

第55回 神奈川県消化器病医学会総会

プログラム

日 時：2023年11月25日（土）
13:00～18:00

会 場：TKP ガーデンシティPREMIUMみなとみらい
〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい3-6-3
MMパークビル 5階 ホール B
☎ 045-650-6701
みなとみらい線 みなとみらい駅「4a」出口 徒歩1分（駅直結）
(<https://www.kashikaigishitsu.net/facilitys/gcp-minatomirai/access/>)

当番世話人：立石敬介
聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 主任教授

主 催：神奈川県消化器病医学会

お知らせ

拝啓

神奈川県消化器病医学会は、昭和37年5月に実施医家を中心として誕生した学会です。今年で創立61年となります。

本会は400名を超える神奈川県全域の消化器系医師にて構成されており、県の医師会のバックアップの下で健全な運営を行なっています。

毎年、研究会と総会を交互に行っており、春には実施医家の先生方中心に県内を6地区に分け順番に研究会の当番世話人をお願いしており、秋には大学の先生に総会の当番世話人をお願いしております。

第55回神奈川県消化器病医学会総会は聖マリアンナ医科大学の立石敬介先生に当番世話人をお願い致しました。新型コロナウイルス感染症も5類感染症となり、今回は対面での発表形式での開催となっております。一般演題が19題で、「胆膵内視鏡の診断・治療」のワークショップとして3題、特別講演は長谷川潔先生（東京大学肝胆膵外科）に「進行肝細胞癌に対する外科治療戦略」としてお話をさせていただくことになりました。

一般演題は興味深い症例発表が多く、会員の先生方にも今回の内容にご満足頂けるのではないかと考えております。さらに本会は神奈川県内の消化器系医師の交流の場であり、さらに若手医師の育成の場のようにもなっていますので是非とも会員の先生にも積極的なご参加・ご指導をお願い申し上げます。

敬具

令和5年11月吉日

神奈川県消化器病医学会

会 長 前田 慎
事務局 〒236-0004 横浜市金沢区福浦3-9
横浜市立大学 消化器内科学教室内
TEL : 045-787-2326
FAX : 045-787-2327

TKP ガーデンシティ PREMIUM みなとみらい

〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい3-6-3

MMパークビル5階 ホール B ☎ 045-650-6701

(<https://www.kashikaigishitsu.net/facilities/gcp-minatomirai/access/>)



アクセス みなとみらい線 みなとみらい駅「4a」出口 徒歩 約1分 (駅直結)

JR京浜東北線 桜木町駅 北1出口 徒歩 約15分

JR京浜東北線 横浜駅 きた東口A 車 約10分

<参加者へのご連絡>

- 当日会場整理費として1,000円を徴収させていただきますのでご了承下さい。
- 年会費未納の方、当日受付にてお納め下さい。

○日本医師会生涯教育講座 取得単位 2.5単位

カリキュラムコード 22：体重減少・るい瘦 27：黄疸 28：発熱 51：嘔気・嘔吐 53：腹痛
54：便通異常（下痢、便秘）

<演題発表に関するご注意>

- 1) ワークショップの講演時間は10分とし、講演7分、質疑3分とします。
- 2) 一般演題の講演時間は7分とし、講演5分、質疑2分とします。
- 3) 発表は全てパソコンを使用しての形式といたします。
パソコンによる発表の方法を以下の通りご案内申し上げます。

事務局ではプロジェクターを準備いたしますので、発表者はパソコン本体あるいはUSBメモリをお持ち下さい。

【パソコン使用上の注意事項】

① パソコンについての確認・必須事項

- ・会場にはWindowsパソコンを準備いたします。
- ・Macintoshパソコンの場合はパソコン本体ならびにアダプターをお持ち下さい。
- ・XGA以上の解像度を外部出力可能な機種をお持ち下さい。
- ・お持ち込みの場合は、バッテリーおよびACアダプター（電源コード）をお持ち下さい。
- ・本体に外部出力用端子（アナログD-subミニ15ピンRGB端子）が付いている事をご確認下さい。無い場合は付属の外部接続用変換ケーブルをお持ち下さい。
- ・発表するDATAは全て（動画のリンク等も含め）すぐ分かる位置に保存してある事を確認して下さい。
- ・スクリーンセーバー等の設定をお切り下さい。また、自動で立ち上がるウイルス対策ソフト等の設定もお切り下さい。
- ・パソコン立ち上げ時のパスワード設定は解除しておかれるか、PCオペレーターにその旨をご教示下さい。

② 学会準備PC環境（他のPCにて動作確認を行って下さい。）

- ・画面サイズ：15.6インチ
- ・OS：Windows 10
- ・アプリケーション：Power Point 2007以降に対応しております。
- ・使用フォント：Windows標準搭載フォント（MSゴシック、MS明朝、Times New Roman、Arialなど）
- ・データ容量：10MB程度（動画データがある場合は50MB程度）
- ・搭載ドライブ：DVDマルチ

③ パソコンの確認には時間がかかりますので発表時間の30分前にはPC受付にて確認をお済ませ下さい。

4) 抄録は神奈川医学会雑誌に掲載いたします。抄録に変更がある場合は再提出して下さい。再提出の場合は以下の要領でお願いします。

抄録はA4版縦の横書き(20×20字の400字)でワープロ作成して下さい。

所属、演者名含め600文字以内でまとめて下さい。

<評議会開催のお知らせ>

15:00～15:20 コーヒーブレイク時に別室5階「カンファレンスルーム H」にて、評議員会を開催いたします。評議員の先生方はご出席くださるようお願いいたします。

また、コーヒーブレイク時に会場にてお飲み物をご用意いたします。

展示、メーカーセミナーはございません。

第55回 神奈川県消化器病医学会総会

◆ 総合事務局 聖マリアンナ医科大学 消化器内科学教室
主任教授 立石 敬介
TEL : 044-977-8111

プログラム

開会式 13:00～13:05

神奈川県消化器病医学会 会長 前田 慎

一般演題 消化管 13:05～13:54 講演5分、質疑2分

座長 北里大学医学部 消化器内科学 和田拓也

1. 経過観察中に寛解と再燃を起こした低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例
東海大学医学部附属病院消化器内科 上田孝
2. 病変範囲診断に苦慮した腺腫を合併した直腸粘膜脱症候群の一例
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器内科 中谷健二郎
3. 腸管洗浄剤が診断の端緒となった日本海裂頭条虫症の一例
独立行政法人地域医療推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院 岡田航平
4. EUS-FNBで診断した肺扁平上皮癌の一例
済生会横浜市南部病院 消化器内科 池澤百合花
5. バレット食道腺癌に神経内分泌癌が混在していた1例
北里大学医学部消化器内科学 赤嶺直哉
6. 腸管ベーチェット病治療中に発症した肺及び肝脾膿瘍を伴ったNocardia敗血症の一例
北里大学医学部消化器内科学 須藤理佐子
7. ESD後6年目に縦隔リンパ節転移を来した壁深達度LPM食道癌の1例
聖マリアンナ医科大学 消化器内科 尚原弘和

特別講演 14:00～14:50

座長 聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 立石敬介

進行肝細胞癌に対する外科治療戦略：BRの新定義をふまえて

東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科 長谷川潔先生

コーヒーブレイク 15:00～15:20

別室 5階「カンファレンスルームH」にて評議員会

総会 15:21～15:31

神奈川県消化器病医学会 会長 前田 慎

一般演題 胆膵 15:41～16:30 講演5分、質疑2分

座長 昭和大学藤が丘病院 消化器内科 野田淳

1. 膵神経内分泌癌による異所性ACTH産生症候群の1例
東海大学医学部付属病院 消化器内科 辻優美
2. 遺伝性膵炎の経過観察中に膵癌を発症した1例
聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 酒井千紘
3. 糖尿病教育入院中のスクリーニングEUSを契機に診断し得たリンパ節転移を伴う8mm膵神経内分泌腫瘍 G3の一例
横浜労災病院 消化器内科 松本彰太
4. *BRCA2* 遺伝子変異陽性膵癌の1例
北里大学医学部 消化器内科学 花岡太郎
5. 巨大な膵内動脈瘤に伴うHemosuccus pancreaticusの一例
横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 柴崎梢
6. 急性胆嚢炎に対して内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージが有用であった症例
日本医科大学武蔵小杉病院 中川里紗
7. Rotatable sphincterotomeを用いた“hooking technique”による内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ
湘南鎌倉総合病院 消化器病センター 上石英希

一般演題 肝臓 16:40～17:15 講演5分、質疑2分

座長 日本医科大学武蔵小杉病院 消化器内科 田邊智英

1. 自己免疫性肝炎から肝硬変になり、肝細胞癌が発生した一症例
たらお内科・消化器科 多羅尾和郎
2. ステロイド治療が有用であった重症アルコール性肝炎 (SAH) の1例
聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 臨床研修センター 木村遥
3. 巨大肝細胞癌に対してAtezolizumab+Bevacizumab療法が奏効し切除し得た1例
湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター 肝胆膵内科 内田陽
4. 計画的ABCコンバージョン切除を行った肝細胞癌の一例
聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 津久井充人
5. 発症前から治癒までの経過を追えたB型急性肝炎の1例
川崎市立多摩病院 消化器内科 橋本英篤

ワークショップ 胆膵内視鏡の診断・治療 17:20～17:50 講演7分、質疑3分

座長 聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科 五十嵐洋介

1. 術後膵周囲液体貯留に対する外瘻を主体とした超音波内視鏡下ドレナージ術
昭和大学藤が丘病院消化器内科 野田淳

2. 新型胆道鏡eyeMAXにより範囲診断が可能であった肝外胆管癌の一例
横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科 米井翔一郎
3. 極めて稀だが知っておくと得する先天性隣胆道疾患 -隣胆管異所性分離開口-
聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科 梅澤早織

閉会式 17:50～17:53

聖マリアンナ医科大学 消化器内科学 当番世話人 立石敬介

抄 録

特別講演

進行肝細胞癌に対する外科治療戦略：BRの新定義をふまえて

東京大学大学院医学系研究科 臓器病態外科学 肝胆膵外科

長谷川潔, 市田晃彦, 宮田明典, 西岡裕次郎, 戸田健夫, 阿部学, 千代田武大,
風見由祐, 箱田浩之, 高橋龍玄, 佐々木脩, 伊藤橋司, 早阪誠, 金子順一,
赤松延久, 河口義邦

昨今、肝細胞癌（HCC）に対する薬物療法の進歩は目覚ましい。分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬が次々に開発され、薬物同士、あるいは既存の治療法との組み合わせが試されている。一方、ウイルス肝炎のコントロールが現実化し、とくにC型肝炎由来のHCCが激減、代謝性肝障害関連HCCが増えている。今までのようにハイリスク集団を囲い込んでスクリーニング態勢を整え、早期発見・早期治療という戦略は成立せず、比較的進行した状態で見つかる初発HCCが増えている。そのような状況で薬物療法の進歩を踏まえ、どういう治療戦略がよいのか、方針の見直しが必要となっており、外科的アプローチの役割も変化している。他に有効な治療選択がなかった時代は技術的に切除可能であれば、とにかく切除していたが、十分な長期成績の見込みがあるか冷静に見極めたうえで治療方針を決めるべき時代になってきたといえる。

最近、肝臓外科の中で単に技術的に切除可能かどうかではなく、腫瘍学的に切除の意義が期待できるかどうかという視点で腫瘍条件を定義しようという試みがなされた。薬物療法をはじめ、有効な非手術治療法を切除と組み合わせ、その効果を客観的に評価するうえで、明確な定義は重要である。本発表ではHCCに対する外科治療の現状と今後の方向性につき、私見も含め紹介したい。

術後膵周囲液体貯留に対する外瘻を主体とした超音波内視鏡下ドレナージ術

昭和大学藤が丘病院消化器内科

○野田淳、高野祐一、玉井直希、山脇将貴、浅見哲史、新谷文崇、丸岡直隆、西元史哉、長濱正亞

【目的】膵切除後の膵周囲液体貯留に対する超音波内視鏡下ドレナージの有用性を明らかにする。【方法】2016年10月～2023年8月の間に術後膵周囲液体貯留に対して超音波内視鏡下ドレナージを施行した症例を後ろ向きに検討した。全例で19G針、0.025インチガイドワイヤを使用した。ステントは全例で6Fr先端ピッグテイル型ENBDチューブ、7Fr7cmダブルピッグテイル型ステントを使用し、必要に応じてカテーテル拡張器や拡張バルーンを用いた。検討項目は手技的成功率、臨床的成功率（CTフォローでの液体貯留の消失と定義）、偶発症とした。【結果】12症例が対象。年齢中央値は81.5歳（51-83）、男性10例：女性2例、原疾患は膵癌が7例、膵神経内分泌腫瘍が1例、膵管内乳頭状粘液性腫瘍が2例、胆管癌が1例、自己免疫性膵炎が1例であった。術式は膵体尾部切除術（以下DP）が9例、膵頭十二指腸切除術（以下PD）が2例、PD + DPが1例であった。使用ステントは外瘻（6Fr）が9例、内瘻（7Fr）が2例、内外瘻が1例であった。手技的成功率は100%、臨床的成功率は100%、出血や穿孔などの偶発症は0%であった。手術から内視鏡治療までの日数の中央値は14.5日（10-31）、手技時間の中央値は26.5分（13-34）、外瘻抜去までの日数の中央値は12日（7-23）、処置後の在院日数の中央値は24日（10-32）であった。【結論】外瘻を主体とした術後膵周囲液体貯留に対する超音波内視鏡下ドレナージは有用な方法と考えられた。

新型胆道鏡eyeMAXにより範囲診断が可能であった肝外胆管癌の一例

¹⁾横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科、

²⁾横浜市立大学医学部 消化器内科学

○米井翔一郎¹⁾、三輪治生¹⁾、古要優樹¹⁾、柴崎梢¹⁾、吉村勇人¹⁾、遠藤和樹¹⁾、大石梨津子¹⁾、土屋洋省¹⁾、船岡昭宏¹⁾、金子卓¹⁾、杉森一哉¹⁾、中馬誠¹⁾、沼田和司¹⁾、前田慎²⁾

72歳、男性。2020年に当院消化器外科で肝内胆管癌に対して肝S5/6亜区域切除術を施行された。2023年X月、造影CTで遠位胆管に造影増強効果を伴う腫瘤性病変を指摘され当科に紹介された。超音波内視鏡、MRCPでは、遠位胆管に長径20mmの隆起性病変を認め、遠位胆管癌が疑われたため、精査目的にERCPを施行した。胆道造影所見や管腔内超音波検査では、遠位胆管に既知の隆起性病変を認めたが、肝側に明らかな壁不整像は認めなかった。範囲診断目的に経口胆道鏡（eyeMAX 11Fr; MICRO-TECH）を挿入し肝内胆管から乳頭側に向かって観察したところ、前後区域枝分岐部、内側区域枝分岐部に限局した発赤調の不整粘膜を認めた。eyeMAXは既存の胆道鏡に比べて先端可動域と鉗子口径が大きく、適切な生検検体の採取が可能であり、左肝内胆管からの生検でadenocarcinomaが、右肝管からatypical glandular cellsが検出された。遠位胆管の腫瘤からもadenocarcinomaを検出したため、広範囲胆管癌と診断。肝予備能から外科的切除困難と判断し、全身化学療法の方針となった。胆管癌の水平方向進展度診断において、経口胆道鏡の有用性が報告されているが、肝内胆管での狙撃生検には難渋する症例も経験する。今回、新型胆道鏡であるeyeMAXが治療方針決定において有用であった症例を経験したため報告する。

極めて稀だが知っておくと得する先天性腓胆道疾患 －腓胆管異所性分離開口－

¹⁾ 聖マリアンナ医科大学 消化器・一般外科、²⁾ 聖マリアンナ医科大学 消化器内科、

³⁾ 聖マリアンナ医科大学 病理診断科

○梅澤早織¹⁾、小林慎二郎¹⁾、中原一有²⁾、井田圭亮¹⁾、土橋篤仁¹⁾、小泉哲¹⁾、
野呂瀬朋子³⁾、大池信之³⁾、立石敬介²⁾、大坪毅人¹⁾

【緒言】腓胆管異所性分離開口は極めて稀であり、報告例が少ないことから発生・病態など不明な点が多い先天性異常であり、当院で経験した2例を報告する。【症例】症例1は心窩部・背部痛で受診した50歳代女性。胆道系の内視鏡的・外科的治療歴はないものの、肝内外の胆管が高度に拡張しており、内部に air density を認めた。内視鏡で観察すると十二指腸下行脚に乳頭部は存在せず、幽門輪に小孔が2個併存した。小孔それぞれから胆管と腓管が別々に造影され、腓胆管異所性分離開口と診断した。患者希望で経過観察していたが急性胆管炎を発症し再入院、十二指腸狭窄を合併し通過障害を来たしていた。十二指腸の通過障害と、幽門輪に存在する胆管開口部からの逆行性胆道感染に対する根本治療として、腓頭十二指腸切除術（PD）を施行した。症例2は小児期より繰り返す十二指腸潰瘍の既往がある50歳代男性。十二指腸は細径内視鏡でしか通過できない程の狭窄を認め、幽門輪上に小孔が2つ併存していた。小孔それぞれから胆管と腓管が別々に造影され、腓胆管異所性分離開口と診断した。逆行性胆道感染に伴う多発肝膿瘍を合併しており、抗生剤投与による肝膿瘍の縮小を行ったのちにPDを施行した。腓胆管異所性分離開口は適格な治療が行われなければ患者のQOLが損なわれるが、非常に稀な疾患であり、疑いを持って診療されることはないと考えられ、認知されるべき疾患と考える。

経過観察中に寛解と再燃を起こした低異型度虫垂粘液性腫瘍の1例

¹⁾ 東海大学医学部付属病院消化器内科、²⁾ 東海大学医学部付属病院消化器外科

○上田孝¹⁾、出口隆造¹⁾、白滝理博¹⁾、金子元基¹⁾、森町将司¹⁾、小玉敏生¹⁾、
寺邑英里香¹⁾、大宜見崇²⁾、川西彩¹⁾、松嶋成志¹⁾、鈴木秀和¹⁾、加川建弘¹⁾

症例は71歳、女性。

胃ESD術前に施行されたCSにて虫垂が反転する形態の粘膜下腫瘍様隆起性病変が認められ、CT上では虫垂根部に12mm大の構造物の指摘を受けていたが経過観察となった。翌年のフォローCTでは同病変は消退していたが、さらに1年後のCTでは虫垂の再度腫大が認められた為、CS/EUSを施行。虫垂口より腸管内へ突出する隆起は2年前と比較して緊満し、EUSと体外式超音波では壁構造は保たれていた。内部は低エコーであったが、近接すると点状～斑状の高エコーが混在しており腫瘍内部の粘調度が高い嚢胞性病変として、腹腔鏡下虫垂盲腸切除術を施行。切除標本の病理はLAMNと診断され、術後1週間で退院した。LAMNは低悪性度腫瘍とされているが、寛解と再燃を起こした報告例は初めてであり、文献的考察をふまえて報告する。

病変範囲診断に苦慮した腺腫を合併した直腸粘膜脱症候群の一例

¹⁾ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器内科、

²⁾ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 内視鏡部、

³⁾ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 病理診断科、⁴⁾ 聖マリアンナ医科大学 消化器内科

○中谷健二郎¹⁾、黒木優一郎²⁾、見原雄貴¹⁾、得平卓也¹⁾、吉田良仁¹⁾、高橋秀明¹⁾、
松本伸行¹⁾、長宗我部基弘³⁾、有泉泰³⁾、立石敬介⁴⁾

【症例】70歳代女性。他医で以前から直腸粘膜脱症候群(以下MPS)を指摘され、定期フォロー中であった。X-1年12月の下部消化管内視鏡検査でMPS内にポリープを疑う所見があり、生検病理でMPSと腺腫成分の混在がみられた。X年4月のフォローアップ内視鏡ではポリープ様所見が前回より目立ち、生検でtraditional serrated adenoma(以下TSA)の結果であった。切除目的でX年5月に当院紹介受診となった。当院で施行した内視鏡では下部直腸右側中心に半周程の発赤調の平坦型と隆起型が混合するMPSを認めた。隆起部は過形成性変化やTSAを疑う表層所見を認めたが、びらんや白苔付着を伴っていたため、詳細観察や腫瘍の範囲診断は困難であった。当院の生検病理でも隆起部は低異型度から高異型度腺腫やSSA/P with dysplasiaと、MPSに伴う反応性異型との鑑別が困難という結果であったため、診断的治療目的でMPS部分とともにESDによる一括切除を施行した。半周程の切除検体中、隆起部に低異型度腺腫が認められたが、それ以外の部位はMPSのみで腫瘍成分は認めなかった。今回われわれは、範囲診断に苦慮した腺腫を合併した直腸粘膜脱症候群の症例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

腸管洗浄剤が診断の端緒となった日本海裂頭条虫症の一例

¹⁾ 独立行政法人地域医療推進機構 横浜保土ヶ谷中央病院、²⁾ 横浜市立大学附属病院消化器内科

○岡田航平¹⁾、日下恵理子¹⁾、西脇友紀¹⁾、渡部衛¹⁾、桑島拓史¹⁾、前田愼²⁾

【症例】22歳男性。排便時に索状物が排出され自己にて引き出したところ途中で断裂した。近医で条虫症を疑われ当院を紹介された。その後索状物の排出はなく、便の虫卵検査を行ったが陰性であり日本海裂頭条虫と有鉤条虫との鑑別がつかなかった。有鉤条虫症ではプラジカンテルによる駆虫を行うと有鉤囊虫症を引き起こすことがあるため、ガストログラフィン法による駆虫を試みた。しかし、虫体を疑う透亮像は指摘できず、虫体の排泄も得られなかった。下部消化管内視鏡検査目的に腸管洗浄剤を内服したところ、虫体が排出されたため、患者本人が一部を切離し水道水に浸漬して持参した。その浸漬液を遠心分離して行った虫卵検査で日本海裂頭条虫症と診断し得たため、プラジカンテルによる駆虫を行い、頭部を含めた虫体の排泄を確認した。

【考察】

条虫症の治療法を選択する上で、日本海裂頭条虫と有鉤条虫との鑑別が必要である。鑑別がつかなかった場合、ガストログラフィン法による診断的治療を行うが、本症例では排出されず診断に至らなかった。腸管洗浄剤使用により虫体排出を認め、その浸漬液から虫卵を検出し日本海裂頭条虫症の診断に至った。我々が検索した限り、腸管洗浄剤の内服が条虫症の診断に寄与した報告はない。腸管洗浄剤が診断の端緒となった日本海裂頭条虫症の一例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

EUS-FNBで診断した肺扁平上皮癌の一例

済生会横浜市南部病院 消化器内科

○池澤百合花、石井寛裕、佐久間大樹、尾崎裕理、小俣亜梨沙、永島愛一、石野勇康、土屋祐介、榎本昌人、黒澤貴志、京里佳、所知加子、菱木智、川名一郎

【症例】66歳、男性**【主訴】**背部痛**【現病歴】**肺線維症のため前医通院していた。X年5月から背部痛が出現し胸部CTを撮影したところ右肺下葉に腫瘤影と縦隔のリンパ節腫大を認め、精査目的に6月2日に当院呼吸器内科を受診した。6月5日にエコーガイド下経皮的肺腫瘍生検を行なった。病理所見は壊死組織がほとんどで、肺癌を疑わせる悪性細胞は認めなかった。壊死組織が多く、肺腫瘍の鑑別に肺結核が挙げられた。確定診断のため食道に接した腫大リンパ節からの生検を行う方針となり消化器内科併診となった。**【入院後経過】**6月15日に空気感染予防下に超音波内視鏡下穿刺吸引法（endoscopic ultrasound guided fine needle biopsy, 以下EUS-FNB）を施行し3回穿刺生検を行った。その後は出血や感染などの合併症なく経過し6月16日に退院した。病理結果は扁平上皮癌であった。PET-CTを撮影すると元々指摘されていた右下葉腫瘍へのFDG集積を認め、こちらが原発巣と考えられた。右下葉肺扁平上皮癌（cT2bN3M0, cStage IIIB）の確定診断となり呼吸器内科で化学療法導入の方針となった。**【考察】**縦隔リンパ節転移を伴う肺癌の診断にEUS-FNBが有用であった症例を経験したため文献的考察を交えて報告する。

バレット食道腺癌に神経内分泌癌が混在していた1例

¹⁾ 北里大学医学部消化器内科学、²⁾ 北里大学病院病理部

○赤嶺直哉¹⁾、草野央¹⁾、石戸謙次¹⁾、古江康明¹⁾、和田拓也¹⁾、渡辺晃識¹⁾、北原言¹⁾、高橋博之²⁾

80代男性。糖尿病の悪化、体重減少(3kg/2ヶ月間)を認め、20XX年当院に紹介受診された。悪性腫瘍の精査目的で上部消化管内視鏡検査を施行したところ、バレット上皮を背景として食道胃接合部3時方向に約15mmの発赤調の隆起性病変を認めた。内視鏡診断では腫瘍性病変と判断され、生検結果は高分化型管状腺癌(tub1)の診断であった。CT検査上、明らかな転移を認めず、バレット食道腺癌、EG、Type0-IIa、15mm、cT1aと診断し、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)が施行された。病理組織学的所見は、バレット食道粘膜を背景に隆起部分に一致して粘膜上皮から粘膜固有層、一部粘膜筋板にかけて不整な管状構造を示して増殖するtub1>tub2成分を認めた。また、その深部にある粘膜固有層から粘膜筋板にかけてN/C比の高い異型細胞が充実性に密に増殖する像が認められ、充実成分はChromograninA陽性、Synaptophysin陽性、MIB-I index20-30%、核分裂像2-3個/HPFから神経内分泌癌(NEC)と診断された。NEC成分は全体の1-2割程度であったため、NEC成分を有するバレット食道腺癌、EG、Type0-IIa、13×9mm、pT1a-DMM、ly0、v0、pHM0、pVM0と最終診断された。ESDに伴う偶発症はなく退院され、年齢や患者、ご家族の意見を考慮し、追加手術や術後補助化学療法を行わず、慎重に経過観察する方針となった。ESD施行後2年3ヶ月経過しているが、転移再発なく、生存している。

腸管ベーチェット病治療中に発症した肺及び肝脾膿瘍を伴ったNocardia敗血症の一例

¹⁾ 北里大学医学部消化器内科学、²⁾ 北里大学医学部新世紀医療開発センター

○須藤理佐子¹⁾、別當朋広¹⁾、原田洋平¹⁾、伊藤隆士¹⁾、堀井敏喜¹⁾、金澤潤¹⁾、池原久朝¹⁾、横山薫¹⁾、小林清典²⁾、草野央¹⁾

【症例】52歳女性。【現病歴】30歳代よりベーチェット病の診断でステロイド加療をされておりX-7年頃から下痢症を契機に腸管ベーチェット病の診断でインフリキシマブ(IFX)とアザチオプリン(AZA)にて加療されていた。難治性下痢症と腹痛のため経口摂取困難となりX年2月にCVポート造設した。X年6月にIFX投与し、6週後に発熱を主訴に当院を受診し、白血球数24000/ μ L、CRP27.28mg/dL及び肝、腎機能異常を認め、胸部単純CTで左上葉に12mm大の空洞性結節影と両肺に散在する小結節影を認め、CVポートを侵入門戸とした真菌又は放線菌感染による敗血症性肺塞栓症が疑われ同日入院となった。【経過】入院第1病日にポート抜去後しTEIC、MEPM、MCFGで治療開始したが、第2病日に敗血症性ショックとなりGICUに入室した。肝機能増悪のため第3病日に腹部造影CTを施行すると、多発微小肝脾膿瘍及び脾静脈血栓を認めた。入院時の血液培養よりノカルジア属が検出されノカルジア感染による敗血症の診断となりST合剤を追加したが、第6病日に薬剤性膀胱炎の疑いで中止した。第9病日よりMEPMをIPM/CSに変更し第21病日の胸腹部造影CTでは肺結節性病変及び肝脾膿瘍縮小と膀胱炎の改善を認めた。【考察】IFX、AZA及びステロイドによる腸管ベーチェット治療中に併発したノカルジア感染症の一例を経験した。肺病変及び肝脾膿瘍を伴ったノカルジア症の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

ESD後6年目に縦隔リンパ節転移を来した壁深達度LPM食道癌の1例

聖マリアンナ医科大学 消化器内科

○尚原弘和、清川博史、朝倉佳緒麗、小松拓実、関根章裕、中本悠輔、加藤正樹、服部美紀、佐藤義典、前畑忠輝、安田宏、立石敬介

【症例】68歳，男性【既往歴】腹部大動脈瘤【常用薬】なし【生活歴】飲酒歴：ビール1200mL/日，喫煙歴：なし【アレルギー歴】なし【起始経過】20XX年7月スクリーニング目的で施行された上部消化管内視鏡で，胸部中部食道に45mm大0-IIa型食道癌が指摘されたため当院へ紹介受診となった．造影CTでは転移を認めなかったため，20XX年9月にESDを施行した．病理診断結果は，SCC (squamous cell carcinoma) で，pT1a-LPM, INFa, ly0, v0, pHM0, pVM0であり，術後は無治療で経過観察していた．20XX+6年4月嗄声を認め，当院耳鼻咽喉科で左声帯麻痺と診断された．CTにて大動脈弓下に不整形腫瘍が出現しており，PET-CTで同部位に集積が認められたため，20XX年6月に同病変に対してEUS-FNAを施行した．病理組織学的にはSCCであり，食道癌のリンパ節転移の所見に合致していたため，食道癌の縦隔リンパ節転移と診断した．造影MRIにて転移リンパ節が気管に密接しており浸潤の可能性が考慮されたため，根治的CRT (chemoradiotherapy) を行う方針となった．20XX年7月よりCRTを開始し，現在経過観察中である．【考察】壁深達度EP, LPMの食道癌においてリンパ節転移はまれである．本症例は縦隔リンパ節転移に伴う反回神経麻痺による嗄声が診断契機となり，EUS-FNAによる診断が有用であった．今回我々はESD後6年目に縦隔リンパ節転移を来した壁深達度LPM食道癌の1例を経験したため，文献的考察を加えて報告する．

膵神経内分泌癌による異所性ACTH産生症候群の1例

¹⁾ 東海大学医学部付属病院 消化器内科、²⁾ 東海大学医学部付属病院 病理診断科

○辻優美¹⁾、川西彩¹⁾、森貴裕¹⁾、森町将司¹⁾、小玉敏生¹⁾、出口隆造¹⁾、中村直哉²⁾、鈴木秀和¹⁾、松嶋成志¹⁾、加川建弘¹⁾

症例は55歳、女性。2021年4月より顔面と下腿の浮腫を自覚し、近医を受診。血液検査にてTSH:0.26 μ IU/ml、FT3:0.97pg/ml、FT4:0.84ng/dl、K値:2.5mEq/Lが認められた為、精査加療目的で当院へ紹介。血液検査上ACTH:387 pg/ml、cortisol:36 μ g/dlであり、頭部MRIで下垂体を含め明らかな異常が認められないことから、異所性内分泌産生腫瘍の存在が考えられた。腹部超音波検査において、膵尾部に37mm大の境界が比較的明瞭な類円形の腫瘍と肝内に多発する転移巣が認められ、造影CT検査でも膵尾部で造影効果に乏しい腫瘍、肝内にリング状増強効果を呈する多発性腫瘍として描出された。画像所見上、膵神経内分泌腫瘍(PNEN)を念頭にEUS-FNAを施行。FNAで得られた組織標本では、HE染色では濃染核腫大を有するN/C比の高い腫瘍細胞が密に増殖していた。また、免疫組織化学では、ACTHはわずかに染色される程度であったが、Synaptophysin、Chromogranin A、CD56、INSM1が陽性、Ki67:60%の結果であった。病理組織所見から膵神経内分泌癌(NEC)、多発肝転移の確定診断に至った。一次化学療法として、EP療法(Etoposide、Cisplatin)を開始。治療開始後の画像において原発巣の縮小はみられなかったが、肝転移巣の縮小効果が認められACTH値も正常範囲内となった。異所性ACTH産生型膵NECの報告は非常に稀であり、若干の文献的考察を交えて報告する。

遺伝性膵炎の経過観察中に膵癌を発症した1例

聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科

○酒井千紘、薩田祐輔、石田潤、関根章裕、五十嵐洋介、中原一有、立石敬介

症例は52歳、女性。遺伝性膵炎および膵性糖尿病に対し外来通院加療中であったが、経過中に尿の濃染、眼球結膜および皮膚の黄染を自覚し受診した。既往歴にカチオニックトリプシノーゲン(PRSSI)遺伝子変異による遺伝性膵炎、膵性糖尿病があり、家族歴は母方の祖母が膵癌、母、叔母、姉、兄が慢性膵炎であった。血液検査にてT-Bil 11.3mg/dL、D-Bil 7.6mg/dL、AST 110U/L、ALT 112U/L、 γ -GTP 1699U/Lと肝胆道系酵素の上昇およびCA19-9 62.5U/ml、SPan-1 40U/mlと腫瘍マーカーの上昇を認めた。腹部造影CTでは、膵頭部に低吸収腫瘍を認め、腫瘍の尾側主膵管および肝側胆管の拡張を認めた。また、膵実質は全体に萎縮し、びまん性に石灰化認めた。以上より、慢性膵炎に合併した膵頭部癌の疑いにて入院となった。膵頭部腫瘍に対してEUS-FNAを施行し、adenocarcinomaと診断した。内視鏡的経乳頭胆管ドレナージにて減黄後、術前化学療法を施行し、膵全摘術を行った。しかし、術後6ヶ月で肝転移再発をきたし、現在外来にて化学療法施行中である。遺伝性膵炎は遺伝により血縁者に慢性膵炎が多発する稀な疾患であり、本邦の患者数は300-500人程度と推定されている。遺伝性膵炎では膵癌罹患リスクが一般人口の53-87倍と報告され、慎重な経過観察が必要となるが、今回われわれは経過観察中に膵癌を発症し切除したが早期再発をきたした遺伝性膵炎の一例を経験したので報告する。

糖尿病教育入院中のスクリーニングEUSを契機に診断し得たリンパ節転移を伴う8mm膵神経内分泌腫瘍 G3の一例

横浜労災病院 消化器内科

○松本彰太、高柳卓矢、悦田咲季子、能中理紗子、上野航大、利井辰光、伏見光、西上堅太郎、佐野誠、枇杷田裕佑、稲垣淳太、春日範樹、岡田直也、内山詩織、関野雄典、永瀬肇

症例は69歳女性。糖尿病教育入院中に施行したスクリーニング目的のEUSで、膵頭部に6.0 mmの低エコー腫瘤を偶発的に認め、造影EUSでは乏血性を示した。Dynamic CTでは同定出来ず、MRIではT1WIにて低信号、DWIにて高信号の結節として描出された。同腫瘤に対して超音波内視鏡下穿刺吸引生検を施行した。類円形核を有する腫瘍細胞が索状に配列し、免疫組織学的にChromogranin A・Synaptophysin陽性、Ki-67 index 15%程度であり、p-NEN G2と診断した。病期をT1N0M0 Stage I (UICC) と判断し、リンパ節郭清を含む尾側膵重全摘+脾臓合併切除術を施行した。手術標本では腫瘍径8mmで、Ki-67 indexが50%と術前診断よりも高値であったが、高分化型の腫瘍でありp-NEN G3と判断し、またリンパ節転移を認め、最終診断はT1N1M0 Stage IIIとした。

近年、画像診断の向上により、比較的小さな非機能性p-NENが発見される頻度が高まっており、その検出能はEUSがCT、MRIを凌駕するとされる。また、10mm未満ないし20mm未満のlow gradeな非機能性p-NENは、経過観察も可能とされる報告が増加している。今回我々は、EUSを契機に診断し得た10mm未満でありながらリンパ節転移を来した非機能性p-NEN (G3) を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

BRCA2遺伝子変異陽性膵癌の1例

北里大学医学部 消化器内科学

○花岡太郎、奥脇興介、岡田俊二、岩井知久、渡辺真郁、安達快、石崎純郎、木田光広、草野央

【症例】54歳男性。体重減少と糖尿病増悪に対する精査のためX年Y月当院を紹介受診した。造影CTで膵鉤部に尾側主膵管の拡張を伴う24mm大の乏血性腫瘤を認め、膵癌が疑われた。EUS-FNAを施行しadenocarcinomaと診断した。画像所見では切除可能膵癌と考えられたが、CA19-9の異常高値(6423 U/mL)のため切除不能膵癌に準じてmodified FOLFIRINOX療法を開始した。8コース施行後、原発巣の縮小とCA19-9の陰性化が得られたためconversion surgeryとして、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。S-1による術後補助化学療法終了後、術後9ヶ月後のCTで門脈周囲のリンパ節再発を認めた。gemcitabine + nab-paclitaxel療法を導入したが、同時期に行ったBRCA AnalysisでBRCA2遺伝子変異陽性が判明したため、オラパリブへレジメン変更した。オラパリブ導入2カ月後のCTでは再発巣の縮小が得られたが、その後肝臓に新規転移巣が出現した。

【考察】生殖細胞系列BRCA 遺伝子変異陽性の切除不能膵癌はプラチナ系薬物療法の有効性が知られており、さらに維持療法としてオラパリブの有用性も報告されている。自験例では、BRCA 遺伝子変異陽性膵癌に対してプラチナ系薬物療法が奏功し、conversion surgeryに至ったが、術後再発に対して導入したオラパリブでは長期の奏功は得られなかった。自験例について若干の文献的考察を踏まえて報告する。

巨大な膵内動脈瘤に伴う Hemosuccus pancreaticus の一例

¹⁾横浜市立大学附属市民総合医療センター 消化器病センター内科、

²⁾横浜市立大学医学部 消化器内科学

○柴崎梢¹⁾、三輪治生¹⁾、古要優樹¹⁾、米井翔一郎¹⁾、吉村勇人¹⁾、遠藤和樹¹⁾、大石梨津子¹⁾、土屋洋省¹⁾、船岡昭宏¹⁾、金子卓¹⁾、杉森一哉¹⁾、中馬誠¹⁾、沼田和司¹⁾、前田愼²⁾

68歳，女性。2018年7月腹痛を主訴に近医受診。黒色便を認めたと、上下部内視鏡検査では出血源を認めなかった。同月Hb 4.8g/dLと高度貧血を認め、造影CTを施行。膵頭部の石灰化と、嚢状に拡張した尾側膵管内に5cm大の動脈瘤を認めたため、当院へ救急搬送された。来院時バイタルサインは安定しており、活動性出血は否定的であったため、第2病日に腹部血管造影検査を施行した。脾動脈からの造影で膵内の動脈瘤を認め、コイル塞栓術を施行し、腹部超音波検査で血流の消失を確認した。閉塞性膵炎に伴う仮性動脈と考え、膵管ドレナージ目的に、第7病日にERCPを施行した。Wirsung管は膵石嵌頓により通過が困難であったため、副乳頭から膵管挿管を行ない、膵頭体移行部の狭窄に対して膵管ステントを留置した。ステントからの排液は血性であり貧血の原因は動脈瘤破裂に伴うHemosuccus pancreaticusと診断した。後日、体外衝撃波結石破碎術を施行し、膵管ステントを抜去。以後、動脈瘤の再発を認めず経過観察している。

Hemosuccus pancreaticusは、膵仮性嚢胞出血や脾動脈瘤破裂などによる出血が膵管を經由し消化管内に流出する極めて稀な病態である。今回、血管塞栓術と内視鏡的膵管ステント留置術により治療し得た症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

急性胆嚢炎に対して内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージが有用であった症例

日本医科大学武蔵小杉病院

○中川里紗、中村拳、阿川周平、田邊智英、植木信江、二神生爾

急性胆嚢炎に対する治療は外科的手術治療や経皮経肝胆嚢ドレナージが選択されるが、全身状態や併存疾患などが理由でこれらの治療が困難なこともしばしば経験する。内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ(ETGBD)の成功率は高くないものの、今回我々の施設からETGBDが有用であった2症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

【症例1】60歳代男性【主訴】腹痛【経過】総胆管結石性胆管炎、結石性膵炎および敗血症性ショック、急性心不全、敗血症性ショックに伴う急性腎障害と診断。内視鏡的胆管ドレナージに加え、持続的血液濾過透析法を含めた集中治療を行っていた。治療経過中に急性胆嚢炎も併発し、全身状態から手術治療は困難と考えられ、内視鏡的胆嚢ステント留置術(EGBS)を施行した。術後経過は良好で第33病日に自宅退院となった。

【症例2】80歳代男性【主訴】腹痛【経過】総胆管結石に対するEST治療の既往がある。胆嚢内に結石を認めていたが手術は行わず経過観察の方針となっていた。今回、急性結石性胆嚢炎と診断するも同時に腹水貯留と多発肝細胞癌を疑う所見を認めた。全身状態および併存疾患からETGBDの適応と考え、EGBSを施行した。

Rotatable sphincterotomeを用いた“hooking technique”による内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ

湘南鎌倉総合病院 消化器病センター

○上石英希、小泉一也、増田作栄、木村かれん、地主龍平

【症例1】78歳男性。腹痛で受診され急性胆嚢炎の診断となったが、狭心症治療後でアスピリン服用中のため内視鏡的経乳頭的胆嚢ドレナージ (ETGBD) の方針とした。胆嚢管へのガイドワイヤー (GW) 挿入は可能であったが、胆嚢内への挿入ならびにカテーテル追従を試みるも、胆嚢管が垂直に分岐しておりGWが逸脱するため困難であった。そのため通常のGW先行による胆嚢管挿管ではなく、rotatable sphincterotomeを用いて先端の角度の調整と回転を行ないながら胆管内で上下させることでGWに先行してsphincterotomeの先端を胆嚢管起始部に挿入する“hooking technique”を行なった。その後胆嚢内へのGW挿入は容易となり、7Frダブルピッグテール型ステント (DPS) を留置した。【症例2】90歳女性。右下腹部痛で受診され急性胆嚢炎の診断となった。全身状態から緊急手術ではなくETGBDの方針とした。胆嚢管は下向きに走行しておりGWが弾けて胆嚢管挿管困難であったため、rotatable sphincterotomeに交換して胆嚢管起始部に“hooking technique”で挿管後に7FrDPSを留置した。【結語】胆嚢管から胆嚢へのGW挿入が困難な症例において、rotatable sphincterotomeによる“hooking technique”が有用な例がある。

自己免疫性肝炎から肝硬変になり、肝細胞癌が発生した一症例

¹⁾ たらお内科・消化器科、²⁾ 神奈川県立がんセンター 消化器内科、³⁾ 子安脳神経外科クリニック

○多羅尾和郎¹⁾、森本学²⁾、大川伸一²⁾、子安英樹³⁾

種々の肝疾患における肝硬変症からの肝癌発生率は、われわれが世界の英文論文から meta analysis によって検索した結果では、HCV 肝硬変症では 4.81%/year、HBV 肝硬変症では 3.23%/year、アルコール肝硬変症では 2.06%、PBC 肝硬変症では 1.79% であったのに対し、autoimmune 肝硬変症ではわずかに 0.53% と極めて低率であった。近年われわれは AIH から肝硬変症となり、そこから肝細胞癌になった一例を経験したので報告する。症例は 68 才女性で、某医で ANA 陽性のため AIH と診断され、2010 年 5 月当科に紹介され来院した。当科での血液所見では HBs 抗原 陰性、HCV 抗体 陰性、免疫グロブリン G 2471mg/dl、ANA 40 倍以上であった。6 月 10 日の MRI では T1 では high、T2 では low の多数の再生結節が認められ、脾は腫大していた。2010 年 12 月の MRI で S4 の肝門部に淡い T2 で高信号を示す HCC が出現し、HCC として神奈川県立がんセンターに紹介した。TACE+PEIT で治療された、2012 年 10 月に再発して再び TACE を施行されたが、2016 年 8 月に肝不全にて死亡した。

ステロイド治療が有用であった重症アルコール性肝炎 (SAH) の 1 例

¹⁾ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 臨床研修センター、

²⁾ 聖マリアンナ医科大学横浜市西部病院 消化器内科

○木村遥¹⁾、得平卓也²⁾、中谷健二郎²⁾、見原雄貴²⁾、吉田良仁²⁾、黒木優一郎²⁾、高橋秀明²⁾、松本伸行²⁾

症例：30 歳代男性。会社同僚に皮膚黄染を指摘され、2022 年 X 月 Y 日に当院紹介受診。血液検査で、総 Bil 25.3mg/dL、直接 Bil 19.9mg/dL、AST 495U/L、ALT 121U/L、LDH 631U/L、 γ -GTP 1248 U/L、Alb 2.5g/dL、PT 51% と肝合成能低下を伴う高度肝機能障害を認めた。腹部超音波検査や腹部単純 CT 検査では肝腫大、脾腫、少量腹水を認め、また、高度脂肪肝及び肝硬変が背景にある可能性も示唆された。元々毎日ウイスキー水割りを 4-5 杯飲む常習飲酒家で、1 か月前より飲酒量の増加あり、アルコール性脂肪肝・肝硬変を背景に、急性アルコール性肝炎を発症したと判断した。Japan Alcoholic Hepatitis Score (JAS) は 9 点 (中等症) であり、禁酒、安静、肝庇護で経過をみたが、Cre が上昇し、JAS 10 点 (重症) に移行することが予測された。また、Maddrey Discriminant Function (mDF) も 51 であり SAH と判断し PSL 40mg/日を開始した。1 週間後の Lille model は 0.14 で PSL の反応ありと判断し、1 週間毎に漸減し、再燃無く経過した。考察：SAH は禁酒を行っても肝腫大が遷延し、肝性脳症や肺炎、急性腎不全、消化管出血、エンドトキシン血症などを発症する予後不良な病態である。治療はステロイドや血漿交換、血液濾過透析、顆粒球吸着療法などを用いるが、難渋することも多く、また、肝移植も直近の飲酒歴から適応外と判断されることが多い。今回、ステロイド治療が有用であった SAH を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

巨大肝細胞癌に対してAtezolizumab+Bevacizumab療法が奏効し 切除し得た1例

¹⁾ 湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター 肝胆膵内科、

²⁾ 湘南藤沢徳洲会病院 肝胆膵・消化器病センター 外科

○内田陽¹⁾、津田享志¹⁾、仲道汐里¹⁾、清水実¹⁾、藤川智章¹⁾、清水弘仁¹⁾、種村宏之²⁾、
中崎晴弘²⁾、岩渕省吾¹⁾

【背景・目的】 切除不能な肝細胞癌に対して全身化学療法を行い、腫瘍縮小効果が得られ、TACEや手術などConversion therapyを行うことでより腫瘍制御されて有用であるとされる報告がなされるようになってきている。今回当院にてBCLC-Cの肝細胞癌症例にAtezolizumab+Bevacizumab療法を行い、腫瘍縮小が得られconversion surgeryを施行し得た症例を経験したので報告する。【症例】 症例は70歳の男性。2ヶ月前からの食欲不振を主訴に受診。既往歴：2型糖尿病、高血圧。造影CT検査にて肝左葉外側区に、Vp3の門脈腫瘍栓を伴う140mm大の肝細胞癌を認めた。また両肺や後腹膜に転移と思われる結節を認めた。AFP：15.4ng/mL、PIVKA-II：2697.71mAU/mL。背景肝：nonBnonC。Child-Pugh A、mALBI：Grade1。Atezolizumab+Bevacizumab療法を開始。8コース目以降は蛋白尿が持続するためAtezolizumab単剤を継続した。外側区の腫瘍径が75mmに縮小しPRの奏効が得られ、AFP：12.4ng/mL、PIVKA-II：714.91mAU/mLと低下した。PET-CT検査にて転移性病変へのFDGの集積を認めなかった。門脈腫瘍栓は依然Vp3であったが、技術的に切除可能と判断し、12コース施行、休薬1ヶ月後に尾状葉・門脈合併切除を伴う拡大左葉切除術を施行した。経過良好で術後8日目に退院となった。【考察】 切除不能な肝細胞癌に対して全身化学療法が奏効し切除可能となった場合、適切な時期に外科的治療の介入を検討するべきだと思われる。

計画的ABCコンバージョン切除を行った肝細胞癌の一例

¹⁾ 聖マリアンナ医科大学病院 消化器内科、²⁾ 聖マリアンナ医科大学病院 消化器・一般外科

○津久井充人¹⁾、渡邊綱正¹⁾、鈴木達也¹⁾、薩田洋輔¹⁾、井田圭亮²⁾、服部伸洋¹⁾、
小泉哲²⁾、立石敬介¹⁾

【症例】 70歳代男性【既往歴】 アルコール性肝硬変、脳梗塞【現病歴】 急性期脳梗塞のため搬送された前医の腹部CT検査で肝腫瘍を指摘され、精査加療のため紹介となった。【経過】 造影CT検査にて肝右葉前区域を主座とする単発13cm大の単純結節型肝細胞癌を認めた。残肝機能は問題なく肝中央2区域切除を計画したが、中肝静脈と右肝静脈、さらに前区域グリソンが腫瘍と接し圧排を受けていたことから、手術時の安全性向上を期待し全身薬物療法を先行した。技術的切除不能例のため、肝機能を維持しつつ腫瘍縮小効果を期待しアテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法(ATZ+BV)を選択した。ATZ+BVを2コース施行後の造影CT検査で腫瘍血流の減少かつ腫瘍サイズの縮小が確認でき、肝切除境界となる中肝静脈とグリソン鞘における腫瘍の圧排が減少したと判断し、ATZ+BV開始8週間後(最終3コース目はATZ単剤投与)に肝中央2区域切除を施行した。【考案】 近年、全身薬物療法の進歩により肝細胞癌の治療成績は向上し、さらに先行する薬物療法の後に根治手術が可能となるコンバージョン症例も報告され始めている。今回は、肝切除手術がボーダーラインの肝細胞癌に対し、免疫チェックポイント阻害薬の先行によって根治的切除術の手術安全性が向上したと考える症例を経験したため報告する。

発症前から治癒までの経過を追えたB型急性肝炎の1例

¹⁾川崎市立多摩病院 消化器内科、²⁾長瀬クリニック、³⁾川崎市立多摩病院 総合診療内科、
⁴⁾聖マリアンナ医科大学 消化器内科

○橋本英篤¹⁾、松永光太郎¹⁾、青山夏海¹⁾、中村紗里香¹⁾、黄世揚¹⁾、長瀬良彦²⁾、
奥瀬千晃³⁾、立石敬介⁴⁾

症例は30歳代の女性。HBVキャリア（genotype C）で定期通院中の男性パートナーがX-1年10月に避妊具なしでの性交渉があったと主治医に相談しX-1年12月に同院を受診した。肝酵素は正常値だがHBs抗原 0.137 IU/mL、HBV DNA 2.9 LogIU/mLとHBV感染が確認されたためX年1月に紹介受診となった。当院初診時、AST 18 U/L、ALT 13 U/Lと肝酵素は依然正常値であったがHBs抗原 150 IU/mL以上、HBV DNA 4.9 LogIU/mLと増加していた。HBe抗原は陽性でHBV genotypeはCであった。IgM型HBc抗体は未測定であったが、性交渉歴やHBs抗原/HBV DNAの推移から初感染が示唆され、肝炎発症を予測し追跡を開始した。当院初診から4週後にAST 155 U/L、ALT 210 U/L、HBV DNA 7.4 LogIU/mLとB型急性肝炎(AHB)と考えられる病態を呈した。7週後にAST 564 U/L、ALT 886 U/Lと肝炎がピークを迎えた時点でHBV DNAは3.0 LogIU/mLと減少しており、以後病勢は沈静化を認め、11週後にはHBe抗体が陽転化した。28週後のX年7月にはHBs抗体が出現しHBVの排除に至った。

HBVキャリアであるパートナーからの申告により経過の全容を捉えることができたAHBと推測される1例を経験した。小児に対するHBワクチンの定期接種が開始され小児期の水平感染の減少が期待される一方で、性感染症としてのAHBが依然蔓延している。青年期・成人期におけるワクチン接種や避妊具の使用などの感染予防策の啓蒙を継続することが重要である。