

教育講演 プログラム・抄録

お断わり：原則的に講演者が入力したデータをそのまま掲載しておりますので、一部に施設名・演者名・用語等の表記不統一がございます。あらかじめご了承ください。

第47回教育講演会プログラム

第1会場

教育講演 1 9:00-10:00

司会：名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 川嶋 啓揮
胆道・膵疾患の診断と治療 ―細径胆道・膵管鏡を中心に―
講師：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

教育講演 2 10:10-11:10

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 中川 勇人
肝疾患における超音波画像診断の進歩
講師：藤田医科大学岡崎医療センター 消化器内科 舘 佳彦

教育講演 3 14:50-15:50

司会：愛知医科大学 消化管内科 小笠原尚高
with コロナ時代における炎症性腸疾患診療について
講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

教育講演 4 16:00-17:00

司会：松波総合病院 消化器内科 荒木 寛司
胃癌の診断と治療
講師：藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

1) 胆道・膵疾患の診断と治療 —細径胆道・膵管鏡を中心に—

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 林 香月

胆道・膵疾患における内視鏡関連手技や機器の進歩はめざましく、様々な ERCP/EUS 関連手技が行われている。本講演では細径胆道・膵管鏡を用いた診断と治療を中心に、当院の実際の症例や成績を提示し、最近のエビデンスや研究成果なども述べてみたい。

I：胆道疾患

【診断】従来、胆道疾患に対する病理学的診断では経乳頭的透視下生検が施行されている。近年、細径胆道鏡により病変の直接観察や生検が可能となり診断能の向上が期待される。

当院での良悪性を含む胆道疾患の細径胆道鏡下生検の検体採取成功率は92.3%で、生検部位（左肝内、右肝内、肝門部、上部、遠位、胆嚢管）による成功率の差は認めず、生検部の狭窄の有無でも差を認めなかった。細径胆道鏡下生検の悪性診断能は83.3%で透視下生検の72.6%より良好な傾向であったが、有意差は認めなかった（ $P=0.19$ ）。

【治療】急性胆管炎・胆嚢炎診療ガイドライン2018では胆嚢炎に対する新しい代替治療として、内視鏡的経鼻胆嚢ドレナージ（ENGBD：endoscopic naso-gallbladder drainage）と内視鏡的胆嚢ステント留置術（EGBS：endoscopic gallbladder stenting）が提示されている。しかし、胆嚢管の解剖学的屈曲蛇行や Heister 弁などにより胆嚢管の選択や突破に難渋する場合がある。

2017年より、我々は ENGBD/EGBS 成功率向上のため、胆嚢管開口部の同定およびガイドワイヤーの直視下胆嚢管挿入の目的で細径胆道鏡を使用している。ENGBD/EGBS 成功率は94.0%と良好な成績で、胆道鏡を使用していない2016年までの成功率（72.0%）と比較し有意に向上した。

II：膵疾患

膵石・膵管狭窄・仮性嚢胞などの膵疾患における内視鏡治療も進歩し、膵石治療の全国調査では体外式衝撃波結石破碎療法（ESWL）と内視鏡治療の併用が多く施行されている。

2016年以降、我々は有症状の主膵管内膵石に対する ESWL 後の ERP 下除去困難例や ESWL での破碎困難例において細径膵管鏡を併用した治療を行っている。症例毎の膵管鏡施行回数は1.6回（1-4回）、平均挿入時間は39.6分で、最終的な膵石消失率は85.7%と良好であった。

European Society of Gastrointestinal Endoscopy（ESGE）において ESWL 碎石困難な膵石は膵管鏡下電気水圧的破碎療法が推奨されている。しかし、慢性膵炎診療ガイドライン2021では膵管鏡下碎石は研究レベルのエビデンスであるとされている。

略歴

1996年3月 名古屋市立大学医学部 卒業
1996年4月 名古屋市立大学病院 研修医
1997年4月 愛知県厚生農業協同組合連合会 足助病院 内科医員
1999年8月 岐阜県立多治見病院 消化器内科 医員
2004年10月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 臨床研究医
2008年5月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 助教
2012年7月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 講師
2019年7月 名古屋市立大学病院 肝・膵臓内科 部長
2019年10月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 准教授

所属学会・認定医等

日本内科学会（専門医、指導医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員、慢性膵炎ガイドライン作成協力者）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、和文査読委員）
日本超音波医学会（専門医、指導医、代議員、査読委員）
日本胆道学会（指導医、評議員、倫理委員）
日本膵臓学会（指導医）

2) 肝疾患における超音波画像診断の進歩

藤田医科大学岡崎医療センター 消化器内科 舘 佳彦

ウイルス性肝炎が抗ウイルス薬の進歩により制御されつつある一方で、メタボリック症候群の増加に伴い Nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD) が増加している。NAFLD の中には単純性脂肪肝 (NAFL) と Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) があるが、NASH は線維化の増加を伴う進行性の病態であり10~30%の割合で肝硬変や肝細胞癌へと至る。NASH の患者は NAFLD の10~20%に存在するとされ、今後さらなる増加が予想されている。

NASH の存在 及び病期診断については、肝生検検査により得られた病理組織より肝細胞の脂肪化、炎症・壊死 の局在性、肝細胞風船様膨化や肝線維化について評価する必要がある。NASH 診断は NAFLD/NASH 診療ガイドライン2020にも記載されるように肝生検による病理診断のみ可能であるが、日本に1000万人以上存在する NAFLD 患者全てに肝生検を施行することは不可能である。肝生検はサンプリングエラーが約20%あるとも報告されており、侵襲的であるため頻回の検査にも適さないため、肝生検に代わる非侵襲的な NASH 診断法が望まれている。

NAFLD の診断においては、直接的に診断できる血液生化学マーカーが存在しないため、超音波検査、CT/MRI などの 画像診断が必須となる。脂肪肝に対する超音波検査では従来から「エコーレベルの上昇」「肝腎コントラストの上昇」「深部エコーの減衰」「血管不明瞭化」などの画像所見により診断が行われているが、検査者依存性が高く客観性に欠けるという大きな課題がある。したがって、NAFLD 診断において非侵襲的かつ、客観的に肝臓の状態を把握することが今後の重要な課題になってきている。

超音波エラストグラフィは非侵襲的に肝硬度 (Shear Wave Speed) を評価できることは多く報告されているが、超音波 B モードを参照しながら肝脂肪化による減衰を定量的に画像評価できる Attenuation Imaging (ATI)、炎症と関連するとされる粘性を評価する Dispersion slope を測定できる機能が開発された。超音波は生体内での反射・散乱によって減衰しながら伝搬していくが、特に肝臓においては、脂肪滴の増加とともに減衰が顕著になることが以前より知られている。ATI は、生体内部に放射された超音波パルスが生体組織を通過する時に吸収・拡散などにより減衰する原理を利用し、その減衰係数を推定するアプリケーションである。肝脂肪化を客観的に評価するツールとして今後臨床応用されていくと期待されている。

本教育講演では肝疾患に関する肝硬度、ATI, Dispersion slope の日常診療への有用性など、最新の超音波画像診断に関して解説する。

略歴

- 1996年 3月 名古屋大学医学部卒業
- 1996年 4月 市立四日市病院消化器内科
- 2005年 4月 掛川市立総合病院消化器内科
- 2006年 4月 名古屋大学消化器内科大学院
- 2009年 4月 名古屋大学消化器内科 医員
- 2011年 4月 名古屋大学消化器内科 病院助教
- 2012年 4月 小牧市民病院消化器内科 第三部長
- 2018年 7月 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院消化器内科 講師
- 2019年 4月 藤田医科大学ばんだね病院消化器内科 准教授
- 2020年 4月 藤田医科大学岡崎医療センター消化器内科 准教授
- 2021年 7月 藤田医科大学岡崎医療センター消化器内科 教授

主な所属学会・資格・役職など

- 日本消化器病学会 専門医、指導医、東海支部評議員
- 日本内科学会 認定医、指導医、総合内科専門医、指導医、東海支部評議員
- 日本肝臓学会 専門医、指導医、西部会評議員
- 日本消化器内視鏡学会 専門医
- 日本超音波医学会 専門医
- 日本静脈経腸栄養学会
- 日本肝臓研究会

3) with コロナ時代における炎症性腸疾患診療について

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 中村 正直

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease: IBD) は近年、複数の生物学的製剤、低分子化合物の導入により治療選択肢がひろがり、治療効果を多く認めるようになったため外来診療が可能な割合も増えた。今後医療側は治療薬の有効性、安全性、利便性を考慮したうえで診療が患者さんの生活に最小限の負担であるよう配慮していくことになる。一方、多くの薬剤は全身の免疫状態にも影響を与えるため、with コロナ時代における IBD 治療戦略を確立する必要がある。

潰瘍性大腸炎 (UC)

メサラジン、サラゾスルファピリジンと局所製剤 (メサラジン坐剤、注腸剤) を使用しても効果が不十分であった場合にはステロイドの経口投与を行う。事前に B 型肝炎再活性化のチェック (HBs 抗原、HBc 抗体、HBs 抗体) と結核のチェック (血清学的検査、胸部レントゲン) をする。ステロイドの投与期間中に NUDT15 遺伝子多型をチェックし、寛解維持期に使用する免疫調整薬の準備を行う。ステロイド、免疫調整薬投与中の新型コロナウイルス感染が重症化するリスクを考え、ステロイド減量中に再燃を認めた場合は、そのまま減量を進めて生物学的製剤など次の治療に移行することも考慮する。抗 TNF- α 抗体製剤では投与時反応に注意し、ベドリズマブは腸管選択性が高いために腸管外合併症に対する効果が検討事項である。トファシチニブは用量調整が可能であるが、貧血、妊娠、血栓症に注意を要し、免疫調整薬併用不可である。一方、食事が摂れない、体重減少を認める、頻回の下痢により睡眠が障害される、38度以上の発熱が継続する場合は入院絶食治療を考える。その場合に治療薬としてステロイド (強力静注療法)、タクロリムス、インフリキシマブ、トファシチニブが主に使用される。

クローン病

2002年に導入されたインフリキシマブ (IFX) により、それまでのステロイドと栄養療法から治療が一変した。難治例に対しても IFX は対して高い有効率を示し、その後アダリムマブ、ウステキヌマブ、ベドリズマブが導入された。当科におけるウステキヌマブの中等症患者に対する投与半年後における有効率は68%、臨床寛解率は45%であった。抗 TNF- α 抗体製剤への小腸病変への効果は大腸に比して弱いとの成績があり、元来小腸病変は手術に直結する症状によって初めて診断されることが多い (強い小腸狭窄による腹部膨満感、腹痛や瘻孔感染による発熱など)。ゆえに小腸にも活動性を認めた際もしくは穿通型の術後には病態がリセットされていてもタイトなモニタリングとバイオ製剤による維持治療が必要となる。保険診療に導入されたロイシンリッチ $\alpha 2$ グリコプロテ

イン (Leucine-rich alpha 2 glycoprotein : LRG) は、TNF- α 、IL-22といった IL-6以外のサイトカインで引き起こされる炎症でも発現するため、CRP が正常範囲内の症例における活動性評価に有用であり、小腸粘膜治癒には LRG 8.9 μ g/ml 以下が目標とされる報告がある。

学歴・職歴

平成9年	岐阜大学医学部卒業
平成9年	名古屋大学関連病院 研修 (厚生連渥美病院、小牧市民病院)
平成15年	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 研究員
平成19年	医学博士 (名大医)
平成21年	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
平成23年	英国セントマークス病院リサーチフェロー (1年間)
平成24年	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
平成26年	名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教
平成30年4月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院講師
令和元年9月	名古屋大学医学部附属病院 IBD センター 副センター長兼任
令和2年1月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師

現在に至る。

資格

総合内科専門医指導医、日本医師会認定産業医、日本消化器病学会専門医指導医、日本消化器内視鏡学会専門医指導医、日本消化管学会専門医指導医、日本カプセル内視鏡学会専門医指導医、外国人医師臨床修練指導医

4) 胃癌の診断と治療

藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

衛生環境の向上と、Hp 感染胃炎に対する除菌療法が保険収載されたことにより、Hp 未感染及び除菌後胃が急速に増加している。従来の Hp 感染胃癌と、今後増加する Hp 未感染胃癌及び Hp 除菌後胃癌では、胃癌の特徴に差異がある。今後の胃癌診療において、Hp 感染胃癌、Hp 除菌後胃癌、Hp 未感染胃癌の特徴を理解する必要がある。

Hp 感染胃炎の内視鏡診断には、春間らによる胃炎の京都分類が有用である。Hp 未感染胃では活動性胃炎や胃粘膜萎縮を認めない。粘膜は凹凸を認めず、胃体部小彎の RAC (Regular Arrangement of Collecting venules) は Hp 非感染者の特徴的な所見とされる。Hp 除菌後胃粘膜については、粘膜発赤や大彎襞肥厚等の活動性胃炎所見は除菌後に消失するが、胃粘膜萎縮は急な変化を認めず、黄色腫も残存することが多い。

従来の胃癌は、ほとんどが Hp 感染胃粘膜から発生し、Hp 陰性胃癌は印環細胞癌などの未分化型胃癌が主とされてきた。印環細胞癌は Hp 陽性胃粘膜では胃底腺と幽門腺の腺萎縮境界を胃角部大彎付近で認めることが多いが、Hp 未感染胃粘膜では胃底腺が前庭部まで広がっていることに注意が必要となる。また、Hp 未感染胃粘膜を背景に発生する特徴的な胃癌として、胃底腺型胃癌や腺窩上皮型胃癌の報告が増えている。胃底腺型胃癌は、胃底腺への分化を示す胃癌であり、胃体部の胃底腺粘膜に発生することが多く、白色調の粘膜下腫瘍様隆起性病変で拡張した樹枝状血管が典型的である。腫瘍表層は非腫瘍粘膜に被覆されていることも多く、診断には生検が必要となる。腺窩上皮型胃癌は、胃体部から穹窿部大彎側に発見されることが多い。形態は、白色調の平坦隆起性病変と、ラズベリー様のくびれのある発赤調病変が典型的である。

Hp 除菌後の早期胃癌の中には、粘膜表層が異型に乏しい上皮に被覆されていて、発見が困難になる症例が経験される。比較的分化度の高い病変に多く認められ、拡大内視鏡観察においても胃炎類似所見を呈し、診断困難な症例も存在する。

欧米では、胃癌の分子サブタイプに着目した TCGA 分類 (The Cancer Genome Atlas) が提唱されている。EBV 陽性胃癌、マイクロサテライト不安定腫瘍、ゲノム安定腫瘍、染色体不安定腫瘍に分類され、近年胃癌化学療法に使用されている免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬剤の有用性とも相関する。

本講演では、大きく変化しつつある胃癌診療について、最近のエビデンスや自験例など述べたい。

略歴

1995年3月 名古屋大学医学部卒業
1995年4月 愛知厚生連昭和病院 研修医
1996年4月 愛知厚生連昭和病院 内科医員
1999年8月 大垣市民病院 消化器科医員
2001年4月 名古屋大学 内科学第二講座 研究生
2003年4月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科医員
2008年4月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 助教
2012年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 助教
2015年7月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 講師
2019年11月 藤田医科大学病院 国際医療センター 病院教授
2020年7月 藤田医科大学 消化器内科学Ⅱ 臨床教授
2021年4月 藤田医科大学 消化器内科学（組織変更） 臨床教授
現在に至る

主な所属学会、資格、役職等

日本内科学会（認定医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、和文誌査読委員、内視鏡鎮静ガイドライン作成委員）
日本消化管学会（専門医、指導医）