

- 第74回 日本消化器病学会甲信越支部例会  
第96回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会  
第26回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー  
第51回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会

## 抄 録 集

会 期：2024(令和6)年5月25日(土)～26日(日)

会 場：ホテルブエナビスタ

〒390-0814 松本市本庄1丁目2番1号

TEL：0263-37-0111

会 長：一條 哲也

(安曇野赤十字病院 消化器内科)

北原 桂

(安曇野赤十字病院 消化器内視鏡センター)

- 第74回 日本消化器病学会甲信越支部例会**
- 第96回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会**
- 第26回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー**
- 第51回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会**



## ご 挨拶

この度、第74回日本消化器病学会甲信越支部例会、第26回日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー、第51回日本消化器病学会甲信越支部教育講演会を担当させていただくことになりました、安曇野赤十字病院の一條哲也と申します。

歴史ある甲信越例会の大役、大変光栄に存じます。また非常に身の引き締まる思いでもあります。昨年の例会から、現地開催が再開されました。評議員会でも話題となりましたが、若手の登竜門としてのこの例会を、より活気ある討論の場となるようにしたいと考えまして、内視鏡学会の会長・北原 桂先生と相談し、発表時間と討論時間を増やすよう比較的時間に余裕あるプログラムの作成に努めました。その分、主題はワークショップ2題のみとしましたが、若手の先生へ、経験豊富な先生から教育的な暖かい質問や建設的なご意見が飛び交う充実した会となる事を心よりお待ちしております。普段経験する何気ない症例の一例一例を大切にしてい

く事で、さらなる診療の進歩へと繋がる事を期待しております。

今回の学会準備をしている最中に大変喜ばしいニュースがありました。第8回日本消化器病学会学術賞を、甲信越支部の先輩であります川茂之先生（松本歯科大学、前信州大学教授）が「自己免疫性膵炎におけるIgG4関与の解明とIgG4が関連する全身性疾患の提唱、ならびにIgG4関連疾患の疾患概念確立への貢献」で受賞されました。甲信越支部からの初受賞です。謹んでお祝い申し上げます。後輩としましても本当に誇らしい限りです。先生がこの研究をされていた同時期に私も大学にいましたが、この研究の始まりは支部例会で報告した症例を一つ一つ大切に蓄積していたことが礎であったと記憶しております。今回の甲信越支部例会も、今後世界へ発信する研究の基盤を築く第一歩となり、また明日の診療への力となる事を願っております。

教育講演はご高名な3名の先生にお願いしました。東京医科大学の永田尚義准教授に「日本人腸内マイクロバイームと疾患」について、信州大学の中山佳子教授に「小児から思春期の消化管疾患」について、同じく信州大学の田中直樹教授に「脂肪肝疾患の最新情報」についてご講演を賜ります。また専門医セミナーでは、何かと話題になっています昨年の肝臓学会での奈良宣言を受けまして、臨床面でも多数の患者さんを診療しております、依田窪病院院長の城下 智先生から「これからの肝疾患診療」についてご講演を承ります。いずれもその分野における第一人者の先生からお話しいただける幸運に恵まれました。

また、今回の開催に当たりましては甲信越支部会長の梅村武司教授、支部事務局の羽尾道子さん、内視鏡学会会長の北原先生、前支部事務局の上村顕也教授をはじめとした多くの支部評議員、会員の先生にご指導、ご協力いただきましたことを深謝いたします。

最後に、甲信越支部の益々の発展と支部会員の皆様のご活躍とご健勝を祈念いたしましてご挨拶とさせていただきます。

追記 今回の第74回日本消化器病学会甲信越支部例会は当初、私の親友で同期でもあります越知泰英先生（元長野市民病院）が会長を担当する予定でした。この場を借りて改めまして先生に哀悼の意を表するとともに、ご冥福をお祈り申し上げます。

令和6年5月吉日

第74回 日本消化器病学会甲信越支部例会  
第26回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー  
第51回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会  
会長 一條 哲也（安曇野赤十字病院 消化器内科）

## ご挨拶

この度、第96回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会の会長を担当させていただくことになりました安曇野赤十字病院の北原 桂と申します。歴史と伝統のある本会の当番会長を務めさせて頂くことは大変光栄なことであり、関係各位の皆様には厚く御礼申し上げます。運営側として、本会の重みをこれまで以上に感じております。

甲信越支部例会の目的は、経験した一例一例を大切に、対面での活発な議論を通じて皆で知見を共有し、今後の診療に生かしていくことにあると、小生は諸先輩方より教わってまいりました。規模は大きくなるとも、密度の濃い活発な議論や意見交換を通じて会員同士の親睦を深め切磋琢磨するきっかけとなる会、それを実現するにはどのようにしたらよいか、これまで思案を重ねてまいりました。魅力的なテーマや講演、セミナーを提供することに加え、会員の皆様の例会への参加しやすさも大切な要素ではないかと存じます。今回、第74回日本消化器病学会甲信越支部例会との合同企画としてワークショップを2題ご用意いたしました。テーマは「消化器救急疾患における診断・治療と課題」、「消化器腫瘍における予防・診断・治療の工夫と課題」とし、領域と症例数にかかわらず広くご応募いただき症例発表の負担を軽減できればとの意図がございました。また主題は少し減りましたが、各演題の発表や質疑応答時間を増やしました。活発な議論や意見交換につながるようでしたら幸いです。コロナも5類となり、学会は現地参集形式が主流となってきましたが、甲信越支部例会は遠方から参加いただく会員の先生方も多いため、移動宿泊による負担が比較的大きいものと考えます。この負担を軽減するため会期の圧縮についても検討をいたしました。本例会での実現には至りませんでした。今後とも検討の価値はあるのではないかと存じます。

本例会の開催にあたり、広告掲載、企業展示、共催セミナーとして、大変多くの企業の皆さまにご協力をいただいております。この場を借りて御礼申し上げます。共催セミナーや企業展示へも足をお運びいただき情報交換いただけましたら幸いです。5月25日のイブニングセミナーでは東北大学病院消化器内科 志賀永嗣先生より「潰瘍性大腸炎の内科治療を総括する—JAK阻害剤の位置付けを含めて—」、5月26日のランチオンセミナーでは、「AIとつくる未来の内視鏡診療」のテーマにて新潟市民病院 古川浩一先生、山梨県厚生連健康管理センター 大高雅彦先生、プラーカ健康増進センター 成澤林太郎先生よりご講演をいただきます。

最後になりましたが、本例会開催に当たり多くの演題をご応募いただきました会員の先生方、評議員の先生方、またご助言、お力添えをいただきました支部長の小林正明先生、座長や司会の労をお取りいただいた先生方、およびご協力をいただいた各県幹部の先生方、第74回日本消化器病学会甲信越支部例会会長 一條哲也先生をはじめ、関わっていただいた全ての方々に心より感謝申し上げます。

令和6年5月吉日

第96回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会

会長 北原 桂（安曇野赤十字病院 消化器内視鏡センター）

# Access ホテルブエナビスタまでのアクセス



JR・アルピコ交通 松本駅 お城口から徒歩 7分  
7min. walk from Matsumoto Station.



松本バスターミナル下車 徒歩 5分  
5min. walk from Matsumoto Bus Terminal.



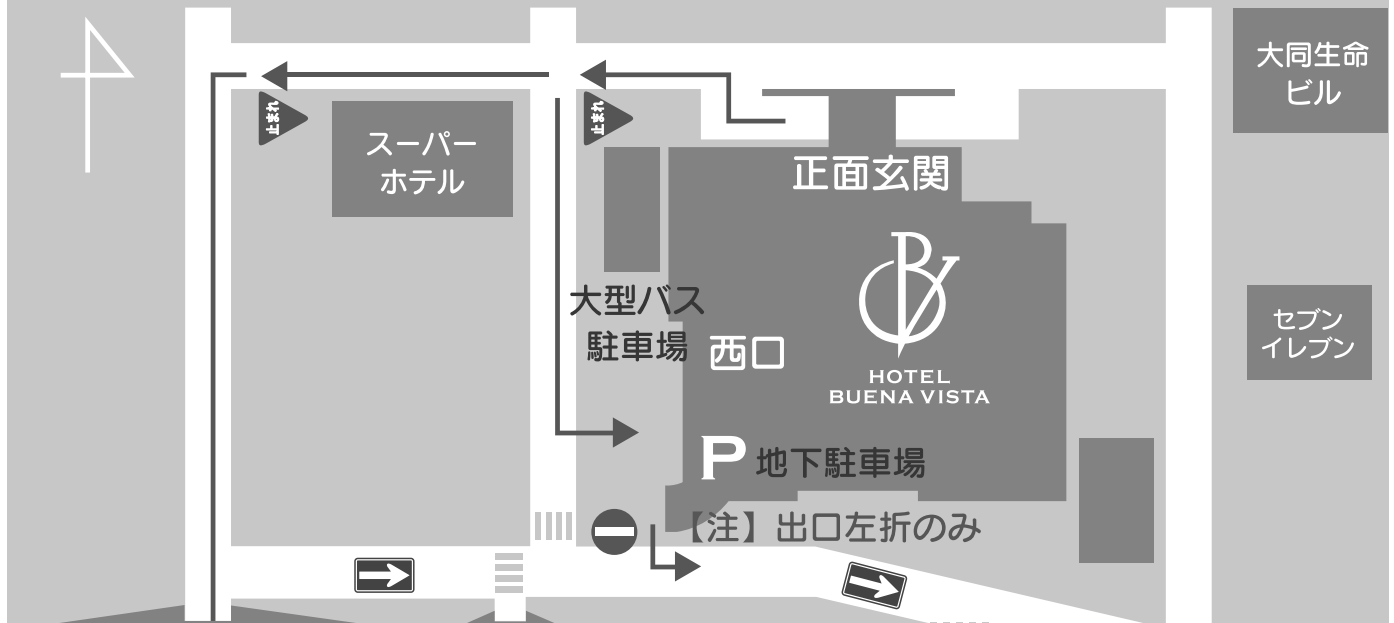
長野自動車道 松本I.C. から約 20分  
20min. by car from Matsumoto Exit.



信州まつもと空港からバスで約 25分  
25min. by bus from Matsumoto Airport.

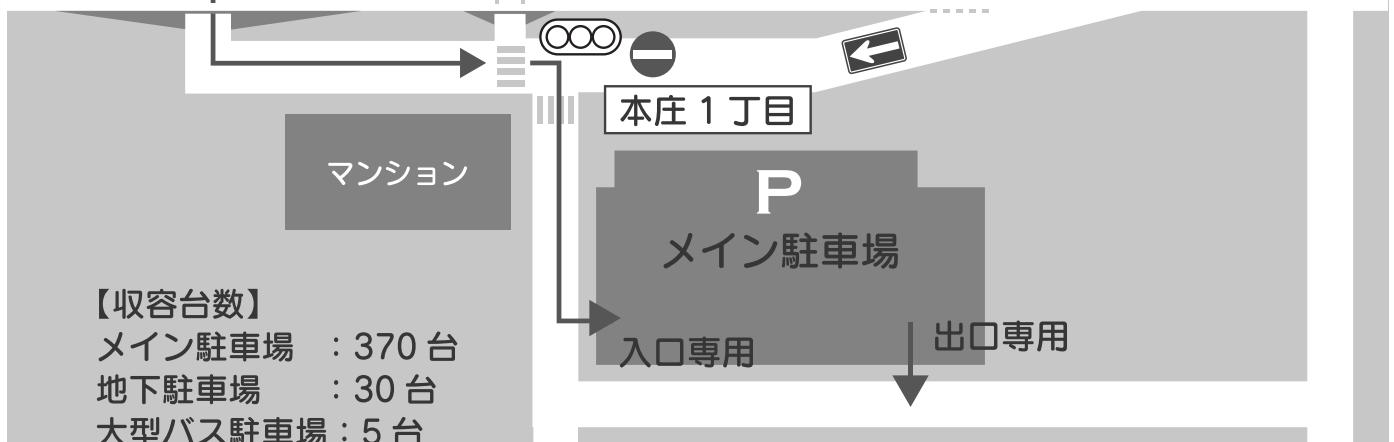
# Parking ホテルブエナビスタ駐車場のご案内

至 JR 松本駅



跨線橋

高架下歩道



【収容台数】

メイン駐車場 : 370 台

地下駐車場 : 30 台

大型バス駐車場 : 5 台

駐車券が発行されますので、  
お手数ですが、フロントまで  
お持ちください。

メイン駐車場からホテルにご移動の際は、  
高架下歩道を通行いただき、建物西口より  
ご入館をお願いいたします。  
(周辺の交通にご注意ください)

 HOTEL BUENA VISTA

 ALPICO HOTELS

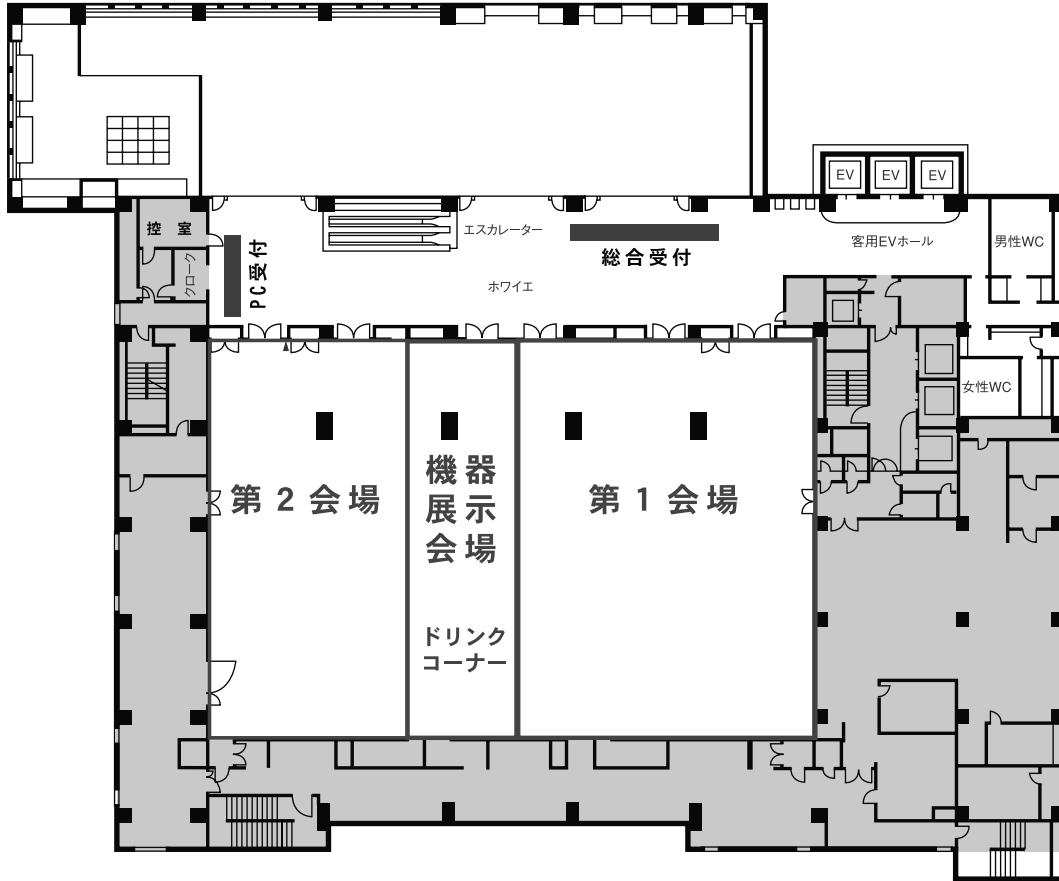
〒390-0814 松本市本庄1丁目2番1号

TEL. 0263-37-0111 FAX. 0263-37-0666

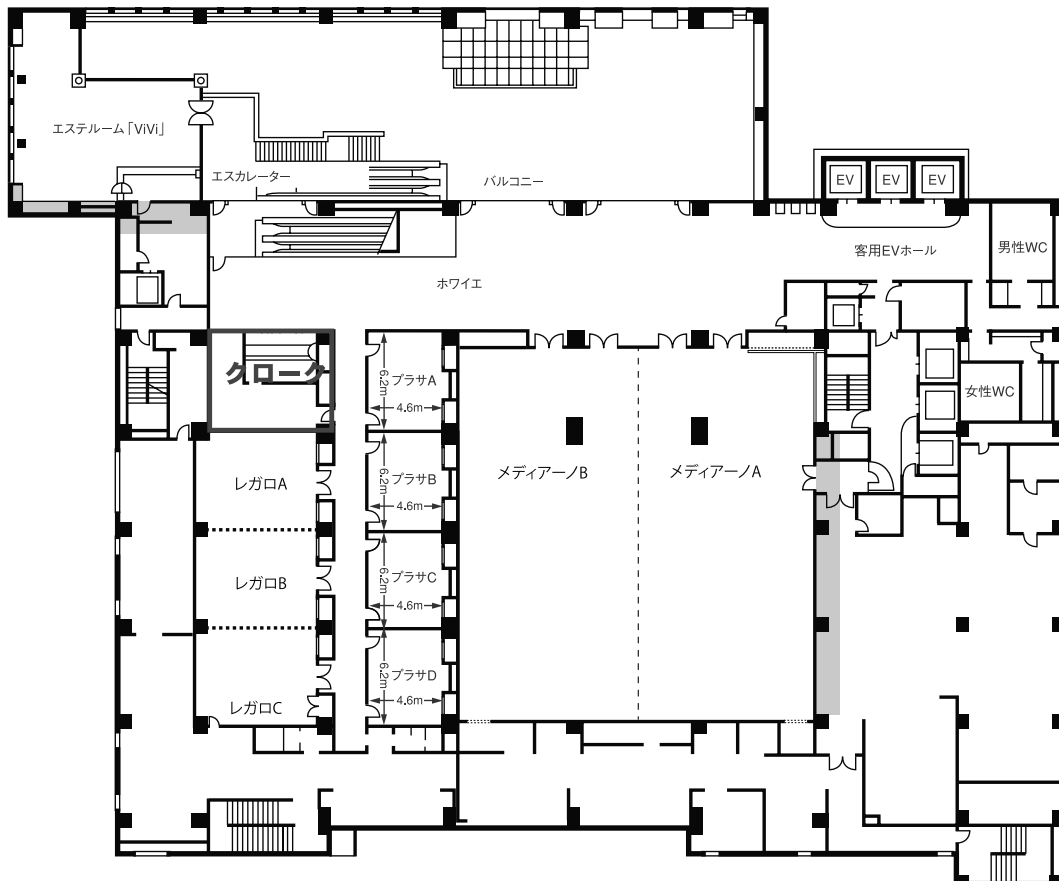
1-2-1 HONJO, MATSUMOTO, NAGANO, 390-0814, JAPAN

www.buena-vista.co.jp

# 3階



# 2階



# 5月25日 (土)

3F		3F		3F	
第1会場 (グランデ)		第2会場 (グランデ)		展示会場 (グランデ)	
セッション	演題番号	セッション	演題番号		
8:55	開会の挨拶				
9:00	英語セッション 胃・十二指腸 座長：小島 英吾	E-1-消	9:00	胆道 座長：小口 貴也	13-消-専
9:00		1-消-研			14-消-研
		2-消-研	9:32		15-消-研
		3-消	9:35		16-消
		4-消-専			17-消
9:40	肝1 座長：今井 径卓	5-消-専		膵臓・その他 座長：原井 正太	18-消
9:43		6-消-専	10:15		19-消
		7-消-専	10:18		20-消-専
		8-消-研			21-消
10:15	肝2 座長：高田 ひとみ	9-消-専	小腸・大腸・その他 座長：河久 順志	22-消	
10:18		10-消-研		11:06	23-消-研
		11-消-研			24-消
		12-消			25-消
10:50	合同ワークショップ1 「消化器救急疾患における診 断・治療と課題」 司会：森田 慎一 倉石 康弘	W1-1-内		26-消	
10:55		W1-2-内		27-消	
		W1-3-内			
		W1-4-消			
		W1-5-消			
11:55					
12:00	ランチョンセミナー1 「肝炎治療の最新戦略～肝がんや 肝硬変のリスク低減を目指して～」 座長：木村 岳史 演者：鈴木 雄一朗 協賛 ギリアド・サイエンシズ株式会社		12:00	消化器病学会評議員会	
12:50	専門医セミナー 「これからの肝疾患診療～肝臓 学会奈良宣言・ALTover 30 を受けて～」 座長：北原 桂 演者：城下 智		12:50		
13:00					
13:50	教育講演1 「日本人腸内マイクロバイオー ムと生活習慣・病気のクロス トーク」 座長：一條 哲也 演者：永田 尚義				
14:00					
15:00	教育講演2 「小児から思春期の消化管疾患 ～小児科から内視鏡検査を依頼 された時のポイントを含め～」 座長：一條 哲也 演者：中山 佳子				
15:00					
16:00	教育講演3 「NAFLD から MASLD へ： 脂肪肝疾患の最新情報」 座長：一條 哲也 演者：田中 直樹				
16:00					
17:00	イブニングセミナー 「潰瘍性大腸炎の内科治療を総 括する—JAK 阻害剤の位置付 けを含めて—」 座長：中村 直 演者：志賀 永嗣 協賛 アッヴィ合同会社				
17:00					
17:50					

- オリンバス  
マーケティング  
株式会社
- 株式会社  
カネカメディックス
- 株式会社  
メディカルリーダーズ
- 株式会社  
AI メディカルサービス
- ガデリウス・メディカル  
株式会社
- 日本ライフライン  
株式会社
- 富士フィルムメディカル  
株式会社





# ご参加の皆さまへ

抄録集が事前に届いた先生は抄録集をご持参ください。

## 支部例会へ参加される先生方へのご案内

### 1. 参加受付（共通）

- 【場所】 ホテルブエナビスタ 3F ホワイエ  
【日時】 2024年5月25日（土）8時～16時45分  
2024年5月26日（日）8時15分～11時30分

### ●クローク

- 【場所】 2F  
【時間】 2024年5月25日（土）8時～18時  
2024年5月26日（日）8時15分～13時15分

### ●事前参加登録をされた方

参加当日は、受付にてお名前をお伝え下さい。参加証兼領収書をお渡しいたします。  
(参加証兼領収書の事前発送はございません)

※参加証のない方の入場はお断りいたします。

※参加証兼領収書の再発行は一切行いませんので、会期中は紛失などされませんよう大切にご使用くださいますようお願いいたします。

### 2. 参加登録（共通）

現地参加予定の方も、Live 配信（教育講演会のみ）の方も、オンラインで事前参加登録が必要となります。

予め参加登録をお済ませください。

## ■参加費

参加種類	参加区分	参加登録費
日本消化器病学会甲信越支部例会／ 専門医セミナー	会員	3,000円（不課税）
	非会員	3,300円（消費税10%込）
	医学部生（研修医を除く） <sup>*1</sup>	無料
教育講演会 <sup>*2</sup>	会員	3,000円（不課税）
日本消化器内視鏡学会支部例会	会員	3,000円（不課税）
	非会員	3,300円（消費税10%込）
	医学部生（研修医を除く） <sup>*1</sup>	無料

<sup>\*1</sup> 学生の参加は無料となります。受付にて学生証をご提示ください。

<sup>\*2</sup> 教育講演会を Live 配信で受講される方は事前参加登録のみとなります。

5月24日（金）12時までにお申込みください。

教育講演会は、web 聴講と現地聴講のいずれでも原則として全講演の聴講をもって出席扱いといたします。

事前参加登録をいただいても、教育講演会にログの記録がない場合は、参加点の対象には



なりませんのでご注意ください。

「参加申し込みページ」

<https://jsge74.peatix.com/>

### 3. 質疑・応答について（共通）

発表に対しての質疑においては、質問、実質的な討論を優先し、できるだけコメントは控えさせていただきますようお願いいたします。特に若手の審査演題についてはご注意ください。

発言の際には、予め会場に設置してあるマイクの前でお待ちいただき、所属・氏名を述べた後、簡潔明瞭をお願いいたします。

### 4. ランチョンセミナー・イブニングセミナーについて（共通）

事前申込制です。ご希望の方は、5月24日(金)12時までには例会の参加登録時にお申込みをお願いいたします。

フードロス削減の取り組みとして、事前申込数分＋予備（若干数）のお弁当をご用意いたします。整理券は、参加証と一緒に渡しいたします。事前申込の無い方は、当日席に余裕があれば聴講は可能ですが、お弁当がない場合がございますので、ご注意ください。

#### ■ランチョンセミナー1（2024年5月25日(土)12：00～12：50）

「肝炎治療の最新戦略 ～肝がんや肝硬変のリスク低減を目指して～」

#### ■イブニングセミナー（2024年5月25日(土)17：00～17：50）

「潰瘍性大腸炎の内科治療を総括する ―JAK 阻害剤の位置付けを含めて―」

#### ■ランチョンセミナー2（2024年5月26日(日)12：00～12：50）

「AI とつくる未来の内視鏡診療」

## 座長・演者の先生方へのご案内（1～3 共通、4 消化器病学会）

1. 予定時間の30分前までに総合受付内「座長・演者受付」にて受付をお願いいたします。
2. ご担当セッション開始10分前までに、各会場の次座長・次演者席にお着きください。
3. 進行を円滑にするために演題名などの紹介は省略し、実質的な討論に時間を配分できるようご配慮をお願いいたします。
4. 消化器病学会支部奨励賞について：座長ならびに評価者の先生で採点をいただきます。採点用紙は当日座長受付でお渡しいたします。

## 演者の先生方へのご案内（共通）

### 1. 口演時間

合同ワークショップ1、2：発表8分、質疑応答4分 計12分

研修医・専攻医セッション、英語セッション・一般演題：発表5分、質疑応答3分 計8分

※口演におきましては、時間厳守をお願いいたします。

### 2. 発表形式

- ・すべて PC による発表のみとなります。  
その他スライド、ビデオなどは使用できませんので、ご注意ください。
- ・スクリーンサイズは16：9に対応しています。
- ・発表者ツールの使用はできませんのでご注意ください。
- ・動画がある場合、Macintosh での発表の場合は、必ず PC 本体をお持ちください。
- ・演題には、モニター、キーボード、マウスを準備します。ご自身で操作をお願いいたします。

### 3. 発表データの受付

発表セッション開始の60分前（朝一番のセッションは20分前）までに、「PC 受付」にて受付及び動作確認を行ってください。

【場所】 3F ホワイエ

【日時】 5月25日（土）8：00～17：50

5月26日（日）8：15～12：00

お預かりしたデータは事務局の PC にコピーいたします。

（コピーしたデータは学会終了後、主催者側で責任もって消去いたします。）

PC 本体をお持ち込みの場合は PC にて試写を行い、PC 本体はご自身で会場内オペレータまでお渡しください。セッション終了後ご自身でお引き取りをお願いいたします。

### 4. 発表データ作成について

- 1) 発表データは、USB メモリを推奨します。
- 2) 受付でのデータ編集はお断りいたします。また、受付完了後データを修正された場合は、再受付をしてください。
- 3) 発表会場ではデータの修正はできませんので、予めご了承ください。
- 4) 事務局で用意いたします PC の OS と対応アプリケーションは以下のとおりです。  
OS：Windows11  
アプリケーション：Microsoft PowerPoint2021（365）

- 5) フォントは文字化けを防ぐため下記のフォントを推奨いたします。  
日本語：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝  
英語：Arial、Arial Black、Century、Century Gothic
- 6) データのファイル名は「演題番号―演者氏名」としてください。
- 7) ご持参いただくメディアには、当日発表されるデータ（完成版）以外のデータを入れな  
いようにしてください。
- 8) 発表データ作成後、作成した PC 以外で正常に作動するかチェックすることを推奨い  
たします。
- 9) 動画がある場合および Macintosh をご使用しての発表の場合は、PC 本体を持ち込ん  
でください。
- 10) 患者の個人情報に抵触する可能性のある内容は、ご本人あるいはその代理人からイン  
フォームド・コンセントを得た上で、個人が特定されないように十分注意した内容で発表  
ください。
- 11) メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトで  
チェックしてください。

#### **【PC 本体を持ち込まれる場合の注意事項】**

- 1) 持ち込みする PC は、ご自身で会場内の PC オペレータへお渡しください。  
発表後、会場内 PC オペレータより返却いたしますので、忘れずにお受け取りくださ  
い。  
また、発表10分前までには、次演者席にお越しください。
- 2) モニター出力端末に HDMI コネクター（通常のモニター端子）が装備されているもの  
に限ります。  
タブレット端末での発表はできません。
- 3) 接続トラブルなどの場合に備え、バックアップデータを必ずお持ちください。  
PC 本体を持ち込みの場合、バッテリーでの発表はトラブルの原因になります。必ず電源  
アダプタをご用意ください。
- 4) 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能によって電源が切れないよう、予め設定の確  
認・変更をお願いいたします。

#### **利益相反（COI）の開示について**

発表には、演者に関する COI 状態の自己申告及び開示が必要です。発表の際、COI 開示ス  
ライドを表題の次の 2 枚目にご提示ください。

COI の自己申告につきましては、下記の通りをお願いいたします。

##### **・ 消化器病学会からの発表**

今回の支部例会では、演題登録にあたり、すでに COI の有無を申告いただいております。そ  
の演題の内容に関連して COI が生じる場合には、学会ホームページにあります COI 申告  
フォームにご入力いただいております。支部例会の演題登録が完了してから新たな COI が  
生じた場合には、適宜申告フォームにてご申告頂きますようお願い申し上げます。

詳しくは学会ホームページ ([http://www.jsge.or.jp/coi/shibu\\_coi/index.php](http://www.jsge.or.jp/coi/shibu_coi/index.php))  
をご覧ください。

##### **・ 消化器内視鏡学会からの発表**

消化器内視鏡学会支部例会の発表・演題に際しては、日本消化器内視鏡学会の規定に沿っ

た、発表筆頭者の COI 開示が求められています。

消化器内視鏡学会からの発表では、当日、発表開始時におけるスライドでの提示が必要です。

COI 申告書につきましては、UMIN 演題登録時に「COI 該当あり」を選択された場合、COI 申告書を提出いただきます。学会ホームページよりダウンロードして記入し、事前に例会事務局へメールなどにてご提出いただくか、当日受付にてご提出をお願いいたします。「COI 該当なし」を選択された場合、COI 申告書の提出は不要です。

スライド提示と COI 申告書フォームは以下からダウンロードできます。

[http://www.jges.net/index.php/member\\_submenu/archives/12](http://www.jges.net/index.php/member_submenu/archives/12)

#### ■倫理承認について

日本消化器内視鏡学会 > 各種手続き > 演題応募における倫理審査にてご確認ください。

<https://www.jges.net/medical/procedure/ethical-review-of-abstract-submission>

## 日本消化器内視鏡病学会 優秀演題表彰

卒後5年目までの演者の先生は研修医・専攻医セッションでご発表いただき、この演題の中から優秀演題を選び、表彰いたします。

また、卒後6年目以降の先生方の演題からも優秀演題を選出し、表彰いたします（一般演題に限ります）。

## お知らせ（共通）

発表は、本学会会員または研修医に限ります。非会員の方は、学会ホームページをご確認いただき入会手続きをしてください。

## 関連会合

消化器病学会評議員会 5月25日（土）12：00～12：50第2会場（3F グランデ）

消化器内視鏡学会評議員会 5月26日（日）13：00～13：40第2会場（3F グランデ）

## 日本消化器内視鏡学会

ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease（日本消化器内視鏡学会甲信越／北陸地方会雑誌）への論文投稿をお願いいたします。

（投稿詳細は甲信越支部ホームページをご覧ください）

第74回日本消化器病学会甲信越支部例会・  
第96回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会  
事務局

安曇野赤十字病院 小山 哲矢（総務課）  
〒399-8292 長野県安曇野市豊科5685番地  
TEL：0263-72-3170（代表） / FAX：0263-72-2314

学会運営事務局

ホテル ブエナビスタ 営業部  
〒390-0814 長野県松本市本庄1-2-1  
TEL：0263-37-0777（平日） / FAX：0263-37-0666

託児所のご案内

学会期間中、託児所を設置いたします。詳細は日本消化器病学会甲信越支部学会ホームページをご確認ください。

# 日本消化器病学会支部主催の学術集会 Web 単位登録開始について (2023年より)

2023年1月11日より公開されました「マイページ」より、2018年1月以降に開催された支部例会、支部専門医セミナー、支部教育講演会を対象に参加登録を行っております。本学会ホームページ上にあるマイページよりログイン後、「参加登録」にて登録可能ですので、ご利用ください。

## ○参加登録手順

1. 参加証明書の発行または出力する。
2. 学術集会終了後、マイページ上で参加登録画面へ遷移します。
  - 2-1. マイページへログイン後、「メニュー」ボタンを押します。



- 2-2. メニューより、「参加登録」を押します。



2-3. 参加登録画面へ遷移後、「支部主催学術集会はこちら」ボタンを押します。

日本消化器病学会

参加登録

ホーム > 参加登録

99999 : 登録 太郎 (トウロク タロウ)

こちらの画面から総会や、JDDWなどの参加登録が行えます。  
ご参加いただいた学術集会に出席番号を入力し、参加登録ボタンを押してください。  
支部主催学術集会（支部例会、専門医セミナー、教育講演会）は右のボタンから登録可能です。

学術集会一覧

支部主催学術集会はこちら

3件中、1〜3件を表示

学術集会名	出席番号	
第30回 JDDW教育講演（午後） 2022/10/30 - 2022/10/30	番号は必須です	参加登録
第30回 JDDW教育講演（午前） 2022/10/30 - 2022/10/30	番号は必須です	参加登録
第64回 本学会大会（JDDW） 2022/10/27 - 2022/10/30	番号は必須です	参加登録

戻る

3. 参加証明書に掲載されている番号（15桁）を入力し、参加登録を行います。

3-1. 出席番号を入力し、「検索」ボタンを押します。

日本消化器病学会

参加登録（支部主催）

ホーム > 参加登録 > 参加登録（支部主催）

99999 : 登録 太郎 (トウロク タロウ)

こちらの画面から支部主催学術集会への参加登録が行えます。  
出席番号を入力し、検索ボタンを押すと対象の学術集会が表示されます。対象となる学術集会は以下のとおりです。

- 支部例会
- 専門医セミナー
- 教育講演会

支部主催学術集会検索

99999

検索

支部主催学術集会一覧

参加登録されている開催はありません。

通常の参加登録へ戻る



- 3-2. 学術集会が見つかった場合は、学術集会の内容と登録ボタンが表示されます。  
内容をご確認のうえ、「登録」ボタンを押してください。

日本消化器病学会

ログアウト メニュー

### 参加登録（支部主催）

99999：登録 太郎 (トウロク タロウ)

こちらの画面から支部主催学術集会への参加登録が行えます。  
出席番号を入力し、検索ボタンを押すと対象の学術集会が表示されます。対象となる学術集会は以下のとおりです。

- 支部例会
- 専門医セミナー
- 教育講演会

#### 支部主催学術集会検索

学術集会が見つかりました。  
対象となる学術集会をご確認のうえ、登録ボタンを押してください。

99999

検索

第30回 専門医セミナー  
2022/12/30 - 2022/12/30

登録

#### 支部主催学術集会一覧

参加登録されている開催はありません。

通常の参加登録へ戻る

- 3-3. 正常に登録ができた場合は、メッセージの表示とともに単位が登録されます。

## 注意事項

- 日本消化器内視鏡学会と合同開催の支部例会は、日本消化器病学会の出席番号（15桁）を入力してください。日本消化器内視鏡学会の出席番号は入力しないようご注意ください。
- 以下の条件にあたる学術集会は登録が行えません。ご注意ください。
  - 休会中、活動停止中に参加された学術集会
  - すでに参加登録されている学術集会
  - 開催日を迎えていない未来の学術集会
  - 単位取得期間以外の学術集会（専門医保持者のみ）
- マイページへのログインには、会員番号とパスワードが必要となります。  
会員番号の確認、パスワード再発行は、マイページログイン画面「会員番号の確認・パスワード再発行はこちら」より行えます。
- 番号の入力間違いは、他の会員のご迷惑になる場合がございますので、登録の際はご注意ください。
- 「入力された出席番号は、既に使用されています。」等のメッセージは、他の会員の誤入力の可能性がございますので、マイページのお問い合わせより事務局までご連絡ください。
- 誤入力された番号は、断りなく削除させていただくこともございます。  
また、確認のため参加証明書の提示を求める場合もございますので、大切に保管してください。
- Webにて参加登録をしない学術集会は、専門医更新手続きの際に参加証明書を提示してください。



# 日本消化器内視鏡学会 Web 登録（参加登録）の手順

日本消化器内視鏡学会の単位登録（出席登録）は、本学会ホームページよりご登録ください。

※本学会ホームページ⇒医療関係のみなさま⇒専門医制度⇒[出席登録](#)

<https://www.jges.net/medical/specialist/registration#memreg>

The screenshot shows the homepage of the Japan Gastroenterological Endoscopy Society (JGES). The header includes the JGES logo, the text "一般社団法人 日本消化器内視鏡学会 Japan Gastroenterological Endoscopy Society", a search bar, and language options for "English" and "市民のみなさま". The main navigation menu includes "TOP", "学会概要", "専門医制度", "スクリーニング認定医制度", "学術集会・セミナー", "機関誌", "会員向け資料", "各種手続き", and "お知らせ". The breadcrumb trail reads "TOP > 医療関係のみなさま > 専門医制度 > 出席登録".

The main content area is titled "出席登録" (Attendance Registration). It includes a sub-section "出席登録はこちら" (Attendance Registration is here) with the text "学会活動(出席)登録" (Association activities (attendance) registration). Two notes are provided: Note 1 states that the input field for the attendance number is often mistyped, so users should be careful. Note 2 states that if it is discovered that someone has registered incorrectly, the association will take appropriate disciplinary action according to its rules and regulations.

Below the notes is a section titled "JDDWの出席登録について" (About JDDW attendance registration), which instructs users to enter the 16-digit number from the top-left of the JDDW registration certificate, consisting of the 10-digit event number followed by the 6-digit certificate number.

On the right side of the page, there is a "会員ログイン" (Member Login) section. It includes a warning that login times may be long during peak access periods. It features input fields for "会員番号 (半角英数字) UserNumber" and "パスワード (半角英数字6~20文字) Password", a "ログイン" (Login) button, and links for "パスワードをお忘れの方・パスワード変更をご希望の方へ" (For those who have forgotten their password or wish to change it) and "パスワード新規発行" (New password issuance).

## JEDブースに関するお知らせ

平素はJED-Project に ご協力を賜り誠にありがとうございます。

先生方のご尽力により、JEDにご参加頂くご施設は**1,400施設**を超え、JEDデータのご提出を開始頂いたご施設も**700施設**を超えており、今後も、支部例会、総会においてJEDデータお預かり/相談ブース設置を継続実施していく予定です。

**5月25日、26日に開催されます甲信越支部例会**におきましても、下記日程にてJEDデータお預かり/相談ブースを設置させていただきます。

JEDデータのご提出はもちろんのこと、JED導入に関する、ご心配、疑問などについて、ご対応できればと存じます。是非お立ち寄り下さい。

### 第96回 甲信越支部例会 JEDデータ受領/相談ブース

**設置日：5月25日（土）、26日（日）**

**設置時間：9時～セッション終了時刻前後（未定）**

**※26日（日）は午前中のみ**

JEDプロジェクト委員長 田中 聖人





# プログラム

---

## 第1日目 5月25日(土)

英語セッション

一般演題

合同ワークショップ1

ランチョンセミナー1

第26回日本消化器病学会甲信越支部 専門医セミナー

第51回日本消化器病学会甲信越支部 教育講演会

イブニングセミナー

## 第2日目 5月26日(日)

研修医・専攻医セッション

一般演題

合同ワークショップ2

ランチョンセミナー2

---



5月25日（土）

第1会場（3F グランデ）

英語セッション、胃・十二指腸 9：00～9：40

座長：小島 英吾（長野中央病院 消化器内科）

E-1- 消 A case of squamous cell carcinoma diagnosed by B-POEM for esophageal stricture

Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, Shinshu University School of Medicine  
Hiroshi Sawaguchi

1- 消 - 研 ESD 後 eCuraA だが局所再発を認めた分化型優位未分化型混在胃癌の1例

山梨大学 医学部附属病院 臨床研修センター 中村 昭太

2- 消 - 研 出血を伴う胃脂肪腫に対して手術加療を施行した1例

岸和田徳洲会病院 眞鍋 暢子

3- 消 双球状を呈した混合型 Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例

長野赤十字病院 消化器内科 大津 嘉之

4- 消 - 専 胆嚢十二指腸瘻孔を介した胆嚢結石落下による十二指腸閉塞の一例

山梨県立中央病院 消化器内科 長坂 洸和

肝1 9：43～10：15

座長：今井 径卓（新潟大学医歯学総合病院 消化器内科）

5- 消 - 専 肝切除後の病理診断で clear cell hepatocellular carcinoma (CC-HCC) の診断に至った一例

新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター 堀 真瑛

6- 消 - 専 急性膵炎に続発した重症型アルコール性肝炎の一例

信州大学医学部附属病院 消化器内科 横山 岳

7- 消 - 専 MRI で経過を追えたアルコール性肝炎が軽快した一例

山梨大学 消化器内科 武田 健二郎

8- 消 - 研 出産後3ヶ月で急性肝炎様の自己免疫性肝炎を新規発症した一例

慈泉会 相澤病院 消化器内科 渡邊 駿

肝2 10:18~10:50

座長：高田 ひとみ（山梨大学医学部 消化器内科）

- 
- 9- 消 - 専 肝生検で診断し、ステロイドが奏効した肝サルコイドーシスの一例  
新潟市民病院 消化器内科 福島 直弥
- 
- 10- 消 - 研 膝関節炎や眼内炎を合併した *Klebsiella pneumoniae* による侵襲性肝膿瘍症候群の1例  
長岡赤十字病院 消化器内科 後藤 香織
- 
- 11- 消 - 研 BRTO・PSE 後に播種性血管内凝固を合併した高度脾腎シャントを有した肝性脳症の一例  
新潟市民病院 消化器内科 上村 和樹
- 
- 12- 消 脂肪肝における Lean MASLD の検討  
千曲中央病院 内科 松本 晶博
- 

### 合同ワークショップ1

「消化器救急疾患における診断・治療と課題」10:55~11:55

司会：森田 慎一（新潟県立中央病院 消化器内科）

倉石 康弘（信州大学医学部 消化器内科）

- 
- W1-1- 内 対応に苦慮した腹腔内遊離ガスを伴った S 状結腸軸捻転症の1例  
富士見高原医療福祉センター 富士見高原病院 外科 安達 互
- 
- W1-2- 内 当院における小腸出血に対する治療と課題  
山梨大附属病院 消化器内科（1内科） 久野 徹
- 
- W1-3- 内 急性胆管炎合併例に対する安全な EUS-HGS 施行のための工夫  
山梨大学医学部附属病院 消化器内科 奥脇 徹也
- 
- W1-4- 消 急性胆管炎に対する血中 IL-6 による予後予測能の検討  
山梨県立中央病院 消化器内科 朝比奈 佳毅
- 
- W1-5- 消 当院における重症急性膵炎の予後・感染性被包化膿壊死合併の検討  
新潟大学医歯学総合病院 消化器内科 柴田 理
-

## 第2会場（3F グランデ）

胆道 9:00~9:32

座長：小口 貴也（諏訪赤十字病院 消化器内科）

13- 消 - 専 IgG4 関連硬化性胆管炎を背景とした胆嚢炎の1例

信州大学 医学部附属病院 消化器内科 米山 翔一郎

14- 消 - 研 超音波検査における胆嚢壁限局性壁肥厚を契機に表在型胆嚢癌が診断できた一例

飯田市立病院 小林 裕登

15- 消 - 研 当院における超高齢者総胆管結石症に対する治療の現状

信楽園病院 消化器内科 田崎 愛美

16- 消 がん遺伝子パネル検査後に推奨治療が行えた胆道癌の2例

新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科 塩路 和彦

膵臓・その他 9:35~10:15

座長：原井 正太（山梨大学医学部 消化器内科）

17- 消 長期経過を追った Mucinous cystic neoplasm (MCN) の1例

相澤病院 消化器内科 今井 淳葵

18- 消 膵嚢胞性病変精査を契機に診断に至った糖反応性低血糖を伴うインスリノーマの1例

長野赤十字病院 消化器内科 伊藤 哲也

19- 消 診断に苦慮した膵尾部腫大の1例

大月市立中央病院 消化器内科 山下 洸司

20- 消 - 専 血腫による腸閉塞を呈した正中弓状靭帯圧迫症候群に伴う前下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

長野医療生活協同組合 長野中央病院 消化器内科 寺島 慶太

21- 消 嚢胞性中膜壊死を背景とした下膵十二指腸動脈形成動脈瘤破裂に対して集学的治療により救命し得た一例

信州大学医学部外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野 松本 悠輔





5月26日（日）

第1会場（3F グランデ）

研修医・専攻医セッション1 9:00～9:40

座長：平山 敦大（信州大学医学部 消化器内科）

PL1-1- 内 - 研 内視鏡的に止血し得た十二指腸憩室出血の一例と過去症例の検討

長岡赤十字病院 研修医 平賀 詩織

PL1-2- 内 - 専 P-cab 抵抗性胃潰瘍を呈した好酸球性胃腸炎の1例

長岡赤十字病院 消化器内科 宮下 翔

PL1-3- 内 - 研 デュタセリドのDLST陽性であった胃炎の1例

山梨県立中央病院 消化器内科 志村 太位

PL1-4- 内 - 専 遺伝性びまん性胃癌が強く疑われた若年発症の同時多発胃癌の1例

JA 長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院 消化器内科 岡 優祐

PL1-5- 内 - 専 炎症性狭窄と胆道悪性疾患との鑑別を要した Mirizzi 症候群の1例

飯田市立病院消化器内科 石黒 翔子

研修医・専攻医セッション2 9:43～10:23

座長：熊木 大輔（新潟県立中央病院 消化器内科）

PL2-1- 内 - 研 肺扁平上皮癌患者において生じた黒色便と貧血を契機に発見された小腸癌に対し腹腔鏡下小腸切除術を施行した一例

信楽園病院 消化器内科 赤坂 義則

PL2-2- 内 - 専 Red Dichromatic Imaging (RDI) が有用であった直腸静脈瘤上に認められた直腸腫瘍の1例

山梨大学 医学部 消化器内科 山本 瀬里

PL2-3- 内 - 研 肺 *Mycobacterium avium* complex 症の治療中に発生した腸管囊腫様気腫症の3症例

地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県立信州医療センター 診療部 勝山 貴啓

PL2-4- 内 - 専 直腸粘膜下腫瘍に対して ESMR-L を行った1例

市立甲府病院 金子 裕太

PL2-5- 内 - 専 胆嚢結腸瘻に対して Over The Scope Clip システムで閉鎖し得た一例

日本赤十字社 長岡赤十字病院 堀端 祐介

小腸・大腸 10:26~10:50

座長：濱 勇（信楽園病院 消化器内科）

28- 内 Klebsiella pneumoniae 感染が関与した全大腸に生じた多発の粘膜下腫瘍様隆起の症例

信州大学附属病院 内科学第2教室 消化器内科 池内 浩志

29- 内 小腸腸重積症に対し緊急ダブルバルーン内視鏡により外科治療を回避した Peutz-Jeghers 症候群の一例

信州大学 医学部 小児医学教室 倉沢 伸吾

30- 内 ステロイド治療により回盲弁上の巨大ポリープが著明縮小した Cronkhite-Canada 症候群の一例

新潟県立中央病院 消化器内科 熊木 大輔

## 合同ワークショップ2

「消化器腫瘍における予防・診断・治療の工夫と課題」10:55~11:55

司会：吉田 貴史（山梨大学医学科 消化器内科）

中村 晃（信州大学医学部 消化器内科）

W2-1- 消 当院における原発性小腸癌診療の現状について

佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 山田 崇裕

W2-2- 内 当院の大腸 ESD におけるトラクションデバイスの有用性についての検討

安曇野赤十字病院 消化器内科 須藤 貴森

W2-3- 消 当院における膵胆道癌に対する遺伝子パネル検査を見据えた EUS-FNB の取り組み

信州大学 医学部附属病院 消化器内科 柳澤 匠

W2-4- 消 膵癌早期発見を目的とした当院人間ドック MRI の現状

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 伊藤 唯

W2-5- 消 切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法の初期治療成績

新潟県立がんセンター新潟病院 今井 径卓

## 第2会場（3F グランデ）

食道・胃・十二指腸 9：00～9：32

座長：加古 里子（信州大学医学部 消化器内科）

31- 内 検診で発見できた食道腺癌

山梨県厚生連健康管理センター 内科 大高 雅彦

32- 内 当院における NHPH 感染症例の検討

社会医療法人抱生会丸の内病院 消化器内科 山本 香織

33- 内 リンパ球浸潤により粘膜下腫瘍様の形態を呈したマイクロサテライト不安定性胃癌の1例

JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科 小林 義明

34- 内 Mantis clip による粘膜欠損閉鎖後に後出血を来した胃 ESD の1例

長野市民病院 消化器内科 宮澤 鷹幸

胆道・膵・その他 9：35～10：07

座長：長谷川 浩之（JCHO 山梨病院 消化器内科）

35- 内 内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術の2ヶ月後に胆石イレウスを発症した1例

相澤病院 消化器内科 松崎 豊

36- 内 経過観察中の限局性膵萎縮部に出現した膵上皮内癌の1例

佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 西山 秀

37- 内 ERCP 時における Seeking 困難な肝内胆管への GW 留置の工夫— Seeking method with balloon wedge and 3Fr catheter—

山梨大学医学部附属病院 奥脇 徹也

38- 内 特異な内視鏡像を呈した ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫（ALCL）の1例

済生会新潟病院 消化器内科 佐藤 聡史



# 合同ワークショップ1

消化器救急疾患における診断・治療と課題

2024（令和6）年5月25日（土）

10：55～11：55



「消化器救急疾患における診断・治療と課題」

司会：森田 慎一先生（新潟県立中央病院 消化器内科）  
倉石 康弘先生（信州大学医学部 消化器内科）

W1-1 対応に苦慮した腹腔内遊離ガスを伴ったS状結腸軸捻転症の1例

内

安達 亙<sup>1</sup>、井村 仁郎<sup>1</sup>、巾 芳昭<sup>1</sup>、鷹野 留美<sup>2</sup>、小松 修<sup>2</sup>

<sup>1</sup>富士見高原医療福祉センター 富士見高原病院 外科、

<sup>2</sup>富士見高原医療福祉センター 富士見高原病院 内科

S状結腸軸捻転症は、放置するとS状結腸の循環障害により腸管壊死を来す疾患であり早急の処置を必要とする。一方、腹腔内遊離ガスは腸管壊死が進展して穿孔を来した場合に認められる所見である。今回、対応に苦慮した腹腔内遊離ガスを伴ったS状結腸軸捻転症の1例を報告する。症例は82歳、女性。3日前から便が出なくなり近医を受診し下剤が処方された。その晩、強い下腹部痛を訴え、休日の未明に救急外来を受診した。既往として子宮筋腫術後と高脂血症を有していた。特別な家族歴はなかった。腹部は膨満し圧痛を認めたが明らかな筋性防御はなく蠕動音は亢進していた。CTでは拡張したS状結腸とS状結腸間膜にwhirl signを認め、S状結腸軸捻転症と診断した。また、腹腔内遊離ガスとわずかな腹水を認めた。さらにS状結腸に腸管気腫症を認めた。本例の腹腔内遊離ガスは、S状結腸軸捻転症による腸管壊死からのS状結腸穿孔に由来するもの、あるいは腸管気腫症に起因するもののいずれかであると判断した。全身のバイタルサインは安定しており、腹部には圧痛はあるが強い腹膜刺激症状はなく、また血液検査結果に大きな異常を認めなかった。以上より、S状結腸軸捻転による腸管壊死に由来する腹腔内遊離ガスの可能性は低いと判断し、大腸内視鏡検査を行ってS状結腸の虚血の状態を観察することとした。大腸内視鏡検査ではS状結腸に腸管気腫を認めたが虚血性変化を認めなかった。腸管気腫症による腹腔内遊離ガスと判断し内視鏡的整復を行い、以後、経過観察を行ったところ順調に経過した。約1ヶ月半後にS状結腸軸捻転症の再発を来したため、再度内視鏡的整復を行い、間隔を置いて再発防止目的に腹腔鏡下S状結腸切除術を行った。病理組織学的にS状結腸に腸管気腫症を認めた。腹腔内遊離ガスは腸管穿孔に由来するものがほとんどであり、臨床的に見逃してはならない所見である。しかし、まれにnonsurgical pneumoperitoneumと言われる緊急処置を必要としない腹腔内遊離ガスも存在し、腸管気腫症はその原因のひとつとされている。本例では自宅では有機溶剤のトリクロロエチレンを使用しており、この曝露が腸管気腫症の原因と推測した。腸管気腫症では腹腔内遊離ガスを生じることがあることを念頭に置いて診療にあたるのが重要である。

W1-2 当院における小腸出血に対する治療と課題

内

久野 徹<sup>1</sup>、前川 伸哉<sup>1</sup>、依田 宏貴<sup>1</sup>、青沼 優子<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup>

<sup>1</sup>山梨大附属病院 消化器内科（1内科）、<sup>2</sup>山梨大附属病院 放射線科

【背景】消化管出血は消化器内科における代表的な消化器救急疾患の1つであるが、小腸出血は小腸内視鏡や血管内治療（IVR）が必要となり治療可能施設は限られる。当院においては夜間休日の小腸内視鏡はマンパワーの観点から困難である。そのため active な小腸出血かつ緊急小腸内視鏡が施行できない場合は放射線科に IVR を依頼する方針としている。

【目的】当院における小腸出血の対応と治療成績を検討し現体制の評価を行う。

【方法】2014年1月から2023年12月までに当院で加療した施行した小腸出血例につき、治療成績を検討した。

【結果】緊急・準緊急での小腸内視鏡検査は18例、内視鏡対応不能でIVRを依頼したのは5例であった。小腸鏡施行の18例の内、内視鏡で出血源が確認できたのは11例、止血術で止血を得られたのが9例であった。止血が得られなかった2例はいずれも腫瘍からの出血であり、マーキングを行い後日外科手術となった。小腸鏡で出血源が同定できなかった7例はいずれも保存的対応で自然止血が得られた。IVRの5例の内、造影CTで血管外漏出像を認めた4例全例で、血管造影で責任血管が同定でき血管塞栓術を施行し止血が得られた。造影CTで血管外漏出像を認めなかった1例では血管造影で責任血管が同定できなかったが、カテーテルからの血管収縮薬の持続投与を行い1次止血が得られたが後に再出血を認め、待機的な小腸鏡施行し出血源の同定、止血が得られた。

【結論】内視鏡技師の育成などマンパワーを充実させることで時間外も小腸内視鏡検査を行える体制にする努力が必要である。一方、造影CTで血管外漏出像を認める症例でのIVRの責任血管の同定率/止血率は高い。小腸出血に対し、内視鏡的止血術とIVRどちらの治療が望ましいか更なる症例の集積と検討が望まれる。



W1-3	急性胆管炎合併例に対する安全な EUS-HGS 施行のための工夫
内	<p>奥脇 徹也、原井 正太、高野 伸一 山梨大学医学部附属病院 消化器内科</p>

【背景・目的】急性胆管炎に対するドレナージの標準治療は経乳頭的な胆道ドレナージであるが、胆管挿管不能例も多く存在し、PTBD や EUS-BD が必要となる。当院では、より安全に EUS-BD を行う工夫として3つのことを実践している。1つ目はガイドワイヤー（GW）留置後、瘻孔拡張なしで Uneven double limen canula（Uneven canula）；PIOLAX を胆管内へ誘導し、プロキシマルルーメンから胆汁吸引後に、造影で胆管の全貌を把握する。2つ目には Uneven canula の後に鈍的瘻孔拡張は省略し、7 Fr プラスチックステントを直接胆管内に留置する。3つ目にステントリリース前に、ステントのインナールーメンから胆汁吸引を行い、胆道内圧を十分に下げることを行なっている。今回、より安全な EUS-BD 手技確立の一助となることを目的とし、当院での EUS-HGS 施行例を後方視的に検討した。

【方法】2021年4月から2024年3月までに当院で施行した EUS-HGS を企図した48例を対象に、手技的成功率、Uneven cannula 挿入成功率、偶発症率、胆管炎制御率（FAS cohort）に関して検討を行なった。

【結果】手技的成功率は93.8%、GW 留置後瘻孔拡張なしでの Uneven 挿入は13例で施行し、挿入成功率は92.3%であった。使用したステントはプラスチックステントが36例、Laser-cut FCSEMS が9例であった。Uneven canula 挿入後に ES dilator を含む追加での鈍的瘻孔拡張を追加した症例は認めなかった。ステントの選択は胆管炎併発例6例c（うち2例が重症）に対してはいずれも Uneven canula が用いられ、処置後の腹膜炎を含めた偶発症はなく、胆管炎の制御率は100%であった。発熱もしくは炎症反応の上昇を伴う腹痛（腹膜炎疑い）を認めた症例は、全体の17.8%（n = 8）で uneven canula を用いた症例は1例のみであった。うち7例でプラスチックステントが留置されていた。またステントのインナールーメンから胆汁吸引を行なった症例は6例あり、腹膜炎が疑われた症例は認めなかった。

【結論】Uneven canula を用いることで、胆汁の吸引を十分にできることに加え、鈍的瘻孔拡張も兼ねるため、デバイスの交換回数を減らすことができた。また、ステントのインナーから胆汁吸引を行うことで、胆汁の漏出を抑えることに繋がり、胆管炎例においても安全に EUS-HGS を施行しえたと考える。しかしながら、少数例で、比較検討ができていないため更なる検討が必要である。

W1-4	急性胆管炎に対する血中 IL-6 による予後予測能の検討
消	<p>朝比奈 佳毅<sup>1</sup>、廣瀬 純穂<sup>1</sup>、長坂 洸和<sup>1</sup>、天野 博之<sup>1</sup>、高岡 慎弥<sup>1</sup>、今井 雄史<sup>1</sup>、 浅川 幸子<sup>1</sup>、小嶋 裕一郎<sup>1</sup>、望月 仁<sup>1</sup>、小俣 政男<sup>1,2</sup> <sup>1</sup>山梨県立中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>東京大学</p>

【背景】2021年より SIRS に対して炎症性サイトカインである IL-6 の測定が保険承認された。我々は初診時の IL-6 値に着目し、予後予測や治療効果を判定する簡便な単一マーカーとなり得ると考え本検討を行った。

【方法】2021年2月から2022年3月までの14ヶ月で、初診時と翌日に IL-6 を測定した急性胆管炎80例を対象とし、<検討1>初診時 IL-6 と急性胆管炎の重症度、<検討2>初診時 IL-6 と予後との関連（臓器障害、死亡）を検討した

【結果】急性胆管炎80例の背景は、平均年齢79.2±11.2歳、男性：50例（63%）、軽症 / 中等症 / 重症：18例（24%） / 31例（38%） / 31例（38%）、胆管結石 / 悪性胆道狭窄：55例（69%） / 25例（31%）であった。<検討1>急性胆管炎の重症度ごとの初診時 IL-6 は軽症：392±1135pg/ml、中等症：1864±5418pg/l、重症：57309±95295pg/ml（P < 0.001）で、初診時 IL-6 値と急性胆管炎の重症度には有意な関連が見られた。<検討2>臓器障害合併は18例（23%）、死亡3例（3.8%）であった。臓器障害に対する危険因子の解析（年齢、性、白血球、CRP、Cre、SIRS 項目数、qSOFA 項目数、初診時 IL-6、悪性胆道狭窄、乳頭処置）では、単変量解析で CRP・Cre・SIRS・qSOFA・IL-6 に有意差を認めたが、多変量解析では初診時 IL-6 値が唯一の独立した危険因子として抽出された（OR：1.0001、95%CI 1.0000-1.0000、P=0.03）。ROC 解析では AUC：0.94、感度89%、特異度85%、Cut off 値1339pg/ml で極めて優れた的中率であった。死亡例3例はいずれも IL-6 高値例（>1339pg/ml）であった。

【結論】初診時 IL-6 は単一マーカーでありながら急性胆管炎の重症度予測に極めて重要である。

## W1-5 当院における重症急性膵炎の予後・感染性被包化膵壊死合併の検討

消

柴田 理<sup>1</sup>、林 和直<sup>1</sup>、寺井 崇二<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新潟大学医歯学総合病院 消化器内科

【背景・目的】新潟大学消化器内科は重症急性膵炎に特化した診療ネットワークを整備し重症急性膵炎の予後改善に取り組んできた。重症急性膵炎診療ガイドライン2021では厚労省急性膵炎重症度判定基準の予後因子とCT gradeで重症度を評価することを推奨しており、急性膵炎全国調査2016では予後因子とCT gradeともに重症の症例は致命率が高いことが示されている。予後因子・CT Gradeと急性期治療・局所合併症治療の施行率、予後との関係を検討した。

【方法・対象】対象は2018年1月から2023年12月にネットワークに登録し当院で加療した重症急性膵炎29例。以下の項目について検討した。1) 患者背景、2) 急性期治療、3) 局所合併症治療、4) 予後、5) 治療内容と予後因子とCT gradeの関係。

【結果】1) 年齢 中央値68歳 (21-92)、男女比 14:15。成因 アルコール7、胆石7、ERCP 3、特発性6、膵管癒合不全2、IPMN 2、膵癌2。予後因子 0:4例、1:9例、2:3例、3:7例、4:2例、5:2例、6:2例。CT Grade 2:23例、Grade 3:6例。2) 動注療法4例 (14%)、昇圧薬8例 (28%)、強制換気11例 (38%)、CHDF 6例 (21%)。3) 20/29 (69%) が被包化壊死を合併し、14/20 (70%) で侵襲的治療を行った (EUS-TD13、EN12、外科的ネクロセクトミー2、経皮的ドレナージ1 重複あり)。4) 絶食期間中央値26日 (8-93)、入院期間53日 (10-190)、死亡2/29例 (6.9%)、5) 予後因子3未満かつCT Grade 2:CHDF 0/12 (0%)・強制換気2/12 (17%)、予後因子3以上:CHDF 5/13 (38%)・強制換気7/13 (54%)、CT Grade 3以上:CHDF 3/6 (50%)・強制換気4/6 (67%)。被包化壊死治療群で未治療群より膵造影不良域が有意に広く ( $p < 0.02$ )、CT Gradeも有意に高かった ( $p < 0.003$ )。死亡例はいずれも予後因子3以上かつCT Grade 2以上でいずれも腸管壊死を合併した最重症の症例であった。

【結論】予後因子・CT Gradeは急性膵炎の致死率、臓器不全の発生、治療介入の予測に有用である。



# 合同ワークショップ2

消化器腫瘍における予防・診断・治療の工夫と課題

2024（令和6）年5月26日（日）

10：55～11：55



「消化器腫瘍における予防・診断・治療の工夫と課題」

司会：吉田 貴史先生（山梨大学医学部 消化器内科）  
中村 晃先生（信州大学医学部 消化器内科）

W2-1	<b>当院における原発性小腸癌診療の現状について</b>
消	山田 崇裕 <sup>1</sup> 、大瀬良 省三 <sup>1</sup> 、友利 彰寿 <sup>1</sup> 、工藤 彰治 <sup>1</sup> 、宮坂 尚樹 <sup>1</sup> 、坂田 正梧 <sup>1</sup> 、 伊藤 唯 <sup>1</sup> 、西山 秀 <sup>1</sup> 、福島 秀樹 <sup>1</sup> 、比佐 岳史 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

【背景】 原発性小腸癌は、全消化管悪性腫瘍の約1%程度と比較的稀な疾患とされている。また、他の消化管腫瘍と異なり解剖学的なアプローチが困難であるため、発見時に進行した状態であることも多く、臨床像も依然と不明な点が多い。

【目的】 当院における原発性小腸癌の現状を明らかにすること。

【方法】 2014年3月~2022年8月に当院で経験した原発性小腸癌（十二指腸癌や転移性腫瘍は除外）を後方視的に検討した。

【結果】 男女比：9例：6例、年齢中央値：60歳（49-79）、症状内訳は嘔吐7例・腹痛6例・血便1例・倦怠感1例で、Stage I/II/III/IVはそれぞれ1/5/4/5例だった。病変部は空腸が11例、回腸が4例で、空腸癌11例のうち10例は Treitz 靱帯から50cm 以内、回腸癌4例は全例回盲弁から30cm 以内の回腸に存在した。病変に到達したモダリティーとして、ダブルバルーン内視鏡11例、下部消化管内視鏡検査1例、上部消化管内視鏡検査1例で、残り2例は緊急手術のため内視鏡検査を施行しなかった。治療については、13例に外科手術を施行し、残り2例は腹膜播種と診断され化学療法を施行した。生存期間の中央値は55ヶ月（5-174）だった。

【結語】 小腸癌は早期発見の困難な疾患であるが、すべての症例で腹痛や嘔吐、血便などの何らかの自覚症状を有していた。どれも症状として非特異的であるが、そのような症状を有する症例に対し小腸癌の可能性も念頭に置くことが小腸癌の発見契機となると思われる。小腸癌は一般的に予後不良とされるが、自験例で長期生存している症例もあり、小腸検査の閾値を下げないことが重要であると考え。当院の小腸癌診療の現状について文献的考察を交えて報告する。

W2-2	<b>当院の大腸 ESD におけるトラクションデバイスの有用性についての検討</b>
内	須藤 貴森、樋口 和男、北原 桂、一條 哲也、中村 直 安曇野赤十字病院 消化器内科

【背景】 大腸 ESD におけるトラクションの有用性は広く報告されている。トラクションデバイスの有用性について検討した。

【方法】 2013年11月~2024年2月まで当施設で施行した大腸 ESD 98例を対象とした。牽引方法と、その治療成績を後方視的に検証した。

【結果】 内訳は牽引なし44例、S-O clip 44例、Multi-loop traction device (MLTD) 6例、SureCrip Traction Band (SCTB) 4例であった。切除時間の平均は牽引なし群66分、S-O clip 群55分、MLTD 群35分、SCTB 群48分であり、牽引による時間短縮の傾向がみられた。いずれの牽引法でも、十分に粘膜下層が展開されていれば、フードによる展開操作が不要となるため、手技的難易度が軽減され、さらに病変とスコープの距離が保てるため、粘膜下層内の脂肪組織の飛散によるレンズの汚れが起りにくく、クリアな視界が維持しやすい傾向にあった。SCTB は牽引方向が対側壁であるため、装着が容易であり、また腸管収縮が強い症例でも使用しやすい傾向にあった。

【結語】 牽引法の計画的使用により大腸 ESD の治療時間短縮につながる可能性が示唆された。

W2-3	<b>当院における膵胆道癌に対する遺伝子パネル検査を見据えた EUS-FNB の取り組み</b>
消	柳澤 匠 <sup>1</sup> 、倉石 康弘 <sup>1</sup> 、佐々木 信和 <sup>1</sup> 、南澤 昌郁 <sup>1</sup> 、堀内 一太郎 <sup>1</sup> 、近藤 翔平 <sup>1</sup> 、鎌倉 雅人 <sup>1</sup> 、中村 晃 <sup>1</sup> 、梅村 武司 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 信州大学 医学部附属病院 消化器内科

【目的】近年膵胆道癌においてがん遺伝子パネル検査（以下 CGP）の重要性が高まっている。当院では膵胆道癌非切除例に対して EUS-FNB による組織採取を積極的に行っており、CGP のための適格検体を採取するために2023 年以降に新たな取り組みを始めた。今回、膵胆道癌に対する EUS-FNB の成績と CGP の提出状況について報告する。

【方法】検討 1：当院で2019年6月から2024年1月までに CGP 用検体の提出目的で EUS-FNB を施行した膵胆道癌患者を対象とした。新たな取り組みでは十分な組織採取量と腫瘍細胞含有率の多い検体を得るために積極的に 19GFNB 針を使用して壊死が少ない辺縁を穿刺し、非吸引もしくは slow pull suction で3回以上穿刺した。初回セッションは ROSE へ提出し残りのセッションは遺伝子の変性を防ぐために直接ホルマリンへ検体を出した。A群（取り組み以降）と B群（取り組み以前）で CGP のための適格検体採取率を比較検討した。検討 2：当院で CGP を提出した膵胆道癌における actionable mutation の割合を評価した。

【結果】検討 1：対象患者31例の患者背景は男性15例、女性16例、年齢中央値は67歳（41歳-83歳）、原疾患は膵癌28例、遠位胆管癌1例、胆嚢癌2例であった。A群（取り組み以降）は14例、B群は17例（取り組み以前）で、CGP のための適格検体採取率は A群76.5%、B群23.5%（ $p < 0.01$ ）であり A群（取り組み以降）で有意に高かった。穿刺針の種類（FNA 針 / FNB 針）、穿刺針の太さ（19G/22G）、穿刺部位（経胃 / 経十二指腸）、穿刺対象（原発巣 / リンパ節）、穿刺時化学療法の有無により検体採取率に有意差はなかった。検討 2：当院で CGP を提出した症例は膵癌32例、胆道癌25例であった。そのうち actionable mutation は膵癌9%（変異遺伝子は BRCA2 2例、KRAS G12C 1例）、胆道癌56%（TMB high 4例、ERBB2 5例、BRAF 1例、BRCA2 1例、PIK3CA 2例、ATM 1例、IDH1 1例）であった。

【結論】EUS-FNB の新たな取り組みにより、CGP の適格要件を満たす検体採取が十分に可能になった。膵胆道癌に対して、患者の予後向上のため CGP を見据えた診療が望まれる。

W2-4	<b>膵癌早期発見を目的とした当院人間ドック MRI の現状</b>
消	伊藤 唯 <sup>1</sup> 、比佐 岳史 <sup>1</sup> 、江郷 晶 <sup>1</sup> 、宮坂 尚樹 <sup>1</sup> 、坂田 正悟 <sup>1</sup> 、工藤 彰治 <sup>1</sup> 、西山 秀 <sup>1</sup> 、山田 崇裕 <sup>1</sup> 、大瀬良 省三 <sup>1</sup> 、友利 彰寿 <sup>1</sup> 、福島 秀樹 <sup>1</sup> <sup>1</sup> JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科

【目的】当院人間ドックでは膵癌早期発見を目的に MRI をオプションで実施している。本検討の目的はその成績を明らかにすることである。

【方法】2014年4月～2024年2月の間に当院人間ドックのオプション MRI を施行したのべ948名、実質656名（年齢：31-91歳、男性399名、女性257名）を対象に、初回 MRI の膵異常所見、発見された膵腫瘍を検討した。なお、人間ドック受検者は全員 US が施行された。MRI の撮像画像は脂肪抑制 T1 強調像、T2 強調像、拡散強調像、ADC map、MRCP である。

【結果】初回 MRI の膵異常所見は、膵嚢胞222例（33.8%）、主膵管拡張13例（2.0%）、主膵管拡張+嚢胞2例（0.3%）、膵管癒合不全8例（1.2%）、膵内副脾2例、膵・胆管合流異常の疑い1例、主膵管不整1例であった。一方、418例（63.7%）では異常を認めなかった。発見された膵腫瘍は3例（0.45%）で、2例は分枝型膵管内乳頭粘液性腺腫、1例は浸潤性膵管癌（pT2 pN1 M0 pStagelll）であった。分枝型膵管内乳頭粘液性腺腫症例はいずれも初回 MRI で膵嚢胞として捉えられた。一方、浸潤性膵管癌症例は、初回 MRI で膵尾部嚢胞を指摘され、EUS を施行したところ膵頭下部辺縁に径20mm 大の不整形低エコー腫瘍が描出され発見された。初回 MRI 後の膵腫瘍発見例はなかった。

【考察】浸潤性膵管癌症例の MRI の見直しでは同部に拡散能低下を認めていた。また、精査 US とドック US 画像の比較ではいずれも膵頭部低エコー腫瘍が明瞭に描出されており、膵頭部実質の認識不足が病変を指摘できなかった原因と考えられた。

【結語】当院の人間ドック MRI では膵嚢胞や主膵管異常からの膵癌の拾い上げはなかった。膵野型膵癌の検出には拡散強調像の注意深い読影が必要と思われた。



W2-5	切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法の初期治療成績
消	<p>今井 径卓<sup>1</sup>、堀 亜洲<sup>1</sup>、富吉 圭<sup>1</sup>、高橋 祥史<sup>1</sup>、塩路 和彦<sup>1</sup>、小林 正明<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup>新潟県立がんセンター新潟病院</p>

【目的】2022年12月、切除不能肝細胞癌に対してデュルバルマブ+トレメリムマブ併用療法（Dur/Tre）が適応承認され、アテゾリズマブ+ベバシズマブ併用療法（Atz/Bev）と並んで1次治療として推奨されているが、2次治療以降での導入例など実臨床における使用成績の報告は少ない。当院における2次治療例も含む Dur/Tre 使用症例について、導入状況と治療成績を検討した。

【方法】2023年3月から2024年1月の期間、当院において切除不能進行肝細胞癌に対して Dur/Tre を導入した6例を対象とし、治療成績について後方視的に検討した。

【成績】Dur/Tre 開始時の患者背景は、年齢中央値73歳（65-83歳）、男性/女性：5/1例、背景肝 HBV/HCV/NBNC：2/1/3、Child-Pugh score 6/7：5/1例、mALBI grade 2a/2b=1/5例、TNM Stage III/IV：4/2例、BCLC stage B/C：2/4例、AFP 中央値40ng/mL（15-717ng/mL）、PIVKA 2 中央値3734mAU/mL（63-73139mAU/mL）、脈管侵襲あり/なし：0/6例、肝外転移あり/なし：2/4例、1次治療/2次治療：3/3例（前薬物療法は3例が Atz/Bev）、前局所治療は TACE/RFA/陽子線/なし：1/1/1/3例であった。治療効果判定は RECIST で行い、最良治療効果は CR/PR/SD/PD：1/0/3/2例であり、奏効率は16.7%、病勢制御率は66.7%であった。CR 症例は Atz/Bev 後の2次治療例であり、CR が得られて10ヶ月が経過している。観察期間中央値は122日（68-327日）であり、現在4例が Dur/Tre を継続中、1例は3次治療としてレンバチニブに移行し、1例は原病死した。有害事象として2例に Grade 3 の肝障害を認めて PSL 投与を要し、1例は効果不十分にてミコフェノール酸モフェチルを追加した。肝予備能は治療開始時平均 mALBI score -1.908から8週後 -1.674と軽度増悪したが、有意差は認めなかった（P=0.2922）。

【結論】Dur/Tre は ICI 後の2次治療例においても有効である可能性が示唆されたが、有害事象の発生率が高い可能性もあり、さらなる症例集積、および長期成績を含めた検討が必要と考えられる。





# 消化器内視鏡学会甲信越支部 研修医・専攻医セッション

2024（令和6）年5月26日（日）

9：00～10：23



5月26日(日) 第1会場(3F グランデ)

研修医・専攻医セッション1 9:00~9:40

座長: 平山 敦大  
(信州大学医学部 消化器内科)

## PL1-1 内視鏡的に止血し得た十二指腸憩室出血の一例と過去症例の検討

内-研

平賀 詩織、小玉 絵理奈、土井 智裕、堀端 祐介、田中 裕登、熊谷 優、盛田 景介、  
高綱 将史、吉川 成一、三浦 努、竹内 学  
長岡赤十字病院 研修医

【症例】90歳女性。X日に血便と心窩部痛を認め開業医を受診、ポノプラザンを処方された。第4病日に吐血し、第8病日当科紹介受診した。紹介時は出血が落ち着いていたため外来での精査を予定したが、第15病日に血便で救急外来を受診し入院となった。上下部消化管内視鏡検査、カプセル内視鏡検査を行ったが出血点の特定に至らず、再出血無く経過したため退院とした。第31病日に吐血で救急外来を受診した。ダイナミックCTを施行したところ、十二指腸憩室内に仮性動脈瘤と造影剤血管外漏出が疑われた。外科、放射線科と協議のうえ上部消化管内視鏡検査を行ったところ、十二指腸水平脚の憩室内に露出血管を認めた。活動性出血は認めなかったが出血源と判断し露出血管に対してクリップを施行、再出血無く経過したため第41病日に退院とした。

【考察】十二指腸憩室は大腸憩室に次いで多い消化管憩室であり、上部内視鏡検査にて12-27%に認めているといわれている。しかし十二指腸憩室出血の頻度は上部消化管出血の0.06%と報告されており、稀であるために本症例のように診断のpit fallとなることがある。上部消化管出血が疑われる症例において食道から十二指腸球部までに明らかな出血点を認めない場合や、画像検査で十二指腸憩室を認める場合には、十二指腸憩室出血を鑑別にあげて水平部まで慎重に観察し、憩室内の露出血管の有無まで確認する必要がある。また、受診時の主訴や内服薬の関与など、十二指腸憩室出血の傾向について、当院で経験した症例に文献的考察を加えて報告する。

## PL1-2 P-cab 抵抗性胃潰瘍を呈した好酸球性胃腸炎の1例

内-専

宮下 翔<sup>1</sup>、竹内 学<sup>1</sup>、土井 智裕<sup>1</sup>、堀端 祐介<sup>1</sup>、小玉 絵里奈<sup>1</sup>、田中 裕登<sup>1</sup>、  
熊谷 優<sup>1</sup>、盛田 景介<sup>1</sup>、高綱 将史<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、田口 貴博<sup>1,2</sup>、薄田 浩幸<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>長岡赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>長岡赤十字病院 病理診断部

好酸球性胃腸炎(eosinophilic gastroenteritis: EGE)は、胃や小腸、大腸に好酸球が異常に集積し、消化管組織傷害および機能不全をきたす疾患で厚労省の指定難病である。好酸球の消化管浸潤層により内視鏡像は異なるが、粘膜層から粘膜下層主体であれば発赤やびらん、浮腫を反映した粘膜の透明感など色調変化や粘膜破壊所見が目立ち、多彩な像を呈する。今回は襲集中を伴う深掘れ潰瘍の内視鏡像を呈しP-cabに抵抗性であったEGEの1例を報告する。症例は60才代女性。検診異常にて近医でEGD施行し、体下部大彎後壁に周囲より襲集中伴う潰瘍性病変を認め、生検にて高度の好酸球性浸潤(300個/HPF)を認めたためEGE疑いにて当科紹介。既往歴として50歳頃に胃潰瘍に対し内服加療およびアレルギー性鼻炎や日光アレルギー。除菌歴はなく血清抗Hp抗体は陰性、血清好酸球数340/ml、総IgE276IU/ml、ガストリン482pmol/Lであった。当科EGDでは、背景粘膜はRAC陽性の萎縮のない胃底腺粘膜で体下部後壁に著明な襲集中伴う活動性深掘れ潰瘍を認めたが、襲の腫大・断裂や潰瘍辺縁に蚕食像等悪性所見は認めなかった。潰瘍辺縁の生検では前医同様に好酸球の高度浸潤像を認めたが、背景粘膜や十二指腸、食道さらに大腸にも好酸球浸潤は認めなかった。またCTでは消化管の壁肥厚や腹水等は認めなかった。近医からのP-cab投与でも潰瘍の改善なく、心窩部痛や好酸球浸潤所見よりEGEと診断しPSL内服を開始した。約2か月後のEGDでは潰瘍は改善し癒痕化していたが、生検では好酸球浸潤の改善は認めなかった。難治性胃潰瘍を呈するEGEは貴重と考え、好酸球浸潤がなぜ潰瘍周囲のみなのか、また今後の治療方針等につき文献的考察を含め提示する。

PL1-3	デュタセリドの DLST 陽性であった胃炎の 1 例
内 - 研	志村 太位 <sup>1</sup> 、小嶋 裕一郎 <sup>1</sup> 、朝比奈 佳毅 <sup>1</sup> 、長坂 洸和 <sup>1</sup> 、村田 智祥 <sup>1</sup> 、天野 博之 <sup>1</sup> 、 今井 雄史 <sup>1</sup> 、高岡 慎弥 <sup>1</sup> 、廣瀬 純穂 <sup>1</sup> 、浅川 幸子 <sup>1</sup> 、望月 仁 <sup>1</sup> 、田尻 亮輔 <sup>2</sup> 、 小山 敏雄 <sup>2</sup> 、小俣 政男 <sup>1,3</sup> <sup>1</sup> 山梨県立中央病院 消化器内科、 <sup>2</sup> 山梨県立中央病院 病理診断科、 <sup>3</sup> 東京大学

【症例】40歳代、男性。主訴：検診異常。家族歴・既往歴：特記事項無し。現病歴：検診の上部消化管造影検査で異常を指摘され、前医で上部消化管内視鏡検査（EGD）を実施し4型胃癌が否定できないとのことで、X年11月当科紹介となった。当院初回 EGD では、胃体部を中心に平板状隆起を認めた。内視鏡的には胃梅毒を疑ったが、TPLA、RPR はいずれも陰性であった。また、その後の胃生検組織の抗スピロヘータ抗体による免疫組織学的染色でも陰性であった。H. pylori は培養、UBT とともに陰性であった。その後2年前より脱毛のためミノキシジル内服、X年4月よりデュタセリドを内服していることが判明、このためミノキシジル、デュタセリドに対してDLST 実施、ミノキシジル陰性、デュタセリド陽性であった。現在デュタセリドを中止し経過観察中である。X+1年10月のEGDでは、瘢痕様所見が残存していた。鑑別診断も含め、文献的考察を加えて報告する。

PL 1-4	遺伝性びまん性胃癌が強く疑われた若年発症の同時多発胃癌の 1 例
内 - 専	岡 優祐 <sup>1</sup> 、児玉 亮 <sup>1</sup> 、山本 直哉 <sup>2</sup> 、池野 龍雄 <sup>2</sup> 、小林 義明 <sup>1</sup> 、横田 有紀子 <sup>1</sup> 、三枝 久能 <sup>1</sup> 、牛丸 博泰 <sup>1</sup> 、牧野 睦月 <sup>3</sup> 、川口 研二 <sup>3</sup> <sup>1</sup> JA 長野厚生連 南長野医療センター 篠ノ井総合病院 消化器内科、 <sup>2</sup> 同 消化器外科、 <sup>3</sup> 同 病理診断科

症例は40代、男性。心窩部痛を訴え、前医を受診して上部消化管内視鏡検査（EGD）を受けたところ胃体下部後壁に潰瘍を指摘され、生検で sig と診断された。当院で EGD を再検すると、胃体下部後壁の萎縮の無い胃底線領域に潰瘍を伴う褪色調の50mm 大の 0-IIb 病変を認め、NBI 拡大観察では表面構造は不明瞭化しており、wavy micro vessels が観察され未分化型癌に矛盾しない所見であった。また、穹窿部に独立して褪色調の10mm 大の 0-IIb 病変があり、生検でも por+sig と診断された。血液検査では血清抗 H. pylori IgG 抗体は陰性で、内視鏡所見からも H. pylori 未感染胃と考えられた。腹部造影 CT 検査では明らかなリンパ節腫大および遠隔転移を認めなかった。穹窿部および胃体下部に独立して未分化型癌を認めたことから、胃全摘術+D2 郭清+Roux-en-Y 再建術を施行した。摘出検体の病理標本では、主病巣の最終病理診断は por2+sig、pT1b (SM 4,000 μm)、pN0、Stage IA であった。主病巣の他にも粘膜内に留まり巣状に散在する印鑑細胞癌を胃全体に多数認め、散在する病変は胃を全割した標本で主病巣を除いて32箇所観察された。病理所見から遺伝性びまん性胃癌が強く疑われたが、遺伝子検査の同意が得られず経過観察中である。遺伝性びまん性胃癌は、細胞接着因子である E-cadherin をコードする遺伝子である CDH1 遺伝子変異が主な関連遺伝子変異として知られており、びまん性に未分化型癌が多発することを特徴とする常染色体優性疾患である。本疾患において胃部分切除では残胃癌のリスクが非常に高く、若年で未分化型胃癌を診断した場合には多発病変の存在を疑い、注意深い観察が必要である。

## PL1-5 炎症性狭窄と胆道悪性疾患との鑑別を要した Mirizzi 症候群の 1 例

### 内 - 専

石黒 翔子、藤田 楓、清水 祐樹、栗林 直矢、菅沼 孝紀、高橋 俊晴、岡庭 信司、  
中村 喜行

飯田市立病院消化器内科

症例は70歳台女性。胆嚢結石、急性胆嚢炎に対して保存的加療の既往あり。X年4月に腹痛で他院を受診し、急性胆嚢炎として入院となった。抗菌薬治療が開始されたが、腹痛の改善乏しく、黄疸の進行と肝胆道系酵素の上昇を認め、当院へ転院搬送となった。造影 CT 検査では胆嚢腫大と胆嚢管合流部付近の総胆管に全周性の均一な壁肥厚や濃染を認め、同部を機転に上流の胆管が拡張していたが、明らかな胆嚢結石や胆管結石は指摘できなかった。超音波内視鏡検査を施行したところ、三管合流部に15mm大の結石と広範な胆管の壁肥厚を認めた。胆嚢壁もびまん性に壁肥厚を来し、壁の一部に血流の亢進を認めた。Mirizzi 症候群と診断し、胆管ステントを留置した。6月に電気水圧砕石器にて結石を除去し、再度胆管ステントを留置した。胆道鏡では胆嚢管分岐部に不整な乳頭状の粘膜変化を認めた。結石分析では95%以上がコレステロール成分であった。7月に胆道造影にて結石やデブりを疑う透亮像と胆嚢管の造影遅延を認めた。管腔内超音波検査では肝外胆管は比較的均一な壁肥厚を認めたが、胆嚢管は不整な内腔狭窄と壁肥厚を呈し、出血も認めた。胆汁細胞診は ClassII、擦過細胞診は ClassIII、胆管生検では明らかな悪性所見は認めなかった。10月に再度胆道造影と胆道鏡を行い、胆嚢管の狭窄と造影遅延の所見は残存していたが、胆嚢管分岐部の乳頭状の粘膜変化は改善し、同部に癒痕形成を認めたことから、炎症性変化であったと判断した。X + 1 年 1 月の MRI では胆管径は 9 mm と軽度の拡張を認めたが、結石や腫瘍などの明らかな閉塞機転は認めず、胆嚢管の合流位置にも破格は認めなかった。Mirizzi 症候群による炎症性狭窄と胆道悪性疾患との鑑別は非常に困難であるが、各種検査を合わせた総合的な判断や慎重なフォローが必要である。

5月26日(日) 第1会場(3F グラント)

研修医・専攻医セッション2 9:43~10:23

座長:熊木 大輔  
(新潟県立中央病院 消化器内科)

PL2-1 肺扁平上皮癌患者において生じた黒色便と貧血を契機に発見された小腸癌に対し腹腔鏡下小腸切除術を施行した一例

内-研 赤坂 義則<sup>1</sup>、小川 和也<sup>1</sup>、野澤 良祐<sup>1</sup>、濱 勇<sup>1</sup>、岡村 拓磨<sup>2</sup>、小海 秀央<sup>2</sup>、  
渡辺 史郎<sup>1</sup>、角田 和彦<sup>2</sup>、根本 啓一<sup>3</sup>

<sup>1</sup>信楽園病院 消化器内科、<sup>2</sup>信楽園病院 外科、<sup>3</sup>信楽園病院 病理診断科

【はじめに】小腸癌はCT検査やなどでは診断が難しく、腹部症状の出現により進行した状態で発見されることが多い。今回、我々は肺癌治療中に黒色便と貧血を契機に発見された小腸癌に対し小腸切除術を施行し良好な経過を得た一例を経験したので報告する。

【症例】85歳男性。他院で肺扁平上皮癌の多発肺内転移に対し緩和目的で放射線照射を受け、経過観察中であったが、定期受診時に黒色便を訴え、消化管出血疑いで当院消化器内科を紹介受診した。黒色便に加え、血液検査でHb値は9.0g/dLに低下、BUN値は24mg/dLと上昇しており上部消化管出血を疑った。胸腹部造影CT検査では消化管に明らかな活動性出血を認めず、上部消化管内視鏡検査では、小さな十二指腸潰瘍を認めたものの、胃十二指腸に出血の形跡はなかった。しかし、その後も多量の黒色便とHb値の著明な低下を認め、頻回な輸血が必要な状態が持続した。そこで小腸出血を疑い小腸カプセル内視鏡検査を行ったところ、空腸に活動性出血を認めたため、小腸バルーン内視鏡検査を行い、上部空腸に凝血塊を付する平血様の腫瘍を認め出血源と考えられた。バルーン内視鏡では止血操作が困難であったため、点墨のみを行い、出血制御のために腹腔鏡下小腸切除術を施行した。点墨部に上述の腫瘍を触れ、また同部位から70cm肛門側にも別病変を触れたため、それらを含め約1mの小腸を切除した。肺癌の小腸転移を疑ったが、病理診断はいずれの腫瘍も腺癌であった。術後、黒色便は消失し、貧血も進行せず、2日目より食事を開始し、経過良好で12日目に退院した。

【考察】既報では小腸癌は剖検1000例あたり原発性1.20、転移性13.23と転移性が圧倒的に多く、その原発巣は胃(19.1%)、膵(18.0%)、肺(10.4%)の順に多いとされており、肺癌の小腸転移は比較的頻度が高い。本症例における小腸癌は、病理所見から転移性と断定はできなかったが、担癌状態であったり、癌の既往があったりする症例で黒色便や貧血を認めた場合、小腸転移および小腸出血の可能性があり、全身状態が許す限り、小腸カプセル内視鏡やバルーン内視鏡で精査し手術をすることで予後の改善が期待できる例もあると考えられた。

PL2-2 Red Dichromatic Imaging (RDI) が有用であった直腸静脈瘤上に認めた直腸腫瘍の1例

内-専 山本 瀬里、吉田 貴史、武田 健二郎、土屋 理沙、森 優喜、橋本 優美、依田 宏貴、  
青沼 優子、石田 剛土、久野 徹、村岡 優、鈴木 雄一郎、小林 祥司、佐藤 光明、  
高野 伸一、前川 伸哉、榎本 信幸

山梨大学 医学部 消化器内科

症例は70歳代、男性。前医でB型肝硬変に対してエンテカビルで加療されていた。X-3年に便潜血陽性を契機に施行した大腸鏡検査で直腸静脈瘤を指摘された。経過観察目的にX年に施行した大腸鏡で直腸静脈瘤上に20mm大の平坦隆起を認めたため、精査加療目的に当科紹介となった。大腸鏡検査所見では、Rb左側壁から前壁にかけて拡張、蛇行した直腸静脈瘤を認めており、その直上から歯状線にかけて20mm強の平坦隆起を認めていた。拡大NBIではJNET分類Type2Aから2Bであり、EUSでも著明に拡張した静脈瘤を確認できた。CTでの側副血行路の評価の結果、経皮経肝静脈瘤塞栓術(PTO)を行う方針とし、X年7月PTOを施行した。X年9月の大腸鏡では直腸静脈瘤は消失し、癒痕様に変化していた。X年9月にESDを施行。癒痕様の部位は局注でliftingが得られず、フラップ形成に難渋した。歯状線近傍の切開、剥離の時点から出血が多く、RDIを使用することで剥離ラインの視認、推定が可能となった。その後も癒痕部を含めて非常に出血が多く、一部検体損傷を来したが、その後剥離ラインを修正しながら一括切除した。切除時間は2時間51分であった。病理結果は低位軽度管状腺腫であった。RDIはEVIS X1システムに搭載された新しい画像強調法であり、出血点の視認性が向上するだけでなく、今回は剥離ラインの想定にも有用であった。治療中の動画を供覧しつつ、文献的考察を加えて報告する。



**PL2-3 肺 *Mycobacterium avium* complex 症の治療中に発生した腸管囊腫様気腫症の3症例**

**内-研** 勝山 貴啓、植原 啓之、赤沼 星哉、小口 智大、小野 貴寛、赤松 泰次、新川 嘉紀、木畑 穰、下平 和久、宮島 正行、山崎 善隆

地方独立行政法人 長野県立病院機構 長野県立信州医療センター 診療部

腸管囊腫様気腫症 (PCI) は腸管の粘膜下や漿膜下に個々のガス嚢胞が集簇する比較的稀な疾患である。患者の多くは無症状か、原疾患に基づいた腹痛や下痢、血便といった非特異的な消化器症状を呈する。様々な原因が報告されているが、その1つとして慢性閉塞性肺疾患といった肺疾患との関連が挙げられている。*Mycobacterium avium* complex (MAC) は日本と東アジアで最も多く検出されている非結核性抗酸菌症の原因であり、中年層に血痰や咳嗽、呼吸困難を引き起こす慢性肺疾患と知られている。今回、肺 MAC 症の治療中に発生した PCI の3症例を報告する。症例1は肺 MAC 症を病歴にもつ75歳の女性。X-9年に血痰を主訴に当院を受診した。肺に空洞病変を伴う肺 MAC 症の再発と診断し、X-2年よりアジスロマイシン、リファンピシン、エタンブトールによる肺 MAC 症に対する多剤併用療法を行った。2年後のX年に、軟便を訴えるようになり、精査加療のため当院消化器内科へ紹介された。悪心、嘔吐、血便、腹痛、腹部膨満感はなく、バイタルサインは正常範囲内であった。身体所見は、胸部では両下肺野全体に coarse crackles を聴取した。腹部は平坦で膨満はなく、下腹部全体に軽度の圧痛を認めしたが、筋性防御や反跳痛はなかった。腹部 CT では大腸壁に多発性嚢胞を認めしたが、横隔膜下の free air と門脈ガスはなかった。大腸内視鏡検査では、上行結腸、横行結腸、下行結腸、S状結腸、直腸に軟らかな粘膜下腫瘍様病変が多発していた。生検では多核巨細胞を認めた。注腸 X線検査では大腸壁周囲に多数のガス嚢胞を認めた。上記より PCI と診断した。抗菌薬を中止し、酸素療法を行った。3週間後軟便は消失し、腹部 CT では PCI の改善を認めた。以下同様に、肺 MAC 治療中に PCI が認められた症例を2例報告する。今回報告した肺 MAC 症に伴う PCI の原因として肺 MAC 症自体が直接関与しているのか、あるいは長期間投与した抗菌薬が関与しているのかは現在のところ不明である。これまで PCI と肺 MAC 症との関連は報告されておらず、文献的考察を加えて報告する。

**PL2-4 直腸粘膜下腫瘍に対して ESMR-L を行った1例**

**内-専** 金子 祐太、田中 佳祐、谷本 裕太、森 優喜、竹中 優美、門倉 信、雨宮 史武  
市立甲府病院

【症例】60歳代女性、既往歴は高血圧症、脂質異常症で家族歴には特記事項なし。無症状であり便潜血陽性を契機に前医で下部内視鏡検査を施行されたところ直腸粘膜下腫瘍を指摘され、内視鏡治療目的で当院に紹介受診となった。下部内視鏡検査上、腫瘍は下部直腸、肛門縁から5cm(歯状線とは2cm)、9mm大の粘膜下腫瘍であり、前医より神経内分泌腫瘍(Neuroendocrine tumor: NET)が疑われていた。白色光では同色調からやや発赤を伴った無莖性、やや緊満感をもった粘膜下腫瘍として認識され、NBIでは腫瘍表面にI型pit様の構造がみられ、血管構造はpitを囲むように分布しやや拡張していた。またEUSでは腫瘍は第2層を首座として、境界明瞭で低エコーな腫瘍を呈していた。大きさ、色調から悪性度のやや高いNETも疑われたがEUSの所見からも内視鏡的粘膜下層結紮下切除術(Endoscopic submucosal resection with ligation device: ESMR-L)による一括切除は可能と判断し診断的治療の側面も説明した上で内視鏡治療の方針となった。病理結果は腫瘍は粘膜下を主体として異型なリンパ球が淡く結節状に増殖しており、免疫染色で増殖しているリンパ球はCD20モノクローナル抗体(L26)(+)とB細胞性の腫瘍であり、CD5(-)、CD10(-)、cyclin D1(-)、bcl-2(+)であったためMALTリンパ腫と考えられた。切除断端は陰性であったが血液内科にも併診を依頼し経過観察中である。

【考察】大腸悪性リンパ腫は大腸悪性腫瘍全体のおよそ0.5%と稀な疾患ではあり、腸管悪性腫瘍の中でMALTリンパ腫は12.5%であったと報告されている。大腸MALTリンパ腫の好発部位は直腸であり本邦でも直腸MALTリンパ腫に対して治療を施した症例報告は散見されるが10mmを超える病変が多く、限局症例に対してはESDや放射線治療、または除菌治療後にEMRや経肛門的治療を施行された報告が散見される。また多発、広範囲症例に対しては外科切除や化学療法が行われているのが現状である。本症例はESMR-Lを行うことで切除断端は担保されたが、MALTリンパ腫に対する内視鏡的治療の限界や安全性に関して文献的考察を加えて報告したい。



## PL2-5 胆嚢結腸瘻に対して Over The Scope Clip システムで閉鎖し得た一例

### 内-専

堀端 祐介、盛田 景介、高綱 将史、土井 智裕、小玉 絵理奈、田中 裕登、熊谷 優、  
吉川 成一、三浦 努、竹内 学

日本赤十字社 長岡赤十字病院

症例は80歳代男性。X-4年に胆石性胆嚢炎に対して、内視鏡的経乳頭胆嚢ドレナージ（ERGBD）を施行した。X-2年、follow upのCTにて胆嚢と十二指腸球部の瘻孔形成を認め、ERGBDチューブが十二指腸に穿通していた。同時点では胆道感染の再発は無く、一方でドレナージチューブ抜去によるトラブルなどを考慮し、経過観察の方針となった。X-1年に胆嚢結腸瘻が出現し、さらにX年10月ごろより月に1-2回の頻度で胆管炎を繰り返すようになった。その都度、内視鏡的に結石除去や経乳頭胆管ドレナージチューブの交換、逆流防止弁付き full covered metallic stent の留置など施行したが、再発予防には繋がらなかった。上記経過から胆嚢結腸瘻による便汁逆流が、繰り返す胆道感染の原因と考えた。下部消化管内視鏡検査では、肝彎曲付近の結腸に瘻孔を認め、造影にて胆嚢-胆管との交通を確認した。本患者は高齢で基礎疾患も多かったことから、外科的治療が困難と考え、Over The Scope Clip（OTSC）システムでの瘻孔閉鎖術を施行する方針とした。内視鏡で瘻孔を確認し、吸引で瘻孔周囲の粘膜を先端フード内に引き込み、OTSCをrelease、瘻孔の縫縮を行った。施行後は造影剤の漏出は認めず、その後の経過でも胆道感染の再発はなくなった。胆嚢結腸瘻は外科手術が一般的であるが、手術が困難な症例に対して全層閉鎖が可能なOTSCシステムは有用と考えられる。OTSCシステムにて胆嚢結腸瘻を縫縮した症例は本邦では3例程度の報告にとどまり、稀な症例と考えられる。今回、我々は胆嚢結腸瘻が原因で繰り返す胆管炎に対して、OTSCシステムを用いて安全に瘻孔を閉鎖し、良好な経過を辿った症例を経験したため、文献的考察を交え報告する。

一般演題

抄 録 集



5月25日（土）第1会場（3F グランデ）

英語セッション、胃・十二指腸 9：00～9：40

座長：小島 英吾  
（長野中央病院 消化器内科）

E-1

## A case of squamous cell carcinoma diagnosed by B-POEM for esophageal stricture

消

澤口 洋視<sup>1,2,3</sup>、岩谷 勇吾<sup>1</sup>、池内 浩志<sup>1</sup>、土屋 智章<sup>1</sup>、高 祐信<sup>1</sup>、橋上 遣太<sup>1</sup>、  
平山 敦大<sup>1</sup>、岡村 卓磨<sup>1</sup>、長屋 匡信<sup>2</sup>、岩谷 舞<sup>3</sup>、梅村 武司<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Medicine, Division of Gastroenterology and Hepatology, Shinshu University School of Medicine.

<sup>2</sup>Endoscopic Examination Center, Shinshu University Hospital.

<sup>3</sup>Department of Laboratory Medicine, Shinshu University Hospital.

A woman in her 60s, who had undergone surgery for cervical cancer X-12 years ago, visited our hospital because she had difficulty swallowing and could only take liquids. Upper gastrointestinal endoscopy revealed a circumferential stenosis at 30-33 cm from the incisor, where a conventional endoscope couldn't pass through. We switched to the ultra-thin scope, which revealed the surface of the stenosis was smooth without obvious mucosal irregularity. However, a contrast-enhanced CT scan showed circumferential wall thickening of the thoracic esophagus, and an FDG-PET/CT scan demonstrated hyperaccumulation in the thickened esophagus, suggesting malignant stenosis. As the conventional biopsies didn't show any malignancy, we opted to perform Biopsy-POEM (B-POEM). We made an entry 2cm proximal from the stenosis, creating a submucosal tunnel. Then, we found many white granular tissues in the submucosal layer, which were biopsied and demonstrated squamous cell carcinoma. Immunostaining was positive for p16, suggesting HPV infection, although whether the esophageal tumor was primary or secondary was unclear. Although histological diagnosis is fundamental for diagnosing malignant esophageal stricture, obtaining appropriate biopsy specimens is sometimes challenging. B-POEM has the advantage that the tumor can be biopsied under direct visualization in cases of malignant esophageal stricture where the tumor is not exposed to the superficial layer.

## 1 ESD 後 eCuraA だが局所再発を認めた分化型優位未分化型混在胃癌の 1 例

消 - 研

中村 昭太<sup>1</sup>、吉田 貴史<sup>2</sup>、武田 健二郎<sup>2</sup>、山本 瀬里<sup>2</sup>、土屋 理沙<sup>2</sup>、森 優喜<sup>2</sup>、  
橋本 優美<sup>2</sup>、依田 宏貴<sup>2</sup>、青沼 優子<sup>2</sup>、石田 剛士<sup>2</sup>、久野 徹<sup>2</sup>、小林 祥司<sup>2</sup>、  
高野 伸一<sup>2</sup>、前川 伸哉<sup>2</sup>、丸山 傑<sup>3</sup>、赤池 英憲<sup>3</sup>、河口 賀彦<sup>3</sup>、市川 大輔<sup>3</sup>、  
榎本 信幸<sup>2</sup>

<sup>1</sup>山梨大学 医学部附属病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>山梨大学 医学部 消化器内科

<sup>3</sup>山梨大学 医学部 第 1 外科

症例は70歳代女性。食欲低下を主訴に前医で施行した上部消化管内視鏡検査（EGD）で体下部小彎の陥凹を認め、生検で Group5 (tub2) であり、精査加療目的にX年9月当科紹介となった。当院での精査 EGD では、体下部小彎に12mm 大の発赤調の陥凹面を認め、近傍に潰瘍痕を認めていた。EUS では第3層の菲薄化を認めていた。ESD 適応と判断し、X年10月 ESD を施行した。治療中は強い癒痕化を認めたが、偶発症なく78分で切除終了した。病理結果は 0-IIc、13×10mm、tub2> tub1> sig、pT1a (M)、pUL1、pHM0、pVM0であり、eCuraA であった。X年12月のEGDでESD後潰瘍は癒痕化していることを確認した。未分化型が混在しているため、リンパ節転移リスクを勘案し、1年後CTおよび内視鏡によるサーベイランスの方針とした。X+1年11月に施行したEGDで、ESD後癒痕直上に15mm大の発赤陥凹を認め、同部からの生検は Group5 (tub2> por/sig) であった。精査EGDを施行し、EUSでは第2層の肥厚を認め、第3層は消失しており、UL+と判断した。未分化成分の混在した局所再発であること、再ESDは難渋する可能性を踏まえて、外科切除方針となった。X+2年1月に腹腔鏡下幽門側胃切除術、B-I再建施行した。病理結果は M, Less, 10×10mm, 0-IIc, tub2> tub1> por>sig, pT1a (M), UL (+), Ly0, V0, pN0, pPM0, pDM0 であった。ESD 検体と外科切除検体の病理を対比しても同様の組織型であり、局所再発と判断した。胃癌診療ガイドラインでは分化型癌と未分化型癌が混在する場合は、優勢な組織像に従って分類される。本症例のような未分化型が混在した分化型優位で UL (+) の場合は eCuraA となるものの、今回局所再発を認めており、示唆に富む症例と考えられる。文献的考察を加えて報告する。

## 2 出血を伴う胃脂肪腫に対して手術加療を施行した 1 例

消 - 研

眞鍋 暢子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>岸和田徳洲会病院

【症例】73歳・男性

【主訴】黒色便

【現病歴】X-4年前より胃角部に30mm程度の胃粘膜下腫瘍を認め、脂肪腫として経過観察していた。X-2か月前に黒色便を認め、血液検査でHb:15mg/dlから10mg/dlに低下を認めた。自然軽快したため、経過観察していた。再度黒色便を認めたため近医受診し上部消化管出血疑いで当院紹介となった。

【入院時現症】体温:35.7℃、血圧144/90mmHg、脈拍:81回/分眼瞼結膜に貧血なし、腹痛なし、直腸診で黒色便あり

【入院時検査所見】WBC:7400/μg、Hb:14.3g/dL、BUN:22.9mg/dL、Cre:0.86mg/dL、BUN/Cre比26.6

【診断と治療と経過】緊急上部消化管内視鏡を施行し、胃内に黒色残渣を少量認めた。胃角部から前腕部小彎に内部が脂肪様の潰瘍を認め、胃角部小彎の露出血管1か所と辺縁を焼灼し、焼却後潰瘍の辺縁から4か所生検を施行した。病理所見では壊死組織のみで悪性所見は認めなかった。CTでは胃小彎に約50mm大の均一な脂肪濃度の腫瘍を認めた。PETでは胃の脂肪性腫瘍への集積は認めなかった。胃粘膜下腫瘍、脂肪腫疑いとして出血コントロールと腫瘍摘出目的で外科紹介となった。腹腔鏡下幽門側胃切除術でB-2再建、Braun吻合を施行した。リンパ節郭清は行わなかった。胃粘膜下に50×45mm大の腫瘍を認めた。病理では一部で繊維化の伴う紡錘形の単核細胞のある成熟脂肪細胞の増生がみられた。CDK4、MDM2陰性で、高分化型脂肪肉腫の像は認めなかった。術後1日目より飲水開始し、術後3日目に食事摂取開始し、大きな合併症なく術後6日目に退院となった。

【考察】胃脂肪腫は胃粘膜下腫瘍の約7%を占め、基本的には方針は経過観察だが脂肪肉腫が疑われる場合や心窩部痛、出血、閉塞、十二指腸への嵌頓などの症状をきたした場合は治療適応となる。出血の機序として1.腫瘍増大に伴う粘膜増大に伴う粘膜上皮の血行障害、2.食物残渣による刺激、3.蠕動運動による機械的刺激などが考えられる。本症例の出血の契機は不明だが、腫瘍の増大を認め、今後の出血リスクを考慮し外科的切除となった。若干の文献的考察を含めて報告する。

### 3 双球状を呈した混合型 Gastrointestinal stromal tumor (GIST) の1例

消

大津 嘉之<sup>1</sup>、田中 友之<sup>1</sup>、木内 怜平<sup>1</sup>、中村 直樹<sup>1</sup>、高橋 芳之<sup>1</sup>、小林 惇一<sup>1</sup>、柴田 景子<sup>1</sup>、柴田 壮一郎<sup>1</sup>、徳竹 康二郎<sup>1</sup>、伊藤 哲也<sup>1</sup>、藤澤 亨<sup>1</sup>、森 宏光<sup>1</sup>、和田 秀一<sup>1</sup>、町田 泰一<sup>2</sup>、伊藤 以知郎<sup>3</sup>

<sup>1</sup>長野赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>長野赤十字病院 外科、<sup>3</sup>長野赤十字病院 病理部

【症例】60歳台、女性。

【現病歴】X-8年に近医で施行された上部消化管内視鏡検査で胃体上部大彎に粘膜下腫瘍を指摘され、定期的に内視鏡検査を受けてきた。X年3月、病変が増大傾向にあり精査目的に当科を紹介受診した。胸部腹部造影CTで体上部管内へ発育する造影効果を伴う20mm大の腫瘤を認め、その背側にも病変と連続して造影効果の異なる15mm大の境界明瞭な腫瘤を認めた。超音波内視鏡検査では双球状の粘膜下腫瘍として描出され、管内へ発育するものは等エコーを呈していた。一方で管外へ発育するものは不均一な低エコーを呈し、血流シグナルは豊富であった。6月、主に管内に発育する腫瘍に対して超音波内視鏡下穿刺吸引法を行い、結果はc-kit、DOG-1、CD34がいずれも陽性であり類上皮型GISTと診断した。PET-CTでは明らかな遠隔転移を認めず、8月に腹腔鏡下胃部分切除術を施行した。肉眼的に管腔内発育する黒色の嚢胞性病変と管腔外発育する白色の充実性病変が双球状を呈していた。病理組織結果で前者は卵円形の核を有する細胞で構成され、c-kitは60%陽性、DOG-1陽性、CD34は陰性であり、類上皮型GISTの組織像であった。後者はc-kit、DOG-1、CD34がいずれも陽性であり、紡錘形細胞の増殖と1/50HPF程度の核分裂像を認め、紡錘形細胞型GISTの組織像であった。類上皮型と紡錘形細胞型の混合型GISTと診断し、腫瘍径は3.5cmでModified-Fletcher分類ではlow riskであったため、半年ごとに経過を観察することとした。

【考察】GISTは細胞の形態や配列パターンから紡錘形細胞型、類上皮型、混合型に分類され、紡錘形細胞型が大部分を占めるが、稀に類上皮型や混合型も見られる。本症例は異なる2つの型のGISTが双球状を呈した稀な1例であり、文献的考察を加えて報告する。

### 4 胆嚢十二指腸瘻孔を介した胆嚢結石落下による十二指腸閉塞の一例

消-専

長坂 洸和<sup>1</sup>、廣瀬 純穂<sup>1</sup>、朝比奈 佳毅<sup>1</sup>、塚本 京子<sup>1</sup>、天野 博之<sup>1</sup>、高岡 慎弥<sup>1</sup>、今井 雄史<sup>1</sup>、浅川 幸子<sup>1</sup>、望月 仁<sup>1</sup>、小嶋 裕一郎<sup>1</sup>、小俣 政男<sup>2</sup>

<sup>1</sup>山梨県立中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>東京大学

症例：90歳女性。主訴：嘔吐、腹痛。現病歴：X年1月に前医を受診し、上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃内に多量食物残渣を認めた。食物残渣により内視鏡観察が困難なため追加した造影CT検査では、十二指腸下行部に大ききさ55mmの高吸収域構造物、さらには脾腫大と脾周囲の脂肪織濃度上昇を認めた。十二指腸腫瘍による十二指腸閉塞、乳頭部圧排による急性膵炎が疑われ、当科紹介受診となった。来院時意識清明、心窩部に軽度の自発痛を認め、他に身体所見に特記すべき異常所見はない。血液検査はWBC 10,300/ $\mu$ l、CRP 1.4mg/dlと軽度の炎症所見を認めた。また、Amy 986U/lと膵酵素の上昇を認めたが、T-Bil 0.60mg/dl、AST 21U/l、ALT 10U/l、ALP 72U/lと肝胆道系酵素は正常であった。当院で施行したCTも前医同様、下十二指腸角近傍に石灰化を有する構造物および十二指腸壁肥厚を認め、同部位を起点として十二指腸閉塞を起こしていると考えられた。さらに、脾腫大及び脾周囲の脂肪織濃度上昇も認め、軽症急性膵炎の所見を得た。十二指腸腫瘍による消化管閉塞を鑑別に挙げ、精査目的にEGDを施行した。EGD所見では十二指腸球部前面に胆嚢との瘻孔を認め、十二指腸下行部に黒色結石塊が陥頓していた。以上から、胆嚢結石が瘻孔を介して十二指腸に落下したことによる十二指腸閉塞であると診断した。把持鉗子やERCP関連処置器具を使用し結石を破碎、十二指腸閉塞を解除し得た。術後翌日には食事摂取可能となり、その後の経過も良好であったため第6病日に自宅退院とした。今回、胆嚢十二指腸瘻からの落下胆嚢結石による十二指腸閉塞という稀な症例を経験した。CTの所見からは十二指腸腫瘍の可能性も考慮すべきだが、本症例も念頭に置いて診断にあたる必要があると考える。本症例に関して、若干の文献的考察を加え報告する。



5月25日(土) 第1会場(3F グランデ)

肝1 9:43~10:15

座長: 今井 径卓(新潟大学医歯学総合病院 消化器内科)

## 5 肝切除後の病理診断で clear cell hepatocellular carcinoma (CC-HCC) の診断に至った一例

消-専

堀 真瑛<sup>1</sup>、佐藤 毅昂<sup>1</sup>、後藤 収<sup>1</sup>、夏井 一輝<sup>1</sup>、後藤 諒<sup>1</sup>、五十川 修<sup>1</sup>、丸山 正樹<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新潟県厚生農業協同組合連合会 柏崎総合医療センター

【症例】50歳代、男性。X年2月に腹部超音波検査で肝S6区域に腫瘍性病変を指摘され、前医を受診した。前医での検査で肝細胞癌が疑われ、当科に紹介され6月23日に受診した。初診時の血液検査でAFP 7614.3ng/mL、CEA 1.9ng/mL、CA19-9 6ng/mL、PIVKA-2 773mAU/mLとAFP、PIVKA-2が高値であった。T-Bil 1.18mg/dL、Alb 4.0g/dL、PT 94%であり、腹水や肝性脳症はなく、Child-Pugh分類はAであった。造影CTで肝S6区域に3.5cm大の円形腫瘍を認め、一部肝外に突出し、胆嚢に接していた。動脈相で腫瘍の辺縁は濃染されたが内部は周囲肝と同程度に濃染され、門脈相で腫瘍全体が低吸収域として描出された。リンパ節転移や遠隔転移はなかったため、cT2N0M0のcStage2と診断した。肝部分切除の適応であったため、当院外科でX年7月24日に肝S6部分切除および胆嚢摘出術が行われ、肝切除部分と胆嚢が病理診断に提出された。病理診断で腫瘍細胞は肝細胞由来であり、円形異型核と淡明な胞体を有し、胞巣状構造を形成して増殖していることを指摘された。また、胆嚢への浸潤は認めなかった。腎細胞癌との鑑別で行った免疫染色では、CD10(-)、 $\alpha$ -SMA(-)、HMB45(-)、MelanA(-)であり、CC-HCCの診断に至った。手術後は大きな合併症なく経過し、手術後8日目に退院した。その後の経過については当科で経過観察を行っているところである。

【考察】原発性肝細胞癌は8つのサブタイプに区別されるとWHO分類第5版で記載されており、CC-HCCもその1つである。明細胞は多くのHCCで認めるが、CC-HCCでは腫瘍細胞の80%以上であることが定義されており、腎細胞癌等の転移と鑑別が必要である。頻度としては全HCCの約3-7%と推定されており、国内でもCC-HCCの症例報告がされている。今回我々は、肝切除後の病理診断でCC-HCCの診断に至った症例を経験したため、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

## 6 急性膵炎に続発した重症型アルコール性肝炎の一例

消-専

横山 岳<sup>1</sup>、岩垂 隆諒<sup>1</sup>、山下 裕騎<sup>1</sup>、百瀬 明里<sup>1</sup>、池内 浩志<sup>1</sup>、近藤 翔平<sup>1</sup>、橋上 遼太<sup>1</sup>、岩谷 舞<sup>1</sup>、木村 岳史<sup>1</sup>、梅村 武司<sup>1</sup>

<sup>1</sup>信州大学医学部附属病院 消化器内科

【緒言】重症型アルコール性肝炎は慢性のアルコール性肝障害を背景として、大量飲酒を契機に発症する予後不良の急性肝障害である。重症型アルコール性肝炎とアルコール性急性膵炎は共に大量飲酒が関与する一方で、アルコール性急性膵炎後に重症型アルコール性肝炎が続発した報告はない。今回我々が経験したアルコール性急性膵炎に続発した重症型アルコール性肝炎症例について、文献的考察を交え報告する。

【症例】東アフリカ出身の41歳女性。X-1年頃よりエタノール87.4mg/日相当の飲酒を開始した。同時期に会社の健康診断で肝機能障害を指摘されたが、医療機関は受診しなかった。X年7月、心窩部痛で前医を受診した。血液検査でWBC 39,390/ $\mu$ L、p-Amy 368U/L、LIPA 1,651U/LとWBCおよび膵酵素上昇を指摘された。造影CTで膵頭部周囲の液体貯留を認め、急性膵炎の診断で前医へ入院した。絶食・補液加療で第5病日には心窩部痛は改善し、WBCも正常範囲内に低下した。第7病日に腹痛が再燃し、WBC 14,750/ $\mu$ Lと再上昇を認めた。第17病日の造影CTで膵炎像は認めなかったが、新規に肝脾腫と腹水が出現し、血液検査でT.Bil 2.82mg/dL、PT 38.7%と肝不全徴候を認めたため、第27病日に精査加療目的で当院へ紹介転院した。転院時の血液検査はWBC 32,670/ $\mu$ L、AST 41IU/L、ALT 12IU/L、T.Bil 6.87mg/dL、PT 35.7%とNational Institute on Alcohol Abuse and Alcoholismによる重症型アルコール性肝炎の診断基準を満たしており、PET-CT、骨髄検査では悪性疾患、血液疾患を示唆する所見はなかった。第30病日に行った経頸静脈的肝生検では肝内はびまん性に高度の好中球が浸潤し、Mallory-Denk体やballooningを伴う肝細胞を認め、重症型アルコール性肝炎と確定診断した。第33病日よりWBCがピークアウトしたためステロイド投与や顆粒球除去療法は行わず、安静及び肝底護療法のみで黄疸と合成能障害は改善し、第65病日に退院した。

【結語】急性膵炎後に重症型アルコール性肝炎が続発した稀な症例を経験した。両疾患の関連性や治療戦略についてのさらなる症例の蓄積が今後必要と考える。

## 7 MRIで経過を追えたアルコール性肝炎が軽快した一例

消-専 武田 健二郎<sup>1</sup>、鈴木 雄一朗<sup>1</sup>、大澤 玲於奈<sup>1</sup>、小宮山 泰之<sup>1</sup>、高田 ひとみ<sup>1</sup>、  
村岡 優<sup>1</sup>、佐藤 光明<sup>1</sup>、前川 伸哉<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup>

<sup>1</sup>山梨大学 消化器内科

【症例】40代男性

【現病歴】X年近医で糖尿病治療を行っていたが、T-Bil 2.2mg/dL、 $\gamma$ -GT 2659U/L、AST 320U/L、ALT 164U/L、血小板 147000/ $\mu$ L と肝機能障害、血小板減少を認め当院に紹介となった。169.1cm、57.7kg、BMI20.2。既往歴：2型糖尿病、脂質異常症。内服：アトルバスタチン、ベザフィブラート、ピオグリタゾン、レパグリニド、デュラグルチド。飲酒量：焼酎3-5合。

【経過】MRI 検査を行ったところ、MR エラストグラフィ（MRE）は7.1kPa と肝硬度高値で肝腫大・肝変形を伴っていた。PDFF は35%と著大な脂肪肝を認めた。過剰飲酒による肝障害の可能性が高く禁酒を勧めたものの完全な禁酒はできず、酒量はやや少なくなった程度であった。著大な高TG血症を認めたためベザフィブラートからペマフィブラートに変更した。X+1年、再度MRI 検査を行ったところMRE 4.2kPa、PDFF 32.7%と肝硬度の改善は認めるものの不十分であった。 $\gamma$ -GT 715U/L、AST 94U/L、ALT 52U/L、血小板228000/ $\mu$ L と血液検査所見も多少改善を認めた。ご本人がアルコールを止められないことに悩んでいたため県内の禁酒専門施設に紹介したところ3か月間入院加療を行うことになった。入院加療により禁酒に成功し、 $\gamma$ -GT 40U/L、AST 24U/L、ALT 18U/L と肝障害も改善した。X+2年のMRI 検査ではMRE 3.5kPa、PDFF 3.0%と肝脂肪化が改善した。X+3年ではMRE 2.1kPa、PDFF 6.5%と肝硬度も大幅に改善し正常値となった。X+5年、ペマフィブラートは中止となり、禁酒が継続できている。MRI 検査ではMRE 2.0kPa、PDFF 6.1%と良好な値が得られている。

【考察】紹介時アルコール性肝炎と考えられる肝障害、肝硬度上昇を認めたが、その後禁酒専門施設に入院することにより禁酒に成功し、アルコール性肝炎、脂肪肝の改善を得ることができた。アルコール性肝炎の症例に禁酒が成功しMRIを含めた検査で長期間経過を追えた稀な症例であり文献的考察を含め報告する。

## 8 出産後3ヶ月で急性肝炎様の自己免疫性肝炎を新規発症した一例

消-研 渡邊 駿<sup>1</sup>、松崎 豊<sup>1</sup>、今井 淳葵<sup>1</sup>、松本 航<sup>1</sup>、雄山 澄華<sup>1</sup>、藤元 瞳<sup>1</sup>、下条 久志<sup>2</sup>、  
伊藤 信夫<sup>2</sup>、五十嵐 亨<sup>2</sup>、新倉 則和<sup>1</sup>、清澤 研道<sup>1</sup>

<sup>1</sup>慈泉会 相澤病院 消化器内科、<sup>2</sup>慈泉会 相澤病院 病理診断科

【症例】29歳女性。既往歴なし。機会飲酒。BMI 35.9の高度肥満あり。X-1年10月には肝機能障害なし。X年5月に第一子を出産した。X年8月中旬頃より全身倦怠感と食思不振を自覚した。X年9月初旬には顔面黄染や灰白色便が出現し当科入院となった。血液検査でT-Bil 6.5mg/dL、ALT 776U/L、ALP 107U/L、PT 67%と肝細胞障害型の急性肝障害を認めた。各種ウイルスマーカーは陰性で画像上脂肪肝は認めず、IgG 2011mg/dL と上昇しIAIHGスコア11点の疑診に該当するため自己免疫性肝炎（AIH）が疑われた。mPSL 500mgによるステロイドパルスを実施し、PTの改善後Day 3に肝生検を施行した。病理学的にInterface肝炎と門脈域の形質細胞浸潤、小葉中心性の高度な肝細胞変性を認め、急性肝炎期AIHとして矛盾ない所見だった。PSLの投与を継続し、ALTや黄疸の著明な改善が得られDay 8に退院した。抗核抗体は40倍、抗ミトコンドリアM2抗体陽性となったが、胆道系酵素上昇や胆管炎所見には乏しく原発性胆汁性胆管炎やオーバーラップ症候群の基準は満たさなかった。現在PSL漸減中だが再燃なく経過良好である。

【考察】AIHは妊娠中高率に軽快し、出産後約11-50%で増悪（Flare）するが、その背景に妊娠・出産における母体の免疫応答の変化がある。妊娠時、母体は病原体への免疫応答と同時に胎児という非自己を拒絶しないよう免疫寛容状態を作り上げる。妊娠中に大量分泌されるエストロゲンやプロゲステロン等のホルモンは、ナイーブT細胞から分化するヘルパーT細胞（Th）のバランスをTh2優位に傾ける。一方、分娩以降はプロラクチン等によりTh1優位へと変化し、病態にTh1の異常応答が関与しているとされるAIH、多発性硬化症、関節リウマチ等の自己免疫疾患は産後に悪化しやすい。しかし、出産後にAIHを新規発症したという報告は検索し得た限り4編・10症例しかなく、肝生検組織所見や経過が詳記された報告や急性肝炎例はさらに少ない。本症例は出産後に急性肝炎様のAIHを発症した点で稀であり、妊娠と自己免疫疾患との関係性を理解する上で示唆に富む貴重な症例と考えられた。



5月25日（土）第1会場（3F グランデ）

肝2 10:18~10:50

座長：高田 ひとみ（山梨大学医学部 消化器内科）

## 9 肝生検で診断し、ステロイドが奏効した肝サルコイドーシスの一例

消 - 専

福島 直弥<sup>1</sup>、大崎 暁彦<sup>1</sup>、森下 健<sup>1</sup>、大脇 崇史<sup>1</sup>、安住 里映<sup>1</sup>、河久 順志<sup>1</sup>、  
田覚 健一<sup>1</sup>、佐藤 宗広<sup>1</sup>、和栗 暢生<sup>1</sup>、橋立 英樹<sup>2</sup>

<sup>1</sup>新潟市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>新潟市民病院 病理診断科

【症例】55歳女性。X年7月に胸部X線検査で両側肺門リンパ節腫脹を認め、当院呼吸器内科受診、サルコイドーシスと診断された。両肺に粒状影、小結節も散見されていたが、呼吸器症状は軽度の乾性咳嗽のみであり、ブデソニド吸入のみで経過観察していた。診断時より軽度肝胆道系酵素の上昇を認めていたが、増悪傾向となり、12月に当科紹介受診した。腹部超音波では肝実質にびまん性に高エコー域が散在し、造影CTでは肝脾腫、肝内に多発する造影効果に乏しい低吸収域を認め、MRIではT2強調画像で肝内門脈周囲に散在する低信号域を認めた。肝生検を行い、非乾酪性類上皮細胞肉芽腫、肉芽腫の出現部位に一致して架橋形成を伴う線維化が指摘された。肝サルコイドーシスと診断し、X+1年1月よりプレドニゾロン（PSL）30mg/day（≒0.5mg/kg/day）、ウルソデオキシコール酸（UDCA）600mg/dayを開始した。以後、肝胆道系酵素の上昇は改善し、7月のCTで肝脾腫は改善した。血清M2BPGiは治療前後で2.54COI（1+）から0.50COI（-）と肝線維化の改善も示唆された。PSLは徐々に漸減し10mg未満となったが、再燃なく経過している。

【考察】サルコイドーシスは様々な臓器に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を形成する原因不明の疾患であり、肺門リンパ節や肺に最も多く、次いで、眼、皮膚、心臓などに好発する。肝病変は比較的稀とされているが、部検例では40~65%に肝病変が見られたという報告もある。肝サルコイドーシスの自然経過は不明な点が多く、治療について明確なガイドラインはない。ほとんどが無症状であり、肝機能障害が軽度であれば自然に軽快することもあるため、経過観察も推奨される一方で、肝硬変や門脈圧亢進症に至る例も報告されている。肝胆道系酵素の上昇が高度な症例、臨床症状を呈する症例は治療適応とされるが、肝線維化も治療適応の指標と考える。薬物療法にはPSLやUDCAが用いられることが多い。自験例のように早期に治療介入することで肝線維化の改善も期待できると考えられ、診断、治療適応の評価に肝生検は有用と考える。

10	<b>膝関節炎や眼内炎を合併した Klebsiella pneumoniae による侵襲性肝膿瘍症候群の1例</b>
消-研	<p>後藤 香織<sup>1</sup>、熊谷 優<sup>1</sup>、小林 雄司<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、土井 智裕<sup>1</sup>、堀端 祐介<sup>1</sup>、小玉 絵理奈<sup>1</sup>、田中 裕登<sup>1</sup>、夏井 結唯<sup>1</sup>、盛田 景介<sup>1</sup>、高綱 将史<sup>1</sup>、三浦 努<sup>1</sup>、竹内 学<sup>1</sup>、野崎 耀平<sup>2</sup>、根津 貴広<sup>3</sup></p> <p><sup>1</sup>長岡赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>長岡赤十字病院 眼科、<sup>3</sup>長岡赤十字病院 整形外科</p>

【症例】50歳代男性。  
【既往歴】脳出血術後、高血圧。  
【現病歴】X-5日に発熱。X-4日に視力低下を自覚し、X日に近医を受診。単純CTで肝腫瘍を認め当科紹介後、精査加療目的に入院となった。

【経過】37.5℃の発熱、右季肋部痛・左膝関節痛、眼科医診察で硝子体混濁を認めた。入院時採血で炎症上昇と肝機能・腎機能障害、血小板低下とFDP高値を認めた。腹部エコー、CTでは、軽度肝脾腫とS7-8に単発の8cm大多房性嚢胞性腫瘍を認めた。単純MRIでは、腫瘍は不均一な肥厚を伴う隔壁を認め、胆道系には異常を認めなかった。肝膿瘍、敗血症、DIC、急性腎不全と診断し、眼内炎も疑われた。薬物療法に加えて、血小板輸血後経皮的経肝膿瘍ドレナージ(PTAD)をX日に施行した。後日血液と尿、肝膿瘍培養全てでKlebsiella pneumoniae (KP)の発育とstring test陽性を認めた。左膝関節痛精査目的に施行した左膝関節液培養でも同様の所見を認め、KPによる化膿性膝関節炎と診断、まとめてKPの侵襲性肝膿瘍症候群と診断した。入院後は、X+4日目に炎症が再増悪しCTで膿瘍増大と右横隔膜下膿瘍が出現したことから、X+5日に肝膿瘍に3本、横隔膜下に1本tubeを追加した。さらにX+7日に既存tubeのフレンチアップとtube追加し肝膿瘍に計6本留置した。X+9日目より肝障害や炎症の改善傾向を認め、最終的にX+86日目に全てのtubeが抜去され、治療終了した。眼内炎は、X+14日目に手術を施行も両目失明に至り、左膝関節炎はドレーン後X+29日目に手術施行し再発なく経過した。

【考察】KPは化膿性肝膿瘍の主要な起因菌であり、アジア諸国でその割合は増加傾向にある。50代男性に多く、基礎疾患に糖尿病等を認める事が多いが、基礎疾患のない健康成人の発症も報告されている。KPの肝膿瘍は、転移性病変を形成しやすく眼内炎、肺膿瘍、脳膿瘍の報告が多い。本症例も典型的な経過を認めた。本症例のような多房性膿瘍では、隔壁によりドレナージ効果を得にくく手術等が必要となる報告もあるが、今回複数の経皮的ドレーンtubeの留置が病態改善に寄与した可能性が示唆される。

11	<b>BRTO・PSE後に播種性血管内凝固を合併した高度脾腎シャントを有した肝性脳症の一例</b>
消-研	<p>上村 和樹<sup>1</sup>、大脇 崇史<sup>1</sup>、大崎 暁彦<sup>1</sup>、森下 健<sup>1</sup>、福島 直弥<sup>1</sup>、安住 里映<sup>1</sup>、河久 順志<sup>1</sup>、田覚 健一<sup>1</sup>、佐藤 宗広<sup>1</sup>、和栗 暢生<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup>新潟市民病院 消化器内科</p>

【症例】68歳女性。1年半前に肝機能障害、黄疸にて当科紹介受診し、非代償性自己免疫性肝硬変、肝性脳症、高度な脾腎シャントが指摘された。当科外来通院開始、薬物療法にて肝硬変は代償性に改善、肝性脳症の再発なく経過した。長期的な安定状態維持にはシャント塞栓療法が有用と考え、科内での検討、患者との相談の結果、バルーン閉塞下逆行性経静脈的塞栓術(BRTO)を行う方針となり、入院した。第3病日にBRTO及び部分的非動脈塞栓術(PSE)を行い、バルーンカテーテルは翌日まで留置した。硬化剤(5%EOL)の使用量は9mLであった。翌日、治療成功を確認、カテーテル抜去した。第5病日、PLT 1.2万/μLと高度に減少(治療前13.7万/μL)した。同日のCTでは脾腎シャントは血栓化し、同部以外の血栓なく、脾梗塞率は73%(壊死部体積189mL)であった。FDP高度上昇(328mg/dL)、Fib低下(114mg/dL)、ATIII%低下(61%)を認め、播種性血管内凝固(DIC)と診断し、血小板輸血、アンチトロンビン濃縮製剤、未分画ヘパリンの静脈投与を行った。特に自覚症状なく、出血の合併症なく、PLT 11万/μLまで上昇し、第13病日に退院した。

【考察】高度な門脈大循環シャントは肝予備能増悪因子であり、近年、肝予備能の改善・維持を目指したシャント塞栓術の試み、塞栓術後に肝予備能が有意に改善した報告が散見される。本症例も長期的な肝予備能の安定を主目的にBRTOを行った。当院では、BRTO後に生じる門脈圧上昇による弊害を緩和・予防するためにPSEを併用しており、2010年から症例の蓄積を重ね、BRTO・PSE同時併用療法のルーチン化に成功した。PSE後のDICの報告は稀であり、BRTO後の報告はさらに稀である。PSE後のDICは線溶抑制型が多く、FDP上昇は軽度に留まるとされる。本症例はFDPの高度上昇を認め、線溶亢進型と考えられ、BRTOによって生じた脾腎シャント内の巨大血栓が主因と考えた。稀ではあるが重篤な病態であり、早期発見・治療介入が重要な認知しておくべき偶発症と考える。

## 12 脂肪肝における Lean MASLD の検討

消

松本 晶博<sup>1,2</sup>、村松 沙織<sup>2</sup>、宮林 千春<sup>1</sup>、窪田 芳樹<sup>1</sup>、東海 康太郎<sup>1</sup>、大西 禎彦<sup>1</sup>

<sup>1</sup>千曲中央病院 内科、<sup>2</sup>千曲中央病院 健康管理センター

【目的】代謝異常関連脂肪性肝疾患（MASLD）において、肥満度が正常であるにもかかわらず、脂肪肝が存在する lean MASLD 症例の予後がより悪いことが報告されている。今回、健康診断において、肝障害および脂肪肝を指摘されて受診された MASLD における lean MASLD（I-MASLD）について検討した。

【方法】2020年に健診にて ALT over 30U/L または高度脂肪肝にて当院外来に紹介された症例中、他の原因による肝障害を除いて MASLD と診断された102例（男性例、年齢 $45 \pm 12$ 歳）について血液生化学検査および腹部超音波検査を施行した。BMI $25$ 未満を I-MASLD とし、以上を fatty MASLD（f-MASLD）とした。脂肪肝の程度は ATI  $6.0-6.4$ 、 $6.5-6.9$ 、 $7.0-7.9$ 、 $\geq 8.0$ を1から4に分類した。

【成績】I-MASLD は29/102（%）であった。I-MASLD と f-MASLD で有意な差が見られた項目は、好塩基球（ $0.84 \pm 0.30\%$  vs.  $0.68 \pm 0.25\%$ 、 $p=0.015$ ）、M2BPGi（ $0.45 \pm 0.25$  vs.  $0.53 \pm 0.21$ 、 $p=0.047$ ）のみであった。脂肪肝の程度（1-4）の分布は、5,4、9.5、60.8、24.3% vs 10.7、10.7、60.7、17.9%であり、有意差はなかった。（ $p=0.267$ ）

【結論】I-MASLD は脂肪肝の約3割に認められた。I-MASLD と f-MASLD を肥満度以外で分類することは難しかった。今回の検討では肝線維化を示す M2BPGi は f-MASLD で高値を示していた。今後、肥満のない脂肪肝の予後について検討する必要がある。

5月25日(土) 第2会場(3F グランデ)

胆道 9:00~9:32

座長: 小口 貴也 (諏訪赤十字病院 消化器内科)

### 13 IgG4 関連硬化性胆管炎を背景とした胆嚢炎の1例

消-専

米山 翔一郎<sup>1</sup>、堀内 一太郎<sup>1</sup>、佐々木 信和<sup>1</sup>、南澤 昌郁<sup>1</sup>、鎌倉 雅人<sup>1</sup>、  
近藤 翔平<sup>1</sup>、柳澤 匠<sup>1</sup>、倉石 康弘<sup>1</sup>、中村 晃<sup>1</sup>、梅村 武司<sup>1</sup>

<sup>1</sup>信州大学 医学部附属病院 消化器内科

【症例】70歳台、男性

【主訴】腹痛

【現病歴】X年4月末、黄疸を主訴に前医を受診し、腹部造影CT、MRCP、ERCPで肝門部胆管癌が疑われ、精査加療目的に当院外科に紹介された。5月に当院で施行した胆道造影(ERC)では肝門部領域胆管の狭窄は改善し、IDUSで左右肝管~総胆管に外側高工コーが保たれた内部均一な全周性の壁肥厚を認めた。高IgG4血症を呈し、自己免疫性膵炎や動脈周囲炎といった胆管外病変を認めることからIgG4関連硬化性胆管炎(IgG4-SC)と診断されたが、無症状であることから患者希望でPSLを導入せず、経過観察の方針とした。IgG4-SCの診断から2か月後のX年7月に、経過観察目的の腹部造影CTで胆嚢壁肥厚と肝臓への炎症波及を認め、急性胆嚢炎と診断された。胆道造影では胆嚢管の狭窄を認め、経乳頭的に胆嚢管を選択し胆嚢内にドレナージチューブを留置した。血清IgG4は経過でさらに上昇しており、IgG4-SCを背景とした胆汁鬱滞による胆嚢炎と判断しPSLを導入された。PSL導入後1か月後の治療効果判定では胆嚢炎所見及び胆嚢管狭窄の改善を認めた。PSLを漸減後も再燃なく経過した。

【考察】本症例では、短期間に变化する胆管像、IDUS所見からIgG4-SCと診断し、胆嚢炎合併時にもIgG4関連の病態を考慮してPSL投与により保存的に改善が得られた。IgG4関連の胆嚢病変の存在を認識し、IgG4の測定と全身検索を考慮することが不要な手術を回避するために重要と考えられた。

### 14 超音波検査における胆嚢壁限局性壁肥厚を契機に表在型胆嚢癌が診断できた一例

消-研

小林 裕登<sup>1</sup>、清水 祐樹<sup>1</sup>、藤田 楓<sup>1</sup>、石黒 翔子<sup>1</sup>、栗林 直矢<sup>1</sup>、高橋 俊晴<sup>1</sup>、  
岡庭 信司<sup>1</sup>、中村 喜行<sup>1</sup>、酒井 宏司<sup>1</sup>、佐野 健司<sup>1</sup>

<sup>1</sup>飯田市立病院

症例は74歳、女性。高血圧症にて近医通院中であった。X年8月22日に近医より腫瘍マーカーの軽度上昇にて8月31日紹介となった。9月4日に施行した腹部超音波検査(ultrasound:以下US)では胆嚢体部に最大厚5mmの限局性壁肥厚を認めた。9月28日に実施した超音波内視鏡検査(endoscopic ultrasonography:EUS)では、胆嚢体部腹腔側に血流シグナルを伴う限局性壁肥厚と膵・胆管合流異常を認めた。10月12日に施行したMRIにて限局性壁肥厚の部位に一致して拡散強調像で高信号を示した。以上より膵・胆管合流異常を伴う表在型胆嚢癌を疑い、12月14日に胆嚢摘出術を施行した。病理学的所見では粘膜層に留まる高分化型腺癌であり胆嚢壁全周性に進展していた。USは小病変や限局性壁肥厚の拾い上げに有用であるが、進展度診断については高周波プローブを用いた拡大観察でも診断困難な部位がある。USは簡便に実施でき、存在診断の上で優れているため積極的に実施すべきである。



## 15 当院における超高齢者総胆管結石症に対する治療の現状

消-研 田崎 愛美<sup>1</sup>、渡辺 史郎<sup>1</sup>、野澤 良祐<sup>1</sup>、小川 和也<sup>1</sup>、濱 勇<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>信楽園病院 消化器内科

【目的】急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン2018では、急性胆管炎を合併した胆管結石治療の第一選択は胆道ドレナージもしくは結石除去とされるが、高齢者の詳細な適応については明記されていない。特に90歳以上の超高齢者では、併存疾患やADL、内服薬等のため治療選択に難渋する場合があります、積極的な治療に至らない例も多い。今回、当院に入院した超高齢者の総胆管結石症について検討した。

【方法】当院において2021年から2023年の期間に総胆管結石症で入院した90歳以上の症例63例について、臨床的背景や治療方針を検討した。

【結果】全症例の平均年齢は92.3歳、男性24例、女性39例、平均入院期間28日であった。併存疾患は循環器疾患25.4% (16/63)、脳血管疾患33.3% (21/63)、呼吸器疾患12.7% (8/63)、糖尿病22.2% (14/63)、抗血栓薬服用例34.9% (22/63)、意思疎通可能例は79.4% (50/63) であった。内視鏡的治療群43例 (Endoscope : E群) と保存的治療群20例 (Conservative : C群) に分け比較検討した。E群、C群でそれぞれの平均年齢は91.7歳 /93.8歳、平均入院期間は24.8日 /35.5日、基礎疾患保有率は65% (28/43) /75% (15/20)、意思疎通性が保たれている割合は86% (37/43) /55% (11/20) であった。更にE群をEST群 (15/43) とERBD群 (26/43) に分け検討した。EST群、ERBD群の平均年齢は91.8歳 /91.6歳、再発例 (再発までの期間) 1例 (658日) /7例 (11~434日) であった。再発例の対応はEST群ではEST 1例、ERBD群ではEST 1例、ERBD 4例、保存的治療 1例であった。

【考察】超高齢者の総胆管結石症について内視鏡的治療群と保存的治療群を比較すると、基礎疾患が少なく認知機能が保たれている症例ほど内視鏡的治療を行う割合が高かった。また、EST群とERBD群を比較すると、ERBD群で再発率が高かった。

【結語】超高齢者の総胆管結石症においても、可能であれば内視鏡的結石除去を優先するべきであるが、併存疾患や処置困難性、生命予後を考慮しERBDや保存的治療も治療の一選択肢になり得ると考えられた。

## 16 がん遺伝子パネル検査後に推奨治療が行えた胆道癌の2例

消 塩路 和彦<sup>1</sup>、堀 亜洲<sup>1</sup>、富吉 圭<sup>1</sup>、高橋 祥史<sup>1</sup>、今井 径卓<sup>1</sup>、小林 正明<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科

【緒言】2019年6月にがん遺伝子パネル検査が開始され徐々に日常診療に取り入れられてきたが、検査を行っても治療にたどり着く症例は少ない。今回がん遺伝子パネル検査により遺伝子異常に基づいた治療を行うことが可能となった胆道癌の2例を報告する。

【症例1】60代男性。心窩部痛を主訴に近医を受診。CTにて多発肝転移、多発肺転移、リンパ節転移を指摘。上部・下部内視鏡検査では原発と考えられる病変は認めず。血液検査ではCA19-9が227U/mlと上昇しており肝内胆管癌が疑われ当科紹介。肝生検では腺癌と診断。免疫染色ではCK7 (+)、CK20 (-)、MUC-1 (+)、Hepatocyte (-)で胆道系の腫瘍として矛盾なし。切除不能肝内胆管癌の診断でゲムシタビン+シスプラチン+S1療法 (GCS療法) を開始。治療は奏功していたが、シスプラチンの総投与量が500mgを越えたため、レジメン変更を検討、合わせて遺伝子パネル検査を行うこととなった。肝生検の検体量が少なかったためFoundation One Liquid CDxに提出した。FGFR2の融合遺伝子が検出され、エキスパートパネルの結果保険診療でのペニガチニブの投与が推奨された。ペニガチニブの投与によりCA19-9は低下し、画像上も腫瘍は縮小した。投与開始1年経過したころより腫瘍は再増大。フチバチニブに変更するも縮小は得られず、現在ゲムシタビン+S1療法を継続している。

【症例2】40代男性。心窩部痛あり近医で腹部USを施行したところリンパ節腫大を指摘。CTにて胆嚢癌、リンパ節転移と診断され精査・治療目的に当科紹介。PET-CTでは腸間膜リンパ節にもFDGの取り込みあり。肝門部リンパ節に対するEUS-FNAにて腺癌と診断。免疫染色で胆道系の腫瘍として矛盾なく、切除不能胆嚢癌の診断でGCS療法を開始。40代と比較的若年であり、早めに遺伝子パネル検査を提出。MSI-Hが検出されエキスパートパネルでは保険診療でのペムプロリズマブの投与が推奨された。ペムプロリズマブの投与により腫瘍は縮小。投与開始2年以上経過しているが奏功を継続している。

## 17 長期経過を追った Mucinous cystic neoplasm (MCN) の1例

消

今井 淳葵<sup>1</sup>、藤元 瞳<sup>1</sup>、菊池 一平<sup>1</sup>、松崎 豊<sup>1</sup>、雄山 澄華<sup>1</sup>、松本 航<sup>1</sup>、  
新倉 則和<sup>1</sup>、五十嵐 亨<sup>1</sup>、清澤 研道<sup>1</sup><sup>1</sup>相澤病院 消化器内科

症例は40歳代女性。X年に腹痛を主訴に救急外来を受診し偶発的に膵尾部に嚢胞性病変が指摘され当科紹介となった。腹部造影 CT では膵尾部に9mm程度の単房性嚢胞があり、MRCPでは主膵管との連続ははっきりせず、単純性膵嚢胞疑いとしてその後、経腹壁超音波検査で嚢胞のフォローが行われた。嚢胞は徐々に増大を認めたためX+1y2mにEUSを行った。EUSでは膵管との連続がはっきりしない単房性嚢胞で、嚢胞内部に低エコー領域を認めたが血流シグナルはなく嚢胞内出血などが考慮された。その後も定期的なフォローが行われX+6y6mの経腹壁超音波検査で嚢胞内低エコー領域に血流シグナルが指摘された。腹部造影 CT では嚢胞径は20mmと増大傾向となり嚢胞辺縁に石灰化と嚢胞内隔壁構造を認めた。EUSでは典型的なcyst in cystではなかったが内部隔壁を認め、嚢胞内部に血流シグナルを伴う隆起を伴い、長期経過で徐々に増大傾向であること、新規隔壁の出現などからMCNを疑い外科切除を行う方針とした。X+7y8mに膵体尾部切除が行われた。切除検体の病理標本では大きな嚢胞壁に小嚢胞が付随しており、嚢胞内腔側の上皮下に卵巣様間質を認めた。嚢胞内面は粘液を有する円柱状から立方状の上皮で異型は認めずLow grade MCNと診断した。以上、長期経過で画像フォローを行ったMCNの一例を経験した。MCNは診断が付けば原則手術が推奨されるが鑑別診断に難渋することもある。長期経過を追った報告ではいずれも嚢胞径の増大やcyst in cystなどMCNに典型的な画像所見の出現があったとされており、若干の文献的な考察を加え報告する。

18

## 膵嚢胞性病変精査を契機に診断に至った糖反応性低血糖を伴うインスリノーマの1例

消

伊藤 哲也<sup>1</sup>、大津 嘉之<sup>1</sup>、木内 怜平<sup>1</sup>、中村 直樹<sup>1</sup>、田中 友之<sup>1</sup>、高橋 芳之<sup>1</sup>、  
小林 淳一<sup>1</sup>、柴田 景子<sup>1</sup>、柴田 壮一郎<sup>1</sup>、徳竹 康二郎<sup>1</sup>、藤澤 亨<sup>1</sup>、森 宏光<sup>1</sup>、  
和田 秀一<sup>1</sup><sup>1</sup>長野赤十字病院 消化器内科

症例は54歳、男性。X-1年に近医で受けたドックMRIで膵頭部付近に嚢胞様の構造を指摘されたが、憩室など消化管の構造物と判断された。X年5月に再度受けたドックMRIで同様の所見がみられ、22mmほどの膵頭部嚢胞が疑われ精査目的に当科紹介となった。BMI 26.2の肥満を認め、空腹時血糖が49mg/dlと低値であったが、これまでに低血糖症状をきたしたことはなかった。EUSでは膵頭部にcyst in cyst様の嚢胞を認めたが、周囲に豊富な血流シグナルを呈する境界不明瞭な充実成分を伴っていた。多相造影CTを行うと嚢胞周囲に大部分が早期濃染し、一部遅延濃染する充実成分を認め、EUS所見と併せ神経内分泌腫瘍が疑われた。EUS-FNBを施行したところ、検査の翌朝、転倒を繰り返すなど初めて低血糖症状が認められた。病理組織学的所見で膵神経内分泌腫瘍(panNET)G1と診断し、免疫染色ではインスリン陽性であった。ソマトスタチン受容体シンチグラフィーでは膵頭部に現局した集積を認めるのみであった。絶食試験を経てインスリノーマの診断に至ったが、試験終了後の経過で糖質投与後に低血糖の悪化がみられ、後日施行したOGTTで糖負荷後のインスリン過剰分泌とそれに続く低血糖が確認された。インスリン分泌病変の局在評価のため選択的動脈内カルシウム注入試験を行ったところ、上腸管膜動脈と胃十二指腸動脈でインスリン過剰分泌が確認され、膵内の多発病変や肝転移は否定的と考えられた。嚢胞変性を伴うpanNETの術前診断の正診率は23~57%ほどとされ、他の疾患と誤認する可能性があるため注意を要する。また、本例は空腹時に低血糖を認めておりインスリノーマを疑うことができたが、インスリノーマのうち糖反応性低血糖のみを示すインスリノーマが6%ほど存在するとされ、診断や治療に難渋した症例が報告されている。膵嚢胞性病変であっても充実成分の併存が疑われる際にはpanNETを鑑別に含める必要がある。また、インスリノーマには糖質摂取で低血糖発作が誘発される症例も存在することを念頭に置き診療にあたる必要がある。

## 19 診断に苦慮した膵尾部腫大の1例

消 山下 洸司<sup>1</sup>、吉村 大<sup>2</sup>、高野 伸一<sup>2</sup>、川上 智<sup>2</sup>、倉富 夏彦<sup>2</sup>、原井 正太<sup>2</sup>、  
今川 直人<sup>2</sup>、奥脇 徹也<sup>2</sup>、安村 智生<sup>2</sup>

<sup>1</sup>大月市立中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>山梨大学医学部 消化器内科

症例は70歳台男性。健診で施行した腹部超音波検査で膵尾部腫瘍、膵管不整拡張を指摘された。3か月で約7kgの体重減少があり、また1年間でHbA1c 6.3%から8.9%へ上昇を認めたことから膵癌が疑われ、精査目的に当科紹介となった。既往に2型糖尿病があり、膵癌の家族歴はなかった。血液検査でHbA1c高値の他は特記事項見られず、腫瘍マーカー、IgG4の上昇は認めなかった。造影CT検査では膵尾部はびまん性に腫大し、膵実質相で膵頭部と比較して造影効果の低下を認めた。MRCP検査では膵尾部はDWIでびまん性に拡散能低下し、腫瘍内部で不整な膵管拡張および断続的な膵管狭小化を認めた。EUSでは膵尾部に境界明瞭、輪郭整、内部不均一な低エコー腫瘍を認め、腫瘍内で膵管が途絶し、尾側膵管の不整な膵管拡張を呈していた。同部へのEUS-Tissue acquisitionでは組織採取は十分にできたが、病理学的に悪性所見は認めず、IgG4陽性形質細胞も明らかでなかった。膵管造影では膵尾部で膵管は途絶し、尾側膵管は造影されなかった。狭窄手前にENPDを留置し連続膵液細胞診を試みたが、自己抜去のため膵液採取は1回にとどまり、ClassIIであった。以上より、自己免疫性膵炎、膵癌（進行癌）、微小膵癌＋閉塞性膵炎の可能性を考えた。腫瘍部は炎症性変化が疑われたが、膵管像から微小膵癌の可能性が否定できず、十分なICのもと、腹腔鏡下膵体尾部切除術を実施した。病理所見では膵尾部の膵実質に高度の炎症細胞浸潤、リンパ濾胞の形成を認めた。IgG4陽性細胞数は3個/強拡大視野、IgG4/IgG陽性細胞比10%であり、密な膠原線維の増加をみる線維化を認め、花むしろ状線維化、繊維性静脈炎も散見された。Ki-67 index 40%と高値であったが、免疫染色で悪性リンパ腫は否定的であり、最終的に濾胞性膵炎と診断した。術後経過は良好であり、6ヶ月の経過観察で再燃なく経過している。濾胞性膵炎は2012年に報告された稀な疾患であり、膵癌、悪性リンパ腫との鑑別が難しく外科的治療を要することが多いと報告されている。極めて貴重な症例であることから、若干の文献学的考察を加え報告する。

## 20 血腫による腸閉塞を呈した正中弓状靭帯圧迫症候群に伴う前下膵十二指腸動脈瘤破裂の一例

消-専 寺島 慶太<sup>1</sup>、松村 真生子<sup>1</sup>、中森 亮介<sup>1</sup>、遠藤 湧斗<sup>1</sup>、桑原 蓮<sup>1</sup>、小島 英吾<sup>1</sup>

<sup>1</sup>長野医療生活協同組合 長野中央病院 消化器内科

正中弓状靭帯圧迫症候群（MALS）は正中弓状靭帯による腹腔動脈（CA）起始部の閉塞により、慢性的な腹痛等の症状をきたすほか、上腸間膜動脈の分枝が側副血行路として発達する過程で膵十二指腸動脈瘤（PDAA）を形成し、破裂による急性腹痛、ショックをきたす症候群である。また、破裂例では血腫による物理的な圧迫や虚血に伴う十二指腸粘膜障害によって十二指腸狭窄を生じることがある。今回我々はPDAA破裂に伴う腸閉塞症状にて発見されたMALSの症例を経験した。

患者は生来健康な70歳台女性。X-11日17時頃、排便時に突然心窩部の激痛を発症し、嘔吐、失神が出現したため救急車にてA総合病院を受診したが、原因特定に至らず、対症療法にて帰宅とされた。その後も腹痛が続き、近医B内科を2回受診するも診断がつかず、X-3日から食事が全くとれなくなり、X日に当院内科外来を受診した。触診で下腹部に圧痛を伴う腫瘍を触知し、採血検査では著明な脱水と腎不全を認めた。単純CTでは十二指腸水平部に6cmほどの腫瘍と同部での消化管閉塞、口側腸管の著明な拡張を認め、何らかの腫瘍による腸閉塞を疑った。入院後も嘔吐症状が続いたため、閉塞部位を確認するために小腸内視鏡を施行したが十二指腸に悪性所見は認めず、腸管浮腫による狭窄のみであった。腎機能改善後に施行した造影CT及びMRI検査にてCAの狭窄と腫瘍近傍の血管拡張を認め、MALSによるPDAA破裂とその仮性動脈瘤と診断できた。X+14日に前下膵十二指腸動脈瘤にコイル塞栓術を実施した。術後、血腫は徐々に縮小し、嘔吐症状も徐々に消失し、食事が可能となった。

PDAAは腹部内蔵動脈瘤の2%を占めるに過ぎないが破裂率は50-80%と高く、破裂時の死亡率は50%との報告がある。本例では来院時腎障害により造影CTができず、腹部腫瘍をPDAA破裂後血腫と診断するまでに時間を要してしまった。幸い再破裂前に治療を行うことができたが、致死率の高い疾患であることを考慮するとPDAA破裂とその病態を知っておくことは重要であると考えられた。



21	<b>嚢胞性中膜壊死を背景とした下脛十二指腸動脈形成動脈瘤破裂に対して集学的治療により救命し得た一例</b>
消	松本 悠輔 <sup>1</sup> 、野竹 剛 <sup>1</sup> 、清水 明 <sup>1</sup> 、窪田 晃治 <sup>1</sup> 、北川 敬之 <sup>1</sup> 、吉澤 隆裕 <sup>1</sup> 、 坂井 紘紀 <sup>1</sup> 、林 輝 <sup>1</sup> 、富田 英紀 <sup>1</sup> 、山崎 史織 <sup>1</sup> 、副島 雄二 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 信州大学医学部外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野

症例は40歳代男性。20XX年11月X日、腹痛を主訴に近医を受診した。腹部単純CTで腹腔内出血を疑う所見を認めため当院に搬送された。腹部造影CTにて十二指腸水平脚周囲～肝表に血腫の形成と十二指腸水平脚腹周囲の血管に広狭不整を認めた。同領域での出血が疑われたが活動性出血を疑う造影剤の漏出像は認められず、保存的加療の方針となった。また、腹腔動脈に解離の所見を認め、背景に嚢胞性中膜壊死の存在が示唆された。11月X+11日冷感をとまなう腹痛を生じた。造影CTで十二指腸周囲の血腫の増大と下脛十二指腸動脈に仮性瘤形成を認めたため、同日緊急IVRを施行した。IVR中に仮性動脈瘤の破裂をきたしたがマイクロコイルで塞栓して止血を得た。その後状態は安定していたが、IVR後11日目に吐血を来し、造影CTで十二指腸水平部穿孔と、それに伴う腸管内腔と周囲血腫との交通を認めた。十二指腸壁の破綻はVater乳頭近傍にまで及んでおり乳頭の温存は困難と考えられたため、緊急で臍頭十二指腸切除をおこなう方針とした。十二指腸下行部背側を剝離して後腹膜血腫に到達した。後腹膜の血腫を除去して観察を行うと、下十二指腸角で十二指腸壁が断裂していた。血腫の壁を切離するようにして十二指腸と後腹膜との間を切離し、臍頭十二指腸を切除した。臍空腸吻合は行わず完全臍管外瘻とし、後日二期的に臍空腸吻合を行う方針として手術を終了した。術後は出血なく全身状態は安定して経過し、臍液瘻を生じたがドレナージにより治療を行い術後40日目に退院となった。腹腔内蔵動脈瘤は比較的まれな疾患であり、その中でも臍動脈瘤は2%と非常にまれである。下脛十二指腸動脈瘤の破裂による致死率は50%といわれ救命が困難な疾患の一つである。今回我々は嚢胞性中膜壊死を背景とした下脛十二指腸仮性動脈瘤破裂に対して集学的治療により救命しえた一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。



5月25日（土）第2会場（3F グランデ）

小腸・大腸・その他 10:18~11:06

座長：河久 順志（新潟市民病院 消化器内科）

## 22 術前診断が困難で、回腸末端狭窄・穿孔を来した小腸悪性リンパ腫の一例

消

樋口 和男<sup>1</sup>、須藤 貴森<sup>1</sup>、北原 桂<sup>1</sup>、一條 哲也<sup>1</sup>、中村 直<sup>1</sup>、高山 寛人<sup>2</sup>、  
山下 名帆<sup>3</sup>、岩谷 舞<sup>3</sup>

<sup>1</sup>安曇野赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>安曇野赤十字病院 消化器外科、

<sup>3</sup>信州大学 医学部 病態解析診断学講座

【症例】80代、男性

【主訴】腹部張り感

【既往歴】前立腺癌ホルモン療法、糖尿病、高血圧症、緑内障（点眼薬）

【臨床経過】食後の腹部張り感・便秘精査のCSにて回腸末端潰瘍・狭窄を認めたが閉塞なし。腹部造影CTでは回腸末端に層構造を保った壁肥厚があり、炎症性変化が疑われた。腹部に有意なリンパ節腫大は認めなかった。同部の生検では腫瘍性変化なく、便培養陰性。クオンティフェロン陰性。小腸造影で狭窄は回腸末端のみであった。消化のよいものや栄養剤など摂取してもらい、炎症性変化として保存的にフォローして前立腺癌放射線治療を行っていた。しかし、腹痛増悪などあり放射線治療が中断されたため、再度CT、CS行ったが回腸末端の潰瘍や壁肥厚の所見は変わらず、生検でも再び腫瘍性変化は認めなかった。その後、右下腹痛が増悪して食事取れなくなり、入院加療となった。腹部単純CTで回腸末端付近に穿孔所見を認めて、回腸末端狭窄部を切除する方針となった。CV挿入留置してIVH導入、抗生剤治療を行い炎症所見、栄養状態の改善後に回腸末端狭窄部の切除、周囲リンパ節切除を行った。切除標本の病理組織結果でびまん性大型B細胞リンパ腫の結果であった。術後経過観察CTでは骨盤腔右側にリンパ節腫大を認め、PET-CTでは同部への集積も認めた。化学療法目的で他院血液内科へ紹介した。

【考察・結語】2回7カ所の生検で腫瘍性変化なく、CTでリンパ節腫大も認めず、術前診断が困難な小腸悪性リンパ腫症例であった。

## 23 肺アスペルギルス症を呈した潰瘍性大腸炎の1例

消-研

高井 采名<sup>1</sup>、小嶋 裕一郎<sup>1</sup>、朝比奈 佳毅<sup>1</sup>、長坂 洸和<sup>1</sup>、村田 智祥<sup>1</sup>、天野 博之<sup>1</sup>、  
今井 雄史<sup>1</sup>、高岡 慎弥<sup>1</sup>、廣瀬 純穂<sup>1</sup>、浅川 幸子<sup>1</sup>、望月 仁<sup>1</sup>、小林 寛明<sup>2</sup>、  
田尻 亮輔<sup>3</sup>、小山 敏雄<sup>3</sup>、小俣 政男<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>山梨県立中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>山梨県立中央病院 呼吸器内科、

<sup>3</sup>山梨県立中央病院 病理診断科、<sup>4</sup>東京大学

症例：30歳代、女性。主訴：血便。腹痛。家族歴：特記事項無し。既往歴：ミトコンドリア脳筋症。現病歴：X年10月血便、腹痛のため前医受診、大腸内視鏡検査で全大腸炎型潰瘍性大腸炎と診断され、アサコール3600mg/day開始、その後改善せず前医入院。PSL20mg/day開始。改善しないためX年11月当科転院となった。転院時、体温37.4度、腹部全体に圧痛あり、Hb8.1g/dl、Alb1.4g/dl、CRP3.7g/dl、であった。転院時CTでは、中毒性巨大結腸症を疑わせる所見はなく、肺野にも特記所見は認めなかった。PSL60mg/dayで強力静注療法開始、その後も症状が悪化したため、インフリキシマブ5mg/kgおよび6MP30mg/dayを開始した。その後症状改善したためPSL20mg/dayに漸減したが、X+1年1月症状悪化、インフリキシマブ中止、タクロリムス開始した。その際の胸部Xpで右上肺野に異常陰影を認め、CTにて右肺上葉に空洞を認めた。精査の結果肺アスペルギルス症と判明、ブイフェンドで治療開始した。タクロリムスはX+1年4月に中止し、現在ベンタサ4g/day、6MP30mg/dayで寛解している。肺アスペルギルス症に関しては、空洞が残存するためX+2年1月右肺上葉切除を実施し経過順調である。肺アスペルギルス症を合併した潰瘍性大腸炎を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## 24 動脈血栓症を合併した潰瘍性大腸炎の一例

消

児玉 亮<sup>1</sup>、岡 優祐<sup>1</sup>、小林 義明<sup>1</sup>、横田 有紀子<sup>1</sup>、三枝 久能<sup>1</sup>、牛丸 博泰<sup>1</sup>

<sup>1</sup>) JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科

症例は40歳台、男性。13年前に潰瘍性大腸炎を発症後、再燃寛解を繰り返していた。ステロイド依存と診断し18か月前からベドリズマブ投与を開始し寛解した。6か月前に再燃し、ステロイド内服、メサラジン製剤の中止・変更、アザチオプリン追加、ブデソニド注腸剤併用を行ったが、寛解導入できず血便が続いていた。左下肢痛を主訴に整形外科を受診した。鎮痛薬を処方されたが症状改善しなかった。2週間後に再受診した際に下肢動脈狭窄による症状が疑われ当院へ紹介され入院した。入院時、左下肢で膝窩・後脛骨・足背動脈を触知せず、足・下腿に冷感があったが色調変化は認めなかった。血液検査では鉄欠乏性貧血と血小板増多を認めた。凝固異常をきたす疾患に関しては測定範囲で陽性のものはなかった。CT検査で腹部大動脈分岐部・左膝窩動脈・左脛骨動脈に血栓を認め急性動脈閉塞症と診断した。ヘパリン持続静注で血栓は縮小しワーファリン内服となった。しかし、下肢動脈血栓は消失せず1か月後に左膝窩動脈血栓内膜摘除とバイパス術を行った。動脈血栓の原因として活動期の潰瘍性大腸炎が原因と考えられ、潰瘍性大腸炎の治療を並行して行った。下肢動脈血栓の治療中に測定したサイトメガロウイルス抗原検査が陽性であったためサイトメガロウイルス腸炎を疑い、ガンシクロビル点滴投与を行ったところ便回数の減少、腹痛軽減、食欲改善を認めた。しかし、潰瘍性大腸炎の悪化が主病態と考えられ、ベドリズマブからインフリキシマブへ変更しG-CAPを10回行い、症状は改善し退院した。16か月後、再度血便が出現した。下部消化管内視鏡検査で再燃を確認した。サイトメガロウイルス抗原検査は陰性であった。メサラジン増量、ステロイド内服に加え、インフリキシマブをウステキヌマブに変更し、再度寛解導入した。しかし、20か月後に再度再燃したため、24か月後にウステキヌマブをウパダシチニブへ変更した。その後は寛解維持を継続している。潰瘍性大腸炎の合併症として動脈血栓症の頻度は低い、活動期には血栓傾向に注意が必要である。

## 25 鼠径部腫瘍で発見された後腹膜脂肪肉腫の1例

消

朴 容韓<sup>1</sup>、小出 直彦<sup>1</sup>、小山 佳紀<sup>1</sup>、平林 正裕<sup>2</sup>、翠川 創<sup>2</sup>、北川 奈美<sup>2</sup>、大谷 真紀<sup>3</sup>

<sup>1</sup>長野県立木曽病院 外科、<sup>2</sup>長野県立木曽病院 内科、<sup>3</sup>信州大学医学部病理学教室

【はじめに】鼠径部腫瘍を来す疾患の多くは鼠径ヘルニアであるが、鼠径部腫瘍で発見された後腹膜脂肪肉腫の1例を報告する。

【症例】主訴：右鼠径部腫瘍。既往歴：前立腺肥大症（バルーン留置）、特発性血小板減少性紫斑病（プレドニン内服）。現病歴：右鼠径部腫瘍を自覚し外科受診、右鼠径部に腹圧で脱出する鶏卵大、弾性軟の腫瘍を認め、用手還納が可能であった。ただしヘルニアの際に触れる腸管とは異なり、弾性軟な硬さであった。腹部CTにて、腸管を含めたヘルニアではなく、脂肪組織あるいは脂肪由来の腫瘍の可能性が指摘された。腹部MRIにて脂肪腫あるいは脂肪肉腫が疑われた。血小板減少に関して血液内科に相談し、安定しているため一時的にプレドニンの内服を中止して手術とした。右鼠径部に切開を置き鼠径ヘルニア手術に準じて鼠径管を開放、内部に弾性軟の腫瘍を認めた。精索との線維性癒着を認めたが、剥離可能で、ヘルニア嚢は認めなかった。腫瘍は内鼠径輪へ続き、骨盤右側の後腹膜へと連続していた。腹膜を開けずに内鼠径輪を開大したところ、腫瘍は容易に鼠径管側へ牽引可能であった。強く癒着している腹膜部分を合併切除した。腫瘍摘出後の鼠径管の修復は鼠径ヘルニアに準じてメッシュプラグを用いて行った。病理組織学的に高分化型脂肪肉腫と診断された。

【結語】希な病態ではあるが、腹圧に伴い変化する鼠径ヘルニアと考えられる症例において軟部肉腫の可能性を排除せずに診療することが重要であると考えられた。後腹膜の脂肪肉腫は局所再発率が高く、今後、厳重にfollow-upしたい。

26	<b>原発性硬化性胆管炎として経過観察中に、消化管病変を契機に診断に至った全身性肥満細胞症の1例</b>
消	<p>安藤 皓一郎<sup>1</sup>、和氣 優太郎<sup>1</sup>、原田 真衣子<sup>1</sup>、齊藤 博美<sup>1</sup>、藤森 尚之<sup>1</sup>、森田 進<sup>1</sup>、藤森 一也<sup>1</sup>、滋野 俊<sup>1</sup>、石黒 翔子<sup>1,3</sup>、前島 俊孝<sup>2</sup>、中澤 英之<sup>4</sup></p> <p><sup>1</sup>信州上田医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>信州上田医療センター 病理診断科、<sup>3</sup>飯田市立病院 消化器内科、<sup>4</sup>信州大学医学部附属病院 血液内科</p>

症例は50歳台、男性。既往歴に胃十二指腸潰瘍。X年6月歯痛に対し内服した市販薬（主成分アスピリン）による全身皮疹で当院皮膚科受診、その際の血液検査で肝機能障害を指摘され当科紹介となった。各種ウイルスマーカー、自己抗体陰性、IgG4値正常、CTにて肝表不整、肝腫大、脾腫と脾臓に多発する石灰化を認めGamma-Gandy結節と考えられた。MRCPでは肝内胆管から総胆管に不整、狭窄を認め、原発性硬化性胆管炎（PSC）を原因とする肝硬変を疑った。肝生検は同意が得られず、ウルソデオキシコール酸内服で経過観察とした。肝機能障害は正常化し、MRCPの胆管所見の増悪も認めなかった。X+5年7月経過観察のCTにて上行結腸に腫瘍性病変が疑われた。大腸内視鏡では虫垂開口部周囲に小結節性病変、回盲弁上に発赤、びらんを認め、大腸粘膜は浮腫様で血管透見像は一部不明瞭であった。また上行結腸に30mmの腺腫性病変を認め、指摘された病変と考えられた。生検組織所見では回腸から直腸まで全域で粘膜固有層に卵円形の異型細胞が増殖し、免疫染色ではCD117（c-kit）陽性を示し肥満細胞と考えられた。上部消化管内視鏡では胃穹窿部から体部、前庭部に結節性病変の多発を認め、十二指腸は軽度発赤のみであった。生検組織所見では胃、十二指腸とも大腸生検と同様に肥満細胞の増殖を認めた。肝生検でも門脈域、更に胆管周囲を取り囲むように肥満細胞が増殖していたが、炎症細胞浸潤や線維化は明らかではなかった。FDG-PETでは上行結腸に集積増加、骨髄に軽度集積増加を認めたが、骨髄穿刺では肥満細胞の増殖は明らかではなかった。以上より胃、十二指腸、回腸、大腸、肝に浸潤する全身性肥満細胞症と診断、PSC様のMRCP所見は肥満細胞増殖によるものと考えられた。症状や臓器不全の徴候はなく、細胞減少療法は行わず経過観察中である。本例の様に皮膚病変を欠く全身性肥満細胞症の診断は困難で、しばしば診断の遅れが指摘されている。肥満細胞症には特徴的な内視鏡所見の報告はないため、複数か所から生検を行うことが診断に有用とされている。

27	<b>地方中核病院における消化器内科の働き方改革</b>
消	<p>徳竹 康二郎<sup>1</sup>、大津 嘉之<sup>2</sup>、木内 怜平<sup>1</sup>、中村 直樹<sup>1</sup>、田中 友之<sup>1</sup>、高橋 芳之<sup>1</sup>、小林 惇一<sup>1</sup>、柴田 景子<sup>1</sup>、柴田 壮一郎<sup>1</sup>、伊藤 哲也<sup>1</sup>、藤澤 亨<sup>1</sup>、森 宏光<sup>1</sup>、和田 秀一<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup>長野赤十字病院 消化器内科、<sup>2</sup>長野赤十字病院 総合内科</p>

【背景と目的】消化器内科の特徴として緊急入院が多く平均在院日数は短い。救命救急センターを担う当院はその傾向が強い。当科の患者数は常時50-60人で、数日で症例の大半が入れ替わるため、医師がお互いの症例を把握する事は難しい。こうした特徴に合わせた診療体制を構築する事を目的とし、2015年からチーム制を導入した。

【方法と結果】（1）休日チーム回診：土日祝日はチーム回診とし、1-2名の医師だけが出勤して回診を行う事とした。まず休日前の金曜日に各々の主治医が各症例のウィークリーサマリーをまとめる事を徹底した。必要な検査や回診時の注意点を記載する事で、休日の回診医は効率的に回診できるようになった。急変時対応を明記し、看取りまで当番医が対応するため、非番の医師はコールフリーとなり十分休息することができる。ウィークリーサマリーはコメディカルも随時確認できるので病棟全体のチーム医療の向上に寄与している。

（2）緊急症例の振り分け：緊急入院が多い時は一人の医師が疲弊してしまう傾向があった。そのため緊急症例の主治医は翌朝に他医師に振り分ける事とした。前日の拘束医は主治医を外れ、早めに業務を終えることができる。また振り分け先の選定は、科全体の業務負担のバランスを考慮して行うシステムを構築した。各医師について、本年度の担当入院症例数、現在の入院症例数、さらに今後の予定入院数を算定し、比較的負担が少ない医師を順位付けして症例を振り分けている。パラメーターは日々変化するため、電子カルテから症例数を出力し、EXCEL上のマクロで自動算定するプログラムを作成、3-4分で順位付けができるシステムを構築し毎日運用している。

【考察】これらの取り組みで、業務が時間的および人的に一極集中することを回避し、限られたマンパワーを有効に活用して業務を遂行できるチームを醸成してきた。完全主治医制に比べ互いの症例を診療する頻度が増え、若手医師を上級医が指導する機会も増加し、教育面でもメリットとなっている。

【結語】医師の働き方改革に対応すべく、さらに洗練したチーム医療を目指していきたい。



5月26日(日) 第1会場(3F グランデ)

小腸・大腸 10:26~10:50

座長: 濱 勇 (信楽園病院 消化器内科)

28	<b>Klebsiella pneumoniae 感染が関与した全大腸に生じた多発の粘膜下腫瘍様隆起の症例</b>
内	池内 浩志、長屋 匡信、土屋 智章、高 裕信、澤口 洋視、橋上 遣太、平山 敦大、岡村 卓磨、岩谷 勇吾 信州大学附属病院 内科学第2教室 消化器内科

【症例】70歳代、男性。

【主訴】浮腫、低アルブミン血症、貧血、腰痛。

【現病歴】X年1月頃から下痢が出現し、浮腫も悪化したため3月22日に前医を受診された。血液検査で Alb 1.7 g/dL、Hb 7.4g/dL と低アルブミン血症および貧血を認め同日前医へ入院となった。PET-CT 検査で全身のリンパ節および上行結腸を中心に集積があり、下部消化管内視鏡検査では盲腸から直腸に異常所見を認め、精査目的に5月15日に転院となった。下部消化管内視鏡検査では盲腸から直腸までの多発する粘膜下腫瘍隆起を認め、悪性リンパ腫などを鑑別と考えられ生検したが、確定診断に難渋したため PET-CT で集積を認める頸部リンパ節からも生検を行った。病理組織では微細な構造物を認め、マクロファージに貪食された細菌が疑われ、同部の組織培養で Klebsiella pneumoniae が培養された。病理所見を受け、前医での血液培養では Klebsiella pneumoniae の検出があり前医から CTRX が継続されていたが、再度全身検査を行う方針とした。心超音波検査では疣贅を認め、ペースメーカーリード感染、感染性心内膜炎の所見あり、CT 検査を施行すると第12胸椎、第1腰椎上に骨溶解像を認め、経過で増大傾向を認め化膿性脊椎炎と診断した。まずはペースメーカーリード感染および感染性心内膜炎の治療を優先する方針として、第7病日に循環器内科へ転科、抗生剤治療後にリード抜去および心外膜リード挿入術が施行された。入院中の血液培養、再検時の大腸粘膜の生検培養、抜去されたリードの疣贅から Klebsiella pneumoniae が検出され、感染のコントロールとともに低アルブミン血症は改善し、内視鏡所見も改善した。

【考察】本症例では、粘膜下腫瘍はリンパ・血行性の Klebsiella pneumoniae 感染による反応性変化が疑われた。肝膿瘍や眼内炎は認めないものの、病原性の強い過粘稠性 Klebsiella pneumoniae による肝膿瘍、眼内炎、髄膜炎などの多臓器にわたる全身感染症を併発する侵襲性肝膿瘍症候群 (ILAS) が報告されており関与が疑われた。検索しえた範囲では Klebsiella pneumoniae が大腸に多発 SMT 病変として認められた報告は認めなかった。貴重な症例を経験したため報告する。

29	<b>小腸腸重積症に対し緊急ダブルバルーン内視鏡により外科治療を回避した Peutz-Jeghers 症候群の一例</b>
内	倉沢 伸吾、鷓飼 聡士、佐渡 智光、加藤 沢子、中山 佳子 信州大学 医学部 小児医学教室

Peutz-Jeghers 症候群 (PJS) は皮膚粘膜の色素沈着と消化管過誤腫性ポリポシスを来す疾患で、常染色顕性遺伝形式をとる。小腸腸重積症は PJS の重篤な合併症であり、緊急外科治療の適応とされてきた。一度外科治療が行われると、腹腔内の癒着で小腸バルーン内視鏡の深部挿入が困難になり、小児期から小腸病変を適切に内視鏡治療し、外科治療を回避することが肝要である。PJS に回腸ポリープを先進部とする小腸腸重積症を合併し、経口的に挿入したダブルバルーン小腸内視鏡 (DBE) で重積を整復し、責任病変となったポリープを切除して外科治療を回避した症例を報告する。症例は13歳、女子。2歳頃から口唇の色素沈着があった。13歳時に貧血のため近医で施行された上下部消化管内視鏡検査で PJS が疑われ、近医総合病院消化器内科を受診した。腹部 CT 検査で複数の小腸腸重積を示す所見があり、無治療で自然整復が確認された。3か月後、小腸ポリープの精査加療目的に当科を紹介受診した。DBE による小腸ポリープ切除術を2回施行し、残存小腸ポリープの治療を予定していた。1か月後、腹痛と胆汁性嘔吐があり腸重積症が疑われ当院を緊急受診した。腹部造影 CT 検査で回腸に腸重積と先端にポリープを認めた。腸管虚血や消化管穿孔を疑う所見は認めないことから、本人と家族へ外科治療と DBE による内視鏡治療について説明し、同意を得て緊急 DBE による小腸腸重積症の整復を選択した。胃幽門部から120cm と推定される回腸に、浮腫性の茎を有するポリープがあり口側に腸液貯留を認め、腸重積症の先進部と考えた。スコープを責任病変の肛門側に挿入しバルーンを膨らませ重積を解除、責任病変となったポリープに内視鏡的粘膜切除術を施行した。切除したポリープは30×20×15mm で、PJS の病理組織学的特徴を認めた。内視鏡治療に伴う有害事象はなく、3日後に退院した。その後当科にて、2回の上部消化管内視鏡検査で胃から4個、3回の大腸内視鏡検査でS状結腸から1個と終末回腸から3個のポリープを切除した。また3回の予定的 DBE で13個の小腸ポリープ切除を行い、無症状で経過した。19歳時に当院消化器内科にトランジションし、定期的な消化管サーベイランスおよび治療が予定されている。

30	ステロイド治療により回盲弁上の巨大ポリープが著明縮小した Cronkhite-Canada 症候群の一例
内	熊木 大輔、山崎 文紗子、武田 信峻、横山 邦彦、佐藤 公俊、森田 慎一、船越 和博 新潟県立中央病院 消化器内科

【症例】70歳台、男性

【既往歴】#1 胆管癌（X-5年 亜全胃温存脾頭十二指腸切除術（SSPPD））、#2 骨粗鬆症、#3 腰椎化膿性脊椎炎、第4腰椎破裂骨折（X-1年）

【当科受診までの経過】胆管癌術後、当院外科通院中。定期的にCT撮影が行われ、胆管癌再発所見なし。X-1年7月 CTで胃空腸吻合部および終末回腸～右側横行結腸に浮腫状壁肥厚を指摘。8月 上部消化管内視鏡検査で、胃内（吻合部側優位）に発赤浮腫状のイクラ状の密集型小型ポリープ所見あり。生検で悪性所見や特異的炎症所見は認められず、経過観察となった（下部消化管内視鏡検査は未施行）。X年3月 CTで胃空腸吻合部の浮腫状壁肥厚の増悪あり。終末回腸の浮腫性肥厚も増悪し、腫瘍様となり、腸重積所見を認めた。4月 上部消化管内視鏡検査で、イクラ状のポリープ所見は著変なし。下部消化管内視鏡検査で、回盲弁上に管腔の約半分を占める巨大ポリープ（生検でGroup 3）あり。他、全大腸に多発ポリープあり。

【当科受診後の経過】X年4月 終末回腸腫瘍および胃ポリープに対する精査加療目的で、当院外科から当科紹介受診。特徴的内視鏡所見および低Alb血症（2.3g/dl）から、Cronkhite-Canada症候群を疑った。7月 蛋白漏出シンチグラフィーで、胃空腸吻合部直後の空腸内に集積を認めた。主要所見2項目：胃腸管の非腫瘍性ポリポーシス、特徴的皮膚症状（Triad：脱毛、爪甲萎縮、皮膚色素沈着）、参考所見3項目：蛋白漏出を伴う低蛋白血症（低Alb血症）、味覚障害、消化管の無茎性びまん性のポリポーシスを認め、Cronkhite-Canada症候群の確診例（Definite）と診断。回盲弁上の巨大ポリープは外科手術適応と考えられたが、PSL治療を先行する方針とした。9月 PSL 40mg 内服開始（PSL開始時の血清Alb 1.8g/dl）。PSL開始2週間後、血清Alb 2.4g/dlまで上昇。その後、PSL漸減し、血清Alb値は漸増。X+1年2月 PSL 8mgへ減量（血清Alb 3.4g/dl）。上部消化管内視鏡検査で、イクラ状の密集型小型ポリープ所見の改善を認めた。3月 下部消化管内視鏡検査で、回盲弁上に認めた巨大ポリープは著明縮小を認め、一部に結節状の隆起成分を認めるのみとなった。以後、PSL漸減中。

【結語】ステロイド治療により、回盲弁上の巨大ポリープは著明縮小し、外科手術が回避された。

5月26日(日) 第2会場(3F グランデ)

食道・胃・十二指腸 9:00~9:32

座長: 加古 里子 (信州大学医学部 消化器内科)

### 31 検診で発見できた食道腺癌

内

大高 雅彦、三浦 美香、石田 泰章、細田 健司、高相 和彦、依田 芳起  
山梨県厚生連健康管理センター 内科

食道腺癌は食道学会全国集計で2015年7.4%であり増加している。2022年度の自施設内視鏡検診で食道腺癌を3例発見できた。詳細を報告する。対象は2022年4月1日より2023年3月31日にまで自施設内視鏡検診を受けた28681人。発見した食道癌は13例(0.045%)で、腺癌は3例(23.1%)であった。Case 1: 50歳代男性 0-IIa+IIc、tub1、pT1a。Case 2: 70歳代男性 0-IIc、tub1、pT1a。Case 3: 70歳代男性 3 type、por1、pT1b SM2 (2500 $\mu$ m)、pN1。2例はESDを、1例は噴門側胃切除術を施行した。検診であり遡ると、case 1は1年前EG junction部(EGJ)の胃側に発赤のみ、2年前は不明瞭。Case 2は1年前EGJの食道側に長方形に発赤が伸びる、近接撮影はない、2年前ではEGJは収縮した写真のみで詳細不明、3年前EGJの食道側に台形状に発赤が伸びる、近接撮影はなかった。Case 3は1年前EGJの胃側に隆起した病変を認めた。2年前は3年前EGJの食道側に台形状に発赤が伸び、胃側になだらかな隆起を認めた。近接撮影はなかった。生検の施行は一度もなかった。EGJの観察について、富士フィルムメディカル株式会社のAIによる内視鏡画像診断支援システム(CADEYE)のランドマークフォトチェッカーの判定画像を指標にすると、いずれも正位での撮影はできていなかった。また、食道側に台形状など不整形の発赤を認めても白色光/NBIの近接観察は施行していなかった。そこで、2024年某日58例のEG junction部撮影写真を調査した。正位30例(51.7%)、EGJから遠い例9例(15.5%)、粘膜に近い例2例(3.4%)、収縮している2例(3.4%)、写真無17例(29.3%)であった。考察 EGJの観察は対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル2015年度版に胃内視鏡検査手順撮影方法のモデル写真にも掲載させている部位であり、AIによる内視鏡画像診断支援システムランドマークフォトチェッカーに準じる撮影をしなければならない。EGJの不整形の発赤を認めたらば、JES-BE分類の診断フローチャートに準じNBIの近接観察を試みる必要がある。

### 32 当院におけるNHPH感染症例の検討

内

山本 香織<sup>1</sup>、福澤 慎哉<sup>1</sup>、有馬 功<sup>1</sup>、五十嵐 淳<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>社会医療法人抱生会丸の内病院 消化器内科、<sup>2</sup>社会医療法人抱生会丸の内病院 外科

【目的】 Non-Helicobacter pylori Helicobacter (NHPH) は胃粘膜に感染する Helicobacter pylori (HP) 以外の Helicobacter 属菌の総称で、慢性胃炎、胃 MALT リンパ腫の発生に関与する。従来 HP に比べて NHPH は稀であるとの認識であったが近年増加傾向と感じている。

【方法】 上部消化管内視鏡検査(EGD)で前庭部に結節やびびわれ様等の所見を認め、生検病理組織診断で NHPH として矛盾しない大型らせん桿菌の確認と間質に主として単核球の浸潤を認める症例を NHPH 感染と診断した。2022年4月1日から2023年3月31日までの1年間に、当院で EGD および生検で NHPH 感染と診断された症例のうち、HP に準じた除菌治療や、除菌前に何らかの HP 感染確認検査が追加されている16症例を対象としてその臨床像について検討した。

【成績】 平均年齢44.25歳(26-64歳)、男性12例、女性4例。EGD 目的はドック12例、検診二次が3例、有症状1例。EGD 初回検査であったのが4症例であり、当院で5回以上EGD歴のある症例も2例含まれた。lymphoepithelial-lesion (LEL) の形成があり、MALT リンパ腫の可能性が示唆された症例が3例あった。除菌前の HP 感染検査を行った症例では、血清抗体はすべて陰性。便中抗原の2例と尿素呼気試験1例が陽性。12例で HP 一次除菌と同様の治療を行い、除菌成功を確認した。

【結論】 今回の検討対象期間以外の症例も含め血清 HP が陽性となる症例はなかった。便中抗原、尿素呼気試験も陽性となる症例は稀であるため、除菌治療後判定には EGD、生検が必要となる。NHPH は胃 MALT リンパ腫との関与以外に現時点で病原性の報告がされていない。そのなかで NHPH 感染の診断、治療することの意義については悩むところである。近年ヒトの鳥肌胃炎より NHPH の一種である H. suis の培養に成功した報告があり、今後は HP 同様に研究が進むことが期待される。これまで胃がん検診を受けていたとしても異常が指摘されずにいた集団にも目を向けていく必要はあると考える。



### 33 リンパ球浸潤により粘膜下腫瘍様の形態を呈したマイクロサテライト不安定性胃癌の1例

内

小林 義明<sup>1</sup>、児玉 亮<sup>1</sup>、上原 剛<sup>3</sup>、牧野 睦月<sup>2</sup>、岡 優祐<sup>1</sup>、横田 有紀子<sup>1</sup>、三枝 久能<sup>1</sup>、牛丸 博泰<sup>1</sup>、川口 研二<sup>2</sup>

<sup>1</sup>JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 消化器内科、

<sup>2</sup>JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 病理診断科、

<sup>3</sup>信州大学医学部 病態解析診断学

症例は79歳、男性。口腔内出血の原因精査目的に当科へ紹介された。身体所見に問題はなかった。血液検査でCA19-9 60.3U/mLと軽度高値であったが、それ以外に特記所見はなく、尿素呼気試験は陰性だった。上部消化管造影検査では前庭部大彎に約30mm 大の深い陥凹を伴う粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。上部消化管内視鏡検査では背景粘膜に萎縮を認め、前庭部大彎に30mm 大の円形で立ち上がりなだらかな粘膜下腫瘍様の潰瘍を伴った腫瘤を認めた。Narrow band imaging 拡大観察では病変の大部分が非腫瘍性の上皮に覆われていたが、潰瘍辺縁の不整があり、上皮性腫瘍性病変を疑う所見を認めた。2型進行胃癌を疑い生検を行い、中分化管状腺癌であった。明らかなリンパ節転移や遠隔転移はなく、外科的手術（幽門側胃切除、胆嚢摘出術）を施行した。病理診断はType 2、35×25mm、tub2、pT2 (MP)、INFb、Ly1a、V1a、pN0 (0/29)、pPM0、pDM0、StagelBであった。腫瘍は膨張性に発育しており、癒合傾向のある異型腺管の増殖を粘膜下層から筋層内に認めた。周囲との境界は明瞭で、背景にはリンパ球主体の炎症細胞浸潤を伴っていた。癌細胞はEBV-encoded small RNA in situ hybridizationは陰性であった。ミスマッチ修復蛋白の免疫組織化学染色では、MLH1とPMS2の発現欠損を呈しており、マイクロサテライト不安定性胃癌と判断した。粘膜下腫瘍様の形態を呈する胃癌は稀であるが存在し、粘膜下浸潤主体の胃癌やリンパ球浸潤癌、粘液癌、異所性胃腺由来の胃癌など特徴的な所見があることが多い。リンパ球浸潤癌の中にはマイクロサテライト不安定性胃癌が含まれているとの報告があり、本症例も可能性を考慮して検索したところ当てはまった。粘膜下浸潤主体であり、リンパ球浸潤癌であったことが、粘膜下腫瘍様の内視鏡像の原因と考えた。

### 34 Mantis clip による粘膜欠損閉鎖後に後出血を来した胃 ESD の1例

内

宮澤 鷹幸、仁位 達郎、上條 優真、井田 真之、黒沢 晃伸、原 大地、鈴木 宏、國本 英雄、関 亜矢子、原 悦雄

長野市民病院 消化器内科

【症例】70歳代、男性。

【現病歴】当院で慢性胃炎にて年に1回の上部消化管内視鏡検査（EGD）を施行されていた。X年12月のEGDで、体中部後壁に20×15mm 程度の0-2a病変を認め、生検でGroup 3（adenoma）と診断された。本人の希望から内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を行う方針となった。

【経過】第1病日にESDを施行した。治療中に明らかな偶発症はなく、一括切除（切除標本39×35mm、病変径23×23mm、adenoma）後に偶発症の予防として、Mantis clipによる粘膜欠損閉鎖を施行した。第2病日の夕方に大量吐血を認め、緊急EGDを施行した。胃内は血液の貯留を認めたが、創部から活動性出血は認められなかった。Mantis clipにより潰瘍底の観察が制限され、明らかな出血源は特定できず予防的に潰瘍底を焼灼した。第3病日に2nd lookを施行した。前日と同様に胃内は血液の貯留を認めたが、活動性出血や露出血管はなく吸収性局所止血剤を散布した。その後吐血や黒色便はなく経過し、第5病日に食事を開始したが、第7病日に黒色便を認め、同日緊急EGDを施行した。潰瘍底から噴出性の出血を認め、止血処置を行った。第10病日に食事を再開し、第12病日に退院となった。

【考察】ESD後の偶発症を予防するため、多くの粘膜欠損閉鎖法が考案されている。Boston社製のMantis clipは穿孔や粘膜および粘膜下層組織欠損部の閉鎖を目的として開発されたデバイスで、先端が鋭い形状のため強い組織把持性能を有しており、開閉可能なことから比較的簡便に粘膜欠損閉鎖を行うことが可能である。本症例では、ESD後の粘膜欠損部が3cmより大きく、創部を寄せることができたものの、クリップによる閉鎖部と潰瘍底にスペースがあり完全閉鎖とまではいかず、後出血の予防としては不十分であった可能性がある。また、無理に引き抜くと、大量出血や穿孔につながる可能性があるため、除去することができず潰瘍底の観察が制限され十分な止血ができなかった。

【結語】Mantis clipによる粘膜欠損閉鎖後に後出血を来した胃ESDの1例を経験した。

5月26日(日) 第2会場(3F グランデ)

胆道・膵・その他 9:35~10:07

座長:長谷川 浩之(JCHO 山梨病院 消化器内科)

35	内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術の2ヶ月後に胆石イレウスを発症した一例
内	松崎 豊 <sup>1</sup> 、菊地 一平 <sup>1</sup> 、今井 淳葵 <sup>1</sup> 、松本 航 <sup>1</sup> 、雄山 澄華 <sup>1</sup> 、藤元 瞳 <sup>1</sup> 、 村山 大輔 <sup>2</sup> 、亀山 亨 <sup>3</sup> 、五十嵐 亨 <sup>1</sup> 、新倉 則和 <sup>1</sup> 、清澤 研道 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 相澤病院 消化器内科、 <sup>2</sup> 相澤病院 乳腺・甲状腺外科、 <sup>3</sup> 相澤病院 消化管外科

【症例】89歳女性。虫垂炎手術歴あり。X-2ヶ月時に22mm径の総胆管結石に対し内視鏡的乳頭ラージバルーン拡張術(EPLBD)15mm径を施行したが切石困難であり胆管チューブステントを留置した。X月に心窩部痛と嘔吐を発症し、急性胆管炎としてERCPにて総胆管結石をほぼ完全切石した。胆管炎の経過は良好だったが、翌日より反復性嘔吐や左下腹部圧痛が出現した。入院2日後のCT検査で、回腸に約3cmの胆石様の異物嵌頓と腸閉塞を認め胆石イレウスと診断した。振り返ると入院時画像で上部空腸に同異物を認めた。外科と協議し、入院3日後に経口ダブルバルーン内視鏡検査を施行した。切歯200cmの小腸内に嵌頓した胆石を視認したが、各種処置具でも切石困難であり、点墨し処置終了した。同日緊急開腹手術を行い、胆石を用指的に圧迫・分割して肛門側へ誘導し、漿膜筋層が菲薄化した小腸壁を2針縫合した。経過良好で術後8日目に退院した。

【考察】胆石イレウスは胆石が消化管内腔に嵌頓し発症する腸閉塞であり比較的稀な疾患である。胆石の排出経路は胆嚢消化管瘻が大部分で、自然経路からの胆石排出による発症は非常に稀である。ERCP後の胆石イレウス発症は国内外で14例報告あり、開腹手術歴を有する中高年者に多く、胆石径は2-3cm以上で嵌頓部位は回腸が多いが、先行する経乳頭の治療は内視鏡的乳頭切開術(EST)が殆どである。EPLBDは比較的大きな結石を機械的砕石具で破砕せずに除去できるため理論的には胆石イレウスの原因になりうると推測されるが、検索し得た限りではEPLBD偶発症としての胆石イレウスの報告は本症例が初めてである。胆石イレウスの自然軽快は少なく、外科的治療が中心となる。腸切開での胆石摘出が多いが、本症例のように用手的に結石を破砕または結腸内に誘導できれば侵襲の低減に繋がらう。近年では内視鏡治療奏功例も散見されるが報告は少なく、結石の位置や保有する処置具によっても治療成否が左右されると考えられる。本症例の端緒はEPLBD時に切石困難な大結石を経過観察としたことにあり、EPLBD後に内視鏡的機械的結石破砕術(EML)での砕石が困難な場合には電気水圧結石破砕術(EHL)等での結石破砕を患者背景に応じて検討すべきである。

36	経過観察中の限局性膵萎縮部に出現した膵上皮内癌の1例
内	西山 秀、比佐 岳史、宮坂 尚樹、江郷 晶、坂田 正梧、工藤 彰治、山田 崇裕、 大瀬良 省三、友利 彰寿、福島 秀樹 佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科

【はじめに】膵上皮内癌の発見の手掛かりとして限局性膵萎縮が注目されている。今回、限局性膵萎縮の進行を契機に発見された膵上皮内癌の症例を報告する。

【症例】70歳台、男性。X年のCTで膵頭体部に最大径φ7mm程度の嚢胞性病変を複数指摘された。X+8年のCTで膵体部に限局性膵萎縮を新規に認めた。X+9年のCTで膵体部の限局性膵萎縮が進行し、精査目的に当院に紹介となった。単純MRIでは明らかな腫瘍や主膵管狭窄・拡張はなかった。US、EUSでは膵体部に限局する高エコー域を認め、実質も軽度菲薄化しており、CTで指摘された限局性膵萎縮部に相当する部位と判断した。同部位で内腔が不明瞭化し、壁肥厚様に観察された。膵上皮内癌の可能性を考慮して施行したERPでは、頭部および体部主膵管にわずかに口径不同を認めた。経鼻膵管ドレナージチューブ留置下の連続膵液細胞診(SPAC)では、腺癌を疑う異形細胞を認めた。上皮内癌と診断し、膵頭十二指腸切除術を施行した。病理組織学的に、体部に限局して上皮内癌が存在したが、浸潤癌は認めなかった。

【考察】主膵管狭窄・拡張を伴わない限局性膵萎縮であっても、萎縮が進行する場合には上皮内癌を考慮しSPACを行うべきと考える。



37	<b>ERCP 時における Seeking 困難な肝内胆管への GW 留置の工夫 —Seeking method with balloon wedge and 3Fr catheter—</b>
内	奥脇 徹也、原井 正太、山下 洸司、安村 智生、今川 直人、吉村 大、倉富 夏彦、 川上 智、高野 伸一 山梨大学医学部附属病院

【症例】80代男性、Performance status2、肝門部領域胆管癌 Bismuth type II の診断に対し、初回の ERCP では十二指腸下行部からの肝外胆管を穿刺する EUS 下の Rendezvous 法を行い、経乳頭的に B8 と B3 に inside stent を留置していた。その後1ヶ月に1回ほどの Recurrent biliary obstruction (RBO) をきたし、stent 交換を行っていた。全身状態と本人の希望から、化学療法は行わず BSC の方針であったが、CT 上病勢は緩徐であったため Self-expandable metallic stent (SEMS) への入れ替え時期を慎重に検討していた。初回留置より8ヶ月ほど経過し、全身状態悪化及び病勢の進行から、余命を考慮し SEMS 留置の方針とした。Bismuth type II で前後区域枝が泣き別れ、Bismuth type IIIa となる可能性を考慮し、左葉には B3 へ EUS-HGS、前後区域枝へ stent-in-stent での留置を行う方針とした。側視鏡は TJF-290 ; Olympus を用いて ERCP を施行した。後区域枝へのガイドワイヤー (GW) の誘導を試みたが、胆管の合流角度が急であり GW を誘導することが困難であった。そこで、前区域枝を balloon wedge し、balloon catheter 脇から 3 Fr catheter ; ハナコメディカルを胆管挿管した。Balloon wedge されることで、GW の力が伝わりやすくなり、容易に後区域深部へ誘導することができた。3 Fr catheter 追従させ胆管造影し、後区域枝の走行を確認後に Niti-S Large cell D-type Stent ; Taewoong を後区域枝、前区域枝の順に stent-in-stent の形態で留置した。その後4ヶ月経過し、RBO なく経過している。

【考察】胆管の合流形態が南回りであることや腫瘍により胆管の合流角度が急峻なケースでは、GW を胆管深部に誘導することが困難となりうる。今回の balloon wedge と 3 Fr catheter を用いた seeking method では、胆管確保後に 3 Fr catheter を追従させることができ、目的とした深部胆管へ容易に seeking を可能とするほかにも造影で胆管の走行を確認できるといったメリットがある。この Method が実臨床に役立つ tips の一つになることを期待し、報告する。

38	<b>特異な内視鏡像を呈した ALK 陽性未分化大細胞型リンパ腫 (ALCL) の1例</b>
内	佐藤 聡史 <sup>1</sup> 、佐藤 遼 <sup>1</sup> 、神保 遼 <sup>1</sup> 、小林 雄司 <sup>1</sup> 、岩永 明人 <sup>1</sup> 、佐野 知江 <sup>1</sup> 、 横山 純二 <sup>1</sup> 、石川 達 <sup>1</sup> 、本間 照 <sup>1</sup> 、西倉 健 <sup>2</sup> <sup>1</sup> 済生会新潟病院 消化器内科、 <sup>2</sup> 済生会新潟病院 病理診断科

【症例】70歳台女性

【現病歴】X-5日より下腹部違和感、X-1日より発熱を認め当院を受診した。インフルエンザA型、COVID-19 ともに陽性であり抗ウイルス療法を開始したが、下腹部違和感が持続しX+2日に再診した。軽度のCRP上昇、腹部CTで後腹膜、腸間膜を主体とした脂肪織濃度上昇、リンパ節腫大を認め、Weber Christian病が疑われたものの症状が軽微であり対症療法を行った。その後も症状は改善せず、心窩部痛も出現したためX+16日上部消化管内視鏡検査(EGD)を施行した。前庭部から穹窿部及び十二指腸球部～下行部に小びらんが散在しており、体上部小彎前壁側には発赤調の隆起性病変を認め、隆起の中央には白苔が強固に付着する不整な陥凹を有していた。陥凹からの生検はGroup1であった。症状、CRP上昇は持続しX+30日よりWeber Christian病を念頭におきプレドニゾロン(PSL)20mgを開始した。X+44日腹部CTでリンパ節腫大の増悪が見られ、sIL-2 3552.0U/mlと高値であったため悪性リンパ腫が疑われ、精査目的に当科へ紹介となった。大腸内視鏡検査(CS)では終末回腸に境界明瞭な発赤調、顆粒状扁平隆起が多発し、盲腸、横行結腸、S状結腸にも同様の隆起が散見された。また隆起の一部には強固な白苔が付着していた。EGD再検でも胃全体、十二指腸球部～下行部に同様の発赤扁平隆起が多発し、大きめの隆起は一部でSMT様の立ち上がりを有していた。生検では円形、楕円形核を有する大型細胞に加え、腎臓様の核形を有するhallmark cellが見られ、免疫組織化学染色ではALK陽性、CD30陽性であり、ALK陽性未分化大細胞型リンパ腫(Anaplastic Large Cell Lymphoma: ALCL)と診断した。

【考察】ALK陽性ALCLは極めて稀な疾患であり、消化管病変を有する頻度も低いことから、内視鏡像に関する報告は少ない。本症例では小病変ではびらんもしくは扁平隆起を呈したが、より大きな病変ではSMT様の立ち上がりを有し、腫瘍細胞が粘膜下以深に浸潤していく過程を捉えているものと推測された。消化管リンパ腫の肉眼像としても非典型的であり、貴重な症例と考え報告する。

# 第26回 日本消化器病学会甲信越支部 専門医セミナー

2024（令和6）年5月25日（土）

13：00～13：50

会 場：ホテルブエナビスタ  
第1会場（3F グランデ）

会 長：一條 哲也（安曇野赤十字病院 消化器内科）





専門医セミナー

座長 北原 桂 先生

(安曇野赤十字病院 消化器内視鏡センター)

これからの肝疾患診療  
～肝臓学会奈良宣言・ALT over 30を受けて～

国保依田窪病院内科

城下 智 先生

日本では、肝硬変や肝がんの原因の約7割がC型肝炎ウイルス、約2割がB型肝炎ウイルスによるものです。この2つのウイルスは肝臓に長期間にわたり炎症を起こし、慢性肝炎から肝硬変、肝がんを発症することがあります。また、最近では、脂肪肝（アルコールによる脂肪肝と肥満による脂肪肝）に関連した肝硬変や肝がんが増えています。肝臓は沈黙の臓器と言われ、病気がかなり進行しないと症状が出てこないため、血液検査などでの早期発見が大切です。我々が、令和3年からの3年間、長野県長和町とシスメックス株式会社との産学官連携研究として取り組んだ肝炎撲滅プロジェクトでは、7割を超える町民で肝炎検査を実施し、肝炎患者の受診・受療に積極的に取り組んできました。また、ALT over 30の住民の特徴が地域コホートデータから明らかになりました。本セミナーでは、これらのデータを元に、これからの肝疾患診療について皆さんと情報を共有したいと思います。

氏名 城下 智 (じょうした さとる)

### 現職

国保依田窪病院 病院長  
信州大学医学部健康推進学講座 特任教授 (兼任)  
松本歯科大学歯学部内科学 客員教授 (兼任)



### 略歴：

平成14年3月	新潟大学医学部医学科卒業
平成14年5月	新潟市民病院内科系研修医
平成16年4月	信州大学医学部内科学第二教室入局
平成22年3月	信州大学大学院医学系研究科修了
平成23年10月	信州大学医学部附属病院助教 (診療) (消化器内科)
平成24年10月	米国ワシントン大学セントルイス 免疫学 Prof. Marco Colonna 教室 博士研究員
平成27年12月	信州大学医学部内科学第二教室 助教
平成29年4月	信州大学医学部内科学第二教室 講師 (学部)
令和3年1月	信州大学医学部内科学第二教室 准教授
令和5年4月	国保依田窪病院 副院長
同上～現在	信州大学医学部健康推進学講座 特任教授
同上～現在	松本歯科大学 客員教授
令和6年4月～現在	国保依田窪病院 病院長

### 所属学会、資格

日本内科学会：日本内科学会総合内科専門医・指導医  
American College of Physicians：フェロー (FACP)  
日本消化器病学会：日本消化器病学会消化器病専門医・指導医・評議員  
日本肝臓学会：日本肝臓学会肝臓専門医・指導医・評議員  
日本超音波医学会：日本超音波医学会超音波専門医・指導医  
日本消化器内視鏡学会：日本消化器内視鏡学会専門医・指導医  
日本人間ドック学会：日本人間ドック学会認定医  
日本静脈経腸栄養学会：日本静脈経腸栄養学会認定 NST 医師  
日本医師会：日本医師会認定産業医・日本医師会認定健康スポーツ医



# 第51回 日本消化器病学会甲信越支部 教育講演会

2024（令和6）年5月25日（土）

14：00～17：00

会 場：ホテルブエナビスタ  
第1会場（3F グランデ）

会 長：一條 哲也（安曇野赤十字病院 消化器内科）





# 第51回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会

## プログラム

教育講演 1 14:00~15:00

座長 一條 哲也 先生

(安曇野赤十字病院 消化器内科)

日本人腸内マイクロバイオームと  
生活習慣・病気のクロストーク

東京医科大学 消化器内視鏡学

永田 尚義 先生

教育講演 2 15:00~16:00

座長 一條 哲也 先生

(安曇野赤十字病院 消化器内科)

小児から思春期の消化管疾患  
～小児科から内視鏡検査を依頼された時のポイントを含め～

信州大学 医学部 保健学科

中山 佳子 先生

教育講演 3 16:00~17:00

座長 一條 哲也 先生

(安曇野赤十字病院 消化器内科)

NAFLD から MASLD へ：脂肪肝疾患の最新情報

信州大学 医学部 国際交流推進室

田中 直樹 先生

教育講演 1

座長 一條 哲也 先生

## 日本人腸内マイクロバイオーームと 生活習慣・病気のクロストーク

東京医科大学 消化器内視鏡学

永田 尚義 先生

腸内のマイクロバイオーームとは微生物の集合体とそれらが保有する遺伝子または代謝物質の総称をいう。このマイクロバイオーームの構成に影響を及ぼす生活習慣や宿主因子が大規模ヒト研究から明らかになってきた。また、様々な因子から影響を受けた腸内マイクロバイオーームの変容は疾患発症や健康長寿とリンクしている知見も報告されており、マイクロバイオーームの変容を介した病気予防にはどのような生活習慣を心がければよいのか、が少しずつみえてきた。また、マイクロバイオーームとの関連や因果関係の知見が蓄積されてきており、マイクロバイオーームを診断や治療に用いたの臨床応用も期待されている。

本講演では、我々が2015年より構築している大規模マイクロバイオーームコホート：Japanese 4D (Disease Drug Diet Daily life) microbiome cohort の解析から見えてきた「マイクロバイオーームと食・生活習慣の関係」、「癌、IBD、免疫疾患との関係」の知見を紹介する。さらに、海外の最新のヒトマイクロバイオーーム知見も交えて日本人と海外の違いや一致などの知見も紹介する予定である。マイクロバイオーームがなぜここまで注目されるのか、今までにどのようなことが分かっているのか、これからの期待されることは何かを提示する予定である。

氏名 永田 尚義 (ながた なおよし)

## 学 歴

2002年(平成14年)3月 関西医科大学 医学部 卒業

2016年佐賀大学医学部大学院 医学系研究科 博士課程専攻修了(藤本一真先生)



## 現職歴

東京医科大学 消化器内視鏡学 准教授

## 職 歴

2002年4月～2004年3月 国立国際医療センター内科研修医

2004年4月～2010年3月 国立国際医療センター消化器内科レジデント(上村直実先生)

2010年4月～2019年6月 国立国際医療センター消化器内科医員(上村直実先生)

2019年7月～ 東京医科大学消化器内視鏡学 准教授 (河合隆教授)

## 研究分野

急性下部消化管出血 消化管感染症、口腔内と腸内マイクロバイオーームと疾患・健康

## 獲得研究資金

AMED (JP22fk0108538) 2023代表、AMED (JP22fk0410051) 2022-24: 代表、COCKPI-T Funding 2021: 代表、上原記念生命科学財団研究助成 2022: 代表、JSPS 科学研究費助成事業基盤研究C (JP17K09365) 2017-21: 代表、武田科学振興財団研究助成 2019: 代表、喫煙財団研究助成 2019-2023 代表、ダノン学術研究助成 2019 代表、J-Milk 学術研究助成 2019 代表、日本膵臓病研究財団研究助成 2019、2021 代表、国際医療研究開発費 (19A1011、19A-2015、29-1025: 分担、28-2401: 代表)、厚生労働科学研究費 2016-18: 代表、厚生労働科学研究費 岡班 2019-21: 分担、厚生労働科学研究費 渡辺班 2022-2024: 分担

## マイクロバイオーーム研究論文

- ・ Nagata N, et al. Gut Microbiota and Its Metabolites Impact Immune Responses in COVID-19 and Its Complications. *Gastroenterology*. 2023; 164: 272-288.
- ・ Nagata N, et al. Population-level Metagenomics Uncovers Distinct Effects of Multiple Medications on the Human Gut Microbiome. *Gastroenterology*. 2022; 163: 1038-1052.
- ・ Nagata N, et al. Metagenomic Identification of Microbial Signatures Predicting Pancreatic Cancer From a Multinational Study. *Gastroenterology*. 2022; 163: 222-238.
- ・ Nishijima S, Nagata N, et al. Extensive gut virome variation and its associations with host and environmental factors in a population-level cohort. *Nat Commun*. 2022; 13: 5252.
- ・ Yanagawa Y, Nagata N, et al. Clinical Features and Gut Microbiome of Asymptomatic *Entamoeba histolytica* Infection. *Clin Infect Dis*. 2021 Nov 2; 73(9): e3163-e3171.
- ・ Nagata N, et al. Effects of bowel preparation on the human gut microbiome and metabolome.
- ・ *Sci Rep*. 2019; 9: 4042.

## 小児から思春期の消化管疾患 ～小児科から内視鏡検査を依頼された時のポイントを含め～

信州大学 医学部 保健学科

信州大学医学部附属病院小児科&amp;内視鏡センター

中山 佳子 先生

### はじめに

腹痛、便秘、下痢などの消化器症状は、小児の主訴として頻度が高い。その一部には炎症性腸疾患、好酸球性消化管疾患、消化管ポリポーシスなどの器質的疾患が潜在しており、消化器内視鏡検査による診断とサーベイランスの良い適応となる。甲信越地区では、小児消化器病医が少ない地域があり、小児の内視鏡検査を消化器内科に依頼せざるを得ない状況にある。本講演では、小児から思春期の消化管疾患および内視鏡検査の注意点について述べる。

#### 1. 炎症性腸疾患

近年、炎症性腸疾患（IBD）の小児症例が明らかに増加している。成人に比較して病変範囲が広く、短期間に重症化することが知られている。心身の成長期にあることを踏まえた診療、さらに小学校高学年頃から成人移行支援が必要になる。また、monogenic IBDとして多くの原因遺伝子が同定されており、特に6歳未満発症のVEO-IBD、難治例、内視鏡所見が非典型的な症例ではmonogenic IBDを鑑別の上位にあげる。

#### 2. 好酸球性消化管疾患

好酸球性食道炎や好酸球性胃腸炎の診断には、消化管粘膜生検が必須となる。好酸球性食道炎では食道つかえ感の症状、特徴的な内視鏡所見、ステロイド局所療法の適応が重要となる。また、PPI依存性の十二指腸潰瘍では、好酸球性胃腸炎が原因であることが多い。

#### 3. 消化管ポリポーシス

遺伝性消化管ポリポーシスの症例は、小児期にポリープに関連した症状ある、または家族歴を契機に診断されることが多い。診療ガイドラインを引用し、診断、治療、小児の遺伝カウンセリングについて述べる。

#### 4. 消化器内視鏡検査

小児の内視鏡検査では、内視鏡の目的と患者の年齢・体格を考慮したスコープの選択、鎮静・麻酔の選択を適切に行う必要がある。基本的な内視鏡手技は成人内視鏡と大きな違いはないものの、炎症の評価を目的とした生検をルーチンに行う必要がある。また、検査前の心のプレパレーション、消化管プレパレーションも安全に検査を行うために重要である。

#### 5. 機能的消化管疾患

器質的疾患が否定された症例の多くは、機能的ディスぺプシア、過敏性腸症候群、機能的便秘症等に最終的に診断される。腸脳相関による病態を丁寧に説明し、患者・保護者と医療者との信頼関係を築き、必要に応じて適切な薬物療法を併用する。また、食道の機能的疾患について、当院では食道pHインピーダンス検査を乳児から思春期まで行っており、機能検査の結果に基づく治療方針の提案を行っている。

氏名 中山 佳子（なかやま よしこ）

## 現職

信州大学学術研究院（保健学系） 教授  
信州大学医学部附属病院小児科・同内視鏡センター兼務

## 学歴

1992年3月20日 信州大学医学部医学科卒業

## 学位

2004年10月18日 博士（医学）（信州大学）

Discrimination of normal gastric mucosa from *Helicobacter pylori* gastritis using standard endoscopes and a single observation site : Studies in children and young adults. *Helicobacter* 9 : 95-99, 2004.

## 職歴

1992年 信州大学医学部医学科卒業  
1995年 市営伊那中央病院小児科  
1998年 昭和伊南総合病院 小児科・消化器病センター  
2010年 信州大学医学部附属病院 小児科 助教  
2016年 信州大学学術研究院医学系 講師  
2019年 信州大学学術研究院医学系 准教授  
2022年 現職

## 所属学会

日本小児科学会（代議員、認定小児科指導医）、日本小児栄養消化器肝臓学会（理事、認定医）、日本小児アレルギー学会、日本消化器病学会（支部評議員、指導医）、日本消化器内視鏡学会（支部評議員、指導医）、日本消化管学会（理事、胃腸科指導医）、日本ヘリコバクター学会（代議員、ピロリ菌感染症認定医）、日本カプセル内視鏡学会（指導医）、日本遺伝性腫瘍学会（評議員）

## 専門領域

小児消化器病、小児消化器内視鏡



教育講演 3

座長 一條 哲也 先生

## NAFLD から MASLD へ：脂肪肝疾患の最新情報

信州大学医学部 国際交流推進室、大学院 国際医学研究推進学

田中 直樹 先生

非アルコール性脂肪肝疾患（NAFLD）は、肥満や代謝異常に起因する慢性肝疾患であり、非B非C型肝硬変・肝癌の原因として広く認知されています。2023年、欧州肝臓学会は“alcoholic”および“fatty”という表現を適切でないと見なし、脂肪肝疾患（SLD）の名称・定義を変更する提案を行いました。それに伴い、日本でも「代謝異常に関連した脂肪肝疾患（MASLD）」という用語が導入されました。MASLDでは肝線維化が予後規定因子として位置付けられており、臨床医は肝線維化を有するSLDを早期に発見し、適切な治療を行う必要があります。治療の基本は生活習慣の改善による体重減量ですが、近年の研究から、肥満を伴わないMASLDでも肝硬変のリスクが高いことが示唆されており、体重減量以外の代謝異常の改善も重要視されています。そして病態の複雑性から、SLDを一元的に治療することは困難であり、患者の体質やライフスタイル、人生観などに応じた個別化治療の確立が今後の重要課題となっています。本講演では、大きく変わりつつあるSLDの疾患概念、最新の病態解析と治療、そして今後の展望について、専門的な視点から分かりやすく概説させていただきます。



氏名 田中 直樹 (たなか なおき)

## 現職

信州大学医学部 教授  
(大学院 国際医学研究推進学、医学部 国際交流推進室)



## 学歴・職歴

1995 (平成7) 年3月 信州大学医学部 医学科 卒業  
1995 (平成7) 年5月 信州大学医学部附属病院 内科 研修医  
1996 (平成8) 年10月 長野赤十字病院 内科 研修医  
1997 (平成9) 年10月 諏訪赤十字病院 内科 医師  
1998 (平成10) 年10月 信州大学大学院医学研究科 内科学専攻 入学  
2002 (平成14) 年9月 同上卒業  
2002 (平成14) 年10月 信州大学医学部 附属病院 内科学第二 医員  
2003 (平成15) 年10月 昭和伊南総合病院 内科 医長  
2005 (平成17) 年4月 信州大学医学部附属病院 内科学第二 医員  
2006 (平成18) 年4月 信州大学大学院医学研究科代謝制御学 助手 (後に助教)  
2009 (平成21) 年10月 米国国立衛生研究所癌研究所代謝部門 (Dr. Frank J. Gonzalez) 客員  
研究員  
2014 (平成26) 年10月 信州大学大学院医学系研究科代謝制御学 准教授  
2016 (平成28) 年4月 信州大学 食農産業イノベーション研究センター  
(後に社会基盤研究所) 兼任  
2016 (平成28) 年7月 信州大学医学部 国際交流推進室 副室長  
2021 (令和3) 年1月 信州大学医学部 教授 (国際交流担当)  
2022 (令和4) 年4月 信州大学大学院 国際医学研究推進学教室 教授  
2023 (令和5) 年4月 信州大学医学部 医学部長補佐 (国際連携・広報・入試・節電担当)

## 所属学会

日本内科学会 (認定専門医、指導医)  
日本消化器病学会 (専門医、学会評議員)  
日本肝臓学会 (専門医、学会・東部会評議員、指導医、演題選定委員)  
日本病態栄養学会 (専門医、評議員、NST コーディネーター)  
日本抗加齢医学会、日本糖尿病学会、日本生化学会、日本医学教育学会、日本医学英語教育  
学会など

## 賞

2008年度 日本肝臓学会 Schering-Plough Award 基礎分野優秀賞  
2008年度 信州大学医学部松医会賞 基礎分野  
2009年度 日本消化器病学会 奨励賞  
2013、2014、2015年 The Fellows Award for Research Excellence (FARE) in NIH  
2020年 第23回 日本病態栄養学会年次学術集会 若手研究会長賞

## 研究領域

NAFLD/NASH の病態解析と治療法の開発

核内受容体 (PPAR、FXR) の役割と治療法の開発

食事中脂質、食事制限と脂肪肝関連肝癌

肥満や糖尿病・脂肪肝・肝癌を予防する機能性食品・新規治療法

## 代表論文

原著 (欧文) 146編、症例報告 (欧文) 30編、総説 (欧文) 13編

1. Establishment of Novel Mouse Model of Dietary NASH Rapidly Progressing into Liver Cirrhosis and Tumors. *Cancers (Basel)*. 2023 Jul 24 ; 15(14) : 3744. doi : 10.3390/cancers15143744.
2. Dietary Fat Composition Affects Hepatic Angiogenesis and Lymphangiogenesis in Hepatitis C Virus Core Gene Transgenic Mice. *Liver Cancer*. 2022 Sep 16 ; 12(1) : 57-71. doi : 10.1159/0005255463
3. Serum thrombospondin 2 is a novel predictor for the severity in the patients with NAFLD. *Liver Int.* 2021 Mar ; 41(3) : 505-514. doi : 10.1111/liv.14776.
4. Dietary Restriction Suppresses Steatosis-Associated Hepatic Tumorigenesis in Hepatitis C Virus Core Gene Transgenic Mice. *Liver Cancer*. 2020 Sep ; 9(5) : 529-548. doi : 10.1159/000508308.

## 社会貢献

日本 NASH 研究所 理事 (肥満や脂肪肝の改善・予防の啓蒙)

# ランチョンセミナー 1

2024（令和6）年5月25日（土）

12：00～12：50



第74回 日本消化器病学会 甲信越支部例会  
第96回 日本消化器内視鏡学会 甲信越支部例会

ランチョンセミナー

肝炎治療の最新戦略

～ 肝がんや肝硬変のリスク低減を目指して ～

2024年5月25日（土）12:00～12:50

第一会場：ホテルブエナビスタ 3階「グランデ」

〒390-0814 長野県松本市本庄1-2-1

座長： **木村 岳史 先生**

（信州大学医学部 内科学第二教室 講師）

演者： **鈴木 雄一郎 先生**

（山梨大学医学部 消化器内科 特任講師）

共催：第74回 日本消化器病学会 甲信越支部例会 / 第96回 日本消化器内視鏡学会 甲信越支部例会  
ギリアド・サイエンシズ株式会社

\* ご来場の先生方にお弁当をご用意致します。

法令遵守の上、個人情報厳格に管理致します。  
個人データはギリアド・サイエンシズ株式会社プライバシー・ステイトメントの記載範囲で利用致します。  
【プライバシー・ステイトメント二次元コード】







# イブニングセミナー

2024（令和6）年5月25日（土）

17：00～17：50



# 第96回日本消化器 内視鏡学会甲信越支部例会

## 「イブニングセミナー」 潰瘍性大腸炎の内科治療を総括する － JAK阻害剤の位置付けを含めて －

日時

2024年5月25日（土）  
17:00～17:50

会場

ホテルブエナビスタ 3F「グランデ」  
〒390-0814 長野県松本市本庄1丁目2-1

座長

安曇野赤十字病院 消化器内科 副院長兼部長

中村 直 先生

演者

東北大学病院 消化器内科 病院講師

志賀 永嗣 先生

リンヴォック®の効能又は効果（抜粋）：中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入及び維持療法（既存治療で効果不十分な場合に限り）

共催：第74回日本消化器病学会甲信越支部例会  
第96回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会  
アッヴィ合同会社

abbvie



# ランチョンセミナー2

2024（令和6）年5月26日（日）

12：00～12：50



第74回日本消化器病学会甲信越支部例会  
第96回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会  
ランチオンセミナー

# AIとつくる未来の内視鏡診療

日時 2024.05.26 日 12:00~12:50

会場 第1会場 ホテル ブエナビスタ 3F  
〒390-0814 長野県松本市本庄 1丁目 2-1

座長



**赤松 泰次** 先生

地方独立行政法人長野県立病院機構長野県立信州医療センター  
内視鏡センター

演者



**古川 浩一** 先生

新潟市民病院 医療技術部 検査診断科 内科



**大高 雅彦** 先生

山梨県厚生連健康管理センター 内科

特別発言



**成澤 林太郎** 先生

(一社)新潟県労働衛生医学協会 プラーク健康増進センター





# 協賛企業一覧

## ■共催セミナー

アッヴィ合同会社  
株式会社 AI メディカルサービス

ギリアド・サイエンシズ株式会社

## ■企業展示

株式会社 AI メディカルサービス  
オリンパスマーケティング株式会社  
株式会社カネカメディックス  
ガデリウス・メディカル株式会社

日本ライフライン株式会社  
富士フイルムメディカル株式会社  
株式会社メディカルリーダーズ

## ■広告掲載

旭化成ファーマ株式会社  
あすか製薬株式会社  
アストラゼネカ株式会社  
アッヴィ合同会社  
アボットジャパン合同会社  
EA ファーマ株式会社  
ヴィアトリス製薬株式会社  
エーザイ株式会社  
株式会社エム・イー  
オリンパスマーケティング株式会社  
株式会社上條器械店  
キッセイ薬品工業株式会社  
杏林製薬株式会社  
興和株式会社  
住友ファーマ株式会社  
株式会社スリー・ディー・マトリックス  
ゼリア新薬工業株式会社

センチュリーメディカル株式会社  
大正製薬株式会社  
武田薬品工業株式会社  
第一三共株式会社  
田辺三菱製薬株式会社  
中外製薬株式会社  
株式会社ツムラ  
中日本メディカルリンク株式会社  
日本化薬株式会社  
ノボノルディスクファーマ株式会社  
ファイザー株式会社  
富士フイルムヘルスケア株式会社  
富士フイルムメディカル株式会社  
ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社  
ブリistol・マイヤーズスクイブ株式会社  
ミヤリサン製薬株式会社  
持田製薬株式会社

(50音順)



Let's Be Clear:  
Elevating the Standard  
of Endoscopy



製造販売元	オリンパスメディカルシステムズ株式会社	医療機器番号
機名		
EVIS X1 ビデオシステムセンター OLYMPUS CV-1500		302ABBZ00017000
上部消化管汎用ビデオスコープ OLYMPUS GF-EZ1500		302ABBZ00018000
大腸ビデオスコープ OLYMPUS CF-EZ1500D シリーズ		302ABBZ00025000
上部消化管汎用ビデオスコープ OLYMPUS GF-XZ1200		302ABBZ00054000
大腸ビデオスコープ OLYMPUS CF-XZ1200 シリーズ		302ABBZ00059000

## EVIS X1シリーズが内視鏡診療の新時代を切り拓く。

EVIS X1シリーズは、TXI・RDI・EDOF・高速面順次などといった当社独自のテクノロジーにより、スクリーニングから診断、処置までの各ステップにおいて内視鏡診療の質を向上させます。

5LED、タッチパネル、ホワイトバランスフリー、マイCVモードなどの機能を搭載したことにより、これまで以上に効率的な検査の運用をサポートします。

EVIS X1シリーズにより、オリンパスはすべての内視鏡医の検査・手技の質の向上に貢献します。



潰瘍性大腸炎・クローン病治療剤 薬価基準収載  
 処方箋医薬品<sup>注)</sup>  
 日本薬局方 メサラジン徐放錠  
**ペンタサ<sup>®</sup>錠 250mg・500mg**  
PENTASA<sup>®</sup> Tablets 250mg PENTASA<sup>®</sup> Tablets 500mg



潰瘍性大腸炎治療剤 薬価基準収載  
 処方箋医薬品<sup>注)</sup>  
 メサラジン坐剤  
**ペンタサ<sup>®</sup>坐剤 1g**  
PENTASA<sup>®</sup> Suppositories 1g



潰瘍性大腸炎・クローン病治療剤 薬価基準収載  
 処方箋医薬品<sup>注)</sup>  
 メサラジン顆粒  
**ペンタサ<sup>®</sup>顆粒 94%**  
PENTASA<sup>®</sup> Granules 94%



潰瘍性大腸炎治療剤 薬価基準収載  
 処方箋医薬品<sup>注)</sup>  
 メサラジン注腸1%製剤  
**ペンタサ<sup>®</sup>注腸 1g**  
PENTASA<sup>®</sup> Enema 1g



処方箋医薬品<sup>注)</sup>  
 潰瘍性大腸炎・限局性腸炎治療剤 薬価基準収載  
**プレドネマ<sup>®</sup>注腸 20mg**  
PREDONEMA<sup>®</sup> Enema 20mg  
一般名:日局プレドニゾロンリン酸エステルナトリウム【JAN】

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等  
 情報等については電子添文をご参照ください。

**杏林製薬株式会社**

東京都千代田区神田駿河台四丁目6番地  
 (文献請求先及び問い合わせ先:くすり情報センター)

作成年月:2022.9





抗ウイルス化学療法剤

処方箋医薬品<sup>注</sup> 薬価基準収載

# マヴィレット<sup>®</sup> 配合錠

配合顆粒小児用

**MAVIRET<sup>®</sup>**

グレカプレビル水和物・ピブレンタスビル配合剤

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

● 効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については電子化された添付文書(電子添文)をご参照ください。

製造販売元

**アッヴィ合同会社**

(文献請求先及び問い合わせ先)  
くすり相談室  
フリーダイヤル 0120-587-874

東京都港区芝浦3-1-21

2023年11月作成  
JP-MAVI-220345-2.0

abbvie





処方箋医薬品<sup>注)</sup>

クロライドチャンネルアクチベーター

薬価基準収載

**アミティーザ<sup>®</sup>カプセル** 12 $\mu$ g  
24 $\mu$ g

ルビプロストンカプセル

Amitiza<sup>®</sup> Capsules 12 $\mu$ g  
24 $\mu$ g

注)注意—医師等の処方箋により使用すること

「2. 禁忌」、「4. 効能又は効果」、「5. 効能又は効果に関連する注意」、「6. 用法及び用量」、  
「7. 用法及び用量に関連する注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 ヴィアトリス製薬株式会社

東京都港区虎ノ門5丁目11番2号

〔文献請求及びお問い合わせ先〕メディカルインフォメーション部  
フリーダイヤル 0120-419-043



AMT72N002  
2023年1月作成



難吸収性リファマイシン系抗菌薬 処方箋医薬品<sup>注</sup> 薬価基準収載

# リフキシマ<sup>®</sup>錠200mg

RIFXIMA<sup>®</sup> TABLETS 200mg

リファキシミン製剤

<sup>注</sup>) 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。

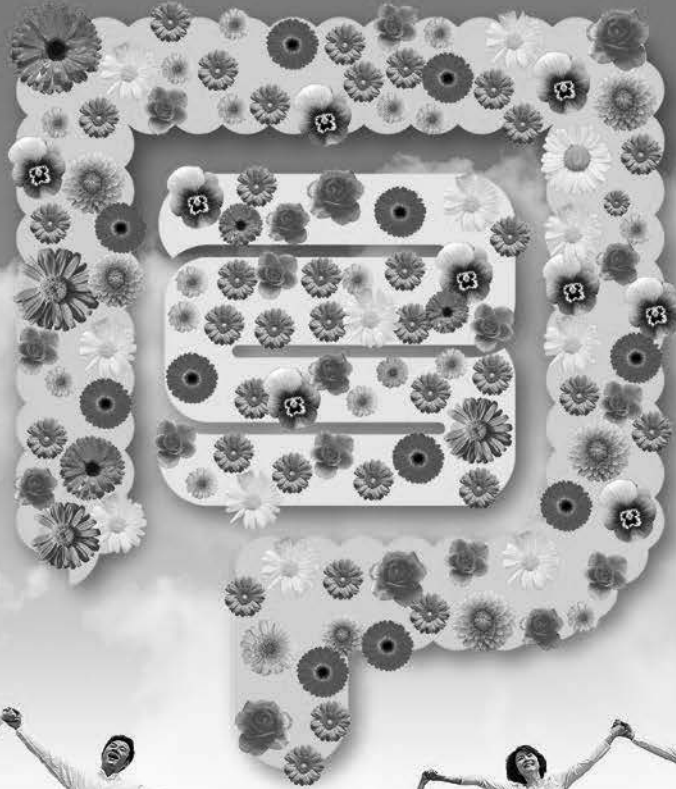


製造販売元[文献請求先及び問い合わせ先]  
**あすか製薬株式会社**  
東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売  
**武田薬品工業株式会社**  
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

提携  
**Alfasigma S.p.A.**

2023年4月作成



## 後発医薬品

ビフィズス菌整腸剤  
ビフィズス菌製剤

## ビオフィェルミン®錠剤

### BIOFERMIN® TABLETS

- ◎効能・効果：腸内菌叢の異常による諸症状の改善
- ◎用法・用量：通常、成人1日3～6錠を3回に分割経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。
- ◎適用上の注意：薬剤交付時：PTP包装の薬剤はPTPシートから取り出して服用するよう指導すること。（PTPシートの誤飲により、硬い鋭角部が食道粘膜へ刺入し、更には穿孔をおこして縦隔洞炎等の重篤な合併症を併発することが報告されている。）
- ◎包装：126錠[21錠(PTP)×6枚]、  
630錠[21錠(PTP)×10枚×3]、  
1,680錠[21錠(PTP)×10枚×8]、  
1,000錠[バラ]

製造販売元 ◆ **ビオフィェルミン製薬株式会社**  
〒651-2242 神戸市西区井吹台東町七丁目3番4

## 後発医薬品

ビフィズス菌整腸剤  
ビフィズス菌製剤

## ビオフィェルミン®散剤

### BIOFERMIN® BIFIDUS POWDER

- ◎効能・効果：腸内菌叢の異常による諸症状の改善
- ◎用法・用量：通常、成人1日3～6gを3回に分割経口投与する。  
なお、年齢、症状により適宜増減する。
- ◎包装：120g[1g(分包)×120]、  
600g[1g(分包)×600]、  
500g[バラ]、  
1kg[バラ]

※注意事項等情報等については電子添文をご参照下さい。

販売  
[文献請求先]



**大正製薬株式会社**

〒170-8633 東京都豊島区高田3-24-1

お問い合わせ先：☎0120-591-818

メディカルインフォメーションセンター





# IT'S MORE THAN A TEST. 検査の、その先を見つめる。

たったひとつの検査結果で人生は  
変わるかもしれない。  
だからこそ、現状に妥協しない。

検査の可能性を追求し、  
安心安全な医療で  
人生を強く支えていく。

その志を、あなたと共に。



**アボットジャパン合同会社** 診断薬・機器事業部

〒108-6305 東京都港区三田3-5-27 住友不動産三田ツインビル西館  
TEL. 03-4555-1000 URL: <http://www.abbott.co.jp>

©2022 Abbott. All rights reserved. All trademarks referenced are trademarks of either the Abbott group of companies or their respective owners. Any photos displayed are for illustrative purposes only. Any person depicted in such photos may be a model. ADD-142104-JAP-JA 11/22

## 超音波診断が求めた 3つの未来

富士フィルムヘルスケアが考える、これからの超音波画像が備えなければならない5つの条件:正確性、再現性、効率性、視認性、AI技術<sup>※</sup>の活用。そのすべてを備えた最先端技術の証、それが「DeepInsight」です。「画質」、「ワークフロー」、「アプリケーション」、あらゆる場面で理想の超音波診断をサポートします。高機能とコストパフォーマンスの両立にこだわった「ARIETTA 750 DeepInsight」が加わり、DeepInsight シリーズのラインアップがさらに充実。「ARIETTA」は医療の現場から超音波診断の未来を創造していきます。



### ARIETTA 850 DeepInsight

診断をさらに「深める」  
超音波画像の新しいリアリティ

### ARIETTA 750 DeepInsight

超音波診断の未来を奏でる  
画質と機能の理想形

### ARIETTA 650 DeepInsight

超音波のルーチン検査が変わる  
未来基準の「画質」と「使いやすさ」

超音波画像の未来がはじまる DeepInsight



●ARIETTA、DeepInsight は富士フィルムヘルスケア株式会社の登録商標です。 ●ALOKA は日本レイテック株式会社の登録商標です。 ●ARIETTA 650 は ARIETTA 650 DeepInsight と呼称します。 ●ARIETTA 750 は ARIETTA 750 DeepInsight と呼称します。  
●ALOKA ARIETTA 850 は ARIETTA 850 DeepInsight と呼称します。 ※AI技術のひとつである機械学習を用いて開発・設計したものです。実装後に自動的に装置の性能・精度は変化することはありません。  
販売名: 超音波診断装置 ARIETTA 650 医療機器認証番号: 303ABBZX00058000 販売名: 超音波診断装置 ARIETTA 750 医療機器認証番号: 301ABBZX00007000 販売名: 超音波診断装置 ALOKA ARIETTA 850 医療機器認証番号: 228ABBZX00147000



生菌製剤

**ミヤBM<sup>®</sup>細粒**

MIYA-BM<sup>®</sup> FINE GRANULES

生菌製剤

**ミヤBM<sup>®</sup>錠**

MIYA-BM<sup>®</sup> TABLETS

**酪酸菌(宮入菌)製剤**

効能・効果、用法・用量、使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

薬価基準収載

# Acquire™ / Acquire™ S

アクワイヤー 超音波内視鏡下穿刺針



販売名：超音波内視鏡下穿刺針（スタンダードタイプ）  
医療機器認証番号：223ABBZX00027000

製品の詳細に関しては添付文書等でご確認いただくか、弊社営業担当へご確認ください。  
© 2024 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.  
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社  
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス  
[www.bostonscientific.jp](http://www.bostonscientific.jp)  
ENDO-1822608-AA





ヤヌスキナーゼ(JAK)阻害剤 薬価基準収載

# ゼルヤンツ錠<sup>®</sup> 5mg



XELJANZ<sup>®</sup> 5mg Tablets トファシチニブクエン酸塩錠  
劇薬、処方箋医薬品<sup>※</sup> 注意—医師等の処方箋により使用すること

●効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：  
製品情報センター 学術情報ダイヤル 0120-664-467  
<https://pfizerpro.jp/> (PfizerPro) にも製品関連情報を掲載

販売情報提供活動に関するご意見：  
0120-407-947  
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

XUC72K001D

2023年12月作成

医療・健康ニーズに応じて、  
人々の健康・福祉に  
いっそう貢献したい。



患者さんのために、わたしたちにできることがきっとある。  
これからも医療・健康ニーズをとらえ、独創的な新薬を開発してまいります。



MOCHIDA

持田製薬株式会社

<https://www.mochida.co.jp/>





**KAMIJO**  
Better Health to You

# 笑顔の社会へ

クオリティ・オブ・ライフの向上が、私たちに課せられている使命です。  
医療材料から検査分析装置まで、数多くのメーカー商品医療機関にお届けしております。  
物品の安定供給はもとより、情報提供が強く求められているなか、  
私たちは、商品を適正かつ安全に使用していただくために、  
高度な専門性をもって、新しい技術に対応してまいります。  
様々な病気と闘っている施設の方々の医療活動、研究開発を側面からお手伝いし、  
人々の明るく健康な未来のために貢献してまいります。

温もりをこめたサービスを手から手へ

**株式会社 上條器械店**

上條器械店

検索

松本営業所 〒399-8760 長野県松本市笹賀 7600-19 TEL:0263-58-1711  
長野営業所 〒380-0921 長野県長野市栗田 501-1 TEL:026-227-2952  
飯田営業所 〒395-0155 長野県飯田市上殿岡 509-4 TEL:0265-28-2877

 Sumitomo Pharma



糖尿病用剤 薬価基準収載  
処方箋医薬品(注意—医師等の処方箋により使用すること)

 **ツイミーグ錠 500mg**  
TWYMEEG Tablets イメグリミン塩酸塩錠

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等につきましては、  
電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

**住友ファーマ株式会社**  
〒541-0045 大阪市中央区道修町 2-6-8

〈製品に関するお問い合わせ先〉

くすり情報センター

**TEL 0120-034-389**

受付時間/月~金 9:00~17:30(祝・祭日を除く)

<https://sumitomo-pharma.jp/>

2024年2月作成



hvc  
human health care

## 患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。  
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。  
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、  
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。  
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。  
病気を見つめるだけではなく、想いを見つめて、薬は生まれる。  
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

## かけがえのない命のために、 たくさんの笑顔と出会うために

美しい自然と人の暮らしが響き合う、まるでシンフォニーのように。  
キッセイ薬品はこの信州で、新薬の研究開発に取り組んでいます。

**KISSEI**  
キッセイ薬品工業株式会社

<https://www.kissei.co.jp>



患者さん自らが持つ免疫力を、  
 がん治療に大きく生かすことはできないだろうか——。  
 小野薬品とプリストル・マイヤーズ スクイブは、  
 従来のがん治療とは異なる  
 「新たながん免疫療法」の研究・開発に取り組んでいます。

**ONO** 小野薬品工業株式会社

**プリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社**

2023年3月作成



私  
の  
免  
疫  
力  
に  
、  
が  
ん  
と  
闘  
う  
力  
を  
。



Immuno-Oncology

未来をひらくがん免疫療法



生薬には、  
個性がある。

漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。



株式会社ツムラ <https://www.tsumura.co.jp/> 資料請求・お問合せは、お客様相談窓口まで。

医療関係者の皆様 tel.0120-329-970 患者様・一般のお客様 tel.0120-329-930 受付時間 9:00~17:30(土・日・祝日は除く)

2021年4月制作 (商)

# 糖尿病で培った知識や経験を基に、 変革を推進し深刻な慢性疾患を克服する

ノボ ノルディスクは、より多くの患者さんの、より良い人生の実現のため、  
社会に付加価値を与える持続可能な企業であることを目指しています。



ノボ ノルディスク ファーマ株式会社

〒100-0005 東京都千代田区丸の内2-1-1  
[www.novonordisk.co.jp](http://www.novonordisk.co.jp)

JP23NNG00047(2023年12月作成)



ME 株式会社エム・イー

## 縁の下から

わたしたちは、かけがえない生命を守るため、  
高度な専門知識、技術力とともに、  
手の温もりを感じるサービス、確かな情報を通じ、  
人々の健康な未来のために貢献します。  
常に「縁の下の力持ち」でありたいと考えております。



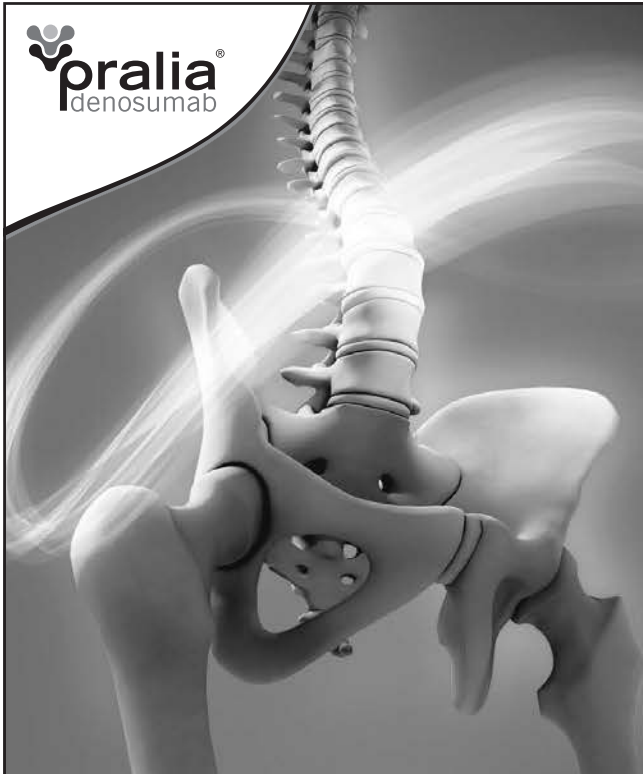
本 社：長野県長野市篠ノ井布施高田823-7 026-290-7155  
長 野 支 店：長野県長野市篠ノ井御幣川797-1 026-214-3411  
松 本 支 店：長野県松本市笹賀7600-11 0263-87-7510  
飯 田 支 店：長野県飯田市三日市場406-21 0265-48-8700

秋 田 支 店：秋田県秋田市保戸野通町4-24 018-874-9133  
つくば支店：茨城県つくば市春日1-3-1-102 029-863-6988  
東 京 支 店：東京都中央区日本橋堀留町1-5-12-4 03-3527-2012

循環器営業部 | 心臓血管外科営業部 | Medical Detec 営業部 | 営業推進部



pralia<sup>®</sup>  
denosumab



薬価基準収載

ヒト型抗RANKLモノクローナル抗体製剤

**プラリア<sup>®</sup>** 皮下注60mg  
シリンジ

一般名 / デノスマブ (遺伝子組換え)  
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品\*

\*注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報等につきましては、電子添文をご参照ください。



Daiichi-Sankyo

製造販売元 (文献請求先及び問い合わせ先を含む)

**第一三共株式会社**

東京都中央区日本橋本町3-5-1

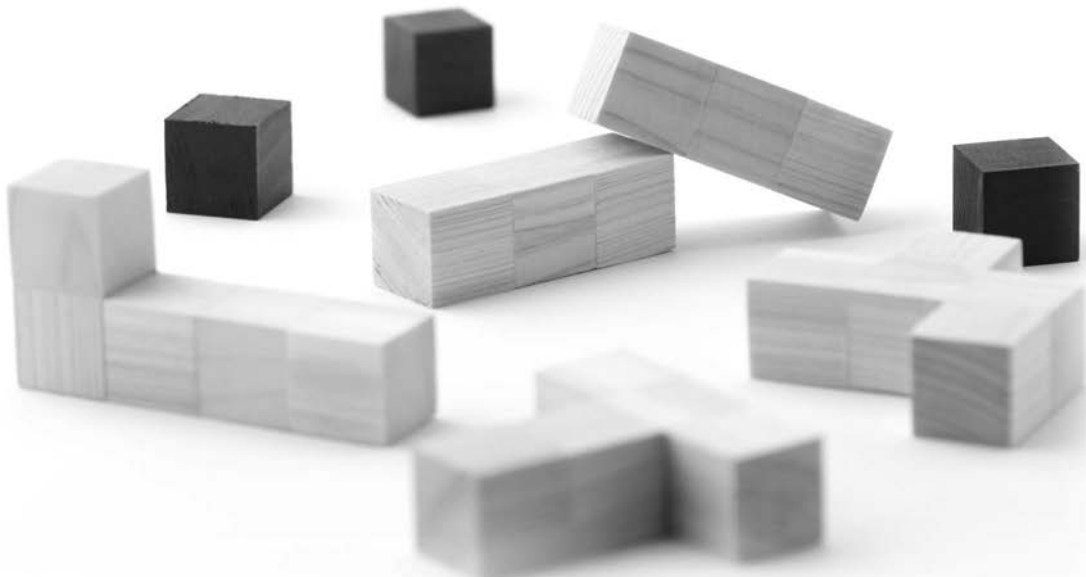
提携

**AMGEN<sup>®</sup>**

2024年3月作成

Asahi**KASEI**

*Creating for Tomorrow*



旭化成ファーマ株式会社



より多くの、必要としている患者さんに届けたい。

日本化薬のバイオシミラー製品ラインナップ 薬価基準収載



製造販売元

**日本化薬株式会社**  
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

文献請求先及び問い合わせ先  
日本化薬 医薬品情報センター  
0120-505-282

日本化薬 医療関係者向け情報サイト  
<https://mink.nipponkayaku.co.jp/>

ヒト型抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体製剤 生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品\*  
アダリムマブ (遺伝子組換え) [アダリムマブ後続4] 製剤

**アダリムマブ<sup>®</sup> BS皮下注**  
20mg シリンジ 0.2mL・40mg シリンジ 0.4mL・80mg シリンジ 0.8mL [CTNK]  
40mg ペン 0.4mL・80mg ペン 0.8mL [CTNK]

Adalimumab BS Subcutaneous Injection  
20mg Syringe 0.2mL・40mg Syringe 0.4mL・80mg Syringe 0.8mL [CTNK]  
40mg Pen 0.4mL・80mg Pen 0.8mL [CTNK] 提携先 **セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社**  
東京都中央区新大塚1丁目16番3号住友不動産茅場町ビル3階

抗悪性腫瘍剤/抗VEGFヒトモノクローナル抗体 生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品\*  
ベバシズマブ (遺伝子組換え) [ベバシズマブ後続4] 製剤

**ベバシズマブ<sup>®</sup> BS点滴静注**  
100mg・400mg [CTNK]

Bevacizumab BS for I.V. Infusion 100mg・400mg [CTNK] 提携先 **セルトリオン・ヘルスケア・ジャパン株式会社**  
東京都中央区新大塚1丁目16番3号住友不動産茅場町ビル3階

抗HER2ヒトモノクローナル抗体 抗悪性腫瘍剤 生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品\*  
トラスツズマブ (遺伝子組換え) [トラスツズマブ後続1] 製剤

**トラスツズマブ<sup>®</sup> BS点滴静注用**  
60mg・150mg [NK]

Trastuzumab BS for I.V. Infusion 60mg・150mg [NK]

抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体製剤 生物由来製品・劇薬・処方箋医薬品\*  
インフリキシマブ (遺伝子組換え) [インフリキシマブ後続1] 製剤

**インフリキシマブ<sup>®</sup> BS点滴静注用 100mg [NK]**

Infliximab BS for I.V. Infusion 100mg [NK]

G-CSF製剤 処方箋医薬品\*  
フィルグラステム (遺伝子組換え) [フィルグラステム後続2] 製剤

**フィルグラステム<sup>®</sup> BS注**  
75 $\mu$ g・150 $\mu$ g・300 $\mu$ g シリンジ [NK]

Filgrastim BS Inj, 75 $\mu$ g・150 $\mu$ g・300 $\mu$ g Syringe [NK]

\*注意—医師等の処方箋により使用すること



©23.12 作成

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご参照ください。

ヒト型抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体製剤

シリンジ:薬価基準収載
オートインジェクター:薬価基準収載

**シンポニー<sup>®</sup>** 皮下注 50mg シリンジ  
皮下注 50mg オートインジェクター

ゴリムマブ(遺伝子組換え) 製剤 生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品\*  
Simponi<sup>®</sup> Subcutaneous Injection \*注意—医師等の処方箋により使用すること

効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意等については、  
製品添付文書をご参照ください。



**ヤンセンファーマ株式会社**  
〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2  
[www.janssen.com/japan](http://www.janssen.com/japan)  
[www.janssenpro.jp](http://www.janssenpro.jp) (医薬品情報)



発売元(資料請求先)  
**田辺三菱製薬株式会社**  
大阪市中央区道修町3-2-10




**ヤヌスキナーゼ (JAK) 阻害剤** 薬価基準収載  
**ジセレカ錠** 200mg / 100mg  
**Jyseleca® Tablets** フィルゴチニブマレイン酸塩錠  
劇薬 処方箋医薬品<sup>※</sup> 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書をご参照ください。

製造販売元  
**ギリアド・サイエンシズ株式会社**  
 〒100-6616 東京都千代田区丸の内1-9-2  
 グラントウキョウサウスタワー 16階  
<http://www.gilead.co.jp/>

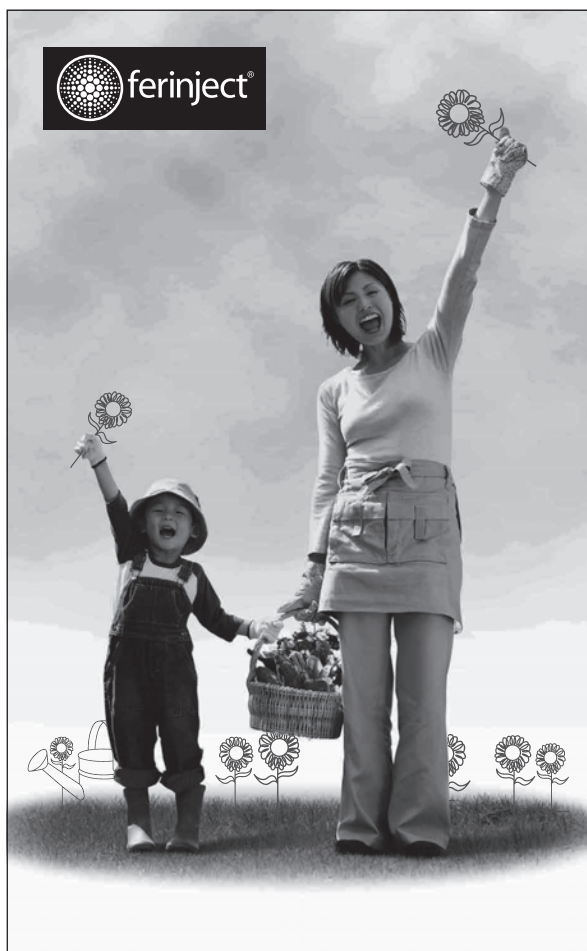
文献請求先及び問い合わせ先  
**メディカルサポートセンター**  
 フリーダイヤル: **0120-506-295**  
 9:00-17:30 (土日祝日及び会社休日を除く)

販売元  
**エーザイ株式会社**  
 東京都文京区小石川4-6-10  
<https://www.eisai.co.jp>

文献請求先及び問い合わせ先  
**hhcホットライン**  
 フリーダイヤル **0120-419-497**  
 9~18時 (土、日、祝日 9~17時)

プロモーション提携  
**EAファーマ株式会社**  
 東京都中央区入船二丁目1番1号

IBD22PI0025AD  
 JYS-D07-A42-PI  
 2022年3月作成




**ferinject®**

鉄欠乏性貧血治療剤 処方箋医薬品<sup>※</sup> 薬価基準収載

**フェインジェクト® 静注500mg**


**Ferinject solution for injection/infusion 500mg** カルボキシマルトース第二鉄注射液

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元  
**ゼリア新薬工業株式会社** (文献請求先及び問い合わせ先) お客様相談室  
 東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351 TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

**製品情報サイト**  
<https://medical.zeria.co.jp/di/ferinject/#tabRelation>

  
 PC、スマホ、タブレットで  
 ご覧になれます。



2021年8月作成





抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトPD-L1モノクローナル抗体 薬価基準収載  
**イミフィンジ®点滴静注**  
 120mg・500mg  
**IMFINZI® Injection 120mg・500mg** デュルバルマブ(遺伝子組換え)製剤  
生物由来製品/創薬/処方箋医薬品(注意一医師等の処方箋により使用すること)

抗悪性腫瘍剤/ヒト型抗ヒトCTLA-4モノクローナル抗体 薬価基準収載  
**イジユド®点滴静注**  
 25mg・300mg  
**IMJUDO® Injection 25mg・300mg** トレメリムマブ(遺伝子組換え)製剤  
生物由来製品/創薬/処方箋医薬品(注意一医師等の処方箋により使用すること)

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「警告・禁忌を含む  
 注意事項等情報」等については製品電子添文をご参照  
 ください。

製造販売元[文献請求先]  
**アストラゼネカ株式会社**  
 大阪市北区大深町3番1号  
 TEL 0120-189-115  
(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター) 2023年11月作成

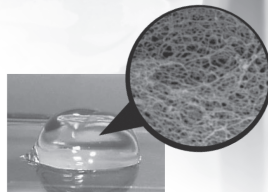
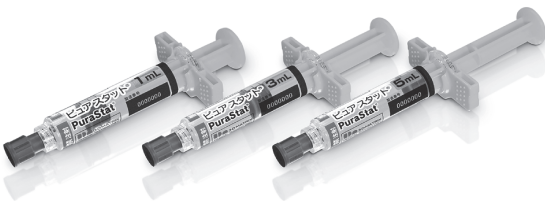
吸収性局所止血材

# ピュアスタット

保険適用

## 特長

- プレフィルドシリンジを使用しているので、使用前の調整不要。
- 止血だけでなく、出血部位が不明瞭の場合でも出血点の同定に寄与。
- 澄明なペプチド溶液のため、適用部位の視野を妨げない。
- 使用後は洗い流さずに、剥離等の手技が可能。
- 適用部から容易に取り除けるので、繰り返しの適用、術後洗浄、他の止血法への移行が容易。



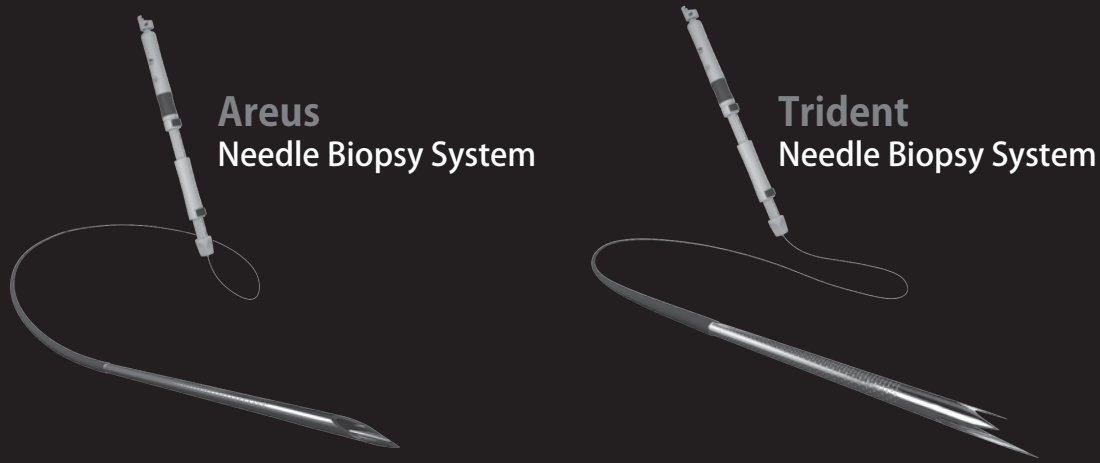
血液等に当たると粘性のあるゲルになり、  
 ナノファイバーを形成

製造販売元  
**株式会社スリー・ディー・マトリックス**  
 〒102-0083 東京都千代田区麹町3-2-4 麹町HFビル7F  
<https://www.3d-matrix.co.jp>

医療機器承認番号: 302008ZX00236000  
 医療用品(A) 整形用品  
 高度管理医療機器  
償還価格が設定された保険適用製品(特定保険医療材料)

# 超音波内視鏡下穿刺ニードル

## Endoscopic Ultrasound Aspiration Needle



独自の技術で、より多くの組織採取・操作性の簡便性を追求したコバルトクロム採用のEUS Aspiration Needle

■販売名：超音波内視鏡下穿刺ニードル ■一般的名称：単回使用吸引用針 ■認証番号：304AFBZX00004000 ■クラス分類：管理医療機器（II）  
※「Trident Needle Biopsy System」「Areus Needle Biopsy System」は超音波内視鏡下穿刺ニードルの愛称です。

製造販売業者 **CMI** Partner in Healthcare  
**Century Medical, Inc.**  
外国製造業者：Micro-Tech (Nanjing) Co., Ltd. 国名：中華人民共和国

本 社 〒141-8588 東京都品川区大崎 1-11-2 TEL.03-3491-2411 FAX.03-3491-2788  
大 阪 支 店 〒541-0053 大阪市中央区本町 1-7-6 TEL.06-6263-3735 FAX.06-6263-3756

05MTC018-01

**FUJIFILM**  
Value from Innovation

内視鏡画像診断支援システム

**CADEYE**

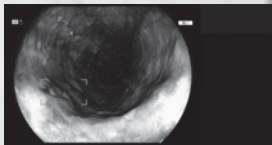
## AIが見つめる、内視鏡検査の未来

CAD EYEとは富士フィルムの内視鏡診断支援機能のブランド名称です。膨大な臨床データから深層学習 (Deep Learning) を活用して開発。内視鏡検査における病変の検出と鑑別をサポートします。

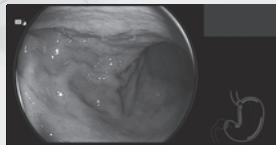
### 検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

#### 検出支援モード

食道扁平上皮癌疑い領域検出支援



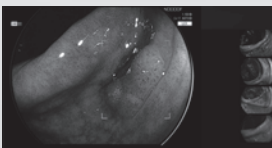
胃腫瘍性病変疑い領域検出支援



食道扁平上皮癌または、胃腫瘍性病変である可能性のある領域を検出し、その結果を内視鏡画像に重ねてリアルタイムにモニターに表示します。

### 検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

#### 検出支援モード



#### 鑑別支援モード



大腸ポリープの可能性のある領域を検出し、その大腸ポリープが腫瘍性または非腫瘍性である可能性を推定し、リアルタイムに推定結果をモニターに表示します。



### 機能拡張ユニット EX-1

EX-1にプログラムをインストールすることで様々な機能をご提供します。

動画静止画保存・ネットワークプログラム  
**EW10-SC01**

静止画記録 動画記録 ネットワーク機能

検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

**EW10-EG01**

病変検出支援機能

検出・鑑別用下部内視鏡画像診断支援プログラム

**EW10-EC02**

病変検出支援機能 疾患鑑別支援機能

**REiLi** 「ヒトがAI 技術と共創する」  
富士フィルムはその先を見据える

一般的名称：病変検出用内視鏡画像診断支援プログラム  
販売名：内視鏡検査支援プログラム EW10-EG01  
承認番号：30400BZX00217000 JANコード：4547410477122

一般的名称：検出・鑑別用内視鏡画像診断支援プログラム  
販売名：内視鏡検査支援プログラム EW10-EC02  
承認番号：30200BZX00288000 JANコード：4547410425949



## Better Health, Brighter Future

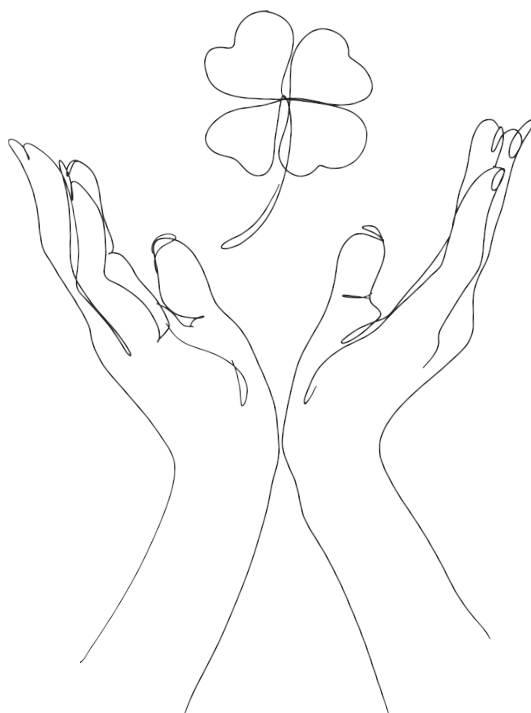
タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社  
[www.takeda.com/jp](http://www.takeda.com/jp)



## 行こう、次の100年へ



**JM** 中日本  
INK **中日本メディカルリンク株式会社**

〒390-0873 長野県松本市丸の内 8 番 1 号 電話番号：0263-38-0411 FAX：0263-38-0266







高脂血症治療剤

薬価基準収載

**パルモディア<sup>®</sup>錠0.1mg**

PARMODIA<sup>®</sup> TABLETS 0.1mg (ベマフィブラート錠)

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

高脂血症治療剤

薬価基準収載

**パルモディア<sup>®</sup>XR錠0.2mg  
0.4mg**

PARMODIA<sup>®</sup> XR TABLETS 0.2mg-0.4mg (ベマフィブラート徐放錠)

処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については電子添文をご参照ください。



製造販売元(文献請求先及び問い合わせ先)

**興和株式会社**

東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2024年4月作成

抗悪性腫瘍剤 / 抗PD-L1<sup>注1)</sup> ヒト化モノクローナル抗体

生物由来製品、創薬、処方箋医薬品<sup>注※)</sup>

薬価基準収載

**テセントリク<sup>®</sup>点滴静注 1200mg**

TECENTRIQ<sup>®</sup>  
atezolizumab

アテゾリズマブ(遺伝子組換え)注  
※F、ホフマン-ロシュ社(スイス)登録商標

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF<sup>注2)</sup> ヒト化モノクローナル抗体

生物由来製品、創薬、処方箋医薬品<sup>注※)</sup>

薬価基準収載

**アバスタチン<sup>®</sup>点滴静注用 100mg/4mL  
400mg/16mL**

AVASTIN<sup>®</sup>  
bevacizumab

ベバシズマブ(遺伝子組換え)注

注1) PD-L1: Programmed Death-Ligand 1

注2) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor  
(血管内皮増殖因子)

注※) 注意—医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元



中外製薬株式会社

〒110-8524 東京都中央区日本橋室町2-1-1

(文献請求先及び問い合わせ先) メディカル・インフォメーション部  
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

(販売情報提供活動に関する問い合わせ先)  
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guide/inf/>

ロシュグループ

2022年8月

