

日本消化器病学会東海支部第141回例会

第 52 回 教 育 講 演 会

プログラム抄録集

会 長 問山裕二
(三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学)

日 時 2024年11月16日 (土) 午前 9 時30分より

会 場 アスト津
〒514-0009 三重県津市羽所町700
TEL (059) 213-2111

参加受付	ホテルグリーンパーク津	1F ロビー
演者座長受付	ホテルグリーンパーク津	1F ロビー
第 1 会場	ホテルグリーンパーク津	6F 「伊勢」
第 2 会場	ホテルグリーンパーク津	6F 「安濃」
第 3 会場	アストプラザ	4F アストホール
第 4 会場	アストプラザ	5F ギャラリー1
幹 事 会	ホテルグリーンパーク津	6F 「藤・萩」

(附 第134回市民公開講座プログラム)

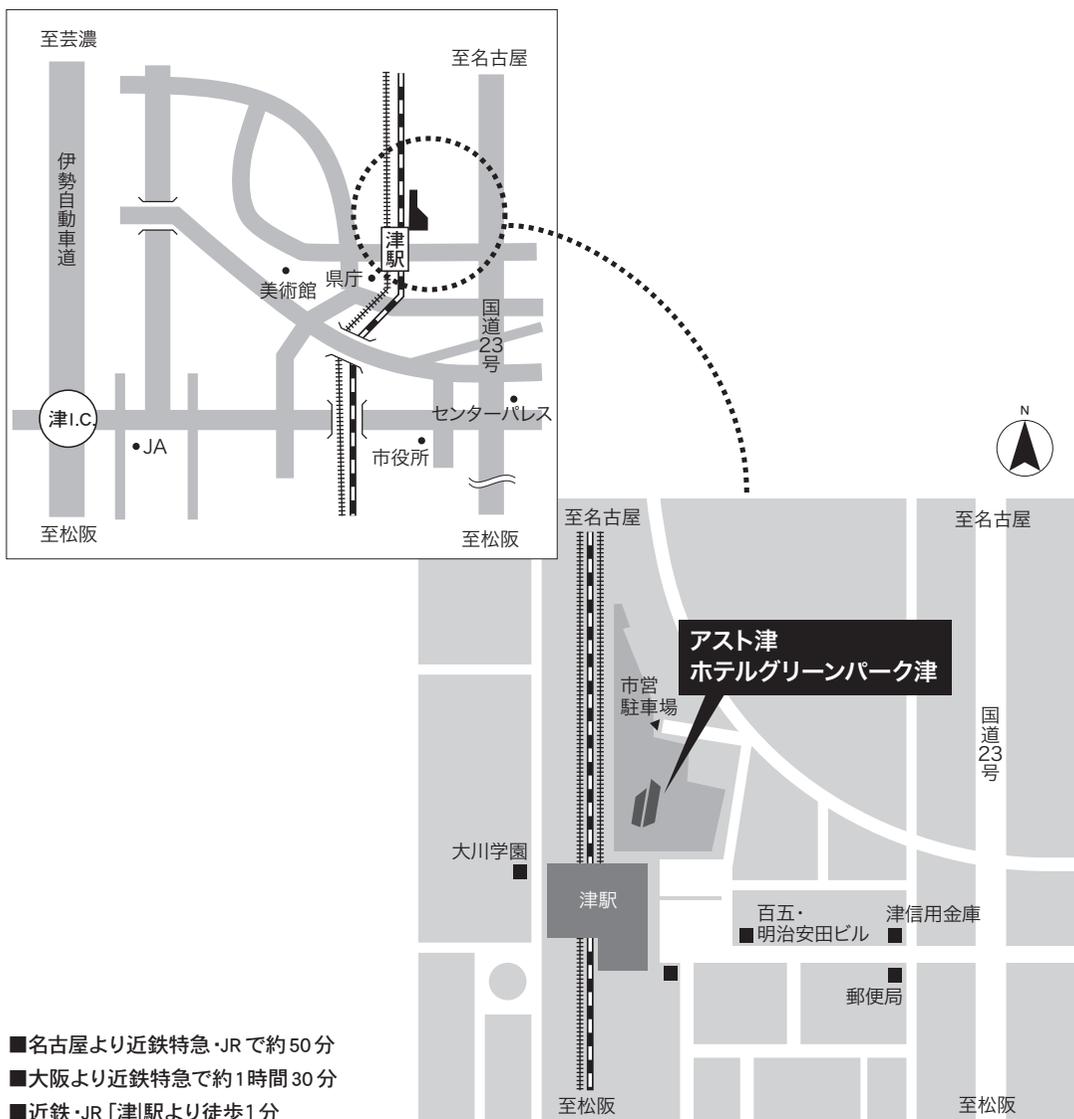
2024年11月17日 (日)

三重大学医学部 第 3 講義室

プログラム目次

交通のご案内	1
会場のご案内	2
プログラム・会場早見表	3
お知らせ・お願い	4
発表要領	6
シンポジウム・共催セミナーのご案内	7
男女共同参画の会のご案内	9
第28回専門医セミナーのご案内	10
第52回教育講演会のご案内	11
第134回市民公開講座のご案内	12
第52回教育講演会プログラム	15
第52回教育講演会抄録	16
男女共同参画の会プログラム	27
男女共同参画の会プログラム抄録	28
シンポジウムプログラム	34
シンポジウム抄録	37
一般演題プログラム	44
一般演題抄録	56
協賛企業一覧・広告	73

交通のご案内



アスト津

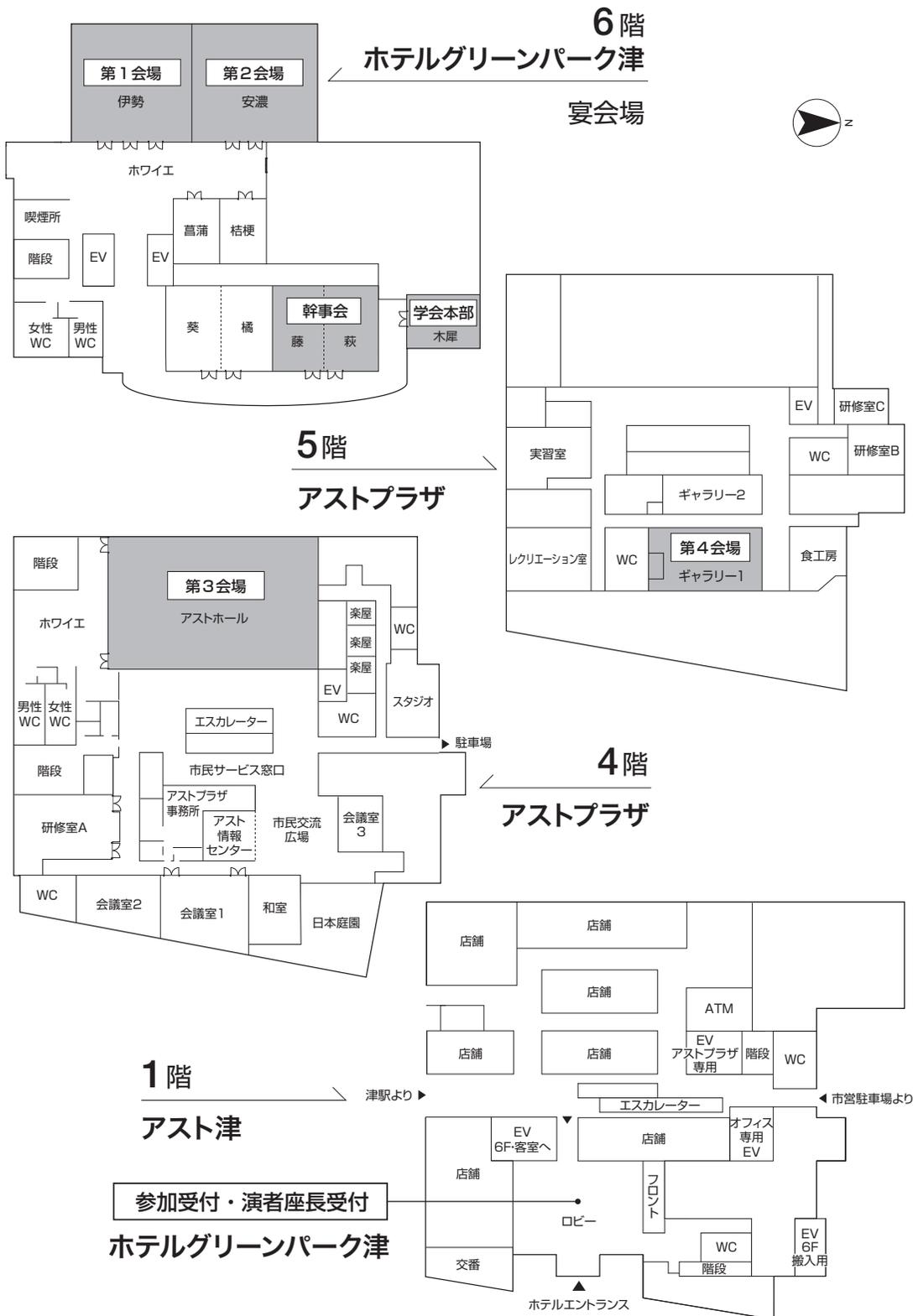
<http://www.ust-tsu.jp/>

ホテルグリーンパーク津

TEL:059-213-2111 <http://www.greens.co.jp/gptsu>

〒514-0009 三重県津市羽所町700

会場のご案内



プログラム&会場早見表

	第1会場 ホテルグリーンパーク津 6F「伊勢」	第2会場 ホテルグリーンパーク津 6F「安濃」	第3会場 アストプラザ 4F アストホール	第4会場 アストプラザ 5F ギャラリー1	幹事会 ホテルグリーンパーク津 6F「藤・萩」
09:00					
09:30	閉会の辞				
10:00	09:30-10:30 専門医セミナー	9:30-11:00 シンポジウム1 『消化管疾患に対する 最新の診断・治療』	9:45-10:34 胆1	9:45-10:34 肝1	
10:30		司会：服部憲史 井深貴士			
11:00	10:40-11:40 教育講演 【上部消化管】 司会：大井正貴 講師：宮原良二		10:34-11:23 胆2	10:34-11:16 肝2	10:30-11:30 幹事会
11:30			11:23-12:05 膵1	11:16-11:51 上部消化管1	
12:00	11:40-12:40 教育講演 【下部消化管】 司会：松橋延壽 講師：奥川喜永	11:40-12:40 スポンサードセミナー 座長：片岡洋望 演者：堀内 朗 共催：機ツムラ	12:05-12:40 膵2	11:51-12:33 上部消化管2	
12:30					
13:00	12:55-13:55 ランチョンセミナー1 座長：大宮直木 演者：山本隆行 共催：アツヴィ(株)	12:55-13:55 ランチョンセミナー2 座長：松橋延壽 演者：舛石俊樹 共催：小野薬品工業(株) プリストル・マイヤーズ スタイブ(株)	12:55-13:55 評議員会		
13:30					
14:00					
14:30	14:05-15:05 アフタヌーンセミナー1 座長：奥川喜永 演者：鎌田信彦 共催：ミヤリサン製薬(株)	14:05-15:05 男女共同参画の会	14:05-15:05 アフタヌーンセミナー2 座長：大塚幸喜 演者：川村幹雄 山川雄士 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)		
15:00					
15:30	15:15-16:15 教育講演 【胆膵】 司会：栗山直久 講師：石川卓哉	15:15-17:15 シンポジウム2 『肝胆膵疾患に対する 最新の診断・治療』	15:15-15:57 下部消化管1		
16:00		司会：加藤宏之 松浦健太郎	15:57-16:39 下部消化管2		
16:30	16:15-17:15 教育講演 【肝臓】 司会：佐野 力 講師：水野修吾		16:39-17:21 下部消化管3		
17:00					
17:30	閉会の辞				

お知らせ・お願い

■ご参加の皆様へ

- ・本会は会場での現地開催となります。配信はございません。
- ・参加受付は9：00頃より開始予定です。
- ・会場内では、感染症予防および拡散防止にご理解・ご協力をお願いいたします。
発熱や体調不良など感染症の疑いがある場合は、来場をお控えください。
- ・クロークはございません。予めご了承ください。

■支部例会のご案内

参加費：会員 1,000円（不課税）

非会員 1,100円（課税・消費税10%込）

参加費と引換えにネームカード（参加証明書 兼 領収証）と抄録集をお渡しいたします。
専門医更新単位は5単位です。

■教育講演会のご案内

・参加費：会員 1,000円（不課税）

非会員 1,100円（課税・消費税10%込）

※教育講演会のみ参加は不可、支部例会の参加登録が必須です。

半日参加、全日参加にかかわらず一律料金です。

・参加費と引換えにネームカード（兼 領収証）をお渡しいたします。

※受付時にお渡しするネームカードは参加証ではありません。

参加証は午前・午後に分けて会場前にて配布いたします。

参加証の発行には、午前の部・午後の部それぞれの講演を聴講し、かつ講演毎に出題されるセルフトレーニング問題への回答が必要です。

・専門医更新単位は午前9単位、午後9単位です。

■専門医セミナーのご案内

参加費：無料 ※支部例会の参加登録が必須

参加をされる場合は直接講演会場へお越しください。

参加証は専門医セミナー開催時間帯に会場前にて配布いたします。

■評議員会のご案内

日時：令和5年11月16日（土）12：55～13：55

会場：4階 アストホール（第3会場）

※ご昼食をご用意いたします。

■演者・座長へのご案内

持ち時間：シンポジウム① 口演10分 質疑応答2分 総合討論なし

シンポジウム② 口演8分 質疑応答2分 総合討論なし

一般演題 口演5分 質疑応答2分

《シンポジウム司会・一般演題座長の先生方へ》

演者座長受付：ホテルグリーンパーク津 1F ロビー

- ・ご担当セッションの開始20分前までに「演者座長受付」へお立ち寄りください。

《シンポジウム演者・一般演題演者の先生方へ》

演者座長受付：ホテルグリーンパーク津 1F ロビー

PC 受付：第1会場の方 … ホテルグリーンパーク津 6F 「安濃」前

第2会場の方 … ホテルグリーンパーク津 6F 「安濃」前

第3会場の方 … アストプラザ 4F アストホールホワイエ

第4会場の方 … アストプラザ 5F ギャラリー1前

- ・ご発表セッション開始30分前までに「演者座長受付」にてご到着をお知らせいただき、該当のPC 受付にてデータ受付を行ってください。

PC 受付は発表会場によって異なります。フロアの違う受付では対応できませんのでご注意ください。

- ・スライド枚数に制限はありませんが発表時間を厳守してください。
- ・発表方法については次頁の「発表要領」をご確認ください。

■単位登録についてのご案内

専門医更新単位は学会ホームページよりご登録いただく方式となります。

学会 Web サイトの「パーソナルページ」→「学術集会参加登録」より、支部例会・教育講演会・専門医セミナーの各参加証に記載されている番号（15桁）にて各自登録をお願いいたします。
(支部例会：5単位、教育講演会：午前9単位・午後9単位、専門医セミナー：3単位)

発表要領

■ご発表について

- ・現地会場でのコンピュータープレゼンテーションのみといたします。
演台に備え付けのマウス等を使用し、発表者ご自身にて進めてください。
オンライン発表には対応していません。
- ・発表データの受付は、原則として USB フラッシュメモリといたします。
動画がある場合は、バックアップとして動画ファイルの入った PC をご持参ください。

■発表用データ作成上の留意点

《データ持ち込みによるご発表》

1. 事務局にて用意する PC は Windows、プレゼンテーションソフトは Power Point です。
2. メディアの持ち込みは Windows 版 Power Point で作成されたデータのみといたします。
(フォントは Power Point に標準搭載されているものをご使用ください。)
3. Mac で作成したデータは Windows 上で位置のずれや文字化け等の不具合が生じる場合が多いため、本体持ち込みを推奨いたします。
データ持ち込みの場合は、各自 Windows 上での作動確認と、Windows 用にデータ変換を行った上でのご用意をお願いいたします。
4. 静止画・動画・グラフ等のデータをリンクさせている場合は必ず元のデータも一緒に保存し、作成に使用した PC 以外の Windows PC にて事前に動作確認をお願いいたします。
5. 液晶プロジェクターの出力解像度はフル HD (1920×1080、16:9) に対応しております。
6. 音声出力は使用できません。
7. 発表者ツールはご使用になれません。

《PC 持ち込みによるご発表》

1. 必ず付属の AC アダプターをご持参ください。
2. 液晶プロジェクターとの接続は、事務局では HDMI ケーブルをご用意いたします。
事前に持ち込むデバイスをご確認の上、変換アダプターが必要な場合は必ずご持参ください。
3. 発表中にスクリーンセーバーや省電力機能で電源が切れないよう事前に設定をご確認ください。
4. 音声出力は使用できません。
5. 発表者ツールはご使用になれません。

《その他留意事項》

1. データを保存する前に必ずウイルスチェックを行ってください。
2. 発表セッション開始30分前迄に「演者座長受付」へ立ち寄り、データ受付を済ませてください。(可能な限り早めに受付にお越しくください。)
3. 申告すべき COI 状態の有無にかかわらず発表スライドの最初 (またはタイトルスライドの次) に COI 状態の開示をお願いいたします。
詳細は、日本消化器病学会 Web サイトにてご確認ください。

シンポジウム・共催セミナーのご案内

シンポジウム 1 『消化管疾患の最新の診断・治療』

会 場：第2会場

時 間：9：30～11：00

司 会：名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科

服部 憲史

岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部

井深 貴士

シンポジウム 2 『肝胆膵疾患の最新の診断・治療』

会 場：第2会場

時 間：15：15～17：15

司 会：藤田医科大学ばんだね病院 外科・小児外科

加藤 宏之

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

松浦健太郎

ランチョンセミナー 1

会 場：第1会場

時 間：12：55～13：55

座 長：藤田医科大学 医学部 先端光学診療学

大宮 直木

演 者：四日市羽津医療センター 外科 IBD センター

山本 隆行

『主要臨床試験から紐解くクローン病治療の最前線：

SEQUENCE 試験の知見と共に』

共 催：アッヴィ合同会社

ランチョンセミナー 2

会 場：第2会場

時 間：12：55～13：55

座 長：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学

松橋 延壽

演 者：愛知県がんセンター 薬物療法部

舛石 俊樹

『胃がん薬物療法—1次治療のベストプラクティス—』

共 催：小野薬品工業株式会社、ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

アフタヌーンセミナー 1

会 場：第1会場

時 間：14：05～15：05

座 長：三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部 ゲノム診療科 奥川 喜永

演 者：ミシガン大学医学部 消化器内科、
大阪大学 免疫学フロンティア研究センター 鎌田 信彦
『口腔-腸管連関から紐解く消化管疾患病態』

共 催：ミヤリサン製薬株式会社

アフタヌーンセミナー 2

会 場：第3会場

時 間：14：05～15：05

座 長：藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学講座 大塚 幸喜

演 者：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 川村 幹雄
『Total neoadjuvant therapy とロボット支援手術で挑む直腸癌低侵襲治療』
名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 山川 雄士
『進行結腸癌に対するロボット支援手術と術後補助化学療法』

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

スポンサードセミナー

会 場：第2会場

時 間：11：40～12：40

座 長：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 片岡 洋望

演 者：昭和伊南総合病院 消化器病センター 堀内 朗
『コロナ禍後の消化器症状に対する漢方治療
～消化器診療の選択肢を増やす～』

共 催：株式会社ツムラ

男女共同参画の会のご案内

会 場：第2会場

時 間：14：05～15：05

テ ー マ：『働き方改革開始後の現状』

司 会：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

山田 玲子

特別発言：高山赤十字病院 消化器内科

白子 順子

1) 『『男女共同参画』は多様性のある働き方の第一歩?』

演 者：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部

山田 貴教

2) 『三重県内消化器内科医師におけるワーク・エンゲイジメントとバーンアウトに関する調査研究

Survey Study on Work Engagement and Burnout among Gastroenterologist in Mie ~ WELLNESS-Mie ~』

演 者：三重県医療保健部医療人材課 医師確保班

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

黒田真里奈

3) 『当院の働き方改革の現状ならびに女性外科医の働き方』

演 者：JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科

赤尾 希美

4) 『働き方改革導入後の小児外科医の働き方の現状と今後の課題』

演 者：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

長野 由佳

第28回専門医セミナーのご案内

会 場：第1会場

時 間：9：30～10：30

テーマ：「潰瘍性大腸炎に対する治療」

司 会：三重大学医学部附属病院 消化器病センター

堀木 紀行

症例提示・mini レクチャー：

三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

大北 喜基

討論者：三重大学医学部附属病院 光学医療診療部

中村 美咲

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

尾関 啓司

藤田医科大学 消化器内科学

鎌野 俊彰

浜松医科大学 第一内科

高橋 賢一

第52回教育講演会のご案内

会 場：第1会場

時 間：10：40～17：15

教育講演1 『食道癌診療の up to date』

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

大井 正貴

講師：藤田医科大学 消化器内科学

宮原 良二

教育講演2 『大腸癌における個別化医療の現状と今後』

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学

松橋 延壽

講師：三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部

奥川 喜永

教育講演3 『膵癌の診断と治療 up-to date』

司会：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学

栗山 直久

講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

石川 卓哉

教育講演4 『肝細胞癌に対する外科治療』

司会：愛知医科大学 消化器外科

佐野 力

講師：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学

水野 修吾

第134回市民公開講座のご案内

日 時：2024年11月17日（日） 13：00～16：00

会 場：三重大学医学部 第3講義室

司 会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 問山 裕二

身近なおなかの病気の最新情報 ～診断と治療～

【上部消化管】

講師：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 吉山 繁幸

【下部消化管】

講師：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 川村 幹雄

【肝臓】

講師：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 田中 秀明

【胆膵】

講師：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 山田 玲子

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52回教育講演会プログラム

第1会場

教育講演1 10:40~11:40

司会：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 大井 正貴
『食道癌診療の up to date』

講師：藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

教育講演2 11:40~12:40

司会：岐阜大学大学院医学系研究科 消化器外科・小児外科学 松橋 延壽
『大腸癌における個別化医療の現状と今後』

講師：三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部 奥川 喜永

教育講演3 15:15~16:15

司会：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学 栗山 直久
『膵癌の診断と治療 up-to date』

講師：名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 石川 卓哉

教育講演4 16:15~17:15

司会：愛知医科大学 消化器外科 佐野 力
『肝細胞癌に対する外科治療』

講師：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学 水野 修吾

1) 食道癌診療の up to date

藤田医科大学 消化器内科学 宮原 良二

疫学

国立癌研究センターがん情報サービスによると、2019年の食道癌罹患率（10万人あたり）は男性で35.4人、女性で7.2人であり、罹患率は増加傾向にある。2009年から2011年に食道癌と診断されてからの5年生存率は男性で40.6%、女性で45.9%であり、年齢調整死亡率については2000年代以降徐々に低下傾向を認める。占居部位は胸部中部食道が47%と最も多く、組織型は扁平上皮癌が約90%と多い。バレット食道癌を含めた腺癌が薬7%であった。扁平上皮癌の危険因子としては、喫煙・飲酒・不活型 ALDH 2 遺伝子 (ALDH 2*1/*2)・熱い飲食物（茶粥など）・栄養状態の低下やビタミンの欠乏が挙げられる。また、同時性、異時性の重複癌が多く、多臓器重複癌は同時・異時を含めて約20%あり、胃癌・咽頭癌の順に多い。

治療

cStage 0/I 食道癌の治療方針決定においては、上部消化管内視鏡と CT 検査を中心に行う。リンパ節転移を伴わない粘膜内癌 (cStage 0) に対しては低侵襲な内視鏡的切除術、リンパ節転移を伴わない粘膜下層癌 (cStage I) に対しては手術あるいは化学放射線療法の治療選択の選択となり、僅かな深達度の違いで治療方針が大きく異なる。食道表在癌に対する深達度診断を正確に行うため、画像強調機能を併用した拡大内視鏡観察が推奨される。EUS も深達度診断に用いられることが多いが、拡大内視鏡と比較して正診割合が低く、overdiagnosis の割合が高いことに注意が必要がある。Stage I 食道癌に対して、化学放射線療法は手術治療と比較して、無増悪生存期間が及ばないものの、同等の全生存期間を示しており、食道温存を希望する患者に対する治療の選択肢となる。

cStage II/III 食道癌の治療については、術前化学療法（または化学放射線療法）を施行し、その後に根治切除を行う。術前化学療法については、JCOG1109 試験の結果から、DCF 療法が推奨されるが、症例に応じて CF 療法や CF + RT 療法も考慮される。

cStage IV A 食道癌は切除不能であるが、病変が局所にとどまっており、化学放射線療法による根治が期待できる。しかし、10-20%の致死的な合併症（腫瘍穿孔・穿通）の可能性もあり、治療開始前に十分な説明が必要となる。

cStage IV B 食道癌は、局所を超えて進行した状態であり、ICI 併用化学療法が中心となる。通貨障害を伴う場合にメタリックステント留置を選択される場合が多いが、放射線療法との比較試験では、症状改善持続期間については放射線療法で良好であったとの報告もあり、緩和的放射線療法は選択肢となる。

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（現 愛知厚生連江南厚生病院） 研修医
- 1996年 4月 愛知厚生連昭和病院内科
- 1999年 8月 大垣市民病院消化器消化器内科
- 2001年 4月 名古屋大学医学部消化器内科 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 病院助教
- 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 藤田医科大学医学部消化器内科学 臨床教授

所属学会

日本内科学会、日本消化器内視鏡学会（学術評議員、鎮静ガイドライン作成委員、和文査読委員）、日本消化器病学会（学会評議員）、日本消化管学会（指導医）、日本食道学会、日本臨床腫瘍学会、日本消化器がん検診学会

2) 大腸癌における個別化医療の現状と今後

三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部 奥川 喜永

がんゲノム医療の進展とともに、大腸癌領域においても個別化医療がこの10年で飛躍的な進捗を遂げている。切除不能進行再発大腸癌においては、*KRAS*, *NRAS*, *BRAF* V600E, *HER2*, *MSI* の検索は、もはや薬物選択を行ううえで評価することが実臨床で重要となり、またそれ以外にも Tumor Mutation Burden -High や *NTRK* 融合遺伝子異常、*RET* 融合遺伝子異常に対しても臓器横断的に有効性のある薬剤が本邦において保険適応となった。このように切除不能進行再発大腸癌領域において、薬剤に関する個別化医療が着実に進捗している。また根治的切除可能症例に対してもまた、こういった遺伝子異常の一部を検索することは、術後補助療法を選択として保険診療下で行うことが可能であり、切除不能進行再発症例のみならず、StageII/III の根治的切除後症例においても重要となる。とくに *MSI* 検査や *BRAF* V600E 検査は遺伝性大腸癌の診断につなぐためにも重要となり、患者本人に対する異時性大腸癌などのリスク軽減のみならず、血縁者のリスク軽減にもつなげていくことが可能となる。実際、*MSI* 検査は、リンチ症候群に対するユニバーサルスクリーニングを事実上、保険診療で行える状況ともなった。また腫瘍特異的な遺伝子異常を利用し、微小残存腫瘍を検出するための Liquid Biopsy も、著しい再発予測効果があることがあきらかとなり、今後、本邦においても実臨床に組み込まれてくる可能性が期待されている。下部進行直腸癌においては、術前化学放射線療法により手術回避を可能とする Total Neoadjuvant Therapy (TNT) の有効性が脚光を浴び、個別化医療につなげるためのバイオマーカー研究や臨床試験も現在、進行している。そのような背景の中で、日本臨床腫瘍学会においても大腸がん診療における遺伝子関連検査等のガイダンス第5版が2023年に改定され、2024年には大腸癌研究会より、大腸癌治療ガイドラインと遺伝性大腸癌診療ガイドラインがともに改定された。本発表では、大腸癌治療の個別化医療の現状を総括するとともに今後の展望を議論する。

略 歴

平成15年 4月	聖路加国際病院 前期研修医
平成17年 4月	三重大学医学系研究科 消化管・小児外科学分野 大学院入学
平成21年 4月	三重大学医学部附属病院 消化管外科 医員
平成22年 7月	桑名西医療センター 外科医長
平成23年 7月	三重大学医学部附属病院臨床研修キャリア支援センター 助教
平成25年 4月	Baylor Medical Center Dallas Research Fellow
平成27年 4月	三重大学医学部附属病院 消化管外科 助教
平成28年 1月	伊賀市立上野総合市民病院 外科医長・腫瘍内科医長
平成29年 4月	三重大学医学看護学教育センター 助教
令和2年 2月	三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部 講師
令和3年 7月	三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部 教授

所属学会・資格・役職

- ・日本外科学会（JSS）専門医
- ・日本消化器外科学会（JSGS）代議員、消化器がん外科治療認定医、専門医、指導医、バックキャストニング WG 委員
- ・日本消化器病学会（JSGE）支部評議員、専門医、指導医
- ・日本癌学会（JCA）評議員
- ・日本癌治療学会（JSCO）代議員、がん治療認定医、がん診療ガイドライン評価委員会委員／がん保険診療対策委員会委員／広報・渉外委員会委員
- ・日本臨床腫瘍学会（JSMO）がん薬物療法専門医、指導医、大腸癌遺伝子検査等診療ガイドランス第四版／第五版作成委員／認定施設審査部会委員
- ・日本大腸肛門病学会（JSCP）評議員、専門医、指導医
- ・日本臨床外科学会（JSA）評議員
- ・日本外科感染症学会（JSSI）評議員
- ・日本栄養治療学会（JSPEN）理事、代議員、認定医、プログラム委員会委員長／Patient Advocacy 委員会副委員長／臨床研究委員会副委員長／Under-45委員／支部代表世話人
- ・日本外科代謝栄養学会（JSSMN）評議員、国際委員会委員、広報委員会委員
- ・日本病態栄養学会がん病態専門管理栄養士制度委員会委員
- ・日本がんサポーターケア学会（JASCC）評議員、漢方部会委員
- ・日本緩和医療学会（JSPM）専門医、指導医
- ・日本遺伝性腫瘍学会（JSHT）評議員、専門医・指導医、編集委員会委員、専門医制度小委員会委員、倫理審査委員会委員、保険診療委員会委員
- ・日本人類遺伝学会（JHG）評議員、臨床遺伝専門医
- ・日本遺伝子診療学会（JSGDT）評議員、フォーラム実行委員／体細胞遺伝子検査委員
- ・日本臨床検査医学会（JSLM）検査管理医、遺伝子委員会委員
- ・日本医療検査科学会（JSLC）遺伝子・プロテオミクス委員会委員・がんゲノム検査の評価と規制に関する基本的考え方 WG 委員、遺伝学的検査における外部精度管理としてのクロスチェック WG 委員
- ・日本サルコペニア・悪液質・消耗性疾患研究会（JSCW）理事
- ・日本がん疫学・分子疫学研究会幹事
- ・日本在宅経腸栄養研究会世話人

3) 膵癌の診断と治療 up-to date

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 石川 卓哉

多くの癌種で生存期間が延びている中、膵癌の予後は依然として不良である。本邦における膵癌による死亡数は増加傾向にあり、国立癌研究センターの癌登録・統計によると2022年は39,468人となり、全癌死亡の中で第4位となっている。現在のところ外科的切除が唯一根治を期待できる治療であるが、膵癌は発見時には既に進行していることが多く、全国調査によれば切除率は40%であった。切除後の再発率も高く、5年生存率は膵癌全体で10%未満である。予後改善のためには早期診断が不可欠であり、様々な試みがなされている。

膵癌は初期には特異的な症状に乏しいため、臨床症状は早期発見の指標とはならない。早期診断のためには家族歴、嗜好歴、基礎疾患などの聴取により高リスク群を拾い上げることが重要となる。特に慢性膵炎・膵嚢胞患者では膵癌発生のリスクが高い。

初発症状としては腹痛、黄疸、腰背部痛、体重減少などがある。糖尿病は膵癌患者の60-81%に認め、糖尿病診断後2年以内に膵癌と診断されることが多い。

腹痛などの腹部症状や糖尿病の新規発症・増悪を認めた場合は膵癌を念頭に検査を行うことが望ましい。経腹壁超音波検査（TUS）は簡便、低侵襲であることから初期スクリーニングの検査として行われることが多い。TUSで膵管拡張など間接所見を認める場合や血中膵酵素・腫瘍マーカーが高値の症例では、造影CT、MRI、超音波内視鏡（EUS）などの画像検査を追加する。EUSは空間・時間分解能に優れており、1 cm以下の小膵癌を発見できることもある。また腫瘍が認められなくても内視鏡的逆行性胆管膵管造影（ERCP）による膵液細胞診により診断に至ることがある。遠隔転移診断にFDG-PETは有用であり、特に肝転移診断にはGd-EOB-DTPAを用いた造影MRI（EOB-MRI）が有用である。

近年、膵癌に対する新たな化学療法が考案され、術前・術後化学療法の導入などにより少しずつではあるが、膵癌の予後は改善している。症例は限られるが免疫チェックポイント阻害薬であるペンブロリズマブやPARP阻害薬であるオラパリブが使用可能となり、治療効果が期待される。

学 歴

2001年 3月 名古屋大学医学部 卒業
2007年 4月 名古屋大学大学院医学系研究科 入学
2011年 3月 名古屋大学大学院医学系研究科 卒業、医学博士学位取得

職 歴

2001年 5月-2005年 9月 トヨタ記念病院 勤務
2005年10月-2007年 9月 名古屋共立病院 勤務
2011年 1月-2014年 6月 名古屋第一赤十字病院 勤務
2014年 7月-2016年 6月 カルガリー大学留学 Therapeutic Endoscopy Fellow
2016年 7月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
2020年 2月 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教
2023年 1月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師

所属学会

日本内科学会（総合内科専門医）
日本消化器病学会（指導医・評議員）
日本消化器内視鏡学会（指導医・評議員）
日本超音波医学会（指導医・評議員）
日本膵臓学会（指導医）
日本胆道学会（指導医・評議員）
日本消化管学会（会員）
日本消化器がん検診学会（会員）

受賞歴

2012年度 日本胆道学会賞
ENDO 2020/JGES Best Abstract Award 2020
APDW 2023 The Best Video Abstract Runner Up

4) 肝細胞癌に対する外科治療

三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科学 水野 修吾

肝癌に対する新たな治療戦略である分子標的薬を用いた全身化学療法が進化の中で、肝切除・肝移植の適応と成績および今後の課題について紹介する。

I. 肝癌に対する薬物治療

近年の全身化学療法における各種分子標的薬の登場と進化により、肝細胞癌に対する治療において大きなパラダイムシフトを迎えている。2007年にソラフェニブ(チロシンキナーゼ阻害薬:TKI)が登場し、2014年以降ラムシルマブ(抗 VEGF2R 阻害薬)、レンバチニブ(TKI)、レゴラフェニブ(TKI)、カボサンチニブ(TKI)、そしてアテゾリズマブ(抗 PDL1阻害薬) + ベバシズマブ(抗 VEGF 阻害薬)さらにはトレメリムマブ(抗 CTLA-4 抗体) + デュルバルマブ(抗 PDL1抗体)と次々に新薬が登場し、日本肝臓学会の2021年度版肝癌診療ガイドラインにこれら薬剤が掲載された。

II. 肝切除・肝移植の適応

本邦の肝癌診療ガイドラインでは、Child-Pugh 分類 A / B において、肝外転移および脈管侵襲を認めない場合に腫瘍個数 1 - 3 個、腫瘍径 3 cm 以内は肝切除もしくは焼灼療法、腫瘍個数 1 - 3 個、腫瘍径 3 cm 超は肝切除が第一選択として推奨される。Child-Pugh 分類 C においては、ミラノ基準内(腫瘍数 3 個以下で腫瘍径 3 cm 以内もしくは腫瘍数 1 個で腫瘍径 5 cm 以内)あるいは 5 - 5 - 500基準内(遠隔転移や脈管侵襲なし、腫瘍径 5 cm 以内かつ腫瘍数 5 個以内、かつ AFP500ng/ml 以下)で、患者年齢が 65歳以下ならば肝移植が推奨される。

また昨年、日本肝癌研究会・日本肝胆膵外科学会合同プロジェクトから肝細胞癌の腫瘍学的切除可能性分類が、R: resectable : 切除単独で他治療よりも明らかに良好な予後を見込める腫瘍条件(単発または腫瘍数 3 個以下・最大腫瘍径 3 cm 以下、画像上肉眼的腫瘍栓を認めない、肝外病変を認めない) BR1: borderline resectable 1 : 切除単独では一般に予後不良だが、集学的治療の一環としての切除により予後の改善を期待しうる腫瘍条件、BR2: borderline resectable 2 (initially unsuitable for resection) : 切除による予後改善効果について十分なエビデンスがなく、集学的治療の中でその適応を慎重に判断すべき腫瘍条件、と定義された。

今後は膵癌のように、BR1に対する術前化学療法や、BR2に対して全身化学療法を行ったのちに肝切除を行うコンバージョン手術という概念が加わる可能性がある。

略 歴

- 1995年 3月 三重大学医学部卒業
1995年 7月 三重大学医学部附属病院 第一外科 研修医
1997年 4月 組合立紀南病院 外科医師
2001年 4月 三重大学医学部附属病院 助手
2004年 9月 独立行政法人国立病院機構 三重中央医療センター 外科医師
2005年10月 藤田保健衛生大学 七栗サナトリウム 外科学・緩和ケア講座 助手
2006年 4月 University of Florida, Hepatobiliary-Transplant Surgery
2008年 4月 三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科 講師
2017年 1月 尾鷲総合病院 外科部長（在籍出向）
2018年 1月 三重大学大学院医学系研究科肝胆膵・移植外科学 准教授
2019年11月 三重大学大学院医学系研究科肝胆膵・移植外科学 教授
2022年 4月 三重大学医学部附属病院 副病院長 教育・地域連携担当
2024年 4月 三重大学医学部附属病院 副病院長 診療担当

所属学会

日本外科学会（代議員）、日本消化器外科学会（評議員）、日本消化器病学会（評議員）、日本肝胆膵外科学会（評議員・学会幹事）、日本臨床外科学会（評議員）、日本膵臓学会（評議員）、日本胆道学会（評議員）、日本肝臓学会、日本移植学会、日本内視鏡外科学会

受賞歴

- 2010年 5月 第22回日本肝胆膵外科学会 理事長賞受賞
2013年11月 第26回日本外科感染症学会 最優秀論文賞（炭山賞）受賞
2014年 7月 第45回日本膵臓学会 会長賞受賞

男女共同参画の会 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。

男女共同参画の会プログラム

第2会場

司 会：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

山田 玲子

特別発言：高山赤十字病院 消化器内科

白子 順子

テ ー マ：『働き方改革開始後の現状』

『『男女共同参画』は多様性のある働き方の第一歩？』

演 者：浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部

山田 貴教

『三重県内消化器内科医師におけるワーク・エンゲイジメントとバーンアウトに関する調査研究

Survey Study on Work Engagement and Burnout among Gastroenterologist in Mie ~ WELLNESS-Mie ~』

演 者：三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

黒田真里奈、山田 玲子、中川 勇人

『当院の働き方改革の現状ならびに女性外科医の働き方』

演 者：JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科

赤尾 希美

『働き方改革導入後の小児外科医の働き方の現状と今後の課題』

演 者：三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学

長野 由佳

1) 『男女共同参画』は多様性のある働き方の第一歩？

浜松医科大学医学部附属病院 光学医療診療部 山田 貴教

2024年4月に始まった医師の働き方改革関連法の適応により、各施設でその対策が実際に運用され、様々な問題点の他に、好事例も得られていると思われるが、その対策の中心は時間外労働の上限規制対策の様な各論に置かれている様にも見える。

一方で、厚生労働省が示す『労務管理の徹底、労働時間の短縮により医師の健康を確保し、全ての医療専門職それぞれが、自らの能力を活かし、より能動的に対応できるようにすることにより、質・安全が確保された医療を持続可能な形で患者に提供できるようにする』と言う医師の働き方改革の目指すべき姿が、真に目指されているか、定期的に振り返ることも重要であると考ええる。

しかしながら、この目指すべき姿が達成されているか検証する方法は示されていない。そこで、我々は総合病院勤務の消化器内科医へのアンケート調査を行った。この調査により、彼らのエンゲージメント（仕事へのやる気や誇り）、心理的安全性は比較的高く、スキルへの評価、提案し易さ、休日・プライベートの充実が彼らの業務への満足度と生産性の向上に寄与する可能性が明らかになった。この様な職場の自己評価が働き方改革を発展させる上では需要であると考ええる。

また、本邦は少子高齢化による人口構成の急速な変化の只中にあり、様々な職種間での働き手獲得競争が起きている。この状況においても、我々消化器診療領域が発展し続けるためには、多様性を生かす心理的安全性の高い職場の構築を達成し、優秀な働き手に選ばれ、その後も継続して活躍できる環境を整えなければならない。

現在、本邦の消化器診療に携わる医師の職場環境は、性、年齢の他はほぼ均質な環境であるが、将来迎える多様性のある環境を生かすためのはじめの一歩は真の男女共同参画であり、本会の『女性医師の会』から『男女共同参画の会』への名称変更は未来への大きな一歩であると考えられ、今後の更なる発展が期待される。

2) 三重県内消化器内科医師におけるワーク・エンゲイジメントとバーンアウトに関する調査研究 Survey Study on Work Engagement and Burnout among Gastroenterologist in Mie ~ WELLNESS-Mie ~

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 黒田真里奈、山田 玲子、中川 勇人

三重大学では、これまで働き方改革への取り組みとして、①労働時間の該当性に関する取り扱いの明確化、②勤怠管理システムの導入、③他職種へのタスクシフト/シェアなどの整備を進めてきた。さらに、チーム制や当番制の導入により、業務の効率化を図っている。これらは三重大学消化器内科独自の取り組みであり、三重県内の市中病院での実際の状況は不明である。医局員の多くは市中病院などで勤務しており、県下全体での働き方の現状を把握するためにアンケート調査を行った。

本研究の目的は、消化器内科医におけるワークエンゲージメントとバーンアウトの関連について明らかにすることである。バーンアウトは、身体的および精神的ストレスによる燃え尽きと定義され、ワーク・エンゲージメントは仕事に対する熱意・没頭・活力が揃った状態を指し、バーンアウトとは対照的な概念である。研修医も含めた医師のバーンアウトの有病率は全体の過半数にのぼり、他の職種と比較して非常に高い水準にあることが報告されている。近年、医師の働き方改革により、勤務医の過重労働が常態化している実態が社会的に認知されるようになった。労働時間の短縮に重点が置かれているが、それに加えて、①職務と能力のミスマッチを減らす取り組み、②労働者の健康を客観的に評価する尺度の整備が求められている。

本研究では、働き方とワークライフバランスに対するワーク・エンゲージメントとバーンアウトの関連を検討する。三重県内の消化器内科医師を対象としたワーク・エンゲージメントとバーンアウトに関する調査研究 (Survey Study on Work Engagement and Burnout among Gastroenterologist in Mie、以下 WELLNESS-Mie) を実施した。

現在、アンケートを実施中であり、その結果を含めて報告する予定である。また、消化器内科における問題点や改善点などについて検討していきたい。

3) 当院の働き方改革の現状ならびに女性外科医の働き方

JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 外科 赤尾 希美

2019年4月から働き方改革関連法が施行され、2024年4月から医師の働き方改革が開始された。当院でも働き方改革に向けて業務内容や時間に変化が出てきている。まずは①勤怠管理システムの導入から始まり、②会議や委員会の定時時間内での開催・運営③看取りは当直医が担当④他職種へのタスクシェア⑤研修医の当直明けの勤務免除⑥勤務形態の多様化（特に看護師）⑦院内保育の充実⑧勤続年数が少なくても産休・育休が取得可能に⑨外来、など徐々に取り組みも進んできた。また、働き方改革と並行して、女性スタッフが働きやすい環境にするための取り組みも進んでいる。このような取り組みの中で、当院は三重県の女性が働きやすい医療機関に認定された。

医師の働き方改革は本格的に開始されて間もないため、成果や課題に関しては今後徐々に浮き彫りになってくると考えられるが、働き方改革が進み、男性も女性も働きやすい環境を作ることで、特に勤務時間が限られてしまいがちな育児中の男性・女性にとっても安心して働ける環境につながっていくことと思われる。

私自身は一児の母であり外科医であり、仕事と育児・家事のバランスに悩みながらの日々であるが、周囲に支えていただきつつこなすことが出来ている。私個人の経験や当院での現状も交えて働き方改革後の現状を報告する。

4) 働き方改革導入後の小児外科医の働き方の現状と今後の課題

三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学 長野 由佳

2024年4月から医師の働き方改革が開始された。これに伴い、病院全体や各診療科で働き方の改善や業務の効率化に向けて様々な取り組みが行われている。当院および当科での具体的な取り組みと現状を振り返り、今後の課題などについて考えていきたい。

働き方改革の開始に合わせて、当院では勤怠管理用アプリが導入され、医師自身が労働時間を把握しやすくなり、効率的な業務を意識しやすくなった。また、医師事務作業補助者の人数が増え、医師の業務はかなり軽減された。

当科としては、以前よりチーム制・オンコール制をとっており、完全休日を取れるようになってきている。休暇の取得も推奨されており、1週間～10日程度のまとまった休暇も取得しているほか、普段の業務に余裕ができた際には、お互いに積極的に休暇を取るようになっている。

また、小児外科は各診療科との連携が多い科であると思われるが、特に小児科との連携は重要である。小児外科診療を行なっている施設が三重県内に限られており、複数の小児外科常勤医が在籍して24時間体制で診療しているのは当院だけであるため、県内全域から相談のある小児外科特殊疾患の対応や新生児症例に関してのNICU管理などにも対応が必要である。これらについて、全てを当科スタッフのみで対応するのは困難であるため、各病院の小児科スタッフとは密に連携を取り合い、患児の病態を詳細に情報共有することで、適切なタイミングでの手術介入や当院への搬送ができるように工夫している。また、患児が当科に搬送となった場合、特にNICUでの集中管理が必要な症例などでは、小児科にも併診してもらうことで、処置や治療についてもタスクシフト・シェアしている。

なお、医師の健康確保と長時間労働の改善という働き方改革の目的の先には医師一人一人のQOL向上があると考えられるが、個人を取り巻く環境や家庭状況は様々である。未就学児のいる共働き家庭を持つ自身においては、家庭内でのタスクシェア・シフトも重要であるとする。子育てをしながら小児外科医の一人としてどのように働いているかの一例も示しつつ、今後の課題などについても考えていきたい。

シンポジウム 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。

シンポジウム 1

第 2 会場

9:30~11:00

司 会：名古屋大学医学部附属病院 消化器・腫瘍外科 服部 憲史
岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 井深 貴士

『消化管疾患の最新の診断・治療』

S1-1 日常臨床における切除不能進行・再発大腸癌に対する FOLFOXIRI 療法の治療成績

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○佐々木 槇子、志村 貴也、福定 繁紀、杉村 直美、田中 守、片岡 洋望

S1-2 当院におけるクローン病患者の腸管外合併症の検討
(複数の診療科で治療方針を協議した症例の経験を交えて)

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○小澤 範高、山崎 健路、清水 省吾

S1-3 難治性胃食道逆流症に対する Anti-reflux mucoplasty の当院における治療成績
山下病院 消化器内科

○山下 彩子、松崎 一平、菊地 正和、泉 千明、平野 智也、乾 和郎、服部 昌志

S1-4 活動期潰瘍性大腸炎に対する Golimumab の長期治療効果予測因子に関する検討
藤田医科大学 消化器内科学

○平山 裕、長坂 光夫、鎌野 俊彰、村島 健太郎、船坂 好平、宮原 良二、
大野 栄三郎、葛谷 貞二、廣岡 芳樹

S1-5 CAST hood^R を使用した十二指腸 ESD の治療成績

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○福沢 一馬¹、廣瀬 崇²、川嶋 啓揮¹

S1-6 10mm 以下の表在型非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍に対する内視鏡的治療に関する検討
三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○行本 弘樹、池之山 洋平、濱田 康彦、梅田 悠平、重福 亜紀奈、岩下 ちひろ、
藤原 野須子、中村 美咲、堀木 紀行、中川 勇人

S1-7 十二指腸腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡合同手術 (D-LECS) における工夫と pit fall

¹三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学、

²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○浦谷 亮¹、大井 正貴¹、池之山 洋平²、畠村 麻生¹、市川 崇¹、安田 裕美¹、
吉山 繁幸¹、濱田 康彦²、中川 勇人²、問山 裕二¹

シンポジウム2

第2会場

15:15~17:15

司会：藤田医科大学ばたね病院 外科・小児外科

加藤 宏之

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

松浦健太郎

『肝胆膵疾患の最新の診断・治療』

S2-1 遠位胆管癌における Mapping biopsy での水平方向進展度診断：診断能改善方法の検討

¹松波総合病院 消化器内科、²岐阜県総合医療センター 消化器内科、³岐阜大学 第一内科、

⁴岐阜市民病院 消化器内科

○奥野 充¹、片岡 史弥¹、丸田 明範²、岩下 拓司³、岩田 圭介⁴、田上 真¹、
荒木 寛司¹、富田 栄一¹、森脇 久隆¹、清水 雅仁³

S2-2 切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ・トレメリムマブ療法の治療成績

¹名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、

³日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科、

⁴岐阜県立多治見病院 消化器内科、⁵春日井市民病院 消化器内科、

⁶豊川市民病院 消化器内科、⁷名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科

○佐藤 椋¹、鈴木 孝典²、近藤 啓¹、林 克巳³、奥村 文浩⁴、祖父江 聡⁵、溝下 勤⁶、
木村 吉秀⁷、藤原 圭²、片岡 洋望²

S2-3 当院における切除不能胆道癌に対する real world GCD 療法の治療成績

静岡県立総合病院 肝胆膵内科

○池田 慎也、川口 真矢、佐藤 辰宣

S2-4 非切除悪性遠位胆管閉塞に対する新型2層構造チューブステントの使用成績

伊勢赤十字病院 消化器内科

○村林 桃士、奥田 裕文、奥田 彩子、河俣 真由、松嶋 竜太郎、中村 はる香、
林 智士、天満 大志、杉本 真也、亀井 昭

S2-5 当院における85歳以上の中等症および重症総胆管結石性胆管炎に対する内視鏡的胆道ドレナージの検討

高山赤十字病院 内科

○市川 広直、雄山 裕亮、谷口 裕紀、今井 奨、松下 知路、白子 順子

S2-6 当院の胆膵内視鏡診療における被曝低減対策の有用性に関する検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○吉田 健作、丸田 明範、清水 省吾

S2-7 透析患者における ERCP 関連手技の偶発症・予測因子に関する検討

¹日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○森 俊敬¹、宮部 勝之¹、武仲 裕弥¹、宮城島 俊¹、熱田 直己¹、斎藤 彰敏¹、
塚本 宏延¹、山田 智則¹、林 克巳¹、片岡 洋望²

S2-8 ERCP 後膵炎の重症化と体組成との関係

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科、²岐阜市民病院 消化器内科

○岩田 翔太¹、上村 真也¹、大橋 洋祐¹、千住 明彦¹、岩下 拓司¹、手塚 隆一²、
岩佐 悠平²、岩田 圭介²、清水 雅仁¹

S2-9 当院における膵癌に対する陽子線治療の有用性と安全性の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○蓑輪 彬久、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、岡山 幸平、羽根田 賢一、
加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

S2-10 胆道癌に対する GCD 療法の当院での治療成績

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○大和 浩乃、山田 玲子、島田 康彬、田中 隆光、野瀬 賢治、中村 佳史、
三輪田 哲郎、坪井 順哉、中川 勇人

S2-11 経口膵管鏡を併用した膵石治療における治療戦略の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○佐橋 秀典、吉田 道弘、浦壁 憲司、鬼頭 佑輔、安達 明央、久野 佳世子、
豊原 祥資、加藤 晃久、堀 寧、片岡 洋望

S2-12 当院における肝細胞癌に対するマイクロ波焼灼療法の検討

名古屋大学医学部附属病院 消化器内科

○松田 宜賢、石津 洋二、山本 健太、横山 晋也、今井 則博、伊藤 隆徳、
本多 隆、川嶋 啓揮

S1-1 日常臨床における切除不能進行・再発大腸癌に対する FOLFOXIRI 療法の治療成績

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学
○佐々木 慎子、志村 貴也、福定 繁紀、杉村 直美、田中 守、片岡 洋望

【背景】切除不能進行・再発大腸癌に対する FOLFOXIRI 療法の治療効果が高い一方で、有害事象の頻度も高く、日常臨床での明確な位置づけは定まっていない。今回、当院における FOLFOXIRI 療法の有効性および安全性について検討した。【対象】2017年1月から2024年4月までに、名古屋市立大学病院で進行大腸癌に対して FOLFOXIRI 療法を施行した29例。【結果】年齢中央値62歳(25-74歳)、男性/女性=19/10例、腫瘍部位は右側/左側/直腸=10/7/12、RAS/BRAF野生型:7例、RAS野生型/BRAF不明:1例、RAS変異型:10例、BRAF V600E:9例、RAS/BRAF不明:1例、MSI検査はMSI-H/MSS/未測定=2/24/3、分子標的薬の併用はペバシマブ/セツキシマブ/パニツマブ=19/1/2であった。観察期間中央値は18.0ヶ月であり、全生存期間中央値(OS)は未到達、1年生存率は42.6%であった。無増悪生存期間(PFS)中央値は11.2ヶ月であった。最良総合効果判定はCR/PR/SD/PD=0/19/9/1、奏功割合は65.5%であった。15例(51.7%)にconversion手術を施行したが、手術後11例に再発を認めた。Grade3以上の有害事象は、好中球減10例(34.5%)、発熱性好中球減少症2例(7.0%)、下痢1例(3.4%)、急性腎障害1例(3.4%)、リバーゼ上昇1例(3.4%)、Grade4以上の有害事象は好中球減4例(13.8%)であった。【結語】切除不能・進行再発大腸癌に対する FOLFOXIRI 療法の忍容性は良好であり、Conversion手術への移行においては一定の有効性が示唆された。一方、予後に関しては今後の検討課題であり、症例を蓄積しさらなる検討が必要である。

S1-3 難治性胃食道逆流症に対する Anti-reflux mucoplasty の当院における治療成績

山下病院 消化器内科
○山下 彩子、松崎 一平、菊地 正和、泉 千明、平野 智也、乾 和郎、服部 昌志

【目的】難治性胃食道逆流症(gastroesophageal reflux disease: GERD)に対して2022年4月より内視鏡的逆流防止粘膜切除術(Anti-reflux mucosectomy: ARMS)が保険収載された。当院では2022年10月から同治療を施行しているが、最近では潰瘍を縫縮してより理想的な癒着形成をデザインするAnti-reflux mucoplasty: ARMPを主に施行している。ARMPの有効性、安全性を評価するため、当院におけるARMPの治療成績を報告する。【方法】対象は生活指導と酸分泌抑制薬に抵抗性のGERD患者で、内視鏡による反転観察で噴門が1.5cm以上に開大している患者とした。除外基準はCornell Medical Indexで領域III・IVもしくはSelf-Rating Depression Scaleで39点以上の症例、胸腹部CT・食道造影・拡大内視鏡観察およびランダム生検で他の食道疾患を有する症例、3cm以上の滑脱型ヘルニア症例とした。治療手法はARMPで、縫縮はreopenable-clip over the line method: ROLMにて行った。治療効果はFスケールおよび内視鏡による噴門開大(cardiac opening: CO)、滑脱ヘルニア(sliding hernia: SH)で評価し、ARMP前と8週後に比較した。【成績】2022年10月から2024年5月までに計13例が対象となった。年齢中央値(歳)は69(43-79)、男女比は8:5、Los Angeles分類はGrade Mが10例、Grade Aが3例であった。治療時間中央値(分)は98(52-161)であった。治療前と8週後のFスケール中央値(点)は16(8-37)→7(0-25)、CO中央値(cm)は2.5(2-4)→1.5(1-2)、SH中央値(cm)は1.5(0-2.5)→0.5(0-1)であった。Fスケールは12例で改善し、CO、SHはいずれも全例で改善していた。1例で治療後にクリップによるつかえ感を生じたが、クリップを除去して改善した。全例で穿孔、狭窄を認めなかった。【結論】ARMPは薬物治療に抵抗性の難治性GERDに一定の効果認め、治療に伴う重篤な合併症を認めなかった。今後はさらに症例を蓄積し、より有効な癒着形成を目指した切除・縫縮デザインを模索していきたい。

S1-2 当院におけるクローン病患者の腸管外合併症の検討(複数の診療科で治療方針を協議した症例の経験を交えて)

岐阜県総合医療センター 消化器内科
○小澤 範高、山崎 健路、清水 省吾

【背景】炎症性腸疾患(inflammatory bowel disease: IBD)では消化管以外の臓器にも様々な病変を生じ、腸管外合併症と呼ばれる。本邦の「炎症性腸疾患の腸管外合併症治療指針」では、併存疾患やIBDの治療に伴う有害事象としての腸管外病変も含めて腸管外合併症として取り上げられている。腸管外合併症が十分認知されているとは言い難く、治療法に関するエビデンスは乏しい。【方法】当院に通院中のクローン病患者42症例の腸管外合併症の有無とその背景について後方視的に調査した。【結果】患者背景は平均年齢41.1歳、性別は男/女:29/13、病型は小腸型/小腸大腸型/大腸型:3/23/16、分子標的薬あり/なし:30/12、免疫調整剤あり/なし:8/34、消化管手術歴あり/なし:6/36、5ASA不耐あり/なし:3/39であった。腸管外合併症は25例(59.5%)に認め、皮膚症10例(23.8%)、胆石症9例(21.4%)、関節症7例(16.7%)、腓骨系上昇6例(14.3%)などであった(重複あり)。同一患者での腸管外合併症は3個が2例、2個が5例、1個が18例であった。腸管外合併症は、女性(P=0.006)、大腸型(P=0.05)、40歳以上(P=0.05)で有意に多かった。疾患別では皮膚症状では女性(P=0.045)、関節症状ではPSL内服例(P=0.024)で有意に高く、腓骨系上昇は免疫調整剤内服症例(P=0.071)で多い傾向があった。胆石症の44.4%(4/9)は40歳未満であった。抗TNF- α 抗体製剤投与例ではparadoxical reaction(乾癬様皮疹)が2例(9.5%)で認められ、うち1例では体軸優位型脊椎関節炎も併発し、皮膚科、整形外科と協議して治療方針を決定した。総胆管結石性胆管炎を2例認め、いずれも診察時にはクローン病の病勢悪化を疑っていた。【考察】既報と同様に半数以上で腸管外合併症を認め、主治医が腸管外合併症として認識していないものも含まれていた。腸管外合併症の存在を意識してIBD診療を行うことで、正しい診断・治療へつながる可能性がある。また、分子標的薬ごとに適応疾患が異なり、治療薬選択に際して関連する診療科との連携が重要である。

S1-4 活動期潰瘍性大腸炎に対する Golimumab の長期治療効果 予測因子に関する検討

藤田医科大学 消化器内科学
○平山 裕、長坂 光夫、鎌野 俊彰、村島 健太郎、船坂 好平、宮原 良二、大野 栄三郎、暮谷 貞二、廣岡 芳樹

背景:生物学的製剤、JAK阻害剤をはじめとする分子標的薬の登場により潰瘍性大腸炎(UC)の治療は大きな進歩を遂げた。しかしながら時に我々は抗TNF- α 抗体製剤の無効例を経験し、治療の選択に苦慮することも少なくない。そこで今回我々は第3の抗TNF- α 抗体製剤として登場したGolimumab(GLM)の長期有効例や無効例の予測因子について解析し、その意義につき検討した。方法:2017年4月~2023年3月までに藤田医科大学および関連施設にてゴリムマブを導入され、少なくとも1年のフォローが可能であった56症例のうち、術後回腸炎および腸管外合併症の増悪にて導入された3例を除く、活動期(中等症~重症)潰瘍性大腸炎53症例を対象に、臨床経過や治療成績などにつき後方視的に検討した。導入時に臨床的寛解もしくは臨床的改善を認め、2年以上の維持投与が可能であった群をgood response(GR)群(n=33)、GLMが不応もしくは不耐にて寛解導入ができずGLMが中止となったno response(NR)群(n=13)、GRおよびNR群以外をpartial response(PR)群(n=7)と定義した。単変量および多変量解析にてGRの予測因子およびNRの危険因子につき解析した。結果:性別、罹病期間、病型、ステロイドや免疫調整薬の併用、生物学的製剤の使用歴などの背景因子、血液データなどにつき解析を行った。多変量解析にて、GRの予測因子は導入後2週時のCRPの陰転化(OR=4.952, 95% CI:1.526-16.074)であった。一方NRの危険因子は診断時年齢が20歳未満(OR=8.167, 95% CI:2.026-33.223)であった。結語:GLM導入後2週でのCRPの陰転化は長期有効例の予測因子として有用である可能性が示唆された。

S1-5 CAST hood®を使用した十二指腸ESDの治療成績

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、
²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部
○福沢 一馬¹、廣瀬 崇²、川嶋 啓輝¹

【目的】十二指腸におけるESD (endoscopic submucosal dissection) は高い偶発症発生率が報告されていたが、WPM (Water Pressure Method) を用いることで先進施設では安定して手技を行う事が可能となっている。しかし、依然としてスコープの操作性は悪く粘膜下層が展開しづらいため、技術的なハードルは高く、より多くの工夫が求められている。CAST hood®は先端内径が4mmと市販されている先端フードで最も細く、粘膜下ポケットの視野展開が容易となり、視野の中心に近い部位で正確な内視鏡操作を行うことが可能となる。今回、当院におけるCAST hood®を使用した十二指腸ESDの治療成績を検討した。【方法】2024年1月から6月にCAST hood®を用いてWPM-ESDを施行した25例を対象に、治療成績を後方視的に検討した。治療手技は十二指腸ESDを100例以上経験したexpert医師1名が施行した。【成績】25例の内訳は、性別は男性13例/女性12例、年齢は中央値66歳(33-83歳)、病変部位は球部5例/上十二指腸角1例/下行部15例(乳頭部3例を含む)/下十二指腸角2例/水平部2例であった。肉眼型は0-I 7例/0-IIa 14例/0-IIc 3例/0-IIa+IIc 1例であった。術中偶発症は認めず、遅発性偶発症を3例(誤嚥性肺炎/胆管炎/膵炎各1例)で認めたが、いずれも保存的に軽快した。腫瘍径は30mm(11-105)、切除検体中央値は40mm(15-110)、切除時間中央値は60分(14-275)、剥離速度は16mm2/分(6-40)であった。1例でトラクションデバイスが併用された。全症例で完全一括切除が達成された。【結論】CAST hood®は先端内径が狭い事で視野が得られづらいという欠点があるが、水浸下での処置となるWPMはこの欠点を上手く補っているといえる。十二指腸ESD時の視野展開を容易にし、かつ正確な内視鏡操作に貢献する非常に有用なデバイスである為、十二指腸ESDの安全性と治療成績の向上が期待される。

S1-7 十二指腸腫瘍に対する腹腔鏡・内視鏡同手術 (D-LECS) における工夫と pit fall

¹三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学、
²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○浦谷 亮¹、大井 正貴¹、池之山 洋平²、嵩村 麻生¹、
市川 崇¹、安田 裕美¹、吉山 繁幸¹、濱田 康彦²、中川 勇人²、
間山 裕二¹

非乳頭部の表在性十二指腸腫瘍に対する治療として、十二指腸に対する腹腔鏡内視鏡同手術 (D-LECS) が報告されている。消化器内科と当科で手技を定型化した2023年8月からD-LECSを施行した症例を対象とし、臨床病理学的特徴や手術成績について検討し、また、工夫点やpit fallについて報告する。2024年8月までにD-LECSは5例に施行、全例男性、年齢の中央値は62歳。腫瘍局在は上十二指腸角1例、下十二指腸角3例、水平脚1例、手術時間中央値は354分(234-601分)、出血量中央値は20g。術中合併症として、水平脚に腫瘍を認めた1例(症例5)で、腫瘍が上腸間膜動脈(SMA)背側に存在し、腹腔鏡操作による授動が困難と判断し開腹移行となり、さらにESD中に全層損傷を来したが術野展開に難渋し有効な縫合閉鎖が得られず十二指腸切除術への術式変更を要した。術後合併症として、腹腔鏡操作で十二指腸全層損傷を認めた1例(症例4)で術後に膵液瘻と腹腔内膿瘍を認め、症例5では腹腔内膿瘍を認めた。術後在院日数中央値は9日(8-48日)であり、症例5は術後20日目に、症例4は術後48日目に退院となった。病理組織診断は腺腫が2例、癌が3例であったが、いずれも治癒切除であった。術中十二指腸全層損傷は、授動の際に有効なカウンタートラクションを得ようと十二指腸壁を強く把持牽引して生じた組織減滅から全層損傷に至ったものであり、愛護的な操作を徹底するよう努めている。水平脚に腫瘍を認める症例では、術前の局在評価・周在評価を厳密に行い、SMAによる視野不良・操作不良が懸念される症例では、D-LECSにこだわらずに十二指腸部分切除術を提案することとしている。D-LECSは比較的安全に施行できる手技であるが、愛護的な操作が必要であり十二指腸や膵損傷に留意する必要がある。非乳頭部の表在性十二指腸腫瘍の治療決定には、安全性の確保のため正確な局在診断と術式選択が重要と考えられる。

S1-6 10mm以下の表在型非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍に対する内視鏡的治療に関する検討

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○行本 弘樹、池之山 洋平、濱田 康彦、梅田 悠平、
重福 亜紀奈、岩下 ちひろ、藤原 野須子、中村 美咲、
堀木 紀行、中川 勇人

【背景】表在型非乳頭部十二指腸上皮性腫瘍(superficial non-ampullary duodenal epithelial tumor:SNADET)に対する内視鏡的治療はここ数年で広く普及してきた。ただ、十二指腸癌診療ガイドライン2021年度版では、10mm以下のSNADETに対するcold polypectomy(CP)とendoscopic mucosal resection(EMR)などの使い分けに関しては明確な記載はなく定まったものが無いのが現状である。今回、当施設における10mm以下のSNADETに対する内視鏡的治療の成績について検討した。

【方法】2018年6月から2024年5月までに当院で10mm以下のSNADETに対してCPまたはEMRを行った症例のうち、家族性大腸ポリポーシス症例を除外した77症例93病変を対象とした。これら93病変を、CP群40病変、EMR群53病変の2群に分け、両群の切除成績を後方視的に検討した。

【成績】男女比、術前生検の有無、退院日までの日数、合併症については両群間で有意な差を認めなかった。年齢において、CP群67.95歳/EMR群62.7歳(P=0.015)とCP群で有意に高かった。また病変径において、CP群4.78mm/EMR群7.0mm(P<0.01)とEMR群で有意に大きく、これに伴い縫縮クリップ数もCP群2.9個/EMR群5.1個(P<0.01)とEMR群で有意に多かった。内視鏡的一括切除率はCP群90.0%/EMR群90.5%であった。切除病理結果は、CP群40例全例で腺腫であったが、EMR群53例では42例が腺腫、11例が癌であった。合併症はCP群0例/EMR群1例(肺炎)であった。

【結論】10mm以下のSNADETに対する内視鏡的切除の方法としてCPおよびEMR共に安全かつ高い一括切除率が得られていた。また10mm以下でもサイズが比較的大きく、また癌が疑われる病変に対しEMRが選択されている傾向にあった。10mm以上のSNADETに対しては、術前に病変径や組織型を評価し、適切な内視鏡的治療法を選択することが重要と考えられた。

S2-1 遠位胆管癌における Mapping biopsy での水平方向進展度診断：診断能改善方法の検討

¹松波総合病院 消化器内科、²岐阜県総合医療センター 消化器内科、³岐阜大学 第一内科、⁴岐阜市民病院 消化器内科
 ○奥野 充¹、片岡 史弥¹、丸田 明範²、岩下 拓司³、
 岩田 圭介⁴、田上 真¹、荒木 寛司¹、富田 栄一¹、森脇 久隆¹、
 清水 雅仁³

【背景・目的】 Mapping biopsy (MB) は、遠位胆管癌 (dCCA) の水平方向進展度 (SDS) を病理組織学的に診断可能であり、適切な手術方法を決定することができる。しかし腫瘍混入等により正確な病理組織学的 SDS 診断が行えない場合がある。dCCA における新規シースシステムを用いた MB が、MB の診断精度向上に影響するか評価した。【方法】対象は 2010-2023 年に胆管癌術前診断を受けた 199 例中、dCCA 症例に対し MB を施行した 87 例。直接 MB・シース下 MB・POCS 下 MB 群における MB の手技的成功率と SDS 診断精度を比較した。【結果】各群間 (直接 MB: 40 例 / シース下 MB: 21 例 / POCS 下 MB: 26 例) の年齢中央値 (74 歳 / 75 歳 / 73 歳)、性別 [女性] (33% / 38% / 27%)、MB 前ドレナージ (61% / 57% / 52%)、EST 施行 (100% / 95% / 100%) 等の患者背景に有意差はなかった。全例手技的成功が得られたが、POCS 下 MB 群の内視鏡処置時間中央値 (48 分) は、直接 MB 群 (33 分; P=0.05) とシース下 MB 群 (30 分; P=0.05) より長い傾向にあった。各群間の偶発症発生率 (10% / 0% / 15%) に有意差はないが、シース下 MB 群では偶発症を認めなかった。シース下 MB 群の特異度 (95%) と正診率 (95%) は、直接 MB 群 (特異度 71%, P=0.02 / 正診率 70%, P=0.02) と POCS 下 MB 群 (特異度 61%, P=0.01 / 正診率 58%, P<0.01) よりも有意に高かった。直接 MB 群では腫瘍混入が、POCS 下 MB 群では採取検体が小さく病理組織学的診断が困難であったことが特異度を低下させる原因と考えられた。多変量解析にて、正確な SDS 診断に関連する因子を検討したところ、シース下 MB 施行は正確な SDS 診断を行うための有意な因子であった (OR=0.11; 95% CI 0.01-0.86, P=0.035)。【結論】シース下 MB 法は、dCCA 症例における正確な SDS 診断に関与していた。シース下 MB 法は、直接 MB で発生した腫瘍混入を避けられ、POCS 下 MB より大きな組織標本を採取できることから、シース下 MB は dCCA 術前の正確な病理組織学的 SDS 診断において重要な手法と考えられた。

S2-3 当院における切除不能胆道癌に対する real world GCD 療法の治療成績

静岡県立総合病院 肝胆膵内科
 ○池田 慎也、川口 真矢、佐藤 辰宣

【背景・目的】近年、切除不能胆道癌に対して Gemcitabine+ Cisplatin+Durvalumab (GCD) 療法と GC+Pembrolizumab 療法が適応追加になったが、実臨床での報告は少なく維持療法を含めて解決すべき点もある。今回、実臨床における GCD 療法の治療成績を検討することを目的とした。【対象と方法】2023 年 1 月から 2024 年 6 月の間に当院で切除不能/再発胆道癌に対して GCD 療法を導入した 37 例の治療成績に関して後方視的に検討を行った。【結果】年齢中央値は 71 歳 (28-84)、男性が 28 例。原疾患は肝門部領域胆管癌/肝内胆管癌/胆嚢癌/遠位胆管癌/乳頭部癌が 11/10/9/6/1 例、切除不能/再発が 20/17 例であった。初回導入/Durvalumab 承認後に上乗せは 27/10 例、GCD 投与サイクル中央値は 6 (1-19)、Durvalumab 維持療法は 10 例で施行した。最良治療効果は CR/PR/SD/PD が 0/12/11/13 (1 例は評価未)、奏効率 (CR/PR) は 33%、病態制御率 (CR/PR/SD) は 64% であった。GCD 療法の後治療は S-1/GS/GCS/ETP+CBDCA/BSC が 9/1/1/1/7 例で選択された。Durvalumab 維持療法中増悪の後治療は GC/GCD/G が 3/3/1 例であった。全生存期間は 11.8 ヶ月 (95% CI: 9-16)、無増悪生存期間は 8.6 ヶ月 (95% CI: 2.6-10.3) であった。免疫関連有害事象 (imAE) は 5 例 (14%) に認めたが、Grade 3-4 の有害事象は認めなかった。胆管ステント留置中の肝障害発生時は imAE との鑑別を要した。遺伝子パネル検査は 23 例 (62%) で施行され、MSI-high が 1 例、BRCA1 変異が 1 例に認められた。12 例 (52%) で治験が提示されたが、現時点で治験に到達した症例はなかった。【結論】当院における GCD 療法の治療成績は TOPAZ-1 (第 III 相試験) と遜色ない結果であった。

S2-2 切除不能肝細胞癌に対するデュルバルマブ・トレメリムマブ療法の治療成績

¹名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器内科、
²名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学、
³日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 消化器内科、
⁴岐阜県立多治見病院 消化器内科、
⁵春日井市民病院 消化器内科、
⁶豊川市民病院 消化器内科、
⁷名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 消化器内科
 ○佐藤 椋¹、鈴木 孝典²、近藤 啓¹、林 克巳³、奥村 文浩⁴、
 祖父江 聡⁵、溝下 勤⁶、木村 吉秀⁷、藤原 圭⁷、片岡 洋望⁷

【目的】近年、切除不能肝細胞癌に対する薬物療法の進歩は目覚ましく、直近では複合免疫療法であるデュルバルマブ・トレメリムマブ (Dur/Tre) 療法が一次薬物療法として保険承認され、実地臨床でも使用されるようになった。今回、多施設共同研究において本レジメンの治療成績について検討した。【方法】2023 年 3 月から 2024 年 6 月までに当院を含む多施設にて切除不能進行肝細胞癌に対して Dur/Tre 療法を施行した 41 症例について後方視的に解析を行った。治療効果判定は RECIST1.1 で行った。【成績】対象患者の背景は年齢 (中央値) 75 歳、男性/女性: 33/8 例、背景肝はウイルス性/非ウイルス性: 10/31 例、ALBI score (中央値) -2.28、BCLC Stage A/B/C: 1/17/23 例、治療ラインは 1st/2nd/3rd/4th 以降: 22/8/9/2 であり、観察期間 (中央値) は 134 日であった。観察終了時までに 34 例で効果判定を行い、初回効果判定は CR/PR/SD/PD: 1/4/11/18 例であり、奏効率 (ORR) 15%、病勢制御率 (DCR) 47% であった。2 次治療以降で Dur/Tre を導入し初回効果判定のできた 17 症例における ORR/DCR: 12/41% であり 1 次治療での導入症例とは遜色のない結果であった。また、観察期間中に免疫介在性有害事象 (imAE) を 13 例 (32%) に認め、grade 3 以上は大腸炎 5 例、副腎不全が 2 例、間質性肺炎、肝障害、甲状腺炎、腎障害が各々 1 例ずつであった。【結論】今回の検討では 2 次治療以降での Dur/Tre 導入症例でも一定の治療効果が得られると考えられた。また、本レジメンでは imAE の頻度が高いため注意を払う必要があると考えられた。

S2-4 非切除悪性遠位胆管閉塞に対する新型 2 層構造 チューブス テントの使用成績

伊勢赤十字病院 消化器内科
 ○村林 桃士、奥田 裕文、奥田 彩子、河俣 真由、松嶋 竜太郎、
 中村 はる香、林 智士、天満 大志、杉本 真也、亀井 昭

【背景と目的】胆管に使用されてきた従来のチューブステントは主にポリウレタンやポリエチレン素材であったが、先日新たに使用可能となった新型 2 層構造チューブステント (REGULUS) は、ポリウレタン素材からなる外層と PTFE からなる内層の 2 層構造で構成されており、PTFE 素材の特性からステント内腔への胆泥付着の軽減が期待されている。当科では、REGULUS が使用可能となった後は、非切除悪性遠位胆管閉塞に対する初回ドレナージとしてチューブステントを留置する場合には、基本的に全例において REGULUS を選択しており、今回、REGULUS が従来品よりもステント開存期間が良好かどうかを検証した。【対象と方法】2023 年 1 月から 2024 年 6 月に胆膵がんによる非切除悪性遠位胆管閉塞に対して初回ドレナージとして REGULUS を留置した 26 例を対象 (A 群) とし、2020 年 4 月から 2022 年 12 月と同じく従来のチューブステント (7 Fr または 8.5 Fr) を留置した 25 例を対照 (B 群) とし、成績を比較検討した。【結果】年齢は、A 群 78 ± 9 歳、B 群 77 ± 10 歳。性別は、A 群で男 15 女 11 例、B 群で男 18 女 7 例。原疾患は、A 群で膽嚢 19 例 胆管癌 7 例、B 群で膽嚢 19 例 胆管癌 4 例 胆嚢癌 1 例 乳頭部癌 1 例。手技成功率は両群とも 100%。ステント径は、8.5 Fr / 7 Fr が A 群 24 / 2 例、B 群 16 / 9 例。ステント形状は、A 群で全例ストレート型、B 群でストレート型 17 例 両側 pig-tail 型 8 例。手技関連有害事象は、B 群のみで 1 例に肺炎を認めたが、保存的加療で改善した。臨床的奏効率は、A 群 96% (25/26)、B 群 100% (25/25) で、非奏功の 1 例は多量の胆泥によるステント機能不全が考えられ、3 日後に 11.5 Fr のチューブステントに交換し奏功が得られた。初回ドレナージで奏功した 50 例において、TRBO 中央値は、A 群 67 日、B 群 87 日であった (P=0.966)。RBO を来したのは、A 群 17 例、B 群 22 例で、RBO の成因は、A 群では全例が胆泥によるステント閉塞、B 群では胆泥によるステント閉塞 21 例、腫瘍の増大 1 例であった。【結論】非切除悪性遠位胆管閉塞に対する REGULUS 留置は、従来品よりも開存期間が良好であるとは言えなかった。

S2-5 当院における85歳以上の中等症および重症総胆管結石性胆管炎に対する内視鏡的胆道ドレナージの検討

高山赤十字病院 内科

○市川 広直、雄山 裕亮、谷口 裕紀、今井 奨、松下 知路、白子 順子

【背景】高齢社会が進むにつれて高齢者に対する総胆管結石性胆管炎の治療の機会も増えてきている。特に、超高齢者については基礎疾患を有する者も多く、内視鏡的処置に対するリスクは若年者と比較して高いこと懸念される。また、超高齢者の中等症以上の総胆管結石性胆管炎に対する内視鏡的治療については不明な点が多く、今回、安全性と有用性について検討することとした。【対象・方法】2015年1月から2024年6月までに当院で中等症あるいは重症の総胆管結石性胆管炎と診断し治療を行った94例を対象とし、85歳以上の高齢者（E群）とそれ以下の若年者（Y群）にかけて、患者背景、ERCPの治療成績、偶発症、予後について後方視的に比較検討をおこなった。急性胆管炎の重症度はTokyo Guidelines 2018を参照した。【結果】E群：52例/Y群：42例であり、年齢の中央値は90歳（85-98）/82歳（51-84）、男性22例（42.3%）/27例（64.3%）（ $p=0.04$ ）であり、抗血栓薬を16例（30.8%）/14例（33.3%）内服していた（ $p=0.827$ ）。胆管炎の重症度（中等症/重症）は、43例/9例：37例/5例（ $p=0.566$ ）であった。胆管径の中央値は12mm（4-23）/11mm（5-20）（ $p=0.139$ ）、結石径の中央値は9.2mm（1-20）/9.8mm（3-20）（ $p=0.865$ ）、傍乳頭憩室を15例（28.8%）/8例（19.0%）（ $p=0.338$ ）に認めた。初回ERCPの際にドレナージを行ったのは22例（42.3%）/26例（61.9%）（ $p=0.07$ ）であった。採石の際の処置時間中央値は21分（3-90）/20分（4-111）（ $P=0.846$ ）であった。両群の手術成功率は51例（98.1%）/41例（97.6%）（ $p=1$ ）、臨床的奏効率は100% / 100%（ $P=1$ ）であった。入院期間中央値は12日（4-77）/11日（3-64）であった（ $p=0.148$ ）。早期偶発症は3例（5.8%）/1例（2.4%）（ $p=0.626$ ）であった。胆管炎の再発は7例（13.5%）/2例（4.8%）（ $p=0.181$ ）に認めた。また、入院中の死亡は3例（5.8%）/0例（0%）（ $p=0.251$ ）であった。【結語】E群では完全採石率や偶発症に差は認めず、超高齢者の中等症および重症総胆管結石性胆管炎に対する内視鏡的胆道ドレナージは安全かつ有用である可能性がある。

S2-7 透析患者におけるERCP関連手術の偶発症・予測因子に関する検討

¹日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院、

²名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○森 俊敬¹、宮部 勝之¹、武仲 裕弥¹、宮城島 俊¹、熱田 直己¹、斎藤 彰敏¹、塚本 宏延¹、山田 智則¹、林 克巳¹、片岡 望洋²

【目的】透析患者はERCP関連手術における偶発症発生の危険因子となりうる様々な病態を有す。今回、我々は前回の検討から症例を増やし、当院で施行した透析患者のERCP関連手術における偶発症の発生率とその予測因子について検討した。【方法】2010年7月から2021年12月まで当院において維持透析患者でERCPを施行した159例において、ERCP関連偶発症、特に急性膵炎と乳頭処置後出血の発生率とその予測因子に関し、単変量および多変量解析を行い検討した。【成績】内訳は、検査時年齢中央値74歳（42-88歳）、男性124例、女性35例、透析期間中央値14年（0.5か月-40年）、抗血小板薬内服71例、抗凝固薬内服10例、抗血栓薬2剤以上内服12例、EST施行例52例、EPBD施行例12例であった。ERCP後膵炎は7例（4.4%）、乳頭処置後出血は17例（10.6%）でみられた。ERCP後膵炎発症の有意な予測因子は単変量および多変量解析で認められなかった一方で、乳頭処置後出血では単変量解析にてEST（ $P=0.001$ ）、EPLBD（ $P=0.001$ ）にて有意な出血を認めた。抗血栓薬を2剤以上内服している場合でもEST後出血の有意な因子とならなかった。その他予測に有用と思われる因子を入れた多変量解析ではEST施行のみが有意に出血を起こす因子であった（OR=6.0, 95%信頼区間 1.975~18.445; $P=0.02$ ）。【結論】維持透析患者のERCP時の出血予測因子としてESTが挙げられたが、抗血栓薬2剤以上の内服でも出血の危険因子とならなかった。今後は非透析患者を加えた検討や、さらなる症例の蓄積が必要である。

S2-6 当院の胆膵内視鏡診療における被曝低減対策の有用性に関する検討

岐阜県総合医療センター 消化器内科

○吉田 健作、丸田 明範、清水 晋吾

【背景】2021年4月に施行された医療法の改正により、水晶体等価線量限度が見直され、胆膵内視鏡医およびコメディカルの被ばく線量低減対策は重要となっている。国際放射線防護委員会（ICRP）のガイドラインでは、手技に影響のない範囲で可能な限り低いレートでのパルス透視を推奨されている。当院では2023年1月に透視装置を更新し、2023年12月以降は全てのERCPをパルスレート半減で行っている。【目的】当院における被ばく線量低減対策効果を明らかにすること。【方法】研究期間を前期（2021年4月-2022年12月）、後期（2023年1月-2024年4月）に分けて、透視下胆膵内視鏡処置における面積線量、透視時間、治療時間を測定し、各期間の水晶体被ばく量と実効線量の低減効果について後方視的に比較検討した。また、面積線量についてはパルスレート半減前後で低減効果について比較検討した。被ばく線量は、防護メガネの左側の専用線量計を用いて、また胸部に装着したガラスバッジを用いて測定した。【結果】305例（前期：178例、後期：127例）を対象とし、男性：186例であった。処置内容は遠位胆管狭窄（悪性：63例、良性：20例）、肝門部胆管狭窄（悪性：46例、良性：12例）、総胆管結石：134例、急性胆嚢炎：11例、膵疾患：12例、その他：7例であり、術後腸管：10例、EUS下処置：2例であった。面積線量の中央値は、前期：3470Gycm²、後期：11.1Gycm²（ $P<.0001$ ）、パルスレート半減前（71例）：11.1Gycm²、半減後（33例）：5.5Gycm²（ $P<.0001$ ）とそれぞれ有意な低下がみられた。パルスレート半減前後で透視時間、治療時間に有意差は認められなかった。水晶体被ばく量は前期：0.5Sv/月（0.1-5.7）から後期：0.3Sv/月（0.1-2.2）（ $P=.0052$ ）へ実効線量は前期：0.5Sv/月（0.1-6.6）から後期：0.3Sv/月（0.1-1.5）（ $P=.0026$ ）へと大幅に減少していた。【結語】透視機器の更新とパルスレート半減は治療時間や透視時間など臨床的なアウトカムに影響を及ぼさず、透視下胆膵内視鏡処置における総線量低減に有用な可能性がある。

S2-8 ERCP後膵炎の重症化と体組成との関係

¹岐阜大学医学部附属病院 第一内科、²岐阜市民病院 消化器内科

○岩田 翔太¹、上村 真也¹、大橋 洋祐¹、千住 明彦¹、

若田 拓司¹、手塚 隆一²、岩佐 悠平²、岩田 圭介²、

清水 雅仁¹

ERCPは一般臨床において広く行われているが、偶発症として一定の頻度でERCP後膵炎（post ERCP pancreatitis: PEP）が発生する。PEPの発生を予防・予測するために様々な検討がなされているが、重症化と体組成との関係については不明な点が多い。【目的】PEP重症化に関連する因子、特に体組成との関係性を調査した。【対象・方法】2014年1月から2022年10月までに当院および関連施設にてERCPを行った3757例を調査した。PEPを発症した124例（3.3%）のうち、膵病変に対して検査を行った症例、術前にCT撮影がなかった症例を除いた86例（2.3%）を対象とし、後ろ向きに調査した。PEPの重症化の評価としては、CottonらのERCP後膵炎重症度判定より、軽症例と中等症・重症例の2群で評価をした。骨格筋量の評価は日本肝臓学会サルコペニア判定基準に基づき、CT横断画像の第3腰椎レベル筋肉量より骨格筋指数（SMI）を算出し評価した。脂肪量の評価はCT横断画像の膈レベルから内臓脂肪（VAT）と皮下脂肪（SAT）の面積を算出し評価した。【結果】全対象86症例でVAT中央値は95.9cm²（9.0-278.7）、SAT中央値は111.8cm²（0.1-423.7）、SMI中央値は38.1cm²（21.7-56.8）。PEP軽症は52例（60.5%）、中等症・重症は34例（39.5%）であった。単変量解析にてPEP重症化のリスクとして $P<0.1$ 以下であったVAT、全処置時間、胆道鏡の3因子とPEP発症のリスク因子と言われている、年齢、性別を足した合計5項目について多変量解析を行うと、VATのみがPEP重症化の有意なリスク因子となった（OR: 3.12 95% CI: 1.20-8.13 $p=0.02$ ）。軽症例のVAT中央値は79.9cm²（9.0-202.3）、中等症・重症例は133.5cm²（13.0-278.7）であった（ $p<0.01$ ）。【結語】PEP重症化には内臓脂肪量が関係することが示された。術前に内臓脂肪が多い症例についてはPEP発症後の重症化を念頭に置いて治療を行うことが必要であると考えられる。

S2-9 当院における膵癌に対する陽子線治療の有用性と安全性の検討

岐阜県立多治見病院 消化器内科

○ 荻輪 彬久、丹羽 佑介、山田 直晃、大岩 拓矢、岡山 幸平、羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

【目的】 切除可能膵癌は膵癌全体の20%以下と報告されており予後不良な悪性腫瘍の1つである。切除不能膵癌に対する放射線治療として、陽子線治療の有効性が報告されている。陽子線治療は、従来の放射線治療と比べて局所への線量を集中させ、優れた腫瘍壊死効果と周囲の組織へのダメージを軽減することが可能であるが、その治療成績の報告は多くない。今回、我々は膵癌に対する陽子線治療の有用性と安全性を明らかにすることを目的に検討を行った。【方法】 2022年1月～2024年7月までの間に当院で膵癌に対し陽子線治療を施行した4例を対象として患者背景、腫瘍部位、化学療法の有無、局所制御効果、有害事象について検討した。【成績】 年齢中央値は77歳（71～82歳）、男性1例、女性3例であった。腫瘍部位は膵頭部2例、膵体部2例で全例局所進行での切除不能症例であった。化学療法の併用は3例（mFOLFIRINOX1例、GEM+nabPTX1例、GS1例）、化学療法なしが1例であった。無増悪生存期間の中央値は13.5ヶ月であった。Grade3以上の有害事象は食思不振を1例認めたのみであった。【結論】 局所進行での切除不能の膵癌症例に対して陽子線治療は比較的安全であり、局所制御により予後の改善に寄与する可能性が示唆された。

S2-11 経口膵管鏡を併用した膵石治療における治療戦略の検討

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

○ 佐橋 秀典、吉田 道弘、浦壁 憲司、鬼頭 佑輔、安達 明央、久野 佳世子、豊原 祥資、加藤 晃久、堀 寧、片岡 洋望

【目的】 膵石に対する内科的治療は内視鏡的治療・体外式衝撃波結石破碎療法（ESWL）が中心であり、当院では従来内視鏡下に膵管ステントを留置し、ESWLで十分に破石後、内視鏡的に結石除去を行ってきた。2016年から経口膵管鏡（POPS）を導入し、症例を選んで電気水圧衝撃波結石破碎術（EHL）や専用バスケットを用いた膵石治療を行っているが、POPS導入のタイミングについて明確な基準は存在しない。そこで今回、POPSを併用した膵石治療の治療戦略について検討する。【方法】 2016年4月から2024年3月までに当院で膵石治療を行った73例のうちPOPS下治療を行った23例を対象とし、ESWL前にPOPS導入を行った群（POPS先行群）とESWL後にPOPS下治療を行った群（ESWL先行群）に分けて、後方視的に検討を行った。【成績】 POPS群10例、ESWL群13例で、年齢・性別および最大結石径（長径中央値・POPS群9.5mm vs ESWL群12.4mm）に両群に有意差は見られなかった。POPS群では2例（20.0%）でPOPS下治療後にESWL（破碎回数中央値：7, 350発）を要した。ESWL群では全例（100%）が膵管ステント留置後にESWL（破碎回数中央値：18, 000発）を実施した。POPS挿入時間の中央値は、POPS群42分 vs ESWL群36.5分で有意差はみられなかった。完全結石除去率は、POPS群80.0%（8/10例） vs ESWL群69.2%（9/13例）で治療成績に有意差は無かったが、入院日数の中央値はPOPS群13日 vs ESWL群34日で、POPS群において有意に短かった（ $p < 0.001$ ）。偶発症はPOPS群で膵炎1例（10.0%）、ESWL群で膵炎2例（15.4%）だったが、いずれも軽症例であった。【結論】 膵石治療においてPOPS導入するタイミングの違いで治療成績に有意差はみられず同等の安全性であった。ESWLに先行してPOPS下治療を行うことで、ESWL期間の短縮および膵石治療の入院期間短縮に貢献できる可能性が示唆された。

S2-10 胆道癌に対するGCD療法の当院での治療成績

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

○ 大和 浩乃、山田 玲子、島田 康彬、田中 隆光、野瀬 賢治、中村 佳史、三輪田 哲郎、坪井 順哉、中川 勇人

【背景】 切除不能胆道癌において、GemcitabineとCisplatinにDurvalumabを追加した3剤併用療法（GCD療法）の有用性が報告された。本邦でも2022年12月に保険承認されファーストラインとして広く使用されているが、実臨床における治療成績の報告はまだ少ない。【目的】 当院で胆道癌に対して施行したGCD療法の有用性と安全性について検討する。【方法】 2023年2月から2024年6月に当院でGCD療法を導入した胆道癌症例の患者背景、治療効果、有害事象を後方視的に調査した。【結果】 対象症例は25例、年齢中央値70（65-75）歳、男性10例/女性15例。原発巣は肝門部領域胆管10例、肝内胆管9例、胆嚢6例。治療導入の要因は遠隔転移17例、局所進行6例、その他2例で、治療開始時のECOG performance Statusは0または1であった。観察期間中央値224（97-281）日で投与数中央値は6サイクル、奏効率8%、病勢制御率64%であった。無増悪生存期間中央値は7.5か月、全生存期間中央値は13.8か月と既報と同等の結果であった。CTCAE Grade3以上の有害事象を認めたのは17例（68%）で既報より少なく、主なものは骨髄抑制（好中球減少9例、貧血3例、血小板減少1例）と胆道感染（4例）であった。免疫関連有害事象は2例に認め、肝機能障害1例（Grade3）と甲状腺機能低下1例（Grade2）であった。いずれも内服治療で軽快した。また、GCD療法中の抗菌薬使用有無で投与サイクル数や無増悪生存期間に差はなかった。死亡は7例（原病死6例、他病死1例）であったが、有害事象に関連した死亡例はなかった。【結論】 短期間の観察では、実臨床においてもGCD療法は病勢制御に有効であり、安全に導入が可能であった。

S2-12 当院における肝細胞癌に対するマイクロ波焼灼療法の検討

名古屋市立大学医学部附属病院 消化器内科

○ 松田 宜賢、石津 洋二、山本 健太、横山 晋也、今井 則博、伊藤 隆徳、本多 隆、川嶋 啓揮

【背景】 肝癌治療ガイドラインにおいて腫瘍径3cm以内かつ腫瘍数3個以内の肝細胞癌に対する治療法として肝切除と穿刺局所療法が推奨されている。これまで穿刺局所療法としてラジオ波焼灼療法（RFA）が広く行われてきたが、近年新たな治療法としてマイクロ波焼灼術（MWA）が登場し、選択される機会が増えてきている。しかし、その治療効果や安全性に関する報告はまだ多くないため、今回当院で行ったMWAの治療成績について検討を行った。【方法】 2021年9月から2024年7月の期間に当院で肝細胞癌に対してMWAを行った44症例55結節を対象とし、後方視的に検討を行った。【結果】 患者の年齢中央値（第一四分位-第三四分位）は76（69-82）歳、男性が35例（79.5%）、背景肝疾患はHBV/HCV/アルコール/その他=7/14/13/10、腫瘍径の中央値は短径：13.0（10.0-18.0）mm、長径：16.0（12.0-20.5）mm、11例でTACEが併用されており、19例で人口腹水/胸水が併用されていた。焼灼時間は8（7-10）分、焼灼範囲は短径：27.0（25.0-31.0）mm、長径：35.0（31.0-39.0）mm、短径/長径比は0.80（0.71-0.88）で横方向の焼灼径は縦方向の8割程度は得られていた。治療同日あるいは翌日にダイナミックCTを撮影し、治療効果判定を行い、全例でTE4を達成していた。7結節に14G針、48結節に17G針が使用されており、針の径で分けて比較すると、腫瘍短径（14G/17G）：23.0/12.5 mm（ $p < 0.05$ ）、長径：27.0/15.5 mm（ $p < 0.05$ ）、短径/長径比：0.83/0.80（ $p = 0.622$ ）、焼灼時間：7/8分（ $p = 0.147$ ）という結果だった。当初はより大きな病変に対して14G針を使用する傾向が見られたものの、同等の焼灼時間で焼灼範囲に差がみられないことから当院では17G針を使用する機会が多くなっている。治療部位の再発は2例2結節に認めたが、再度焼灼療法を行うことで病勢を制御できている。偶発症として胆管炎、肺血栓塞栓症を1例ずつ認めたが、いずれも内科的治療で対応可能であった。【結論】 MWAは横方向への焼灼領域を確保することが出来るため、治療効果は良好であり、また安全に施行可能であった。

一般演題 プログラム

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。

一般演題

胆 1

岡波総合病院 消化器内科 今井 元

- 01 十二指腸乳頭部原発 Mixed neuroendocrine non-neuroendocrine neoplasm (MiNEN) の1例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学

○加納 佑一、植月 康太、石川 卓哉、山雄 健太郎、水谷 泰之、飯田 忠、
高田 善久、青井 広典、南 喜之、熊野 良平、高野 宏平、木下 拓也、
佐々木 雅隆、竹内 一訓、堤 克彦、藤本 諒、安田 司、川嶋 啓揮

- 02 胆汁漏をきたした総胆管結石の1例

¹浜松医療センター 肝臓内科、²浜松医療センター 消化器内科

○大庭 行正¹、井上 尊史²、佐藤 大輝²、竹内 悠²、樋口 友洋²、谷 伸也²、
鈴木 安曇²、栗山 茂²、影山 富士人¹、金岡 繁²

- 03 閉塞性黄疸をきたした乳癌胆管転移の1例

¹伊賀市立上野総合市民病院 消化器・肝臓内科、²伊賀市立上野総合市民病院 外科

○樫木 一仁¹、光山 俊行¹、八尾 隆治¹、毛利 智美²、三枝 晋²、藤川 裕之²、
福持 皓介²、渡辺 修洋²、櫻井 洋至²、田中 光司²

- 04 診断に難渋した胆嚢結石を伴わない黄色肉芽腫性胆嚢炎の一例

若手 JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 消化器内科

(専攻医) ○豊田 純樹、松崎 晋平、田中 宏樹、筏井 勇斗、三谷 隆敦、大内 祐介、
鶴賀 聡美、向 克己

- 05 胆嚢仮性動脈瘤破裂に対して胆嚢摘出術を施行した1例

若手 刈谷豊田総合病院

(専攻医) ○森下 昌史、森 裕、中江 康之、神岡 諭郎、仲島 さより、久野 剛史、
稲掛 優介、光松 佑時、佐藤 宏樹、齋藤 和輝、河竹 弘貴、水谷 夏香、
濱島 英司

- 06 BRCA2 遺伝子変異陽性の胆嚢癌に対して Olaparib が奏功した1例

¹磐田市立総合病院 消化器内科、²磐田市立総合病院 がんゲノム診療センター、

³磐田市立総合病院 肝臓内科

○金子 淳一¹、瀧浪 将貴^{1,2}、鈴木 大二郎¹、西澤 航平¹、平野 雄一¹、
丹羽 智之¹、加藤 敦士¹、高橋 百合美³、笹田 雄三³、西野 眞史¹

- 07 腹腔内リンパ節腫脹を契機に発見された、胆道カンジダ症の一例

若手 市立四日市病院

(研修医) ○山田 高寛、竹島 大貴、中藪 啓史、丸山 昭洋、加藤 宏紀、富永 晋太郎、
水谷 哲也、小林 真、矢野 元義

胆2

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 中村 佳史

08 当院での高齢者胆道癌に対するゲムシタビン／シスプラチン／デュルバルマブ療法の検討

若手 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

(専攻医) ○服部 智子、金子 智文、児玉 明里、藤井 裕孝、内田 美奈、田村 洋樹、横井 佑典、神谷 昌宏、佐藤 椋、猪飼 千咲、中川 真里絵、庄田 怜加、荒木 幸子、西垣 信宏、小島 尚代、近藤 啓、伊藤 恵介、林 香月

09 胆嚢摘出術後に発症した肝門部胆管狭窄を伴う胆汁性腹膜炎の一例

若手 JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院

(専攻医) ○篠井 勇斗、松崎 晋平、田中 宏樹、豊田 純樹、三谷 隆敦、大内 祐介、鶴賀 聡美、向 克巳

10 FCSEMS 留置後に繰り返す胆嚢炎に対し胆道鏡併用ドレナージ術が奏功した1例 済生会松阪総合病院 消化器内科

○小野 隆裕、黒田 直起、澤井 翔馬、紅林 真理絵、田原 雄一、福家 洋之、青木 雅俊、河俣 浩之、脇田 喜弘、橋本 章、清水 敦哉

11 内視鏡的胆管金属ステント留置術にて治療した右腎摘出術時における総胆管損傷の一例

若手 JA 愛知厚生連 安城更生病院

(専攻医) ○柳原 将希、林 大樹朗、塩沢 昌大、安部 太智、山田 政伸、亀島 祐貴、杉浦 健太郎、牧野 成彦、榎本 祥吾、長谷川 一成、竹内 真実子

12 切除不能胆嚢管癌に対して Durvalumab を投与中に imAE による赤芽球瘡を発症した1例

若手 豊橋市民病院 消化器内科

(専攻医) ○田中 佑典、鈴木 博貴、松原 浩、内藤 岳人、山田 雅弘、山本 英子、服部 峻、飛田 恵美子、足立 賢吾、新田 紘一郎、佐久間 智大、佐野 暢彦、浦野 文博

13 ERCP による生検と胆汁細胞診で肝蛭症を診断した1例

若手 岡波総合病院 消化器内科

(専攻医) ○勝部 滉平、今井 元、福井 淑崇

14 胆石イレウスに対して内視鏡的採石術を施行した1例

済生会松阪総合病院

○澤井 翔馬、青木 雅俊、小野 隆裕、紅林 真理絵、田原 雄一、黒田 直起、福家 洋之、河俣 浩之、橋本 章、脇田 喜弘、清水 敦哉

膝 1

JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 消化器内科 松崎 晋平

15 2型自己免疫性膵炎の一例

三重中央医療センター 消化器内科

○倉田 一成、野田 悠介、宮田 徹也、葛原 正樹、渡邊 典子

16 自己免疫性膵炎との鑑別を要した膵腫瘤を伴う B リンパ芽球性白血病／リンパ腫の1例

若手 公立西知多総合病院 消化器内科

(専攻医) ○社本 賢昭、竹山 友章、鈴木 悠土、澤田 悠太郎、加古 雄基、加藤 賢人、
齊藤 玄己、山口 一馬

17 低用量ピルを契機とした高 TG 血症による重症膵炎の1例

若手 三重県立総合医療センター

(研修医) ○荻谷 望未、水谷 広樹、大須賀 一輝、上杉 佳穂、小林 真悠、中澤 祐一、
西浦 祐貴、森谷 勲、山中 豊、井上 英和、白木 克哉

18 膵癌化学療法中に敗血症性ショックを来した閉塞性化膿性膵管炎の一例

若手 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

(専攻医) ○吉田 祐輝、田中 隆光、山田 玲子、島田 康彬、大和 浩乃、野瀬 賢治、
中村 佳史、三輪田 哲郎、坪井 順哉、中川 勇人

19 血漿交換を行った高中性脂肪血症が成因の重症膵炎の1例

藤田医科大学病院 消化器内科

○和田 悠良、田中 浩敬、廣岡 芳樹、大野 栄三郎、葛谷 貞二、川部 直人、
中岡 和徳、中野 卓二、越智 友花、宮地 小百合

20 すい臓がんドックを契機に診断へと至った膵上皮内腫瘍性病変 (PanIN) の1例

若手 JA 愛知厚生連 安城更生病院

(専攻医) ○亀島 祐貴、林 大樹朗、安部 太智、山田 政伸、杉浦 健太郎、柳原 将希、
牧野 成彦、井手 彩、榎本 祥吾、長谷川 一成、竹内 真実子

膝2

三重中央医療センター 消化器外科 信岡 祐

- 21 早期膝癌を疑う間接所見を初指摘後、2年6か月の経過で間接所見の増悪を認め Carcinoma in situ の診断に至った1切除例

若手 静岡県立総合病院 消化器内科

(専攻医) ○高橋 春奈、佐藤 辰宣、村松 未来、土壁 千夏、引地 智基、上原 慶大、尾崎 友香、馬場 皓大、武田 昌大、池田 慎也、平田 太陽、増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、川口 真矢、大野 和也

- 22 急性膝炎後に顕在化した膝頭部癌の一例

¹聖隷浜松病院 消化器内科、²聖隷浜松病院 肝胆膵外科、

³聖隷浜松病院 病理診断科

○山下 大貴¹、小林 陽介¹、延澤 明日香¹、金谷 和哉¹、吉井 元¹、遠藤 茜¹、小林 郁美¹、志田 麻子¹、山田 洋介¹、木次 健介¹、海野 修平¹、木全 政晴¹、芳澤 社¹、室久 剛¹、細田 佳佐¹、田村 峻介²、伊良部 真一郎²、山本 博崇²、大月 寛郎³

- 23 腫瘍形成性膝炎を伴った T1a 膝管癌の1切除例

静岡県立総合病院 消化器内科

○尾崎 友香、川口 真矢、村松 未来、高橋 春奈、土壁 千夏、引地 智基、上原 慶大、馬場 皓大、武田 昌大、池田 慎也、平田 太陽、佐藤 辰宣、増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、大野 和也

- 24 造影超音波内視鏡所見が穿刺部位の決定に有効であった巨大な退形成性膝管癌の1例

若手 JA 三重厚生連 鈴鹿中央総合病院 消化器内科

(専攻医) ○三谷 隆敦、松崎 晋平、筏井 勇斗、豊田 純樹、大内 祐介、鶴賀 聡美、向 克巳

- 25 急激な経過を辿り、剖検によって骨髓癌腫症と肺動脈腫瘍塞栓が明らかとなった膝体部癌の1例

若手 ¹JA 三重厚生連 松阪中央総合病院 初期臨床研修医、

(研修医) ²JA 三重厚生連 松阪中央総合病院 消化器内科、

³JA 三重厚生連 松阪中央総合病院 病理診断科

○山川 紗季¹、村嶋 佑美²、留奥 茉由子²、江島 景美²、上野 哲弘²、別府 剛志²、稲垣 悠二²、浦出 伸治²、金子 昌史²、直田 浩明²、杉本 寛子³、小林 一彦²

下部消化管 1

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 石川 恵里

26 悪性リンパ腫との鑑別に苦慮した小腸型 Crohn 病の 1 例

若手 ¹愛知医科大学病院 消化管内科、²多治見市民病院 消化器内科

(専攻医)

○野村 朗弘¹、足立 和規¹、小林 大記¹、飯田 將博¹、安藤 慧¹、
伊藤 千晴^{1,2}、田代 崇¹、高山 将旭¹、加藤 駿介¹、小野 聡¹、山本 和弘¹、
杉山 智哉¹、山口 純治¹、田村 泰弘¹、井澤 晋也¹、舟木 康¹、海老 正秀¹、
小笠原 尚高¹、佐々木 誠人¹、春日井 邦夫¹

27 抗 IL-17A 抗体製剤により潰瘍性大腸炎を発症した一例

若手 ¹浜松医科大学 第一内科、²浜松医科大学 検査部、

(専攻医)

³浜松医科大学 光学医療診療部、⁴浜松医科大学 皮膚科

○森下 敦史¹、石田 夏樹¹、田村 智¹、松浦 友春²、山出 美穂子¹、
岩泉 守哉²、濱屋 寧¹、山田 貴教³、大澤 恵³、栗原 和生⁴、鈴木 健晋⁴、
杉本 健¹

28 経過中に免疫性血小板減少性紫斑病を発症した潰瘍性大腸炎の 1 例

若手 刈谷豊田総合病院 内科

(専攻医)

○齋藤 和輝、久野 剛史、濱島 英司、中江 康之、神岡 諭郎、仲島 さより、
森 裕、稲掛 優介、光松 佑時、佐藤 宏樹、森下 昌史、河竹 弘貴、
水谷 夏香

29 モニタリングに苦慮した狭窄を伴う潰瘍性大腸炎の 1 例

若手 愛知医科大学病院

(専攻医)

○大鹿 美由、小野 聡、足立 和規、山口 純治、田村 泰弘、井澤 晋也、
海老 正秀、小笠原 尚高、佐々木 誠、春日井 邦夫

30 非典型的な経過をたどった虚血性大腸炎の背景に全身性エリテマトーデスが疑われた 1 例

若手 一宮西病院 消化器内科

(専攻医)

○尾崎 俊彦、林 晋太郎、木村 龍平、豊田 健介、伊藤 友一朗、宮崎 聖大、
森山 智仁、百々 弘樹、神田 武生、熊原 加奈、奥儀 竜治、堀 圭介、
大橋 憲嗣、矢田 雅佳、東 玲治、森 昭裕

31 壊疽性膿皮症を合併して再燃した腸管ペーチェットの 1 例

若手 三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科

(専攻医)

○新田 淳、中村 美咲、細谷 聖美、鈴木 寛人、梅田 悠平、池之山 洋平、
行本 弘樹、重福 亜紀奈、岩下 ちひろ、藤原 野須子、濱田 康彦、
堀木 紀行、中川 勇人

32 腸閉塞にて発症した小腸アニサキス症の1例

若手 ¹四日市羽津医療センター 消化器内科、

(専攻医) ²宮崎大学医学部感染症学講座寄生虫学分野

○青田 紗季¹、中島 滋人¹、宮尾 遼¹、森田 翔一¹、阪口 亮平¹、山脇 真¹、
樋口 国博¹、長谷川 浩司¹、田中 美緒²

33 当院における小腸・大腸 MALT リンパ腫の検討

¹名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学、

²名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部

○津田 美芽¹、石川 恵里¹、中村 正直²、山村 健史¹、前田 啓子¹、
澤田 つな騎²、村手 健太郎¹、池上 脩二¹、河村 達哉²、大岩 恵祐¹、
八田 勇輔¹、平松 美緒¹、高田 直樹¹、田島 万莉¹、川嶋 啓揮¹

34 S状結腸リンパ管腫による成人腸重積症の1例

若手 社会医療法人宏潤会 大同病院 消化器内科

(専攻医) ○川嶋 裕人、西川 貴広、野々垣 浩二、名倉 明日香、八鹿 潤、黒部 拓也、
二村 侑歩、胡 磊明、堀 諒、早瀬 太貴

35 8番染色体異常が診断の一助になった多発潰瘍性腸炎を合併したCCUSの1例

豊川市民病院 消化器内科

○市野 由華、夏目 まこと、溝下 勤、福井 尚貴、三崎 大輔、宮崎 友里、
稲垣 勇輝、成田 幹誉人、尾関 貴紀、安部 快紀、佐野 仁

36 腹膜原発が疑われた悪性中皮腫の一例

若手 ¹三重中央医療センター 消化器内科、

(専攻医) ²三重中央医療センター 臨床検査科、

³三重中央医療センター 消化器外科

○野田 悠介¹、葛原 正樹¹、宮田 徹也¹、倉田 一成¹、藤原 雅也²、
湯淺 浩行³、田口 由紀子¹、渡邊 典子¹

37 劇症型溶連菌感染による原発性腹膜炎の1例

若手 三重県立総合医療センター

(専攻医) ○山本 真優、山本 晃、富田 正樹、山本 章貴、高木 里英子、横山 歩乃加、
森本 雄貴、横江 毅、尾嶋 英紀、内田 恵一、毛利 靖彦

下部消化管 3

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 消化器外科 志賀 一慶

- 38 小腸脂肪腫による腸重積症に対して腹腔鏡を用いて手術を施行した一例
医療法人普照会 もりえい病院 外科
○森 浩一郎、増田 亨、菊池 学、池田 哲也、森 孝郎
- 39 早期直腸癌に対して ESD 併用経肛門的直腸腫瘍切除術を施行した 1 例
若手 ¹ 済生会松阪総合病院 外科、² 済生会松阪総合病院 内科、³ 中島医院
(専攻医) ○留奥 賢¹、田中 穰¹、近藤 昭信¹、河埜 道夫¹、奥田 善大¹、市川 健¹、
竹林 三喜子¹、谷川 智美¹、鈴木 翔太¹、河俣 浩之²、中島 紳太郎³
- 40 77歳で発症した Hirschsprung 病類縁疾患に対して腹腔鏡下結腸左半切除術を施行した 1 例
名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学
○鳥井 恒作、岸田 貴喜、伴 友弥、伊藤 雄貴、野々垣 彰、田中 健士郎、
梅田 晋一、服部 憲史、中山 吾郎
- 41 小児潰瘍性大腸炎術後に回腸囊内の粘膜架橋により肛門痛をみとめた一例
三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学
○小池 勇樹、東 浩輝、山下 真司、佐藤 友紀、長野 由佳、志村 匡信、
川村 幹雄、松下 航平、大北 喜基、吉山 繁幸、大井 正貴、問山 裕二
- 42 低位前方切除術後吻合部膿瘍に対し経肛門腹式直腸膿瘍切除、結腸肛門吻合術を施行した一例
¹ 三重大学大学院医学系研究科 消化管・小児外科学、
² 三重大学医学部附属病院 ゲノム医療部
○水野 成¹、大北 喜基¹、今岡 裕基¹、北嶋 貴仁²、志村 匡信¹、川村 幹雄¹、
大井 正貴¹、奥川 喜永²、問山 裕二¹
- 43 末梢まで広範囲に進行した孤立性上腸間膜動脈解離の 1 例
若手 特定医療法人同心会 遠山病院
(専攻医) ○内山 耀、杉政 奈津子、濱口 哲也、野地 みどり、竹内 謙二、伊藤 佳之、
加藤 俊夫、井上 靖浩

肝 1

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 重福 隆太

44 経皮的肝生検により確定診断に至った粟粒結核の1例

若手 聖隷浜松病院 消化器内科

(専攻医) ○延澤 明日香、木次 健介、金谷 和哉、山下 大貴、吉井 元、遠藤 茜、
志田 麻子、小林 郁美、山田 洋介、海野 修平、小林 陽介、木全 政晴、
芳澤 社、室久 剛、細田 佳佐

45 健康診断での肝胆道系酵素上昇を契機に発見された巨大肝腫瘍の1例

若手 独立行政法人地域医療機能推進機構中京病院 消化器内科

(研修医) ○馬淵 英徒、神野 成臣、神戸 純一、鬼頭 大二郎、清水 典久、大西 浩史、
鈴木 恵里奈、高口 裕規、井上 裕介、日下部 篤宣、長谷川 泉

46 オキサリプラチン投与中止3ヶ月後に肝類洞閉塞症候群による肝性脳症を呈した一例

若手 公立西知多総合病院

(専攻医) ○山口 一馬、竹山 友章、加藤 賢人、齊藤 玄己、社本 賢昭、加古 雄基、
澤田 悠太郎、鈴木 悠土

47 肝細胞癌に対するAtezolizumab + Bevacizumab療法後に発症した自己免疫性脳炎の1例

若手 静岡県立総合病院 消化器内科

(専攻医) ○引地 智基、平田 太陽、川口 真矢、村松 未来、高橋 春奈、土壁 千夏、
上原 慶大、尾崎 友香、馬場 皓大、武田 昌大、池田 慎也、佐藤 辰宣、
増井 雄一、松田 昌範、川合 麻実、遠藤 伸也、黒上 貴史、白根 尚文、
大野 和也

48 胃癌化学療法中に転移性肝腫瘍との鑑別に苦慮した肝類洞閉塞症候群の1例

若手 岐阜県立多治見病院 消化器内科

(専攻医) ○大久保 賢宗、山田 直晃、加藤 圭、堀江 純平、祖父江 雅也、水野 智之、
濱田 祐輔、佐々木 謙、丹羽 佑介、大岩 拓矢、岡山 幸平、蓑輪 彬久、
羽根田 賢一、加地 謙太、水島 隆史、奥村 文浩

49 認知症と誤診されていた肝性脳症に対するバルーン閉塞化逆行性経静脈的塞栓術(B-RTO)の一例

若手 西濃厚生病院

(研修医) ○岸本 凱士、岩佐 太誠、足立 政治、瀬川 高輝、山元 圭吾、田端 みずほ、
長井 宏樹、伊藤 有紀、松浦 加奈、馬淵 正敏、中村 博式、島崎 信、
西脇 伸二

50 高度の黄疸を認めたニボルマブによるirAE関連肝障害の1剖検例

若手 桑名市総合医療センター

(専攻医) ○中地 悌喜、大矢 由美、吉兼 佑介、村田 亮介、山本 あゆみ、浦吉 俊輔、
杉本 龍亮、中川 直樹、石田 聡

肝2

三重大学医学部附属病院 肝胆膵・移植外科 野口 大介

- 51 内視鏡治療および BRTO が不成功の胃静脈瘤出血に対して脾摘が奏功した1例
¹三重大学 消化器・肝臓内科、²三重大学 肝胆膵・移植外科
○河内 瑞季¹、重福 隆太¹、吉川 恭子¹、着本 望音¹、玉井 康将¹、
藤原 直人¹、爲田 雅彦¹、小倉 英¹、田中 秀明¹、岩佐 元雄¹、村田 泰洋²、
栗山 直久²、水野 修吾²、中川 勇人¹
- 52 肝嚢胞に対する天蓋切除術8例の検討
¹伊賀市立上野総合市民病院 外科、
²伊賀市立上野総合市民病院 消化器・肝臓内科
○藤川 裕之¹、三枝 晋¹、渡辺 修洋¹、福持 皓介¹、榎木 一仁²、光山 俊行²、
毛利 智美¹、八尾 隆治²、櫻井 洋至¹、田中 光司¹
- 53 肝細胞癌に対する化学療法中に自己免疫性脳炎を発症した1例
若手 JA 愛知厚生連 安城更生病院 消化器内科
(専攻医) ○杉浦 健太郎、竹内 真実子、塩沢 昌大、安部 太智、山田 政伸、亀島 祐貴、
柳原 将希、牧野 成彦、榎本 祥吾、長谷川 一成、林 大樹朗
- 54 トルバプタンが奏功した肝硬変合併乳び胸腹水の一例
若手 ¹三重大学医学部附属病院 初期研修センター、
(研修医) ²三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科
○水野 成紀¹、小倉 英²、河内 瑞季²、着本 望音²、玉井 康将²、重福 隆太²、
爲田 雅彦²、吉川 恭子²、田中 秀明²、岩佐 元雄²、中川 勇人²
- 55 食道癌肝転移と鑑別を要し、腹腔鏡下肝切除術で診断し得た低リスク胃 GIST の肝
転移の1例
若手 三重大学 肝胆膵・移植外科
(専攻医) ○山本 雅人、飯澤 祐介、水上 拓哉、小松原 春菜、阪本 達也、新貝 達、
野口 大介、伊藤 貴洋、早崎 碧泉、藤井 武宏、村田 泰洋、種村 彰洋、
栗山 直久、岸和田 昌之、水野 修吾
- 56 Da Vinci SP を使用し横行結腸癌と転移性肝腫瘍を同部位より同時に切除した1例
¹藤田医科大学病院 総合消化器外科、
²藤田医科大学 先端ロボット・内視鏡手術学
○松本 航一¹、小島 正之¹、西村 彰博¹、三井 哲史¹、福岡 裕貴¹、
谷脇 慎一¹、内田 雄一郎¹、岩間 英明¹、大塚 幸喜²、高原 武志¹

上部消化管 1

三重大学医学部附属病院 消化器・肝臓内科 池之山 洋平

57 当院で経験した切除不能な進行胃食道接合部癌に対するゾルベツキシマブ併用化学療法使用の一例

若手 ¹愛知医科大学病院 消化器内科、²愛知医科大学病院 臨床腫瘍センター

(専攻医) ○松浦 睦希¹、足立 和規¹、小林 大記¹、藤田 美穂¹、榊原 裕行¹、
田代 崇¹、杉村 明佳音¹、小野 聡¹、加藤 駿介¹、高山 将旭¹、山本 和弘¹、
杉山 智哉¹、山口 純治¹、田村 泰弘¹、井澤 晋也¹、岩田 崇²、海老 正秀¹、
小笠原 尚高¹、佐々木 誠人¹、春日井 邦夫¹

58 ニボルマブ併用の化学療法中に劇症 1 型糖尿病と副腎不全を発症した 1 例

若手 三重県立総合医療センター

(研修医) ○今泉 梨花、中澤 祐一、大須賀 一輝、上杉 佳穂、小林 真悠、
水谷 広樹、西浦 祐貴、森谷 勲、山中 豊、井上 英和、白木 克哉

59 8 か月間で形態変化を認めたラズベリー様胃腫瘍の 1 例

若手 藤田医科大学 消化器内科

(専攻医) ○横山 忠弘、船坂 好平、河村 岳史、小山 恵司、山田 日向、堀口 徳之、
長坂 光夫、大野 栄三郎、葛谷 貞二、宮原 良二、廣岡 芳樹

60 壁外発育型 AFP 産生胃癌の 1 例

若手 静岡市立静岡病院

(研修医) ○大澤 佑輔、長谷川 力也、小林 祐紀、杉浦 直輝、関谷 幸佑、横山 翔平、
川口 大貴、菊池 恵介、木村 領佑、早川 諒祐、鈴木 博貴、黒石 健吾、
濱村 啓介、小柳津 竜樹

61 出血を契機に診断に至った小児多発類上皮型 GIST の 1 例

若手 桑名市総合医療センター 外科

(専攻医) ○前村 果穂、水越 幸輔、小西 尚巳、岡部 雄介、杉澤 文、高橋 直樹、
鈴木 秀郎、町支 秀樹

62 胸部食道亜全摘術後におけるせん妄発症リスク因子の検討

¹浜松医科大学 外科学第二講座、²浜松医科大学 森町地域包括ケア講座、
³浜松医科大学 周術期等生活機能支援学講座

○境井 勇氣¹、坊岡 英祐¹、羽田 綾馬¹、曾根田 亘¹、村上 智洋¹、
松本 知拓¹、森田 剛文^{1,2}、菊池 寛利¹、平松 良浩^{1,3}、竹内 裕也¹

63 人工呼吸管理下に化学療法を導入し、著明な QOL の改善をしえた気道閉塞合併局所進行食道癌の一例

若手 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

(専攻医) ○吉田 陽子、志村 貴也、西垣 瑠璃子、佐々木 康成、貫井 嵩之、宇野 好、
小島 悠揮、佐々木 槇子、管野 琢也、福定 繁紀、杉村 直美、田中 守、
尾関 啓司、久保田 英嗣、片岡 洋望

64 経皮内視鏡的胃壁固定術を行った胃軸捻転症の 1 例

¹名古屋徳洲会総合病院 外科、

²名古屋徳洲会総合病院 消化器内科

○高橋 正寛¹、仲野 将隆¹、細木 良介¹、福田 真里¹、鈴木 大翔¹、
山下 正勝¹、前田 洋平²、吉本 信保¹、友田 佳介¹、石川 健¹、坂本 雅樹¹、
高山 悟¹、可児 久典¹

65 Nivolumab 併用化学療法後に Conversion 手術を施行した切除不能進行胃癌の 1 例

若手 ¹静岡県立総合病院 消化器内科、²西伊豆健育会病院

(専攻医) ○田保 友輔^{1,2}、池田 慎也¹、増井 雄一¹、村松 未来¹、土壁 千夏¹、
高橋 春奈¹、引地 智基¹、上原 慶大¹、尾崎 友香¹、馬場 皓大¹、
武田 昌大¹、平田 太陽¹、佐藤 辰宣¹、松田 昌範¹、川合 麻実¹、
遠藤 伸也¹、黒上 貴史¹、白根 尚文¹、川口 真矢¹、大野 和也¹

66 術前に悪性病変を想定した巨大胃平滑筋腫の 1 例

若手 ¹伊勢赤十字病院 消化器内科、²伊勢赤十字病院 外科

(研修医) ○河野 智大¹、松嶋 竜太郎¹、沢 恵美加¹、大前 啓太¹、津田 宜之¹、
奥田 彩子¹、奥田 裕文¹、河俣 真由¹、中村 はる香¹、林 智士¹、
天満 大志¹、村林 桃士¹、杉本 真也¹、亀井 昭¹、佐藤 啓太²

67 十二指腸閉塞閉塞をきたすも自然寛解した特発性後腹膜血腫の 1 例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

○中井 俊介、金岩 弘樹、松尾 智、橋本 真耶佳、前田 英貴、富田 優作、
山口 彩菜、北川 美香、平野 敦之、森 義徳、木村 吉秀、土田 研司