

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 31 回教育講演会プログラム

第 1 会場 1F メインホール

教育講演 (1) 9:30 ~ 10:30

司会：浜松医科大学 外科学第二講座 今野 弘之

「上部消化管内視鏡診断・治療の最前線」

岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 荒木 寛司

教育講演 (2) 10:30 ~ 11:30

司会：大垣徳洲会病院 種村 廣巳

「胃癌治療の最前線」

静岡県立静岡がんセンター 胃外科 寺島 雅典

教育講演 (3) 14:00 ~ 15:00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器外科学 竹山 廣光

「肝癌に対する IVR 治療の最前線」

三重大学医学部附属病院 IVR 科 山門亨一郎

教育講演 (4) 15:00 ~ 16:00

司会：三重大学大学院医学系研究科 肝胆膵・移植外科 伊佐地秀司

「膵腫瘍の外科治療 (UPDATE)」

藤田保健衛生大学 総合外科・膵臓外科 堀口 明彦

1) 上部消化管内視鏡診断・治療の最前線

岐阜大学医学部附属病院 光学医療診療部 荒木 寛司

1. ESD（内視鏡的粘膜下層剥離術）

ESD は早期胃癌の治療として日常臨床に導入され、その後、多くの専用デバイスが開発され国内で広く普及した。対象臓器も食道、大腸に保険適応が広がった。一括で遺残なく切除することが可能で、一括で切除することにより正確な病理学的診断が可能となることが特徴である。

2. 画像強調内視鏡

ヘモグロビンに吸収される光域のみを狭帯化して用いる NBI (narrow band imaging) やレーザー光を用いた狭帯域光観察機能 BLI (Blue LASER Imaging) で拡大観察することにより、微細表面構造や微細血管構造を観察することが可能となった。消化管早期癌の質的診断、範囲診断、深達度診断に応用される。

3. 食道・扁平上皮癌

深達度診断に関し画像強調拡大観察での IPCL (上皮乳頭内毛細血管ループ)、AVA (無血管領域) の観察による簡便な分類として日本食道学会内視鏡分類が発表された。異型の弱い腫瘍や炎症で認める血管を Type A、扁平上皮癌で認める血管を Type B とし、深達度診断のために Type B を B1、B2、B3 に亜分類した。また、AVA はその大きさにより small、middle、large に分類し深達度診断に応用された。深達度 EP、LPM は内視鏡治療の適応とされ、MM、SM1 はリンパ節転移の可能性が 10%程度あるとされ、原則外科的切除の適応とされているが、内視鏡治療で病理学的診断を行った後、病理結果と患者の状況に合わせた治療を選択する症例が増加している。また、食道は管腔が狭いため周在性が 2/3 を超えると狭窄の可能性が高く内視鏡治療後の狭窄に対する予防的バルーン拡張、ステロイド局注、ステロイド経口投与などの対策を要する。

4. バレット食道腺癌

胃食道逆流症の増加している日本で増加する可能性が指摘されている。画像強調拡大内視鏡観察が境界診断に有用である。内視鏡治療の適応などに関しては検討症例が少ないことなどより SM 癌の亜分類や臨床病理学的特徴などの解明が今後の課題である。

5. 胃癌

胃癌の画像強調拡大内視鏡観察では VS classification system などの分類が用いられている。微小血管構築像 (microvascular pattern) と表面微細構造 (microsurface pattern) に分けて解析し demarcation line (境界線) の有無と合わせて早期癌を診断する。内視鏡治療、ESD の適応はガイドラインにより、絶対適応病変、適応拡大病変、適応外病変に分けられる。未分化型胃癌に関しても 20mm 以下であれば適応拡大病変に含める方向で臨床試験が行われている。

6. 十二指腸腺腫・癌

管腔の狭さや壁の薄さ、内視鏡の操作性の悪さによりその内視鏡治療の適応に関して意見が分かれている。下行脚以深では隣液胆汁の暴露により、穿孔時に重篤な合併症を起こすことが報告されている。対策として、生体吸収シートによる被覆やクリップでの精密な創部閉鎖などの工夫が報告されているとともに、外科治療や内視鏡と腹腔鏡の共同手術である LECS (Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery) などの治療手技もあわせて適応を慎重に考える必要がある。

略 歴

職歴	平成元年 4 月	岐阜大学医学部附属病院	臨床研修員（第一内科）	
	平成元年 5 月	岐阜大学医学部附属病院	医員（研修医）（第一内科）	
	平成元年 12 月	高山赤十字病院	内科医師	
	平成 2 年 12 月	国立湊病院	内科医師	
	平成 3 年 11 月	岐阜市民病院	消化器内科医師	
	平成 5 年 6 月	養老中央病院	内科医師	
	平成 11 年 6 月	岐阜大学医学部附属病院	医員（第一内科）	
	平成 15 年 9 月	岐阜大学医学部附属病院	助手（第一内科）	
	平成 16 年 5 月	岐阜大学医学部附属病院	助手（生体支援センター）	
	平成 17 年 4 月	岐阜大学医学部附属病院	臨床講師（生体支援センター）	
	平成 18 年 4 月	岐阜大学医学部附属病院	講師（光学医療診療部）	
	平成 20 年 2 月	岐阜大学医学部附属病院	准教授（光学医療診療部）	
	平成 25 年 10 月	岐阜大学医学部附属病院	光学医療診療部 部長	
	学会	日本消化器内視鏡学会(学術評議員、東海地方会評議員、指導医)		
		日本消化器病学会(評議員、東海支部評議員、指導医)		
日本門脈圧亢進症学会(評議員)				
日本消化管学会(胃腸科専門医)				
日本肝臓学会				
日本内科学会(東海地方会評議員、認定内科医)				
American Society for Gastrointestinal Endoscopy (International member)				
日本癌学会				
日本臨床腫瘍学会(暫定指導医)				
がん治療認定医機構暫定教育医				

2) 胃癌治療の最前線

静岡県立静岡がんセンター 胃外科 寺島 雅典

胃癌に対する治療方針は主として胃癌治療ガイドラインに則って決定される。より、先進的な治療法は臨床研究として行われている。本稿では我が国における胃癌に対する標準治療と臨床研究として行われている治療法について紹介する。

早期胃癌でも 2cm 以下の深達度 M の分化型癌で潰瘍を伴わない病変に対しては内視鏡治療が推奨されている。更に大きな腫瘍や潰瘍を伴う病変、未分化型癌に対する内視鏡治療は臨床研究として行なわれている。

cN+ 症例や進行胃癌に対しては定型手術として胃の 2/3 以上の切除と D2 リンパ節郭清が推奨されている。上部進行胃癌における脾摘の意義に関しては臨床試験 (JCOG0110) の結果待ちである。また、網膜切除の意義に関しても現在臨床試験 (JCOG1001) で検討されている。D2 以上のリンパ節郭清を行う予防的拡大郭清の意義に関しては JCOG9501 試験の結果により否定されている。

一方、臨床的にリンパ節転移が認められない早期胃癌に対しては縮小手術が推奨されている。腫瘍の占居部位に応じて、幽門保存胃切除術や、噴門側胃切除なども選択される。腹腔鏡下手術は有望な低侵襲手術として期待されている。安全性に関しては JCOG の第 II 相試験 (JCOG0703) で確認されており、今後標準治療として推奨される可能性がある。最近では更に高度な手術が可能なロボット手術も一部の施設では導入されている。

切迫症状の無い症例に対して行われる減量手術の意義に関しては、臨床試験 (JCOG0705/REGATTA) により否定されている。

術後補助化学療法としては、ACTS-GC 試験の結果から、Stage II、III の根治切除例に対しては術後 1 年間の S-1 投与が標準治療とされている。現在、Stage II に対する投与期間の短縮 (JCOG1104) や、Stage III に対する併用療法の試みが検討されている。

術前化学療法に関しては幾つかの臨床第 II 相試験で近接効果は確認されているものの、生存の改善に関するエビデンスはない。

切除不能進行・再発胃癌に対する化学療法に関しては一次化学療法としては S-1+CDDP (SP) 療法が標準治療とされている。さらなる効果増強を目的とし ta SP + DTX の 3 剤併用療法の有効性が JCOG1013 試験で検証されている。

また、より簡便性の高い治療として S-1 + I-OHP 療法の有効性も確認されている。

二次化学療法の標準治療は未だ確立されていないが、我が国ではタキサン系薬剤 (PTX, DTX) または CPT-11 が広く日常診療で用いられている。実地臨床では患者の状態に応じてどちらかの薬剤を選択する事が推奨される。

分子標的治療薬としては、Her-2 陽性胃癌に対するトラスツマブの上乗せ効果が確認されており、化学療法前に全例で Her-2 発現の有無を検索することが推奨されている。二次または三次治療における抗 VEGFR2 抗体であるラムシルマブの効果も報告されている。

略 歴

昭和 58 年 (1983 年) 岩手医科大学医学部卒業
昭和 59 年 (1984 年) 癌研・癌化学療法センターにて研修
昭和 62 年 (1987 年) 岩手医科大学大学院胃学区研究科 終了
平成 4 年 (1992 年) 岩手医科大学第一外科助手
平成 6 年 (1994 年) 岩手医科大学第一外科講師
平成 6 年 (1994 年) ハーバード大学、ダナ・ファーバー癌研究所留学
平成 7 年 (1995 年) 岩手医科大学第一外科講師
平成 14 年 (2002 年) 福島県立医科大学第一外科助教授
平成 19 年 (2007 年) 福島県立医科大学附属病院 教授
平成 20 年 (2008 年) 静岡県立静岡がんセンター 胃外科 部長

3) 肝臓に対する IVR 治療の最前線

三重大学医学部附属病院 IVR 科 山門 亨一郎

IVR 治療手技は肝臓治療の重要な役割を担っている。肝臓の治療のガイドラインには、根治的治療として RFA や PEI、姑息的治療として TACE があげられている。

一般的に RFA の適応は 3cm 以下であるとされてきたが、TACE の併用により、より大きな肝臓に対して良好な成績が報告されるようになってきた。また、肝臓に対してミリプラを動注して RFA を行う治療法も臨床試験が行われている。

肝動脈塞栓療法（TAE）の塞栓物質として本邦でもビーズが導入され、肝臓に対する治療法の新しい展開が期待されている。

今までは、転移性肝臓に対して、RFA や肝動脈塞栓療法は積極的に行われてこなかった。現在、大腸癌肝転移に対してデンプン球を動注して RFA を行う治療法も臨床試験が進行しているし、今後、ビーズを用いた転移性肝臓の塞栓療法も臨床試験が行われる予定である。

また、RFA は肝臓だけではなく、肺腫瘍、骨軟部腫瘍、副腎腫瘍、等にも有効な治療法である。肝臓肝外症例にも RFA は有効で、長期予後が得られる症例も存在する。

IVR 手技を用いて、門脈浸潤症例にステントを留置することも可能である。

略 歴

昭和 62 年 3 月 25 日	金沢大学医学部卒業
昭和 62 年 6 月 20 日	三重大学医学部附属病院 研修医
平成 2 年 9 月 1 日	桑名市民病院
平成 3 年 9 月 1 日	三重大学医学部附属病院 医員
平成 4 年 7 月 1 日	松坂中央総合病院
平成 5 年 7 月 1 日	三重大学医学部附属病院 医員
平成 5 年 11 月 1 日	三重大学医学部附属病院 助手
平成 11 年 1 月 1 日	アメリカ合衆国オレゴン大学 (Dotter Interventional Institute)
平成 12 年 2 月 1 日	三重大学医学部附属病院 助手
平成 13 年 4 月 1 日	三重大学医学部附属病院 院内講師
平成 16 年 8 月 1 日	三重大学医学部附属病院 講師
平成 17 年 4 月 1 日	三重大学医学部附属病院放射線治療科 副科長
平成 21 年 8 月 1 日	三重大学医学部附属病院 IVR 科 科長
平成 24 年 10 月 1 日	三重大学医学部附属病院 准教授
平成 24 年 11 月 1 日	三重大学医学部附属病院 病院教授

現在に至る

学会 日本医学放射線学会
日本血管造影・IVR 学会
日本核医学学会
日本肺癌学会
日本肝臓研究会 等

4) 膵腫瘍の外科治療(UPDATE)

藤田保健衛生大学 総合外科・膵臓外科 堀口 明彦

画像診断の発達に伴い、低悪性度の膵腫瘍が診断される機会が増した。低悪性度の腫瘍では、膵ならびに膵周囲臓器の可及的な温存を目指す膵機能温存術式をおこなうことにより、遠隔時に良好な QOL を得ることができる。膵頭部の良性疾患に対する胆管・十二指腸温存膵頭切除術 (DPPHR : Duodenum-Preserving Pancreatic Head Resection) は、膵頭部の動脈アーケイドを確実に温存することにより、術後合併症である十二指腸穿孔、胆管狭窄、十二指腸乳頭機能不全などを防止できる。そのほか、機能温存手術は膵体部の良性腫瘍に対する膵中央切除 (MP : Middle Pancreatectomy)、脾 (動静脈) 温存尾側膵切除術 (SPDP : Spleen Preserving Distal Pancreatectomy) がある。また、膵頭部と膵尾部に腫瘍を認め膵体部が温存可能な場合は中央区域温存膵切除術 (MSPP : Middle Segment Preserving Pancreatectomy) がある。それぞれ、温存臓器に対する血流を考慮することが大切である。

浸潤性膵癌はいまだに予後不良であるが、切除に加えて補助療法を行うことで、5年生存率が明らかに良好になってきている。膵頭部癌に対する流入動脈 (下膵十二指腸動脈) 先行処理膵頭十二指腸切除術は、術中出血量を軽減させ、NO14 リンパ節郭清を確実に施行できる。MD-CT を用いた下膵十二指腸動脈の分岐形態の検討では下膵十二指腸動脈の 70% 以上が上腸間膜動脈の背側から分岐する第 1 空腸動脈と共通幹を形成していた。これらの術前情報により、安全に手術を行うことが可能である。局所高度浸潤で切除不能な膵癌に対して化学放射線療法を施行することにより、切除可能となるいわゆる adjuvant surgery の概念も確立されてきている。

一方、低侵襲手術として、腹腔鏡下膵切除術が行われるようになった。当施設は、2009 年に da Vinci Surgical System を導入し、それ以降、消化器癌に対しても積極的にロボット支援手術を施行してきた。現在までに 15 例の膵疾患に対してロボット支援膵切除術を行った。da Vinci は 3D ハイビジョン画像であり、7 度の自由度を有する関節機能、手振れ防止機能、scaling 機能、拡大視効果により高度な吻合が可能である。ロボット支援手術は繊細かつ安全なリンパ節郭清、血管温存術式、膵腸吻合、胆管空腸吻合に有用であり、とくにマイクロ持針器による正常膵管の吻合は正確、確実な操作が可能である。

略 歴

1984 年 藤田保健衛生大学医学部 卒業
1984 年 国立名古屋病院 (現 名古屋医療センター) 研修医
1986 年 国立名古屋病院 (現 名古屋医療センター) 外科医員
1987 年 藤田保健衛生大学医学部外科学 大学院
1991 年 藤田保健衛生大学医学部外科学 助手
1993 年 同上 講師
2002 年 同上 助教授
2011 年 藤田保健衛生大学医学部 胆膵外科学講座 臨床教授
2013 年 藤田保健衛生大学医学部 総合外科・膵臓外科学講座 主任教授

学会活動

日本消化器外科学会評議員 日本外科学会代議員
日本肝胆膵外科学会評議員 日本胆道学会評議員
日本臨床外科学会評議員 日本膵臓学会評議員