第98回　北海道医学大会
プログラム・抄録

Program of the 98th Hokkaido Medical Congress

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

（第123回日本消化器病学会北海道支部例会）
（第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会）

日　時：平成30年9月22日(土)　9：00〜18：00
　　平成30年9月23日(日)　9：00〜15：35
会　場：札幌コンベンションセンター
　　第1会場204会議室　　−2階
　　第2会場小ホール　　−2階
　　第3会場201＋202会議室　　−2階
　　第4会場207会議室　　−2階
　　機器展示会場206会議室　　−2階
　　札幌市白石区東札幌6条1丁目1−1
　　TEL（011）817−1010
会　長：第123回日本消化器病学会北海道支部例会
　　北海道大学大学院 消化器外科学教室I　武冨　紹信
　　第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
　　旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野　奥村　利勝

・特別講演1「膵がん治療の現状と将来に向けた課題」
　日時：平成30年9月22日（土）第1会場　　13:00〜14:00
　座長：武冨　紹信（北海道大学大学院 消化器外科学教室I）
　演者：山上　裕機（公立大学法人和歌山県立医科大学 外科学第2講座）
・特別講演2「上部消化管癌に対する内視鏡診療の現状と将来展望」
　日時：平成30年9月23日（日）第1会場　　13:00〜14:00
　座長：奥村　利勝（旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野）
　演者：藤城　光弘（東京大学医学部附属病院　光学医療診療部）
・シンポジウム（消化器病）「肝胆膵癌〜治療成績の向上を目指して」
　日時：平成30年9月22日（土）第1会場　　9:00〜11:00
・シンポジウム（内視鏡）「治療内視鏡全盛時代の内視鏡診断のあり方」
　日時：平成30年9月23日（日）第1会場　　9:00〜10:06
・ランチョンセミナー
　日時：平成30年9月22日（土）第1〜第3会場　　12:05〜13:00
　　平成30年9月23日（日）第1〜第3会場　　12:05〜13:00
・日本消化器病学会北海道支部 第15回専門医セミナー
　日時：平成30年9月23日（日）第1会場　　14:05〜15:35
・日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会
　日時：平成30年9月22日（土）第1会場　　17:00〜18:00

消化器病分科会事務局：北海道大学大学院 消化器外科学教室I
　　TEL 011−706−5927　FAX 011−717−7515
消化器内視鏡分科会事務局：旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野
　　TEL 0166−68−2462　FAX 0166−68−2469

開催期間
　総　会　　平成30年 9 月29日（土）
　分科会　自　平成30年 8 月25日（土）
　　至　平成30年11月24日（土）
総会会場　　札幌グランドホテル
会　　頭　　吉　田　晃　敏

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

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

（第123回日本消化器病学会北海道支部例会）

（第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会）

日　時：平成30年9月22日(土)　9：00～18：00
　　平成30年9月23日(日)　9：00～15：35
会　場：札幌コンベンションセンター
　　第1会場204会議室　　−2階
　　第2会場小ホール　　−2階
　　第3会場201＋202会議室　　−2階
　　第4会場207会議室　　−2階
　　機器展示会場206会議室　　−2階
　　札幌市白石区東札幌6条1丁目1−1
　　TEL（011）817−1010
会　長：第123回日本消化器病学会北海道支部例会
　　北海道大学大学院 消化器外科学教室I
　　武冨　紹信
　　第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
　　旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野
　　奥村　利勝

・特別講演1「膵がん治療の現状と将来に向けた課題」
　日時：平成30年9月22日（土）第1会場　　13:00～14:00
　座長：武冨　紹信（北海道大学大学院 消化器外科学教室I）
　演者：山上　裕機（公立大学法人和歌山県立医科大学 外科学第2講座）
・特別講演2「上部消化管癌に対する内視鏡診療の現状と将来展望」
　日時：平成30年9月23日（日）第1会場　　13:00～14:00
　座長：奥村　利勝（旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野）
　演者：藤城　光弘（東京大学医学部附属病院 光学医療診療部）
・シンポジウム（消化器病）「肝胆膵癌～治療成績の向上を目指して」
　日時：平成30年9月22日（土）第1会場　　9:00～11:00
・シンポジウム（内視鏡）「治療内視鏡全盛時代の内視鏡診断のあり方」
　日時：平成30年9月23日（日）第1会場　　9:00～10:06
・ランチョンセミナー1：平成30年9月22日（土）　12：05～13：00
　「分子標的薬 これまでとこれから」
　　座長：加藤　淳二（札幌医科大学 腫瘍内科学講座）
　　演者：大木　隆正（三井記念病院 消化器内科）
・ランチョンセミナー2：平成30年9月22日（土）　12：05～13：00
　「Endocytoscopyの実際と今後の展望」
　　座長：山野　泰穂（札幌医科大学医学部 消化器内科学講座）
　　演者：工藤　進英（昭和大学横浜市北部病院 消化器センター）
・ランチョンセミナー3：平成30年9月22日（土）　12：05～13：00
　「腹腔鏡下大腸手術、上達への道」
　　座長：川村　秀樹（北海道大学大学院 消化器外科学教室Ⅰ）
　　演者：小西　　毅（がん研有明病院 大腸外科）
・ランチョンセミナー4：平成30年9月23日（日）　12：05～13：00
　「C型肝炎治療とPost SVR診療」
　　座長：古家　　乾（JCHO北海道病院）
　　演者：坂本　直哉（北海道大学大学院医学研究院 消化器内科学教室）
・ランチョンセミナー5：平成30年9月23日（日）　12：05～13：00
　「*H.pylori*未感染胃癌の現状と内視鏡診断」
　　座長：加藤　元嗣（国立病院機構函館病院）
　　演者：吉村　大輔（済生会福岡総合病院 消化器内科）
・ランチョンセミナー6：平成30年9月23日（日）　12：05～13：00
　「切除可能性分類に基づいた膵癌の治療戦略：解剖学的(A)、生物学的(B)、宿主(C)因子に注目して」
　　座長：平野　　聡（北海道大学病院 消化器外科学Ⅱ）
　　演者：伊佐地秀司（三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学）
・日本消化器病学会北海道支部 第15回専門医セミナー
　日時：平成30年9月23日（日）第1会場　　14:05～15:35
・日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会
　日時：平成30年9月22日（土）第1会場　　17:00～18:00

消化器病分科会事務局：北海道大学大学院 消化器外科学教室I
TEL 011-706-5927　FAX 011-717-7515
消化器内視鏡分科会事務局：旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野
TEL 0166-68-2462　FAX 0166-68-2469

消化器病・消化器内視鏡合同分科会

（第 123 回日本消化器病学会北海道支部例会）

（第 117 回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会）

日　時：平成30年9月22日(土)　9：00～18：00
　　平成30年9月23日(日)　9：00～15：35
会　場：札幌コンベンションセンター
　　第1会場204会議室　　−2階
　　第2会場小ホール　　−2階
　　第3会場201＋202会議室　−2階
　　第4会場207会議室　　−2階
　　機器展示会場206会議室　−2階
　　札幌市白石区東札幌6条1丁目1−1
　　TEL（011）817−1010
会　長：第123回日本消化器病学会北海道支部例会
　　北海道大学大学院 消化器外科学教室I
　　武冨　紹信
　　第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会
　　旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野
　　奥村　利勝

第１会場

〔 9月22日（土）（第1日目）〕

開会式（8：55～9：00）

シンポジウム（消化器病）（9：00～11：00）

座長　小川　浩司（北海道大学大学院内科学講座消化器内科学分野）
　　本谷　雅代（札幌医科大学消化器内科学講座）
　　今井　浩二（旭川医科大学外科学講座消化器病態外科学分野）

S1−1（消）．切除不能進行肝細胞癌の分子標的薬治療
○荒川　智宏，川村　駿介，推井　大雄，山口　将功，巽　　亮二，木村　睦海，中島　知明，桑田　靖昭，小関　　至，大村　卓味，髭　　修平，狩野　吉康，豊田　成司（札幌厚生病院消化器内科（肝臓内科））

S1−2（消）．肝細胞癌切除後再発における分子標的薬の治療戦略―治療成績の向上をめざして―
○横尾　英樹，神山　俊哉，折茂　達也，島田　慎吾，長津　明久，大畑多嘉宣，蒲池　浩文，武冨　紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室I）

S1−3（消）．初発肝細胞癌患者の治療法別の再発率，予後に関する検討
○馬場　　英，古家　　乾，池田　明洋，小泉　忠史，定岡　邦昌（JCHO北海道病院）

S1−4（消）．切除不能胆管癌における動注化学放射線療法（AI+RT）の可能性
○後藤　拓磨[1]，笹島　順平[1]，河本　　徹[2]，内海　辰哉[2]，藤永　明裕[2]，柳川　伸幸[2]，佐藤　裕基[1]，岡田　哲弘[1]，河端　秀賢[1]，林　　明宏[1]，高氏　修平[1]，水上　裕輔[1]，藤谷　幹浩[1]，奥村　利勝[1]
（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[1]，旭川厚生病院消化器科[2]）

S1-5（消）．当院における切除不能胆道癌に対する化学療法の治療成績

○川本　泰之[1]，小松　嘉人[2]，中野真太郎[1]，澤田憲太郎[2]，村中　徹人[2]，中積　宏之[2]，結城　敏志[1]，小川　浩司[1]，桒谷　将城[1]，岡本　　渉[3]，吉野　孝之[3]，坂本　直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，国立がん研究センター東病院[3]）

S1-6（消）．HGCSG1403：治癒切除不能な膵がんに対する一次治療Oxaliplatin＋Irinotecan＋S-1併用療法（OX-IRIS療法）の第I相試験

○小林　良充[1]，川本　泰之[2]，結城　敏志[2]，中野真太郎[2]，澤田憲太郎[3]，村中　徹人[3]，中積　宏之[3]，齋木　琢郎[4]，石黒　　敦[4]，原田　一顕[1]，岩永　一郎[5]，畑中　一映[6]，坂本　直哉[2]，小松　嘉人[3,6]（釧路労災病院腫瘍内科[1]，北海道大学病院消化器内科[2]，北海道大学病院腫瘍センター[3]，手稲渓仁会病院 腫瘍内科[4]，北見赤十字病院消化器内科・腫瘍内科[5]，市立函館病院消化器内科[6]）

S1-7（消）．局所進行膵癌に対するメトホルミン併用術前放射線化学療法の試み

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

S1-8（消）．進行・再発膵癌に対するFOLFIRINOX療法－地方医療機関における成績

○久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，渡邊　晃一[1]，飴田　咲貴[1]，宮崎　　悦[2]，佐藤　正文[3]，川崎　亮介[3]，行部　　洋[3]，吉田　直文[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，伊達赤十字病院外科[3]）

S1-9（消）．切除不能膵癌に対するFOLFIRINOX，GNP療法の治療成績と患者層別化へ向けての予後予測因子の検討

○成瀬　宏仁，吉田　苑永，宮本　秀一，木下　賢治，伊藤　　淳，工藤　大樹，畑中　一映，山本　義也（市立函館病院消化器病センター消化器内科）

S1-10（消）．Borderline resectable 膵癌に対する術前化学放射線療法および化学療法逐次投与の成績

○林　　毅，中村　　透，吉田　真誠，高橋　邦幸，田中　栄一，村川　力彦，本谷　雅代，山吹　　匠，木村　康利，桒谷　将城，潟沼　朗生，平野　　聡（北海道膵癌研究グループ）

S1-11（消）．非手術療法が奏功した切除不能膵癌に対するconversion surgeryの予後延長効果に関する検討

○浅野　賢道，平野　　聡，中村　　透，岡村　圭祐，土川　貴裕，野路　武寛，中西　喜嗣，村上　壮一，倉島　　庸，海老原裕磨，七戸　俊明（北海道大学大学院消化器外科学教室II）

S1-12（消）．S-1補助化学療法時代の膵癌の外科治療（切除可能膵癌に着目して）

○田原　宗徳，園川　卓海，田中　友香，大野　陽介，乾野　幸子，舩越　　徹，若山　顕治，高橋　周作，山上　英樹，石津　寛之（札幌厚生病院）

内視鏡研修医優秀演題選考（11：03～11：38）

座長　後藤　　充（旭川厚生病院消化器科）

1（内）．微小な食道癌十二指腸転移の1例

○林　龍之介，安藤　勝祥，佐藤　允洋，小林　　裕，村上　雄紀，岩間　琢哉，久野木健仁，佐々木貴弘，高橋慶太郎，上野　伸展，嘉島　　伸，盛一健太郎，田邊　裕貴，水上　裕輔，藤谷　幹浩，奥村　利勝（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

2（内）．粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃原発扁平上皮癌疑いの1例

○國兼　祐樹，藤林　周吾，上原　聡人，上原　恭子，杉村浩二郎，芹川　真哉，鈴木　康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

3（内）．当院で経験した退形成性膵管癌の2例

○吉川　修平[1]，杉山　祥晃[1]，岸　　法磨[1]，太田　勝久[1]，齋藤　　敦[1]，松崎　伸幸[1]，石川　千里[1]，藤井　常志[1]，菊地　智樹[2]，小幡　雅彦[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院病理診断科[2]）

4（内）．ステロイド休止後に再燃したCronkhite-Canada症候群の1例

○石部絵梨奈[1]，穴田麻眞子[1]，藤江　祐貴[1]，米村　洋輝[1]，霜田　佳彦[1]，多谷　容子[1]，松本　美櫻[1]，堀本　啓大[1]，馬場　　麗[1]，武藤　修一[1]，木村　宗士[1]，木村　太一[2]（北海道医療センター消化器内科[1]，北海道医療センター病理診断科[2]）

5（内）．歯状線を取り囲みLST-Gに類似した形態を呈した直腸膜脱症候群一症例

○大橋　慶太[1]，横山　和典[1]，小倉　庸平[1]，代田　　充[1]，梅本　浩平[1]，旭　　火華[1]，喜納　政哉[1]，益子　博幸[1]，山城　勝重[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

内視鏡専修医優秀演題選考（11：41～12：02）

座長　勝木　伸一（小樽掖済会病院消化器病センター）

6（内）．びまん性胃粘膜下異所腺を背景に発生した早期胃癌の1例

○富田　祐介，住吉　徹哉，大岩修太郎，神　　崇志，吉田　将大，高山　歳三，藤井　亮爾，皆川　武慶，岡川　　泰，森田康太郎，庵原　秀之，平山　眞章，近藤　　仁，小山田ゆみ子（斗南病院消化器内科）

7（内）．当院における術後再建腸管に対するShort-type シングルバルーン内視鏡での胆膵領域の内視鏡治療成績の検討

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

8（内）．微小IIcを含む多発大腸癌を発症したLynch症候群

○守谷　　洋，山下健太郎，斎藤　潤信，柴田　泰洋，風間　友江，須藤　豪太，三橋　　慧，五十嵐央祥，能正　勝彦，山野　泰穂，仲瀬　裕志（札幌医科大学消化器内科学講座）

特別講演1（13：00～14：00）　　座長　武冨　紹信（北海道大学大学院 消化器外科学教室I）

「膵がん治療の現状と将来に向けた課題」

○山上　裕機（公立大学法人和歌山県立医科大学 外科学第2講座）

内視鏡プレナリー（14：05～14：35）　　座長　水上　裕輔（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

9（内）．MR Elastographyを用いた肝・脾硬度測定による食道静脈瘤の評価

○鈴木　康秋，上原　聡人，上原　恭子，杉村浩二郎，藤林　周吾，芹川　真哉（名寄市立総合病院消化器内科）

10（内）．膵体尾部癌に対する術前EUS-FNAの術後長期経過への影響

○矢根　　圭[1,2]，桑谷　将城[2]，吉田　真誠[2]，後藤　拓磨[2]，松本　隆祐[2]，庵原　秀之[2]，奥田　敏徳[2]，多谷　容子[2]，江平　宣起[2]，工藤　大樹[2]，安達　雄哉[2]，江藤　和範[2]，小野寺　学[2]，佐野　逸紀[2]，林　　毅[1,2]，潟沼　朗生[1,2]（手稲渓仁会病院 消化器病センター[1]，DP-FNA study group[2]）

11（内）．反復性腸重責を誘発した腸管嚢腫様気腫症に対して内視鏡的穿刺吸引術が有効であった1例

○村上　雄紀，高橋慶太郎，佐藤　允洋，小林　　裕，岩間　琢哉，久野木健仁，安藤　勝祥，上野　伸展，嘉島　　伸，盛一健太郎，田邊　裕貴，藤谷　幹浩，奥村　利勝（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

日本消化器内視鏡学会北海道支部評議員会（17：00～18：00）

第２会場

〔 9月22日（土）（第1日目）〕

胃・十二指腸1（9：25～10：00）　　座長　工藤　俊彦（北海道医療大学病院消化器内科）

12（消）．アルコール性肝硬変に合併した十二指腸静脈瘤に対しB-RTOが著効した1例

○町田　卓郎[1]，堀本　啓太[2]，江上　太基[2]，後藤　　哲[2]，加藤　貴司[2]，宮下　憲賜[2]，岡本　宗則[2]（札幌センチュリー病院消化器科[1]，愛育病院消化器内科[2]）

13（内）．Cyanoacrylateによる内視鏡的硬化療法で止血し得た胃角部静脈瘤出血の1例

○鈴木　康秋，上原　聡人，上原　恭子，杉村浩二郎，藤林　周吾，芹川　真哉（名寄市立総合病院消化器内科）

14（内）．10年の経過で増大し出血を来したためESDにて切除した十二指腸Brunner腺過誤腫の1例

○早坂　尚貴[1]，大沼　啓之[1]，平川　昌宏[1]，石塚　理恵[1]，佐藤　昌則[1]，村瀬　和幸[1]，高田　弘一[1]，宮西　浩嗣[1]，伊藤夢美香[2]，長谷川　匡[2]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学臨床病理科・病理部[2]）

15（内）．上腸間膜動脈症候群に対するPEG-Jによる治療

○久保　俊之[1,2]，足立　　靖[1]，中村　浩子[1]，菊地　剛史[1]，見田　裕章[1]，中村　正弘[1]，岩田　徳和[1]，安達　靖代[1]，吉田　幸成[1]，仲瀬　裕志[2]，遠藤　高夫[1]（札幌しらかば台病院消化器科[1]，札幌医科大学医学部消化器内科学講座[2]）

16（内）．十二指腸癌に対しunderwater EMRを施行した1例

○久保茉理奈[1]，古川龍太郎[1]，太宰　昌佳[1]，小野寺　学[1]，横山　朗子[1]，吉井　新二[1]，佐藤　昌明[2]（NTT東日本札幌病院消化器内科[1]，NTT東日本札幌病院臨床検査科[2]）

胃・十二指腸2（10：05～10：40）　　座長　住吉　徹哉（斗南病院消化器内科）

17（内）．除菌後異時再発を繰り返した胃癌4症例の検討

○田中　一光[2]，山本　桂子[2]，木脇佐代子[1]，井上　雅貴[1]，松田　可奈[1]，石川　麻倫[2]，津田　桃子[1]，小野　尚子[2]，清水　勇一[1]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学分野[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

18（内）．自己免疫性胃炎に合併した前庭部胃癌の1例

○木脇佐代子[1]，小野　尚子[2]，井上　雅貴[1]，田中　一光[1]，石川　麻倫[1]，松田　可奈[1]，津田　桃子[3]，山本　桂子[3]，高橋　正和[4]，中川　　学[5]，中川　宗一[5]，清水　勇一[3]，坂本　直哉[1]，三橋　智子[6]，松野　吉宏[6]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院消化器内科[2]，北海道大学病院光学医療診療部[3]，高台内科クリニック[4]，中川胃腸科[5]，北海道大学病院病理部[6]）

19（消）．当院で実施している自費ピロリ検診の現状と発見された胃癌8例について

○松田宗一郎，間部　克裕，久保　公利，加藤　元嗣（国立病院機構函館病院消化器内科）

20（内）．非萎縮粘膜に発生した胃型低異形度分化型胃癌の1例

○高梨　訓博[1]，勝木　伸一[1]，安保　智典[1]，小松　悠弥[1]，植村　尚貴[1]，嘉成　悠介[1]，平田　裕哉[1]，市原　　真[2]（小樽掖済会病院消化器病内科[1]，札幌厚生病院病理診断科[2]）

21（内）．NBI拡大およびEUSにて病理所見を推測し得たリンパ球浸潤胃癌の1例

○小林　　裕，佐藤　允洋，村上　雄紀，岩間　琢哉，久野木健仁，高橋慶太郎，安藤　勝祥，上野　伸展，嘉島　　伸，盛一健太郎，田邊　裕貴，水上　裕輔，藤谷　幹浩，奥村　利勝（旭川医科大学内科学分野消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

胃・十二指腸3（10：45～11：20）　　座長　田沼　徳真（手稲渓仁会病院消化器病センター）

22（内）．超音波内視鏡下ドレナージが著効した特発性胃壁膿瘍の1例

○桜井　健介，佐野　逸紀，野澤俊一郎，吉河　　歩，佐々木　塁，安孫子怜史，原田　一顕，小林　良充，小田　　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

23（内）．上行結腸癌に合併した胃カンジダ症の1例

○上原　聡人[1]，鈴木　康秋[1]，上原　恭子[1]，杉村浩二郎[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，久野木健仁[2]，奥村　利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

24（内）．*Helicobacter pylori*（*H. pylori*）除菌後に発生した胃潰瘍の特徴

○松田　可奈[1]，小野　尚子[2]，井上　雅貴[1]，田中　一光[1]，木脇佐代子[1]，石川　麻倫[2]，津田　桃子[2]，山本　桂子[2]，清水　勇一[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

25（内）．出血性胃潰瘍加療後、潰瘍底に仮性動脈瘤を形成し血管塞栓術を施行した1例

○赤保内正和，中村　里紗，鈴木雄一郎，石井　達也，青木　敬則，原田　　拓，田沼　徳真，潟沼　朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

26（内）．家族性大腸腺腫症患者に合併した*H.pylori*陰性早期胃癌の1例

○檜森　亮吾，上杉　　淳，五十嵐聖名子，古山　準一，高木　秀雄，森園竜太郎（勤医協中央病院消化器内科）

胃・十二指腸4（11：25～12：00）　　座長　川村　秀樹（北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ）

27（内）．十二指腸内腔に腫瘤状に浸潤発育し出血性ショックを呈した膵頭部癌の1例

○鈴木　康秋[1]，上原　聡人[1]，上原　恭子[1]，杉村浩二郎[1]，藤林　周吾[1]，芹川　真哉[1]，小林　　裕[2]，奥村　利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

28（内）．約1年のwatchful waitingで消失した十二指腸の消化管原発濾胞性リンパ腫の1例

○鈴木　　亮[1]，飯塚　　尭[1]，平野　雄大[1]，横山　佳浩[1]，牛島　慶子[1]，一色　裕之[1]，岡　　俊州[1]，笠原　　薫[1]，小林　寿久[1]，矢和田　敦[1]，池田　　健[2]（函館五稜郭病院消化器内科[1]，函館五稜郭病院パソロジーセンター[2]）

29（消）．胃がん肝転移に対しSOX療法、ラムシルマブ療法施行後に食道静脈瘤破裂をきたした1例

○谷口　恵美[1,2]，曽我部　進[1,2]，大橋　佑介[2]，工藤ありさ[1,2]，児島　裕一[2]，山口　　巧[2]，松薗　絵美[2]，大原　克仁[1,2]，菅井　　望[2]，関　　英幸[2]，藤田　　淳[2]，鈴木　潤一[2]（KKR札幌医療センター腫瘍内科[1]，KKR札幌医療センター消化器科[2]）

30（内）．内視鏡的粘膜下層剥離術にて切除した胃神経内分泌腫瘍の1例

○宮澤　佑貴，田中　一之，堀内　正史，本田　宗也，内海　辰哉，河本　　徹，藤永　明裕，後藤　　充，佐藤　智信，斎藤　義徳（旭川厚生病院消化器科）

31（内）．胃型形質をもつ胃上皮性腫瘍の1例

○大江　悠希[1]，吉田　　晃[1]，長　いく弥[1]，伊藤　貴史[1]，川畑　修平[1]，菊池　英明[1]，菊地　慶介[2]（帯広厚生病院消化器内科[1]，帯広厚生病院病理診断科[2]）

肝2（14：40～15：15）　　座長　横尾　英樹（北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ）

32（消）．集学的治療により長期生存中である肝細胞癌術後腹膜転移の1例

○大畑多嘉宣，神山　俊哉，長津　明久，島田　慎吾，折茂　達也，蒲池　浩文，武冨　紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室I）

33（消）．術前診断が困難であった肝pseudolymphomaの1例

○川岸　直樹[1]，重沢　　拓[1]，鈴木　和治[1]，中村　晃久[1]，大原　正嗣[1]，梅村真知子[1]，中井　正人[1]，荘　　拓也[1]，須田　剛生[1]，森川　賢一[1]，小川　浩司[1]，坂本　直哉[1]，神山　俊哉[2]，桑原　　健[3]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院消化器外科学教室I[2]，北海道大学病院病理診断科[3]）

34（消）．肝細胞癌および乳癌を発症したNASH肝硬変の3例

○大須賀崇裕，田中　信悟，坂本　拡基，中村　　元，河野　　豊，村瀬　和幸，高田　弘一，宮西　浩嗣，加藤　淳二（札幌医科大学腫瘍内科学講座）

35（消）．肝原発粘液性嚢胞性腫瘍（MCN）の1例

○飯田　敏史[1]，斎藤　義徳[1]，堀内　正史[1]，宮澤　佑貴[1]，本田　宗也[1]，内海　辰哉[1]，田中　一之[1]，河本　　徹[1]，藤永　明裕[1]，佐藤　智信[1]，後藤　　充[1]，稲垣　光裕[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，旭川厚生病院外科[2]）

36（消）．肝細胞癌に対して肝動注化学療法施行13年後に発症した治療関連AML/MDSの1例

○上杉　　淳，森園竜太郎，古山　準一，高木　秀雄，檜森　亮吾，五十嵐聖名子，佐賀　智之（勤医協中央病院消化器内科）

肝3（15：20～15：55）　　座長　助川　隆士（市立旭川病院消化器内科）

37（消）．骨転移を合併した原発性肝癌が経過中に自然退縮・治癒した後、肺小細胞癌を発症した69歳男性の1例

○浅川　朋宏[1,2]，川合　耕治[2]，白井　達也[3]，永山　竜二[2]，小野田佳佑[2]，北村　　創[2]（札幌医科大学地域医療総合医学講座[1]，伊東市民病院[2]，自治医科大学付属病院[3]）

38（消）．当院における進行肝細胞癌に対するLenvatinibの治療成績

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

39（消）．C型慢性肝炎に対するDAA治療後に認められた肝原発悪性リンパ腫の1例

○渡邊　晃一[1]，久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[2]，宮崎　　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[3]）

40（消）．肝細胞癌との鑑別を要した脾症の1例

○村山　裕一[1]，松居　剛志[1]，山本　恭史[1]，辻　　邦彦[1]，姜　　貞憲[1]，山崎　康之[2]，與座喜一郎[2]，児玉　芳尚[2]，桜井　康雄[2]，潟沼　朗生[1]（手稲渓仁会病院 消化器病センター[1]，手稲渓仁会病院 放射線診断科[2]）

41（消）．造影CTで肝細胞癌パターンを呈した肝原発神経内分泌腫瘍の1切除例

○福島　新弥[1]，加藤　寛士[1]，大平　浩司[1]，大和　弘明[1]，大森　沙織[1]，中野真太郎[1]，井上　弘貴[1]，伊藤　　憲[1]，葛西　弘規[2]，近藤　信夫[3]（岩見沢市立総合病院消化器内科[1]，岩見沢市立総合病院消化器外科[2]，ジェネティックラボ病理解析センター[3]）

肝4（16：00～16：35）　　座長　中西　一彰（市立函館病院消化器外科）

42（消）．胃静脈瘤破裂を契機に診断された先天性肝線維症の1例

○大原　正嗣[1]，小川　浩司[1]，山本　義也[2]，霜田　佳彦[2]，伊藤　　淳[2]，重沢　　拓[1]，鈴木　和治[1]，中村　晃久[1]，川岸　直樹[1]，梅村真知子[1]，中井　正人[1]，荘　　拓也[1]，須田　剛生[1]，森川　賢一[1]，大塚　拓也[3]，高桑　恵美[3]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学教室[1]，市立函館病院消化器内科[2]，北海道大学病院病理診断科[3]）

43（消）．治療抵抗性肝性腹水における脾硬度の検討

○土居　　忠[1]，柴田　敬典[1,4]，大井　雅夫[1]，秋山　剛英[1]，高橋　　稔[1]，平田健一郎[1]，森井　一裕[2]，古川　勝久[2]，女澤　慎一[3]，本間　久登[1,3]（札幌共立五輪橋病院消化器病センター[1]，札幌共立五輪橋病院血液腫瘍内科[2]，札幌共立医院消化器内科[3]，札幌医科大学腫瘍内科[4]）

44（消）．HBV急性肝不全の転帰別による臨床所見と治療内容

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

45（消）．慢性肝障害にoverlapした急性E型肝炎に対し、肝移植を施行した2例

○市村健太郎[1]，川村　典生[1]，財津　雅昭[1]，渡辺　正明[1]，後藤　了一[1]，嶋村　　剛[2]，武冨　紹信[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室I[1]，北海道大学病院臓器移植医療部[2]）

46（消）．高ビリルビン血症の原因としてRotor症候群が考えられた一症例

○上野あかり[1]，阿久津典之[1]，沼田　安尚[1]，菅野　伸一[1,2]，石上　敬介[1]，政木　善晴[1]，伊東　文子[1]，志谷　真啓[1]，本谷　雅代[1]，佐々木　茂[1]，仲瀬　裕志[1,2]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，市立釧路総合病院消化器内科[2]）

第３会場

〔９月22日（土）（第1日目）〕

胆1（9：46～10：21）　　座長　田原　宗徳（札幌厚生病院外科）

47（消）．術前診断し安全に腹腔鏡手術を遂行できた胆嚢管分岐異常を有する胆嚢結石症の1例

○相山　　健，齋藤　智哉，横山　良司，中野　詩朗（網走厚生病院外科）

48（消）．薬剤誘因性が示唆された急性無石性胆嚢炎及び胆管炎の1例

○大渕　佳祐，渡邉　義人，大嶋　崇史，海老沼翔太，小野　　仁，越前谷勇人（小樽市立病院外科）

49（消）．診断に難渋したAchromobacter xylosoxidansによる急性胆嚢炎の1例

○菊地　剛史[1]，津田　笑子[2]，越智龍太郎[2]，久保　俊之[1]，中村　浩子[1]，保月　隆良[2]，見田　裕章[1]，中村　正弘[1]，安達　靖代[1]，岩田　徳和[1]，足立　　靖[1]，吉田　幸成[1]，吉田　真誠[3]，高橋　　聡[4]，菊池　　進[2]，遠藤　高夫[1]（札幌しらかば台病院・消化器内科[1]，札幌しらかば台病院・神経内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[3]，札幌医科大学感染制御・臨床検査医学講座[4]）

50（消）．副肝管を有する胆嚢結石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

○矢部　沙織，中川　隆公，奥村　一慶，下國　達志，西川　　眞，高橋　昌宏（札幌北辰病院）

51（消）．遠位胆管原発の神経内分泌癌の1例

○吉田　祐一[1]，敦賀　陽介[1]，原田　拓弥[1]，市村健太郎[1]，正村　裕紀[1]，服部　淳夫[2]，数井　啓蔵[1]（JCHO北海道病院外科[1]，JCHO北海道病院病理診断科[2]）

胆2（10：26～10：54）　　座長　金　　俊文（手稲渓仁会病院消化器病センター）

52（内）．胆膵内視鏡施行時の体動による内視鏡継続困難例に対するデクスメデトミジン塩酸塩の使用成績

○池田　裕貴，吉田　真誠，石川　和真，坂本　拡基，村瀬　和幸，高田　弘一，宮西　浩嗣，加藤　淳二（札幌医科大学腫瘍内科）

53（内）．ニードルナイフプレカット法における切開面の胆管構造の認識　−ExpertとTraineeの認識の違い−

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

54（内）．地方医療機関における95歳以上の超高齢者に対するERCP関連手技の実態

○久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，渡邊　晃一[1]，宮崎　　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[3]）

55（内）．術後再建腸管例の総胆管結石に対するEPLBDの成績

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

胆3（10：59～11：27）　　座長　宮川　宏之（札幌厚生病院消化器内科（胆膵内科））

56（消）．内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージチューブ内瘻化後に待機的胆嚢摘出術を施行した急性胆嚢炎11例の検討　術中ICG蛍光胆道造影法を施行した症例を含めて

○砂原　正男[1]，保坂　　到[1]，杉山博太郎[1]，大島　由佳[1]，上坂　貴洋[1]，寺崎　康展[1]，片山　知也[1]，奥田　耕司[1]，大島　隆宏[1]，大川　由美[1]，三澤　一仁[1]，小池　祐太[2]，小野　雄司[2]，西川　秀司[2]（市立札幌病院外科[1]，市立札幌病院消化器内科[2]）

57（消）．金属ステント留置後に胆道出血をきたした2症例の検討

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

58（内）．内視鏡的乳頭括約筋切開術による出血への対応

○工藤　大樹，吉田　苑永，宮本　秀一，木下　賢治，伊藤　　淳，畑中　一映，山本　義也，成瀬　宏仁（市立函館病院消化器病センター消化器内科）

59（内）．内視鏡的乳頭括約筋切開術後出血に対する治療法

○平田　　甫，桒谷　将城，中島　正人，平田　幸司，杉浦　　諒，加藤　　新，坂本　直哉（北海道大学大学院消化器内科）

胆4（11：32～12：00）　　座長　河端　秀賢（旭川医科大学地域がん診療連携講座）

60（消）．胆嚢癌術後に腹膜転移再発を来した1例

○霜田　佳彦，米村　洋輝，堀本　啓大，多谷　容子，松本　美桜，馬場　　麗，武藤　修一，木村　宗士（北海道医療センター消化器内科）

61（消）．通常型胆嚢癌との鑑別を要したICPNの一切除経験

○金澤あゆみ[1]，木村　康利[1]，今村　将史[1]，山口　洋志[1]，吉田　瑛司[1]，藤野　紘貴[1]，永山　　稔[1]，瀬川　惠子[2]，杉田真太郎[2]，長谷川　匡[2]，竹政伊知朗[1]（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座[1]，札幌医科大学附属病院病理診断科[2]）

62（内）．胆管結石に対するESWLの有用性の検討

○古川龍太郎，小野寺　学，久保茉理奈，太宰　昌佳，横山　朗子，吉井　新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

63（消）．胆管癌に対するマイクロ波凝固療法－長期生存例の報告を加えて－

○伊藤　英人，高村　毅典，吉本　　満，辻崎　正幸（天使病院消化器内科）

胃・十二指腸5（14：40～15：15）　　座長　芹川　真哉（名寄市立総合病院消化器内科）

64（消）．当科における胃癌ニボルマブの実情

○曽我部　進[1]，谷口　恵美[1,2]，大橋　佑介[2]，工藤ありさ[1,2]，児島　裕一[2]，山口　　巧[2]，松薗　絵美[2]，大原　克仁[1,2]，菅井　　望[2]，関　　英幸[2]，藤田　　淳[2]，鈴木　潤一[2]（KKR札幌医療センター[1]，KKR札幌医療センター消化器科[2]）

65（消）．ニボルマブが奏効し、免疫関連有害事象による中断期間中も腫瘍縮小が持続した胃がんの1例

○原田　一顕[1,2]，野澤俊一郎[2]，桜井　健介[2]，吉河　　歩[2]，佐々木　塁[2]，安孫子怜史[2]，佐野　逸紀[2]，小林　良充[1,2]，小田　　寿[2]，宮城島拓人[2]（釧路労災病院腫瘍内科[1]，釧路労災病院消化器内科[2]）

66（消）．ニボルマブによるpseudoprogressionを呈した胃癌の1例

○三浦　翔吾，佐川　　保，濱口　京子，永島　裕之，和賀永里子，藤川　幸司，高橋　康雄（北海道がんセンター消化器内科）

67（消）．胃がん癌性リンパ管症の増悪に対してニボルマブが無効であったが、イリノテカンが奏効した1例

○工藤ありさ[1,2]，曽我部　進[1,2]，児島　裕一[2]，山口　　巧[2]，松薗　絵美[2]，菅井　　望[2]，関　　英幸[2]，藤田　　淳[2]，鈴木　潤一[2]（KKR札幌医療センター腫瘍内科[1]，KKR札幌医療センター消化器内科[2]）

68（消）．HER2陽性進行再発胃癌に対する一次治療におけるフッ化ピリミジン，プラチナ製剤およびTrasutuzumab併用レジメンの有効性に関する検討

○中野真太郎[1]，澤田憲太郎[2]，村中　徹人[2]，川本　泰之[1]，中積　宏之[2]，結城　敏志[1]，小松　嘉人[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

胃・十二指腸6（15：20～15：55）　　座長　高橋　周作（札幌厚生病院外科）

69（消）．当院における表在性非乳頭部十二指腸腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術の経験

○村上　武志，伊東　竜哉，金澤あゆみ，信岡　隆幸，竹政伊知朗（札幌医科大学消化器･総合、乳腺･内分泌外科学講座）

70（消）．同時性に4病変を伴ったEBV関連胃癌の1切除例

○岡崎　　遼[1]，海老原裕磨[1]，城崎　友秀[1]，田中　公貴[1]，中西　喜嗣[1]，浅野　賢道[1]，野路　武寛[1]，倉島　　庸[1]，村上　壮一[1]，中村　　透[1]，土川　貴裕[1]，岡村　圭祐[1]，七戸　俊明[1]，岡田　宏美[2]，平野　　聡[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室II[1]，北海道大学病院病理診断科[2]）

71（消）．胃神経内分泌癌の一切除例

○羽田　光輝，須藤亜希子，正司　裕隆，梅原　　実，植木　伸也，佐藤　利行，久留島徹大，笠島　浩行，中西　一彰，木村　　純（市立函館病院消化器外科）

72（消）．当院における悪性腫瘍による胃十二指腸狭窄の現状

○得地　祐匡，松本　将吾，北潟谷　隆，小林　智絵，江藤　和範，山本　文泰（苫小牧市立病院消化器内科）

73（消）．当院における切除不能十二指腸癌の検討

○佐藤　昌則，平川　昌宏，大沼　啓之，石塚　理恵，早坂　尚貴，村瀬　和幸，高田　弘一，宮西　浩嗣，加藤　淳二（札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学）

食道1（16：00～16：28）　　座長　安孫子怜史（釧路労災病院内科）

74（内）．食道原発神経内分泌細胞癌の1例

○小柴　　裕[1]，久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，渡邊　晃一[1]，宮崎　　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

75（内）．MM浸潤、静脈侵襲を伴った微小食道扁平上皮癌の1例

○石川　麻倫[1]，清水　勇一[1]，田中　一光[2]，井上　雅貴[2]，木脇佐代子[2]，松田　可奈[2]，津田　桃子[1]，山本　桂子[1]，小野　尚子[2]，坂本　直哉[2]（北海道大学病院光学医療診療部[1]，北海道大学大学院内科学分野消化器内科学教室[2]）

76（内）．EUS-FNAが診断に有用であった食道びまん性平滑筋腫症（diffuse esophageal leiomyomatosis）の1例

○櫻井　　環[1]，久居　弘幸[1]，渡邊　晃一[1]，小柴　　裕[1]，宮崎　　悦[2]，飴田　咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

77（消）．下咽頭癌ESD後にリンパ節転移を来たし、郭清後、長期生存が得られている1例

○井上　雅貴[1]，清水　勇一[2]，田中　一光[1]，木脇佐代子[1]，石川　麻倫[1]，松田　可奈[1]，津田　桃子[1]，高橋　正和[2]，山本　桂子[2]，小野　尚子[2]，中川　　学[2]，中川　宗一[2]，畑中佳奈子[3]，水町　貴諭[4]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院内科学分野消化器内科学教室[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]，北海道大学病院病理診断科[3]，北海道大学病院耳鼻咽喉科[4]）

食道2（16：33～16：54）　　座長　岡原　　聡（恵佑会第2病院消化器内科）

78（内）．バルーン拡張術が有効であった良性食道狭窄の2例

○菊地　剛史，中村　正弘，久保　俊之，中村　浩子，見田　裕章，岩田　徳和，安達　靖代，足立　　靖，吉田　幸成，遠藤　高夫（札幌しらかば台病院・消化器内科）

79（内）．多発する輪状狭窄を認めた好酸球性食道炎の1例

○松田宗一郎[1]，間部　克裕[1]，久保　公利[1]，加藤　元嗣[1]，大原　正範[2]，木村　伯子[3]（国立病院機構函館病院消化器内科[1]，国立病院機構函館病院消化器外科[2]，国立病院機構函館病院病理診断科[3]）

80（内）．CTにてExtravasationを認めた食道壁内血腫の1例

○吉田　　萌，稲場　勇平，井尻　学見，杉山　隆治，助川　隆士，小澤賢一郎，垂石　正樹，斉藤　裕輔（市立旭川病院消化器病センター）

第４会場

〔９月22日（土）（第1日目）〕

小腸1（9：38～10：13）　　座長　藤田　朋紀（札幌センチュリー病院消化器内科）

81（消）．小腸憩室穿通の1例

○今川　貴之[1]，藤井　重之[1]，佐賀　潤也[1]，伊藤　　亮[1]，山田　充子[1]，小野　道洋[1]，安部　智之[1]，前田　征洋[1]，藤田　美悧[2]，パウデルサシーム[3]，仙丸　直人[3]，村松　丈児[4]，吉田　正宏[4]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室[2]，製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科[3]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[4]）

82（消）．クローン病に合併した腸管皮膚瘻に対してウステキヌマブが奏効した1例

○江上　太基，加藤　貴司，後藤　　哲，宮下　憲暢，岡本　宗則，中山　智英，山吹　　匠（愛育病院）

83（内）．回腸潰瘍から出血を来し、重症化した好酸球性腸炎の1例

○嘉成　悠介[1]，勝木　伸一[1]，安保　智典[1]，高梨　訓博[1]，小松　悠弥[1]，植村　尚貴[1]，平田　裕哉[1]，藤田　朋紀[2]，和賀永里子[3]（小樽掖済会病院消化器内科[1]，愛育病院[2]，北海道がんセンター[3]）

84（消）．S状結腸癌に重複した回腸神経内分泌腫瘍の1例

○越前栄次朗，菅野　伸一，大久保陽介，三宅　高和，若杉　英樹，鈴木　一也，米澤　和彦（市立釧路総合病院消化器内科）

85（消）．腹腔内腫瘍を契機として発見され，手術を施行した小腸NETの1例

○小林　正幸[1]，植村　一仁[1]，三野　和宏[1]，高橋　宏明[1]，木村　太一[2]（北海道医療センター外科[1]，北海道医療センター病理診断科[2]）

小腸2（10：16～10：51）　　座長　上野　伸展（旭川医科大学地域医療支援および専門医育成推進講座）

86（消）．大腸癌化学療法に伴う薬剤性腸炎より門脈気腫症を呈した1例

○下村遼太郎，太宰　昌佳，久保茉理奈，古川龍太郎，小野寺　学，吉井　新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

87（消）．乳児期からの貧血および小腸重積を反復した小腸若年性ポリープの1幼児例

○鈴木　琢士[1]，荒　　桃子[1]，河北　一誠[1]，本多　昌平[1]，藤原　伸一[2]，高橋美智子[2]，今野武津子[2]，高桑　恵美[3]，武冨　紹信[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室I[1]，札幌厚生病院小児科[2]，北海道大学病院病理診断科[3]）

88（消）．術中小腸内視鏡検査を併用することにより出血点を同定しえた小腸潰瘍出血の1切除例

○松澤　文彦[1]，森田　恒彦[1]，林　　俊治[1]，中村　貴久[1]，後藤　　学[2]（恵み野病院外科[1]，恵み野病院消化器内科[2]）

89（消）．保存的治療を行った腸管気腫性嚢胞症の2例

○飴田　咲貴[1]，久居　弘幸[1]，櫻井　　環[1]，小柴　　裕[1]，宮崎　　悦[2]，渡邊　晃一[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

90（内）．ダブルバルーン小腸内視鏡検査で診断し切除範囲の同定に術中ICG併用血管造影が有用であった多発小腸動静脈奇形の1例

○石塚　理恵[1]，平川　昌宏[1]，早坂　尚貴[1]，佐藤　昌則[1]，大沼　啓之[1]，村瀬　和幸[1]，高田　弘一[1]，宮西　浩嗣[1]，信岡　隆幸[2]，竹政伊知郎[2]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

小腸3（10：54～11：22）　　座長　伊藤　貴博（札幌東徳洲会病院IBDセンター）

91（消）．小腸憩室穿通による腹膜炎を来した血管型Ehlers-Danlos症候群の1例

○水上　達三[1]，橋本　　卓[1]，松井　博紀[1]，本間　友樹[1]，三浦　一郎[2]，三浦千砂子[2]，阿部　厚憲[1]（帯広病院外科[1]，帯広病院病理診断科[2]）

92（消）．反復性腸閉塞を伴う細菌性小腸炎疑いの1切除例

○佐野　修平，西越　崇博，志智　俊介，山田　健司，腰塚　靖之，芝木泰一郎，柳田　尚之，池上　　淳，稲垣　光裕，赤羽　弘充（旭川厚生病院外科）

93（消）．回腸子宮内膜症により腸閉塞をきたした1例

○待木　隆志，沖田　憲司，西舘　敏彦，奥谷　浩一，碓井　彰大，秋月　恵美，石井　雅之，里吉　哲太，竹政伊知朗（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科）

94（消）．胃全摘、一Roux-en-Y再建後の内ヘルニアの1例

○紅露　大介，腰塚　靖之，西越　崇博，佐野　修平，志智　俊介，山田　健司，芝木泰一郎，柳田　尚之，池上　　淳，稲垣　光裕，赤羽　弘充（旭川厚生病院外科）

肝1（11：25～12：00）　　座長　森川　賢一（北海道大学大学院内科学分野消化器内科学教室）

95（消）．高齢者に発症したB型肝炎に伴う肝機能障害の2例

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

96（消）．C型肝炎のDAA治療例のM2BPG値の推移とHCC発がんについて

○田辺　利男[1]，山崎　雅勇[1]，草間　敬司[2]（道東勤医協釧路協立病院内科[1]，オホーツク勤医協北見病院[2]）

97（消）．急速な転帰をたどり自己免疫性肝炎が疑われた急性肝不全・昏睡型の1例

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

98（消）．当科におけるグレカプレビル/ピブレンタスビル配合錠による初期治療成績

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

99（消）．当院におけるGlecaprevir/Pibrentasvir使用経験

○山本　義也，吉田　苑永，宮本　秀一，木下　賢治，伊藤　　淳，工藤　大樹，畑中　一映，成瀬　宏仁（市立函館病院消化器病センター消化器内科）

胆5（14：40～15：08）　　座長　吉田　真誠（札幌医科大学附属病院腫瘍・血液内科）

100（消）．総胆管に穿破した膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

○村松　丈児[1]，小野　道洋[1]，佐賀　潤也[1]，伊藤　　亮[1]，安部　智之[1]，藤井　重之[1]，今川　貴之[2]，吉田　正宏[2]，湯浅　憲章[3]，飴田　咲貴[4]，前田　征洋[1]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[2]，製鉄記念室蘭病院放射線科[3]，伊達赤十字病院消化器科[4]）

101（消）．ポート部再発をきたした腹腔鏡下胆嚢摘出後の偶発胆嚢癌の1例

○齋藤　　敦[1]，杉山　祥晃[1]，岸　　法磨[1]，太田　勝久[1]，相馬　　学[1]，松崎　伸幸[1]，石川　千里[1]，阿部　真実[1]，藤井　常志[1]，長谷部千登[1]，菊池　智樹[2]，小幡　雅彦[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院病理診断科[2]）

102（消）．GC療法に不応・不耐の胆道癌に対するS-1療法

○村中　徹人[1,2]，小松　嘉人[2]，中野真太郎[1,2]，澤田憲太郎[1,2]，川本　泰之[1]，中積　宏之[2]，結城　敏志[1]，平田　　甫[1]，中島　正人[1]，平田　幸司[1]，杉浦　　諒[1]，加藤　　新[1]，桒谷　将城[1]，坂本　直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

103（消）．術前診断し得た胆嚢扁平上皮癌の1切除例

○大橋　佑介[1]，菅井　　望[1]，谷口　恵美[1]，児島　裕一[1]，山口　　巧[1]，松薗　絵美[1]，大原　克仁[1]，曽我部　進[1]，関　　英幸[1]，藤田　　淳[1]，鈴木　潤一[1]，武田　圭佐[2]，柳内　　充[3]，鈴木　　昭[3]（KKR札幌医療センター消化器内科[1]，KKR札幌医療センター外科[2]，KKR札幌医療センター病理診断科[3]）

膵1（15：11～15：46）　　座長　矢根　　圭（手稲渓仁会病院消化器病センター）

104（消）．当院におけるBR-A膵癌とUR-LA膵癌の臨床的差異の検討

○柾木　喜晴[1]，本谷　雅代[1]，上野あかり[1]，石上　敬介[1]，伊東　文子[1]，志谷　真啓[1]，阿久津典之[1]，佐々木　茂[1]，木村　康利[2]，竹政伊知朗[2]，仲瀬　裕志[1]（札幌医科大学消化器内科[1]，札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

105（消）．膵体尾部癌術後の肝転移再発に対しインターベンション治療が奏効した1例

○秋山　剛英[1]，柴田　敬典[1]，土居　　忠[1]，大井　雅夫[1]，高橋　　稔[1]，本間　久登[1]，森井　一裕[2]，古川　勝久[2]，平田健一郎[1]，米森　敦也[3]，竹内　幹也[3]，女澤　慎一[4]（札幌共立五輪橋病院消化器内科[1]，札幌共立五輪橋病院血液腫瘍内科[2]，札幌共立五輪橋病院消化器外科[3]，札幌共立医院[4]）

106（消）．腹膜転移を伴う膵癌に対し腹腔内化学療法が奏功した1例

○神　　崇志[1]，高山　歳三[1]，岡村　直香[1]，杉山　絢子[1]，平山　眞章[1]，佐藤　大介[2]，鈴木　善法[2]，浅野　賢道[3]，辻　　靖[1]（斗南病院腫瘍内科[1]，斗南病院消化器外科[2]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅱ[3]）

107（消）．切除時期ならびに術式に苦慮した膵体部癌の1例

○河瀬　智哉[1]，友田　博行[1]，田中　　卓[1]，木田　裕之[2]，山口　智仁[2]，山口　聖隆[2]（北斗病院消化器内科[1]，北斗病院消化器外科[2]）

108（消）．術前治療が奏功したものの, 門脈内膜進展のため切除断端陽性となったborderline resectable（BR）膵癌の1症例

○佐賀　潤也[1]，小野　道洋[1]，村松　丈児[1]，伊藤　　亮[1]，今川　貴之[1,4]，吉田　正宏[1,4]，安部　智之[1]，藤井　重之[1]，前田　征洋[1]，仙丸　直人[2]，藤田　美悧[3]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，製鉄記念室蘭病院外科・消化器外科・呼吸器外科[2]，製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室[3]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[4]）

その他1（15：49～16：17）　　座長　小野　雄司（市立札幌病院消化器内科）

109（消）．腹膜偽粘液腫をきたした脾原発粘液性嚢胞腺癌の1剖検例

○村松　里沙[1]，小野寺　馨[1]，一色　裕之[4]，大和田紗恵[1]，山川　　司[1]，谷　　元博[2]，伊早坂　舞[1]，佐藤　修司[1]，清水　晴夫[1]，小西　康宏[3]，今　信一郎[3]，金戸　宏行[1]（市立室蘭総合病院消化器内科[1]，市立室蘭総合病院内科[2]，市立室蘭総合病院臨床検査科[3]，函館五稜郭病院消化器内科[4]）

110（内）．水疱性類天疱瘡と経皮内視鏡的胃瘻造設術

○野津　　司[1]，奥村　利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

111（消）．腹膜垂炎と腹腔内遊離体

○野津　　司[1]，奥村　利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

112（消）．悪性症候群を併発した急性穿孔性虫垂炎の1例

○深作　慶友，安念　和哉，許　　理威，福島　　剛（市立千歳市民病院）

大腸1（16：20～16：55）　　座長　益子　博幸（日鋼記念病院外科）

113（消）．肝細胞癌転移と腺癌が混在した上行結腸癌の一切除例

○田仲　大樹，本間　重紀，吉田　　雅，市川　伸樹，川俣　　太，柴崎　　晋，川村　秀樹，武冨　紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ）

114（消）．切除不能大腸癌肝転移に対するconversion surgeryの予測因子、治療効果の検討

○奥田　耕司[1]，中村　路夫[2]，大島　由佳[1]，上坂　貴洋[1]，寺崎　康展[1]，片山　知也[1]，砂原　正男[1]，大島　隆宏[1]，大川　由美[1]，三澤　一仁[1]（市立札幌病院外科[1]，市立札幌病院消化器内科[2]）

115（消）．大腸ステント留置による腹膜炎で外科的手術を要した1例

○西村　友佑[1]，山田　　錬[1]，寺下　勝巳[1]，高木　智史[1]，高橋　昌宏[2]，中川　隆公[2]，西川　　眞[2]，下國　達志[2]，奥村　一慶[2]，矢部　沙織[2]，吉川　裕幸[3]，山口　晃典[3]，中西　勝也[4]（JCHO札幌北辰病院消化器内科[1]，JCHO札幌北辰病院外科[2]，JCHO札幌北辰病院放射線診断科[3]，JCHO札幌北辰病院病理診断科[4]）

116（消）．虫垂杯細胞カルチノイドの1例

○太田　勝久，藤井　常志，岸　　法麿，斎藤　　敦，相馬　　学，松崎　信幸，杉山　祥晃，石川　千里，阿部　真美，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

117（消）．腸閉塞症状で発症した腸管子宮内膜症の1例

○穴田麻眞子[1]，石部絵梨奈[1]，藤江　祐貴[1]，米村　洋輝[1]，霜田　佳彦[1]，多谷　容子[1]，松本　美櫻[1]，堀本　啓大[1]，馬場　　麗[1]，武藤　修一[1]，木村　宗士[1]，植村　一仁[2]，木村　太一[3]（北海道医療センター消化器内科[1]，北海道医療センター消化器外科[2]，北海道医療センター病理診断科[3]）

第１会場

〔9月23日（日）（第2日目）〕

シンポジウム（内視鏡）（9：00～10：06）　　座長　藤谷　幹浩（旭川医科大学内科学講座消化器･血液腫瘍制御内科学分野）

山野　泰穂（札幌医科大学消化器内科学講座）

S2-1（内）．Helicobacter pylori総除菌時代の胃癌スクリーニングのあり方

○津田　桃子[1]，小野　尚子[2]，田中　一光[1]，井上　雅貴[1]，木脇佐代子[1]，石川　麻倫[1]，松田　可奈[1]，山下　允孝[1]，高橋　正和[1]，山本　桂子[2]，中川　　学[3]，森　　康明[1]，中川　宗一[3]，清水　勇一[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学講座[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]，中川胃腸科[3]）

S2-2（内）．未分化組織混在型早期胃癌に対するNBI拡大観察の有用性

○石井　達也，田沼　徳真，鈴木雄一郎，赤保内正和，青木　敬則，原田　　拓，潟沼　朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

S2-3（内）．クローン病患者に対する小腸内視鏡下バルーン拡張術の術前診断と安全性

○伊藤　貴博[1]，西村　東人[1]，古川　　滋[1]，前本　篤男[1]，太田　智之[2]（札幌東徳州会病院IBDセンター[1]，札幌東徳州会病院消化器センター[2]）

S2-4（内）．超音波内視鏡検査を用いた大腸SM深部浸潤（T1b）癌に対する内視鏡的完全摘除

○稲場　勇平[1]，斉藤　裕輔[1]，藤谷　幹浩[2]（市立旭川病院消化器病センター[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

S2-5（内）．大腸ESDの治療困難因子の検討：Donut sign

○高橋慶太郎[1,2]，藤谷　幹浩[1,2]，小林　　裕[2]，村上　雄紀[2]，岩間　琢哉[2]，久野木健仁[2]，安藤　勝祥[2]，上野　伸展[2]，嘉島　　伸[2]，盛一健太郎[2]，田邊　裕貴[2]，奥村　利勝[1,2]（旭川医科大学光学医療診療部[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

S2-6（内）．食道表在癌における深達度MM/SM1診断

○岡原　　聡[1]，高橋　宏明[1]，大橋　広和[1]，菅原　伸明[1]，小平　純一[1]，松本　岳士[1]，須貝　　茂[1]，小池　容史[1]，大内　知之[2]，武内　利直[2]（恵佑会第2病院消化器内科[1]，恵佑会札幌病院病理診断科[2]）

消化器病研修医優秀演題選考（10：09～10：37）

座長　田邊　裕貴（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

118（消）．当院における門脈ガス血症9例の臨床的検討

○水野　天仁[1]，石川　倫啓[1,2]，阪田　敏聖[1,2]，小柳　　要[1,2]，横田　良一[1,2]，田口　宏一[1,2]，深澤　拓夢[1]（砂川市立病院消化器外科[1]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ[2]）

119（消）．Nivolumab療法の奏効により胃穿通をきたし、原発巣切除術を施行した胃癌の1例

○田渕　　葵[1]，太宰　昌佳[1]，久保茉理奈[1]，古川龍太郎[1]，小野寺　学[1]，高桑　康成[2]，山田　秀久[3]，吉井　新二[1]（NTT東日本札幌病院消化器内科[1]，NTT東日本札幌病院病理臨床検査科[2]，NTT東日本札幌病院外科[3]）

120（消）．C型慢性肝疾患治療後に発癌をきたした症例における背景肝のF因子と肝硬度度の比較検討

○野嵜　　真，馬場　　英，古家　　乾，池田　明洋，小泉　忠史，定岡　邦昌（JCHO北海道病院消化器科）

121（消）．膵癌の治療中に血栓性微小血管障害を来した2症例

○石田　浩一[1]，村中　徹人[2]，中野真太郎[3]，澤田憲太郎[2]，川本　泰之[3]，中積　宏之[2]，結城　敏志[3]，小松　嘉人[2]，坂本　直哉[3]（北海道大学病院初期臨床研修センター[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，北海道大学病院消化器内科[3]）

消化器病専修医優秀演題選考（10：40～11：15）

座長　桒谷　将城（北海道大学病院光学医療診療部）

122（消）．当院における大腸憩室出血の治療成績の検討

○平野　雄大，一色　裕之，飯塚　　尭，横山　佳浩，牛島　慶子，鈴木　　亮，岡　　俊州，笠原　　薫，小林　寿久，矢和田　敦（函館五稜郭病院消化器内科）

123（消）．異所性胃腺からの発生が疑われた胃底腺型胃癌の1例

○魚住　健志，関　　英幸，山口　　巧，松園　絵美，曽我部　進，菅井　　望，藤田　　淳，鈴木　潤一，秋元真祐子，柳内　　充，鈴木　　昭（KKR札幌医療センター消化器内科）

124（消）．上部食道腺癌を合併したLynch症候群

○齋藤　潤信[1]，山下健太郎[1]，守谷　　洋[1]，柴田　泰洋[1]，風間　友江[1]，須藤　豪太[1]，三橋　　慧[1]，五十嵐央祥[1]，能正　勝彦[1]，山野　泰穂[1]，仲瀬　裕志[1]，佐々木　基[2]，後藤　　啓[2]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，札幌禎心会病院消化器内科[2]）

125（消）．腹腔鏡下肝切除術におけるICG蛍光法を用いた術中腫瘍検出法の検討

○藤野　紘貴，永山　　稔，木村　康利，水口　　徹，今村　将史，山口　洋志，吉田　瑛司，竹政伊知朗（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座）

126（消）．若年発症の急性肝不全型Wilson病に対し待機的に脳死肝移植を施行した1例

○和久井洋佑[1]，後藤　了一[1]，財津　雅昭[1]，川村　典生[1]，渡辺　正明[1]，小川　浩司[2]，嶋村　　剛[3]，武冨　紹信[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室I[1]，北海道大学病院消化器内科[2]，北海道大学病院臓器移植医療部[3]）

第122回日本消化器病学会北海道支部例会
第117回日本消化器内視鏡学会北海道支部例会 奨励賞表彰式（11：40～12：00）

特別講演2（13：00～14：00）　　座長　奥村　利勝（旭川医科大学 内科学講座 消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

「上部消化管癌に対する内視鏡診療の現状と将来展望」
○藤城　光弘（東京大学医学部附属病院 光学医療診療部）

閉会式（15：35～15：40）

第２会場

〔9月23日（日）（第2日目）〕

膵2（9：49～10：24）　　座長　蒲池　浩文（北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ）

127（消）．急性膵炎を繰り返した膵粘液癌の1切除例
○堀内　正史，河本　　徹，内海　辰哉，藤永　明裕，宮澤　佑貴，本田　宗也，田中　一之，佐藤　智信，後藤　　充，斎藤　義徳（旭川厚生病院消化器科）

128（消）．膵頭部癌に対して膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建術施行後、結腸静脈瘤に対してIVR施行し治療した1例
○桑原　尚太[1]，松本　　譲[1]，倉谷　友崇[1]，和田　秀之[1]，加藤　航平[1]，市之川正臣[1]，吉岡　達也[1]，村川　力彦[1]，池田　　篤[1]，川畑　修平[2]，伊藤　貴史[2]，松本　隆祐[2]，長　いく弥[2]，吉田　　晃[2]，新　　智文[2]，柳沢　秀之[2]，菊地　英明[2]，大野　耕一[1]（帯広厚生病院消化器外科[1]，帯広厚生病院消化器内科[2]）

129（消）．興味深いクローン進化をたどったIPMN関連膵癌
○杉山　雄哉[1]，岡田　哲弘[2,4]，小野　裕介[2]，富永　素矢[1]，坂本　　淳[1]，木村　圭介[1]，太田　智之[1]，前島　　拓[3]，深堀　　晋[3]，吉川大太郎[3]，唐崎　秀則[2,3]，河野　　透[2,3]，笹島　順平[2,4]，水上　裕輔[2,4]，奥村　利勝[4]（札幌東徳洲会病院消化器内科[1]，札幌東徳洲会病院医学研究所[2]，札幌東徳洲会病院外科[3]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[4]）

130（消）．膵癌の確定診断以前に施行されていた画像所見の検討
○瀧川有記子，林　　毅，宇都宮　蘭，田中　一成，永井　一正，小林　陽介，金　　俊文，矢根　　圭，高橋　邦幸，潟沼　朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

131（消）．術前に診断が困難であった膵漿液性嚢胞性腫瘍の3例
○石川　和真[1]，吉田　真誠[1]，坂本　拡基[1]，池田　裕貴[1]，村瀬　和幸[1]，高田　弘一[1]，宮西　浩嗣[1]，木村　康利[2]，竹政伊知朗[2]，長谷川　匡[3]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科[2]，札幌医科大学病理部[3]）

膵3（10：27～10：55）　　座長　河本　　徹（旭川厚生病院消化器内科）

132（消）．取り下げ

133（消）．炎症性腹部大動脈瘤と自己免疫性膵炎を合併したIgG4関連疾患の1例
○齊藤　成亮，武藤桃太郎，五十嵐　将，武藤　瑞恵，市來　一彦，井上　充貴，柳川　伸幸（遠軽厚生病院内科）

134（内）．IgG4関連自己免疫性膵炎のステロイド減量中に生じた膵腫瘍の1例
○伊早坂　舞[1]，金戸　宏行[1]，大和田紗恵[1]，山川　　司[1]，谷　　元博[2]，小野寺　馨[1]，佐藤　修司[1]，清水　晴夫[1]，小西　康宏[3]，今　信一郎[3]（市立室蘭総合病院消化器内科[1]，市立室蘭総合病院内科[2]，市立室蘭総合病院臨床検査科[3]）

135（消）．膵頭十二指腸切除が施行されたIgG4関連腫瘤形成性膵炎の一症例

○斉藤　空[1]，横山　和典[1]，小倉　庸平[1]，代田　充[1]，梅本　浩平[1]，旭　火華[1]，喜納　政哉[1]，益子　博幸[1]，山城　勝重[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

136（消）．自己免疫性膵炎3症例のEUS-FNA診断に関する検討

○吉田　将大，庵原　秀之，富田　祐介，大岩修太郎，神　崇志，藤井　亮爾，高山　歳三，皆川　武慶，岡川　泰，森田康太郎，住吉　徹哉，平山　眞章，近藤　仁（斗南病院消化器内科）

膵4（10：58～11：33）　座長　杉山　祥晃（旭川赤十字病院消化器内科）

137（消）．膵臓胆嚢ドックにおける血清膵酵素測定の評価

○那須野　央，宮川　宏之，畑山　加奈，北川　翔，奥　大樹，岡村　圭也，平山　敦，長川　達哉（札幌厚生病院胆膵内科）

138（内）．25G franseen形状穿刺針を用いた超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引生検に関する多施設共同前向き観察研究

○杉浦　諒[1]，桒谷　将城[1]，矢根　圭[2]，多谷　容子[3]，庵原　秀之[4]，小野寺　学[5]，江藤　和範[6]，佐野　逸紀[7]，工藤　大樹[8]，三橋　智子[9]，潟沼　朗生[2]，坂本　直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，手稲渓仁会病院 消化器病センター[2]，北海道医療センター消化器内科[3]，斗南病院消化器内科[4]，NTT東日本札幌病院消化器内科[5]，苫小牧市立病院消化器内科[6]，釧路労災病院内科[7]，市立函館病院消化器内科[8]，北海道大学病院病理診断科[9]）

139（消）．アルコール性慢性膵炎による仮性嚢胞が胃穿破した1例

○藤江　裕貴，米村　洋輝，霜田　佳彦，田谷　容子，松本　美桜，堀本　啓大，馬場　麗，武藤　修一，木村　宗士（北海道医療センター消化器内科）

140（消）．急性膵炎後walled-off necrosisの大腸穿破に対し積極的な集学的治療が著効した1例

○南　亮輔，永井　一正，林　毅，宇都宮　蘭，田中　一成，瀧川有記子，小林　陽介，金　俊文，矢根　圭，高橋　邦幸，高田　実，安保　義恭，潟沼　朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

141（内）．アルコール性膵炎に対して各種内視鏡治療を施行した1例

○三宅　高和，鈴木　一也，大久保陽介，越前栄次朗，菅野　伸一，若杉　英樹，米澤　和彦（市立釧路総合病院消化器内科）

第３会場

〔９月23日（日）（第2日目）〕

大腸2（9：03～9：38）　座長　前田　好章（北海道がんセンター消化器外科）

142（消）．甲状腺クリーゼ治療後に大腸狭窄を来し緊急手術を施行した1例

○海老沼翔太，渡邉　義人，大渕　佳祐，小野　仁，越前谷勇人（小樽市立病院外科）

143（消）．直腸平滑筋肉腫の1例

○手銭　駿，山上　英樹，執行亜希子，園川　卓海，田中　友香，大野　陽介，乾野　幸子，舩越　徹，若山　顕治，田原　宗徳，高橋　周作，秦　庸壮，田中　浩一，石津　寛之，高橋　弘昌（札幌厚生病院外科）

144（消）．腹腔鏡下IMA温存左側結腸・直腸癌手術の腫瘍学的短期・長期成績

○前田　好章，篠原　敏樹，皆川のぞみ，小山　良太，濱田　朋倫（北海道がんセンター消化器外科）

145（消）．大腸癌切除5年後に出現した孤立性腹壁転移を腹腔鏡下に切除した1例

○小山　良太，篠原　敏樹，前田　好章，皆川のぞみ，濱田　朋倫（北海道がんセンター消化器外科）

146（消）．妊娠18週の急性虫垂炎に対し腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

○秋葉　凛樹，吉田　祐一，原田　拓弥，市村健太郎，敦賀　陽介，正村　裕紀，数井　啓蔵（JCHO北海道病院外科）

大腸3（09：41～10：09）　　座長　安藤　勝祥（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

147（消）．経過観察中の直腸粘膜下腫瘍様隆起から出血を来たし，手術により診断された限局性アミロイドーシスの1例

○大岩修太郎，庵原　秀之，富田　祐介，神　　崇志，吉田　将大，藤井　亮爾，皆川　武慶，岡川　　泰，森田康太郎，住吉　徹哉，平山　眞章，近藤　　仁（斗南病院消化器内科）

148（消）．潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブの治療成績と予後予測因子の検討

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

149（消）．当院における潰瘍性大腸炎に対するMMX-5-ASA製剤の治療成績

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

150（消）．当院における抗PD-1抗体による腸炎の発生状況

○古川理紗子[1]，中村　路夫[1]，松田　千佳[1]，村井　太一[1]，板谷　一史[1]，曽根　孝之[1]，藤田　弘之[1]，小池　祐太[1]，佃　　曜子[1]，遠藤　文菜[1]，小野　雄司[1]，泉　　寛志[2]，永坂　　敦[1]，西川　秀司[1]（市立札幌病院消化器内科[1]，市立札幌病院呼吸器内科[2]）

大腸4（10：12～10：40）　　座長　小野寺　馨（市立室蘭総合病院消化器内科）

151（消）．切除困難Rb直腸癌出血に対して経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）を施行した1例

○湯浅　憲章[1]，藤井　重之[2]，前田　征洋[2]，佐藤　彰記[3]，Saseem Poudel[3]，細井　勇人[3,5]，仙丸　直人[3]，赤坂　伸之[4]（製鉄記念室蘭病院放射線科[1]，製鉄記念室蘭病院消化器・血液腫瘍内科[2]，:製鉄記念室蘭病院外科[3]，製鉄記念室蘭病院心臓血管外科[4]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅱ[5]）

152（消）．Crohn病に合併した痔瘻癌の一例　-遺伝子解析の結果も含めて-

○久野木健仁[1]，安藤　勝祥[1]，田邊　裕貴[1]，小林　　裕[1]，村上　雄紀[1]，岩間　琢哉[1]，高橋慶太郎[1]，上野　伸展[1]，嘉島　　伸[1]，盛一健太郎[1]，水上　裕輔[1]，藤谷　幹浩[1]，奥村　利勝[1]，小野　裕介[2]（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[1]，札幌東徳洲会病院医学研究所[2]）

153（消）．MUTYHの1アレル変異を有する大腸がん症例

○柴田　泰洋，山下健太郎，齋藤　潤信，守谷　　洋，風間　友江，須藤　豪太，三橋　　慧，五十嵐央祥，能正　勝彦，山野　泰穂，仲瀬　裕志（札幌医科大学消化器内科学講座）

154（消）．*Streptococcus bovis*菌血症による大腰筋膿瘍を契機に発見された早期大腸癌の1例

○米村　洋輝，霜田　佳彦，多谷　容子，松本　美桜，堀本　啓大，馬場　　麗，武藤　修一，木村　宗士（北海道医療センター消化器内科）

大腸5（10：43～11：11）　　座長　間部　克裕（国立病院機構函館病院消化器科）

155（内）．初学者の下部消化管内視鏡検査におけるエンドカフの有用性について

○岡川　　泰，住吉　徹哉，富田　祐介，神　　崇志，大岩修太郎，吉田　将大，藤井　亮爾，皆川　武慶，森田康太郎，庵原　秀之，平山　眞章，近藤　　仁（斗南病院消化器内科）

156（消）．当科におけるリナクロチド錠の処方の実情と実態から、その効果の判別は可能かについて

○武藤　修一，米村　洋輝，霜田　佳彦，多谷　容子，松本　美桜，堀本　啓大，馬場　　麗，木村　宗士（北海道医療センター消化器内科）

157（消）．動静脈奇形による難治性大腸潰瘍を呈した1例

○柴田　敬典[1]，秋山　剛英[1]，土居　　忠[1]，大井　雅夫[1]，高橋　　稔[1]，本間　久登[1]，米森　敦也[2]，竹内　幹也[2]，女澤　慎一[3]（札幌共立五輪橋病院消化器病センター消化器内科[1]，札幌共立五輪橋病院消化器病センター消化器外科[2]，札幌共立病院[3]）

158（内）．腸閉塞を繰り返している特発性腸間膜静脈硬化症の1例

○山川　　司，大和田紗恵，谷　　元博，伊早坂　舞，小野寺　馨，佐藤　修司，清水　晴夫，金戸　宏行（市立室蘭総合病院）

大腸6（11：14～11：42）　　座長　武藤桃太郎（遠軽厚生病院内科）

159（内）．大腸ESDの治療時間に影響する因子の検討

○田中　一之，堀内　正史，宮澤　佑貴，本田　宗也，内海　辰哉，河本　　徹，藤永　明裕，後藤　　充，佐藤　智信，斎藤　義徳（旭川厚生病院消化器科）

160（内）．悪性大腸閉塞に対する大腸ステント留置術の成績

○佐野　逸紀，安孫子怜史，野澤俊一郎，桜井　健介，吉河　　歩，佐々木　塁，原田　一顕，小林　良充，小田　　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

161（内）．当院における大腸憩室出血の臨床的検討

○伊藤　　亮[1]，安部　智之[1]，村松　丈児[1]，佐賀　潤也[1]，山田　充子[1]，小野　道洋[1]，藤井　重之[1]，前田　征洋[1]，今川　貴之[2]，吉田　正宏[2]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[2]）

162（内）．繰り返す大腸憩室出血にマーキングクリップを併用し動脈塞栓術を施行した1例

○岩野　博俊[1]，石井　吉文[1]，沼崎　　太[2]，佐藤　貴幸[3]，仁木　　卓[1]，山田　政孝[1]（士別市立病院消化器内科[1]，士別市立病院循環器内科[2]，士別市立病院内視鏡技術科[3]）

第４会場

〔９月23日（日）（第2日目）〕

肝5（10：10～10：45）　　座長　阿久津典之（札幌医科大学消化器内科学講座）

163（消）．画像検査による術前診断が困難であった胆管腺腫の1例

○早坂　秀平[1]，吉田　苑永[1]，宮本　秀一[1]，木下　賢治[1]，伊藤　　淳[1]，工藤　大樹[1]，畑中　一映[1]，山本　義也[1]，成瀬　宏仁[1]，中西　一彰[2]，下山　則彦[3]（市立函館病院消化器内科[1]，市立函館病院消化器外科[2]，市立函館病院病理診断科[3]）

164（消）．内視鏡的クリップ止血術後PTOにより根治治療をし得た十二指腸静脈瘤出血の1例

○本田　宗也[1]，斎藤　義徳[1]，上原　聡人[2]，上原　恭子[2]，杉村浩二郎[2]，藤林　周吾[2]，芹川　真哉[2]，鈴木　康秋[2]，澤田　康司[4]，奥村　利勝[4]，平松　一秀[3]（旭川厚生病院消化器内科[1]，名寄市立総合病院消化器内科[2]，旭川厚生病院放射線科[3]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[4]）

165（消）．膵頭十二指腸切除既往患者の肝切除後難治性胆汁漏に対して順行性胆管ドレナージが有効であった1例

○村田　竜平，柏倉さゆり，辻　　健志，葛西　弘規，谷　　安弘，羽田　　力，上泉　　洋，伊藤　浩二（岩見沢市立総合病院）

166（消）．慢性肝疾患患者に対する亜鉛投与製剤投与例の検討

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

167（内）．2013年から2017年の5年間で経験したBRTOを施行した9例の検討

○阿部　真美[1]，岸　　法麿[1]，斎藤　　敦[1]，太田　勝久[1]，相馬　　学[1]，松崎　伸幸[1]，杉山　祥晃[1]，石川　千里[1]，藤井　常志[1]，長谷部千登美[1]，高田　陽子[2]，長沢　研一[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院放射線科[2]）

その他2（10：48～11：16）　　座長　藤林　周吾（名寄市立総合病院消化器内科）

168（消）．左側からの後腹膜アプローチが有用であり，腹腔鏡にて胆嚢と同時に摘出した後腹膜神経鞘腫の1例

○中本　裕紀[1]，土屋　邦彦[2]，植田　隆太[1]，白川智沙斗[1]，藏谷　大輔[1]，今　　裕史[1]，武田　圭佐[1]，桑原　博昭[1]，田村　　元[1]，小池　雅彦[1]（KKR札幌医療センター外科[1]，KKR札幌医療センター泌尿器科[2]）

169（消）．遺伝性球状赤血球症による巨大脾腫に対して腹腔鏡下脾摘術を施行した1例

○石川　隆壽[1]，坂本　沙織[1]，小林　展大[1]，河合　朋昭[1]，小林　清二[1]，小笠原和宏[1]，宮城島拓人[2]，武冨　紹信[3]（釧路労災病院外科[1]，釧路労災病院内科[2]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ[3]）

170（消）．腹腔鏡下に修復した巨大な成人Bochdalek孔ヘルニアの1例

○南波　宏征，柴崎　　晋，川俣　　太，市川　伸樹，吉田　　雅，本間　重紀，川村　秀樹，武冨　紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室I）

171（内）．膵頭十二指腸切除術後ロストステントの動態と迷入例の対処法

○小林　陽介[1]，矢根　　圭[1]，高橋　邦幸[1]，林　　毅[1]，金　　俊文[1]，永井　一正[1]，田中　一成[1]，宇都宮　蘭[1]，瀧川有記子[1]，高田　　実[2]，安保　義恭[2]，潟沼　朗生[1]（手稲渓仁会病院 消化器病センター[1]，手稲渓仁会病院 外科[2]）

その他3（11：19～11：47）　　座長　武藤　修一（北海道医療センター消化器内科）

172（内）．経皮経食道胃管挿入術（PTEG）による腸管減圧が有用であった横行結腸癌術後再発による癌性イレウスの1例

○真崎　茂法[1]，森園竜太郎[2]，古山　準一[2]，高木　秀雄[2]，草間　敬司[2]，檜森　亮吾[2]，五十嵐聖名子[2]，上杉　　淳[2]，水尾　仁志[2]，内沢　政英[2]（宮の森記念病院消化器科[1]，勤医協中央病院消化器内科[2]）

173（消）．De Garengeot hernia（虫垂の大腿ヘルニア嵌頓）の1例

○石黒　友唯，佐藤　正法，後藤　順一，服部　優宏，堀江　　卓，小野寺一彦，久木田和丘，目黒　順一，米川　元樹（札幌北楡病院外科）

174（消）．胃静脈瘤を伴った遊走脾捻転の1切除例

○執行亜希子，石津　寛之，園川　卓海，田中　友香，大野　陽介，乾野　幸子，若山　顕治，舩越　　徹，田原　宗徳，山上　英樹，高橋　周作（札幌厚生病院）

175（内）．超音波内視鏡（EUS）下経直腸ドレナージが有用であった骨盤内膿瘍の1例

○坂本　拡基[1]，吉田　真誠[1]，池田　裕貴[1]，石川　和真[1]，村瀬　和幸[1]，高田　弘一[1]，宮西　浩嗣[1]，渡辺　秀樹[2]，許　　理威[3]，加藤　淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，市立千歳市民病院消化器内科[2]，市立千歳市民病院外科[3]）

特別講演1

「膵がん治療の現状と将来に向けた課題」

○山上裕機（和歌山県立医科大学外科学第2講座）

膵癌の術後の生存期間延長に寄与する因子は、切離断端の癌陰性（R 0）と、できるだけ術後早期からの補助化学療法の完遂である。R0を得るために、合理的なリンパ節・神経叢郭清を伴う確実な手術が求められる。したがって、膵臓外科専門医を目指す外科医は手術のartに関する修練が必要である。とくに、Borderline resectable（BR）膵癌に対する手術術式を確立するのがわれわれの緊迫の課題である。BR膵癌に対するmesenteric approachについて、本術式による出血量の減少と生存期間の延長を報告し、現在その臨床的意義を検証するRCTを行っている（MAPLE-PD試験）。BR膵癌の生命予後は不良であるが、われわれはFOLFIRINOXおよびGemcitabine + nab-paclitaxelを始めとした適切な術前化学療法により、有意に生存期間が延長することを報告してきた。適切な術前化学療法の応用により、拡大手術の意義が明らかになってくる。われわれの拡大手術の一環として自家静脈グラフトによる門脈再建について述べる。さらに、腹腔動脈や総肝動脈に浸潤した進行膵癌に対する動脈合併切除術の是非については議論があるが、腹腔動脈合併切除を伴う膵体尾部切除術（DP-CAR）は多くの施設で行われ、一定の臨床効果が報告されている。しかし、合併症も高頻度であり、いまだ多くの問題を抱えた術式であるといえる。術後化学療法については、その完遂が重要であり、そのためには合併症のない安全・確実な手術が求められる。膵頭十二指腸切除術の手技開発に関する和歌山県立医科大学外科学第2講座のRCTについて、とくにBlumgart変法による膵液瘻予防および幽門輪切除による胃内容排出遅延予防（PrPD）の再建術式について述べる。さらに、周術期管理の一環としての漢方薬の役割についても延べ、とくに膵頭十二指腸切除術における大建中湯の臨床的有用性に関するわれわれの成績（JAPAN-PD試験）を中心に膵臓外科の周術期管理のあり方について考えたい。

特別講演2

「上部消化管癌に対する内視鏡診療の現状と将来展望」

○藤城光弘（東京大学医学部附属病院光学医療診療部）

2017年がん統計予測によると、食道癌は、罹患数で全癌種中第14位（22,700人）、死亡数で第10位（11,300人）、胃癌は、罹患数で第2位（132,800人）、死亡数で第3位（47,400人）を占めている。一方、十二指腸癌については罹患数、死亡数も少なく、全国統計が存在しないため、未だ、全貌が明らかではない。胃癌検診および日常診療における上部消化管内視鏡検査の普及に伴い、上部消化管癌の早期発見が可能となり、1960年代後半のpolypectomy、1980年代前半の内視鏡的粘膜切除術（Endoscopic mucosal resection; EMR）、1990年代後半の内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic submucosal dissection; ESD）の開発と相まって、リンパ節転移のない早期上部消化管癌については、内視鏡で根治可能な時代が到来している。これに加え、内視鏡診断の精度は、通常観察の高精細・高解像度化に加え、NBIやBLI、LCI、i-scanOEなど画像強調技術によって、着実に向上している。

National Database（NDB）によると、2015年度には、本邦で、食道癌10,089件（EMR 1,233件、ESD 8,856件、胃・十二指腸癌52,552件（Polypectomy 456件、EMR 3,251件、ESD 48,845件）の内視鏡切除術が行われており、このことは食道癌の約45%、胃・十二指腸癌の約40%が、内視鏡的に摘除される時代になっていることを表している。本講演では、このような現状を踏まえて、効率的な上部消化管癌スクリーニングに必要な知識、内視鏡切除適応病変を決定するための内視鏡診断法、安全確実な内視鏡切除法の実際、内視鏡切除の治療成績、内視鏡を用いた個別化医療に向けた新たな展開、等について、文献的考察と私見を交えながら講演させていただく予定である。

S1-1（消）．切除不能進行肝細胞癌の分子標的薬治療

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

【目的】切除不能進行肝癌ではソラフェニブ（Sor）と動注化学療法（HAIC）が治療の主役であったが、レゴラフェニブ（Reg）やレンバチニブ（Ren）の登場は進行肝癌治療を大きく変える可能性がある。So治療成績と新規分子標的薬の初期経験から今後の進行肝癌治療戦略について考察する。【方法】2017年12月までの当院でのSo症例191例とSo治療PD後のRe投与11症例、Ren投与15症例を対象とし、その臨床背景、治療成績を検討する。【成績】Sor投与191例の背景は男性162例、年齢中央値68歳、肝癌初発/再発21/170例であった。TMN stageはII/III/IVa/IVbが7/51/45/88例、Child-Pugh score（CPS）5/6/7/8/9/10が76/61/34/16/3/1例、So単独治療が146例、他治療併用例が45例であった。Sor単独治療146例の最良抗腫瘍効果はCR/PR/SD/PD/評価不能が1/3/22/107/13例、腫瘍制御率17.7%、MST 263日、PFSは57日であった。Sor治療PD後のReg投与11症例は男性10例、年齢64歳（48～79）、Sor開始時全例がCPS5点であったが、Reg導入時には2例が6点に上昇していた。Reg開始量は160/120/80mgが3/1/7例であり、Sor開始時からReg導入までの期間は37週（11～229）、Reg導入時TMN stageはIII/IVa/IVbが1/2/8例、抗腫瘍効果はCR/PR/SD/PD/評価不能が1/1/1/7/1例、制御率30%、主な合併症は手足症候群と高血圧であった。Ren投与15症例は男性12例、年齢中央値70歳、CPS5/6/7/8は5/5/3/2例、開始量は12/8mgが3/12例、TKI投与歴は8例であった。投与開始1か月目において6症例中4例でAFP値改善が見られ、5例に早期の合併症中止が見られた。【考案】少数例ではあるがReg、Renによる奏功例が見られ、今後の治療成績が期待される。Sorの治療成績は充分とは言い難く、特に脈管浸潤例ではHAICが優先されてきたが、Renの成績次第ではHAICに取って代わる可能性があり症例の蓄積が望まれる。【結語】新規分子標的薬は進行肝細胞癌治療成績を向上する可能性が高い。

S1-2（消）．肝細胞癌切除後再発における分子標的薬の治療戦略―治療成績の向上をめざして―

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

【背景】肝細胞癌に対する分子標的治療薬は従来のソラフェニブに加え、新たにレゴラフェニブ、レンバチニブが相次いで承認され選択の幅が広がった。これらの分子標的治療薬を切除後再発に対して治療成績の向上ためにどのように選択するか、一定した見解が得られていないのが現状である。【目的】当科での肝細胞癌切除後再発に対するソラフェニブ投与の治療成績から他の分子標的治療薬の選択基準を検討する。【対象と方法】2009年7月～2017年12月までの肝切除後再発治療としてソラフェニブを投与された59例を対象とした。全体の投与量、投与期間、再発部位別の治療効果、有害事象について検討した。効果判定はダイナミックCTでmRECIST, RECIST判定に従った。有害事象はCTCAE v4.0に従った。【結果】治療標的再発病変は肝が20例、遠隔転移が14例、肝と遠隔転移が25例であった。初回投与量は800mgが15例、400mgが25例、800mgから400mgへ減量したものが19例であり投与期間中央値は5.4ヶ月であった。治療成績は全体でCRが1例、PRが10例、SDが27例、PDが21例であり病勢制御率は64.4%であった。ほとんどの症例では他の局所治療を介在させながらソラフェニブの投与を行った。全体でのTTPは中央値が4ヶ月であり再発部位でみると肝のみの場合TTPの中央値は2.5ヶ月、遠隔転移では5.3ヶ月であり、遠隔転移症例で有効性が高かった。HFSRなどの有害事象はHFSRが17例と最も多く肝機能障害が次に多かった。G3以上の有害事象のために中止となった症例は8例であり全体の13.6%であった。【結語】再発治療の成績向上のために遠隔転移のみの症例に対してはソラフェニブ投与、ソラフェニブで忍容性が得られPDとなった症例にはレゴラフェニブを、肝内再発のみの症例にはレンバチニブをファーストラインとして選択できる可能性がある。

S1-3（消）．初発肝細胞癌患者の治療法別の再発率，予後に関する検討

○馬場　英，古家　乾，池田明洋，小泉忠史，定岡邦昌（JCHO北海道病院）

【背景】原発性肝癌は死因の第5位であり，その95％は肝細胞癌である．初発肝細胞癌に対しては根治的治療として肝切除やラジオ波焼灼術（PRFA）などが施行されているが，いずれの治療においても微小肝内転移や異時性の多中心性発癌が問題となる．【対象・方法】2015年10月1日より2018年5月31日までの当院で初回の局所治療を受けた初発肝細胞癌66人（男性52人）を解析対象とした．年齢は72.4±9.7歳，肝細胞癌のステージはI/II/III/IVAが11/28/17/10例であった．背景肝疾患はC型19例（肝硬変6例），B型16例（肝硬変7例），NASH12例，アルコール性肝硬変10例，NBNC肝硬変9例であった．Child Pugh Grade Aが59例，Bが7例であった．C型肝疾患のうちで抗ウイルス療法を施行されていたものは14例（IFN関連5例，DAA9例）でうち11例でSVRが得られていた．またB型肝疾患では13例で核酸アナログによる治療がおこなわれていた．治療法としては肝切除19例，PRFA33例，TACE14例であった．上記対象に関する再発率，再発までの時間，再発部位，生存期間に関して検討した．【成績】再発率はステージ別ではIが全例無再発，II/III/IVAは1年が15.3/11.8/61.4%，2年が29.4/41.1/61.4%，治療法別では肝切除/PRFA/TACEは1年が10.5/16.7/35.0%，2年が25.4/28.4/35.0%であった．ステージ別ではステージが上がるほど有意に再発率が高かった（p=0.002）が，治療法別では有意差は認めなかった．再発までの時間は肝切除/PRFA/TACEは266±160/360±105/68±160日であり，PRFAではTACEに比較し有意に再発までの期間が長かった．全生存期間は452±306日，治療法別では肝切除/PRFA/TACEは457±139/503±105/327±160日で，3群間に有意な差は認めなかった．なお，観察期間中に死亡した症例は10例で，癌死が5例，肝不全死2例，他病死が3例であった．【結論】肝細胞癌のステージや肝予備能で治療法選択にバイアスがあり，局所再発率はTACE群で多かったものの，肝予備能が維持されていれば複数回の治療をおこなうことで全生存期間に差は認めなかった．

S1-4（消）．切除不能胆管癌における動注化学放射線療法（AI+RT）の可能性

○後藤拓磨[1]，笹島順平[1]，河本　徹[2]，内海辰哉[2]，藤永明裕[2]，柳川伸幸[2]，佐藤裕基[1]，岡田哲弘[1]，河端秀賢[1]，林　明宏[1]，高氏修平[1]，水上裕輔[1]，藤谷幹浩[1]，奥村利勝[1]（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[1]，旭川厚生病院消化器科[2]）

【背景/目的】切除不能胆道癌の標準治療であるGEM+CDDP併用療法の生存期間中央値（MST）は1年程度とさらなる改善が急務である．切除不能胆嚢癌において良好な成績を示した動注化学放射線療法（AI+RT）の遠位胆管癌における現況を明らかにすることを目的とした．【対象/方法】当院および関連施設にてAI+RT療法を施行した切除不能遠位胆管癌17例のうち解析可能な16例を対象とし，1）患者背景，2）抗腫瘍効果，3）生存期間，4）有害事象につき後方視的に検討した．【結果】1）男女比11/5，年齢中央値75±6.8歳，PS0/1/2 5/9/2，黄疸なし/あり 5/11，局所進行/転移 12/4，全身化学療法への移行あり/なし 8/8．2）CR/PR/SD/PD 1/6/9/0，RR/DCR 43.8％/100％．CR1例はAI+RT後に外科切除に移行，術後病理にて完全奏功が確認された．3）MST（Month）17｛年齢75歳未満/75歳以上 23.6/14.3（p＜0.01），PS0/1/2 56.1/17/9.5（p＜0.01），局所進行/転移 17/22.9，全身化学療法への移行あり/なし 17/22.8｝．年齢とPSによるCox hazard modelでは，75歳以上（HR:7.403，p=0.018），PS2（HR:5.518，p=0.093）となった．4）Grade3以上の血液学的有害事象（WBC/Neut/Hb/Plt）は18.8％/6.3％/25.0％/12.5％，Grade3以上の非血液学的有害事象（食欲不振/胃十二指腸潰瘍）は18.8％/18.8％であった．【まとめ】AI+RTはpharmacokineticsから局所やリンパ節・肝転移への効果を高めると考えられている．治療効果の向上により生存期間延長への寄与とともに術前治療としての可能性も示唆された．全身の有害事象は少ないものの局所の有害事象に注視する必要がある．75歳以下でPSの良い症例が本治療の適応として望ましい．動注や放射線を含めた集学的治療の進歩は，切除不能胆道癌のさらなる予後改善を見込める可能性があり，前向き試験によりその意義を明らかにしていく．

S1-5（消）．当院における切除不能胆道癌に対する化学療法の治療成績

○川本泰之[1]，小松嘉人[2]，中野真太郎[1]，澤田憲太郎[2]，村中徹人[2]，中積宏之[2]，結城敏志[1]，小川浩司[1]，桒谷将城[1]，岡本　渉[3]，吉野孝之[3]，坂本直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，国立がん研究センター東病院[3]）

【背景】切除不能胆道癌に対してはGEM+CDDP療法（GC）が汎用されているが、実臨床では症例数が少なく、まとまった治療成績の報告も少ない。また、近年では他の癌腫と同様に遺伝子変異の報告も散見されるようになってきている。

【目的】当院における切除不能胆道癌に対する化学療法の現状を明らかにする。

【方法】2011年1月から2017年6月の間に当院で治療を開始した切除不能胆道癌（局所・転移性・再発性）症例について、患者背景・治療成績を診療録を用いて後方視的に検討した。

【結果】対象症例は124例。年齢中央値70歳、男/女：82/42、切除不能局所/転移性/再発性：40/43/41、原発部位は肝内/肝外/胆嚢/乳頭部/広範囲：36/44/36/3/5、PS 0/1：67/57、選択されたレジメンは、GC/GEM/GEM+S-1/S-1/その他：82/24/4/5/9。生存期間中央値は全症例では16.1ヶ月、切除不能局所/転移性/再発性：19.2/12.6/20.1ヶ月、原発巣部位別では肝内/肝外/胆嚢：18.9/19.6/11.7ヶ月、GC施行症例では13.5ヶ月であった。SCRUM-Japan GI-screen 2015-01 Non-CRC試験に参加し、次世代シークエンサーで遺伝子解析を行った28症例では、TP53/KRAS/STK11変異：8/6/2例の他、BRAF変異、ERBB2増幅、その他の変異・増幅を1例ずつ認めたものの、それらを標的とした治療には至らなかった。7例では測定不可能であった。

【結論】診断時に転移を有する症例と、原発巣が胆嚢の症例では予後不良の傾向があった。GC療法は既報と同等の有効性を示した。遺伝子変異検査とそれに基づいた治療は今後の課題である。

S1-6（消）．HGCSG1403：治癒切除不能な膵がんに対する一次治療Oxaliplatin＋Irinotecan＋S-1併用療法（OX-IRIS療法）の第I相試験

○小林良充[1]，川本泰之[2]，結城敏志[2]，中野真太郎[2]，澤田憲太郎[3]，村中徹人[3]，中積宏之[3]，齋木琢郎[4]，石黒　敦[4]，原田一顕[1]，岩永一郎[5]，畑中一映[6]，坂本直哉[2]，小松嘉人[3,6]（釧路労災病院腫瘍内科[1]，北海道大学病院消化器内科[2]，北海道大学病院腫瘍センター[3]，手稲渓仁会病院 腫瘍内科[4]，北見赤十字病院消化器内科・腫瘍内科[5]，市立函館病院消化器内科[6]）

【背景】FOLFIRINOX療法は進行膵癌に対する標準治療の一つである．OX-IRIS療法は5FUの持続静注が不要である．OX-IRIS療法による新たな治療法確立のため，安全性評価を行い，用量制限毒性（DLT）と最大耐用量（MTD）を評価するために本試験を計画した．探索的に有効性の評価も行った．【方法】6施設で第I相試験として行った．L-OHPとIRIをday 1と15に投与，S-1をday 1-14で内服し，28日間を1コースとした．用量レベルは3+3用量漸増法を用い，各レベル3-6例で安全性を評価した．MTDはDLTの発現頻度が1/3例を越えた最高用量と定義．主要評価項目はDLT発現頻度，MTD，副次評価項目は有害事象発現頻度，奏効率，無増悪生存期間（PFS），全生存期間（OS）．【結果】2016年1月から2017年8月に13例が登録された．患者背景は，年齢中央値62歳，ECOG PS 0/1：9/4例，原発巣は頭部/体尾部：7/6例，UR-LA/UR-M：4/9例．レベル0（L-OHP: 85, IRI: 100, S-1: 80mg/m2）の5例中2例にDLTを認め，レベル-1（L-OHP: 65, IRI: 100, S-1: 80mg/m2）の8例中2例はDLT評価不能で，残りの6例中1例にDLTを認めた．レベル0で貧血と疲労を100%，食欲不振・下痢・末梢性感覚ニューロパチーを80%に認めた．レベル-1で貧血を100%，疲労を75%，嘔気と食欲不振を63%に認めた．奏効率23%，病勢制御率69%，PFS中央値4.1ヶ月（95%CI; 0.0-8.9ヶ月），OS中央値13.7ヶ月（95%CI; 6.6-20.8ヶ月）であった．【結論】MTDはレベル0と推定され，推奨用量はレベル-1と決定した．mFOLFIRINOX療法などの既報と比較して有害事象は同程度からやや軽微であった．第II相試験でさらに有効性と安全性の評価を行う．

S1-7（消）．局所進行膵癌に対するメトホルミン併用術前放射線化学療法の試み

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

BR,UR膵癌に対しGemcitabine（GEM）による術前化学放射線療法を実施してきた。【定義】BR、URはNCCNガイドラインに準じ、SMA abutmentが180度以上でも明確なencasementが無い場合は手術対象とした。【対象・方法】2006年以降の術前化学放射線療法を施行したBR・UR膵癌45例を対象とした。前期34例はGEM150mg/m2/w+RT50.4G/28f（3門3次元原体照射：照射野はリンパ節を含む郭清領域を planning target volume）で、後期11例のDM症例には前期のレジメにメトフォルミン1500mg/日を併用した。【結果】男女比27：18、平均年齢61.4才、BR：UR 36：9、主占拠部位はPh：Pbt：Phbt 33:11:1であった（前・後期N.S.）。治療中止は前期7例（20.6％）、後期1例（9.1％）（遠隔転移4例、GEM不耐2 例、副作用2例）で、37例（82.2％）に術前治療を完遂した。完遂症例で白血球減少G3を13 例、G4を2例に、G3食思不振1例、間質性肺炎を1例に認めた。治療効果判定で病態進行は7例（肝転移3例、16L/N転移1例、局所進行3例）であった。完遂症例37例中、患者拒否2例、病態進行7例を除く前期20例、後期8例に開腹手術を施行し、前期は16例（47.1％、完遂例中59.3％）、後期は8 例（72.7％、完遂例中80％）に根治術を施行した（前・後期N.S.）。術式はPD/SSPPD 18例、DP5例、TP1例、門脈切除再建19例（79.2％）、動脈切除再建1例（4.2％）に施行し、24例（100％）R0であった。Evans分類IIb以上は前期9例（56.3％）、後期5例（62.5％）であった。術後合併症として一時的TPN導入が3例、門脈再建症例3例に晩期狭窄が生じEMSの留置を行った。術後補助療法はGEM、TS-1の投与を行っている。全症例のMSTは20.2m、切除症例のMSTは41.8m、3/5年生存率は59.5/19.8％であった。切除後再発症例は13 例で局所再発は2例（15.4％）、再発までの期間の中央値は11.2mであった。【結語】低用量GEM併用術前化学放射線療法において高いR 0 切除率と局所治療効果、および良好な予後を認めた。

S1-8（消）．進行・再発膵癌に対するFOLFIRINOX療法－地方医療機関における成績

○久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，渡邊晃一[1]，飴田咲貴[1]，宮崎　悦[2]，佐藤正文[3]，川崎亮介[3]，行部　洋[3]，吉田直文[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，伊達赤十字病院外科[3]）

【目的】進行・再発膵癌に対するFOLFIRINOX（FFX）療法の治療成績ついて検討した。

【方法】対象は2011年7月～2018年5月までにFFX療法（5-FU/LV+CPT-11+L-OHP）を施行した37例（年齢41～79歳、平均67歳、男性22例、観察期間 20～1952日、中央値361日）。原則2週毎の投与で、画像の評価は2～4コース終了毎に施行し、原則入院で施行した。CPT-11の最大投与量は150mg/m^{2}とし、2016年以降は5-FU静注を省略したmodified FFX療法を行った。

【成績】1）原発巣は、頭部 15 例/体尾部 22 例、一次/二次/三次治療は27/6/4 例であった。局所進行 10 例、転移性 17 例 切除後再発 10 例、PS（ECOG）はPS0 20例、PS1 17例であった。胆管ステント留置例は8例であった。2）投与回数は1～60回（中央値0回）で、減量23例（62％）、休薬30例（81％）に要し、予防的G-CSF製剤の投与は17（46％）例に行った。投与中止32例の理由は、病勢進行18例、有害事象10例、切除3例であった。3）Best overall responseはCR 1 例、PR 11 例、SD 22 例、PD 3 例でORR 32%、DCR 92%であった。腹膜転移を有した1例は15コース施行し、審査腹腔鏡後に膵体尾部切除術を施行した（術後5コース施行）。MST 12.4か月、1年、2年累積生存率はそれぞれ、49%、24%、PFS中央値 6.8か月であった。後治療は33 例（89%）に施行した（nab-paclitaxel＋gemcitabine 18 例）。4）Grade 3以上の有害事象は、血液毒性では好中球減少29例（78%）、白血球減少23例（62%）、FN 9例（24%）、血小板減少13例（35%）、貧血2例、非血液毒性では高血糖（46%）、疲労15例（41%）、末梢神経障害6例（16%）、食欲低下5例（14%）下痢、口腔粘膜炎、低K血症、肝膿瘍が1例ずつであった。

【結論】FOLFIRINOX療法は地方医療機関でも施行可能である。また、術前治療や二次治療以降にも施行可能であるが、適切な支持療法と管理が必要である。

S1-9（消）．切除不能膵癌に対するFOLFIRINOX，GNP療法の治療成績と患者層別化へ向けての予後予測因子の検討

○成瀬宏仁，吉田苑永，宮本秀一，木下賢治，伊藤　淳，工藤大樹，畑中一映，山本義也（市立函館病院消化器病センター消化器内科）

【目的】当科で一次治療として化学療法を施行した切除不能膵癌を後方視的に検討し，治療成績，予後予測因子を検討した．【対象】2014年2月から2018年3月に施行したFOLFIRINOX療法・A群23例，GNP療法・B群 32 例．【方法】患者背景の有意差検定はFisherの実数確立とt-test，PFSとOSはカプランマイヤー法にて算出し有意差検定はログランクテスト，予後予測因子はCox比例ハザードモデルにて行った．【結果】A群とB群の背景は，年齢，性別，臨床病期，局所進行例と遠隔転移例の割合，遠隔転移部位，PS，占拠部位，胆道ドレナージの有無．腫瘍径，二次治療の実施率で有意差を認めなかった．薬剤相対用量強度は，80％以上であった．病勢制御率はA/B群，78.3/78.1％と同等であった．PFSはA/B群 100/154 日（P=0.0515），OSはA/B群450/454日（P=0.1914）といずれも有意差を認めなかった．A/B群に共通した予後予測因子として，PS 2（P=0.0314），化学療法開始時のALB（P=0.0406），化学療法開始時のCRP（P=0.0084）が抽出された．このため，ALBとCRPによる予後予測因子として提唱されているmodified Glasgow Prognostic factor（mGPS）を加え，予後予測因子を検討した．mGPS0-1/2の区分でP値はA/B群で0.0391/0.0039といずれも強い有意差を示した．mGPS 0-1/2の区分での1 年生存率は，A群で72.3/33.3％（P=0.033），B群で84.7/33.9％（P=0.0007）と有意差を認めた．一次治療を終了したA/B群に関しては，PS 2，mGPS 0-1/2の区分に加えて，二次治療実施の可否（P=0.0116）が有意な因子であった．二次治療可能な因子を二項ロジスティック解析で検討すると，mGPS 0-1/2の区分がA/B群に共通した有意な因子であった（P=0.045/0.0402）．【結論】FOLFIRINOXとGNP療法の有効性はほぼ同等であり，mGPS 0-1/2の区分は切除不能膵癌に対する化学療法の予後予測因子である可能性がある．事前に対象を層別化しての化学療法選択が可能か検討する必要がある．

S1-10（消）．Borderline resectable 膵癌に対する術前化学放射線療法および化学療法逐次投与の成績

○林　毅，中村　透，吉田真誠，高橋邦幸，田中栄一，村川力彦，本谷雅代，山吹　匠，木村康利，桒谷将城，潟沼朗生，平野　聡（北海道膵癌研究グループ）

【背景/目的】Borderline resectable膵癌（BRPC）に対する治療は未確立である。化学放射線療法（CRT）に引き続き全身化学療法（CT）を行った後に根治切除を行い、治療成績を検討した。【方法】中央判定でNCCN ver. 2のBRPCとされた症例を登録し、術前治療［CRT（S-1, 80mg/m2/照射日+50.4Gy/28Fr.）→ CT（Gemcitabine, 1000 mg/m 2, day 1, 8, 15, 3　course）］の後に根治切除を企図し、主要評価項目, 1）R 0 切除率; 副次評価項目, 2）奏功率, 3）組織学的効果, 4）有害事象（AE）, 5）無増悪生存/生存期間（PFS/OS）を検討した。【結果】45例を登録、年齢中央値, 66（50-74）; 男女比, 29/16; 部位（h/hb/b/bt/t）, 33/4/6/1/1; 腫瘍長径, 27mm（17-50）; BR因子（PV/A/PV+A）, 27/6/13であった。CRTで進行/AE/同意撤回により5/3/1、CTで進行/AE/同意撤回により7/2/1、開腹時の播種で1、計21例でプロトコール治療中止となり、完遂率は53.3%; 施行術式（血管同時切除PV/A）はSSPPD 19（14/0）, DP 4（2/3）, TP 1（1/0）であった。 1）切除例で23/24（95.8％）; 全登録で23/45（51.1％）, 2）7/45（15.5％）, 3）Evans I/IIa/IIb/III/IV, 1/8/11/4/0, 4）CRT/CT: CTCAEのgrade 3 以上, 33/45（73.3％）, 切除例: Clavien-Dindo 3a以上, 早期6/24（25%）, 後期3/25（12.5%）, 5）全症例のPFS/OS, 10.5/17.3月; 完遂/非完遂の生存期間, 27.9/12.3月（p<.005）。【結論】術前治療を行った後の根治切除は高いR0切除率と良好な予後をもたらした。

S1-11（消）．非手術療法が奏功した切除不能膵癌に対するconversion surgeryの予後延長効果に関する検討

○浅野賢道，平野　聡，中村　透，岡村圭祐，土川貴裕，野路武寛，中西喜嗣，村上壮一，倉島　庸，海老原裕磨，七戸俊明（北海道大学大学院消化器外科学教室II）

【背景】近年、conversion surgery（CS）が切除不能膵癌（UR-PC）に対する新たな治療戦略として注目されている（Asano T, Hirano S, et al. JHBPS 2018）。【目的】UR-PCに対するCSの長期成績を明らかにする。【対象】2007年から2017年までに教室にてCSを施行したUR-PC 34例を対象とした。【方法】UR-PCの診断はNCCNガイドラインに則り、8ヶ月以上の非手術療法（NST）にてRECIST判定SD/PR/CR であり、R 0 切除が可能であると診断した症例に対してCSを施行した。遠隔転移症例は転移巣の病勢進行がなく、可能であれば切除した。【結果】男性 16例、年齢中央値 64歳、観察期間中央値は3.2年（1.1-12.2年）であり、UR因子は局所進行26例、遠隔転移8例であり、NSTは化学放射線療法13例、化学療法21例であった。NST期間中央値は9ヶ月で、RECIST判定は、PR 24例、SD 10例であった。施行術式はPD 17例、DP 15例、TP 2例であり、主要動脈合併切除を15例に行った。R 0 切除は30例で達成し、Evans grade III以上であった症例は6例であり、うち3例が病理組織学的CRであった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症は8例にみられたが、手術関連死亡はなく、28例に術後補助化学療法を導入した。再発は18例（52.9%）にみられ、腹膜再発が5例、肝4例、肺4例、残膵3例、その他2例であった。再発部位別の再発までの期間中央値は、肝4.5ヶ月、腹膜12ヶ月、肺19ヶ月、残膵13ヶ月であった。CSからの3年生存率（3-OS）、5年生存率（5-OS）はそれぞれ52%、47%、MSTは3.8年であり、初回治療からの3-OS、5-OSは74%、57%、MSTは5.3年であった。【結語】NSTが奏功したUR-PCに対するCSには予後延長効果がある可能性が示唆された。

S1-12（消）．S-1補助化学療法時代の膵癌の外科治療（切除可能膵癌に着目して）

○田原宗徳，園川卓海，田中友香，大野陽介，乾野幸子，舩越　徹，若山顕治，高橋周作，山上英樹，石津寛之（札幌厚生病院）

【背景】膵癌は他の癌種に比べ切除に後の再発が多く、いまだ予後不良の疾患である。近年、本邦においてS-1による術後補助化学療法の有効性が示された。また、nabPTXなど新たな抗がん剤レジメンが保険適応となり切除を含めた膵癌の治療戦略に変化が生じている。そこで、今回、当院のS-1補助化学療法導入後の膵癌切除後の成績をまとめ報告する。

【対象】当院で2013年から2017までに切除され、病理組織学的に膵癌と診断された切除可能膵癌85例

【結果】平均年齢67歳、男性47例、女性38例。腫瘍占拠部位（Ph:Pb:Pt）は51:24:10。それらに対し膵頭側切除52例、尾側膵切除33例に施行されていた。病理組織学的には高分化腺癌25例、中分化48例、低分化4例、腺扁平上皮癌5例、その他3例。進行度分類（Stage 0 : IA : IB : IIA : IIB : IV）は1 : 4 : 3 : 23 : 50 : 4で、R0切除率は81.2%であった。術後補助化学療法は68例（80%）に施行され、うちS-1は61例（89%）に施行した。開始時期は中央値で35日（21-121）。術後6ヶ月以内に再発をした14例を除き術後補助化学療法としてS-1を施行した期間の中央値は6ヶ月（1-12）であった。3年全生存率、無再発生存率はそれぞれ52.7%、41.6%であった。術後6ヶ月以内の再発は14例（全体の26.4%）に認められ、6ヶ月以降の再発と比較し、部位として局所再発が少なく、肝転移が多い傾向にあった。

【考察】当院での治療成績はJASPAC 01試験の結果とほぼ同等であった。切除可能膵癌であっても術後早期再発を認めるものは、再発様式に特徴がある。切除可能膵癌の治療戦略を考える上で、これら早期再発をする症例を見出し、付加的治療を行うことが重要となる。今後症例を蓄積し、これらの因子を検討することが膵癌切除後の治療成績の向上に繋がるものと考えられる。

1（内）．微小な食道癌十二指腸転移の1例

○林龍之介，安藤勝祥，佐藤允洋，小林　裕，村上雄紀，岩間琢哉，久野木健仁，佐々木貴弘，高橋慶太郎，上野伸展，嘉島　伸，盛一健太郎，田邊裕貴，水上裕輔，藤谷幹浩，奥村利勝（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

【症例】80歳代男性。食道のつまり感と心窩部痛を主訴としてX年9月に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行されたところ、胸部上部食道に亜全周性の2型腫瘍を指摘された。生検で扁平上皮癌を認め、精査加療目的に当科紹介となった。CT・PET-CTではリンパ節転移・遠隔転移を認めなかった。EGD再検では、食道腫瘍に加え、十二指腸下行脚に5mm大の表面に白色顆粒を伴い、粘膜下腫瘍様の立ち上がりを有する微小な隆起性病変を認めた。NBIやcrystal violetを用いた拡大内視鏡観察では拡張・腫大した十二指腸腺管や腺管密度の低下およびirregularityを伴わない拡張・蛇行した表層血管を認め、粘膜下に主座を置く腫瘍性病変と診断した。また、白色顆粒の存在から、何らかの原因によるリンパ流のうっ滞が示唆された。同部の生検病理検査では、粘膜固有層のリンパ管内および粘膜下層にかけ異型扁平上皮の集塊を認めたが十二指腸上皮に異型は無かった。免疫染色では食道腫瘍と同様にp 40陽性であり、リンパ管を介した食道癌の十二指腸壁内転移と診断した。T 3 N 0 M 1 Stage IVの食道癌と診断したが、原発巣および十二指腸転移巣への治療を目的として、放射線化学療法を行った。終了直後・6か月後の内視鏡検査では十二指腸転移巣は瘢痕化し、他部位にも再発なく経過している。

【考察】食道癌の十二指腸転移は非常に稀であり、本邦・海外から2例の報告を認めるのみであった。いずれも全身への転移に伴い出現していたが、本症例は十二指腸以外に転移を認めず、単発かつ微小な病変であることから、十二指腸転移の初期病変であると考えられた。本症例のような白色顆粒・粘膜下腫瘍様の立ち上がりを有する微小な転移病巣を念頭に入れ内視鏡観察を行うことで、適切な治療選択と予後改善につながる可能性があると考えられた。

2（内）．粘膜下腫瘍様の形態を呈した胃原発扁平上皮癌疑いの1例

○國兼祐樹，藤林周吾，上原聡人，上原恭子，杉村浩二郎，芹川真哉，鈴木康秋（名寄市立総合病院消化器内科）

【症例】60歳代女性．1か月前より心窩部違和感が出現し，徐々に食思不振，倦怠感が増強してきたため，当院救急外来受診となった．内服処方され帰宅するも症状の改善は乏しく，当院総合内科再診し，CT上肝両葉に多発する低吸収腫瘤を認め，精査目的で当科紹介，初診となった．CT上多発肝腫瘤に加え，両肺に多発する小結節，胃周囲および傍食道リンパ節の腫大を認め，胃体上部後壁にΦ 56 × 39mm大，境界明瞭，辺縁整，内部不均一な低吸収腫瘤を認めた．上部消化管内視鏡検査上，胃噴門部～体上部後壁に巨大な粘膜下腫瘍の所見を認め，確定診断目的でEUS-FNAを施行したところ，病理結果はSquamous cell carcinomaの診断となった．他臓器原発の扁平上皮癌の胃転移の可能性も考えたが，他に原発となり得る所見は認めなかった．腫瘍マーカーもSCC，CYFRAの上昇は認めたが，CEA，CA 19-9の上昇は認めなかったため，胃原発扁平上皮癌疑い，cStageIVBと診断した．遠隔転移を認め，治癒切除は不可能であり，化学療法も検討したが，病変は急速に増大し，全身状態の悪化も認めたためBSCの方針となり，第33病日原病死した．【考察】胃原発扁平上皮癌は，全胃癌の0.09%と，非常に稀な組織型である．1983年から2017年までに医中誌で検索し得た範囲では，本邦で61例の報告にとどまっている．その中でも粘膜下腫瘍の形態を呈した症例は，自験例を含めてもわずか4例の報告しかなく，極めて稀な症例であり，若干の文献的考察を加えて報告する．

3（内）．当院で経験した退形成性膵管癌の2例

○吉川修平[1]，杉山祥晃[1]，岸　法磨[1]，太田勝久[1]，齋藤　敦[1]，松崎伸幸[1]，石川千里[1]，藤井常志[1]，菊地智樹[2]，小幡雅彦[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院病理診断科[2]）

【症例1】50歳代，男性．糖尿病増悪で前医入院．腹部USにて膵腫瘍を認めて，精査加療目的に当科紹介となった．CTでは，膵体尾部に53mm程の不整な腫瘍を認めた．明らかなリンパ節転移，遠隔転移は認めなかった．MRCPでのT２WIでは膵体部腫瘍は内部不均一であり，DWIでは高信号であった．EUSでは，内部不均一で境界不整な低エコー性病変を認めた．確定診断目的にERCPを施行．膵管造影では，造影剤が腫瘍内への漏出を認めた．主膵管狭窄部から擦過細胞診，膵液細胞診を施行し，ClassVが検出された．よって，膵体尾部切除術を施行．術後病理診断はAnaplastic carcinoma, pleomorphic type, Pbt, 8.0x4.5x4.5cm, pTS4, pT３（pS（+），pRP（+））, pN1a, pM0, pStageIIBであった．術後，TS-1の化学療法を施行するも，腹膜再発をきたし，術後7ヶ月後に永眠された．【症例2】60歳代，男性．糖尿病に対する教育入院目的で当院糖尿病内科に入院となった．CTにて膵腫瘍を認めて，精査目的に当科紹介となった．CTでは，膵尾部を中心に50mm程の漸増性に造影される腫瘍を認め，遠位側に複数の嚢胞を認めた．明らかなリンパ節転移，遠隔転移は認めなかった．MRCPでは，T２WI及びDWIで不均一な低信号を呈していた．EUSでは，内部不均一，やや境界明瞭な低エコー性病変を認めた．膵悪性腫瘍を第1に考え，膵体尾部切除術を施行．術後病理診断はAnaplastic carcinoma with osteoclast-like giant cells, Pbt, 7.0x5.5x4.0cm, pTS4, pT３（pS（+），pRP（+））, pN0, pM0, pStageIIAであった．術後，TS-1を開始するも，6コース目で肝転移が出現．GEM+nab-Pに変更するも間質性肺炎を発症し3コースで中断．その後，化学療法は施行していないが，術後29ヶ月が経過している．【考察】退形成性膵管癌は膵癌全体の0.16％と稀な腫瘍であるが，悪性度が高く予後不良とされている．今回，われわれは退形成性膵管癌の2例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

4（内）．ステロイド休止後に再燃したCronkhite-Canada症候群の1例

○石部絵梨奈[1]，穴田麻眞子[1]，藤江祐貴[1]，米村洋輝[1]，霜田佳彦[1]，多谷容子[1]，松本美櫻[1]，堀本啓大[1]，馬場　麗[1]，武藤修一[1]，木村宗士[1]，木村太一[2]（北海道医療センター消化器内科[1]，北海道医療センター病理診断科[2]）

【はじめに】Cronkhite-Canada症候群（以下CCS）は，消化管ポリポーシスに外胚葉系の異常をを伴う稀な非遺伝性疾患である．特徴的な内視鏡所見と身体所見からCCSと診断し，ステロイド治療が奏功したが，投薬休止後に再燃を認めた一例を経験したので報告する．【症例】70歳代女性．X年7月より腹部不快感と嘔気が出現し，食事摂取が困難となったため当科紹介入院となった．TP 5.2g/dlと低蛋白血症を認めた．EGDで，前庭部から胃角部まで全周性に浮腫状顆粒状隆起，一部イクラ状の隆起を認め，十二指腸にも浮腫状隆起状粘膜と白色絨毛を認めた．CSでは粘膜は浮腫性に肥厚してイチゴ状・イクラ状を呈し，肝弯曲部以降は浮腫が強くスコープの通過は困難であった．病理所見では，炎症性粘膜を背景に腺管の嚢胞状拡張を一部に認めた．病歴を聴取し直すと1か月前から手指・掌の色素沈着，爪萎縮があり，脱毛も見られていた．CCSと診断しPSL投与を開始し内視鏡所見と症状の改善を認めた．腸管粘膜の炎症が沈静化していたためX+1年7月にPSLを中止したところ，同年12月に貧血の進行と症状再燃あり，胃・十二指腸・大腸にイクラ状粘膜の再発を認めた．また上行結腸ポリープも増大していた．PSLを再開し大腸ポリープはEMRを施行した．病理はtraditional serrated adenoma類似の像でjuvenile polyp様成分の混在を認めた．【考察】CCSでは消化器癌の発生率が一般人口と比較して高く，内視鏡的寛解を維持することで癌発生が減少すると報告されている．治療はステロイドが主流であるが，治療の継続，中止時期はコンセンサスが得られておらず慎重な判断が求められる．また自験例ではステロイド休薬に伴い腺腫性ポリープの増大を認めた点でも示唆に富む症例と思われた．

5（内）．歯状線を取り囲みLST-Gに類似した形態を呈した直腸膜脱症候群一症例

○大橋慶太[1]，横山和典[1]，小倉庸平[1]，代田　充[1]，梅本浩平[1]，旭　火華[1]，喜納政哉[1]，益子博幸[1]，山城勝重[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

直腸粘膜脱症候群（以下MPS）は粘膜の逸脱による慢性の機械的刺激や虚血性変化によって形成される病変の総称である。今回我々は突然の肛門痛で発症し、約5ヶ月の経過で平皿状病変の軽快、縮小を確認しえたMPSの一症例を経験したので報告する。症例は77歳の女性。67歳と72歳時に内痔核に対する外科的治療を受けたが、症状が消失したために73歳で終診となっていた。2型糖尿病と神経因性膀胱の診断で当院通院は継続していたが、突然、誘因なく強い肛門痛を自覚し、その後出血を認め、疼痛が緩和しないために発症5日後に救急外来より入院となった。CTでは直腸の拡張とRbを中心とする直腸壁の肥厚と炎症波及を認めた。入院後は菌血症と思われる発熱を認めたが、徐々に軽快したために第28病日にCSを施行したところ、歯状線を取り囲むように発赤した小結節の集簇をともなう5cm大のLST-G類似の平皿状病変を認めた。生検では上皮成分を認めず、形質細胞を主体としたリンパ球、好中球の浸潤をともなう肉芽組織を認めた。腫瘍性病変の否定のために第44病日に再検したところ、病変の明らかな縮小と結節性病変の消失を認めた。この頃より症状は緩和軽快し、第61病日には病変の瘢痕化を認めた。発症約5ヶ月後には病変は縮小軽快していた。本例では何らかの誘因で直腸下部に感染や血行障害、機械的刺激が加わり肛門管周囲に平皿状の肉芽組織が形成されたと考えられるが、急性の経過をたどり速やかに軽快したことも興味深く、その画像ともに報告する。

6（内）．びまん性胃粘膜下異所腺を背景に発生した早期胃癌の1例

○富田祐介，住吉徹哉，大岩修太郎，神　崇志，吉田将大，高山歳三，藤井亮爾，皆川武慶，岡川　泰，森田康太郎，庵原秀之，平山眞章，近藤　仁，小山田ゆみ子（斗南病院消化器内科）

【はじめに】びまん性胃粘膜下異所腺（diffuse cystic malformation: DCM）は胃粘膜下層を中心に嚢胞状に拡張した異所性胃腺が広範囲に多発する病態である．しばしば胃癌を合併し，深達度診断には難渋することがあるとされているが，その報告例は少ない．今回，われわれはDCMを背景とする早期胃癌に対して内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する．【症例】74歳，男性．前医での検診目的の上部消化管内視鏡検査で胃体部に隆起性病変を指摘され，精査・加療目的に当科紹介となった．当科での内視鏡検査では，胃体中部後壁に25mm程の粘膜下隆起を認め，隆起の中央には辺縁不整な陥凹性病変を認めた．陥凹部のNBI拡大観察では微小血管・表面微細構造ともに不整であるほかdemarcation lineを有しており，生検にて高分化型腺癌と診断した．粘膜下隆起部において深部浸潤癌の可能性も疑われたが，隆起部は柔らかく，超音波内視鏡検査（EUS）では第3層に内部均一な嚢胞状低エコー域を認めるも，明らかな浸潤所見を認めなかった．また，胃内には同様の粘膜下隆起を多発性に認め，DCMを背景に発生した粘膜内癌と考え，ESDを施行した．ESD時の観察で，主病巣近傍に4mm程のIIc病変を認め，同病巣も含めて切除を行った．切除標本の病理組織診断は，主病巣が腫瘍径23× 20mm, tub 1, pT 1a（M），pUL 0, Ly 0, V 0, 副病巣において腫瘍長径4mm, tub 1, pT 1a（M），pUL 0, Ly 0, V 0であり，切除断端はいずれも陰性であった．そのほか主病巣の口側には術前に診断しえなかった病変も指摘され，同病巣においても治癒切除が得られていた．なお，粘膜下層には拡張した異所性胃腺が多発していた．【結語】DCMを有する症例では多発胃癌の発症頻度が高く，内視鏡検査時の詳細な観察が必要であり，また胃癌合併例では深達度診断にEUSが有用と考えられた．

7（内）．当院における術後再建腸管に対するShort-type シングルバルーン内視鏡での胆膵領域の内視鏡治療成績の検討

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

【背景】術後再建腸管における胆膵領域の内視鏡的アプローチはShort-type シングルバルーン内視鏡（S-SBE）が臨床的に使用可能となったことで，治療成績の向上が期待されている．当院における術後再建腸管に対するS-SBE（オリンパス社SIF-H290S）下での胆膵領域の内視鏡治療成績を検討する．
【方法】2016年6月から2018年6月までに施行された，S-SBEを用いた胆膵処置 69件46症例を対象に，到達率・到達時間，造影成功率，治療成功率を検討した．
【結果】69件46症例のうち男性34人，女性12人．年齢中央値71歳（38-86歳）．再建術式の内訳は幽門側胃切除術（DG）+B-IIが7例，DG+R-Yが4例，胃全摘術（TG）+R-Yが14例，膵頭部十二指腸切除術18例（PD-IIA；4例，PPPD-IIA；5例，SSPPD-IIA；7例，SSPPD-IVB；2例），肝外胆管切除+胆管空腸吻合が3例であった．69件のうち胆管結石が55件，膵管吻合部狭窄が4件，胆管ステント留置が7件，膵腫瘤の生検・細胞診が2件，膵石症1件であり，これらの検査・治療を行った．69例の到達率は65/69件（94.2%），平均到達時間23分54秒，造影成功率55/65件（84.6%），治療成功率52/55（94.5%）件であった．
再建術式別ではDG+B-IIは到達率7/7件（100%），平均到達時間17分42秒，造影成功率7/7件（100%），治療成功率7/7（100%）件，DG+R-Yは到達率5/5件（100%），平均到達時間55分12秒，造影成功率5/5件（100%），治療成功率5/5 件（100%），TG+R-Yは到達率17/19件（89.5%），平均到達時間23分30秒，造影成功率11/17件（64.7%），治療成功率11/11件（100%）であった．
膵頭部十二指腸切除術では到達率34/35件（97.1%），平均到達時間20分6秒，造影成功率30/34件（88.2%）治療成功率27/30件（90.0%）であった．
【結語】DG+R-Yは残胃によってたわみ，操作性が悪いことから，有意に到達に時間がかかる．全体としては症例経験が蓄積することで到達率は上昇している印象であり，更なる治療成績の向上が期待される．

8（内）．微小IIcを含む多発大腸癌を発症したLynch症候群

○守谷　洋，山下健太郎，斎藤潤信，柴田泰洋，風間友江，須藤豪太，三橋　慧，五十嵐央祥，能正勝彦，山野泰穂，仲瀬裕志（札幌医科大学消化器内科学講座）

【症例】50台、男性【主訴】特になし【既往歴】癌の既往なし【家族歴】両親、同胞2名に癌の家族歴なし。【現病歴】検診便潜血陽性で前医を受診、大腸内視鏡で横行結腸に進行癌を2病変認め当科紹介。拡大右半結腸切除術を行い2病変とも粘液癌成分を伴う高分化腺癌、深達度はSSとMPでリンパ節転移はみられなかった。この他術前にEMRした下行結腸LSTNGと上行結腸Ispの2 病変がいずれも粘膜内癌であった。既往歴・家族歴はないが同時多発大腸癌であり、切除標本を用いてMSI解析を行ったところ4病変ともMSI-Hであり、免疫染色でMSH 2/MSH 6の発現が低下していた。【経過】Lynch症候群を強く疑い内視鏡サーベイランスを継続しているが、術後から現在までに内視鏡切除した6 病変中 3 病変が早期癌であり、うち下部直腸の3mm大 0-IIc型病変は粘膜下層に100 μm浸潤していた。先日同意を取得し、ミスマッチ修復遺伝子の変異解析を依頼した。【考察】既往歴も家族歴もなく50歳以上であるが、同時多発大腸癌からLynch症候群を疑った。術後の残存大腸にも微小病変を含む複数の大腸癌が発見されており予断を許さない。Lynch症候群における異時性多発大腸癌、またLynch症候群における早期大腸癌の臨床病理学的特徴についても考察する。

9（内）．MR Elastographyを用いた肝・脾硬度測定による食道静脈瘤の評価

○鈴木康秋，上原聡人，上原恭子，杉村浩二郎，藤林周吾，芹川真哉（名寄市立総合病院消化器内科）

【はじめに】近年、超音波Elastographyによる肝・脾硬度測定が食道静脈瘤予測に有用と報告されているが、MR Elastography（MRE）での報告は少ない。今回我々は肝硬変患者において、静脈瘤の有無や静脈瘤所見とMRE肝・脾硬度の関連について検討した。【対象】内視鏡・MREを施行した肝硬変116（静脈瘤群 50、非静脈瘤群 66）例。【方法】MRI装置はGE社Optima MR 450w 1.5T。MR elastogramより肝・脾それぞれfree ROIを設定し、弾性率（kPa）を肝・脾硬度とし、内視鏡所見との関連を検討した。【結果】1，MRE肝硬度は静脈瘤群6.7kPa、非静脈瘤群4.9kPaで静脈瘤群が有意に高かった。一方、脾硬度は37例（32%）が計測不能で、計測可能79例の検討では静脈瘤群6.8kPa、非静脈瘤群4.1kPaで静脈瘤群が有意に高かった。非静脈瘤群では肝硬度が脾硬度より有意に高かったが、静脈瘤群では有意差を認めなかった。2，F因子との相関では、肝硬度、脾硬度いずれも相関を認めたが、脾硬度の方が相関係数は高かった（肝r=0.4、脾r=0.7）。3，RC因子との相関でも、肝硬度、脾硬度いずれも相関を認めたが、脾硬度の方が相関係数は高かった（肝r=0.4、脾r=0.7）。4，risky静脈瘤群（F 2 以上又はRC 2 以上）は肝硬度 7.3kPa、脾硬度6.9kPa、それ以外の静脈瘤群は肝硬度6.2kPa、脾硬度6.7kPaで、肝・脾硬度いずれも有意差を認めなかった。一方、破裂既往静脈瘤群は肝硬度7.6kPa、脾硬度6.6kPa、非破裂静脈瘤群は肝硬度6.4kPa、脾硬度 7.6kPaで、破裂既往静脈瘤群の肝硬度は非破裂群より有意に高かった。【結語】食道静脈瘤合併肝硬変患者は非合併患者に比し、MRE肝・脾硬度いずれも高かった。特に、破裂既往静脈瘤群は有意に肝硬度が高かった。内視鏡所見（F、RC因子）は、肝・脾硬度と相関し、特に脾硬度との相関が高かった。MRE肝・脾硬度測定は食道静脈瘤発症予測や治療適応決定に有用と考えられる。一方、MREによる脾硬度測定は約3割が計測不能という問題点があり、今後の課題である。

10（内）．膵体尾部癌に対する術前EUS-FNAの術後長期経過への影響

○矢根　圭[1,2]，桑谷将城[2]，吉田真誠[2]，後藤拓磨[2]，松本隆祐[2]，庵原秀之[2]，奥田敏徳[2]，多谷容子[2]，江平宣起[2]，工藤大樹[2]，安達雄哉[2]，江藤和範[2]，小野寺学[2]，佐野逸紀[2]，林　毅[1,2]，潟沼朗生[1,2]（手稲渓仁会病院 消化器病センター[1]，DP-FNA study group[2]）

【背景】膵癌に対する術前EUS-FNAは広く普及しているが，needle tract seedingの報告が散見され，長期経過への影響の懸念もある．【目的】膵体尾部癌に対する術前FNAの術後長期経過への影響を検討する．【対象と方法】2006年1月-2015年12月に参加14施設で切除した膵体尾部浸潤性膵管癌例を対象とした．年齢，性別，CEA・CA 19-9，術前補助化学療法（NAC），局所腫瘍遺残，腫瘍径,組織学的分化度，最終病期，術後補助化学療法（AC）を調整因子としてCox比例ハザードモデルを用いて術前FNAのRFSに対するハザード比（HR）を算出し,FNA施行群でのneedle tract seedingの発生割合を検討した．【結果】382例が集積され,調査・追跡困難/R2切除（69/13）例を除く300例を解析した．腫瘍径 25mm（中央値,IQR：18-35 mm），NAC施行 42例（14.0%），最終病期（UICC 7th）0（腫瘍消失）/ IA/ IB/ IIA/ IIB/ III: 2（0.7%）/ 25（8.3%）/ 9（3.0%）/ 95（31.7%）/ 157（52.3%）/ 12（4.0%）．R0 260例（86.7%）．AC施行230例（76.7%）．術前FNA施行175例（58.3%）,診断感度89.1%（156/175）. 191例（63.7%）が再発し（経過観察期間中央値992日），FNA施行群105例（60%），未施行群86例（68.8%）であった．FNA施行群/未施行群のRFS は786日（95%CI 568-1037）/513日（386-747,p=0.19）.単変量解析での術前FNAのRFSに対するHRは0.83（95%CI: 0.62-1.10），多変量解析では1.01（95%CI:0.74-1.39）で,有意な関連は認められなかった. FNA施行群の再発6例は切除断端部から離れた胃壁内にみられ,needle tract seedingと診断した.本コホートにおける術前FNA後のneedle tract seeding発生割合は3.4%（95%CI:1.3%-7.3%）であった.【結論】膵体尾部癌に対する術前FNAはRFSに影響を与えない可能性が示唆されたが,FNA施行によるneedle tract seedingがみられ注意を要する.

11（内）．反復性腸重責を誘発した腸管嚢腫様気腫症に対して内視鏡的穿刺吸引術が有効であった1例

○村上雄紀，高橋慶太郎，佐藤允洋，小林　裕，岩間琢哉，久野木健仁，安藤勝祥，上野伸展，嘉島　伸，盛一健太郎，田邊裕貴，藤谷幹浩，奥村利勝（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

腸管嚢腫様気腫症（PCI）は腸管壁の粘膜下層または漿膜下層に気腫性嚢胞を形成する稀な疾患である。多くは腸管安静や高圧酸素療法等の保存的治療で軽快するが、PCIに腸重責を合併した症例は手術を施行されることが多い。今回、内視鏡的穿刺吸引術（EFNA）が奏功したPCIによる腸重責の1 例を経験したので報告する。症例は10代、女性。右下腹部痛を主訴に前医を受診しCTで腸重責と診断された。絶食による腸管安静で症状は軽快したが、9ヶ月後に同症状を認め、前医CTで腸重責の再発と診断された。2日後のCTで腸重責は解除されていたが、反復性腸重責に対する精査加療目的に当科を紹介された。前医CTでは腸管壁に沿って多発する気腫様変化が先進部となった腸重責の所見であり、PCIによる腸重責と診断した。下部消化管内視鏡検査で盲腸から上行結腸にかけて多発する粘膜下腫瘍に類似した表面平滑な隆起性病変を認めた。まず高圧酸素療法を10日間施行したが改善はみられず、追加治療として手術を提案したが、手術を拒否されたためEFNAを予定した。まず浸水下で気腫性嚢胞を穿刺し、嚢胞からガスの流出を確認した後、EFNAを施行した。吸引下では容易に嚢胞腔の減圧が可能であり、全ての気腫性嚢胞を消失させることができた。半年後の内視鏡検査では気腫性嚢胞は消失しており、PCIの再発は認めなかった。PCIに伴う腸重責はPubmed、医中誌の検索で本症例を含めて31 例の報告があるが、EFNAで治療したのは本症例が世界初である。31例中24例に対して外科手術が施行され、うち10例は保存的治療後に追加治療として腸管切除が施行されていた。病理組織学的診断は全例で気腫性嚢胞が粘膜下層に存在しており、今回施行したEFNAが有効である可能性が示唆された。EFNAは腸重責を伴うPCIに有効であり、外科切除を回避できる可能性がある。

12（消）．アルコール性肝硬変に合併した十二指腸静脈瘤に対しB-RTOが著効した1例

○町田卓郎[1]，堀本啓太[2]，江上太基[2]，後藤　哲[2]，加藤貴司[2]，宮下憲賜[2]，岡本宗則[2]（札幌センチュリー病院消化器科[1]，愛育病院消化器内科[2]）

＜はじめに＞十二指腸静脈瘤は門脈圧亢進症に合併する比較的稀な異所性静脈瘤であり、治療法は確立されていない。＜症例＞69歳女性。近医にて糖尿病、高血圧、アルコール性肝硬変にて治療されていた。平成29年9月、上部消化管内視鏡検査にて十二指腸下行脚に静脈瘤を認め、同年11月愛育病院入院となる。＜経過＞十二指腸静脈瘤は上腸間膜静脈を供血路とし、十二指腸静脈瘤を介して下大静脈、一部は右卵巣静脈に流出していた。右内頸静脈よりアプローチし、径20mmのバルーンにて流出路を閉塞。卵巣静脈への流出路をコイルにて塞栓した。さらに深部への挿入は困難であったため、5%EOIを用いてシャント閉鎖を行った。術後発熱、血尿を来し、溶血の副作用があったが、翌日には改善した。術後のCT,EGDでは静脈瘤は消失し、治療効果は良好と考えられた。＜考察＞日本門脈圧亢進症学会2001年から2005年に行った調査では173例の異所性静脈瘤が集積され、直腸静脈瘤が57例（32.9%）、小腸静脈瘤11例（6.4%）、次いで十二指腸静脈瘤 11 例（6.4%）であった。治療は主にB-RTO、EIS、PTOなどを施行されている報告が多く、血行動態や患者の状態に応じて柔軟に対応する必要があると考えられた。

13（内）．Cyanoacrylateによる内視鏡的硬化療法で止血し得た胃角部静脈瘤出血の1例

○鈴木康秋，上原聡人，上原恭子，杉村浩二郎，藤林周吾，芹川真哉（名寄市立総合病院消化器内科）

【症例】80歳代・男性、アルコール性肝硬変。約30年前に静脈瘤出血による吐血にて他院で脾腎静脈shunt術を受けた既往がある。以後、近医にてフォローされ、7年前に貧血にて当院旧消化器内科に精査入院。EGDにて胃底部・噴門部から胃体部にかけて前壁～大弯～後壁まで著明に発達した胃静脈瘤（F3・RC0）をびまん性に認めたが、出血所見はなく地元の病院で経過観察となっていた。4年前にPIVKA-II高値指摘され当科紹介。CTにて肝両葉に肝癌を認め、門脈左枝に腫瘍栓を伴っていた。また以前のCTをretrospectiveに見ると、7年前のCTより門脈右枝には門脈血栓を認め、それが門脈本幹まで達していた。さらにCTでも胃角部小弯から胃底部まで静脈瘤が描出された。肝予備能はChild-Pugh grade B～Cと不良であり、肝癌治療や静脈瘤治療はぜずBSCの方針となり、再度近医でフォローとなった。今回、2日前から暗赤色便があり、突然大量の吐血をきたし当科に救急搬送となった。胃静脈瘤破裂を疑い緊急EGDを施行。食道静脈瘤は認めず、胃内には多量の凝血塊を認めた。胃底部から胃体部にかけて累々とした静脈瘤を認めるが出血はなく、胃静脈瘤から連なる胃角部小弯の不整白色隆起より噴出性出血を認めた。このため同部位にCyanoacrylate局注による緊急内視鏡的硬化療法を施行して止血し得た。後日施行したCTでは、胃角部小弯の静脈瘤を中心にその排血路・供血路までCyanoacrylateと混注したLipiodolの停滞を認め、胃静脈瘤は硬化されたと考えられた。【考察】胃静脈瘤は噴門部や胃底部に多く、破裂部位も同部位に多い。胃角部の静脈瘤破裂は極めて稀であり、脾腎静脈shunt術の既往と以前からの門脈血栓の存在に加え、肝癌門脈腫瘍栓進行によりきたしたものと考えられた。

14（内）．10年の経過で増大し出血を来したためESDにて切除した十二指腸Brunner腺過誤腫の1例

○早坂尚貴[1]，大沼啓之[1]，平川昌宏[1]，石塚理恵[1]，佐藤昌則[1]，村瀬和幸[1]，高田弘一[1]，宮西浩嗣[1]，伊藤夢美香[2]，長谷川匡[2]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学臨床病理科・病理部[2]）

Brunner腺過誤腫は、十二指腸に生じる良性病変であり、Brunner腺の増生と腺房間に結合組織または平滑筋組織や脂肪組織などが認められるものとされ、症状としては消化管出血、腹痛、閉塞症状が多いと報告されている。今回我々は、10年の長期経過で増大し出血をきたしたESDにて切除しえたBrunner腺過誤腫の1 例を経験したので報告する。　症例は60歳代女性。2007年にスクリーニング目的で施行した上部消化管内視鏡検査にて上十二指腸角に10mm大の有茎性ポリープが認められ、経過観察となっていた。約1年毎内視鏡にてフォローアップされ、生検では過形成性変化や異所性胃粘膜など多彩な病理所見を呈していたが悪性所見は認めなかった。腫瘍径は徐々に増大し、2016年には約20mmとなったが肉眼的悪性像なく経過観察とされた。2017年3月に黒色便を主訴に当科を再診し、貧血（Hb 7.1 g/dL）も認めたため上部消化管内視鏡検査を行ったところポリープは50mm大に増大しており、頂部からoozingをきたしていた。同病変を症状の原因と診断しEMRを試みるも病変が巨大なため確実なスネアリングが困難であったため、Flush Knife BT 1.5mmを用いたESDを行った。有茎性のため基部をクリッピングして阻血した後、茎部を正面視しつつ速やかに切離しえた。術中術後に偶発症は認めなかった。病理組織学的検査では、十二指腸粘膜で被覆されたポリープ内部に脂肪組織、平滑筋組織や血管組織の増生、Brunner腺の集簇を認め、Brunner腺過誤腫の診断であった。以後黒色便や貧血を認めていない。　Brunner腺過誤腫は、20mmを超えると出血率が3倍になるとの報告や腺癌合併の報告もあり、本症例のように増大傾向を示す場合は切除を検討すべきである。内視鏡的切除の適応・方法について明確な基準はないが、本症例の如き巨大有茎性病変に対してはESDが有効な方法となると考えられた。

15（内）．上腸間膜動脈症候群に対するPEG-Jによる治療

○久保俊之[1,2]，足立　靖[1]，中村浩子[1]，菊地剛史[1]，見田裕章[1]，中村正弘[1]，岩田徳和[1]，安達靖代[1]，吉田幸成[1]，仲瀬裕志[2]，遠藤高夫[1]（札幌しらかば台病院消化器科[1]，札幌医科大学医学部消化器内科学講座[2]）

経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）は比較的低侵襲であり、長期的な栄養投与経路の確立方法として普及している。しかし、長期に胃瘻栄養を受ける患者において様々な合併症が起こり得ることが報告されている。今回、上腸間膜動脈症候群（SMA症候群）を起こした稀な症例を経験したので報告する。症例は50歳代女性。遷延性意識障害のため10数年前にPEGを受け、内科治療とリハビリテーションを続けていた。腸管にガス貯留があり、腹部膨満を認めていたが全身状態は安定していた。しかし、突然嘔吐を繰り返すようになった。胃瘻を解放すると大量の排液を認めた。CT等の精査を行いSMA症候群と診断された。細径内視鏡を用いた経胃瘻的内視鏡（TGE）を行い、小腸留置型ダブルルーメンチューブを用いたPEGの腸瘻化（PEG-J）を行った。ダブルルーメンPEG-Jチューブにより胃内容物をドレナージすると同時に、小腸から経腸栄養を再開した。その後は嘔吐やイレウスの再発なく安定している。長期臥床生活を続けており、内臓脂肪が減少したことでSMA症候群を発症したと考えられた。ダブルルーメンチューブを用いたPEG-Jにより経腸栄養の継続による栄養状態の改善とドレナージを同時に行うことができ、SMA症候群を治療することができた。胃瘻栄養中にSMA症候群を合併したこと、さらにPEG-JでSMA症候群を治療したとの報告は極めて少なく貴重な症例と考えられた。文献的な考察を加え報告する。

16（内）．十二指腸癌に対しunderwater EMRを施行した1例

○久保茉理奈[1]，古川龍太郎[1]，太宰昌佳[1]，小野寺学[1]，横山朗子[1]，吉井新二[1]，佐藤昌明[2]（NTT東日本札幌病院消化器内科[1]，NTT東日本札幌病院臨床検査科[2]）

【症例】60歳代，男性．【既往歴】十二指腸潰瘍．H.pylori除菌歴がある．【主訴】胃X線異常【現病歴】健診で胃X線異常を指摘され，精査目的で当科紹介．上部消化管内視鏡検査で十二指腸下行脚に白色調6mmの0-IIc病変を認めた．画像強調拡大観察では中心部の血管構造が周囲粘膜より細く，表面隆起の構造に大小不同を認めた．病変辺縁の絨毛は白色化を呈しており，十二指腸上皮性腫瘍と診断した．内視鏡治療の適応と考え，underwater EMRを施行した．遅発性穿孔予防にEMR後の創閉鎖は内視鏡用・全層縫合器OTSC（Over-The-Scope Clip）を使用した．病理組織学的検査ではAdenocarcinomaで，組織型はtub1，深達度Mで一括完全切除であった．偶発症なく退院した．【考察】非乳頭部十二指腸腫瘍の良悪性の形態学的な鑑別はときに困難であるが，既報では下行脚に多く存在し，正色調もしくは白色調で，隆起型を呈することが多い．また，本症例のように10mm以下に留まるものであっても8%が癌と診断される．十二指腸は術後出血や遅発性穿孔が他臓器に比して多いため，内視鏡切除の適応は慎重にすべきであり，いずれの方法をとるかは議論されている．underwater EMRは2012年にBinmoellerらにより報告された治療法で，局注を行わず浸水下でsnaringと通電を行うことでより一括切除率を高め，穿孔のリスクを低減する．OTSCはOvesco Endoscopy AG社から発売され，本邦では2011年に薬事承認された内視鏡下クリッピングシステムである．Moriらの報告では十二指腸の内視鏡切除後潰瘍が20mmを超える場合は，遅発性穿孔のリスクを考えると，クリッピングよりもOTSCの使用を検討すべきとある．【結語】十二指腸癌に対しunderwater EMRを施行した1例を経験した．

17（内）．除菌後異時再発を繰り返した胃癌4症例の検討

○田中一光[2]，山本桂子[2]，木脇佐代子[1]，井上雅貴[1]，松田可奈[1]，石川麻倫[2]，津田桃子[1]，小野尚子[2]，清水勇一[1]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学分野[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【背景と目的】Helicobacter pylori（H. pylori）除菌により早期胃癌内視鏡治療後の異時性胃癌の発生が抑制されることが知られている。しかし、除菌後長期経過中に胃癌再発を繰り返す症例を経験する。これまで除菌後異時多発病変の検討報告は少なく、当院の除菌後異時多発例を対象にその臨床病理学的特徴を検討した。【方法】対象は当院において2006年1月～2016年12月の期間、除菌成功後に2回以上の異時再発がみられた4症例20病変（除菌前10病変、除菌後10病変）。臨床的特徴（年齢、性別、基礎疾患、除菌後発見までの期間、病変部位、大きさ、肉眼形態、内視鏡的萎縮）、病理学的特徴（組織型、深達度、粘液形質、背景粘膜）について検討した。【結果】男性3例、女性1例、除菌時平均年齢は76.5歳（72―81歳）、除菌理由はいずれも早期胃癌であり、除菌前は内視鏡的に広範囲の萎縮を認めた。除菌から異時再発までの平均期間は5.0年であり、最大で8年と長期に及ぶものも見られた。発生部位は除菌前病変では小彎に多く、除菌後異時再発病変は、1次癌の同一領域、あるいは隣接領域の大弯側に多く見られた。除菌後の10病変はすべて分化型粘膜内癌であり、そのうち9病変が陥凹型の肉眼形態を呈していた。周囲粘膜は全症例で病理学的に腸上皮化生を認め、そのほとんどが不完全型腸上皮化生であった。癌組織表層に非腫瘍性上皮が被覆する所見が20病変中6病変に見られ、そのうち5病変が除菌後再発病変であった。それらの病変は内視鏡観察上境界が不明瞭であった。【考察】今回検討した異時性再発胃癌は、除菌後発見胃癌の典型的な特徴を有していた。すべての病変が腸上皮化生を背景に有しており、リスクであることが考えられた。また除菌後発見胃癌の特徴とされる内視鏡的に視認しづらい形態を有し発見が困難であるため、除菌後は上記の特徴を踏まえた観察が必要である。

18（内）．自己免疫性胃炎に合併した前庭部胃癌の1例

○木脇佐代子[1]，小野尚子[2]，井上雅貴[1]，田中一光[1]，石川麻倫[1]，松田可奈[1]，津田桃子[3]，山本桂子[3]，高橋正和[4]，中川　学[5]，中川宗一[5]，清水勇一[3]，坂本直哉[1]，三橋智子[6]，松野吉宏[6]（北海道大学大学院消化器内科学[1]，北海道大学病院消化器内科[2]，北海道大学病院光学医療診療部[3]，高台内科クリニック[4]，中川胃腸科[5]，北海道大学病院病理部[6]）

自己免疫性胃炎は無酸症と高ガストリン血症を特徴とする稀な疾患であり，胃癌の合併率が高いとされるがその特徴については明らかでない.症例は60歳台，女性．2011年胆嚢癌術前の上部消化管内視鏡検査（EGD）で高度の萎縮性胃炎を指摘されていた. 2016年に施行されたEGDで胃幽門輪後壁に4mm大の発赤調0'-2a病変を認め，生検でGroup 5（tub 1）あり，粘膜内病変の診断で内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）で切除した．最終病理診断は，L，Post，Type 0-2a，6×4 mm，tub1，UL（-），ly（-）（HE），v（-）（HE），pHM0，pVM0であり，治癒切除であった．術後のEGDで，前庭部の粘膜には萎縮を認めず，体部大弯に高度萎縮を認める，逆萎縮パターンに気づいた．前庭部の粘膜は組織学的にも萎縮や腸上皮化生，好中球浸潤を認めず，H. pylori-IgG抗体＜ 3U/ml，ペプシノゲン1235pg/mlと高値，抗胃壁細胞抗体も陽性で自己免疫性胃炎と診断した．悪性貧血やその他自己免疫疾患の合併は認めなかった．胃癌はほぼ萎縮のない幽門腺粘膜を背景とした胃型形質の腫瘍で，腫瘍および周囲粘膜にはchromogranin Aやgastrin陽性細胞が散在していた．自己免疫性胃炎に合併する胃癌は体部の高度萎縮粘膜に発生するものに加えて，萎縮のない前庭部に発生する胃癌も報告されているが粘液形質や背景粘膜について詳細に検討した報告は少ない．貴重な症例を経験したので文献的考察を加え報告する．

19（消）．当院で実施している自費ピロリ検診の現状と発見された胃癌8例について

○松田宗一郎，間部克裕，久保公利，加藤元嗣（国立病院機構函館病院消化器内科）

【背景・目的】2013年ヘリコバクターピロリ感染胃炎に対して除菌の保険が適応となり以降，5万人前後で30年以上変わらなかった胃がんの総死亡数は2016年に45331名と約10％減少した．しかし，40歳代以下の若年者胃がんでの死亡数が激減したが、2010年以降は1100から1200人で推移し大きな減少を認めていない．除菌治療数は2013年以降に3倍近くに増加しているが，通院患者への除菌が進んではいるが社会生活をおくる多くの感染者は症状もなく，保険診療では内視鏡検査が必須なこともありピロリ検査や除菌が大きく広がっていない．そのため，当院では1000円の申し込みで尿中抗体検査を用いて30分で結果を出すシステムを構築し，企業や学校を含め広く検査を呼びかけている．【方法】尿中抗体陽性者には文書で医療機関を受診して内視鏡検査とピロリ除菌の必要性説明した．当院への受診者には経鼻または鎮静での上部消化管内視鏡検査と迅速ウレアーゼ試験や尿素呼気試験を行った後，除菌治療を保険診療として行っている。自費で尿中抗体検査を行ったもののうち，施行1年間にあたる2017年9月までの検討を行った．【結果】受験者1927名のうち，尿中抗体陽性者は469名（24.3％），そのうち272名に内視鏡検査を行い，8名の胃がんが発見された．内視鏡検査における胃がん発見率は2.9%，全体の0．42％であり胃がん検診での発見率に比較し数十倍の高さであった．男女比は1:1，平均年齢　58.9歳，組織型は分化型：未分化型が1:1であり，通常発見される胃がんと大きく異なった．中等度以上の萎縮症例が少なく．肥厚性胃炎が多かった．【考察】気軽に受診できる尿中抗体検査の導入により，これまで検診や医療でピロリ菌検査や内視鏡検査を受けた事の無い方や若年者も検査を受診し，比較的高率に胃がんが発見された．病院受診者以外にピロリ菌検査を広く行い，胃がんの一次，二次予防に繋げる必要がある．

20（内）．非萎縮粘膜に発生した胃型低異形度分化型胃癌の1例

○高梨訓博[1]，勝木伸一[1]，安保智典[1]，小松悠弥[1]，植村尚貴[1]，嘉成悠介[1]，平田裕哉[1]，市原　真[2]（小樽掖済会病院消化器病内科[1]，札幌厚生病院病理診断科[2]）

症例は41歳、男性。健診の上部内視鏡検査にて胃に病変が認められ、当院にて精査となった。病変は胃体上部大弯の5mm大、0-2a型隆起性病変であり、表面発赤、顆粒状を呈していた。背景胃粘膜はピロリ陰性の萎縮のない粘膜であった。拡大内視鏡所見にて、IMVPの存在、腺窩辺縁上皮の不整を含めた構造異形の存在が認められた。以上、萎縮のない正常粘膜に発生した発赤調の隆起性病変であり、また拡大内視鏡の所見から、総合的に胃型低異型度癌が疑われ、生検を行うことなく、診断的治療としてESDを施行した。病理組織学検索では、病変は5mm大の隆起病変であり、隆起部分に一致して、分岐、吻合が不規則な異常腺管を認め、正常部分との明らかなフロントも形成されていた。病変では核の極性は比較的保たれているものの、核の腫大は明らかであった。免疫染色にて、病変部に一致して、Ki 67陽性細胞の増加、MUC 5AC陽性、MUC 6、CD 10はいずれも陰性であり、以上より、胃腺窩上皮型低異型度分化型胃癌と診断した。深達度はmであった。近年胃型形質を有する低異型度胃癌の概念が確立され、その症例報告も増加してきているが、まだまだ一般的には十分に認識されているとは言い難い。今回胃型低異型度分化型胃癌の1例を経験し、今後注意すべき病態と考えられ、報告する。

21（内）．NBI拡大およびEUSにて病理所見を推測し得たリンパ球浸潤胃癌の1例

○小林　裕，佐藤允洋，村上雄紀，岩間琢哉，久野木健仁，高橋慶太郎，安藤勝祥，上野伸展，嘉島　伸，盛一健太郎，田邊裕貴，水上裕輔，藤谷幹浩，奥村利勝（旭川医科大学内科学分野消化器・血液腫瘍制御内科学分野）

【背景】リンパ球浸潤胃癌（gastric carcinoma with lymphoid stroma;GCLS）は、胃癌の1.2～4%程度を占めるが、内視鏡による質的診断や深達度診断は容易ではない。今回、NBI併用拡大観察とEUSを施行したGCLSを経験したので報告する。
【症例】70歳代男性。前医での上部消化管内視鏡検査（EGD）で早期胃癌（生検でtub2＞por）を指摘され当科紹介となった。Hp-IgG陽性であり除菌歴はなかった。当院でのEGDでは胃体下部後壁に25mmの著明に発赤した陥凹性病変を認め、陥凹面は平滑で、送気による伸展性は良好でありSM浸潤を示唆する所見はなかった。NBI併用拡大観察では陥凹辺縁に一致し明瞭なDemarcation lineを認めた。表面微細構造は不鮮明（absent microsurface pattern）であり、断裂や口径不同を伴う不整な網目状血管（irregular mesh pattern）を呈し、中分化型管状腺癌と診断した。EUSでは粘膜下層に結節状の低エコー領域を認め、SM浸潤が示唆されたが、患者の希望と十分なインフォームドコンセントの上ESDを施行した。病理組織では粘膜面は中分化管状腺癌が主体でありNBI拡大所見と合致していた。一方、粘膜下層にのみ低分化腺癌が混在しており、粘膜表層への露出はなかった。腫瘍内に多数のリンパ球浸潤を認め、腫瘍細胞はEBER-ISH陽性で結節状に浸潤しているものの間質線維化反応に乏しくEBV陽性GCLSの像であった。この結節状浸潤所見はEUS像と合致していた。結果的に垂直断端は陰性であったがT 1b2であったため追加切除を施行した。
【考察】GCLSの病理組織像は、粘膜内では中分化型腺癌が多く、粘膜下以深では腺房状あるいは小胞巣状に増生する低分化型腺癌が特徴的とされる。本症例では、NBI拡大は分化型粘膜内癌を、EUSは浸潤部の所見を反映していたことから、GCLSの術前診断にはNBIとEUSの併用が有用であると考えられた。

22（内）．超音波内視鏡下ドレナージが著効した特発性胃壁膿瘍の1例

○桜井健介，佐野逸紀，野澤俊一郎，吉河　歩，佐々木塁，安孫子怜史，原田一顕，小林良充，小田　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

【緒言】今回我々は,担癌患者に生じた胃壁膿瘍に対して超音波内視鏡下ドレナージが有用であった1例を経験したので報告する.【症例】78歳,女性.X-1年10月に多発肝転移を伴う膵頭部癌と診断し,胆管空腸バイパスおよび胃空腸バイパス術を施行後にGemcitabineによる全身化学療法を開始したが,有害事象（倦怠感,食欲不振）のため本人希望で1コースで中止となった.X年4月,38度以上の発熱,左側腹部痛,食欲不振を主訴に臨時受診した.血液検査ではWBC 11820／μL,CRP 22.10mg/dLと高値であり,腹部CTでは胃穹窿部から胃前庭部壁内に最大70mm大の多発性低吸収域を認めた.上部消化管内視鏡検査では同部位に粘膜下腫瘍様の隆起を認め,それにより胃内腔が圧排され狭小化していた.第2病日に超音波内視鏡検査（EUS）を施行し第4層に隔壁を有する無エコー領域を多数認め,内部には沈殿物の貯留を伴っていた.画像所見より胃壁膿瘍を疑い,胃体部よりSonoTip Pro Control（Medi-Globe社製）19 gauge穿刺針を用いてEUS下に穿刺吸引ドレナージを施行したところ膿性排液が得られ,膿瘍腔が視認出来なくなるまで内容液を吸引した.膿汁の培養結果からはE.coli,S.angin/milleriが検出された.ドレナージ後,炎症反応および腹痛は速かに消失し経口摂取可能となった.第17病日に再度施行したEUSでは膿瘍は著明に縮小し,胃内腔の拡張も良好であった.第26病日のCTでは嚢胞は完全に消失していた.【考察】胃壁膿瘍は胃蜂窩織炎の限局性病変として膿瘍形成に至る非特異的化膿性疾患であり,その要因も原発性,続発性,特発性に大別される.近年のEUSの普及に伴いEUS下ドレナージによる治療の報告も散見されているが,手技内容や適応についても一定のコンセンサスは得られていない.本例では担癌患者に誘因なく発症したこと,特徴的な画像所見が得られたこと,EUS下の単回穿刺吸引で改善が得られたこと,が特徴的であった.

23（内）．上行結腸癌に合併した胃カンジダ症の1例

○上原聡人[1]，鈴木康秋[1]，上原恭子[1]，杉村浩二郎[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，久野木健仁[2]，奥村利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

【症例】80歳代・男性．腹痛にて当科受診．上部消化管内視鏡にて，胃体中部に径15mmの隆起性病変を認め，やや黄白調の厚い白苔を伴う潰瘍を形成していた．食道には径2～3mmの白色の白苔様小隆起が散在し食道カンジダ症と考えられた．胃病変の生検では高度の炎症細胞の浸潤を認め，多数のカンジダと考えられる菌糸と胞子を認めた．胃カンジダ症と診断し，PPIは投与せずイトラコナゾールを投与した．投与2週後に再検した内視鏡では，潰瘍はやや縮小し，1年後の再検では瘢痕化していた．なお，胃カンジダ症の診断後におこなった下部消化管内視鏡で上行結腸癌を認め，後日，腹腔鏡下右結腸切除術を施行した．【考察】カンジダによる胃病変は稀であり，「胃カンジダ症」や「カンジダ胃潰瘍」の本邦論文報告は24編のみである．胃カンジダ症の内視鏡所見に関して，Minoliらは，1）多発性潰瘍病変を主体とするulcer type, 2）結節状のnodular type，3）発赤した粘膜面を不規則な白色膜か覆っているthrush typeの 3 型に分類しており,それらのうちnodular type はまれとしている．本症例は孤立性の隆起性病変でありnodular typeと考えられ，これは特発性胃カンジダ症に比較的特徴的な所見との報告もある．一方，Morishitaらは，多発（60%）,境界不明瞭（27%）,汚く褐色調の白苔（27%）,bezoar-like像あるいは胃内異物を思わせる所見（30%）と報告している．高齢者や糖尿病・悪性疾患などの免疫低下が疑われる基礎疾患を有する症例は約半数で，食道カンジダ症との関連は明らかでない．胃カンジダ症の多くは抗真菌薬を使用されているが,ピロリ除菌で改善した報告もある．しかしながら，診断の遅れにより穿孔例や大量出血による死亡例，幽門狭窄による切除例も報告されている．胃潰瘍や隆起性病変の鑑別においては，癌以外に胃カンジダ症も念頭において診療をすすめることが重要である．

24（内）．*Helicobacter pylori*（*H. pylori*）除菌後に発生した胃潰瘍の特徴

○松田可奈[1]，小野尚子[2]，井上雅貴[1]，田中一光[1]，木脇佐代子[1]，石川麻倫[2]，津田桃子[2]，山本桂子[2]，清水勇一[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]）

【背景】*Helicobacter pylori*（*H. pylori*）感染は胃十二指腸潰瘍の主たる原因であり、除菌により高率に再発は抑制されるものの、除菌後にも潰瘍が発生する症例も経験される。近年はNSAIDsを主体とした薬剤性潰瘍の割合が増加しているが、原因が特定されない特発性潰瘍も稀ながら存在する。【目的】当院において除菌成功後に発生した胃潰瘍の臨床的特徴について検討すること。【対象】2004年1月から2017年12月までに除菌成功後に上部消化管内視鏡検査を施行され胃潰瘍の診断に至った25例。*H.pylori*除菌については2種類の検査にて陰性を確認された症例のみを対象とした。【方法】年齢、性別、服用歴などの患者背景を診療録から調査し、潰瘍の成因によりアスピリンを含むNSAIDs服用者（NSAIDs潰瘍）、その他の潰瘍形成のリスクとなりうる薬剤の服用症例（薬剤性潰瘍）、潰瘍形成の原因となる疾患や薬歴を有しない症例（特発性潰瘍）とし、内視鏡画像から潰瘍の占拠部位、数、再発の有無を検討した。【結果】除菌後の潰瘍は男性14例、女性11例の計25例で発生し、平均年齢は71.1歳であった。NSAIDs潰瘍は48.0%（12/25例）、ビスフォスフォネート製剤服用に伴う薬剤性潰瘍は12.0%（3/25 例）で、原因が特定されない症例は36.0%（9/25例）であったが、3例については検討不十分のため以降の検討から除外した。また、1 例はH. pylori再燃による潰瘍再発であった。NSAIDs潰瘍の好発部位は幽門から前庭部までに66.7%（8/12例）であり、33.3%（4/12例）で多発していた。特発性潰瘍においては胃角部が○%（○/6例）に好発し、全例でガストリン値は正常であった。特発性潰瘍症例のうち○例は複数回再発を認めたがPPIによる維持療法中の再発は○例であった。【結語】除菌成功後に発症した胃潰瘍ではNSAIDsや薬剤に起因するものが多いが、特発性潰瘍も散見され、再発率が高く維持療法が不可欠である。

25（内）．出血性胃潰瘍加療後、潰瘍底に仮性動脈瘤を形成し血管塞栓術を施行した1例

○赤保内正和，中村里紗，鈴木雄一郎，石井達也，青木敬則，原田　拓，田沼徳真，潟沼朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

【症例】77歳男性. 第1病日に腹痛, 嘔吐を主訴に当院救急搬送され, 緊急上部消化管内視鏡検査を施行. 胃体上部小彎に出血性胃潰瘍を認め, 止血鉗子にて焼灼止血を施行し同日当科入院. 入院後の経過は良好で, 第8病日に当科退院となり, 第29病日の上部消化管内視鏡検査でも胃潰瘍は改善傾向, 生検結果もGroup 1であった. その後, 食欲不振にて他院入院となり, 第 98 病日に吐血にて再度当院救急搬送となった. 緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 既知の潰瘍が増悪しており, 止血鉗子にて焼灼止血を施行し経過観察とした. しかし, 第 101 病日に病室で意識状態が低下し, 心停止状態となった. 心肺蘇生を施行し収縮期血圧が70 台まで改善したところで, 胃潰瘍による再出血を疑い緊急上部消化管内視鏡検査を施行したところ, 既知の潰瘍から出血を認めたが出血量が多く, 内視鏡的な止血が困難なため, 放射線科にて緊急血管塞栓術を施行する方針となった. 血管造影にて左胃動脈の分岐に動脈瘤を認め, 同部位から胃内への造影剤漏出を確認し, コイリングにて止血を施行. 以後止血が得られ, 全身状態が徐々に改善し, 第105病日に食事再開となり, 第 119 病日にリハビリ目的に他院転院となった. 後日, 上部消化管内視鏡検査を確認したところ, 出血点の後壁側の潰瘍底に6mmのドーム状の隆起部を認めた. コイリング後は同部位にコイルの露出を認めたことから, このドーム状の隆起が仮性動脈瘤であったと考えられた. 【考察】本例は, 胃潰瘍底に発生した仮性動脈瘤と思われる所見を確認できた貴重な症例である. 胃潰瘍底にドーム状の隆起を認めた際には, 仮性動脈瘤の可能性を考え, 速やかに塞栓術を考慮する必要がある.

26（内）．家族性大腸腺腫症患者に合併した*H.pylori*陰性早期胃癌の1例

○檜森亮吾，上杉　淳，五十嵐聖名子，古山準一，高木秀雄，森園竜太郎（勤医協中央病院消化器内科）

【背景】家族性大腸腺腫症（Familial adenomatous polyposis ; FAP）患者に合併する胃病変として胃穹窿部から胃体部大彎に見られる胃底腺ポリポーシスと幽門腺領域に好発する腺腫が知られているが、その癌化の頻度は低いとされ、かつ *H.pylori* 陰性例は稀である。FAPに合併する胃癌は胃前庭部に多発するとされるが、近年、胃底腺領域に発生した胃癌の報告も散見される。今回、FAP患者に合併し胃底腺ポリポーシスを背景とした早期胃癌の1 例を経験したので報告する。【症例】60歳台女性。X-13年2月にFAPに対し大腸全摘術を施行。その後年 1 回のサーベイランス上部消化管内視鏡検査を施行していた。X年1月に、体上部前壁に径20mm大の軽度発赤した扁平隆起性病変を認めた。近接困難であったが、NBI拡大観察では大小不同の顆粒乳頭様構造を呈していた。周囲にはFAPに特徴的な胃底腺ポリポーシスを認め、RAC陽性であった。病変からの生検ではGroup5であった。なお、迅速ウレアーゼ試験、血中抗体ともに *H.pylori* は陰性であった。大腸全摘後であり、胃温存のためESDにて同部位を一括切除とした。病理診断は高分化型管状腺癌で、粘膜内癌であった。免疫染色では多くの腫瘍細胞でMUC5AC＋、一部の腫瘍細胞でMUC2、MUC6＋であり、主として胃腺窩上皮の粘液形質を有するが、胃腺混合型の分化型腺癌と考えた。【考察】FAP患者の胃底腺ポリープは前癌病変の性質を有する可能性があり、本症例のように *H.pylori* 陰性の胃底腺領域にも異型形質を呈する胃癌を認めることがあると考えられた。胃底腺ポリポーシスを合併するFAP患者において、胃穹窿部から胃体部の病変は多数のポリープに隠れ、腫瘍性病変を見逃す危険性があると思われ、十分に注意し、慎重に観察する必要がある。

27（内）．十二指腸内腔に腫瘤状に浸潤発育し出血性ショックを呈した膵頭部癌の1例

○鈴木康秋[1]，上原聡人[1]，上原恭子[1]，杉村浩二郎[1]，藤林周吾[1]，芹川真哉[1]，小林　裕[2]，奥村利勝[2]（名寄市立総合病院消化器内科[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

【症例】60歳代・女性．1年3ヶ月前に進行膵頭部癌（cStage IVa）の診断で化学療法（GEM＋nabPTX）を開始した．膵癌に伴う胆管狭窄，十二指腸浸潤による胆管炎，胆管周囲膿瘍を繰り返しており，半年前から化学療法は中断されていた．CTでは多発肝転移と十二指腸下行脚内腔に高血流性の腫瘤を認めた．内視鏡ではVater乳頭領域を中心に不整潰瘍を伴う狭窄を認め，その肛門側では内腔に露出した癌が易出血性の腫瘤を形成していた．今回，胆管ステント閉塞による胆管炎で入院．EBS，ENBDを施行し，BSCの方針となった．2週後に多量の下血を認め，出血性ショックを呈した．CTでは十二指腸内腔の腫瘍は径60mmまで増大し，表面には腫瘍血管が描出された．明らかなextravasationは認めなかったが，膵頭部癌十二指腸浸潤による出血性ショックと診断し，輸血・急速補液後に緊急TAEを施行した．腹腔動脈造影では，総肝動脈はencasementを認め，胃十二指腸動脈は狭細・途絶していた．上腸間膜動脈造影では，十二指腸下行脚領域に強い腫瘍濃染を認め，下膵十二指腸動脈からのfeederを塞栓した．その後貧血の進行は認めなかったが，3週後に再下血した．全身状態不良の為，再TAEは施行せず緩和療法を継続し，TAE5週後に死亡となった．【考察】膵癌は比較的高頻度に十二指腸へ浸潤をきたすが，消化管出血をきたすことは少なく，上部消化管出血において0.35～1.9%の頻度とされている．医学中央雑誌およびPubMedで検索すると，膵癌による十二指腸出血の報告は22例に認めた．十二指腸遠位側（下行脚～水平脚）からの出血が多く，内視鏡的止血が困難な例が多い．手術に至った例でも予後は不良であった．また，内視鏡所見は潰瘍性病変が多かった．自験例のような十二指腸内腔に腫瘤を形成した膵癌浸潤による十二指腸出血は稀であり，示唆に富む症例と考え報告する．

28（内）．約1年のwatchful waitingで消失した十二指腸の消化管原発濾胞性リンパ腫の1例

○鈴木　亮[1]，飯塚　尭[1]，平野雄大[1]，横山佳浩[1]，牛島慶子[1]，一色裕之[1]，岡　俊州[1]，笠原　薫[1]，小林寿久[1]，矢和田敦[1]，池田　健[2]（函館五稜郭病院消化器内科[1]，函館五稜郭病院パソロジーセンター[2]）

【症例】70代男性【家族歴】姉：再生不良性貧血【既往歴】高血圧等で他院より処方【現病歴】機能性胃腸症で当科外来へ5年前から通院していた。上腹部違和感が増強し、上部消化管内視鏡検査を行った所、十二指腸下行脚に白色の微細顆粒状粘膜を認めた。そちらからの生検では濾胞性リンパ腫が疑われたものの確定診断に至らず、後日同部位に対してEUSと拡大内視鏡観察を行った。明らかな壁変形は認めずEUSでは病変部の層構造は保たれていた。複数個の検体採取を行った結果、濾胞様構造を伴うリンパ球浸潤を示す十二指腸粘膜で、濾胞を構成する細胞はCD20陽性、CD10陽性、bcl-2陽性であり濾胞性リンパ腫、Grade 1の診断となった。その後に行った頸部～骨盤部CTでは、有意なリンパ節腫大や腫瘍性病変は認めず、PETでも明らかな異常集積は指摘出来なかった。下部消化管内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査を行ったが、上記以外の消化管病変は認めなかった。以上より十二指腸限局、Ann Arbor I期、Lugano国際会議分類 I期、FLIPI low riskと診断し、本人・御家族へInformed Consentを行った結果、watchful waitingの方針となった。その約1年後のfollow upの検査では、内視鏡所見はほぼ消失していた。さらに、同様の頸部～骨盤部CT、PET、下部消化管内視鏡検査、小腸カプセル内視鏡検査も行ったが、いずれも新規病変は認めなかった。【考察】消化管原発濾胞性リンパ腫は、無症状で臨床病期がLugano国際会議分類 I期であることが多く、積極的な治療を行うべきかwatchful waitingとするべきか、統一された見解は無い。本症例は短期間の経過観察で消失しており、比較的稀な一例として、若干の文献的考察を加え報告する。

29（消）．胃がん肝転移に対しSOX療法、ラムシルマブ療法施行後に食道静脈瘤破裂をきたした1例

○谷口恵美[1,2]，曽我部進[1,2]，大橋佑介[2]，工藤ありさ[1,2]，児島裕一[2]，山口　巧[2]，松薗絵美[2]，大原克仁[1,2]，菅井　望[2]，関　英幸[2]，藤田　淳[2]，鈴木潤一[2]（KKR札幌医療センター腫瘍内科[1]，KKR札幌医療センター消化器科[2]）

症例は60歳台男性。胃癌多発肝転移にてSOX療法を導入。計7サイクル施行も増悪となり、二次治療としてPaclitaxel+Ramucirumab（RAM）併用療法を導入した。RAMを8回投与後の評価CTで肝転移増悪を認め、無効判断にて、Nivolumab（Nivo）を導入した。
Nivo初回投与翌日に、黒色嘔吐と倦怠感にて救急搬送され入院となった。上部消化管内視鏡にて胃内の血液貯留と、食道にLsF2CbRC2（RWM, CRS）BS（white plug）の静脈瘤を認め、食道静脈瘤破裂による上部消化管出血と診断した。引き続き内視鏡的静脈瘤結紮術を施行し、2nd lookでは静脈瘤の消退を認め、以後出血は認められなかった。
オキサリプラチンは肝類洞障害による門脈圧亢進、脾腫をきたすことが知られており、投与後に食道静脈瘤や人工肛門静脈瘤を発症したとの報告も散見される。また、RAMやBevacizumabなどのVEGF阻害剤による易出血性および創傷治癒遅延は広く知られているが、静脈瘤出血のリスクとの関連については未知である。
Bevacizumabを併用した化学療法に関しては、食道・人工肛門静脈瘤出血の報告が散見されるが、Ramucirumab併用化学療法については、これまでに報告がない。文献的考察を加えて報告する。

30（内）．内視鏡的粘膜下層剥離術にて切除した胃神経内分泌腫瘍の1例

○宮澤佑貴，田中一之，堀内正史，本田宗也，内海辰哉，河本　徹，藤永明裕，後藤　充，佐藤智信，斎藤義徳（旭川厚生病院消化器科）

症例は60歳代の男性，下行結腸癌術後のため当院通院中．定期検査のため行った上部消化管内視鏡検査にて胃体下部小弯にびらん性病変を認め，生検で神経内分泌腫瘍（neuroendocrine tumor; NET）の診断となった．*Helicobacter pylori*除菌後で背景胃粘膜は前庭部から体部にかけて木村・竹本分類0-2の萎縮を呈しており，Rindi分類Type 1の胃NETと考えた．超音波内視鏡検査では，病変は粘膜内から一部粘膜下層にかけて存在する比較的均一な低エコーな腫瘤として描出され，腫瘍径は7x 4mmであった．CTでは明らかな転移の所見を認めず，内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を施行した．切除標本の病理組織所見では，大小不同核・類円形核を有する腫瘍細胞が胞巣状構造・リボン状構造を示し増生する像を認めた．腫瘍は径5x 3mmの粘膜内病変で，脈管侵襲を認めず，切除断端陰性であった．免疫染色ではシナプトフィジンとクロモグラニンA が陽性．Ki-67index 8%で核分裂像は4/10HPFを呈しNET G2の診断となった．治療後の経過に問題はなく，現在経過観察中である．
2015年の本邦におけるNET治療ガイドラインにおいて，Rindi分類1/2型で腫瘍サイズ1cm以下，個数5個以下，深達度がsmまでにとどまる胃NETでは内視鏡的治療が推奨されている．ESDも有用である事が予想されているが，これまでの報告は少数で十分なエビデンスが得られていないのが現状である．
今回，ESDにて切除した胃NETの1例を経験したので文献的考察を加え報告する．今後，症例の蓄積や長期予後も含めたさらなる転移・再発リスク因子の検討が必要と考えられた．

31（内）．胃型形質をもつ胃上皮性腫瘍の1例

○大江悠希[1]，吉田　晃[1]，長いく弥[1]，伊藤貴史[1]，川畑修平[1]，菊池英明[1]，菊地慶介[2]（帯広厚生病院消化器内科[1]，帯広厚生病院病理診断科[2]）

【症例】68歳女性【主訴】心窩部痛、体重減少【現病歴】201X年11月より食後心窩部痛と体重減少を認め、201X+1年1月当科受診された。同日の血液検査では、CEAが8.2ng/dlと軽度高値を認めたが、CT検査では特記すべき所見を認めなかった。上部消化管内視鏡検査を施行され、萎縮粘膜を背景に胃体上部小湾後壁にH2 stageの潰瘍および噴門直下前壁25mm程の隆起性病変を認めた。隆起性病変は生検にてLow grade intraepithelial neoplasia, Group 3であり、201X+1年6月内視鏡的切除目的に当科入院した。NBI画像では周堤様の辺縁隆起や肛門側の隆起成分の表面は絨毛様構造を呈するのに対して、陥凹部は細かな構造で一部無構造を呈していた。内視鏡的粘膜下層剥離術を施行し、術後は偶発症なく経過した。病理所見は、陥凹中央部分で幽門腺型腺管の密な分葉状増殖と嚢胞状拡張が広がっていた。免疫染色はMUC6・MUC5ACを始め胃型形質が陽性であり、最終病理診断はInverted pyloric gland adenomaであった。【考察】胃型腺腫は高齢女性の胃上部に多く発生し、いくつかの肉眼形態に類型化される。ヘリコバクター・ピロリ感染の有無については、報告例により差異はあるが、感染に伴う胃底腺粘膜の偽幽門腺化生が関連する可能性が示唆されている。今回我々は内反性に増殖し幽門腺化生を伴う胃型腺腫の1例を経験した。

32（消）．集学的治療により長期生存中である肝細胞癌術後腹膜転移の1例

○大畑多嘉宣，神山俊哉，長津明久，島田慎吾，折茂達也，蒲池浩文，武冨紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室I）

【はじめに】肝細胞癌（HCC）治療後の腹膜再発はまれであり、標準的治療は確立されていないことから予後不良とされる。我々は集学的治療により長期生存が得られている肝細胞癌術後腹膜転移の1 例を経験したので報告する。【症例】69歳男性。16年前にC型肝炎に対してインターフェロン+リバビリン（IFN+RBV）併用療法施行し、持続性ウイルス学的著効（SVR）となった。13年前に肝S3にHCCを認め、肝S3部分切除術施行。その後肝内再発、腹膜転移巣、皮下転移巣に対し肝部分切除術、肝左葉切除術+Spiegel葉切除術、腹膜転移切除術、皮下転移切除術など、外科的切除可能な転移・再発病変に対して計6回の外科的切除を施行し、切除不能な肝内多発再発巣病変対しては計6回の肝動脈化学塞栓療法（TACE）療法およびUFT療法を施行してきた。HCC初回切除後より13 年経過した現在も生存中である。【結語】HCCの肝病変がコントロール可能な腹壁転移に対しては外科的切除・TACE・化学療法を組み合わせた集学的治療を施行することで予後に貢献できる。

33（消）．術前診断が困難であった肝pseudolymphomaの1例

○川岸直樹[1]，重沢　拓[1]，鈴木和治[1]，中村晃久[1]，大原正嗣[1]，梅村真知子[1]，中井正人[1]，荘　拓也[1]，須田剛生[1]，森川賢一[1]，小川浩司[1]，坂本直哉[1]，神山俊哉[2]，桑原　健[3]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院消化器外科学教室I[2]，北海道大学病院病理診断科[3]）

症例は40 代女性。検診の超音波検査にて肝S 6にφ 4mmの低エコー像を呈する腫瘤が指摘され肝嚢胞として、経過観察されていた。その後経時的に8mm、15mmと増大したため、当院紹介となった。血液検査では肝機能に異常所見はなく、PIVKA-IIは110mAU/mlと軽度高値を認めた。造影CTで腫瘤は、辺縁と内部で造影効果が異なっており、辺縁は動脈相で淡く早期濃染し、門脈相以後は等吸収となり、内部では濃染はほぼ認めないが緩徐に染まり、平行相で等吸収～わずかな低吸収を示した。EOB-MRIでは、T 1 強調像は境界明瞭な低信号、T 2強調像は高信号、動脈相で辺縁部に輪状の増強像を認め、門脈相以降は肝実質より低い信号で、肝実質相では欠損像を認めた。ADCは低信号であった。PET検査ではSUVmax 4の集積を認めた。以上より、画像所見からは診断困難であったが、増大傾向であり、肝細胞癌を含めた悪性腫瘍が疑われたため、診断的治療目的に肝S6部分切除を施行した。病理では、同病変は大小のリンパ濾胞、リンパ球浸潤を認めたが異型はなかった。組織像、免疫形質にてリンパ球のモノクローナルな増殖を支持する所見はなく、リンパ腫は否定的であった。また、リンパ組織の反応性過形成であったことから、肝pseudolymphomaの診断となった。肝pseudolymphomaはリンパ球の反応性増殖による良性の結節性病変で稀な疾患である。慢性肝疾患や自己免疫性疾患を背景とする症例で報告が多いが、本症例はそのような既往はなかった。画像上、造影早期に濃染し、その後洗い出しを伴うことが多く、肝細胞癌との鑑別は困難である。造影早期からの腫瘤周囲の濃染の出現が肝細胞癌との鑑別に有用とされており、本症例も同様の所見を認めた。しかし、経時的に増大を認め、悪性を示唆する所見を認めたため、術前診断は困難であった。稀な疾患であり症例の蓄積が望まれる。

34（消）．肝細胞癌および乳癌を発症したNASH肝硬変の3例

○大須賀崇裕，田中信悟，坂本拡基，中村　元，河野　豊，村瀬和幸，高田弘一，宮西浩嗣，加藤淳二（札幌医科大学腫瘍内科学講座）

【はじめに】最近の大規模疫学調査によると，非アルコール性脂肪性肝疾患（NAFLD）症例においては肝細胞癌の発症のみならず，乳癌の発症率も高いことが示されている．今回，我々は非アルコール性脂肪肝炎（NASH）由来肝硬変症例に肝細胞癌（HCC）および乳癌を発症した症例を経験したので報告する．【症例1】既往歴：高血圧症．BMI：25.0．64歳時，肝障害の精査目的に当科へ紹介となり，肝生検の結果NASH肝硬変（Brunt分類：grade 1, stage 4）と診断された．その後，67 歳時と71 歳時にHCCを発症しTACEが施行された．71 歳時のHCC発症時に右乳癌も診断され，アロマターゼ阻害薬による治療が行われている．【症例 2】既往歴：糖尿病，高血圧症．BMI：37.6．68歳時，両側乳癌に対して手術が施行され，術後アロマターゼ阻害薬による治療が施行された．同年，HCCを発症し手術が施行された．その際の病理学的診断で背景肝はNASH（grade 2, stage 3）と診断された．その後，70歳時にHCCを発症しRFAが施行された．【症例3】既往歴：糖尿病，高血圧症．BMI：31.1．63歳時，左乳癌に対して手術が施行され，術後放射線療法＋アロマターゼ阻害薬（5年間）が施行された．72 歳時，HCCの加療目的に当科へ紹介となりRFAが施行された．背景肝は肝生検にてNASH肝硬変（grade 2, stage 4）と診断された．【考案】高脂肪食摂取，肥満，加齢など乳癌発症とNASH病態進展に共通する危険因子は多い．エストロゲン作用の抑制を目指す内分泌療法はホルモン受容体陽性乳癌症例の標準治療とされるが，脂肪酸β酸化を阻害し肝への脂肪沈着を惹起する．さらに肥満や糖尿病，脂質異常症といったNASHの危険因子を悪化させることが想定されている．また，肝硬変症例におけるエストロゲン代謝能の低下は乳癌発症を促進している可能性がある．【結語】女性のNASH肝硬変症例においては乳癌の発症および内分泌療法導入後の肝予備能悪化・肝発癌に注意が必要である．

35（消）．肝原発粘液性嚢胞性腫瘍（MCN）の1例

○飯田敏史[1]，斎藤義徳[1]，堀内正史[1]，宮澤佑貴[1]，本田宗也[1]，内海辰哉[1]，田中一之[1]，河本　徹[1]，藤永明裕[1]，佐藤智信[1]，後藤　充[1]，稲垣光裕[2]（旭川厚生病院消化器科[1]，旭川厚生病院外科[2]）

症例は40歳女性。腹痛で近医を受診した際に超音波検査で腹部の嚢胞性病変を指摘され当科紹介となった。当科で施行したCT検査、MRI検査でも、肝左葉原発と思われる13cm大の嚢胞性腫瘤を認め、嚢胞内部に隔壁構造を認め、CA 19-9が384.1U/ml と高値だった。肝原発粘液性嚢胞性腫瘍（MCN）を疑い経過観察の方針となった。その後腫瘤の増大傾向、CA 19-9の上昇傾向を認めたため、手術の方針となり、当院外科にて肝左葉切除術を施行した。切除標本の病理組織学的検査では、嚢胞内腔は平坦で異型の乏しい粘液を含む単層立方上皮に被覆される所見が得られた。上皮下に卵巣様間質を認め、線維化の強い嚢胞壁が確認された。免疫染色は、嚢胞上皮にてCA 19-9、CEAが陽性、CA 125が一部陽性であり、嚢胞上皮下卵巣様間質にて、ER陽性となった。嚢胞を裏打ちする上皮細胞は、肝内胆管由来上皮であり、肝原発粘液性嚢胞性腫瘍として矛盾しないという診断を得た。術後の経過は良好で現在も経過観察中であり、CT等でも明らかな再発の所見は認めていない。本症例で経験した肝原発MCNは、本邦では今まで40例程度の報告のみに留まっており極めて稀な肝の嚢胞性腫瘍である。若干の文献的考察等を加えて報告する。

36（消）．肝細胞癌に対して肝動注化学療法施行13年後に発症した治療関連AML/MDSの1例

○上杉　淳，森園竜太郎，古山準一，高木秀雄，檜森亮吾，五十嵐聖名子，佐賀智之（勤医協中央病院消化器内科）

【緒言】化学療法や放射線治療後に急性骨髄性白血病（AML）や骨髄異形成症候群（MDS）が発症する事が知られており，治療関連AML/MDSと分類されている．今回我々は肝細胞癌に対してZinostatin stimalamer（商品名 SMANCS）による肝動注化学療法施行13年後に発症した治療関連AML/MDSの1 例を経験したので報告する．【症例】患者は89歳の男性で，2005年に肝細胞癌（S4:10mm）に対して肝動注療法（SMANCS：2mg）及び経皮治療を行い，当院外来管理としていた．2018年3月の血液検査で汎血球減少を認め，精査目的で入院となった．入院時血液検査所見では白血球 1310/μl，Hb 5.9g/dl，血小板 2.0万/μl，また後骨髄球と骨髄芽球を認めた．骨髄検査では骨髄芽球を33.8%認め，AML（M2）と診断となった．赤芽球系細胞と好中球にMDS様の形態異常を認めた．染色体検査では5 番，7 番の欠失を含む複雑核型を認めた．年齢も考慮してAzacitidine（商品名:ビダーザ）による治療を開始し，現在治療継続中である．【考察】本症例は骨髄所見よりMDSの白血病転化が疑われた．原発性MDSでは5番，7番の欠失がそれぞれ10%に認められるのに対して，治療関連MDSでは5番の欠失が40%，7番の欠失が50%に認められると報告されている．本症例では5番，7番染色体の欠失を認めたことから，化学療法がAML/MDS発症に寄与した可能性が高いと考えられた．本邦の疫学調査によると，治療関連AML/MDSの1次腫瘍は，造血器腫瘍 38.9%，消化器癌15.6%，乳癌14.6%，その他（肝癌を含む）4.7%であり，1 次腫瘍が肝癌であった報告は少なく貴重な症例と思われた。また，SMANCSは癌細胞のDNAを直接切断する事でDNA合成を抑制し癌細胞を殺傷する親油性高分子抗癌剤であるが，医中誌にて検索した結果，SMANCSによる血液腫瘍発症の報告はなく稀な症例と考えられた．【結語】肝細胞癌治療後であっても，稀にではあるが治療関連AML/MDSを発症する事を念頭において，長期にわたる経過観察が必要である．

37（消）．骨転移を合併した原発性肝癌が経過中に自然退縮・治癒した後、肺小細胞癌を発症した69歳男性の1例

○浅川朋宏[1,2]，川合耕治[2]，白井達也[3]，永山竜二[2]，小野田佳佑[2]，北村　創[2]（札幌医科大学地域医療総合医学講座[1]，伊東市民病院[2]，自治医科大学付属病院[3]）

【症例】69歳男性．【主訴】腰痛．【現病歴】X-6年10月に心窩部違和感を主訴に当院を初診し，血液生化学所見，画像所見からB型肝炎に起因する原発性肝癌の診断となった．同月1回目のTACE（transcatheter arterial chemo- embolization）を施行し，以後限定的ながらTACEを繰り返すことが治療方針となり計3回のTACEを施行した．X-3年10月に腰痛を発症し，転移性仙骨腫瘍の診断となった．肝病変のコントロールは困難と判断し，5回目のTACEを最後にBSC（best supported care）方針となった．以降外来での3年6か月の経過観察の間，腫瘍マーカーは正常値で推移し，画像所見上も自然退縮・治癒？と考えられた．X年9月に腰痛が出現し，多発骨病変と肺病変を認め再発が疑われたが，Stage 4の肺小細胞癌の診断となった．X年12月に，肺小細胞癌に対し疼痛コントロール目的で入院中，MRSA敗血症で死亡した．【考察】癌の自然退縮とは全く治療が行われていないか，行われたとしても治療の効果がなかった場合に部分的もしくは完全に退縮を認めた場合をいう．悪性腫瘍の自然退縮の頻度は1/60000～100000といわれ，骨転移病変の自然退縮の症例報告は少ない．原発巣の自然退縮の機序として，腫瘍の虚血，肝の酸素欠乏状態，腫瘍の増大に必要な物質の供給停止，免疫機構の賦活化が報告されている．また転移巣の自然退縮機序として，TACE時に注入された抗癌剤が全身に移行した可能性，原発巣の壊死，消失に伴い宿主の腫瘍性免疫が賦活化した可能性が報告されているが，依然不明なことが多い．原発性肝癌の骨転移症例は一般に予後不良だが，肝内病変のコントロールと肝機能が良好で，単発の骨転移症例であれば長期生存する症例も散見できる．本症例はTACEが肝内病変に一定の治療効果をあげた結果，肝機能が良好に経過し，骨転移巣の自然退縮をもたらし長期生存が得られたものと考えられる．

38（消）．当院における進行肝細胞癌に対するLenvatinibの治療成績

○推井大雄，川村俊介，巽　亮二，山口将功，木村睦海，荒川智宏，中島知明，桑田靖昭，小関　至，大村卓味，髭　修平，狩野吉康，豊田成司（札幌厚生病院肝臓内科）

【目的】2018年3月に切除不能な肝細胞癌（HCC）に対する分子標的治療薬であるLenvatinibが全身化学療法の一次治療薬として適応承認となった。今回、我々は当院における進行肝細胞癌に対するLenvatinbの初期治療成績について検討する。【方法】対象は当院でLenvatinbを導入したHCC患者15症例で、患者背景、治療成績、導入後の臨床変化や副作用について検討した。【成績】対象は男性12例：女性3例、年齢の中央値は70歳、背景肝B/C/NBNC：2/6/7例、Child-Pugh class A/B：10/5例、HCC平均罹患期間1894日、分子標的薬投与歴あり:8 例（53%）、Lenvatinibの導入理由はTACE 不応/肝外転移/MVI/その他：6/5/3/1 例であった。投与開始量は8mg/12mg：12/3 例、投与開始1か月以内での中止例は5 例であった。6 例中4 例（0.67%）に投与開始1か月後のAFP値減少を認めた。副作用は高血圧/手足症候群/倦怠感が見られたが、投与中止例は肝機能異常、食欲低下、門脈血栓などが原因であった。【考察】Lenvatinib投与直後からAFPの低下症例が見られる一方で、副作用の発現により早期中止例もみられる。Lenvatinib導入時にはすでに前治療としてTACEやその他分子標的薬治療が不応となっている症例を対象とするケースがほとんどである為、様々な副作用に対する適切なマネージメントを行い十分な観察のもと長期間内服を継続させることが重要である。当日は本対象患者の画像を加えて検討する。

39（消）．C型慢性肝炎に対するDAA治療後に認められた肝原発悪性リンパ腫の1例

○渡邊晃一[1]，久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[2]，宮崎　悦[2]，飴田咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[3]）

肝原発悪性リンパ腫（PHL）は肝原発腫瘍の中で稀な疾患であり、HCV感染との関連があると言われている。今回、DAA治療後SVRを得たが、PHLを発症した1例を経験したので報告する。
症例は86歳、男性。既往歴では冠動脈ステント留置後・冠動脈バイパス術後、完全房室ブロック、ペースメーカー留置後、慢性心不全。1997年よりC型慢性肝炎（genotype 2a）で当科通院中であったが、2016年1月よりDAA（Ledipasvir/Sofosbuvir）による治療を行い、SVRを維持していた。2017年11月より肝胆道系酵素が上昇し、12月より上腹部痛を自覚するようになり、急性胆嚢炎と診断し、経皮経肝胆嚢穿刺吸引術で改善した。CTでは肝内に多発する増強効果のない腫瘤性病変を認め、退院後肝生検の予定としていた。12月末に歩行時のふらつき・構音障害などのため近医に救急搬送された。頭蓋内病変は最終的に否定されたが、2018年2月初旬に肝内多発性腫瘤の精査加療目的に当科に転院となった。
CTでは多発する肝腫瘤の増大を認め、S5の腫瘤に対して肝生検を施行した。また、2月下旬には多数の腹腔内リンパ節の腫大を認め、EUS-FNAを施行した。いずれからも大型で多核の異型リンパ球の増殖を認め、CD20（+）、CD79a（+）、CD3（-）であり、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL）と診断した。EBER-1（+）であり、EBV positive DLBCL of the elderlyと考えられた。背景肝はF4，A3であった。骨髄浸潤を認め、Ann Arbor IV期（revised-IPI: poor）と診断した。
3月中旬よりRituximab-THP-COP療法）を開始したが、誤嚥性肺炎、発熱性好中球減少症のため永眠された。

40（消）．肝細胞癌との鑑別を要した脾症の1例

○村山裕一[1]，松居剛志[1]，山本恭史[1]，辻　邦彦[1]，姜　貞憲[1]，山崎康之[2]，與座喜一郎[2]，児玉芳尚[2]，桜井康雄[2]，潟沼朗生[1]（手稲渓仁会病院 消化器病センター[1]，手稲渓仁会病院 放射線診断科[2]）

脾症とは、脾損傷、脾摘歴のある患者において、約26-65%の頻度で脾組織が腹腔内、胸腔内をはじめ様々な臓器に播種した良性疾患である。異所性の脾組織は画像診断にて偶発的に発見されることが多く、悪性腫瘍と鑑別が困難で外科的切除の対象とされることがある。一般的に確定診断は組織診によって行われるが、より低侵襲な検査での診断が必要とされ、SPIO造影MRIやシンチグラフィーでの診断が有用との報告がある。症例は53歳女性。6歳時に交通事故で脾摘、30歳時にC型慢性肝炎に対してインターフェロン治療、52歳時にソホスブビル/レジパスビル治療後ウイルス陰性化していた。前医での定期腹部超音波にて肝S1近傍に20mm大の腫瘤を指摘され当院紹介となった。腫瘍マーカーを含む血液検査では異常を認めなかった。腹部造影CTでは肝S1背側にbeak sign陰性の肝外病変を認め、単純、動脈相、平衡相のいずれでも残存脾組織と類似したdensityを示した。脾損傷の病歴、造影CT所見より脾症を疑った。SPIO造影MRIでのT2WIにて造影前は残存脾組織と等信号、造影後は低信号であった。また、肝S7表面2カ所に同様の病変を認めた。腹部超音波では肝実質と同輝度であり、Sonazoid造影で早期濃染、後血管相では肝実質と同等の造影効果であった。ADFでは肝組織と同様に高輝度であった。画像所見による貪食細胞の存在、脾損傷による脾摘の病歴から脾症の診断とした。今回、SPIO造影MRI、造影超音波が診断に有用であった症例を文献的考察とともに報告する。

41（消）．造影CTで肝細胞癌パターンを呈した肝原発神経内分泌腫瘍の1切除例

○福島新弥[1]，加藤寛士[1]，大平浩司[1]，大和弘明[1]，大森沙織[1]，中野真太郎[1]，井上弘貴[1]，伊藤　憲[1]，葛西弘規[2]，近藤信夫[3]（岩見沢市立総合病院消化器内科[1]，岩見沢市立総合病院消化器外科[2]，ジェネティックラボ病理解析センター[3]）

症例は60歳、男性。心窩部痛を主訴に当院救急外来受診、造影CTで肝S5に低吸収結節と胆嚢内に結石もしくは出血を疑う高吸収域を認め当科紹介となった。肝ダイナミックCTでは肝S5に13mmと39mmの低吸収結節を認め、いずれも動脈相で不均一に濃染し、門脈相および平衡相で洗い出しを呈しており肝細胞癌に矛盾のない画像所見であった。病変の末梢側では肝内胆管の拡張を認め胆管浸潤も疑われた。受診の契機となった心窩部痛の原因としては胆管浸潤による出血で胆道閉塞をきたしたことが原因と考えられた。精査の結果、他臓器に明らかな原発巣を認めず、患者背景にB型慢性肝炎の既往があることもあわせて肝細胞癌と診断され、肝前区域切除術、胆嚢摘出術、前区域門脈腫瘍栓摘除術、右肝静脈腫瘍栓摘除術を施行した。病理組織学的検査では小型細胞の血管周囲性の増殖像を認め、small cell carcinomaもしくは神経内分泌腫瘍が疑われた。免疫染色ではSynaptophysinは陰性、CD56陽性であり肝原発神経内分泌腫瘍（PHNET）と確定診断された。Ki67/MIB-1陽性細胞は30%であった。肝臓原発の神経内分泌腫瘍は報告例も少なく非常に稀な疾患とされており、今回貴重な1症例を経験したためここに報告する。

42（消）．胃静脈瘤破裂を契機に診断された先天性肝線維症の1例

○大原正嗣[1]，小川浩司[1]，山本義也[2]，霜田佳彦[2]，伊藤　淳[2]，重沢　拓[1]，鈴木和治[1]，中村晃久[1]，川岸直樹[1]，梅村真知子[1]，中井正人[1]，荘　拓也[1]，須田剛生[1]，森川賢一[1]，大塚拓也[3]，高桑恵美[3]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学教室[1]，市立函館病院消化器内科[2]，北海道大学病院病理診断科[3]）

先天性肝線維症（Congenital hepatic fibrosis; CHF）は組織学的に胆管板形成異常（ductal plate malformation; DPM），門脈域の進行性の線維化を認める門脈胆管系の発生異常である．希少疾患であるが，門脈圧亢進症を合併することもあり，その診断は有用である．今回，我々はDandy-Walker症候群の既往があり、胃静脈瘤破裂を契機に診断された先天性肝線維症の一例を経験した．症例は20代女性，Dandy-Walker症候群のためシャント術などを施行されていたが，肝機能障害，血小板低値などの指摘はなかった．2017年12月に吐血し前医へ救急搬送された．噴門部直下の胃静脈瘤破裂の診断で内視鏡的静脈瘤結紮術を施行後，全身状態が安定した段階で精査目的に2018年1月当科へ転院となった．血液検査では血小板低値の他，各線維化マーカーの上昇を認め，腹部超音波検査では肝実質のエコー輝度上昇および嚢胞が散見された．造影CT検査では肝硬変の所見，多発肝嚢胞，両側腎嚢胞，多嚢胞性卵巣を認めた．また胃静脈瘤～食道静脈瘤の発達や脾腎短絡路、脾腫を認め門脈圧亢進症が示唆された．食道静脈瘤に対しては内視鏡的食道静脈瘤硬化療法およびAPC地固め療法を施行した．また，門脈圧亢進症の原因検索目的に，肝生検を施行したところ，胆管の増生を伴う門脈域の拡大が目立つ肝組織でDPM様の構築や軽度拡張した管腔構造が認められ，CHFの組織像であった．CHFは，遺伝子変異・腎嚢胞疾患を伴う繊毛障害に合併することが最も多いが，本症例では腎嚢胞は小数であり多発性嚢胞腎は否定的であることから孤発性の発症と考えられる．一方Dandy-Walker症候群も繊毛障害に起因することが報告されており，本症例は繊毛機能障害に共通した病態である可能性がある．

43（消）．治療抵抗性肝性腹水における脾硬度の検討

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

【背景】我々はすでに門脈圧亢進症において肝硬度のみならず脾硬度も増大すること、有腹水症例では脾硬度が特に高値を示すことを報告してきた。今回は肝性腹水における脾硬度と治療反応性との関連について検討した。【対象および方法】対象は2016年10月より2018年3月までに中等量以上の腹水貯留を認め、tolvaptanを含む内科的治療を行った肝性腹水20症例である。内科的治療に良好な反応を示した治療反応群（13例）と治療抵抗性でCART導入を必要とした治療抵抗性群（7例）に分けて、腎機能や血清Alb値などの背景因子および肝および脾硬度を比較検討した。また超音波パルスドプラ法により計測した門脈血流速度から算出した門脈うっ血係数（血管断面積/血流速度）について検討した。なお肝および脾硬度はShear wave elastography（SWE）により測定し、剪断弾性波伝播速度（m/s）で表示した。【結果】両群の血清Alb値、血小板数、PT（%）、spleen index等に差を認めなかったが、eGFRは治療抵抗性群で有意に低い値を示した。肝硬度中央値（IQR）は治療反応群2.82（2.51-3.44）m/s に対し治療抵抗性群では2.98（2.56-3.58）m/sと差を認めなかったが、脾硬度中央値（IQR）は治療反応群3.40（3.20-3.82）m/sに対し治療抵抗性群では4.08（3.63-4.81）m/sと有意に高い値を示した（$p < 0.05$）。また門脈うっ血係数は治療抵抗性群で高い傾向を示した。【結語】今回、門脈うっ血の強さを反映すると考えられる脾硬度が治療反応群に比べ治療抵抗性群で高値を示したことより、脾硬度が肝性腹水の治療抵抗性予測に有用である可能性が示された。

44（消）．HBV急性肝不全の転帰別による臨床所見と治療内容

○山本恭史，松居剛志，姜　貞憲，辻　邦彦，潟沼朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

【背景・目的】HBVの急性感染は不顕性感染例が多く急性肝炎例でも特別な治療を必要とせず自然に回復する。しかしながら、一部は重症化して急性肝不全・昏睡型を呈し高率に死に至ると言われており、救命率向上が課題である。本報告はHBV急性感染による急性肝不全・昏睡型の臨床像を明らかにすることを目的とした。【対象・方法】2002年4月から2018年3月までに経験したHBV急性感染による急性肝不全15例を非昏睡群（NC群）および昏睡型（C群）を転帰により3群（内科的救命群:C-S、肝移植群:C-T、死亡群:C-D）に分け、4群間で患者背景、発症からの経過、初診時の血液検査所見、治療中の血液検査所見、治療内容について比較検討を行った。【結果】NC群は5例（男女比 2:3）で、C群10例（男女比2:8）のうちC-S群は3例、C-T群3例、C-D群 4 例であった。NC群、C-S群ではそれぞれ年齢中央値が30 歳（25-46）、34歳（26-37）であるのに対して、C-T群、C-D群では52歳（50-62）、50.5歳（42-66）と高齢であった。発症から脳症出現までの日数はC-S群12日（4-23）、C-T群9日（5-120）C-D群4.5日（3-5）とC-D群で短い傾向にあった。C-D群では全例で初診時のPT活性が10%以下であり、4例中3例においてNH3＞400μg/dLで肝性脳症を認め、Cre＞2.0mg/dLの腎障害も伴っていた。治療中の血液検査所見では、C-D群でアミラーゼ最高値が2405U/L（1151-4340）と他の3群（NC群 91U/L, C-S群 480U/L, C-T群 618U/L）より高い傾向にあった。治療内容では肝不全に対する治療は各群ともほぼ同様であるが、C-D群で人工呼吸器の使用割合が4 例中 3 例と高い傾向がみられた。【結果・考察】HBV急性感染によるC-D群の特徴は発症から脳症出現までの時間が短く、初診時には肝不全以外の臓器障害を併発している症例が多い特徴があった。また、高齢や治療中の膵酵素上昇（膵炎）が死亡のリスク因子になる可能性が示唆された。単独施設における少数例での検討であるため、今後は症例数を増やして検討が必要である。

45（消）．慢性肝障害にoverlapした急性E型肝炎に対し、肝移植を施行した2例

○市村健太郎[1]，川村典生[1]，財津雅昭[1]，渡辺正明[1]，後藤了一[1]，嶋村　剛[2]，武冨紹信[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室I[1]，北海道大学病院臓器移植医療部[2]）

E型肝炎は本邦では増加傾向にあり、2-5%の症例が劇症化すると報告されている。慢性肝障害にoverlapした急性E型肝炎に対し、肝移植を施行した2例を報告する。

【症例1】48歳男性、既往にB型肝炎の治療歴がある。2015年12月豚レバーを摂取。2016年2月初旬より倦怠感と発熱、黄疸、肝機能障害を認め入院。非昏睡型重症急性肝炎の診断にてステロイドパルス療法ならびに血漿交換開始。入院時採血にてHEV-RNA陽性であり、E型肝炎ウイルスが原因と診断。治療開始後も黄疸・凝固障害・肝萎縮進行し当科紹介。入院後第33病日にHEVは陰性化したが、遅発性肝不全のため脳死肝移植登録。待機 47 日目に脳死肝移植を施行。術後経過は良好で術後 56 日目に退院。移植後から現在に到るまで、HEVの再燃は認めていない。

【症例2】52歳男性、常習飲酒家。感染経路は不明。2018年2月中旬より腰痛と発熱、黄疸、肝機能障害を認め入院。非昏睡型重症急性肝炎の診断で当院消化器内科紹介。前医入院時採血でIgA-HE抗体陽性であり、E型肝炎ウイルスが原因と診断、ステロイドパルス療法開始。第 22 病日にHEVは陰性化したが肝不全は緩やかに進行。三男をドナーとした生体肝移植を施行。移植後から現在に至るまで、HEVの再燃は認めていない。

慢性肝障害の既往がある患者に生じたE型劇症肝炎は内科的治療に抵抗性の場合があり、肝移植を念頭に置いて治療を行う必要がある。

46（消）．高ビリルビン血症の原因としてRotor症候群が考えられた一症例

○上野あかり[1]，阿久津典之[1]，沼田安尚[1]，菅野伸一[1,2]，石上敬介[1]，政木善晴[1]，伊東文子[1]，志谷真啓[1]，本谷雅代[1]，佐々木茂[1]，仲瀬裕志[1,2]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，市立釧路総合病院消化器内科[2]）

【症例】50歳代男性【主訴】掻痒感【現病歴】●月X-22日に心窩部痛、嘔気、発熱を主訴に前医受診した。アセトアミノフェン処方され帰宅となったが、翌日家族に黄染を指摘され再診急し、血液検査の結果急性肝障害の診断で即日入院となった。ウイルス検査、自己抗体は陰性で、肝庇護療法で経過を見ていたが黄疸の増悪あり、精査加療目的に●月X日当院入院となった。【既往歴】17歳；胃潰瘍、49歳；頚椎症【家族歴】特記無し【臨床経過】当院入院時、T-Bil 24.7mg/dl（D-Bil 16.4mg/dl）の高ビリルビン血症を認めた。各種画像検査で肝胆道系の異常を認めなかった。肝生検では、脂肪肝及び胆汁うっ滞を認めるが胆管構造の異常や胆管消失像は認めなかった。GSAシンチグラフィではHH 15が0.572、LHL 15が0.958であり、肝予備能は保たれていた。EOB-MRIを施行したところ肝細胞相にてEOBの取り込み低下を認め、肝細胞膜トランスポーターOATP 1B 3の機能低下が疑われた。そこで尿中コプロポルフィリン、ICG検査を施行したところ異常高値であり、Rotor症候群が考えられた。治療としてウルソデオキシコール酸の増量を行うも改善せず、フェノバルビタールの投与及びビリルビン吸着を行ったところ黄疸の改善を認めた。その後外来で経過を見ているが肝機能増悪は認めていない。【考察】Rotor症候群は肝胆道系酵素正常の体質性黄疸であり、一般的にはビリルビンの上昇は軽度にとどまることが多い。しかし報告ではBil 50mg/dlまで上昇した症例もあり、診断に苦慮することがある。

47（消）．術前診断し安全に腹腔鏡手術を遂行できた胆嚢管分岐異常を有する胆嚢結石症の1例

○相山　健，齋藤智哉，横山良司，中野詩朗（網走厚生病院外科）

［はじめに］胆嚢良性疾患に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術（LC）が標準的な術式となった現在において、術前の胆管走行異常を把握することは、術中胆管損傷を防ぐためにも極めて重要と考える。今回われわれは、術前MRCPにて胆嚢管分岐異常を事前に診断でき安全にLCを遂行できた症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。［症例］47歳女性。数日前から右上腹部痛があり当院救急外来を受診した。腹部超音波にて胆石を認め、以前にも同様の症状を経験していることから胆石発作と診断した。術前精査MRCPにて右副肝管から胆嚢管が分岐している胆嚢管分岐異常を認めた。既往歴は高血圧とパニック障害のみで、腹部手術歴もなかった。内科および本人と協議し、術前ENBD tubeは挿入せずに慎重にLCを行う方針とし、手術を施行した。術中、いわゆるCalot三角は認めなかったため、Critical view of safetyを確保するために逆行性に胆嚢を肝床部から慎重に剥離し、最終的に胆嚢管のみとなるようにし胆嚢管を同定・処理した。術後経過は良好で、術後3日目に退院し、その後の外来採血でも肝胆道系酵素の異常がないことを確認した。［考察］野村らは1994年に2251例のERCP施行例において36例（1.6%）の胆嚢管分岐異常を認め、そのうち本症例のような右副肝管からの分岐異常は13例であったと報告している（胆道1994年）。また、Nojiらは2011年に1835例のLC症例において術前検査で36例（1.9%）に副肝管を認め、本症例のような右副肝管からの胆嚢管分岐異常は9例であったと報告している。さらに、Nojiらは胆管分岐異常を有する症例では胆管損傷のリスクが通常分岐症例と比較して相対的に16倍も高いことから、術前にENBD tubeを留置することでそのリスクを軽減できる可能性を報告している（J Gastroenterol 2011）。［結語］胆嚢管分岐異常は極めて稀ではあるが、術前にそれを把握することは非常に重要であり、本症例はそのおかげで安全にLCを遂行できたと考えられた。

48（消）．薬剤誘因性が示唆された急性無石性胆嚢炎及び胆管炎の1例

○大渕佳祐，渡邉義人，大嶋崇史，海老沼翔太，小野　仁，越前谷勇人（小樽市立病院外科）

【緒言】無石性胆嚢炎は，全胆嚢炎の5-10%を占めるとされるが，その中でも薬剤誘因性の報告は稀である．今回我々はtyrosine kinase inhibitors; TKIの1つであるPazopanibの関与が考えられた無石性胆嚢炎及び胆管炎の1 例を経験した．【症例】74 歳女性．左腎癌術後，多発肺転移で当院泌尿器科通院中．病状進行に伴い，Pazopanibを投与開始した．3週間後の定期受診時に悪寒戦慄を伴う発熱があり，同科入院としてMEPMによる抗生剤加療を開始した．入院4病日目に右上腹部痛が出現し，肝胆道系酵素の上昇と炎症反応高値，腹部CTで著明な胆嚢浮腫があり，急性胆嚢炎の疑いで当科紹介となった．MRCPでは明らかな胆石や総胆管結石は指摘できず，無石性胆嚢炎の診断で同日腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した．2 PODでMEPMを終了したが，同日夕方に発熱と呼吸困難がみられた．胆管炎と両側胸水貯留，無気肺が原因と考えられ，MEPMを再開し，胸腔ドレナージ，利尿剤投与を行った．10 PODに軽快退院した．【考察】胆嚢炎の原因としては，胆嚢摘出標本に少数ながら好酸球浸潤と術後末梢血中の好酸球増加があり，Pazopanibによる薬剤性が最も疑わしい．これまでにアレルギーはなく，入院中に他の臓器症状はなかった．我々の調べた限りでは，Pazopanibによる無石性胆嚢炎の報告はないが，同じTKIであるSunitinibではこれまでに3例の症例報告がある．発生機序としてはVEGF受容体を介した血管新生の阻害による，胆嚢内皮細胞の虚血が示唆されている．【結語】Pazopanibが誘因と考えられた無石性胆嚢炎及び胆管炎の1 例を経験した．各癌種に対して，TKIの使用頻度が増えており，胆嚢炎，胆管炎を含めて多様な合併症を想定する必要がある．

49（消）．診断に難渋したAchromobacter xylosoxidansによる急性胆嚢炎の1例

○菊地剛史[1]，津田笑子[2]，越智龍太郎[2]，久保俊之[1]，中村浩子[1]，保月隆良[2]，見田裕章[1]，中村正弘[1]，安達靖代[1]，岩田徳和[1]，足立　靖[1]，吉田幸成[1]，吉田真誠[3]，高橋　聡[4]，菊池　進[2]，遠藤高夫[1]（札幌しらかば台病院・消化器内科[1]，札幌しらかば台病院・神経内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座[3]，札幌医科大学感染制御・臨床検査医学講座[4]）

【症例】80歳代 男性【主訴】血圧コントロール目的【既往歴】自己免疫性肝炎（プレドニゾロン 内服中）、門脈血栓症（エドキサバン内服中）、高血圧、糖尿病【現病歴】X-1ヶ月前にB型大動脈解離を発症し大学病院心臓血管外科に入院し、保存的加療が行われたが、大動脈解離の増悪が疑われたため、経過観察目的にて入院となった。【臨床経過】入院後血圧のモニター中、第6病日に悪寒戦慄ならびに40度超の発熱を認めた。血液培養の採取を行った後、VCM、MEPMによる加療を開始した。感染臓器の特定のためCTを行ったが、腸腰筋に低信号域を認め、腸腰筋膿瘍を疑った。第14病日に血液培養が陽性となりAchromobacter xylosoxidansが同定された。抗生物質をPZFX、ST合剤、MINOに変更したが、腎機能障害をはじめとする多臓器不全が進行し第20病日に大学病院に転院となった。転院後腹部CTにて胆嚢腫大がみられ、一部内部が高信号領域であるため胆嚢内出血などの可能性を考慮しPTGBDが施行された。胆汁培養にてカルバペネムに耐性を示し、TAZ/PIPC、MINOにのみ感受性を示す高度耐性Achromobacter xylosoxidans が検出された。TAZ/PIPCへの変更により、胆嚢炎は軽快した。【考察】急性胆嚢炎では約15%で血液培養が陽性となると報告されているが、その多くは大腸菌、腸内細菌科、腸球菌である。本症例では血液培養でAchromobacter xylosoxidansが検出された後にPTGBDによる胆汁培養にて同一菌が検出され、胆嚢が感染源と強く疑われる状況であった。Achromobacter xylosoxidansは糖尿病など免疫不全状態では日和見感染症の原因菌となることが報告されているが、急性胆嚢炎としては本症例が初めての報告となる。

50（消）．副肝管を有する胆嚢結石症に対して腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した1例

○矢部沙織，中川隆公，奥村一慶，下國達志，西川　眞，高橋昌宏（札幌北辰病院）

症例は65 歳の女性で、2 週間前より食後の右季肋部痛が出現したため他院を受診した。腹部超音波検査にて胆嚢結石を指摘され、手術目的に当科へ紹介された。既往歴や開腹歴はなかった。血液検査所見では異常を認めなかった。術前のMRCP検査で後区域肝管および胆嚢管が中部胆管に合流する破格を認めた。DIC-CT検査を行ったところ、後区域肝管が単独で総胆管中部に合流し、胆嚢管は後区域肝管根部より分岐しており久次の副肝管分類I型の診断であった。手術は鏡視下に開始し、総胆管、後区域肝管の走行は透見可能であった。術中胆嚢穿刺により胆道造影を施行し、胆嚢管および後区域肝管の走行をCアームを用いて確認しつつ、胆嚢管を切離した。術後経過は良好で、第5病日に退院となった。退院後にMRCP検査を行い、後区域肝管が温存されており拡張や狭窄のないことを確認した。胆道走行異常を合併した胆嚢結石症であっても、術前のMRCP、DIC-CT検査による胆道走行の十分な把握と、術中胆道造影の施行により、腹腔鏡下胆嚢摘出術は安全に施行可能であると思われた。

51（消）．遠位胆管原発の神経内分泌癌の1例

○吉田祐一[1]，敦賀陽介[1]，原田拓弥[1]，市村健太郎[1]，正村裕紀[1]，服部淳夫[2]，数井啓蔵[1]（JCHO北海道病院外科[1]，JCHO北海道病院病理診断科[2]）

症例は74歳，女性．全身掻痒感で当院皮膚科受診．高ビリルビン血症を認めたため，精査加療目的に当科紹介となった．CTにて20mm程度にわたり遠位胆管の壁肥厚を認め，肝内胆管は著明に拡張していた．内視鏡的逆行性胆管造影で遠位胆管に欠損像を認めた．胆管腔内超音波検査では胆管内を占めるように腫瘍性病変が見られ，胆管周囲に腫大したリンパ節を認めた．胆管擦過細胞診にて class Ⅴが検出された．遠位胆管癌の診断にて，内視鏡的胆道ステントを留置し，減黄後に亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した．術後，膵液漏を認めたが，第38病日で退院となった．病理組織学的検査では，腫瘍は大部分がリンパ球を伴った小型異型細胞よりなり，免疫染色にてchromogranin Aは陰性であったが，synaptophysin，CD 56がそれぞれ陽性で，Ki-67指数50%であったため，神経内分泌癌（小細胞型）の診断となった，胆管原発の神経内分泌癌は極めてまれであり，予後不良な疾患とされている．文献的考察を加えて報告する．

52（内）．胆膵内視鏡施行時の体動による内視鏡継続困難例に対するデクスメデトミジン塩酸塩の使用成績

○池田裕貴，吉田真誠，石川和真，坂本拡基，村瀬和幸，高田弘一，宮西浩嗣，加藤淳二（札幌医科大学腫瘍内科）

【背景と目的】胆膵内視鏡施行時の鎮静はベンゾジアゼピン（BZP）系薬剤+鎮痛薬が用いられているが，BZPの脱抑制による体動にて内視鏡継続が困難な症例を経験する．デクスメデトミジン塩酸塩（DEX）は近年，治療内視鏡時に使用可能となった鎮静・鎮痛効果を併せもった薬剤であるが，胆膵内視鏡施行時の適切な使用法は定まっていない．我々はBZPの脱抑制による体動にて内視鏡継続が困難であった症例に対するDEXの有用性を検討した．【対象と方法】2018年2月から同年5月まで胆膵内視鏡を施行され，脱抑制による体動にて内視鏡継続が困難であった症例（DEX併用前群，A群）に対して，2回目の内視鏡時にDEXを併用した症例（DEX併用後群，B群）におけるDEXの効果をretrospectiveに検討した．DEXの投与量は初期負荷を6μg/kg/hを10分間，維持量を0.4μg/kg/hとし，内視鏡挿入前にジアゼパムと塩酸ペチジンを投与後，適宜追加した．評価項目は1）患者背景，2）処置完遂割合，3）鎮静レベル，4）体動回数，5）有害事象とした．鎮静レベルはRamsay sedation scale（RSS）にて評価した．【結果】1）男性5例，女性2例で年齢中央値は74歳であった．初回の内視鏡内訳はA群がERCP 5 例、EUS 2 例であり，B群は7 例全例がERCPであった．2）内視鏡完遂割合はA群で71.4%（5/7），B群で100%（7/7）であった．3）内視鏡施行中の平均RSSはA群3.8、B群4.8とDEX併用後で良好な鎮静が得られた（p＜0.001）．4）体動回数はA群で平均4.71回、B群で平均2.57回であり，DEX併用後において体動回数が少なかった（p=0.02）．5）術中収縮期血圧の低下（90mmHg未満）はB群で2 例に認め，うち1 例は収縮期血圧60mmHg以下となり、DEX投与を中止した．心拍数の低下（50回/分未満）は両群とも1例ずつ認め，SpO2の低下（90%未満）はA群で1例に認めた．【結論】BZPの脱抑制による体動にて内視鏡継続が困難な症例に対し，DEXを併用することで内視鏡完遂割合が上昇した．

53（内）．ニードルナイフプレカット法における切開面の胆管構造の認識　-ExpertとTraineeの認識の違い-

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

【背景】ニードルナイフを用いたプレカット法（プレカット）はERCPを習得する上で不可欠であるが、手技の詳細や教育法は未確立である。【目的】ニードルプレカットの動画を後方視的に閲覧し現状を探索的に検討した。【方法】当センターでは、12時方向の粘膜切開により括約筋と想定する構造物を露出し、切開を進め、胆管粘膜や胆汁を視認した後に挿管することを実践し、また指導してきた。Expert（E, 経験100例以上）とtrainee（T, 20例未満）各々2名（E-A/B, T-C/D）がTおよびEが実施し胆管挿管に成功した14と16 例の動画を閲覧した。EとTの視認能力として1）括約筋と思われる隆起 2）胆管粘膜 3）胆汁排泄 を、またEがTの技量良悪を 4）切開方向の妥当性　5）十分な視野確保 6）括約筋認識下の切開 7）胆管粘膜/胆汁を認識下の挿管 8）出血による視野不良 を評価した。【結果】視認能力はE-A/B, T-C/Dで1）E-64%/76% T-75%/63% 2）E-50%/71% T-44%/31% 3）E-0%/14% T-19%/38%であったが、評価者間の一致率はE/T で1）64%/63% 2）64%/88% 3）86%/69%と高値とは言えなかった。E-A/BによるTの良好と判断した技術評価は、4）93%/93% 5）64%/93% 6）57%/76% 7）43%/76% 8）71%/93% であった。【結語】EおよびTとも高率に括約筋を認識していたが、胆管粘膜や胆汁排泄の視認は困難であった。また術者間で構造物の認識に相違があり、指導者たるEのTの技術の未熟点に対する認識にも大きな相違があった。施設内で多くの症例動画を供覧し認識を統一することが手技向上に必要と考えられた。

54（内）．地方医療機関における95歳以上の超高齢者に対するERCP関連手技の実態

○久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，渡邊晃一[1]，宮崎　悦[2]，飴田咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座・血液内科学[3]）

【目的】95 歳以上の超高齢者におけるERCP関連手技の有用性と安全性について検討した。

【方法】対象は2002年1月～2020年5月にERCPを施行した95歳以上の超高齢者32例（95歳～101歳、平均 96.4歳、女性 28例）、のべ90回（検討期間内のERCP件数は5105回で1.76%に相当）であり、検査処置回数は1～9回（中央値 2回）であった。鎮静剤はdiazepam、midazolam、flunitrazepamのいずれかを使用し、適宜pethidineを追加した。全例酸素投与を行い、血圧、脈拍、酸素飽和度（必要により心電図）をモニタリングし、術後にflumazenilを静注した。偶発症の定義はCottonらの報告（GIE 1991）に準じ、検討項目は、1）適応・疾患の内訳、2）併存疾患、3）検査処置の成功率、4）偶発症とした。

【成績】1）ERCP 90回の施行目的は全例治療目的で、緊急ERCP（症状出現後24時間以内）は39回（43.3%）に施行した。初回ERCPの疾患内訳は胆管結石 24例、悪性胆管狭窄 7例（膵4 / 胆管2/ 乳頭部1）、胆嚢結石1例であった。2）併存疾患では認知症を含む脳血管疾患22例（68.8%）、循環器疾患21例（65.6%）などであった（重複含）。寝たきり9例、PEG造設患者 1 例で、American Society of Anesthesiologists（ASA）分類では、II 14 例、III 16 例、IV 2 例であった。3）手技の成功率（目的の完遂率）は93.3%（84/90）で、スコープ挿入からの検査時間は8～73分（中央値 29分）であった。4）ERCP 90回中、膵炎 3回（3.3%、軽症1、中等症2）、術中出血 2回を認めた。酸素飽和度90%未満 2回、徐脈（40/分未満）2回、血圧低下（80mmHg以下）2回、血圧上昇（200mmHg以上）12回（13.3%）に認めた。その他、胆管ステント迷入 5回、誤嚥性肺炎を2例に認めた。早期死亡（30日以内）は5例（15.6%）であったが、手技関連死はなかった。

【結論】95歳以上の超高齢者のERCPの短期成績は良好であるが、早期死亡も比較的高率であり、術中のみならず術前後の全身管理が重要である。

55（内）．術後再建腸管例の総胆管結石に対するEPLBDの成績

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

【背景】内視鏡的ラージバルーン拡張術（EPLBD）は12mm以上のバルーンを用いて胆管口を拡張させる手技であり、胆管拡張を有し、ESTやEPBD単独では治療困難な症例（大結石、多数結石など）に対する結石除去が比較的容易に行えるとされる。通常解剖においてのEPLBDの有用性は多くの報告がある一方で、術後再建腸管例における報告は少ない。【目的】当センターにおける術後再建腸管例の総胆管結石に対するEPLBDの成績を明らかにする。【対象と方法】2011年6月から2018年5月までに診療した術後再建腸管を有する総胆管結石44例中、EPLBDを施行した22例を対象とし、後方視的に検討した。年齢中央値78歳（65-86）、男女比 16：6、再建法はBillroth II 12、胃全摘後Roux-en-Y（RY）6、幽門側胃切除後RY 4。併存疾患（重複あり）は脳血管疾患 5、心血管疾患 3、COPD 2、血液透析 1。抗血栓薬服用 5、胆管炎 8。【検討項目】(1)結石数・結石径、胆管径、傍乳頭憩室の有無、(2)治療内容、(3)治療成績、(4)偶発症。【成績】(1)結石数 2個（1-6）、結石径 10mm（3-24）、胆管径 14mm（10-24）、傍乳頭憩室 2。(2) 乳頭処置方法はEPLBD with EST 11（EST既往 6 例を含む）、EPLBD without EST 11。拡張径 13mm（12-16）、拡張時間 30 秒（15-60）、総処置時間 61 分（25-133）、EML使用率 27%（6/22）、ESWL併用率 9%（2/22）。(3)一期的結石除去率は59%であったが、完全結石除去率は100%と全例で結石除去が得られていた。セッション数中央値1回（1-3）。(4) 偶発症を3例（14%）に認め、全例EPLBD without ESTであった。内訳は膵炎 1（軽症）、遅発性出血 1（中等症）、胆管炎 1（軽症）であり全例軽快した。【結語】術後再建腸管例の総胆管結石に対するEPLBDの治療成績は比較的良好であったが、安全性については十分とは言えず、さらなる検討を要する。

56（消）．内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージチューブ内瘻化後に待機的胆嚢摘出術を施行した急性胆嚢炎11例の検討 術中ICG蛍光胆道造影法を施行した症例を含めて

○砂原正男[1]，保坂　到[1]，杉山博太郎[1]，大島由佳[1]，上坂貴洋[1]，寺崎康展[1]，片山知也[1]，奥田耕司[1]，大島隆宏[1]，大川由美[1]，三澤一仁[1]，小池祐太[2]，小野雄司[2]，西川秀司[2]（市立札幌病院外科[1]，市立札幌病院消化器内科[2]）

【目的】早期手術が困難な急性胆嚢炎に対し，内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ術（ENGBD）後に内視鏡的にチューブを切断，内瘻化したのちに待機的胆嚢摘出術を施行する治療法について検討した．【対象・方法】2014年1月から2018年5月までに当科で施行した胆嚢摘出術は341 例であった．このうち急性胆嚢炎と診断しENGBDチューブ切断内瘻化ののち待機的胆摘をしたのは11症例であった．ドレナージチューブは5Fr pigtail型を使用し，胆嚢炎が改善した後に十二指腸下行脚レベルで内視鏡的にチューブを切断し，手術待機とした．【結果】症例は男性8例，女性3例で，平均年齢は69.6歳（53-86）であった．7例は抗血栓薬内服中であった．胆嚢炎の重症度は，中等症4例，軽症7例であった（TG13）．ENGBDチューブ切断内瘻化から胆嚢摘出術までの期間は平均115日（34-286日）であった．手術待機中に胆嚢炎の再燃を認めたのは2例で，うち1例はチューブ自然脱落の1週間後に胆嚢穿孔で緊急入院した．この症例以外にチューブの自然脱落が2例あった（治療経過上問題なし）．10例で腹腔鏡下胆嚢摘出術を企画し，うち3例が開腹移行となった．脱落しなかったチューブは5例が術中に，3例が術後内視鏡的に回収された．なお，チューブを切断内瘻化したことに伴う合併症は認めなかった．【結論】急性胆嚢炎症例に対して，ENGBD後にチューブを切断内瘻化する方法は，抗血栓薬内服中の患者にも施行可能で，チューブ自己抜去のリスクもなく，退院での手術待機が可能となる．また，手術時には胆嚢管内のチューブを鉗子で触知可能であり，チューブにより胆嚢管が開存しているので術中ICG蛍光胆道観察時に胆嚢管の確認が容易になるなど，手術を安全に行う上でも有用なドレナージ手技であると考えられた．

57（消）．金属ステント留置後に胆道出血をきたした2症例の検討

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

胆道出血は上部消化管出血の1-5%を占め、その原因としては医原性、炎症性、腫瘍性などが挙げられる。治療としては金属ステント（EMS）による圧迫止血やIVRによる止血が行われている。EMS留置後に胆道出血をきたした2症例を経験したので報告する。症例1は70代男性、X年（Y-7）月に胆管腫瘍栓を伴う肝細胞癌に対して減黄目的にENBDを留置し、TACEを施行したのち右葉切除術を施行した。その後膵頭後部リンパ節に再発をきたし、放射線療法とソラフェニブ内服を開始するも、右肝管の断端での再発に伴い胆管狭窄をきたし、X年Y月狭窄部をカバーする様に金属ステント（EMS）を留置した。再発に対してはソラフェニブ内服やB-TACEを施行した。X年（Y+5）月に総胆管の腫瘍性狭窄に対しEMSを追加した。追加留置後16日目に突然の血便と血圧低下を認め、同部からの出血を認めたため、緊急でコイル塞栓術を施行した。症例2は60代男性、腹痛を主訴に受診した前医でCTにて局所進行膵癌の所見を認めた。X年Y月EUS-FNAにて確定診断となり、化学療法を希望され当科受診となった。同月にEMSを留置し、化学療法が開始となった。EMS留置から1ヶ月後に心窩部痛と吐下血をきたし救急搬送となった。CTにて中部胆管に仮性動脈瘤からの活動性出血を認め、責任血管は胃十二指腸動脈と考えられた。同日緊急でコイル塞栓術を施行した。EMS留置に関連した胆道出血について、医学中央雑誌で検索したところ、自験例を含め9例の報告を確認した。原疾患は膵癌が5例と最多で、肝門部胆管癌が2例、肝外胆管癌が1例、肝細胞癌（症例1）が1例であった。責任血管は右肝動脈が4例、胃十二指腸動脈およびその分枝が3例、両血管からが1例、中肝動脈分枝が1例であった。全例でIVRにより止血がなされていた。胆道出血は出血性ショックから致死的経過を辿り得るが、EMS留置後も胆道出血をきたす場合もあり、IVRによる止血が有効と考えられた。

58（内）．内視鏡的乳頭括約筋切開術による出血への対応

○工藤大樹，吉田苑永，宮本秀一，木下賢治，伊藤　淳，畑中一映，山本義也，成瀬宏仁（市立函館病院消化器病センター消化器内科）

【背景】内視鏡的乳頭括約筋切開術（endoscopic sphincterotomy：ES）は胆管結石除去，複数本のステント留置，胆道鏡挿入のため行われる胆膵内視鏡治療であり，日常診療では頻回に行われている．治療に伴う合併症の多くは出血でありESTガイドラインにその対応は記載されているものの，治療方法について決まった指針はまだない．【目的】当院で経験したES後出血症例に対する止血治療の検討【対象と方法】2015年4月1日から2018年4月30日までに当院で施行したESによる出血症例の患者背景，止血手技の内容について検討した．ESによる出血症例の定義はES手技直後もしくは後日出血に対して何らかの処置を要した症例と定義した．出血症例については術中出血と後出血に分け，止血手技方法とその治療成績について分析した．【結果】219件のES症例を検討した．65例が抗血栓薬内服者であった．37件に出血イベントが発生しており，術中出血は32例であり，後出血は5例であった．後出血症例は全例が抗血栓薬を内服していた．術中出血については31例が滲出性出血であり，バルーンタンポナーデのみで止血が得られていた．内視鏡処置後の経過は良好であり，入院期間の延長や輸血治療は要さなかった．後出血についてはバルーンタンポナーデをまず行っていたが，5例中3例が他の止血術を追加施行しており，1 例は金属ステントを留置したものの再出血したため血管造影下塞栓術を要した．後出血症例では5例中3例がCotton基準におけるsevere症例であった．止血術に伴う膵炎，穿孔，胆管炎などの合併症は認めなかった．【考察】術中出血の多くは滲出性出血であり，経過良好であるが，臨床上問題となるのは後出血であり，抗血栓薬内服症例は危険因子である可能性がある．止血術については簡便なバルーンタンポナーデを頻用しているが，後出血についてはバルーン単独での止血は難しい傾向にある．【結語】当院のES後出血の現状について報告した．

59（内）．内視鏡的乳頭括約筋切開術後出血に対する治療法

○平田　甫，桒谷将城，中島正人，平田幸司，杉浦　諒，加藤　新，坂本直哉（北海道大学大学院消化器内科）

【背景】内視鏡的乳頭括約筋切開術（ES）後出血に対する治療法は，状況に応じて術者の判断で選択され時に止血に難渋することもある．ES後出血に対する治療についての臨床成績を明らかにするため，後方視的に検討を行った．【対象と方法】2006年4月から2018年5月の間，当院でESを施行した患者667例の内，ES後出血をきたし処置を行った11例を対象として，後方視的に検討を行った．検討項目は1）患者背景，2）治療内容，3）治療効果，4）治療に伴う偶発症，5）予後とした．ES後出血の定義は，米国内視鏡学会Lexiconに準じ，重症度はCotton分類に準じた．【結果】1）男女比は7:4，年齢中央値は69歳（56-91），ESは全例中切開，ES後出血の発症率は1.6%（11/667），抗血栓薬内服3例（ヘパリン置換1例），術後再建腸管2例（B-1再建後1例，噴門側胃切除術後1例）．原疾患は胆管癌4例，総胆管結石4例，胆嚢管癌1例，膵癌1例，十二指腸乳頭部腺腫1例であった．出血は動脈性（A）5例，静脈性（V）6例であった．重症度は，軽症4例，中等症1例（V5），重症6例（A5:V1，抗血栓治療中3例）であった．2）止血処置の内訳は，エピネフリン添加高張食塩水局注2例，内視鏡的クリッピング4例，バルーン圧迫4例，metal stent留置5例，APC焼灼4例，血管塞栓術1例（重複含）であった．単一処置4例（A2:V2），複数処置7例（A3:V4）であった．複数処置は初回バルーン圧迫/APC焼灼に次ぎmetal stent留置を4例に行った．切開部奥の出血4例は全例metal stent留置を行った．5例で輸血を行い，輸血量中央値12単位（8-20）であった．3）1期的止血率は64%（7/11）であった．2期的止血率100%（4/4）であった．1症例の総処置時間中央値は41分（18-176）であった．4）1例でmetal stent留置後に重症膵炎を発症し，30日間の集中治療を行った．5）観察期間中央値337日（7-2302）の期間で，出血による死亡はみられなかった．【結語】非外科的止血法により全例で止血が可能であったが，抗血栓治療例はESの必要性を熟慮し，偶発症についても注意する必要がある．

60（消）．胆嚢癌術後に腹膜転移再発を来した1例

○霜田佳彦，米村洋輝，堀本啓大，多谷容子，松本美桜，馬場　麗，武藤修一，木村宗士（北海道医療センター消化器内科）

早期胆嚢癌は胆嚢摘出術によって十分な治療効果が得られるとされているが，まれに再発を来す症例もある．今回，胆石胆嚢炎に対して胆嚢摘出術を行い，胆嚢上皮内癌，切除断端陰性の術後診断となった方が，術後1年後に腹膜転移再発を来した症例を経験した．症例は82歳，男性．心窩部不快感，黄疸を主訴に近医を受診し，胆石症の疑いで当院に紹介となった．既往歴は前立腺癌で化学療法中であった．当院では胆石胆嚢炎の疑いで胆嚢摘出術を施行，頸部までの亜全摘であったが，切除断端は陰性であった．その術後1年後に腸閉塞となり，手術を施行したところ胆嚢癌腹膜転移再発の診断となった．胆嚢癌術後再発として興味ある1例を経験したので報告する．

61（消）．通常型胆嚢癌との鑑別を要したICPNの一切除経験

○金澤あゆみ[1]，木村康利[1]，今村将史[1]，山口洋志[1]，吉田瑛司[1]，藤野紘貴[1]，永山　稔[1]，瀬川惠子[2]，杉田真太郎[2]，長谷川匡[2]，竹政伊知朗[1]（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座[1]，札幌医科大学附属病院病理診断科[2]）

【はじめに】近年、早期胆嚢癌とは別に、前癌病変として胆嚢内乳頭状腫瘍（Intracystic papillary neoplasm of the gallbladder, ICPN）の概念が提唱されている。今回我々が経験したICPNについて、病理学的所見を報告する。【症例】68歳男性。腹痛を主訴に近医を受診し、CT検査にて胆嚢内に隆起性病変を認め、精査を行った。腹部造影超音波検査では、胆嚢底部の乳頭状腫瘍とdopplerによるflow signalを認め、胆嚢壁の外側高エコー層は保たれていた。EUSでは桑実状の均一な高エコー腫瘍を認めた。胆嚢内胆汁の細胞診は実施できなかった。胆嚢癌 cT 2N 0M 0 cStage IIと診断した。胆嚢床切除術を施行（手術時間256分、出血量285ml）し、合併症無く術後13日目に退院した。現在、無再発生存中（10ヶ月）である。【病理組織学的所見】肉眼的に腫瘍は有茎性、乳頭膨張型を呈し、組織学的に背景粘膜には炎症細胞浸潤を伴う浮腫性間質がみられ、核小体の明瞭な異型細胞の管状・篩状、乳頭状増殖が観察され、RASの増成を伴っていた。固有筋層・漿膜下層では管状腺癌（tub1）優位の浸潤を呈した。当初は通常型胆嚢癌と診断されたが、再検討により腫瘍細胞にはAlcian Blue-PAS染色陽性の豊富な細胞内粘液を認め、免疫染色の結果（MUC1（+,focal），MUC2（-），MUC4（+,focal），MUC 5AC（+），MUC6（+），CDX-2（+,focal））から、最終診断は漿膜下層への浸潤を伴うICPNとなった。【考察】ICPNは粘液形質により胆膵型、胃型、腸型、好酸性細胞型に分けられ、本症例は胆膵型に該当する。ICPNは、通常の胆嚢癌に比較して予後良好と言われているが、本症例では管状腺癌による浸潤を伴っていたことから、慎重な経過観察を計画している。【結語】胆嚢癌と疾患概念の異なるICPNの一例を経験した。今後の症例蓄積による疾患本態の解明が必要である。

62（内）．胆管結石に対するESWLの有用性の検討

○古川龍太郎，小野寺学，久保茉理奈，太宰昌佳，横山朗子，吉井新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

【背景】ESWL（体外式衝撃波結石破砕療法）は、内視鏡単独で治療困難な巨大結石や嵌頓症例などに対する有効な手段として、比較的古くから用いられてきた。既報ではESWL単独および内視鏡的治療併用による結石消失率は63.3～90.2%とされている。【目的】胆管結石に対するESWLの有用性を検討する。【対象】当院で2015年3月～2018年4月までにESWLを施行した胆管結石11症例を、総胆管結石（CBDS）9例と肝内胆管結石（IHBDS）2例に分けてretrospectiveに検討した。【結果】CBDS群の結石消失率は66%（9例中6例）で、IHBDS群は0%（2例中0例）であった。除去できなかったCBDSは、2例は外科的処置にて、1例はEHL（電気水圧式衝撃波結石破砕術）にて除去され、IHBDSは他院へ紹介となった。長径はCBDS群で11～25mm（平均16mm）、7例が複数個の結石を有しており、IHBDS群は9mmおよび12mmであった。ESWL施行回数はCBDS群で1～4回（平均2.4回）、衝撃波は2900～9400発（平均5663発、2360発/回）で、IHBDS群で3回および9回、衝撃波は7600発（2530発/回）および29000発（3220発/回）であった。処置中の鎮痛薬は大部分ペンタゾシンを使用していたが、一部フェンタニルを使用し、鎮痛効果は比較的良好であった。合併症はCBDSの1例（9%）で、処置後に胆管炎を発症した。【結語】除去困難が予想される総胆管結石に対してESWLを用いることは有用である。専用機器を有している施設は限られており、除去困難が予想される結石に関してはESWLも考慮し、専門施設への紹介を検討すべきである。

63（消）．胆管癌に対するマイクロ波凝固療法－長期生存例の報告を加えて－

○伊藤英人，高村毅典，吉本　満，辻崎正幸（天使病院消化器内科）

悪性胆道狭窄に対する局所治療として近年欧米を中心にラジオ波焼灼術（RFA）に関する報告がなされている．本邦ではマイクロ波凝固療法（Microwave coagulation therapy, MCT）に関する報告が散見される．しかし治療後の予後に関する報告は少ない．我々は非切除胆管癌に対しMCTを施行し予後について検討したところ長期生存例を1例経験した．MCT施行後10年以上の長期生存胆管癌例は自験例を含め4例報告されている．今回はMCTを施行した胆管癌の長期生存例についての検討を加えて報告する．【目的】非切除となった胆管癌例に対して MCT施行後に胆道内瘻術を施行し，その治療効果について検討した．【対象】胆管癌10例（広範囲5例，肝門部3例，中下部1例，左肝管1例）．平均年齢67歳．非切除の要因:ハイリスク3例，高齢４例，高度腫瘍進展２例，手術拒否１例．【方法】PTBDまたはENBDによる先行ドレナージ後に胆管狭窄部を内瘻化．その後45Ｗ・15 秒/回とし胆管狭窄部に対しX線透視下に経皮経胆道的または経乳頭的にMCTを施行し，その後ステントを留置した．【結果】経皮経胆道的MCT8例，経乳頭的MCT2例．MCT試行回数平均19回．留置ステント: EMS ８例，Tube stent（TS）１例，MS/TS １例.ステント本数1-4本．Kaplan-Meier法による50%生存期間300日，50％ステント開存機関410日。合併症は胆管炎を1例，胆道出血を1例に認めた．経皮的にMCTを施行した左肝管原発の胆管癌例（高分化型腺癌）は術後14年無転移で生存中である．長期生存が得られた既存の報告例では中下部胆管癌1例，下部胆管癌1例，肝門部胆管癌1例でありいずれも乳頭腺癌であった．【結論】MCT後の長期生存例を経験し，また報告例もみられることから，非切除となった限局性の胆管癌に対して，MCTは試みる価値のある治療法と考えられた．

64（消）．当科における胃癌ニボルマブの実情

○曽我部進[1]，谷口恵美[1,2]，大橋佑介[2]，工藤ありさ[1,2]，児島裕一[2]，山口　巧[2]，松薗絵美[2]，大原克仁[1,2]，菅井　望[2]，関　英幸[2]，藤田　淳[2]，鈴木潤一[2]（KKR札幌医療センター[1]，KKR札幌医療センター消化器科[2]）

免疫チェックポイント阻害剤（ICI）であるニボルマブ（Nivo）は2017年に胃癌においても使用可能となった。
Nivo承認後から2018年５月末までに当科でNivoを投与した6例について、有害事象と有効性につき報告する。
患者背景は、年齢中央値63歳（43-78）、PSは0/1/2：4/1/1。治療ラインは4例が三次治療、2例が四次治療であった。投与回数中央値は3回（1-6：治療継続2例を含む）であった。
最良抗腫瘍効果は、PR2例、SD1例、PD2例であった（未評価1例）。無増悪生存期間中央値は36日（11-88）、全生存期間中央値は69日（26-151）であった。
Nivoに関連すると考えられる有害事象としては、ACTHとTSHの低下が2例（1例は無症候性）で認められ、リウマチ性多発筋痛症様の近位筋痛症状が1例で認められた。
ICIは胃癌の実臨床においても有用であると考えられるが、特異的な有害事象があり、適切な経過観察と適切な対応が重要である。

65（消）．ニボルマブが奏効し、免疫関連有害事象による中断期間中も腫瘍縮小が持続した胃がんの1例

○原田一顕[1,2]，野澤俊一郎[2]，桜井健介[2]，吉河　歩[2]，佐々木塁[2]，安孫子怜史[2]，佐野逸紀[2]，小林良充[1,2]，小田　寿[2]，宮城島拓人[2]（釧路労災病院腫瘍内科[1]，釧路労災病院消化器内科[2]）

【背景】抗PD-1抗体薬であるニボルマブは、従来の抗腫瘍薬と異なり、投与中止後にも腫瘍縮小効果が持続する症例が存在することが複数のがん種で報告されている。しかしながら、これまでに胃がん患者での詳細な報告はない。
【症例】症例は61歳、男性。切除不能・局所進行胃がんに対する3次治療としてニボルマブ（3mg/kg 隔週投与）が開始された。投与開始後CEAの正常化を認め、4サイクル投与後のCT評価では原発巣、リンパ節転移ともに縮小を認めていた。しかし6サイクル目投与予定日に無症候性の甲状腺機能低下症が出現した。免疫関連有害事象と判断し以降ニボルマブを休薬したが、freeT 4が検出感度以下で推移したため内分泌専門医と連携の上、レボチロキシンナトリウムの投与を開始した。以後甲状腺機能は徐々に改善、正常化したが、ニボルマブ最終投与から9 週後に間質性肺炎を発症した。プレドニゾロン30mg/日の投与を開始したところ改善が得られたため投与量を漸減し、5週間で中止した。この間、胃がんへの薬物療法は3ヶ月以上に渡って中断していたが、CEAの再上昇は認めていなかった。胃がん治療再開を検討するためCTを撮像したところ、ニボルマブ休薬前と比較してリンパ節転移の縮小を認めた。上部消化管内視鏡検査では原発巣は瘢痕化しており、同部からの組織生検では腫瘍細胞を認めなかった。甲状腺機能低下症、間質性肺炎ともに十分な改善を得ていることからニボルマブの投与を再開し、免疫関連有害事象の出現に留意しながら現在も加療継続中である。
【結語】ニボルマブが奏効し、免疫関連有害事象による中断期間中も持続的に縮小し続けた胃がんの1 例を経験した。これまでの薬剤にはみられない特徴的な腫瘍縮小効果であり、その機序の解明や、ニボルマブが有効な患者を予測するバイオマーカーの探索が期待される。

66（消）．ニボルマブによるpseudoprogressionを呈した胃癌の1例

○三浦翔吾，佐川　保，濱口京子，永島裕之，和賀永里子，藤川幸司，高橋康雄（北海道がんセンター消化器内科）

【背景】当院では2017年10月から2018年6月までに12名の胃癌の患者に対しNivolumabを使用した。年齢中央値は62歳で、すべて2レジメン以上での治療が行われていた。Nivolumab投与回数中央値は6サイクル（1-13）であった。3コース以上投与された症例に関して解析したところ、全生存期間中央値は未到達であった。7例が現在も治療継続中である。免疫チェックポイント阻害薬を用いた治療では，抗腫瘍免疫応答の性質により、腫瘍の成長や新病変が発現することがあり、pseudo progressionとして知られている．固形がんにおけるpseudoprogressionの頻度は4%に過ぎず、稀な現象と言える。今回、ニボルマブによる典型的なpseudoprogressionを呈した胃癌の1例を経験したので文献的考察を含めて報告する。
【症例】症例は70代男性。食事の際のつまり感を自覚し、X-3年6月に近医を受診。EGDにて噴門部に2 型腫瘍、USにて肝腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介受診となった。精査の結果胃癌、多発肝転移、肺転移、副腎転移と診断された。Trastuzumab+G-SOXを33コース、Trastuzumab+CPT-11を6コース施行したが、いずれもPDとなりX年12月よりNivolmabを開始した。4コース施行後のEGDで原発巣の腫瘍増大を認めたが、6コース後、10コース後のEGDでは原発巣の縮小を認め、pseudo progressionと判断した。

67（消）．胃がん癌性リンパ管症の増悪に対してニボルマブが無効であったが、イリノテカンが奏効した1例

○工藤ありさ[1,2]，曽我部進[1,2]，児島裕一[2]，山口　巧[2]，松薗絵美[2]，菅井　望[2]，関　英幸[2]，藤田　淳[2]，鈴木潤一[2]（KKR札幌医療センター腫瘍内科[1]，KKR札幌医療センター消化器内科[2]）

症例は40歳台男性。初発時、有症状の肺癌性リンパ管症を伴う胃がんにて、S-1+CDDP+Trastuzumab療法を導入した。治療開始後ただちに自覚症状は改善し、画像上も癌性リンパ管症はほぼ消失した。6サイクル施行後、S-1+Trastuzumabに変更し2サイクル施行した後CTにて画像上PD判定となり、Paclitaxel+Ramucirumab療法を導入した。1サイクル施行後、呼吸苦、咳嗽の自覚症状の悪化と、画像上の癌性リンパ管症の増悪にて無効判断となり、ニボルマブを導入することとなった。
ニボルマブ投与後も、徐々に臨床症状の悪化を認め、胸部単純写真においても癌性リンパ管症の悪化を認めた。ニボルマブの効果を期待しday 15に2回目のニボルマブを予定していたが、day 11の時点で自覚症状および胸部単純写真所見の増悪を認め、無効判断にてday 12にイリノテカンの投与を行った。イリノテカン開始後は速やかに自覚症状の改善・消失を認め、胸部単純写真上も癌性リンパ管症の改善を認めた。現時点でイリノテカンを継続中で、自覚症状の悪化は認めていない。
ニボルマブは胃癌三次治療で有効性が証明され、保険収載され本邦でも広く用いられているが、免疫チェックポイント阻害剤であるニボルマブと従来の殺細胞性抗癌剤との抗腫瘍効果のプロファイルの違いは、臨床の場において重要な意味を持つと考えられる。

68（消）．HER2陽性進行再発胃癌に対する一次治療におけるフッ化ピリミジン，プラチナ製剤およびTrasutuzumab併用レジメンの有効性に関する検討

○中野真太郎[1]，澤田憲太郎[2]，村中徹人[2]，川本泰之[1]，中積宏之[2]，結城敏志[1]，小松嘉人[2]，坂本直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

【背景】HER2陽性の治癒切除不能進行再発胃癌の一次治療はToGA試験の結果から，本邦においてはXP＋Trastuzumab（XP＋Tmab）療法が標準治療として行われてきた．一方，第II相試験であるがTmabとOxaliplatin（l-OHP）併用レジメンの有効性が報告されており，最新の胃癌診療ガイドライン第5版ではXP＋Tmab，SP＋Tmabは推奨される化学療法レジメン，SOX＋Tmab，CapeOX＋Tmabは条件付きで推奨される化学療法レジメンとされている．【目的】HER2陽性の治癒切除不能進行再発胃癌に対するフッ化ピリミジン＋プラチナ製剤＋Tmab併用レジメンの有効性，安全性につき検討する．【方法】2011年1月1日から2017年12月31日において，HER2陽性進行再発胃癌に対してフッ化ピリミジン＋プラチナ製剤＋Tmab併用レジメンを当院で施行した患者を対象とし，有効性，安全性など診療録を用いて後方視的に解析した．【結果】フッ化ピリミジン＋白金製剤＋Tmab併用レジメン使用例は17例であり，l-OHP併用レジメンが7例（SOX＋Tmab 4例，CapeOX＋Tmab 3例），CDDP併用レジメンが10例（XP＋Tmab 10例）であった．2014年までは全例がCDDP併用レジメン（9/9例）であったが，2015年以降はl-OHP併用レジメンが多く選択されていた（7/8例）．患者背景は男/女 13/4，年齢中央値 66歳（37-75），PS（0/1/2）11/5/1，初発/再発 16/1，転移臓器個数（1/2/3）4/10/3，HER2 IHC 3+/IHC 2+かつFISH陽性 14/3，Tmab投与回数中央値9回（1-109回），治療前EF中央値65%（50-77%）であった．奏効率70.6%，病勢制御率は76.5%であった．無増悪生存期間は7.9カ月，生存期間中央値は17.8カ月であった．後治療移行率は66.7%であった．【考察】当科における後方視的検討では2015年以降はl-OHP併用レジメンが選択される傾向であった．有効性に関しては少数例の検討だが既報と比べて遜色のない傾向が得られた．

69（消）．当院における表在性非乳頭部十二指腸腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術の経験

○村上武志，伊東竜哉，金澤あゆみ，信岡隆幸，竹政伊知朗（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座）

【背景】進行十二指腸癌に対する標準的な治療はリンパ節郭清を伴う十二指腸切除術であるが、より悪性度の低い病変に対しては様々な低侵襲手術が考案されている。今回はその中でも表在性非乳頭部十二指腸腫瘍（superficial nonampullary duodenal tumor：SNADT）に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術（laparoscopy and endoscopy cooperative surgery：LECS）について検討した。【目的】当科における、SNADTに対するLECSの治療成績と安全性を評価する。【方法】SNADTに対するLECSの適応は、腺腫、GIST、粘膜内癌とし、局在はVater乳頭から1cm以上離れている病変に限定した。2013年4月から2018年5月までの、上記症例を後方視的に集積し、治療成績と安全性について分析した。【結果】対象は6例。年齢は70.8歳（68-73）、男女比は3:3、術前診断は腺腫:癌＝5:1、局在は球部:下行脚＝2:4、腫瘍径は20mm（3-20）であった。手術時間のは207.5分（144-341）、出血量は5ml（0-10）、Clavien-Dindo分類のGradeIIIa以上の合併症は無く、術後在院日数は12日（8-14）、術後病理結果は腺腫:粘膜内癌＝3:3であり、全例で断端陰性で無再発生存中である。【考察】今回検討した症例では、いずれも出血少量で腫瘍の遺残なく切除することができた。また、全例無再発生存中であり、短期・長期成績は良好であると言える。十二指腸腫瘍に対するLECSは、慎重に適応を選ぶ必要はあるが、より侵襲の少ない手術で根治切除を達成できる場合がある。【まとめ】当科で経験した6例のSNADTに対するLECSの治療成績の検討では、安全性に対する一定の評価が得られた。

70（消）．同時性に4病変を伴ったEBV関連胃癌の1切除例

○岡崎　遼[1]，海老原裕磨[1]，城崎友秀[1]，田中公貴[1]，中西喜嗣[1]，浅野賢道[1]，野路武寛[1]，倉島　庸[1]，村上壮一[1]，中村　透[1]，土川貴裕[1]，岡村圭祐[1]，七戸俊明[1]，岡田宏美[2]，平野　聡[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室II[1]，北海道大学病院病理診断科[2]）

【はじめに】今回，われわれは同時に4つの病変を伴ったEBV（Epstein-Barr Virus）関連胃癌のロボット支援腹腔鏡下胃全摘術による1切除例を経験したので報告する．【症例】症例は60歳代，女性．検診の上部消化管造影検査で異常を指摘され前医を受診し，生検の結果，胃癌の診断となり精査加療目的に当科に紹介となった．上部消化管内視鏡検査では，Type 1病変を体下部大弯（病変1），体下部大弯前壁（病変2），体中部後壁（病変3），Type 0-IIc病変を体中部後壁（病変4）に認め，生検でいずれもadenocarcinomaの診断となった．CTでNo. 1リンパ節，No. 3リンパ節に転移を疑う腫大を認めた．以上からcT2（MP），cN1，cM0，cStage IIAの診断となり，ロボット支援腹腔鏡下胃全摘術，D1+郭清，R-Y再建を施行した．術後経過は良好であり，術後第11病日に退院となった．病変1-3は不整形核を有する異型細胞がリンパ球浸潤を伴いながら増殖している所見を認め，Adenocarcinoma/ Carcinoma with lymphoid stroma（病変1：tub1＞tub2＞por2，pT1b2，病変2：tub1＞tub2＞por2，pT1a，病変3：por2＞tub2，pT1b2）の診断となり，病変4はリンパ球浸潤を認めず，Adenocarcinoma，tub1，pT1aの診断となった．最終病理診断はpT1b，pN0，pM0，pStage IAであった．EBER（EBV - encoded small RNA）in situ hybridizationでは腫瘍細胞は陽性であり，EBV関連胃癌の診断となった．【考察】EBV関連胃癌は胃癌の10%を占めるとされる．医中誌Webで「胃癌」，「EBV」，「多発」をキーワードに検索すると本邦ではこれまで5例の報告を認めるのみであり，本症例のように多発するEBV関連胃癌は比較的稀な病態であると考える．

71（消）．胃神経内分泌癌の一切除例

○羽田光輝，須藤亜希子，正司裕隆，梅原　実，植木伸也，佐藤利行，久留島徹大，笠島浩行，中西一彰，木村　純（市立函館病院消化器外科）

【はじめに】胃神経内分泌癌（NEC）は胃悪性腫瘍の0.6％と稀で，早期よりリンパ節転移および肝転移をきたし，悪性度が高い疾患である．今回我々は胃NECの1切除例を経験したので報告する．【症例】症例は70歳代男性．胃潰瘍による吐血で当院に緊急搬送された．その際の上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃角部小弯後壁にA 1 stage潰瘍を認め，潰瘍底に露出血管があり止血処置が行われた．その後の経過観察のEGDで胃体中部大弯後壁に頂部の陥凹を伴うY-I型の隆起性病変を認めた．拡大観察でははっきりとした悪性所見はみとめなかったが生検でGroup 4の診断であった．EUSでは第2層と連続して第3層全体に広がる低エコー腫瘤として描出された．CTでは胃体中部大弯側に26mm×13mm程度の造影効果を伴う腫瘤を認めた．周囲脂肪織濃度の上昇はなく，漿膜面への不整もないため深達度SSと考えた．胃大弯リンパ節が6mm程度の腫大を認めた．その後，生検を繰り返すもGroup 4の診断で悪性疾患の存在を否定できないため，内科外科合同カンファレンスで外科切除の方針となった．幽門側胃切除術・D2郭清・R-Y再建を施行し，術後第7病日で合併症なく退院となった．病理組織学検査では，腫瘍は粘膜下層を中心に固有筋層・漿膜下層へとlymphoid stromaを伴い胞巣状に浸潤増殖し，一部粘膜内へ浸潤していた．胞巣中心部は壊死し，管腔形成や柵状配列様の部分もあった．免疫染色ではCD 56（NCAM）-, synaptophysin+, chromogranin+, CEA+（focal），EBERISH-となった．核分裂像は30/10HPF，Ki-67のlabeling index 40％で最終診断はNECだった．腫瘍はNECの成分が主体で，一部adenocarcinomaが存在していた。現在外来通院中で術後6ヶ月再発なく経過している．【考察】NECは通常型腺癌の内部で内分泌細胞へ分化をきたしたのちに発生すると言われており，本症例も腺癌線分を含むためその可能性が考えられた．今後は症例蓄積により，発生・病態の解明や治療戦略の確立が望まれる．

72（消）．当院における悪性腫瘍による胃十二指腸狭窄の現状

○得地祐匡，松本将吾，北潟谷隆，小林智絵，江藤和範，山本文泰（苫小牧市立病院消化器内科）

【緒言】悪性腫瘍による胃十二指腸狭窄では，遠隔転移や全身状態の悪化などにより根治的な外科的切除が困難な症例も多い．このような症例に対する治療法として，内視鏡的ステント留置術や胃空腸吻合術があるが，本邦では両者の使い分けに関して一定した基準がないのが現状である．【方法】2013年9月から2017年9月までに生じた切除不能の悪性腫瘍による胃十二指腸狭窄に対し当院において内視鏡的ステント留置術を行なった27例（ステント群）と胃空腸吻合術を行なった5例（手術群）について臨床的成功率，水分摂取までの期間，食事摂取までの期間，食事可能期間，全生存期間，有害事象などに関して後方視的に検討した．【結果】年齢中央値はステント群75歳（62-88歳），手術群74歳（68-88歳），性別はステント群で男性が17例（63％），手術群で男性が2例（40％）だった．PSはステント群（0/1/2/3:16例/5例/4例/2例），手術群（0/1:4例/1例）だった．両群とも原疾患として膵癌が，狭窄部位は十二指腸が最多だった．腹膜播種はステント群8例（30％），手術群0例（0％），腹水はステント群12例（44％），手術群1例（20％）に認めた．臨床的成功はステント群24例（89％），手術群3例（60％）で，水分摂取ならびに食事摂取までの日数の中央値はそれぞれステント群で0日と3日，手術群で1日と3日だった．食事可能期間ならびに全生存期間の中央値はそれぞれステント群で44.5日と78日，手術群で127日と131日で，ステント群で短い傾向にあった．ステント群で6例にステント閉塞を認めたが，手術群では関連合併症はなく，両群とも合併症による死亡はなかった．【考察】両群ともに臨床的成功率は高く，短期に症状が改善できていた．またステント群では腹膜播種や腹水がある症例でも安全に施行できた．しかしステント群での食事可能期間は2ヶ月前後であり，治療法選択においては全身状態や播種性病変の有無などに加え，見込まれる予後も勘案することが重要と考えられた．

73（消）．当院における切除不能十二指腸癌の検討

○佐藤昌則，平川昌宏，大沼啓之，石塚理恵，早坂尚貴，村瀬和幸，高田弘一，宮西浩嗣，加藤淳二（札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学）

【背景】十二指腸癌は消化器癌の0.3％を占めるとされ，非常に稀な疾患である．本邦での切除不能十二指腸癌に対する標準治療は定まっておらず，国際的にも後方視的な検討や小規模の臨床試験が散見されるのみである．小腸癌の治療は経験的に大腸癌に準じた治療を行われることが多く，十二指腸癌も同様である．今回，当科にて経験した切除不能十二指腸癌に関して後方視的に検討した．
【対象と結果】2010年9月～2018年4月までに当科にて診断，治療した切除不能十二指腸癌7例を対象とした．男女比は男性5例，女性2例，年齢中央値は70歳（68～77歳）であった．病変の首座は球部3例，下行脚が4例であり，組織型はtubular adenocarcinomaが5例，Mucinous adenocarcinomaが1例，poorly differentiated adenocarcinomaが1例であった．初発症状としては腹部症状・全身倦怠感が4例，腸閉塞1例，閉塞性黄疸が2例であった．治療はBSCが1例，mFOLFOX 6を4例に，TS-1単剤を2例に行った．レジメン別の生存期間はmFOLFOX 6の治療例とTS-1単剤での治療例でのPFS，OS中央値はそれぞれ，10ヶ月，17ヶ月と2ヶ月，2.5ヶ月であった．
【考察】今回当科にて経験した切除不能十二指腸癌について後方視的に検討した．希少疾患のためごく少数例での検討ではあるが，1st lineの治療ではTS-1単剤よりもmFOLFOX 6を行った症例でPFS，OSともに長い傾向にあった．近年本邦でoxaliplatin併用のレジメンで十二指腸癌に対して高い奏効率が得られたとする報告があり，若干の文献的考察を加え報告する．

74（内）．食道原発神経内分泌細胞癌の1例

○小柴　裕[1]，久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，渡邊晃一[1]，宮崎　悦[2]，飴田咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

食道原発神経内分泌細胞癌は稀な疾患で、予後はきわめて不良であり、標準治療は確立されていない。今回、カルボプラチン（CBDCA）とエトポシド（ETP）の併用化学療法が奏効した1例を経験したので報告する。

症例は60歳、女性。糖尿病で治療中、平成29年6月中旬に、食欲不振、嘔吐がみられ受診。CTで胸部下部食道の壁肥厚、48mm大の縦隔リンパ節腫脹、腹腔内に70mm大の腫瘤を認め、肝内に転移巣と思われる結節も認めた。EGDでは胸部下部食道に10cm大の3/4周性の2型腫瘍を認めた。腫瘍マーカーではNSE、Pro-GRP、CEA、CA 19-9が高値であった。食道病変に対し生検、縦隔リンパ節に対しEUS-FNA、腹腔内腫瘤に対し経皮的針生検を施行した。病理組織検査ではいずれの組織検体からも裸核状の異型細胞を認め、LCA（-）、CK［AE1/AE3］（+）、synaptophysin（+）、chromogranin A（+）、CD 56（+）、p63（+）であり、食道原発神経内分泌細胞癌小細胞型と診断した。

平成29年7月にCBDCA/ETP併用化学療法を開始。1コース目終了後に、原発巣や縦隔リンパ節、腹腔内腫瘤は著明に縮小しPRであり、腫瘍マーカーも低下した。以後、PRを維持し、平成30年2月にかけて、計8コース施行したが、縦郭リンパ節の増大を認め、腫瘍マーカーは上昇した。二次治療としてCBDCA/イリノテカン（CPT-11）による化学療法を開始、原発巣の増大は認めないが、2コース後に縦隔リンパ節の増大を来しPDと判定した。三次治療を予定していたが、5月下旬にTrousseau症候群と思われる脳梗塞を発症し脳外科へ入院した。

75（内）．MM浸潤、静脈侵襲を伴った微小食道扁平上皮癌の1例

○石川麻倫[1]，清水勇一[1]，田中一光[2]，井上雅貴[2]，木脇佐代子[2]，松田可奈[2]，津田桃子[1]，山本桂子[1]，小野尚子[2]，坂本直哉[2]（北海道大学病院光学医療診療部[1]，北海道大学大学院内科学分野消化器内科学教室[2]）

【症例】70歳代、男性【主訴】繰り返す鼻出血【現病歴】2017年5月より鼻出血を繰り返すようになり、10月に前医を受診したところ上咽頭癌の診断となった。11月14日に加療目的に当院耳鼻咽喉科を紹介初診し、11月29日に加療前精査のため当科を紹介初診した。【治療前検査】上部消化管内視鏡検査で切歯より25 cmの3時方向に、4 mm大の発赤調を呈する立ち上がりがなだらかな隆起性病変を認めた。NBIでbrownish areaとなり、拡大観察でIPCLはtype B 2でAVAはmiddleであった。ヨードを散布するとpink color sign陽性となる不染帯として描出された。超音波内視鏡検査で第1-2層を主体として隆起を呈する低エコー域を認め、一部に第3層への微小浸潤を疑い、深達度はSM1と診断した。生検でCarcinoma with basaloid featureの診断となった。【治療経過】上咽頭癌cT4（Brain）N1M0の治療を先行し、11月30日より化学放射線療法（IMRT 70Gr/35fr 2-step + weekly CBDCA 6コース）を開始した。経過中、CBDCAに伴うSIADHを発症したが、加療により症状は軽快した。化学放射線療法が終了し、全身状態も安定したため、3月8日に診断的加療目的に食道ESDを施行した。病理診断は0-IIa, 4 x 4 mm, Squamous cell carcinoma, pT1a-MM, INFa, ly0, v1, pHM0, pVM0であった。【考察】MM浸潤、静脈侵襲を伴った微小食道扁平上皮癌の1例を経験した。生検で類基底細胞様の特徴を認めたが、切除検体による検索で低分化型扁平上皮癌の診断に至った。4 mmと微小ではあるが、組織型が低分化型扁平上皮癌であり、MM浸潤や静脈侵襲などの浸潤能の高さを示唆する所見を認めた。本症例は非治癒切除であったため、食道癌診療ガイドライン上では外科的切除または化学放射線療法などの追加治療が推奨されているが、本人・家族と相談した結果、年齢や全身状態を考慮して経過観察の方針となった。

76（内）．EUS-FNAが診断に有用であった食道びまん性平滑筋腫症（diffuse esophageal leiomyomatosis）の1例

○櫻井　環[1]，久居弘幸[1]，渡邊晃一[1]，小柴　裕[1]，宮崎　悦[2]，飴田咲貴[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

平滑筋腫は最も頻度の高い食道良性腫瘍であるが、そのほとんどが単発の孤立性病変である。食道びまん性平滑筋腫症（diffuse esophageal leiomyomatosis: DEL）は、多発した平滑筋腫が互いに融合して食道壁筋層が広範囲に肥厚する極めて稀な疾患で、遺伝的IV型コラーゲン異常であるAlport症候群に合併する若年発症例と同症候群を合併しない中高年の発症例に分類される。今回我々は、EUS-FNAが診断に有用であったDELの1例を経験したので報告する。

症例は48歳、男性。高血圧にて近医通院中、軽度の小球性貧血を指摘され、精査目的に2018年1月に当科に紹介となった。EGDでは胸部中部-下部食道にかけて約15cmに渡り、正常粘膜に覆われた境界不明瞭な粘膜下腫瘍様の隆起が多数見られ、内腔が軽度狭小化していた。造影CTでは食道壁の全周性の肥厚として描出され、内部はほぼ均一なsoft tissue densityを呈した。食道X線造影検査では、内腔は不規則に狭窄・拡張し、下部食道は強く左側へ屈曲していた。EUSでは固有筋層の同心円状の肥厚が見られ、内部エコー均一な低エコー像を呈した。

食道壁肥厚部位に対し、22G針を用いてEUS-FNAを施行した。病理組織所見では異型の乏しい平滑筋組織であり、悪性像は見られなかった。以上より、DELと診断した。

難聴や腎障害などの症状は見られず、家族歴もないことからAlport症候群の合併は否定的と考えられた。また、嚥下時のつかえ感などは軽度で、生活上不自由も感じていないことから、外科的切除は行わず、経過観察とした。

77（消）．下咽頭癌ESD後にリンパ節転移を来たし、郭清後、長期生存が得られている1例

○井上雅貴[1]，清水勇一[2]，田中一光[1]，木脇佐代子[1]，石川麻倫[1]，松田可奈[1]，津田桃子[1]，高橋正和[2]，山本桂子[2]，小野尚子[2]，中川　学[2]，中川宗一[2]，畑中佳奈子[3]，水町貴論[4]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院内科学分野消化器内科学教室[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]，北海道大学病院病理診断科[3]，北海道大学病院耳鼻咽喉科[4]）

症例は70歳代、男性。胃癌にて胃全摘術後、早期食道癌にて内視鏡的粘膜下層剥離術（Endoscopic mucosal resection; ESD）施行後であり上部消化管内視鏡検査にてフォローアップを行っていた。X年4月、上部消化管内視鏡検査で、左梨状窩にこれまでの観察時にはみられなかったNarrow Band Imaging（NBI）観察下でのbrownish areaを認め、生検で扁平上皮癌（Squamous cell carcinoma; SCC）が検出され下咽頭癌の診断となった。内視鏡的に切除可能と考えられ、全身麻酔下でESDを行う方針とした。X年5月、ESD施行目的に入院となった。ESD施行前の観察では、1ヵ月前と比べて、下咽頭癌は著明に増大していた。ESDにて一括切除を行い、術後経過は問題なく退院となった。病理組織診の結果は、SCC、poorly differentiated type、上皮下浸潤1495.2μm、HM1、VM0、ly0、v1と判断された。再発高リスクであり、当科、耳鼻咽喉科、放射線科で協議して、放射線単独照射60Gy/30Frを行う方針となった。放射線治療が開始されたが、X年7月、フォローアップのCT検査にて、左頸部リンパ節に中心壊死を伴う腫大を認め、左頸部リンパ節への転移と考えられた。PET-CTを含めた全身精査にて、他に明らかな転移巣がないことを確認し、当院耳鼻咽喉科にて左頸部リンパ節郭清が行われた。病理組織診ではリンパ節郭清にて摘出された下内深頸リンパ節にSCCを認めた。以後、6年間無再発で長期生存中である。救済手術は最も長期生存を期待できる治療であり、頸部のみのリンパ節再発の場合、救済手術が推奨されている。頸部リンパ節郭清にて長期生存が得られた1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

78（内）．バルーン拡張術が有効であった良性食道狭窄の2例

○菊地剛史，中村正弘，久保俊之，中村浩子，見田裕章，岩田徳和，安達靖代，足立　靖，吉田幸成，遠藤高夫（札幌しらかば台病院・消化器内科）

【はじめに】ピロリ菌感染者の減少や生活習慣の変化、除菌治療の普及など、逆流性食道炎が増加している現在、これによる良性食道狭窄は最も重篤な病態の一つといえる。今回、逆流性食道炎が原因と考えられる良性食道狭窄に対し、バルーン拡張術により症状寛解を得た2例を経験したので報告する。【症例1】50歳代女性【現病歴】約1年前に逆流性食道炎と診断され加療を受けていたが、食事摂取時の詰まり感が増悪、嘔吐を契機に入院加療となった。CTで食道の壁肥厚を認め、上部消化管内視鏡検査では門歯から35cmに管腔狭窄を認めた。経過から逆流性食道炎による良性食道狭窄と診断し、バルーン拡張術を施行したところ症状は改善し食事摂取可能となった。しかし再狭窄、症状増悪を繰り返すため、4ヶ月間に計5回のバルーン拡張術を行った。以後、最終施行日より3年間再発なく経過している。【症例2】60歳代女性【現病歴】5年前にパーキンソン病の診断を受け、外来加療中であったが、食事摂取量の減少、嘔吐がみられ、仙骨部褥瘡もあることから当院神経内科に入院加療となった。上部消化管内視鏡検査にて門歯から35cmに管腔狭窄を認めた。褥瘡形成の要因として、食道狭窄による摂食量の減少、栄養状態の悪化が懸念された。食道狭窄に対しバルーン拡張術を3回施行したところ、摂食量は回復し、栄養状態と褥瘡の改善が見られた。【結語】良性食道狭窄は逆流性食道炎の約3%に認めるとする報告もあり、頻度は高い可能性がある。嚥下困難、食事がつまるなどの食道閉塞症状は逆流性食道炎の症状の一つでもあり、狭窄を疑う症状であるが、症例2のように、基礎疾患や高齢などのため食道閉塞感を自覚しないケースでは見逃される可能性があり、潜在症例が危惧される。よって、漫然と薬物療法を継続することなく定期的な消化管内視鏡検査により食道狭窄を除外することが重要と考えられた。

79（内）．多発する輪状狭窄を認めた好酸球性食道炎の1例

○松田宗一郎[1]，間部克裕[1]，久保公利[1]，加藤元嗣[1]，大原正範[2]，木村伯子[3]（国立病院機構函館病院消化器内科[1]，国立病院機構函館病院消化器外科[2]，国立病院機構函館病院病理診断科[3]）

好酸球性食道炎の内視鏡所見として縦走溝，輪状溝，白斑，粘膜浮腫が特徴的であるが，嚥下困難となる多発輪状狭窄をきたした好酸球性食道炎を経験した．症例は40歳代男性，主訴は嚥下困難である．20歳代の頃に一度喉のつかえ感を自覚し近医で上部消化管内視鏡を行ったが異常を指摘されなかった．度々症状は続いたが増悪なかったため経過観察していた．X年4月よりつかえ感が増悪し，週2，3度食物を嚥下できず吐き出してしまうようになったため近医受診し，精査加療のためX年6月当科紹介となった．既往歴はメニエール病，アレルギー性鼻炎，小児喘息で、生活歴は喫煙歴なし，機会飲酒．卵白アレルギーあり．X年6月上部消化管内視鏡を行い，上部食道に多発する輪状狭窄を認め，経口内視鏡が通過せず経鼻内視鏡での観察となった．下部食道には縦走溝と粘膜浮腫を認め，胃はHP未感染であった．食道運動性疾患の鑑別のため，食道内圧とpHモニタリングを施行したが異常を認めなかった．狭窄部位と縦走潰瘍の生検より1視野20個以上の好酸球浸潤を認めたため好酸球性食道炎と診断された．フルチカゾン吸入（800μg/day）の開始後徐々に喉つかえ感が軽快し，X年10月には縦走潰瘍改善を認めたが，上部食道の輪状狭窄部位は変化がなかった，生検からは好酸球消失を認めた．X＋1年5月には狭窄の改善を認めてきたが，輪状狭窄は残存していた．好酸球性食道炎では炎症が持続することにより食道壁に繊維化が起こり食道内腔の狭細化が発生する，頻度は3.7%ほどであり診断までの時間が長期にわたるほど狭窄の頻度が高くなることが報告されているため，早期の病態把握・初期治療に留意する必要がある．

80（内）．CTにてExtravasationを認めた食道壁内血腫の1例

○吉田　萌，稲場勇平，井尻学見，杉山隆治，助川隆士，小澤賢一郎，垂石正樹，斉藤裕輔（市立旭川病院消化器病センター）

症例は70代男性。17年前に心筋梗塞発症し、以後アスピリンによる抗血栓治療が行われていた。2年前に再度心筋梗塞発症し、プラスグレルが追加となり抗血栓薬２剤の管理となり当院循環器内科へ通院していた。2018年4月右前胸部痛を主訴に当院へ救急搬送され、循環器内科医師により心疾患が除外された。外来精査中に吐血し造影CT検査を施行したところ、胸部上部食道から腹部食道にかけて連続して食道内腔を圧排するややhigh densityな腫瘤像を認めた。造影早期相から腫瘤内に造影効果を認め、遅延相では拡散しており活動性出血を示唆するExtravasationであると判断した。緊急上部消化管内視鏡検査にて胸部上部食道より内腔をほぼ閉鎖する暗赤色の血腫を認め、食道粘膜下血腫と診断した。管腔内に血液の充満なく、活動性出血を疑う所見を認めなかった。IVRや外科的処置も考慮されたが、粘膜破綻のない血腫内での活動性出血であり、血腫内圧の上昇による自然止血が得られる可能性があること、既報からも食道壁内血腫は保存的治療が第一選択であることを考慮し、本症例も保存的治療を選択した。翌日には自覚症状が消失、第7病日の造影CT検査でも血腫の消退を認めた。第８病日の内視鏡検査で血腫の縮小と頂部に潰瘍形成を伴う硬化性変化を認め、第14病日の内視鏡検査で血腫は完全に消失し、胸部上部食道から下部食道まで粘膜脱落に伴う帯状の潰瘍形成を認めるのみであった。食道壁内血腫はまれな疾患でリスクファクターとして抗凝固薬服用をはじめとする出血傾向が挙げられる。本症例のようにExtravasationを呈した食道壁内血腫の報告は医中誌で検索し得た1例のみで、その中で緊急内視鏡を施行された報告はない。活動性出血を示唆するExtravasationを認めたものの、内視鏡的に食道管腔内への活動性出血を除外し保存的に治療し得た1例を経験したため報告する

81（消）．小腸憩室穿通の1例

○今川貴之[1]，藤井重之[1]，佐賀潤也[1]，伊藤　亮[1]，山田充子[1]，小野道洋[1]，安部智之[1]，前田征洋[1]，藤田美悧[2]，パウデルサシーム[3]，仙丸直人[3]，村松丈児[4]，吉田正宏[4]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室[2]，製鉄記念室蘭病院外科・呼吸器外科[3]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[4]）

Meckel憩室を除く小腸憩室は全消化管憩室の1.4～3.2%と比較的稀な疾患である。多くは無症候性で、出血、穿通・穿孔、腸閉塞などで外科的処置を要する頻度は少ないが、発症した場合には診断が難しく重篤な状態に至る場合もあり注意を要する。今回我々は、空腸憩室穿通による腹膜炎で手術を施行した稀な1 例を経験したので報告する。症例は、80歳代男性。左側腹部痛を主訴に当院救急外来を受診。血液検査で炎症反応の高値を認め、CTでは左下腹部で小腸壁の浮腫性肥厚および同領域の腸間膜に浮腫混濁、free airを認めた為、穿通に伴う腹膜炎と診断した。当初は抗生剤による保存的加療を施行したが炎症が改善せず、穿通部を含む小腸の部分切除を施行した。手術標本の病理所見では、一部に粘膜の引き連れと小腸間膜の肥厚を認め、引き連れ部に、筋層の菲薄化、消失部と粘膜の陥凹、周囲の高度の急性炎症、粘膜または食物由来の変性組織、異物反応などを認めた事から、空腸の憩室炎による穿孔または穿通と診断した。本患者は、約1年後に、再度、左下腹部痛で当院救急外来受診。CTでは、free airを認め、小腸穿孔・穿通の診断で手術を施行した。若干の文献的考察を加え報告する。

82（消）．クローン病に合併した腸管皮膚瘻に対してウステキヌマブが奏効した1例

○江上太基，加藤貴司，後藤　哲，宮下憲暢，岡本宗則，中山智英，山吹　匠（愛育病院）

【症例】症例は60歳代，男性，1989年より前医にてクローン病を治療されており，当初は5ASA製剤，PSLで加療されていたが，経過中に腸管狭窄や瘻孔形成により右半結腸切除・幽門側胃切除など複数回の外科的手術が施行され，2012年よりインフリキシマブを導入された．しかしその後，病勢が増悪したため，2014年6月よりアダリムマブへ変更されていた．2015年9月には直腸狭窄のため，直腸切断術が施行されていたが，腹部正中の術創の創傷治癒がなかなか得られず，2016年１月になって創部は閉鎖していった．しかし同年９月頃よりCRP 3 mg/dL前後まで上昇し，2017年7月上旬より37℃台の発熱が出現し，前医を受診した．腹部正中の創部に発赤･腫脹･圧痛を認め，CTにて創部皮下に膿瘍形成，腸管皮膚瘻を疑う所見があり，当院外科に紹介され，入院となった．瘻孔造影にて小腸の描出を認め，腸管皮膚瘻と診断された．創部の切開・排膿，抗生剤投与にて炎症反応の改善を認めたが，瘻孔は閉鎖せず，腸管皮膚瘻の内科的加療目的に同年8月当科に転科となった．プレドニゾロン，アザチオプリンに加えて，ウステキヌマブを導入したところ，瘻孔の狭小化を認め，9月下旬には排液は少量となったため外来加療とした．11月には排液を認めなくなり，2018年3月にCTにて瘻孔の閉塞を確認した．【考察】ウステキヌマブは，トランスジェニック法により作成されたヒト型ヒトIL12/23p40モノクローナル抗体製剤であり，クローン病に対しては2017 年に保険承認された新規治療薬である．本症例は抗TNF-α抗体製剤を使用されるも効果不十分となり腸管皮膚瘻は形成された．腸管皮膚瘻は外科的手術を必要とすることが多く報告されており，本症例ではウステキヌマブの使用により腸管皮膚瘻の閉鎖を認めた．腸管皮膚瘻を伴う症例に対するウステキヌマブの使用報告は現時点では限られており，若干の文献的考察を加え，報告する．

83（内）．回腸潰瘍から出血を来し、重症化した好酸球性腸炎の1例

○嘉成悠介[1]，勝木伸一[1]，安保智典[1]，高梨訓博[1]，小松悠弥[1]，植村尚貴[1]，平田裕哉[1]，藤田朋紀[2]，和賀永里子[3]（小樽掖済会病院消化器内科[1]，愛育病院[2]，北海道がんセンター[3]）

【背景】好酸球性胃腸炎において回腸に病変が限局した症例はまれである。今回われわれは回腸潰瘍から出血を来し、重症化した好酸球性腸炎の1例を経験したので報告とする。【症例】80歳代、男性【現病歴】狭心症、慢性心不全、慢性心房細動、僧房弁閉鎖不全症などで他院を通院し、アピキサバン、クロピドグレルを内服していた。平成29年11月中旬に鮮血血便を認め、全身倦怠感の増悪を認め、同日当科受診した。血液検査ではWBC 4120/μl、Neut 77.8%、Lym 14.3%、Eosi 0.2%、Hb 10.9 g/dl、IgE 71 IU/ml。【入院後経過】入院当日に施行したCT、EGDでは出血源は同定できず、CSで回腸末端に鮮血血便を認めた。検査後にショックバイタルとなり輸血を施行し、バイタルサイン改善後に経口DBEを施行したが、出血源を同定できなかった。アピキサバン、クロピドグレルの内服を中止し、輸血などの保存的加療を行った。第2病日は貧血の進行を認めなかったが、誤嚥性肺炎、ショックバイタルとなり、抗生剤、カテコラミンなどの加療を開始した。以後、血便なく、全身状態は徐々に改善した。第7病日に小腸CEを施行したが、観察不良であった。第9病日よりアピキサバン、クロピドグレルの内服を再開したが、2日後に血便を認め、同薬剤を中止した。第13病日に施行した経肛門DBEで回腸末端に10mm大の潰瘍を認め、出血源と考えられた。潰瘍部を生検し、20/HPFの好酸球を認め、好酸球性腸炎と診断し、第24病日よりPSL 25mgの経口内服を開始、2週毎に5mgずつ漸減し、第43病日に経肛門DBEを施行したところ、潰瘍の改善を認めた。現在、PSL 5mg/日の維持療法を行い、再出血なく経過している。【考察】血便で発症し、重症化したまれな回腸限局好酸球性腸炎を経験した。同疾患において抗血小板薬や抗凝固薬を服用しているケースでは多量出血の可能性もあり、早急な対応・診断が肝要と思われる。

84（消）．S状結腸癌に重複した回腸神経内分泌腫瘍の1例

○越前栄次朗，菅野伸一，大久保陽介，三宅高和，若杉英樹，鈴木一也，米澤和彦（市立釧路総合病院消化器内科）

【はじめに】本邦における小腸のNeuroendcrine tumor（以下NET）の発生頻度は極めて少なく，全消化管NETのうち小腸原発は4.9%にすぎないとされる．またNETと多臓器癌の合併も多いとされ，欧米では22.4%という報告もあるが，本邦では合併例の報告は依然として少ない．今回，進行S状結腸癌に重複した回腸NETの症例を経験したため報告する．【症例】症例は67歳，男性．数ヶ月続く下痢と体重減少を主訴に当院受診．腹部CTでS状結腸壁の肥厚と周囲リンパ節腫脹の他，肺野に小結節影および小腸関膜に腫瘤を認めた．下部消化管内視鏡検査ではS状結腸に全周性の2型病変を認め，同部位からの生検でAdenocarcinomaを認めたため，S状結腸癌の肺転移，腹膜播種でStageIVと診断した．人工肛門造設下に化学療法を施行する方針となり，腹腔鏡下人工肛門造設術を行った．術中所見で小腸関膜の腫瘤を認め，回腸を巻き込むように発達しており腸間膜腫瘤を含めて小腸部分切除を施行した．切除標本は小腸内腔に突出する腫瘍を認め，病理検査で腸間膜腫瘤と共にSynaptophisin（+），Chromogranin A（+），CD56（-）であり，Ki67＜1%，核分裂像は0/10HPFであったためNET G1と診断された．【考察】小腸NETの重複癌の報告は少なく，医中誌を用いて検索したところ報告例は4例であった．うち2例では画像所見上転移性腫瘍としては非典型的な小腸腫瘍像を認めており，自験例も含めて画像上小腸腫瘍が疑われる場合には小腸NETも念頭に置き，外科での術中精査を行う事が有用であると考えられた．

85（消）．腹腔内腫瘍を契機として発見され，手術を施行した小腸NETの1例

○小林正幸[1]，植村一仁[1]，三野和宏[1]，高橋宏明[1]，木村太一[2]（北海道医療センター外科[1]，北海道医療センター病理診断科[2]）

【はじめに】小腸の神経内分泌腫瘍（以下，NET）は欧米では全NETの22～34%を占めるが，本邦では2.2%程度と少ない．今回我々は腹腔内腫瘍として発見され，手術に至った小腸NETの1例を経験した．【症例】患者は84歳の男性で，右下腹部の違和感を主訴に当院を受診された．触診で右下腹部に3横指大で弾性硬の可動性良好な腫瘤を触知し，造影CT検査では小腸間膜に動脈相で濃染する5.5 cm大の多血性腫瘤を認めた．小腸間膜腫瘍としてGISTやNETのリンパ節転移，悪性リンパ腫を疑い，手術を施行した．術中所見では回腸間膜内に5 cm大の腫瘍を認め，触診上，回腸末端から65 cmから95 cm口側まで4ヶ所に腫瘍を認め，同部位とリンパ節を含む腹腔鏡補助下回盲部切除術を施行した．切除検体の回腸内には計4ヶ所，各々1 cm大の粘膜下腫瘍を認め，病理組織診断では，小腸NET G2の診断で，小腸間膜腫瘍はリンパ節転移であった．また，これとは別にリンパ節転移を1ヶ所認めた．現在術後1年目で無再発経過中である．【まとめ】本症例は小腸NETの腸間膜リンパ節転移巣増大による腫瘤形成が契機となり，手術に至った1例である．小腸NETの腸間膜リンパ節転移は原発巣の大きさに関わらず生じ，転移巣の方が巨大であることが多いと報告されている．したがって，腸間膜腫瘍の診療では小腸NETを鑑別疾患とし，術前にダブルバルーン小腸内視鏡やカプセル内視鏡検査を行い，小腸のスクリーニングをすることが重要と考えられた．

86（消）．大腸癌化学療法に伴う薬剤性腸炎より門脈気腫症を呈した1例

○下村遼太郎，太宰昌佳，久保茉理奈，古川龍太郎，小野寺学，吉井新二（NTT東日本札幌病院消化器内科）

症例は60歳代男性。2016年に上行結腸癌に対し右半結腸切除術と下部直腸癌に対し低位前方切除術を同時に施行した。術後病理結果はいずれもpStage 3bであった。術後合併症あり化学療法は施行せず経過していたが2017年X月に直腸吻合部に局所再発を認めた。周囲組織への浸潤と患者の人工肛門造設拒否もあり、再発病変の切除は施行せず化学療法を行うこととした。RAS遺伝子野生型であり1次治療はmFOLFOX 6+Panitumumab療法を施行、その後腫瘍縮小が得られるも切除には至らず、有害事象により継続困難となった。2018年Y月より2次治療としてS-1+Irinotecan療法（IRIS療法）を開始した。1コース目day20に腹痛・下痢のため入院し、化学療法に伴う薬剤性腸炎の診断となり絶食・抗生剤・サンドスタチンにより加療。改善傾向であったため第11病日より経腸栄養を開始したところ、12病日に激しい腹痛と腹部膨満を認めた。CT画像では腸管拡張に加え、胃壁・回腸壁内や門脈内に気腫像を認めた。腸管気腫症、門脈気腫症と診断し緊急手術も含め当院外科コンサルトしたところ、明らかな腹膜刺激症状を認めず、CT画像では腸管虚血・壊死を示唆する造影不良域を認めず、動脈血ガス採血においてもアシドーシスや乳酸値上昇を呈していないことから、慎重に保存的加療継続とした。抗生剤・サンドスタチン・酸素投与等施行し、その後排便や排ガスを認め腹部症状も改善を認めた。第16病日に撮像したCT画像では、腸管気腫・門脈気腫の消失を認め、第23病日より経腸栄養を開始し、その後食事開始し、第33病日に自宅退院となった。現在は当科外来において化学療法を再開している。門脈気腫症は腸管壊死などを背景に緊急手術を要するケースが多い疾患とされているが、保存治療が可能な症例も散見される。本症例は化学療法による薬剤性腸炎に伴い腸管気腫症・門脈気腫症を合併した。保存的に改善し得た症例であり、化学療法による薬剤性腸炎・門脈気腫症合併例の既報も含め報告する。

87（消）．乳児期からの貧血および小腸重積を反復した小腸若年性ポリープの1幼児例

○鈴木琢士[1]，荒　桃子[1]，河北一誠[1]，本多昌平[1]，藤原伸一[2]，高橋美智子[2]，今野武津子[2]，高桑恵美[3]，武冨紹信[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室I[1]，札幌厚生病院小児科[2]，北海道大学病院病理診断科[3]）

【はじめに】小児の小腸重積は稀で、原因として小腸ポリープやMeckel憩室などの器質的病変を有していることが多いとされるが、術前に診断に至る症例は決して多くない。今回、乳児期から持続する貧血と便潜血反応陽性および、反復する小腸重積に対して、術前に小腸若年性ポリープと診断し手術へ至った症例を経験したので報告する。【症例】症例は5歳男児。月齢7で鉄欠乏性貧血を指摘され、1歳11ヶ月時に便潜血陽性が確認された。上下部消化管内視鏡検査では観察範囲内に器質的病変は認めず、99mTcシンチグラフィでも異常集積は認めなかった。3歳10ヶ月時に嘔吐・腹痛を認め、小腸小腸型腸重積を認め高圧浣腸にて整復された。この入院中に小腸小腸重積の再発と自然整復を繰り返した。5歳時に改めて小腸重積に対する精査目的に前医を紹介受診。カプセル内視鏡を施行し、上部空腸に腫瘍を疑う像を認めた。またこの精査入院期間中にも腹痛などの症状を伴わない小腸小腸重積と自然整復を繰り返しており、精査加療目的に当科紹介となった。超音波検査を行ったところ、検査中に小腸小腸重積と自然整復を確認し、重積の先進部に14mm大の有茎性ポリープを認めた。若年性ポリープの診断で腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。Treitz靭帯から約20cmの部位にポリープを確認し、同部位を楔状切除した。術後経過は良好で術後4日目に退院となった。病理組織診断にて若年性ポリープと診断された。【考察】小児における小腸病変は診断デバイスが制約されるため、術前診断に至ることは決して多くなく、審査腹腔鏡などの侵襲的検査への患者家族の抵抗が強いために長く病脳する症例も経験する。しかし近年、若年小児へのカプセル内視鏡の適応が広がりつつあり、小腸病変を術前に診断することで円滑に手術治療を行える可能性がある。

88（消）．術中小腸内視鏡検査を併用することにより出血点を同定しえた小腸潰瘍出血の1切除例

○松澤文彦[1]，森田恒彦[1]，林　俊治[1]，中村貴久[1]，後藤　学[2]（恵み野病院外科[1]，恵み野病院消化器内科[2]）

【背景】小腸出血は急性の消化管出血の約5%を占め治療法には内視鏡的止血術、血管内治療、手術等が行われている。より低侵襲な治療が第一選択となるが、それらが施行不可能な場合や効果が不十分である場合手術療法が選択させる。しかし手術中の出血点の同定は困難であることが多く様々な工夫が行われている。今回我々は術中小腸内視鏡検査を併用することで出血点を同定しえた小腸潰瘍出血の1切除例を経験したので報告する。【症例】症例は50歳代男性、下血を主訴に当院消化器内科を受診した。高度の貧血があり、カプセル内視鏡により小腸からの活動性出血が認められた。貧血の進行があり、上下部消化管内視鏡検査での病変への到達が困難であったため、外科紹介となり緊急手術の方針となった。術中漿膜側からの観察では出血点を確認することはできなかった。開腹下で小腸内視鏡検査を行い腹腔側から用手で挿入をサポートした。空腸起始部から約190cmの部位に潰瘍性病変が確認できたため同部位を含む小腸部分切除を行い止血が得られた。【考察】小腸出血に対する手術では様々な方法が試みられているが、出血点の同定に難渋する症例が多い。本症例では術中に小腸内視鏡の挿入を用手的にサポートすることで空腸起始部から約300cm肛門側まで小腸を観察することができ、上下部消化管内視鏡検査では到達できなかった部位の出血点を同定しえた。【結語】術中小腸内視鏡検査併用による外科治療は他の治療が困難な小腸出血に対し有効な治療法であると考えられた。

89（消）．保存的治療を行った腸管気腫性嚢胞症の2例

○飴田咲貴[1]，久居弘幸[1]，櫻井　環[1]，小柴　裕[1]，宮崎　悦[2]，渡邊晃一[3]（伊達赤十字病院消化器科[1]，伊達赤十字病院内科[2]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[3]）

腸管嚢胞状気腫症（pneumatosis cystoides intestinalis: PCI）は腸管壁の粘膜下や漿膜下の多数の含気性小嚢胞を特徴とする比較的まれな疾患である。かつてPCIは腸管壊死を示唆する予後不良な所見とされてきたが、近年は保存的治療で改善した例も数多く報告されている。今回、最近経験した保存的治療により改善したPCIの2例を経験したので報告する。

【症例1】93歳、男性。脳梗塞後遺症で施設入所中。2017年10月下旬より水様便があり、止痢薬を服用したが、その後腹部が膨満し嘔吐あり、発症翌日当科受診。腸蠕動音は低下し、膨満していたが圧痛はなく、腹膜刺激症状も認めなかった。血液生化学検査では炎症反応の上昇と腎機能障害を認めた。CTでは小腸全体の拡張と壁内ガス、門脈内ガス、腹水を認めた。腹腔内遊離ガスはなく、明らかな腸管の閉塞起点は認めなかった。麻痺性イレウス、PCI、門脈ガス血症と診断し、腹部所見に乏しく、保存的に胃管留置と高濃度酸素投与を行った。7日後に腸管壁内ガスと門脈内ガスの消失を確認したが、11日後に誤嚥性肺炎により永眠された。

【症例2】68歳、女性。糖尿病、脂質異常症で近医通院中、便潜血反応陽性を指摘され2018年5月中旬に当科受診。右側腹部から臍周囲にかけての軽度の腹痛を認めたが、血液生化学検査で異常所見なく、CTで上行結腸を中心に腸管壁内および漿膜下にガス像を認めた。初診4日後に施行したTCSでは、上行結腸に粘膜下腫瘍様隆起とびらんが多発していた。内視鏡像とCT所見によりPCIと診断した。便培養は正常細菌叢であった。5年前からα-グルコシダーゼ阻害薬を内服しており、初診4日後に同薬の中止を指示し、26日後のCTではPCIの所見は認めなかった。

90（内）．ダブルバルーン小腸内視鏡検査で診断し切除範囲の同定に術中ICG併用血管造影が有用であった多発小腸動静脈奇形の1例

○石塚理恵[1]，平川昌宏[1]，早坂尚貴[1]，佐藤昌則[1]，大沼啓之[1]，村瀬和幸[1]，高田弘一[1]，宮西浩嗣[1]，信岡隆幸[2]，竹政伊知郎[2]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

【はじめに】小腸動静脈奇形（arteriovenous malformation :AVM）は全消化管出血の5.5%と稀な疾患である。また、小腸AVMの既報例では病変部位は単発例が多数を占めており、病変が多発する場合は病変部位の同定や切除範囲決定が困難となることが報告されている。今回我々はダブルバルーン小腸内視鏡（DBE）で診断し、術中ICG併用血管造影行うことで切除範囲を最小限に留めた多発小腸AVM一例を経験したので報告する。　【症例】60歳代、女性。5年前より原因不明の消化管出血で当科外来フォロー中であった。腹部造影CT、上下部消化管内視鏡、カプセル内視鏡（VCE）、DBEで繰り返し精査していたものの出血源の同定には至らず、経過観察の方針となっていた。2017年8月、黒色便を主訴に当科外来を受診され、血液検査で貧血の進行を認めたため即日当科入院となった。同日施行したVCEでは活動性の出血はなかったものの、空腸に血液の貯留を認めた。経口的DBEを施行したところ、上部空腸に頂部に点状の発赤を伴う拍動性の隆起を認め、小腸AVMの可能性が示唆された。血管造影検査では、DBEで指摘した病変の肛門測にも毛細管相での濃染像を多発して認め小腸多発AVMと診断し、小腸部分切除術の方針となった。切除範囲を同定するため術中ICG併用血管造影を行うことで、正確かつ最小限の範囲で小腸部分切除が可能であった。以後、外来にてフォロー中であるが、現時点まで再出血なく経過している。【結語】術中ICG併用血管造影は小腸AVMの部位同定に有用と考えられた。

91（消）．小腸憩室穿通による腹膜炎を来した血管型Ehlers-Danlos症候群の1例

○水上達三[1]，橋本　卓[1]，松井博紀[1]，本間友樹[1]，三浦一郎[2]，三浦千砂子[2]，阿部厚憲[1]（帯広病院外科[1]，帯広病院病理診断科[2]）

【はじめに】Ehlers-Danlos症候群（EDS）はコラーゲン代謝異常による遺伝的結合織疾患の一つであり、このうち血管型は自然経過で血管・腸・子宮などの破裂をおこしうる最も重篤な型である。今回、我々は小腸憩室穿通による腹膜炎を来した血管型EDSの1 例を経験したので報告する。【症例】既往に小腸憩室出血およびEDS疑いのある40歳代女性。腹痛を主訴に近医受診し、急性腸炎として点滴加療し帰宅するも改善なく、腹痛増悪したため当院救急外来へ救急搬送。来院時腹部所見としては、下腹部膨満で圧痛および反跳痛あるも筋性防御なし。CTで腹腔内全体に中等量の腹水が存在することに加え、上部小腸の腸間膜内に不整なairの広がりを認めたため、消化管穿孔による腹膜炎の疑いで同日緊急で試験開腹施行。腹腔内所見としては膿性腹水に加えて、小腸全体の漿膜に発赤あり。Treitz靭帯から40- 90cmの腸間膜側に最大径 5cm程度の緊満した憩室を計 3ヵ所認め、そのうちの1ヵ所で漿膜が破綻し膿汁の流出を認めたことから小腸憩室穿通による腹膜炎の診断となった。小腸の穿通部位を切除し機能的端端吻合を行った後、腹腔内洗浄しDouglas窩にドレーンを留置し手術終了した。術後病理では、漿膜下の小動静脈壁は厚さが不規則で、平滑筋に断裂・空隙形成が見られ、Elastica-Masson染色において血管壁の弾性線維がほとんど確認できない小動静脈が多数認められたため、弾性線維形成異常である血管型EDSに関連した病変として矛盾しないと考えられた。術後経過は良好で、第13病日で退院となり、現在外来フォロー中である。【結語】今回我々は小腸憩室穿通による腹膜炎を来した血管型EDSの1 例を経験した。血管型EDSは血管や消化管の結合織が脆弱であり、消化管出血や穿孔を繰り返す可能性があるため、本症例も今後の厳重な経過観察が必要であると考えられた。

92（消）．反復性腸閉塞を伴う細菌性小腸炎疑いの1切除例

○佐野修平，西越崇博，志智俊介，山田健司，腰塚靖之，芝木泰一郎，柳田尚之，池上　淳，稲垣光裕，赤羽弘充（旭川厚生病院外科）

【症例と経過】69歳男性．半年ほど前に嘔吐を主訴に当院消化器内科受診し，回腸末端炎・サブイレウスの診断で入院となった．CTにて回腸末端の壁肥厚，周囲リンパ節腫大も認め，腸管原発の悪性リンパ腫が疑われた．PET-CTでは回腸末端部と周囲リンパ節に一致して淡い集積亢進を認めたが，炎症性病変との鑑別は困難であった．内視鏡検査では回腸末端に粘膜浮腫，一部びらん形成を伴う炎症所見を認め，同部位から生検を施行した．生検結果は非特異的な炎症像であり，悪性所見は認めなかった．保存的加療で症状は改善したため，退院となった．しかし，その後も同様の症状を繰り返すため，臨床的に小腸悪性リンパ腫による腸管狭窄症の診断で当科へ紹介となり手術の方針となった．【手術所見】回腸末端から口側に約 10cmの腸管壁の肥厚と，さらに約10cm口側に約2cmの同様の壁肥厚を認め，回盲部切除・D2を施行した．手術時間は1時間44分，出血は少量であった．【病理組織検査所見】膿瘍形成を伴う潰瘍性小腸炎の診断で，リンパ節含め悪性所見はなく，エルシニア感染などによる細菌性腸炎が疑われる結果であった．術後に便培養を提出したが，エルシニア含め病原菌は検出されなかった．【考察】一般的なエルシニア腸炎は回盲部領域を炎症の主座とし，腸間膜リンパ節の腫大が特徴とされており，腸管原発の悪性リンパ腫やクローン病との鑑別が重要である．確定診断が困難な回腸末端炎に関しては細菌性腸炎を含めた，様々な鑑別疾患を念頭において治療すべきであると考えられた．

93（消）．回腸子宮内膜症により腸閉塞をきたした1例

○待木隆志，沖田憲司，西舘敏彦，奥谷浩一，碓井彰大，秋月恵美，石井雅之，里吉哲太，竹政伊知朗（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科）

【はじめに】腸管子宮内膜症は子宮内膜組織が腸管壁内で増殖し、腸管狭窄や出血などの症状をきたす良性疾患である。直腸やS状結腸に発生することが多く小腸に発生するのは稀である。我々は回腸子宮内膜症により腸閉塞となった症例を経験したので報告する。【症例】47歳女性。8年前に右卵巣嚢腫、9年前に子宮外妊娠の既往があった。【現病歴】1年前から月経周期に一致して腹部膨満感を認めていた。近医にて薬物治療を行ったが症状が繰り返し再燃するため精査加療目的に当院消化器内科に紹介となった。CTにて回腸末端が閉塞機転となる腸閉塞が疑われた。MRIでは左卵巣チョコレート嚢胞と子宮筋腫を認めたが、閉塞の原因となる所見は認めなかった。月経周期に一致する腹部症状から子宮内膜症に起因した腸閉塞と考え黄体ホルモン製剤を投与したが、軽快しなかったため手術方針となった。【手術所見】回腸末端から20cm口側で腸管壁の肥厚を認め閉塞部位と考えられた。さらにこの口側の腸間膜にblue berry spotを複数個、腸管壁に結節性病変を認めたため、これらの病変を含めて腹腔鏡下回盲部切除術を行った。【病理組織学的所見】回腸の固有筋層が繊維性に肥厚し子宮内膜腺管、内膜間質が認め、腸管子宮内膜症の所見であった。【術後経過】経過良好で第13病日に自宅退院となった。黄体ホルモン剤を現在も内服し、再燃なく経過している。【考察】腸管子宮内膜症による腸閉塞は画像所見だけでは診断困難で、症状と月経周期との関連などの病歴聴取が非常に重要である。

94（消）．胃全摘、―Roux-en-Y再建後の内ヘルニアの1例

○紅露大介，腰塚靖之，西越崇博，佐野修平，志智俊介，山田健司，芝木泰一郎，柳田尚之，池上　淳，稲垣光裕，赤羽弘充（旭川厚生病院外科）

症例は60歳台男性。突然発症した上腹部痛と嘔吐を主訴に前医を受診。9か月前に胃癌に対し、開腹で胃全摘、Roux-en-Y再建（結腸前）を施行しており、病理結果はpT 1a（M）,pN 0,cM 0,pStage Ⅰ Aであった。挙上空腸間膜とY脚間膜の間隙は連続縫合で閉鎖した。前医にて内ヘルニアを疑われ当院に救急搬送された。左上腹部に圧痛を認めたが、腹膜刺激症状は認めなかった。造影CTで輸入脚が著明に拡張しており近傍の腸間膜にwhirl signを認めたものの、腸管の造影不良域は認めなかった。胃全摘後の内ヘルニアを疑い同日臨時手術を施行した。開腹するとY脚が緊満・捻転しており、捻転部近傍の小腸間膜には約 5cmの欠損孔を認めた。この欠損孔を通って小腸が右から左の方向で引き込まれており、この小腸を引き出すと内ヘルニアが整復され、Y脚の捻転も解除された。整復後の詳細な観察にて、欠損孔はY脚吻合部付近の小腸間膜と挙上空腸間膜により形成されていることが確認された。腸管の色調は良好であったため腸切除は行わず、欠損孔を密に閉鎖し手術を終了した。経過良好にて術後5日目に退院した。

胃切除、Roux-en-Y再建後に発生する内ヘルニアの部位として代表的なものは挙上空腸間膜と横行結腸間膜の間隙、いわゆるPetersenの間隙が挙げられるが、本症例のように挙上空腸間膜とY脚間膜によって形成された間隙が原因となるという報告もあり、その頻度は0. 65% ～1. 03%と言われている。間隙を閉鎖した症例の術後内ヘルニアも報告されている。間隙の閉鎖を連続縫合で行うか、結節縫合で行うかで内ヘルニアの発生率に差はないとされている。今回の内ヘルニアは間隙の閉鎖が不完全だったことが原因と考えられた。内ヘルニアの予防には間隙閉鎖を行うことが必須だが、それでも内ヘルニアが発生しうることを念頭においた観察が必要である。

95（消）．高齢者に発症したB型肝炎に伴う肝機能障害の2例

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

【症例1】86歳、男性。糖尿病と心房細動で通院中に肝機能障害と過去に陰性であったHBs抗原の陽性化を認め当科紹介となった。初診時ALT 120 IU/l、PT 46 %（ワルファリン内服）、T-Bil 1.0 mg/dl、HBs抗 原 3283.24 IU/ml、HBs抗 体13.59 mIU/ml、HBe抗 原 1541.45 S/CO、HBe抗体0.0 %、HBc抗体12.43 S/CO、IgM-HBc抗体0.11 S/CO、HBV-DNA 7.6 Logcopy/ml、Genotype Bであった。IgM-HBc抗体陰性で、過去のHBs抗体とHBc抗体は未測定だったがHBs抗原の陽性化より既感染からのHBV再活性化が疑われた。エンテカビルを開始し、ALT正常、HBs抗原とHBe抗原とHBV-DNAは陰性となった。【症例2】75歳、男性。尿管結石にて前医を受診し肝機能障害と過去に陰性であったHBs抗原の陽性化を認め当科紹介となり即日入院となった。初診時ALT 1641 IU/l、PT 113 %、T-Bil 0.8 mg/dl、HBs抗原 38.20 IU/ml、HBs抗体 601.5 mIU/ml、HBe抗原 0.244 S/CO、HBe抗体 95.8 %、HBc抗体 9.82 S/CO、IgM-HBc抗体 0.73 S/CO、HBV-DNA 3.4 Logcopy/ml、Genotype Cであった。IgM-HBc抗体陰性でHBs抗原が陽性化し、HBV再活性化が疑われたが入院後HBV-DNAとALTは低下し、肝不全徴候を呈する事はなかった。肝炎は鎮静化に向かっていると判断し核酸アナログ薬は投与せずに経過観察とした。安静のみでALT正常、HBs抗原とHBV-DNAは陰性となったが慎重なfollow upを継続している。【考察】今回我々は免疫抑制や化学療法といった明らかな誘引なくHBV再活性化を起こしたと思われる高齢者の2 例を経験したので報告する。

96（消）．C型肝炎のDAA治療例のM2BPG値の推移とHCC発がんについて

○田辺利男[1]，山崎雅勇[1]，草間敬司[2]（道東勤医協釧路協立病院内科[1]，オホーツク勤医協北見病院[2]）

〔目的〕DAA治療による、慢性C型肝炎のSVR後の発がんの問題を発がんを予知マーカーとして期待されているＭ２BPG値の推移で検討した。｛対象と方法｝対象は昨年5月までに治療を終え6ケ月以降の経過をみた120症例で1型85例、2型28例。NR判定は1型3例、2型2例。HCC治療歴は10例。DAA治療後の治療前と治療後6ケ月（最長24ケ月）のＭ2BPG値の推移と発がんについて検討した。｛成績｝肝がんの発症は9例で、新規は6例で、肝がん治療歴のある10例から3例が再発した。Ｍ2BPG値の推移ではHCC治療歴のない6症例では、治療後6ケ月のＭ2BPGは5例が3以上を示し、残り1例は2.34（治療前3. 69）を示した。一方、肝がん治療歴があり、SVR再発例3例では治療後6月の値は0. 83、0. 96、1. 05。一方でがん治療歴があり、SVRが得られた症例ではＭ２BPGi値は1 前後を示し再発予測は難しくい。腫瘍マーカーは9 例中４例でのみ異常値を示した。治療効果別にはNR５例中2例、SVRでは115例中7例に発がんした。発がん時期別では3ケ月以内で3、3～6ケ月で1、～12ケ月で2、～18ケ月で、0.＞24ケ月で3例。NR症例では6ケ月以内に発がんした。腫瘍マーカーは9例中４例でのみ異常値を示した。｛考案｝HHC歴のないSVRではＭ2BPGは＞3がハイリスクと考えられる。再発例では予測が困難。また早期の病変は腫瘍マーカーでも診断は困難であり、慎重な画像診断によるフォローが必要と思われる。

97（消）．急速な転帰をたどり自己免疫性肝炎が疑われた急性肝不全・昏睡型の1例

○山本恭史，松居剛志，姜　貞憲，辻　邦彦，潟沼朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

症例は73 歳男性。当科入院８日前より体調不良を自覚していた。入院3日前に近医受診し肝機能障害を指摘され、2日前に前医入院加療となった。前医入院時の採血データはT-Bil 6. 3 mg/ml, AST 3704 IU/ml, ALT 3259 IU/ml, PT活性 20%と肝不全の状態であったが肝性脳症を認めず、肝不全の成因が不明であったため免疫抑制剤は使用せずに経過をみられていた。1 日前にAST, ALTは改善傾向となったが、当科入院当日に増悪傾向となったため転院となった。当科入院時、肝性昏睡IV度の脳症を認め、T-Bil 11. 1 mg/ml, AST 2832 IU/ml, ALT 2800 IU/ml, PT活性＜10%と急性肝不全・昏睡型と考えられICU入室、ステロイドパルス（mPSL 1000mg）、HDF、血漿交換等の治療を開始した。70歳以上の症例であり、肝移植治療の適応がないため内科的救命を目指す方針で治療を継続したが、肝性昏睡の改善なく、ビリルビンD/T比も持続的に低下し第７病日には0. 22となった。今後の肝再生は望めないと判断し家族に説明の上、第7病日に治療撤退となり第9病日に永眠された。

本症例は組織学的検査を施行できていないが、各種ウイルス検査陰性、飲酒歴、被疑薬なし、IgG高値・抗核抗体陽性から自己免疫性肝炎による急性肝不全が疑われた（改訂版国際診断基準 12 点・疑診）。自己免疫性肝炎の多くは慢性の経過をたどるが、一部に急性肝炎様に発症する症例があることが指摘されており、本症例も発症から6 日で肝不全を呈した急性肝炎様発症の自己免疫性肝炎と考えられた。70歳以上の高齢者における肝不全・昏睡型は肝移植治療の選択肢がなく内科的救命を目指すしかないが、肝再生能は若年者と比較すると低下していることが予想され、治療介入の遅れが致命的となる可能性がある。高齢者の自己免疫性肝炎においては、より早期に治療介入をする必要があると考えられ、本症例は今後の診療に対して示唆に富むものであり若干の文献的考察等を加えて報告する。

98（消）．当科におけるグレカプレビル/ピブレンタスビル配合錠による初期治療成績

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

【目的と方法】C型慢性肝疾患に対するパンジェノタイプ型の治療薬であるグレカプレビル（GLE）（NS3/4プロテアーゼ阻害剤）とピブレンタスビル（PIB）（NS5A阻害剤）の合剤（マヴィレット配合錠）が2017年11月に発売となった。第3相臨床試験でのDAA未治療例に対する著効率は100％に迫る成績であり、DAA既治療例でもＰ32 欠損例を除く全例で著効を達成した。今回、当科での市販後症例70例について、治療成績および副作用について検討した。

【成績】患者背景は、年齢中央値62（31-88）歳、男性28例（40%）、HCV genotypeの内訳は1b/2a/2b/3aの順に33/17/18/2例、ベースラインのHCV RNA量中央値6.43（2.83-7.35）logIU/ml、肝硬変16例（23%）（Child-Pugh 5/6点がそれぞれ12/4例）、肝癌既往7例（10%）であった。前治療内容は未治療/DAA治療/IFN治療の順に46/20/4例で、DAA既治療例の治療内容別内訳はダクラタスビル/アスナプレビル8例、ソホスブビル/レジパスビル4例、ダクラタスビル/アスナプレビル/ベクラブビル2 例、ソホスブビル/リバビリン6 例であった。以上の背景より、治療期間は8/12週で43/27例であった。治療期間におけるHCV RNA陰性化率（%）は、8週治療では4週/治療終了時でそれぞれ75（27/36）/100（29/29）、12週治療では4週/8週/治療終了時でそれぞれ71（17/24）/100（17/17）/100（13/13）であった。全体の治療終了後HCV定量下限未満率（%）は、治療終了後４週（SVR4）/治療終了後8週（SVR8）でそれぞれ95.2（20/21）/90.0（9/10）であり、再燃した1例は、HCV genotype 2b、非肝硬変の未治療例で、服薬コンプライアンスに問題のない症例であった。薬剤に起因する有害事象による治療中止/休薬例を認めなかった。

【結論】GLE/PIB配合剤による治療は、市販後症例においても安全性が高く、忍容性に優れ、DAA治療不成功例を含めて高い抗ウイルス効果を認めた。

99（消）．当院におけるGlecaprevir/Pibrentasvir使用経験

○山本義也，吉田苑永，宮本秀一，木下賢治，伊藤　淳，工藤大樹，畑中一映，成瀬宏仁（市立函館病院消化器病センター消化器内科）

【目的】C型肝炎に対する抗ウイルス治療は、2014年以降インターフェロンフリー療法が中心となっている。これまではHCVの遺伝子型で選択薬剤が異なっていたが、2017年11月より全ての遺伝子型へ対応可能なパンジェノタイプ治療薬Glecaprevir/Pibrentasvirが使用可能となった。治療期間が短縮し、またDAA不成功例や薬剤耐性例での良好な治験成績など、実臨床においても期待感が高まっている。今回、当院における治療経験について報告する。【対象と方法】当科でGlecaprevir/Pibrentasvirを導入したC型慢性肝障害36例において、患者背景、早期の治療効果、有害事象について検討した。【結果】患者背景は、男性19例、女性17例、年齢中央値（範囲）67（23～87）歳、慢性肝炎26例、肝硬変10例、肝癌治療歴有り5例、透析有り1例だった。治療導入に至る受診契機は、当科通院中17例、院内紹介5例、院外紹介14例だった。HCV RNA中央値6.2（4.5～6.8）LogIU/ml、Genotypeは1a1例、1b23例、2a7例、1b＋2a1例、2b5例、3a1例、IL28Bmajor21例、minor14例、白血球数中央値4800（2300～10300）/μl、ヘモグロビン中央値13.7（9.5～17.8）g/dl、血小板数中央値18.8（6.4～31.0）×104μl、だった。IFN治療歴有りは12例、DAA治療歴有りは6例で、その内訳はDCV/ASV1例、SOF/RBV3例、DCV/ASV＋SOF/LDV1例、SMV1例だった。NS5A耐性変異有りは4例で、その内訳はY93、L31の2重変異が2例、単独変異が2例だった。HCV RNA 陰性化率は2/4/6/8/12週で各々36/87/100/100%、SVR4は16/16例、SVR8は6/7例だった。有害事象による中止例は認められなかった。【結論】DAA不成功例、2重耐性例、Genotype3症例、透析例など各種難治例を含む患者背景ではあったが、早期の治療効果は良好で、また高い安全性も確認された。

100（消）．総胆管に穿破した膵十二指腸動脈瘤破裂の1例

○村松丈児[1]，小野道洋[1]，佐賀潤也[1]，伊藤　亮[1]，安部智之[1]，藤井重之[1]，今川貴之[2]，吉田正宏[2]，湯浅憲章[3]，飴田咲貴[4]，前田征洋[1]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[2]，製鉄記念室蘭病院放射線科[3]，伊達赤十字病院消化器科[4]）

膵十二指腸動脈瘤は腹部内臓動脈瘤の約2%と稀な疾患である．破裂した場合は後腹膜への出血が一般的であり，胆管穿破の報告は少ない．胆管穿破の原因として医原性，慢性膵炎，動脈の中膜変性が報告されているが，いずれの原因にも該当しない症例を経験したので報告する．【症例】80歳台男性【主訴】発熱・腹痛・黄疸【既往歴】咽頭癌放射線後，化膿性脊椎炎，腰部脊柱管狭窄症後方除圧術後【嗜好歴】喫煙なし，機会飲酒．【現病歴】再生不良性貧血（軽症），甲状腺機能低下症，神経因性膀胱で近医通院中であった．201x年11月に発熱・腹痛を来たし近医を受診したところ黄疸を指摘され，CTで膵頭部に動脈瘤を疑われたため，当科紹介となった．【経過】CTで膵頭部に膵十二指腸動脈より供血される動脈瘤を認め，胆管内には凝血塊が充満していた．慢性膵炎や腫瘍を疑う所見は認めなかった．膵十二指腸動脈瘤の胆管穿破による胆道閉塞・胆管炎と診断し，血管造影検査（AG）を施行した．後上膵十二指腸動脈から供血される動脈瘤を認めたが，動脈の中膜変性を示唆する多発性嚢状拡張は認めなかった．動脈瘤の遠位側は同定できず，近位側のみコイルで塞栓した．経皮的胆管ドレナージ（PTBD）を施行し血清胆汁を確認したが，翌日も腹痛の残存と胆嚢腫大を認めたため，経皮的胆嚢ドレナージ（PTGBD）を追加した．その後も血清胆汁の改善がないため入院4日目AGを再検したところ，前上膵十二指腸動脈からの供血路が確認されたため塞栓した．以後血性胆汁は消失し，緩徐に減黄されたため，入院45日目にPTGBD・PTBDチューブを抜去したが，入院49日目に黄疸が再燃し，ERCで乳頭から鮮血の出血が確認され，動脈瘤の再破裂と診断した．再度AGを施行したが，全身状態不良となり死亡した．ご家族の同意が得られず剖検はされなかった．

101（消）．ポート部再発をきたした腹腔鏡下胆嚢摘出後の偶発胆嚢癌の1例

○齋藤　敦[1]，杉山祥晃[1]，岸　法磨[1]，太田勝久[1]，相馬　学[1]，松崎伸幸[1]，石川千里[1]，阿部真実[1]，藤井常志[1]，長谷部千登[1]，菊池智樹[2]，小幡雅彦[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院病理診断科[2]）

【症例】70歳代，男性【既往】，冠動脈バイパス術後，慢性腎臓病，高血圧症，脂質異常症，胃癌ESD後，大腸癌ESD後【経過】急性胆嚢炎の診断にて2011年8月に当科入院となった．保存的加療にて改善し，同年9月に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した．ポートは臍下部正中，右腹部，右季肋部頭側と尾側の計4箇所より挿入した．切除胆嚢はメモバックを用いて回収した．手術は特段問題なく終了している．術後病理診断は，Gbfn, flat-infiltrating type, ant-post hep, 5.3×4.7cm, tub2, pT2（ss），int, INFc, ly1, v1, ne0, pN0, CM1, EM1（Hep），PVX, AX, R1（胆道癌取扱い規約第6版）であった．重度の心疾患や慢性腎臓病があることから，追加手術や化学療法は行わない方針とした．2013年に大腸癌と胃癌に対してESDを施行している．大腸癌は粘膜内癌，胃癌はSM2であったが，こちらも追加治療はせず経過観察とした．胆嚢癌術後6年半が経過した2018年2月に貧血を認めたため，精査したところ右季肋部頭側のポート刺入ルートに沿って4cm大の腫瘤を認め，胃前庭部と横行結腸へ浸潤していた．上部消化管内視鏡検査，下部消化管内視鏡検査にてそれぞれ生検を施行した．形態的には，核小体明瞭な腫大核を有し，単一管状ないし複雑な構造異型を伴う腺管が増殖しており腺癌の所見であった．免疫組織学化学染色ではCK7（+），CK20（+），P53（+），CDX2（-/+）であり，胆嚢癌のポート再発と診断した．同時に多数の肝転移も認めていた．併存症の関係で化学療法の導入は困難であり，さらにはポート再発部の疼痛も呈していたことから放射線療法を施行する方針とした．【結語】今回我々は，ポート部再発をきたした腹腔鏡下胆嚢摘出後の偶発胆嚢癌の1例を経験したので，若干の文献的考察を踏まえて報告する．

102（消）．GC療法に不応・不耐の胆道癌に対するS-1療法

○村中徹人[1,2]，小松嘉人[2]，中野真太郎[1,2]，澤田憲太郎[1,2]，川本泰之[1]，中積宏之[2]，結城敏志[1]，平田　甫[1]，中島正人[1]，平田幸司[1]，杉浦　諒[1]，加藤　新[1]，桒谷将城[1]，坂本直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]）

【背景】本邦で行われたBT-22試験に基づき，2011年，切除不能進行胆道癌に対してゲムシタビン＋シスプラチン療法（GC療法）が保険承認された．胆道癌2次化学療法に関して第III相比較試験の報告はないが，実臨床においてS-1療法が頻用されている．しかしながらGC療法後のS-1療法の有効性に関する報告は少ない．

【目的】実臨床において，GC療法に不応となった胆道癌に対するS-1療法の有効性を検討する．

【方法】2011年12月から2017年12月までに1次治療としてのGC療法が不応となった切除不能進行胆道癌に対して，S-1療法が行われた症例（S-1群）と，行われなかった症例（BSC群）の予後に関して，診療録を用いて後方視的に検討する．

【結果】上記期間に1次治療としてGC療法が不応となった胆道癌症例は76症例で，後治療の内訳はS-1群47例（男：女=31:16），BSC群29例（男：女=17:12）で，2次治療移行率は61.8%であった．年齢中央値は66歳（S-1群）：73歳（BSC群），PS（0/1/2）はS-1群34/13/1，BSC群13/15/1であった．観察期間中央値は20.9ヶ月で，前治療の無増悪生存期間（PFS）中央値は6.2ヶ月（S-1群）：3.4ヶ月（BSC群），GC療法増悪時を基点とした全生存期間中央値はS-1群8.1ヶ月：BSC群4.0ヶ月（ハザード比0.71, p=0.223）であった．S-1療法の奏効率は4.3%，病勢制御率は29.8%，PFS中央値は3.0ヶ月であった．また，S-1療法を6ヶ月以上継続できた症例も6例あった．

【結語】2次化学療法としてS-1療法が行われた群はBSCとなった群よりも予後が良好である傾向が見られた．また，2次治療移行できた群は移行できなかった群と比較し前治療のGC療法の無増悪生存期間が長期であった．奏効例や長期にわたって病勢をコントロールできた症例も見られ，GC療法後であっても状態が許せばS-1療法を積極的に検討すべきと考える．

103（消）．術前診断し得た胆嚢扁平上皮癌の1切除例

○大橋佑介[1]，菅井　望[1]，谷口恵美[1]，児島裕一[1]，山口　巧[1]，松薗絵美[1]，大原克仁[1]，曽我部進[1]，関　英幸[1]，藤田　淳[1]，鈴木潤一[1]，武田圭佐[2]，柳内　充[3]，鈴木　昭[3]（KKR札幌医療センター消化器内科[1]，KKR札幌医療センター外科[2]，KKR札幌医療センター病理診断科[3]）

【はじめに】胆嚢原発の扁平上皮癌は稀であり、局所浸潤することが多いとされている。今回、肝浸潤した胆嚢扁平上皮癌を肝生検から診断し、切除可能であった症例を経験した。これまでの本邦報告例と比較し報告する。【症例】82歳女性。主訴右側腹部から背部にかけての疼痛で当科受診した。腹部超音波検査で胆石、胆泥、胆嚢壁肥厚を認め、精査加療のため当科入院となった。CT及びEOB-MRIで胆嚢体部の不整な壁肥厚と胆嚢床に連続して肝内に腫瘤影を認めた。腫瘍マーカー（AFP、CEA、CA 19-9）は正常域であった。確定診断目的に肝臓右葉S 5の胆嚢床に連続する腫瘤影から肝生検施行。生検結果は扁平上皮癌を疑う所見であった。治療は本人希望もありTS-1内服開始した。口内炎や舌の痺れの副作用出現し食事摂取不良となり1コース目のday 15より内服中止となった。生検後3ヶ月後に造影CT撮影し、病変は大きな変化なく切除可能と判断し、生検から4ヶ月後当院外科で開腹胆嚢摘出術及び肝床部切除施行された。病理組織検査で胆嚢原発の扁平上皮癌（pT 3a, pN 0, pM 0, pStageIIIA）と診断された。【考察】胆嚢癌はその多くが腺癌であり扁平上皮癌は稀である。胆嚢扁平上皮癌は血行性転移とリンパ行性転移が少なく、直接浸潤が多く巨大腫瘤を形成しやすいとされている。一般的に進行例で発見されるため予後は悪いとされている。本症例も肝浸潤はあったが治癒切除可能であった。本邦での報告例は医学中央雑誌の1987年から2018年までで36例存在しており治癒切除可能であった場合は長期予後が期待できる場合もあるとされているが、症例数が少ないため今後も更なる症例蓄積が望まれる。

104（消）．当院におけるBR-A膵癌とUR-LA膵癌の臨床的差異の検討

○柾木喜晴[1]，本谷雅代[1]，上野あかり[1]，石上敬介[1]，伊東文子[1]，志谷真啓[1]，阿久津典之[1]，佐々木茂[1]，木村康利[2]，竹政伊知朗[2]，仲瀬裕志[1]（札幌医科大学消化器内科[1]，札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科[2]）

【背景・目的】膵癌取扱い規約第7版では、癌の腹腔動脈もしくは上腸間膜動脈への接触が180°未満をBorderline resectable（BR-A）、180°以上をUnresectable（UR-LA）と分類しているが、この定義に基づく臨床的特徴の差異について検討を行った報告は少ない。【対象・方法】2013年12月以降に当院で診療を行った膵癌221例のうち、上記規約に基づき画像の再評価を行い、BR-Aと診断された20例およびUR-LAと診断された40例を対象とし、その臨床的特徴について後方視的に検討を行った。検討項目は、年齢、性、腫瘍占拠部位、治療前血中CA 19-9値、画像評価によるリンパ節転移の有無、外科手術の有無、生存期間中央値（MST）とし、手術例に関しては術式、門脈合併切除の有無、R 0切除の有無、術後補助化学療法の有無について、2群間における差異を比較した。【対象の内訳】平均年齢：70±8.2歳、男女比：28/32、腫瘍占拠部位：頭部40例/体尾部20例、治療前平均CA 19-9値524±1088U/mL、リンパ節転移無46例・有14例、MST：442±319日であった。外科手術を施行されたのは15例であり、全例がR 0切除であった。また門脈合併切除例は7例存在した。術後補助化学療法は13例で施行された。【結果】2群間に有意差がみられたのはMST（BR-A群43.6か月、UR-LA群23.1か月、p=0.0013）のみであった。非切除症例におけるMSTも2群間で有意差を認めた（BR-A群43.6か月、UR-LA群20.4か月、p=0.041）。切除症例においては追跡した限りで死亡例は認めず（観察期間中央値460日）、各種因子における2群間の差異は見い出せなかった。【結語】R 0切除が得られた症例に関しては長期予後が期待できるが、非切除例では、UR-LAはBR-Aよりも有意に予後不良であった。現行の規約では両者ともにStage 3に分類されるが、今回の結果を受けて規約改変の必要性が示唆された。

105（消）．膵体尾部癌術後の肝転移再発に対しインターベンション治療が奏効した1例

○秋山剛英[1]，柴田敬典[1]，土居　忠[1]，大井雅夫[1]，高橋　稔[1]，本間久登[1]，森井一裕[2]，古川勝久[2]，平田健一郎[1]，米森敦也[3]，竹内幹也[3]，女澤愼一[4]（札幌共立五輪橋病院消化器内科[1]，札幌共立五輪橋病院血液腫瘍内科[2]，札幌共立五輪橋病院消化器外科[3]，札幌共立医院[4]）

症例は49歳、男性。2015年4月、近医でCA 19-9高値、膵体尾部腫瘍を指摘されて前医に紹介となり、EUS-FNAで膵体尾部癌の診断となった。術前化学放射線療法および全身化学療法を施行され、2016年1月に同院外科で膵体尾部切除（D 2）、脾摘、空腸部分切除術が施行された。術後補助化学療法が行われたが、同年6月の腹部CTで肝転移が出現し、その後肝転移巣の増大を認めたため、肝転移に対する動注化学療法目的に2016年8月当科紹介となった。当科入院後、腹部血管造影下に肝動注リザーバーを造設し、GEM/5-FU併用動注化学療法を開始した。治療により肝転移巣は著明に縮小したが、2017年6月動注カテーテルの損傷を認めたため動注リザーバーを抜去した。後日行った腹部血管造影検査で固有肝動脈の高度狭窄を認めたため、動注リザーバーの再留置を断念した。患者は全身化学療法ではなく、肝転移に対する局所治療を強く希望されたため、同年8月、肝転移巣に対しTACEを施行した。その後、無治療経過観察中であるが、現在も肝転移の増悪や新規再発病変の出現を認めていない。今回我々は、肝転移巣が制御され、長期生存が得られている膵体尾部癌術後肝転移再発の1例を経験したので報告する。

106（消）．腹膜転移を伴う膵癌に対し腹腔内化学療法が奏功した1例

○神　崇志[1]，高山歳三[1]，岡村直香[1]，杉山絢子[1]，平山眞章[1]，佐藤大介[2]，鈴木善法[2]，浅野賢道[3]，辻　靖[1]（斗南病院腫瘍内科[1]，斗南病院消化器外科[2]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅱ[3]）

【症例】65歳男性。検診で高アミラーゼ血症を指摘され精査の結果、膵体部癌の診断となった。画像上明らかな遠隔転移は認められず根治切除可能と診断され、2015年10月に開腹手術となった。しかし網嚢内に白色結節が複数確認され、迅速病理検査で播種と診断されたため試験開腹で終了となった。腹腔内化学療法併用の治療目的に当科紹介となり、腹腔ポート造設後、同年12月よりGemcitabine全身投与（GEM）とPaclitaxel腹腔内投与（ipPTX）併用を計6コース施行した。CTで原発巣の増大を認めず、ポートより採取した洗浄細胞診陰性が持続した。Conversion surgeryを念頭に2016年4月に審査腹腔鏡を施行、CY（-）、P（-）が確認され、5月に膵体尾部切除＋D 2郭清を施行した。術後は補助化学療法としてGEM＋ipPTXを6か月、その後ipPTX単独療法を6か月施行した。補助療法中の洗浄細胞診は陰性が持続し、また腫瘍マーカーの再燃も認めず、補助療法は計1年で終了した。しかし無治療で経過観察中の2017年9月にCA 19-9が陽転化、さらに造影CTで腹膜播種を疑う新たな結節が認められた。またPETで腹膜に集積を認めたため腹膜播種再発の確定診断となった。同年11月からS-1＋ipPTXとして化学療法を再開、S-1に不耐でCapecitabineに変更したが同様に不耐となったためGEM＋ipPTXで継続した。2018年4月にCA 19-9の陰転化と洗浄細胞診の陰性を確認し、さらにCTでの播種結節の存在は認めていたが5月に行ったPETでは集積がなかったためComplete Metabolic Remissionと診断した。【考察】腹膜転移ついては治療法が確立されていないが、近年胃癌腹膜播種に対するipPTX治療が注目されている。腹膜転移の進行が制御可能となれば原発巣切除も検討され、さらなる生命予後の延長が期待できる。我々は膵体部癌腹膜播種の症例に対し、GEMとipPTXで手術可能となり、さらに再燃後に寛解導入し得た一例を経験したので、ここに報告する。

107（消）．切除時期ならびに術式に苦慮した膵体部癌の1例

○河瀬智哉[1]，友田博行[1]，田中　卓[1]，木田裕之[2]，山口智仁[2]，山口聖隆[2]（北斗病院消化器内科[1]，北斗病院消化器外科[2]）

【症例】79歳女性【既往歴】8年前に大腸癌で手術。【現病歴】大腸癌術後から1年毎に当院外科を定期受診。CTにて主膵管の拡張をみとめたため当科紹介。【画像所見】CTにおいて主膵管拡張起始部は、US上腫瘤像としてとらえられない一方、EUSで狭搾部付近には分枝膵管拡張が認められた。高異型度膵上皮内腫瘍性病変（いわゆるPanIN 3）相当の病変が潜在している可能性を疑い同病変部付近で膵液細胞診を実施したが、病理学的確証を得ることは出来なかった。この時点で画像上悪性の可能性が強いため外科的治療の選択肢があることも説明したが、細胞診結果を理由に保留。3ヶ月後のMRIでも腫瘤像としてはとらえられず、さらに3ヶ月後にUSを実施。その結果初診時から警戒していた膵管拡張起始部に9mm×11mmの低エコー像を認めた。直ちに膵液細胞診を実施しadenocarcinomaを得たため、再度外科的治療の必要性を説明し切除とした。なお、当該病変はIDUSにおいて門脈左縁直後の尾側にみられたため膵頭十二指腸切除を検討していたが、2回目の膵管造影時に尾側主膵管にも狭窄を認め、細胞診は陰性であったが悪性の可能性は否定できず膵体尾部切除術とした。【結果】主病変は13mm×18mmの中分化型腺癌であった。切除断端部では主膵管内のみならず末梢の分枝膵管内にもPanIN 3相当の病変をみとめた。また主病変から尾側の主膵管内にも膵上皮内腫瘍性病変が散見され、特に尾側主膵管狭窄部は高異型度であった。【考察】JEDPACからの報告では1cm未満の通常型膵癌検出にはFNAよりも膵液細胞診が良いとの報告ではあるが両者の検出率自体が高いわけではない。本症例は画像上、癌の潜在が予想されてから病理学的確証を得るまでのフォローアップ方法ならびに、主膵管全体に膵上皮内腫瘍性病変が拡がる症例に対する術後QOL、再発リスクも加味した術式の選択に最後まで苦慮した症例であった。

108（消）．術前治療が奏功したものの，門脈内膜進展のため切除断端陽性となったborderline resectable（BR）膵癌の1症例

○佐賀潤也[1]，小野道洋[1]，村松丈児[1]，伊藤　亮[1]，今川貴之[1,4]，吉田正宏[1,4]，安部智之[1]，藤井重之[1]，前田征洋[1]，仙丸直人[2]，藤田美悧[3]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，製鉄記念室蘭病院外科・消化器外科・呼吸器外科[2]，製鉄記念室蘭病院病理・臨床検査室[3]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[4]）

BR膵癌に対する術前治療により，R 0 切除率の改善が期待されている．今回我々は術前治療後に根治切除を施行したものの，門脈壁内進展のためR 1 切除となった1 症例を経験したので報告する．【症例】70歳台男性．【主訴】皮膚黄染．【現病歴】201x年2月頃より心窩部痛を，3月末に皮膚の黄染を自覚し，当院を受診した．【経過】採血で黄疸と肝機能障害を認めた．腹部エコーで膵頭部に20mm大の低エコー腫瘤を認め，同病変は造影CTで遅延性に内部不均一に造影された．同腫瘤からの超音波内視鏡下穿刺吸引組織診にて腺癌の診断となった．上腸間膜動脈にわずかに接していることから，BR-A膵癌と診断し，経乳頭的にmetal stentを留置した後に，術前治療としてGemcitabine + nab-Paclitaxel療法を開始した．2投1休で6回投与終了後の評価CTではSD範囲内ではあるものの，わずかに腫瘍縮小を認めていた．一部に門脈浸潤も疑われていたため化学療法の追加も提案したが，手術を希望されたため亜全胃温存膵頭十二指腸切除術，門脈合併切除術を施行した．肉眼的には門脈断端は陰性と判断して終了した．術後の病理検体では線維化を伴ってまばらに腫瘍が散在しており，術前化学療法の効果判定はGrade 1 b（膵癌取り扱い規約第7版）と診断した．合併切除した門脈に接して癌はほぼ認めなかったが，門脈内膜を這うように癌が進展しており，R 1 切除の診断となった．その他の断端は陰性であった．【考察】術前治療を施行した膵癌症例では，腫瘍が縮小したとしても門脈内膜に進展している可能性があるため，可能な限り門脈を切除するために門脈グラフト再建術を併施するなどの工夫を考慮すべきである．

109（消）．腹膜偽粘液腫をきたした脾原発粘液性嚢胞腺癌の1剖検例

○村松里沙[1]，小野寺馨[1]，一色裕之[4]，大和田紗恵[1]，山川　司[1]，谷　元博[2]，伊早坂舞[1]，佐藤修司[1]，清水晴夫[1]，小西康宏[3]，今信一郎[3]，金戸宏行[1]（市立室蘭総合病院消化器内科[1]，市立室蘭総合病院内科[2]，市立室蘭総合病院臨床検査科[3]，函館五稜郭病院消化器内科[4]）

【症例】70歳代，女性．1ヶ月前から嘔気，食欲不振を自覚していた．腹部膨満，腹痛，便秘を主訴に当科を受診．理学所見では腹部は膨隆，左下腹部に中等度の圧痛を認めたが，腹膜刺激症状は認めず．血液検査ではCEA・CA 19-9の上昇を認めた．CT検査にて大量腹水，多発肝腫瘤，脾門部に石灰化を伴う腫瘤を認めた．また，上行から下行結腸にかけて著明な便貯留と腸管拡張を認める一方，S状結腸の拡張は認めなかった．以上よりS状結腸癌によるS状結腸狭窄，肝・腹膜転移が疑われ，緊急で大腸内視鏡検査が施行されたが，S状結腸には壁外性圧排を認めるのみであった．さらなる精査加療目的に同日入院となったが，翌日に病室で突然死された．死因究明のため，ご遺族の同意のもと病理解剖を行った．病理解剖所見では，腹腔内に大量の遊離ガスとゼリー状の粘調な腹水を認めた．胃前庭部に分化型の進行癌を認め，多発肝腫瘤は胃癌の転移であった．脾腫瘤は7cm大，石灰化を伴う多房性の粘液性腫瘍であり，線維性嚢胞壁を有する低異型度の粘液性嚢胞腺癌であった．穿孔部位の特定には至らなかったが，脾臓を原発とした粘液性嚢胞腺癌によって腹膜偽粘液腫をきたし，結腸を圧排狭窄したことで腸管内圧の上昇をまねき，消化管穿孔に至ったことが死因と推察された．【考察】脾原発粘液性嚢胞腺癌はまれな疾患であり，今回われわれがPubMedを用いて検索しえた限りでは，自験例を含めて8例の報告があるのみであった．石灰化を伴う線維性嚢胞壁を有する多房性の粘液性嚢胞腫瘍で，腹膜偽粘液腫を呈することがあるが，外科的切除によって比較的予後は良好と報告されている．【結語】今回われわれは，脾原発粘液性嚢胞腺癌の1剖検例を経験した．本疾患はまれであり，貴重な症例経験と考え，ここに報告する．

110（内）．水疱性類天疱瘡と経皮内視鏡的胃瘻造設術

○野津　司[1]，奥村利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

【目的】水疱性類天疱瘡（bullous pemphigoid; BP）は自己免疫性の表皮水疱性疾患であり，療養施設入所高齢者で発症頻度が多いことが指摘されている．本研究は，長期入院高齢者に発症したBP患者の臨床的特徴と，その発症危険因子を明らかにすることである．【方法】斜里町国保病院で2005年7月から2009年4月の間に2年以上入院期間がある患者36人（年齢64-101歳）を対象とした．全ての患者は脳血管障害等で，寝たきりの状態であった．この期間5人にBPの発症を確認し，残りの31人を非BP群として臨床所見を比較した．【成績】BP群では5例全て全身性のBPで，口腔内病変を2例に，1例で食道病変を発症し吐血を来した．全例で経皮内視鏡的胃瘻造設術（PEG）あるいは経鼻（NG）による経管栄養を受けており，4人は女性であった．両群で気管切開の頻度，BMIに差を認めなかった．単変量解析ではPEGと経管栄養（PEGあるいはNG）が有意にBPと関連していた（$p < 0.05$）．年齢，性別及びPEGあるいは経管栄養を独立因子としてロジスティック回帰及びコックス比例ハザード分析を行ったところ，PEGのみが独立して有意にBPと関連する因子であった（$p < 0.05$）．【結論】本研究は症例が少なく，確定はできないが，PEGはBP発症の危険因子である可能性がある．外傷等による皮膚への損傷はBPの原因となり得るが，本研究では気管切開はBPと関連しなかったので，これはPEGがBP発症に特別に関連していることを示唆する．PEGは広く普及しており，PEG患者の管理上，BP発症に注意を要すると考えられる．

111（消）．腹膜垂炎と腹腔内遊離体

○野津　司[1]，奥村利勝[2]（旭川医科大学地域医療教育学講座[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

腹膜垂は直腸を除く全大腸に見られる，大腸漿膜下組織から連続し腹腔内に突出する脂肪組織で，結腸紐に沿って存在する小葉状の脂肪組織である．その機能の詳細は不明であるが，衝撃吸収，飢餓に備えての脂肪の蓄積等が考えられている．通常は画像上同定されないが，その周囲に腹水や炎症が存在する時に確認されることがある．腹膜垂炎はこの腹膜垂に炎症を起こした状態であり，通常は腹膜垂が捻転し，硬塞を起こすことにより発症する．基部が細く長いという形態から，姿勢変換や体動で捻転を起こしやすいとされ，また肥満や腹水の貯留も捻転の誘因になり得る．診断にはCT所見が有用であり，結腸に隣接した3cm程度の卵円形の脂肪濃度の病変で，それを取り囲む軟部組織濃度の輪郭を伴う（hyperattenuation ring sign）．本疾患は自然回復を期待できる疾患であり，抗菌薬の投与も不要であるが，疾患自体があまり知られていないことより，しばしば過剰な治療が選択されている．特に抗菌薬治療が必要な憩室炎との鑑別は重要である．梗塞に陥った腹膜垂は，体内で吸収されるか，腹腔内遊離体を形成する．腹腔内遊離体は多くは偶然画像で指摘され，腫瘍が疑われて外科手術になる症例も散見される．本発表では，我々が経験した腹膜垂炎と腹腔内遊離体のそれぞれの症例を提示し，本疾患の理解を深めたい．

112（消）．悪性症候群を併発した急性穿孔性虫垂炎の1例

○深作慶友，安念和哉，許　理威，福島　剛（市立千歳市民病院）

【緒言】精神疾患治療中の患者は、炎症や脱水、内服中断による悪性症候群発症の高リスクである。【症例】59歳、女性。近医で統合失調症に対し内服治療中であった。39度の発熱、めまいを主訴に前医受診し、感冒の疑いで内服処方により帰宅した。翌日、再度発熱と下腹部痛を認め再診し、血液検査上CPK、CRP著明高値を認め悪性症候群の疑いで当院内科紹介、ダントロレンナトリウム・抗菌薬投与による入院治療を開始した。入院翌日に下腹部痛・腹部膨満の増悪を認め、腹膜炎の疑いで当科紹介となった。腹部CTでは虫垂の腫大を認め急性虫垂炎が疑われたが、呼吸状態の増悪、血圧低下を認め、ショック状態であり手術による治療介入は困難と判断し、抗菌薬による保存的治療の方針とした。治療開始三日目にvital signの安定と血液検査所見の改善を認め、腹膜炎、急性虫垂炎の疑いで審査腹腔鏡を施行した。腹腔内は全体的に癒着していたが、丁寧に剥離し検索すると壊死性変化を伴い穿孔した虫垂を認め、急性穿孔性虫垂炎の診断で虫垂切除、腹腔内洗浄ドレナージを施行した。術後、麻痺性イレウスの遷延と尿路感染を発症したが保存的に軽快し、術後56日で退院、現在、悪性症候群の再発なく経過している。【考察】向精神薬や鎮静薬を長期内服中の精神疾患患者では、消化器疾患の加療や病態に伴う脱水、内服中断や周術期管理に伴う悪性症候群発症のリスクが高いとされており、腹膜炎術後や腸閉塞治療中の悪性症候群発症の報告が散見される。本症例でも精神疾患に対する内服は継続していたものの、腹膜炎による発熱・脱水があり悪性症候群を併発したものと考えられた。【結語】精神疾患治療中の患者では、腹膜炎による悪性症候群発症のリスクを念頭に置き、理学・血液検査所見の注意深い観察と悪性症候群と診断した場合の速やかな治療介入が必要である。

113（消）．肝細胞癌転移と腺癌が混在した上行結腸癌の一切除例

○田仲大樹，本間重紀，吉田　雅，市川伸樹，川俣　太，柴崎　晋，川村秀樹，武冨紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ）

症例は41 歳，男性．5 歳時にWilims腫瘍で右腎の摘出と化学療法・放射線治療を施行されていた．38歳時に閉塞性黄疸を契機に肝細胞癌（T3N0M0，Stage3）に対し，当科にて肝右葉切除を施行した．術後もAFPは高値であったため，術後２年目にFDG-PET/CTを再検し，上行結腸に異常集積を認めた．下部消化管内視鏡検査にて，上行結腸に2型病変を認め、生検ではGroup5，高分化型管状腺癌であった．上行結腸癌（T3N0M0, Stage2）と診断し，開腹右半結腸切除（D3）を施行した．術後の病理組織検査では異形上皮細胞と類円形異形細胞の混在し，免疫染色でそれぞれ腺癌と肝細胞癌大腸転移と診断した．また，明らかなリンパ節転移は認めないものの，リンパ節周囲の脂肪織内に肝細胞癌の転移巣を認めた．今回われわれは極めて稀な同一腫瘍内に肝細胞癌の大腸転移と腺癌の混在する症例を経験したので文献的考察を加え報告する．

114（消）．切除不能大腸癌肝転移に対するconversion surgeryの予測因子、治療効果の検討

○奥田耕司[1]，中村路夫[2]，大島由佳[1]，上坂貴洋[1]，寺崎康展[1]，片山知也[1]，砂原正男[1]，大島隆宏[1]，大川由美[1]，三澤一仁[1]（市立札幌病院外科[1]，市立札幌病院消化器内科[2]）

【はじめに】化学療法、分子標的薬治療の進歩により、治療前は切除不能であった大腸癌肝転移でも、肝切除可能となる症例（conversion surgery）が増加し、良好な予後が報告されている。今回われわれは、切除不能大腸癌肝転移で、conversion 可能となる症例の予測因子、及び治療効果について検討した。【対象】2007年1月～2017年12月の大腸癌肝転移症例で、治療前は切除不能と判断された37症例を対象とした。【結果】化学療法開始後に肝切除可能となりconversion surgeryが施行されたのは、37症例中8例であった。conversion有り8例/無し29例の2群間で、原発巣因子として、占居部位、組織型、原発巣切除の有無、KRAS変異の有無など、肝転移巣因子として、肝転移個数、最大径などを比較したところ、2群間に統計学的な有意差は認めなかった。conversion有り8 症例の3 年/ 5 年生存率はそれぞれ71.4%/ 35.7％であり、conversion無し29症例の生存率（3YS；15.4%, 5YS；7.7%）と比較し良好であった（P＜0.01）。【結語】切除不能大腸癌肝転移では、治療前にconversionの可能性を予測することは困難であるため、全症例で常に肝切除の可能性を追求していくことが望ましいと考えられる。今後も症例を蓄積し検討を続けたい。

115（消）．大腸ステント留置による腹膜炎で外科的手術を要した1例

○西村友佑[1]，山田　錬[1]，寺下勝巳[1]，高木智史[1]，高橋昌宏[2]，中川隆公[2]，西川　眞[2]，下國達志[2]，奥村一慶[2]，矢部沙織[2]，吉川裕幸[3]，山口晃典[3]，中西勝也[4]（JCHO札幌北辰病院消化器内科[1]，JCHO札幌北辰病院外科[2]，JCHO札幌北辰病院放射線診断科[3]，JCHO札幌北辰病院病理診断科[4]）

【症例】60歳台、男性。【主訴】腹痛、嘔吐【現病歴】1週間前からの腹痛と早朝からの嘔吐を主訴に近医を受診し、腸閉塞の疑いで当院へ紹介となった。【既往歴】高血圧症に対し近医で内服加療中である。【臨床経過】第1病日に撮像したCTで横行結腸に腫瘤を認め、病変より口側の結腸と小腸全体が拡張していた。リンパ節転移や遠隔転移は認めず、大腸ステント（SEMS）による減圧後に外科的手術の方針とした。同日に下部消化管内視鏡検査を施行し、横行結腸に全周性の2型腫瘍を確認した。狭窄が強かったが造影剤は口側へ流入され、狭窄長は60mmであった。腸管腔を確認しながらガイドワイヤーを進め、22mm× 100mmのSEMSを留置した。SEMSの両端は狭窄部の口側、肛門側に留置できていたが、狭窄部についてはSEMSの一部が腸管腔の外に存在していることが疑われた。腸管外への造影剤の漏出は認めなかった。終了後にCTを撮像し、SEMSが腫瘍を貫いていると考えられた。free airは認めなかったため慎重に経過観察とした。第2病日のレントゲンでもfree airは認めず、niveau像は減少していた。腹部膨満も軽快し、減圧は有効であると考えられた。しかし第3病日には39℃台の発熱を認め、CTでSEMS留置部の腸管周囲に脂肪織濃度の上昇を認めた。SEMS留置による腹膜炎と考え、同日に右半結腸切除術を施行した。摘出標本からはSEMSが腫瘍内を貫いていたことが考えられた。術後経過は良好で退院された。pStage 3bであり、現在は術後補助化学療法としてXELOX療法を施行している。【考察】腸閉塞を併発した大腸癌では、術前一時的適応（Bridge to Surgery）としてSEMS留置の適応がある。成功すればほぼ確実に減圧が得られるため有用性が高いが、合併症による外科的手術を要することもあり注意が必要である。

116（消）．虫垂杯細胞カルチノイドの1例

○太田勝久，藤井常志，岸　法麿，斎藤　敦，相馬　学，松崎信幸，杉山祥晃，石川千里，阿部真美，長谷部千登美（旭川赤十字病院消化器内科）

症例は80歳代男性、前医で施行した採血で肝機能高値を認めCT・MRIを施行したところ総胆管結石の診断となり当科に紹介受診となった。初回受診時に造影CTを追加施行した所、虫垂内の粘液貯留を認め粘液癌を疑う所見を認めた。総胆管結石に対して加療後に退院となったが、退院後に右下腹部痛が出現、CTで急性虫垂炎の診断となった。再度入院で保存的加療が開始となったが症状や炎症の改善が得られず緊急手術の方針となった。高度の炎症下での手術となったため、虫垂根部の同定が困難であり2分割での虫垂切除となったが、最終的には虫垂根部より虫垂を切除する事が出来た。しかし術後病理で虫垂根部に杯細胞カルチノイドが認められ断端陽性の診断であった。回盲部切除の必要性を検討するため下部消化管内視鏡で虫垂開口部の観察を行ったが、虫垂開口部には明らかな異常所見は認められなかった。本人が高齢である事もあり、追加切除は行わず経過観察の方針となった。虫垂に出来る杯細胞カルチノイドは内分泌細胞と粘液産生性腺癌細胞に類似した組織学的特徴を有する比較的稀な疾患で、進行例ではリンパ節転移・腹膜播種を来たし予後不良とも言われる。その為、腫瘍径4cm以上もしくは漿膜外浸潤・リンパ管浸潤、盲腸への直接浸潤、臨床的にリンパ節転移が陽性、のいずれかを認める場合は追加切除の適応基準とも言われる。本症例は虫垂断端が陽性であり、本来であれば追加切除の適応とも考えられるが、脳梗塞の既往や高齢である事より追加切除もしくは化学療法は困難と考えられ、外来で定期的に経過観察となっている。手術後9カ月経過時のCTでは再発所見は認めておらず、術後経過は良好と思われる。今回虫垂の杯細胞カルチノイドと呼ばれる比較的稀な症例を経験したので、若干の文献も含めて考察する。

117（消）．腸閉塞症状で発症した腸管子宮内膜症の1例

○穴田麻眞子[1]，石部絵梨奈[1]，藤江祐貴[1]，米村洋輝[1]，霜田佳彦[1]，多谷容子[1]，松本美櫻[1]，堀本啓大[1]，馬場　麗[1]，武藤修一[1]，木村宗士[1]，植村一仁[2]，木村太一[3]（北海道医療センター消化器内科[1]，北海道医療センター消化器外科[2]，北海道医療センター病理診断科[3]）

【はじめに】腸管子宮内膜症は月経周期とともに子宮内膜組織が腸管壁に増殖を来す比較的ありふれた疾患であるが，腸閉塞で発症するものは少ない．また外科的切除を要することが多いが，術前に炎症性腸疾患や悪性腫瘍との鑑別が難しい場合もある．今回我々は，腸閉塞症状で発症し，病歴聴取から術前に腸管子宮内膜症を疑い腸管切除を施行した1例を経験したので報告する．【症例】40歳代女性．腹痛、嘔吐を主訴に近医を受診．CTとCSでS状結腸に狭窄を認め，同部位を閉塞機転としたサブイレウスの診断となった．子宮，卵巣の悪性腫瘍の合併も疑われ当科紹介となった．CSではS状結腸に粘膜下腫瘍様の狭窄病変を認め，scopeの通過は不能であった．消化管造影検査では4cm程度の母子圧痕像を伴う狭窄を認めた．生検では悪性所見はなく，病歴を詳細に聴取するとこれまでも生理周期と一致して便秘を繰り返していた．病歴，画像所見から腸管子宮内膜症を疑い，腹腔鏡補助下S状結腸切除術，子宮全摘術，左付属器摘出術が施行された．子宮はleiomyomaとadenomyosisの所見で，S状結腸，卵巣，リンパ節にEndometriosisの所見を認め腸管子宮内膜症と最終診断された．【考察】腸閉塞で発症した大腸子宮内膜症の本邦報告例は比較的少なく，術前診断率も21～37%と低率である．炎症性腸疾患や大腸癌，転移性腫瘍，悪性リンパ腫等の悪性疾患との鑑別が問題となるが，生検診断率も9%と低い．最近EUS-FNAでの組織診断率が40%との報告もあるが一般に普及しているとは言い難い.自験例でも術前に確定診断には至らなかったが，詳細な問診と婦人科疾患の合併から腸管子宮内膜症を疑うことができた．【結語】閉経前の女性の腸管狭窄の診療にあたっては，腸管子宮内膜症も鑑別疾患に入れることが重要である．

S2-1（内）．Helicobacter pylori総除菌時代の胃癌スクリーニングのあり方

○津田桃子[1]，小野尚子[2]，田中一光[1]，井上雅貴[1]，木脇佐代子[1]，石川麻倫[1]，松田可奈[1]，山下允孝[1]，高橋正和[1]，山本桂子[2]，中川　学[3]，森　康明[1]，中川宗一[3]，清水勇一[2]，坂本直哉[1]（北海道大学大学院消化器内科学講座[1]，北海道大学病院光学医療診療部[2]，中川胃腸科[3]）

【背景と目的】除菌後の胃粘膜は，除菌前の萎縮や腸上皮化生の程度により多彩で，除菌後胃癌の背景粘膜は均一ではない．そのためスクリーニングの方法や画像強調観察の有用性については報告が少ない．本検討では，*H. pylori*除菌後に発見された早期胃癌の特徴と，画像強調内視鏡診断について検討した．【方法】2014年1月から2018年5月までに当院で内視鏡治療された早期胃癌症例のうち，*H. pylori*除菌成功後1年以上経過して発見され，内視鏡治療前にNBI（narrow band imaging）拡大内視鏡観察を行った80症例（94病変）について検討した．胃癌発見時期によりA群：除菌後5年未満（51例60病変），B群：同5年以上（19例23病変），C群：同10年以上（10例11病変）の3群にわけて，1）患者背景，2）胃癌の臨床病理学的特徴，3）胃癌の背景粘膜，4）NBI画像におけるDL（Demarcation line）の有無とVS（vessel plus surface）patternを検討した．【結果】結果1）性別，胃癌（除菌後初発癌）発見時平均年齢，除菌時年齢，内視鏡施行間隔に差はなかった．2）3群ともL，M領域の陥凹性病変が主体で，A群の2例を除きすべて分化型癌，大きさ1cm未満の病変はA群38.3%，B群39.1%，C群54.5%であった．癌の色調は周囲と比較し発赤であった（64.9%）．3）地図状発赤に囲まれた癌はC群で多かった（$p < 0.05$）．4）NBI画像でDLはA群13.3%，B群26.1%，C群27.3%で不明瞭であった．VS classificationでは96.8%の早期胃癌と診断できた．診断できなかった病変は3病変のみであった．【結語】除菌後胃癌は背景粘膜の性質により境界が不明瞭化する傾向にある．色調変化に着眼し，画像強調観察の併用が拾い上げに有用と思われた．

S2-2（内）．未分化組織混在型早期胃癌に対するNBI拡大観察の有用性

○石井達也，田沼徳真，鈴木雄一郎，赤保内正和，青木敬則，原田　拓，潟沼朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

【背景】早期胃癌において，分化型癌に未分化成分が混在している未分化組織混在型癌は純粋な分化型癌や未分化型癌に比較して予後不良であることが指摘されており注意が必要である．しかし，事前に未分化組織混在型を指摘することは難しく，当院においても術前生検で未分化組織混在型と診断できた症例は17.1％と低値であった．そこで，NBI拡大観察で未分化組織混在型の予測が可能なのかを検討することにした．【目的】未分化組織混在型胃癌に対するNBI併用拡大観察の有用性を明らかにすること．【対象と方法】2014年3月～2018年3月までの期間，当院にて胃ESDが施行された症例のうち病理組織診断が得られた30病変（分化型18例，未分化型4例，未分化組織混在型8例）を抽出し，X：通常観察のみの画像集とY:：通常観察＋NBI併用拡大観察の画像集を作成した．当科の医師5名（内視鏡学会専門医3名，非専門医2名）にX→Yの順番で読影を依頼し，3択形式（分化型，未分化型，未分化組織混在型）で回答してもらった．その後，正診率の変化を比較検討した．なお読影前に，分化型癌，未分化型癌の内視鏡診断基準の参考資料を配布して目合わせを行った．【結果】全体の正診率は，X：54%，Y：50.7%であった．組織型別では分化型癌X:57.8%，Y：57.8%，未分化型癌X：40%，Y：50%であり，未分化組織混在型ではX：52.5%，Y：35%（P＜0.05）と有意な低下を認めた．【結論と考察】未分化組織混在型胃癌をNBI併用拡大観察にて指摘することは困難であると考えられた．早期胃癌の内視鏡切除を行う際には，未分化組織混在型の予測が困難であることを念頭に置きながら治療に臨む姿勢が必要と思われた．ただし，本検討Yにおいて未分化組織混在型と選択された例の多くが中分化型組織の混在例であった．分化型癌の中でも中分化組織混在例は悪性度が高い事も報告されている．実臨床におけるNBI拡大観察の活用法についてはさらなる検討が必要と思われた．

S2-3（内）．クローン病患者に対する小腸内視鏡下バルーン拡張術の術前診断と安全性

○伊藤貴博[1]，西村東人[1]，古川　滋[1]，前本篤男[1]，太田智之[2]（札幌東徳州会病院IBDセンター[1]，札幌東徳州会病院消化器センター[2]）

【背景と目的】クローン病の消化管狭窄は小腸や腸管術後吻合部に発生しやすく高度なものは外科手術の適応となるが繰り返す手術は短腸症候群の原因となるため当センターでは可能な限り内視鏡的バルーン拡張術（EBD）を施行し手術を回避できるよう努力している．クローン病消化管狭窄に対する小腸内視鏡を用いたEBDの術前内視鏡診断とEBDの成績および合併症について検討した．

【対象と方法】対象は2009年1月から2017年10月まで消化管狭窄に対してシングルバルーン小腸内視鏡を用いてEBDを施行したクローン病患者77名．方法は性別,年齢,罹病期間,病型,症状,EBD前の内視鏡所見,施行回数,治療内容,合併症などの情報を診療録から収集し後方視的に検討した．

【結果】男性57名,女性20名．初回EBD施行時の年齢中央値は34歳（16-66歳）,罹病期間中央値は97か月（1-395か月）,病型は小腸型45名,小腸大腸型32名．EBD施行回数は193回（経口的25回,経肛門的168回）で,そのうち175回は内視鏡の通過しない狭窄に対して施行されていた．初回EBD時の症状は腸閉塞36名,閉塞症状19名,症状なし22名であり,抗TNF-α抗体製剤使用中58名,チオプリン製剤使用中33名,経腸栄養療法施行中43名であった（重複あり）．内視鏡（+消化管造影検査）による術前診断で小腸内視鏡下EBDが必要であると判断した狭窄は延べ407箇所で71%は活動性病変（びらんや潰瘍）を伴っていた．病変の存在部位は空腸が26箇所,回腸が320箇所,吻合部が32箇所,回盲弁が20箇所,その他9箇所であった．1回のEBDで拡張した狭窄は平均2.1箇所（1-7箇所）であった．合併症（穿孔）は3回（3/193, 1.6%）で他施設の既報と比較し同程度で,緊急手術を必要としたものは2回,待機手術は1回であった．穿孔はいずれも回腸の活動性病変を有する狭窄を拡張する際に発生していた．

【結論】クローン病の活動性病変を有する狭窄に対する小腸内視鏡を用いたEBDには内視鏡診断も含めて細心の注意を払う必要がある．

S2-4（内）．超音波内視鏡検査を用いた大腸SM深部浸潤（T1b）癌に対する内視鏡的完全摘除

○稲場勇平[1]，斉藤裕輔[1]，藤谷幹浩[2]（市立旭川病院消化器病センター[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

【背景】大腸癌治療ガイドラインではSM垂直浸潤距離1,000μm以上と術前診断したT1b癌に対して外科手術が推奨されているが、今後高齢化や合併症の増加等により、これらT1b癌に対しても、診断的完全摘除生検の意味から内視鏡摘除が施行される例の増加が予測される。従ってT1b癌における完全摘除可能なSM浸潤距離の決定とその術前診断がさらに重要となる。【対象】2004年10月から2017年12月までに当施設で内視鏡治療を施行し，組織学的にSM浸潤距離の計測が可能であった大腸T1癌125病変及び同時期に内視鏡検査とEUSを行った大腸SM（T1）癌79病変【結果】1．内視鏡治療を行った大腸T1癌125病変におけるSM浸潤距離は隆起型において有意に大きかった（3,100±2,000 vs 1,100±1,000μm: p＜0.001）。2. 内視鏡治療の結果、深部断端陽性となった大腸T1癌は17病変であった（隆起型12病変、表面型5病変）、これら切除断端陽性病変における切除SM距離は隆起型で4,900±2,300 、表面型で2,800±700μmであり、Receiver Operating Characteristic（ROC）曲線を用いて算出した内視鏡的に深部断端陰性として完全摘除可能なSM浸潤距離は隆起型では3,000μm、表面型では2,000μmまでであった。3.超音波内視鏡（HFUP）上で計測したSM浸潤距離は組織学的SM浸潤距離と有意な相関を認め（相関係数R= 0.875、p＜0.0001）、HFUPを用いる事で、術前にSM浸潤距離の計測が可能であった。4．内視鏡的に断端陰性で完全摘除可能と考えられるSM垂直浸潤距離の鑑別（隆起型3,000μm、表面型2,000μm）における正診率は内視鏡に比較してHFUPで有意に高率であった（隆起型46% vs 86%（p＜0.01）、表面型76% vs 86%（p＜0.01））。【結論】今後増加すると考えられる大腸T1b癌に対する内視鏡的完全摘除の可否に関して、術前のHFUPは必須の検査法であると考えられた。

S2-5（内）．大腸ESDの治療困難因子の検討：Donut sign

○高橋慶太郎[1,2]，藤谷幹浩[1,2]，小林　裕[2]，村上雄紀[2]，岩間琢哉[2]，久野木健仁[2]，安藤勝祥[2]，上野伸展[2]，嘉島　伸[2]，盛一健太郎[2]，田邊裕貴[2]，奥村利勝[1,2]（旭川医科大学光学医療診療部[1]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[2]）

【目的】大腸ESDの治療困難例において、全周切開後、局注液によって周辺粘膜が浮腫状に挙上し、治療部位が相対的に陥凹した状態になることを経験する。今回、周辺粘膜の浮腫状挙上と治療部位の相対的陥凹をDonut signと定義し、治療困難例の指標となりうるか検討することを目的とした。【方法】2011年4月から2018年3月までに当科で大腸ESDを施行した225症例248病変を対象とし、その治療成績を検討した。また、一括切除の失敗例、スネア併用（hybrid ESD）への変更例、術中穿孔例を治療困難例と定義し、年齢、性別、局在、腫瘍径、肉眼型、手技時間、術者、線維化、Donut signに対して多変量解析を行った。【結果】大腸ESD全体の平均腫瘍径は27.6±16.1mm、平均手技時間は88.9±63.7分、一括切除率は88.3%、R0切除率は77.4%、術中穿孔は6.5%であった。Donut sign陽性例は58例（23.3%）、線維化は29例（11.7%）にみられた。治療困難因子に対するロジスティック回帰分析ではDonut sign陽性（odds比14.4、95%信頼区間6.73-30.80、p＜0.001）と線維化（odds比3.66、95%信頼区間1.29-10.40、p= 0.015）が有意に治療困難に寄与していた。Donut sign陰性例では平均手技時間/ hybrid ESDへの移行率/一括切除率/ R0切除率は83.8±63.3分/5.7%/96.8%/85.3%であったのに対し、Donut sign陽性例ではそれぞれ105.8±62.9分/79.3%/一括切除率60.3%/R0切除率51.7%であり、いずれも有意にDonut sign陽性例で増悪していた。【結論】Donut sign陽性例では有意に手技時間、hybrid ESDへの移行率が上昇し、一括切除率、R0切除率が低下していた。周辺粘膜が浮腫状になり始めた早期の段階でDevice変更やTraction assisted ESDに変更するなど、ESD strategyを見直す必要がある。

S2-6（内）．食道表在癌における深達度MM/SM1診断

○岡原　聡[1]，高橋宏明[1]，大橋広和[1]，菅原伸明[1]，小平純一[1]，松本岳士[1]，須貝　茂[1]，小池容史[1]，大内知之[2]，武内利直[2]（恵佑会第2病院消化器内科[1]，恵佑会札幌病院病理診断科[2]）

現在、食道・胃・大腸における早期癌・表在癌でサイズの大きいものは、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）にて治療することが普通のこととなった。しかし、深達度に対する考慮無く、深部浸潤のある病変に対してESDを行うと、深部断端の陽性陰性を問わず、再発転移リスクに対する追加治療が必要となり、しなくてもよいESDを患者に負担させることになる。
食道癌の深達度診断は、扁平上皮癌と、バレット食道癌および接合部癌による腺癌で分けて考える必要がある。扁平上皮癌の場合、ESD後に追加治療せず経過観察にできる深達度は、T1a-MMもしくはT1b-SM1で脈管陰性までとなっているが、その内視鏡診断は非常に難しい。通常光観察では0-Ⅱc病変内にわずかな0-Ⅱa部分を見つけることが重要であり、超音波内視鏡検査においても、そのわずかな隆起を中心に、粘膜筋板の断裂像を確認する必要がある。近年、機器の発達により食道表在癌に対する画像強調拡大内視鏡診断も広く行われるようになってきているが、MM/SM1の診断率は60～70%で、通常光観察や超音波内視鏡検査での診断を大幅に上回る結果には至っていない。MM/SM1の深達度であった扁平上皮癌を経過観察した際の再発率は10%前後とされるが、脈管因子の有無を含め、その詳細な再発リスクは分かっておらず、現在は多施設共同研究にて症例蓄積中である。
バレット食道腺癌および食道胃接合部腺癌の場合、胃癌と同様に拡大観察は範囲診断には有用ではあるものの、深達度診断には向かない。通常光観察での固さの有無や、超音波内視鏡診断で確認するしかないが、病変はEGJ付近に存在し、蠕動や食道炎等による修飾にて検査が難渋する場合が多い。
転移リスクの大きい食道表在癌の追加治療は、扁平上皮癌の場合は外科手術もしくは放射線化学療法を行う必要があり、患者に大きな負担を強いることとなる。腺癌の場合は外科手術となるが、縦隔へのリンパ節転移リスクもあることから、胸腔内操作が必要となる場合もある。どちらにしても負担の大きい治療であることから、これらの検査を行っても深達度がはっきりしない場合に限り、診断的治療としてESDを行うことは止むを得ないが、さらに診断精度を高める必要がある。以上をふまえ、本会では当施設の診断方法および成績を提示する。

118（消）．当院における門脈ガス血症9例の臨床的検討

○水野天仁[1]，石川倫啓[1,2]，阪田敏聖[1,2]，小柳　要[1,2]，横田良一[1,2]，田口宏一[1,2]，深澤拓夢[1]（砂川市立病院消化器外科[1]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ[2]）

【背景】門脈ガス血症は腸管壊死などの重篤な疾患を背景に出現する比較的稀な病態であるとされるが、近年高分解能CTの普及により非腸管壊死例でも門脈ガス血症の検出感度が高まり、保存的治療により軽快した症例も報告されている。門脈ガス血症のみでは手術の必要性の根拠にはならず、症例毎の原因に応じた適切な治療方針の決定が重要である。【目的】門脈ガス血症と診断された症例のうち保存的治療のみで軽快した患者と外科的介入を要した患者とを後方視的に検討し、臨床的特徴などについて考察し適切な治療方針を探る。方法：当院で2012年10月から2018年6月までに門脈ガス血症と診断された症例9例について、臨床症状、検査所見、転帰について検討した。【結果】門脈ガス血症と診断された9例のうち、4例は保存的治療のみを行い、5例は手術を行った。保存的治療のみを行った4例は腹痛や嘔吐などの臨床症状の改善やCTにて門脈ガスの減少が治療介入前に見られていた。一方で手術を行った5例はCTで腸管壊死を示唆する所見があり、4例で腸管切除を要したが、1例は明らかな腸管壊死なく試験開腹のみで終了し、保存的治療にて軽快した。手術を行った症例の術後診断は癒着性イレウス1例、SMA塞栓症1例、非閉塞性腸管虚血症（NOMI）2例、消化管穿孔1例であった。保存的治療群と手術群ともに全症例生存退院し死亡例はなかった。【結語】腸管壊死や消化管穿孔を伴う門脈ガス血症は手術適応と考えられるが、一方で腸管壊死や消化管穿孔がなく全身状態良好な症例は保存的治療で軽快する可能性がある。門脈ガス血症の存在のみでは手術適応の根拠にはならず、症例に応じて治療方針を決定する必要がある。

119（消）．Nivolumab療法の奏効により胃穿通をきたし、原発巣切除術を施行した胃癌の1例

○田渕　葵[1]，太宰昌佳[1]，久保茉理奈[1]，古川龍太郎[1]，小野寺学[1]，高桑康成[2]，山田秀久[3]，吉井新二[1]（NTT東日本札幌病院消化器内科[1]，NTT東日本札幌病院病理臨床検査科[2]，NTT東日本札幌病院外科[3]）

症例は70歳代男性。2016年X月に切除不能進行胃癌の診断となり化学療法を開始した。1次治療はS-1+Nab-paclitaxel+Oxaliplatin併用療法（HGCSG1404：SNOWstudy）を施行。2次治療はIrinotecan単剤療法、3次治療はweekly Paclitaxel+ Ramucirumab併用療法を施行し、その後増悪を認めた。2018年Y月より4次治療としてNivolumab単剤療法を開始。免疫染色（28-8 PharmDx）ではPDL-1発現率は5%、病変は原発巣に加え多発肝転移・肺転移・リンパ節転移・腹膜播種を認めた。3コース施行後のCT画像では、胃原発巣の縮小に伴い潰瘍性病変が示唆された。肝転移病変も縮小を認めたが、肺病変・リンパ節病変は増大を認めた。上部消化管内視鏡検査を施行したところ、原発巣に深掘れ潰瘍を認め、無症状ではあるものの今後胃穿孔を来す可能性や、化学療法の継続性を考慮し腹腔鏡下胃全摘術を施行した。周術期は特に合併症無く経過した。切除標本ではViableな癌細胞が残存するも腫瘍内にはリンパ球や組織球の浸潤が目立ち、最深部は後腹膜への穿通を認めた。リンパ節転移も同様に著明なリンパ球の浸潤を呈していた。周術期に合計3ヶ月間Nivolumab療法を休薬していたが、経過中に肝転移・肺転移・リンパ節転移病変はいずれも縮小を認めた。本症例はNivolumab療法により早期奏効とpseudo progressionを認め、休薬後も抗腫瘍効果が持続した。示唆に富む症例と思われ、病理学的な検討を含め文献的な考察を加え報告する。

120（消）．C型慢性肝疾患治療後に発癌をきたした症例における背景肝のF因子と肝硬度度の比較検討

○野嵜　真，馬場　英，古家　乾，池田明洋，小泉忠史，定岡邦昌（JCHO北海道病院消化器科）

【背景・目的】C型慢性肝疾患治療後の肝臓の線維化の指標として肝硬度が用いられている．実際にウイルスを駆除した症例において，治療後肝硬度が低下することは知られているが，肝線維化が改善しているかを病理学的に検討した報告は少ない．今回当院にてC型慢性肝疾患に対する抗ウイルス治療後，発癌をきたし外科切除を施行した対象において，背景肝のF因子と肝硬度の関連を検討することを目的とした．【対象】C型慢性肝疾患の抗ウイルス治療後に肝癌を発症し，当院で2007年から2017年の間に外科手術を施行した14例（男性12例）を対象とした．年齢は抗ウイルス治療時58.6±9.1歳，手術時64.4±8.6歳であった。C型慢性肝疾患に対する治療法（SVR%）はIFN+RBV3例（100），PegIFN+RBV7例（85.7）、IFN少量長期1例（100），PegIFN+RBV+TVR2例（100），PegIFN+RBV+SMV1例（0）であった。肝癌のステージはステージI/II/III/IVAが6/5/3/0で，8例で術後再発をきたした．抗ウイルス療法開始から肝癌発癌までの期間は，2184±1225日であった．【結果】肝硬度は抗ウイルス療法前13.2±5.0kPa，肝癌切除時10.4±7.8kPaで有意に改善していた（p=0.04）．一方術後病理のF因子と肝癌切除時の肝硬度は，F0/F1/F3/F4でそれぞれ4.3±7.4/5.7±4.3/7.6±7.4/15.0±3.3kPaであった．【結論】C型慢性肝疾患における抗ウイルス治療は長期的には線維化を改善する可能性が高いと思われた．手術前の肝硬度はF因子をよく反映しており，肝線維化の予測に有用な可能性が示唆された．

121（消）．膵癌の治療中に血栓性微小血管障害を来した2症例

○石田浩一[1]，村中徹人[2]，中野真太郎[3]，澤田憲太郎[2]，川本泰之[3]，中積宏之[2]，結城敏志[3]，小松嘉人[2]，坂本直哉[3]（北海道大学病院初期臨床研修センター[1]，北海道大学病院腫瘍センター[2]，北海道大学病院消化器内科[3]）

【背景】
血栓性微小血管障害（thrombotic microangiopathy, TMA）は溶血性貧血、血小板減少、微小血管内血小板血栓による臓器障害を3主徴とする病態であり、代表的な疾患として溶血性尿毒症症候群や血栓性血小板減少性紫斑病（TTP）、二次性TMAがある。我々は膵癌に対するゲムシタビン＋ナブパクリタキセル療法（GnP）施行中に発症したTMAを2症例経験したので報告する。

【症例1】
60歳台男性。膵頭部癌・多発肝転移に対してGnPを10コース施行したが、経過中に浮腫の増悪、腎機能障害、貧血を認めた。血小板減少は認めなかったが、末梢血May-Giemsa染色鏡検で破砕赤血球を認め、腎生検で糸球体と動脈に高度の内皮細胞障害を認めTMAと判断した。限外濾過（ECUM）などの支持療法により腎機能の改善を認め、その後FOLFIRIを28コース、FOLFOXを4コース施行することができた。

【症例2】
60歳台男性。切除不能膵頭部癌に対してGnPを10コース施行したが、経過中に浮腫の増悪と呼吸苦を主訴に入院となった。入院時検査で腎機能障害、貧血、血小板減少（5.1万/μL）、ネフローゼ症候群を認め、末梢血May-Giemsa染色鏡検で破砕赤血球を認めた。TTPを否定できなかったため、血漿交換とプレドニゾロンによる治療を開始したが効果は乏しくADAMTS 13活性低下を認めなかったことから二次性TMAと診断した。現在、血液透析などの支持療法を施行中である。

【結語】
化学療法施行中に溶血性貧血、血小板減少、腎機能障害を認めた場合は、腫瘍性または薬剤性の二次性TMAを鑑別に入れる必要がある。当院で経験した2例はいずれもTMA診断前に難治性の体液貯留を認めており、TMAの先行症状の一つとして留意する必要がある。

122（消）．当院における大腸憩室出血の治療成績の検討

○平野雄大，一色裕之，飯塚　尭，横山佳浩，牛島慶子，鈴木　亮，岡　俊州，笠原　薫，小林寿久，矢和田敦（函館五稜郭病院消化器内科）

【背景】近年，大腸憩室保有者の増加とともに大腸憩室出血の頻度は増加傾向にある．内視鏡的ゴムバンド結紮（Endoscopic Band Ligation：EBL）など新規の治療法も導入され，診断・治療の知見が集積しつつあり，2017年にはガイドラインも発表された．しかし再出血の危険因子，抗血栓薬と出血リスクとの相関など未だ不明な部分も多い．今回我々は当院で経験した大腸憩室出血について，臨床像や止血成績などを検討した．【方法】2010年1月から2018年5月までに当院で加療された大腸憩室出血を対象とし，責任憩室の同定率，再出血率，抗血栓薬の内服有無などを電子カルテで後方視的に検討した．【結果】対象期間に大腸憩室出血として加療されたのは174例で，男性111例（63.8%），年齢中央値76.5歳（39-98），抗血栓薬は92例（52.8%）で投与されていた．診断時にCTが撮影されていたのは89例（50.5%），うち27例（30.6%）で造影剤の血管外流出が認められた．経口腸管洗浄剤による前処置は45例（27.3%）で施行されていた．内視鏡的に責任憩室を同定できたのは51例（29.3%），うち42例でクリップ止血，9例でEBLが施行されていた．1か月以内の早期再出血は27例（15.5%），1ヶ月以後の晩期再出血は34例（19.5%）であった．責任憩室の同定に影響する因子として，内視鏡検査前CTでの造影剤の血管外流出，入院翌日までの内視鏡検査が挙げられたが，有意差は認めなかった．内視鏡止血を行った51例で早期再出血の危険因子を検討すると，腸管洗浄液による前処置を行わなかった症例で再出血率が高い傾向にあったが，有意差は認めなかった．晩期再出血を来した症例を検討すると，糖尿病の併存症例が有意に多かった（P=0.005）．抗血栓薬と再出血率との相関は認めなかった．【結論】当院の大腸憩室出血加療の現況を報告した．糖尿病を併存する症例では晩期再出血を来しやすく，慎重なフォローが必要と考えられた．

123（消）．異所性胃腺からの発生が疑われた胃底腺型胃癌の1例

○魚住健志，関　英幸，山口　巧，松園絵美，曽我部進，菅井　望，藤田　淳，鈴木潤一，秋元真祐子，柳内　充，鈴木　昭（KKR札幌医療センター消化器内科）

症例は73歳男性。慢性腎不全、狭心症で当院中であった。1999年に十二指腸潰瘍を発症しその後の定期的に上部消化管内視鏡検査を行っていたが、2018年X月Y日の上部消化管内視鏡検査で胃体上部小弯に20mm大褪色調の粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。病変頂部には粘液の流出を伴うスリット状の開口部を認め、開口部内部の観察では一部絨毛様の上皮が観察されたものの正確な評価は困難であった。粘液流出を伴うスリット状の開口部近傍のNBI併用拡大内視鏡では弧状の均一なWZ、やや開大した窩間部と腺開口部が認められ微小血管の異型は乏しく、厳密なDLを追うのは困難であった。EUSでは第4層は保たれ、病変は第3層に主座を持つ均一な低エコーの病変として認められた。スリット状の開口部内部からの生検を施行し、胃底腺型胃癌疑いの診断となった。以上より患者と相談し診断的治療目的にESDを施行した。切除標本は組織学的には粘膜下層に嚢胞状に拡張した異所性胃腺の広がりと、好酸性胞体を有する主細胞に類似した細胞が異型腺管を形成する像が認められ胃底腺型胃癌と診断された。胃底腺型胃癌は2010年にUeyamaとYaoらによって提唱された胃底腺、特に主細胞への分化を示す低異型度の分化型胃癌でありその発生にはH.pyloriの関与はないとされている。低異型度の病変ではあるものの病変が小さい段階からSM浸潤をきたしやすいとされており、胃癌全体の約1.6%と非常に稀な腫瘍とされている。本症例は1999年より当院で内視鏡検査をしており今回の病変部位に異所性胃腺と思われる病変を認めていた。また、今回の病理所見でも粘膜下に存在する異所性胃腺と連続して胃底腺型胃癌を認め、その発生母地として異所性胃腺が疑われた。これまでに異所性胃腺を発生母地とした胃底腺型胃癌の報告は医中誌およびPubMedで検索した範囲では認められておらず、9年にわたる長期の経過を追うことができた非常に貴重な症例と思われるので報告する。

124（消）．上部食道腺癌を合併したLynch症候群

○齋藤潤信[1]，山下健太郎[1]，守谷　洋[1]，柴田泰洋[1]，風間友江[1]，須藤豪太[1]，三橋　慧[1]，五十嵐央祥[1]，能正勝彦[1]，山野泰穂[1]，仲瀬裕志[1]，佐々木基[2]，後藤　啓[2]（札幌医科大学消化器内科学講座[1]，札幌禎心会病院消化器内科[2]）

【症例】80台、女性【主訴】腹痛【現病歴】5日間ほど持続する腹痛で前医を受診、上部消化管内視鏡で門歯より21cmの上部食道に2cm大の有茎性ポリープを認め、生検で腺癌疑いと診断され当科紹介となった。病変対側に異所性胃粘膜を伴っており、異所性胃粘膜由来の食道腺癌が疑われた。【経過】脳梗塞後遺症や認知症状の悪化があり、食道病変は無治療の方針とした。その後肺炎を併発し前医に入院、MRIで多発脳転移が疑われ当科初診から3ヶ月後に鬼籍に入られた。患者には60台で膀胱癌、大腸癌、70台で子宮体癌、皮膚腫瘍の既往があり、またAmsterdam criteriaを満たす家族歴も有するため、死亡前に家族の同意を取得し遺伝子解析を施行したところ、*MSH2*のexon 10欠失が検出されLynch症候群と確定診断した。食道生検の免疫染色で、腫瘍細胞の *MSH2/MSH6* 発現が低下していた。【考察】Lynch症候群における食道癌の合併例はPubMed検索で過去に一例のみであるが、上部食道の有茎性ポリープで異所性胃粘膜由来と考えられる腺癌であるなど、本症例と共通点が多い。また2例とも免疫染色でミスマッチ修復（MMR）タンパクの発現が低下しており、MMR機能不全がその原因と考えられる。上部食道の腺癌も過去の英文報告は50例未満だが、その多くは異所性胃粘膜由来と考えられており、文献的考察を加えて発表する。【結語】上部食道の有茎性腺癌を合併したLynch症候群を経験した。

125（消）．腹腔鏡下肝切除術におけるICG蛍光法を用いた術中腫瘍検出法の検討

○藤野紘貴，永山　稔，木村康利，水口　徹，今村将史，山口洋志，吉田瑛司，竹政伊知朗（札幌医科大学消化器・総合、乳腺・内分泌外科学講座）

【はじめに】肝表の腫瘍ではBmode超音波（以下US）による検出感度は低下し、特に腫瘍を直接触知できない腹腔鏡下肝切除術（以下LLR）では、その同定が困難なことがある。当科ではLLRにICG蛍光法を使用しており、今回その有用性を検討した。【方法】2017年1月からICG蛍光カメラシステムを導入し、これまでに肝腫瘍に対するLLR 27症例（36結節）を経験した。ICGは20mgを手術前2-4日に静注した。【結果】ICG蛍光法による腫瘍検出感度は28/36（77.8%）であり、癌種別ではHCC 10/13（76.9%）、転移性肝腫瘍18/23（78.2%）であった。腫瘍の肝表面からの距離（中央値）は、検出できた症例では1mm（0-8）、できなかった症例では12.5mm（5-30）であり、両群間に有意差を認めた（p＜0.001）。B mode超音波での腫瘍検出能は36個中32個（88.9%）であり、B mode超音波で検出できなかった肝結節のうち2個は、ICG蛍光法により検出可能であった。【症例】USにて検出不能、ICG蛍光法を用いることで検出可能であった症例を提示する。80代、男性。肝転移のある結腸癌（S, T3N1M1a-hep, StageIV）に対して原発巣切除後にmFOLFOX 6+Pmabを2コース、IRIS+Bevを8コース施行後、肝転移巣S3,S4,S6（2個）,S8（2個）の計6病変に肝部分切除術を計画した。LLRにて全腫瘍を切除したが、とくにS3の腫瘍（肝表、長径6.5mm）は鏡視下で同定できず、USでも検出困難であった。ICG蛍光法を施行したところ、腫瘍の蛍光像が描出され、同部位を観察しつつ肝切除を行った。摘出後の標本内に腫瘍が確認され、切除断端は陰性であった。【まとめ】LLRにおけるICG蛍光法の併用は、特に肝表に存在する腫瘍において、術中腫瘍検出能の向上が期待できる。さらに腫瘍の存在範囲をリアルタイムに確認しつつ肝切除ができることから、肝切除断端から腫瘍までの距離確保にも貢献する可能性がある。

126（消）．若年発症の急性肝不全型Wilson病に対し待機的に脳死肝移植を施行した1例

○和久井洋佑[1]，後藤了一[1]，財津雅昭[1]，川村典生[1]，渡辺正明[1]，小川浩司[2]，嶋村　剛[3]，武冨紹信[1]（北海道大学大学院消化器外科学教室I[1]，北海道大学病院消化器内科[2]，北海道大学病院臓器移植医療部[3]）

【背景】急性肝不全型Wilson病は急激な悪化から早期の肝移植が必要である。今回我々は急性肝不全に対する集中治療により全身状態を改善させ、脳死肝移植を待機しえた若年性Wilson病を経験したので報告する。【症例】15歳女性。眼瞼結膜の黄染、浮腫を自覚するも高校受験のため経過観察していた。5月に倦怠感増悪し近医受診。巨脾、黄疸を指摘され、精査にて肝硬変、肝不全の診断。Kayser-Fleisher 角膜輪、尿中銅高値、血清セルロプラスミン低値にてWilson病による非代償性肝硬変（CTP 9点B、MELD 21点）の診断で当院紹介となった。塩酸トリエンチン開始したが薬剤性中毒疹、高熱から投与中止、肝不全は急速に増悪し連日のFFP投与、血漿交換を計10回必要とした。CTP 13点 MELD 25点と早急な肝移植が必要と判断し、脳死肝移植待機リストに登録、医学的緊急度8点と評価された。ステロイド、ペニシラミンも併用し徐々に全身状態は改善。当科転科後92日目には高校に通えるまで改善した。本人、家族の希望から脳死待機をinactiveとした時期もあったが、非代償性肝硬変と脾腫から血小板は1万で推移し、脳症も徐々に増悪。学校生活にも支障をきたし脳死待機継続、待機2.5年後に脳死ドナー発生。門脈狭窄からSMVにドナーの総腸骨静脈グラフトを吻合するJump graftで門脈再建し、手術時間14時間49分 出血量5710 mlで脳死肝移植を完遂した。術後経過良好で退院、復学された。【結語】急性肝不全に対する集中治療により全身状態を回復させ、より良い状態での肝移植の実施が可能であった。

127（消）．急性膵炎を繰り返した膵粘液癌の1切除例

○堀内正史，河本　徹，内海辰哉，藤永明裕，宮澤佑貴，本田宗也，田中一之，佐藤智信，後藤　充，斎藤義徳（旭川厚生病院消化器科）

症例は80歳代女性 X-3年に前医で膵体部にΦ6.9mmの嚢胞性病変を指摘されていた。その後X年3月に急性膵炎で同院へ入院。保存的に軽快したが、画像上嚢胞性病変がΦ14.2mmと増大したため外来でフォロー予定となっていた。X年7月に急性膵炎が再燃。画像上膵嚢胞性病変の増大と内部結節病変の出現及び尾側膵管の拡張が出現し、精査目的で当科に紹介となった。体外式超音波検査では、膵体部にΦ18mmの境界が比較的明瞭で円形の低エコー性腫瘤を認め、内部は不均一で高エコー部と無エコー部が混在し，尾側膵管は3.4mmと拡張していた。腹部Dymanic CTでは、単純相では石灰化像を認めず、膵実質相では一部線状や結節状に造影される部位が存在したが、全体としては造影効果が乏しく、平衡相で腫瘍内部も不均一に淡い造影効果を有していた。MRIでは、T1WIで低信号、T2WIで高信号となりDWIではわずかに拡散の低下を認めた。EUSでは辺縁は整、境界は比較的明瞭な円形腫瘤であり内部は無エコー領域と不均一な低エコー域が混在し、辺縁に線状の無エコー域を認め、嚢胞性腫瘍と診断した。主膵管に途絶は無く、圧排性狭細と尾側膵管の拡張を認めた。FDG-PET検査ではSUVmaxが2.3→2.6と上昇を認めた。以上から、膵嚢胞性悪性腫瘍を念頭にX年9月に膵体尾部切除及び脾臓合併切除術を施行した。病理学的にはMucinous Carcinoma, TS2（3.2cm）, pT2, pN0, pM0, pStageIBの診断であった。術後は定期的な画像評価を継続していたが、術後15ヶ月目にCT上リンパ節転移再発の診断となり、現在抗がん剤治療を継続中である。膵粘液癌は浸潤性膵管癌に含まれ、本邦では膵上皮性腫瘍の1.3%を占めるにすぎない比較的稀な疾患である。病理学的には通常型膵癌の一亜型としてのものと、IPMN/MCN由来のものが考えられている。本症例は、粘液癌以外の部分にIPMN様の組織像を認めず、通常型膵癌の一亜型として比較的稀な症例であり、文献的考察を加え報告する。

128（消）．膵頭部癌に対して膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建術施行後、結腸静脈瘤に対してIVR施行し治療した1例

○桑原尚太[1]，松本　譲[1]，倉谷友崇[1]，和田秀之[1]，加藤航平[1]，市之川正臣[1]，吉岡達也[1]，村川力彦[1]，池田　篤[1]，川畑修平[2]，伊藤貴史[2]，松本隆祐[2]，長いく弥[2]，吉田　晃[2]，新　智文[2]，柳沢秀之[2]，菊地英明[2]，大野耕一[1]（帯広厚生病院消化器外科[1]，帯広厚生病院消化器内科[2]）

症例は69歳男性。糖尿病、高血圧で近医通院中、血糖コントロール不良となり精査目的に当院消化器内科に紹介となった。腹部造影CTで膵頭部に門脈に接する22mm大の腫瘤を認めた。FNA施行するとAdenocarcinomaが検出され膵頭部癌の診断となり手術施行したが腫瘍の門脈浸潤により切除不能と判断し試験開腹で終了した。化学療法としてGEM、nab-PTX計9コース施行し腫瘍は一時縮小したが再度増大し手術施行目的に当科紹介となった。腹部造影CTで膵頭部に25mm大の腫瘤を認め、門脈、上腸間膜静脈浸潤を疑う所見を認めた。初回手術から11か月後、亜全胃温存膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建術を施行した。門脈は4cmの環状切除、端々吻合、脾静脈は非再建とした。病理診断はypT 3,ypN 1a,MX,ypStageIIB,R 0で術後補助化学療法としてS-1内服開始となった。根治切除後から7か月後、黒色便が出現し貧血の進行も認められた。造影CTで空腸静脈瘤を認め、精査加療目的で当院消化器内科に入院となりIVRで加療の方針となった。経肝的に静脈瘤へアプローチし造影すると空腸ではなく脾静脈と下腸間膜静脈系の側副血行路として発達した結腸静脈瘤であることが判明した。塞栓物質を注入し静脈瘤を塞栓した。下部消化管内視鏡検査で静脈瘤が軽度認められたが出血のリスクは低く外来経過観察の方針となった。根治切除後1年2か月後腫瘍の局所再発を認め、現在は緩和治療中である。局所進行膵癌に対する門脈合併切除再建術後の門脈圧亢進による側副血行路の発達と異所性静脈瘤の形成は時として経験されるが結腸静脈瘤の報告は非常に稀である。今回、膵頭部癌に対して膵頭十二指腸切除、門脈合併切除再建術施行後、結腸静脈瘤に対する治療経験について文献的考察を加えて報告する。

129（消）．興味深いクローン進化をたどったIPMN関連膵癌

○杉山雄哉[1]，岡田哲弘[2,4]，小野裕介[2]，富永素矢[1]，坂本　淳[1]，木村圭介[1]，太田智之[1]，前島　拓[3]，深堀　晋[3]，吉川大太郎[3]，唐崎秀則[2,3]，河野　透[2,3]，笹島順平[2,4]，水上裕輔[2,4]，奥村利勝[4]（札幌東徳洲会病院消化器内科[1]，札幌東徳洲会病院医学研究所[2]，札幌東徳洲会病院外科[3]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[4]）

症例は60歳代女性。2010年に検診で膵頭部に嚢胞性病変を指摘され、前医にてIPMNの疑いのもと半年ごとに経過観察された。2016年12月に通院を自己中断したが、2017年6月より心窩部不快感を自覚、症状が持続するため同年12月に当院消化器内科を受診した。ダイナミックCTで膵頭部に多房性嚢胞性病変及び同病変に隣接する径20mmの不整な造影不良域を認め、IPMN由来浸潤癌（以下、由来癌）の診断で2018年1月当院外科にてPPPDを施行した。主病変は病理学的に大小様々なサイズの異型腺管から成る中分化型腺癌であり、浸潤癌近傍に低ー高異形度のIPMNが認められた。浸潤癌と高異型度IPMNには組織学的な移行像を認めたが、低異型度IPMNと浸潤癌は接してはいるが、組織的な移行像を断定することはできなかった。そこで、IPMNの異型度と浸潤癌との位置情報を念頭に複数箇所よりDNAをサンプリングして遺伝子解析を行った結果、浸潤癌と高異型度IPMNは同一の変異プロファイル（KRAS G12D +TP53 R273H）だが、低異型度IPMN（GNAS R201H）では異なっていた。興味深いことに、低異型度IPMNの各コンポーネントはGNAS R201Hを共有するものの複数の異なるKRASバリアントが確認された（G12RならびにQ61H）。　本症例では、肉眼的に単一とみなされるIPMN関連膵癌が、異なるクローンから構成される集合体であった。いわゆるIPMN由来癌と隣接併存癌の区別は、画像ならびに組織学的所見から困難なケースが存在し、遺伝子変異をマーカーとすることでIPMN関連膵発癌の詳細な仕組みに迫れると考え報告する。

130（消）．膵癌の確定診断以前に施行されていた画像所見の検討

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

【背景・目的】膵癌は非常に予後不良であり、診断時にすでに切除不能であることが主因と考えられる。予後の改善には早期診断が重要であるが、標準的な画像診断法は未確立である。前回の支部例会にて、当センターにて診療した膵癌症例55例について確定診断以前に施行されていた造影CTもしくはMRIを見直し、早期診断の可能性について報告した。今回は調査期間を拡大して多数例での再検討を行う。【方法】2007年1月-2018年3月までに当センターにて確定診断した膵癌1312例のうち、さかのぼって3カ月から36カ月に造影CTもしくはMRIを施行していた142例（11%）の画像所見を検討した。【結果】年齢中央値は71歳（42-88）、男女比は96:46。腫瘍占拠部位は頭/体/尾部: 81/34/27（57/24/19%）、検査契機は、消化器疾患/他科疾患/他: 96/42/4例（67/30/3%）で、施行画像はCT/MRI/両者: 136/46/40（95/32/28%）であった。CT時期中央値は10ヶ月前（3-36）で、3-5/6-11/12-36カ月前: 19/60/57例（14/44/42%）であった。腫瘍描出が26例（19%）でみられ早期低吸収/遅延性濃染: 19/17例、間接所見が37例（26%）でみられ尾側膵管拡張/分枝拡張/脂肪織濃度上昇/限局性萎縮: 26/10/5/6例であった。一方、MRI時期中央値は9ヶ月前（3-36）であり、3-5/6-11/12-36ヶ月前: 12/16/18例（26/35/39%）であった。腫瘍描出が18例（39%）、拡散制限/T1強調の低信号: 18/9例、間接所見が9例（19%）、尾側主膵管/分枝膵管拡張: 7/3例であった。過去画像での切除可能性およびJPS 7th進行度分類は、R/BR/UR: 59/1/2例およびStage 0/IA/IB/IIA/IIB/III/IV: 1/25/7/25/0/3/0例であったが、確定診断時にはR/BR/UR:38/3/21例およびStage 0/IA/IB/IIA/IIB/III/IV: 1/3/0/21/19/2/16例と進行を認めた。【結論】過去画像で何らかの所見を指摘できた症例は多く、より早期の診断が可能と考えられた。直接所見の正確な指摘、間接所見の拾い上げと速やかな精査が重要と考える。

131（消）．術前に診断が困難であった膵漿液性嚢胞性腫瘍の3例

○石川和真[1]，吉田真誠[1]，坂本拡基[1]，池田裕貴[1]，村瀬和幸[1]，高田弘一[1]，宮西浩嗣[1]，木村康利[2]，竹政伊知朗[2]，長谷川匡[3]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，札幌医科大学消化器・総合，乳腺・内分泌外科[2]，札幌医科大学病理部[3]）

【はじめに】膵漿液性嚢胞性腫瘍（Serous cyctic neoplasm；SCN）は，そのほとんどが良性腫瘍であり，経過観察が基本となる。外科切除が検討される場合としては，他の嚢胞性疾患との鑑別困難，有症状症例などが考えられる。今回我々は，非典型的画像を呈し診断に苦慮したSCNの切除例について検討した。
【方法】対象は2017年5月から2018年6月までに当科で術前精査を行い，切除されたSCNで，術前診断が困難であった3例について，画像と病理所見について検討した。
【結果】症例1：57歳 男性。心窩部痛を主訴に前医を受診した。EUSにてhoneycomb appearanceを認めたものの膵管内腫瘍が疑われる像があり，ERPにて膵管狭窄および尾側膵管拡張を認めたため，主膵管型IPMNが鑑別となった。播種の懸念からFNAを施行せず，手術を行った。病理所見ではmixed typeのSCNで膵管内腫瘍は認めず，SCNが膵管壁を圧排することにより，膵管を狭小化する所見を認めた。
症例2：39歳 女性。検診で指摘された膵尾部の嚢胞性病変精査で紹介となった。EUSではmacrocystならびにcyst in cyst様の構造を認め，microcystの集簇部分を認めないことから，MCNが鑑別となった。播種の懸念からFNAを施行せず，手術を行った。病理所見ではmicrocyst成分が非常に少ない，macrocystic typeのSCNであった。
症例3：69歳 女性。肝機能障害精査のCTで膵尾部領域の巨大腫瘍（15cm大）を指摘され紹介となった。EUSで一部にhoneycomb appearanceや石灰化を認めたが，FNAを2回施行するも確定診断を得られず，後腹膜腫瘍を否定出来ないことから手術を施行した。病理所見はmicrocystic typeのSCNであった。
【結語】SCNとして非典型的画像所見を呈し手術を行った3例を経験した。

132（消）．取り下げ

133（消）．炎症性腹部大動脈瘤と自己免疫性膵炎を合併したIgG4関連疾患の1例

○齊藤成亮，武藤桃太郎，五十嵐将，武藤瑞恵，市來一彦，井上充貴，柳川伸幸（遠軽厚生病院内科）

【はじめに】IgG4関連疾患（IgG4-related disease；IgG4-RD）は胆管，胆嚢，涙腺，唾液腺，後腹膜など，ほぼ全身の臓器で報告されている。近年，炎症性腹部大動脈瘤（inflammatory abdominal aortic aneurysm；IAAA）の一部もIgG4-RDとの関連が疑われているが，自己免疫性膵炎との合併についての報告は少ない。今回，IAAAおよび自己免疫性膵炎が併存したIgG4-RDの症例を経験したので報告する。【症例】64歳，男性。2018年11月に数日前からの上腹部痛，背部痛を主訴に当科受診となった。血液検査でWBC 10500／μl，CRP 0.96mg/dl，アミラーゼ366U/l，膵型アミラーゼ311U/lと上昇していた。CT検査で膵臓はソーセージ様にび漫性腫大を呈し，膵尾部周囲に軽度の脂肪織濃度上昇を認めた。胆管拡張や胆嚢腫大は認めなかった。また腹部大動脈から両側総腸骨動脈周囲に漸増性にほぼ均一に造影される軟部組織を認めた。急性膵炎の診断のもと保存的治療を開始したところ，すみやかに腹痛は改善し，アミラーゼも正常化した。動脈周囲の病変については心臓血管外科を受診し，IAAAの診断となった。また後日測定した血中IgG4 が836mg/dlと高値であり，本例はIAAA，自己免疫性膵炎が併存したIgG4-RDと考えられた。ステロイド治療を開始したところ，CT検査上，動脈瘤壁の外膜の肥厚は軽度減少し，膵腫大も改善した。血中IgG4は231mg/dlにまで低下し，ステロイドを漸減中である。【結語】ステロイド治療が奏効したIAAAと自己免疫性膵炎の併存例を経験した。IAAAは，自己免疫性膵炎の膵外病変として念頭におくべき疾患と考えられた。

134（内）．IgG4関連自己免疫性膵炎のステロイド減量中に生じた膵腫瘍の1例

○伊早坂舞[1]，金戸宏行[1]，大和田紗恵[1]，山川　司[1]，谷　元博[2]，小野寺馨[1]，佐藤修司[1]，清水晴夫[1]，小西康宏[3]，今信一郎[3]（市立室蘭総合病院消化器内科[1]，市立室蘭総合病院内科[2]，市立室蘭総合病院臨床検査科[3]）

【症例】60歳男性【主訴】腹部不快、食欲不振、倦怠感【既往歴】糖尿病【現病歴】2週間前からの腹部不快感、1週間前からの食欲不振と倦怠感を主訴に平成25年9月当科初診。初診時検査所見でT.Bil 3.4mg/dl、D.Bil 2.1mg/dlと黄疸を認め同日精査入院。CTでcapsul-like rim、ERCPにて膵管の不整狭細像、EUSではsausage-like appearanceと特徴的な画像所見を認め、続いて施行したEUS-FNAで高度のリンパ球浸潤、IgG4陽性形質細胞浸潤、花筵状線維化を認めた。IgG4も406mg/dlと高値であり、診断基準に照らし自己免疫性膵炎の診断に至った。【診断後経過】ステロイドを40mg/dayで治療を開始し、症状は消失し、画像上も改善を得た。ステロイドを漸減しつつ経過観察を行っていたが平成29年10月に施行したDynamic CTで膵体部に早期相で造影されず平衡相で造影される10mm大の腫瘍を認めた。腫瘍上流の主膵管拡張も伴っていたため、悪性疾患も疑いEUS-FNAを行った。病理結果で悪性の所見は認めず、慎重経過観察としたところ4ヶ月後のdynamic CTでは腫瘍の縮小と不明瞭化を認めた。同所見より自己免疫性膵炎の限局性再燃と診断し、慎重経過観察を継続している。【考察】自己免疫性膵炎の15-30%は限局性であり、膵癌との鑑別が困難である。自己免疫性膵炎の診断には間質まで含めた十分量の組織が必要でありEUS-FNAによる自己免疫性膵炎の診断率は高くはないが、膵癌に対する診断率は90%以上と高く、膵癌の否定には有用な所見である。本症例でも4年後に再燃をきたした折は腫瘤を形成しており膵癌との鑑別が困難であったがEUS-FNAを行うことにより慎重経過観察の方針をとることができた。【結語】この度、自己免疫性膵炎のステロイド減量中に限局性自己免疫性膵炎の形で再燃した一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

135（消）．膵頭十二指腸切除が施行されたIgG4関連腫瘤形成性膵炎の一症例

○斉藤　空[1]，横山和典[1]，小倉庸平[1]，代田　充[1]，梅本浩平[1]，旭　火華[1]，喜納政哉[1]，益子博幸[1]，山城勝重[2]（日鋼記念病院消化器センター[1]，日鋼記念病院病理診断科[2]）

症例は62歳の男性、52歳時より2型糖尿病、B型慢性肝炎で糖尿病治療薬や核酸アナログ投与中であった。黄疸を自覚して当科に受診入院となった。入院時のCTでは肝内胆管の拡張と下部胆管での閉塞を認めたが、膵頭部の腫大や明らかな腫瘤像は認めず、ダイナミックCT門脈相で膵頭部実質の不均一、平衡相で膵鈎部の造影効果の遷延を認めた。MRCPでは下部胆管の狭窄、閉塞所見を認めたが膵体尾部主膵管の拡張はなく、描出の低下を認めた。拡散強調像では異常所見を認めなかった。EUSでは下部胆管の閉塞と膵頭部実質内に境界明瞭で内部に点状高エコーをともなう低エコー腫瘤を認めた。内視鏡的胆管ステント留置時に施行したIDUSでも膵実質から浸潤する腫瘤所見を認めた。狭窄部の生検、擦過細胞診では腫瘍細胞を認めなかった。膵体尾部膵管拡張を認めず、CTでの腫瘤所見が不明瞭であったが、超音波所見で明瞭な浸潤性腫瘤像を認めることから膵頭部癌の診断として膵頭十二指腸切除術を施行した。切除病理組織学的検討で膵頭部に明瞭な腫瘤像を認めるものの、同部には腫瘍組織を認めず、IgG4陽性の形質細胞浸潤をともなう腫瘤形成性膵炎と診断された。なお、手術施行前に採取した血液でIgG4 140mg/dLと軽度上昇していたことが判明した。本例では膵内に明瞭な腫瘤形成を認めたが、膵腫大を伴わず、臨床的には限局型自己免疫性膵炎の診断基準にも合致しなかったが、術前のEUS-FNAで所見が得られた可能性が高かった。

136（消）．自己免疫性膵炎3症例のEUS-FNA診断に関する検討

○吉田将大，庵原秀之，富田祐介，大岩修太郎，神　崇志，藤井亮爾，高山歳三，皆川武慶，岡川　泰，森田康太郎，住吉徹哉，平山眞章，近藤　仁（斗南病院消化器内科）

【背景】当院では2013年度からEUS-FNAを導入し，主に膵腫瘤や消化管粘膜下腫瘍を精査対象の中心として年間35-50件程度の検査を施行している．自己免疫性膵炎（Autoimmune pancreatitis: AIP）の診断においてもEUS-FNAの有効性に関する報告が散見される一方で，EUS-FNAによる細胞診及び組織診では検体量が寡少のため確定診断に至らないことがあり，課題も多いとされる．【対象と方法】当院でAIPと診断した3症例について，EUS-FNAにおける病理学的診断能を評価した．成績評価には自己免疫性膵炎診断基準で掲げられている病理所見の4項目（[1] 高度のリンパ球・形質細胞の浸潤と線維化，[2]強拡1視野当たり10 個を超えるIgG4陽性形質細胞浸潤，[3]花筵状線維化，[4]閉塞性静脈炎）を用い，これらとの合致性を検討した．【結果】2013年4月～2018年3月の期間において膵腫瘤に対するEUS-FNAは77件の施行例があり，そのうち3症例がAIPの診断に至った．AIPと診断した3症例はいずれも画像所見や血液学的所見等によりEUS-FNA施行前の時点でAIPを第一の鑑別診断として疑われていた．自己免疫性膵炎診断基準における病理所見との合致性については1症例で2項目（[1]と[2]）の合致をみたが，その他の2症例ではそれぞれ1項目ずつ（いずれも [1] のみ）が合致するに留まった．【考察】診断基準で掲げられる病理所見のうち，花筵状線維化及び閉塞性静脈炎に合致する所見は今回検討したいずれの症例においても得られず，少数例の検討ではあるもののこれは既報と同様の傾向であった．採取された検体中に類似の構造は観察されたものの明確な所見とは言えず，EUS-FNAによる検体量が不十分であったことが一因と考えられた．今回対象とした3症例はいずれも22G針によりEUS-FNAが施行されていたため，十分な検体量を得るための工夫として，EUS-FNA施行前にAIPが疑われる症例では19G針を用いて処置を行うことが検討に値すると考えられた．

137（消）．膵臓胆嚢ドックにおける血清膵酵素測定の評価

○那須野央，宮川宏之，畑山加奈，北川　翔，奥　大樹，岡村圭也，平山　敦，長川達哉（札幌厚生病院胆膵内科）

膵疾患の拾い上げに画像診断の前に膵酵素の測定が行われ一定の評価が得られている。今回膵臓、胆嚢に特化した検診での膵酵素による膵病変の拾い上げの評価を行った。【目的】膵臓・胆嚢疾患を早期に拾い上げることを目的に導入した、検診における膵酵素測定の意義を検討する。【方法】2016年10月より膵臓胆嚢検診を導入した。項目は問診、血液検査、画像検査で、血液検査は腫瘍マーカー、膵酵素（アミラーゼ、P型アミラーゼ、リパーゼ、エラスターゼ、トリプシン）、肝機能、血糖・HbA1cを含み、画像検査はUS、MRIを用いている。これらの結果から膵酵素の評価を検討した。【成績】180名の検診で男性125名、女性45名、平均57歳であった。膵癌の家族既往歴の有する検診者は計33名（18％）、喫煙者は36名であった。膵病変は膵嚢胞55例（31％）、IPMN 12例（7％）、膵管分枝拡張12例（7％）、膵管癒合不全3例（2％）、主膵管狭窄2例（1％）、早期慢性膵炎、主膵管拡張、膵動静脈奇形がそれぞれ1 例（1％）であった。膵酵素値異常ではP型アミラーゼ20例（11％）、リパーゼ20例（11％）、エラスターゼ1例（1％）、トリプシン36例（20％）であった。膵酵素全体でいずれかの異常がみられたのは48例（27％）であった。膵癌の家族既往歴のある33例では13例（39％）に異常がみられた。膵病変のある88例のうち21例（24％）に膵酵素異常を認めたが、膵病変のない92例のうち27例（29％）にも膵酵素異常を認めた。IPMN例では33％異常であった。【結論】膵臓胆嚢に特化した検診で膵病変は49％に見られた。膵酵素異常は27％にみられ偽陽性が多く特異度は低かった。今回癌症例はなく癌の検出における有用性は評価できないが、膵の軽微な変化における単回膵酵素測定の有用性には限界がある。

138（内）．25G franseen形状穿刺針を用いた超音波内視鏡ガイド下穿刺吸引生検に関する多施設共同前向き観察研究

○杉浦　諒[1]，桒谷将城[1]，矢根　圭[2]，多谷容子[3]，庵原秀之[4]，小野寺学[5]，江藤和範[6]，佐野逸紀[7]，工藤大樹[8]，三橋智子[9]，潟沼朗生[2]，坂本直哉[1]（北海道大学病院消化器内科[1]，手稲渓仁会病院 消化器病センター[2]，北海道医療センター消化器内科[3]，斗南病院消化器内科[4]，NTT東日本札幌病院消化器内科[5]，苫小牧市立病院消化器内科[6]，釧路労災病院内科[7]，市立函館病院消化器内科[8]，北海道大学病院病理診断科[9]）

【背景】近年，組織採取の向上目的にfranseen形状のEUS-FNA穿刺針が考案されたが，25G針の有用性についての報告はない．
【目的】25G franseen形状穿刺針の病理学的診断成績を検証すること．
【方法】2017年9月～2018年3月の間，北海道8施設において充実性病変に対して25G franseen形状穿刺針を用いてEUS-FNAを行った100例，100病変を対象として前方視的に検討した．迅速細胞診を行わずに1回目の穿刺で得られた検体のみを評価した．組織検体評価では，1人の病理医によって，評価不能，細胞診可能，組織診可能，良質な組織，に分類した．病理学的良悪性の最終診断は1）外科的切除標本，2）6ヶ月以上の臨床経過で増大もしくは他臓器への転移のあったものを悪性とした．検討項目は1）患者背景，2）FNAの手技内容，3）組織検体採取率，4）良悪性診断能，5）偶発症とした．
【結果】1）男性57%，年齢中央値 70（31-87）歳．病変部位は膵臓81，リンパ節13，十二指腸2，肝臓2，胆嚢1，胃1であった．腫瘍サイズ中央値 23.5（7.0-82.0）mm．2）穿刺成功率は100%，穿刺ルートは経胃57，経十二指腸42，経食道1であった．3）組織採取率 95%，良質な組織採取率 82%．4）最終診断は膵癌67，膵NET 9，GIST 2，悪性リンパ腫2，十二指腸乳頭部癌1，胆嚢癌1，リンパ節転移8，肝転移2，良性膵腫瘍6，良性リンパ節腫大2であった．感度/特異度/PPV/NPV/正診率 87/100/100/40/88%であった．5）偶発症は1例（1%），膵液瘻であった．
【結語】25G franseen形状穿刺針を用いることにより，良質な組織検体が高率に得られた．

139（消）．アルコール性慢性膵炎による仮性嚢胞が胃穿破した1例

○藤江裕貴，米村洋輝，霜田佳彦，田谷容子，松本美桜，堀本啓大，馬場　麗，武藤修一，木村宗士（北海道医療センター消化器内科）

【症例】58歳　男性【主訴】吐血【現病歴】 X-6、X-5年に急性膵炎、X-2年に慢性膵炎の急性増悪で加療歴があり、X-2年入院時に造影CTで膵炎後の仮性嚢胞形成が認められたが、退院後外来で経過観察されていた．　X年1月中旬、自宅にて突然大量吐血し当院に救急搬送された．造影CTで膵仮性嚢胞が胃小弯を圧迫しており、その内部に造影剤が漏出している所見を認めた．また上部消化管内視鏡検査で胃体上部後壁に壁外からの圧排とoozingを伴う潰瘍性病変を認めたため、止血術を施行した．造影CTの所見から左胃動脈損傷の疑いもあり、緊急IVRの方針となった．左胃動脈造影では多数の分枝末梢の拡張やspasm像が認められたことから、今回の責任病変と考えられ、塞栓し止血した．　その後は再出血を認めず、貧血も改善傾向であったため第9病日に退院となった．【考察】 膵仮性嚢胞は急性膵炎、慢性膵炎の急性増悪の10～15%に合併することがわかっており、時として感染、閉塞、破裂、穿破、出血することが知られている．またこれらの合併症は急性膵炎に比べて慢性膵炎急性増悪に合併する仮性嚢胞のほうが起こりやすい．胃穿破し、かつ膵仮性嚢胞内出血を合併した場合、多くは開腹術で治療するが、塞栓術のみで治療した例はごくわずかであり、貴重な1例を経験したので報告する．

140（消）．急性膵炎後walled-off necrosisの大腸穿破に対し積極的な集学的治療が著効した1例

○南　亮輔，永井一正，林　毅，宇都宮蘭，田中一成，瀧川有記子，小林陽介，金　俊文，矢根　圭，高橋邦幸，高田　実，安保義恭，潟沼朗生（手稲渓仁会病院 消化器病センター）

症例は60歳代、男性。他院で胆石性膵炎に対して内視鏡的胆道ステント留置と保存的加療が行われ軽快していた。発症より約2月後に発熱があり、感染併発が疑われたため転院となった。39度台の発熱、高度炎症反応上昇、CTで膵周囲-骨盤腔にまで拡がるWalled-off necrosis（WON）と内部のガスバブルを認めた。以上より感染性WONと診断し、第一病日にEUS下ドレナージ（EUS-CD）にてチューブステントおよびカテーテルを用いて内外瘻処置を行った。第4病日に消炎傾向がなく、またCTでWON被膜と上行と横行結腸との連続性がみられ、瘻孔形成が疑われたことから感染コントロールの一助に回腸ストマ造設術を行った。第7病日より内視鏡的ネクロセクトミー（EN）による感染組織除去を開始した。第28病日までに計6回のENを実施することで解熱、炎症反応低下、WONの縮小が得られ、第35病日以降は抗菌剤無投与でも感染再燃がみられないため、第68病日にリハビリ目的に転院となった。ADLの回復を待ってストマ閉鎖を行う予定である。感染性WONへの介入は、過剰な侵襲を避けるためにstep upアプローチ、すなわち非侵襲的な治療から段階的に積極的な介入を行うことが推奨されているが、時に低侵襲な介入のみでは消炎が得られず、治療への反応評価を待つ間に全身状態の悪化を生じ、積極介入が不能となる症例を経験する。本例のように、感染巣が大きく、さらに結腸との瘻孔が疑われる症例では、低侵襲性治療に抵抗を示すことを経験している。エビデンスに基づいた治療戦略はもちろん重要であるが、本例ではこれまでの臨床経験をもとに積極的に高侵襲な介入を次々と行うことで感染性WONを治癒できたものと考えている。

141（内）．アルコール性膵炎に対して各種内視鏡治療を施行した1例

○三宅高和，鈴木一也，大久保陽介，越前栄次朗，菅野伸一，若杉英樹，米澤和彦（市立釧路総合病院消化器内科）

【はじめに】慢性膵炎の合併症は膵管の不整狭窄や膵仮性嚢胞など多岐に渡る．今回，アルコール性膵炎に伴う合併症に対して各種内視鏡治療を施行した一例を経験した．【症例】48歳男性．【既往歴】アルコール性慢性膵炎．【現病歴】自宅で倒れているところを発見され当院救急搬送となり，急性膵炎の診断で保存的治療を開始した．加療後も発熱が持続し，CT検査にて巨大な膵仮性嚢胞を認めた．経乳頭的ドレナージを試みるも嚢胞と主膵管の交通を確認できず，EUS下膵嚢胞ドレナージ術を施行した．術後，嚢胞は縮小したが経過中に慢性膵炎による主膵管狭窄が原因で膵炎が再燃した．ERCPでは膵頭部の主膵管狭窄を認め，突破が困難であった．経乳頭的アプローチを断念し，EUS下膵管ドレナージ術（EUS-PD）を施行した．その後，膵炎は軽快したが，膵管ステントが自然脱落し膵炎の再燃が生じた．再度EUS-PDを試みたが穿刺ルートに血管が介在してしまい再留置を断念した．主乳頭からのアプローチは困難であり，副乳頭からのアプローチに切り替え膵管ステントの留置に成功した．以降はステントの定期交換を施行し，現在はステントフリーで経過している．【考察】膵管狭窄に対しては経乳頭的なドレナージが一般的だが，salvage therapyとしてEUS-PDが開発され，経乳頭的アプローチが困難な症例に有用な治療として注目されている．手技成功率は報告ごとにばらつきがあり，偶発症も他のinterventional EUSと比較して高率であるとされている．副乳頭挿管は膵管非癒合症例や慢性膵炎で主乳頭からのアプローチが困難な症例に適応となる．副乳頭への開口率は43％程度で副乳頭に開口する副膵管が盲端に終わる場合もある．本症例では慢性膵炎の合併症に対する様々なアプローチでの治療が有効であったと考えられる．【結語】各種内視鏡治療を施行したアルコール性膵炎の1例を経験したので報告する．

142（消）．甲状腺クリーゼ治療後に大腸狭窄を来し緊急手術を施行した1例

○海老沼翔太，渡邉義人，大渕佳祐，小野　仁，越前谷勇人（小樽市立病院外科）

【背景】甲状腺クリーゼは甲状腺基礎疾患の存在下において何らかの強いストレスがかかった際に甲状腺ホルモン過剰作用に対する生体の代謝機構の破綻により、複数の臓器機能不全を来し、生命の危機に直面する病態である。今回我々は甲状腺クリーゼ治療直後に横行結腸の狭窄を来し、結腸内圧亢進と結腸壁構造の破綻がみられ、緊急手術を行った症例を経験したので報告する。【症例】44歳男性、平成30年4月上旬に甲状腺クリーゼの診断で当院入院、集中治療開始した。基礎疾患はBasedow病であることが判明し、入院後は脈拍コントロールと甲状腺ホルモンコントロールを行い、2週間目に退院となった。退院後1週間目に腹痛を主訴に当院救急外来受診、CTにて糞便貯留がみられ便秘症の診断で経過観察の方針となった。その後腹痛増悪し、翌日再診、その際のCTで糞便貯留の増悪と横行結腸の狭窄、狭窄部位より口側結腸の拡張と結腸壁内気腫を認め、腹部全体に圧痛を認めた。汎発性腹膜炎の可能性が考えられ、同日緊急手術施行した。開腹所見で盲腸から横行結腸にかけての著明な腸管拡張と一部結腸漿膜の損傷と血性腹水を認めた。右半結腸切除施行し、術後一時的に麻痺性イレウスを来したが順調に経過し、術後16日目に退院となった。病理検査で横行結腸に一部潰瘍性病変と狭窄がみられ、狭窄部より口側結腸は全層に出血と壊死の所見がみられた。動脈内に明らかな血栓は認められなかったが、漿膜下の一部静脈に血栓がみられた。【結語】甲状腺クリーゼ治療直後に大腸狭窄を来し緊急手術を行った症例を経験した。病態について未解明な部分も存在するが、甲状腺疾患と消化器疾患との関連が示唆される興味深い症例であると考えられる。

143（消）．直腸平滑筋肉腫の1例

○手銭　駿，山上英樹，執行亜希子，園川卓海，田中友香，大野陽介，乾野幸子，舩越　徹，若山顕治，田原宗徳，高橋周作，秦　庸壮，田中浩一，石津寛之，高橋弘昌（札幌厚生病院外科）

消化管に原発する非上皮性・間葉系悪性腫瘍は比較的稀な疾患であり、ときに術前診断で難渋する症例がみられる。今回、直腸に発生した平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する。【症例】39歳の女性である。2016年に発熱で近医を受診した際、Hb6.2の貧血を指摘された。貧血精査の大腸内視鏡検査で直腸内腔に1型様の隆起性病変を検出したが、生検で診断がつかず当院へ紹介となった。CT・MRIを行い、Ra-RSの背側を主体に約8cm大の腫瘍性病変を認めた。T2強調像は不均一な高信号、Gd造影T1強調像は不均一な造影効果、拡散強調像は高信号を示し、悪性腫瘍を疑った。PETではSUVmax 15.9のFDG集積を認めた。また、肝・肺等に遠隔転移の所見は認めなかった。内視鏡所見は辺縁が粘膜下腫瘍様で、腫瘍露出部は不整形で硬く、表面が白苔に覆われていた。複数回の生検を行ったが確定診断が得られず、手術治療の方針となった。既往に子宮内膜症の手術歴有り、低位前方切除＋子宮・両側付属器合併切除を施行した。病理診断は高度異型を有する類円形～紡錘形細胞からなる腫瘍で、腸管傍リンパ節に1個転移を認めた。免疫染色にてα-SMAとdesmin,vimentinが陽性、CK7,CK20,S-100,c-kit等が陰性であることから、低分化平滑筋肉腫と診断された。術後化学療法は施行せず、外来観察中である。現在は術後19ヶ月を経過するが、転移・再発を認めていない。

144（消）．腹腔鏡下IMA温存左側結腸・直腸癌手術の腫瘍学的短期・長期成績

○前田好章，篠原敏樹，皆川のぞみ，小山良太，濱田朋倫（北海道がんセンター消化器外科）

【背景】 腹腔鏡下左側大腸癌手術の際には、下腸間膜動脈（IMA）の根部切離が標準手技とされているが、患者の高齢化に伴い残存大腸の重篤虚血の増加が懸念される。また異時性二次大腸癌が発生した場合の手術計画は、IMAが温存されている方が有利である。当科では術前に3D-CT血管造影を行い、適切なIMA温存D3/D2リンパ節郭清に努めている。【対象・方法】 IMA温存を施行した腹腔鏡下左側大腸癌162例（D3/D2郭清108/54例）を対象とした。術前3D-CTは151例に施行され、これらの症例では予定血管切離部位が術前に決定された。D3郭清においてはIMA周囲のリンパ節を完全郭清後に責任血管を切離し、D2郭清においてはIMA周囲は郭清せず第一分岐以下の責任血管を郭清した。血管温存パターンと郭清リンパ節個数、無再発生存率を検討し、腫瘍学的妥当性を評価した。【結果】 IMA温存パターンはLCA温存112例、SRA温存20例、LCA/SRA両方温存30例であった。平均リンパ節郭清個数はD3群で19.4個であり、D2群の13.1個にくらべ有意に（P=0.002）に郭清個数が多かった。手術時間中央値は230分、出血時間中央値は17mlで、在院死亡例は無かった。平均観察期間は48ヶ月であるが、Stage I、Stage II、Stage III症例の5年無再発生存率はそれぞれ94%、83%、76%であり、リンパ節再発、局所再発は認めなかった。【結語】 術前3D-CT血管造影を用いた左側結腸・直腸癌に対するIMA温存腹腔鏡下大腸手術における腫瘍学的成績は、短期成績・長期成績ともに妥当であった。

145（消）．大腸癌切除5年後に出現した孤立性腹壁転移を腹腔鏡下に切除した1例

○小山良太，篠原敏樹，前田好章，皆川のぞみ，濱田朋倫（北海道がんセンター消化器外科）

症例は65歳男性。5年前に他院にてS状結腸癌、直腸癌に対してS状結腸、直腸切除、下行結腸ストマ造設を施行された。病理診断はそれぞれS状結腸癌（Type 3，tub 1，pT 4a（SE），ly 1，v 0，N 0，M 0，pStage2）と、直腸癌（Type2, tub2, T2（MP），ly2, v1, pStage1）であった。術後補助療法としてTS-1を内服し、以後再発なく経過されていた。約1年前に左下腹部の腫瘤を自覚し前医を受診した。精査加療目的に当院紹介となり、エコー下生検施行にて大腸癌再発の診断となった。PET、CTにて、単発であり他再発部位を認めなかった。腫瘍の増大速度が速かったため、化学療法を先行した。FOLFOX＋Cmabを6コース施行し縮小を得たのち、腹腔鏡下腹壁腫瘍切除術を施行した。術中所見では腹腔面には露出を認めず、腹壁筋層内に腫瘍が局在しており、腹壁を腹腔側から皮下レベルまでくりぬく形で露出なく摘出しえた。播種は認めず腹水洗浄細胞診も陰性であった。病理ではviableな腺癌を認め、大腸癌の再発で矛盾しない所見であった。経過良好で術後12日目に退院となった。大腸癌術後の腹壁再発の原因としては、開腹創部、ポートサイト、ドレーン部、ストマ造設部などに癌細胞がimplantationすることが関連するといわれている。若干の文献的考察を加え報告する。

146（消）．妊娠18週の急性虫垂炎に対し腹腔鏡下虫垂切除術を施行した1例

○秋葉凛樹，吉田祐一，原田拓弥，市村健太郎，敦賀陽介，正村裕紀，数井啓蔵（JCHO北海道病院外科）

症例は28歳，女性．妊娠18週目に上腹部痛を自覚，嘔気嘔吐あり救急要請し当院搬送となった．急性腹症として経過観察目的に産科入院となったが，徐々に右下腹部に疼痛部位が移動していき，採血にて白血球および好中球分画の上昇を認めた．腹部超音波検査にて腫大した虫垂を認めたため，急性虫垂炎の診断となった．16歳時にも虫垂炎の診断にて保存的加療を行った既往があり，再発・再燃のリスクや現段階での炎症の程度，持続する炎症や増悪した場合に胎児に与える影響などを鑑みて，本人と相談の上，手術の方針となった．腹腔鏡下に腹腔内を観察すると腫大した虫垂を同定し，周囲に膿瘍形成などは見られなかった．腹腔鏡下虫垂切除術を施行した．手術時間は1時間，出血は少量であった．術直後，産婦人科にて診察を受け，経腟超音波検査にて胎動を確認し，子宮収縮抑制剤の投与を2日間施行した．術後経過は良好で，術後3日目に退院となった．病理結果は蜂窩織性急性虫垂炎で悪性所見は見られなかった．現在も妊娠を継続中だが，切迫や流産所見は見られていない．妊娠中の急性腹症のなかで急性虫垂炎は最も多く，穿孔や汎発性腹膜炎などを生じると，早産，胎児死亡などの確率が上昇する．また，妊娠症例に対しての腹腔鏡下虫垂切除術はまだ一般的とはいえず具体的手術方法については標準化されていないのが現状である。今回，我々は妊娠18週の急性虫垂炎に対して，安全に腹腔鏡下虫垂切除術を施行しえた1例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する．

147（消）．経過観察中の直腸粘膜下腫瘍様隆起から出血を来たし，手術により診断された限局性アミロイドーシスの1例

○大岩修太郎，庵原秀之，富田祐介，神　崇志，吉田将大，藤井亮爾，皆川武慶，岡川　泰，森田康太郎，住吉徹哉，平山眞章，近藤　仁（斗南病院消化器内科）

【症例】80歳代，女性【主訴】血便，腹痛【既往歴】76歳　鼻部基底細胞癌術後【臨床経過】X-25年に腹部膨満を主訴に当科を受診し，以降定期的に消化管精査が施行されていた．X-6年11月に施行された下部消化管内視鏡検査で直腸Rbに30mm大の粘膜下腫瘍様隆起を初めて指摘され，ボーリング生検が施行されたが悪性所見は認められなかった．X-4年4月の下部消化管内視鏡検査で隆起の軽度増大が認められたことから，再度ボーリング生検が施行されたが悪性所見は認められなかった．同年5月にEUS-FNAが施行されるも悪性所見は認められず経過観察となった．その後症状無く経過していたが，X年3月26日に血便を主訴に近医を受診し，翌3月27日に精査加療目的に当院に転院となった．症状改善後の4月6日に施行された下部消化管内視鏡検査では粘膜下腫瘍様隆起が決壊し大きな潰瘍が形成されていた．生検では悪性所見は認められなかったが出血のため手術加療の方針となった．4月20日に腹腔鏡下低位前方切除術が施行され，病理検査でアミロイドーシスと診断された．全身検索では多臓器へのアミロイドの沈着や多発性骨髄腫等は否定的であったことから限局性アミロイドーシスと診断された．アミロイドーシスはアミロイド異常蛋白が全身臓器に沈着することによって機能障害を引き起こす原因不明の難治性疾患とされている．消化管には全身性アミロイドーシスの約90%の症例でアミロイド沈着が認められるが，消化管に限局してアミロイド沈着を呈するアミロイドーシスの報告は少なく，さらに本症例の様に直腸に限局したアミロイド沈着による粘膜下腫瘍様隆起が経過中に潰瘍を呈する例は珍しい．今回我々は経過観察中の直腸粘膜下腫瘍様隆起から出血を来たし，手術により診断された限局性アミロイドーシスの症例を経験したので，文献的考察を加えて報告する．

148（消）．潰瘍性大腸炎に対するインフリキシマブの治療成績と予後予測因子の検討

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

【背景と目的】インフリキシマブ（IFX）が潰瘍性大腸炎（UC）における保険承認を取得しておよそ8年が経過し，現在では重要な治療選択肢の一つに位置づけられている．しかし本邦における長期治療成績や効果予測因子については未だ不明な点が多い．今回我々は，IFXが投与されたUCを対象に，短期・長期治療成績および治療効果に影響する背景因子を検討した．【方法】2005年7月から2017年3月の間にIFXが投与されたUCのうち，Clinical Activity Index（CAI; Lichtiger index）が5以上であった172症例を対象とした．CAIが4以上改善した症例を有効，4以下となった症例を寛解と定義し，2週後・6週後の有効率・寛解率を検討した．また，6週時寛解例における累積寛解維持率をKaplan-Meier法を用いて検討した．さらに，寛解率・累積寛解維持率に影響する背景因子について，それぞれロジスティック回帰分析・多変量Cox回帰分析を用いて検討した．【結果】患者背景は，男性104例・女性68例，平均年齢38.5歳，平均罹病期間5.8年，平均CAI 9.7，平均CRP 1.79mg/dl，全大腸炎型112例・左側大腸炎型58例・直腸炎型2例，ステロイド抵抗性77例・依存性91例・ナイーブ4例であった．併用薬は5-アミノサリチル酸製剤149例，プレドニゾロン76例，免疫調節薬134例であり，148例で血球成分除去療法，47例でカルシニューリン阻害剤による治療歴を認めた．有効率は2週61%・6週69%，寛解率は2週45%・6週59%であった．6週後に寛解となった101症例の累積寛解維持率は1年75%，3年59%，5年54%であった．多変量解析では6週後の寛解率においてカルシニューリン阻害薬の治療歴が有意な予後不良因子であり，累積寛解維持率において免疫調節薬の併用が有意な予後改善因子であった．【結論】UCにおけるIFX治療において免疫調節薬併用はIFXの寛解維持に有用であり，一方，カルシニューリン阻害剤の既使用例はIFXの効果が不良である可能性を念頭に置く必要がある．

149（消）．当院における潰瘍性大腸炎に対するMMX-5-ASA製剤の治療成績

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

【背景】本邦では潰瘍性大腸炎に対し2016年にMMX（multimatrix）構造を有する5-ASA製剤（リアルダ）が保険収載された。【目的】当院での潰瘍性大腸炎に対するリアルダの治療効果を明らかとすることを目的とした。【対象と方法】2016年11月から2018年5月までに当院でリアルダを用いて治療を行った潰瘍性大腸炎11症例とした。そのうちリアルダ開始時に急性胆嚢炎を合併していた1例は除外し、残りの10例を解析対象とした。年齢中央値は39歳（18-66歳）で、男女比は6：4であった。病型は、直腸炎型6例、左側大腸炎型2例、全大腸炎型2例であった。臨床的重症度は軽症6例、中等症4例であった。リアルダ開始の背景は新規治療（以下、新規治療例）が2例、再燃による他の5-ASAからの変更（以下、再燃例）が6例、臨床的寛解にあり患者の希望による他の5-ASAからの変更（以下、寛解例）が2例であった。開始時に併用していた治療は局所製剤4例、免疫調節薬1例であった。治療前後でのLichtigerのCAIの変化、新規治療例と再燃例の寛解導入率、寛解例の寛解維持率について後方視的に検討した。【結果】リアルダ開始前のCAIの平均値は4.5±1.9であり、開始後は3.3±3.8と低下傾向が認められた。寛解例2例を除いた8例では、開始前のCAIの平均値は5.3±1.2であり、開始後は3.9±2.6と低下傾向が認められた。リアルダ開始後の寛解導入率は新規治療症例で100%（2/2）、再燃症例では50.0%（3/6）であった。寛解例の寛解維持率は100%（2/2）であった。【考察】リアルダはMMX（multimatrix）構造を有する5-ASA製剤であり、他の5-ASA製剤よりも遠位大腸の送達性が高いとされる。今回の検討では、新規治療症例では良好な寛解導入率が得られ、再燃症例においても他の5-ASAからリアルダに変更することで半数程度の寛解導入率が得られた。軽症から中等症の再燃の際には他の5-ASA製剤からリアルダへの変更も検討に値するものと思われた。今後症例を重ねて更に検討を行う予定である。

150（消）．当院における抗PD-1抗体による腸炎の発生状況

○古川理紗子[1]，中村路夫[1]，松田千佳[1]，村井太一[1]，板谷一史[1]，曽根孝之[1]，藤田弘之[1]，小池祐太[1]，佃　曜子[1]，遠藤文菜[1]，小野雄司[1]，泉　寛志[2]，永坂　敦[1]，西川秀司[1]（市立札幌病院消化器内科[1]，市立札幌病院呼吸器内科[2]）

【諸言】ニボルマブを投与された肺癌患者の58～74 %に免疫関連有害事象（immune- related adverse event：irAEs）が発症すると報告されている。全有害事象の中で、下痢は18 %、腸炎は2 %とされるが、下部消化管内視鏡検査や病理組織について検討された例は稀である。当院において、2015 年 2 月から2018 年 2 月までに計 61 例に抗PD-1 抗体が投与され、5 例に下痢・血便を認めた。このうち、grade 3 以上の下痢を認めた1 例に対して、下部消化管内視鏡検査を実施し、腸管の状態を評価し得たので若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】53歳男性、2年前より右上葉肺腺癌の診断で化学療法中、PDとなり、ニボルマブ投与を開始。1か月後（4コース後）に視力低下が出現しVogt-小柳-原田病の診断となりステロイド治療を開始。ニボルマブの治療を継続していたが、投与開始から15か月後（34コース後）に下痢と嘔吐の症状が出現。便のCD抗原は陰性で、便培養から病原菌は認めなかった。造影CT検査で全結腸に腸管壁の肥厚を認め、大腸炎を疑い、下部消化管内視鏡検査を実施した。内視鏡所見では、結腸粘膜は浮腫状で、血管透見不良であり、粘膜生検の病理では、粘膜固有層に軽度リンパ球と形質細胞の浸潤を認めた。以上から、Brahmerら、Borghaeiらが2015 年に報告したニボルマブ投与中に発症した大腸炎、CTCAE grade 3に該当すると診断した。ニボルマブを中止し、プレドニンを開始したところ症状は改善した。【考察】抗PD-1 抗体の投与中の患者において下痢症状を認めた場合には、irAEsの可能性を考慮してCTに加えて、積極的に内視鏡検査を考慮すべきであると考えられる。

151（消）．切除困難Rb直腸癌出血に対して経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）を施行した1例

○湯 浅 憲 章[1]，藤 井 重 之[2]，前 田 征 洋[2]，佐 藤 彰 記[3]，Saseem Poudel[3]，細井勇人[3,5]，仙丸直人[3]，赤坂伸之[4]（製鉄記念室蘭病院放射線科[1]，製鉄記念室蘭病院消化器・血液腫瘍内科[2]，:製鉄記念室蘭病院外科[3]，製鉄記念室蘭病院心臓血管外科[4]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅱ[5]）

【はじめに】今回我々は表題の症例を経験したが、出血源である上直腸動脈（SRA）に対して、腹部大動脈瘤に対するステントグラフト留置後（EVAR）のため下腸間膜動脈（IMA）経由で到達できずに上腸間膜動脈（SMA）から脾彎曲辺縁動脈経由で塞栓したので報告する。

【症例】80歳代男性。

【現病歴】慢性腎不全で透析中。3 年前に腹部大動脈瘤に対してEVAR歴あり。直腸Rbに2型腫瘍（adenocarcinoma）を認め、経時的に増大し前立腺浸潤も疑われ根治切除ではなく人工肛門造設となった。疼痛軽減と腫瘍増大抑制目的で放射線照射も追加されたが腫瘍からの出血が持続、2 週間でRBC 12 単位の輸血施行も大量出血によりHb 6.7（g/dl）と低下、アルゴンプラズマ凝固（APC）やガーゼ充填圧迫も奏効せず出血が持続し、さらに4日間でRBC 8単位の輸血を要し、出血制御目的でAG・TAEの方針となった。

【治療経過】冒頭の理由でSMAからSRAへ到達を目指したが、SMA近位からの中結腸動脈（MCA）分岐が急峻でマイクロガイドワイヤー（GW）挿入に難渋、1.6Frマイクロカテーテル（155cm）の先端を曲げたものを先行させると挿入でき、最終的に脾彎曲辺縁動脈経由でSRAまで到達できたのでcone-beam CTAで直腸腫瘍部への造影剤分布を確認しゼラチンスポンジ細片を少量注入した。翌日の内視鏡で止血を確認、直腸肛門に潰瘍を認めたが2週後には改善、その後輸血不要となり退院された。TAEの101日後に再出血をきたし同様の手技で止血したが、CTで腹部大動脈瘤壁破綻による後腹膜膿瘍を認めドレナージ施行、原因として直腸微小穿孔による感染波及が疑われた。

【考察・結語】消化管腫瘍出血に対してTAEは一選択肢となりうるが、腸管虚血壊死や穿孔、再出血などに留意が必要である。

152（消）．Crohn病に合併した痔瘻癌の一例　-遺伝子解析の結果も含めて-

○久野木健仁[1]，安藤勝祥[1]，田邊裕貴[1]，小林　裕[1]，村上雄紀[1]，岩間琢哉[1]，高橋慶太郎[1]，上野伸展[1]，嘉島　伸[1]，盛一健太郎[1]，水上裕輔[1]，藤谷幹浩[1]，奥村利勝[1]，小野裕介[2]（旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[1]，札幌東徳洲会病院医学研究所[2]）

【はじめに】近年，各種癌の遺伝子変異の解析が進み診断治療において臨床応用されている．一方,Crohn病で難治性痔瘻に合併し予後不良である痔瘻癌の報告が増加しているものの，発生・進展に関わる遺伝子変異については明らかにされていない.

【症例】40 歳代男性．13 歳でCrohn病を発症し手術歴と難治性痔瘻の既往があり30 歳代になってからはアダリムマブ，アザチオプリンで寛解を維持していた．X年 9 月にCSを施行したところ肛門～下部直腸にかけて粘膜下腫瘍様の立ち上がりを有する2/3 周性 2 型腫瘍を認めた．生検で腺癌を認め痔瘻癌の診断となった．各種画像検査を施行し，前立腺への浸潤が疑われたが明らかな遠隔転移はなかった。骨盤内臓器の温存を考慮し術前補助化学療法を行った後に手術する方針となった．mFOLFOX 6を2コース施行したが縮小が得られずRAS野生型であったためパニツムマブも追加し計 4コースの化学療法を施行した．腫瘍は縮小せず，同年12月に骨盤内臓全摘術を施行した．摘出標本は粘液癌で前立腺浸潤をきたしていたが，転移や脈管侵襲を認めず断端陰性でありStageⅡであった．Targeted amplicon sequencing（Ion Ampliseq™ Custom Panel）により消化器癌で高頻度に異常が認められる18遺伝子の異常を検討した結果，SMAD4 R361H, TP53 R342*変異を認めたが、BRAFやRNF 43に異常はなかった。

【結語】痔瘻癌を完全切除した一例について、cancer panelによる遺伝子解析を行った。UC関連癌に特徴的なSMAD 4、p53 遺伝子変異を認める一方で、RNF 43の変異は認められずCrohn病関連癌に特異的な遺伝子異常の存在が示唆された。また、RAS野生型、BRAF変異陰性にもかかわらずEGFR抗体薬抵抗性であり、化学療法の有効性については既報の効果予測マーカー以外の因子が関係する可能性がある。

153（消）．MUTYHの1アレル変異を有する大腸がん症例

○柴田泰洋，山下健太郎，齋藤潤信，守谷　洋，風間友江，須藤豪太，三橋　慧，五十嵐央祥，能正勝彦，山野泰穂，仲瀬裕志（札幌医科大学消化器内科学講座）

【はじめに】DNA修復遺伝子の一つである *MUTYH*の2アレル変異保持者は、常染色体劣性の遺伝形式をとる大腸ポリポーシスを発症することが多く、高率に大腸癌を合併する。一方 *MUTYH*の1アレル変異保持者の臨床像は不明な点が多い。今回我々は、Lynch症候群（LS）を示唆する既往歴と家族歴を有するがLSは否定的であり、大腸癌関連遺伝子パネル解析で *MUTYH*の1アレル変異を同定した症例を経験したので報告する。【症例】60歳代の女性。既往歴：子宮体癌（40代）、乳癌（60代）、頭蓋咽頭腫（60代）。家族歴：母大腸癌（80代）、母の同胞に胃・大腸癌2名、弟膀胱癌（60代）。現病歴：201X年9月スクリーニング内視鏡検査でS状結腸に2型進行癌を認め、当院消化器外科にて腹腔鏡下S状結腸切除術施行された。アムステルダム基準IIに該当するためMSI解析とミスマッチ修復（MMR）タンパクの免疫染色を施行したがいずれも正常であった。次にMMR遺伝子を含む大腸癌関連遺伝子のパネルシーケンスを施行したところ、*MUTYH*第10イントロンの splicing site 1アレルに一塩基置換（c.892-2A＞G）が検出され、病的変異が疑われた。【考察】*MUTYH*は1番染色体短腕に位置し、base excision repairに関わるタンパクをコードする。*MUTYH*の2アレル変異によるポリポーシスは、APC変異によるFAPに比べ高齢発症でポリープ数も少ないが、大腸発癌リスクは70%と高く、*MUTYH*関連大腸腺腫症（MAP）と呼称される。一方 *MUTYH*の1アレル変異保持者はポリポーシスを呈さず、大腸癌リスクに関しても一定の見解が得られていない。しかし最近になり第一度近親者に大腸癌患者を持つ *MUTYH* 1アレル変異保持者は大腸癌高リスクであるという報告や、胃癌や子宮体癌のリスクも高いという報告がなされている。【結語】既往歴・家族歴を有する大腸癌症例に、*MUTYH*の1アレル変異を検出した。変異と発癌との関連については、更なる検討が必要である。

154（消）．*Streptococcus bovis*菌血症による大腰筋膿瘍を契機に発見された早期大腸癌の1例

○米村洋輝，霜田佳彦，多谷容子，松本美桜，堀本啓大，馬場　麗，武藤修一，木村宗士（北海道医療センター消化器内科）

【症例】80歳代　男性【主訴】腰痛，発熱【現病歴】狭心症や心房細動の既往で当院循環器内科かかりつけの患者．来院される2週間前より腰痛の訴えがあり，その後疼痛が増悪し体動困難となったため，当院に救急搬送となった．【経過】採血で炎症反応の上昇があり，造影CTで大腰筋近傍に液体貯留やairが見られ，さらに精査目的で造影MRIを撮像したところ大腰筋にring enhanceを呈する低信号域を認めた．以上の所見から大腸腰筋膿瘍疑いとしてABPC/SBTでの抗菌薬加療を開始した．その後入院時に採取していた血液培養2セットから *Streptococcus bovis*（以下 *S.bovis*）が発育したことが判明した．*S.bovis*と大腸悪性腫瘍との関連性が報告されていることもあり，大腰筋膿瘍が改善傾向を示した後の第25病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ，直腸Raに易出血性で腺管構造が不整な5mm大の0-IIa病変を認めた．その後の拡大下部消化管内視鏡検査で同病変は，The Japan NBI Expert Team（以下JNET）分類でType 2Bに分類され，Pit patternはIII_LやViの部位があることから，早期大腸癌の診断となった．内視鏡的粘膜切除術を施行し，病理結果はAdenocarcinoma in adenomaであった．【考察】*S.bovis*は健常人で10%程度に分離培養される腸管内常在菌であるが，大腸癌患者ではその保菌率が健常人と比べて有意に高いとの報告がある．本菌による菌血症や感染性心内膜炎と大腸癌の関連性は，欧米では成書で言及されているが，本邦においては数例の症例報告が散見されるのみで，その認知度は決して高くはない．なお，その機序に関しても諸説あり，一定の見解は得られておらず，さらなる検討が必要と考えられる．また，本症例を通して，*S.bovis*菌血症を認めた場合は積極的に下部消化管内視鏡検査を施行すべきであると考えられた．

155（内）．初学者の下部消化管内視鏡検査におけるエンドカフの有用性について

○岡川　泰，住吉徹哉，富田祐介，神　崇志，大岩修太郎，吉田将大，藤井亮爾，皆川武慶，森田康太郎，庵原秀之，平山眞章，近藤　仁（斗南病院消化器内科）

【背景】下部消化管内視鏡検査において、初学者では盲腸までの挿入率が低いのみならず、観察時には半月ひだや生理的な屈曲のため熟練者以上に死角が生じやすく、そのためポリープの見落としが懸念される。挿入性の向上および死角を減らす工夫として先端透明フードの有用性が報告されているが、近年開発されたエンドカフはフードに柔らかい2列のフラップを有しており、スコープ抜去時のひだの引っ掛かりにより、観察時の死角軽減により有用である可能性がある。そこで今回、我々は初学者におけるエンドカフの有用性について検討を行ったので報告する。【対象・方法】2018年1月から同年5月の間に3名の初学者が下部消化管内視鏡を施行した症例のうち、大腸手術歴のある症例、炎症性腸疾患および活動性の消化管出血の症例を除外した123例を対象とした。透明フード（モールキャップ（R））装着群（M群）をコントロールとし、エンドカフ（ENDOCUFF（R））装着群（E群）の盲腸までの挿入率、挿入時間、観察時間、大腸腺腫検出率（adenoma detection rate: ADR）、偶発症について後方視的に検討を行った。尚、下部消化管内視鏡の施行件数が300例未満の術者を初学者と定義した。【結果】M群83例、E群40例であり、各群の平均年齢（歳）および男女比（M/F）は各々、63.8/64.0、1.5/1.7、検査契機としての便潜血陽性例はそれぞれ24.1%、27.5%であった。盲腸までの挿入率、挿入時間および観察時間はM群で92.7%、554秒、610秒、E群で90.0%、484秒、582秒であり、ADRはM群42.2%、E群57.5%であった（p=0.1148）。E群で1例に内視鏡抜去時のデバイスの逸脱を認めたが、把持鉗子にて回収可能であった。【結語】初学者の下部消化管内視鏡検査においてエンドカフ装着による検査は安全であり、挿入率は透明フードと同等であった。また、透明フードと比較し、有意差は認めなかったもののエンドカフの装着によりADR向上の可能性が示唆された。

156（消）．当科におけるリナクロチド錠の処方の実情と実態から、その効果の判別は可能かについて

○武藤修一，米村洋輝，霜田佳彦，多谷容子，松本美桜，堀本啓大，馬場　麗，木村宗士（北海道医療センター消化器内科）

【背景】リナクロチド錠（リンゼス錠（R））は、腸管上皮細胞のグアニル酸シクラーゼC受容体に作用し、腸管内への水の分泌を促進して便通を改善し、痛覚過敏を改善する便秘型過敏性腸症候群（IBS-C）に対する新規薬剤である。その使用感は、非常に効果がありすぎて強い下痢になる印象や逆に全く効果がない症例をしばしば経験する。そこで、当科における効果と継続処方がされているのか検討することとした。【対象】2017年5月から2018年5月までに投下でリナクロチド錠を処方した93例。【結果】IBS-C症例への便秘に対する処方は81例で、IBS-C患者が大腸内視鏡検査を行う際に下剤の補助薬として使用した症例が12例であった。1錠での処方は35例、2錠での処方は58例であった。処方時、下剤併用のない症例は24例、1剤併用が35例、2剤併用が23例、3剤以上の併用が8例であった。リナクロチド錠服薬後、便が出て症状改善を見た症例は44例であった。そのうち、現在も継続している症例が14例、転院まで継続した症例が10例、頓服使用が11例、中止が6例であった。リナクロチド錠で改善はなかったのは16症例。そのうち、継続は3例、転院までの継続は1例、中止は12例であった。服薬後、便が出すぎたり、腹痛が見られたり悪化が見られたのは20症例で、1例は頓服使用、19症例は中止した。全体では、転院11例を除いた69例のうち継続しているのは17例で、頓服使用が15例、終了したのは37例であった。【考察】約半分近くの患者が処方を連用もしくは頓服にて継続できていた。最初の処方後の評価がよくないと、継続は難しいものと考えられた。リナクロチド錠は処方の最初の評価が肝心であり、最初の評価が良ければ多くの症例で継続が可能となることが推測された。

157（消）．動静脈奇形による難治性大腸潰瘍を呈した1例

○柴田敬典[1]，秋山剛英[1]，土居　忠[1]，大井雅夫[1]，高橋　稔[1]，本間久登[1]，米森敦也[2]，竹内幹也[2]，女澤慎一[3]（札幌共立五輪橋病院消化器病センター消化器内科[1]，札幌共立五輪橋病院消化器病センター消化器外科[2]，札幌共立病院[3]）

【症例】50歳代男性【主訴】倦怠感【既往歴】糖尿病【現病歴】2011年6月に検診で貧血を指摘され当科受診。下部消化管内視鏡検査にて横行結腸に潰瘍を認めたが、生検で悪性所見を認めず経過観察となった。その後通院を自己中断された。2016年12月より倦怠感が出現し、2017年1月に歩行困難となり近医受診。高度貧血を認め、倦怠感が強いため精査目的に当科紹介入院となった。【経過】入院時採血ではHb 4.0を認め、下部消化管内視鏡検査では2011 年に認めた潰瘍と同部位に、辺縁整の易出血性を伴う浅い潰瘍を認めた。難治性潰瘍のため造影CTを施行したところ、中結腸動脈からの網状血管増生とシャント形成及び門脈系の早期濃染を認めた。腹部血管造影でも同様の所見を認めた。以上より、動静脈奇形（arteriovenous malformation；以下、AVM）による横行結腸潰瘍及び出血性貧血と診断し、当院外科にて腹腔鏡下横行結腸部分切除術を施行した。病理組織標本では漿膜下層に太い動静脈を認め、AVMに矛盾しない所見であり、悪性所見は認めなかった。【考察】AVMとは、動脈と静脈が吻合し、nidusと呼ばれる異常血管の集簇を形成し、血流が短絡する病態のことをいう。消化管のAVMは1960 年にMargulisらが初めて報告したが、実臨床で経験することは少ない。本症例はAVMによる血流低下から粘膜虚血が生じ、横行結腸潰瘍を形成して消化管出血を来したと考えられた。若干の文献的考察を踏まえて報告する。

158（内）．腸閉塞を繰り返している特発性腸間膜静脈硬化症の1例

○山川　司，大和田紗恵，谷　元博，伊早坂舞，小野寺馨，佐藤修司，清水晴夫，金戸宏行（市立室蘭総合病院）

【症例】70歳代女性。既往歴は高血圧、白内障。2～3か月前から続く腹痛、嘔気、嘔吐、下痢症状のため当科外来を受診した。CTでは盲腸から連続して脾弯曲部まで腸管壁肥厚と上腸間膜静脈に沿った石灰化を認めた。回腸の軽度拡張を伴いサブイレウスと考えられ、入院で絶食、補液による保存的加療の方針とした。排便がみられるようになった段階で下部消化管内視鏡検査を施行すると、上腸間膜静脈の石灰化が見られた領域に一致して、青銅色の粘膜と多発びらんを認めた。粘膜、びらんからの生検では粘膜固有層において血管壁の線維化が確認された。
患者は30歳代頃より加味逍遙散を常用していたことから、同薬剤を原因とした腸間膜静脈硬化症と診断した。以後同薬剤は中止し外来で経過観察としたが、初診時から約半年間で画像的な改善はなく、現在3回目の入院加療を要している。
【考察】腸間膜静脈硬化症は1991年に小山らによって報告された、腸管膜静脈に石灰化をきたす稀な疾患である。漢方薬（山梔子）の長期連用が病因の一つと考えられているが不明な点も多い。治療法としては、原因薬剤の中止や、抗血小板剤・抗凝固薬投与等によって改善傾向を認めた報告例もあるが、確実な治療法は解明されておらず最終的に腸管切除を施行される例も少なくない。自験例も頻回に腸閉塞症状を繰り返しており外科的切除も検討されるが、病変範囲が広く術後のQOLも念頭に置いた治療法の選択が必要と考えられた。
【結語】今回腸間膜静脈硬化症を背景として腸閉塞を繰り返した1例を経験したので報告する。

159（内）．大腸ESDの治療時間に影響する因子の検討

○田中一之，堀内正史，宮澤佑貴，本田宗也，内海辰哉，河本　徹，藤永明裕，後藤　充，佐藤智信，斎藤義徳（旭川厚生病院消化器科）

【背景】大腸ESDは大きな腫瘍でも一括切除が可能であるが，治療に長時間を要する症例も存在し，このような症例では合併症の頻度も高くなる．手技的困難性が高く，長時間の処置を要すると思われる病変を術前に予測し，治療選択を行うことが必要である．【目的】ESDの治療時間に影響する因子について評価する．【対象】2011 年1月から2018年5月まで当科でESDを行った大腸腫瘍188病変．【方法】ESDに要した治療時間と臨床的因子（性別，年齢，腫瘍径，病変部位，肉眼形態，腸管屈曲部や襞との位置関係，内視鏡で描出可能な病変範囲の割合），組織学的因子（組織型，深達度，腫瘍の組織型）との関連性をretrospectiveに検討した．【結果】臨床的因子において，単変量解析では表面型腫瘍，屈曲部・ヒダ上の病変，内視鏡で描出可能な病変範囲の割合が60％以下の病変で治療時間の延長を認めた．腫瘍径も治療時間に影響していた．多変量解析では腫瘍径，S状結腸病変，肉眼形態，ヒダ上の病変，内視鏡で描出可能な病変範囲の割合が治療時間と関連していた．組織学的因子において，単変量および多変量解析の結果，組織型と深達度は治療時間に影響せず，粘膜下層の線維化の存在が治療時間を延長していた．また，偶発症の検討では手技に2 時間以上を要した病変および腫瘍径 4cm以上の病変で有意に穿孔の発生が高かった．【結論】大腸ESD施行前には腫瘍径，肉眼形態，病変とヒダとの位置関係，内視鏡で描出可能な病変範囲の割合について十分に観察する必要がある．ESD治療時間を要することが予測された場合には，偶発症の発生のリスクに留意し慎重に治療を行うべきと考えられた．

160（内）．悪性大腸閉塞に対する大腸ステント留置術の成績

○佐野逸紀，安孫子怜史，野澤俊一郎，桜井健介，吉河　歩，佐々木塁，原田一顕，小林良充，小田　寿，宮城島拓人（釧路労災病院消化器内科）

【背景・目的】閉塞性大腸癌や他臓器癌の浸潤に伴う大腸閉塞に対するステント留置が2012年に保険収載され，以降当院での治療機会は増加傾向である．今回，当院での大腸ステント留置術（大腸EMS）の治療成績について検討した．【対象・方法】2013 年 12 月から2018年 6 月までに当院にて悪性大腸閉塞に対して大腸EMSを施行した63例中，初回留置57例を対象とした．年齢中央値74歳（42-97），男女比36：21，PS中央値1（0-4）．有症状43，閉塞原因は大腸癌30，直腸癌18，他臓器癌浸潤4，閉塞部位は左側：右側が44：13であり，留置目的はBridge to Surgery（BTS）25，非切除例の姑息的留置は32であった．【検討項目】1）治療内容，2）臨床的成功率，3）偶発症，4）BTS例の一期的吻合率，total colonoscopy（TCS）施行率，5）非切除例への大腸EMS後の開存期間．【結果】1）使用ステント長は60/80/90/100/120mmが1/25/6/24/7（2本同時留置6），術者は卒後6年目以下が47.4%（27/57）であり，処置時間中央値は23分（7-124）であった．2）臨床的成功率は96.5%（55/57）であり，大腸閉塞スコア（CROSS）中央値は，術前1（0-4），術後4（1-4）であった．3）大腸EMS後1週間以内の偶発症は3.5%（2/57）に認め，ガイドワイヤ穿孔1，肛門痛1でありいずれも保存的に改善した．4）経口摂取再開までの期間中央値は2日（0-23），手術までの待機日数中央値は22日（5-96）であり，ステント機能不全は認めなかった．術式は腹腔鏡：開腹が18：7，一期的吻合率は95.5％であった．大腸EMS後の術前TCS施行は12.0%（3/25）にとどまり，未施行1例で術後に口側結腸に進行癌を認めた．5）ステント開存期間中央値は111日（0-553）であった．ステント機能不全は28.1%（9/32；閉塞5，逸脱2，拡張不良1，穿孔1）に認め，3例に大腸EMS追加，2例にイレウス管留置，穿孔1例と逸脱1例は手術となった．【結論】当院における悪性大腸閉塞に対する大腸EMSは，安全かつ良好な成績であった．大腸EMS後の術前TCSが今後の課題である．

161（内）．当院における大腸憩室出血の臨床的検討

○伊藤　亮[1]，安部智之[1]，村松丈児[1]，佐賀潤也[1]，山田充子[1]，小野道洋[1]，藤井重之[1]，前田征洋[1]，今川貴之[2]，吉田正宏[2]（製鉄記念室蘭病院消化器内科・血液腫瘍内科[1]，札幌医科大学腫瘍内科学講座、血液内科学[2]）

【背景】社会の高齢化や抗血栓薬使用の増加に伴い、近年大腸憩室出血の症例が増加している。2017年12月には本邦で初となる大腸憩室症（憩室出血・憩室炎）ガイドラインが作成された。
【目的】当院で経験した大腸憩室出血症例について患者背景、診断方法、治療方法についてガイドラインに準じているかを比較検討することを目的とした。
【対象・方法】2013年4月から2018年4月まで、当院で診断した大腸憩室出血140人170症例を対象とし、患者背景、診断方法、出血源の同定率、治療方法について後方視的に検討した。
【結果】全症例の性別比は男性52.1%（73人）、女性47.9%（67人）で、やや男性が多かった。年齢の平均は約74.0歳と高齢であった。NSAIDs服用率は15.7%、抗血栓薬服用率は32.1%で、全体の45%であった。内視鏡施行前にCT検査で出血源が同定できた症例は25.6%（30例）であった。内視鏡検査を行った165症例のうち、活動性出血を認めた症例は29.7%（49例）、自然止血した症例は70.3%（116例）、内視鏡的に出血源が同定できた症例は50.3%（83例）であった。内視鏡前処置は浸透圧下剤40.6%（67例）、洗腸あるいは浣腸40.6%（67例）、前処置なし18.8%（31例）で、前処置別での出血源同定率は浸透圧下剤56.7%（38例）、洗腸あるいは浣腸44.8%（30例）、前処置なし48.4%（15例）と、浸透圧下剤群で高い傾向が見られた。止血方法はクリップ95.2%（79例）、留置スネア1.2%（1例）、HSE 1.2%（1例）で、バリウム充填を追加した症例は3.6%（3例）であった。同一入院中の再出血は16.4%（23人）にみられた。
【考察】当院でのCT検査、内視鏡検査での出血源同定率はガイドラインに準じており、大きな差は認められなかった。しかし、内視鏡前処置について浸透圧下剤を使用する割合が少なかった。前処置別での内視鏡出血源同定率の比較から、浸透圧下剤を使用することが出血源を同定するために重要であると考えられた。

162（内）．繰り返す大腸憩室出血にマーキングクリップを併用し動脈塞栓術を施行した1例

○岩野博俊[1]，石井吉文[1]，沼崎　太[2]，佐藤貴幸[3]，仁木　卓[1]，山田政孝[1]（士別市立病院消化器内科[1]，士別市立病院循環器内科[2]，士別市立病院内視鏡技術科[3]）

症例は91歳、男性。冠動脈ステント留置後で抗血栓薬内服中であった。2017年11月にS状結腸憩室出血にクリップ法による内視鏡的止血術を2回行っていた。2018年1月に血便が続くことを主訴に当院救急外来を受診、憩室出血疑いで入院となった。入院後に施行したshort CSでは前回の内視鏡的止血術の際のクリップが残存していたが、クリップ近傍の異なる憩室が責任病変であった。まずはクリップ法による内視鏡的止血術を行ったが露出血管は未確認であり、再出血の可能性が考えられた。責任憩室が確認できたため、再出血時にはコイルによる経カテーテル的動脈塞栓術を試みる方針とし、動脈の走行を把握する目的で造影CTを行った。内視鏡的止血術6日後に再び血便を認めた。責任憩室のクリップ確認目的で腹部単純X線を施行したところ脱落していたため、責任憩室にマーキングクリップを施行し、引き続き血管造影を行った。事前のCTで右腸骨動脈に自然解離を確認していたため、左腸骨動脈よりアプローチし、親子カテーテル法を用いてマイクロカテーテルを出血部位近傍まで進めた。クリップの部に一致する造影剤漏出を確認し、コイルによる動脈塞栓を行い止血に成功した。その後はS状結腸憩室出血なく5か月経過中である。今回、繰り返す憩室出血に対して経カテーテル的動脈塞栓術を念頭においた準備を行った上で止血術を行った1例を経験したので若干の文献的考察を加えた報告する。

163（消）．画像検査による術前診断が困難であった胆管腺腫の1例

○早坂秀平[1]，吉田苑永[1]，宮本秀一[1]，木下賢治[1]，伊藤　淳[1]，工藤大樹[1]，畑中一映[1]，山本義也[1]，成瀬宏仁[1]，中西一彰[2]，下山則彦[3]（市立函館病院消化器内科[1]，市立函館病院消化器外科[2]，市立函館病院病理診断科[3]）

【緒言】胆管腺腫は稀な良性肝腫瘤であり、組織学的に胆管上皮類似分枝状胆管の集簇増生を特徴とする。画像検査で診断に至ることは少なく、剖検時や手術時に偶然発見される例が多い。今回我々は他疾患精査時のCTで偶然発見され、腹腔鏡下肝部分切除術により確定診断に至った胆管腺腫の1例を経験した。【症例】52歳女性。2017年9月の検診で尿潜血陽性を指摘され、二次検査目的に当院泌尿器科を受診され、腹部単純CTを施行。肝腫瘍を指摘されたため当科紹介受診となった。血液検査では軽度の肝機能障害を認めたが、腫瘍マーカーの上昇は認めず、肝炎ウイルスマーカーも陰性であった。腹部エコーでは腫瘍は肝S5に15mm大の境界明瞭な低エコー結節として描出され、造影CTでは早期相から後期相にかけて辺縁部に淡い濃染を示すが、洗い出しは認めなかった。造影MRIではCTと同様の造影態度を示し、肝細胞相で辺縁部のみが環状に高信号を、中心部は取り込み低下を示した。画像所見より、多血性腫瘍であるが肝細胞癌としては非典型的で、肝腫瘍生検などの選択肢も提示したが、診断と治療を目的とした外科的切除を希望されたため、十分な説明のうえで腹腔鏡下肝部分切除術を施行した。病理組織学的検査では、異型性の無い胆管が繊維化を伴い増生し、免疫染色にてCK7（+）、CK19（+）、CK20（-）であったことから、胆管腺腫の診断に至った。術後経過良好であり、現在も外来にて経過観察中である。【考察】胆管腺腫は日常診療では遭遇頻度が少なく、本症例では術前画像検査からは同疾患は想起されなかった。画像所見が非典型的な場合にはこのような稀な疾患も念頭に置き、治療方針を検討する必要性を改めて認識した。今回経験した胆管腺腫の疾患的特徴や画像所見について文献的考察を加えて報告する。

164（消）．内視鏡的クリップ止血術後PTOにより根治治療をし得た十二指腸静脈瘤出血の1例

○本田宗也[1]，斎藤義徳[1]，上原聡人[2]，上原恭子[2]，杉村浩二郎[2]，藤林周吾[2]，芹川真哉[2]，鈴木康秋[2]，澤田康司[4]，奥村利勝[4]，平松一秀[3]（旭川厚生病院消化器内科[1]，名寄市立総合病院消化器内科[2]，旭川厚生病院放射線科[3]，旭川医科大学内科学講座消化器・血液腫瘍制御内科学分野[4]）

【症例】50歳代女性．突然の下血及び吐血をきたしたため名寄市立総合病院消化器内科を受診された．血液性化学検査ではWBC 13,000，RBC 208万，Hb 6.6，Plt 15.4万，TP 5.1，Alb 2.4，AST 240，ALT 270，ALP 242，T-Bil 1.4，γGTP 52，PT% 51%と貧血，肝機能障害，低アルブミン血症，凝固異常を認めた．HBs抗原，HCV抗体は陰性であった．腹部造影CTでは肝形態変化と脾腫を認め，胃噴門部より食道周囲に発達した側副血行路を認めた．食道・胃静脈瘤出血を考え緊急内視鏡を施行した．胃内に黒色残渣を認めたが活動性の出血は認めず，食道・胃静脈瘤を認めたがF2CwRC（-）であり，出血源を示唆する所見は得られなかった．十二指腸球部前壁にH1潰瘍を認めたが，出血や露出血管は認めなかった．十二指腸水平部に頂部に小びらんを伴う限局性の粘膜下小隆起を認めた．隆起より連なる粘膜ひだは他のひだに比べやや太めであり，十二指腸静脈瘤を疑った．クリップを計15か所行い止血を行った．再度CTを確認したところ上腸間膜静脈分枝より十二指腸水平脚にextravasasionを認めていた．再出血は認めなかったが，腹水・門脈血栓症を認め，薬物療法を開始後，経皮経肝的塞栓術（PTO）目的で当科を紹介され施行した．その後は再出血などなく退院となった．【考察】十二指腸静脈瘤は硬化療法施行静脈瘤の0.3%と稀であり，破裂により致命的とりうる疾患である．治療法は確立されておらず，内視鏡的治療や血管内治療による塞栓療法を症例に応じて施行されている．本症例は緊急内視鏡クリップ止血術後，PTOにより根治治療をし得たため報告する．

165（消）．膵頭十二指腸切除既往患者の肝切除後難治性胆汁漏に対して順行性胆管ドレナージが有効であった1例

○村田竜平，柏倉さゆり，辻　健志，葛西弘規，谷　安弘，羽田　力，上泉　洋，伊藤浩二（岩見沢市立総合病院）

症例は80歳，女性．約6年前に下部胆管癌に対して膵頭十二指腸切除術（pStage3）を実施し，術後ジェムシタビン投与後にフォローしていた．2017年10月の血液検査でCA 19-9の上昇を認め，腹部造影CT検査を実施した．肝S 4/8に肝内胆管癌または転移性腫瘍を疑う腫瘍を認め，肝中央2区域切除術を予定した．術中超音波検査で門脈右枝に浸潤を認め，肝部分切除術に変更となった．術後9日目に胆汁漏を認め，ドレーンを入れ替えて持続洗浄を実施した．しかし，胆汁漏の改善を認めず，術後28日目に膿瘍腔造影を実施．肝内胆管右前枝から造影剤の流入を認め，透視下に肝切離断面から胆管空腸吻合部まで5Fr コブラ型血管造影用カテーテルを挿入し，膿瘍腔内にもドレナージチューブを2本留置した．留置20日後のCT検査にて膿瘍腔はほぼ完全に消失した．瘻孔形成後，留置41日後にカテーテルを抜去し，退院した．肝切除後胆汁漏は，胆汁性腹膜炎など重篤化する可能性のある重要な術後合併症の一つである．保存的に治癒することも多いが，難治性で侵襲的治療を要する場合もある．一般的に，上部内視鏡下の逆行性ドレナージ有効とされるが，胆管空腸吻合後の症例では困難である．今回，肝切離面の難治性胆汁漏に対して，順行性胆管ドレナージが一法であると考え発表する．

166（消）．慢性肝疾患患者に対する亜鉛投与製剤投与例の検討

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

【目的】低亜鉛血症（Zn＜65μg/dL）を有する慢性肝疾患症例に対する新規治療薬である酢酸亜鉛水和物投与例の効果とポラプレジンク内服例の血清亜鉛値（Zn）を調査する。【対象と方法】1）酢酸亜鉛水和物投与74例［年齢69歳、男性55%、Child-pugh A/B/C 25/33/16例、背景肝病変 HCV/HBV/Alcohol/その他　22/13/16/23例、血小板7.9万、プロトロンビン（PT）61%、アルブミン（Alb）3.3g/dL、総ビリルビン（T-bil）1.4 mg/dL、NH3 78μg/dL、BTR 3.5、亜鉛（Zn）46μg/dL、以下単位略］を対象とした。治療目標をZn 80以上達成とし、この達成率をカプランマイヤー法で検討し、次に治療後3ヶ月の時点でZn80未満の症例（=未達成例）と80以上を呈した達成例の背景因子を比較した。数値は中央値で示した。2）ポラプレジンク内服44例のZn分布を調査した。結果】1）治療後Zn 80以上の達成率は、治療後1/2/3/4/5ヶ月で59/70/72/74/87%であった。未達成例13例と達成例52例の背景因子の比較では、未達成例/達成例でZn 30/51、以下同様にZn 40未満の割合（%）92/19、PT 45/65、Alb 2.6/3.5、T-bil 2.3/1.1、BTR 2.5/4.1、NH3 113/72、Child-pugh C以上の割合（%）54/15 で有意差を認めた。2）ポラプレジンク内服例のZn 60未満/60～79/80～139/140以上の割合は、それぞれ、25/36/29/9%であった。【考察】酢酸亜鉛水和物投与5ヶ月で約9割の症例で治療目標を達成した。未達成例の特徴として治療開始時Zn 40未満、肝予備能低下例が挙げられた。ポラプレジンク長期内服例において低亜鉛血症例を25%に認めた。【結語】酢酸亜鉛水和物投与によりZnは増加するが、治療開始時のZn 40未満、肝予備能低下例ではZn 80以上の達成率が低い。

167（内）．2013年から2017年の5年間で経験したBRTOを施行した9例の検討

○阿部真美[1]，岸　法麿[1]，斎藤　敦[1]，太田勝久[1]，相馬　学[1]，松崎伸幸[1]，杉山祥晃[1]，石川千里[1]，藤井常志[1]，長谷部千登美[1]，高田陽子[2]，長沢研一[2]（旭川赤十字病院消化器内科[1]，旭川赤十字病院放射線科[2]）

【はじめに】BRTO（バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術）が2018年に保険収載されたのは記憶に新しい。そこで2013年から2017年の5年間に当院でBRTOを施行された9例を後方視的に検討した。

【方法】対象は2013年から2017年の5年間でBRTOを施行された全9例を検討。カテーテルは全例メディキット社製BRTO用オクルージョンシステムであるCANDISを使用。BRTOに先立ちBRTV（バルーン閉塞下逆行性静脈造影）を行い側副路と胃静脈瘤のGrade分類（廣田分類）を評価。必要な側副血行処理を行った後、EOI（オレイン酸エタノールアミン＋イオパミドール）を注入、40分停滞を確認しながら適宜追加。可能な限り注入したEOIを回収後閉塞バルーンを解除し手技を終了。

【結果】症例の内訳は胃静脈瘤8例、門脈-大循環シャントによる肝性脳症1例、平均年齢69歳、男女比は男性4例、女性5例、成因はNASH 7例、アルコール性 1例、AIH 1例。廣田分類はGrade 1 1例、Grade 2 2例、Grade 3 1例、Grade 4 4例、不明 1例。EOIの平均使用量は12ml（3-18ml）。治療成功は8例、1例は側副路処理不能によりBRTOを断念し後日NBCA（n-butyl-2-cyanoacrylate）を用いた内視鏡的胃静脈瘤硬化療法を施行した。

【考察】BRTOによる治療成功率は8例/9例と良好であった。側副路の処理が治療成否のカギを握るためBRTVによる描出が重要と考えられる。同治療は保険収載され胃静脈瘤に有用であることがあらためて示された結果であった。しかし、不成功例も経験し、NBCAを用いた内視鏡的胃静脈瘤硬化療法の手技を維持していく必要もあると考えられた。

168（消）．左側からの後腹膜アプローチが有用であり，腹腔鏡にて胆嚢と同時に摘出した後腹膜神経鞘腫の1例

○中本裕紀[1]，土屋邦彦[2]，植田隆太[1]，白川智沙斗[1]，藏谷大輔[1]，今　裕史[1]，武田圭佐[1]，桑原博昭[1]，田村　元[1]，小池雅彦[1]（KKR札幌医療センター外科[1]，KKR札幌医療センター泌尿器科[2]）

症例は37歳女性．近医で胆石症の診断となり当科紹介．術前精査にて左腎尾側に35mmの後腹膜腫瘍を認めた．泌尿器科と合同で腹腔鏡下胆嚢摘出術，後腹膜腫瘍摘出術を施行した．手術はまず仰臥位，4ポートにて胆嚢摘出術を施行．次に体位を右側臥位とし下行結腸外側の腹膜を切開し後腹膜アプローチにより腫瘍に到達し摘出した．胆嚢摘出の際の臍部ポートを後腹膜腫瘍摘出時にも利用した．病理検査では後腹膜腫瘍は腫瘍内に紡錘形細胞が増勢しており，S-100にびまん性に陽性を示し，神経鞘腫と診断した．胆嚢摘出術と後腹膜腫瘍摘出を同時に経腹的アプローチにより摘出した1例を経験した．臍部創を利用し側臥位への体位変換による結腸外側からの後腹膜アプローチは経腹的に腹腔内臓器摘出を要する場合に有用であると考えられる．

169（消）．遺伝性球状赤血球症による巨大脾腫に対して腹腔鏡下脾摘術を施行した1例

○石川隆壽[1]，坂本沙織[1]，小林展大[1]，河合朋昭[1]，小林清二[1]，小笠原和宏[1]，宮城島拓人[2]，武冨紹信[3]（釧路労災病院外科[1]，釧路労災病院内科[2]，北海道大学大学院消化器外科学教室Ⅰ[3]）

症例は20歳代男性。小児期より遺伝性球状赤血球症で近医通院中であったが、その後通院中断していた。体調不良で当院内科受診し、黄疸、貧血及び脾腫を指摘された。黄疸及び高度の貧血のため、脾摘目的に当科紹介となった。術前CTでは脾臓の最大径は21cmであった。腹腔鏡下脾摘術を施行した。体位は頭高位、右半側臥位とし、最初は5ポートで施行し、途中で1ポート追加した。脾臓の摘出に際しバッグでの回収は困難であったため、小開腹にて脾臓を摘出した。摘出した脾臓の重量は1.3kgであった。手術時間は3時間44分、出血量は440mlであった。術後経過は軽度の膵液漏を認めたが、保存的に軽快し、第18病日に退院された。本症例は巨大脾腫であり、1kgを超える脾腫に対しての腹腔鏡手術の報告は少ない。遺伝性球状赤血球症による巨大脾腫に対して腹腔鏡下脾摘術を安全に施行できた一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

170（消）．腹腔鏡下に修復した巨大な成人Bochdalek孔ヘルニアの1例

○南波宏征，柴崎　晋，川俣　太，市川伸樹，吉田　雅，本間重紀，川村秀樹，武冨紹信（北海道大学大学院消化器外科学教室I）

【背景】Bochdalek孔ヘルニアは横隔膜ヘルニアの中では頻度が高い疾患であるが、成人発症は稀である。今回、成人発症したBochdalek孔ヘルニアに対して腹腔鏡下修復術を施行した一例を経験したので報告する。【症例】52歳女性。幼少期より胸部レントゲンで左横隔膜の異常を指摘されていたが放置していた。5年ほど前より左側腹部痛を自覚し、徐々に増強してきたため前医受診し、左横隔膜ヘルニア疑いにて、当科紹介となった。CTにて左横隔膜が一部欠損しており、同部をヘルニア門として、胃、横行結腸、膵、脾、左腎が胸腔内へ脱出する所見を認めた。成人Bochdalek孔ヘルニアと診断し、待機的に腹腔鏡下修復術を施行した。腹腔側よりヘルニア門周囲の癒着を剥離し、胸腔内に脱出している後腹膜をヘルニア門に沿って全周性に切開し胸腔と交通させた後、その切開された後腹膜と一緒に脱出している腹部内臓を腹腔内に還納した。ヘルニア門は8x6cmであり、縫縮は困難と判断し、デュアルメッシュ（日本ゴア社）を腹腔側より非吸収糸にて縫合固定し閉鎖した。臓器の捻転等がないことを確認した後、胃や脾臓の捻転防止目的に胃底部を左横隔膜に縫合固定した。手術時間は210分、出血量は少量であった。術翌日より食事再開となり、特に合併症等なく、術後2週間で退院した。【結語】巨大なヘルニア門を有し多くの腹部内臓が胸腔内に脱出していても、低侵襲かつ良好な視野で行える腹腔鏡下手術は、本疾患において有用な術式となりうると考えられた。

171（内）．膵頭十二指腸切除術後ロストステントの動態と迷入例の対処法

○小林陽介[1]，矢根　圭[1]，高橋邦幸[1]，林　毅[1]，金　俊文[1]，永井一正[1]，田中一成[1]，宇都宮蘭[1]，瀧川有記子[1]，高田　実[2]，安保義恭[2]，潟沼朗生[1]（手稲渓仁会病院 消化器病センター[1]，手稲渓仁会病院 外科[2]）

【背景】膵頭十二指腸切除術（PD）の際に,膵・胆管空腸吻合部にロストステントが留置されることがある.しかし,ステントの術後の動態は不明な点も多く,迷入例がみられることもある.【目的】ロストステントの動態と迷入例の対処法について検討する.【対象と方法】対象は2008年1月から2018年3月までにPDを施行し,膵・胆管ロストステントを留置した239例.年齢中央値68歳（42-85）,男142,女97.膵腫瘍169,胆道腫瘍65,十二指腸腫瘍5.ステント留置部位は,膵管176,胆管10,膵・胆管53.ステントは5,6Frの外瘻チューブを切断し,術中に膵空腸,胆管空腸吻合部に留置した.ステントの動態は,術後のXr,CTをもとに後方視的に検証した.【検討項目】1.ロストステントの動態, 2.迷入例の対処法【成績】1.観察期間中央値107日（9-557）において,膵管ステントは,脱落217（94.9%）,遺残4（1.7%）,迷入8（3.4%）,胆管ステントは,脱落60（95.2%）,遺残1（1.6%）,迷入2（3.2%）であった.術後から脱落確認までの期間中央値は,膵管ステントは106日（9-442）,胆管ステントは90日（12-289）.遺残例は現在,全例無症状経過観察中（観察期間中央値149日, 94-557）. 2.迷入10例（1.7%）の内訳は,膵管留置ステントの胆管内迷入7,膵管内迷入1,胆管留置ステントの胆管内迷入2,迷入確認までの期間中央値は92日（33-214）.6例が有症状（胆管炎3,肝障害2,糖尿病悪化1）であった.7例（有症状6,無症状1）でシングルバルーン内視鏡を用いてステント抜去を試み,全例成功した.この際,胆管空腸吻合部狭窄3,結石2の併発を認めバルーン拡張術,内視鏡的結石除去術も施行した.総処置時間中央値は26分（14-88）.偶発症は胆管炎1（保存的軽快）.無症状3例は経過観察し,自然脱落2（71,230日後）,経過観察中1（49日経過）であった.【結論】PD例での膵・胆管ロストステントの多くは自然脱落していたが,時に迷入がみられるため注意を要する.迷入例では内視鏡治療が安全で有用であった.

172（内）．経皮経食道胃管挿入術（PTEG）による腸管減圧が有用であった横行結腸癌術後再発による癌性イレウスの1例

○真崎茂法[1]，森園竜太郎[2]，古山準一[2]，高木秀雄[2]，草間敬司[2]，檜森亮吾[2]，五十嵐聖名子[2]，上杉　淳[2]，水尾仁志[2]，内沢政英[2]（宮の森記念病院消化器科[1]，勤医協中央病院消化器内科[2]）

症例は87歳女性.
20XX年8月横行結腸癌に対し右半結腸切除術を受け，StageIIIaであった.
高齢，PS 3のため術後補助化学療法は行わず経過観察となった.
20XX+1年5月腹壁再発の疑いで精査のため当科紹介入院となった.
腹壁再発, 腹膜播種, 癌性腹膜炎を生じており癌性イレウスを発症,
小腸に複数の高度狭窄を認めイレウス管にて減圧を行った.
イレウス管での減圧の継続は苦痛が強く,緩和目的に減圧用の
PEGを検討したが広範な腹壁再発によりPEGは困難であったため,
経皮経食道胃管挿入術（PTEG）を施行し減圧を行った.
PTEGカテーテルによる減圧を継続しながら, 患者の希望に応じて
可能な範囲で水分と軽食の経口摂取を行った.
PTEG前後で苦痛はface rating scale 4→1に改善した.
20XX+1年8月に原病死されたが，PTEGを選択したことに患者・家族は大変満足されていた.
PTEGによる減圧は悪性消化管閉塞の緩和治療として有用であった.

173（消）. De Garengeot hernia（虫垂の大腿ヘルニア嵌頓）の1例

○石黒友唯，佐藤正法，後藤順一，服部優宏，堀江　卓，小野寺一彦，久木田和丘，目黒順一，米川元樹（札幌北楡病院外科）

【症例】89歳、男性。20年ほど前から右鼠径部の膨隆を繰り返していた。来院３週間ほど前に嵌頓症状を認めたが自ら徒手整復可能であった。来院前日に再び嵌頓し、今回は徒手整復できず発症から24時間以上経過し受診となった。意識清明、体温35.9℃、血圧122/83mmHg、心拍数82回/分、SpO2:95%。右鼠径部に5×4cm大の膨隆があり、硬結あるが皮膚発赤なく圧痛は軽度だった。イレウス症状もなかった。白血球数5,380/μL、CRP 3.94mg/dLと軽度炎症あるも生化学や凝固では異常所見はなかった。造影CT検査では、外腸骨動静脈より内側かつ鼠径靭帯より背側で恥骨筋の腹側に位置するヘルニアを認め大腿ヘルニアを疑った。内容物は腸と交通している明らかな所見はなかったが管腔を持つ直径20mmほどの構造物を認めた。周囲には浸出液貯留を認めたが、穿孔所見は認めなかった。以上より、右大腿ヘルニア嵌頓と診断し、繰り返す嵌頓症状と用手的還納は困難であったため臨時手術の方針となった。【手術】鼠径管を開放し、横筋筋膜を切開、腹膜前腔に到達した。用手的還納を試みたが困難なため鼠径靭帯を切離した。直径約2cmの細長い構造物を認め、sacとの癒着は非常に強かったが、sacを切開開放し内容物中枢側を牽引すると盲腸が出てきたため内容物が虫垂であると判断した。根部は自動縫合機にて切離し、鼠径部の修復はMcVay法にておこなった。特記すべき合併症なく術後７日目で退院した。【考察】大腿ヘルニアおいて嵌頓臓器が虫垂である頻度は0.49%と非常に少ない。虫垂嵌頓の術前診断が可能であった症例は約半数あり、その場合は虫垂の状態や患者の症状によっては待機的手術も可能な事がある。本症例は虫垂嵌頓の術前診断はできず、虫垂切除に伴う感染のリスクも懸念されたためmeshによる修復術はおこなわなかったが、meshを使用する報告例も散見された。【結語】非常に稀なDe Garengeot herniaの1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

174（消）. 胃静脈瘤を伴った遊走脾捻転の1切除例

○執行亜希子，石津寛之，園川卓海，田中友香，大野陽介，乾野幸子，若山顕治，舩越　徹，田原宗徳，山上英樹，高橋周作（札幌厚生病院）

【はじめに】遊走脾の発生頻度は約0.2～0.5%と報告されており、比較的稀な疾患である。重篤な合併症として捻転が最も多く、ほとんどが急性腹症で発症する。慢性に経過した場合に捻転によって生じた脾静脈還流障害による胃静脈瘤や脾機能亢進症などが報告されている。【症例】症例は20歳、男性。5年前感染性腸炎で近医受診した際に脾腫を指摘された。その後精査施行し遊走脾捻転による脾静脈閉塞が脾腫の原因と診断し、以後CT検査にて定期的にフォローされていた。脾腫の程度や胃食道の血管信号は著変なかったが、血小板は緩徐に低下していた。将来的に脾機能亢進症、門脈圧亢進症が悪化する可能性があり脾摘の方針となり当科紹介受診。CT検査で脾腫、脾静脈は膵尾部の背側で閉塞し脾門部から胃体部との間に拡張した静脈がみられ、胃大網状脈を介して門脈に還流していた。血管造影検査では正常の脾静脈はほとんど描出されず、脾門部頭側に拡張した側副静脈路がみられ、造影剤の大部分はその部位より胃冠状静脈や胃大網静脈を介して門脈へ流入していた。脾動脈は脾門部より手前で複数の分枝に分かれ、脾臓へと還流していた。上部消化管内視鏡検査で胃体上部大弯側に胃静脈瘤を認めた。当科にて開腹脾臓摘出術を施行。術中所見では、脾臓が脾門部を軸として180度回転しており大網静脈系の著明な拡張がみられた。術後7日目のCTにて肝右葉門脈に血栓形成を認めたが抗凝固療法にて消失し、術後15日目に退院。半年後の上部消化管内視鏡検査で胃静脈瘤は著明に縮小していた。【まとめ】本症例は慢性的に脾臓が捻転し脾静脈閉塞、左側門脈圧亢進症を生じ、胃静脈瘤をきたしたと考えられる。遊走脾捻転に胃静脈瘤を合併した稀な症例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

175（内）. 超音波内視鏡（EUS）下経直腸ドレナージが有用であった骨盤内膿瘍の1例

○坂本拡基[1]，吉田真誠[1]，池田裕貴[1]，石川和真[1]，村瀬和幸[1]，高田弘一[1]，宮西浩嗣[1]，渡辺秀樹[2]，許　理威[3]，加藤淳二[1]（札幌医科大学腫瘍内科[1]，市立千歳市民病院消化器内科[2]，市立千歳市民病院外科[3]）

【症例】80歳台，男性．【既往歴】間質性腎炎（60歳台），糖尿病性腎症（80歳台より維持透析），膀胱癌（80歳台 経尿道的膀胱切除）【現病歴】近医にて維持透析中、2018年３月に発熱と下腹部痛を主訴に同院を受診した．CTで腹腔内に遊離ガスが認められたため，消化管穿孔の診断となり，即日入院，緊急試験開腹術が施行された．術中所見でS状結腸穿孔，骨盤内膿瘍と診断されたが，S状結腸周囲の炎症所見が強くS状結腸切除術は断念されたため，横行結腸双孔式人工肛門造設術，外瘻ドレーン留置が施行された．術後経過は良好で外瘻ドレーンは抜去されたが，抜去後，高熱が出現し，CTで骨盤内膿瘍の残存が認められた．保存的加療が行われたが改善に乏しく，再度開腹にて膿瘍腔を洗浄後，外瘻ドレーンが留置された．しかし，その後も発熱が持続したため，再度CT施行され，ドレーン留置部よりも更に深部に膿瘍腔の残存が認められた．そのため，ドレーンの位置調整が試みられるも，ドレーンが脱落した．再度開腹術が検討されたが，侵襲が大きいと判断されたため，同年５月にEUS下経直腸的ドレナージ目的に当科紹介入院となった．CTで膿瘍腔は直腸S状部（Rs）と最も近接しており，スコープによる穿孔予防にまず直視鏡をRsまで挿入した．ガイドワイヤーを留置して直視鏡を抜去し，convex EUS（GF-UCT260, Olympus）をRsまで進めた．同部より19GのFNA針にて膿瘍腔を穿刺し，古血様の膿汁が引け培養でCitrobacter freundiが検出された．膿瘍腔に7Fr 両端pig tailの内瘻チューブ，7Fr ENBD用外瘻チューブを2本留置した．連日外瘻チューブより洗浄を行い，解熱し血液検査で炎症反応は改善した．EUS下ドレナージ施行７日後のCTで膿瘍腔の縮小が認められ，外瘻チューブを抜去した．【考察】EUS下経直腸ドレナージは低侵襲で安全に施行可能であり，直腸に隣接する骨盤内膿瘍に対して非常に有用な手技と考えられた．