

第36回教育講演会プログラム

第1会場（1001会議室）

教育講演（1） 9：00－10：00

司会：愛知県がんセンター中央病院

丹羽 康正

「上部消化管早期がんの診断と治療」

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 小野 裕之

教育講演（2） 10：00－11：00

司会：朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科

八木 信明

「炎症性腸疾患の診断と治療」

愛知医科大学 消化管内科 佐々木誠人

教育講演（3） 14：30－15：30

司会：三重大学 消化器・肝臓内科

岩佐 元雄

「慢性肝不全の治療・肝発癌の予防～最新のトピックス～」

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

教育講演（4） 15：30－16：30

司会：藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 消化器内科

乾 和郎

「膵疾患診療のトピックス」

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

1) 上部消化管早期がんの診断と治療

静岡県立静岡がんセンター 内視鏡科 小野 裕之

食道がん、胃がんの診断で近年非常に盛んになっているのが、NBI、BLI、iscanなどの画像強調技術を用いた拡大内視鏡観察である。

これは非常に優れた手法であり、がんの鑑別診断、深達度診断や範囲診断において、より詳細な情報を得ることができるようになった。しかし、新しい技術が出現すると、ともすれば従来の白色光観察や色素観察がなおざりになる危険性も起こりうる。がんの内視鏡診断はすべての技術を駆使した総合診断であることを改めて強調したい。

がんの内視鏡的な診断には、1) 拾い上げ診断、すなわち見つけること、2) 鑑別診断、すなわち癌なのか否か、3) 深達度診断、が挙げられる。拾い上げ診断のためには、どのようなスクリーニング内視鏡検査が必要か、が重要となる。

がんの診断と治療にあたっては、まず「見つけること」が重要であり、見つからなければ何も始まらない。拾い上げ診断においては、食道（含む咽喉頭）と胃ではやり方が異なる。食道においては、NBI観察が白色光観察よりもがんの診断率が明らかに高いことが、無作為化比較試験にて証明されている。従って、挿入時または抜去時のどちらかをNBI観察することが推奨される。一方、胃においては現状の内視鏡システムにおいては、NBI観察が白色光観察を凌駕するevidenceはない。現時点では白色光観察に軍配があがると思われる。どのようにスクリーニング内視鏡を行うかを定型化することが重要と考える。

次に拾い上げた病変をどのように診断するかに対する知識が必要となる。白色光と色素観察の診断はこれまで多くの検討が行われ、体系化されてきた。特に鑑別診断と範囲診断については、これらにNBI拡大観察を加えることで、その診断精度は著しく向上した。食道においてはIPCLの拡張の形態によってある程度客観的に深達度を判定することが可能となり、胃においては、demarcation line、構造異型、異常血管の同定が可能となったことで鑑別診断と範囲診断の精度が向上した。

治療においては内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が普及・普遍化し、多くの施設で行われている。ESDにおいては、治療手技のskill upがもちろん重要であるが、診断と知識がその前提にあることを強調しておきたい。食道ESDでは、範囲診断はヨード染色が未だgold standardであり、他の手法はこれを凌駕するものではないが、胃がんESDにおいては、NBI拡大観察により範囲診断の精度が向上したこともあって、断端陽性となるケースが減少していると推察される。

治療の前に診断があり、がんに対する病理学的な知識や適応に関する知識を備え、正しく理解して治療に望む必要がある。

略 歴

昭和62年（1987年）3月 道立札幌医科大学 卒業
昭和62年（1987年）4月 同大学 第四内科学講座 入局
昭和63年（1988年）1月 留萌市立総合病院内科医員
平成元年（1989年）4月 国立函館病院消化器内科医員
平成3年（1991年）1月 北海道立羽幌病院内科医員
平成3年（1991年）4月 国立がんセンター中央病院研修医
平成4年（1992年）6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部レジデント
平成7年（1995年）6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部チーフレジデント
平成9年（1997年）6月 国立がんセンター中央病院内視鏡部医員
平成14年（2002年）4月 静岡県立静岡がんセンター内視鏡部長着任
平成24年（2012年）4月 静岡県立静岡がんセンター内視鏡部長兼任副院長
現在に至る

所属学会：日本消化器内視鏡学会
（指導医、評議員、胃癌 ESD/EMR ガイドライン作成委員長）
日本消化管学会（評議員）
日本消化器病学会（指導医）
日本胃癌学会（評議員）
胃癌治療ガイドライン委員
日本消化器内視鏡学会ガイドライン委員
日本癌治療学会 等

2008年3月下旬にて医学博士号授与

学位論文：Usefulness of a novel electrosurgical knife, IT knife-2, for endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer

2012年4月 復旦大学（中国・上海）より名誉教授授与

2) 炎症性腸疾患の診断と治療

愛知医科大学 消化管内科 佐々木 誠人

炎症性腸疾患 (inflammatory bowel disease) は増加の一途をたどっており、日常診療で遭遇する機会も増えている。狭義の炎症性腸疾患は潰瘍性大腸炎 (ulcerative colitis) とクローン病 (Crohn's disease) を示すが、広義には感染性腸炎をはじめとする腸炎を意味し、その中には多彩な疾患が含まれる。

潰瘍性大腸炎は主として粘膜を侵し、しばしばびらんや潰瘍を形成する大腸の原因不明のびまん性非特異性炎症である。また、クローン病は主として小腸・大腸を中心に浮腫や潰瘍を認め、腸管狭窄や瘻孔などの特徴的な病態生じる。いずれの診断も臨床症状ならびに画像検査・組織学的検査によりなされるが、両者とも腸管感染症をはじめとする多くの疾患との鑑別を要し、その診断は必ずしも容易ではない。感染症を誤って診断すれば、免疫抑制治療により重症化をきたす可能性もあり、診断は慎重に行なうべきである。

近年、炎症性腸疾患に対する新たな治療薬の登場により、その治療法は大きく変化しつつある。現在も新規治療薬の開発が進行しており、われわれは今後ますます多くの治療手段を手に入れることになるであろう。しかし、どんなに治療手段が進歩しても、適切に使用されなければその効果は半減するどころか、薬害をも引き起こし兼ねない。おのおのの治療法の長所、短所を踏まえた慎重な治療が要求される。また、B型肝炎の再活性化や結核、ニューモシチス肺炎をはじめとする感染症には注意を要する。クロストリジウム・ディフィシルやサイトメガロウイルス感染が再燃・増悪・重症化へ関与することが注目されている。その他にもアメーバやカンピロバクター感染など様々な感染症を併発する場合もあり、常に感染症を念頭に置く必要がある。加えて、免疫を抑制する治療の併用は、その適応に慎重でなければならない。感染症のみならず、患者の高齢化も進んでおり、患者個々の状況に合わせた治療薬を選択すべきである。この点を踏まえると、長年使用されてきた安全性の高い治療薬の使用方法を再認識する必要もあるといえる。

講演では、診断・治療の基本とその注意点につき解説したい。

略 歴

平成元年 3 月 名古屋市立大学医学部 卒業
平成元年 5 月 名古屋市立大学第一内科 臨床研修医
平成 2 年 1 月 旭労災病院 内科研修医
平成 3 年 4 月 旭労災病院 内科医員
平成 7 年 4 月 増子記念病院 内科医員
平成11年 4 月 名古屋市立大学第一内科 臨床研究医
平成12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
平成15年 6 月 名古屋市立大学大学院医学研究科臨床機能内科学 助手
平成17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
平成21年 4 月 愛知医科大学消化器内科 准教授
平成25年 4 月 同 教授
平成27年 4 月 愛知医科大学消化管内科（改名） 教授

学会活動

日本消化器病学会評議員・指導医，日本消化器内視鏡学会評議員・指導医，日本消化管学代議員・専門医，日本内科学会指導医，日本ヘリコバクター学会代議員・認定医，日本潰瘍学会評議員，日本カプセル内視鏡学会指導医

3) 慢性肝不全の治療・肝発癌の予防～最新のトピックス～

岐阜大学大学院医学系研究科 消化器病態学 清水 雅仁

慢性肝不全の最終診療目標は肝関連死、すなわち肝不全死と肝細胞癌死を防ぐことである。直接作用型抗ウイルス剤 (DAA) をはじめとする抗ウイルス療法の進歩によって、「HCVは排除可能、HBVは制御可能」となった今こそ、これらの治療の恩恵を受けにくい慢性肝不全患者に対するトータルマネジメントを見つめ直す必要がある。特に、慢性肝不全患者のQOLと予後を改善するためには、蛋白質エネルギー低栄養状態 (PEM)、難治性腹水・浮腫、脳症、サルコペニア、掻痒症といった合併症をコントロールすることが重要である。

栄養療法は慢性肝不全の基本的な治療である。PEM・低栄養から肥満・過栄養にシフトしてきている患者の栄養状態を適切に評価し、速やかに介入する必要がある。分岐鎖アミノ酸 (BCAA) 製剤は、低アルブミン血症や脳症をはじめとする慢性肝不全の合併症を予防し、同患者の予後とQOLを改善する。またBCAAは、肥満を有する肝硬変患者の肝発癌を抑制することも報告されており、慢性肝不全の栄養療法におけるkey drugであると言えよう。サルコペニア (骨格筋の量と質の減少) も慢性肝不全患者の予後に影響を与えるため、適切に診断・介入する必要がある。また栄養療法に加え、バソプレシンV2受容体拮抗薬 (腹水・浮腫)、カルニチン (肝性脳症)、ナルフラフィン塩酸塩 (掻痒症) 等の新規薬剤は、慢性肝不全の治療に大きな進歩をもたらすことが期待されている。

慢性肝不全患者は肝細胞癌の高リスク群である。DAAによってHCVを排除しても、必ずしも肝発癌を抑制できる訳ではない (SVR後発癌)。肝細胞癌の早期診断に努め根治的治療を行うこと、また発癌・再発を抑制することは、同患者の予後を改善する上で極めて重要である。近年、肥満や糖尿病などの生活習慣病、非アルコール性脂肪肝炎 (NASH) も肝細胞癌の危険因子として注目されており、これらの病態に対する介入も発癌抑制に繋がる可能性がある。「発癌予防は肝細胞癌の究極の治療」であり、有効な新規肝発癌抑制薬 (法) の開発・臨床応用が求められている。

慢性肝不全の診断、治療、follow upを適切に行い、肝不全死・肝細胞癌死を少しでも減らすべく、診療に取り組んでいく必要がある。さらには、未治療の肝炎ウイルス陽性患者やNASH患者に積極的に介入し、慢性肝不全そのものを予防することも重要である。

職 歴

- 1995年 3 月：岐阜大学医学部医学科卒業
- 1995年 4 月：岐阜大学医学部第一内科医員（研修医）
- 2001年 3 月：岐阜大学医学部大学院医学研究科卒業（医学博士号修得）
- 2002年 4 月：米国 Columbia University Medical Center 留学（研究員）
- 2006年10月：岐阜大学医学部附属病院第一内科助教（臨床講師）
- 2013年 4 月：岐阜大学医学部附属病院第一内科講師 兼 副科長
- 2015年 2 月：岐阜大学大学院医学系研究科消化器病態学 教授
岐阜大学医学部附属病院第一内科 科長
岐阜大学医学部附属病院肝疾患診療支援センター センター長
- 2016年 4 月：岐阜大学医学部附属病院 副病院長
岐阜大学医学部附属病院医師育成推進センター センター長

学会活動・資格

日本内科学会 認定内科医・総合内科専門医・指導医・東海支部評議員・評議員、日本消化器病学会 専門医・学会評議員、日本肝臓学会 専門医・評議員・指導医、日本消化器内視鏡学会 専門医、日本癌学会 評議員、日本がん予防学会 評議員、日本レチノイド研究会 幹事

4) 膵疾患診療のトピックス

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 廣岡 芳樹

膵疾患診療のトピックスとして、下記 3 つについてそれぞれのポイントを簡潔に解説する。

- ① 膵臓癌取扱い規約 第 7 版 (2016 年 7 月発刊) の改定内容の概要
- ② IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題
- ③ PanNENs (pancreatic neuroendocrine neoplasms: PNENs) 診療の最近の話題

2016 年 8 月に仙台で行われた日本膵臓学会 (JPS)・世界膵臓学会 (IAP)・アジアオセアニア膵臓学会 (AOPA) では、これらの話題以外にも BR (borderline resectable) 膵癌や早期慢性膵炎を含む新しい慢性膵炎の分類なども提唱され、今後の成り行きを注意深く見守っていく必要があると考えている。

【膵臓癌取扱い規約 第 7 版 (2016 年 7 月発刊) の改定内容の概要】

第 7 版では、これまでにない大幅な改定となった。主に下記の項目について概説する。

改定のポイント

1. 腫瘍の占拠部位 (膵体部と膵尾部の境界は大動脈の左側縁とする。)
2. T 分類 (UICC 第 7 版との整合性を図る。)
3. 膵外神経叢の解剖学的再検討。
4. N 分類 (群分類から領域リンパ節内の転移個数による分類。)
5. 進行度分類による Stage (治療方針に重点をおき、UICC 第 7 版との整合性を図る。)
6. 病理組織学的分類 (WHO 分類との整合性を図る。)

追加内容

1. T 因子記載における CT 画像診断指針。
2. リンパ節転移の CT 診断指針。
3. CT 画像による切除可能性分類。
4. 生検診。
5. 細胞診。
6. 術前治療後の組織学的評価。

【IPMN (intraductal papillary mucinous neoplasm) 診療の最近の話題】

IPMNを含む膵嚢胞性疾患の診療取扱いに関しては下記のような提案がなされてきた。

1. International Consensus Guidelines for Management of Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms and Mucinous Cystic Neoplasms of the Pancreas. Tanaka M, et al. Pancreatology 2006.
2. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. Tanaka M, et al. Pancreatology 2012.
3. Diagnosis and Management of Cystic Pancreatic Lesions. Sahani DV, et al. AJR 2013.
4. European experts consensus statement on cystic tumours of the pancreas. Chiaro MD, et al. Digestive and Liver Disease 2013.
5. American Gastroenterological Association Institute Guideline on the Diagnosis and Management of Asymptomatic Neoplastic Pancreatic Cysts. Vega SS, et al. Gastroenterology 2015.

2015年にAGAから提唱されたガイドラインの提唱をまとめると次のようになる。

1. 充実成分の無い3cm未満の膵嚢胞に関しては1年以内にMRIを実施し変化が無ければ2年に1回のMRIを行う。
2. 3cm以上、主膵管拡張を認める、嚢胞内に充実成分が有る、これらのうちの少なくとも二つがあればEUS-FNAを行う。
3. EUS-FNAで問題が無ければ1年後のMRIとその後の2年ごとのMRIを行う。
4. 嚢胞の形状の明らかな変化（充実成分の出現、主膵管径の増大and/or 嚢胞径が3cm以上のものはEUS-FNAの適応である。
5. 5年間の観察で変化が無ければ手術適応ではない。
6. 主膵管拡張と嚢胞内に充実成分があることとEUSやEUS-FNAで concerning features が有る場合には癌死のリスクを減らすために手術すべきである。
7. 手術で浸潤癌であった場合には2年毎のMRIを行う。
8. 手術で高度異形や癌 (high-grade dysplasia or malignancy) が無かった場合には経過観察 (routine surveillance) は不要である。

5年間の観察で良いのか？ EUS-FNAの感度の低さはどう考えるのか？術後の経過観察は不要であるのか？などに対して様々な意見が出されている現状について概説する。

【PanNENs (pancreatic neuroendocrine neoplasms: PNENs) 診療の最近の話題】

2010年のWHO分類以降に様々な報告がなされ、分類の見直しが必要になってきた。例えば、Ki-67が20%を超えるwell-differentiated tumorで、治療への反応性がpoorly-differentiated tumor (NEC) とは異なる症例が報告されてきた。そこからNET G3のコンセプトが提唱された。現在、下記のような新しい分類が提案されている。PNENsに関するこのような話題について概説する。

Proposal draft of criteria in pancreatic neuroendocrine neoplasms (PanNENs) by revised

WHO classification 2016

	Ki-67 index	Mitotic index
Well-differentiated NENs		
Neuroendocrine tumor (NET) G1	<3 %	< 2/10 HPF
Neuroendocrine tumor (NET) G2	3–20 %	2–20/10 HPF
Neuroendocrine tumor (NET) G3	> 20 %	> 20/10 HPF
Poorly-differentiated NENs		
Neuroendocrine carcinoma (NEC) G3	> 20 %	> 20/10 HPF
Small cell type		
Large cell type		
Mixed endocrine-nonendocrine neoplasm (MENEN)		

略 歴

昭和61年 3月 名古屋大学医学部卒業
昭和61年 6月 半田市立半田病院研修医
昭和62年 4月 半田市立半田病院 内科
平成 2年 4月 名古屋大学医学部 第二内科医員
平成 8年 4月 愛知県総合保健センター 内科
平成12年 2月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 助手
平成15年 9月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 講師
平成21年 7月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 准教授
平成27年 4月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 部長 准教授
現在。

学会活動

日本内科学会会員（認定医、指導医、学会英文誌 -Internal Medicine 査読委員）
日本消化器病学会会員（認定医、指導医、評議員、Associate Editor (Journal of Gastroenterology)）
日本消化器内視鏡学会会員（認定専門医、指導医、財団評議員、学会和文誌 -Gastroenterological Endoscopy 査読委員、学会英文誌 -Digestive Endoscopy 査読委員）
日本超音波医学会会員（理事、専門医、指導医、評議員、学会和文誌 -Japanese Journal of Medical Ultrasonics 査読委員、学会英文誌 -Journal of Medical Ultrasonics 査読委員）
日本胆道学会会員（理事、評議員、日本胆道学会認定指導医、国際交流委員会委員）
日本消化器がん検診学会会員（認定医、評議員）
日本膀胱学会会員（評議員）
日本レーザー医学会会員
日本東洋医学会会員
アジア超音波医学生物学会（AFSUMB: Asian Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology）（理事）
米国消化器内視鏡学会会員（American Society of Gastrointestinal Endoscopy）

上記以外の査読委員：

Endoscopy, Journal of Gastroenterology and Hepatology, Pancreatology, JHBPS