

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46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：藤田医科大学ばんだね病院 消化器内科

片野 義明

ウイルス肝炎の最近の話題

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 藤原 圭

教育講演 2 10:00-11:00

司会：愛知県がんセンター 消化器内科

原 和生

胆道癌・膵癌の診断と治療

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

教育講演 3 15:00-16:00

司会：愛知県がんセンター

丹羽 康正

最近注目される自己免疫性胃炎（A型胃炎）について

藤枝市立総合病院 丸山 保彦

教育講演 4 16:00-17:00

司会：名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学

谷田 諭史

炎症性腸疾患の診断と治療

藤田医科大学 消化器内科学 長坂 光夫

1) ウイルス肝炎の最近の話題

名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 藤原 圭

ウイルス肝炎の治療は慢性肝炎から肝硬変への進行を抑え、さらに肝細胞癌の抑制という点から重要となるが、本講演では最近のB型肝炎、C型肝炎の治療の進歩について述べる。

B型肝炎では、インターフェロン (IFN) にポリエチレングリコール (PEG) を付加したPEG-IFNや核酸アナログ製剤によるウイルス抑制により肝機能障害を改善させ、肝疾患の進行を抑え、肝発癌を減少させる効果が得られている。有効性の高い核酸アナログ製剤としてエンテカビルと2種類のテノホビル (テノホビルジソプロキシル、テノホビルアラフェナミド) が使用可能である。治療適応となる患者はB型慢性肝炎ではALT ≥ 31 IU/LかつHBV DNA ≥ 3.3 logIU/mlの患者、そして肝硬変患者ではALTが正常であってもHBV DNAが陽性であれば治療対象となる。また、B型肝炎については抗がん剤や免疫抑制剤によるB型肝炎再活性化、de novo肝炎についても注意が必要である。

C型肝炎については、ここ数年で飛躍的な治療薬の進歩がみられる。1992年にC型肝炎に対してIFN単独治療が行われ、それ以降、PEG-IFN、リバビリンの併用、さらにそれにプロテアーゼ阻害剤を追加する治療と、20年以上にわたりIFNを基本とした治療が行われてきたが、2014年からIFNを用いない、経口剤だけの治療、アスナプレビル+ダクラタスビルによる治療が始まり、次々に効果の高い直接作用型抗ウイルス剤 (DAA) が導入され、現在、レジパスビル+ソホスブビル合剤 (ハーボニー)、グレカプレビル+ピブレンタスビル合剤 (マヴィレット)、そしてソホスブビル+ベルパタスビル合剤 (エプクルーサ) が主に用いられる治療となっている。ソホスブビル+ベルパタスビル合剤については非代償性肝硬変や過去にDAA治療を行い治癒が得られなかった症例で適応となる。現在でもHCVセログループ・遺伝子型やHCV RNA量は臨床測定されるが、日本の主たるウイルスタイプでは以前のようなセログループ・遺伝子型やHCV RNA量により治療法や治療効果が異なるということはなくなり、治療効果も95-100%と非常に高い治療効果が得られるようになっている。現在の問題は、未治療の患者をいかに治療に導くか、さらに過去にIFN主体の治療で治癒しなかったが、その副作用に苦しみ、以降の治療を希望していない患者をいかに治療に向かわせるかが問題となっている。またC型肝炎治療治癒後の肝発癌については治療治癒後10年以上経過して肝細胞癌が発生する症例もみられ、それらの患者の肝細胞癌をいかに早期発見するかが問題となる。

職 歴

1996年 3月 名古屋市立大学医学部 卒業
1996年 4月 名古屋市立大学病院 研修医
1998年 4月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科
2002年 4月 名古屋市立大学大学院医学研究科 博士課程
2005年 4月 米国国立衛生研究所 リサーチフェロー
2007年12月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科
2011年 4月 名古屋第二赤十字病院 消化器内科 副部長
2013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 病院講師
2017年 8月 名古屋市立大学大学院医学研究科 消化器・代謝内科学 講師
2019年 7月 名古屋市立大学病院 肝臓内科 副部長
2020年 6月 名古屋市立大学病院 肝疾患センター センター長

所属学会・認定医等

日本内科学会認定医・総合内科専門医・指導医・東海支部評議員
日本消化器病学会専門医・指導医・東海支部評議員
日本肝臓学会認定肝臓専門医・指導医・西部会評議員
日本消化器内視鏡学会専門医
日本肝癌研究会
日本肝がん分子標的治療研究会
日本医師会認定産業医
日本ウイルス学会
日本感染症学会
肝細胞研究会

2) 胆道癌・膵癌の診断と治療

名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 川嶋 啓揮

画像診断が進歩した今日でも胆管狭窄病変の診断は困難であることが多い。また、膵癌の治療は日進月歩でありパネル検査の効率的な利用などが模索されている。今回は、胆道癌の診断と肝門部領域胆管癌を中心としたドレナージ、切除不能膵癌の治療方針を中心に、その実際と最近の動向を概説する。

1：胆道癌の診断とドレナージ

胆道狭窄病変の良悪性鑑別診断はときに困難である。画像診断にて良性胆道疾患（原発性硬化性胆管炎やIgG4関連硬化性胆管炎；IgG4-SC）に特徴的な画像所見が得られれば診断可能である。しかし、胆道癌を病理学的に診断可能な経乳頭的胆管生検の感度が低いため、IgG4-SCとの鑑別に苦慮してステロイドトライアルを施行したり、癌のエビデンスが得られない状態で手術施行する症例も少なくない。経乳頭的胆管生検の感度には、黄疸、胆管炎や前ドレナージの有無が影響すると言われているが、実際の成績を示した報告はなくドレナージ前後どちらで生検した方がいいかなどのエビデンスはない。最近では生検鉗子の胆管内挿入、目的とする胆管枝までの挿入を容易にするイントロデューサーが発売され今後成績の上積みが期待される。肝門部領域胆管癌の術前ドレナージには経鼻胆管ドレナージ（ENBD）がひろく行われてきたが、患者の苦痛が大きいため最近ではtube stentを乳頭を越えて胆管内に挿入するinside stentを行う施設が増えてきた。当科の成績ではENBDとinside stentで遜色はない結果が得られている。手術不能例のドレナージは、金属ステント（SEMS）の複数本留置などが行われてきたが、inside stent、EUSを用いた経胃胆道ドレナージ（EUS-HGS）の登場により、ストラテジーの更新が行われつつある。当科でははじめはinside stent、頻回の胆管炎を起こす場合、右胆管はSEMSによる経乳頭的ドレナージ、左胆管はEUS-HGSでドレナージなど解剖学的な背景のみではなく、化学療法の効果、予後など考慮してドレナージ方法を考えている。

2：膵癌の治療

2019年の膵癌診療ガイドラインの改定により、切除可能膵癌に対しても術前化学療法が推奨され、レジユメは微妙に異なるが全膵癌ではじめに化学療法（±放射線療法）が行われるようになった。切除不能膵癌の一次化学療法として、ガイドライン上はゲムシタピン単独からFOLFIRINOXまで推奨されていて至適レジユメははっきりしないが、一般的にはゲムシタミン+ナブパクリタキセル（GnP）かFOLFIRINOXが行われることが多い。近年、MSI-Highに対するペムプロリズマブ単独療法が保険収載されたが、膵癌では頻度が非常に低いので実用性に乏しい。一方、BRCA1/2変異陽性膵癌に対するオラパリブが、白金系抗悪性腫瘍剤を含む一次化学療法を16週間以上継続された後、

疾患進行が認められていない遠隔転移を有する症例に適応となった。こちらは膵癌症例の5-7%で陽性になるとされているが、Germline 変異であるため家族も含めた遺伝子カウンセリングを要することに注意が必要である。EUS-FNA や手術で得られた組織を用いたがん遺伝子パネル検査についても膵癌では癌組織量が少ないことが問題視されており、血液を用いた liquid biopsy でのパネル検査が可能となったので今後の有用性の検討が期待される。高齢者の治療や二次化学療法の内容などまだまだ解決すべき問題は多い。

本講演では当院の実際の症例・成績を提示し、最近のエビデンス・研究成果など述べてみたい。

略 歴

1995年3月 名古屋大学医学部卒業
1995年5月 半田市立半田病院 研修医
1997年4月 半田市立半田病院 内科医員
1999年11月 愛知厚生連渥美病院 内科医員
2002年4月 名古屋大学 内科学第二講座 研究生
2003年4月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 医員
2008年7月 名古屋大学大学院医学系研究科 消化器疾患病態論 助教
2010年1月 名古屋大学大学院医学系研究科 病態内科学講座 助教
2015年6月 名古屋大学医学部附属病院 消化器内科 講師
2019年4月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 部長（併任）
2019年10月 名古屋大学医学部附属病院 光学医療診療部 准教授
現在に至る

主な所属学会・資格・役職等

日本内科学会（認定医、指導医）
日本消化器病学会（専門医、指導医、学会評議員）
日本消化器内視鏡学会（専門医、指導医、学術評議員、内視鏡的乳頭切除術診療ガイドライン作成委員）
日本超音波医学会（専門医、指導医、代議員）
日本膵臓学会（指導医、評議員）
日本胆道学会（指導医、評議員、学術委員、会則検討委員）
日本肝胆膵外科学会（胆道癌診療ガイドライン作成委員）

3) 最近注目される自己免疫性胃炎 (A 型胃炎) について

藤枝市立総合病院 丸山 保彦

Helicobacter pylori (HP) の除菌が進み内視鏡検診も広がりつつある中で自己免疫性胃炎 (Autoimmune gastritis: AIG) が予想以上に多いことが報告され、post HP の胃疾患の一つとして注目されてきている。

A 型胃炎は Strickland & Mackay が胃炎分類の中で提唱した概念で、彼らは慢性胃炎を AIG に相当する A 型胃炎と HP による B 型胃炎に分類した。B 型胃炎では萎縮が幽門腺領域から始まり胃体部へ進展するのに対して、A 型胃炎では自己免疫機序により胃底腺領域を中心に炎症、萎縮性変化を来す。原著では A 型胃炎は AIG の終末期の病態を指しているが、今回は区別せず A 型胃炎を AIG、B 型胃炎を HP 胃炎とする。

AIG では壁細胞のプロトンポンプに対する抗胃壁細胞抗体により壁細胞を含む胃底腺が高度に破壊され胃酸分泌が低下し、幽門腺領域に存在する G 細胞の過形成を生じ高ガストリン血症を起こす。もうひとつの自己抗体である抗内因子抗体 (IFA: Intrinsic Factor Antibody) はビタミン B12 の吸収を傷害し悪性貧血や末梢神経障害や亜急性連合脊髄変性症を合併する。

発見契機は過去には大球性貧血から診断される事が多かったが、最近では ABC 胃癌リスク検診の D 群や HP 除菌困難と思われていた「泥沼除菌」例、内視鏡検診からも診断されるようになってきた。

AIG の診断基準は現在のところ定められていないが、日本消化器内視鏡学会の附置研究会「A 型胃炎の診断基準確立に関する研究会」(代表世話人：鎌田智有先生) で確診例の診断については方向性が定まりつつある。講演では AIG の内視鏡所見、血液検査、組織検査について現在附置研から公表されている確診例の診断基準 (案) を提示し診断のポイントについて解説する。

合併症として NET、胃がん、自己免疫性多内分泌症候群、鉄・ビタミン B12 欠乏が挙げられる。AIG に発生する胃 NET は Rindi 1 型に分類され、良好な予後を考慮し JNETS が治療ガイドライン第 2 版 (2019 年) では内視鏡切除に加えて経過観察も併記された。胃がんについては隆起性病変で高分化型の胃型粘液形質を示す病変が多く、リスクとして悪性貧血の合併、高度萎縮、腸上皮化生、長期罹患、50 歳以上等が挙げられている。しばしば合併する自己免疫性甲状腺疾患は自己免疫性多内分泌腺性症候群 3B 型に分類されている。鉄欠乏性貧血や悪性貧血に対する補充は非経口的投与が必要とされてきたが、実際には経口投与でも治療効果が得られる症例が多い。

略 歴

【学歴】

昭和63年 3月 浜松医科大学医学部医学科 卒業
平成 6年 4月 浜松医科大学大学院医学研究科 入学
平成10年 3月 同修了

【職歴】

昭和63年 6月 浜松医科大学医学部附属病院 研修医
平成元年 6月 沼津医師会病院 内科医員
平成 2年 6月 藤枝市立志太総合病院 消化器科医員
平成10年 4月 浜松医科大学附属病院 第一内科医員
平成11年 6月 藤枝市立総合病院 消化器科医長
平成18年 4月 同 消化器科長
平成24年 4月 同 統括診療部長
平成28年 4月 藤枝市立総合病院 副院長
現在に至る

主な所属学会・資格・役職等

日本消化器病学会 指導医・専門医・評議員
日本内科学会 指導医・総合内科専門医・評議員
日本消化器内視鏡学会 東海支部幹事・指導医・評議員・和文誌査読委員
日本消化管学会 代議員・胃腸科専門医
日本ヘリコバクター学会 評議員・ピロリ菌感染症認定医
日本潰瘍学会
早期胃癌研究会 運営委員

4) 炎症性腸疾患の診断と治療

藤田医科大学 消化器内科学 長坂 光夫

クローン病 (Crohn's disease: CD)、潰瘍性大腸炎 (Ulcerative colitis: UC) をはじめとする炎症性腸疾患 (Inflammatory bowel disease: IBD) は原因不明の難治性疾患であり、かつては elemental diet (ED) を主体とした栄養療法と薬物療法としては 5 アミノサリチル酸製剤 (5ASA) や副腎皮質ステロイド剤が用いられた。しかし、治療抵抗性の難治例も多く存在し、ステロイド剤長期投与による副反応が出現する症例や活動性を抑制することが困難なため瘻孔や狭窄、膿瘍などの腸管合併症を併発して手術に至る症例も多く存在した。近年の生物学的製剤の開発により難治性 IBD に対する治療成績は飛躍的に向上したが、それでもなお生物学的製剤無効例や効果減弱・2次無効といった生物学的製剤抵抗例が出現し治療に難渋する症例が存在する。IBD に対して現在本邦では 3 種類の抗 TNF 製剤と抗 IL12/23 抗体、 $\alpha 4\beta 7$ インテグリン阻害剤、更には JAK 阻害剤が使用可能になった。また、カルシニューリン阻害剤やニューステロイドとしてブデソニド内服薬、ブデソニド注腸フォーム剤などが開発されて治療の幅が格段に広がったと言える。我々は IBD に対して多くの治療薬剤を得たが、これらの薬剤を使いこなす為には使用薬剤の特徴を良く理解すること、そして考えられる鑑別診断や併存疾患をよく理解する事が重要である。

クローン病の自然史は初期病変と考えられるアフタ様病変 / 潰瘍が不整形潰瘍へと増悪し、縦列傾向を示し癒合して典型像である縦走潰瘍、敷石様外観へと進展し、やがて狭窄、瘻孔、膿瘍などの合併症を形成すると考えられる。鑑別疾患は腸結核、collagenous colitis、腸型ベーチェット病、虚血性大腸炎、NSAIDs 起因性腸炎、腸管気腫症、CEAS (非特異性多発性小腸潰瘍症) などがある。潰瘍性大腸炎は一般に直腸から炎症が連続性、瀰漫性に大腸全域に進展し、時に十二指腸や小腸にも波及する。直腸炎型、遠位型、左側大腸炎型、全大腸炎型が主たる病型であるが稀に右側のみに病変を呈する右側型、直腸に病変を認めない Rectal sparing type などの区域性大腸炎を認める。虫垂開口部に非連続性病変を認めることはしばしば遭遇する。深掘れ潰瘍を呈する場合はサイトメガロウイルス感染を強く疑う。潰瘍性大腸炎は感染性腸炎と鑑別を要することが多く総合的に診断する必要がある。潰瘍性大腸炎の鑑別疾患として、アメーバ性大腸炎、カンピロバクター腸炎、サルモネラ腸炎、薬剤起因性腸炎、偽膜性大腸炎、クラミジア直腸炎などが挙げられる。

本教育講演では内視鏡所見を中心に IBD の診断と除外すべき鑑別診断、IBD 治療の基本を解説する。

略 歴

1995年 3月 藤田保健衛生大学医学部卒業
1995年 4月 名古屋第二赤十字病院研修医
1997年 4月 藤田保健衛生大学消化器内科学医員
2002年 3月 藤田保健衛生大学大学院医学研究科博士課程修了・学位取得
2002年 4月 藤田保健衛生大学消化器内科学助手
2003年 5月 スウェーデン・カロリンスカ大学病院消化器内科クリニカルフェロー
2004年10月 藤田保健衛生大学消化器内科学助手
2005年 1月 藤田保健衛生大学消化器内科学助手・医局長
2006年 4月 藤田保健衛生大学消化管内科学講師・医局長
(2011年 4月～2014年 3月 藤田保健衛生大学医療科学部兼任准教授)
2018年 4月 藤田保健衛生大学病院 院長特任補佐
2018年10月 藤田医科大学に大学名変更
2020年 4月 藤田医科大学消化器内科学Ⅰへ講座名変更
2021年 4月 藤田医科大学消化器内科学へ講座名変更
現在に至る。

主な所属学会、資格、役職等

日本内科学会：認定内科医・指導医・東海地区評議員
日本消化器病学会：専門医・東海地区評議員
日本消化器内視鏡学会：専門医・指導医・東海地区評議員
日本消化管学会：認定医・専門医・指導医
日本大腸肛門病学会：専門医
日本小腸学会：学会評議員
日本カプセル内視鏡学会
日本炎症性腸疾患学会
〈その他資格〉
日本医師会認定産業医
愛知県難病指定医
愛知県小児慢性疾患指定医
身体障害者福祉法小腸機能障害指定医
厚生労働省難治性炎症性腸管障害に関する調査研究班研究協力者