しいものも多い。今回、簡便で広く普及可能な絹糸やデンタルフロスで作成したmulti－loop（M－loop）法を用いた胃、大腸ESDの有用性を後方視的に検討した。【対象と方法】2016年12月から2017年6月までに当センターで一括切除で治療した胃ESD 75 例（通常法：67 例、M－loop群：8 例）、大腸ESD 34 例（PocketCreationMethod（PCM）群：23 例、M－loop群：11例）について、1）ESDの粘膜下層剥離速度（cm^2/min）を群別に比較検討した。切除した面積は標本面積と同様と扱い、楕円で近似し、切除面積（cm^2）＝π×標本長径/2x標本短径/2（π＝3.14）とした。粘膜下層剥離速度（cm^2/min）は切除面積（cm^2）/切除時間（min）とした。また、2）ESD中の合併症（穿孔）について各群で比較した。【結果】1）胃ESDの剥離速度はM－loop法：0.270±0.378cm^2/min 、通常群：0.167±0.198cm^2/minであり、有意にM－loop群で速い結果であった（p=0.0156）。大腸ESDの剥離速度はPCM法：0.162±0.206cm^2/min、M－loop群：0.086±0.082cm^2/minであり、有意にPCM群で速い結果であった。　2）穿孔は胃ESDの通常法群で2 例（3%）、大腸ESDでは認めなかった。【結論】M－loop法は特殊なデバイスを要さず、どの施設でも導入可能な手法であり、胃ESDにおいては剥離速度の向上に寄与していた。大腸ESDにおいてはPCM法に勝らなかったが、剥離困難な局面を打開できることもあり、有用と考えられ今後検討を要する。

33（消）．早期の胃粘膜病変を指摘し得た遺伝性びまん性胃癌の1例

○藤田千紗[1]，平川昌宏[1]，大沼啓之[1]，松野鉄平[1]，坂本拡基[1]，水上　都[2]，石川亜貴[3]，中津川宗秀[4]，信岡隆幸[5]，櫻井晃洋[3]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学小児科,札幌医科大学病院遺伝子診療室[2]，札幌医科大学病院遺伝子診療室[3]，札幌医科大学病理診断科[4]，札幌医科大学消化器・総合,乳腺・内分泌外科[5]）

【はじめに】遺伝性びまん性胃癌（HDGC）は常染色体優性の遺伝形式をとり，*CDH 1*が原因遺伝子として唯一同定されている．組織学的に印環細胞癌を特徴とし，E-cadherin発現の減少により正常組織の間を瀰漫性に浸潤するため，粘膜上皮下を潜行し内視鏡による早期診断を困難にしている．今回我々はHDGCの一家系を経験し，早期の胃粘膜病変を指摘し得たため文献学的考察と併せて報告する．【症例】20 歳代男性．【現病歴】20 歳代の同胞を胃癌で亡くし，その3 年後に父姉が内視鏡精査を希望され当科受診した．結果，両者に進行胃癌を認め，家族歴よりHDGCを疑い *CDH 1* 遺伝子検査を施行した．患者自身も精査を希望し当科受診した．【経過】上部消化管内視鏡検査では，胃内は萎縮もなく胃壁伸展も良好でほぼ正常粘膜であったが，5mm前後のわずかな褪色領域が散在しており，NBI拡大観察像では一部にirregular MV pattern, absent MS patternを認めた．同部位からの生検にて印環細胞癌と診断した．明らかな転移巣を認めず根治的胃全摘術を施行した．胃の全割病理組織学的検査にて計 36 個の胃粘膜病変を認め，全て印環細胞癌の診断であった．腫瘍は粘膜固有層に分布し粘膜上皮は保たれており，免疫染色において腫瘍細胞はE-cadherinに不染であった．癌病巣は内視鏡で褪色域として認識されなかった粘膜にも認めていた．後日，遺伝子検査の結果にて父姉に *CDH 1* の意義不明変異（VUS）を認め，現在患者も検査中である．【結語】早期発見が困難なHDGCでは予防的胃全摘術が治療法として挙げられているが，本邦では非常に稀な疾患であり明確な切除基準が定められていない．胃切除例において内視鏡と病理所見の対照結果を蓄積し，内視鏡検索の精度を上げることは，HDGCの治療方針の決定，早期治療による疾患予後の改善に寄与すると考えられた．

34（内）．3年間経過観察し,内視鏡切除で診断した十二指腸原発未分化癌の1例

○伊藤聡司[1]，関　英幸[1]，山口　巧[1]，松薗絵美[1]，松原　悠[1]，曽我部進[1]，菅井　望[1]，藤田　淳[1]，鈴木潤一[1]，柳内　充[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】原発性十二指腸癌は消化管癌のなかでも比較的稀な疾患であり,また原発性十二指腸癌の組織型はほとんどが高分化腺癌で,低分化・未分化癌となることは非常に稀である.今回３年間経過観察の末癌が疑われ,内視鏡切除を施行し,十二指腸原発の未分化癌と診断した1例を経験した.【症例】78歳,男性.脂質異常症,脂肪肝などで当科外来通院中であった.2013 年の上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行脚のVater乳頭左側に隆起性病変を認めるも,生検結果はindefinite for neoplasiaであった.2014 年の再検査では著変なく,2015年に再検したところサイズに大きな変化はみられなかったものの中央部に退色調の陥凹が出現していた.そのため陥凹部より生検をするも,前回と同様にindefinite for neoplasiaの結果であった.2016 年に再検したところ0-IIa+IIc様に形態変化しており,陥凹面からの生検にてAdenocarcinomaの診断となった.EUSでは4 層は保たれ深達度はm ～smと考えた.患者と治療方針に関して十分に相談しESDを施行した.術後検体は13 × 12mm大で,組織学的にはAdenocarcinoma（por＞tub 1）の診断となった.また免疫染色ではMUC 5AC（+）MUC6（-）MUC2（-）CD10（-）で胃型形質を示していた.深達度はmで, ly 0, v 0, HM 0, VM 0であったものの,高分化腺癌と低分化腺癌が同程度混在している所見であったため,外科追加切除の相談もしたが,患者の希望もあり慎重に経過観察の方針となった.【考察】十二指腸原発未分化癌は非常に稀であり,PubMedや医中誌で「十二指腸,未分化癌」をkeywordに検索する限り,本邦では数例しか報告がなく,いずれも進行癌であった.さらに本症例は胃腺窩上皮型粘液形質を有する早期十二指腸癌で,これもまた非常に稀であると考えられた.現時点では十二指腸原発未分化癌の発生機序ははっきりしておらず,さらなる文献的考察を加え報告する.

35（消）．経過観察中に急速に増大し、手術を要したGISTの1例

○菊地剛史[1]，遠藤高夫[1]，檜森亮吾[1]，中村浩子[1]，見田裕章[1]，安達靖代[1]，岩田徳和[1]，中村正弘[1]，吉田幸成[1]，足立　靖[1]，山下健太郎[2]，仲瀬裕志[2]，加藤康夫[1]（札幌しらかば台病院・消化器科[1]，札幌医科大学消化器内科[2]）

【はじめに】GIST診療ガイドラインでは、2cm以下の胃粘膜下腫瘍では、1年に1-2回のフォローアップとされている。初診時に2cm以下であったが、経過観察中に急速な増大傾向を示したGISTの症例を経験したので報告する。【症例】60歳代男性【主訴】胃部不快感【現病歴】健診のバリウム検査にて異常を指摘され、精査目的で当院外来受診、EGDにて胃穹隆部にクッションサイン陰性の胃粘膜下腫瘍を認めた。EUSにて筋層に連続する16 mm X 12mmの低エコー腫瘤を認め、ガイドラインに基づき6ヶ月ごとの経過観察とした。業務で長期出張が予定されたため、予定を繰り上げて4ヶ月後に行ったEUSでは腫瘍径は長径で21 mmとやや増大傾向を認めた。最初の受診より9ヶ月後、胃部不快感を主訴に外来受診をされ、フォローアップのEUSを施行、腫瘍径は58 mm X 44 mm と前回検査と比較し長径で約３倍と増大していた。生検の病理診断では粘膜下にみられる腫瘍細胞は紡錘形を示し、免疫染色にてc-kit 陽性、CD34 陽性にてGISTの診断となった。手術適応と判断し、大学病院にて胃部分切除術を受けた。摘出された腫瘍の大きさは56 mm X 42 mm X 35mm であった。 Ki-67標識率は30%、腫瘍細胞の核分裂像は 24 個 / hpf であり、Modified-Fletcher分類では高リスクと診断された。患者は現在イマチニブにて加療を受け経過観察中である。【結語】腫瘍は初診時16 mmであったが、最初の4ヶ月では約1.2倍、次の5ヶ月間で約３倍に増大した。GIST診療ガイドラインでは2 cm以下の粘膜下腫瘍の場合、増大傾向を認めない場合は1年に1-2回のフォローアップとされている。しかしながら、本症例のように、初診時に腫瘍径が2cm以下であっても、急速な増大を示す症例があることを示す教育的な症例であった。

36（内）．嚢胞化のためクッションサイン陽性を示した胃GISTの1例

○岡川　泰，庵原秀之，住吉徹哉，大岩修太郎，得地果穂，吉田将大，藤井亮爾，皆川武慶，由崎直人，平山眞章，近藤　仁（斗南病院消化器内科）

症例は72歳、男性。スクリーニング目的の上部消化管内視鏡検査で胃角部前壁に45mm大の表面平滑な粘膜下腫瘍を指摘された。腫瘍は柔らかく、鉗子で圧迫するとクッションサイン陽性であった。造影CTでは胃内腔に突出し、造影効果を伴う充実性成分を有する嚢胞性病変を認めた。超音波内視鏡検査では主に第３層に嚢胞性病変を認め、一部充実性部分を認めた。充実性部分から超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診・組織診を施行した。病理結果はGISTであり、腹腔鏡・内視鏡合同手術が施行された。術中所見では漿膜面に突出する部位を認めたが、腫瘍の露出は認めなかった。病理組織学的検査では主に粘膜下に腫瘍細胞の増殖を認め、筋層と連続しており、また一部漿膜側へ突出していた。また腫瘍中心部は出血を認め、嚢胞化していた。腫瘍の大部分が嚢胞変性しており、クッションサインが陽性になったと考えられた。GISTは腫瘍径の増大に伴い内部に腫瘍壊死、出血を呈し、嚢胞変性をきたすことが知られている。嚢胞化したGISTの多くは壁外性に増殖し、膵臓や肝臓由来の病変との鑑別が困難となる。本症例のように腫瘍の大部分が嚢胞変性し、また腫瘍の大部分が胃内腔側に増殖したGISTは稀である。胃粘膜下腫瘍においてクッションサイン陽性を示した際は、脂肪腫やリンパ管腫など柔らかい腫瘍を考えやすいが、本症例のように嚢胞変性をきたしたGISTの可能性もあり、CTや超音波内視鏡検査を行い、また充実性腫瘍を疑う所見を認めた際には積極的な組織検査を行うことが肝要であると考えられた。

37（消）．特異な経過と画像所見を呈した特発性十二指腸穿孔の1例

○上原恭子[1]，鈴木康秋[1]，小林　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，杉山祥晃[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院消化器内科[2]）

【症例】60歳代、男性。胆摘（12年前）、幽門側胃切除（44年前）の既往がある。1W前より続く発熱、黒色便を主訴に当科初診。血液生化学検査では炎症反応高値と肝胆道系酵素軽度上昇、貧血を認めた。7W前に他院で施行したCTにて、輸入脚断端近傍の胆嚢窩に嚢胞様構造と総胆管結石を認めていたが、当科受診時のCTでは、嚢胞様構造内と肝床部内にairが出現していた。さらに膵頭部背側から十二指腸水平脚に沿った領域に、周囲脂肪織濃度上昇を伴う不整吸収域を認め、膵・十二指腸周囲炎が疑われた。また、緊急上部内視鏡では、胃空腸吻合部に露出血管を伴う潰瘍を認め、止血術を施行した。入院後、抗菌剤投与し炎症所見は改善し、吻合部潰瘍も止血されたため退院となった。しかし退院１W後に再度発熱あり再入院。総胆管結石性胆管炎を疑い、ERCPを施行。胆管にチューブステントを留置した。総胆管造影では嚢胞様構造は造影されなかったが、十二指腸輸入脚に排膿する瘻孔を認めた。瘻孔造影にて腸管外から肝十二指腸間膜が造影されたため、5 Fr pig tailチューブを肝門部まで留置しドレナージをした。CTでは前回指摘された十二指腸周囲不整吸収域にもairを認めたが、ERCP後は同部位に造影剤貯留を認め、膵・十二指腸周囲膿瘍と考えられた。また、肝床部のairは肝内胆管とは連続しておらず、肝十二指腸間膜から連続したグリソン鞘内airと考えられた。後日、開腹ドレナージ術を施行したが、術中内視鏡では瘻孔は閉鎖していた。なお、膿汁培養ではKlebsiellaが同定された。【考察】本症例は輸入脚症候群や吻合部潰瘍が誘因となり膵・十二指腸周囲膿瘍を発症し、瘻孔を形成した特発性十二指腸穿孔と考えられた。輸入脚閉塞症では約40%が十二指腸穿孔をきたすため、本症例では一過性の輸入脚閉塞症が起こり、このような病態を呈した可能性がある。後腹膜や肝十二指腸間膜気腫像を伴う感染症の患者に内視鏡を施行する場合は、このような病態も念頭におく必要がある。

38（消）．食道ヘルニアに伴う再発性胃軸捻転症に対し外科的加療が著効した1例

○菅野　究[1]，桜井健介[1]，佐々木塁[1]，常松聖司[1]，多谷容子[1]，松本美桜[1]，馬場　麗[1]，三野和宏[2]，武藤修一[1]，植村一仁[2]，木村宗士[1]（北海道医療センター消化器内科[1]，北海道医療センター外科[2]）

【背景】胃が生理的範囲を超えて回転・変形し通過障害が生じる疾患を胃捻転症という。発症原因として小児では胃を固定する靭帯の弛緩や欠損に伴う特発性のものが多く、成人では横隔膜等の異常が原因となる二次性のものが多い。再発する二次性胃軸捻転症に対する外科的治療を行った症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

【症例】86歳、女性。リハビリ目的で近医入院中、嘔気・嘔吐が出現した。嘔吐は一晩中継続し、精査加療目的に当院転院となった。受診時のCTでは誤嚥性肺炎と、胃軸捻転を伴った食道裂孔ヘルニアが認められた。胃管を挿入し、同日に上部消化管内視鏡を行う方針とした。上部消化管内視鏡を施行したところ、上部消化管には血流障害を示唆する所見は認められず、透視下で内視鏡的整復を実施した。その後は腹部症状も認められず、経口摂取も良好となったが、第 11病日には再度嘔吐を繰り返すようになった。CT検査を施行したところ、前回同様の胃軸捻転症が認められたため、内視鏡的整復を行った。食道ヘルニアに伴う再発性胃軸捻転症と診断し、腹腔鏡下食道裂孔ヘルニア根治術を施行した。術後の経過は良好で再発も認められず、当院退院となった。

【考察】成人発症の胃捻転症は比較的希な疾患であり、成因により特発性と二次性のものに分類される。治療方針としては胃管挿入による減圧や内視鏡的整復術で加療されることが多い。難治例、特に二次性のものに対しては外科的な加療が考慮されるが、手術リスクの高い症例に対しては胃瘻造設による固定も行われている。本症例は食道裂孔ヘルニアを伴う二次性の胃軸捻転症の1例であり、短期間に再発したことから外科的加療を選択し、その後の経過は良好であった。二次性の胃軸捻転症においては、内視鏡的整復を行っても再発の可能性があることを考慮し、外科的治療も念頭に置くことが重要であると考えられた。

39（消）．サイトメガロウイルス感染による胃潰瘍の1例

○石井貴大，富永素矢，坂本　淳，木村圭介，太田智之（札幌東徳洲会病院消化器センター）

【緒言】サイトメガロウイルス（以下CMV）は日本人の約90％が不顕性感染であり、成人では免疫不全状態でCMVが再活性化し、CMV感染症が発症するといわれているが、正常の宿主において発症するのは稀である。今回は正常宿主においてCMV感染による胃潰瘍を認めたので報告する。【症例】40代男性。生来健康で既往歴・家族歴など特記事項なし。飲酒歴・喫煙歴なし。X年1月　食後の胃もたれを自覚し近医を受診した。ボノプラザン内服開始となったが症状は改善せず、2週間後にスクリーニング上部内視鏡検査を施行したところ、胃前庭部に全周性の胃潰瘍を認めたため当科紹介となった。当科で採血、造影CT検査、上下部内視鏡検査を施行した。採血ではHP-IgG陽性、造影CTでは胃前庭部の全周性壁肥厚、上部内視鏡では胃角部-前庭部中心に多発胃潰瘍を認めた。潰瘍は打ち抜き潰瘍、深彫潰瘍、地図上潰瘍認め、CMV感染による胃潰瘍を疑い、生検・採血検査施行したところ、病理でCMV感染細胞、採血でCMV-IgM,IgG高値を認めた。下部内視鏡検査で大腸に潰瘍性病変は認めなかった。HIV、HSV、VZV、EBVなど他のウイルスマーカーは陰性であった。CMV感染による胃潰瘍と診断し、入院の上、ガンシクロビル（500mg/day）開始となった。第2病日には症状の改善を認め、第7病日に上部消化管内視鏡を施行したところ潰瘍性病変の改善を認めたためガンシクロビル終了し退院となった。【考察】免疫正常の成人がCMV感染に伴い胃潰瘍を発症した稀少な症例を経験した。CMV感染症は免疫異常がある場合は食道・胃・大腸に病変を認めるが、免疫異常のない場合は胃粘膜病変のみの報告もある。今回の症例は特に免疫異常がなく初感染である可能性が高い。ボノプラザンで改善の乏しい難治性胃潰瘍の原因としてCMV感染の可能性があることを考えておく必要がある。

40（内）．上部消化管内視鏡検査で診断した無症状の消化管アミロイドーシスの1例

○山口　巧，関　英幸，柳内　充，鈴木　昭，伊藤聡司，松薗絵美，松原　悠，曽我部進，菅井　望，藤田　淳，鈴木潤一（KKR札幌医療センター消化器センター）

【はじめに】アミロイドーシスは，線維構造をもつ特異な蛋白であるアミロイドが諸臓器に沈着することによって機能障害を引き起こす疾患であるが，無症状の症例も存在する．消化管はアミロイドの沈着しやすい部位であり，その内視鏡所見は多彩なことが報告されている．今回我々は無症状で十二指腸にアミロイドの沈着を認めた消化管アミロイドーシスの1例を経験した．【症例】症例は84歳女性．発熱および右季肋部痛を主訴に来院し総胆管結石の診断で内視鏡的に排石術を施行した．消化管検索を目的に施行した上部消化管内視鏡検査で十二指腸上十二指腸角対側に易出血性の陥凹性病変を認めた．早期癌を疑い同部位より生検を施行したが悪性所見はなく，組織診断で粘膜下層の血管壁にHE染色で好酸性，DFS染色でオレンジ色に染まるアミロイド沈着を認めた．免疫組織化学的にはbeta 2-Microglobulin（-），Transtyretin（+）を示し，κとλの偏倚を認めないことから非AAアミロイドーシスと診断した．【考察】アミロイドーシスは種々の症状を伴う疾患であるが無症状の症例も存在する．十二指腸アミロイドーシスの内視鏡所見は多彩であり，粗ぞうあるいは顆粒状粘膜，浮腫状粘膜・皺襞腫大，多発結節状ないし粘膜下腫瘍様隆起があげられているが，本症例では単発の陥凹性病変であり早期癌との鑑別を要した．消化管アミロイドーシスは症状，内視鏡所見が多岐にわたる比較的稀な症例であり，今回はその内視鏡所見を中心に文献的考察を加え報告する．

41（消）．急性胆管炎、急性膵炎を合併した、胃全摘後の盲端十二指腸下行脚傍乳頭憩室炎によるLemmel症候群の1例

○小泉忠史，池田明洋，馬場　英，定岡邦昌，古家　乾，坂本聡大，藤居勇貴，敦賀陽介，正村裕紀，数井啓蔵（JCHO北海道病院消化器センター）

症例は70歳代男性。既往はX-4年前に胃癌で胃全摘（R-Y再建）、胆摘術を施行。併存疾患に中間部閉塞性肥大型心筋症、慢性心房細動あり。また前立腺癌に対しホルモン療法を行っている。X年某日より背部痛、関節痛、褐色尿を自覚。4日後に当院を受診。血液検査でT-Bil 4.5 mg/dL、ALP 1758 U/L、/AST 298 U/L、ALT 301 U/L、γGT 291 U/L、S-AMY 272 U/L、U-AMY 7910 U/L、CRP 5.19 mg/dLと肝胆道系酵素、膵酵素、炎症反応の上昇を認めた。腹部USでは総胆管が最大21.2mmと拡張を認め、肝内胆管も軽度拡張を認めていた。総胆管内には腫瘍、結石は認めず。CTでは十二指腸下行脚に54mm大の傍乳頭憩室を認め内部に残渣、糞石様の構造物を認めた。憩室は壁肥厚と造影効果の増強を認めていた。同部による胆管の圧排と上流の総胆管の拡張を認めていた。画像上膵炎の明らかな所見は認めなかった。盲端十二指腸下行脚傍乳頭憩室炎によるLemmel症候群、急性胆管炎、急性膵炎の診断で即日入院となり絶食、抗生剤治療を行い炎症は改善を認めた。第5病日に施行したMRCPでは憩室内に認められた糞石は十二指腸下行脚に移動していた。第13病日待機的に当院外科にて手術を施行した。落石した結石は十二指腸の3rd portionに存在。用手的に移動可能であったが三個に分割されたためY脚の吻合部手前で空腸を切開し結石を摘出した。十二指腸憩室、特に傍乳頭部憩室によって総胆管の乳頭開口部を圧迫することにより胆汁や膵液の排出を妨げ、これが原因となって胆管や膵管のうっ滞を来し二次的に炎症や黄疸を起こすものをLemmel症候群と言う。傍乳頭部憩室のうちLemmel症候群を来すものは稀である。今回急性胆管炎、急性膵炎を合併した、胃全摘後の盲端十二指腸下行脚傍乳頭憩室炎によるLemmel症候群の1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

42（消）．予防的PEGを施行した頭頸部癌CRT/RT症例における胃瘻の使用有無についての検討

○松田可奈[1]，宮本秀一[1]，津田桃子[1]，安孫子怜史[1]，加藤麻倫[1]，山本桂子[2]，小野尚子[2]，工藤俊彦[1]，清水勇一[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【背景】頭頸部癌の化学放射線療法（CRT）あるいは放射線療法（RT）の際には、粘膜障害に伴い経口摂取困難となることが多い。静脈経腸栄養ガイドラインでは、そのような場合には経管栄養が推奨されており、その手段として経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）が行われている。しかし、CRT/RT時に予防的にPEGを必要とする対象は明確ではなく、結果的に造設した胃瘻を使用しない症例も散見される。【目的】CRT/RTに際し予防的PEGを施行された頭頸部癌症例を対象として、胃瘻使用有無に影響する因子を検討する。【対象】2011年1月から2017年5月までに当院で頭頸部癌に対するCRT/RTを受けた患者のうち予防的にPEGを行った121例。【方法】治療期間中に胃瘻を使用した群（A群）92例と胃瘻を使用しなかった群（B群）29例の2群間で、1.治療前の臨床データ（背景疾患、BMI、アルブミン値など）、2.治療後の体重およびアルブミン値の変化、粘膜障害度について比較検討した。【結果】1.領域別ではA群で中咽頭癌が多く、BMI（22＜）はA群 47.3%、B群 75.0%と有意差を持ってB群が多かった。Alb値は両群で有意差を認めなかった。2.治療前後の比較では体重減少率はA群 5.3%、B群 6.6%、Alb値の変化はA群 -0.55 g/dl、B群 -0.44 g/dlであった。粘膜障害（Grade）はA群 grade1 2.2%、grade 2 34.1%、grade 3 63.7%、B群 grade 1 21.4%、grade 2 75.0%、grade 3 3.6%であり粘膜障害度にのみ有意差を認めた。高度の粘膜障害（grade 3）を認めた症例では他のgrade 1,grade 2の症例と比較し治療前のAlbが有意に低かった。【結語】頭頸部癌CRT/RT中の胃瘻使用の有無は、癌の発生部位、治療前のBMIと治療後の高度の粘膜障害が影響していた。

43（消）．白血球数と胃癌罹患リスク～東神楽町検診受診男性の追跡調査～

○相馬光宏[1]，武藤英二[2]，奥村利勝[3]（東神楽町国民健康保険診療所[1]，むとう内科医院[2]，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[3]）

【背景】近年、多くの癌の発症過程に慢性炎症が深くかかわっていることが明らかにされ、白血球数（以下WBC）高値が各種の癌罹患と関連することも報告されてきている。そこで本研究では胃全摘術の既往を除外した東神楽町1993年度検診受診男性290例（平均年齢57.4歳）についてWBCレベル別にその後15年間での胃癌の罹患を追跡調査した。【方法】追跡調査は、毎年夏・冬の年2回行われる東神楽町検診質問票および東神楽町国保診療所診療録から行った。上部消化管造影検査を含む検診は対象者全員について早朝空腹時に施行した。統計解析にはRを使用した。【成績】（1）胃癌罹患群は非罹患群と比べてWBC・中性脂肪が有意に高かった。（2）1000人・年あたりの胃癌罹患率は、WBC ＜ 5800/μl 群で0.0、5800-6900 ／μl群で1.1、7000-8200 ／μl群で3.6、8300/μl≦群で5.2であった。（3）Kaplan-Meier生存分析では、WBC 7000 ／μl≦群は＜ 7000/μl群と比べて、有意（p=0.0158）に胃癌罹患率が高かった。（4）年齢・BMI・喫煙量・飲酒の有無・運動習慣の有無・癌家族歴の有無で補正した＜ 7000/μl群に対する7000 ／μl≦群の胃癌罹患のハザード比は9.68（95%CI:1.04-90.6）と有意に高かった。【結論】WBC高値と胃癌罹患との関連について検討したiidaらの報告（久山町研究）でも≦4400/μl群に対する6400 ／μl≦群の胃癌罹患のハザード比はHelicobacter pylori 感染の有無・喫煙の有無などで補正しても有意に高かった。WBC高値は、胃癌罹患の有意で独立した予測因子である。

44（消）．多発肝転移を伴った胃癌肉腫の1例

○岩間琢哉，野村好紀，杉山雄哉，岡田哲弘，井尻学見，高橋慶太郎，田中一之，河端秀賢，林　明宏，安藤勝祥，上野伸展，後藤拓麿，嘉島　伸，笹島順平，盛一健太郎，水上祐輔，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】60歳代男性　【現病歴】20XX年11月中旬に献血で肝機能障害を指摘され，近医受診．CTにて胃，肝臓に腫瘤を認めたため当科紹介となる．CTでは肝両葉に内部壊死を伴った低吸収腫瘤が多発し，胃穹窿部に50mmの低吸収腫瘤を認めた．肝右葉の腫瘍は最大で200mmにもおよび，内部に血管の走行，近接する結腸周囲から栄養血管を受けていた．上部消化管内視鏡検査では胃穹窿部に50mm大の粘膜下腫瘍様の3型腫瘍を認めた．肝臓および胃からの生検で楕円形～短紡錘形の異型細胞がシート状～散在性に増生し，CAM5.2陽性の上皮性腫瘍である癌腫とVimentin陽性の非上皮性悪性腫瘍である肉腫とが同一の腫瘍内に混在しており，肉腫部分に明らかな分化がなく紡錘形細胞のみを認めたため，sarcomatoid carcinomaの診断となった．胃生検からの病理組織学所見にて胃癌に類似した構造を伴っていたことや各種検査所見を総合し，胃原発の癌肉腫，多発肝転移と診断した．肝転移巣は両葉に及んでおり，手術による完全切除が不可能であったため，SOX療法（TS-1＋L-OHP）を施行した．SOX療法3コース施行も肝転移巣の増大を認め，腹水も出現しPDであった．その後，二次治療としてPTX+r-mab施行も，治療開始92日目に死亡となる．【考察】胃癌肉腫は62例の報告があるのみで稀な疾患であり，平均生存期間は6.5か月と予後不良である．治療は完全切除が第一選択であるが，5割以上が術後1年以内に再発する．再発症例や切除不能症例には化学療法を施行するが，エビデンスのある治療法は確立されていない．既報では原発部位の癌腫を標的とした治療が多く選択されているため，本症例も胃癌に準じて化学療法を施行したが，治療効果を得ることができなかった．本症例および胃原発の癌肉腫の報告例の解析から，本疾患に対する治療法の現状と今後の展開について考察を加え報告する．

45（消）．胃癌同時性肝転移に対し肝切除術を施行し長期生存が得られた1例

○飴田咲貴[1]，久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，宮崎　悦[2]，佐藤正文[3]，川崎亮輔[3]，行部　洋[3]，水沼謙一[3]，山内夏未[4]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，伊達赤十字病院外科[3]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[4]）

胃癌の肝転移は予後不良であり、胃癌ガイドラインでは非治癒状態と規定され、手術適応とならないが、近年胃癌の肝転移に対し、肝切除術を施行し長期生存が得られた報告が散見される。今回、胃癌同時性孤立性肝転移に対し胃亜全摘・肝部分切除術、術後補助化学療法を施行し、長期生存が得られている1例を経験したので報告する。
症例は76歳、女性。高血圧症で近医通院中、スクリーニングの腹部USで肝腫瘤を指摘されたため、平成24年6月に当科紹介となった。CTでは肝S6に10×7cmの辺縁が軽度造影される低吸収値腫瘤を認め、肝内胆管癌もしくは転移性肝腫瘍が疑われた。原発巣の検索目的で施行したEGDで前庭部大彎に7cm大の2型腫瘍（tub2）を認めた。肝腫瘤に対し経皮的肝生検を施行したが、壊死組織が大部分を占め組織学的診断不能であった。以上より、胃癌同時性肝転移もしくは胃癌と肝内胆管癌の重複癌が考えられた。
本人・家族への十分なinformed consentを得たうえで、同年7月に幽門側胃切除＋肝部分切除術を施行した。病理ではL, Gre, Type 2, 70x40mm, tub2＞por1, muc, pT2（MP）, int, INFb, ly0, v2, pN0（0/28）, pM1（HEP）, pPM0, pDM0, Stage IVであった。
同年9月より術後補助化学療法（S-1＋CDDP）を計9コース行い、術後5年経過した現在も無再発生存中である。

46（消）．食道癌を合併した胃mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の1例

○由井美佳[1]，上原恭子[1]，小林　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，鈴木康秋[1]，村上雄紀[2]，奥村利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，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[2]）

【症例】70歳代の男性。検診にて胃潰瘍を指摘。近医で施行したEGDにて胃癌が疑われ当科紹介。EGDでは胃体下部大弯に周囲SMT様隆起を伴う径20mmの不整潰瘍と、食道（Lt）に径20mmのNBIでbrownish area、ヨード染色で不染を呈する0-IIa病変を認めた。生検では前者がGroup 5（tub2～por）、後者が中分化型SCCの病理所見であった。腹部CTでは胃前庭部大弯の壁外に径30mmの腫瘤、さらにEOB造影MRIにて肝S3に径13mmの腫瘍を認め、孤立性リンパ節転移と肝転移が疑われた。以上より胃癌T2（MP）・N1・M1・H1・cStage IVと早期食道癌の重複癌と診断。まず胃癌の治療を優先し、肝・リンパ節転移巣はいずれも単発であることより、切除＋化学療法の方針となった。幽門側胃切除・D2郭清・肝S3部分切除を施行。術後病理所見では胃原発巣は中分化から低分化のadenocarcinoma成分とシート状に増殖したsynaptophysin・CD56陽性のneuroendocrine carcinoma成分をそれぞれ30%以上認め、mixed adenoneuroendocrine carcinoma（MANEC）の病理診断となった。なお、肝転移・リンパ節転移はほぼsynaptophysin陽性であり、neuroendocrine carcinoma成分が転移したと考えられた。術後、CPT-11＋CDDPによる化学療法を9コース施行。胃癌再発は認めず、術後10ヶ月目に早期食道癌に対しESDを施行した（術後病理所見：SCC, T1a-LPM, ly0, v0, HM0, VM0）。その後、本人希望にて化学療法を中止したが、胃癌術後15ヶ月目に肝転移再発をきたし、化学療法を再開した。【考察】胃NECは全胃癌中の0.4～0.6%と稀な疾患であるが、胃MANECは極めて稀であり、2016年の武藤らの集計した論文報告では15例のみである。さらに、本症例のように孤立性肝転移も切除し、かつ併存する食道癌にESDを施行した報告は無く、極めて示唆に富む症例と考えられた。

47（消）．トラスツズマブを含む化学療法に不応のHER2陽性胃癌に対するトラスツズマブ/イリノテカン併用療法の第II相試験（HGCSG1201）

○佐々木尚英[1]，川本泰之[2,3]，結城敏志[3]，目黒高志[1]，加藤貴司[4]，畑中一映[5]，岩永一郎[6]，上林　実[6]，中村路夫[7]，江藤和範[8]，奥田博介[9]，阿部雅一[10]，中積宏之[2,3]，村中徹人[2,3]，八木澤允貴[2,3]，大庭幸治[11]，坂田　優[12]，坂本直哉[3]，小松嘉人[2]（北海道消化器科病院内科・消化器科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，北海道大学大学院消化器内科学[3]，市立稚内病院内科[4]，市立函館病院消化器内科[5]，北見赤十字病院消化器内科・腫瘍内科[6]，市立札幌病院消化器内科[7]，苫小牧市立病院消化器内科[8]，恵佑会札幌病院腫瘍内科[9]，札幌厚生病院化学療法内科[10]，東京大学大学院情報学環学際情報学府[11]，三沢市立三沢病院CEO[12]）

【背景】近年、切除不能進行・再発胃癌に対する二次治療の成績が相次いで報告されている。トラスツズマブ（Tmab）を含む初回化学療法に不応のHER2陽性胃癌に対するTmab/イリノテカン併用療法による二次治療の有効性と安全性を評価することを目的として本試験を計画した(UMIN ID:000007636)。
【方法】3週毎のTmabと2週毎のイリノテカンが投与された。主要評価項目は奏効率、副次評価項目は無増悪生存期間（PFS)、6ヶ月時点での生存割合、安全性などとした。
【結果】3年間の予定症例集積期間で16例のみの症例集積にとどまり、本試験は症例集積不足で中止となった。1例が適格基準を満たさず15例で解析が行われた。患者背景は、年齢中央値65歳、男/女；9/6、ECOG PS 0/1；8/7、HER IHC 3+/IHC 2+かつFISH;10/5。奏効率は7%、病勢制御率は53%であった。PFS中央値は2.4ヶ月(95% CI;0.0-5.2)、全生存期間(OS)中央値は9.7ヶ月(95% CI;8.2-11.2)、6ヶ月時点での生存割合はそれぞれ73%であった。サブグループ解析では、PFS中央値はIHC 3+群で2.2ヶ月、IHC 2+/FISH群で2.4ヶ月、OS中央値は8.8ヶ月と10.8ヶ月であった。頻度の多いgrade 3/4の有害事象として、好中球数減少40%、貧血27%、食欲不振33%、疲労33%であった。
【結論】Tmabを含む初回化学療法に不応のHER2陽性の切除不能進行・再発胃癌に対するイリノテカンとTmab継続使用の併用療法は臨床的な有用性を認めなかった。

48（消）．Cisplatinの投与後に急性膵炎を発症した胃癌の1例

○武藤桃太郎，本田宗也，武藤瑞恵，市來一彦，石川千里，井上充貴（遠軽厚生病院内科）

【症例】69歳、男性。心窩部痛を主訴に平成28年9月当科を受診し、上部消化管内視鏡検査で胃角部から胃体部小弯にかけて3型腫瘍を認めた。生検でtub1、HER2陰性の結果となり、精査・加療目的で当科入院となった。CTで胃小弯リンパ節腫大と右肺S6に単発4mm大の結節影を認めた。また膵体尾部に分枝型のIPMNを認めた。主膵管の拡張や明らかな壁在結節は認めなかった。PET-CTで肺の結節影は転移の可能性が高いと判断し、切除不能進行胃癌の診断で同年10月よりS-1＋cisplatin（CDDP）療法（S-1 day1～21、CDDP day8）による化学療法を開始した。1コース目day 14より上腹部痛が出現し、血中アミラーゼ576IU/l、p型アミラーゼ549IU/lと上昇し、CTで膵体尾部周囲にfluid collectionを認めた。CT GradeIIIの急性膵炎と診断し、抗膵炎治療を開始した。既往に急性膵炎はなく、飲酒歴もないため、S-1かCDDPによる薬剤性膵炎を疑い、化学療法は一旦中止した。約1週間で膵炎は改善し、化学療法をXELOX療法（カペシタビンday1～14、L-OHP day1）に変更して再開した。4コース施行後のCT, PET-CTでリンパ節転移と肺転移は縮小したが、grade 3の末梢神経障害を認めたため中止した。フッ化ピリミジン系抗癌剤が奏効しており、また、膵炎発症のタイミングを考えるとCDDPが原因薬剤である可能性が高いと考え、本人へICの上でS-1単剤（day1～28投与、day29～42休薬）による化学療法に変更した。現在1コース終了しているが、有害事象なく経過している。【考察】CDDPによる急性膵炎の報告は、Pmda（医薬品医療機器総合機構）によると、2012年から2016年の5年間で4例のみである。本症例はIPMNに起因した急性膵炎の可能性も否定できないが、臨床経過からCDDPによる薬剤性膵炎と診断した。CDDP投与後に腹痛が出現した場合、急性膵炎も念頭において、迅速に対応するべきと考えられた。

49（内）．内視鏡非専門医における潰瘍性大腸炎の活動性診断能の検討

○盛一健太郎，杉山雄哉，岩間琢哉，佐藤裕基，岡田哲弘，井尻学見，田中一之，高橋慶太郎，河端秀賢，林　明宏，安藤勝祥，野村好紀，上野伸展，嘉島　伸，後藤拓磨，笹島順平，高氏修平，水上裕輔，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）

【目的】潰瘍性大腸炎（UC）の粘膜における炎症活動性評価には白色光内視鏡観察によるMayo Endoscopic Score（MES）やMatts分類，UCEISなどが用いられることが多い．しかし，各分類の診断能の優劣については一定の見解がなく，特に診療経験が少ない医師における各分類の有用性は明らかにされていない．そこで，本検討では内視鏡非専門医を対象として，各分類の診断能を明らかにする．【方法】5名の内視鏡非専門医によりUC 133症例300病変の内視鏡画像をMES，Matts分類，UCEISで後方視的に評価した．画像と同部位から生検を施行して，組織の病理学的Matts scoreが2以上を組織学的活動性ありとして以下を検討した．1）MES，Matts分類，UCEISの組織学的炎症活動性判定のカットオフ値を今回の検討に参加しない内視鏡専門医の評価を基にROC解析で設定，2）MES，Matts，UCEISの組織学的炎症活動性に対する正診率・感度・特異度，3）各分類における内視鏡医内および内視鏡医間の一致率（κ），を求めた．【成績】1）各分類の最適なカットオフ値はMES 1，Matts 2，UCEIS 3であり，この値以上を活動性ありとした．2）MES，Matts，UCEISの組織学的活動性に対する正診率・感度・特異度はそれぞれ76.5%・93.0%・56.3%，77.4%・93.3%・58.0%，76.0%・60.8%・94.6%と，正診率は同等であったがUCEISは特異度が高かった．3）MES，Matts，UCEISの内視鏡医内と内視鏡医間のκはそれぞれ平均0.64，0.70，0.77と0.60，0.66，0.71でUCEISが高い傾向であった．【結論】経験が浅くても各分類で同等の正診率が得られたが，UCEISは特異度と一致率が高い傾向を示した．

50（消）．潰瘍性大腸炎に対する大腸全摘術後のafferent limb syndromeに対して腸管固定術を施行した1例

○大野陽介，本間重紀，市川伸樹，吉田　雅，川村秀樹，武冨紹信（北海道大学大学院消化器外科学Ⅰ）

【症例】症例は30代女性。8年前に他院にて潰瘍性大腸炎に対して腹腔鏡下大腸全摘術、回腸嚢肛門吻合術施行された。1年程前より、食事後の嘔吐、腹痛を頻回に繰り返すようになった。腸閉塞にて前医に2回の入院歴があり、肛門縁から約20cmの部位に再現性を持った閉塞起点を認めた．食事後の嘔吐と腹痛にて経腸栄養剤以外の経口摂取が困難な状況となったため外科的治療の適応につき当科紹介となった。精査にて回腸嚢のやや口側に腸管の屈曲による狭窄像を認め、過去の腸閉塞時のCTと比較し同部位が責任病巣と考えられた。以上より大腸全摘術後のafferent limb syndromeと診断し手術治療の方針とした。術中所見にて回腸嚢の直上にて小腸が屈曲し、同部位より口側の小腸が拡張しておりafferent limb syndromeとして矛盾しない所見であった。小腸を伸展させ、伸展した小腸を左骨盤壁に固定し屈曲を解除した。現在、術後8ヶ月経過したが腸閉塞の再発なく経過している。【考察】afferent limb syndromeは回腸嚢の輸入脚の捻れ、逸脱、腸重責による腸閉塞であり大腸全摘術、回腸嚢肛門吻合術後に見られる比較的稀な病態である。保存的治療により改善することも多いが、腸閉塞を繰り返すことで外科的治療を要する症例も多い。手術は輸入脚の固定による屈曲、逸脱の防止が有効とされているが、固定部位の口側が屈曲することによる再発症例の報告もあり固定方法には注意が必要である。本症例においては、輸入脚の小腸を左腸骨翼上縁付近まで比較的長く固定を行うとともに、固定終了後の小腸の形態に最大の注意を払った。現在のところ、術後8ヶ月においてafferent limb syndromeの再発は認めず外科的治療が有効であったと考える。【結語】大腸全摘術後の腸閉塞においてafferent limb syndromeは念頭におくべき原因の一つであり、再発を繰り返す症例においては外科的治療が有効と考えられた。

51（消）．潰瘍性大腸炎における週2回の顆粒球除去療法の有効性と背景因子の検討

○杉山浩平，那須野正尚，宮川麻希，田中浩紀，本谷　聡（札幌厚生病院IBDセンター）

【背景と目的】潰瘍性大腸炎（UC）に対する週２回の顆粒球除去療法（intensive GMA）は有用な治療選択肢であるが，ステロイドナイーブ症例における詳細な検討は少なく，ステロイド使用歴の有無がintensive GMAの有効性におよぼす影響は不明である．今回我々はintensive GMAが施行されたUCを対象とし，ステロイド使用歴の有無によるintensive GMAの寛解導入効果と背景因子を検討した．【方法】2010年4月から2017年３月の間にintensive GMAが施行されたUC のうち，Clinical Activity Index（CAI; Lichtiger index）が5 以上であり，初回GMAの前後1週間以内に他の寛解導入療法が施行されていない117例を対象とした．GMA 10回施行までにCAI 4以下となった症例を寛解と定義し，寛解導入率および寛解導入率に影響する背景因子をステロイド使用歴の有無により比較検討した．【結果】患者背景は，男性73例・女性44例，平均年齢42.7歳，平均罹病期間5.3年，平均CAI 9.3，全大腸炎型72例・左側大腸炎型33例・直腸炎型12例，ステロイド抵抗性21例・依存性46例・ナイーブ50例であった．全体の寛解導入率は51%であり，寛解までに要した平均日数は14.７日であった．ステロイド反応性ごとの寛解導入率はステロイド抵抗性52%，ステロイド依存性54%，ステロイドナイーブ48%であり，３群間に有意差を認めなかった．背景因子の検討ではステロイドナイーブ例において寛解群は非寛解群と比較して若年傾向であり（39.1歳vs 48.0歳，p=0.082），50歳以上の寛解導入率30%に対して50歳未満では60%と有意に高率であった（p=0.038）．一方，ステロイド既使用例においては年齢による傾向は見られず，寛解導入率に影響する有意な背景因子はCAI値のみであり（8.2 vs 10.0, p=0.006），CAI値9未満での寛解導入率 68%に対して9 以上では40%と有位に不良であった（p=0.018）．【結論】ステロイドナイーブ症例に対するintensive GMAは年齢により治療効果が異なる可能性が示唆され，50 歳以下の症例には高い有効性が期待できる．一方，ステロイド既使用例においては重症度の高い症例では治療成績が不良であり治療選択の際には注意を要する．

52（消）．炎症性腸疾患患者における *NUDT15*遺伝子多型と臨床像の検討

○平山大輔[1]，飯田智哉[2]，風間友江[1]，白田智洋[1]，小野寺馨[1]，久保俊之[1]，山下健太郎[1]，山野泰穂[1]，仲瀬裕志[1]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，札幌外科記念病院[2]）

炎症性腸疾患患者における *NUDT 15* 遺伝子多型と臨床像の検討
【背景】チオプリン製剤は炎症性腸疾患に対して寛解維持療法に重要な役割を担う薬剤であり、日常診療で多用されている。近年、本邦および海外から *NUDT15* 遺伝子多型がチオプリン誘導性の白血球減少および脱毛に関与していることが報告されている。【目的】当科で加療中の炎症性腸疾患患者における *NUDT15* 遺伝子多型と臨床像の関連について検討した。【方法】当科で2016年6月～2017年3月において *NUDT 15* 遺伝子多型を検索した炎症性腸疾患患者 47 例のうち、詳細な検討が可能であった40例を対象とした。*NUDT15* 遺伝子多型（C/C，C/T，T/T）の頻度、遺伝子多型別のチオプリン内服量や内服期間、副作用の発現状況、白血球数、好中球数、などについて後方視的に検討した。【成績】40例中、メジャーアレルホモ型のC/Cは32例、ヘテロ型のC/Tは8例、マイナーアレルリスクホモ型のT/Tは0例であった。その中でチオプリン製剤の内服歴のあるC/C 26例とC/T 5 例を検討した。C/T群では粉末製剤であり用量調節のし易い6-MPの使用割合が有意に高かった（P＜ 0. 05）。AZAの内服量はC/T群でC/C群の58%と有意に低く（P＜0.05）、6-MPの内服量はC/T群でC/C群の49%となっていたが有意差は認めなかった。AZA及び6-MPの内服期間は共にC/T群で有意に短く（P＜0.05）、チオプリン製剤による有害事象発現率はC/C群23%、C/T群で100%とC/T群で有意に高かった（P＜0.01）。経過中のWBCの最低値は、C/T群で3060と低い傾向にあり、好中球の最低値はC/T群で1500と有意に低い結果であった（P＜0.05）。【結論】今回の検討では *NUDT15* 遺伝子多型のヘテロ型C/T群を2割認め、同群ではチオプリン製剤による有害事象発現率が有意に高かった。事前に遺伝子診断を行う事によりチオプリン製剤の副作用を推測する事が可能と考えられた。今後個別化治療が一層発展することが予想される。

53（消）．pH依存MMX徐放性5-ASA製剤の不耐を呈した潰瘍性大腸炎の1例

○古川　滋[1]，伊藤貴博[1]，前本篤男[1]，石井貴大[2]，ム　チル[2]，富永素矢[2]，坂本　淳[2]，木村圭介[2]，太田智之[2]（札幌東徳洲会病院IBDセンター[1]，札幌東徳洲会病院消化器内科[2]）

［はじめに］
5-ASA製剤は潰瘍性大腸炎（UC）患者の治療において基本的な薬剤であり、活動期の寛解導入あるいは寛解維持に使用される。その一方で、5-ASA製剤には発熱、腹痛、下痢の悪化といった、UCの重篤化と鑑別が困難な副作用を認めることがある。2016年11月にpH依存MMX徐放性5-ASA製剤（MMX/5-ASA）が本邦で投与可能となった。
［症例］
20代女性。1年前から腹痛と下痢を繰り返していた。1か月前から便回数10行以上に増加し、血便を伴うようになったため近医を受診。下部内視鏡検査により左側型のUCと診断され、MMX/5-ASAを処方された。内服３日目から腹痛と下痢症状が悪化し、10日目から37度台の発熱が出現したため当科を紹介、即日入院となった。CTで全大腸に全周性の壁肥厚を認め、疾患活動性は全大腸炎型、中等症であった。経過から不耐症状を強く疑い、MMX/5-ASAは入院時点で中止した。入院２日目には下痢の減少を自覚し、５日目に血便は消失した。入院時に検索したMMX/5-ASAのDLSTは（±）の結果であったが、他の5-ASA製剤に対するDLST結果が陽性であり、MMX/5-ASAに対する不耐症と診断した。内視鏡検査で粘膜の活動性を確認した後にprednisoloneを投与開始した。入院17病日で退院となり、外来でPredonisoloneは漸減しつつThioprineの内服を開始した。
［考察］
当科では2017年3月31日までにUC55例に対してMMX/5-ASAを投与しており、薬剤不耐と思われる投与開始早期のUC悪化は2例（2/55=3.6%）にみられている。既存の5-ASA製剤での不耐症は2.1%と報告されており、MMX/5-ASAの投与では、既存の5-ASAより副作用に対する注意が必要かもしれない。
［結語］
MMX/5-ASAは比較的副作用が少ない薬剤であるが、既存の5-ASA製剤と同等かそれ以上に不耐症状に対する注意が必要である。内服の開始や増量時にUCが悪化した際には副作用を念頭に置く必要がある。

54（内）．悪性大腸狭窄に対する大腸ステント留置術の現況

○久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，山内夏未[1]，佐藤正文[2]，川崎亮輔[2]，行部　洋[2]，水沼謙一[2]，宮崎　悦[3]，飴田咲貴[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]，札幌医科大学腫瘍内科学[4]）

悪性大腸狭窄に対する自己拡張型金属ステント（self-expandable metal stent: SEMS）留置術は、2012年１月にWallFlexステント、2013年7月にNiti-Sステントが保険収載となり、現在多くの施設で施行されている。低侵襲で迅速な効果が期待できるため、術前の腸管減圧（BTS）や手術不適当例に対する症状緩和（palliation）に有用であるという報告も増加しており、技術的にはほぼ完成された手技となりつつある。一方でESGEガイドライン2014では偶発症の観点からBTSは推奨しないとされており、切除後の長期成績や留置後の化学療法なども含め未だ解決すべき問題は残されている。
当院ではSEMSとして、2001年７月よりUltraflex食道ステントを用いていたが、2011年2月よりNiti-S大口径胆管ステント、2012年3月からはNiti-S胃十二指腸ステント、2013年７月よりNiti-S大腸ステントを主として使用している。
今回、2001年7月～2017年5月にSEMS留置術を施行された悪性大腸狭窄 117例（原発性 42例 / 続発性 75例、BTS 20例 / palliation 97例、年齢 37～102歳、平均 73歳、男性 66例、女性 41例）について、SEMS留置術の有用性、安全性および問題点について検討したので報告する。

55（消）．肝外胆管転移を伴った上行結腸癌の1例

○平田裕哉[1]，和賀永里子[1]，嘉成悠介[1]，小松悠弥[1]，高梨訓博[1]，藤田朋紀[1]，安保智典[1]，勝木伸一[1]，吉田真誠[2]，加藤淳二[2]，長谷川匡[3]（小樽掖済会病院消化器病内科[1]，札幌医科大学腫瘍血液内科学講座[2]，札幌医科大学病理診断科[3]）

【はじめに】大腸癌の転移は肝臓、肺が主な場所として挙げられる。今回、急性胆嚢炎を契機に診断となり、肝外胆管転移を伴った上行結腸癌の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64歳男性。2017年4月に右季肋部痛及び嘔気、嘔吐を主訴に近医を受診したところ、胆嚢の腫大を認め急性胆嚢炎と診断され当科紹介となった。当院で施行した胸腹部造影CT検査では著明な胆嚢腫大の他、下部胆管に限局する壁肥厚を認めた。上行結腸は10cm程度で全周性の壁肥厚を認め、また縦隔リンパ節の腫大、傍大動脈リンパ節の腫大も認めた。下部消化管内視鏡検査を施行したところ上行結腸に全周性の2型病変を認め、狭窄部ではファイバーの通過が困難であった。後日EUS-FNA、ERCPを施行し、縦隔リンパ節、傍大動脈リンパ節、下部胆管組織をそれぞれ採取したところ組織診断は腺癌で、免疫染色ではCDX2（+）、CK7（-）CK20（+）であり上行結腸腫瘍のものと一致した。以上より、肝外胆管転移を伴った上行結腸癌と診断した。

56（消）．悪性大腸狭窄に対して緩和的ステント留置症例の検討

○杉山隆治，佐々木貴弘，助川隆士，稲場勇平，小澤賢一郎，垂石正樹，斉藤裕輔（市立旭川病院消化器センター）

【目的】消化管閉塞に対する大腸ステント留置は2012年に保険収載されてからBridge to Surgery以外に、症状緩和を目的に使用されている。緩和ステント留置症例における安全性、有効性について後ろ向きに検討した。【対象と方法】対象は2012年5月から2017年5月まで当科で症状緩和目的に悪性大腸狭窄に対してステントを留置した17例について、生存期間、ステント関連有害事象、ステント開存期間及び化学療法の施行の有無について検討した。【結果】患者背景は年齢中央値は73歳（13-93歳）、男女比は12対5、疾患は胃癌腹膜播種3例、膵癌腹膜播種1例、大腸癌13例であり、病期は全例stage 4であった。ステント留置部位は直腸8例、S状結腸2例、下行結腸3例、横行結腸3例、深部大腸1例であった。全症例でのステント開存期間中央値は80日（4-777日）、生存期間中央値は85日（4-979日）であった。ステント関連有害事象としては穿孔5例、ステント閉塞2例を認めた。ステント挿入後の治療はBest support of care（BSC）症例は10例、化学療法施行例は7例であった。化学療法施行例では、年齢中央値62歳（49-75歳）、ステント開存期間中央値は180日（19-898日）、生存期間中央値は180日（49-979日）であり、ステント関連有害事象としては穿孔3例、ステント閉塞1例であった。穿孔例は3例とも人工肛門を造設した。穿孔までのステント開存期間は19日、317日、898日であった。BSC症例での年齢中央値は82歳（13-93歳）、ステント開存期間中央値は61日（4-777日）、生存期間中央値は73日（4-777日）であった。BSC症例でのステント関連有害事象としては穿孔1例、ステント閉塞1例、吻合部穿孔1例であった。【結論】悪性大腸狭窄に対して緩和目的でのステント留置は留置時には侵襲が少なく、QOLの改善が図れるよい方法であるが、特に化学療法施行例においては穿孔頻度も高く、適応症例は慎重に選択すべきである。

57（消）．EMR後再発を疑われたS状結腸癌の1例

○白田智洋，久保俊之，風間友江，平山大輔，小野寺馨，山本英一郎，能正勝彦，山下健太郎，山野泰穂，仲瀬裕志（札幌医科大学医学部消化器内科学講座）

【症例】70歳代，女性．【既往歴】2000年　甲状腺リンパ腫にて手術，2008年　ASにて手術．【生活歴】喫煙：なし，飲酒：なし【現病歴】2007年より慢性関節リウマチで当科外来通院中であったが，貧血が徐々に進行．便鮮血陽性を契機とした精査で，2011年11月に，S状結腸早期癌を認めたためEMRにて切除．病理組織学的に17mm大0-Is，tub1+tub2，pSM（300μm），ly0，v0，VMX，HM0と診断された．粘膜下層には一部粘液癌の成分がみられ深部断端不明であったが，協議の結果，追加切除は行わず経過観察の方針となった．2013年7月の内視鏡ではEMR瘢痕部に異常を認めずその後著変なく経過していたが，2016年11月7日，下痢と鮮血便があり，当科受診．内視鏡検査にて，S状結腸に全周性の狭窄を認め，スコープ通過不可能であった．この病変の数cmほど肛門測に，2011年のEMR瘢痕を認めた．2回の生検はGroup 4であったものの，内視鏡とCT所見から状S結腸癌と診断とし，同年12月当院外科にて切除術が行われた。20mm大2型、tub2＞por1、pT4aN1aM0、Stage IIIBと診断されたが，2017年1月に多発肝転移再発を認め，2017年2月より化学療法を開始。特異な経過のため2011年のEMR標本と2016年の手術標本の*RAS*変異を解析したところ、両者ともに*KRAS*　G12Dの変異が認められた．【考察】本症例は，S状結腸早期癌治療5年後に，EMR瘢痕の数cm口側に正常粘膜を介在して進行癌が発生した症例である。病理像の類似性と同一のRAS変異が認められたことから，EMR後再発の可能性が高いと考えている．EMR後再発の形式としては非典型的である，珍しい1例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

58（消）．虫垂原発Mixed adenoneuroendocrine carcinomaの1例

○井上雅貴[1]，中野真太郎[1]，青沼彩音[1]，大森沙織[1]，大和弘明[1]，大平浩司[1]，加藤寛士[1]，高橋　徹[4]，石川倫啓[5]，近藤信夫[3]（岩見沢市立総合病院消化器内科[1]，岩見沢市立総合病院外科[2]，ジェネティックラボ病理解析センター[3]，恵み野病院消化器内科[4]，釧路労災病院外科[5]）

症例は40歳代、男性。1年前から右下腹部痛を自覚しており、近医受診したが明らかな所見なく経過観察となっていた。腹痛、嘔吐の症状が増悪したため、2016年8月に当科に紹介、受診となる。腹部造影CT検査では回腸末端までの小腸の著明な拡張を認め、回盲部での閉塞によるイレウスの診断となり、経鼻的にイレウス管を留置した。後日行った下部消化管内視鏡検査では盲腸に隆起性病変を認め、バウヒン弁は狭窄のためスコープが通過しなかった。そのまま造影検査を行ったところ、回腸末端部に狭窄を認めていた。盲腸の隆起性病変からの生検ではgroup 5、signet ring cell carcinoma（以下sig）類似の腺癌の所見であった。当院外科にコンサルト、手術の方針となり回盲部切除術を行った。手術所見では、虫垂は著明に腫大し、腹壁、小腸間膜に播種結節を疑う白色結節を多数認めていた。病理組織では虫垂に多彩な腫瘍細胞の浸潤増殖が強く、盲腸、回腸への粘膜への露出はないが、筋層から粘膜下層への浸潤がみられていた。また、小腸間膜への多数の播種性結節が認められた。sigが主体でChromogranin AおよびSynaptophysinが陽性であり、Mixed adenoneuroendocrine carcinoma（以下MANEC）の診断となった。腫瘍はgoblet cell carcinoidを含み、剥離面で断端は陽性であった。術後12日で退院となる。肺、肝臓には明らかな転移を認めていないが、pStageIVであり化学療法を行う方針とし、同年10月よりCDDP+CPT-11を開始した。現在まで再発、増悪所見なく良好に経過している。MANECはWHO Classification Tumors of Digestive Systemにより2010年に定義された疾患概念であるが、虫垂原発のものは報告が少なく稀である。治療方針については一定の見解は得られていないが、化学療法については肺小細胞癌の治療に準じてCDDPをベースにCPT-11、VP-16が併用されることが多い。我々はイレウスで発症した虫垂原発のMANECを経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

59（消）．大腸癌一般臨床におけるラムシルマブの安全性についての当院での検討

○曽我部進[1]，大原克仁[1]，畠山智明[2]，伊藤聡司[3]，山口　巧[3]，松薗絵美[3]，松原　悠[3]，菅井　望[3]，関　英幸[3]，藤田　淳[3]，小池雅彦[4]，鈴木潤一[3]（KKR札幌医療センター消化器内科・腫瘍内科[1]，KKR札幌医療センター薬剤部[2]，KKR札幌医療センター消化器内科[3]，KKR札幌医療センター消化器外科[4]）

＜背景＞ラムシルマブ（サイラムザ）は、VEGFR-2に特異的に結合する分子標的薬であり、大腸癌についてはFOLFIRIとの併用で2016年6月より使用可能となっているが、一般臨床における安全性や有効性の報告は少ない。
＜目的＞ラムシルマブの大腸癌治療一般臨床における安全性について検討する。
＜方法＞2016年6月から2017年6月までに当院で大腸癌に対してラムシルマブを投与された症例につき、診療録を用い、後ろ向きにデータを収集した。
＜結果＞計11症例にラムシルマブが投与された。患者背景は、年齢中央値：69歳(42-83)、性別　男/女：5/6、投与開始時ECOG PS 0/1/2：4/6/1、転移臓器数 1/2/3：1/7/3、原発部位 A/T/D/S/R：2/0/1/6/2であった。前治療としてFOLFIRI療法未施行であったのは2症例のみであった。
有害事象は以下の通りである（all grade/G3以上）。高血圧は54.5%/36.4%に認められた（11例中2例で降圧薬追加もしくは開始が必要であった）。尿蛋白は検査を施行していた8例全例で認められ、うち3例がGrade2、2例がGrade3であった。3例において、自覚的・他覚的浮腫を認めた。また、出血27.3%/0%、肺塞栓 9.1%（1例）が認められたが、創傷治癒遅延 、僂孔、消化管穿孔は認められなかった。その他の有害事象としては、疲労 63.6%/0%、食欲不振 27.2%/0%、下痢 9.1%/0%、口腔粘膜炎 18.2%/0%が認められた。血液学的有害事象としては好中球減少 54.5%/18.2%、血小板減少 54.5%/0%、ヘモグロビン減少 45.5%/9.1%、クレアチニン増加Grade2が1例に認められた。治療関連死亡は認められなかった。
＜結語＞大腸癌におけるラムシルマブ併用療法は、尿蛋白や高血圧といったラムシルマブに特有の有害事象があるが、今回の検討においては、高頻度に出現する印象であった。

60（消）．大腸・直腸・肝内胆管に発症した異時性5重複癌の1例

○久野木健仁，船山拓也，由井美佳，上原聡人，上原恭子，小林　裕，芹川真哉，藤林周吾，鈴木康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

【症例】70代女性．約30年前に他院で直腸，下行結腸の重複癌に対しMiles手術を施行した既往がある．家族歴は父が癌で死亡（詳細不明）．下痢を主訴に当科初診した．CTで左側横行結腸に近接小腸へ浸潤する65mmの腫瘍と肝左葉に35mmの腫瘍を認めた．腫瘍マーカーはCEA 12.5ng/ml,CA 19-9 118.4U/mlと高値でAFP,PIVKA-IIは正常であった．CSでは左側横行結腸に全周性3型腫瘍を認め，ガストロ造影で近接小腸への造影剤の流入があり結腸小腸瘻を形成していた．さらに上行結腸肝弯曲部に30mmの2型腫瘍も認めた．内視鏡下生検ではいずれもadenocarcinomaであったが，前者はtub 2～por,後者はtub 1と組織型は異なっていた．肝腫瘍は辺縁のみ淡く造影され末梢胆管の拡張を伴うため，肝細胞癌や肝転移より肝内胆管癌が考えられた．肝腫瘍狙撃生検ではwell ～moderately differentiated adenocarcinoma（CK 7+, CK 20-）であり，肝内胆管癌の確定診断になった．左側横行結腸の癌は穿孔や閉塞のリスクがあり早急な手術が必要であるため，上行・横行・下行結腸切除，小腸部分切除，上行結腸人工肛門造設術を施行した．病理所見は，1,T；type 3, 80× 70mm, tub 2, pT 4b（SI:小腸），int, INFb, ly 1, v 2, pN 0, pPM 0, pDM 0, pRM 0, cM 0, pStageII, 2,A；type 2, 40× 35mm, tub 1, pT 3（SS），int, INFb, ly 1, v 2, pN 0, pPM 0, pDM 0, pRM 0, cM 0, pStageIIであった．結腸重複癌のR 0 切除が得られたため，その後に肝内胆管癌の手術を検討したが，積極的治療は拒否され緩和的に経過観察中である．【考察】初回直腸・大腸重複癌切除の30年後に，肝内胆管・上行結腸・横行結腸の3重複癌をきたした異時性5重複癌の症例を経験した．臨床において5重複癌を経験することは極めて稀であり，医中誌の検索では25例の報告のみであった．また，本症例のような肝内胆管癌を含む5重複癌の報告は無かった．本症例では遺伝子検索はされておらず遺伝的背景は不明であるが，重複癌患者においては，家族歴の詳細な聴取や異時性発癌の可能性を念頭に置いた術後長期間にわたる定期的なフォローアップが重要であると考えられた．

61（内）．腫瘍除去・止血・固定法による再開存術を施行した大腸ステント閉塞の2例

○芹川真哉，上原恭子，小林　裕，久野木健仁，藤林周吾，鈴木康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

大腸ステント閉塞に対してはstent in stent（以下SIS）が一般的である．腫瘍体積の減少効果を目的としたAPC焼灼の報告もあり，選択肢の一つとなり得ると考えられる．SISの場合は，その後の再閉塞が問題となることもあり，また狭窄が高度な場合は，SISやAPC焼灼のみでは有効な開存を得ることは容易ではない．今回我々は，各種デバイスによるステント内腔腫瘍除去を先行した後にAPC焼灼・固定を組み合わせることで，有効な開存を得られた症例を経験したので報告する．【症例1】80歳代女性．腹満感を認め当科受診．CT検査上Rsに全周性の壁肥厚と口側腸管の拡張を認め，CS上同部位に全周性3型腫瘍を認めた．家族と相談の上，大腸ステントを留置しBSCの方針となった．1年後に腹満感にて受診．CT検査上ステント閉塞が疑われ，CS上ステント内腔への腫瘍増殖を認めた．Basket型把持鉗子を用い腫瘍掘削をし吸引した後，APCにて止血・固定をした．穿孔等偶発症はみられず，経過良好であった．3・6か月後に再閉塞に対し同処置を施行した後，発症から1年10か月後に原病死した．【症例2】80歳代男性．直腸癌及び転移性肝腫瘍に対し手術を施行．その後は化学療法を希望せず経過観察の方針となった．手術から3年後，腹満感を認め受診．CT検査上仙骨前面のリンパ節再発及び隣接する腸管の口側の拡張を認め，CS上は腸管内腔への浸潤を認めた．ステント留置の方針となり，その後経過良好であったが，2か月後に腹満増悪を認め，CT検査上ステント閉塞が疑われ，CS上ステント内腔への腫瘍増殖を認めた．拡張用バルーンを用い腫瘍を圧迫崩壊し吸引した後，APCにて止血・固定をした．穿孔等偶発症はみられず，再閉塞なく経過良好であったが，ステント留置11か月後に原病死した．【考察】大腸ステント閉塞までの期間は，3か月から5か月とされている．今回我々が経験したステント内腔腫瘍除去・止血・固定法を用いた再開存術は，長期開存が期待でき侵襲の少ない処置として選択肢の1つになり得ると考えられる．

62（消）．門脈内ガス血症を来した横行結腸癌の1例

○本間賢太（市立根室病院）

【症例】79才男性【現病歴】下腹部痛、発熱のため2016年5月に当科受診．腹部造影CT検査にて肝左葉末梢に門脈内ガス、脾彎曲部の不整な壁肥厚、脾臓との境界不明瞭の所見を認めた。横行結腸癌の脾臓浸潤及び門脈内ガス血症（以下HPVG）と診断した。HPVGの所見を認め、腸管虚血・壊死の可能性は否定できなかったが、腹部所見で明らかな腹膜刺激症状やSIRS兆候を認めず、外科Drとも協議の結果、保存的加療を選択する方針となった。その後全身状態は安定化したため、第7病日に下部消化管内視鏡検査を施行。横行結腸脾彎曲部に全周性の3型進行癌を確認し、狭窄部からの造影にて腸管外への造影剤漏出の所見を認め、結腸癌の脾臓穿通が疑われた。第16病日に待機的に左半結腸切除＋リンパ節郭清＋脾臓摘出術を施行。T 4bN 2M 0 Stage 3Bの横行結腸癌と診断した。mFOLFOX 6療法による術後補助化学療法を施行していたが、5コース目終了後に発熱性好中球減少症（FN）、急性肺炎を発症し当科入院。その後、呼吸不全を併発し、入院23日目に永眠された。尚、経過中に肝転移を含め、明らかな再発所見は確認されなかった。【考察】HPVGは原因が腸管壊死に起因するケースが多く、死亡率が高い病態であり早期の外科的介入が必要であると考えられていた。しかし近年はHPVGの原因が多岐に渡ることが明らかとなっており、必ずしも腸管壊死に起因しない症例も多く散見されるようになってきた。結腸癌の脾臓浸潤に伴いHPVGを来した症例は比較的報告が少なく、長期予後や術後補助化学療法に関しても言及されていない。HPVGを来した結腸癌は、潜在的な肝転移のリスクが高いと判断される。しかし、脾臓摘出術後のケースでは、化学療法に伴う発熱性好中球減少症（FN）の発症には特に留意する必要があり、ここに報告する。

63（内）．全ての憩室内と憩室周囲粘膜にアフタと糜爛を伴う非特異性腸炎の1例

○馬場　麗，桜井健介，佐々木塁，常松聖司，多谷容子，松本美桜，塚本祐己，武藤修一，木村宗士（北海道医療センター消化器内科）

【症例】58歳　女性。【現病歴】約１年前に虚血性腸炎と憩室出血で当科入院し、保存的加療で軽快していた。半年前に腹痛、下血で入院されアフタの散在を伴う腸炎があり、保存的加療にて軽快していた。その後も外来で便秘加療を継続していたが、今回、血便と軽度腹痛を主訴に当科受診された。【既往歴】高血圧症、糖尿病、13歳時虫垂炎術後、40歳時子宮筋腫で子宮全摘術後。【内視鏡所見】上行結腸とS状結腸に憩室が散在しており、すべての憩室内と憩室周囲粘膜にアフタ、糜爛を伴っていた。直腸には比較的きれいな白苔付着を伴う単発潰瘍があった。他の腸管粘膜は正常であった。【経過と考察】繰り返す下血と腹痛で受診、入院歴があり、いずれも保存的に短期間で軽快する。今までは虚血性腸炎や憩室出血として対応してきたが、今回内視鏡的に、異所性に多発する憩室内と憩室周囲粘膜のアフタ、糜爛が観察された。特別な食事歴もなく、便培養や腸管粘膜生検培養では常在菌以外は検出されなかった。病理学的診断でも特異的なものはなく、血管炎等も否定された。非特異性腸炎の一例として報告する。

64（消）．S状結腸憩室炎による回腸S状結腸瘻の1例

○藤井重之[1]，渡邊晃一[1]，佐賀潤也[1]，山田充子[1]，小野道洋[1]，安部智之[1]，黒田裕行[1]，前田征洋[1]，藤田美悧[2]，東海林安人[3]，仙丸直人[3]，柴田敬典[4]，佐藤昌則[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内科学講座、血液内科学[4]）

大腸憩室炎は日常診療で遭遇する頻度の高い疾患であり、時に穿孔や狭窄を起こし外科的治療が必要となる場合がある。大腸憩室炎から周囲組織に瘻孔を形成した症例の報告も散見され、頻度的には結腸膀胱瘻が多いといわれているが、今回我々は、S状結腸と回腸の間に瘻孔を形成した稀な1 例を経験したので報告する。症例は、59歳男性。腹痛を主訴に近医を受診。炎症反応の上昇、CTでS状結腸憩室と周囲腸管の壁肥厚を認め、憩室炎として抗生剤等の治療を施行した。炎症反応の改善を認めたものの下腹部の不快感が持続するということで精査目的に当院外来を紹介受診された。当院でのCT検査でも、S状結腸に憩室を認め、同部位に浮腫性壁肥厚を認めた。悪性腫瘍も念頭において下部消化管内視鏡検査を施行。S状結腸に著明な狭窄を認めたが、粘膜面には明らかな不整像を認めず、生検でも悪性所見は得られなかった。完全には悪性疾患を否定できない事から、外来で経過観察を施行。数ヵ月後にCTを施行した所、S状結腸壁肥厚、周囲索状影や脂肪層混濁、air densityなどを伴っており憩室炎後の微少穿孔及び周囲への炎症波及が示唆された。再度下部消化管内視鏡検査を施行しS状結腸狭窄部でガストログラフィン造影を施行した所、隣接した回腸への造影剤の流出を認め、瘻孔の存在が確認された。その為、外科的治療の適応と考え、当院外科で手術を施行した。若干の文献的考察を加え報告する。

65（内）．ニボルマブ投与中に潰瘍性大腸炎類似の大腸炎を生じた1例

○久保公利，西村友祐，間部克裕，加藤元嗣（国立病院機構函館病院消化器科）

症例は82歳，男性．呼吸器外科にて肺癌術後再発の診断で，2016年2月からニボルマブ投与が開始された．4回目の投与後からGrade1の腹痛・下痢を認め，対症療法を行いつつニボルマブ投与を継続していた．7回目の投与後から腹痛・下痢の増悪を認めたため，6月に投与を中止し，7月に当科に紹介された．下部消化管内視鏡検査で潰瘍性大腸炎類似の所見を認め，メサラジン内服を開始した．臨床症状は改善し，1ヶ月後の下部消化管内視鏡検査でも粘膜の改善が認められた．ニボルマブによる免疫有害事象の一つである腸炎の内視鏡所見報告は稀であり，若干の文献的考察を加えて報告する．

66（内）．保存的加療で改善せず腸管切除に至った難治性虚血性大腸炎の1例

○久保彰則[1]，木脇佐代子[1]，林　健児[1]，高木智宏[1]，吉田純一[1]，奥村一慶[2]，小丹枝裕二[2]，下國達志[2]，中川隆公[2]，高橋昌宏[2]，吉川裕幸[3]，中西勝也[4]（JCHO札幌北辰病院消化器内科[1]，JCHO札幌北辰病院外科[2]，JCHO札幌北辰病院放射線診断科[3]，JCHO札幌北辰病院病理診断科[4]）

【背景】腸管壊死や狭窄が生じた虚血性大腸炎では外科的切除が必要となる場合があるが,手術適応に関する明確な診断基準は示されていない. 今回我々は, 保存的加療で改善せず腸管切除に至った虚血性大腸炎の一例を経験したため報告する.【症例】70代, 男性. 下血を主訴に前医を受診し, 下部内視鏡検査で下行結腸からS状結腸にかけて全周性の腸管浮腫を認めたため虚血性大腸炎と診断された. 整腸剤や止痢薬による加療では症状改善に乏しく, 1 日 10 回以上の下痢が持続したため当科紹介, 精査加療目的に入院となった. 入院時のCTで脾彎曲部から直腸Raにかけて全周性の壁肥厚と周囲脂肪織濃度上昇を認め, 虚血性大腸炎に矛盾しない所見であり, 絶食と補液管理で加療を開始した. 症状改善したため食事を開始したが, 下腹部痛と下痢が増悪したため下部内視鏡検査を施行したところ, Rsから下行結腸にかけて腸管浮腫による狭窄や易出血性の粘膜, 一部UL-iii ～iv相当の深い潰瘍を認め, 病変は境界明瞭に分布していた. 輪状潰瘍, アフタ性のびらん, 打ち抜き様潰瘍などの所見は認めなかった. 生検では炎症性腸疾患や腸管ベーチェット病, 腸結核を示唆する所見は認めず, 壊死性虚血性大腸炎として左半結腸切除術を施行した. 切除検体の病理所見では腺管の立ち枯れ状の脱落や間質の硝子様変化を認め, 虚血性大腸炎に合致していた.【考察】本症例は広範に壊死を伴う壊死性虚血性大腸炎の一例であり, 下部内視鏡検査で広範な腸管浮腫や潰瘍を認め, 保存的加療への反応が乏しかった点が外科治療選択の契機となった. 虚血性大腸炎の急性期には患者の苦痛を考慮して侵襲的な検査が躊躇われるが, 下部内視鏡検査で腸管炎症の程度を評価することは, 治療方針決定の一助になる場合があると考えられた.

67（消）．大腸憩室出血における責任憩室の同定に与える因子の検討

○一色裕之，清水晴夫，大和田紗恵，那須野央，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】大腸憩室症は近年の高齢化に伴い増加が認められ，合併症の1つである憩室出血も増加傾向にあるとされる．内視鏡的に責任憩室を同定し止血術が施行できれば比較的速やかに治癒が期待できるが，時に責任憩室を同定できず出血を繰り返し治療に難渋する症例も経験される．【目的・手法】責任憩室の同定に与える因子を調べるため，2011年4月から2017年3月までの6年間に当院で入院加療を行った大腸憩室出血症例ついて後方視的に検討を行った．【結果】大腸憩室出血で男性51例，女性25例の合計76例で入院加療が行われていた．うち65例で入院後72時間以内に内視鏡検査が施行され，責任憩室が同定できた症例（同定群）は13例（20.0%）であった．13例では全例で内視鏡的止血術が施行されていた．同定群では，同定できなかった症例（非同定群）と比べ入院後24時間以内に内視鏡検査を行った割合が有意に多かった（同定群：非同定群 = 77%：42%, p = 0.033）．また，同定群では内視鏡検査前に造影CT検査を施行し，内視鏡検査前処置として経口腸管洗浄剤を内服し，上行結腸に責任憩室が多い傾向が認められた．【考察】大腸憩室出血の症例において責任憩室を同定するためには，入院後の速やかな大腸内視鏡検査が肝要であるとともに，内視鏡検査前の造影CT検査，経口腸管洗浄液の内服も考慮すべきと考えられた．

68（内）．当院で診断したcollagenous colitis 12症例の検討

○松原　悠，関　英幸，伊藤聡司，山口　巧，松薗絵美，曽我部進，菅井　望，藤田　淳，鈴木潤一（KKR札幌医療センター消化器内科）

【目的】慢性下痢症状の原因疾患の一つで，microscopic colitis（以下MC）はcollagenous colitis（以下CC）とlymphocytic colitis（以下LC）に分類されている．特にCCは近年本邦でも報告が増えているが，依然まれな疾患である．今回，当院で診断したCCをretrospectiveに検討した．【方法】対象は2002年4月から2017年4月の過去15年間にCCと診断された16症例のうち，診療録が保存されていた12症例．これらを診療録から，性別，年齢，主訴，内視鏡所見，NSAIDsとPPI内服の有無，転帰について検討した．【成績】性別は男5例，女7例．平均年齢は75.6（62-85）歳であった．主訴は全症例に病悩1ヶ月以上の慢性下痢を認めた．内視鏡所見は，所見なし2例，minimal change 3例，cracking and cat scratch lesion 2例，tear and fracture 3例，linear ulcer scar 2例であった．内服状況はNSAIDs内服あり 0例，PPI内服あり5例，NSAIDsとPPI両剤内服あり2例，NSAIDsとPPI両剤内服なし5例であった．PPIは全例lansoprazoleであった．転帰はPPI内服が原因と考えられた7例はPPIの中止，または代替薬への変更で改善し，PPIを内服していない5例では，経過観察で4例が軽快し，他疾患で1例が死亡した．【考察】CCを含むMCは，内視鏡所見が非特異的な慢性下痢の原因疾患として，近年報告が増加している．欧米の報告では慢性下痢の原因としてMCは10-20%を占めるとされているが，本邦では特にCCが多く報告されている．CCの内視鏡所見は，血管透見異常から出血をきたす縦走潰瘍など多彩に報告されている．病理組織学的は被覆上皮直下に10 μm以上のcollagen bandを有することを特徴とする．疾病原因の一つとして，NSAIDsやPPIなどによる薬剤起因性が知られており，近年直接作用型経口抗凝固薬（direct oral anticoagulant；DOAC）などの新しい薬剤の関連も報告されている．当院の12症例は，全体の83%に何らかの内視鏡所見を呈しており，58.3%が薬剤起因性と考えられた．慢性下痢の原因疾患としてのCCは広く知られつつあるが，改めて当院の症例を最近の報告に基づいて検討する．

69（消）．反復water avoidance stressによる内臓知覚過敏と腸管透過性の亢進－IBS動物モデルにおける末梢CRF受容体，炎症性サイトカインの役割

○野津　司[1]，奥村利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，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[2]）

【背景】過敏性腸症候群（IBS）は内臓知覚過敏の存在が指摘されており，またストレスが病態に深く関わっている．また免疫機能異常の存在も知られているが，精神ストレスと免疫系のリンクを直接証明した仕事は乏しい．【目的】water avoidance stress（WAS）は動物実験の精神的ストレスプロトコルであるが，反復WASがラットで内臓知覚過敏と大腸透過性亢進を誘導し，IBSの病態をシミュレートできるかを明らかとし，さらに末梢corticotropin-releasing factor（CRF）受容体と炎症性サイトカインの役割を検討する．【方法】内臓感覚は下部大腸にバルーンを挿入し，バルーン伸展で誘発された痛みに伴う腹筋収縮を筋電図で記録し，痛みが生じる伸展バルーン容量（痛覚閾値ml）をSDラットで測定した．WASは1時間/日，3日間連続で行い，内臓感覚は最終ストレス負荷 24 時間後で測定した．大腸粘膜のIL-1βは，ELISAで測定した．大腸の透過性は，in vivoでEvance blueを近位大腸に注入し，15 分間に組織に取り込まれた色素の量を測定することにより定量化した．【成績】反復WASは内臓痛覚閾値を低下させた．この反応はストレス負荷 10 分前のCRF受容体拮抗薬の反復投与により阻止されたが，全てのストレスセッション終了後に投与しても変化しなかった．一方ストレスセッション終了後にanakinra（IL-1受容体拮抗薬）あるいはIL-6抗体を投与すると，この反応は阻止された．またストレスにより大腸のIL-1βレベルは増加した．大腸透過性はストレスにより亢進し，この反応はanakinraによって抑制された．【結論】反復WASは末梢CRF，IL-1，IL-6を介して内臓知覚過敏，大腸透過性の亢進を誘導した．これは慢性の精神ストレスがCRF，サイトカイン系を活性化させて大腸機能に影響を与えることを示している．本実験モデルはIBSの病態をシミュレートすると考えられるので，CRF-サイトカイン系の抑制がIBSの治療オプションとして期待できる．

70（内）．1%ポリドカノールを用いた静脈瘤硬化療法と静脈瘤結紮術の併用療法により改善した食道胃静脈瘤と直腸静脈瘤の1例

○山口将功，横山　崇，巽　亮二，木村睦海，荒川智宏，中島知明，桑田泰昭，小関　至，大村卓味，髭　修平，狩野吉康，豊田成司（札幌厚生病院肝臓内科）

【はじめに】門脈圧亢進症に伴う消化管静脈瘤は臨床上問題となる重要な疾患である．食道胃静脈瘤や直腸静脈瘤に対する内視鏡的硬化療法（EIS）は，一般的にモノエタノールアミンオレイン酸とヨード造影剤の混合液を用いて行われる．今回，我々は造影剤アレルギーを持つ患者に対し造影剤を使用しない硬化療法として，1%ポリドカノールを用いた静脈瘤硬化療法と静脈瘤結紮術の併用療法（EISL）により改善した食道胃静脈瘤および直腸静脈瘤を経験したので報告する．【症例】80歳代，女性．2004年，C型肝硬変症に対しIFNによる治療にてSVRとなった．2016年，門脈血栓症を認め，同時期に施行した上部内視鏡検査では食道静脈瘤（LmF 2CbRC 1），胃静脈瘤（Lg-cF 1CbRC 0）を認めた．門脈血栓症に対しダナパロイドナトリウムによる血栓溶解療法を施行した後，EISを施行する方針とした．造影剤アレルギーがあるため，造影剤を使用しない硬化療法として1%ポリドカノールの静脈内注入による治療を施行した．5日後の内視鏡所見では食道静脈瘤はブロンズ様変化を認め，胃静脈瘤はF 1からF 0へ著明に改善した．しかし，細い食道静脈瘤（LiF 1CbRC 0）の残存を認めたため，静脈瘤結紮術を追加施行し治療終了とした．その後，下部内視鏡検査を施行したところ直腸静脈瘤（F 2RC 0）を認めた．直腸静脈瘤に対して，1%ポリドカノールを用いたEISLを施行した．5日後の下部内視鏡検査では直腸静脈瘤は改善しており，EISLを追加施行し治療終了とした．【考察】造影剤を使用できない状況下でのEISは高リスクである．このため，細胞障害が比較的弱い薬剤としてポリドカノールによるEISを施行した．1穿刺あたりの注入量を少量に留めることで効果的で安全に治療できると思われる．【結語】造影剤アレルギーを認める症例に対し，1%ポリドカノールによる静脈瘤硬化療法と静脈瘤結紮術併用療法は，有効な治療法と考えられる．

71（内）．下部消化管内視鏡検査を契機に大腸の鼠径ヘルニア嵌頓が判明した3例

○嘉成悠介[1]，勝木伸一[1]，安保智典[1]，藤田朋紀[1]，高梨訓博[1]，和賀永里子[1]，小松悠弥[1]，平田裕哉[1]，佐々木一晃[2]，大野敬祐[2]，野田　愛[2]，三浦　亮[2]（小樽掖済会病院消化器内科[1]，小樽掖済会病院外科・肛門科[2]）

大腸ヘルニアはCSを施行する際に留意すべき病態と考えられる。今回、われわれはCSを契機に判明した鼠径ヘルニア嵌頓を経験した。若干の文献的考察を加え、報告する。
症例1。81歳、男性。高血圧、心房細動などで他院通院していた。平成28年5月から貧血進行、腎機能低下を認め、8月末に当科紹介受診となった。同月CS施行し、横行結腸挿入中に穿孔を来した。CTにて横行結腸の左鼠径ヘルニア嵌頓の所見を認めた。外科にて腹腔鏡補助下に穿孔部縫合閉鎖、洗浄ドレナージ術を施行された。
症例2。81歳、男性。平成28年4月から左下腹部痛、嘔気、便秘を認め、同年8月末に他院を受診し、同月精査目的に当科紹介受診となった。CS施行し、S状結腸に瘢痕狭窄を認め、検査を中止した。大腸3D-CT施行したところ、両鼠径ヘルニアおよびS状結腸の左睾丸への嵌頓の所見を認め、外科手術となった。
症例3。75歳、男性。平成29年5月に少量の下血、下腹部痛を認め、他院を受診し、精査目的に当院紹介受診となった。同月CS施行したところ、下行結腸への挿入困難であり、CSを中止した。大腸3D-CT施行したところ、左鼠径ヘルニアにS状結腸の嵌頓を認め、外科手術の方針となった。
高齢男性にCSを施行する際には上記のような病態が存在することを念頭に置くべきと考えられる。

72（消）．当院におけるアミティーザの治療効果の検討

○石井吉文[1]，岩野博俊[1]，佐藤貴幸[2]，神　崇志[1]，仁木　卓[1]，山田政孝[1]（士別市立病院消化器内科[1]，士別市立病院内視鏡技術科[2]）

【背景】下剤は大きく、機械的下剤、刺激性下剤、自律神経作用薬、そのほかに分類されるが、機械的下剤である塩類下剤、大腸刺激性下剤であるアントラキノン系誘導体の使用頻度が高いのが現状である。新たな作用機序の下剤として2012年にD.クロライドチャネルを促進させることで症状の改善をはかるアミティーザが発売された。【目的】今回、当院におけるアミティーザの治療効果を明らかにすることを目的とした。【対象と方法】2016年1月から6月までの間に当院内科外来を受診し、アミティーザ処方便秘症患者109例（男性62例、女性47例、平均78.3歳（21-98歳））を対象とし、治療効果、併用下剤、副作用について後ろ向きに調査を行った。【結果】アミティーザ内服開始後6か月以内に症状が改善したのは109例中87例（79.8%）であった。年代別では高齢であるほど治療効果が得られたが（60歳代62.5%、70歳代77.5%、80歳代77.8%）有意差はなかった。男女別では治療効果に差がなかった。アミティーザ単剤は29例（26.6%）他の下剤との併用は80例（73.4%）であった。併用薬剤は、塩類下剤63例（57.8%）、大腸刺激性下剤43例（39.4%）であった。アミティーザと刺激性下剤の併用による治療効果は43例中34例（79.1%）であったが、塩類下剤の併用による治療効果は63例中53例（84.1%）であった。有意差は認めないが塩類下剤の併用により5%の上乗せ効果を認めた（P=0.24）。副作用は17例（15.6%）に認め、下痢10例、嘔気・嘔吐5例、腹痛1例、掻痒１例と重篤なものは認めなかった。副作用発現は刺激性下剤との併用で14.0%（P=0.70）に対し塩類下剤で9.5%（P=0.04）と低値であった。【考察】アミティーザは高齢者でより効果が高く安全に使用可能であった。併用下剤では刺激性下剤より塩類下剤のほうが治療効果の上乗せを認め副作用発現が低く抑えられた。【結語】アミティーザは便秘症に有効かつ安全であり、刺激性下剤よりも塩類下剤との併用が望ましいことが示唆された。

73（消）．リツキシマブ単独療法が奏功した直腸MALTリンパ腫の1例

○佐藤修司，清水晴夫，大和田紗恵，那須野央，一色裕之，伊早坂舞，金戸宏行（市立室蘭総合病院消化器内科）

（症例）68歳、女性（主訴）特記すべき症状なし（既往歴）子宮ポリープ（現病歴）高アミラーゼ血症に対して当科に定期通院中であったが、平成28年12月下旬、検診目的で行った下部消化管内視鏡検査にて上部直腸から下部直腸に限局して（下部直腸優位）、大小不同で表層血管の拡張を伴う半球状の粘膜下腫瘍様の小隆起が多発していた。生検の結果、リンパ濾胞の胚中心の周囲にCD20陽性、CD3およびCD5陰性の比較的小型のBリンパ球が密に浸潤しており、一部にリンパ上皮病変（LEL）も認めた。また、*IgH*遺伝子再構成検査で単クローン性が証明されたため、直腸MALTリンパ腫と診断した。FISH法による*API2-MALT1*融合遺伝子は検出されなかった。骨髄検査を含めた全身精査の結果、リンパ腫病変は直腸に限局していたため、臨床病期をStage Ⅰ（Lugano分類）と診断した。尿素呼気試験が陽性であり*H.pylori*除菌治療を施行したが、直腸病変が残存していたため、患者への十分なインフォームドコンセントのもと、平成29年5月よりリツキシマブ単独療法（375mg/m2/週）を計8クールの予定で開始することとなった。大きな副作用もなく経過し、4クール終了した時点で直腸病変は消褪傾向にある。（結語）*H.pylori*陽性限局期胃MALTリンパ腫に対する治療の第一選択は*H.pylori*除菌療法で、除菌療法無効例に対する二次治療として放射線治療を行うことが多い。大腸MALTリンパ腫は稀な悪性リンパ腫であるため、標準的な治療方法はいまだ確立されてはいないが、限局期の直腸MALTリンパ腫に対して抗CD20抗体であるリツキシマブ単独療法は有効な治療法であることが示唆された。

74（消）．DTX/ CDDP/ S-1（DCS）療法及び放射線療法が奏効した肛門管癌の1例

○大岩修太郎[1]，辻　靖[1]，高山歳三[1]，吉田将大[2]，田中丸真希[1]，岡村直香[1]，杉山絢子[1]，平山眞章[1]，佐藤大介[3]，北城秀司[3]，奥芝俊一[3]（斗南病院腫瘍内科[1]，斗南病院消化器内科[2]，斗南病院外科[3]）

【症例】58歳女性【主訴】肛門部痛【既往歴】特記事項なし【臨床経過】2015年8月頃に肛門部のしこりを自覚、2016年2月頃から疼痛が増強、出血を認めるようになった．同年5月には排便困難となり、当院外科に紹介受診となった．肛門部に突出する腫瘤を認め，強い狭窄を認めたことから腹腔鏡下回腸ストマ造設術を先行して行った．同部位からの生検は扁平上皮癌で，肛門管癌の診断で当科紹介となった．原発巣が9x6cmと巨大であること，CTにて骨盤内リンパ節および鼠径リンパ節の腫大を認めたことから，扁平上皮癌に高い効果を期待できるDTX/ CDDP/ S-1（DCS）療法による全身治療を先行する方針となった．6月よりDCSを6コース施行，腫瘍の著明な縮小を認めた．11月から原発巣，骨盤内リンパ節，鼠径リンパ節領域に逐次放射線治療（肛門管＋所属リンパ節領域へ36Gy/20f、その後肛門管＋周辺リンパ節のみに21.6Gy/12f）を行った．放射線終了後の2017年1月からはS-1内服とした．同年5月に行ったPET-CTでは異常集積を認めず，metabolic CRと診断された．　肛門癌に対してDCS療法，逐次放射線療法が奏効した1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告する。

75（消）．横行結腸原発脂肪肉腫の1例

○大久保陽介，鈴木一也，三宅高和，林　優希，福田昂一郎，米澤和彦（釧路市立総合病院消化器内科）

【症例】82歳男性【主訴】なし【現病歴】検診にて便潜血陽性を指摘された為、近医で下部消化管内視鏡検査を行ったところ横行結腸に3cm大の隆起性病変を認め、精査加療目的に当科紹介となった。下部消化管内視鏡検査では横行結腸に発赤調で表面は健常粘膜に覆われ、立ち上がりは急峻な隆起性病変を認めた。一部くびれがあり頂部は分節状で表面は粗造であった。EUS所見では内部高エコーの腫瘤を認めた。頂部からの生検では濃染したクロマチンを有する異型細胞が巣上に集簇しており、線維芽細胞の増殖と炎症細胞により構成されていたためInflamamatory pesudotumorの病理結果となった。造影CT検査では横行結腸に41mm× 35mmの内部均一で脂肪濃度を示す腫瘤を認めた。病変周囲の腸管壁肥厚があり周囲の炎症が示唆された。以上の結果より脂肪腫に伴う炎症性変化と考えられた。手術も提示したがご本人の希望で経過観察の方針となった。半年後に行った下部消化管内視鏡検査にて腫瘍の増大を認め、CT検査においても45mm× 36mmへの増大を認めたため当院外科に手術を依頼し、腹腔鏡下横行結腸切除が施行された。病理組織では肉眼的に粘膜下腫瘍が認められ割面は脂肪様であった。組織学的にやや大小不同の脂肪細胞を認め間質に毛細血管の造成や核が腫大した異型細胞を認めた。免疫染色では腫瘍細胞はMDM 2 陽性、CDK 4 陽性であり高分化脂肪肉腫と診断された。【考察】脂肪肉腫は軟部肉腫の中でも最も頻度が高い腫瘍である。脂肪肉腫は四肢の軟部組織や後腹膜に好発し、結腸由来の脂肪肉腫の報告は数例の症例報告があるのみで非常に稀である。【結語】横行結腸原発脂肪肉腫の一例を経験した。文献的考察を加え報告する。

76（消）．出血をきたした大腸脂肪腫の1例

○一色裕之[1]，清水晴夫[1]，大和田紗恵[1]，我妻康平[1]，那須野央[1]，伊早坂舞[1]，佐藤修司[1]，佐々木賢一[2]，金戸宏行[1]（市立室蘭総合病院消化器内科[1]，市立室蘭総合病院外科・消化器外科[2]）

【背景】大腸脂肪腫は非上皮性の良性腫瘍で発生頻度は剖検例において3%前後とされ，臨床症状をきたすことはほとんどない．今回我々は，大腸脂肪腫から出血をきたした1 例を経験したので報告する．【症例】80歳女性．平成29年1月下旬，上腹部痛および嘔吐を主訴に近医受診．CTで膵臓に腫瘤影が認められ，精査加療目的に3月中旬当科入院となった．CTでは膵体部に20mm大の腫瘤影とその尾側膵管の拡張が認められ，膵体部癌（cT 2N 0M 0, cStageII）と診断した．また，術前検査として施行した下部消化管内視鏡検査では上行結腸に20mm大の粘膜下腫瘍が認められ，脂肪腫が疑われた．膵体部癌は手術の方針となり，4月11日，当院外科にて膵体尾部切除の使用予定となった．手術当日，手術室へ入室し麻酔導入・挿管されたところで大量の血便が認められた．手術室にて緊急内視鏡検査を施行したところ，上行結腸の粘膜下腫瘍の頂部粘膜が脱落し潰瘍を形成し，一部で血液付着が認められ，同粘膜下腫瘍からの出血と考えられた．観察時は止血を得られていたが再出血の可能性を考慮し，回盲部切除術が施行された．粘膜下腫瘍は病理組織検査で脂肪腫と診断された．【考察・結語】大腸脂肪腫からの出血例は，我々が検索しえた限りでは本邦では会議録を含め16例が報告されているのみで稀であり，文献的考察を加えて報告する

77（消）．HCVが自然消失した非代償性肝硬変の1例

○横山　崇，中島知明，巽　亮二，山口将功，木村睦海，荒川智宏，桑田靖昭，小関　至，大村卓味，髭　修平，狩野吉康，豊田成司（JA北海道厚生連札幌厚生病院第3消化器内科）

［はじめに］C型慢性肝疾患においてHCVが自然消失する例は稀であり、明確な要因や機序は明らかにされていない。今回我々はC型慢性肝炎が背景の非代償性肝硬変患者においてウイルスが自然消失し、その後肝予備能の回復を認めた1例を経験したので、貴重な症例と考え報告する。

［症例］70代女性。C型慢性肝炎、高血圧で前医に通院していた。1983年に急性肝炎で入院した際にC型慢性肝炎と診断。2006年頃より高度肝機能障害が持続、血小板数も年々減少し、黄疸の出現もあり2013年4月に当科紹介となった。Genotype 1b、高ウイルス量であり、すでにChild-Pugh C（10点）、ICG（15分値）57.5%と肝予備能は不良であり、非代償性肝硬変まで進行した症例と考えられた。肝庇護療法としてウルソデオキシコール酸およびグリチルリチン、高アンモニア血症に対して分枝鎖アミノ酸製剤およびラクツロース、肝性浮腫に対してフロセミド、スピロノラクトンおよびトラセミドの投与による加療を続けていたが、トランスアミナーゼのコントロールは不良で黄疸も持続していた。しかし、2017年3月AST/ALT値が149/53から29/11と改善したため、HCV-RNAを再検すると陰性化が確認された。自然経過の中でHCVが排除されたものと考えられた。その後、肝庇護療法、高アンモニア血症治療薬は不要となり利尿剤も減量した。ウイルス消失前後でAlb値は2.6 → 4.3g/dl、T-Bil値は1.2→0.4mg/dlと著明に改善し、肝予備能はChild-Pugh A（6点）まで回復している。

［考察］近年、C型代償性肝硬変に対してDAA治療が行えるようになり、肝予備能が著明に回復する症例も多い。本症例は、将来非代償性肝硬変においてもDAA治療によりHCVの排除が可能となれば、代償性肝硬変と同様に肝予備能の回復が見込めることを示唆する症例と考えられ、さらなる治療の進歩が期待される。

78（消）．治療に難渋した重症アルコール性肝炎の1例

○山本恭史，松居剛志，姜　貞憲，辻　邦彦，真口宏介（手稲渓仁会病院消化器病センター）

症例は36歳女性。1ヶ月程前より腹部膨満を自覚していた。2週間前より下腿浮腫が出現、次第に体動困難となり前医受診したところ肝障害認め、精査加療目的に当科紹介入院となる。ここ数年の飲酒量はエタノール換算45-75g /day程度とのことであったが、20歳代には200g/day以上飲む大酒家であった。入院時の画像検査では著明な腹水貯留を認め、血液検査ではWBC 18780/μl, T-Bil 5.6mg/dl, AST 57 IU/l, ALT 16 IU/l, ALP 612 IU/l, γGTP 172 IU/l, Alb 2.2 g/dl, PT活性 37%、肝炎ウィルス・自己抗体陰性であり、アルコール性肝硬変（Child C 13点、肝障害度 C、MELD 19点）にアルコール性肝炎（MDF 42点、JAS 10点）を合併したものと診断した。アルブミン・利尿薬投与を開始し腹水穿刺を繰り返したが、腹水の改善を認めなかった。第17病日よりCARTを併用したところ尿量の増加および腹水の改善を認め、体重が約20kg減少した。経過良好で退院を検討していたところ、第59病日に発熱し抗菌薬治療を開始したが、同日夜に意識障害・痙攣重積、吐血を認めICU入室となった。挿管人工呼吸器管理、腎不全・高カリウム血症に対しCHDFを使用するなどの集中治療を開始した。血液培養よりMSSAが検出され、脳の画像検査で脳膿瘍を疑う所見があり、MSSA菌血症・脳膿瘍の診断となった。細菌のエントリーは下腿の鬱滞性皮膚炎による皮膚びらんが疑われ、抗菌薬（CEZ+VCM）で約7週間治療を行ったところ脳膿瘍の改善を認めた。細菌感染により一時的に肝機能の増悪、腹水増加を認めたが、感染コントロールとともに改善し、第121病日に自宅退院となった。

本例はアルコール性肝硬変に重症アルコール性肝炎を合併したものと考えられ、腹水コントロールにCARTの併用が有効であった。また、経過中に重症細菌感染症を合併するなど治療に難渋した症例であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

79（消）．非代償期肝硬変症例に対するリファキシミン投与効果に関する検討

○相馬　学，長谷部千登美，阿部真美，細木弥生，谷口正浩（旭川赤十字病院消化器内科）

【目的】肝硬変症例においては肝予備能の低下等から肝性脳症を発症することがあり、その誘因の1つとしてとして血中アンモニア濃度の上昇が挙げられる。2016年11月に難吸収性抗菌薬リファキシミンが保険収載され使用可能になったことで肝性脳症に対する治療の選択肢が増加した。そこで、同剤の導入による血清アンモニア値を初めとした肝病態の変動について検討した。【方法】2017年4月以降に当科でリファキシミンを導入した、肝性脳症の既往を有する8例に関し、導入前後における臨床症状・肝予備能・血中アンモニア濃度等について検討した。【成績】症例は男性5例、女性3例で年齢中央値は63歳（39-82歳）、背景肝はHBV１例、HCV２例、アルコール2例、PBC1例、NBNC2例であった。導入時のChild-Pugh分類は、B6例、C2例で、全例2～12か月以内に顕性脳症の既往がありカナマイシン投与を受けていた。リファキシミンの導入時には臨床的に明らかな脳症を呈する症例はなく全例外来での導入であった。リファキシミン開始時の血清アンモニア値（中央値）は140、2週後には90、4週後には　105と、有意な低下が認められた。血清アンモニア値は8例中7例で低下しており、低下がみられなかった1例は導入時のアンモニア値が64と正常範囲を呈していた症例であった。アンモニア値以外の検査項目に有意な変化をきたしたものはなく、内服による副作用も認められなかった。【結論】リファキシミンの導入後4週までの観察により血中アンモニア濃度の低下が認められ、明らかな副作用は認められなかったことから、本剤は肝性脳症の治療において有用であると考えられる。今回は前治療により脳症がコントロールされた状態での検討であるが、顕性脳症出現時の効果に関しては今後の検討が必要である。また、長期投与の効果やその必要性・副作用に関して慎重な経過観察が必要と考えられた。

80（消）．当科における非B非C肝硬変患者の臨床的特徴の検討

○井上充貴[1]，本田宗也[1]，武藤瑞恵[1]，市來一彦[1]，石川千里[1]，武藤桃太郎[1]，林　秀美[2]，長谷部拓夢[2]，中嶋駿介[2]，澤田康司[2]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2]（JA北海道厚生連遠軽厚生病院[1]，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[2]）

2002年4月から2017年3月に当科を受診した非B非C肝硬変患者49症例（男性28症例、女性21症例）を対象に臨床的特徴を検討した。成因別ではアルコール性53%、原発性胆汁性肝硬変22%、NASH12%、自己免疫性肝炎8%、原因不明4%であった。成因別に臨床背景を検討するとアルコール性は男性が96%と殆どを閉めていた。一方NASHと自己免疫性肝炎は女性が100%を占めており性差が顕著であった。非B非C肝硬変患者全体の43%に高血圧、糖尿病、高脂血症の合併を認めたが、NASHにおいては67%と高率に合併を認めた。またアルコール性に食道静脈瘤、肝細胞癌の合併をそれぞれ23%、19%を認め、NASHにおいても食道静脈瘤、肝細胞癌の合併をそれぞれ33%、17%を認めた。これらの疾患においては発がんを考慮した合併症の慎重な経過観察が必要と考えられた。

81（消）．多発門脈腫瘍栓にて再発した術後肝細胞癌の1例

○町田卓郎[1]，小川　亮[1]，葛西健二[1]，河上純彦[1]，永渕　誠[2]，小西和哉[2]，平野　聡[3]（医療法人菊郷会札幌センチュリー病院消化器科[1]，医療法人菊郷会札幌センチュリー病院外科[2]，北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[3]）

＜はじめに＞肝細胞癌は時として門脈内に進展し腫瘍栓を形成し、肝癌診療ガイドラインにおいて、門脈腫瘍栓は肝細胞癌の最も強い予後決定因子とされている。今回、我々は、肝実質内に明らかな腫瘍を認めず、多発門脈腫瘍栓の形態で再発した術後肝細胞癌の1例を経験したので報告する。＜症例＞63歳男性。以前より他院でHBVキャリアと言われていた。会社の健康診断にて肝腫瘤を指摘され、平成28年7月当院紹介受診、精査目的に入院となった。肝右葉に16cm大の腫瘍を認め、精査にて肝細胞癌と診断した。同年8月、肝右葉切除術を施行した。術後病理結果は中分化型肝細胞癌, 16.5×14×9cm,Eg,fc（+）,Fc-inc（+）,sf（+）,s0,vp1,vv1,va0,b0,sm（-）,ch,F1,pT4の診断であった。術後、外来にて経過観察をしていたが、平成29年2月腫瘍マーカーの急上昇があり、CTを施行したところ、残肝の門脈枝末梢に多発する門脈内の鋳型状のlow density massを認めた。ダイナミックCTでも同部位に明らかな濃染像は認めなかった。また、肝実質に腫瘤の形成も認めず、血栓の可能性も否定できないため、門脈より針生検を施行。い、肝細胞癌再発の診断となった。現在、TACEを施行し、今後動注化学療法への移行を検討している。＜考察＞今回我々は、主病変を伴わない多発門脈内腫瘍栓による肝細胞癌術後再発の1例を経験した。初回手術時に病理学的にVP1の診断であり、すでに経門脈的に腫瘍が散布されていた可能性と手術手技等をきっかけに散布された可能性が考えられた。

82（消）．高度腎障害を伴うペースメーカー植込み患者の肝細胞癌に対してバイポーラRFAを施行した1例

○長谷部拓夢，林　秀美，中嶋駿介，澤田康司，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】70歳代男性。1990年頃から糖尿病とC型肝炎を指摘され近医に通院していたが、肝炎に対する治療は行われていなかった。2011年にC型肝硬変に伴う肝細胞癌を認め、当科初診となり肝内側区域を部分切除されていた。同時期にコントロール不良の高血圧症を認め、血清クレアチニンの上昇が徐々に進行した。2013年に肝細胞癌再発の精査目的に行った造影CTの際、造影剤腎症を発症し3日間の透析で軽快していた。この肝細胞癌再発は肝S6に認められ、CooltipによるRFAで治療した。2014年には高度房室ブロックを発症しペースメーカーを挿入されていた。外来では血清クレアチニンが3mg/dL程度で経過しており、腫瘍マーカーおよび単純CTと造影エコーによる肝細胞癌再発評価を継続していた。2016年になりPIVKA-IIの上昇を認めたが、単純CTでは腫瘤影を描出できなかったため単純MRIで評価し、肝S7にT2強調像で高信号を呈する直径25mm大の腫瘤を認めた。造影エコーで同部位を評価すると、後血管相で欠損し早期濃染する腫瘤を認め、肝細胞癌と診断した。高度腎障害を伴い、ペースメーカー挿入後であることから通電を安全に行えると考えられるバイポーラRFAによる治療を選択した。Celon Power針30mmを2本使用して腫瘍の両側に穿刺し、総熱量25Jを目標として焼灼した。術中ペースメーカーの異常は出現せず、術後腎障害の増悪も認めなかった。術後の造影エコーでは直径35mm程度の造影欠損を認め、十分に焼灼できたと考えられた。PIVKA-IIを経過観察すると、術後から正常化して経過し、治療効果は良好であった。

【考察】肝細胞癌の発症において生活習慣病の合併は増悪因子とされ、合併症によって治療に難渋することがある。近年治療デバイスの進歩に伴って治療の選択肢が広がるようになっている。本症例では高度腎障害を有しペースメーカー挿入後であったが、バイポーラRFAにより安全に有効な肝細胞癌の治療を行うことができた。

83（消）．リザーバー肝動注化学療法およびソラフェニブ治療が奏効した多発性肝細胞癌の1例

○岩田徳和[1]，檜森亮吾[1]，菊地剛史[1]，見田裕章[1]，安達靖代[1]，中村正弘[1]，吉田幸成[1]，足立　靖[1]，森藤吉哉[3]，井口知加子[3]，南　貴恵[3]，池田公子[3]，黒河　聖[3]，諏訪高麿[3]，牧口祐介[3]，秦　史壮[4]，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内科[1]，札幌しらかば台病院病理[2]，札幌道都病院内科[3]，札幌道都病院外科[4]）

［背景］近年、進行肝細胞癌（HCC）に対して肝動注化学療法とソラフェニブの有効性について様々な検討がなされている。今回我々は腫瘍縮小効果に優れた肝動注化学療法と生存期間延長に寄与するソラフェニブの併用療法が奏効した1例を経験し、貴重な症例と思われたので報告する。［症例］79歳、男性。X年5月より高血圧にて通院中、8年後10月、胆嚢腺筋腫症の定期検査で、画像上、肝S6領域に球形腫瘤（35×34mm）を認め、肝血管筋脂肪腫として厳重に経過観察を行った。同年11月、腫瘤の増大（51×36mm）を認め、9年後1月、生検で肝細胞癌の診断となり、同年3月、肝右葉切除術を行った。 その後経過観察されていたが、10年後2月、多発性肝腫瘍が出現し、肝癌の再発と診断。リザーバー肝動注化学療法（Low dose FPおよび5－FU、シスプラチン外来動注）を行っていたが、腫瘍縮小効果に乏しかったため、同年12月、ソラフェニブ400mg投与に切り替え、以後11年後12月までLow dose FPとソラフェニブ投与を繰り返した。12年後1月肺癌のため永眠され、剖検を行った結果、HCCに関しては小病巣は認めたが大部分は壊死様所見であり、総合評価はPR（有効）相当で抗腫瘍効果が認められた。［考察］stage 4の動注リザーバー治療を行った肝細胞癌例において12.3か月の生存期間中央値（MST）、ソラフェニブ投与を行った症例においてMST 16.4か月との報告が見られる。両者の併用療法により他病で永眠するまで24か月の生存、および病理学的に小病巣が残存する程度の腫瘍縮小効果を得た症例であった。両者の併用によりHCCのviabilityは制御されていたものと考えられ、HCC症例に生存期間の延長が期待できる治療と考えられた。今後の症例の蓄積により有効性の検討が必要と思われた。

84（消）．インターフェロンフリー治療後に発見されたHCC 5例の臨床的検討

○板橋美沙，伊藤聡司，山口　巧，松薗絵美，松原　悠，曽我部進，菅井　望，関　英幸，藤田　淳，鈴木潤一（KKR札幌医療センター消化器内科）

【背景、目的】当院では、2017年6月までインターフェロン（IFN）フリー治療を 100例（慢性肝炎 91例、肝硬変 7例）導入している。治療後も定期画像検査を継続中であったが、今回IFNフリー治療後に肝細胞癌（HCC）5例が発見されており臨床的検討を加え報告する。【対象、結果】治療後12週経過を確認した症例の投与薬剤はDCV/ASV 36 例、LDV/SOF 28 例、OBV/PTV/r 9 例、SOF/RBV 27 例。SVR12は 94/100 例（94%）で得られており、治療後観察中に 5 例（5%）が定期画像診断でHCCと診断された。HCC 5例は男性 3名、女性 2 名、平均年齢は 74.4 才で全例肝硬変であった。HCVはGenotype 1が 4例、Genotype 2が 1例で、使用薬剤はDCV/ASV 3例、LDV/SOF 1例、SOF/RBV 1例であった。HCC初発が 3例、治療歴ありが 2 例であった。治療終了後からHCC発見までの期間は平均12ヶ月で、発見契機はUS 1名、CT 2名、MRI 2名であった。当院の過去 5年間の抗ウイルス治療歴のないHCC患者と比較すると、年齢、各臨床検査値に特異的な所見は認めなかった。【結語】IFNフリー治療により肝炎の進行、発癌リスクの低下が期待されるが、患者が高齢、治療歴あり、肝線維化進展例の場合は、引き続き慎重な画像フォローが必要である。

85（消）．肝細胞癌ラジオ波焼灼術2週間後に横隔膜より後出血をきたした1例

○松田千佳，小野雄司，村井太一，板谷一史，曽根孝之，小池祐太，藤田弘之，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）

【症例】男性、84歳
【現病歴】C型慢性肝炎にて当科外来にて経過観察中、肝細胞癌を指摘された。病変は肝S8の15mm大の病変で、ラジオ波焼灼術（RFA）の適応と診断された。Cool-tip針 20mmにて40W 3分間の焼灼を行った。終了時の測定で焼灼部の温度は50 度であった。焼灼中に右肩の疼痛を訴えたが終了後は改善し、特に合併症を認めず術後3日目に退院となった。術後14日目に右下腹部痛出現し当院受診したが、受診時には症状消失しており所見を認めなかった。術後 18 日目に強い右側腹部痛が出現し、当院に救急搬送となった。
【既往歴】肺結核・胸郭形成術後、直腸癌術後、早期胃癌内視鏡的切除後。
【経過】来院時ショック症状を呈しており、CT検査では肝臓周囲から骨盤腔にかけ血性腹水を認め出血性ショックと診断した。出血源は肝臓の焼灼部と考えたが活動性出血は明らかではなく、輸血で循環動態を維持した。しかし翌日のCT検査では焼灼部近傍の横隔膜に活動性出血を疑う所見があり、血管造影にて右下横隔膜動脈分枝に出血を認め、同分枝に対して血管塞栓術を施行した。その後は再出血なく、全身状態も改善した。
【考察】RFAは比較的低侵襲とされるが、出血や胆汁漏、気胸、隣接臓器熱損傷などの合併症が3.5-7.9%に生じるとされる。出血の頻度は0.5-1.5%とされ、そのほとんどはRFA時の穿刺ルートの肝臓や胸壁・腹壁からである。しかし本症例では出血部は穿刺ルートとは異なる部位の横隔膜からの出血であった。過去の報告ではRFA 10ヶ月後に肝動脈に仮性動脈瘤が出現しTAEを施行した症例や、またRFA時の横隔膜の熱損傷が0.1%にあるとする報告、RFA後に横隔膜損傷による横隔膜ヘルニアの発症の報告があり、これらから本症例はRFA時に横隔膜が熱損傷し、右下横隔膜動脈の分枝に仮性動脈瘤が形成され遅発性に出血に至ったものと考えられた。RFA後の熱損傷による後出血は遅発性に生ずることもあり注意が必要であると考えられた。

86（消）．食道癌に対する高線量率腔内照射（RALS）併用化学放射線療法の検討

○田邊裕貴[1]，後藤　充[1]，高邑明夫[2]，佐藤智信[1]，内海辰也[1]，河本　徹[1]，藤永明裕[1]，斎藤義徳[1]，中野詩朗[3]，柳川伸幸[1]（旭川厚生病院消化器科[1]，旭川厚生病院放射線科[2]，旭川厚生病院外科[3]）

【背景】食道癌に対する集学的治療のエビデンスが集積され，化学放射線療法（CRT）が非外科的治療における標準治療と位置付けられている．米国では，標準線量（50.4Gy）と高線量（64.8Gy）の照射を併用したCRTレジメを比較するランダム化試験（INT 0123）が行われ，50.4Gyの線量が推奨されている．その試験では早期の治療関連死により，高線量群の生存率が低下していた．われわれは，局所の照射線量を増やして治療効果が高まることを期待して，高線量率腔内照射（remote after loading system: RALS）を併用した高線量のCRTを実施してきた．【対象と方法】2012年1月から2016年12月までの間に当院にて放射線治療を行なった食道癌51症例のうち，RALS併用CRTを計画した症例は35例であった．その症例の内訳は，男性27例女性8例，平均年齢68±8歳，進行度stage I, II, III, IV=3, 6, 15, 11であった．CRTプロトコールとして，放射線療法は外照射65-66GyにRALS 8-12Gyを追加し，化学療法は5FU+CDDP 2コースとした．外照射の副作用が強い症例，狭窄が強い症例などでRALSの追加を中止した．化学療法についても，血液毒性などの副作用により減量中止した．治療効果判定のために生存率，安全性に有害事象を検討した．【結果】RALS併用CRTを計画した35症例のうち，外照射の副作用などで5例にRALS追加ができず，28例がRALS併用CRTの対象となった．RALS併用CRTの1年生存率は75.6%，2年生存率は58.5%であった．治療中の重篤な有害事象はなく，晩期合併症として肺炎4例，胸水貯留2例，食道狭窄2例，食道気管支瘻1例，心嚢液貯留1例，急性心停止１例が見られた．【結語】高線量のCRTにRALSを併用する治療を行ってきた．早期の治療関連死は見られなかったが，晩期の有害事象の出現について経過観察が望まれる．

87（内）．高度狭窄をきたし、バルーン拡張が有効であった好酸球性食道炎の1例

○加藤麻倫[1]，清水勇一[1,2]，松田可奈[1,2]，宮本秀一[1,2]，安孫子怜史[1,2]，津田桃子[1,2]，山本桂子[1,2]，小野尚子[1,2]，工藤俊彦[1,2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【症例】20歳代、男性【現病歴】2010年頃より嚥下時違和感を自覚していた。2012年に胸焼けや前胸部痛が出現し、プロトンポンプ阻害薬で軽快した。前医で施行した上部消化管内視鏡検査で食道に異常所見を認め、同年8月に精査目的に当科を紹介初診した。精査を施行したが確定診断に至らず、また受診時は自覚症状に乏しかったことから、前医で薬物療法を継続する方針とした。2016年8月に頸部や前胸部の狭窄症状が増強してきたため、再度当科を紹介受診した。【既往歴】特記事項なし【生活歴】飲酒歴：なし、喫煙歴：なし、内服歴：なし、アレルギー歴：魚介類【臨床経過】2016年8月の血液検査で好酸球とIgEの増加を認め、上部消化管内視鏡検査で食道の全体的な粘膜肥厚、溝状陥凹、頸部の輪状狭窄、食道胃接合部にscopeが通過不能な瘢痕狭窄を認めた。食道生検検体中に多数の好酸球を認め、好酸球性食道炎が示唆された。胃食道接合部の狭窄に対して食道バルーン拡張術を施行したところ拡張は良好で、自覚症状は消失した。合併症は認めなかった。その後、ステロイドスプレー内服とプロトンポンプ阻害薬による外来加療を継続したが自覚症状を認めず、投薬を一度中止した。現在無加療で半年が経過したが、症状の再燃は認めていない。【考察】好酸球性食道炎は食道粘膜へ好酸球浸潤を呈する食道炎であり、欧米に較べ日本での症例は少ない。臨床症状は嚥下障害が最多であり、血液検査で好酸球増多やIgE上昇が見られる。特徴的な内視鏡所見は溝状陥凹、輪状狭窄、白色プラークであり、重症例では線維性硬化による狭窄を呈する。治療は食事療法や薬物療法である。高度狭窄例に対しては内視鏡的拡張術が有効との報告があるが、日本で拡張術を行った報告は稀であり、拡張術で良好な結果が得られた本症例は貴重な一例と考えられる。

88（消）．食道原発未分化癌の1例

○高橋一輝，佐々木貴弘，杉山隆治，助川隆士，稲場勇平，小澤賢一郎，垂石正樹，斉藤裕輔（市立旭川病院消化器病センター）

【症例】70歳代男性【主訴】発熱・体重減少【現病歴】約1年間で10kgの体重減少と3週間持続する37度台の発熱を主訴に当院呼吸器内科を受診した。血液検査上、CEA 26.1、CA19-9 52.6と上昇を認めていたため、悪性腫瘍を疑われ消化管精査目的に当科紹介となった。【経過】上部消化管内視鏡検査を施行したところ門歯より25～40cmに渡る粘膜下腫瘍様の立ち上がりの隆起性病変を認め、生検組織から食道未分化癌の診断となった。CT上、明らかな遠隔転移は認めなかったが、4群の総肝動脈周囲のリンパ節腫大を認め、cStage 4aの診断となった。根治切除不能と考えられたため、化学放射線療法を開始した。FP療法2コース＋放射線療法 66Gy/33回を施行したところで原発巣は著明な縮小を認めた。追加の化学療法を勧めたが本人の拒否があり、経過観察としていた。4か月後のCTにて新たに肝転移が出現したためFP療法を再開したが、追加1コース終了したところで腫瘍マーカーの上昇とCTで肝転移巣の増大を認め、weekly-PTXに変更した。変更後腫瘍は一時的に縮小したが、3コース投与中のCTで肝転移巣の増大を認めた。CDDP＋CPT-11に変更し化学療法を変更したが、骨髄抑制のため1コースで投与継続困難となり、診断時より1年2か月で永眠された。【結語】食道原発の未分化癌は比較的稀な疾患であり、切除不能癌に対して標準的な化学療法は確立していない。今回、化学療法を施行し経過を観察し得えた症例を経験したので報告する。

89（消）．集学的治療により長期生存が得られたAFP産生食道胃接合部癌の1例

○田中一之[1]，杉山雄哉[1]，岩間琢哉[1]，佐藤裕基[1]，井尻学見[1]，岡田哲弘[1]，高橋慶太郎[1]，安藤勝祥[1]，河端秀賢[1]，林　明宏[1]，野村好紀[1]，上野伸展[1]，嘉島　伸[1]，後藤拓磨[1]，笹島順平[1]，伊藤貴博[2]，高氏修平[1]，盛一健太郎[1]，水上裕輔[1]，藤谷幹浩[1]，奥村利勝[1]（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[1]，札幌東徳洲会病院炎症性腸疾患センター[2]）

症例は70代男性．高血圧，糖尿病，脂質異常症で近医通院中．2010年健診でCEA高値であったが放置．その後食事のつまり感が出現したため近医を受診．上部消化管内視鏡検査にて食道胃接合部に腫瘍を認め当科紹介となった．内視鏡下生検結果はadenocarcinoma，他画像検査所見と合わせ，食道胃接合部癌GE,type 3, cT 3, cN 2, cM 1（肝）,cStage 4の診断となった．狭窄症状を認めていたため，手術後に化学療法を施行する方針とした．外科で経食道裂孔下部食道切除＋胃全摘術を施行，病理結果は中分化型腺癌で局所的にalpha－fetoprotein（AFP）の産生が認められた．化学療法は胃癌に準じて施行することとなったが，糖尿病の併存で腎機能の低下が認められていたことからS-1/Docetaxel療法（S-1 100mg/body day 1-14, Docetaxel 50mg/body day 1,15, 4週で1コース）を選択した．開始初めはgrade 3の白血球減少やgrade 2の食欲不振・口内炎が認められたものの薬剤の減量で対処可能であった．治療開始前に肝転移巣は4か所認められていたがS-1/Docetaxel 12コース後の評価ではviableな肝転移巣は1か所のみとなった．また，リンパ節転移も消失したと考えられたため，肝転移巣に対し経皮的エタノール注入療法（PEIT）を施行した．PEIT施行によりviableな病変は消失し，S-1投与（2週内服2週休薬）のみを10か月施行，以降化学療法は終了し経過観察としているが，術後6年5か月経った現在無再発生存中である．
AFP産生食道胃接合部癌は比較的まれであり，予後は不良とする報告が多い．本症例から手術による局所制御と全身化学療法で十分に病勢を抑えた上で，転移巣に対する局所療法を施行することにより，長期生存が得られる可能性があることが示唆された．

90（消）．Granulocyte-colony stimulating factor（G-CSF）産生食道癌の1例

○杉山雄哉，嘉島　伸，岩間琢哉，佐藤裕基，岡田哲弘，井尻学見，田中一之，高橋慶太郎，安藤勝祥，林　明宏，川端秀賢，野村好紀，上野伸展，後藤拓磨，笹島順平，高氏修平，盛一健太郎，水上裕輔，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】50歳代、男性。20XX年3月より食事つまり感を自覚し前医を受診。食道癌が疑われ、当科紹介受診。上部消化管内視鏡検査では胸部下部食道～食道胃接合部に約10cmの1型病変を認め、病理検査では低分化のsquamous cell carcinomaであった。全身精査にてLt-Ae、cT 3 N 2 M 1 cStage 4の食道癌と診断し、放射線化学療法を施行する方針となった。入院時、感染徴候は認めないものの、38℃台の発熱が持続し、血液検査上、WBC 30070/mm 2と高値であった。骨髄生検を施行するも癌の骨髄転移や白血病を疑わせる所見は認めなかった。血清G-CSFは467 pg/mlと高値であり、G-CSF産生食道癌が疑われた。放射線（60 Gy/ 30 Fr）・化学療法（FP療法（5FU 700mg/m 2 day 1-4、CDDP 70mg/m 2 day 1）2コース）を施行したところ、原発巣・リンパ節転移巣とも縮小し、WBC 5000/m 2台、血清G-CSF 34.8pg/mlと正常化した。さらにFP療法を3コース追加したが、10月頃より、原発巣・転移巣が急速に増大し、徐々に全身状態増悪し、12月に死亡した。【考察】G-CSF産生腫瘍は近年、肺癌を中心に報告されているが、食道癌の報告は稀である。G-CSFは、腫瘍の急速な増殖、進展、転移に関与すると考えられており、組織型は未分化・低分化癌が多く予後不良と報告されている。担癌患者で白血球増多を認めた場合、G-CSF産生腫瘍を念頭に置き、出来うる限り早期に診断・治療介入する必要があるものと思われた.

91（消）．当院における食道胃接合部癌診療の現状

○高橋一宏，西田千尋，更科耕一郎，松田宗一郎，平田　甫，原田一顕，佐野逸紀，小林良充，寺下勝巳，小田　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

【背景】本邦における食道胃接合部癌の患者数は年々増加傾向にあると報告されている。【目的】一地方病院における食道胃接合部癌診療について検討する。【方法】2011年7月～2017年6月の期間における食道癌の診断で受診した171 名のうち新規に診断された154 名及び，胃癌の診断で受診した603 名のうち新規に胃癌と診断された530 名の計684名の中から，癌取扱い規約（食道癌第11版、胃癌第14版）に準じて,食道胃接合部の上下 2cmの部位に中心を持つ癌を食道胃接合部癌として抽出した計 28 例の臨床学的特徴を明らかにすること.【結果】男性が21名（75%），診断時平均年齢が65.4歳（35-87），喫煙率54.5%（B.I.平均655）,飲酒率40.9 %（アルコール換算平均45g/日），初発症状がStage 0, Iでは無症状 50%, StageII以上では嚥下困難・違和感で43%を占めた. 異時性重複癌 2 名, 同時性性重複癌 1 名であった. 占拠部位はE/EG/E=G/GE/G：0/11/4/13/0, 肉眼型0型13名ではIs+IIa/Isp/IIa/IIb/IIb+IIc/IIc：2/3/4/1/2/1, 進行癌 15 名ではtype 1/2/3/4/5：1/9/4/0/1, 病理組織型は腺癌/扁平上皮癌：24/4、Barrett腺癌は12 名でLSBE/SSBE：1/11, 壁深達度はT 1a/T 1b/T 2/T 3/T 4：7/6/4/9/2, 診断時Stage別内訳は0/I/II/III/IVa/IVb：8/6/3/3/3/5, 初回治療 内視鏡治療/手術/術前化学療法/化学療法/放射線単独/BSC：8/7/4/7/1/1であった. 累積生存率（2017年6月現在）は全体で63.68%、各Stage別では0/I/II/III/IVa,b：100/100/66.6/100/38.86であった.【結論】一地方病院における食道胃接合部癌診療について報告した. バレット腺癌も少数例でありながら存在し,地方病院でも注意深く診断、症例蓄積が必要である.

92（内）．食道ESD後狭窄を予測する食道狭窄リスク分類の検討

○高橋慶太郎，杉山雄哉，岩間琢哉，井尻学見，田中一之，安藤勝祥，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）

【目的】食道ESDによる粘膜切除の周在性が3/4周以上に及ぶ症例では高率に食道狭窄を形成することから狭窄予防の施行が推奨されている。ステロイド局注または内服による狭窄予防法が広く行われているが、その治療効果を狭窄形成前に判定する方法は従来なかった。今回、ESD後 7 日目前後で行った内視鏡検査における潰瘍底の白苔と血管透見を指標とし、その後の狭窄形成のリスクを判定する食道狭窄リスク分類を考案し、その有用性を検討した。【方法】2011年1月から2016年12月までに当院および関連2施設で食道ESDを施行した116症例131病変のうち、3/4周以上の切除となった26症例28病変を対象とした。食道狭窄リスク分類は、潰瘍底が薄い白苔で被覆されて血管が明瞭に視認されるものをType 1、中等度の白苔で被覆されて血管が一部に視認されるものをType 2、厚い白苔で被覆されて血管が視認されないものをType3とした。また、検査者6名（Expert 3名、Non-Expert3名）が内視鏡画像を分類し、その診断一致率を検討した。【成績】患者背景は男女比20:8、平均年齢67.8歳、組織型は全例SCC、深達度EP/LPM/MM/SM 15/5/4/4であった。ESD後はステロイド局注/内服/経過観察のみが18例/6例/4例で行われた。Type3/2/1は、それぞれ10例/12例/6例であった。ESD後狭窄率はType 3で90%、Type 2で41.7%、Type 1で16.7%であり、Type3はType1と比較して有意に狭窄率が高かった。また、嚥下障害の指標であるDysphagia scoreはType 3で2.2 ± 1.2、Type 2で0.83 ± 1.26、Type 1で0.33 ± 0.81であり、Type 3はType 1、Type 2と比較して有意に高値であった。診断一致率（κ値）は全体で0.567、Expertで0.554、Non-expertで0.617であった。【結論】食道狭窄リスク分類により狭窄予防の効果を早期に予測できる可能性が示唆された。Type 1では狭窄リスクは低く、経過観察可能と考えられるが、Type 3は狭窄の高リスク群であり、ステロイド局注後に内服を併用するなど狭窄形成前に追加治療を考慮する必要がある。

93（内）．咽頭癌CRT後遺残再発に対するサルベージEMR/ESD

○安孫子怜史[1]，清水勇一[2]，加藤麻倫[1]，松田可奈[1]，宮本秀一[1]，山下允孝[1]，津田桃子[1]，高橋正和[2]，山本桂子[2]，森　康明[2]，中川　学[2]，小野尚子[2]，中川宗一[2]，工藤俊彦[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【背景】化学放射線療法（chemoradiotherapy: CRT）後の咽頭癌遺残再発では治療法として外科治療が選択されるが咽喉頭癌の外科手術は基本的に喉頭全摘となり，QOLが著しく損なわれる．咽頭癌へのEMR/ESDは有用な低侵襲の冶療法として確立されてきているが，咽頭癌CRT後遺残再発に対するサルベージEMR/ESDは我々の初回報告例（Endoscopy 2009; 41: 568-9）以降，まとまった報告はない.【目的】今回，咽頭癌CRT後遺残再発に対するサルベージEMR/ESD の有用性・安全性を検討した.【対象】2003年10月から2017年5月までの間に，当院で咽頭癌に対しCRTを施行した後の遺残再発病変（原発巣以外の異時性多発症例は除外）に対し，EMR/ESDを施行した7症例7病変を対象とした.【結果】対象の患者は，年齢（歳）:mean 69 ± 8.7（57-79），性別M/F:6/1，CRT前のStage I / II / IV:1/1/5, 経過観察期間（月）:median 24（9-103）であった．病変の臨床学的特徴は，占拠部位 梨状陥凹/中咽頭後壁:6/1，腫瘍径（cm）:mean 1.3 ± 0.5（0.7-2.2）であった．内視鏡切除の方法は，EMR/ESD:3/4であり，切除後の病理学的所見は，深達度 EP/SEP/SEP疑い（VM+）:1/6/1，SEPにおける表層からの浸潤距離（μm）:mean 560 ± 124（300-980），浸潤増殖様式 INFa/b:4/2，脈管侵襲 ly/v:1/0であった．臨床経過は，再発:2（リンパ節;1, 局所;1），死亡例:3（原病死;2, 他病死;1）であった．リンパ節再発した症例はly陽性であった.【考察】咽頭癌CRT後遺残再発に対するサルベージEMR/ESDは全例，手技において重篤な偶発症なく，安全に施行出来た．また，全例，喉頭全摘を回避することが可能であった. 再発を2例に認め，救命することが出来なかったが生存期間中のQOLを保つことが出来た．【結論】咽頭癌CRT後遺残再発に対するサルベージEMR/ESDは有用かつ安全な治療法と考えられた．今後，治療予後の検討も含めた症例の蓄積が必要である.

94（内）．粘膜優位型の尋常性天疱瘡による剥離性食道炎の1例

○後藤　充[1]，田邊裕貴[1]，内海辰哉[1]，河本　徹[1]，藤永明裕[1]，佐藤智信[1]，斎藤義徳[1]，柳川伸幸[1]，折居　裕[1]，小松成綱[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，旭川厚生病院皮膚科[2]）

患者は70 歳代男性。既往歴は陳旧性脳梗塞と僧帽弁置換術後。2 週間前から口腔内の痛みを主訴に耳鼻咽喉科を受診し内服治療を受けていたが症状は持続していた。数日前から前胸部痛と少量の吐血を主訴に前医を受診し、精査加療目的に当科を紹介受診となった。初診時の上部消化管内視鏡検査で口腔、咽頭にびらん、潰瘍の形成を認めた。食道は全体に発赤が強く剥離性食道炎を呈し出血を伴っていた。同日より入院加療とした。理学所見上、皮膚に異常所見は認めなかった。抗血栓剤の内服はしていなかった。入院後絶食として2日後の再内視鏡検査で食道は全体に発赤し、上皮の剥離や一部に小さな水疱形成がみられた。生検鉗子で食道上皮を把持すると容易に剥離するNikolsky現象が確認できた。血清学的に感染性の所見はなく、抗デスモグレイン（Dsg）1抗体が正常範囲内（3.0U/mL）、抗Dsg3抗体が高値（758U/mL）を示した。粘膜優位型の尋常性天疱瘡と診断し当院皮膚科に紹介した。皮膚科で行った咽頭のびらんからの生検で病理学的に表皮細胞間接着障害（棘融解）が認められた。ステロイドによる治療が開始されると速やかに症状は改善した。治療開始から2 週間後の内視鏡で食道粘膜の改善を確認しNikolsky現象もみられなくなった。尋常性天疱瘡は皮膚や口腔粘膜などに水疱やびらんを形成する自己免疫性疾患であり食道病変を伴うことが知られている。本症例は皮膚病変がなく、口腔咽頭食道にのみ特徴的な病変が存在する粘膜優位型の尋常性天疱瘡であった。若干の文献的考察を含めて報告する。

95（内）．経皮経肝的ルートからのRendezvous法の治療成績

○櫻井　環[1]，久居弘幸[1]，山内夏未[1]，小柴　裕[1]，宮崎　悦[2]，飴田咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[3]）

【目的】術後再建腸管や癌の十二指腸浸潤・胆道狭窄などにより、経乳頭的アプローチが困難な症例は少なからず存在する。そのような症例に対しては、経皮経肝的ルートやEUSガイドによるRendezvous法が施行されている。当院では原則、経皮経肝的ルートによるRendezvous法を用いて経乳頭的処置を行っているが、今回、その有効性と安全性について検討した。

【方法】対象は2005年2月から2016年11 月までに経皮経肝的ルートからのRendezvous法を用いて胆道処置を行った10 例（年齢 41 - 84 歳、平均73歳、男性8例、女性2例）。疾患内訳は、胆管結石5例、悪性胆道狭窄4例（胆管癌1例、膵癌1例、大腸癌2例）、良性胆管狭窄1例。Rendezvous法は、PTBDもしくはPTGBDルートから十二指腸内に出したガイドワイヤーを、内視鏡を挿入後にスネアで把持し、鉗子口に引き入れたガイドワイヤーを介して経乳頭的に処置具を挿入して行った。検討項目は、1）Rendezvous法の施行理由、2）経皮経肝的ルートと成功率、3）経乳頭的処置の内訳、4）偶発症、とした。

【成績】1）Rendezvous法併用の理由は、術後再建腸管で胆管カニュレーション不可4例、癌浸潤などによる主乳頭同定・正面視困難4例、乳頭側からガイドワイヤーの胆管狭窄部突破不可 2 例。2）PTBDルート9例、PTGBDルート1例で、全例で手技を完遂した。3）処置の内訳は、EST 3例、EPLBD 2例、MS留置4例、截石5例、EML 2例、擦過細胞診1例（重複あり）。4）特記すべき偶発症は認められなかった。

【結論】経乳頭的胆道処置困難例に対する経皮経肝的ルートによるRendezvous法は有用かつ安全な手技のひとつである。

96（消）．腹腔鏡下胆嚢摘出術により治癒し得た胆嚢出血の1例

○岡田哲弘[1,2,3]，後藤琢磨[1]，笹島順平[1]，水上祐輔[1]，藤谷幹浩[1]，奥村利勝[1]，杉村浩二郎[2]，佐藤恵輔[2]，久保光司[2]，相山　健[3]（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[1]，町立中標津病院内科[2]，町立中標津病院外科[3]）

症例は慢性腎不全で透析中の40歳台、男性。搬送日の朝から胸苦感、心窩部痛が出現し当院に救急搬送された。血液検査では,肝機能異常を認める他は以前と大きな変化を認めなかった。上部消化管内視鏡検査にて、胃内に血液の貯留、Vater乳頭から血液混じりの胆汁の流出を認め、胆道出血が疑われた。腹部エコーでは胆嚢壁の肥厚は認めるものの、明らかな腫瘍性変化を認めなかった。CTでは胆嚢壁の浮腫状肥厚、内腔の不均一な濃度上昇、MRIでは胆嚢壁の肥厚と壁内部の点状の多発高信号領域を認めたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。以上から胆嚢腺筋症からの出血を疑い入院加療の方針とした。入院後絶食管理にて自覚症状は改善したが、第2病日の血液検査で肝機能増悪しており、文献的にも胆嚢出血の多くが手術を要していたため、十分なインフォームドコンセントの元、第3病日に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。胆嚢内部には血餅が充満していたが結石や腫瘍、炎症所見は認めず、術後病理にても胆嚢腺筋症のみであり、同部位からの出血と診断した。　胆嚢出血の頻度は胆道出血全体の23.1%であり、上部消化管出血全体の約1%前後と報告され、比較的稀である。胆嚢腺筋症からの胆嚢出血例は医中誌（1981年－2017年）で検索した範囲で限り、会議録含め4例のみであり、いずれも突発的な上腹部痛で発症していた。突発的な上腹部痛を認めた際には、胆嚢腺筋症からの出血も念頭に置く必要があると考えられた。

97（消）．胆嚢悪性腫瘍が疑われたIgG 4関連胆嚢炎の1例

○高橋正樹，紺野　潤，小沼　新，笹木有佑，中根浩伸，廣田ジョージョ（函館中央病院）

【症例】71歳男性。腹痛を主訴に当院受診。血液検査で、黄疸を伴う胆道系酵素上昇を中心とした肝機能障害と炎症反応高値を認め、胆嚢炎疑いとなり、精査・加療目的で入院となった。

【入院後経過】入院後に施行したCTでは、胆嚢壁の肥厚および肝との境界不明瞭な胆嚢壁内の低吸収域を認めた。MRIでも胆嚢壁から連続する肝内腫瘤を認め、拡散強調画像では強い高信号であり、悪性を示す所見であった。超音波内視鏡検査では、胆嚢底部に高エコーの腫瘤を認めた。以上から胆嚢癌肝浸潤の疑いと、それに伴う胆嚢炎の診断となり、絶食・抗菌薬にて保存的に加療し、徐々に肝機能障害は改善した。その後、胆嚢癌に対して外科にて胆嚢摘出術および肝S4、S5部分切除術を施行した。手術検体の病理像は、胆嚢壁の線維化、炎症細胞の浸潤が目立つ一方で、核の腫大や極性の乱れは軽度であり、胆嚢癌ではなく胆嚢炎を示唆する所見であった。連続する肝病変についても同様に炎症性の像を認めた。胆嚢壁に形質細胞の目立つ炎症細胞浸潤と硝子化を示す壁肥厚を認めたことから、IgG 4関連疾患（IgG 4 related disease：IgG 4 RD）の可能性も考慮し、免疫染色を施行したところ、IgG 4陽性形質細胞が散見された。血清IgG 4も236 mg/dLと高値を認め、IgG 4関連胆嚢炎の診断となった。IgG 4 RDの他臓器病変の合併について精査したが、胆管、膵、唾液腺をはじめ、諸臓器に病変は認めず、現在まで経過観察中である。

【考察】胆嚢を主病変とするIgG 4 RDの頻度は稀であるが、胆嚢癌との鑑別が困難であり、胆嚢癌の診断の際には、IgG 4 RDの存在を念頭に置く必要がある。今回、手術後の病理検体によってIgG 4関連胆嚢炎の診断に至った一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

98（内）．繰り返す総胆管結石に対して，術前のEBS留置が奏効した1例

○西田彩華，江上大基，鈴木茉里奈，宮本大輔，太宰昌佳，小野寺学，横山朗子，吉井新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

【症例】症例は40才台女性．201X年３月総胆管結石による胆管炎にて，前医に入院し，処置をすすめられていたが，患者が拒否し，経過観察となっていた．前医を退院となり，今後処置予定となっていたが，4月中旬に嘔吐と心窩部痛みられ，当院に救急搬送された．来院時は，著明な吐気と嘔吐の持続がみられ，腹部所見がとれないほどであった．肝胆道系酵素上昇とCT所見から総胆管結石による胆管炎と診断し，ENBDを留置し，速やかに症状は消失した．ENBD留置後（初診から3日後）にESTと採石施行し，退院となった．退院後2日目（初診から6日目）に，再度著明な嘔吐で救急搬送され，総胆管結石の再燃による胆管炎と診断し，再度ENBDを留置した．総胆管結石による症状が強く，胆嚢内に多数の結石みられ，総胆管結石の再燃のリスクが高いと考え，再発作から3日後（初診から9日目）に採石を施行し，その際，EBS（7Fr,7cm）を留置し，退院した．初診から16日目に外来にて，MRCPを撮像し，三管合流部に総胆管結石みられたが，EBSのため，症状や胆管炎は発症しなかった．胆石の総胆管への落石を繰り返し，術前の胆管結石の完全採石は困難と考え，胆嚢を摘出し，その後胆管結石を採石する方針とした．初診から22日目に単孔式腹腔鏡下胆嚢摘出術施行され，外科術後6日目（初診から28日目）に，総胆管結石を採石し，総胆管結石の治療を完遂した．【考察/結語】胆管結石の治療は，術前に完全に総胆管結石を採石後に胆嚢摘出術を施行するのが基本的であるが，本症例のように胆嚢から総胆管への落石を繰り返す場合は，EBSで胆道ドレナージを確保した上で，胆嚢摘出術を先行し，その後に胆管結石の治療を考慮すべきである．

99（消）．閉塞性黄疸で発症したアメーバ性肝膿瘍の1例

○柴田敬典[1]，小野道洋[1]，藤井重之[1]，渡邊晃一[1,2]，佐賀潤也[1,2]，佐藤昌則[1]，山田充子[1]，安部智之[1]，黒田裕行[1]，藤田美悧[3]，前田征洋[1]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[2]，製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室[3]）

アメーバ性肝膿瘍は、生活環境が整備されていない海外での飲食や性行為によるEntamoeba histolyticaの経口感染により発症し、早期診断、早期治療に至らなければ予後不良とされている。男性に多く、肝右葉に好発し、主な臨床症状は発熱や右季肋部痛であり、閉塞性黄疸をきたすことは稀である。今回我々は、女性・感染経路不明・肝門部に膿瘍形成といった非典型的な特徴を有し、更に閉塞性黄疸という稀な症状を呈したアメーバ性肝膿瘍を早期に診断・治療し得たので、文献的考察を踏まえて報告する。【症例】50歳台女性【主訴】眼球結膜黄染、尿濃染、発熱【既往歴】なし【現病歴】2013年12月、数日前より持続する眼球結膜黄染と尿濃染を主訴に近医を受診し、精査加療目的に当科紹介となった。【経過】採血では炎症反応の軽度上昇と著明な黄疸及び肝胆道系酵素の上昇を認めた。USでは肝門部に無エコーの領域を含んだ内部不均一な7cm大の腫瘤を認め、肝内胆管は拡張していた。造影CTでは肝門部に辺縁造影効果を伴う腫瘤影と、腫瘤による十二指腸球部への圧排並びに肝内胆管の拡張を認めた。以上より、肝内胆管癌にあるいは転移性肝腫瘍、肝膿瘍による閉塞性黄疸を疑い、血清抗赤痢アメーバ抗体検査を提出した上で、ERCを施行した。内視鏡挿入時に十二指腸に白苔を伴った潰瘍性病変を、胆管造影で肝門部胆管に強い狭窄を認めたため、潰瘍と狭窄部胆管より生検を施行後に胆管内にプラスチックステントを留置した。生検検体では悪性所見を得られず、血清抗赤痢アメーバ抗体が陽性であることが判明した。下部消化管内視鏡では直腸にびらんを認めるのみで明らかな潰瘍は認めず、便の鏡検ではアメーバ虫体を確認できなかったが、MNZ内服を開始し、3か月後のCTで腫瘤の消失を確認できたため、最終的にアメーバ性肝膿瘍と診断した。以後再発なく経過している。

100（消）．当院における黄色肉芽腫性胆嚢炎の臨床像の検討

○成瀬宏仁[1]，北潟谷隆[1]，霜田隆佳彦[1]，伊藤　淳[1]，大野正芳[1]，工藤大樹[1]，畑中一映[1]，山本義也[1]，中西一彰[2]，下山則彦[3]（市立函館病院消化器病センター消化器内科[1]，市立函館病院消化器病センター消化器外科[2]，市立函館病院病理診断科[3]）

【目的】当院における黄色肉芽腫性胆嚢炎（Xantogranulomatous cholecystitis;XGC）の臨床像を後方視的に検討する．【方法】2000年1月から2017年5月までに当院で加療し，術前にCT，MRIが撮像され病理組織学的にXGCと診断された58例の，理学所見，画像診断的特徴，術前診断，手術術式を後方視的に検討した．【結果】同期間に施行した3042例の胆嚢摘出術症例中，58例1.9%にXGCが認められた，平均年齢60歳，男女比は41：17，発症から診断までの期間は9日（中央値），86.2%が急性発症であった．腹痛，発熱は，90%以上に認められた．CEAは5.2%，CA 19-9は24.1%で上昇していた．術前診断は，胆嚢炎51例（87.9%）で，7例（12.1%）で胆嚢癌との鑑別が困難であった．黄色肉芽腫性胆嚢炎に関しては，胆石の合併，胆石の胆嚢頸部嵌頓，胆嚢壁内嚢胞性結節，CT上肥厚胆嚢壁の増強効果なし，CT上粘膜面の保持と増強，肝内胆管の拡張なしが特徴的所見とされている．これらの所見と，CEA，CA 19-9値が胆嚢炎正診に寄与していたか，二項ロジスティック回析で検討した．胆嚢壁内嚢胞性結節，CT上粘膜面の保持と増強がP値＜0.01で有意な因子であった．手術術式は，腹腔鏡下胆嚢摘出術34.5%，開腹胆嚢摘出術56.9%，拡大胆嚢摘出術8.6%であった．高度癒着は，大網43.1%，十二指腸13.8%，横行結腸12.1%に認めた．【結論】XGCの診断に際して，画像診断上，胆嚢壁内嚢胞性結節，CT上粘膜面の保持と増強は有用な所見と思われたが，非特異的画像所見より胆嚢癌との鑑別に苦慮する症例が12.1%に存在した．手術に際しては，通常の胆嚢炎と比べ，高度癒着にて腹腔鏡下胆嚢摘出術の困難な症例が多かった．本邦における胆嚢癌との鑑別を要したXGC 106例のレビューを加えて報告する．

101（内）．EST後穿孔が原因と思われる後腹膜膿瘍、骨盤内膿瘍に対し経皮下内視鏡的ネクロセクトミーが有用であった1例

○池田裕貴[1]，吉田真誠[1]，須釜佑介[1]，坂本拡基[1]，石川和真[1]，小野道洋[1]，伊藤智子[2]，渡邊奈々恵[2]，高田弘一[1]，宮西浩嗣[1]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，東札幌病院内科[2]）

内視鏡的乳頭括約筋切開術（EST）は、胆管結石截石術や胆道ドレナージ術において行われ、ERCP関連手技の中で施行頻度が高い。偶発症としての穿孔は通常free airを認め、ENBDや外科手術が行われるが、難渋する症例も経験する。
症例は72歳男性。総胆管結石に対し、前医でEST及びバルーンカテーテルにて截石術が施行された。検査終了後に腹痛を自覚し、腹部CTにて十二指腸、右腎周囲に液体貯留を認めたが、free airを認めずERCP後膵炎と診断された。保存的治療にて改善を認めず、検査2日後に当院紹介入院となった。入院時のCTにて右後腹膜より骨盤内へ炎症波及しており、腎不全、呼吸不全を併発しICU入室となった。第6病日に凝血塊によると思われる胆管炎を認めENBDを留置されたが、第14病日に貧血の進行を認めENBDの機械的刺激が原因と考え抜去するも、第17病日に更なる貧血の進行を認めた。乳頭部より後腹膜腔へ瘻孔及び出血を認めESTに伴う穿孔と診断された。外科とも協議したがEF 30%と心機能低下を認め開腹手術のリスクは高いこと、胆汁及び膵液漏出によるwalled-off necrosis（WON）が主な病態であることから、手術は行わずドレナージを行う方針とし、瘻孔閉鎖目的に胆管SEMSを留置した。炎症波及に伴う壊死性筋膜炎、陰嚢周囲にも壊死組織を認め右側腹部から鼠径筋層、陰嚢を切開、デブリードマンを施行されたが、右鼠径部と後腹膜及び骨盤内に交通を認めていることが判明し、右鼠径部から経皮下に内視鏡的ネクロセクトミーを行う方針とした。内部は壊死組織が著明であり計4回ネクロセクトミーを施行、持続洗浄も行い、膿瘍腔はほぼ消失した。一時改善傾向にあったが、徐々に心機能が悪化し第93病日に永眠された。
本症はEST後穿孔にも関わらず、膿瘍形成が主体でfree airを認めず診断までに時間を要したが、経皮下に施行した内視鏡的ネクロセクトミーが有用であった。

102（内）．遠位胆道狭窄に対するカバードメタリックステント留置後胆嚢炎の検討

○宇都宮蘭，矢根　圭，瀧川有記子，小林陽介，田中一成，遠藤壮登，小松直広，永井一正，金　俊文，林　毅，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】遠位胆道狭窄に対する減黄法としてカバードメタリックステント（CS）が留置される事が多いが,合併症として胆嚢炎を経験する．CS留置後胆嚢炎のリスク因子および治療経過について検討する．【対象と方法】2015年1月から2017年4月までに遠位胆道狭窄に対して初回CS留置を施行した症例のうち，胆嚢摘出術後を除く148例（悪性144,良性4）を対象とした．検討項目は1）患者背景，2）CS留置時の処置内容，3）胆嚢炎の発症率，治療内容および経過，4）胆嚢炎発症リスク因子とした．【結果】1）年齢中央値75歳（36-94），男女比78:70，原疾患は悪性として膵癌115（78%），胆管癌16（11%），胆嚢癌7，乳頭部癌3，その他3，良性として慢性膵炎2、EST後出血2。胆嚢結石合併38（26%），胆嚢管腫瘍浸潤45（30%），処置前胆管炎合併34（23%）であった．2）使用ステントはBraidedタイプ128（86%），Laser-cut 20（14%），CS留置時の抗菌薬投与112（76%），事前胆道ドレナージ施行60（41%）であった.3）胆嚢炎は21例14%（悪性20,良性1）で発症し，重症度は重症2，中等症15，軽症4であった．選択した治療法はPTGBA 15，PTGBD 1，CS抜去 1，保存的加療4であった．処置施行例における手技成功率は100%（17/17），全体の臨床的成功率は71%（15/21）であった．臨床的不成功6例はいずれもPTGBA施行であり，対処法はPTGBA再施行3，PTGBD 1，EUS-GBD 2で，全例で改善が得られた．4）胆嚢炎発症群と非発症群で年齢，性別，疾患，処置前胆管炎合併，胆嚢腫大，胆嚢結石，胆嚢管腫瘍浸潤，抗菌薬投与，胆嚢への造影剤流入，ステント種類について単変量解析を行ったところ，胆嚢炎発症群において胆嚢管腫瘍浸潤、Laser-cut stent使用が多く（p＜0.05），処置前胆管炎合併が多い傾向であった（p=0.08）．多変量解析では胆嚢管腫瘍浸潤（OR 22.1，95%CI 5.70-85.7），Lasercut stent（OR 4.68,95%CI 1.15-19.1）が有意な因子であった．【結論】遠位悪性胆道狭窄に対するCS留置後の胆嚢炎は14%で認められた．胆嚢管腫瘍浸潤，Laser-cut stentが胆嚢炎発症に関与する因子として抽出された．

103（内）．胃全摘Roux-en-Y再建術後の総胆管結石に対し、EUS antegrade techniqueを用いて経乳頭的排石を施行した1例

○石川和真[1]，吉田真誠[1]，須釜佑介[1]，坂本拡基[1]，池田裕貴[1]，小野道洋[1]，高田弘一[1]，宮西浩嗣[1]，加藤淳二[1]，伊藤智子[2]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，東札幌病院内科[2]）

背景：術後再建腸管例の総胆管結石排石においては、バルーン内視鏡を用いたERCP手技が発達してきている。内視鏡が乳頭に到達できない場合は、経皮ルートでの排石や、外科的胆管切開排石術などが選択されることが多い。近年、再建後腸管の総胆管結石症例に対してEUS antegrade technique（EUS-AG）を用いた排石が報告されており、忍容性、安全性ともに良好であると報告されている。
症例：60歳代、女性
病歴：2003年に胃癌にて胃全摘、Roux-en-Y再建術を施行された。2017年3月、発熱及び右季肋部痛を自覚し、前医を初診した。腹部エコー、CT、MRCPにて総胆管結石による胆管炎の診断となった。ダブルバルーン内視鏡での排石目的に当科紹介となった。
経過：入院翌日にダブルバルーン内視鏡を施行した。腸管の癒着のためか、十分なループ形成、短縮が得られず、乳頭への到達は困難であった。腹部症状が消失していたたため、外科的に胆摘、胆管切開排石の方針としたが、手術待機中に黄疸、肝胆道系酵素の上昇と、エコーにて下部胆管への結石の嵌頓を認めた。外科治療を待機できないことから、EUS-AGでの排石を試みる方針とした。
GF-UCT 260にて挙上空腸より肝左葉肝内胆管を描出し、19G　FNA針で穿刺した。造影で胆管走行を確認した後、ガイドワイヤーを十二指腸まで進め留置した。EPLBDバルーンで乳頭拡張を施行し、続いて排石用バルーンカテーテルにて結石を乳頭部から十二指腸に押し出す形で排石した。胆管空腸瘻孔部にプラスチックステントを留置して終了とした。
翌日軽度の腹痛を認めたが、保存的に軽快し、処置後2日目に食事を再開、5日目に退院となった。待機的に腹腔鏡下胆摘術が施行され、内視鏡治療後2ヶ月で胆管空腸瘻孔部のステントを抜去した。
結語：胃全摘、Roux-en-Y再建後腸管の総胆管結石に対してEUS-AGを用いて経乳頭的排石を施行した1例を経験した。

104（消）．総胆管内に落下し、肝胆道系酵素上昇を来した偽胆石症の1例

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

偽胆石とは、Ceftriaxone（CTRX）がカルシウムと結合して胆嚢内で結石を形成したものである。薬剤の中止により自然に消失するため、保存的治療が第一選択であり、CTRX投与中・投与後に胆嚢結石を認めた場合には、偽胆石症を念頭に置くことが必要である。今回、総胆管内に落下し、肝胆道系酵素上昇を来した偽胆石症の1例を経験したので報告する。
症例は74歳、男性。2016年8月頃より心窩部不快感あり、2017年2月に近医受診、EGDで体下部大彎に隆起性病変を認め、生検でGroup 5（tub1）と診断されたため、同年2月当科紹介受診となった。EGDでは体下部大彎に20mm大の0-IIa病変を認め、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なく、ESD適応病変と診断した。
同年3月にESD施行。術中に穿孔を来したが、クリップによる縫縮を行い、手技を完遂した。術後、胃管留置のうえ絶飲食とし、CTRX 2g/dayの投与を開始した。限局性腹膜炎によると思われる腹痛が持続したため、術後3日目にCTを撮影したところ、胆嚢底部に入院時には認めなかった高吸収域を認めた。さらに術後8日目に経口摂取再開の判断の目的にCTを撮影したところ、総胆管内にも高吸収域を認めた。総胆管結石症を疑ったが、腹痛や肝胆道系酵素の上昇なく経過観察とした。術後10日目に軽度の肝胆道系酵素上昇を認めるも腹部症状なく、薬剤性肝障害の可能性も考慮し、CTRX投与を中止した。しかし、肝胆道系酵素はその後も漸増し、術後15日目にはAST 54 U/l、ALT 197 U/l、ALP 871 U/l、γ-GTP 738 U/lまで上昇した。CTを再検したところ総胆管内の高吸収域はほぼ消失しており、経過より偽胆石が総胆管内に落下したものと考えられた。その後肝胆道系酵素は緩徐に正常化し、82日後のCTで胆嚢および総胆管内の偽胆石が消失しているのを確認した。

105（消）．胆管癌との鑑別が困難であった硬化性胆管炎による良性胆管狭窄の1例

○岸　法磨，杉山祥晃，太田勝久，斎藤　敦，相馬　学，阿部真美，松崎伸幸，藤井常志，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

症例は70歳代，女性．肝胆道系酵素異常にて，精査加療目的に近医より当科紹介となった.来院時の採血では，AST/ALT 29/64 IU/L，ALP 537 IU/L，γ-GTP 1050 IU/Lと肝胆道系酵素の軽度上昇を認めた．腫瘍マーカーであるCEA，CA 19-9，SPAN-1は正常値範囲内であったが，DUPANは1300 U/mLと異常高値を認めていた．なお，IgG 4は3.5 mg/dLと低値で，抗核抗体は陰性であった．当科入院後の腹部超音波検査では胆管の軽度拡張と，内腔の一部に淡い高エコー像を認め，debrisが示唆された．また，造影CTにて下部胆管にリング状の造影効果と内腔の狭窄を認め，肝内胆管，上中部胆管は軽度拡張していた．周囲リンパ節腫大，膵腫瘍は認めず，肝転移など明らかな遠隔転移も認めなかった．MRCPにても，下部胆管の先細り状の狭窄を認めたが，明らかな総胆管結石，debrisなどは認めなかった．以上より下部胆管癌を疑い,まず超音波内視鏡（EUS）を施行する予定であったが，検査当日の鎮静時に暴れてしまい，中止せざる得なかった.そのため．次にERCPを施行することになったが，ERCPでは，胆管造影すると下部胆管に狭窄を認め，EST切開後に胆管狭窄部より生検，ブラシ擦過診を施行し，ドレナージ目的にEBS 7Fr 5cmを留置して終了とした．その後の病理結果では腫瘍細胞を認めなかったが，上記画像所見より下部胆管癌を疑い，本人，ご家族に十分な説明の上，手術治療を強く希望されたため，膵頭十二指腸切除（PD）をする方針となった．しかし，術後病理の結果は，胆管上皮の異型はみられず,免疫組織化学でもP 53などの悪性腫瘍を示唆する所見はなく，下部胆管は硬化性に肥厚し,リンパ球主体の炎症細胞浸潤を認めていた，いわゆる硬化性胆管炎の所見であった．IgG 4陽性形質細胞はほとんど認めなかった．今回，われわれは下部胆管癌を疑いPDを施行したが，術後病理結果が硬化性胆管炎に起因としたと思われる良性胆管狭窄であった1例を経験したので，若干の文献的考察を加え報告する．

106（消）．胆管非拡張型膵・胆管合流異常症に合併した混合型腺神経内分泌癌（MANEC）の1例

○我妻康平[1]，平野雄大[1]，本谷雅代[1]，柾木喜晴[1]，志谷真啓[1]，阿久津典之[1]，佐々木茂[1]，木村康利[2]，竹政伊知朗[2]，仲瀬裕志[1]（札幌医科大学附属病院消化器内科学講座[1]，札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

症例は47歳男性。既往はなし。2016年5月頃より右季肋部痛と倦怠感を自覚し、同年8月に前医を受診した。造影CTにて肝S4/5に乏血性腫瘍を認め、胆嚢内腔の狭小と壁肥厚、肝十二指腸間膜周囲に多発リンパ節腫大を認めた。肝浸潤部に対し経皮的生検を施行し、胆嚢原発の神経内分泌癌（小細胞型）と診断された。更なる精査加療目的に同月当院に紹介となった。ERCPにて胆管非拡張型膵・胆管合流異常症を認めた（P-C型）。根治手術は困難と判断し、化学療法（CDDP+CPT-11）を施行する方針とした。5コース後のCTにて原発巣の縮小とリンパ節腫大の消失を認めたため、2017年2月SSPPD＋胆嚢床切除＋領域リンパ節郭清を施行した。切除標本の病理組織学的検査では、神経内分泌癌（小細胞型）が主体に広がる腫瘍であったものの、胆嚢粘膜面は管状腺癌の所見であり、混合型腺神経内分泌癌（MANEC）と診断した。術前化学療法の組織学的効果判定はGrade 1aで、pT 4a、ypN 1、yM 0、StageⅣA、総肝管と肝S 4グリソン鞘の断端に腫瘍細胞の残存を認めいずれも小細胞癌細胞であった。追加治療として同年3月に放射線治療を施行した。2017年6月現在、無増悪生存中である。腺内分泌細胞癌の組織発生には諸説あるが、先に生じた腺癌の内部に内分泌細胞へ分化した腫瘍細胞が発生することにより形成されると報告されている。本症例は胆管非拡張型膵・胆管合流異常症を合併しており、合併異常を基盤に腺癌が発生し、内分泌細胞癌へ分化し増殖したと推測され、貴重な症例のためここに報告する。

107（内）．術後再建腸管例における悪性胆道狭窄に対する胆道ドレナージ術の検討

○田中一成，矢根　圭，真口宏介，宇都宮蘭，瀧川有記子，小松直広，遠藤壮登，永井一正，小林陽介，金　俊文，林　毅，高橋邦幸，潟沼朗生（手稲渓仁会病院消化器病センター）

【背景】悪性胆道狭窄に対する胆道ドレナージにはERCP，PTBD，EUS-BDが存在するが，術後再建腸管例での成績については不明な点が多い．【目的】術後再建腸管例における悪性胆道狭窄に対する胆道ドレナージ術の成績について検討する．【対象】2011年6月から2017年5月までに当センターで胆道ドレナージ術を試みた術後再建腸管を有する悪性胆管狭窄37例．年齢（以下中央値）71歳，男女比 24：13，PS 1（0-4），原因疾患：再発性腫瘍（胃癌14，胆管癌11，胆嚢癌5，膵癌2，肝内胆管癌1），膵癌2，胆嚢管癌1，十二指腸癌 1．再建法はBillroth-II法 3，胃切除後Roux-en Y再建 12，PD 7，胆管空腸吻合 14，胃空腸バイパス 1であり，狭窄部位は遠位18，肝門部領域19（肝門部胆管4，胆管空腸吻合部15）．胆管炎合併28，処置術前のT.Bil値3.4（0-30.3）．初回に選択した手技は，シングルバルーン内視鏡（SBE）28（73.6%），PTBD 8（23.6%），EUS-HGS 1（2.6%）．臨床的成功は胆管炎の改善かつ処置後 2 週間以内にT.Bilが処置前の50%以下に減少もしくは正常化した場合と定義した．【検討項目】1）手技別のPSと狭窄部位，2）手技成功率，3）臨床的成功率と処置回数，4）早期偶発症．【結果】1）PSはSBE 0（0-3），PTBD 2（1-4），EUS-HGS 0，狭窄部位（遠位：肝門部）はSBE 12:16，PTBD 5:3，EUS-HGS 1:0であった．2）SBE：目的部位（十二指腸乳頭もしくは胆管空腸吻合部）到達率 85.7%（24/ 28），目的部位到達例における手技成功率 58.3%（14/ 24）．PTBD：100%（8/8），EUS-HGS：100%（1/1）．3）臨床的成功率，処置回数はSBE 100%（14/14），1 回（1-2），PTBD 25.0%（2/8），3 回（1-7），EUS-HGS 100%（1/1），1回であった．4）偶発症を10.8%（4/37）で認め，全例SBE例であった．内訳は膵炎2，胆管炎1，穿孔 1であり，穿孔例でPTBDを要した．【結語】術後再建腸管における悪性胆道狭窄に対するSBEによるドレナージ術は，手技成功率は不十分であったが臨床的成功率は高かった．初回にPTBDを選択した例はPS不良が多く、臨床的成功率は低かった．EUS-BDについては今後更なる検討を要する．

108（内）．巨大十二指腸乳頭部腺腫に内視鏡的乳頭切除術を施行し得た1例

○河端秀賢[1]，後藤拓磨[1]，佐藤裕基[1]，岡田哲弘[1]，林　明宏[1]，笹島順平[1]，水上裕輔[1]，奥村利勝[1]，藤井常志[2]（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[1]，旭川赤十字病院消化器内科[2]）

【目的】十二指腸乳頭部腫瘍は非常に稀な疾患である．十二指腸乳頭部腫瘍の治療として膵頭十二指腸切除術が選択されうるが,乳頭に限局した腺腫の低侵襲治療法として内視鏡的乳頭切除術（Endoscopic papillectomy；EP）が行われている.EPは早期偶発症として出血，膵炎，穿孔，胆管炎，後期偶発症として膵管・胆管口狭窄など重篤な偶発症が存在するが,完全生検としての診断的治療,外科手術に比べ低侵襲,再発の追加治療が可能という利点がある.今回 35mm大の巨大十二指腸乳頭部腺腫に対し,EPにて合併症なく一括切除し得たので文献的考察も含めて報告する.【症例】50歳代男性【現病歴】脳梗塞にて通院中に貧血進行を認めEGDを施行.乳頭部腫瘍を指摘され,精査加療目的に当科入院【血液検査所見】軽度貧血,その他特記所見なし【画像所見】十二指腸 2nd portionに35mm大の柔らかい乳頭状広基性腫瘍を認める.EUSにて膵管・胆管へ浸潤は認めない.（生検病理では腺腫）【EP】十二指腸 3rd portionへ切除検体の落下予防で腹臥位にて施行.サイズが大きく穿孔のリスクが高いと考え,特に腫瘍の前後壁側の粘膜下層にムコアップを盛り上げるように多量に局注した.深い十分な切除を行うため，スネアは口側隆起の口側端を目安にスネアリングを開始し,滑らないように押さえつけながら，スコープを十二指腸 3rd portionに押し込み,左右に振りながら肛側へも大きめにスネアリングし,切開電流で一括切除した.膵管・胆管口を同定し,膵管ステント（5Fr5cm）・胆管ステント（7Fr5cm）を留置し処置を終了した.【病理】High grade tubular adenoma,margin negative【考察】サイズの大きい乳頭部腫瘍は粘膜下局注を盛り上げるように多量に注入することで十二指腸穿孔リスクを下げ,切開電流で一気に切除することで膵への負担も軽減できると思われた.inside pancreatic stenting papillectomyを他施設で行っている報告もある。乳頭部腺腫はサイズ因子にかかわらず,EPの適応と思われた.

109（消）．約7年の経過で増大し切除し得た有茎性早期胆嚢癌の一症例

○秋山由樹[1]，横山和典[1]，松本　航[1]，代田　充[1]，沢田尭史[1]，旭　火華[1]，喜納政哉[1]，高田譲二[1]，益子博幸[1]，山野三紀[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

症例は48 歳女性。42 歳時に近医で施行されたUSで胆嚢ポリープを指摘されて当科に紹介された。当科で施行したUSでは肝実質と同程度のエコーレベルで描出される8mm大の有茎性病変と3mm大の小隆起を認めた。6ヶ月後の再検では前者は9mm大で内部に微小石灰化をともない、後者は3mm大であった。この時点ではコレステロールポリープとの鑑別が困難であったので、1 年後の再検査を指導したが、3 年 3ヶ月後に受診した。USでは前者は11mmで石灰化を認めず、後者は5mmであった。前者の病変はサイズが増大しており、15mmの時点で切除を前提に精査を検する方針として6ヶ月後の再検査を予約したが来院せず、1年4ヶ月後に受診し、12mmであった。その1 年 9ヶ月後（初診から約 6 年 9ヶ月後）に受診した際には21mmx 18mmの亜有茎性病変に増大していていたためにこの時点で切除方針となった。EUSでは内部がほぼ均一で周囲にIIb病変は伴わない不整形な亜有茎性病変で、病変基部の高エコー層の断裂を認めなかった。MRCPでは膵胆管合流異常は認めなかった。造影USでは早期に濃染された。CTではリンパ節腫大を認めなかった。胆嚢癌と診断し、EUSで基部が肝床側に一部かかっていたことから胆嚢摘出術、肝床部合併切除術が施行された。病理組織学的には25mmx 25mmx 8mmの有茎性病変で、tub1＞tub2の粘膜内癌で、背景胆嚢粘膜は過形成で、偽幽門腺化生やRASを認めた。胆道癌診療ガイドラインでは10mm以上で、かつ画像上増大傾向を認める場合には胆嚢癌の頻度が高く、胆嚢摘出術が推奨されるとしている。本例では受診が不規則で担当医も交代して診断が遅れたが、病変の増大傾向ありを適格に判定する重要性を再認識させられた。

110（消）．出血性胆嚢炎で発症したSS胆嚢癌の1例

○安達雄輝，河本　徹，内海辰哉，藤永明裕，佐藤智信，後藤　充，田邊裕貴，斎藤義徳，柳川伸幸，折居　裕（JA北海道厚生連旭川厚生病院）

症例は80歳代女性。心窩部痛と背部痛が出現し、潰瘍性大腸炎で通院中の近医へ救急搬送となった。同院の腹部単純CTで胆嚢腫大を認め、急性胆嚢炎の診断で入院し保存的治療が開始された。しかし、第2病日になっても疼痛コントロールが得られず、貧血の進行を認めたため当院へ救急搬送となった。当院搬送時、発熱は無いものの右季肋部に膨隆し腫大した胆嚢を触知し得た。同部位は自発痛とともに圧痛が強くMurphy Signも陽性であった。採血上はRBC 312 万/μl、Hb 8.5 g/dl と貧血を呈し、T-Bil 1.1mg/dl、D-Bil 0.6mg/dl、AST 775U/L、ALT 622 U/L、γ-GTP 129 U/L, ALP 1037 U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。前医単純CTで胆嚢内に高吸収の浮遊物と液面形成が認められたため、活動性の出血性胆嚢炎を想定し腹部Dynamic CTを施行した。Dynamic CTでは胆嚢は腫大し、動脈相で造影効果のある胆嚢底部に限局した壁肥厚が存在しており、同部位に血管様構造が見られた。胆嚢内は高吸収の浮遊物が存在し凝血塊と考えられ、胆管内にも流出していた。明らかな胆嚢動脈瘤や腹腔内出血を認めず、胆嚢壁肥厚部からの胆嚢内出血を疑い、発症から72時間以内で且つ胆嚢癌も否定できない点から、緊急開腹胆嚢摘出術を施行した。術中所見では、緊満した胆嚢を認めたが胆嚢床の癒着は軽度であり、摘出された胆嚢内腔には充満した凝血塊を認め、結石は存在しなかった。また、胆嚢底部に粘膜の肥厚があり中心部に潰瘍形成を認めた。病理組織学的にはΦ 4.6cm x 3.8cmの潰瘍形成を伴う結節性病変で、N/C比の増加した異型上皮が不規則な腺管構造と癒合腺管構造を示す高分化型腺癌であり、T2（SS）N0M0 pStageIIであった。急性胆嚢炎は日常診療で比較的多く遭遇する疾患であるが、胆嚢内出血を呈するものは出血性胆嚢炎と呼称され比較的稀である。今回、出血性胆嚢炎で発症したSS胆嚢癌の稀な1 例を経験したため文献的考察を加え報告する。

111（消）．巨大肝内胆管癌に対して集学的治療により長期生存を得た1例

○川村武史，岡村圭祐，櫛谷洋樹，城崎友秀，宮坂　衛，大場光信，中西喜嗣，浅野賢道，野路武寛，倉島　庸，海老原裕磨，中村　透，村上壮一，土川貴裕，七戸俊明，平野　聡（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ）

【はじめに】胆道癌に対する唯一の根治的治療は外科切除である。しかしながら、診断時に進行癌として発見される例が多いことが治療成績の向上を阻む要因の一つである。肝内胆管癌では、腫瘍の大きさや位置によりしばしば大きな肝切除が必要となるため、その適応には限界があり、化学療法や放射線療法を組み合わせた集学的治療が有用であった報告が近年散見されるようになった。【目的】巨大肝内胆管癌に対する根治切除を行い、1年後に再発を来したが化学療法を行い、長期生存を得た症例を報告する。【症例】60歳代、女性。腹部不快感を主訴に近医を受診し、画像検査上、肝S4を中心とした直径10cm大の腫瘤を認め、肝内胆管癌と診断された。腫瘍は肝前・後区域グリソンから肝門板に広く接し、門脈臍部の右縁に接していたが根治切除可能と判断した。経皮的門脈枝塞栓術を行った後に肝右三区域切除・肝外胆管切除を行った。手術時間は7時間23分、出血量は1920mlだった。術後経過に問題なく、術後27日で退院した。病理組織学的検査では腫瘤形成型、Moderately differentiated adenocarcinoma、T3、N0、M0、pStage3であった。 術後約1年目に残肝再発と肺転移を来たしたが、GEMの投与を15クール行った後、TS-1による2次治療を4クール行った。その後、再度PD判定となりBSCへと移行したが、術後約5年の生存を得られた。【まとめ】日本肝癌研究会の全国原発性肝癌追跡調査報告によると、10cm以上の肝内胆管癌の生存期間中央値は約1年と短い。しかし、今回我々は外科切除を含めた集学的治療により約5年の生存を得た症例を経験した。胆道癌に対する集学的治療で外科が果たす役割はいまだ大きく、個々の症例の状況に合わせた術式選択と治療の組み合わせが重要である。

112（消）．当初非切除と診断しメタリックステント挿入8ヶ月後に根治切除を行った肝門部領域胆管癌の1例

○野路武寛[1]，川村武史[1]，中西喜嗣[1]，浅野賢道[1]，海老原裕磨[1]，倉島　庸[1]，中村　透[1]，村上壮一[1]，土川貴裕[1]，岡村圭祐[1]，七戸俊明[1]，三橋智子[2]，平野　聡[1]（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[1]，北海道大学病院病理部[2]）

緒言：メタリックステント（MS）の普及に伴い、MS挿入後に膵癌などの根治切除を行う症例が増加しつつあるが、肝門部領域胆管癌については殆ど報告されていない。MS挿入・留置は炎症の波及、ステントの胆管壁外逸脱などにより手術操作を困難なものにするため、一般的にMS挿入後の肝門部胆管癌に対する手術は避けるべきであるとされている。今回、肝転移により非切除とし、MS挿入から8ヶ月後に根治切除を行った肝門部領域癌症例を経験した。症例：60歳代男性。腹腔鏡下胆嚢摘出術（LC）の既往がある。黄疸の精査にて、左肝管への表層拡大進展を伴う乳頭浸潤型Bismuth Type Iの肝門部領域癌と診断された。肝左葉切除・尾状葉・肝外胆管切除を予定し手術を行った。開腹所見で肝S3に結節性病変を認め、同病変は、構造異型を伴う異型腺管を伴っており、肝転移と診断した。このため、試験開腹とし、術後に左右肝管合流部―Vater乳頭部にWallFlex partial covered（10x80 mm）を挿入した。MS挿入後は、特に合併症をみとめず自宅退院したが、術後1ヶ月、肝外側区に肝切除生検部からの胆汁漏を原因とするbilomaの形成を認め、経胃的ドレナージを要した。術後2ヶ月に化学療法を開始し、8ヶ月間継続した結果、新規病変の出現を認めず、根治手術を予定した。開腹時、LC後とbilomaドレナージ部には高度の癒着を認めたが、MS挿入部には、中等度の炎症性癒着を認めたのみであり、予定通り肝左葉尾状葉切除・肝外胆管切除を施行可能であった。術後、肝切離部に膿瘍形成を認めドレナージを要したが、保存的に改善した。病理組織学的検査では原発巣は、ごく僅かに繊維筋層への浸潤pT1b（fm）を伴うが，N0と診断された。また、当初、肝転移と診断した病巣は、原発巣の病理組織学的所見および免疫組織学的所見から肝腺腫と診断され、pT1bN0M0　Stage Iと最終診断した。

113（消）．進行肝内胆管癌に対して切除とGemcitabineにより長期予後を得た1例

○長津明久，神山俊哉，島田慎吾，若山顕治，折茂達也，横尾英樹，蒲池浩文，武冨紹信（北海道大学大学院消化器外科学Ⅰ）

症例は76歳女性。左下腹部の不快感を主訴に近医を受診しエコーで肝内に巨大な結節性病変を認めた。精査の結果、肝左葉に12cm大の造影効果の遷延する分葉状腫瘤、を認めた。さらに傍大動脈リンパ節の腫大を認め。リンパ節転移を伴う肝内胆管癌の診断となり、当科で肝拡大左様切除とリンパ節郭清、胆嚢摘出術を施行した。手術時間は6時間47分、出血は165mlで、術中有害事象は認められなかった。術後病理標本ではICC, H3, 腫瘤形成型, St（LMA）,11x7.5cm , Eg, Fc（-）, Fc-inf（-）, Sf（-）, S1, N1, Vp0, Vv0, Va0, B0, P0, SM（-）5mm, T3N1M0 Stage4b（取扱い規約第6版）CH,Hr3,D（+）,R（-）CurBで肉眼的には全切除できたものの補助化学療法としてGemcitabineを投与予定とした。しかし術後約1ヶ月目の化学療法前の評価CTで腹腔内に複数のリンパ節腫大を認め、転移の診断となった。Gemcitabineをbiweeklyで投与し、その後病変は徐々に縮小。手術から2年4ヶ月経過したがSDを維持して現在評価病変なく生存中である。肝内胆管癌おいてリンパ節転移は有力な予後因子として知られているが郭清範囲や取扱いの規定は明確ではない。本症例の経過に加え、当科での肝内胆管癌に対する補助化学療法のデータと合わせて若干の文献的考察を加え報告する。

114（消）．IPMCとの鑑別に苦慮した膵粘液癌の1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]，柳川伸幸[2]（遠軽厚生病院内科[1]，旭川厚生病院消化器科[2]）

【症例】72歳、男性。2014年8月に急性胆管炎の診断で当科紹介となった。CTで膵頭部から体部にかけて大小様々な類円形の嚢胞病変を多数認め、嚢胞壁に造影効果がみられた。尾側膵管は拡張し、大動脈周囲リンパ節腫大と左鎖骨上リンパ節腫大も認めた。USでは辺縁整で類円形の腫瘤として描出された。腫瘤の内部は充実性成分で満たされ、線状、点状の高エコーを伴っていた。膵腫瘍による閉塞性黄疸と診断し、ERCを試みたが胆管挿管できず、PTGBDを施行した。チューブ造影で下部胆管にV字型の狭窄を認めた。画像上IPMCや粘液癌を疑い、組織診断目的で左鎖骨上リンパ節より生検し粘液癌の診断となった。以上より膵粘液癌、鎖骨上リンパ節転移、大動脈周囲リンパ節転移と診断し、S-1による化学療法を開始した。しかし1コース目途中で下痢が頻回になり休薬した。その後腹痛を主訴に当科外来を受診し、CTでfree airを多量に認め消化管穿孔の診断となった。全身状態が不良で、家族の希望もあり、開腹術はしない方針となった。その後、敗血症で永眠された。病理解剖を施行したところ、膵頭部から体部にかけて一塊となった多房性腫瘤を認めた。腫瘤割面はゼリー状の粘液を多量に認め、大小の粘液結節が集簇していた。病理組織学的には、腫瘍辺縁および内部に線維組織の増生を認め、内部は粘液結節、粘液湖を形成し、粘液内には癌細胞が浮遊していた。また一部の嚢胞壁にIPMNと診断可能な乳頭状増殖を認め、IPMN由来浸潤癌の可能性が考えられた。尚、癌性腹膜炎の所見は認めず、横行結腸に穿孔を認め、原因は虚血性大腸炎であった。【考察】膵粘液癌は膵癌全体の約0.6%の頻度を占める稀な腫瘍である。粘液癌と画像診断するには、病変を嚢胞ではなく充実した結節としてとらえ、粘液結節と診断することが重要である。しかし粘液結節とIPMNの壁在結節との鑑別は困難であることが多い。本症例では超音波所見が粘液結節や粘液内に浮遊した癌細胞を反映しており、IPMCとの鑑別に有用な所見であった。

115（消）．分枝型IPMNと通常型膵癌が併存したbifid pancreasの1例

○澤井康弥[1]，北川　翔[1]，奥　大樹[1]，岡村圭也[1]，平山　敦[1]，長川達哉[1]，宮川宏之[1]，市原　真[2]，岡田邦明[3]（札幌厚生病院消化器内科（胆膵内科）[1]，札幌厚生病院病理診断科[2]，札幌道都病院外科[3]）

【緒言】bifid pancreasは膵が二股に分離する形成異常であり、本邦では2 例の報告があるのみである。分枝型IPMNと通常型膵癌が併存したbifid pancreasの報告は検索しうる限り存在せず、貴重な症例と考え報告する。【症例】60歳、女性。右卵巣癌と子宮体癌の術後経過観察目的に施行されたCTで、膵嚢胞の精査目的に当科紹介となった。腫瘍マーカーはCEA 1.3ng/mL、CA 19-9 4.9U/mLと基準値範囲内。造影CTで膵体部に15mm大の嚢胞性病変を認め、尾側の主膵管は10mm径に拡張し、その3cm程度尾側で限局性の主膵管狭窄を認めた。EUSでは膵体部に22mm大の2房性の嚢胞性病変があり、すぐ尾側より主膵管拡張が始まり、体尾部移行部の主膵管狭窄部には8mm大の低エコー腫瘤を認めた。ERPでは膵体部で主膵管は二股に分かれて描出され、bifid pancreasとして矛盾しない所見であった。その分岐部で主膵管の狭窄があり、同部より尾側の主膵管は紡錘状に拡張し、さらに尾側で主膵管の高度狭窄を認めた。この狭窄部の生検と細胞診では悪性所見は認めなかったが、画像所見から膵癌を強く疑い、膵体尾部切除を施行した。病理組織学的には同狭窄部位は通常型膵癌と診断され、主膵管が二股に分岐する部位の近傍には分枝型IPMNがあり、一部は主膵管への進展を疑う所見であった。S-1による術後補助化学療法を行い、術後33ヶ月が経過したが再発の所見を認めていない。【考察】自験例での特徴的な主膵管の紡錘状拡張は、主膵管に進展したIPMNによる主膵管狭窄と、通常型膵癌による主膵管狭窄が併存したことで生じた可能性が示唆された。

116（消）．IPMN併存膵癌における膵癌発生前の画像所見

○遠藤壮登，金　俊文，真口宏介，潟沼朗生，高橋邦幸，林　毅，矢根　圭，永井一正，小松直広，田中一成，小林陽介，瀧川有記子，宇都宮蘭（手稲渓仁会病院消化器病センター）

【背景】IPMNの診療に際しては併存膵癌の発生に注意する必要がある。しかし、事前の膵癌発生部位に関する画像所見については明らかにされていない。【目的】IPMN併存膵癌例における膵癌診断前の画像所見を後方視的に解析し、膵癌発生部位に異常所見が存在したか否かについて検討する。【対象と方法】2004年4月から2017年3月に当センターで診療したIPMN併存膵癌 66 例（IPMNと離れて存在;確診群 39、隣接して存在;隣接群 27）のうち、膵癌診断の1年以上前までに造影CTまたはMRCPが施行されていた23例（確診群13、隣接群10）。【検討項目】1. 確診群の患者背景、2.隣接群の患者背景、3.造影CT/MRCPの異常所見【結果】1.IPMNは全例分枝型であり、主占拠部位は頭部/体尾部 4/9、単発/多発 10/3。10mm未満の小嚢胞を伴う例 4（31%）であった。初診時の嚢胞径中央値は16mm（10-36）、主膵管径中央値は3mm（2-13）、結節は3例（23%）に認め、うちIPMN切除（膵体尾部切除、膵中央切除）の2例はhigh-grade dysplasiaであった。膵癌発生時期は初診時より55ヶ月（中央値; 22- 115）であり、IPMN主病変の頭側に発生 6、尾側 7であった。2. IPMNは全例分枝型であり、主占拠部位は頭部/体尾部 6/4、単発/多発 5/5。10mm未満の小嚢胞を伴う例 5（50%）であった。初診時の嚢胞径中央値は22mm（11-33）、主膵管径中央値は3mm（2-7）、結節は1例（10%）に認めた。膵癌発生時期は初診時より41ヶ月（中央値;12-138）であった。3.造影CTもしくはMRCPで膵癌発生部位に異常所見が見られたのは23例中5例（22%）であり、確診群 4例、隣接群 1例であった。確診群の所見としては、膵実質の限局性萎縮 1、限局性主膵管狭窄 2、萎縮＋主膵管狭窄 1であった。隣接群の所見は、限局性主膵管狭窄 1であった。【結論】併存膵癌の発生部位として、IPMNと離れた部位での膵実質の限局性萎縮と主膵管狭窄に留意することが重要である。一方、隣接併存膵癌発生の予測は困難である。

117（消）．術前診断が困難であった膵粘液性嚢胞腺癌の1例

○齋藤　敦，杉山祥晃，岸　法磨，太田勝久，相馬　学，稲葉千尋，松崎伸幸，細木弥生，阿部真美，藤井常志，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

【症例】60歳代, 女性【経過】腹部腫瘤の自覚あり，2017年4月に近医を受診した．その際のCTにて膵尾部に嚢胞性腫瘤を認めたため, 精査加療目的に当科紹介受診となった．当院来院時の血液検査では，CRP高値に加えて，CEA 54.9 ng/ml，CA 19-9 ＞19000 IU/mlと高度に上昇していた．膵酵素の上昇は認めなかった．造影CTでは膵尾部と網嚢内に2つの嚢胞性腫瘤を認めた．膵尾部の病変は110 × 100× 150mmで単房性であった．嚢胞壁は薄く平滑であり，弱い造影効果を認めた．嚢胞内背側に軽度の造影効果を伴う小結節様構造を認めた．網嚢内の病変は95× 40× 60mm程度であり, 被膜は薄く，膵尾部の病変と蛇行した管状構造で連続しているようであった．MRCPでは2病変ともに同様の内部性状を示しており, 主膵管との交通は認めなかった．腹部超音波検査では膵尾部の病変は単房性であり，内部に充実成分や浮遊する点状エコーを認めた．網嚢内の病変の描出は不十分であった．EUSでは膵尾部の嚢胞性腫瘤の被膜に厚みは認めず，壁在結節が散見された．内部に低エコーの充実成分や10mm程度の石灰化も認めた．厚みを持った隔壁様構造も描出された．網嚢内の病変は内部に充実成分が目立ち、薄い隔壁様構造も認めた．EUSでも両病変は蛇行する管腔様構造で交通しているように見えた．膵尾部の病変は充実成分の内部に比較的整った形態の石灰化を認め，EUSでは歯牙のようにも描出されたことから，膵類皮嚢胞を第一に考えた．　被膜も薄くcyst in cyst構造もはっきりしなかったためMCNは積極的には疑わなかった．腺癌マーカー高値も認めており，膵癌の嚢胞変性等も否定できなかった．網嚢内の病変は膵尾部の病変が破裂し, 貯留したものと考えた．しかし, 術前診断は困難であり，診断的治療として，2017年5月，膵尾部切除を施行した．術後病理診断はMucinous cystadenocarcinoma, invasiveであった．【結語】術前診断が困難であった膵粘液性嚢胞腺癌の1 例を経験した．若干の文献的考察を踏まえて報告する．

118（消）．特異な形態を呈した膵神経内分泌細胞癌の1例

○佐々木貴志，伊藤　憲，山田　錬，西澤竜也，小林智絵，江藤和範，山本文泰（苫小牧市立病院消化器内科）

症例は50歳代　男性．健康診断で施行した腹部超音波検査でびまん性膵腫大を指摘され当科受診となった．初診時血液検査所見では，空腹時血糖高値，Hba 1c 10.6% と糖尿病のコントロールは不良であった．腹部超音波検査では, 膵体尾部は境界明瞭, 表面平滑なびまん性腫大を認めた. 内部は充実性でモザイクパターンを呈していた．ダイナミックCT 検査では，単純CTで膵体尾部腫瘤内部は縞模様の低吸収領域として観察され，動脈相から後期相にむかい徐々に隔壁と思われる縞模様構造部が造影され，内部充実性病変部は軽度造影増強効果を認めるのみであった．MRI 検査では，T 1・T 2 強調画像では比較的均一なlow intensity として観察され，T 2 強調画像では，一部でhigh intensity 領域の混在を認めた．MRCP では主膵管は同定不能であった．EUS-FNA を施行したところ，病理組織所見では，類円形核と淡く両染性に染まる細胞質を有する腫瘍細胞が索状から腺腔状, 一部ロゼット状に配置しており, これらの腫瘍細胞は免疫組織検査で, Chromogranin, Synapthophysin 共に陽性であり，MIB- 1indexは50%以上と高いことからNEC G 3 相当の診断となった．膵頭部側ならびに門脈への浸潤も認めたことから，膵全摘+門脈合併切除を施行した．術後標本検体の割面では，壊死成分を伴う充実性腫瘤として観察された．病理組織学的所見では，CT検査での縞模様領域に一致して壊死ならびに繊維化を，造影不領域に一致して神経内分泌腫瘍細胞を認めた．最終診断は，Pancreatic cancer, Pbht, TS 4, nodular type, neuroendocrine carcinoma, large cell-type, G 3, INFa＞INFb, ly 0, v 1, ne 0, mpd（+）, s（+），fStage III となった．術後残存病変の評価目的にオクトレオスキャンを施行したが, 明らかな残存病変は指摘されなかったが, 術後補助化学療法としてCPT-11 + CDDP 併用療法を行っており，無再発生存中である．

V-1（内）．胃上皮性腫瘍に対するデンタルフロスクリップESDの使用経験

○皆川武慶，住吉徹哉，大岩修太郎，得地果穂，吉田将大，藤井亮爾，岡川　泰，庵原秀之，平山眞章，近藤　仁（斗南病院消化器内科）

【背景と目的】
胃上皮性腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）においては、病変に適切なトラクションをかけることで粘膜下層の視認性が向上し、安全かつスピーディーな剥離が期待できる。今回、デンタルフロスクリップを用いた牽引法ESD（DFC-ESD）の当院での使用経験を報告する。
【対象と方法】
当院は倫理委員会の承認を得た上で胃上皮性腫瘍に対する従来法ESDおよびDFC-ESDの多施設共同無作為化比較試験（CONNECT-G study）に参加した。当院よりCONNECT-G studyに登録した39症例を対象とし、ESD施行時間、一括切除割合、組織学的完全一括切除割合、偶発症（穿孔、後出血）発生割合につき検討を行った。また、ESD経験数や病変部位別のESD施行時間も検討した。
【結果】
当院より登録した39症例は従来法ESD群（A群）22例、DFC-ESD群（B群）17例に割付された。ESD施行時間（分）はA群58.6±39.3.・B群54.7±47.2（p=0.49）であった。一括切除割合は両群ともに100％、水平断端陽性割合は両群とも0％、垂直断端陽性はA群1例・B群0例であった。穿孔は両群で認めず、後出血はA群0例・B群1例であった。また、初学者（ESD経験数40例以下）におけるESD施行時間（分）はA群52.3±13.0・B群52.3±14.7、処置完遂割合は両群ともに100％であった。病変部位別のESD施行時間に関しては症例数が少なく、一定の傾向は示せなかった。
【結論】
当院登録症例の検討ではESD施行時間についてDFC-ESD群と従来法ESD群で有意差を認めなかった。CONNECT-G study全体においても主要評価項目のESD施行時間では有意差を認めなかったものの、DFCを使用することで穿孔率を低下させ、U/M領域の大彎病変に限定すればESD施行時間が短縮することが示されており、そのような症例ではDFCの使用を考慮してもよいだろう。当日は実際のDFC-ESD手技についてビデオを供覧する。

V-2（内）．エンドサイトスコピーシステムを用いた表在性非乳頭部十二指腸腫瘍の診断

○宮本秀一[1]，加藤麻倫[1]，松田可奈[1]，安孫子怜史[1]，津田桃子[1]，山本桂子[1]，小野尚子[2]，工藤俊彦[1]，清水勇一[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【背景】表在性非乳頭部十二指腸腫瘍（Superficial Non-Ampullary Duodenal Epithelial Tumor, 以下SNADET）は、生検診断の正診率が低い点や、生検による繊維化が報告されており、生検診断に変わる新しい診断方法が求められている。エンドサイトスコピーシステム（Endocytoscopy system, 以下ECS）は約400倍での拡大観察が可能で、生体下で核や腺管構造を観察できる内視鏡システムである。食道・胃・大腸腫瘍における有用性は報告されている。しかし、十二指腸腫瘍では、腺腫に対する症例報告を認めるのみで、十二指腸腫瘍におけるECSの有用性や腺癌に対するECS所見を報告したものは認めない。【目的】SNADETにおけるECS観察方法の検討と、ECS所見の検討【対象・方法】当院におけるSNADET 4症例。使用スコープ：GIF-Y 0074。使用染色液：メチレンブルー0.1％、ピオクタニン1％。【検討1】染色方法の検討：まずメチレンブルー0.1％散布しECSで単染色像を観察し、つづいてピオクタニン1％を散布し二重染色像をECSで観察した。周囲正常粘膜はメチレンブルー染色による核染色のみで絨毛構造も描出可能であった。SNADET 4 症例では、メチレンブルー単染色では4症例とも核の極性の乱れ・大小不動は描出可能であった。しかし、腺管構造の評価については1 症例では核の配列から腺管構造が描出されたが、3 症例では核の配列が乱れていたため腺管構造については描出されなかった。ピオクタニンを用いての二重染色では4 症例とも腺管構造が描出することが可能であった。（ビデオ供覧）【検討2】病理学的検討：3 症例がAdenocaricnoma、1 症例がAdenomaの診断であった。Adenocaricnoma症例のECS所見は核の大小不動・極性の乱れが観察でき、Adenoma症例では核の極性が保たれていることが観察でき病理所見と類似した。【結語】ECSはSNADETの内視鏡診断における新しい診断方法となる可能性を認めた。

V-3（内）．隆起性病変に対する大腸ESDのアプローチの工夫

○道上　篤[1]，前田　聡[1]，寺門洋平[1]，鈴木　肇[1]，乙黒雄平[1]，伊藤彰洋[1]，賀集剛賢[1]，柳原志津妃[1]，渡邊義行[1]，萩原　武[1]，小澤　広[1]，岩口佳史[2]，市原　真[2]，後藤田裕子[2]，村岡俊二[2]（JA北海道厚生連札幌厚生病院胃腸科[1]，JA北海道厚生連札幌厚生病院病理科[2]）

大腸ESDは、内腔が狭く屈曲しているうえに壁が薄いため難易度が高いとされている。治療困難例となる要因としては、病変の大きさ、局在、線維化やスコープの操作性不良等が考えられるが、中でも隆起性病変は粘膜下層に高度な線維化や筋層牽引を伴うことがあり、治療に難渋することが多い。隆起性病変では口側を残して手前から処置を進めていくと、後々病変が倒れこみ口側の処置が困難になることがあるため、アプローチの工夫が必要である。当科では口側を先に切開、トリミングをし、剥離後に肛門側から処置を進めていくというアプローチを試みている。今回大腸隆起性病変に対する大腸ESDの治療成績と治療法に関して報告する。2015年1月から2017年4月まで当科において大腸ESDを施行した病変のうち、30mm以上の隆起性病変9例を対象とし治療成績を検討した。全体の治療成績は、治療時間115分、単位切除面積当たりの治療時間12.8分/cm^2、一括切除率88.9％で穿孔等の合併症は認めなかった。口側を先に処理する治療法の成績は、治療時間141分、単位切除面積当たりの治療時間9.1分/cm^2、一括切除率100％であった。少ない症例数での検討ではあったが、口側を先に処理する治療法の成績は比較的良好であると考えられた。しかし中には筋層の牽引が避けられない症例が存在しており、さらなる工夫が必要であると考える。

V-4（内）．大腸ESDにおける牽引法（S-O clip）の有効性について

○安部智之[1]，藤井重之[1]，柴田敬典[1]，佐藤昌則[1]，山田充子[1]，小野道洋[1]，黒田裕行[1]，前田征洋[1]，藤田美悧[2]，佐賀潤也[3]，渡邊晃一[3]（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査室[2]，札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

【背景】大腸腫瘍に対する内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）は、大きさに関わらず一括切除が可能な有効な手技であるが、大腸は壁が薄く操作性が困難なことから難易度が高く、長時間を要する上に穿孔などの危険性も高い。2012年4月に保険収載されて以降、多様なデバイスが考案され、治療の標準化へ向けての様々な取り組みが行われてきた。【目的】当院では2008年から大腸ESDを開始し、2010年12月に至るまでを前期群、2011年1月から2013年3月までを後期群に分け検討し、手技の安定性について報告した。（2013年8月消化器内視鏡学会北海道地方会）より安全に、かつ迅速に手技を施行する目的で、牽引法に着目し、2017年4月からS-O clipを導入しており、その有用性について検討した。【対象】2013年4月から2017年5月までに大腸ESDを施行した53病変（腺癌14病変、腺腫30病変、カルチノイド8病変）。2013年4月から2017年3月までを牽引なし群、2017年4月以降を牽引あり群で分け、治療成績を検討した。【結果】牽引なし群：44症例、46病変、切除時間171.7（14～794）分、標本径42.3（15～130）mm、病変31.3（1～120）mm、病理組織　腺腫26病変、M癌3病変、SM浅層癌3病変、SM深層癌6病変、カルチノイド8病変、一括切除率84.8％（39/46）、治癒切除率80.4％（37/46）、偶発症微小穿孔1病変（2.2％）であった。牽引あり群：6症例、7病変、切除時間98（43～183）分、標本径41.8（25～51）mm、病変27.9（19～40）mm、病理組織　腺腫5病変、M癌1病変、SM深層癌1病変、一括切除率85.7％（6/7）、治癒切除率85.7％（6/7）、偶発症　0病変（0％）であった。【考察】牽引法によって粘膜下層の良好な視野が保持され、安全にESDが施行でき、切除時間が有意に短縮されたと考えられた。

V-5（内）．当科での消化管悪性リンパ腫の内視鏡診断における工夫

○嘉島　伸，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）

【目的】悪性リンパ腫（ML）の節外性病変は消化管に最も高頻度に発生するため消化管病変の検索が重要となる．しかしスクリーニング大腸内視鏡検査（CS）でのML消化管病変とリンパ濾胞過形成（LH）の鑑別は困難である．本研究では，消化管ML病変の診断に有用なNBI所見を検討し，さらに化学療法後のML消化管病変残存の判定における有用性についても解析する．【対象・方法】対象は当科で2008年～2017年にMLと診断された108症例であり，男女比は56：52，全身性ML：消化管原発ML（CS前の精査にて上部消化管にリンパ腫病変を認めた症例）95：13，Hodgkin lymphoma：non-Hodgkin lymphoma 5：103であった．これらの症例にCSを施行し，通常光観察，NBI観察と病理検査を施行した．NBI観察にて毛細血管網消失，不整血管出現を認める病変をMLとした場合の診断能をprospectiveに解析し，さらに化学療法前後のNBI所見の変化について検討した．【成績】NBI観察と病理検査を施行した439病変において，MLは65病変，LHは374病変であった．毛細血管網消失や不整血管出現の出現率はMLでは83.1%，66.2%であり，LHと比較し有意に高率であった（25.1%，4.3%）．これらの所見を用いてMLとLHを鑑別した場合，正診率は91.3%，感度は66.2%，特異度は95.7%，陽性的中率は72.9%，陰性的中率は94.2%であり，通常光観察（それぞれ83.3%，26.2%，93.3%，40.5%，87.9%）と比較し有意に高率であった．また化学療法前後のNBI所見を検討し得た27病変（化学療法により腸管ML病変が消失した20病変，ML病変が残存した7病変）の検討では，ML消失群では毛細血管網消失は100%（20/20）から20%（4/20）へ，不整血管出現は70%（14/20）から5%（1/20）へと低下し，ML残存群と比較し有意に減少していた（100%（7/7）→100%（7/7），42.9%（3/7）→28.6%（2/7））．【結論】拡大NBI所見（毛細血管網消失と不整血管出現）は，ML消化管病変とLHとの鑑別に有用であり，さらに化学療法後のML病変残存の判定にも有用と思われた．本発表では，当科で施行している，消化管ML診断時の拡大NBI観察手順についても供覧する．

V-6（内）．小腸腫瘍性病変における各検査法の診断率と診断率向上への工夫

○藤田朋紀，平田裕哉，嘉成悠介，小松悠弥，和賀永理子，高梨訓博，安保智典，勝木伸一（小樽掖済会病院）

（目的）各種モダリティの進歩により小腸疾患の発見率は年々増加している。当院ではダブルバルーン式小腸内視鏡（以下DBE）カプセル内視鏡検査（以下CE）に加えてDBE直後にCTを撮像し小腸Virtual endoscopy（ＶＥ）を付加することで病変検出率向上の工夫を行っている。この度、腫瘍性病変を効率よく検出することを目的とし、腹部造影CT，CE，DBE，DBE後ＶＥ各々の検査法の使用状況と病変検出率につき検討を行った。（対象・機種）対象は当院において小腸腫瘍性病変と診断された52名（男性29名,女性23名2004.10～2017.3）。機種は内視鏡:FUJIFILM社 製EN 450Ｐ5,Ｔ5。Given Imaging Ltd.,PillCamTM SB-1, 2, 2puls, 3。CT:東芝Aquilion/M 16, 80列マルチスライスCT scanner toshiba Aquilion/PRIMEを使用した。（成績）診断はSMT 28.8%（15/52），リンパ腫23.1%（12/52），小腸原発腫瘍・血管腫15.4%（8/52），転移性小腸腫瘍7.7%（4/52），ポリープ5.8%（3/52）,子宮癌局所再発3.8%（2/52）であった。有所見率は腹部造影CT，CE，DBE，DBE後ＶＥ各々31.3%（15/48），91.7%（22/24），87.5%（42/48），71.9%（23/32）とCE・DBEの有所見率が高く、DBEで所見が得られなかった症例は病変に到達できなかった症例のみであった。また、CEでは病変そのものをとらえられていなくてもRTAを所見ととらえると100%（24/24）と検出率は向上した。さらに、DBE後ＶＥは壁の肥厚を呈する疾患、特にSMTにおいては81.8%（9/11）と検出率は高率であった。CTとＶＥは両者ともにCTという同じmodalityではあるが、腸管にairを入れるＶＥにおいて発見率の向上が得られた。さらに3phaseで撮影することでSMT・血管腫は検出し易くなった。（結論）小腸腫瘍性の検出においてCE・DBEの検出率は高かった。さらにCEではRTAを所見としてとらえる。DBE挿入困難症例においては送気CTを加える。CTでは3phaseでの撮影が重要。などの工夫が重要である。

V-7（内）．消化器癌の大動脈周囲リンパ節への転移や再発に対するEUS-FNA診断の検討

○小野寺学，江上大基，鈴木茉里奈，宮本大輔，太宰昌佳，横山朗子，吉井新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

【背景】近年コンベックス内視鏡の普及により，大動脈周囲リンパ節（以下No16リンパ節）に対しても，診断が可能になってきた．【目的】No 16リンパ節への診断能を明らかにすること．【対象と方法】2013年4月から2017年5月までにEUS-FNAを施行した270病変中のNo16リンパ節へEUS-FNAを施行し，消化器癌の転移や再発と診断した12病変を対象とした．EUS-FNAは腸管（胃，十二指腸，空腸）からコンベックス内視鏡で観察可能な病変を穿刺した．なお対象は50mm以下のリンパ節とし，リンパ腫を疑うような巨大なリンパ節腫大は除外した．全例透視下で施行し，CTから想定される対象病変に近いことを確認している．検討項目1）部位．2）平均最大径．3）穿刺針の種類．4）穿刺回数．5）合併症．6）正診率．7）最終診断とFNA診断し得なかった症例の診断方法．8）転機について，レトロスペクティブに検討した．【結果】1）部位：No.16リンパ（16a1:3,16a2:4,16b1:5）．2）平均最大径；14（6.7-26.3）mm．3）針；Expect11, EUSソノプシーCY 1．4）平均穿刺回数；2.6（1-6）回．5）合併症なし．6）感度；100%（12/12）.7）EUSでの最終診断；術後再発7（膵癌4，胆管癌1，胃癌1，大腸癌1），遠隔転移5（膵癌2，胃癌2，胆嚢癌1）．8）転帰；化学療法10，BSC 2．【考察/結語】No 16リンパ節へのEUS-FNAは，遠隔転移や再発への高い診断能を示した．遠隔転移症例では手術含め治療方針の決定に有用であり，再発診断ではより小さな再発を診断することにより，その後の治療方針の決定に有用であった．CTやPET等の画像診断のみでは，診断困難な小さな病変へも診断し得ており，消化器内科医は画像診断から遠隔転移や再発が疑われた場合，EUS-FNAでの病理診断を目指す必要がある．

V-8（内）．超音波内視鏡下穿刺吸引生検におけるソナゾイドの有用性

○河瀬智哉[1]，田中　卓[1]，吉田浩司[2]（北斗病院消化器内科[1]，川崎医科大学胆膵インターベンション学[2]）

【緒言】超音波内視鏡下穿刺吸引生検（以下EUS/FNA）は現在腹腔内腫瘍の診断に広く活用されている。腫瘍の中には壊死成分を含んでいたり、通常型膵癌のように境界が不明瞭で的確な生検が困難なものもある。この度我々は、造影超音波内視鏡下穿刺吸引生検（CH-EUS/FNA）による腹腔内腫瘍の診断率向上に取り組んできたため報告する。【症例】過去4年間に当院でEUSFNAを施行した腹腔内腫瘍46症例を後ろ向きに検討した。【方法・手技】使用スコープはOlympus社UCT 260。接続画面は日立ALOKA Prosound F 75。病変部の同定に続きソナゾイドを体重に応じ静注し観察。腫瘍の血行動態並びに穿刺部位の明瞭化を確認した上で穿刺吸引生検を実施した。生検針はKnocking the door methodで穿刺し、ROSE（rapid on site evaluation）を全例実施している。【結果】壊死成分が混在した腫瘍の内訳はGIST 4症例、NET 4症例、肝細胞癌3症例、膵退形性癌3例、腫瘍径の平均は2.3cm（1.2cm ～7.5cm）。また壊死成分に乏しい腫瘍は、通常型膵癌24例、悪性リンパ腫2症例、転移リンパ節6症例、腫瘍径の平均2.0cm（1.1cm ～9.0cm）。壊死成分を伴う腫瘍に対するEUS/FNA（ソナゾイド未使用）の診断成績は細胞診40%（2/5）、組織診60%（3/5）両者組み合わせ60%（3/5）に対しCH-EUS/FNAでの診断率は細胞診77.7%（7/9）、組織診100%（9/9）両者組み合わせ100%（9/9）。壊死成分に乏しい腫瘍のEUS/FNA診断成績は細胞診80%（12/15）、組織診86．7%（13/15）両者組み合わせ93．3%（14/15）に対し、CH-EUS/FNA診断率は細胞診82．4%（14/17）、組織診100%（17/17）両者組み合わせ100%（17/17）。【考察】壊死成分を伴う腫瘍、壊死成分に乏しい腫瘍、両者でCH-EUS/FNAの診断成績を向上させることが出来た。ソナゾイドの併用で壊死成分を伴う腫瘍性病変に関してはviableな部分を的確に確認でき、壊死成分に乏しい腫瘍においては病変部に対する視認性が向上したことが診断率向上に寄与したものと思われる。

V-9（内）．悪性遠位胆道狭窄に対するレーザーカットカバードステント X-Suit NIRの治療成績

○瀧川有記子，林　毅，宇都宮蘭，田中一成，遠藤壮登，小松直広，永井一正，小林陽介，金　俊文，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内科）

【背景】悪性遠位胆道狭窄に対する減黄法としてカバードメタリックステント（CS）留置が推奨されており、様々な特徴を有するCSの開発が継続されている。X-Suit NIR（オリンパスメディカルシステムズ社、以下XS）はレーザーカットタイプのCSで、ステント拡張時のshortningがわずかで、Axial forceが低いことから留置時の利点が多いとされるが、その有用性についての評価はされていない。【目的】XSを用いた悪性遠位胆道狭窄に対する治療成績を検討する。【対象と方法】2014年11月から2017年4月までにXSを留置した症例を後方視的に抽出し、Recurrent biliary obstruction（RBO）ならびにそれ以外の偶発症をTOKYO Criteria2014にもとづいて評価した。【結果】XSを初回CSとして21例に留置した。年齢中央値は75歳（62-90）、男女比は13/ 8、原疾患の膵癌/非膵癌は15/ 6であった。RBOを5 例（23.8%）で生じ、原因は、逸脱3例、閉塞1例、逆行性胆管炎1例であった。逸脱はすべて乳頭側であった。6カ月開存率は58. 2%、RBO以外の偶発症は9例（42.8%）に認め、胆嚢炎5例、胆管炎2例、膵炎2例であった。偶発症発生までの期間中央値は3日（0-18）であった。次に、2 次治療としてXSを留置したのが12 例であり、年齢中央値は 76 歳（62-91）、男女比は5/ 7、原疾患の膵癌/非膵癌は8/ 4であった。RBOを5例（41%）で生じ、原因は、逸脱4例、閉塞1例あった。逸脱はすべて乳頭側であった。TRBO中央値は135日（3-211）、RBO以外の偶発症は3例（25%）であり、胆嚢炎1例、膵炎1例、肝膿瘍1例であった。偶発症発生までの期間中央値は3日（1-10）であった。【結論】初回、2次治療ともにXSの開存期間は十分であり、安全に留置可能である。ただし、逸脱によるRBOが多いことが欠点としてあげられる。

V-10（内）．肝腫瘤性病変およびびまん性肝疾患に対するEUS-FNA

○久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，山内夏未[1]，宮崎　悦[2]，飴田咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[3]）

【目的】肝腫瘤性病変に対するEUS-FNAは以前より高い病理診断能が報告されてきたものの系統的な報告は少ない。また、びまん性肝疾患に対するEUS-FNAは、core trapを有するFNA針の登場により、欧米を中心に近年報告が散見される。今回、肝腫瘤性病変およびびまん性肝疾患に対するEUS-FNAの治療成績を検討した。

【方法】対象は2007年12月～2017年6月までに肝腫瘤性病変およびびまん性肝疾患に対しEUS-FNAを施行した18例（年齢67～87歳、平均70歳、男性11例、女性7例、肝腫瘤性病変17例、びまん性肝疾患1例）。13例は同一セッションで肝以外の病変（膵、腹部リンパ節など）もEUS-FNAを施行した。穿刺針は原則22G FNA針で、2 例にProCore needleを使用した。組織を採取はslow pullもしくは陰圧吸引、stroke数は10～20回とした。検討項目は、1）患者背景、2）穿刺回数、部位と病変の大きさ、3）診断能、4）偶発症とした。

【成績】1）肝腫瘤性病変17例のうち、1例を除き悪性腫瘍の併存または既往があり、原発巣は膵11例、肝（肝内胆管癌）2例、胃、直腸、腎盂が各々1例であり、肝腫瘤の個数は1個9例、多発8例であった。びまん性肝疾患の1 例は抗ミトコンドリア抗体陽性の軽度の肝障害を認めた。2）穿刺回数は1回14例、2回3例、3回1例で、穿刺部位はS2 15例、S3 2例、S4 1例であり、腫瘤性病変の大きさは10～52mm（平均24.3mm）であった。3）腫瘤性病変のEUS-FNAでは、sensitivity 86. 7%、specificity 100%、PPV 100%、NPV 50%、accuracy 88.2%であった。びまん性肝疾患の1 例は原発性胆汁性胆管炎（Scheuer I期）の診断を得た。 4）出血、腹痛、発熱などの偶発症は認められなかった。

【結論】肝腫瘤症例に対するEUS-FNAは安全で、診断と治療方針の決定に考慮すべき検査と考えられた。びまん性肝疾患でも有用と考えられるが、gold standardである経皮的肝生検との前向き比較研究が必要である。

119（消）．*Helicobacter Pylori*除菌療法における治療戦略

○神　崇志[1]，岩野博俊[1]，山田政孝[1]，佐藤貴幸[2]，石井吉文[1]，仁木　卓[1]，宮本　潤[3]，出合栄治[3]（士別市立病院消化器内科[1]，士別市立病院内視鏡技術科[2]，士別市立病院臨床検査室[3]）

【目的】Helicobacter Pylori（HP）除菌によって胃癌のリスクを減少させることが証明され2013年にはHP感染慢性胃炎に対する除菌治療が保険適応となった。当院では上部内視鏡で萎縮性胃炎や潰瘍を認めた場合、HP培養で感染の有無だけではなく薬剤感受性結果を確認しより適切な抗生剤を選択してきた。今回、培養結果に基づいた抗生剤選択を行うことの有用性について検討した。【方法】2013年1月から2017年3月までに当院で上部内視鏡を施行しHP培養を提出した1390例（男性681，女性709人，66.1歳（16-94歳））中、HP陽性かつ尿素呼気試験で除菌効果を追跡できた447例（男性236人 女性211人）を対象とした。初回除菌療法としてHP感染の診断と治療のガイドラインにおける1次除菌治療（Proton pump inhibitor（PPI）＋amoxicillin（AMPC）＋clarithromycin（CAM））を行った群をC群、2次除菌（PPI＋AMPC ＋ metronidazole（MNZ））を行った群をM群とした。効果判定は除菌治療およびPPI休薬後 1. 5か月以上開けて尿素呼気試験を施行した。C群とM群の治療成功率、薬剤耐性別のC群とM群の治療成功率について検討した。【結果】全447例中、C群は348例で除菌成功率は87.6%（305例）M群は99例で成功率93.9%（93例）であった。3種類の抗生剤すべての感受性を有したのは259例（57.9%）であり除菌成功率は90.7%（235例）であった。AMPC耐性は3.8%（17例、以後薬剤耐性例の重複あり）でありC群は10例で成功率90%（9例）M群は7例で成功率85.7%（6例）であった。CAM耐性は36.9%（165例）でありC群は67例で成功率73.1%（49例）M群は98例で成功率93.9%（92例）であった。MNZ耐性は6.5%（29例）でありC群は25例で成功率92%（23例）M群は4例で成功率50%（2例）であった。C群においてCAM感受性のある症例に比べCAM耐性例では有意に治療効果が低下した（P=0.000059）。CAM耐性例ではC群に比べM群で有意に治療成功率が高かった（P=0.00049）。【結論】HP培養法は有用でありCAM耐性例には初回からMNZを用いるべきである。

120（消）．大腸亜全摘術を施行した*EPCAM*欠失によるLynch症候群の1例

○大和田紗恵[1]，山下健太郎[1]，大久保陽介[1]，平野雄大[1]，三宅高和[1]，飯田智哉[1]，小野寺馨[1]，久保俊之[1]，山本英一郎[1]，能正勝彦[1]，仲瀬裕志[1]，沖田憲司[2]，竹政伊知郎[2]，櫻井晃洋[3]（札幌医科大学医学部消化器内科学講座[1]，札幌医科大学医学部消化器・総合，乳腺・内分泌外科学講座[2]，札幌医科大学医学部遺伝医学[3]）

【背景】Lynch症候群の原因遺伝子として従来より4種類のミスマッチ修復（MMR）遺伝子（*MSH2, MLH1, MSH6, PMS2*）が知られていたが，接着因子をコードする*EPCAM*（*TACSTD1*）の欠失によるLynch症候群が2009年に初めて報告された．本邦においては*EPCAM*欠失によるLynch症候群の報告は未だ少ない．

【症例】30代女性．自覚症状も特記すべき既往歴もないが，Amsterdam基準を満たす濃厚な大腸癌家系であるため2016年1月に当院遺伝外来を受診．家族に存命の大腸癌患者がいないため発症前診断として遺伝子解析を行ったところ，direct sequenceで4種のMMR遺伝子に変異は認められなかったが，MLPA（multiplex ligation-dependent probe amplification）法で*EPCAM*exon 9の欠失が同定された．当科紹介となり大腸内視鏡検査を施行したところ，左横行結腸に25mm大の2型腫瘍を認め生検で高分化腺癌と診断された．生検組織からDNAを抽出しマイクロサテライト不安定性（MSI）を解析したところMSI-Hであった．70mm大の嚢胞性卵巣腫瘍を合併しており，腹腔鏡下結腸全摘術および附属器摘出術が施行された．病理組織学的には高分化腺癌，深達度MP，ly 0，v 0，リンパ節転移は0/ 89でpT 2N 0M 0, pStage Iであった．卵巣腫瘍は成熟奇形腫と診断された．

【考察】2番染色体上で*MSH2*の上流に隣接する*EPCAM*はミスマッチ修復遺伝子ではないが，*EPCAM* 3' 側exonの欠失により*MSH2*の転写が阻害されMMR機能不全を来すと考えられている（transcriptional read-through）．*EPCAM*欠失によるLynch症候群は，MMR遺伝子変異例に比べ子宮体癌の発生頻度が低い等の特徴が言われており，文献的考察を加えて報告する．

121（消）．肝硬変患者におけるサルコペニアに対するBCAAおよびレボカルニチンの効果についての検討

○今川貴之[1]，高橋　祥[1]，小野山直輝[1]，坂野浩也[1]，佐藤　健[1,2]，山田尚太[1]，奥田敏徳[1]，南　伸弥[1]，井畑壮詞[2]，蟹澤祐司[2]，井山　諭[3]（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]，札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

目的肝硬変患者の半数以上にサルコペニアが認められるとされ、肝硬変や肝細胞癌や肝移植後の予後を規定する因子ともされている。治療としては運動やBCAAなどの栄養補助が有効とされている。一方、レボカルニチンは高アンモニア血症やこむら返りの治療として有効とされているがサルコペニアへの効果は明らかではない。そこで今回、BCAA使用中の肝硬変患者においてレボカルニチンを導入された患者の骨格筋量の推移を検討した。方法当院に通院していた肝硬変患者のうち2013年1月から2016年10月にかけてレボカルニチンを導入した患者で、投与前、半年後の骨格筋量が解析可能であった症例を対象とした。そのうち内服期間が4か月未満の患者を早期中断群、4か月以上を長期継続群とし比較検討した。骨格筋量（SMI）は日本肝臓学会にて示された判定基準（簡易法：腸腰筋の長軸×短軸 より算出した骨格筋指数）を用いて評価した。SMI変化率（%）は（半年後SMI値－投与前SMI値）/投与前SMI値× 100として算出した。結果レボカルニチンを投与された患者37例の投与理由は、高アンモニア血症22例、こむら返り10例、倦怠感5例。そのうち投与前後でCTを施行しかつ投与後半年以上生存した16 症例を対象とした。男性 10 例、女性 6 例。成因はHBV/HCV/アルコール/その他：3/4/6/3 例。Child-Pugh分類はA/B/Cがそれぞれ3/11/2 例。BCAA製剤は全例で併用されていた。レボカルニチン投与期間の中央値は8（1～48）か月であった。SMI変化率の中央値は-5.6（-52.6～78.3）%であった。早期中断群の中央値は-23.1（-50～0）%、長期継続群の中央値は-1.39（-35.7～78.3）%であり後者において骨格筋量の減少が低減される傾向があった。結語少数例の検討であるが、BCAAとレボカルニチンの併用が肝硬変患者のサルコペニアを抑制する可能性が示唆された。

122（消）．当院における自己免疫性膵炎に膵仮性嚢胞を合併した6例の検討

○畑山加奈，岡村圭也，宮川宏之，長川達哉，平山　敦，奥　大樹，北川　翔（札幌厚生病院消化器内科（胆膵内科））

【背景】自己免疫性膵炎（AIP）に膵仮性嚢胞を形成する症例の報告は散見されるが、その症例数は少なく、臨床的特徴や治療法などに一定のコンセンサスは得られていない。当院におけるAIPに膵仮性嚢胞を合併した6症例の臨床的特徴を検討する。
【結果】当院で1998年9月から2017年5月の間に、自己免疫性膵炎臨床診断基準2011を用いてAIPと診断した77例を対象とした。膵仮性嚢胞を形成した症例は77例中6例（7.8%）であった。膵仮性嚢胞の出現時期はステロイド治療開始前が3例、投与中が2例、中止後が1例であった。有症状は3例で、腹痛を2例、黄疸を1例に認めた。6例中2例は膵切除後であった。膵仮性嚢胞の部位は頭部が1例、体部が2例、尾部が2例、体部と尾部が1 例であった。最大径は10-20mmが3 例、20-30mmが3 例、30mm以上が1 例であった。膵仮性嚢胞の乳頭側に膵管狭窄を認めた症例は2例、膵管との交通が明らかであった症例は4例であった。ステロイド治療の開始や投与の継続によって膵仮性嚢胞が縮小・消失した症例は3 例であった。その他の例は内視鏡的膵管膵石除去術、超音波内視鏡下嚢胞ドレナージ術、内視鏡的膵管ドレナージ術を要した。
【考察】AIPにおける局所合併症は改訂アトランタ分類における壊死を伴う被包下壊死（walled off necrosis : WON）ではなく、主膵管もしくは分枝膵管の破綻による内部に壊死物質を含まない均一な液体成分からなる膵仮性嚢胞と考えられる。AIPでの膵仮性嚢胞に対する治療として、ステロイド治療の有効性を示唆する報告や自然消退の報告が散見されるが、自験例ではステロイド治療の開始後に膵仮性嚢胞が増大した症例も認めた。慢性膵炎診療ガイドライン2015において膵仮性嚢胞の治療適応は有症状例、感染や出血を合併した例、増大傾向例、仮性動脈瘤破裂などの危険が予想される例などとされている。今回の検討においてもステロイド治療無効、仮性動脈瘤出血例、嚢胞の縦隔への進展例、結腸など周囲臓器への炎症波及例などの症例において内視鏡的治療を必要とした。

123（消）．切除不能局所進行膵癌および切除可能境界膵癌に対するFOLFIRINOX療法の治療成績

○吉田将大[1]，辻　靖[2]，大岩修太郎[1]，坂田果穂[1]，田中丸真希[2]，高山歳三[2]，藤井亮爾[1]，皆川武慶[1]，岡川　泰[1]，岡村直香[2]，杉山絢子[2]，木村朋広[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]，鈴木善法[3]，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]）

【背景】近年になり，遠隔転移を含む切除不能膵癌に対しFOLFIRINOX療法の有効性が証明され，本邦でも2013年の適応承認以来広く普及している．しかしながら，局所進行例における同治療法の効果に関する知見は未だ限定的であり，エビデンスの構築が望まれている．
【対象と方法】2014年3月1日から2017年5月31日の期間中に，切除不能局所進行膵癌および切除可能境界膵癌と診断され当院において1st line治療としてFOLFIRINOX療法を施行した症例について後方視的に検討を行った．
【結果】観察期間中にFOLFIRINOX療法を施行した膵癌の38例のうち，対象として該当するものは7症例（18.4%）であった．年齢の中央値は63歳（51-73）で，病変の占拠部位は膵頭部5例，膵体部2例であった．切除可能性分類の内訳は切除不能4例，切除可能境界3例で，因子別では上腸間膜動脈浸潤が4 例と最多であった．OSの中央値は441^{+}日（110^{+} -931^{+}）であり，期間中の死亡例は1症例（第431病日）であった．RECIST分類での評価の内訳はCR 1例，PR 2例，SD 3例，PD 1例であった．CR+PRの3例（42.9%）はいずれも切除不能因子が陰性となり，conversion surgeryが施行された．治療期間の中央値は全体で15コース（3-26）であり，conversion群と非conversion群で層別化するとそれぞれ25コース（15-26），6.5コース（3-20）とconversion群でより長期に治療されている傾向にあった．
【結論】遠隔転移例と同様に，局所進行例においても膵癌に対するFOLFIRINOX療法が有効である可能性が示唆された．特に，長期間増悪をきたさずに治療継続可能な症例ではconversion surgeryを行うことで，更なる長期生存効果が期待できる．

124（消）．*SDHC*変異による胃GISTの1例

○一柳亜貴子[1]，山下健太郎[1]，小野寺馨[1]，久保俊之[1]，能正勝彦[1]，山本英一郎[1]，白田智洋[1]，平山大輔[1]，風間友江[1]，山野泰穂[1]，長谷川匡[2]，仲瀬裕志[1]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，札幌医科大学病理診断科・病理部[2]）

【はじめに】消化管間葉系腫瘍（Gastrointestinal Stromal Tumor：GIST）の80%に*KIT*の、5-10%に*PDGFRA*の変異が検出され、残り10-15%が*KIT*/*PDGFRA*野生型GISTである。*KIT*/*PDGFRA*野生型GISTの中にコハク酸脱水素酵素（succinate dehydrogenase：*SDH*）の胚細胞変異による症例が報告されているが、今回我々は*SDHC*胚細胞変異による胃GISTの症例を経験した。【症例】38歳女性。動悸、息切れ、目眩を主訴に当院総合診療科を受診、Hb 4.3g/dlと高度の貧血がみられ当科紹介となった。上部内視鏡にて胃前庭部に3cm大の粘膜下腫瘍を認め、頂部に凝血塊が付着した潰瘍を伴い出血源と思われた。EUS-FNAにて類上皮細胞型GISTが疑われたが、典型的所見ではなく確定診断には至らなかった。腹腔鏡下胃部分切除術が施行され、病理組織学的に腫瘍は類上皮細胞主体で一部紡錘形細胞の混在からなり、免疫染色ではc-kit（+）、CD34（-）、DOG1（+）でありGISTと確定診断、核分裂像数は13/50HPFであった。リスク分類はmodified Fletcherで高度、Miettinenで中等度リスクであり術後補助化学療法の適応であったが、*KIT*，*PDGFRA*いずれも変異陰性でimatinib耐性と予想されたため経過観察の方針とした。術後2年の画像診断にて両葉多発肝転移を認め、切除標本の免疫染色としてSDHBを追加検討したところ腫瘍細胞で発現が低下しており、次に*SDH*の胚細胞変異解析を行ったところ*SDHC*に変異（c.23 dupA）を認めた。Imatinib耐性と予想されたためsunitinibやregorafenibによる治療を検討したが患者が希望せず、引続き経過観察の方針とした。再発から現在まで3年間の無治療経過観察で、肝転移は全体的に増加増大傾向にあるものの縮小している病変も混在し、緩徐進行性である。【結語】*SDH*変異によるGISTはまれであるが、小児・若年女性に多く類上皮細胞型優位、リンパ節転移や遠隔転移が多いが緩徐進行性、imatinib耐性など様々な特徴が知られており、文献的考察を加え報告する。

125（消）．当院におけるS状結腸軸捻転症37例の臨床的検討

○山崎覇久[1]，太田智之[1]，ム　チル[1]，石井貴大[1]，富永素矢[1]，坂本　淳[1]，木村圭介[1]，前島　拓[2]，深堀　晋[2]，唐崎秀則[2]（札幌東徳洲会病院消化器センター[1]，札幌東徳洲会病院外科[2]）

【背景】S状結腸軸捻転症は全腸閉塞のうち7%を占める疾患である。重症例では腸管壊死を来たしうる疾患であるが、救急受診症例における多数例検討の報告は少ない。【目的】当院で救急受診から診療した本症の現状をまとめ、治療方針決定の指針について考察する。【対象と方法】2013年5月から2017年4月までに当院で経験したS状結腸軸捻転症のうち受診契機が救急来院であった37症例50件を対象とし後方視的検討を行った。【結果】37例の平均年齢は81.8歳（47-93歳）、男女比は27：10であった。診断時併存疾患としては高血圧15例、糖尿病7例などが認められた。37例のうち複数回の捻転をきたしていたのは12例（32.4%）であり、平均発症回数は1.6回（1-5回）であった。臨床症状は腹痛が72.5%、嘔気・嘔吐が27.5%、腹部膨満感が20%にみられた。全例に緊急下部内視鏡検査及び緊急腹部CTを用いて確定診断を行っていた。治療は内視鏡的整復術24例36件、外科手術例13例13件（S状結腸切除術2件、ハルトマン手術11件）、無治療が1件であった。転帰は内視鏡的整復術を行った24例のうち、12例は繰り返し捻転を起こし、うち4例において後に待機的S状結腸切除術が行われた。内視鏡的整復術後に死亡例はなかったが外科手術後では3例死亡例を認めた。外科手術後死亡例の内訳は、DICを発症し術後23日に死亡した1例、誤嚥による窒息で術後28日に死亡した1例、小腸穿孔を起こし術後38日に死亡した1例の3例であった。治療方針の決定は理学所見、腹部単純X線/CT所見や下部内視鏡所見により決定されたが、とくにS状結腸内視鏡所見で拡張部大腸粘膜が黒色変化を来たしている場合の手術時腸管壊死の割合は100%であった。【結論】3割の患者に外科手術を必要としていたが、死亡転帰の患者も存在した。治療方針決定には内視鏡検査による壊死所見が有用であった。

126（消）．診断に難渋した薬剤性過敏性症候群（DIHS）による肝機能障害の1例

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

【症例】女性、50代
【現病歴】X年Y月1日　39度台の発熱あり、翌日全身に紅斑が生じた。第6病日に咽頭痛も出現したため近医を受診し、溶連菌感染の診断で治療を受けるも発熱は改善しなかった。第10病日に前医に紹介され肺炎の診断で入院となった。入院時の血液検査にてγGTP 202、AST 727、ALT 612と肝機能障害を認め、その後悪化したため第12病日に精査加療目的に当院紹介され転院となった。なお、腱滑膜炎にてアザルフィジンを発熱の10日前より投与されていた。
【経過】入院時の画像診断で器質的肝疾患の存在は否定された。末血中に異型リンパ球を27%認め、ウイルス感染による肝機能障害を疑ったが各種肝炎ウイルスは陰性でありEBV、CMVは既感染であった。薬剤性についても投与薬すべてについてDLSTを行ったが陰性であった。肝生検では特異的な所見に乏しく、原因の特定には至らなかった。肝障害は第14病日にT-Bil 7.0、γGTP 223、AST 1936、ALT 2479にまで悪化したが、その後は自然経過にて緩やかに改善傾向を示した。しかし正常化には至らず、第31病日にPSL 30mg/日の投与を開始したところ、速やかに改善した。DLSTは陰性であったが薬剤歴、高熱、皮膚症状、肝障害、異型リンパ球の出現よりDIHSを疑い、HHV-6について検索したところ再活性化を認め、DIHSと診断した。【考察】DIHSは高熱と臓器障害を伴う重症薬疹で、原因薬の中止後も遷延化し、HHV-6の再活性化を特徴とする。本症例でもHHV-6の再活性化を認め、DIHSとして典型的な経過であったが、DLSTが陰性であったことから当初診断に苦慮した。DIHSは薬剤アレルギーとHHV-6感染の複合した病態とされるが詳細な機序については明らかになっていない。標準的な治療はなく一般的にステロイドが投与されるが、時に致死的な経過をたどることもあるため、的確な診断と慎重な経過観察が必要とされる。
【結語】診断に難渋したDIHSによる肝機能障害の一例を経験した。

127（消）．肝原発末梢性T細胞リンパ腫非特定型の1例

○宮澤佑貴[1]，佐藤一也[1]，田邊裕貴[2]，塚田和佳[1]，稲村純季[1]，斎藤義徳[2]，平松一秀[3]，佐藤啓介[4]（旭川厚生病院血液・腫瘍内科[1]，旭川厚生病院消化器科[2]，旭川厚生病院放射線科[3]，旭川厚生病院病理診断科[4]）

【症例】患者は70歳代女性。糖尿病のため前医通院中に貧血を指摘され上部内視鏡検査を施行。胃前庭部小弯に50mm大の隆起性病変あり。生検にて胃癌の診断。一方、CTにて肝S 6に40.7× 29.0mmの造影効果の乏しい辺縁不正な浸潤性病変を認めた。HBs抗原、HCV抗体陰性、AFP, PIVKAII, CEA, CA 19-9はいずれも正常で肝機能異常は認めず。胃癌転移も否定できず当院消化器科に紹介。FDG-PETでも同部位に異常集積を認めた。悪性疾患を疑い肝病変に対して針生検を施行、CD3, 8が陽性、CD4, 20, 30, 56がいずれも陰性を示す中型異型リンパ細胞のびまん性浸潤を認め、末梢性T細胞リンパ腫非特定型（PTCL-NOS）が疑われた。胃病変は早期胃癌と診断、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し病理学的にも治癒切除が確認された。その後、肝病変の精査・加療のため当科に転科。肝病変を再生検しTCR遺伝子再構成を確認した。骨髄を含め他にリンパ腫病変は存在しないが、肝はびまん性浸潤病変と判断し、肝原発PTCL-NOS、臨床病期IVAと診断した。治療としてTHP-COP療法（pirarubicin, cyclophosphamide, vincristine, prednisolone）を選択、4コース目まで施行し病変の縮小を認めている。【考察】肝原発悪性リンパ腫は節外病変の0.4%、全ての非ホジキンリンパ腫の0.04%の発生率とされており、その大半はB細胞性リンパ腫である。PTCL-NOSは、胸腺での分化成熟を経て末梢臓器に移動したT細胞を起源とするリンパ性腫瘍のうち、他のどの疾患単位にも属しない一群のT細胞性リンパ腫であり、標準的治療が未確立で予後不良である。肝原発PTCL-NOSと考えられる報告例は、自験例を含め20例程度とまれで、本例も含めてHBVやHCVなど肝炎ウイルスとの関連性は乏しく病因は明らかになっていない。治療は化学療法や放射線治療、切除などが行われるが比較的短期間で死亡している症例も少なくない。肝原発PTCL-NOSは未だ不明な点が多く本例は貴重な症例と考え、文献的考察を踏まえて報告する。

128（消）．末梢血幹細胞移植後に顕性化し、診断に苦慮した自己免疫性肝炎の1例

○谷口正浩，長谷部千登美，阿部真美，細木弥生，相馬　学（旭川赤十字病院消化器内科）

【症例】60歳代女性【主訴】肝機能障害【現病歴】2011年に当院血液内科で急性前骨髄球性白血病と診断され、ATRAや亜ヒ酸による治療を繰り返してきたが、2016年11月に自己末梢血幹細胞移植を施行された。その後の血球貪食症候群に対しステロイドパルス療法を受け、以後ステロイド剤は漸減され2017年1月に中止となっていた。この時点まで肝機能異常を指摘されたことはなかったが、その1か月後にAST 1013,ALT 625と肝障害の急激な悪化を指摘され当科に紹介となった。A型・B型・C型・E型の肝炎ウイルスマーカーは陰性でEBV・CMVなどの感染所見なく、抗核抗体などの自己抗体はいずれも陰性で血清IgG値は正常であり、腹部超音波検査では胆嚢内に胆泥の所見が確認されたことから、当初は薬剤性肝障害ないし胆泥passageによる胆汁うっ滞性肝障害が疑われ、SNMC注射とUDCA内服により肝障害の改善をみた。しかし退院後2週目で急に肝障害が再増悪したため再入院し、肝生検を施行したところ、interface hepatitis、門脈域の線維化、Bridging necrosisなどAIHを疑う所見を指摘され、プレドニゾロン20mg/1x内服開始し肝障害の改善が得られた。【考察】本症例におけるAIHの病因に関して考察すると、造血幹細胞移植後に起こるとされる免疫再構築により、自己成分に反応するリンパ球が出現し、自己免疫性肝炎発症につながった可能性が考えられた。また、本症例では先行治療の影響により免疫グロブリンが持続的に低値で、自己抗体陰性・IgG値正常であったことがAIHの診断を困難にした一因と考えられた。したがって、幹細胞移植など免疫機転に影響を及ぼしうる治療歴を有する症例においては、肝炎の病態診断に注意が必要と考えられた。【まとめ】末梢血幹細胞移植後に発症したと考えられる自己免疫性肝炎の一例を経験した。

129（消）．肝原発神経内分泌腫瘍に対し肝動脈化学塞栓術を施行し奏功が得られた1例

○小田総一郎[1]，寺下勝巳[1]，西田千尋[1]，松田宗一郎[1]，更科耕一郎[1]，平田　甫[1]，原田一顕[1]，小林良充[1]，高橋一宏[1]，佐野逸紀[1]，小田　寿[1]，高橋達郎[2]，宮城島拓人[1]（釧路労災病院消化器内科[1]，釧路労災病院中央検査科[2]）

【症例】52歳、女性。【主訴】心窩部違和感【現病歴】2015年冬より食後の心窩部の違和感と嘔気があった。近医を受診、CTにて肝内に多発する腫瘍性病変を認めたため、当科紹介初診となる。dynamicCT、EOB-MRIでは肝両葉に計7個で最大径38mm大、境界は比較的明瞭で、一部の内部には嚢胞変性を伴う腫瘍性病変を認めた。早期相で強い濃染を示し、門脈相、後期相で造影の残存、肝細胞相では病変での取り込み低下を認めた。T1強調像では外側が高信号、内部が低信号、T2強調像では腫瘍部はやや高信号、拡散強調像で高信号であった。PET-CTでは肝内病変部も含めて全身に高度集積あるいは集積欠損は認めなかった。肝腫瘍狙撃生検では粘液や血液と共にクロマチンの濃い腫大した核を有するN/C比の高い異型細胞が粗な結合性を呈していながら、乳頭状構造をなす小集塊や索状配列を呈する組織像を認めた。免疫染色ではCKAE1/AE3（+）、LCA（-）、S-100（-）、CAM5.2（+）、CK（-）、CK20（-）、CDX2（+）、CEA（weak）、p53（-）、Ki-67（index 5%）、CD99（-）、Desmin（-）、CGA（-）、CD56（weak）、NSE（-）、Synaptophysin（+）であった。以上より神経内分泌腫瘍と診断した。上部内視鏡検査、下部内視鏡検査、膵の超音波内視鏡検査、頸部～骨盤までの造影CTなど施行、明らかな肝外病変を認めなかったことから、肝原発内分泌腫瘍と診断、核分裂像やKi-67から高分化型NET G2と分類した。肝内病変に対しエピルビシン/リピオドールのエマルジョンとジェルパートを用いた肝動脈化学塞栓術を2回施行、病変へのリピオドール沈着は良好で病状のコントロールは良好である。【考察】神経内分泌腫瘍は消化管、肺、膵などの広い範囲に発生するが、肝原発は本邦でも報告例が少なく稀な疾患である。今回、我々は肝原発神経内分泌腫瘍に対し肝動脈化学塞栓術を施行し奏功が得られた1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

130（消）．繰り返す転移に対し集学的治療を行なった肝原発神経内分泌腫瘍の1例

○河本　徹[1]，柳川伸幸[1]，内海辰哉[1]，藤永明裕[1]，佐藤智信[1]，後藤　充[1]，田邊裕貴[1]，斎藤義徳[1]，稲垣光裕[2]，折居　裕[1]（JA北海道厚生連旭川厚生病院消化器科[1]，JA北海道厚生連旭川厚生病院外科[2]）

症例は30代女性。X年4月健康診断の体外式超音波検査で肝左葉に内部不均一な低エコー性腫瘤を指摘され当科を受診した。採血上CA 19-9のみ260.7 U/mlと高値を示したが上下部内視鏡検査で悪性腫瘍を認めず、HBV,HCV は共に陰性であった。腹部DynamicCTでは肝外側区に内部不均一な造影効果を有し被膜構造をもつ9cm大の腫瘤を認め、又骨盤内には12cm大の婦人科腫瘤も認めた。EOB-MRIでは肝腫瘤は内部不均一で出血成分を伴い、FDG-PET検査ではSUV max=6.2の不均一な集積を認めた。骨盤内腫瘍に関しては子宮筋腫を第1に考えるものの悪性病変を否定できず、まず婦人科で子宮全摘術を施行し、肝腫瘍に対しては術中に肝生検を行った。病理組織診断では子宮は 平滑筋種、肝臓生検では神経内分泌腫瘍（NET）疑いとなり、二期的にX年6月に肝外側区切除術を施行した。病理所見はChromogranin A+、Synaptophysin+、CD56+、p53+（<3%）、Ki-67index 13%（85/647）でありNET G2の結果で、他臓器に明らかな原発巣となる病変を認めず肝原発神経内分泌腫瘍（PHNET）の診断に至った。その後外来通院継続中に、X+1年7月のCTで肝S4に2ヶ所転移再発病変を認め、X+1年8月に肝S4亜区域切除術を施行した。病理組織診断では、各々Φ17mm x 14mmとΦ10mm x 7mmの病変で各種免疫染色でNET再発の診断となった。更にX+2年3月のEOB-MRIで中肝静脈直上の肝S8にΦ12mmの転移病変が出現し、再手術から短期間で再発を繰り返している点から同病変に対してはTACEを施行した。その後X+2年9月のCTで右肺S9に肺転移病変を認め、エベロリムスの内服による治療を開始した。現在初回手術から35ヶ月目の時点で肝転移、肺転移の増大無く経過良好で外来通院中である。初回診断から再発転移を繰り返すも、集学的治療により病勢制御可能となっている非常に稀なPHNETの1例を報告する。

131（消）．10年間にわたり長期経過観察中の原発性胆汁性胆管炎に発症した肝 reactive lymphoid hyperplasia（RLH）の1例

○鈴木康秋[1]，上原恭子[1]，小林　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，澤田康司[2]，奥村利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，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[2]）

【症例】50歳代、女性。今まで肝障害を指摘されたことは無かった。背部重苦感があり前医受診。超音波にて肝S4に径12mmの低エコー性腫瘤を指摘された。血液生化学検査では、AST 20、ALT 13、γGTP 53、ALP 238とγGTPのみ軽度高値で、腫瘍マーカーは、AFP、PIVKA-II、CEA、CA 19-9は全て正常範囲であった。HBsAg、HCV-Ab、ANAはいずれも陰性であったが、AMA×40と陽性で、M2 45.7と高値であった。ダイナミック造影CTでは動脈相で辺縁が淡く造影され、後期相でwashoutしていたが、肝動脈造影下CTでは強く濃染した。MRIはT1WIでlow、T2WIでhigh、造影超音波は血管相で早期に強く濃染し、クッパー相で完全欠損を呈した。FDG-PETでは軽度のuptakeを認めた。以上より原発性胆汁性胆管炎（PBC）に発症した肝細胞癌を否定できず、肝生検を施行した。背景肝は、慢性非化膿性破壊性胆管炎を認めPBC（Scheuer 1）の確定診断となった。腫瘤部は、線維性結合織内に胚中心を伴う異型性のない小型リンパ球の集簇を認めた。免疫染色では、T・B細胞は反応性の分布を認め、胚中心はbcl-2陰性であり、肝 reactive lymphoid hyperplasia（RLH）の診断となった。良性病変のため経過観察の方針となり、その後現在に至るまで当科でフォローしているが、10年経過しても腫瘤に変化は認めていない。【考察】RLH は組織学的には反応性の胚中心を伴ったリンパ濾胞を認め、リンパ球に異型がなくpolyclonalな反応性の増殖を認めるものと定義され、一般に消化管、肺、眼窩、皮膚などに発生する。肝RLHは稀であり、本邦では43例の集計が報告されている。中年以降の女性に多く、本症例のようなPBC合併例は6例（14%）に認めた。ほとんどが悪性腫瘍を否定できず切除されており、本症例のように肝狙撃生検で肝RLHと診断して手術を回避でき、かつ10年間にわたり長期経過観察している例は極めて稀であり報告する。

132（消）．胃直接浸潤をきたした肝腺扁平上皮癌の1例

○鈴木康秋[1]，仙波佳祐[2]，上原恭子[1]，小林　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，市立稚内病院内科[2]）

【症例】60歳代の男性。DMで近医フォロー中。2W前から上腹部痛があり、1ヶ月半で10kgの体重減少を認め当科初診。腹部触診にて心窩部に手拳大の硬い腫瘤を触知した。血液生化学検査では肝胆道系酵素に異常は無く、HBsAg（-）、HCV-Ab（-）で、AFP、PIVKA-IIは正常であったが、CEA 31、CA 19-9 1835、SCC 15、CYFRA 57と著明高値であった。EGDでは胃前庭部から体中部までの小弯側に巨大な壁外性圧排所見を呈し、胃角部小弯に周囲SMT様隆起を伴う潰瘍を認めた。潰瘍辺縁の生検では、正常腺窩上皮に混在して、低分化型の扁平上皮癌の包巣形成性・充実性増殖を認めた。腹部CTでは、肝外側区を主座として、径14cmの不整形腫瘤を認め、腹壁、胃壁、膵臓へ浸潤していた。さらに腹腔内に多数の播種巣を認めた。PET-CTでは肝外側区の巨大腫瘤と腹膜播種巣以外に異常集積を認めなかった。以上より、肝腺扁平上皮癌の胃直接浸潤、腹膜播種と診断した。その後、腹水が著明に増加、全身状態が急速に悪化して、1ヶ月後に死亡した。【考察】肝腺扁平上皮癌は肝内胆管癌の特殊型で、腺癌の扁平上皮癌化により発生すると考えられている。その頻度は肝内胆管癌の2～3%と報告されており、極めて稀な腫瘍である。発見時には腫瘍径が大きいものが多く、予後不良である。また、肝細胞癌の直接胃・腸管浸潤は0.7～2%であり、比較的めずらしい進展形式といえる。さらに、肝内胆管癌の胃浸潤の論文報告例は1例のみであり、肝腺扁平上皮癌の胃浸潤の報告はない。従って、本症例は極めて示唆に富む症例と考えられ報告する。

133（消）．悪性が否定できず肝切除を行ったReactive lymphoid hyperplasiaの1例

○佃　曜子，松田千佳，村井太一，板谷一史，曽根孝之，藤田弘之，小池裕太，遠藤文菜，小野雄司，中村路夫，永坂　敦，西川秀司（市立札幌病院消化器内科）

【症例】64歳、女性【主訴】特になし【既往歴】2013年　顔面の皮膚癌の切除・植皮（病理組織診：扁平上皮癌）【現病歴】2014.2.19　形成外科でのCT検査にて肝S７に腫瘍を指摘されたため、4.23　精査目的に当科紹介となった。【治療経過】肝ダイナミックCTにて、肝S7に動脈相で高吸収となる22mmの腫瘍を認めた。門脈相・平衡相では辺縁が高吸収で、内部は等吸収であった。EOB-MRI検査では、肝細胞造影相でS７に低信号結節を認めた。T２強調像で軽度高信号を示しており、血管腫は否定的であった。PET-CTでは同部位に異常集積を指摘された。上下部消化管内視鏡検査では悪性所見を認めなかった。以上より、画像検査からは肝細胞癌ならびに転移性肝腫瘍が否定できず、2014.7.7　肝S7亜区域切除術が行われた。組織学的には、病変部には高度のリンパ球浸潤がみられ、リンパ濾胞が多数形成されていた。リンパ球に明らかな異型は認められなかった。免疫染色の結果、濾胞性リンパ腫やMALTリンパ腫、マントル細胞リンパ腫などの悪性リンパ腫を示唆する所見はみられず、反応性のリンパ組織過形成（Reactive lymphoid hyperplasia）と考えられた。その後も定期的に画像検査を行っているが、再発なく経過している。【考察】Reactive lymphoid hyperplasiaは消化管・眼窩・肺・皮膚に見られるが、肝での発生は稀とされている。このReactive lymphoid hyperplasiaにつき、文献的考察を加えて報告する。

134（消）．発症からの経過をCTで観察しえた肝偽脂肪腫の1例

○上原聡人[1]，鈴木康秋[1]，上原恭子[1]，小林　裕[1]，久野木健仁[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，渡邊晴司[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，平成会病院[2]）

【症例】60歳代、男性。前医で11年前に直腸癌（Stage Ⅳ）を切除し、化学療法施行後6年間はCRで経過していた。今回、腹部造影CTにて肝S8に被膜からやや突出するように径11mmのlow density massを指摘。1年前の腹部CTでは同定されなかったため、直腸癌の肝転移再発の可能性が否定できず、当科紹介となった。単純CTでは高度の低吸収域でCT値-100と低値であり、ダイナミック造影CTではhypovascularであった。MRIは、T１WIで high intensityで脂肪抑制にて信号低下し、T２WIではisoで被膜構造を認めた。DWIでは信号が低下し、EOB肝細胞相では完全欠損を呈した。CT fusion超音波では、CTで指摘された部位に一致し、肝表面に高エコー腫瘤を認め、内部に小石灰化を示唆する点状高エコーを認めた。Sonazoid造影超音波では血管相でhypovascular、後血管相では完全欠損を呈した。以上より、肝転移は否定され、肝偽脂肪腫と診断し、CTで経過観察の方針となった。現在、診断後2年を経過したが、腫瘍の増大は認めない。【考察】肝偽脂肪腫は稀な肝良性腫瘍性病変であり、その成因は明らかではないが、大腸の脂肪垂が捻れて遊離し、肝表に着床して形成されると考えられる。背景因子として、男性、肥満、アルコール多飲、開腹歴のある患者に多い傾向がある。孤立性で肝右葉の被膜直下に多く、石灰化を伴うことが多い。本症例は肝被膜に腫瘍を指摘され、CT、MRIにて腫瘍内に高度の脂肪の存在を認め、CT fusion USにて小石灰化所見を認め、かつ造影超音波にてhypovascularであることより、肝血管筋脂肪腫や肝脂肪腫、脂肪化を伴う早期肝細胞癌を否定した結果、肝偽脂肪腫の診断に至った。また、発症前から発症時、更にその後の経過をCTで観察しえた貴重な症例と考えられ報告する。

135（消）．ICG蛍光Navigationを利用した肝臓外科手術

○砂原正男[1]，皆川のぞみ[1]，前田好章[1]，篠原敏樹[1]，濱田朋倫[1]，植木伸也[2]，中西一彰[2]，木村　純[2]（北海道がんセンター消化器外科[1]，市立函館病院消化器外科[2]）

【目的】ICGの胆汁排泄性を利用して肝手術中に肝腫瘍や胆管を描出するICG蛍光ナビゲーション法の有用性につき報告する。【方法】対象は肝切除時にICG蛍光観察をした60例。おもにICG静注の2～3日後に手術が行われた。疾患の内訳は、良性疾患が6例、悪性疾患が54例で、肝細胞癌28例（うち1例は肝エキノコックス併発）、肝内胆管癌2例、混合型肝癌2例、転移性18例（うち大腸癌由来14例）であった、転移性のうち、1例では肝細胞癌が混在していた。13例では肝硬変を伴っていた。転移性は同時性が10例で、9例は抗癌剤治療が先行されていた。また、8例で上腹部手術（うち5例は肝切除）の既往があった。腹腔鏡下切除は16例（うち3例が胸腔ポート併用）で、すべて部分切除であった（うち，S7、S8は各4例）。【結果】1）主腫瘍の同定：ICG蛍光法により、肝被膜に近接したすべての腫瘍を確認できた。とくに、視触診や術中超音波検査による腫瘍の確認がしばしば困難な上腹部手術後例、再肝切除例、S7、8の腹腔鏡下部分切除例、術前化学療法有効例で有用であった。2）切除断端の陰性化：肝切離中にICG蛍光観察を繰り返すことで腫瘍に切り込むことを回避できた。3）肝区域の同定：責任グリソン遮断後にICGを静注し、切離ラインを肉眼観察よりも明瞭に確認できた、また、切離中にも区域境界を確認できた。4）胆管損傷、胆汁漏のチェック：胆嚢管からのICG投与により、1例で胆汁漏を術中に確認し対処できた。5）巨大肝嚢胞症例：手術直前にICGを静脈投与し、嚢胞壁に接した胆管を損傷せずに腹腔鏡下天蓋切除を施行できた。【結語】肝腫瘍の治療が多様化し治療効果が向上している一方で、術前抗癌剤や前回手術の影響で触診や術中超音波検査では同定困難な腫瘍に対する肝切除が今後も増えると思われる。このような困難症例に対し、ICG蛍光術中ナビゲーションは肝切除の安全性、確実性に寄与すると考えられた。

136（消）．術前に診断に苦慮した類上皮内血管内皮腫の1例

○中村晃久，荘　拓也，鈴木和治，大原正嗣，川岸直樹，出水孝章，中井正人，須田剛生，森川賢一，小川浩司，坂本直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

【症例】40代女性【経過】200X年近医での健診USにて 肝S6径17mmの肝腫瘤を指摘。200X＋5年に径30mmへ増大傾向を示し、肝S3,4にも多発する結節を認めたため当科紹介。自覚症状は認めず、腫瘍マーカー正常であった。USでは境界明瞭でhypoからiso echoicな腫瘤を認め、造影USにてKupffer phaseで欠損像を認めた。CTでは腫瘍内部に軽度の造影効果を示し、PETで集積が認められた。EOB-MRIではdynamic phaseでリング状の造影効果を認め、肝細胞相では欠損像を認めた。転移性肝腫瘍や胆管細胞癌などが鑑別として挙げられ悪性疾患を否定出来なかったため、診断的治療目的に肝部分切除（S3,4,6）を施行。病理所見では異型細胞や類上皮様形態を示す線維化を認め、門脈及び中心静脈への腫瘍浸潤を認めた。免疫染色にて、血管内皮細胞マーカーであるCD31,34,Factor8が陽性でP53,Ki-67が弱陽性であった。以上の所見より肝類上皮内血管内皮腫（epithelioid hemangioendothekioma,以下EHE）と診断した。

【考察】EHEは、血管内皮由来の非上皮性腫瘍で、軟部組織、肺、肝などに発生し頻度は100万人に1人未満と稀な腫瘍である。悪性度は血管腫と血管肉腫の中間と考えられ、発育は比較的緩徐なものが多いが、特異的な臨床症状がなく、早期発見は困難で約3割が転移を伴って発見される。画像所見の特徴としては肝表に多く、USでは低エコー像、造影CTやMRIでは辺縁が遅延性に造影され、診断には組織検査が必要となる。治療は肝切除や肝移植を検討し、切除不能であれば化学療法や免疫療法が選択されるが症例数が少なく標準治療が確立していないのが現状である。本症例においては術前に診断が困難であったが、肝内病変のみで切除可能と判断し診断的治療目的に肝部分切除を行った。根治的肝切除可能であれば予後は良いとされるが、肝切除を行える症例は全体の3割程度であり、稀な疾患であることから、若干の文献的考察を加えて報告する。

【結語】今回、われわれは診断に苦慮したEHEを経験したので報告する。

137（消）．診断が困難であった肝原発Castleman病の1例

○土岐康通[1]，生田克哉[1]，長谷部拓夢[1]，畑山真弓[1]，山本昌代[1]，澤田康司[1]，進藤基博[1]，鳥本悦宏[2]，岡山大志[3]，水上周二[3]，新井利英[3]，青木貴徳[4]，矢持淑子[5]，塩沢英輔[5]，瀧本雅文[5]，奥村利勝[1]（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[1]，旭川医科大学病院腫瘍センター[2]，深川市立病院外科[3]，時計台記念病院消化器センター[4]，昭和大学医学部臨床病理診断学講座[5]）

症例は30歳代女性で，これまで気管支喘息に対して近医で加療されていた．定期の血液検査で高尿酸血症を認め，フェブキソスタット内服開始となった．その後肝機能異常が出現し，腹部エコー検査を施行したところ，脂肪肝に加え肝外側区に腫瘤病変を認めたため前医紹介となった．肝機能異常はフェブキソスタット休薬で改善した．CTで背景肝は著明に低信号で脂肪肝があり，肝外側区に15 mm大の腫瘤病変を認め，周囲肝に対して高信号であった．Dynamic CTで明らかな濃染は指摘できず，EOB-MRIでの肝細胞相では欠損像を呈した．PET-CTで同部位にのみFDGの集積を認め，悪性腫瘍の可能性が考えられたが，腫瘍マーカー（CA 19-9，AFP，PIVKA-II）はいずれも陰性であった．胆管細胞癌や肝細胞癌などの悪性疾患を完全に除外できないため，肝外側区切除術が施行された．組織診断で悪性リンパ腫（diffuse large B cell lymphoma）が疑われたため当科紹介となった．肝原発の悪性リンパ腫は非常に稀な疾患であるため病理診断を再検討したところ，境界明瞭な腫瘤で二次リンパ濾胞を形成していたが，濾胞間に認められるBリンパ球は異型性が乏しく非腫瘍性のリンパ球と考えられた．また同部位に認める形質細胞も，免疫染色でκ，λが同程度陽性で，異型性を伴わないことから反応性の形質細胞浸潤と考えられた．IgG4はほとんど陰性であり，最終的にCastleman病（plasma cell type）の診断となった．Castleman病は非クローン性のリンパ増殖性疾患とされる稀な疾患である．発生部位は，縦隔や頚部，腋窩，腹腔内のリンパ組織に病変を認めることが多く，本症例のように肝に単独で認めることはCastleman病でも，非常に稀であり貴重な症例と考えられたので報告する．

138（消）．肝硬変に合併した肝血管肉腫の1例

○小柴　裕[1]，久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，山内夏未[1]，飴田咲貴[1]，宮崎　悦[2]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]）

肝血管肉腫は予後不良のまれな肝原発悪性腫瘍であり、術前の診断に苦慮することが多い。今回、われわれは肝硬変患者に発生した肝血管肉腫の1例を経験したので報告する。

症例は70歳、女性。平成22年9月に近医で血小板減少を指摘され、同年12月に当科初診。HBs抗原、HCV抗体陰性で、肝生検ではA 2/F 2相当の慢性肝炎の所見であったが、画像・血液生化学検査所見からは肝硬変と考えられた。平成28年4月のCTで、S6に25mmの動脈相でわずかに造影され、門脈相で軽度増強効果があり、遅延相で不明瞭となる腫瘤を2個認めた。USでは低エコー腫瘤で、MRIのT 1 WIで低信号、T 2 WIで軽度高信号、DWIでは拡散低下を認め、EOB-MRIの肝細胞相では取り込みはなかった。非典型的な画像所見を呈したため、4月にS 6の腫瘍生検を施行し、一部に異型を認めるも確定診断困難であった。

平成28年7月に肝予備能の改善と血小板の増加を目的に部分的脾動脈塞栓術を施行し、この際に施行したCTHA/CTAPでS 6の2個の腫瘤は35mmと増大傾向であったが、腫瘤はCTHA早期相で軽度不均一な増強効果を認めるも、後期相でわずかに低吸収、CTAPで高吸収であり、過形成結節が疑われた。7月下旬に腹水が出現し、利尿剤およびアルブミン製剤の投与によりコントロールした。11月に施行したCTおよびMRIで腫瘍は45mmに増大し、さらに両葉に多発する腫瘍を認めた。12月にS 6の腫瘍生検を再度施行し、肝実質には内皮細胞の腫大した類洞血管が拡張し、それらと連続して一部で異型内皮細胞が不正な吻合状管腔形成を示して増殖し、異型細胞はAE 1/AE 3陰性、vimentin陽性、CD 31陽性、CD 31陰性であり、肝血管肉腫と診断した。

汎血球減少、肝予備能低下（Child-Pugh 8点）、腎機能低下のため全身化学療法は困難と考えられ、12月にS 6の腫瘍に対しエビルビシンを用いたconventional TACEを施行した。その後、肝予備能の低下を来し、肝庇護療法や腹水のコントロール後、再度平成29年2月にS2の腫瘍に対しTACEを施行した。しかし、腫瘍の増大および肝硬変の悪化による肝不全が進行し、3月下旬に永眠された。

139（消）．完全に埋没した魚骨によって肝膿瘍を併発した1例

○松本将吾[1]，斎藤里佳[1]，仙波佳祐[1]，山村貴洋[1]，永井孝輔[1]，瀧新悠之介[1]，加藤貴司[1]，國枝保幸[1]，町田卓郎[2]，小西和哉[3]（市立稚内病院内科[1]，札幌センチュリー病院内科・消化器内科[2]，札幌センチュリー病院外科[3]）

症例は49歳男性。1週間前から続く心窩部痛を主訴に当科を受診した。原因精査のために翌日上部消化管内視鏡検査を施行したが、下部食道と胃前庭部小弯にびらん性病変認めるほかに特記所見は無く、経過観察とした。その後、2週間にわたって39度の高熱が持続したため、当科を再診した。血液検査では好中球優位の白血球増加とCRPの上昇を認め、原因精査目的に造影CT施行したところ、胃壁と隣接した肝外側区に、辺縁の造影効果を伴う80mm程度の多房性嚢胞性病変を認め、肝膿瘍が疑われた。また、内部には30mm大の高吸収の線状の異物を認めた。続けて腹部超音波検査も施行したところ、肝S 3に80mm大の嚢胞性病変があり、その辺縁に豊富な血流信号を認め、肝膿瘍として矛盾しない所見であった。また胃前庭部付近から肝方向へ向かって線状のstrong echoが認められた。以上から、異物が胃から肝臓内に穿通して肝膿瘍が形成されたことが推測された。入院の上、抗生剤加療を開始したが、炎症反応の改善に乏しく解熱も得られなかったため、入院4日目に経皮経肝ドレナージを施行した。その後は炎症反応の改善が得られた。異物除去を目的に外科紹介とし、肝外側区域切除術を施行した。摘出された標本内には、瘢痕化した膿瘍とともに、3cm大の鋭利な構造物が認められた。その後肝内から摘出された異物をDNA同定検査に提出したところ、ソウハチガレイの骨と同定され、魚骨穿通による肝膿瘍の診断に至った。術後経過は良好で、術後15日目に退院となった。 魚骨を含めた消化管異物は、たとえ誤飲しても自然に消化・排泄されてしまうことが多いため、臨床的に問題となる合併症を引き起こすことは少なく、さらに肝膿瘍を来たした症例については稀であるため、若干の文献的考察を加えて報告する。

140（消）．経皮的ドレナージが奏効した肝膿瘍穿破による汎発性腹膜炎の1例

○江上太基，鈴木茉理奈，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）

症例は61歳，男性，糖尿病・腫瘤形成性膵炎（膵頭十二指腸切除後）のため当院通院中であった．X年12月上旬より連日の40度台の発熱，腹痛を自覚した．前医受診され，抗菌薬投与されるも改善を認めなかった．12月22日に熱源精査目的にCTを撮像され，肝左葉に肝膿瘍，また肝膿瘍の穿破，腹腔・骨盤内膿瘍の所見を認め，12月27日に当科紹介入院となった．汎発性腹膜炎が疑われたが，連日の発熱を認めるものの入院までの経過が長く，CT撮像から5日経過した時点でバイタルは良好，腹部所見も強くなかったことから，外科的な手術によるドレナージではなく，経皮的ドレナージを選択した．入院当日に経皮経肝肝膿瘍ドレナージを施行し，2日目に胃の外側の膿瘍，骨盤腔内の膿瘍に対し経皮的ドレナージを施行した．入院5日目から解熱傾向であり，採血データは改善傾向となった．各所の経皮チューブからの排液は減少し，入院16日目にドレナージチューブ抜去，20日目に退院とした．【考察】肝膿瘍穿破・汎発性腹膜炎では外科的なドレナージを要することが多いが，本症例は比較的長期間の病歴があり，入院時の腹部所見が強くなかったため，経皮的なドレナージを選択し，奏効した．肝膿瘍穿破・汎発性腹膜炎に対して経皮的ドレナージのみで治療し得た報告はなく，若干の文献的考察を加え，報告する．

141（消）．肝生検後のhemobiliaに対してTAEで止血し得た1例

○中島正人[1]，古川龍太郎[1]，佐藤史幸[1]，水島　健[1]，江平宣起[1]，岩永一郎[1]，上林　実[1]，松澤　徹[2]（北見赤十字病院消化器内科[1]，北見赤十字病院放射線科[2]）

症例は50歳代女性で，PBC-AIH overlapの診断目的に肝生検を施行した．肝生検後4日目から間欠的な右季肋部痛を認め，症状の持続を認めるため，肝生検後6日目に救急外来を受診した．血液検査でHbの軽度減少，総ビリルビンの上昇を認め，精査目的に緊急入院となった．腹部造影CTおよび緊急上部消化管内視鏡検査をしたが，出血を示唆する病変は認めなかった．入院後も間歇的な右季肋部痛があり，血液検査でも黄疸の持続を認めていた．胆道系疾患の否定目的にEUSを施行した．乳頭部の観察では，乳頭部に凝血塊を認め，超音波下でも総胆管内に凝血塊を示唆する所見を認めた．再度，腹痛が継続しているため，胆道出血も視野にdynamic CTを撮影した．dynamic CTの動脈相では，肝S5領域に仮性動脈瘤を示唆する部位を認めた．hemobiliaを疑い，血管造影検査を行い，造影CTと一致した部位に出血を示唆するpoolingを認めたため，TAEを施行した．TAE後から症状の消失と血液検査の改善を認めた．PBC-AIH overlapの診断も確定したため，入院中にステロイドを導入した．肝機能の改善も認め，退院となった．現在は外来治療中である．2011年1月から2017年5月に施行された当院の肝生検の症例の合併症を加えて報告する．

142（消）．Clostridium difficile肝膿瘍の1例

○松野鉄平[1]，田中信悟[1]，宮西浩嗣[1]，中村　元[1]，早坂尚貴[1]，河野　豊[1]，高梨訓博[2]，勝木伸一[2]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科学講座[1]，小樽掖済会病院消化器内科[2]）

【症例】60歳代男性．【主訴】発熱，心窩部痛．【既往歴】高血圧，大腸憩室症．入院歴なし．【現病歴】2017年X月Y日に発熱，心窩部痛を認め，かかりつけ医を受診した．経口抗菌薬が処方されたが改善せず近医へ紹介入院となった．造影CT検査にて肝S3，4に多発肝膿瘍および門脈左枝の血栓閉塞を認め，また採血検査にてDIC と診断されX月Y＋13日に当科へ転院となった．【入院後経過】前医からのメロペネムとトロンボモデュリンによる治療を継続していたところ，入院時の血液培養検査からClostridium difficile（C. difficile）が検出された．メトロニダゾールの内服開始により速やかに解熱が得られ肝膿瘍，DICともに改善した．門脈血栓症に対しては第Xa因子阻害薬が投与され改善傾向となり，当科入院後26日目に退院となった．培養目的に施行された肝膿瘍穿刺にてC. difficileが検出され，また便培養からもC. difficileが検出された．毒素遺伝子検査により血液，肝膿瘍穿刺液，便から分離されたC. difficileはすべてtoxin A 陰性，toxin B陽性，binary toxin陰性であり，PCR-ribotyping解析でも全て同一のribotype（369）であった．【考察】C. difficileは抗菌薬関連下痢症/大腸炎の主要な病原菌としてよく知られているが，腸管外感染症を惹起することは稀である．特にC. difficile肝膿瘍の症例報告は我々が検索し得た限りでは2 例とごく少数である．本症例ではPCR-ribotyping解析により便，血液，肝膿瘍から検出されたC. difficileが全て同じribotypeであり，C. difficileが消化管から経門脈的に肝膿瘍を形成したことを証明しえた．ribotype 369は日本の医療機関における優勢株の1つであり，菌側因子からC. difficile肝膿瘍という特異な経過を説明することは困難である．本病態の原因および病態の理解にはさらなる症例の集積が必要と考える．

143（消）．当科における初発肝癌の臨床背景に関する検討

○井上充貴[1]，本田宗也[1]，武藤瑞恵[1]，市來一彦[1]，石川千里[1]，武藤桃太郎[1]，林　秀美[2]，長谷部拓夢[2]，中嶋駿介[2]，澤田康司[2]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2]（JA北海道厚生連遠軽厚生病院内科[1]，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[2]）

【目的】近年、非B非C型肝細胞癌が増加傾向であり，アルコールや脂肪肝、糖尿病など生活習慣病に関連した慢性肝疾患からの肝細胞癌の増加が注目されている。当科における肝細胞癌の臨床的背景とその変遷を検討した。【方法】2002年4月から2017年3月までの15年間に当科を受診した初発肝癌141例について、発症年齢、性別、BMI、背景肝疾患、Child-Pugh score、主腫瘍径、初回治療、生活習慣病の合併率、血液生化学所見等の臨床背景について、後ろ向きに検討を行った。【成績】平均年齢69.0歳、男性101例、女性40例、BMI：22.5、背景肝疾患はHBV：39 例、HCV：54 例、非B非C：46 例（ALD: 16 例、NASH:12例、その他18例）であった。Child-Pugh grade Aが62%、主腫瘍径48.96mm、初回治療として根治治療（外科的切除、RFA）は00.0%に施行されていた。糖尿病41.1%、脂質異常症29.0%、高血圧58.9%に合併した。次に観察期間を3 期に分けて検討した。前期の5年間は32例、中期の5年間は59例、後期の5年間は48例である。背景肝疾患（HBV：16 例、HCV：30 例、NBNC：3 例）vs（HBV：18 例、HCV：24 例、NBNC：16 例　）vs（HBV：15 例、HCV：16 例、NBNC：18例）、主腫瘍径28.9mm vs 36.5mm vs 47.1mmであった。また背景肝疾患別に主腫瘍径を検討すると、HBV 33.1mm、HCV 29.3mm、NBNC 51.7mmであった。【結語】既報の通り、HCV由来の肝癌の割合は減少し、非B非C肝癌の割合が増加傾向を示した。前期の5年に比較し中期の5年間、更に後期の5年間で発症時腫瘍径が大きくなる傾向が見られた。非B非C肝癌の発症時腫瘍径が大きい傾向が見られた。肝癌サーベイランスが十分に行われていない非B非C肝癌の増加していると考えらえれた。

144（消）．当院における下大静脈腫瘍栓を伴う進行肝細胞癌症例の検討

○伊藤　淳，山本義也，霜田佳彦，北潟谷隆，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内科）

【背景/目的】高度脈管浸潤を伴った肝細胞癌の予後は極めて不良である。その一方で集学的治療により長期生存が得られる症例も存在し、肝予備能が保たれていれば、肝切除や塞栓療法、化学療法などが選択される。しかし、腫瘍の進展から治療法が制限されるため、未だに治療方針は確立されていない。そこで我々は、下大静脈腫瘍栓を伴う進行肝細胞癌症例11例を後ろ向きに検討し、治療法の選択と予後の検討を行った。

【方法】2001年4月から2017年3月までの間で当院にて下大静脈腫瘍栓を伴う初発進行肝細胞癌症例11例を対象とし、患者背景および治療内容や予後について検討を行った。

【結果】症例の年齢中央値は69歳、男性が10例、女性が1例で、生存期間中央値は4ヶ月であった。背景肝はHCV 1例、HBV 6例、アルコール 1例、HBV+アルコール 1例、不明 2例で、Child-Pugh分類はAが4例、Bが5例、Cが2例であった。腫瘍因子として、腫瘍最大径は中央値が122.5mm（37-200mm）で、多発症例が8例、遠隔転移を有していた症例が5 例であった。治療については、肝動脈化学塞栓術（TACE）や肝動注化学療法（HAIC）を施行した症例が4例で、BSCのみの症例は5例であった。生存期間の中央値は4ヶ月で、12ヶ月を超える生存期間を得られた症例が4例あり、それ以外の7症例は5ヶ月以内であった。

【結語】高度脈管浸潤を伴った肝細胞癌の予後は極めて不良であるが、予備能や腫瘍の進行状態により集学的治療が可能な症例では比較的長期生存を得られる可能性があると考えられた。

145（消）．尿蛋白が診断の契機となり，広範なリンパ節腫大をきたしたため，診断に苦慮した肝細胞癌の1例

○木脇佐代子[1]，高木智史[1]，久保彰則[1]，林　健児[1]，小笠原倫子[1]，吉田純一[1]，奥村一慶[2]，小丹枝裕二[2]，下國達志[2]，中川隆公[2]，高橋昌宏[2]，吉川裕幸[3]，木村理奈[3]，中西勝也[4]（JCHO札幌北辰病院消化器内科[1]，JCHO札幌北辰病院外科[2]，JCHO札幌北辰病院放射線診断科[3]，JCHO札幌北辰病院病理診断科[4]）

症例は，61歳女性．糖尿病で前医通院中，コントロール良好であったが，尿蛋白と血尿の悪化を認め糸球体腎炎が疑われ2014年11月精査目的に当院腎臓内科に紹介された．スクリーニングで施行した単純CTで肝S 1に18mm大の腫瘤とリンパ節腫大を指摘され当科に紹介となった．造影CTでは肝S 1の結節はやや不均一な早期濃染と平衡相でwashoutを示したが，中心部は一部動脈相での造影効果が乏しく，漸増性の造影効果を呈した．また，総肝動脈周囲や胃小弯，大動脈周囲，縦隔のリンパ節腫大を認めた．肝細胞癌としては非典型的ではあったが，単純結節性の肝細胞癌Image-St-C,1.8cm,Fc (-) ,Nc (-) ,Vp0,Vv0,Va0,B0,M (-)　cT 1,cN 1,cM 0，cStage 4Aと診断した．しかし，肝細胞癌の大きさに比してリンパ節腫大が著明で広範囲であり，悪性リンパ腫や，IgG 4関連疾患による肝の炎症性偽腫瘍の可能性も検討した．リンパ節腫大が肝細胞癌によるものではなく他疾患によるものの可能性も考え，2014年12月外科的肝切除術に加え，リンパ節生検，腎生検を施行した．病理組織所見では，肝腫瘍は核種大，細胞密度の上昇，脂肪化を伴う肝細胞が索状増殖しており，小結節境界不明瞭型，早期肝細胞癌T 1,N 0,M 0,stage 1の診断となった．リンパ節には壊死を伴わない類上皮肉芽腫様の病変，Tリンパ球の浸潤を認め，肝細胞癌の転移や悪性リンパ腫，IgG 4陽性の形質細胞の所見はなく，サルコイドーシスと考えられた．腎臓は糖尿病性変化も認めたが，IgA，C 3が陽性となりIgA腎症の診断となった．肝細胞癌は現在再発なく経過している．リンパ節腫大はサルコイドーシスとして，IgA腎症とともにステロイド投与を行い経過観察中である．

146（消）．当科における初発肝癌の臨床的特徴に関する検討

○澤田康司，林　秀美，長谷部拓夢，中嶋駿介，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）

【目的】ウイルス性肝炎がコントロールまたは治癒できるようになり、ウイルス性肝炎を背景とした肝癌は減少してきている。一方で、アルコール性、非アルコール性脂肪性肝炎からの発癌症例が増加し、注目されている。本研究では当科における初発肝癌症例の臨床的特徴と、その移り変わりに関して検討を行った。【方法】2006年1月から2015年10月までの10年間に当科を受診した初発肝癌196例について、発症年齢、性別、BMI、背景肝疾患、Child-Pugh score、主腫瘍径、初回治療、生活習慣病の合併率、血液生化学所見等の臨床背景について、後ろ向きに検討を行った。【成績】平均年齢68.9歳、男性134例、女性62例、BMI：23.1、背景肝疾患はHBV：44例、HCV：88例、非B非C：64例（ALD: 26例、NASH: 19例、その他19例）であった。Child-Pugh grade Aが81%、主腫瘍径37.75mm、初回治療として根治治療（外科的切除、RFA）は63.8%に施行されていた。糖尿病22.2%、脂質異常症 1.6%、高血圧 39.5%に合併し、FBS 122.5 mg/dL、LDL-C 94.41 mg/dL、TG 109.9 mg/dLであった。AFP 2699.31 ng/mL、PIVKA-II 6594.16 mAU/mLであったが、基準内の症例をそれぞれ43.0%、46.5%、両者基準内を23.3%に認めた。次に前半の5年間（102例）と後半の5年間（94例）に分けて検討した。男性 63例 vs 71例（p=0.0459）、背景肝疾患（HBV：21.6%、HCV：53.9%、非B非C：24.5%）vs（HBV：23.4%、HCV：35.1%、非B非C：41.5%）（p=0.0162）、主腫瘍径 29.4mm vs 44.5mm（p=0.0045）であったが、発症年齢、BMI、Child-Pugh score、初回根治治療率、生活習慣病合併率、腫瘍マーカーに差は認めなかった。【結語】HCV由来の肝癌の割合は減少し、非B非C肝癌の割合が増加していた。前半の5年に比較し後半5年間では発症時腫瘍径が大きく、肝癌サーベイランスが十分に行われていない非B非C肝癌の増加が関連していると考えらえれた。

147（内）．小腸pyogenic granulomaの1例

○高梨訓博[1]，勝木伸一[1]，安保智典[1]，藤田朋紀[1]，和賀永里子[1]，小松悠弥[1]，嘉成悠介[1]，平田裕哉[1]，佐々木一晃[2]，大野敬祐[2]，野田　愛[2]，三浦　亮[2]（小樽掖済会病院消化器内科[1]，小樽掖済会病院外科・肛門科[2]）

症例は72歳、男性。平成27年に前医にてS状結腸癌にて手術が施行された。病理stage3であったため、術後補助化学療法を半年施行、以後特に再発なく、経過観察されていた。平成29年に入り、たびたびの黒色便が出現し、また貧血も進行した。前医にてCT撮影されたところ、小腸に造影早期相にて強く濃染する多血性の腫瘤が認められ、同病変が出血源と考えられたため、小腸精査加療目的に本年3月当科紹介入院となった。カプセル内視鏡では小腸に有茎性の20mm大の白苔を有する発赤調の隆起性病変が認められた。術前診断としてはGIST、大腸癌転移、血管腫等考慮されたが、いずれにしても外科的手術が必要と判断し、生検を行うことなくBAEにて点墨マーキングを行った後、当院外科にて速やかに小腸部分切除が施行された。病理は15mm大の隆起性病変であり、糜爛、肉芽組織をともなった毛細血管の増生が認められた。悪性所見は認められず、以上より小腸pyogenic granulomaと診断した。消化管pyogenic granulomaは日常臨床ではしばしば遭遇することはあるものの、比較的稀な症例である。今回その中でも特に小腸に発生したpyogenic granulomaについて若干の文献的考察を加えて報告する。

148（消）．オルメサルタンによるcollagenous enteritisの1例

○長島一哲[1]，桂田武彦[1]，小田切信介[1]，山梨香菜[1]，木下賢治[1]，松野吉宏[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院病理診断科[2]）

【症例】70歳代女性．【主訴】下痢．【現病歴】近医で高血圧症，2型糖尿病，高尿酸血症の加療中，オルメサルタンは入院する5年以上前より服用していた．入院6カ月前より血清蛋白（TP）が6.4 g/dLと低下傾向となった．低蛋白血症は徐々に進行していき，入院1カ月前にTP 4.1 g/dLとなり，下痢を発症した．1カ月間かかりつけ医で止痢薬など内服加療を受けたが改善得られず，前医紹介入院となった．前医でCT検査施行し骨盤内回腸に壁肥厚を認めたが，上部・下部消化管内視鏡検査では有意所見を認めなかった．アルブミン製剤を使用しても低蛋白血症は改善なく，原因不明の蛋白漏出性胃腸症疑いとして精査加療目的に当科紹介転院となった．【内服薬】アムロジピン，オルメサルタン，ミグリトール，インダパミド，テプレノン，フェブキソスタット．【転院後経過】転院時10行/日の水様便が継続しており，絶食捕液とした．アルブミンシンチグラフィーを施行したところ，小腸からの蛋白漏出を認め，蛋白漏出性胃腸症の診断となった．蛋白漏出性胃腸症の鑑別目的に小腸鏡を施行したところ，絨毛萎縮，scalloped mucosaを認めた．組織学的には粘膜固有層に20-30 μmのcollagen bandを認め，collagenous enteritisの診断となった．オルメサルタンの内服中止後，下痢は改善傾向，血清蛋白は上昇傾向となり，中止後18日後には3行/日の軟便となり食事を再開した．食事再開後も再燃なく，リハビリテーション後，転院第41日目に退院となった．【考察】2012年にオルメサルタンによるスプルー様症状の副作用が報告された．現在，アメリカ食品医薬品局からは注意が促されており，内視鏡検査からは絨毛萎縮，scalloped mucosaの所見が得られ，組織学的には絨毛萎縮・平坦化の他，collagen bandも認められることが報告されている．治療はオルメサルタンの中止であり，本症例でも改善された．【結語】オルメサルタンによるcollagenous enteritisの稀な1例を経験した．若干の文献的考察とともに報告する．

149（消）．腹腔内遊離ガスを伴う腸管気腫症を併発した慢性偽性腸閉塞症の1例

○武藤修一，桜井健介，常松聖司，多谷容子，松本美桜，馬場　麗，塚本祐己，木村宗士（北海道医療センター消化器内科）

【症例】62歳男性。【主訴】腹部膨満、腹痛。【現病歴】半年前から、立ち上がり困難、歩行障害、食欲不振、体重減少のため、当院神経内科に入院中。自己免疫性の壊死性ミオパチー疑いとして、診断されステロイドが導入されている。入院後、度々腹満があり、レントゲンでイレウス所見が見られたため、麻痺性イレウスとして、保存的治療を受けていた。その後も慢性的な麻痺性イレウスの状態が変化せず、腹満の症状も顕著となったため、大黄甘草湯3g、パンテチン20％散3g、モサプリドクエン酸15mgを併用して服用したところ、翌日より強い腹痛が見られた。CTでフリーエアが見られたため当科紹介となる。腸管壁内に気腫が見られており、腸管気腫症と診断した。腹膜刺激症状もなく、採血上も炎症所見が見られないため、絶食で経過観察を行い、3日後にはフリーエアも症状も改善した。しかし、レントゲンではニボー像が残存しており、今までの経過から慢性偽性腸閉塞が疑われた。腹部エコー、シネMRIの検査を行ったところ、主に回腸での蠕動不全が見られた。その後、浸透圧下剤であるラクツロースを用いて対症的治療をしていたが、腹満症状が持続するため、リナクロチドを使用してみたところ多量の排便は見られたが、腹満、腹痛が見られ、レントゲンではフリーエアが顕著となる状態となった。3日後には、絶食による保存的経過観察で改善した。【考察】慢性偽性腸閉塞は、閉塞部位がないにもかかわらず、腸管の蠕動運動障害による腹部膨満、腹痛、嘔吐などの腸閉塞症状を引き起こす慢性の疾患で、病態に関してはあまり解明されていない。また、腸管気腫症もまた稀な疾患であるが、その原因として、偽性腸閉塞などの内圧亢進に伴うことや、ステロイドの使用が言われている。今回の症例は、下剤による小腸への負荷が、腹腔内遊離ガスが顕著となるほどに腸管気腫症を増悪させた可能性がある。

150（消）．全周性狭窄によりカプセル内視鏡の停滞をきたした小腸濾胞性リンパ腫の1例

○畑山真弓[1]，生田克哉[1]，山本昌代[1]，土岐康通[1]，上野伸展[1]，進藤基博[1]，盛一健太郎[1]，鳥本悦宏[2]，奥村利勝[1]（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[1]，旭川医科大学病院腫瘍センター[2]）

【症例】50歳代女性。2013年10月心窩部痛を主訴に近医を受診。上部消化管内視鏡検査では慢性胃炎のみの所見であったが、CTにて10～20mm大の腸間膜リンパ節腫大をいくつか認め当科紹介となる。下部消化管内視鏡検査では病変を認めなかったが、PET/CT検査では腹部正中の20mm大の腸間膜リンパ節に一致して良悪性境界程度の集積を認めた。腸管への集積は生理的集積の範囲内であり、狭窄所見は認めなかった。嘔吐や便通異常も無く、小腸評価のためカプセル内視鏡検査を施行したところ小腸でカプセル内視鏡の停滞を認めた。ダブルバルーン式小腸内視鏡では空腸に多発する白色顆粒状病変を認めたが、空回腸移行部に一部潰瘍を伴う全周性の狭窄が生じており、その部位でカプセル内視鏡が停滞していた。狭窄部の生検で悪性リンパ腫疑いとなり、狭窄解除目的に小腸部分切除を行ったところ病理組織より濾胞性リンパ腫の診断となった。骨髄浸潤や他のリンパ節病変を認めず、小腸と腸間膜リンパ節のみの病変であり、Lugano分類にて臨床病期II期と診断し、R-CVP（リツキシマブ、シクロホスファミド、ビンクリスチン、プレドニゾロン）療法を6コース施行し現在も寛解を維持している。

【考察】小腸原発濾胞性リンパ腫は比較的稀とされていたが、近年内視鏡技術の進歩により診断頻度が高まっている。消化管リンパ腫は形態的には潰瘍型、隆起型、ポリポーシス型などがあるが、濾胞性リンパ腫病変の多くは白色顆粒状病変を代表とする微細なものが多く、他の固形癌に比べ組織が柔らかく、通常は閉塞症状を来しにくい。しかし、本症例ではCTなどの画像や症状に狭窄を疑う所見は認めなかったにも関わらずカプセル内視鏡の通過障害を来しており、悪性リンパ腫もしくはその疑い症例の小腸病変検索の際には、狭窄を示す明らかな所見が無くても事前にパテンシーカプセルを利用するなど注意が必要と考えられた。

151（消）．単孔式腹腔鏡下イレウス解除術を行った胆石イレウスの1例

○石川倫啓[1]，江本　慎[1]，佐野修平[1]，河合朋昭[1]，小林清二[1]，小笠原和宏[1]，原田一顕[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]）

70歳女性。3日前より腹痛が出現し、嘔吐を伴うようになったため前医を受診した。腸閉塞の疑いで当院内科を紹介され受診した。腹部CTにて胆嚢および肝内胆管にガス像を認め、小腸に石灰化を伴う腫瘤影と口側腸管の拡張を認めたことから、胆嚢十二指腸瘻とそれに伴う胆石イレウスと診断し、当科に入院した。イレウス管を挿入し保存的加療を開始したが、自然排石が期待できないと判断したため、減圧後、入院3日目に単孔式腹腔鏡下イレウス解除術を施行した。拡張した小腸の先端に結石を疑う腫瘤を触知した。同部位を腹腔外に誘導し、小腸壁を切開して胆石を摘出した。切開した小腸は縫合閉鎖した。胆嚢十二指腸瘻については胆嚢への大網の癒着が高度であったため、確認しなかった。術後経過は良好で、胆道系の症状は認めていない。近年胆石イレウスに対する腹腔鏡下手術の有用性が報告されており、単孔式を選択することで最小限の創でより低侵襲の治療が可能になると考えられる。今回我々は単孔式腹腔鏡下イレウス解除術を施行した胆石イレウスの1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

152（消）．腸管気腫症，門脈気腫症を呈した回腸末端炎の1例

○前田啓介[1]，定岡邦昌[1]，池田明洋[1]，小泉忠史[1]，馬場　英[1]，古家　乾[1]，服部淳夫[2]，水戸孝文[3]（JCHO北海道病院消化器センター[1]，JCHO北海道病院病理[2]，みと内科循環器クリニック[3]）

症例は70代，女性．高血圧，関節リウマチ，末梢動脈疾患，心室性不整脈にて前医にて加療されていたが，2017年5月X日突然の上腹部痛を自覚し前医を受診され，同日当院紹介となった．入院時，下腹部に著明な圧痛を認めた．腹部エコーでは肝全域門脈壁に沿って粟粒上の多発高エコー領域が指摘され，腹部CTでは門脈内気腫症，回腸末端腸管壁肥厚，一部の壁内に気腫を認め，絶食の上経過観察とした．第2病日に下部消化管内視鏡検査を施行し，回腸末端に全周性の虚血病変を認めた．原因として虚血又は感染が考えられ，第3病日よりCMZ 1g/dayを開始した．心原性血栓による動脈塞栓の可能性を考え，第4病日に心電図，心臓エコー検査を行ったが明らかな血栓は認められなかった．大腸洗浄液培養および便培養からは感染性腸炎を示唆する起因菌は検出されなかったため，抗生剤を終了した．第8病日の血液検査で炎症反応は軽快に向かっており，同日腹部エコー検査を再検したが，門脈気腫は著明な改善を示した．第9病日より経腸栄養剤を開始し，現在加療中である．　虚血性腸炎は腸管の微小循環障害により生じる可逆性虚血性病変である．小腸は豊富な側副血行路により虚血性病変が生じにくく，虚血性小腸炎の頻度は非常に低いとされており，Rafの報告では手術例における頻度は非悪性小腸疾患の0.1%とされている．門脈内ガス（HPVG）の原因疾患として腸管壊死疾患，非壊死性腸疾患，腸管外疾患がある．本症例は非壊死性腸疾患を背景にHPVGを発症したものと考える．HPVGは以前より腸管壊死を疑う所見で緊急手術の適応と言われてきたが，最近では保存治療が可能な症例の報告もある．医学中央雑誌で検索すると，本邦での報告例は本症例を含め4例のみであった．病変が回腸の症例では全て手術が施行されていたが，本症例は保存的治療により軽快しており，貴重な症例であると考えられ報告した．

153（消）．回腸神経鞘腫による腸重積症の1例

○渡邊晃一[1]，藤井重之[1]，柴田敬典[1]，山田充子[1]，小野道洋[1]，安部智之[1]，黒田裕之[1]，前田征洋[1]，藤田美悧[2]，東海林安人[3]，仙丸直人[3]，佐賀潤也[4]，佐藤昌則[4]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，同病理・臨床検査室[2]，同外科・呼吸器外科[3]，札幌医科大学医学部腫瘍内科学講座、血液内科学[4]）

神経鞘腫は、末梢神経の髄鞘を形成するschwann細胞より発生する腫瘍で、その好発部位は頭頸部や四肢などであり、消化管に発生する頻度は低く回腸原発は稀である。また、初発症状としては腹痛、腫瘤触知、出血が主なものであり、腸閉塞を起こす頻度は低く、腸重積で発症することは非常に稀である。今回我々は腸重積症で発症し術後の病理組織学的検討にて回腸神経鞘腫と診断した1 例を経験したので報告する。症例は72歳男性。昼ごろから腹痛を自覚していたが夕食後に下血が出現した為、救急要請し当院に搬入された。CTを撮影した所、回腸末端が上行結腸に重積状に嵌入しており腸重積症と診断した。内視鏡的整復目的に緊急下部消化管内視鏡検査を施行。上行結腸に暗赤色に変色した小腸と考えられる腸管が入り込んでいる所見を認めたが、観察したかぎり腫瘍性変化は確認できなかった。送気を十分に行って整復を試みるも困難であり、内視鏡的な整復は不可能と判断、当院外科で緊急手術を施行した。切除標本の病理学的検討では、腸重積の原因となったのは長径 25mmの粘膜下腫瘍であり、組織学的にはspindle cell からなる腫瘍で、免疫染色の結果、KIT (-)、Desmin (-)、S-100 (+)、CD34 (-) であった事から、神経鞘腫と診断した。若干の文献的考察を加え報告する。

154（消）．空腸muco-submucosal elongated polypより出血をきたした1例

○斉藤成亮[1]，安藤勝祥[2]，杉山雄哉[3]，岩間琢哉[3]，佐藤裕基[3]，岡田哲弘[3]，井尻学見[3]，田中一之[3]，高橋慶太郎[3]，河端秀賢[3]，林　明宏[3]，野村好紀[3]，上野伸展[2]，後藤拓磨[3]，嘉島　伸[3]，盛一健太郎[3]，水上裕輔[3]，藤谷幹浩[3]，奥村利勝[3]（旭川医科大学病院卒後臨床研修センター[1]，旭川医科大学地域医療支援及び専門医育成推進講座[2]，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[3]）

【症例】60歳代男性。肝硬変、僧帽弁置換術後で、ワーファリン内服中であった。平成28年12月に黒色便・貧血を認め、上下部消化管内視鏡・CTでは出血源は指摘されず、カプセル内視鏡（VCE）を施行し、小腸の潰瘍性病変を指摘された。経口・経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査（DBE）を施行されたが、出血源を認めず、黒色便や貧血進行はなく経過観察となった。しかし、同年3月に再度黒色便と貧血進行を認め、造影CTで空腸にextravasationを認め、入院となった。直ちに経口DBEを施行し、近位空腸に30mm大の粘膜下腫瘍様の細長い有茎性ポリープを認め、中央部の露出血管から拍動性の出血を認めた。内視鏡的止血は困難な病変と判断し、同日緊急で血管造影を行い、責任血管を同定後、コイル塞栓術を行った。5日後にVCEを行い、再評価を行ったところ、露出血管は血栓化し止血されているが、有茎性ポリープ自体は残存しており、再出血の可能性が高いと判断したため、後日小腸部分切除術を施行した。病理組織学的には、茎部に太い血管を有し、延長した腺管と血管増生の豊富な粘膜下層を有し、muco-submucosal elongated polyp（MSEP）の診断であった。
【考察】本症例のような有茎性の内視鏡所見と血管増生を伴う粘膜下層を特徴とした病理組織を呈する病変はMSEPに加え、polypoid vascular anomalyといった診断で報告されており、本邦・海外でも数例の報告を認めるのみである。有茎性ではあるが、正常粘膜で覆われていたこともあり、非出血時に内視鏡で病変を同定することや出血源として認識することが困難であった可能性がある。小腸出血の診断・治療において示唆に富む貴重な一例として報告する。

155（内）．膵頭部癌術後の胆管空腸吻合部静脈瘤出血に対して,n-butyl-2-cyanoacrylateにより止血を得た1例

○巽　亮二，山口将功，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（札幌厚生病院肝臓内科）

【症例】80歳代男性.2016年6月に当院外科にて膵頭部癌に対して亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した.術後補助化学療法を実施していたがCA 19-9が上昇するために2017年3月にPET-CTを施行したところ,膵頭部癌の局所再発が疑われた.4月に黒色便を認めたために同日に当院を受診.上部消化管内視鏡検査（EGD）では上部消化管に出血は認めなかったが,白色栓を伴う食道静脈瘤を認めたために当科入院となる.同日に治療目的にEGDを施行したところ,胃内に多量の血液を認め,白色栓を伴う食道静脈瘤2カ所にEVLを施行した.門脈圧亢進の原因が不詳であったため,第 2 病日に造影CTを施行したところ,膵頭部癌局所再発による肝外門脈閉塞（EHO）の所見を認め,これによる胆管空腸吻合部静脈瘤形成が疑われた.再度施行したEGDでは同部に赤色栓を伴う静脈瘤を認め,出血源と診断し,83％n-butyl-2-cyanoacrylate（NBCA）によるEISを施行し,止血し得た.【考察】胆道膵外科術により胆管空腸吻合を行った後のEHOでは門脈血流は挙上再建小腸脚から胆管空腸吻合部の静脈叢を側副血行路として求肝性に流入し,吻合部粘膜下の静脈瘤を形成する.吻合部静脈瘤に対する内視鏡的止血方法にはクリップやetanolamin oleate（EO）も考えられる.しかし,クリップでは吻合部周囲に存在する静脈叢の根絶は困難である.また,吻合部静脈瘤と門脈は近接し,求肝性血流であることから,EOでは肝内門脈血栓から肝不全をきたす可能性がある.NBCAでは瞬時に重合し血管を閉塞させるため,クリップやEOよりも根治性があり,合併症の危険性も少ないと考えられる.【結語】膵頭部癌術後吻合部静脈瘤出血に対してNBCAにより止血し得た1 例を経験した.吻合部静脈瘤出血に対する止血にはNBCAが適切である.

156（内）．パテンシーカプセルの局在診断における超音波検査の有用性

○那須野正尚，杉山浩平，宮川麻希，田中浩紀，本谷　聡（札幌厚生病院IBDセンター）

【背景と目的】2012年7月にパテンシーカプセル（PPC）が本邦にて保険適応となり，クローン病（CD）における小腸カプセル内視鏡（SBE）の使用が可能となった．PPCの開通性評価においては腹部X線等にてPCの局在診断を行うことが推奨されているが，腹部X線のみの判定には判断に苦慮する場合が少なくない．今回我々は当院でPPCを施行した症例を対象に，開通率と開通性評価における腹部超音波検査（US）の有用性を検討した．【方法】対象は2015年3月より2017年3月の間に当科にてクローン病（CD）またはCD疑いにてPPCを施行した221 例．当院におけるPPCの開通性評価法は，30 時間以内に原形排出を目視で確認できた場合，あるいは目視確認が不可能にて腹部X線を追加し，体内にPPCを認めた際にUSにて局在部位の判定を行い，大腸への到達を確認した場合に開通性ありと判定した（USにて判定困難な場合は低線量CTにて最終判定とした）．全例で過去に小腸造影検査が施行されており，強い小腸狭窄あるいは大腸の狭窄例は除外した．【結果】221 例中，30 時間以内にPPCの原形排出を目視確認可能であった症例は177 例であった．目視確認不可能にて腹部X線を施行した44例中，体内にPPCを確認できなかった症例は17例であり，体内にPPCを確認できた27例中，USまたは低線量CTにて大腸への到達を確認した症例は20 例であった．全体の開通率は89%（197/221 例）であり，PPCによる偶発症は認めずSBEによる滞留も認めていない．また，腹部X線にて体内にPPCを確認できた27 例中，20 例がUSにて局在部位の判定が可能であり，7 例は低線量CTの追加を要した．US単独で局在部位の判定が困難であった7 例中，5例はPPCの描出が不可能であり，便塊によるアーチファクトの影響が示唆された．2例はPPCの局在診断に苦慮した症例であり，低線量CTではそれぞれ横行結腸とS状結腸に位置していた．【結語】当院におけるCD症例（疑い含む）に対するPPCの開通率はおよそ9割であり，偶発症を認めず安全に施行可能であった．腹部超音波検査は簡便で被ばくの影響がなく，PPCの局在判定に有用である可能性が示唆された．

157（消）．難治性クローン病における術後吻合部潰瘍の特徴と予後の検討

○稲場勇平[1]，佐々木貴弘[1]，杉山隆治[1]，助川隆士[1]，小澤賢一郎[1]，垂石正樹[1]，斉藤裕輔[1]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2]（市立旭川病院消化器病センター[1]，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[2]）

【背景・目的】クローン病では、難治性・再発性潰瘍から腸管狭窄や瘻孔をきたし腸管切除を余儀なくされる症例が少なくない。しかし、切除後１年以内に70％ -90％の症例で内視鏡的に吻合部再発を認め、術後３年では1／3の患者で臨床的再燃を呈するとされる。吻合部再発と臨床経過についてはいまだ明らかにされていない。そこで今回我々は、術後吻合部潰瘍をきたす危険因子と疾患予後の関連性を明らかにする。【方法】本検討は、2004年～2016年までに当院および関連施設で外科治療を受けたクローン病患者35名に関して、吻合部潰瘍の発症率およびその因子に関してロジスティック回帰分析を用いて後ろ向きに検討を行った。検討項目は、性別、病型、術前に免疫抑制剤使用の有無、術前に抗TNFα製剤の使用の有無、CRP値、手術回数、手術までの罹病期間、術式である。また術後吻合部潰瘍と臨床経過の関連性について24か月間のCDAI推移で検討を行った。なお全例で術中内視鏡を行い吻合部付近に活動性病変がないのを確認している。【結果】術後3か月以内に内視鏡を行い、吻合部潰瘍を認めた症例は22/35（63％）であった。性別、病型、免疫抑制剤の使用の有無、罹病期間、CRP値、手術回数において有意差はなかった。術前より抗TNFα製剤を使用し病勢をコントロールできなかった症例において吻合部潰瘍を認める傾向にあった（P=0.06）、術式で小腸-大腸吻合を行った症例において有意に吻合部潰瘍を呈した（P＜0.05）。吻合部潰瘍を認めない症例では術後9か月で有意に寛解維持された（P=0.036）が、15か月以降ではほぼ同等の臨床経過を辿った。【結論】術前より抗TNFα抗体を使用しつつも病勢のコントロールが困難な症例、回盲部切除をはじめとする小腸-大腸吻合を行った症例において有意に吻合部潰瘍を呈し危険因子と考えられた。術後吻合部潰瘍所見を認めない症例は、短期予後良好の予測因子と考えられる。

158（消）．ビタミンK欠乏により出血傾向を示したクローン病の1例

○高氏修平[1,2]，嘉島　伸[2]，上野伸展[3]，五十嵐将[2]，杉山雄哉[2]，佐藤裕基[2]，岩間琢哉[2]，岡田哲弘[2]，井尻学見[2]，高橋慶太郎[2]，田中一之[2]，安藤勝祥[3]，河端秀賢[2]，林　明宏[2]，野村好紀[2]，笹島順平[2]，盛一健太郎[2]，水上裕輔[2]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2]，垂石正樹[4]（旭川医科大学救急医学講座[1]，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[2]，旭川医科大学地域医療支援および専門医育成推進講座[3]，旭川市立病院消化器内科[4]）

【はじめに】ビタミンK欠乏症は栄養摂取の不良、長期抗菌薬の使用を契機に発症し、臨床的に出血傾向を認めることがある。【症例】37歳男性、Lennox-Gastaut症候群による重度精神発達遅延で施設入所中であった。7年前に胃瘻造設術、5年前にクローン病と診断され、5-ASA製剤と成分栄養剤の経管投与を行っていた。3ヶ月前より肺炎を繰り返し、抗菌薬（S/ABPC）を使用していた。10日前に尿路感染・敗血症（Enterobacter cloacae）となり抗菌薬T/PIPCを使用し、症状は改善傾向であったが、6日前より歯肉出血、消化管出血、多臓器不全となり当院転院となった。【入院経過】ICU入室後、人工呼吸器および輸血、昇圧薬による全身管理を行った。血液検査でPTおよびAPTTは延長し、PIVKA-II 45356mAU/mlと異常高値を認めた。ビタミンK欠乏による凝固異常と診断し、メナテトレノン（ケイツー）投与を開始した。その後、貧血は改善し、一時的に全身状態は安定したが、入院19日目に腎不全および呼吸不全のため永眠された。【考察】本例ではクローン病で長期成分栄養剤投与が行われており、医原性の偏食状態であったこと、さらに繰り返す感染に対して投与された抗菌薬によって腸内細菌叢のdysbiosisが起こり、細菌によるビタミンK生成が遮断されたことがビタミンK欠乏の主要因と考えられた。ビタミンK欠乏は稀ではあるが、長期経管栄養投与中の患者ではピットフォールとなりやすく、臨床的に重要と考えられる。クローン病を含めたIBD患者の腸内細菌叢、ビタミンKとの関連から最近の文献をもとに考察したい。

159（内）．クローン病に対するカプセル内視鏡の使用成績とその有用性に関する検討

○上野伸展[1]，杉山雄哉[2]，岩間琢哉[2]，井尻学見[2]，岡田哲弘[2]，田中一之[2]，高橋慶太郎[2]，河端秀賢[2]，林　明宏[2]，安藤勝祥[1]，野村好紀[2]，嘉島　伸[2]，後藤拓磨[2]，笹島順平[2]，盛一健太郎[2]，水上裕輔[2]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2]（旭川医科大学地域医療支援および専門医育成推進講座[1]，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[2]）

【背景】クローン病（CD）の小腸病変の検査には小腸造影や小腸内視鏡が必要とされていた。しかし2012年にパテンシーカプセル（PPC）が保険収載され、カプセル内視鏡（VCE）の適応がCDに拡大されたことによって、低侵襲に全小腸を検索することが可能となった。CDにVCEが使用できるようになったことで微細な所見を観察することが可能となったが、病変の存在に対する治療強化の必要性に関して一定の基準はない。そこで今回我々の施設でCDに対して施行されたVCEの検査成績とその後の臨床経過からVCEの有用性について検討を行った。【方法】旭川医大病院において、2013.2より2017.5までにVCEが予定された54症例について検討した。(1)安全性についてはPPCの使用成績とVCE滞留の有無。(2) 有用性に関してはCDAIが寛解期、活動期における小腸病変をCECDAIとLewis score（LS）を用いて比較。治療介入有無での臨床経過を比較検討した。【結果】(1) 50症例でPPCを施行。開通性ありと判断されたのは45例（45/50: 90.0%）であった。VCE滞留は1例も認めなかった。(2)追跡調査が可能であった44例について検討。活動期20例、寛解期24例で比較したところ、CECDAI平均値は7.4vs9.2、LS平均値は318.1vs 309.9と有意差は認めなかった。寛解期においてVCEで所見を認めた15例のうち、治療介入されたのが5例、治療介入されなかったのは10例で、治療介入の有無に関わらず寛解が維持されていた。治療介入された群ではCRPとCECDAI、LS共に高い傾向が見られた。【結語】CDに対するVCEはPPCを併用することで安全に実施することが可能である。CDAIで寛解期であってもVCEで活動性の病変を描出する可能性があり、寛解期におけるVCE所見がその後の治療計画に有用であるかに関しては今後前向き試験での検証が必要と考えられた。

160（消）．IVR治療が必要となった孤立性動脈解離の2例

○小川拓也[1]，坂本　淳[1]，和田玲緒名[2]，ム　チル[1]，石井貴大[1]，富永素矢[1]，木村圭介[1]，齋藤博哉[2]，太田智之[1]（札幌東徳洲会病院消化器センター[1]，札幌東徳洲会病院放射線診断科[2]）

【はじめに】大動脈解離を伴わない孤立性動脈解離は極めて稀であり、これらの多くは突然の腹痛で発症し、そのほとんどが上腸間膜動脈である。今回、我々は保存的治療で増悪傾向を認め、孤立性動脈解離から孤立性解離性動脈瘤に発展した2例を経験したので報告する。【症例1】49歳男性。突然の上腹部痛を主訴に来院し、CTで上腸間膜動脈解離の診断となった。入院し、厳重な血圧管理をするも偽腔は徐々に増大傾向であった。腸管虚血を示唆するような所見は認めないが、偽腔内で動脈瘤へと変化し末梢が狭小化したため、ステント留置術に加えてコイル充填術を施行した。その後は解離腔の増大はなく、末梢の血流も保たれている。【症例2】44歳男性。前日からの心窩部痛を主訴に来院し、CTで腹腔動脈解離の診断となった。なおCTで動脈解離は脾動脈や固有肝動脈にまで達していた。入院し経過観察するも偽腔は増大傾向で動脈瘤へと変化した。動脈瘤破裂の可能性もあるためステント留置術に加えてコイル充填術を施行した。その後腹腔動脈の閉塞は認めず動脈瘤は消失した。【結語】今回、我々が経験した2例のように腹痛の原因として消化器疾患のみならず血管病変の存在も念頭に置く必要がある。特に突然発症の腹痛はより血管病変を疑う病歴であると考えられる。近年、CT検査の性能が向上し解像度も高くなってきているため、動脈解離の状態についての情報を多く得ることが可能となっている。腹痛の検査の1つとして造影CT検査は静脈相だけではなく動脈相の撮影も診断に有用である。これまでに当院で経験した症例では保存的治療で増悪した症例はなかったが、今回の2例のように増悪する症例もあるためCT検査での厳重なフォローも必要と考えられる。

161（消）．PET-CTが診断に有用であった結核性胸腹膜炎の一症例

○柏柳杏美[1]，横山和典[1]，松本　航[1]，代田　充[1]，沢田尭史[1]，旭　火華[1]，喜納政哉[1]，高田譲二[1]，益子博幸[1]，山野三紀[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

症例は55歳男性。腹部膨満感を主訴に当院を受診し、胸腹水を認めたために入院した。アズベストの暴露歴を有していた。入院時の血液検査では、CRPの軽度上昇、NSE、IL-2R、CA 125、およびクオンティフェロンの上昇を認めた。胸腹水検査はともに滲出性で、細胞診はclass Iであった。胸腔ドレナージ後のCTでは肺野縦隔に腫瘤や結節、リンパ節腫大は認めなかった。腹部CTでは中等量の腹水と腸間膜の肥厚所見を認めたが、腹部骨盤内に明らかな腫瘤やリンパ節腫大は認めなかった。PET-CTでは腸間膜肥厚部位や腸管壁に一致した集積の亢進や肝表面の集積の亢進を認めた。胸腔内の集積の亢進は認めなかった。上下部消化管内視鏡検査では消化管粘膜に明らかなびらんや潰瘍性病変は認めなかった。本例では幼少期以外に結核患者への暴露歴はなかったが、結核性腹膜炎や腹膜悪性疾患の鑑別が必要と考えられたために、審査腹腔鏡による腹腔内検索を施行した。腹腔鏡所見は腹壁全体に発赤と白色結節の付着を認め、生検病理組織所見でも乾酪壊死やLanghans巨細胞を伴う類上皮細胞性肉芽腫を認め、結核性腹膜炎と診断された。その後、抗結核薬に化学療法が施行された。結核性腹膜炎の診断には審査腹腔鏡が有用とされるが、近年はPET-CTの有用性も報告されており、その特徴的画像を供覧する。

162（消）．当科における胆膵・消化管原発神経内分泌癌に対する治療経験

○八木澤允貴[1,2]，小松嘉人[2]，村中徹人[1,2]，川本泰之[1,2]，中積宏之[1,2]，結城敏志[1]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

【背景】本邦では膵・消化管神経内分泌新生物（NEN:Neuroendocrine neoplasm）の2010年の1年間の新規発症数は人口10万人あたり消化管NETで3.51人/年、膵NETで1.27人/年、その中でも神経内分泌癌（Neuroendocrine carcinoma : NEC）は約10％程度と比較的希少な疾患であり、ランダム化比較試験により有効性が証明された標準治療は存在せず、実臨床では小細胞肺癌に準じて薬物治療が試みられることが多い。【目的】胆膵・消化管原発のNECに対する当科での治療成績について検討する。【方法】2012年4月から2017年5月までに当科で全身化学療法を導入した胆膵・消化管原発NEC症例について診療録を用いて後方視的に検討を行った。【結果】症例は9例で年齢中央値は63歳（26-74歳）、男性7人、原発部位は胃/結腸/直腸/膵/胆のうが1/2/2/3/1例、様式は遠隔転移/術後再発が6/3例。一次治療には8例にイリノテカン/シスプラチン療法（IP療法）、1例にエトポシド/シスプラチン療法（EP療法）、二次治療は7例に施行され全例にアムルビシン療法、三次治療は2例に施行され全例にトポテカン療法が行われていた。奏効率、病勢制御率は一次/二次/三次でそれぞれ30/14/0％、44/43/0％だった。治療成功期間中央値は一次/二次/三次でそれぞれ63/44/22日、全生存期間中央値は380日だった。【結語】胆膵・消化管原発NECに対する当科での薬物療法の治療成績を検討した。有効性は既報と遜色ない結果であった。今後、より有効な化学療法レジメンの開発が期待される。

163（消）．腰椎前面に発生した類表皮嚢胞の1切除例

○中田裕隆[1]，笹島順平[2]，盛一健太郎[2]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2,3]，大平賀子[3]，野津　司[3,4]，浅井慶子[5]，古川博之[5]（旭川医科大学病院卒後臨床研修センター[1]，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[2]，旭川医科大学総合診療部[3]，旭川医科大学地域医療教育学講座[4]，旭川医科大学外科学講座消化器病態外科学分野[5]）

症例は30歳代の女性。平成29年1月に心窩部痛を自覚し、近医にて上部内視鏡検査を施行されたが異常なかったが、更なる精査目的に当院総合診療部を受診、単純CTにて腰椎前面の腫瘤を指摘され当科紹介初診となった。血液生化学検査では各種腫瘍マーカー含め異常を認めなかった。造影CTでは第4および第5腰椎前面で左総腸骨静脈の腹側に55×24×22mm大の頭尾方向に長い境界明瞭な腫瘤を認めた。腫瘤は内部が造影されず、壁が造影されるのみで嚢胞性疾患を疑った。MRIではT2強調像で薄い壁構造を伴う高信号の腫瘤として描出され、拡散強調像では高信号を呈していた。嚢胞型の神経鞘腫などの神経原性腫瘍や類表皮嚢胞を疑い、当院消化器外科にて腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は後腹膜腔の大動脈分岐部の前面に位置し、腹膜等への癒着も認めなかった。術後病理組織学的所見は、内腔に角化変性物を充満した嚢胞性病変で、嚢胞壁内腔面は角化重層扁平上皮で裏打ちされており、脂腺や毛髪等の皮膚附属器は認めず、類表皮嚢胞と診断した。類表皮嚢胞は全身どこにでも発生しうる真性嚢胞ではあるが、後腹膜腔の発生はまれである。後腹膜類表皮嚢胞の好発部位は先天性腫瘤が発生しやすいと言われている前仙骨部であり、前仙骨部以外の場所での発生は極めて稀である。医学中央雑誌にて「類表皮嚢胞」および「後腹膜」をキーワードにして、さらにPubMedにて「epidermoid cyst」および「retroperitoneal」をキーワードにして検索したところ前仙骨部を除いた後腹膜類表皮嚢胞の報告（会議録は除く）は我々が検索しえた範囲では十数例しかなく、貴重な症例と考えられたため報告する。

164（消）．スマトリプタンの内服により嘔吐発作が消失した周期性嘔吐症の1例

○粂井志麻[1]，野津　司[2]，大平賀子[1]，奥村利勝[1,3]（旭川医科大学病院総合診療部[1]，旭川医科大学地域医療教育学講座[2]，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[3]）

症例は40代女性。10歳頃から1年に10回程度の嘔吐を繰り返していた。発作は、深夜2時から24時間続き、多いときで1時間に10回程度嘔吐していた。当初は市内総合病院小児科にて入院精査するも自家中毒の診断で、その都度補液管理のみで様子をみていた。発作は毎回同じで、深夜より始まり24時間程度で終了する定型的なものであり、それがわかってからは、発作があっても病院は受診せず自宅で対応していた。成人、結婚、出産後もその発作が持続し、成人後も近医受診で上部消化管内視鏡検査含めて精査されていたが、器質的疾患は否定され、抗不安薬などが投与されていたが状態の改善はなく、当部を受診した。本人は、明らかな前兆には気づいていなかったが、発作前になると急に落ち着きがなくなる、夜間にも関わらず掃除機をかけ始めるなどの変化に家族は気づいていた。片頭痛の既往歴はないが、家族歴では父親が片頭痛であった。血液検査、腹部CT検査、脳MRIを施行するも嘔吐の原因を説明しうるポルフィリン症などの代謝性疾患や器質的異常を認めなかった。病歴より周期性嘔吐症候群が強く疑われ、文献検索では、周期性嘔吐症は片頭痛の関連疾患である可能性が提唱されており、片頭痛薬スマトリプタンを発作（前兆）出現時に内服するよう指導したところ、30年来持続してきた嘔吐発作は一度も起こらなくなった。機能性消化管障害の1病型である周期性嘔吐症の疾患概念を念頭に置くことが重要な症例であった。

165（消）．魚骨による消化管穿孔・穿通をきたした4症例の検討

○池田明洋[1]，小泉忠史[1]，馬場　英[1]，定岡邦昌[1]，古家　乾[1]，正村裕紀[1]，数井啓蔵[1]，服部淳夫[2]（JCHO北海道病院消化器センター[1]，JCHO北海道病院病理診断科[2]）

Perelman（1962）によると、消化管異物の大部分は自然排泄されると言われており、穿孔などの合併症の発生率は1%以下と報告されている。異物の種類として本邦では魚骨の割合は高く、異物摘出術ガイドラインでは、有鈎義歯、針、PTP、爪楊枝などと並んで、消化管壁を損傷する可能性があり緊急性を要するものに分類されている。また魚骨による穿孔部位は食道から肛門に到るまで広く報告されている。今回2010年から2017年にかけて当院で経験した魚骨穿孔・穿通の4症例について検討した。平均年齢は70.0±10歳、発症部位はそれぞれ右下咽頭、食道第一狭窄、小腸、回盲部であり、いずれも発症部位の疼痛を主訴に受診した。回盲部の症例では腹壁への穿通をきたし、発熱と膿瘍形成も伴っていた。また小腸の症例は麻痺性イレウスをきたした。来院時の血液検査にてWBC及びCRPの平均はそれぞれ15,475±3,785／μL、5.57±5.03 mg/dLと全例に炎症反応高値を認めた。全例とも受診後より抗生物質の投与を開始したが、その平均投与期間は8.7±7.75日間で、回盲部の症例が最長であった。病歴聴取で推測された異物の種類は、魚骨が3例（ソイ1例、カレイ1例、不明1例）、エビの髭1例と考えられ、その後全例CTによって存在位置が確認された。下咽頭・食道の症例では内視鏡的処置後に頸部外切開を行い、回盲部の症例では外科的に腹腔鏡下で摘出された。内視鏡的処置のうち食道の症例では視野に異物を確認したが、下咽頭の症例では刺入部を認めたのみであった。また3 例とも外科的処置中に異物を確認できた。これに対して小腸の症例は抗生物質のみにより保存的に加療し経過観察を行い、第6病日のCTにて病変の消失を確認した。魚骨穿孔の存在診断と局所の特定のためには、詳細な病歴聴取に加えてMPR像を含めたCT検査が極めて有効であると考えられる。特に膿瘍の存在はその後の治療方針に大きく影響する要因であり、可能な限り造影CTでの撮像が推奨される。

166（消）．川崎病様症状を呈したYesinia pseudotuberculosis感染症の1例

○鈴木　聡，鈴木啓子（市立旭川病院総合内科）

【症例】川崎病とアトピー性皮膚炎の既往のある22歳男性。5日前からの39℃の発熱、咽頭痛、関節痛、手掌・足底の発赤，下痢を訴え当科を受診。眼球結膜充血，イチゴ舌，頚部リンパ節腫脹，手掌･足底の硬性浮腫，四肢体幹のびまん性発赤，腹部全体に軽度の圧痛を認め，血液検査で肝機能障害，CRP上昇，造影CTで腸間膜リンパ節腫脹を認めた。アトピー性皮膚炎を背景とした黄色ブドウ球菌ないし溶連菌による皮膚軟部組織感染症と毒素性ショック症候群（TSS）を疑い，血液・咽頭・便培養を提出後，CEZ投与を開始した。咽頭培養からMRSAが検出されたためVCMに変更したが，発熱は遷延しTSSは否定的であった。数日後に手掌･足底の膜様落屑を認めた。心エコーでは冠動脈病変を認めなかったが，川崎病診断基準を満たすためIVIG＋アスピリン内服を開始した。徐々に皮膚症状は改善したが，発熱と下痢は遷延し，全経過で心病変を認めないことから川崎病も否定的と考えられた。腸間膜リンパ節炎と川崎病様症状を呈する感染症としてエルシニア腸炎を疑ってCTRXを開始し，大腸内視鏡検査を施行した。盲腸から上行結腸にアフタ性病変を認めたが終末回腸には異常を認めなかった。反復した便培養，腸液培養，生検培養では有意な起因菌は同定されず，生検結果も非特異的所見であった。ペア血清で *Yersinia enterocolitica* 抗体陰性，*Yersinia pseudotuberculosis*（Yp）serotype 2aに対する抗体価が有意な上昇を認め，*Yersinia pseudotuberculosis* 感染症と診断した。臨床症状は3週間程度の経過で改善を認めた。

【考察】エルシニア感染症は回盲部炎型を呈する場合，Crohn病やBehcet病との鑑別が必要になり，一部では川崎病様の症状を呈することが小児科医の間では周知されている。特に *Yersinia pseudotuberculosis* の一部はスーパー抗原を産生し、本邦における泉熱として，近年ではロシア極東地方及び日本におけるfar east scarlet-like fever（FESLF）の起因菌として報告が散見される。本症例はスーパー抗原の関与は未確認だが，臨床的にFESLFとして矛盾しないと考えられた。希少疾患を経験したため報告する。

167（消）．寒冷刺激により腹部膨満感、筋肉痛、発熱発作を繰り返した家族性地中海熱の1例

○粂井志麻[1]，宮岸沙織[1]，野津　司[2]，大平賀子[1]，奥村利勝[1,3]（旭川医科大学病院総合診療部[1]，旭川医科大学地域医療教育学講座[2]，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[3]）

症例は50代男性。5年前より冬季のみに出現する腹部膨満、筋肉痛を伴う37℃代の微熱を繰り返していた。特に外での重労働や長時間立位後の翌日に出現することが多く、これらの症状は1日で消失していた。有症状時に近医を受診するも炎症反応の高値のみで診断に至らず、症状も軽微であったため経過観察となっていた。しかし、2016年度になってから冬季のみではあったが発作の頻度が増えたため近医を受診し、当部へ紹介受診となった。　最終発作2日後に施行した検査では、血液検査で白血球、C反応蛋白、血清アミロイドAの高値を認めたが、尿検査、画像検査では炎症の原因となりうる異常所見を認めなかった。病歴より家族性地中海熱非典型例を疑いMEFV遺伝子の全エクソンを解析したところ、M 694I/E 148Qヘテロ変異を認め家族性地中海熱の診断となった。コルヒチン0.5mgの服用開始後より、発作は冬季も含め完全に消失した。本例は、臨床的には家族性地中海熱の非典型例と考えられたが遺伝子解析の結果M 694I変異を認めコルヒチン導入の強い根拠となり、家族性地中海熱における遺伝子解析の重要性が示唆された。

168（消）．自然排虫例を中心とした日本海裂頭条虫排虫例の検討

○佐藤裕基[1]，矢崎康幸[1]，櫻井達也[1]，本田光則[1]，後藤拓磨[2]，笹島順平[2]，藤谷幹浩[2]，奥村利勝[2]（小林病院内科[1]，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[2]）

本邦における裂頭条虫症の多くは日本海裂頭条虫によるものであり、北海道では特に発症率が高く、サケ・マスの生食、不完全調理食によって発症する事が多い。プラジカンテルやガストログラフィンを用いた駆虫例の報告が散見される。今回、当院における過去17年間の日本海裂頭条虫排虫例の検討を行った。

1999年4月から2016年12月までに当院を受診した11例を対象とした。随伴症状としては血便が1例、軟便・下痢が2例、腹部不快感が3例であった。男女比は男性10例、女性1例であり、受診時年齢中央値は56歳（33-84歳）であった。虫体排泄を自覚してから初診時までの日数の中央値は8日（0-137日）であった。生活歴では、10例でサクラマス（クチグロマス）の摂取歴が確認できた。この中でサクラマスの生食が6例で認められ、その他冷凍保存（ルイベ）例が2例、昆布締めなどの半生食が2例であった。11例中、6例に駆虫（ガストログラフィン例1例、Damaso de Rivas法5例）を行い、5例は治療を行わずに1ヶ月後の虫卵陰性（集卵法）を確認し、これらは自然排虫例と判断した。駆虫例中、頭節を確認できたのはDamaso de Rivas法を用いた3例であった。

今回追跡調査として、電話での聞き取り調査を行い、8例（自然排虫例4例、Damaso de Rivas法4例）から回答を得た。自然排虫され、虫卵陰性を確認できた4例中、3例は新たな虫体の排泄は認めなかった。現在も虫体排泄のある1 例は虫卵陰性を確認した後もサケの生食を続けていた。Damaso de Rivas法を用いた駆虫例では駆虫時に頭節を確認できなかった症例においても、追跡可能であった全例で新たな虫体の排泄は認めなかった。

日本海裂頭条虫の感染例では、ある一定期間の感染の後、自然排虫してしまう症例が一定の頻度で存在すると考えられ、初診時からおおむね1ヶ月後に集卵法で虫卵の有無を検査した上で積極的駆虫の適否を検討してもよいと考えた。

169（消）．非アルコール性脂肪性肝炎におけるプロスタグランジンI2の肝保護作用

○粂井志麻[1]，結城幸一[1]，柏木　仁[1]，今道力敬[1]，奥村利勝[2]，牛首文隆[1]（旭川医科大学薬理学講座[1]，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[2]）

脂肪肝が起因となり発症する非アルコール性脂肪性肝炎（NASH）の患者数は、現在少なくとも200万人と推定されている。NASH患者は高頻度で肝硬変や肝がんを発症することから、NASHの病態解明と治療法の確立が急務となっている。一方、プロスタグランジン（PG）I_2は、アラキドン酸に由来する生理活性脂質であり、PGI_2受容体であるIPを介した血管拡張作用が古くから知られており、肺高血圧症や慢性閉塞性動脈硬化症などの血管を標的とした病態の治療に対して使用されてきた。しかし、近年になりPGI_2はマクロファージのサイトカイン・ケモカインの産生を制御し種々の炎症における抗炎症作用を有することが注目され始めている。NASH 患者及び、NASH モデルのマウスの肝で、PG合成の律速酵素であるシクロオキシゲナーゼ-2の発現が上昇している報告はあるがその意義は不明であり、PGとNASHの関係も明らかにされていない。そこで、野生型（WT）マウスとIP欠損マウスに、食餌誘発性のNASH病態モデルを作成しNASHにおけるPGI_2の役割を検討した。その結果、NASHにおいてPGI_2は、炎症性サイトカイン・ケモカイン産生を抑制し炎症性細胞の肝への浸潤を著しく抑制し、NASHの発症を抑制した。さらに、WTマウスへのIP作動薬の投与によりNASHからの肝がん発症も抑制した。以上より、PGI_2-IP系は、NASH病態形成において肝保護作用をもち、IP作動薬のNASH治療薬としての可能性が示唆された。

170（内）．悪性胃十二指腸狭窄症例に対する十二指腸ステント留置術

○久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，山内夏未[1]，佐藤正文[2]，川崎亮輔[2]，行部　洋[2]，水沼謙一[2]，宮崎　悦[3]，飴田咲貴[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]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[4]）

胃癌や膵胆道癌に伴う悪性胃十二指腸狭窄（malignant gastric outlet obstruction: mGOO）症例に対するthrough-the-scope（TTS）法によるself-expandable metal stent（SEMS）留置術が、2010年4月より保険収載となり、その手技の簡便性と有用性から現在多くの施設で施行されている。当院では、それ以前より食道ステントを用いたover-the-wire（OTW）法でのSEMS留置も施行してきた。また、近年の化学療法などの治療の進歩から、SEMS留置後も長期生存が得られる例も存在し、緩和医療のみならず集学的治療のひとつとしての役割も果たしていると考えられる。さらに、胆管狭窄合併例での胆管ドレナージの方法についても議論がなされている。
今回、1999年4月～2017年5月に十二指腸SEMS留置術を施行したmGOO 70例（年齢46～94歳、平均79歳、男性37例、女性33例）について、その有用性、安全性および問題点について検討したので報告する。

171（内）．神経内分泌化を伴った膵腺房細胞癌の1例

○杉山祥晃[1]，岸　法磨[1]，太田勝久[1]，齋藤　敦[1]，相馬　学[1]，松崎伸幸[1]，阿部真美[1]，藤井常志[1]，長谷部千登美[1]，菊地智樹[2]，小幡雅彦[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院病理診断科[2]）

【症例】60歳代, 男性. 心窩部痛, 全身掻痒感を主訴に近医受診. 血液検査にて黄疸, 肝胆道系酵素が上昇しており, CTにて膵頭部に腫瘍を認め, 精査目的に当科紹介となった. 当科血液検査では, T-Bil 12.8 mg/dL, AST 238 IU/L, ALT 414 IU/L, ALP 2511 IU/L, γGTP 815 IU/L, アミラーゼ 441 IU/L, リパーゼ 966U/Lと黄疸, 肝胆道系酵素, 膵酵素の上昇を認めた. CTでは膵頭部に40mm大の辺縁, 隔壁がやや造影される内部不均一な腫瘍を認めた. また, 一部嚢胞と思われるlow density areaを認めた. MRCPでは膵頭部にT 2WIで軽度高信号, DWIで高信号の腫瘍を認め, 総胆管, 主膵管の途絶, 上流の拡張を認めた. また, 腫瘍内嚢胞はT 2WIで高信号を示した. EUSでは辺縁が比較的明瞭な一部嚢胞を伴う腫瘍を認めた. ERCPでは胆管生検, 擦過細胞診, 胆汁細胞診を施行し, 7Fr胆管ステントを留置した. 術前の病理診断はつかなかったが, 画像所見より浸潤性膵管癌の他に腺房細胞癌, IPMC, 神経内分泌腫瘍を考え, 当院外科にて膵頭十二指腸切除術を施行した. 切除標本は境界明瞭な50mm大の腫瘍であり, 組織学的にはロゼット形成を伴う充実性胞巣や腺房様配列を示した. 免疫染色ではBcl-10が腫瘍大半で陽性であり, 神経内分泌マーカーが陽性な領域は一部であり, 術後病理診断は, Acinar cell carcinoma with neuroendocrine differentiation, pT 3N 1aM 0 pStageIIBとなった.【考察】膵腺房細胞癌は膵原発悪性腫瘍の約1%とまれな腫瘍である. 今回, われわれは神経内分泌化を伴った膵腺房細胞癌の1例を経験したので, 文献的考察を加えて報告する.

172（内）．膵管内腫瘍の臨床的特徴

○平田幸司[1]，桒谷将城[1]，杉浦　諒[1]，加藤　新[1]，川久保和道[1]，坂本直哉[1]，浅野賢道[2]，平野　聡[2]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[2]）

【背景・目的】主膵管に病変を有する膵管内腫瘍の多くは, 主膵管型・混合型IPMNであるが, 他の膵腫瘍が膵管内進展を示す場合もある. 稀な病態であり, その臨床的特徴を明らかにすることを目的とした. 【対象・方法】2007年1月から2017年3月の間, 当院で主膵管内進展を有する腫瘍と診断され, 外科的切除を行った27症例について後方視的に検討した. 【結果】平均年齢66.3±10.5歳, 男女比11:16, 病変部位は頭部14例, 体尾部9例, 頭体部 3例, 全体 2例, 術式は膵頭十二指腸切除11例, 膵体尾部切除8例, 全膵摘出4例, 十二指腸温存膵頭切除3例, 分節膵臓切除1例であった. 術後病理診断は良性14例, 悪性13例で, その内訳は, IPMN 21 例（adenoma 12 例, carcinoma 9 例）, ITPN 3例（carcinoma 2例）, NET 1例, anaplastic carcinoma 1例, mixed ductal neuroendocrine carcinoma/ acinar cell carcinoma 1例であった. 発見契機は, 急性膵炎 5例,（IPMC 3例, ITPN 1例, anaplastic carcinoma 1 例）. スクリーニング画像検査 8 例, 血液検査異常 2 例, その他 11 例であった. 主膵管内病変の画像描出率は, US 81.4%, CT 73 .1%, MRI 79.1 %, EUS 96.2 %であった. 術前の膵液細胞診は15例で施行し, 感度87.5 %, 特異度 85.7%, 陽性的中率 87.5%であった. ERCP後膵炎の発症は1 例のみであった. IPMNは主膵管型が9例（carcinoma 4例）, 混合型が9例（carcinoma 2例）, 分枝型IPMN由来浸潤癌の主膵管内進展が3 例であった. 予後はIPMN群で2年生存率67%, ITPN 3 例は術後 3 年以上無再発で経過, NET症例は49ヶ月後にリンパ節再発するも化学療法施行し術後 9 年生存中である. anaplastic carcinomaの症例は術後 2 年 5ヶ月で原病死した. 【考察】膵管内腫瘍に対する内視鏡的逆行性膵管造影は膵炎発症のリスクが低く, 良悪性の診断に有用である. 偶発的な発見症例が多いにも関わらず, 予後は通常型膵管癌と比較し概ね良好であった. 稀な病態であり, さらなる症例の蓄積と検討が必要である.

173（内）．膵腫瘤性病変に対する新型franseen形状穿刺針を用いたEUS-FNAの有用性

○永井一正，金　俊文，潟沼朗生，宇都宮蘭，小林陽介，瀧川有記子，遠藤壮登，小松直広，田中一成，矢根　圭，林　毅，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）検体採取能の向上を目的とする先端franseen形状のEUS-FNA穿刺針（AcquireTM, Boston Scientific）が開発され、その診断能が注目されている。目的）膵腫瘤性病変に対するAcquireTMを用いたFNAの有用性を検討する。方法）2016年9月から2017年6月に膵腫瘤性病変に対しAcquireTM単独でFNAを施行した19例（A群）と同期間に従来型の穿刺針を用いてFNAを施行した46例（B群）を後方視的に比較検討した。FNAに際しては、穿刺後に目視下で検体を確認し、一部を迅速細胞診に提出して検体の有無を確認した。穿刺は迅速細胞診の結果を元に診断に足る検体量が得られたと判断するまで施行した。最終診断は組織診に基づいて行ったが、採取検体にて特異的診断が得られず6ヶ月以上の経過観察にて変化がなかったものは良性（腫瘤形成性膵炎）と診断した。検体量に関する評価として、組織診断に足る検体量が十分得られた場合を2点、不十分な場合を1点とした。検討項目）1.患者背景、2.処置内容、3.採取検体量、4.正診率、5.偶発症。結果）1）年齢中央値はA群 66歳（47-88）、B群 67歳（47-85）、男女比はA群 7:12、B群 26:20。腫瘤の部位（頭部/体尾部）はA群 8/11、B群 25/21、腫瘤径中央値はA群 25（7-60）mm、B群 25（8-100）mmであった。最終診断は、A群で膵癌 14、NET 2、AIP 1、その他 2、B群で膵癌 37、NET 5、AIP 2、腫瘤形成性膵炎 2。3）A/B群共に全例で穿刺可能であり、穿刺経路（経胃/経十二指腸）はA群 12/7、B群 24/22。使用した穿刺針はA群で22G 19、B群で19G 5、25G 1であった。穿刺回数平均値はA群 1.6（1-3）回、B群 2.3（1-5）回であり、A群で有意に少なかった（p=0.04）。4）採取検体量に関する評価は、A群で2点 19、B群で2点 42、1点 4であった（p=0.55）。5）正診率はA群 100%（19/19）、B群 93%（43/46）であった（p=0.55）。6）偶発症はA群で（5%; 膵炎）、B群で1例（2%; 出血）に認めたが、差は認めなかった（p=0.50）。まとめ）膵腫瘤性病変に対するAcquireTMによるFNAでは、従来の穿刺針より少ない穿刺回数で十分な検体が得られる可能性がある。

174（消）．当院で経験した小型膵solid-pseudopapillary neoplasm（SPN）3例の検討

○内海辰哉，河本　徹，藤永明裕，柳川伸幸，佐藤智信，後藤　充，田邊裕貴，斎藤義徳，折居　裕（JA北海道厚生連旭川厚生病院消化器科）

【はじめに】膵SPNは比較的な大きな腫瘍として発見されることが多いが，近年は腫瘍径の小さい小型SPNの報告例も増えている．小型SPNは典型的な画像所見を呈さず，診断に難渋することが多い．今回我々は当院で経験した小型SPNの3例につき検討した．【症例1】37歳女性．膵尾部に20mm大の境界明瞭な腫瘤を認め，EUS-FNAにてSPNの診断となり，膵体尾部切除が施行された．手術検体もSPNとして矛盾せず，現在まで3年2ヶ月経過しているが，再発は認めていない．【症例2】48歳男性．膵尾部に15mm大の境界明瞭な腫瘤を認め，EUS-FNAにてSPNの診断となり，膵体尾部切除が施行された．手術検体もSPNとして矛盾せず，現在まで11ヶ月経過しているが，再発は認めていない．【症例3】37歳男性．CTにて膵頭部に15mm大の境界不明瞭な腫瘤を認め，EUS-FNAにてSPNの診断となった．本人の希望で手術はせずに経過観察中である．【結果】発見の契機は3例とも検診USであった．造影CTではいずれも造影効果の乏しい充実性腫瘍として描出され，被膜や内部に粗大な石灰化や嚢胞変性の所見は認めなかった．MRIは症例2,3で施行されているが，2例ともT2で高信号の腫瘤として描出され，拡散強調画像では拡散制限を認めた．FDG-PETは症例1,2で施行され，いずれもFDGの有意な集積は認めなかった．EUSでは全例で施行され，いずれも境界明瞭で内部不均一な低エコー腫瘤として描出された．【考察】SPNは膵腫瘍の1～2%と稀な腫瘍で，6～8cm程度の大きな腫瘍として発見されることが多い．一般的にSPNは時間経過とともに出血・壊死・嚢胞変性・石灰化などの変化がおきてくると考えられており，比較的早期に発見された小型のSPNは充実性腫瘍の形態をとり，多くは被膜や嚢胞変性など特徴的な所見を呈さない．EUS-FNAでの良好な診断能も報告されていることから，膵管癌としては非典型的な小型の充実性腫瘍に対してはSPNも念頭に置いて免疫染色を含めた検討を考慮する必要がある．

175（内）．感染性被包化膵壊死に対する内視鏡的ネクロゼクトミーの効果

○加藤　新，桒谷将城，平田幸司，杉浦　諒，川久保和道，坂本直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

【背景】感染性被包化膵壊死（WON）は、経消化管的ステント留置のみでは十分な縮小が得られないことも多く、内視鏡的ネクロゼクトミーの有効性が注目されている。しかし同手技は出血や空気塞栓などの重大な合併症の報告もあり、効果と問題点の検討が必要である。【目的】感染性WONに対する、内視鏡的ネクロゼクトミーの有効性と問題点を明らかにすること。【方法】2009年4月から2017年5月までに、当院において、膵周囲液体貯留に対し超音波内視鏡下ドレナージを施行したのは38例であった。そのうち壊死物質の貯留によりステント留置で十分な縮小が得られず、内視鏡的ネクロゼクトミーを施行した5例を対象とした。処置前に全例で造影CTによる血管走行の確認を行った。検討項目は、(1)患者および疾患背景、(2)初回穿刺、(3)ネクロゼクトミー、(4)奏効率、(5)偶発症の5項目とした。【成績】(1)全例男性。平均年齢59.6歳（40-76）。穿刺対象は全例WONで、原因疾患は急性膵炎後4、SPNの穿刺後感染1。穿刺対象の平均最大径は85.4mm（53～130）。膵炎発症ないし穿刺日からの平均経過日数は41日（21～114）であった。(2) 初回穿刺は、全例19G Sonotipを使用。穿刺後に6Fr通電拡張針で拡張し、その後NAGI stent（16×30mm）を留置。全例で手技は成功した。初回穿刺時間の平均は29分（13～53）であった。(3) 初回穿刺から1回目のネクロゼクトミーまでの経過時間は全例6日以内（3～6）。回数は平均2.6回（1-5）。平均施術時間は63.9分（20～146）であった。ステント内腔を通して壊死部に到達し、五脚鉗子やワニ口鉗子、回収ネットなどで壊死物質を回収した。2例でバルーンによるステント拡張を要した。(4) 4例（80%）で壊死貯留の縮小が得られた。1例は感染のコントロールが得られず、外科的ドレナージを施行した。(5) 偶発症は認めなかった。【結論】感染性WONに対する治療として、内視鏡的ネクロゼクトミーは有効な手法である。今回の検討では偶発症を認めなかったものの、施行に際しては事前の血管走行評価や施行時の炭酸ガス使用など細心の注意を払う必要がある。

176（消）．中年男性に発症し、多発肝転移を伴った膵Solid-pseudopapillary neoplasm（SPN）の1例

○金谷本真[1]，村中徹人[2]，八木澤允貴[2]，川本泰之[2]，中積宏之[2]，結城敏志[3]，平田幸司[3]，杉浦　諒[3]，加藤　新[3]，川久保和道[3]，桒谷将城[3]，中村　透[4]，岡村圭祐[4]，平野　聡[4]，三橋智子[5]，小松嘉人[2]，坂本直哉[3]（北海道大学病院卒後臨床研修センター[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，北海道大学大学院消化器内科学[3]，北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[4]，北海道大学病院病理部[5]）

【症例】40歳代，男性．【主訴】腹痛．【現病歴】X年9月腹痛を主訴に前医を受診した．腹部超音波検査で肝に多発性腫瘤を指摘され，精査加療目的に当科紹介受診となった．造影CT検査では肝実質内に多発する不均一な低吸収域を認め，膵体尾部に不均一な造影効果を伴う径125×95mm大の腫瘤性病変を認めた．膵腫瘤内部に弧状の石灰化を伴っており，浸潤性膵管癌としては非典型的で，神経内分泌腫瘍（NET）もしくはSPNが疑われた．病理学的診断目的に膵腫瘤に対しEUS-FNAを施行したところ，SPNを疑う所見であったが，その6日後より発熱を認め，画像所見と併せて，穿刺による腫瘤内感染が疑われた．EUSガイド下で経胃的にステントを留置し，腫瘍内壊死物を除去し感染のコントロールを試みたが難渋したためX年12月外科転科となり膵体尾部切除術を施行した．切除標本の病理学的診断によりSPNと確定診断された．肝に多発する病変の経皮的生検検体からもSPNの肝転移と確定診断されたため根治切除は不可能と判断し，患者の希望も考慮し一旦は慎重に経過観察とする方針とした．X+1年5月の造影CT検査で多発肝転移の増大を認めた．確立された有効な化学療法は存在せず，十分な説明と同意の下，膵NETに準じてエベロリムスを開始した．一旦病勢制御が得られたが，X+3年1月CT検査にて肝転移の増大を認めたため無効と判断し，二次治療としてmFOLFOX 6を開始した．その後，5ヶ月経過した現在に至るまで，増大なく経過している．【考察】膵SPNは若年女性に好発するまれな低悪性度の膵上皮性腫瘍で，第一選択は外科的切除だが，遠隔転移例など切除不能例の標準的な確立された治療法はない．今回，男性に発症し，多発遠隔転移を伴った稀な一例を経験したので文献的考察を加え報告する．

177（消）．急性膵炎を契機に発見された膵Mixed adeno-neuroendocrine carcinoma（MANEC）の1例

○柳原弘明，内海辰哉，河本　徹，藤永明裕，柳川伸幸，佐藤智信，後藤　充，田邊裕貴，斎藤義徳，折居　裕（JA北海道厚生連旭川厚生病院消化器科）

【症例】44歳,男性【主訴】腰背部痛【現病歴】2016年9月初旬に近医にて急性膵炎の診断にて入院加療され，保存的に軽快し退院となったが，膵炎の原因が不明であり，さらなる精査目的に10月に当科紹介初診となった．CTにて膵頭部に15mm大の境界不明瞭で尾側の主膵管拡張を伴う膵前面に突出する腫瘤を認め，dynamic studyでは動脈相にて正常膵実質と同程度の造影効果を有し，平衡相でより明瞭に濃染されていた．同腫瘤より尾側の膵周囲の脂肪識濃度の上昇も認めており，閉塞性膵炎の合併が考えられた．PET-CTでは尾側の脂肪識濃度上昇に一致したFDGの集積を認めるものの、腫瘤への集積は認めなかった．EUSでは膵前方へ突出する低エコー腫瘤として描出され，膵内での境界は不明瞭で内部は不均一であった．確定診断のためEUS-FNAを施行し，腺房細胞癌や神経内分泌腫瘍が疑われる所見であったが，免疫染色でも確定には至らなかった．各種所見より悪性の可能性が高いと判断し，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．摘出検体では膵頭部に14mm大の結節性病変を認め，好酸性細胞質成分を有し，N/C比増加・大型不整形核を有する異型細胞が索状および胞巣状構造を示し増生する神経内分泌腫瘍の成分と不整腺管構造を示す腺癌の成分が混在する腫瘍像であった．前者は免疫染色でクロモグラニンA[+]，シナプトフィジン[+]，CD56［partial+］，Ki-67 indexが53％からNeuroendocrine carcinoma（NEC）の診断となり，腫瘍全体ではNEC成分が約70％，腺癌成分が約30％の比率で占めていたことから最終的にMANECと診断した．【結語】今回，急性膵炎を契機に発見された膵MANECの一例を経験した．膵MANECは非常に稀な膵腫瘍であり，画像所見および経過に文献的考察を加え，報告する．

178（消）．膵頭十二指腸切除術後に発生した左側門脈圧亢進症による膵腸吻合部静脈瘤に対する治療経験

○櫛谷洋樹[1]，野路武寛[1]，阿保大介[2]，中西喜嗣[1]，浅野賢道[1]，中村　透[1]，土川貴裕[1]，岡村圭祐[1]，平野　聡[1]（北海道大学大学院消化器外科学Ⅱ[1]，北海道大学大学院放射線医学[2]）

症例1は70歳代女性。膵頭体部癌に対して亜全胃温存膵頭十二指腸切除、門脈・脾静脈合併切除を施行した。血行再建は門脈－上腸間膜静脈端々吻合・脾静脈－下腸間膜静脈吻合を行った。再発なく経過していたが、術後7年4ヶ月に急速な貧血の進行を認め、当院に紹介された。消化管内視鏡検査では出血源を同定できなかったが、CTでは残膵内に静脈瘤を認め、一部膵腸吻合部に達していた。血管造影検査では脾静脈から膵腸吻合部静脈瘤を経て門脈へ至る側副血行路が確認され、左側門脈圧亢進症による膵腸吻合部静脈瘤が出血源と診断した。治療は、脾動脈血流の減少を計るべく部分的脾動脈塞栓術（PSE）を行った。その後、貧血の進行なく経過していたが、11ヶ月後に急速な貧血の進行を認めた。静脈瘤の血流増加が原因と考え、再度PSEを施行した。2度目のPSE後12ヶ月経過しているが、貧血の進行を認めていない。　症例2は80歳男性。膵頭部癌に対して亜全胃温存膵頭十二指腸切除、門脈・脾静脈合併切除、門脈再建を施行した。術後1年6ヶ月に下血を認め前医にて消化管内視鏡検査を行うも出血源は同定できなかった。その後も2度の下血を繰り返し消化管内視鏡検査を行ったが、出血源は不明であり当院紹介となった。CTで膵腸吻合部に静脈瘤を認めた。膵腸吻合部静脈瘤から空腸静脈を介し門脈へと至る側副血行路を認め、左側門脈圧亢進症による膵腸吻合部静脈瘤が出血源と診断した。門脈経由に静脈瘤に到達できると判断し経皮経肝静脈瘤塞栓術を行った。その後、下血は認めず経過し塞栓術施行後2年5ヶ月に膵頭部癌による癌性腹膜炎で永眠された。　左側門脈圧亢進症による膵腸吻合部静脈瘤の出血に対して血管内治療は有用と考えられた。

179（消）．化学放射線療法後に腫瘍壊死部から出血をきたした膵頭部癌の1例

○箕浦　愛，宮川宏之，長川達哉，平山　敦，岡村圭也，奥　大樹，北川　翔，畑山加奈，澤井康弥（札幌厚生病院胆膵内科）

【緒言】化学放射線療法（CRT）後の追加化学療法中に腫瘍壊死部からの出血をきたした膵頭部癌の1例を報告する。
【症例】74歳女性。主訴、倦怠感と食欲不振。既往歴、糖尿病。家族歴、兄弟14人中6人が癌患者。X年6月、上腸間膜動脈（SMA）浸潤を伴う膵頭部癌で、EUS-FNAにてtub2の局所進行切除不能膵頭部癌（UR-LA）と診断された。胆管閉塞に対しプラスティックステントを留置し、CRT（S-1 80 mg/ m^2、50.4Gy）を開始した。CRT後に金属ステント（SEMS）に交換しGEM（1000 mg/ m^2）単剤による化学療法を追加した。この間腫瘍の増大はなかった。4コース終了時のX年12月までに、全身倦怠感と食欲不振が増強して徐々に進行していた貧血が強まり（Hb 5.9 g/dL）入院となった。入院後のCTで腫瘍部はほとんど壊死となり、十二指腸と交通していた。SEMSは小腸に逸脱していたが出血を思わせる変化は認めなかった。入院5日目深夜に一時的な血圧低下とその後の下血を認めた。輸血後翌朝CTでは、胃から十二指腸、空腸にかけて血液塊と思われる低吸収域を認めたが、血管系に活動性出血を思わせる所見なく血圧も回復しておりIVRの適応とならなかった。しかしながら同日強い血圧低下が出現し、CT等検査は不能の全身状態となり輸血するも回復せず死亡された。
【考察】一般に化学療法単独による膵癌腫部壊死の頻度は比較的少ない。一方CRTでは癌腫部の壊死は少なくはないが、壊死からの致死的な出血は稀である。本症例は腫瘍内辺縁を通過するSMAが腫瘍部の壊死脱落により露出し、十二指腸液に暴露された状態が持続し、SMAないしその分岐から出血したと思われる。このような出血はIVRが可能な場合は積極的に行うべきと考えられるが、予防は困難と考えられる。UR-LAの膵頭部癌ではCRTが行われることも多く、壊死近傍に血管がある場合は慎重な経過観察が必要である。今回CRTの腫瘍壊死効果により出血が起こったが、血管が照射範囲に含まれる場合、CRTでの留意点として出血の可能性を念頭に置く必要がある。

180（消）．当院における切除不能進行・再発膵癌に対するFOLFIRINOX療法及びGEM＋nab-PTX療法の検討

○植村尚貴，佐川　保，田村文人，濱口京子，藤川幸司，高橋康雄（北海道がんセンター消化器内科）

【背景と目的】切除不能進行・再発膵癌に対する化学療法として、2013年12月にFOLFIRINOX療法が、2014年12月にGEM＋nab-PTX療法が本邦において承認された。これまで当院で施行してきた切除不能進行・再発膵癌に対するFOLFIRINOX療法とGEM＋nab-PTX療法の治療成績について検討した。
【対象と方法】当院において2013年12月から2017年4月までに切除不能進行・再発膵癌と診断された患者のうち、初回化学療法としてFOLFIRINOX療法が施行された15例とGEM＋nab-PTX療法が施行された21例について、治療成績を比較検討した。
【結果】FOLFIRINOX療法群の年齢は40～68歳（中央値61歳）、男女比は5：10であった。無増悪生存期間中央値は3.9か月、全生存期間中央値11.2か月はであった。GEM＋nab-PTX療法群の年齢は55～83歳（中央値70歳）、男女比は10：11であった。無増悪生存期間中央値は3.6か月、全生存期間中央値6.5か月はであった。
【結語】無増悪生存期間はほぼ同等であったが、全生存期間はGEM＋nab-PTX療法群よりFOLFIRINOX療法群の方が良好な成績であった。さらなる観察期間をもって、治療成績や有害事象について報告する。

181（消）．切除不能進行膵癌に対するGemcitabine +nab-Paclitaxel動注化学療法の第I相試験

○土居　忠[1]，秋山剛英[1]，高橋　稔[1]，大井雅夫[1]，宇佐美信[1,4]，平田健一郎[1]，本間久登[1]，森井一裕[2]，古川勝久[2]，女澤慎一[3]（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・血液内科[4]）

【はじめに】我々はこれまでに膵周囲動脈塞栓術＋動注化学療法の奏効率は同種の抗がん剤を使用した全身化学療法よりも良好であり、当初切除不能であっても同治療が奏効した結果R0切除が可能となった症例を複数例経験している（Hepato-Gastroenterol. 2014; 61: 20- 25）。近年の膵癌に対する多剤併用全身化学療法の進歩をうけ、新規薬剤を用いた動注化学療法について検討する必要がある。【目的】切除不能膵癌に対するGemcitabine +nab-Paclitaxel（Gem+nab-PTX）動注化学療法の第I相試験を行い、推奨投与量の決定と安全性について検討する。【方法】対象は肝転移陽性もしくは局所進行切除不能膵癌初回治療例。既報のごとく原発巣および肝転移巣に薬剤が分布するよう膵周囲動脈塞栓術を行い、腹腔動脈系血管に留置した動注カテーテルよりGemおよびnab-PTXを3投1休のスケジュールで動注した。Gem投与量は800 mg/m 2に固定し、nab-PTX投与量を 80, 100, 120, 140 mg/m 2の4段階に設定し、投与レベル変更は3+3方式で行った。【結果】2015年5月より2017年4月までに合計8例が登録された。Level 1（nab-PTX 80 mg/m 2）で3例中1例でコース内治療休止によりDLTと判定されたため3例追加したがさらなるDLTは発現しなかったため、現在level 2 （nab-PTX 100 mg/m 2）に2例が登録され経過観察中である。【結語】切除不能膵癌に対するGem+nab-PTX動注化学療法の第I相試験を実施中である。進捗状況について報告する。

182（消）．膵癌に対するGEM＋nab-Paclitaxelを用いた術前化学療法の有用性

○小林陽介，金　俊文，真口宏介，高橋邦幸，潟沼朗生，林　毅，矢根　圭，遠藤壮登，小松直広，永井一正，瀧川有記子，田中一成，宇都宮蘭（手稲渓仁会病院消化器病センター）

【背景】非切除膵癌に対するGemcitabine（GEM）+nab-Paclitaxel（PTX）療法（GnP療法）の有用性は既に報告されているが,術前化学療法（Neoadjuvant chemotherapy, NAC）としてのGnP療法（NAC-GnP）の有用性は未だ明らかになっていない.【目的】当センターで施行したNAC-GnPの治療成績を検討し,その有用性を検証する.【対象と方法】対象は,2016年4月から2017年5月までに当センターにてNAC-GnPを施行した膵癌17例である.NAC-GnPは,GEM 1000mg/m 2/week+nab-PTX 125mg/m 2/weekの3投1休を1クールとし,3クールの施行を原則とした.【検討項目】1.患者背景,2.NAC-GnPの施行状況,3.有害事象,4.NAC-GnP完遂例の臨床効果と切除結果【成績】1.年齢中央値65歳（52-79）,男女比6:11,病変部位は頭部/体部16/1,腫瘍マーカーの上昇はCEA 4（6%）,CA 19-9 11（65%）であった.臨床病期はcStageIIA/IIB 16/1,切除可能性分類はResectable 7,Borderline Resectable 10（BR-PV 5,BR-A 5）であった.2.現在継続中の4例を除く13例中NAC-GnPを完遂したのは9例（69%）であり,その内訳は非減量3,減量6（10%減量1,20%減量5）であった.NAC-GnP中断4例の内訳は,G3以上の有害事象2（好中球減少1,食欲不振1）,胆嚢炎合併1,患者希望1であり,いずれも外科切除を施行した.3.G3以上の有害事象は7例（41%;好中球減少6,肝障害1,食欲不振1）に認めたが,いずれも保存的に軽快した.その後の治療は,NAC-GnP減量再開5,NAC-GnPを中断し外科切除2であった.4.NAC-GnP完遂9例でのRECIST判定は,PR 3,SD 4,PD 2であり,腫瘍マーカーの陰性化はCEA 1/2（50%）,CA 19-9 3/5（60%）に認めた.外科切除は6例（35%;全例SSPPD）に施行し,病理学的にはypStageIIA/IIB/III 2/3/1,R0切除は6例（100%）,病理組織学的効果判定はGrade 1a 2,1b以上 4（67%;Grade 1b/2/3 2/1/1）であった.非切除3例の理由は,病変の増悪2,他疾患（肺癌）の増悪1であった.【結論】NAC-GnP後切除の67%に病理学的効果を認め,GnP療法はNACとしても有用な可能性がある.但し,NAC-GnPの完遂率は69%,切除率は35%に留まり,その施行法については更なる検討が必要である.

183（消）．ゲムシタビン+ナブパクリタキセル（GEM+nab-PTX）療法に不応の切除不能進行・再発膵癌に対する2次化学療法

○村中徹人[1,2]，小松嘉人[2]，八木澤允貴[1,2]，川本泰之[2]，中積宏之[2]，結城敏志[1]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

【背景】切除不能進行・再発膵癌に対するGEM+nab-PTX療法（以下，GnP療法）は2014年12月，本邦において承認されたが，GnP療法に不応となった症例に対する2次化学療法の無作為化比較試験は存在せず，日常診療としてFOLFIRINOX療法やS-1が選択されている．
【目的】GnP療法が不応となった切除不能進行・再発膵癌の症例の2次化学療法の有効性を検討する．
【方法】外科的根治切除不能と判断された進行・再発膵癌症例に対して，2014年12月から2016年12月までに2次化学療法が導入された17例のうち，開発治験に参加した1例を除く16例を後方視的に解析した．
【結果】患者背景は，年齢中央値66.5歳（54-79歳）で，局所進行：転移再発=1:15であった．2次化学療法のレジメンはS-1単剤（S群）が6例，FOLFIRINOX（FFX群）が4例，FOLFOX（FX群）が3例，FOLFIRI（FR群）が3例であった．2次治療開始からの観察期間中央値は12.8ヶ月で，無増悪生存期間（PFS）中央値は全体3.0ヶ月：S群1.4ヶ月：FFX群3.1ヶ月：FX群4.2ヶ月：FR群1.0ヶ月，全生存期間（OS）中央値は全体5.8ヶ月：S群2.0ヶ月：FFX群5.8ヶ月：FX群7.2ヶ月：FR群1.0ヶ月であった．演題登録時点で2次治療継続中の5症例を除く11症例のうち，3次治療に以降できた割合は全体36%：S群25%：FFX群50%：FX群33%：FR群50%であった．
【結語】当科における後方視的な検討においては，GnP療法が不応となった膵癌に対する2次化学療法として，S-1単剤の他，FOLFIRINOX療法やFOLFOX療法，FOLFIRI療法が行われていた．無作為化前向き比較試験での検証が望まれる．

184（消）．高齢者切除不能膵癌における筋肉量と栄養学的予後因子の検討

○佐藤裕基[1]，後藤拓磨[1]，澤田康司[1]，岡田哲弘[1]，河端秀賢[1]，林　明宏[1]，笹島順平[1]，水上裕輔[1]，杉山雄哉[1]，岩間琢哉[1]，井尻学見[1]，高橋慶太郎[1]，田中一之[1]，安藤勝祥[1]，野村好紀[1]，上野伸展[1]，嘉島　伸[1]，高氏修平[2]，盛一健太郎[1]，藤谷幹浩[1]，奥村利勝[1]（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[1]，旭川医科大学救急医学講座[2]）

サルコペニアや栄養学的因子は、様々な癌腫でその予後との相関が報告されている。主に高齢患者の外科治療に対する予後因子の検討が進んでおり、近年では化学療法例における検討も散見される。今回、筋肉量低下と各種栄養学的因子を中心に、高齢者切除不能進行膵癌における予後因子を検討した。

2010年1月から2016年5月までに当科で化学療法を行った65歳以上の切除不能膵癌を対象とした。筋肉量の測定は初回化学療法導入前に撮像したCTを利用し、SYNAPSE VINCENT（富士フィルム社製）を用いて第三腰椎横断面における筋肉量を測定した。日本肝臓学会サルコペニア判定基準（第1版）を用い、男性 42 cm^2/m^2, 女性38 cm^2/m^2をカットオフ値とし、プレサルコペニアと定義した。栄養学的因子については、初回化学療法導入時当日の血液検査を用い、予後栄養指数（45以下）、BMI（22以下）、アルブミン（3.0mg/dl以下）、CRP（0.3mg/dl以上）について検討した。

対象は、2010年1月から2016年5月までに当科で化学療法を行った65歳以上の切除不能膵癌29例とした。男性 11例、年齢中央値は71歳（65-94歳）、遠隔転移例は21例で、プレサルコペニア群は12例であった。プレサルコペニアの有無による生存期間をカプランマイヤー法で解析したところ、生存期間中央値はプレサルコペニア群で168.5日、非プレサルコペニア群で402日であり、プレサルコペニアによる有意な生存期間の増悪があった。栄養学的因子では、CRPで有意な生存期間の差を認めた。プレサルコペニア、CRPについてCOX比例ハザードモデルにより多変量解析を行ったところ、プレサルコペニアの有無が独立した予後不良因子として抽出された。

プレサルコペニアは高齢者切除不能進行膵癌の予後予測因子となると考えた。

185（消）．膵癌切除例におけるCTでの動脈周囲軟部陰影に関する検討

○小松直広，林　毅，宇都宮蘭，瀧川有記子，小林陽介，田中一成，遠藤壮登，永井一正，金　俊文，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】膵管癌（膵癌）の膵外神経叢浸潤（PL）を治療前に評価することは重要であり、一般にCTで神経叢の存在する血管周囲の軟部陰影の性状で診断するが、その判定法は十分に確立されていない。【目的】切除膵癌の術前CTの血管周囲軟部陰影と切除検体における病理学的PLを評価し、再発部位ならびに予後との関係を解析する。【対象・方法】2006年6月から2011年12月までに当センターで膵癌の診断にて、前治療なしで外科切除術を行った116例中、膵頭十二指腸切除術（PD）もしくは膵全摘術（TP）を行った膵頭・体部癌の72例を対象とした。dynamic CTにてCeA、SMA、CHA周囲の軟部陰影と膵病巣との関係を再評価した。【結果】年齢中央値は66（49-82）歳、男女比は42:30、腫瘍占拠部位はPh 68、Pb 3、Ph+Pbt 1、切除術式はPD 70、TP 2。切除判定分類はR 47、BR-PV 15、BR-A 9、UR-LA 1、pStageはIA 4、IIA 13、IIB 53、III 2であった。軟部陰影は無/腫瘤状/網状/結節状の4パターンに分類した。CeA周囲は無/腫瘤状/網状/結節状が10/1/54/7で膵病巣との連続性を6例（全例網状）に、SMA周囲は25/5/37/5で連続性を24例（腫瘤状/網状, 5/19）、CHA周囲は12/15/15/30で連続性を7例（腫瘤状/網状, 6/1）に認めた。膵病巣と連続する軟部陰影を有した連続群31例のうち病理学的PL陽性は14例（45%）であり、非連続群41例中2例（5%）に比較し有意に高率であった（P＜0.001）。術後観察期間中央値31（3-115）ヵ月中に47例（65%）に再発を認め、局所再発11（21%；神経叢8、切除断端3）、その他41（79%；肝19、肺5、腹膜5、リンパ節4、膵4、骨2、胸膜1、副腎1）であった（重複あり）。連続群と非連続群における局所再発は7例（64%）と4例（36%）（P=0.133）であり、生存期間中央値は27と38ヵ月（P=0.108）でいずれも有意差はなかった。【結論】CTでの膵病変と連続する腫瘤状もしくは網状の軟部陰影は膵外神経叢浸潤を示唆し、治療方針決定において重要な所見と考えられる。

186（消）．膵癌との鑑別が困難であった慢性膵炎の1例

○太田勝久，杉山祥晃，岸　法麿，斎藤　敦，相馬　学，阿部真美，松崎伸幸，藤井常志，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

58歳男性。心窩部痛で前医を受診、上部消化管内視鏡検査を施行したが原因は認めなかった。同日に施行した腹部超音波検査で膵頭部に低エコーの腫瘍性病変と膵尾部膵管拡張を認めた。CTも同様の所見を認めており膵癌が疑われ、精査目的に当院消化器内科へ紹介となった。当科外来で腹部超音波検査とMRCPを施行した所、超音波検査で膵頭体部に13mm×8mmの低エコー腫瘤を認め、MRCPでは膵頭部主膵管の限局的途絶と末梢膵管の軽度拡張を認め、腫瘍性病変に伴う主膵管の狭窄が考えられた。精査目的にEUSを施行した所、膵頭体移行部に低エコー領域を認めたが、主膵管が腫瘤内を通過している所見を認め、腫瘤にともなう狭窄より慢性膵炎に伴う主膵管狭窄と判断し、外来で画像フォローとなっていた。1か月後のダイナミックCTでは腫瘍の大きさは変化しなかった。EUSも予定していたが、ダイナミックCTの2週間後に再度心窩部痛が出現し外来受診、急性膵炎の診断で入院加療となった。膵炎はすぐに改善が得られ、予定通りEUSを施行したが、やはり末梢側の膵管拡張を認め、悪性を否定できなかった。EUS-FNAを2回施行したが悪性所見は認められず、追加で経鼻膵管ドレナージを留置し連日細胞診を提出したが、明らかな腫瘍性成分は検出されなかった。その後に追加でCTを施行した所、膵頭部の腫瘍性病変は26mm×14mmと増大傾向であった。慢性膵炎の可能性も否定できないが、腫瘍は増大傾向であり、悪性を否定できないため手術適応と考え本人・ご家族と相談、膵癌疑いで手術となった。術中迅速病理では悪性所見は認めず、慢性膵炎の所見のみであった。侵襲の問題から膵頭十二指腸切除ではなく、膵尾部切除術をおこなった。術後の病理でも慢性膵炎の診断となり非腫瘍性の病変であった。本症例のように増大傾向・主膵管狭窄など画像上では膵癌を強く疑う所見を認めたとしても、良性疾患の可能性が否定できない事を経験し、若干の考察も含め報告する。

187（内）．膵原発腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜神経鞘腫の3例

○柾木喜晴[1]，本谷雅代[1]，平野雄大[1]，我妻康平[1]，志谷真啓[1]，阿久津典之[1]，佐々木茂[1]，仲瀬裕志[1]，木村康利[2]，竹政伊知朗[2]（札幌医科大学医学部消化器内科[1]，札幌医科大学医学部消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

症例1:76歳女性。早期胃癌精査目的のCTで膵腫瘤を指摘された。局在は膵頭部でサイズは36mm×39mm、CTでは境界明瞭な類円形の腫瘤であり、大部分が嚢胞成分だが充実性成分も混在し、充実性部分に遅延性の造影効果を認めた。EUSでは低エコー腫瘤として描出され、中心部分に充実性成分を認め、隔壁構造もみられた。症例2:38歳女性。健診の腹部エコーで偶然膵腫瘤を指摘された。局在は膵体部でサイズは28mm×19mm、CTでは境界明瞭な類円形の充実性腫瘤として指摘され、遅延性の造影効果を伴っていた。EUSでは低エコー腫瘤として描出され、辺縁に隔壁を伴う小嚢胞を認め、造影では充実性部分に早期から強い取り込みを呈した。MRIではT1WIで低信号、T2WIで充実性部分は等信号で嚢胞部分は高信号、DWIではわずかな拡散低下を認めた。症例3:28歳男性。スクリーニング目的の腹部エコーで膵腫瘤を指摘された。局在は膵頭体移行部でサイズは34mm×18mm、CTでは境界明瞭な類円形の充実性腫瘤として指摘でき、腫瘤辺縁に嚢胞構造を認め、充実性成分に遅延性の造影効果を認めた。EUSでは低エコー腫瘤として描出され、辺縁部に隔壁を伴う小嚢胞を多数認め、造影では充実性部分に早期から強い取り込みがみられた。MRIではT１WIで低信号、T２WIで充実性部分が等信号で嚢胞部分は高信号を呈し、DWIでは拡散低下は認めなかった。上記３例はいずれも腫瘤内部に隔壁構造を伴う多数の嚢胞を認めており、画像所見から漿液性嚢胞腫瘍（SCN）が疑われたが、EUS-FNAの結果より神経鞘腫と組織診断された。神経鞘腫は多くが脳・四肢や頸部などに好発するが、後腹膜とくに膵周囲より発生する頻度は少なく膵原発腫瘍との鑑別に難渋することが多い。今回、我々は膵周囲に発生し膵原発腫瘍と鑑別が困難であった神経鞘腫を3例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

188（内）．膵充実性小病変に対する超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診の有用性の検討

○杉浦　諒，桒谷将城，平田幸司，加藤　新，川久保和道，坂本直哉（北海道大学大学院消化器内科学）

【背景】超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診（EUS-FNA）は膵腫瘍の診断に有用であり，腫瘍径によって診断能が変化することが報告されているが，一定の見解が得られていない．

【目的】当院におけるEUS-FNAを後方視的に検討することにより，膵充実性小病変の臨床成績を明らかにすること．

【方法】2008年5月～2016年12月の間，当院において膵充実性病変に対して初回EUS-FNAを行った777例，805病変を後方視的に検討した．腫瘍の最大径で［＜10mm］，［10mm≦］と群分けし，［＜10mm］については施行したいずれの画像検査でも10mm未満の病変とし，当てはまらない病変は［10mm≦］に群分けした．病理学的良悪性の最終診断は（1）外科的切除標本or他方法による同部位の病理学的診断，（2）6ヶ月以上の臨床経過で増大もしくは他臓器への転移のあった場合を悪性，そうでない場合を良性とした．検討項目は1）患者背景，2）FNAの手技内容，3）EUS-FNAの良悪性診断能，4）合併症とした．

【結果】1）男性57.5%，平均年齢65.7（±11.7）歳．［＜10mm］は36病変，［10mm≦］は769病変．主な疾患の割合（［＜10mm］/［10mm≦］）は，膵癌13.9/74.4/%，NET 52.8/7.8%，AIP 8.3/5.6%，慢性膵炎2.8/4.7%であった（P＜0.01）．2）［＜10mm］，［10mm≦］でのそれぞれの最多病変部位はPb（44.4%）,Ph（56.2%）であり（P＜0.05），平均穿刺回数は両群ともに約2.8回であった．3）悪性病変に対する感度（［＜10mm］/［10mm≦］）は89.3/97.0%（P=0.02），正診率は91.7/97.4%（P=0.06）であった．4）合併症は2.8/2.2%に起こり，腫瘍径による差は認めなかった（P=0.82）．

【結語】10mm未満の膵充実性病変は10mm以上と比較してNET，膵体部に発生する割合が高く，感度・正診率は低かった．

189（消）．膵液診断が可能であった小膵癌同時多発例

○岩野博俊[1]，水上裕輔[2,3]，唐崎秀則[2,4]，小野裕介[2]，尾形宗彦[2]，岡田哲弘[2,3]，佐藤貴幸[5]，石井吉文[1]，神　崇志[1]，仁木　卓[1]，山田政孝[1]（士別市立病院消化器内科[1]，札幌東徳洲会病院医学研究所[2]，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[3]，札幌東徳洲会病院外科[4]，士別市立病院内視鏡技術科[5]）

症例は50歳代、女性．2016年11月に心窩部、左季肋部、背部の鈍痛を主訴に当院外来を受診した．血液検査で膵AMY 110 U/l、CRP 0.51 mg/dlと軽度上昇を認めたが、末梢血液一般検査、肝胆道系酵素、CEA、CA 19-9、Span-1、DUPAN 2、IgG 4は基準値内であった。腹部超音波検査で主膵管径6mmと拡張を認めたが、腫瘤は指摘できなかった．造影CTでも腫瘤は指摘困難であったが、膵頭部主膵管途絶部に漸増性の造影効果を認めた。造影EUSでは造影効果の弱い8mm大の低エコー腫瘤を認めた。病理学的検索目的にERCPを施行し、膵頭部主膵管狭窄部の膵管生検、膵液細胞診を行い、複数回の細胞診のため経鼻膵管ドレナージを施行した．生検、細胞診では悪性所見が得られなかったが、stage I膵癌と診断し、十分なinformed consentのもと膵頭十二指腸切除を施行した．最終病理診断は浸潤性膵管癌T 1N 0M 0 stage IAであった．本人の同意を得て、術前に血漿と膵液の遺伝子検索を行ったところ（Bio-Rad社製デジタルPCR; QX-200を使用）、ERCP時に採取した膵液からG 12DとG 12Vの二種類のKRAS変異が検出された．血漿検体では異常を認めなかった．切除標本では、腫瘤形成部と近傍の分枝に進展する腫瘍にKRAS G12V変異を認めた。さらに、膵頭部側の主膵管と腫瘍の尾側に存在するHigh grade PanINにKRAS G12D変異を認め、二つの異なるクローンの同時多発が示唆された．現在、無再発生存中であるが、慎重に残膵の経過観察を行っている．今回、小膵癌術前の膵液中に二種類のKRAS遺伝子変異を検出し、切除材料において腫瘤部とは異なるKRAS変異を有する微小病変が近傍に同時多発していたことが確認された．膵癌診断におけるリキッドバイオプシーの有用性が示唆され、また膵癌の発生を考える上で興味深い症例と考え報告する．