プログラム

	第 1 会場 3 階　多目的ホール	第 2 会場 2 階　展示ホール	第 3 会場 2 階　アート工房	第 4 会場 4 階　研修室 1・2
9：00	9:00～9:10　**開会の辞**			
10：00	9:10 ～ 10:20　PL1-01～10 **特別企画Ⅰ** **「目指せ！消化器病専門医** **～研修医からの報告」** 司　会：片寄　友 飯島　克則 審査員：花畑　憲洋 梁井　俊一 松田　暁子 小船戸　康英		9:10～10:20　PL2-01～10 **特別企画Ⅱ** **「目指せ！消化器病専門医** **～専攻医からの報告」** 司　会：元井　冬彦 大平　弘正 審査員：石戸　圭之輔 永塚　真 八田　和久 辻　剛俊	9:10～9:52　O-22～27 **一般演題　肝臓** 司会：渡邊　剛 長瀬　勇人 10:00～10:35　O-28～32 **一般演題　胆道・膵臓 1** 司会：高橋　健一 本多　俊介
11：00	10:30～11:19　O-01～07 **一般演題** **胃・十二指腸・その他** 司会：菊地　功 吉村　徹郎 11:30～12:00 **評議員会**		10:30～11:19　O-08～13 **一般演題　大腸 1** 司会：作田　和裕 綿引　優	10:40～11:15　O-33～37 **一般演題　胆道・膵臓 2** 司会：松澤　尚徳 髙　昌良
12：00	12:10～13:00 **ランチョンセミナー 1** 司会：正宗　淳 **「周術期と健康経営における亜鉛の意義」** 講師：海道　利実 「新ガイドラインを見据えた肝硬変診療～亜鉛の多彩な働き～」 講師：吉治　仁志 共催：ノーベルファーマ株式会社／株式会社メディセオ	12:10～13:00 **ランチョンセミナー 2** **「消化器病診療における** **医療用漢方製剤の力」** 司会：丸橋　繁 講師：曽山　明彦 共催：株式会社ツムラ	12:10～13:00 **ランチョンセミナー 3** 司会：下平　陽介 **「秋田県の診療データから紐解く IBD 診療の未来」** 講師：辻　剛俊 「長期寛解維持を意識した治療戦略～ベドリズマブの活かし方～」 講師：角田　洋一 共催：武田薬品工業株式会社	
13：00	13:10～14:10 **特別講演** **「進行膵がんに対する集学的外科治療と** **オペレコに現れる外科医の矜持」** 司会：有田　淳一 講師：阪本　良弘 共催：ミヤリサン製薬株式会社			
14：00	14:30～16:00　S-01～10 **シンポジウム** **「消化器診療における** **リカバリーショット」** 司会：千葉　充 越田　真介	14:00～15:00 **専門医セミナー** **「消化器指定難病の up to date」** 司　　会：佐藤　亘 鳥谷　洋右 基調講演 1：阿部　靖彦 基調講演 2：角田　洋一 基調講演 3：阿部　和道	14:00～14:56　O-14～21 **一般演題　大腸 2** 司会：加藤　健 中島　勇貴	
15：00				
16：00	16:10～16:20　**閉会の辞**			
17：00				

PL1-07　胃前庭部の過形成性ポリープと胃体部の白濁粘液を認めた自己免疫性胃炎の一例

仙台市立病院　消化器内科
○永川　貴大、川村　昌司、鈴木　吉史、伊藤　誠、橋本　大輔、山岸　健人、山下　紗杏子、岩田　朋晃、鈴木　範明、野村　栄樹、菊地　達也

PL1-08　貧血を契機にバルーン小腸内視鏡で診断した原発性小腸低分化腺癌の１例

[1] つがる総合病院消化器・血液・膠原病内科、[2] 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座
○吉田　真優海[1]、速水　史郎[1,2]、乘田　風南[1,2]、尾崎　美紗[1,2]、笹田　貴史[1,2]、秋田谷　一輝[1,2]、菊池　英純[2]、小山　隆男[1,2]、坂本　十一[1]、櫻庭　裕丈[2]

PL1-09　急速な経過を辿った AFP 産生胃癌の２例

[1] 山形大学医学部内科学第二（消化器内科学）講座、[2] 山形大学医学部附属病院　光学医療診療部
○佐藤　海都[1]、八木　周[2]、板垣　英岐[1]、佐藤　心吾[1]、永田　大樹[1]、後藤　裕樹[1]、伊藤　南[1]、小野里　祐介[1]、水本　尚子[1]、佐々木　悠[1]、阿部　靖彦[2]

PL1-10　ニンテダニブの関与が疑われた急性膵炎の一例

気仙沼市立病院
○矢野　翔史郎、草野　啓介、田部　貴士、小笠原　光矢、丹野　尚太郎、鵜浦　友輔、市川　遼、星　達也

PL1-07　胃前庭部の過形成性ポリープと胃体部の白濁粘液を認めた自己免疫性胃炎の一例

仙台市立病院　消化器内科

○永川　貴大、川村　昌司、鈴木　吉史、伊藤　誠、橋本　大輔、山岸　健人、山下　紗杏子、岩田　朋晃、鈴木　範明、野村　栄樹、菊地　達也

【目的】近年 H. pylori 胃炎の減少にともない，自己免疫性胃炎（AIG）の症例が注目されている．AIG の上部消化管内視鏡（EGD）所見として，体部萎縮・前庭部非萎縮や体部の過形成性ポリープが報告されている．今回我々は前庭部の過形成性ポリープを認めた AIG を経験したので報告する．【症例】64 歳女性【現病歴】2025 年 4 月前医にて心窩部不快感に対して EGD 施行され神経内分泌腫瘍（NET）がみられたため精査目的に当科紹介となった．当科 EGD では，体部・前庭部の過形成性ポリープ、白濁粘液など H. pylori 感染を疑う像がみられたが，体部萎縮に対して前庭部は非萎縮であった．抗 H. pylori 抗体 3 U/ml 未満，血清ガストリン高値（676pmol/L），生検で体部有意の萎縮所見がみられ AIG の診断となった．6 月に体上部の NET に対して内視鏡的粘膜切除（ESD）を施行し．病理結果は NET（G2）・断端陰性・脈管侵襲もみられず，その後の定期検査で再発なく経過されている．【考察】H. pylori 胃炎は慢性炎症に伴い萎縮・腸上皮化生が幽門前庭部から体部に広っていく．一方，AIG はプロトンポンプに対する自己抗体により胃体部（胃底腺領域）に炎症・萎縮がみられるが，前庭部（幽門腺領域）にはみられない．本症例では白濁粘液と過形成性ポリープがみられ H. pylori 胃炎も疑われたが，内視鏡・生検での逆萎縮所見がみられ AIG の診断となった．一般的に AIG にみられる過形成性ポリープは炎症のみられる体部領域に認めるが，本症例では前庭部に過形成性ポリープがみられており稀な所見と考えられた．以前から胃底腺分布には個人差があることが報告されており、幽門輪近傍までみられる場合もあり，前庭部の胃底腺部位から炎症が生じた可能性も考えられた．【結語】胃前庭部の過形成性ポリープを伴う AIG の一例を経験した．体部の過形成性ポリープは AIG の特徴的な内視鏡所見であるが，前庭部にもみられる場合があり，AIG の診断は逆萎縮所見・採血など総合的診断により行う必要がある．

PL1-08　貧血を契機にバルーン小腸内視鏡で診断した原発性小腸低分化腺癌の1例

[1] つがる総合病院消化器・血液・膠原病内科、[2] 弘前大学大学院医学研究科消化器血液免疫内科学講座

○吉田　真優海 [1]、速水　史郎 [1,2]、乘田　風南 [1,2]、尾崎　美紗 [1,2]、笹田　貴史 [1,2]、秋田谷　一輝 [1,2]、菊池　英純 [2]、小山　隆男 [1,2]、坂本　十一 [1]、櫻庭　裕丈 [2]

【症例】60 代男性【主訴】なし【既往歴】アテローム血栓性脳梗塞など【内服薬】クロピドグレル 75mg など【現病歴】通院中の前医での血液検査で Hb5.7g/dL と高度貧血を認め、造影 CT 検査で右上腹部の腸管の拡張像と不整な壁肥厚があり、精査目的に当科紹介となった。当科で CS を施行し小ポリープを認めるのみで、追加精査を勧めたが頑なに拒否され経過観察となった。1 か月後貧血症状の増悪で当科を再受診し同日入院した。【経過】造影 CT 検査を再検し上記所見は増悪し、腹部大動脈や上腸間膜動脈周囲など広範囲に多数のリンパ節腫大があり、また副甲状腺に腫瘤を認めた。第 1 病日 EGD で粗大病変なし、小腸病変を疑い第 4 病日経口的シングルバルーン小腸内視鏡検査（SBE）を施行するも病変に到達できなかった。第 8 病日経肛門的 SBE を施行し回腸末端から約 30cm に縦走傾向のある潰瘍病変があり、造影検査で内腔が高度に拡張した腸管が描出され CT 指摘病変と考えた。生検標本では浸潤性に増殖する悪性腫瘍であり、免疫染色で CK7+,CK20-,CDX2-,AE1/AE3+,CAM5.2+,LCA-,Chromogranin-,Synaptophysin-,NCAM-,NK3.1-,TTF1- であり、その後の臨床的精査から副甲状腺からの転移性腫瘍は否定的で原発性小腸低分化腺癌と診断した。手術適応なく当初化学療法も拒否されたが内服加療に同意が得られ、第 28 病日 S-1 療法を開始した。しかし第 38 病日に脳梗塞を発症し S-1 内服を中断し、急性期治療後に大量血便あり第 72 病日永眠された。【考察】原発性回腸癌は全消化管悪性腫瘍に占める割合は 0.01% であり、中でも低分化腺癌は進行が速く予後不良の希少癌である。本症例において小腸病変の検索に SBE は有用であり標的病変への到達が可能で、内視鏡的に悪性リンパ腫、小腸癌、神経内分泌腫瘍など鑑別を要したが、免疫染色の結果と検査所見から適切に診断することができた。しかし治療にあたり本人の希望や併存疾患から十分な化学療法を施行できず腫瘍出血から致死転帰を辿った。発見時進行例が多い本症の診療においては診断後速やかな FOLFOX 療法などの全身化学療法の導入が必要と考えられた。