

京都消化器医学会会報

Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)

第31号 2015・6

も く じ

巻頭の辞	副会長 古家 敬三	1
特別寄稿論文		
「機能性ディスペプシアの診断と治療：新薬への期待」 医療法人社団 さくらライフクリニック (国立病院機構 さいがた病院) 院長 松枝 啓		3
「肝の画像診断」	京都府立医科大学 森口 理久	13
「消化器疾患と皮膚病変」	京都府立医大皮膚科教授 加藤 則人	21
症例報告		
「ESDにて診断し得た gastric carcinoma with lymphoid stroma の一例」 神戸大学 吉崎 哲也		25
「大腸隆起性病変の一例」	京都医療センター 下釜 翼	29
Coffee break		
Tenia (結腸ひも) の話	粉川内科医院 粉川 隆文	33
平成26年4月～平成27年3月までの学術講演会抄録		41
平成26年度 京都消化器医学会会務報告		51
平成26年度 京都消化器医学会議事録要旨		56
新役員の名簿		65
平成27年度 事業計画		66
編集後記		67

巻頭の辞

副会長 古家敬三

蒸し暑い日々が続いておりますが、いかがお過ごしでしょうか？

このたび、粉川会長より歴史ある京都消化器医会会報の巻頭のご挨拶の命を受けましたので、僭越ではありますが自己紹介を兼ね、今の医療に思うところを述べたいと思います。

私は2003年に亡き父の後をうけ伏見で開業してから12年、当会には学問的にも、精神的にも大変お世話になっております。この間小川元会長より理事のお誘いを受け、中島前会長の時に副会長を拝命し、主として消化器がん検診や学術・生涯教育の業務を担当して参りました。

さて、開業までの経歴ですが、1986年京大の第二外科に入局、大阪の北野病院で初歩的な消化器外科医としての修業を積み、京大大学院では生体肝移植に裏方として従事し、1995年から3年間はポスドクとしてアメリカ・メリーランド州のFDAに留学して腫瘍免疫の研究に携わりました。帰国後日本バプテスト病院や大阪赤十字病院で、当時普及し始めた消化器の腹腔鏡手術の経験を増やしつつありました。ちょうどその頃に突然父が癌に倒れ、私は180度方向転換し、開業医となることを決心しました。

人生に「もしも」はタブーだとは思いますが、最近の医療関連のニュースを目にするたびに、もしそのまま消化器外科医を続けていたとしたら今頃は…、と思わず感慨にふけてしまいます。

例えば、保険適用外の小児への静脈麻酔薬や肝切除における腹腔鏡の使用により、多くの命が失われた問題。いずれも高度な先進医療の担い手である大学病院や特定機能病院が舞台となりました。新しい治療法に挑戦することはたいそう魅力的ではありますが、同時に未知の危険が伴うことは避けられません。そのことを医療チームがしっかりと理解し、チーム内で適応を慎重に検討し、さらには患者と家族に十分説明をして行っていたかどうか気がなるところです。せっかく有効性において有望であったとしても、手順を間違えれば一気に成功の目は失われてしまいます。度重なる臨床試験のねつ造事件と合わせ、医師の信用回復に向けた真摯な取り組みが求められています。

次に、そのことと関連して、いよいよ今年10月から医療事故調査制度が始まります。しかしこれは単に医療過誤・事故の原因究明と再発防止にとどまらず、調査報告が証拠として責任追及に利用されかねないという、二兎を追う仕組みになりそうな情勢です。最近患者や家族はあらゆる治療に対して完璧を求める傾向が強くなりました。手術や検査前には、必ず成功率と死亡を含めた想定される合併症について説明し同意を得ているはずですが、結果が思わしくないと、患者側から損害賠償を請求される事例があとを絶ちません。今回の制度化によって、当事者同士の紛争や保身のための萎縮医療が蔓延することのないよう、きめ細かい配慮が望まれます。

さらに、今年度から各都道府県で策定される地域医療構想も大きな転換点です。これは医療圏ごとに将来の医療需要を推計して、国の定めるガイドラインに従って機能別の必要病床数を計算し、各病院が現在有する機能別病床数を調整するものです。その権限は都道府県知事にあり、特に公的病院は半ば強制的に転換を余儀なくされる可能性があります。当然病床機能に対応して専門科別の医師数や看護師数が決まりますので、医療スタッフの解雇や転勤が増えることも危惧されます。この構想は2025年問題を見据えて患者の高齢化に対応するためのものですから、認知症・脳梗塞などの中枢神経系や、骨粗鬆症・変形性関節症などの運動器系の医療需要が増えることが想定されます。果たして消化器系の医療需要はどうなるでしょう？この先新専門医制度によって、必要専門医数の将来推計から認定者数の調整が行われる時代が来るかもしれません。

最後は少し暗い話になってしまいました。そうはいっても癌、炎症性疾患、感染症、肥満関連病、機能性疾患等まだまだ克服すべき消化器疾患は数多くあります。また分子標的薬、酸分泌抑制薬、抗肝炎ウイルス薬等、画期的な新薬が出てきています。当会では毎月第2土曜に定例学術講演会を開催していますが、けっしてテーマに困ることはありません。今回お届けする会報も、きっと会員の皆さんの日常診療のお役に立てると信じています。今後も皆さんのご指導とご協力を得ながら、京都の消化器診療のレベルアップに努めて参りたいと思いますので、どうぞ忌憚のないご意見をいただきますようよろしくお願い申し上げます。

特別寄稿論文

機能的ディスぺプシアの診断と治療：新薬への期待

医療法人社団 さくらライフクリニック

松 枝 啓

はじめに

機能的ディスぺプシア(Functional dyspepsia:FD)の診断と治療指針はRome委員会が策定しているが2004年の11月に行われたRome III会議ではFDの概念が大きく変化した。なぜ、そのような変化が起こったのかを理解するためには先ずFDのRome II診断基準の問題点を知ることが必要のため以下に解説したい。

1. FDのRome II診断基準の問題点

(1) FDの診断基準における症状が非特異的

FDのRome IIの定義における最大の問題点は、FDの診断基準で重要な症状そのものが過敏性腸症候群(Irritable bowel syndrome:IBS)などの他の機能的消化管障害(Functional gastrointestinal disorders:FGID)の症状やGERD(Gastroesophageal Reflux Disease)などの症状とオーバーラップすることである。Corsettiらの報告によるとFD患者の症状はIBS患者の症状と46%が重複することが示されており非特異的であることが指摘されている。また、GERDの症状とも高頻度でオーバーラップすることが報告されている。すなわち、symptom-based criteriaの根幹を揺るがすデータが提示されたこともあり、より特異性を高めるための検討

が始まり、その結果として以下の問題も明らかになってきた。

(2) 腹痛や腹部不快感がFDの主症状でないこと

FDの主症状と定義されている腹痛と腹部不快感がFDの主症状でないことが最近明らかになっている。すなわち、Tackらの検討によると図1に示すごとくFDの患者において腹痛は最も頻度の高い症状ではなく、腹部膨満感(Fullness)や膨張感(Bloating)が最も優勢な症状であることが示唆されている。この腹部膨満感や膨張感は、食後に発生する症状(Post-prandial symptoms)でもあるが、図1に示す頻度の高い症状の多くが食後に発生する症状であるため、TackらはFDの症状としてPost-prandial symptomsに注目すべきであると主張している。また、図1では症状の発生頻度の高い順序に左から右へと並べてあるがその順番は食後からこれらの症状が発生する時間的経過とも一致することが報告されている。すなわち、FDで発生頻度が最も高い腹部膨満感や膨張感は食直後に発生し、次いで腹痛が発生するなどPost-prandial symptomsに焦点を合わせることがFD症状の特異性を高めるためにも重要と考えるに至ったと考えている。

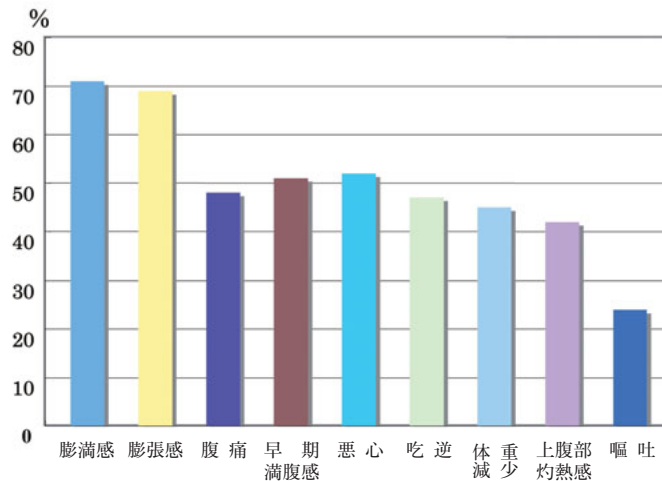


図1. FD患者における症状の発生頻度

(3) 症状発生の病態生理が未確立

FDの病態生理としては、1) Motility disorder、2) Brain-Gut interaction、3) Perception disorderなどが注目されてきたが、患者の症状を十分に説明しうるとは言い難く、とくに胃排出遅延に関するデータは交錯しており混乱状態から脱却できていないのが問題であった。また、患者の心窩部の膨満感や膨張感の症状を説明しうる病態生理が確立されていないことも問題であった。

(4) 病型分類が未整理

FDのRome IIにおける病型分類は、表1に示すごとく1) Ulcer-like dyspepsia、2) Dysmotility-like dyspepsiaそして3) Unspecified Dyspepsiaの3型に分類されていた。しかし、Unspecified Dyspepsiaは曖昧模糊とした分類でどのような症状を持つ患者が属するのかわからず、実用的でないばかりか混乱をもたらす分類として問題視されていた。

表1. FDの病型分類 (Rome II)

- | |
|--|
| 1. Ulcer-like Dyspepsia(潰瘍型) |
| 2. Dysmotility-like Dyspepsia(運動不全型) |
| 3. Unspecified(Nonspecific)Dyspepsia(不特定型) |

2. Rome IIIにおけるFD概念の変化

Rome IIIではFDの症状は胃・十二指腸領域から発生し、主症状は食後に発生する腹部膨満感 (abdominal fullness) や膨隆感 (bloating) であることがRome IIIで承認され採用された。すなわち、Post-prandial symptomsがFDの主症状として採用され、また病型分類にも反映される結果となった。この概念の構築に主導的役割を果たしたTackは、FDの症状の発生母地を胃・十二指腸領域に限定することによりGERDや過敏性腸症候群などの症状とのオーバーラップを回避することを試みたと述べている。この概念の変化は、主に上述のTack自身のデータに基づいてはいるが、あくまでも作業仮説であり今後

臨床の場で検証される必要がある。

以上の様な FD の概念の変化に伴い Rome III における FD の定義、診断基準そして病型分類も大幅に変革された。その要点を以下に述べる。

1) Rome III の FD の定義

FD は、胃十二指腸領域から発生する症状（心窩部痛、心窩部灼熱感、食後膨満感、早期満腹感）が存在するが、それらを説明しうる器質性疾患や代謝性疾患が存在しないことと定義されている。すなわち、症状の発生臓器が胃十二指腸であることを明確にすることにより、また食後膨満感、早期満腹感など Post-prandial symptoms に焦点を絞ることにより、診断の特異性を向上させようとした結果と考えている。

2) Rome III の FD 診断基準

Rome III における FD 診断基準は表 2 に示すごとくであるが、症状の持続期間の規制が撤廃され、Post-prandial symptoms が重要視されているのが Rome II と大きく異なる点である。

表 2. FD の診断基準* (Rome III)

FD は、

1. 以下の a から d の内 1 つ以上が存在し：

- a. 煩わしい食後の膨満感
- b. 早期満腹感
- c. 心窩部痛
- d. 心窩部灼熱感

そして

2. 症状を説明しうる器質性疾患が無いこと
(内視鏡的検査を含む)

* 症状は診断時より少なくとも 6 ヶ月以前に発現し、少なくとも最近の 3 ヶ月において診断基準を満たす事

すなわち、症状の持続期間が規制されていないことにより臨床現場での診断・治療が容易になったことは評価に値する。しかし、この診断基準が拡大解釈されて運用されない様に、症状は診断時より少なくとも 6 ヶ月以前に発現し、少なくとも最近の 3 ヶ月において診断基準を満たす事との付記が記されています。また、後述するごとく、新しい病型分類（表 3）とその病型分類別の診断基準（表 4）が示されたのも Rome III の特徴である。

3) Rome III の FD の病型分類

Rome III では、上述の Rome II の問題点を解決し、また新しい FD 概念を反映する病型分類の構築が試みられ表 4 に示す 2 つの病型に分類された。

表 3. FD の病型分類 (Rome III)

1. Postprandial distress syndrome :
食後愁訴候群
2. Epigastric pain syndrome :
心窩部痛症候群

すなわち、Rome III では Postprandial symptoms に焦点を合わせ、また胃十二指腸の領域から発生する症状を FD の概念に沿った二つに分類され、Rome II で見られた Unspecified type の様な非実用的な分類が削除された事は評価に値するものであろう。

4) Rome III の FD の病型別の診断基準

さらに、表 4 に示すごとく病型別の診断基準が Rome II に比較してより詳細に、また明確に規定されていることが特徴的である。

以上の様に Rome III の診断基準は、器

質的疾患を除外するために内視鏡検査を義務付けていることと、病型別の診断基準を明示した事で他の FGID の症状とのオーバーラップがより排除できるものと考えられる。

表 4. FD の病型別の診断基準*

<p>1. Postprandial distress syndrome (PDS) の診断基準</p> <p>以下の 1 項目または 2 項目を満たす事が必要である</p> <p>1) 通常量の食事の摂取後に煩わしい腹部膨満感が 1 週間に少なくとも数回発生する</p> <p>2) 通常の食事を終了する事を妨げる早期満腹感が 1 週間に少なくとも数回発生する</p> <p>* 症状は診断時より少なくとも 6 ヶ月以前に発現し、少なくとも最近の 3 ヶ月において診断基準を満たす事</p> <p>診断を支持する基準</p> <p>1) 上腹部の膨張感または食後の悪心または過剰な吃逆 (げっぷ) が存在する</p> <p>2) EPS が共存するかもしれない</p> <p>2. Epigastric pain syndrome (EPS) の診断基準*</p> <p>以下の全ての項目を満たす事が必要である</p> <p>1) 心窩部に局限する中等度以上の腹痛や灼熱感が 1 週間に少なくとも 1 回発生する</p> <p>2) 腹痛は間欠的であること</p> <p>3) 症状は他の腹部領域や胸部領域に波及または局限しないこと</p> <p>4) 症状が排便や放屁により軽快しないこと</p> <p>5) 胆嚢や Oddi 括約筋疾患の診断基準を満たさないこと</p> <p>* 症状は診断時より少なくとも 6 ヶ月以前に発現し、少なくとも最近の 3 ヶ月において診断基準を満たす事</p> <p>診断を支持する基準</p> <p>1) 腹痛は灼熱感を有するかもしれないが胸骨下に発生するものでないこと</p> <p>2) 腹痛は通常では食事の摂取により発生または軽快するが空腹時にも発生するかもしれない</p> <p>3) PDS が共存するかもしれない</p>
--

3. FD の Rome III 診断基準の基盤になった病態生理

FD の病態生理は十分解明されているとは言いが、Rome III の診断基準の基盤になったのが Meal-induced symptoms (Post-prandial syndromes) であることは前述のごとくであるが、この Meal-induced symptoms の病態生理として筆者が注目しているのが表 5 に示すものである。

表 5. Meal-induced symptoms の病態生理

<p>1. Impaired Gastric Accommodation</p> <p>2. Rapid Initial Gastric Emptying</p> <p>3. Rapid or Delayed Gastric Emptying</p> <p>4. Altered Duodenal Tone & Sensitivity to Volume & Acid</p> <p>5. Abnormal Duodeno-Jejunal Motility</p>
--

ここでは紙面の都合もあり、Meal-induced symptoms の病態生理で特に重要な Impaired Gastric Accommodation と Rapid Initial Gastric Emptying について解説したい。この Impaired Gastric Accommodation は、Rome III における FD の改訂の中心人物である Tack らにより多くの臨床的データが提示されているがそのアウトラインは図 2 および図 3 で示すごとくである。すなわち、正常人では図 2 で示すごとく食物の摂取により Fornix が弛緩し食物を大量に受入れることが可能になる。この現象を Gastric accommodation と呼称するが、この Gastric accommodation は食物のリザーバーとしての役割も担っており Fornix に大部分の食物を貯蔵する機能を発揮するため、蠕動運動の

発生時には少量の食物を順序よく前庭部から十二指腸に運搬するためそれらの部位の急激な拡張を起こすことなく排出するため膨満感や膨張感を起こすことなく胃排出がおこる（正常な胃排出）。また、この過程において胃前庭部や十二指腸を適度に拡張する刺激は Gastric accommodation を助長し、さらに膨満感や膨張感を起こすことなく食事の摂取量が可能になる。しかし、FD の患者では、図 3 で示すごとく、食事の摂取時に Fornix が弛緩しない Gastric accommodation の障害が存在する (Impaired gastric accommodation) ため少量の食事の摂取で満腹感 (satiation) が出現し十分な食事の摂取ができない事態が発生する。この Impaired gastric accommodation は少量の食事の摂取にかかわら

ず Fornix が食事のリザーバーとしての機能を発揮しないため蠕動運動が発生した際には食物が急速に前庭部や十二指腸に排出される Rapid initial emptying が起こる。この Rapid initial emptying は前庭部と十二指腸を急速に拡張するため腹痛や腹部不快感を発生させるのみならず Duodenal brake を発生させる。すなわち、十二指腸の急激な拡張は反射的に胃排出にブレーキをかけるため、結果として胃内容物が長期間胃内に残留する胃排出遅延が起こる。筆者は、以上述べた 1) Impaired gastric accommodation, 2) Rapid initial emptying そして 3) Duodenal brake などによる Delayed gastric emptying が Rome III における Meal-related symptoms の症状に関与すると重要な病態生理と考えている。

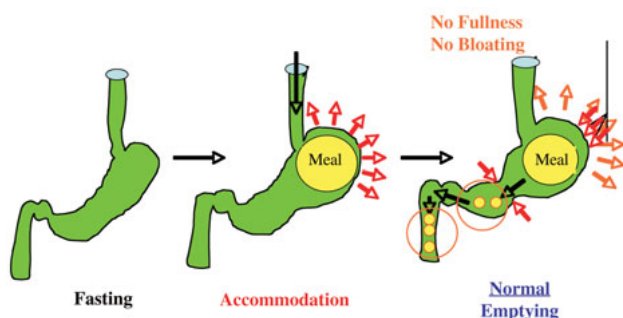


図 2. 正常人の食後の胃排出

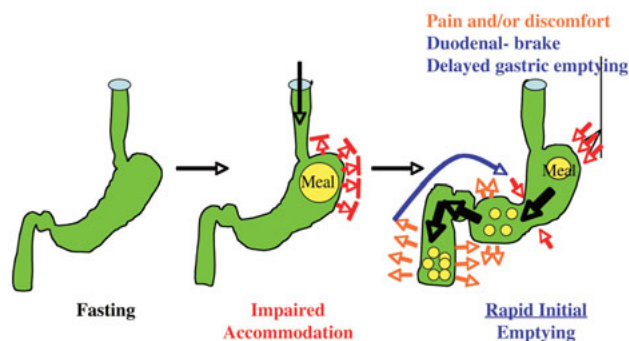


図 3. FD 患者の食後の胃排出

4. FDの合理的治療方策

Rome IIIにおけるFDの概念の変化からも明らかな様にFDの治療もPost-prandial symptomsに照準を合わせた治療方策が合理的と考えられる。特に、PDSの症状を有する患者では上述の病態生理を考慮するとImpaired Gastric Accommodationの是正とRapid Initial Emptyingの予防がこれを可能にする薬剤が世界で初めて本邦で開発されたので以下に解説する。一方、EPSの症状を有する患者では酸分泌の抑制が症状を改善するためH₂-blockerやProton pump inhibitor (PPI)が使用されるが紙面の都合上その詳細は割愛する。

5. PDSの症状を有するFD患者の合理的治療薬の開発

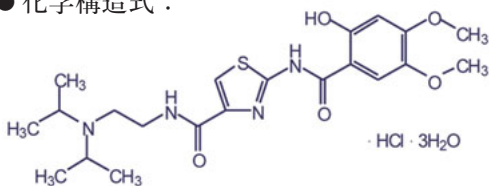
1) アコチアミド (アコファイド®) の分子・化学構造式

アコファイド®は1995年にゼリア新薬工業株式会社により開発された薬剤であるがその分子・化学構造式は以下に示す通りである。この薬剤の開発の基盤になったのはH₂-brockerであるニザチジン (アシノン®) であるが、ニザチジンが持つ胃排出促進作用に臨床家が注目して研究会などで取り上げられたことが契機でニザチジンと類似の化学構造式を持つ化合物として開発されたのがアコファイド®である。

● 分子構造式：



● 化学構造式：



2) アコチアミド (アコファイド®) の作用機序

アコファイド®の作用機序には大別して2つの機序が関与していると考えられている。すなわち、1) コリン作動性神経の末端からのアセチルコリンの分泌促進および加水分解の抑制と2) Stress modulatorとしての作用を有すると考えられている。

前者は平滑筋のムスカリニック受容体 (M₃受容体) に結合するアセチルコリンの量を多くするため平滑筋の収縮が増強して胃排出などを亢進すると考えられている。また、後者は主に動物実験により提示されているデータが示唆する作用であるが筆者はアコファイド®の特質であると考えている。すなわち、アコファイド®はストレス負荷拘束ラットにおいては胃排出遅延と摂食障害を有意に改善したがストレス負荷が無い正常な状態では胃排出と摂食状態の両方に影響を及ぼさなかった。

そのような薬理作用はItoprideやMosaprideなどのProkineticsには無い作用である。

さらに、アコファイド®は延髄や視床下部に置いてGABA receptor, GABA transporterそしてNeuromedin U (NMU)などのストレス関連遺伝子の発現を抑制・修飾することが明らかになっている¹⁾。更に、そのような作用はカプサイシン処理による迷走神経の求心路のdenervationや迷走神経切断により消失することからアコファイド®は迷走神経を介して延髄や視床下部においてストレス関連遺伝子の発現を抑制・修飾すると考えられている。一方、人においても動物実験と同様なデータがAdamにより報告されている。すなわち、

アコファイド®は FD 患者において胃適応性弛緩と胃排出を改善する傾向を示したが正常人においては胃排出に影響を与えなかったことが報告されている²⁾。実際に、筆者が医師会の講演会で意見交換した実地医家の方々の印象ではストレスが多い患者でアコファイド®が著効することが多いとの意見をj得ている。今後は人における Stress modulator としてのデータが更に集積されることを期待している。したがって、現段階においてはアコファイド®の FD 症状の改善機序は未だ十分には解明されていないが、腸管運動の面では、1) 胃適応性弛緩と 2) 胃排出の改善が関与していると考えられている³⁾。

3) アコチアミド (アコファイド®) の治験 : Phase III study

(1) 治験デザイン :

治験デザインは Prospective Randomized Placebo Controlled Trial であり、8 日間の観察期の後で患者を無作為に 2 群に分けて実薬 (アコファイド® 100mg x 3/日、毎食前) またはプラセボを 28 日間投与して Primary endpoints の改善度を比較検討した。さらに、治験終了後も 28 日間フォローして Primary endpoints の推移を比較検討した。

(2) 対象患者 :

ROME III criteria により FD の Postprandial distress syndrome (PDS) と診断された患者。インフォームドコンセントを得る時点から 12 週間以内に胸焼けの症状があった患者は除外した。実際は 1393 人の患者が治験に組み入れられたが最終的にはアコファイド®群 450 名、プラセボ群 442 名で評価された。

(3) Primary endpoint :

FD をはじめとする FGIDs においては前述のごとくプラセボ効果が高いため治験で薬剤の有効性を証明するのは極めて困難である。さらに、治験における Primary endpoint の設定において学者、製薬会社そして認可側との間でコンセンサスを得ることも困難である。IBS の治験においては、Rome II で筆者らが提唱した患者自身による全般改善度 (overall treatment efficacy:OTE) が primary endpoint として認可側 (FDA, EMA, PMDA) にも受け入れられ Alosetron、Tegaserod、Ramosetron (イリボー®) が IBS 治療薬として認可された。しかし、その後の検討で OTE だけでは primary endpoint としては不十分であるとの疑義が挟まれ、認可側から validate されたもっと具体的 Endpoint を使用するべきであるとの意見が出されてきたためその是非について現在ディベート中である。さらに、FD の Primary endpoint は世界でも決定されていないなど FD の治験を始めるには種々の問題が山積されている中でアコチアミド (アコファイド®) の Phase III study が計画された。最終的には Primary endpoints として OTE と 3 症状 (食後膨満感、上腹部膨満感、早期飽満感) の消失率を使用することが PMDA の折衝で決定されたがこの Primary endpoints は世界で最も高いハードルであると筆者は考えている。

また、全般改善度 (OTE) の評価は 7 point-Likert scale により患者が評価したが上位 2 のスケール (1 = 著明改善と 2 = 改善) がレスポnder であると定義された。さらに、3 症状 (食後膨満感、上腹部

膨満感、早期飽満感)の完全消失率はA/B (A=治験の最後で3症状が無い患者数、B=観察期に3症状が存在する患者数)で計算した。また、Secondary endpointsの一つにShort form Nepean dyspepsia index (SF-NDI)を使用して患者のQOLの改善度も検討した。

(4) 治験結果：

アコファイド®の治験結果は筆者の予想を超えるもので以下に述べるようにPrimary endpointsにおいてプラセボを有意に凌駕したのみならず患者のQOLも有意に改善した結果であった。

A. 全般改善度 (OTE)

患者評価による全般改善度 (OTE) は図4で示す如く、レスポナー (著明改善+改善)の比率がアコファイド®群では52.2%でプラセボ群が34.8%でアコファイド®群が全般改善度 (OTE)を有意 ($p < 0.001$)に改善することが明らかになった⁴⁾。前述の如く、FDなどのFGIDsではプラセボの治療効果が高く実薬との間に有意差が証明され難いのが通常であり、実薬とプラセボの治療効果の差 (Therapeutic gain)が10%あればその薬剤を承認すべきであるとのコンセンサスが得られているがアコファイド®ではTherapeutic gainが17.4%と前例のない高値で世界が驚く結果であった。

さらに、この治療効果は服薬を中止後の28日間維持されることも明らかになったがこの理由はアコファイド®のstress modulatorの作用などによりBrain-Gut Interactionにおける悪循環が断ち切れるためと考えている。

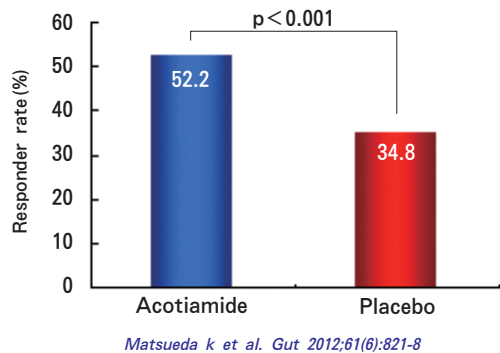


図4. 患者評価による全般改善度

B. 3症状 (食後膨満感、上腹部膨満感、早期飽満感)の完全消失率

3症状 (食後膨満感、上腹部膨満感、早期飽満感)の完全消失率も図5で示す如くアコファイド®群では15.3%でプラセボ群が9.0%でアコファイド®群の3症状の完全消失率が有意 ($p = 0.004$)に高値であった⁴⁾。

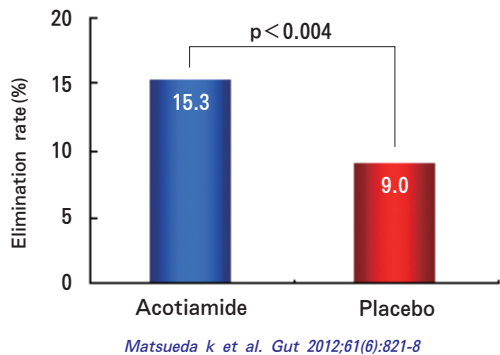


図5. 3症状 (食後膨満感、上腹部膨満感、早期飽満感)の完全消失率

C. 患者QOLの変化：SF-NDIによる評価

患者のQOLの改善度をSF-NDIで評価すると図6で示す如くアコファイド®群ではベースラインから-3.66改善しプラセボ群では-2.84でアコファイド®群が患者のQOLを有意 ($p < 0.001$)に改善した⁴⁾。

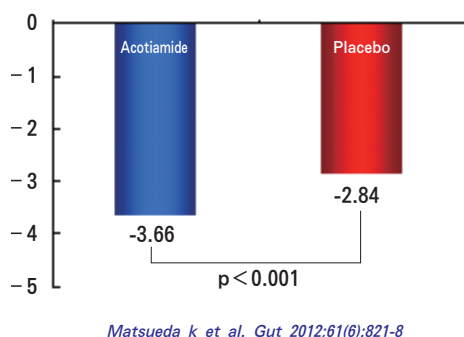


図6. 患者 QOL の変化：SF-NDI による評価

D. 治験のまとめおよび臨床的評価：

FD の PDS 患者においてアコファイド[®]は Placebo に比較して (1) 患者評価による全般改善度 (OTE)、(2) 3 症状 (食後膨満感、上腹部隆感、早期飽満感) の完全消失率そして (3) SF-NDI スケール評価による患者 QOL を有意に改善した⁴⁾。また、深刻な副作用は認められなかった。すなわち、アコファイド[®]は Rome III criteria に基づいた FD 患者において有効性を証明できた世界で最初の薬剤であり PMDA により平成25年6月に認可され実地医家の先生方に使用が可能になった。

このアコファイド[®]は海外でもその治療効果が高く評価されており本剤が本邦で承認される前から欧米の「FD の治療アルゴリズム」において PDS のみならず Epigastric Pain Syndrome (EPS) の患者にも Acotiamide (アコファイド[®]) が推奨されており Nature review 誌でも紹介されているなどこの薬剤に対する信頼度は高い。

E. 投与方法および使用上の注意

アコファイド[®]の投与方法は、1) 胃適応性弛緩障害の是正と 2) 胃排出の改善を目的に毎食前に投与することが推奨されてい

る。すなわち、アコファイド[®] 100mg を 1 日 3 回、毎食前に投与することにより食後膨満感、上腹部隆感そして早期飽満感などの症状の治療効果が期待される。一方、アコファイド[®]は FD のなかで PDS の患者に使用が認められているが PDS の症状 (食後膨満感、上腹部膨満感、早期飽満感) は胃潰瘍や胃痛などの器質的疾患でも認められるため厚生労働省はアコファイド[®]の使用条件として内視鏡検査など (胃透視でも OK) の検査の施行を義務付けることを認可直前に通達してきた。したがって、内視鏡検査や胃透視により器質的疾患が除外された患者のみに使用可能であり患者のレセプト上にこれらの検査を施行した時期を記載する必要がある。

おわりに

FD はストレス社会の到来により急増しており一般診療において最も頻繁に遭遇する疾患の一つであるが治療に難渋する事が多く、特に PDS 症状を有する患者の治療が困難であった。しかし、世界に先駆けて本邦においてアコファイド[®]が開発され認可されたため臨床医にとっては朗報と考えている。その薬剤の作用機序は未だ十分に解明されていないが Stress modulator としての作用を有することも示唆されておりこの新薬に対する期待は大きい。京都医師会の先生方には実際の臨床の場でこの薬剤の適用や使用方法などについて検討して頂きたいとお願いする次第である。

文 献

- 1) Seto K et al. Neurogastroenterol Motil. 2008;20(9):1051-9.
- 2) Adam B et al. Gastroenterology 2009;136:A535
- 3) Matsunaga Y et al. J Pharmacol Exp Ther 2011, 336, 791-800
- 4) Matsueda K et al. Gut 2012;61(6):821-8

肝の画像診断

京都府立医科大学消化器内科 森口理久
(静岡県立静岡がんセンターIVR科)

要 旨

画像診断は肝疾患の診療において非常に大きな役割を担っており、欠かすことのできない検査である。

頻用される肝画像診断検査として超音波、CT、MRI などがあるが、各種機器の発達、造影剤の開発により、より正確な形態診断のみならず機能診断も可能となっており、これらの特徴を把握し使いこなすことが非常に重要である。

本稿では、肝の画像診断につき超音波、CT、MRI を中心に解説する。

I 各種画像検査の意義・特徴

1. 超音波

簡便で侵襲はなく最初に行われる画像検査であるが、皮下脂肪が厚い場合には poor image になりやすく、横隔膜直下など死角となる領域があることに留意したい。慢性肝疾患では肝実質が不均一となるため、び慢性腫瘍や小結節の診断は困難な場合がある。ドプラでは血流の評価ができ、脈管・結節性病変の診断に有用である。多血性肝細胞癌の場合、辺縁から中心に向かう腫瘍血管の血流が描出されることが多い。Sonazoid による造影検査では血管相とクッパー相(機能イメージング)があり、血行動態の評価のみならずクッパー機能から見た結節性病変の診断も可能である。Sonazoid は肝・腎で代謝されないため、肝腎機能が低下している症例に対しても行うことが可能である。Real-time Virtual Sonography

(RVS) は、事前に撮影した CT や MRI の DICOM data をリファレンス画像として超音波画面上に映し出すことが可能で、B-mode では描出が困難な結節性病変の同定にも有用である。このシステムは、生検・ラジオ波焼灼療法などの支援ツールとしても利用することができる (Figure 1)¹⁾。また、Fibroscan はせん断波の伝導速度を計測することで、非侵襲的に肝硬度を測定することができ、ウイルス性肝炎、NAFLD などの診療に応用されている^{2,3)}。

2. CT

超音波で異常を指摘された場合や腫瘍マーカー高値の場合、その他精査が必要な場合に用いられる。

造影 CT が用いられることが多く、結節性病変の鑑別にはダイナミックスタディー (動脈相・門脈相・平衡相) が行われる。ダイナミックスタディーは、胆

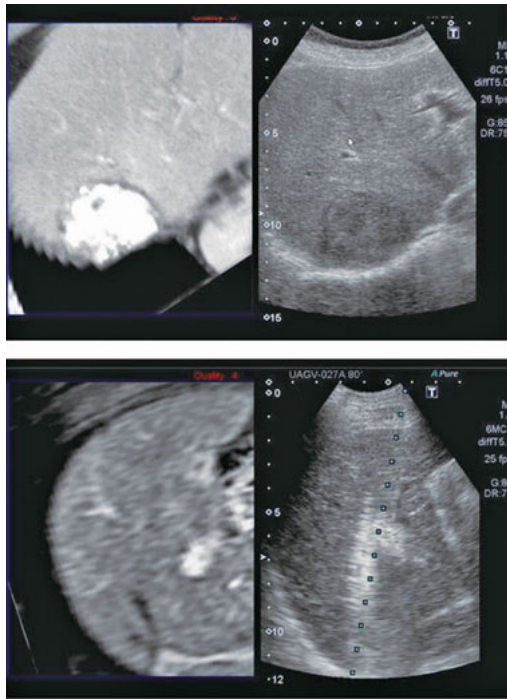


Figure 1: Real-time Virtual Sonography
 上段左；CT DICOM data 上段右；超音波画像
 下段左；MRI DICOM data 下段右；RFA 施行中の
 超音波画像

管癌における局所進展の評価にも有用である。

近年、320列面検出器CTが開発され、肝の volume data を入手することが可能となり、CTによる肝のperfusion解析も行われるようになってきている (Figure 2)⁴⁾。

3. MRI

単純；in phase と opposed phase の画像を利用することで脂肪の有無を確認することができ、T2WI と heavy T2WI の撮像は嚢胞と血管腫の鑑別に有用である⁵⁾。造影剤アレルギーや腎不全で造影検査が行えない場合には、DWI が有用である。MRCP では非造影下に胆管の

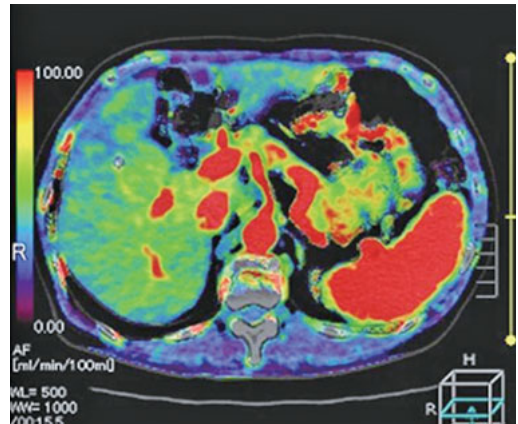


Figure 2: Perfusion CT
 Axial image (Artery Flow); Aquilion One (TOSHIBA)

描出が可能で、胆管癌、原発性硬化性胆管炎、総胆管結石などの診断に利用される。

造影；GdによるダイナミックスタディーではCTのダイナミックスタディーと同様の phase で撮影する。血管腫の診断には第一選択とされている。肝細胞癌に対する肝動脈化学塞栓術後の症例ではリポドール沈着の影響によりCTでは評価が困難な場合があるため、Gdによるダイナミックスタディーが行われる場合がある。Gd-EOB-DTPA MRI (EOB-MRI) では Gdによるダイナミックスタディーに加え、EOB の肝細胞特異的造影効果により 20分以降の肝細胞造影相を撮影することで飛躍的に病変検出能が向上している⁶⁾。肝細胞造影相を用いて肝機能の評価することも可能で、EOB は機能性造影剤としての側面も併せ持っている⁷⁾。SPIO はクッパー機能を利用した T2*WI 短縮効果をもつ陰性造影剤で、腎機能障害や Gd に対するアレルギーを有する症例にも利用可能である。

代表的な慢性肝疾患～NAFLD（非アルコール性脂肪性肝疾患）

本邦には1000万人以上の患者が存在すると推定されている⁸⁾。診断には超音波検査が有用で、典型的な超音波所見は(1)高輝度肝(2)肝腎コントラスト(3)深部減衰(4)肝静脈不明瞭化である (Figure 3)。肝腎コントラストを観察する際、腹壁が厚い場合

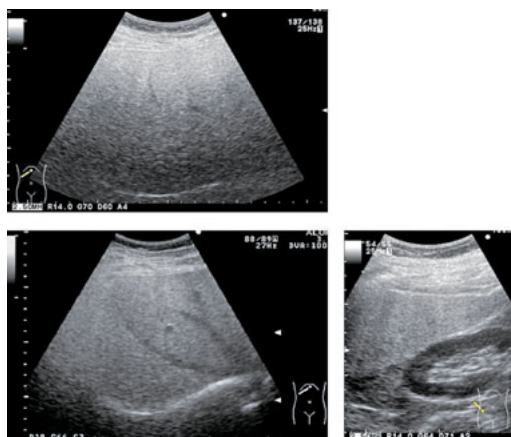


Figure 3: NAFLD の超音波所見 1
HR:肝腎コントラスト(下段右) BL:高輝度肝(上段左)
DA:深部減衰(上段左) VB:肝静脈の不明瞭化(下段左)

には陽性となりやすいため、脾腎コントラストを確認し、腹壁の影響を除外する必要がある。NAFLDには脂肪沈着の状況により、(a)び慢型(b)地図型(c)区域型(d)限局性脂肪変性(e)限局性低脂肪化があり (Figure 4)、(4)(5)は血行動態の相違が脂肪沈着の差を生じていると考えられている。なお、(4)(5)は腫瘍性病変の鑑別が必要となる。

NAFLDの中には約20%に脂肪性肝炎(NASH)が存在し⁹⁾、そのうちの10-15%は肝硬変に移行すると考えられている⁹⁾。線維化が進行すると脂肪が消失する“burned-out”が生じるため、(1)-(4)の所見のみではなく、慢性肝疾患における肝の超音波所見(辺縁の鈍化、不均一な実質、表面の不整)にも注意する必要がある。

進行したNAFLDでは肝細胞癌の合併が生じ得るため^{9,10)}、線維化進展度を評価することは临床上極めて重要である。線維化評価のgold standardは生検であるが、非侵襲的な方法としてPLT、線維化マ-

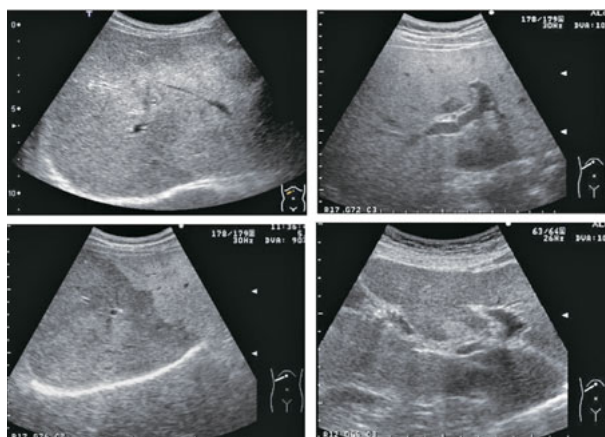


Figure 4: NAFLD の超音波所見 2
上段左: 地図型 下段左: 区域型
上段右: 限局性低脂肪化 下段右: 限局性脂肪変性

カー（ヒアルロン酸、IV型コラーゲン7S）などの血液検査に加えNAFLD fibrosis score、FIB4 indexなどが提唱されている¹¹⁻¹⁴。一方、画像検査としては前述の如く超音波が応用され、京都府立医科大学消化器内科ではFibroscanを積極的に利用している。Fibroscanは線維化（E値）のみならず脂肪量（CAP値¹⁵）も測定可能で、経時的な変化を観察することで、NAFLDの診断のみならず、病態の増悪・改善を把握することができるのではと期待される（Figure 5）。

*京都府立医科大学消化器内科では脂肪肝外来（月・金；角田圭雄医師）を行っており、遺伝的背景（PNPLA3¹⁶）との関連なども含め、積極的に診断・病態解析・治療に当たっている。



Figure 5 : Fibroscan

占拠性病変の診断

肝占拠性病変の精査は各種画像診断にて行う。一般に超音波、CT、MRIが用いられるが、想定される病変、肝腎機能、アレルギーの有無などによりモダリティの使い分けが必要である。

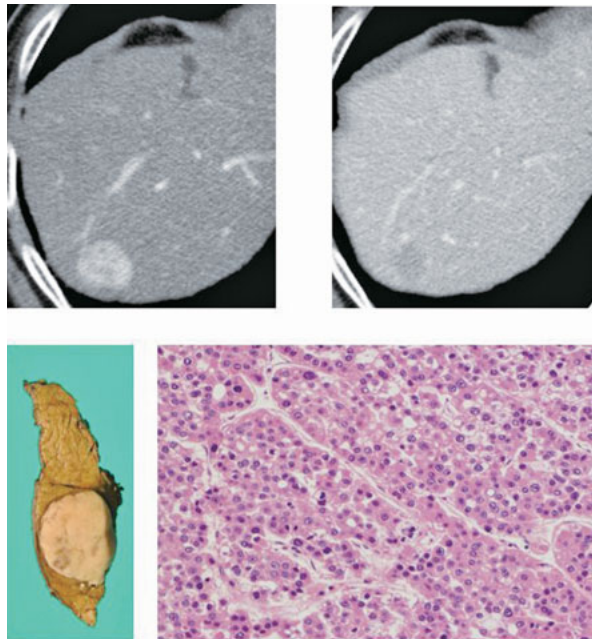


Figure 6 : 古典的肝細胞癌

上段左：CT（動脈相） 上段右：CT（平衡相）
下段左：切除標本 下段右：病理組織（HE）

肝細胞癌のスクリーニング法については2013年度版肝癌診療ガイドラインで、サーベイランス・診断アルゴリズムが提唱されている¹⁷⁾。古典的肝細胞癌の画像所見は“動脈相での濃染と門脈・平衡相でのwash out”である (Figure 6)¹⁸⁾。前癌・早期病変 (dysplastic nodule・early HCC, well differentiated HCC) の拾い上げや肉眼型の推定に EOB-MRI が優れているが⁶⁾、肝機能低下例では肝細胞造影相の描出能が低下すること、描出された結節をどこまで治療対象とするかなど、臨床的に克服すべき問題点も多く残されている。早期濃染の検出には、EOB-MRI以外にも Sonazoid 造影超音波が有用と報告されている。

肝細胞癌との鑑別を要する肝原発腫瘍として、血管腫、限局性結節性過形成、肝細胞腺腫、血管筋脂肪腫、胆管細胞癌などがあげられるが、血行動態の違い (fill-in、pooling、遷延性濃染など)、脂肪含有、胆管拡張、EOB や SPIO の取り込み程度など、各腫瘍・腫瘍の画像的特徴で鑑別が可能となる (Figure 7; hemangioma, FNH)。膿瘍や炎症性偽腫瘍も時に肝腫瘍との鑑別が困難な場合があるが、造影態度や臨床経過から鑑別を行っていく。

また、転移性肝腫瘍の存在診断には EOB-MRI が有用で、近年多くの論文報告がされている¹⁹⁾。

嚢胞性病変では壁在結節の有無が単純嚢胞と嚢胞性腫瘍の鑑別に極めて重要な所見

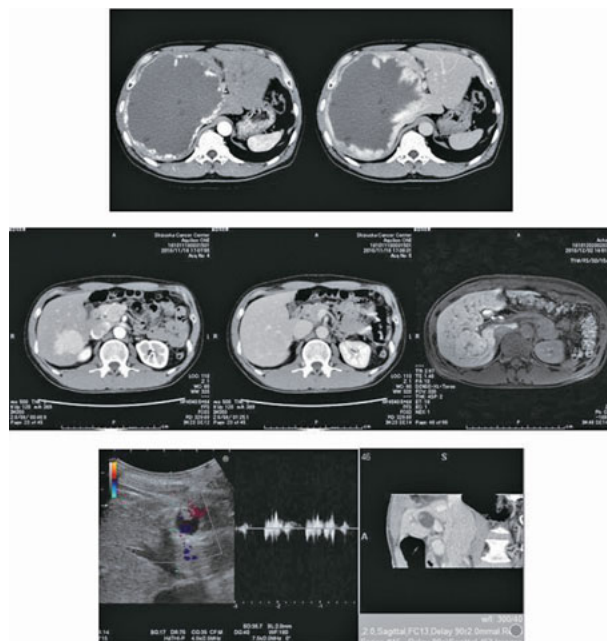


Figure 7：各種画像

上段 (血管腫)；CT：周囲より造影 (fill-in)
 中段 (FNH)；左 (CT 動脈相)：早期濃染 中央 (CT 平衡相)：周囲とほぼ等吸収 右 (EOB 肝細胞造影相)：周囲肝と同様の EOB の取り込みあり
 下段 (嚢胞腺癌)；US/CT：壁在結節あり

となる (Figure 7)。転移性腫瘍では一見単純嚢胞に見える腫瘍も存在するため、慎重な観察・複数のモダリティによる評価も重要である。

また、AP シェントなどの血流障害はダイナミックCTやダイナミックMRIで早期濃染領域として描出されることが多く、肝細胞癌との鑑別に苦慮することがあるが、機能性造影剤であるSPIO-MRIやEOB-MRIの肝細胞造影相、Sonazoid造影超音波のクッパー相が腫瘍性病変との鑑別に有用である。造影剤アレルギーや腎機能低下例などには、Sonazoid造影超音波やSPIO-MRIが有用である。

最後に

肝の画像診断には超音波、CT、MRIが用いられることが多いが、診断機器・造影剤の進歩は目覚ましく、より早期の形態診断から機能診断まで可能となってきている。それぞれのモダリティは診断・治療支援ツールとしても活用でき、それらの特徴・有用性・限界を熟知しつつ使いこなすことが、我々臨床医に求められている。

参考文献

- 1) Makino Y, et al. Ultrasonography fusion imaging system increases the chance of radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma with poor conspicuity on conventional ultrasonography. *Oncology*. 2013;84 Suppl 1:44-50.
- 2) Yoneda M, et al. Noninvasive assessment of the liver fibrosis by measurement of stiffness in patients with nonalcoholic fatty liver disease (NAFLD). *Dig Liver Dis*. 2008;40(5):371-8.
- 3) Kettaneh A, et al. Features associated with success rate and performance of FibroScan measurements for the diagnosis of cirrhosis in HCV patients: a prospective study of 935 patients. *J Hepatol*. 2007;46(4):628-34.
- 4) Wu D, et al. Liver computed tomographic perfusion in the assessment of microvascular invasion in patients with small hepatocellular carcinoma. *Invest Radiol*. 2015;50(4):188-94.
- 5) Park MS, et al. Hepatocellular carcinoma: detection with diffusion-weighted versus contrast-enhanced magnetic resonance imaging in pretransplant patients. *Hepatology*. 2012;56(1):140-8.
- 6) Sano K, et al. Imaging study of early hepatocellular carcinoma: usefulness of gadoteric acid-enhanced MR imaging. *Radiology* 2011;261: 834-844.
- 7) Verlnoh N, et al. Assessing liver function by liver enhancement during

- the hepatobiliary phase with Gd-EOB-DTPA-enhanced MRI at 3 Tesla. *Eur Radiology*. 2014;24(5):1013-9.
- 8) Kojima S, et al. Increase in the prevalence of fatty liver in Japan over the past 12 years: analysis of clinical background. *J Gastroenterol* 2003;38; 954-961.
 - 9) 日本肝臓学会(編): NAFLDの疫学, NASH・NAFLDの診療ガイドライン, 文光堂、8-13, 2013.
 - 10) Bugianesi E, et al. Expanding the natural history of nonalcoholic steatohepatitis: from cryptogenic cirrhosis to hepatocellular carcinoma. *Gastroenterology* 2002;123:134-140.
 - 11) Kaneda H et al. Hyaluronic acid levels can predict severe fibrosis and platelet counts can predict cirrhosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease. *J Gastroenterol Hepatol*. 2006; 21(9):1459-65.
 - 12) Yoneda M et al. Type IV collagen 7s domain is an independent clinical marker of the severity of fibrosis in patients with nonalcoholic steatohepatitis before the cirrhotic stage. *J Gastroenterol*. 2007;42(5):375-81.
 - 13) Sumida Y, et al. A simple clinical scoring system using ferritin, fasting insulin, and type IV collagen 7S for predicting steatohepatitis in non-alcoholic fatty liver disease. *J Gastroenterol*. 2011;46(2):257-68.
 - 14) Sumida Y et al. Validation of the FIB4 index in a Japanese nonalcoholic fatty liver disease population. *BMC Gastroenterol*. 2012;12:2.
 - 15) Myers RP, et al. Controlled Attenuation Parameter (CAP): a non-invasive method for the detection of hepatic steatosis based on transient elastography. *Liver Int*. 2012; 32(6): 902-10.
 - 16) Romeo S, et al. Genetic variation in PNPLA3 confers susceptibility to non-alcoholic fatty liver disease. *Nat Genet*. 2008;40:1461-5.
 - 17) 日本肝臓学会(編): 科学的根拠に基づく肝癌診療ガイドライン2013版. 第3版. 金原出版, 2013.
 - 18) Bruix J, et al. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2005;42:1208-1236.
 - 19) Chung WS, et al. Comparison of gadoxetic acid-enhanced dynamic imaging and diffusion-weighted imaging for the preoperative evaluation of colorectal liver metastasis, *J Magn Reson Imaging*. 2011;34(2):345-53.

消化器疾患と皮膚病変

京都府立医科大学大学院医学研究科皮膚科学 加藤 則人

消化器医が遭遇する皮膚疾患は、1. 消化器疾患に関連して出現する皮膚疾患、2. 消化器疾患の治療に関連してみられる皮膚疾患、3. 消化器症状を伴う皮膚疾患、に大別される。それぞれの代表的疾患の皮膚症状を概説したい。

1. 消化器疾患に関連して出現する皮膚疾患

a) 結節性紅斑

皮下硬結を伴う紅斑が両下腿に多発し（図1）、紅斑は圧痛や局所の熱感を伴う。組織学的には皮下脂肪織炎の炎症である。発熱や関節痛を伴うこともある。溶連菌、結核菌などの感染症のほか、ベーチェット病、サルコイドーシス、潰瘍性大腸炎、クローン病などに合併することがある。治療は、安静と下肢挙上、非ステロイド系消炎鎮痛薬内服、副腎皮質ステロイドの外用や内服、ヨードカリ



図1 結節性紅斑

内服など。

b) 壊疽性膿皮症

虫食い状の難治性皮膚潰瘍が単発または、多発する（図2）。潰瘍性大腸炎、クローン病、関節リウマチなどに合併することが多い。副腎皮質ステロイドの全身投与が著効することが多い。

c) Peutz-Jeghers 症候群

食道を除く全消化管に多発性ポリープが生じる常染色体優性遺伝の疾患で、口唇・口腔粘膜や指趾尖部の色素斑を伴う。

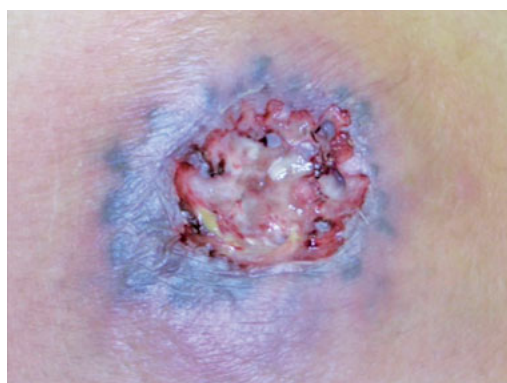


図2 壊疽性膿皮症

d) 悪性腫瘍に伴う皮膚疾患

(ア) 皮膚筋炎：眼瞼周囲の紫紅色の浮腫性紅斑（ヘリオトロープ疹、図3）、手背部関節上にみられる角化性紅斑（ゴットロン徴候、図4）がみられることが多い。近年、40歳以上の皮膚筋炎患者の中で抗 TIF1抗体（以前は抗 155/140抗体とよばれていた）陽性患者の70%以上に悪性腫瘍が合併していたことが明らかになり、悪性腫瘍に合併した皮膚筋炎のマーカーになりうると期待されている。現在、保険収載に向けて臨床研究が進んでいる。

(イ) Leser-Trelat 症候群：多数（数百



図3 ヘリオトロープ疹



図4 ゴットロン丘疹

から数千)の脂漏性角化症（老人性疣贅）が急激に出現し、痒みを伴うことが多い。胃癌をはじめとする悪性腫瘍の存在を示唆する。

(ウ) 黒色表皮腫：腋窩、そけい部などにビロード状の褐色局面が出現する。肥満、糖尿病、胃癌などの悪性腫瘍の合併を示唆する。

2. 消化器疾患の治療に関連してみられる皮膚疾患

a) 薬疹

薬剤によって皮疹が生じる薬疹は、日常診療でしばしば遭遇する皮膚疾患である。原因薬の内訳は、非ステロイド系消炎鎮痛薬、抗生物質、抗てんかん薬の順に割合が高かったが、ビタミン剤やサプリメントを含め、あらゆる薬剤が薬疹の原因になり得る。薬剤に対するアレルギーによるものが多いが、分子標的薬による薬疹など、アレルギーとは異なる機序によるものもある。

最も一般的な薬疹は、身体の広い範囲に左右対称に紅斑や丘疹が播種状にみられる播種状紅斑丘疹型薬疹である（図5）。この型の薬疹では痒みは伴わないことが多い。発症までの期間は、初回投与では投与開始後1～2週後のことが多いが、ときに数日、あるいは1ヶ月以上のこともある。また、特定の薬を服用するたびに同じ部位だけに紅斑が出現し、薬を中止すると数日から1週ほどで色素沈着を残して軽快する固定薬疹というタイプの薬疹もまれではない。口唇周囲、陰部などの皮膚粘膜移行部や手指に好発する。



図5 薬疹

Stevens-Johnson syndrome (SJS) は、発熱とともに眼瞼結膜、口唇・口腔や陰部粘膜のびらんおよび皮膚の紅斑や水疱、びらんなどが出現する重症薬疹で、皮膚のびらん面積が全体表面積の10%未満のものをSJS、30%を越えたものを中毒性表皮壊死融解症(toxic epidermal necrolysis: TEN)、10%以上30%未満のものを overlap SJS/TEN とよぶ。薬による皮膚障害の中で最も重症で、年間人口100万人当たり1～6人に発症し、致死率は10%を越える。皮疹は、中心部が暗紫紅色を呈する類円形の標的状紅斑がみられるのが典型的で、水疱やびらんを伴う。口唇粘膜のびらんや血痂(図6)、眼病変は結膜炎や眼瞼の癒着、高度な眼痛、角膜混濁、偽膜形成、潰瘍などであり、失明など重篤な後遺症を残すことがあるため、発症初期から眼科との併診が必要である。また、肺、肝臓、腎臓など多臓器の障害など皮膚・粘膜以外の重篤な合併症を伴うことも多い。SJS および TEN の治療は、ステロイドの大量投与を発症初期に行うの



図6 SJS

がきわめて重要とされるため、SJS や TEN を疑った時点で、速やかに皮膚科専門医に紹介すべきである。

薬によるアレルギーの検査法として、リンパ球刺激試験やパッチテスト、内服誘発試験などがある。前2者は安全だが、陽性率が低いという欠点がある。一方、内服誘発試験は大きな危険を伴うので、いずれにしても皮膚アレルギーを専門とする施設に原因検索を依頼するのが望ましい。

3. 消化器症状を伴う皮膚疾患

a) IgA 血管炎 (Henoch-Shönlein 紫斑病)

おもに下腿に紫斑が多発、紫斑は浸潤を触れる (palpable purpura) のが特徴である(図7)。紅斑と紫斑の鑑別には、ガラスなど透明なもので皮疹を圧迫し、赤色調が消えなければ紫斑である。ときに関節痛を伴い、血液検査ではⅢ因子の低下がみられることがある。腎障害や腸管壁の血管炎による消化器症状(腹痛、下痢、血便、悪心、嘔吐など)を伴



図7 紫 斑

うことがある。治療は、皮膚症状のみならば安静や副腎皮質ステロイド外用から開始するが、腎障害や消化管症状を伴う場合には、ステロイド全身投与を行うことが多い。

以上、消化器医が遭遇する皮膚疾患について概説した。いずれの疾患も鑑別すべき疾患が多くあるため、皮膚科医に気軽に紹介していただければ幸いです。

症例報告

ESDにて診断し得た gastric carcinoma with lymphoid stroma の一例

神戸大学大学院医学研究科内科学講座消化器内科学分野

吉崎哲也、小原佳子、田中心和、石田 司、森田圭紀
豊永高史、梅垣英次、久津見弘、東 健

症 例：50歳代男性

主 訴：特になし

既往歴：30歳代 十二指腸潰瘍

現病歴：検診で上部消化管造影検査を受診したところ、胃体中部の不整像を指摘され前医紹介となった。上部消化管内視鏡検査で胃体中部小弯に大きさ15mmの隆起性病変を認め、生検を施行されたが Group2 の診断であった。悪性病変の可能性が否定できないため精査目的で当院紹介となった。

生活歴：喫煙なし 機会飲酒

入院時現症：特記すべき所見なし

入院時血液検査所見：軽度貧血を認めた(表1)。

上部消化管内視鏡検査：体中部小弯の萎縮

境界線上に頂部に陥凹を伴う15mm大で立ち上がりがなだらかな粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。NBI 拡大内視鏡検査所見で隆起部分は周囲との粘膜構造に差はみられないものの、陥凹の内部において粘膜構造が消失し、血管の不整な走行がみられた(図1, 2, 3)。



図1 通常観察像

体中部小弯に頂部に陥凹を伴う粘膜下腫瘍様の隆起を認めた。

表1 入院時血液検査

【血液学】			【生化学】		
WBC	7000	/ μ l	TP	7.1	g/dl
NEUT	48.2	%	Alb	4.2	g/dl
EOS	5.0	%	T-Bil	0.6	mg/dl
BASO	2.4	%	AST	24	IU/L
MONO	4.9	%	ALT	44	IU/L
LY	39.5	%	LDH	192	IU/L
RBC	431	$\times 10^4$ / μ l	ALP	240	IU/L
Hb	13.0	g/dl	γ GTP	52	IU/L
Hct	40.3	%	CK	61	IU/L
Plt	30.3	$\times 10^4$ / μ l	Amy	69	IU/L
【腫瘍マーカー】			BUN	14	mg/dl
CEA	1.9	ng/ml	Cre	0.85	mg/dl
CA19-9	11	U/ml	FBS	86	mg/dl
			Na	141	mEq/l
			K	4.1	mEq/l
			Cl	109	mEq/l
			CRP	0.1	mg/dl

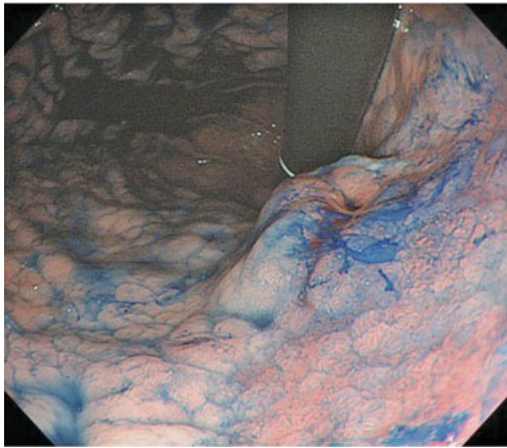


図2 インジコカルミン散布像

病変の立ち上がりはなだらかで、明瞭な境界はみられない。

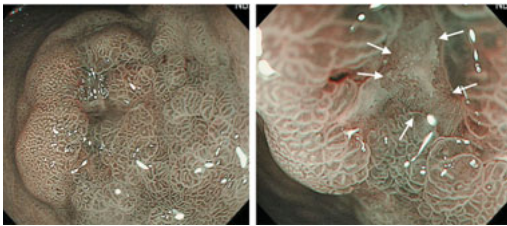


図3 NBI拡大観察像

陥凹部で粘膜構造の消失、不整な血管走行を認めた(↑)。

超音波内視鏡検査：第2層から3層を主体とする境界が非常に明瞭な均一低エコー像を呈していたが、第3層は保たれており、粘膜下層までの浸潤と診断した(図4)。以上の所見から粘膜下腫瘍様形態を呈する胃癌を疑い、陥凹部から再度生検を行ったところ adenocarcinoma の診断を得たが詳細な組織型は判断できなかった。病変が粘膜下層までに留まっていたため内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)を施行し、合併症なく一括切除が可能であった(図5)。病理組織学的検査：粘膜下層を中心にして一部粘膜内に及ぶ比較的境界明瞭な病変が



図4 超音波内視鏡検査

第2層から3層を主体とする均一低エコー像を呈していた。

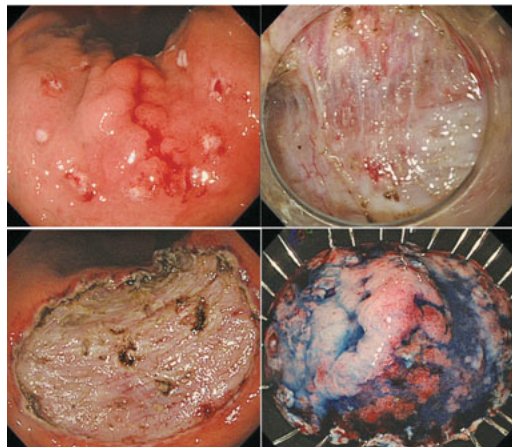


図5 ESD

合併症なく一括切除となった。

認められ、病変内では、著明なリンパ球浸潤ないし胚中心を伴ったリンパ濾胞の増生を背景として、充実性あるいは腺腔形成の明らかではない小蜂窠状に増生する低分化腺癌の像を認め、リンパ球浸潤癌の像であった(図6,7)。免疫染色にて EBER-

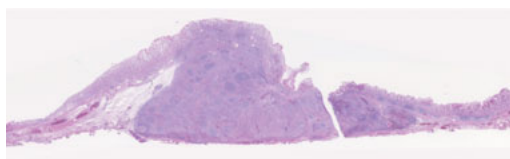


図6 ルーベ像

粘膜下層を中心とした境界明瞭な病変を認めた。

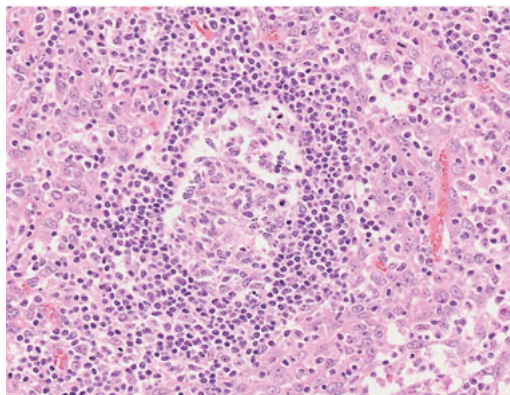


図7 HE染色×20

小胞巣状に増生する低分化腺癌の像を認めた。

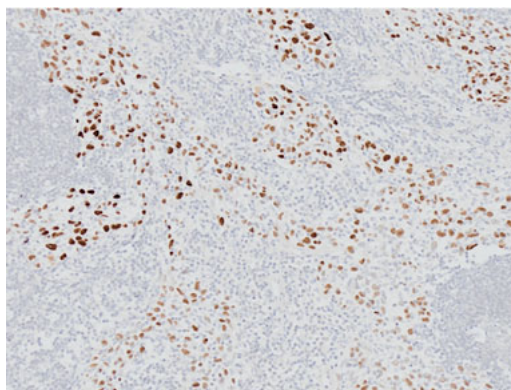


図8 EBER-ISH×10

EBER-ISH陽性であった。

ISH陽性であり(図8)、最終診断は腫瘍径18×13mm, carcinoma with lymphoid stroma, pT1b2(SM2;5.5mm), ul(+), ly(-), v(-)であった。以上の結果から、深達度がsm2の適応外病変と判断されたため、追加治療として腹腔鏡補助下幽門側胃切除術を行ったが、残存腫瘍やリンパ節転移は認めなかった。

考 察

リンパ球浸潤癌は、リンパ球浸潤に富んだ未分化型癌が主体であり、従来低分化腺癌充実型に分類されていた。しかし、90%以上で Epstein Barr virus(EBV)感染がみられることや他の低分化腺癌よりも予後が良好なことが多いことより、胃癌取り扱い規約14版では独立して特殊型に分類された¹⁾。リンパ球浸潤癌は全胃癌の1～4%とされ^{2),3)}、早期癌での肉眼型は0-IIa+IIc型などの混合型が58%と多く、本症例のような病巣表面の多くを正常粘膜が覆う粘膜下腫瘍様の形態をとるものは15%と報告されている²⁾。粘膜下腫瘍様の病変は癌が露出している部分が少なく生検診断が困難なこともあるといわれているが⁴⁾、リンパ球浸潤癌は粘膜面に必ず腫瘍が露出しており不整粘膜から生検すれば腫瘍成分は採取できると報告されている⁵⁾。そのため、生検に際しては、拡大観察、NBI観察を併用し癌が露出している部分を確認し狙撃生検することが重要となる。また、粘膜内癌で見つかることは0～10%と少なく^{2),5)} EUSを併用した深達度診断も重要である。

結 語

胃リンパ球浸潤癌の1例を経験した。粘膜下腫瘍様の形状を呈し腫瘍は分厚い粘膜層に覆われているが、NBI拡大観察を使用することで腫瘍が露出している領域を同定、生検することで診断することが可能であった。同病変は粘膜の変化が乏しくても粘膜下層で膨張性に発育をするため粘膜下層への浸潤している可能性が高く、深達度診断にはEUS併用も考慮すべきである。

文 献

- 1) 日本胃癌学会(編), 胃癌取り扱い規約 14版. 金原出版, 2010:p.37.
- 2) 海崎, 泰治., et al., 【特殊型胃癌の病理像と臨床的特徴】リンパ球浸潤胃癌 病理の立場から. 胃と腸, 2010. 45(12):p. 1916-1925.
- 3) Watanabe, H., M. Enjoji, and T. Imai, Gastric carcinoma with lymphoid stroma. Its morphologic characteristics and prognostic correlations. Cancer, 1976. 38(1):p.232-43.
- 4) 結城, 豊彦., et al., 【粘膜下腫瘍様の形態を示した消化管癌】粘膜下腫瘍様の形態を示した胃癌 臨床及び画像的特徴と鑑別診断. 胃と腸, 2003. 38(11):p.1527-1536.
- 5) 神崎, 洋光., et al., 【特殊型胃癌の病理像と臨床的特徴】リンパ球浸潤胃癌 臨床の立場から. 胃と腸, 2010. 45(12):p. 1926-1934.

症例報告

大腸隆起性病変の一例

国立病院機構 京都医療センター 消化器内科

下釜 翼、水本 吉則、勝島 慎二

症例：50歳代、女性

主訴：無症状

既往歴：高血圧

現病歴：前医での血液検査にてCEA 高値を指摘されたため、精査目的に当院紹介受診された。

理学所見：身長160cm、体重82.7kg。意識清明、体温36.9℃、血圧122/69mmHg、脈拍84回/分・整、眼瞼結膜に蒼白なし、眼球結膜に黄染なし。心音整・雑音なし、呼吸音清・左右差なし。腹部は平坦、軟、圧痛なし。四肢に浮腫なし。

入院時血液検査成績（表1）：血算、生化学等に特記すべき異常は見られなかったが、腫瘍マーカー（CEA）の上昇を認めた。

注腸造影検査（図1）：S状結腸に10mm大

の楕円形の透亮像が見られる。側面変形判定は伸展不良にて困難であった。

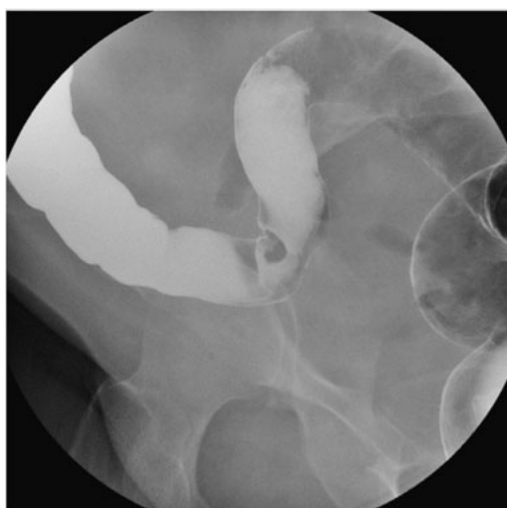


図1：注腸造影

表1（血液検査）

WBC	5900	/ μ L	TP	7.9	g/dL
RBC	5.02	$\times 10^6$ / μ L	T-Bil	0.6	mg/dL
Hb	14.6	g/dL	AST	23	IU/L
Ht	45.1	%	ALT	28	IU/L
Pit	29.1	$\times 10^4$ / μ L	ALP	264	IU/L
			γ -GTP	21	IU/L
CEA	7.0	ng/ml	LDH	198	IU/L
CA19-9	4	IU/ml	BUN	10	mg/dL
			Cr	0.42	mg/dL
CRP	0.12	mg/dL	Na	142	mEq/L
			K	3.7	mEq/L
			Cl	102	mEq/L
			Ca	9.7	mg/dL

大腸内視鏡検査（図2）：S状結腸に10mm大の隆起性病変があり、通常光観察では色調は発赤調で、緊満感および恒常的なひだ集中を認めた。インジゴカルミン散布すると、隆起内に相対的な陥凹局面が見られた。NBI拡大観察では、vascular patternはirregular、surface patternは不明瞭である。酢酸散布下でのNBI拡大観察では、病変部の粘膜粗造を認める。クリスタルバイオレット染色ではpitの辺縁不整、輪郭不明瞭、およびstromal areaの染色性低下を認めた。

術前診断：以上より、S状結腸癌と診断した。肉眼形態は0-I s+II cであり、深達度はSM深部浸潤と考えられた。

治療：内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の適応外と判断し、腹腔鏡下S状結腸切除術を施行した（図3）。

病理診断：Tubular adenocarcinoma, well differentiated. pType 0-I s+II c, 10mm×10mm, tub1, pT1b/SM(2000μm), int, INFb, ly0, v0, pn0, Grade1, PM0, DM0, RM0と診断した。

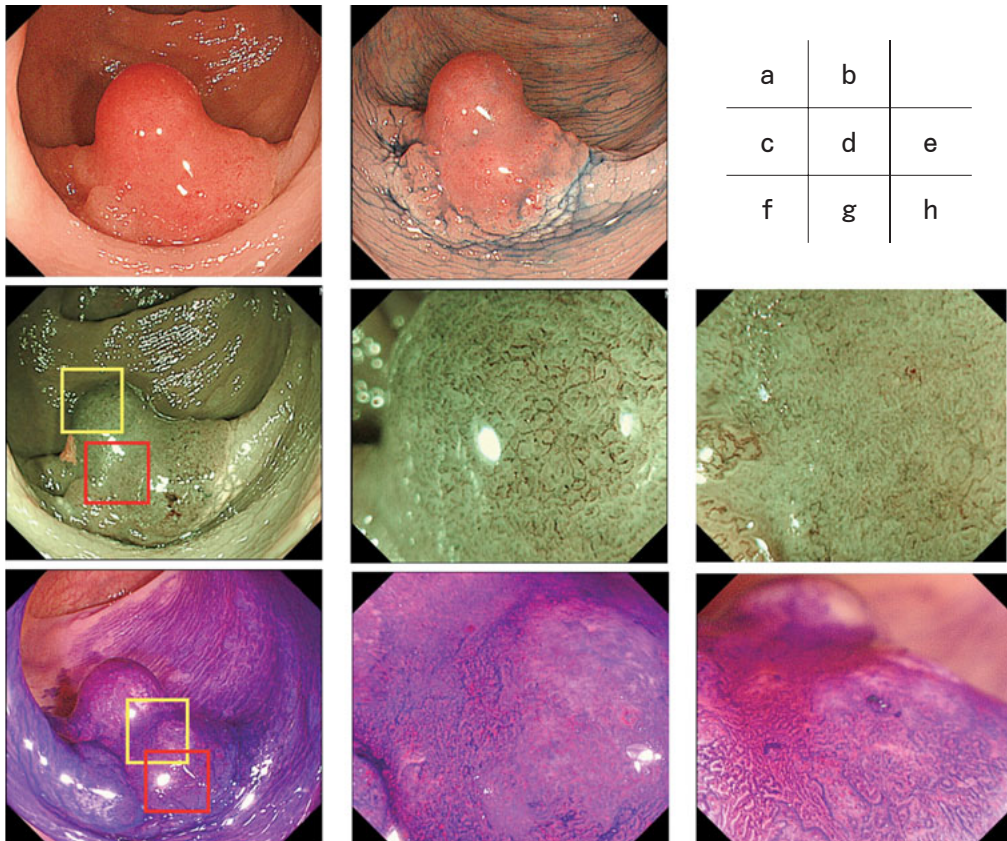


図2：内視鏡画像

- a 通常観察像、b 色素散布像(インジゴカルミン散布)、c NBI観察像、d 拡大観察像(NBI、cの黄色枠)、
- e 拡大観察像(NBI、cの赤色枠)、f 色素染色像(クリスタルバイオレット染色)、
- g 拡大観察像(クリスタルバイオレット染色、fの黄色枠)、h 拡大観察像(クリスタルバイオレット染色、fの赤色枠)

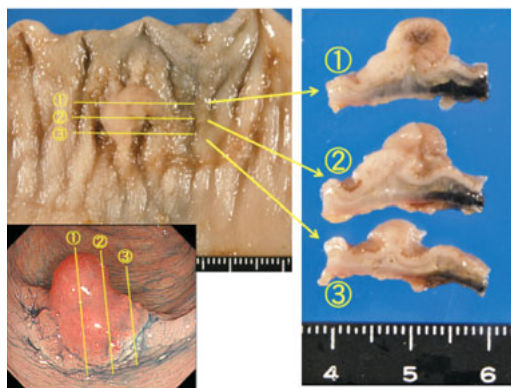


図3：手術標本と内視鏡像

考 察

本症例における術後標本の病理組織像を見ると、隆起部全体に細胞異型および構造異型を伴う腫瘍腺管が増生しており、腺癌の所見で矛盾しない組織像であった。また、癌は粘膜下層まで浸潤を認めた。しか

し、病変を詳細に観察すると、隆起基部肛門側と隆起頂部口側の内視鏡所見および病理組織像が異なっていた。すなわち、隆起基部肛門側の病理組織像では、病変表面に血管は少なく、腺管構造も破壊されていた。間質には膠原線維の増生と線維芽細胞が観察され、desmoplastic reaction 陽性と判断した。その組織像を反映して、内視鏡 NBI 拡大観察では vascular pattern は不明瞭で断裂した血管が観察され、surface pattern は不明瞭で消失していた(図4)。一方、隆起頂部口側の病理組織像では、病変表面は腫瘍細胞で置換されているが、腺管構造が比較的保たれており、毛細血管も観察された。これを反映して、内視鏡 NBI 拡大観察では、vascular pattern 口径不整・拡張した亀甲様の毛細血

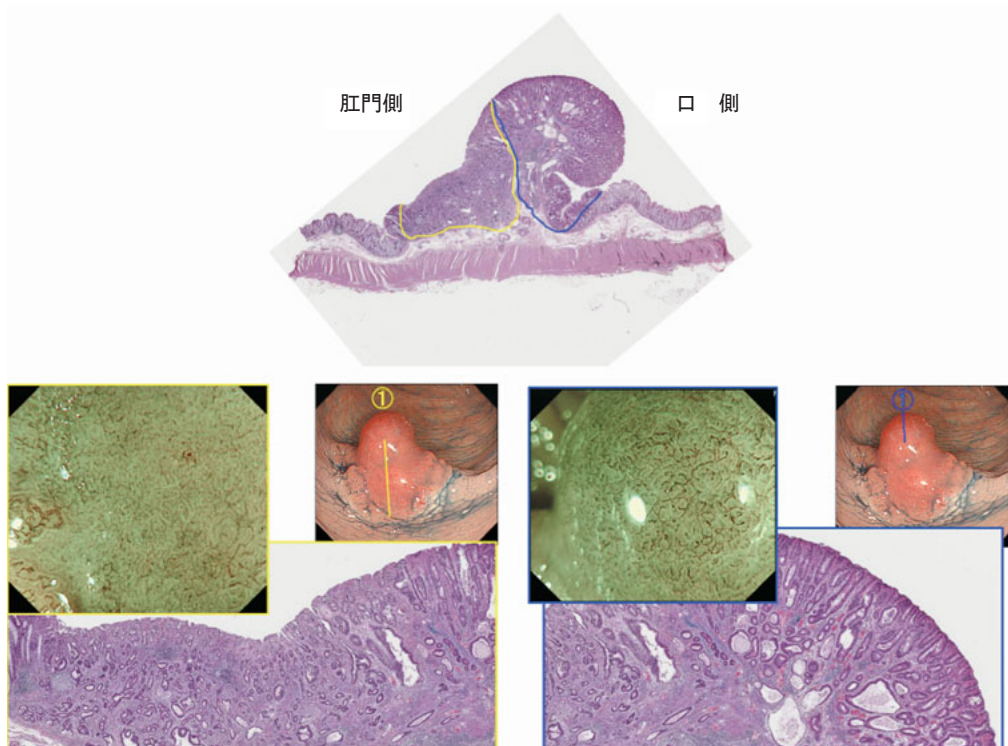


図4 内視鏡像と組織像

管が観察され、surface pattern は不明瞭であった。いずれの内視鏡所見も癌を示唆するものであるが、それぞれ病理組織像を良く反映していた。この事から、NBI 拡大観察は病理組織像と非常に良く相関していると言え、常に内視鏡所見から病理組織像を推測する姿勢が重要であると考えられる。本症例は内視鏡所見から適確に質的診断、量的診断を行い、適切な治療を選択することができた。

これまでに多くの研究者が独自の NBI 分類を作成してきたが、拡大 NBI 観察を用いた統一分類が必要であるとの意見から、現在本邦において JNET (The Japan Expert Team)による大腸拡大 NBI 分類が確立されつつある (表 2)。本症例をこの分類に当てはめると、隆起部口側は Type 2B、隆起部肛門側は Type 3 に相当すると思われる、予想組織型も一致している。今後、この JNET 大腸拡大 NBI 分類に基づいて大腸内視鏡診断が行われていく事になると思われる。

結 語

大腸腫瘍に対する内視鏡診断から適確に病理組織像を推定して、適切な治療を選択し得た一例を経験したのでここに報告する。

参考文献

- 1) 檜田博史：大腸の pit pattern 分類と NBI 分類. 消化器内視鏡 26:105-109, 2014.
- 2) 佐野寧, 田中信治, 工藤進英ほか：The Japan NBI Expert Team (JNET) 大腸拡大 Narrow Band Imaging (NBI) 分類. INTESTINE 19:5-14, 2015.

表 2 JNET 大腸拡大 NBI 分類

NBI	Type 1	Type 2A	Type 2B	Type 3
Vessel pattern	・ 認識不可*1	・ 口径整 ・ 均一な分布(網目・らせん状)*2	・ 口径不同 ・ 不均一な分布	・ 疎血管野領域 ・ 太い血管の途絶
Surface pattern	・ 規則的な黒色または白色点 ・ 周囲の正常粘膜と類似	・ 整(管状・樹枝状・乳頭状)	・ 不整または不明瞭	・ 無構造領域
予想組織型	過形成性ポリープ	腺腫-低異型度癌 (Tis)	高異型度癌 (Tis/T1a)*3	高異型度癌 (T1b~)

*1. 認識可能な場合、周囲正常粘膜と同一径。
 *2. 陥凹型においては、微細血管が点状に分布されることが多く、整った網目・らせん状血管が観察されないこともある。
 *3. T1b が含まれることもある。

コーヒーブレイク

Tenia（結腸ひも）の話

粉川内科医院 粉川 隆文

内視鏡検査では大腸の内腔は特有の三角形の形状をとっています。それは三角形の頂点にそれぞれ付着する3本の結腸ひもの拘束作用により形成されているのですが、観察の際には、ほとんど関心が払われていません。

さて図1の注腸写真を見て下さい。横行結腸が広範に変形をきたしていますが、何が原因でしょうか。結腸ひもを解剖学的に理解していると容易に診断できる疾患もあります。今回はこの結腸ひもについてコーヒーブレイクで取り上げてみました。



図1 バリウム注腸検査

1. 結腸ひもの解剖と機能

結腸の外縦走筋は3本の筋帯（結腸ひも）の部分で肥厚しており、間膜ひも（TM）、大網ひも（TO）、自由ひも（TL）の名称がついています（図2）。

結腸ひも自体は大腸より短かくできてい

縦走筋帯（結腸ひも）

- | | |
|--------|-----------------------|
| 1、間膜ひも | Tenia Mesocolica (TM) |
| 2、大網ひも | Tenia Omentalis (TO) |
| 3、自由ひも | Tenia Libera (TL) |

図2 結腸ひもの名称

ます。また結腸ひもの縦走筋線維は間隔をあけて一部が直角に曲がり、内輪状筋層に融合しており、結腸を短かく腹腔内に納めるとともに、輪状筋を強固に固定する役割を果たしています。そのためX線ではハウストラ（結腸膨起）が描出され、内視鏡的には三角形の内腔と半月ひだが観察されます。しかし下行結腸下部とS状結腸では外縦走筋が消失するにつれて筋帯が増加し、直腸では筋帯は幅広いびまん性の帯として一体になるため、ハウストラや、三角形の内腔は消失してきます。

3本の結腸ひもの付着部は、結腸のねじれのため場所により位置関係にずれが生じます。上行と下行結腸ではTMは後内側、TOは後外側、TLは前方に位置しますが横行結腸では左右のわん曲部で結腸自体が前方に回転するため、TMは後上方、TOは前上面、TLは後下面に位置するようになります（図3）。

結腸ひもの識別は、X線では比較的容易

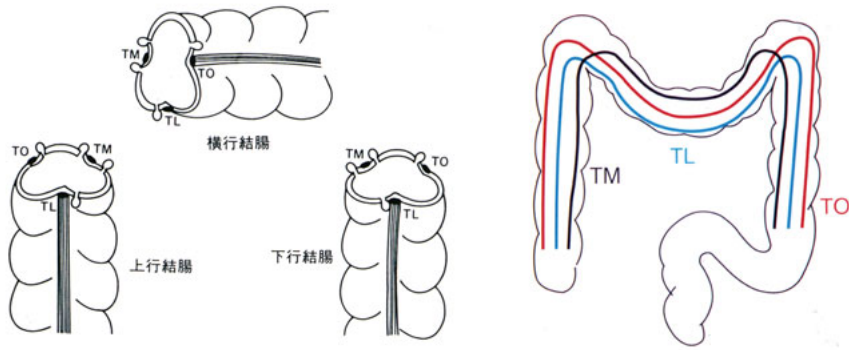


図3 結腸ひもの位置

ですが(図3)、内視鏡ではバウヒン弁で位置関係が把握できる盲腸、上行結腸下部以外では少し困難となります。図4-aは横行結腸ですが、3本の結腸ひも(T)は指摘できますが、それぞれどの結腸ひもにあたるのか鑑別できません。しかし同部を用手的に腹壁から圧迫すると結腸前壁(AW)が認識され(図4-b)、3本の結腸ひもは、TO、TL、TMと識別が可能となります。

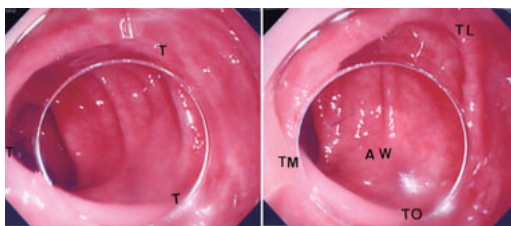


図4 内視鏡(横行結腸)

2. 疾患と結腸ひも

各結腸ひもを認識しておくで大腸を圧迫する外部腫瘍や隣接する臓器病変の大腸への進展、浸潤の原発巣の同定が診断可能になり有用です。

1) 浸潤病変

冒頭の注腸像は、横行結腸への浸潤癌の

X線像です。横行結腸上面は直接浸潤により変形をきたしています。これは胃癌の直接浸潤でしょうか。膵癌の直接浸潤でしょうか。それとも癌性腹膜炎の浸潤でしょうか。

横行結腸と胃結腸間膜、横行結腸間膜の位置関係を図5に示します。胃結腸間膜はTOより2cm以内の頭側で結腸に付着しま

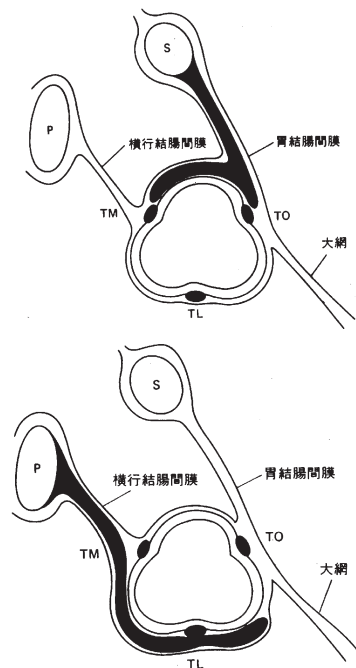


図5 横行結腸と胃結腸間膜、横行結腸間膜

す。胃癌は、胃結腸間膜に沿って結腸へ浸潤するため（図5上段）、X線상에서는結腸上部辺縁（TO-TM間）にその浸潤像が描出されます。図1はまさにその典型像で、おかされていない下部辺縁（TO-TL間）には、しばしば小嚢状の仮性憩室も出現します。原発病変は linitis plastica 型胃癌でした（図6）。臍癌の浸潤や臍炎の波及は横行結腸間膜に沿って伝わるため、横行結腸下面辺縁（TM-TL間）に病変像が出現します（図5下段）。

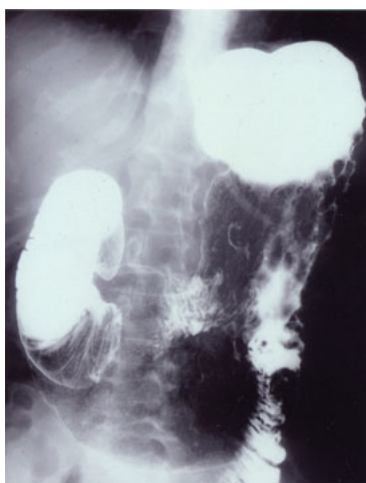


図6 linitis plastica 型胃癌

図7は癌性腹膜炎の結腸浸潤像です。前述の規則性がない浸潤像を呈します。

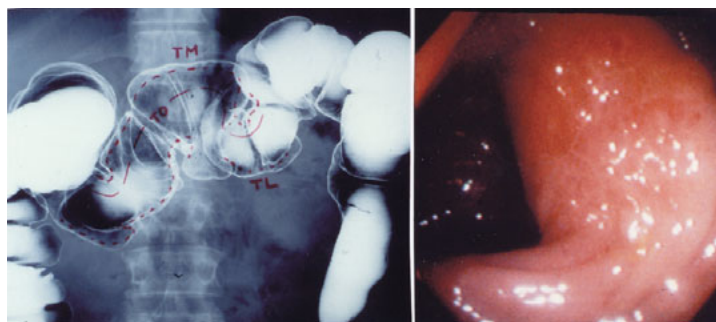


図7 横行結腸 注腸像・内視鏡像

2) 大腸憩室

大腸憩室の発生部位は、はっきりとした規則性があります。図8、図9に大腸憩室の形成機序と発生部位を示します。

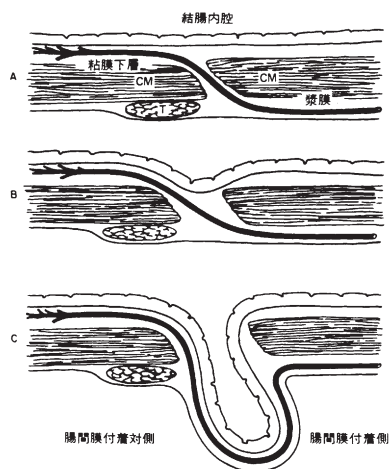


図8 大腸憩室の形成機序

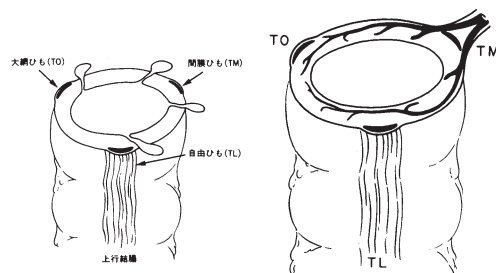


図9 大腸憩室 発生部位

腸間膜附着部より結腸へ分布する栄養動脈（直細動脈）は結腸漿膜内から粘膜下へ輪状筋層内を斜めに穿通し、粘膜下層に及び豊富な血管叢に分かれて終わります。大腸憩室は、この穿通部の粘膜、粘膜下層のヘルニア（図8）として形成されます。直細動脈の穿通部は、TM付近の両側とTO、TLの腸間膜附着縁近傍です。そのため憩室はTM-TO間、TM-TL間に4列の好発部位が存在しますが、TO-TL間では、直細動脈は結腸壁を穿通しないため憩室は発生しません（図3、図9）。

この規則性を認識していれば、注腸や内

視鏡検査の憩室のスケッチは随分深みのあるものになるかと思えます。また、多発憩室を合併したポリープでも、TO-TL間に存在し、処置がTO-TL間に限られるなら、憩室部の穿孔を気にせず、EMR、ESDに臨めるのではないのでしょうか。

普段あまり関心のない結腸ひもですが、検査の際、時にひもの名称を確認してみるのも良いかと思えます。

なお本稿の内容はマイヤース腹部放射線診断学（南江堂）を参考にしています。図もかなり利用させて頂きました。（図3左、図5、8、9）

平成26年4月～平成27年3月までの学術講演会

平成26年4月12日（土）

「京大病院がんセンターの取り組み」

京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学講座教授 武藤 学 氏

がん薬物治療科武藤教授から講演を頂いた。京都大学医学部附属病院がんセンターの診療・教育・研究体制について詳しい説明があった。同がんセンターでは肝臓癌などの例外を除いてほとんどの癌腫に対してユニット制としており、患者さんは内科・外科・放射線治療科などを別々の日に受診すること必要性がないことを力説された。各ユニットでは前日までに翌日受診患者さん情報を集約してカンファレンスし、治療方針・追加の検査などを決定しているとのことであった。また特に各科が難渋する原発不明腫瘍に対応するユニットもあるというのは心強く考えられた。教育面でも緩和ケアも含め医師・看護師等への教育体制の確立、研究面ではバイオバンクを設立し、経時的な臨床情報を加味した遺伝情報の集積が精力的に勧められている。その他にも基礎研究を如何に臨床に還元するかについてもシステム作りに精力を注がれていることを解説され、夢のあるお話であった。

平成26年5月10日（土）

「FDに関する話題」

医療法人社団 さくらライフクリニック 松枝 啓 氏

機能性消化管障害 FGID におけるオピニオンリーダーで ROMEⅢ委員会委員である松枝啓先生を招聘した。機能性ディスペプシア FD の病名・定義の変遷、ROMEⅢ診断基準、保険病名の登録に至る経緯、病型分類（食後愁訴症候群 PDS・心窩部痛症候群 EPS）の病態とそれに基づく合理的治療アルゴリズムについて解説された。特に PDS に対して世界初の新薬であるアコチアミドの開発経緯、有用性、既存の prokinetics との相違点、特に stress modulator としてのユニークな作用が紹介された。ストレスが病態に大きく関与する本疾患の治療においては、薬物療法以前に病態説明と相互理解に基づく良好な医師患者関係の構築が前提となることも強調された。今般の FD 診療ガイドライン公表とアコチアミド投与期間制限解除にあたり、聴講者にとって疾患概念、病態生理、治療方針について充分理解を深めることが出来た講演であった。

平成26年 6月14日（土）

「今こそ確認：潰瘍性大腸炎の基本治療から最新療法 ～安心で上質な医療のために～」

横浜市立大学附属市民総合医療センター

炎症性腸疾患(IBD)センター 准教授 国崎玲子氏

UC 治療の基本から最新治療まで膨大な内容を、コンパクトに講演された。まず、5-ASA が UC 治療の基本であり、使いこなし方次第でステロイド依存例のステロイド離脱が可能なことさえあり、その使用方法と内服アドヒアランスが非常に重要であることを UC 患者であるご自分の父親と家族としてのご自分の立場を交えながら特に強調された。他にステロイドの使用は減量期間を含め、長くても6ヶ月以内に中止すべきであることや妊娠、出産への対応も詳しく触れられていた。

平成26年 7月12日（土）

「肝の画像診断」

京都府立医科大学大学院医学研究科消化器内科 助教 森口理久氏

肝臓の臨床における画像診断について、一般スクリーニング検査から最近の話題（画像診断による組織推定）、画像による機能解析（MRI,ADCT）まで講演があった。脂肪肝は一般臨床医においても腹部超音波で bright liver, deep attenuation により診断が可能であるが、画像設定によっては人為的に肝腎コントラストがついてしまうことがあり、脾腎コントラストがないことを確認する必要がある。NASH と脂肪肝の鑑別には線維化の有無をみるのが重要であり、fibrosan が有用である。占拠性病変としては肝細胞癌、再生結節、血管腫、FNH、腺腫、転移性肝癌、血管筋脂肪腫、炎症性偽腫瘍等があげられ、従来からの CT、MRI の他、EOB-MRI、perfusionCT など多彩なモダリティがあり、それぞれの特徴を理解したうえで最も有用な診断法を選ぶ必要がある。一般臨床医としての注意点、専門医療機関へ紹介するタイミング等大変有意義な講演であった。

平成26年 8 月 9 日（土）

「消化器疾患と皮膚病変」

京都府立医科大学大学院医学研究科 皮膚科学 教授 加藤 則人 氏

消化器医が遭遇する皮膚疾患として、消化器疾患に関連して出現する皮膚疾患、消化器症状を伴う皮膚疾患、消化器疾患の治療に関連してみられる皮膚疾患に大別されて講演された。まず、消化器疾患に関連して出現する皮膚疾患については、潰瘍性大腸炎などに伴う壊疽性膿皮症、口唇の色素斑には様々な疾患があること、悪性疾患に伴う皮膚疾患などを症例提示された。消化器疾患の治療に関連してみられる皮膚疾患については、ピロリ菌の除菌に伴う重症薬疹の特徴、C型肝炎ウイルス治療薬テラビックによる薬疹の重症化について症例提示されながら解説された。また、Drug-induced hypersensitivity syndrome(DISH)について、病態や主な原因薬や診断基準について詳しく解説された。最後に、消化器医が遭遇するコモンな皮膚疾患について講演された。消化器医だけでなく、内科的診療を行っている医師がよく遭遇する蕁麻疹、皮膚そう痒症について解説され、明日からの診療に役立つお話であった。

平成26年 9 月 13 日（土）

「これだけは知っておきたいピロリ除菌と胃がん予防」

杏林大学医学部第三内科 教授 高橋 信一 氏

胃がんと *H.pylori* の関係について、歴史、疫学、病態、除菌効果などにつきわかりやすくお話いただきました。1982年の *H.pylori* 発見後の膨大な基礎的、臨床的研究のトピックスを紹介し、除菌による消化性潰瘍再発抑制や ESD 後 2 次発癌抑制などが保険適用となった経緯を解説された。2013年 2 月の慢性胃炎除菌適用以来、1 次および 2 次除菌の症例数が著増しているが、クラリスロマイシンやメトロニダゾールに対する耐性菌が増えており、今後公表されていく 3 次除菌（シタフロキサシン使用）の成績が期待されること、さらに、除菌による萎縮の改善および 1 次発癌抑制効果も報告されているが、日本からの発癌抑制に関する先進的な研究の推進が重要であることを強調された。

平成26年10月11日（土）

「パラダイムシフトを迎えたC型肝炎の治療 —病診連携の意義—」

埼玉医科大学消化器内科・肝臓内科 教授 持田 智氏

1992年にインターフェロン(IFN)単独療法で始まったC型肝炎治療は進化を続け、現在ではIFNフリーのDAA治療が治療選択に入っている。本年9月に保健適応となった第1世代DAA治療薬アスナプレビル、ダクラタスビルの併用療法は80%以上の著効率を持ち、臨床的な副作用も少ないためこれまでIFNが使えなかった高齢者にも適応となる。IFNフリーのDAA治療では効果がホスト要因に影響されたIFN治療と異なり、耐性ウィルスの有無が治療効果を左右する。そのためDAA治療を開始する前に耐性ウィルスの検索を行うことが勧められる。患者の発癌リスクや耐性ウィルスの有無を考慮して治療の選択を行うことが必要で、肝臓専門医との連携が望まれる。埼玉県では肝炎コーディネータの育成やコンビニでの啓蒙活動、地域の病診連携システムを構築することによってウィルス性肝炎対策の充実を図っている。

平成26年11月8日（土）

「内視鏡医学・医療の未来—その可能性を探る—」

東京慈恵会医科大学 消化器・腎臓内科/内視鏡科 主任教授

日本消化器内視鏡学会 田尻久雄氏

画像強調観察により、高解像度の内視鏡やNBI併用拡大内視鏡の登場により、内視鏡的病理学の時代になっている。細胞診用のEndocytoscopyや半導体レーザーで1000倍で細胞が診えるようになり、光学的に分子レベルでニューロンも診えるようになる。このような新しいイメージング技術は、生命の基礎的仕組みや疾病の病態を明らかにし、より精度の高い診断法や効果的な治療法の追求への手掛かりとなる。内視鏡治療においては、Polypectomy（1968年）、EMR（1983）、ESD（1998）と15年前後で技術革新が起き、今後は再生医療の内視鏡応用や、Micro-Robot Endosurgeryの方向性も進められるであろう。技術予測設計コンセプトや周辺科学の進歩に細心の目を向けて、これらの技術に乗り遅れないことが大切である。内視鏡的先進技術の開発と早期実用化のため、そして、イタリア、イスラエル、シンガポール、米国などの技術進歩もみながら医学医療分野のグローバル化を勝ち抜くために、産学官共同研究の推進と、医学、工学連携の強化が重要で内視鏡医はさらに大きな飛躍を目指すべきである。

平成26年12月13日（土）

「消化器疾患理解の進歩－消化器病と遺伝子－」

京都大学大学院医学研究科 消化器内科 千葉 勉 氏

遺伝性乳癌を発症するリスクが高いBRCA-1, 2の変異を有する俳優のアンジェリーナ・ジョリーが予防的乳房切除を行ったことが話題になったが、最近、遺伝子と疾患の関係がかなり明らかになっている。

人の遺伝子疾患には、単因子遺伝子疾患と多因子遺伝子疾患がある。単因子遺伝子疾患の多くはメンデルの法則によって遺伝する。単因子遺伝子疾患のうち、常染色体優性遺伝は一方の遺伝子のみに変異があると発症する。常染色体劣性遺伝は父・母の双方からの遺伝子に変異があって初めて発症する。伴性遺伝は疾患遺伝子がX染色体にある場合、母親が保因者になり、主として男性に発症する。常染色体優性遺伝疾患としては遺伝性膵炎がある。この疾患ではトリプシノーゲン遺伝子変異がトリプシンの膵腺房内での過剰な活性化を生じ膵炎が誘発される。常染色体劣性遺伝にはウイルソン病、鎌状赤血球症がある。X染色体上に存在する遺伝子異常によって起こる伴性遺伝は女性では2つあるX染色体の両方に異常がなければ発症しないが、男性ではX染色体が1本しかないため、遺伝子1つの異常で発症する。ヴィクトリア女王の血友病が有名である。

メンデルの法則にもアドリブがある。常染色体劣性遺伝では通常1つだけの遺伝子では発症しないが、異常な病態が加わるとheteroであっても発症する場合がある。家族性大腸腺腫のAPC遺伝子変異が一方にあり、元来、常染色体劣性遺伝であっても、もう一方の遺伝子にSecond hitが加わると発症するので、実際には優性遺伝の形態をとる。Haplo-insufficiency；通常は片方の遺伝子に変異がおこってももう一方の染色体によって補われるが、一方の遺伝子だけの変異であっても遺伝子産物が十分な量を産生できず、表現し、優性的に遺伝する。胎児の発生過程で2個の遺伝子がないと欠損がおこることがある。遺伝性出血性毛細管拡張症（hereditary hemorrhagic teleangiectasis）ではSMAD4の変異によって発症するものがあるが、同じくJuvenile polyposisにも同じSMAD4の変異で発症するものがある。

多因子遺伝子疾患には多くのものがある。SNPによって引き起こされるものが多いが、SNPとは次のように定義される。ある遺伝子の1%以上に多様性がある場合はPolymorphism（遺伝子多型）という。1%未満のまれな場合をMutation（変異）という。例えばIBDには168の関連するSNPがある。また、塩酸イリニテカンの活性代謝物をグルクロン酸抱合し解毒する酵素UGT1A1の遺伝子多型はイリノテカンの薬物動態や副作用の発現に影響するが、1塩基の置換(SNP)により好中球減少の頻度が高くなる。UGT1A1は、またGilbert症候群で欠損している酵素なのでイリノテカン治療で激しい下痢や好中球減少をおこす。

また、ヘリコバクターピロリ(HP)感染では日本では北に行くほど胃癌の発癌が多いがこれはIL-6のHalotype(SNP)によって説明される。HP感染による臨床像は宿主の因子によって左右される。IL-6のhalotypeによりThy1免疫反応が著明であると胃炎、胃痛になりやすく、逆にThy2免疫反応が著明であると炎症が抑制され、胃

癌になりにくい。

さらに、家族性地中海熱（FMF）は常染色体劣性遺伝疾患であるが、月経困難症を生ずる100人に10人には FMF の責任遺伝子である MEFV に SNP が認められ、FNF の不完全例と診断された。

このように多因子遺伝子疾患には多様なものがあり、2つの疾患が併発する現象も共通する SNP の存在で説明できる。

平成27年 1月24日（土）

「慢性便秘症における最新の診断と治療」

鳥居内科クリニック 鳥居 明氏

便秘についてまず75歳以上の男性に多くなってきた事など疫学から話をされ、また便 QOL や癌との関係など臨床に携わる一線の医者への注意すべき点を細かく概説して頂きました。便通異常への理解やその定義、その後の診断に必要な検査手順の説明は大いに参考となるものでした。最後に治療については病態と関連付けて選択すべき事、接触下剤は連用を避けることなどを強調されました。

平成27年 2月14日（土）消化器がん検診委員会指定講習会

「見落とさないための胃がんとピロリ感染胃炎の内視鏡スクリーニング」

川崎医科大学 消化管内科学講師 鎌田 智有氏

近年、胃がんの診断は特殊光強調画像などの進歩により解像度・診断能は上がってきているが、いまだに偽陰性率は決して低くはない。観察に当たって観察が接線方向となり偽陰性になりや部位をとくに注意する必要がある。さらに、今や内視鏡検査は胃がんの原因とされる *H.pyroli* の感染の有無を常に意識して行うべきであり、「胃炎の京都分類」の概念を踏まえた所見・背景粘膜のチェックが必要である。内視鏡所見による *H.pyroli* 感染診断のポイントは未感染、現感染、既感染と分けて考えると理解しやすい。未感染（RAC、稜線状発赤、胃底腺ポリープなど）、現感染（萎縮、びまん性発赤、壁腫大など）、既感染（地図状発赤など）などを指標とする。また、スコア化も提案されている。最近の話題として胃がん検診ガイドライン2014が出され、内視鏡検査が胃X線検査と同じ推奨グレードBとなったが、読影の点検、精度管理などの問題がある。鎌田先生には井上和彦先生らのABC検診により胃がんリスクを分けて内視鏡を勧奨することの有用性を解説して頂き、また岡山県真庭市での中学生を対象とし若年者での感染チェック、除菌実施の試みも紹介して頂いた。

「J-MICC 研究集団における胃癌リスク診断について」

京都府立医科大学大学院医学研究科

地域保健医療疫学教授 渡邊能行氏

日本他施設共同コホート研究 (J-MICC study) の京都フィールドの成績を中心に講演頂いた。胃癌検診の限界はこの何年もの間議論されてきたが、大腸癌検診と同様胃癌についてもリスク診断のみにしぼり、精査は一般の内視鏡検査にまかせる今日のスタイルが今後のモデルになると思われ、興味深く聞かせて頂いた。

「大腸癌死は減らせるか！」

松島クリニック診療部長 鈴木康元氏

大腸がん検診の目的は大腸癌死亡数を減らすことにある。そして大腸がん検診のスクリーニングとして実施される便潜血検査は有効性が確立しているため、大腸がん検診が着実に機能すれば大腸癌死亡数は減るはずである。しかし大腸癌死亡数は増加傾向にあり、部位別癌死亡数では肺癌、胃癌に続いて第3位 (47,276人：2012年) となっている。その最も有用な方策は便潜血反応を逐年実施 (5年以上) し、1回でも陽性になった場合は必ず全大腸内視鏡検査を受けさせるようにすれば約95%という高いプログラム感度が得られるということと精検受診率を90%程度に改善することで発見大腸癌数を効率的に増やせるということが大腸がん検診に携わる医師がしっかりと認識することである。また、50歳になったら一度内視鏡検査を受けることも有用であろう。

平成27年3月28日 (土)

「脂肪性肝炎 Steatohepatitis(SH)の病態と治療 ～ASH/NASH/VASH/(HCV)～」

京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学 講師 角田圭雄氏

脂肪性肝炎 steatohepatitis の病態、診断、治療についてご講演頂いた。NASHの発症に関与する遺伝子 PNPLA3や発がんとの関連、NASHの予測に有用な NAFIC score、繊維化進展の危険因子、肝生検適応決定のアルゴリズムなど診療ガイドラインを踏まえて解説された。また今後期待される新規薬剤や、NAFLDでの生活改善に向けた動機付けの方法なども紹介して頂いた。

平成26年度 京都消化器医会会務報告

1. 庶務報告

平成26年3月31日現在会員数	338名（別に顧問6名）
入会	4名
退会	4名
物故会員	1名
平成27年3月31日現在会員数	337名（別に顧問6名）
対前年比増減	-1名

物故会員 おお た よし み
 太 田 美 実 先生（東山）（平成27年1月16日）

2. 事業報告

平成26年度 消化器医会学術講演

〔定例学術講演会〕

開催日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
4.12(土)	京大病院がんセンターの取り組み	京都大学大学院医学研究科 腫瘍薬物治療学講座 教授 武藤 学 先生	大鵬薬品工業(株)	51名
5.10(土)	機能性ディスペプシアの診断と治療	医療法人社団 さくらライフクリニック 院長 松枝 啓 先生	アステラス製薬(株) ゼリア新薬工業(株)	63名
6.14(土)	今こそ確認：潰瘍性大腸炎の基本治療から最新治療～安心で上質な医療のために～	横浜市立大学附属 市民総合医療センター 炎症性腸疾患(IBD)センター 准教授 国崎 玲子 先生	協和発酵キリン(株) ゼリア新薬工業(株)	73名
7.12(土)	肝の画像診断	京都府立医科大学大学院 医学研究科消化器内科 助教 森口 理久 先生	中外製薬(株)	58名
8.9(土)	消化器疾患と皮膚病変	京都府立医科大学大学院 医学研究科皮膚科学 教授 加藤 則人 先生	田辺三菱製薬(株)	76名
9.13(土)	これだけは知っておきたいピロリ除菌と胃がん予防	杏林大学医学部第三内科 教授 高橋 信一 先生	アストラゼネカ(株)	120名
10.11(土)	パラダイムシフトを迎えたC型肝炎の治療－病診連携の意義－	埼玉医科大学消化器内科・肝臓内科 教授 持田 智 先生	ブリストル マイヤーズ(株)	77名
11.8(土)	内視鏡医学・医療の未来－その可能性を探る	東京慈恵会医科大学消化器・肝臓内科/内視鏡科 主任教授 田尻 久雄 先生	エーザイ(株) オリンパスメディ カルシステムズ(株)	77名

開催日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
12.13(土)	消化器疾患理解の進歩－消化器病と遺伝子－	京都大学大学院医学研究科 消化器内科 教授 千葉 勉 先生	杏林製薬(株)	72名
27年 1.24(土)	慢性便秘症における最新の診断と治療	鳥居内科クリニック 院長 鳥居 明 先生	アボットジャパン(株)	88名
2.14(土)	1. 見落とさないための胃がん とピロリ感染胃炎の内視鏡 スクリーニング 2. J-MICC 研究集団における 胃癌リスク診断について 3. 大腸癌死は減らされるか！	川崎医科大学 消化管内科学 講師 鎌田 智有 先生 京都府立医科大学大学院 医学研究科地域保健医療疫学 教授 渡邊 能行 先生 松島クリニック 診療部長 鈴木 康元 先生	武田薬品工業(株)	255名
3.28(土)	脂肪性肝炎 steatohepatitis (SH) の病態と治療 -ASH/ NASH/VASH (HCV)-	京都府立医科大学大学院 医学研究科 消化器内科学 講師 角田 圭雄 先生	M S D (株)	89名

〔京都胃腸勉強会〕

回数	開催日	症 例 ・ 担 当 施 設	人数
110	26.4.11(金)	京都医療センター (大腸) 京都桂病院 (胃) 三菱京都病院 (胃)	82名
111	26.7.11(金)	京都府立医科大学 (胃) 京都市立病院 (十二指腸) 愛生会山科病院 (胃)	94名
112	26.10.10(金)	京都第二赤十字病院 (胃) 医仁会武田総合病院 (胃) 京都消化器医会 (十二指腸)	67名
113	27.1.9(金)	西陣病院 (胃)、京都府立医科大学 特別講演 「胃炎の京都分類～ご意見賜ります～」 川崎医科大学 消化管内科学 教授 春間 賢 氏	113名

〔総合画像診断症例検討会〕

回数	開催日	症 例 検 討	One point Lecture	演 題 名	人数
119	26.4.5 (土)	1.症例検討 西陣病院 消化器内科 葛西 恭一 氏 (胃2症例、大腸1症例) 2.消化器診療内容向上会 福光 眞二 氏	中島医院 院長 中島 悦郎 氏 角水医院 院長 角水 正道 氏	「消化器疾患における 保険診療上の注意点」	57名
120	26.6.7 (土)	1. 症例検討 神戸大学大学院医学 研究科内科学講座消化 器内科学分野消化 器先端医療開発部門 特命教授 久津見 弘 氏	神戸大学大学院 医学研究科内科学講座 消化器内科学分野 消化器先端医療開発部門 特命教授 久津見 弘 氏	「十二指腸乳頭機能不 全」	53名
121	26.8.2 (土)	症例検討 独立行政法人 国立病院機構京都医療 センター消化器科 中野 重治(胃) 熊谷 健(十二指腸) 下釜 翼(大腸)	独立行政法人 国立病院機構 京都医療センター 消化器科 医長 水本 吉則 氏	「消化管ステントの過 去・現在・未来」	54名
122	26.10.4 (土)	症例検討 済生会京都府病院 内科部長 中島 智樹 先生 愛生会山科病院 臨床検査部部长 藤井 秀樹 先生 京都医療センター 消化器科診療部長 勝島 慎二 先生	京都府立医科大学 消化器内科 講師 南 祐仁 氏	「B型肝炎ウィルスの再 活性化と最新のガイド ライン」	51名
123	26.12.6 (土)	症例検討 京都桂病院 消化器センター・消 化器内科 (3症例)	京都桂病院 消化器センター・消化 器内科部長 日下 利広 氏	「当院における早期消化 管診療の現況－早期胃 癌を中心に－」	60名
124	27.2.7 (土)	症例検討 今井内科胃腸科医院 副院長 今井 昭人 氏 (大腸) 岩野医院 院長 岩野 正宏 氏 (食道) 福本内科医院 院長 福本 圭志 氏 (胃)	滋賀医科大学 病理学講座 分子診断病理学部門 准教授 向所 賢一 氏	「バレット食道癌及び食 道胃接合部癌発生のメ カニズム」	50名

〔その他の京都消化器医会関連の研究会〕

- 1) 京都消化器医会共催研究会（前ページの表に掲載の研究会は省略）
 - 第2回 京滋IBDコンセンサスミーティング …… 4月19日（土）
 - 京滋消化器内視鏡治療勉強会 …… 7月24日（木）
 - Medical Tribune ウイルス肝炎セミナー …… 8月30日（土）
 - 京滋IBDコンセンサスミーティング …… 10月2日（木）
 - * H.pylori Symposium in 京都 …… 10月16日（木）
 - 京滋消化器セミナー …… 11月20日（木）
 - 京滋消化管病態フォーラム …… 11月27日（木）
 - 消化器疾患病診連携セミナー …… 11月15日（土）
- * については臨時開催
- 2) 京都消化器医会后援研究会
- 3) 消化器関連研究会
 - Ulcerative colitis Clinical Meeting …… 5月29日（木）
 - 日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 …… 6月21日（土）
 - Kyoto IBD Management Forum …… 6月28日（土）
 - 近畿消化器内視鏡懇話会 …… 7月19日（土）

京都消化器医会理事会（隔月、奇数月の第二木曜日に開催）

5月8日、7月10日、9月11日、11月13日、1月8日、3月12日

〔京都消化器医会主催委員会〕

- 1) 審査委員合同委員会
 - 26年9月11日（木）
 - 27年3月12日（木）

平成26年度 京都消化器医会決算 (3/31現在)

平成26.4.1～平成27.3.31

収 入 総 額 6,252,295
 支 出 総 額 2,482,488
 差 引 残 高 3,769,807

(収入の部)

科 目	26年度予算	26年度実績	摘 要
会 費	1,167,000	1,002,000	26年度分 945,000 (315名)、過年度分 42,000 (14名) 新入会 15,000 (5名)
交 付 金	300,000	400,000	京都府医師会助成金 300,000 消化器診療内容向上会より交付金 100,000
協 賛 金	1,000,000	850,000	会報広告掲載料 (17社) 850,000
雑 収 入	121,000	55,699	預金利息 699、慰労会参加費 55,000
小 計	2,588,000	2,307,699	
前年度繰越金	3,944,596	3,944,596	25年度より繰越
合 計	6,532,596	6,252,295	

(支出の部)

科 目	26年度予算	26年度実績	摘 要
事 業 費	1,531,000	1,173,196	会報30号 (500部) 918,000 会報執筆料 (6名) 210,000 総会案内はがき代 44,980 封筒代 216
会 議 費	955,000	701,170	理事会費用弁償 (6回) 506,510 消化器診療内容向上会講師料 (2名) 40,000 慰労会費用 154,660
負担金及び 利 用 料	372,000	329,448	消化器医会負担金 (府医) 264,000 会議室料 (6回) 65,448
事 務 費	287,000	263,804	通信費 (会報・理事会・会費など発送) 132,051 コピー代 13,870、職員残業代 90,440 会費口座振替事務処理費用 12,939 現金書留封筒・送料 4,104 切手代 10,400
雑 費	16,000	14,870	会費振込手数料 14,870
小 計	3,161,000	2,482,488	
次年度繰越金	3,371,596	3,769,807	27年度へ繰越
合 計	6,532,596	6,252,295	

平成27年4月2日

監事

小川 欽治
 中島 悦郎

監事



《平成26年度 京都消化器医会議事録要旨》

第1回 京都消化器医会理事会議事録 平成26年5月8日（木）

<報告事項>

1. 医療安全委員会（第5回 平成26年2月18日） 松井理事
 - 1) 平成26年3月16日（日） 京都府医師会館
シンポジウム「医療事故調査制度－今後の課題」
基調講演 日本医師会常任理事 高杉敬久 氏
パネルディスカッション
 - 2) 平成26年3月18日 第6回医療安全対策委員会
 - 3) 平成26年4月19日（土） 第11回京都府医師会 医療安全シンポジウム
「なぜすれ違う？患者の立場、医師の立場」
協議テーマ
(1)医療従事者・患者のマナー（言葉遣いと態度）
(2)終末期医療について
2. 消化器がん検診委員会（第5回 平成26年4月11日） 松本恒司理事
 - 1) 第2回 Hp感染を考慮した胃がん検診のあり方を検討する小委員会（3月29日）
内視鏡検診のメリットとデメリットについて丸山恭一先生によるご講演があった。
 - 2) 二次精密医療機関 胃がん 新規4 更新29、大腸がん 新規4 更新13
→承認
 - 3) 十四大都市医師会への胃がん検診アンケート
 - 4) 第3回 Hp感染を考慮した胃がん検診のあり方を検討する小委員会（4月29日）
ABC 検診について下山恵司先生によるご講演があった。
3. 学術・生涯教育委員会 藤田祝子理事
第40回京都医学会について
「第29回日本医学会総会2015関西」のプレイベントを兼ねます。
特別講演；『少子高齢社会の医学と医療－第29回日本医学会総会の目指すもの－』
「第29回日本医学会総会2015関西」会頭 京都大学名誉教授 井村裕夫氏
「第29回日本医学会総会2015関西」でこれまでにない試みとして『医学生による、
医学生のための、医学生のフォーラム』
学生からの提言や提案を発表するために、既に2012年から学生フォーラム、夏合宿、
春合宿、学生プロジェクトが開催されています。
4. がん登録事業委員会 第5回（2014年4月18日） 大塚副会長
 1. 「京都府がん実態調査報告書2011年」について

2. 京都府がん登録届出票記入要領の改訂について
3. 全国がん登録について 報告書の書式が今年から変更になった。
5. その他
 - 1) 平成26年 5月17日 府医と専門医会会長との懇談会 京都ブライトンホテル
 - 2) 平成26年 5月24日 保険医協会と専門医会会長との懇談会

<協議事項>

1. 30号消化器医会 会報 掲載論文の検討
2. 合同審査会（3/13開催）の報告
3. 決算状況と会費
消化器医会年会費増額の是非について議論した。
4. 39回総会報告
5. その他
新理事（余 みてつ先生）の推薦→承認

第2回 京都消化器医会理事会議事録（案） 平成26年 7月10日（木）

<報告事項>

1. 消化器がん検診委員会（第6回 平成26年 6月3日） 松本理事
 - 1) 第4回 Hp 感染を考慮した胃がん検診の在り方を検討する小委員会（5月30日）
胃X線検診の読影；Hp 未感染か既感染かの判定について 小林正夫先生
 - 2) 胃がんリスク（ABC）検診－東京都目黒区5年1サイクルを終えて
講師 元目黒区保健所長 伊東 史子 氏
検診導入時の問題、データベース、精度管理などについて消化器がん検診委員会のメンバーに対して講演された
特定健診と区内の医療機関（200施設）40－70歳＋74歳の5歳ごとの節目検診を実施
受診者 30027人、胃がん 73例（早期53例）
2. 学術・生涯教育委員会（平成26年 6月24日） 藤田理事
 - 1) 朝日新聞社「朝日健やかセミナー」の共催について
朝日新聞社では、昭和61年「日本医師会医師生涯教育制度」の発足以来、第一線医療に携わる臨床医を対象に最新の医学知識、医療情報を提供するためのセミナーを全国で開催。日本医師会の後援のもと、各都道府県医師会、製薬会社等と共催し、各都道府県で開催。また、朝日新聞社主催の医療・健康をテーマとした一般市民向けのシンポジウムも開催。
→平成27年京都での開催を府医・消化器医会・朝日新聞・明治の4者共催で行うことで合意した

- 川崎医大の春間賢教授の講演「ピロリ菌感染－基本から最新の知識まで」
- その他の演者については春間先生の人選にお任せする
- 2) 京都医学会の演題について
 - 病院からだけではなく、開業医からも演題を出してほしい。締め切り 7月10日
 - 消化器医会からの演題はなし
- 3. 第6回がん登録事業委員会 平成26年6月20日(金) 大塚副会長
 - 1) がん登録法制化等について →国の方針決定待ち
 - 2) 地域がん登録全国協議会(6.12~13)の状況について
 - がん登録の書式が変わる可能性あり
- 4. 医療安全委員会 第7回(平成26年5月20日) 第8回(6月17日) 松井理事
協議事項
平成26年度医療安全講演会
平成26年7月31日(木) 京都府医師会館 午後2時30分~
 - 第一部「採血時における末梢神経損傷の対策(仮)」
 - 第二部「医療現場における法律問題(仮)」
- 5. その他
 - 1) 平成26年5月17日 府医と専門医会会長との懇談会 京都ブライトンホテル
 - 2) 平成26年5月24日 保険医協会と専門医会会長との懇談会 京都府保険医協会
 - 3) 倫理委員会 外部の臨床研究に対して京都大学の倫理委員会で審査してくれるシステムの紹介

<協議事項>

- 1. 講演会(主催、共催)の予定と企画
- 2. 30号会誌総括
- 3. 年会費と医会決算状況
 - 他専門医会の状況を踏まえて消化器医会の会費値上げについて議論した。現行の年会費3,000円を開業医は2,000円上乗せの5,000円、勤務医は据え置き3,000円とする案で合意した。会員には事前に書面で連絡し、総会で承認を得る予定
- 4. 症例検討会のあり方
 - 提示される画像をよりよく理解するためのツールとして会員向けにNBIアトラス(仮称)配布を企画
 - 北部地域での開催を計画中
- 5. その他
 - 日本実地医家内視鏡研究会の平成28年度の京都開催を消化器医会が共催すべきかどうか検討した

(終了後に合同審査会開催)

第3回 京都消化器医会理事会議事録 平成26年9月11日（木）

<報告事項>

1. 消化器がん検診委員会 松本理事
 - 第5回 Hp 感染を考慮した胃がん検診の在り方を考える小委員会（7月29日）
 - 1) 「東京都における胃がん対策充実に向けた提案」（東京都医師会公衆衛生委員会）
についての概略
 - 2) 「ABC 検診の効率化（胃がんリスク評価）について」 勝島 慎二 先生
第7回消化器がん検診委員会（8月8日）
第5回小委員会について
消化器がん検診委員会北部地域指定 DVD 講習会 10月25日（土）
（福知山市中央保健福祉センター）
平成26年度消化器がん検診委員会指定講習会 平成27年2月14日（土） 府医
「胃」 鎌田 智有 先生（川崎医大）
「大腸」 鈴木 康元 先生（松島病院附属松島クリニック）
府立医大 渡邊 能行 先生からコーホート研究の中間報告 を予定
第6回 Hp 感染を考慮した胃がん検診の在り方を考える小委員会（9月1日）
「行政とともに医師会が取り組むべき胃がん対策の骨子（案）」について検討した。
2. 学術・生涯教育委員会（平成26年8月27日） 藤田理事
 - 1) 朝日新聞社との共催セミナーについて
平成27年7月4日（土） 会場：未定（京都市内のホテル、ホール等）
第1講演：川崎医科大学 消化管内科教授 春間 賢 先生
「ピロリ感染症－基本から最新の知識まで（仮）」
第2講演：京都府立医科大学大学院医学研究科
消化器内科学准教授 内藤 裕二 先生
「ピロリ菌除菌治療とその後のフォローについて（仮）」
第3講演：京都府立医科大学大学院医学研究科
地域保健医療疫学教授 渡邊 能行 先生
「これからの胃がん対策について（仮）」
 - 2) 他の専門医会でも製薬会社が協賛から手を引いていることが問題になっている
 - 3) 9月28日は第40回京都医学会です。
3. がん登録事業委員会 大塚副会長
今回は開催なし
がん実態調査報告書2011年度を作成中
4. 医療安全委員会 第9回（平成26年7月15日） 松井理事
第12回医療安全シンポジウムについて
平成27年4月11日 京都府医師会館にて

テーマ「チーム医療の新しい展開（仮）」

5. 保険医協会 第67回定期総会（平成26年7月27日） 福光理事

<協議事項>

1. 講演会の予定と企画
2. 31号会誌内容
3. 症例検討会のあり方
平成27年に福知山市で消化器医会症例検討会を開催することを計画中
4. その他
会費値上げについて前回理事会で承認され、会員へは紙面をもって説明予定
地区医師会長との兼任による多忙を理由に岩野理事が辞意を表明し、承認された。
古家副会長から基金国保連絡会におけるパリエットの維持療法についての決定事項
について説明があり、引き続き合同審査会で協議することになった。

第4回 京都消化器医会理事会議事録 平成26年11月13日（木）

<報告事項>

1. 消化器がん検診委員会 松本理事
第8回消化器がん検診委員会 10月10日
平成26年度消化器がん検診委員会指定講習会
平成27年2月14日（土） 14：30～ 京都府医師会館 3F
1) 「京都府における胃がん対策のすすめ方」
京都府立医科大学大学院医学研究科
地域保健医療疫学 教授 渡邊 能行 先生
2) 「見落とさないための胃がんとピロリ感染胃炎の内視鏡スクリーニング」
川崎医科大学 消化管内科学 講師 鎌田 智有 先生
3) 「大腸癌死は減らせるか？」 松島クリニック 診療部長 鈴木 康元 先生
第6回 Hp 感染を考慮した胃がん検診の在り方を考える小委員会 10月29日
「行政とともに医師会が取り組むべき胃がん対策の骨子」（案）の各担当部分を検討した。
2. 学術・生涯教育委員会 藤田理事
<京都医学会について>
今回は400人を超える参加であり、「一般演題の内容が良くなっている」「ポスター発表をした学生が堂々としていた」「日本医学会のイベントとしてよかった」「特別講演の参加者が例年より多かった」と盛会でした。ご協力ありがとうございました。
来年の第41回の日程は例年であれば9月最終日曜の27日ですが、9月19日（土）～23日（水）はシルバーウィークの連休なので、平成27年10月4日（日）となります。

「来年の京都医学会の特別講演、シンポジウムに取り上げてほしいテーマがあれば、ご提案ください。」

3. がん登録事業委員会 大塚副会長
第7回がん登録事業委員会 2014年10月17日（金）
 - 1) 「京都府がん実態調査報告書2011年」について
 - 2) 全国がん登録について
厚労省の全国がん登録事業が始まり、今後、地域がん登録委員会のあり方が変わる可能性が大きい。消化器医会としては委員会の形が変わっても、今後も府医のがん登録事業に極力協力していく方向性を確認した。
4. 医療安全委員会 松井理事
平成26年度第2回医療安全講演会
平成26年12月11日（木）午後2時30分～4時30分 京都府医師会館
 - 1) 医療安全対策について
 - 2) 医療事故調査制度について～東京都医師会「院内調査WG」の活動から～
採血トラブルの際、「正中神経損傷」などの病名をつけない方がよい。
5. 保険医協会 福光理事
報告事項なし

<協議事項>

1. 講演会の予定と企画
2. 31号会誌内容
3. 次期会長、執行部 推薦他 粉川会長の再選が満場一致で決定した。
4. 年会費値上げ準備 会員向けに年内に通知し、総会で決議する。決議内容を改めて通知する。
5. 新理事推薦
落合淳先生が推薦され承認された。また今井昭人先生が推薦され近い将来の理事候補として承認された。
6. その他

第5回 京都消化器医会理事会議事録 平成27年1月8日（木）

<報告事項>

1. 消化器がん検診委員会 松本理事
第9回消化器がん検診委員会（12月12日）
胃がん検診ガイドライン改訂版ドラフトについて（12月2日）
内視鏡検査（証拠のレベル2⁺、推奨グレードB） ←内視鏡検査に対する評価が上がった

12月22日に国立がん研究センターで胃がん検診ガイドラインの公開フォーラム
 ←厚労省の「がん検診のあり方検討委員会」で国の指針が決定する
 平成26年度消化器がん検診委員会指定講習会について

日 時 平成27年2月14日(土) 14:30～

場 所 京都府医師会館3F 310会議室

胃・大腸二次精密医療機関の募集について

2. 学術・生涯教育委員会 藤田理事

1) 府医会館の医療情報センター(図書ラウンジ)の移設について

急病診療所が手狭になり、急いで場所の確保が必要で、事務を2階に移動して、
 図書ラウンジを6階に移設

2) 第41回京都医学会について(平成27年10月4日)

特別講演:iPS細胞関連で演者が理化学研究所プロジェクトリーダー高橋 政代氏
 シンポジウム:「地域包括ケア」

総括者(案):北川副会長もしくは関理事

一例報告をポスター発表に持って行ってポスター発表を増やす方向で検討中

3. がん登録事業委員会 大塚副会長

1) 「京都府がん実態調査報告書2011年」について

2) 全国がん登録について

国立がん研究センターや厚生労働省の資料などを情報提供

←がん登録委員会が公的なものになり、国から予算が出る

4. 医療安全委員会 松井理事

平成27年10月から医療事故調査制度がスタートする。第三者機関が院内調査結果を
 分析

5. 保険医協会 福光理事

消化器診療内容向上会 京都平安ホテル 京都府保険医協会と共催

6. 審査会(国保・基金)

<協議事項>

1. 講演会の予定と企画

2. 学術講演会のあり方

3. 31号会誌 内容確認

4. その他

慢性C型肝炎におけるDAA治療の選択について中外製薬のパンフレットを会員
 に配布予定

(理事会終了後に合同審査委員会開催)

第6回 京都消化器医会理事会議事録 平成27年3月12日（木）

<報告事項>

1. 消化器がん検診委員会 松本理事
 指定講習会 2月14日（土）府医
 二次精密医療機関更新・新規申請の件
2. 学術・生涯教育委員会 藤田理事
 - 1) 今年の京都医学会（平成27年10月4日（日））
 特別講演：講師は理化学研究所プロジェクトリーダー 高橋 政代氏
 シンポジウム：「地域包括ケア」
 演題発表形式の変更：ポスター発表を大幅に増やす
 これまでの京都医学会では1例報告が半分近くを占めており、これらをポスター発表にして、じっくり見てもらう。動画は講演のままでいく。ポスター発表（2部屋）と講演は同時進行
 - 2) 来年の京都医学会
 特別講演は山中伸弥氏に依頼（今年の特別講演もiPSの話題で2年連続になるが…。スケジュールが合わないかもしれない。）
 - 3) 京都医学会雑誌の査読
 これまで、学術生涯教育委員会の中の査読小委員会では査読されていましたが、専門性が高いものが多くなってきたので、全体で振り分けることになる。査読者は2名以内で、投稿論文の専門性を考慮し、査読者が外部の査読者を推薦することが出来る。→消化器医会にも査読が回ってくる
3. がん登録事業委員会 平成27年2月20日（金） 大塚副会長
 - 1) 全国がん登録について→夏頃には情報が入りそう
 - 2) 2015年度のがん登録事業について→様式が変更になった
4. 医療安全委員会 第13回 1月20日 第14回 2月17日 松井理事
 - 1) 京都府医師会 医療安全シンポジウム 平成27年4月11日（土）
 京都府医師会館 午後2時より
 テーマ 「チーム医療 -患者もチームの一員-」
 - 2) 医療事故調査制度 平成27年10月から運用が始まります。→院内調査に引き続き第三者機関が調査するということだが、開業医ではどうするのか、第三者機関とは具体的にどのようなものなのか不明な点が多い
5. 保険医協会 福光理事
 - 1) 消化器診療内容向上会 京都平安ホテル 京都府保険医協会と共催
 - 2) 平成27年2月28日 専門医会会長と保険医協会との懇談会 京都府保険医協会会議室
6. 審査会（国保・基金）

報告事項なし

<協議事項>

1. 講演会の予定と企画
2. 31号会誌 進捗状況
3. 4月総会の準備 ←議案内容につき理事会の承認を得た
4. その他
 - 1) 福光理事の理事辞任願い 3/31付で理事会の承認を得た
 - 2) 今井昭人先生(中京東部) 次回5月の理事会より新理事として承認された
 - 3) 定例学術講演会(第2土曜日) 3階の300名の会場 年10回使用を年8回使用にして欲しいと府医から提案あり 理事会で承認された
 - 4) 基金新審査委員として消化器医会より余みんてつ先生を推薦する件 理事会で承認された
 - 5) 総合画像症例検討会 日本消化器内視鏡学会の単位認定 取得の方向ですすめる事について理事会承認を得た。

〔平成27年度 京都消化器医学会役員〕

平成27年4月現在

名誉会長	沖 啓一 (留任)		
会 長	粉川 隆文 (留任)		
副 会 長	古家 敬三 (留任)	大塚 弘友 (留任)	安田健治朗 (留任)
相 談 役	福本 圭志 (留任) (理事兼任)		郡 大裕 (留任)
監 事	小川 欽治 (留任)	中島 悦郎 (留任)	
理 事	伊谷 賢次 (留任)	今井 昭人 (新任)	大橋 一郎 (留任)
	沖 映希 (留任)	落合 淳 (新任)	小畑 寛純 (留任)
	角水 正道 (留任)	勝島 慎二 (留任)	佐々木善二 (留任)
	澤 美彦 (留任)	竹村 俊樹 (留任)	西村俊一郎 (留任)
	藤田 祝子 (留任)	前川 高天 (留任)	松井 亮好 (留任)
	松本 恒司 (留任)	余みんてつ (新任)	吉田 憲正 (留任)
	吉波 尚美 (留任)	渡辺 剛 (留任)	(以上29名)

地区代表	(乙 訓) 猪谷 孟雄	(宇治久世) 丸山 恭平
	(綴 喜) 下野 道廣	(亀 岡)
	(福 知 山) 柴田 族光	(舞 鶴) 鳥井 剛司
	(与 謝) 中川 長雄	(京 大)
	(府立医大) 渡邊 能行	(第一日赤) 吉田 憲正 (理事兼任)
	(第二日赤) 安田健治朗 (副会長兼任)	(医療センター) 勝島 慎二 (理事兼任)
	(市 立) 新谷 弘幸	(以上11名)

顧 問	伊藤 義人 (京都府立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)
	上本 伸二 (京都大学医学研究科外科学 肝胆脾・移植外科学 教授)
	大辻 英吾 (京都府立医科大学大学院医学研究科 消化機能制御外科学 教授)
	坂井 義治 (京都大学医学研究科外科学 消化管外科学 教授)
	渡邊 能行 (京都府立医科大学大学院医学研究科 地域保健医療疫学 教授)
	(以上5名)

《平成27年度 事業計画》

〔学術講演会予定〕

1) 定例学術講演会（各月の第二土曜日に開催予定とする。）

4月11日（土） 吉田 直久 先生（京都府立大学附属病院
化学療法部および消化器内科 講師）
『高濃度 PEG 製剤の効果と精密な大腸内視鏡診断』
【講演会終了後に京都消化器医会総会が開催されます。】

5月9日（土） 安藤 朗 先生（滋賀医科大学 消化器内科）
『腸内細菌と健康の関わり』

6月13日（土） 八木 信明 先生
（朝日大学歯学部附属村上記念病院 消化器内科）
『上部消化管悪性腫瘍に対する拡大 NBI 診断と ESD 時の工夫』

7月11日（土） 山崎 秀哉 先生（京都府立医科大学 放射線診断治療学）
『肝臓癌の放射線治療』

2) 臨時学術講演会

講演が決まり次第、適時開催する。

3) 京都胃腸勉強会：年4回（金曜日）の開催。

4) 総合画像診断症例検討会：偶数月の第一土曜日に開催。

5) 共催、後援研究会の開催

その他の各種研究会への積極的アプローチ

6) 各種委員会への積極的アプローチ

基金、国保審査委員合同委員会の開催（適時開催）

7) その他

編 集 後 記

本年も無事に会報を会員の皆様にお届けすることができました。お忙しい中にも関わらず原稿を頂いた諸先生方には改めて深謝いたします。

さて会報の後半部分には毎年、一年間の医会活動状況を掲載しております。学術講演会抄録、会務報告、議事録要旨などにありますように、色々な事案の検討や医会関連の研究会を各担当理事の協力のもとに数多くこなしております。ぜひご一読いただき医会活動へのさらなる御理解を賜りますようお願い申し上げます。

(副会長 大塚 弘友)

京都消化器医会会報 No.31

発行日 平成27年6月30日
発行所 京都消化器医会
京都市中京区西ノ京東梅尾町6
京都府医師会館内
TEL 354-6105
発行人 粉川隆文

印刷所 (株)こだま印刷所 ☎ 841-0052