ていることが示された.

肝細胞癌とその非癌肝における small RNA 発現の網羅的解析

(東京女子医科大学大学院医学研究科外科系専攻消化器がん化学療法分野)　中島　豪

〔目的〕肝細胞癌(HCC)および非癌肝組織における microRNA (miRNA) の発現パターンを網羅的に解析比較し，新たな治療ターゲットや疾患マーカーとなる可能性のある miRNA を同定する．それらの発現量と各種臨床データとの相関の有無を検討する.〔方法〕HCC 26 症例について，外科的切除直後に癌部および非癌肝組織を採取し，そこから RNA を抽出，cDNA library を作製，Amplify した後，次世代シーケンサーを用いて網羅的 miRNA 発現解析を行った.〔結果〕癌部，非癌肝組織における miRNA 発現量を比較したところ，検出された 725 種類の miRNA のうち 49 種類について発現量に有意差を認めた.〔結語〕癌部，非癌肝組織において発現有意差のみられる 49 種類の miRNA を同定した.

〔一般演題〕

特発性食道破裂の 1 例

(谷津保健病院外科)
岡野美々・宮崎正二郎・向後正幸・杉木孝章・大塚　亮・糟谷　忍

症例は 39 歳男性．熱中症に伴う嘔吐，下痢の後に出現した左胸痛を主訴に当院救急搬送された．胸部レントゲンと CT 検査にて左血気胸と著明な胃拡張を認めたため，左胸腔トロッカーカテーテルと胃管を挿入した．その後も胸痛やショック症状は改善せず，トロッカー，胃管共に暗赤色の同一性状の液を大量に認めたため，特発性食道破裂を疑った．食道造影検査にて確定診断に至り，緊急手術とした．左第 7 肋間にて開胸開腹，胸腔内は凝血塊と食物残渣を大量に認めた．下部食道から胃食道接合部にかけて 5cm にわたる縦走する裂創を認めた．なお，同部位に潰瘍や腫瘍は認めなかった．裂創部を 2 層で縫合閉鎖し，洗浄ドレナージ，腸瘻造設し，手術を終了とした．術後合併症として，腸瘻トラブルに伴う腸閉塞や，MRSA 腸炎，肺炎を認めたが，縫合不全はなく経過し，第 35 病日に退院し，現在復職している．特発性食道破裂は，早期診断と治療が必要で，また術後の縫合不全の合併率も高い．今回早期診断治療にて救命し得た 1 例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する.

当院における ESD 治療の検討

([1] 八王子消化器病院，[2] 国立国際医療センター)
貝瀬智子[1]・森下慶一[1]・石川一郎[1]・武雄康悦[1]・梶　理史[1]・小池伸定[1]・鈴木修司[1]・原田信比古[1]・林　恒男[1]・鈴木　衛[1]・横井千寿[2]

従来外科切除とされた病変が内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) の出現で切除可能となり当院での症例を検討した．対象は 2006 年 12 月～2010 年 12 月までに当院で ESD を施行した 205 例．腺腫 72 例，癌 124 例．早期胃癌での適応病変 89 例，適応拡大病変 27 例，適応外病変 8 例で，胃癌治療ガイドライン第 3 版に準じた．全症例で一括切除率は 98.5%，治癒切除 92 例，適応拡大切除 21 例，非治癒切除 11 例で，非治癒切除例の手術例 6 例はすべて残存なく，経過観察例 5 例も再発を認めていない．偶発症は 9 例で手技中出血 1 例，マロリーワイス 2 例，穿孔 6 例で穿孔例は内視鏡的に閉鎖し得，腺腫と癌，深達度で差はなく，切除範囲が広いものに認めた．検討では ESD の治療成績は良好で，胃機能温存した外科手術の代替療法となり得，症例の蓄積により ESD 適応拡大を目指したい.

嚢胞内腔に早期癌を合併した胃重複嚢胞の 1 例

(東京都保健医療公社荏原病院　[1] 外科，[2] 病理)
根本　慧[1]・江口礼紀[1]・山本　滋[1]・吉利賢治[1]・竹下信啓[1]・藤田　泉[1]・中本直樹[1]・吉川達也[1]・由里樹生[2]・高橋　学[2]

症例は 51 歳女性．2009 年頃より悪心，食欲不振を認めるも軽快していたため，経過 follow されていた．しかし，2010 年 7 月に症状再燃を認めたため当院にて上部内視鏡施行．食道潰瘍，逆流性食道炎と診断され内服治療されるも，症状は次第に悪化．8 月には悪心，大量の嘔吐が継続したため，精査目的にて当院内科入院となった．入院後施行した上部内視鏡では前回は見られなかった前庭部から胃体中部小弯側にかけて壁外性の圧排を認め，CT では胃前庭部背側に 13cm×9cm×4.5cm の紡錘状の腫瘤を指摘された．MRI では CT と同様に胃前庭部背側に嚢胞性病変を認め，嚢胞内容物は T1 強調画像にて低信号を，T2 強調画像で高信号を呈しており，液体成分の貯留が疑われた．胃透視検査では前庭部に壁外性の境界明瞭な圧排，狭窄像を認めた．以上の結果から胃重複嚢胞が疑われ，悪性例の報告もあるため根治切除のため幽門側胃切除術施行．術後経過良好にて第 10 病日に退院となった．術後提出した嚢胞液の腫瘍マーカーは CEA 66 ng/ml，CA19-9 325U/ml と高値であり，病理結果では嚢胞内腔に一部 adenocarcinoma を認めた (pT1b (SM1), ly0, v0)．今回我々は嚢胞内腔に悪性腫瘍を合併した非常に珍しい胃重複嚢胞の 1 例を経験したため，若干の文献的考察を加えて報告する.

原発性十二指腸癌の 1 例

(東京女子医科大学附属　[1] 青山病院消化器内科，[2] 成人医学センター消化器内科)
笠島冴子[1]・古川真依子[1]・三坂亮一[2]・滝西あきら[1]・田口あゆみ[1]・藤田美貴子[1]・新見晶子[1]・長原　光[1]

症例は72歳男性．成人医学センターの健診会員の方で，2009年9月健診時施行した上部消化管内視鏡検査(EGD)で十二指腸球部潰瘍と診断され，プロトンポンプインヒビターを内服開始した．12月に経過観察目的でEGD施行したところ，改善を認めなかったため同部位より生検した結果，高分化腺癌と診断され精査加療目的に入院となった．諸検査の結果明らかな転移を認めず，幽門側胃十二指腸切除術＋リンパ節郭清術を施行した．病理組織学的検査では漿膜浸潤を伴う高分化腺癌でリンパ節転移を伴っていたが，術後TS1内服により現在，再発なく経過している．今回，全消化管腫瘍の0.4％と稀な疾患である原発性十二指腸癌の1例を経験したので報告する．

胃大細胞神経内分泌癌（LCNEC）の1切除例

（東京都保健医療公社多摩南部地域病院外科）
腰野蔵人・古川健司・
桂川秀雄・古川達也・松下典正・
山崎希恵子・坂上聡志・重松恭祐

症例は75歳男性．2010年5月より近医で高血圧のフォロー中．検診で胃体部後壁中心に潰瘍性病変あり，生検でGroupVを指摘され，当院へ紹介．精査後，非治癒切除因子ないため，6月下旬胃全摘術(Roux-y再建)施行．郭清はD2術後は，創部感染と術後2週間目に脳梗塞を併発．点滴治療とリハビリを行い，大きな麻痺は残らず7月下旬退院．病理の結果は，LM（Circ），type5, SE（T4），N3, M0, StageIIICで，CD56(＋)，Chromogranin A（＋），Muc-1（＋），MUC-2（＋），CK-7（＋），CK-20（－），Mib-1 indexが80％で，胃大細胞内分泌癌(LCNEC)と診断した．胃内分泌細胞癌は全胃癌中0.06～0.08％とされ，さらに，胃のLCNECの症例は少なく，術後の標準的な抗がん剤治療も統一見解はないが，CDDP＋CPT11の有用性が報告されている．今回，CPT-11の副作用の下痢により脱水で，脳梗塞の再発を危惧し，術後にTS-1＋CDDPを行い，術後半年，明らかな再発なく，経過している症例を経験したため，文献的考察を加え報告する．

胆嚢摘出後遺残胆石が原因と考えられる膵腔内腫瘍を繰り返す興味深い症例

（東京女子医科大学八千代医療センター肝胆膵外科）　山本　伸・新井田達雄・
濱野美枝・鬼澤俊輔・岡野雄介

胆嚢摘出後の遺残胆石が原因と考えられる繰り返す腹腔内膿瘍を認めた興味深い症例を経験したので報告する．

症例は71歳男性（他院にて胆嚢摘出術＋T tube drainage，肝膿瘍drainage術，虫垂炎術後），肝膿瘍の診断で当科紹介．腹部CTにて腹腔内膿瘍であった．入院，膿瘍drainage術施行後，外来にてdrainage継続したが，軽快せずドレーン造影施行．消化管，胆管との交通は認めず，膿瘍内には結石様陰影欠損を認めたため，膿瘍drainage術施行．膿瘍内には遺残と思われる胆嚢壁，胆石様結石を認めた．結石分析よりcholesterol結石であった．軽快し外来通院となるも，虫垂炎術後創部痛を認めた．腹部CTにて同部位に膿瘍を認め，増大傾向であったため，膿瘍drainage術施行．同様の胆石様結石を認めた．結石分析よりcholesterol結石であり，胆嚢摘出時の遺残胆石の迷入と考えられた．

腸腰筋膿瘍を合併したクローン病の2例

（さいたま市立病院消化器内科）
金田浩幸・篠崎博志・桂　英之・
柿本年春・加藤まゆみ・辻　忠男

〔症例1〕52歳男性．2009年3月より右大腿部，股関節痛により歩行困難，2009年5月中旬入院となった．CTにて右腸腰筋膿瘍と診断し，IVH，CMZ点滴，腸腰筋ドレナージで治療した．大腸内視鏡ではバウヒン弁の変形狭窄，cobble stoneが多発していた．6月中旬よりinfliximabを3回投与したが再燃し，9月中旬再入院し，手術を施行した．〔症例2〕39歳男性．1993年にクローン病が発症し，回盲部切除，吻合部狭窄で吻合部切除，十二指腸狭窄による胃空腸吻合術と3回手術を受けている．2010年1月より発熱，右股関節痛，歩行困難となり2月中旬入院となった．CTにて右腸腰筋膿瘍と診断した．膿瘍が小さいためにドレナージせず，IVH，CMZ点滴で改善した．infliximabを導入し，現在も8週間ごとに投与，8ヵ月経過したが緩解維持できている．〔結語〕腸腰筋膿瘍に対しinfliximabが有効と無効であった2例を経験したので報告した．

化学療法が奏効した小腸癌の1例

（上福岡総合病院消化器外科）
出雲　渉・新井俊文・
窪田　猛・小熊英俊・井上達夫

〔はじめに〕原発性小腸癌は全消化管癌の0.1～0.3％程度と比較的稀な疾患であり，小腸癌に対する確立した化学療法が存在していないのが現状である．今回我々は進行・切除不能小腸癌に対しS-1＋cisplatin，FOLFOX＋bevacizumabを施行した結果，17ヵ月生存を得ている1例を経験したので報告する．〔症例〕症例は63歳男性．持続する右下腹部痛と腫瘤の触知に対し精査を施行．回腸末端に腫瘍性病変を認め手術施行するも，播種結節多数見られ原発巣の切除手術も不可能であった．播種結節はpoorly differentiated adenocarcinomaであり，小腸癌の転移と考えられた．S-1＋cisplatin開始し一時PR得られていたが，その後増悪認めたためFOLFOXに変更し，再度PRを得ている．現在はFOLFOX＋bevacizumab使用し，17ヵ月生存中である．〔まとめ〕小腸癌に対する標準的な化学療法はまだ確立されておらず，5-FU＋プラチナ