

- 第75回 日本消化器病学会甲信越支部例会**
- 第97回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会**
- 第27回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー**
- 第52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、日本消化器病学会甲信越支部・日本消化器内視鏡学会甲信越支部の合同例会を担当させていただきます、諏訪赤十字病院 消化器内科の菅 智明と申します。

この甲信越支部例会には、消化器病診療・消化器内視鏡診療に携わる医師の研鑽の場として長年続いてきた歴史があり、総会とは一味違った大切な役割を果たしてきました。日常診療で出会った心に残る症例、ふと思いついて始めた診療の工夫など、これから大きく育っていく可能性を秘めた発表をもれなく演題として取り上げ、また会場では初めて発表する医師に示唆に富んだ議論やコメントがあり、医師の第一歩を支えてきました。近年では、主題と言われるワークショップやシンポジウムも組まれるようになり、これも発表者と座長の両方を育てる意味合いを持っています。これらの甲信越支部例会としての役割を、今回改めて意識し、総会とは異なった意義を持つ甲信越支部例会を作りたいと強く願ってプログラムを組みました。その過程では諸先輩や同僚の知恵を拝借し、ご協力いただきました。この場をお借りして心よりお礼申し上げます。

合同ワークショップ1では、これまであまり取り上げられることのなかった、内視鏡操作技術の教育方法について各施設での工夫を共有し、この「内視鏡操作」という謎に満ちた領域について議論が盛り上がることを期待しています。合同ワークショップ2では、癌・炎症性疾患などに対する治療・管理方法の工夫が長期経過に及ぼす影響について、様々な領域からの発表があります。臨床から得られた生の情報を共有できると期待しています。

第52回日本消化器病学会甲信越支部教育講演会では、3つの大切な内容のご講演を予定しています。岐阜大学の清水雅仁教授より最新のガイドライン、肝臓リハビリテーション指針に基づいた肝硬変の基本的治療について、加古川中央市民病院の寺尾秀一先生より日常の内視鏡診療で油断をすると埋もれがちな自己免疫性胃炎について、信州大学の清水明准教授より肝・胆・膵領域の外科治療を中心とした最新の診療についてご講演いただきます。いずれも明日からの診療に直結する見逃せない内容です。

最後になりましたが、演者の先生方、座長の先生方、人選にご協力下さった幹事の先生方、親身にアドバイスを下さった前会長に深謝申し上げます。そして裏方として共に働いた諏訪赤十字病院のスタッフと運営事務局の方々に心より感謝いたします。

ご参加下さる全ての先生方にとって、有意義な2日間になることを祈念して、ご挨拶を閉じたいと思います。

2024年10月吉日

第75回 日本消化器病学会甲信越支部例会  
第97回 日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会  
第27回 日本消化器病学会甲信越支部専門医セミナー  
第52回 日本消化器病学会甲信越支部教育講演会  
会長 菅 智明（諏訪赤十字病院 消化器内科）

# 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.

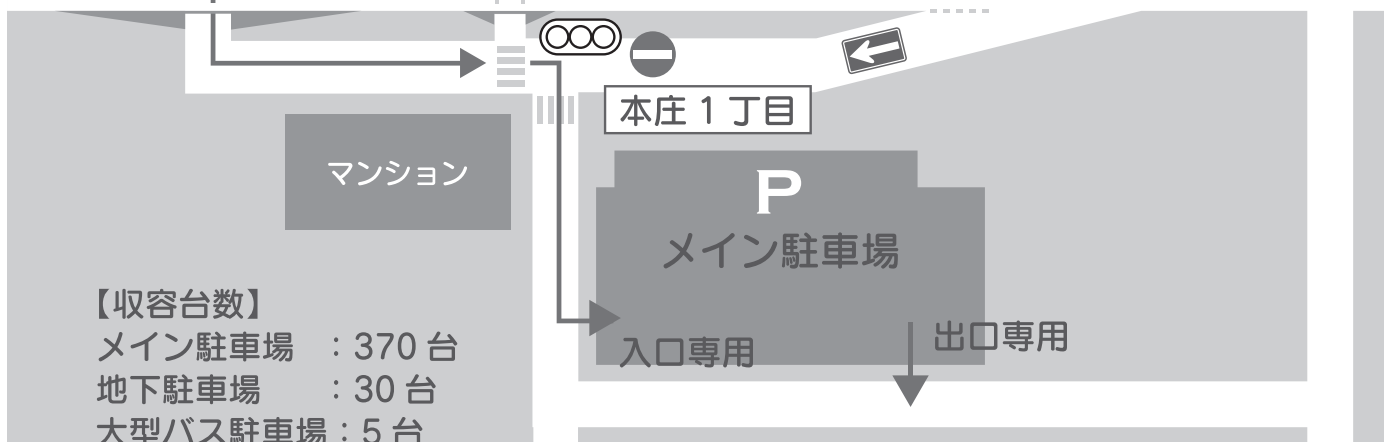
# Parking ホテルブエナビスタ駐車場のご案内

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

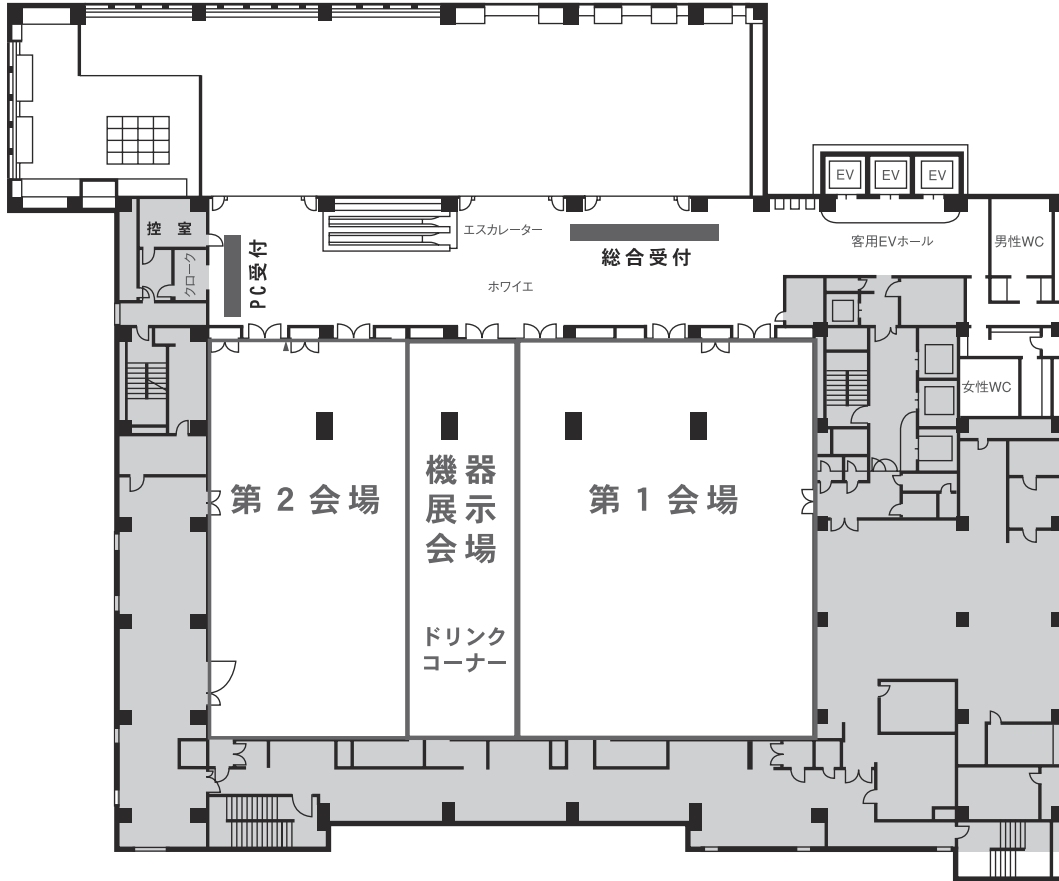
〒390-0814 松本市本庄1丁目2番1号

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

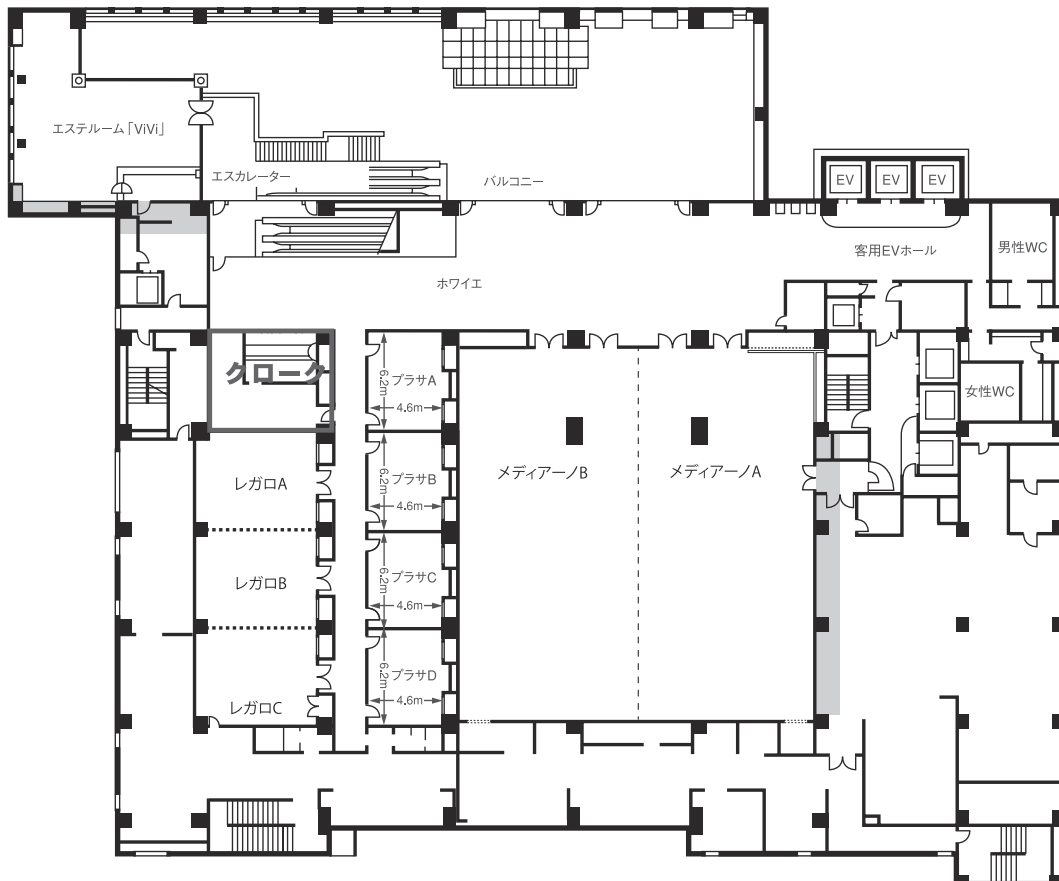
1-2-1 HONJO, MATSUMOTO, NAGANO, 390-0814, JAPAN

www.buena-vista.co.jp

# 3階



# 2階



# 10月12日 (土)

3F	
第1会場 (グランデ)	
セッション	演題番号

3F	
第2会場 (グランデ)	
セッション	演題番号

3F
展示会場 (グランデ)

2F
レガロB

8:00	内視鏡 幹事会
8:50	

10:00	消化器 幹事会
11:00	
11:00	合同 幹事会
11:45	

8:55	開会の挨拶									
9:00	内視鏡学会 研修医・専攻医 セッション1 座長：徳竹 康二郎	PL1-1-内-専	9:00	英語セッション、肝 座長：城下 智	E-1-消	9:00	オリンパス マーケティング 株式会社			
9:00		PL1-2-内-専	9:00		10-消					
9:48		PL1-3-内-専	9:32		11-消					
9:51		PL1-4-内-研	9:35		12-消-研					
9:51		PL1-5-内-専	10:15		13-消-研					
9:51		PL1-6-内-研	10:18		14-消-専					
10:31	内視鏡学会 研修医・専攻医 セッション2 座長：小林 祥司	PL2-1-内-研	10:15	肝・腹膜 座長：若林 俊一	15-消-研	10:00		株式会社 RO		
10:34		PL2-2-内-専	10:18		16-消-専					
10:34		PL2-3-内-専	10:18		17-消					
10:34		PL2-4-内-研	10:18		W2-1-内					
10:34		PL2-5-内-専	10:18		W2-2-内					
11:14	食道・胃 座長：伊東 哲宏	1-消-研	10:18	合同ワークショップ2 「長期臨床経過を見据えた消化器疾患の治療・管理における工夫と課題」 司会：北原 桂 深澤 光晴	W2-3-消	11:00			株式会社 AI メディカル サービス	
11:17		2-内	11:54		W2-4-消					
11:17		3-内	12:00		W2-5-消					
11:17	胃・大腸 座長：浅川 幸子	4-内	12:00	ランチョンセミナー1 座長：原悦雄 「潰瘍性大腸炎の Basic therapy」 演者：平山 敦大 「特徴から考える JAK 阻害薬の使いどころ」 演者：澁谷 智義 (共催：ファイザー株式会社)	W2-6-消	11:00				株式会社 カネカメディッ クス
11:49		5-消-研	12:00		W2-7-消					
11:49		6-消-研	12:00		W2-8-消					
11:49		7-消-専	12:00		11:00	日本ライフライン株式会社				
12:00	合同評議員会	8-消-専	12:00	野村ユニソン株式会社						
12:00		9-内	12:00	富士フィルム メディカル 株式会社						
13:00	合同シンポジウム 「先生！急性腹症がきます！ 画像診断に基づく治療戦略」 指定演題 司会：沖山 葉子、 岡 宏光 演者：1. 浅川 幸子 2. 橋本 優美 特別講演 司会：北原 弘恵 演者：佐藤 辰彦	S-1-内	12:50	メリットメディカル・ジャパン株式会社						
13:10		S-2-消	12:50	17:00						
13:10		13:00	13:10	13:10						
14:40	教育講演1 「肝硬変の基本的治療～栄養療法と運動療法～」 座長：小松 通治 演者：清水 雅仁	14:40	14:40	14:40						
14:50		教育講演2 「自己免疫性胃炎の包括的理解と内視鏡診断」 座長：菅 智明 演者：寺尾 秀一	14:50	14:50	14:50					
14:50			教育講演3 「胆道癌診療における topics and issues～肝胆膵外科医の立場から～」 座長：小松 通治 演者：清水 明	17:50	17:50	17:50				
17:50	17:50	17:50		17:50	17:50					

# 10月13日（日）

3F	
第1会場 (グランデ)	
セッション	演題番号

3F	
第2会場 (グランデ)	
セッション	演題番号

3F
展示会場 (グランデ)

9:00	<b>専門医セミナー</b> 司会：小口 貴也、 症例提示：横山 岳 ディスカッサー：田中 友之、 中島 尚、川上 智						
9:50 9:53	<b>胆・膵1</b> 座長：倉石 康弘	18-消-研	19-消	20-消	21-消-研	22-消	23-消-研
10:41 10:44	<b>胆・膵2</b> 座長：門倉 信	24-消-専	25-内	26-内	27-消	28-消	29-消-専
11:24 11:27	<b>胆・膵3</b> 座長：佐藤 聡史	30-内	31-消-専	32-消-研	33-消-研		
12:07							

9:15	<b>小腸</b> 座長：松村 真生子	34-消	35-消	36-内	37-消-研	38-消-研	39-消-研
10:03 10:08	<b>合同ワークショップ1</b> 「若手医師への内視鏡操作技術 の指導における工夫と課題」 司会：水野 研一 菅 智明	W1-1-消	W1-2-消	W1-3-内	W1-4-内	W1-5-内	W1-6-消
11:50	<b>ランチョンセミナー2</b> 座長：長屋匡信 「難治性潰瘍性大腸炎治療の新 展開 ～Difficult-to-treat IBD を 考察する～」 演者：中村 正直 (共催：アッヴィ合同会社)	W1-7-消	W1-8-内				
12:00	閉会の挨拶						

9:00	オリンバスマーケティング株式会社  株式会社 RO  株式会社 AI メディカルサービス  株式会社 カネカメディックス  日本ライフライン株式会社  野村ユニゾン株式会社  富士フィルムメディカル株式会社  メリットメディカル・ ジャパン株式会社
12:00	



# 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10月12日（土） 8時～16時45分  
2024年10月13日（日） 8時15分～11時30分

### ●クローク

- 【場所】 2F  
【時間】 2024年10月12日（土） 8時～18時  
2024年10月13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。  
10月11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://jsge75.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について（共通）

事前申込制です。ご希望の方は、10月11日(金)12時までに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10月12日(土)12：00～12：50）

「潰瘍性大腸炎の Basic therapy」

「特徴から考える JAK 阻害薬の使いどころ」

#### ■ランチョンセミナー2（2024年10月13日(日)12：00～12：50）

「難治性潰瘍性大腸炎治療の新展開 ～Difficult-to-treat IBD を考察する～」

## 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】 10月12日（土） 8：00～17：50

10月13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承諾を得た上で、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（通常のモニター端子）が装備されているものに限りです。  
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

10月12日（土）12：00～13：00 合同評議員会 第1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75回日本消化器病学会甲信越支部例会・  
第97回日本消化器内視鏡学会甲信越支部例会  
事務局

諏訪赤十字病院 望月 亜紀（総務課）  
〒392-8510 長野県諏訪市湖岸通り5-11-50  
TEL：0266-52-6111 / FAX：0266-57-6036

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。



日本消化器病学会

ログアウト メニュー

基本 履歴 資格 単位

年会費(一般会員)

次回請求日: 2023/04/01  
次回請求予定額: ¥15,000  
③ 次回請求予定額は変更される場合があります。

トウロク タロウ  
登録 太郎

会員番号  
99999

会員歴  
4年

年齢  
33歳

- 2-2. メニューより、「参加登録」を押します。



日本消化器病学会

ログアウト メニュー

機関誌  
機関誌閲覧 >

参加登録・単位  
参加登録 >  
単位確認 >  
E-Learning >

年会費支払い方法変更  
クレジットカード・払込取扱票・銀行振込等 >  
口座引落申込 >

その他  
J-OSLER-C専攻医新規登録 >  
お知らせ >  
お問い合わせ >  
操作マニュアルダウンロード >

設定  
会員情報編集 >  
パスワード設定 >

一般会員 在籍 男性 関東

## 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

ログアウト メニュー

### 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

ログアウト メニュー

### 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). At the top left is the JGES logo and name in Japanese and English. At the top right is a search bar and language options for English and Japanese. A navigation menu includes links for TOP, Society Overview, Specialist System, Screening Certified Doctor System, Academic Meetings/Seminars, Journals, Member Information, Various Procedures, and Notices. The main content area is titled '出席登録' (Attendance Registration) and includes instructions for registration, a note about the JDDW system, and a sidebar for '会員ログイン' (Member Login) with fields for User Number and Password.

一般社団法人  
JGES  
日本消化器内視鏡学会  
Japan Gastroenterological Endoscopy Society

Search... 検索

English 市民のみなさま

医療関係のみなさま

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 お知らせ

TOP > 医療関係のみなさま > 専門医制度 > 出席登録

## 出席登録

### 出席登録はこちら

学会活動(出席)登録

注1) 出席番号の入力誤りが多くなっておりますので、お間違いがないよう十分に注意してください。

注2) 不正に登録された事実が発覚した場合は、本学会の規則・規程に則って、厳正なる処分を行います。

### JDDWの出席登録について

下記大会No. (10桁) の後に参加登録証の左上のNo. (6桁) を入れた16桁の番号をご登録下さい。

### 会員ログイン

※アクセス集中時はログインに時間がかかる場合がございます。

会員番号 (半角英数字)  
UserNumber

パスワード (半角英数字6~20文字)  
Password

ログイン

→ 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

→ パスワード新規発行

## 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。

**10月12日、13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97回 甲信越支部例会 JEDデータ受領/相談ブース

**設置日：10月12日（土）、13日（日）**

**設置時間：9時～セッション終了時刻前後（未定）**

**※13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 10月12日(土)

消化器内視鏡学会甲信越支部 研修医・専攻医セッション

一般演題

合同シンポジウム

第52回日本消化器病学会甲信越支部 教育講演会

合同ワークショップ2

ランチョンセミナー1

## 第2日目 10月13日(日)

第27回日本消化器病学会甲信越支部 専門医セミナー

一般演題

合同ワークショップ1

ランチョンセミナー2

---



10月12日 (土)

第1会場 (3F グランデ)

内視鏡学会 研修医・専攻医セッション1 9:00~9:48

座長：徳竹 康二郎 (長野赤十字病院 消化器内科)

PL1-1- 内 - 専 金属アレルギーにより再燃を繰り返したと思われる好酸球性食道炎の一例

下越病院 木村 和義

PL1-2- 内 - 専 胃内に逸脱した食道ステントを、追加留置した食道ステントの内腔を通過させることによって回収できた進行食道癌の1例

長野中央病院 中森 亮介

PL1-3- 内 - 専 内視鏡的に組織像が推測可能であった食道胃接合部 MiNEN の1例

長岡赤十字病院 消化器内科 宮下 翔

PL1-4- 内 - 研 表層に過形成性変化を伴った胃底腺型胃癌の1例

市立甲府病院 消化器内科 上瀧 恵介

PL1-5- 内 - 専 幽門狭窄を伴う linitis plastica 型に類似した形態をとった胃幽門部高分化型腺癌に対して EUS-FNA が診断に有用であった1例

糸魚川総合病院 消化器内科 畝 好弘

PL1-6- 内 - 研 初見での診断は困難であった胃粘膜下腫瘍様病変の1例

山梨大学 消化器内科 上田 茜

内視鏡学会 研修医・専攻医セッション2 9:51~10:31

座長：小林 祥司 (山梨大学 消化器内科)

PL2-1- 内 - 研 繰り返す前庭部潰瘍及び幽門狭窄に対して一時的な十二指腸ステント留置を施行した1例

長野赤十字病院 臨床研修センター 後藤 宏太

PL2-2- 内 - 専 切除胃に発生した胃石に対して内視鏡的コーラ局注療法及び破碎術で完全除去が得られた一例

信州上田医療センター 消化器内科 木村 颯汰

PL2-3- 内 - 専 術前診断が困難であったメッケル憩室癌の一例

国立病院機構 まつもと医療センター 消化器内科 岡 優祐

PL2-4- 内 - 研 粘膜下腫瘍様形態を呈した大腸粘液癌に EMR with an OTSC (EMR-O) を施行した一例

長岡赤十字病院 消化器内科 関根 大真

PL2-5- 内 - 専 特徴的な超音波像を呈した胆管癌肉腫の一例

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 江郷 晶

**食道・胃 10:34~11:14**

座長：伊東 哲宏（松本市立病院 消化器内科）

- 
- 1- 消 - 研      食道閉塞を伴う食道 NEC に対して、放射線化学療法が奏功した 1 例  
山梨県立中央病院 矢嶋 高
- 
- 2- 内            Barrett 食道腺癌の一例  
相澤病院 消化器内科 今井 淳葵
- 
- 3- 内            胃型腺腫の一例  
丸子中央病院 樋口 雅隆
- 
- 4- 内            Ball valve 症候群を呈した一般型腺窩上皮型胃癌の一例  
長野市民病院 小澤 由季
- 
- 5- 消 - 研      胃癌術後11年後に肺転移・14年後に皮膚転移を呈した 1 例  
山梨県立中央病院 消化器内科 赤岡 大地
- 

**胃・大腸 11:17~11:49**

座長：浅川 幸子（山梨県立中央病院 消化器内科）

- 
- 6- 消 - 研      オーバーナイト法が困難なため BRTO 変法（CARTO- II）にて治療した  
胃静脈瘤破裂の一例  
新潟市民病院 消化器内科 須田 悠太
- 
- 7- 消 - 専      ステロイド依存性の好酸球性胃腸炎に対してブデソニドの投与が有効であっ  
た一例  
信州大学 消化器内科 佐藤 貴一
- 
- 8- 消 - 専      好酸球性胃腸炎の経過中に発症した潰瘍性大腸炎の 1 例  
山梨大附属病院 消化器内科 土屋 理沙
- 
- 9- 内            内視鏡的バルーン拡張術で改善が得られなかった S 状結腸癌術後吻合部狭窄  
の一例  
新潟市民病院 消化器外科 延廣 征典
-



合同シンポジウム 13:10~14:40

「先生！急性腹症がきます！画像診断に基づく治療戦略」

指定演題発表 13:10~13:40

司会：沖山 葉子（丸子中央病院 内科）

岡 宏充（長岡中央総合病院 消化器内科）

---

S-1- 内 腸重積の現状

山梨県立中央病院 消化器内科 浅川 幸子

---

S-2- 消 胆膵領域における急性腹症

山梨大学医学部附属病院 消化器内科 橋本 優美

---

特別講演 13:40~14:40

司会：北原 弘恵（昭和伊南総合病院 外科）

---

急性腹症のCT画像診断

新潟大学医学部 放射線医学教室 佐藤 辰彦

---

10月12日 (土)

第2会場 (3F グランデ)

英語セッション、肝 9:00~9:32

座長：城下 智 (国保依田窪病院)

E-1- 消	Effectiveness of thrombopoietin receptor agonists in Chronic Liver Disease Patients Undergoing Invasive Procedures 信州大学 消化器内科 山下 裕騎
10- 消	自験例から考察した HBV de novo 再活性化診療のピットフォール 新潟大学 大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 木村 究
11- 消	新型コロナウイルスワクチンにより B 型肝炎ウイルス再活性化を来し急性肝不全に至ったと考えられた 1 症例 相澤病院 消化器内科 松崎 豊
12- 消 - 研	転機異なる重症アルコール性肝炎の 2 例 山梨大学医学部 消化器内科 奥脇 季子

肝・腹膜 9:35~10:15

座長：若林 俊一 (信州大学 消化器内科)

13- 消 - 研	画像的な診断が困難であった肝細胞癌臍転移の 1 例 長岡赤十字病院 消化器内科 浅輪 直人
14- 消 - 専	画像診断に苦慮した HNF-1 $\alpha$ 不活性型肝細胞腺腫の 1 例 済生会新潟病院 消化器内科 佐藤 遼
15- 消 - 研	穿刺ドレナージによって診断に至ったアメーバ肝膿瘍・肺膿瘍の一例 村上総合病院 尾崎 真友
16- 消 - 専	腹水 ADA の高値を根拠に抗結核薬による診断的治療が奏功した結核性腹膜炎の一例 長野市民病院 消化器内科 木内 怜平
17- 消	癌性腹膜炎が疑われたが結核性腹膜炎の診断に至った一例 峡南医療センター富士川病院 松田 秀哉

## 合同ワークショップ2

### 「長期臨床経過を見据えた消化器疾患の治療・管理における工夫と課題」

10:18~11:54

司会：北原 桂（安曇野赤十字病院病院 消化器内科）

深澤 光晴（JCHO 山梨病院 消化器内科）

W2-1- 内	当院における食道癌放射線治療後再発に対する光線力学療法 of 検討 新潟大学 大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野 中島 尚
W2-2- 内	腸型胃腺腫の癌化例に対する扱い 山梨県厚生連健康管理センター 内科 大高 雅彦
W2-3- 消	炎症性腸疾患診療におけるバイオマーカー血清ロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコブ ロテインと病理組織学的評価法 Geboes score の有用性 昭和伊南総合病院 消化器内科 栃尾 菜実子
W2-4- 消	1 型自己免疫性膵炎における悪性腫瘍発生率とリスク因子の検討 信州大学 消化器内科 米倉 千奈津
W2-5- 消	自己免疫性膵炎のステロイド治療導入後再燃例における臨床経過の検証 新潟大学医歯学総合病院 消化器内科 田中 裕登
W2-6- 消	腫瘍を伴わない膵管異常に対する長期臨床経過を見据えた課題 山梨大学医学部附属病院 消化器内科 川上 智
W2-7- 消	消化酵素投与による膵頭十二指腸切除後の脂肪性肝疾患の抑制について 信州大学医学部 外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野 北川 敬之
W2-8- 消	がんゲノム医療拠点病院としての消化器癌の管理、CGP 推進の工夫 山梨県立中央病院 消化器内科 小嶋 裕一郎

## ランチョンセミナー1 12:00~12:50

座長：原 悦雄（長野市民病院 消化器内科）

### 潰瘍性大腸炎の Basic therapy

信州大学医学部 内科学第二教室 平山 敦大

### 特徴から考える JAK 阻害薬の使いどころ

順天堂大学医学部 消化器内科 澁谷 智義

10月13日 (日)

第1会場 (3F グランデ)

第27回日本消化器病学会甲信越支部 専門医セミナー 9:00~9:50

テーマ: 肝胆膵

司会: 小口 貴也 (諏訪赤十字病院 消化器内科)

症例提示: 横山 岳 (諏訪赤十字病院 消化器内科)

ディスカッサー: 川上 智 (山梨大学 消化器内科)

田中 友之 (長野赤十字病院 消化器内科)

中島 尚 (新潟大学 消化器内科)

胆・膵1 9:53~10:41

座長: 倉石 康弘 (信州大学 消化器内科)

18- 消 - 研 診断までの長期経過を遡ることができた膵癌の1例

山梨大学医学部 消化器内科 深澤 虎太郎

19- 消 1型自己免疫性膵炎のステロイド維持療法中に出現した浸潤性膵管癌の一例

JA 長野厚生連 佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科 坂田 正悟

20- 消 当院における BRCA1/2 遺伝子陽性膵癌に対する治療

新潟県立がんセンター新潟病院 消化器内科 塩路 和彦

21- 消 - 研 悪性大静脈症候群による下腿浮腫に対して下大静脈ステント留置術が奏功した胆嚢癌の一例

長岡中央総合病院 臨床研修医 大島 ゆり

22- 消 GCD 療法が著効した皮膚転移合併遠位胆管癌の一例

新潟県立新発田病院 内科 小山 究太郎

23- 消 - 研 診断に苦慮した2型自己免疫性膵炎の一例

長岡赤十字病院 消化器内科 田邊 彩乃

胆・膵2 10:44~11:24

座長：門倉 信（市立甲府病院 消化器内科）

- 
- 24- 消 - 専 EVANS 症候群を合併した IgG4 関連疾患の 1 例  
長野県立木曾病院 内科 百瀬 明里
- 
- 25- 内 高度の汎血球減少併存下に、膵管炎および胆管炎を合併したアルコール性慢性膵炎の 1 例  
信州大学 消化器内科 近藤 翔平
- 
- 26- 内 慢性膵炎に対して超音波内視鏡下膵管ドレナージ術（EUS-PDD）を施行した 2 例  
信州大学 消化器内科 今村 峻輔
- 
- 27- 消 微小開口部を有する十二指腸傍乳頭憩室で Lemmel 症候群をきたした 1 例  
柏崎総合医療センター 消化器内科 後藤 収
- 
- 28- 消 発症過程の膵形態的变化および血糖変化を観察し得た劇症 1 型糖尿病の 1 例  
松本市立病院 消化器内科 伊東 哲宏
- 

胆・膵3 11:27~12:07

座長：佐藤 聡史（済生会新潟病院 消化器内科）

- 
- 29- 消 - 専 遺残膵内胆管内に形成された脂肪酸カルシウム結石による胆石性膵炎の 1 例  
JA 長野厚生連 南長野医療センター篠ノ井総合病院 竹本 正人
- 
- 30- 内 胆管プラスチックステントの先端が門脈内へ誤挿入されたが内視鏡的に抜去し保存的に治療しえた 1 例  
新潟市民病院 消化器内科 河久 順志
- 
- 31- 消 - 専 胆道感染症における胆汁細菌学的検査  
市立甲府病院 消化器内科 谷本 裕太
- 
- 32- 消 - 研 自然軽快した好酸球性胆管炎の 2 例  
社会医療法人財団慈泉会相澤病院 佐藤 文音
- 
- 33- 消 - 研 アミオダロン内服による肝障害を背景にした急性胆管炎の症例  
安曇野赤十字病院 消化器内科 上谷 常晃
-

10月13日 (日)

第2会場 (3F グランデ)

小腸 9:15~10:03

座長：松村 真生子 (長野中央病院 消化器内科)

- 
- 34- 消 小腸イレウスで発症した原発性小腸癌の一例  
安曇野赤十字病院 須藤 貴森
- 
- 35- 消 ホルモン療法中に異時性回腸子宮内膜症を発症し、腸閉塞を来した一例  
新潟市民病院 消化器内科 渡邊 浩太郎
- 
- 36- 内 腸閉塞を来し回盲部切除術を施行した回盲部子宮内膜症の一例  
新潟県立中央病院 消化器内科 武田 信峻
- 
- 37- 消 - 研 Crohn 病との鑑別が困難であった、植物穿通による炎症性小腸狭窄の1例  
長野赤十字病院 消化器内科 堺 将弘
- 
- 38- 消 - 研 保存的治療により難治性腹水をコントロールし得た腸リンパ管拡張症  
信州大学 消化器内科 後町 基治
- 
- 39- 消 - 研 慢性および高度貧血を呈した成人小腸リンパ管腫の1例  
済生会新潟病院 中島 史織
-

## 合同ワークショップ1

「若手医師への内視鏡操作技術の指導における工夫と課題」10:08~11:50

司会：水野 研一（新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部）

菅 智明（諏訪赤十字病院 消化器内科）

基調発表	内視鏡の動きを客観的な言葉で解説し、正確な言葉で教える 諏訪赤十字病院 消化器内科 菅 智明
W1-1- 消	当院の消化器内科専攻医プログラムにおける内視鏡教育 新潟市民病院 消化器内科 佐藤 宗広
W1-2- 消	働き方改革を見据えた若手医師への内視鏡教育の工夫 山梨大学 医学部 消化器内科 吉田 貴史
W1-3- 内	ルチーン検査手技における標準的な指導方法についての検討 JCHO 山梨病院 消化器内科 小澤 俊一郎
W1-4- 内	内視鏡を水平に保持することによりC字曲線を形成して内視鏡を操作する 南長野医療センター篠ノ井総合病院 三枝 久能
W1-5- 内	専攻医の上部消化管内視鏡研修における生検施行と癌診断に関する検討 下越病院 消化器内科 原田 学
W1-6- 消	当院における若手医師に対する胃 ESD の現状と課題 長岡中央総合病院 消化器内科 中野 応央樹
W1-7- 消	当院における内視鏡教育の実際と今後の展望—G-Master の使用経験をふまえて— 信州大学 消化器内科 岡村 卓磨
W1-8- 内	佐久医療センターにおける胆膵超音波内視鏡教育の現状と課題 佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科 西山 秀

## ランチオンセミナー2 12:00~12:50

座長：長屋 匡信（信州大学医学部附属病院 内視鏡センター）

「難治性潰瘍性大腸炎治療の新展開～Difficult-to-treat IBD を考察する～」

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 中村 正直





消化器病学会キャリア支援委員会・消化器内視鏡学会女性内視鏡医の会企画

## 合同シンポジウム

「先生！急性腹症がきます！画像診断に基づく治療戦略」

2024（令和6）年10月12日（土）

13：10～14：40



## 合同シンポジウム

「先生！急性腹症がきます！画像診断に基づく治療戦略」

指定演題発表 13:10~13:40

司会：沖山 葉子 先生

(丸子中央病院 内科)

岡 宏充 先生

(長岡中央総合病院 消化器内科)

腸重積の現状

山梨県立中央病院 消化器内科

浅川 幸子 先生

胆膵領域における急性腹症

山梨大学医学部附属病院 消化器内科

橋本 優美 先生

特別講演 13:40~14:40

司会：北原 弘恵 先生

(昭和伊南総合病院 外科)

急性腹症のCT画像診断

新潟大学医学部 放射線医学教室

佐藤 辰彦 先生

## S-1 腸重積の現状

内

浅川 幸子<sup>1</sup>、小嶋 裕一郎<sup>1</sup>、渡邊 英樹<sup>2</sup>、古屋 一茂<sup>2</sup>、羽田 真朗<sup>2</sup>、田尻 亮輔<sup>3</sup>、  
小山 敏雄<sup>3</sup>、斉藤 彰俊<sup>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 外科、<sup>3</sup>山梨県立中央病院 病理診断科、<sup>4</sup>山梨県立中央病院 放射線診断科

急性腹症は、急激に激しい腹痛で、緊急手術を必要とする可能性が高い疾患の総称である。原因には、胃、小腸、大腸、肝胆膵、腎臓、血管、子宮、卵巣に由来する疾患や、食道や肺、心臓などの胸部疾患、自己免疫性疾患などの全身性の疾患がある。発症が疑われた場合は速やかに血液検査や画像検査などを行い、原因となる病気の特定が必要である。原因の一つに腸重積があるが、乳幼児に比較的多く、成人では稀である。成人の場合は小腸ポリープ、悪性リンパ腫、メッケル憩室など器質的疾患に起因する続発性が多いなどの特徴が挙げられている。今回われわれは腸重積症の症例について検討した。2019年4月から2024年7月までに当院を受診した急性腹症は351例（救急科39例、小児科34例、呼吸器科10例、循環器科13例、内分泌・膠原病科12例、消化器内科・外科145例、腎臓・泌尿器科14例、産科・婦人科47例、他科37例）であった。その内、腸重積は35例であり、成人腸重積症例は14例（3.9%）であった。成人腸重積の治療は、絞扼性イレウスなどを伴う場合には緊急手術の適応となるが、緊急性がない場合は、原因が腫瘍性病変の可能性を考慮し、消化管造影検査（注腸造影）や内視鏡検査で非観血的整復を試み、重積先進部の質的診断をするべきとの意見がある。当院で経験した数例を当日供覧する。

## S-2 胆膵領域における急性腹症

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

<sup>1</sup>山梨大学医学部附属病院 消化器内科

【はじめに】胆膵領域における急性腹症の鑑別は総胆管結石、急性膵炎などの良性疾患から、膵癌、胆道癌などの悪性疾患まで多岐にわたる。診断に際しては疼痛の性状、随伴所見に留意し、疾患の原因となる臓器の同定が重要となる。本領域における急性腹症診断の一助となることを目的に、鑑別として教育的と思われる胆道・膵疾患の各1例ずつ提示を行う。

【症例1】70歳代男性、3年前から右背部から右季肋部にかけて発作的な疼痛を認め、緩徐に増悪傾向であった。来院時 vital signs に異常なく、血液検査では  $\gamma$ -GTP 63U/L、CEA 1.9ng/ml、CA19-9 10.0U/ml、IgG4 26mg/dL であった。造影 CT 検査では、肝門部領域から遠位胆管にかけて、漸増性の造影効果を伴う15mm大の壁肥厚を認めた。MRI 拡散強調像は同部位で高信号を呈し、MRCP では総胆管中央部にわずかな狭窄を認めた。EUS では遺残胆嚢管から遠位側、膵実質上縁にかけて胆管壁外に広がる境界明瞭、輪郭整な低エコー腫瘤を認めた。ERCP による胆管造影では、明らかな壁の不整や狭窄はなく、IDUS では総胆管から前後区までの半周性の均一な壁肥厚を認めた。胆汁細胞診は Class II であった。上記所見より病理学的診断目的に EUS-TA を行う方針とした。

【症例2】70歳代女性、突然発症の腹痛を主訴に受診し、血液検査で Amy、Lipase の上昇を認めた。造影 CT 検査で Grade2 相当の炎症波及を認め、重症急性膵炎の診断となった。飲酒歴、内服歴、膵炎家族歴は認めなかった。保存的加療で改善を認めた。フォローアップの造影 CT 検査で膵尾部主膵管の拡張を認めたが、腫瘤性病変は明らかでなかった。MRI、EUS 検査でも同様であった。特発性膵炎として経過観察されていた。膵炎発症より1年後のフォローアップの MRI 検査で膵尾部に認めていた嚢胞が23mm に増大していた。血液検査は CEA 2.7ng/mL、CA19-9 30.3U/mL、IgG4 55mg/dL であった。嚢胞精査ののち、特発性と思われていた膵炎の原因を究明することができた。

【結語】胆膵領域における急性腹症の診断を正確に行うには臨床所見・画像診断に加え、精密な組織採取が必要とされる。疾患を熟知し、正確な検査を遂行することが極めて重要である。

特別講演

司会：北原 弘恵 先生

## 急性腹症の CT 画像診断

新潟大学医学部 放射線医学教室 助教

佐藤 辰彦 先生

急性腹症とは、「急性腹症診療ガイドライン2015」によれば、発症1週間以内の急性発症で、手術などの迅速な対応が必要な腹部（胸部等も含む）疾患である、とされている。緊急の病態に対し、迅速で正確な診断とそれに基づく適切な治療が望まれる。画像診断はその上で非常に重要な役割を果たしている。

急性腹症に用いられる画像診断には、単純X線検査、超音波検査、CT、MRI などがあり、それぞれの疾患に対する有用性や限界を熟知した上で、適切な検査法を選択し、正しく画像を評価する必要がある。なかでもCTは有用性が高く、MDCTが普及した現在では、検査時間の短さや、客観的で情報量が多い点などから、急性腹症の診断に広く用いられている。

本講演では、急性腹症における画像診断の役割と画像検査の選択について解説し、続いて臓器ごとのCT画像診断について common disease を中心に取り上げることとした。急性腹症の原因疾患は多岐に渡るため、「肝胆膵脾」「消化管」「泌尿器科領域」「産婦人科領域」「血管系」「その他」の6つに大別して整理している。また、CT画像診断における Tips や Pitfall なども随所で取り上げて紹介したい。明日からの臨床の現場で役立つような内容となれば幸いと思われる。

氏名 佐藤 辰彦 (さとう たつひこ)

**出身**

宮城県仙台市

**学歴・職歴**

平成21年 新潟大学医学部医学科卒業

平成21年 長岡赤十字病院にて初期臨床研修

平成23年 新潟大学医学部放射線医学教室入局

以後、新潟県立がんセンター、新潟県立新発田病院、  
長岡赤十字病院など関連病院勤務

平成29年 新潟大学大学院医歯学総合研究科入学

(研究分野は静脈血栓塞栓症のCT画像診断)

平成30年 RSNA (北米放射線学会) にて研究発表、令和3年に学位取得

現在、新潟大学医学部放射線医学教室の助教として勤務中



**専門医・所属学会**

放射線診断専門医、IVR 専門医、リザーバー&ポート研究会





# 合同ワークショップ 1

若手医師への内視鏡操作技術の指導における工夫と課題

2024（令和6）年10月13日（日）

10：08～11：50



「若手医師への内視鏡操作技術の指導における工夫と課題」

司会：水野 研一（新潟大学医歯学総合病院 光学医療診療部）  
 菅 智明（諏訪赤十字病院 消化器内科）

W1-1	当院の消化器内科専攻医プログラムにおける内視鏡教育
消	佐藤 宗広 <sup>1</sup> 、河久 順志 <sup>1</sup> 、田覚 健一 <sup>1</sup> 、森下 健 <sup>1</sup> 、渡邊 浩太郎 <sup>1</sup> 、大脇 崇史 <sup>1</sup> 、 大崎 暁彦 <sup>1</sup> 、和栗 暢生 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 新潟市民病院 消化器内科

現在、内視鏡は消化器病学において重要かつ多様化しており、若手医師にとって魅力であると同時に様々な知識や技術が必要となる。内視鏡医の育成は消化器医にとって必要不可欠である。当院の消化器内科専門研修プログラム（専攻医）は一般枠として3年コースがあり、2年は当院で、1年は連携施設病院で研修するプログラムとなっている。また大学病院の消化器内科専門研修プログラムとも連携しており、1もしくは2年研修するプログラムとなっている。この短い期間で全ての手技を取得するのは困難であるが、可能な限り多くの内視鏡を経験するようにしている。当院で研修する専攻医2年間の内視鏡教育について報告する。当院で2年初期研修した後に消化器内科研修する専攻医は、医師2年目の最後1から2ヶ月ほど消化器内科で学び、この時にEGDやCSを経験する。CSはまず除去時の観察を行い、内視鏡操作に慣れてくれば術後や前回挿入に問題なかった症例を最初から研修医が挿入するようにしている。この期間集中的に行うことによって内視鏡技術が上達し、専攻医1年目から自立してEGDやCSが可能となることが多いが、挿入困難や診断に悩む症例があればいつでも指導医に聞ける環境となっている。またERCPは最初介助者として入り、EGDやCSを経験してから指導医の判断によりERCPの内視鏡挿入を考慮する。まずは主乳頭処置後の胆管挿管を経験させ、ERCPの基本的な十二指腸主乳頭までの挿入や主乳頭処置後の胆管挿管が可能となれば、次に主乳頭末処置の胆管挿管へステップアップする。このような経験を積んでから緊急止血処置やEVL、ESD、小腸内視鏡検査や消化管ステントなど多様化している内視鏡を指導医の判断により適宜行うようにしている。専攻医が多くの経験を積むことで上達でき意欲が湧いてくることで、当院の初期研修医にも良い影響を与え、消化器内科勧誘への道も開けてくる。できるだけ多く経験し、上達するために指導医が適切な症例を選ぶことや、専攻医と指導医の間に垣根のないコミュニケーションができる環境を作ることも大切である。

W1-2	働き方改革を見据えた若手医師への内視鏡教育の工夫
消	吉田 貴史 <sup>1</sup> 、石田 剛士 <sup>1</sup> 、久野 徹 <sup>1</sup> 、小林 祥司 <sup>1</sup> 、高野 伸一 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 山梨大学 医学部 消化器内科

若手医師への内視鏡教育に関して、当科では各指導医が若手医師に対して検査毎にマンツーマンで指導していく体制である。指導方法に関しては指導医毎に様々であり、統一した指導体制ではないのが現状である。また、マンツーマン指導では指導医、若手医師双方の時間と労力が必要となり、働き方改革で目指すべき労働時間の短縮と相反する側面がある。ある程度統一した指導体制と指導時間の短縮を目指して、大圃流エンドサロン（以下エンドサロン）を活用している。エンドサロンはNTT東日本関東病院の大圃研先生が提供しているオンラインサロンであり、ESDや大腸挿入などの動画がアーカイブ化されており、誰でも無料で閲覧可能となっている。最初に活用したのはESD動画であり、実際に治療する病変の動画を事前に学習することでストラテジーや困難部位の想定などをイメージさせることが可能であった。治療動画には指導医自身が行っているもののほか、若手医師に指導しているものもあり、指導医の指導方法を学ぶという点でも活用させて頂いている。最近では大腸挿入動画を活用し、若手医師にまずは解説動画を閲覧するよう促し、その上で実際の検査を見学しながら、エンドサロンと同様に挿入法の指導を行うことを心掛けている。エンドサロンはオンデマンド視聴可能であり、指導医と若手医師の時間調整する必要もなく、若手医師にとっては時間や場所を問わずに自己研鑽することが可能である。指導医にとってもエンドサロンを活用することで、指導時間を効率化することができ、労働時間短縮につながっており、働き方改革に即した指導方法であると実感している。エンドサロンに指導医として参加している大森赤十字病院の千葉秀幸先生には、山梨県で行われたESDハンズオンセミナーの特別講師を依頼し、直接指導頂く機会を設けることで、更なる若手医師の内視鏡技術取得にも努めている。マンツーマンでなければ伝えられない部分は大切にしつつ、オンデマンドでの自己研鑽をうまく活用することで、労働時間を増やさず、効率的に若手医師の内視鏡教育を行っていくことが重要と感じている。

## W1-3 ルチーン検査手技における標準的な指導方法についての検討

内

小澤 俊一郎<sup>1</sup>、平澤 俊明<sup>2</sup>、深澤 光晴<sup>1</sup>、佐藤 公<sup>1</sup>

<sup>1</sup>JCHO 山梨病院・消化器内科、<sup>2</sup>がん研究会有明病院 上部消化管内科

ESD などの高難易度手技を学習するためのツールは教科書やライブデモンストレーション、Web 動画コンテンツなど多数存在する。高難易度手技は成功、不成功があるため自身の行っている技術が正解なのかわかりやすい。これらの高難易度手技の基礎はルチーンの検査の技術の積み重ねであるが、基礎について学習するツールは高難易度手技にくらべると少なく初学者も興味を持ちにくい。内視鏡の挿入ができるようになったあとに最も大事な手技はルチーンワークである観察、撮影、組織採取である。大学病院のように指導が統一されている施設では個人間でルチーンワークにばらつきは少ない。一方で当院のような一般病院は研修過程が異なる医師が混在している。指導医が複数存在する場合は指導医ごとに異なった説明がなされ混乱をまねき、指導医がひとりである場合は指導された方法が正しいと信じざるを得ない。指導医としては指導するルチーン検査手技の内容が標準的なのか、エビデンスがあるのか常に念頭におく必要があるが高難易度手技と比較し自己評価は容易ではない。内視鏡標準手技についてアンケート形式にて集計を行った。本ワークショップにおいてその結果から課題を見出し地方一般病院からでも全国区で活躍できる内視鏡医を輩出できるような環境整備ができるよう当院における内視鏡ルチーンワークにおける指導体制を見直す。

## W1-4 内視鏡を水平に保持することによりC字曲線を形成して内視鏡を操作する

内

三枝 久能<sup>1</sup>、上條 優真<sup>1</sup>、竹本 正人<sup>1</sup>、横田 有紀子<sup>1</sup>、児玉 亮<sup>1</sup>

<sup>1</sup>南長野医療センター篠ノ井総合病院

現在消化器内視鏡機器は目覚ましく発展し、治療手技もより高度化しているが、その一方で内視鏡操作技術に関して議論される場面は多くない。

消化器内視鏡操作は(1) スコープの押し引き、(2) 上下左右4方向のアングル操作、(3) スコープ軸の回転操作の3つの要素を組み合わせて行われる。このうち、主として(1) スコープの押し引きは右手で、(2) 上下左右のアングル操作は左手で行う。

(3) スコープ軸の回転操作には右回転と左回転が存在し、右回転は左上肢の屈曲によりおよそ180°回転が可能だが、左回転は左上肢の伸展のみではおよそ90°までしか回転できない。このため90°以上の左回転を行うために各術者独自の工夫により様々な方法が行われており、嘗らはスコープにねじれを加えることで180°の左回転を行う Loop-forming method (LFM) を考案した。

従来、内視鏡操作部は左手でユニバーサルコードの外側から鉛直に保持し、体外のスコープ形状をL字にすることが基本とされていたが、今回われわれはスコープを術者に向けほぼ水平に保持し、C字曲線を形成する操作方法を提案する。この操作方法では90°以上の左回転をより直接的かつ容易に行うことができ、さらにユニバーサルコードの内側からスコープを保持することで180°を超える大きな回転角度を得ることもできる。またこの方法を応用して、ESD などの治療手技の際に右手でスコープを保持しながら同時にデバイス操作を右手で行うことも可能になる。

内視鏡操作技術向上は内視鏡診断・治療手技の向上に直結しており、成書に記載されることが多くなかった内視鏡操作技術の基本とあわせ、本法の利点を紹介する。

## W1-5 専攻医の上部消化管内視鏡研修における生検施行と癌診断に関する検討

内

原田 学<sup>1</sup>、山川 良一<sup>1</sup>、河内 邦裕<sup>1</sup>、入月 聡<sup>1</sup>、岩田 真弥<sup>1</sup>

<sup>1</sup>下越病院 消化器内科

【背景】当院の専攻医に対する上部消化管内視鏡（以下、EGD）研修では、専攻医の技量に応じて指導医と適宜交代し検査時間を段階的に増やしている。全症例の内視鏡画像をダブルチェックし、必要時にフィードバックを行っている。

【目的】専攻医のEGD研修において、適切に生検が施行され癌を発見することができるかを検討する。

【対象と方法】2018年以降に当院でEGD研修を行った専攻医4名を対象とし、生検施行率、癌の診断率、生検陽性率（癌症例数/生検症例数）を、専門医6名（2023年度の1年間）と比較検討した。

【結果】専攻医4名の研修期間は、3年間1名、2年間2名、1年間1名で、施行数（一次検診件数）はそれぞれ557例（313例）、217例（104例）、202例（102例）、64例（37例）で、平均年齢は67.1±13.2歳、69.8±11.4歳、69.3±12.5歳、69.2±13.9歳であった。生検が25例（4.5%）、11例（5.1%）、12例（5.9%）、1例（1.6%）で施行され、癌と診断されたのは、8例（1.4%：すべて有症状の保険診療）、4例（1.8%：すべて保険診療、うち3例は有症状）、0例（0%）、1例（1.6%：有症状の保険診療）であった。生検例の癌陽性率は32%（8/25）、36.4%（4/11）、0%（0/12）、100%（1/1）であった。専門医6名（2023年度）によりそれぞれ1,142例、780例、682例、616例、372例、409例のEGDが施行され、専門医全体で計4,201例（一次検診2,034例）が施行された。生検は計249例（5.9%）で施行され、58例（1.4%）が癌と診断された。癌と診断された58例中51例は保険診療（19例は有症状）で、7例が一次検診でEGDが施行された。生検例の癌陽性率は23.3%（58/249）であった。専攻医全体では計1,040例（一次検診556例）が施行され、生検は49例（4.7%）で施行され、13例（1.3%）が癌と診断された。癌と診断された13例中12例は保険診療（うち11例は有症状）でEGDが施行され、一次検診による癌診断例は認められなかった。生検例の癌陽性率は26.5%（13/49）であった。専攻医と専門医の比較では、生検率、癌の診断率、生検陽性率に有意差は認められなかった。

【結論】EGD研修で専攻医は適切に生検を施行し癌を診断できていた可能性が示唆された。一方で、専攻医の癌診断は有症状の保険診療症例が多く、検診等で見落としのない検査が施行できているかなどさらなる検討が必要と考えられた。

## W1-6 当院における若手医師に対する胃ESDの現状と課題

消

中野 応央樹<sup>1</sup>、堀江 篤<sup>1</sup>、佐藤 千紘<sup>1</sup>、永山 逸夫<sup>1</sup>、丹羽 佑輔<sup>1</sup>、松井 徹<sup>1</sup>、  
岡 宏充<sup>1</sup>、本田 穰<sup>1</sup>、小林 由夏<sup>1,2</sup>、高村 昌昭<sup>1</sup>

<sup>1</sup>長岡中央総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>長岡中央総合病院 腫瘍内科

【はじめに】ESDは早期胃がんに対する標準治療として有用性が確立した手技であるが、安全かつ正確な技術を体得するには経験と時間を要し、若手の主体的研鑽とともに指導する側の工夫、配慮も必要である。

【対象・方法】当院は初期研修2年を終了し消化器内科専攻医となると、3年目は引き続き当院で活動し例年1-2名が在籍する。胃ESDはコロナ禍で減少をみたものの年間約200例が施行され、3年目は約30例を主実施医として経験する。2021年度から卒後3-4年目と2年間連続して在籍するシステム変更があり、この間の学年の異なる2名の胃ESD実績について検討した。

【結果】若手はESD前段階として、日常診療から内視鏡の操作と所見の読影、実践的にESDの介助を学ぶ。指導医のESDのマーキングや局注を実際に施行しトレーニングし、完全監督下でのESDを行っている。専攻医Aは3年目に25病変、4年目に39病変を施行し、専攻医Bは3年目に34病変、4年目に32病変を施行した。3年目は前庭部病変がA：18病変（72%）、B：24病変（71%）と前庭部病変が多く占めたが、4年目ではA：20病変（51%）、B：10病変（31%）と前庭部病変の割合が低下した。手代わりなく完遂できたのは、3年目はA：14病変（56%）、B：7病変（20%）であったが、4年目になるとA：30病変（77%）で、B：17病変（53%）と前庭部病変の割合が低下しているものの、完遂率は上昇していた。A、B合わせた術中穿孔、後出血はいずれも全体で3病変（2.3%）、後穿孔は1病変であった。HM1、VMXがそれぞれ1病変ずつあったが、いずれもSM>1000μmであった。前庭部病変に限ると、3年目から4年目で施行時間は約88±34分から約67±30分に短縮していた。

【考察】当院は積極的に若手に主実施医として前庭部病変を主体にESDを行わせることで、着実に技術が向上していると考えられた。時間や症例数を重ねなければ上達を得られない一方で、働き方改革で指導時間の制約が生じているのが現状である。指導医による効率的な指導法や難症例への踏み出しの見極め等、他施設の取り組みも踏まえ検討を行いたい。

W1-7	<b>当院における内視鏡教育の実際と今後の展望        –G-Master の使用経験をふまえて–</b>
消	岡村 卓磨 <sup>1</sup> 、岩谷 勇吾 <sup>1</sup> 、池内 浩志 <sup>1</sup> 、土屋 智章 <sup>1</sup> 、中嶋 太郎 <sup>1</sup> 、馬場 幸恵 <sup>1</sup> 、 澤口 洋視 <sup>1</sup> 、加古 里子 <sup>1</sup> 、平山 敦大 <sup>1</sup> 、長屋 匡信 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 信州大学 医学部 消化器内科

【背景】内視鏡操作技術の習得には体系的トレーニングと症例の経験が必要であるが、その指導方法は各施設に委ねられている。また、内視鏡の粘膜下層剥離術（ESD）は高度な技術と知識を要するため、効果的な ESD トレーニング方法の構築が必要である。

【方法】当院は大学病院として前期・後期研修医をはじめとした若手医師に対する内視鏡教育を行っており、当科の内視鏡指導法を紹介する。また、2022年度より ESD トレーニングモデルである G-Master を導入した。今回、若手医師、指導医に対して G-Master に関するアンケート調査を行い、その有用性と今後の展望を検討した。

【結果】当科の内視鏡指導法は、段階的教育法を基本としている。まず上部消化管内視鏡検査（EGD）トレーニングモデルを用いて内視鏡基本操作を習得する。その後指導医の監視下に、鎮静下 EGD、非鎮静下 EGD へと段階的に実臨床の検査を進めていく。次段階へ進むためには指導医の評価を受ける必要がある。個々の手技の到達度に合わせ、下部消化管内視鏡検査、内視鏡治療へと手技を拡大していくが、内視鏡の軸回転技術トレーニングモデルや G-Master を指導医と修練することでより高度な技術の習得を目指している。G-Master のアンケートは、ESD 指導における有用性、実症例の再現性、他施設への推奨度などを 5 段階評価で行った。若手医師、指導医ほぼ全員から「粘膜切開・剥離の再現性が高く、ESD の流れを体験することができる」ため、「ESD 指導に有用」との高い評価を得た。一方、数名より出血や呼吸性変動、空気量の調整がない点は再現性に乏しいとの意見があった。今後に向けて、医療安全面から患者の不利益をなるべく避けるため、ESD 開始基準に G-Master 経験数を組み込むべきとの意見もみられた。

【結論】より安全・確実な内視鏡技術の習得、指導内容の均一化のため、トレーニングモデルを積極的に活用した指導法を行っている。さらにその有用性、活用法を定期的に見直すことで、より効果的な指導法の確立につながる可能性がある。

W1-8	<b>佐久医療センターにおける胆膵超音波内視鏡教育の現状と課題</b>
内	西山 秀 <sup>1</sup> 、比佐 岳史 <sup>1</sup> 、江郷 晶 <sup>1</sup> 、坂田 正梧 <sup>1</sup> 、工藤 彰治 <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

【はじめに】コンベックス走査式超音波内視鏡（EUS）は胆膵疾患の診断、治療に必要不可欠な手技であり、その基本は系統的描出である。一方で、習得には時間を要し、教育法は各施設様々である。今回、当院での胆膵 EUS 教育システムの特徴について報告する。

【当院での教育法】事前準備として、自分で腹部超音波検査（AUS）を行う。EUS は「超音波学」が基本であるという考えの下、AUS に重点を置いている。AUS で病変の位置、性状を確認することで、EUS でもスムーズに病変の認識、描出ができ解剖学的な理解も深まる。また、CT、MRI といった他のモダリティでも病変の位置、性状を確認し、EUS 像をイメージした上で検査を開始する。実際の手技では、胃内、十二指腸球部押し込み、十二指腸下行部引き抜きの 3 つのパートに分け、胃内からの観察がある程度安定した所で、十二指腸球部押し込み→十二指腸下行部引き抜きと上達に合わせて移行していく。研修生→指導医の順に検査を行うことで、研修生は指導医との相違（描出できなかったものが描出される、画像の質の違い）を認識することができる。また、指導の際の特徴としては、指導医の「言語化」が挙げられる。「言語化」することで、スコープの動きに客観性と再現性が加わり、次回以降の検査にも活かすことができる。

【課題】研修生→指導医の順に検査を行うため、患者一人当たりに要する時間が長い（ex. トレーニー25分+指導医10分）。画像として残すべき典型的な EUS 画像や評価項目を定めていないため、客観的な成長曲線が分かりづらく、独り立ちの基準が明確ではないなどの課題が挙げられる。

# 合同ワークショップ2

長期臨床経過を見据えた消化器疾患の治療・  
管理における工夫と課題

2024（令和6）年10月12日（土）

10：18～11：54





「長期臨床経過を見据えた消化器疾患の治療・管理における工夫と課題」

司会：北原 桂（安曇野赤十字病院病院 消化器内科）  
深澤 光晴（JCHO 山梨病院 消化器内科）

W2-1 当院における食道癌放射線治療後再発に対する光線力学療法の検討

内

中島 尚<sup>1</sup>、高橋 一也<sup>1</sup>、佐藤 裕樹<sup>1</sup>、水野 研一<sup>1</sup>、寺井 崇二<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野

【目的・方法】食道癌放射線治療（RT）後の経過観察において、リンパ節転移、遠隔転移の制御はもちろんのこと、局所再発のコントロールは良好な長期的予後を得るために非常に重要である。RT 後局所再発に対しては内視鏡的粘膜下層剥離術、外科手術、化学療法その他、光線力学療法（PDT）が重要な役割を担っている。PDT は2015年に本邦で保険収載されたが、現在は限られた施設のみで行われており、その認知度は決して高いとは言えない。2020年1月から2024年7月まで、当院で食道癌 RT 後局所再発において PDT を施行した5症例について、後方視的に検討を行った。

【結果】5症例に対して計10回の PDT を施行した。性別は男性5名、女性0名、PDT 初回施行時年齢の中央値 [範囲] は73 [66-81] 歳であった。RT 施行時の食道癌の深達度は粘膜下層深部浸潤3例、固有筋層1例、食道外膜1例であった。腫瘍の局在は胸部上部食道1例、胸部中部食道3例、胸部下部食道1例であった。RT から局所再発までの期間の中央値 [範囲] は2.5 [1-15] 年であり、初回 PDT 時の腫瘍長径の中央値 [範囲] は15 [10-20] mm であった。再発時の腫瘍の深達度は粘膜下層深部浸潤4例、固有筋層1例であった。PDT 施行回数数の中央値 [範囲] は2 [1-3] であり、照射量の中央値 [範囲] は200 [100-300] J であった。食道穿孔や狭窄などの重篤な合併症は認めなかった。転帰は完全寛解4例、原病死1例であった。

【結論】PDT により食道癌 RT 後局所再発に対して比較的良好なコントロールを得ることができた。PDT の選択肢を常に念頭に置いて食道癌の診療を行う必要がある。

W2-2 腸型胃腺腫の癌化例に対する扱い

内

大高 雅彦<sup>1</sup>、石田 泰章<sup>1</sup>、近藤 哲夫<sup>2</sup>  
<sup>1</sup>山梨県厚生連健康管理センター 内科、<sup>2</sup>山梨大学医学部人体病理学

【目的】腸型胃腺腫は時を経て癌化する場合がある。胃腺腫の治療に関してガイドラインはなく、胃腺腫と診断された時点で内視鏡切除を施行する施設はある。胃腺腫の癌化頻度は高いものではなく我々は経過観察の立場をとっている。今回、胃腺腫癌化例を臨床病理学的に調査し経過観察するうえでの課題を検討する。

【方法】2015~2022年度に自施設で上部消化管内視鏡検診を受けたのべ212,766人を対象とした。腸型胃腺腫の癌化例とは、胃腺腫と生検組織診断され経過観察ののち、生検で Group4 ないし5と診断されたもの、または、生検は Group3 のままであるが形態変化・増大を示すため腫瘍切除後に癌と診断されたもの、と定義した。協同演者の病理医に、腺腫癌化例と明かしたうえで、生検時の HE 標本の見直しを依頼した。

【結果】同期間に胃癌248例（0.12%）、腸型胃腺腫75例（0.04%）を発見した。そのうち腸型胃腺腫の癌化例は8例（10.7%）であった。平均年齢71.3（51-82）歳。男7、女1。腸型胃腺腫と初回診断時は褪色を基調とした扁平隆起で、表面に陥凹の目立つもの2例、隆起内隆起1例あった。大きさは2cm未滿。H. pylori の感染状態は現感染1例、除菌後5例、陰性（萎縮有）1例、未検査（萎縮有）1例。平均観察期間59.3（12-152）ヶ月で、陥凹が著明となったもの（生検で Group5）、0-I に増大（Group3/4）、0-IIa のまま増大（Group4）、形態変化はないが生検で Group4 となったもの2例、Group3 のままであるが易出血性1例であった。病理による初回診断時の HE 染色標本の見直しで Group4 相当1例、Group5 例1例が変更された。6例が腫瘍切除され全例が粘膜癌であった。初回生検診断時の対応として、外来で良性腫瘍であるが癌化の可能性を説明し毎年の内視鏡検査を指導している。特殊光のみで観察する医師がいたが、比較するうえで評価がし難い。検診に併せて病変管理を行うためには、白色光観察での遠景、中間景、近景の写真撮影に色素観察や NBI 観察を加え、表面模様や大きさの評価が十分できるように配慮すべきである。

【考察】腸型胃腺腫の癌化例は腫瘍切除後の病理組織学的診断で全例が粘膜内癌であった。腸型胃腺腫は経過観察しても生命予後 / 胃温存は可能である。腫瘍の形態変化と生検診断の隔たり例があり注意が必要であった。

【結語】腸型胃腺腫を経過観察し癌化例は粘膜内癌で全例を切除できた。

W2-3	炎症性腸疾患診療におけるバイオマーカー血清ロイシンリッチ $\alpha$ 2グリコプロテインと病理組織学的評価法 Geboes score の有用性
消	栃尾 菜実子 <sup>1</sup> 、堀内 朗 <sup>1</sup> 、梶山 雅史 <sup>1</sup> 、一瀬 泰之 <sup>1</sup> 、堀内 香織 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 昭和伊南総合病院 消化器内科

【目的】クローン病や潰瘍性大腸炎では、病勢が時に著しく変化し疾患管理が困難な上、治療薬剤の選択に難渋することがある。当院では、病勢の評価が困難な小腸型クローン病にロイシンリッチ $\alpha$ 2グリコプロテイン（LRG）を使用して病勢変化に対応している。また、生検病理結果に基づき Geboes score を利用して潰瘍性大腸炎の治療薬剤を選択している。我々は、小腸型クローン病と潰瘍性大腸炎患者において、血清 LRG 測定と病理組織学的評価法 Geboes score が有用であった症例を経験したので報告する。

【方法】本研究は、単施設横断研究で2023年7月から2024年6月の期間に小腸型クローン病4例と潰瘍性大腸炎再燃患者10例を対象とした。血清 LRG 測定と造影腹部 CT 検査、病理組織検査を含む大腸内視鏡検査を施行し、血清 LRG と Geboes score に基づいた疾患管理について、後方視的に検討した。

【結果】エントリされた症例は、小腸型クローン病患者4例。男：女性＝1：3、平均年齢は45歳。数年来、5-ASA 製剤内服で経過観察されていた。初診時の LRG が、14.6ug/mL、15.0ug/mL、16.6ug/mL、18.0ug/mL と14ug/mL 以上であったため、造影腹部 CT 検査を施行した。全例で一部小腸に壁の肥厚、浮腫あるいは狭小化所見を認めため、活動型クローン病と診断し、ブデソニドで寛解導入し、現在、アザチオプリン（2例）、ベドズリマブ（2例）で寛解維持している。再燃した潰瘍性大腸炎患者10名は左側結腸炎型3例、全結腸炎型7例で LRG（平均値）は18.3ug/mL と上昇していた。生検病理所見では全例で Geboes score Grade3.2. 以上を認めため、Th17優位で IL-23p19モノクローナル抗体製剤、ミリキズマブが有効な症例と診断した。実際、ミリキズマブ導入後10例全例で臨床的寛解状態となり、LRG 平均値が11.0ug/mL と低下した。

【結論】小腸型クローン病患者の管理における血清 LRG 測定と潰瘍性大腸炎治療における薬剤の選択において Geboes score の利用は極めて有用であった。

W2-4	1型自己免疫性膵炎における悪性腫瘍発生率とリスク因子の検討
消	米倉 千奈津 <sup>1</sup> 、倉石 康弘 <sup>1</sup> 、佐々木 信和 <sup>1</sup> 、今村 峻輔 <sup>1</sup> 、堀内 一太郎 <sup>1</sup> 、 南澤 昌郁 <sup>1</sup> 、柳澤 匠 <sup>1</sup> 、近藤 翔平 <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

【背景】1型自己免疫性膵炎（AIP）は、IgG4 関連疾患の一病態である。近年 IgG4 関連疾患における悪性腫瘍の発生リスクは注目されており、その程度や関連性について定まった知見はない。今回 AIP 患者の悪性腫瘍発生のリスクについて明らかにする事を目的として検討した。

【方法】2003年4月から2023年6月までに当院で国際診断基準または臨床診断基準 JPS2018で AIP 疑診以上と診断された患者のうち1年以上経過観察した症例を対象とした。患者背景、血清マーカー、ステロイド治療、再燃、慢性膵炎、悪性腫瘍の発生などを調査し、標準化罹患比（SIR）や悪性腫瘍罹患のリスク因子を COX 比例ハザードモデルを用いて解析した。カットオフ値は ROC 曲線で設定した。

【結果】対象症例は150例で、診断時の年齢中央値は68歳、男性が110例（73%）、観察期間中央値は94ヶ月であった。IgG/IgG4 の中央値はそれぞれ1897/417mg/dL、ステロイド治療は117例（78%）で、3年以上維持療法を継続したのは94例だった。既往も含めた全期間の悪性腫瘍発生は56例であり、SIR は1.35（95%信頼区間（CI）：0.99-1.70）であった。診断後に発生した悪性腫瘍は38例（AIP 診断と同時に発見した悪性腫瘍7例は除外）であり、SIR は1.99（95%CI：1.35-2.64）と一般人口集団に比べて有意に高かった。悪性腫瘍の発生時期に関しては診断後12ヶ月までの SIR は2.28（95%CI：0.56-5.13）、12-36ヶ月の SIR は0.94（95%CI：0.02-1.86）、36ヶ月以降の SIR は2.14（95%CI：1.35-2.94）であり、3年以降の悪性腫瘍発生率が高かった。臓器別では膵癌や食道癌、大腸癌、膀胱癌、皮膚癌などで SIR が高かったが有意ではなかった。累積発生率は1年で4%、3年で7%、5年で12%、10年で30%であった。診断後悪性腫瘍発生のリスク因子について、単変量解析で男性、56歳以上、IgG、C3、 $\beta$ 2ミクログロブリン、モノクローナルリウマチ因子が予測因子となり、多変量解析では男性、56歳以上、C3 $\geq$ 83mg/dL が有意な因子となった。

【結語】AIP は診断後において悪性腫瘍の発生率が一般人口と比べて高くなり、C3などの血清マーカーから発生リスクを予想できる可能性がある。

## W2-5 自己免疫性膵炎のステロイド治療導入後再燃例における臨床経過の検証

消

田中 裕登<sup>1</sup>、柴田 理<sup>1</sup>、五十嵐 聡<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

【目的】IgG4 関連消化器疾患である自己免疫性膵炎はステロイド治療が奏功するが、ステロイド漸減や中止による再燃例も存在する。その再燃例の臨床経過や予後は明らかではない。当科におけるステロイド治療後再燃例の患者背景および臨床経過を検討した。

【方法】2007年10月から2024年2月までに当院で自己免疫性膵炎診断基準2018により自己免疫性膵炎と診断し、ステロイド治療を導入した33例（再燃は7例）を対象とした。症状または画像で増悪を認めた場合を再燃と定義した。観察期間中央値69ヵ月（4-193ヵ月）。以下項目を検討した。1）患者背景、2）再燃時の維持治療、3）再燃までの期間、4）再治療内容、5）再治療後の奏効率と偶発症

【結果】1）再燃例の年齢中央値64歳（52-69歳）、男/女 5/2、診断時 IgG4 中央値303mg/dl（292-554mg/dl）、膵病変びまん性/限局性 4/3。膵外病変合併7例（100%）：IgG4 関連硬化性胆管炎6例、硬化性膵炎・唾液腺炎3例、後腹膜線維症2例。非再燃例の年齢中央値69歳（38-82歳）、男/女 18/8、診断時 IgG4 中央値383mg/dl（42-1500mg/dl）、膵病変びまん性/限局性 14/12、膵外病変合併23例（88%）：IgG4 関連硬化性胆管炎18例、硬化性膵炎・唾液腺炎9例、後腹膜線維症5例、IgG4 関連腎障害4例、2）再燃時の維持治療は PSL 内服量中央値 2.5mg/日（0-10mg）であった。3）再燃までの期間中央値は1364日（440-1778日）、4）再治療として PSL 増量（15-30mg）が5例、現状維持が2例であった。5）PSL 増量した5例で、いずれも治療効果が得られたが1例は大腿骨頭壊死を合併、1例は漸減中に再燃したため再増量を要した。

【結論】自己免疫性膵炎はステロイドによる高い奏効率を得られる。しかし、少なからずステロイド漸減中に再燃を来す症例が存在する。さらに治療開始から数年後に再燃する場合もあり、長期的なフォローが必要となる。再燃例においてステロイド増量で治療効果が得られるものの、偶発症の合併や明確な維持治療法がないことが問題である。

## W2-6 腫瘍を伴わない膵管異常に対する長期臨床経過を見据えた課題

消

川上 智<sup>1</sup>、橋本 優美<sup>1</sup>、山下 洸司<sup>1</sup>、奥脇 徹也<sup>1</sup>、今川 直人<sup>1</sup>、吉村 大<sup>1</sup>、  
倉富 夏彦<sup>1</sup>、高野 伸一<sup>1</sup>

<sup>1</sup>山梨大学医学部附属病院 消化器内科

【背景・目的】膵癌は予後不良であり早期に発見する必要がある。早期膵癌を疑う際には ERCP 下で連続複数回膵液細胞診（SPACE）を行うことが推奨されているが、偽陰性例の存在について考慮しなければならない。SPACE の有用性を検討した報告は散見されるものの SPACE 陰性例の臨床経過について検討した報告は少なく明らかにする必要がある。

【方法】2010年1月から2024年6月までに腫瘍を伴わない膵管異常に対して SPACE を施行した58例を対象とし、1. SPACE の有用性と問題点、2. SPACE 陰性例の臨床経過について検討した。なお、複数回 SPACE を施行したものは初回のみを解析対象とし、細胞診陽性は ClassIIIb 以上とした。

【結果】患者背景は年齢中央値74歳（27-84）、男/女 31/27、膵液採取回数5回（2-8）であった。検討1. SPACE の結果は ClassI/II/IIIa/IIIb/IV/V : 7/22/23/3/0/3 であり、細胞診陽性6例、陰性52例であった。細胞診陽性6例と陰性5例の11例に外科切除を行った。結果は膵癌7例（Stage0/IA/IB/IIA/IIIB : 5/1/0/0/1）、主膵管型 IPMN 4例（LG/HG/INV : 1/2/1）であった。悪性10例中6例（60%）を SPACE により検出できた。一方、SPACE 陰性であった4例の中に浸潤癌1例、リンパ節転移陽性例1例が含まれていた。検討2. 初回 SPACE 後に外科切除を選択せず経過観察を行ったのは47例で、観察期間の中央値は60ヵ月（1-149）であった。14例（29.7%）に画像所見の増悪を認めた。5例は膵管異常部位と同部位に膵癌を認め、5年累積発生率は7.3%であった。診断時の Stage は IIA/III/IV : 2/1/2 例であり、5例中3例（60%）は切除不能であった。切除不能であった3例は全て膵頭部病変であった。一方、切除可能であった2例は全て尾部病変であった。画像所見の増悪があった残りの7例は膵管径の増悪であった。2例に膵切除を行った結果は主膵管型 IPMN と PanIN-2であり膵癌の前癌病変であった。

【結語】腫瘍を伴わない膵管異常の中には浸潤癌例やリンパ節転移を伴う例や、経過観察中に切除不能膵癌を診断される例が存在するため注意が必要である。

## W2-7 消化酵素投与による膵頭十二指腸切除後の脂肪性肝疾患の抑制について

消

北川 敬之<sup>1</sup>、清水 明<sup>1</sup>、窪田 晃治<sup>1</sup>、野竹 剛<sup>1</sup>、吉澤 隆裕<sup>1</sup>、林 輝<sup>1</sup>、林 茂樹<sup>1</sup>、  
西山 大貴<sup>1</sup>、平田 廉人<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

【背景】膵頭十二指腸切除術（pancreaticoduodenectomy；PD）後の術後合併症の一つに脂肪性肝疾患（steatotic liver disease；SLD）がある。術後膵外分泌機能の低下がNAFLD発症の一因と考えられ、その抑制に消化酵素投与が有用であると期待されている。今回我々は、PD後NAFLD予防に関し、消化酵素投与の効果について検討を行った。

【対象・方法】研究1：2011年から2017年にPDを施行した84例に対し、高用量消化酵素によるSLD発症予防を検証する無作為化臨床試験を実施した。通常用量（エクセラゼ：3.0g/日）（ND群）または高用量治療（エクセラゼ：3.0g/日、パンクレアチン：3.0g/日、ペリジム：3.0g/日、およびタフマックE：3.0g/日）（HD群）に無作為に割り付け、PD後1年以内のSLD発症率を2群間で比較検討した。研究2：2018年から2023年3月にPDを施行した116例のうち、パンクレリパーゼ（1.8g/日）を定期的に投与し、PD後1年以上経過しSLD発症率を検証可能であった55例（P群）を対象とし、研究1のHD群（ヒストリカルコントロール）の発症率と比較した検証研究を施行した。両研究において、SLDは肝臓と脾臓のCT値比が0.9未満と定義した。

【結果】研究1：80例がND群39例、HD群41例にランダムに割り振られた。SLD発生率は、HD群（19.5%、8/41人）でND群（64.1%、25/39人）より有意に低値であった（ $p < 0.001$ ）。多変量解析では、ND群（OR 14.65、 $p < 0.001$ ）、総タンパク質（TP） $\leq 6.5\text{g/dL}$ （OR 9.01、 $p = 0.018$ ）、プレアルブミン $\leq 22.0\text{mg/dL}$ （OR 7.71、 $p = 0.018$ ）、および膵機能診断検査 $\leq 70\%$ （OR 6.66、 $p = 0.009$ ）が独立したリスク因子として抽出された。研究2：P群のSLDの発生率（12.7%、患者7人）は、HD群（19.5%）と同程度であった（ $p = 0.28$ ）。

【結語】高用量消化酵素投与は、通常用量投与と比較して、PD後のSLDの発症を減少させ、パンクレリパーゼは、高用量消化酵素投与の代替となり得る。

## W2-8 がんゲノム医療拠点病院としての消化器癌の管理、CGP推進の工夫

消

小嶋 裕一郎<sup>1</sup>、遠山 翔大<sup>1</sup>、天野 博之<sup>1</sup>、高岡 慎弥<sup>1</sup>、今井 雄史<sup>1</sup>、廣瀬 純穂<sup>1</sup>、  
浅川 幸子<sup>1</sup>、望月 仁<sup>1,2</sup>、弘津 陽介<sup>2</sup>、小俣 政男<sup>1,2,3</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 ゲノム解析センター、<sup>3</sup>東京大学

【目的】当院は都道府県がん拠点病院（2006年指定）、がんゲノム医療拠点病院（2023年指定）である。過去16年間で25癌種3万992例につき市町村を介し、毎年生死調査を行い、90%以上の生死判明データを有する。また、全国で32施設の癌ゲノム拠点病院になって以降、当院で独自のエキスパートパネル会議を開催し、当院ゲノム解析センター・薬剤部をあげて、がん治療に取り組んでいる。その現状について報告する。

【方法】2006年10月から2022年12月まで、大腸癌3,749例、胃癌2,876例、肝臓癌879例、膵癌790例、食道癌651例、胆嚢・胆管癌400例のデータが集積されている。それぞれの予後に関しては市町村を介して毎年生死調査を実施している。そのデータ推移に関し、それぞれの癌を1期（2006/10～2009/12）、2期（2010/1～2012/12）、3期（2013/1～2015/12）、4期（2016/1～2018/12）、5期（2019/1～2022/12）に分けて検討する。また、当院独自に月に1回実施しているエキスパート会議に関しても紹介する。

【成績】StageIVに関しては、いずれも予後は改善傾向であったが、大腸癌で最も予後が改善していた。CGP（Comprehensive Genome Profiling）は、2019年11月から2024年7月までに、当院全体で343例、消化器内科で115例（33.5%）提出されていた。2023年6月から当院独自にエキスパートパネル開催後の7月までの件数は、病院全体で205件消化器内科65件（31.7%）であった。また、CGPの説明補助には、がん相談室良好に活用されていた。エキスパートパネルには、臨床医に加えて、当院癌ゲノム解析センター研究員、病理医、薬剤師、看護師が参加していた。CGPの結果に基づき、該当薬剤がなかった場合は、さらに6か月後に該当薬剤がないか確認の体制も整備した。

【結論】今後さらにCGPを病院一丸となり推進し、難治がんに対しあきらめることのない医療をワンチームとして提供していくことが重要である。

# 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10月12日（土）

9：00～10：31



10月12日（土）第1会場（3F グランデ）

消化器内視鏡学会甲信越支部 研修医・専攻医セッション1 9:00～9:48

座長：徳竹 康二郎  
(長野赤十字病院 消化器内科)

## PL1-1 金属アレルギーにより再燃を繰り返したと思われる好酸球性食道炎の一例

内-専 木村 和義<sup>1</sup>、原田 学<sup>1</sup>、山川 良一<sup>1</sup>、河内 邦裕<sup>1</sup>、入月 聡<sup>1</sup>、岩田 真弥<sup>1</sup>、  
上野 亜矢<sup>1</sup>、菅井 一成<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>下越病院

【症例】50歳男性

【主訴】つかえ感

【既往歴】横川吸虫症、大腸腺腫 EMR 後、季節性アレルギー性鼻炎

【職業】鉄、ステンレス、アルミニウムの製缶、金属溶接業

【現病歴】

X-3年、換気の悪い作業場で溶接ヒューム（金属個体粒子）を吸入した後からつかえ感を自覚し当院を受診した。血液検査で好酸球が12.7%と上昇を認めた。上部消化管内視鏡検査にて食道に縦走溝と輪状狭窄の所見を認めた。病理診断では食道粘膜生検にて扁平上皮内に60/HPF以上の好酸球浸潤を認め好酸球性食道炎と診断した。PPIの内服治療を行い軽快した。

X-1年6か月、歯科で金属（パラジウム、金）によるアレルギーの可能性を指摘された。その後つかえ感が出現し3か月間持続したため来院しPPIの内服治療を行い軽快した。

X-5か月から金属加工時に金属の混入した蒸気を吸入した。X-4か月からの胸やけとつかえ感を訴えX-3か月に受診し、血液検査で好酸球が22.1%と上昇を認めた。上部消化管内視鏡検査にて食道に縦走溝と輪状狭窄の所見を認めた。病理診断では食道粘膜生検にて扁平上皮内に最大で71/HPFの好酸球浸潤を認めた。PPI単独では改善が乏しく、ブデソニド吸入液0.25mg内服を追加し治療を行い軽快した。

【考察】好酸球性食道炎は消化管組織に好酸球浸潤を来し、消化器症状を呈する炎症性疾患である。一次性の多くはアレルギー疾患とされているが、原因は食物アレルギーであることが多い。今回、金属アレルギーが原因と考えられる症例を経験したため報告する。

## PL1-2 胃内に逸脱した食道ステントを、追加留置した食道ステントの内腔を通過させることによって回収できた進行食道癌の1例

内-専 中森 亮介<sup>1</sup>、小島 英吾<sup>1</sup>、寺島 慶太<sup>1</sup>、遠藤 湧斗<sup>1</sup>、桑原 蓮<sup>1</sup>、松村 真生子<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>長野中央病院

【症例】嚥下障害を主訴に受診した70歳男性。受診1か月前より飲食時の飲み込みにくさを自覚したため当院を受診した。上部内視鏡検査を施行したところ、胃食道接合部に全周性の隆起性病変を認め、組織学的には中分化型腺癌であり、下部食道腺癌と診断した。精査にて遠隔転移を指摘され、Stage4と判断されたため、通過障害に対して消化管ステントを留置した後に化学療法を行う方針とした。内視鏡下でハナロステント（逆流防止弁付きフルカバーメタリックステント外径18mm×長径80mm）の留置を試みたが、食道狭窄が高度でステントのデリバリーが通過困難であったため、最初に消化管用拡張バルーン CRE PRO GI Wireguidedを用いて拡張径12mm、拡張圧8atmで狭窄部を拡張した。その後、同ステントを留置しようとした際、徐々に肛門側からステントをリリースし、狭窄部に差しかけた所に強い肛門側への引き込みが生じ、ステントは胃内に落下した。狭窄部の程度を考えると、そのままではステントの回収は不可能と判断した。引き続き、まずは慎重に狭窄部位に再度同じハナロステントの留置を試み、無事に留置しえた。数日後に留置ステントが完全に開いたときに逸脱したステントを回収する方針とした。ステント回収時の懸念として、既に留置した食道ステントが逆流防止弁付きのフルカバーステントであるため、逸脱ステントを回収する際に余計な圧力を加えると容易にmigrationする事が予想された。したがって、逸脱ステントを十分に細く変形させてストレスを加えずに留置ステントの内腔を通過させる必要があった。その目的で留置スネアを用いて逸脱ステントを5ヶ所縛り、細長く変形させた上で回収することを試み、成功した。< BR >

【結語】留置ステントを通過させて逸脱ステントを安全に回収するには工夫が必要である。安全に施行しえた1例を経験したので報告する。

### PL1-3 内視鏡的に組織像が推測可能であった食道胃接合部 MiNEN の 1 例

宮下 翔<sup>1</sup>、竹内 学<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、盛田 景介<sup>1</sup>、熊谷 優<sup>1</sup>、小関 洋平<sup>1</sup>、  
内 - 専 夏井 一輝<sup>1</sup>、石川 夏生<sup>1</sup>、田口 貴博<sup>1</sup>、薄田 浩幸<sup>1</sup>、小玉 絵理奈<sup>1</sup>

<sup>1</sup>長岡赤十字病院 消化器内科

WHO 分類2017・2019において神経内分泌腫瘍成分と非内分泌腫瘍成分が混在し、それぞれ30%以上の領域を占めるものを MiNEN (mixed neuroendocrine-non-neuroendocrine neoplasm) と定義されている。NEN 成分は粘膜下層以深で認められることが多いため、内視鏡観察や生検組織での同定は難しく、MiNEN の術前診断に苦慮することもある。今回、NBI 拡大内視鏡所見と生検病理組織像が腺癌と神経内分泌細胞癌 (NEC) 領域で対応可能であった食道胃接合部 MiNEN の 1 例を報告する。症例は70才代男性。腰痛で近医を受診し、MRI 検査を施行したところ、転移性骨腫瘍と転移性肝腫瘍を指摘され当院紹介となった。EGD では、SCJ に接する食道胃接合部に約20mm 大の発赤隆起性病変を認め、頂部には深い陥凹を伴っていた。隆起部の NBI 拡大観察では、密度の高い不整な network 血管や大小不同の乳頭・顆粒状構造を確認し、陥凹内部の NBI 拡大観察では構造が不明瞭で密度の高い不整血管を認めた。隆起部の生検では G-5 (tub1) の診断であったが、陥凹内の生検では、N/C 比が高い異形細胞で Synaptophysin (+)、CD56 (+) の NEC と診断した。また主病巣より 2 cm 肛門側の体上部小彎には 7 mm 大の陥凹を伴う硬さのある小隆起を認め、陥凹内は無構造で生検にて NEC と診断し壁内転移と考えた。以上より cStageIV の食道胃接合部 MiNEN と診断し、CDDP+CPT-11による薬物療法を施行した。胃 MiNEN において表層に NEC が露出する場合は低分化な癌であることより拡大内視鏡観察で表面構造が不明瞭で不整な密度の高い微小血管に着目することが重要とされ、本症例においても腺癌部分と NEC 部分は、各々特徴的な内視鏡像を呈しており、MiNEN の内視鏡診断に貴重な症例と考え提示する。

### PL1-4 表層に過形成性変化を伴った胃底腺型胃癌の 1 例

上瀧 恵介<sup>1</sup>、依田 宏貴<sup>2</sup>、金子 祐太<sup>1</sup>、谷本 裕太<sup>1</sup>、田中 佳祐<sup>1</sup>、門倉 信<sup>1</sup>、  
内 - 研 雨宮 史武<sup>1</sup>

<sup>1</sup>市立甲府病院 消化器内科、<sup>2</sup>大月市立中央病院 消化器内科

【背景】近年、Helicobacter pylori (H. pylori) 未感染者の増加に伴い、H. pylori 未感染胃癌の報告が増加している。H. pylori 未感染胃癌の中には悪性と判断できず、経過観察される症例も見受けられる。胃底腺型胃癌は定期的な内視鏡検査で発見されることが多いが、発見時には既に粘膜下層に浸潤している場合が多く、早期診断と適切な治療が重要である。

【症例】50歳代女性。胃穹窿部に12mm 大の垂有茎性ポリープを認めた。初回の生検では過形成性ポリープと診断され、経過観察となった。2年後、同病変は増大傾向にあったため、悪性の可能性を否定できず、内視鏡的粘膜切除術 (Endoscopic Mucosal Resection : EMR) を施行した。EMR 直前の生検でも過形成性ポリープと診断されていたが、切除後の病理結果で胃底腺型胃癌と診断され、SM2 浸潤 (1000 $\mu$ m)、断端陰性、脈管侵襲なしの所見であった。一般的にはリンパ節再発のリスクは低いとされるが、年齢を考慮し追加外科切除を勧めたところ、患者は経過観察を希望した。胃底腺型胃癌は粘膜下腫瘍様の白色隆起型病変が典型であるが、本症例は発赤隆起型を呈し、内視鏡上も過形成性ポリープを示す所見であった。表層の生検結果も過形成性ポリープと一致していたため、切除前の胃底腺型胃癌の診断が困難であった。本症例のような表層に過形成性変化を伴う胃底腺型胃癌の報告は、PubMed で検索したところ見当たらなかった。胃底腺型胃癌の診断後、免疫染色を追加したところ、異型腺管は pepsinogen (+)、MUC6 (+)、MUC2 (-)、MUC5AC (-) という結果であり、胃底腺型胃癌に一致する所見であった。一般的に胃底腺型胃癌は微小なものが多く、内視鏡での発見が困難な場合がある。さまざまな形態を呈することが報告されているが、今回のような隆起型病変はさらに稀と考えられる。また、表面には異型細胞が見られず、生検で悪性所見が得られなかった場合にも、本症例のように切除が必要な胃癌が隠れている可能性もある。近年、H. pylori 未感染者が増加していることから、内視鏡観察においては常に悪性の可能性を念頭においた詳細な検査が求められる。我々は今回、過形成性変化を伴った胃底腺型胃癌の症例を経験したため報告する。



**PL1-5 幽門狭窄を伴う linitis plastica 型に類似した形態をとった胃幽門部高分化型線癌に対して EUS-FNA が診断に有用であった 1 例**

**内 - 専** 畝 好弘<sup>1</sup>、徳永 麻美<sup>2</sup>、中田 直克<sup>1</sup>、圓谷 朗雄<sup>1</sup>、長森 正和<sup>2</sup>、八木 健太<sup>2</sup>、  
山崎 豪孔<sup>2</sup>、澤田 成朗<sup>2</sup>、山岸 文範<sup>2</sup>、安田 一朗<sup>3</sup>

<sup>1</sup>糸魚川総合病院 消化器内科、<sup>2</sup>糸魚川総合病院 外科、<sup>3</sup>富山大学 第三内科

症例は83歳、男性。高血圧症や高尿酸血症で近医通院中であった。1か月前からの食後の心窩部不快感や嘔気あり、食後に嘔吐を伴うようになったため当院を受診された。血液検査では腫瘍マーカーの上昇は認められず、CT検査では著明な胃拡張を伴う幽門の全周性壁肥厚が認められたが、リンパ節腫大やその他遠隔転移を疑う病変は指摘されなかった。幽門狭窄に対する減圧並びに精査目的に同日緊急入院となった。第3病日の上部消化管内視鏡検査では幽門輪はスコープ通過可能であったものの、幽門輪の十二指腸側に不整形の陥凹が認められた。陥凹面から生検施行され、病理結果は atypical glands であった。良悪性の確定診断には至らず、第10病日、第18病日と複数回粘膜面から生検施行され、悪性の診断は得られなかったものの幽門狭窄は増悪していた。第34病日に EUS 施行となった。超音波所見において、幽門後壁の粘膜下層に30mm 大の境界不明瞭な低エコー腫瘤あり、同病変に対して FNA が施行された。病理検査で高分化型胃型腺癌が認められ、linitis plastica (LP) 型に類似した進行胃癌と診断された。CT 検査では明らかな遠隔転移は認めず、第64病日に当院外科で腹腔鏡下幽門側胃切除が予定されたが、術中所見で腹膜播種結節並びに腹水細胞診の迅速検査の陽性が判明し、胃空腸バイパス術が施行され手術終了となった。

【考察】LP 型胃癌は低分化もしくは未分化型が多くを占め、粘膜面からの生検では診断がつかないことが多いことが知られている。国内の報告でも EUS-FNA が診断に有効であった症例はみられるが、多くは低分化もしくは未分化型腺癌であり本症例のような高分化型腺癌と同様の浸潤形式をとるものは多くない。本症例では複数回の生検で悪性所見が得られず、良性狭窄も疑われたが、EUS-FNA で診断がついた症例であった。本症例のような場合には積極的に EUS - FNA を行うことで早期の診断が可能となりうると思われた。

**PL1-6 初見での診断は困難であった胃粘膜下腫瘍様病変の 1 例**

**内 - 研** 上田 茜<sup>1</sup>、小林 祥司<sup>1</sup>、久野 徹<sup>1</sup>、石田 剛士<sup>1</sup>、青沼 優子<sup>1</sup>、吉田 貴史<sup>1</sup>、  
高野 伸一<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup>

<sup>1</sup>山梨大学消化器内科

症例は70歳代男性。バセドウ病の既往あり。父は肺癌、母は大腸癌、妹に乳癌と甲状腺癌の家族歴がある。特に自覚症状はなく、定期健診で食道に粘膜下腫瘍を指摘されたことから、精査目的に紹介となった。形態などから平滑筋腫と判断し、増大の有無を確認するため1年後の再検とした。再検時、食道の病変には著変がなかったが、胃体下部大彎に10mm 程度の小隆起を認め、中心部には陥凹を伴っていた。表層にはやや拡張した血管がみられるものの構造異型はなく、陥凹部の辺縁にわずかに異型血管を伴っていた。陥凹部には薄く白苔が付着し、洗浄したが、陥凹の深部の詳細は観察できなかった。背景には粘膜萎縮を伴うことから、低分化型腺癌などを鑑別として生検を施行した。生検の結果は神経内分泌細胞癌であった。staging 目的で造影 CT を施行したところ、多発骨転移と胸膜、腹膜への播種が発見された。PET 検査の追加や生検組織での免疫染色の追加報告から肺小細胞癌の胃転移の疑いとなり、呼吸器内科に転科、現在化学療法を継続している。転移性腫瘍は原発臓器や転移臓器、転移様式などにより、その形態や病変数なども一定ではない。また、転移を生ずる期間も一定ではなく、既往歴にも注意が必要となる。組織診断には免疫染色で原発の推定も行い、同時に全身の検索も重要になってくるため、初見での判断が難しい。しかしながら、粘膜下腫瘍様形態を呈するものが多いことや、血行性転移を来し粘膜下層や固有層から腫瘍が露出することで、牛眼 (Bull's eye) 像を呈するなど、形態からある程度原発巣の推測も可能と考えられる。今回、最終的には肺小細胞癌からの転移と診断されたが、後方視的には肺癌の転移として比較的典型的であったものの初見での判断が困難であった症例から、内視鏡像を含め転移性消化管腫瘍についての検討を行いたい。

10月12日（土）第1会場（3F グランデ）

消化器内視鏡学会甲信越支部 研修医・専攻医セッション2 9:51~10:31

座長：小林 祥司  
(山梨大学 消化器内科)

PL2-1 繰り返す前庭部潰瘍及び幽門狭窄に対して一時的な十二指腸ステント留置を施行した1例

内-研

後藤 宏太<sup>1</sup>、米山 翔一郎<sup>2</sup>、宮坂 尚樹<sup>2</sup>、鎌倉 雅人<sup>2</sup>、田中 友之<sup>2</sup>、高橋 芳之<sup>2</sup>、  
小林 惇一<sup>2</sup>、柴田 景子<sup>2</sup>、柴田 壮一郎<sup>2</sup>、徳竹 康二郎<sup>2</sup>、伊藤 哲也<sup>2</sup>、藤澤 亨<sup>2</sup>、  
森 宏光<sup>2</sup>、和田 秀一<sup>2</sup>

<sup>1</sup>長野赤十字病院 臨床研修センター、<sup>2</sup>長野赤十字病院 消化器内科

症例は80歳台男性。胃潰瘍の既往があるが薬物アレルギーのためピロリ菌未除菌のままであった。前庭部潰瘍及び幽門狭窄のため、9ヶ月前から頻回に入退院を繰り返し、通過障害のため胃は慢性的に拡張していた。内視鏡的バルーン拡張術により数週間程度は症状が改善するため、3回拡張術を施行して経過観察していた。今回は4日前から黒色の嘔吐が出現し、改善しなかったため救急要請して当科へ入院した。腹部CT検査では胃は顕著に拡張し十二指腸球部は虚脱していた。バルーン拡張術の効果は限定的であったことから、倫理委員会の承認を得て、十二指腸ステント留置を施行する方針となった。第12病日に十二指腸ステント留置を施行した。同日から食事再開するも、腹部症状の出現なく第16病日に自宅退院した。幸いその後、通過障害で再入院することなく経過した。過去の症例報告を参考に2ヶ月をめどに抜去する方針として、第80病日にステントを抜去した。

本邦では良性的幽門狭窄に対するステント留置の報告は乏しいが、一時的な十二指腸ステント留置が効果的であり治療選択肢になりうると思った。

PL2-2 切除胃に発生した胃石に対して内視鏡的コーラ局注療法及び破碎術で完全除去が得られた一例

内-専

木村 颯汰<sup>1</sup>、藤森 一也<sup>1</sup>、田中 綾乃<sup>1</sup>、黒沢 晃伸<sup>1</sup>、安藤 皓一郎<sup>1</sup>、橋上 遣太<sup>1</sup>、  
藤森 尚之<sup>1</sup>、森田 進<sup>1</sup>、滋野 俊<sup>1</sup>

<sup>1</sup>信州上田医療センター 消化器内科

【症例】70歳台、男性。

【主訴】食欲不振

【既往歴】45歳時に胃癌に対し、幽門側胃切除術後（Billroth I法再建）、鬱病

【現病歴】X-41日に食欲不振のため前医受診し、精査加療目的で同日当院紹介受診した。貧血を認め、上部消化管内視鏡検査を施行すると多発胃潰瘍を認めた。露出血管を伴う病変に対し内視鏡的止血術を行った。食物残渣貯留のため胃内の詳細な観察は困難だった。入院加療により再出血なく経過し、X-34日に退院となった。X-7日、腹痛のため当院を救急受診した。腹部レントゲン写真で胃の著明な拡張を認めたため、腸管蠕動亢進薬を追加され経過観察となった。以降も食欲不振が継続し、X日に当院救急受診し、原因精査目的で再入院となった。

【経過】CTで胃内に100mm×45mmの含気を伴う低吸収腫瘤を認めた。上部消化管内視鏡検査では残胃に巨大胃石を認めた。X+3日に内視鏡的破碎術の方針とし、局注針にてコーラを直接胃石に注入、軟化させ、スネアと把持鉗子を用いて破碎し、可能な限り回収ネットを用いて回収した。微小な残石についてはコーラを散布し処置を終了した。注入・散布を合わせて約1800mlのコーラを使用した。腹部症状は改善し、食事摂取可能となりX+11日退院となった。結石成分分析では成分不明であったが、柿の嗜好があり柿胃石が疑われた。退院後は柿の摂取を控え、症状の再燃なく経過している。

【考察】胃石の原因としては胃内容物の排出障害やタンニン酸の過量摂取などが知られている。本症例においても胃切除後のため胃内容物が停滞しやすい状況にあり、さらに柿の大量摂取が原因と考えられた。内視鏡的コーラ局注療法と破碎術の併用により1回の手技で胃石の完全除去が得られ、短期間で治療が可能であった。

## PL2-3 術前診断が困難であったメッケル憩室癌の一例

岡 優祐<sup>1</sup>、大工原 誠一<sup>1</sup>、牧 直哉<sup>2</sup>、安達 翔太<sup>1</sup>、三井 健太<sup>1</sup>、宮林 秀晴<sup>1</sup>、  
古田 清<sup>1</sup>、板垣 裕子<sup>3</sup>、松村 任泰<sup>4</sup>、宮川 雄輔<sup>4</sup>

内-専 <sup>1</sup>国立病院機構 まつもと医療センター 消化器内科、<sup>2</sup>丸子中央病院 消化器内科、  
<sup>3</sup>国立病院機構 まつもと医療センター 病理診断科、  
<sup>4</sup>国立病院機構 まつもと医療センター 消化器外科

【症例】50歳代、女性

【主訴】嘔吐、心窩部痛

【臨床経過】前日より出現した嘔吐、心窩部痛にて前医を受診し、イレウスが疑われ当科外来を紹介受診した。腹部造影 CT 検査では小腸の広範囲な拡張を認め、小腸イレウスと診断し、イレウス管留置による保存的治療を行う方針となり、同日イレウス管留置を行った。その後症状軽快し、第7病日イレウス管造影を行い、イレウス管先端よりやや肛門側に造影剤の滞留を認めた。造影検査後の腹部 CT 検査で小腸管腔内に腫瘤と思われる造影欠損を認めた。MRI 検査では腫瘤は先進部が T2-WI で高信号、T1-WI で低信号を呈する嚢胞性病変で、内部に10mm 大の結節を認め、T1-WI で高信号、脂肪抑制 T1-WI で低信号を呈していた。以上の所見から脂肪組織を含んだ嚢胞性病変が示唆され、奇形腫が疑われた。更なる精査目的に第21病日に経肛門的ダブルバルーン小腸内視鏡検査を行い、回盲部から約100cm の部位に 5 cm 程の長い茎を有する径20mm 大の隆起性病変を認めた。腫瘤表面は絨毛構造の腫大を認めたが、異形に乏しく、一部にびらんを認めたが、奇形腫などの非上皮性腫瘍に矛盾しない所見と考えた。びらん部を中心に行った生検からは腫瘍成分は確認できず、組織学的診断は行うことができなかったが、診断的治療目的に第27病日に腹腔鏡補助下小腸切除術を行った。病理診断ではメッケル憩室底部に形成した腺癌と診断され、後日リンパ節郭清を含めた追加手術を行い、現在化学療法中である。

【考察・結語】メッケル憩室癌は解剖学的特性から診断が困難な上、症状の発現が遅く進行した状態で見つかることが多い。本例はメッケル憩室の内翻によりイレウスを発症し、ダブルバルーン内視鏡検査を行ったが、頂部の腫瘍露出部を確認することができず、診断に至れず追加手術を要する形となった。稀な疾患ではあるがメッケル憩室内翻症の特徴的な内視鏡像を認識し、腫瘍の発生も考慮した上で注意深く観察し、適切な生検を行うことが大切であると考えられた。

## PL2-4 粘膜下腫瘍様形態を呈した大腸粘液癌に EMR with an OTSC (EMR-O) を施行した一例

関根 大真<sup>1</sup>、小関 洋平<sup>1</sup>、熊谷 優<sup>1</sup>、宮下 翔<sup>1</sup>、小玉 絵理奈<sup>1</sup>、石川 夏生<sup>1</sup>、  
夏井 一輝<sup>1</sup>、盛田 景介<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、三浦 努<sup>1</sup>、竹内 学<sup>1</sup>、田島 陽介<sup>2</sup>、  
内-研 田口 貴博<sup>3</sup>、薄田 浩幸<sup>3</sup>、加藤 卓<sup>4</sup>、味岡 洋一<sup>4</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 外科、<sup>3</sup>長岡赤十字病院 病理診断部、  
<sup>4</sup>済生会新潟県中央基幹病院 病理診断科

【症例】70歳代男性。サーベイランス目的の前医下部消化管内視鏡検査 (CS) にて、下行結腸に 8 mm 大の上皮下病変 (SEL) を指摘され、当科紹介。発見から10ヶ月後の当院 CS では前医同様に下行結腸に 8 mm 大の表面平滑な弾性硬の SEL を認めた。また、EUS では粘膜下層を主座とする一部無エコーを伴う高エコー像として認識した。経過観察の方針とし、さらに半年後の CS では、10mm 大とやや増大していたため、ボーリング生検を行ったが十分な組織は得られなかった。しかし、mucinous adenocarcinoma 様の所見より再検が必要と考えられたが、本人家族と相談の上、診断的治療目的に、EMR-O を施行した。病理所見では、粘膜下層を主座とする mucinous adenocarcinoma であり、免疫染色では CK7 (-)、CK20 (一部+)、CDX2 (+)、p53 (一部+)、Ki-67高度 (+) を認め、比較的高度な増殖活性を示す原発性大腸癌に矛盾しない所見であった。しかし、深切り切片でも上皮内に腫瘍成分は認められなかった。転移性大腸腫瘍の可能性も考慮されたが、CT、PET-CT では他臓器に悪性腫瘍の所見がないことから、原発性大腸粘液癌の可能性が高いと判断し、外科にて追加手術を施行した。尚、腫瘍の遺残やリンパ節転移は認めなかった。

【考察】本例のような10mm 以下の小さな SEL 様原発性大腸癌の報告例は少ない。その多くは、腫瘍の上皮性成分を伴っている。しかし、本例では上皮性成分は認めず、非常に興味ある症例と考え、報告する。

## PL2-5 特徴的な超音波像を呈した胆管癌肉腫の一例

内 - 専 江郷 晶<sup>1</sup>、比佐 岳史<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>、  
工藤 彰治<sup>1</sup>、山田 崇裕<sup>1</sup>、大瀬良 省三<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

【症例】患者は70歳台、男性。X年3月、吃逆で近医を受診し、USにて胆管拡張を認め、造影CTで胆管癌が疑われたため当科紹介となった。血液検査では肝胆道系酵素の上昇を認めたが、腫瘍マーカーは正常であった。造影CTでは中下部胆管内腔に17mmの不均一な造影効果を有する類円形腫瘤を認め、上流胆管は拡張していた。壁外浸潤や転移はみられなかった。腫瘤はUSでは描出されなかったが、EUSで表面高エコー層を伴う内部不均一な亜有茎性低エコー隆起として描出された。隆起周囲に壁肥厚はみられなかった。ドブラでは隆起内に多数の血流シグナルを認めた。ソナゾイドを用いた造影では隆起表面の高エコー層に造影効果はなかった。胆管生検では大型の紡錘形細胞と類円形細胞を認め、未分化癌や肉腫が疑われた。X年4月に臍頭十二指腸切除術を施行した。肉眼的には中下部胆管に23×10mmの亜有茎性隆起を認め、隆起の大部分は組織学的に骨化を伴う肉腫で、基部付近の腺癌から移行していた。隆起表面の大部分は炎症性滲出物が覆っていた。隆起周囲に上皮内癌がみられたが、断端は陰性であった。最終的に胆管癌肉腫（pT1b (FM) N0M0、pStage I）と診断した。術後9年間に再発はなかったが、他疾患で死亡した。

【考察】本例では胆管内腔に露出した肉腫部分の表面が炎症性滲出物で覆われ、これが表面高エコー層として描出されていた。本所見は通常の胆管癌としては非典型的で、転移性胆嚢腫瘍と同様に上皮腫瘍が胆管内腔に発育することで生じる特徴的な所見と考えられた。

**一般演題、英語セッション**

**抄 録 集**



## 1 食道閉塞を伴う食道 NEC に対して、放射線化学療法が奏功した 1 例

消-研

矢嶋 高<sup>1</sup>、今井 雄史<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>、遠山 奨大<sup>1</sup>、  
天野 博之<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>2</sup>、田尻 亮輔<sup>3</sup>、  
小山 敏夫<sup>3</sup>、小俣 政男<sup>1,4</sup>

<sup>1</sup>山梨県立中央病院、<sup>2</sup>山梨県立中央病院 ゲノム解析センター、  
<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：60歳代、女性。主訴：のどのつかえ感、嘔吐。既往：横行結腸癌にてX-16年に横行結腸切除。心房中隔欠損症。家族歴：特になし。現病歴：X-1年9月にのどのつかえ感を自覚し、X年1月下旬よりむせこみや嘔吐することがあった。X年3月に近医を受診し、4月に飲水も不可能な状態となったため、当科紹介、緊急入院となった。検査：造影CT検査では、胸部中～下部食道に全周性肥厚を認め、心膜、両側気管支、奇静脈、胸部下行大動脈に浸潤。リンパ節104L、107、109R、109L、112aoA、110、106tbL、肝臓S3、S7に転移を認めた。上部消化管内視鏡検査所見では、切歯28～38cmで全周性2型進行食道癌を認め、スコープは抵抗を認めるが通過可能であった。病理組織は、Neuroendocrine carcinoma (small cell type)、CD56 (+)、synaptophysin (+)、chromogranin A (+)であり、食道 NEC (Neuroendocrine carcinoma) cT4N2M1 cStage IVbの診断となった。食道通過障害があり、外科的切除は困難と判断したため、胃瘻を造設。放射線化学療法の方針となり、エトポシド+シスプラチン投与、食道癌と胃小彎側リンパ節に60Gy/30frを施行した。腫瘍は縮小傾向であり、治療開始2カ月後の上部内視鏡では抵抗なくスコープ通過するようになった。食事摂取は可能となったが、化学療法中につかえ感があるため、胃瘻併用としている。消化管 NEC は稀な疾患であり、早期に浸潤・転移することから予後不良である。原発臓器として、最も頻度が高いのが食道であり、治療法は確立されていない。化学療法は小細胞肺癌と同様にエトポシド+シスプラチン、もしくはイリノテカン+シスプラチンを行うことが多く。また、放射線感受性が高く、放射線治療を併用することが有用である。本症例は、放射線化学療法が奏功した1例である。今後の病状制御を維持するため、文献的考察を加えて報告する。

## 2 Barrett 食道腺癌の一例

内

今井 淳葵<sup>1</sup>、藤元 瞳<sup>1</sup>、松崎 豊<sup>1</sup>、雄山 澄華<sup>1</sup>、松本 航<sup>1</sup>、齊藤 博美<sup>1</sup>、  
新倉 則和<sup>1</sup>、五十嵐 亨<sup>1</sup>、清澤 研道<sup>1</sup>、伊藤 信夫<sup>2</sup>

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

症例は60代男性。20XX-20年に上部消化管内視鏡検査（EGD）で胃食道逆流症（GERD）gradeB を指摘されプロトンポンプ阻害薬（PPI）を継続内服していた。人間ドックでEGDを1-2年毎1回施行されていた。20XX-9年には食道胃接合部に隆起性病変を指摘されるようになったが生検は施行されず、20XX年のEGDで明らかに隆起が増大傾向となり、精査目的に当科紹介となった。病変は食道胃接合部3時方向の20mm大のやや発赤調の上皮下病変様の隆起性病変と随伴する軽度黄色調の平坦病変として認識された。隆起部分は拡大NBI観察で拡張した血管は認められたが最表層は重層扁平上皮で覆われており、隆起部分から計2回の通常生検を行ったが悪性所見を認めなかった。平坦部分には小孔や異常血管がありBarrett食道腺癌の扁平上皮下進展像と類似していた。病変はいずれの部位でも超音波内視鏡検査（EUS）で粘膜下層の断裂を認めず、追加治療の可能性について十分に説明した後に診断的治療目的に内視鏡下粘膜下層剝離術（ESD）で一括切除を施行し、特記すべき偶発症無く終了した。病理組織結果はAdenocarcinoma, tub1>tub2, T1b2 (SM2), Ly0, V0 (VB), pHM0, pVM0の診断であった。隆起病変、平坦病変は生検部位を除き、いずれも重層扁平上皮で覆われていた。ESD検体の胃粘膜内に食道腺導管や粘膜筋板の二重化がありBarrett食道が背景にあると考えられた。後日追加切除として下部食道胃全摘術が施行され、癌の遺残やリンパ節転移は認めなかった。

【考察】本症例はGERDに対して長期PPI投与が行われており、Barrett粘膜が再生した扁平上皮で被覆されたburied Barrett粘膜に発生したBarrett食道腺癌と考えられた。Buried Barrett粘膜の発生率は未治療で4.8-28%、焼灼術後で0.9-51.5%、PPI内服で31.6-38.5%との報告がある。内視鏡像として典型的にはBarrett粘膜周辺に認められ、淡い色調変化や軽度隆起を呈するとされており、Barrett食道腺癌の周囲に発生すると範囲診断や視認が困難になることがある。本症例は20XX年-9年の時点で隆起があり、buried Barrett粘膜の存在が疑われたがどの時点で癌があったかは不明である。buried Barrett粘膜由来の食道癌の進行様式の長期経過を確認した貴重な症例であると思われる。

## 3 胃型腺腫の一例

内

樋口 雅隆<sup>1</sup>、沖山 葉子<sup>1</sup>、牧 直哉<sup>1</sup>、中島 恒夫<sup>1</sup>、松澤 賢治<sup>1</sup>、丸山 和敏<sup>1</sup>

<sup>1</sup>丸子中央病院

症例は70代女性。Barrett食道腺癌ESD後経過観察目的で上部消化管内視鏡検査を施行した。通常観察にて、萎縮の目立たない胃前庭部大彎粘膜に3-4mm大の背景粘膜とほぼ同色調を呈する小隆起性病変を認めた。血液検査所見ではペプシノゲン1>70.1、ペプシノゲン1/2比>3.1、抗H.pylori IgG抗体<3であった。拡大観察で隆起表面はmicrovascular pattern irregular、microsurface pattern slt. irregular、demarcation line (+)と上皮性腫瘍を考える所見であり、生検病理組織結果でGroup3と診断されたため内視鏡的切除病変と判断しESDを施行した。病変の大きさは4×5mm（切除標本21×15mm）。切除標本の病理組織所見では、HE染色で隆起部粘膜表面に腺窩上皮領域に限局した異形腺管を認め、その下に過形成を呈する胃小窩構造が観察された。AB/PAS染色は異形腺管の上層で細胞頂部にわずかにPAS陽性を示し、中層～深層の腺管はPAS陽性、胞体内粘液に富み核が辺縁に圧排された粘液細胞で構成されていた。免疫染色結果ではMAC5ACは上層～中層細胞に陽性。MAC6、HIK1083、lysozymeは中層～深層の細胞に陽性であり、上記結果を総合して胃型腺腫（幽門腺腺腫）と診断した。胃型腺腫の特徴として、好発部位は胃体上部～中部、様々な形態を呈し背景と同色調ないしやや白色調で、萎縮性粘膜からの発現が多いとされている。今回、H.Pylori陰性の萎縮の無い粘膜を背景として幽門腺領域に発生した胃型腺腫を経験したので報告する。



#### 4 Ball valve 症候群を呈した一般型腺窩上皮型胃癌の一例

内 小澤 由季<sup>1</sup>、原 大地<sup>1</sup>、木内 怜平<sup>1</sup>、仁位 達郎<sup>1</sup>、藤田 楓<sup>1</sup>、宮澤 鷹幸<sup>1</sup>、  
鈴木 宏<sup>1</sup>、國本 英雄<sup>1</sup>、関 亜矢子<sup>1</sup>、原 悦雄<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>長野市民病院

【症例】84歳、男性。

【主訴】心窩部の違和感。

【現病歴】X-1年12月から心窩部の違和感を自覚し、X年3月に近医より紹介となった。腹部造影CT検査にて、胃から十二指腸球部に陥入する腫瘍性病変を認め、上部消化管内視鏡検査を施行した。前庭部前壁に同色調で乳頭状または微細分葉状の表面構造を伴う、20mm大の山田分類III型の病変を認めた。背景粘膜は萎縮し*H.pylori* 現感染または自然除菌後と考えられた。NBI (Narrow Band Image) 併用拡大観察では微小粘膜構造と微小血管構造に不整を認めたが、生検ではGroup 2であった。Total biopsy 目的でESD (Endoscopic Submucosal Dissection) を施行した。病理検体からは乳頭状構造の組織を背景に、不規則分岐癒合構造を成した腺管増殖巣が観察され、乳頭状構造の先端部に核腫大と極性の乱れを認めた。MUC5ACは病変全体が陽性となり、MUC6陽性細胞は乳頭構造の深部に僅かに観察できる程度であった。腺窩上皮への分化を示した細胞異型の低い腺癌で腺窩上皮型胃癌と判断された。ESD後は心窩部の違和感は改善した。

【考察】本症は腺窩上皮への分化傾向を示す胃型の上皮性腫瘍であり、低異形度のまま、あるいは脱分化して浸潤するため腺窩上皮型腺癌と呼ばれることがある。発赤した表面顆粒状の小隆起を呈しているものはラズベリー様と呼ばれ、*H.pylori* 未感染胃に多い。一方で白色から同色調の平坦もしくは扁平な隆起性病変で、腫瘍表面は大小乳頭状から微細分葉状を呈しているものは一般型と呼ばれ、*H.pylori* 現感染・既感染胃に多い。本症例はMUC5ACが腫瘍全体に陽性で異形度は低く、内視鏡所見では背景粘膜は萎縮し、腫瘍表面は乳頭状から分葉状であり一般型腺窩上皮型癌と考えられた。一方で山田分類III型を呈しball valve 症候群を発症していた点是非典型的であった。本症は生検で腺癌の診断がつかないこともあり、切除を考慮する必要がある。

#### 5 胃癌術後11年後に肺転移・14年後に皮膚転移を呈した1例

消-研 赤岡 大地<sup>1</sup>、浅川 幸子<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>、遠山 翔大<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>、望月 仁<sup>1,2</sup>、中込 貴博<sup>3</sup>、  
長田 厚<sup>4</sup>、雨宮 健司<sup>2</sup>、弘津 陽介<sup>2</sup>、田尻 亮輔<sup>5</sup>、小山 敏雄<sup>5</sup>、小俣 政男<sup>1,2,6</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 ゲノム解析センター、  
<sup>3</sup>山梨県立中央病院 呼吸器外科、<sup>4</sup>山梨県立中央病院 皮膚科、  
<sup>5</sup>山梨県立中央病院 病理診断科、<sup>6</sup>東京大学 名誉教授

症例：80歳代、男性。主訴：左側腹部皮下腫瘍。既往歴：胃潰瘍・幽門側胃切除術、2型糖尿病、高血圧、慢性腎臓病、C型慢性肝炎。家族歴：特記すべきことはなし。現病歴：X-15年健診の上部消化管造影検査で異常を指摘された。前医で、B-II法再建残胃吻合部に3mm大の1型病変を認め、生検で乳頭腺癌と診断された。X-14年に残胃全的術を施行。X-3年3月の検査でCEA 8.2ng/ml、CA19-9 57.1U/mlの上昇があり、上部・下部消化管内視鏡検査では悪性所見は認められなかった。CT検査では右肺尖部に結節影あり、3-6か月毎の定期的CT検査で経過観察されていた。その後、徐々に増大し肺癌が疑われ、X-1年5月に当院呼吸器内科へ紹介された。X-1年7月に胸腔鏡併用右下肺上葉切除術を施行し、病理診断で胃癌の肺転移と診断された。さらに#4R・8のリンパ節転移に対して放射線治療を実施し、同リンパ節は縮小した。X年4月左側腹部皮下腫瘍に気づき当院皮膚科紹介受診し、CTで右側胸部・上腹部皮下にも腫瘍を認め、X年5月に最大の右胸部腫瘍を全切除し、病理結果で肺腫瘍と同様に胃癌の転移と診断された。原発巣が胃癌であったためX年6月当科を紹介受診。腎機能低下があること、#4R・8のリンパ節転移に対し放射線治療が有効であったことから、皮膚転移巣に対して放射線治療を実施した。その後S1治療も減量して開始し、現在腫瘍の縮小が得られている。転移性皮膚癌の頻度は0.03~0.14%とされる。また胃癌の術後5年以降に再発する頻度は8.6%と報告され、肝・リンパ節・腹膜に多い。本症例では初回手術から14年後に皮膚転移を来した稀な症例であり、ゲノム検索も含め報告する。

10月12日（土）第1会場（3F グランデ）

胃・大腸 11:17~11:49

座長：浅川 幸子（山梨県立中央病院 消化器内科）

6

## オーバーナイト法が困難なため BRTO 変法（CARTO- II）にて治療した胃静脈瘤破裂の一例

消 - 研

須田 悠太<sup>1</sup>、大脇 崇史<sup>1</sup>、大崎 暁彦<sup>1</sup>、森下 健<sup>1</sup>、渡邊 浩太郎<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>

<sup>1</sup>新潟市民病院 消化器内科

【症例】55歳男性。糖尿病などで近医通院中、上腹部痛、黒色便出現後、ショック状態となり、当院救急搬送された。造影 CT にて肝硬変、胃内大量血腫、食道静脈瘤（EVs）、胃静脈瘤（GVs）が指摘された。不穏、興奮状態であり、緊急上部消化管内視鏡検査（EGD）を静脈鎮静下に行った。EVs には出血なく、胃内は大量の新鮮血、血腫にて観察困難であったが、噴門部大彎より湧出性出血を認め、クリップにて止血した。GVs の隆起は不明瞭であったが大量出血にて虚脱した GVs 破裂と診断し、続けて BRTO を行った。左腎静脈より胃腎シャント（GRS）にアプローチし、硬化剤（5%EOI）の段階的注入にて GVs 本体に硬化剤を充填させることに成功した（計20mL 使用）。不穏状態続き、バルーンカテーテル（BC）を翌日まで留置するオーバーナイト法は困難と判断し、GRS 下流をコイルで塞栓し、BC 抜去し、手技終了した。以後、経過良好、精神症状は速やかに改善した。第5病日に EGD 施行、GVs は F3隆起として認識、止血されていた。第6病日に造影 CT 施行、GVs は血栓化していた。第7病日に EVs に対して、内視鏡的静脈瘤結紮術（EVL）を行い、第10病日に退院した。

【考察】門脈圧亢進症の診療ガイドでは GVs 破裂の第一選択治療は、Cyanoacrylate を用いた内視鏡硬化療法（CA-EIS）とされるが、本例のように EGD の視野確保が困難かつ静脈瘤が虚脱した症例では困難である。当院では EVL やクリップにて一次止血を行った後、速やかに BRTO に移行する治療戦略を採用し、高率に治療成功している。CARTO（Coil assisted retrograde transvenous obliteration）は、当初 BC を使用せず代わりにコイルを用いる手法として報告されたが、その後、通常の BRTO を行った後にオーバーナイト法の代わりにコイル塞栓を行う手法も報告され、CARTO- II と呼ばれている。術後の安静時間が短縮できるのが利点であるが、GRS をコイルで閉塞するため、同経路に再アプローチできなくなる点に留意が必要である。稀ではあるが、硬化剤再注入が必要な症例、胃静脈瘤再灌流の症例も経験し、慎重な選択が必要と考える。

7	<b>ステロイド依存性の好酸球性胃腸炎に対してブデソニドの投与が有効であった一例</b>
消-専	佐藤 貴一 <sup>1</sup> 、岩谷 勇吾 <sup>1</sup> 、加古 里子 <sup>1</sup> 、長屋 匡信 <sup>1</sup> 、岡村 卓磨 <sup>1</sup> 、平山 敦大 <sup>1</sup> 、 澤口 洋視 <sup>1</sup> 、土屋 智章 <sup>1</sup> 、池内 浩志 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 信州大学医学部 消化器内科

【症例】30歳代女性。15歳時に H. pylori 感染と胃潰瘍を指摘され除菌治療が行われたが胃潰瘍は改善せず、PPI の内服を継続された。その後も腹痛及び胃潰瘍の再発を繰り返したため21歳時に当院へ紹介となった。胃前庭部から十二指腸球部に多発するびらん及び潰瘍と、潰瘍瘢痕による十二指腸球部～上十二指腸角の管腔狭小化を指摘された。胃、十二指腸の生検ではいずれも40個 /HPF 以上の好酸球浸潤を認め、好酸球性胃腸炎と診断した。P-CAB の内服を継続していたが、26歳時に嘔吐と心窩部痛が再燃し、十二指腸潰瘍の再発を指摘された。手術も考慮されたが、狭窄部位が乳頭部に近いことからステロイド治療を行う方針とした。プレドニゾロン (PSL) 25mg を開始し、症状の改善と内視鏡所見の改善を認めたが、PSL を減量すると腹痛や貧血と潰瘍が再燃し PSL の再増量を繰り返していた。抗アレルギー薬やアザチオプリンの併用により PSL の減量も試みたが、改善に乏しくステロイド依存となっていた。30歳時に PSL を11mg まで減量したところ潰瘍が再燃したため、ブデソニド (ゼンタコート) 9 mg の脱カプセル内服を開始した。内服開始1週間後のEGDでは潰瘍の著明な改善がみられ、その後はPSLを漸減し再燃なく経過している。

【考察】好酸球性胃腸炎の治療には PSL の投与が用いられ、短期的には著効することが多いが漸減に伴い再発する例も多く報告されている。本症例も PSL 内服により治療効果が得られたが、PSL の減量により潰瘍の再燃を繰り返すステロイド依存の状態であった。ゼンタコートは腸溶性徐放顆粒を充填した硬カプセル剤であり、そのまま内服した場合には遠位小腸～上行結腸に効果を示すためクローン病で主に用いられるが、脱カプセルした場合は上部小腸に、更に徐放カプセルを口腔内でかみ砕いた場合には胃に効果を示すとされている。今回ゼンタコートの脱カプセル内服により治療効果が得られ PSL を減量することができた一例を経験したため報告する。

8	<b>好酸球性胃腸炎の経過中に発症した潰瘍性大腸炎の1例</b>
消-専	土屋 理沙 <sup>1</sup> 、久野 徹 <sup>1</sup> 、武田 健二郎 <sup>1</sup> 、山本 瀬里 <sup>1</sup> 、森 優喜 <sup>1</sup> 、橋本 優美 <sup>1</sup> 、 依田 宏貴 <sup>1</sup> 、青沼 優子 <sup>1</sup> 、石田 剛士 <sup>1</sup> 、川上 智 <sup>1</sup> 、村岡 優 <sup>1</sup> 、鈴木 雄一郎 <sup>1</sup> 、 小林 祥司 <sup>1</sup> 、佐藤 光明 <sup>1</sup> 、吉田 貴史 <sup>1</sup> 、高野 伸一 <sup>1</sup> 、前川 伸哉 <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)

好酸球性胃腸炎 (eosinophilic gastroenteritis : EGE) は消化管に好酸球が浸潤し炎症を来すことで生じる消化管組織障害および機能障害であり指定難病に登録されている。グルココルチコイドが大部分の症例で有効であるが、減量・中止により再燃を繰り返すことが多い。今回、EGE の経過中に潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis : UC) を併発し、インフリキシマブ (Infliximab : IFX) で改善した1例を報告する。症例は20歳代男性。X-12年、上腹部痛を主訴に当院小児科紹介受診。EGDにて十二指腸潰瘍 (DU) を認め、組織生検で好酸球浸潤を認めた。血清抗HP抗体陰性であり、PPI で加療された。X-6年腹痛で当科紹介受診。EGDで好酸球浸潤を伴う胃びらん・DU (20個以上 /HPF)、TCS 施行し、大腸の好酸球浸潤は少量であった (10個以下 /HPF)。EGE の診断で、プレドニゾロン (Prednisolone : PSL) 40mg/day で寛解するも、漸減中に通院自己中断。X-4年腹痛で再度受診、P-CAB と抗アレルギー薬内服で加療されるも通院自己中断、以降は近医で PSL 少量継続投与と抗アレルギー薬内服にて加療されていた。X年6月より水様下痢を自覚、血便を伴うようになり経口摂取困難となりX年7月に当院へ救急搬送された。CT 検査で脾湾曲肛門側の連続性の炎症像を認め、TCS では直腸から盲腸まで連続性の発赤浮腫状血管透見の減弱した炎症像を認めた。EGDはDU瘢痕と軽度の炎症像のみであった。全大腸炎型 UC 中等症の診断で、PSL40mg で寛解導入療法を行った。2週間後に治療評価目的に TCS を施行、内視鏡像は改善傾向であるが炎症の残存を認めたため、寛解導入療法の変更を検討。出来るだけ早期に改善を目指したいとの希望で IFX の導入の方針とした。IFX 導入後2週間で臨床的 / 内視鏡的に寛解を認め、現在、UC に対して IFX、EGE に対し PSL3mg/day と抗アレルギー薬で維持治療を行っており、再燃を認めていない。UC 加療中に EGE の合併した報告は散見されるが、EGE の経過中に UC を発症した報告は少ない。複数回の内視鏡・生検を行っている症例であり、文献的考察を含め提示する。

9	内視鏡的バルーン拡張術で改善が得られなかったS状結腸癌術後吻合部狭窄の一例
内	延廣 征典 <sup>1</sup> 、亀山 仁史 <sup>1</sup> 、山本 潤 <sup>1</sup> 、岩谷 昭 <sup>1</sup> 、山崎 俊幸 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 新潟市民病院 消化器外科

【症例】70歳代、女性。S状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除術、D3郭清、Double stapling technique（以下DST）吻合（side-to-end）を施行した。術後経過は良好であり、術後11日目に退院した。術後診断はpT2N0M0、pStage Iであり、外来経過観察としていた。再発や転移所見なく経過していたが、術後10か月目に吻合部狭窄による腸閉塞を発症したため、内視鏡的バルーン拡張術を施行した。処置にて排便が得られ、一時的に症状は軽快したが、その後も再狭窄を繰り返し、約1か月の経過で計5回の内視鏡治療を施行した。症状改善に乏しく、手術の方針とした。下腹部正中切開で開腹、吻合部口側で口側腸管（S状結腸相当）と拡張した腸管盲端が腸間膜同士で癒着していた。これらを一塊にして周囲組織から剥離、吻合部を含む口側肛門側腸管を切離して再吻合（DST吻合、end-to-end）を施行した。術後経過問題なく、術後10日目に退院した。病理所見では吻合部に特異所見や腫瘍性変化は認めなかった。現在は症状の再燃なく経過観察中である。

【考察】S状結腸癌、直腸癌手術における自動吻合器を使用したDST吻合は標準術式となっているが、術後晩期合併症として吻合部狭窄がしばしば散見される。吻合部狭窄の定義は報告ごとに異なるが、発症頻度は約30%程度とする報告もある。膜様狭窄を呈するが、発症の危険因子は低位直腸癌、血流障害、術前化学放射線治療、術後縫合不全（肥厚性瘢痕）などが報告されている。治療は用手指拡張術や内視鏡的バルーン拡張術が行われ、穿孔などの偶発症や複数回の処置を要する場合もあるが、症状改善が得られ有効である場合が多い。本症例は既報にある術後吻合部狭窄の危険因子は有していなかったと考えるが、短期間に狭窄を繰り返し、内視鏡治療で改善が得られないと考えて手術を施行した。DST吻合後の狭窄に対して手術、再吻合を要したとする報告は少ないため、文献的考察を加えて報告する。

E-1	<b>Effectiveness of thrombopoietin receptor agonists in Chronic Liver Disease Patients Undergoing Invasive Procedures</b>
消	山下 裕騎 <sup>1</sup> 、岩垂 隆諒 <sup>1</sup> 、奥村 太規 <sup>1</sup> 、小林 浩幸 <sup>1</sup> 、若林 俊一 <sup>1</sup> 、木村 岳史 <sup>1</sup> 、梅村 武司 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 信州大・消化器内科

【Background&Aim】Lustrombopag and avatrombopag, oral thrombopoietin receptor agonists, are approved for the treatment of thrombocytopenia in patients with chronic liver disease who are scheduled to undergo invasive procedures. This study assessed the efficacy and safety of these drugs in patients with chronic liver disease and thrombocytopenia undergoing invasive procedures.

【Methods】A total of 30 cases who received lusutrombopag or avatrombopag between 2018 and 2024 were included in the analysis, with 17 patients (including readministration). Patients whose platelet count increased by  $\geq 20 \times 10^9/L$  from baseline and achieved  $\geq 50 \times 10^9/L$  were considered responders.

【Results】The etiologies of chronic liver disease in the cohort were MASH : 43%, ALD : 27% HCV : 20%, AIH : 7%, and other : 3%. The mean age was 68 years and 50% of the patients were male. The proportion of Child-Pugh classification was CP-A : 63%, CP-B 37%. The most frequent procedure was radiofrequency ablation (70%). The median platelet count observed before drug administration was  $53 \times 10^9/\mu L$ , which significantly increased to  $83 \times 10^9/\mu L$  after drug administration ( $p < 0.001$ ). The proportion of responders was 80% and the proportion of patients who did not require platelet transfusion was 60%. There were no indications of drug-induced liver dysfunction or thrombosis.

【Conclusion】This study supports the safety and effectiveness of lusutrombopag and avatrombopag in patients with chronic liver diseases undergoing planned invasive procedures.

## 10 自験例から考察した HBV de novo 再活性化診療のピットフォール

消

木村 究<sup>1</sup>、横尾 健<sup>2</sup>、吉田 智彰<sup>2</sup>、渡邊 雄介<sup>2</sup>、木村 成宏<sup>1</sup>、阿部 寛幸<sup>1</sup>、  
上村 博輝<sup>1</sup>、坂牧 僚<sup>1</sup>、上村 顕也<sup>1</sup>、土屋 淳紀<sup>1</sup>、寺井 崇二<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新潟大学 大学院医歯学総合研究科 消化器内科学分野、

<sup>2</sup>新潟大学 大学院医歯学総合研究科 健康寿命延伸・消化器疾患先制医学講座

【目的】HBV 再活性化対策の重要性は非専門医にも広く周知されたが介入遅延症例も散見される。そこで2013年以降に de novo 再活性化のため核酸アナログ治療を受けた22例を抽出し、介入遅延の要因について後方視的に解析した。

【結果】感染既往検査は19例で原疾患治療前に、3例で治療開始後に行われていた。感染既往判明後は全例で定期的な DNA 採血がされていた。介入が遅れた2例を提示する。

【症例1】75歳、男性。慢性リンパ性白血病のため、抗 CD20抗体と BCL-2 阻害剤で治療。定期 DNA 採血はされていたが結果確認に不備があり、当科紹介は DNA 5.1logIU/mL、HBsAg 3.15IU/mL、ALT 37U/L (baseline 22) の時点であった。de novo 肝炎初期と診断し、ETV+TAF を開始。7日後に DNA は半減したが ALT 上昇。PSL を開始し、3週後をピーク (301U/L) に低下。5週後には DNA が検出感度未満、12週後に ALT が基準値となった。

【症例2】51歳、女性。膀胱癌治療前に HBsAg 陽性のため当科受診。以下の病歴が判明。急性骨髄性白血病のため末梢血幹細胞移植が行われ寛解となり、慢性 GVHD に対してタクロリムスとプレドニゾロンを定期内服。HBV 感染既往のために DNA がモニタリングされ、約5年後に <1.3 logIU/mL、この9ヶ月後に1.9logIU/mL、ALT 27U/L (baseline 18) となり当科を初診。ETV を開始し、DNA 検出感度未満、ALT 基準値内となったが、約8ヶ月で当科通院が途絶え ETV も中断。この2年後に DNA 8.1logIU/mL、HBsAg 36436IU/mL、ALT 28U/L で当科を再診という経過であった。ETV 再開により制御可能となり、膀胱癌治療が可能となった。

【考察】自験例では DNA 採血の結果確認不備による不適切なモニタリングや患者の病識不足が介入遅延の一因であった。

【結語】適切な DNA モニタリングと患者啓発の重要性が再認識され、医療者・患者双方への啓発の重要性が示唆された。

11	<b>新型コロナウイルスワクチンによりB型肝炎ウイルス再活性化を来し急性肝不全に至ったと考えられた1症例</b>
消	<p>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>、齊藤 博美<sup>1</sup>、藤元 瞳<sup>1</sup>、五十嵐 亨<sup>1</sup>、新倉 則和<sup>1</sup>、清澤 研道<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup>相澤病院 消化器内科</p>

【症例】80歳台女性。X-10年時のHBs抗原とHCV抗体は陰性。X-12ヶ月時は肝機能障害なし。X-11ヶ月時に4回目の新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）のワクチンBNT162b2を接種した。X-10ヶ月時に前医でALT 55U/Lの軽度肝障害を指摘され経過観察となっていた。X-4週時にALT 101U/L。X-6日に食欲低下と倦怠感が出現しX-4日から嘔吐あり。X日に黄疸と傾眠を呈し当院受診した。T-bil 16.7mg/dL、ALT 843U/L、PT 12.8%、MELDスコア30点であり、単純CT検査と腹部超音波検査では閉塞性黄疸や肝腫瘤性病変は否定的だった。HBs抗原40.32IU/mL、HBc抗体陽性、HBs抗体陽性であったが、新規感染機会や免疫抑制要因は指摘できずHBV感染が原因とは断定できなかった。入院で安静としビタミンKや凝固因子の補充がなされた。しかし肝機能は増悪の一途を辿り、Day4には昏睡状態となり、Day6に死亡した。病理解剖の同意は得られなかった。IgM-HBc抗体陰性、HBV-DNA 6.3LogIU/mLであり、各種除外診断を踏まえ、ワクチン接種を契機としたHBV再活性化による急性肝不全と考えられた。

【考察】SARS-CoV-2ワクチンの一つであるmRNAワクチンはウイルス表面のスパイク蛋白成分を鋳型としたmRNAを化学的に合成したものであり、接種局所の宿主細胞内で翻訳されることにより同抗原に対する免疫応答を活性化させるものである。SARS-CoV-2ワクチン接種後の肝機能障害の報告は散見され、薬物性肝障害だけでなく、自己免疫性肝炎を発症した症例もある。2023年台湾の報告では、SARS-CoV-2ワクチン接種後の肝障害としてB型慢性肝炎患者が4割を占めるとされ、既感染患者におけるHBV再活性化症例も1例報告された。本症例のように、COVID-19罹患やその治療薬投与がなく、SARS-CoV-2ワクチン接種自体がHBV再活性化の原因と考えられる症例報告は前述の1例しかなく本邦では初の報告である可能性があり、ワクチン接種の有害事象として注意喚起する意義があると考え報告する。

12	<b>転機の異なる重症アルコール性肝炎の2例</b>
消-研	<p>奥脇 季子<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>、鈴木 雄一郎<sup>1</sup>、佐藤 光明<sup>1</sup>、前川 伸哉<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup></p> <p><sup>1</sup>山梨大学医学部 消化器内科</p>

【症例】症例1：40代男性、X年7月に熱中症と高度脱水による意識障害のため、当院救急部入院した。入院時に肝障害と黄疸も認めていたが、二次性の肝障害と考えられ退院した。1週間後肝障害の経過確認目的に消化器内科を受診時、血液検査でT-Bil 12.4mg/dL、PT活性値41.8%と著明に悪化しており緊急入院した。CT検査上急性肝炎を示唆する所見を認め、ウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎などは否定的であり、連日焼酎を600ml摂取される大酒家であったため、重症アルコール性肝炎の診断となった。JAS 10点、MDF 38、MELD score 16であり、プレドニゾロン（PSL）40mg/day内服を開始した。1週間後T-Bil 8.3mg/dLまで改善し、Lille model 0.216であったため、ステロイド効果良好予測症例となり、28日間PSL 40mg/dayを継続したところ、T-Bil 5.6mg/dL、PT活性値54.3%と改善し、第31病日全身状態良好で退院した。

症例2：40代男性、X年6月に黄疸と倦怠感を主訴に前医を受診した。血液検査上ウイルス性肝炎、自己免疫性肝炎などは否定的であり、連日ウイスキーを700ml摂取される大酒家であり、重症アルコール性肝炎の診断となった。血液検査でT-Bil 29.9mg/dL、PT活性値27.5%であり、集中治療が必要となる可能性もあり当院へ転院搬送された。JAS 10点、MDF 83、MELD score 32であり、PSL 40mg/day内服を開始した。1週間後T-Bil 28.1mg/dL、Lille model 0.567であったため、ステロイド効果不良予測症例となり、ステロイドパルス療法4日間施行後に顆粒球除去療法を連日3日間施行するシークエンシャル療法を行った。顆粒球除去療法後も肝機能や肝炎は改善せず、CT検査上肺炎の出現を認めステロイドは漸減終了した。その後新鮮凍結血漿輸血や抗菌薬治療を継続したものの、肝腎症候群となり、第31病日に永眠された。

【結語】重症アルコール性肝炎は発症1ヶ月以内の死亡例が多い重篤な疾患である。ステロイド治療が提唱されているものの、治療に反応しない症例も存在し、長期投与により免疫低下から重症感染症を併発して致命的となる場合もある。今回転機の異なる重症アルコール性肝炎を2例経験したので、治療反応性や予後について文献的考察を加え報告する。

## 13 画像的な診断が困難であった肝細胞癌脾転移の1例

消-研

浅輪 直人<sup>1</sup>、宮下 翔<sup>1</sup>、小玉 絵理奈<sup>1</sup>、石川 夏生<sup>1</sup>、夏井 一輝<sup>1</sup>、小関 洋平<sup>1</sup>、  
熊谷 優<sup>1</sup>、盛田 景介<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、三浦 努<sup>1</sup>、竹内 学<sup>1</sup><sup>1</sup>長岡赤十字病院 消化器内科

【症例】49歳、男性。検診で肝障害を指摘され他院を受診した。CTで肝右葉、脾尾部、右腎に多血性腫瘍を認め、腎癌多発転移の疑いで当院泌尿器科へ紹介となった。腎腫瘍生検で腎細胞癌の診断となったが、肝腫瘍や脾腫瘍は腎細胞癌の転移として非典型的であり、脾神経内分泌腫瘍の肝転移も疑われたため当科紹介となった。肝腫瘍、脾腫瘍について組織学的検査を行う方針とし、経皮的肝腫瘍生検で肝細胞癌の診断となった。脾腫瘍に対してはEUS-FNAを施行し、肝腫瘍に類似した組織像を認めたため、肝細胞癌脾転移の診断となった。また小脳にも多血性腫瘍を認めており、原発性脳腫瘍の他に肝細胞癌や腎細胞癌の脳転移が鑑別として考えられた。いずれにしても、今後の治療としては分子標的薬を含む化学療法を行うことが想定されたため、脳出血の予防や組織学的評価、薬剤選択の観点で、まず脳腫瘍の摘出を行う方針とした。手術検体で髄膜種の術後診断となり、偶発的に発見された原発性脳腫瘍と判断した。今後の遺伝子パネル検査を念頭に、再度組織を採取した後に化学療法を行う方針とした。EUS-FNAを再検後に、化学療法としてデュルバルマブ+トレメリムマブ療法を開始し、現在治療継続中である。

【考察】肝細胞癌の遠隔転移は、肺、骨、副腎、脳に多いが、脾への転移は約1%と非常に稀である。一方、転移性脾腫瘍の原発巣としては、腎癌、肺癌、乳癌、軟部腫瘍、大腸癌、悪性黒色腫に多いとされるが、肝細胞癌の脾転移は非常に稀である。本症例では、肝、脾、腎に同時に多血性腫瘍を認めており、腎細胞癌の診断が確定した時点で、腎細胞癌の肝・脾転移、腎細胞癌の肝転移+脾神経内分泌腫瘍、脾神経内分泌腫瘍の肝転移+腎細胞癌など、いずれも転移性肝腫瘍の可能性を考えていた。肝細胞癌の脾転移が非常に稀であることや、多臓器に病変が見られたことが画像的診断に難渋した原因と考えられる。本症例のように、画像所見での鑑別が難しい場合には、適切な組織学的検査を行うことが重要と考えられた。肝細胞癌脾転移の稀な症例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。



## 14 画像診断に苦慮した HNF-1 $\alpha$ 不活性型肝細胞腺腫の1例

消-専 佐藤 遼<sup>1</sup>、石川 達<sup>1</sup>、小川 雅裕<sup>1</sup>、夏井 大輝<sup>1</sup>、岩澤 貴宏<sup>1</sup>、小林 雄司<sup>1</sup>、  
佐藤 聡史<sup>1</sup>、横山 純二<sup>1</sup>、西倉 健<sup>2</sup>、本間 照<sup>1</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

【緒言】肝細胞腺腫は肝細胞由来の比較的稀な良性腫瘍である。今回我々は健診異常にて指摘された HNF-1  $\alpha$  不活性型肝細胞腺腫の一例を経験したので報告する。

【症例】50歳台女性、検診での腹部超音波検査にて肝腫瘤を指摘され当院受診した。BMIは29.93kg/m<sup>2</sup>。HBs抗原(-)、HCV抗体(-)、抗核抗体(-)。21歳から24歳時に経口避妊薬の内服歴あり。AST 21IU/L、ALT 26IU/L、HbA1c 5.3%、腫瘍マーカーはAFP 2.1ng/mL、DCP 22.6mAU/mL、CEA 1.7ng/mL、CA19-9 2.5U/mLであった。腹部超音波検査では脂肪肝所見を認め、S4に15mmの低エコー腫瘤性病変が指摘され、内部に血流は認めなかったが、脈管の走行が指摘された。Dynamic CT撮影にて造影早期で腫瘍は濃染され、後期相で不明瞭化した。EOB-MRIでは肝細胞相での信号低下は認めずDWIでは軽度高信号も認めたがADLの低下は認めなかった。これらの画像所見では鑑別診断に苦慮し、精査目的にCT angiographyを施行した。CTAPではS4に造影欠損を認め、CTHAでは第1相で境界不明瞭に濃染され、第2相で不明瞭化した。Thin slice CT Angioでは濃染部は周囲へ造影効果を広げながら経時的に不明瞭化した。CO<sub>2</sub> US angiographyでは腫瘍は高エコーに描出された後、経時的な造影効果の消失は認めなかった。FNHの車軸様所見は認めず、Thin slice CT AngioとCO<sub>2</sub> US angiographyでは解離があったものの血管筋脂肪腫や肝細胞腺腫(HCA)疑いとなり、経皮的肝腫瘍生検を施行した。免疫染色では、 $\beta$ -catenin (nuclear accumulation) (-)、glutamine synthetase (+)、Glypican (-)を示し、組織像に脂肪化が見られことと合わせ、HNF-1  $\alpha$ 不活性型肝細胞腺腫(H-HCA)と診断された。

【考察】本症例は中年女性であり、H-HCAのリスクファクターとしては経口避妊薬の内服歴を認めた。H-HCAは癌化のリスクは低いものの、多様な画像検索を用いた評価が必要であり、今後のsize up含め経過観察中である。

## 15 穿刺ドレナージによって診断に至ったアメーバ肝膿瘍・肺膿瘍の一例

消-研 尾崎 真友<sup>1</sup>、森田 真一<sup>2</sup>、小田 知友美<sup>2</sup>、杉谷 想一<sup>2</sup>

<sup>1</sup> 村上総合病院 初期研修医、<sup>2</sup> 村上総合病院 消化器内科

【症例】71歳男性。2ヶ月前から原因不明の咳嗽と発熱が出現。近医の胸部レントゲンで右下肺浸潤影が指摘されCTRXを2週間継続したが改善なく、症状遷延のため精査加療目的に当院へ紹介受診となった。来院時は持続する湿性咳嗽と血痰、右季肋部の叩打痛を認め、血液検査では炎症反応上昇を認めた。造影CTでは肝右葉S8に隔壁様構造を伴う直径8cmの腫瘤性病変と連続する右肺下葉末梢の浸潤影が認められ、肝膿瘍と肺膿瘍の診断となった。保存加療を強く希望しMEPM 2g/日を開始。しかし2週間後も改善なく、15病日に肝膿瘍に対して穿刺ドレナージを施行した。排液は高粘性のコアグラと膿が混合されたanchovy paste様で、肝膿瘍内部を造影すると頭側へ造影剤が流出し、直後に強い咳嗽と内容物と同様の血痰が出現した。単純CTにて右肺細気管支に造影剤が確認できたため、肝膿瘍から肺へ直接進展し、気管支瘻を伴っていることを診断した。排液の鏡検でアメーバcyst様の所見を疑い、長期間の抗菌薬投与が奏功しないことから、アメーバ肝膿瘍・肺膿瘍と判断し同日よりMNZ 2000mg/日を開始した。翌朝には発熱消失、咳嗽も軽減されMNZが著効したと考えたが、過去の報告から肺膿瘍・気管支瘻を伴う症例では外科的治療に至る症例もあり、17病日に高次機能病院へ転院となった。転院先で精査を行ったが、MNZが著効したことから外科処置不要の判断で保存的加療を継続する方針となり、28病日に再び当院へ転院となった。CTで膿瘍の縮小を認め、ドレーンから排液無く症状も消失したため、MNZ投与は36病日で終了、38病日に退院した。排液のPCRの結果、赤痢アメーバDNA陽性となり確定診断となったが、海外渡航歴はなく、HIV陰性で同性愛嗜好も無く感染経路は不明であった。

【考察】本症例は肺進展及び気管支に瘻孔を形成したアメーバ肝膿瘍である。膿瘍ドレナージを行うことで確定診断に至った。発熱や呼吸器症状の遷延や広域抗菌薬が奏功しない肝膿瘍には、早期の精査介入や他微生物の想起が必要であることが示唆された。

16	<b>腹水 ADA の高値を根拠に抗結核薬による診断的治療が奏功した結核性腹膜炎の一例</b>
消 - 専	木内 怜平 <sup>1</sup> 、原 悦雄 <sup>1</sup> 、藤田 楓 <sup>1</sup> 、仁位 達郎 <sup>1</sup> 、小澤 由季 <sup>1</sup> 、原 大地 <sup>1</sup> 、 宮澤 鷹幸 <sup>1</sup> 、鈴木 宏 <sup>1</sup> 、國本 英雄 <sup>1</sup> 、関 亜矢子 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 長野市民病院 消化器内科

【症例】80代男性。X年2月上旬から腹痛を自覚し、2月下旬に近医の血液検査でCRP 16mg/dLと上昇を認め当院紹介となった。問診で肺結核の既往歴があった。腹部造影CT検査では腹膜肥厚があったが、原発巣となるような腫瘤は認めなかった。結核性腹膜炎、腹膜中皮腫などを鑑別に精査加療目的に当科入院となった。炎症反応高値であり、第1病日から抗菌薬加療を開始し、第2病日に腹水穿刺で細菌培養、抗酸菌培養を提出したがいずれも陰性であった。細胞診では悪性所見は見られず、腹水中のアデノシンデアミナーゼ（以下：ADA）は123IU/Lと高値であった。T-spotは判定保留となり、クオンティフェロンを提出したところ陽性となった。胸部CT検査では肺野に活動性結核を疑う所見はなく、喀痰抗酸菌検査も陰性であった。抗菌薬を継続していたが炎症反応は高値が持続していた。クオンティフェロン陽性、腹水ADAは高値であり、他の腹膜炎となるような腫瘍性病変は否定的であり、結核性腹膜炎と考え第15病日から抗結核薬の治療を開始した。抗結核薬内服後炎症反応は低下傾向となり、腹痛も改善し、第25病日に退院した。第43病日に施行した腹部CT検査では脂肪織濃度上昇の改善、腹膜肥厚の軽減、腹水の減少を認めており、治療は奏効していると考えられた。その後も抗結核薬を継続し、半年後のCT検査でも腹膜炎の所見は改善し、血液検査で炎症反応の改善が維持されており、抗結核薬は有効であると判断した。

【考察】結核性腹膜炎は全結核患者の0.04-0.5%にみられる稀な疾患と考えられているが、特徴的な臨床症状に乏しいため診断が困難なことがある。診断は結核菌の検出が基本であるが、腹水の抗酸菌培養は20%と陽性率が低い。腹水ADAのcut off値を36-40U/Lとした場合、感度は100%、特異度は90%を超えるという報告もあり、本症例はADA高値であり、他の疾患が否定的であり診断に至り、治療が奏功した。

【結語】原因不明の腹膜肥厚、腹水貯留の際には結核性腹膜炎を鑑別に挙げるべきであり、腹水穿刺のADA高値は診断の一助になると考えられる。

17	<b>癌性腹膜炎が疑われたが結核性腹膜炎の診断に至った一例</b>
消	松田 秀哉 <sup>1</sup> 、中山 康弘 <sup>1</sup> 、曾我美 佑介 <sup>1</sup> 、猪俣 紀江 <sup>1</sup> 、諏訪 博史 <sup>1</sup> <sup>1</sup> 峡南医療センター富士川病院

【症例】症例は70歳代男性。C型肝硬変、分枝型IPMN、陳旧性脳梗塞などで定期通院していたが、X-3年以降は通院が途絶えていた。X年1月より呼吸困難と全身浮腫が出現し、X年2月に当院を受診。著明な胸腹水が認められたため、精査目的に入院となった。造影CTでは広範な腹膜肥厚、腹水貯留、大網内不整結節の所見があり、肺には転移を疑う多発性結節および多量胸水の所見が見られた。盲腸から上行結腸には不正な壁肥厚が認められ、大腸癌および癌性胸腹水が疑われた。入院後、呼吸困難が増悪傾向を示したため胸腔ドレーンを留置。胸水検体から結核菌核酸増幅同定検査で結核菌が検出され、結核性胸膜炎と診断された。さらに喀痰の塗抹検査が陽性となり、PCR検査で結核が同定され肺結核と診断された。腹水は2回検査を提出し、2回目の検査で抗酸菌塗抹検査が陽性となり、結核性腹膜炎と診断された。結核病床を有する施設に転院し、肝硬変があるためイソニアジド、リファンピシン、エタンプトールの3剤による抗結核薬治療を開始した。その後、肺結核の改善とともに、大網内不整結節の不明瞭化や腹水の減少が見られた。

【考察】結核性腹膜炎と癌性腹膜炎は、いずれも腹水や腹膜の肥厚や結節といった類似した画像所見を呈するため、鑑別が困難である。結核性腹膜炎は全結核中0.04~0.5%と稀な疾患であり、特に肺結核を伴わない場合は積極的に疑わない限り診断に至るのは難しい。結核性腹膜炎の診断には、腹水検体の塗抹検査や培養検査のみでは陽性率が低く、腹水中のアデノシンデアミナーゼ（ADA）高値が鑑別に有用である。確定診断のために腹腔鏡による腹膜生検が必要となることも多い。本症例も当初は癌性胸腹膜炎と判断して診療を行っており、結核菌が同定されなければ診断に至るのは困難であったと考えられた。

【結論】画像所見から癌性腹膜炎と考えられる症例においても、結核性腹膜炎の可能性を常に念頭に置くべきである。

## 18 診断までの長期経過を遡ることができた膵癌の1例

消-研

深澤 虎太郎<sup>1</sup>、今川 直人<sup>1</sup>、高野 伸一<sup>1</sup>、川上 智<sup>1</sup>、倉富 夏彦<sup>1</sup>、原井 正太<sup>1</sup>、  
吉村 大<sup>1</sup>、奥脇 徹也<sup>1</sup>、安村 智生<sup>1</sup>、山下 洸司<sup>1</sup>、榎本 信幸<sup>1</sup><sup>1</sup>山梨大学医学部 消化器内科

【症例】70歳代、女性。X-9年10月に受診した検診の腹部超音波検査で膵鉤部に多房性嚢胞を指摘され、当科紹介となった。CT・MRI・EUS 検査結果より、膵鉤部の42mm の分枝型 IPMN の診断となった。嚢胞径は30mm を越えていたが、主膵管拡張や嚢胞内の結節、隔壁肥厚の所見はなく、年齢や全身状態を考慮し経過観察の方針となった。嚢胞の性状や主膵管径に変化なく、定期的に CT・MRI・AUS 検査で follow up となっていた。X年1月に follow up で施行した造影 CT 検査で膵尾部に30mm の尾側膵管の拡張を伴う乏血性腫瘤を認めた。EUS-TA の結果、Class V、adenocarcinoma の診断となった。主要血管への浸潤は見られなかったが、前方・後方浸潤を認め、膵癌、cT3N0M0 Stage IIA と診断した。術前化学療法として GS 療法を2コース施行し、腹腔鏡下膵体尾部切除術が実施された。術後病理所見では所属リンパ節転移を認め、pT3N1aM0 Stage IIB の最終診断となった。本症例について、後方視的にこれまでの画像所見を評価すると、X-9年に撮影された CT 画像において腫瘍の部位と一致して、膵実質の脂肪置換が認められていた。また、X-8年の CT 画像では、同部位に限局性膵萎縮が出現しており、経年的に萎縮は進行していた。一方で、X-2年で撮影した CT 検査、X-1年で撮影した MRI 検査ではいずれも限局性膵萎縮を認めるものの、腫瘤や主膵管の狭窄・拡張所見は認められていなかった。

【考察】近年、膵実質の限局性萎縮や脂肪置換は腫瘤形成前の膵癌の early signs として注目されている。一方で early signs が生じる機序や進行過程については明らかになっていない。今回、膵癌診断までの長期間、early signs を経時的に遡ることができた1例を経験した。膵癌の早期発見のために示唆に富む症例と考え、文献学的考察を交えて報告する。

## 19 1型自己免疫性膵炎のステロイド維持療法中に出現した浸潤性膵管癌の一例

消-研

坂田 正悟<sup>1</sup>、比佐 岳史<sup>1</sup>、江郷 晶<sup>1</sup>、伊藤 唯<sup>1</sup>、西山 秀<sup>1</sup>、工藤 彰治<sup>1</sup>、  
山田 崇裕<sup>1</sup>、大瀬良 省三<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

【症例】患者は70歳台、男性。X年、糖尿病増悪の原因検索目的に施行した単純 CT で膵腫瘤が疑われたため、当院紹介となった。AUS では膵全体が低エコーを呈し、造影 CT にて膵のびまん性腫大と被膜様構造を認めた。MRI 拡散強調画像では膵の大部分が高信号を呈し、MRCP では主膵管は全体に狭細化し不明瞭であった。EUS-FNA では炎症細胞浸潤を伴う線維組織を認め、悪性所見はみられなかった。上記所見および血清 IgG4 高値 (2560mg/dL) より、1型自己免疫性膵炎 (AIP) と診断した。ステロイド投与で膵腫大が改善し、プレドニゾン7.5mg/日による維持療法および定期的な AUS と単純 MRI を施行した。X+4年の MRI で膵頭部足側に嚢胞が出現し、その周囲に拡散強調画像で高信号を認めた。造影 CT では嚢胞周囲の病変は不明瞭であり、EUS にても嚢胞周囲に明らかな腫瘤を認識できなかった。AIP 再燃の疑いでステロイド再増量を行った。5週後の MRI にて膵頭部嚢胞の増大とその上流主膵管の拡張を認め、浸潤性膵管癌 (PDAC) が疑われた。EUS 再検で膵頭部に輪郭不明瞭な低エコー域を認識したが、介在血管を回避しえず FNA を断念した。ERP では膵頭部主膵管狭窄部をガイドワイヤーが通過せず経鼻ドレーナージチューブ留置は不可能であった。単回の膵液細胞診は陰性であった。臨床的に PDAC と診断し、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。肉眼的には膵頭部に白色組織およびその辺縁に嚢胞を認めた。組織学的に白色組織は PDAC (pT3N0M0、pStage IIA) で、嚢胞は癌による貯留嚢胞と診断した。背景膵実質は1型 AIP であった。

AIP に対するステロイド維持療法中に PDAC を発症した報告は少数である。AIP と PDAC の関連性、AIP 再燃と PDAC の鑑別について、文献的考察を加えて報告する。

20	<b>当院における BRCA1/2 遺伝子陽性膵癌に対する治療</b>
消	塩路 和彦 <sup>1</sup> 、兼古 祐輔 <sup>1</sup> 、今井 径卓 <sup>1</sup> 、佐野 知江 <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】BRCA1/2 遺伝子の生殖細胞系列の病的変異は遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）の原因であり、膵癌でも5-10%で陽性となることが知られている。BRCA1/2 陽性膵癌ではプラチナ系抗癌剤が奏功し、2020年3月からは16週以上プラチナ系抗癌剤が奏功した症例ではオラパリブによる維持療法が保険適応となっている。BRCA1/2 遺伝子変異を確認するには BRACAnalysis または包括的がんプロファイリング検査（CGP）が必要で、陽性と判明してもプラチナ系抗癌剤が奏功しなければオラパリブによる維持療法はできず、実際にどのような治療が行われているか報告は少ない。

【目的】当院における BRCA1/2 遺伝子陽性膵癌に対する治療内容を明らかにする。

【対象と方法】2020年3月から2024年7月まで当院において BRACAnalysis または CGP により BRCA1/2 遺伝子陽性となった症例。陽性判明前後の治療内容、予後等について検討する。

【結果】BRACAnalysis は51例、CGP は70例に対して行われた。（重複有り）CGP の検査方法としては FoundationOne Liquid CDx が40例、FoundationOne CDx が20例、NCC オンコパネルが8例、Guardant360 CDx が2例だった。これらの検査により10例（9.1%）の BRCA 1/2 遺伝子陽性例を認め、9例が生殖細胞系列の病的変異（gBRCA）で1例は腫瘍細胞の病的変異（tBRCA）だった。遺伝子異常が判明したときの状況は16週以上プラチナ系抗癌剤がすでに投与されていたのが3例、16週未満のプラチナ系抗癌剤による治療中が1例、非プラチナ系抗癌剤による治療中が6例で、この6例は全例プラチナ系抗癌剤にレジメン変更された。オラパリブは6例に投与され2例は長期コントロールできたが、4例は2ヶ月以内にPDとなった。この10例の生存期間中央値は15.8ヶ月、1年生存率は71.4%であった。

【結語】現在ゲムシタピン＋ナブ・パクリタキセルが初回治療として行われることが多いと思われるが、BRCA1/2 遺伝子陽性膵癌は比較的頻度が高く、意識して早めに検査を行う必要がある。

21	<b>悪性大静脈症候群による下腿浮腫に対して下大静脈ステント留置術が奏功した胆嚢癌の一例</b>
消-研	大島 ゆり <sup>1</sup> 、中野 応央樹 <sup>2</sup> 、堀江 篤 <sup>2</sup> 、佐藤 千紘 <sup>2</sup> 、永山 逸夫 <sup>2</sup> 、丹羽 佑輔 <sup>2</sup> 、 松井 徹 <sup>2</sup> 、岡 宏充 <sup>2</sup> 、本田 穰 <sup>2</sup> 、小林 由夏 <sup>2,3</sup> 、高村 昌昭 <sup>2</sup> 、高野 徹 <sup>4</sup> <sup>1</sup> 長岡中央総合病院 臨床研修医、 <sup>2</sup> 長岡中央総合病院 消化器内科、 <sup>3</sup> 長岡中央総合病院 腫瘍内科、 <sup>4</sup> 済生会新潟県中央基幹病院 放射線科

悪性下大静脈症候群は進行した悪性腫瘍による下大静脈の圧排や浸潤により静脈還流障害を生じ、高度な下半身浮腫等で QOL を著しく低下させる。今回、我々は胆道癌による下大静脈閉塞で出現した著明な両下肢浮腫に対し下大静脈ステント留置により、歩行困難を来した下肢浮腫が著明に改善した一例を経験したので報告する。

【症例】71歳、女性

【現病歴】202X年3月初旬からの食思不振と倦怠感を主訴に近医受診し、閉塞性黄疸を認めたため同年4月23日に当科に紹介受診した。CTでは胆道癌による悪性胆管狭窄および腹膜播種が疑われた。同年4月24日EUS-FNBにより腹腔内軟部影から組織を採取し、ERCPにて胆管メタリックステント留置を留置した。同年5月7日の再診時、減黄は良好であったが両下肢浮腫を訴え利尿剤内服を開始した。同年5月10日より化学療法目的に当科に入院し、同日化学療法を開始した。入院時、2週間で7kgの体重増加と両下肢浮腫の著明な増悪と皮膚からの浸出液を訴えた。当科初診時の腹部CTで既に腹膜播種による下大静脈の閉塞を認めており、胆道癌（adenocarcinoma）の腹膜播種による悪性下大静脈症候群と診断した。歩行も難しい状態に近く、利尿薬での両下肢浮腫のコントロールは困難と考え、同年5月22日右大腿静脈アプローチにより下大静脈ステント（コスモテック社 SPIRAL RELIEF STENT（φ=20mm/L=8cm））を留置した。留置当日からアピキサバン錠10mgを3日間内服し、以後はアスピリン錠100mgの内服を継続した。留置時50.7kgの体重は留置4日目で49.5kg、留置7日後には43.6kgと著明に減少した。下肢からの浸出液は消失し、歩行困難の改善も得られ、留置8日後に退院した。留置16日後は自動車を運転して来院され、体重は38.9kgと留置時より12kg減量し下肢浮腫は消失していた。

【結語】胆道癌による著明な下肢浮腫に対し、下大静脈ステント留置が著効した一例を経験した。下大静脈ステント留置は患者の QOL を改善させる有効な選択肢の一つになり得ると考えられ、若干の文献的考察とともに報告する。

## 22 GCD 療法が著効した皮膚転移合併遠位胆管癌の一例

消

小山 究太郎<sup>1</sup>、川合 弘一<sup>1</sup>、高橋 俊作<sup>1</sup>、成瀬 匠<sup>1</sup>、渡邊 誠<sup>1</sup>、小林 隆昌<sup>1</sup>、  
堂森 浩二<sup>1</sup>、影向 一美<sup>1</sup>、佐々木 俊哉<sup>1</sup>、渡辺 雅史<sup>1</sup>、三井田 博<sup>2</sup>、夏井 正明<sup>1</sup>

<sup>1</sup>新潟県立新発田病院 内科、<sup>2</sup>新潟県立新発田病院 皮膚科

症例は73歳男性。数日前から続く腹部膨満感、下痢、黄疸を主訴に近医から当科紹介入院となった。理学所見上、眼球結膜、皮膚に黄染を認めた他、陰茎周囲に紅斑が広がっており、内部には膿性浸出液を伴う潰瘍を形成した結節が多発していた。血液検査で肝胆道系酵素とビリルビンの上昇を認めた。CT では遠位胆管の壁肥厚と上流胆管の拡張、および右鼠径部皮膚の肥厚と鼠径部リンパ節腫脹、腹部大動脈周囲リンパ節腫大、胸腹水を認めた。ERCP を行うと遠位胆管に狭窄を認め、胆管生検後にドレナージチューブを留置した。また、皮膚科にて鼠径部皮膚疹の皮膚生検を施行した。胆管生検では腺癌を認めたものの原発部位の特定には至らなかったが、皮膚生検で表皮から皮下組織にかけて低分化腺癌を認め、免疫染色では CK7 (+)、CK19 (+)、CK20 (-)、TTF-1 (-)、GATA3 (+)、MIB-1 35%だった。皮膚転移を伴った胆管癌または腺癌が鑑別診断にあげられ、超音波内視鏡検査にて胆管内に腫瘍の側方進展所見が認められたことから遠位胆管癌と診断した。経鼻胆管ドレナージチューブを金属ステントに入れ替えた後、第24病日より GEM+CDDP+Durvalumab (GCD) 療法を開始した。化学療法開始後、陰部皮膚病変は消退傾向となり徐々に浸出液も消失した。2 コース施行後、第75病日に退院。3 コース施行後の CT では原発巣、転移巣とも著明な縮小を認め、7 コース施行後も縮小を維持した。8 コース施行後は Durvalumab 単剤に変更し、有害事象なく外来で治療継続中である。胆管癌の皮膚転移は経皮的胆管ドレナージルート以外ではきわめて稀であり、近年実臨床で使用可能となった GCD 療法の治療成績については PubMed、医中誌ではこれまでのところ報告はみられない。GCD 療法が胆管癌の原発巣および皮膚転移巣に著明に奏功した症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

## 23 診断に苦慮した2型自己免疫性膵炎の一例

消-研

田邊 彩乃<sup>1</sup>、夏井 一輝<sup>1</sup>、吉川 成一<sup>1</sup>、宮下 翔<sup>1</sup>、小玉 絵理奈<sup>1</sup>、石川 夏生<sup>1</sup>、  
夏井 結唯<sup>1</sup>、小関 洋平<sup>1</sup>、熊谷 優<sup>1</sup>、盛田 景介<sup>1</sup>、三浦 努<sup>1</sup>、竹内 学<sup>1</sup>、  
田口 貴博<sup>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>同 病理診断部

【症例】28歳女性。飲酒歴はなし。X年9月と10月に心窩部・左側腹部痛を認め、当院へ紹介受診した。膵酵素上昇とCTで膵体尾部優位の腫大、不均一な造影低下と膵周囲脂肪織濃度上昇が見られ、急性膵炎の診断で入院となった。保存的治療を行うも膵炎症状が遷延し、MRCPで膵頭体部の主膵管狭窄と尾側膵管の軽度拡張がみられ、DWIで膵尾部が高信号を呈した。IgG4は低値であったが自己免疫性膵炎(AIP)や、胆石性膵炎、膵胆管合流異常などの可能性を考慮しEUS、ERCPを施行した。EUSでは膵体尾部の軽度腫大が見られたがAIPを積極的に示唆する所見は乏しく、総胆管結石や膵胆管合流異常も見られなかった。症状軽快するもX年12月に再燃し、MRIでは膵尾部に加えて膵頭部もDWIで高信号、EUSでは膵頭部は低エコー・点状高エコー、膵体尾部は腫大・高エコーを呈していた。膵尾部からのEUS-FNBを施行するも、病理は軽度の炎症を伴った腺房組織所見のみであった。ERCPでは膵頭部に高度の主膵管の狭小化を認め、バルーン拡張後に膵管ステントを留置するも、DWI高信号域は増大し、膵全体で主膵管の狭小化が見られた。膵頭部の低エコー領域から再度EUS-FNBを施行したところ、IgG4陽性形質細胞は乏しく、小葉間・小葉内膵管上皮に好中球浸潤を伴う膵管上皮破壊像(granulocytic epithelial lesion (GEL))が見られた。CFで上行結腸に潰瘍性大腸炎(UC)の所見も見られ、2型AIPの診断でステロイド・5-ASAを開始した。その後膵腫大・主膵管狭小化の改善が見られ、ステロイド漸減するも膵炎症状の再燃なく経過している。

【考察】2型AIPは、欧米と比較し日本での報告例は少なく、IgG4などの疾患特異マーカーはないがGELを特徴とし、比較的若年者に多くUC合併や急性膵炎にて発症する症例が多いとされる。今回急性膵炎を繰り返すも、UC症状が乏しく、初回のEUS-FNBではGELが見られず、診断に苦慮した2型AIPを経験した。急性膵炎の原因として2型AIPも考慮する必要があると、文献的考察を踏まえて報告する。

## 24 EVANS 症候群を合併した IgG4 関連疾患の 1 例

消-専

百瀬 明里<sup>1</sup>、近藤 翔平<sup>2</sup>、横山 岳<sup>3</sup>、池内 浩志<sup>2</sup>、岩垂 隆諒<sup>2</sup>、橋上 遣太<sup>4</sup>、  
山下 裕騎<sup>2</sup>、浅井 麻理子<sup>5</sup>、梅村 武司<sup>2</sup><sup>1</sup>長野県立木曽病院内科、<sup>2</sup>信州大学医学部附属病院消化器内科、<sup>3</sup>諏訪中央病院消化器内科、  
<sup>4</sup>信州上田医療センター消化器内科、<sup>5</sup>諏訪中央病院血液内科

【症例】73歳男性。これまでに特記すべき既往はない。X-1年9月、腹痛精査目的の前医 CT で炎症性腹部大動脈瘤を疑われた。短期経過で大動脈瘤の増大、右水腎、膵頭部および膵尾部に限局性膵腫大を認め、血清 IgG4 高値のため IgG4 関連疾患 (IgG4-RD) が疑われ、当科に紹介された。紹介時点の血液検査で、血球 3 系統に特段の異常は認めなかった。膵尾部病変に対して超音波内視鏡下組織採取術を施行し、IgG4-RD に特徴的な病理所見は得られなかったものの、悪性所見は認めなかった。臨床的に IgG4-RD と診断し、ステロイド導入の方針とした。治療目的に X 年 4 月に入院したが、入院時の血液検査新規に正球性貧血、血小板減少を認めた。追加精査で血小板抗体陽性、直接 Coombs 試験陽性であり、血液内科にコンサルトし、免疫性血小板減少性紫斑病 (ITP)、自己免疫性溶血性貧血 (AIHA) を合併した EVANS 症候群と診断した。プレドニゾロン 0.6mg/kg/ 日の内服を開始したところ、血球系は速やかに改善し、膵病変および大動脈周囲病変も CT で縮小を認めた。外来でプレドニゾロンの漸減を行い、プレドニゾロン 5 mg/ 日を維持量とし、3 年間継続の方針としている。

【考察】IgG4 関連疾患は全身の多様な臓器に病変を形成するが、血液疾患との合併例は稀である。ITP との合併例は 13 例、AIHA との合併例は 8 例が報告されているが、EVANS 症候群との合併例の報告は認めず希少な症例であった。

## 25 高度の汎血球減少併存下に、膵管炎および胆管炎を合併したアルコール性慢性膵炎の 1 例

内

近藤 翔平<sup>1</sup>、倉石 康弘<sup>1</sup>、清水 祐樹<sup>1</sup>、今村 峻輔<sup>1</sup>、南澤 昌郁<sup>1</sup>、堀内 一太郎<sup>1</sup>、  
米倉 千奈津<sup>1</sup>、柳澤 匠<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】42歳女性。20歳頃よりアルコールを多飲しており、X-14年にアルコール依存症の診断を受け断酒治療を受けた。その際の画像検査で慢性膵炎を指摘され前医消化器内科紹介となった。膵内胆管狭窄に対しては ERCP のプラスチックステント (PS) 定期交換で対応されていたが、X-12年にフルカバー金属ステント (FCSEMS) に変更された。ステント抜去は予定されず X-10年に急性胆管炎で前医緊急入院となった。ERCP で FCSEMS 抜去を試みられるもステントが離断したため、PS 留置で処置を終了した。以降、PS の定期交換で臨床経過は安定していたが、X 年 5 月末に発熱、心窩部痛で緊急入院となった。造影 CT では肝内胆管拡張とともに主膵管拡張および膵尾部仮性嚢胞の出現を認めた。また、血液検査で汎血球減少も指摘された。ERCP で PS の交換が施行されたが、経乳頭的膵管ドレナージは不成功に終わった。精査加療目的に当院転院となった。転院時の血液検査で汎血球減少 (好中球 686/ $\mu$ L、ヘモグロビン 6.1g/dL、血小板 2万/ $\mu$ L) と共に芽球の出現を認め血液内科にコンサルトした。骨髓検査で骨髓異形成症候群 (MDS) と診断され、予後は非常に不良と推定された。高度好中球減少のため易感染状態であり、感染制御のためにはドレナージ治療が必要と判断した。赤血球および血小板輸血を行い、第 5 病日に EUS 下膵管ドレナージ (EUS-PD) を施行した。処置後、炎症反応は順調に改善したが第 12 病日に急性胆管炎を発症した。慢性膵炎による十二指腸狭窄を認めており経乳頭的ドレナージでは胆道感染の制御は困難と判断し、第 14 病日に EUS 下肝管胃吻合術 (EUS-HGS) を施行した。処置に伴う偶発症は認めず、感染は消滅したため第 22 病日に退院した。退院後 1 ヶ月の時点で再感染の徴候は認めていない。

【考察】EUS-HGS、EUS-PD をはじめとする EUS 下治療が近年盛んに行われている。高い手技成功率および臨床的成功率より、経乳頭的処置が困難な場合のドレナージの第 2 選択肢となっているが、時に出血や腹膜炎など重篤な偶発症に直面することがある。本症例は、MDS による易感染性および易出血性を有し高度治療困難例であったが、偶発症なく 2 度の処置を施行し感染を改善し得た。

26	慢性膵炎に対して超音波内視鏡下膵管ドレナージ術（EUS-PDD）を施行した2例
内	今村 峻輔 <sup>1</sup> 、清水 祐樹 <sup>1</sup> 、佐々木 信和 <sup>1</sup> 、堀内 一太郎 <sup>1</sup> 、南澤 昌郁 <sup>1</sup> 、近藤 翔平 <sup>1</sup> 、柳澤 匠 <sup>1</sup> 、米倉 千奈津 <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 消化器内科

【症例1】70歳台、女性。腹痛で前医を受診し、慢性膵炎急性増悪と診断され、膵石に対する加療目的で当科紹介となった。体外衝撃波結石破砕術（ESWL）を計3回施行したのちに、ERCPを施行したが、膵管の蛇行により結石尾側へのデバイスの突破が困難であり、結石の乳頭側に膵管ステントを留置した。その後ステント留置による膵炎を合併し、ステントを抜去し、経過観察となっていたが、1年後に腹痛が再燃した。膵管ステント留置を試みたが、ガイドワイヤーが結石を突破できなかった。超音波内視鏡下膵管ドレナージ術（EUS-PDD）を行い、ランデブー法を用いて二次的な経乳頭的膵管ステント留置術に成功した。その後膵管ステントの定期交換、結石除去を行っている。

【症例2】70歳台、男性。腹痛で前医を受診し、膵内胆管狭窄、膵頭部結石を起点とした膵背側の液体貯留を認め、慢性膵炎、膵石による仮性嚢胞と診断され、当科紹介となった。ERCPを施行し、胆管ステントの留置には成功したが、膵管への挿管は不成功であった。嚢胞を合併しておりESWLは不適格と考えられた。EUS-PDDを行い、ランデブー法を用いて二次的に経乳頭的膵管ステント留置術を行った。その後ESWLを行い、ERCPによる膵石除去に成功した。

【考察】近年では、慢性膵炎に対する内視鏡治療の反復は短期に留めることが推奨されている。自験例2例では、膵石症に対して経乳頭的膵管ドレナージ術やESWLによる加療が困難であり、従来であれば手術が検討される症例であったが、EUS-PDDにより内視鏡的な採石術が可能となり、手術を回避できた。慢性膵炎の膵石完全除去、ステントフリーを目指すにあたり、EUS-PDDは重要な選択肢であると考えられた。

27	微小開口部を有する十二指腸傍乳頭憩室で Lemme1 症候群をきたした1例
消	後藤 収 <sup>1</sup> 、堀 真瑛 <sup>1</sup> 、夏井 一輝 <sup>1</sup> 、佐藤 毅昂 <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> 柏崎総合医療センター 消化器内科

【目的】 Lemme1 症候群は十二指腸傍乳頭憩室が胆管、膵管を圧排することで胆管炎、膵炎を惹起する比較的稀な疾患である。臨床の場では傍乳頭憩室自体は比較的多く経験することがあるが、憩室の存在と Lemme1 症候群を来たしていることとの因果関係を実証することは困難なことが多い。今回我々は十二指腸に微小な開口部を有する傍乳頭憩室が総胆管を圧排している状況をCTにて確認できた1例を報告する。

【症例】60歳台女性。心窩部痛、腹部膨満感があり近医受診。腹部エコーにて胆嚢腫大を認めたため急性胆嚢炎疑いで当院紹介受診。CTで胆嚢腫大、総胆管拡張あり。明らかな総胆管結石はなく巨大な傍乳頭憩室認めたため Lemme1 症候群を疑い ERCP 施行した。施行後すみやかに肝胆道系酵素の上昇は改善し腹痛も消失。合併症も認めなかったため入院第5病日に退院した。

【結果】内視鏡画面上は傍乳頭憩室の開口部は視認が困難なほど小さかったがバルーンカテーテルにて胆管走査した際に Vater 乳頭から見て画面左上方のピンホール状の微小な開口部から多量の食残の排泄を確認。同部位を憩室開口部と認識し同開口部より造影剤流入し単純 CT 撮像したところ、巨大な傍乳頭憩室が総胆管を圧排している像を確認できた。

【結論】本症例では傍乳頭憩室が総胆管を圧排している像をCTにて可視化することができた。本症例での憩室は開口部が微小なため方向性の弁の様に食残が憩室内に流入しても自然排泄が困難なことが Lemme1 症候群を来たした要因であると推察する。

伊東 哲宏<sup>1</sup>、北畠 央之<sup>1</sup>、平野 真理<sup>1</sup>、大和 理務<sup>1</sup>、佐藤 吉彦<sup>1</sup><sup>1</sup>松本市立病院 消化器内科

【症例】48歳、女性

【主訴】微熱、左季肋部痛

【現病歴】これまで耐糖能異常を指摘されたことはなかった。37.5℃の発熱と左季肋部痛を自覚した（症状発現日を第1病日と定義）。腹痛が持続するため第3病日に近医を受診し、血清アミラーゼ値が326U/Lであったため急性膵炎が疑われ当院を紹介受診した。血清アミラーゼ値 381U/L、CRP 3.9mg/dL と軽度の上昇であり、腹部造影 CT 検査では膵腫大が示唆されたものの膵周囲の炎症性変化は軽度にとどまっていた。また膵尾部にまだらな造影不良域を認めた。急性膵炎の診断基準は満たしたものの予後因子は0点、造影 CT Grade 1 であり入院希望がなく外来で経過観察となった。第5病日に腹痛は改善したものの、強い口渇感が出現した。第7病日に立位困難となり当院を受診した。第3病日の随時血糖値は60mg/dL (HbA1c 5.4%) であったが、第7病日の随時血糖値は598mg/dL と著明に上昇しており、尿ケトン2 (+) であった。経過より劇症1型糖尿病の可能性を疑い同日入院となった。レギュラーインスリンの点滴静注を開始、血糖が低下したところで食事再開ならびに強化インスリン療法へ移行した。第10病日のMRI 検査では膵腫大は改善していた。

【考察】血清・尿中Cペプチドが著明低値であったことより劇症1型糖尿病の診断基準は満たしたが、第3病日の血清Cペプチドは高値 (4.1ng/mL) であり、そのため低血糖になっていた。CT 検査での膵腫大やまだら造影不良域は膵島炎に伴う膵内分泌細胞の破壊過程であることが示唆された。血清アミラーゼ高値を伴う腹痛患者では消化器内科を受診することが多く血糖変動を伴う際は劇症1型糖尿病も念頭におき診断にあたる必要があると考えられた。



## 29 遺残膵内胆管内に形成された脂肪酸カルシウム結石による胆石性膵炎の1例

消-専

竹本 正人<sup>1</sup>、三枝 久能<sup>1</sup>、上條 優真<sup>1</sup>、横田 有紀子<sup>1</sup>、児玉 亮<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

【症例】90歳、男性

【主訴】上腹部痛

【現病歴】X-7年に総胆管結石に対し内視鏡的十二指腸乳頭括約筋切開術と結石除去が行われた。後日胆嚢結石に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行されたが、術中に誤って総胆管離断があり、胆管空腸吻合術が施行された。X年某日深夜から右上腹部痛が出現した。腹部全体に広がりNRS：9ほどの強い痛みとなり救急搬送された。

【来院時身体所見】体温：36.6℃、血圧：172/82mmHg、脈拍：74bpm、SpO<sub>2</sub>：98%（室内気）、眼球結膜に黄染なし、腹部は腸蠕動音正常、平坦軟で筋性防御はなく、右上腹部を中心とした強い圧痛があり、背部正中に叩打痛を認めた。

【血液検査】白血球：13200/μL（好中球：92.5%）、T-Bil：0.8mg/dL、AST：28U/L、ALT：16U/L、γGTP：62U/L、P-AMY：696U/L、リパーゼ：2556U/L、CRP：1.0mg/dL

【画像検査】腹部造影CT検査では主膵管拡張を認めたが膵臓に造影不良域や周囲の炎症所見は認めなかった。造影CTにて遺残膵内胆管に結石は認めなかったがMRI/MRCPで遺残膵内胆管内に複数の結石を認めた。

【入院後経過】各種検査にて造影CT Grade 1、予後因子1点（年齢）の症膵炎と診断し保存的加療を開始した。第2病日に39.0度の発熱と、血圧低下を認めた。緊急ERCPを施行し遺残膵内胆管へプラスチックステントを留置した。その後は腹痛改善し血圧も安定した。第11病日に再度ERCPを施行し遺残膵内胆管結石を載石した。結石は白色で成分分析により脂肪酸カルシウム結石であることが判明した。その後経過良好で第14病日に退院した。

【考察】脂肪酸カルシウム結石は胆石全体の0.16%と非常に稀な結石とされる。また医中誌の検索にて膵胆管合流異常を伴わない膵胆道再建術後の遺残膵内胆管結石の報告は1例のみで極めて稀な症例と考えられたため報告する。

## 30 胆管プラスチックステントの先端が門脈内へ誤挿入されたが内視鏡的に抜去し保存的に治療しえた1例

内

河久 順志<sup>1</sup>、佐藤 宗広<sup>1</sup>、森下 健<sup>1</sup>、渡邊 浩太郎<sup>1</sup>、大脇 崇史<sup>1</sup>、大崎 暁彦<sup>1</sup>、田覚 健一<sup>1</sup>、和栗 暢生<sup>1</sup>、堅田 朋大<sup>2</sup>、佐藤 大輔<sup>2</sup>、横山 直行<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 消化器外科

症例は、70歳代男性。発作性心房細動に対して直接作用型経口抗凝固薬（Direct oral anticoagulant：DOAC）内服中。心窩部不快感のため、前医受診、血液検査で肝胆道系酵素上昇あり、CTで総胆管、胆嚢内に高吸収領域を認めたため、胆管結石もしくは胆道出血による胆管炎と診断、ERCP施行された。胆管挿管困難であり、プレカットを施行された後に胆管挿管、胆管描出不良であったが、胆管プラスチックステント（Plastic Stent：PS）を留置された。その際、PS先端から一時的に出血したが、自然止血した。術後にCTでPSの位置を確認したところ、PS先端が門脈内に留置されていたため、当院紹介となった。当院消化器外科医師とも緊密に連携し治療方針を計画、同日他症例の複数の緊急手術が計画されていたため、緊急手術のバックアップ体制がとれず、翌日、当院転院、内視鏡的に抜去の方針とした。その間、門脈血栓予防のため、ヘパリン投与を行ったが、当院転院時のCTで門脈血栓を認めていた。まず、PS内腔にガイドワイヤー（Guide Wire：GW）を通過させ、PS越しに造影すると門脈が造影され、PS先端が門脈内にあることが確認された。次に、GWを留置したままスネアを用いてステントを抜去したところ、瘻孔部からの出血を認めた。しばらく観察していたが止血しないため、瘻孔内に造影カテーテルを挿入し、圧迫したところ、止血した。その後、5FrのPSを瘻孔内の門脈の手前に留置、再出血しないことを確認、処置を終了した。抜去2時間後、CT施行、出血がないことを確認した。抜去後4日目にPSを抜去、瘻孔をクリップで閉鎖した。抜去後7日目、退院となった。門脈血栓に対してはDOACを用いて治療を行った。その後の精査で胆嚢癌と診断、胆嚢摘出術を施行、現在も当院外来通院中である。胆管PSの門脈内への誤挿入は、極めて稀だが、重篤な転帰を辿る事もあるため、貴重な経験と考え報告する。

## 31 胆道感染症における胆汁細菌学的検査

消-専

谷本 裕太<sup>1</sup>、門倉 信<sup>1</sup>、金子 祐太<sup>1</sup>、依田 宏貴<sup>1</sup>、田中 佳祐<sup>1</sup>、雨宮 史武<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>市立甲府病院 消化器内科

【背景】急性胆管炎における抗菌薬の選択は、重症度に加えて胆汁培養の結果や施設におけるアンチバイオグラムを考慮すべきとされる。当院では市中感染ではスルバクタム・アンピシリンを、医療関連感染（乳頭処置既往や先行する胆管ステント留置症例もしくは何らかの胆道術後症例）ではタゾバクタム・ピペラシリンを初期治療に選択することとしている。

【方法】2019年から2023年までの期間に当院で急性胆管炎にて ERCP 下に胆汁培養を施行した189例を対象とした。各種背景と分離菌や薬剤感受性の関連について検討を行い、抗菌薬の使用状況とその「あたり・はずれ」が転帰に与える影響について検討した。

【結果】全体189症例から計416株の細菌検出を認めた。グラム陰性菌で大腸菌（19%）やクレブシエラ属（20%）、グラム陽性菌で腸球菌属（22%）が多く検出された。ESBL 産生菌は16例に検出された。薬剤感受性はアンピシリンの耐性化率53%、スルバクタム・アンピシリン31%、第1-4世代セフェム系33-57%であった。タゾバクタム・ピペラシリン（10%）、ニューキノロン（21%）、カルバペネム（12%）の耐性化は低率であった。10年前の同様の検討と比較して、感受性については全体として有意な経年的変化は認めないものの、大腸菌のニューキノロン耐性は有意に（10→33%）進行していた。感染パターン別では市中感染（103例）に比して、医療関連感染（86例）で腸球菌属（33 vs 67%）と緑膿菌（2 vs 12%）の分離頻度が有意に高かった。薬剤感受性は市中感染ではスルバクタム・アンピシリンの耐性化率は23%となんとか使用可能と思われたが医療関連感染ではタゾバクタム・ピペラシリン（14%）およびカルバペネム（19%）以外は高度耐性であった。初期治療ではタゾバクタム・ピペラシリンが医療関連感染（73%）のみならず市中感染（54%）においても選択されていた。起炎菌が初期治療でカバーできない「はずれ」症例は55例（29%）に認めたが死亡例はなく、「あたり・はずれ」は入院期間にも影響を与えなかった。

【結語】当院のアンチバイオグラムからは初期治療の方針に大きな問題はないと思われるが順守率には改善の余地があるものと思われた。

## 32 自然軽快した好酸球性胆管炎の2例

消-研

佐藤 文音<sup>1</sup>、藤元 瞳<sup>1</sup>、今井 淳葵<sup>1</sup>、松崎 豊<sup>1</sup>、雄山 澄華<sup>1</sup>、松本 航<sup>1</sup>、  
齊藤 博美<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>社会医療法人財団慈泉会相澤病院

【症例1】80歳台男性。既往に気管支喘息、脂質異常症がある。心窩部痛と食思不振を主訴に前医を受診し、血液検査にて肝機能障害を認めた。腹部単純 CT を施行され明らかな異常所見を認めなかったが、その後肝障害の増悪があり胆管腫瘍などを疑われ当院紹介受診となった。当院の血液検査では AST 101U/L、ALT 169U/L、ALP 198、 $\gamma$ -GTP 1053U/L と肝胆道系酵素の上昇、WBC 8200/ $\mu$ L、好酸球 44% (2968/ $\mu$ L) と著明な好酸球上昇を認めた。精査目的で行った超音波内視鏡（EUS）では総胆管、胆管壁に不整な壁肥厚をびまん性に認めた。逆行性膵胆管造影（ERCP）を施行し、肝内胆管から総胆管にかけ全体に壁の不整を認めた。胆管生検では好酸球主体の炎症細胞浸潤を認め、好酸球性胆管炎と診断した。ERCP 施行時に胆管ステントを留置し、その後症状、肝機能障害や好酸球上昇の改善を認めた。

【症例2】70歳台女性。既往にアルツハイマー型認知症、脳血管障害、高血圧、脂質異常症などがある。前医の定期的な血液検査にて肝機能障害を指摘され、精査目的に当院紹介受診となった。当院の血液検査では AST 173U/L、ALT 236U/L、ALP 1635U/L、 $\gamma$ -GTP 507U/L と肝胆道系酵素の上昇、WBC 4680/ $\mu$ L、好酸球 21.2% (992/ $\mu$ L) と好酸球上昇を認めた。腹部造影 CT では肝内の不均一な造影効果と胆嚢壁の肥厚を認めた。EUS では総胆管、胆嚢に不整な肥厚をびまん性に認めた。ERCP では肝内胆管から総胆管にかけて壁の不整を認めた。胆管生検では多数の好酸球を認め、肝生検では門脈域を中心に好酸球を含む炎症細胞浸潤を認め、以上から好酸球性胆管炎と診断した。治療としてはステロイド加療を検討したが、肝機能障害は経過観察のみで自然軽快した。今回経験した2症例は、共に好酸球増多の原因となる薬剤や感染等を認めず、血液疾患や腫瘍性病変も認めず、自然に改善した。経過と文献的考察を加えて報告する。

## 消-研

上谷 常晃<sup>1</sup>、川瀬 伽菜<sup>1</sup>、須藤 貴森<sup>1</sup>、樋口 和男<sup>1</sup>、北原 桂<sup>1</sup>、一條 哲也<sup>1</sup>、  
中村 直<sup>1</sup>

<sup>1</sup>安曇野赤十字病院 消化器内科

【はじめに】アミオダロンはクラス 3b の抗不整脈薬でヨードを含有し、肝細胞内へ蓄積されることが知られている。今回、アミオダロン代謝物の胆汁排泄が起因と思われた急性胆管炎を経験したので報告する。

【症例】80代、女性

【臨床経過】近医よりX-1年3月頃よりアミオダロンが処方内服されていた。およそ1年後に左下肢の疼痛で救急外来を受診し、左下肢の皮下出血により緊急入院した。入院時単純CTを施行し、偶発的に肝臓および胆嚢内に高吸収を認めたため、アミオダロンの内服歴とALT53/AST73と軽度の上昇も認めることからアミオダロン肝と考えられた。その後、入院加療していたが、第15病日に右季肋部痛とともにALT303/AST344、ALP244/γGTP68と肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部単純CTを施行したところ肝は入院時同様びまん性に高吸収域を認めアミオダロン肝に矛盾しない所見であったが、胆嚢内にも認めた高吸収な胆汁充満は一部鏡面像を呈しており、総胆管下部内にも高吸収域の鏡面像を認めた。以上よりアミオダロン肝により発生した高濃度ヨード含有胆泥による急性閉塞性胆管炎と診断し、絶食輸液・抗生剤点滴静注の治療を行うとともに、内視鏡的逆行性胆管造影(ERCP)を施行した。総胆管内と胆嚢内に結石は認めず、内視鏡的十二指腸乳頭切開術(EST)を施行後バルーンカテーテルにより胆泥除去を行なった。以後、炎症反応は著明に低下し、肝胆道系酵素は漸減傾向となった。食事を再開後も症状再燃を認めず、1ヶ月後の腹部単純CTでは胆嚢および胆道内の高吸収像は消失していた。

【結語】本症例はアミオダロン肝の存在が、閉塞性の急性胆管炎を生じたと考え、適切なERCPによる胆泥除去が胆管炎の沈静化や再発予防に寄与したと考える。アミオダロンの導入後は代謝物の胆道排泄にも留意し、肝胆道系酵素の経過観察を行なうことも必要と思われた。

## 34 小腸イレウスで発症した原発性小腸癌の一例

消

須藤 貴森<sup>1</sup>、樋口 和男<sup>1</sup>、北原 桂<sup>1</sup>、一條 哲也<sup>1</sup>、中村 直<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>安曇野赤十字病院

症例は80歳代、女性。高血圧などで近医通院していた。3カ月前から間欠的な腹痛、腹満、腹鳴が出現し、増悪したため、当科を受診した。腹部造影 CT では終末回腸に腫瘤を認め、小腸イレウスを来していた。同日経鼻イレウス管を挿入した。翌日の腹部 CT で十二指腸穿孔を認め、腸管減圧も不十分であったため、腫瘍口側の回腸に双孔式の人工肛門を造設した。人工肛門からの内視鏡観察では、病変部に狭窄を認めたが、細径内視鏡は通過可能であり、粘膜面には明らかな腫瘍露出を指摘できなかった。状態安定後に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。切除標本では終末回腸～パウヒン弁に20×20mmの潰瘍浸潤型病変を認め、組織学的には中分化～低分化相当の腺癌であった。病変は粘膜表層にも一部みられたが、主座は粘膜下～漿膜下であった。免疫染色では SATB2 focal+、CDX-2 focal+、MUC6 focal+、MUC5AC focal+、PAX8 陰性、CK7 陰性、CK20表層に陽性であり、原発性小腸癌と診断した。原発性小腸癌はまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

## 35 ホルモン療法中に異時性回腸子宮内膜症を発症し、腸閉塞を来した一例

消

渡邊 浩太郎<sup>1</sup>、大崎 暁彦<sup>1</sup>、森下 健<sup>1</sup>、大脇 崇史<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>、亀山 仁史<sup>2</sup>、橋立 英樹<sup>3</sup><sup>1</sup>新潟市民病院 消化器内科、<sup>2</sup>新潟市民病院 消化器外科、<sup>3</sup>新潟市民病院 病理診断科

【症例】48歳女性。8年前に健診にて右水腎症が指摘され、当科を紹介受診した。CTにて多発肝腫瘤、直腸壁肥厚も指摘された。精査の結果、肝腫瘤は限局性結節性過形成、水腎症と直腸壁肥厚は子宮内膜症による病態と診断された。黄体ホルモン製剤内服にて水腎症、直腸壁肥厚は徐々に改善し、肝腫瘤は縮小・退縮した。1ヶ月前から上腹部痛が出現するようになり、徐々に増悪、嘔吐も出現し、当院救急外来を受診した。腹部骨盤造影 CTにて終末回腸の壁肥厚とそれより口側回腸の拡張が指摘され、小腸閉塞の診断にて当科に入院した。第2病日、経鼻イレウス管挿入、減圧に成功し、第9病日にイレウス管造影、終末回腸の狭窄は残存していた。第11病日に経肛門のダブルバルーン内視鏡施行し、終末回腸狭窄部に到達したが、内視鏡上、粘膜面に異常なく、生検でも特異的な所見なく、腸管子宮内膜症が疑われた。消化器外科に転科し、第15病日、回腸部分切除が施行された。回腸狭窄部は癒着し、漿膜下から粘膜下層深部にかけて広く内膜間質を伴う内膜腺組織が存在し、腸管子宮内膜症に矛盾しない所見であった。術後経過は良好で、第20病日に退院した。外来通院を続け、再発なく経過している。

【考察】腸管子宮内膜症は子宮内膜組織が腸管壁において異所性に増殖する疾患であり、全子宮内膜症の10%前後に認められる。発症部位は、直腸・S状結腸が大半を占め（80%前後）、それ以外では回腸>回盲部>虫垂の順に内性器に近接した腸管の発生頻度が高いとされる。腸管子宮内膜症は病変の主座が粘膜ではなく漿膜から筋層にあるため、確定診断が難しく、内視鏡下生検診断率は数%と非常に低いとされる。本症例も、小腸内視鏡で回腸狭窄部に到達できたが、粘膜面に異常所見なく、生検でも特異的な所見は指摘できなかった。しかし、これらの陰性所見、腸管造影所見、病歴などを総合的に評価することで、腸管子宮内膜症を鑑別上位に挙げることは可能と考える。稀な疾患ではあるが、女性の腸閉塞の原因として認知しておくべき疾患と考え、報告する。

36	<b>腸閉塞を来し回盲部切除術を施行した回盲部子宮内膜症の一例</b>
内	<p>武田 信峻<sup>1</sup>、森田 慎一<sup>1</sup>、山崎 文紗子<sup>1</sup>、横山 邦彦<sup>1</sup>、佐藤 公俊<sup>1</sup>、熊木 大輔<sup>1</sup>、船越 和博<sup>1</sup>、酒井 剛<sup>2</sup></p> <p><sup>1</sup>新潟県立中央病院 消化器内科、<sup>2</sup>新潟県立中央病院 病理診断科</p>

【症例】40代女性

【既往歴】右卵巣嚢腫、左卵管卵巣蜂窩織炎で手術歴あり。子宮筋腫、月経困難症で近医産婦人科で経過観察されていた。

【現病歴】前日からの腹痛、嘔気を主訴に近医を受診した。腹部エコー検査にて小腸拡張を認め、腸閉塞を疑われ当院を紹介受診した。腹部造影 CT 検査で盲腸および終末回腸に造影効果を伴う壁肥厚を認め、同部より口側の小腸拡張を認めた。回盲部腫瘍による単純性小腸閉塞を疑い、経鼻イレウス管を挿入した。イレウス管挿入後は炎症反応は速やかに正常化し、腹痛も改善した。腸閉塞は改善したため、下部消化管内視鏡検査を施行した。バウヒン弁は回腸側から圧排され、終末回腸は粘膜下腫瘍様隆起により狭窄していた。スコープの通過は可能であり、隆起粘膜面には腫瘍性変化は認めなかった。造影 CT 検査の再検では盲腸および終末回腸の壁肥厚は著変なく、イレウス管造影では盲腸から終末回腸に粘膜下腫瘍による圧排性の狭窄を認めた。腹部超音波検査では、同部に第4層と連続する不均一な低エコー腫瘍を認めた。これらの所見から、回盲部 GIST などの悪性腫瘍を否定できず、第15病日に腹腔鏡下回盲部切除術を施行した。術中所見では終末回腸から盲腸に漿膜側からの壁外性圧排、および漿膜側の硬結による引き攣れを認めたが、粘膜面に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。切除した病変の病理所見では、回盲部の筋層内に間質を伴う子宮内膜組織を認め、腸管子宮内膜症と診断した。術後の経過は良好で、回盲部以外に子宮内膜症を疑う所見は認めなかったため、内分泌療法などの追加治療は行わず経過観察の方針となった。

【考察】腸管子宮内膜症は全子宮内膜症の約10%に合併するが、小腸に発生するものは稀である。診断法として内視鏡下生検による組織診が挙げられるが、病変の主座が漿膜・筋層であるため感度は低い。本症例は腸管子宮内膜症を回盲部に来し、腸閉塞を発症した。原因診断に苦慮し外科切除を施行した。

37	<b>Crohn 病との鑑別が困難であった、植物穿通による炎症性小腸狭窄の1例</b>
消-研	<p>堺 将弘<sup>1</sup>、小林 惇一<sup>1</sup>、米山 翔一郎<sup>1</sup>、宮坂 尚樹<sup>1</sup>、鎌倉 雅人<sup>1</sup>、田中 友之<sup>1</sup>、高橋 芳之<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>、西尾 秋人<sup>2</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 消化器外科</p>

症例は66歳女性。X-1年11月に Hb 8.0と貧血を指摘され、12月当院血液内科を紹介受診した。アルブミン 2.5g/dl と低値であり、ビタミン・微量元素も軒並み低下していたため、慢性炎症・消耗性疾患による貧血と診断された。CTにて骨盤内小腸に壁肥厚・狭窄を先進部とした拡張像を認めたため、Crohn 病など炎症性腸疾患が疑われ当科に紹介となった。入院を含めた精査加療を勧めたが本人が拒否し、X年1月上旬に漸く精査入院となった。入院後に嘔吐、発熱を認め、狭窄症状の悪化と判断し第5病日にイレウス管を留置した。排液が少なかったため第11病日にイレウス管造影を行うと、造影剤は指摘されている狭窄より肛門側には流れなかった。造影後に CT を行ったところ、造影剤の流出は認めないものの free air を認め、穿孔が判明した。しかし Alb 1.7と極めて低値で本人の PS 低下も著しかったことから、手術は困難という判断になった。支持療法を継続したが改善に乏しかったため、Crohn 病に準じた治療として、ご本人・ご家族の同意のもと第19病日より PSL 40mg/day を開始した。開始後は解熱傾向となり、10以上で推移した CRP もほぼ陰転化して Alb も2.6まで改善した。第35病日の CT では小腸拡張の増悪があり、逆説的に穿孔の閉鎖が考えられた。全身状態が改善し耐術可能と判断されたこと、再穿孔のリスクが高いと考えられることから、第43病日に外科にて小腸切除術が施行された。切除標本では、狭窄部に 5 mm 程の植物様の異物が粘膜固有層から漿膜下層まで貫通しており、その周囲への炎症細胞浸潤と線維化を認めた。異物が刺さったことによる穿孔および、炎症後の線維化に伴った腸管狭窄の可能性が考えられ、Crohn 病等を疑う所見には乏しかった。術後経過は良好で、1ヶ月ほどで ADL も回復して自宅退院となった。退院後の画像フォローでも狭窄の新規出現は認めておらず、経過観察中である。非常に稀な症例であったと考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 消-研

後町 基治<sup>1</sup>、池内 浩志<sup>1</sup>、小林 義明<sup>1</sup>、中嶋 太郎<sup>1</sup>、奥村 太規<sup>1</sup>、南澤 昌郁<sup>1</sup>、  
近藤 翔平<sup>1</sup>、山下 裕騎<sup>1</sup>

<sup>1</sup>信州大学附属病院消化器内科

【症例】64歳女性。16年前に他院で子宮筋腫術時に乳糜腹水を指摘された。5年前に蛋白質漏出シンチグラフィで小腸からの蛋白漏出性胃腸症（PLGE）と診断されたが無症状であり経過観察されていた。11年前より腹部膨満が出現し、2ヶ月より増悪傾向となったため前医に入院しアルブミン補充や複数回の腹腔穿刺、CART が行われたが乳糜腹水のコントロールに難渋し精査加療目的に当院に転院となった。蛋白漏出シンチグラフィで小腸からの蛋白漏出が確認され、リンパ管造影検査を施行したが腹腔内へのリンパ漏を疑う所見は得られなかった。消化管精査として上下部消化管内視鏡およびカプセル内視鏡を施行した。内視鏡的には十二指腸～上部空腸の範囲に白色絨毛および散在性白点の所見を認めた。組織学的には十二指腸、上部空腸のほか終末回腸や大腸と非常に広範囲にリンパ管拡張所見を認めた。病歴と検査所見から腸リンパ管拡張症（IL）および PLGE と診断した。内科的な治療として MCT オイルを付加した脂肪制限食（10g/日）への変更、エゼチミブ、トラネキサム酸の投与治療を開始した。アルブミンを補充し、前医で投薬されていた利尿剤は継続し第19病日にトルバプタンを追加したところ、体重は入院前の最大65.8kg から退院時54.8kg まで漸減し浮腫や腹部膨満感も改善したため第29病日に退院した。当院での入院中に腹水穿刺は要さず、今後は外来で管理を継続していく方針である。

【考察】IL はリンパ管の先天的形態異常などによる原発性と手術の偶発症や悪性腫瘍などによる続発性に分けられる。続発性の場合は原病の治療が必要で原発性・原因不明の場合は対症療法で経過観察されることが多いが、治療のゴールドスタンダードは存在しない。IL に対して保存的に治療可能であった症例を経験したため報告する。

## 消-研

中島 史織<sup>1</sup>、小川 雅裕<sup>1</sup>、本間 照<sup>1</sup>、石川 達<sup>1</sup>、横山 純二<sup>1</sup>、佐藤 聡史<sup>1</sup>、  
小林 雄司<sup>1</sup>、岩澤 貴宏<sup>1</sup>、夏井 大輝<sup>1</sup>、佐藤 遼<sup>1</sup>、森岡 伸浩<sup>1</sup>、武者 信行<sup>1</sup>、  
佐藤 幸平<sup>1</sup>、西倉 健<sup>1</sup>

<sup>1</sup>済生会新潟病院

【症例】60歳代、女性

【現病歴】40歳代から近医にて貧血で定期フォロー。鉄剤やビタミン製剤内服。X-3年前に閉院、以後医療機関受診せず、検診もうけず自己判断でサプリメントなどを服用していた。近医受診6ヶ月前から労作時息切れの症状あり。1週間前に食後の嘔吐と胸やけ感あり。症状遷延して胃の病気が心配になり、20XX/4月近医を受診。Hb 3.2g/dl と高度貧血を認め、精査加療目的に当科紹介受診した。

【経過】体幹部造影 CT 検査にて、トライツ直後の空腸小腸間膜が腫大し、内部濃度が上昇していた。特に腸管に接した部分の濃度上昇が強く、腸管を圧排、内腔は扁平化していた。上部内視鏡検査にて十二指腸水平脚に黄白色細顆粒状変化を伴う SMT 様隆起病変を認め、生検にてリンパ管拡張像を認めた。小腸バルーン内視鏡検査にて、十二指腸水平脚より空腸にかけて黄白色細顆粒状変化を伴うリンパ管腫を疑う隆起病変が連続する所見を認めた。一部うっ血・自然出血所見もあり貧血原因と判断した。診断的治療目的に外科にて開腹十二指腸空腸部分切除を行い病理学的に小腸リンパ管腫と診断した。術後貧血は改善し、再燃なく経過している。

【考察】リンパ管腫は小児に好発し、頭頸部や腋窩で95%以上を占めるとされており、小腸に発生するものは非常にまれとされる。主体とする部位により、小腸リンパ管腫と小腸腸間膜リンパ管腫に分かれる。無症状であることが多いが、腹痛・出血・腸重積・蛋白漏出性胃腸症がみられることがある。現在、病理学的には腫瘍性変化（細胞異型、増殖活性など）に乏しく、リンパ管形成異常（奇形）との考え方が主流である。有症状や大きなリンパ管腫は、腸管の切除を要することがある。また本症例のように腸間膜にもリンパ管形成異常をきたす場合には、特異な CT 像を呈することがある。近年小腸内視鏡の進歩により、術前に診断が可能となった症例が報告されてきている。成人小腸リンパ管腫につき若干の文献的考察を踏まえて報告する。

# 第27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10月13日（日）

9：00～9：50

会 場：ホテルブエナビスタ  
第1会場（3F グランデ）

会 長：菅 智明（諏訪赤十字病院 消化器内科）





専門医セミナー 9：00～9：50

テーマ「肝胆膵」

司 会：諏訪赤十字病院 消化器内科 小口 貴也  
症 例 提 示：諏訪赤十字病院 消化器内科 横山 岳  
ディスカッサー：山梨大学 消化器内科 川上 智  
長野赤十字病院 消化器内科 田中 友之  
新潟大学 消化器内科 中島 尚



# 第52回 日本消化器病学会甲信越支部 教育講演会

2024（令和6）年10月12日（土）

14：50～17：50

会 場：ホテルブエナビスタ  
第1会場（3F グランデ）

会 長：菅 智明（諏訪赤十字病院 消化器内科）



# 第52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 14:50~15:50

座長 小松 通治 先生

(諏訪赤十字病院 消化器内科)

肝硬変の基本的治療  
～栄養療法と運動療法～

岐阜大学大学院医学系研究科消化器内科学

清水 雅仁 先生

教育講演 2 15:50~16:50

座長 菅 智明 先生

(諏訪赤十字病院 消化器内科)

自己免疫性胃炎の包括的理解と内視鏡診断

加古川中央市民病院 内科特任部長 消化器内科

寺尾 秀一 先生

教育講演 3 16:50~17:50

座長 小松 通治 先生

(諏訪赤十字病院 消化器内科)

胆道癌診療における topics and issues  
～肝胆膵外科医の立場から～

信州大学医学部外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野

清水 明 先生

教育講演 1

座長：小松 通治 先生

## 肝硬変の基本的治療 ～栄養療法と運動療法～

岐阜大学大学院医学系研究科消化器内科学

清水 雅仁 先生

肝臓は栄養・エネルギー代謝制御における中心臓器であり、肝予備能が低下する肝硬変患者は、蛋白質・エネルギー低栄養（PEM）やサルコペニア等の低栄養・代謝障害を高頻度に合併する。また過栄養や肥満に伴うインスリン抵抗性、慢性炎症、酸化ストレスの亢進は、肝線維化や肝発癌のリスクを高め、サルコペニアを悪化させる。したがって、肝硬変で見られる肝不全、PEM、サルコペニア、肥満、耐糖能異常は、一連の病態（負のスパイラル）を形成することで肝性脳症などの合併症や肝発癌のリスクを増加させ、患者の予後および QOL を低下させる。適切な栄養アセスメントとそれに基づく栄養療法は肝硬変の基本的治療であり、分岐鎖アミノ酸（BCAA）製剤は肝硬変栄養療法における key drug である。BCAA 製剤は肝硬変の血清アルブミン濃度を上昇させ、腹水や肝性脳症などのイベントを予防し、肥満肝硬変患者の肝発癌を抑制する。就寝前エネルギー投与（LES）も肝硬変の病態を改善する。適切な栄養・運動療法（肝臓リハビリテーション）は、肝硬変および肝癌患者の病態改善および合併症予防において極めて重要である。本講演では「肝硬変診療ガイドライン2020改訂第3版」（2023年1月17日に年次改訂）と、2023年4月に日本肝臓学会が公表した「肝臓リハビリテーション指針」に基づき、肝硬変の最大の合併症であるサルコペニアと、その対策として期待されている栄養療法と運動療法の基本方針および実際について概説する。また肝硬変患者の重要な合併症である不顕性肝性脳症の病態・診断・治療と、肝硬変診療における多職種連携の重要性についてもあわせて説明する。栄養療法、運動療法、そして薬物療法を適切に行うことが、肝硬変の最終診療目標である肝関連死（肝不全死・肝細胞癌死）の予防につながる。

氏名 清水 雅仁 (しみず まさひと)

**現職**

岐阜大学大学院医学系研究科消化器内科学 教授



**学歴・職歴**

1989年 長野県諏訪清陵高等学校 卒業

1995年 岐阜大学医学部医学科 卒業

1995年 岐阜大学医学部第一内科 入局

2001年 岐阜大学医学部大学院医学研究科 卒業

2002年 米国 Columbia University Medical Center Research fellow

2013年 岐阜大学医学部附属病院第一内科 講師

2015年 岐阜大学大学院医学系研究科消化器病態学 教授

岐阜大学医学部附属病院第一内科 科長

2016年 岐阜大学医学部附属病院 副病院長

2021年 岐阜大学大学院医学系研究科消化器内科学 教授 (講座改組)

## 自己免疫性胃炎の包括的理解と内視鏡診断

加古川中央市民病院 内科特任部長 消化器内科

寺尾 秀一 先生

自己免疫性胃炎 (AIG) の概念はここ数年で大きく変貌した。典型所見とされてきた胃体部限局の高度萎縮 (逆萎縮) はこの疾患の終末像である。では、それ以前の段階の AIG はどのように発見・診断されるのだろうか。その鍵はこの疾患特有の病理組織像を理解することにあるように思う。

本講演ではまず、近年明らかになった初期から中期 (活動期)、進行・終末期に至る各病期の臨床・検査所見、病理所見、内視鏡所見を包括的に概説する。次に、AIG と Hp 胃炎の病理像と内視鏡像を対比し、時に遭遇する両者の鑑別の難しさ (それ故の見逃し) にも触れ、AIG 内視鏡診断の手がかりを考えてみたい。

(臨床・検査所見)

抗胃壁細胞抗体の陽性率と抗体価は活動期にピークがあり、抗内因子抗体の陽性率は進行・終末期に上昇する。Gastrin、PG I・I/II は病期に応じた特徴的な変化を示す。鉄欠乏性貧血は早期～活動期に多く、悪性貧血は進行・終末期に多い。活動期以降では泥沼除菌、ABC 検診の D 群に留意する。

(組織所見と内視鏡像への反映)

AIG の進行過程は、1) 壁細胞 (+ 主細胞) の変性・消失とそれを補填する (偽) 幽門腺化生の出現・進行と I.M. の出現、2) 深層優位のリンパ球主体の炎症細胞浸潤の出現・進展と終末期での消退、3) ECL 細胞過形成の出現・進行、4) 相対的に炎症が少ない相対的・絶対的な腺窩上皮層の過形成の進展、この 4 つの要素に集約される。内視鏡像への反映で留意すべき点は、1)、2) の変化が 4) によって大きく修飾されることである。炎症が表層から全層性に進展し萎縮・I.M. の進行も直接的に内視鏡像に反映されやすい Hp 胃炎とは極めて対照的である。

(内視鏡所見)

萎縮のない早期の重要所見は「胃小区腫脹」である。中期 (活動期) の重要所見は残存胃底腺 (ROM) である。ROM の広がり程度で AIG の進行度を内視鏡的に把握できる。ROM の形態と分布の多様性は、萎縮進展に一定の規則性のある Hp 胃炎との鑑別の一助になる。なお偽ポリープは隆起型の ROM に相当する。進行・終末期では、「逆萎縮」以外に固着粘液、散在性微小白色隆起 (≒ WGA)、過形成性ポリープの出現が多くなる。なお前庭部が「正常」と捉えられる症例は半数以下であり、多様な所見が出現する。胃体部 NBI 拡大所見は AIG の組織学的変化を反映しており Hp 胃炎との鑑別に役立つ。



氏名 寺尾 秀一 (てらお しゅういち)

**現職**

加古川中央市民病院 内科特任部長 消化器内科



**学歴・職歴**

- 1981年3月 京都府立医科大学 卒業
- 1983年5月 吉祥院病院 内科
- 1987年6月 東京女子医科大学 消化器病センター内科
- 1988年6月 吉祥院病院 内科
- 1996年6月 安井病院 内科・消化器内科
- 2004年5月 京都民医連中央病院 内科
- 2008年9月 神鋼加古川病院 消化器内科 部長
- 2011年4月 加古川東市民病院 診療部長
- 2013年4月 加古川西市民病院 副院長
- 2016年7月 加古川中央市民病院 副院長

**主な所属学会・専門医等**

日本内科学会 (認定内科医)、日本消化器病学会 (指導医)、日本消化器内視鏡学会 (指導医)、日本消化管学会 (胃腸科専門医)、日本ヘリコバクター学会 (功労会員)

**受賞歴**

- 2012年 日本ヘリコバクター学会 上原 *H.pylori* 賞 最優秀賞
- 2017年 米国 DDW Poster of distinction
- 2020年 日本消化器内視鏡学会 学会賞

教育講演 3

座長：小松 通治 先生

## 胆道癌診療における topics and issues ～肝胆膵外科医の立場から～

信州大学医学部外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野

清水 明 先生

胆道癌の5年相対生存率（2009年～2011年）は24.5%と報告されており、膵癌に次いで低率で難治癌と考えられる。胆道癌に対しては、現在においても手術による外科的切除が第1治療選択肢として位置づけられているが、術式を決定する上での進展度範囲診断、手術の安全性向上に関わる肝予備能を含めた全身状態あるいは臓器機能評価方法、周術期管理、手術適応基準に関しては議論の余地がある。さらに、切除不能肝門部領域胆管癌に対する肝移植も先進医療で行われるようになっており、治療成績向上が期待されている。

近年、膵癌や肝細胞癌においては、腫瘍進行度による切除可能性分類の概念が提案・導入され、特に膵癌では同分類に基づく治療方針決定が確立されつつあるが、胆道癌においては議論の対象となりつつあるものの、共通の基準はまだ確立されていない。特に大量肝切除を要する肝門部領域胆管癌では、腫瘍学的側面と肝機能的（解剖学的）側面を考慮する必要があり、その判断はより複雑となる。

さらに、免疫チェックポイント阻害薬を含む新規薬物療法剤の導入により、上述の切除可能性分類における切除可能境界症例に対する術前補助療法や、初診時切除不能症例に対する薬物療法施行後の奏効症例に対する conversion surgery も注目されつつある。

本講演では、胆道癌、特に肝門部領域胆管癌診療における現状と、最近のトピック、ならびにさらなる治療成績向上のための課題について、肝胆膵外科医の観点から概説する。

氏名 清水 明 (しみず あきら)

## 現職

信州大学医学部外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野 准教授



## 学歴

平成8年3月20日 信州大学医学部医学科 卒業  
平成17年9月30日 信州大学大学院医学研究科研究生  
(外科学第一講座) 修了  
平成19年3月28日 博士(医学)(信州大学)

## 職歴

平成8年5月17日 信州大学医学部附属病院第一外科 医員(研修医)  
平成9年6月1日 市立大町総合病院外科 医員  
平成10年6月1日 信州大学医学部附属病院第一外科 医員  
平成10年12月1日 松波総合病院外科 医員  
平成12年12月1日 信州大学医学部附属病院第一外科 医員  
平成14年6月16日 厚生連長野松代総合病院外科 医長  
平成15年7月1日 城西病院外科 医長  
平成17年10月1日 信州大学医学部附属病院外科(1) 医員  
平成19年10月16日 信州大学医学部附属病院外科(1) 診療助教  
平成19年12月1日 信州大学医学部附属病院外科(1) 助教(特定雇用)  
平成21年4月16日 信州大学医学部附属病院外科(1) 助教  
平成27年7月1日 信州大学医学部附属病院外科(1) 講師  
令和3年1月1日 信州大学医学部外科学教室 消化器・移植・小児外科学分野 准教授

## 資格等

日本外科学会 専門医・指導医  
日本消化器外科学会 専門医・指導医・消化器がん外科治療認定医  
日本消化器病学会 専門医・指導医  
日本肝胆膵外科学会 評議員・高度技能専門医  
日本内視鏡外科学会 評議員・技術認定医  
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

## 所属学会

日本外科学会、日本消化器外科学会、日本肝胆膵外科学会、日本消化器病学会、日本内視鏡外科学会、日本臨床外科学会、日本消化器癌発生学会、日本癌治療学会、日本胆道学会

## 業績等

平成28年3月3日 第15回信州医学会賞・原著論文部門  
International Society of Liver Surgeons Single Topic Symposium 2024 Travel Grant



# ランチョンセミナー 1

2024（令和6）年10月12日（土）

12：00～12：50









# ランチョンセミナー2

2024（令和6）年10月13日（日）

12：00～12：50



第75回日本消化器病学会甲信越支部例会  
第97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2

日時 2024年 10月13日(日) 12:00～12:50

会場 ホテル ブエナビスタ 「第2会場」

〒390-0814 長野県松本市本庄1-2-1 TEL:0263-37-0111

座長 長屋 匡信 先生

信州大学医学部附属病院 内視鏡センター 准教授

演題 難治性潰瘍性大腸炎治療の新展開  
～Difficult-to-treat IBDを考察する～

演者 中村 正直 先生

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授

共催：日本消化器病学会甲信越支部  
日本消化器内視鏡学会甲信越支部  
アツヴィ合同会社



# 協賛企業一覧

## ■共催セミナー

ファイザー株式会社

アッヴィ合同会社

## ■企業展示

株式会社 R0 (アールゼロ)

日本ライフライン株式会社

株式会社 AI メディカルサービス

野村ユニソン株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

株式会社カネカメディックス

メリットメディカル・ジャパン株式会社

## ■広告掲載

アストラゼネカ株式会社

興和株式会社

旭化成ファーマ株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

EV ファーマ株式会社

武田薬品工業株式会社

エム・シー・メディカル株式会社

田辺三菱製薬株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

中日本メディカルリンク株式会社

株式会社上條器械店

野村ユニソン株式会社

ガデリウス・メディカル株式会社

富士フイルムメディカル株式会社

キッセイ薬品工業株式会社

ボストン・サイエンティフィックジャパン株式会社

杏林製薬株式会社

持田製薬株式会社

ギリアド・サイエンシズ株式会社

(50音順)





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<sup>®</sup>点滴静注 120mg・500mg

IMFINZI<sup>®</sup> Injection 120mg・500mg デュルバルマブ(遺伝子組換え)製剤  
生物由来製品/劇薬/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<sup>®</sup>点滴静注 25mg・300mg

IMJUDO<sup>®</sup> Injection 25mg・300mg トレメリムマブ(遺伝子組換え)製剤  
生物由来製品/劇薬/処方箋医薬品(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]

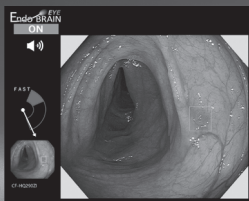
**アストラゼネカ株式会社**  
大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

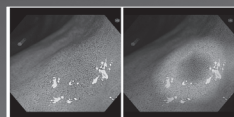
(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

## Beyond Experience

リアルタイムでの診断支援  
AIによる新たな内視鏡環境の実現

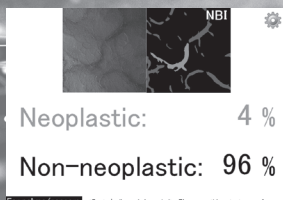


EndoBRAIN-EYE



Neoplastic

EndoBRAIN-X



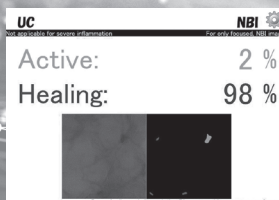
Neoplastic: 4 %  
Non-neoplastic: 96 %

EndoBRAIN



Non-neoplastic: 0.0 %  
Adenoma: 0.4 %  
Invasive Cancer: 99 %

EndoBRAIN-Plus



Active: 2 %  
Healing: 98 %

EndoBRAIN-UC

## 内視鏡AIの歴史が、ここから始まる。

内視鏡画像診断支援プログラム

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN-EYE EndoBRAIN-X

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

内視鏡画像診断支援ソフトウェア

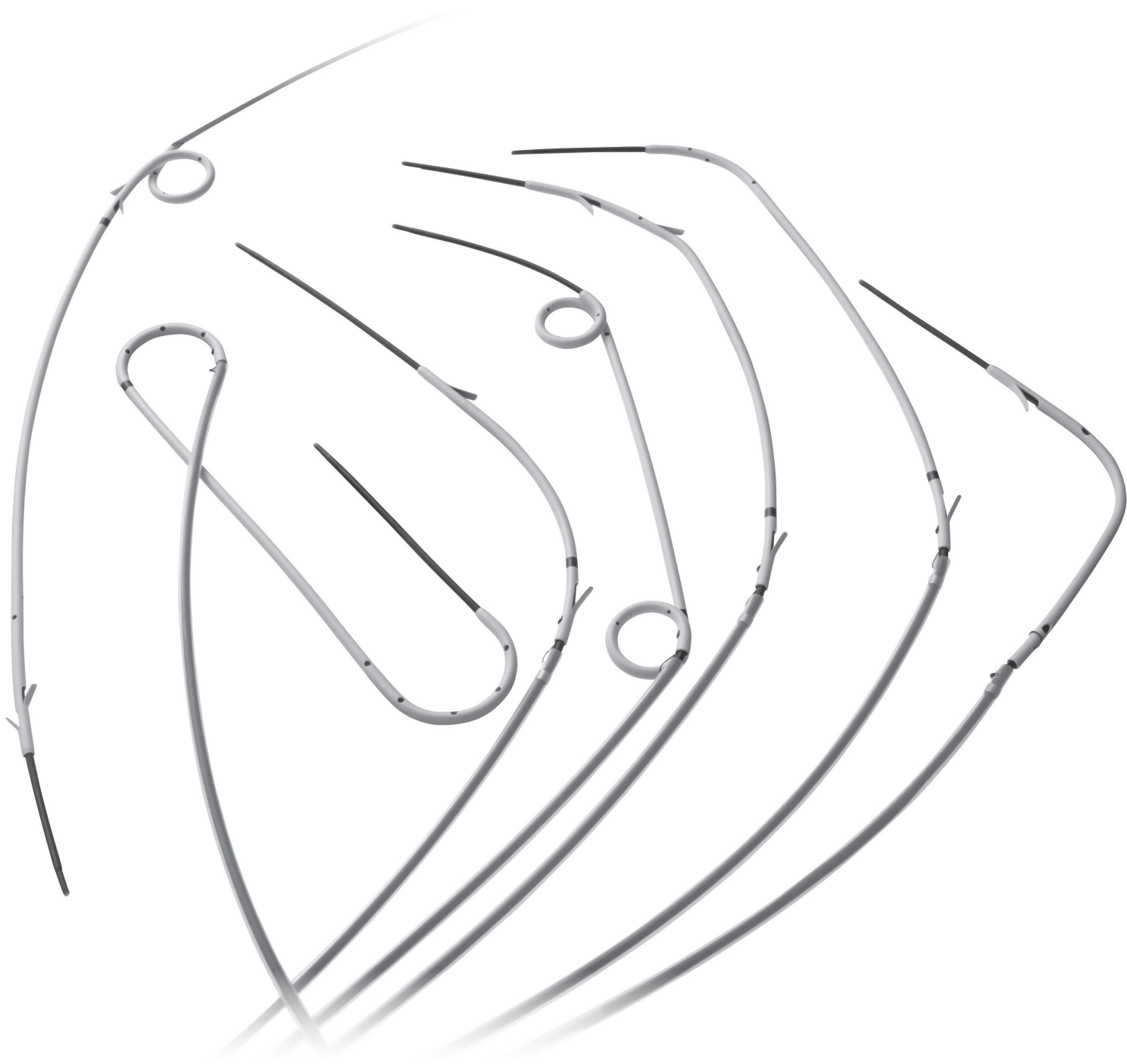
内視鏡画像診断支援ソフトウェア

EndoBRAIN EndoBRAIN-Plus EndoBRAIN-UC

製造販売元	サイバネットシステム株式会社	
販売元	オリンパスマーケティング株式会社	
販売名		医療機器番号
内視鏡画像診断支援プログラム	EndoBRAIN-EYE	30200BZX00208000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN-X	30500BZX00007000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN	23000BZX00372000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN-Plus	30200BZX00235000
内視鏡画像診断支援ソフトウェア	EndoBRAIN-UC	30200BZX00136000



限りなく進化するチューブステント  
**Through&Pass<sup>®</sup> シリーズ**



**Tube stent delivery system**

**LP Through&Pass<sup>®</sup>**

**GADELIUS**

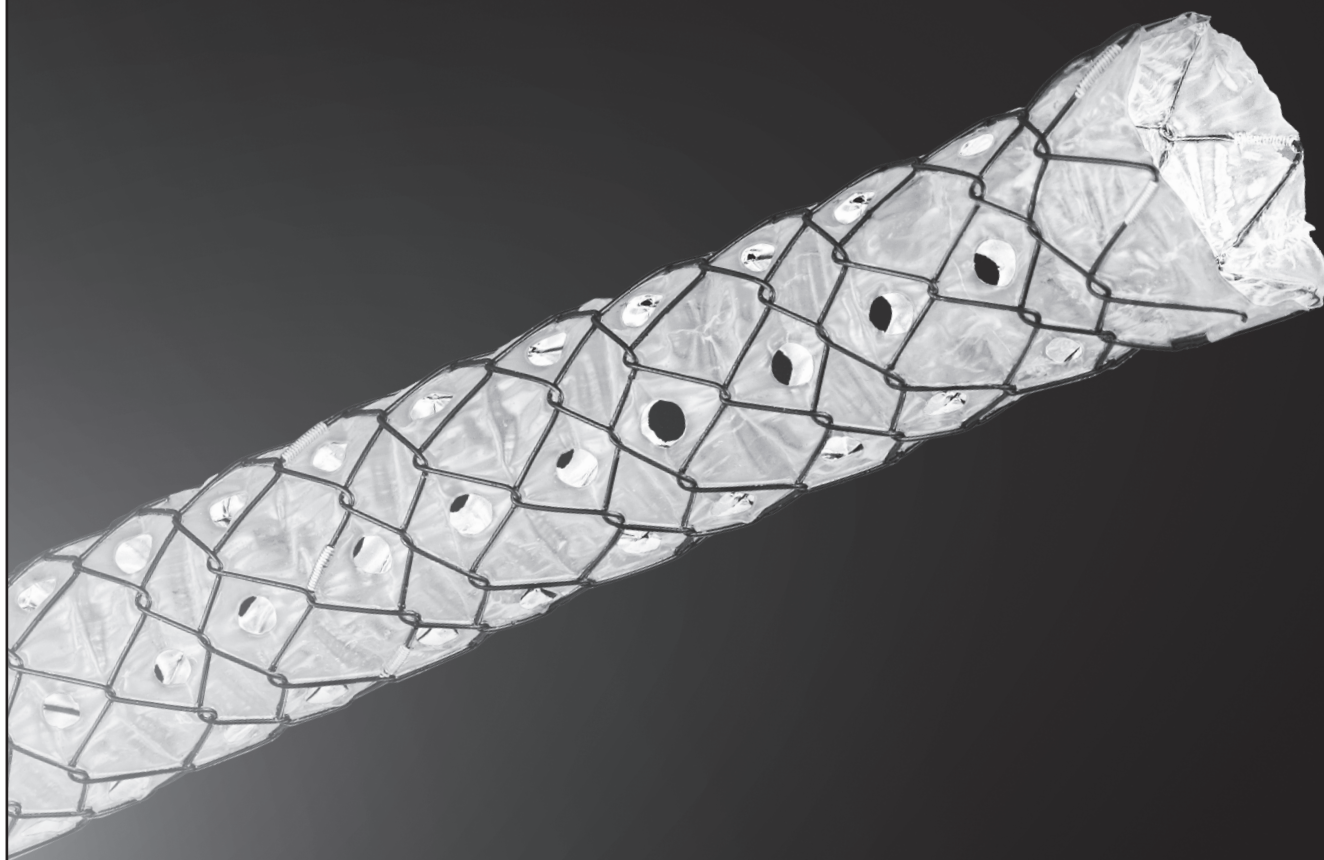
Established in Japan, 1907



## **HANAROSTENT® Biliary Multi-hole NEO**

マルチホールカバー NEO

従来のHANAROSTENT® フルカバー NEOの  
シリコンカバーにホール配列が施された  
マルチホールカバースtent



販売名：HANAROSTENT 胆管用バーニヤルカバー  
医療機器承認番号：30300BZ100032000  
外国特例承認取得者：M.I. Tech Co., Ltd.  
選任製造販売業者：ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社

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。  
©2023 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-1674201-AA

いのちの数だけ、  
アンサーを。



旭化成ファーマ株式会社

旭化成ファーマの医療関係者向けサイト  
<https://akp-pharma-digital.com>

Pharma DIGITAL



 Eisai Group



処方箋医薬品<sup>注)</sup>

経口腸管洗浄剤

薬価基準収載

**モビブレップ**<sup>®</sup> 配合内用剤  
**MOVIPREP**<sup>®</sup>

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・禁忌を含む使用上の注意」等  
については添付文書をご参照ください。

「モビブレップ」及び「MOVIPREP」は、Norgineグループの登録商標です。

製造販売元



EAファーマ株式会社  
東京都中央区入船二丁目1番1号

〔資料請求先〕

EAファーマ株式会社 ぐすり相談  
☎0120-917-719

2016年4月作成  
MOV-D02A-B52-TP





■販売名：シユアクリップ  
■薬事分類：高度管理医療機器



■販売名：テックバルーン  
■薬事分類：管理医療機器



■販売名：コールドスネア  
■薬事分類：一般医療機器

## 消化管領域 胆膵領域

# 幅広いラインアップで 現場をサポート



■販売名：テックバスケット  
■薬事分類：管理医療機器



■販売名：テックナイフ  
■薬事分類：管理医療機器



■販売名：スフィンクテローム  
■薬事分類：管理医療機器



■販売名：シユアクリップトラクションバンド  
■薬事分類：一般医療機器



販売業者：エム・シー・メディカル株式会社  
〒108-0075  
東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー12階  
Tel:03-5715-2813  
www.mcmed.co.jp



■販売名：eyeMAXデジタルコントローラ  
■薬事分類：一般医療機器



**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を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。

株式会社 上條器械店 手から手に伝わる温かい医療へのサポート

松本営業所 〒399-8760 長野県松本市笹賀 7600-19 TEL:0263-58-1711 FAX:0263-58-8952  
長野営業所 〒380-0921 長野県長野市栗田 501-1 TEL:026-227-2952 FAX:026-227-4339  
飯田営業所 〒395-0153 長野県飯田市上殿岡 509-4 TEL:0265-28-2877 FAX:0265-25-2911

私たち上條器械店は長野県内の医療機関、製薬会社、研究所へ、  
50,000品目を超える商品を取り扱う医療機器及び科学機器の最大手総合商社です。

上條器械店

検索

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>



薬価基準収載  
潰瘍性大腸炎・クローン病治療剤  
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**  
**ペンタサ<sup>®</sup>錠 500mg**

PENTASA<sup>®</sup> Tablets 250mg PENTASA<sup>®</sup> Tablets 500mg



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>  
メサラジン坐剤

**ペンタサ<sup>®</sup>坐剤 1g**

PENTASA<sup>®</sup> Suppositories 1g



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

Kyorin



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

東京都千代田区大手町一丁目3番7号  
〈文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター〉  
東京都新宿区左門町20番地

作成年月：2024.5

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  
ギリアド・サイエンス株式会社  
〒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 受付時間 9時～17時(土日祝日及び弊社休業日を除く)

 **エプクルーザ® 配合錠**  
EPCLUSA® Combination Tablets  
(ソホスビル/ペルバタスビル配合剤)  
処方箋医薬品：注意—医師等の処方箋により使用すること

EPC23MC0421AD  
2023年4月作成



高脂血症治療剤

**パルモディア® XR 錠 0.2mg・0.4mg**  
PARMODIA® XR TABLETS 0.2mg・0.4mg (ペ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

薬価基準収載

**新発売**

「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)  
**興和株式会社**  
東京都中央区日本橋本町三丁目4-14

2023年11月作成



クロストリジウム・ディフィシル感染症治療剤  
(フィダキソマイシン錠)

薬価基準収載

**ダフクリア<sup>®</sup>錠200mg**

処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

**Dafclir<sup>®</sup>**

■「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。



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/dafclir/>



PC、スマホ、タブレットで  
ご覧になれます。



2023年5月作成



## 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)



ヒト型抗ヒトTNF $\alpha$ モノクローナル抗体製剤

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  
Simponi<sup>®</sup> Subcutaneous Injection

生物由来製品 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、電子添文を参照ください。



©Janssen Pharmaceutical K.K.2024

製造販売元 (文献請求先・製品情報お問い合わせ先)  
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  
<https://www.janssen.com/japan/>  
<https://www.janssenpro.jp> (医薬品情報)



発売元 (文献請求先及び問い合わせ先)  
田辺三菱製薬株式会社  
大阪市中央区道修町3-2-10  
製品情報に関するお問い合わせ  
TEL: 0120-753-280 (くすり相談センター)  
販売情報提供活動に関するご意見  
TEL: 0120-268-571

2024年3月作成  
(審)24Ⅲ152

三方よし。

「買い手よし、売り手よし、世間よし」。  
近江商人の理念であった「三方よし」の原点は、  
中村治兵衛が孫に残した書簡にあるとされ、  
そこには「たとへ他国へ商内に参加候ても、  
この商内物、この国の人一切の人々、  
心よく着申され候ようにと、自分の事に思わず、  
皆人よき様に」と書かれています。  
私たち中日本メディカルリンクは  
この精神を現代に生かし、お客様、私たち、  
そして地域社会がよりよくなるよう、  
医療機器の取り扱いに努めてまいります。



セイエイ・エル・サンテ  
Seiei Ailes Sante



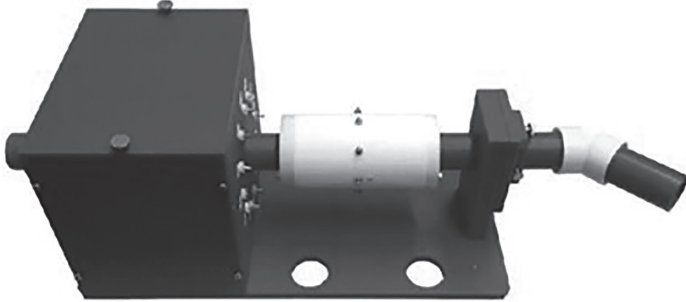
中日本メディカルリンク株式会社

- 本社 〒390-0873 松本市丸の内8-1  
TEL.(0263)38-0411 FAX.(0263)38-0266
- 長野事業所 〒381-0022 長野市大豆島3107-1  
TEL.(026)221-1380 FAX.(026)221-1248
- 佐久営業所 〒385-0011 佐久市猿久保127-6  
TEL.(0267)68-8810 FAX.(0267)68-8479
- 安曇野事業所 〒399-8204 安曇野市豊科高家2287-3  
TEL.(0263)71-3030 FAX.(0263)71-3033
- 伊那営業所 〒399-4511 上伊那郡南箕輪村田畑5565-3  
TEL.(0265)73-2281 FAX.(0265)74-1006
- 専任事業所 〒390-0873 松本市丸の内8-3丸の内ビル2F  
TEL.(0263)38-0366 FAX.(0263)38-0367
- 商品管理センター 〒399-8204 安曇野市豊科高家2287-3  
TEL.(0263)71-3020 FAX.(0263)71-3022
- 伊那営業所飯田分室 〒395-0804 飯田市鼎名古熊2151 1-1  
TEL.(0265)55-1160 FAX.(0265)55-1161
- 介護用品営業所 (ヘルスケアテック) 〒390-0873 松本市丸の内8-3丸の内ビル1F  
TEL.(0263)32-4124 FAX.(0263)32-6115



「MADE IN NGANO」でアイデアを「カタチ」にします

LFMトレーナー (Loop-Forming Method Trainer)



発案・監修：諏訪赤十字病院 菅 智明先生



DTフード



セブンストリングス トラクション

※製造販売業者：株式会社アダチ



野村ユニゾン株式会社

長野県茅野市ちの650番地

FUJIFILM  
Value from Innovation

内視鏡画像診断支援システム

CADEYE

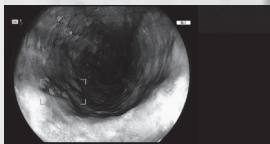
AIが見つめる、内視鏡検査の未来

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。

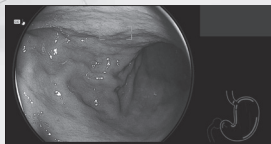
検出用上部内視鏡画像診断支援プログラム

検出支援モード

食道扁平上皮癌疑い領域検出支援



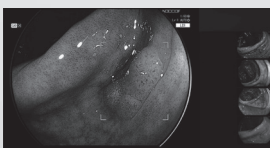
胃腫瘍性病変疑い領域検出支援



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。



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



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

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：疾患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

医療・健康ニーズに応じて、  
人々の健康・福祉にいつそう貢献したい。



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/>