

## 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42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：三重大学大学院医学系研究科 消化器内科学 竹井 謙之

「慢性肝炎・肝硬変のトータルマネジメント」

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 (2) 10 : 00 - 11 : 00

司会：藤田医科大学 肝胆膵内科 廣岡 芳樹

「膵のう胞性疾患の診療における現状と課題」

愛知県がんセンター 消化器内科 原 和生

教育講演 (3) 14 : 30 - 15 : 30

司会：浜松医科大学医学部附属病院 臨床研究管理センター 古田 隆久

「早期胃癌に対する内視鏡診療」

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 藤城 光弘

教育講演 (4) 15 : 30 - 16 : 30

司会：東海病院 内科 丸田 真也

「食道疾患の最新の診断と治療」

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

# 1) 慢性肝炎・肝硬変のトータルマネジメント

岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍制御学講座 消化器病態学分野

清水 雅仁

肝硬変の治療目標は、各種合併症に対するトータルマネジメントを行うことで自覚症状とQOLを改善し、肝関連死（肝不全死および肝癌死）を予防することである。本講演では、慢性肝不全・肝硬変治療の基本である栄養療法と、肝硬変の重要な合併症である脳症および腹水・浮腫の治療方針について概説する。

## 栄養療法

肝硬変患者の栄養療法を開始するにあたり、蛋白・エネルギー代謝の両面から栄養アセスメントを行う。蛋白低栄養状態は、血清アルブミン値（ $\leq 3.5\text{g/dL}$ ）を用いて評価する。また握力値（筋力）や筋肉量を評価することで、肝硬変患者の予後やQOLを低下させるサルコペニアの判定を行う。蛋白質摂取はサルコペニア対策として有用であるが、過剰な蛋白負荷は脳症を誘発する可能性があるため、脳症の既往がある症例や蛋白不耐症がある場合は、低蛋白食や分岐鎖アミノ酸（branched-chain amino acids：BCAA）を含む肝不全用経腸栄養剤を用いる。必要に応じて、分割食や就寝前補食（late evening snack：LES）などの栄養サポートを行う。BCAA顆粒製剤の補充投与は、非代償性肝硬変患者の血清アルブミン濃度を維持・上昇させ、肝不全の進展を抑制する。

## 脳症

肝性脳症の基本的治療は、適切な生活指導（睡眠・覚醒のリズムを整える、便秘や脱水、感染に注意するなど）と栄養療法および薬物療法である。反復性肝性脳症の改善・予防を目的として合成二糖類を用いる。合成二糖類の治療効果が不十分な場合、あるいは継続が困難な場合には、難吸収性抗菌薬であるリファキシミンを使用する。BCAA輸液製剤は、慢性肝障害時の脳症に対して即効的な覚醒効果が期待できる。脳症が改善した段階で、経腸栄養剤に切り替える（LESとしての投与も考慮する）。BCAAを含む肝不全用経腸栄養剤とBCAA顆粒製剤は、肝性脳症の改善および再発予防に対して有用である。また肝硬変患者を対象にした本邦の前向き試験にて、L-カルニチンの投与が高アンモニア血症と潜在性脳症を改善することが報告されている。

## 腹水・浮腫

肝硬変患者の浮腫・腹水治療の基本は、腎機能の保護を念頭に置いた適切な利尿剤の選択および投与量の設定である。安静や塩分制限（ $5\sim 7\text{g/日}$ 以下）で改善しない場合は、利尿剤を開始する。利尿剤は、抗アルドステロン剤（スピロラクトン： $25\sim 50\text{mg/日}$ ）

が第一選択となる。同剤の効果が不十分な場合は、ループ利尿剤(フロセミド:20mg/日)を併用投与する。実臨床では、スピロラクトン50mg/日とフロセミド20mg/日の併用投与にて腹水のコントロールがつかない場合は、フロセミドを40mg/日等に増量することなくトルバプタンの早期使用を考慮する。トルバプタン投与でも腹水が改善しない場合は、利尿剤の静脈注射、腹水穿刺排液、アルブミン製剤の静脈投与、腹水濾過濃縮再静注療法を考慮する。

生活指導および栄養療法を行いながら、新薬を含めた適切な薬物治療を選択すること、また肝臓を中心とする臓器相関ネットワークに対し包括的な治療を行うことが、肝硬変患者のQOLおよび予後の改善に繋がる。

## 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  
2018年 4月 岐阜大学医学部附属病院 病院長補佐

## 主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会 : 総合内科専門医・指導医・評議員・理事  
日本消化器病学会 : 専門医・指導医・学会評議員  
日本肝臓学会 : 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  
日本がん予防学会 : 評議員  
日本レチノイド研究会 : 幹事

## 2) 膵のう胞性疾患における現状と課題

愛知県がんセンター 消化器内科 原 和生

近年、CTや超音波検査を始めとした画像診断の向上により、膵のう胞性病変が発見される頻度が増えている。がん検診などで積極的に腹部超音波検査などを受ける人が増えていることが、主要な原因であると思われる。膵のう胞性病変に含まれる疾患は多岐に渡り、IPMN (Intraductal Papillary Mucinous Neoplasm) やMCN (Mucinous Cystic Neoplasm) などのようにのう胞自体が悪性化する可能性を持つものから、SCN (Serous Cystic Neoplasm) などのように悪性化の可能性がほとんどない腫瘍まで多岐にわたる。時には、固形腫瘍ののう胞変性した部分が膵のう胞として発見されることもある。また、早期膵癌に随伴するわずかな分子の拡張が貯留のう胞として発見される場合もあり、膵癌のリスク因子として膵のう胞は非常に重要な所見である。膵のう胞の歴史的な背景を述べると、1978年にCompagno、Oertelらは、膵のう胞性腫瘍が良性から悪性へと連続して変化する粘液性のう胞腫瘍と、それとは逆に良性の経過をとる漿液性のう胞腫瘍に2分できることを報告した。その後、1982年に大橋らが今でいうIPMNを予後が見込める膵癌として“粘液産生膵癌”と名付け、その疾患概念を初めて報告した。よって、IPMNの概念は日本発症と言っても過言ではない。1996年にWHOは粘液液産生膵腫瘍をMCNとIPMNの2つに分類し、MCNは間質に (Ovarian-type stroma: OS) が存在する腫瘍であることを定義した。現在の日常診療においては、IPMNに出会う頻度が最も高いが、今なお診断や治療の決定に苦慮することが多い。IPMNの外科切除例を検討すると、約50%程度に高度異形成または浸潤癌が認められる。高度異形成または浸潤癌を伴うIPMNは外科的切除が推奨されるが、低または中等度異形成を伴うIPMNは経過観察が推奨されている。したがって、膵のう胞を診察する場合には、膵のう胞の質的診断に加えて悪性度診断までが求められている。しかしながら、診断が困難な膵のう胞性腫瘍に出会うことは珍しくない。2017年、IPMN国際診療ガイドラインが改訂されたものの、膵のう胞の診断および経過観察法に関する課題は山積している。今回の講演では、これら膵のう胞に関する診療の現状と課題について、最新の知見を交えて供覧する。

## 経 歴

### 学歴・研究歴

- 1996年 3月 名古屋大学医学部卒業
- 2004年 4月 名古屋大学大学院 医学系研究科 腫瘍生物学教室
- 2006年 4月 21世紀 COE (Center Of Excellence) 特別研究員

## 職 歴

- 1996年 5月 豊橋市民病院 研修医
- 2000年 4月 小牧市民病院 消化器内科 医長
- 2001年10月 愛知県がんセンター消化器内科 医長
- 2003年 7月 名古屋大学 消化器内科医員
- 2008年 4月 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部 医長
- 2016年 4月 愛知県がんセンター中央病院 消化器内科部 部長
- 2019年 4月 現在に至る

## 学会資格、研究会など活動状況

- 日本消化器病学会 学会評議員、専門医
- 日本内視鏡学会 学術評議員、専門医、学会賞選考委員、専門医試験委員
- 日本胆道学会 評議員、指導医、指導医資格制度委員
- 日本膵臓学会 評議員、指導医、のう胞委員会委員
- 日本内科学会 認定医
- 日本超音波学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本臨床腫瘍学会など
- JHBPS : Editorial Board Member
- AEG (Asian EUS Group) Teaching Subcommittee Leader
- AEG Interventional EUS Teaching Subcommittee Leader
- Asahi Intec Global Medical Advisory Board
- Boston Scientific Global Medical Advisory Board
- Medicos Hirata Global Medical Advisory Board
- FNA-Club & FNA Masters 世話人
- 日本消化器画像診断研究会 世話人
- 肝胆膵画像研究会 世話人
- 東海胆膵内視鏡研究会 世話人 など

### 3) 早期胃癌に対する内視鏡診療

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 藤城 光弘

2018年がん統計予測によると、胃癌は、罹患数で第2位(128,700人)、死亡数で第3位(45,900人)を占めており、依然、本邦におけるがん対策において、最重要がん種の一つに位置付けられている。胃癌の発見には内視鏡検査が必要不可欠であり、早期発見には、無症状である段階でスクリーニング内視鏡検査へ一般住民を導くことが重要である。長らく胃癌検診といえば、40歳以上を対象に、逐年の胃X線検査であったが、2016年度以降、2年毎の胃内視鏡検査も、50歳以上を対象に、対策型検診として実施可能となった。萎縮性胃炎の進行が胃癌発症リスクと強く相関すること、萎縮性胃炎の程度は血清ペプシノゲン値で推定可能であることから、血清ペプシノゲン値と血清抗HP抗体値により、A群(萎縮性胃炎なし、HP感染なし)、B群(萎縮性胃炎なし、HP感染あり)、C群(萎縮性胃炎あり、HP感染あり)、D群(萎縮性胃炎あり、HP感染なし)に分類し、それぞれ、5年、3年、2年、1年毎に内視鏡検査を行うなど、危険度に応じた検診間隔を設定することで、内視鏡医のマンパワー不足を解消し、効率的な胃癌検診が可能となる。

胃癌の内視鏡診断の進歩は目覚ましいものの、内視鏡検査による微小病変を含めた早期胃癌の見逃し率は2割程度に上るとされる。通常白色光を凌駕する存在診断法の開発が望まれるが、現状においても、より見落としのない内視鏡検査の補助として、有望視できる技術が、人工知能(Artificial intelligence: AI)の内視鏡分野への応用である。

胃癌の内視鏡治療に目を向けると、厚生労働省の公表するNational Database (NDB)オープンデータから、2016年度には、53,031件(ポリペクトミー 476件、内視鏡的粘膜切除術(EMR) 3,217件、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD) 49,338件)の胃癌に対する内視鏡切除術が行われた。これは、胃癌年間罹患数の41%を占め、胃癌に対する外科手術の49,728件を上回る数である。その中で、演者が開発にかかわってきたESDは、早期胃癌治療の標準治療の一つとして中心的役割を果たすに至っている。また、腹腔鏡外科医との共同手術である非穿孔式内視鏡的胃壁内反切除術(NEWS)は、安全確実な胃全層切除を可能とした。今後の課題としては、患者の状況に応じたテーラーメイド医療を提供できるようにすることであろう。



## 略 歴

- 1989年3月 愛知県立豊橋南高等学校卒業  
1995年3月 東京大学医学部医学科 卒業  
1995年6月 東京大学医学部附属病院 内科研修医  
1996年6月 日立製作所日立総合病院 内科研修医  
1997年6月 東京大学医学部附属病院 第一内科 入局とともに国立がんセンター中央病院  
消化器内科レジデントとなる。  
2000年6月 東京大学医学部附属病院 消化器内科 帰局  
2004年3月 東京大学大学院医学系研究科内科学専攻博士課程 修了  
2005年4月 東京大学医学部附属病院 消化器内科助手  
2007年4月 東京大学医学部附属病院 消化器内科助教  
2009年4月 東京大学医学部附属病院 光学医療診療部部长・准教授  
2019年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学教授

## 主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会：認定内科専門医、認定教育施設指導医  
日本消化器病学会：指導医、東海支部長、財団評議員、専門医制度審議委員、国際委員、財  
務委員、学会在り方・将来像検討委員、機関紙（日消誌）編集副委員長  
日本消化器内視鏡学会：指導医、社団評議員、学術委員、専門医制度中央審議委員、国際委員、  
Japan Endoscopy Database (JED) Project 委員、AI 推進検討委員  
日本消化管学会：専門医、代議員、学会賞選考委員  
日本胃癌学会：胃癌治療ガイドライン作成委員  
World Endoscopy Organization (WEO)：Governing Council Member, Chairman of Upper  
GI Cancer Committee

## 4) 食道疾患の最新の診断と治療

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

わが国は、ピロリ菌陰性時代に入り、胃食道逆流症 (gastroesophageal reflux disease: GERD) とこれに関連した食道疾患が増加しつつある。

胃酸の逆流においては、嚥下に伴わない下部食道括約筋の弛緩現象である一過性下部食道括約筋弛緩 (transient lower esophageal sphincter relaxation: TLESR) が重要な役割をはたしている。食道蠕動運動障害による食道クリアランスの低下、胃酸の中和、食道粘膜保護作用を持つ唾液分泌の低下、さらには胃の排出能遅延、胆汁、膵液などを含んだ十二指腸液の逆流なども重要な因子と考えられている。ピロリ菌陰性時代において、高脂肪食摂取、過食、早食いによる胃伸展刺激、肥満による腹圧上昇、加齢とともに増加する食道裂孔ヘルニアなどがGERDの病態に影響を与えている。酸分泌抑制療法以外にもこれらに配慮したアプローチが重要と考えられる。

Barrett食道は、胃液逆流による粘膜傷害により食道扁平上皮が食道胃接合部から連続的に円柱上皮に置換された病態である。米国ではBarrett食道粘膜から発生する食道腺癌 (Barrett食道腺癌)が過去25年間で6倍に増加し、食道癌全体の75%を占めている。2,813例のメタ解析では、Proton Pump Inhibitor (PPI) の内服が、高度異型上皮、Barrett腺癌の発生を有意に抑制するとされ、最近の大規模な多施設前向き研究ではPPI+低用量アスピリンが腫瘍発生までの期間を有意に延長したと報告されている。近年、胃酸に加え酸性胆汁酸の曝露も重要視されている。

食道扁平上皮癌に対してはcStage0 (T1a) の早期の段階から、患者背景や病巣の形態により化学放射線療法 (Chemoradio Therapy: CRT) や放射線療法が適応となっている。CRTは低侵襲で根治も望める治療法であるが、CRT後の食道局所への再発が問題となっている。有効な治療法のないCRT後遺残再発食道癌に対し、2015年に第2世代のTalaporfinとPDレーザーを用いた光線力学療法 (Photodynamic therapy: PDT) が保険適応となった。当科での同疾患に対するPDTの局所完全消失率は85%と良好な成績であった。今後保険適応が予測される免疫療法とともにその発展が期待される。

## 略 歴

- 1989年 3月 名古屋市立大学医学部医学科卒業
- 1989年 4月 名古屋市立大学病院第一内科研修医
- 1990年 7月 名古屋市立緑市民病院内科医員
- 2000年 3月 名古屋市立大学大学院医学研究科修了、博士（医学）
- 2001年 9月 カルガリー大学留学（Postdoctoral Fellow）
- 2004年 4月 名古屋市立大学大学院臨床機能内科学助手
- 2009年12月 名古屋市立大学大学院内視鏡部准教授
- 2018年11月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学分野教授

## 主な所属学会・資格・役職等

- 日本消化器病学会：評議員、指導医、専門医
- 日本消化器内視鏡学会：社団評議員、指導医、専門医
- 日本消化管学会：代議員、総務委員、胃腸科専門医
- 日本内科学会：評議員、指導医、総合内科専門医
- 日本レーザー医学会：評議員、選奨委員会委員、専門医
- 日本カプセル内視鏡学会：代議員、読影トレーニング委員、指導医、専門医
- 日本潰瘍学会：学会評議員、学術委員会委員
- 日本食道学会：評議員
- 日本消化器癌発生学会：評議員
- 日本光線力学学会：幹事
- American College of Gastroenterology (ACG) :Member