

プログラム

- ①研修医・専攻医セッション
- ②合同ワークショップ
- ③合同シンポジウム
- ④専門医セミナー
- ⑤一般演題

ランチョンセミナー

プログラム 10月24日(土)

【第1会場 国際会議室】

内視鏡学会 研修医・専攻医セッション1

9:00~9:35

座長：徳竹 康二郎（長野赤十字病院 消化器内科）

研専-1-内-研. 上皮下発育を呈しSECN-like vesselsの所見を認めた
食道類基底細胞扁平上皮癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科 水口 博史

研専-2-内-専. 全周性表在型食道癌に対する浸水下食道ESD後に急性心不全を発症した1例

信州大学医学部附属病院 消化器内科 倉石 哲弥

研専-3-内-専. ラブドイド形態を呈した胃末分化型早期胃癌の1例

長岡赤十字病院 消化器内科 市原 佑樹

研専-4-内-研. 内視鏡的に形態変化を確認できた十二指腸幽門腺型腺腫の1例

新潟県立中央病院 内科 永野 陽大

研専-5-内-研. 直腸腺腫の反復内視鏡治療中に扁平上皮癌を発症した1例

長野赤十字病院 臨床研修センター 松山 直也

内視鏡学会 研修医・専攻医セッション2

9:35~10:10

座長：中野 応央樹（長岡中央総合病院 消化器内科）

研専-6-内-専. 粘膜下腫瘍様隆起を呈し短期間で急速に増大した直腸低分化型腺癌の一例

まつもと医療センター 消化器内科 渡邊 真宏

研専-7-内-研. 胆管空腸吻合部狭窄による右肝管完全狭窄に対して

経輸入脚的に超音波内視鏡下胆管空腸吻合術を施行した一例

長岡赤十字病院 神保 彩音

研専-8-内-専. 総胆管結石を契機に診断された14歳臍・胆管合流異常の1例

組合立 諏訪中央病院 消化器内科 南 優太

研専-9-内-専. 超音波内視鏡検査におけるDoppler-modeが手術適応決定に有用であった
胆嚢内乳頭状腫瘍の一例

佐久医療センター 消化器内科 嶋原 飛翔

研専-10-内-研. 副乳頭へのランデブー法を用いた膵管ステント留置により
反復性膵炎を制御し得た分枝型IPMNの1例

長岡中央総合病院 消化器内科 岡部 裕紀

食道

10:15~10:47

座長：熊木 大輔（新潟県立中央病院 消化器内科）

- 1-内. 異なる進行度を呈した食道verrucous carcinomaの2例
新潟大学大学院医歯保健学研究科 消化器内科学分野 土井 智裕
- 2-消. 放射線化学療法が著効した、類基底細胞扁平上皮癌が疑われた亜有茎性食道癌の1例
信州大学附属病院 消化器内科 岡 優祐
- 3-消-研. 腹膜播種による小腸イレウスで急速な転帰を辿った、食道扁平上皮癌の1剖検例
長野赤十字病院 消化器内科 大場 早笑
- 4-内. 胃壁内に垂直性進展を来した食道扁平上皮癌の1例
横浜旭中央総合病院 河野 理紀

胃

10:52~11:32

座長：高岡 慎弥（山梨県立中央病院 消化器内科）

- 5-消. 高度貧血及びDICを生じた骨髄癌腫症を伴う進行胃癌に対しSOX療法が奏功した1例
都留市立病院 内科 野中 建志
- 6-消-研. 特徴的な内視鏡像を呈し腎摘後約10年を経て診断された腎細胞癌胃転移の1例
長岡赤十字病院 原 由布子
- 7-消-研. 特徴的な内視鏡所見を呈した80mm大の海綿状血管腫の1例
長岡赤十字病院 渡部 歩美
- 8-消-専. P-CABからH2ブロッカーへの変更で著名な形態変化を呈した
胃過形成性ポリープに由来する癌の一例
長野市民病院 消化器内科 古屋 直道
- 9-消-研. 胃噴門部に腫瘤を形成したHIV関連形質芽球性リンパ腫の一例
新潟県立新発田病院 消化器内科 長谷川 啓太

胃・十二指腸

11:37~12:17

座長：影向 一美（新潟県立新発田病院 内科）

- 10-消. 早期低分化型胃癌の検討
山梨県厚生連健康管理センター 内科 大高 雅彦
- 11-内. 貧血の原因となった巨大十二指腸Brunner腺過形成を内視鏡的切除した一例
埼玉石心会病院 消化器内科 田中 洋輔
- 12-消. 小型十二指腸腺腫に対するCold Snare Polypectomyの日帰り治療の短期成績
昭和伊南総合病院 桃崎 孝
- 13-消-研. 若年発症の出血性十二指腸潰瘍の一例
新潟県立中央病院 臨床研修医 武田 美玖
- 14-消. 二次性大動脈十二指腸瘻の1例
JA長野厚生連 佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 宮坂 尚樹

小腸

13:30~14:02

座長：小林 祥司（山梨大学 消化器内科）

15-消-研. 腸閉塞を契機に発見された回腸濾胞性リンパ腫の1例

長岡赤十字病院 湯尻 佳甫

16-内. カプセル内視鏡が鉄欠乏性貧血の原因診断に有用であった肝外門脈閉塞症に伴う門脈圧亢進症性小腸症の1例

新潟大学大学院医歯保健学研究科 消化器内科学分野 吉田 智彰

17-消. 高度貧血を契機に発見された空腸pyogenic granulomaの1例

JA長野厚生連 佐久医療センター 消化器内科 伊藤 唯

18-消. 診断に難渋した慢性腸間膜虚血の一例

新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院 丸山 紘貴

合同ワークショップ 消化管

14:10~15:50

座長：平山 敦大（信州大学 消化器内科）

W-1-内. 当院における十二指腸腫瘍性病変の傾向と今後のスクリーニングに関する検討

山梨県厚生連健康管理センター 内科 日原 優

W-2-消. 進行性核上性麻痺患者における腸管メタン産生菌過剰増殖の検討
—腸内細菌叢を標的とした新規治療への可能性—

新潟大学 医学部 消化器内科 山崎 駿

W-3-消. 潰瘍性大腸炎における選択的IL-23阻害薬の有用性と
マルチモーダルな個別化治療の提案

昭和伊南総合病院 消化器病センター 堀内 朗

合同ワークショップ 肝

14:10~15:50

座長：大崎 暁彦（新潟市民病院 消化器内科）

W-4-消. 切除不能肝細胞癌に対するニボルマブ/イピリムマブ併用療法と
デュルバルマブ/トレメリムマブ併用療法の治療成績と安全性の比較

新潟県立がんセンター新潟病院 今井 径卓

W-5-消. 肝腫瘍に対する150W高出力マイクロ波アブレーションの初期使用経験
—Emprint TM HPによる単回穿刺治療への期待—

済生会新潟病院 岩澤 貴宏

W-6-消. MASLD合併肥満症に対するセマグルチド皮下注治療における肝機能
および骨格筋量の経時的変化

信州大学 消化器内科 上條 優真

W-7-消. ERCPプランニング用いたERCPの初期経験

新潟大学医歯学総合病院 消化器内科 夏井 一輝

W-8-内. 胆管covered self-expandable metal stent断裂に対する内視鏡的抜去

JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 西山 秀

W-9-消. ロボットが切り拓く新たな肝胆膵外科手術：安全な普及と
教育システムの確立を目指して

新潟大学 消化器・一般外科 廣瀬 雄己

W-10-消. 当院における膵胆道癌に対する遺伝子パネル検査を見据えた
EUS-TAの取り組みと現状

信州大学 消化器内科 小澤 由季

【第2会場 中会議室301】

肝①

9:00～9:32

座長：藤森 尚之（信州上田医療センター 消化器内科）

19-消-研. 検診エコーを契機に診断に至った肝サルコイドーシスの一例

済生会新潟病院 藤澤 直毅

20-消-研. 下大静脈症候群を呈した容積6Lの巨大肝嚢胞に対して
経皮経肝ドレナージ，硬化療法が有効であった一例

新潟市民病院 消化器内科 金持 佑紀

21-消-研. 造影超音波検査、腹部血管造影検査が一助となり、
経皮経肝針生検にて診断し得た肝血管筋脂肪腫の一例

新潟市民病院 消化器内科 鍋谷 彩花

22-消-研. アルコール性肝硬変を主因とした難治性腹水に対する
初回腹水濾過濃縮再静注法後に生じたFlood症候群の1例

長野赤十字病院 消化器内科 佐藤 沙樹

肝②

9:37～10:01

座長：吉田 智彰（新潟大学医学部 消化器内科）

23-消-研. 切除不能肝細胞癌に対するアテゾリズマブ＋ベバシズマブ併用療法後の
コンバージョン治療の検討

新潟県立がんセンター新潟病院 張 子燦

24-消-研. 多彩な免疫関連有害事象を認めながら
ニボルマブ・イピリムマブ療法が奏功した進行肝細胞癌の1例

新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科 岡崎 正樹

25-消-専. Pseudo-Progression During Nivolumab Plus Ipilimumab Therapy
for Hepatocellular Carcinoma Followed by Complete Response: A Case Report

Department of Internal Medicine (Division of Gastroenterology),
Shinshu University Hospital 澁澤 壮志

大腸①

10:06~10:38

座長：中嶋 太郎（特定医療法人 丸山会 丸子中央病院）

26-消-研. 蛋白漏出性胃腸症が遷延したアメーバ性大腸炎の1例

山梨県立中央病院 消化器内科 會津 泰誠

27-内. 加味逍遙散中止後に内視鏡所見の改善を確認し得た腸間膜静脈硬化症の1例

大船中央病院 消化器内科 前原 健吾

28-消. 結核との鑑別を要する肺転移を伴った若年発症のS状結腸癌の一例

独立行政法人国立病院機構 信州上田医療センター 消化器内科 橋上 遣太

29-消-専. 遠隔転移を有するMSI-H/BRAF V600E変異陽性盲腸低分化腺がんに対し
ペムブロリズマブが著効し長期奏効を維持している1例

JA長野厚生連佐久医療センター 藤野 歌穂

大腸②

10:43~11:15

座長：富永 顕太郎（新潟大学 消化器内科）

30-内. 初発時より区域性・非連続性病変を呈した高齢発症潰瘍性大腸炎の1例

東御市民病院 内科 青木 文哉

31-消. 高齢発症の重症潰瘍性大腸炎の一例

JA長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 横山 岳

32-消-研. 重症、難治の経過で稀な肺病変を呈した潰瘍性大腸炎の1例

長野赤十字病院 消化器内科 唐澤 亮至

33-消-研. 著明な低アルブミン血症を来し治療に難渋したが休薬により改善した腸炎の1例

JA長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 池田 圭吾

大腸③

11:20~11:44

座長：荒生 祥尚（新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科）

34-内. Loop9™を用いたESD後潰瘍閉創の当院における使用経験

特定医療法人 丸山会 丸子中央病院 中嶋 太郎

35-消-研. 拡大内視鏡で深部浸潤を疑い診断的EMRが治療方針決定に有用であった
早期肛門管扁平上皮癌の一例

山梨大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター 西尾 央

36-内. 内視鏡的整復困難な横行結腸軸捻転に対し細径チューブによる減圧を行った1例

長野赤十字病院 石黒 翔子

胆道

13:00~13:40

座長：吉川 成一（長岡赤十字病院 消化器内科）

- 37-内. スtentトラブルを繰り返す肝門部領域胆管癌に対し
Multi-Hole SEMS(MHSEMS)留置が奏功した1例
諏訪赤十字病院 消化器内科 米山 翔一郎
- 38-内. 胆嚢管低位合流に合併した合流部結石の1例
都留市立病院 内科 野中 建志
- 39-消-専. 致命的な大量胆道出血を伴う肝外門脈閉塞症に対し
門脈stent留置を施行した1例
信州大学医学部附属病院 消化器内科 小布施 佐
- 40-消-専. 好酸球性胆嚢炎の1例
南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科 遠藤 良子
- 41-消-研. 肝門部胆管癌との鑑別を要し、濾胞性胆管炎と診断した良性胆管狭窄の1例
南長野医療センター篠ノ井総合病院 新田 杏奈

膵①

13:43~14:15

座長：西山 秀（佐久医療センター 消化器内科）

- 42-消. 多発膵腫瘍精査にて診断した自己免疫性膵炎の一例
社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 消化器内科 藤元 瞳
- 43-消-研. 膵切除を要した自己免疫性膵炎(AIP)の一例
山梨大学医学部付属病院臨床教育センター 宮下 玄多呂
- 44-消-研. 肝転移破裂をきたした膵尾部癌の1例
山梨県立中央病院 消化器内科 小尾 礼王
- 45-消. 膵腺房細胞癌の1例
南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科 平林 正裕

膵②・その他

14:18~14:42

座長：佐藤 聡史（済生会新潟病院 消化器内科）

- 46-消-専. 共通被膜様の線維化を有し自然縮小をきたした漿液性嚢胞腺腫の1例
長野赤十字病院 消化器内科 中村 伊吹
- 47-消-専. 右側臥位の腹部超音波検査が発見契機となった膵尾部上皮内癌の一例
佐久総合病院 佐久医療センター 小平 菜々子
- 48-内. 超音波内視鏡下組織採取法（EUS-TA）で診断し得なかった悪性リンパ腫の一例
新潟市民病院 消化器内科 河久 順志

合同シンポジウム

14:50～16:10

“面白い”が見つかる消化器診療 ～最新トピックとキャリアから考える専門医への道～

座長：浅川 幸子（山梨県立中央病院 炎症性腸疾患科）

佐野 知江（新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科）

S-1-消. 面白いが見つかる消化器診療 ～内視鏡医の立場から～

まつもと医療センター 小澤 真希子

S-2-消. 進化する消化器外科―“手術する・考える・創る”外科医の面白さ

山梨大学 消化器外科 斎藤 亮

S-3-内. 炎症性腸疾患における最新トピックとキャリアから考える専門医への道

新潟大学医歯保健学総合研究科 消化器内科学分野 川田 雄三

S-4-消. 一本道ではない消化器内科医のキャリア形成

ライフイベントの中で「働き続ける」を考える

信州大学 消化器内科 米倉 千奈津

プログラム 10月24日(土)

【第1会場 国際会議室】

ランチョンセミナー

12:30～13:25

座長：横山 純二
(済生会新潟病院 副院長)

当院におけるクローン病治療の現状

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

演者：川田 雄三

UC治療戦略の最前線～Treat-to-TargetからIL23阻害まで～

国立大学法人東京科学大学病院 光学医療診療部

演者：河本 亜美

共催：ヤンセンファーマ株式会社

専門医セミナー

16:10～16:55

座長：塩路 和彦
(新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科)

胆膵症例

ディスカッション

新潟大学 消化器内科

夏井 一輝

長野赤十字病院 消化器内科

鎌倉 雅人

山梨大学医学部 消化器内科

山下 洸司

①研修医・専攻医セッション

第1会場

9:00～10:10

研専-1-内-研 上皮下発育を呈しSECN-like vesselsの所見を認めた食道類基底細胞扁平上皮癌の1例

¹新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科、²新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科
水口 博史¹、荒生 祥尚¹、今井 径卓¹、佐野 知江¹、塩路 和彦¹、小林 正明¹、渡邊 玄²

背景食道上皮下病変(SEL)には、上皮性腫瘍(原発性、転移性)、非上皮性腫瘍、腫瘍様病変など多彩な病変が含まれる。SELは粘膜固有層以深に主座を置き、非腫瘍性扁平上皮に被覆されるため、内視鏡診断は難しい場合が多い。今回、多発する食道扁平上皮癌(SCC)のESD後にSELを認め、SECN-like vessels所見が認められた類基底細胞扁平上皮癌(BSC)症例を経験し、被覆した上皮のNBI拡大内視鏡所見について検討した。症例50代、男性。アルコール性肝障害のスクリーニングのため、前医でEGDを行い、SCCを発見され紹介受診。胸部中部食道にSCC 3病変を認めESDを行い、主病変はpT1a-MM, Ly0, V0, pHMX, pVM0であった。1年後のEGDで、副病変のESD瘢痕の肛門側に扁平な隆起を認め、頂部に浅い陥凹を認めた。生検で浸潤性のSCCと診断されたため、スキップ壁内転移も疑われたが、CTで遠隔転移所見は認めず、ESDの方針とした。直前の内視鏡観察では、表面平滑で褪色調、光沢感を有した。NBI拡大観察では、樹枝状血管から連続して横走する上皮直下毛細血管(SECN)の所見が観察された。病理診断は、Mt, 9×8mm, 0-IIa, BSC, pT1b-SM2, INFb, Ly0, V0, pHM0, pVM0で、腫瘍胞巣が下方から膨張性発育して、表層の非腫瘍性上皮は菲薄化していた。

研専-2-内-専 全周性表在型食道癌に対する浸水下食道ESD後に急性心不全を発症した1例

¹信州大学医学部附属病院 消化器内科
倉石 哲弥¹、平山 敦大¹、関田 博昭¹、井田 真之¹、小林 義明¹、澤口 洋視¹、岡村 卓磨¹、岩谷 勇吾¹、長屋 匡信¹

【緒言】浸水下ESDは、浮力や水圧を利用することで良好な視野確保と粘膜下層へのアプローチが可能となり、安全かつ有用な手技として近年普及しつつある。一方、浸水下処置における偶発症に関する報告は少ない。今回、長時間の浸水下食道ESD後に急性心不全を発症した1例を経験したため報告する。【症例】74歳男性。慢性心房細動の既往があるが、心不全の既往歴はなかった。術前の心臓超音波検査では左室駆出率52%と軽度の左室収縮能低下を認めたが、循環器内科へコンサルトの上、耐術能に問題ないと判断された。切歯30-42cmの胸部中下部食道に全周性表在型食道癌を認めた。長径5cmを超える全周性病変であり、手術や放射線治療も検討されたが、患者が内視鏡治療を希望したため、全身麻酔下に生理食塩水を用いた浸水下ESDを施行した。処置時間は4時間32分で、灌流液として生理食塩水2.5Lを使用した。治療開始20分ほどで心房細動の頻脈化と血圧低下を認め、ランジオロール、フェニレフリン投与および輸液負荷を行い、術中輸液収支は+1,470mLであった。術後に酸素化低下および胸部X線で左下肺野浸潤影を認めたため、挿管管理のままICUへ入室した。翌日の胸部X線では術前に認めなかった両側胸水が出現し、BNP 305.5 pg/mLであったことから急性心不全と診断した。フロセミドによる除水を行い、酸素化および胸水は改善し、術後2日目に抜管した。その後全身状態は改善し、術後狭窄予防として術後3日目よりプレドニゾン45mg/日を開始し、術後12日目に自宅退院した。【考察】浸水下ESDは従来の送気下ESDと比較して穿孔や出血などの有害事象を増加させず、食道病変に対しても安全に施行可能と報告されている。本症例では、長時間の処置、慢性心房細動の頻脈化による心負荷、循環維持のための輸液負荷などの要因に加え、浸水下処置に使用した生理食塩水による水分・ナトリウム負荷も急性心不全発症に関与した可能性があると考えられた。【結語】長時間の浸水下ESDでは、灌流液による水分・ナトリウム負荷が循環動態に影響を及ぼす可能性を念頭に置き、特に心疾患を有する症例では、灌流液を含めた水分出納管理に留意する必要がある。

研専-3-内-専 ラブドイド形態を呈した胃未分化型早期胃癌の1例

¹ 長岡赤十字病院 消化器内科、² 長岡赤十字病院 病理診断部、³ 信州大学 学術研究院保健学系検査技術科学

市原 佑樹¹、竹内 学¹、加賀田 彩乃¹、前田 悠一郎¹、石川 夏生¹、水戸 将貴¹、小関 洋平¹、濱田 萌乃¹、盛田 景介¹、吉川 成一¹、三浦 努¹、田口 貴博²、太田 浩良³

症例は80歳代女性。Hp現感染。黒色便を主訴に近医でEGD施行し、体下部前壁に頂部に軽度陥凹伴う8mm大の平坦隆起を認め、生検施行するも診断確定できず当科紹介。初回EGDより半年後の当科での精査では10mm大の垂有茎性隆起に形態変化し、頂部には不整形の陥凹認めるも境界は不明瞭であり全体に硬さを有していた。NBIでは隆起起始部は非腫瘍であり、頂部陥凹には明瞭な境界はなく、一部滲出物を認め構造不明瞭あるいは腺管密度が疎な乳頭・顆粒状構造を呈し、血管の不整も目立たなかった。病変はEUSにて粘膜固有層を主座に低エコーを示し、NETなどの上皮下発育の腫瘍を鑑別に挙げ、2ヶ月後に診断的ESDを施行した。病理組織学的には陥凹部はびらんを形成し、立ち上がり辺縁は腺窩上皮で被覆されており、表層に腫瘍の露出は認めなかった。粘膜固有層内にはラブドイド形態を示す腫瘍細胞、明瞭な核小体を認める大型核を持った多角形細胞を認め、粘膜下層にも350μmの浸潤を呈していた。免疫染色ではSMARCB1 (INI1)の発現消失が特徴であり、Undifferentiated carcinoma, T1bSM1 (SM1, depth 350 μm), Ly1a, V0, , pUL0, pHM0, pVM0, 0-IIa+IIc, 9×8mmと診断した。胃未分化癌は通常進行癌で発見され、粘膜下層浸潤を浸潤してラブドイド細胞を認めるが、本例は粘膜下層にわずかに浸潤するのみで腫瘍の本体は粘膜固有層であること、ラブドイド細胞が粘膜固有層に認められたことが極めて稀な点である。

研専-4-内-研 内視鏡的に形態変化を確認できた十二指腸幽門腺型腺腫の1例

¹ 新潟県立中央病院 内科、² 新潟県立中央病院 病理診断科

永野 陽大¹、橋本 哲¹、熊木 大輔¹、小島 康輔¹、石井 壮一¹、山崎 文紗子¹、柴田 理¹、船越 和博¹、酒井 剛²

【症例】70歳代、男性

【主訴】特になし

【既往歴】50歳代に食道静脈瘤に対し内視鏡的結紮術を施行。70歳代に肝細胞癌にて肝切除および肝動脈塞栓術を施行。70歳代に膀胱癌、前立腺癌の治療歴。

【現病歴】アルコール性肝硬変(Child-Pugh 5点:A)にて当科通院中で、定期的にEGDを施行していた。十二指腸球部に大小様々な粘膜下腫瘍様の隆起を多数認め、Brunner腺過形成として経過観察していた。X-1年11月のEGDで、球部後壁の隆起はサイズが約8mmから13mmに増大し、隆起の前壁部分は発赤調に変化していた。同部の生検で、幽門腺型腺腫と診断され、X年7月内視鏡的切除目的で当科に入院した。

【入院時現症】身長164cm、体重69kg。腹部に手術瘢痕あり。

【入院後経過】EMR直前のEGDでは、病変はくびれを有する隆起性病変で、前壁部分の発赤領域は大小不同の顆粒状構造で、後壁部分は整った乳頭様構造を呈していた。NBI拡大内視鏡では、前壁部分は顆粒内にpit様構造を認めた。EMRにて一括切除を施行し、術後合併症なく経過し退院した。病変サイズは13×12mmで、Is型隆起を呈していた。組織学的には、前壁部分は幽門腺型腺腫で、後壁部分は胃腺窩上皮化生と診断した。幽門腺型腺腫部分は、表層でMUC5AC陽性、びまん性にMUC6陽性、MUC2陰性の所見であった。

【考察】本症例は内視鏡的に形態変化を確認できた十二指腸幽門腺型腺腫の1例で、内視鏡所見と病理組織標本の対比を行い、発生由来や表面構造所見について考察し報告する。

研専-5-内-研 直腸腺腫の反復内視鏡治療中に扁平上皮癌を発症した1例

¹ 長野赤十字病院 臨床研修センター、² 長野赤十字病院 消化器内科、³ 長野赤十字病院 病理部

松山 直也¹、徳竹 康二郎²、中村 伊吹²、石黒 翔子²、鎌倉 雅人²、近藤 翔平²、山下 裕騎²、高橋 芳之²、柴田 景子²、伊藤 哲也²、藤澤 亨²、森 宏光²、和田 秀一²、佐藤 良紀³

【はじめに】 肛門管扁平上皮癌は確立した疾患概念である一方、本来円柱上皮に覆われる直腸に発生する扁平上皮癌は全大腸悪性腫瘍1000例あたり0.1～0.25例と極めて稀である。さらに腺腫に対する反復内視鏡治療の瘢痕部から発生した報告は渉猟し得た限り認めない。今回我々は直腸Rb腺腫の反復内視鏡治療の経過中に扁平上皮癌が発生した1例を経験したため報告する。【症例】 50代男性。X-7年に前医で直腸Rbの隆起性病変にポリペクトミーが施行され、adenomaであったが断端陽性のため当科へ紹介となった。ESDを行ったが再び断端陽性であり、以後再発を繰り返し、2回のポリペクトミーと3回のESDを要した。X年、肛門管に隣接する瘢痕部に表面不整な5mm大の隆起性病変が出現し、診断的治療としてEMRを行ったところsquamous cell carcinomaと診断された。断端陽性であったが小病変であり焼灼効果による遺残消失を期待して経過観察としたが、2か月後に隆起が再発し増大傾向であり、造影CT・PET-CTで転移を認めず追加治療の適応と判断した。瘢痕による粘膜の不整のため肛門管扁平上皮との連続性の否定は困難であったが、病変が内視鏡治療瘢痕部に一致して出現したことから同部を発生母地とする病変と考えた。肛門管扁平上皮癌・直腸扁平上皮癌のいずれも根治的化学放射線療法が標準治療であることから、5-FUとMMCを併用した化学放射線治療(54Gy)を完遂し、現在慎重に経過観察中である。【結語】 直腸腺腫の内視鏡治療を繰り返した後に扁平上皮癌を発症した1例を経験した。発症要因は明らかでないが、本症例では内視鏡治療の外的刺激が粘膜の扁平上皮化生を惹起したことが一因と考えられた。同様の報告は乏しく、今後の症例の蓄積が必要である。

研専-6-内-専 粘膜下腫瘍様隆起を呈し短期間で急速に増大した直腸低分化型腺癌の一例

¹ まつもと医療センター 消化器内科渡邊 真宏¹、安達 翔太¹、三井 健太¹、小澤 真希子¹、大工原 誠一¹、古田 清¹、宮林 秀晴

【症例】84歳、女性。既往として20年前に直腸Rbの15mm大の早期大腸癌に内視鏡的粘膜剥離術を行い、治癒切除であった。また、12年前に子宮体癌で単純子宮全摘術を施行され(類内膜癌 Grade1・T1bN0M0、Stage1B)、その際の術前のCT検査で直腸左側に4mm大の腫瘍を指摘され、経過観察となっていた。主流派5年間で14mmまでの緩徐な増大を認めたが、それ以降は増大を認めなかった。今回腹部膨満、便秘があり当院で大腸内視鏡検査を行い、直腸Rbに頂部に潰瘍を伴う径30mm大の粘膜下腫瘍様隆起を認めた。潰瘍部からの生検では腫瘍は含まれず、後日施行したEUS-TAの検体で平滑筋腫と診断された。病変の大きさと潰瘍形成を伴っていたことから悪性腫瘍を疑い、初回検査時より7週間後に内視鏡検査を再建したところ、同部位は腸管の半周を占める2型腫瘍へ変化し、潰瘍辺縁からの生検及びEUS-TAの検体から低分化型腺癌・印環細胞癌が認められ、直腸癌と診断した。腹部造影CT検査で壁外への浸潤が高度に認められたため、術前化学放射線療法(総線量50.4Gy/28分割、カペシタピン内服)を行い、内視鏡検査、CT検査で腫瘍の縮小を認め、根治的に腹腔鏡下直腸切除術を施行した。【結語】上皮性腫瘍である大腸癌が粘膜下腫瘍様隆起を呈することは比較的稀である。今回当初粘膜下腫瘍様隆起を呈していたが、短期間で2型腫瘍へと形態変化した直腸低分化型腺癌・印環細胞癌の1例を経験したため報告する。

研専-7-内-研 胆管空腸吻合部狭窄による右肝管完全狭窄に対して経輸入脚的に超音波内視鏡下胆管空腸吻合術を施行した一例

¹ 長岡赤十字病院神保 彩音¹、水戸 将貴¹、吉川 成一¹、市原 佑樹¹、加賀田 彩乃¹、石川 夏生¹、前田 悠一郎¹、小関 洋平¹、濱田 萌乃¹、盛田 景介¹、竹内 学¹

【症例】71歳男性。X-2年8月、肝門部胆管癌に対して亜全胃温存脾頭十二指腸切除術(SSPPD)が施行され、S-1による術後補助療法が行われていた。X-1年10月より胆管炎を繰り返し、CTで胆管空腸吻合部右肝管側の狭窄と肝内胆管拡張を認め、術後胆管空腸吻合部狭窄と診断した。同年12月、ダブルバルーン内視鏡(DBE)による胆道ドレナージを試みたが、右肝管吻合部は完全閉塞しておりドレナージ困難であり、経空腸(輸入脚的)的EUS下胆道ドレナージ(EUS-HJS)を試みた。輸入脚にガイドワイヤーを留置し、透視下に側視型コンベックス走査式EUSを愛護的に胆管空腸吻合部まで挿入し、拡張した右後区域枝の描出が可能であった。19G針でB6を穿刺し、各種ダイレーターで瘻孔拡張を試みたが十分な拡張が困難であり、5 Fr ERBDチューブ1本のみを留置した。胆管炎は改善したが、ステント閉塞による再燃が懸念されたため、X年1月にEUS-HJS瘻孔よりFully covered metallic stent(FCMS)を追加留置した。同年3月にはFCMSを5 Fr ERBDチューブへ交換し、三期的に瘻孔を形成することで安定したドレナージが得られた。その後、胆管癌再発による左右肝管狭窄に伴い胆管炎が再燃したが、既存のHJS瘻孔から5 Fr ERBDチューブを追加し、左肝内胆管にはEUS-HGSを施行することで改善が見られた。【考察】胆管空腸吻合術後の右肝管狭窄では、内視鏡の進行方向に対して胆管へのアプローチが鋭角となり難渋する場合があります。特に完全閉塞例ではDBEによるドレナージは困難である。肝左葉胆管に対する経胃的・経空腸的EUS-BDの有用性は報告されているが、肝右葉胆管に対する経空腸的EUS-BD、特に非吻合部から肝内胆管を直接穿刺する報告は少ない。本症例ではDBEで治療困難な右肝管完全閉塞に対し、輸入脚からB6を直接穿刺し、段階的に瘻孔を形成することで良好な胆道ドレナージが得られた。肝右葉の胆管空腸吻合部狭窄に対する経輸入脚的EUS-HJSは、DBEによる治療困難例に対して有用な選択肢となり得ると考えられた。

研専-8-内-専 総胆管結石を契機に診断された14歳腓・胆管合流異常の1例

¹ 組合立 諏訪中央病院 消化器内科、² 長野県立木曽病院
南 優太^{1,2}、中山 剛¹、長坂 洸和¹、星野 諒¹

症例は14歳男性。受診1週間前より夜間に頻発する上腹部痛を自覚し当院小児科を受診した。血液検査でAST 478U/L, ALT 366U/L, ALP 476U/L, γ -GTP 221U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認め、腹部CTで下部胆管に4mm大の石灰化結石を認めたため入院となった。総胆管結石に対して内視鏡的逆行性胆管膵管造影を施行したところ、膵管と胆管が同時に造影され、下部胆管に結石像を認めたため、内視鏡的乳頭括約筋切開術を施行し結石を除去した。共通管長は3.5mmと比較的短かったが、胆汁中アミラーゼは希釈補正值333,180IU/Lと著明高値であり、膵液胆道逆流を伴う膵・胆管合流異常と診断した。小児・思春期の総胆管結石では膵・胆管合流異常を鑑別に挙げる必要があり、短共通管例ではERCP所見と胆汁中アミラーゼ測定が診断に有用と考えられた。

研専-9-内-専 超音波内視鏡検査におけるDoppler-modeが手術適応決定に有用であった胆嚢内乳頭状腫瘍の一例

¹ 佐久医療センター 消化器内科、² 佐久医療センター 消化器外科、³ 佐久医療センター 病理診断科
嶋原 飛翔¹、比佐 岳史¹、小平 菜々子¹、宮田 侑典¹、宮坂 尚樹¹、江郷 晶¹、坂田 正梧¹、伊藤 唯¹、竹内 菜緒¹、
西山 秀¹、工藤 彰治¹、大瀬良 省三¹、山田 崇裕¹、福島 秀樹¹、柳垣 充²、塩澤 哲³

【症例】患者は70歳台、男性。X年4月の当院人間ドック腹部超音波検査(US)で胆嚢内に7mm大の広基性隆起が疑われ、精査目的にX年5月に当科紹介となった。血液検査では血算、生化学に異常を認めず、腫瘍マーカーはCEA <1.8ng/mL、CA19-9(ECLIA) <9U/mLと正常範囲内であった。超音波内視鏡(EUS) B-modeでは胆嚢底部肝床側に丈6mm、幅7mmで表面がやや不整な低エコー隆起を認めた。隆起基部は切れ込み様に観察され、有茎と無茎の鑑別が困難であった。Doppler-modeでは隆起基部に2本の縦走する血流シグナルを認め、無茎性病変と判断した。隆起表面には揺動する不整形の淡い高エコー像が付着しており、粘液を疑った。隆起基部の外側高エコー層に異常はみられなかった。隆起は単純CT検査では指摘困難であったが、造影効果を有していた。MRIは閉所恐怖症のため施行不可であった。以上より胆嚢内乳頭状腫瘍(intracholecystic papillary neoplasm of the gallbladder; ICPN)の可能性を考慮し、X年6月に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。肉眼的には胆嚢底部に表面乳頭状の無茎性隆起を認め、組織学的には高異型度ICPNで、浸潤はみられなかった。【考察】B mode EUSで胆嚢隆起基部の有茎・無茎の鑑別が困難な場合、Doppler-modeで評価した隆起基部の血流シグナルの本数が鑑別に有用であると考えられる。

研専-10-内-研 副乳頭へのランデブー法を用いた膵管ステント留置により反復性膵炎を制御し得た分枝型IPMNの1例

¹ 長岡中央総合病院 消化器内科、² 長岡中央総合病院 腫瘍内科

岡部 裕紀¹、佐藤 遼¹、岡 宏充¹、北條 雄暉¹、丹羽 佑輔¹、佐藤 公俊¹、中野 応央樹¹、小林 陽子¹、本田 穰¹、高村 昌昭¹、小林 由夏²

80歳代、男性。X年5月、嘔吐、下痢、上腹部痛を主訴に前医を受診し、急性膵炎の診断で入院した。保存的加療により軽快したが、MRCPで膵鉤部に36×19mmの分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）を認め、膵炎発症の経過と併せて精査目的に当院紹介となった。超音波内視鏡検査（EUS）では嚢胞性病変と主膵管との交通を認め、IPMNから産生される粘液による膵液の流出障害が膵炎の原因と考えられた。高齢かつ本人が外科的切除を希望しなかったため、膵炎の再発予防を目的に内視鏡治療を選択した。X年7月にERCPを施行し、主乳頭に対して内視鏡的膵管口切開術（EPST）を施行した。その後約1年間膵炎の再燃を認めなかったが、X+1年9月より再燃を繰り返した。X+2年4月に再度ERCPを施行し、主乳頭をバルーンにて10mmまで拡張したが、同年11月より再び膵炎を反復した。X+3年1月、主膵管への粘液栓の流入を防ぐことと膵液の流出路を確保する目的で、副乳頭からの膵管ドレナージを試みた。内視鏡的に副乳頭が不明瞭であり、直接アプローチが困難であったため、主乳頭から副膵管へガイドワイヤーを挿入し、副乳頭を介して十二指腸内へ誘導した。これを利用したランデブー法により副乳頭から副膵管へ挿管し、副乳頭切開および8mmバルーンによる開口部拡張を施行した。さらに副乳頭経由で10 Fr、7cmの膵管ステントを留置し、体尾部膵管からの膵液ドレナージを確保した。その後4か月毎の定期的なステント交換を行い、18か月経過した現在も膵炎の再燃を認めていない。

【考察】IPMNに伴う反復性膵炎では、粘液による膵液流出障害が原因となり得る。本症例では主乳頭への内視鏡治療のみでは再燃を抑制できなかったが、ランデブー法を用いて副乳頭経由のドレナージルートを確保することで長期間膵炎を制御し得た。高齢かつ外科的治療を希望しないIPMN関連反復性膵炎患者に対する治療選択肢として、示唆に富む症例と考え報告する。

②合同ワークショップ

第1会場

14:10～15:50

消化管

14:10~15:50

座長 平山 敦大（信州大学 消化器内科）

W-1-内 当院における十二指腸腫瘍性病変の傾向と今後のスクリーニングに関する検討

¹ 山梨県厚生連健康管理センター
日原 優¹、石田 泰章¹、三浦 美香¹

【はじめに】近年十二指腸病変の治療が広く普及してきている中、十二指腸の観察手順は未だ標準化された方法はなく、胃内視鏡検診においては十二指腸の観察範囲は球部のみが必須とされている。【目的】当院で指摘された十二指腸病変の特徴を評価し、見落としの少ないスクリーニングの方法について探る。【方法】1) 2021-2025年度に当院で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行した148388名(男性:80117名、女性:68271名)中、十二指腸腫瘍性病変を認め治療に至った患者56名のべ60症例を対象とし、病変部位や形態、サイズ、治療法を検証した。2) 2026年7月1日から8月31日の2か月で当学会専門医2名が担当したEGDのうち術後胃を除いた315名(男性:159名、女性:156名)を対象に球部前壁、球部後壁、上十二指腸角(SDA)、上十二指腸角対側(SDA対側)、副乳頭、下行部乳頭側、乳頭対側、水平部の計8部位8画像を撮像し、その観察率と使用スコープ毎の成功率を評価した。【結果】1) 十二指腸腫瘍性病変の発見率は0.04%で、内訳は腺腫44例、腺癌9例、リンパ腫6例、神経内分泌腫瘍1例であった。腺腫、腺癌の発生部位は球部前壁2例、SDA2例、SDA対側3例、下行部乳頭側17例、乳頭対側28例、水平部1例で、下行部のみで84.9%を占めていた。形態は0-IIa29例、0-IIc13例、0-IIa+IIc8例、その他が3例であった。サイズは腺腫で中央値8(2-57)mm、腺癌で中央値10(3-50)mm、腺癌においては10mm以上の病変が5例、うち4病変が0-IIa病変であり、10mm未満では4例中3例が0-IIc病変であった。治療法はEMR/UEMRが44例、ESDが6例、LECSを含む外科的手術が3例施行され、94.3%で内視鏡的治療が選択されていた。2) 十二指腸各部位での観察成功率は球部前壁99.6%、後壁95.6%、SDA96.2%、SDA対側91.4%、副乳頭26.5%、下行部乳頭側75.6%、乳頭対側97.8%、水平部66.3%と副乳頭・乳頭側・水平部で低かった。また、スコープ(通常径N/細径S)別成功率では同3領域にて副乳頭(35.8%/21.8%)、乳頭側(92.5%/71.9%)、水平部(92.3%/61.2%)と通常径スコープの方が有意に高かった。【結論】十二指腸腫瘍性病変の発見率は0.04%であった。今後のEGDスクリーニングでは十二指腸下行部にも注視する必要があると考える。また、十二指腸観察困難例では通常スコープを選択することも有用と考える。

W-2-消 進行性核上性麻痺患者における腸管メタン産生菌過剰増殖の検討
—腸内細菌叢を標的とした新規治療への可能性—

¹ 新潟大学 医学部 消化器内科、² 新潟大学 医学部 脳神経内科
山崎 駿¹、富永 顕太郎¹、渡邊 浩太郎¹、五十嵐 崇徳¹、若林 拓哉¹、山崎 華子¹、横山 邦彦¹、石黒 敬信²、
小野寺 理²、寺井 崇二¹

【目的】進行性核上性麻痺(progressive supranuclear palsy:PSP)は、姿勢反射障害や眼球運動障害を特徴とする神経変性疾患である。近年、神経疾患における腸内細菌叢異常が注目されているが、PSPにおける小腸内細菌異常増殖(small intestinal bacterial overgrowth: SIBO)や腸管メタン産生菌過剰増殖(intestinal methanogen overgrowth: IMO)の実態は明らかでない。PSP患者におけるIMOおよび水素型SIBOの頻度を健常対照と比較し、その臨床的意義を検討する。【方法】2025年4月から2026年3月までに当院で診療したPSP患者5例を対象とした。健常対照33例を比較群とし、全例にグルコース負荷による水素・メタン呼気試験を施行した。North American Consensusに基づき、90分以内の水素20ppm以上上昇を水素型SIBO、メタン10ppm以上をIMOと定義した。【成績】PSP患者は平均年齢72.6歳、男性1例、女性4例であった。IMOはPSP患者5例中2例(40.0%)で認められたのに対し、健常対照では33例中1例(3.0%)であり、PSP群で有意に高率であった($P=0.040$)。一方、水素型SIBOは両群とも認めなかった。IMO陽性例はいずれもメタン優位の呼気ガスパターンを示した。便秘症状を有する症例に加え、腹部膨満のみを訴える症例でもIMOが認められ、症状のみからの予測は困難であった。【結論】本研究は、PSP患者において水素型SIBOではなくIMOが高頻度に存在することを示した初めての報告である。PSPに伴う消化管運動障害がメタン産生菌の増殖に関与している可能性が考えられた。近年、PSPに対する糞便微生物移植(FMT)の有効性も報告されており、IMOを含む腸内細菌叢異常は今後の診断バイオマーカーや腸内細菌標的治療の新たな標的となる可能性がある。呼気試験によるIMO評価は、神経変性疾患における新たな消化器病態の解明と腸内細菌叢介入治療の発展につながると考える。

W-3-消 潰瘍性大腸炎における選択的IL-23阻害薬の有用性とマルチモーダルな個別化治療の提案

¹ 昭和伊南総合病院 消化器病センター

堀内 朗¹、堀内 香織¹、桃崎 孝¹

【目的】潰瘍性大腸炎(UC)の病態は不均一であり、生物学的製剤に対する治療応答は多様である。抗TNF製剤は治療の主軸であったが、約30-40%の患者で一次無効を経験する。この治療抵抗性の背景にはIL-23経路の持続的活性化が関与しており、IL-23-Th17-好中球軸が粘膜炎症において中心的な役割を果たしていることが明らかになってきた。本報告では、当院におけるこれまでの経験に基づいて、高度治療を必要とするUC症例に対する選択的IL-23阻害薬のマルチモーダルな個別化治療法を提案したい。【結果】我々はこれまでに報告された知見と自施設のデータを踏まえ、以下の3つの診断の柱を統合した個別化治療選択のモデルを提案する。1。非侵襲的バイオマーカーの活用:血清ロイシンリッチ α 2グリコプロテイン(LRG)および便中カルプロテクチンを用い、全身性炎症と局所の粘膜炎症を鑑別する。2。内視鏡的評価:Mayo Endoscopic Subscore(MES)を用いて疾患活動性を評価し、治療強度を決定する。3。定量的組織学的評価:Geboes分類Grade3を細分化した「駒ヶ根評価法」を用いて、IL-23-Th17優位の病態活動性を同定する。【結語】バイオマーカー、内視鏡スコア、および独自の組織学的評価(駒ヶ根評価法)を統合するマルチモーダルなアプローチにより、生物学的製剤の治療応答予測やリスク層別化の精度向上が期待できる。この治療法は、高度治療を必要とするUC患者における選択的IL-23阻害薬の最適な個別化医療を推進するための有用な治療法となり得る かもしれない。

W-4-消 切除不能肝細胞癌に対するニボルマブ/イピリムマブ併用療法とデュルバルマブ/トレメリムマブ併用療法の治療成績と安全性の比較

¹ 新潟県立がんセンター新潟病院

今井 徑卓¹、荒生 祥尚¹、佐野 知江¹、塩路 和彦¹、小林 正明¹

【目的】複合免疫療法であるニボルマブ/イピリムマブ併用療法(Nivo/Ipi)およびデュルバルマブ/トレメリムマブ併用療法(Dur/Tre)はいずれも切除不能肝細胞癌に対する1次治療として使用されているが、実臨床において両者を直接比較した報告は多くない。当院におけるNivo/IpiおよびDur/Tre使用症例について、治療成績と安全性を比較検討した。【方法】2023年3月から2026年5月の期間、当院において切除不能進行肝細胞癌に対してNivo/Ipiを導入した8例、およびDur/Treを導入した9例を対象とし、後方視的に検討した。【成績】治療開始時の年齢中央値はNivo/Ipi群で67歳(59-83歳)、Dur/Tre群で75歳(65-83歳)、BCLC stageはNivo/Ipi群でA/B/C=1/4/3例、Dur/Tre群でA/B/C=0/6/3例、薬物治療ラインはNivo/Ipi群で1次治療/2次以降=4/4例、Dur/Tre群で1次治療/2次以降=3/6例であった。治療効果判定はmRECISTで行い、最良治療効果はNivo/Ipi群でCR/PR/SD/PD/NE=2/2/2/1/1例、奏効率50.0%、Dur/Tre群でCR/PR/SD/PD/NE=1/2/4/2/0例、奏効率33.3%であった。観察期間中央値はNivo/Ipi群で140日(52-296日)、Dur/Tre群で336日(62-1207日)、現在Nivo/Ipi群の3例が治療継続中であり、Dur/Tre群の1例が長期CRで薬剤中止して経過観察中である。Nivo/Ipi群のうち2例はコンバージョン治療に移行した(手術1例、ラジオ波1例)。Grade3以上の免疫関連有害事象(irAE)はNivo/Ipi群では腸炎1例、肝障害1例、間質性肺炎1例、サイトカイン放出症候群1例、Dur/Tre群では肝障害2例を認め、いずれもステロイド治療を要した。【結論】本検討においてNivo/Ipi群はDur/Tre群と比較して治療成績が良好であり、コンバージョン治療移行例も認めた。一方で、irAEの発生率はNivo/Ipi群で高い傾向にあり、適切な対応が必要と考えられた。

W-5-消 肝腫瘍に対する150W高出力マイクロ波アブレーションの初期使用経験 —Emprint TM HPによる単回穿刺治療への期待—

¹ 済生会新潟病院

岩澤 貴宏¹、石川 達¹、後藤 雅哉¹、米倉 暢拓¹、山崎 駿¹、神保 遼¹、井上 良介¹、佐藤 聡史¹、横山 純二¹、本間 照¹

【目的】近年、肝腫瘍に対するマイクロ波アブレーション(MWA)においてもより低侵襲な治療が期待される。当院における検討では、Mimapro17Gと従来型EmprintTMとの局所再発率に明らかな差を認めず、低侵襲性を考慮してMimapro17Gへ治療機器をシフトしてきた。一方、腫瘍径が大きくなるにつれて、広範囲かつ短時間の焼灼が求められ、大型肝腫瘍に対しては高出力MWAの有用性が期待されている。2025年4月、本邦において最大出力150WのハイパワーEmprintTMマイクロ波アブレーションシステム(EmprintHP)が承認された。今回、肝腫瘍に対するEmprint HPの初期使用経験から、その技術的実行可能性と安全性について検討した。【方法】当院でEmprintHPを用いてMWAを施行した6症例8病変を対象とした。年齢 71.5 ± 15.3 (54-88)歳、男性4例、女性2例、原疾患はHBV関連1例、HCV関連2例、転移性肝腫瘍3例であった。治療前肝機能はT-Bil 1.69 ± 2.20 mg/dL、Alb 2.82 ± 0.65 g/dL、PT $89.0 \pm 16.1\%$ 、Child-Pugh score 6.8 ± 1.0 点であった。腫瘍径は 51.3 ± 11.3 mm、中央値55mm(30-60mm)であった。6例中5例では焼灼7-9日前にTACEを施行した。焼灼は段階的に出力を上昇させた後、150Wで施行した。穿刺は全8病変で1回とし、150Wでの焼灼時間、ポッピングの発生および周術期合併症について検討した。【成績】全8病変で予定した焼灼を完遂し、全病変において単回穿刺での治療が可能であった。150Wの焼灼時間は平均4分04秒 $\pm$ 2分42秒、中央値3分00秒(1分30秒-10分00秒)であった。ポッピングは3病変で認め、発生出力は75Wが2病変、150Wが1病変であった。周術期合併症として1例に出血に伴うHb低下を認めたが、追加治療を要さず保存的に軽快した。その他、重篤な周術期合併症は認めなかった。【結論】最大径60mmを含む肝腫瘍に対し、150W高出力EmprintHPを用いることで、全8病変において単回穿刺による予定焼灼を完遂することが可能であった。EmprintHPは、肝腫瘍に対する局所治療の新たな選択肢となる可能性が示唆された。

W-6-消 MASLD合併肥満症に対するセマグルチド皮下注治療における肝機能および骨格筋量の経時的変化

¹ 信州大学 消化器内科、²長野市民病院

上條 優真^{1,2}、藤田 楓¹、奥村 太規¹、小林 浩幸¹、若林 俊一¹、山崎 智生¹、國本 英雄²、木村 岳史¹

【目的】セマグルチド皮下注（ウゴービ）は肥満症に対して優れた減量効果を示し、脂肪肝を含む代謝異常の改善も期待されている。一方で、治療に伴う骨格筋量の変化については十分な検討がなされていない。MASLD合併肥満症患者を対象に、セマグルチド導入後6か月間の肝機能、体重および骨格筋量の変化を前向きに評価した。【方法】2024年5月よりセマグルチドを導入したMASLD合併肥満症27例を対象とした前向き観察研究である。導入前および導入6か月後の体重、血液検査、InBodyによる体組成を評価した。【成績】年齢中央値48（43–56）歳、男性11例（40.7%）、高血圧17例（63.0%）、2型糖尿病5例（18.5%）、脂質異常症22例（81.5%）であった。導入前体重は94.7（81.5–108.3）kgで、6か月後95.8（73.2–102.5）kgであったが、個々の患者における体重変化量中央値は–4.8（–9.0–3.9）kgであり、有意な減量を認めた（ $p < 0.001$ ）。ASTは28（21–37）から21（19–29）U/L、ALTは33（19–54）から25（15–42）U/L、 γ -GTPは35（25–53）から27（18–38）U/Lへいずれも有意に低下した（各 $p < 0.001$ ）。InBody評価可能21例では、体脂肪量は38.6（35.5–42.4）から34.8（30.1–39.3）kg、除脂肪量は58.8（45.0–67.9）から56.8（41.8–64.7）kg、骨格筋量は33.6（24.1–37.9）から32.0（22.5–35.7）kg、骨格筋指数は9.2（7.4–9.7）から9.0（7.1–9.3）kg/m²へ低下した。一方、除脂肪量/体重比は57.8（51.8–61.4）から59.1（54.3–64.1）%へ上昇した。【考案】セマグルチド皮下注はMASLD合併肥満症患者において有意な体重減少と肝機能改善をもたらした。体重減少に伴い骨格筋量・除脂肪量も低下したが、一方で除脂肪量/体重比は上昇しており、脂肪優位の減量が示唆された。セマグルチド治療では、肝機能改善とともに骨格筋量を含めた体組成評価を継続的に行うことが重要と考えられた。

W-7-消 ERCPプランニング用いたERCPの初期経験

¹ 新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

夏井 一輝¹、武田 信峻¹、五十嵐 聡¹、林 和直¹、寺井 崇二¹

【目的】内視鏡分野におけるAI・画像処理技術の応用は、病変の検出や鑑別といった診断支援を中心に進んできた。2025年4月、ERCP手技中のX線透視像にCT・MRCP由来の3D画像を重畳表示するソフトウェア「VisualAID-ERCPプランニング-」が富士フイルム社より発売された。当科では2026年3月の透視装置更新（CUREVISTA Apex）に伴い本システムを導入した。今回、導入初期の使用経験を報告する。

【方法】造影CT門脈相とMRI（T2WI・MRCP）から胆管・膵管の3D画像を作成し、ERCP中の透視像をVisualAID専用端末へ転送し重畳・位置合わせを行った。ERCP中は回転、透過率調整、Couinaud分類に基づく肝内胆管の区域別表示により目標胆管を確認した。

【結果】2026年8月末現在、ERCPプランニングを用いERCPを施行したのは13例であった。

症例1：80歳代男性、肝門部領域胆管癌（Bismuth IV）。胆管解剖の確認目的にERCPプランニングを使用した。狭窄部からの擦過細胞診・生検とEBS留置を施行、不要な胆管造影を抑えつつ正確な胆管選択が可能であった。

症例2：80歳代男性、肝門部領域胆管癌（Bismuth I）、リンパ節転移。著明な肝内胆管拡張を認め、過度の造影による胆管内圧上昇の抑制目的にERCPプランニングを使用した。選択的操作を要する場面ではプランニング像を回転させることにより、目標胆管部位の妥当性を確認した。

症例3：60歳代女性、IgG4関連胆管炎疑い。胆管解剖の確認目的にERCPプランニングを使用し、透視像と重畳したが、細径肝内胆管の描出は不十分であった。

症例4：70歳代男性、幽門側胃切除・Roux-Y再建後の総胆管結石。AIによる肝内胆管のCouinaud自動分類が不正確であったが、マニュアルでの胆管補正で対応可能であった。また、胆嚢管分岐部の把握にも有用であった。

【結語】ERCPプランニングはERCP中の胆管解剖の把握を補助し、過度な胆管造影の抑制や胆管の選択性向上に寄与する可能性があるが、細径肝内胆管の描出能や非正常解剖における肝内胆管のCouinaud自動分類には改善の余地があると感じた。今後、手技の効率化や偶発症軽減への寄与についても、さらに症例を蓄積し検討する。

W-8-内 胆管covered self-expandable metal stent断裂に対する内視鏡的抜去

¹ JA長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

西山 秀¹、比佐 岳史¹、江郷 晶¹、宮坂 尚樹¹、坂田 省吾¹、伊藤 唯¹、竹内 菜緒¹、工藤 彰治¹、山田 崇裕¹、福島 秀樹¹

【背景】悪性胆道狭窄に対する留置ステントにおいて、covered self-expandable metal stent（CSEMS）は長期開存が期待でき、かつ抜去可能であることが利点である。しかし、CSEMS断裂は処置を複雑化し、様々な抜去方法が試みられている。今回、当科におけるCSEMS断裂例への対処法の現状を検討した。

【方法】2025年1月～2026年8月の間、当院でCSEMSを留置した84例中、断裂を来した7例を対象に、抜去方法、抜去の成否、偶発症を検討した。

【結果】年齢56～85歳（中央値73歳）、男性4例、女性3例、原疾患は膵癌6例、遠位胆管癌1例であった。使用ステントはfully covered self-expandable metal stent（FCSEMS）5例、multi-hole FCSEMS 2例で、留置形態は全て乳頭出しであった。留置から断裂までの期間は73～281日（中央値138日）、断裂の原因は自然断裂2例、スネアによる抜去操作時の断裂5例であった。ステント断裂部の位置は十二指腸内2例、胆管内5例（狭窄の肝門側2例、狭窄部2例、狭窄の乳頭側1例）であった。断裂部が十二指腸内に存在した2例はスネアで把持し同日抜去に成功した。断裂部が胆管内に存在した5例中、ガイドワイヤのFCSEMS内への留置に成功した4例において、2例はバルーンによる牽引で同日抜去に成功した。他の2例では一旦stent-in-stentでFCSEMSを留置後、1例はCSEMS 2本を一括抜去しえたが、1例は追加留置したFCSEMSのみが抜去されたため、シースを併用し生検鉗子で把持・翻転して抜去した。ガイドワイヤのFCSEMS内への留置が不成功であった1例は、シースを併用し生検鉗子で断裂ステントを把持・V字屈曲させて抜去した。全7例で内視鏡的抜去に成功し、偶発症は認めなかった。

【結語】当科で施行した断裂CSEMSの内視鏡的抜去方法は有用かつ安全であった。

W-9-消 ロボットが切り拓く新たな肝胆膵外科手術：安全な普及と教育システムの確立を目指して

¹新潟大学 消化器・一般外科

廣瀬 雄己¹、坂田 純¹、滝沢 一泰¹、安藤 拓也¹、石川 博補¹、安部 舜¹、河内 裕介¹、市川 寛¹、
島田 能史¹、若井 俊文¹

近年、ロボット支援手術が全国的に普及し、消化管手術においては標準的術式のひとつとなりつつある。一方、肝胆膵外科領域においては、その手術難度の高さから、ロボット支援手術は一部のhigh volume centerを除いて標準的術式とはいえない。また、本邦では、2020年にロボット支援膵切除術、2022年にロボット支援肝切除術が保険収載されたが、保険診療として同術式を行うには、施設に対して厳しい症例数基準が設定されている。新潟大学は、その症例数基準をクリアし、2023年からロボット支援膵尾部切除、2025年からロボット支援膵頭十二指腸切除、2026年からロボット支援肝部分切除を導入し、安全に実施できている。本報告では、新潟大学におけるロボット支援肝胆膵手術の現状を報告する。

また、高難度なロボット支援肝胆膵手術を持続的に安全に実施するためには、体系的な教育システムの確立が必須である。演者は、ロボット支援肝胆膵手術に関する体系的な教育システムを確立しているAmsterdam UMCに留学し、同システムを修得した。同システムに習い、当院では【1.教育用デジタル教材基盤（クラウドストレージまたはアプリケーション）での対象術式の手順・使用器具・操作法の確認、2.指定手術ビデオ閲覧によるkey stepsおよびpitfallの確認、3.管理者によるチェック機構を伴う指定ロボット・シミュレーショントレーニング、4.Biotissue等を用いたウェットトレーニング】という体系的な教育システムを確立し、後進の育成を行っている。本報告では、当院でのロボット手術教育システムについても解説し、安全なロボット支援手術導入のために必要な教育システムについて考察する。

W-10-消 当院における膵胆道癌に対する遺伝子パネル検査を見据えたEUS-TAの取り組みと現状

¹信州大学 消化器内科

小澤 由季¹、倉石 康弘¹、中島 大地¹、清水 祐樹¹、今村 峻輔¹、佐々木 信和¹、南澤 昌郁¹、堀内 一太郎¹、
米倉 千奈津¹、中村 晃¹

【目的】がん遺伝子パネル検査（CGP）は膵胆道癌の治療において重要な役割を担っており、当院では積極的にEUS-TAによる組織採取を行っている。今回、EUS-TAで採取された検体のCGP検体としての適格性と関連因子を検討し、当院のCGPの現状について評価した。【方法】検討1:2019年6月から2026年7月までに当院でEUS-TAが施行され、CGP検体としての適格性について病理医によるQuality check（QC）が行われた膵胆道癌患者102例を対象とし、QCの適格性と患者背景および穿刺方法との関連を検討した。検討2:2019年6月から2026年7月までに当院でCGPに提出された膵胆道癌患者を対象とし、actionable mutationの検出割合を評価した。【結果】検討1:患者背景は男性48例、女性54例、年齢中央値69.5歳（41–90歳）で、原疾患は膵癌93例、胆道癌9例であった。穿刺針はFNB針101例、FNA針1例で、針径は19Gが63例、22Gが39例であった。全体でのQC適格率は58.8%であった。合併症として膵炎は認めず、出血は19Gで1例、22Gで1例認め、いずれも消化管からの出血であった。単変量解析ではQC適格率は19Gで68.3%、22Gで43.6%（OR0.36、P=0.022）であった。その他の因子として、年齢や性別、標的病変（原発巣・転移巣）、穿刺位置（胃・十二指腸）、病変径、穿刺回数に関してはQC適格率との関連性は認めなかった。検討2:CGPに提出した128例のうち、膵癌は76例、胆道癌は52例であった。actionable mutationは膵癌で10例（13.1%）、胆道癌で22例（42.3%）に認めた。【結論】当院では近年、19GのFNB針を積極的に使用しており、本検討では19G針の使用がQC適格率の向上に関連する可能性が示唆された。CGPを考慮したEUS-TAにおいて、穿刺針径の選択は適格な検体採取の一助となる可能性がある。

③合同シンポジウム

第2会場

14:50～16:10

“面白い”が見つかる消化器診療 ～最新トピックとキャリアから考える専門医への道～

14:50～16:10

座長 浅川 幸子（山梨県立中央病院 炎症性腸疾患科）

座長 佐野 知江（新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科）

S-1-消 面白いが見つかる消化器診療 ～内視鏡医の立場から～

¹ まつもと医療センター

小澤 真希子¹、大工原 誠一¹、宮林 秀晴¹

内視鏡診療の最大の魅力は、「自分の目と手で診断から治療までを一貫して完結できる」点にある。かつては観察、診断が中心であったが、光学技術や機器の飛躍的な進化により、現在では早期がんの精密診断からESD、治療的ERCP、Interventional EUSなどの高度な低侵襲治療まで幅広い臨床的アプローチが可能となった。本発表では、研修医の先生方に向けて内視鏡診療が持つ3つの醍醐味を提示する。第一に「画像診断の奥深さ」である。NBIや拡大観察を駆使し、微細な粘膜変化から病変を見つけ出すプロセスは高度な謎解きのようにあり、早期発見によって患者の人生を大きく変える力を持つ。第二に「手技の上達の実感できる達成感」である。内視鏡の助手に始まり、スコープ操作や各種デバイスの扱いはトレーニングの成果が明確に現れ、緊急内視鏡などにおいて自分の手で直接患者を治療し感謝される、という体験は大きなやりがいとなる。第三に「多様で柔軟なキャリアパス」である。開業、勤務医、手技中心のキャリアなど多様な働き方が可能で、高度な技術を極める道や、地域医療・健診を支えるスペシャリスト、AIなどの先端技術と連携した研究者を目指す道まで、ライフステージに応じた選択肢が豊富である。また、内視鏡操作は難しそうと尻込みしてしまう初心者でも、安心して技術を習得できる段階的な指導体制や、学会でのデモンストレーション、様々なシミュレーターなどが準備されている。内視鏡は、日進月歩のデバイス開発や技術の進歩により、若手医師がすぐ最前線で活躍できる「今最も熱い分野」の一つである。本発表が、研修医の先生方にとって自らの将来像を描く一助となれば幸いである。

S-2-消 進化する消化器外科―“手術する・考える・創る” 外科医の面白さ

¹ 山梨大学 消化器外科

斎藤 亮¹、丸山 傑¹、滝口 光一¹、庄田 勝俊¹、白石 謙介¹、古屋 信二¹、雨宮 秀武¹、河口 賀彦¹、川井田 博充¹、市川 大輔¹

消化器外科は今、大きな変革期にある。腹腔鏡手術の普及に続き、ロボット手術の適応は急速に拡大し、これまで開腹手術が中心であった高難度手術にも低侵襲手術が導入されている。多関節機能、手振れ補正、高精細な三次元視野などの新たな技術は、外科医の発想を広げ、新たな手術戦略を生み出す可能性を有している。一方、薬物療法や内視鏡治療、周術期治療の進歩により、消化器外科医には「手術を行うこと」にとどまらず、治療全体を俯瞰し、最適な治療戦略を構築する役割が求められている。自身が専門とする肝胆膵外科は、高度な解剖学的理解と繊細な手術操作を必要とするchallengingな領域である。この領域においても、当科ではロボット手術を導入し、安全な導入から手技の定型化、さらに悪性腫瘍への適応拡大に取り組んできた。目の前の患者に最善の手術を行うことに加え、新しい技術を取り入れ、自ら手術を工夫し、その成果を検証して、より良い治療へと発展させる。自らの「工夫」が次の患者の治療を変えていくことは、外科ならではの大きな魅力である。外科医のキャリアも多様化している。手術技術を磨くだけでなく、臨床研究、基礎研究、教育、チーム医療などを組み合わせながら、自身の専門性を構築することができる。技術革新が進む現在、若手外科医自身が新しい術式や治療体系の発展に関わることである時代でもある。また、消化器外科医の減少が危惧される一方、診療報酬制度の見直しや外科医へのインセンティブ導入など、外科医を取り巻く環境も変わり始めている。本講演では、ロボット支援下肝胆膵手術を中心とした当科の取り組みと自身の臨床・研究経験を紹介しながら、「手術する」「考える」「創る」という消化器外科の面白さを伝えたい。本講演が、若手医師にとって消化器外科の“面白い”を見つけ、自らのキャリアを考える一助となれば幸いである。

S-3-内 炎症性腸疾患における最新トピックとキャリアから考える専門医への道

¹新潟大学医歯保健学総合研究科 消化器内科学分野
川田 雄三¹、小島 雄一¹、富永 顕太郎¹、寺井 崇二¹

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease: IBD) は、若年者に好発し、寛解と再燃を繰り返しながら長期の経過をたどる慢性疾患である。近年、IBD診療は大きな変革期を迎えている。生物学的製剤や低分子化合物など治療選択肢の拡充に加え、Treat-to-Targetの概念が浸透し、症状の改善のみならず、内視鏡的寛解、さらにはより深い寛解を目指した治療戦略が求められるようになった。一方で、選択肢が増えたからこそ、個々の患者に「いつ、どの治療を、どのように選択するか」という内科医の判断は、これまで以上に重要となっている。IBD診療の魅力は、薬物療法だけにとどまらない。内視鏡、病理、画像診断、バイオマーカーなどを駆使して病態を捉え、癌サーベイランス、妊娠・出産への対応など、患者のライフステージを見据えた長期的な診療が必要となる。また、外科医をはじめとする多職種との連携により、患者にとって最善の治療を模索することも求められる。このようにIBDは、消化器内科医として培ったさまざまな知識と技術を総動員して向き合う疾患であり、そこに難しさと同時に大きな「面白さ」がある。近年、日本炎症性腸疾患学会 (J SIBD) による専門医制度も開始され、IBD診療は専門性をさらに高めながら発展している。本講演では、急速に進歩するIBD内科診療の最新トピックを概説するとともに、演者自身のこれまでの経験を振り返りながら、IBDを専門とすることの魅力やキャリアについて紹介したい。これから消化器診療を担う若手医師が、IBD診療の中に自らの「面白い」を見つけ、専門医としての一歩を踏み出すきっかけとなれば幸いである。

S-4-消 一本道ではない消化器内科医のキャリア形成 ライフイベントの中で「働き続ける」を考える

¹信州大学 消化器内科、²長野県立こども病院
米倉 千奈津¹、木村 岳史¹、米倉 穂高²、倉石 康弘¹、中村 晃¹、長屋 匡信¹

医師としてのキャリアは、必ずしも計画通りに積み重ねられるものではない。私は卒後6年目まで市中病院で消化器内科医として診療に没頭し、その後、がん専門病院で1年間研修した。さらに専門性を高めていくつもりでいたが、結婚を機に長野県へ転居した。当初は短期間の滞在予定であったため医局には所属せず、約1年半、内視鏡や外来を中心とした非常勤勤務を選択した。その後妊娠・出産を経験し、産前産後の3ヶ月間の休職を経る中で、このまま専門性を持たず、がん患者の診療からも離れて過ぎてよいのか、自分のキャリアについて改めて考えるようになった。そこで、縁もなく、途中入局かつ産後間もない復職という状況で信州大学消化器内科の門戸を叩いた。入局後は周囲の理解と支援を受けながら診療に復帰し、消化器診療に加えて、希望していた緩和ケアにも携わるようになった。現在は育児のため当直や病棟業務などを一部免除していただきながら、臨床、研究、学会発表を続けている。また、夫は8ヶ月間の育児休業を取得し、その裏には夫の職場の理解と支援も不可欠であった。現在は職場では業務を担ってくれる同僚に、家庭では夫や家族に負担をかけているのではないかと葛藤も常にある。消化器内科は複数の臓器を扱い、内視鏡、専門外来、がん診療、緩和ケア、研究、留学、開業など、多様な専門性と働き方を選択できる領域である。ライフイベントに応じて仕事への比重を変えることも、専門性を追求することも、いずれも一つの選択肢でありそこに優劣はない。一方、多様な働き方を持続可能なものとするためには、制度を利用する側だけでなく、その業務を支える側への配慮も必要である。本発表では私個人の紆余曲折を一例として、個人の心理的負担に依存せず、互いに支えながらキャリアをつなぎ、ライフイベントの中でも自らの働き方を選び直せる環境について考えたい。

④専門医セミナー

第1会場

16:10～16:55

専門医セミナー

専門医セミナー 16:10～16:55 第1会場（4F 国際会議室）

胆膵症例 座長 塩路 和彦（新潟県立がんセンター新潟病院）

ディスカッサー：新潟大学 夏井 一輝
長野赤十字病院 鎌倉 雅人
山梨大学 山下 洸司

⑤一般演題

食道

10:15~10:47

座長 熊木 大輔 (新潟県立中央病院 消化器内科)

1-内 異なる進行度を呈した食道verrucous carcinomaの2例

¹新潟大学大学院医歯保健学研究科 消化器内科学分野、²亀田第一病院 内科、
³新潟大学大学院医歯保健学研究科 分子・診断病理学分野、⁴新潟大学大学院医歯保健学研究科 消化器・一般外科学分野
 土井 智裕¹、高橋 一也¹、Annenkov Alexey²、永山 逸夫¹、佐藤 裕樹¹、高村 佳緒里³、市川 寛⁴、大橋 瑠子³、
 若井 俊文⁴、寺井 崇二¹

【症例1】75歳男性。飲酒歴:日本酒3合/日、喫煙歴:20本/日×50年。検診目的の上部消化管内視鏡検査(EGD)で、胸部中部食道に7mm大の白色隆起性病変を指摘され、生検で扁平上皮癌と診断された。当院での精査では、表面に著明な角化を伴い、上方発育を呈する病変を認め、角化のため拡大内視鏡による微細血管の評価は困難であった。ヨード染色では不均一な不染を呈した。粘膜下層以深への浸潤を示唆する所見に乏しく、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理組織学的には、著明な角化と乳頭状発育を呈する高分化型扁平上皮癌が上皮内に限局しており、食道verrucous carcinomaと診断した。脈管侵襲および切除断端は陰性で、治療切除が得られた。【症例2】68歳男性。飲酒歴:なし、喫煙歴:15本/日×50年。10年来の嚥下困難があり、食道カンジダ症として近医で長期間経過観察されていた。嚥下障害が増悪したため、当科へ紹介となり、EGDで胸部中部から下部食道に狭窄と白苔を伴う腫瘍性病変を認めた。初回生検では悪性所見を認めなかったが、verrucous carcinomaを疑って内視鏡検査と生検を繰り返し、3回目の生検で扁平上皮癌が疑われた。cT3rN1M0、cStage IIIAと診断し、術前化学療法としてDCF療法を2コース施行した後、胸腔鏡下食道亜全摘術および2領域リンパ節郭清術を施行した。切除標本の病理組織学的検査では、胸部下部食道に著明な角化を伴う1型の高分化型扁平上皮癌を認め、食道verrucous carcinomaと診断した。腫瘍径は84×28mmで、深達度は外膜、リンパ節転移は認めず、最終病理診断はCT-pT3N0M0、CT-pStage IIBであった。術後12カ月の時点で再発を認めていない。【考察】異なる進行度で発見された食道verrucous carcinomaの2例を経験した。Verrucous carcinomaは、極めて高分化で乳頭状発育を示す扁平上皮癌の一亜型であり、食道での発生はまれである。食道カンジダ症との鑑別が困難な場合があり、表層からの通常生検では悪性所見が得られにくいため、診断が遅れる可能性がある。白色調変化や外向性発育などの特徴的な内視鏡所見を認識し、本疾患を念頭に置いた深部からの十分な組織採取が診断に重要と考えられた。本症例は異なる病期における内視鏡像と、進行例の長期的な内視鏡経過を観察し得た貴重な2例と考えられた。

2-消 放射線化学療法が著効した、類基底細胞扁平上皮癌が疑われた亜有茎性食道癌の1例

¹信州大学附属病院 消化器内科、²長野赤十字病院 消化器内科、³長野赤十字病院 病理部
 岡 優祐^{1,2}、徳竹 康二郎²、中村 伊吹²、土肥 万利乃³、玉田 恒³、小澤 由季^{1,2}、近藤 翔平²、鎌倉 雅人²、
 高橋 芳之²、柴田 景子²、伊藤 哲也²、藤沢 亨²、森 宏光²、和田 秀一²

【症例】65歳男性。【現病歴】下咽頭癌に対する化学放射線療法後の経過観察中に再発があり、食道病変精査目的で紹介となった。上部消化管内視鏡検査(EGD)で食道の切歯23cmの胸部上部食道に30mm大の亜有茎性病変を認めた。病変表面は白色調でハツ頭状の外観を呈し、表面に拡張血管が観察された。狭帯域光(NBI)観察では、褐色調に観察され、拡大観察では口径不動を伴う血管が粘膜下層の腫瘍性病変に押し上げられる形で観察された。亜有茎性病変の基部から連続して全周性の平坦病変が切歯23-28cmに観察された。亜有茎性病変の基部が可動性不良であり粘膜下層以深の浸潤を伴う表在型食道癌と考えた。生検から、平坦病変は通常の扁平上皮癌と診断し、亜有茎部については表層が正常扁平上皮に覆われた類基底細胞扁平上皮癌(BSCC)が疑われた。PET/CTで縦隔リンパ節に転移を認め、cT1bN2M0、Stage IIIAと診断した。下咽頭癌の治療歴および再発がある状況から手術加療は困難であり、50.4Gyの28分割照射、シスプラチン、5-FUによる化学放射線療法(CRT)を行なった。放射線療法が終了し、化学療法が4コース終了した時点のEGDでは亜有茎性病変は消失し、同部位に5mm程度の白色の小結節が観察され、生検で腫瘍細胞は認めなかった。その後経過観察中にリンパ節転移再発および局所再発が出現し、ニボルマブ単剤療法で加療中である。【考察】食道BSCCは食道扁平上皮癌の特殊型に分類され、比較的稀な組織型である。粘膜下層を主座として発育し、表層は非腫瘍性上皮に覆われることが多いため、粘膜下腫瘍様隆起として観察される頻度が高い。本症例と類似した形態のBSCCの症例報告は本邦から少数報告されているが、NBI拡大観察所見が確認できるものは1例のみと非常に稀であった。食道BSCCに対してのCRTの有効性に関しては症例が少ないため確立されたものはないが、放射線感受性は良い可能性が示唆されている。本症例では化学放射線療法後に亜有茎性の病変が消失したことから BSCC成分が比較的高い放射線・化学療法感受性を有していた可能性が示唆された。

3-消-研 腹膜播種による小腸イレウスで急速な転帰を辿った、食道扁平上皮癌の1剖検例

¹ 長野赤十字病院 消化器内科

大場 早笑¹、近藤 翔平¹、中村 伊吹¹、石黒 翔子¹、鎌倉 雅人¹、山下 裕騎¹、柴田 景子¹、徳竹 康二郎¹、伊藤 哲也¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、和田 秀一¹

【症例】60歳男性。X年1月末から遷延する食事つかえ感、嘔気嘔吐を契機に近医を5月上旬に受診した。CTでは食道胃接合部近傍の胸部下部食道に全周性腫瘤を認めた。EGD検査と併せてStage 4A相当の食道扁平上皮癌と臨床診断され、化学放射線療法目的に当院転院となった。内視鏡的胃瘻造設をした上でシスプラチン+フルオロウラシル(CF療法)による薬物療法および50.4Gy/28回での放射線照射を導入し、7月初旬に放射線療法を完遂し、CF療法を2クール終了した。その時点で血清SCC値は低下傾向を示し、EGDでの食道狭窄は軽度軽減しておりSDからPR相当と推定された。その後まもなく、嘔気・嘔吐と腹部膨満が出現し外来を予約外受診した。CTで、腸間膜に多発結節影の出現とともに小腸イレウス所見を認め緊急入院となった。明らかな腸管壊死所見は認めず、経胃瘻的にイレウス管を留置し保存的加療を進めたが、イレウス状態の改善は得られず症状緩和の方針となった。病状悪化が進み第17病日に死亡した。家族の承諾を得て、死後約2日の状況で病理解剖を施行した。【考察】食道扁平上皮癌の転移はリンパ節、肝、肺、骨が主体であり、腹膜転移の頻度は1%未満と稀な転移形式である。食道癌における腹膜転移の機序としては、椎骨静脈叢を介した血行性、リンパ節被膜外浸潤やリンパ流閉塞・破綻によるリンパ行性に加え、原発巣が胃など腹腔内組織へ直接浸潤あるいは転移し、漿膜面に到達した後に腹腔内へ脱落する播種が考えられる。本症例の病理解剖では、原発巣は局所浸潤性の高い低分化型扁平上皮癌であり、腺癌の混在はなかった。腫瘍細胞が胃壁へ連続性に浸潤し、さらには胃壁外への進展所見を認めた。腹腔内全体として播種所見が高度であったことと併せて、本症例における腹膜播種は、浸潤した胃から腹腔内への直接播種と判断した。

4-内 胃壁内に垂直性進展を来した食道扁平上皮癌の1例

¹ 横浜旭中央総合病院

河野 理紀¹、木村 祐¹、浅井 亮平¹、豊田 理雄¹、小田切 研登¹、桑野 将史¹、安部 峻¹、加藤 雅崇¹、大谷 茂希¹、吉田 佳以¹、進藤 悠太¹

【症例】54歳、男性【主訴】咳嗽、倦怠感【現病歴】咳嗽、倦怠感を主訴に受診した。肺転移を含めた精査目的に胸部腹部単純CTを施行したところ、噴門部に腫瘤性病変、多発肺転移および腹水貯留を認め、噴門部胃癌、多発肺転移、腹膜播種が疑われた。上部消化管内視鏡検査では、噴門部に周堤を伴う潰瘍性病変を認め、下部食道にはびらん状で易出血性の粘膜病変を認めたが、両病変の粘膜表層に明らかな連続性はみられなかった。生検では食道、胃病変ともに扁平上皮癌であった。造影CTを再検したところ、粘膜表層では非連続性にみえる食道病変と胃病変が、粘膜下層以深を介して連続し、胃壁深部へ垂直性に進展する所見を認めた。病理組織学的には両病変とも角化を伴う扁平上皮癌であり、組織学的類似性を認めたことから、食道癌の胃壁内進展と診断した。多発肺転移および腹水を伴う進行例であり、根治的治療は困難と判断し、全身化学療法を中心とした治療方針とした。【考察】食道癌の胃壁内進展は比較的稀な進展様式であり、食道胃接合部近傍に腫瘤性病変を認めた場合には、原発性胃癌のみならず食道癌の胃壁内進展も鑑別に挙げる必要がある。本症例では、粘膜表層における食道病変と胃病変の連続性を欠き、内視鏡所見のみでは噴門部胃癌との鑑別は困難であった。一方、両病変の生検組織がともに扁平上皮癌であり、造影CTで粘膜下層以深における連続性と胃壁深部への垂直性進展を認めたことから、食道癌の胃壁内進展と考えられた。食道胃接合部近傍の病変では、粘膜表層の連続性のみならず、病理組織像および画像による壁深部の進展様式を総合的に評価することが重要である。また、本症例のように診断時にすでに進行している症例も少なくないため進展様式の正確な把握は治療方針の決定においても意義を持つと考えられた。

5-消 高度貧血及びDICを生じた骨髄癌腫症を伴う進行胃癌に対しSOX療法が奏功した1例

¹ 都留市立病院 内科、² 都留市立病院 外科野中 建志¹、保坂 稔¹、岡部 省吾¹、落合 田鶴枝¹、渡辺 千尋¹、鈴木 正史¹、山本 淳史²、川島 健司²、岡本 廣拳²

症例は56歳女性。冷汗とふらつきを主訴に受診した。右臀部に広範な紫斑があり、Hb5.2g/dLの重度の貧血及び播種性血管内凝固症候群(急性期DIC診断基準5点)と診断した。入院で照射赤血球液及び濃厚血小板液、新鮮凍結血漿による輸血療法を行いながら上部内視鏡検査を実施したところ、胃体中部から前庭部小弯にかけての4型進行胃癌を認め、生検で低分化腺癌を確認した。LDH1149U/Lの著明な上昇があり、骨髄生検を施行した。胃病変と同様の腺癌細胞浸潤及び造血細胞の著減を認めた。造影CTでは腹腔内多発リンパ節転移と腹膜播種を認めた。以上より骨髄癌腫症によるDICを合併したHER2陰性胃癌 cT4aN3M1 stage IVBと診断し、第10病日よりS-1+oxaliplatin(SOX)療法を開始した。第14病日から血液学的改善を認め、輸血必要量が減少しDICが改善した。診断時の腫瘍マーカーはCEA 329.6ng/mL、CA19-9 2961U/mLと上昇していたが、SOX療法2コース目開始時にはCEA 5.1ng/mL、CA19-9 31.2U/mLと著明に低下した。骨髄癌腫症を伴う胃癌は稀な症例であり、適切な治療は確立されていない。DICを合併した胃癌の後方視的解析では全生存期間中央値は58日と報告されており、きわめて予後不良な病態である。一方で、化学療法によって生存期間の延長とDICの改善の傾向が示されている。今回、骨髄癌腫症を伴う進行胃癌に対しSOX療法によって貧血及びDICが改善した1例を経験したため分権的考察を加えて報告する。

6-消-研 特徴的な内視鏡像を呈し腎摘後約10年を経て診断された腎細胞癌胃転移の1例

¹ 長岡赤十字病院原 由布子¹、石川 夏生¹、竹内 学¹、市原 佑樹¹、加賀田 彩乃¹、前田 悠一郎¹、小関 洋平¹、水戸 将貴¹、濱田 萌乃¹、盛田 景介¹、吉川 成一¹、三浦 努¹

【症例】76歳、男性【現病歴】X年4月、近医で上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行され、胃体中部大弯に10mm大の隆起性病変を指摘された。頂部に陥凹を伴い、生検でadenocarcinomaと診断されたため、精査加療目的に当科へ紹介された。当科でのEGDでは、胃体中部大弯に約10mm大のSMT様隆起を認めた。病変の頂部には辺縁発赤を伴う不整形びらんを認めた。背景胃粘膜に萎縮はなく、血清抗H pylori抗体は陰性であった。生検病理組織では表層上皮に腫瘍性変化を認めず、粘膜固有層内に淡明な細胞質を有する異型細胞の増生を認めた。免疫組織化学染色ではAE1/AE3陽性、CK7陰性、CK20陰性、PAX8陽性、CDX2陰性であり、腎細胞癌(renal cell carcinoma: RCC)の胃転移と診断した。RCCはX-10年11月に検診の腹部超音波検査で指摘され、X-9年1月に右腎摘除術が施行された。病理組織学的には淡明細胞型RCC、pT3aN0M0であった。その後X-5年6月に肺転移、X-1年10月に多発骨転移を認め、インターフェロン、カボザンチニブリンゴ酸塩による治療を経て、X年5月よりニボルマブが投与されていた。胃転移診断後は、他臓器転移を有しRCCに対する全身薬物療法中であったことから、泌尿器科と協議の上、胃病変は経過観察とした。その後転移巣の増大に対してソラフェニブトシル酸塩が導入されたが、骨転移による疼痛が増悪し、BSCの方針となった。【考察】RCCの胃転移は極めて稀である。腎摘後長期間を経て晩期転移を来すことが知られている。胃転移の内視鏡像としては、RCCの豊富な腫瘍血流を反映した発赤調の隆起性病変や、頂部にびらん・潰瘍を伴うSMT様隆起が特徴とされる。また、本例の初回生検ではadenocarcinomaと診断されており、既往歴と特徴的な内視鏡所見を踏まえて転移性胃腫瘍を疑うことが診断上重要であった。RCC既往患者に発赤調でびらん・潰瘍を伴うSMT様胃病変を認めた場合には、腎摘後長期間経過していてもRCC胃転移を念頭に置き、適切な病理組織学的・免疫組織化学的検索を行う必要がある。

7-消-研 特徴的な内視鏡所見を呈した80mm大の海綿状血管腫の1例

¹ 長岡赤十字病院

渡部 歩美¹、前田 悠一郎¹、竹内 学¹、市原 佑樹¹、加賀田 彩乃¹、石川 夏生¹、小関 洋平¹、水戸 将貴¹、
濱田 萌乃¹、盛田 景介¹、吉川 成一¹、三浦 努¹

症例は33歳、男性。X年3月に上部消化管造影検査にて胃穹窿部に粘膜下腫瘍(SMT)が疑われ、精査目的に当院を受診した。造影CT検査では胃噴門部大弯側に長径32mm大の隆起あり、不均一な造影効果を呈する一方で、周囲粘膜から壁内に強い造影効果を認めた。MRI検査では胃穹窿部全周から体上部に及ぶ、T2WIで著明高信号、静脈石を伴い、門脈相で辺縁主体に結節状造影多発、平衡相にかけて求心性造影遷延あり、血管腫を疑う所見であった。上部消化管内視鏡検査(EGD)では穹窿部大弯から前壁、胃前庭部に及ぶ表面平滑なSMTを広範に認めた。SMTは多結節状で暗紫色を呈し、送気による進展は良好で柔らかい所見であった。EUSでは、粘膜固有層以深に多房性の均一な低エコーとして認識された。以上より胃血管腫と診断し、出血リスクを考慮し、腹腔鏡下噴門側胃切除術を施行した。組織学的に粘膜下層から固有筋層にかけて、赤血球を含む不規則に拡張・連続する血管腔を認め、内腔は一層の平坦から立方状細胞で覆われていた。これらはCD31陽性、CD34一部陽性、D2-40陰性で血管内皮の特性を有し、腔の壁ではdesmin陽性の平滑筋とEVG陽性の弾性線維を認めたことより海綿状血管腫(cavernous hemangioma)と診断した。胃血管腫は胃腫瘍全体の0.05%、胃良性腫瘍の1.7%と稀な疾患である。内視鏡的特徴としてポリープ状、分葉状の外観を呈し、血管病変であることを反映して隆起の表面にはしばしば発赤・暗赤色斑がみられることである。本症例は、画像検査で血管腫に特徴的な所見を呈し、隆起部のみならず周囲粘膜に広範な血管透見を認め、内視鏡的に病変の広がりを把握することが可能であった海綿状血管腫の1例である。胃血管腫は出血の原因となり得るため、画像・内視鏡所見から本疾患を念頭に置き、病変の広がりや出血リスクを適切に評価することが重要である。

8-消-専 P-CABからH2ブロッカーへの変更で著名な形態変化を呈した胃過形成性ポリープに由来する癌の一例

¹ 長野市民病院 消化器内科

古屋 直道¹、原 大地¹、武井 理紗¹、高 裕信¹、鈴木 宏¹、國本 英雄¹、関 亜矢子¹、原 悦雄¹

【症例】80代、男性。【現病歴】X年3月に黒色便の精査目的に当院紹介受診された。血液検査で軽度貧血を認め、上部消化管内視鏡検査ではPPI関連胃症を疑う敷石状粘膜や胃底腺ポリープ及び過形成性ポリープを複数認めた。体下部後壁の過形成性ポリープは粗大顆粒状構造、凹凸不整を伴う25mm大の病変であり、悪性を否定できない所見であった。頂部から生検を行い、病理学的にはGroup4と診断された。早期胃癌を合併した過形成性ポリープと考え内視鏡治療適応と判断した。逆流性食道炎に対して長期P-CAB内服中であり、P-CABによるポリープ増大を疑い、術前にH2ブロッカーに変更の上、7週間後にESDを行なった。治療同日、病変は著明に縮小しており、表面構造に明らかな不整は認めなかったが、術前生検で癌が疑われており診断的治療としてESDを施行した。病理組織学的には過形成性ポリープを背景に核小体の腫大した大型類円形で核の極性が乱れた異形腺管、核分裂像が散見され腺癌(tub1)と診断し、過形成性ポリープの癌化と考えた。【考察】胃過形成性ポリープは非腫瘍性病変であり、基本的には経過観察されるが、2~4%と低頻度ながら癌を合併すると報告されている。腫瘍径の増大により担癌率が増加し、20mm以上では8%と報告されている。本症例は逆流性食道炎に対して長期P-CAB内服中であった。PPI・P-CAB長期投与例においては、胃内pHが上昇しフィードバックにより高ガストリン血症が生じ過形成性ポリープが増加・増大する報告がある。本例もP-CAB長期内服によりX-4年時より著明にポリープの増大を認めた。P-CAB使用と癌化との関連は不明だが、増大傾向を示す胃過形成性ポリープにおいては、粗大顆粒状構造、陥凹、白色粘液の付着、出血などの悪性所見がないか注意深く観察する必要がある。また自験例のような癌合併例においてもH2ブロッカーへ変更することで病変縮小を認めており、病変縮小をもって悪性の否定はできない点には注意が必要であると思われる。

9-消-研 胃噴門部に腫瘤を形成したHIV関連形質芽球性リンパ腫の一例

¹ 新潟県立新発田病院

長谷川 啓太¹、車田 賢志郎¹、登内 孝文¹、三井田 秀¹、堂森 浩二¹、水野 研一¹、影向 一美¹、佐々木 俊哉¹、
夏井 正明¹、川合 弘一¹

【背景・目的】今回、胃噴門部に多発の結節隆起を伴うHIV関連形質芽球性リンパ腫(plasmablastic lymphoma, PBL)の一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。【症例】40代男性。既往歴:帯状疱疹家族歴:特筆事項なし病歴:2週間持続する複視を主訴に救急外来を受診し、髄膜炎の診断で入院した。その際スクリーニングでHIV抗体陽性が判明し、AIDSと診断された。AIDSにおける胃食道病変のスクリーニング目的に行われた上部内視鏡検査で食道胃接合部から噴門部にかけて大小5から10mm大の多発性隆起性病変を認めた。強い発赤調で粘液付着が目立つ。隆起の介在粘膜は委縮のない非腫瘍性粘膜であり、大きいものでは陥凹内隆起を呈しており、陥凹辺縁は非腫瘍性状で囲まれていた。上皮性腫瘍を示唆する粘膜内病変は認めなかった。陥凹内は粘液付着により観察困難だが、特に隆起部において無構造でNBIにて不整に蛇行する微細血管が観察された。生検病理ではPBLと診断された。抗レトロウイルス療法(ART)導入後にPBLに対してEPOCH療法が開始され、2コース施行後に行われた内視鏡検査では腫瘍は消退しており、生検でも腫瘍成分は検出されなかった。【考察】PBLはHIV陽性者に好発する高悪性度B細胞リンパ腫で、好発部位は口腔内が最多とされているが、口腔外病変では消化管が最も頻度が高く、その約半数が胃・近位小腸に生じるとされている[研水1.1]。前田らは1998年から2023年の間に報告された11例の胃PBL症例をまとめており、そのうち7例は内視鏡的所見が記述されており、7例中4例では潰瘍性病変、3例では不規則な隆起病変を認めたとされている。また11例のうちHIV陽性のPBLは3例、EBV陽性のPBLは4例(HIV陽性の3例を含む)であった。PBLは稀ではあるがHIV感染者における消化管病変の鑑別として念頭におくべき疾患であると考えられた。

10-消 早期低分化型胃癌の検討

¹ 山梨県厚生連健康管理センター 内科、² 山梨大学医学部人体病理学

大高 雅彦¹、近藤 哲夫²、石田 泰章¹、日原 優¹、三浦 美香¹、細田 健司¹、廣瀬 雄一¹、依田 芳起¹

【目的】胃悪性腫瘍である純粋印環細胞癌(pure sig)は低分化腺癌の混在例よりも悪性度が低いことが報告されている。一方、未分化型癌は1年で進行癌となる症例を少なからず経験する。今回、胃未分化型腺癌を臨床病理学的に検討した。【方法】2015年4月から2025年3月末までに胃癌と診断された395例のうち、分化型の混在を認めない早期未分化型癌50例を対象とした。組織型をpure sig(sig)/sig優位por混在(sig+)/por優位sig混在(por+)/pure por(por)の4型に分けた。検討項目は年齢(<50歳, ≥50歳)、性差、H.pylori菌(Hp)感染状態(現感染、既感染、未感染)(問診および内視鏡観察で胃萎縮C-2以上をHp感染歴有とした)、腫瘍径(≤10, ≤20, ≤30, >30)mm、深達度(pT1a(M), pT1b(SM1), pT1b(SM2))の関連を後ろ向きに検討した。【成績】組織型sig/sig+/por+/porは13/12/20/5例であった。Hp感染状態(現感染、既感染、未感染)はsig/sig+/por+/porの順に(1,4,8)/(2,10,0)/(5,14,1)/(2,3,0)例、腫瘍径(≤10, ≤20, ≤30, >30)mmは(12,1,0,0)/(1,7,3,1)/(5,9,3,3)/(1,2,1,1)例、深達度(pT1a(M), pT1b(SM1), pT1b(SM2))は(13,0,0)/(9,1,2)/(12,0,8)/(1,0,4)例であった。Hp未感染例はsigで8/9例(88.9%)を占めた(p<0.0001)。病変径10mm以下はsigに多く(p<0.0001)、pT1a(M)もsigに多かった(p=0.005)。sig+は、Hp感染状態、病変径、深達度においてsigよりpor+/por+に近い傾向を示した。【結論】純粋印環細胞癌はHp未感染例に多く、病変径10mm以下およびpT1a(M)にとどまる例が多かった。

11-内 貧血の原因となった巨大十二指腸Brunner腺過形成を内視鏡的切除した一例

¹ 埼玉石心会病院 消化器内科

田中 洋輔¹、宮澤 祥一¹、小室 圭太¹、岩崎 敦¹、井上 雄一郎¹、山田 葵¹、染村 祥¹

〈背景〉Brunner腺過形成は十二指腸に発生する良性上皮性腫瘍であり、多くは無症状で経過し偶発的に発見される。しかし腫瘍が大型化すると消化管出血による貧血や通過障害を引き起こすことがある。一般に径4cmを超える巨大病変では、技術的難易度や穿孔・出血等の偶発症リスクから外科的切除が選択されることが多い。今回我々は十二指腸球部をほぼ全占拠する巨大なBrunner腺過形成に対し、留置スネア併用下内視鏡的粘膜分割切除術(EPMR)を施行し、安全に切除し得た1例を経験したため報告する。〈症例〉83歳男性。ふらつきを主訴に近医を受診した。黒色便と高度の貧血を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。腹部造影CT検査では十二指腸球部管腔を著しく占拠する巨大なポリープ状腫瘍が描出されたが、壁外進展を疑う所見は認められなかった。緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ、球部全体を占拠し全貌の把握が困難な巨大な有茎性腫瘍を認めた。観察時、活動性の自発出血はみられなかったため同部位より生検を施行した。病理組織学的検査ではBrunner腺の過形成を示唆する所見は得られなかったが浮腫、炎症細胞浸潤を伴った十二指腸粘膜で悪性所見は認めなかった。貧血は輸血療法により速やかに改善しその後の経過観察でも進行性の出血は確認されなかった。生検結果および年齢、本人希望を踏まえ、外科的切除ではなく待機的な内視鏡的切除を選択した。病変は極めて巨大で一括スネアリングが困難であったため、出血予防および安全性の確保を考慮し、留置スネアを併用したEPMRを施行した。施術は偶発症なく安全に終了した。回収標本の詳細な病理検査により、最終的にBrunner腺過形成と確定診断された。〈考察・結語〉十二指腸管腔を占拠する4cm超の巨大病変に対する内視鏡的切除は報告が少なく、治療戦略の選択において判断が分かれるところである。本症例のように事前生検で良性を確認し、留置スネア等の補助器具を適正に使用することで、管腔占拠性の巨大Brunner腺過形成に対しても安全に内視鏡的治療が可能であった。十二指腸病変における治療方針を検討するうえで非常に示唆に富む症例と考えられたため、若干の文献的考察を加えて報告する。

12-消 小型十二指腸腺腫に対するCold Snare Polypectomyの日帰り治療の短期成績

¹ 昭和伊南総合病院

桃崎 孝¹、堀内 朗¹、梶山 雅史¹、堀内 香織¹、畑 恭平¹

【緒言】十二指腸腺腫に対する内視鏡治療は穿孔や出血などの偶発症を生じうるため、治療後に入院管理が選択されることも多い。一方、cold snare polypectomy (CSP)は通電を用いず、深部組織障害を回避できる低侵襲な治療法として期待されるが、治療後の日帰り管理に関する報告は限られている。当院における十二指腸腺腫に対するCSPの日帰り治療の短期成績を後方視的に検討した。【方法】2020年4月から2026年3月までに十二指腸腺腫に対してCSPを施行し、当日帰宅とした14例を対象とした。患者背景、病変径、部位、肉眼型、一括切除率、処置時間、クリップ使用および偶発症を検討した。偶発症として術中・術後出血、穿孔、緊急受診および入院の有無を評価した。【結果】平均年齢62.9歳、男性8例、女性6例であった。病変径は平均6.5mm(4~12mm)、部位は下行部13例、球部1例、肉眼型はIIa型13例、Is型1例であった。一括切除は13例(92.9%)で、処置時間は平均7.9分、中央値7分であった。クリップ使用は1例、術中出血は1例で内視鏡的止血が可能であった。穿孔、治療後の緊急受診および入院は認めず、経過観察可能例で局所再発は認めなかった。【考察】十二指腸は壁が薄く内視鏡治療後の穿孔や出血が問題となるが、CSPは通電を用いないため熱損傷に伴う深部組織障害を回避できる可能性がある。本検討では全例を当日帰宅とし、穿孔や治療後の緊急受診、入院を認めなかった。小型で内視鏡的に低リスクと判断された病変では、適切な症例選択のもとCSP後の日帰り管理が可能と考えられた。一方、少数例の単施設後方視的検討であり、今後さらなる症例集積が必要である。【結語】小型十二指腸腺腫に対するCSPは、適切な症例選択のもと日帰り治療として実施可能である可能性が示唆された。

13-消-研 若年発症の出血性十二指腸潰瘍の一例

¹ 新潟県立中央病院 臨床研修医、² 新潟県立中央病院 消化器内科、³ 新潟県立中央病院 放射線科

武田 美玖¹、熊本 大輔²、小島 康輔²、石井 壮一²、山崎 文紗子²、柴田 理²、橋本 哲²、船越 和博²、井戸 愛³、奥泉 譲³

10歳台、男性(高校生)。X年11月に吐血を主訴に当院救急外来に救急搬送され、出血性十二指腸潰瘍の診断で入院した。既往歴にストレス時の心窩部痛がある。他、NSAIDs、ステロイド等の内服歴はなかった。血液検査ではHb7g/dL台の小球性貧血を認め、赤血球輸血を行った。上部消化管内視鏡で十二指腸前壁側の潰瘍瘢痕と十二指腸球部に潰瘍による腸管狭窄を認めた。自然止血後であったが、内視鏡操作により再度出血を来し、その後自然に止血した。造影CT検査で胃十二指腸動脈からの出血が疑われ、再出血時には内視鏡的止血が困難と判断した。入院第1病日に再出血予防目的に動脈塞栓術を行い、その後再出血は認めなかった。入院第8病日の上部消化管内視鏡検査で潰瘍部のコイル露出を認めたが、出血は認めなかった。胃液ピロリ菌PCR検査は陰性で、ピロリ菌血清抗体も陰性だった。食事摂取を開始し、経過良好で入院第12病日に退院した。退院1か月後の上部内視鏡検査で十二指腸潰瘍の瘢痕化を認めた。生検で悪性所見は認めなかった。退院後に十二指腸狭窄に伴う複数回の嘔吐があり、退院2か月後に十二指腸の狭窄に対して内視鏡的拡張術の1回目を施行した。その後も計7回の内視鏡的拡張術を施行し、狭窄は改善した。通常量の食事が摂取可能となり、出血なく経過した。【考察】本症例は若年発症の出血性十二指腸潰瘍である。胃十二指腸潰瘍の2大成因であるH.pylori感染やNSAIDsの使用はなかった。若年の難治性潰瘍では炎症性腸疾患や腫瘍等が原因となることもあるが、本症例では精査の結果、炎症性腸疾患所見や腫瘍所見は認めなかった。

14-消 二次性大動脈十二指腸瘻の1例

¹ JA長野厚生連 佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科、² JA長野厚生連 佐久総合病院佐久医療センター 心臓血管外科
宮坂 尚樹¹、大瀬良 省三¹、嶋原 飛翔¹、小平 菜々子¹、宮田 侑典¹、江郷 晶¹、坂田 正梧¹、伊藤 唯¹、
竹内 菜緒¹、西山 秀¹、工藤 彰治¹、山田 崇裕¹、福島 秀樹¹、比佐 岳史¹、新津 宏和²

【症例】70歳台男性。9ヶ月前に腹部大動脈瘤に対しY字型グラフトによる人工血管置換術を施行されていた。1ヶ月以上続く発熱のため前医に入院となった。吐血は下血はなく、血液検査でWBC11800/ μ L、CRP15.28mg/dLと炎症反応上昇を認め、血液培養で*Serratia marcescens*(4/4)が検出された。Cefmetazole 3g/dayを投与するも改善せず、造影CTでは十二指腸水平部背側の人工血管周囲にfree airを認め、人工血管感染疑いで当院に転院となった。EGDで十二指腸水平部後壁に潰瘍を2ヵ所認め、潰瘍面から人工血管グラフトを視認した。以上より、二次性大動脈十二指腸瘻と診断し、人工血管置換術を施行した。術中、十二指腸水平部に感染したグラフト上にある2ヵ所の欠損部位を認めた。術後34日目に退院となった。【考察】大動脈十二指腸瘻は、大動脈が十二指腸と直接交通を来す一次性大動脈十二指腸瘻と、人工血管移植後に発生する二次性大動脈十二指腸瘻に分類される。二次性大動脈十二指腸瘻は大動脈再建術後患者の0.3～2%に発生し、初発症状としては消化管出血の頻度が高い。本症例では、1ヶ月以上続く発熱を認めたが、明らかな吐血や下血は認めなかった。大動脈人工血管置換術の既往がある不明熱患者では、消化管出血がない場合でも二次性大動脈十二指腸瘻を鑑別に挙げる必要がある。また、EGDの際には、フードを装着して十二指腸水平部までスコープを挿入し、鎮痙剤使用下に潰瘍性病変や人工血管露出の有無を注意深く観察することが重要である。

15-消-研 腸閉塞を契機に発見された回腸濾胞性リンパ腫の1例

¹ 長岡赤十字病院湯尻 佳甫¹、前田 悠一郎¹、竹内 学¹、市原 佑樹¹、加賀田 彩乃¹、石川 夏生¹、小関 洋平¹、水戸 将貴¹、濱田 萌乃¹、盛田 景介¹、吉川 成一¹、三浦 努¹

症例は74歳、女性。X年6月、腹痛を主訴に近医を受診し、腹部X線検査で小腸ガスを認めたため、腸閉塞疑いで当院へ紹介となった。造影CT検査で骨盤内小腸に約35m大の造影効果のある壁肥厚を認め、口側小腸の拡張を伴っていたことから、回腸腫瘍による腸閉塞と診断した。イレウス管にて減圧を行い、経口的DBEを施行したところ、全周性の不整な狭窄を呈しており、scopeの通過は困難であった。狭窄部は境界不明瞭な発赤調隆起であり、絨毛は腫大・膨化し、一部に白苔を伴っており、上皮性腫瘍の所見に乏しかった。また、狭窄部の口側には多発小びらんも認めた。狭窄部の生検病理所見はT細胞が多数混在していたが、CD20陰性CD79a陽性のB細胞はやや大型を示す細胞の分布に一致しており、また遺伝子再構成陽性であったことから、悪性リンパ腫（DLBCL, non-GCB type）と診断した。腸閉塞を伴っていたため、腹腔鏡補助下小腸部分切除術を施行した。切除標本では壁全層性にリンパ腫細胞の結節性増殖を認め、CD20、CD10、BCL2、BCL6陽性、BCL1、CD23、MUM1、CD5、CD30、CD3陰性、c-MYC陰性（40%未満）で、Ki-67 labeling indexは30~40%、intron RSS/Kde再構成を認め、濾胞性リンパ腫（FL）Grade 3Aと診断した。今後血液内科にて、追加加療を検討中である。消化管原発FLは、FL全体の1~4%と言われ、約60~70%が小腸原発である。内視鏡所見は、白色調の顆粒状隆起が多発する所見が特徴的とされ、比較的境界明瞭で表面平滑な粘膜下腫瘍様の形態を呈することが多い。腸管狭窄や潰瘍形成は比較的少なく、回腸病変では非典型的な内視鏡像を呈することがある。一般的に低悪性度で腫瘍細胞が粘膜下層を中心に浸潤するため、粘膜表面の変化に乏しい。本症例は腫瘍細胞の結節性増殖が腸管壁全層に及んでいたことから、腫瘍の進展に伴う壁肥厚及び狭窄が形成され、通常とは異なる内視鏡像を呈した可能性を考えた。したがって、小腸の狭窄病変を認めた際はFLを含む悪性リンパ腫も念頭に置く必要がある。

16-内 カプセル内視鏡が鉄欠乏性貧血の原因診断に有用であった肝外門脈閉塞症に伴う門脈圧亢進症性小腸症の1例

¹ 新潟大学大学院医歯保健学研究科 消化器内科学分野吉田 智彰¹、小島 雄一¹、坂牧 僚¹、横尾 健¹、寺井 崇二¹

【背景】門脈圧亢進症では食道胃静脈瘤や門脈圧亢進症性胃症のみならず、小腸にも粘膜障害や血管性病変を呈する門脈圧亢進症性小腸症（portal hypertensive enteropathy:PHE）を認めることがある。今回、肝外門脈閉塞症（extrahepatic portal vein obstruction:EHPVO）の経過中に反復する鉄欠乏性貧血を認め、カプセル内視鏡（CE）が原因診断に有用であった1例を経験した。【症例】20歳男性。5歳時に食道静脈瘤破裂を契機にEHPVOと診断され、以降、食道静脈瘤に対して内視鏡的硬化療法を中心に複数回の治療を施行された。2011年以降は静脈瘤の増悪なく経過していたが、2023年8月に鉄欠乏性貧血を認め鉄剤内服を開始した。同年9月に食道静脈瘤破裂を認め、内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL）を施行した。CTで脾動脈瘤および著明な脾腫を認め、同年10月に脾動脈瘤に対するコイル塞栓術および部分的脾動脈塞栓術（PSE）を施行した。その後、2024年8月、2026年2月にもPSEを追加し、脾容積は治療前の約1/3まで縮小、血小板数も上昇し、食道静脈瘤の増悪を認めなかった。一方、顕性消化管出血を認めず、上・下部消化管内視鏡検査でも明らかな出血源を認めないにもかかわらず、鉄欠乏性貧血は改善と増悪を繰り返した。鉄剤の調整でも改善に乏しく、出血源検索目的にCEを施行した。十二指腸水平脚から空腸にかけて、炎症性ポリープ様の発赤隆起、びらん、発赤、血管拡張を散在性に認め、門脈圧亢進を背景としてPHEを示唆する所見と考えた。これらの病変からの慢性的な微小出血が鉄欠乏性貧血に関与した可能性を考えた。高度な貧血を反復していないため侵襲的治療は行わず、鉄剤を調整しながら経過観察する方針とした。【考察】門脈圧亢進症では脾機能亢進など複数の要因により貧血を呈し得るが、鉄欠乏を伴う場合には慢性消化管出血も考慮する必要がある。本症例ではPSE後も鉄欠乏性貧血を反復し、CEによりPHEを示唆する小腸病変を確認した。門脈圧亢進症患者に原因不明の鉄欠乏性貧血を認める場合には、PHEを念頭に置いた小腸検索が有用と考えられた。

17-消 高度貧血を契機に発見された空腸pyogenic granulomaの1例

¹ JA長野厚生連 佐久医療センター 消化器内科

伊藤 唯¹、大瀬良 省三¹、小平 菜々子¹、嶋原 飛翔¹、宮田 侑典¹、江郷 晶¹、宮坂 尚樹¹、坂田 正梧¹、
工藤 彰治¹、竹内 菜緒¹、西山 秀¹、山田 崇裕¹、福島 秀樹¹、比佐 岳史¹

症例は70代、男性。1カ月前から黒色便が出現し、1週間前からふらつき、労作時呼吸苦を自覚した。かかりつけ医でHb5.5g/dLと高度貧血を指摘され、当院へ救急搬送された。造影CT検査では明らかな出血源を指摘できず、上部および大腸内視鏡検査では出血源を認めなかった。カプセル内視鏡検査を施行したところ、小腸に血液付着を伴う粘膜下腫瘍(SMT)様隆起性病変を認め、出血源と考えられた。経口ダブルバルーン小腸内視鏡検査を施行し、空腸に約10mmの半球状SMT様隆起性病変を認め、頂部全体に血餅が付着していた。内視鏡所見では良悪性を含めた質的診断は困難であり、外科的切除の方針とし、病変近傍に点墨を施行した。腹腔鏡下小腸部分切除術を施行し、病理組織学的には、小血管の増生と炎症細胞浸潤を伴う肉芽組織を認め、一部に血腫形成を伴っており、pyogenic granuloma (PG)と診断した。術後経過は良好で、以後消化管出血の再発を認めていない。

PGは皮膚や口腔に好発する良性血管性病変であり、消化管、特に小腸での発生は稀とされている。小腸PGは黒色便や貧血を契機に発見されることが多く、比較的小さな病変であっても出血を来すことがある。近年、カプセル内視鏡やバルーン小腸内視鏡の普及により診断される機会が増えているが、術前の質的診断は必ずしも容易ではない。治療は外科的切除が選択されることが多く、近年は内視鏡的切除例も報告されている。本症例ではSMT様形態を呈し質的診断が困難であったため、外科的切除を選択した。小腸PGは稀な疾患であるが、原因不明の消化管出血の鑑別疾患として念頭に置く必要があると考える。

18-消 診断に難渋した慢性腸間膜虚血の一例

¹ 新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院、² 新潟大学医歯学総合病院

丸山 紘貴¹、阿部 聡司¹、成瀬 匠¹、末吉 航也¹、白石 修一²、大西 遼²、村岡 拓磨²、須田 剛士¹

慢性腸間膜虚血(chronic mesenteric ischemia:CMI)は、腸間膜動脈の狭窄・閉塞により消化管血流が慢性的に低下し、食後の腹痛や体重減少などを呈する比較的にまれな疾患である。今回、診断に難渋し、血行再建術により症状改善が得られたCMIの一例を経験したため報告する。症例は82歳女性。X年3月下旬より食後に出現する心窩部痛を自覚していた。食事により症状が誘発されることへの不安から摂食を避けるようになり、摂食量が低下し体重減少を認めるようになった。近医で便秘症、過敏性腸症候群として加療されたが改善せず、4月中旬に当科を受診した。腹部造影CTで明らかな消化管病変を認めなかったが、検査数時間後に腹痛、嘔吐が出現したため経過観察目的に入院した。腸管安静で症状は改善したが、第2病日の上部消化管内視鏡検査で胃体部大弯に潰瘍性病変を認めた。生検で悪性所見は認めなかったが、通常の消化性潰瘍としては非典型的な外観であった。第4病日より食事を再開し、症状再燃なく第8病日に退院した。しかし、退院後数日で症状が再燃し、5月上旬に再入院した。上部内視鏡で胃潰瘍は治癒傾向であり、生検でも特異的所見を認めなかった。4月中旬の造影CTを再検討したところ、腹腔動脈・上腸間膜動脈(SMA)の閉塞、および下腸間膜動脈(IMA)起始部の狭窄を認めた。血流評価目的のCTangiographyでSMAとIMAを連絡する側副血行路であるRiolan's arcadeが発達しており、CMIと診断した。血行再建術を行う方針となり、7月上旬に新潟大学医歯学総合病院心臓血管外科で右外腸骨動脈-IMA/Riolan's arcadeバイパス術が施行された。術後経過は良好で経口摂取も可能となり、7月中旬に自宅退院した。高齢者の食後の腹痛は日常診療で遭遇する機会が多いが、内視鏡やCT等の検査で症状を説明し得る消化管病変が認められない場合、CMIを鑑別する必要がある。CMIの早期診断には、食後に出現し時間経過とともに改善する腹痛の反復という特徴的な臨床経過を捉え、腸間膜動脈の狭窄・閉塞を念頭に画像を評価することが重要と考えられた。

肝①

9:00~9:32

座長 藤森 尚之 (信州上田医療センター 消化器内科)

19-消-研 検診エコーを契機に診断に至った肝サルコイドーシスの一例

¹ 済生会新潟病院、² 新潟市民病院

藤澤 直毅¹、小川 雅裕²、本間 照¹、石川 達¹、横山 純二¹、佐藤 聡史¹、小林 雄司¹、岩澤 貴宏¹、堀端 祐介¹、米倉 暢拓¹、西倉 健¹

【症例】59歳、女性【現病歴】202X/9/22当院トックを受診。脂肪肝のほか、肝内に多発する低エコー腫瘍指摘あり。脾臓にも多発低エコー腫瘍疑いを指摘され、精査目的に202X/9/26当科紹介受診。【経過】上部・下部内視鏡・CT・MRIにて原発となるような病変は不明。脾腫瘍に関しては、MRI所見からはSANTなど良性疾患鑑別となった。多発肝腫瘍と脾腫瘍以外の所見として、大動脈周囲軟部影やリンパ管にそった肺野多発陰影が指摘された。鑑別疾患として、サルコイドーシスほか、肝内胆管癌や悪性リンパ腫、IgG4関連疾患、炎症性偽腫瘍など考えられた。良悪性鑑別および質的診断確定目的に多発肝腫瘍病変より肝腫瘍生検を行った。S3とS6の腫瘍よりエコーガイド下針生検を実施。病理所見は、繊維組織に置換された間質を背景に、巨細胞や類上皮性肉芽腫が多数分布しており肝サルコイドーシスと診断した。【考察】サルコイドーシスは全身に非乾酪性類上皮性肉芽腫を形成する疾患であり、その原因として遅発性アレルギー・遺伝性の不特定アレルギーに対する細胞性免疫異常などが挙げられているが不明な点も多い。本邦では肺(46.9%)、肺門リンパ節(75.8%)、眼(54.8%)、皮膚(35.4%)、心臓(23%)が標的臓器になることが多く、肝サルコイドーシスはまれ(5.6%)とされる。ただし、サルコイドーシスの剖検例では40~65%程度肝病変を認めるとの報告もある。造影CTでは比較的明瞭な結節状の低吸収域として観察され、動脈相では造影されず、平衡相で遷延造影される。MRIではT1強調画像にて低信号、T2強調画像にて軽度高信号に描出される。また脾サルコイドーシスでは、T1強調画像で等~高信号、T2強調画像で低信号と報告されている。検診エコーで多発する肝腫瘍と脾腫瘍を認めたことを契機に肝腫瘍生検をへてサルコイドーシスと確定診断した症例を経験した。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

20-消-研 下大静脈症候群を呈した容積6Lの巨大肝嚢胞に対して経皮経肝ドレナージ、硬化療法が有効であった一例

¹ 新潟市民病院 消化器内科

金持 佑紀¹、大崎 暁彦¹、新保 ひなた¹、高野 颯太¹、山崎 華子¹、夏井 結唯¹、大脇 崇史¹、小川 雅裕¹、河久 順志¹、佐藤 宗広¹、和栗 暢生¹

【症例】60代女性。労作時呼吸苦を自覚し、X年1月に当院を受診した。CTで肝内側区域に長径25cm、容積6Lの巨大肝嚢胞を認め、下大静脈を高度に圧排していた。心嚢液貯留および低酸素血症を伴い、ネフローゼ症候群も認めた。症候性肝嚢胞および下大静脈症候群(IVCS)に対し、経皮経肝嚢胞穿刺吸引を施行し、5Lの嚢胞液を排液(細胞診Class I、T-Bil 0.1mg/dL)した。2か月後、嚢胞は4Lに再増大し、IVCSおよび低酸素血症が再燃したため、経皮経肝嚢胞ドレナージ後、塩酸ミノマイシン(MINO)による硬化療法を施行した。MINO 200mg/回を7回注入し、嚢胞は縮小した。その後、全身性エリテマトーデスおよびIgA腎症と診断され、寛解導入療法が行われた。6月、嚢胞は1.2Lまで縮小していたが、IVCSが再燃したため、再度ドレナージおよび硬化療法(MINO 200mg/回×3回、150mg/回×1回)を施行した。8月のCTでは嚢胞は0.5Lまで縮小し、下大静脈圧迫は消失した。以後、症状なく外来経過観察中である。

【考察】症候性肝嚢胞の治療には穿刺吸引・ドレナージ、硬化療法、腹腔鏡下開窓術などがあるが、治療法について一定の見解はない。巨大肝嚢胞では大量の硬化剤を要するため腹腔鏡下開窓術が選択される傾向にあるが、本症例では背景疾患から手術リスクが高いと判断し、硬化療法を選択した。硬化療法に際しては悪性疾患および胆汁瘻の除外が重要であり、当科では初回穿刺時に嚢胞液の性状、細胞診、Bil値を確認している。ドレーン留置後、嚢胞を十分に虚脱させたうえで硬化剤を注入し、数時間後にドレーンを開放することで疼痛・発熱の軽減を図っている。巨大肝嚢胞では嚢胞虚脱後、穿刺部が偏位し、ドレーン逸脱が問題となる。当科では、5Fr ENBDチューブを嚢胞内にループ状に長く留置し、逸脱を予防している(チューブが嚢胞内で絡まり抜去困難となることを避けるため、単ループとする)。ドレーン留置下に硬化剤注入を段階的に行うことで、巨大肝嚢胞に対しても安全に良好な治療効果が得られた一例を経験したので報告する。

21-消-研 造影超音波検査, 腹部血管造影検査が一助となり, 経皮経肝針生検にて診断し得た肝血管筋脂肪腫の一例

¹新潟市民病院 消化器内科

鍋谷 彩花¹、大崎 暁彦¹、大脇 崇史¹、河久 順志¹、新保 ひなた¹、高野 颯太¹、山崎 華子¹、夏井 結唯¹、小川 雅裕¹、佐藤 宗広¹、和栗 暢生¹

【症例】高血圧、認知症にて近医通院中、80代女性。食思不振の精査目的に施行したCTで肝S8に2cm大の結節を偶発的に認め、当科紹介受診した。Dynamic CTで早期濃染と洗い出し、EOB造影MRI肝細胞相で明瞭な低信号を呈し、古典的肝細胞癌(cHCC)が疑われた。ペルフルプタン(PFB)造影超音波検査(CEUS)ではクーパー細胞(KC)相で結節内に造影効果を認め、KCの存在が示唆され、cHCCとしては非典型的であった。腹部血管造影では肝静脈がドレナージ血管として描出され、血管造影CTでコロナ濃染を認めず、肝血管筋脂肪腫(HAML)が鑑別に挙げられた。認知症の背景から手術・穿刺治療を回避する意義が大きいと考え、本人・家族と相談の上、経皮経肝針生検を施行、HAMLと診断した。以後、結節は著変なく経過している。

【考察】Dynamic CTで早期濃染と洗い出しを呈する結節ではcHCCが第一に疑われるが、限局性結節性過形成(FNH)やHAMLも同様の所見を呈する。FNHはEOB造影MRI肝細胞相で等～高信号を呈することが多いが、HAMLは明瞭な低信号を呈するため、cHCCとの鑑別が難しい。両者の血流のドレナージ経路には相違があり、cHCCでは腫瘍血流が周囲の非癌部類洞へ流出しコロナ濃染を呈するのに対し、HAMLでは肝静脈へ直接流出するためコロナ濃染を欠く。また、PFB-CEUS-KC相では、HAMLは低～高エコーと多様な所見を呈する一方、cHCCでは明瞭な低エコーが典型的とされる。ただし、腫瘍内動静脈シャントを有するHCCでは類似した血管造影所見を呈し、HCCでも腫瘍内にKCを認めることがあるため、これらの所見のみでHCCを否定することはできない。本症例では、血管造影およびCEUSにてcHCCとして非典型的な所見を認め、HAMLを鑑別に挙げ、針生検により診断に至った。肝腫瘍の診断は、複数の画像所見を組み合わせた総合的な評価が重要であるとともに、画像診断の限界、個々の症例の背景を考慮し、組織診断の必要性を検討することも重要である。

22-消-研 アルコール性肝硬変を主因とした難治性腹水に対する初回腹水濾過濃縮再静注法後に生じたFlood症候群の1例

¹長野赤十字病院 消化器内科

佐藤 沙樹¹、近藤 翔平¹、中村 伊吹¹、石黒 翔子¹、鎌倉 雅人¹、山下 裕騎¹、柴田 景子¹、徳竹 康二郎¹、伊藤 哲也¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、和田 秀一¹

【症例】59歳男性。元々大酒家であり、慢性心不全や甲状腺機能低下症などに対して近医を定期通院し、スピロラクトン50mg/日を常用していた。X年2月、アルコール性非代償性肝硬変を主因とする体液貯留傾向のため当科入院となった。入院時点でChild-Pugh分類はC(10点)相当であった。当初はフロセミドを開始したが、腎機能および電解質異常が出現しコントロール困難であったため、最終的に心不全量のトルパブタン単剤で退院とした。以降、外来で治療継続していたが、腹水貯留による腹部膨満のため1-2週毎の腹水穿刺を要していた。そのため6月中旬に腹水濾過濃縮再静注法(CART)を施行し、9.2Lの腹水を除去した。しかし、CART施行1週間後より臍部からの腹水漏出が出現し、程なくして細菌性腹膜炎を呈したため6月末に入院となった。点滴抗菌薬の長期投与で感染制御は得られたが、根本的解決のためには破綻した臍ヘルニアへの手術が必要であった。しかし入院当初は、高度の低アルブミン血症(Alb1.8 g/dL)を伴っており術後の創傷治癒遅延が危惧された。高蛋白を中心とした食事療法、利尿剤による体液コントロールを長期間継続し血清アルブミン値は3台前半まで改善したため、第61病日に手術を施行し、第75病日に退院となった。【考察】Flood症候群は、大量腹水および末期肝疾患に伴って臍ヘルニアが破裂し、腹水が皮膚から漏出する稀な病態である。腹膜炎や敗血症のほか、腹腔内臓器の脱出、腸管嵌頓など多数の合併症が生じるとされており、死亡率は30%程度と重篤な病態である。特に、保存的加療のみの場合だと死亡率60-80%と報告されており、救命のためには外科的手術が必要である。臍ヘルニア破裂の誘因として、一般的には咳嗽、嘔吐、腹水増加など腹腔内圧の上昇が関与しているとされている。一方、本症例ではCARTでの大量腹水除去後に発症しており、腹壁張力の変化やヘルニア嚢虚脱に伴う皮膚血流障害、菲薄化した皮膚の機械的ストレスが原因として考えられた。

23-消-研 切除不能肝細胞癌に対するアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法後の コンバージョン治療の検討

¹ 新潟県立がんセンター新潟病院

張 子燦¹、今井 径卓¹、荒生 祥尚¹、佐野 知江¹、塩路 和彦¹、小林 正明¹

【目的】切除不能進行肝細胞癌に対し、免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬による薬物療法を先行し、癌を縮小させた後に局所治療を行いCancer-freeを目指すコンバージョン治療の有効性が報告されている。当院におけるアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法（Ate/Bev）後のコンバージョン治療施行症例について検討した。【方法】2021年4月から2025年12月の期間、当院において切除不能進行肝細胞癌に対してAte/Bevを導入した31例のうち、コンバージョン治療を施行した6例について、治療成績を後方視的に検討した。【成績】Ate/Bev開始時の患者背景は、年齢中央値71歳（65-75歳）、男性/女性=6/0例、背景肝HBV/ALD/MASH=2/2/2例、BCLC stage A/B/C=3/3/0例であった。全例が初回薬物治療例であり、Ate/Bevの最良治療効果はPR/SD=5/1例であった。コンバージョン治療の内訳は、肝切除術/TACE/RFA/TACE+RFA=1/2/1/2例であり、4例でCRが得られたが、TACE施行の1例、TACE+RFA併用の1例はCRが得られず、Ate/Bev再開、および次治療の導入を要した。CRを達成した4例のうち3例で再発を認め、肝切除術を施行した1例は術後8ヶ月で右傍結腸溝に腹膜播種再発を生じて追加手術を行い、RFAを施行した1例は術後14ヶ月で異所性再発を生じて追加RFAを行い、TACE+RFAを施行した1例は最終RFAから1年後に多発再発が生じて新たに薬物療法を開始した。現在フォローしている5例のうち、3例がCR維持、2例がdrug freeの状態である。【結論】Ate/Bev後のコンバージョン治療によりCRおよびdrug freeを達成できる可能性があるため、切除不能肝細胞癌の診療においては常にコンバージョン治療を見据えた治療戦略が重要と考えられた。

24-消-研 多彩な免疫関連有害事象を認めながらニボルマブ・イピリムマブ療法が奏功した 進行肝細胞癌の1例

¹ 新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科

岡崎 正樹¹、佐野 知江¹、今井 径卓¹、荒生 祥尚¹、塩路 和彦¹、小林 正明¹

【症例】65歳、女性。検診での胸部X線異常を契機に、肝左葉に8cm大の腫瘤を指摘された。造影CTでは肝腫瘤は遅延濃染を呈し、AFP、PIVKA-II、CEA、CA19-9はいずれも正常範囲内であったが、経皮的肝腫瘍生検ではHepatocellular carcinomaの診断であった。CTでは、門脈左枝浸潤（Vp3）と肝門部リンパ節転移を伴い、cT3N1M0 cStage IVAと診断された。背景肝は肝炎ウイルス陰性、抗核抗体陰性、抗M2抗体陰性、多飲歴もありアルコール性肝障害であったが非肝硬変、Child-Pugh Aであった。肝外転移もあり切除不能肝細胞癌としてニボルマブ・イピリムマブ併用療法の方針となった。1コース後に無症候性の甲状腺中毒症を認め、甲状腺機能異常症（破壊性甲状腺炎）と診断したがGrade1であり治療を継続した。2コース後のCTで原発巣は縮小し部分奏効と判定した。3コース後、頭痛を契機にGrade2の副腎皮質機能低下症が判明し、ヒドロコルチゾン補充を開始した。さらに甲状腺機能低下症（Grade2）に転じ、レボチロキシン補充を要した。4コース予定日に呼吸困難と咳嗽が出現し、胸部CTで両肺にすりガラス影を認め、Grade3の免疫関連間質性肺炎と診断した。プレドニゾン（1mg/kg/日）を開始し、呼吸症状と肺陰影は改善傾向を示し、プレドニンは漸減された。免疫チェックポイント阻害薬投与は中止となったが、最終投与より2か月後のCTでは肝腫瘍はさらに縮小し奏功を認め、肝門部リンパ節も不明瞭化した。今後、局所治療を検討されている。【結語】多彩な免疫関連有害事象を認めたが、各診療科と連携し管理を行い、ニボルマブ・イピリムマブ療法による良好な腫瘍縮小効果を確認した進行肝細胞癌の1例を経験した。CheckMate9DW試験ではニボルマブ・イピリムマブ療法での免疫関連肺臓炎の報告は多くないが、免疫関連有害事象の早期発見と管理が重要と考えられた。

25-消-専 Pseudo-Progression During Nivolumab Plus Ipilimumab Therapy for Hepatocellular Carcinoma Followed by Complete Response: A Case Report

¹ Department of Internal Medicine (Division of Gastroenterology), Shinshu University Hospital

澁澤 壮志¹、上條 優真¹、藤田 楓¹、奥村 太規¹、若林 俊一¹、小林 浩幸¹、山崎 智生¹、木村 岳史¹

Background: Pseudo-progression is an uncommon but important response pattern during ICI therapy. We report a case of advanced HCC showing apparent early progression during nivolumab plus ipilimumab therapy followed by a complete response (CR).

Case Summary: A 61-year-old man with untreated chronic hepatitis B was diagnosed with multifocal bilobar HCC with portal vein tumor thrombosis (Vp4). Following progression after lenvatinib plus hepatic arterial infusion chemotherapy, nivolumab plus ipilimumab was initiated as second-line therapy. After two cycles, AFP increased from 653 to 3,651 ng/mL, whereas PIVKA-II remained unchanged. Contrast-enhanced computed tomography revealed newly developed arterially enhancing intrahepatic lesions with washout, suggesting disease progression. Treatment continuation was planned given the early timing of assessment and absence of significant adverse events. Before the third cycle, however, grade 3 immune-related hepatitis developed and was successfully treated with corticosteroids. Subsequently, AFP rapidly declined, and follow-up imaging demonstrated marked tumor regression, resulting in CR according to modified RECIST criteria. CR has been maintained through eight treatment cycles.

Conclusion: Early radiological and serological progression during nivolumab plus ipilimumab therapy may not necessarily indicate treatment failure. Delayed response and pseudo-progression should be considered before treatment modification. The development of immune-related hepatitis preceding tumor regression may also support the reported association between immune-related adverse events and favorable ICI responses.

26-消-研 蛋白漏出性胃腸症が遷延したアメーバ性大腸炎の1例

¹山梨県立中央病院 消化器内科、²山梨県立中央病院 病理診断科、³東京大学

會津 泰誠¹、朝比奈 佳毅¹、矢嶋 高¹、赤岡 大地¹、寺本 駿也¹、村田 智祥¹、遠山 翔大¹、天野 博之¹、
芦澤 浩¹、高岡 慎弥¹、今井 雄史¹、廣瀬 純穂¹、浅川 幸子¹、望月 仁¹、小嶋 裕一郎¹、田尻 亮輔²、小俣 政男^{1,3}

【症例】70歳代、男性。【主訴】発熱、下痢、血便。【現病歴】X年10月より下痢、血便を認めたため、同年11月前医で大腸内視鏡検査(CS)を実施し、全大腸に多発する潰瘍性病変を認めたため、同月当科紹介入院となった。海外渡航歴、MSM歴なし。入院時血液検査ではWBC 40300/ μ L、Alb 2.1 g/dL、CRP 18.1 mg/dLと著明な炎症反応上昇および低アルブミン血症を認め、造影CTでは上行結腸から直腸にかけて壁肥厚および周囲脂肪組織濃度上昇を認めた。入院後に実施したCSでは下行結腸から直腸に不整形潰瘍を認め、黄白色から黄色の滲出物が付着していた。この時の便汁鏡検で赤痢アメーバが認められ、アメーバ性大腸炎と診断、メトロニダゾールを同日開始した。また生検PAS染色でアメーバのシストを認めた。その後解熱し、炎症反応や内視鏡所見は改善傾向を示したが、下痢および低Alb血症は改善しなかった。治療後の病理検査ではアメーバは検査されず、CMV感染やClostridioides difficile感染も認めなかった。X+1年1月に施行したCSでは脾彎曲部に炎症所見の残存を認めた。低Alb血症の遷延に対し99mTc-HSA-D腸管蛋白漏出シンチグラフィを施行し、脾彎曲部からの蛋白漏出を認め、同部からの蛋白漏出性胃腸症と診断した。その後、腸管粘膜所見および便性状は改善傾向となり、X+1年4月に退院となったが、同月低Alb血症による全身浮腫が出現し再入院、Albや電解質の補正、利尿薬による治療を行いX+1年5月に退院となり、現在外来経過観察中である。

以上長期にわたる蛋白漏出を伴うアメーバ性大腸炎を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

27-内 加味逍遙散中止後に内視鏡所見の改善を確認し得た腸間膜静脈硬化症の1例

¹大船中央病院 消化器内科、²大船中央病院 病理部

前原 健吾¹、葛生 健人¹、吉田 篤史¹、木島 武恒¹、西口 貴則¹、有明 千鶴¹、遠藤 豊¹、加藤 洋²

【症例】69歳女性【主訴】下痢【経過】202X+1年1月8日に生牡蠣を摂取し、3日後から下痢、腹痛が出現した。ノロウイルス検査は陰性であったが症状は改善せず、1月18日に前医を受診した。CRP高値と上行結腸の浮腫性壁肥厚を認め1月23日まで入院加療を受けたが、症状が持続したため2月3日に当院へ紹介受診した。

【当院での経過】初診時、水様下痢を認めたが腹部所見に異常はなく、WBC3,570/ μ L、CRP0.06mg/dLと炎症所見も認めなかった。腹部単純X線で右側腹部に線状石灰化、CTで上行結腸を中心に腸管壁内および腸間膜静脈壁に沿う石灰化と壁肥厚を認めた。下部消化管内視鏡検査では上行結腸を中心に青銅色調粘膜、浮腫、びらんおよび潰瘍性病変を認め、生検で膠原線維の血管周囲性沈着と静脈壁の線維性肥厚を認めた。約30年間の加味逍遙散内服歴が判明し、加味逍遙散関連腸間膜静脈硬化症と診断した。なお発症約1年前の前医内視鏡検査では異常を認めていなかった。加味逍遙散中止後に症状は改善し、約1年後の内視鏡検査では粘膜病変は消失し正常化していた。

【考察】本症例は、発症約1年前の内視鏡で異常がなかったが発症時CTで石灰化を認めたことから、慢性的な静脈病変を背景に、生牡蠣摂取を契機とする急性腸炎で粘膜病変が顕在化した可能性が示唆された。既報でも、加味逍遙散服用中に急性腹症で発症し虚血性大腸炎として加療後に本症と診断された報告があり、同様の病像は存在しうる。薬剤中止後は症状・内視鏡所見の改善が期待される一方、CT石灰化は残存しうる。本症例では中止後約1年で内視鏡正常化を確認した。症状消失後も評価を継続する意義として、症状と粘膜病変の乖離、急性腸炎を契機とした再燃、狭窄進行による手術の可能性、癌合併監視が挙げられ、原因薬剤の早期中止と経時的な内視鏡・画像評価が重要である。

28-消 結核との鑑別を要する肺転移を伴った若年発症のS状結腸癌の一例

¹ 独立行政法人国立病院機構 信州上田医療センター 消化器内科、² 独立行政法人国立病院機構 信州上田医療センター 肝臓内科、
³ 独立行政法人国立病院機構 信州上田医療センター 病理診断科、⁴ 信州大学医学部附属病院 腫瘍内科
橋上 遼太¹、和氣 優太郎¹、安藤 皓一郎¹、藤森 尚之¹、森田 進²、藤森 一也¹、成澤 友里³、前島 俊孝³、野口 卓郎⁴

【症例】34歳、男性【主訴】咳嗽【現病歴】20XX年1月、かかりつけ医での定期血液検査でHb8.8 g/dLと鉄欠乏性貧血を認めた。2月頃から咳嗽を伴っていた。鉄剤を内服し貧血は改善傾向であったものの、CEA1115 ng/mLと著明な高値を認めたため、精査目的に当院紹介となった。腫瘍マーカー原因精査として胸腹部造影CTを実施したところ、S上結腸壁肥厚、リング状増強効果を呈する多発肝腫瘍、気道に沿って両肺野に多発する空洞結節を認めた。原発巣精査目的に実施した下部消化管内視鏡にてS状結腸に3/4周以上の2型腫瘍を認め、生検にて腺癌(tub1, tub2)の診断となった。バイオマーカーはRAS変異陽性、BRAF変異陰性、MSI陰性、HER2はIHC法で2+ (FISH法にてシグナル比2, 平均コピー数4.2)であった。肺病変については結核との鑑別を要したため呼吸器内科にコンサルトした。3日間連続して採取した喀痰検査では、塗抹・培養検査ともに陰性であった。気管支鏡検査で洗浄液も提出したが、こちらも塗抹・培養ともに陰性だった。気管支からのブラシ擦過・鉗子生検では悪性所見は認めなかったが、気管支洗浄による細胞診では異型細胞を認め、S状結腸癌の転移と診断した。【経過】転移所見も踏まえ、可及的速やかに化学療法を導入すべきと考え、原発巣に自己拡張型金属ステントを留置した後、FOLFOXを開始した。腫瘍マーカーの改善及び転移巣の縮小を認めたため、8コース目まで実施した。しかし、その後腫瘍マーカーの再上昇と肝転移巣の増大を認めたため、FOLFIRIに変更した。遺伝子パネル検査も提出しており、トラスツズマブの適応等も考慮しながら治療を継続している。【考察】若年発症のS状結腸癌において、結核との鑑別を要する特徴的な肺転移を伴う症例を経験した。肺転移巣は原発部位や転移経路によって様々な形態を呈するが、大腸癌の転移巣としては比較的稀な所見と思われる。若干の文献的考察を踏まえつつ、治療経過について報告する。

29-消-専 遠隔転移を有するMSI-H/BRAF V600E変異陽性盲腸低分化腺がんに対し ペムプロリズマブが著効し長期奏効を維持している1例

¹ JA長野厚生連佐久医療センター
藤野 歌穂¹、長瀬 道隆¹、國枝 献治¹、宮田 佳典¹

【背景】BRAF V600E変異陽性は大腸がんの10%弱にみられ予後不良であるが、同変異の約20から30%に合併するMSI-H大腸がんに対しては、免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) の高い有効性が示されている。今回、一次化学療法抵抗性のBRAF V600E・MSI-H共陽性盲腸低分化腺がんに対し、ペムプロリズマブ導入により長期奏効を維持している1例を報告する。【症例】56歳男性。頸部リンパ節腫大の生検で低分化腺がんと診断され、原発不明がんとして当院腫瘍内科へ紹介された。その後の精査で盲腸原発の2型潰瘍病変と多発リンパ節転移を認め、盲腸原発の低分化腺がんと診断した。一次治療としてmFOLFOX6+Bevacizumab療法を開始したが、4サイクル施行後に一部転移巣で病勢進行を認めた。この時点でBRAF V600E変異およびMSI-H共陽性が判明したため、ペムプロリズマブ療法へ変更した。良好な腫瘍縮小が得られ、40サイクル施行後の現在も部分奏効 (PR) を維持している。【考察】BRAF V600E変異陽性大腸がんは一般に急速進行かつ細胞障害性抗がん薬に抵抗性を示す。一方、MSI-H共陽性例では高腫瘍遺伝子変異量を背景にICIへの感受性が期待される。KEYNOTE-177試験でもペムプロリズマブの良好な長期病勢制御が示されており、本症例でも薬剤変更により予後改善が得られた。進行大腸がんの初期診療において、BRAF変異およびMMR/MSI状態を早期に検索し、適切な治療選択を行う重要性が示唆された。進行大腸がんにおける緩和的化学療法では継続的な治療が有効とされるが、ICIで著効した場合、治療継続の可否は今後の検討事項である。

30-内 初発時より区域性・非連続性病変を呈した高齢発症潰瘍性大腸炎の1例

¹ 東御市民病院 内科、² 組合立諏訪中央病院 消化器内科
青木 文哉¹、中山 剛²、長坂 洸和²、星野 諒²

【症例】80歳代男性。既往歴に特記すべき事項なし。血便、発熱を主訴に当院を受診した。初発時の大腸内視鏡検査では、盲腸、肝彎曲部、S状結腸に出血性びらんから潰瘍形成を認めた一方、横行結腸、下行結腸および直腸には炎症所見を認めず、未治療時から明瞭な区域性・非連続性病変分布を呈していた。S状結腸病変部には多発憩室を認めた。病変部生検では著明な好中球浸潤、cryptitis、陰窩膿瘍形成に加えbasal plasmacytosisを認め、活動性潰瘍性大腸炎として矛盾しない所見であった。非病変部では組織学的炎症を認めず、感染性腸炎も否定的であった。高齢発症かつ区域性病変であることから虚血性腸炎や憩室関連区域性大腸炎を鑑別したが、憩室を認めない右側結腸にも同質の慢性活動性炎症を認めたことから、直腸温存およびskip lesionを呈する潰瘍性大腸炎と診断した。ステロイドによる寛解導入療法に良好に反応し、その後はmesalazine内服で寛解を維持している。高齢発症潰瘍性大腸炎では他疾患との鑑別が重要であるが、初発未治療例でも区域性・非連続性分布を呈し得ることを念頭に置く必要がある。

31-消 高齢発症の重症潰瘍性大腸炎の一例

¹ JA長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院
横山 岳¹、児玉 亮¹、遠藤 良子¹、平林 正裕¹、横田 有紀子¹、牛丸 博泰¹

【緒言】本邦における潰瘍性大腸炎の発症年齢のピークは20歳代であるが、高齢化が進む中で、高齢で新規に発症した潰瘍性大腸炎をみることも増えてきている。高齢発症の潰瘍性大腸炎も重症化し劇的な経過をたどることがある一方で、内科治療にあたっては、疾患活動性の強さ以外に、栄養状態・併存症、易感染性や心血管イベントなどのリスクを考慮して治療に臨まなければならない。今回我々は79歳で新規に発症した重症潰瘍性大腸炎を経験したため、文献的考察を交えて報告する。【症例】79歳男性。生来健康であったが、1日10回以上の頻回な下痢に加えて、血便を認めたため前医を受診した。内服薬で経過観察するも改善せず、発症から約1ヶ月後に肛門痛、食事摂取不良、体動困難のため、当院へ救急搬送された。感染性腸炎の疑いで入院し絶食、抗生剤治療が行われたが、改善に乏しく当科に紹介となった。体温38.2℃と発熱を認め、脈拍数:103回/分と頻脈を認めた。血液検査では白血球12,500/ μ L、CRP25.16 mg/dLと炎症反応の著明な上昇を認めた。下部消化管内視鏡検査では直腸から盲腸まで連続するびまん性の炎症所見と多発潰瘍を認め、Mayo Score 12点・MES3であった。重症潰瘍性大腸炎として第11病日より静注ステロイドによる寛解導入を開始したが、ステロイド抵抗性であり、第19病日よりインフリキシマブを導入した。また、病理結果からサイトメガロウイルス腸炎の合併が判明し、バルガンシクロビル内服を開始した。その後、粘膜治癒傾向が確認され、第66病日に退院となった。しかし、第102病日に意識障害と体動困難で救急外来を受診した。炎症反応は上昇し、下部消化管内視鏡検査では多発潰瘍が再燃していた。全身状態の悪化が著しく手術も検討されたが、106病日よりウパダシチニブ45mg内服を導入したところ、数日で明らかに全身状態が改善し、食事再開、退院となった。Jack阻害薬による有害事象を考慮し、186病日よりリサンキズマブへ変更した。192病日に帯状疱疹を発症したが、早期にパラシクロビル内服を開始し後遺症なく治癒した。以降、寛解状態を維持している。

32-消-研 重症、難治の経過で稀な肺病変を呈した潰瘍性大腸炎の1例

¹ 長野赤十字病院 消化器内科

唐澤 亮至¹、近藤 翔平¹、中村 伊吹¹、石黒 翔子¹、鎌倉 雅人¹、山下 裕騎¹、柴田 景子¹、徳竹 康二郎¹、伊藤 哲也¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、和田 秀一¹

【症例】生来健康な17歳女性。数週間遷延する発熱、血性下痢の精査加療目的にX年4月下旬当科入院となった。入院時に施行したCTでは直腸から横行結腸肝湾曲部にかけて浮腫所見を認め、潰瘍性大腸炎(UC)が疑われた。第2病日に施行したSigmoidoscopyでは、潰瘍形成は認めないもののUCに矛盾しない粘膜所見を認めた。この時点で、臨床的重症度は重症相当、内視鏡所見としてはMayo score 2点で軽症相当であった。プレドニソロン(PSL)30mg/日(0.6mg/kg相当)で治療を開始したが改善に乏しく、第9病日に全結腸観察を行うと、横行結腸から下行結腸に最重症相当の炎症所見を認めたため、同日よりインフリキシマブ(IFX)を導入した。IFXは奏功し、以降PSLを漸減した。第23病日に2回目のIFX投与を行い退院としたが、退院後2週間から間欠的な発熱が出現した。CTで両肺に多発類円形結節の出現を認め緊急入院となった。敗血症性肺塞栓症を疑い、広域抗菌薬を投与しつつ熱源検索を進めたが、複数回施行した血液培養や各種真菌抗原はいずれも陰性であった。CT上、両肺結節は経過で内部に空洞形成しつつ増大、増悪傾向であった。その他、入院後から口腔内アフタ、結節性紅斑が顕在化した。両肺結節が非感染性壊死性肺結節であることを疑い、UCへの治療強化が必要と判断した。IFX投与を継続しつつ顆粒球除去療法を開始したが改善が得られなかったため、第21病日よりウパダシチニブに治療変更したところ著効した。両肺結節や結節性紅斑も縮小、改善傾向を示し、第42病日に退院とした。【考察】非感染性壊死性肺結節は、炎症性腸疾患に合併する極めて稀な肺病変である。UCに合併した症例はこれまでに自験含めて15例報告されており、大半の症例でステロイド投与により軽快が得られている。画像所見上、両肺に多発する結節に空洞がみられることが多く、本症例のように敗血症性肺塞栓症との鑑別が問題となる。UCに生じた多発肺病変においては、本病態を想起することが重要である。

33-消-研 著明な低アルブミン血症を来し治療に難渋したが休薬により改善した腸炎の1例

¹ JA長野厚生連南長野医療センター篠ノ井総合病院

池田 圭吾¹、児玉 亮¹、牛丸 博泰¹、横田 有紀子¹、平林 正裕¹、横山 岳¹、遠藤 良子¹

症例は70歳台、女性。既往は高血圧、骨粗鬆症、子宮筋腫、H.pylori除菌後、内服薬はカンデサルタン、アゼルニジピン、エソメプラゾール、セレコキシブ、レバミピド、アルファカルシドール、ミノドロン酸、不正性器出血、下腿浮腫を主訴に当院婦人科を受診し、MRIで腹水を指摘された。2か月後に鮮血便、腹痛、嘔吐が出現し、当科に入院した。入院時血液検査では貧血、血小板減少、低アルブミン血症を認めた。造影CT検査では腸管壁の軽度肥厚、肝内門脈周囲の低吸収域、腹腔内リンパ節腫大などを認めた。上部消化管内視鏡検査では除菌後萎縮性胃炎、十二指腸癒痕を認めた。下部消化管内視鏡検査では直腸S状部から下行結腸にかけて連続性の非特異的な発赤調の炎症性粘膜を認め、血管透見は低下していた。生検では好中球浸潤を認めたが、炎症性腸疾患を疑う所見に乏しかった。入院後血便、下痢が軽減したため一時退院したが、1か月後に症状増悪し再入院した。下部消化管内視鏡検査再検し、直腸から上行結腸に連続して発赤調の粘膜を認め血管透見は消失し、ハウストラは消失していた。下行結腸周辺で最も炎症所見が強く、縦走傾向を有する深掘れ潰瘍を認めた。便培養・組織培養は陰性で、生検では高度の好中球浸潤を認めたが、非特異的大腸炎の所見であった。各種自己抗体検査やウイルス検査は陰性だった。ブデソニド内服を行ったが食事はとれず、血清アルブミン値は1.7g/dlまで低下した。薬剤性腸炎の可能性を考慮し内服薬をすべて中止したところ、下痢血便は止まり、食事をとれるようになった。低蛋白血症は改善した。退院後のCT検査では腹水の消失、腹腔内リンパ節の縮小を認めた。内服薬中止のまま外来経過観察継続しているが再燃なく経過している。本例は重症潰瘍性大腸炎に類似した臨床像・内視鏡所見を呈し、薬剤中止のみで改善したことから薬剤性腸炎と考えられるが、内服薬の中で重症腸炎が添付文章に偶発症として記載されている薬剤はない。難治性腸炎には様々な原因があるが、薬剤性腸炎を疑い休薬することが重要であると思われる。

34-内 Loop9™を用いたESD後潰瘍閉創の当院における使用経験

¹ 特定医療法人 丸山会 丸子中央病院中嶋 太郎¹、樋口 雅隆¹、大工原 薫¹、沖山 葉子¹、中島 恒夫¹、松澤 賢治¹、丸山 和敏¹

近年、ESDの普及および適応拡大に伴い、切除後に広範な粘膜欠損を生じる症例が増加している。広範な粘膜欠損は遅発性出血や遅発性穿孔などの偶発症のリスクとなることから、これらを予防する目的で様々な創部閉鎖法が報告されている。2022年には、外科用4-0モノフィラメント縫合糸と医療用フェルトを組み合わせたLoop9法が報告され、その後Boston Scientific社よりLoop9™として製品化された。Loop9™はLoop9本体およびインサータから構成され、実際の縫縮には鉗子（Radial Jaw™ 4 Biopsy Forceps P）およびクリップを使用する。創部閉鎖は、1.ループの管腔内へのデリバリー、2.クリップによるループの固定、3.ループの締結、の3ステップで行い、巾着縫合様に粘膜欠損部を縫縮することで完全閉鎖の足掛かりとする。今回、Boston Scientific社より試供品として提供されたLoop9™を用いて、当院でESD後潰瘍3例に対して創部閉鎖を行った。内訳は大腸2例（S状結腸1例、直腸1例）、胃1例であった。全例で完全閉鎖が可能であり、閉鎖に要した時間は平均14分49秒（16分32秒、16分49秒、11分13秒）であった。今回試供品での慣れない環境で、確認しながらの作業であったため、習熟すればもう少し短縮は可能と考える。今回の3例では、後出血や遅発性穿孔などの偶発症を認めなかった。Loop9™の利点として、ループが管腔内でフリーな状態で展開されるため、創部の形状や位置に応じて柔軟に対応できること、牽引時にもシースの位置調整が可能であること、製品化されているため自作する手間がなく、安定した手技が可能であることなどが挙げられる。一方、欠点として、比較的高価であること、死腔形成を防ぐことができないこと、全層閉鎖には対応できないことなどが挙げられる。Loop9™はESD後潰瘍に対する比較的簡便かつ柔軟な閉鎖法の一つとなり得る。今回、当院で経験した3例について、実際の使用方法および手技上の工夫を含めて報告する。

35-消-研 拡大内視鏡で深部浸潤を疑い診断的EMRが治療方針決定に有用であった
早期肛門管扁平上皮癌の一例¹ 山梨大学医学部附属病院 卒後臨床研修センター、² 山梨大学 医学部 消化器内科西尾 央¹、石田 剛士²、吉田 貴史²、依田 宏貴²、青沼 優子²、久野 徹²、小林 祥司²、土屋 淳紀²

【症例】60歳代女性。検診で便潜血陽性を指摘され、近医の下部消化管内視鏡検査で直腸Rbに隆起性病変を認め、精査加療目的に当科紹介となった。病変は直腸Rb前壁から歯状線にわずかにかかる5mm大の中心陥凹を伴う平坦隆起性病変で、生検では扁平上皮分化を示す癌を認めた。拡大NBI観察ではJES分類TypeB2相当の血管を認め、粘膜下層（SM）深部浸潤が疑われた。超音波内視鏡検査では第3層深部は保たれており内視鏡的切除可能と判断し、正確な組織型および深達度診断を目的として診断的EMRを施行した。病理組織学的には扁平上皮癌、pT1b、SM浸潤距離2,800μm、Ly0、V0、HM0、VM0、p40陽性、p16陽性であり、肛門管扁平上皮癌と診断した。SM深部浸潤によるリンパ節転移リスクを考慮し、追加治療として根治的化学放射線療法（CRT）を施行した。【考察】肛門管扁平上皮癌ではCRTが標準治療であるが、近年、上皮内癌やごく表在性の浸潤癌に対する局所切除・内視鏡的切除が報告されている。一方、肛門管扁平上皮癌における拡大内視鏡による深達度診断能や内視鏡的切除後の治癒判定基準は確立していない。本症例では拡大NBIでJES Type B2相当血管を認めSM深部浸潤を疑った一方、EUS所見から内視鏡的切除可能と判断し、診断的EMRによる切除標本でSM深部浸潤を確認したことで、適切な追加CRTの選択につながった。早期肛門管扁平上皮癌における拡大内視鏡、EUSおよび診断的内視鏡切除の意義について文献的考察を加えて報告する。

36-内 内視鏡的整復困難な横行結腸軸捻転に対し細径チューブによる減圧を行った1例

¹ 長野赤十字病院

石黒 翔子¹、伊藤 哲也¹、中村 伊吹¹、近藤 翔平¹、鎌倉 雅人¹、山下 裕騎¹、柴田 景子¹、徳竹 康二郎¹、
藤澤 亨¹、森 宏光¹、和田 秀一¹

症例は75歳女性。X-5年よりびまん性大細胞型B細胞リンパ腫に対して化学療法歴があり、治療後から慢性便秘をきたし、イレウスの既往もあった。X年8月中旬に腹痛、腹部膨満感にて前医へ救急搬送され、腸閉塞疑いで当院紹介となった。腹部単純CT検査にて結腸のclosed loop形成と下行結腸から肛門側の虚脱を認め、横行結腸軸捻転と診断した。筋逸脱酵素の上昇はなく、外科に相談の上、内視鏡的治療を先行する方針とした。下部消化管内視鏡検査では横行結腸脾彎曲に粘膜の螺旋状の集中像を認め、同部は暗赤色調で易出血性を呈し、血流障害が示唆された。捻転部のスコープ通過が困難であり、まずガイドワイヤー(0.025inch)を先進させて肛門側捻転部を突破し、MTWカテーテルで拡張腸管の減圧を試みた。loop腸管内の減圧に成功し、スコープの操作性が向上したものの、口側捻転部の通過は出来ず、整復には至らなかった。屈曲も強く、経肛門的イレウス管の留置は困難と考え、口側捻転部をガイドワイヤーで突破後、7FrのENBDチューブを挿入した。用手的な減圧にて便臭を伴うガスが多量に排出され、腹部膨満感は明らかに軽減した。翌日、左側腹部に腹膜刺激症状を伴う疼痛が出現した。再度用手的な減圧を行いつつCTを再検したところ、口側腸管の拡張は軽減していたが、捻転部の腸管に脂肪織濃度上昇を認め、腸管虚血の進行を疑い、緊急手術となった。横行結腸の牽引にて捻転は解除され、捻転部には肉眼的に壊死所見は認めなかった。固定が緩く回盲部まで体外に誘導され、結腸切除術を施行された。切除腸管は全長960mmで、病理組織学的に絞扼性イレウスに伴う出血性梗塞に矛盾しない所見であった。横行結腸軸捻転は稀な疾患であるが、腸管虚血や壊死をきたしやすく、死亡率は約20-33%と高いことが報告されている。また多くは外科的治療を要するため、早期診断と速やかな減圧による腸管血流障害の進行回避が求められる。本症例では内視鏡的整復およびイレウス管留置は困難であったが、カテーテルや細径チューブによる減圧により一時的な症状改善と腸管拡張の軽減が得られ、外科的治療までの時間的猶予を得ることができた。一方で減圧のみでは捻転そのものが解除されない可能性があり、腸管虚血の進行に注意した慎重な経過観察と外科的治療への移行時期を逸しないことが重要と考えられた。

37-内 スtentトラブルを繰り返す肝門部領域胆管癌に対し Multi-Hole SEMS(MHSEMS)留置が奏功した1例

¹ 諏訪赤十字病院 消化器内科

米山 翔一郎¹、小口 貴也¹、吉田 朋美¹、岩佐 綾乃¹、小松 通治¹、菅 智明¹、武川 建二¹

【症例】80歳台の男性。1週間前から食思不振、倦怠感、皮膚及び尿の黄染を自覚し当院を受診した。血液検査では肝胆道系酵素上昇、CA19-9の上昇を認め、腹部造影CT検査では肝門部に不整な軟部影及び肝内胆管の拡張を認めた。検査結果から肝門部領域胆管癌による閉塞性黄疸と診断し、広範囲に浸潤していることから切除不能と判断し化学療法の方針となった。前・後区域枝へそれぞれインサイドステントを留置して、十分な減黄が得られたためゲムシタピン単剤投与を開始した。化学療法により腫瘍増大は抑制されたが、短期間にステントトラブルによる胆管炎を繰り返したため、Multi-Hole Self-expandable Metallic Stent(MHSEMS)を留置する方針とし、HANAROSTENT Multi-hole Benefitを前・後区域枝にside-by-side法で留置した。MHSEMS留置3か月後の現在に至るまでステント閉塞や胆管炎の再発を認めず化学療法を予定通り継続できている。

【考察】MHSEMSはシリコンカバーによるingrowthの抑制及びre-interventionの容易性の保持に加え、複数の側孔により胆管分枝の温存と逸脱防止が期待される。悪性遠位胆管狭窄ではその有用性が示されつつあるが、悪性肝門部領域胆管狭窄に対する報告や統計は少ない。MHSEMSは肝門部留置に有利な複数の特徴を有し、本症例では留置後3か月間ステントトラブルなく経過しており、MHSEMSは悪性肝門部領域胆管狭窄に対する新たな選択肢となる可能性が示唆された。

38-内 胆嚢管低位合流に合併した合流部結石の1例

¹ 都留市立病院 内科、² 都留市立病院 外科

野中 建志¹、保坂 稔¹、落合 田鶴枝¹、山本 淳史²、岡本 廣孝²

症例は89歳男性。X年に嘔吐と心窩部痛、悪寒戦慄を主訴に受診した。磁気共鳴胆道膵管撮影(MRCP)で胆嚢管は総肝管と低位後方で合流しており、合流部から総胆管にかけて複数の結石があり、総胆管は結石によって拡張していた。急性胆管炎および胆嚢炎、閉塞性黄疸を呈する総胆管結石症に対して内視鏡的逆行性胆管膵管造影(ERCP)および内視鏡的乳頭括約筋切開術(EST)を行った。結石をバスケット型把持鉗子で碎石し2度に分けて内視鏡的採石術を行い、内視鏡的経鼻胆管ドレナージ(ENBD)チューブを留置した。ENBDチューブを用いた胆道逆行造影で総胆管から胆嚢管、総肝管に残存する結石がないことを確認したうえで、胆道感染症と閉塞性黄疸の改善をもって退院した。X+2年、食思不振と発熱を主訴に受診、急性胆管炎および胆嚢炎、閉塞性黄疸を呈する総胆管結石症を診断した。ERCPで15mm大の合流部結石を認め、バスケット型把持鉗子は結石に圧排され把持できず採石困難だったため胆管プラスチックステントを留置し、後日外科治療を予定した。胆嚢管低位合流(low insertion of the cystic duct)は胆嚢管が膵上縁から十二指腸壁貫通部までの下部胆管に合流する解剖学的異常である。胆嚢管低位合流では胆嚢管が長く胆汁がうっ滞することで胆石形成を生じやすく、内視鏡治療で難渋することが多い合流部結石(confluence stone)を呈することがある。今回、胆嚢管低位合流によって胆管末端で合流部結石が生じた症例を経験したため文献的考察を加えて報告する。

39-消-専 致命的な大量胆道出血を伴う肝外門脈閉塞症に対し門脈ステント留置を施行した1例

¹ 信州大学医学部附属病院 消化器内科

小布施 佐¹、南澤 昌郁¹、中島 大地¹、清水 祐樹¹、今村 峻輔¹、佐々木 信和¹、米倉 千奈津¹、倉石 康弘¹、中村 晃¹

症例は40歳代男性。2005年に原因不明の上腸間膜静脈(SMV)～肝外門脈血栓・閉塞症と診断され、抗凝固療法を開始した。2009年頃から胆道周囲側副血行路の発達に伴う閉塞性黄疸を生じ、経乳頭的胆管プラスチックステントの定期交換を行っていた。2023年のステント交換時に胆道出血を生じ、胆管への機械的刺激を避けるため経皮経肝胆道ドレナージ(PTCD)の定期交換に変更した。2026年1月頃から胆道出血を反復し、安静と抗凝固療法中断で止血を得ていた。血管内治療や外科的治療はいずれも困難と判断された。2026年5月に噴出性の吐血を伴う大量の胆道出血を合併し、1日で180単位を超える血液製剤の投与を要した。血管造影で門脈側副血行路から下部胆管内への造影剤漏出を認めた。血管内治療による止血は困難であり、PTCDルートから総胆管内へ胆管拡張用バルーンを挿入し、姑息的に圧迫止血を得た。治療方針を協議し、門脈系血管内治療経験が豊富な医療機関に転院した。経皮経肝的に門脈を穿刺し、SMV～門脈本幹と思われる血管までステントグラフトを留置し、出血源である側副血行路への血流が減少して再出血リスクを低減することができた。治療翌日より抗凝固療法を再開し、胆道出血の再燃なく経過したため転院12日目に退院した。現在まで抗凝固療法を継続しているが再出血を生じずに経過している。【考察】門脈ステントの主な適応は難治性腹水や消化管静脈瘤といった門脈圧亢進症症状を伴う門脈の狭窄・閉塞である。本症例は、側副血行路からの胆道出血という稀な病態を生じており、門脈ステントが門脈の開通のみならず止血に対しても有効であることを示す貴重な一例であった。一方、本症例の門脈血栓の成因は判明しておらず血栓再発や門脈ステント閉塞、開存期間といった諸問題を意識した診療が望ましいと考えられた。

40-消-専 好酸球性胆嚢炎の1例

¹ 南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科

遠藤 良子¹、児玉 亮¹、横山 岳¹、平林 正裕¹、横田 有紀子¹、牛丸 博泰¹

【背景】好酸球性胆嚢炎は、胆嚢壁への好酸球優位の炎症細胞浸潤を特徴とする稀な疾患で、胆嚢摘出標本の1%未満と報告されている。臨床症状や画像所見は通常の胆嚢炎と類似し、術前診断は困難である。今回、胆石症による急性胆嚢炎として治療され、術後病理で好酸球性胆嚢炎と診断した1例を報告する。【症例】40歳代男性。小児期から20歳代まで気管支喘息の治療歴があるが、現在アレルギー症状はない。1か月前より食後の心窩部痛を反復していたが、症状が増悪したため当院を受診した。発熱はなく、WBC 11,400/ μ L、好酸球7.4% (840/ μ L)と末梢血好酸球増多を認めたが、CRP 0.04 mg/dLであった。腹部超音波では胆嚢頸部に10mm大の結石と壁肥厚を認めた。造影CTでは結石は明らかではなかったが、胆嚢壁は全周性に浮腫状に肥厚し、胆嚢床の周囲の肝濃染像を認めた。MRIでは胆嚢頸部に10mm大の結石を認め、胆嚢壁周囲にT2WI高信号域を認めた。胆嚢内腔はT1WI、T2WIともに高信号を呈し、濃縮胆汁と考えられた。胆嚢頸部結石嵌頓による急性胆嚢炎と診断した。SBT/ABPC投与で症状は軽快し、待機的胆嚢摘出術の方針とした。しかし、1か月後に心窩部痛が再燃し再受診した。WBC 11,600/ μ L、好酸球10.5% (1,220/ μ L)と末梢血好酸球増多が持続しており、単純CTでは著明な胆嚢壁肥厚を認めた。再度抗菌薬を投与したところ、3日後には症状が軽快し、好酸球は2.5% (390/ μ L)まで低下した。造影CTでは胆嚢壁肥厚は軽減し、胆嚢床の周囲の肝濃染像も消失していた。その後、腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。摘出標本では胆嚢内に胆石を認めた。ミクロ所見では、胆嚢壁は線維性に肥厚し、線維性組織および粘膜下に好酸球浸潤を認めた。また、胆嚢上皮の一部にびらんを認め、同部位では著明な好酸球浸潤を伴い、炎症細胞の90%以上を好酸球が占めていたことから、好酸球性胆嚢炎と診断した。術後、末梢血好酸球は0.9% (80/ μ L)と正常範囲まで低下した。

41-消-研 肝門部胆管癌との鑑別を要し、濾胞性胆管炎と診断した良性胆管狭窄の1例

¹ 南長野医療センター 篠ノ井総合病院

新田 杏奈¹、児玉 亮¹、遠藤 良子¹、横山 岳¹、平林 正裕¹、横田 有紀子¹、牛丸 博泰¹

【背景】濾胞性胆管炎は胆管周囲に著明なリンパ濾胞形成を伴い良性胆管狭窄を来す疾患であり、報告例は少なく稀な疾患である。画像上、胆管の壁肥厚や狭窄などの悪性疾患に類似した所見を呈するため、胆管癌との鑑別が重要となる。しかし報告の多くは術後の切除標本により確定診断されており、術前診断は困難とされている。今回我々は肝門部胆管癌との鑑別を要したが、病理学的に癌が否定でき画像所見と総合的に判断して濾胞性胆管炎と診断した1例を報告する。【症例】70歳台、男性。10年前に原因不明の肝胆道系酵素異常、黄疸が出現し肝生検で薬剤性肝障害と診断され自然に軽快した。その後の経過観察の腹部超音波検査で肝内胆管拡張と肝門部腫瘍を認められ、当科に紹介となった。受診時の血液検査では軽度の胆道系酵素異常を認めたのみで、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。造影CT検査では肝内胆管から総胆管にかけて、造影効果を伴う全周性の壁肥厚を伴う広狹不整を認めた。MRIでは同部位はT1WIで低信号、T2WIで低信号、拡散強調像で高信号を認め、画像所見から肝門部胆管癌が疑われた。また、肝門部リンパ節の腫大を認めた。ERCPでは左右肝管起始部から3管合流部のやや乳頭側まで狭窄を認めた。左右肝管にそれぞれプラスチックステントを留置した。腫瘍部と思われる部位から胆管生検を行ったところ、胆管上皮びらんや好中球浸潤に加え、肥厚した胆管壁に高度のリンパ球浸潤を認めた。線維化が主体の病変ではないことからIgG4関連疾患や原発性硬化性胆管炎は否定的と思われた。また、免疫グロブリンH鎖の再構成は認めなかったためリンパ増殖性疾患は否定的と考えられた。EUSでは胆管壁の肥厚を認め、胆嚢管の壁肥厚も認められた。3管合流部付近の肥厚した胆管壁および腫大した肝門部リンパ節に対しEUS-FNAを施行し、悪性所見は認めなかった。良性胆管狭窄と考えられ、画像所見や組織像から総合的に判断し濾胞性胆管炎と診断した。現在外来で注意深く経過観察中である。

42-消 多発脾腫瘍精査にて診断した自己免疫性脾炎の一例

¹ 社会医療法人財団 慈泉会 相澤病院 消化器内科

藤元 瞳¹、宮本 貴旺¹、松崎 豊¹、雄山 澄華¹、松本 航¹、齊藤 博美¹、新倉 則和¹、五十嵐 亨¹、清澤 研道¹

症例は50歳台男性。既往歴に特記すべき事項はない。人間ドックの腹部超音波検査にて脾体部に16mmの類円形低エコー領域を認め、精査加療目的に当科受診した。精査目的に施行した腹部MRIでは、拡散強調像で脾体部に1箇所、尾部に2箇所淡い高信号の結節を認めた。結節はT1強調像で低信号、T2強調像では不明瞭であった。主脾管の異常所見は認め無かった。結節は、造影CTでは遅延性増強パターンを示し、超音波内視鏡では、比較的境界明瞭な類円形の低エコー腫瘍として描出された。造影パターンからは非典型的ではあるが、多発する類円形の脾腫瘍であり、脾神経内分泌腫瘍を考慮し、鑑別としては自己免疫性脾炎、脾癌等も考慮し、組織診断のため超音波内視鏡下穿刺生検（EUS-FNB）を施行した。病理上は、リンパ球や形質細胞の浸潤、線維化を認め、IgG4陽性形質細胞の浸潤も一部に認め、花筈状線維化を疑う所見を認めた。閉塞性静脈炎や腫瘍細胞は認めなかった。血液検査ではIgG4 240mg/dlとIgG4の上昇を認め、CEA、CA19-9の上昇は認めなかった。画像上脾腫大、主脾管の異常所見、脾外病変を認め無かったが、高IgG4血症、病理所見より、自己免疫性脾炎を疑い、診断目的にステロイド治療（PSL 0.6mg/kg）を開始し、画像の経過を確認している。脾内に多発する病変を認める自己免疫性脾炎は、以前はまれとされていたが、現在は複数の報告がある。しかし、脾内に多発する病変を認める自己免疫性脾炎は、画像上色々な所見を呈するため、依然として診断が難しく、可能なかぎり病理的診断を試み、確診が得られない場合は、症状等がない場合でもステロイドの治療効果を確認すべきと考える。上記多発脾腫瘍精査にて診断した自己免疫性脾炎の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

43-消-研 脾切除を要した自己免疫性脾炎(AIP)の一例

¹ 山梨大学医学部附属病院臨床教育センター、² 山梨大学医学部消化器内科

宮下 玄多呂¹、奥脇 徹也²、谷本 裕太²、古屋 圭一²、山下 洸司²、吉村 大²、倉富 夏彦²、川上 智²、高野 伸一²、前川 伸哉²、土屋 淳紀²

症例は60歳、男性。アルコール多飲を契機に急性脾炎、脾炎後仮性嚢胞、脾性胸水を発症し、前医に入院したが軽快せず、当院へ転院となった。画像で、明らかな脾液漏出部位は確認できなかったが脾管破綻を疑い、経乳頭的ドレナージを施行し一時軽快した。しかし、その後も脾炎の再燃と改善を繰り返した。経過中、脾尾部周囲の液体貯留は増悪傾向を示した。脾尾部に造影CTで造影不良域を認め、MRI拡散強調像でも拡散低下を認めた。脾尾部癌による脾管破綻の可能性を否定できず、EUSを施行したところ脾尾部末端に周囲の脾実質と比較して低エコーを呈する境界明瞭な領域を認めたため、同部位よりEUS-TAを実施した。EUS-TAの病理学的検討ではAIPを疑う所見を認め、血清IgG4を測定したところ413mg/dLと高値を示した。ステロイド治療を検討したが、限局型AIPとしては非典型的な臨床・画像所見であり、悪性を否定できなかったこと、AIPであっても慢性経過により器質化した破綻脾管の改善は困難と考えられたこと、高用量ステロイド導入により手術時期を逸する可能性があったこと、腹痛・背部痛が持続していたことから、本人と当院消化器外科と協議を重ね、開腹下に脾尾部切除術を施行した。手術検体の病理組織学的検討では、IgG4陽性細胞を約170個/HPF認め、花筈状線維化および閉塞性静脈炎を認めた。一方、腫瘍細胞は認められなかったことから、自己免疫性脾炎の診断に至った。術後、腹痛および背部痛は改善した。退院後は血液検査および画像検査による経過観察を行っているが、残脾にAIPを示唆する所見は認めていない。近年、従来は稀とされていた貯留嚢胞や仮性嚢胞を合併するAIPの報告が増加している。典型的なAIPに合併した仮性嚢胞に対してステロイド治療を行い奏功した症例も報告されている一方、重症例に対して手術が施行された症例も散見され、治療戦略については一定の見解が得られていない。本症例は、AIPとしては非典型的な画像所見を呈し、脾管破綻および脾周囲液体貯留を繰り返す難治性の経過から手術に至った示唆に富む症例であり、多少の文献的考察を交え報告する。

44-消-研 肝転移破裂をきたした膵尾部癌の1例

¹山梨県立中央病院 消化器内科、²東京大学

小尾 礼王¹、村田 智祥¹、赤岡 大地¹、矢嶋 高¹、寺本 駿也¹、遠山 翔大¹、天野 博之¹、芦沢 浩¹、
高岡 慎弥¹、今井 雄史¹、廣瀬 純穂¹、浅川 幸子¹、小嶋 裕一郎¹、小俣 政男^{1,2}

症例:56歳、女性。主訴:腹痛、嘔気。既往:左乳癌術後。現病歴:当科で膵尾部癌cStageIV(腹膜播種)に対し、GEM+nab-PTX療法10コース、nal-IRI+5-FU/LV療法20コースを施行していた方。X-10日の造影CTで多発肝転移の出現を認めていた。X日早朝より急激な腹痛の増悪があり、改善に乏しいため当科を救急受診した。臨床経過:来院時血液検査でWBC14,300/ μ L、CRP:3.3mg/dL、Hb6.8g/dLと炎症反応の上昇と進行性の貧血を認め、AST115U/L、ALT89U/L、ALP 122U/L、 γ -GTP74U/Lと肝胆道系酵素の上昇を認めた。造影CTにて多発肝転移の著明な増大、肝周囲の高吸収腹水貯留、および肝S6下角から肝外へ突出する転移巣表面に造影剤の血管外漏出像を認めた。膵癌肝転移破裂に伴う腹腔内出血と診断し、右肝動脈分枝に対し緊急TAEを施行し止血を得た。しかしX+3日にHb3.8 g/dLと再度貧血の進行を認め、造影CTにて右下横隔動脈から肝表転移・播種巣への栄養血管からの再出血が判明した。同血管に対しても追加TAEを施行し止血に成功した。以後、再出血は認めなかったものの原疾患に伴う多臓器不全が緩徐に進行し、X+16日に永眠された。考察:膵癌は乏血性腫瘍であり自然破裂をきたすことは比較的稀とされる。一方、転移性肝腫瘍についても硬い被膜を形成するため破裂に至りにくい。このように原発巣、転移巣いずれも破裂しにくい特徴を有しており、膵癌の肝転移が破裂に至る病態は極めて稀だと考えられ、若干の文献考察を交えて報告する。

45-消 膵腺房細胞癌の1例

¹南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科

平林 正裕¹、児玉 亮¹、遠藤 良子¹、横山 岳¹、横田 有紀子¹、牛丸 博泰¹

症例 50歳代、男性。心窩部痛を主訴として当院へ救急搬送された。血液検査でリパーゼは軽度高値で、炎症反応の上昇は認めなかった。CEA 3.4 ng/ml、CA19-9 4924.3 U/mlとCA19-9の著明な上昇を認めた。腹部超音波検査で膵尾部に76×42mmの低エコー腫瘍を認め、辺縁は不整、内部不均一で一部には血流を認めた。造影CT検査では膵尾部に長径80mm大の不整形な低濃度腫瘍を認めた。腫瘍は後期相で淡く染まるが一部は造影されず壊死を伴う腫瘍性病変を疑った。肝にリング状に造影される結節を複数認めた。膵尾部癌の多発肝転移が疑われ当科にコンサルトとなった。MRIでは膵尾部腫瘍はT1WIで内部低信号であり一部では淡い高信号、T2WIでは高信号と低信号が混在し、拡散強調画像では高信号であった。出血壊死性を伴う通常型膵管癌を疑った。肝の結節はT1WIで低信号、T2WIで軽度高信号であり、拡散強調画像では高信号であった。膵癌の肝転移に矛盾しない初見であった。膵尾部腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、円形腫大核とPAS染色陽性の好酸性胞体を持つ癌細胞が充実胞巣状、一部腺管状に増殖する像を認めた。腺房様構造を示す部分があり、免疫染色で異形細胞はSynaptophysin(-)、Chromogranin(-)、INSM-1(-)で神経内分泌腫瘍は否定的でTrypsin(+)となり膵腺房細胞癌と診断した。Ki-67陽性率は30%程度であった。Gemcitabine+nab-paclitaxel療法にて治療中である。膵腺房細胞癌は膵腫瘍の中で0.2～ 4.3%を占めるまれな腫瘍であり、当院では過去20年間で2例診断したのみであった。また切除不能の膵腺房細胞癌への化学療法に関するデータは非常に限られており、標準的な治療法は確立されていない。当院での過去の症例並びにこれまでの文献的考察を踏まえ報告する。

46-消-専 共通被膜様の線維化を有し自然縮小をきたした漿液性嚢胞腺腫の1例

¹ 長野赤十字病院消化器内科、² 長野赤十字病院肝胆脾外科、³ 長野赤十字病院病理部

中村 伊吹^{1,2,3}、伊藤 哲也¹、石黒 翔子¹、鎌倉 雅人¹、近藤 翔平¹、山下 裕騎¹、柴田 景子¹、徳竹 康二郎¹、藤澤 亨¹、森 宏光¹、佐野 周生²、玉田 恒³、和田 秀一¹

【症例】50歳女性。X-1年5月に近医の人間ドックで受けたUSで膵尾部に16mm大の嚢胞を指摘され、精査目的に当科紹介となった。単純MRIでは単房性嚢胞様で、膵管との交通や充実成分は指摘できなかった。X年3月のEUSでは、嚢胞性病変の一部に隔壁様構造や充実成分が描出され、隔壁や充実部に豊富な血流シグナルを認めた。更に、嚢胞および充実部全体を包むように低エコー帯で縁取られていた。嚢胞内部は無エコーを呈し、嚢胞内出血や壊死を示唆する所見は捉えられなかった。以上より、いずれも典型ではないが、嚢胞変性を伴う膵神経内分泌腫瘍（PanNET）、粘液性嚢胞腫瘍（MCN）、漿液性腫瘍（SNs）を鑑別に挙げた。X年4月の造影CTでは、膵嚢胞の形態はややいびつで壁が厚く、一部に濃染する充実成分を伴っていたが、嚢胞径に変化は認めなかった。嚢胞変性を伴うPanNETを鑑別の上位とし、十分なICを経て膵切除を希望されたことから、X年9月に腹腔鏡下脾温存膵体尾部切除術を施行した。術中所見で嚢胞性病変は視認できず、術中エコーでは10mm大のやや低エコーな充実性結節として描出された。PanNETを疑っていたことから、予定通りに膵切除を施行した。病理組織学的所見では、共通被膜様の線維化を有し、類円形の核と淡明な細胞質を有する上皮細胞が多嚢胞状構造をとりながら集簇する所見を認めた。同部の細胞は α -inhibin弱陽性、MUC6陽性、ChromograninAおよびSynaptophysin陰性であり、漿液性嚢胞腺腫（SCA）と診断した。【考察】SNsの悪性例は極めて稀とされ、診断が可能であれば急な増大や臓器障害を認めない限り経過観察されることが多い。一方で、典型所見をきたさない場合、悪性化の可能性を有する他の嚢胞性膵腫瘍と誤認され外科的切除に至る症例も報告されている。本例は、術前画像がいずれの嚢胞性膵腫瘍としても非典型的で診断に難渋したのみならず、切除待機期間中に自然に縮小するという形態変化を呈した稀なSCAの1例である。SCAの形態変化および病理組織学的所見を確認し得た貴重な症例であり、文献的考察を加えて報告する。

47-消-専 右側臥位の腹部超音波検査が発見契機となった膵尾部上皮内癌の一例

¹ 佐久総合病院 佐久医療センター

小平 菜々子¹、比佐 岳史¹、江郷 晶¹、宮坂 尚樹¹、坂田 正梧¹、伊藤 唯¹、西山 秀¹、工藤 彰治¹、竹内 菜緒¹、山田 崇裕¹、大瀬良 省三¹、福島 秀樹¹

【緒言】膵癌診療ガイドラインにおいて腹部超音波検査（US）は膵癌スクリーニングの重要な検査法として位置づけられている。しかし、膵臓全域の描出は容易ではなく、描出範囲拡大のために体位変換の併用が推奨されている。本症例はUS施行時に右側臥位へ体位変換することで膵尾部主膵管の口径不同を明瞭に描出し診断に至った膵上皮内癌である。【症例】患者は70歳台、男性。X年3月に前立腺肥大症の精査目的に施行した単純CT検査で総胆管結石を認めた。4月に内視鏡的乳頭括約筋切開術を行い、総胆管結石を除去した。5月には遺残結石および胆嚢評価目的でUSを施行した。仰臥位では膵頭体部と膵尾部の一部が描出され、主膵管径は2mmであった。右側臥位に体位変換すると、膵尾部主膵管の追跡不能部位とその上流の主膵管3mmの口径不同が認められ、精査が指示された。超音波内視鏡検査および単純MRI検査では、膵尾部主膵管の狭窄とその上流の軽度拡張を認めたが、狭窄部に腫瘤は指摘できなかった。腎機能障害（Cr 1.63 mg/dl, eGFR 33 ml/min）のため造影CTは施行しなかった。内視鏡的膵管造影検査で膵尾部主膵管狭窄を確認し、その下流側に内視鏡的経鼻膵管ドレナージチューブを留置した。流出膵液の細胞診で異型細胞が検出され、上皮内癌あるいは微小浸潤癌の可能性が高いと判断し、8月に膵体尾部切除を施行した。病理組織学的には主膵管狭窄部から尾側拡張膵管に上皮内癌を認め、pTisN0M0、Stage0であった。【考察】US施行時の右側臥位への体位変換は膵尾部病変の描出に有効であり、積極的に導入すべきと考えられる。

48-内 超音波内視鏡下組織採取法（EUS-TA）で診断し得なかった悪性リンパ腫の一例

¹新潟市民病院 消化器内科、²新潟市民病院 消化器外科、³新潟市民病院 病理診断科

河久 順志¹、佐藤 宗広¹、新保 ひなた¹、高野 颯太¹、山崎 華子¹、夏井 結唯¹、大脇 崇史¹、小川 雅裕¹、大崎 暁彦¹、和栗 暢生¹、小林 巧²、佐藤 大輔²、亀山 仁史²、三ツ井 彩花³、橋立 英樹³

症例は80歳代男性。人間ドックの腹部超音波検査で、脾嚢胞、脾管拡張を指摘され、精査目的に当科を紹介受診した。当科初診時、体重減少（1年間で6kg）、盗汗の申告があり、脾臓ダイナミックCTに加えて、頸部～骨盤部造影CTを施行した。その結果、脾に有意所見は認めなかったが、縦隔～上腹部および腹部大動脈周囲のリンパ節の高度な腫大を認めた。そのため、悪性リンパ腫を疑い、超音波内視鏡下組織採取法（EUS-TA）の方針とした。経胃ルートで腹腔動脈、脾動脈周囲のリンパ節を2か所穿刺し、十分量の白色検体を採取できたため、検査を終了した。組織標本は、炎症細胞浸潤を伴う高度な線維化組織のみであり、既存のリンパ組織は含まれず、大型異型細胞も明らかではなかったため、診断を確定し得なかった。上記経過を血液内科医師と相談、臨床経過、検査所見から悪性リンパ腫を強く疑うため、外科的生検を依頼する方針となり、腹腔鏡下生検法にて組織採取を行った。外科的生検組織標本でも、大部分は高度の線維化を認めたが、線維化病巣の一部に大型で多形性を呈するanaplasticなlymphoid cellが浸潤しており、Anaplastic large cell lymphomaと診断された。これらの結果を受けて当院血液内科で、A-CHP（ブレンツキシマブ+ベドチン+シクロホスファミド+ドキソルビシン+プレドニゾン）療法が開始された。悪性リンパ腫は、様々な組織型があり、治療が細分化されていることから組織診断が重要とされている。EUS-TAでも診断可能な症例を多く経験する一方で、本症例のように十分な組織量がなければ診断し得ない症例もある。EUS-TAの限界を理解し、速やかに外科的生検に移行することで、適切な治療に結び付けることができた事は幸いであった。当科でのEUS-TAの成績を含め、報告する。

ランチョンセミナー

第1会場

12:30～13:25

ヤンセンファーマ株式会社

第79回 日本消化器病学会甲信越支部例会 第101回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会 ランチョンセミナー

開催日

2026年10月24日 (土)
12:30～13:25

場所

朱鷺メッセ
新潟コンベンションセンター
第1会場 (4F 国際会議室)

プログラム

総合司会

済生会新潟病院 副院長・消化器内科部長

横山 純二 先生

CD Part 12:30～12:45

「当院におけるクローン病治療の現状」

演者

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 助教

川田 雄三 先生



UC Part 12:45～13:25

「UC治療戦略の最前線 ～Treat-to-TargetからIL23阻害まで～」

演者

東京科学大学病院 光学医療診療部 助教

河本 亜美 先生



共催：第79回 日本消化器病学会甲信越支部例会
第101回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会
ヤンセンファーマ株式会社

Johnson&Johnson