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40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：名古屋大学医学部附属病院　光学医療診療部　廣岡　芳樹

「IgG4関連胆膵疾患の診断と治療」
名古屋第二赤十字病院　消化器内科　中沢　貴宏

教育講演（2）　10：00－11：00

司会：岐阜大学大学院医学系研究科　消化器病態学　清水　雅仁

「生活習慣病と肝疾患」　愛知医科大学　肝胆膵内科　角田　圭雄

教育講演（3）　14：40－15：40

司会：愛知県がんセンター中央病院　丹羽　康正

「大腸疾患の最近の話題」
三重大学医学部附属病院　光学医療診療部　堀木　紀行

教育講演（4）　15：40－16：40

司会：愛知医科大学　消化管内科　春日井邦夫

「上部消化管がんの内視鏡治療」
静岡県立静岡がんセンター　内視鏡科　小野　裕之

1）IgG4関連胆膵疾患の診断と治療

名古屋第二赤十字病院　消化器内科　　中沢　貴宏

IgG4関連疾患の病態が少しずつ明らかになり、最近ではIgG1が病態の主因であり、IgG4は防御的に作用しているという説が有力になりつつある。IgG4関連疾患の消化器病変としては自己免疫性膵炎、IgG4関連硬化性胆管炎が代表的でありそれらの診断と治療を中心に述べる。

自己免疫性膵炎の診断は疾患概念の普及とともにびまん性に膵腫大、膵管狭細像を呈する症例では比較的容易になってきた。しかし限局性の症例においては膵癌との鑑別が重要となってくる。2012年に自己免疫性膵炎診断基準が作成され、現在改訂中である。改訂のポイント、最近のステロイド治療についての知見を含めて解説したい。

IgG4関連硬化性胆管炎は原発性硬化性胆管炎や胆管癌との鑑別が重要であり、自己免疫性膵炎を合併しないIgG4関連硬化性胆管炎の診断はしばしば難渋させられる。これらの鑑別は胆管像を中心に試みられてきたが、胆管壁の性状を精査することにより正確な診断が可能となる（図1）。まず胆管像分類（図2）により鑑別疾患を絞り込み、管腔内超音波検査（図3）などで精査が重要である。IgG4関連硬化性胆管炎の診療ガイドライン2018を作成したので紹介する。さらに鑑別すべき疾患である原発性硬化性胆管炎の診断基準4)、ガイドラインも日本独自のものが作成されたので紹介する。

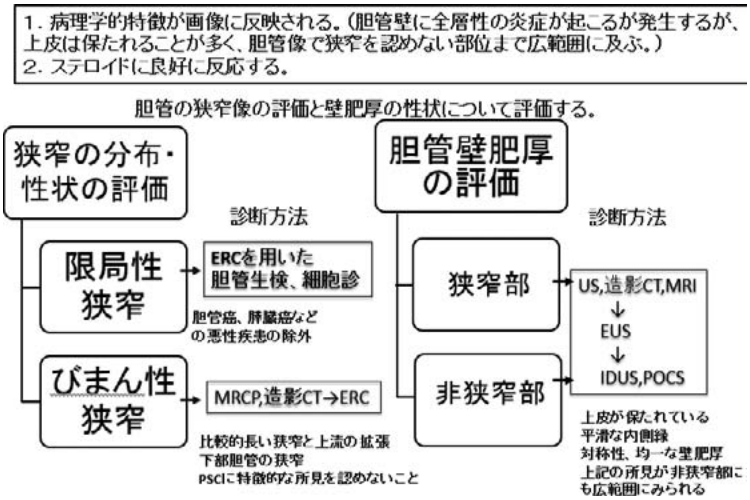

図1　IgG4関連硬化性胆管炎を示唆する画像所見（文献1）より引用

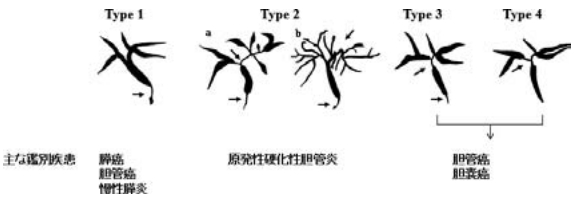

図2　IgG4関連硬化性胆管炎の胆管像分類　（文献2）より引用

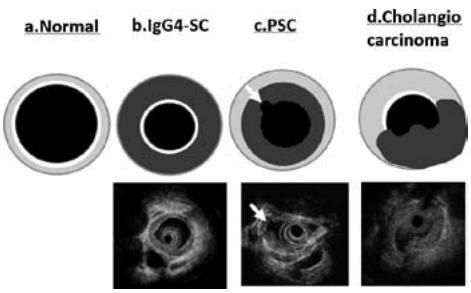

図3　IDUS による鑑別診断（文献3）より引用

参考文献

1）Nakazawa T, Shimizu S, Naitoh I. IgG4-related sclerosing cholangitis. Semin Liver Dis. 2016; 36: 216-28.
2）Nakazawa T, Ohara H, Sano H, et al. Schematic classification of sclerosing cholangitis with autoimmune pancreatitis by cholangiography.Pancreas. 2006; 32: 229.
3）Kamisawa T, Zen Y, Nakazawa T, Okazaki K. Advances in IgG4-related pancreatobiliary diseases. Lancet Gastroenterol Hepatol 2018; 3: 575-85.
4）Nakazawa T, Notohara K, Tazuma S, et al. The 2016 diagnostic criteria for primary sclerosing cholangitis. J Gastroenterol. 2017; 52: 838-44.

略　歴

1987年　名古屋市立大学医学部　卒業
1987年　名古屋市立大学第一内科入局
1989年　名古屋市立緑市民病院内科医員
1992年　名古屋市立大学第一内科臨床研究医
1997年　名古屋市立大学第一内科助手
2004年　名古屋市立大学病院　内視鏡部　助教授
2007年　名古屋市立大学病院　内視鏡部　准教授
2009年　名古屋市立大学医学部　消化器・代謝内科　准教授
　　名古屋市立大学病院　肝膵臓内科部長、
2010年　名古屋市立大学病院　病院教授
2015年　７月より名古屋第二赤十字病院　消化器内科部長

主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会：指導医、認定内科医、総合内科専門医
日本消化器病学会：指導医、専門医、学術評議員
日本消化器内視鏡学会：指導医、専門医、学術評議員
日本消化管学会：胃腸科認定医、胃腸科専門医、胃腸科指導医、代議員
日本肝臓学会：専門医
日本胆道学会：認定指導医、学術評議員
日本膵臓学会：指導医

厚生労働省科学研究費補助金特定疾患克服研究事業
IgG4関連全身硬化性疾患の診断法の確立と治療方法の開発に関する研究班　研究協力員
難治性肝・胆道疾患に関する調査研究班　研究協力員
日本膵臓学会：自己免疫性膵炎委員会委員

2）生活習慣病と肝疾患

愛知医科大学内科学講座　肝胆膵内科学　　角田　圭雄

BMI25以上の肥満者は世界で約22億に達し、成人の25％がNAFLDに罹患している。NASH診断と治療の現況と課題、治療薬のパイプラインを概説する。米国のメタ解析で肝線維化が予後や肝疾患関連死に最重要である。またNAFLDは大腸癌（男）、乳癌（女）のリスクも増大させることが明らかになった。非侵襲的診断法としては、全国多施設共同（Japan Study Group of NAFLD: JSG-NAFLD）研究によって、肝線維化stage 3/4の除外診断にはFIB4 indexが有用であった。また心血管イベントとFIB4 indexとの関連も見出しており、既に欧米からはFIB4 indexと予後との関連が示唆され、国内でも追試が必要である。FIB4 indexやNFSは年齢を含むため、高齢者での疑陽性率が高く、われわれはFIB4 indexの年齢層別カットオフ値を再設定を提案した（JG, in press）。画像診断では、FibroScanによる肝硬度（LSM）測定が有用であるが、LSMは疑陽性率が高く、血小板数（PLT）で補正したLSM/PLT ratio（LPR）indexは肝生検回避率が高い。今後はFibroScanよりもより正確で、高度肥満者にも適応できるMR elastography（MRE）の普及に期待したい。肝生検で診断したNAFLDからの累積発癌率は年率0.4-0.8％程度であり、医療経済性を考慮に入れた高リスク症例の囲い込みが課題である。多変量解析では、線維化stage 3/4とPNPLA3 genotype GGが有意な危険因子であった。一方、NASH/NAFLDの薬物治療はいまだ確立されていない。2型糖尿病合併例ではpioglitazone（PIO）が、非合併例ではビタミンEが有効である。3年間の長期投与試験でもPIOは肝組織所見を有意に改善したが、体重増加、浮腫など克服すべき課題もある。GLP-1受容体作動薬（GLP-1RA）に関してはliraglutideの有用性が国内外から報告されているものの（LEAN、LEAN-J試験）、週1回で投与簡便なdulaglutideの方が消化器専門医には使いやすい。血糖低下のみならず、体重減少、内臓脂肪減少、肝機能改善作用を併せ持つSGLT2阻害薬は第一選択薬となる可能性がある。治療指標としては、ABC（ALT、体重［body weight］およびHbA1c）の制御が重要である。治療薬のパイプラインではFXR ligand（obeticholic acid: OCA）、PPARα/δアゴニスト（elafibranor）、CCR2/5受容体拮抗剤（cenicriviroc）、ASK1阻害薬（selonsertib）の4剤が第三相に進んでいる。OCAは日本と韓国での開発は断念されたが、現在、最近糖尿病に対して保険認可された新規GLP-1RA（semaglutide）、PEG-FGF21製剤、ミネラルコルチコイド受容体拮抗剤などの新規薬剤の治験が既に開始されており、NASH薬物療法の確立が期待される。NASH治療薬は2017年にEU5か国と日米7か国で約490億ドルの市場が存在すると予想され、世界中で熾烈な開発競争が繰り広げられている。

略　歴

1995年３月　京都府立医科大学卒業
1995年４月　京都府立医科大学　第３内科　入局
1996年４月　市立福知山市民病院　内科
1998年４月　京都府立医科大学大学院　医学研究科　入学
2002年３月　京都府立医科大学大学院　医学研究科　博士（医学）取得
2002年４月　国立奈良病院　内科
2008年４月　市立奈良病院　消化器科　部長
2012年４月　京都府立医科大学大学院　生体食品機能学講座　講師
2013年４月　京都府庁　統括産業医
2014年４月　京都府立医科大学大学院医学研究科　消化器内科学　講師
2015年11月　英国国立ウェールズ大学経営大学院
　　MBA in Healthcare Management（医療経営学修士）取得
2016年10月　愛知医科大学内科学講座　肝胆膵内科学　准教授（特任）
　　現在に至る

主な所属学会・資格・役職等

日本肝臓学会：評議員、指導医
日本消化器病学会：評議員・指導医
日本内科学会：総合内科専門医・指導医・東海支部評議員
日本医師会：認定産業医
医療経営実践協会：認定医療経営士３級
一般社団法人　日本医療戦略研究センター（J-SMARC）代表理事
地方独立行政法人　市立大津市民病院　理事
関西学院大学大学院経営戦略研究科　医療経営プログラム　非常勤講師
University of Wales Trinity Saint David（ウェールズ大学トリニティ・セント・デイビッド）
MBA プログラム　医療 MBA 戦略アドバイザー
立命館大学医療経営研究センター　客員研究員

3）大腸疾患の最近の話題

三重大学医学部附属病院　光学医療診療部　　堀木　紀行

大腸疾患として、消化器内科での話題となっているものとして炎症性腸疾患、大腸腫瘍があげられる。

炎症性腸疾患患者数の増加は著しく、また新薬の登場により内科的治療の進歩はめざましい。ステロイドを軸とした治療から分子標的治療薬によるテーラメード治療時代を迎えた。潰瘍性大腸炎に対する内科的治療はタクロリムスやバイオ製剤の導入により、以前は緊急手術が必要であったような症例でも寛解導入が可能になってきている。また、寛解導入後も便潜血や便中カルプロテクチンを用いたモニタリングを利用することによって、潰瘍性大腸炎患者でしばしばみられる過敏性腸症候群との鑑別にもつながる。クローン病においては、薬物療法は近年では、生物学的製剤が中心になり、病態を評価して適応をきめ効果モニタリングが重要である。長期投与中の二次無効が問題となっていたが、最近新たな抗体製剤が使用可能となり、今後は更なる治療薬が登場する。小児、就学就労期、妊娠出産、高齢と長期間に渡って治療が必要で、適切な治療を選択する必要がある。また、悪性腫瘍の合併や感染症管理が重要となる。

大腸癌も増加傾向にあり、早期大腸癌に対する各種治療手技が進歩している。大腸癌の化学療法は目覚ましく発展を遂げたものの、stage Ⅳ進行癌では決して予後良好とは言えない。進行期直腸癌の外科治療では、周囲に前立腺・膀胱・子宮・卵巣などの泌尿生殖器があり、排便、排尿、性機能など日常生活の上で極めて重要な骨盤内自律神経の損傷による機能障害を起こしたり、人工肛門が必要となる場合があることなどから、早期診断、早期治療が極めて重要となる。大腸ESDは、画像強調や色素拡大内視鏡を用いた診断技術の向上とともに普及してきた。しかし、薄い大腸壁、狭く屈曲した管腔、ハウストラの存在など、依然として難易度の高い手技と言える。一方、手技が簡易で施行時間も短いEMRに加え、近年は10mm以下のIs型ポリープでは、通電や局注を使用しない、外来でも簡単かつ安全に施行可能な、cold snare polypectomy（CSP）が世界的にも急速に普及しており、CSP専用デバイスの生産が追い付かない事態に陥っている。しかしながら、10mm以下のIs型polypでも進行癌はあることから、内視鏡治療前の拡大内視鏡診断など用いた適応診断が重要となる。

今回は、下部消化管専門医だけではなく、一般の消化器科医にも知っておいてほしい内容についても解説する。

略　歴

平成元年３月　東海大学医学部　卒業
平成元年４月　聖路加国際病院　内科研修医
平成４年４月　　同　内科　チーフレジデント
平成５年１月　　同　内科　医員
平成10年５月　　同　内科　医幹
平成11年３月　東海大学医学部感染症学教室にて学位修得
平成13年７月　国立三重中央病院（現国立三重中央医療センター）消化器科
平成14年１月　　同　消化器科　医長
平成15年１月　三重大学医学部　消化器肝臓内科
平成16年４月　聖路加国際病院　消化器内科　副医長
平成21年２月　三重大学医学部　光学医療診療部　講師、副部長
平成21年７月　　同　光学医療診療部　部長
平成25年９月　　同　光学医療診療部　准教授、部長
平成29年４月　　同　光学医療診療部　病院教授、部長

資　格

日本内科学会専門医、指導医、評議員
日本消化器病学会認定専門医、指導医、評議員
日本消化器内視鏡学会専門医、指導医、評議員
日本ヘリコバクター学会専門医、評議員
日本肝臓病学会専門医
日本感染症学会専門医
米国消化器内視鏡学会会員

4）上部消化管がんの内視鏡治療

静岡県立静岡がんセンター　内視鏡科　　小野　裕之

がんの内視鏡治療は胃がんを中心に発展してきた。背景に、我が国の胃がん罹患率が世界でも有数であり、今日までその診断と治療に多くの努力が払われてきたことがある。かつては根治を目的とした胃がん治療の標準は開腹外科手術だったが、近年は早期診断が進歩し、リンパ節転移のない早期の胃がん、すなわち、開腹してリンパ節郭清をする必要のない、胃の原発巣のみを切除することで治る胃がんが診断され、内視鏡的に治療されるようになってきた。

近年は、NBI、BLI、iscanなどの画像強調技術が進歩し、拡大内視鏡と組み合わせることにより、診断学が大きく変わった。食道表在がんにおいてはIPCL所見を用いて深達度診断の指標の一つとなっているが、範囲診断においてはヨード染色が未だゴールデンスタンダードである。早期胃癌においては、範囲診断に有用な手法であり、従来の白色光および色素観察では不明瞭な病変の範囲を画像強調＋拡大観察によって確実に診断することが可能になった。

病変の範囲と深達度を正確に診断できても、それを一括で正確に切除できなければ治癒切除を目指せない。一括切除を可能にする方法として、1990年代後半に、国立がんセンター中央病院内視鏡グループよりITナイフを用いた内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）が提唱された。その後多くのデバイスが開発され、劇的に広まり普及してきた。従来のEMRと比べて技術難易度が高いため、スキルを身につける必要はあるが、手技の方法論はほぼ確立したこと、高周波装置や止血鉗子などの機器の開発などにより、ハードルはかなり低くなったと思われる。さらに糸付きクリップや縫縮のための機器など、今もなお開発は続けられている。

診断も治療も内視鏡技術であり、一定の修練が必要である。しかし、時間も症例も有限であり、いかに効率よく会得するかも重要なことであり、そろそろベテランと言われるようになってきた我々世代において、若手医師の教育にあたって常に念頭においている。効率的なトレーニング法はどのようなものであるのか、我々も模索中ではあるものの、当院のシステムも含めて概説したい。

近未来に目を向けるとロボット内視鏡やレーザー内視鏡治療なども数年以内に実用化が可能となりつつあり、SFの世界がもうすぐそこに現実となろうとしている。我々は伝統的な地道な積み重ねとともに、新しい手法にも対応していかなければならないと考える。

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（理事）
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月下記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
2017年４月　日本大学医学部客員教授