

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 28 回教育講演会プログラム

第 1 会場 会議室 234

教育講演 (1) 10:00 ~ 11:00

司会：藤田保健衛生大学医学部 肝胆膵内科 吉岡健太郎

「肝臓：C 型慢性肝炎に対する治療の進歩」

名古屋大学大学院 消化器内科学 片野 義明

教育講演 (2) 11:00 ~ 12:00

司会：浜松南病院 渡邊 文利

「胆膵：胆膵領域における Interventional EUS」

仙台市医療センター 消化器内科 藤田 直孝

教育講演 (3) 14:00 ~ 15:00

司会：名古屋市立大学大学院 消化器・代謝内科学 城 卓志

「胃：機能性ディスぺプシア (Functional Dyspepsia:FD) と鑑別診断」

岐阜市民病院 消化器内科 加藤 則廣

教育講演 (4) 15:00 ~ 16:00

司会：藤田保健衛生大学医学部 消化管内科 平田 一郎

「大腸：炎症性腸疾患の診断と治療－新規治療薬の適応と使用法について－」

愛知医科大学 消化器内科 佐々木誠人

1) 肝臓：C型慢性肝炎に対する治療の進歩

名古屋大学大学院 消化器内科学 片野 義明

肝細胞癌による死亡者数は1975年以後急激に増加し、現在はやや減少に転じたが、なお年間約32,000人であり、全癌死亡の第4位を占めている。わが国における肝細胞癌は、70~80%がC型慢性肝炎を背景に生じている。C型肝炎ウイルス(HCV)は感染すると約70~80%は持続感染して慢性肝炎の経過をたどり、長期の経過で肝硬変へ進行する。慢性肝炎が進行するに伴い発癌率が高くなるため、C型肝炎からの発癌を予防するには肝炎の進行を抑えることであり、究極はHCVを排除(sustained viral response:SVR)することである。

抗ウイルス療法の中心はインターフェロン(IFN)であるが、わが国では、1992年から保険診療下で行われるようになった。当初はIFN単独治療であったが、その後リバビリン(RBV)を併用するようになり、週1回投与のペグインターフェロン(PEGIFN)が登場し、2004年にはPEGIFN・RBV併用療法が標準治療となった。治療効果が遅れる例には治療期間の延長も可能となり、難治例とされる1型高ウイルス量例のSVR率は、IFN単独では数%であったが、PEGIFN・RBV併用療法になって約50%と格段に向上した。治療効果には、ウイルス側の要因、宿主側の要因、IFNの治療方法が影響するが、もっとも強く関与する因子は宿主要因の

IL28B近傍遺伝子多型である。

治療効果が向上したとはいえ残念ながら約50%はSVRが得られず、新規抗ウイルス剤が待たれていたところ、2011年11月に、HCVの増殖を直接抑えるプロテアーゼ阻害剤のテラプレビル(TVR)が保険認可された。PEGIFN・RBV・TVR3剤併用療法は、国内の臨床開発試験において、PEGIFN・RBV併用療法に比べると24週間とむしろ治療期間は短い、初回治療例で73%、前治療再燃例では88%という高いSVR率を示した。その一方で、前治療無効例のSVR率は34%にとどまり、貧血、皮膚症状等の副作用が強く出ることも示された。IL28B遺伝子多型とウイルス要因のCoreアミノ酸置換を組み合わせることでより詳細な治療効果予測が可能であり、2012年5月には日本肝臓学会からガイドラインが出された。

現在も第二世代プロテアーゼ阻害剤をはじめ新規薬剤の開発試験が多数行われており、将来を見据えた治療を行う必要がある。画一的な治療ではなく、発癌リスク、治療効果、副作用等を考えて個々に治療法を決める必要があり、C型肝炎はテーラーメイドの治療の時代に入った。

略 歴

1988年3月	名古屋大学医学部卒業
1988年4月	大垣市民病院研修医
1989年4月	大垣市民病院内科
1992年4月	名古屋大学大学院医学研究科入学
1996年3月	同 修了
1996年4月	名古屋大学医学部附属病院第二内科 医員
1996年7月	名古屋大学医学部第二内科 助手
2000年4月	名古屋大学大学院医学研究科病態修復内科 助手
2002年10月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 助手
2008年4月	名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師

2) 胆膵：胆膵領域における Interventional EUS

仙台市医療センター 消化器内科 藤田 直孝

超音波内視鏡（EUS）は現在、消化器診療の中で重要な役割を果たしている。精密な画像診断に加え、組織採取やドレナージ、注入療法など、診断、治療の両面において手技の開発が進められており、臨床応用レベルに到達している手技も増加している。本講演では、胆膵領域での EUS を用いた intervention について述べる。

I. 超音波内視鏡ガイド下の細径針による穿刺吸引（EUS-FNA）組織診・細胞診

EUS-FNA による細胞診・組織診は、安全性が高く、検体採取率も従来の方法と比較し良好であることから普及が著しい。非切除膵胆道癌の化学（放射線）療法前の組織学的確証を得る上で有用性が高い。自己免疫性膵炎の組織診のための検体採取などにも活用されている。一方、切除可能膵癌に対する施行には問題がある。文献上の報告例数は限られるもの、本手技に起因する播種の報告がみられ、治癒切除可能例で早期に播種再発をきたした例もみられている。われわれに課せられた使命は診断を確定することではなく、患者を治すことであるということを忘れてはならない。

II. 超音波内視鏡ガイド下胆管ドレナージ術（ESBD）

ESBD は、EUS ガイド下に肝内もしくは肝外胆管を穿刺し、穿刺ルートにまたは穿刺ルートを利用して胆管にステントを留置する方法である。現在、経乳頭的アプローチ困難例を対象に施行されている。消化管と胆道を吻合する形でステントを留置する方法、順行性にステントを狭窄部に留置する方法、Rendezvous 法を用いて経乳頭的にステントを留置する方法が可能である。このため、十二指腸狭窄の存在に影響されることなく施行可能である。開発当初は plastic stent が留置されていたが、近年では covered metallic stent が積極的に用いられるようになってきている。技術的にも成熟してきており、専用処置具の開発に伴い普及、応用手技の開発が進むものと予測される。

III. 超音波内視鏡ガイド下腹腔神経叢破壊術（EUS-CPN）

切除不能膵癌患者の腹背部痛に対する EUS-CPN が実用レベルに達している。EUS ガイド下に純エタノールを腹腔神経叢、神経節に注入することにより、症状を緩和することが可能である。慢性膵炎例に対する治療法としての評価は確立されていない。

胆膵の interventional EUS は、内視鏡、処置具の開発により手技の改良、新手技の創出が活発に進められており、今後もさらなる展開が期待される。

略 歴

仙台市医療センター仙台オープン病院
副院長、消化器内科主任部長

昭和 54 年 3 月 東北大学医学部 卒業
昭和 54 年 5 月～ 仙台市立病院内科
昭和 56 年 6 月～ 仙台市医療センター消化器内科に勤務、現在に至る。
平成 7 年 4 月 同消化器内科部長
平成 15 年 4 月 同副院長
平成 5 年 1 月～ 東北大学医学部非常勤講師

3) 胃：機能性ディスぺプシア (Functional Dyspepsia:FD) と鑑別診断

岐阜市民病院 消化器内科 加藤 則廣

2006年にROMEIII基準で新たに「機能性ディスぺプシア (Functional Dyspepsia:FD)」の定義が提唱されて既に6年が経過した。FDは器質的疾患を認めない慢性あるいは再発性のDyspepsiaと定義される。ROMEIII基準でFDは心窩部痛や灼熱感をきたす「心窩部症候群 (EPS)」と、食事と関連した症状で早期満腹感 (通常の量の食事を食べられない) や食後の膨満感を呈する「食後愁訴症候群 (PDS)」の2つに大別される。したがって、胸焼け (胸骨後部に発生する不快な灼熱感) や悪心・嘔吐などの上腹部症状はFDとは異なる分類に入るが、これまでDyspepsiaは上腹部の多くの不定愁訴の症状とされてきたため、日常診療上ではまだ少し混乱がみられるとされる。

FDの病態には酸分泌異常、消化管運動異常、知覚過敏、*Helicobacter pylori* (Hp) 感染や精神的因子などの多くの病因が推察され、従ってFDは多種の治療が行われている。胃酸分泌抑制療法や消化管運動機能改善薬が有用な症例も多いが、こうした薬剤が効果のない患者も少なくない。またHpの除菌療法が一部の例で有効である。一方、FDと過敏性腸症候群 (IBS) とオーバーラップする報告もあり、FDの病態解明には今後の更なる研究が待たれる。

FDと鑑別すべき周辺疾患として、まず胸焼けを主訴とする「胃食道逆流症 (GERD)」が重要である。しかし胸焼けがあってもPPIが効果のない「機能性胸焼け (Functional heartburn)」を鑑別する必要がある。また、最近、注目されている疾患に「好酸球性食道炎 (Eosinophilic esophagitis:EoE)」がある。上腹部灼熱感はあるがPPIが有効でない。基本的な診断基準は食道生検で1視野に15個以上の好酸球が観察される。日本では認識度が低いが、欧米では2011年にUpdated Consensus Reportとしてガイドラインが作成されている。当初はEoEの治療薬としてPPIは有効でないと言われてきたが、最近はPPIの有効性に関する論文もみられる。その他に「Gastroparesis」がある。Gastroparesisは胃運動不全麻痺と訳され、三大成因としては特発性、糖尿病性、外科術後がある。また「食道アカラジア」も鑑別すべき疾患であるが、最近は内視鏡的食道筋層切開術・POEM (Per-Oral Endoscopy Myotomy) という内視鏡的治療法が本邦で新しく開発され、欧米では既に教科書に記載されている。また、腹部不快感を呈する「鳥肌胃炎」はHp感染との関連性がある。とくに若年女性に多くみられ、未分化型胃癌の発生率が高いとされ、日常臨床で注意すべき疾患である。

FDと新しい疾患概念も含めて鑑別すべき周辺疾患について概説する。

略 歴

昭和56年	3月	岐阜大学医学部卒業
昭和56年	4月	岐阜大学医学部 第一内科
平成2年	1月	岐阜大学医学部 第一内科 助手
平成8年	12月	岐阜大学医学部 第一内科 併任講師
平成11年	7月	岐阜大学医学部 第一内科 講師
平成12年	6月	岐阜大学医学部 第一内科 助教授
平成14年	4月	岐阜大学医学部 消化器病態学 助教授
	5月	岐阜大学医学部 光学医療診療部 助教授
平成18年	4月	岐阜市民病院 消化器内科部長
平成23年	4月	岐阜市民病院 診療局長 (内科) 兼任

4) 大腸：炎症性腸疾患の診断と治療－新規治療薬の適応と使用法について－

愛知医科大学 消化器内科 佐々木誠人

炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎（UC）、クローン病（CD））は増加の一途をたどっており、UCは全国で12万人、CDは3万人を超えている。そのため、炎症性腸疾患は今やまれな疾患ではなく、日常でよく遭遇する疾患といえる。ここではUCとCDの診療における基本的な診断と治療ならびに、最近進歩している治療法につき説明する。

炎症性腸疾患の診断・治療に関しては厚生労働科研費補助金難治性疾患克服事業「難治性炎症性腸管障害に関する調査研究」班（班会議）による診断基準・治療指針や日本消化器病学会による診療ガイドラインにより解説されている。近年の炎症性腸疾患に対する治療の進歩はめざましいため、班会議では毎年、診断基準・治療指針の改定を行っており、これらを診療の参考にすることが望まれる。しかし、これらの指針やガイドラインは基本的な診療指針であり、患者の状態やそれまでの治療内容・治療への反応性、さらには長期的な予後を見すえた治療を選択する必要がある。そのためには炎症性腸疾患の自然史を理解したうえでの治療が望まれる。近年、特に生物学的製剤「抗TNF- α 抗体」がクローン病に対する治療に与えたインパクトは大きく、再燃予防のためには「粘膜治癒」が必要であろうという考えが生まれた。これはCD治療に対する劇的な変化であり、早期に強力な治療を行えば、完全治癒させる可能性があるとの考にまで繋がっている。UCにおいても新規免疫調整薬や抗TNF- α 治療により、CDに対する治療方針の変化と同様に「粘膜治癒」を目指した治療が適応されようとしている。しかし、抗TNF- α 抗体を投与する対象患者やタイミング、免疫調整薬との併用や与期間、長期投与の安全性や中止時期や中止方法など多くの重要な点についての結論は出ていない。弛まない議論が将来、これらに結論を導き出すものと期待するが、現時点における日本の実情に即した状況での考え方をまとめてみたい。

略 歴

1989年 3月	名古屋市立大学医学部卒業
1989年 5月	名古屋市立大学第一内科臨床研修医
1990年 1月	旭労災病院内科研修医
1991年 4月	旭労災病院内科医師
1995年 4月	増子記念病院内科医師
1999年 4月	名古屋市立大学第一内科臨床研究医
2000年 10月	米国ルイジアナ州立大学医学部分子細胞生理学教室研究員
2003年 4月	名古屋市立大学大学院医学研究科臨床機能内科臨床研究医
2003年 6月	同上 助手
2004年 7月	同上 病院講師
2005年 4月	名古屋市立大学大学院医学研究科消化器・代謝内科学（改名）講師
2009年 4月	愛知医科大学消化器内科准教授