

## O-7-24

### 血清CA19-9はStage III胃癌の予後予測因子である

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○湯浅 典博、神原 祐一、三宅 秀夫、永井 英雅、吉岡裕一郎、柴田 耕治、浅井宗一郎

【背景】胃癌切除例の予後予測には病期分類(Stage)が最も重要と考えられるが、Stageにはheterogeneityがあることが知られている。Stageとは独立した予後予測因子が簡便に得られれば、補助療法、サーベイランス計画策定に有用である。【目的】胃癌R0切除例における術前血清CEA、CA19-9の予後的意義を明らかにする。【対象と方法】当院でR0切除が施行されたStage I/II/III胃癌患者794例(平均年齢66±11歳、男:女=556:238)である。5年以上経過観察された症例で術前血清CEA、CA19-9の再発/無再発を判別する受信者動作特性(ROC)曲線を描き、CEA、CA19-9の最適cut-off値を求めた。RFSとCA19-9の値依存性を検討するために、最適cut-off値の10倍の値とRFSとの関連を検討した。臨床病理学的因子、術前血清CEA、CA19-9と無再発生存率(RFS)、全生存率(OS)との関連を単変量解析・多変量解析(Cox比例ハザードモデル)で解析した。【結果】ROC解析では術前血清CEA、CA19-9の再発/無再発を判別する最適cut-off値は、それぞれ2.9ng/ml and 46.3U/mlであった。CA19-9<46.3 U/ml、46.3-463U/ml、≥463 U/mlの症例のRFSは79.4%、46.9%、58.6% RFSと、CA19-9とRFSには値依存性はなかった。単変量解析では、年齢、CEA、CA19-9、腫瘍径、組織型、深達度、リンパ節転移、リンパ管侵襲、静脈侵襲、Stage、術後補助化学療法の有無がRFSと有意に関連した。多変量解析では、CA19-9、静脈侵襲、Stage、術後補助化学療法の有無が独立してRFSと有意に関連した。OSとの関連はほぼ同様であった。Stage IIIにおいて、CA19-9≥46.3U/mlの症例は<46.3U/mlの症例と比較して、RFS(44.8% vs. 19.9%, p<0.0001)、OS(55.0% vs. 25.5%, p<0.0001)とも有意に不良であった。【結論】Stage I/II/III胃癌においてCA19-9≥46.3U/mlはStageとは独立した予後不良因子であった。しかしCA19-9≥46.3U/mlの症例においては、RFSとCA19-9の値依存性は否定的であった。

## O-7-26

### 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に合併した前上腭十二指腸動脈瘤破裂の1例

伊達赤十字病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>、伊達赤十字病院 神経内科<sup>2)</sup>、伊達赤十字病院 外科<sup>3)</sup>、伊達赤十字病院 消化器科<sup>4)</sup>、北海道大学 放射線診断科<sup>5)</sup>

○櫻庭 広大<sup>1)</sup>、松岡 健<sup>2)</sup>、川崎 亮輔<sup>3)</sup>、櫻井 環<sup>4)</sup>、久居 弘幸<sup>4)</sup>、曾山 武士<sup>5)</sup>

前上腭十二指腸動脈瘤(PDAA)は腹部内臓動脈瘤の15%を占めるまれな疾患であるが、破裂率・致死率が高く診断がつかず次第、迅速な治療が望まれる。今回、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症に認められた前上腭十二指腸動脈瘤(ASPDAA)破裂に対し、経カテーテル動脈塞栓術(TAE)が有用であった1例を経験したので報告する。症例は65歳、女性。2010年好酸球性多発血管炎性肉芽腫症と診断。2018年10月に痺れによる歩行困難と喘息が増悪し、当院神経内科入院。翌年1月に、起床時に突然の嘔気と腹部全体の鈍痛を認め、頻脈と血圧低下を認めた。腹部CTで胃門部背側、十二指腸下行脚上縁から十二指腸右側に7cm大の腫瘍があり、その一部は動脈と同程度に造影された。また、肝周囲や脾臓周囲に吸収性液貯留があり腹部腹水が疑われた。後方視的に見ると以前の単純CTで同部位に腫瘍があり次第に増大していた。腫瘍出血を疑い、当院外科で当日に試験開腹を行った。病変は十二指腸・脾頭部・結腸間膜を巻き込み、後腹膜側から静脈性出血を認めた。糖尿病、喘息と発作性心房細動治療中であったため、出血と縫合不全のリスクが高く、胃十二指腸動脈結紮を考慮したが困難で止血剤を充填し終了した。第13病日、経鼻胃管から血液流出あり、上部消化管出血が疑われた。CTを再検討したところPDAAが疑われ、緊急腹部血管造影でASPDAAと診断し、マイクロコイルでTAEを施行した。その後の経過は順調で、第29病日にEGDで十二指腸球部に巨大潰瘍を認めたが、第60病日には潰瘍は改善した。現在も出血や腹痛は認めない。

## O-8-1

### 歯痛を訴えた10日後に発熱のため内科外来を受診したStanford A型大動脈解離の一例

伊勢赤十字病院 初期臨床研修医<sup>1)</sup>、伊勢赤十字病院 糖尿病・代謝内科<sup>2)</sup>

○植木 彩加<sup>1)</sup>、金児竜太郎<sup>2)</sup>、井田 諭<sup>2)</sup>、高橋 宏佳<sup>2)</sup>、村田 和也<sup>2)</sup>

米国の救急外来では大動脈解離は4.5%の割合で診断機会損失があるとされる。その一因として典型的な胸背部痛ではない初発症状を呈しうることがある。歯痛を訴えた10日後に発熱を主訴として内科外来を受診したStanford A型大動脈解離の一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。症例は76歳男性。幻覚のため精神科に、異型狭心症等のため近医に通院中。X-12日、鼻水、空咳を自覚。X-10日、起床後より左上下臼歯の疼痛のため、当院救急外来を受診。採血、胸部単純X線写真、心電図、心エコー、循環器内科への相談を行い、歯科受診の方針で帰宅。X-8日、歯痛はほぼ消失したが38度の発熱を認め近医を受診し、感冒の診断で投薬をうけた。X-5日、別の近医を受診し、感冒の診断で投薬をうけた。X-1日、近医を再診し、X日、当院内科を紹介受診。採血、検尿、腹部エコーを行い、炎症所見と肝胆道系酵素の上昇を認めた。腹部単純CTを追加したが症状の原因は求められず、X+1日、消化器内科と歯科の受診を行った。X+2日、内科を再診し、心エコーでA型大動脈解離が疑われ、造影CTで確定診断し、同日緊急手術となった。術後経過は順調であった。考察として、非歯原歯痛の原因のうち、大動脈解離は虚血性心疾患と比べ認知度が低い可能性が考えられた。急性大動脈解離患者では発症後2時間以内に22.2%で疼痛が消失したという報告や発熱が3週間以上持続した報告があり、原因が明らかではない発熱患者として外来を受診しうることが、周知されていない可能性が指摘されており、本症例も該当すると考えられた。診断エラーが個人の知識不足や技術不足によるものはわずかとされ、研修医を含めたカンファレンスなどでの教育機会を提供し、今後につなげたい。

## O-7-25

### 当院で経験した小腸内異物の診断と治療

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○清水 亜希子、杉田 光隆、河原 拓也、川口祐香理、堀内 真樹、近藤 裕樹、久保 博一、渡部 顕、大田 貢由、馬場 裕之

【症例1】48歳女性。既往に統合失調症と精神発達遅滞があり、精神科通院中。腹痛と嘔吐で救急搬送となり、精査のCTで小腸内に異物を認め、異物によるイレウスの診断となった。イレウス管を挿入し保存的加療を試みたが、イレウス管を自己抜去されてしまい、保存的加療継続困難と判断。開腹で手術を施行した。術後麻痺性イレウスを来したが経時的に改善し、第10病日に自宅退院となった。【症例2】29歳男性。既往に統合失調症があり、前医で医療保護入院中であった。保護室の床を剥がして食べてしまい、CTで小腸内に異物として確認された。3週間経過しても自然に排泄されず、腹痛を伴ったため、手術目的に当院へ転院搬送となった。腹腔鏡下に摘出術を施行した。術後誤嚥性肺炎を来したが軽快し、第11病日に前医転院となった。【症例3】76歳男性。差し歯を誤飲してしまい、半年後に腹痛で受診。精査のCTでは明らかな消化管穿孔やイレウスの所見は認めず、小腸内に停滞していることがわかった。小腸内視鏡で摘出を試みたが除去困難であり、腹腔鏡下に摘出術を施行した。術後経過に問題なく第8病日に自宅退院となった。消化管異物は歯門輪を越えることができればその多くが自然な排泄を見込めるとされている。今回、歯門輪を越えても自然排泄に至らなかった小腸内異物の症例を3例経験した。どの症例もCTが診断の一助となり、治療方針や術式の決定に有用であった。また、イレウスを来していなければ腹腔鏡手術が良い適応であると考えられた。診断と治療について若干の文献的考察を交えて報告する。

## O-7-27

### 高齢者の尾状葉の肝細胞癌に対する超音波内視鏡下エタノール注入療法

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、伊達赤十字病院 外科<sup>2)</sup>

○久居 弘幸<sup>1)</sup>、櫻井 環<sup>1)</sup>、小柴 裕<sup>1)</sup>、今川 貴之<sup>1)</sup>、小野 賢人<sup>1)</sup>、川崎 亮輔<sup>2)</sup>、行部 洋<sup>2)</sup>、吉田 直文<sup>2)</sup>

尾状葉(S1)に発生した肝細胞癌(HCC)は、その解剖学的特性から、手術、TACE、経皮的治療が困難なことが多い。今回、経皮的ラジオ波焼灼療法(RFA)が困難なS1のHCCに対し、超音波内視鏡下エタノール注入療法(EUS-ET)が有用であった2例を経験したので報告する。【症例1】87歳、男性。84歳 糖尿病、高血圧。2017年5月に出血性胃潰瘍で入院した際の造影CTおよびEOB-MRIでS6に33mm大、S1に15mmのHCCを認めた。背景肝は肝硬変と考えられ、肝予備能はChild-Pugh grade Aであった。HBc抗体陰性で、PIVKA-II 788 mAU/mlと高値であった。同年6月に再入院し、S6の病変に対しRFAを2回施行した。S1の病変に対しては、経皮的な穿刺ルートの確保が困難であり、EUS-ETを選択した。カラードップラーにて穿刺ルートに介入血管が無いことを確認し、22G針を用い、無水エタノールを11ml注入した。翌日のCTで腫瘍左側に腫瘍の残存を認め、再度施行した(総注入量14.5ml)。治療1か月のCTでは早期濃染像は消失していた。偶発症は認めなかった。【症例2】81歳、男性。C型肝硬変(Child-Pugh grade A)で通院中、2015年にDaclatasvir/Asunaprevirによる治療でSVR。同年9月にHCCで外側区域切除。2017年6月にS8、2019年1月にS4のHCCにRFA施行。3月のCT/EOB-MRIでS1、S6、S8にHCCを認めた。S6、S8のHCCに対しRFAを施行し、5月にS1の10mmのHCCに対し、造影EUS下にて22G針を用いてEUS-ETを施行した(総注入量5ml)。背部痛、嘔気を認めたが保命的に軽快した。翌日のCTでは早期濃染は消失していた。本法はS1のHCCに対する簡便な局所治療として安全かつ有効な治療法と考えられ、症例を集積し安全性と有用性を検討する必要がある。

## O-8-2

### 四肢脱力で発症し早期神経梅毒の診断に至った一例

熊本赤十字病院 診療部<sup>1)</sup>、同 総合内科<sup>2)</sup>、同 リウマチ膠原病内科<sup>3)</sup>

○村端 亮<sup>1)</sup>、光吉 ころ<sup>2)</sup>、押川 英仁<sup>3)</sup>、加島 雅之<sup>2)</sup>

【症例】42歳女性。【主訴】四肢脱力、しびれ。【現病歴】入院7日前からの左下肢痛、入院3日前からの下腹部痛を主訴に入院当日に救急外来を受診。来院後に両下肢脱力と感覚障害が出現し上肢まで拡大したため同日入院とした。血液検査では電解質や甲状腺機能、CRPは正常で、抗核抗体、抗SS-A抗体、ANCA、抗TPO抗体は陰性、補体は正常であった。下肢の神経伝導速度は正常で、頭頸部、胸腰椎のMRIでも特記すべき異常所見は認められなかった。入院3日目に右外眼筋麻痺が出現し、同日施行した髄液検査で単核球優位の細胞数上昇を認めた。入院後、無治療であったが左下肢を除く四肢の運動感覚障害は消失した。入院8日目に2ヶ月前から陰部の硬結と咽頭違和感を認めていたことが判明し梅毒の追加検査を行ったところ血液、髄液検査でともにRPR、TPHAが陽性であった。早期神経梅毒の診断でペニシリンG2400万単位/日で14日間治療を行った。退院後、治療開始2ヶ月後の再診時には四肢の運動感覚障害は全て消失しており、右外眼筋麻痺も改善していた。【考察】無治療で自然に軽快する四肢脱力症状の診断に難渋し、追加の病歴聴取より梅毒を疑い診断に至った症例を経験した。近年我が国の梅毒の有病率は上昇傾向であり、特に早期神経梅毒が増えている。末梢神経障害と中枢神経障害が混在する症例、眼球運動障害を合併する症例では、血管炎やサルコイドシスの他、梅毒も鑑別における必要がある。

10月17日(木)  
一般演題(口演)抄録