診したところ，血液検査でCA19-9高値，腹部CTで肝腫瘍を指摘され，当科紹介受診となる．腹部CT，MRIでは肝右葉に約10cm大の中心壊死を伴う腫瘤を認め，充実性部分は早期より造影された．腹部血管造影検査では辺縁部のみに腫瘍濃染を認めた．転移性肝腫瘍も疑われたが腹部精査にて他に明らかな異常所見指摘できず，非典型的だが胆管細胞癌を疑い外科的切除の方針となる．術中腹腔内検索すると膵鉤部に約1.8cm大の腫瘤を認め，膵癌の肝転移が疑われたため肝右葉切除術，幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した．病理組織学的には非機能性膵内分泌腫瘍および転移性肝腫瘍と診断された．術後経過良好にて第24病日に退院となる．一般に膵内分泌腫瘍は発育が緩徐で，肝転移症例でも切除により予後の改善が期待できるため，積極的に切除すべきと考えられる．若干の文献的考察を加え報告する．

23 上部消化管内視鏡下生検で診断しえた膵顆粒球性肉腫の1例

麻植ホルム正之・高瀬　郁夫
太幡　敬洋・渡辺　庄治・川端　英博
川口　　誠*
新潟労災病院内科
同　病理部*

症例は67歳，男性．

【主訴】食欲低下，食後の腹部緊満感，体重減少．

【現病歴】2004年7月上旬より食後の腹部緊満感が出現，7月中旬には食欲低下，体重減少も出現し腹部超音波検査で腹水，上部消化管内視鏡検査で十二指腸球部に腫瘍を認め，2004年10月26日に精査加療目的で当院に入院となった．入院後の腹部造影CTで膵臓の頭部から体尾部にかけ7.5×6.0cm大のmassを認め上部消化管内視鏡検査で前庭部後壁から小弯側，十二指腸球部にかけ外圧迫があり膵臓癌と診断し入院6日目よりGemcitabin 1500mgの化学療法を開始した．入院12日目に患者は急激な全身状態の悪化をきたし永眠された．後日十二指腸の生検組織より核の大小不同を伴う腫瘍細胞のびまん性浸潤とCD3，CD20陰性，MPO，CD45，CD56陽性より本例は膵臓癌ではなく膵に発生した顆粒球性肉腫（GS）であると診断した．

本例のように画像上膵臓癌に酷似し，白血病に合併することが多いが本例のように腫瘤形成が先行し白血病を伴わない場合もあり本例は意義深いと考えられた．

24 ITPを伴った急性肝炎の1例

渡辺　孝治・水野　研一・冨樫　忠之
関　　慶一・石川　　達・太田　宏信
吉田　俊明・上村　朝輝・小山　　覚*
済生会新潟第二病院消化器科
同　血液化療科*

症例は14歳の男性．既往歴および家族歴に特記事項なし．平成14年の秋頃より鼻出血が時折出現．平成15年11月20日頃サッカーの練習中に右下肢に紫斑，血腫が出現した．11月27日より食欲不振，嘔気・嘔吐がみられ，市販の漢方薬を服用したところ，11月29日皮膚の黄染に気づき，次第に強まり掻痒感も伴うようになった．12月3日近医受診．血液生化学検査で肝胆道系酵素の上昇および血小板値の低下を認めた．急性肝炎の診断で12月4日当院を紹介受診．意識状態は清明で見当識障害も認めなかった．皮膚と眼球結膜には黄を認め，下肢には点状の出血斑がみられた．血小板数は0.4万/μlと低下し，凝固系ではPT，HPTの低下，生化学検査ではAST，ALT，T. bilの上昇が顕著であった．ウイルス性肝炎もしくは薬剤性肝障害を疑い各種検査を施行したが，HAV，HBV，HCVの感染は否定され，CMV，EBV，HSV，VZVも既感染のパターンを示し，ピロリ菌も陰性であった．免疫学的にはANA，AMAとも陰性でPAIgGは高値を示していた．骨髄像は3系統とも正形成であり，ITPの診断で治療としてガンマグロブリン療法を開始したが，血小板数の改善には至らずSNMC静注，UDCAの内服，ビリルビン吸着療法を行ったところAST，ALT，T. bil値は低下し状態は回復した．肝炎ウイルス感染は否定されたため，デカドロン大量療法

及びステロイド療法が開始され，血小板数は次第に上昇した．

当症例は胆汁鬱滞を伴う肝炎の原因として薬剤性肝障害が最も疑われた．また薬剤によって血小板減少や出血を生じる報告も多数あり，多少の文献的考察を加え報告する．

25　初回入院時原因を特定できず，再増悪時に自己免疫性肝炎と診断して治療中の1例

湯川　尊行・和栗　暢生・渡辺　和彦
池田　晴夫・岩本　靖彦・米山　靖
相場　恒男・古川　浩一・五十嵐健太郎
月岡　恵
新潟市民病院消化器科

症例は35才，女性．肝障害（GPT 1457 IU/l）を主訴に急性肝炎の診断で入院．各種ウイルスマーカーは陰性でγグロブリンや抗核抗体も高値を示さず，原因を特定できなかったが，軽快退院した．外来にて肝酵素の再上昇と発黄あり，再入院．抗核抗体，抗平滑筋抗体が陽性となり，症状経過から自己免疫性肝炎と診断してステロイド治療を行い経過良好である．若年から中年女性の急性肝炎において，診断に確証を持てない場合は，AIHの可能性を十分に念頭におき，診療を進めるべきであると思われた．

26　原発性硬化性胆管炎（PSC）が疑われる1例

五十嵐健太郎・古川　浩一・池田　晴夫
岩本　靖彦・渡辺　和彦・相場　恒男
米山　靖・和栗　暢生・月岡　恵
新潟市民病院消化器科

症例は69歳男性．平成14年8月ガスボンベによる熱傷のため当院の救急科に入院した．人工呼吸器管理となり補液，抗生物質の投与などが行われ退院した．しかし胆道系酵素優位の肝障害が持続したため内科に紹介となった．リザベンかポララミンによる薬剤性肝障害を疑いウルソを投与したが血液所見は正常化しなかった．肝生検にては薬剤性肝障害に矛盾しない所見であった．この後造影CTにて肝内胆管の拡張が疑われたためMRCP, ERCPを施行した．肝門部胆管の狭窄と末梢胆管の拡張が認められたが胆管の生検では悪性細胞は認められなかった．PSCと胆管癌の鑑別ができなかったが，初回入院後2年6か月を経過しておりPSCと考え報告した．

27　肝梗塞の1例

水野　研一・冨樫　忠之・渡辺　孝治
関　慶一・石川　達・太田　宏信
吉田　俊明・上村　朝輝・武田　敬子*
石原　法子**
済生会新潟第二病院消化器科
同　放射線科*
同　病理診断科**

われわれは，肝梗塞の1例を経験した．

症例は40歳，女性．右上腹部痛と嘔吐を主訴に来院．生活歴では1日大びん2本の飲酒歴と10本×20年の喫煙歴があり，既往歴は特になかった．2004年8月10日，飲酒中に心窩部痛と嘔吐出現し，翌日にかけて増悪傾向あったため近医を受診．急性腹症として当院紹介され入院となった．入院時現症では右上腹部圧痛と微熱を認めた．

検血にて貧血と白血球の上昇を認め，凝固系においてPTの軽度延長を認めた．生化学ではトランスアミナーゼとLDHの上昇を認めた．腹部CTでは肝右葉S7領域に辺縁不正な低吸収域をみとめた．造影早期において周囲より造影され，後期においても中心部は造影されなかったためS7領域の肝梗塞疑いにて腹部血管造影を施行した．SMAGの門脈相において右後区域枝より分岐しS7へ伸びる門脈の途絶をみとめた．CAGにおいては右後区域枝より分岐する動脈の閉塞を認めた．CTAPでは門脈右後区域枝よりS7領域へと広がるくさび形の低吸収域を認め，同部位の門脈血流の低下を認めた．S7領域において動脈，門脈血流の低下により肝梗塞が発生したと考え，1日あたり12万単位のウロキナーゼを腹腔動脈留置カテーテルより投与開始した．カテーテル抜去