

P-043*

内視鏡的整復および治療し得た若年性ポリープによる結腸結腸型腸重積症の1例

秋田赤十字病院¹⁾、同 第二消化器内科²⁾、同 小児科³⁾、同 小児外科⁴⁾、同 病理診断科⁵⁾

○奥石 紘樹¹⁾、萬 春花²⁾、加藤文一郎²⁾、吉川健二郎²⁾、松下 弘雄²⁾、桑山 信希³⁾、土田 聡子³⁾、田村 正通³⁾、吉野 裕顕⁴⁾、東海林琢男⁵⁾、榎本 克彦⁵⁾

【症例】7歳女児。便秘傾向で近医より緩下剤処方を受けていた。2週間前より、時折腹痛や嘔吐がみられたが、排便や整腸剤内服で軽快していた。4日前に粘血便を認め、感染性腸炎を疑い便培養を提出したが常在菌のみの検出だった。その後腹痛の改善を認めなかったため当院を紹介受診となった。腹部超音波検査にて、左上腹部にtarget signを認め、中心部に血流豊富な腫瘍性病変を認めた。造影CTで下行結腸脾彎曲部に陥入像と18mm大の濃染性腫瘍と一部囊胞様病変を認め、有茎性の腫瘍を先進部とする結腸結腸型腸重積症と診断した。注腸を施行し一旦整復されたものの、その後のCTで再び重積状態となっていた。治療抵抗性と判断し緊急大腸内視鏡検査を行った。透気にて重積は速やかに整復され、下行結腸脾彎曲部に20mm大の有茎性病変を認めた。重積の原因と考えられ、その場でポリープ切除術を施行した。内視鏡では囊胞様病変は認めなかった。その後腹痛・血便は消失し、第4病日に退院となった。病理組織学的には20×15×11mmの若年性ポリープであった。

【考察】若年性ポリープによる結腸結腸型腸重積症は稀であるとされ、医中誌にて過去20年分を検索したところ本邦報告例は14件あり、注腸による重積解除後に後日切除に至る症例が多かった。本症例は内視鏡透気による腸重積の整復に引き続き、病的先進部の切除を達成できた。早期に低侵襲で安全な治療介入が実現でき、入院期間も短く患児の負担軽減に役立ったといえる。

【結語】内視鏡的整復および治療し得た若年性ポリープによる結腸結腸型腸重積症の1例を経験した。

P-045*

成人IgA血管炎にサイトメガロウイルス感染を合併し腸管穿孔を来した一例

長岡赤十字病院¹⁾、長岡赤十字病院 消化器内科²⁾

○齋藤 はるき¹⁾、坂井 俊介¹⁾、土井 智裕²⁾、桜沢 千尋¹⁾、相田 涼¹⁾、井口 昭¹⁾、中枝 武司¹⁾、山崎 肇¹⁾、佐伯 敬子¹⁾

【症例】70代、女性
【既往】2型糖尿病、尋常性乾癬
【主訴】下血

【現病歴】X-1月、咯血と両下腿の紫斑が出現し、CT所見から肺動脈出血の疑いで前医に入院した。肺動脈出血は保存的に軽快した。皮膚生検でIgA血管炎と診断され、メチルプレドニゾン(mPSL)250mg/日、3日間で治療を開始された。紫斑は速やかに消失したが、プレドニゾン30mg/日に減量後に腹痛が出現し、ステロイドを増量されたが下血が出現した。上部内視鏡検査で十二指腸潰瘍を認め、複数回の内視鏡的止血術を施行されたが、病勢コントロール困難なためX月に当院へ転院した。凝固第13因子低下に対し補充療法を行いつつ、mPSL500mg/日を開始した。一方CMV antigenemia陽性が判明したため、ガンシクロビルを開始した。近位空腸の出血点に対して内視鏡的止血や経カテーテル動脈塞栓術を施行したが、下血は持続し、転院4日後に腸管穿孔を来して死亡した。剖検では腸管に血管炎の所見は明らかでなく、近位空腸と肝臓にCMV感染の所見を認めた。

【考察】成人発症IgA血管炎の消化管出血に凝固第13因子低下を合併した場合は、重症化することがあり死亡例も散見されることから、早期からの凝固因子補充と高容量ステロイド治療が必須である。一方本例では、剖検時にはCMV腸炎の所見が主であった。血管炎で免疫抑制治療中に消化管出血が持続した場合は、原病によるものと同時に感染性腸炎の合併も念頭に積極的な検査が必要である。

P-047*

発症時自己抗体陰性だった自己免疫性肝炎の一例

秋田赤十字病院¹⁾、秋田赤十字病院 消化器内科²⁾、秋田赤十字病院 病理診断科³⁾

○亀井 基成¹⁾、石井 透²⁾、小松田智也²⁾、衛藤 武²⁾、山中有美子²⁾、東海林琢男³⁾

【はじめに】発症時に抗核抗体(以下ANA)、抗平滑筋抗体(以下ASMA)ともに陰性であったが、その2年半後にASMA陽転化し、自己免疫性肝炎(以下AIH)の診断に至った症例を報告する。

【症例】48歳、女性。2年7か月前に原因不明の急性肝炎の既往あり。胃もたれ、褐色尿、倦怠感、黄疸が出現したため当初受診、入院となる。血液検査でASMA陽性(80倍)であった。肝生検施行したところ、AIHに合致する所見であった。プレドニゾン40mg/日で開始したところ黄疸、肝機能障害は速やかに改善が得られた。以上よりAIHの確定診断となる。

【考察・結論】肝生検はAIHの診断に有用であるが侵襲的であり、出血や疼痛などの不利益も多い。AIHにおいては多くの症例でIgGの上昇もしくはANA、ASMA陽性がみられるため、そのような症例で肝機能異常が遷延した場合に肝生検が施行される事が多い。本症例は一度目の急性肝炎の際には速やかに肝機能の正常化が得られていたことより、積極的に自己免疫性肝炎を疑う事が難しかった。AIHの急性発症例では時間が経過してからANA、ASMAが陽性化する報告がみられる。本症例の様に急性肝機能障害を繰り返すような症例では、繰り返し検査を行うことが重要と考えられた。

P-044*

ランソプラゾール中止で改善したcollagenous colitisの一例

熊本赤十字病院

○榎木園康広、花園ゆりか、北田 英貴

【症例】78歳女性
【既往歴】弁膜症手術、認知症
【現病歴】20年以上前からバイアスピリンを内服、X-1年12月からランソプラゾール内服が開始された。X年2月から水様便が出現し、便秘が持続していた。近医を受診し、漢方や整腸剤を処方されたが改善を認めなかった。5月22日から38度台の発熱と水様便が持続しておりレボフロキサシン内服開始したが、翌日から血便が出現するようになったため、5月25日に当院紹介となった。受診時、血便は認めなかった。血液検査ではWBC9078/ μ l、CRP23.71mg/dlと炎症反応上昇を認めた。便培養は陰性。下部消化管内視鏡検査では肉眼的に正常であったが、生検を施行したところ、間質の炎症細胞浸潤や表層上皮直下にcollagen bandを認め、collagenous colitisが疑われた。【入院経過】薬剤性の慢性下痢症を鑑別し挙げ、ランソプラゾールを中止し、エンメプラーゾールに変更したところ、入院後より下痢の量・回数ともに減少した。

【考察】collagenous colitisは慢性非血性下痢をきたす疾患で中高年に多い。内視鏡所見に乏しく、病理学的所見で診断される。原因薬剤には、NSAIDs、PPI、SSRI、スタチンなどが挙げられる。鑑別疾患には過敏性腸症候群、炎症性腸疾患、感染性腸炎、下痢の副作用などが挙げられる。治療は、原因薬剤の中止で下痢が改善することが多い。改善しない症例ではロペラミド、5-ASA、コレステラミン、ステロイドが有効である。今回の症例では、下痢出現の2ヶ月前よりランソプラゾールが開始されており、原因薬剤として強く疑われた。入院後中止したところ、症状改善が得られた。高齢者の慢性下痢症患者では、薬剤性による下痢症の可能性も念頭に置かなければならない。

P-046*

特発性後腹膜血腫の1例

諏訪赤十字病院

○古荘雄一朗、柘植 善明、立花 直樹

特発性後腹膜血腫の1例を経験したので報告する。症例は50歳の男性で、主訴は右上腹部痛。既往歴や家族歴に特記すべき所見を認めず、外傷の既往歴もなし。現病歴は2023年5月に右上腹部痛で前医を受診、上部消化管内視鏡検査を施行され、特記すべき所見を認めず経過観察とされた。しかし症状の改善がなく、同年6月に当院へ紹介受診した。来院時現症はバイタルサイン正常、眼球結膜に貧血なし、眼球結膜に黄染なし、頭頸部・鼠径部リンパ節腫脹も認めなかった。腹部所見では、嘔気嘔吐はなく、右上腹部に約5cm大、弾性硬・境界鮮明・圧痛を伴う腫瘍を触知した。血液検査ではDダイマーの軽度上昇を認めたが、貧血・肝機能・腎機能・炎症反応など特記すべき所見は認めず、腫瘍マーカーのCEA・CA19.9・CA125も正常であった。超音波検査では右上腹部に6.5×3.9cmの境界明瞭で内部が均一な低エコー腫瘍を認めた。CT検査では、臍頭部と十二指腸水平脚の間の後腹膜に7.3×4.2cm大、厚い被膜に包まれた腫瘍を認めた。内部は淡い高濃度で、その周囲は低濃度帯であった。造影によって被膜は遅延性に濃染されたが、腫瘍周囲に動脈の異常は認めなかった。MRI検査ではT1強調画像にて高信号の被膜と内部は低信号、T2強調画像で高信号の被膜と内部はやや低信号であった。以上より、外傷や原因病変は認めず、特発性後腹膜血腫と診断した。患者の自覚症状も自覚範囲内であったため、外来で経過観察とした。本症例のような特発性後腹膜血腫は比較的稀な疾患であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

P-048*

SACIテスト及び血管造影が有用であった膵インスリノーマの1例

長浜赤十字病院¹⁾、長浜赤十字病院 放射線科²⁾、長浜赤十字病院 外科³⁾

○宮田 涼雅¹⁾、大田 信一²⁾、北川あかね²⁾、太田 幸男²⁾、日野 篤信²⁾、塩見 尚礼³⁾、楠井 隆²⁾

【症例】60代女性
【現病歴】健診で低血糖を指摘され、近医を受診した。詳細な問診で3年前から食前ふらつきや手の震えが頻回に生じていた。食後90分採血にて血糖57mg/dLであり、低血糖であった。インスリノーマが疑われ、当院紹介受診した。75g経口ブドウ糖負荷試験では、空腹時低血糖、高インスリン血症は認められた。しかし、空腹時血糖と血中インスリン値から算出するGrunt指数、Fajans指数、Turner指数と言う明らかなインスリン自律性分泌の基準は満たさなかった。造影CTでは、膵腫瘍は明らかでなかった。また、72時間絶食試験においても、血糖<45mg/dLの際、血中インスリン(IRI)>6 μ U/mLという基準は満たさなかった。画像検査での局在や内分泌検査での診断確定はできないが、臨床的にインスリノーマが疑われたため、選択的動脈内カルシウム注入試験(SACIテスト)が施行された。背側膵動脈造影で結節状の濃染と同部のカルシウム負荷時静脈採血でインスリン上昇を認め、インスリノーマの術前診断となった。腹腔鏡下膵尾部切除術が施行され、NET G1、インスリノーマと診断された。

【考察】インスリノーマは、発汗や震えなどの自律神経症状が前駆して起こり、複視や異常行動など中枢神経症状が起こることが多い。インスリノーマの確定診断のためには、絶食試験など低血糖を誘発させる条件で検査が施行される。諸検査で否定されても低血糖を繰り返す場合には、SACIテストの有用性が示されている。今回、SACIテストによってインスリノーマと術前診断され、局在も判明した1例を経験したため報告する。