

第70回
神奈川県消化器病研究会
プログラム・抄録集

〔日時〕 令和8年7月4日（土）
13時30分～17時15分

〔場所〕 TKP ガーデンシティ PREMIUM
横浜ランドマークタワー
「バンケットルーム A」
横浜市西区みなとみらい 2-2-1 25F
Tel : 045-224-2200
(みなとみらい駅、桜木町駅から徒歩5分)

世話人 JA 神奈川厚生連 伊勢原協同病院
消化器内科 部長
山本 創

共催 神奈川県消化器病医学会
EA ファーマ株式会社

令和8年6月吉日

会長挨拶

神奈川県消化器病医学会 会長 長濱 正亞

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あり、今年で創立64年です。

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を中心に県内を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。

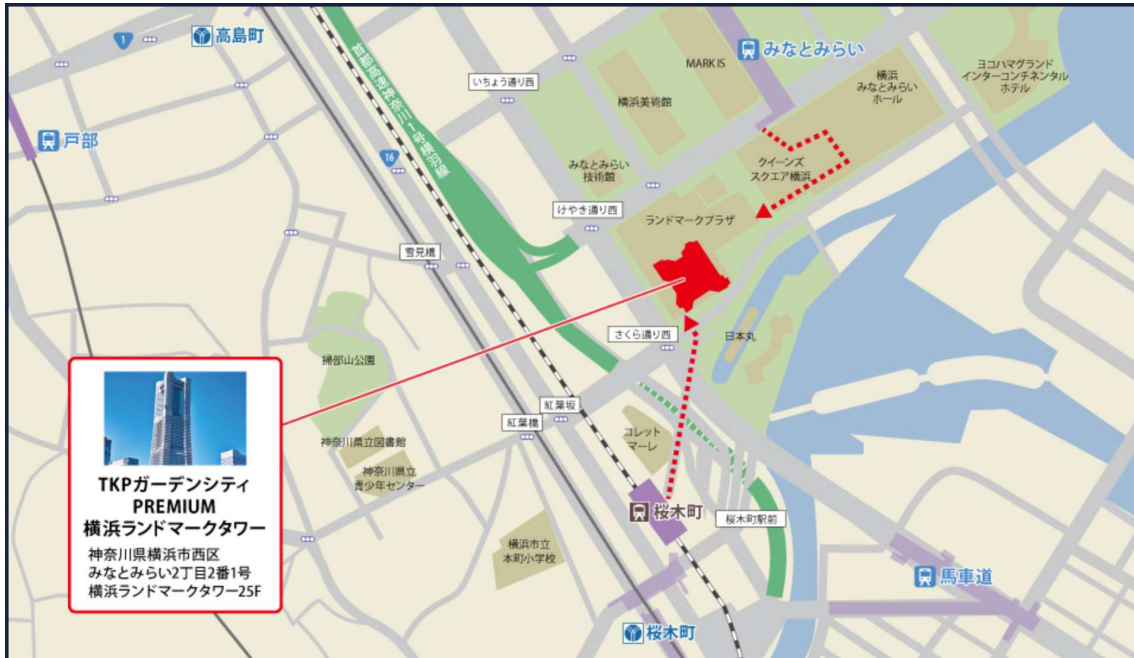
第70回神奈川県消化器病研究会は伊勢原協同病院 山本創先生に当番世話人をお願い致しました。一般演題が12題で、特別講演は多田 智裕先生（ジェイズ胃腸内視鏡・肛門クリニック 名誉理事長 株式会社 AI メディカルサービス 代表取締役）に「大腸内視鏡検査における AI 活用の最前線と今後の展望」についてお話をさせていただくことになりました。近年 AI 活用が進歩している大腸内視鏡検査のこれまでの経緯や現状について詳しく聞くことのできる貴重な機会を楽しみにしております。

また、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るとともに若手医師の育成の場にもなっており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

案内図

TKP ガーデンシティ PREMIUM 横浜ランドマークタワーのご案内



- 〔交通〕
- ・みなとみらい線 みなとみらい駅
ランドマークタワー・クイーンズスクエア方面改札口 徒歩5分
 - ・桜木町駅（JR・市営地下鉄）から動く歩道で徒歩5分

〈会員の皆様へのご連絡〉

- 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ください。
- 年会費未納の方、当日受付にてお取め下さい。

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

- 0：最新のトピックその他 1単位
- 73：慢性疾患・複合疾患の管理 1単位
- 53：腹痛 0.5単位

〈演題発表に関するご注意、休憩時のご案内〉

- 1) 一般演題の講演時間 5 分、追加討論 2 分、合計 7 分とします。
- 2) 発表は全てパソコンを使用しての形式といたします。つきましては、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。
- 3) 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及び USB メモリをお持ちください。

【パソコン仕様上の注意事項】

1. パソコンについての確認事項
 - ・会場にはWindows パソコンを準備いたします。
 - ・Mac(Macintosh)パソコンの場合はパソコン本体をお持ちください。
 - ・XGA 以上の解像度を外部出力可能な機種をお持ち下さい。
 - ・バッテリーが付いている事を確認してください。(要充電)
 - ・お持ち込みの機種専用のAC アダプタ(電源コード)をお持ちください。
 - ・本体に外部ディスプレイ出力用端子(アナログD-sub ミニ15 ピンRGB 端子)が付いている機種をお持ち下さい。または、外部接続用の変換ケーブルをお持ち下さい。
 - ・発表する資料は全て(動画のリンクも含め)すぐわかる位置に保存してある事を確認して下さい。
 - ・「時間が来たらシャットダウン」など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などの設定もお切り下さい。
 - ・オペレーター席でパソコンの再起動が必要になる場合がありますので、パソコン立ち上げ時にpassword の入力が必要な場合は、予めその設定を解除しておくか、PC オペレーターにその旨ご教示下さい。
2. 表データ作成条件(作成後、他のパソコンにて動作確認を行って下さい。)
 - ・画面サイズ: XGA (1,024×768)
 - ・アプリケーション: Windows XP 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)
 - ・メディアはUSB メモリに記録してご持参下さい。
3. パソコンの確認には時間がかかりますので発表の30 分前にはパソコン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致します。尚、講演の内容が抄録と異なる場合は、7月4日（土）迄に再度ご提出下さい。

提出先：〒220-0012 神奈川県横浜市西区みなとみらい3丁目6-3

MMパークビル6F

事務局 EAファーマ株式会社 首都圏OCU 神奈川エリア 永田 大輝 宛

Tel: 080-6133-8137 FAX: 045-683-2550

daiki_nagata@eapharma.co.jp

- 5) 14：20～15：00 コーヒーブレイク時に別室（カンファレンスルームC）にて評議員会を開催致します。評議員の先生方にご出席下さるようお願い致します。

また、コーヒーブレイク時にお飲物をご用意致します。

（なお、国公立等の施設にご所属の先生方におかれましては、事前にご所属施設の規則等をご確認の上、ご対応いただきますようお願い申し上げます。）

開会挨拶（13:30～13:35）

JA神奈川県厚生連 伊勢原協同病院 消化器内科 部長 山本 創 先生

一般演題：セッション I（13：35～14：17）

座長 独立行政法人 地域医療推進機構 相模野病院 消化器内科
消化器病センター内科部長 松本 高明 先生

コーヒーブレイク（14：20～15：00）

≪14:30 より別室（カンファレンスルームC）にて評議員会≫

総会・会長挨拶（15：00～15：05）

神奈川県消化器病医学会 会長 長濱 正亜 先生

特別講演（15：05～16：05）

座長 JA神奈川県厚生連 伊勢原協同病院 消化器内科 部長 山本 創 先生

『大腸内視鏡検査における AI 活用の最前線と今後の展望』

演者 株式会社 AI メディカルサービス 代表取締役

医療法人 JSC ジェイズ胃腸内視鏡・肛門クリニック 名誉理事長

多田 智裕 先生

一般演題：セッション II（16：05～16：47）

座長 JA神奈川県厚生連 保健福祉センター センター長 大野 隆 先生

表彰式（16：55～17：05）

閉会挨拶（17：05～17：15）

特別講演 抄録

大腸内視鏡検査におけるAI活用の最前線と今後の展望

～AIが見逃さない今が命を救う瞬間になる～

株式会社AIメディカルサービス 代表取締役

医療法人JSCジェイズ胃腸内視鏡・肛門クリニック 名誉理事長

多田 智裕 先生

内視鏡診療は日本が世界をリードする分野であるが、現場では病変の見逃しや二重チェックによる専門医の疲弊といった構造的課題に直面している。これらの解決に向けた医療 Digital Transformation (DX) として、我々は人工知能 (Artificial Intelligence ; AI) を用いた診断支援技術の開発と社会実装を推進してきた。多数の高次医療機関との提携により獲得した高品質な教師データを基に、胃がん領域では世界初の内視鏡AIの論文発表を皮切りとして、現在はリアルタイムで病変を検出・通知する「gastroAI model-G2」を上市、さらに大腸領域においても医療DXの進展は著しく、2024年5月にはエルピクセル社との提携により、大腸ポリープを検出支援する「gastroAI model-EIRL」を国内発売した。同製品は性能評価試験において98%以上の高い感度を示しており、内視鏡医の集中力低下が懸念される午後の検査等において病変の見逃しを防ぐ高い支援効果が期待されている。また我々はAI導入に留まらず診療プロセス全体の最適化を目指し、クラウド型読影プラットフォーム「gastroBASE screening X」を構築し、場所を問わない二次読影体制を実用化した。これにより、医師会やクリニック間のネットワーク化が可能となり、内視鏡医のスキル偏差を補完しつつ精密検査のクオリティを付度なく維持できる環境が期待されている。こうした内視鏡AIの社会実装は内視鏡診療における質の均てん化やさらには質の向上へと繋がっていき、今後の消化器診療、さらには大腸肛門病診療を支える次世代の医療技術へと成長していくことを確信している。

一般演題 抄録

セッション I 13:35~14:17

座長 独立行政法人 地域医療推進機構 相模野病院 消化器内科
消化器病センター内科部長 松本 高明 先生

1. 長期経過中に膵嚢胞感染を繰り返した膵 Mucinous cystic neoplasm(MCN)の1例
昭和医科大学藤が丘病院消化器内科
○遠山 航史、長濱 正亞、高野 祐一、浅見 哲史、野田 淳、玉井 直希、新谷 文崇
2. 膵頭十二指腸切除術後の門脈閉塞による胆管空腸吻合部出血に対し、門脈ステント留置術が有効であった1例
済生会横浜市南部病院
○石橋 和馬、杉森 一哉、石井 寛裕、小柏 剛、黒澤 貴志、尾関 雄一郎、
阿南 秀征、小俣 亜梨沙、三枝 正路、赤瀬 夢つみ、深澤 拓真、常松 隼人、
大島 ゆり、所知加子
3. EUS 下治療に伴う出血の頻度と対処法の検討
聖マリアンナ医科大学病院
○松田 悠、立石 敬介、上向 伸太郎、関根 彰裕、五十嵐 洋介、佐藤 純也、中原 一有
4. 腹腔内結節の診断において EUS 観察と EUS-FNA が有用であった1例
神奈川県厚生連伊勢原協同病院 消化器内科
○田野 大輝、大野 隆、山本 創、田中 賢明、小野 弘二、石崎 純郎、大高 史聖、
高橋 秀行、高尾 成
5. 経過観察中の画像精査が IPMN との鑑別に有用であった男性膵 MCN の1例
北里大学消化器内科学
○高橋 秀行、草野 央、窪田 純、小川 大輔、石崎 純朗、玉木 明寛、安達 快、
渡辺 真郁、奥脇 興介
6. 超音波内視鏡下形成ルート (Endosonographically created route : ESCR) からの胆管生検が診断に有用であった膵頭部癌の一例
横浜市立大学附属病院
○旭 那月、前田 慎、須江 聡一郎、金子 裕明、入江 邦泰、合田 賢弘、池田 礼、
鈴木 良優、佐藤 博紀、小川 慧祐、濱口 智美

セッションⅡ 16:05～16:47

座長 JA神奈川県厚生連 保健福祉センター センター長 大野 隆 先生

- 1. メトロニダゾール抵抗性アメーバ性大腸炎に対しパロモマイシンが著効した一例**
昭和医科大学藤が丘病院
○福岡 梨里花、長濱 正亞、東畑 美幸子、吉田 詠里加、杉山 慧弥、酒向 大暉、
遠藤 利行
- 2. 胃リンパ球浸潤癌に対してESDを施行した1例**
国家公務員共済組合連合会平塚共済病院
○比留間 智紀、西山 竜、菊地 秀彦、石橋 侑、今井 健太、片岡 孝輔、菊地 悠哉
- 3. 20kgの体重減少をきたした重症 Cronkhite-Canada 症候群に対しステロイド治療が奏効した1例**
伊勢原協同病院
○高尾 成、大野 隆、山本 創、田中 賢明、大高 史聖、石崎 純郎、高橋 秀行、
徳永 安紀、田野 大輝、近藤 英太
- 4. 肝細胞癌に対してAtezolizumab+Bevacizumab 療法後にコンバージョン手術を施行した4例**
北里大学病院消化器内科
○李 染、草野 央、日高 央、飯田 淳貴、野村 奈央、岩崎 秀一郎
- 5. Wernicke 脳症を合併した潰瘍性大腸炎の一例**
北里大学医学部消化器内科学
○大栗 望、草野 央、池原 久朝、横山 薫、別當 朋広、武内 久旺、堀井 敏喜
- 6. 食道粘膜剥離に対して内視鏡的切開術を段階的に施行し改善を得た1例**
独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院
○渡邊 和秀、松本 高明、金 明哲、蓼原 将良、井廻 佳菜、林 直人、須藤 理佐子

1. 長期経過中に膵嚢胞感染を繰り返した膵 Mucinous cystic neoplasm(MCN)の 1 例

昭和医科大学藤が丘病院消化器内科

○遠山 航史、長濱 正亞、高野 祐一、浅見 哲史、野田 淳、玉井 直希、新谷 文崇

【症例】60 歳代,女性【主訴】発熱,左側腹部痛【現病歴】X-13 年に膵尾部嚢胞感染の診断で他院にて保存的治療を行い軽快した.その後,経過観察されたが膵嚢胞に増大なく,無症状であったため X-5 年に経過観察は終了となった.X 年 6 月に発熱,左側腹部痛を主訴に当院受診し造影 CT で膵尾部に 45mm 大の壁肥厚を伴う単房性嚢胞と周囲脂肪織濃度上昇を認め,血液検査では WBC10200/ μ l,CRP7.19mg/dl と炎症反応上昇があり,膵嚢胞感染と診断した.腫瘍マーカーは CEA2.2ng/ml,CA19-9 2.0 未満で陰性であった.MRI T2 強調画像でわずかな隔壁を疑う所見がみられた.MRCP では主膵管との交通は否定的であった.超音波内視鏡検査では cyst in cyst を伴う膵嚢胞性病変を認めた.以上より MCN を疑い保存的加療にて嚢胞感染改善後に膵体尾部脾臓切除術,胆嚢摘出術を施行した.切除検体の組織学的所見では,厚い線維性被膜を有し単層の扁平から立方の細胞に裏打ちされ,嚢胞壁の間質は ER・PR ともに陽性であり卵巣様間質として矛盾なく MCN with Low-grade dysplasia と診断された.術後 6 か月経過しているが再発所見はみられていない.【考察】長期経過中に感染を繰り返した MCN の症例を経験した.MCN に感染を合併することは稀であり文献的考察とともに報告する.

2. 膵頭十二指腸切除術後の門脈閉塞による胆管空腸吻合部出血に対し,

門脈ステント留置術が有効であった 1 例

済生会横浜市南部病院

○石橋 和馬、杉森 一哉、石井 寛裕、小柏 剛、黒澤 貴志、尾関 雄一郎、
阿南 秀征、小俣 亜梨沙、三枝 正路、赤瀬 夢つみ、深澤 拓真、常松 隼人、
大島 ゆり、所知加子

【症例】症例は 71 歳,女性.膵頭部癌に対して膵頭十二指腸切除術(PD)(Child 変法再建)を施行した.1 年 1 ヶ月後,黒色便を主訴に救急外来を受診した.上部消化管内視鏡検査で輸入脚に血液貯留を認め,胆管空腸吻合部に異所性静脈瘤を認めた.造影 CT で門脈閉塞を認めたため,それにより発達した求肝性異所性静脈瘤が出血源と診断した.経皮的に門脈ステントを留置し,その後再出血なく経過している.
【考察】PD 後に肝外門脈閉塞が生じると,肝十二指腸間膜郭清や胆管空腸吻合再建の影響により,挙上空腸静脈枝に求肝性の異所性静脈瘤を形成する.内視鏡的止血はその他の側副血行路からの出血を助長するリスクがあり,根本の原因となる血行動態を是正するために,門脈ステントの留置が有効であると考えた.また完全閉塞症例では門脈ステント留置が困難な場合があるが,本症例ではガイドワイヤーが通過し,留置に成功した.本症例について文献的考察を加え報告する.

3. EUS 下治療に伴う出血の頻度と対処法の検討

聖マリアンナ医科大学病院

○松田 悠、立石 敬介、上向 伸太郎、関根 彰裕、五十嵐 洋介、佐藤 純也、
中原 一有

【目的】 当院の EUS 下治療 (I-EUS) に伴う出血の頻度と対処法を明らかにする。

【方法】 2022 年 1 月から 2025 年 12 月に施行した初回の I-EUS: 61 例を対象とし、出血の頻度と対処法について調査した。

【結果】 出血の偶発症率は 6.6% (4/61) であり、EUS-HGS 後、-HJS 後、-PCD 時、-GBD 後にそれぞれ 1 例ずつ認められた。EUS-HGS の症例は、翌日に穿刺部より出血をきたし、クリッピング、HSE 注、PuraStat 塗布にて止血を得た。EUS-HJS の症例は、処置 2 か月後に貧血を認め、造影 CT にてステント近傍の仮性動脈瘤からの出血が確認されたため、血管内治療を施行し止血を得た。EUS-PCD の症例は、腓仮性嚢胞の穿刺時に出血をきたし、金属ステント留置にて止血を得た。EUS-GBD の症例は、急性胆嚢炎に対して Lumen Apposing Metal Stent (LAMS) を留置したが、17 日後に吐血にて発症した。LAMS 先端のコンタクトによる胆嚢粘膜からの出血を認め、LAMS を通じた Pigtail 型のプラスチックステント留置および PuraStat 塗布にて止血が得られた。いずれの症例も再出血はなかった。

【結語】 I-EUS に伴う出血は内視鏡治療と血管内治療により止血が可能であった。出血のリスクを考慮し、手技およびフォローは迅速に止血処置に対応できる施設で施行すべきである。

4. 腹腔内結節の診断において EUS 観察と EUS-FNA が有用であった 1 例

神奈川県厚生連伊勢原協同病院 消化器内科

○田野 大輝、大野 隆、山本 創、田中 賢明、小野 弘二、石崎 純郎、大高 史聖、高橋 秀行、高尾 成

症例は 84 歳女性。20XX 年 11 月に腹痛、嘔吐を主訴に当院へ救急搬送され、癒着性イレウスの診断で入院となった。癒着性イレウスは胃管留置、禁食で軽快し第 18 病日に退院となった。入院時に施行した CT では胃背側、左副腎と脾臓近傍に約 20mm 大の境界明瞭、類円形で内部不均一な結節を偶発的に指摘されていた。MRI では同病変は T1、T2 ともに低信号、拡散強調像で高信号を示しており、悪性病変を否定できない所見であったが由来臓器は判然としなかった。EUS では境界明瞭、内部不均一な低エコーとして観察された。胃壁との連続性を認めたが、脾臓、左副腎、膵との連続性は認めず、壁外発育型胃 GIST と考えられた。後日 EUS-FNA を施行し、組織所見では紡錘形細胞の増殖を認め、c-kit 陽性、CD34 陽性であり、GIST の病理診断を得られた。今回我々は偶発的に指摘された腹腔内結節の診断において EUS 観察と EUS-FNA が有用であった 1 例を経験したため報告する。

5. 経過観察中の画像精査が IPMN との鑑別に有用であった男性膵 MCN の 1 例

北里大学消化器内科学

○高橋 秀行、草野 央、窪田 純、小川 大輔、石崎 純朗、玉木 明寛、安達 快、渡辺 真郁、奥脇 興介

40 歳代男性。200X 年 5 月、健診の腹部超音波検査で膵嚢胞性腫瘍を指摘され、他院にて IPMN と診断された。当院での経過観察中、200X+1 年 4 月の MRCP では腫瘍径のわずかな増大（30→33mm）と隔壁肥厚を、200X+1 年 5 月の EUS では cyst in cyst および壁肥厚・結節様変化を認め MCN が疑われた。以上より MCN と術前診断し、200X+1 年 9 月に膵体尾部切除術を施行した。組織学的には異型に乏しい粘液産生細胞が単層性に嚢胞内腔を被覆し、間質に卵巣様間質（ER 陽性・PgR 陽性）を認め、Mucinous cystadenoma と診断した。膵 MCN は中年女性に好発し男性例は稀である。経時的な画像フォローにより cyst in cyst 像を的確に捉えたことが、既存の IPMN 診断を見直す契機となった。男性例においても膵 MCN が発生し得ることを念頭に置き、画像所見を評価することの重要性を示す貴重な 1 例を経験したので報告する。

6. 超音波内視鏡下形成ルート (Endosonographically created route : ESCR) からの胆管生検が診断に有用であった膵頭部癌の一例

横浜市立大学附属病院

○旭 那月、前田 慎、須江 聡一郎、金子 裕明、入江 邦泰、合田 賢弘、池田 礼、
鈴木 良優、佐藤 博紀、小川 慧祐、濱口 智美

症例は 68 歳女性。X-1 年 12 月肝胆道系酵素の上昇を認めた。X 年 1 月 MRCP で遠位胆管狭窄を認め、当院紹介受診となった。造影 CT では、胆管拡張と膵頭部の乏血性腫瘍を認め、膵頭部癌による閉塞性黄疸を疑った。組織診断およびドレナージ目的に EUS-FNB および ERCP を企図したが、上十二指腸角で狭窄を認め、ストレッチポジションが困難であった。視野確保に難渋したものの十二指腸球部から EUS-FNB を施行し、ドレナージは EUS-HGS にて行った。EUS-FNB の検体では診断に至らず、瘻孔形成後に、ESCR から内視鏡用イントロデューサーを介して狭窄部より生検を行ったところ、腺癌疑いの診断を得た。臨床所見も踏まえ膵頭部癌と診断し、術前化学療法施行後に外科的治療の方針となった。EUS-FNB や経乳頭的アプローチが困難な症例において、ESCR を介した胆管生検が診断に有用であった症例を経験したため報告する。

1. メトロニダゾール抵抗性アメーバ性大腸炎に対しパロモマイシンが著効した一例

昭和医科大学藤が丘病院

○福岡 梨里花、長濱 正亞、東畑 美幸子、吉田 詠里加、杉山 慧弥、酒向 大暉、
遠藤 利行

【緒言】アメーバ性大腸炎の治療はメトロニダゾール (MNZ) が第一選択であるが、稀に MNZ で治癒が得られない症例がある。今回 MNZ 抵抗例に対しパロモマイシン (PRM) で治癒し得た症例を経験したため提示する。

【症例】79 歳男性。自覚症状はなく、健康診断での下部消化管内視鏡 (CS) にて盲腸に潰瘍を認め、生検でアメーバ性大腸炎と診断された。MNZ 1500mg/日内服を 10 日間行い、3 ヶ月後に CS を施行したが潰瘍の残存を認め近医より紹介となった。再度 MNZ 同用量内服を 10 日間行い、その 2 か月後に CS を施行したが潰瘍は残存していた。そこで PRM 1500mg/日内服を 10 日間行い、その 2 ヶ月後の CS で潰瘍の消失を確認した。

【考察】MNZ はアメーバの栄養体に効果を示す一方、PRM はシストに効果を示す薬剤である。MNZ 抵抗性アメーバ性大腸炎に対し PRM が著効した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

2. 胃リンパ球浸潤癌に対して ESD を施行した 1 例

国家公務員共済組合連合会平塚共済病院

○比留間 智紀、西山 竜、菊地 秀彦、石橋 侑、今井 健太、片岡 孝輔、菊地 悠哉

60 歳代男性。胃部不快感精査目的に近医より紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて胃体上部後壁に約 5mm 大の陥凹性病変を認め生検を施行した。免疫染色より Ki-67 陽性, p53 弱陽性, EBER (ISH) 陽性の所見からリンパ球浸潤癌 (GCLS) と診断した。超音波内視鏡検査を追加し粘膜下層浸潤も疑われたが、第 3 層の途絶は認めず ESD の方針とした。ESD 後の病理組織検査では GCLS pT1b, UL0, 0.4cm, HM0, VM0, Ly0, VM0 で粘膜下層浸潤を認めたが、リンパ節転移が少なく予後良好とされており、患者本人と相談のうえ追加外科的切除は行わず経過観察の方針とした。GCLS は全胃癌の 1-4% の頻度で発生する比較的稀な疾患であり、特殊型胃癌の 1 つに亜分類されている。Epstein-Barr virus (EBV) の陽性率が 73% から 90% と高率に報告され、EBV 関連胃癌と知られている。今回自験例では約 5mm と小病変であったが、粘膜下浸潤を認めたことから GCLS は深達度に注意した治療が必要と思われた。

3. 20kg の体重減少をきたした重症 Cronkhite-Canada 症候群に対しステロイド治療が奏効した 1 例

伊勢原協同病院

○高尾 成、大野 隆、山本 創、田中 賢明、大高 史聖、石崎 純郎、高橋 秀行、
徳永 安紀、田野 大輝、近藤 英太

【背景】 Cronkhite-Canada 症候群 (CCS) は消化管に非腫瘍性ポリープが多発する稀な非遺伝性疾患である。慢性下痢などの消化器症状に加え、爪甲の萎縮、脱毛、皮膚色素沈着などの特徴的な外胚葉異常を呈する。

【症例】 54 歳男性。4 か月で 20kg の体重減少と 1 日 10 回以上の下痢を主訴に受診した。内視鏡検査では胃全体にイクラ状多発ポリープ、全大腸にびまん性発赤浮腫状粘膜を背景とするいちご状多発ポリープを認めた。病理組織学的には過形成性ポリープであり、さらに味覚障害および爪甲萎縮を認めた。以上より CCS と診断した。

【経過】 プレドニゾロン 40mg/日で治療開始後、速やかに下痢は改善し、体重および血清アルブミン値も改善した。治療後の内視鏡ではポリープの減少および粘膜所見の改善を認め、病理学的にも炎症の軽減が確認された。

【考察】 本症例は著明な体重減少を認めた重症例であったが、特徴的な外胚葉異常と内視鏡・病理所見から迅速に診断し、ステロイド療法の早期導入により症状改善を認めた。CCS は低栄養やタンパク漏出により予後不良となる例も報告されており、早期診断と適切な治療介入が重要であると考えられた。

【結語】 CCS に対しステロイド治療が有効であった 1 例を報告する。

4. 肝細胞癌に対して Atezolizumab+Bevacizumab 療法後にコンバージョン手術を施行した 4 例

北里大学病院消化器内科

○李 染、草野 央、日高 央、飯田 淳貴、野村 奈央、岩崎 秀一郎

【背景】 Atz+Bev 療法により切除不能肝細胞癌が縮小し、コンバージョン手術が可能となる症例が報告されている。【対象・方法】 当院で Atz+Bev 療法後に肝切除術を施行した肝細胞癌 4 例を後方視的に検討した。【結果】 年齢中央値 77 歳、全例 BCLC C の局所進行肝細胞癌で、BR1 と判断された。腫瘍径中央値は 106.7mm。最良効果は CR2 例、PR1 例、SD1 例で、Atz+Bev 療法中央値 7.5 コース施行後に肝切除を行った。手術までの期間中央値は 239 日であった。術後病理では 2 例に pCR を認め、画像上 CR 症例はいずれも pCR であった。

【結語】 A 局所進行肝細胞癌に対する集学的治療の一環として、全身治療と外科治療を組み合わせた集学的治療の可能性が示唆された。

5. Wernicke 脳症を合併した潰瘍性大腸炎の一例

北里大学医学部消化器内科学

○大栗 望、草野 央、池原 久朝、横山 薫、別當 朋広、武内 久旺、堀井 敏喜

【症例】 20 歳代男性

【現病歴】 20XX 年 4 月に全大腸炎型潰瘍性大腸炎 (UC) と診断され、Vedolizumab のみで維持療法中であったが、治療アドヒアランスが不良であった。20XX+1 年 1 月に下痢、血便、食思不振、低栄養を認め、UC 再燃の診断で入院となった。

【入院後経過】 悪心、嘔吐が持続し、経口摂取困難であったため補液管理とした。上部消化管内視鏡・腹部 CT で異常所見は認めなかった。下部消化管内視鏡で全大腸に Mayo endoscopic subscore 3 の炎症粘膜を認めたため第 11 病日に Infliximab を導入した。第 12 病日よりせん妄、第 28 病日に意識障害、眼球運動障害、呼吸循環不全を呈した。脳 MRI 所見と著明なビタミン B1 低下から Wernicke 脳症と診断し、チアミン大量投与を開始した。意識障害は改善したが、記憶力低下が残存した。

【考察】 活動期 UC では持続する下痢や低栄養によりビタミン B1 欠乏を来し、Wernicke 脳症を発症し得る。食事摂取歴や栄養状態の評価が重要である。

6. 食道粘膜剥離に対して内視鏡的切開術を段階的に施行し改善を得た1例

独立行政法人地域医療機能推進機構 相模野病院

○渡邊 和秀、松本 高明、金 明哲、蓼原 将良、井廻 佳菜、林 直人、須藤 理佐子

【症例】56歳男性。発熱、咽頭痛が出現し近医を受診した。血液検査で白血球数、CRPの上昇を認め、細菌感染が疑われた。レボフロキサシンを内服したが改善なく、胸部違和感が出現したため当院紹介受診した。造影CT検査で胸部中部食道粘膜面の破綻および食道壁内気腫を認めた。第2病日の上部消化管内視鏡検査では切歯20～41cmに及ぶ食道粘膜剥離と偽腔形成、粘膜橋を認めたが、明らかな穿孔は認めず、食道粘膜剥離と診断した。禁食・補液で加療したが偽腔の閉鎖傾向がみられなかったため、第37、44、51病日に針状メスを用いて粘膜橋を段階的に切開し、クリップで縫縮した。偽腔内の扁平上皮化が進行し、食事再開後も経過良好のため第101病日に退院した。【考察】食道粘膜剥離は比較的稀な疾患であり治療方針は確立していない。本症例では広範囲の偽腔に対し内視鏡的切開術を併用することで良好な経過を得ており、難治例に対する内視鏡治療の有用性が示唆された。

