

## PC-272

### 糖尿病増悪を契機に診断された超高齢者自己免疫性膵炎の1例

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、内科<sup>2)</sup>、看護部<sup>3)</sup>

○平子 匡<sup>1)</sup>、久居 弘幸<sup>1)</sup>、池田 裕貴<sup>1)</sup>、小柴 裕<sup>1)</sup>、三浦 翔吾<sup>1)</sup>、宮崎 悦<sup>2)</sup>、鶴見 紘子<sup>3)</sup>、星 るみ子<sup>3)</sup>、鈴木 恵<sup>3)</sup>、三橋 真奈美<sup>3)</sup>

糖尿病増悪を契機に診断された超高齢者自己免疫性膵炎の1例を経験したので報告する。症例は90歳女性、糖尿病、高血圧にて近医通院中だったが、定期採血にてHbA1c (NGSP)が4カ月の間に6.7%から10.6%まで増悪し、当院紹介となった。自覚症状はなく、腹部造影CT検査にて膵全体のびまん性腫大を認めるが主膵管拡張や腫瘍性病変は見られなかった。また下部胆管に壁肥厚が見られ、肝側の総胆管は軽度拡張していた。EUSでは膵全体がほぼ均一な低エコーで主膵管拡張は認めなかった。MRCPでは中下部胆管に胆管の壁肥厚、狭窄を認め腹部造影CT検査と同様の所見であった。ERCでは下部胆管に全周性の狭窄、また中部～上部胆管に及ぶ軽度の壁肥厚を認め、胆管拡張が見られた。ERPでは主膵管の狭窄を認め、造影剤を圧入しても頭部の主膵管と分枝がわずかに造影されるのみであった。胆管・膵腫瘍鑑別のため胆管狭窄部よりブラシ細胞診を施行するもclass Iの結果であった。追加で施行した膵のEUS-FNAでも悪性所見やリンパ球浸潤、線維化を認めず、優位な所見は得られなかった。なお、IgG4は正常であった。以上より自己免疫性膵炎診断基準(2011)による疑診と診断し、PSL25mgによる加療を開始したところ(以後漸減)、膵腫大の著明な改善が得られ、一過性の血糖上昇が見られたものの徐々にHbA1cは低下しており(4月現在6.4%)、現在PSL2mgにて通院中である。高齢者では加齢に伴う生理機能低下に加え、種々の基礎疾患が見られる場合も多いことから検査や治療に制約がかかることも多い。しかしながらその特徴を踏まえ、全身状態・ADLに考慮しつつも、適切な治療法を選択していく事が重要と考えられた。

## PC-274

### 当院における黄色肉芽腫性胆嚢炎の検討

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、内科<sup>2)</sup>、外科<sup>3)</sup>

○小柴 裕<sup>1)</sup>、久居 弘幸<sup>1)</sup>、平子 匡<sup>1)</sup>、池田 裕貴<sup>1)</sup>、三浦 翔吾<sup>1)</sup>、宮崎 悦<sup>2)</sup>、佐藤 正文<sup>3)</sup>、川崎 亮輔<sup>3)</sup>、行部 洋<sup>3)</sup>、山田 徹<sup>3)</sup>

【目的】黄色肉芽腫性胆嚢炎(XGC)は、胆嚢内に胆汁色素を含む組織球を主体とした肉芽腫を形成し著明な壁肥厚をきたす比較的古い胆嚢炎で、画像検査上、進行胆嚢癌との鑑別が困難な疾患であるとされている。今回、当院で経験したXGCについて検討した。【方法】対象は2002年5月～2014年1月までに診断・治療された5例(年齢56～85歳、平均69歳、男性2例、女性3例)。臨床症状、腫瘍マーカー、併存疾患、術前診断、術式などについて検討した。【成績】臨床症状では上腹部痛2例、黄疸1例、無症状3例(うち肝機能障害2例)であった。CA19-9は2例で高値であり、併存疾患では糖尿病を1例に認めた。造影CTでは4例で胆嚢壁のびまん性壁肥厚を認め(経過観察の画像診断で胆嚢壁肥厚は改善)、そのうち3例で胆嚢壁内の低吸収域が存在した。ERCPは4例に施行し、その目的は胆嚢胆汁採取2例、胆管狭窄1例、胆管結石1例であった。PTGBDを施行したのは1例で、胆汁細胞診を得る目的で1例にPTGBD、胆嚢癌を否定するためEUS-FNAを1例に施行した。術前診断はXGCを含む胆嚢炎が4例(うち3例に胆嚢結石合併)、胆嚢結石1例であり、術式は開腹胆嚢摘出術3例、腹腔鏡下胆嚢摘出術2例に施行された(うち1例は開腹に移行)。術後病理組織検査では5例とも胆嚢癌の合併は認めなかった。【結論】胆嚢炎や肉芽腫の程度により、術前診断が困難な例も存在する。進行胆嚢癌との鑑別が問題になる多くの例では、特徴的な画像診断所見と短期間の経過観察後の画像、EUS-FNAなどの総合診断により鑑別可能である。

## PC-273

### 自己免疫性膵炎類似の間質所見を呈した膵体尾部癌の1例

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、内科<sup>2)</sup>、外科<sup>3)</sup>

○三浦 翔吾<sup>1)</sup>、久居 弘幸<sup>1)</sup>、平子 匡<sup>1)</sup>、小柴 裕<sup>1)</sup>、池田 裕貴<sup>1)</sup>、宮崎 悦<sup>2)</sup>、佐藤 正文<sup>3)</sup>、川崎 亮輔<sup>3)</sup>、行部 洋<sup>3)</sup>、山田 徹<sup>3)</sup>

症例は69歳男性。糖尿病、高血圧で近医通院中、平成26年3月の単純CTで膵に異常を認め当院紹介受診。CTでは膵体尾部の増強効果のないびまん性の膵腫大、後腹膜浸潤、脾動脈・総肝動脈・腹腔動脈の浸潤所見を認めた。EUSではびまん性低エコー腫瘍として描出され、MRCPでは体尾部主膵管の狭細像、DWIでは拡散の低下を認めた。γ-globulin 2.63 g/dl、IgG 2803 mg/dl、IgG4 824 mg/dlであり、自己免疫性膵炎(AIP)が疑われた。腫瘍マーカーではCEA 9.0 ng/ml、CA19-9 290 U/mlであった。ERCPでは体尾部主膵管の狭細像を認め、膵液細胞診はclass IV、膵体部のEUS-FNAで腺癌が証明され、背景の形質細胞の多くがIgG4陽性で、AIP類似の間質所見を呈した膵癌と診断した。縦隔の腫大リンパ節のEUS-FNAで転移を認めた(StageIVb)。nab-Paclitaxel/GEMによる治療1コース後のCTで膵腫瘍および縦隔リンパ節は縮小し、γ-globulin、IgG、IgG4も低下した。

## PC-275

### Gastric outlet obstruction に対する十二指腸ステント留置術後に遅発性穿孔を来した1例

伊達赤十字病院 消化器科<sup>1)</sup>、内科<sup>2)</sup>、外科<sup>3)</sup>

○池田 裕貴<sup>1)</sup>、久居 弘幸<sup>1)</sup>、平子 匡<sup>1)</sup>、小柴 裕<sup>1)</sup>、三浦 翔吾<sup>1)</sup>、宮崎 悦<sup>2)</sup>、佐藤 正文<sup>3)</sup>、川崎 亮輔<sup>3)</sup>、行部 洋<sup>3)</sup>、山田 徹<sup>3)</sup>

Gastric outlet obstruction (GOO) に対する十二指腸ステント留置術後の遅発性穿孔はまれであるが致死的な経過を辿ることもある。今回、進行胃癌によるGOOに対する内視鏡的十二指腸ステント留置術後に遅発性穿孔を来した1例を経験したので報告する。症例は90代、男性。慢性心不全にて当院循環器内科通院中、心窩部不快感を主訴にH26年1月当科受診。上部消化管内視鏡にて胃前庭部に4型腫瘍、全周性の狭窄を認め、精査にて胃癌stage2の診断となった。高齢・心機能低下があることからBSCの方針となり、同年2月に内視鏡的十二指腸ステント留置術(Niti-S uncovered 22mm 12cm, Taewoong)を施行、偶発症なく7日後に退院した。ステント留置42日後に腹痛を自覚し、CTにてfree airを認め消化管穿孔と診断、敗血症性ショックの状態であり当院外科で緊急手術となった。胃前庭部に7-8mmの穿孔を認め、同部位よりedgeの部分ではないがステントを認め、病変の切除はせず大網被覆したのち胃空腸吻合を行った。術後はカテコラミンを使用し血圧は安定、自発呼吸も見られ第3病日に抜管、第6病日に飲水開始。第9病日のガストロ造影にて流出良好であり経口摂取開始となった。しかし頻呼吸、炎症遷延が見られ第17病日に施行したCTにて脾周囲膿瘍、両側胸水を認めた。ドレナージ術を行い一時軽快したものの、徐々に全身状態は悪化し第33病日に永眠された。