

第71回

日本消化器 画像診断研究会

<http://www.congre.co.jp/71gazou2019/>

プログラム・抄録集

2019. 9/20 fri. ▶ 21 sat.

ダイワロイネットホテル和歌山

[当番世話人]

山上 裕機

(和歌山県立医科大学外科学第2講座 教授)

北野 雅之

(和歌山県立医科大学内科学第2講座 教授)

和歌山城

奇絶峡 不動滝

【電子抄録PDFを表示するアプリについてのご注意】

DICOM画像をご覧いただくためには、電子抄録をAdobe Acrobat Readerで開くことが必要です。

手順は以下の通りです。Adobe Acrobat Reader以外のアプリでは、が表示されないことがあります。ご注意下さい。

■ Android 端末をご利用の場合

- ・ 予めPlayストアからAdobe Acrobat Readerをダウンロードして下さい。
- ・ 電子抄録のダウンロード時に、「Adobe Acrobatで開く」を選択してください。
- ・ 次回以降Adobe Readerを起動してリストから選択することによりご覧いただけます。

■ iOS 端末をご利用の場合

- ・ 予めApp StoreからAdobe Acrobat Readerをダウンロードして下さい。
- ・ 電子抄録がブラウザに表示されたら、画面をタッチすると画面上部に「次の方法で開く」が表示されますので、「Adobe Readerで開く」を選択してください。
- ・ 次回以降Adobe Acrobatを起動してリストから選択することによりご覧いただけます。

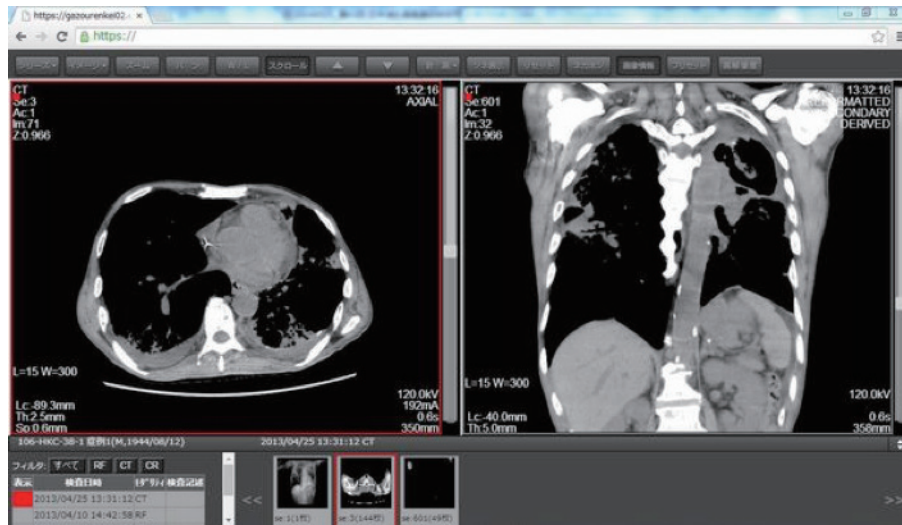
【電子抄録の使い方】

- (1) 各演題のページのをクリックして下さい。
- (2) Webブラウザが起動し、演題に該当するDICOM画像検査リストが表示されますので、表示したい検査の**画像**をクリックすると、DICOM画像が表示されます。



検査日	検査時間	検査種別	
2013/11/15	13:11:22	MR	画像
2013/11/11	13:22:38	CT	画像
2013/10/18	00:00:00	ES	画像
2013/09/11	00:00:00	RG	画像

(3) 画像右側スクロールバー、またはその近傍を指1本(マウス)で上下するとページングができます。



(4) その他の機能として、画面上部にボタンが用意されています。機能を変更する場合は、画面上部のボタンを押す必要があります。下記に代表的なボタンの簡単な説明と注意点を記載します。

- [シリーズ] ボタン、[イメージ] ボタンでウィンドウレイアウト変更
- ※ 上図は、シリーズボタンをプルダウンして1×2のレイアウトを選択
- [ズーム] ボタンを押し、指1本(マウス)で上・下することで、拡大・縮小
- [パン] ボタンを押し、指1本(マウス)で自由に移動
- [W/L] ボタンを押し、指1本(マウス)で上・下(L)、左・右(W)が変更
- ※ W/Lが変更されるとシリーズ全ての画像が再度ダウンロードされます。
- [スクロール] ボタンを押し、指1本(マウス)で画像右側のスクロールバー又はその近傍を上・下することでページング
- [▼][▲] ボタンをクリックすると1枚単位でページング

詳細な操作説明は、下記URLの画面左にある『WEB VIEWER 操作説明』をご参照ください。

URL : <http://www.esite-hc.com/gakkai-kenkyukai/howusewebviewer.html>

【通信パケットの容量について】

モバイルWi-Fiご利用の方で、パケット制限が気になる方への情報です。

参照される画像枚数(CT/MRの先読みを含む)と使用頻度に応じた通信量となります。

- CR 1枚あたり 200KB程度。CT/MR 1枚あたり 30KB程度(50枚：1.5MB、500枚：15MB)。

＜追加情報＞

パケットが発生するケースは画像表示とJavaScript読み込み時に発生します。検索画面や新規タブを起動するとJavaScript読み込みオーバーヘッドが発生しますが、容量の大部分は画像によるもので「画像を何枚読み込むか」を基準にお考えください。10分間検索リスト上の様々な画像を(通常操作程度の頻度でCT、CRなどを表示してWLを変える等)表示した場合、100MB～120MB程度のパケットは流れます。CT 200枚の1検査をWLを変えながら参照する、という場合には10MB～15MB程度のパケットとなります。

第 71 回日本消化器画像診断研究会 プログラム・抄録集

会期：2019 年 9 月 20 日（金）・21 日（土）

会場：ダイワロイネットホテル和歌山

〒 640-8156 和歌山県和歌山市七番丁 26-1

TEL: 073-435-0055

当番世話人：山上 裕機

(和歌山県立医科大学 外科学第 2 講座 教授)

北野 雅之

(和歌山県立医科大学 内科学第 2 講座 教授)

[事務局] 和歌山県立医科大学 外科学第 2 講座

〒 641-8510 和歌山市紀三井寺 811-1

TEL : 073 (441) 0613

ご 挨拶



第 71 回日本消化器画像診断研究会
当番世話人 **山上 裕機**
(和歌山県立医科大学外科学第 2 講座 教授)



第 71 回日本消化器画像診断研究会
当番世話人 **北野 雅之**
(和歌山県立医科大学内科学第 2 講座 教授)

このたび第 71 回日本消化器画像診断研究会を 2019 年 9 月 20 日（金）、21 日（土）の 2 日間にわたり和歌山市のダイワロイネットホテル和歌山で開催させていただきます。

本研究会は 1983 年に第 1 回が東京で開催されて以来、肝胆膵を中心とした内科学、外科学、放射線医学、病理学などの医師が一同に会し、画像診断と病理、そして適切な治療法について横断的に勉強するという特徴を持つ研究会です。このような歴史ある本研究会を当番世話人として開催させていただくことは、和歌山県立医科大学にとりまして本当に光栄なことであり、このような機会を賜りましたすべての会員の先生に教室を代表して心より御礼申し上げます。

本研究会は「病理学的な裏付けがあり、且つ明瞭な画像のある症例を提示」と研究会ホームページにもありますように、肝胆膵疾患に対していかにして的確な診断および治療を行うことができるかを討論する会であり、極めて詳細な、かつ、率直な討論が展開されます。このため、発表時間より討論時間を長く設定して活発な討論を行うという大きな特長を持っております。臨床医と病理医の間で画像診断と病理診断を精緻に対比させることは、その疾患の本質に迫るとともに術前の適切な治療方針にフィードバックすることができ、ベテラン、若手関係なく徹底的な白熱した議論は、時に時間の経過を忘れさせ、診断と治療の向上および最先端知識の普及に多大な貢献をもたらします。特に若手医師は画像所見の細かな見方および画像所見がどのように病理所見に反映されるのかを学べるたいへん貴重な機会であります。

和歌山県立医科大学は、医聖、華岡青洲にゆかりのある大学です。その言葉に「内外合一、活物窮理」があり、「外科を行うには、内科すなわち患者の病態を十分に把握した上で治療すべきである。治療の対象は生きた人間であり、深く観察して患者自身やその病の特質を究めなければならない」という意味です。本研究会は、まさに治療方針を決定するための「内外合一、活物窮理」を会場全体で行う研究会であります。また、今回は消化器外科と消化器内科が合同で主催させていただくこととなりますので、治療方針・切除範囲決定まで議論できるような機会になることを期待しております。さらに、画像コメンテーター、病理コメンテーターに加えまして、第 70 回で初めて導入されました内視鏡コメンテーターにもコメントを求めて、多面から活発な議論を行っていただきたいと考えております。

私たち内科学第 2 講座および外科学第 2 講座教室員一同、先生方にとって実りある大会となるよう誠心誠意準備いたしました。また、和歌山で本研究会を初めて開催させていただくこととなりました。海・山の幸に恵まれた和歌山の名産も満喫いただけるよう努力いたしますので、是非とも多くの先生に奮ってご参加賜りますよう宜しくお願い申し上げます。

日本消化器画像診断研究会 世話人

〈執行部世話人〉

代 表	真口 宏介
監 事	海野 倫明 花田 敬士
庶務担当	糸井 隆夫
財務担当	蒲田 敏文

〈世話人（計 86 名）〉

内 科 (39 名)	蘆田 玲子	有坂 好史	猪狩 功遺	伊佐山浩通	糸井 隆夫	伊藤 啓
	今井 英夫	入澤 篤志	岩尾 年康	植木 敏晴	牛尾 純	大西 佳文
	岡庭 信司	岡部 義信	岡部 純弘	樫田 博史	潟沼 朗生	神澤 輝実
	菅野 敦	菊山 正隆	北野 雅之	窪田 賢輔	栗田 亮	越田 真介
	児玉 裕三	佐々木民人	塩路 和彦	芹川 正浩	高山 敬子	竹中 完
	長川 達哉	花田 敬士	原 和生	比佐 岳史	肱岡 範	深澤 光晴
	前谷 容	真口 宏介	吉田 浩司			

外 科 (21 名)	伊佐 勉	海野 倫明	遠藤 格	大塚 隆生	奥田 康司	北川 裕久
	小西 大	佐野 圭二	佐野 力	島田 光生	清水 泰博	趙 明浩
	土井隆一郎	中村 雅史	羽鳥 隆	平野 聡	本田 五郎	松田 正道
	松村 敏信	山上 裕機	力山 敏樹			

放射線科 (9 名)	岡田 吉隆	蒲田 敏文	櫻井 康雄	鈴木耕次郎	竹原 康雄	平井都始子
	廣橋 伸治	山城 正司	吉満 研吾			

病 理 (17 名)	大池 信之	鬼島 宏	坂元 亨宇	佐々木恵子	高瀬 優	内藤 嘉紀
	中島 収	能登原憲司	濱田 義浩	平林 健一	福嶋 敬宜	福村 由紀
	古川 徹	三橋 智子	安川 寛	山口 浩	山野 三紀	

〈名誉代表世話人〉

有山 襄	堀口 祐爾	山雄 健次
------	-------	-------

〈名誉会員〉

村島 義男	竹原 靖明	中澤 三郎	中山 和道	松代 隆	永川 宅和
池田 靖洋	田代 征記	渡辺 英伸	須田 耕一	神代 正道	清水 武昭
梶原 建熙	竜 崇正	石川 洋子	有井 滋樹	白鳥 敬子	田中 雅夫
森安 史典	渡邊 五朗	山口 幸二	角谷 眞澄	藤田 直孝	木村 理
峯 徹哉	工藤 正俊				

〈特別会員〉

船曳 孝彦	二川 俊二	今村 正之	宮川 秀一	宮崎 勝	柳澤 昭夫
土屋 嘉昭	野田 裕	藤本 武利			

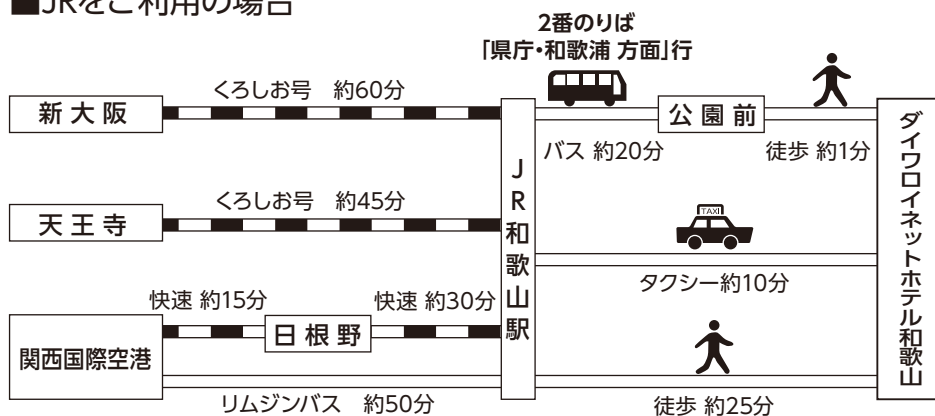
(以上敬称略)

2019 年 2 月 23 日改定

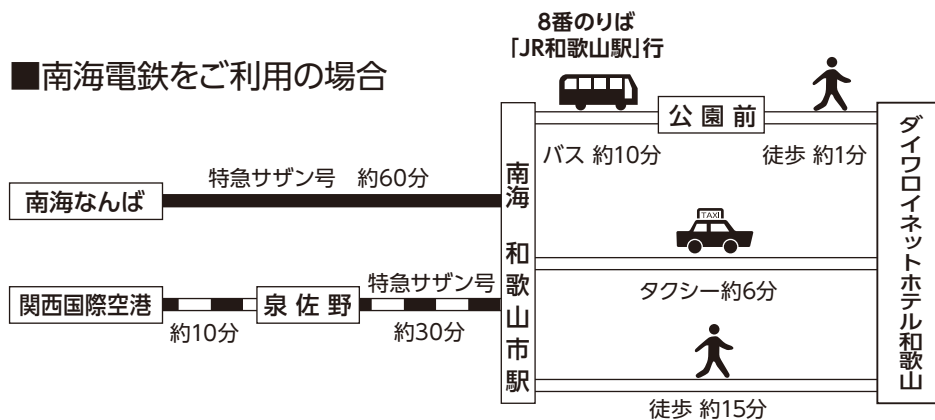
会場へのアクセス



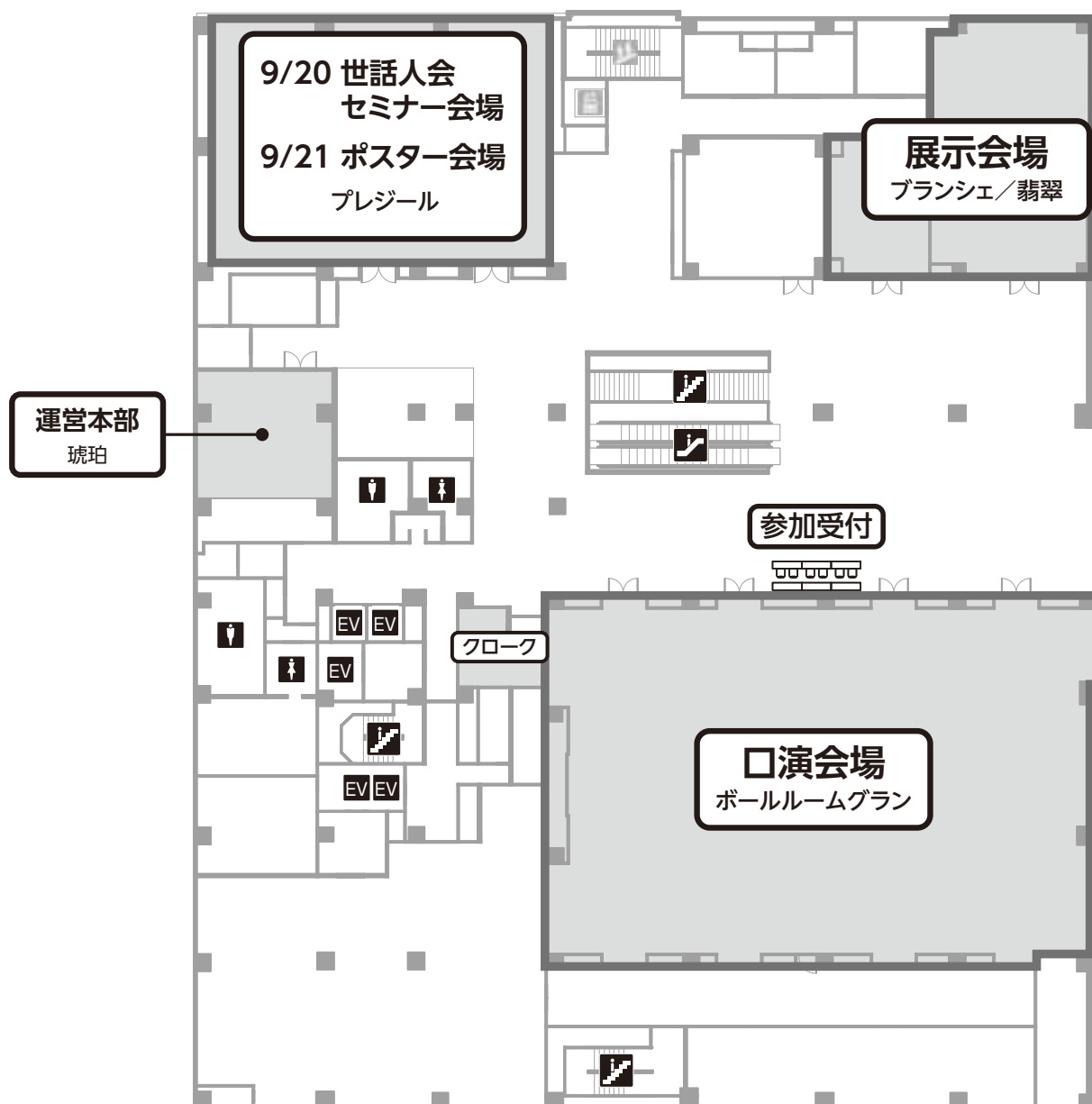
■JRをご利用の場合



■南海電鉄をご利用の場合



会場案内図



参加者へのご案内

1. 参加受付

場所：ダイワロイネットホテル和歌山 4F ホワイエ

時間：9月20日（金） 9：00～17：30

9月21日（土） 7：30～15：00

2. 研究会参加費 / プログラム・抄録集販売

・医師 12,000 円

・初期研修医・コメディカル 5,000 円（初期研修医の方は必ず証明できるものをご持参ください）

・学生 無料（必ず学生証をご持参ください）

・プログラム・抄録集 1,000 円

※会場内では必ずネームカードにご所属・氏名をご記入の上、ご着用ください。

※ネームカードの再発行はできませんので、ご了承ください。

※会員には事前にプログラム・抄録集をお送りいたしますので、当日必ずご持参ください。

3. 全員懇親会

日時：9月20日（金） 19：00～21：00

場所：ダイワロイネットホテル和歌山 4F ボールルームグラン+ホワイエ

※研究会参加者は無料です。どうぞご参加ください。

4. 年会費・新入会受付

会期中の受付場所：ダイワロイネットホテル 4F ホワイエ

【日本消化器画像診断研究会事務局】

〒006-8555 札幌市手稲区前田1条12丁目1-40

手稲溪仁会病院 消化器病センター内

TEL：011-681-8111 FAX：011-685-2967

E-mail：sho.gazou@gmail.com

5. 世話人会

日時：9月20日（金） 12：15～13：15

場所：ダイワロイネットホテル和歌山 4F プレジール

6. 次回のご案内

会期：2020年2月29日（土）

会場：自治医科大学附属さいたま医療センター講堂

当番世話人：力山 敏樹（自治医科大学附属さいたま医療センター）

7. 企業展示

ダイワロイネットホテル和歌山 4F ブランシェ・翡翠

8. フローク

ダイワロイネットホテル和歌山 4F エレベーター横

9. ご注意

本会事務局の許可の無い提示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

10. ドレスコードについて

ビジネスカジュアル（ノーネクタイ）でお越しください。

11. 共催セミナーのご案内

ランチョンセミナー 1：9月20日（金）12：05～13：05

「膵癌に対する術前・術後治療 最近の話題」

演者：江口 英利（大阪大学医学部附属病院 消化器外科）

座長：中尾 昭公（名古屋セントラル病院）

共催：大鵬薬品工業株式会社

ランチョンセミナー 2：9月21日（土）12：30～13：30

「膵がん薬物療法の進歩ーがんゲノム医療でどう変わる？」

演者：古瀬 純司（杏林大学医学部 腫瘍内科学教室）

座長：井岡 達也（大阪国際がんセンター 検診部 消化器検診科）

共催：中外製薬株式会社

イブニングセミナー：9月20日（金）17：50～18：50

「膵癌長期予後を見据えた治療戦略」

演者：庄 雅之（奈良県立医科大学 消化器・総合外科）

座長：田中 雅夫（下関市立市民病院）

共催：EA ファーマ株式会社

モーニングセミナー：9月21日（土）8：00～9：00

「ERCP の技術革新に挑む～ CT 3D ワークステーションを活用した新たな取り組み～」

演者：土岐 真朗（杏林大学医学部医学科 消化器内科）

座長：伊佐山 浩通（順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科）

共催：富士フイルムメディカル株式会社

12. 電子抄録について

本研究会の電子抄録を作成しました。研究会ホームページの「電子抄録」メニューからアクセス、ダウンロードしていただくことが可能です。

電子抄録上登録できる DICOM 画像の数には制限があり、今回は口演発表の演題 28 題およびポスター発表のうち応募が早かった 10 題、合計 38 題の DICOM 画像を登録しています。

<会場での Wi-Fi 環境について>

4F フロアでは、Wi-Fi 環境を設定していますのでご活用ください。アクセスのためのパスワードは会場内にてご案内します。

回線の数に制限がございますので、ご了承ください。

従って、LTE 回線などをご利用できる方は、LTE 回線をご利用いただきますよう、ご協力をお願いいたします。

座長・画像コメンテーター・病理コメンテーター・演者へのご案内

1. 座長の皆様へ

- ・下記発表時間に合わせて会の進行をお願いいたします。
プレナリーセッション：発表 5 分・討論 13 分・座長のまとめ 2 分
口 演：発表 5 分・討論 10 分・座長のまとめ 2 分
ポスターセッション：発表 5 分・討論 10 分
- ・口演担当の座長の皆様は、担当セッションの開始 15 分前に会場前方の「次座長席」にお越しください。
ポスター担当の座長の皆様は、会場前の「ポスター受付」にお立ち寄りのうえ、ポスターセッション開始 10 分前にはポスターパネル前にお越しください。

2. 画像・内視鏡コメンテーターの皆様へ

- ・担当セッションの開始 15 分前に会場前方の「画像・内視鏡コメンテーター席」にお越しください。

3. 病理コメンテーターの皆様へ

- ①プレパラートは口演、ポスターともに事前に各演者より応諾書に記載いただきましたご住所宛てに直接送付されますので、診断・検討いただきますようお願いいたします。
- ②研究会当日はプレパラートを忘れずにご持参いただき、プレパラート受付にお引き渡しいただくか、指定着日 9 月 13 日（金）必着で運営事務局までご送付ください。
送付方法につきましては、後日、送付状とあわせて改めてご案内いたします。
- ③口演担当の先生は担当セッションの開始 15 分前に会場前方の「病理コメンテーター席」にお越しください。
- ④ポスター担当の先生は「ポスター受付」にお立ち寄りのうえ、ポスターセッション開始 10 分前にはポスターパネル前にお越しください。

4. スーパーバイザーの皆様へ

会場前の「ポスター受付」にお立ち寄りのうえ、ポスターセッション開始 10 分前にはポスターパネル前にお越しください。

5. 演者へのお願い

<プレパラートについて>

プレパラートの返却を参加受付横の「プレパラート受付」にて行います。
演者の皆様は、発表終了後にお受け取りください。
取扱いには十分注意いたしますが、万一破損した場合にはご容赦ください。

<優秀賞について>

[最優秀演題賞]

応募演題の中から、優秀演題を選出し、プレナリーセッションを組みました。
その中から、当日の発表を踏まえ、最優秀演題賞を決定します。
表彰を全員懇親会にて行いますので、プレナリーセッションご発表の方はご参加いただきますようお願いいたします。

[優秀ポスター賞]

ポスターセッション毎に、当日の発表を踏まえ、優秀演題を決定します。

表彰を9月21日(土) 13:30～の世話人会報告で行いますので、ポスター演題の方はご参加いただきますようお願いいたします。

<口演発表>

(1) 発表方法と時間

- ・PCによるプレゼンテーションとなります。
- ・発表時間は、下記の通りです。時間厳守をお願いいたします。
プレナリーセッション：発表5分、討論13分、座長のまとめ2分
口 演：発表5分、討論10分、座長のまとめ2分
- ・参加受付を済ませてから、該当するセッションの30分前までにPC受付(4F ホワイエ)へお越しください。
- ・セッション開始15分前までに会場前方の「次演者席」にご着席ください。

(2) 発表データについて

- ・PC受付はございません。ご自身の発表の30分前にはオペレーター席(4F 口演会場内左手前方)にてデータ登録をお済ませください。(USBメモリでご持参ください)。データ試写を行います。
- ・会場のPCにデータをコピーしますが、研究会終了後に責任を持って消去します。
- ・会場のPCが対応しておりますアプリケーションはWindows版PowerPoint2010～2016です。
- ・発表データは、作成したパソコン以外でも正常に動作することをご確認のうえ、ご持参ください。
- ・文字フォントは特殊なものではなく、標準搭載のものをご使用ください。
- ・持ち込まれるメディアのウイルスチェックを済ませてからご持参ください。
- ・つぎの場合はご持参いただいたPCでの発表となります。PCをご持参の上、オペレーター席にて接続をご確認ください。

①動画をお使いの方 ②発表者ツールをお使いの方 ③Macintoshの使用をご希望の方

◇PCを持ち込まれる場合の注意点◇

- ・PCお持込の場合はご発表の30分前には会場内オペレーターへPCをお預けください。
- ・Macintosh、一部のWindows PCではD-SUB15ピンとの接続に変換コネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。
- ・ACアダプター、バックアップデータもあわせてお持ちください。
- ・ノートパソコンから外部モニターに正しく出力されるか、ご確認ください。画像解像度XGA(1024x768)です。
- ・スクリーンセーバー、省電力設定、パスワードを起動時に設定している場合は、解除しておいてください。
- ・発表終了後、会場内オペレーター席にてパソコンを返却します。速やかにパソコンをお受け取りください。



プロジェクターへ



PC側

(3) ご発表時

- ・発表時、演台にモニターとマウスを設置しています。
- ・発表データの1枚目をスライドショーの状態でスクリーンに映写します。
- ・演台上のマウスを使用し、ご自身でスライドの操作を行ってください。

<ポスター発表>

(1) 発表方法と時間

- ・セッション開始時刻をご確認の上、10分前までにはご自身のポスターパネル前にお越しください。
- ・発表と討論は、座長の指示のもとご自身のポスターパネルの前で行います。
- ・発表時間は、下記の通りです。時間厳守をお願いいたします。
ポスターセッション：発表5分・討論10分

(2) ポスター掲示について

- ・ 下図のパネルの規格に従って、演題名、所属名、演者名、発表内容のポスターをご用意ください。
- ・ 演題番号は事務局にて用意いたします。

(3) ポスター貼付・撤去

- ・ ポスター貼付用ピンは各ポスターパネルに準備しておりますので、ご自身の演題番号の掲示場所までお進みください。
- ・ ポスター貼付・撤去については所定の時間内にご自身で行っていただきますよう、お願いいたします。撤去時間を過ぎても掲示してあるポスターは事務局にて処分いたします。

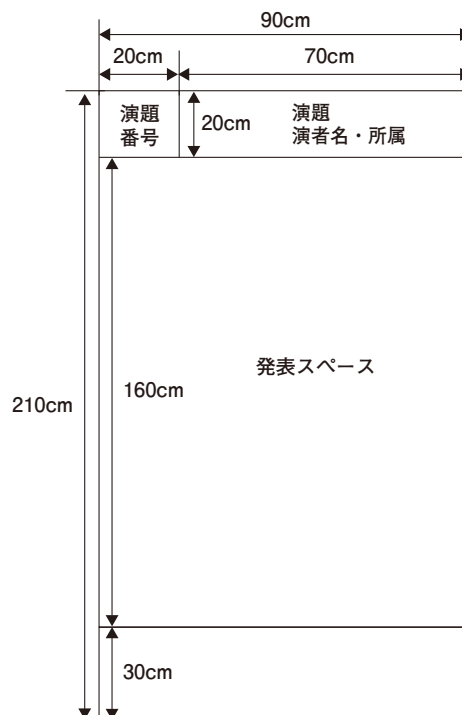
<日程>

貼付：9月21日（土） 8：30～11：00 ※9月20日（金）は貼付できません

発表：9月21日（土）11：00～12：15

撤去：9月21日（土）15：00～16：00

なお、撤去時間を過ぎても掲示してあるポスターは、事務局にて処分いたしますのでご了承ください。



* * * * *

このプログラム・抄録集に印刷されております氏名と所属、抄録内容などはすべて、演題登録時にEメールでご登録いただいた内容をそのままご使用させていただいております。予めご了承ください。

日 程 表

[第 1 日目] 9 月 20 日 (金) 〈ダイワロイネットホテル和歌山〉

口演会場 4F ボールルームグラン		セミナー・ポスター会場 4F プレジール	
8:00			
9:00			
10:00	受付 10:00 開会の挨拶		
11:00	10:05 ~ 10:56 隣 I (O-01 ~ O-03) 座長：花田 敬士 土井隆一郎 病理コメンテーター：柳澤 昭夫 画像コメンテーター：櫻井 康雄 内視鏡コメンテーター：菊山 正隆		
12:00	11:05 ~ 11:56 隣 II (O-04 ~ O-06) 座長：糸井 隆夫 佐野 力 病理コメンテーター：古賀 裕 画像コメンテーター：米田 憲秀 内視鏡コメンテーター：菅野 敦		
13:00	12:05 ~ 13:05 ランチョンセミナー 1 座長：中尾 昭公 演者：江口 英利 共催：大鵬薬品工業株式会社	12:15 ~ 13:15 世話人会	
14:00	14:00 ~ 14:51 胆道 I (O-07 ~ O-09) 座長：安田 一朗 力山 敏樹 病理コメンテーター：山野 三紀 画像コメンテーター：山城 正司 内視鏡コメンテーター：原 和生		
15:00			
16:00	15:00 ~ 17:40 プレナリーセッション (PS-1 ~ PS-7) 座長：入澤 篤志 仲田 興平 病理コメンテーター：鬼島 宏 画像コメンテーター：鈴木耕次郎 内視鏡コメンテーター：脇岡 範 審査員：真口 宏介 蒲田 敏文 山雄 健次		
17:00			
18:00			
19:00		17:50 ~ 18:50 イブニング セミナー 座長：田中 雅夫 演者：庄 雅之 共催：EA ファーマ株式会社	
19:00 ~ 21:00 全員懇親会 (ボールルームグラン)			

[第2日目] 9月21日(土)〈ダイワロイネットホテル和歌山〉

口演会場 4F ボールルームグラン		セミナー・ポスター会場 4F プレジール	
7:30	受付		
8:00	8:00～9:00 モーニングセミナー 座長：伊佐山浩通 演者：土岐 真朗 共催：富士フィルムメディカル株式会社		
9:00	9:00～9:51 膵Ⅲ (O-17～O-19) 座長：瀧沼 朗生 竹山 宜典 病理コメントーター：能登原憲司 画像コメントーター：廣橋 伸治 内視鏡コメントーター：伊藤 啓	8:30～11:00 ポスター 貼付・閲覧	
10:00	10:00～10:51 肝 (O-20～O-22) 座長：植木 敏晴 高田 泰次 病理コメントーター：草野 弘宣 画像コメントーター：小山 貴生		
11:00		11:00～12:15 ポスター セッション (P-01～P-51)	
12:00			<膵Ⅰ> (P-01～P-04) 座長：栴谷 将城 病理コメントーター：高瀬 優 スーパーバイザー：清水 泰博 <膵Ⅱ> (P-05～P-08) 座長：蘆田 玲子 病理コメントーター：安川 寛 スーパーバイザー：北川 裕久 <膵Ⅲ> (P-09～P-12) 座長：有坂 好史 病理コメントーター：松田 陽子 スーパーバイザー：庄 雅之 <膵Ⅳ> (P-13～P-16) 座長：芹川 正浩 病理コメントーター：田尻 琢磨 スーパーバイザー：谷 真至 <膵Ⅴ> (P-17～P-21) 座長：塩路 和彦 病理コメントーター：大森 優子 スーパーバイザー：藤井 努
13:00	12:30～13:30 ランチョンセミナー 2 座長：井岡 達也 演者：古瀬 純司 共催：中外製薬株式会社	ポスター 閲覧	<膵Ⅵ> (P-22～P-26) 座長：比佐 岳史 病理コメントーター：佐々木恵子 スーパーバイザー：羽鳥 隆 <胆道Ⅰ> (P-27～P-30) 座長：根引 浩子 病理コメントーター：福村 由紀 スーパーバイザー：松村 敏信 <胆道Ⅱ> (P-31～P-34) 座長：深澤 光晴 病理コメントーター：濱田 義浩 スーパーバイザー：力山 敏樹 <胆道Ⅲ> (P-35～P-38) 座長：岡庭 信司 病理コメントーター：平林 健一 スーパーバイザー：大塚 隆生 <胆道Ⅳ> (P-39～P-42) 座長：岡部 義信 病理コメントーター：筑後 孝章 スーパーバイザー：内山 和久 <肝Ⅰ> (P-43～P-46) 座長：鈴木耕次郎 病理コメントーター：草野 弘宣 スーパーバイザー：上野 昌樹 <肝Ⅱ・その他> (P-47～P-51) 座長：八隅秀二郎 病理コメントーター：小島 史好 スーパーバイザー：佐野 圭二
14:00	13:30～ 世話人会報告・優秀ポスター賞表彰		
15:00	14:20～15:11 胆道Ⅱ (O-23～O-25) 座長：竹中 完 海野 倫明 病理コメントーター：安川 寛 画像コメントーター：櫻井 康雄 内視鏡コメントーター：加藤 博也		
16:00	15:20～16:11 膵Ⅳ (O-26～O-28) 座長：児玉 裕三 小西 大 病理コメントーター：山口 浩 画像コメントーター：野島 浩司 内視鏡コメントーター：窪田 賢輔	15:00～16:00 ポスター 撤去	
17:00	16:15 閉会の挨拶		
18:00			
19:00			

プログラム

9月20日(金)

10:00～

開会の挨拶

第71回当番世話人

10:05～10:56

膵Ⅰ

座長：花田 敬士（JA広島厚生連尾道総合病院 内視鏡センター）

土井隆一郎（日本赤十字社大津赤十字病院 外科）

病理コメンテーター：柳澤 昭夫（京都第一赤十字病院 病理診断科）

画像コメンテーター：櫻井 康雄（手稲溪仁会病院 放射線診断科）

内視鏡コメンテーター：菊山 正隆（都立駒込病院 消化器内科）

- 01 膵管内乳頭粘液性腫瘍と鑑別が困難であった Von-Hippel-Lindau 病に合併した膵漿液性嚢胞腺腫の1例 **DICOM**

永島 一憲（獨協医科大学 医学部 消化器講座）

- 02 IgG4 陽性形質細胞の浸潤を伴った膵管癌の1例 **DICOM**

丸尾 達（福岡大学筑紫病院 消化器内科）

- 03 IgG 4 関連疾患を背景に約 4 年半の経過で増大した膵腫瘍の1例 **DICOM**

永井 一正（東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野）

11:05～11:56

膵Ⅱ

座長：糸井 隆夫（東京医科大学 消化器内科学分野）

佐野 力（愛知医科大学消化器外科）

病理コメンテーター：古賀 裕（九州大学病院 病理診断科・病理部）

画像コメンテーター：米田 憲秀（金沢大学附属病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：菅野 敦（東北大学 消化器内科）

- 04 膵尾部に限局した若年性再発性膵炎の1例 **DICOM**

関藤 剛（広島大学病院 消化器・代謝内科）

- 05 IPMN の経過観察中に発生した
Intraductal tubulopapillary neoplasm(ITPN) の一症例 **DICOM**

高田 良司（大阪国際がんセンター 肝胆膵内科）

- 06 超音波で非典型的な画像所見を呈した
Solid-pseudopapillary neoplasm の1例 **DICOM**

與那嶺圭輔（仙台市医療センター・仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科）

12:05 ~ 13:05

ランチョンセミナー 1

「膵癌に対する術前・術後治療 最近の話題」

座長：中尾 昭公（名古屋セントラル病院）

演者：江口 英利（大阪大学医学部附属病院 消化器外科）

共催：大鵬薬品工業株式会社

14:00 ~ 14:51

胆道 I

座長：安田 一郎（富山大学大学院医学薬学研究部 内科学第三講座）

力山 敏樹（自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科）

病理コメンテーター：山野 三紀（静岡医療センター 病理診断科）

画像コメンテーター：山城 正司（福井県済生会病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：原 和生（愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部）

○-07 門脈浸潤および胆管内進展を認めた肝内胆管癌（腫瘍形成型 + 胆管内発育型）の 1 例 **DICOM**

関根 匡成（自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科）

○-08 同時性多発胆管癌の一例 **DICOM**

森田 慎一（新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器内科）

○-09 胆管周囲付属腺由来と考えられた IPNB の 1 例 **DICOM**

大畠 昭彦（藤枝市立総合病院 消化器内科）

15:00 ~ 17:40

プレナリーセッション

座長：入澤 篤志（獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座）

仲田 興平（九州大学 臨床・腫瘍外科）

病理コメンテーター：鬼島 宏（弘前大学大学院医学研究科 病理生命科学講座）

画像コメンテーター：鈴木耕次郎（愛知医科大学 放射線科）

内視鏡コメンテーター：脇岡 範（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科）

審査員：真口 宏介（手稲溪仁会病院 教育研究センター）

蒲田 敏文（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 放射線科）

山雄 健次（成田記念病院 消化器内科）

PS-1(O-10) 肝転移巣で NEC 分化し、興味深い画像を呈した肝門部領域胆管癌の 1 例 **DICOM**

大西 佳文（国立病院機構静岡医療センター 消化器内科）

PS-2(O-11) 総胆管に進展・浸潤を認めた胆嚢管原発の intracholecystic papillary and tubular neoplasm (ICPTN) の一例 **DICOM**

青木 修一（東北大学大学院 消化器外科学分野）

PS-3(O-12) Oncocytic 型 IPNB の一切除例 **DICOM**

佐藤 高光（横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学）

PS-4(O-13) 3D CT による膵実質萎縮の評価が進展範囲診断に有用であった 8mm 膵癌の 1 例 DICOM

山雄健太郎（近畿大学病院 消化器内科）

PS-5(O-14) IPMN に併存した多発早期膵癌の一例 DICOM

横出 正隆（JA 尾道総合病院 消化器内科）

PS-6(O-15) AIP 経過観察中に膵実質萎縮部に出現を認めた膵癌の一例 DICOM

出雲崎 晃（金沢大学附属病院 放射線科）

PS-7(O-16) 急性膵炎を契機に発見された膵管内小腫瘍の 1 例 DICOM

石井 達也（手稲溪仁会病院 消化器病センター 内科）

17：50～18：50

イブニングセミナー（会場：プレジール）

「膵癌長期予後を見据えた治療戦略」

座長：田中 雅夫（下関市立市民病院）

演者：庄 雅之（奈良県立医科大学 消化器・総合外科）

共催：EA ファーマ株式会社

19：00～21：00

全員懇親会（会場：ボールルームグラン）

9月21日(土)
8:00～9:00

モーニングセミナー

「ERCPの技術革新に挑む～CT 3Dワークステーションを活用した新たな取り組み～」

座長：伊佐山浩通（順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科）

演者：土岐 真朗（杏林大学医学部医学科 消化器内科）

共催：富士フイルムメディカル株式会社

09:00～09:51

膵 III

座長：潟沼 朗生（手稲溪仁会病院 消化器病センター）

竹山 宜典（近畿大学医学部 外科学教室 肝胆膵外科）

病理コメンテーター：能登原憲司（倉敷中央病院 病理診断科）

画像コメンテーター：廣橋 伸治（大阪暁明館病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：伊藤 啓（仙台市医療センター仙台オープン病院 消化器・肝胆膵内科）

O-17 膵液細胞診よりもEUS-FNAが有用であった微小浸潤癌の1例 DICOM

池田恵理子（自治医科大学内科学講座 消化器内科部門・病理診断科）

O-18 画像上特殊な経過をたどった膵癌の一例 DICOM

谷口 隆之（九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科）

O-19 主膵管多発狭窄を呈した膵管上皮内病変 DICOM

桑谷 将城（北海道大学病院 消化器内科）

10:00～10:51

肝

座長：植木 敏晴（福岡大学筑紫病院 消化器内科）

高田 泰次（愛媛大学大学院医学系研究科 肝胆膵・乳腺外科学）

病理コメンテーター：草野 弘宣（久留米大学医学部 病理学講座）

画像コメンテーター：小山 貴生（和歌山県立医科大学 放射線医学講座）

O-20 非典型的な画像所見を呈し術前診断に苦慮した肝内胆管癌の1例 DICOM

柴原 有（国立がん研究センター東病院 肝胆膵外科）

O-21 EOB-MRI 肝細胞相で等～高信号を呈した beta-catenin 活性化 inflammatory hepatocellular adenoma の一例 DICOM

米田 憲秀（金沢大学附属病院 放射線科）

O-22 興味ある進展形式を示した IPNB の1例 DICOM

山田 淳貴（横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科）

11:00～12:15

ポスターセッション（会場：プレジール）

12:30 ~ 13:30

ランチョンセミナー 2

「膵がん薬物療法の進歩ーがんゲノム医療でどう変わる？」

座長：井岡 達也（大阪国際がんセンター 検診部 消化器検診科）

演者：古瀬 純司（杏林大学医学部 腫瘍内科学教室）

共催：中外製薬株式会社

13:30 ~

世話人会報告・優秀ポスター賞表彰

14:20 ~ 15:11

胆道 II

座長：竹中 完（近畿大学医学部附属病院 消化器内科）

海野 倫明（東北大学 消化器外科学分野）

病理コメンテーター：安川 覚（京都第二赤十字病院 病理診断科）

画像コメンテーター：櫻井 康雄（手稲溪仁会病院 放射線診断科）

内視鏡コメンテーター：加藤 博也（岡山大学病院 消化器内科）

○-23 胆嚢管断端に発生した腫瘍の 1 例 DICOM

高橋 孝輔（富山大学大学院 医学薬学研究部 内科学第三講座）

○-24 下部胆管に原発した癌肉腫の 1 例 DICOM

南 宏典（金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学）

○-25 胆嚢 Mixed adenoneuroendocrine carcinoma の 1 例 DICOM

佐野 貴紀（東北大学大学院 消化器病態学分野）

15:20 ~ 16:11

膵 IV

座長：児玉 裕三（神戸大学 医学部 消化器内科）

小西 大（国立がん研究センター東病院 肝胆膵外科）

病理コメンテーター：山口 浩（東京医科大学 病理診断科）

画像コメンテーター：野畠 浩司（厚生連高岡病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：窪田 賢輔（横浜市立大学附属病院 消化器内科）

○-26 膵管内腫瘍 Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一例 DICOM

益田 朋典（京都大学医学部附属病院 消化器内科）

○-27 急性膵炎を契機に診断された膵萎縮および主膵管拡張を呈した IPMN の一例 DICOM

奴田 絢也（和歌山県立医科大学 内科学第 2 講座）

○-28 非典型的な画像所見を示した通常型膵癌の一例 DICOM

伊藤 泰斗（東京女子医科大学 消化器内科）

16:15 ~

閉会の挨拶

次回当番世話人 力山 俊樹（自治医科大学附属さいたま医療センター一般・消化器外科）
第 71 回当番世話人

ポスターセッション

9月21日(土) 11:00～12:15

ポスター：膵Ⅰ

座長：栞谷 将城（北海道大学病院 消化器内科）

病理コメンテーター：高瀬 優（越谷市立病院 病理診断科）

スーパーバイザー：清水 泰博（愛知県がんセンター 消化器外科部）

- P-01 卵巣様間質を伴う非粘液性嚢胞腺腫の二例 **DICOM**
吉川 雅登（徳島大学 消化器移植外科）
- P-02 術前に膵癌との鑑別が困難であった IgG4 関連動脈周囲炎の一例
氏原 哲郎（新東京病院 消化器内科）
- P-03 主膵管型 IPMN に併存した浸潤性膵管癌の 1 例
與那嶺圭輔（仙台市医療センター・仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科）
- P-04 膵体部粘液癌術後 26 ヶ月目に残膵再発した膵粘液癌の一例
新井田 憩（仙台厚生病院 消化器内科）

ポスター：膵Ⅱ

座長：蘆田 玲子（大阪国際がんセンター 消化器検診科）

病理コメンテーター：安川 寛（京都第二赤十字病院 病理診断科）

スーパーバイザー：北川 裕久（倉敷中央病院 外科）

- P-05 短期間で形態変化を認めた膵腺房細胞癌の 1 例 **DICOM**
池田 未緒（東北大学大学院 消化器病態学分野）
- P-06 真性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の 1 切除例
深見 保之（愛知医科大学 消化器外科）
- P-07 演題取り下げ
- P-08 経時的な画像変化を来した膵神経内分泌腫瘍の 1 例
勝田泰志郎（大分アルメイダ病院 消化器内科）

ポスター：膵Ⅲ

座長：有坂 好史（日本生命済生会日本生命病院 消化器内科）

病理コメンテーター：松田 陽子（香川大学医学部 病理病態・生態防御医学講座 腫瘍病理学）

スーパーバイザー：庄 雅之（奈良県立医科大学 消化器・総合外科）

- P-09 膵粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) 破裂の 1 切除例 **DICOM**
林 佑穂（けいゆう病院 消化器内科）
- P-10 主膵管内に充満した粘液産生に乏しい pancreato-biliary type IPMN の 1 例
中野 遼太（神戸大学医学部附属病院 消化器内科）

P-11 多発腫瘍像を呈した広範囲浸潤性膵管癌 **DICOM**

遠藤 裕平（自治医大さいたま医療センター 一般・消化器外科）

P-12 GnP に反応せず FOLFIRINOX で腫瘍マーカーが著減した膵体部腫瘍の 1 切除例 **DICOM**

中山 雄介（大津赤十字病院 外科）

ポスター：膵 IV

座長：芹川 正浩（広島大学病院 消化器・代謝内科）

病理コメンテーター：田尻 琢磨（東海大学医学部付属八王子病院 病理診断科）

スーパーバイザー：谷 眞至（滋賀医科大学 消化器外科）

P-13 術前は乳頭部癌と診断され、リンパ節ごとに分化度の異なる転移がみられた膵癌症例

加藤 喬（倉敷中央病院 外科）

P-14 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) と鑑別が困難であった膵嚢胞性病変の 1 切除例

畔元 信明（松山赤十字病院 肝臓・胆のう・膵臓内科）

P-15 腹腔内へ自然破裂をきたした混合型膵管内乳頭状粘液性腺癌の 1 例

原井 正太（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科）

P-16 術前に縮小した MCC の 1 例

東 俊二郎（公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター 消化器内科）

ポスター：膵 V

座長：塩路 和彦（新潟県立がんセンター新潟病院 内科）

病理コメンテーター：大森 優子（東北大学大学院医学系研究科 病態病理学）

スーパーバイザー：藤井 努（富山大学 消化器・腫瘍・総合外科）

P-17 巨大肝転移巣切除により診断した微小膵腺房細胞癌の 1 例

大畠 慶直（金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学）

P-18 診断に難渋した Solid-pseudopapillary neoplasm の一例

落合 正（大阪市立総合医療センター 消化器内科）

P-19 非典型的な画像所見を呈した膵神経内分泌腫瘍の 1 例 **DICOM**

塩路 和彦（新潟県立がんセンター新潟病院 内科）

P-20 膵・胆管合流異常術後、膵尾部 ITPC に 1 切除例

浅野 之夫（藤田医科大学 ばんだね病院外科）

P-21 詳細な画像評価および EUS-FNA による病理学的評価が診断に有用であった膵頭部腫瘍性病変の 1 例

織田 典明（国立病院機構金沢医療センター 消化器内科）

ポスター：膵 VI

座長：比佐 岳史（佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科）

病理コメンテーター：佐々木恵子（静岡県立静岡がんセンター 病理診断科）

スーパーバイザー：羽鳥 隆（国際医療福祉大学 三田病院 消化器センター）

P-22 膵尾部に生じた悪性リンパ腫の 1 例

松永 望（愛知医科大学 放射線科）

P-23 興味深い画像所見を呈した膵頭部 IPMN 由来浸潤癌の 1 例

高野 仁（愛知県がんセンター 消化器外科部）

P-24 増大傾向を示し悪性リンパ腫が疑われた膵尾部腫瘤の 1 例 DICOM

高木 馨（三井記念病院 消化器内科）

P-25 膵管癌から発生した膵神経内分泌腫瘍の一例

北川 貴之（川崎医科大学附属病院）

P-26 膵管内乳頭粘液性腫瘍または膵粘液癌原発腹膜偽粘液腫の一例

片岡 温子（国立国際医療研究センター病院 外科）

ポスター：胆道 I

座長：根引 浩子（大阪市立総合医療センター 消化器内科）

病理コメンテーター：福村 由紀（順天堂大学 人体病理病態学講座）

スーパーバイザー：松村 敏信（沖縄県立宮古病院 外科）

P-27 平坦隆起型の胆嚢腸型腺腫の一例

山子 泰加（愛媛県立中央病院 消化器内科）

P-28 術前診断に苦慮した IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

野田まりん（慶応大学医学部 消化器内科）

P-29 EUS - FNA で診断し得た十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の 1 例

千葉 和朗（がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科）

P-30 腎細胞癌の胆嚢転移の 1 例

吉川 成一（長岡赤十字病院 消化器内科）

ポスター：胆道Ⅱ

座長：深澤 光晴（山梨大学医学部 第一内科）

病理コメンテーター：濱田 義浩（福岡大学医学部 病理学講座）

スーパーバイザー：カ山 敏樹（自治医科大学附属さいたま医療センター 一般・消化器外科）

P-31 胆嚢陥凹性病変の1例

工藤 彰治（佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科）

P-32 診断に苦慮した肝内・胆嚢内病変の一例 DICOM

宮本 和也（岡山大学病院 消化器内科）

P-33 術前診断に難渋した胆嚢腫瘍の1例 DICOM

早川 宏（山梨大学医学部 第1内科）

P-34 急性胆嚢炎を契機に診断に至った進行胆嚢癌の1例

渋谷 和人（富山大学大学院 医学薬学研究部 消化器・腫瘍・総合外科）

ポスター：胆道Ⅲ

座長：岡庭 信司（飯田市立病院 消化器内科）

病理コメンテーター：平林 健一（東海大学医学部基盤診療学系病理診断学）

スーパーバイザー：大塚 隆生（九州大学 臨床・腫瘍外科）

P-35 膵尾部腫瘍の手術前後で内視鏡像に変化をきたし、十二指腸乳頭部癌と診断して外科的切除を実施した1例

羽場 真（愛知県がんセンター 消化器内科）

P-36 胆嚢炎症性ポリープの一例

荻巣 恭平（日本生命病院消化器内科）

P-37 膵・胆管合流異常に合併し、内部に複数の小嚢胞構造と樹脂状の血流シグナルを認めたI p型胆嚢癌の1例

岡庭 信司（飯田市立病院 消化器内科）

P-38 特異な発生進展形式を来した肝外胆管周囲腫瘍の一例

金田 遼（がん研究会有明病院 肝胆膵内科）

ポスター：胆道Ⅳ

座長：岡部 義信（久留米大学 医学部 内科学講座消化器内科部門）

病理コメンテーター：筑後 孝章（近畿大学病院病理診断科）

スーパーバイザー：内山 和久（大阪医科大学 一般・消化器外科）

P-39 胆管炎を契機に発見された IPNB の一例

石井 重登（順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科）

P-40 脾・胆管高位合流に合併した胆嚢隆起性病変の 1 例

長川 達哉（札幌厚生病院 消化器内科（胆膵内科））

P-41 検診内視鏡で指摘された胆のう結腸瘻の 1 例

石田 典仁（国立病院機構静岡医療センター 消化器内科）

P-42 胆嚢癌術後約 1 年で上部胆管に発症した IPNB の 1 例

高木 亮（浦添総合病院消化器病センター 内科）

ポスター：肝Ⅰ

座長：鈴木耕次郎（愛知県医科大学 放射線科）

病理コメンテーター：草野 弘宣（久留米大学医学部 病理学講座）

スーパーバイザー：上野 昌樹（和歌山県立医科大学 第二外科）

P-43 MRI 拡散強調画像から見た肝内胆管癌の 腫瘍悪性度に関する検討

山田眞一郎（徳島大学 消化器・移植外科）

P-44 著しい早期濃染を呈し、半年間で増大傾向を示した高分化型肝細胞癌の 1 例

南口貴世介（奈良県立医科大学 放射線・核医学科）

P-45 肝原発腺扁平上皮癌の一例

貝沼 雅彦（帝京大学外科学講座）

P-46 肝内胆管癌との鑑別診断に難渋した膀胱癌肝転移の 1 例

岡崎 充善（金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学）

ポスター：肝Ⅱ・その他

座長：八隅秀二郎（公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院 消化器内科）

病理コメンテーター：小島 史好（和歌山県立医科大学 人体病理学講座）

スーパーバイザー：佐野 圭二（帝京大学 外科学講座）

P-47 アルコール性肝硬変に合併した多発多血性腫瘍

久野木康仁（獨協医科大学 消化器内科）

P-48 術前診断が困難であった肝腫瘍の 1 例

菅野 裕樹（久留米大学 外科学講座）

P-49 GIST との鑑別を要したデスモイド型線維腺腫症の一例 DICOM

武原悠花子（徳島大学病院 消化器移植外科）

P-50 結核性腹膜炎の一例

趙 明浩（東京城東病院 外科）

P-51 術前診断が困難であった成人小腸重複腸管の 1 例

良元 俊昭（徳島大学 外科学）

口 演

膵 I

座長：花田 敬士（JA 広島厚生連尾道総合病院 内視鏡センター）

土井隆一郎（日本赤十字社大津赤十字病院 外科）

病理コメンテーター：柳澤 昭夫（京都第一赤十字病院 病理診断科）

画像コメンテーター：櫻井 康雄（手稲溪仁会病院 放射線診断科）

内視鏡コメンテーター：菊山 正隆（都立駒込病院 消化器内科）

O-01 膵管内乳頭粘液性腫瘍と鑑別が困難であった Von-Hippel-Lindau 病に合併した膵漿液性嚢胞腺腫の 1 例 DICOM

永島 一憲（獨協医科大学 医学部 消化器講座）

O-02 IgG4 陽性形質細胞の浸潤を伴った膵管癌の 1 例 DICOM

丸尾 達（福岡大学筑紫病院 消化器内科）

O-03 IgG4 関連疾患を背景に約 4 年半の経過で増大した膵腫瘍の 1 例 DICOM

永井 一正（東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野）

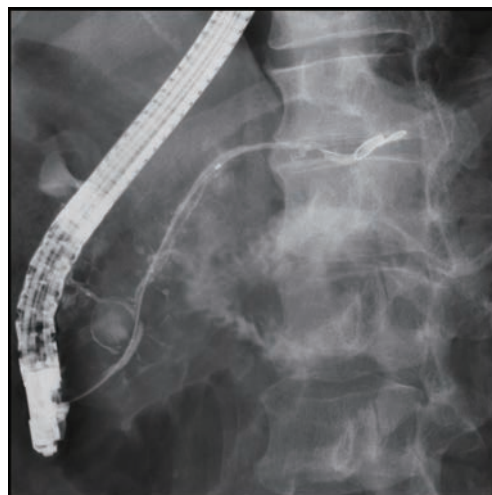
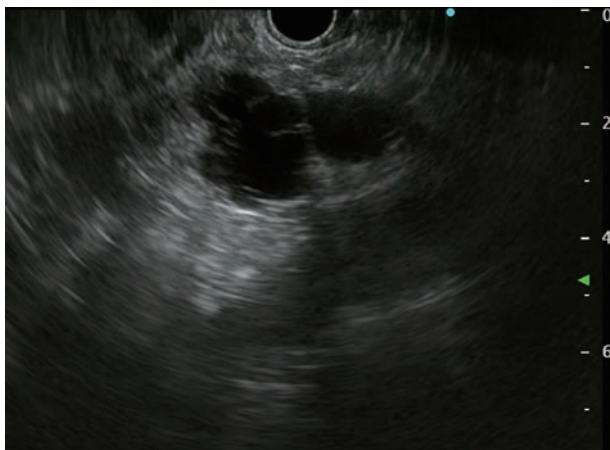
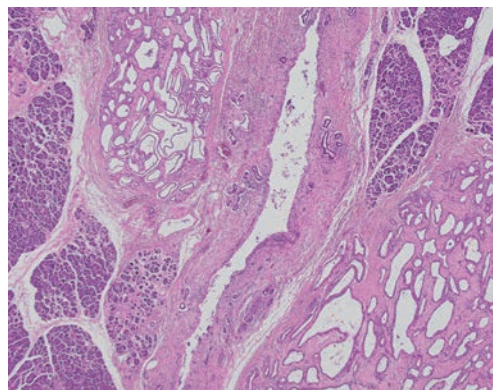
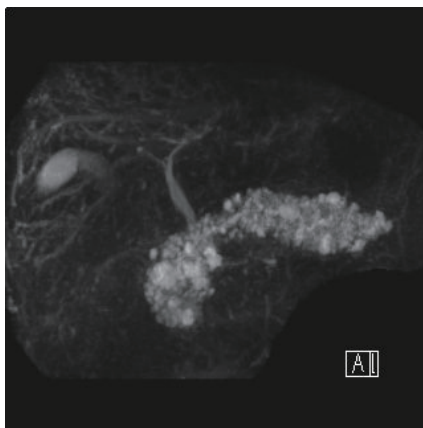
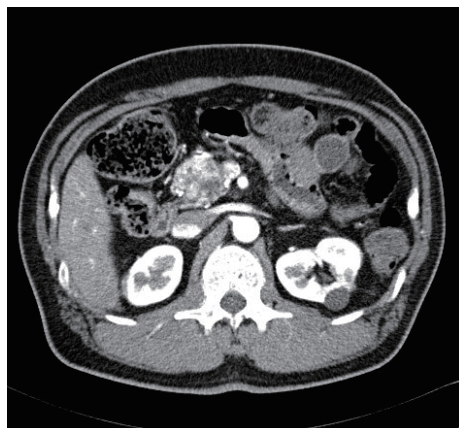
O-01 膵管内乳頭粘液性腫瘍と鑑別が困難であった Von-Hippel-Lindau 病に合併した膵漿液性嚢胞腺腫の 1 例

永島 一憲、田中 孝尚、水口 貴仁、井澤 直哉、岩崎 茉莉、山宮 知、陣内 秀仁、山部 茜、土田 幸平、入澤 篤志

獨協医科大学 医学部 消化器講座

40 歳台男性。Von-Hippel-Lindau 病 (HVL)、骨軟骨炎、眼血管腫、糖尿病、腎癌の既往あり。多発膵嚢胞にて経過観察されていたが、膵頭部の嚢胞が増大傾向のため当科を紹介受診。血液生化学検査では、膵 AMY の軽度上昇の他には腫瘍マーカーを含め異常値は認めず。腹部 CT では膵全体に小嚢胞性病変が存在し、膵頭部では比較的大きめの多房性嚢胞を認めた。MRI も CT と同様の所見であり、拡散強調で膵頭部病変は軽度高信号を呈した。同病変は EUS では外に凸の隔壁を有する 30mm 大の多房性嚢胞として観察され、内部に結節を認めた。ERP では、乳頭からの粘液の排出は認めなかったが、膵頭部の多房性嚢胞と膵管との交通を認め、膵管内乳頭粘液性腫瘍 (IPMN) と診断した。本症例では背景膵に多発する小嚢胞を認めており、これらが VHL に合併した漿液性嚢胞腺腫 (SCA) の可能性もあるものの、IPMN の存在や併存する膵癌・発癌の可能性もあることから膵全摘術を施行した。病理では、頭部の多房性嚢胞内腔面はグリコーゲンが豊富な細胞質を含む単層の上皮で覆われており、膵管との交通はなく SCA と診断した。膵全体に多発した嚢胞は全て SCA であり、VHL に合併するとされる単純性嚢胞ではなかった。また、IPMN は認めなかった。討論いただきたいこと：SCA が膵管と交通があった原因、膵全体の小嚢胞の病態。

DICOM 画像リンクボタン 



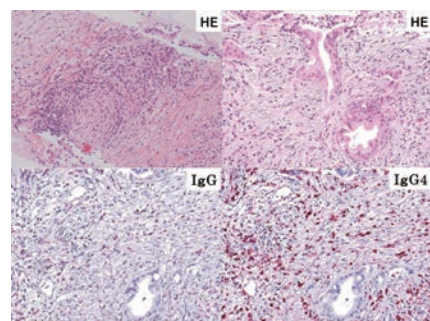
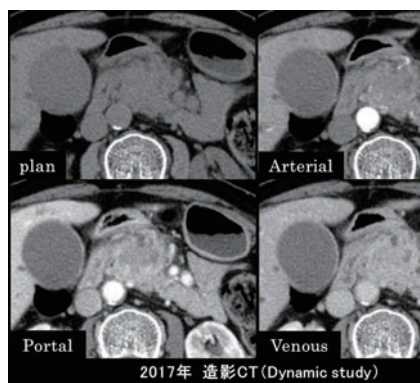
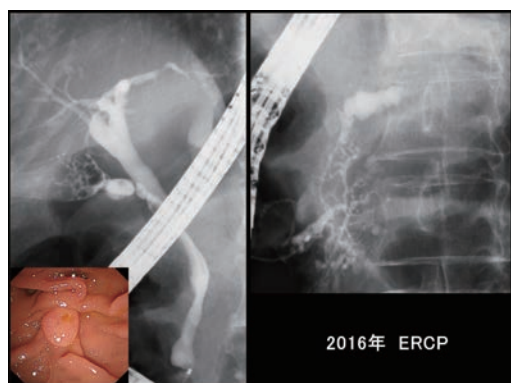
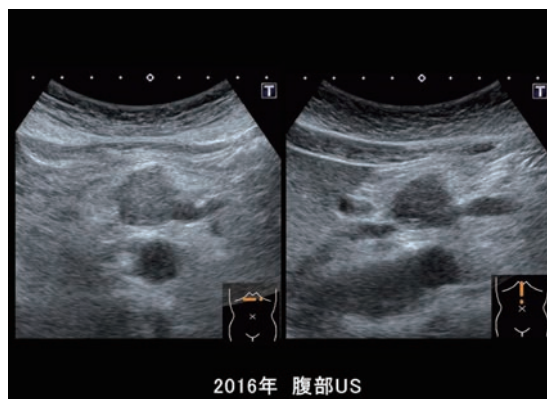
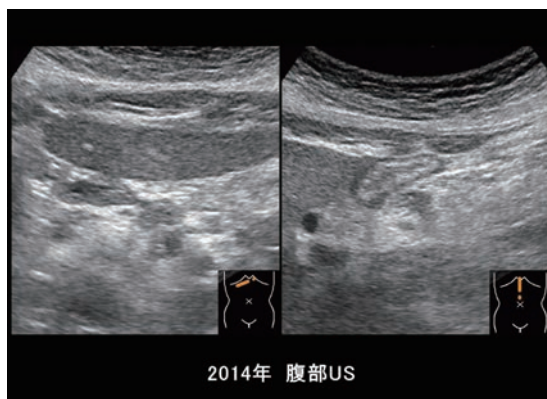
O-02 IgG4陽性形質細胞の浸潤を伴った膵管癌の1例

丸尾 達¹⁾、植木 敏晴¹⁾、平塚 裕晃¹⁾、伊原 諒¹⁾、畑山 勝子¹⁾、永山 林太郎¹⁾、野間 栄次郎¹⁾、
八尾 建史²⁾、池園 剛³⁾、太田 敦子³⁾、原岡 誠司³⁾

福岡大学筑紫病院 消化器内科¹⁾、同 内視鏡部²⁾、同 病理部³⁾

症例は70代女性。2011年に近医の腹部USで膵頭部に低エコー腫瘤を指摘されたが、経過観察となっていた。2014年に再度行った腹部USで径14mmと増大しており、精査目的で紹介となった。腫瘍マーカーは正常範囲内であった。腎機能障害（eGFR：23.6mL/min）のため造影CTは撮影できなかったが、MRCP、ERCPで膵管に異常なく、膵液細胞診はClassIであった。経皮的膵生検で悪性所見を得られなかったため、経過観察となった。2016年にを行った腹部USで低エコー腫瘤は径20mmと、さらに増大したため、再度精査を行った。腫瘍マーカーは正常範囲内であったが、IgG4が275mg/dLと高値であった。MRCP、ERCPで、膵頭部主膵管は狭窄しており、狭窄部より尾側膵管は拡張していた。経皮的膵生検で、IgG4陽性形質細胞の浸潤があり、自己免疫性膵炎の診断であったが、異型細胞を伴っていた。2017年に黄疸が出現し、CEA6.0ng/mL、IgG4が334mg/dLと高値であった。膵生検組織は前回と同様に、IgG4陽性形質細胞の浸潤があり、大小不同の核を認め、膵管癌の診断となった。eGFRが32.9mL/minであり、切除不能と判断し、化学療法（GEM + nab-PTX）を開始した。一旦腫瘍は縮小したが、肝臓に遠隔転移が出現し、2018年2月に永眠された。血清IgG4の上昇と膵生検組織で、IgG4陽性形質細胞の浸潤を伴った膵管癌の1例を経験した。膵管癌によるIgG4陽性形質細胞の浸潤か、あるいはIgG4関連疾患による膵管癌の発生か検討して頂きたい。

DICOM画像リンクボタン



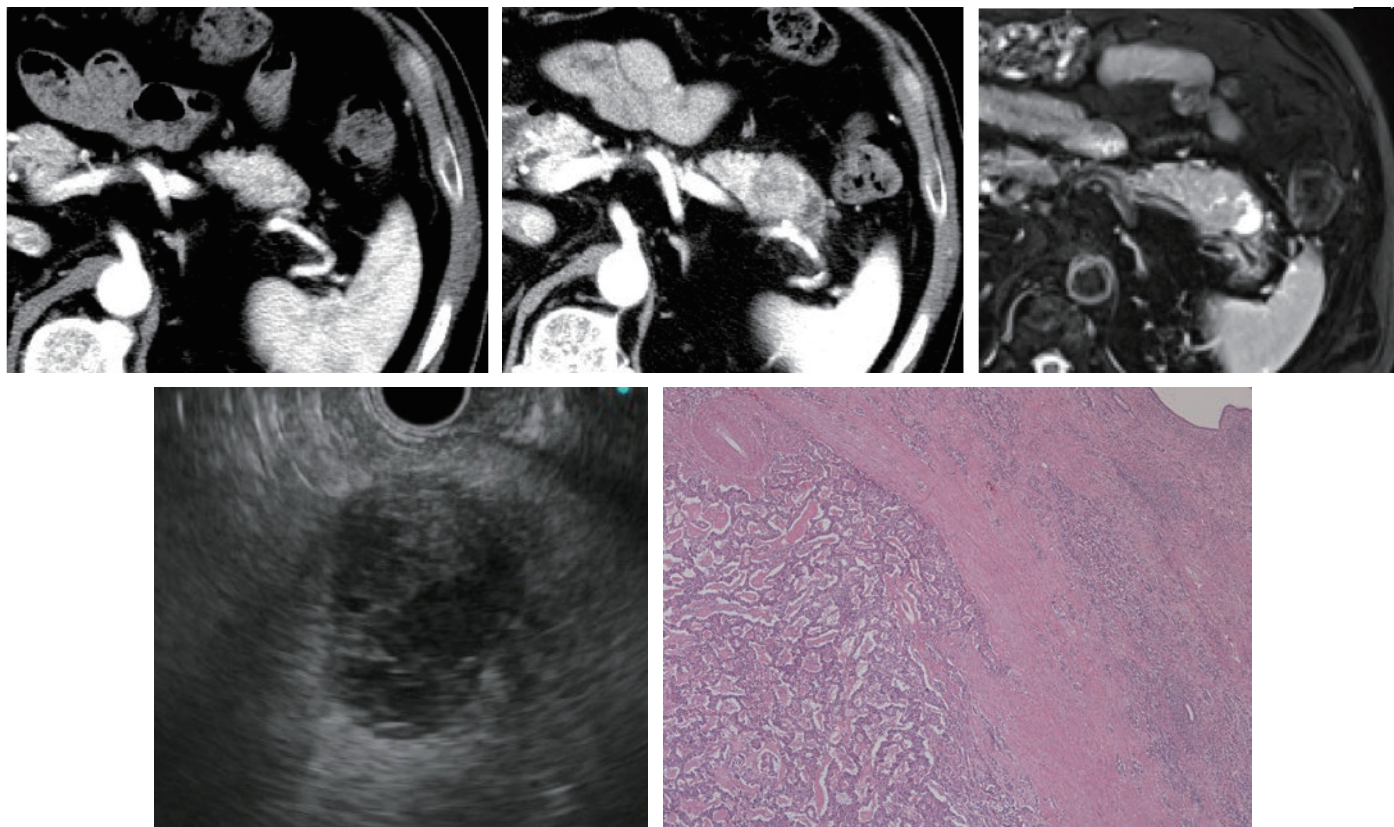
O-03 IgG 4 関連疾患を背景に約4年半の経過で増大した膵腫瘍の1例

永井 一正¹⁾、石井 健太郎¹⁾、向井 俊太郎¹⁾、本定 三季¹⁾、殿塚 亮祐¹⁾、田中 麗奈¹⁾、土屋 貴愛¹⁾、
祖父尼 淳¹⁾、山口 浩²⁾、糸井 隆夫¹⁾

東京医科大学 臨床医学系 消化器内科学分野¹⁾、東京医科大学 臨床医学系 人体病理学分野²⁾

症例は50歳代男性。2013年8月、尿管周囲腫瘍のため当院泌尿器科を受診。血清IgG4高値であったことから後腹膜線維症が疑われ、プレドニンが開始された。CTにて、膵尾部に濃染される約20mm大の腫瘍影を認めたが、自己免疫性膵炎に伴う腫瘍形成性膵炎と判断され、主科でフォローの方針となった。その後、定期画像検査では明らかな変化を認めなかったが、2018年1月のCTにて膵尾部腫瘍増大を認めたため当科紹介となった。腫瘍は造影CT上、約30mm大と増大し、遅延性濃染を呈していた。MRI上、T1WIで低信号、T2WI、DWIで淡い高信号を呈していた。EUSでは、境界明瞭、内部不均一な低エコー腫瘍として描出され、一部に石灰化を伴い、辺縁には無エコー域を認めた。腫瘍形成性膵炎が第一に疑われたが、膵癌との鑑別目的にEUS-FNAが施行された。病理組織では小型の均一な腫瘍細胞が観察され、免疫組織化学染色ではchromogranin A、synaptophysinが陽性であり、Neuroendocrine tumor (NET)と診断され、膵体尾部切除術が施行された。病理組織では、CTでみられた腫瘍に一致してNETの所見を認め、線維成分が豊富に介在していた。Ki-67 labeling indexは2.9%で、NET G1の診断となった。腫瘍周囲の膵実質は、特に腫瘍尾側で自己免疫性膵炎に特徴的な所見を強く認めた。IgG4関連疾患に膵腫瘍が合併する報告は散見されるが、約4年半の経過で形態変化を来し、画像・病理所見が示唆に富んだ1例であり報告する。

DICOM画像リンクボタン



膵Ⅱ

座長：糸井 隆夫（東京医科大学 消化器内科学分野）

佐野 力（愛知医科大学消化器外科）

病理コメンテーター：古賀 裕（九州大学病院 病理診断科・病理部）

画像コメンテーター：米田 憲秀（金沢大学附属病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：菅野 敦（東北大学 消化器内科）

O-04 膵尾部に局限した若年性再発性膵炎の1例 DICOM

関藤 剛（広島大学病院 消化器・代謝内科）

O-05 IPMN の経過観察中に発生した Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一症例 DICOM

高田 良司（大阪国際がんセンター 肝胆膵内科）

O-06 超音波で非典型的な画像所見を呈した Solid-pseudopapillary neoplasm の1例 DICOM

與那嶺圭輔（仙台市医療センター・仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科）

O-04 膵尾部に局限した若年性再発性膵炎の1例

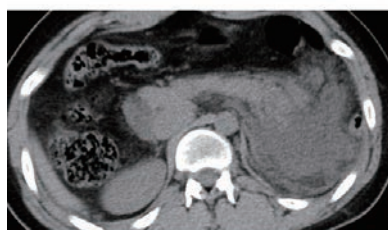
関藤 剛¹⁾、芹川 正浩¹⁾、石井 康隆¹⁾、壺井 智史¹⁾、河村 良太¹⁾、津島 健¹⁾、中村 真也¹⁾、
平野 哲朗¹⁾、池本 珠莉¹⁾、村上 義昭²⁾、茶山 一彰¹⁾

広島大学病院 消化器・代謝内科¹⁾、広島大学病院 消化器外科²⁾

症例は10歳代、男性。200X年の9月に急性膵炎を発症し、以後同年10月、12月にも繰り返し膵炎を発症した。いずれも膵尾部に局限した膵炎であり、保存的加療で軽快した。既往歴や家族歴、生活歴に特記事項は認めなかった。当科入院時には膵炎所見は改善しており、アミラーゼやリパーゼは正常値であった。腹部CTでは膵尾部は限局性に萎縮し、被膜を有する20mm大の嚢胞を認めた。MRCPでは膵尾部の主膵管狭窄および分枝膵管の拡張を認め、仮性嚢胞様の所見を認めた。EUSでは膵尾部に主膵管狭窄を認め、同部位は境界不明瞭な低エコー領域として描出された。尾側膵には嚢胞状の拡張を認めた。頭部から体部は正常膵であった。膵管の限局性狭窄あるいはSPNなどの腫瘍性病変も疑われたため、ERCPとEUS-FNAを施行した。ERPでは体尾部の主膵管に短い狭窄と屈曲を認め、同部位から足側には嚢状に拡張した分枝膵管が造影された。低エコー領域のEUS-FNAでは炎症細胞浸潤を認めるのみであった。腫瘍性病変は否定的と考えたが、膵管狭窄に起因した反復性膵炎と診断し脾温存膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的所見では、膵尾部嚢胞は主膵管と連続性がなく、被覆上皮は胃底腺や幽門腺を含む陰窩上皮で覆われており、平滑筋層も有していた。これらは膵内に発生した異所性胃粘膜病変であり、後腹膜消化管重複症と診断した。

DICOM画像リンクボタン

★腹部CT

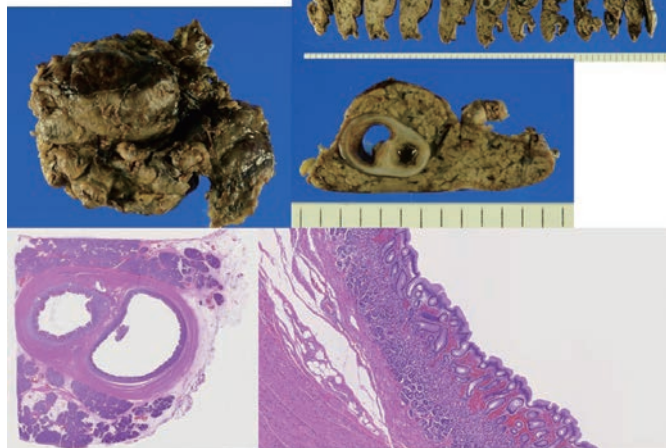


前医急性膵炎発症時

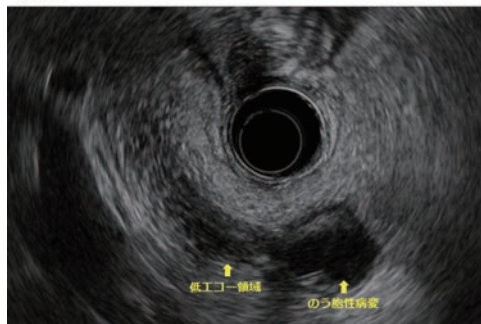


当科入院時

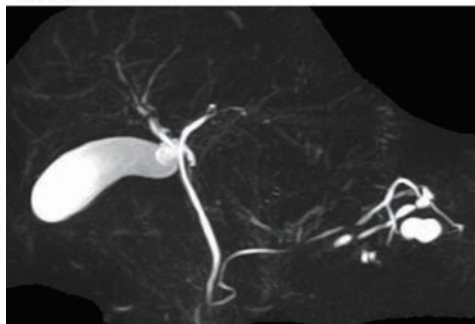
★病理標本



★EUS



★MRCP



★ERCP



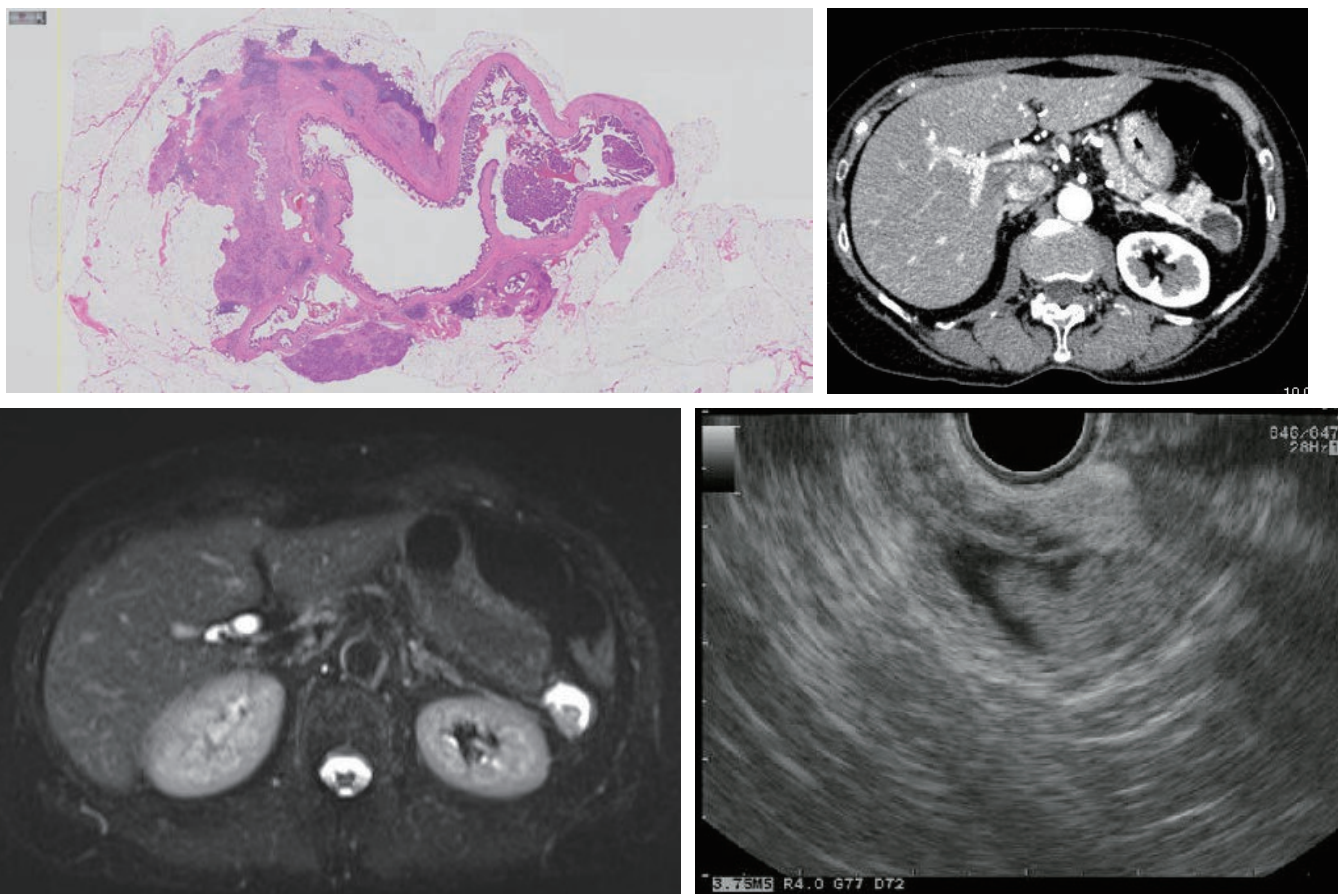
O-05 IPMNの経過観察中に発生した Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一症例

高田 良司¹⁾、蘆田 玲子²⁾、清田 良介¹⁾、今井 俊裕¹⁾、阿部 友太郎¹⁾、池澤 賢治¹⁾、福武 伸康¹⁾、高橋 秀典³⁾、長田 盛典⁴⁾、大川 和良¹⁾

大阪国際がんセンター 肝胆膵内科¹⁾、大阪国際がんセンター 消化器検診科²⁾、
大阪国際がんセンター 消化器外科³⁾、大阪国際がんセンター 病理診断科⁴⁾

【症例】67歳，女性．【既往歴】61歳時に左乳癌．【痛家族歴】なし．【現病歴】検診の腹部エコーで膵尾部の主膵管と交通する30mm大の多房性嚢胞と3.5mm大の主膵管拡張を認め，2007年に当院紹介となった．Intrapapillary mucinous neoplasm (IPMN)として半年毎に画像検査を行い著変なく経過していたが，2018年11月に膵炎を発症した．その際の腹部エコーで膵尾部の嚢胞内部に充実像が指摘された．MRIではT2強調画像で嚢胞内部に13mm大のdefectを認めDWIで拡散の低下を認めた．造影CTでは嚢胞内部に淡く造影される充実像を認めたが膵外浸潤所見は認めなかった．EUSで嚢胞内に16mm大の充実性腫瘍を認め，造影EUSで充実部はisovascularに造影され内部に異常血管を認めた．腫瘍マーカーは全て正常範囲内であった．ERCPは患者が希望されなかった．Intraductal papillary mucinous carcinoma (IPMC)を強く疑い，膵体尾部切除術および脾摘術を施行した．術後経過は問題なく術後18日目に退院した．術後病理診断で膵嚢胞内部にみられた充実性腫瘍部位はIntraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN), pTis pN0 pM0, pStage 0 (JPS 第7版)であり，同嚢胞内部に主病変と連続するようにlow grade IPMNを認めた．【結語】IPMNフォローアップ中に発生したITPNに対して治癒切除しえた貴重な症例を経験したので報告する．【討議して欲しい点】IPMNにITPNが合併することがあるのか？術前検査で鑑別が可能なのか？

DICOM画像リンクボタン



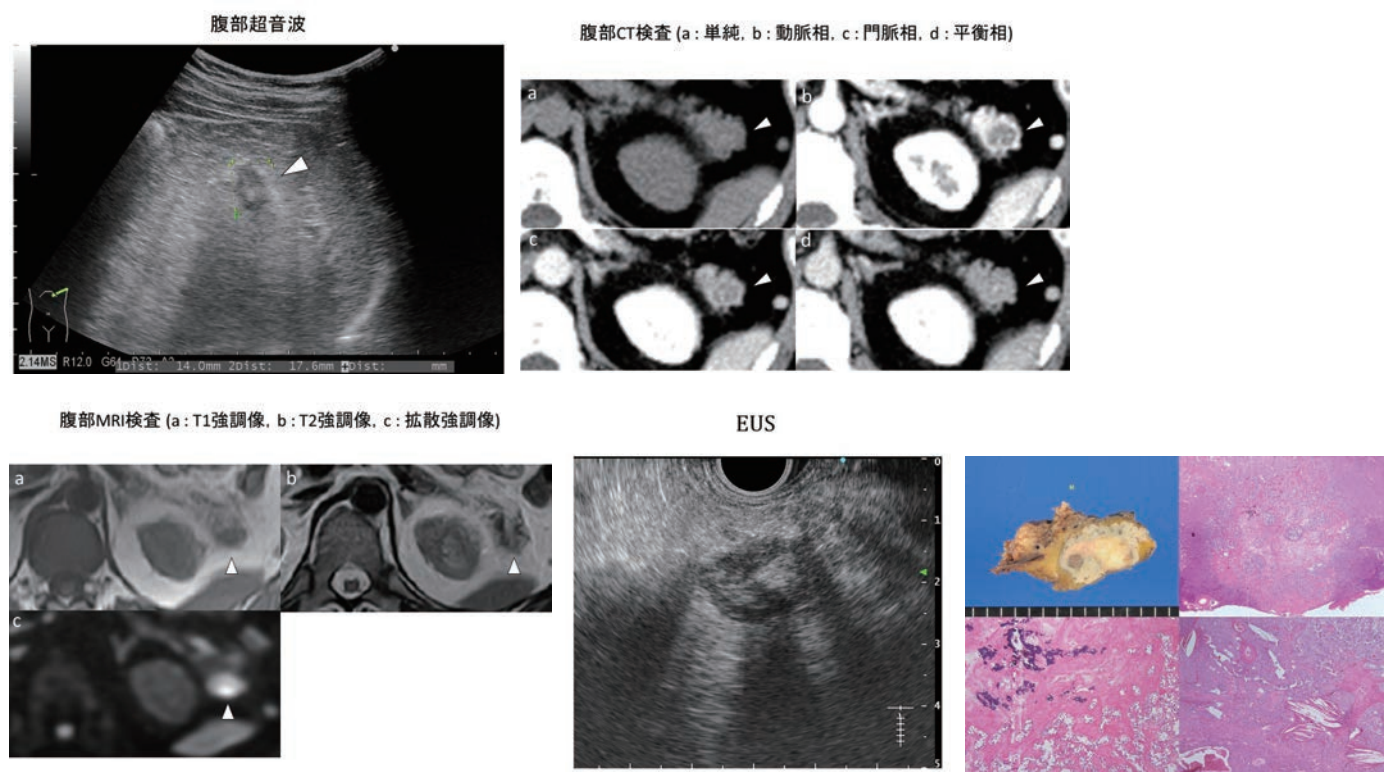
O-06 超音波で非典型的な画像所見を呈した Solid-pseudopapillary neoplasm の1例

與那嶺 圭輔¹⁾、越田 真介¹⁾、伊藤 啓¹⁾、菅野 良秀¹⁾、小川 貴央¹⁾、楠瀬 寛顕¹⁾、枡 かおり¹⁾、岡田 恭穂²⁾、及川 昌也²⁾、野田 裕³⁾、澤井 高志³⁾

仙台市医療センター・仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科¹⁾、同 消化器外科・一般外科²⁾、同 病理部³⁾

症例は47歳男性。他院健診のUSで膵尾部に15mm大の腫瘤を認め、精査目的に当院紹介となった。USでは脾門近傍に15mm大の境界明瞭で内部高エコー、周囲低エコーを呈する腫瘤を認めた。同腫瘤は単純CTで内部に点状の石灰化を確認でき、造影CTで境界明瞭な遅延性濃染を示した。MRIではT1WIでやや低信号、T2WIでやや高信号、DWIで拡散能の低下を認めた。MRCPでは主膵管の拡張や閉塞は認めなかった。EUSでは膵尾部に比較的境界明瞭で内部中心に大部分が高エコー、周囲が低エコーを示す腫瘤を認め、高エコー領域の一部には石灰化を示唆する音響陰影がみられた。超音波所見は非典型的だが solid-pseudopapillary neoplasm (SPN) や neuroendocrine neoplasm (NEN) を疑い、確定診断のため EUS-FNA を施行した。HE 染色では小型類円形核を持つ異型細胞塊が血管を軸とした偽乳頭状構造を認め SPN を強く疑うも、免疫染色で β -カテニンは陰性のため確定診断には至らなかった。以上より SPN または NEN を疑い、腹腔鏡下膵体尾部切除術および脾臓合併切除術を施行した。切除標本では膵尾部に15×11mmの境界明瞭な黄白色の腫瘍を認め、組織像では腫瘤は辺縁部を中心に異型細胞で構成され、中心部は大部分が間質で占められ、この両者の境を中心に泡沫細胞が散見していた。切除標本の免疫染色では β -カテニンは核内陽性であり、SPN と最終診断した。本症例の超音波画像と組織像との相関性についてご討議いただきたい。

DICOM画像リンクボタン



胆 道 I

座長：安田 一郎（富山大学大学院医学薬学研究部 内科学第三講座）

力山 敏樹（自治医科大学附属さいたま医療センター
一般・消化器外科）

病理コメンテーター：山野 三紀（静岡医療センター 病理診断科）

画像コメンテーター：山城 正司（福井県済生会病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：原 和生（愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部）

O-07 門脈浸潤および胆管内進展を認めた肝内胆管癌（腫瘍形成型 + 胆管内発育型） の 1 例 **DICOM**

関根 匡成（自治医科大学附属さいたま医療センター 消化器内科）

O-08 同時性多発胆管癌の一例 **DICOM**

森田 慎一（新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器内科）

O-09 胆管周囲付属腺由来と考えられた IPNB の 1 例 **DICOM**

大島 昭彦（藤枝市立総合病院 消化器内科）

O-07 門脈浸潤および胆管内進展を認めた肝内胆管癌 (腫瘍形成型+胆管内発育型) の1例

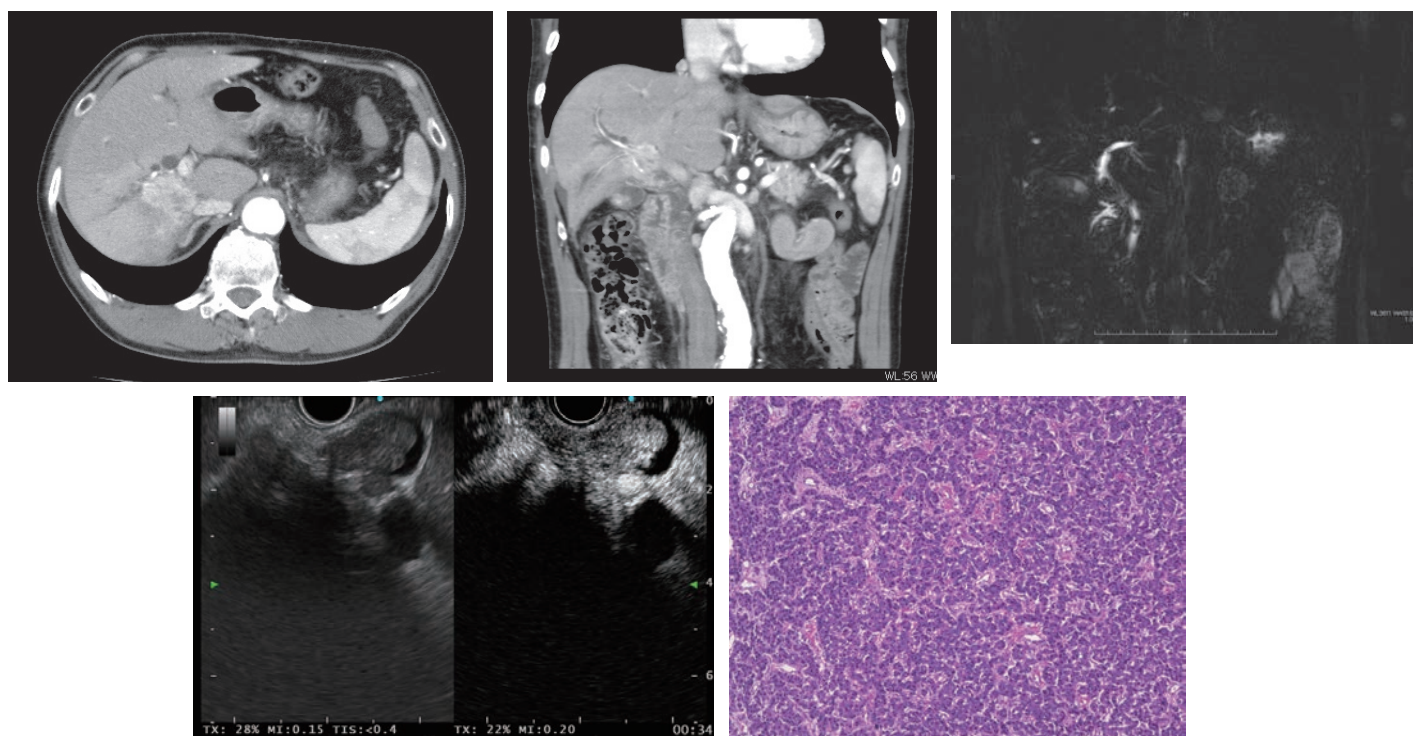
関根 匡成¹⁾、藤原 純一¹⁾、野田 弘志²⁾、力山 敏樹²⁾、眞嶋 浩聡¹⁾

自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器内科¹⁾、

自治医科大学付属さいたま医療センター 消化器外科²⁾

【症例】70歳代男性。【主訴】なし(検診異常)。【現病歴】検診にて肝胆道系酵素上昇を指摘され、近医受診となった。近医施行のCTで肝門部胆管癌の診断になり、ERCPを施行されたが、膵管挿管のみで終了となり、翌日ERCP後膵炎発症したため当院に転院となった。当院にてCT、EUSを施行。ERCP後膵炎は予後因子1点(年齢)、CTgrade2の重症膵炎として治療開始した。CTでは、右葉に40mm大の濃染される腫瘍を認め、内部に壊死を認めた。腫瘍の一部は胆管内に進展していた。右門脈が腫瘍浸潤により確認できず、右葉は萎縮し、左葉が代償性に軽度腫大していた。EUSでも肝門部付近で肝右葉から総胆管に突出する乳頭様の造影される腫瘍を認めた。EUS上は遠位胆管壁への腫瘍進展は認めなかった。膵炎の改善を待ち、ERCPを施行した。右肝管は描出できず、IDUSで遠位胆管への腫瘍の突出を確認した。ENBDからの細胞診はすべて陰性であったため、再度ERCPで透視下に腫瘍生検を施行したが結果は陰性であった。画像上、肝内胆管癌(腫瘍形成型+胆管内発育型)の診断にて拡大肝右葉切除を施行した。病理結果は混合型肝癌が鑑別に挙がったが、最終的に肝内胆管癌の診断となった。討論をお願いしたい点・病理診断の際に混合型肝癌も鑑別に挙がったが、診断として肝内胆管癌でよいのか。・肝内胆管癌であった際に画像診断上、病理診断上、共に腫瘍形成型+胆管内発育型でよいのか。ご検討をよろしくお願いいたします。

DICOM画像リンクボタン



O-08 同時性多発胆管癌の一例

森田 慎一¹⁾、星 隆洋¹⁾、阿部 聡司¹⁾、八木 一芳¹⁾、須田 剛士¹⁾、長谷川 剛²⁾、岩崎 寿光³⁾、岸 庸二³⁾、平岡 伸介⁴⁾、寺井 崇二⁵⁾

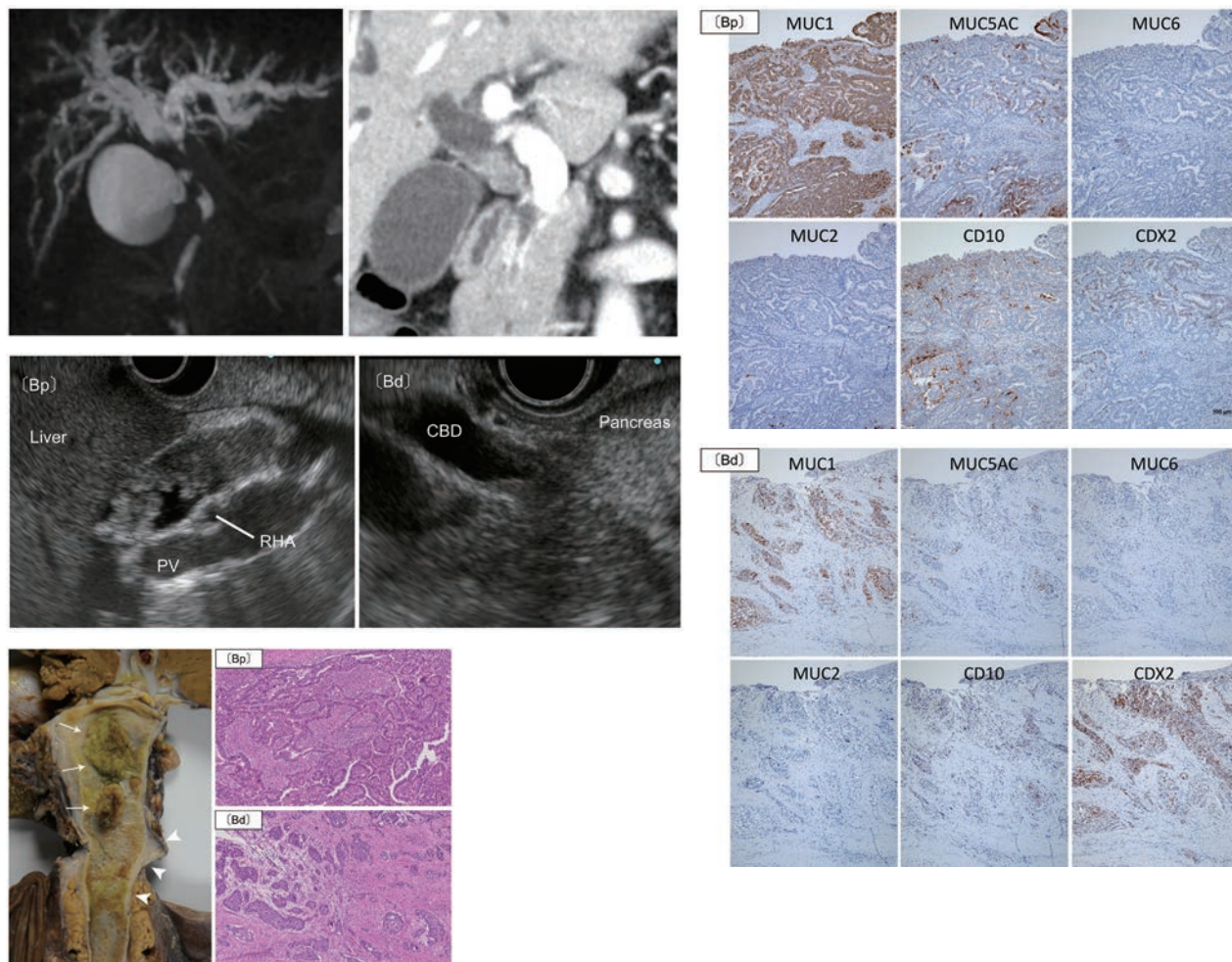
新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 消化器内科¹⁾、

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 病理科²⁾、防衛大学医科学校 外科³⁾、

国立がん研究センター中央病院 分子病理学分野⁴⁾、新潟大学医歯学総合研究科 消化器内科学分野⁵⁾

69歳男性。食思不振を主訴に受診。肝胆道系酵素の上昇、MRCにて肝門部領域胆管 (Bp) および遠位胆管 (Bd) の2箇所にて狭窄を認めた。〔Bp〕胆管内を充満する結節状腫瘍を認めた。造影CTでは正常胆管に比し早期で高吸収、平衡相で同程度に造影された。〔Bd〕胆管壁の不整肥厚を認めた。EUSにて腔浸潤所見を認め、造影CTでは遷延性に造影され平衡相で正常胆管より高吸収に造影された。胆管癌の多発病変と診断し、拡大肝右葉合併膵頭十二指腸切除術を行なった。【病理所見】〔Bp〕45mm大の境界明瞭な結節隆起病変を認め、組織所見では乳頭状から管状構造を呈する中分化型管状腺癌であった。免疫組織染色 (IH) ではMUC1陽性、MUC5AC/CDX2/CD10弱陽性、MUC2/MUC6陰性、p53陽性細胞を散在性に認めた。〔Bd〕35mm大の胆管壁肥厚を認め、組織所見は胞巣状から充実性に浸潤する低分化型腺癌であった。IHではMUC1/CDX2陽性、MUC5AC弱陽性、MUC2/MUC6/CD10陰性、p53陽性細胞を散在性に認めた。病変間に連続は認めず、結節膨張型の肝門部領域胆管癌、平坦浸潤型の遠位胆管癌の同時性多発癌と診断した。腫瘍組織より抽出したTP53遺伝子に対するPCR-SSCP解析を行い exon5 領域にて Bp 病変に Bd 病変と異なる変異型アリルを認め重複癌と診断した。【討論いただきたいポイント】①両病変の形態分類、組織所見から考えた画像所見の特徴。②IHの結果解釈、胆管癌における粘液形質染色の意義。

DICOM画像リンクボタン



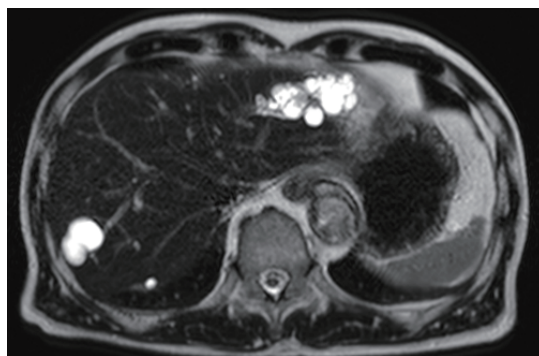
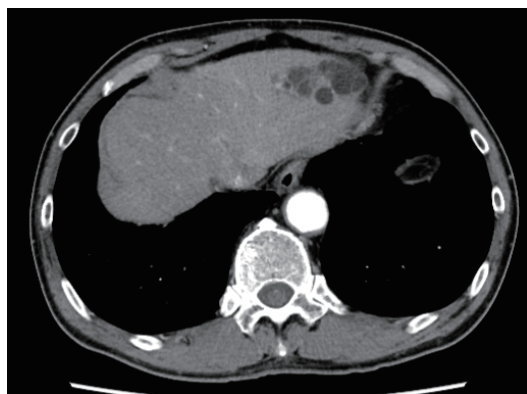
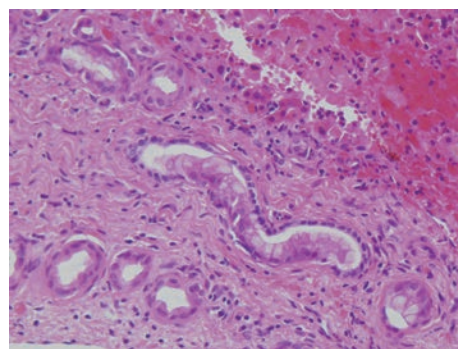
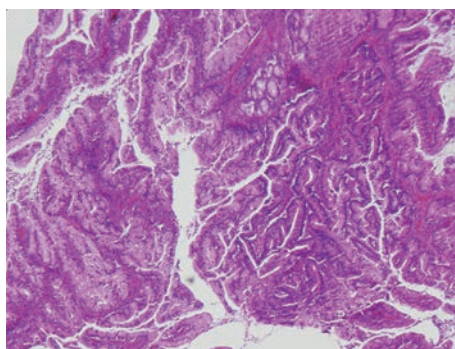
O-09 胆管周囲付属腺由来と考えられたIPNBの1例

大畠 昭彦¹⁾、安田 和世²⁾、景岡 正信¹⁾、吉井 重人¹⁾、寺井 智宏¹⁾、星野 弘典¹⁾、矢野 庄悟¹⁾、
稲垣 圭佑¹⁾、山田 裕¹⁾、丸山 保彦¹⁾

藤枝市立総合病院 消化器内科¹⁾、藤枝市立総合病院 病理診断科²⁾

【症例】 72 歳 男性 検診 US で肝嚢胞と膵嚢胞を指摘され受診された。肝嚢胞は peribiliary cyst、膵嚢胞は IPMN と診断し follow となった。約 2 年経過し MRCP で peribiliary cyst と思われていた部分の胆管拡張、壁内結節の増大を認め精査となった。MRI では、肝左葉 B3 領域に長径 6cm の多房性嚢胞を認める。中心に 15mm の結節を疑う。CT では多房性嚢胞の中心部は淡い造影効果認めた。CEUS では結節部分は早期に濃染し後期相になると肝実質よりやや低下。ERC では肝左葉の嚢胞性病変、B3 は描出されなかった。胆汁細胞診は擬陽性。IPNB を疑い、肝外側区域切除を施行した。【病理】 嚢胞性病変は 42 × 17mm で、胆管内部に高円柱状の腫瘍細胞が乳頭状に増殖していた。浸潤は認めず、MUC1 (－)、MUC2 (－)、MUC5AC (+)、MUC6 (+) であった。付属腺内の一部に腫瘍細胞がみられ、HepPar1 が腫瘍細胞に陽性であった。付属腺由来の IPNB (Gastric type) high grade dysplasia と診断した。【考察】 膵の分枝型 IPMN に対する分枝型 IPNB として、付属腺に病変の主座を置く IPNB が相当するのではないかという報告がみられ、本症例は付属腺由来の IPNB の可能性がある病変と考えられた。【検討事項】 本疾患は付属腺由来の IPNB としてよいのか。

DICOM画像リンクボタン



プレナリーセッション

座長：入澤 篤志（獨協医科大学医学部 内科学（消化器）講座）
仲田 興平（九州大学 臨床・腫瘍外科）
病理コメンテーター：鬼島 宏（弘前大学大学院医学研究科 病理生命科学講座）
画像コメンテーター：鈴木耕次郎（愛知医科大学 放射線科）
内視鏡コメンテーター：脇岡 範（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科）
審査員：真口 宏介（手稲溪仁会病院 教育研究センター）
蒲田 敏文（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科 放射線科）
山雄 健次（成田記念病院 消化器内科）

- PS-1(O-10) 肝転移巣で NEC 分化し、興味深い画像を呈した肝門部領域胆管癌の 1 例** **DICOM**
大西 佳文（国立病院機構静岡医療センター 消化器内科）
- PS-2(O-11) 総胆管に進展・浸潤を認めた胆嚢管原発の intracholecystic papillary and tubular neoplasm (ICPTN) の一例** **DICOM**
青木 修一（東北大学大学院 消化器外科学分野）
- PS-3(O-12) Oncocytic 型 IPNB の一切除例** **DICOM**
佐藤 高光（横浜市立大学附属病院 肝胆膵消化器病学）
- PS-4(O-13) 3D CT による膵実質萎縮の評価が進展範囲診断に有用であった 8mm 膵癌の 1 例** **DICOM**
山雄健太郎（近畿大学病院 消化器内科）
- PS-5(O-14) IPMN に併存した多発早期膵癌の一例** **DICOM**
横出 正隆（JA 尾道総合病院 消化器内科）
- PS-6(O-15) AIP 経過観察中に膵実質萎縮部に出現を認めた膵癌の一例** **DICOM**
出雲崎 晃（金沢大学附属病院 放射線科）
- PS-7(O-16) 急性膵炎を契機に発見された膵管内小腫瘍の 1 例** **DICOM**
石井 達也（手稲溪仁会病院 消化器病センター 内科）

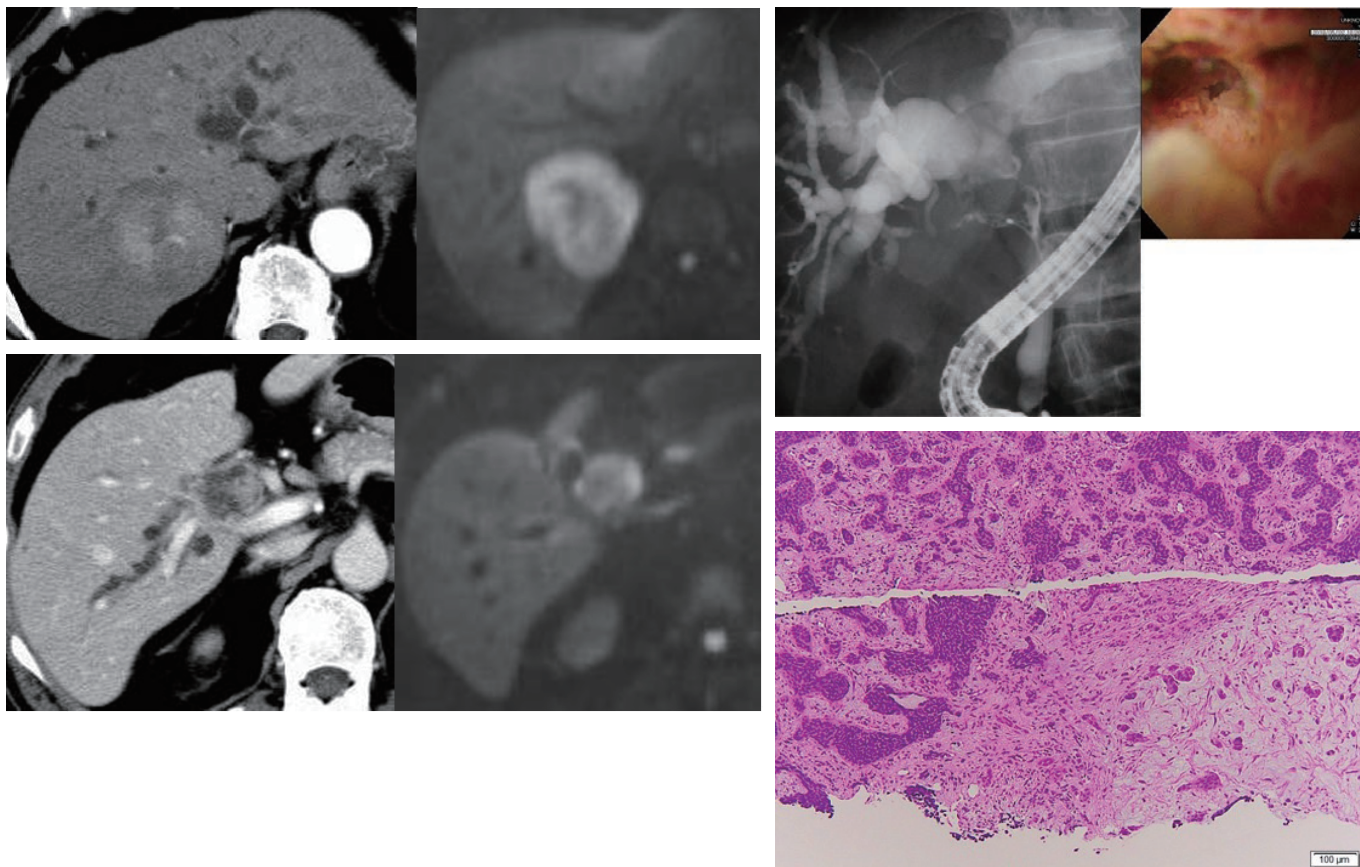
PS-1 肝転移巣でNEC分化し、興味深い画像を呈した肝門部領域胆管癌の1例 (0-10)

大西 佳文¹⁾、石田 典仁¹⁾、榎澤 哲司¹⁾、松田 浩二¹⁾、宮原 利行²⁾、角 泰廣²⁾、中野 浩²⁾、
斎藤 光次⁴⁾

国立病院機構静岡医療センター 消化器内科¹⁾、国立病院機構静岡医療センター 外科²⁾、帝京大学病院病理⁴⁾

(症例) 80歳男性(経過) 2018年4月下旬、閉塞性黄疸で受診。エコーで肝S7に5cm大、均一高エコー腫瘍と肝門部領域に3cm大、不均一低エコー充実腫瘍と肝内胆管拡張を認めた。肝胆道系酵素の上昇、CEA, CA19-9, NSEが高値であった。CTでは、肝門部腫瘍は、胆管に接し外側隆起し、辺縁部のみ早期造影効果を認めたが、大部分は遅延性造影効果であった。S7腫瘍は、中心部を除き大部分は早期造影効果を有し、平衡相で低吸収を示した。MRI拡散強調像では、造影効果に富む部位は共に拡散低下が強く、乏しい部位は拡散低下が弱い、強弱の混在信号域を呈した。EUS-FNA、ERCP下POCS生検では乳頭状腺癌で、免疫染色CD56が一部陽性であった。S7肝針生検では、胞巣状形態と粘液腺癌領域を認め、前者はsynapt(+), chromA(+), Ki-67>20% 後者はCK7(+), CD56(partial+)で肝門部領域胆管癌、肝転移NECと診断した。オクトレオキャンでは、肝転移巣は全て集積を認めた。化学療法を開始したが、4ヶ月で死亡退院された。(考察) 1. 原発巣は粘膜下腫瘍様形態が特徴的である。2. 肝転移巣はMANECで、拡散強調画像が特徴的であった。3. 肝転移巣のオクトレオキャンと病理組織の対比は興味深い。

DICOM画像リンクボタン



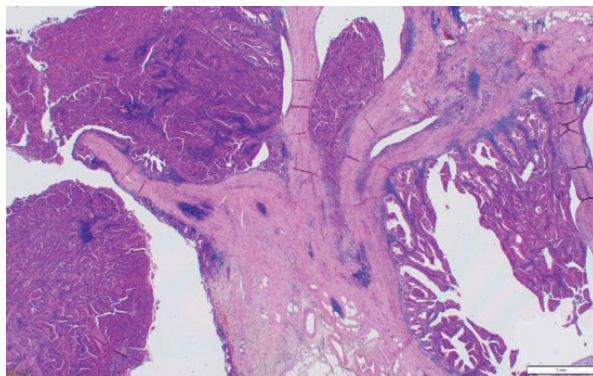
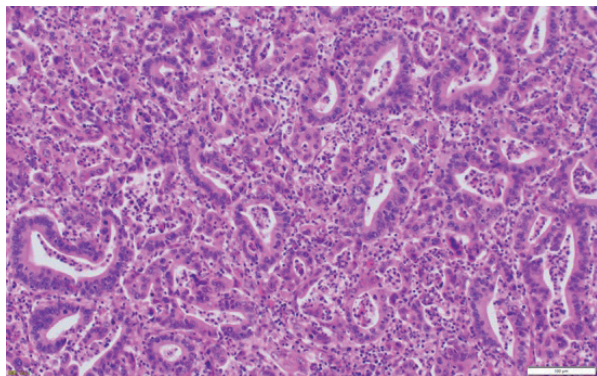
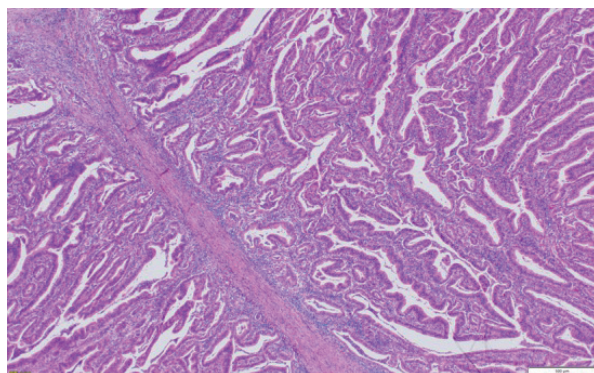
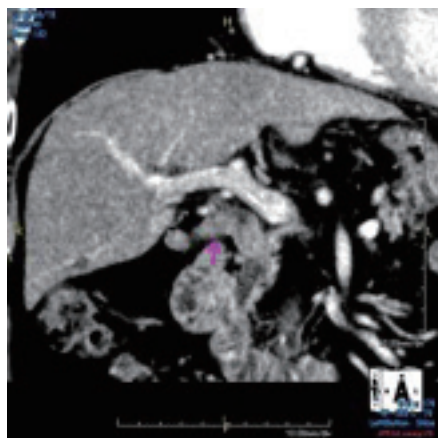
PS-2 総胆管に進展・浸潤を認めた胆嚢管原発のintracholecystic papillary and tubular neoplasm (ICPTN) の一例 (0-11)

青木 修一¹⁾、青木 泰孝¹⁾、中川 圭¹⁾、森川 孝則¹⁾、菅野 敦²⁾、元井 冬彦¹⁾、内藤 剛¹⁾、
亀井 尚¹⁾、正宗 淳²⁾、古川 徹³⁾、海野 倫明¹⁾

東北大学大学院 消化器外科学分野¹⁾、東北大学大学院 消化器病態学分野²⁾、東北大学大学院 病態病理学分野³⁾

【症例】83歳男性【現病歴】胃ESD後のフォローCTで胆管に異常所見を認め、精査目的に当院紹介となった。【術前検査】CTでは、遠位胆管及び胆嚢管に造影効果を有する隆起様腫瘍像を認めた。MRIではT2 lowでADC低値の腫瘍を認め、PET検査では腫瘍に一致してSUVmax27.4の異常集積を認めた。ERCでは遠位胆管に結節浸潤の腫瘍を認め、胆嚢管は造影されず、擦過細胞診でadenocarcinomaの診断となった。EUSでは遠位胆管の腫瘍は、腫瘍表面が高エコーを呈したのに対し内部が低エコーを示し、ssの深達度と考えられ、肝門側への水平浸潤も疑われた。【診断及び手術】胆嚢管癌及び下部胆管癌の重複癌の診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行し、第28病日に退院となった。【病理診断結果】肉眼的に病変は、胆嚢管を主座とする35×10mmの充実性白色腫瘍と下部胆管を主座とする44×25mmの弾性軟白色腫瘍であった。病理組織学的評価では、胆嚢管に発生した乳頭状病変主体の腫瘍は、総胆管内に連続性に移行しており、下部胆管では管状成分主体の腫瘍でss浸潤を伴っていた。免疫組織学的評価ではMUC1/MUC5/MUC6が、両方の病変で全て陽性であり、p53は胆嚢管病変ではまだらに陽性、総胆管病変では発現の増強を認めた。【考察】胆嚢管に発生したICPTNが下部胆管に連続して進展し、下部胆管では浸潤傾向を示す腫瘍として認められた症例を経験したので報告する。

DICOM画像リンクボタン



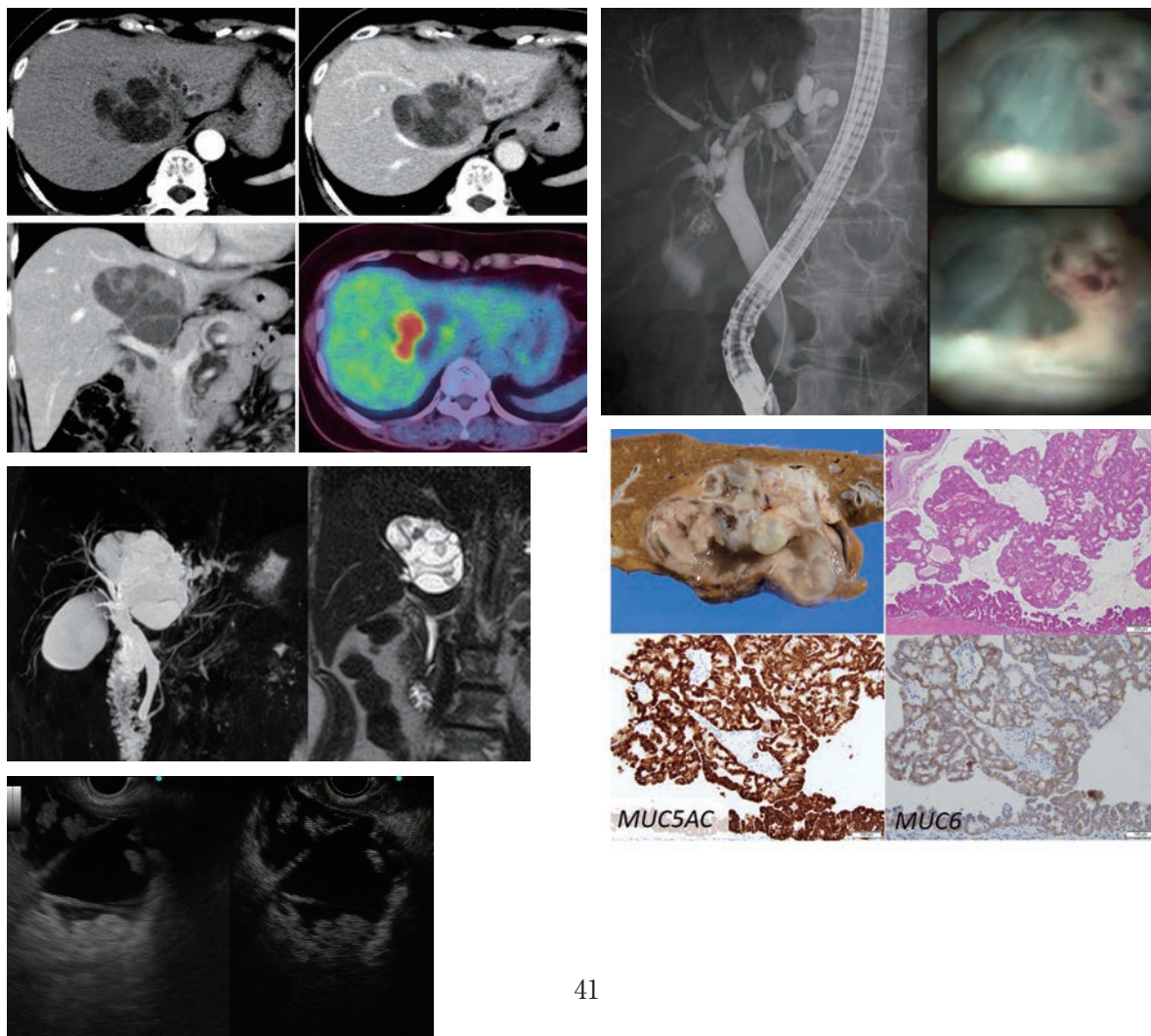
PS-3 Oncocytic型 I PNBの一切除例 (0-12)

佐藤 高光¹⁾、栗田 裕介¹⁾、長谷川 翔¹⁾、細野 邦弘¹⁾、大橋 健一²⁾、遠藤 格³⁾、中島 淳¹⁾、
窪田 賢輔¹⁾

横浜市立大学附属病院 肝胆胰消化器病学¹⁾、横浜市立大学附属病院 病理部²⁾、
横浜市立大学附属病院 消化器外科³⁾

症例は60歳女性。不明熱の精査で肝腫瘍を指摘された。MDCTでは左葉内側区から肝門部にかけて大きさ65mmの嚢胞性腫瘍を認め、内部に隔壁様構造と早期相から造影される結節部分が混在していた。造影EUSでは腫瘍はB4を主座とし、嚢胞は共通の被膜ではなく集簇し、内部にソナゾイドで静注15秒から均一に染濃される結節部分を内包していた。門脈、肝動脈に浸潤は認めなかった。ERCに引き続きPOCSを行った。総胆管管内に粘液を認めたが、B4入口部からいくらか状上皮を確認した。腫瘍はB4に限局し他区域に進展を認めなかった。MDCTでは尾状葉、左肝動脈浸潤を疑い、肝左三区域尾状葉切除が施行された。腫瘍は断面で嚢胞状の胆管拡張と嚢胞内に結節性腫瘍が充満していた。上皮細胞は乳頭状に好酸性顆粒状細胞質を有し粘液を認めた。免疫染色ではMuc2陰性、MUC5AC及びMUC6陽性であり、極めて稀であるOncocytic type型のI PNBであった。異型はCIS相当のものから低異形線種も含まれたが、明らかな浸潤癌の所見は見られなかった。術前のEUS、POCS画像を提示しその有用性を示したい。

DICOM画像リンクボタン



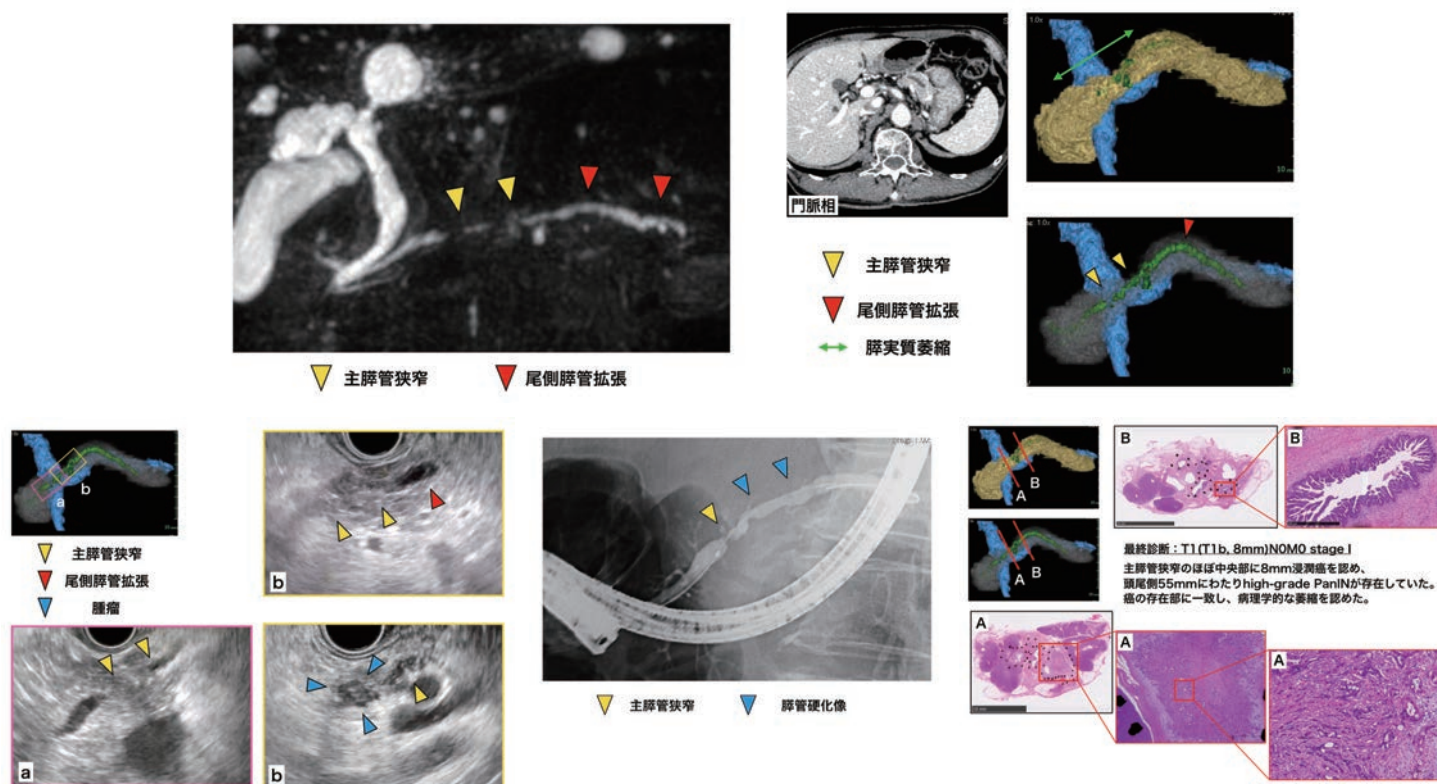
PS-4 3D CTによる膵実質萎縮の評価が進展範囲診断に有用であった8mm膵癌の1例 (0-13)

山雄 健太郎¹⁾、三長 孝輔¹⁾、竹中 完¹⁾、樫田 博史¹⁾、松本 逸平²⁾、竹山 宜典²⁾、鶴崎 正勝³⁾、前西 修⁴⁾、筑後 孝章⁴⁾、工藤 正俊¹⁾

近畿大学病院 消化器内科¹⁾、近畿大学病院 肝胆膵外科²⁾、近畿大学病院 放射線科³⁾、近畿大学病院 病理診断科⁴⁾

症例は73歳、男性。既往に十二指腸腺腫、脳梗塞、嗜好は飲酒ビール1缶/日、喫煙20本/日×50年。2018年8月に急性膵炎にて入院し、保存加療にて軽快。膵炎の原因精査目的で行ったMRCPでは膵体部に40mmの主膵管狭窄と尾側膵管拡張あり。膵管癒合不全もあり。造影CTではMRCP同様の膵管所見で、同部に腫瘤は指摘し得ず。また主膵管狭窄部に膵実質萎縮を認めた。3D CT画像解析システムにより膵実質を立体構成し、その形態評価を行うと頭体移行部を中心に長さ50mmの実質萎縮がより明瞭となった。EUSでは主膵管狭窄の中心に7mmの低エコー腫瘤と尾側膵管拡張あり。EUS-FNAは血管介在のため不可で、ERCPを施行。ERP圧造影では体部に30mmにおよぶ主膵管狭窄と膵管壁硬化像を認め、尾側膵管拡張も伴っていた。SPACEにて疑陽性の結果であり、小膵癌を疑い手術の方針とした。EUSにて腫瘤を指摘したが、併存する主膵管狭窄からCIS進展を疑った。また癌は主膵管狭窄または膵実質萎縮にある程度一致すると考えた。術前の3D CTの膵実質萎縮の検討から術式はPDとし、尾側端は実質萎縮部を範囲に含め切除。マクロでは8mmの浸潤癌と、これを中心に55mmのCIS進展を認めた。病理学的な実質萎縮はCISの進展範囲にほぼ一致していた。主膵管狭窄は40mmで尾側拡張膵管上皮にも連続性にCISを認めた。最終診断はT1(T1b)N0M0 Stage I膵癌。本症例は進展範囲診断に3D CTによる膵実質萎縮の評価が有用であったと考える。

DICOM画像リンクボタン



PS-5 IPMNに併存した多発早期膵癌の一例 (0-14)

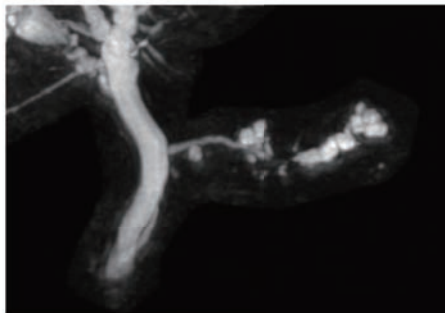
横出 正隆¹⁾、花田 敬士¹⁾、奥田 康博¹⁾、矢野 成樹¹⁾、池田 守登¹⁾、栗原 啓介¹⁾、清水 晃典¹⁾、
安部 智之²⁾、天野 尋暢²⁾、米原 修治³⁾

JA尾道総合病院 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理研究検査科³⁾

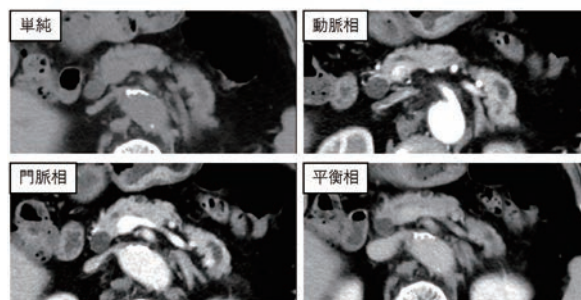
症例は78歳女性。膵体部と尾部に存在する分枝型IPMNに対して近医でフォローされていたが、20XX年4月に腹部超音波検査にて主膵管拡張を認めたため精査加療目的に当院紹介となった。腫瘍マーカーはCEA、CA19-9ともに基準範囲内であった。造影CT、MRCPでは、膵体尾部のIPMN間で主膵管狭窄を認め、その尾側膵管が5mmに拡張していた。主膵管狭窄部では実質の限局的萎縮を認めたが、明らかな腫瘍性病変は指摘できなかった。EUSでは主膵管の狭窄部周囲に低エコー像を認めるも明らかな結節影は指摘できなかった。ERPでは、主膵管の狭窄部は途絶しておらず、尾側の主膵管拡張も確認できたがIPMNは一部しか造影されなかった。ENPDを留置しSPACEを施行したところ7回中3回でClassV, adenocarcinomaが確認された。IPMN併存膵癌(cTisN0M0 Stage0)と術前診断し、膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的検査では術前の画像検査で確認された主膵管狭窄部にはPanIN3病変を認めていたが、膵野に12mm, 12mm, 8mm大の連続性を認めない多発の浸潤性膵管癌が指摘されいずれもStageIAの診断であった。膵体尾部の分枝型IPMNはいずれもhigh grade dysplasiaと診断された。本症例の最終診断の妥当性、術前検査で病変が評価可能であったかどうか、今後の残膵に対しての今後の経過観察方法に関して検討いただきたい。

DICOM画像リンクボタン

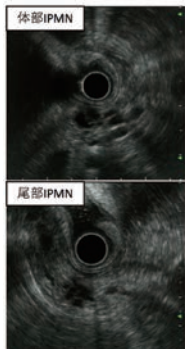
MRCP



造影CT



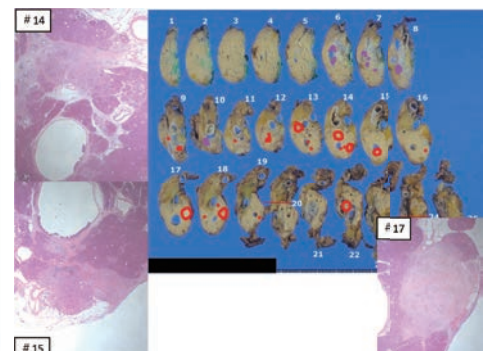
EUS



ERP



SPACE→Class II 1回、Class III 1回、Class IV 1回、Class V 3回



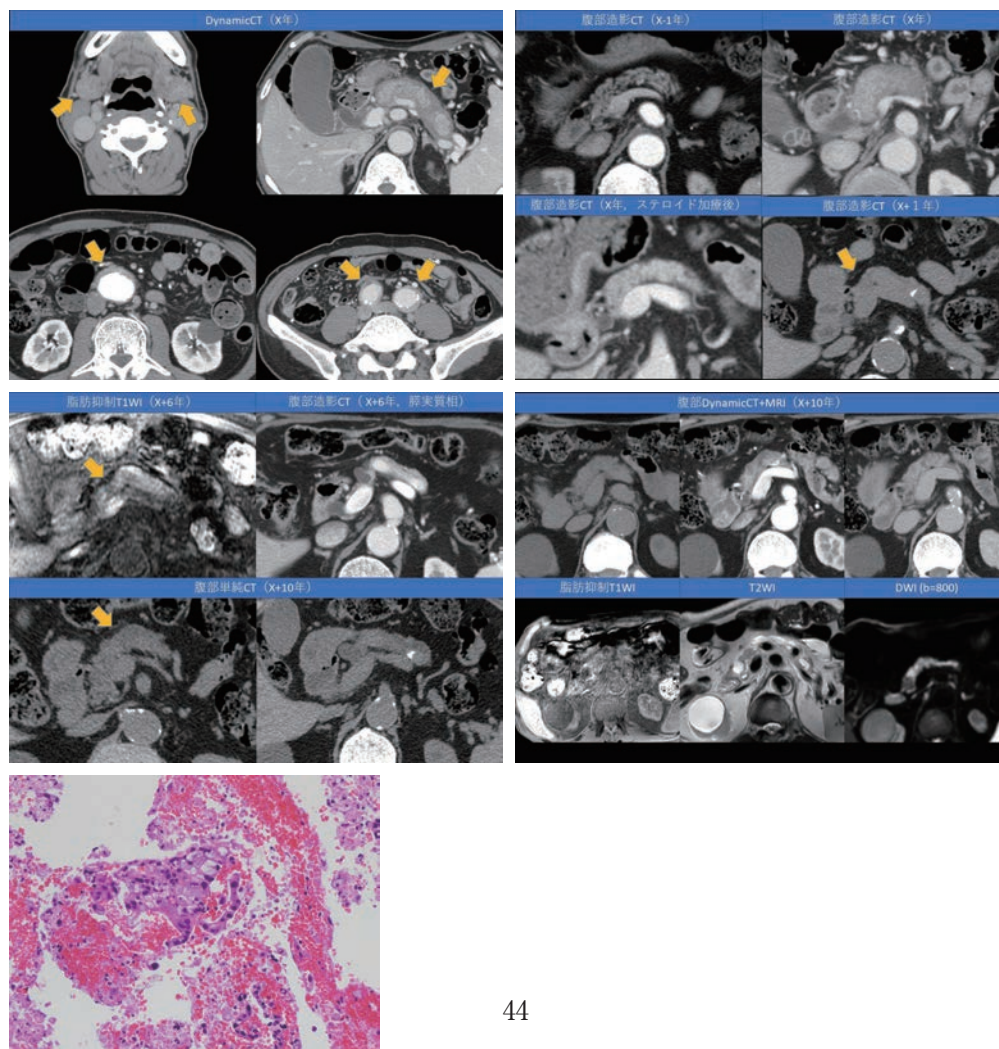
PS-6 AIP経過観察中に膵実質萎縮部に出現を認めた膵癌の一例 (0-15)

出雲崎 晃¹⁾、井上 大¹⁾、米田 憲秀¹⁾、小林 聡¹⁾、蒲田 敏文¹⁾、山田 真也²⁾、吉村 かおり³⁾、池田 博子³⁾

金沢大学附属病院 放射線科¹⁾、金沢大学附属病院 消化器内科²⁾、金沢大学附属病院 病理部³⁾

症例は80歳台男性。X年肝機能障害を認め、精査にて膵にcapsule-like rimを伴うびまん性の腫大、IgG4高値を認めたことより自己免疫膵炎と診断。その際全身検索施行され顎下腺の腫大、大動脈周囲にも膵外病変を認めた。当院内科にてステロイド内服治療を受け、速やかに膵腫大は改善あるも、膵実質は自己免疫膵炎発症以前より全体的に軽度萎縮を認めた。経過にてIgG4は依然として高値で推移したが、画像上明らかな再燃疑う所見を認めなかった。さらに経過観察されたところ膵実質に限局性萎縮が目立つ領域の出現があり、同部には嚢胞構造、脂肪抑制T1強調像にて低信号を認めた。その後、X+10年に施行された腹部CTにて上述限局萎縮領域に限局的な腫大、末梢主膵管拡張の出現を認めた。IgG4は149mg/dLと高値を示しており自己免疫膵炎の増悪が疑われたが、追加で施行された腹部ダイナミックCTにて、経過にて萎縮が目立っていた領域に動脈相にて低吸収、漸増性に濃染する腫瘤を認めた。同腫瘤は後期相でも不均一な濃染を示した。MRCPでは腫瘤部で主膵管の途絶を認めた。このため自己免疫膵炎の再燃よりも膵癌が疑われ、EUS-FNA施行され腺癌と診断された。自己免疫膵炎はステロイド治療後に膵萎縮をきたすことが知られているが、一方で膵癌に先行して限局的な膵実質の萎縮をきたすことも近年報告されている。経過にて出現した膵実質の萎縮に関してどのように解釈すべきかをご討論いただきたい。

DICOM画像リンクボタン

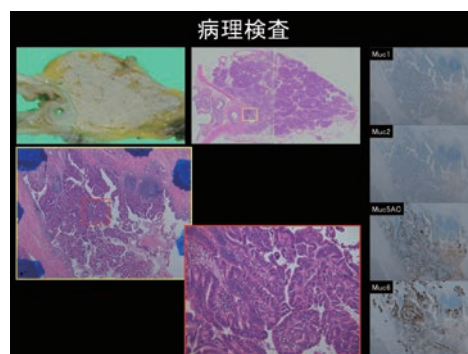
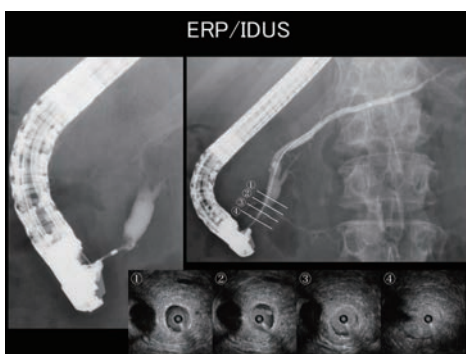
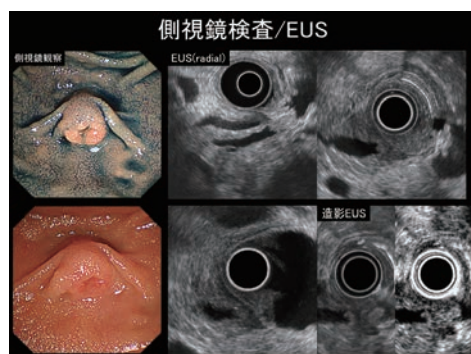
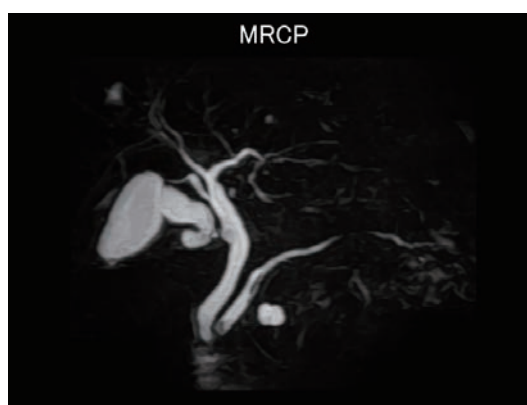
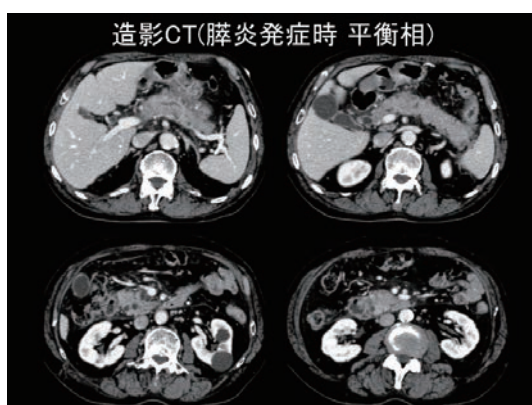


PS-7 急性膵炎を契機に発見された膵管内小腫瘍の1例 (0-16)

石井 達也¹⁾、金 俊文¹⁾、林 毅¹⁾、高橋 邦幸¹⁾、高田 実²⁾、安保 義恭²⁾、篠原 敏也³⁾、湯沼 朗生¹⁾
手稲溪仁会病院 消化器病センター 内科¹⁾、手稲溪仁会病院 消化器病センター 外科²⁾、
手稲溪仁会病院 病理診断科³⁾

症例は85歳男性、急性膵炎の診断にて当センターに入院となる。造影CTにて膵管の軽度拡張および膵周囲の炎症所見を認めるも、膵管の閉塞起点の指摘は困難であった。膵炎は保存的治療にて軽快し、原因精査目的にMRCPを撮像したところ、膵頭部膵管の軽度拡張および分枝拡張を認め、乳頭部近傍の膵管内に陰影欠損を認めた。側視鏡観察にて乳頭部は軽度腫大していたが、明らかな腫瘤の露出や膵管開口部の開大は認めなかった。EUSでは、乳頭部近傍の主膵管内に造影効果を伴う低乳頭状の隆起性病変を認めた。また、EUS上明らかな乳頭部腫瘤を認めないこと、隆起性病変と乳頭部の間にわずかな無エコー域が介在することから、病変の主座は膵管内にあると考えた。ERPでは、膵頭部膵管の限局性拡張および乳頭部近傍に陰影欠損を認めたが、明らかな粘液透亮像は認めなかった。IDUSでは、膵管内を充満する隆起性病変を認めるも膵実質や十二指腸への浸潤を示唆する所見は認めなかった。同部位からの生検にて癌細胞を検出し、細胞形態からはIPMNも否定できないという病理結果を得たため、主膵管型IPMN(high grade dysplasia)の診断にて亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行。病理組織学的には、乳頭合流直前の主膵管内に増生するIPMN high grade dysplasia(MUC1 陰性、MUC2 陰性、MUC5AC 陽性、MUC6 陽性)であり、乳頭部膵管および尾側主膵管にも一部進展するが、明らかな浸潤所見を認めなかった。

DICOM画像リンクボタン 



膵 III

座長：潟沼 朗生（手稻溪仁会病院 消化器病センター）

竹山 宜典（近畿大学医学部 外科学教室 肝胆膵外科）

病理コメンテーター：能登原憲司（倉敷中央病院 病理診断科）

画像コメンテーター：廣橋 伸治（大阪暁明館病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：伊藤 啓（仙台市医療センター仙台オープン病院
消化器・肝胆膵内科）

O-17 膵液細胞診よりも EUS-FNA が有用であった微小浸潤癌の 1 例 **DICOM**

池田恵理子（自治医科大学内科学講座 消化器内科部門・病理診断科）

O-18 画像上特殊な経過をたどった膵癌の一例 **DICOM**

谷口 隆之（九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科）

O-19 主膵管多発狭窄を呈した膵管上皮内病変 **DICOM**

栗谷 将城（北海道大学病院 消化器内科）

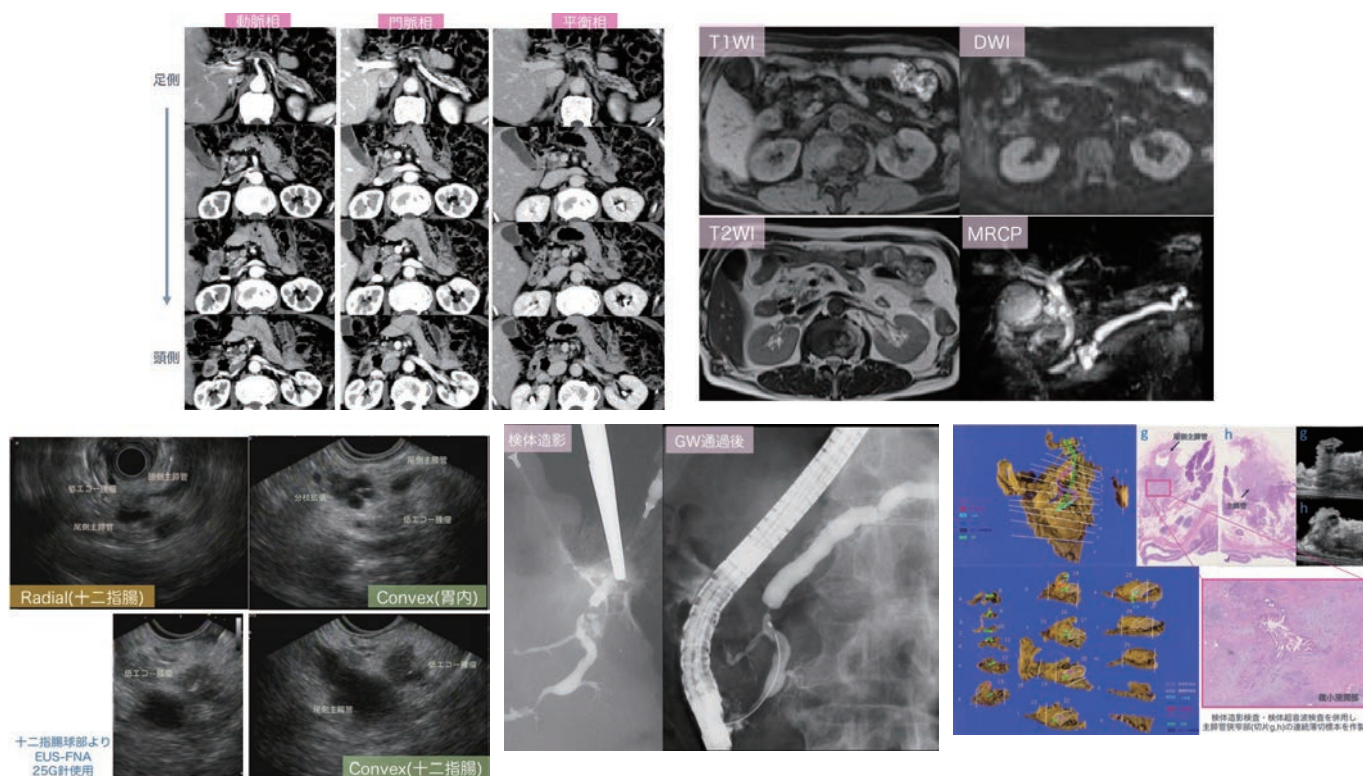
O-17 膵液細胞診よりもEUS-FNAが有用であった微小浸潤癌の1例

池田 恵理子¹⁾、牛尾 純²⁾、川崎 佑輝²⁾、横山 健介²⁾、多田 大和²⁾、森嶋 計⁴⁾、笹沼 英紀⁴⁾、
玉田 喜一³⁾、佐田 尚宏⁴⁾、福嶋 敬宜³⁾

自治医科大学内科学講座 消化器内科部門・病理診断科¹⁾、自治医科大学内科学講座 消化器内科部門²⁾、
自治医科大学 病理診断科³⁾、自治医科大学 消化器・一般外科⁴⁾

症例は、糖尿病増悪を契機に膵癌スクリーニングを勧められた75歳、男性。CTで膵頭部にある15mm大の嚢胞と膵体尾部主膵管拡張を指摘され、当院に紹介となった。CTでは腫瘍は指摘できなかったが、EUS(radial)では膵頭部の背側膵領域の嚢胞に接した境界明瞭で辺縁不整な12mm大の低エコー腫瘍を認めた。MRIでも膵頭部にT2強調画像で淡い高信号、拡散能低下を認め、膵頭部癌と診断した。ERPではWirsung管とSantorini管の合流部付近の主膵管が狭窄していた。ERPでの狭窄像とEUSでの腫瘍像より、浸潤癌と推測した。SPACEでは悪性所見が得られなかったため、EUS(convex)を再検したところ、やはり境界明瞭な低エコー腫瘍を認めた。そこでFNAを行い細胞診で腺癌細胞の像がみられたため、幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。本症例は切除検体に対して水浸下の超音波走査を行い、腫瘍の局在を明らかにした上で、連続薄切標本を作成した。病理組織学的には、Wirsung管とSantorini管の合流部付近の主膵管と分枝膵管に広範囲なhigh-grade PanINを認め、主膵管狭窄部に一致して10mm程の腫瘤状の線維化を認めた。2箇所2mm未満の浸潤所見を認めたのみであり、微小浸潤癌と診断した。本症例は術前に微小浸潤癌と診断できたかどうか議論いただきたい。

DICOM画像リンクボタン



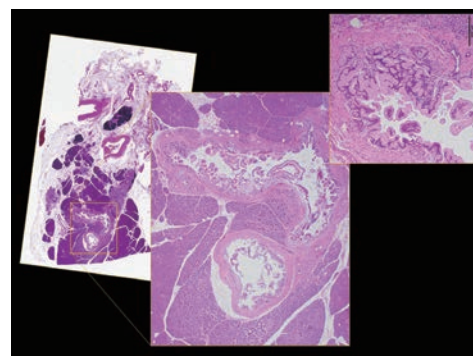
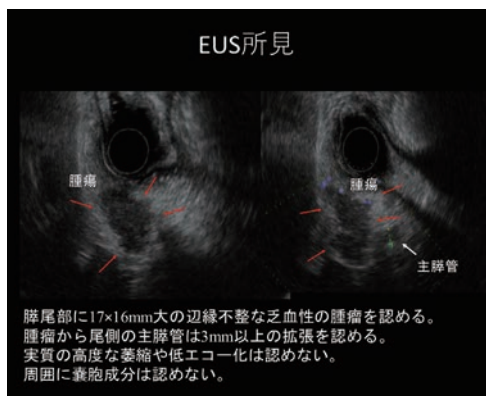
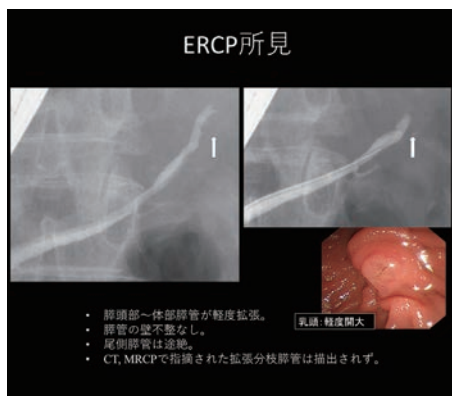
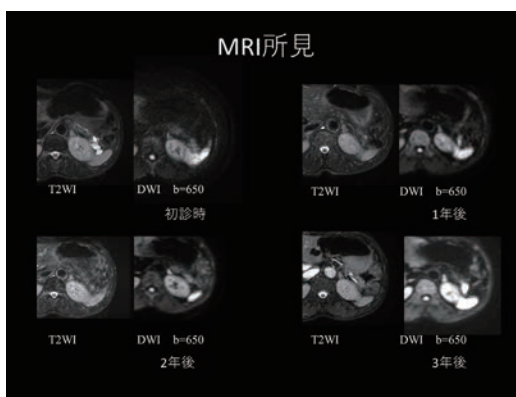
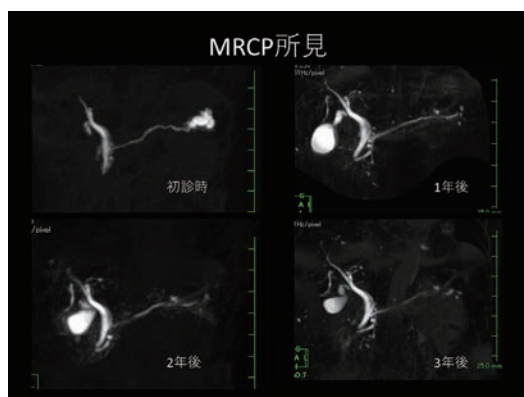
O-18 画像上特殊な経過をたどった膵癌の一例

谷口 隆之¹⁾、大塚 隆生¹⁾、渡邊 雄介¹⁾、森 泰寿¹⁾、池永 直樹¹⁾、仲田 興平¹⁾、松田 諒太²⁾、古賀 裕²⁾、小田 義直²⁾、中村 雅史¹⁾

九州大学大学院医学研究院 臨床・腫瘍外科¹⁾、九州大学病院 形態機能病理学²⁾

症例は77歳、女性。健診で膵尾部の分枝型 IPMN を指摘され、以後半年ごとに MRI で経過観察されていた。当初は画像上典型的な分枝型 IPMN と考えていたが、1年後の MRI で嚢胞は縮小し、2年後には消失し瘢痕状の結節に変化した。さらに2年6カ月後には T1 強調高信号域が出現し、3年後には高信号域の増大と同部位の膵管閉塞と尾側膵管の拡張所見を認めた。EUS では膵尾部に 17mm 大の辺縁不整な乏血性低エコー腫瘤を認め、腫瘤から尾側の主膵管は 3mm に拡張していた。膵実質の萎縮はなく、周囲に嚢胞成分も認めなかった。ERCP では尾側膵管の途絶を認めた。膵液および膵管擦過細胞診は Class III であったが、IPMN 由来膵癌を疑って膵体尾部切除術を施行した。最終病理診断は浸潤性膵管癌で、癌に関連する嚢胞成分を認めなかった。病変の膵頭側に low-grade PanIN を認めたが、浸潤癌との移行像を認めず、また IPMN 由来膵癌を支持する所見も認めなかった。画像上特殊な経過をたどった膵癌症例を経験したので報告する。

DICOM画像リンクボタン



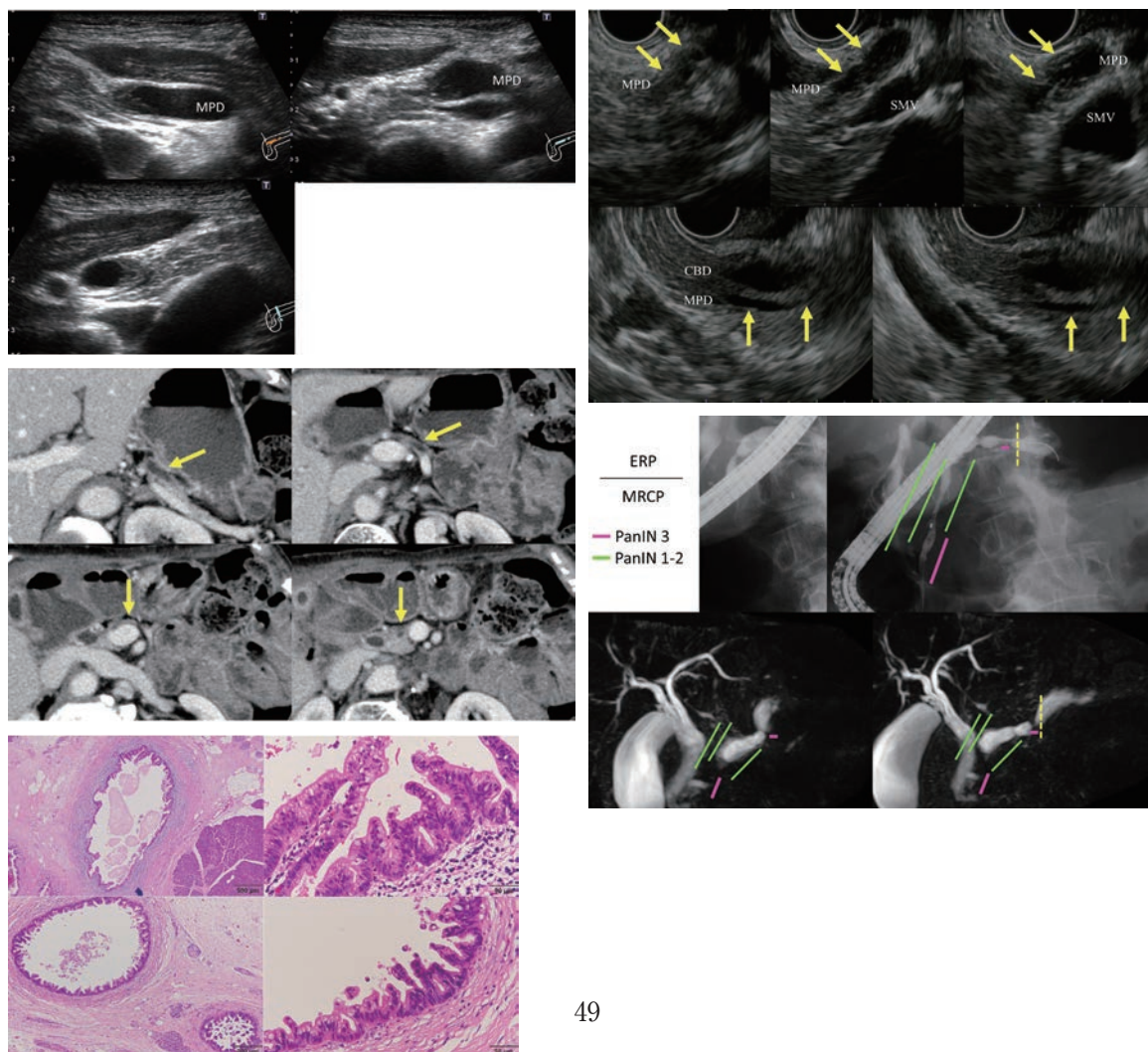
O-19 主膵管多発狭窄を呈した膵管上皮内病変

栞谷 将城¹⁾、三橋 智子²⁾、加藤 新¹⁾、浅野 賢道³⁾、中村 透³⁾、平野 聡³⁾、坂本 直哉¹⁾

北海道大学病院 消化器内科¹⁾、北海道大学病院 病理部/病理診断科²⁾、北海道大学病院 消化器外科II³⁾

症例は81歳女性。7年前にCTにて約4mmの主膵管拡張がみられたが、超音波内視鏡検査（EUS）では明らかな腫瘍像はみられなかったため、以後画像検査による経過観察を行っていた。2年前より主膵管径が8mmとなり、EUSによる再精査をおこなったが、膵実質および主膵管内にはあきらかな異常所見はみられなかった。2ヶ月前の腹部USにおいて主膵管径が8.9mmに拡張し、膵体部主膵管内に隆起性病変が疑われたため、精査目的に内視鏡的逆行性膵管造影を施行した。主膵管は頭部と体部で多発性狭窄を呈し、膵頭部の主膵管最狭窄部からのブラシ細胞診を行ったところ、異型細胞（腺癌疑い）が検出されたため、膵頭部癌の診断で膵頭十二指腸切除を施行した。切除標本による膵管造影では、膵頭部から頭体移行部にかけて多発性の狭窄を呈し、病理所見では断端主膵管と乳頭部近傍の分枝膵管内に上皮内癌 (PanIN-3)、その両者間の分枝膵管内にPanIN-1病変がみられた。多発性主膵管狭窄は主に線維性間質の増生に伴うものであった。画像上、悪性化を示唆する間接所見がみられるのかどうか、議論したい。

DICOM画像リンクボタン



肝

座長：植木 敏晴（福岡大学筑紫病院 消化器内科）

高田 泰次（愛媛大学大学院医学系研究科 肝胆膵・乳腺外科学）

病理コメンテーター：草野 弘宣（久留米大学医学部 病理学講座）

画像コメンテーター：小山 貴生（和歌山県立医科大学 放射線医学講座）

O-20 非典型的な画像所見を呈し術前診断に苦慮した肝内胆管癌の 1 例 **DICOM**

柴原 有（国立がん研究センター東病院 肝胆膵外科）

O-21 EOB-MRI 肝細胞相で等～高信号を呈した beta-catenin 活性化 inflammatory hepatocellular adenoma の一例 **DICOM**

米田 憲秀（金沢大学附属病院 放射線科）

O-22 興味ある進展形式を示した IPNB の 1 例 **DICOM**

山田 淳貴（横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科）

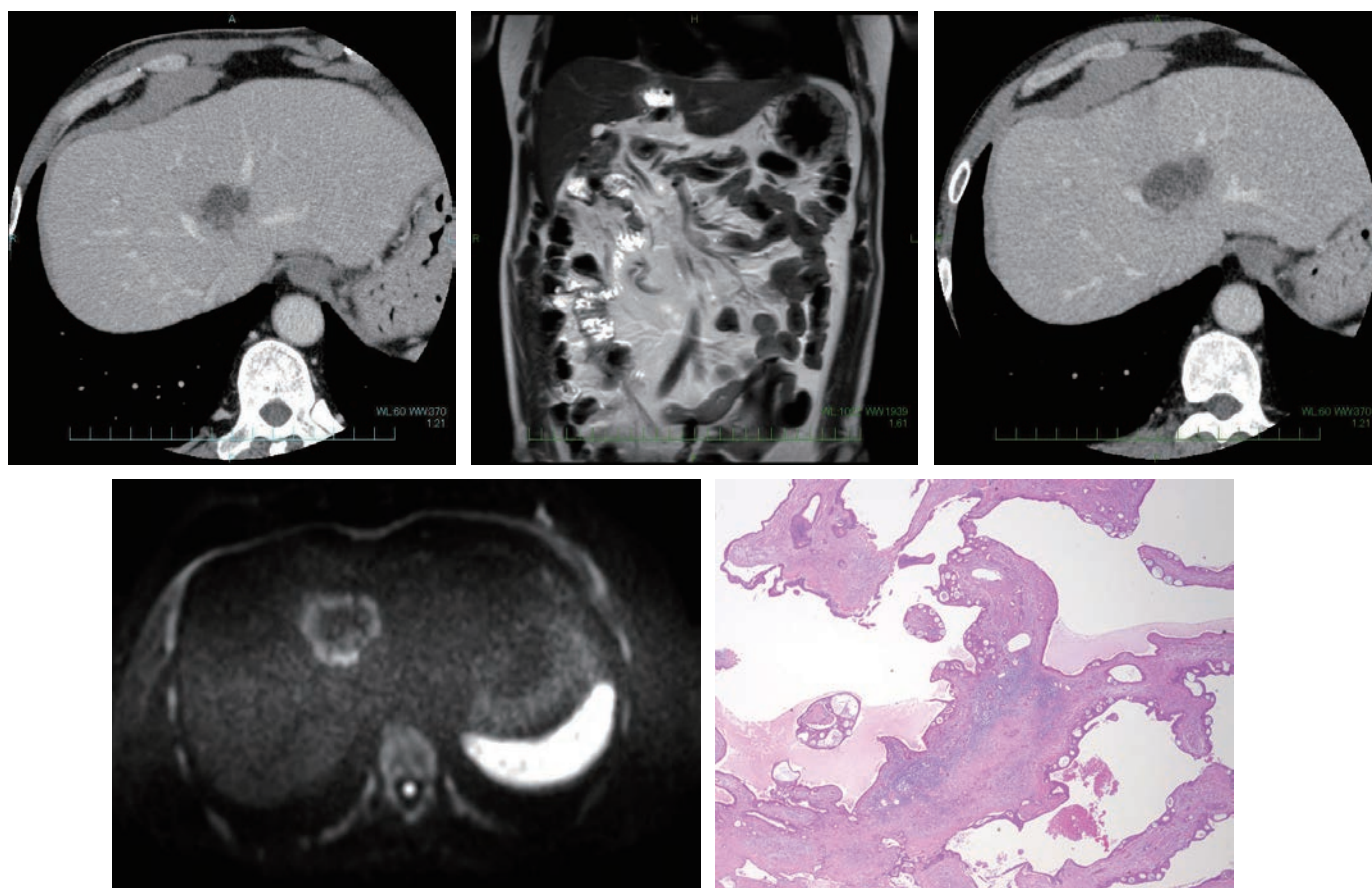
O-20 非典型的な画像所見を呈し術前診断に苦慮した肝内胆管癌の 1 例

柴原 有¹⁾、高橋 進一郎¹⁾、小林 達伺²⁾、小嶋 基寛³⁾、黒崎 弘正⁴⁾、杉本 元一¹⁾、小林 信¹⁾、小西 大¹⁾、後藤田 直人¹⁾

国立がん研究センター東病院 肝胆膵外科¹⁾、国立がん研究センター東病院 放射線診断科²⁾、
国立がん研究センター東病院 病理診断科³⁾、JCHO 東京新宿メディカルセンター 放射線治療科⁴⁾

症例は 50 歳代男性。B 型肝炎の既往あり。前医で胆石胆嚢炎に対して胆嚢摘出術施行するも、CA19-9 200.5U/ml と高値であり、腹部精査により肝 S4 に 29mm 大の嚢胞性腫瘍を指摘され、当院紹介。US、CT および MRI では、境界明瞭な多房性嚢胞性腫瘍であった。MRI の T2 強調画像にて低信号と高信号が混在しており、積極的に悪性を疑う所見に乏しく、出血性嚢胞として経過観察の方針とした。6 か月後の検査で、腫瘍は増大しており嚢胞周囲に充実成分の出現を認め、充実成分に一致して PET 検査で FDG の集積を認めた。腫瘍周囲の胆管拡張像を認めず、非典型的な肝内胆管癌と診断し、手術の方針。肝左葉尾状葉切除および肝外胆管切除術を施行した。術後 8 日目、経過良好につき退院。切除検体は肉眼的に境界不明瞭な白色調、内部嚢胞形成を伴う八頭状の 60 × 50 × 35mm 大の腫瘍で、胆管との交通や胆管の途絶を認めなかった。腫瘍内部に壊死と伴に、10 mm 大の嚢胞を複数認め、内部に粘稠な液体成分を認めた。組織学的に、乳頭状構造、不規則な管状構造、篩状構造を呈す中分化型腺癌が主体で、嚢胞成分も癒合腺管を伴う悪性上皮に裏打ちされ、正常胆管との交通は認めなかった。最終病理診断は肝内胆管癌、T3, N0, M0, Stage III, vp1, vv1, b1(原発性肝癌取扱規約第 6 版) であった。【検討事項】本症例は胆管と交通しない特徴的な嚢胞構造を伴っており、画像所見と病理学的所見を含めた総合的な考察が必要と考える。

DICOM画像リンクボタン



O-21 EOB-MRI肝細胞相で等～高信号を呈したbeta-catenin 活性化inflammatory hepatocellular adenomaの一例

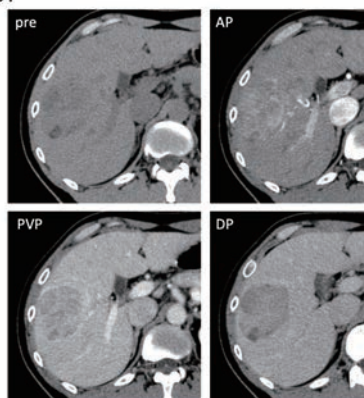
米田 憲秀¹⁾、小坂 康夫¹⁾、北尾 梓¹⁾、井上 大¹⁾、小林 聡¹⁾、中沼 伸一²⁾、田島 秀浩²⁾、
太田 哲生²⁾、堀井 里和³⁾、佐々木 素子⁴⁾、蒲田 敏文¹⁾

金沢大学附属病院 放射線科¹⁾、金沢大学附属病院 肝胆膵・移植外科²⁾、金沢大学附属病院 消化器内科³⁾、
金沢大学大学院医薬保健学総合研究科・医薬保健学域医学類 人体病理学⁴⁾

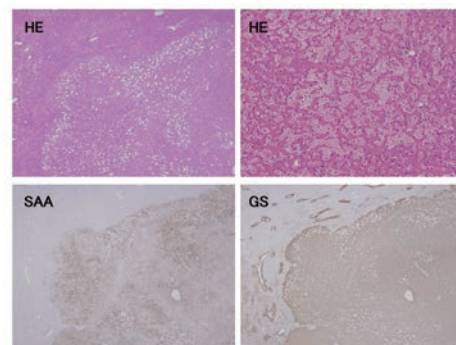
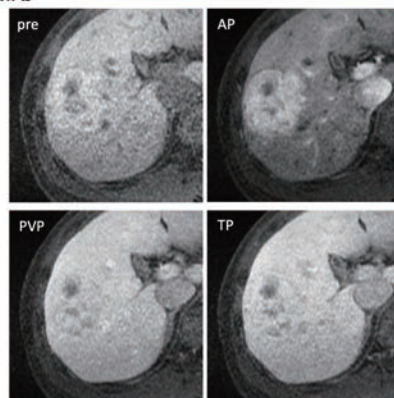
症例は34歳男性、健康診断で偶発的に肝腫瘤を指摘された。既往歴、服薬歴に特記事項(-)、喫煙歴(-)、飲酒歴は機会飲酒程度、BMIは22.9。血液検査所見では、CRP、PIVKAIの軽度高値を認めた。肝炎ウイルスマーカーは陰性であった。画像上、肝右葉S8/5に6cm大の腫瘤を認めた。超音波検査では腫瘤は内部不均一な高エコーを呈した。単純CTでは腫瘤は内部に不均一な強い低吸収域を認めた。ダイナミックCTでは早期相で不均一に濃染し、後期相ではwashoutを呈した。MRIではout of phaseでは不均一な信号の低下部位を認め、in phaseでも信号低下部位が散見された。腫瘤は脂肪沈着部や出血部以外はT1強調像で背景肝より高信号、T2強調像、拡散強調像ではほぼ等信号、肝細胞相では等～高信号を呈した。PET-CTではFDGの集積は認めなかった。画像上、肝細胞腺腫、肝細胞癌、限局性結節性過形成が鑑別に上がり、手術が施行された。病理では肝細胞に異型は目立たず、脂肪沈着、類洞拡張、炎症細胞浸潤、細胆管増生が認められた。免疫組織化学にてSerum amyloid A、Glutamine synthetaseがびまん性に陽性であり、beta-catenin 活性化inflammatory hepatocellular adenoma(I-HCA)と病理診断された。肝細胞腺腫は稀な肝細胞性良性腫瘍で近年亜分類が提唱されているが、beta-catenin 活性化I-HCAの頻度は少なく、その画像所見の詳細も未だ不明である。術前に肝細胞癌を否定できたかどうかにつきご討議頂きたい。

DICOM画像リンクボタン

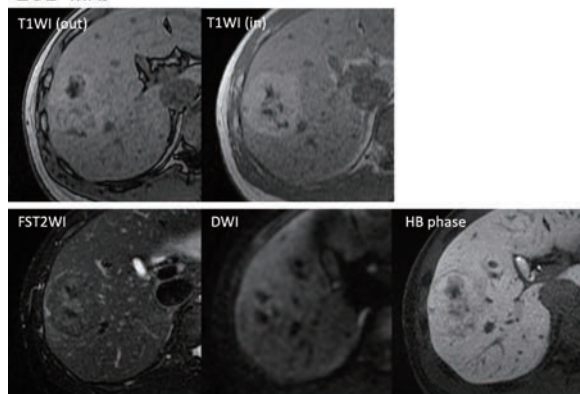
Dynamic CT



Dynamic MRI



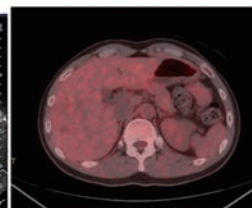
EOB-MRI



腹部US



PET/CT (delay)



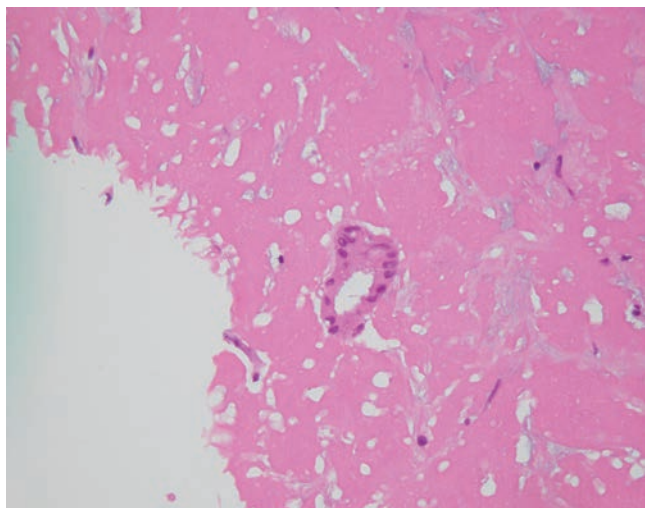
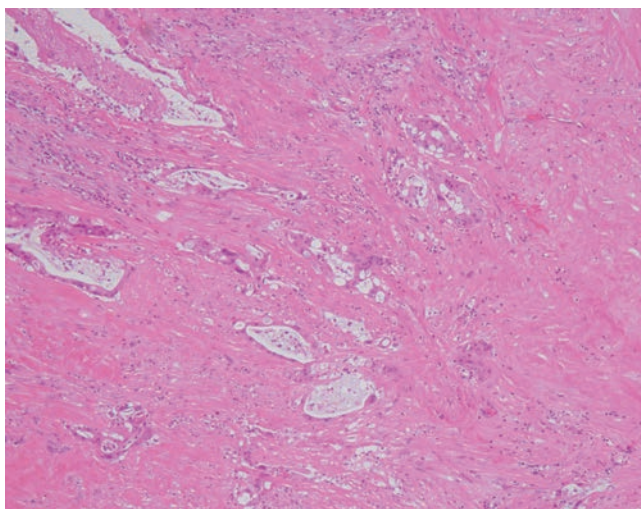
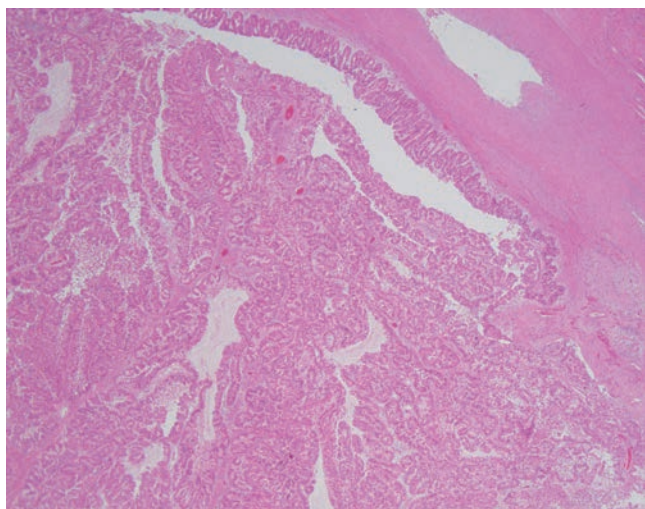
O-22 興味ある進展形式を示したIPNBの1例

山田 淳貴¹⁾、藪下 泰宏¹⁾、清水 康博¹⁾、中山 岳龍¹⁾、三宅 謙太郎¹⁾、本間 祐樹¹⁾、熊本 宜文¹⁾、
松山 隆生¹⁾、梅田 茂明²⁾、遠藤 格¹⁾

横浜市立大学附属病院 消化器・腫瘍外科¹⁾、横浜市立大学附属病院 病理診断科²⁾

症例は66歳、男性。発熱、腹痛を主訴に前医受診した。CTで肝S6を中心とした多房性嚢胞性病変を認め、感染性肝嚢胞の診断で穿刺ドレナージ術を施行された。穿刺液の細胞診はClass Iだった。一時的に改善するも再発を繰り返し、4回のドレナージが施行された。経過中に炎症に伴うと考えられる、中肝静脈から下大静脈内へ伸びる血栓形成を認めた為、切除術目的に当院紹介となった。当院受診時の血液検査では、炎症反応、腫瘍マーカーは陰性だった。CTで肝S6に多房性嚢胞と内部の小石灰化、末梢胆管の拡張を認めた。抗凝固療法により中肝静脈の血栓は消失したが、下大静脈内に疣贅様の血栓は残存した。MRIでは嚢胞内部に不整な充実成分を認めた。以上より、IPNB・感染性肝嚢胞を鑑別に、門脈塞栓術施行後に肝右葉切除術＋下大静脈血栓除去術を施行した。術中エコーでは、嚢胞内の充実成分と、胆管との交通を認めた。術中迅速診断では、嚢胞内腫瘍は上皮内癌の診断、IVC血栓内には浮遊する類似した腫瘍細胞を認めた。経過は良好で9日目に合併症なく退院した。術後病理組織学的診断は、後区域門脈、右肝静脈本幹に浸潤を認めるIPNB由来の肝内胆管癌であった。今回、我々は術前診断が困難かつ興味ある進展形式を示した肝嚢胞性病変の1例を経験したため、文献的考察を含めて考察する。【検討事項】・肝嚢胞性病変の術前診断について・腫瘍血栓の進展形式について

DICOM画像リンクボタン 



胆 道 II

座長：竹中 完（近畿大学医学部附属病院 消化器内科）

海野 倫明（東北大学 消化器外科学分野）

病理コメンテーター：安川 覚（京都第二赤十字病院 病理診断科）

画像コメンテーター：櫻井 康雄（手稲溪仁会病院 放射線診断科）

内視鏡コメンテーター：加藤 博也（岡山大学病院 消化器内科）

O-23 胆嚢管断端に発生した腫瘤の1例 DICOM

高橋 孝輔（富山大学大学院 医学薬学研究部 内科学第三講座）

O-24 下部胆管に原発した癌肉腫の1例 DICOM

南 宏典（金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学）

O-25 胆嚢 Mixed adenoneuroendocrine carcinoma の1例 DICOM

佐野 貴紀（東北大学大学院 消化器病態学分野）

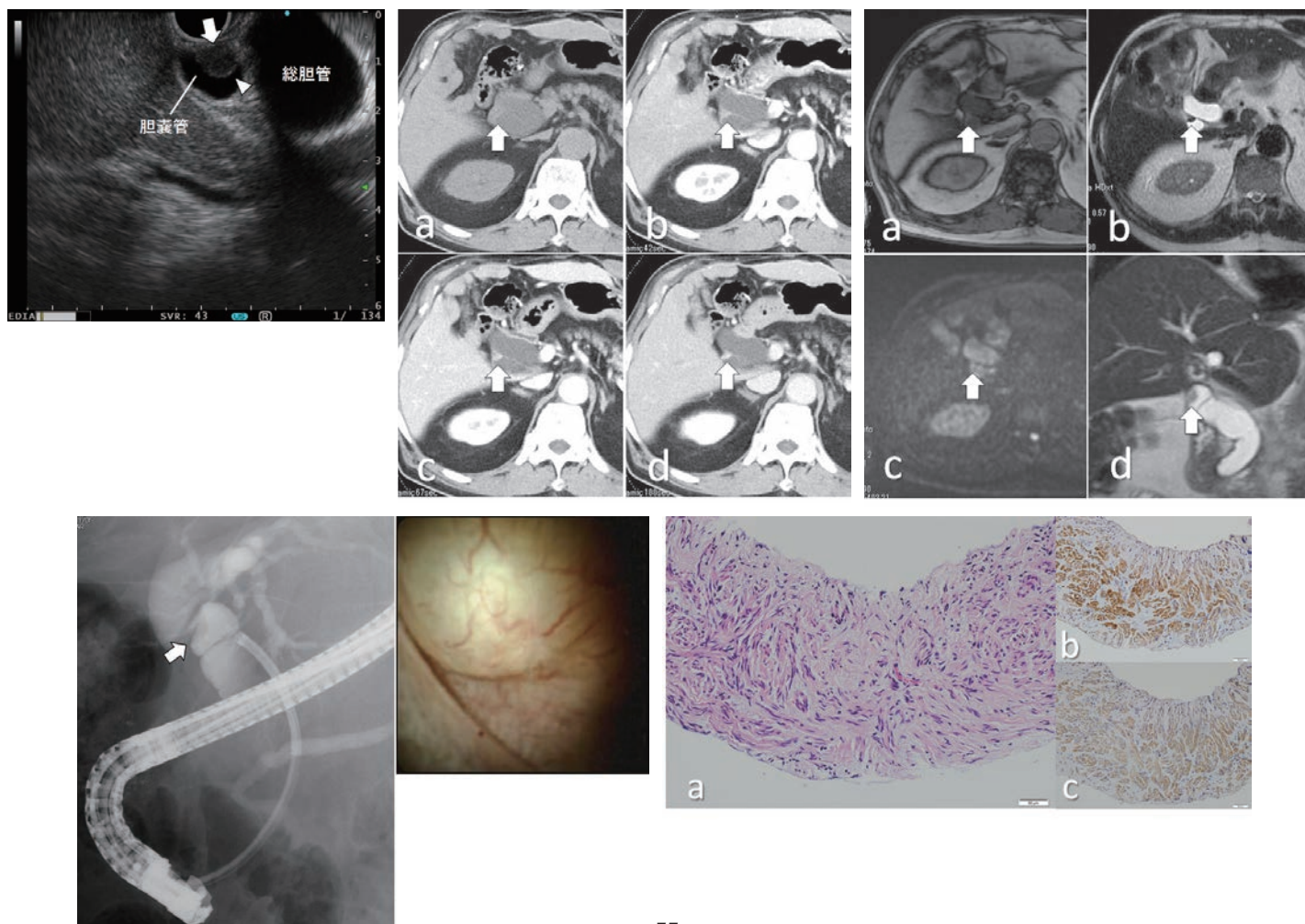
O-23 胆嚢管断端に発生した腫瘍の1例

高橋 孝輔¹⁾、安田 一郎¹⁾、小林 才人¹⁾、長田 巧平¹⁾、二日市 有花¹⁾、圓谷 俊貴¹⁾、田尻 和人¹⁾、野口 映²⁾、井村 譲二²⁾

富山大学大学院 医学薬学研究部 内科学第三講座¹⁾、富山大学大学院 医学薬部 病理診断学講座²⁾

症例は76歳男性。20歳時胆嚢結石にて開腹下胆嚢摘出術の既往あり。近医より十二指腸乳頭部腺腫精査目的のEUSを依頼され当科受診となった。来院時血液検査では、肝胆道系・膵酵素の上昇はみられず、腫瘍マーカーも正常であった。EUSでは乳頭部腺腫の胆管内・主膵管内への進展はみられなかったが、遺残胆嚢管がびまん性に拡張しており、その断端に14mm大の類円形腫瘍を認めた。腫瘍内部はほぼ均一な低エコーで、内腔側表面を薄い高エコー層が縁取っていた。また、ソナゾイド造影では比較的早期から腫瘍全体の濃染を認めた。造影CTでも胆嚢管断端に漸増性の造影効果を有する半球状腫瘍を認めた。MRIでは腫瘍はT1強調像でやや高信号、T2強調像で低信号、拡散強調像では拡散制限を認めなかった。胆嚢管断端神経腫を疑うも胆嚢管癌を否定できず、次に経口胆道鏡検査(POCS)を行った。POCSでは、胆嚢管断端に正常上皮に覆われた粘膜下腫瘍様のドーム状隆起を認め、引き続き直視下生検を行ったが診断には至らなかった。このため次いでEUS-FNAを行ったところ、病理組織所見において紡錘形細胞の束状増生が確認でき、免疫組織染色でS-100、GFAP陽性であったことから、遺残胆嚢管切除断端に発生した断端神経鞘腫と診断した。【討論のポイント】1) EUSでの表面高エコーは粘膜層+境界エコー、すなわち本症を疑う所見と考えてよいのか？2) 病理診断は神経腫ではなく、神経鞘腫でよいのか？

DICOM画像リンクボタン



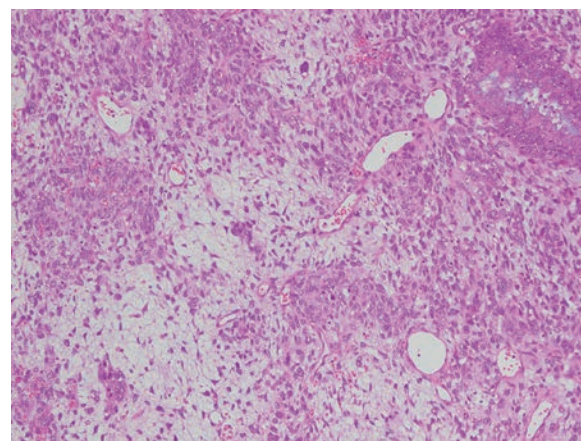
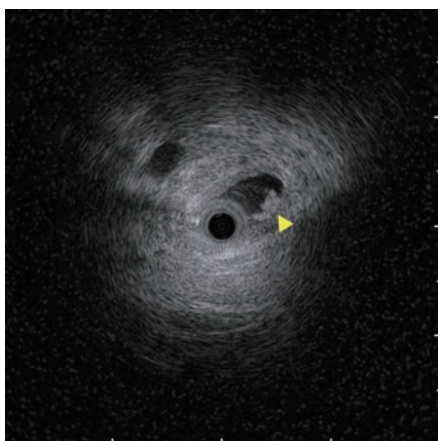
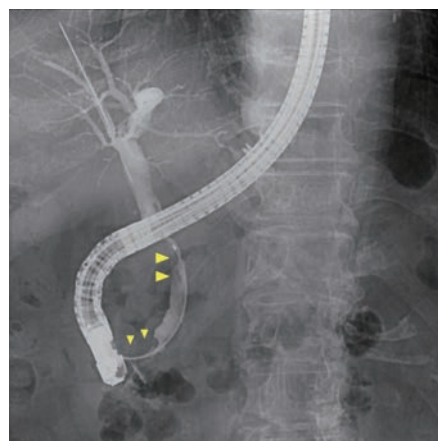
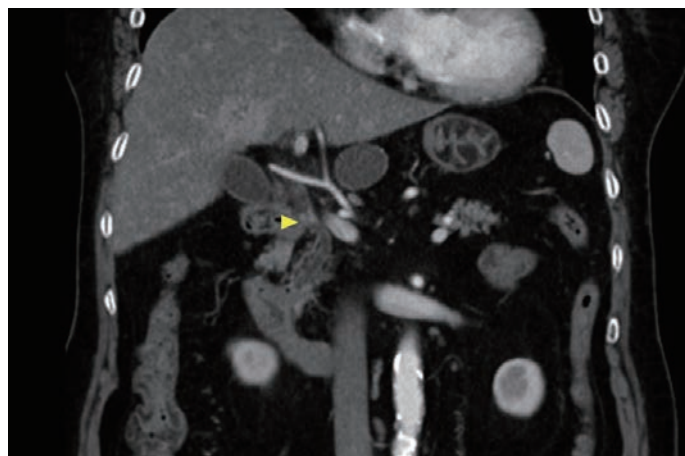
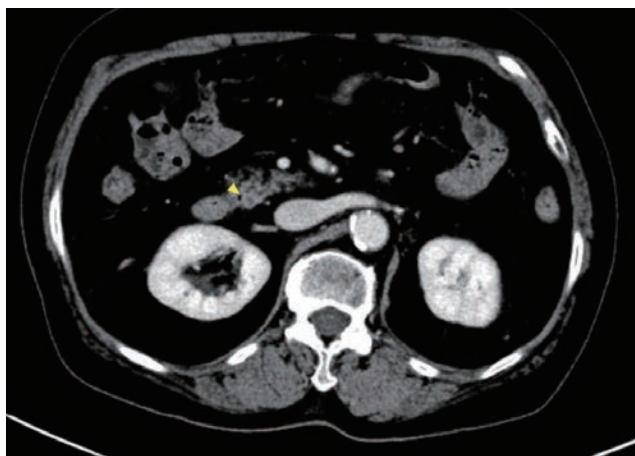
O-24 下部胆管に原発した癌肉腫の1例

南 宏典¹⁾、田島 秀博¹⁾、真橋 宏幸¹⁾、中沼 伸一¹⁾、牧野 勇¹⁾、宮下 知治¹⁾、二宮 致¹⁾、
伏田 幸夫¹⁾、池田 博子²⁾、蒲田 敏文³⁾、太田 哲生¹⁾

金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学¹⁾、同 形態機能病理学教室²⁾、同 放射線科学³⁾

【緒言】同一腫瘍内に上皮由来成分と間葉系由来成分を併せ持つ腫瘍を癌肉腫と呼ぶが、肝外胆管に発生する癌肉腫はまれである。今回、我々は下部胆管原発の癌肉腫の症例を経験したので報告する。【症例】79歳、女性。食思不振を主訴に近医を受診した。血液検査で肝胆道系酵素上昇及び炎症反応上昇所見を認めたが、CEA、CA19-9、DUPAN-IIは基準値内であった。造影CT検査で膵内胆管の造影効果を伴う壁肥厚及び狭窄を認め、肝内胆管拡張を認めた。内視鏡的逆行性胆管ドレナージを行い、その際に施行した下部胆管からの生検でadenocarcinoma, tub2-por1の診断を得たため、当院紹介となった。IDUSでは中部胆管より乳頭状に腫瘍の発育を認め、中部～下部胆管で腫瘍による狭窄を認めた。PET-CT検査では、膵内胆管および#12a/#8pリンパ節にFDGの異常集積を認めた。以上より下部胆管癌の診断で亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を行った。病理組織学的検査では遠位胆管で胆管内腔へのポリープ状の腫瘍増生を認め、同部位で腺癌と肉腫性分が混在する癌肉腫像を認めた。最終診断はBd, 35mm, carcinosarcoma, int, INFb, ly2, v1, ne2, pHM0, pEM0, pPV0, pA0, pT2, pN0, pStage IBであった。術後、Grade Bの膵液瘻を認めたがドレナージにより改善し、術後140日で退院した。術後5か月現在、無再発生存中である。【討論のポイント】胆管原発癌肉腫の病理学的特徴と、術前画像所見の対比を検討したい。

DICOM画像リンクボタン



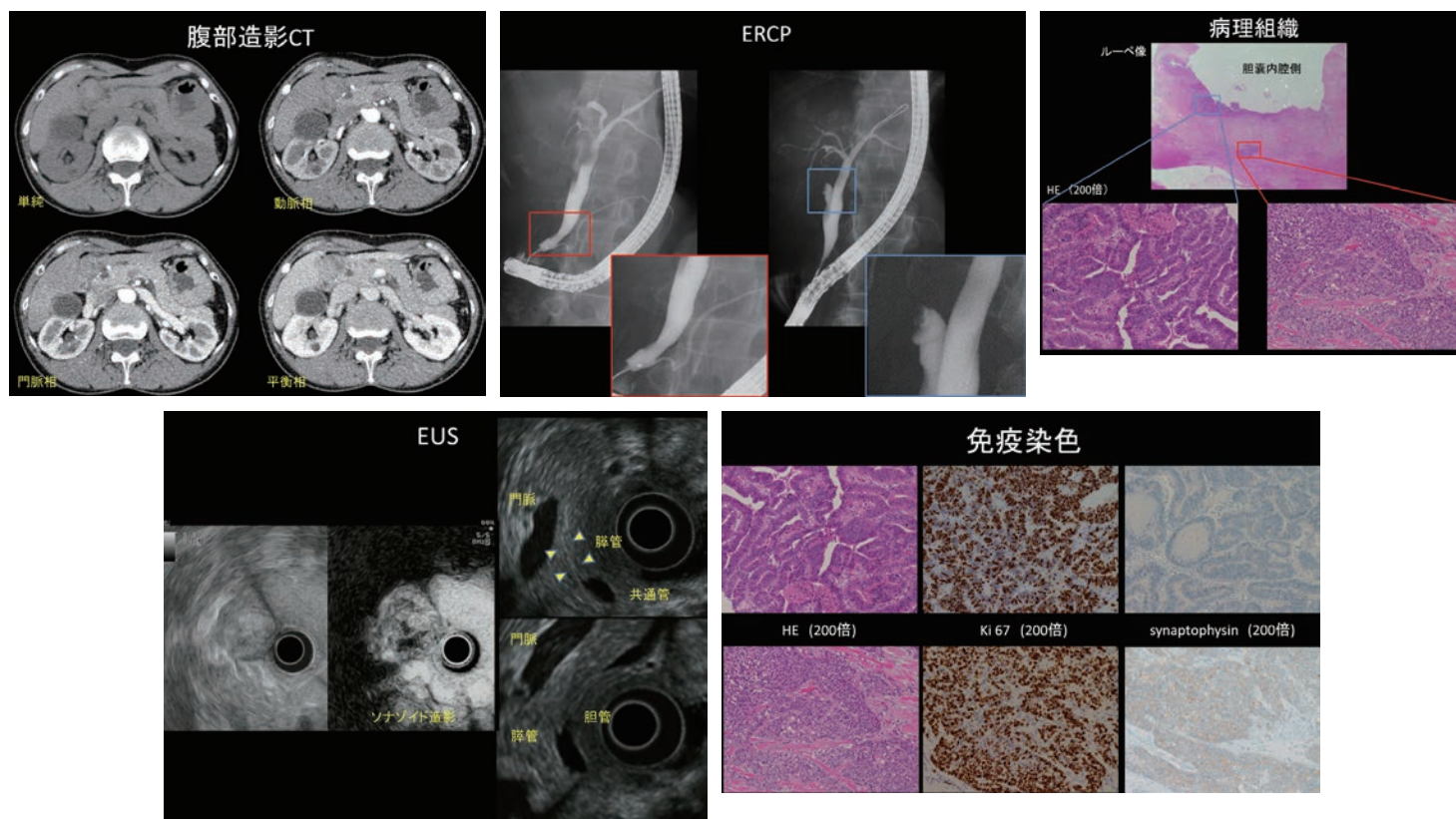
O-25 胆嚢Mixed adenoneuroendocrine carcinomaの1例

佐野 貴紀¹⁾、菅野 敦¹⁾、三浦 晋¹⁾、林 洋毅²⁾、益田 邦洋²⁾、海野 倫明²⁾、大森 優子³⁾、
藤島 史喜⁴⁾、古川 徹³⁾、正宗 淳¹⁾

東北大学大学院 消化器病態学分野¹⁾、東北大学大学院 消化器外科学分野²⁾、
東北大学大学院 病理形態学分野³⁾、東北大学大学院 病理診断学分野⁴⁾

【症例】60歳 女性。【現病歴】X月に左乳癌と診断された。乳癌精査中に施行されたFDG-PETにて胆嚢に集積を認め、胆嚢癌が疑われ当院を紹介された。腫瘍マーカーはDUPAN-2 (4975 U/ml) とSPan-1 (44.5 U/ml) が上昇していた。超音波内視鏡では胆嚢内腔に充満する腫瘍と合流異常が認められた。造影CT, MRIでは胆嚢内腔に造影効果を伴う腫瘍を認め、肝門部リンパ節転移、肝床浸潤が疑われた。ERCPでは長い共通管が認められ、胆嚢管は途中から途絶し胆嚢内腔は造影されなかったが、総胆管への浸潤は認められなかった。胆管内胆汁中アミラーゼは40106 IU/lと高値であったが、胆汁細胞診はclass Iであった。膵胆管合流異常に伴う胆嚢癌が疑われた。X+4月に左乳房全摘術、X+7月に胆嚢摘出、胆嚢床切除、D2リンパ節郭清を施行した。切除標本で胆嚢底部から胆嚢管の内腔まで全周性に乳頭状の腫瘍を認めた。pap + tub2主体のadenocarcinomaであったが、形態学的に一部で神経内分泌系への分化が疑われた。synaptophysin 弱陽性、ki-67陽性率が70%と高率であった。以上の結果より、胆嚢原発のMixed adenoneuroendocrine carcinoma (MANEC), pT3a(SE), v1, pN0, cM0, Stage IIIAと診断した。術後補助化学療法が行われたが、術後4か月で肝転移が認められ、術後6か月で死亡した。【結語】胆嚢MANECは比較的稀な胆嚢腫瘍であり、本疾患に特徴的な画像所見はなく通常の胆嚢癌との鑑別は困難であった。

DICOM画像リンクボタン



膵 IV

座長：児玉 裕三（神戸大学 医学部 消化器内科）

小西 大（国立がん研究センター東病院 肝胆膵外科）

病理コメンテーター：山口 浩（東京医科大学 病理診断科）

画像コメンテーター：野畠 浩司（厚生連高岡病院 放射線科）

内視鏡コメンテーター：窪田 賢輔（横浜市立大学附属病院 消化器内科）

O-26 膵管内腫瘍 Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一例 DICOM

益田 朋典（京都大学医学部付属病院 消化器内科）

O-27 急性膵炎を契機に診断された膵萎縮および主膵管拡張を呈した IPMN の一例 DICOM

奴田 絢也（和歌山県立医科大学 内科学第 2 講座）

O-28 非典型的画像所見を示した通常型膵癌の一例 DICOM

伊藤 泰斗（東京女子医科大学 消化器内科）

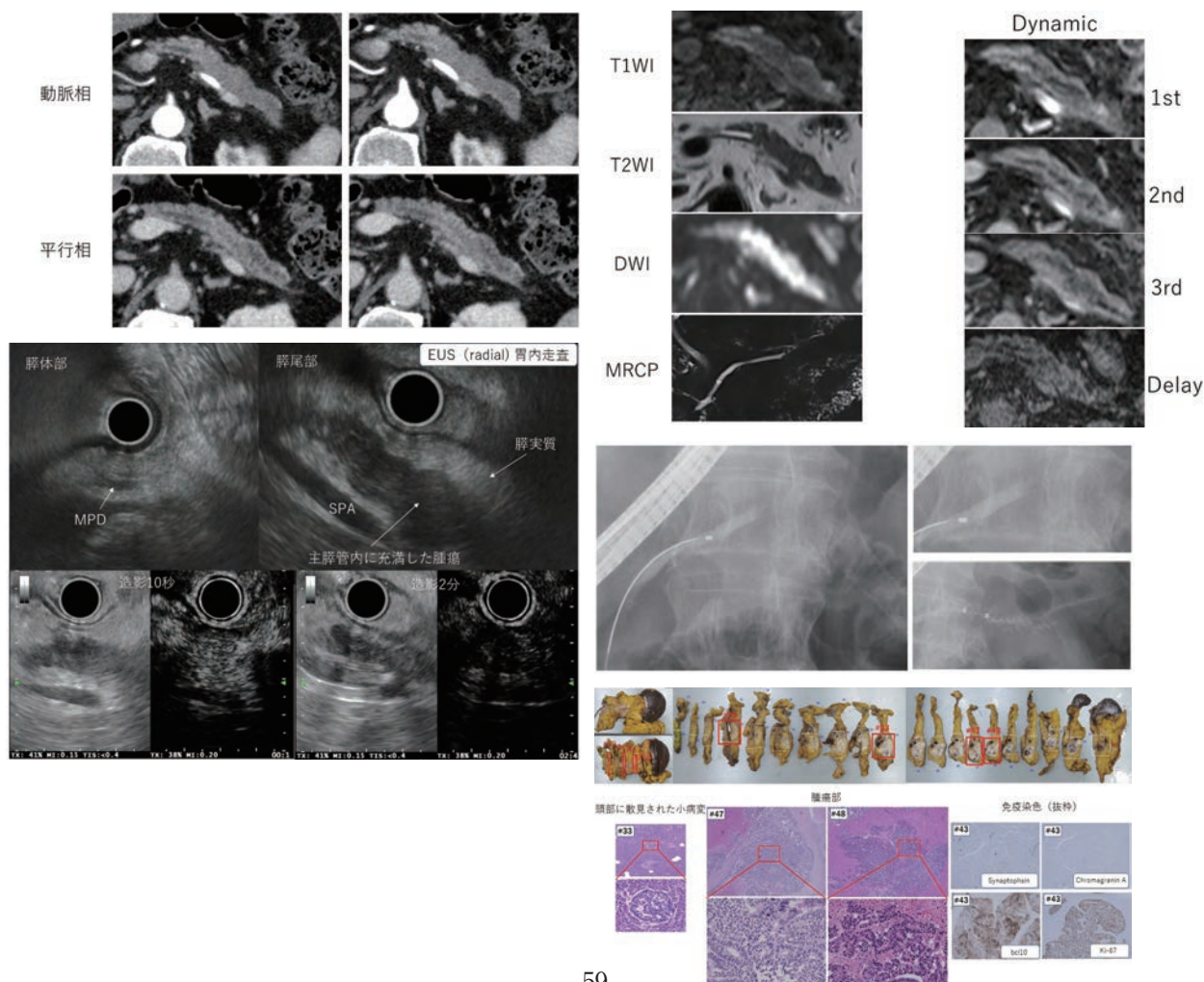
O-26 膵管内腫瘍 Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN) の一例

益田 朋典¹⁾、松森 友昭¹⁾、吉田 裕幸¹⁾、清水 孝洋¹⁾、高橋 健¹⁾、宇座 徳光¹⁾、妹尾 浩¹⁾、
秦 浩一郎²⁾、羽賀 博典³⁾

京都大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、同 肝胆膵・移植外科²⁾、同 病理診断科³⁾

症例は78歳男性。近医の上部消化管内視鏡検査で胃穹窿部癌を認め、造影CTで膵尾部の主膵管拡張・腫大が指摘されたため、当科紹介。MRI/MRCPでは、尾側膵管に途絶・拡張を認め、膵尾部は全体にT2WIで低信号、DWIで拡散低下があり、膵尾部のびまん性病変が疑われた。EUSでは、十二指腸乳頭の腫大や開大は認めず、膵尾部の主膵管内に充満する低エコー腫瘤を認め、ソナゾイド造影で同腫瘤は早期に造影された。腫瘤の質的診断、進展度診断目的にERPを施行したところ、膵尾部の主膵管に不整で硬い狭窄を認め、ガイドワイヤーの挿入も困難であった。狭窄部のブラシ細胞診・生検より膵癌と診断した。非典型的な画像所見であったが、ITPNなど膵管内腫瘍を呈する腫瘍や通常型膵癌と考え、膵尾部切除術を施行した。病理所見では、膵管内を首座とする管状・篩状に増殖する腫瘍組織を認め、腫瘍部は腺管成分と神経内分泌細胞に分化して見える成分が混在していた。免疫染色で、 β カテニン(細胞膜)、CK7が陽性、Synaptophysin、chromogranin A、bcl10、MUC1/2/5AC/6、CK20が陰性であったことより、ITPNの診断となった。背景膵に腫瘍本体と同様の小病変が多発しており、ITPNとしては非典型であった。本症例は膵臓のITPNとは異なる組織像の胃癌、大腸癌の合併もあり、遺伝子異常を背景に発生した特異な膵腫瘍と考えられた。本症例の診断の妥当性、多発病変の意義、由来などについて御検討いただきたい。

DICOM画像リンクボタン



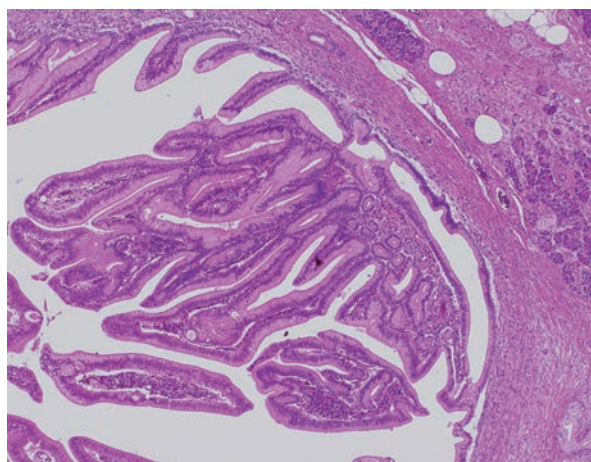
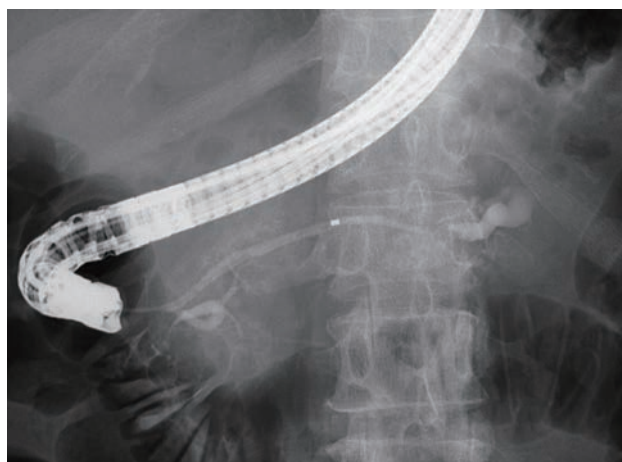
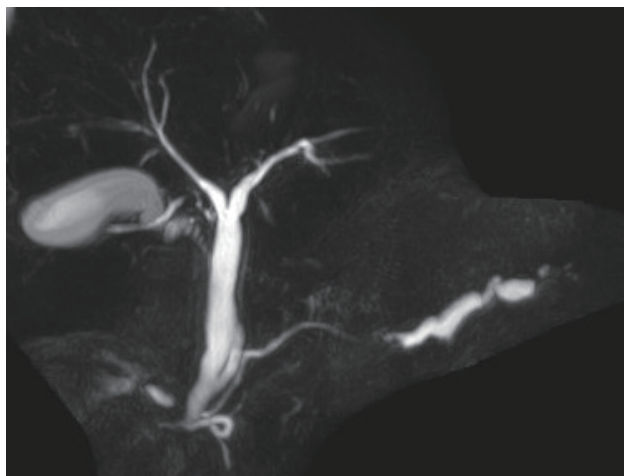
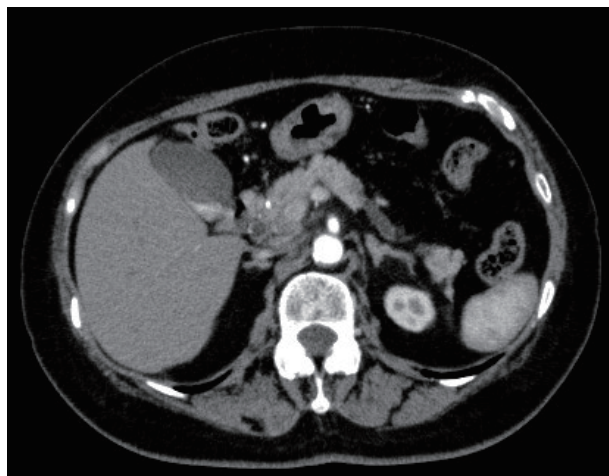
O-27 急性膵炎を契機に診断された膵萎縮および主膵管拡張を呈したIPMNの一例

奴田 絢也¹⁾、川路 祐輝¹⁾、田村 崇¹⁾、糸永 昌弘¹⁾、幡丸 景一¹⁾、山下 泰伸¹⁾、北野 雅之¹⁾、
廣野 誠子²⁾、山上 裕機²⁾、岩橋 吉史³⁾、村田 晋一³⁾

和歌山県立医科大学 内科学第2講座¹⁾、和歌山県立医科大学 外科学第2講座²⁾、
和歌山県立医科大学 人体病理診断科³⁾

症例は70歳、女性。急性膵炎の原因精査目的に当科紹介。造影CTにて膵体部から尾部にかけて著明な膵萎縮および4mm径の主膵管拡張を認めるも、明らかな腫瘤像を認めなかった(Figure1)。MRCPでは膵体部に15mm長の主膵管狭窄およびその尾側の主膵管拡張(4mm)を認めた(Figure2)。EUSでは膵体部主膵管壁から実質にかけて5mmの低エコー腫瘤を認め、その尾側の膵萎縮および主膵管拡張(4mm)を認めた。以上より、膵体部の微小膵癌を疑い、膵炎の原因と考えた。EUS-FNAを行うも、CLASSⅢであり、確定診断に至らず。そのため、ERPおよび膵液細胞診を施行。ERPではMRCPと同様、膵体部主膵管の狭窄およびその尾側膵管に4mmの拡張を認めた(Figure3)。膵液細胞診ではN/C比の大きい細胞集塊を認めるも、異型はやや弱く、CLASSⅢbであった。画像上膵癌と診断し、脾合併膵体尾部切除術を施行。病理標本では、膵体部に、主膵管内を充実するように乳頭状及び腺管状構造の増生を認めた。構成上皮は高円柱状で、豊富な細胞内粘液を有した。核は卵円形で軽度腫大し、中等度までの重層化を呈した(Figure4)。腫瘍の内腔側は胃腺窩様、辺縁側は幽門腺様の分化を示すことより、IPMN with intermediate-grade dysplasia, gastric typeと診断された。膵萎縮に伴う膵管拡張、およびEUSの低エコー像より臨床的に膵癌を疑ったが、病理結果はIPMNであった。画像上、術前にIPMNの診断が可能か御教授頂きたい。

DICOM画像リンクボタン



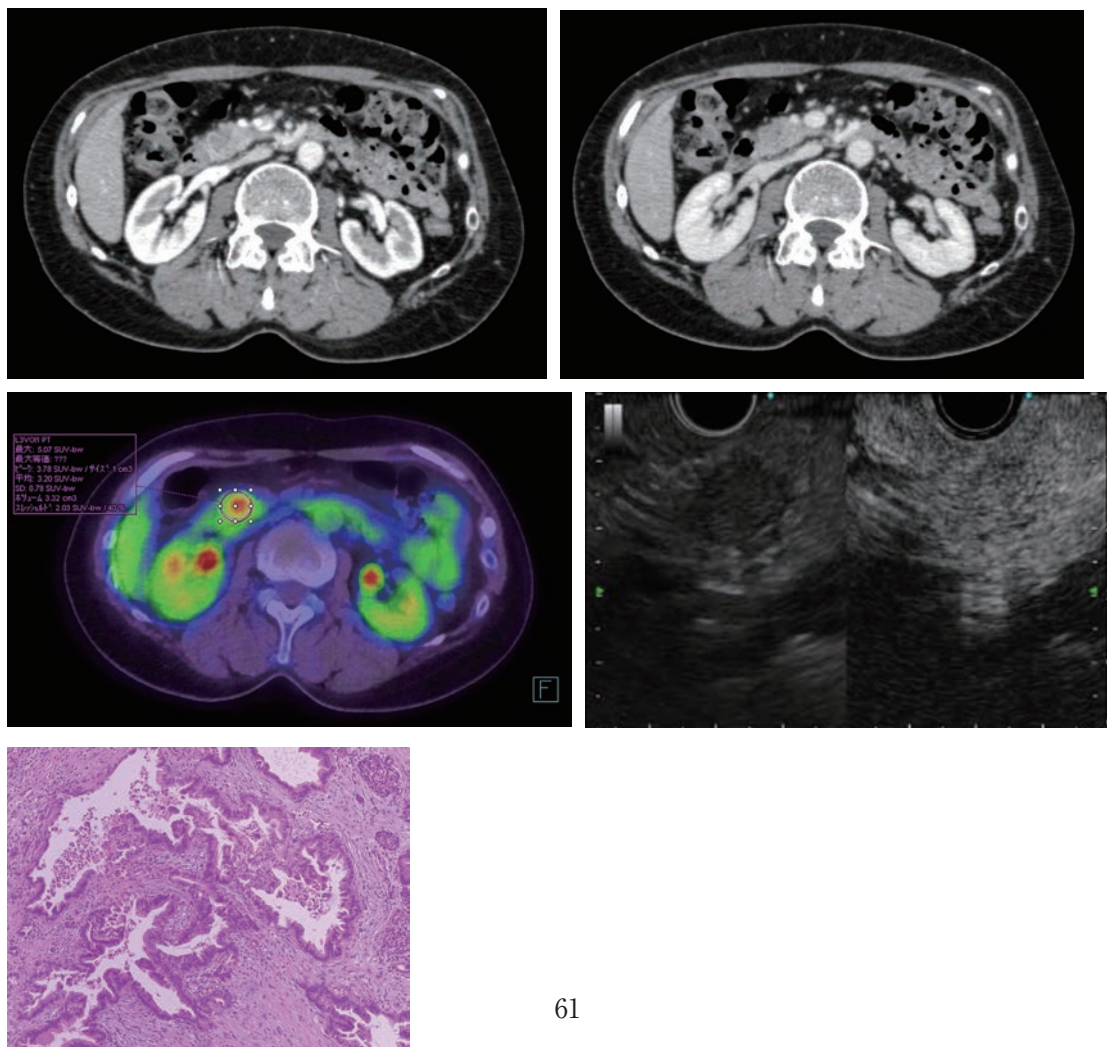
O-28 非典型的画像所見を示した通常型膵癌の一例

伊藤 泰斗¹⁾、赤尾 潤一¹⁾、大塚 奈央¹⁾、長尾 健太¹⁾、田原 純子¹⁾、高山 敬子¹⁾、清水 京子¹⁾、
徳重 克年¹⁾、樋口 亮太²⁾、山本 雅一²⁾、古川 徹³⁾

東京女子医科大学 消化器内科¹⁾、東京女子医科大学 消化器外科²⁾、
東北大学大学院 医学系研究科病態形態学分野³⁾

〔症例〕60代女性〔現病歴〕2018年3月に右乳癌に対し術前化学療法を導入され、11月に右乳房切除が施行された。術前化学療法導入開始時から時折心窩部痛を自覚し、改善ないため2019年1月31日に当科外来を受診した。〔検査〕造影CTでは膵頭部に19mm×12mmの楕円形の占拠性病変を認めた。内部は均一、辺縁は平滑で造影早期から門脈相では膵実質よりやや造影不良、平衡相ではやや濃染がみられた。EUSでは膵頭部に15mmの円形の低エコーSOLが認められた。境界明瞭で辺縁は整で内部エコーはモザイク状であった。ペルフルブタンマイクロバブルによる造影では早期では膵実質と同等の造影効果を持ち、遅延相ではwash outが認められた。画像所見からは神経内分泌腫瘍のほか、乳癌膵転移、漿液性嚢胞性腫瘍、腫瘤形成性膵炎を考え、確定診断のためFNAを施行した。組織診では核の濃染、大小不同を示す異型細胞が管状構造を形成し、免疫染色ではp53陽性、Ki-67陽性細胞の増加、CK7陽性、CK20陽性、GCDFP-15、ER、PgR陰性、HER2: score 1+であった。乳癌の検体ではGCDFP-15陽性で、HER2: score 3+であり染色性が異なることから原発性膵癌が疑われた。〔経過〕通常型膵癌の診断で幽門輪温存膵頭十二指腸切除術を施行した。最終病理診断はT1cN0M0の通常型膵癌であった。画像所見で通常型膵癌の診断が可能であったか議論したい。

DICOM画像リンクボタン



ポスターセッション

ポスター：膵 I

座長： 栗谷 将城（北海道大学病院 消化器内科）
病理コメンテーター： 高瀬 優（越谷市立病院 病理診断科）
スーパーバイザー： 清水 泰博（愛知県がんセンター 消化器外科部）

P-01 卵巣様間質を伴う非粘液性嚢胞腺腫の二例 DICOM

吉川 雅登（徳島大学 消化器移植外科）

P-02 術前に膵癌との鑑別が困難であった IgG4 関連動脈周囲炎の一例

氏原 哲郎（新東京病院 消化器内科）

P-03 主膵管型 IPMN に併存した浸潤性膵管癌の 1 例

與那嶺圭輔（仙台市医療センター・仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科）

P-04 膵体部粘液癌術後 26 ヶ月目に残膵再発した膵粘液癌の一例

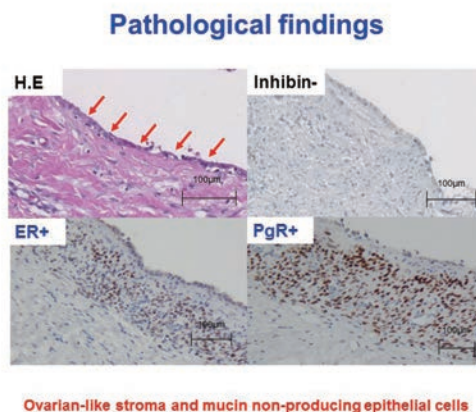
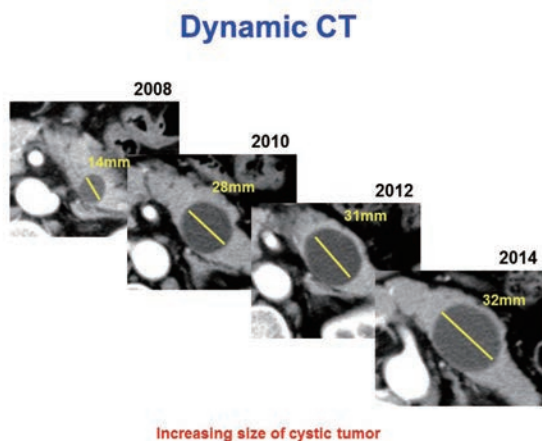
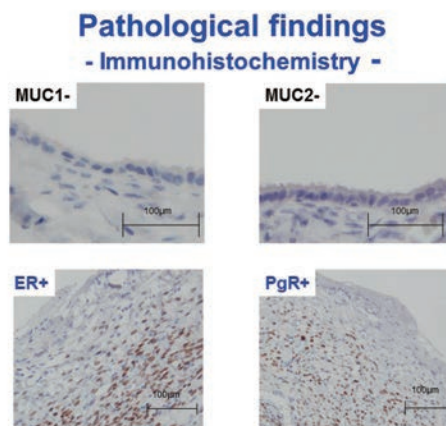
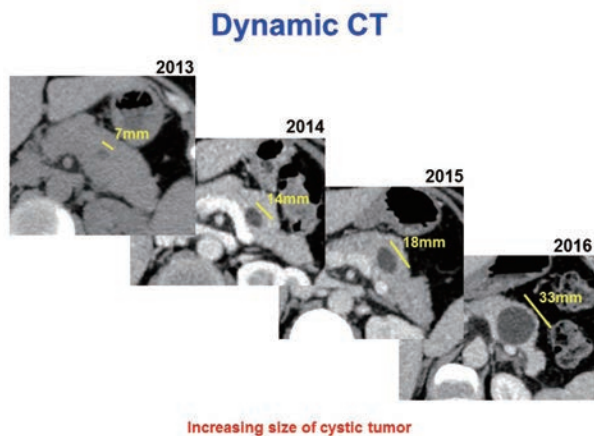
新井田 憩（仙台厚生病院 消化器内科）

P-01 卵巣様間質を伴う非粘液性嚢胞腺腫の二例

吉川 雅登¹⁾、岩橋 祥子¹⁾、池本 哲也¹⁾、森根 裕二¹⁾、居村 暁¹⁾、荒川 悠佑¹⁾、齋藤 裕¹⁾、
山田 眞一郎¹⁾、宮崎 克己¹⁾、常山 幸一²⁾、島田 光生¹⁾
徳島大学 消化器移植外科¹⁾、徳島大学大学院 医歯薬学研究部疾患病理学分野²⁾

【はじめに】 嚢胞性の分類では MCN は粘液を産生と卵巣様間質を特徴とし、IPMN,SCN,SPN は原則的に卵巣様間質を伴わない。ところが近年、粘液産生をせず卵巣様間質を伴う稀な腫瘍が報告された。2006-18 年に当院で切除した嚢胞性膵疾患 19 例 (IPMN を除く) を retrospective に検討した結果、病理学的に当疾患に該当するのは 2 例 (10.5%) であった。【症例 1】 40 歳代女性。CT で膵体尾部に単房性嚢胞を認めた。同部位は MRI 上 T1low,T2high であり、単純性嚢胞と診断、経過観察していたが 2 年後に腫瘍は 33mm に増大したため悪性も考慮し膵体尾部切除術を施行した。嚢胞内容物は漿液成分で嚢胞壁は MUC1,2,5AC,6 すべて陰性の非粘液産生性の立方上皮 1 層で構成され、Estrogen receptor(ER),Progesterone receptor(PgR) 陽性の卵巣様間質を伴っていた。【症例 2】 60 歳代女性。膵体尾部の 9mm の嚢胞性病変を経過観察していたが徐々に増大し、嚢胞径が 24mm に達し、内部隔壁構造が目立つようになったため、MCN を疑い膵体尾部切除術を施行した。嚢胞内容物は漿液成分で嚢胞壁は 1 層の立方上皮で覆われ卵巣様間質は H.E. 染色では明らかではなく免疫染色でも inhibin の発現はなかったが ER,PgR の発現があり卵巣様間質を伴う非粘液産生腫瘍と診断した。【結語】 卵巣様間質を伴う非粘液性嚢胞性膵腺腫という新しい病理学的概念の腫瘍を経験した。中年女性の非特異的な嚢胞性腫瘍ではこのタイプの腫瘍を考慮する必要がある。

DICOM画像リンクボタン

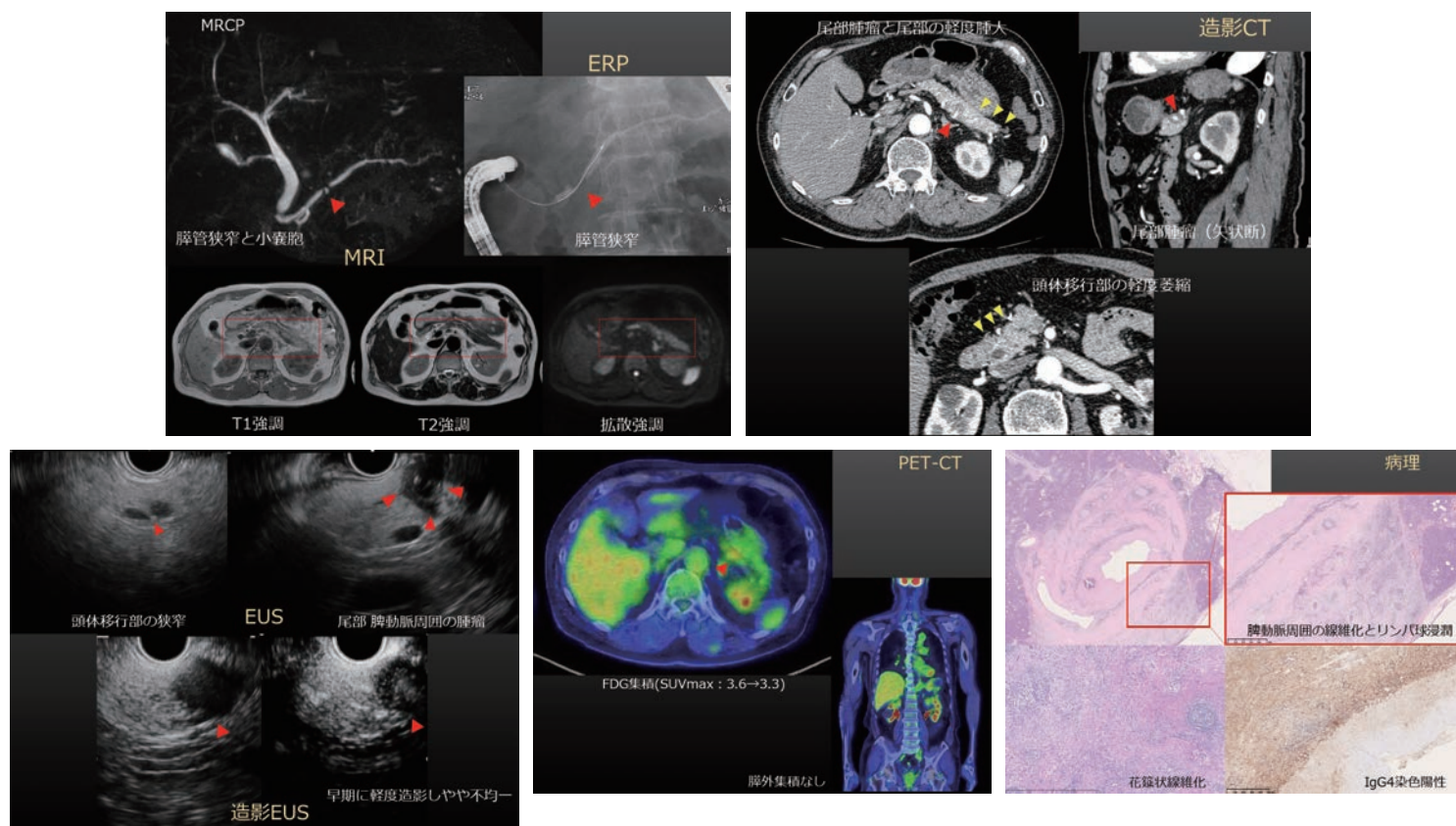


P-02 術前に膵癌との鑑別が困難であったIgG4関連動脈周囲炎の一例

氏原 哲郎、佐上 亮太、早坂 健司、中原 良太郎、村上 大輔、岩城 智之、末廣 聡士、
勝山 泰志、原田 英明、天野 祐二
新東京病院 消化器内科

【症例】70歳代男性。腹部超音波検査で膵管拡張を指摘された。【既往歴】十二指腸潰瘍【生活歴】飲酒:35g/日、喫煙:20本/日25年【臨床経過】MRCPで膵頭体移行部に膵管狭窄と小嚢胞、尾側膵管の軽度拡張を認めた。EUSで同部位に口径不同を認めPanINを疑った。体尾部に脾動脈と隣接して径12mmの低エコー結節を認め、周囲の膵実質は塑像所見に乏しかった。造影EUSでは早期に不均一な造影効果を認めた。造影CTでは同部位に造影不良域、狭窄周囲に軽度萎縮所見を認めた。MRIでは拡散強調像含め結節を指摘できなかった。FNAを検討したが病変が脾動脈に隣接し穿刺困難であった。膵管造影では既知の狭窄所見を認め、連続膵液細胞診はClass Iだった。PETCTでは結節に一致してFDG集積(SUVmax:3.6→3.3)を認めた。腫瘍マーカーは陰性だった。以上より膵尾部癌と頭体移行部のPanIN併存を疑い、患者と相談の結果、体尾部切除術を施行し、PanINは嚴重経過観察の方針とした。病理肉眼所見では脾動脈周囲に径12mmの白色結節を認めた。組織所見では脾動脈周囲に花筵状線維化とリンパ球浸潤を認めた。IgG4陽性形質細胞の増加(>50/HPF)を認め、IgG4関連動脈周囲炎の診断であった。膵実質にはIgG4の発現は目立たなかった。術後の血清IgG4値は241mg/dLだった。【結語】術前に膵癌と鑑別が困難であったIgG4関連動脈周囲炎の症例を経験した。【検討要望事項】1.術前検査で癌との鑑別が可能であったか2.術式

〈DICOM 画像なし〉



P-03 主膵管型 IPMN に併存した浸潤性膵管癌の1例

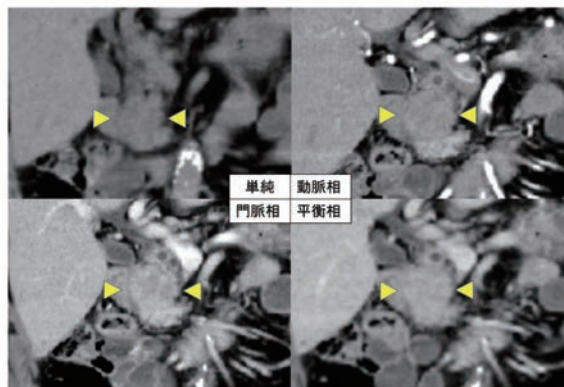
與那嶺 圭輔¹⁾、越田 真介¹⁾、伊藤 啓¹⁾、菅野 良秀¹⁾、小川 貴央¹⁾、楠瀬 寛頭¹⁾、枡 かおり¹⁾、岡田 恭穂²⁾、及川 昌也²⁾、野田 裕³⁾、澤井 高志³⁾

仙台市医療センター・仙台オープン病院 消化管・肝胆膵内科¹⁾、同 消化器外科・一般外科²⁾、同 病理部³⁾

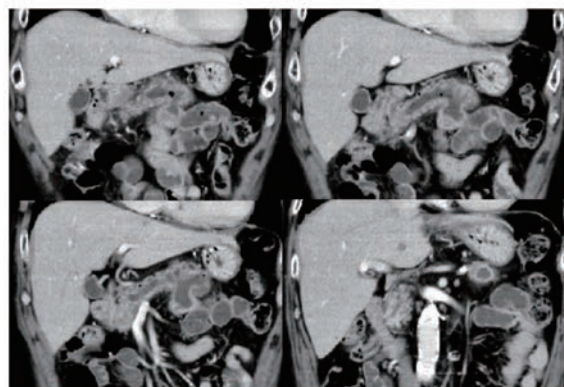
症例は68歳男性。他院の画像検査で膵腫大を認め、精査目的で当院紹介となった。造影CTでは膵頭部に約3cm大の乏血性腫瘤を認め、高度に拡張した膵体尾部主膵管内に空気像を認めた。MRIの拡散強調画像では膵頭部腫瘤と拡張した尾部主膵管内に拡散低下を伴う腫瘤を認めた。EUSでは膵頭部に26mm大の低エコー腫瘤を認めた。膵体部では拡張主膵管と十二指腸との交通が疑われ、これより尾側の拡張主膵管内には9mm高の壁在結節を認めた。膵頭部腫瘤に対してEUS-FNAを施行し、class IVと診断した。また、小腸内視鏡下に十二指腸水平脚に粘液の排出を伴う瘻孔を認め、ここより主膵管内の乳頭状腫瘤から生検を行い、腸型の腺癌と診断した。膵頭部癌と腸型の悪性主膵管型 IPMN と診断し、膵全摘術を施行した。切除標本の組織像では膵頭部に管状腺癌を認め、一方で膵体尾部主膵管内には乳頭状の異型上皮の充満像を認め、腸型的主膵管型 IPMN と診断した。管状腺癌と IPMN 上皮との組織学的移行像は認めなかった。最終診断は浸潤性膵管癌および IPMN with high grade dysplasia, pT3, pN1, pM0, pStage IIB であった。主膵管型 IPMN 併存膵癌は極めて稀な症例と考えられ、診断に問題点が無いかご討論いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉

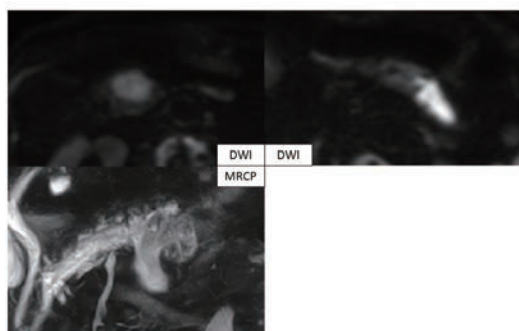
腹部造影CT(冠状断)



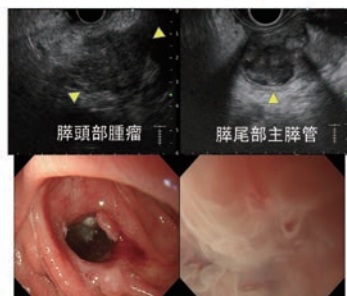
腹部造影CT(冠状断・門脈相)



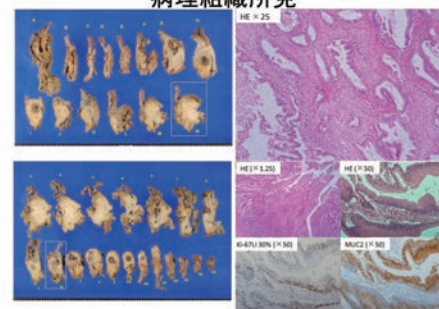
MRI



EUS/小腸内視鏡



病理組織所見

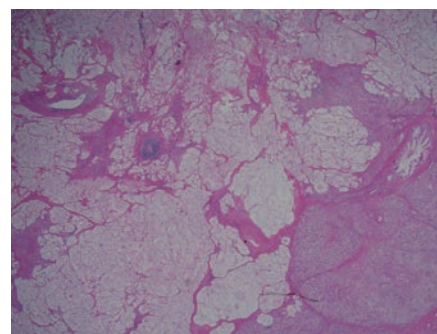
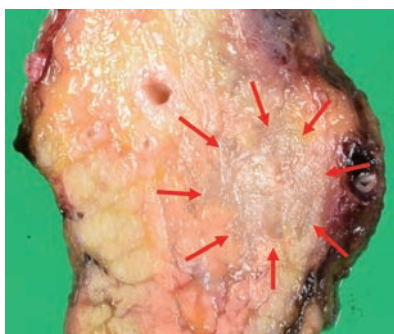
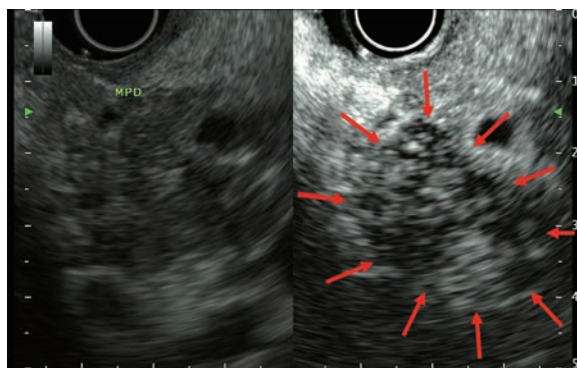
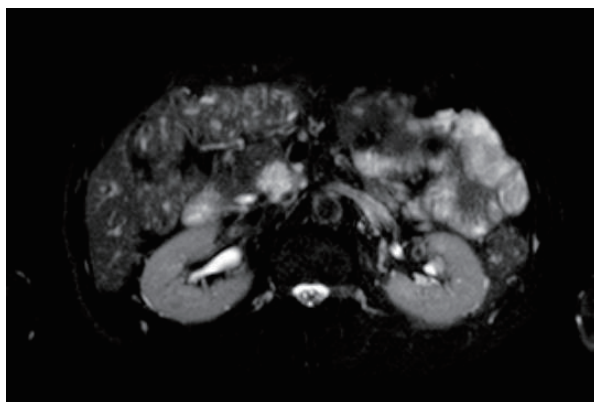
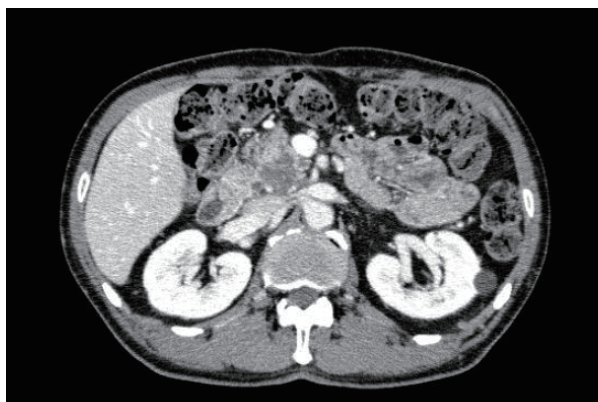


P-04 膵体部粘液癌術後26ヶ月目に残存再発した膵粘液癌の一例

新井田 穂、奥藺 徹、富樫 純一、阿部 洋子、中堀 昌人、松田 知己
仙台厚生病院 消化器内科

【症例】症例は60代男性。X年10月、当院外科にて膵体部粘液癌に対して膵体尾部切除術施行。stageIIBで断端陰性だった。術後補助化学療法としてS1を4コース施行し、半年毎のCT検査にてfollowしていた。術後26ヶ月目のCTにて残存に17mm大の低吸収域を認めたため精査目的に当科紹介となった。術後29ヶ月目に当科で施行したCTでは膵頭部に22mm大の乏血性腫瘍を認めた。MRIではT1強調像にて低信号、T2強調像にて高信号で描出されたが、MRCPでは主膵管の狭窄とその尾側膵管拡張は認めたものの狭窄部には明らかな高信号は認められなかった。PET-CTでは同部位に明らかなFDG集積は認められなかった。EUSでは膵頭部主膵管は途絶しその尾側で拡張を認めた。途絶部位に不明瞭ながら後方増強を伴う22×25mm大のやや高エコーな腫瘍を認めた。ソナゾイド造影では20秒後より隔壁を伴う小嚢胞の集簇を認めた。既往歴より膵粘液癌再発と疑われ、術後30ヶ月目で当院外科にて残存全摘出術を施行された。病理学的所見では病変部主膵管に近接して22mm大の粘液湖の集簇が認められ、前回と同様の所見が見られたため膵粘液癌の残存再発と診断された。また複数のリンパ節転移も認められpT2N1bM0、StageIIBと診断された。【検討希望項目】今回は膵体部粘液癌の術後だったため術前診断可能だったが、画像のみで診断可能であったかご検討いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：膵Ⅱ

座長：蘆田 玲子（大阪国際がんセンター 消化器検診科）

病理コメンテーター：安川 覚（京都第二赤十字病院 病理診断科）

スーパーバイザー：北川 裕久（倉敷中央病院 外科）

P-05 短期間で形態変化を認めた膵腺房細胞癌の1例 DICOM

池田 未緒（東北大学大学院 消化器病態学分野）

P-06 真性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の1切除例

深見 保之（愛知医科大学 消化器外科）

P-07 演題取り下げ

P-08 経時的な画像変化を来した膵神経内分泌腫瘍の1例

勝田泰志郎（大分アルメイダ病院 消化器内科）

P-05 短期間で形態変化を認めた膵腺房細胞癌の1例

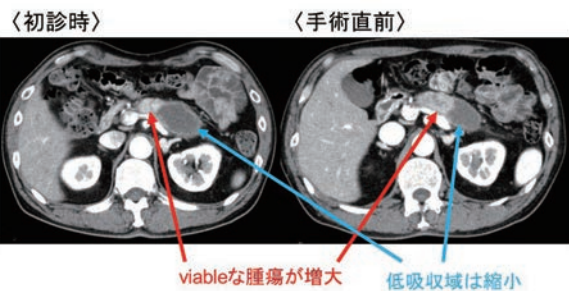
池田 未緒¹⁾、三浦 晋¹⁾、菅野 敦¹⁾、畠 達夫²⁾、元井 冬彦²⁾、海野 倫明²⁾、大森 優子³⁾、
古川 徹³⁾、正宗 淳¹⁾

東北大学大学院 消化器病態学分野¹⁾、東北大学大学院 消化器外科学分野²⁾、東北大学大学院 病理形態学分野³⁾

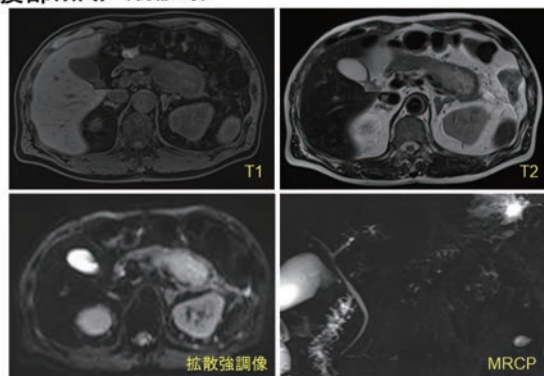
【症例】64歳男性【主訴】心窩部痛【病歴】X年1月に心窩部痛で救急搬送された。腹部造影CT検査で膵腫瘍を指摘され精査加療目的に当院紹介となった。【経過】心窩部痛は以後認められなかった。血液生化学検査では血清リパーゼ75 IU/Lと軽度上昇していたが、その他に特記すべき異常はなかった。腹部造影CT検査では膵尾部に橢円形で8cm大の低吸収域を認め、辺縁を除き腫瘍内部の造影効果は認められなかった。MRIではT1強調で低信号、T2強調で高信号を呈していた。ERCPでは膵体部主膵管で蟹爪状に途絶しており腫瘍による主膵管内の腫瘍栓が疑われた。EUSでは橢円形で、CE-EUSでは辺縁のみ軽度造影され、中心部はほとんど造影効果を認めない低エコーな腫瘍であった。画像所見から膵腺房細胞癌を疑い膵体尾部切除の方針とした。手術直前の約1か月後にCT、EUSを再検したところ、腹部造影CT検査では尾側の造影効果のない低吸収域がやや縮小した一方で、viableな腫瘍が頭側から尾側に突出するように増大しており、EUSでも同様の所見が観察された。X年3月7日に膵体尾部切除術が施行され病理組織学的診断の結果、膵腺房細胞癌と診断された。【まとめ】短期間で形態変化を来した膵腺房細胞癌の1例を経験した。膵腺房細胞癌の自然史を考察する上で貴重な1例と考え報告する。

DICOM画像リンクボタン

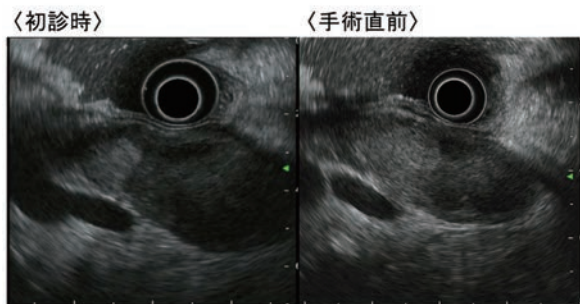
腹部造影CT



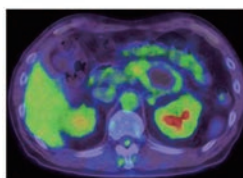
腹部MRI〈初診時〉



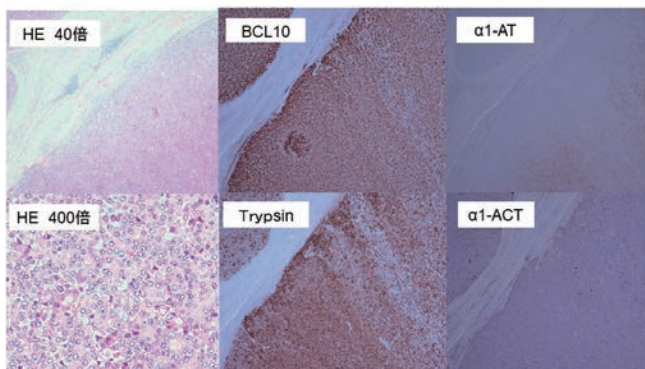
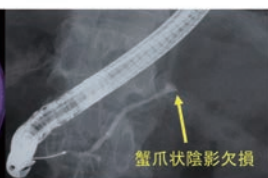
EUS



PET-CT



ERCP



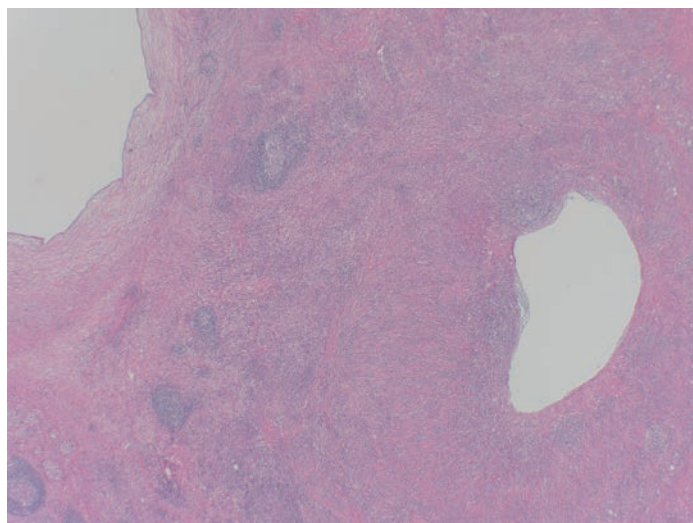
P-06 真性嚢胞を合併した自己免疫性膵炎の1切除例

深見 保之、有川 卓、大澤 高陽、鈴木 健太、内野 大倫、倉橋 真太郎、松村 卓樹、齊藤 卓也、
小松 俊一郎、金子 健一郎、佐野 力

愛知医科大学 消化器外科

症例は69歳、女性。近医のCT検査で膵体部嚢胞性病変を指摘され当院消化器内科に紹介受診した。初診時の造影CT検査とMRI検査にて、膵体部背側に径20mm大の分葉状腫瘤を認めた。主膵管拡張は認めなかった。EUS検査で膵体部に径18mm大・内部に隔壁構造を伴った嚢胞性病変を認めたが、壁在結節は認めなかった。CEA、CA19-9は正常範囲内であった。以上より、膵体部分枝型膵管内乳頭粘液性腫瘍の診断で3年間経過観察を行っていた。今回、嚢胞径が33mm大まで増大傾向を示したため、EUS-FNAを施行したが確定診断には至らず、外科的切除の方針とした。腹腔鏡下膵体尾部脾臓切除を行った（手術時間：4時間13分、出血量：10mL）。摘出標本肉眼所見は、25mm大の嚢胞性病変を認め、周囲膵実質は白色調に変化していた。嚢胞内部に粘液は認めなかった。病理組織学的所見は、嚢胞周囲に多数の形質細胞とリンパ球浸潤があり、閉塞性静脈炎も認めた。免疫染色にてIgG4陽性形質細胞が40/HPF以上認められた。嚢胞部分は円柱上皮で覆われており真性嚢胞と診断された。以上の所見より、真性嚢胞を伴った自己免疫性膵炎と診断された。術後軽度膵液瘻を合併したが軽快し、術後第13病日に退院した。術後25日目に測定したIgG4は75.1mg/dLと正常範囲内であった。今回われわれは真性嚢胞を伴い、術前鑑別診断にあげることができなかった自己免疫性膵炎の1例を経験したので発表する。

〈DICOM 画像なし〉



P-07 演題取り下げ

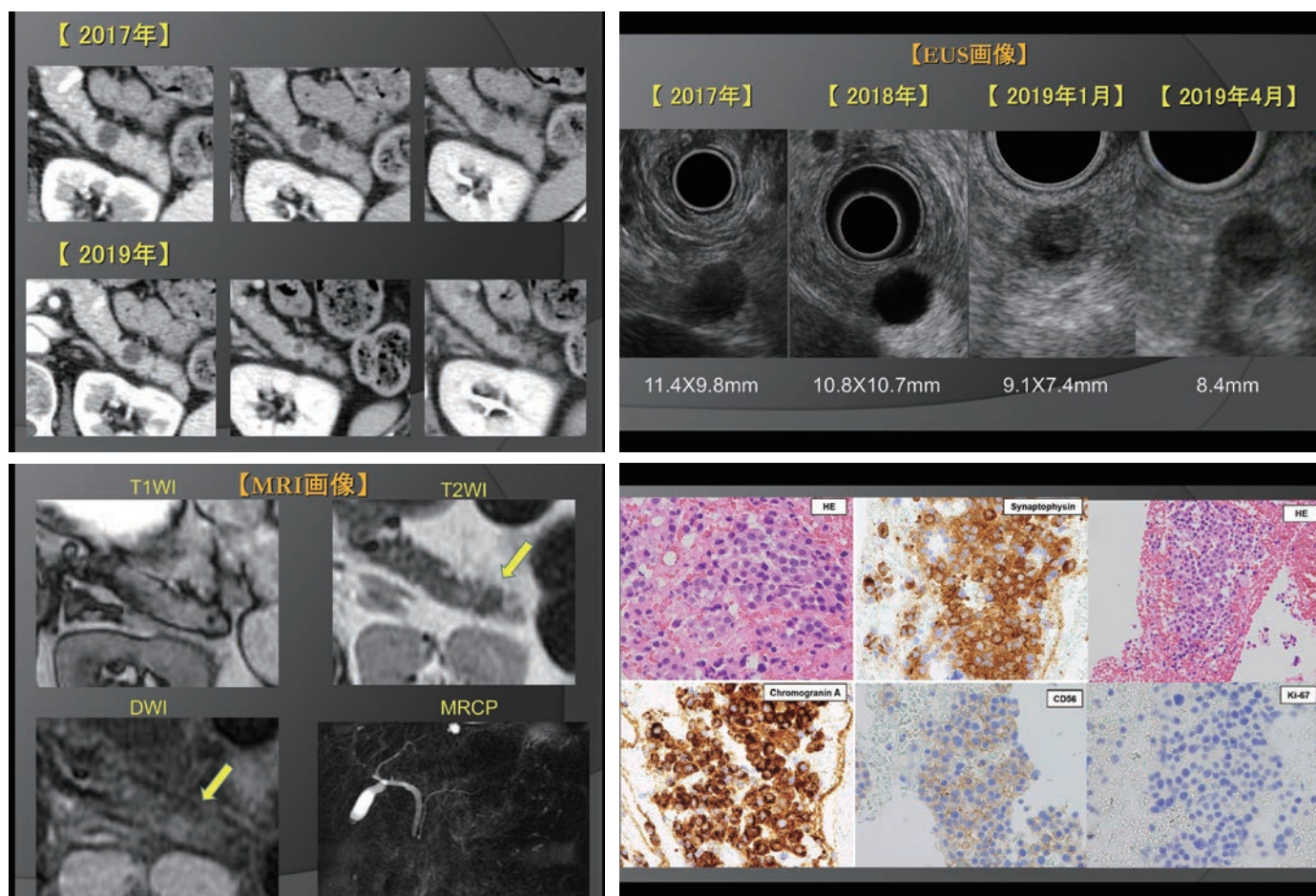
P-08 経時的な画像変化を来した膵神経内分泌腫瘍の1例

勝田 泰志郎¹⁾、福地 聡士¹⁾、森 圭依¹⁾、広島 康久¹⁾、林 友和¹⁾、木下 慶亮¹⁾、梶本 展明¹⁾、岡本 和久²⁾、村上 和成²⁾

大分アルメイダ病院 消化器内科¹⁾、大分大学医学部附属病院 消化器内科学講座²⁾

症例は63歳女性。2016年の冠動脈CT検査時に膵嚢胞を指摘され、精査目的に当科紹介となった。腹部ダイナミックCT及びEUSで膵体部に11mm径の単房性膵嚢胞性病変を認め、嚢胞壁の肥厚はなく造影効果も判然とせず、その他膵に特記所見は認められず経過観察とした。6ヶ月後の経過観察時は性状に変化は認められなかったが、16ヶ月後のEUSで嚢胞壁の血流を有する均一な壁肥厚、嚢胞腔の縮小を認めた。EUS上では充実性腫瘍の嚢胞変性を疑う所見で、腹部ダイナミックCTでも造影効果を有する嚢胞壁の肥厚を認めた。嚢胞性病変の充実性変化という興味深い経時的変化を来しており、各種画像所見上は膵神経内分泌腫瘍(P-NET)を含めた嚢胞変性を伴う充実性病変が疑われた。外科的加療の必要性を含めて本人に説明を行い、大分大学附属病院での精査加療を希望された。同院でのEUS-FNAでP-NET G1の診断となった。本症例のように嚢胞性病変より充実性変化を来した膵神経内分泌腫瘍(P-NET G1)の機序や画像所見と病理所見との関連性について討論いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：膵Ⅲ

座長：有坂 好史（日本生命済生会日本生命病院 消化器内科）
病理コメンテーター：松田 陽子（香川大学医学部 病理病態・生態防御医学講座
腫瘍病理学）
スーパーバイザー：庄 雅之（奈良県立医科大学 消化器・総合外科）

P-09 膵粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) 破裂の 1 切除例 **DICOM**

林 佑穂（けいゆう病院 消化器内科）

P-10 主膵管内に充満した粘液産生に乏しい pancreato-biliary type IPMN の 1 例

中野 遼太（神戸大学医学部附属病院 消化器内科）

P-11 多発腫瘤像を呈した広範囲浸潤性膵管癌 **DICOM**

遠藤 裕平（自治医大さいたま医療センター 一般・消化器外科）

**P-12 GnP に反応せず FOLFIRINOX で腫瘍マーカーが著減した
膵体部腫瘍の 1 切除例** **DICOM**

中山 雄介（大津赤十字病院 外科）

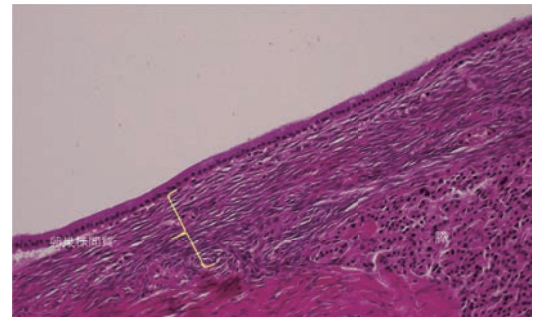
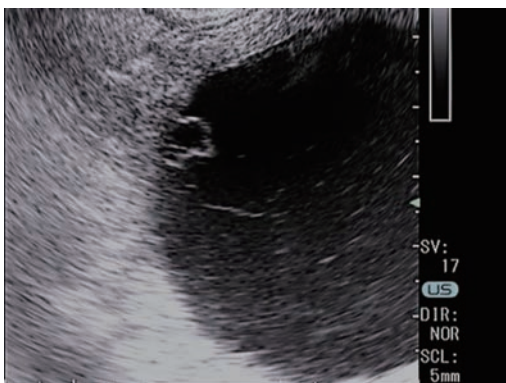
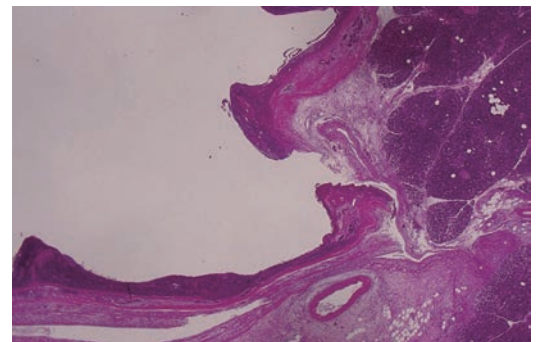
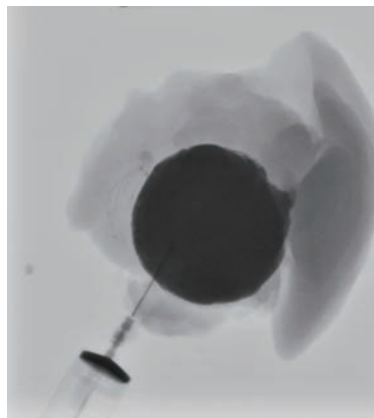
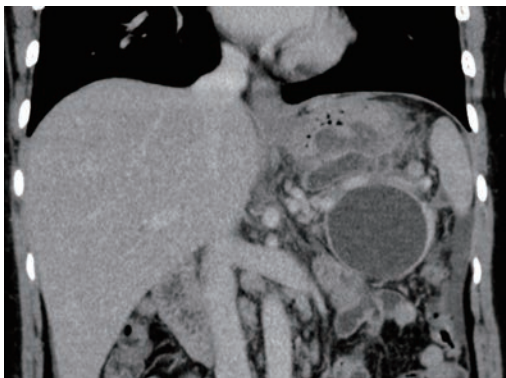
P-09 膵粘液性嚢胞腫瘍 (MCN) 破裂の1切除例

林 佑穂¹⁾、香川 幸一¹⁾、水上 耀介¹⁾、水島 一郎¹⁾、葛西 祐樹¹⁾、伊藤 高章¹⁾、中下 学¹⁾、
岡沢 啓¹⁾、永田 博司¹⁾、関 博章²⁾、堂本 英治³⁾

けいゆう病院 消化器内科¹⁾、けいゆう病院 消化器外科²⁾、けいゆう病院 病理診断科³⁾

症例は44歳女性で既往歴は特記なし。心窩部痛を自覚し近医受診、胃薬処方されるも改善せず疼痛増強あるため当院受診された。当院受診時の造影CTでは、膵尾部に径6cmの嚢胞性病変と胃壁に接し雪だるま状の粘液貯留を認め、交通が疑われた。MRCPではT2高信号となる嚢胞性病変で、明らかな充実成分はなく膵管との交通は認めなかった。超音波内視鏡では膵尾部に比較的厚い被膜をもつ嚢胞性病変で、内部にcyst in cyst様構造をもち、一部に嚢胞壁の破綻を認めた。以上より、膵MCNの自然破裂と診断し脾合併膵体尾部切除術を施行した。切除検体から採取した嚢胞内容液中のCEAは181.3 ng/dL、アミラーゼは26480 U/Lであった。標本造影では術前の画像検査と同様に嚢胞壁の破綻を確認した。病理組織学的には、粘液細胞が一部で内腔に乳頭状に増殖しつつ嚢胞を裏打ちするように増殖し、間質には紡錘形で密な卵巣様間質もみられたことから、Mucinous cystadenoma, pPCM:0 pDPM:0 pN0と最終診断した。嚢胞性病変の病理学的診断と一般に厚い被膜構造をもつMCNの破裂例は珍しく嚢胞壁破綻の成因に関し、御討議お願いいたします。

DICOM画像リンクボタン



P-10 主膵管内に充満した粘液産生に乏しいpancreato-biliary type IPMNの1例

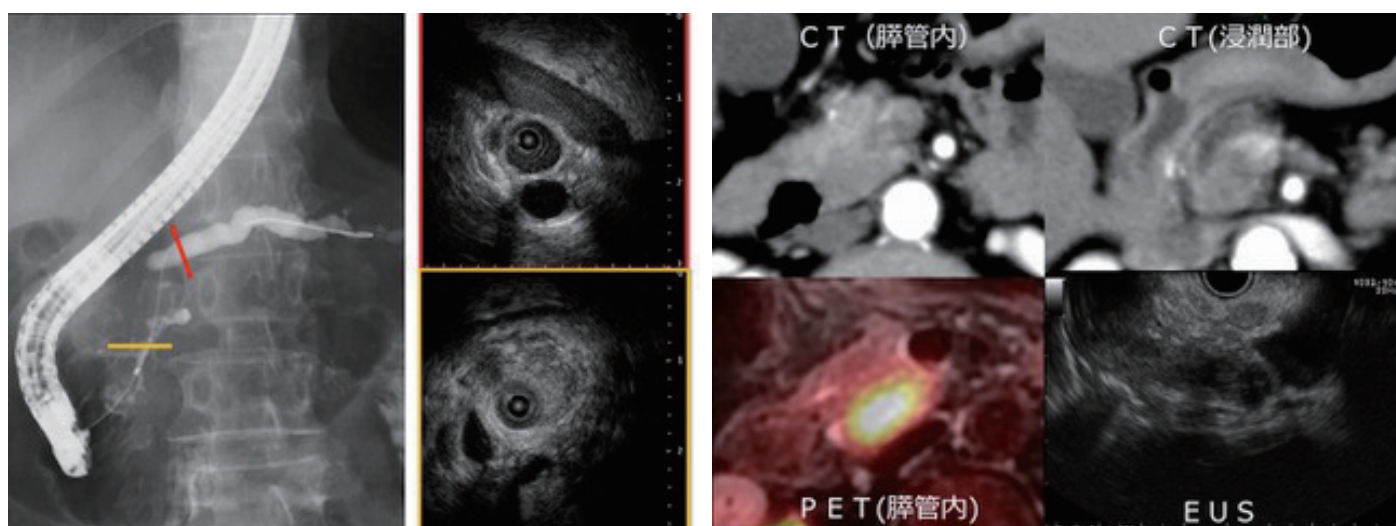
中野 遼太¹⁾、酒井 新¹⁾、辻前 正弘¹⁾、小林 隆¹⁾、増田 充弘¹⁾、塩見 英之¹⁾、外山 博近²⁾、
伊藤 智雄³⁾、児玉 裕三¹⁾

神戸大学医学部附属病院 消化器内科¹⁾、神戸大学医学部附属病院 肝胆膵外科²⁾、

神戸大学医学部附属病院 病理診断科³⁾

症例は76歳女性。定期血液検査で高血糖を認め、CTで膵腫瘍を認めたため、当院紹介受診となった。造影CTでは、膵頭部に乏血性腫瘍性病変、及び尾側の主膵管拡張を認めた。FDG-PET/MRIでは、膵頭部主膵管に沿ったFDGの集積を認めた。EUSでは、膵頭部主膵管内に低エコー腫瘍を認めた。側視鏡による乳頭部の観察では、乳頭開口部の開大や開口部からの粘液分泌はなく、主膵管に充満する結節性腫瘍の存在が示唆された。ERPでは膵頭部の主膵管は狭窄し、これより尾側膵管の拡張をみとめた。IDUSでは膵頭部の主膵管狭窄部に一致して、主膵管内に低エコー腫瘍像をみとめた。これらの所見から、Intraductal tubulopapillary neoplasm (ITPN)、もしくは主膵管型 Intraductal papillary mucinous neoplasm (IPMN) が疑われた。遠隔転移や主要血管への浸潤を疑う所見をみとめないため、手術の方針となり、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術が施行された。切除標本は、肉眼的には粘液分泌の乏しい、主膵管を占拠する充実性腫瘍であった。組織学的には、主膵管内を充満する様に上皮内癌相当の異型細胞が乳頭状に増殖しているが、粘液の過剰産生は見られなかった。免疫染色では、MUC1 陽性、MUC2 陰性、MUC5AC 一部陽性、MUC6 陰性であった。以上より、膵管内病変は pancreato-biliary type の IPMN と考えられた。病変の一部で浸潤癌の像が見られ、IPMN と浸潤癌は連続性が見られることから、IPMN 由来浸潤癌と考えられた。

〈DICOM 画像なし〉



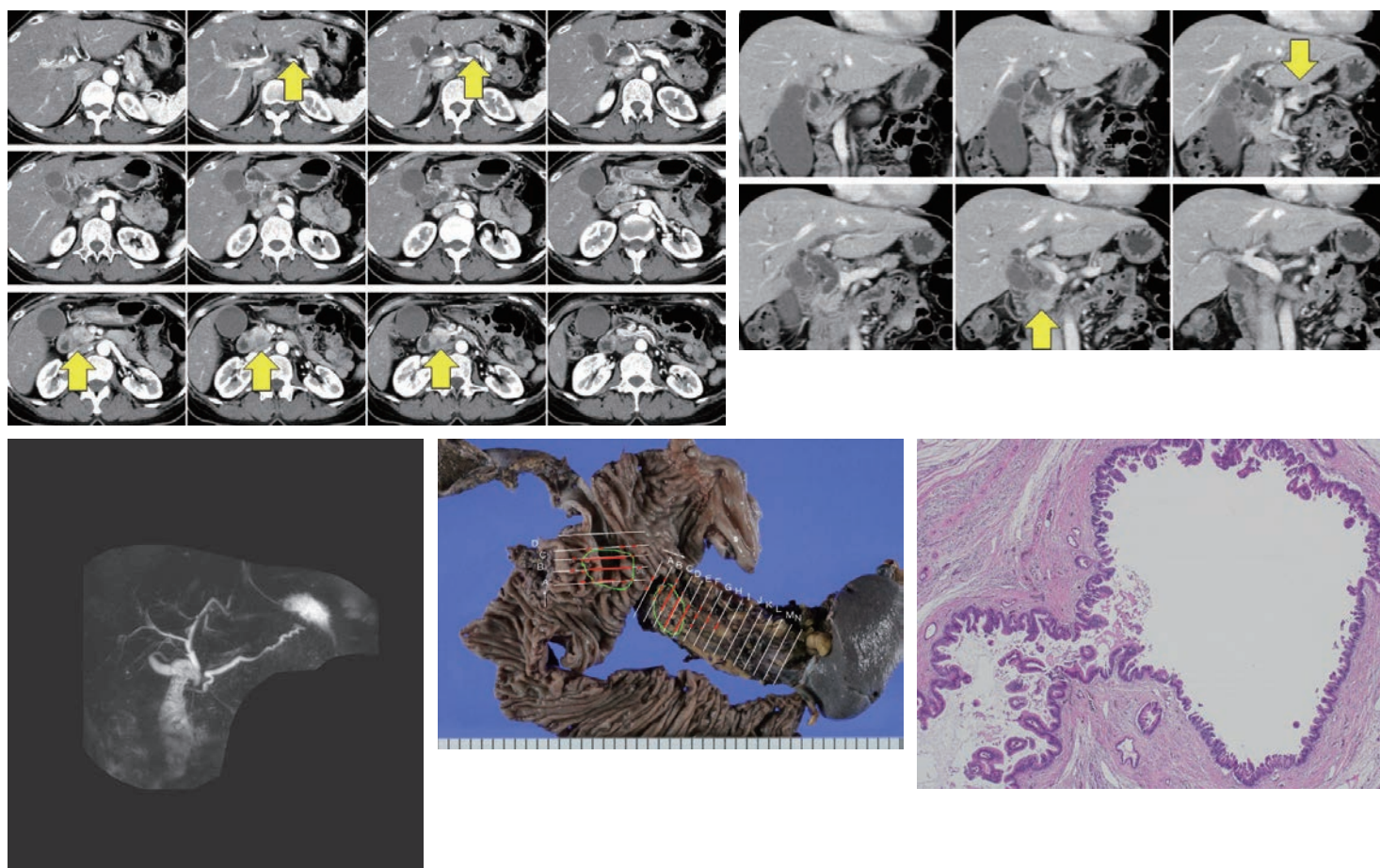
P-11 多発腫瘤像を呈した広範囲浸潤性膵管癌

遠藤 裕平¹⁾、野田 弘志¹⁾、相澤 栄俊¹⁾、渡部 文昭¹⁾、笠原 尚哉¹⁾、加藤 高晴¹⁾、田中 亨²⁾、
力山 敏樹¹⁾

自治医大さいたま医療センター 一般・消化器外科¹⁾、自治医大さいたま医療センター 病理部²⁾

症例は50歳台女性。黄疸精査CTで膵腫瘤を指摘され精査加療目的に当院紹介。造影CTで膵鉤部及び体部に16x13mm、17x15mm大の境界不明瞭、内部不均一な造影効果に乏しい充実性腫瘤を認めた。画像上両者は約4cm離れて存在していた。EUSでも同様に膵鉤部及び体部に境界不明瞭で内部不均一な低エコー腫瘤を認め、腫瘤より尾側の主膵管は拡張していた。腫瘤の連続性はなく、膵管内進展もはっきりしなかった。EUS-FNAにおいて両者ともadenocarcinomaであった。以上より同時性多発膵癌と診断し、膵全摘術を施行した。病理検査において、肉眼的には膵鉤部に18x17mm大、体部に22x20mm大の境界不明瞭な腫瘤を認め、組織学的にはいずれも同様な組織型 tub1>pap, tub2であった。膵鉤部腫瘍は乳頭近傍にまで達する浸潤癌で、主膵管内進展を認め体部で20mm大の浸潤領域を形成しているようであった。組織型が同一かつ主膵管で連続しているため、一つの腫瘍と判断した。膵管内進展部を合わせると腫瘍径は6cm以上であった。TS4, pT3, CH0, DU1, S0, RP1, PV0, A0, PL0, OO0, ly2, v2, ne0, mpd1, INFb, sci, N1。同時性多発浸潤性膵管癌の報告例は稀ながら散見されるが、本症例のように一つの浸潤性膵管癌が複数の腫瘤像を呈した報告例は過去に1例のみであった。討論ポイント：術前画像における膵管内進展の評価について。同時性多発癌と広範囲浸潤癌の病理検査における鑑別ポイントについて御教授いただきたい。

DICOM画像リンクボタン



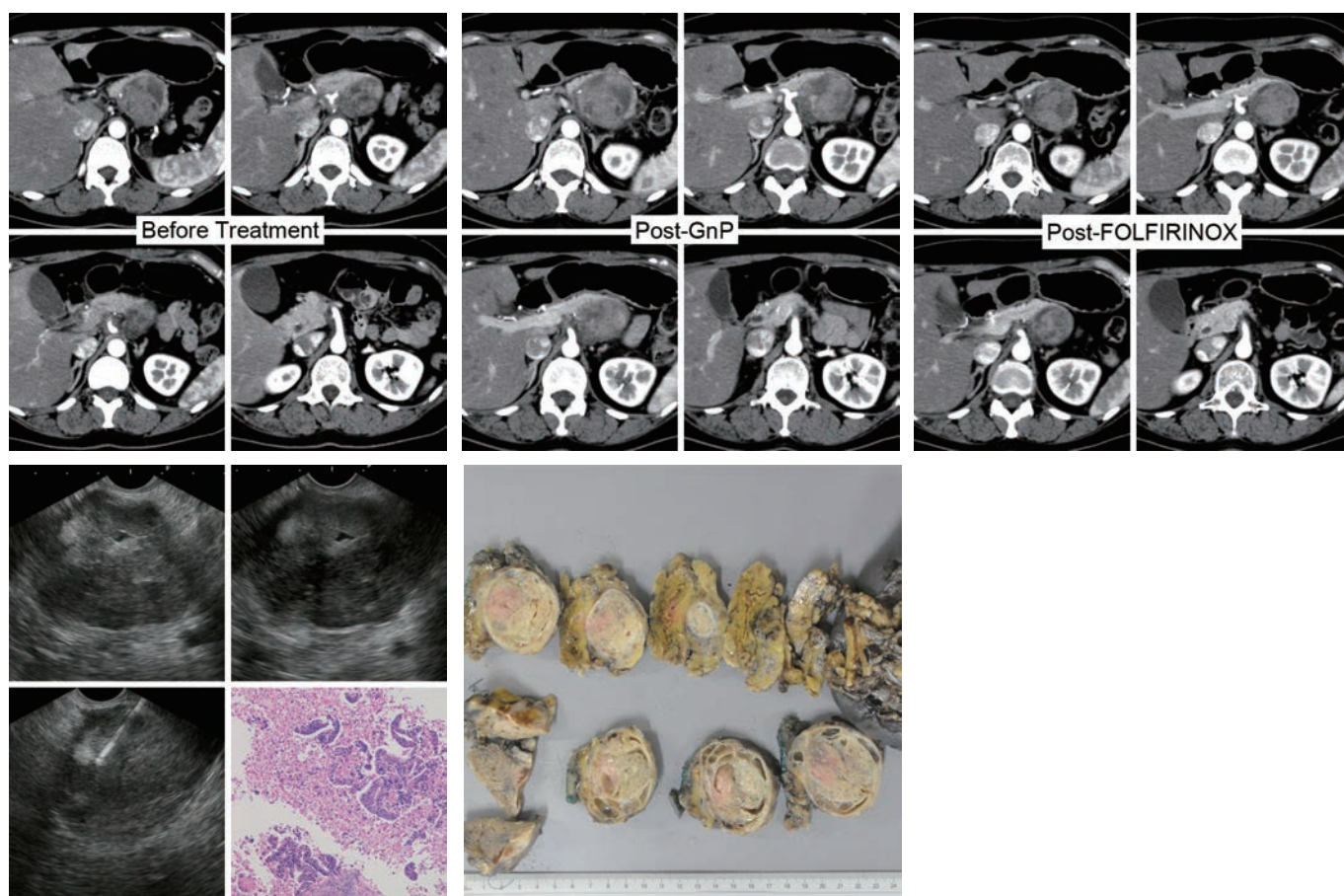
P-12 GnPに反応せずFOLFIRINOXで腫瘍マーカーが著減した膵体部腫瘍の1切除例

中山 雄介¹⁾、豊田 英治¹⁾、吉村 昂平¹⁾、阿部 由督¹⁾、稗田 信弘²⁾、河南 智晴²⁾、奥野 知子³⁾、
白瀬 智之³⁾、大江 秀明¹⁾、廣瀬 哲朗¹⁾、土井 隆一郎¹⁾

大津赤十字病院 外科¹⁾、大津赤十字病院 消化器内科²⁾、大津赤十字病院 病理³⁾

症例は44歳、女性。1年前に乳癌。YY年4月2日に腹痛で発症。CTで膵体部に腫瘍。最大径5.5cmあり、比較的境界明瞭で、内部は造影効果が不均一。充実成分は膵実質と比較して弱い造影効果を認めた。腹腔動脈、総肝動脈、脾動脈、上腸間膜動脈周囲に軟部陰影を認めた。EUS-FNAでは、adenocarcinomaと考えられ、またCK7、CK20は共に陽性であった。画像は典型的な膵管癌像ではなかったが、腹腔動脈周囲に軟部陰影あり神経叢浸潤が疑われたため、UR-LAと評価し、5月16日からGnP療法を開始。画像的にやや変化あるも、腫瘍マーカーは上昇。XX年11月に審査腹腔鏡、腹腔洗浄細胞診でClass V。YY年11月21日からFOLFIRINOX療法に変更。腫瘍マーカーは激減。画像的にやや縮小、腹腔動脈周囲の軟部陰影もやや消退。化学療法が目途がついたので、切除を実施。YY+1年4月に腹腔動脈合併膵体尾部切除術（DP-CAR）を実施した。切除標本の腫瘍断面は、充実成分の周囲に嚢胞と思われる多房性の構造を呈していた。病理組織学的には腺癌成分が主体。腫瘍辺縁間質はER、PgRが陽性となる卵巣様間質を認め、膵粘液性嚢胞腺癌と診断した。治療前から内部不均一な構造で嚢胞性腫瘍の可能性があったが、動脈周囲神経叢浸潤ありと評価して化学療法を導入したが。治療開始前に膵粘液性嚢胞腺癌と診断できていれば、手術先行という治療選択もあったかもしれない。画像診断、病理所見について検討したい。

DICOM画像リンクボタン



ポスター：膵 IV

座長： 芹川 正浩（広島大学病院 消化器・代謝内科）

病理コメンテーター： 田尻 琢磨（東海大学医学部附属八王子病院 病理診断科）

スーパーバイザー： 谷 真至（滋賀医科大学 消化器外科）

P-13 術前は乳頭部癌と診断され、リンパ節ごとに分化度の異なる転移がみられた膵癌症例

加藤 喬（倉敷中央病院 外科）

P-14 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) と鑑別が困難であった膵嚢胞性病変の1切除例

畔元 信明（松山赤十字病院 肝臓・胆のう・膵臓内科）

P-15 腹腔内へ自然破裂をきたした混合型膵管内乳頭状粘液性腺癌の1例

原井 正太（国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科）

P-16 術前に縮小した MCC の1例

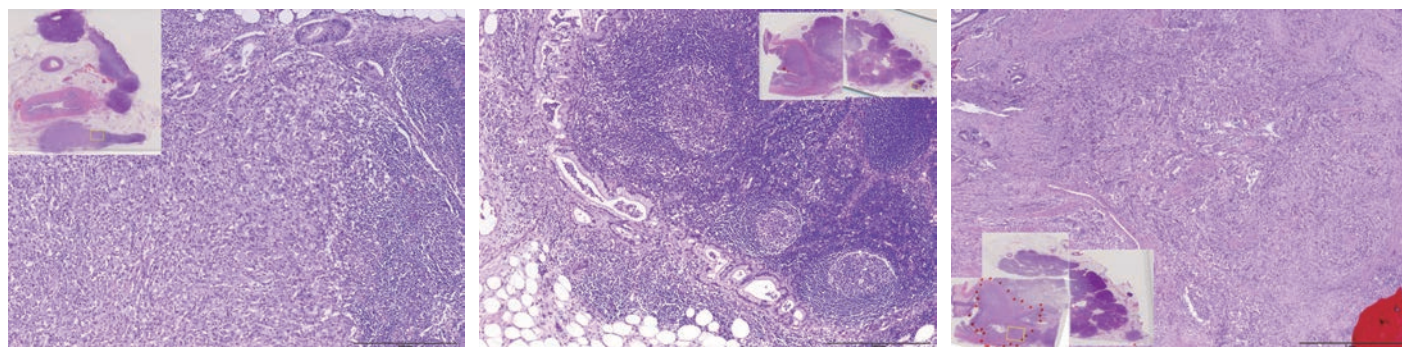
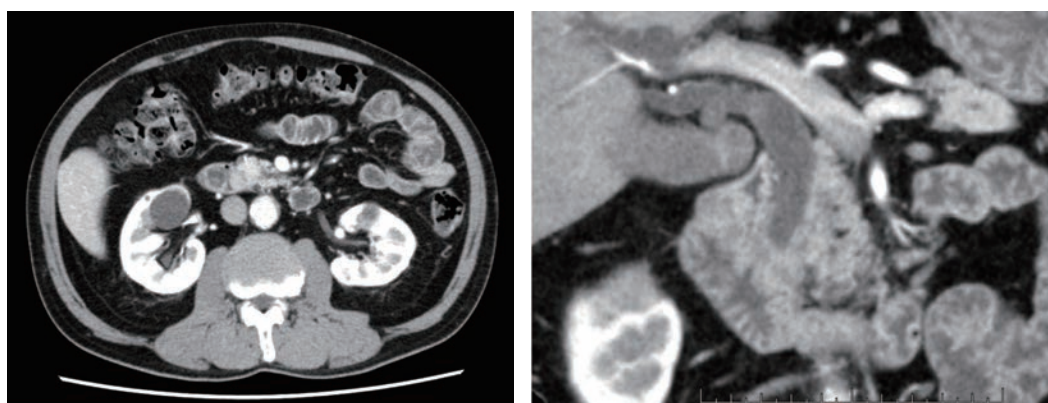
東 俊二郎（公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター 消化器内科）

P-13 術前は乳頭部癌と診断され、リンパ節ごとに分化度の異なる転移がみられた膵癌症例

加藤 喬¹⁾、北川 裕久¹⁾、河本 和幸¹⁾、石田 悦嗣²⁾、内野 かおり³⁾、能登原 憲司³⁾
倉敷中央病院 外科¹⁾、同 消化器内科²⁾、同 病理診断科³⁾

症例は73歳男性、皮膚黄染を契機に精査が行われ、ERCPの直視像では Vater 乳頭は腫大した炎症による糜爛を認め、非露出型の乳頭部腫瘍と考えられた。造影では乳頭部で狭窄を認めたため狭窄部位で擦過細胞診を行い、class V, Adenocarcinoma を認めた。乳頭部の生検では、間質変化を認めるのみで腫瘍細胞は認めなかった。CT では Vater 乳頭近傍に 1.8cm 大の腫瘍を認め、漸増性の造影効果を認め、総胆管と主膵管を閉塞し上流で拡張を認めていた。以上より十二指腸乳頭部癌により閉塞性黄疸をきたしているものと診断し、PPPD- II -A-1 (D2) を施行した。切除標本の病理では、乳頭部に浸潤をきたした膵癌で、主座は Vater 乳頭の頭側と診断された。組織は索状から小集塊を形成して浸潤する低分化腺癌が優勢だが腺管形成を示す中分化管状腺癌の成分も伴っていた。主膵管では管状腺癌が内腔に突出している像が多くみられ、また近傍に PanIN2-3 相当の病変を伴っていることが膵癌の根拠とされた。また、IPMN も伴っていた。リンパ節転移を7個認め、6個は低分化腺癌であったが、1個は胞体に豊富な粘液を持つ高分化腺癌の転移であった。本症例について、①診断に関して、術前より膵癌と診断できなかったのか、②リンパ節転移に関して、転移リンパ節7個のうち6個は低分化、1個は高分化の腺癌であり、なぜリンパ節ごとに分化度の異なる転移がみられたのか、について議論していただきたい。

〈DICOM 画像なし〉

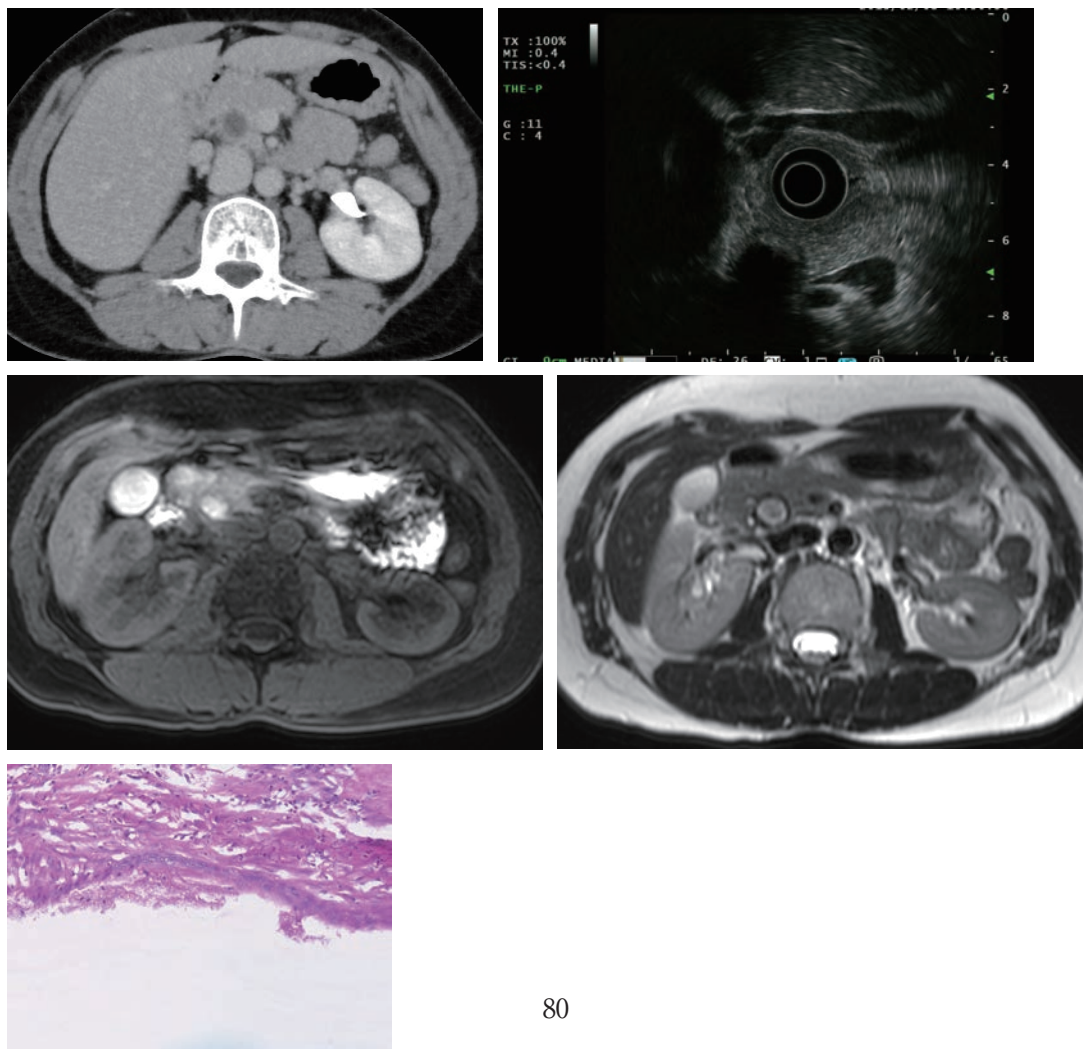


P-14 Solid pseudopapillary neoplasm (SPN) と鑑別が困難であった膵嚢胞性病変の1切除例

畔元 信明¹⁾、横田 智行¹⁾、上甲 康二¹⁾、二宮 瑞樹²⁾、大城 由美³⁾
松山赤十字病院 肝臓・胆のう・膵臓内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理診断科³⁾

症例は40歳女性。超音波内視鏡検査にて膵体部に境界明瞭な17mmの低エコー腫瘍を指摘され、当科を受診された。造影CTでは、境界明瞭、内部は造影効果に乏しく、後期相にかけて辺縁が造影された。MRI検査ではT1WIにて高信号、T2WIにて辺縁に被膜様の低信号帯があり、内部は辺縁が高信号で内部は相対的に低信号を呈していた。主膵管に狭窄や拡張はみられなかった。FDG-PET/CT検査では、同部にFDGの集積はみられなかった。EUSでは境界明瞭な被膜様構造がみられ、内部は嚢胞様であった。以上よりSPNを疑い、EUS-FNAを行った。多数の泡沫細胞やライトグリーン好染の無構造物がみられ、嚢胞性病変が示唆された。SPNに矛盾はしない所見と考え、亜全胃温存膵頭十二指腸切除術を施行した。手術標本は膵頭部に嚢胞性病変がみられ、内部には血液成分を含む内容液が充満していた。病理所見は、内部の液はコレステリン血漿や血液を伴う成分であり、壁には乳頭状腫瘍等の構造物はみられなかった。また壁は泡沫状やコレステリン、ヘモジデリンを貪食した組織球が集簇しており、軽度のリンパ球浸潤がみられた。一部には微量の上皮性成分がみられたが、異型はなく、また増殖性病変を示唆する所見はみられないためSPNは否定的であった。鑑別としてはその他の嚢胞性病変があげられるが、診断は困難であった。画像所見、病理所見から、本症例の最終診断についてご意見をいただきたい。

〈DICOM 画像なし〉



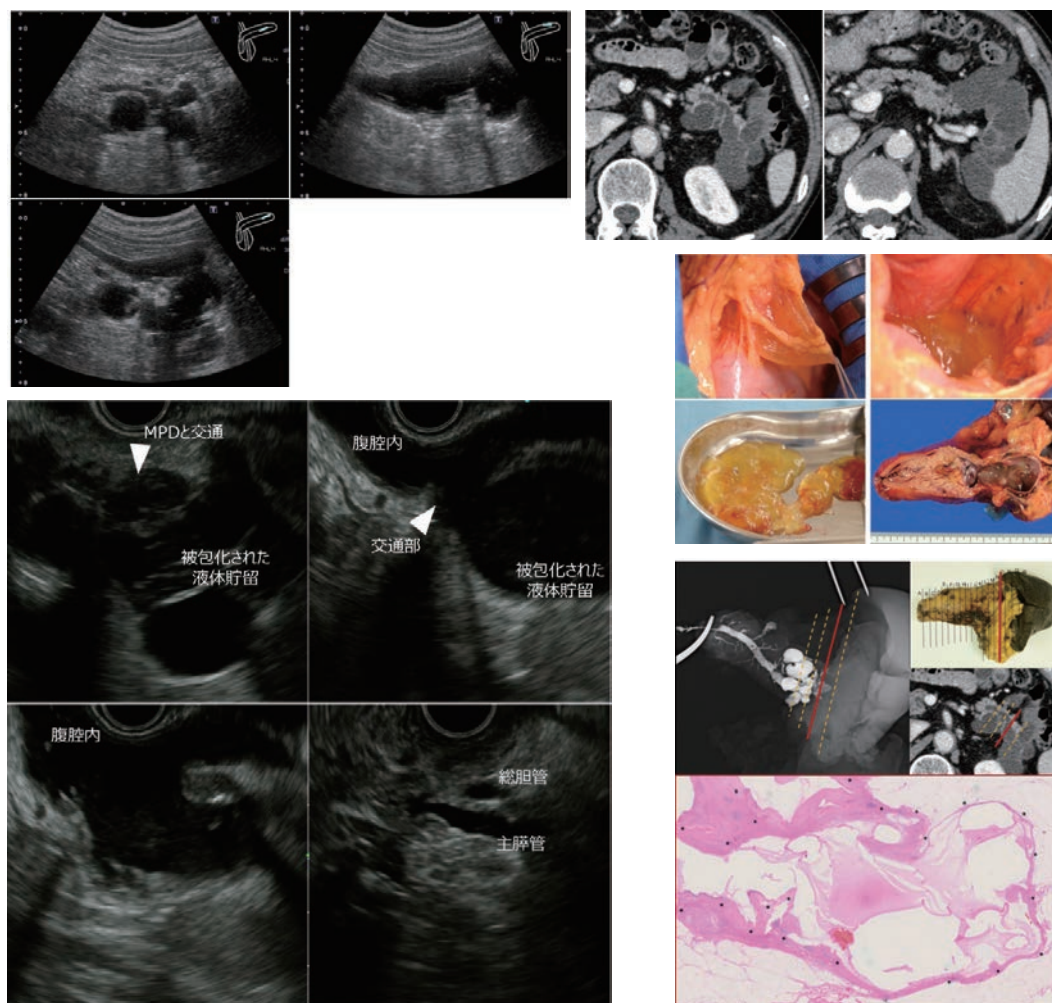
P-15 腹腔内へ自然破裂をきたした混合型膵管内乳頭状粘液性腺癌の1例

原井 正太¹⁾、舩岡 範¹⁾、大場 彬博¹⁾、近藤 俊輔¹⁾、森実 千種¹⁾、高本 健史²⁾、奈良 聡²⁾、
江崎 稔²⁾、島田 和明²⁾、平岡 伸介³⁾、奥坂 拓志¹⁾

国立がん研究センター中央病院 肝胆膵内科¹⁾、同 肝胆膵外科²⁾、同 病理診断科³⁾

症例は70歳代、男性。糖尿病で近医通院中、血液検査でCEA 80.5ng/mL, CA19-9 80.6U/mLと高値を認め、精査加療目的で当院紹介となる。腹部症状や炎症所見は認めなかった。造影CT検査では膵体部から尾部にかけて主膵管および分枝膵管の拡張を認め、明らかな壁結節は認めなかった。さらに膵尾部から、膵外へ広がる90mm大の被包化される液体貯留を認め、網嚢腔まで及んでいた。EUSでは腹腔内の液体貯留は被包化され、膵尾側で主膵管との連続性を認めた。以上より混合型IPMNの腹腔内破裂と診断した。腹腔内破裂による粘液漏出は被包化され、連続する網嚢内に限局化していたことから切除適応と判断し、膵体尾部切除を施行した。開腹時、ゼリー状の粘液塊が骨盤内に少量、網嚢内で多量に認められた。病理所見では混合型IPMNに、low gradeからIPMC minimally invasiveまでの所見を認めたが、破裂部と思われる箇所には病理学的にIPMCはなかった。網嚢内、腹腔内の粘液中に腫瘍細胞は少なく、悪性所見を認めなかったことから、高粘度の粘液による圧排性破裂と考えられた。IPMNが腹腔内破裂をきたすことは稀であり、本例は無症候性でスクリーニングのCT検査で偶発的に診断に至った。本例は主膵管からの破裂を考えているが、破裂した要因や限局化した原因についてご討議いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉

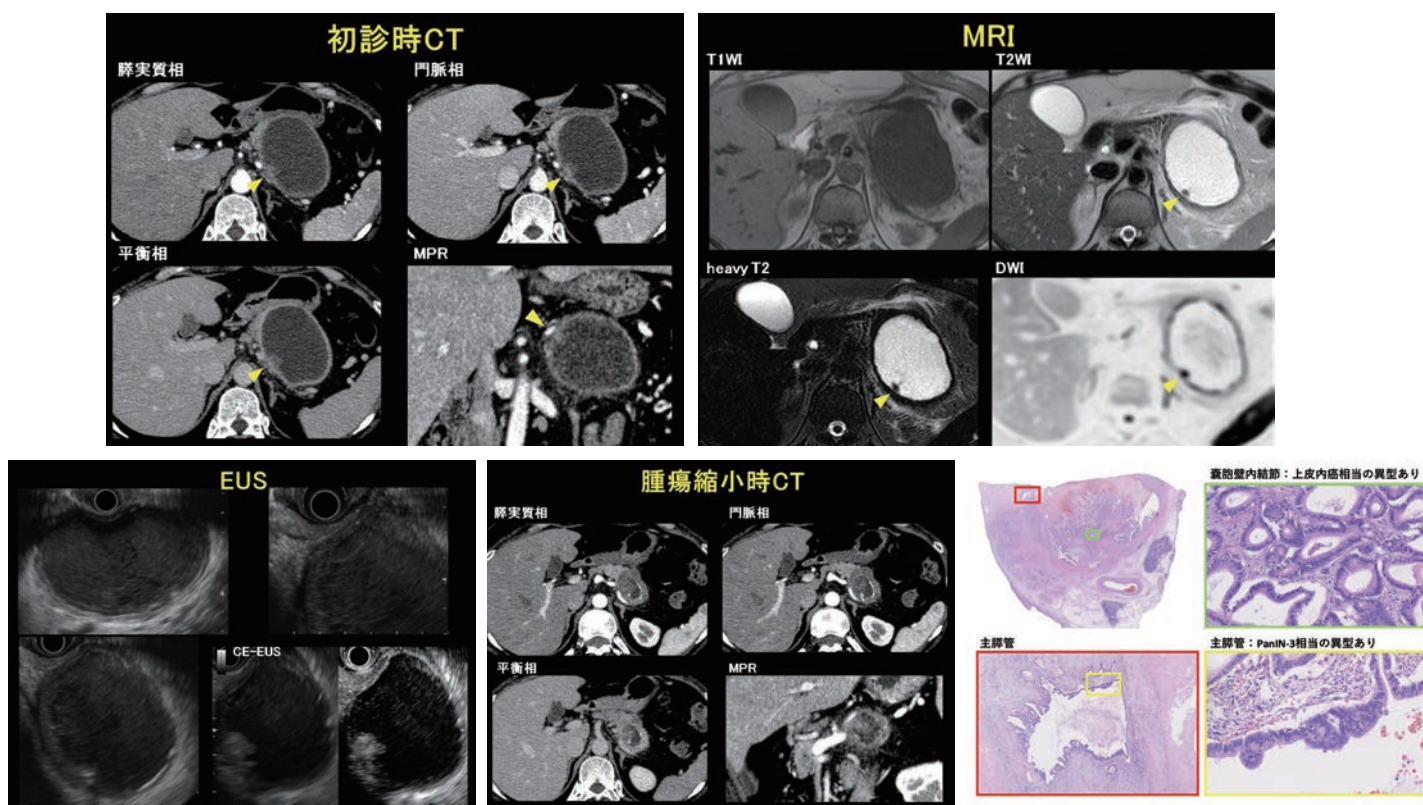


P-16 術前に縮小したMCCの1例

東 俊二郎¹⁾、栗田 亮¹⁾、森 義治¹⁾、松崎 直美²⁾、内田 洋一朗³⁾、寺嶋 宏明³⁾、八隅 秀二郎¹⁾
 公益財団法人田附興風会医学研究所 北野病院 消化器センター 消化器内科¹⁾、同 病理診断科²⁾、
 同 消化器外科³⁾

症例は50才女性。発熱・左季肋部痛を主訴に紹介受診となった。造影CTで膵尾部に78mm大の比較的厚い被膜を有する嚢胞性病変を認め、造影効果を有する16mmの壁在結節を伴っていた。MRIでは嚢胞はT1WIでlow, T2WIとheavy T2でhigh intensityであり、壁在結節は拡散制限を認めた。EUSでは厚い被膜を有する嚢胞性病変に壁内嚢胞を疑う所見を認め、壁在結節にはソナゾイドの流入がみられた。以上の画像所見から粘液性嚢胞性腫瘍（MCN）と診断し、嚢胞周囲に脂肪織濃度上昇があったことと血液検査から嚢胞感染と診断し、抗菌薬加療を行った。術前検査として撮った第30病日のCTで膵嚢胞は45mmと著明に縮小していたが、予定通り膵体尾部切除術を施行した。病理組織学的検査では嚢胞は線維性結合組織からなる厚い被膜を有し、内部は壊死物質や出血で充満していた。嚢胞を裏打ちする上皮には上皮内癌相当の高度異型上皮を認め、一部嚢胞壁内に浸潤を認めた。また、嚢胞近傍の主膵管上皮にもPanIN3相当の異型上皮がみられた。嚢胞内には術後標本造影時に注入した色素が混入していたことから、主膵管と嚢胞に交通が存在し、主膵管への水平進展を伴ったと推測された。以上より粘液性嚢胞腺癌（MCC）invasiveと最終診断した。MCCの縮小例の報告はほとんどなく、本例で嚢胞が縮小した原因についてご検討いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：膵 V

座長：塩路 和彦（新潟県立がんセンター新潟病院 内科）

病理コメンテーター：大森 優子（東北大学大学院医学系研究科 病態病理学）

スーパーバイザー：藤井 努（富山大学 消化器・腫瘍・総合外科）

P-17 巨大肝転移巣切除により診断した微小膵腺房細胞癌の 1 例

大畠 慶直（金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学）

P-18 診断に難渋した Solid-pseudopapillary neoplasm の一例

落合 正（大阪市立総合医療センター 消化器内科）

P-19 非典型的な画像所見を呈した膵神経内分泌腫瘍の 1 例 DICOM

塩路 和彦（新潟県立がんセンター新潟病院 内科）

P-20 膵・胆管合流異常術後、膵尾部 ITPC に 1 切除例

浅野 之夫（藤田医科大学 ばんたね病院外科）

P-21 詳細な画像評価および EUS-FNA による病理学的評価が診断に有用であった膵頭部腫瘤性病変の 1 例

織田 典明（国立病院機構金沢医療センター 消化器内科）

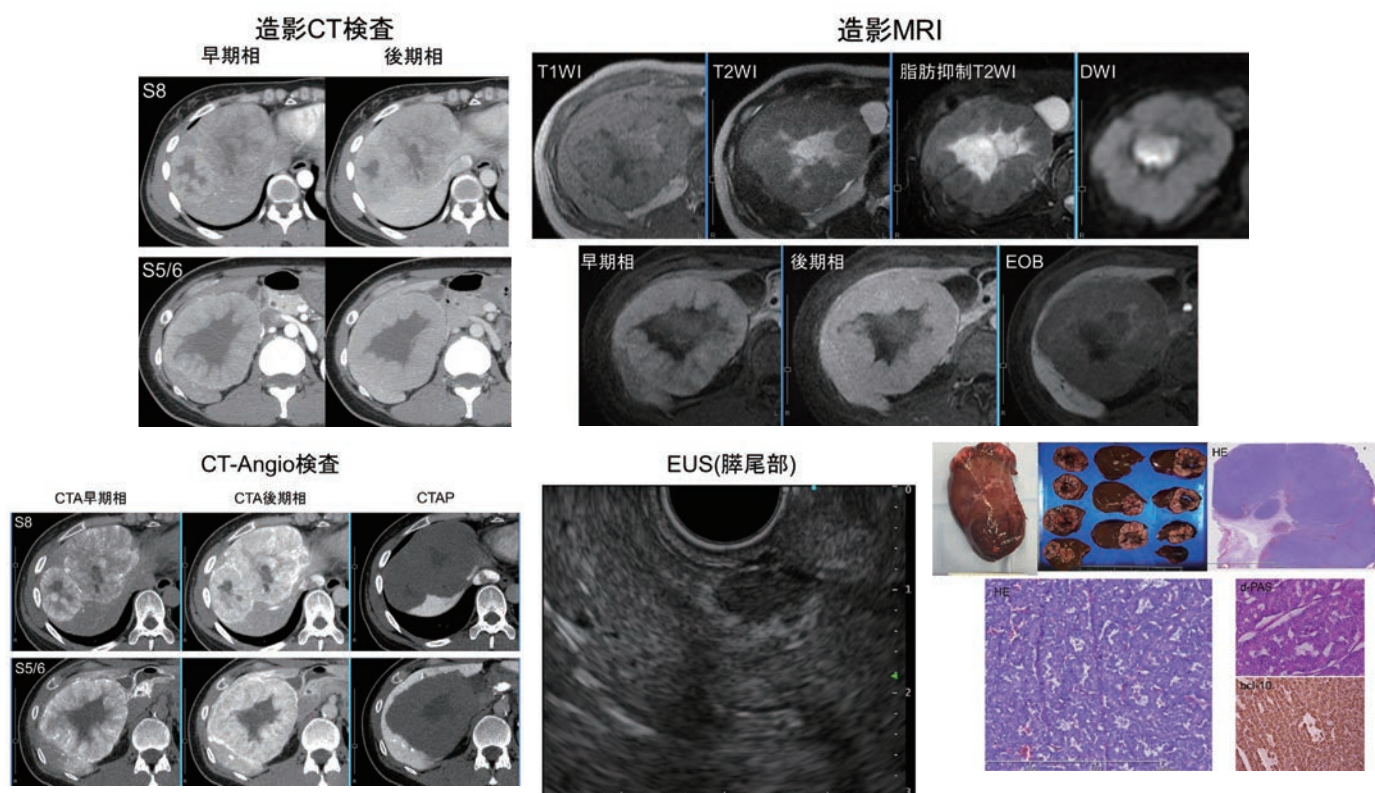
P-17 巨大肝転移巣切除により診断した微小膵腺房細胞癌の1例

大畠 慶直¹⁾、田島 秀浩¹⁾、真橋 宏幸¹⁾、中沼 伸一¹⁾、牧野 勇¹⁾、宮下 知治¹⁾、二宮 致¹⁾、
伏田 幸夫¹⁾、池田 博子²⁾、蒲田 敏文³⁾、太田 哲生¹⁾

金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学¹⁾、金沢大学 分子細胞病理学²⁾、金沢大学 放射線科学³⁾

症例は41歳女性。心窩部の違和感をきっかけに肝巨大腫瘍を指摘され当院へ紹介となった。CT検査では肝S8に8cm大、6cm大、S5/6には10cm大の境界明瞭な腫瘍を認めた。造影早期に濃染し、後期にwash outする領域が混在し内部均一な低吸収域を伴っていた。EOB-MRI検査ではT1で低信号、T2で高信号を示し造影パターンはCT検査と同様であった。PET-CT検査では肝腫瘍にSUV-Max 5程度の集積を認めた。消化管を含め肝臓以外には異常所見を認めなかったが膵癌の肝転移の可能性を考慮しEUSを行ったところ膵尾部に高低エコーが混在した8mm大の卵円形の病変を認めた。主膵管と交通がありBD-IPMNと判断しEUS-FNAは行わなかった。拡大右肝切除術を行ったところ肉眼的には灰白色多結節分葉状腫瘍を認め、組織学的には好酸性顆粒状細胞質を有する細胞が胞巣状構造を呈し充実性に増殖していた。免疫染色では神経内分泌マーカーは陰性でbcl-10が陽性であることから腺房細胞癌と診断された。術後に膵嚢胞性病変に対してEUS-FNAを行ったところ膵腺房細胞癌と診断され現在膵体尾部切除術を予定している。本症例は微小膵原発巣と巨大肝転移巣を認め肝切除することで診断がついた稀な症例である。術前の転移巣の画像所見および膵臓のEUS所見で診断が可能であったかご討議頂きたい。

〈DICOM 画像なし〉

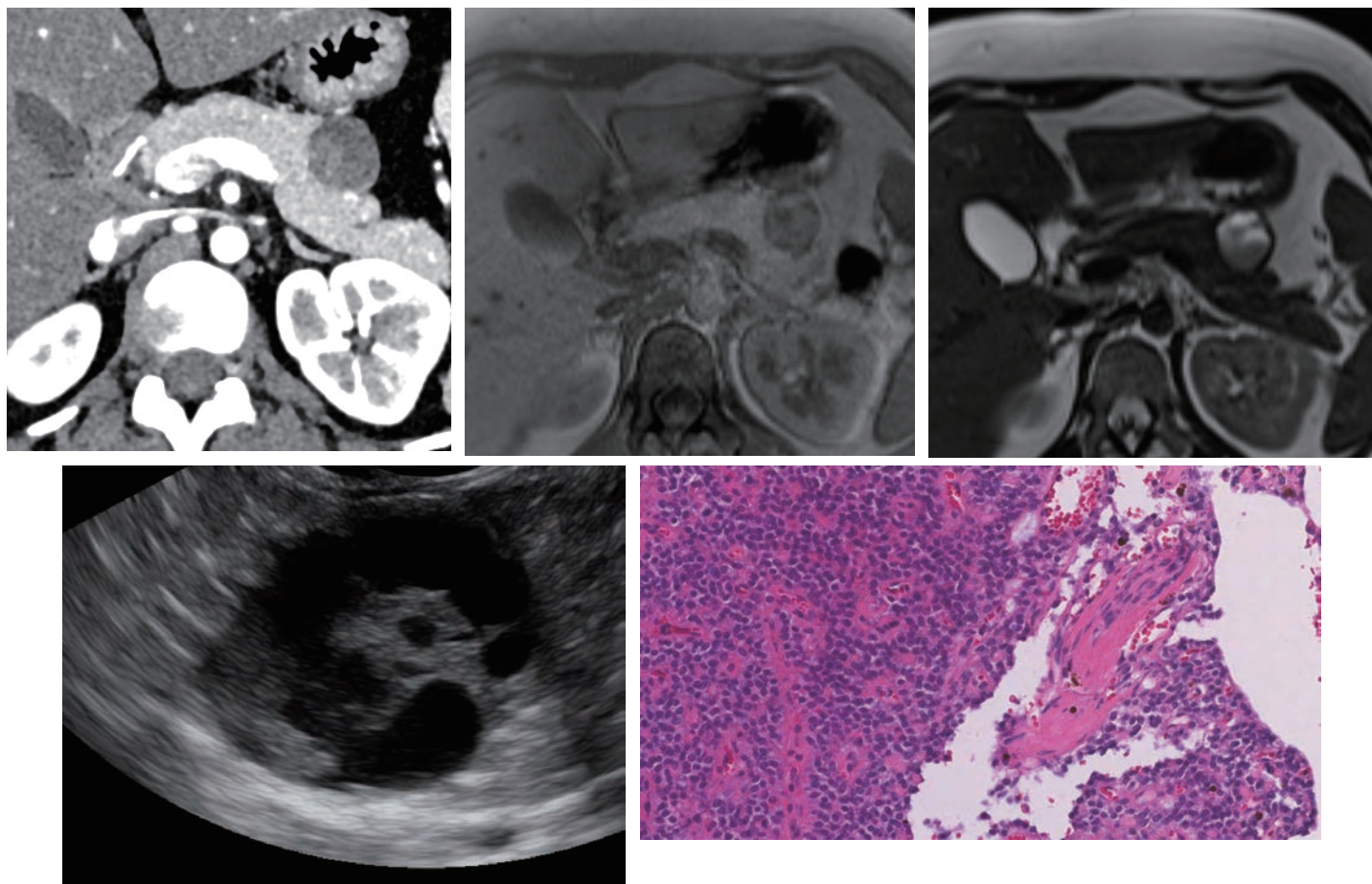


P-18 診断に難渋した Solid-pseudopapillary neoplasm の一例

落合 正、杉森 聖司、山口 奈奈子、櫛山 菜穂子、中平 晶雄、坂田 侑平、中原 憲一、
平田 直人、末包 剛久、山崎 智朗、根引 浩子
大阪市立総合医療センター 消化器内科

【症例】20 歳台 女性【主訴】肝機能障害【現病歴】婦人科での右卵巢嚢腫に対する術前精査で肝機能障害を指摘された。腹部超音波検査を受け脾尾部に嚢胞性病変を指摘されたため精査目的に紹介受診した。【主な検査所見】腫瘍マーカーは CEA 1.5ng/ml, CA19-9 7.4U/ml, DUPAN-2 25U/ml 未満, SPAN-1 10.0U/ml 未満であった。造影 CT では内部に漸増性に濃染される充実部を伴う嚢胞性病変であった。腹部造影 MRI では 27mm 大の多房性腫瘍を指摘され, T1WI で内部が高信号, T2WI では内部が不均一な低信号と高信号が混在していた。造影効果は皮膜と不整な隔壁が遅延性濃染であった。EUS では内部に充実成分を伴う多房性嚢胞であり, 充実部の内部に嚢胞様の無エコー域を認めた。若年女性で脾尾部にある多房性嚢胞性病変の鑑別として SPN, MCN, SCN, NET を挙げた。典型的な石灰化像は指摘しなかったが MRI で出血成分と充実成分, 嚢胞成分の混在を疑う所見であり, SPN を第一に疑った。【経過】消化器外科で脾温存脾尾部切除術が施行された。病変部は繊維性皮膜に覆われた嚢胞性病変であり, 結合の弱い細胞が離開し偽乳頭状構造を呈しており免疫染色では CD10, β -catenin が陽性であったため SPN と診断した。【検討事項】術前の検討では嚢胞成分の周囲に充実成分が認識出来なかったため, 充実性腫瘍と嚢胞性腫瘍との鑑別が困難であった。診断に難渋したが画像診断で術前診断をすることは可能であったかご討議いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉



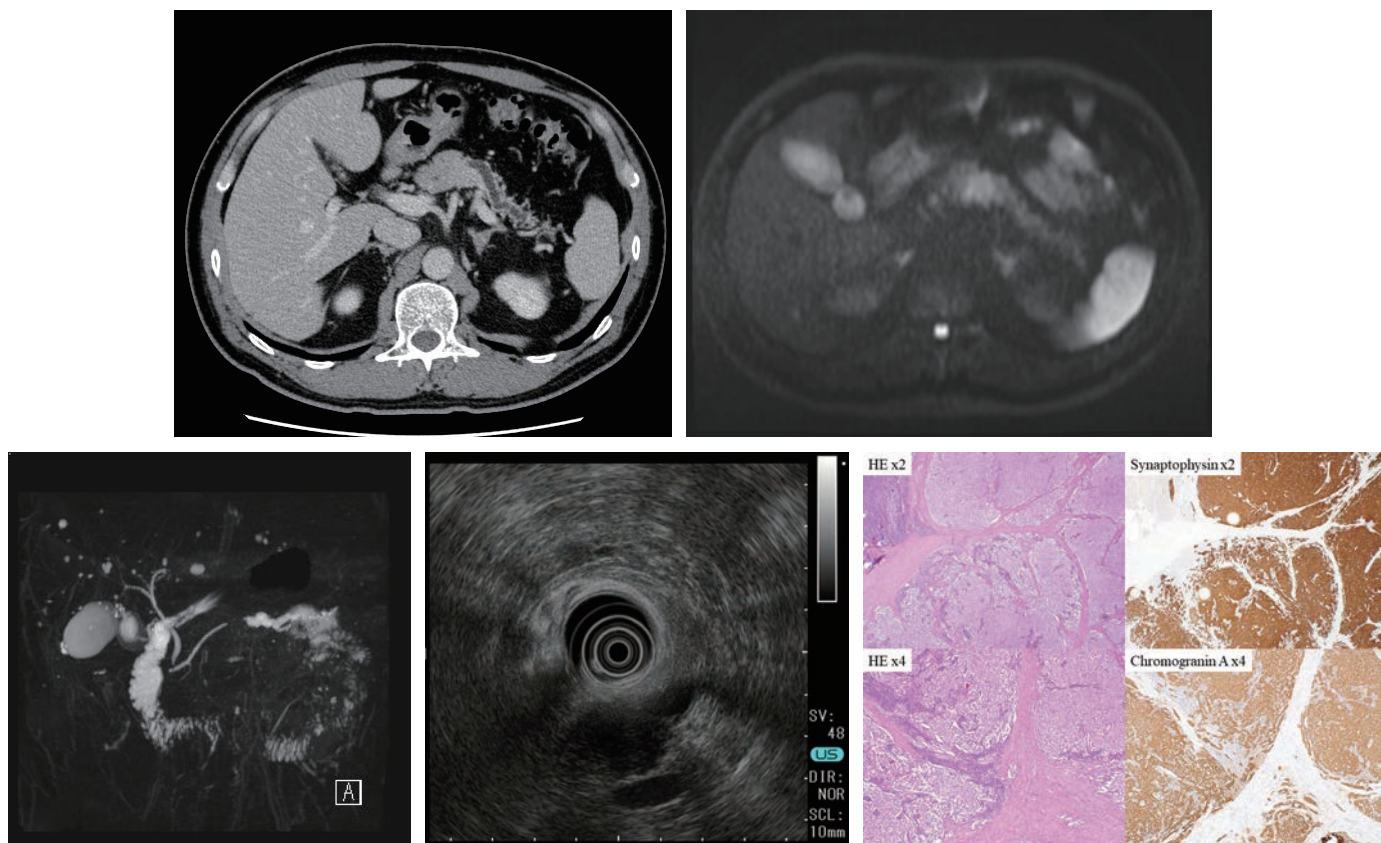
P-19 非典型的な画像所見を呈した膵神経内分泌腫瘍の1例

塩路 和彦¹⁾、盛田 景介¹⁾、青柳 智也¹⁾、栗田 聡¹⁾、佐々木 俊哉¹⁾、小林 正明¹⁾、高野 可赴²⁾、野村 達也²⁾、川崎 隆³⁾

新潟県立がんセンター新潟病院 内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、同 病理診断科³⁾

典型的な膵神経内分泌腫瘍は境界明瞭で多血性の腫瘍として描出されるが、主膵管狭窄を来したり、多血性の腫瘍としては描出されなかったりと、非典型的な症例も散見される。今回非典型的な画像所見を呈し術前に診断できなかった膵神経内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は40代の男性。2018年9月ドックの腹部USにて膵嚢胞が疑われ近医を受診。CTにて膵癌が疑われ12月当科紹介受診。身体所見に異常なく、血液検査にてCEA、CA19-9、DUPAN2は正常範囲内であった。腹部造影CTでは膵頭体移行部に後期相で正常実質に比し造影される領域を認めた。境界は不明瞭だが同部で主膵管が途絶し、尾側膵管の拡張を伴うことから膵癌が疑われた。腹部MRIにてCTにて腫瘍が疑われた領域はT1WIで低信号、T2WIで等信号、DWIは拡散低下を認めた。MRCPにて膵管の途絶と尾側膵管の拡張を認め浸潤性膵管癌で矛盾しないと考えられた。診断確定のためERCPおよび狭窄部の擦過細胞診、ENPD留置による膵液細胞診を行った。擦過細胞診ではClass IV、膵液細胞診ではClass V、腺癌と診断され、浸潤性膵管癌の術前診断で2019年1月膵体尾部切除が施行された。最終病理診断は膵神経内分泌腫瘍、Ki67 index 15%でPanNEN G2と診断された。術前に膵神経内分泌腫瘍の診断が可能であったか、非典型的な画像所見を呈した病理学的な理由についてご検討いただきたい。

DICOM画像リンクボタン

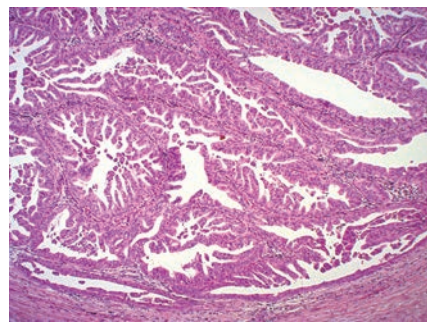
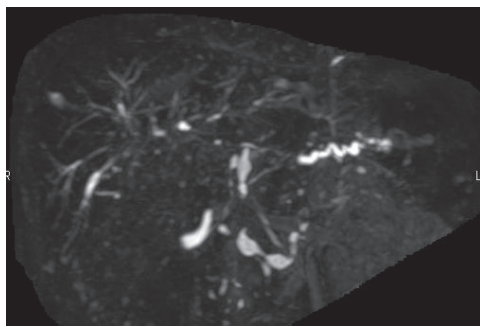
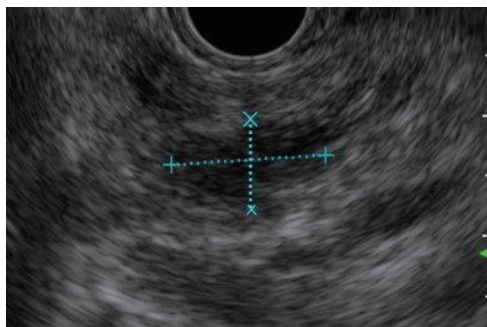
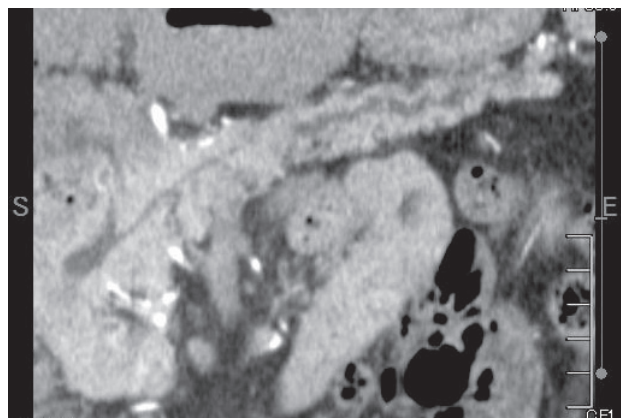
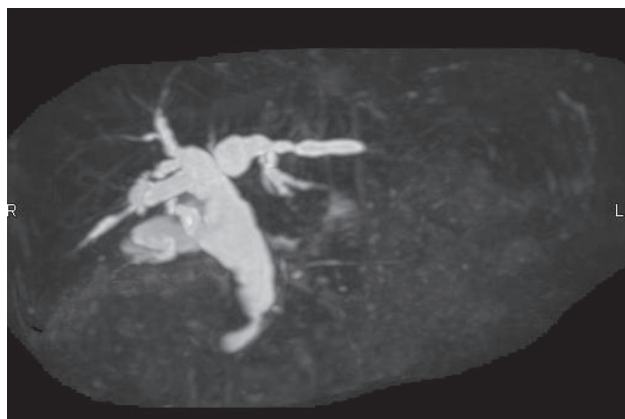


P-20 膵・胆管合流異常術後、膵尾部ITPCに1切除例

浅野 之夫、荒川 敏、志村 正博、林 千紘、越智 隆之、神尾 健士郎、河合 永季、安岡 宏展、
東口 貴彦、伊東 昌広、堀口 明彦
藤田医科大学 ばんだね病院外科

【はじめに】ITPNは膵管内に管状乳頭状を呈して増殖し、粘液産生が乏しい腫瘍である。今回、我々は胆嚢癌合併、膵・胆管合流異常、胆道拡張症術後の膵尾部ITPCの1切除例を経験したので報告する。【症例】79歳、女性。【主訴】特に無し【既往歴】2016年9月、上記疾患にて胆嚢床切除、拡張胆管切除、胆管空腸吻合術施行。(Patho:pT2(SS),pN0,pM0:Stage II)【現病歴】術後外来通院中、CTにて膵管拡張認め精査施行。【血液生化学所見】CEAの軽度上昇を認めた。【画像所見】MD-CT:膵尾部主膵管に軽度膵管拡張を認める。MRCP:膵尾部主膵管拡張あり。EUS:膵体部に13x8mmの低エコー腫瘍を認め、同部位より尾側の主膵管は軽度拡張している。ERCP:膵体部主膵管にて途絶を認める。【細胞診所見】adenocarcinoma【手術所見】膵体尾部移行部に硬い腫瘍を認め、脾臓合併膵体尾部切除術を施行。【病理所見】主膵管内に径5mm程度の白色充実性腫瘍を認める。同腫瘍は高円柱状異型細胞が乳頭状、あるいは腺管構造をとって増生している。また粘液産生は認めない。免疫染色ではMUC1(+/-)、MUC2(-)、MUC5AC(-)、MUC6(-)であった。以上より、ITPCと診断した。【討論】上記病理結果よりITPCと診断している。免染結果がやや弱い。本疾患はITPNで問題ないか？

〈DICOM 画像なし〉

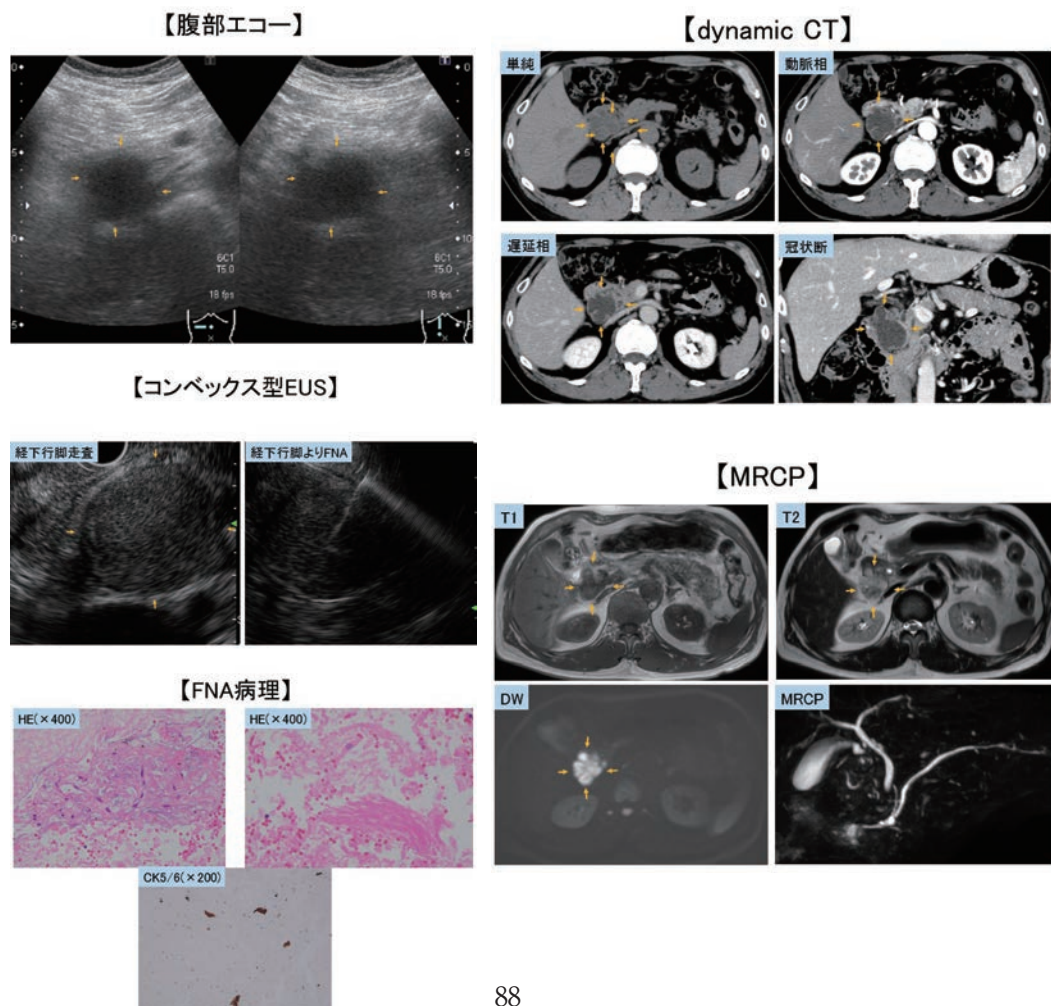


P-21 詳細な画像評価およびEUS-FNAによる病理学的評価が診断に有用であった膵頭部腫瘍性病変の1例

織田 典明、小村 卓也、加賀谷 尚史
国立病院機構金沢医療センター 消化器内科

症例は63歳、男性。腹痛精査のため施行したCTにて膵頭部腫瘍性病変が疑われ精査の方針とした。Dynamic CTにて、膵頭部から突出する最大径48mm大の多房性嚢胞性病変を認めた。嚢胞内部に結節は認めず、嚢胞壁が一部濃染し、尾側膵萎縮は認めなかった。単純MRIでは、T2：各嚢胞で信号強度が異なるまだら状高信号、MRCP：嚢胞描出(-)、主膵管との連続(-)、DW：高信号、ADCmap：低信号を示した。EUSでは、境界明瞭な被膜様構造に囲まれた圧排性発育を呈するやや高エコーで均一な充実性病変と判断した。以上より、1.造影効果が極めて乏しい充実性病変(粘液癌)とともに、2.粘稠な貯留物を含有した嚢胞性病変を疑った。画像のみでは確定診断に至らず、経下行脚的にEUS-FNAを施行した。採取された検体は、肉眼的に黄白色調の脆弱な小断片であり、病理学的には壊死組織であったため、充実性病変ではなく壊死物質が貯留した嚢胞性病変と判断したが確定診断は困難であった。画像所見を再検討し、鑑別には粘稠な貯留物の性状が決め手になると考え、採取された壊死物質を詳細に検討したところ、ケラチン、無核化した扁平上皮の集塊が混在し、膵リンパ上皮性嚢胞と最終診断した。手術などの治療は施行せず、画像検査による経過観察中である。本症例のように、画像による腫瘍の性状評価とともに、FNA検体での病理学的な性状評価が診断の決め手となる症例について議論したい。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：膵 VI

座長：比佐 岳史（佐久総合病院 佐久医療センター 消化器内科）
病理コメンテーター：佐々木恵子（静岡県立静岡がんセンター 病理診断科）
スーパーバイザー：羽鳥 隆（国際医療福祉大学 三田病院 消化器センター）

P-22 膵尾部に生じた悪性リンパ腫の1例

松永 望（愛知医科大学 放射線科）

P-23 興味深い画像所見を呈した膵頭部 IPMN 由来浸潤癌の1例

高野 仁（愛知県がんセンター 消化器外科部）

P-24 増大傾向を示し悪性リンパ腫が疑われた膵尾部腫瘤の1例 DICOM

高木 馨（三井記念病院 消化器内科）

P-25 膵管癌から発生した膵神経内分泌腫瘍の一例

北川 貴之（川崎医科大学附属病院）

P-26 膵管内乳頭粘液性腫瘍または膵粘液癌原発腹膜偽粘液腫の一例

片岡 温子（国立国際医療研究センター病院 外科）

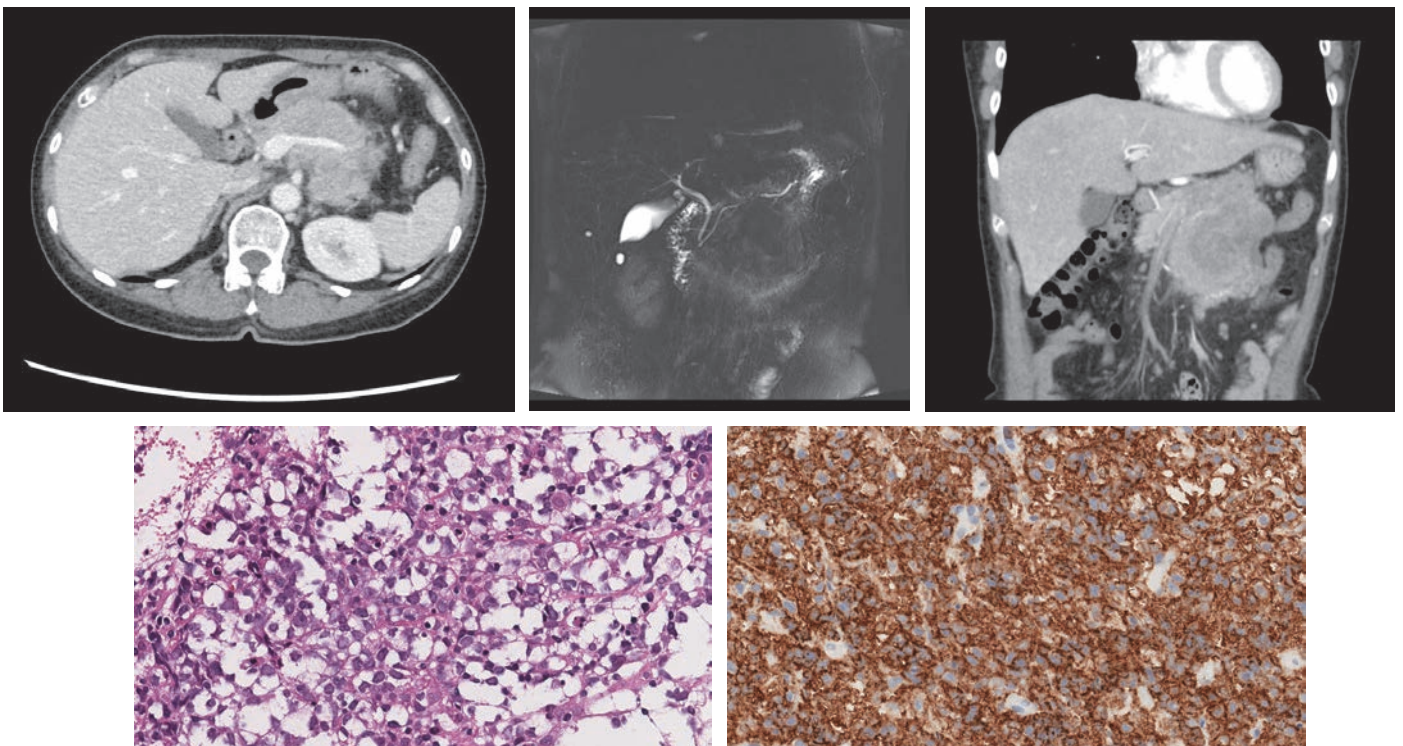
P-22 脾尾部に生じた悪性リンパ腫の1例

松永 望¹⁾、池田 秀次¹⁾、北川 晃¹⁾、泉 雄一郎¹⁾、萩原 真清¹⁾、木村 純子¹⁾、太田 豊裕¹⁾、
鈴木 耕次郎¹⁾、井上 匡央²⁾、露木 琢司³⁾

愛知医科大学 放射線科¹⁾、愛知医科大学 肝胆膵内科²⁾、愛知医科大学 病理診断科³⁾

症例は50歳代女性。腹部膨満、発熱、倦怠感を主訴に近医受診し、エコーで腹部腫瘤を指摘され当院紹介受診された。血液検査所見では炎症反応の上昇や軽度のHb低下を認める以外は特記すべき異常値は示さなかった。ダイナミックCTを施行し、脾尾部から足側に突出する10cm大の辺縁平滑な分葉状腫瘤を認めた。腫瘤は脾実質相で脾実質よりも低吸収な造影効果を呈し、門脈相と平衡相では等～低吸収を呈していた。腫瘤内部を脾動脈と脾静脈が狭窄することなく走行していた。MRIでは、腫瘤はT1強調像で脾実質より軽度低信号、T2強調像で軽度高信号を呈し、拡散強調像で拡散低下を認めた。MRCPで脾尾部の主脾管は腫瘤内を閉塞せずに走行していた。FDG-PETでは脾尾部腫瘤にSUVmax 23の強い集積を認めた。EUS-FNAが施行され、病理組織検査では大型異型リンパ球が増殖し、免疫染色で細胞膜にCD20抗原を有しており、びまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断された。脾悪性リンパ腫は脾悪性腫瘍の0.1～0.6%程度と稀な疾患であり、文献的考察を加えて報告する。

〈DICOM 画像なし〉



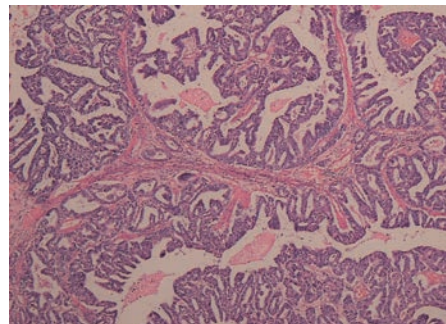
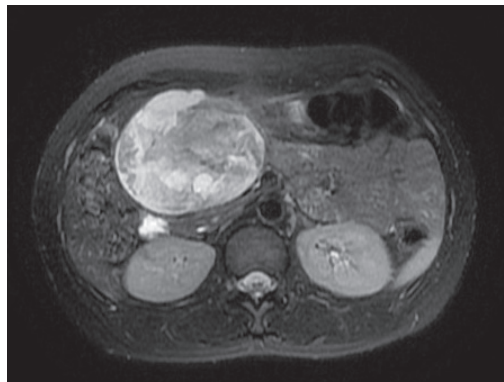
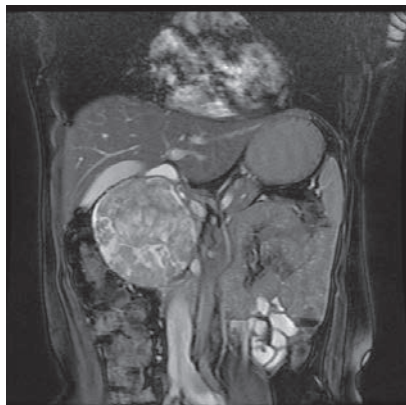
P-23 興味深い画像所見を呈した膵頭部IPMN由来浸潤癌の1例

高野 仁¹⁾、夏目 誠治¹⁾、千田 嘉毅¹⁾、奥野 正隆¹⁾、奥野 のぞみ²⁾、桑原 崇通²⁾、羽場 真²⁾、
水野 伸匡²⁾、原 和生²⁾、細田 和貴³⁾、清水 泰博¹⁾

愛知県がんセンター 消化器外科部¹⁾、愛知県がんセンター 消化器内科部²⁾、
愛知県がんセンター 遺伝子病理診断部³⁾

症例は40歳代女性。近医での腹部超音波検査で腹部腫瘤を指摘され、精査加療目的に紹介となった。腫瘍マーカーは正常範囲内であった。CT(computed tomography)では膵頭部に石灰化を伴う約10cmの境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍の大部分はlow density areaで占められていたが、一部に造影効果を有する充実成分を認めた。病変部より尾側の主膵管には軽度拡張を認めた。上腸間膜静脈への圧排はあるが、浸潤所見は認めなかった。MRI(magnetic resonance imaging)では嚢胞と考えられるT2高信号な領域の内部に造影効果を有する不整な充実成分を認めた。EUS(endoscopic ultrasonography)では腫瘤内部は高エコー像と低エコー像が混在する所見であった。FNA(fine needle aspiration)による組織診断は播種のリスクを考慮して施行しなかった。SPN(solid pseudopapillary neoplasm)の疑いで膵頭十二指腸切除術を施行した。固定後標本において、嚢胞内部には粘液が充満していた。病理学的所見では、嚢胞壁には異型上皮細胞が乳頭状に増殖しており、充実成分では異型細胞が乳頭状、腺管状に増殖しており、IPMN(intraductal papillary mucinous neoplasm)由来浸潤癌と診断した。術前画像において、診断が可能であったかを検討したい。

〈DICOM 画像なし〉

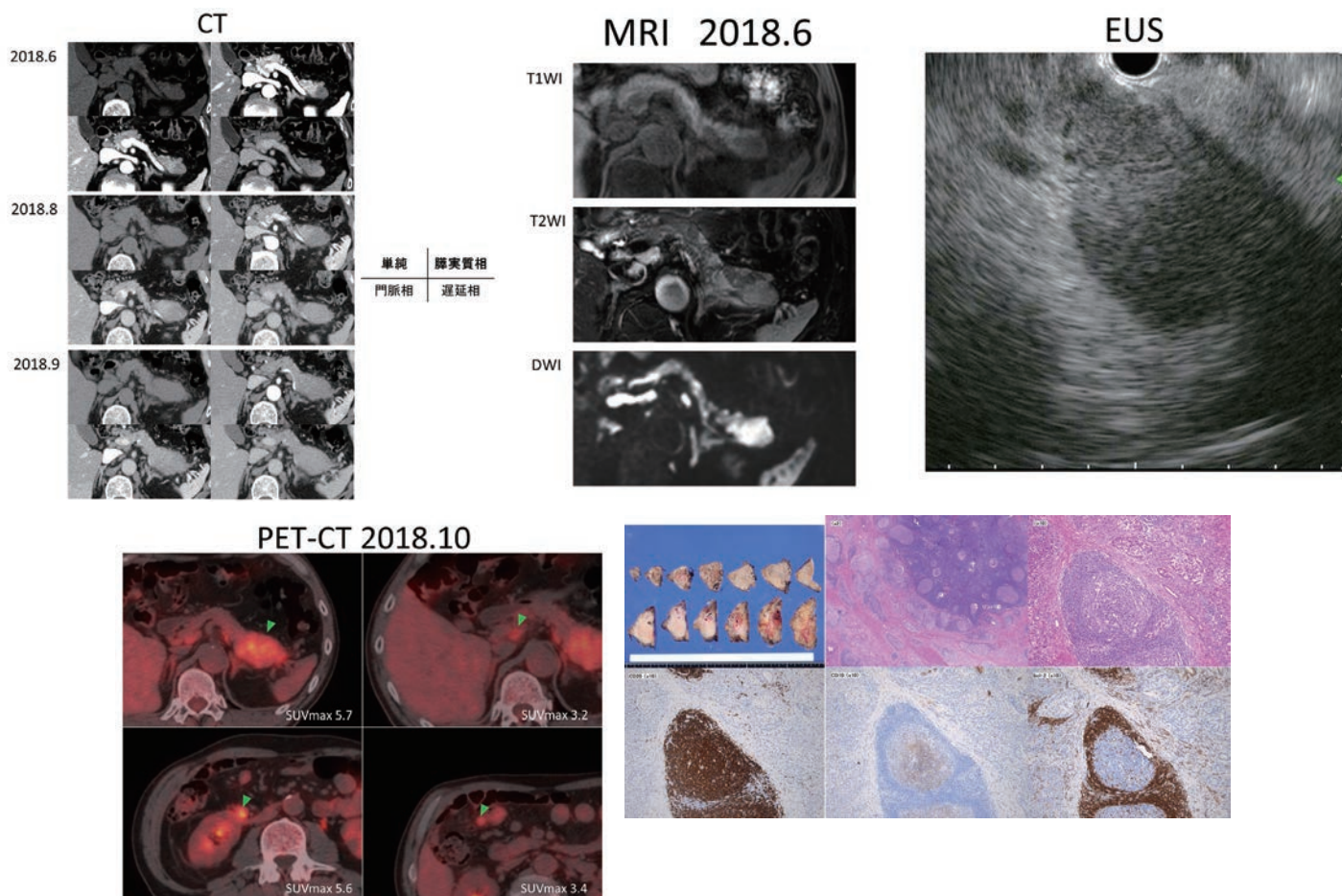


P-24 増大傾向を示し悪性リンパ腫が疑われた膵尾部腫瘍の1例

高木 馨、戸田 信夫、今井 誠、福村 幸代、佐藤 公紀、近藤 真由子、小島 健太郎、大木 隆正、
関 道治、加藤 順、田川 一海
三井記念病院 消化器内科

症例は特に既往歴のない65歳男性。健診の腹部エコーで肝血管腫を指摘され前医受診し、CTで膵尾部腫瘍を指摘された。EUS-FNAでリンパ球浸潤を認めたものの診断確定せず当科に紹介受診となった。CTでは膵尾部が腫瘍様に腫大しており早期相と第2相で膵頭体部と比較してやや増強効果が低く後期相ではほぼ同等。膵管拡張はなかった。MRIでは腫大した膵尾部はT2W high、T1W low、DWI high。IgG4 84.9mg/dlと上昇なく、sIL-2R 655U/mLと軽度上昇を認めた。EUSでは膵尾部の腫大はあるが腫瘍としては認識できなかった。EUS-FNAを再検し前医と同様の濾胞形成を伴ったリンパ球浸潤が認められた。2ヶ月後のCTで膵尾部腫瘍の増大と腸間膜リンパ節の腫大を認め悪性リンパ腫が疑われたため腸間膜リンパ節切除が行われ、リンパ濾胞増殖と診断された。その後のPET-CTでは膵体尾部、肝十二指腸間膜リンパ節、腸間膜リンパ節、右腎腹側のリンパ節に異常集積を認めた。やはり悪性リンパ腫を否定できず、膵体尾部切除を行った。切除標本では膵尾部に15mm大の白色調境界不明瞭な結節状病変が見られた。周囲に線維化を伴ったリンパ球浸潤・リンパ濾胞形成を主体とする病変であった。主に濾胞性リンパ腫の可能性につき検討されたが免疫組織化学、表面マーカーや遺伝子、染色体の検索では悪性リンパ腫を示唆する所見は得られなかった。

DICOM画像リンクボタン



P-25 膵管癌から発生した膵神経内分泌腫瘍の一例

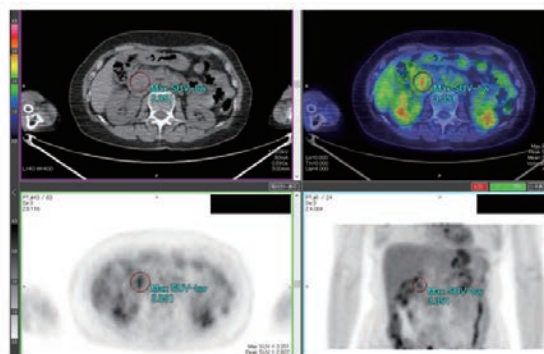
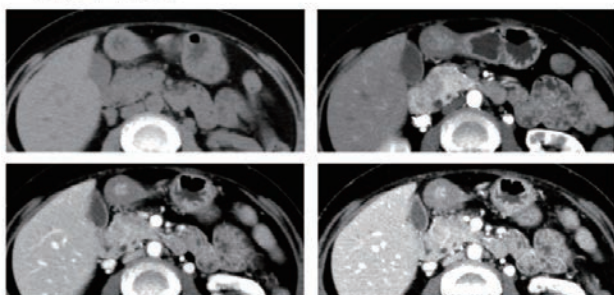
北川 貴之、吉田 浩司、草加 裕康、佐々木 啓壮、大海 宏暢、三宅 智雄、西紋 禮士、
青木 啓純、時岡 峻三、中島 義博、日野 啓輔

川崎医科大学附属病院

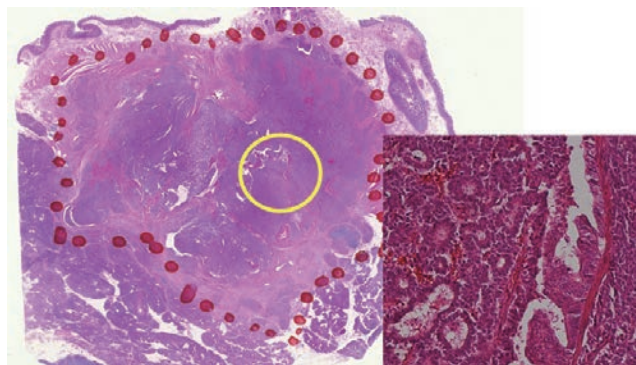
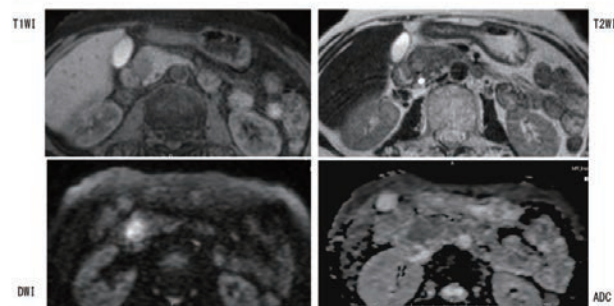
症例は70歳代女性。人間ドックの腹部超音波検査で膵頭部に20mm大の低エコー腫瘍を指摘された。CTでは膵頭部に18mm大の腫瘍性病変があり同病変は造影早期相では低吸収に描出され、後期相では辺縁がリング状の造影効果を伴い内部にも淡い造影効果を認めた。MRI検査ではTIWI低信号、T2WI低信号で一部高信号、DWI高信号に描出されdynamic studyではCTと同様の所見であった。膵管癌を疑われEUS/FNA施行目的で当院へ紹介された。EUSでは膵頭部に内部エコー粗雑で辺縁不整、境界一部不明瞭な低エコー腫瘍として描出されFNAの結果は異型性の強い細胞を認め核の大小不同が目立ち膵管癌として矛盾しない所見であった。他臓器への転移は指摘できず膵頭十二指腸切除術を施行した。腫瘍内には異型細胞が腺管様の構造および充実性の胞巣を形成しておりリボン状に配列している像も認められた。また異型細胞には核分裂像も散見された。免疫染色ではCK7やEMA、HNF-4aが陽性で、多くの胞巣内にはCD56やChromogranin A、Synaptophysinが陽性、MIB-1 Indexはhot spotで24.0%と神経内分泌腫瘍が疑われた。腺管構造を認める部位ではIMP3やCEA、S-100pが陽性で僅かだがMUC1やMUC5ACも陽性であり腺癌と神経内分泌腫瘍の合併、mixed nonendocrine-neuroendocrine neoplasmと診断した。【検討項目】術前にMiNENと診断することは可能か。神経内分泌腫瘍成分は腫瘍内部に存在するPanIN3様病変から発生したのか。

〈DICOM 画像なし〉

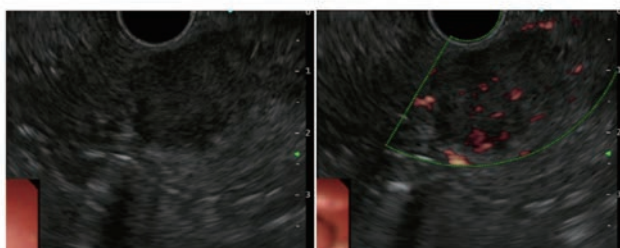
腹部単純造影CT



MRI



EUS



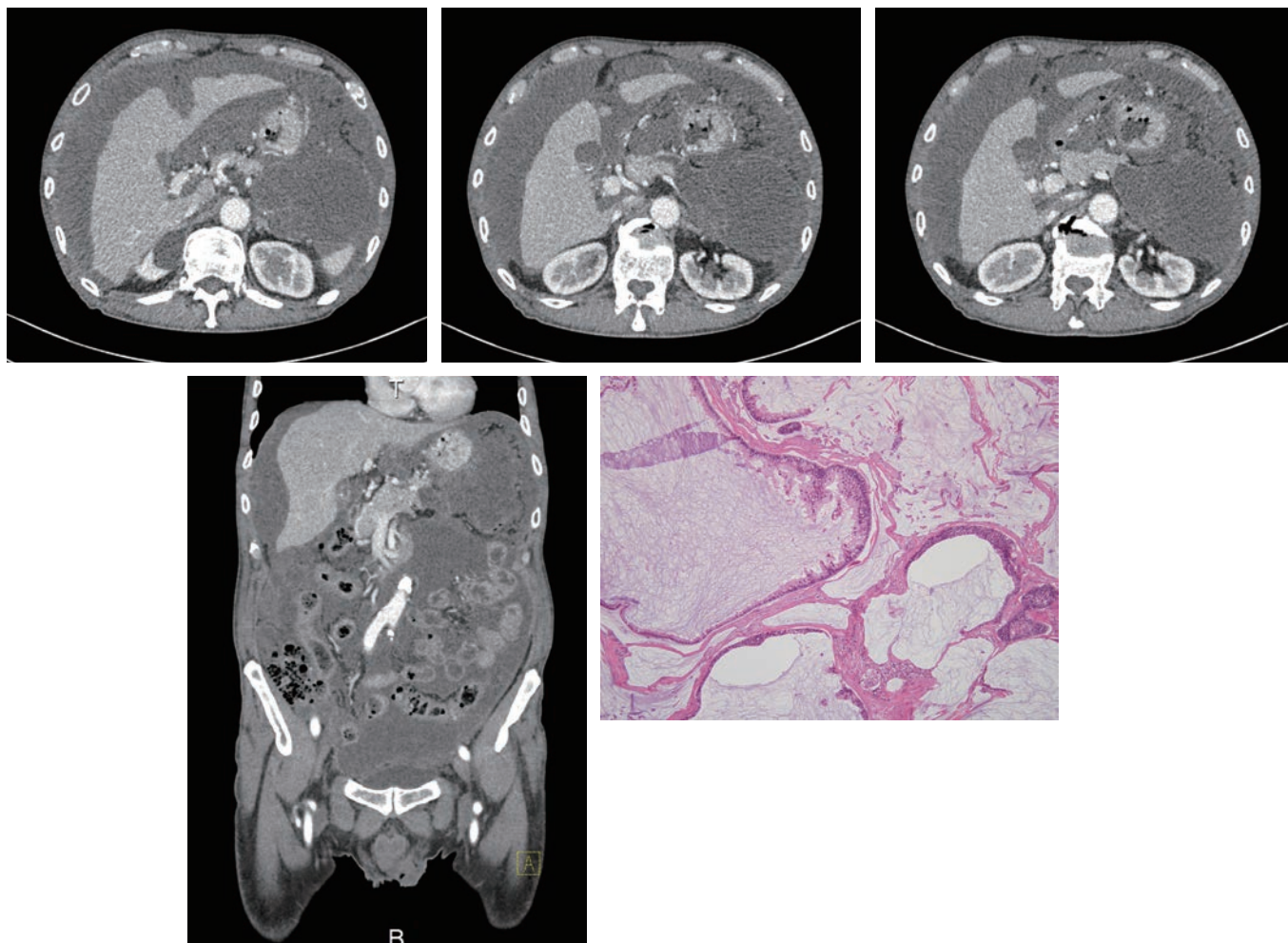
P-26 膵管内乳頭粘液性腫瘍または膵粘液癌原発腹膜偽粘液腫の一例

片岡 温子¹⁾、伊藤 橋司¹⁾、竹村 信行¹⁾、三原 史規¹⁾、黒川 敏昭¹⁾、清松 知充¹⁾、矢野 秀朗¹⁾、
平井 一郎²⁾、川村 博司²⁾、國土 典宏¹⁾

国立国際医療研究センター病院 外科¹⁾、三友堂病院 外科²⁾

75歳男性。既往に虫垂切除術。前医にて糖尿病治療中。2012年4月、血糖値、炎症反応、CA19-9の上昇を認めCT施行。膵体尾部主・分枝膵管拡張とSMA背側の不整な軟部組織陰影を指摘。しかし閉塞起点となる腫瘍性病変を認めず、PET-CTで集積が無く、膵炎疑いで経過観察となった。同年9月のCTで膵管拡張は残るも軟部組織陰影は消失し、膵炎の経過とされた。翌年のCTは不変で、以降の検査は本人が拒否された。2017年10月、褐色痰を主訴に前医受診。CTで大量腹水・膵尾部に主膵管と連続した巨大多房性嚢胞性病変を認めた。膵管内乳頭粘液性腫瘍(IPMN)由来の腹膜偽粘液腫が疑われ、当科紹介。膵体尾部切除術予定で手術施行。約4Lの血性腹水と大量の粘液結節を認めた。小腸や小腸間膜はほぼ病変が無く、2期的な完全減量手術が可能と判断した。初回手術時の全身状態は良好といえず、また原発巣切除により次の完全原減量手術が困難になる可能性を踏まえ、大網切除・粘液ドレナージ・播種結節生検にて終了した。その後一度は退院するも全身状態が改善せず、完全減量手術を施行できずに原病死した。初回手術時の病理では印環細胞が集簇した粘液湖形成と高度細胞異型を伴う腫瘍上皮の乳頭状増生を認め、High-grade pseudomyxoma peritonei(PMCA)の診断であった。原発巣はIPMNまたは膵粘液癌を疑うが両者の判別が困難であるため鑑別と、IPMNまたは膵粘液癌由来の腹膜偽粘液腫の病理についてご教授頂きたい。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：胆道 I

座長：根引 浩子（大阪市立総合医療センター 消化器内科）

病理コメンテーター：福村 由紀（順天堂大学 人体病理病態学講座）

スーパーバイザー：松村 敏信（沖縄県立宮古病院 外科）

P-27 平坦隆起型の胆嚢腸型腺腫の一例

山子 泰加（愛媛県立中央病院 消化器内科）

P-28 術前診断に苦慮した IgG4 関連硬化性胆管炎の一例

野田まりん（慶応大学医学部 消化器内科）

P-29 EUS － FNA で診断し得た十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の 1 例

千葉 和朗（がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科）

P-30 腎細胞癌の胆嚢転移の 1 例

吉川 成一（長岡赤十字病院 消化器内科）

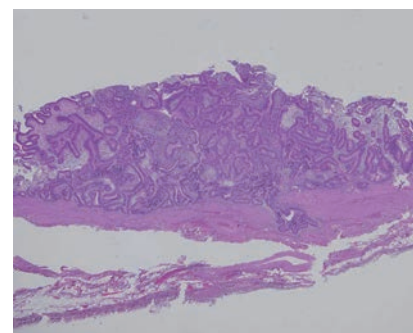
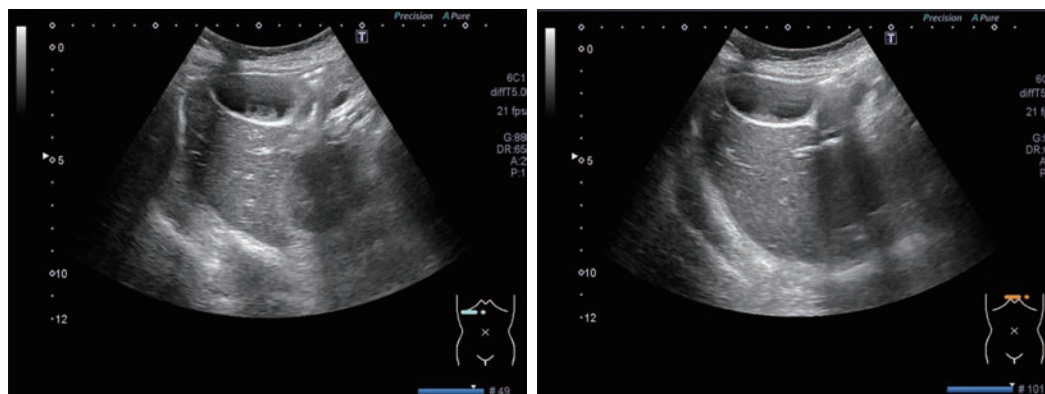
P-27 平坦隆起型の胆嚢腸型腺腫の一例

山子 泰加¹⁾、宮田 英樹¹⁾、泉本 裕文¹⁾、吉野 武晃¹⁾、鶴田 美帆¹⁾、相引 利彦¹⁾、奥平 知成¹⁾、
岩崎 竜一郎¹⁾、金本 真実²⁾、木藤 克己³⁾

愛媛県立中央病院 消化器内科¹⁾、愛媛県立中央病院 消化器外科²⁾、愛媛県立中央病院 病理診断部³⁾

【症例】70歳代 女性【主訴】食欲低下【既往歴】直腸癌術後、脳動脈瘤、肺 MAC (Mycobacterium avium complex) 症、膵 IPMN (Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm)【現病歴】食欲低下と体重減少で近医を受診し、血液検査で CA19-9 が 1600U/mL と高値であり精査目的に当科へ紹介された。【経過】腹部症状は無く血液検査では肝胆道系酵素上昇は無かったが、CA19-9 は 1110U/mL と高値であった。腹部超音波検査にて胆嚢体部に乳頭状の隆起を伴う平坦隆起性病変を認めた。カラードップラーでは血流シグナルは認めなかった。造影 CT でも胆嚢体部に平坦な隆起性病変があり、造影効果を認めたが、胆嚢壁は保たれており、リンパ節転移や遠隔転移も認めなかった。EUS では胆嚢体部に隆起性病変があり、胆嚢壁最外層の不整は認めなかった。CA19-9 の上昇と画像所見から胆嚢癌と考え、開腹胆嚢摘出術を施行した。病理結果は、胆嚢底部から体部に広範囲の平坦隆起性病変を認め、一部丈の高い隆起も認めた。高円柱状の腸型上皮から成り、核異型や極性の乱れは認めず、管状腺腫と診断した。免疫染色では腸型形質マーカー (CDX-2) が陽性であり、幽門腺形質マーカー (MUC6) が陰性であった。胆嚢腺腫は通常有茎性のことが多く、平坦隆起性の形態をとることは稀である。画像診断から、胆嚢癌と考えたが腺腫と診断することは可能であったか。平坦隆起型の胆嚢腺腫という稀な症例を経験したため報告する。

〈DICOM 画像なし〉



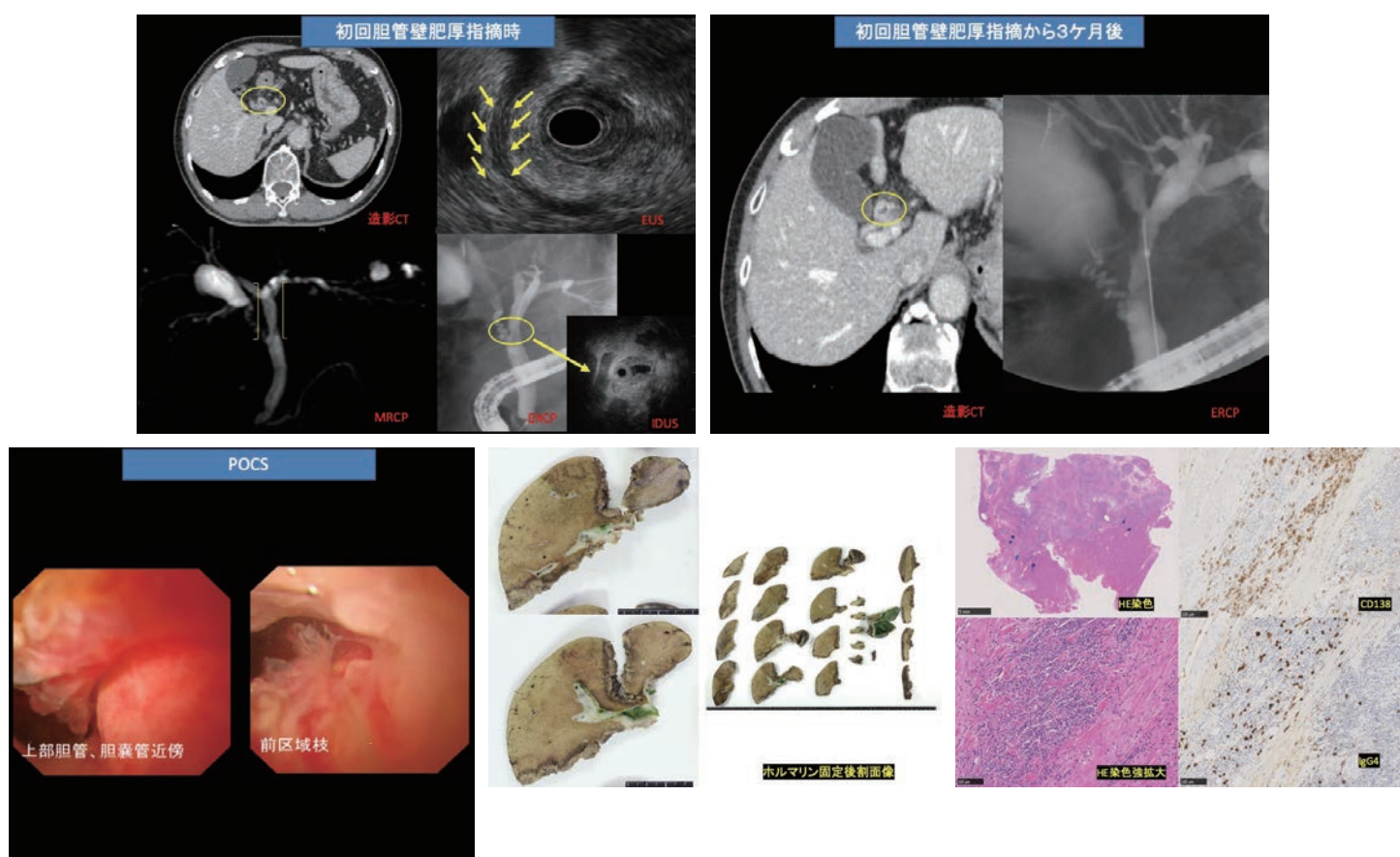
P-28 術前診断に苦慮したIgG4関連硬化性胆管炎の一例

野田 まりん¹⁾、南 一洋¹⁾、福原 誠一郎²⁾、岩崎 栄典¹⁾、阿部 雄太³⁾、久保田 直人⁴⁾、尾島 英知⁴⁾、金井 隆典¹⁾

慶応大学医学部 消化器内科¹⁾、慶應義塾大学医学部 内視鏡センター²⁾、
慶應義塾大学医学部 一般・消化器外科³⁾、慶應義塾大学医学部 病理学教室⁴⁾

症例は83歳男性。直腸癌術後でフォロー中、2年後の造影CTにて胆嚢管から総胆管の造影効果を伴う壁肥厚を指摘された。MRIでも同所見であり、EUS・ERCPでは前区域枝～膵内胆管までの広い領域で全周性に2mm程度の壁肥厚を認めたが、胆石や腫瘍性病変は認めなかった。胆汁細胞診・胆管生検では悪性所見が得られず、慢性的な炎症性変化の可能性も考え経過観察の方針となった。3ヵ月後のCTでは肝門部胆管に結節状の壁肥厚が出現し、再度ERCPによる精査を行ったところ、総胆管は比較的均一な壁肥厚像であったが肝門部胆管はびまん性に不整形の肥厚を呈していた。胆道鏡での追加精査を行ったところ、前区域枝～上部胆管内に乳頭状の隆起を認め腫瘍性病変が示唆された。再度の生検および細胞診でも悪性所見は得られなかったが、画像所見から胆管癌と診断し外科的切除術を施行した。病理学的所見では、胆管周囲に高度の炎症細胞浸潤とリンパ濾胞の形成、炎症領域には形質細胞および多数のIgG4陽性細胞を認めた。炎症は特に肝外胆管周囲を主座とし、B5/8合流部まで伸展していた。花筵状線維化や閉塞性静脈炎は明らかでなかったが、原発性硬化性胆管炎は否定的で又悪性所見も無いことから、組織学的にはIgG4関連硬化性胆管炎に矛盾しないと考えた。本症例は、IgG4値は正常で胆管外病変も伴わなかったことから、悪性疾患を否定できず診断に苦慮した。病理像、画像所見についてご検討をお願いしたい。

〈DICOM 画像なし〉



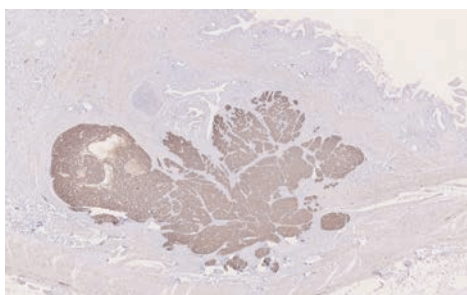
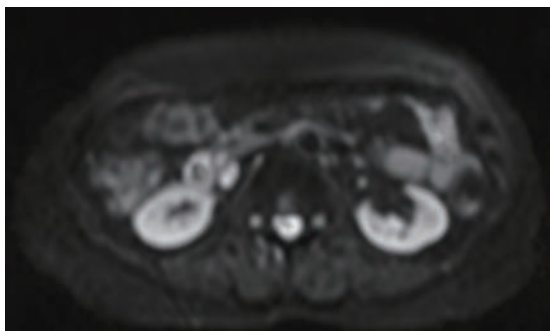
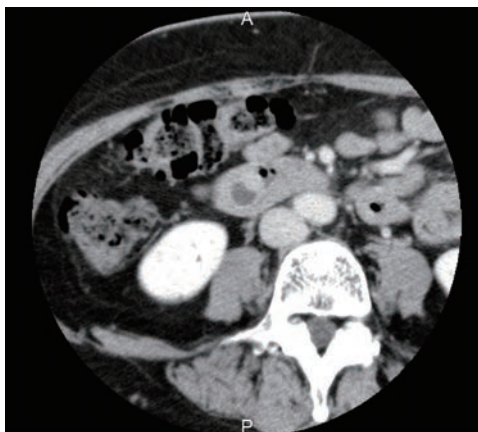
P-29 EUS－FNAで診断し得た十二指腸乳頭部神経内分泌腫瘍の1例

千葉 和朗¹⁾、菊山 正隆¹⁾、吉本 憲介¹⁾、来間 佐和子¹⁾、神澤 輝実¹⁾、土井 愛美²⁾、大目 祐介²⁾、
脊山 泰治²⁾、堀口 慎一郎³⁾

がん・感染症センター都立駒込病院 消化器内科¹⁾、がん・感染症センター都立駒込病院 外科²⁾、
がん・感染症センター都立駒込病院 病理科³⁾

【背景】十二指腸乳頭部腫瘍に対する内視鏡視下生検の正診率は62-82%と報告されている。今回、我々はEUS-FNAで診断し得た十二指腸乳頭部原発神経内分泌腫瘍の1例を経験したので報告する。【症例】60歳、女性。検診の採血で肝障害を指摘されたために紹介元病院を受診した。腹部造影CTでは下部胆管に狭窄が疑われたためERCPを施行し、胆管生検・胆管擦過細胞診を施行し胆管ステントが挿入された。また十二指腸乳頭部には陥凹を認め同部からも生検を行ったがいずれの検体からも診断がつかなかった。精査目的に当院を紹介受診した。MRIでは十二指腸乳頭部にT2WIで高信号、diffusionでは同部位に拡散制限を認めた。当院で施行したEUS（1回目）では胆管ステントの影響で十二指腸乳頭部の詳細な観察ができなかったが近傍に15mm大の類円形の低エコーを認め腫大リンパ節と考えた。同病変に対してEUS－FNAを行い神経内分泌腫瘍の診断だった。原発巣同定目的にEUSの再検を行ったところ十二指腸乳頭部に12mm大の低エコー腫瘍を認めEUS-FNAで同様の神経内分泌腫瘍の診断となった。尚、既存の胆管ステントは胆管内に迷入していたため同日胆管ステントの交換を行った。その後、当院外科で臍頭十二指腸切除を行った。術後診断は十二指腸乳頭部原発 Neuroendocrine tumor, grade2 の診断だった。術後は再発なく経過している。

〈DICOM 画像なし〉



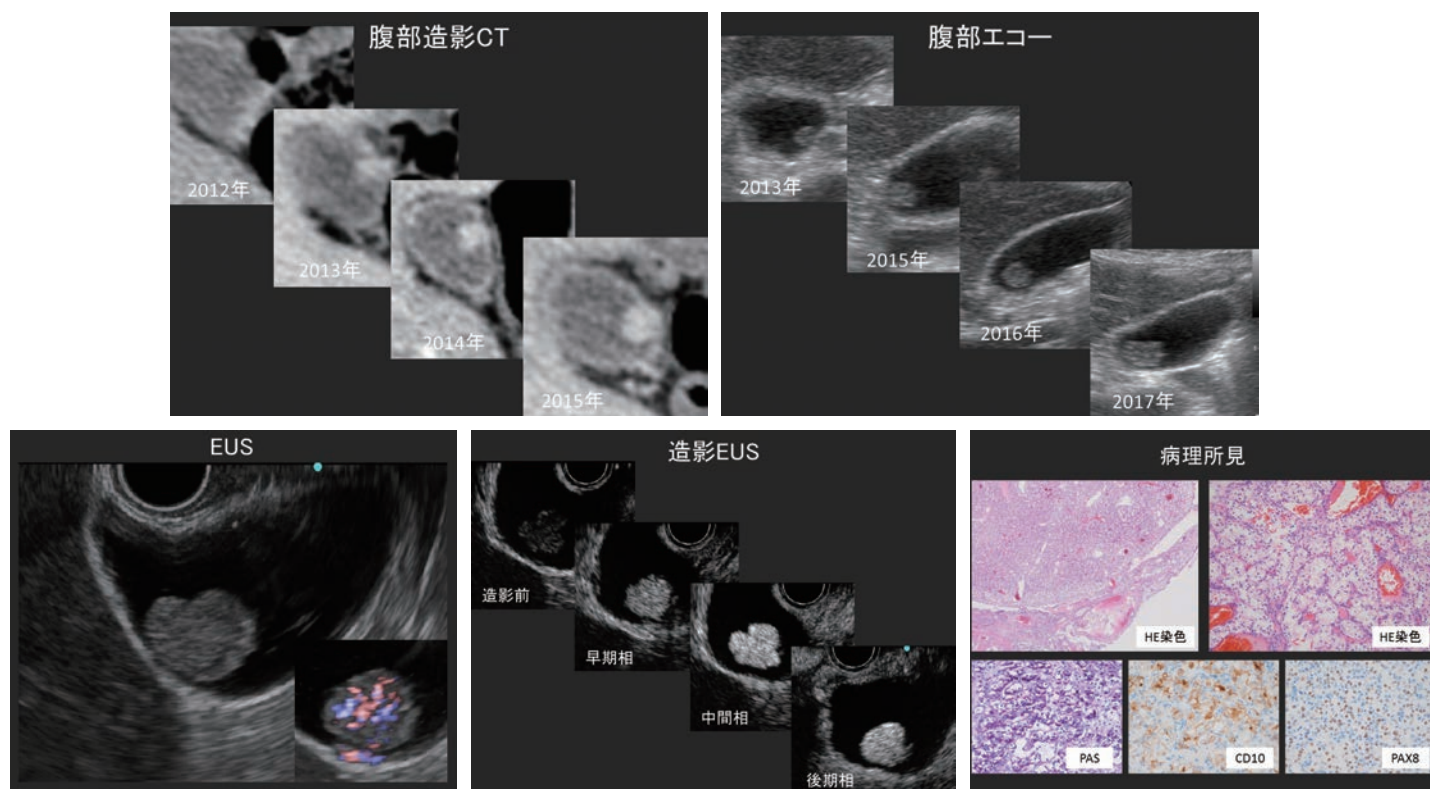
P-30 腎細胞癌の胆嚢転移の1例

吉川 成一¹⁾、北條 雄暉¹⁾、小林 隆昌¹⁾、小林 陽子¹⁾、小林 雄司¹⁾、河久 順志¹⁾、三浦 努¹⁾、
竹内 学¹⁾、皆川 昌広²⁾、谷 達夫²⁾、薄田 浩幸³⁾

長岡赤十字病院 消化器内科¹⁾、長岡赤十字病院 外科²⁾、長岡赤十字病院 病理診断部³⁾

【症例】56歳，女性．【既往歴】2007年 左腎細胞癌（根治的腎摘出術）．【現病歴】左腎細胞癌手術後の経過観察のための造影CTにて，2013年に造影される胆嚢ポリープが指摘，腹部エコーでは7mm大と小さく経過観察．徐々に増大し2015年に当科へ紹介．【経過】年1回の画像検査にて増大傾向が見られ，2017年には15mm大となった．腹部エコーでは有茎性・桑実状で内部に点状高エコーを有するやや高エコーポリープ様で，MRIでも有茎性・桑実状を呈しDWI高信号は見られず，コレステロールポリープの可能性が高いとの診断であった．しかしEUSでは，胆嚢体部に茎の太い15mm大の有茎性ポリープが描出され，表面は不整だがやや高エコー層を有し，内部は実質様で，点状高エコー所見は乏しく，腹部エコー所見との解離がみられた．ドップラーでは細血管が毛玉状に見られ，造影EUSでは早期よりポリープ全体に高度の濃染が見られ，胆嚢摘出術を施行．病理所見ではポリープ部に淡明な腫瘍細胞の増殖が見られ，CD10とPAX8が陽性であり腎細胞癌胆嚢転移と診断．【考察】腎細胞癌の胆嚢転移は稀であり，同時性もしくは異時性転移の報告がわずかに見られる．本症例では腎細胞癌手術6年後に胆嚢ポリープが指摘されるも，術後10年後に胆摘手術をするまで診断が困難であり，画像所見・病理所見につきご検討いただきたく症例を提示させていただきます．

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：胆道Ⅱ

座長：深澤 光晴（山梨大学医学部 第一内科）

病理コメンテーター：濱田 義浩（福岡大学医学部 病理学講座）

スーパーバイザー：カ山 敏樹（自治医科大学附属さいたま医療センター
一般・消化器外科）

P-31 胆嚢陥凹性病変の1例

工藤 彰治（佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科）

P-32 診断に苦慮した肝内・胆嚢内病変の一例 **DICOM**

宮本 和也（岡山大学病院 消化器内科）

P-33 術前診断に難渋した胆嚢腫瘍の1例 **DICOM**

早川 宏（山梨大学医学部 第1内科）

P-34 急性胆嚢炎を契機に診断に至った進行胆嚢癌の1例

渋谷 和人（富山大学大学院 医学薬学研究部 消化器・腫瘍・総合外科）

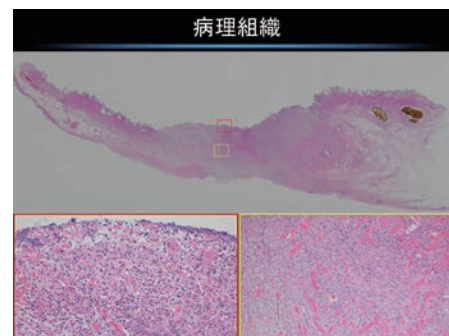
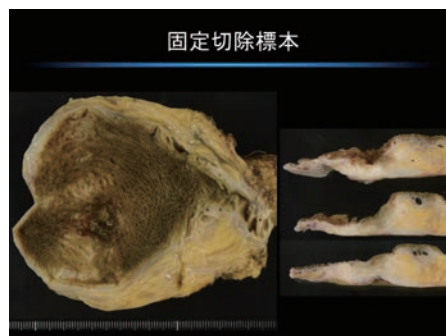
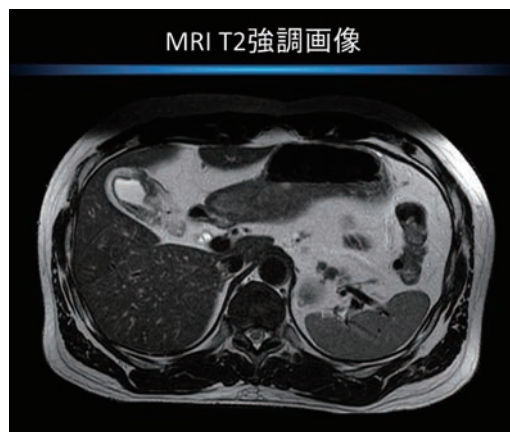
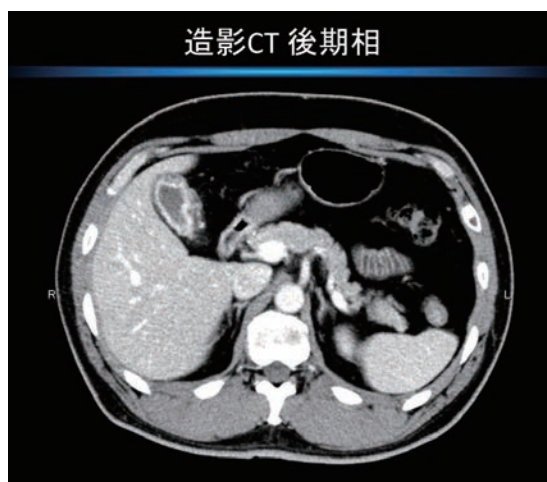
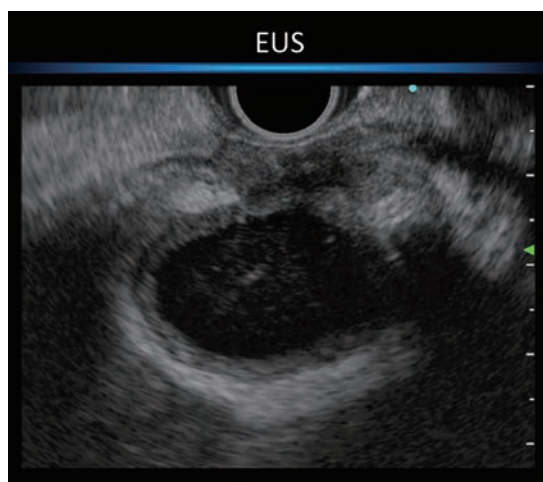
P-31 胆嚢陥凹性病変の1例

工藤 彰治、比佐 岳史、山田 崇裕、大瀬良 省三、桃井 環、篠原 知明、友利 彰寿、福島 秀樹、古武 昌幸

佐久総合病院佐久医療センター 消化器内科

患者は40歳代男性。健康診断で肝胆道系酵素の軽度上昇を指摘され、近医を受診した。USで胆嚢内高エコー腫瘤を認め、当科紹介となった。USでは胆嚢壁内側低エコー層のびまん性肥厚を認め、胆泥と小結石を伴っていた。EUSではびまん性壁肥厚に加え、底部腹腔側に幅20mm、厚み7mmの表面が陥凹した低エコー壁肥厚像を認め、外側高エコー層が不明瞭化していた。ドプラでは同部に血流シグナルを認めた。一方、頸部壁内に多数の無エコー域を認め腺筋腫症と診断した。胆嚢管と胆嚢内には多数の小結石と胆泥を認めた。造影CTでは胆嚢壁全体が不均一な肥厚像を呈し、底部壁に陥凹を伴っていた。隣接臓器への浸潤像を認めなかった。陥凹部壁はMRI T1強調画像で低信号、T2強調画像で等信号を呈し、拡散能低下はみられなかった。内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージチューブ留置下の胆汁細胞診はClass I～IIIであった。胆嚢癌を否定できず、診断的腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。肉眼的には胆嚢底部に15mmの表面無構造の不整形陥凹を認め、同部断面は境界不明瞭な白色組織であった。組織学的には上皮が脱落し、表層から炎症性滲出物、肉芽組織、線維化を認めた。消化管における消化性潰瘍と類似した組織像であり、胆嚢潰瘍と最終診断した。胆嚢潰瘍はまれな疾患で、出血や胆道閉塞など緊急の病態を併発するため潰瘍自体の詳細な画像検討の報告がない。本例のような陥凹性壁肥厚は潰瘍を示唆する所見と考えた。

〈DICOM 画像なし〉



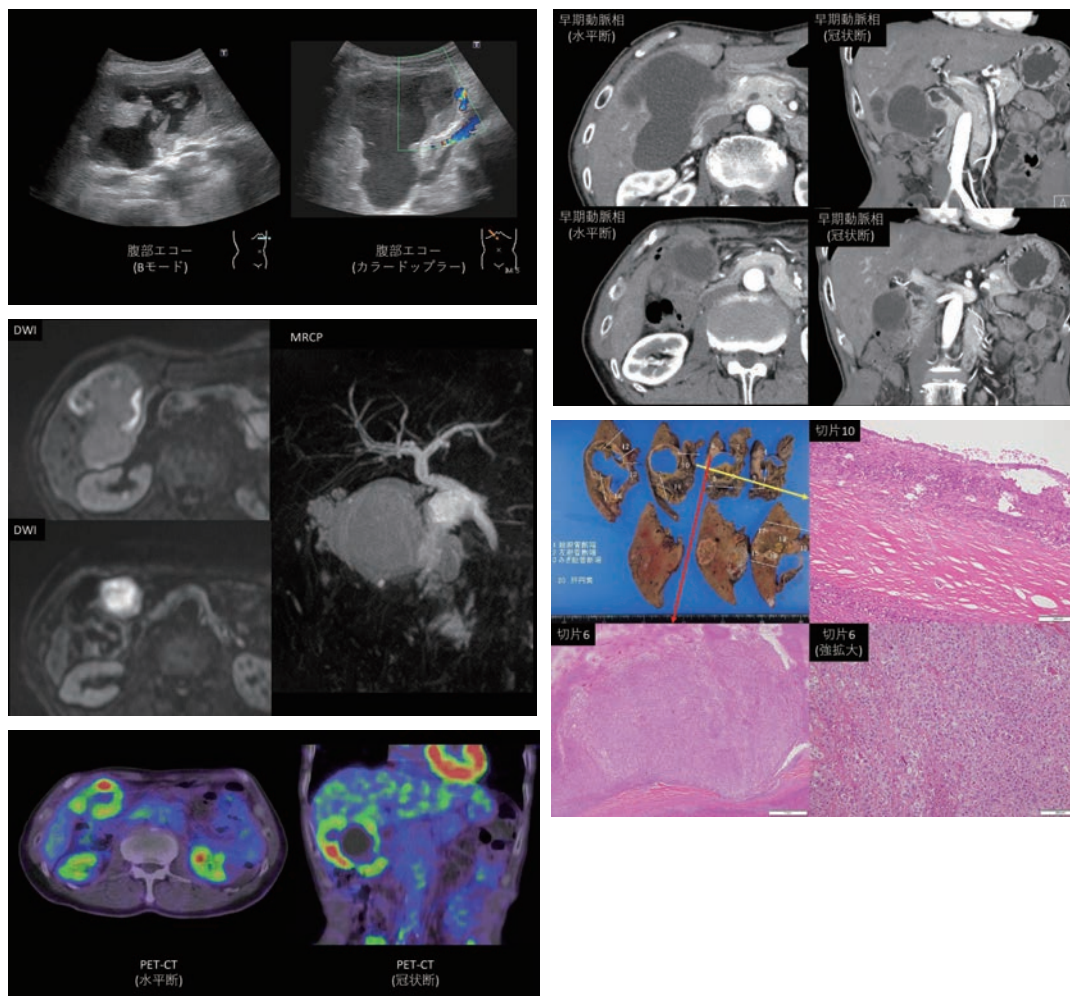
P-32 診断に苦慮した肝内・胆嚢内病変の一例

宮本 和也¹⁾、松本 和幸¹⁾、加藤 博也¹⁾、杭瀬 崇²⁾、吉田 龍一²⁾、榎田 祐三²⁾、八木 孝仁²⁾、
西田 賢司³⁾、田中 健大³⁾、岡田 裕之¹⁾

岡山大学病院 消化器内科¹⁾、岡山大学病院 肝胆膵外科²⁾、岡山大学病院 第2病理学³⁾

症例は70歳代男性。体重減少、食後の右季肋部痛を主訴に近医受診し、精査目的に紹介となる。腹部エコーでは肝S4/5領域に約8cm大の多房性嚢胞性病変を認め、内部にはエコーソースを伴う貯留物が充満し、不整な充実成分を認めた。造影CTでは病変は胆嚢内および肝内へ連続しており、特に肝床側と病変の足側で壁不整および充実部分が目立ち、肝、結腸へ浸潤を疑う所見であった。MRIの拡散強調像では、嚢胞辺縁の壁に沿うように拡散信号の低下を認める箇所があり、PET-CTでも同箇所にはFDG高集積を認めた。EUSでは嚢胞内に粘液を疑う貯留物を認め、嚢胞辺縁に低乳頭状の充実部を認めた。ERCPでは胆嚢管は閉塞しており、胆管内に粘液の存在は認めなかった。胆汁細胞診はclass IIであった。画像所見から胆嚢原発であればICPNや胆嚢癌、肝原発であればMCNを疑い、拡大右葉切除術+肝外胆管切除術を選択し、浸潤が疑われた消化管の合併切除も施行した。病理所見は、胆嚢壁内を中心に角化傾向を示す異型細胞の増殖を認め、大部分は中～低分化扁平上皮癌で、一部に腺癌成分を認め、胆嚢腺扁平上皮癌と診断した。画像上の嚢胞性変化は内部壊死であり、膨張性に急速に発育し、内部壊死に至ったものと推測した。胆嚢腺扁平上皮癌は原発巣と比較して大きな浸潤巣を形成し、内部壊死を伴うことで嚢胞様変化を呈することがある。本症例は術前診断に苦慮しており画像所見による鑑別疾患につき御検討いただきたい。

DICOM画像リンクボタン



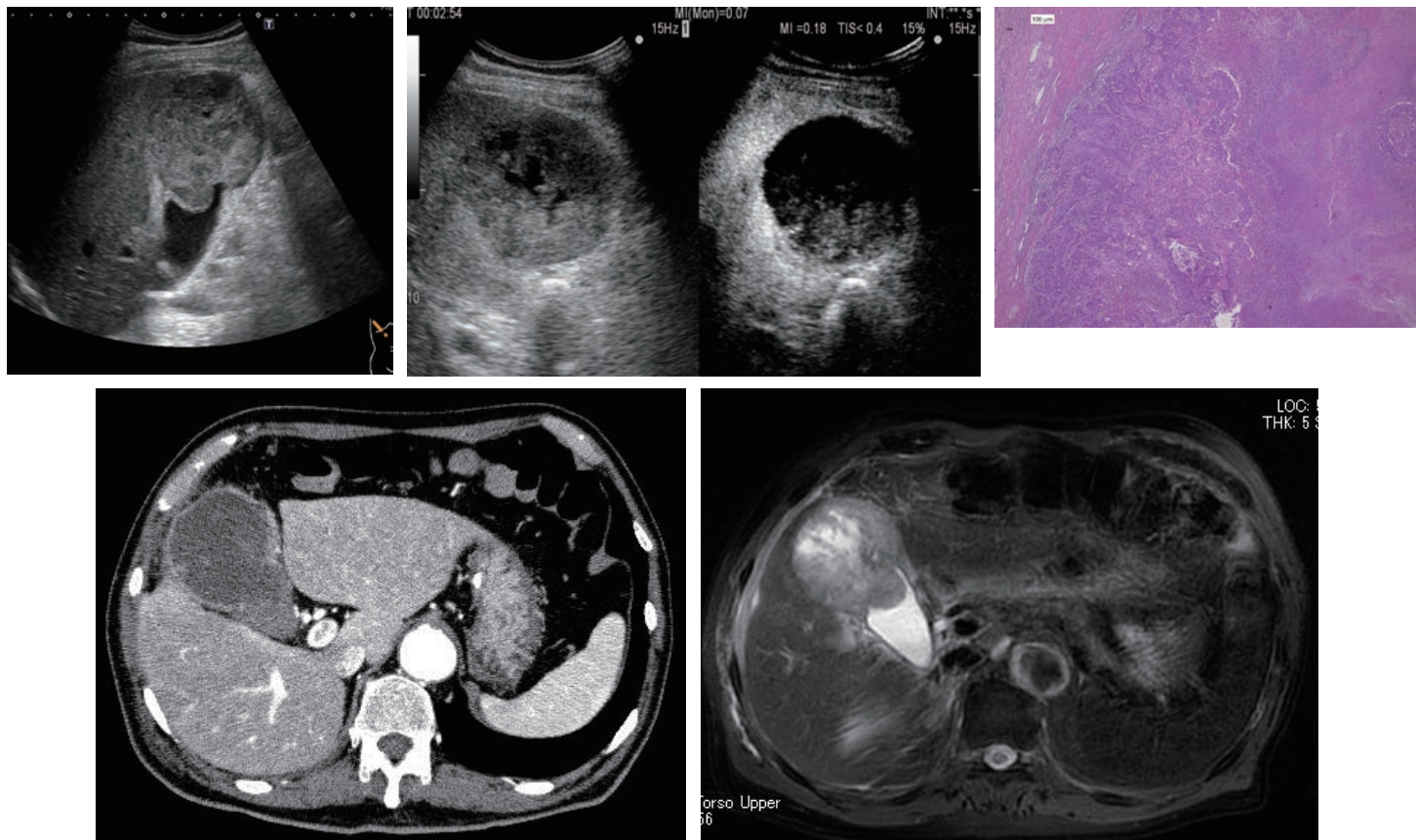
P-33 術前診断に難渋した胆嚢腫瘍の1例

早川 宏、進藤 浩子、深澤 光晴、高野 伸一、高橋 英、廣瀬 純穂、川上 智、深澤 佳満、
原井 正太、佐藤 公、榎本 信幸

山梨大学医学部 第1内科

症例は78歳男性。右季肋部痛を主訴に近医を受診し、腹部超音波検査で胆嚢底部に腫瘍を指摘された。腹痛の増悪と発熱を認め、急性胆嚢炎を併発した胆嚢腫瘍の精査のため転院となった。血液検査では胆道系酵素、炎症反応の上昇を認め、腫瘍マーカーはCEA 53.3ng/ml、CA19-9 278.4U/mlと高値であった。造影CTでは胆嚢底部を充満する腫瘍を認め、腫瘍内に造影効果は認めず漿膜側の壁のみ造影された。MRIでは胆嚢底部から体部を充満する腫瘍を認め、拡散強調像で著明な高信号、T2強調で腫瘍内に不均一な高信号を認めた。胆嚢管に結石を認めた。腹部超音波では底部から体部に不均一な低エコー腫瘍が充満し、内部に無エコー領域も散在していた。Sonazoid造影では腫瘍のほとんどは造影されず、腫瘍辺縁でわずかに血管が造影されるのみであった。肝との境界は明瞭であった。画像所見から胆嚢癌(粘液癌)、黄色肉芽腫性胆嚢炎を鑑別に挙げ、拡大胆嚢摘出術+肝外胆管切除術+リンパ節郭清を行った。病理所見では腫瘍内部は大部分が壊死組織であり、辺縁に充実性増殖を示す低分化な腺癌組織を認めた。最終診断は低分化型腺癌(por1), 90×70mm, pT2, pN0, pCM0, pEM0, pPV0, pA0, pStage IIであった。術前の画像所見から広範な壊死を伴う胆嚢癌と診断可能か検討したい。

DICOM画像リンクボタン



P-34 急性胆嚢炎を契機に診断に至った進行胆嚢癌の1例

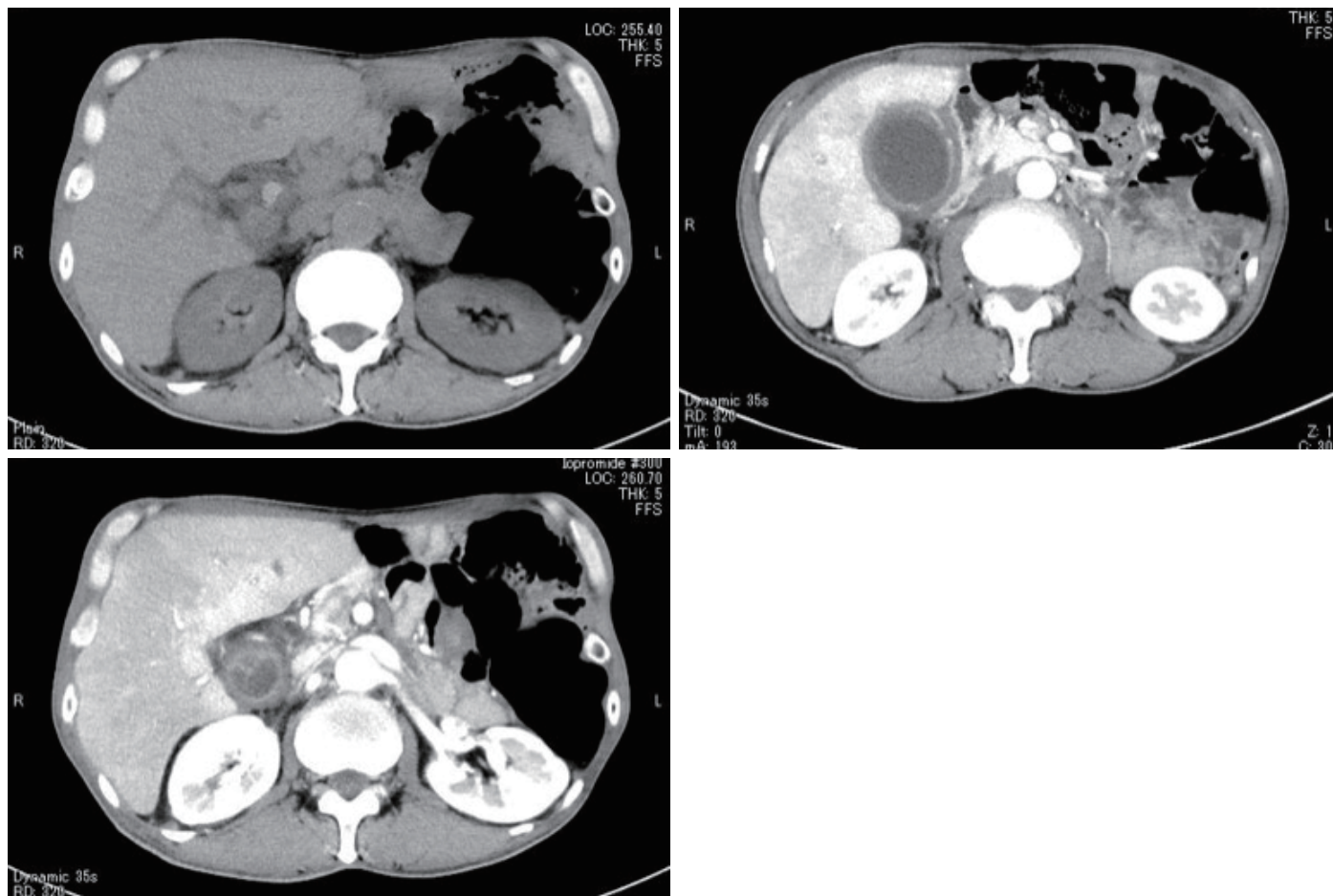
渋谷 和人¹⁾、吉岡 伊作¹⁾、馬場 逸人¹⁾、平野 勝久¹⁾、渡辺 徹¹⁾、安藤 孝将²⁾、安田 一郎²⁾、
藤井 努¹⁾

富山大学大学院 医学薬学研究部 消化器・腫瘍・総合外科¹⁾、

富山大学大学院 医学薬学研究部 内科学第三講座²⁾

胆嚢癌は予後不良の疾患であり、進行していた場合根治切除は侵襲の大きなものになることが多い。一方で、良性胆嚢疾患との鑑別が困難であり、過度な手術侵襲を避ける観点から、診断および術式決定に悩むことがまれにある。今回我々は急性胆嚢炎で発症し、胆嚢癌の診断に苦慮した1例を経験した。症例は67歳男性。胃全摘・脾摘の既往あり。腹痛を主訴に近医を受診し、腹部CTにて胆嚢壁肥厚を指摘され精査加療目的に当院へ紹介となった。その初診時の血液検査にて高度の炎症反応があり、腹部造影CT検査では、胆嚢頸部に淡い高濃度を示す結石を示唆する所見と胆嚢壁全体が浮腫性に肥厚しているのを認め、急性胆嚢炎と診断した。一方で、胆嚢頸部には壁肥厚が他よりも強く腫瘍性病変を疑うような所見があった。腫瘍マーカーは、CEA 20.2 ng/ml、CA19-9 339 U/mlといずれも高値だった。最大で右肝切除が必要となる胆嚢癌が併存する可能性も考え、まずは保存的加療を行い炎症改善の後に精査を行う方針とし、経皮経肝胆嚢ドレナージ(PTGBD)を行った。FDG-PETでは胆嚢壁に集積増加を認めた。PTGBDを介して胆道鏡を挿入し胆嚢壁から生検したところ、腺癌の診断を得た。以上より術前診断 T3aN0M0 stageIIIA の胆嚢癌と診断し、残肝容量不足から経皮経肝右門脈塞栓術の後に、右肝切除、肝外胆管切除、領域リンパ節郭清を施行した。病理結果から最終診断は、胆嚢癌 pT2pN0M0 p-stageII であった。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：胆道Ⅲ

座長：岡庭 信司（飯田市立病院 消化器内科）

病理コメンテーター：平林 健一（東海大学医学部基盤診療学系病理診断学）

スーパーバイザー：大塚 隆生（九州大学 臨床・腫瘍外科）

P-35 膵尾部腫瘍の手術前後で内視鏡像に変化をきたし、十二指腸乳頭部癌と診断して外科的切除を実施した1例

羽場 真（愛知県がんセンター 消化器内科）

P-36 胆嚢炎症性ポリープの一例

荻巣 恭平（日本生命病院消化器内科）

P-37 膵・胆管合流異常に合併し、内部に複数の小嚢胞構造と樹脂状の血流シグナルを認めたI p型胆嚢癌の1例

岡庭 信司（飯田市立病院 消化器内科）

P-38 特異な発生進展形式を来した肝外胆管周囲腫瘍の一例

金田 遼（がん研究会有明病院 肝胆膵内科）

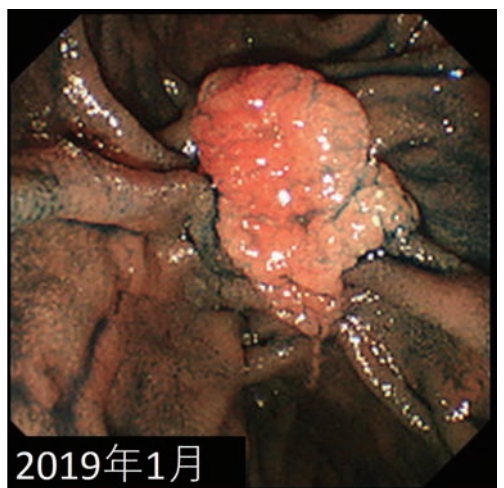
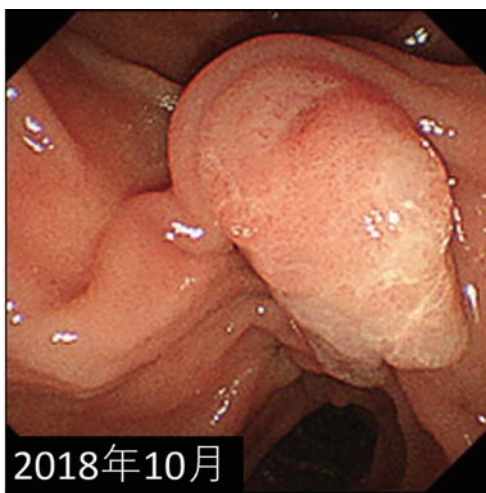
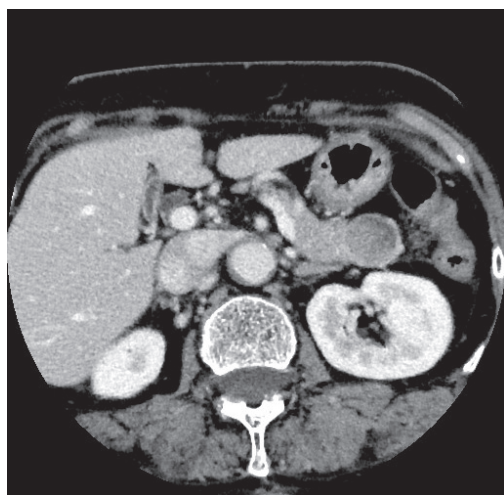
P-35 膵尾部腫瘍の手術前後で内視鏡像に変化をきたし、十二指腸乳頭部癌と診断して外科的切除を実施した1例

羽場 真¹⁾、水野 伸匡¹⁾、桑原 崇通¹⁾、奥野 のぞみ¹⁾、孝田 博輝¹⁾、宮野 亮¹⁾、千田 嘉毅²⁾、清水 泰博²⁾、細田 和貴³⁾、原 和生¹⁾

愛知県がんセンター 消化器内科¹⁾、同 消化器外科²⁾、同 遺伝子病理診断部³⁾

症例は70歳代、女性。2018年10月、近医で撮像されたCTで膵尾部腫瘍が疑われたため、精査加療目的で当科へ紹介となった。血液生化学検査では腫瘍マーカーを含めて異常を認めなかった。US、CT、EUSで膵尾部に嚢胞性分を有する充実性腫瘍がみられ、充実性偽乳頭状腫瘍 (SPN)、神経内分泌腫瘍などが疑われたため膵体尾部切除術の方針となった。術前のスクリーニング検査として施行した上部消化管内視鏡で十二指腸主乳頭部に褪色调の腫瘍の露出を認め、生検で高度異型腺腫の診断であり、膵尾部腫瘍の術後に内視鏡的切除を予定した。同年11月に腹腔鏡下膵体尾部切除術を行い、Grade Aの術後膵液漏を来したが保存的治療で軽快し、術後15日目に退院となった。病理組織学的にはSPNであった。2019年1月に再検した内視鏡において乳頭部腫瘍は発赤調で軽度の陥凹を示し、不整な形態へと変化していた。EUSでは病変は十二指腸筋層を超えず、胆管膵管への進展はみられなかったが、内視鏡下の再生検で高分化型腺癌を認めたことから、膵頭十二指腸切除術(残膵全摘術)を行った。病理組織学的には最大径18mm大の露出腫瘍型の乳頭部腫瘍で、高度異型管状腺腫の像であり、明らかな癌の成分は検出できず、乳頭部腺腫と診断した。3か月間で変化をきたした内視鏡像に対する診断、および治療方針の妥当性についてご討論いただきたい。

〈DICOM 画像なし〉

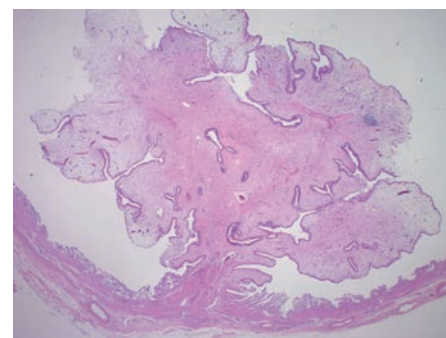
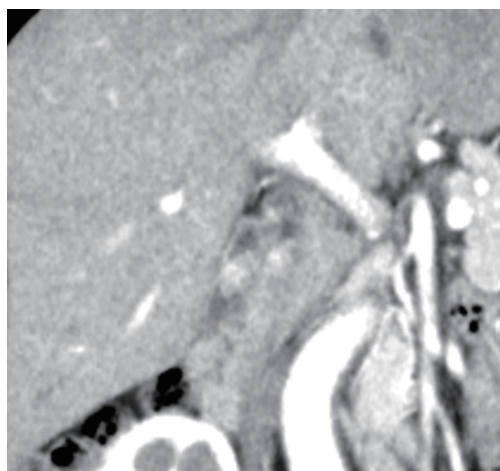
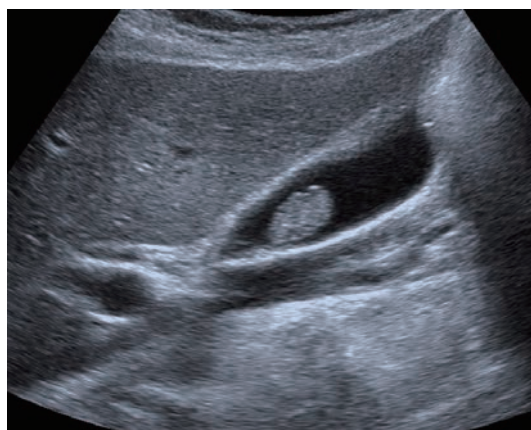


P-36 胆嚢炎症性ポリープの一例

萩巢 恭平、花本 浩一、有坂 好史
日本生命病院消化器内科

症例 60 才台女性、2015 年 11 月の腹部 US で 11mm 大の胆嚢ポリープを認め、2017 年 4 月には 17mm 大と増大傾向を認めたため当科を紹介受診した。腹部 US では有茎性の低エコーポリープであり、内部に点状高エコーを認めた。腹部造影 CT では同ポリープに造影効果を認め、MRCP では T1WI で不明瞭、T2WI で淡い低信号、DWI では明らかな拡散の低下は認めなかった。明らかな膵胆管合流異常も認めなかった。超音波内視鏡検査でも腹部エコーと同様の結果であり、諸検査からは胆嚢コレステロールポリープと考えたが増大傾向であり、サイズからも腺腫以上の病変の合併が否定できないため胆嚢摘出術を行う方針となった。切除した胆嚢には 10mm 大の有茎性ポリープを認め、病理組織学的検査では異型の乏しい上皮に覆われ、間質の浮腫と炎症細胞浸潤、肉芽状変化を認めた。悪性所見は認めず、胆嚢炎症性ポリープと診断した。胆嚢炎症性ポリープは比較的頻度が少なく、形態は広基性を呈し、慢性胆嚢炎に合併することが多いとされているが本症例は有茎性であり、慢性胆嚢炎も認めなかった。胆嚢炎症性ポリープに関する特徴的な画像の報告は少なく、術前に診断し得た報告例は見られないのが現状であり本症例を基に画像所見の検討や病理学的な検討も含めて提示させて頂く。

〈DICOM 画像なし〉

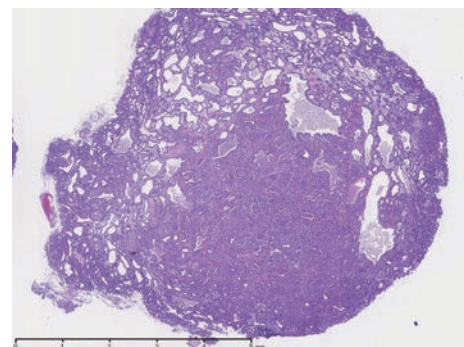
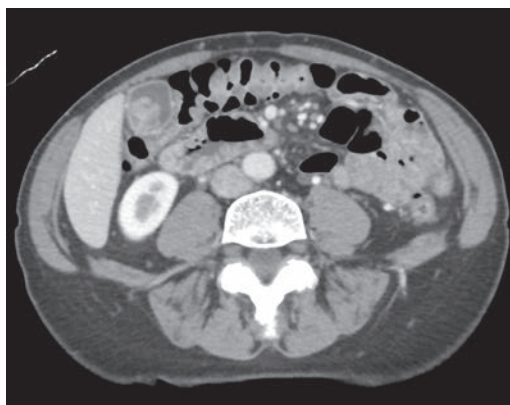
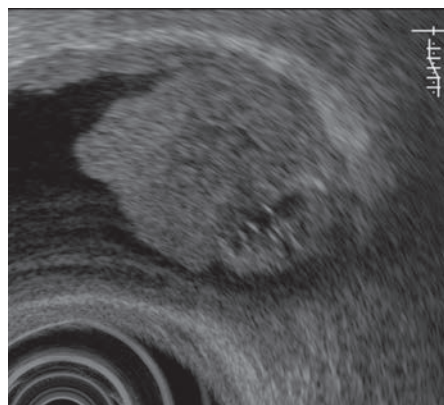
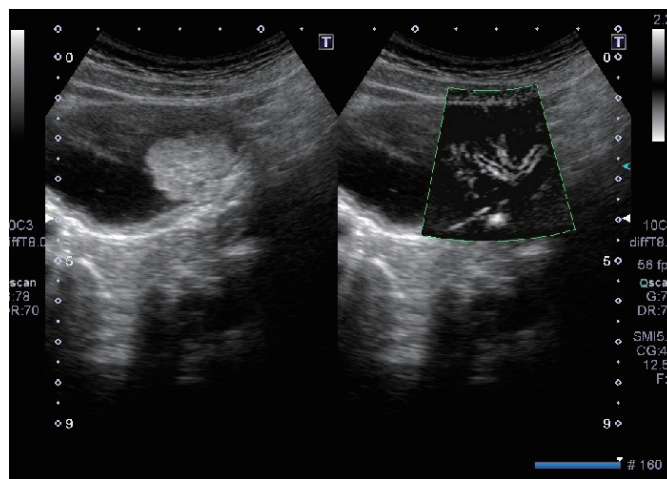


P-37 膵・胆管合流異常に合併し、内部に複数の小嚢胞構造と樹枝状の血流シグナルを認めた I p 型胆嚢癌の1例

岡庭 信司¹⁾、高山 昇平²⁾、白旗 久美子²⁾、中村 喜行¹⁾、前田 知香³⁾、堀米 直人³⁾、佐野 健司⁴⁾
飯田市立病院 消化器内科¹⁾、飯田市立病院 内科²⁾、飯田市立病院 消化器外科³⁾、飯田市立病院 病理診断科⁴⁾

症例は 60 歳、女性。心窩部痛と右季肋部痛にて近医を受診した。血液検査では、肝・胆道系酵素や腫瘍マーカーの上昇を認めなかった。腹部 US では、胆嚢底部に大きさ 25mm の亜有茎性隆起性病変を認めた。高周波プローブにて内部に複数の小嚢胞構造を認め、SMI では基部から腫瘤内に樹枝状に広がる複数の血流シグナルを認めた。胆嚢壁の内側低エコー層はびまん性に肥厚していた。EUS では、内部に大小不同の不整形の小嚢胞構造を認めた。胆嚢壁の内側低エコー層はびまん性に肥厚し、肝外胆管の拡張を伴う膵・胆管合流異常を認めた。造影 CT では、腫瘤は単純 CT で肝臓よりやや低濃度の分葉状を呈し、造影早期相で不規則に濃染し、造影後期相で遷延性の濃染を認めた。ERCP では、隆起性病変は結節～分葉状の表面構造を呈し、圧迫により可動性を認めたことから有茎性と診断した。肝外胆管の胆汁中アミラーゼは 187200IU/L、胆嚢内より採取した胆汁細胞診は classII であった。以上より、胆管拡張型膵・胆管合流異常に合併した I p 型早期癌と術前診断し、胆嚢摘出術と分流手術を施行した。病理組織学的には、adenocarcinoma、tub1>pap (pT1a、int、INFb、ly0、v0、ne0)、fT1aN0M0、fstagel であった。US および EUS で認めた複数の小嚢胞様構造は拡張した腫瘍腺管を反映していたと考えられ、SMI で認めた複数の樹枝状の血流シグナルと共に腫瘍性病変を示唆する所見と考えられた。

〈DICOM 画像なし〉



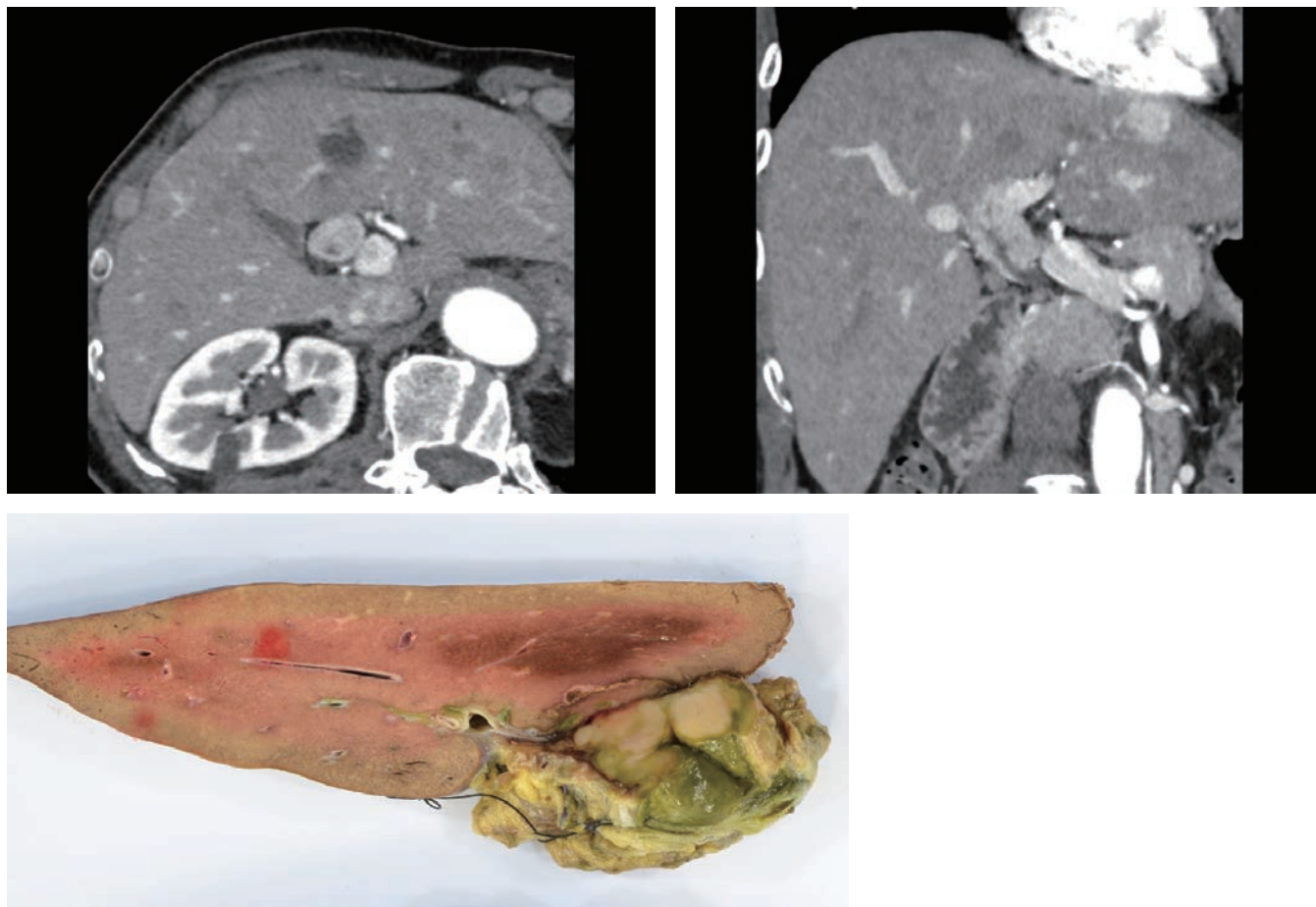
P-38 特異な発生進展形式を来した肝外胆管周囲腫瘍の一例

金田 遼¹⁾、澤田 雅志¹⁾、佐々木 隆¹⁾、松山 真人¹⁾、尾阪 将人¹⁾、高橋 祐²⁾、平塚 真生子³⁾、上田 和彦³⁾、重松 康之⁴⁾、稲村 健太郎⁴⁾、笹平 直樹¹⁾

がん研究会有明病院 肝胆膵内科¹⁾、がん研究会有明病院 肝胆膵外科²⁾、がん研究会有明病院 画像診断部³⁾、がん研究会有明病院 病理部⁴⁾

57 歳男性。健診にて総胆管に腫瘍を指摘され近医受診。腹部 CT にて上部胆管から肝門部胆管に腫瘍を指摘されたため当院紹介受診となった。【現症】164cm、54kg、身体所見特になし。喫煙 20 本 / 日 (37 年)、機会飲酒 (2 回 / 月) 【血液検査】血球、肝胆道系酵素に異常を認めず。CEA、CA19-9 正常。HBV(-)、HCV(-) 【画像診断】CT：腫瘍は 30 × 30mm、肝門部領域胆管を取り囲むように存在する明瞭平滑な腫瘍として描出され、胆管は圧排されながら内腔は連続が追え、肝内胆管拡張は認めなかった。肝と比較して造影 40 秒で高、75 秒—210 秒で等。血流は主に右肝動脈由来の胆管枝→腫瘍→parabiliary venous system → S4 背側縁肝類洞と思われた。MRI：T1 低信号、T2 やや高い低信号、DWI では強い高信号。以上から胆管癌は否定的で、リンパ増殖性疾患、炎症性偽腫瘍、胆管神経内分泌腫瘍を鑑別とした。EUS-FNA を施行し、中分化型肝細胞癌の所見が得られた。その後の血液検査で AFP:357 ng/ml、AFP-L3 分画：2.4%、PIVKA-II：171 mAU/ml を確認した。拡大左肝 + 肝外胆管切除が施行された。【手術検体】肉眼的に腫瘍は肝管背側に主座を置く腫瘍で、断面では緑色充実性であり肝 S4 との連続性は見られなかった。組織学的には総肝管壁外の腫瘍で、腫瘍辺縁に異所性肝組織を伴う肝細胞癌であった。【結語】総肝管周囲異所性肝から発生した肝細胞癌を経験した。HCC の発生母地、進展形式について討議願いたい。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：胆道 IV

座長：岡部 義信（久留米大学 医学部 内科学講座消化器内科部門）
病理コメンテーター：筑後 孝章（近畿大学病院病理診断科）
スーパーバイザー：内山 和久（大阪医科大学 一般・消化器外科）

P-39 胆管炎を契機に発見された IPNB の一例

石井 重登（順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科）

P-40 膵・胆管高位合流に合併した胆嚢隆起性病変の 1 例

長川 達哉（札幌厚生病院 消化器内科（胆膵内科））

P-41 検診内視鏡で指摘された胆のう結腸瘻の 1 例

石田 典仁（国立病院機構静岡医療センター 消化器内科）

P-42 胆嚢癌術後約 1 年で上部胆管に発症した IPNB の 1 例

高木 亮（浦添総合病院消化器病センター 内科）

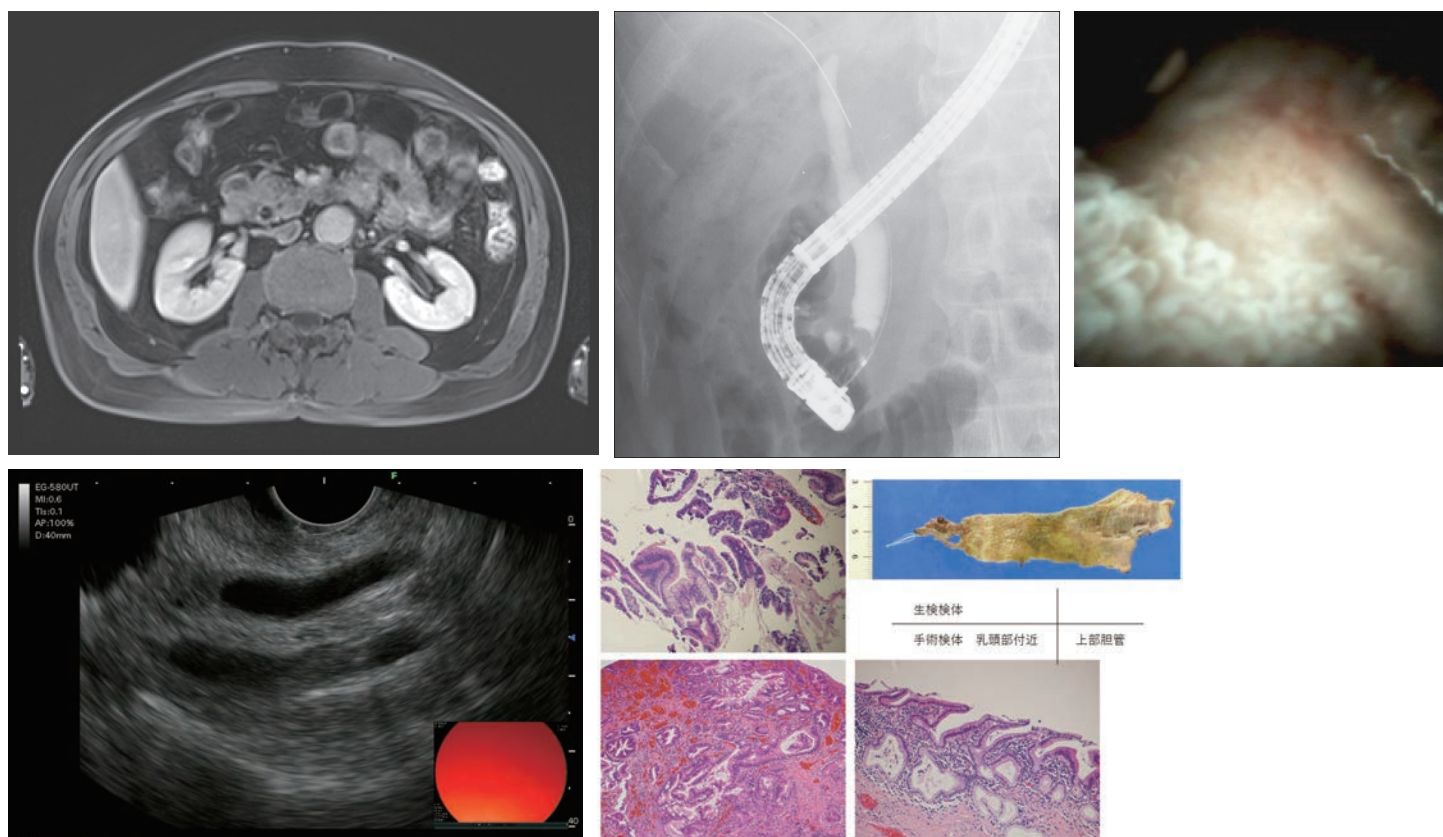
P-39 胆管炎を契機に発見された IPNB の一例

石井 重登¹⁾、藤澤 聡朗¹⁾、高橋 翔¹⁾、高崎 祐介¹⁾、鈴木 彬実¹⁾、富嶋 亨¹⁾、斎藤 紘昭¹⁾、
岸川 さつき²⁾、福村 由紀²⁾、椎名 秀一朗¹⁾、伊佐山 浩通¹⁾

順天堂大学医学部附属順天堂医院 消化器内科¹⁾、順天堂大学 人体病理病態学²⁾

症例は胆管炎で入院となった 78 歳男性である。2 年前に総胆管結石の治療歴があり結石再燃が疑われ、ERCP を施行した。EST 後であるにも関わらず胆管挿管時に強い抵抗を感じ、乳頭部に硬い狭窄が疑われた。総胆管結石を認めたためにバルーン排石を施行したが、加えて下部胆管にわずかな壁不整を認めたため、胆管生検を施行したところ異型細胞が検出された。EUS では乳頭近傍の胆管壁肥厚を認め、三管合流部近傍まで壁肥厚は連続し、ソナゾイド造影では壁肥厚部は正常と思われる粘膜よりわずかに強く顆粒状に造影されていた。進展度診断目的に IDUS、SpyGlass を施行した。IDUS では片側性の壁肥厚を認め、三管合流部やや肝側まで壁肥厚は続いており EUS と同様の進展範囲と考えた。SpyGlass では壁肥厚部は正常胆管よりも丈の高い顆粒状粘膜として観察され、SpyGlass 下に胆管の壁肥厚部位からの生検を施行したところ、IPNB low grade の診断となった。原疾患が IPNB であること、耐術能を考慮し、臍管ステントを留置した上で肝外胆管+乳頭部切除術が施行された。病理結果は IPNB であり、摘出検体の広範囲に IPNB を認めたが肝側断端は陰性であった。IPNB に対して SpyGlass を施行し、直視下生検をすることで診断および進展範囲の予測に有用であった一例を経験したため報告する。

〈DICOM 画像なし〉



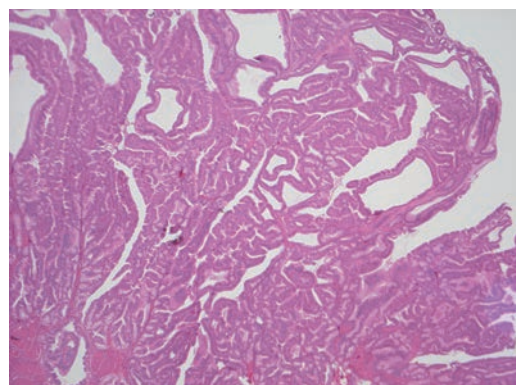
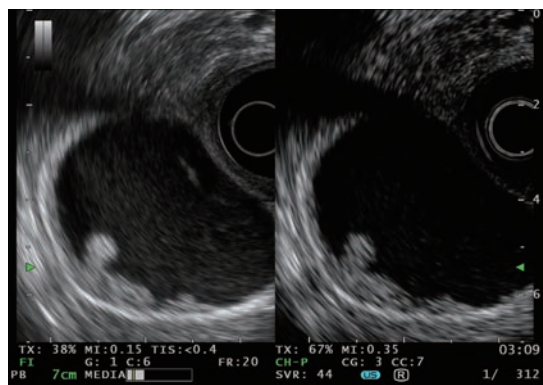
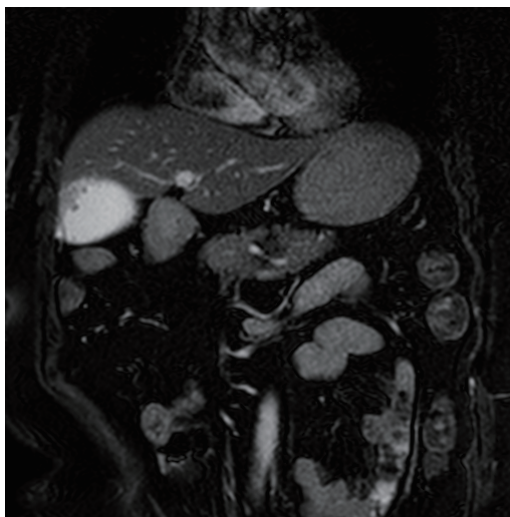
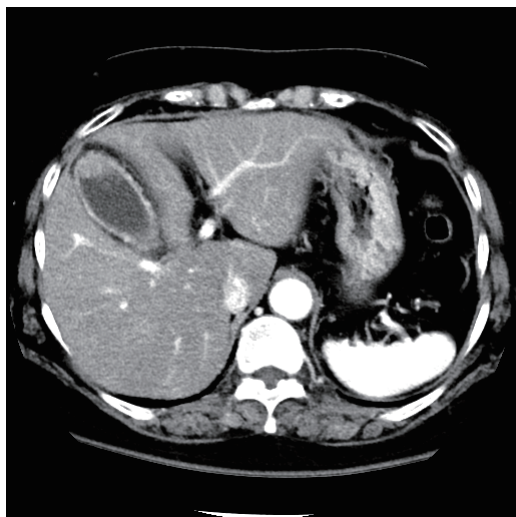
P-40 膵・胆管高位合流に合併した胆嚢隆起性病変の1例

長川 達哉¹⁾、那須野 央¹⁾、奥 大樹¹⁾、北川 翔¹⁾、田原 宗徳²⁾、石津 寛之²⁾、市原 真³⁾、
後藤田 裕子³⁾、村岡 俊二³⁾

札幌厚生病院 消化器内科 (胆膵内科)¹⁾、札幌厚生病院 外科²⁾、札幌厚生病院 病理診断科³⁾

症例は70歳女性，他院USにて胆嚢底部に隆起性病変を指摘され，精査を依頼された．CE-CTでは腺筋腫症の所見と共に，比較的早期より造影効果を示す最大径25mm前後の内腔面に凹凸を有する隆起性病変を認めた．MRI(拡散強調像)では高信号を示しており，均一な増強効果を認めた．EUSでは底部に向かうにつれ徐々に内側低エコー層の肥厚所見と表面の乳頭状変化が顕著となり，最大18mm厚のI+IIa型腫瘍として描出されたが，外側高エコー層との境界に不整像を認めなかった．ERCPでは共通管は14mm長，括約筋弛緩時には膵管と胆管に交通を認め，胆嚢胆汁のAmylase値も高く，膵・胆管高位合流と診断した．ENGBD造影では表面乳頭状の比較的丈の高い隆起性病変とその周囲粘膜に細顆粒状変化を認めた．深達度SS浅層までの乳頭膨張型胆嚢癌と考え胆汁細胞診を反復したが，粘液性背景とClassIIbまでの異型に留まる上皮細胞を認め悪性所見は得られなかった．開腹胆嚢摘出術を施行し，底部に表面乳頭状の広基性腫瘍を認めた．病理組織所見では主として異型に乏しいMUC6陽性細胞が腺腔を形成しながら増生しており，内腔面の一部のみ軽度の構造異型を有するMUC5AC陽性細胞が乳頭状増殖を示していた．腫瘍はRAS内へ進展するも浸潤像は認めず，Ki-67陽性細胞も散在性に少数認めるのみであり，幽門腺型管状腺腫と診断された．典型例は20mm大前後のIp型病変と報告されており，病理学的に御検討頂きたく症例提示する．

〈DICOM 画像なし〉



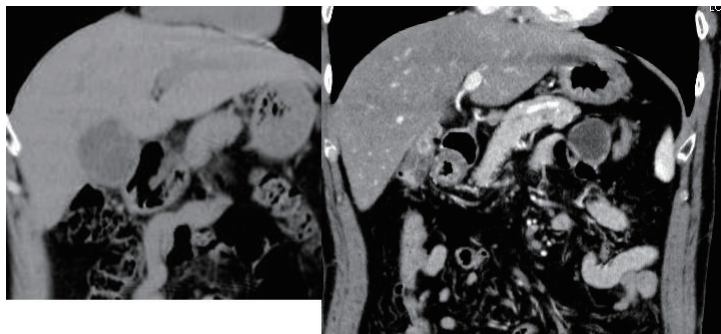
P-41 検診内視鏡で指摘された胆のう結腸瘻の1例

石田 典仁¹⁾、大西 佳文¹⁾、榎澤 哲司¹⁾、松田 浩二¹⁾、石上 雄太²⁾、宮原 利行²⁾、角 泰廣²⁾、中野 浩²⁾、山野 三紀³⁾、斎藤 光次⁴⁾

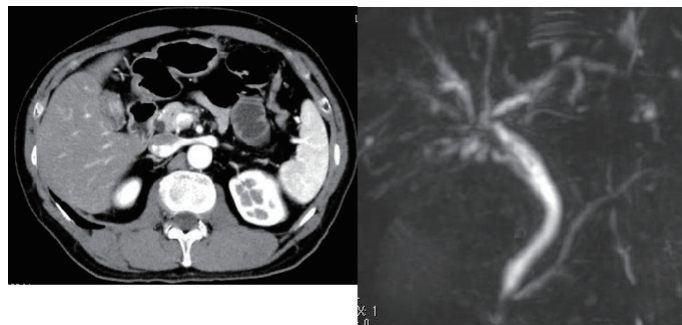
国立病院機構静岡医療センター 消化器内科¹⁾、同 外科²⁾、同 病理³⁾、帝京大学 病理⁴⁾

(症例) 65歳男性(経過) 2018年6月、検診下部消化管内視鏡検査で、上行結腸15mm大IspポリープのみEMR不能とされ、ESD目的に紹介入院となった。既往歴は2015年急性胆嚢炎で保存的加療。血液は、肝胆道系酵素や腫瘍マーカーの異常なし。CTでは、右側結腸に明らかな異常はなく、胆嚢は萎縮、低形成で内部に小結石を認めた。MRCPでは胆嚢管は描出されたが内腔は不明であった。精査下部消化管内視鏡の拡大NBIでは、円形から楕円形の腺窩辺縁上皮によるfoveola typeの表面微細構造と窩間部の微小血管から形成され、通常の大腸pit patternは観察されなかった。生検では過形成polypないしinflammatory myoglandular polypが疑われたが、免疫染色MUC1,5AC,6,S100Pが陽性、CK7陽性、MUC2陰性であった。以上から大腸粘膜由来ではないと考え、再度CT、EUSを行い胆嚢結腸瘻による胆嚢polypと診断し、萎縮胆嚢、胆嚢結石を含め、胆嚢摘出術、結腸部分切除術を施行した。標本では、瘻孔部から結腸粘膜内に突出した13x9mm表面顆粒状のpolypであった。組織では、胆嚢壁の一部は筋層を伴い結腸内腔に隆起し、表面は胆嚢粘膜に被覆されていた。固有筋層には線維芽細胞の増生と付属腺のみで異型細胞は認めなかった。免疫染色CK20とCK7で明瞭なフロント形成を認めた。(考察) 2016年CTを考慮し、胆嚢炎による結腸瘻形成後、胆嚢壁が結腸内に露出、高度な肉芽炎症性変化によるpolypが形成されたと推察した。

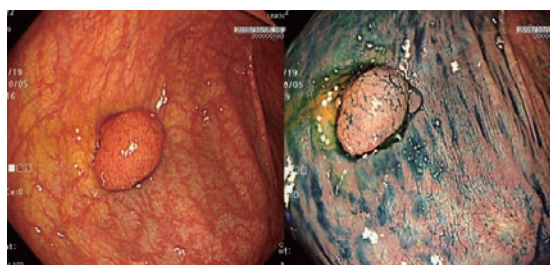
〈DICOM 画像なし〉



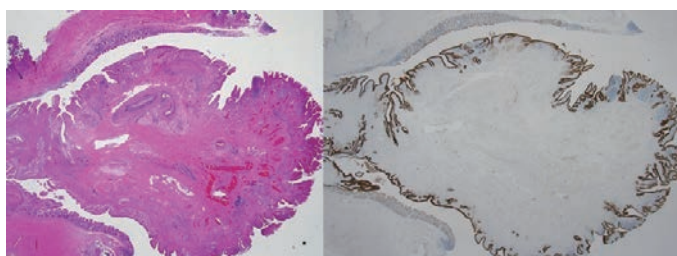
①静岡医療センター 石田/大西



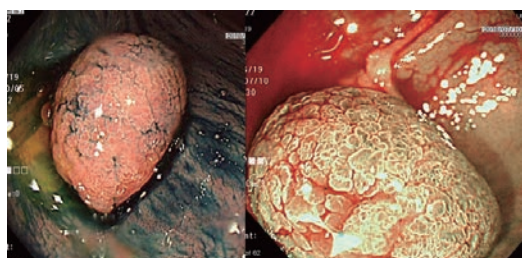
②静岡医療センター 石田/大西



③静岡医療センター 石田/大西



④静岡医療センター 石田/大西



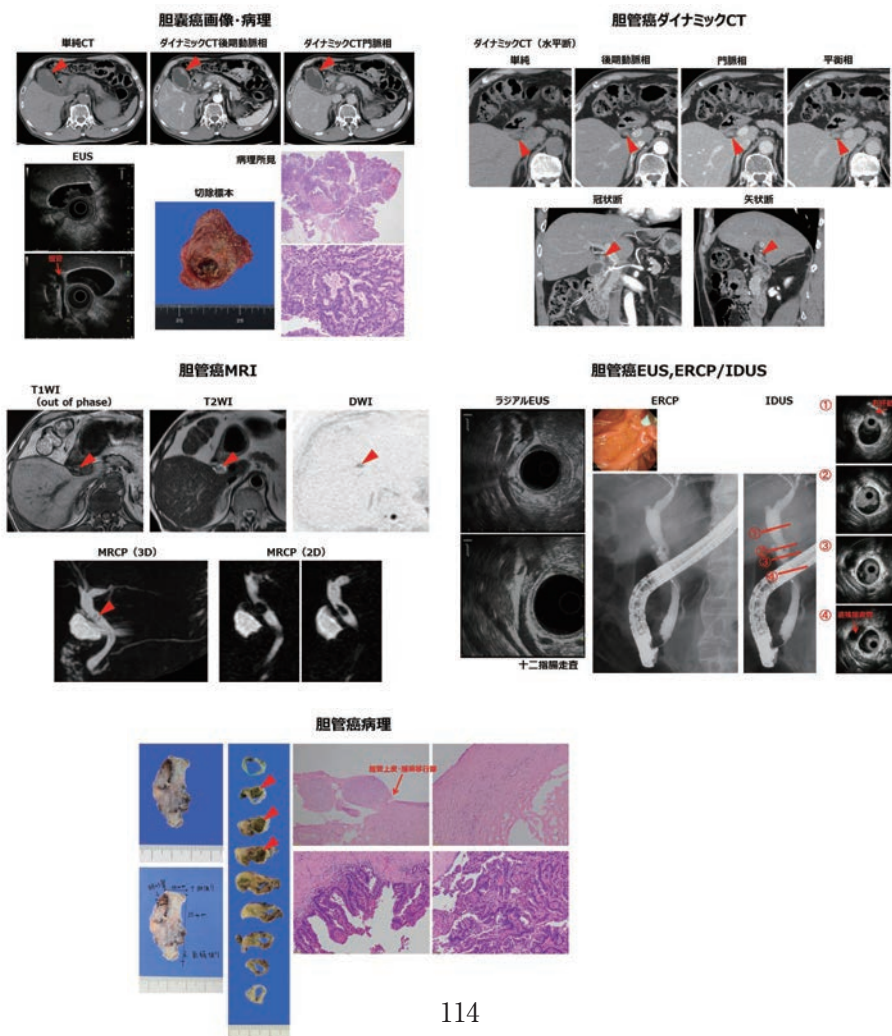
⑤静岡医療センター 石田/大西

P-42 胆嚢癌術後約1年で上部胆管に発症したIPNBの1例

高木 亮¹⁾、小橋川 嘉泉¹⁾、伊志嶺 朝成²⁾、亀山 眞一郎²⁾、伊禮 俊充²⁾、本成 永²⁾、松崎 晶子³⁾
 浦添総合病院消化器病センター 内科¹⁾、浦添総合病院消化器病センター 外科²⁾、
 琉球大学大学院 医学研究科腫瘍病理学講座³⁾

症例は70歳代、男性。約1年前に胆嚢癌に対して胆嚢摘出術を当院で施行し、病理診断はGb, Papillary type, 15 × 11mm, tub1, pT1a, ly0, v0, pCM0, pStageIであった。術後11か月のCTにて上部胆管内に造影効果のある腫瘍が出現し、ダイナミックCTでは腫瘍は単純で軽度高吸収域、後期動脈相から造影され平衡相まで遷延する造影効果を認めた。血液検査では黄疸や肝機能障害を認めず、腫瘍マーカーも正常範囲内であった。腹部エコーでは胆管腫瘍は描出できなかった。MRIではheavy T2WIで上部胆管内に長径約12mmの陰影欠損像を認め、DWIでわずかに拡散制限を認めた。EUSで上部胆管内に乳頭状の軽度低エコー腫瘍を認めた。ERCPで上部胆管に陰影欠損像を認め、IDUSでは管腔約1/4周と接する乳頭状の低エコー腫瘍を認め、腫瘍内部に点状高エコーが多数混在していた。生検にてIPNB with high grade atypiaと病理診断し、肝外胆管切除術、胆管空腸吻合術を行った。切除標本では肝外胆管内に乳頭状に増殖する腫瘍を認め、病理所見は腫瘍が胆管上皮と連続しているのは1切片のみであり、他の部分は胆管内に浮かんでいた。最終病理診断はBp, Papillary type, 5 × 3mm, IPNB, pTis, pN0, pDM0, pHM0, pStage0であった。(問題点)胆嚢癌とIPNBの腫瘍組織は類似しているが、スキップ病変や異時性再発と考えるべきか、新規病変と考えるべきか。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：肝 I

座長：鈴木 耕次郎（愛知県医科大学 放射線科）

病理コメンテーター：草野 弘宣（久留米大学医学部 病理学講座）

スーパーバイザー：上野 昌樹（和歌山県立医科大学 第二外科）

P-43 MRI 拡散強調画像から見た肝内胆管癌の 腫瘍悪性度に関する検討

山田眞一郎（徳島大学 消化器・移植外科）

P-44 著しい早期濃染を呈し、半年間で増大傾向を示した高分化型肝細胞癌の 1 例

南口貴世介（奈良県立医科大学 放射線・核医学科）

P-45 肝原発腺扁平上皮癌の一例

貝沼 雅彦（帝京大学外科学講座）

P-46 肝内胆管癌との鑑別診断に難渋した膀胱癌肝転移の 1 例

岡崎 充善（金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学）

P-43 MRI 拡散強調画像から見た肝内胆管癌の腫瘍悪性度に関する検討

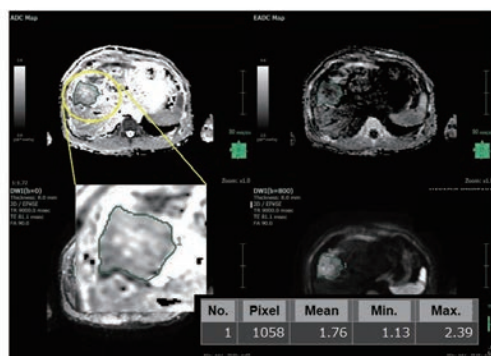
山田 眞一郎、島田 光生、森根 裕二、居村 暁、池本 哲也、荒川 悠佑、齋藤 裕、吉川 雅登、宮崎 克己

徳島大学 消化器・移植外科

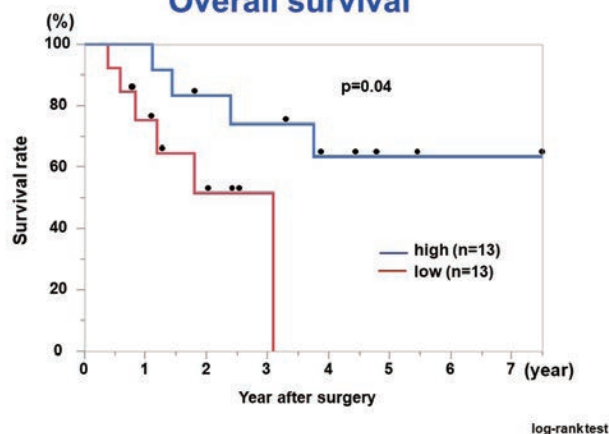
【背景】近年、MRI 拡散強調画像の apparent diffusion coefficient (ADC) により腫瘍の悪性度を非侵襲的に評価可能であるという報告が散見されるが、肝内胆管癌に関する報告はない。今回、肝内胆管癌において ADC 値による予後予測因子の可能性について検討した。【方法】初回肝切除を施行した腫瘍形成型肝内胆管癌 28 例を対象とした。MRI (Signa HDe 1.5T, Signa Explorer 1.5T, GE health care) で DWI (b 値 :0, 20, 800mm/s) を撮像し、SYNAPSE VINCENT (富士フイルム) を用いて ADC 値を算出した。中央値を cut off として ADC 高値群 (n=13)、低値群 (n=13) に分類し、臨床病理学的因子について比較した。また、HIF-1 α 免疫染色を施行し、その発現と ADC 値との関連についても検討した。【結果】ADC 低値群で有意に高齢であったが、腫瘍径やリンパ節転移、脈管浸潤等の腫瘍因子に差は認めなかった。無再発生存率については両群間で差を認めなかったが、全生存率は低値群で有意に不良であった ($p<0.05$)。再発に対する切除率は、高値群で高い傾向にあった。全生存率における多変量解析では、肝門部腫瘍、門脈浸潤、ADC 低値が独立予後不良因子として同定された ($p<0.05$)。また、ADC 低値群において、HIF-1 α 高発現の割合が有意に高かった ($p<0.05$)。【結語】肝内胆管癌において ADC 低値は独立予後不良因子であり、MRI により腫瘍評価のみならず、予後予測の一助となることが示唆された。

〈DICOM 画像なし〉

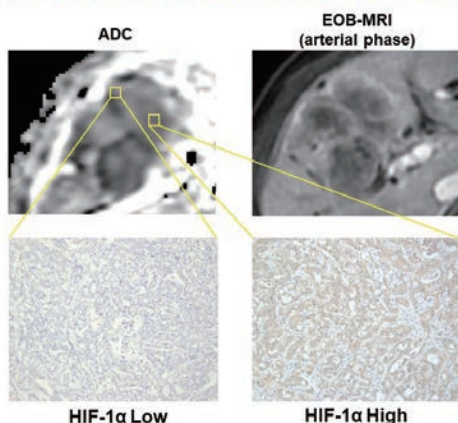
ADC calculation by SYNAPSE VINCENT



Overall survival



Representative cases of HIF-1 α IHC



P-44 著しい早期濃染を呈し、半年間で増大傾向を示した高分化型肝細胞癌の1例

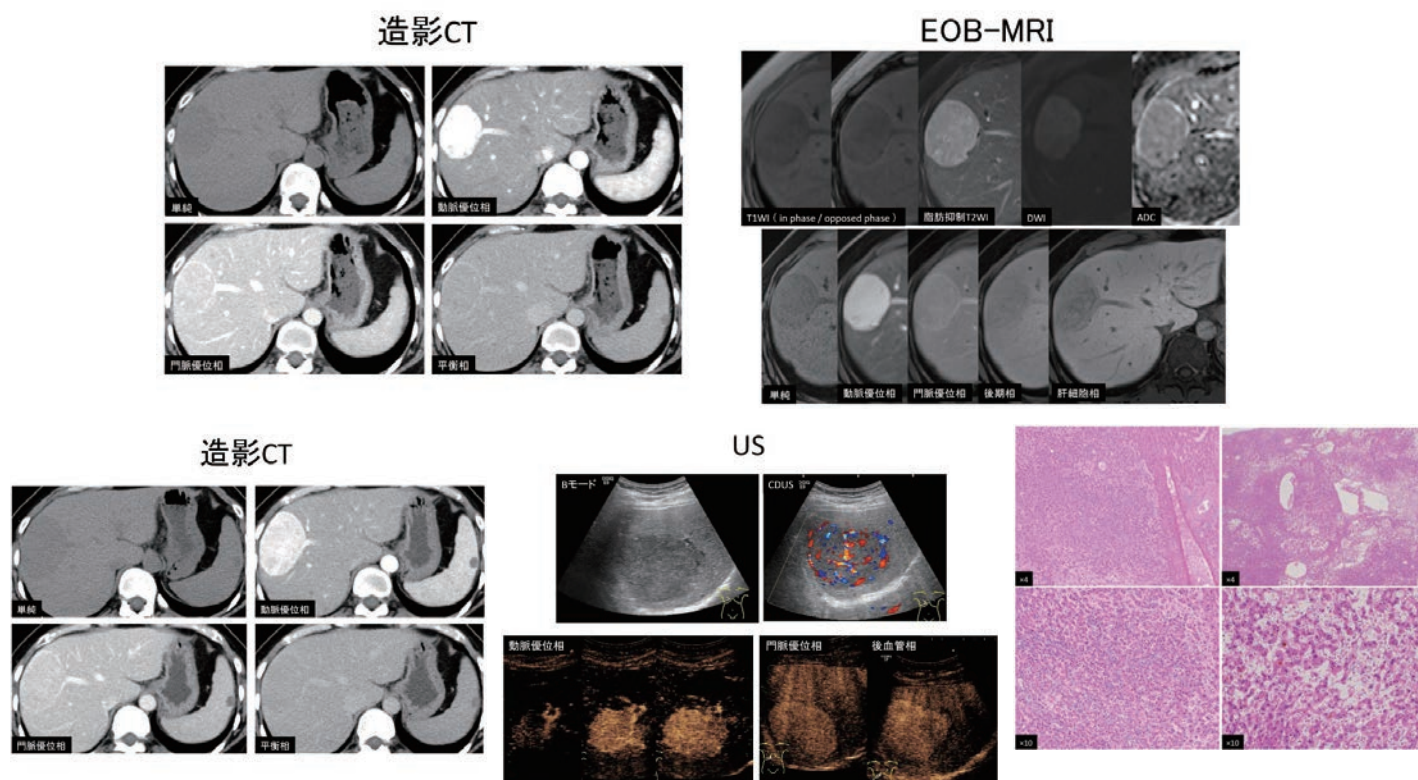
南口 貴世介¹⁾、丸上 永晃²⁾、平井 都始子²⁾、高濱 潤子¹⁾、吉川 公彦¹⁾、野見 武男³⁾、庄 雅之³⁾、森田 剛平⁴⁾、大林 千穂⁴⁾

奈良県立医科大学 放射線・核医学科¹⁾、奈良県立医科大学 総合画像診断センター²⁾、

奈良県立医科大学 消化器外科³⁾、奈良県立医科大学 病理診断学講座⁴⁾

40代女性。近医で施行された超音波で偶然肝腫瘤を指摘、精査加療目的で当院紹介となった。肝炎ウイルスは陰性でアルコール多飲歴もなく、腫瘍マーカーも正常範囲内であった。USで肝S8に比較的境界明瞭な5cm大の低エコー腫瘤を認め、CDUSではバスケット状のカラー表示を呈した。ソナゾイド造影後動脈相では強い濃染が見られ、門脈優位相以降も濃染が持続した。造影CTで腫瘤は造影早期相で均一な濃染を呈し、平衡相でwashoutした。また造影早期相より右肝静脈への早期還流が見られた。MRIで腫瘤はT1強調像で肝実質より低信号、T2強調像で高信号、拡散強調像で淡い高信号を呈した。腫瘤内部に明らかな脂肪成分は確認できなかった。EOB造影後では、早期相から著しい濃染が見られ、肝細胞相では不均一な淡い高信号を呈した。画像所見より、FNH like lesionや脂肪の乏しいAMLが疑われ、経過観察の方針となった。半年後の造影CTで腫瘤径は7cm大へと増大したため、肝生検が施行された。肝生検の結果、肝細胞癌の可能性が疑われたため、腹腔鏡下前区域切除が施行され、病理組織学的に高分化型肝細胞癌と最終診断された。本症例は、著しい早期濃染を呈し、半年間で増大傾向を示した肝腫瘤であり、高分化型肝細胞癌として非典型と思われる画像所見・経過を示した。病理組織像と画像所見が、高分化型肝細胞癌として説明出来るのかを検討したい。

〈DICOM 画像なし〉



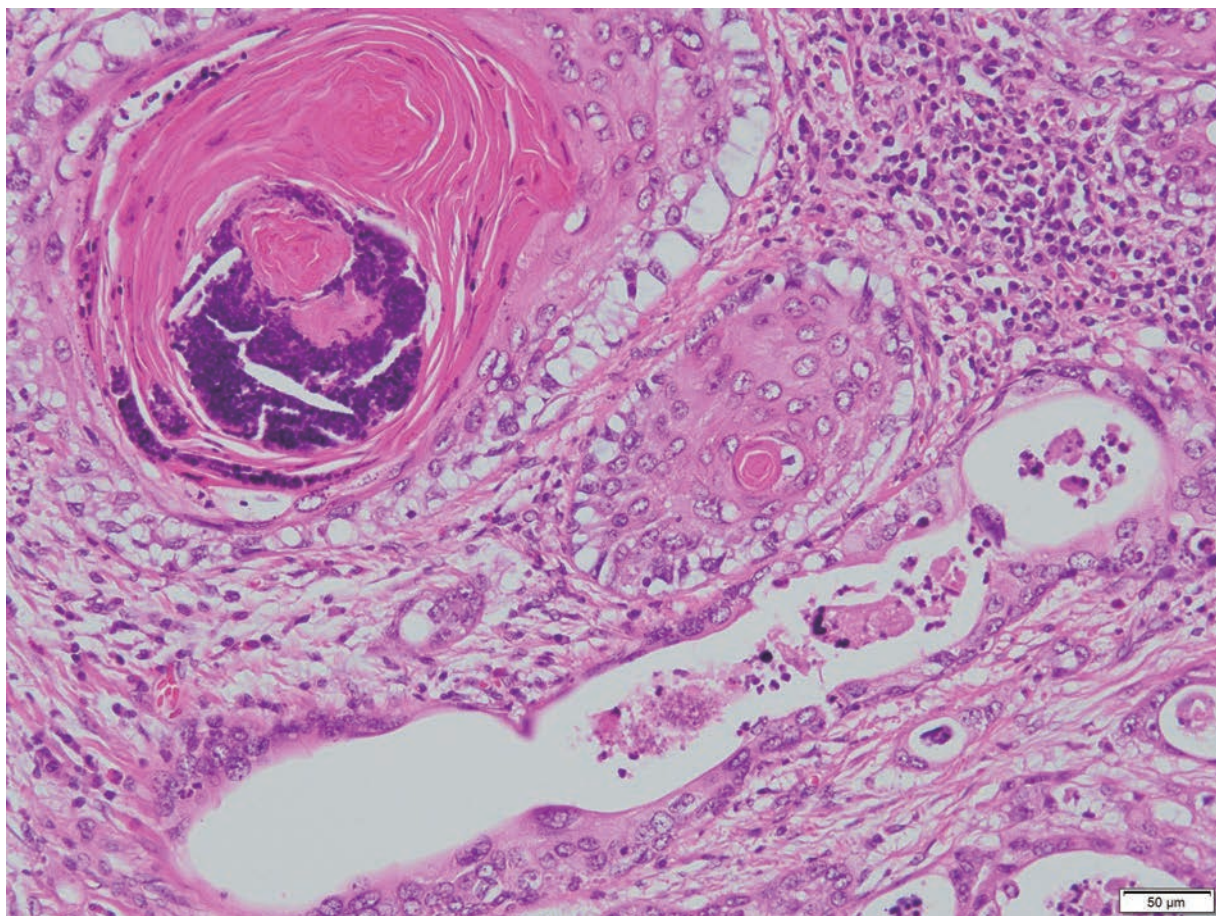
P-45 肝原発腺扁平上皮癌の一例

貝沼 雅彦^{1,2)}、豊田 啓恵¹⁾、高橋 邦彦¹⁾、澁谷 誠¹⁾、和田 慶太¹⁾、三浦 文彦¹⁾、佐野 圭二¹⁾、
斉藤 光次³⁾、近藤 福雄³⁾、山藤 和夫²⁾

帝京大学外科学講座¹⁾、さいたま市立病院外科²⁾、帝京大学病院病理部³⁾

【症例】72歳 女性 【現病歴】201X年12月当科にて左乳癌に対して左乳腺切除術後ホルモン療法施行しつつ経過観察をしていた際に、7年後のCTにて脾嚢胞を指摘（後方視的にみるとこのときから肝S1に微小腫瘍あり）、CA19-9測定すると434と高値であったため、MRIなど精査するも脾嚢胞に悪性所見なし、しかしCA19-9は3か月後に2214まで上昇したため、4か月後にFDG-PET施行、肝S1に集積を認め、5か月後にMDCT（CA19-9 2920）、6か月後にEOB-MRI（CA19-9 5990）を施行し、最終的には肝S1に径20mmの乏血性腫瘍で肝内胆管癌と診断した。拡大左肝切除（左肝切除＋尾状葉切除）＋門脈合併切除再建術＋領域リンパ節郭清を行ったところ、病理診断は、腺扁平上皮癌（3cm, n1 1/14）であった。【考察】今回の標本ではERに10%前後の腫瘍細胞が陰性～弱陽性を示した（PgR陰性、GCDFP-15陰性）が、細胞質の弱陽性像や、非腫瘍細胞にも弱陽性像がみられた。既往の乳癌はPapillotubular由来のscirrhous carcinomaで明らかな扁平上皮分化は確認できず、ER陽性、PgR境界域GCDFP-15陽性であるので、乳癌肝転移よりも肝原発腺扁平上皮癌と診断した。肝原発の腺扁平上皮癌は英文論文でも20数症例しかなくきわめて稀である【質問】1、乳癌肝転移ではなく肝原発腺扁平上皮癌である、という診断でよいのでしょうか。2、術式の選択は適切だったのでしょうか。

〈DICOM画像なし〉

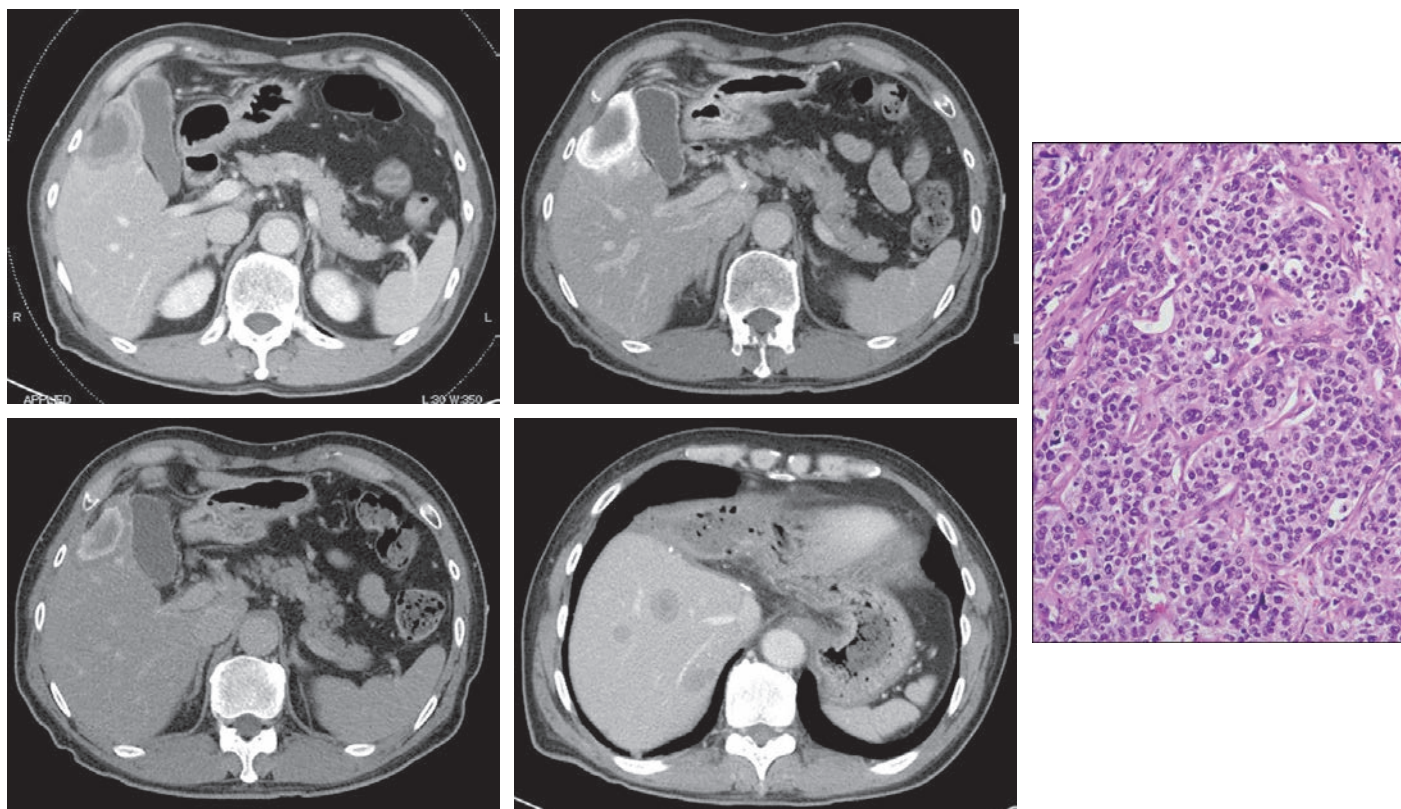


P-46 肝内胆管癌との鑑別診断に難渋した膀胱癌肝転移の1例

岡崎 充善、田島 秀浩、真智 涼介、蒲田 亮介、大畠 慶直、真橋 宏幸、中沼 伸一、牧野 勇、
宮下 知治、伏田 幸夫、太田 哲生
金沢大学 消化器・腫瘍・再生外科学

患者は65歳男性。腹部検診目的に近医で腹部超音波検査を施行し、S4/5に4cm大の腫瘍性病変を指摘され精査加療目的に当科紹介受診した。造影CTで4cm大のドーナツ状に辺縁のみ濃染する乏血性腫瘍と肝十二指腸間膜内にリンパ節腫大を認めた。血管造影CTでCTAP血流欠損、CTHA早期相で辺縁が不均一に濃染、後期相で均一に強く濃染し、中心部はsuper delayでわずかに濃染を認めた。術直前に施行した造影MRIでS2に7mm大の乏血性腫瘍も確認された。63歳時に膀胱癌に対し経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行されたが、病理診断は上皮内癌（CIS）であり、その後の定期的な膀胱鏡検査では再発所見は認めなかった。術前診断を肝内胆管癌・肝内転移、リンパ節転移と判断し、拡大左肝切除・胆管切除・リンパ節郭清術を施行した。術中に2か所の肝腫瘍及び郭清リンパ節を迅速病理検査に提出し、低分化癌の診断となったが、組織型の診断には至らなかった。術後永久標本による病理組織学的検査で、肝内病変は3か所あり、いずれもCK7、CK20陽性で膀胱癌手術時の病理検査結果を踏まえ、膀胱癌多発肝転移・リンパ節転移の診断となった。術後6週間後の画像検査で残肝内に多発肝転移を認め、現在当院泌尿器科にて化学療法（GEM+CDDP療法）を施行中である。深達度がCISである膀胱癌の遠隔転移は稀であるが、今回肝内胆管癌との鑑別診断に難渋した膀胱癌肝転移の1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

〈DICOM 画像なし〉



ポスター：肝Ⅱ・その他

座長： 八隅秀二郎（公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院
消化器内科）

病理コメンテーター： 小島 史好（和歌山県立医科大学 人体病理学講座）

スーパーバイザー： 佐野 圭二（帝京大学 外科学講座）

P-47 アルコール性肝硬変に合併した多発多血性腫瘍

久野木康仁（獨協医科大学 消化器内科）

P-48 術前診断が困難であった肝腫瘍の 1 例

菅野 裕樹（久留米大学 外科学講座）

P-49 GIST との鑑別を要したデスマイド型線維腺腫症の一例 DICOM

武原悠花子（徳島大学病院 消化器移植外科）

P-50 結核性腹膜炎の一例

趙 明浩（東京城東病院 外科）

P-51 術前診断が困難であった成人小腸重複腸管の 1 例

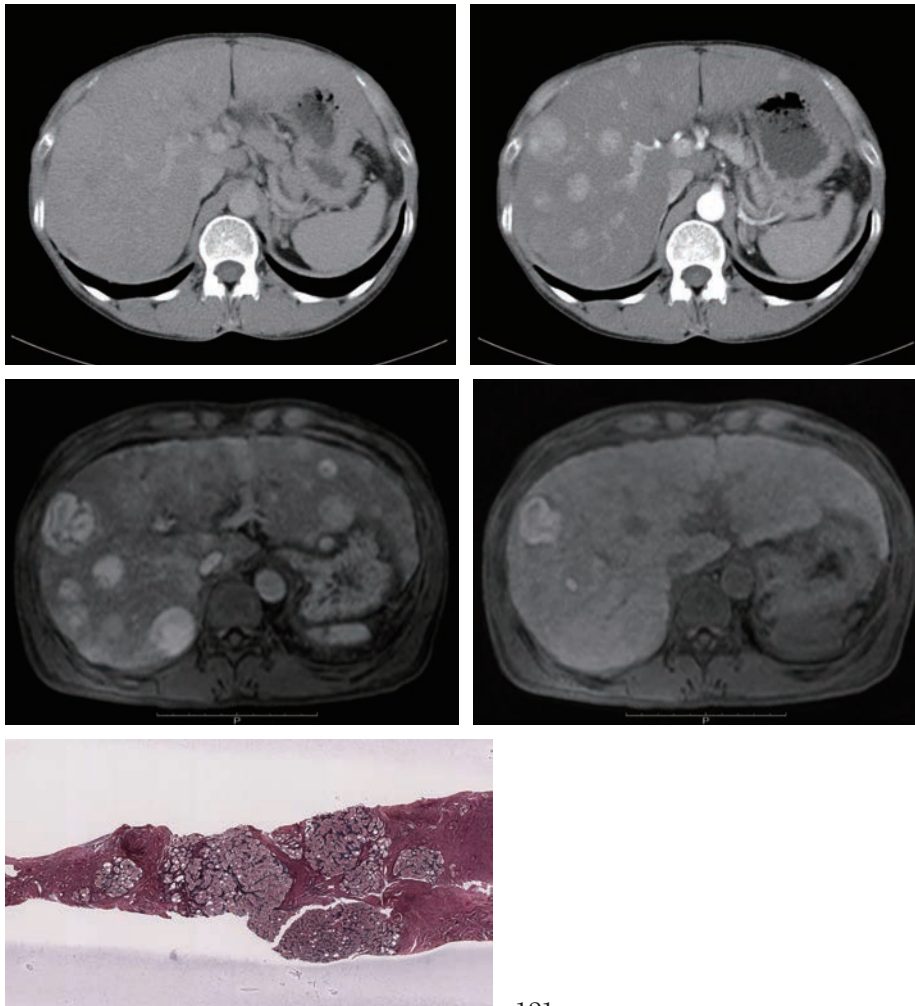
良元 俊昭（徳島大学 外科学）

P-47 アルコール性肝硬変に合併した多発多血性腫瘍

久野木 康仁、眞島 雄一、稲葉 康記、高木 優花、吉永 智則、小島原 駿介、石川 睦、
有阪 高洋、飯島 誠、入澤 篤志
獨協医科大学 消化器内科

症例は40代女性。職業は飲食店従業員。既往歴：上部消化管出血(詳細不明) 飲酒歴：焼酎ロック3杯/日 喫煙：2本/日。病歴：201X年2月、吐血にて当院に救急搬送された。緊急で行った上部消化管内視鏡検査では出血源は特定されなかった。腹部エコーで肝に多発する腫瘍が指摘され、ダイナミックCTで大小10個以上、最大3.5cmの多血性多発肝腫瘍であり、肝細胞癌(HCC)が疑われた。腹部血管造影検査(CTAP/CTHA)で、腫瘍は多血性で濃染時間は長く、CTAPではperfusiondefectを呈するが、CTHAで造影剤注入30秒後でもenhancementが残りwashoutが遅いなどHCCに非典型的であり、肝腫瘍生検を施行した。生検結果は、全体の20-30%に脂肪化がみられ、マロリー小体も観察されたが腫瘍成分は認めず、アルコール性肝硬変による再生結節と診断し、経過観察とした。以後も禁酒できず、初診時はChild-Pugh分類で7点/Bであったが14点/Cまで悪化した。初診時から4年後(201X+4年2月)に母親の死を契機に禁酒し、予備能が徐々に改善するとともに多発肝腫瘍も縮小傾向となった。201X+5年10月、肝機能障害が再燃、CT・MRIで左肝内胆管の狭窄およびその中枢側の拡張がみられ、肝内胆管癌を疑い、PET・胆管生検・擦過細胞診、胆汁細胞診を行ったが悪性を示唆する所見はなく、EBDチューブ留置にて経過観察している。討論していただきたい点：①アルコール性再生結節の診断は妥当か②画像と病理所見に矛盾はないか

〈DICOM 画像なし〉

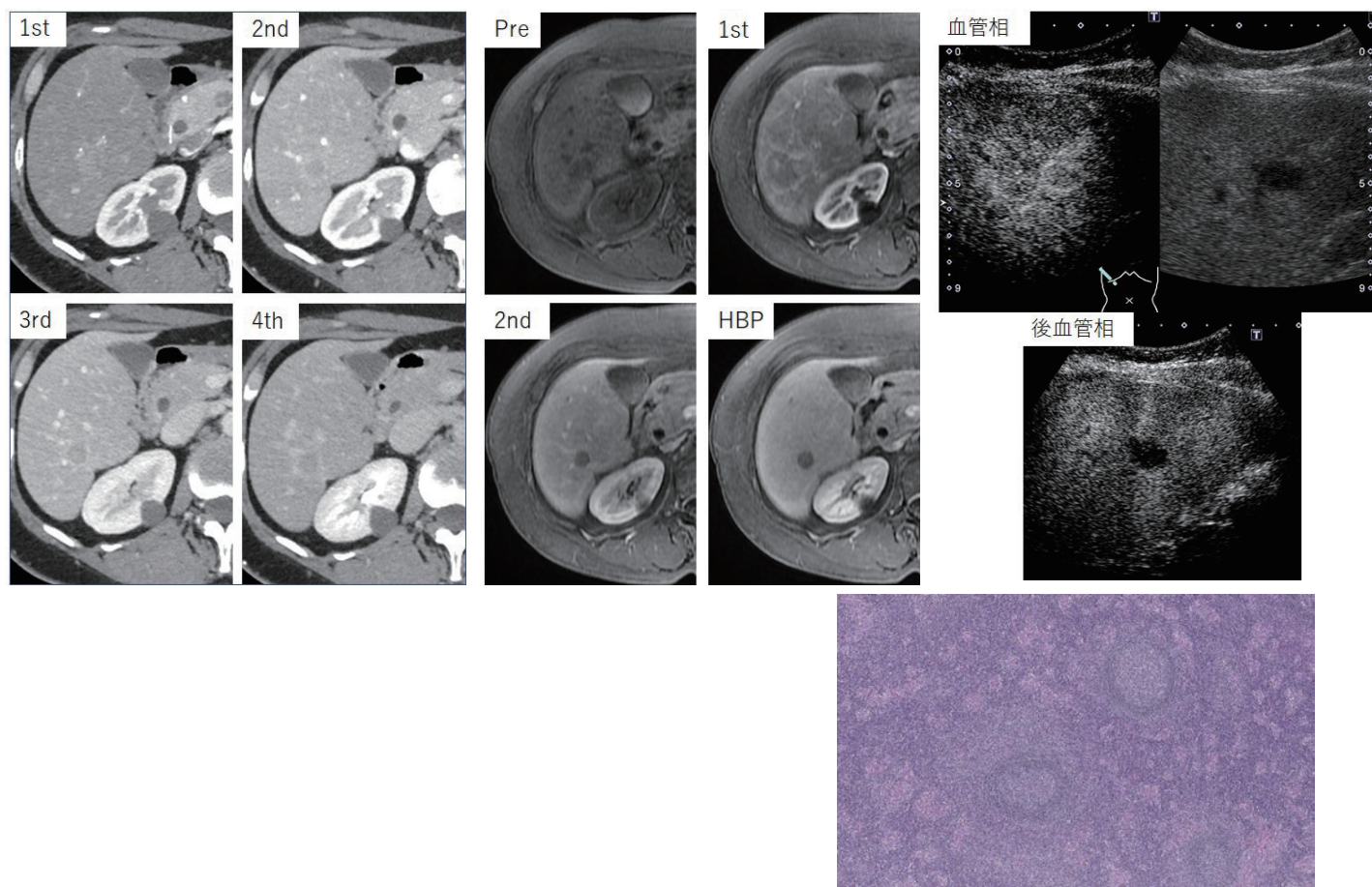


P-48 術前診断が困難であった肝腫瘤の1例

菅野 裕樹¹⁾、小嶋 聡生¹⁾、酒井 久宗¹⁾、水落 伸治²⁾、中島 収²⁾、奥田 康司¹⁾
久留米大学 外科学講座¹⁾、久留米大学 病理学講座²⁾

症例は42歳、女性。2014年から自己免疫性肝炎のため経過観察中であった。2015年に肝S6/7に指摘されていた低エコー腫瘍が増大傾向を認め2019年1月追加検査を施行した。腹部造影CTでは造影効果を認めず、乏血性腫瘍と判断された。腹部造影MRIでは早期相で淡い造影効果を認め、肝細胞相でdefectを呈していた。拡散強調画像では拡散制限を認めた。腹部造影USでは血管相で全体が造影され、後血管相でdefectを呈していた。術前診断として肝細胞癌を否定できず、腹腔鏡下肝後区域切除を施行した。切除標本肉眼所見では境界明瞭な白色調の充実性腫瘍を認めた。組織学的には病変部は胚中心を伴うリンパ濾胞で構成されており、濾胞間には小型の肉芽種が多数認められ、Reactive lymphoid hyperplasiaと診断された。討論のポイント：術前画像でHCCを否定できたか、生検を行えば手術を回避できたか。

〈DICOM 画像なし〉

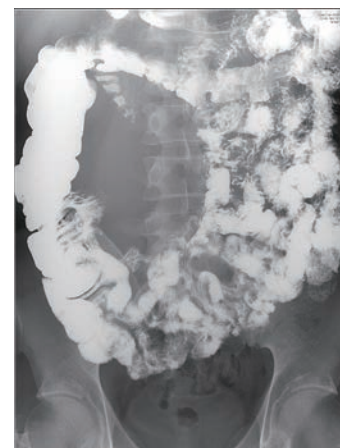
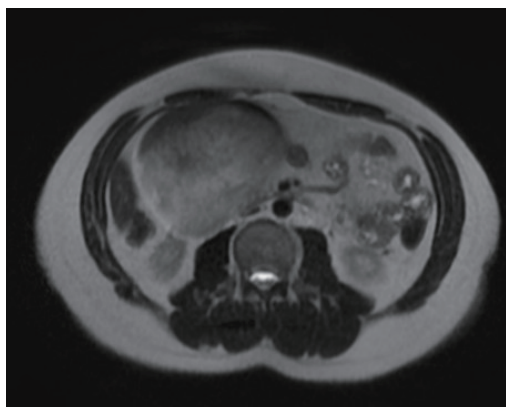
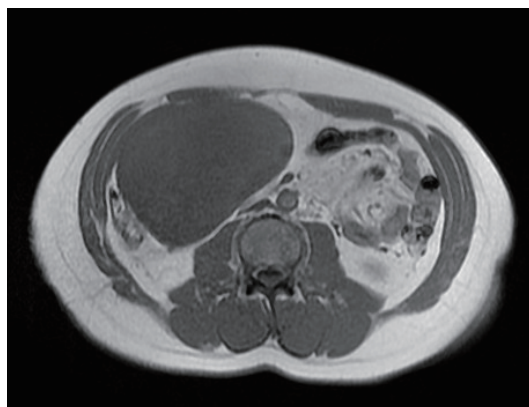
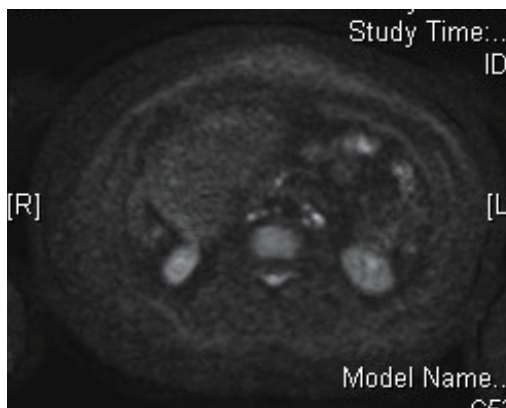


P-49 GISTとの鑑別を要したデスモイド型線維腺腫症の一例

武原 悠花子、島田 光生、吉川 幸造、徳永 卓哉、西 正暁、高須 千絵、柏原 秀也、良元 俊昭
徳島大学病院 消化器移植外科

【はじめに】 GIST との鑑別を要したデスモイド型線維腺腫症の一例を経験したので報告する。【症例】 30 代男性。腹部に腫瘤を自覚し、近医を受診し、右腹腔内に腫瘤が認められ、当科に紹介となった。当科で行った CT では $12 \times 8 \times 11.5\text{cm}$ の腹部腫瘤が認められ、MRI では T1WI で低信号、T2WI で高信号、DWI で軽度高信号を示しており、小腸透視では上行結腸の圧排像を認めた。腹部エコーでは内部に流入する拍動性血流シグナルを認め、全体的には乏血性、小腸との連続は指摘できなかった。小腸もしくは上行結腸由来の GIST の診断で手術の方針となる。手術は開腹で回盲部切除を行った。最終病理診断ではデスモイド型線維腺腫症と診断された。現在術後 145 日目であるが、再発は認めていない。【考察】 腹腔内に腸管外腫瘤を形成するものの鑑別として、GIST、悪性リンパ腫、後腹膜肉腫、平滑筋肉腫、平滑筋腫、神経鞘腫、腸間膜脂肪肉腫などが挙げられる。デスモイド型腫瘍の発生率は人口 100 万人あたり年間 2.4 ～ 4.3 例と非常にまれな疾患であり、中でも腹腔内デスモイドの頻度は 8% と報告されており、思春期～ 40 歳代の女性に多いとされる。画像診断では MRI が有用であり、通常、T1WI で筋肉と比較し低～等信号、T2WI で不均一な高信号を示すとされる。本症例でも同様の画像所見であった。【結語】 GIST との鑑別を要したデスモイド型線維腺腫症の一例を経験した。腹部腫瘤を認めた際には鑑別の一つに入れるべきである。

DICOM画像リンクボタン

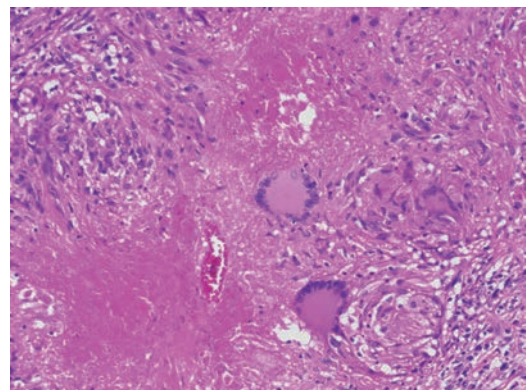
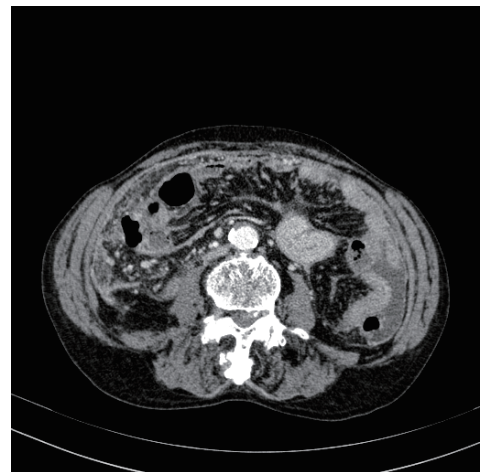
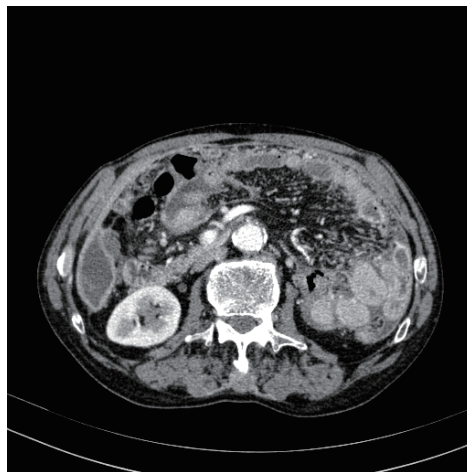
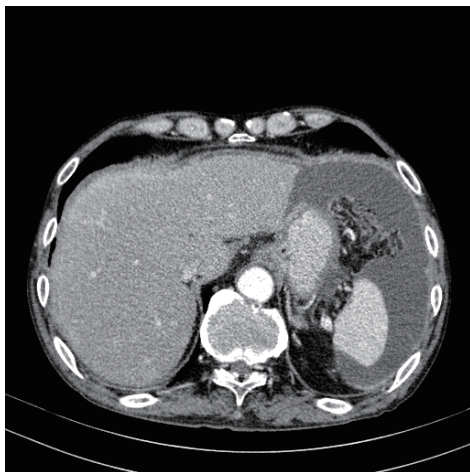


P-50 結核性腹膜炎の一例

趙 明浩、阪井 守、清水 香、濱野 美枝
東京城東病院 外科

症例：70 歳男性．主訴：発熱，腹痛，腹部膨満感既往症：脊椎管狭窄症現病歴：4-5 日前から発熱，腹痛があり，腹部膨満感が悪化し来院．現症：BW56Kg, HT165cm, BP117/83, HR90 reg., BT36.5℃，Alb: 2.6, AST17, ALT12, LDH145, ALP309, γ GTP43, CHE148, BUN22.2, Cre1.00WBC6700, Hb10.1, Ht30.8, Plt346,000, CRP9.5, AFP, CEA, CA19-9 正常値．画像診断：腹部造影 CT，腹膜に比較的均一な肥厚があり腹水の貯留を認める．原発巣と考えられる腫瘍性病変は指摘できず．右鼠径ヘルニア（一部脂肪組織の脱出），右陰嚢水腫．胸部 CT にて左胸水貯留．上肺野に粒状影や策状影を認めた．結核性腹膜炎，癌性腹膜炎が疑われ，腹水を穿刺し細胞診を施行．Class2であった．CA125 360 $\uparrow$ ，血清 ADA83.8 $\uparrow$ ，腹水 ADA59.2 $\uparrow$ ，腹水培養陰性であった．腹腔鏡を施行．腹腔内には多量の腹水と無数の白色の腹膜結節を認め，結節を生検した．病理結果は乾酪壊死を伴う多数の類上皮細胞肉芽腫を認めた．エランゲルハウス型巨細胞も出現しており，チールネルゼン抗酸菌染色では抗酸菌は確認できなかったが，結核性腹膜炎と考えられた．血管専門病院に転院となり現在治療中である．比較的稀な結核性腹膜炎を経験したので若干の文献的考察を加え報告する．

〈DICOM 画像なし〉

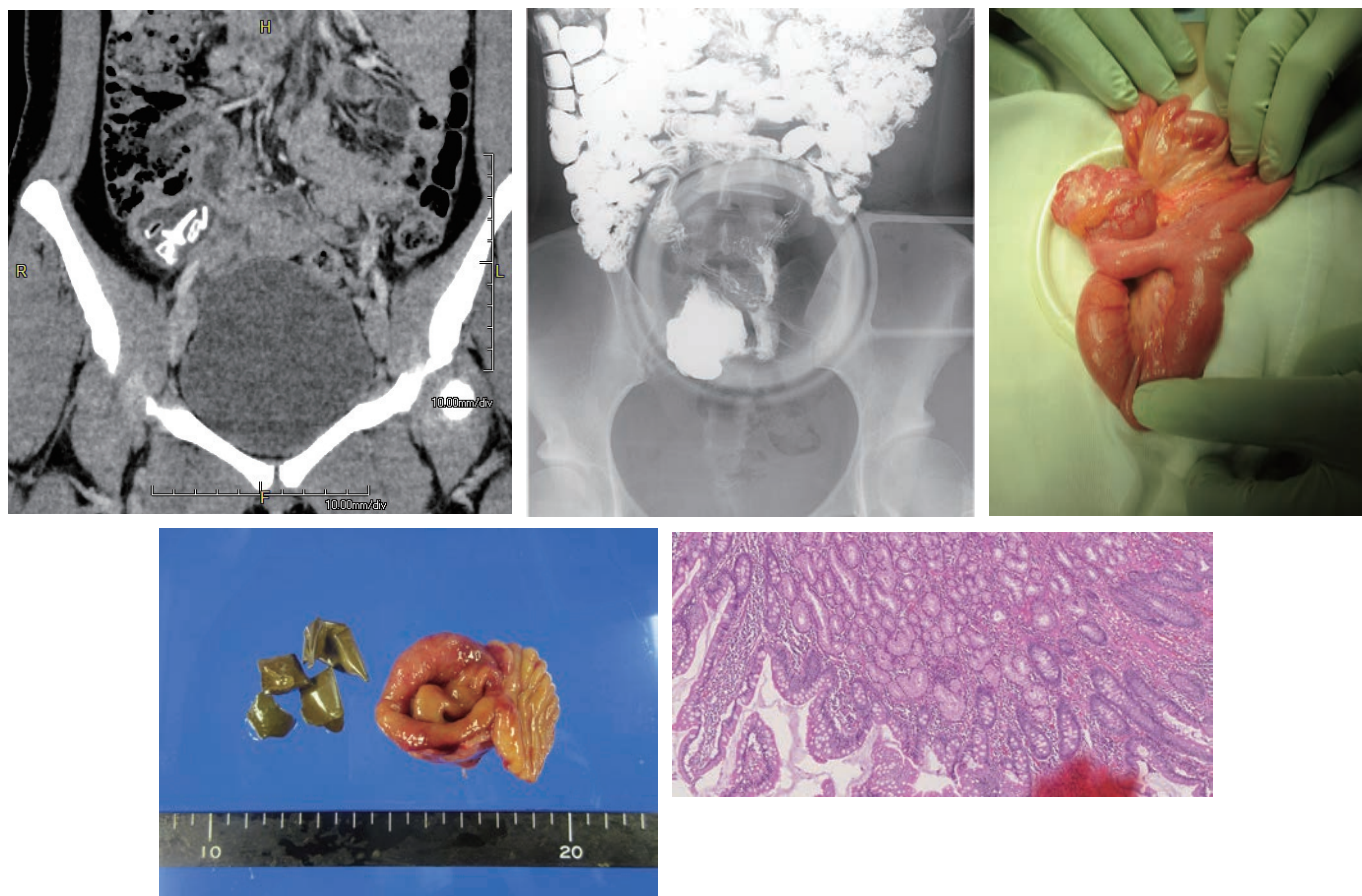


P-51 術前診断が困難であった成人小腸重複腸管の1例

良元 俊昭、島田 光生、吉川 幸造、宮谷 知彦、徳永 卓哉、西 正暁、高須 千絵、柏原 秀也、
武原 悠花子
徳島大学 外科学

【はじめに】術前診断に苦慮した腸管重複症の1例を経験したので報告する。【症例】20代女性【現病歴】右下腹部痛ありCTで腸管内に石灰化病変を指摘された。【画像所見】CTで右下腹部の小腸内と思われる部位に、CT値500HU程度の構造物を4個程度認めた。それらは板状、結石状あるいは魚骨様であり、生理的石灰化としては非典型的であり小腸内異物が疑われた。経口小腸透視では、回盲弁から約30cm口側の回腸に約7cmの管状構造があり、その先に嚢状拡張部を認めた。CTで認めた石灰化物は指摘されなかった。【手術】回腸Meckel憩室・憩室内異物疑いで腹腔鏡補助下小腸部分切除術施行。回盲部から30cm口側の回腸に一方が盲端となった重複腸管を認め、これを切除した。内部に結石を4個認めた。【病理組織診断】大部分が小腸粘膜で覆われた組織で、一部に異所性胃粘膜様の組織や、リンパ濾胞形成を散在性に認めた。悪性を示唆する所見を認めなかった。【考察】腸管重複症は全消化管にみられる先天奇形で発症率は約0.02%と稀であり、特に回盲部に好発し、腹痛や嘔吐を契機に小児期に発見されることが多い。成人発症の報告例は少なく、術前診断に至ったのは約20%とされる。今回の症例も成人発症であり、腸管重複症に典型的な球状あるいは管状とは異なる所見であったため術前診断に苦慮した。【結語】腸管憩室様病変をみた際には、成人であっても重複腸管の可能性を念頭に置く必要があると考えられた。

〈DICOM 画像なし〉



謝 辞

第 71 回日本消化器画像診断研究会開催にあたりましては、下記の団体・企業をはじめ、多くの皆様に多大なるご後援、ご支援ならびにご協賛をいただきました。
ここに厚く御礼申し上げます。

第 71 回日本消化器画像診断研究会
当番世話人 山上 裕機
(和歌山県立医科大学 外科学第 2 講座 教授)
北野 雅之
(和歌山県立医科大学 内科学第 2 講座 教授)

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
EA ファーマ株式会社
エーザイ株式会社
MSD 株式会社
株式会社大塚製薬工場
オリンパス株式会社
ガデリウス・メディカル株式会社
株式会社カネカメディックス
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
Cook Japan 株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
シーメンスヘルスケア株式会社
塩野義製薬株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
株式会社神陵文庫
住友ベークライト株式会社
ゼオンメディカル株式会社
センチュリーメディカル株式会社

株式会社大黒
大鵬薬品工業株式会社
竹内化学株式会社
武田薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
帝人ファーマ株式会社
日本イーライリリー株式会社
バイエル薬品株式会社
株式会社パイオラックスメディカルデバイス
株式会社日立製作所
富士フイルムメディカル株式会社
ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
マイラン EPD 合同会社
株式会社丸和
ミヤリサン製薬株式会社
株式会社メディコスヒラタ
持田製薬株式会社
株式会社ヤクルト本社

(五十音順)

令和元年 8 月 21 日現在

第 71 回日本消化器画像診断研究会 プログラム・抄録集

当番世話人

山上 裕機

(和歌山県立医科大学 外科学第 2 講座 教授)

北野 雅之

(和歌山県立医科大学 内科学第 2 講座 教授)

運営事務局

株式会社コングレ内

〒 541-0047 大阪府中央区淡路町 3-6-13

TEL:06-6229-2555 FAX:06-6229-2556

E-mail: 71gazou2019@congre.co.jp