

日本消化器病学会北陸支部

第34回 教育講演会

第121回 支部例会

第10回 専門医セミナー

プログラム・抄録集

教育講演会

日時：2015(平成27)年11月8日(日) 午前9時～12時

会場：石川県地場産業振興センター新館 金沢市鞍月2-1
1階コンベンションホール

北陸支部例会

日時：2015(平成27)年11月8日(日) 午後2時5分～

会場：第一会場 1階コンベンションホール
第二会場 5階第12研修室

専門医セミナー

日時：2015(平成27)年11月8日(日) 午後1時～2時

会場：第一会場 1階コンベンションホール

当番会長 金沢大学がん進展制御研究所 源 利成



The Hokuriku Branch of
the Japanese Society of Gastroenterology

第34回教育講演会

日 時：2015(平成27)年11月8日(日) 午前9時～12時

会 場：石川県地場産業振興センター新館
1階コンベンションホール

1. 9:00～9:40 「早期胃癌の内視鏡診断と治療の最前線」

座長：安本 和生 先生（金沢医科大学 腫瘍内科学）

講師：伊藤 透 先生（金沢医科大学 消化器内視鏡学）

2. 9:40～10:20 「高度進行大腸がんへの取り組み」

座長：中村 慶史 先生（金沢大学附属病院 胃腸外科）

講師：伴登 宏行 先生（石川県立中央病院 消化器外科）

3. 10:20～11:10 「肝細胞がんの発がんと治療に関する最新の知見」

座長：高村 博之 先生（金沢大学附属病院 肝胆膵・移植再生外科）

講師：田中 真二 先生（東京医科歯科大学 分子腫瘍医学分野）

4. 11:10～12:00 「職業胆管がん：印刷業者の胆管がん多発事例」

座長：原田 憲一 先生（金沢大学 医薬保健研究域医学系 形態機能病理学）

講師：久保 正二 先生（大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学）

◎ 教育講演会の参加で専門医更新単位は9点取得できます。

◎ 参加費1,000円(当日会場入口の受付でお支払い下さい)

1. 「早期胃癌の内視鏡診断と治療の最前線」

9 : 00 ~ 9 : 40

金沢医科大学 消化器内視鏡学 伊 藤 透

昭和35年の国民健康保険が開始された当初より、当時開発して間もない胃カメラは日本国民の死亡原因として多かった胃癌の撲滅を目的に保険収載された。そのお蔭で、胃カメラは爆発的に売れ始めた。当時はバリウム透視による診断が全盛であったため医学書においては透視診断が優位であった。しかし、最初は方向性の自由にならない胃カメラの写真診断からファイバースコープで直接視ることに発展し、それに診断のための組織を採取する機能が付与された。診断学が格段進歩した。更にファイバースコープの機能が充実し治療用のスコープが開発された。ファイバースコープは電子スコープの開発により、解像能の向上と伴に処置機能も向上した。

日本の内視鏡診断学は、透視診断が基盤となっておりファイバースコープの時代から近年まで大きく変化していなかった。拡大内視鏡の開発により、早期食道癌、早期大腸癌においては質的診断が色素を併用した拡大内視鏡所見により、病理診断に匹敵するまでに発展した。更に内視鏡のNBI (Narrow Banding Image)、BLI (Blue Laser Image) モードの開発によってより効率的な質的、深達度診断が可能となった。しかし、早期胃癌においては、質的診断についてはかなり病理診断に肉薄していると思われるが、*H. pylori*感染等による胃炎の影響により深達度診断は依然として日常臨床に大きく貢献できる程に熟成しているとは言い難い状況である。

本講演では、現在日常診療で用いられている早期胃癌の内視鏡診断のデバイス、診断学とESDが全盛となっている内視鏡治療について述べ、外科的治療との間をなす腹腔鏡下内視鏡的全層切除についても言及する。

NBI+拡大内視鏡診断では、田尻らが最初に報告して以来、多数の分類が報告されているが、いずれも分類が複雑で田尻論文を超える内容は見当たらない。内視鏡治療か外科的治療かの判断が求められる早期胃癌のうちSM胃癌の深達度診断においては、未だNBI+拡大内視鏡所見で確定的な所見の観察は困難であると言わざるを得ない。すなわち深部SM浸潤にみられると言われるinterrupted signは、SM浸潤部は病変の厚みや、易出血性などのため観察が困難なことが多い。加えて術前診断を切除後の病変で再検討することが困難である。今後の検討課題であると思われる。

治療については、分化型腺癌で粘膜内早期胃癌の正確な深達度診断がなされれば、線維化の強い症例などを除けばほとんど部位がESD可能となっており、患者の機能温存に寄与すること大であると思われる。但し、本邦の報告では不適切切除、すなわち粘膜内浸潤の診断にてESD施行例の11~13%がSM胃癌であったとのことで深達度診断の難しさを物語っている。低分化腺癌においては、適応拡大が進められている現状であるが、20mm以内の大きさで、切除後の標本で、粘膜内浸潤で完全切除、リンパ管、脈管侵襲陰性が確認されれば経過観察可能であろう。

一方、早期胃癌全体の約30%を占めるSM胃癌においては、現在の標準的な治療は外科的手術である。しかし、全体で20%程度のリンパ節転移しかないと言われておりこれを術中に確認できれば、腫瘍の局所切除を行い機能温存が可能となる。国内の幾つか大学病院がリーダーとなり、幾つかに方法で腹腔鏡下センチネルリンパ節生検を行い、リンパ節転移陰性であれば、内視鏡的に全層切除 (EFTR) を行う治療が進められている。

*H. pylori*除菌時代を迎えた早期胃癌の内視鏡診断・治療は機器の開発と伴に更に発展するものと思われる。

伊藤 透(いとう とおる)



略 歴：

1982年(S 57) 3月	金沢医科大学医学部卒
1986年(S 61) 3月	金沢医科大学大学院医学研究科 修了
1986年(S 61) 4月	金沢大学がん研究所附属病院 外科
11月	同 助手
1988年(S 63) 5月	国立がんセンター放射線科(内地留学)
1988年(S 63) 10月	金沢大学がん研究所附属病院 外科
1990年(H 2) 1月	国立病院機構石川病院 外科医長
1992年(H 4) 4月	金沢大学がん研究所附属病院 外科
1994年(H 6) 4月	金沢医科大学 消化器内科 助手
1995年(H 7) 4月	同 講師
	金沢医科大学病院 内視鏡センター副部長
2001年(H 13) 7月	金沢医科大学 総合診療科 講師
2001年(H 13) 8月	金沢医科大学 総合診療科 助教授
2004年(H 16) 4月	金沢医科大学 総合内科学(総合診療科) 助教授(改組のため)
2007年(H 19) 4月	金沢医科大学病院 内視鏡科 科長・准教授
2008年(H 20) 4月	金沢医科大学病院 内視鏡センター 部長
2008年(H 20) 10月	金沢医科大学病院 内視鏡科 臨床教授
2012年(H 24) 12月	金沢医科大学 消化器内視鏡学 臨床教授
2013年(H 25) 6月	金沢医科大学 消化器内視鏡学 教授(講座主任)

専門分野：

消化器内視鏡

所属学会：

日本消化器内視鏡学会(専門医、指導医)・社団評議員
日本消化器病学会(専門医、指導医)・支部評議員
日本外科学会(認定医)
日本消化器外科学会(認定医)
日本内科学会(認定医)
日本東洋医学会
日本胃癌学会

委員(査読含)：

日本消化器内視鏡学会和文誌編集委員会査読委員(平成12年4月～)
エンドスコピックフォーラム編集監事(平成13年1月～)
日本消化器内視鏡学会雑誌英文誌(平成18年4月～)
日本消化器内視鏡学会技師制度技師会委員(平成24年7月～)
日本消化器内視鏡学会医療安全委員会委員(平成26年7月～)
日本消化器内視鏡学会卒後教育委員会委員(平成26年7月～)
一般社団法人 日本消化器関連学会機構社員(平成27年1月～)
一般社団法人 日本消化器関連学会機構総務企画委員会委員(平成27年1月～)

2. 「高度進行大腸がんへの取り組み」

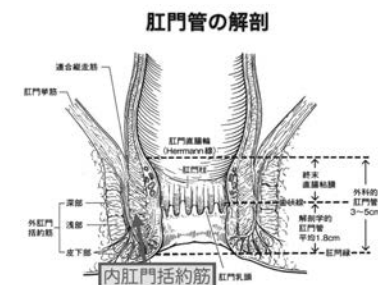
9 : 40~10 : 20

石川県立中央病院 消化器外科 伴 登 宏 行

下部直腸は狭い骨盤内に存在し、周囲に排尿、生殖に関係した重要臓器がある。そのため手術は難しいが、逆にやり甲斐のあるところである。今回、われわれの下部直腸がんに対する取り組みを紹介する。

1. 肛門温存について

まず問題になるのは肛門の温存である。図は肛門管の解剖を示す。1980年代後半からは器械吻合などの導入で、肛門挙筋付着部上縁(Herrmann線)での吻合が可能となった。さらにSchuessel Rにより内肛門括約筋も切除し、さらに低位での切除が提唱された。



1) 括約筋間切除

内肛門括約筋は直腸の内輪状筋が肥厚したもので、平滑筋である。安静時に肛門を締める働きをしている。当科でもこの術式の導入により直腸切断術は年間1～2例に減った。しかし、術後の便失禁は必発である。若年者では1～2年の経過で排便機能は改善し、日常生活で支障を来すことは少ないが、高齢者では回復は難しく、吻合は行わず、永久的人工肛門を造設している。それでも肛門挙筋を切除しないため、術後の会陰創の合併症がなく、有用な方法である。

2) 経肛門的内視鏡下手術

直径4cmの円筒形の器具を肛門に挿入し、内視鏡下に鉗子で腫瘍を局所切除する手技である。従来、早期がんに行われてきたが、直腸壁を全層切除できるため、当科では高齢で、ADLの低下した患者さんを対象に積極的に施行している。現在、局所切除後に、術後化学放射線療法を行う臨床試験が進行中である。

2. 局所進行直腸がんの治療

1) 術前化学放射線療法

日本では直腸がんに対する治療は手術が第一選択であるが、欧米では術前化学放射線治療(CRT)が標準である。これにより、約20%の症例で、病理学的完全奏功が得られる。欧米では臨床的完全奏功例に対し、手術をしないで(non-operative management)、経過を見る(Watch & Wait)試みがされている。腫瘍の縮小効果は确实だが、術後に縫合不全の治癒の遅延、口側結腸の狭窄と認め、当科では標準治療になっていない。

2) 術前化学療法

CRTは局所再発を抑えるが、遠隔転移は減少せず、生存率は向上しないとされている。一方、抗がん剤治療の進歩により、術前化学療法のみを行う試みがされている。当科ではオキサリプラチンを用いている。腫瘍縮小効果はCRTに劣るものの、術後合併症の増加はなく、今後期待できると思われる。

3) 側方骨盤リンパ節郭清

術前放射線治療により、側方骨盤リンパ節郭清が省略できるという報告がある。しかし、外科医としては効果が同じであれば、手術で治療したいと考えている。外科医が手術で頑張れば、患者さんが術前に治療を受ける費用、手間、危険が減るのである。

伴登 宏行(ばんどう ひろゆき)



略 歴：

1960年 2月 金沢市生まれ
1978年 3月 石川県立金沢泉丘高等学校 卒業
1979年 4月 金沢大学医学部 入学
1985年 3月 同上 卒業
" 4月 同上 第1外科(現 心肺・総合外科) 入局
1985年 5月 石川県立中央病院 小児外科 研修医
" 8月 金沢大学医学部附属病院 研修医
1986年 4月 金沢大学大学院医学研究科 入学
1986年 5月 富山県 氷見市民病院 外科医員
1987年 5月 富山県 厚生連高岡病院 外科医員
1988年 5月 富山県 北陸中央病院 外科医員
1989年11月 石川県 公立穴水総合病院 外科医長
1990年 5月 富山県 市立砺波総合病院 外科医員
" 9月 金沢大学大学院医学研究科 卒業
1992年 5月 石川県立中央病院 一般消化器外科医長
1995年 4月 富山県 市立砺波総合病院 外科医長
2003年 4月 石川県立中央病院 一般消化器外科診療部長

資格等：

日本外科学会指導医、日本消化器外科学会指導医、日本消化器内視鏡学会指導医、日本消化器病学会専門医、日本内視鏡外科学会技術認定医

3. 「肝細胞がんの発がんと治療に関する最新の知見」

10 : 20 ~ 11 : 10

東京医科歯科大学医学部 分子腫瘍医学 田 中 真 二

肝細胞がん(肝がん)の多くは慢性肝疾患を背景として発生し、異形成結節、早期肝がんの段階を経て、高分化型から中・低分化型へと進行する、いわゆる多段階発がんのプロセスを辿る。近年、肝がん臨床検体を用いたゲノム全体の解析が進み、その背景に内在する様々な異常分子群が明らかになってきた。

発がんの遺伝的素因を網羅的に解析する手法として、ゲノムワイド関連解析 (genome-wide association study ; GWAS) が活用されている。GWASとはゲノム上の個人差を示す一塩基多型 (single nucleotide polymorphism ; SNP) をタグ・マーカーとして利用し、特定の個人集団の遺伝的背景を網羅的に炙り出すものであり、B型肝炎ウイルスやC型肝炎ウイルスによる慢性肝炎から肝がんへの遺伝的危険因子として、腫瘍免疫(抗原提示、インターフェロン、NK活性など)やアポトーシス、代謝などに関わるSNPが同定されている。

さらに次世代シーケンサーの開発によって、全ゲノム・全エキソン解析が進められ、遺伝子変異の全容が明らかになりつつある。肝がんのゲノム全体では1万以上の遺伝子変異が認められるが、実際に病態に関与するドライバー変異はその一部であり、多くはパッセンジャー変異と考えられている。最も頻度の高いドライバー変異はテロメラーゼ逆転写酵素 (telomerase reverse transcriptase ; TERT) のプロモーターであり、そのホットスポット変異 C228T/C250Tは肝がんの約60%に認められ、TERT高発現を伴っている。肝硬変の再生結節や異形成結節においても、25%にTERTプロモーター変異を検出しており、前がん病変でも既にゲノム異常が始まっていることを示す所見として特記すべきである。

アミノ酸変異を来すドライバー遺伝子は、肝がんでは少なくとも3つのファミリーに集約される。その1つはp53 (*TP53*) であり、30%以上の肝がんに変異を認める代表的ながん抑制遺伝子である。もう1つのドライバーは β -catenin (*CTNNB1*) であり、Axinなど制御分子を含めたWntシグナル伝達ファミリー全体では20~30%に変異が報告されている。そして第3のファミリーとして最近注目されているのが、SWI/SNFクロマチン・リモデリング複合体であり、全体として約20%に変異を認める。ヒストンをメチル化するMLLファミリーなどを含めるとクロマチン制御因子の遺伝子変異は肝がんの約50%にも昇り、合成致死作用を応用した治療開発が期待されている。

またゲノムワイドな遺伝子発現解析の結果、非がん部の発現遺伝子プロファイルが肝がんや再発の強力な予測バイオマーカーとなることが判り、宿主反応の重要性に注目が集まっている。がん幹細胞の宿主ニッチ相互作用や免疫チェックポイント阻害剤ニボルマブの高い治療効果などの報告が相次ぎ、肝がん宿主反応のコントロールを標的とした新規治療法開発に拍車がかかっている。

田中 真二(たなか しんじ)

学歴・職歴：

1988年	九州大学医学部卒業、第二外科入局 九州大学医学部附属病院、 広島赤十字・原爆病院外科にて研修
1990-93年	九州大学医学系研究科 大学院(ウイルス学)学位取得(医学博士)
1993-94年	九州大学医学部 助手(ウイルス学)
1994-96年	ハーバード大学医学部 マサチューセッツ総合病院 研究員
1996-99年	九州大学 生体防御医学研究所 助手(腫瘍外科)
1999-2004年	九州大学医学部 助手(第二外科)
2004-05年	九州がんセンター 消化器外科
2005-06年	東京医科歯科大学 助手(肝胆膵外科)
2006-09年	東京医科歯科大学 特任准教授(肝胆膵外科／情報医科学センター)
2009-14年	東京医科歯科大学 准教授(肝胆膵・総合外科)
2014年	東京医科歯科大学 教授(分子腫瘍医学) 現在にいたる



学 会：

日本外科学会(指導医、専門医、認定医)、日本消化器外科学会(評議員、指導医、専門医、認定医)、日本肝胆膵外科学会(評議員、高度技能指導医)、日本肝臓学会(評議員、専門医)、日本消化器病学会(支部評議員、専門医、学会誌編集委員)、日本癌学会(評議員)、日本肝癌研究会(幹事)、日本がん分子標的治療学会(評議員)、日本肝がん分子標的治療研究会(世話人)、米国癌学会、米国外科学会正会員(FACS)など

受賞歴：

1996年	アメリカ肝臓病学会 Young Investigator Award
1997年	日本医師会医学研究奨励賞
1999年	日本癌学会奨励賞
2004年	ISCRT Subsidy Award for Cancer Research
2006年	日本学術振興会賞
2007年	IRPC “Gold Medal”, Eminent Scientist of the Year
2012年	日本癌学会学術賞JCA-Mauverney Award
2013年	日本消化器外科学会賞(第一回学術部門) JSGS Science of the Year 2013

4. 「職業性胆管癌：印刷事業場での胆管がん多発事例」

11：10～12：00

大阪市立大学大学院 肝胆膵外科学 久保正二

大阪の印刷事業場オフセット校正印刷部門の元および現従業員に胆管癌が多発している事例を踏まえて、2013年3月に厚生労働省から(1)胆管癌は、ジクロロメタン(dichloromethane；DCM)または1,2-ジクロロプロパン(1,2-dichloropropane；DCP)に長期間、高濃度曝露することにより発症し得ると医学的に推定でき、(2)本件事業場で発生した胆管癌は、DCPに長期間、高濃度曝露したことが原因で発症した蓋然性が極めて高いことが報告された。この結果、印刷労働者にみられた胆管癌が、新たな職業癌として認識されることとなった。

106名の同部門従業員のうち、18名(17例が労災認定、1例が労災申請中)に胆管癌が発症した。2015年3月の時点での標準化罹患比は1132.5と高値であった。職業性胆管癌17例全例がDCPに、11例がDCMに曝露していた。17例の胆管癌患者は診断時25歳から45歳と若年であった。塩素系有機溶剤の使用期間は、6年1ヶ月から16年1ヶ月であった。胆管癌診断のきっかけは腹痛や黄疸などの症状、検診時の臨床検査値異常や肝腫瘍の指摘などであった。胆管癌診断時、ASTやALT高値例が多く、 γ -GTPは全例で上昇していた。画像診断上、腫瘍像、胆管内の乳頭状病変や隆起性病変、胆管の狭窄像や閉塞像、主腫瘍による末梢側胆管の拡張像に加えて、主腫瘍と無関係な限局性肝内胆管拡張像がみられた症例があった。

主腫瘍は腫瘍形成性胆管癌や浸潤性intraductal papillary neoplasm of the bile ductを示す胆管内発育型胆管癌あるいは乳頭状肝外胆管癌であった。さらに胆管癌の前癌病変と考えられているIPNBやBiliary intraepithelial neoplasia (BilIN)-2/3病変が主腫瘍以外の広範囲の胆管に確認された。また、胆管付属腺を含めた広範囲の胆管に炎症性細胞浸潤を伴う胆管硬化像、胆管消失を伴う胆管障害像や増殖性病変がみられた。さらに、広範囲の胆管が γ -H2AH陽性であったことから、広範囲の胆管にDNA傷害が起こっていると考えられた。これらの所見から、職業性胆管癌症例では、DNA傷害を伴う慢性胆管傷害から胆管の増殖性変化、BilINやIPNBなどの前癌病変・早期癌を経て浸潤性胆管癌に至る発癌メカニズムが推定された。

現在、全国で36例が職業性胆管癌と認定されている。一方、これらの報告を受けて、2015年にInternational Agency for Research on Cancerでは、DCPがgroup 1 (carcinogenic to humans)に、DCMがgroup 2A (probably carcinogenic to humans)に改訂された。

久保 正二(くぼ しょうじ)



略 歴：

昭和56年 3 月 大阪市立大学医学部 卒業
昭和56年 6 月 大阪市立大学医学部附属病院
臨床研修医(第2外科)
昭和62年 3 月 大阪市立大学大学院医学研究科 修了
昭和63年 4 月 英国ケンブリッジ大学 外科(移植外科) 留学
平成元年10月 大阪市立大学医学部 第2外科 助手
平成4年 3 月～9 月 米国テキサス大学 MD Anderson Cancer Center 外科 留学
平成8年10月 大阪市立大学医学部 第2外科 講師
平成12年 4 月 大学院重点化に伴い大阪市立大学大学院医学研究科消化器外科学 講師
平成17年 1 月 大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学 助教授(准教授)
平成23年 4 月 神戸大学 客員教授
平成24年 4 月 大阪市立大学大学院医学研究科 肝胆膵外科学 病院教授
平成27年 2 月 職業性胆管癌臨床・解析センター センター長

学会等：

日本外科学会代議員、日本消化器外科学会評議員、日本肝臓学会評議員、日本消化器病学会財団評議員、日本臨床外科学会評議員、日本肝胆膵外科学会評議員、日本移植学会評議員、日本化学療法学会評議員、日本腹部救急医学会評議員、日本消化器癌発生学会評議員、日本外科感染症学会理事、日本肝癌研究会幹事、日本肝移植研究会世話人、肝臓内視鏡外科研究会世話人、膵臓内視鏡外科研究会世話人、Microwave Surgery研究会世話人

日本肝臓学会 肝癌診療ガイドライン改訂委員会委員、専門医試験問題作成委員
日本肝癌研究会「原発性肝癌取扱い規約」規約委員、肝癌治療効果判定基準作成委員会委員
日本消化器外科学会 学術委員会委員、評議員選出小委員会委員
日本外科感染症学会・外科周術期感染管理医認定制度委員会担当理事、
医の質・安全委員会委員
日本肝胆膵外科学会 利益相反委員会委員
日本移植学会 臓器移植後の妊娠・出産に関するガイドライン作成委員会委員
日本化学療法学会 術後感染予防抗菌薬適正使用ガイドライン作成委員会委員

編集委員：

日本外科感染症学会会誌編集委員会委員、日本外科系連合学会誌編集委員会委員

資格等：

日本外科学会指導医、日本消化器外科学会指導医、日本消化器病学会指導医、日本肝臓学会指導医、日本肝胆膵外科学会高度技能指導医、日本がん治療認定医機構暫定教育医、Infection Control Doctor、日本化学療法学会抗菌化学療法認定医、日本胆道学会指導医、日本外科感染症学会外科周術期感染管理教育医、日本移植学会移植認定医

第121回日本消化器病学会北陸支部例会

日 時：2015(平成27)年11月8日(日) 午後2時5分より

場 所：石川県地場産業振興センター新館
第一会場：1階コンベンションホール
第二会場：5階第12研修室

[お 願 い]

1. 発表予定時間の30分前には石川県地場産業振興センター新館データ受付（1階コンベンションホール前）で入力をお済ませ下さい。**第一会場、第二会場とも同一場所での受付となります。**
2. 講演時間は5分で、討論時間は2分以内です。持ち時間を厳守してください。
3. 討論は座長の許可を求めた上で、所定の席で行ってください。
4. 発表はWindowsのパワーポイントを用いて実施いたします。尚、投影は1面で、動画は使用しないでください。動作環境はWindows 7、Power Point2013で実施いたします。
5. 演者ならびに共同演者は、すべて日本消化器病学会会員であることを要します。
(未入会の方は学会本部事務局へ至急手続きをお取り下さい、尚、初期研修医は未入会でも発表が可能です。)
6. 研修医（初期・後期）で筆頭演者の方は、当日データ受付にて御氏名を確認いたします
7. 専門医セミナーは第一会場にて13:00から開催いたします。
8. 一般演題の演者の先生方はCOI（利益相反）開示スライドをご発表の冒頭で提示ください。

支部例会の参加で、専門医更新単位5点を取得できます。

ランチョンセミナー

日 時：2015(平成27)年11月8日(日) 12:10～12:55

場 所：石川県地場産業振興センター新館 1階コンベンションホール(第一会場)

演 題：「消化器がんの腫瘍・バイオマーカーの最前線～Liquid biopsy comes of age～」

演 者：島田 英昭 先生(東邦大学 一般・消化器外科学／臨床腫瘍学 教授)

座 長：小坂 健夫 先生(金沢医科大学 一般・消化器外科学 教授)

共 催：エーザイ株式会社

第121回日本消化器病学会北陸支部例会 当番会長 源 利成

評 議 員 会

日 時：2015(平成27)年11月8日(日) 12:10～13:00

場 所：石川県地場産業振興センター新館
2階第10研修室

昼食代：1,000円

第10回専門医セミナー

会 場：石川県地場産業振興センター新館
1 階コンベンションホール(第一会場)

日 時：2015(平成27)年11月 8 日(日) 13:00～14:00

「症例から学ぶ膀胱癌」

司 会：元雄 良治 先生(金沢医科大学 腫瘍内科学)

講 師：大坪公士郎 先生(金沢大学附属病院 がん高度先進治療センター)

講 師：北川 裕久 先生(富山市立富山市民病院 外科)

(支部例会に参加の先生方はどなたでも参加できます)

専門医セミナーの参加で、専門医更新単位 3 点を取得できます。

「慢性膵炎における内視鏡診断と治療

～早期慢性膵炎に対するEUS診断を中心に～

金沢大学附属病院　がん高度先進治療センター　大　坪　公士郎

慢性膵炎は膵臓の内部に不規則な線維化、細胞浸潤、実質の脱落、肉芽組織などの慢性変化が生じ、進行すると膵外分泌・内分泌機能の低下を伴う病態である。成因はアルコール性と非アルコール性に大別され、後者には特発性、遺伝性、家族性などが挙げられる。

慢性膵炎に対する内視鏡治療は主膵管狭窄や膵石による膵炎症状がある症例に適応とされる。膵管狭窄に対しては、内視鏡的バルーン拡張術、内視鏡的経鼻膵管ドレナージ(ENPD)、膵管ステント留置などが行われる。膵石に対しては、ESWLの他に内視鏡的膵管口切開(EPST)が行われる。また、膵仮性嚢胞に対するドレナージに関しては、まずERPにて主膵管と嚢胞との交通の有無を評価し、交通がある場合には経乳頭的アプローチにてENPDや膵管ステント留置、交通がない場合、あるいは経乳頭的アプローチが困難な場合にはEUS下ドレナージを行う。

2009年に慢性膵炎臨床診断基準が改訂されたが、慢性膵炎に対してより早期に介入する目的で新たに早期慢性膵炎の疾患概念が提唱された。早期慢性膵炎は、①反復する上腹部痛、②血中または尿中膵酵素値の異常、③膵外分泌障害、④1日80g以上の持続する飲酒歴のいずれか2項目以上と早期慢性膵炎の画像所見が認められる場合に診断される(①または②の1項目のみ有し、早期慢性膵炎の画像所見を示すものは早期慢性膵炎の疑い)。早期慢性膵炎の画像所見は、EUSにて(1)蜂巣状分葉エコー、(2)不連続な分葉エコー、(3)点状高エコー、(4)索状高エコー、(5)嚢胞、(6)分枝膵管拡張、(7)膵管辺縁高エコーの7項目のうち、(1)～(4)のいずれかを含む2項目以上、あるいはERCP像で3本以上の分枝膵管に不規則な拡張が認められる場合とされる。当科では現在まで非アルコール性早期慢性膵炎4例、その疑い9例、計13例においてEUSを中心とした診断および経過観察を行ってきた。男女比は2:11と女性に多く、平均年齢50.5歳であり、20～30代が5名(38%)含まれていた。症状は腹痛以外に背部痛を10例(77%)に認めた。EUS所見は、索状高エコー13例(100%)、膵管辺縁高エコー11例(85%)、点状高エコー8例(62%)、不連続な分葉エコー7例(54%)、蜂巣様分葉エコー1例(8%)に認めた。なお、CTでは13例いずれにも異常を認めず、MRIを施行した6例にも異常はみられなかった。治療に関しては、メシル酸カモスタット、消化酵素薬にてほとんどの症例で症状の改善を認めたが、消化酵素薬では高力価のパンクレリパーゼが効果的であった。若年の女性で背部痛を認める症例、あるいはUS, CT, 上部消化管内視鏡検査にて異常がなく機能性胃腸症と診断されている症例の中には早期慢性膵炎症例が含まれている可能性があり、その診断にはEUSが有用と考えられる。

「次期膵癌取り扱い規約(第7版)からみた膵癌の診断と治療の方向性」

富山市立富山市民病院 外科 北川 裕久

膵癌は罹患者数と死亡者数がほぼ同数と非常に予後が悪く、最新の統計では癌死亡者数は肝癌を抜いて第4位となった。男性では54人、女性では64人に1人の割合で膵癌によって死亡する計算であるという。この膵癌死亡者数を減少させるためには、集学的な診断・治療によって治癒症例を積み上げていくしかない。

現行の膵癌取り扱い規約は第6版であるが、2013年より伊佐地秀司委員長(三重大学教授)を中心に私を含め20余名が改訂に携わり、第7版が2016年春に市販される予定である。第7版での大きな改訂点は、新たに切除可能性分類、術前治療の評価、リンパ節転移の程度分類、術前画像評価法などが加わり、進行度(Stage)分類はより国際的・国際的に互換性が保たれるようUICC分類に近い形となる。また、局所腫瘍遺残度(R)もR1は「病理組織学的検索で、切除断端から1mm以内に遺残腫瘍を認める」となる予定である。

すなわち、術前に膵癌進展範囲を画像から正確に評価し、切除可能(Resectable)例では局所再発のないR0切除を行うべきという姿勢が根幹をなしている。そのために、膵癌の進展範囲をミリ単位でどのように読影するかについて、MDCTの撮像法から読影に至るまでの解説が新たに設けられており、外科手術ではこのポイントを確実に理解し、症例ごとに切除範囲をテーラーメイドに設定する柔軟性が求められるようになる。一方、切除可能境界(Borderline resectable)例は標準的手術ではR1切除となる可能性が高いもので、何らかの術前治療や合併切除が必要であることを示し、術前治療の組織学的評価についても統一を図るべく、Evans分類、CAP分類などを基盤として曖昧な部分を明確にできるように工夫している。これによって、より効果的な術前治療は何なのかを共通の尺度のもと比較検討することが期待される。また、切除不能(Unresectable)例でも、近年放射線・化学療法などが奏功すれば切除したとの報告が散見されるが、この組織学的評価が有用となる。

このように、次期新規約では、膵癌の診断・治療は多科にわたる連携を元に進めることが前提となっているが、特に内科、放射線科、病理と外科との連携は大切である。多科が連携して膵癌の診断・治療チームを作り、一例一例を詳細に検討してその知見をフィードバックすることを繰り返し、チーム内で情報や知見を共有することが、膵癌による死亡者数を減少させるために最も効果的と考えられる。我々は、これを実行することでR0切除率80～90%以上、R0症例の5年生存率45%前後という成績を得ることができた(金沢大学附属病院在任中の成績)。

診断学、化学・放射線療法の進歩とともに外科手術の機会が増加していくことは他臓器癌でも経験されてきたが、今後膵癌に対しても更に外科手術の要望が高まると思われる。次期新規約では、「どれだけ安全に切除できるのか」が問われた時代から、「治癒を目標に切除できるか」が問われる時代になることを願いつつ改訂に臨んでいる。

一 般 演 題

講演時間表

第一会場：石川県地場産業振興センター新館 1 階コンベンションホール

時 間	臓 器	： 演題番号	座 長
14：05～14：33	上部消化管Ⅰ	01～04	竹 村 健 一
14：33～15：01	上部消化管Ⅱ	05～08	濱 田 和
15：01～15：29	上部消化管Ⅲ	09～12	森 山 秀 樹
15：29～16：04	下部消化管Ⅰ	13～17	北 村 和 哉
16：04～16：32	下部消化管Ⅱ	18～21	藤 田 秀 人

第二会場：石川県地場産業振興センター新館 5 階第12研修室

時 間	臓 器	： 演題番号	座 長
14：05～14：40	肝	I 22～26	島 上 哲 朗
14：40～15：08	肝	II 27～30	峯 村 正 実
15：08～15：36	胆	道 31～34	大 谷 昌 弘
15：36～16：04	膵	35～38	毛 利 久 継
16：04～16：39	そ の 他	39～43	宮 下 知 治

1 題各 5 分、追加討論各 2 分

演 題

第一会場：石川県地場産業振興センター新館 1 階コンベンションホール

14:05~14:33 上部消化管Ⅰ：01~04

座長：竹村 健一（石川県立中央病院 消化器内科）

01 当院におけるボノプラザンを用いた*H. pylori*除菌療法の検討

¹国立病院機構 金沢医療センター 消化器科

○中井亮太郎¹、加賀谷尚史¹、清島 淳¹、宮澤 正樹¹、小村 卓也¹、丸川 洋平¹
太田 肇¹、鶴浦 雅志¹

02 出血性胃潰瘍に対する*H. pylori*除菌療法後に後天性血友病Aを発症した 早期胃癌の1例

¹金沢大学附属病院、²小松市民病院

○後藤 善則¹、金子 周一¹、大江 迪子²、辻 重継²、三輪 一博²、又野 豊²

03 PEGのデバイスよりscopeを挿入し胃内を観察し得た上部消化管出血疑 いの1症例

¹金沢医科大学医学部 消化器内視鏡学

○小豆澤定史¹、川浦 健¹、濱田 和¹、伊藤 理佳¹、岡村 英之¹、北方 秀一¹
浦島左千夫¹、伊藤 透¹

04 十二指腸潰瘍が診断の契機になった好酸球性胃腸炎の一例

¹石川県立中央病院

○増永 哲平¹、辻 国広¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹、柳瀬 祐孝¹、川崎 梓¹
竹田 康人¹、中西 宏佳¹、富永 桂¹、吉田 尚弘¹、松永 和大¹、竹村 健一¹
山田 真也¹、土山 寿志¹

05 早期胃癌ESD症例における他臓器重複癌に関する検討

¹石川県立中央病院 消化器内科

○中西 宏佳¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹、柳瀬 祐孝¹、川崎 梓¹、竹田 康人¹
辻 国広¹、富永 桂¹、吉田 尚弘¹、松永 和大¹、竹村 健一¹、山田 真也¹
土山 寿志¹

06 ESDにて切除し得た静脈瘤合併食道表在癌の2例

¹富山県立中央病院 内科

○西谷 雅樹¹、松田 充¹、下出 哲弘¹、水上 敦喜¹、矢野 正明¹、原 泰将¹
在原 文教¹、堀田 洋介¹、松田耕一郎¹、酒井 明人¹、野田 八嗣¹

07 尋常性乾癬を契機に発見された胃癌の一例

¹石川県立中央病院 消化器外科

○俵 広樹¹、稲木 紀幸¹、崎村 祐介¹、奥出 輝夫¹、辻 敏克¹、松井 亮太¹
山本 大輔¹、北村 祥貴¹、太田 尚弘¹、黒川 勝¹、伴登 宏行¹、山田 哲司¹

08 卵巣癌術後8年目に出現した胃粘膜下腫瘍に対しボーリング生検を施行し、卵巣癌胃転移と診断された一例

¹地域医療機能推進機構 金沢病院

○飯田 文世¹、齊藤奈津子¹、吉田 功¹

15 : 01 ~ 15 : 29 上部消化管Ⅲ : 09 ~ 12

座長 : 森山 秀樹 (金沢大学 先進総合外科学)

09 当院における悪性胃十二指腸狭窄に対する内視鏡的ステント留置術の検討

¹公立松任石川中央病院 消化器内科

○西川 智貴¹、石田 晃介¹、鷹取 元¹、浅井 純¹、卜部 健¹

10 多発肝転移による高度黄疸を伴う切除不能進行胃癌に対し、Capecitabine+Oxaliplatin療法が奏効した一例

¹富山大学 内科学第三講座、²高岡市民病院 消化器内科

○高木 宏明¹、安藤 孝将¹、西野 貴晶²、三原 弘¹、高取 俊介¹、吉田 啓紀¹
中田 直克¹、南條 宗八¹、三浦 慶昭¹、梶浦 新也¹、藤浪 斗¹、細川 歩¹
杉山 敏郎¹

11 進行胃癌による骨髓癌腫症の1例

¹福井赤十字病院 消化器科

○鳥居 志充¹、山崎 幸直¹、道上 学¹、里見 聡子¹、松永 心祐¹、三原 美香¹
西山 悟¹、谷川明希子¹、馬場 萌加¹

12 副甲状腺機能低下症の経過中に甲状腺転移を認めた未分化型胃癌の1例

¹金沢大学附属病院 消化器内科

○若林 祐介¹、後藤 善則¹、脇田 重徳¹、吉光 雅志¹、稲垣 聡子¹、澤田 武¹
小林 武嗣¹、金子 周一¹

13 腹壁膿瘍の合併を契機に下行結腸癌が発見された小腸大腸型クローン病の一例

¹富山大学附属病院 卒後臨床研修センター、²富山大学医学部 内科学第三講座

³富山大学医学部 医学教育センター、⁴厚生連高岡病院 消化器内科

⁵富山大学医学部 外科学第二講座、⁶同 分子神経病態学

○ 瀧野 真代¹、高木 宏明²、三原 弘^{2,3}、安藤 孝将²、南條 宗八²
三浦 慶昭²、細川 歩²、澤崎 拓郎⁴、北條 莊三⁵、塚田 一博⁵、石井 陽子⁶
杉山 敏郎²

14 メサラジン治療の開始直後に両側のアキレス腱炎を併発した全結腸型潰瘍性大腸炎の1例

¹浅ノ川総合病院 内科、²同 放射線科

○ 善田 貴裕¹、荒木 一郎¹、松江 俊英¹、早稲田洋平¹、浜野 直通¹、小市 勝之¹
中宮 音雪²

15 膜様落屑を伴った多発小腸潰瘍の1例

¹石川県立中央病院 消化器内科

○ 川崎 梓¹、辻 国広¹、吉田 尚弘¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹、竹田 康人¹
柳瀬 祐考¹、中西 宏佳¹、富永 桂¹、松永 和大¹、竹村 健一¹、山田 真也¹
土山 寿志¹

16 人間ドックを契機に診断されたアメーバ性大腸炎の一例

¹KKR北陸病院、²金沢医科大学 病態診断学

○ 武藤 綾子¹、増永 高晴¹、坂下 俊樹¹、篠崎 公秀¹、湊 宏²

17 経過中に蛋白漏出性胃腸症をきたした硬化性腸間膜炎の一例

¹福井大学医学部 卒後臨床研修センター、²同 内科学(2)

○ 土屋 あい¹、平松 活志²、齊藤 恭志²、竹川 祐未²、赤澤 悠²、田中 知子²
高橋 和人²、内藤 達志²、松田 秀岳²、大谷 昌弘²、根本 朋幸²、須藤 弘之²
中本 安成²

18 Streptococcus bovis検出を契機に発見された大腸癌の一例

¹石川県済生会金沢病院

○方堂 祐治¹、木田 明彦¹、代田 幸博¹、若林 時夫¹

19 腹膜播種病変と鑑別が困難であった腹腔鏡下S状結腸癌術後線維腫症の一例

¹金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科

○郡司掛勝也¹、中村 慶史¹、廣瀬 淳史¹、山崎 裕人¹、大畠 慶直¹、柄田 智也¹
岡本 浩一¹、中沼 伸一¹、酒井 清祥¹、木下 淳¹、牧野 勇¹、林 泰寛¹
尾山 勝信¹、井口 雅史¹、中川原寿俊¹、宮下 知治¹、田島 秀浩¹、高村 博之¹
二宮 致¹、伏田 幸夫¹、太田 哲生¹

20 術前診断が困難であった壁外進展を示したS状結腸原発GISTの1例

¹福井県済生会病院 外科

○古谷裕一郎¹、高嶋 吉浩¹、呉林 秀崇¹、島田 雅也¹、斎藤健一郎¹、寺田 卓郎¹
天谷 奨¹、宗本 義則¹、飯田 善郎¹、三井 毅¹

21 特異な経過をたどった急性上腸管膜閉塞症の一例

¹黒部市民病院 内科

○古田 惇¹、上山本伸治¹、清水 吉晃¹、藤原 秀¹、富田 学¹、大幸 英喜¹

第二会場：石川県地場産業振興センター新館 5 階第12研修室

14:05~14:40 肝Ⅰ:22~26

座長：島上 哲朗（金沢大学附属病院 消化器内科）

22 当院におけるC型慢性肝疾患に対するダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の治療成績、副作用の検討

¹小松ソフィア病院

○竹越 快¹、亀田 正二¹、加登 康洋¹

23 Genotype 2 型C型慢性肝疾患に対するソフォスブビル・リバビリン併用療法の使用経験

¹国立病院機構 金沢医療センター 消化器科、²公立羽咋病院 内科

○宮澤 正樹¹、太田 肇¹、清島 淳¹、中井亮太郎¹、小村 卓也¹、丸川 洋平¹
加賀谷尚史¹、吉田真理子²、西野 隆平²、松下 栄紀²、鶴浦 雅志¹

24 慢性リンパ性白血病(CLL)の経過観察中にde novo B型肝炎を繰り返し発症した 1 例

¹富山県立中央病院 消化器内科

○下出 哲弘¹、酒井 明人¹、西谷 雅樹¹、水上 敦喜¹、原 泰将¹、矢野 正明¹
在原 文教¹、堀田 洋介¹、松田耕一郎¹、松田 充¹、野田 八嗣¹

25 芍薬甘草湯による薬物性肝障害と考えられた 1 例

¹公立羽咋病院 内科、²国立病院機構 金沢医療センター

○西野 隆平¹、吉田真理子¹、松下 栄紀¹、鶴浦 雅志^{1,2}

26 黄疸が遷延した薬物性肝障害の 1 例

¹富山大学附属病院、²富山大学医学部 診断病理学

○長田 巧平¹、田尻 和人¹、河合 健吾¹、宮園 卓宜¹、三輪 重治²、峯村 正実¹
安村 敏¹、高原 照美¹、杉山 敏郎¹

27 VIVARFシステムを用いた肝細胞癌へのラジオ波焼灼療法の経験

¹金沢大学附属病院 消化器内科1

○高田 昇¹、堀井 里和¹、三浦 雅¹、大和 雅敏¹、羽柴 智美¹、舩木 雅也¹
北原 征明¹、飯田 宗穂¹、大石 尚毅¹、砂子阪 肇¹、島上 哲朗¹、川口 和紀¹
北村 和哉¹、荒井 邦明¹、山下 太郎¹、酒井 佳夫¹、山下 竜也¹、水腰英四郎¹
本多 政夫¹、金子 周一¹

28 Drug-eluting bead(DEB)-TACEが著効した硬化型肝細胞癌(疑診)の一例

¹金沢医科大学 肝胆膵内科

○中村 彰伸¹、利國 信行¹、白枝 久和¹、湊 貴浩¹、木下 香織¹、豊田 健¹
野村 匡晃¹、久保田龍一¹、平川 祐希¹、道上 洋二¹、角田 真弘¹、山田 香穂¹
松江 泰弘¹、齊藤 隆¹、林 伸彦¹、福村 敦¹、尾崎 一昌¹、土島 睦¹
堤 幹宏¹

29 多発肝腫瘤を契機に発見された肝血管肉腫の一例

¹福井赤十字病院 消化器科

○谷川明希子¹、馬場 萌加¹、鳥居 志充¹、西山 悟¹、三原 美香¹、松永 心祐¹
里見 聡子¹、道上 学¹、山崎 幸直¹

30 増大傾向を呈し肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管筋脂肪腫の一例

¹福井大学医学部附属病院 消化器内科、²同 消化器外科

○鈴木裕紀子¹、根本 朋幸¹、赤澤 悠¹、竹川 祐未¹、斉藤 恭志¹、高橋 和人¹
内藤 達志¹、松田 秀岳¹、大谷 昌弘¹、平松 活志¹、須藤 弘之¹、小練 研司²
山口 明夫²、中本 安成¹

15 : 08～15 : 36 胆道 : 31～34

座長 : 大谷 昌弘 (福井大学 内科学(2))

31 胆嚢癌との鑑別が困難であった孤立性IgG4関連胆嚢炎の1例

¹国立病院機構 金沢医療センター 外科

○山口 貴久¹、古河 浩之¹、佐藤 就厚¹、大西 一朗¹、大山 繁和¹、萱原 正都¹

32 急速に胆管狭窄病変が進行し胆管癌との鑑別に苦慮したIgG4関連硬化性胆管炎の一例

¹市立敦賀病院 消化器科

○守護 晴彦¹、熊谷 将史¹、米島 學¹

33 Crohn病に併発した肝内胆管癌の1例

¹国民健康保険 小松市民病院 内科

○又野 豊¹、大江 迪子¹、辻 重継¹、三輪 一博¹

34 肝被膜下bilomaを来した総胆管結石の1例

¹厚生連滑川病院 内科

○須田 烈史¹、熊井 達男¹、小栗 光¹

15 : 36~16 : 04 脾 : 35~38

座長 : 毛利 久継 (金沢大学附属病院 がん高度先進治療センター)

35 Unresectable脾体部癌におけるNAC-RT奏功例に対する切除の試み

¹富山市民病院 外科、²同 消化器内科

○八木 康道¹、北川 裕久¹、丸錢 祥吾¹、佐々木省三¹、寺田 逸郎¹、吉川 朱実¹
福島 亘¹、藤村 隆¹、泉 良平¹、水野 秀城²

36 当科における治癒切除不能な進行脾癌に対するFOLFIRINOX療法の実際

¹金沢大学附属病院 恒常性制御学講座 消化器内科

○林 洸太郎¹、大石 尚毅¹、熊井 達男¹、朝日向良朗¹、岡藤 啓史¹、林 智之¹
飯田 宗穂¹、北原 征明¹、砂子阪 肇¹、島上 哲朗¹、荒井 邦明¹、川口 和紀¹
北村 和哉¹、山下 太郎¹、酒井 佳夫¹、山下 竜也¹、水腰英四郎¹、本多 政夫¹
金子 周一¹

37 Wirsung管欠損を伴う脾管癒合不全を背景に発症した脾頭部IPMCの1例

¹金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科

○藤森 大輔¹、牧野 勇¹、中川原寿俊¹、宮下 知治¹、田島 秀浩¹、大畠 慶直¹
中沼 伸一¹、林 泰寛¹、高村 博之¹、伏田 幸夫¹、太田 哲生¹

38 外傷性脾損傷後のPancreatic pseudocyst(PPC)・Walled-off necrosis(WON)・に対し、EUSガイド下脾嚢胞ドレナージ術(EUS-CD)・CTガイド下脾嚢胞ドレナージ術を併用し改善を得た1例

¹石川県立中央病院 消化器内科

○松永 和大¹、柳瀬 祐孝¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹、川崎 梓¹、竹田 康人¹
中西 宏佳¹、辻 国広¹、富永 桂¹、吉田 尚弘¹、竹村 健一¹、山田 真也¹
土山 寿志¹

16 : 04 ~ 16 : 39 その他 : 39 ~ 43

座長 : 宮下 知治 (金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学)

39 難治性肝性腹水に対するトルバプタンの治療効果の検討

¹福井県立病院 消化器内科、²同 血液・腫瘍内科

○藤永 晴夫¹、宇都宮まなみ¹、有塚 敦史¹、内藤 慶英¹、大藤 和也¹
多賀 雅浩²、林 宣明¹、波佐谷兼慶¹、青柳 裕之¹、辰巳 靖¹
伊部 直之¹

40 慢性肝疾患のこむら返りに対するレボカルニチン製剤の使用経験

¹福井県済生会病院

○山田起三子¹、真田 拓¹、野村 能元¹、田中 章浩¹、野村 佳克¹、上田 晃之¹
渡邊 弘之¹、野ツ俣和夫¹、登谷 大修¹

41 門脈大循環シャントによる繰り返す高アンモニア血症に対し、Amplatzer Vascular plugを使用し塞栓術が奏功した2例

¹厚生連高岡病院 消化器内科、²同 放射線科

○塚田健一郎¹、中嶋 和仙¹、本藤 有智¹、澤崎 拓郎¹、小川 浩平¹、國谷 等¹
西田 泰之¹、平井 信行¹、寺田 光宏¹、野畠 浩司²

42 EUS-FNAにて診断し得た転移性脾腫瘍の一例

¹富山県立中央病院 内科(消化器)

○矢野 正明¹、下出 哲弘¹、西谷 雅樹¹、水上 敦喜¹、原 泰将¹、在原 文教¹
堀田 洋介¹、松田耕一郎¹、松田 充¹、酒井 明人¹、野田 八嗣¹

43 メトトレキセート関連リンパ増殖性疾患の一例

¹市立砺波総合病院 臨床研修科、²同 消化器科

○松尾 俊紀¹、稲邑 克久²、清家 拓哉²、高田 佳子²、岡村 利之²、河合 博志²

一 般 演 題 抄 録

01 当院におけるボノブラザンを用いた*H.pylori*除菌療法の検討

¹国立病院機構 金沢医療センター 消化器科

○中井亮太郎¹、加賀谷尚史¹、清島 淳¹、宮澤 正樹¹
小村 卓也¹、丸川 洋平¹、太田 肇¹、鶴浦 雅志¹

【背景と目的】2014年12月にボノブラザン(P-CAB; Potassium Competitive acid blocker)が承認され、90%を超える*H.pylori* 1次除菌成功率が報告されている。今回我々は、当院におけるP-CAB使用*H.pylori*除菌療法について検討した。【方法】2015年4月から8月までの期間に当院でP-CABにて*H.pylori*除菌治療を行った症例は40症例で、効果判定まで終了した19症例を対象とした。過去に除菌歴のない症例を除菌歴なし群、他剤PPIにて不成功の症例を除菌歴あり群とし、P-CAB使用1次除菌をボノブラザン(40mg)＋アモキシシリン(1500mg)＋クラリスロマイシン(40mg)、P-CAB使用2次除菌ではクラリスロマイシン(40mg)をメトロニダゾール(50mg)に変更して行い、内服終了から4週後以降に効果判定を施行した。1次、2次共に整腸剤を併用した。*H.pylori*感染診断方法については、迅速ウレアーゼ試験はヘリコチェックを用い、血清*H.pylori* IgG抗体は10U/ml以上を陽性とし、尿素呼吸試験は2.5%以下を成功とした。【結果】患者背景は男性11名、女性8名、平均年齢64.1歳。適応疾患は全例が*H.pylori*感染胃炎であり、診断方法の内訳は、迅速ウレアーゼ試験13例(68.4%)、血清*H.pylori* IgG抗体測定5例(26.3%)、便中*H.pylori*抗原測定1例(5.3%)であった。除菌効果判定は1例が便中*H.pylori*抗原、他は全て尿素呼吸試験にて行い、19症例の内、除菌歴なし群9例(47%)、除菌歴あり群10例(53%)であった。除菌歴なし群9例中、P-CAB使用1次除菌成功8例、不成功1例で成功率は88.9%。不成功例はP-CAB使用2次除菌にて成功した。除菌歴あり群10例は全例成功し内訳は、他剤PPI 1次除菌不成功後P-CAB使用1次除菌成功7例、他剤PPI 1次除菌不成功後P-CAB使用2次除菌成功1例、他剤PPI 1次2次除菌不成功後P-CAB使用2次除菌成功2例であった。有害事象は明らかなものは認めなかった。【結語】P-CAB使用*H.pylori*除菌療法を検討したところ、他剤PPI使用除菌治療不成功症例においても良好な成績が得られ、有害事象も目立たなかった。少数例での検討であり今後さらに症例を重ねて検討を行う予定である。

03 PEGのデバイスよりscopeを挿入し胃内を観察し得た上部消化管出血疑いの1症例

¹金沢医科大学医学部 消化器内視鏡学

○小豆澤定史¹、川浦 健¹、濱田 和¹、伊藤 理佳¹
岡村 英之¹、北方 秀一¹、浦島左千夫¹、伊藤 透¹

【緒言】近年、頭頸部外科領域の加療をおこなう際、治療前よりPEGを造設し、術前、術後、在宅での経腸栄養を施行し、臨床的な観点から良好な成績が得られたとの報告がある。今回、我々は細径scope(Olympus社製、XP290N)でさえも挿入が不能であった下咽頭腫瘍の上部消化管出血疑い症例において、PEG交換時に用いるカテテル外筒内に細径scopeを通過させて胃内を観察し得た1例を報告する。【症例】68歳、女性。当院の頭頸部外科にて下咽頭腫瘍に対して定期通院中であり、今後の化学療法及び外科的加療をおこなう上で、良好な栄養管理目的に2014年8月上旬にPEG造設(Olympus社製、24Fr×3.5cm)をおこなった。PEG造設後は特段問題なく同年12月に胃腸交換をおこなうもトラブルなく経過良好であった。2015年4月に再度胃腸交換をおこなう際、下咽頭腫瘍治療後の影響により下咽頭～食道移行部が高度狭窄をきたしていたため、scope通過は不可能な状態であり、胃腸交換は延期された。しかし、同月の下旬に貧血の進行及び黒色便を認めたために経鼻scopeを用いて挿入を試みるも、咽頭通過は不可能であった。上部消化管出血の疑いにて、検査を遂行する必要があるため、以前造設した胃腸部よりカテテルを抜き、同部位より付属品のカテテル外筒下(イディアル交換シースOlympus社製品)にて経鼻scopeを挿入し、胃内及び十二指腸下脚の観察をおこなったが、上部消化管出血は認めなかった。【考察】今回特筆すべき点として胃腸内に直接scopeを挿入するのではなく、シース内にscopeを通過させて観察をおこなうことにより瘻孔部に対しての物理的負担を軽減させることができた。問題としては、前出のシースが保険上の問題で使用できない点、仮に出血していた場合、使用可能なデバイスがほとんどない点などが挙げられる。文献及び症例報告等を検索しても、同様の報告は調べた限りでは検索し得なかった。限定的ではあるが、シースを用いることにより胃内観察をより安全に遂行出来るため、デバイスとしては有用であると考えられる。

02 出血性胃潰瘍に対する*H.pylori*除菌療法後に後天性血友病Aを発症した早期胃癌の1例

¹金沢大学附属病院、²小松市民病院

○後藤 善則¹、金子 周一¹、大江 迪子²、辻 重継²
三輪 一博²、又野 豊²

【症例】64歳男性。糖尿病、脂質異常症でグリクラジド、ミグリトール、フェノフィブラートを内服中であった。X年4月、タール便あり受診。上部消化管内視鏡で胃角部小彎に潰瘍、前庭部小彎に0-IIcを認めた。潰瘍は露出血管を伴いHSE局注とクリッピングにて止血した。ランソプラゾール注射を開始し、*H.pylori*抗体陽性にて第11病日より除菌療法(ラベプラゾール、サワシリン、クラリスロマイシン)を行った。終了後はファモチジン内服とし退院となったが、第19病日より両指趾の爪下血腫が出現。右前腕、右大腿部の腫脹・疼痛も出現し、第28病日に当科再診した際にはAPTT延長(61.8秒)を認めた。貧血の進行もあり第34病日に専門病院に転院となった。第Ⅷ因子活性1%未満、vWF活性正常。APTT交差混合試験から凝固因子インヒビターの存在が判明し後天性血友病Aと診断した。後日報告された第Ⅷ因子インヒビター(INH)も18.0BU/ml(正常値:1.0BU/ml以下)であった。活性型プロトロンビン複合体製剤、ブレドニゾロン(PSL、1 mg/kg)を開始した。経過中に小腸出血を認めたが、シクロホスファミド(50mg)追加にてAPTTおよび第Ⅷ因子活性は正常化した。第Ⅷ因子INH消失を待ちX年9月、PSL(15mg)内服継続下で0-IIcに対しESDを施行し、病理診断はEarly gastric carcinoma, 8×7 mm, tub1, pT1a(M), ly(-), v(-)であった。治療切除が得られ出血も認めなかった。【考察】後天性血友病Aは自己免疫疾患、腫瘍性疾患、妊娠・分娩、薬剤などを契機に第Ⅷ凝固因子に対する自己抗体が生じ、突然重篤な出血症状を引き起こす。固形腫瘍のうち本邦では胃癌と大腸癌が多く、術後発症する例も認める。本例も胃癌を認めたがm癌が免疫機構を破綻する原因とならうかは不明である。内視鏡的止血術(HSE局注)後に後天性血友病を発症した報告は1例のみで、除菌療法が病因となった可能性もあるが過去に報告はない。原因不明の出血傾向を認めた場合、念頭に置くべき疾患と思われる。

04 十二指腸潰瘍が診断の契機になった好酸球性胃腸炎の一例

¹石川県立中央病院

○増永 哲平¹、辻 国広¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹
柳瀬 祐孝¹、川崎 梓¹、竹田 康人¹、中西 宏佳¹
富永 桂¹、吉田 尚弘¹、松永 和夫¹、竹村 健一¹
山田 真也¹、土山 寿志¹

【症例】23歳男性。既往歴に特記事項なし。201X年5月、右季肋部痛と嘔気を主訴に当院に受診された。精査目的の上部消化管内視鏡検査では、十二指腸球部に深掘れの潰瘍性病変を認めた。*Helicobacter pylori*感染は認めないも、生検にも特記事項がなかったことから十二指腸潰瘍の診断でPPI・レバミピドの投与を行った。治療開始2か月後に経過観察目的の上部消化管内視鏡検査を行ったが、十二指腸潰瘍の改善は認めなかった。また内視鏡上、食道粘膜は白濁し同心円状に広がる輪状溝や亀裂様の縦走溝を認め、胃粘膜にはびらんの散在と褪色調の領域を認めた。食道および胃の所見より好酸球性胃腸炎を疑い、生検を行ったところ、胃粘膜より好酸球の浸潤を認めた。十二指腸潰瘍からの生検では好酸球の浸潤を今回も認めなかったが、経過より一連の病態と判断し、ブレドニゾロン30mg/dayによる治療を開始した。ステロイド治療開始後は遅延していた腹部症状も速やかに改善した。内視鏡上食道の所見は消失し、胃の所見は改善傾向、十二指腸潰瘍は著明に縮小した。現在ブレドニゾロン10mg/dayで経過観察中である。【結語】十二指腸潰瘍が診断の契機になった好酸球性胃腸炎の症例を経験した。好酸球性胃腸炎は生検による好酸球浸潤の証明は6割程度で証明されるにすぎないとする報告もあり、診断に難渋する症例がある。本症例も十二指腸潰瘍の生検からは好酸球の浸潤は認めなかったために診断が遅れた。治療に難渋する十二指腸潰瘍の誘因として、好酸球性胃腸炎を念頭におく必要がある。

05 早期胃癌ESD症例における他臓器重複癌に関する検討

石川県立中央病院 消化器内科

○中西 宏佳¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹、柳瀬 祐孝¹
川崎 梓¹、竹田 康人¹、辻 国広¹、富永 桂¹
吉田 尚弘¹、松永 和夫¹、竹村 健一¹、山田 真也¹
土山 寿志¹

【背景】癌診断、治療技術の向上に伴い長期生存が増加し、癌治療後の他臓器重複癌をしばしば経験する。胃と他臓器重複癌についての検討が散見されるが、早期胃癌ESD症例についての検討は少ない。早期胃癌ESD症例における他臓器重複癌について検討した。【方法】2002年3月から2014年8月までに施行した早期胃癌ESD症例の中で、初回治療例828例を対象とし、既往も含め経過観察中に発見された他臓器重複癌について後方視的に検討した。経過観察期間が1年未満の症例は除外した。重複癌の定義はWarren & Gateの基準に従った。診断の間隔が1年未満のものを同時性、1年以上のものを異時性とした。生存率については胃癌ESD後の期間で検討した。

【結果】他臓器重複癌は172例(20.8%)に認められ、結腸直腸が62例(7.5%)と最も多く、次いで食道27例(3.3%)、肺17例(2.1%)、前立腺16例(1.9%)、咽喉頭12例(1.4%)、肝臓11例(1.3%)の順に続いた。胃癌を含み5重複癌2例(0.2%)、4重複癌3例(0.4%)、3重複癌14例(1.7%)、2重複癌153例(18.5%)であった。同時性は66例(8.0%)、その中の12例を含み異時性は117例(14.1%)認めた。異時性のうち胃癌先行が32例(27.4%)、他臓器癌先行が83例(70.9%)、胃癌ESD前後ともに異時性重複癌を認めたものが2例(1.7%)であった。重複癌症例のうち他臓器癌死が8例あり、胃癌治療前の結腸1、同時性の肺1・肝1・結腸1、胃癌治療後の肺1・結腸2・肺1であった。

【結論】本邦で罹患率の多い臓器が他臓器重複癌の上位に位置していたが、その頻度にはるかに高く特に結腸直腸癌が高頻度であった。重複癌症例のうち非重複癌と比べ年齢が高く男性が多く、生存率は低値であった。ESD後の経過観察計画の一助となるよう、今後も検討を深めていきたい。

07 尋常性乾癬を契機に発見された胃癌の一例

石川県立中央病院 消化器外科

○依 広樹¹、稲木 紀幸¹、崎村 祐介¹、奥出 輝夫¹
辻 敏克¹、松井 亮太¹、山本 大輔¹、北村 祥貴¹
太田 尚弘¹、黒川 勝¹、伴登 宏行¹、山田 哲司¹

内臓悪性腫瘍に伴う皮膚病変は腫瘍随伴性皮膚病変と呼ばれており、皮膚病変を契機に消化管悪性腫瘍が発見されることがある。代表的なものとしては皮膚筋炎、SLE、強皮症などがあげられ、中でも尋常性乾癬は比較的稀とされている。今回我々は胃癌の治療により症状が軽快した尋常性乾癬の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は50歳代、男性。尋常性乾癬に対して5年以上前より近医にて外用薬で加療されていたが、症状は完全に消失することがなかった。数ヶ月前より胸部から腹部、背部から臀部にかけての紅斑及び掻痒感が増悪したため前医(皮膚科専門医)を受診した。尋常性乾癬の増悪と診断され、内臓悪性腫瘍に対するスクリーニング検査が行われ、胃癌を指摘された。上部消化管内視鏡検査で胃体上部小彎側に約4mm大の潰瘍浸潤型の腫瘍を認め、生検で低分化型腺癌であった。腹部CTでは明らかな遠隔転移、リンパ節腫大を認めず、胃体上部小彎の壁肥厚及び周囲の脂肪組織濃度の上昇を認め、漿膜外浸潤が疑われた。臨床病期cT4aN0H0P0M0、stage-1Bと診断し、開腹胃全摘術、D1+リンパ節郭清、Roux-en-Y再建術を施行した。手術病期はcT3N0H0P0CY0M0、stage2Aと診断した。術直後より尋常性乾癬の紅斑は消退していき、掻痒感も消失した。経過は良好で術後10日目に退院した。病理病期では、pT1b2N0H0P0M0、stage-1Aであった。本症例は、尋常性乾癬の増悪を契機に内臓悪性腫瘍のスクリーニング検査が行われ胃癌が発見された。皮膚病変は、根治手術後すみやかに著しく改善し、興味深い経過をたどった。皮膚病変の経過観察に際し、腫瘍随伴性皮膚病変を念頭に置く重要性が改めて示唆された症例と思われ報告した。

06 ESDにて切除し得た静脈瘤合併食道表在癌の2例

富山県立中央病院 内科

○西谷 雅樹¹、松田 充¹、下出 哲弘¹、水上 敦喜¹
矢野 正明¹、原 泰将¹、在原 文教¹、堀田 洋介¹
松田耕一郎¹、酒井 明人¹、野田 八嗣¹

【はじめに】今回我々は併存する食道静脈瘤に対して内視鏡的治療を行った後にESDで切除し得た食道表在癌の2例を経験したので報告する。【症例1】50歳代男性。アルコール性肝硬変(Child-PughA)、糖尿病にてA病院に通院加療中であった。上部消化管内視鏡検査(EGD)にてLiF2CbRC1およびLg-cF1CbRC0の食道胃静脈瘤と胸部中部食道に1/3周性の食道表在癌を認めたが、A病院およびセカンドオピニオンで受診したB病院では合併する食道静脈瘤や肝硬変による血球減少のためESD施行困難と判断され紹介となった。肝予備能は良好であったため、まず食道静脈瘤に対してintra-EISを2セッション施行したところformの改善を得ることができたため、EISから3ヶ月後に食道癌に対してESDを施行した。EISによる線維化の影響はなく術中止血処置を行いながら合併症なく一括切除可能であった。病理学的にSquamous cell carcinoma、pT1a-LPM、ly0、v0、pHM0、pVM0、27×20mm、Type0-IIbの診断と考えられた。【症例2】50歳代男性。アルコール性肝硬変(Child-PughB)、Zollinger-Ellison症候群、多発食道癌ESD後、下咽頭癌ESD後に当科に通院加療中であった。経過観察のEGDで胸部下部食道に1/4周性の食道表在癌を認め、ESDの適応と考えられたがLiF1CbRC0の食道静脈瘤を認め、病変近傍に及んでいた。formは軽度であるが切除範囲と重なり出血リスクが高いと考えられたため、ESD当日に病変から十分に距離をとった部位でEVLを施行し、formの消退を確認したうえで引き続きESDを施行した。術中止血処置を行いながら合併症なく一括切除可能であった。病理学的にSquamous cell carcinoma、pT1a-LPM、ly0、v0、pHM0、pVM0、14×13mm、Type0-IIbの診断と考えられた。【考察】アルコール多飲は食道癌のリスクファクターであるが、肝硬変による食道静脈瘤を合併した場合、ESD、外科的治療、CRT等いずれの治療もハイリスクと考えられる。静脈瘤合併食道表在癌に対するESDは大量出血のリスクがあり、症例報告も少ないが、併存する食道静脈瘤に対して適切な内視鏡的治療を先行することで安全にESDを施行し得ることが示唆された。

08 卵巣癌術後8年目に出現した胃粘膜下腫瘍に対しボーリング生検を施行し、卵巣癌胃転移と診断された一例

地域医療機能推進機構 金沢病院

○飯田 文世¹、齊藤奈津子¹、吉田 功¹

【症例】71歳女性【現病歴と経過】2007年6月に左卵巣癌に対し当院婦人科にて手術を受けた(両側付属器・子宮・大網を切除)。病理結果はserous cystadenocarcinomaであり臨床病期はstage 1aと考えられた。ドセタキセルによる術後化学療法を一度試みられたが、副作用が出現したため以後は中止となった。その後は同科にて定期経過観察されていた。2015年3月の定期CTは特に異常を認めなかった。同年6月のCTにて傍大動脈リンパ節を含む多発リンパ節腫大と胃前庭部の腫瘍を認めたため当科紹介受診となった。上部内視鏡でもCTと一致して前庭部後壁にdelleを伴う径50mm大程度の粘膜下腫瘍を認めた。PET-CTでも同胃腫瘍と多発リンパ節にFDG集積を認め、当初はGISTあるいは悪性リンパ腫等の可能性が疑われた。組織学的診断目的に胃粘膜下腫瘍に対しボーリング生検を施行したところ卵巣癌の切除標本と同様のserous cystadenocarcinomaを認め、卵巣癌胃転移/再発と診断された。その後化学療法目的に他院婦人科に転院となった。【考察】悪性腫瘍の胃転移としては悪性黒色腫、乳癌、肺癌が多いとされるが、卵巣癌の胃転移は極めてまれである。今回の症例は原発巣の術後8年目に胃転移が出現しており、転移/再発までの経過が長いという点でも貴重な症例と考えられた。若干の文献学的考察を加えて報告する。

09 当院における悪性胃十二指腸狭窄に対する内視鏡的ステント留置術の検討

¹公立松任石川中央病院 消化器内科

○西川 智貴¹、石田 晃介¹、鷹取 元¹、浅井 純¹
ト部 健¹

【目的】悪性胃十二指腸狭窄において2010年の保険収載以来パイパス手術と比較し低侵襲であり有用性が報告されている。当院で施行した41例に関して胃十二指腸ステントの有用性、安全性について検討した。【方法】2010年4月から2015年8月に当院で悪性胃十二指腸狭窄に対して内視鏡的ステント留置術を施行した41例(男性/女性:21/20、平均年齢76.2歳(58-92歳)、疾患(胃癌/肝癌/胆道癌/十二指腸癌/その他:23/8/5/2/3))を対象に生存期間、開存期間、留置後の食事摂取、合併症について検討をおこなった。【結果】生存期間中央値94.5日(2-462日)、開存期間中央値130.9日(32-450日)、62.5%の症例においてステント留置後に全粥以上の食事摂取が可能となった。頻度は低いが合併症としてステント部分からの遅発性出血、瘻炎、ステント逸脱などを認めた。【結論】悪性胃十二指腸狭窄に対する内視鏡的ステント留置は比較的安全に施行でき、患者のQOL向上に寄与できると考えられた。

11 進行胃癌による骨髄腫腫症の1例

¹福井赤十字病院 消化器科

○鳥居 志充¹、山崎 幸直¹、道上 学¹、里見 聡子¹
松永 心祐¹、三原 美香¹、西山 悟¹、谷川明希子¹
馬場 萌加¹

症例は26歳、男性。既往歴には特記事項なし。腹部背骨痛を自覚したため、その翌日に近医を受診した。その際の腹部エコーにて腹部大動脈周囲リンパ節腫大を認め、血液検査にて白血球、LDHの上昇および血小板低下を認め、悪性リンパ腫を疑われて当院血液内科に紹介となった。上部消化管内視鏡検査にて進行胃癌を認め、骨髄穿刺にて癌細胞を検出、血液検査ではDICを認め、進行胃癌による骨髄腫腫症と診断した。入院翌日よりS-1+CDDPを開始し、一旦はDICからの離脱を得た。しかし休薬期間中に再燃し、2ndレジメンとしてDOC、3rdレジメンとしてCPT-11を施行し、それぞれDICからの離脱を得たが、経過中に再燃を来した。また、DICだけでなく大腿骨転移や腰椎転移も来し、ADLも極度に低下した。本人には予後告知はなされておらず、4thレジメンとしてXELOXを開始したが、効果はなく、発症より約半年後に死亡した。骨髄腫腫症は予後不良な病態であり、症例数も少なく、治療法も確立していない稀な疾患と考えられ、貴重な症例と思われるため報告する。

10 多発肝転移による高度黄疸を伴う切除不能進行胃癌に対し、Capecitabine+Oxaliplatin療法が奏効した一例

¹富山大学 内科学第三講座、²岡岡市民病院 消化器内科

○高木 宏明¹、安藤 孝将¹、西野 貴晶¹、三原 弘¹
高取 俊介¹、吉田 啓紀¹、中田 直克¹、南條 宗八¹
三浦 慶昭¹、梶浦 新也¹、藤浪 斗¹、細川 歩¹
杉山 敏郎¹

【背景】進行胃癌の多発肝転移による高度黄疸例に対して、化学療法の実効性は確立されておらず、現在CapecitabineとOxaliplatinは黄疸例に対する減量の必要性は確立されていない。今回我々は、多発肝転移による黄疸を伴う進行胃癌に対して、Capecitabine+Oxaliplatin療法を行い、長期間の奏効を得ている一例を経験したため報告する。【症例】74歳 男性。20XX年10月より発熱と倦怠感を自覚したため、近医を受診した。血液検査では肝胆系酵素と黄疸(T-Bil 1.5mg/dL)を認め、精査加療目的に当院に紹介となった。上部消化管内視鏡検査では、胃体中部前壁に3型胃癌を認め、病理学的にHER2陰性のtubular adenocarcinomaと診断され、造影CT検査では、肝両葉に高度の転移を伴っていた。化学療法として、S-1+Cisplatin療法を開始したところ、S-1開始6日後にGrade3の下痢症、39.2度の発熱、及び黄疸増悪(T-Bil 4.4mg/dL)を認めたため、S-1起因性の下痢症、及び胆管炎と診断した。これに対して、同日よりS-1の投与を中止し、抗菌薬としてSBT/AMPCの投与を行い、3日後に解熱し、下痢も改善した。しかし、黄疸は更に増悪し(T-Bil 10.3mg/dL)、腫瘍の増悪によるものと考えられた。患者とその家族を含めて十分に相談して、Capecitabine+Oxaliplatin療法を開始した。療法開始後、黄疸は速やかに低下し、開始6週後の造影CT検査では腫瘍縮小効果PRと判断された。更に、6か月後の上部消化管内視鏡検査では、原発巣は消失しており、10ヶ月後のCT検査でも肝転移は更に縮小し、現在も同治療を継続中である。【結語】S-1開始後下痢症と胆管炎により治療継続困難となった黄疸を伴う進行胃癌に対しCapecitabine+Oxaliplatin療法が奏効した一例を経験した。

12 副甲状腺機能低下症の経過中に甲状腺転移を認めた未分化型胃癌の1例

¹金沢大学附属病院 消化器内科

○若林 祐介¹、後藤 善則¹、脇田 重徳¹、吉光 雅志¹
稲垣 聡子¹、澤田 武¹、小林 武嗣¹、金子 周一¹

【症例】68歳女性。1992年にPTH不足性副甲状腺機能低下症の診断でアルファカルシドール内服を開始した。当初より甲状腺エコーにて左葉に結節を認め、穿刺吸引細胞診を3回施行したがいずれも陰性であった。2015年6月、呼吸苦が出現し再診。胸部X線にて右胸水の貯留を認めた。全身CTでは既知の甲状腺腫瘍の増大と全身骨に溶骨性変化および硬化性変化を認めた。血液生化学で貧血(Hb 7.1g/dl)を認め、CaとPは正常範囲内、ALP 4,068U/lと高値であった。腫瘍マーカーはCA19-9 96U/ml、CYFRA 16.7ng/ml、ProGRP 182.1pg/mlと高値、甲状腺ホルモンとカルシトニンは正常範囲内であった。胸水細胞診にてadenocarcinomaが検出され、上部消化管内視鏡を施行したところ体中部大弯に10mm程度の発赤調陥凹を認め、生検にてadenocarcinoma(sig, por)であった。胸水中腺癌および胃癌ともに免疫組織化学ではCK7、MUC5AC陽性、TTF-1、thyroglobulin陰性であった。甲状腺穿刺吸引細胞診からもadenocarcinomaが検出され、検体量不足で免疫組織化学は追加できなかったが印環細胞癌様で(原発性)甲状腺癌ではみられない形態であった。以上より未分化型胃癌の甲状腺、骨髄、骨への転移および胸膜播種と診断した。SOX療法を開始したがMRSA敗血症を合併し治療に難渋している。【考察】転移性甲状腺腫瘍は少なく、原発巣としては胃癌や乳癌および肺癌の頻度が高い。消化管癌では大腸や食道に多く、胃癌原発の甲状腺転移は稀で、検索しえる過去の報告も13件14症例のみであった。その文献学的検討では未分化型胃癌に多く、半数は胃癌発見時既に甲状腺転移を認めており、自験例の臨床経過もこれに合致した。一方、自験例のように消化器症状に乏しく、原発巣も非常に小さいこともあり得るため、甲状腺未分化癌が疑われた場合には胃を含めた他臓器癌からの甲状腺転移を念頭に精査が必要であり、十分な検体量が得られれば免疫組織化学が診断に有用と思われた。

13 腹壁膿瘍の合併を契機に下行結腸癌が発見された小腸大腸型クローン病の一例

¹富山大学附属病院 卒後臨床研修センター

²富山大学医学部 内科学第三講座

³富山大学医学部 医学教育センター

⁴厚生連高岡病院 消化器内科

⁵富山大学医学部 外科学第二講座、⁶同 分子神経病態学

○ 瀧野 真代¹、高木 宏明²、三原 弘^{2,3}、安藤 孝将²
南條 宗八²、三浦 慶昭²、細川 歩²、澤崎 拓郎⁴
北條 莊三⁵、塚田 一博⁵、石井 陽子⁶、杉山 敏郎²

【症例】48歳、女性【主訴】左側腹部痛【現病歴】22歳時にクローン病と診断され、前医で内服加療を不定期に受けていた。36歳時に施行された大腸鏡で、下行結腸に高度の狭窄が指摘されていた。今回、X年12月に腹部膨脹を自覚し、X+1年4月より左側腹部痛と微熱を自覚するようになり、6月の健診で指摘された貧血を契機に撮像された腹部CTで腹壁膿瘍を認め当科紹介入院となった。喫煙歴はない。身体所見上、発熱は認めず、BMI 15.6と痩せを認めた。上腹部は膨脹し左下腹部に可動性のない痛性の硬結を触知した。血液検査では、Hb 8.5g/dlの貧血、Alb 2.5g/dlの低栄養状態、CRP 4.07mg/dlの炎症反応を認めた。腹部造影CTでは、下行結腸と終末回腸に壁肥厚を認め、横行結腸は拡張し、下行結腸の狭窄部と連続して腹壁膿瘍を認めた。経鼻内視鏡にて狭窄部と膿瘍腔の観察が可能となり、生検で粘液癌が検出された。FDG-PETでは、狭窄した下行結腸だけでなく膿瘍壁にも高度の集積を認め、T4bN0M0、cStage IIcの診断で、下行結腸切除術、横行結腸人工肛門造設術が施行された。術後病理診断では、組織型は粘液癌で、病変は狭窄した下行結腸だけでなく、膿瘍壁にも伸展していた。pStage IIcで断端は陰性であったが、T4、穿孔例、粘液癌の再発のリスク因子が複数当てはまっており、再発高リスク群として、術後化学療法を予定している。【考察】クローン病の大腸がん併発率は、健常人と比べ相対危険度は3.2倍高いとされ、組織型は粘液癌の比率が相対的に高い。本邦におけるコホート研究では、小腸大腸型、長期罹病期間、若年発症、肛門病変、手術歴の大腸がん発生の標準化罹患率は、それぞれ、5.3、4.1、6.3、5.1、3.5と報告されている。本症例のように大腸がん合併の危険因子を複数持つクローン病患者では特に大腸がん発生に注意が必要であると考えられた。

15 膜様落屑を伴った多発小腸潰瘍の1例

¹石川県立中央病院 消化器内科

○ 川崎 梓¹、辻 国広¹、吉田 尚弘¹、太田 亮介¹
大村 仁志¹、竹田 康人¹、柳瀬 祐考¹、中西 宏佳¹
富永 桂¹、松永 和夫¹、竹村 健一¹、山田 真也¹
土山 寿志¹

【症例】73歳女性【現病歴】入院5日前より腹痛と下痢を認め、近医を受診した。胃腸炎の診断で内服加療されるも症状の改善なく、発熱も認めたため、当院受診した。受診時の血液検査ではCRP 15.5mg/dlと炎症反応の上昇を認め、腹部造影CT検査では小腸の軽度拡張を認めた。病歴より感染性腸炎を念頭に抗生剤投与による保存的加療を開始したが、炎症反応の改善に乏しく、第7病日の腹部造影CT検査では、小腸の拡張の増悪を認めた。第7病日からは排便も認めておらず、腸管拡張に伴う腹痛が強かったことからイレウス管を挿入した。第9病日から手掌紅斑、第11病日から両手のこわばりと多発口腔内潰瘍、第13病日には手指の膜様落屑を認めた。第13病日にイレウス管を挿入した状態で経肛門的に行った小腸内視鏡検査では回腸に短軸方向に走る潰瘍の多発、地図状潰瘍、全周性に粘膜が脱落した領域等の多彩な内視鏡像を認めた。血液培養、便培養、抗核抗体、C-ANCA、P-ANCA、ds-DNA-IgG、ds-DNA-IgM、T-SPOTは全て陰性であった。膜様落屑の存在からイレウスを契機とした成人発症の川崎病を念頭に心臓超音波検査や心臓CT検査を行ったが冠動脈瘤は認めず、川崎病の診断基準を満たさなかった。生検結果にも特記事項はなかったことから、保存的加療を継続した。徐々に病状は改善し、第44病日に退院した。【考察】診断が困難であった膜様落屑を伴う多発小腸潰瘍の1例を経験した。膜様落屑の特異度は高いことから、川崎病や類似の病態を呈するエルシニア感染症を鑑別に挙げ精査を行ったが、診断基準は満たさなかった。確定診断はできなかったが、本症例は川崎病に類似した病態を呈していた可能性がある。過去に川崎病の内視鏡像に言及した報告はほとんどない。本症例の多彩な内視鏡像は非典型的であり、病態を考察する上で示唆に富む一例と考え今回報告する。

14 メサラジン治療の開始直後に両側のアキレス腱炎を併発した全結腸型潰瘍性大腸炎の1例

¹浅ノ川総合病院 内科、²同 放射線科

○ 善田 貴裕¹、荒木 一郎¹、松江 俊英¹、早稲田洋平¹
浜野 直通¹、小市 勝之¹、中宮 音雪²

【症例】26歳、女性。【主訴】両側アキレス腱の腫脹疼痛。【現病歴】2015年3月下旬より左下腹部痛と5行/日程度の粘血便を認めるために当科を受診。内視鏡検査では直腸から連続して中部横行結腸以遠におよぶ粘膜の発赤、浮腫、びらんを認めた。内視鏡所見、生検病理検査、便培養検査などの結果より全結腸型潰瘍性大腸炎と診断され、メサラジン(アサコール)2400mg/日の内服治療が開始された。服薬の約1週間後には腹痛や粘血便は消失したが、服薬10日目より両側のアキレス腱に疼痛が出現し、歩行も困難となり受診した。【臨床経過】触診では両側のアキレス腱は圧痛を伴い腫脹し、単純レントゲン写真にても腫脹が確認された。超音波検査では、右側7.9mm、左側7.4mmの最大径を以て、両側のアキレス腱は全体に腫脹していた。ドップラーモードでは腱の長軸に対して直行する多数の血流信号を認め、アキレス腱炎の治療後にこれらは完全に消失した。文献検索や製薬会社への照会の限りでは類似の報告例は認めなかったが、その経過からはアキレス腱炎へのメサラジンの関与が強く疑われ、メサラジンの中止も考慮されたが、メサラジンの著効を理由に患者は服薬継続を希望したため、注意深く経過観察を行ったところ、服薬しながらアキレス腱炎は発症10日後に自然軽快した。その後もアキレス腱炎の再発はなく、潰瘍性大腸炎も完全寛解状態が維持されている。【考察】炎症性腸疾患の腸管外合併症の頻度は高く、あらゆる臓器や生体システムに生じ得るとされるが、アキレス腱炎の合併報告例は極めて少ない。アキレス腱炎併発の機序には、メサラジンのアキレス腱への直接の障害作用はその経過からは否定的であったが、潰瘍性大腸炎自体の合併症およびメサラジンの副反応の両者が考えられた。文献的考察からは、メサラジンの服薬を契機とした急激な炎症性サイトカイン変動によりアキレス腱炎が惹起された可能性も推察された。

16 人間ドックを契機に診断されたアメーバ性大腸炎の1例

¹KKR北陸病院、²金沢医科大学 病態診断学

○ 武藤 綾子¹、増永 高晴¹、坂下 俊樹¹、篠崎 公秀¹
湊 宏²

症例は40歳代、基礎疾患を有さない健常な男性。人間ドックにて免疫学的便潜血反応陽性を指摘され当院受診した。半年前から軟便気味でガスが溜まりやすく感じ、3ヶ月前からは左下腹部に違和感も認めていたが、日常生活に支障はきたしていなかった。下部消化管内視鏡検査では、直腸に厚い白苔を有するびらんを、直腸に近いS状結腸には淡い点状発赤を散在性に認めた。虫垂やその他の結腸粘膜には異常を認めなかった。病変部からの生検にて多数のアメーバ栄養体を認めたため、アメーバ性大腸炎と診断した。糞便検査で赤痢アメーバ嚢子(シスト)は認められず、培養も陰性であった。血液検査では、炎症反応は陰性、白血球数、肝機能とも正常であり、血清赤痢アメーバIgG抗体は陽性、IgM抗体は陰性であった。腹部造影CTではアメーバ肝膿瘍を始めとした異常は認めなかった。患者に海外渡航歴はなく、半年前から県外に出たこともなかった。また、妻以外の異性および同性との性的接触はなく、生肉を食べる習慣もなかった。同居の家族は無症状であり、感染経路は不明であった。治療としてメトロニダゾールを10日間投与したところ、症状は消失し、内視鏡所見も改善した。血清赤痢アメーバIgG抗体の陰性化も確認できた。過去10年間、石川県へのアメーバ赤痢の届出数は2~10件で推移している。本例は人間ドック受診が契機となったが、軽微な症状のため受診に至っていないアメーバ大腸炎の症例も存在すると思われる。今回の症例は今後の診療に際して示唆に富むと考えたため、文献的考察を加えて報告した。

17 経過中に蛋白漏出性胃腸症をきたした硬化性腸間膜炎の一例

¹福井大学医学部 卒後臨床研修センター、²同 内科学(2)
○土屋 あい¹、平松 活志²、齊藤 恭志²、竹川 祐未²
赤澤 悠²、田中 知子²、高橋 和人²、内藤 達志²
松田 秀岳²、大谷 昌弘²、根本 朋幸²、須藤 弘之²
中本 安成²

【症例】70歳代、男性。【主訴】腹部膨満。【現病歴】2010年頃より食後の腹部膨満あり、近医で保存的に経過をみられていた。症状の軽快がなく2013年8月に前医を紹介受診した。腹部CT検査で小腸間膜に腫瘍性病変を認めたが、診断には至らず経過観察となった。半年後の2014年2月、CT検査で腫瘍増大、腹水出現を認めたため、開腹下生検を施行。病理学的に硬化性腸間膜炎と診断され、プレドニゾン経口投与(40mg/日)が開始された。その後、腫瘍縮小および症状改善を認めたためプレドニゾン投与量を漸減、終了したところ症状の再燃を認めた。プレドニゾン経口投与(2mg/日)が再開されたが、腹水の増加と低蛋白血症の出現を認めたため当科紹介となり、2015年7月精査加療目的に入院となった。【血液検査所見】WBC 6500/ μ l、Hb 14.9g/dl、Plt 19.2 $\times$ 104/ μ l、TP 4.9g/dl、Alb 2.9g/dl(α 1 6.3%、 α 2 10.1%、 β 10.6%、 γ 12.9%)、T-Bil 0.9mg/dl、AST 41IU/l、ALT 47IU/l、ALP 250IU/l、BUN 11mg/dl、Cr 0.74mg/dl、CRP 0.04mg/dl、IgG 673mg/dl、IgG4 3.1mg/dl、sIL-2R 384U/ml。【 α 1アンチトリプシン・クリアランス試験】220ml/24h(正常値:20未満)。以上より蛋白漏出性胃腸症による低蛋白血症と考え、原因検索目的に経口の小腸内視鏡検査を行ったところ、十二指腸トライツ嚢帯を超えた部位より白色絨毛および白色結節が出現。さらに肛門側では乳糜の漏出と絨毛の著明な浮腫性変化を認めた。病変部より生検を行い病理学的に検討したところ、同部には炎症細胞浸潤と著明なリンパ管拡張を多数認めた。硬化性腸間膜炎および炎症性腫瘍の形成に起因した二次性リンパ管拡張症により、腸管内にリンパ液の漏出を認め、蛋白漏出性胃腸症をきたしたと考えられた。その後プレドニゾン増量(4mg/日)し、外来にて経過観察中である。【考察】硬化性腸間膜炎によって蛋白漏出性胃腸症が引き起こされたとされる症例は極めて稀であり、これまでに海外から2例、本邦から2例の文献報告があるのみである。本例は、その小腸病変を内視鏡的に観察しえた貴重な症例と考え、報告する。

19 腹膜播種病変と鑑別が困難であった腹腔鏡下S状結腸癌術後線維腫症の一例

¹金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科
○郡司勝樹¹、中村 慶史¹、廣瀬 淳史¹、山崎 裕人¹
大島 慶直¹、柄田 智也¹、岡本 浩一¹、中沼 伸一¹
酒井 清祥¹、木下 淳¹、牧野 勇¹、林 泰寛¹
尾山 勝信¹、井口 雅史¹、中川原寿俊¹、宮下 知治¹
田島 秀浩¹、高村 博之¹、二宮 致¹、伏田 幸夫¹
太田 哲生¹

今回われわれは、腹腔鏡下S状結腸切除後の吻合部近傍に発生し、腹膜播種との鑑別が困難であった線維腫症の一例を経験したため報告する。症例は67歳男性。2013年夏にS状結腸癌及び早期胃癌にて腹腔鏡下S状結腸切除術(D3郭清)、DST吻合再建、および腹腔鏡下幽門側胃切除術(D1郭清)、BillrothⅡ法再建が行われた。術後経過に問題を感じず、第15病日に退院となった。術後病理学的検査所見にて、S状結腸癌はtub1、T2N0M0/Stage1、ly0、v0、PM0で断端は陰性、胃癌はtub1>2、T1aN0M0/Stage1、断端は陰性であり、外来にて経過観察となった。しかし、術後1年半となる2015年冬のフォローアップのCTにて、結腸吻合部、回腸、左総腸骨動脈および左尿管に接し、周囲にspicula様の所見を認める腫瘍性病変を認めた。PET-CTにて集積を認め、腹膜播種再発の可能性が考えられた。その他、再発や播種性病変は認めず、手術治療にて肉眼的根治切除が達成できるものと考えられたため、腫瘍切除を行う方針とした。手術所見にて、病変は結腸吻合部再建部の直腸腸管内に認め、近接小腸および左総腸骨動脈との固着を認めた。断端を確保しつつ病変を摘出し、術中迅速診断に提出したところ、明らかな癌細胞は認めず、膠原線維が介在する紡錘形細胞が認められた。術後病理学的検査所見においても、癌細胞は認めず、紡錘形細胞や膠原線維の増生を認めるのみであり、線維腫の診断となった。近年、大腸癌症例において腹腔鏡下大腸切除術が積極的に施行されているが、非常に低い確率ではあるものの、腹腔鏡操作による腹膜播種再発が起りえるとの指摘がある。一方で腹腔内線維腫症は手術操作部位に発生しうる疾患であり、境界悪性疾患であるため断端を確保した切除が必要となる。両者とも術前の組織診が困難である事が多く、このような症例で手術を行う場合は両者を考えて行う必要があるものと思われた。

18 Streptococcus bovis検出を契機に発見された大腸癌の一例

¹石川県済生会金沢病院
○方堂 祐治¹、木田 明彦¹、代田 幸博¹、若林 時夫¹

【症例】70歳台 女性【主訴】Streptococcus bovis及び貧血に関する精査【既往歴】60歳台、左人工関節置換術。70歳台、左化膿性膝関節炎にて再置換術【現病歴】2018年11月左化膿性膝関節炎が再発し、当院の整形外科にて滑膜切除および持続洗浄が施行された。その際の切除検体の培養検査にてStreptococcus bovis(S. bovis)が検出され、抗生剤投与や持続洗浄にて徐々に炎症反応が低下していたが、術後1ヶ月で下肢静脈血栓症及び肺塞栓症を合併したため、下大静脈フィルターの挿入と抗凝固療法が施行された。以後は化膿性関節炎及び肺塞栓症は保存的に改善し、ADLも徐々に回復しつつあったが貧血が徐々に進行した。貧血の原因検索ならびに大腸癌との関連性が報告されているS. bovisが検出されたことから精査目的に当科紹介となり、全大腸内視鏡検査を施行したところS状結腸に亜全周性の2型腫瘍を認め、病理所見でも高分化管状腺癌と診断された。当院外科にてS状結腸切除術が施行され、病理結果はAdvanced colon carcinoma: S、Type2、45+30mm、tub2>tub1、pT3(SS)、int、INFb、ly1、v1、PN0、pN1、pPM0、PDM0であった。術後経過は良好であり、現在外来にて経過観察中である。【考察】S. bovisは腸内細菌の一種で健康人の腸内細菌叢に10%程度存在するといわれている。S. bovisによる感染性心内膜炎や敗血症患者において高率に大腸癌を合併していることが報告されており、血液培養から同菌を検出した場合には大腸病変を検索することが推奨されている。S. bovisの保菌者においても大腸病変が高率に高いとする報告もあり、S. bovis感染と大腸癌の関連性が強く示唆されるが、その機序については不明である。今回我々は局所の感染果からS. bovisが検出されたことを契機に大腸癌が発見された一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

20 術前診断が困難であった壁外進展を示したS状結腸原発GISTの1例

¹福井県済生会病院 外科
○古谷裕一郎¹、高嶋 吉浩¹、呉林 秀崇¹、島田 雅也¹
斎藤健一郎¹、寺田 卓郎¹、天谷 奨¹、宗本 義則¹
飯田 善郎¹、三井 毅¹

GISTの原発としては胃が最も多く、次いで小腸、大腸であり、大腸よりの発生は稀である。今回我々は骨盤内腫瘍を契機に発見され、壁外進展を示したS状結腸原発のGISTを経験したので報告する。症例は80歳、男性。腹痛を主訴に受診し、触診にて下腹部に巨大な腫瘍を触知した。腹部CTにて骨盤内に直径約14cmの分葉状腫瘍を認め、造影早期相に腫瘍辺縁に造影効果と内部には壊死もしくは出血を疑わせる低吸収域を認めた。また、同様の腫瘍が腹腔内に多発し腹膜播種が疑われ、PET-FDGにても腫瘍に一致して異常集積を認めた。内視鏡検査では腸管粘膜への浸潤は認めなかったが、注腸検査にてS状結腸への圧排像を認めた。術前の鑑別診断としては、GIST、平滑筋腫、神経系腫瘍、悪性リンパ腫などが挙げられ外科的治療の方針となった。術中所見は骨盤内に14cm大の分葉状腫瘍が存在し、S状結腸もしくはS状結腸間膜からの原発が疑われた。腫瘍の小腸への浸潤もみられたため、低位前方切除術と小腸部分切除を施行した。また腹腔内に5mmから5cm大の多数の腹膜播種結節が存在したため、可及的に切除した。病理結果はいずれの病変も紡錘形細胞の束状増生がみられ、免疫染色でびまん性にc-kit陽性、また核分裂像では5/50HPF以上でhigh risk GISTと診断された。腫瘍は腸管筋層内に連続性を認め、壁外進展をきたしたS状結腸原発GISTと考えられた。術後経過は良好で、イマニチブ内服にて経過観察中である。

21 特異な経過をたどった急性上腸管膜閉塞症の一例

¹黒部市民病院 内科

○古田 惇¹、上山本伸治¹、清水 吉晃¹、藤原 秀¹
富田 学¹、大幸 英喜¹

症例は64才男性。冷や汗を伴う劇烈な腹痛を主訴に前医入院。腹部画像検査・上部消化管内視鏡検査から、急性胃炎と診断され加療開始となった。入院後、自覚症状消失したため、食事を開始したところ再び腹痛出現し腹部画像検査にて、回腸末端の閉塞によるイレウスと診断され第24病日目に当科紹介入院となった。当科入院時腹部CT検査にて、回腸の一部に内腔から強く早期濃染する不整な虚脱・弛緩を認め、壁構造が破綻し壊死・線維化した異常腔が指摘された。前医CTにて上腸間膜動脈根部に高度狭窄を認めることから、上腸間膜動脈閉塞による小腸壁の虚血・壊死後の変化と診断した。画像上、穿孔・腹膜炎の所見はなく、全身状態も安定していたことから、抗凝固療法を施行し全身支持につとめ待機的手術の予定となった。その後も腹部症状は消失していたが、術前検査のために行った小腸造影検査後に腹痛増悪し、腹部画像検査にて小腸穿孔・腹膜炎が疑われたため、第71病日目に緊急手術となった。手術時の所見では、小腸壁は約3cmにわたって欠損し、周囲の腸管・間膜にて被覆されている状態であった。術後の経過は良好で、現在は外来にて抗凝固療法継続中である。急性腸間膜動脈閉塞症は、症状出現後に可及的な外科的処置が必要になることがほとんどである。今回我々は上腸間膜動脈閉塞による腸管壊死後に、周囲の腸管や間膜に被覆され、穿孔をまぬがれ長期経過後に手術にいたった稀な症例を経験したのでここに報告する。

23 Genotype 2 型C型慢性肝疾患に対するソフォスビル・リバビリン併用療法の使用経験

¹国立病院機構 金沢医療センター 消化器科

²公立羽咋病院 内科

○宮澤 正樹¹、太田 肇¹、清島 淳¹、中井亮太郎¹
小村 卓也¹、丸川 洋平¹、加賀谷尚史¹、吉田真理子²
西野 隆平²、松下 栄紀²、鶴浦 雅志¹

【背景・目的】Genotype 2 型C型慢性肝疾患に対する12週間のソフォスビル(SOF)/リバビリン(RBV)併用療法が2015年3月に認可された。今回、我々はSOF/RBV併用療法の使用成績を報告する。

【対象・方法】SOF/RBV併用療法を開始したGenotype 2 型C型慢性肝疾患6例(2施設合計)を対象とした。各症例における、患者背景因子、血液検査所見、ウイルス陰性化の有無とその時期、有害事象および治療変更の有無を明らかにした。

【結果】患者背景因子は、男/女=0/6、平均年齢58.8歳(28-77)、慢性肝炎/肝硬変=5/1(肝硬変1例はChild-Pugh score 6点)、糖尿病あり/なし=1/5、BMI 25以上/未満=3/3であった。前治療あり/なし=3/3(前治療3例はペグインターフェロン(PEG-IFN)/RBV併用療法)、PEG-IFN/RBV併用療法再燃/不耐容/不適格=1/2/2であった。血液検査所見はALT 31U/L以上/未満=3/3、平均Hb 13.2g/dL(12.3-14.9)、平均Cr 0.7mg/dL、AFP 20ng/mL以上/未満=2/4、平均HCV-RNA 6.1log IU/mL(5.5-6.5)、開始時RBV投与量は全例600mg/日であった。SOF/RBV併用療法開始後のウイルス陰性化の時期は、3週/4週/6週=1/2/2であり、8週で陰性化していないのは1例のみであった。有害事象は頭痛1例、貧血2例であった。貧血1例はGrade 2であり、開始3週後にRBVを400mg/日に減量したが、全例投与継続中である。

【考察】Genotype 2 型C型慢性肝疾患に対するSOF/RBV併用療法が、PEG-IFN/RBV併用療法に比して早期のウイルス陰性化を示したかどうかは断定できない。有害事象はRBVによるものと考えたが、忍容性は良好であった。発表時には経過を更新して報告する。

22 当院におけるC型慢性肝疾患に対するダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の治療成績、副作用の検討

¹小松ソフィア病院

○竹越 快¹、亀田 正二¹、加登 康洋¹

【目的】当院におけるC型慢性肝疾患に対するダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の治療成績、副作用を検討した。【方法】2014年11月から2015年7月の期間に当院にてダクラタスビル・アスナプレビル併用療法を開始したC型慢性肝疾患患者42例を検討の対象とした。【成績】42例の患者背景は男性12例/女性30例、年齢中央値67歳(34-84)、肝硬変12例(28.6%)、治療前HCV RNA量:平均6.0Log IU/mL、ALT中央値36.5IU/L(10-164)、AFP中央値7.5ng/mL(0.9-124.3)、前治療歴なし14例、前治療歴あり28例(再燃1例、無効14例、副作用中止13例)、NS 5 A Y93変異あり2例(4.8%)であった。抗ウイルス効果の判定が可能であった症例の治療開始4週後のウイルス陰性化率(RVR)は65.9%(41例中)、治療開始12週後のウイルス陰性化率は100%(34例中)、治療開始24週後(終了時)のウイルス陰性化率は100%(18例中)であった。治療中断を6例(14.3%)で認め、内訳は副作用中止が5例、break throughによる中止が1例であった。中止に至った副作用の内訳は発熱2例、肝障害2例、多形性紅斑1例であった。全症例における副作用の頻度は発熱14.2%、肝障害11.9%、多形性紅斑2.4%、下痢2.4%であった。副作用中止例の抗ウイルス効果については5例中3例で中止12週後のウイルス陰性が確認された。break throughによる中止例はNS 5 A Y93変異を有する症例であった。【結論】ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法の抗ウイルス効果は良好であったが、NS 5 A変異には留意が必要と考えられた。また、副作用中止に至る症例もあり、治療中は慎重な経過観察が必要である。

24 慢性リンパ性白血病(CLL)の経過観察中にde novo B型肝炎を繰り返し発症した1例

¹富山県立中央病院 消化器内科

○下出 哲弘¹、酒井 明人¹、西谷 雅樹¹、水上 敦喜¹
原 泰将¹、矢野 正明¹、在原 文教¹、堀田 洋介¹
松田耕一郎¹、松田 充¹、野田 八嗣¹

【症例】症例は88歳男性。1994年に慢性リンパ性白血病(CLL)を発症したが、軽度のリンパ節腫脹以外に症状が無く、当院血液内科で経過観察されていた。2006年月中旬にCLLの増悪があり、rituximab単独療法を計8コース施行されて奏効し、以後も同科で経過観察されていた。2009年4月の定期受診時に急性肝障害を認め、当科を紹介受診した。その際、2007年4月には陰性であったHBs抗原が陽転化しており、HBV-DNA量5.6 logcopy/mlであった。IgM-HBc抗体陰性、IgG-HBc抗体陽性であり、de novo B型肝炎と診断した。入院後、entecavir(ETV)1mg/日、副腎皮質ステロイドなどの投与を行い、肝機能障害は改善した。ETVを減量(1mg/日→0.5mg/日)の上、以後、当科外来で経過観察していた。2009年7月には、HBs抗原は陰転化し、ETVの内服を中止した。9月にはHBs抗体陽性を確認し、当科での経過観察を一旦終了した。2011年5月、左橈骨骨折と左大腿骨骨折で当院整形外科に入院した際に、HBs抗原の再陽転化を認めた。同年7月の血液内科の定期受診時に急性肝障害を認め、当科を紹介受診した。HBV-DNA量7.7 logcopy/mlを指摘し、de novo B型肝炎の再発と診断し、ETV 0.5mg/日の投与を再開し、肝機能障害は改善を認めた。以後、当科外来で経過観察し、HBs抗原陰性、HBcr抗原陰性も確認の上、2012年10月に、再度、ETV 0.5mg/日の投与を中止した。しかし、2014年12月には、血清ALT値の上昇傾向とHBV-DNA量:7.3 logcopy/mlを指摘したため、ETVを再開し、当科外来で経過観察している。【考察】今回、CLLの経過観察中に、免疫抑制・化学療法を施行していない状態にも関わらず、de novo B型肝炎を繰り返した1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

25 芍薬甘草湯による薬物性肝障害と考えられた 1 例

¹公立羽咋病院 内科、²国立病院機構 金沢医療センター
○西野 隆平¹、吉田真理子¹、松下 栄紀¹、鶴浦 雅志^{1,2}

【症例】53歳女性【主訴】悪心【既往歴】11歳時に虫垂炎手術、輸血歴なし【家族歴】肝疾患なし【嗜好品】喫煙飲酒なし【現病歴】腰痛症にてアクリニックへ定期通院、柴胡桂枝湯、リマプロストアルファデクス、デュロキセチン、芍薬甘草湯を処方されていた。X年4月の職場健診にて肝障害認めず。同年7月中旬より悪心出現、その後全身倦怠感、嘔吐頻回にて摂食不能となり当院救急外来受診。採血にてALT優位の肝胆道系酵素上昇を認め、単純CTでは胆道感染を疑う所見なく、急性肝炎として同日入院。【経過】入院時HBsAgおよびAb、HCVAbは陰性。問診にて芍薬甘草湯は3ヶ月前、他剤は2年前から処方され、また逆流性食道炎、アレルギー性鼻炎にてBクリニックへ不定期通院していたがX年4月が最終内服であった。薬物性肝障害を否定できず入院時芍薬甘草湯と柴胡桂枝湯のみ中止、絶食にて経過観察。後日判明したHA-IgM、HBe-IgM、HEV-IgA、ANA、AMAは陰性、EBVは既感染パターンを呈した。CMVはIgG陽性ながらIgMも低力価陽性を示したがCMVアンチジェネミア陰性で、入院3日目から症状消失し経口摂取可能となり、肝障害も7日目に改善へ転じた。DDW-J2004診断基準案のスコアリングでは10点であった。芍薬甘草湯は芍薬と甘草のみで構成され、柴胡桂枝湯にも芍薬と甘草を含むことから、2成分による薬物性肝障害と考えた。入院13日目に退院、30日目の外来採血にて肝胆道系酵素正常化を確認した。【考察】芍薬甘草湯は肝硬変に伴うこむら返りや神経障害性疼痛に有効性が高く汎用される。漢方薬に伴う薬物性肝障害の報告は多く本剤の添付文書にも肝障害の記載はあるが、実際の報告例は非常にまれであり報告した。

27 VIVARFシステムを用いた肝細胞癌へのラジオ波焼灼療法の経験

¹金沢大学附属病院 消化器内科
○高田 昇¹、堀井 里和¹、三浦 雅¹、大和 雅敏¹
羽柴 智美¹、船木 雅也¹、北原 征明¹、飯田 宗徳¹
大石 尚毅¹、砂子阪 肇¹、島上 哲朗¹、川口 和紀¹
北村 和哉¹、荒井 邦明¹、山下 太郎¹、酒井 佳夫¹
山下 竜也¹、水腰英四郎¹、本多 政夫¹、金子 周一¹

【背景】肝臓のラジオ波焼灼療法(radiofrequency ablation: RFA)に、2015年2月より焼灼長可変型電極を使用できるVIVARFシステムが承認された。VIVARFシステムは可変型電極針(VIVA RF electrode)を用いて5mmから30mmまで焼灼長を選択できることにより、複数の腫瘍に対しても1本の電極で対応できることを特徴とする。今回我々はVIVARFシステムによるRFAの特徴、および当院での使用経験について報告する。【対象】対象は2015年7月に当科でVIVARFシステムを用いてRFAを施行した4症例8結節を対象とした。【結果】対象の年齢は平均75.2歳(範囲63-84歳)、背景肝予備能は全例肝障害度Aであった。対象結節の腫瘍径は平均13.5mm(範囲10-20mm)、平均腫瘍個数は2.6個(範囲1-3個)であった。平均セッション回数は1.1回、平均焼灼時間は4.6分であった。焼灼長20mmの電極で平均31mm、焼灼長30mmの電極で平均38mmの焼灼範囲を得られた。1回の治療で全例に十分な焼灼範囲は得られており、周囲臓器損傷や、尿管障害は見られなかった。複数の腫瘍を焼灼した2症例では、焼灼長を変化させることで腫瘍径に応じた焼灼が可能であった。また、焼灼範囲、投与エネルギーを調整することで胆管近傍病変や嚢胞背側の病変に対しても安全に十分な焼灼が可能であった。さらに、従来の電極として用いられているCool-tip RFニードルと比較して針先の視認性、直達性などは遜色なかった。【考察】VIVARFシステムは腫瘍径や形状に応じた焼灼範囲の選択、短時間で効率的焼灼が可能であった。VIVARFシステムは肝腫瘍の経皮的治療の選択肢として有用であると考えた。

26 黄疸が遷延した薬物性肝障害の1例

¹富山大学附属病院、²富山大学医学部 診断病理学
○長田 巧平¹、田尻 和人¹、河合 健吾¹、宮岡 卓宜¹
三輪 重治²、峯村 正実¹、安村 敏¹、高原 照美¹
杉山 敏郎¹

【症例】201X-1年8月に発熱、盗汗、倦怠感で発症。近医で非ホジキンリンパ腫(びまん型大細胞B細胞性リンパ腫DLBCL)と診断され、9月に当科に加療目的に入院。R-CHOP1コース終了後に腹水消失、リンパ節・胃病変縮小と効果を認め、R-CHOP2コース施行したが、c-myc 81%陽性、Bcl2 54%陽性であり、中間型DLBCL/バークットリンパ腫(BL)の診断となり、中枢神経系も含めた加療の方針となった。R-CODOX-M/IVAC1コース後にはCR状態と考えられた。200X年1月よりR-CODOX-Mの2コース目、MTX投与を行ったところ、その数日後より黄疸を伴う肝障害が出現した。被疑薬剤の中止を含む保存的治療を行ったが、肝障害は約3ヶ月遷延(最高値:AST 516IU/L、ALT 343IU/L、T-Bil 34.4mg/dl)した後、肺炎を併発して死亡した。剖検では小葉中心性に高度の肝細胞脱落および出血がみられ、ニクズク肝様の剖面像を呈していた。残存する肝細胞索には断裂が目立ち、類洞の線維化および毛細胆管レベルの胆汁うっ滞がみられ、Sinosoidal Obstruction Syndrome (SOS)/Veno-occlusive (VOD)に特徴的とされる中心静脈の狭小化像が散見された。【考察および結語】SOS/VODは小肝静脈の線維性狭窄や閉塞によって特徴づけられる病態で、主な病態は類洞の内皮細胞障害とそれによる類洞の線維化と循環障害およびzone2-3の肝細胞障害である。骨髄移植後の5~60%に生じるとされ、致死率は80%とも報告される重篤な病態である。本症例はアルキル化剤を比較的多く含んでいるが、通常の化学療法後にSOS/VODを発症しており、骨髄移植に限らず、化学療法・放射線療法後などにはその発症に留意する必要がある。

28 Drug-eluting bead (DEB)-TACEが著効した硬化型肝細胞癌(疑診)の1例

¹金沢医科大学 肝胆膵内科
○中村 彰伸¹、利國 信行¹、白枝 久和¹、湊 貴浩¹
木下 香織¹、豊田 健¹、野村 匡晃¹、久保田龍一¹
平川 祐希¹、道上 洋二¹、角田 真弘¹、山田 香穂¹
松江 泰弘¹、齊藤 隆¹、林 伸彦¹、福村 敦¹
尾崎 一昌¹、土島 睦¹、堤 幹宏¹

症例は70歳、男性。常習飲酒家。HBV、HCV陰性。高血圧、高コレステロール血症、2型糖尿病にて当院循環器内科に通院していた。2009年の造影CTで肝内に動脈相で濃染する腫瘍性病変を数個偶然指摘されたが血管腫と考えられ、経過観察とされた。その後、腫瘍は徐々に増大し、2014年9月には最大径22mm、数も両葉に渡り計10数個に達した。腫瘍内部には濃染されない部分があり、腫瘍全体としては後期相においても造影効果が遷延した。同科よりコンサルトされ、経過から悪性腫瘍を強く疑った。転移性肝癌の可能性も考え、上・下部消化管内視鏡、PET-CTを施行したが著変なし。2014年11月、確定診断のため肝腫瘍生検を施行し、高分化型肝細胞癌と診断された。さらに癌細胞の周囲に繊維成分が多量に認められ、硬化型肝細胞癌が強く疑われた。背景肝は肝硬変であった。肝癌の進行度はStage IIIであり、肝予備能はChild-Pugh grade Aであった。腫瘍は全肝に多発しており、肝動注化学療法またはソラフェニブ投与を治療の第一選択と考えた。しかし、当時HepaSphereを用いたDrug-eluting bead (DEB)-TACEを導入しており、conventional TACEより治療侵襲が少なく、多発例において奏効する症例も経験していたため、DEB-TACEを行うこととした。抗癌剤にはepirubicinを用いた。その結果、濃染の多くが消失し奏効と考えられた。現在までに治療を計4回繰り返し、経過良好である。DEB-TACEが奏効した理由として肝癌の血管構築が関係していると推察された。

29 多発肝腫瘍を契機に発見された肝血管肉腫の一例

¹福井赤十字病院 消化器科

○谷川明希子¹、馬場 萌加¹、鳥居 志充¹、西山 悟¹
三原 美香¹、松永 心祐¹、里見 聡子¹、道上 学¹
山崎 幸直¹

【症例】80才代 女性 【主訴】腹部膨満感【現病歴】スクリーニング目的の腹部超音波検査で多発肝腫瘍を認め、確定診断目的に20XX年 5月に腫瘍生検を施行したが、転移や原発癌といった悪性所見は認めず、経過観察となっていた。8月の造影CTで多発肝腫瘍の増悪を認め、9月に再度肝生検を施行したところ、確定的ではないながらも肝葉斑病(peliosis hepatis)が疑われた。以降は定期通院を行っていたが、腹部膨満を自覚し、下腿浮腫も著明となったため、本人の自己判断で11月に当院救急外来を受診した。当院での精査・加療希望強く、精査を行ったところ、画像所見からは肝血管肉腫の疑いを認め、加療目的に翌年1月に入院となった。【既往歴】S状結腸癌、くも膜下出血【臨床経過】多発肝腫瘍であり、手術加療は不可能であることから化学療法を選択したが、肝血管肉腫は症例数が少なく、加療に関する有意な報告がないこと、血管肉腫が皮膚軟部組織に好発することからも、皮膚科領域での血管肉腫の治療の際に使用されるバクリタキセルによる化学療法を施行する方針とした。バクリタキセルを2回投与したところで骨髄抑制を著明に認め、G-CSFを使用していたが、発熱とADL低下も認めており、家人と相談の上これ以上の積極的加療は行わない方針となり、緩和医療を中心に行う方針となった。以降次第に腹部膨満著明となり、腹水の増加を認め、入院第47日目に腹水穿刺施行し、淡黄色透明の腹水2300ml排液した。その後も腹部膨満は次第に増悪を認め、腹部に鈍痛の訴えを認めており、貧血の進行も認めていた。入院第54日目に再度腹水穿刺施行したところ著明な血性腹水を認め、腫瘍からの出血が疑われた。次第に全身状態は悪化を認め、入院第68日目に死亡した。家人の同意を得て病理解剖を行い、肝血管肉腫の確定診断が得られた。肝血管肉腫はその症例数は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

31 胆嚢癌との鑑別が困難であった孤立性IgG4関連胆嚢炎の1例

¹国立病院機構 金沢医療センター 外科

○山口 貴久¹、古河 浩之¹、佐藤 就厚¹、大西 一朗¹
大山 繁和¹、萱原 正都¹

IgG4関連疾患は、血清IgG4高値と組織中へのIgG4陽性形質細胞浸潤を特徴とする疾患概念でありその多くが自己免疫性膵炎やIgG4関連硬化性胆管炎を合併するとされるが、単独での存在は稀である。今回我々は臨床的に胆嚢病変のみを有するIgG4関連胆嚢炎を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。症例は50歳、男性。心窩部痛を主訴に当院を受診した。腹部US検査にて胆嚢体部に扁平な高エコーの隆起性病変を認めた。造影CTにて胆嚢体部から底部にかけてびまん性の壁肥厚を認め、PET-CTでは胆嚢底部にSUVmax 2.9の淡い集積を認めた。MRIでは拡散強調画像にて胆嚢に高信号を認めた。胆嚢癌を否定できず開腹胆嚢摘出術を行った。胆嚢壁はびまん性に肥厚しており、病理組織学的検査では悪性所見はなく、広範な形質細胞とリンパ球、好酸球の浸潤および線維化を認めた。免疫染色にてIgG4染色で多数の陽性細胞を認め、IgG4関連胆嚢炎と診断した。術後測定した血清IgG4値は軽度上昇を認めた。その他臓器にて所見を認めず孤立性であることが分かった。

30 増大傾向を呈し肝細胞癌との鑑別が困難であった肝血管脂肪腫の一例

¹福井大学医学部附属病院 消化器内科、²同 消化器外科

○鈴木裕紀子¹、根本 朋幸¹、赤澤 悠¹、竹川 祐未¹
斉藤 恭志¹、高橋 和人¹、内藤 達志¹、松田 秀岳¹
大谷 昌弘¹、平松 浩志¹、須藤 弘之¹、小練 研司²
山口 明夫²、中本 安成¹

【症例】30歳代、女性【現病歴】2009年に肝S5に径29mmの血管腫を指摘され、年1回の経過観察を行っていた。2014年6月CTで肝S2に径14mmの占拠性病変(SOL)を認めた。飲酒歴なし。経口避妊薬の服用なし。【血液検査所見】WBC 3100/ μ L、Hb 11.7g/dl、Plt 24.4 $\times$ 10³/ μ L、PT 103.4%、TP 7.3g/dl、alb 4.4g/dl、AST 22U/L、ALT 19U/L、T-Bil 0.5mg/dl、LDH 148U/L、ALP 118U/L、 γ -GTP 20U/L、CRP 0.02 mg/dl、AFP 4.5ng/ml、PIVKA-II 13mAU/ml、CEA 1.4ng/ml、CA19-9 8.7U/ml、sIL-2R 99U/ml、HBs Ag(-)、HCV Ab(-)【画像所見】腹部エコー検査：肝S2に14mmの辺縁が高エコーで内部は等エコーなSOLを認めた。腹部CT(SOL)：単純では低吸収域、造影では早期相で濃染し、後期相でわずかにwash-outされた。EOB-MRI(SOL)：T1WIで低信号、T2WIで高信号、脂肪抑制では一部で低信号を認め、拡散強調像では高信号、造影にて早期濃染し、肝細胞相で低信号を呈した。PET-CTで異常集積なし。【経過】2014年8月同病変は径17mmと増大傾向を示し、外科的治療を考慮し当院外科に紹介し、外科での半年の経過観察で径21mmとさらに増大したため、2015年4月肝外側区域切除術を施行した。肉眼所見では境界明瞭な暗赤色から黄褐色調の結節性病変であり、組織学的所見では類上皮様細胞のシート状増殖と少量の脂肪組織と血管組織を認め、背景肝は正常であった。免疫染色ではMelan-AとHMB-45が陽性であった。以上より肝血管脂肪腫と診断した。【考察】肝血管脂肪腫は比較的高頻度の肝良性腫瘍であるが、近年の画像診断の進歩に伴い診断される例が増加している。本例では10ヵ月で腫瘍径が1.5倍と増大し、脂肪および血管成分が少なく、画像上肝細胞癌との鑑別が困難であった。治療に関しては診断が確定すれば経過観察が原則とされているが、比較的高速に増大傾向を示す例や肝細胞癌と鑑別が困難な例では慎重な経過観察を行い外科的治療も検討する必要があると考えられた。

32 急速に胆管狭窄病変が進行し胆管癌との鑑別が困難したIgG4関連硬化性胆管炎の一例

¹市立敦賀病院 消化器科

○守護 晴彦¹、熊谷 将史¹、米島 學¹

【症例】79歳、男性【主訴】皮膚掻痒感【既往歴】75歳、炎症性大動脈瘤【嗜好歴】喫煙は1日20本を15年間、飲酒は機会飲酒【現病歴】高血圧、高尿酸血症にて当院に通院していた。1ヶ月前より皮膚掻痒感を自覚し、定期受診の際に採血検査にて肝胆系酵素の上昇を認め、閉塞性黄疸と診断され当科へ紹介、入院となった。CT検査では明らかな腫瘍形成はなく下部胆管での閉塞が指摘され、ERCPでは下部胆管に限局する2cm程度の狭窄を認めたため内視鏡的胆管ドレナージ術を行った。血清学的にはIgG4 336mg/dlと上昇を認め、また以前に炎症性大動脈瘤の既往があることからIgG4関連硬化性胆管炎や胆管癌を疑ったが、胆管狭窄部からの生検などからは病理学的に診断はできなかった。一旦退院し外来にてFDG-PET検査も行ったが、有意な集積は認めなかった。2ヶ月後に胆管生検目的に2回目入院した。ERCPでは狭窄範囲の進展を認め、同部に対して生検、ブラッシングを行ったが、両疾患とも鑑別ができず、ERBDを留置して退院とした。翌月に悪寒、心窩部痛を認め、閉塞性胆管炎と診断し3回目入院となり、ERBDを抜去のうえERCPを施行したところ胆管狭窄病変は上部胆管まで広範囲に進展していた。その際の胆管生検においても胆管癌の可能性は否定できなかったが、ご本人は手術を拒否し、ステロイド治療について同意を得たために同月よりIgG4関連硬化性胆管炎を疑いステロイド内服を開始した。2週間毎にステロイドを漸減しながら経過観察したところIgG4値は正常化し、CTやMRI検査では胆管壁肥厚の改善を認めた。ステロイド開始6ヶ月後にERCPを再検査し、胆管狭窄病変の著明な改善を認めたためIgG4硬化性胆管炎と診断を確定した。【考察】本例では短期間に急速に胆管病変の進行を認め、低分化胆管癌の鑑別が困難であった。IgG4硬化性胆管炎は慢性的に緩徐な経過をたどる症例も多いが、本例のように急速に進展する場合があることに留意すべきである。

33 Crohn病に併発した肝内胆管癌の1例

¹国民健康保険 小松市民病院 内科

○又野 豊¹、大江 迪子¹、辻 重継¹、三輪 一博¹

症例は40歳代男性。25歳時に小腸大腸型Crohn病と診断された。ステロイド依存例であり、5-ASA製剤及び副腎皮質ホルモン剤に加え、36歳時よりmetronidazole (MNZ)を、37歳時より免疫抑制剤(azathioprine (AZT))を併用された。39歳時より抗TNF- α 抗体製剤(infliximab)を導入されステロイドフリーとなったが、43歳時に二次無効と思われる効果減弱が認められadalimumabに変更された。2014年末より γ -GTPの軽度上昇が認められるようになった。経過を観察されていたが2015年6月には γ -GTPの著増、ASTの上昇も認められた。腹部超音波検査にて肝左葉及び右葉に低エコー腫瘍を指摘され、腹部造影CT検査上いずれの腫瘍も辺縁のみ淡く染まった。腫瘍マーカーではCA19-9のみが156IU/lと軽度上昇していた。上下部消化管内視鏡検査では悪性腫瘍を疑う所見を認めず、またCrohn病についても寛解状態と判断された。PET-CT検査では肝の2ヶの腫瘍以外に左鼠径リンパ節にもFDGの強い集積を認め、肝の腫瘍生検にて肝内胆管癌と診断された。化学療法導入時の胸腹部CT検査(初回検査後約1ヶ月半)では肝内の腫瘍はいずれも急激に増大し、多発肝内転移、肝門部リンパ節転移、多発肺転移の所見を伴っていた。現在化学療法を継続中である。

炎症性腸疾患の経過中には消化管だけでなく消化管外の悪性腫瘍の合併も比較的頻度が高いと言われている。肝内胆管癌については原発性硬化性胆管炎を併発した症例に発生しやすいといわれているが本例ではそれらを疑う生化学的異常も認めていない。昨今炎症性腸疾患に対し抗TNF- α 抗体製剤や免疫抑制剤を併用した治療が多く用いられているが罹病期間の長い症例に対しては消化管外の悪性腫瘍の合併についても常に配慮が必要と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

35 Unresectable膵体部癌におけるNAC-RT奏功例に対する切除の試み

¹富山市民病院 外科、²同 消化器内科

○八木 康道¹、北川 裕久¹、丸錢 祥吾¹、佐々木省三¹
寺田 逸郎¹、吉川 朱実¹、福島 亘¹、藤村 隆¹
泉 良平¹、水野 秀城²

近年、抗癌剤の進歩によりBorderline resectableおよびUnresectable膵癌の治療成績は向上している。Borderline resectable膵体部癌に対しては術前放射線化学療法(NAC-RT)により手術成績の向上が報告されているが、Unresectable膵癌においてはコンセンサスが得られていない。今回、Unresectable膵体部癌におけるNAC-RT奏功例に対する1切除例を提示する。症例は66歳、女性。2014年末から上腹部痛で近医を受診、2015年2月に当院に紹介となった。腹部造影CTで膵体部に42mm大の造影効果に乏しい腫瘍を認め、EUS-FNAと併せて膵体部癌と診断した。遠隔転移は認めなかったが、腹腔動脈、上腸間膜動脈、脾動脈周囲の軟部組織の伸展を認め、膵癌による神経叢浸潤と診断した。腫瘍マーカーはCEA 11.9ng/ml(正常値 ≤ 5.0 ng/ml)、CA19-9 25695.7U/ml(正常値 ≤ 37 U/ml)、DUPAN-2 1570U/ml(正常値 ≤ 150 U/ml)であった。Unresectable膵癌・Stage4aと診断され、S-1を2コース併用した放射線化学療法を行い、更にGEM+nab-PTXを2コース追加し原発巣は25mmまで縮小しPRであり、腫瘍マーカーの陰性化が得られた。神経周囲浸潤に関しては画像上縮小効果は乏しかったが、腫瘍マーカー陰性化により組織学的にviableな癌細胞の消失が期待できたことから膵体尾部切除術を施行した。術後は重篤な合併症は認めず、術後第28病日に退院となった。切除標本病理所見にて原発巣を除き神経周囲浸潤や剥離面にviableな癌細胞は認められず、根治切除とすることが可能であった。腫瘍マーカー陰性化、画像診断学的PR症例を条件としてNAC-RT後切除は可能性を秘めた治療戦略の一つと考えられた。

34 肝被膜下bilomaを来した総胆管結石の1例

¹厚生連滑川病院 内科

○須田 烈史¹、熊井 達男¹、小栗 光¹

症例は79歳、女性。糖尿病、高血圧症、脂質異常症にて当院内科通院中であつた。腹痛、嘔吐を主訴にして救急搬送となり、腹部単純CTにて総胆管結石を指摘され入院した。第3病日に造影CTを撮影したところ総胆管結石と胆嚢結石などを認め、血液検査の結果も含めて総胆管結石に伴う急性胆管炎、急性胆嚢炎と診断した。治療方針としては、まずは絶飲食、抗菌薬投与による治療を継続し、その後にERCP(内視鏡的逆行性胆管膵管造影)を行い、総胆管結石に対しては内視鏡的に逆行性胆管鏡を用いる予定とした。しかし、第6病日にERCP施行前のMRCP(MR胆管膵管造影)を撮影したところ、肝被膜下にfluid collectionの出現を認めた。同日のERCPによる胆管造影にては総胆管結石とともに右肝内胆管後枝からの造影剤の漏出を認め、総胆管結石に伴い肝被膜下にbilomaが形成された可能性を疑った。ERCPにて総胆管内にはERBD(内視鏡的逆行性胆管ドレナージ)チューブを留置し、第9病日に肝被膜下biloma疑いに対しては経皮的ドレナージを施行した。経皮的ドレナージにては、黄色の胆汁様の液体が採取され、内容物の性状から胆汁と判断し、最終的に総胆管結石に伴う肝被膜下bilomaと診断した。その後、第24病日、第32病日と計2回にわたり総胆管結石に対しては内視鏡的結石除去術を行い、肝被膜下bilomaも経皮的ドレナージにて改善した。第32病日にドレナージチューブも抜去し、その後、胆嚢結石に対しては胆嚢摘出術施行目的に外科転科となった。Bilomaは外傷や外科的処置などに起因することが多いが、肝胆道系疾患に伴い特発性に発生することが報告されており、spontaneous bilomaと呼ばれる稀な疾患である。本症例は総胆管結石に続発し、spontaneous bilomaを肝被膜下に形成したと推測され、貴重な症例であると考えられるため若干の文献的考察を含めて報告をする。

36 当科における治癒切除不能な進行膵癌に対するFOLFIRINOX療法の実験

¹金沢大学附属病院 恒常性制御学講座 消化器内科

○林 洸太郎¹、大石 尚毅¹、熊井 達男¹、朝日向良朗¹
岡藤 啓史¹、林 智之¹、飯田 宗徳¹、北原 征明¹
砂子阪 肇¹、島上 哲朗¹、荒井 邦明¹、川口 和紀¹
北村 和哉¹、山下 太郎¹、酒井 佳夫¹、山下 竜也¹
水腰英四郎¹、本多 政夫¹、金子 周一¹

【背景】2013年12月より、治癒切除不能な膵癌に対して有効性が高いFOLFIRINOX (FFX)が承認された。しかしFFX療法は高い有効性を示す一方で、高い有害事象割合が問題となっている。当科では5-FU bolus投与を省略しCPT-11を減量したmodified FFX (mFFX)療法を2014年より導入し、治癒切除不能膵癌に対して加療している。【目的】当科におけるmFFX療法の有効性及び安全性を評価する。【方法】対象は2014年8月から2015年8月までの間にmFFX療法を導入された11例、奏効割合(RESCIST v1.1で評価)、有害事象(CTCAE v4.0で評価)、治療中の用量減量についてretrospectiveに検討した。【結果】男女比6:5、年齢は46~72歳(中央値64.5歳)、腫瘍部位は頭部:4例、体尾部:7例であった。臨床病期はStage IVa:2例、IVb:9例。8例で病理組織学的検査が行われ、腺癌:6例、腺扁平上皮癌:1例、腺房細胞癌:1例であった。初回治療からmFFX療法が導入されたのは9例、術後再発に対して導入されたのは2例であった。治療効果は全症例で奏効割合33%、病勢制御割合66%であり、初回治療では42.9%、71.4%、術後再発例では0%、50%と、術後再発例で不良であった。治療中Grade 3以上の有害事象は好中球減少9例(75%)、嘔気・嘔吐3例(25%)、下痢2例(16.6%)で認められ、5例(41.6%)で用量減量を必要とした。中止は4例で、中止理由はPDが3例、副作用(嘔気・嘔吐)が1例であった。後治療に臨んだ3例(初回治療2例、術後再発2例)では全例でGEM+nabPTX療法が導入され、そのうちmFFX療法初回治療例の1例は後治療開始後約6か月間腫瘍制御良好で治療継続中である。【結語】当科で行なったmFFX療法治療例11例についてretrospectiveに検討した。初回治療群で高い有効性が示されたが、術後再発群では不良であった。安全性では有害事象による用量減量41.6%、治療中止9.0%であった。mFFX療法の有効性はFFX療法と遜色なく、より安全に加療継続できる可能性が示唆された。

37 Wirsung管欠損を伴う膵管癒合不全を背景に発症した膵頭部IPMCの1例

1金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科

○藤森 大輔¹、牧野 勇¹、中川原寿俊¹、宮下 知治¹
田島 秀浩¹、大畠 慶直¹、中沼 伸一¹、林 泰寛¹
高村 博之¹、伏田 幸夫¹、太田 哲生¹

症例は71歳女性で、40歳からSLEに対して他院で治療をされていた。定期の血液検査でアミラーゼの上昇を認め、CTにて膵頭部腫瘍を指摘された。CTでは膵頭部に45mm大の膨張性発育を呈する腫瘍を認め、早期から濃染する充実性部分と中心部の造影不領域を認めた。MRIでは中心部の造影不良域は拡張した主膵管と同程度の信号を呈し、辺縁部の充実性部分は早期濃染を呈しており、嚢胞性病変の壁に乳頭状腫瘍が増殖した所見と考えられた。ERCPでは、主乳頭の形態は異常を認めないが、造影で膵管は描出されなかった。副乳頭は粘液の排出によりやや開大し、造影ではSantorini管に続いて嚢胞性病変が描出され、その後に尾側の拡張した膵管が描出された。EUSでは辺縁の充実部を有する嚢胞性病変として描出され、充実部からのFNAにて細胞質内粘液をふくむ乳頭状病変をみとめ、IPMCを示唆する所見と考えられた。以上からpancreas divisumを背景として副膵管領域に発生したIPMCと診断し、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。標本造影において、主乳頭からの造影では胆管のみが描出され、膵管断端からの造影では嚢胞性腫瘍とSantorini管が描出された後に副乳頭から排出する所見が確認され、Wirsung管欠損を伴うpancreas divisumと考えられた。腫瘍は浸潤癌成分が主体のIPMCで、病理組織学的にも主乳頭に連続するWirsung管は欠損していた。しかし、pancreatic polypeptide染色による非癌部の観察では、腫瘍周囲の膵は陰性であったが、背側部分は陽性であり、腹側膵の性質を有していると考えられた。すなわち本症例は腹側膵の膵管がWirsung管を経由して主乳頭に連続するのではなく、Santorini管の途中に合流して副乳頭に連続していたものと考えられた。pancreas divisumの病態を理解するうえで重要な一例と考えられたため報告する。

39 難治性肝性腹水に対するトルバプタンの治療効果の検討

1福井県立病院 消化器内科、2同 血液・腫瘍内科

○藤永 晴夫¹、宇都宮まなみ¹、有塚 敦史¹、内藤 慶英¹
大藤 和也¹、多賀 雅浩²、林 宣明¹、波佐谷兼慶¹
青柳 裕之¹、辰巳 靖¹、伊部 直之¹

【目的】2013年9月より、パゾブレシンV2受容体拮抗薬であるトルバプタンが、肝性腹水に対する新たな治療として使用可能となった。そこで今回、難治性肝性腹水に対するトルバプタンの治療効果について検討した。【方法】対象は2013年9月から2015年7月までに当院で肝性腹水に対してトルバプタンを投与した25例で、投与開始2週間で1kg以上の体重減少、あるいは投与期間が2週間未満の症例では投与終了時点で1kg以上の体重減少を有効と定義した。【成績】25例の患者背景は男性12名、女性13名、平均年齢は68.4歳(49-87歳)、背景肝はHBV 1例、HCV 16例、NASH 3例、アルコール 2例、その他 3例であり、Child Pugh分類はBが13例、Cが12例であり、20例に肝細胞癌の合併を認めた。併用利尿薬はスピロラクトン平均42mg、フロセミド31mgであり、有効群は13例、無効群は12例であった。2週間以上投与を行った14例のトルバプタン投与後の体重の変化量は、1週間で平均0.74kg、2週間で1.48kgの体重の減少を認めた。投与開始から1週間で、Naは1.5 mEq/L程度上昇する傾向を認めたが、臨床的に問題になるほどの高Na血症を呈する症例は認めず、またCrはほぼ変化を認めなかった。有効群と無効群でAlbとCrを比較すると、Albは有効群でやや高い傾向を認めたものの有意差は認めず、Crは有効群で有意差をもって低い結果であった。【結論】従来の利尿剤による治療に対して難治性の肝性腹水に対してトルバプタンの投与を行い、およそ半数の症例で有効であった。ループ利尿薬の効果がAlbに左右されることに比べ、トルバプタンの効果はAlbに左右されにくい可能性が示唆された。また、腎機能が悪化する前にトルバプタンの投与を開始した方が、より効果的である可能性が示唆された。

38 外傷性膵損傷後のPancreatic pseudocyst(PPC)・Walled-off necrosis(WON)に対し、EUSガイド下膵嚢胞ドレナージ術(EUS-CD)・CTガイド下膵嚢胞ドレナージ術を併用し改善を得た1例

1石川県立中央病院 消化器内科

○松永 和夫¹、柳瀬 祐孝¹、太田 亮介¹、大村 仁志¹
川崎 梓¹、竹田 康人¹、中西 宏佳¹、辻 国広¹
富永 桂¹、吉田 尚弘¹、竹村 健一¹、山田 真也¹
土山 寿志¹

症例は50歳代の男性。2015年2月に腹部に外傷を受け、以降腹痛を認めていた。4月上旬に腹痛の増強と腹部膨満で食事摂取不良となり、前医を受診した。造影CTで膵体尾部に80mm大の嚢胞を認め、保存的加療にて増悪した為、4月中旬に当院に転院となった。造影CTでは膵体尾部腹側に臍と広く接する160mm大の嚢胞を認め、胃は背側より著明に圧排されていた。また膵頭部腹側に30mm大の嚢胞を認め、さらに膵頭部背側に臍とはやや離れた100mm大の嚢胞も認めた。経過・画像所見より外傷性膵損傷後のPPCまたはWONと診断した。第4病日に、膵体尾部腹側の嚢胞に対し、EUS-CDを施行した。胃体上部後壁からの穿刺となったが、嚢胞による脾静脈の圧排狭窄で左側門脈圧亢進症を呈しており、穿刺部周辺の胃壁血管の著明な拡張を認めた為、穿刺部の拡張は4mmのバルーン拡張に留め、ENCDチューブを挿入し終了とした。穿刺液は漿液性であった。穿刺後速やかに腹痛は改善したが、第11病日より発熱と右背部痛を認め、膵頭部背側の嚢胞感染を疑い、第12病日にCT-CDを施行した。穿刺液は膿汁であり、穿刺後速やかに解熱した。嚢胞の縮小を確認し、第14病日に膵体尾部腹側の外瘻チューブを抜去し、内瘻化した。経過で膵頭部腹側の嚢胞が70mmに増大し、第22病日に再度EUS-CDを施行した。膵体尾部腹側の嚢胞ドレナージにより脾静脈の圧排狭窄は改善しており、胃壁血管の拡張像も認めず、8mmバルーンにて穿刺部を拡張し、一期的に内外瘻化した。穿刺液は漿液性であった。嚢胞の縮小を確認し、第32病日に膵頭部背側と膵頭部腹側の外瘻チューブを抜去した。食事再開後も経過良好で、第38病日に前医へ転院となった。転院後3ヶ月後のCTで嚢胞の増大は認めない。今回、外傷性膵損傷後の多発するPPC・WONに対しEUS-CDとCT-CDを併用し外科的治療を回避し得た症例を経験した。当院での、急性膵炎後のPPC・WONに対するEUS-CD・CT or US-CD施行例の検討も加え報告する。

40 慢性肝疾患のこむら返りに対するレボカルニチン製剤の使用経験

1福井県済生会病院

○山田起三子¹、真田 拓¹、野村 能元¹、田中 章浩¹
野村 佳克¹、上田 晃之¹、渡邊 弘之¹、野ツ俣和夫¹
登谷 大修¹

【緒言】カルニチンは筋細胞における脂肪酸代謝に必須のアミノ酸誘導体で、主に肝臓と腎臓で合成される。カルニチン不足は筋細胞のエネルギー代謝を障害し、こむら返りなどの筋痙攣症状が出現する。透析患者に対するカルニチン補充による筋痙攣の抑制効果が報告されている。慢性肝疾患でも約22~88%にこむら返りが合併すると言われ、カルニチン補充の有用性の報告が散見されている。今回我々は、レボカルニチン製剤投与によりこむら返りが改善した、慢性肝疾患の患者を経験したので報告する。【対象と方法】2012年2月から2015年8月までの間、131例の慢性肝疾患の患者にレボカルニチン製剤を投与した。そのうち、こむら返りに対して投与され症状の経過観察が可能であった7例に関して検討した。【結果】患者背景は、男性5例、女性2例、平均年齢67.7歳、成因はHCV 2例、アルコール 2例、NBNC 2例、PBC 1例であった。背景肝は全例が肝硬変で、Child-pugh分類はA 2例、B 3例、C 2例、コントロール可能な脳症や腹水の合併をそれぞれ1例ずつ認め、4例で肝細胞癌を合併していた。平均アルブミン値2.99g/dL、平均ビリルビン値1.86mg/dL、平均プロトロンビン値62.5%であった。レボカルニチン製剤の投与量は全例1800mgであった。6例で既にBCAA製剤が投与されていた。こむら返りに対する効果は、消失1例、改善4例、不変2例、改善率は5/7(71.4%)で、Child-pugh分類Cの2例にも有効であった。特に副作用は認めず安全に投与可能であった。【考察】こむら返りなどの筋症状にレボカルニチン製剤がなぜ効果があるのか、その機序はいまだ明確になっていないが、芍薬甘草湯やBCAA製剤、筋弛緩剤などの投与にも症状が改善しない症例に対し、レボカルニチン製剤は肝予備能に関係なく効果が得られかつ安全に投与できた。【結論】こむら返りを訴える慢性肝疾患患者を見た場合、治療法の一つとしてレボカルニチン製剤の投与も検討するべきと思われる。

41 門脈大循環シャントによる繰り返す高アンモニア血症に対し、Amplatzer Vascular plugを使用し塞栓術が奏功した2例

¹厚生連高岡病院 消化器内科、²同 放射線科

○塚田健一郎¹、中嶋 和仙¹、本藤 有智¹、澤崎 拓郎¹
小川 浩平¹、國谷 等¹、西田 泰之¹、平井 信行¹
寺田 光宏¹、野畠 浩司²

【はじめに】肝硬変に伴う門脈圧亢進症の諸症状の1つである高アンモニア血症は内科的薬物療法に抵抗性を示す場合があり、その原因として門脈大循環シャントによることがある。このためIVR (Interventional Radiology) 治療が多く行われている。当院ではAmplatzer Vascular plug (AVP) を使用し塞栓術が奏功した2例を経験したので報告する。【症例1】70歳代女性。C型肝硬変 (Child-Pugh 6点 Grade A) にて当科通院中。肝性脳症及び高アンモニア血症で数回の入院歴があった。その都度薬物治療を行い改善していたが、薬物治療にも抵抗性を示したことより塞栓術を行った。CTで肝左葉に門脈肝静脈シャントを確認した。頸静脈経路より挿入しAVP (径12mm 長9mm) を留置した。治療後アンモニア値は著明に改善した。【症例2】70歳代女性。以前より門脈左枝-左肝静脈シャントは指摘されていた。その後肝硬変を伴わない高アンモニア血症にて他院より紹介となった。内服治療を開始したが改善しないため塞栓術を行った。CT・エコーにて肝左葉P2・P3と肝静脈のシャントを確認。頸静脈経路より挿入しP3ルートにAVP (径12mm)、P2ルートにAVP (径10mm) を留置した。治療後アンモニア値は著明に改善した。【まとめ】AVPを用いた塞栓術は門脈大循環シャントを伴う高アンモニア血症に対し有効な治療である。どちらの症例も塞栓術後高アンモニア血症の再燃は認めていない。若干の文献的考察を加え報告する。

43 メトトレキセート関連リンパ増殖性疾患の一例

¹市立砺波総合病院 臨床研修科、²同 消化器科

○松尾 俊紀¹、稲邑 克久²、清家 拓哉²、高田 佳子²
岡村 利之²、河合 博志²

【症例】77歳、男性【既往歴】平成8年に脳梗塞、平成16年に食道癌手術、平成26年に脳塞栓症、平成27年に洞不全症候群にてペースメーカー留置【現病歴】関節リウマチ (以下RA) にて当院整形外科通院中。平成27年5月上旬、発熱および左背部痛にて当院泌尿器科受診した。胸腹部CT実施したところ、左副腎腫瘍、多発肺腫瘍、多発肝腫瘍を指摘され、内科紹介となった。転移性肺および肝腫瘍と診断し、上下部消化管精査および腫瘍マーカー検索を行ったが原発巣となる病変は検出できなかった。CTガイド下肺腫瘍生検目的に同年6月上旬消化器内科入院となった。【入院後経過】入院後のCT画像で肝腫瘍の急速な増大を認め、入院翌日エコーガイド下肝腫瘍生検を実施した。HE染色では、大型異型細胞を有する腫瘍細胞が肝細胞索に沿って増殖する像が認められた。免疫染色でAE1/3 陰性、ビメンチン陽性、CD20強陽性、MIB-1標識率約70%でB細胞性リンパ腫の像であった。メトトレキセート (以下MTX) 内服中であつたため、EBEK-1染色を追加したところ強陽性であり、MTX-LPDと診断された。治療としてまずMTXを中止したところ、解熱が得られ、肺および肝腫瘍が縮小傾向となった。R-CHOP療法を施行せず経過観察とし、7月上旬退院となった。現在外来にて経過観察中であるが、再増悪は認めていない。【結語】多発腫瘍の発見を契機に診断されたMTX-LPDの一例を経験した。MTX内服中に新規に出現した腫瘍では、MTX-LPDを鑑別に挙げる必要があり、若干の文献的考察とともに報告する。

42 EUS-FNAにて診断し得た転移性脾腫瘍の一例

¹富山県立中央病院 内科(消化器)

○矢野 正明¹、下出 哲弘¹、西谷 雅樹¹、水上 敦喜¹
原 泰将¹、在原 文教¹、堀田 洋介¹、松田耕一郎¹
松田 充¹、酒井 明人¹、野田 八嗣¹

【はじめに】脾病変に対するEUS-FNAの報告は少なく、その詳細は明らかとなっていないことが多い。今回脾病変に対しEUS-FNAを施行した一例を報告する。【症例】50歳代女性。高血圧、脳梗塞既往にて近医通院中。血液検査にてCEA 5.9ng/ml、CA19-9 74.3U/ml、NSE 18.3ng/ml、CYFRA 16.0ng/mlと腫瘍マーカー上昇を認め、精査目的に2015年6月当院紹介となった。上部消化管内視鏡検査では悪性所見なく、胸腹部造影CTにて、右肺門部に45mm大の肺病疑いの腫瘍並びに、右癌性胸膜炎、多発脾転移、骨転移、肝転移疑いの腫瘍を認めた。PET-CTでは右肺腫瘍、骨(頭蓋・脊柱・上腕骨・鎖骨・肩甲骨・肋骨・胸骨・骨盤骨・大腿骨・脛骨)、脾臓、肝臓、右腋窩へのFDG異常集積を認めた。呼吸器内科にて右下葉腫瘍に対し気管支鏡下生検が施行されたが組織診得られず。その後右胸水穿刺施行され細胞診施行されたがClass IIであつた。肝臓は小結節のみであり、多発脾腫瘍に対するEUS-FNA依頼にて当科紹介となった。EUSを施行し、脾腫瘍並びに傍大動脈リンパ節腫大を認め、それぞれに対し25G針にてEUS-FNAを施行した。臨床的には肺癌の転移が疑われたが、いずれの組織もTTF1ならびにNapsin Aは陰性で、ERならびにGATA-3がびまん性に強陽性、PAX-8 陰性であり乳癌の転移が疑われた。乳癌として免疫染色を追加したところ、E-cadherin 陽性、PgR J-score 1、HER2 score 1+で Invasive carcinoma NSTと考えられた。両側乳腺内に腫瘍性病変は認めず、右腋窩の1.5cm大の腫瘍からの針生検にて同様の Invasive carcinoma NSTを認めた。以上より、副乳癌の肺転移、胸膜転移、肝転移、脾臓転移、骨転移と診断し、レトロゾール内服による加療開始となった。【結語】転移性脾腫瘍に対するEUS-FNAが有用であつた一例を経験した。文献的考察を踏まえて報告する。



第16回(第120回日本消化器病学会北陸支部例会)

—平成27年6月7日開催—

研修医報奨金制度受賞者一覧

* 演題番号 1

演題名 “食道腺由来と考えられた食道胃接合部癌の1例”

発表者 金沢医科大学医学部 消化器内視鏡学 小豆澤 定 史 先生

* 演題番号 8

演題名 “術後早期に肝転移が出現した胃NECの1例”

発表者 富山赤十字病院 外科 石 井 奏 先生

* 演題番号 13

演題名 “四肢脱力を契機に診断されたガストリノーマの1例”

発表者 金沢大学附属病院 消化器内科 三 浦 雅 先生

* 演題番号 16

演題名 “多発肝転移を伴う直腸神経内分泌腫瘍(NET)に対して集学的治療を継続中の1例”

発表者 黒部市民病院 臨床研修センター 村 田 亜香里 先生

* 演題番号 22

演題名 “E型急性肝炎の2例”

発表者 富山県立中央病院 内科 下 出 哲 弘 先生

* 演題番号 26

演題名 “4年間のアミオダロン内服により肝硬変に進展した一例”

発表者 福井大学医学部 内科学(2) 吹 上 優 介 先生

* 演題番号 29

演題名 “抗IL-6受容体抗体療法中に、サイトメガロウイルス再活性化による急性肝炎
および消化管病変を認めた関節リウマチ患者の1例”

発表者 国立病院機構 金沢医療センター 消化器科 宮 森 睦 月 先生

* 演題番号 30

演題名 “画像診断が困難であった肝血管腫非典型例の2症例”

発表者 富山大学附属病院 第三内科 島 田 清太郎 先生

* 演題番号 31

演題名 “L3分画以外のAFPが著高を呈した肝細胞癌の1例”

発表者 金沢医科大学 肝胆膵内科 道 上 洋 二 先生

* 演題番号 34

演題名 “胆管内発育により閉塞性黄疸を来した腫瘤形成型肝内胆管癌の1例”

発表者 富山大学 消化器・腫瘍・総合外科 山 崎 豪 孔 先生

石川県地場産業振興センター交通のご案内

■ 公共交通機関

金沢駅から約 4 km

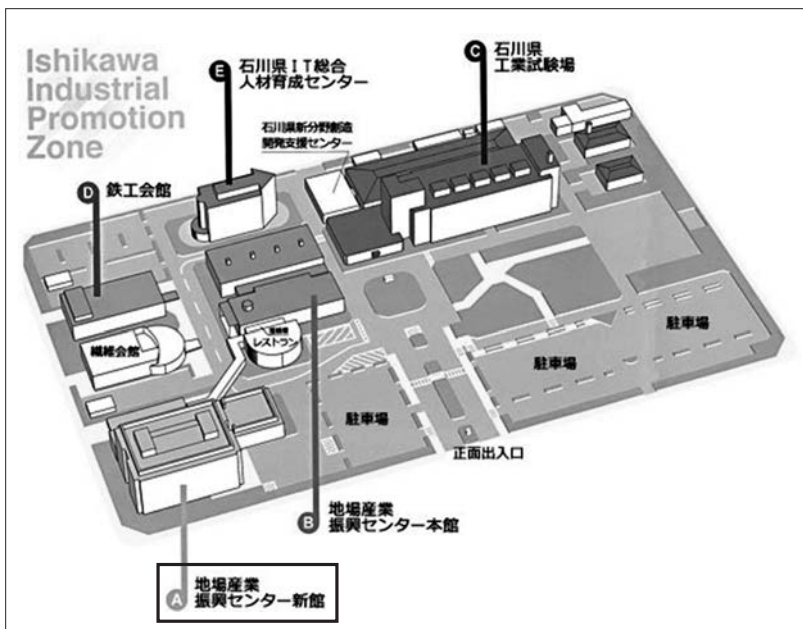
● タクシー

JR金沢駅金沢港口(西口)より
約10分

●北鉄バス

JR金沢駅金沢港口(西口)より
約20分

JR金沢駅金沢港口(西口)6番乗り場から「工業試験場行」または「消費生活支援センター行」に乗車。「工業試験場」にて下車。



※お車でお越しの方へ

- 駐車台数に限りがございます。
- 通路での駐停車は路線バス運行の妨げになりますのでご遠慮ください。
- 繊維・鉄工会館専用駐車場は、私有地につき駐車はご遠慮ください。