

【上部消化管内視鏡検査】十二指腸下行脚から下十二指腸角にかけて十二指腸内腔の内側(すなわち乳頭側)に腫瘤を認めた。腫瘤の立ち上がりは粘膜下の立ち上がりで、表面は周囲の非病変部と同様な絨毛パターンがあり正常十二指腸粘膜と考えられたが、粘膜下から圧排されて表面が緊満・伸展されている所見。

【十二指腸造影】病変は透亮像として認められるが十二指腸内腔とは連続しておらず、十二指腸腔内憩室(Intra-luminal Duodenal Diverticulum)とは異なった。

【腹部血管造影所見】CAGでは十二指腸下行脚の病変部に一致して血管の伸展像=いわゆるマスマエフェクトを認めるのみ。

【ERCP】直視下で乳頭が確認できず造影を断念。

【MRCP】十二指腸下行脚の内側に腫瘤あり。内腔はT1でロー、T2でハイであり胆嚢内腔とほぼ同様のインテンシティ。3Dでは、病変は乳頭部近傍かまたは乳頭部を含む、と考えられた。病変と総胆管および主膵管との連続性は明らかではなかった。

【経過】入院時から感染性嚢胞を疑い、禁食・抗生剤で保存的治療とし、症状は徐々に改善した。検査所見・経過から十二指腸下行脚の内側に位置する十二指腸重複症と診断し、8月9日外科転科、11日手術。

【手術所見】十二指腸前壁を切開したところ、内腔に粘膜下腫瘍様の病変が認められた。乳頭部よりアトムチューブを挿入し、1本は嚢胞の内腔側に通じ、もう1本は主膵管に通じる事を確認。開窓術を行い、以後経過順調で8月31日退院。

【病理】マクロでは、おもてうらともにほぼ正常な十二指腸粘膜。ミクロでは十二指腸内腔がわも嚢胞内腔がわも十二指腸粘膜であり、両側ともに粘膜筋板が存在した。さらにその下には共通の粘膜下層を認めた。

【診断】Cyst wall of duodenal duplication 右上腹部痛が主訴で、本例のような超音波所見を来たす鑑別疾患としては1) 十二指腸憩室のうち十二指腸腔内憩室(Intraluminal Duodenal Diverticulum)、

2) 膵嚢胞、3) 先天性胆道拡張症嚢腫型などがあげられる。十二指腸重複症はまれであり、文献的考察を加え報告する。

11 便潜血検査を契機に診断された腸管嚢胞様気腫症の1例

池田 晴夫・滝沢 一休・岩本 康彦
相場 恒男・米山 靖・和栗 暢生
古川 浩一・五十嵐健太郎・月岡 恵
橋立 英樹*

新潟市民病院消化器科
同 病理科*

症例は62歳女性、検診にて便潜血陽性を指摘され、前医注腸造影検査にて異常を指摘された。精査のため当院にて大腸内視鏡を施行し、上行結腸に多発する粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認めた。生検鉗子にてやわらかく圧排され、生検を施行すると内部の気室様構造を確認することができた。造影CT検査では上行結腸の漿膜下を中心に気腫所見を認めた。以上より腸管嚢胞様気腫症と診断した。本症例は無症状例であり、治療は行わず経過観察としたが、漿膜下を中心とした気腫が多発しており、今後気腹症を発症する可能性がある。本疾患による気腹症は保存的な対応が可能であり、不用意な手術を避けるためにも本疾患の診断は重要なものと思われた。

12 シクロスポリンが有効であった潰瘍性大腸炎に合併したステロイド抵抗性壊疽性膿皮症の1例

井上 聡・船越 和博・稲吉 潤
本山 展隆・秋山 修宏・加藤 俊幸
竹之内辰也*・三井田 博**

県立がんセンター新潟病院内科
同 皮膚科*
新潟大学医歯学総合病院皮膚科**

症例は63歳の女性。1988年より潰瘍性大腸炎(以下、UC)のためSASP、PSL内服にて加療中だった。2005年8月17日から下痢が出現。便培

養にて *Campylobacter jejuni* が陽性で、*Campylobacter* 腸炎と診断した。8月30日よりLVFX内服開始して下痢は軽快したが、その頃より左側胸部に皮膚潰瘍が出現した。壊疽性膿皮症（以下、PG）と診断したが、皮膚潰瘍は急速に増悪した。PGに対してPSLを60mg/日まで増量するも改善が乏しく、シクロスポリン200mg/日を併用したところ、徐々に皮膚潰瘍の上皮化が進み、縮小した。この間、UCの増悪は認めなかった。ステロイド抵抗性壊疽性膿皮症に対し、シクロスポリンは有効な治療法と考えられた。

13 出血性放射線性直腸炎に対するアルゴンプラズマ凝固療法の有用性に関する検討

夏井 正明・阿部 聡司・岩永 明人
 玄田 拓哉・姉崎 一弥・本間 照
 関根 輝夫

県立新発田病院内科

今回我々は出血性放射線性直腸炎（以下、HRP）に対するアルゴンプラズマ凝固療法（以下、APC）の治療成績について検討したので報告する。対象は2003年1月から2005年12月までにAPCにより治療されたHRP11例。APCは下血が消失するまで2,3ヶ月ごとに繰り返した。治療前後の臨床的重症度（Zinicolaらの分類に従いGrade0から4）、内視鏡的重症度（Ben-Soussanらの分類に従いGrade0から3）、ヘモグロビン濃度を比較した。APCの平均施行回数は2.1回、合併症は出血を1例に認めたのみであった。14.2ヶ月の平均観察期間で臨床的重症度は2.6から0.1、内視鏡的重症度は2.4から0.8と有意に低下し、ヘモグロビンは10.1g/dlから12.6g/dlと有意に上昇した。HRPに対するAPCは有用かつ安全で、第一選択となり得る治療法と考えられた。

14 胆嚢扁平上皮癌および胆嚢腺扁平上皮癌の2症例

坪井 清孝・中村 厚夫・八木 一芳
 関根 厚雄・角田 和彦*・伊藤 寛晃*
 田宮 洋一*・黒崎 功**
 梅津 哉***・永橋 昌幸****
 味岡 洋一****

県立吉田病院内科

同 外科*

新潟大学医歯学総合病院第一外科**

同 病理部***

新潟大学大学院医歯学総合研究科

分子・診断病理学分野****

〔症例1〕67歳女性。17年5月、近医で腹部腫瘤を指摘され入院。腹部超音波、CTで胆嚢の巨大腫瘤性病変が疑われた。PTGBD行い、細胞診でSCCが疑われた。血管造影で、腫大胆嚢に腫瘍濃染認め、胆嚢扁平上皮癌の診断で、同年6月手術施行。組織は胆嚢と考えられる部位に、扁平上皮癌を認め、検索範囲内で腺癌成分は認めなかった。

〔症例2〕77歳女性。同年11月、近医で腹部腫瘤を指摘され入院。SCC、シフラの上昇認め、腹部超音波、CTで、胆嚢腫瘍が疑われたが、十二指腸や胃癌の胆嚢浸潤も否定できなかった。胆嚢炎の合併もあり、PTGBD施行。細胞診ではSCCと診断。血管造影行い、胆嚢扁平上皮癌の診断で同年12月手術施行した。胆嚢癌の十二指腸浸潤であった。組織では、一部腺癌も認めたが、腫瘍の大半は扁平上皮癌部で占められていた。胆嚢癌は腫瘍が増大していても、積極的な組織学的診断を行い、扁平上皮癌が疑われる場合は、外科治療を検討するべきであると考えられた。