

# 京都消化器医学会会報

Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)

第35号 2019・6

も く じ

巻頭の辞	会長 古家 敬三	1
特別寄稿論文		
自己免疫性肝疾患の基本から最近の進歩まで	京都大学大学院医学研究科 消化器内科 上田 佳秀	3
ポストピロリ時代のスクリーニング内視鏡と胃疾患	済生会福岡総合病院 消化器内科 吉村 大輔 他	11
胃癌手術：最近の治療法から高齢者への個別化を考える	国立病院機構 京都医療センター 外科 畑 啓昭 他	21
症例報告		
穿孔直前に診断および切除をし得たII型腸管症型T細胞リンパ腫の1例	洛和会音羽病院 消化器内科 児玉 紘幸 他	33
メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と考えられた胃MALTリンパ腫の一例	西陣病院消化器内科 葛西 恭一 他	39
プロトンポンプ阻害薬長期服用中の <i>Helicobacter pylori</i> 除菌9年後に発見された腺窩上皮型微小胃癌の一例	伊原内科医院(京田辺市) 伊原 隆史 他	45
コーヒーブレイク		
学会開催あれこれ	京都第一赤十字病院 消化器内科 吉田 憲正	55
報告		
食道アカラシアに対する新たな治療法—経口内視鏡的筋層切開術(peroral endoscopic myotomy; POEM)	独立行政法人 国立病院機構 京都医療センター 消化器内科 医長 滝本 見吾 他	61
消化器医学会の学術活動への取り組み	監事 粉川 隆文	64
お知らせ		
IBSスックリプロジェクトへのご協力をお願い	京都大学消化器内科 菊池 志乃 他	67
平成30年4月～平成31年3月までの学術講演会抄録		71
平成30年度 京都消化器医学会会務報告		78
平成30年度 京都消化器医学会議事録要旨		84
新役員の名簿		106
平成31年度 事業計画		107
会報投稿規定		108
編集後記		109

## 巻 頭 の 辞

京都消化器医学会会長 古 家 敬 三

新しい令和の幕開けとともに、京都消化器医学会の第10代会長をさせていただくことになりました。京都の消化器を専門とする医師の集まりである当会は、開業医と勤務医（病院管理者を含む）の割合がほぼ4：1で推移していますが、徐々に会員の高齢化が進んでいます。一方ここ数年の医療技術の発展は目覚ましく、大学病院を始めとする基幹病院と開業医との診療機能の乖離はどんどん拡大しています。

特に診断技術においては、拡大内視鏡による特殊光検査、PET-CT や MRI 等の画像検査のみならず、細胞レベルの描出が可能な内視鏡（エンドサイト）や遺伝子パネル検査が実臨床で行われるようになり、近い将来キッドバイオプシーで少量の血液や体液から癌や難病をいち早くスクリーニングできるようになるとさえ言われています。これらの最新の医療技術をどういった患者に適用し、癌や難病に罹患している患者の QOL をいかに改善するかが新たな課題となっています。

これまで当会では個々の会員の消化器診療のレベルアップに資する学術講演会や画像症例検討会を中心に事業を行ってきましたが、これらは主としてプライマリケアに必要なスキルの習得が目的でした。しかしすでに悪性腫瘍は言うに及ばず、慢性 C 型肝炎や重症 IBD においても高額な薬剤や医療材料を要するため、最先端の治療を実施できるのは特定の医療機関に限られています。これからは個々の患者が最適の医療を享受するために、主としてプライマリケアを担うかかりつけ医と高度医療を行う専門医との医療連携が益々重要となっています。今後どこにどのような診療機能があるのかを会員間で情報共有する機会を増やすとともに、最新の医療技術に通じた中堅勤務医や新規開業医の入会を促していきたいと考えています。

また地域住民の胃がん検診の受診率向上と精度管理が問題となっています。京都市では従来の胃 X 線検査に加えて一昨年より胃がんリスク層別化検診と胃内視鏡検査が導入されています。ヘリコバクター・ピロリ感染を考慮した効率の良い検診制度となるよう、より一層住民への受診勧奨を進めるとともに、画像のダブルチェックを含めた精度管理法の確立に向けて京都府医師会と連携して研修会等の実施を検討しています。会員の皆さんの積極的なご参加をお待ちしています。

最後にお知らせがあります。お陰さまで本会報の内容は医学中央雑誌に収載されており、京都府医師会のホームページから誰でもご覧頂けるようになりました。これまでも編集には細心の注意を払ってきましたが、より一層の内容の充実を図るためにこの度編集委員会を組織することになりました。編集委員長は竹村理事に、編集委員には沖副会長と今井理事に就任していただいています。本会報が少しでも皆さんのお役に立てますよう、役員一同査読と編集に努めて参りますので、今後ともどうぞよろしくお願い致します。

特別寄稿論文

## 自己免疫性肝疾患の基本から最近の進歩まで

京都大学大学院医学研究科 消化器内科 上田 佳秀

### 要 旨

自己免疫性肝疾患と考えられている疾患は、自己免疫性肝炎(AIH)、原発性胆汁性胆管炎(PBC)、原発性硬化性胆管炎(PSC)の3つである。いずれも病因は明らかにされておらず、根治的治療法は確立されていない。AIHは、病因不明で特異的な診断法はないが、ステロイドやアザチオプリンによる治療が効果的である。PBCは病因不明であるが、疾患特異的な自己抗体である抗ミトコンドリア抗体が同定されているため診断法は確立している。さらに、ウルソやベザフィブラートによる進行抑制効果が確認されている。PSCは病因不明で特異的な診断法はなく、有効な内科的治療法も確立していない。今後、これら3疾患の病因解明から根治的治療法の開発へと進めて行く必要がある。

キーワード: 自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎、原発性硬化性胆管炎、自己免疫疾患、自己抗体

### 1. はじめに

自己免疫性肝疾患と考えられている疾患には、自己免疫性肝炎(AIH)、原発性胆汁性胆管炎(PBC)、原発性硬化性胆管炎(PSC)の3つがある。いずれも、医学が発達した現在でも原因不明で根治的治療法のない疾患である。近年の大きな変化として、PBCの病名が変更になった。2015年に欧米で primary biliary cirrhosis から primary biliary cholangitis に、2016年に日本でも原発性胆汁性肝硬変から原発性胆汁性胆管炎に変更になった。従来は肝硬変で見つかることが多かったが、抗ミトコンドリア抗体という疾患特異的な自己抗体の発見によって肝硬変ではないPBC症例が多く見つかるようになり、そのことが病名変更の大きな理由となっている。このよ

うに、自己免疫性肝疾患の臨床・研究も少しずつではあるが進歩している。本稿では、自己免疫性肝疾患3疾患について、現在明らかになっていることと未だ不明であることを整理し、今後の課題について考察したい。

### 2. 自己免疫疾患の病態解明のための基礎知識

自己免疫疾患とは、自分の免疫が間違っ て自分の正常な細胞を敵だと認識して攻撃する病気と言える。免疫の巧妙なシステムとして、ウイルスや細菌、異常細胞や他人の細胞などは敵として認識して攻撃を行うが、自分自身の細胞に対しては攻撃を行わないのが正常の状態である。この免疫システムに何らかの異常が生じることによ

て、自分自身の免疫が自分の正常の細胞を攻撃するようになったのが自己免疫疾患である。攻撃する自分の細胞が肝細胞であれば AIH、顕微鏡レベルの細い胆管であれば PBC、肉眼で見える大きな胆管であれば PSC となる。

自己免疫疾患の病因は未だ十分に解明されていないが、古くから遺伝的素因と環境要因の2つが重要であると言われてきた(表1, 3, 5)。遺伝的素因としては、疫学として家族内発生の有無が明らかにされてきた。特に一卵性双生児と二卵性双生児における同時発症率の違いは説得力のある結果となる。また、遺伝子の特徴として、各疾患で頻度の高い HLA 型の有無、さらに最近では Genome-wide association study (GWAS) を中心とした一塩基多型の解析が行われ、疾患に関連する遺伝子が同定されてきている。今後は次世代シーケンサーを用いた全遺伝子配列の特徴が明らかになっていくと考えられる。また、環境要因としては、発症前の誘因の有無、病気になった人とならなかった人の環境の違いな

ど、臨床的な検討が行われている。加えて、自己免疫疾患の病因を考える上で重要であるのが、自己抗体についての知見である。疾患特異的な自己抗体があるかどうか、自己抗体の対応抗原が同定されているか、その自己抗体が病気の原因であるかどうか、の3点が重要となる。以下には、各々の自己免疫性肝疾患について、以上の点についてどこまで明らかになっているかを解説する。

### 3. 自己免疫性肝炎 (AIH)

AIH は自己免疫的機序により肝細胞が障害される疾患と考えられる。日本での患者数は10,000人程度と稀な病気であり、50~60歳代の女性に多く発症する。AIH の病因解明への手がかりを表1にまとめた。家族内発生はほとんど認めないため、遺伝的素因の関与は少ないと考えられている。一方、HLA-DR4との強い相関を認めており、GWAS の結果でも HLA-DQ が非常に強い関連遺伝子として同定されている<sup>1)</sup>。他にも SH2B3 や CARD10 が有意な疾患

(表1) 自己免疫性肝炎の病因解明への手がかり

<p><b>遺伝的素因</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族内発生の有無: ほとんどなし</li> <li>● 遺伝子: 1. HLA: DR4と相関 2. GWAS: HLA, SH2B3, CARD10</li> </ul>
<p><b>環境要因</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 発症の誘因: 特定の薬物、特定のウイルス感染</li> <li>● 環境の違い: 不明</li> </ul>
<p><b>自己抗体</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特異的な自己抗体はあるか?: なし(Homogeneousが多い)</li> <li>● 自己抗体の対応抗原は?: 特定のものなし</li> <li>● 自己抗体が病気の原因か?: 不明</li> </ul>

(表2) 自己免疫性肝炎診断指針

<p>1. 他の原因による肝障害が否定される</p> <p>2. 抗核抗体陽性あるいは抗平滑筋抗体陽性</p> <p>3. IgG高値(&gt;基準上限値1.1倍)</p> <p>4. 組織学的にinterface hepatitisや形質細胞浸潤がみられる</p> <p>5. 副腎皮質ステロイドが著効する</p> <p>典型例: 1を満たし、2-5のうち3項目以上を認める 非典型例: 1を満たし、2-5のうち1-2項目を認める</p> <p>自己免疫性肝炎の診断指針・治療指針(2013年)(抜粋) 厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

関連遺伝子として同定されたが、それらのオッズ比は1.2-1.4倍と関連性は強くない。

環境要因としては、特定の薬物やウイルスが発症の誘因となることが明らかとなっている。薬物として、ミノサイクリン、イソニアジド、メチルドパ、インターフェロン $\alpha$ 、抗TNF $\alpha$ 阻害薬、スタチン製剤などが同定されており、これらの薬物の代謝過程で生成される複合体に対する免疫反応が関与している可能性が考えられる。ウイルスとしては、A型肝炎ウイルス、Epstein-Barrウイルス、麻疹ウイルスの感染後にAIHが生じることがあり、ウイルス蛋白質とヒトの遺伝子から産生される蛋白質との分子相同性が関与している可能性がある。

自己抗体は特異的なものは同定されておらず、間接蛍光抗体法による抗核抗体検査にてhomogeneousのパターンとなるものが多いことくらいしか明らかになっていない。特定の対応抗原は同定されておらず、自己抗体が病気の原因となっているかどうか不明である。このようにAIHには特

異的な自己抗体が同定されていないため、診断は除外診断といくつかの特徴的な所見(自己抗体、IgG高値、組織所見、ステロイド反応性)が重要となり、他の原因による肝障害が否定されることが必須となっている(表2)。

治療法としては、ステロイドの効果を認め、ステロイド投与によって大部分の症例において肝炎が沈静化する。しかしながら、ステロイドの減量途中や中止後に多くの症例で再燃を認めることは、ステロイドが根治的治療法ではないことを示している。副作用の多いステロイドを減量し、ウルソデオキシコール酸やアザチオプリン(2018年7月から保険適用)を上手く組み合わせ投与することによって、生涯に渡り肝炎をコントロールしていく必要がある。

まとめると、AIHの原因は不明であり、診断法に特異性はないが、治療法はほぼ確立しておりステロイドの効果がある疾患である。今後は、病因解明、特異的な自己抗原の同定、さらには、ステロイドを中止で

(表3) 原発性胆汁性胆管炎の病因解明への手がかり

<b>遺伝的素因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族内発生の有無：多い</li> <li>● 遺伝子：1. HLA: DR8と相関 2. GWAS: HLA, 非HLA44領域(IL-12 pathwayなど)</li> </ul>
<b>環境要因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 発症の誘因：不明</li> <li>● 環境の違い：家族歴、尿路感染症、喫煙、ホルモン補充療法、マニキュア、他の自己免疫疾患</li> </ul>
<b>自己抗体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特異的な自己抗体はあるか？：抗ミトコンドリア抗体</li> <li>● 自己抗体の対応抗原は？：2-OADC酵素群</li> <li>● 自己抗体が病気の原因か？：不明</li> </ul>

きるような治療法や一部に認めるステロイド抵抗性 AIH に対する治療法の開発、など多くの課題を解決していく必要がある。

#### 4. 原発性胆汁性胆管炎 (PBC)

PBC は顕微鏡レベルの細い胆管が障害される疾患である。日本での患者数は50,000~60,000人程度と AIH の5倍以上の患者が存在する。40~60歳代の女性に多く発症し、幼少期での発症はほとんど認めない。PBC の病因解明への手がかりを表3にまとめた。家族内発症は多いことが明らかになっており、家族がPBCである場合、PBCになる率は100倍以上とされている。また、少数例ではあるが、一卵性双生児8組中5組で2人ともがPBCを発症したのに対して、二卵性双生児8組では1組もPBC一致例はなかったことが報告され、強い遺伝的素因があることが示されている<sup>2)</sup>。HLA-DR8と強い相関があり、GWASの結果でもHLAとの強い相関が示された<sup>3~5)</sup>。非HLA遺伝子としては44領域が有意な相関を認めている。興味深い

ことに、多くが免疫関連遺伝子であり、IL12A や IL12RB2など IL-12 pathway に関与する遺伝子が多数同定されている。これらは、PBC の病態を解明するための重要な手がかりとなっている。

環境因子としては、PBC患者1,032例の面接調査によるリスクファクター解析の興味深い結果が報告されている<sup>6)</sup>。第一度近親者内のPBC、尿路感染症の病歴、過去の喫煙、ホルモン補充療法(エストロゲン)、マニキュアの高使用頻度、他の自己免疫疾患、の6つがリスクファクターとして同定されている。尿路感染症は、大腸菌のPDC-E2由来のペプチドとPBC患者のT細胞が反応することなどから、大腸菌の抗原とヒト由来の蛋白質との分子相同性から自己免疫が生じている可能性が考えられている。因果関係は不明であるがマニキュアの高使用頻度も興味深い結果である。

PBCの臨床上の最大の進歩は、抗ミトコンドリア抗体の同定であり、PBC症例の90%以上に検出されるため、診断的意義が非常に高い。対応抗原も同定されてお

(表4) 原発性胆汁性胆管炎の診断基準 (平成27年度)

<p>次のいずれか1つに該当するものをPBCと診断する。</p> <p>1) 組織学的に慢性非化膿性破壊性胆管炎を認め、検査所見がPBCとして矛盾しないもの。</p> <p>2) 抗ミトコンドリア抗体が陽性で、組織学的には慢性非化膿性破壊性胆管炎の所見を認めないが、PBCに矛盾しない(compatible)組織像を示すもの。</p> <p>3) 組織学的検索の機会はないが、抗ミトコンドリア抗体が陽性で、しかも臨床像及び経過からPBCと考えられるもの</p>
<p>原発性胆汁性胆管炎(PBC)診療ガイドライン(2017年)(抜粋) 厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班</p>

り、M2分画に含まれるピルビン酸脱水素酵素複合体のE2 component (PDC-E2)、分岐鎖アミノ酸脱水素酵素 (BCOADC-E2)、オキソグルタル酸脱水素酵素 (OGDCE) が主要な対応抗原として同定されている。そのため、間接蛍光抗体法に加えて、上記3つの蛋白質を抗原としたELISA法でも検査が可能であり、抗ミトコンドリアM2抗体と呼ばれている。いずれの検査も、感度・特異度ともに非常に高い。そのため、PBCの診断基準は明快であり、抗ミトコンドリア抗体陽性、慢性非化膿性破壊性胆管炎、慢性的な胆道系酵素上昇などの臨床像、の3つのうち2つが存在すればPBCと診断できる(表4)。しかしながら、抗ミトコンドリア抗体がPBCの原因になっているかどうかは未だ不明であり、病気の本態については明らかになっていない。

診断は可能になったものの、現時点では根治治療法は存在しない。ステロイドの効果は認めない。一方、ウルソデオキシコール酸にPBCの進行を抑制する効果がある事が明らかになっている。さらに最近、ウ

ルソデオキシコール酸非著効例に対するベザフィブラート追加投与の効果が報告された<sup>7)</sup>。ウルソデオキシコール酸とベザフィブラートの投与によって多くの症例で進行が抑制できるが、一部には肝不全へと進行する症例があり、進行例に対しては肝移植の適応となる。

以上のように、PBCは原因不明で根治的治療法のない疾患である。しかしながら、抗ミトコンドリア抗体の発見によって診断法は確立しており、進行抑制可能な薬剤も2種類同定された。今後は、病因解明から根治的治療法の開発へと進めて行く必要がある。

## 5. 原発性硬化性胆管炎 (PSC)

PSCは肉眼で見える大きな胆管が障害される疾患である。PBCと同様に胆管細胞が標的となるが、PBCからPSCへの移行はなく、PBCとPSCの合併例も認めないことから、PSCとPBCは全く別の機序で生じる疾患と考えられる。日本での患者数は1,200人程度と、AIHよりもさらに少

(表5) 原発性硬化性胆管炎の病因解明への手がかり

<b>遺伝的素因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 家族内発生の有無: 多い</li> <li>● 遺伝子: 1. HLA: B8, DR3と相関 2. GWAS: HLA, 非HLA22領域(IL-2 pathwayなど)</li> </ul>
<b>環境要因</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 発症の誘因: 炎症性腸疾患の合併</li> <li>● 環境の違い: 不明</li> </ul>
<b>自己抗体</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 特異的な自己抗体はあるか?: なし(p-ANCA陽性多い)</li> <li>● 自己抗体の対応抗原は?: 特定のものなし</li> <li>● 自己抗体が病気の原因か?: 不明</li> </ul>

ない稀な疾患である。自己免疫疾患としては珍しく男性に多い疾患であり、本邦では20歳代と60歳代の2つのピークがある。ただし、幼少期に発症するPSCもあり、誰でもいつでもなりえる病気と言える。PSCの病因解明への手がかりを表5にまとめた。家族内発生は多いことが明らかになっており、PSCの兄弟、姉妹、子供はリスクが11倍とされている。HLA-B8、DR3との相関が示されているが、日本ではこれらのHLA型は認めない。GWASの結果でもHLAとの強い相関が示されている<sup>3,4)</sup>。非HLA遺伝子としては22個の領域が有意な相関を認めており、多くが免疫関連遺伝子である。IL-2 pathwayに關与する遺伝子が多数同定されていることから、このpathwayがPSCの病態に關与していると考えられる。

環境要因として最も重要であり、病因の解明にも大きな手がかりを与えてくれる因子として、炎症性腸疾患の合併が挙げられる。欧米ではPSC患者の60~80%に炎症

性腸疾患を合併することから、腸炎によるバリア機構の破綻から、腸管の腸内細菌や細菌成分が門脈を介して肝臓に流入し、それらが胆管周囲炎を起こすことがPSCの病態であるという仮説が考えられる。しかしながら、本邦のPSCの炎症性腸疾患合併率は34~38%と低いこと、炎症性腸疾患患者がPSCを合併する率は2.4~4%と低いこと、PSCが炎症性腸疾患より先に発症する例があること、大腸全摘後数年経ってからPSCが発症する例があること、などが反論としてあり、炎症性腸疾患がPSCの発症にどのように關与しているかはまだ議論が分かれている。

特異的な自己抗体は同定されていないが、他の疾患と共通するいくつかの自己抗体が陽性となることが示されている。p-ANCAがPSC患者の60~93%で、抗核抗体が30~40%で陽性となる。特異的な自己抗体がないことから、診断は特徴的な胆管像や炎症性腸疾患の合併、肝生検所見などから総合的になされる(表6)。



(表 6) 原発性硬化性胆管炎診断基準

<b>診断項目</b>	
<b>I. 大項目</b>	
A. 胆道画像検査にて	
1) 特徴的な胆管像を認める	
2) 非特異的な胆管像を認める	
B. 血液検査上持続性の胆汁うっ滞を認める	
<b>II. 小項目</b>	
a. 炎症性腸疾患の合併	
b. 肝臓病理所見	
onion skin lesionまたは小葉間胆管の線維性消失 慢性胆汁うっ滞所見(細胆管増生および線維化)	
A1)+B, A1)+a, A1)+b, A2)+B+a+b	確診
A1), A2)+B+a+b, A2)+B+a, A2)+B+b	準確診
A2)+a+b, A2)+a, A2)+b	疑診
厚生労働省「難治性の肝・胆道疾患に関する調査研究」班、2016	

残念ながら現時点では根治的治療法は存在せず、進行を抑制するエビデンスのある治療法もない。ステロイドの効果もないことが明らかになっている。ウルソデオキシコール酸による予後延長のエビデンスもない。有効な内科的治療法はなく、進行性で予後不良な疾患である。診断時から死亡または肝移植まで8～17年とされており、唯一の治療法は肝移植である。しかしながら、PSC に対する肝移植成績は不良であり、その大きな原因のひとつとしてPSCの再発の問題があることが明らかになっている<sup>8-10)</sup>。PSCが肝移植後に再発することは、PSCが肝臓だけの病気ではなく全身疾患であることを示している。また、PSCの病態として自己免疫的機序が考えられているが、肝移植後に使用される免疫抑制薬であるカルシニューリン阻害剤(タクロリムスやシクロスポリン)やステロイド、ミコフェノール酸モフェチルではその再発や再発後の進行を抑制できないことも示唆される。さらに、日本の生体肝移植後には、

欧米の脳死肝移植後と比較し、肝移植後のPSC再発率が高く予後が悪い可能性が示唆されている<sup>9,10)</sup>。PSCの肝移植後再発のリスク因子の同定が、肝移植の成績向上のためだけではなく、PSCの病態の解明や治療法の開発へとつながることが期待される。

PSCについては、病因は不明で特異的な診断法がなく、有効な治療法もない疾患と言える。医学が進歩したといわれる現在においてもこのような難病が残っており、今後の研究による病因、診断法、治療法の解明が喫緊の課題である。

## 6. おわりに

自己免疫性肝疾患と言われるAIH、PBC、PSCの現時点までの医学の進歩について概説した。いずれの疾患もまだまだ研究の余地が大きく残されており、今後の病因解明、診断法や治療法の開発が必要とされる。10年後に本稿が過去のものとして、「こんな時代もあったが、今は良くなった」

という時代になっていることを期待する。

## 文 献

- 1) de Boer YS, van Gerven NM, Zwiers A, et al. Genome-wide association study identifies variants associated with autoimmune hepatitis type 1. *Gastroenterology*. 2014;147(2):443-452.
- 2) Selmi C, Mayo MJ, Bach N, et al. Primary biliary cirrhosis in monozygotic and dizygotic twins:genetics, epigenetics, and environment. *Gastroenterology*. 2004;127(2):485-492.
- 3) Karlsen TH, Chung BK. Genetic Risk and the Development of Autoimmune Liver Disease. *Dig Dis*. 2015;33 Suppl 2:13-24.
- 4) Webb GJ, Hirschfield GM. Using GWAS to identify genetic predisposition in hepatic autoimmunity. *J Autoimmun*. 2016;66:25-39.
- 5) Joshita S, Umemura T, Tanaka E, Ota M. Genetics and epigenetics in the pathogenesis of primary biliary cholangitis. *Clin J Gastroenterol*. 2018;11(1):11-18.
- 6) Gershwin ME, Selmi C, Worman HJ, et al. Risk factors and comorbidities in primary biliary cirrhosis:a controlled interview-based study of 1032 patients. *Hepatology*. 2005;42(5):1194-202.
- 7) Corpechot C, Chazouillères O, Rousseau A, et al. A Placebo-Controlled Trial of Bezafibrate in Primary Biliary Cholangitis. *N Engl J Med*. 2018;378(23):2171-2181.
- 8) Carbone M, Neuberger JM. Autoimmune liver disease, autoimmunity and liver transplantation. *J Hepatol*. 2014;60(1):210-23.
- 9) Egawa H, Ueda Y, Ichida T, et al. Risk Factors for Recurrence of Primary Sclerosing Cholangitis after Living Donor Liver Transplantation in Japanese Registry. *Am J Transplant*. 2011;11:518-527.
- 10) Ueda Y, Kaido T, Okajima H, et al. Long-term Prognosis and Recurrence of Primary Sclerosing Cholangitis After Liver Transplantation:A Single-Center Experience. *Transplant Direct*. 2017;3(12):e334.

## 特別寄稿論文

## ポストピロリ時代のスクリーニング内視鏡と胃疾患

済生会福岡総合病院 消化器内科 吉村 大輔, 落合 利彰, 茶園 智人  
 福田慎一郎, 中野佳余子, 北川 祐介  
 市田かおる  
 人間ドックセンターウェルネス 吉村 理江  
 済生会福岡総合病院 病理診断科 加藤 誠也

## 抄 録

*Helicobacter pylori* (以下 HP) 感染率の低下と除菌治療の保険収載を背景に、現在スクリーニング内視鏡では HP 既感染および未感染胃が増えている。このポストピロリ時代の胃病変として HP 除菌後胃癌は最も重要な病態である。その特徴として一部に胃炎類似所見を呈する病変が存在し、領域性を有する淡い色調変化に着目した症例を呈示する。従来まれとされた HP 未感染胃癌も今後相対的増加が予想される。自験例は噴門部癌、体上部を中心に胃底腺領域に局在した胃型形質の低異型度腺癌、胃底腺と幽門腺の境界領域に局在した印環細胞癌に大別され、腺領域ごとに好発する病変の形態や組織型に特徴があることが示唆された。

キーワード: ヘリコバクター・ピロリ除菌後発見胃癌, ヘリコバクター・ピロリ未感染胃癌, 胃型低異型度腺癌, 印環細胞癌

## はじめに

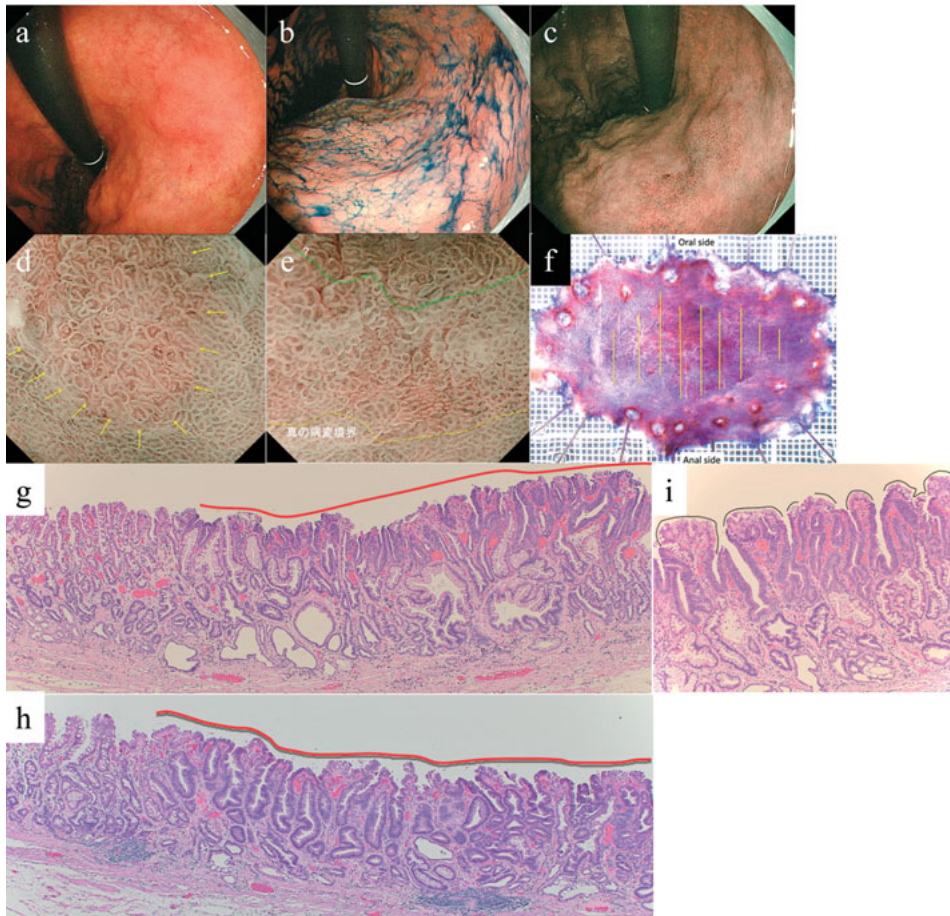
本邦におけるヘリコバクター・ピロリ (以下 HP) 感染率は世代を追うごとに低下している<sup>1)</sup>。また胃癌の definite carcinogen としての臨床上のエビデンスの集積<sup>2)3)</sup>をもとに2013年には萎縮性胃炎に対する除菌治療が保険収載され、今後もその傾向は加速すると考えられる。スクリーニングふくむ内視鏡検査において胃炎の京都分類に準拠した HP 感染診断 (現感染、既感染、未感染) が求められ、HP 陰性 (除菌後を主とした既感染と未感染) 世代が中心となりつつある現在、これからのポストピロリ時代のスクリーニング内視鏡検査で

重要な HP 除菌後胃癌と未感染胃癌について自験例を通じてその特徴を考察する。

## HP 除菌後胃癌 (症例提示)

## 症例 1 70歳代男性 (Figure 1)

かかりつけの専門医のもと15年前に除菌治療が施行され定期観察されていた。11年前、4年前にそれぞれ分化型粘膜癌の ESD (いずれも治癒切除) が施行されている。胃体中部小彎に白色光観察で周囲の血管透見像が不明瞭となる平坦な粘膜発赤が認められた (Figure 1a)が、インジゴカルミン散布観察でも範囲診断が困難であった (Figure 1b)。NBI 観察では約 3 cm 大



(Figure 1)ヘリコバクター・ピロリ (HP) 除菌後胃癌

体中部小彎に白色光で境界不明瞭な淡い粘膜発赤を認め、インジゴカルミン散布観察でも境界診断が困難であった。NBI 併用拡大観察で病変の前後壁辺縁に着目した。後壁側はいびつで大型の微小構造と多重化した不整血管により胃癌との診断及びその境界診断は容易であったが、前壁側は構造の不整が乏しく診断困難であった。ESD検体との対比では高分化型腺癌と周囲の化生上皮において血管密度の差により境界診断が可能と考えられた。

の領域性を有する淡い brownish area として認識された (Figure 1c)。

病変後壁肛門側の NBI 併用拡大観察では周囲粘膜が均一弧状の構造と辺縁の light blue crest、窩間部の開放ループ状微小血管が比較的均一に分布していたのに対して、病変部はいびつな大型弧状の構造は不揃いで、窩間部の血管も多重化し不均一であり両者の境界は明瞭であった (Figure

1d)。病変前壁肛門側の周囲粘膜と病変内部も前述と同様の所見であったが、病変境界部は構造、血管構築とも不整さがごく軽度で境界不明瞭であった (Figure 1e)。生検で Group 5 tub1の所見が得られ ESD を施行した。病理所見は高分化型管状腺癌、32×18mm、壁深達度 Mであった (Figure 1f)。病変後壁側の周囲粘膜は不完全型腸上皮化生を呈し、病変部は粘膜表層か

ら中層に高分化型腺癌が存在した。窩間部の幅が大きく不均一で、血管密度も高く、拡大観察でもその境界が明瞭であることを裏付ける所見であった (Figure 1d, g)。前壁側の病変部は、粘膜のほぼ全層を高分化型腺癌が置換していたが窩間部の幅は周囲粘膜との差に乏しく、血管密度がやや高いことから色調や血管構築の差をもって境界診断が可能と考えられた (Figure 1e, h)。さらには病変部においても最表層に非腫瘍腺窩上皮がモザイク状に分布していた (Figure 1i)。

本症例のように HP 除菌後胃癌の少なくとも一部に存在診断と範囲診断が困難な分化型粘膜癌が存在し、胃炎様粘膜模様などの用語で諸家から報告されている<sup>4)~7)</sup>。胃癌が HP 除菌前に存在したものが顕在化したのか、除菌後に新たに発生したものかについては明確な結論はえられないが、本症例のように萎縮と化生を呈する粘膜からは除菌から15年を経過しても癌が発見される。「除菌後に発見される胃癌」は現在のスクリーニング内視鏡検査において最も重要と考えられる。

### HP 未感染胃癌の定義

HP感染状況を過不足なく判定できるバイオマーカーは存在せず、感染診断、内視鏡診断、組織学的診断の総てにおいて未感染の要件を満たす必要がある。本稿では拙報告<sup>8)</sup>をもとに、(1)胃角小彎のRAC (regular arrangement of collecting venules<sup>11)</sup>) など、HP 未感染胃の内視鏡的特徴を認める、(2)HP 除菌歴がない、(3)感染診断として血清 HP IgG 抗体陰性 (EIA 法が望ましい) かつ尿素呼吸試験、便中抗原検査、

迅速ウレアーゼ試験、生検による培養法、検鏡法のうち1つ以上の総てが陰性、(4)組織学的萎縮が乏しい、(5)食道胃接合部癌においては明らかな Barrett 腺癌は除外する、のすべてを満たすものと定義した。

### HP 未感染胃癌自験例の検討

拙既報告<sup>9)10)</sup>から期間を延長し2007年4月から2017年12月の期間に経験した、HP 未感染胃癌の臨床病理学的特徴を検討した。今回は HP の関連しない胃癌の原因となり得るA型胃炎、EBウイルス関連胃癌、遺伝性腫瘍症候群と診断された症例の胃病変は対象外とした。一部の分化型腺癌に対する胃型および腸型形質の検索にあたっては、胃型形質を MUC5AC (腺窩上皮)、MUC6 (頸部粘液細胞、主細胞、壁細胞の一部など)、Pepsinogen I (主細胞) の免疫染色化学染色により検討した。

### 部位と背景粘膜からみた HP 未感染胃癌

対象となった患者は50例、男女比36:14、平均年齢55.1歳であった (Table 1)。各病変の局在をシェーマにプロットし、部位及び組織型で色分けすると、自施設で経験した HP 未感染胃癌は大きく3領域の3病型、(1)噴門部癌または食道胃接合部腺癌、(2)胃底腺領域に存在する胃型形質の低異型度腺癌、(3)胃底腺と幽門腺境界領域に存在する印環細胞癌、に分類された (拙既報文献10を引用、Figure 2)。

#### (1) 食道胃接合部腺癌・胃噴門部癌

胃噴門部癌と Barrett 粘膜が病理学的に証明出来ない食道胃接合部腺癌を併せた10例は、平均年齢57.4歳、男女比

(Table 1) HP 未感染胃癌自験例の内訳

平均年齢(歳), (分布)	55.1 (21-84)
男性	34
女性	16
<b>部位, n (%)</b>	
噴門部または食道胃接合部	10
U領域	12
M領域	6
L領域	21
<b>肉眼型, n</b>	
0- I または 0- II a	19
0- II b	22
0- II c または 0- III	0
進行癌	9
<b>壁深達度, n</b>	
M(MMを含む)	36
SM	5
MP以深	9
<b>主要な組織型 (WHO classification), n</b>	
分化型腺癌 (tub1, tub2, pap)	24
印環細胞癌 (sig)	24
その他 (por1, muc)	2

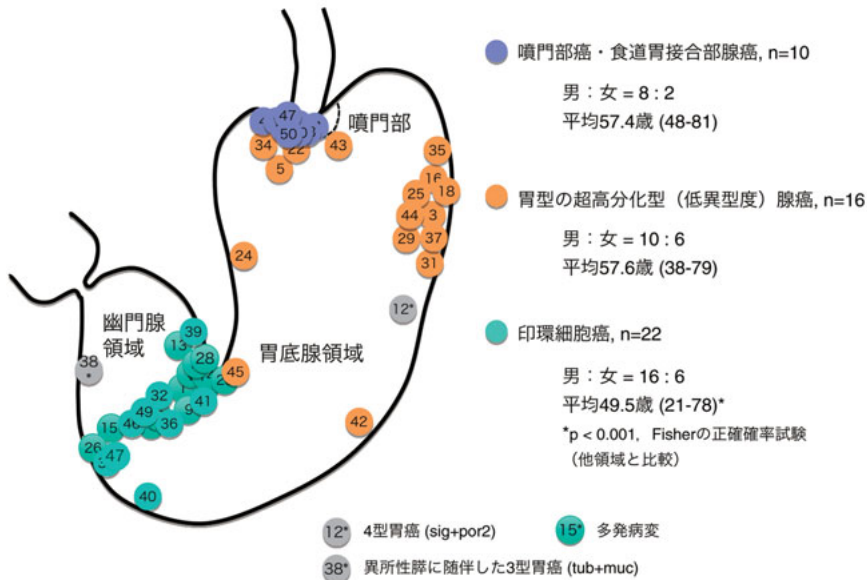
8：2であった。女性は80歳以上の高齢者、男性は体格の良い壮年者が大部分で、胸焼け症状をリスク因子とする報告<sup>11)</sup>のとおり、腹圧の上昇による酸逆流との関連が示唆される。

(2) 胃底腺領域の胃型形質を有する低異型度腺癌

16例は男女比10：6、平均年齢57.6歳で、全例が胃底腺領域、とくに体上部から体中部に局在した早期癌であった。

症例 2 70歳代男性 (Figure 3)

胃体上部小彎前壁に15mm大、周囲の粘膜と連続してやや急峻に立ち上がる扁平隆起性病変を認めた (Figure 3a)。NBI 併用拡大観察でも表層は不整のない伸展された腺窩上皮と溝状、長楕円形の開口部がみられたが、一部の進展した窩間部に密な微小



(Figure 2) HP 未感染胃癌自験例の分布と組織型

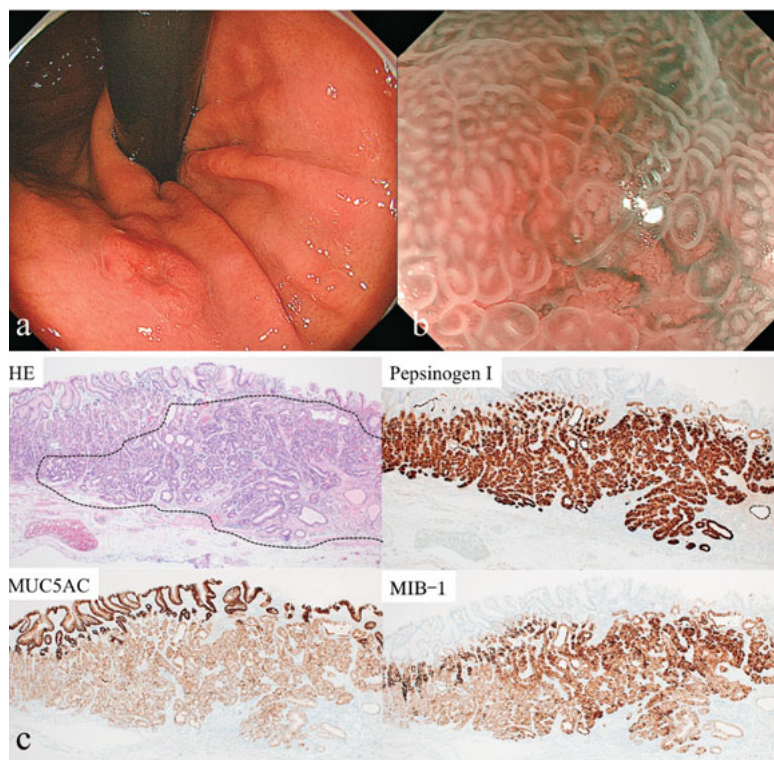
血管と拡張した集合細静脈様の血管を認めた (Figure 3b)。ESD 検体の病理組織学所見では最表層を非腫瘍腺窩上皮に被蓋され、上皮下に主細胞に類似した異型の弱い細胞から成る腫瘍の膨張性増殖がみられ、粘膜筋板まで浸潤していた。免疫組織学的染色では腫瘍は MUC6 および Pepsinogen I が陽性で (Figure 3c)、腸型のマーカーは陰性であった。以上より胃底腺型胃癌と診断した。

### 症例 3 50歳代男性 (Figure 4)

胃角上部小彎やや前壁に15mm大の退色調

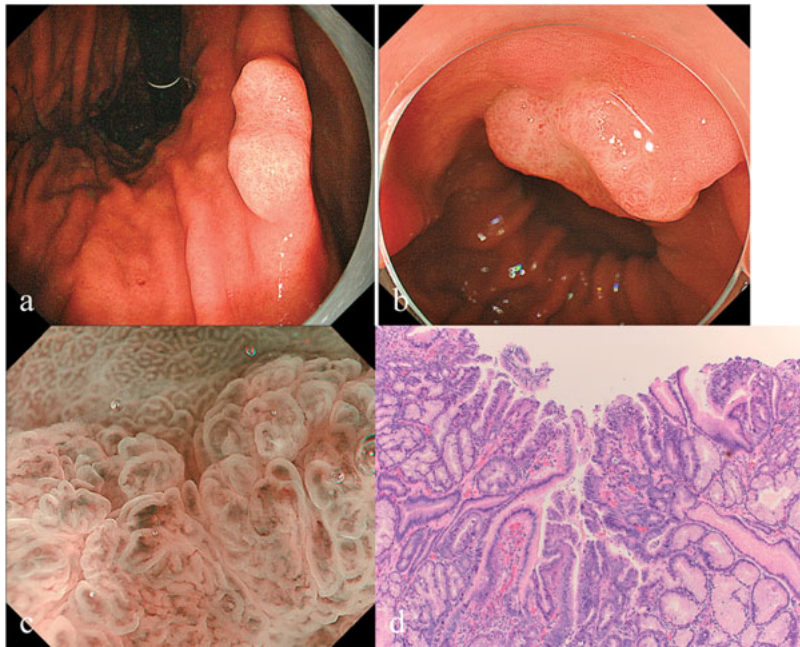
で立ち上がり急峻、やや丈の高い隆起性病変を認めた (Figure 4a, b)。NBI 併用拡大観察ではいびつで不揃いな畝状から弧状の微小構造がみられ、窩間部は比較的厚い腺窩上皮のためやや不明瞭ながら不整で形状不均一な微小血管が観察された (Figure 4c)。ESD 検体の病理組織学所見では、腺窩上皮、主細胞、偽幽門腺に類似し (Figure 4d) 免疫染色化学染色ではそれぞれ MUC5AC、MUC6 および Pepsinogen I、MUC6 が陽性の低異型度管状腺癌が混在した粘膜癌の所見であった。

近年、主細胞や壁細胞に類似した形態へ



(Figure 3) 胃底腺型胃癌

体上部小彎前壁に15mm大の立ち上がりやや急峻で表面平滑な粘膜下腫瘍様隆起を認めた。NBI 併用拡大観察では伸展した窩間部に上皮下血管網と集合細静脈様血管がみられた。ESD 検体の病理所見では非腫瘍上皮下の粘膜固有層から筋板にかけて主細胞に類似した低異型度腺癌が充実性に発育し、胃底腺型胃癌と診断した。



(Figure 4) 胃型低異型度腺癌

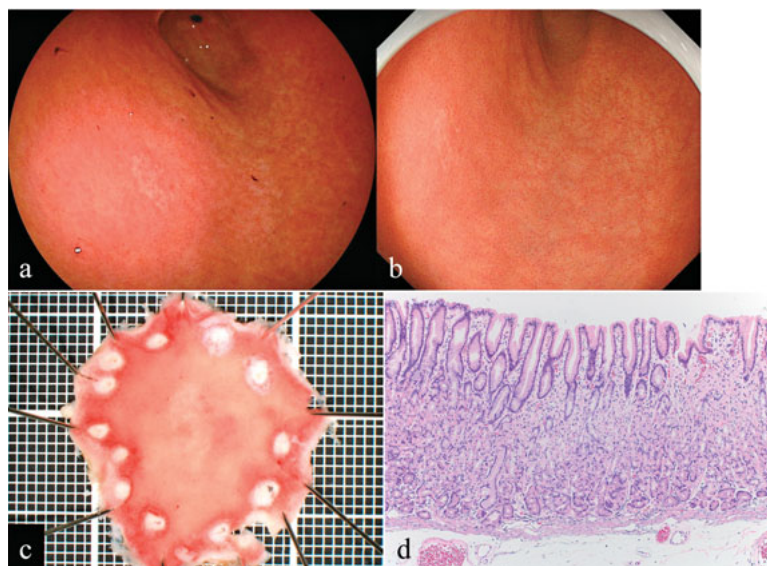
胃角上部小彎に20mm 弱の立ち上がり急峻で丈がやや高く、表面褪色调微細乳頭状の隆起性病変を認めた。NBI併用拡大観察では大型不揃いな乳頭状構造を認めた。ESD 検体の病理所見では腺窩上皮、胃底腺、偽幽門腺に類似した低異型度腫瘍が混在し、低異型度胃型粘膜癌と診断した。

の分化を示し、免疫組織学的には MUC6 (頸部粘液細胞、壁細胞の一部で陽性となる) や Pepsinogen I (同 主細胞)、H<sup>+</sup>/K<sup>+</sup> -ATPase (同 壁細胞) が陽性となる胃底腺型胃癌が、HP 未感染胃癌の特徴の一つとして報告されている<sup>12)13)</sup>。胃底腺型胃癌の内視鏡所見は、(1)粘膜下腫瘍様の隆起ないし厚みを有する平坦粘膜、(2)褪色调ないし白色調の表面、(3)表層の拡張した樹脂状血管、が典型像とされ<sup>14)</sup>、病理組織学的には表層は非腫瘍の腺窩上皮に被蓋され、粘膜固有層から深層に向かって充実性に発育し、比較的小型の腫瘍であっても粘膜下層浅層への浸潤が多い (集合細静脈のうっ血) ことを反映していると思われる (Figure 3)。

自施設の経験では、胃底腺型胃癌のみならず、胃底腺粘膜を構成する腺窩上皮ないし胃底腺、または頸部粘液細胞に由来すると考えられる偽幽門腺のいずれかの形態および免疫組織学的染色態度を模倣した腫瘍が、単独ないし種々の割合で混在する組織構築を呈した病変が HP 未感染胃の胃底腺領域にみられる胃型の低異型度腺癌の特徴と考えられた (Figure 4)。

胃型の低異型度腺癌は多くが隆起型で褪色调ないし発赤調の色調や粘膜下腫瘍様隆起を呈することから、通常の白色光観察でその存在に気づくことは比較的容易であるが、これまで述べた形態の特徴と照らし腫瘍性病変の可能性を念頭に置くことが重要と考える。低異型度という病理組織学的特





(Figure 5) 印環細胞癌

スクリーニングの経鼻内視鏡で前庭部前壁に15mm大の褪色平坦粘膜を認めた。精査時も同様の所見で、ESD検体の病理所見では粘膜固有層腺頸部に限局した印環細胞癌と診断した。

徴から、生検は非腫瘍との境界を狙撃し十分な組織量を採取することを心がけ、内視鏡診断と生検診断が乖離する際は病理医との十分な対話とエキスパートへのコンサルトがのぞましい。

### (3) 胃底腺と幽門腺の境界領域に存在する印環細胞癌

HP未感染胃にみられる未分化型胃癌として多数の印環細胞癌症例の研究がすでに報告されている<sup>15)~17)</sup>。自験例では22例認められ、20例が粘膜癌であった。男女比16:6、平均年齢49.5歳は前述の2領域と比較して有意に若年であった。

#### 症例 4 50歳代女性 (Figure 5)

経鼻内視鏡によるスクリーニング検査で胃角部前壁に10mm程度の褪色平坦粘膜を認めた (Figure 5a)。精査時の観察でも境

界明瞭な褪色粘膜として認識された (Figure 5b)。ESD 検体 (Figure 5c) の病理所見では、胃底腺と幽門腺の境界領域の粘膜腺頸部に限局して粘液豊富な印環細胞癌が密に存在した (Figure 5d)。

HP未感染胃の印環細胞癌は境界明瞭な0-II b型の褪色調平坦病変を呈し、白色光観察で萎縮のない背景粘膜との色調差が診断契機となる。インジゴカルミン散布観察は逆に病変が不明瞭となるため、HP未感染胃においては不要と考えている。自験例は胃角部を中心に胃体下部から前庭部の全周に集中して局在しており、これは胃底腺と幽門腺の境界領域に相当すると考えている (Figure 2)。存在診断自体は細径内視鏡でも十分に可能であり、死角となりやすい胃角部小彎を意識して前後壁とも空気伸展を十分に行い、丁寧な反転観察と正面視を心がける必要がある。病理組織学的に

は、粘膜固有層の腺頸部を中心に粘液豊富な印環細胞癌が密に存在する粘膜癌が典型的である (Figure 5d)。そのため投射した白色光が散乱することから褪色調白色調の外観を呈すると考えられる。大部分が粘膜癌であるが一部に浸潤癌も報告されている<sup>15)</sup>。

#### (4) その他

学会では幽門前庭部の大彎側を中心とした、発赤調星芒状陥凹を呈する分化型早期胃癌 (大部分が粘膜癌) の症例も報告されている<sup>18)</sup>が、自験例がないため詳細は不明である。

## 考 察

本検討では HP 未感染胃癌においても部位、背景粘膜ごとに好発する癌の形態と組織型に特徴がみられ、従来の萎縮境界と背景粘膜を念頭に置いた形態組織学的診断という胃癌診断学の定石を踏襲していると考えられた。萎縮のない胃粘膜に癌が発生することは、HP のもたらす慢性炎症と遺伝子変異の蓄積による発癌とは異なる機序によると思われるが、遺伝因子や環境因子の多くが未解明である。さらには酸逆流が関連する噴門部癌を除いて大部分が粘膜癌であり、その生物学的悪性度についても慎重な判断が求められる。HP 未感染胃癌の頻度は従来約 1 %との報告<sup>19)~21)</sup>があるとおりに、まれである。一方で感染率の低下を反映して、調査年代や母集団の変容によりその頻度の増加も報告されており<sup>22)</sup>、今後も検討が必要である。

## おわりに

執筆時点でポストピロリ時代のスクリーニング内視鏡における最も重要な病変は HP 除菌後胃癌 (除菌後に発見される胃癌) である。HP 未感染胃癌は疾患概念が発展途上であり、自然史も不明である。しかし部位ごとの特徴を踏まえることで経鼻内視鏡による白色光観察でも診断が可能と考えており、これから普及が進む内視鏡検診において発見機会が増えると予想している。本稿が将来の多数例の集約と解析、そして未来の京都医療人により病態の全容が解明される一助となればこれ以上なく幸甚である。

## 文 献

- 1) Kamada T, Haruma K, Ito M, et al.: Time Trends in *Helicobacter pylori* Infection and Atrophic Gastritis Over 40 Years in Japan. *Helicobacter*. 20;192-198, 2015
- 2) Uemura N, Okamoto S, Yamamoto S, et al: *Helicobacter pylori* infection and the development of gastric cancer. *N Engl J Med*. 345;784-789, 2001
- 3) Kazutoshi Fukase, Mototsugu Kato, Shogo Kikuchi, et al: Effect of eradication of *Helicobacter pylori* on incidence of metachronous gastric carcinoma after endoscopic resection of early gastric cancer: an open-label, randomised controlled trial. *Lancet*. 372;392-397, 2008
- 4) Kobayashi M, Hashimoto S, Nishikura K, et al: Magnifying narrow-band imaging of surface maturation in early

- differentiated- type gastric cancers after *Helicobacter pylori* eradication. J Gastroenterol 48:1332-1342, 2013
- 5) Saka A, Yagi K, Nimura S: Endoscopic and histological features of gastric cancers after successful *Helicobacter pylori* eradication therapy. Gastric Cancer 19:524-530, 2016
- 6) 八木一芳, 坂暁子, 野澤優次郎, 他: 除菌後発見胃癌の質的診断と範囲診断のコツ—特に NBI 拡大内視鏡について. Gastroenterol Endosc 57:1210-1218, 2015
- 7) 二村聡, 坂暁子, 八木一芳: 除菌後発見胃癌の病理組織学的特徴. 胃と腸. 51; 742-749, 2016
- 8) 吉村大輔, 吉村理江, 落合利彰: 背景胃粘膜を念頭においた *Helicobacter pylori* 未感染胃癌の形態的組織学的特徴. Gastroenterol Endosc, 57 (Suppl. 1), 2015, 577
- 9) Daisuke Yoshimura, Rie Yoshimura, Takahiro Mizutani, et al: Clinical and Pathological Characteristics of Gastric Cancer without *Helicobacter Pylori* Infection and its Background Gastric Mucosa. Gastroenterology 152:S260-261, 2017
- 10) 吉村大輔, 吉村理江, 加藤誠也, 他: *H. pylori* 未感染胃癌 現状と未来の課題. 胃と腸. 53; 658-670, 2018
- 11) Jesper L, Reinhold B, Anders L, et al: Symptomatic gastroesophageal reflux as a risk factor for esophageal adenocarcinoma. N Engl J Med. 340; 825-831, 1999
- 12) Tsukamoto T, Yokoi T, Maruta S, et al: Gastric adenocarcinoma with chief cell differentiation. Pathology Int. 57; 517-522, 2007
- 13) Ueyama H, Yao T, Nakashima Y, et al: Gastric adenocarcinoma of fundic gland type (chief cell predominant type): proposal for a new entity of gastric adenocarcinoma. Am J Surg Pathol. 34; 609-619, 2010
- 14) Ueyama H, Matsumoto K, Nagahara A, et al: Gastric adenocarcinoma of the fundic gland type (chief cell predominant type). Endoscopy. 46; 153-157, 2014
- 15) 藤崎順子, 山本智理子, 堀内祐介, 他: *Helicobacter pylori* 陰性未分化型早期胃癌の特徴. 胃と腸. 49; 854-861, 2014
- 16) 藤崎順子, 堀内裕介, 平澤俊明, 他: *H. pylori* 未感染未分化型胃癌の診断のこつ. 日本消化器病学会雑誌. 58; 1001-1009, 2016
- 17) 吉村大輔, 中島明彦, 加藤誠也: 未感染未分化型胃癌 (1). 田尻久夫 (監) 新しい診断基準・分類に基づいた NBI BLI LCI 内視鏡アトラス. 日本メディカルセンター, 160-161, 2016
- 18) 瀧田麻衣子, 大圃研, 松橋信行: ヘリコバクター・ピロリ陰性胃癌の発生率とその特徴について. Gastroenterol. Endosc. 59 (Supple 1); 880, 2017
- 19) Kato S, Matsukura N, Tsukada K, et al: *Helicobacter pylori* infection-negative gastric cancer in Japanese hospital patients: incidence and

- pathological characteristics. *Cancer Sci.* 98; 790-794, 2007
- 20) Matsuo T, Ito M, Takata S, et al: Low prevalence of *Helicobacter pylori*-negative gastric cancer among Japanese. *Helicobacter.* 16;415-419, 2011,
- 21) Ono S, Kato M, Suzuki M, et al: Frequency of *Helicobacter pylori*-negative gastric cancer and gastric mucosal atrophy in a Japanese endoscopic submucosal dissection series including histological, endoscopic and serological atrophy. *Digestion.* 86;59-65, 2012
- 22) 青木利佳, 安田貢, 山ノ井昭, 他: 検診施設における *Helicobacter pylori* 未感染胃癌の時代的変遷. *胃と腸.* 49;841-853, 2014

特別寄稿論文

## 胃癌手術：最近の治療法から高齢者への個別化を考える

国立病院機構 京都医療センター 外科

畑 啓昭、大谷 哲之、大倉 啓輔、岡田はるか  
後藤健太郎、宗景 史晃、吉岡 尚子、松末 亮  
成田 匡大、山口 高史、猪飼伊和夫

### 抄 録

近年、胃癌患者の罹患年齢が上昇してきている。高齢者は併存疾患をもっている割合が高いため、手術適応についてはリスク・ベネフィットを考慮して慎重に判断をすることが重要である。ここでは、最近の胃癌治療のトピックスを要約するとともに、余命、胃癌の自然経過、手術リスク、術後の中長期のリスクなどのデータから、高齢者に対して個別に治療方針を検討する重要性についてまとめた。

キーワード：胃癌、高齢者、ESD、低侵襲手術、ロボット手術

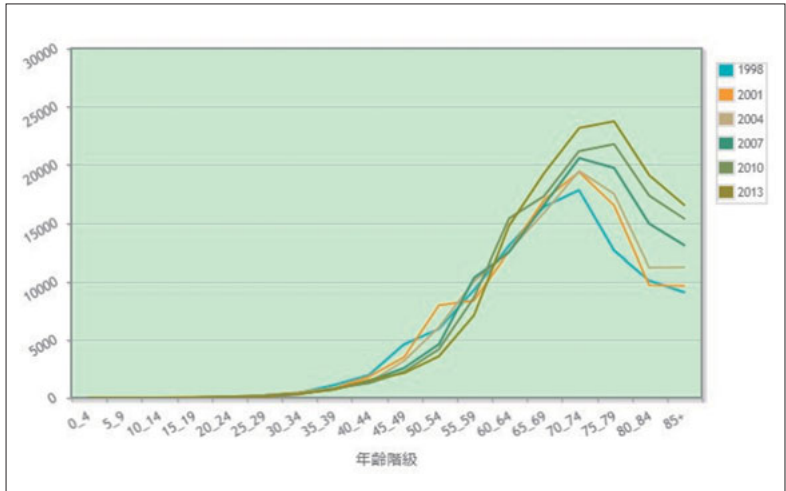
### はじめに

胃癌の治療については従来の開腹・腹腔鏡下手術や内視鏡治療、化学療法に加えて、本庶佑先生のノーベル賞受賞で話題となった免疫チェックポイント阻害薬が2017年から保険適用となっており、2018年4月からはロボット支援下手術が保険適用となるなど、新しい治療法が行われるようになってきている。一方、近年胃癌の治療目的で紹介される患者に高齢で合併疾患の多い方が増加しているように思われる。このような合併症併存高齢患者に新しい治療法を一律に適応してよいのかについては判断が難しい。我々外科医はわずかな確率であっても手術で根治性を追求するのは勿論であるが、同時に手術に伴う合併症・術後の Activity of Daily Living (ADL) の低下も考慮して手術適応を考えることが重要だと

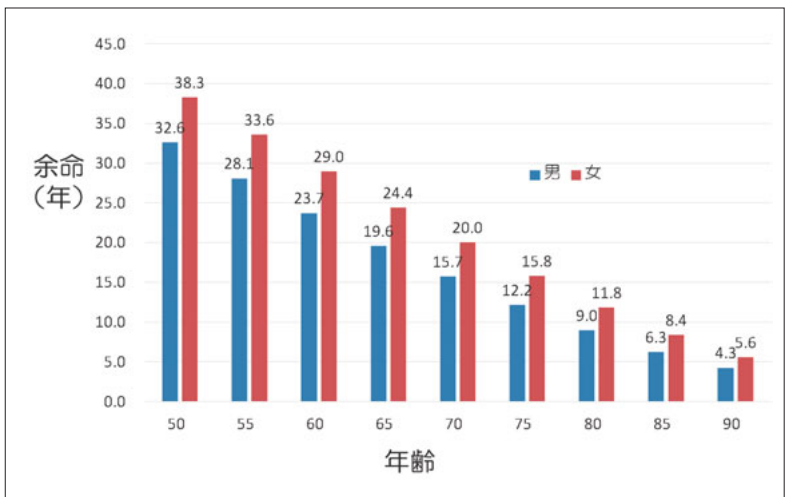
考える。ここでは、胃癌の自然経過や、胃癌手術のリスク・術後の影響などのデータをまとめ、高齢者に対する治療選択について考えたい。

### 高齢患者の胃癌治療について

・胃癌の年齢別罹患患者数の推移と平均余命  
胃癌の手術目的で紹介される患者が高齢化していることを日々実感している。国立がん研究センターがん対策情報センターのデータによると、胃癌罹患患者数は実際に高齢化してきており75～80才にピークが認められる（図1）。<sup>1)</sup> また、厚生労働省の平成29年簡易生命表の概況によると、男性の平均余命は80才で9年、85才で6.3年、90才で4.3年、女性では、80才で11.8年、85才で8.4年、90才で5.6年となっている（図2）。<sup>2)</sup> 年齢だけで治療方針を決定できるわけで



(図1) 胃癌の年齢階級別罹患者数



(図2) 年齢階級別の平均余命

はないが、各年齢での余命もある程度把握しておくことが必要である。

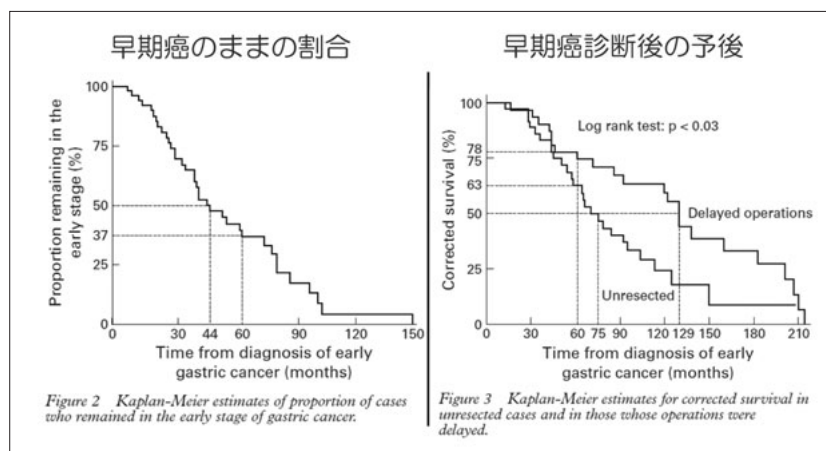
・胃癌の自然経過

出血・狭窄など症状を伴いやすい進行胃癌は高齢であっても標準治療である手術治療が行われると考えられ、自然経過に関するまとまった報告はない。一方、早期胃癌については無治療で診た場合の自然経過の

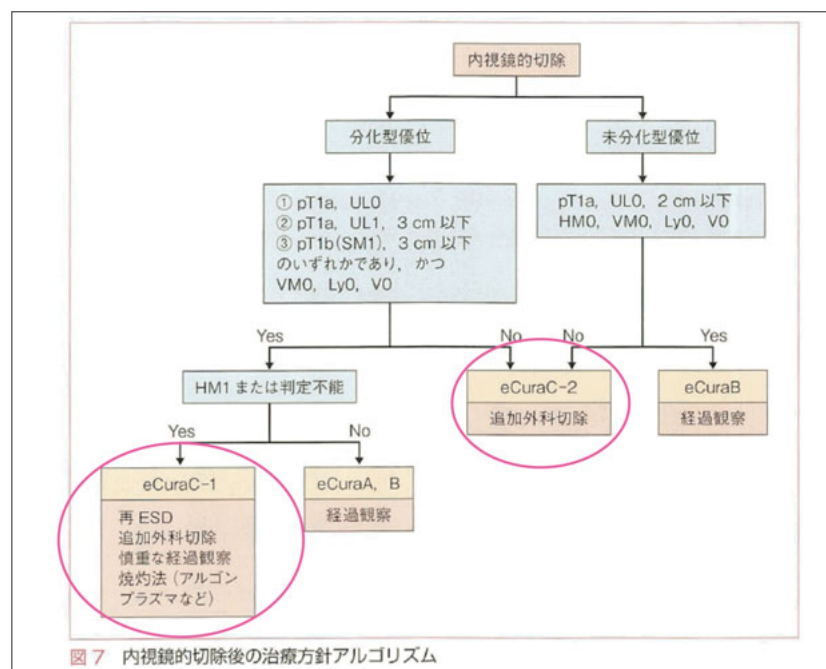
報告がある。<sup>3)</sup> これによると、早期胃癌と診断された後そのまま早期癌の状態を維持するのは、44カ月の時点で50%、5年経過時点では37%の割合であり、5年生存割合は63%であった(図3)。

・ESDで根治性が得られない場合の再発割合は？

早期胃癌については、内視鏡的粘膜下層



(図3) 早期胃癌の自然経過



(図4) ESD後の治療アルゴリズム

剥離術 (Endoscopic Submucosal Dissection: ESD) の適応が少しずつ広がってきており、外科的な胃切除ではなく胃を温存することが可能な本治療の有効性が検証されているのは喜ばしいことである。2018年に改訂された胃癌治療ガイドラインの第5版からは、新たにESDによる根治性につ

いてeCureと表記するようになってきている。<sup>4)</sup> ガイドラインにおいて追加の外科切除が推奨されているのは、深達度が少し深い・脈管侵襲が認められるなどの因子があってリンパ節転移の可能性が否定できない病変の場合で、eCureC-2と診断される(図4)。eCureC-2の場合の追加外科切除

## eCure C-2のリンパ節転移頻度

表3 ESD 後追加外科切除例からみたリンパ節転移頻度<sup>(3)</sup>

(腫瘍径 3 cm 超、深部断端陽性、静脈侵襲あり、SM2 以深の場合にそれぞれ 1 点、リンパ管侵襲ありの場合に 3 点を付与した合計点による)

Total points	Patients (n=1,101)	LNM* (n=94)	Rate of LNM (%)
0	62	1	1.6
1	341	9	2.6
2	185	9	4.9
3	148	11	7.4
4	132	11	8.3
5	141	28	19.9
6	77	21	27.3
7	15	4	26.7

\*LNM : lymph node metastasis

(図5) eCure C-2のリンパ節転移頻度

症例でリンパ節転移が認められた割合を示す(図5)。<sup>5)</sup> この表で示されるリンパ節転移の存在割合がESDで根治性が得られなかった場合のおよその再発割合と考えられる。したがって、追加で外科胃切除を行った場合に得られる治癒の上乗せ効果もおよそ1%~30%となる。

### ・胃切除術で死亡するリスクは？

リンパ節郭清を伴う胃切除術は日本で定型化され、多くの病院で一般的に行われてきた手術術式である。医師であっても外科医でなければ、胃切除術で死亡するリスクを実感することは少ないのではないだろうか。また、患者にも「まず心配のいらない手術だ」と説明をされるのではないかと思う。海外では手術症例のデータベースが以前より整備されていたが、日本でも近年、National Clinical Database (NCD) という全国の95%以上の手術症例が登録されているデータベースが運用されている。<sup>6)</sup> このデータベースによると、2011~2013年の2年間では胃切除症例が101,481例、胃全

摘術が57,997例登録されており、それぞれの術式ごとに術後のデータが公表されている(図6)。これによると、手術関連死亡割合(術後30日以内、または入院中(術後90日まで)の死亡)が胃切除術で1.1%、胃全摘術で2.3%であり、胃全摘術では50人に1人以上が術後に亡くなるということになる。また、このデータベースでは実際の症例データを術前に入力することで手術関連死亡の予測発生率を計算することができる。例えば、85才男性、ADLは部分介助、糖尿病に対してインスリンを使用している以外に特記すべき既往のない患者に対して胃全摘術を行った場合、手術関連死亡予測発生率は12.3%と算出される(図7)。このように高い発生率が予測される患者では、手術で死亡する可能性も十分に考慮に入れ治療方針を決定する必要がある。特に、上記のようにESDで根治性が得られなかったeCureC-2の場合を考えると、追加外科切除による治癒の上乗せ効果と手術リスクについて十分に比較検討をする必要があると考えられる。



2011～2013年の胃癌手術症例 全年齢		
	胃切除術	胃全摘術
症例数	101481	57997
手術関連死亡割合	1.1%	2.3%
再手術	2.4%	4.4%
縫合不全	2.1%	4.5%
在院日数	22.7日	27.5日

(図6) NCDデータの胃癌手術症例

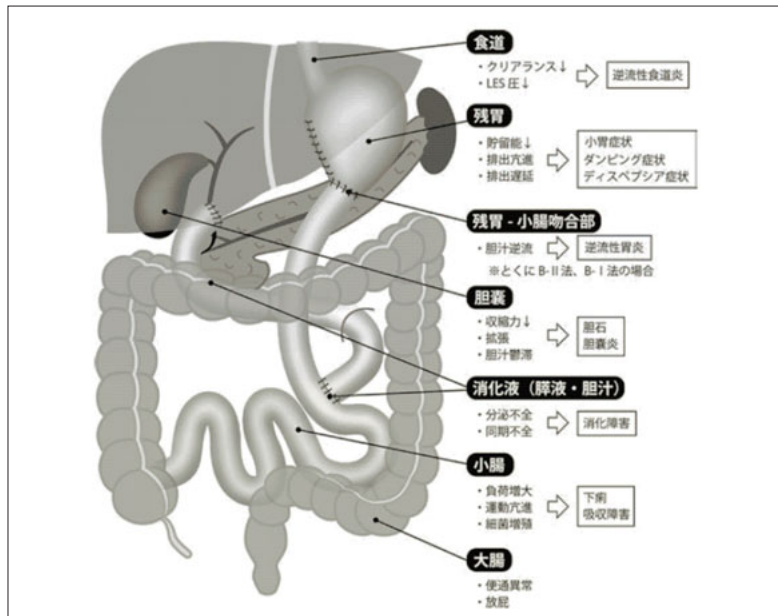
胃全摘術のリスクは？		
85才男性，ADLは部分介助 糖尿病に対しインシュリン使用，その他異常なし		
	リスク因子	選択または入力値
G1. 患者情報	手術時年齢	85 歳
	患者性別	男性
G4a. 手術情報 術前情報	緊急手術	いいえ
G4b. 手術情報 術前情報 (術前臨床所見)	腫瘍径	あり(インシュリン治療)
	併発病(術前30日以内)	症状なし
	日常生活動作(ADL) (術前)	部分介助(杖具・機器の使用を含むが、杖など日常的に使用するものは除く)
Procedure : 胃全摘術		
結果		
術後30日死亡予測発生率 : 8.8 %		
手術関連死亡予測発生率 : 12.3 %		

(図7) NCDデータによる手術リスク評価

#### ・胃切除後の中長期のリスクは？

消化管の手術の中で、小腸や結腸の切除では術後に手術による Quality of Life (QOL) の低下を感じることは少ない。一方、経口摂取量・消化吸収機能が低下する胃切除術および排便機能が変化する直腸の手術では、患者の QOL が大きく低下す

る。胃切除術では全身に影響を及ぼす栄養状態が低下するため、周術期のリスクだけではなく術後中長期にわたる影響も考慮する必要がある。近年、このような胃切除後障害についての研究グループが作られ、外科医の術後中長期のリスクに対する問題意識が高まっている(図8)。<sup>7)</sup> 実際に胃切除



(図8) 胃切除後障害

術を受けた患者に顕著に認められるのは体重減少である。Nakadaらは、胃全摘術を受けた患者では平均-13.8%、幽門側胃切除術の患者では平均-8.3%の体重減少が認められると報告している。<sup>8)</sup>

また、体重減少に伴いADLが低下することも高齢者の胃切除術後には考慮しておく必要がある。上記のNCDデータベースでは、周術期の死亡や縫合不全などの合併症についてのデータは得られたが、退院後の経過などの情報は算出できない。一方、米国外科学会 (American College of Surgeons: ACS) のデータからは、リハビリ施設やナーシングホームへの転院の割合を算出することができる。<sup>9)</sup> 医療制度が異なるため参考程度のデータとなるが、先の85才男性、ADLは部分介助、糖尿病に対してインスリンを使用している以外に特記すべき既往のない患者に対して胃全摘術を行った場合を見てみると、51.2%で自宅退

院ではなくリハビリ施設やナーシングホームへの転院となることがわかる (図9)。

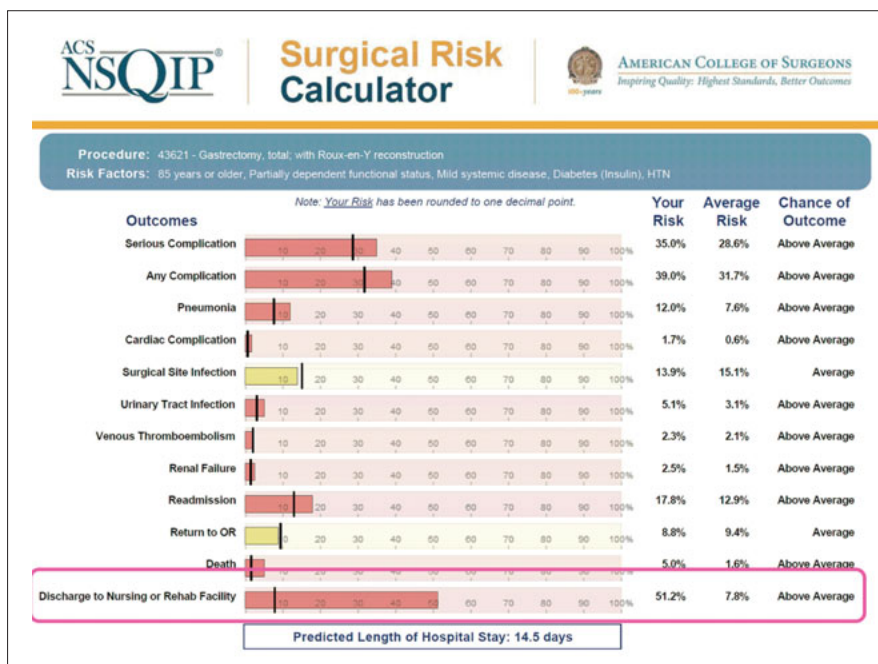
#### ・高齢者の胃癌治療法選択

ここまで、胃癌患者の罹患年齢、平均余命、胃癌の自然経過、ESD後の再発リスク、外科的胃切除術の短期～中長期のリスクをまとめた。高齢患者では、いずれかのリスクを回避するために次善の治療を選択することも必要になる場合がある。当院では高齢者に対しては個々の患者ごとに、患者家族が期待する生活内容、許容するリスク、回避したいリスクなどを十分に相談した上で治療方針を決定しており、個別化治療が重要であると考えている。

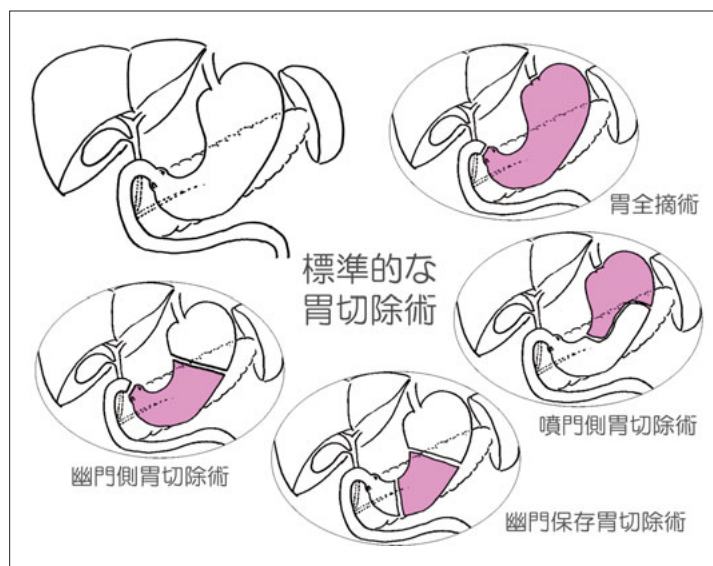
#### 最近の胃癌治療のトピックス

##### ・機能温存胃切除術

胃癌治療に対する胃切除術は、リンパ節郭清をとまなう幽門側胃切除術・胃全摘術が標準術式であるが、早期癌に対しては、



(図9) 米国外科学会の手術リスク評価



(図10) 標準的な胃切除術

残胃の機能を温存する幽門保存胃切術や噴門側胃切除術も試みられている(図10)。幽門保存胃切除術では幽門機能が温存され

るため、胃貯留能が改善したり、ダンピング症状が減少したりする効果がある。体重減少については、幽門側胃切除(-9.8%)に



(図11) ロボット支援下手術の利点

比較して幽門保存胃切除(-6.1%)では約4%少なかったと報告されている。<sup>10)</sup> また、噴門側胃切除術においては体重減少が約-10%であり、Nakadaらが報告した胃全摘術における体重減少割合-13.8%よりも少ない。<sup>11)</sup> したがって、幽門保存胃切除術<幽門側胃切除術<噴門側胃切除術<胃全摘術の順に胃切除後障害が強くなると考えられる。

#### ・低侵襲手術

胃癌治療ガイドラインでは腹腔鏡下胃切除術は早期胃癌に対する治療選択肢の1つとされている。日本の多くの施設では進行胃癌についても腹腔鏡下胃切除術が施行されており傾向スコア分析による長期予後に差がなかったとの報告が出され<sup>12)</sup>、広く日常臨床に受け入れられている。今後は、現在進行中の無作為化比較試験の結果が待たれるところではある。また、ロボット支援下胃切除術については先進医療による臨床

試験が実施され、Clavien-Dindo 分類のGrade III以上の術後合併症の発症率(2.45%)が腹腔鏡下胃切除術(ヒストリカルデータの6.40%)に比較し有意に低く( $p=0.0018$ )、安全性に優れていたことが公表された。保険適用となったことも合わせて、今後広がっていくことが予想される(図11)。当院でも、2015年から倫理委員会の承認を得て臨床試験として開始し、現在は保険診療としてロボット支援下胃切除術を行っている。ロボット支援下の胃切除手術では、1)術者の手振れがキャンセルされ、2)関節機能がある、ことに加え、3)常に同じ緊張で術野を維持できることが大きなアドバンテージと感じている。

#### ・姑息的胃切除術

多発肝転移や大動脈周囲のリンパ節転移、腹膜播種などの非治癒因子を伴った根治切除ができない胃癌患者に対しては、これまで2通りの治療法が行われてきた。1

つは胃癌からの出血予防・通過障害の回避・腫瘍量の減量の効果などを期待して原発巣の切除を行ってから化学療法を行う方法である。他方は systemic disease として早期に全身化学療法を開始すること、胃切除後障害による化学療法の忍容性低下を避けることなどの利点から、切除を行わずに化学療法を行う方法である。どちらの方法が良いかについては、当院も参加した日本・韓国を中心とした RCT の結果が2016年に報告され、非治癒因子を伴った胃癌患者の予後については胃切除の優越性は認められないことが示された。<sup>13)</sup> したがって、今後は非治癒因子を伴った胃癌患者に対しては、切除術は行わずに早期に化学療法を行っていく方針となるだろう。

#### ・術後補助化学療法

Stage II、IIIの胃癌については、術後に補助化学療法を行うことが推奨されている。これまでS-1による術後1年間の補助化学療法が標準とされてきたが、胃切除後で体力が低下し副作用も強いこと、大腸癌術後では半年間の補助化学療法が標準となっていることなどから、Stage IIの胃癌について半年間の補助化学療法でよいかを検証するための RCT が実施された。その結果は予想に反して、胃癌については半年間の補助化学療法では十分ではなく、1年間の補助化学療法が必要であることが示された。<sup>14)</sup> また、Stage IIIの胃癌については、近年S-1単剤の補助化学療法よりも2剤を用いたより強力な補助化学療法を行うのがよいとの結果がでてきており(JACCRO GC-07: START-2)、今後は2剤を用いた補助化学療法が標準になると思われる。

#### ・HER2陽性胃癌の術前化学療法

乳癌では15-25%でHER2蛋白の過剰発現が認められ、ヒト化モノクローナル抗体であるトラスツズマブ(ハーセプチン<sup>®</sup>)を術前あるいは術後に使用することの有効性が示されている。胃癌においても約10%でHER2蛋白の過剰発現がみられ、HER2陽性の切除不能進行・再発胃癌に対してはトラスツズマブの併用が標準治療となっている。一方、術前化学療法については、トラスツズマブの保険適用がないため、現在先進医療としてRCTが行われている。当院も参加しており、現在症例集積中である。

#### おわりに

わずかな確率であっても外科手術で根治を追求するのが外科医の使命であるが、同時に手術に伴う合併症・術後のADLの低下も考慮して手術適応を考えることが重要である。特に高齢者に対しては合併症・術後のADLの低下を回避することは極めて重要である。ここでまとめた胃癌の自然経過や胃癌手術のリスク・術後の影響のデータなどが、高齢者に対する胃癌治療の選択に少しでも参考になれば幸いである。

筆頭著者に開示すべき利益相反(COI)はありません。

#### 謝 辞

本論文は、平成30年4月7日に京都消化器医会で講演させて頂いた内容に加筆・修正を行ったものです。このような講演の機会を賜り、京都消化器医会の先生方に厚く御礼申し上げます。

## 文 献

- 1) 国立がん研究センターがん情報サービス「がん登録・統計」. Available at: [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/dl/index.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/dl/index.html). Accessed Mar.29, 2019.
- 2) 厚生労働省. 平成29年簡易生命表の概況. Available at:<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/life/life17/index.html>. Accessed Mar.29, 2019.
- 3) Tsukuma H, Oshima A, Narahara H, et al: Natural history of early gastric cancer: a non-concurrent, long term, follow up study. *Gut* 47:618-21, 2000
- 4) 日本胃癌学会: 胃癌治療ガイドライン: 医師用 (ed 第5版), 金原出版, 2018.
- 5) Hatta W, Gotoda T, Oyama T, et al: A Scoring System to Stratify Curability after Endoscopic Submucosal Dissection for Early Gastric Cancer: "eCura system". *Am J Gastroenterol* 112:874-881, 2017.
- 6) 一般社団法人 National Clinical Database. Available at:<http://www.ncd.or.jp/>. Accessed Mar.29, 2019.
- 7) 「胃癌術後評価を考える」ワーキンググループ/胃外科・術後障害研究会: 外来診療・栄養指導に役立つ胃切除後障害診療ハンドブック, 南江堂, 2015.
- 8) Nakada K, Takahashi M, Ikeda M, et al: Factors affecting the quality of life of patients after gastrectomy as assessed using the newly developed PGSAS-45 scale: A nationwide multi-institutional study. *World J Gastroenterol* 22:8978-8990, 2016.
- 9) American College of Surgeons, National Surgical Quality Improvement Program, Surgical Risk Calculator. Available at:<https://riskcalculator.facs.org/RiskCalculator/index.jsp>. Accessed Mar.29, 2019.
- 10) Sequeira BJ, Vital MJ, Pohlit AM, et al: Antibacterial and antifungal activity of extracts and exudates of the Amazonian medicinal tree *Himatanthus articulatus* (Vahl) Woodson (common name: sucuba). *Mem Inst Oswaldo Cruz* 104:659-61, 2009.
- 11) Okabe H, Obama K, Tanaka E, et al: Laparoscopic proximal gastrectomy with a hand-sewn esophago-gastric anastomosis using a knifeless endoscopic linear stapler. *Gastric Cancer* 16:268-74, 2013.
- 12) Kinoshita T, Uyama I, Terashima M, et al: Long-term Outcomes of Laparoscopic Versus Open Surgery for Clinical Stage II/III Gastric Cancer: A Multicenter Cohort Study in Japan (LOC-A Study). *Ann Surg*, 2018.
- 13) Fujitani K, Yang HK, Mizusawa J, et al: Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non-curable factor (REGATTA): a phase 3, randomised controlled trial. *Lancet Oncol* 17:309-18, 2016.
- 14) Yoshikawa T, Terashima M, Mizusawa J, et al: Four courses versus eight courses of adjuvant S-1 for patients with stage II gastric cancer (JCOG1104 [OPAS-1]): an open-label, phase 3, non-inferiority, randomised trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 4:208-216, 2019.

## 症例報告

穿孔直前に診断および切除をし得たⅡ型腸管症型  
T細胞リンパ腫の1例

洛和会音羽病院	消化器内科	児玉 紘幸、松野 潤、島本福太郎
		竹村 嘉人、蘆田 潔
同	外科	荒木 吉朗、栗根 雅章
同	血液内科	石橋 孝文
同	病理診断科	安井 寛
大阪医科大学	消化器内科	樋口 和秀

## 要旨

60歳代男性で約2ヵ月前からの腹部膨満感などを主訴に当院を受診。上部内視鏡検査でトライツ靱帯よりやや肛門側に全周性潰瘍と一部に有茎性ポリープを認めた。組織診では確定診断に至らなかったが、sIL-2Rの上昇を認めたことなどから悪性リンパ腫の診断で外科的切除を施行。病理組織検査では全層性に小型から中型の円形細胞のびまん性増殖を認め、免疫染色ではCD3、CD8、CD5が陽性、CD4、CD5、CD10、CD20、 $\beta$ F1が陰性であった。Ⅱ型腸管症型T細胞リンパ腫(EATL)と診断、術後CHOP療法を施行したがPDとなり、GDP療法及び自家末梢血幹細胞移植に移行し1年以上にわたり寛解維持。消化管悪性リンパ腫のうちT細胞性はまれであり、中でもEATLは非常に稀である。今回筆者は穿孔直前に診断および切除をし得たⅡ型EATLの1例を経験したので報告する。

キーワード:腸管症型T細胞リンパ腫、穿孔、EATL

## はじめに

消化管における悪性リンパ腫はB細胞性リンパ腫のものが多く、T細胞性リンパ腫はまれである。中でも腸管症型T細胞リンパ腫(enteropathy-associated T cell lymphoma:以下、EATL)は稀で、消化管穿孔を契機に発見される例も少ない。今回、筆者は、穿孔直前に診断および切除をし得たⅡ型EATLの1例を経験したので報告する。

## 症例

患者:60歳代、男性  
 主訴:腹部膨満感、軟便、食欲不振、下肢浮腫  
 現病歴:約2ヵ月前より上記症状を認め近医を受診。今回、精査加療目的で当院消化器内科を紹介受診となった。  
 既往歴:特記事項なし  
 現症:身長168cm、体重53kg、腹部は膨満を認め、左側腹部圧痛を認めたが腫瘍は触れなかった。

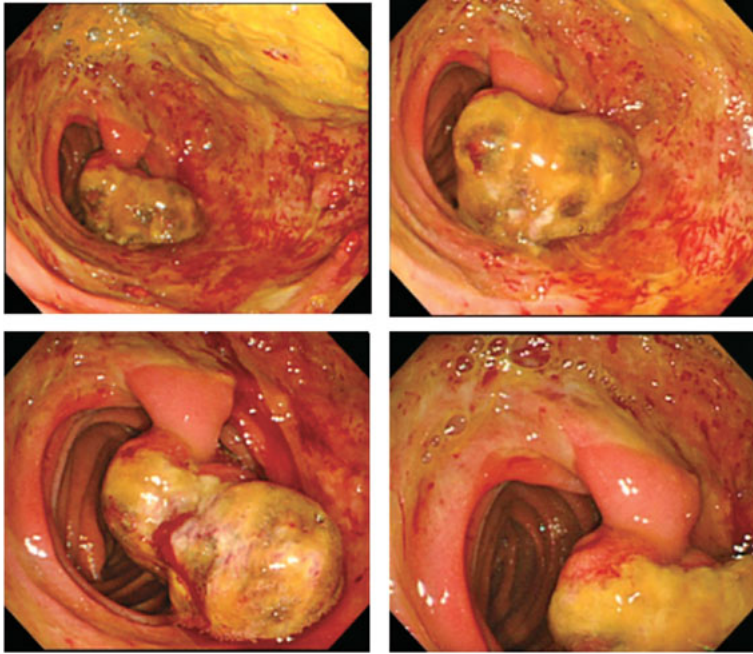


図1. トライツ靱帯より約10cm肛門側に全周性潰瘍、肛門側に有茎性ポリープを認めた。

家族歴：父 胃癌、姉 胃癌

血液検査所見：WBC 7900/ $\mu$ l (Neut77.9%、Ly13.9%、Mo7.2%)、Hb 10.3g/dl、Alb 2.9g/dl、CRP 2.08 mg/dl、sIL-2R 3250 U/ml。肝胆道系酵素の上昇や腎機能障害、電解質異常は認めなかった。またCEA、CA19-9は陰性であった。

上部消化管内視鏡検査：トライツ靱帯より約10cm肛門側に全周性潰瘍と潰瘍面の肛門側に15mm大の有茎性ポリープを認めた(図1)。潰瘍面より2ヵ所、ポリープ部分より1ヵ所、組織検査を施行したが悪性所見は認めなかった。

上部消化管造影検査：トライツ靱帯より約10cm肛門側から約10cmに渡り拡張腸管を認めた。病変部位の腸管壁は短軸及び長軸方向ともに狭窄、収縮は認めず柔らかい印象であった(図2)。

大腸内視鏡検査：特記事項なし

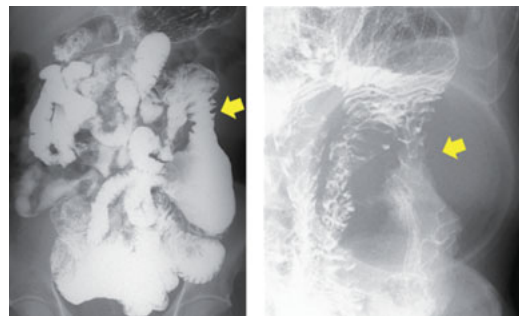


図2. トライツ靱帯より約10cm肛門側に拡張腸管を認めた。腸管壁は柔らかい印象であった。

腹部造影CT検査：左側腹部の小腸に不整な壁肥厚と内部に腫瘤を伴った拡張腸管を認めた。また遊離ガスは認めなかった。PET-CT検査：左側腹部の小腸に著明なFDGの集積を認めた。そのほかは集積を伴う部位は認めなかった(図3)。

以上より、組織診では確定診断に至らなかったが、sIL-2Rが上昇していることなどから、小腸悪性リンパ腫の診断で外科的



切除を施行する方針となった。

手術所見：腹部正中切開で開腹すると直下に発赤浮腫状の大網が癒着していた。小腸や結腸は浮腫状の変化を認め、易出血性であり不規則な癒着もみられた。明らかな播種結節や腹水は認めなかった。腫瘍付近は一塊となっており鈍的に剥離したところトライツ靭帯より約15cm肛門側に腫瘤状になった拡張腸管を認めた。拡張腸管壁は脆弱で剥離時に穿孔を認めた（図4）。腫瘍を含め約30cmの小腸部分切除を行った。腸間膜根部は肥厚しており、腫瘍の広範囲の

浸潤が疑われた。

切除標本：長径約6cmにわたり、著明な壁肥厚、ヒダや柔毛構造の消失、出血を認めた。また病変の一部に2×1.5cm大の有茎性ポリープを認めた（図5）。

病理組織検査：全層性に小型から中型の円形細胞のびまん性増殖を認めた（図6）。ポリープを被覆する上皮細胞に腫瘍性変化は認めなかった。免疫組織学的所見ではCD3、CD8、CD5が陽性、CD4、CD5、CD10、CD20、βF1が陰性であった（図7）。

経過：術後経過は良好で、第11病日で退

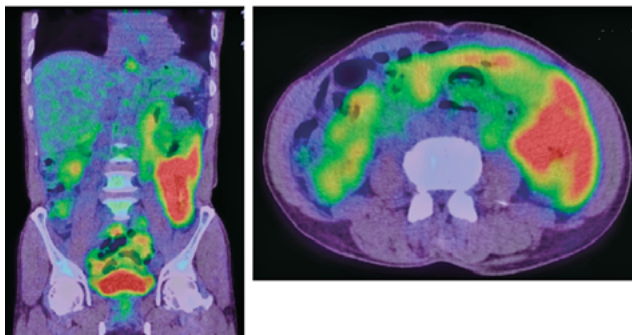


図3. 左側腹部の小腸に著明なFDGの集積を認めた。

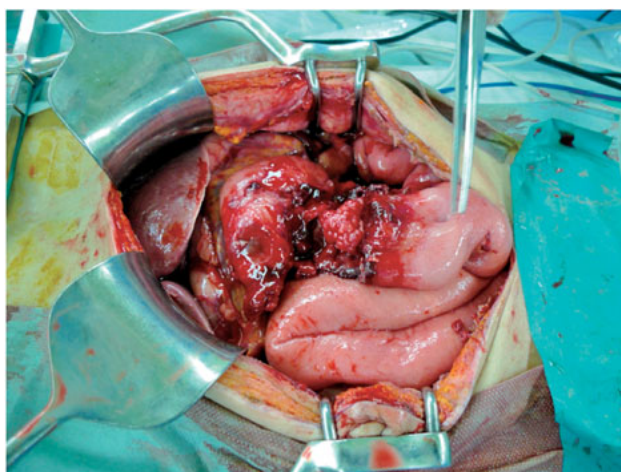


図4. 腫瘍付近は一塊となっており、腸管壁は拡張、脆弱で穿孔を認めた。



図5. 長径約6 cmにわたり、著明な壁肥厚、一部に有茎性ポリープを認めた。

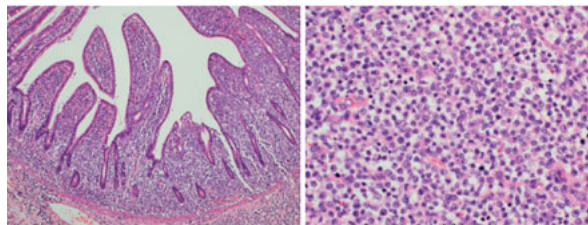


図6. 全層性に小型から中型の円形細胞のびまん性増殖を認めた。

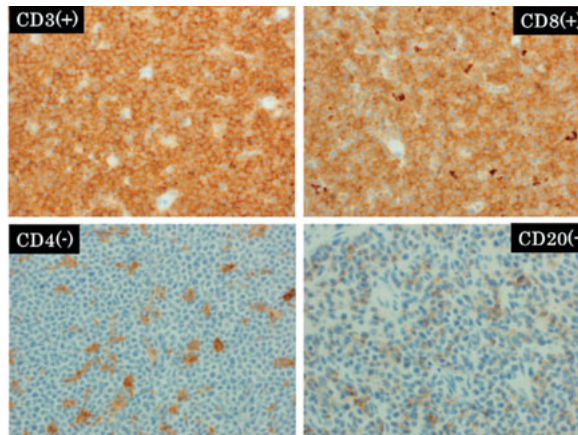


図7. CD3、CD8陽性、CD4、CD20陰性

院。術後約1ヵ月後よりCHOP療法(cyclophosphamide 750mg/m<sup>2</sup> day1, doxorubicin 50mg/m<sup>2</sup> day1, vincristine 1.4mg/m<sup>2</sup> day1)を開始した。2コース施行後にPET-CT検査を施行したところ骨盤内に複数のFDGの集積を認めた。効果判定はProgressive Disease (PD)と判断し、GDP療

法 (gemcitabine 1000mg/m<sup>2</sup> day1, day8, cisplatin 75 mg/m<sup>2</sup> day1)に変更した。1コース目を施行後に腸閉塞を併発し緊急入院となった。回腸末端に腫瘍性の狭窄を認め回腸切除術が施行された。その後GDP療法を再開し、計4コースを施行した。術後約9ヵ月後、自家末梢血幹細胞移植を施

行した。術後約1年後、PET-CT検査でComplete response (CR)を確認した。現在術後約1年10ヵ月経過しているが再発は認めていない。

## 考 察

消化管原発悪性リンパ腫のほとんどがB細胞性リンパ腫であり、T細胞性リンパ腫はまれである。高田らは消化管悪性リンパ腫2504例を検討し、T細胞性リンパ腫は90例(3.6%)であったと報告している。そのうちEATLの頻度は全消化管悪性リンパ腫の5%未満とかなり稀である<sup>1)</sup>。

消化管原発悪性リンパ腫の診断にDawson<sup>2)</sup>らの診断基準が用いられる。診断基準は、①消化管病変が主体で転移は所属リンパ節のみ、②表在リンパ節の腫大がない、③胸部単純X線検査所見で縦隔リンパ節腫大がない、④末梢血の血球検査で白血化がない、⑤肝臓・脾臓に腫瘍を認めない、である。本症例はこれら5項目を全て満たしている。また消化管悪性リンパ腫の病期分類にはLugano国際会議で作成された臨床分類が用いられるが、本症例は、IV期であった<sup>3)</sup>。

EATLの平均発症年齢は60歳であり、男女比はほぼ同等である。上部空腸に最も多く発生するが、回腸・十二指腸・胃・大腸にも生じる<sup>4)</sup>。

また2008年のWHO分類においてEATLはI型とII型に分類されている<sup>5)</sup>。臨床的にはI型は吸収不良、体重減少などセリアック病に関連した症状で、II型は消化管穿孔や腸閉塞を来するのが特徴である<sup>4)</sup>(図8)。

類 度	病 理	免疫染色	合 併
I型 (欧米に多い)	大型で 多形性	CD8、CD56 陰性	セリアック病 (グルテン不耐)
II型 (アジアに多い)	中型で 単形性	CD8、CD56 陽性	約40%は穿孔や 閉塞で発症

図8 EATLの分類

自験例はセリアック病の既往がなく、消化管全層にわたる小型から中型の一樣なT細胞浸潤を認め、CD8、CD56が陽性であったことからII型EATLと判断した。

EATLは予後不良な疾患であり、1年および5年生存率はそれぞれ38.7%、19.7%である<sup>6)</sup>。

切除術後のEATLの治療方針は未だ確立されていないが、CHOP療法が選択されることが多い。

本症例ではCHOP療法を施行したがPDとなり、GDP療法及び自家末梢血幹細胞移植が施行され1年以上にわたり寛解維持ができています。ただ、これまでの報告では予後不良であることを考えると慎重な経過観察が必要である。

## 結 語

今回、筆者は穿孔直前に診断および切除し得たII型EATLの一例を経験した。

## 参 考 文 献

- 1) 高田尚良, 吉野 正, 他: 上部消化管のリンパ増殖性疾患. 病理と臨 29;968-977:2011.
- 2) Dawson IMP, Cornes JS, Morson, BC: Primary malignant lymphoid tumors of the intestinal tract. Report of 37 cases with a study of factor influencec of prognosis. Br J Surg 49;80-89:1961.
- 3) Rohatiner A, d'Amore F, Coiffier B, et al: Report on a workshop convened to discuss the pathological and staging classifications of gastrointestinal tract lymphoma. Ann Oncol 5(5);397-400:1994.

- 4) van de Water JM, Cillessen SA, Visser OJ, et al: Enteropathy associated T-cell lymphoma and its precursor lesions. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 24;43-56:2010.
- 5) Isaacson PG, Chott A, Ott G, et al: Enteropathy-associated T-cell lymphoma. In: Swerdlow SH, Campo E, Harris NL, et al. editors. WHO classification of tumours of haematopoietic and lymphoid tissues, 4th ed. Lyon; IARC, 289-91:2008.
- 6) Gale J, Simmonds PD, Mead GM, et al: Enteropathy type intestinal T-cell lymphoma: clinical features and treatment of 31 patients in a single center. *J Clin Oncol* 18;795-803:2000.

## 症例報告

## メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患と 考えられた胃MALTリンパ腫の一例

西陣病院消化器内科 葛西 恭一、鈴木 俊生、白井 智彦  
 稲垣 恭和、曾我 幸一、中村 秀樹  
 坂本 京子、柳田 國雄、伊谷 賢次  
 粉川内科医院 粉川 隆文

## 抄録

59歳、女性。慢性関節リウマチ（RA）にてメトトレキサート（MTX）服用中。上部消化管内視鏡検査にて噴門部に隆起性病変を認め、胃 MALT リンパ腫が疑われ精査目的で当科紹介。組織学的所見では著明なリンパ球浸潤を伴う lymphoepithelial lesion を認めた。API2-MALT1 キメラ遺伝子は認めず *H.pylori* は未感染であった。MTX 関連リンパ増殖性疾患（MTX-LPD）と診断し MTX 中止したところ、7ヶ月後の内視鏡検査では腫瘍は縮小し組織学的に MALT リンパ腫を認めなかった。MTX 投与中の RA 患者を診療する際には MTX-LPD 発症の可能性を常に念頭に置く必要があると考えられた。

キーワード：MTX-LPD、胃 MALT リンパ腫

## はじめに

メトトレキサート（methotrexate:MTX）は慢性関節リウマチ（rheumatoid arthritis: RA）治療における第一選択薬として広く用いられているが、副作用として悪性リンパ腫や他のリンパ球異常症が出現することが知られており MTX 関連リンパ増殖性疾患（MTX-associated lymphoproliferative disorder:MTX-LPD）と呼ばれることが多い<sup>1)</sup>。MTX-LPD は節外病変が多いとされるが、胃病変の報告はまれである。また、組織学的にはびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（diffuse large B cell lymphoma: DLBCL）が最も多いとされ、MALT リンパ腫はまれである。今回、MTX-LPD と

考えられた胃 MALT リンパ腫の一例を経験したので報告する。

## 症例

患者：50歳代、女性

主訴：なし

既往歴：10歳、腸閉塞

家族歴：特記事項なし

現病歴：RA にて近医通院加療中で定期的上部消化管内視鏡検査を受けていた。2016年9月施行の上部消化管内視鏡検査にて噴門部前壁に隆起性病変を認め生検で Group1であった。2017年2月に上部消化管内視鏡検査再検、同病変は増大傾向であったため再度生検したところ MALT リン

ンパ腫の疑いであった。このため精査目的で2017年3月当科紹介入院となる。

内服薬：近医よりタクロリムス1mg/日  
メトトレキサート12mg/週。

入院時現症：身長 159.4cm、体重 63.6kg、  
血圧 132/104mmHg、脈拍 78/分、整。胸部、  
腹部に理学的異常所見認めず。

入院時検査（表1）：可溶性IL-2レセプターは500U/mlで正常範囲内であった。  
その他に特記すべき所見を認めなかった。

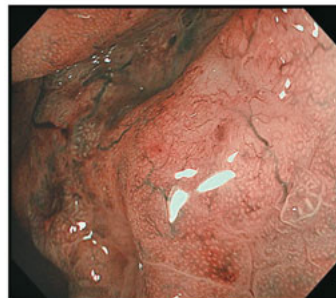
当院初回内視鏡所見（図1）：白色光観察では噴門部前壁に皺襞の腫大を伴う隆起性病変を認めた。境界は不明瞭、立ち上がりはなだらか、表面粘膜は周囲粘膜と同様で粘膜下に主座を持つ病変と考えられた。NBI拡大観察では周囲粘膜と同様の萎縮の無い正常胃底腺粘膜の部分が大半であったが、一部に粘膜模様の消失と樹枝状の血管像（tree like appearance:TLA）を認めた。背景胃粘膜には萎縮を認めず（木村・

（表1） 入院時検査

WBC	6000 / $\mu$ L	BUN	14 mg/dL
RBC	333 $\times 10^4$ / $\mu$ L	UA	4.7 mg/dL
Hb	13 g/dL	Cr	0.64 mg/dL
Ht	39.1 %	Na	142 mEq/L
Plt	20.2 $\times 10^4$ / $\mu$ L	K	4.4 mEq/L
		Ca	8.9 mg/dL
TP	6.6 g/dL	Cl	109 mEq/L
AST	21 U/L	P	3.3 mg/dL
ALT	10 U/L	HDL-Chol	64 mg/dL
T-Bil	0.7 mg/dL	LDL-Chol	88 mg/dL
ALP	219 U/L	TG	130 mg/dL
Alb	4.1 g/dL	BS	112 mg/dL
LDH	245 U/L	HbA1c	5.3 %
LAP	56 U/L	CRP	0.06 mg/dL
$\gamma$ -GTP	70 U/L	HCV-Ab	(-)
CPK	80 U/L	HBs-Ag	(-)
Ch-E	283 U/L	sIL-2R	500 U/mL
AMY	143 U/L		

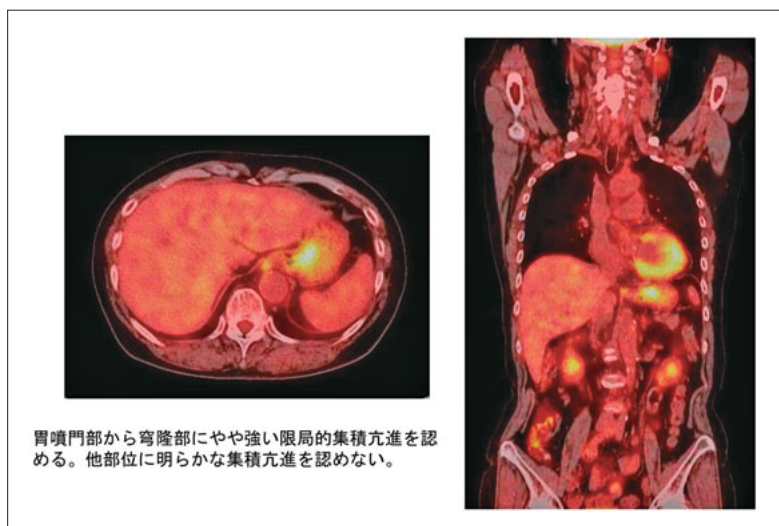


白色光観察：噴門部前壁に皺襞の腫大を伴う隆起性病変を認める。

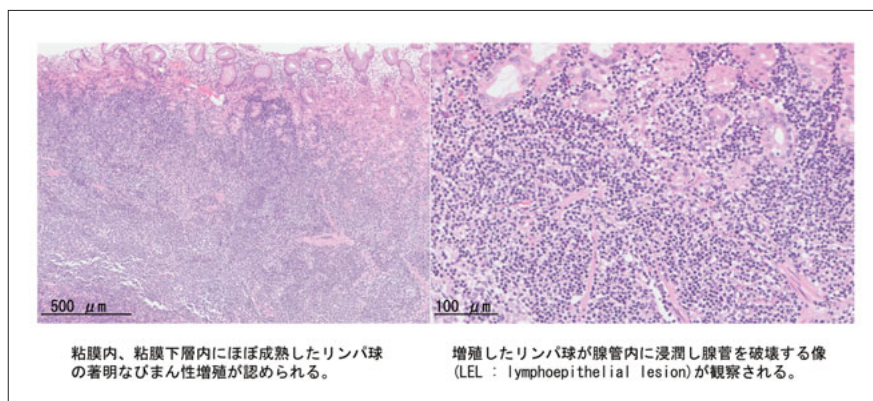


NBI拡大観察：一部に粘膜模様の消失と樹枝状の血管像（TLA：tree like appearance）を認める。

（図1） 当院初回内視鏡所見



(図2) PET-CT 所見



(図3) 病理所見

竹本分類 C-1) *H.pylori* 未感染胃粘膜の印象であった。

PET-CT 所見 (図2)：胃噴門部から穹隆部にやや強い限局的な集積亢進を認めた。他部位に明らかな集積の亢進を認めなかった。

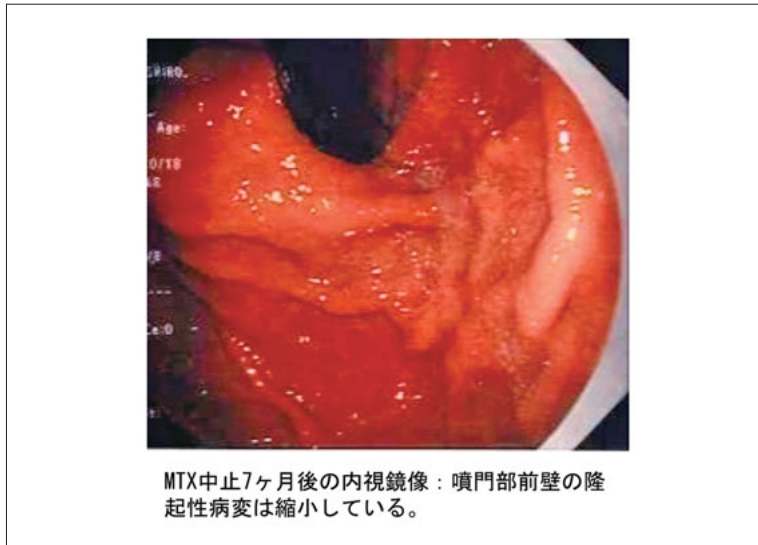
病理学的診断目的で病変の一部に対し EMR を施行した。

病理所見 (図3)：粘膜内、粘膜下層内にほぼ成熟したリンパ球の著明なびまん性増

殖および LEL (lymphoepithelial lesion) を認めた。

最終診断：以上の所見より胃 MALT リンパ腫 Stage I (Lugano 国際会議分類) と診断した。*API2-MALT1* キメラ遺伝子は認めなかった。胃粘膜の培養および組織顕鏡にて *H.pylori* は陰性で、内視鏡所見も併せて *H.pylori* 未感染胃粘膜と判断した。

臨床経過：RA に対し MTX 服用中であることから MTX-LPD の可能性を考慮し、



(図4) 内視鏡所見 (MTX 中止7ヶ月後)

MTX を中止して経過観察する治療方針とした。MTX 中止 2 ヶ月後の上部消化管内視鏡所見では腫瘍の縮小を認めたが生検組織には MALT リンパ腫を認めた。MTX 中止 7 ヶ月後の上部消化管内視鏡所見(図4)では腫瘍は更に縮小し、生検組織に MALT リンパ腫は認めなかった。

## 考 察

関節リウマチ(RA)患者は一般人口に比較してリンパ腫の合併が2～4倍とされ<sup>2)</sup>、治療により疾患活動性を低下させることがリスクの低下に繋がると考えられる。MTX は RA 治療における第一選択薬であり、RA の疾患活動性の低下をもたらす一方で LPD 発症の原因となることが知られるようになり MTX-LPD として認知されている。MTX-LPD は、2008年の WHO によるリンパ系腫瘍の組織分類第4版では「他の医原性免疫不全症関連増殖性疾患」の1つに分類されており<sup>3)</sup>、関節リウマチ

治療におけるガイドラインにおいては MTX の重篤な副作用の一つとしてあげられている。MTX-LPD は通常のリンパ腫に比べてリンパ節外病変が多く、半数は消化管・皮膚・肺・唾液腺・甲状腺・扁桃・鼻腔の病変を認める<sup>2)</sup>。組織型は DLBCL が35-60%と最も多く、次にホジキンリンパ腫が12-25%で MALT リンパ腫はまれである<sup>2)</sup>。

我々が Pubmed および医学中央雑誌で検索し得た範囲では、胃に発生した MTX-LPD の報告は5例<sup>4~8)</sup>認められ、組織型が MALT リンパ腫であった症例は5例中1例のみ<sup>4)</sup>であった。

MTX-LPD は組織学的に EB ウイルス陽性例が認められ、EB ウイルスの再活性化が発症に関与するとする報告が見られる<sup>9)</sup>。MTX-LPD の治療は MTX の休薬のみで寛解する症例が多く<sup>1,2)</sup>、EB ウイルス陽性例でより寛解率が高いとされる<sup>10)</sup>。休薬のみで寛解に至らない場合は組織型に応



じた化学療法を行う。

本症例ではRAに対するMTX投与中に胃MALTリンパ腫が発症したため*H.pylori*感染の有無、*API2-MALT1*キメラ遺伝子について検討したところ、*H.pylori*陰性、*API2-MALT1*キメラ遺伝子陰性であった。EBウイルスに関する検討は今回行っていない。*H.pylori*陰性の胃粘膜に発症したMALTリンパ腫であり、MTX投与中であることから、MTX-LPDの可能性を考慮しMTX中止による経過観察の方針とした。中止後7ヶ月後には内視鏡所見の改善と病理学的所見の改善を認めたことから、本症例はMTX-LPDとして発症した胃MALTリンパ腫であると考えられた。現在までLPDの再燃を認めていないが、寛解後に再燃する報告もあり引き続き厳重なフォローアップが必要である。

## 結 語

MTX-LPDと考えられた胃MALTリンパ腫の一例を経験した。

MTX投与中のRA患者を診療する際にはMTX-LPD発症の可能性を常に念頭に置く必要があると考えられた。

## 文 献

- 1) 得平道英、木崎昌弘：メトトレキサート関連悪性リンパ腫. 日本内科学会内会雑誌 103;1660-1668:2014.
- 2) 角卓郎：メトトレキサート(MTX)関連リンパ増殖性疾患. 日本耳鼻咽喉科学会会報 116;734-735:2013.
- 3) Gaulard P, Swerdlow SH, Harris NL, et al: Other iatrogenic immunodeficiency-associated lymphoproliferative disorders. WHO Classification of Tumours of Haematopoietic and Lymphoid Tissues, Swerdlow SH, Campo, E, Harris, NL, et al(eds). IARC Press;350-351:2008.
- 4) Ishigaki S, Masaoka T, Kameyama H, et al: Methotrexate-associated Lymphoproliferative Disorder of the Stomach Presumed to Be Mucosa-associated Lymphoid Tissue Lymphoma. Intern Med 57;3249-3254:2018.
- 5) Satoh K, Yoshida N, Imaizumi K, et al: Reversible methotrexate-associated lymphoproliferative disorder resembling advanced gastric cancer in a patient with rheumatoid arthritis. Am J Med Sci. 338;334-335:2009.
- 6) Ikeda K, Nakamura T, Kinoshita T, et al: Methotrexate-related lymphoproliferative disorder of the stomach in a patient with rheumatoid arthritis: a case of disease regression after methotrexate cessation. Clin J Gastroenterol. 9;17-21:2016.
- 7) 竹内千尋, 石川晶久, 遠藤壮登, 他: MTX 関連リンパ増殖性疾患に伴う胃潰瘍病変を経過観察した1例. Progress

- of Digestive Endoscopy 82;120-121: 2013.
- 8) 浅本泰正, 坂本直也, 平松咲子, 他: 胃原発メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例. 広島医学 65;553-557: 2012.
- 9) Hoshida Y, Xu JX, Nakamichi I, et al: Lymphoproliferative disorders in rheumatoid arthritis: clinicopathological analysis of 76 cases in relation to methotrexate medication. J Rheumatol 34;322-331:2006.
- 10) Niitsu N, Okamoto M, Nakamine H, et al: Clinicopathologic correlations of diffuse large B-cell lymphoma in rheumatoid arthritis patients treated with methotrexate. Cancer Sci 101;1309-1313:2010.

## 症例報告

## プロトンポンプ阻害薬長期服用中の*Helicobacter pylori*除菌9年後に発見された腺窩上皮型微小胃癌の一例

伊原内科医院（京田辺市） 伊原 隆史、伊原 憲子  
 京都第一赤十字病院 消化器内科 戸祭 直也、山田 真也、吉田 憲正  
 京都第一赤十字病院 病理診断科 浦田 洋二、柳澤 昭夫  
 滋賀医科大学 病理学講座 杉原 洋行

## 抄 録

症例は60歳台、男性。慢性胃炎、逆流性食道炎、機能性ディスペプシアの病状で、10年以上プロトンポンプ阻害薬を長期服用中であった。上部消化管内視鏡検査で、胃体下部前壁に微小発赤隆起病変を認め、生検検査の結果はgroup 4であった。後日、内視鏡的粘膜下層剥離術を行い、免疫染色を含めた病理組織検査の結果、MUC5AC陽性、MUC6陰性、MUC2陰性、CD10陰性であり、胃型の腺窩上皮型胃癌と診断した。本症例は、9年前に*Helicobacter pylori*の除菌治療を受けており、除菌後胃癌と考えられた。胃癌組織型、除菌後、プロトンポンプ阻害薬長期服用下での胃癌という点で、非常にまれな興味深い症例と考えられた。

キーワード：胃型胃癌、腺窩上皮型、MUC5AC、除菌後胃癌、プロトンポンプ阻害薬

## はじめに

胃癌の病理組織学的分類は、古典的には1965年にLaurenが示したintestinal typeとdiffuse typeの二分類<sup>1)</sup>、そして1968年のNakamuraらの示した分化型癌（腸型）と未分化型癌（胃型）の二分類<sup>2)</sup>が広く知られるところであり、両者の分類は概ね共通している。そしてこれらの分類では、分化型癌は腸上皮化生粘膜から、未分化型癌は胃固有粘膜から発生するとされてきた<sup>3)</sup>。しかし近年、ムチンコア蛋白を始めた細胞形質の同定解析が飛躍的に進歩し、例えば分化型癌とされる胃癌の中にも胃型が少なからず存在することが明らかになってきた<sup>4)</sup>。一方、1983年の

*Helicobacter pylori*菌（以下HP）の発見で、胃疾患の診療は大きく変わったが、胃癌においても、その大半がHP感染に関連することが明らかとなり、除菌治療は今や日常的に行われている。しかし近年、胃癌予防や撲滅に向けたHP診療展開の一方、HP未感染や除菌後であっても胃癌が発生している事例が注目されてきている。今回、長期的にプロトンポンプ阻害剤を服薬してきた患者で、経年的に内視鏡検査を行ってきた結果、HP除菌の9年後に微小胃癌を認め、胃型の腺窩上皮型胃癌と診断した症例を経験したので、過去の報告例の検討と共に報告する。

## 症 例

患 者：60歳代、男性。

主 訴：胸焼け、心窩部鈍重感。

既往歴：高血圧症、尿路結石症、前立腺肥大症。

嗜好歴：飲酒無し、喫煙無し。

現病歴：某年4月に前医より慢性胃炎、逆流性食道炎、機能性ディスペプシアの診断で紹介を受け、以後定期的に当院に通院している。前医には、その数年前に心窩部痛、食欲不振、胸焼けの症状を主訴に受診し、それらの症状が強固に持続するため、継続的にラベプラゾールナトリウム10mg、レバミピド100mg、モサプリドクエン酸塩水和物5mg、消化酵素剤の投薬加療を受けていた。また、前医にて今回の胃癌の発見の9年前に上部消化管内視鏡検査と尿素呼气試験（ユービット、検査結果：34.5%）を受け、HP感染性胃炎と診断され、ランソプラゾール・アモキシシリン水和物・クラリスロマイシンによる除菌療法を受けた。当院受診後も、心窩部痛、心窩部鈍重感、上腹部膨満感、胸焼けなどの症状が頑固に持続し、同一処方継続を行ってきたが、途中症状増悪のため、プロトンポンプ阻害薬をラベプラゾールナトリウム10mgからエソメプラゾール20mgに変更した。以後、消化器症状は比較的安定している。今回当院で上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃体下部前壁に微小発赤隆起病変を認め、生検検査の結果、group 4であったため、京都第一赤十字病院で精査加療を行うこととなった。

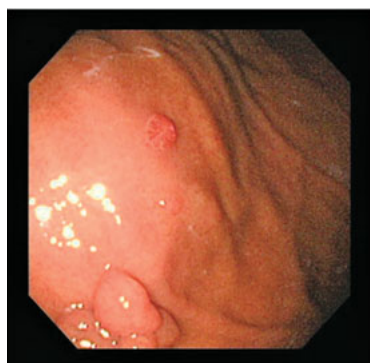
身体所見：体格普通（BMI 21.1）。血圧110/80mmHg、脈拍73回/分。体温36.2℃。腹部平坦、軟、圧痛無し。他特記事項無し。

血液生化学検査所見：CEA 1.6 ng/mL、CA19-9 22 U/mL、肝胆道系酵素 正常、ヘリコバクター・ピロリ抗体(EIA) 3未満、ガストリン 220 pg/mL、ペプシノゲンI 141.9 ng/mL、II 20.1 ng/mL、I/II 比 7.1（但しHP除菌後で、またプロトンポンプ阻害薬服用中のため、参考値として記載）。他、特記所見無し。

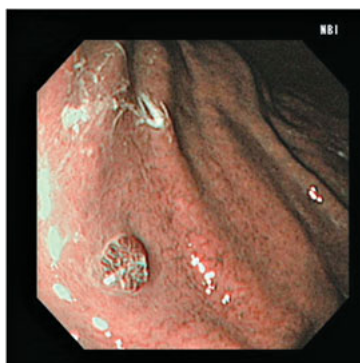
便中ヘリコバクター・ピロリ抗原：陰性

## 上部消化管内視鏡検査所見

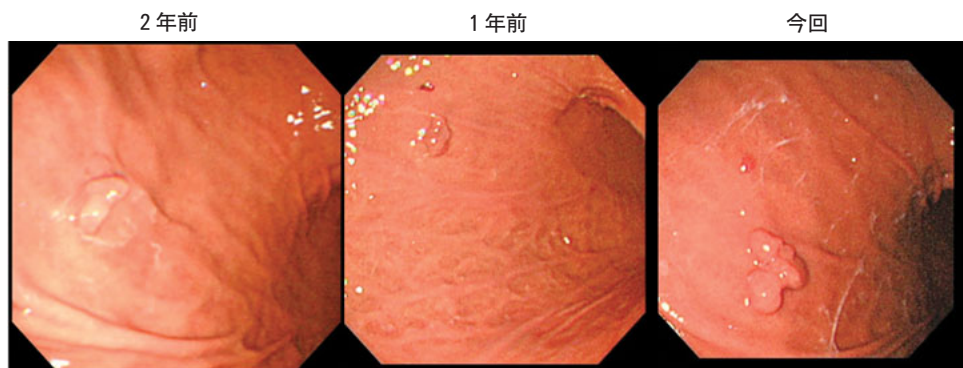
本症例は、HP除菌後であり、消化器症状も強かったため、ほぼ年1回の上部消化管内視鏡検査を行ってきた。経年検査は経鼻内視鏡で行ってきており、機種はオリンパス社製 GIF-XP290Nを使用した。初回検査時と比べると、胃底腺ポリープの数、大きさとも増加傾向を認めたが、これまではその他特に問題病変は認めなかった。また背景胃粘膜の萎縮像は乏しかった。今回、直近の内視鏡検査で、胃体下部前壁の分葉状の胃底腺ポリープの近傍に、鮮やかな発赤調の微小円形隆起病変を認めた（図1a、図2右端）。同部のNBI（Narrow Band Imaging）画像では、白色調の腺窩辺縁上皮に縁どられる茶褐色調の窩間部が腫瘍領域内で均一な分布を示す像を認めた（図1b）。1年前の内視鏡検査では、同部位にヘマチンを伴うわずかな発赤部分を認め、肉眼的に判別できる初期段階の所見であると考えられた（図2中央）。2年前以前の各年度の内視鏡検査では、同病変の近傍にある胃底腺ポリープが目印となるが、今回の腫瘍発生箇所には全く所見は認められなかった（図2左端）。京都第一赤十字病院での術前精査時の内視鏡検査では、同部位



(図 1 a)



(図 1 b)



(図 2)

にラズベリー様の隆起病変の残存を認めた (図 3)。NBI 拡大内視鏡検査では、周囲と明瞭な demarcation line を認め、表面微細構造は比較的整っており、微小血管は少し

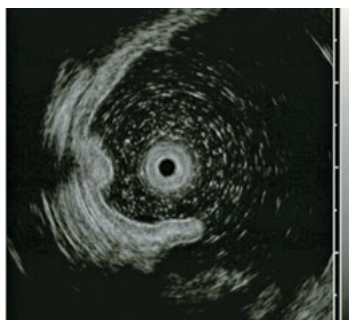
密になり、目立つものの、不規則とは言えない所見であった (図 4)。超音波内視鏡検査では、第 2 層までにまでとどまるわずかに低エコーを呈する腫瘍像を認めた (図 5)。



(図 3)



(図 4)



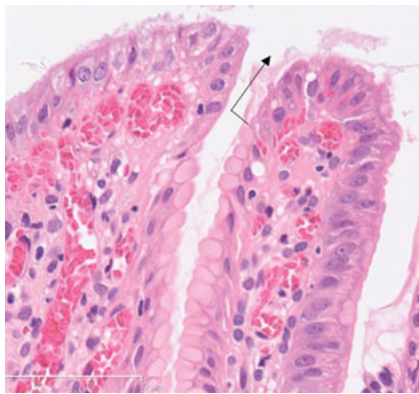
(図 5)

病理組織検査所見

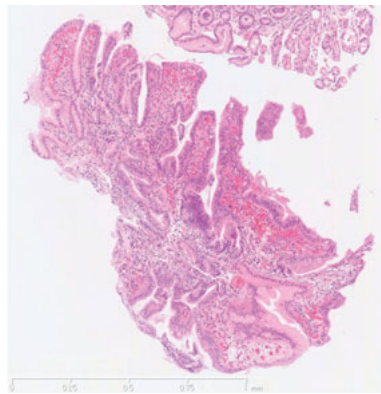
当院での生検による病理組織検査では、正常腺窩上皮領域の残存と共に、軽度の核腫大、多形性、過染性を示す異型腺窩上皮を認め、正常上皮との間に明瞭な境界を示し（図 6 a）、低異型度管状腺癌が強く疑われた（Group 4）。経鼻内視鏡が普及しつつある現況で、小型の生検鉗子を用いて

得られる標本の全体像を参考として図に示した（図 6 b）。

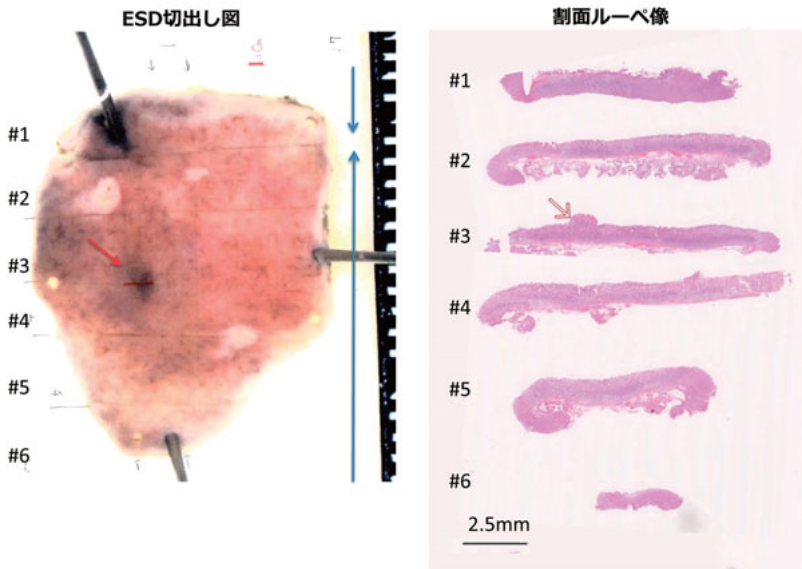
京都第一赤十字病院で、内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）を行い、切除標本では、大きさが 2 × 2 mm の隆起性病変を認めた（図 7）。腫瘍の拡大組織像では、隆起部分の粘膜浅層を中心に異型の目立つ細胞が管状構造を形成し増殖しているのが認めら



（図 6 a）黒矢印側が腫瘍領域

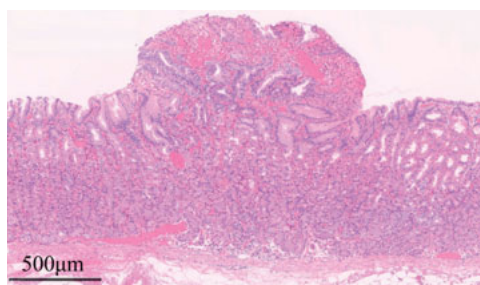


（図 6 b）

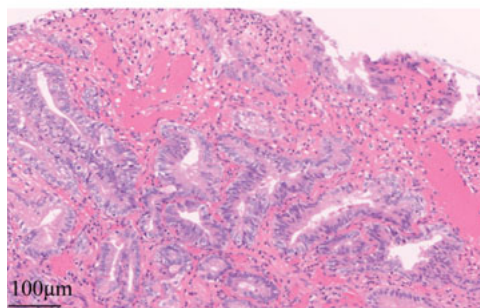


（図 7）

内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)切除標本切出し図と断面ルーペ像を示す。内視鏡で観察されたポリープ病変(矢印)は、#3に認められ、大きさ 2 mm であった。



ポリープ部弱拡大像



腫瘍拡大組織像

(図 8)

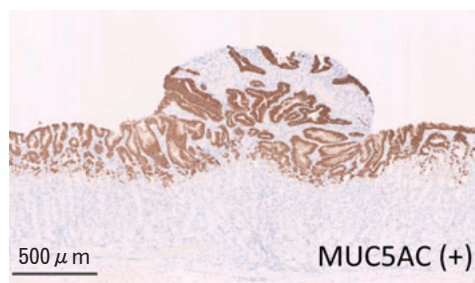
れ、高分化型管状腺癌と診断した (図 8)。

免疫染色では、腫瘍領域で、MUC5AC の濃染像を認めたが (図 9 上)、MUC6 (図 9 中)、MUC2 (図 9 下)、Pepsinogen I、CD10は何れも陰性で、腺窩上皮への分化が認められ、胃型の腺窩上皮型腺癌と診断した。

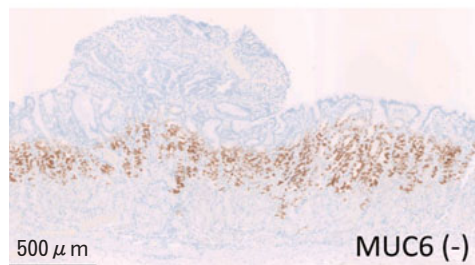
## 考 察

### 1. 病理組織学分類の新しい視点

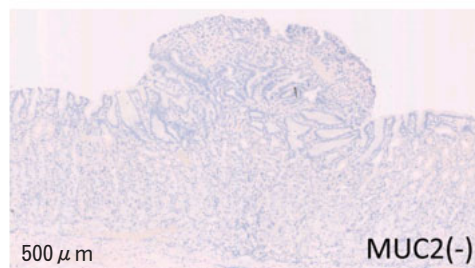
従来の胃癌の分類は、主に腫瘍の腺管形成の状態を指標にした組織としての分化度に基づいている<sup>5)</sup>。しかし、今回のような癌組織の細胞が正常胃粘膜の構成細胞に極めて近い症例では、細胞形質発現の特徴、つまり細胞レベルでの分化度に注目した視点が必要である<sup>6)、7)</sup>。分化型の早期胃癌の検討では、ムチンコア蛋白 (MUC5AC、MUC6、MUC2) と CD10の発現パターン



MUC5AC (+)



MUC6 (-)



MUC2(-)

(図 9)

によって、胃型、腸型、混合型に分類されている<sup>4)、8)</sup>。近年、低異型度分化型胃癌としてのカテゴリーが広く議論されるようになり、胃型形質では、報告者により若干の差異があるものの、腺窩上皮型、胃底腺型、胃固有粘膜型などに分類されている<sup>6)、7)、9)、10)</sup>。低異型度分化型胃癌は、正常胃粘膜の構成細胞に極めて近い分化を示していることから、構造異型の明らかな一部の癌を除き、超高分化腺癌とも言われている<sup>9)</sup>。今回の症例も低異型度分化型胃癌のカテゴリーに当てはまり、超高分化型の胃癌の一典型例であると考えられる。

## 2. 過去の報告例の検討

腺窩上皮型胃癌の報告例について、医学中央雑誌 Web で「胃癌」と「腺窩上皮型」の2語で検索を行った。その結果、主題が腺窩上皮（優位）型胃癌としての報告例は、柴垣らによる14例の報告<sup>11)</sup>、野村らによる10例の報告<sup>12)</sup>、上杉らによる41例の報告<sup>13)</sup>、名和田らによる2例の報告<sup>14)</sup>、佐々木らによる1例報告<sup>15)</sup>、川村らによる1例報告<sup>16)</sup>、原口らによる1例報告<sup>17)</sup>が挙げられ、近年報告例は増えつつあるが、比較的まれな種類の胃癌であると考えられる。また腺窩上皮（優位）型胃癌の報告例には、腺窩上皮型の腺腫様部分と癌が混在している症例<sup>18)</sup>、<sup>19)</sup>、胃底腺ポリポーシスでの腺窩上皮型癌の発生例<sup>20)</sup>、<sup>21)</sup>、過形成性ポリープの腺窩上皮型形質を示した癌化例<sup>22)</sup>などの報告が散見される。九嶋らは、胃型腺腫（幽門腺腫）では高率に腺窩上皮優勢型の形質発現を呈する腺癌を合併すると述べている<sup>6)</sup>。このように腺窩上皮（優位）型胃癌の報告例には、腺腫のスペクトラムに含まれるような病変、他の組織型や細胞形質が混在している報告も多く、胃癌の組織学的多様性の一部としても考えられる。一方、本症例は、腫瘍内に腺腫成分の領域は無く、MUC6染色陰性で、*de novo* 発生の純粹腺窩上皮型の胃癌であったと言える。

なお、ムコ蛋白による免疫染色の普及以前にも、腺窩上皮型胃癌については報告が散見されるが、胃型の分化型胃癌としての概念や分類の提唱がなされる以前、あるいはHP感染と胃癌の関連が明らかになる以前の報告であり、重複する部分もあるものと予想されるが、同等には議論しにくいと思

われる。但し石黒らは、当時既に胃固有粘膜から発生した分化型胃癌として腺窩上皮型胃癌を多数報告しており、また未分化癌との関連も検証しており、特筆に値する<sup>23)</sup>。

## 3. 内視鏡診断と生検診断

腺窩上皮型胃癌の通常内視鏡所見の報告例では、径が5mm未満の極めて微小で、ラズベリー様の外観を呈した発赤調隆起性病変とあり、また過形成性ポリープに酷似しているとの報告が多く<sup>11)</sup>、<sup>14)</sup>、今回の症例での内視鏡像と一致している。一方、褪色調の微小扁平隆起病変との報告<sup>16)</sup>や微細顆粒状の表面平坦型の進展を認め範囲診断が困難な報告例<sup>18)</sup>もあり、注意を要する。

拡大内視鏡検査については、胃炎や腫瘍の診断でかなりの情報が得られるが、通常の診療所では、それが可能な施設は極めて少ないと思われる。それ故に胃癌が疑われる微小病変、良悪性の境界病変、特殊な病変の診断には、生検での病理組織診断の果たす役割がなおさら大きい。日常診療における内視鏡検査で、このような病変で的確な生検診断を行うには、腺腫や非腫瘍上皮との鑑別が困難な場合が多く、低異型度分化型胃癌についての疾患概念の認識が不可欠であると言われている<sup>9)</sup>、<sup>24)</sup>。今回の症例でも、適切な病理診断が行われたことにより、早期発見早期治療に結び付いた。

## 4. HP感染との関連と腫瘍発生時期の概算

HP未感染早期胃癌は、(1)印環細胞癌を中心とする未分化型腺癌、(2)胃底腺型胃癌、(3)腺窩上皮型胃癌、(4)食道胃接合部癌(Barrett 食道腺癌を除く)に分類できるとされている<sup>25)</sup>。前述の腺窩上皮型胃癌の



報告例は、ほぼ全例 HP 未感染となっている。今回の症例は、9年前に尿素呼気試験陽性であり、除菌療法を受けられたとのことであった。除菌後の腺窩上皮型胃癌の報告は、筆者が検索した限りでは、本邦では川村らによる一例のみであり<sup>16)</sup>、今回が二例目の報告となる。川村らは、自験例を HP 感染との関連が低いと考えられる胃型胃癌が除菌後に発生する事例として報告し、今後も除菌後胃癌の症例の蓄積と検討が必要としている<sup>16)</sup>。

HP 除菌後胃癌について、小林らは、(1) 除菌後新たに発生した狭義の除菌後胃癌、(2) 除菌前に既に早期胃癌は存在していたが、通常の内視鏡検査では指摘できず、胃癌判明後の画像の見直し再検討でも病変を指摘出来ない胃癌、(3) 画像の見直し再検討で胃癌病変が同定できるいわゆる除菌前の見落とし例の3つに分類を行っている。そして、除菌後新規に発生した病変は極めて少なく、除菌後胃癌として現在問題となっている病変の多くは、除菌前後から既に存在していた病変が遅れて発見されたものであるとしている<sup>26)</sup>。

今回の症例は、9年間ほぼ毎年内視鏡検査を行って来ており、一昨年以前には全く病変は視認できなかった。しかし、昨年の内視鏡所見については、近傍の胃底腺ポリープとの位置を目印にレトロスペクティブに見直すと、ヘマチンを伴わずかな腫瘍領域を認める。切除時の腫瘍の径の2mmを指標とし、近傍のポリープの大きさを揃えて、昨年と今回の内視鏡画像を比較してみると、昨年のわずかに視認できる腫瘍部分の径は大きくても1.7mm程度の径であったと推定した。そこで今回の経過観察デー

タと文献27のデータから、腫瘍の発生時期を以下のように概算してみた。細胞が1個から粘膜の厚さである1mmの径になるのに、20回の体積倍化が必要であり、報告されている深部生長の倍加時間(3か月)から計算すると40-60か月(5年弱)を要することになる。径が1mmを超えると、細胞喪失の多い表在生長となるが、その倍加時間は内視鏡で計測した一年前と今回のサイズはそれぞれ径1.7mm(=22回倍加)と2.0mm(=23回倍加)であり、この一年間がちょうど1回倍加する時間に相当していることがわかる。1mmから2mmとなるのに3回の体積倍化が必要なので、表在生長期間は3年となる。1mmになるのに要した時間の長めの見積り5年と合わせると、8年となり、それでもまだ除菌後の経過時間9年より短い。この概算から、この症例は上述の狭義の除菌後胃癌の可能性が高いと考えられる。

## 5. プロトンポンプ阻害薬の長期服用について

今回の症例で、さらにもう一点注目すべきは、長年プロトンポンプ阻害薬(以下PPI)を継続服用されてきたという点である。当該患者は、慢性的に胃食道逆流症状、心窩部症状が強く、前医を含めると10年以上PPIを服用してきている。PPIと胃癌との関連を示唆する報告は幾つか散見される。PPIの長期服薬中の患者で、増大した胃底腺ポリープの表層にMUC5AC陽性の腺窩上皮型のdysplasiaの発生を認めた症例が報告されており<sup>28)、29)</sup>、今回の症例と重なる部分があり、非常に興味深い。Leungらのグループは、HPを除菌した

6万人超のデータ解析から、除菌後のPPIの長期使用群で胃癌発生率が有意に高くなったとの報告を行っている<sup>30)</sup>。PPIと胃癌の関連については、定まった見解は今のところ無いと思われるが、今後の報告や解析を注視したい。

## 結 語

胃癌診療においては、これからはHP未感染、除菌後の既感染者の割合が増加していくことが予想される。また、PPIの長期服用者も、脳梗塞、虚血性心疾患での抗血栓療法時の併用、逆流性食道炎の維持療法等で、非常に増加してきている。HP診療、胃癌リスク層別化検診、胃内視鏡検診の普及により、進行胃癌の罹患は減少していくものと考えられるが、今後はこういった新たな患者背景と胃癌の病型に留意していく必要があると思われる。

## 引用論文

- 1) Lauren P.: The two histological main types of gastric carcinoma. *Acta Pathol Microbiol Scand* 64;31-45:1965.
- 2) Nakamura K, Sugano H, Takagi K: Carcinoma of the stomach in incipient phase: its histogenesis and histological appearances. *Gan* 59;251-8:1968
- 3) 中村恭一: 胃癌の構造, 第3版, 医学書院, 東京, 227-247:2005
- 4) 西倉健, 渡辺英伸, 味岡洋一, 他: 胃癌の病理分類と分子診断 *日本内科学会雑誌* 94;16-24:2005
- 5) 日本胃癌学会(編) 胃癌取り扱い規約 第14版 金原出版 東京
- 6) 九嶋亮治: 胃癌 病理学的分類: 日本における実践的な分類 *胃と腸*52;15-26:2017
- 7) 九嶋亮治: 胃型形質の低異型度分化型胃腫瘍 *胃と腸* 53;5-8:2018
- 8) Tsukashita S, Kushima R, Bamba M, et al: MUC gene expression and histogenesis of adenocarcinoma of the stomach. *Int. J. Cancer*:94;166-170:2001
- 9) 岩下明德, 田邊寛: 低異型度分化型胃癌の診断 *胃と腸* 45;1057-1060:2010
- 10) 田邊寛, 岩下明憲, 太田敦子, 他: 早期胃癌の時代的変遷 *臨床病理学的変遷胃と腸* 53;525-533:2018
- 11) 柴垣広太郎, 福山知香, 木下芳一: Helicobacter pylori 未感染者に発生した低異形度胃型胃癌(腺窩上皮型)と腺窩上皮過形成の内視鏡像の検討(会議録) *日本消化器病学会雑誌* 115;A676:2018
- 12) 野村浩介, 布袋屋修, 井下尚子, 他: Hp未感染の非萎縮粘膜に発生した腺窩上皮型胃癌の10例(会議録) *Gastroenterological Endoscopy* 60;2135:2018
- 13) 上杉憲幸, 永塚真, 杉本亮, 他: 腺窩上皮型胃癌の臨床病理学のおよび免疫組織化学的検討(会議録) *日本病理学会会誌* 107;287:2018
- 14) 名和田義高, 平澤大, 長南明道: H. pylori 未感染の胃過形成性ポリープと腺窩上皮型癌の検討(会議録) *Gastroenterological Endoscopy* 60;576:2018
- 15) 佐々木翔, 西川潤, 永尾未怜, 他: Helicobacter pylori 陰性胃腺窩上皮型の低異型度分化型腺癌の1例 *山口医学* 66;41-45:2017
- 16) 川村昌司, 市原真, 長沼廣, 他: 除菌後

- 発見胃癌の1例 胃と腸 51;820-825:2016
- 17) 原口和大, 岩田真悠子, 松坂浩史, 他: H.pylori 陰性の胃底腺領域に発生した腺窩上皮型微小胃癌の一例 (会議録) Gastroenterological Endoscopy 57; 933:2015
- 18) 加藤穰, 上堂文也, 濱田健太, 他: 早期胃癌研究会症例 IIb 進展部の範囲診断が問題となった胃型(腺窩上皮優勢型)の低異型度分化型癌の1例 胃と腸 52; 1485-1492:2017
- 19) 堀江義政, 藤崎順子, 河内洋, 他: H. pylori 陰性胃底腺粘膜に発生した胃型腺腫由来の低異型度高分化腺癌の1例 胃と腸 53;101-107:2018
- 20) 藤崎順子, 堀内裕介, 平澤俊明, 他: H. pylori 陰性胃癌 Gastroenterological Endoscopy 60;1450-1463:2018
- 21) 矢野充保, 大塚加奈子, 青木秀俊, 他: Gastric adenocarcinoma and proximal polyposis of the stomach の1例 Gastroenterological Endoscopy 60;1572-1578:2018
- 22) 澁川成弘, 楠本侑弘, 伊藤麻里, 他: ヘリコバクター・ピロリ未感染の胃粘膜に生じた過形成性ポリープの1癌化例 日本消化器病学会雑誌 113;464-470:2016
- 23) 石黒信吾: 胃腺窩上皮型癌の意義 その組織発生と未分化型癌との関係 大阪大学医学雑誌 39;507-515:1987
- 24) 伴慎一: 胃型形質の低異型度分化型胃癌の生検診断における問題点 胃と腸 53;17-27:2018
- 25) 貝瀬満, 岩切勝彦, 布袋屋修, 他: H. pylori 未感染早期胃癌の内視鏡診断と治療 消化器内視鏡 30;58-68:2018
- 26) 小林正明, 星隆洋, 森田慎一, 他: 先進的診断内視鏡による H. pylori 除菌後胃癌診断 日本消化器病学会雑誌 113; 235-244:2016
- 27) 杉原洋行: 癌をどう理解し説明するかー発がんメカニズムからリスク予知まで 京都消化器医会会報 32;3-14:2016
- 28) 樋貝詩乃, 保坂稔, 落合田鶴枝, 他: プロトンポンプ阻害薬長期服薬中に胃底腺ポリープに High-Grade Dysplasia を生じた1例 ENDOSCOPIC FORUM for digestive disease 33;14-20:2017
- 29) 青井健司, 安永祐一, 松浦倫子, 他: プロトンポンプ阻害薬長期服用中に発生した胃底腺ポリープ内に dysplasia を認めた1例 胃と腸 47;1270-1274:2012
- 30) Cheung KS, Chan EW, Wong AYS, et al et al: Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for Helicobacter pylori: a population-based study. Gut 67;28-35:2018

## コーヒーブレイク

# 学会開催あれこれ

京都第一赤十字病院 消化器内科 吉田 憲 正

2019年2月23日に日本消化器病学会の第110回近畿支部例会と第59回教育講演会を当番会長として主催する機会をいただきました。1日だけの学会ですが、近畿例会は他の支部に比べ演題数、参加者数も多く、その企画や準備にはいくつか大変なこともありましたが、無事終わりホッとしているところですが、1年間の準備期間をふりかえり書かせていただきます。(コーヒーブレイクにあらす事務的な報告書内容になりましたが、ご容赦ください。)

### 1) 日程、会場の調整

2017年9月の学会幹事会で、思いがけなく、支部長である安藤朗滋賀医大教授ほか幹事のご推薦により2019年2月例会の大会会長に指名いただきました。第一日赤に赴任後10年の間に担当した学会関連の専門医セミナー、教育講演会、市民公開講座で

は、開催場所と期日、演者、座長を決めて、あとは学会運営支援会社に細部の業務を任せるだけで、準備にもそれほど苦労はしませんでした。今回の例会ではやるべきことが山積みでした。当院の消化器内科医師は当時18人在職していましたが、副部長以下朝早くから夜遅くまで、診療業務に没頭しています。大学時代とは違い秘書さんもいませんので、とりあえず、会長兼事務局兼秘書として、一人でできるところから準備に取り掛かりました。会期まで1年少ししかなく、まず会場候補の京都テルサを予約しようとしたのですが、既に2～3月の大半が埋まっており、なんとか2月23日を確保できたのは幸いでした。その後、本会の運営に精通しているサンプルネット(株)に連絡し、学会運営支援に関する契約書を交わすことができました。



### 2) 主題と教育講演

次に、一番重要な学会内容の企画に移り、例年の内容を参考に、主題5題、教育講演5題、専門医セミナー3題、一般演題、Young Investigator Session、Freshman Session、ランチョンセミナー5題、アフタヌーンセミナー1題を企画しました(表1、表2)。消化管や胆膵中心の内視鏡学会と違い、肝臓領域、外科領域を含めた広範な消化器病領域の中で、いかに分野毎のバランスを取るかについて少し苦労しましたが、4人の副部長(上部・下部消化管、肝臓、胆膵)と相談して、なんとか主題5題と専門医セミナーの詳細を決めることができました。平成最後の例会でもあり、各領域でご活躍の平成卒の先生に座長をお願いしました。教育講演は、1疾患の解説よりは、もう少し広い領域にまたがる消化器関連トピックスにこだわり、ロボット手術、画像診断、腸内細菌、がん薬物療法、臨床研究法の5題に絞り込み、講師は近畿地域在住で、自ら臨床・研究の最前線で活躍されている先生に、司会は各領域のトップリーダーである教授の先生方をお願い致しました。

### 3) 共催セミナー

ランチョンセミナーは例年4題の時も多いのですが、メーカー関連の新規薬剤や治療手技の開発も盛んで、学会収益増にも繋がることから5題を予定し各メーカーと交渉しま

(表1)

## 一般財団法人日本消化器病学会近畿支部第110回例会



会期：2019年2月23日(土) 会場：京都リナ  
 会長：吉田 憲正 (京都第一赤十字病院 消化器内科)  
 HP: <http://www.jsge.or.jp/member/meeting/shibukinki>



**【参加費】**  
 第110回例会 3,000円  
 研修医無料 (研修医証明書を提出ください)  
 ※研修医証明書(PDFファイル)はHPよりダウンロードできます。  
 ※証明書の無い場合は、通常の参加費となります。  
 第59回教育講演会 1,000円 (別途第110回例会の参加費3,000円が必要です)  
 ※受付開始 8:20~ 非会員の方の当日参加も歓迎致します。

#### ◆主題

##### シンポジウム1「ピロリ陰性時代の上腹部消化管診療」

司会：大島 忠之  
(京都府立医科大学 内科学 消化器科)  
 上座 文也  
(徳島県立伊予川内病院 消化器科)

##### シンポジウム2「進行肝細胞癌治療の現状と課題」

司会：上場 一位  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 森口 達久  
(京都府立医科大学 消化器内科)

##### パネルディスカッション「炎症性腸疾患治療の最新動向」

司会：馬場 豊樹  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 奥山 祐石  
(京都府立医科大学 消化器内科)

##### ワークショップ1「薬剤性消化器障害の現状とマネジメント」

司会：渡辺 俊雄  
(大阪府立大学 消化器内科)  
 竹内 利寿  
(大阪府立大学 消化器内科)

##### ワークショップ2「胆膵腫瘍診断・治療の進歩と課題」

司会：宇野 耕治  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 松本 逸平  
(京都府立医科大学 消化器内科)

#### ◆第59回教育講演会

##### 胃癌に対するロボット支援手術の現状と展望

講師：小瀧 和貴  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：大辻 英吾  
(京都府立医科大学 消化器内科)

##### 肝臓癌の画像診断 一癌の診断を中心に

講師：佐藤 裕  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：岡崎 和一  
(京都府立医科大学 消化器内科)

##### マイクロバイオームと消化器疾患

講師：内藤 祐二  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：安藤 朗  
(京都府立医科大学 消化器内科)

##### 消化器癌の化学療法

講師：佐藤 太郎  
(京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：妹尾 浩  
(京都府立医科大学 消化器内科)

##### これからの臨床研究の進め方

講師：久津見 弘  
(京都府立医科大学 臨床研究推進センター)  
 司会：荒玉 裕三  
(京都府立医科大学 消化器内科)

(表2)

#### ◆第16回専門医セミナー

##### 症例ディスカッション

- 胆膵**  
 司会：佐藤 秀樹 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 プレゼンター：土井 俊文 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 コメンター：小西 英幸 (京都府立医科大学 消化器内科)
  - 肝臓**  
 司会：木村 浩之 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 プレゼンター：西村 健 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 コメンター：長尾 泰孝 (京都府立医科大学 消化器内科)
  - 消化管**  
 司会：半田 裕 (OCHO 京都府立医科大学 消化器内科)  
 プレゼンター：堀江 隆介 (OCHO 京都府立医科大学 消化器内科)  
 コメンター：若林 直樹 (内立大赤十字病院 消化器内科)
- 病歴コメンター：浦田 洋二 (京都府立医科大学 消化器内科)

#### ◆共催セミナー

##### ランチョンセミナー1「完成期にあるC型肝炎治療と肝疾患診療の新潮流」

講師：伊藤 義人 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：竹原 俊郎 (大阪府立医科大学 消化器内科)  
 共催：アグワイ合同会社

##### ランチョンセミナー2「クローン病治療 up date ~最適なBioの使い方 ステララを中心に~」

講師：鈴木 康夫 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：高木 智久 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 共催：田辺三豊製薬株式会社/アベンファーマ株式会社

##### ランチョンセミナー3「胃腸分泌抑制薬のバラタイムラフト~有効性と安全性-」

講師：木下 芳一 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：樋口 和秀 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 共催：大塚製薬株式会社/武田薬品工業株式会社

##### ランチョンセミナー4「食道癌における新しい医療の開発 -PDTも含めて-」

講師：武藤 亨 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：戸原 直也 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 共催：Meiji Seika ファルマ株式会社

##### ランチョンセミナー5「慢性便秘症の診断と治療の考え方」

講師：三輪 淳一 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：藤原 謙弘 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 共催：EAファーマ株式会社/持田製薬株式会社

##### アフタヌーンセミナー「できる！上部消化管内視鏡診療 ~通常・NBI 観察の経歴~」

講師：野中 康一 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 司会：久松 俊明 (京都府立医科大学 消化器内科)  
 共催：アストラゼネカ株式会社/第一三共株式会社

#### ◆一般演題

##### ◆Freshman Session

##### ◆Young Investigator Session

した。最終的に、酸関連疾患、炎症性腸疾患、慢性便秘症、ウイルス肝炎、食道がん治療の5題に決まり、講師と司会はこちらの希望通り決めさせてもらいました。また、評議員会の同時時間帯に、内視鏡診断学をテーマにしたコーヒー付きアフタヌーンセミナーを企画しましたが、若い医師に大変好評で、少しでも長く会場にいてもらい、午後からの学会への参加につなげる点からも成功でした。

#### 4) 演題募集と司会決め

予想通り一番苦労したのが、演題募集でした。前回学会が9月29日と例年より遅かった為、苦肉の策で学会終了前から募集をはじめ約1ヶ月間のみの公募期間となってしまうました。京都での例会は、大阪開催に比べ、和歌山などの遠方からの演題登録が少なく苦労することが多いと聞いていましたが、やはり出足は鈍く、演題締切りを10月末から2週間延長しました。知り合いの先生方への直接のお願い、各種研究会などでの広報を行い、ようやく、いつもと同じ応募演題数をいただき、胸をなでおろしたのを覚えています。一般演題などの司会候補は、内科系演題が大半ですので、各大学の内科系教授に2-3人ずつ推薦していただき、発表順、司会割り当てなどのスケジュールは、副部長4人を中心に決めてもらいました。

#### 5) 企業協賛

研究会や学会の開催、運営には、企業協賛は大変重要です。最近では、製薬業界の方針で、協賛制限、講演内容の制約などがあり、メーカー協賛・共催で開催してきた研

究会が中止になることも珍しくありません。Win-Win 関係を目指した良い医薬連携をもう少し円滑に実践できると提案し、個人的にはいくつかの研究会をメーカー共催で継続してもらっていますが、いつまで続けられるか不透明です。幸い、学会運営では、ランチョンセミナー開催、抄録集への広告掲載、寄付などは、規約に則った契約書を交わすことでなんとか継続されてきました。今回も、各メーカーの方と面談を行い、予想以上に多くの広告掲載にご協力いただきました。また、学会当日の業務の一部は、当院事務職員だけでなく、労務提供を交わした製薬・医療機械メーカーの方にお手伝いしていただき大変助かりました。

#### 6) いかに参加者を増やすか？

本学会は、非会員の参加も自由に認めています。京都府医師会の非会員の先生方から、参加の問い合わせをいただきましたので、医師会や各種の研究会でのパンフレット配布、学会ホームページへの日程表の掲載などで広報しました。また、研修医や医学生への参加費は無料としましたが、一部の若い参加者から、学会の緊張感と面白さがわかり、消化器病への関心が高まったと聞き、大変嬉しく思います。新専門医制度がはじまり専門領域の研修開始の遅れが懸念されますが、将来の進路に不安のある若手研修医や専攻医の学会参加がモチベーションアップにつながり、消化器内科・外科へ進む医師が増える一助になればと思います。

## 7) 主題傾向

上部消化管シンポジウムでは、ピロリ陰性時代をテーマにしました。演題がどの程度集まるか当初心配しましたが、21題もの応募をいただきました。1983年ヘリコバクター・ピロリが発見されて以来、胃の研究、臨床の中心はピロリ菌による炎症と癌でした。内視鏡検診や若年者除菌などの浸透もあり、今後もピロリ菌に関する新知見が期待されますが、ピロリ陰性の炎症性疾患（NSAIDや抗がん剤などの薬剤性粘膜障害、好酸球性食道炎・胃腸症、自己免疫性胃炎、微小炎症性の機能性ディスぺプシア）や癌（未分化型、胃底腺型、神経内分泌腫瘍）への関心がさらに高まると考えられます。今回のシンポジウムでも、これらのピロリ未感染・既感染病変の病態に関する興味深い発表と熱心な質疑応答がなされました。さらに、炎症性腸疾患治療に関するパネルディスカッションでは、最近登場している新規の治療薬に関しての多くの発表がありました。現在、京都府の消化器系指定難病の審査委員をしていますが、毎年300例以上の潰瘍性大腸炎と60例以上のクローン病の新規申請が続き、今後も患者数のさらなる増加が予想されます。このような状況の中で、新規の薬剤をいかに初期から使用するか、理想的な維持療法はどうす

るかなど、興味深い演題が多く、新知見が期待される領域だと改めて感じました。進行肝細胞癌治療のシンポジウムでは、新規の分子標的薬の登場により、従来の肝動脈化学塞栓療法との治療連携、治療選択の重要性を再認識できました。胆膵腫瘍のワークショップでは、膵癌からIPMN、NETの診断や最新治療に関する演題が発表されました。胆膵系腫瘍の早期診断法はAIを含め急速に進歩しており、早期治療介入による予後改善のためにも精力的な取り組みが期待されます。薬剤性消化器障害のワークショップでは、NSAIDや抗血栓剤、免疫系薬剤を含む抗腫瘍剤などによる副作用に関する演題が中心でしたが、超高齢社会進展の中で、多種類の薬剤を長期内服する高齢者におけるポリファーマシー対策がますます重要になってくると感じました。

## 最後に

最終的に、1,000人を超える多数の参加者により、主題、一般演題、教育講演など240題の発表と活発な討議がなされました。皆様の多大なご支援とご助力のおかげさまで、盛会のうちに無事終了することができ、誠に有難うございました。この場を借りて、厚く御礼申し上げます。

## 報 告

## 食道アカラシアに対する新たな治療法－経口内視鏡的筋層切開術 (peroral endoscopic myotomy; POEM)

独立行政法人 国立病院機構 京都医療センター

消化器内科 医長 滝本 見吾, 部長 勝島 慎二

食道アカラシアは下部食道の弛緩不全により食事が摂れない、胸痛、体重減少などが生じる病気です。良性疾患ですが、若年者に多く食事が摂れないことに困っている方や、正診されずに鬱病と診断されている方もおられ、また将来的に食道癌のリスクも報告されており治療が必要な疾患です。これまで薬物療法（カルシウム拮抗剤）やバルーン拡張を行っていましたが、再燃例も多数経験しました。

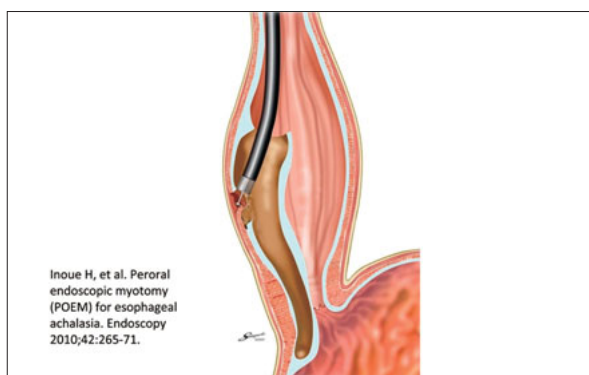


図 1

2016年4月に新たな治療法として経口内視鏡的筋層切開術 (peroral endoscopic myotomy; 以下 POEM) (図 1) が保険適用され、良好な治療成績が報告されていますが京都では導入している施設はありませんでした。当院では2017年12月に1例目、現在まで11例の食道アカラシアに対する POEM を行ってきました。

POEM の手技は、全身麻酔下で上部消化管内視鏡検査 (胃カメラ) のスコープで行います。

1. トンネルの入り口作成し、粘膜下層にもぐり込みます。
2. 肛門側に向かって粘膜下層を剥離し、胃の入り口部までトンネルを作成します。(図 2)
3. 食道の内側の筋肉のみを切開します。(図 3)
4. 筋肉の切開を胃の中、2 - 3 cm のところまで行い、通常は全長約15 - 16cm 程度の切開となります。
5. クリップでトンネルの入り口を閉鎖し、終了となります。(図 4)
6. 治療翌日の食道透視ではバリウム通過が良好となったことがわかります。(図 5)

食道固有筋層を切開しているのですが、最後にトンネルの入り口を閉鎖することにより食物や水分が縦隔に漏れることは無いため縦隔炎は生じません。POEM は固有筋層を切



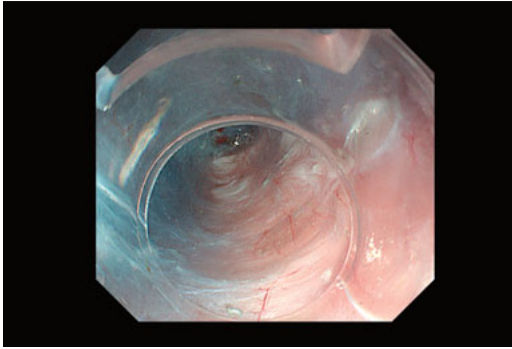


図 2

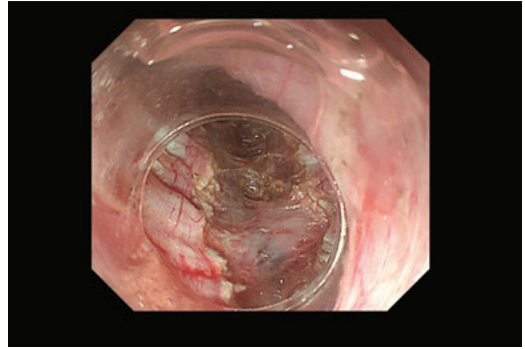


図 3

ること、全身麻酔下で行うことなど、これまでの内視鏡治療とは全く異なる手技ではありますが、早期癌の内視鏡治療である ESD の技術を応用し、当院では現在まで大きな偶発症なく経過しております。また術後に関しても患者満足度は非常に高く、術後は症状が改善し食事摂取量や体重も増加しています。入院期間は約 5 日間です。



図 4

食道アカラシアの患者様、またはアカラシアを疑う症状（食事のつかえ感、口腔内逆流、非心臓性の胸の痛み）のある患者様、また原因不明の食事のつまり感で困っている方がおられましたら当院消化器内科へご紹介頂ければ幸いです。

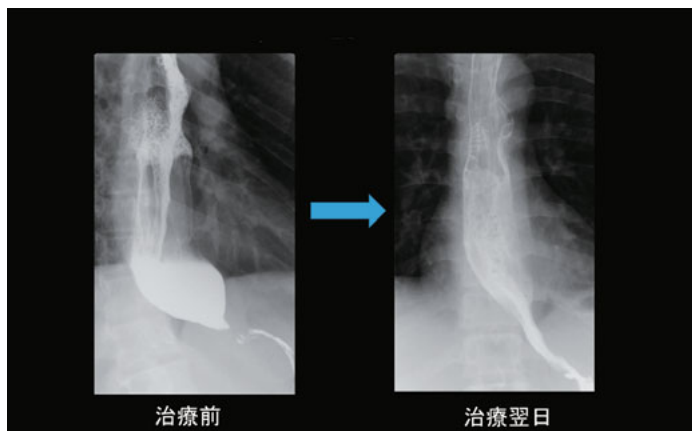


図 5 （食道透視）

## 消化器医会の学術活動への取り組み

京都消化器医会 監事 粉 川 隆 文

報告の前に私事ですが、本年4月、京都消化器医会の会長職を退き、監事として医会の手助けをする事となりました。非力な会長でしたが、3期6年に渡り会員の皆様に支えて頂き、なんとか会長職をこなす事ができました。紙面をお借りし、まずはお礼申し上げます。

本題の医会学術活動の現状を報告させていただきます。活動は多岐に渡っており、定例学術講演会（毎月第2土曜日）、総合画像診断症例検討会（偶数月第1土曜日）以外、共催研究会、後援研究会、関連研究会を運営しています。製薬会社等との共催研究会は、定期開催の京滋消化管病態フォーラム、京滋内視鏡治療勉強会、京滋IBSコンセンサスミーティングや不定期の研究会を含め、年12～13回開催。学会等他団体より後援依頼を受けて行う後援研究会は年2～3回、又理事が世話人として企画参加等の関連研究会は、京都胃腸勉強会など年14～15回程あり、合わせて年間50回前後の研究会をこなしています。なかでも学術活動の中心は会員に最新の医学情報を提供する場としての定例学術講演会、又会員の診断力の向上及び臨床力を鍛える場としての総合画像診断症例検討会で、2大イベントとして医会で取り組んでいます。

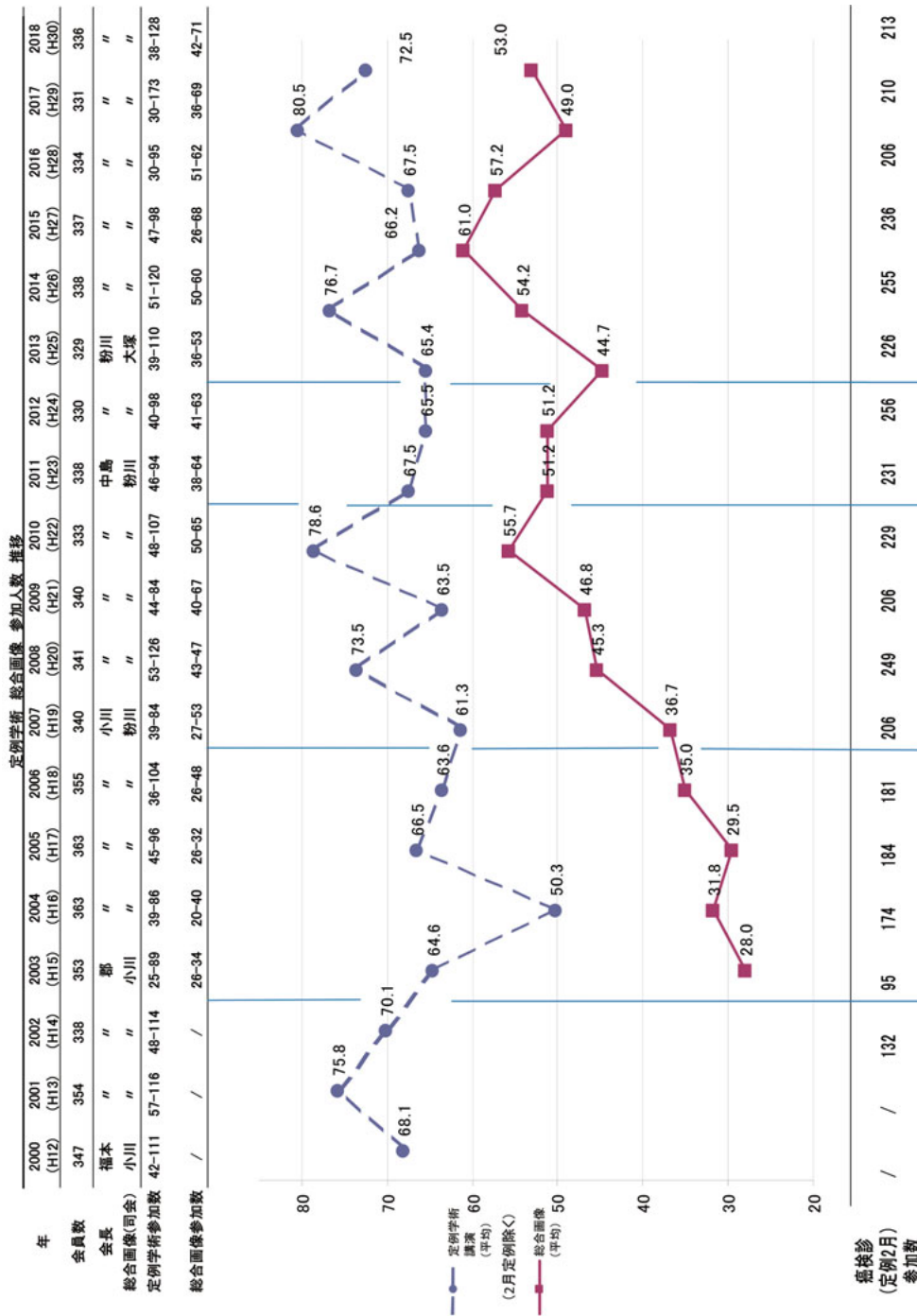
定例学術講演会は、昭和52年（1977）4月に消化器医会が誕生して以来、月1回のペースを崩すことなく催されています。最近、病理や外科関連の話題など共催会社の製品に直接絡まない内容の純粋学術講演会の企画がやや困難になってきている事が悩みの種です。症例検討会は昭和41年（1966）4月、消化器医会の前身の京滋胃腸勉強会が月1回の内視鏡を中心とした症例検討会として始めて以来、消化器医会発足後も同じペースで継続され、平成6年（1994）3月より、総合画像診断症例検討会と名称変更され現在に到っています。会としては盛会なのですが、症例を読影して頂く若手医師の参加がまだまだ少ないため、会長退任にあたり、今後の医会を背負っていくべき若手理事の登用に手を加えました。

次頁に定例学術及び総合画像の参加人数の推移（最近19年間）を示します。会長就任時定例学術は平成13年75.8人、同22年78.6人、総合画像は同22年55.7人が最高参加人数で、会長任期の間に少しでもその参加数を越える事を目標といたしました。幸い定例学術は平成26、29年に、又総合画像は平成27、28年にわずかですが上回ることができました。

症例検討会として京都には総合画像以外に2大学と基幹病院が挙って参加する京都胃腸勉強会があります。平成19年総合画像の司会を担当させて頂いた頃、胃腸勉強会の参加者は100～120人前後の盛況な会でした。いつかは追いつきたいと思っていましたが、現在は胃腸勉強会の参加人数は70～80人前後、総合画像は60人前後となり、やっと胃腸勉強会の背中が見えてきたところです。総合画像の特色は、司会を含め症例の事前情報のない、ぶっつけ本番の読影です。その為、実臨床に即した臨場感と活発なディスカッションが行

われ、この面では胃腸勉強会を凌駕しつつあるのではと自負しています。

今後、更に医会の学術活動を発展させてくれる事を期待し、現体制にバトンを託しました。



**お知らせ****IBS スッキリプロジェクトへのご協力をお願い**

京都大学消化器内科 菊池志乃  
京都大学大学院健康増進・行動学教授 古川壽亮  
京都大学大学院消化器内科学教授 妹尾浩

京都大学医学部附属病院では、消化器内科学教室ならびに社会学系の健康増進・行動学教室を中心として多施設共同臨床試験、薬物治療への反応の悪い過敏性腸症候群患者に対する心理療法を追加することの有効性と安全性を検証するランダム化比較試験「スッキリプロジェクト」を行っております。

本プロジェクトは2018年6月から研究協力者の募集を開始し、2019年2月現在で目標人数の1/3を達成したところです。募集期間は2020年3月までと考えており、京都消化器医学会の先生方にも本研究について知っていただき、ご協力いただければ幸いです。

**【研究背景・目的】**

ストレス社会においてIBSは有病率が高く、生活の質だけでなく生産性も損なうことから社会的に問題視されています。我が国においても診療ガイドラインが刊行され、一般の方への認知が広がると共に、様々な薬物が開発されています。しかし、薬物へ反応性の不十分な方に対する非薬物治療の選択肢は少ないままであり、ガイドラインで推奨されている心理療法については有効性や安全性の検証すらなされておりません。このため、本研究では通常のIBS治療への反応が不十分な方を対象に、認知行動療法を追加することで患者の症状およびQOLの改善が得られるかを有効性の指標とし、検証することを目的としております。

**【対象】**

18歳以上75歳以下の方で、IBSに対する何らかの薬物療法を行っても3か月以上改善がない方で心理療法に興味を持たれている方が対象となります。薬物療法に関しては一般的な緩下剤や整腸薬、漢方薬などでも構いません。目標参加者数は112名です。

**【研究期間】** 2018年6月から開始し、2020年3月までを予定しております。

**【介入内容】**

参加者個人に関する研究協力期間は28週になります。介入は認知行動療法で、週1回×10回+4週間後のフォローの計11回です。コントロールは待機群で、介入群が終了したら交代で認知行動療法を開始します。実施時間帯は主に平日19:00-20:30または土日の午前中で考えております。

### 【倫理的配慮】

研究協力は参加者の自由意思により決定することを保障し、研究協力を断ることによるご迷惑をおかけしないこと、個人情報保護に十分配慮することなどをお約束致します。

なお、本研究は京都大学において医の倫理委員会の審査を受け、承認されております。

### 【通常治療・参加者への負担】

研究協力期間中の過敏性腸症候群に対する通常治療については紹介元での継続をお願いしております。なお、必要時の薬物の変更は主治医の裁量にお任せしております。

臨床試験のため、受診料はかかりませんが交通費は参加者個人の負担となります。また、処方や検査を京大病院で希望される場合は保険診療となります。これらの負担に関しては事前にあらかじめ事務局より説明させていただき、納得された方のみ参加いただきます。

ご協力頂ける先生方をお願いしたいことは以下の3点です。

1. ポスター、パンフレットの設置
2. 適格者への研究のご案内
3. 適格者で参加協力が得られる方のご紹介



患者様から直接の問い合わせも受けておりますので、主に先生方をお願いしたいこととしては1.ポスター、パンフレットの設置となります。勿論、1だけでなく2,3のどれか一つでもご協力頂けるのであれば非常に幸いです。

尚、具体的な研究内容や協力者のご負担などについては事務局からの直接の電話評価の際に行わせていただきますので、先生方からは「不安のコントロール方法を学ぶ」程度に説明いただければ十分です。その上で、電話説明にて参加にご納得された方には、事務局から京大病院の受診の手続きをさせていただきます。

ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、本研究の趣旨をご理解頂き、ポスターなどの設置だけでも協力できるという先生方がいらっしゃいましたら、ぜひ下記連絡先までご一報ください。また、ご質問などがございましたら、お気軽にお問い合わせ下さい。

### 【お問い合わせ先】

スッキリプロジェクト中央事務局（京都大学大学院健康増進・行動学教室）

担当医師：京都大学消化器内科 菊池志乃

〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町

TEL:090-8377-8549 FAX:075-753-4452 E-mail:suciri117@gmail.com



## 平成30年4月～平成31年3月までの学術講演会

平成30年4月14日（土）

### 「便中バイオマーカーを用いた潰瘍性大腸炎の新たな診断法～5-ASA 製剤の新しい使い方～」

東邦大学医療センター佐倉病院 消化器内科 講師 竹内 健 先生

本邦の潰瘍性大腸炎患者は既に20万人を越えるとされる。近年、生物学的製剤などの様々な治療法が加わることにより、臨床的寛解より内視鏡的“粘膜治癒”が求められている。これらを背景とし、疾患活動性を適宜モニタリングし治療目標に合わせ治療を最適化する“Treat-to-Target (T2T)”の診療概念が導入されている。便中カルプロテクチンは、T2Tの中心となるモニタリング法であり、その適切な使用はIBDの治療効果の最適化だけではなく、増加する患者を前に医療経済的合理化にも寄与する可能性がある。

平成30年5月12日（土）

### 「快適な排便を求めて～たかが便秘とはいえない新事実～」

医療法人祥佑会藤田胃腸科病院 院長 本郷 仁志 先生

便秘は非常にありふれた疾患であるが、長年治療法が確立されないまま漫然と刺激性下剤等が投与されているのが実態であった。2017年10月「慢性便秘症診療ガイドライン2017」が発刊された。藤田胃腸科病院では、以前からガストロ注腸等を使い（視覚的に）便秘を分類しながら刺激性下剤に頼らない診療を心掛けてきた。今回の講演では、ガイドラインの内容を紹介しつつ、刺激性下剤の問題、新薬の特徴・使い方、食事・運動療法等についてお話します。

平成30年 6 月 9 日 (土)

## 「胆膵内視鏡治療の基本手技と新展開」

京都第二赤十字病院 消化器内科 安 田 健治朗 先生

内視鏡が多くの分野に不可欠なものとなっている現在、その中でも胆膵内視鏡治療手技はきわめて有用な治療手段となっている。その治療手技の種類は年々増加してきており、最近のトピックスも取り入れるようにしながら、日常臨床に役立つテーマを中心に講演したい。

平成30年 7 月 14 日 (土)

## 「自己免疫性肝疾患の基本から最近の進歩まで」

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 講師 上 田 佳 秀 先生

自己免疫性肝疾患と考えられている疾患は、自己免疫性肝炎、原発性胆汁性胆管炎、原発性硬化性胆管炎の3種類がある。いずれも、発症メカニズムは解明されておらず、遺伝的素因と環境要因が発症に関与していると考えられている。病態が解明されていないため、診断基準や治療法も十分に確立されていない。本講演では、これら3疾患について、これまでに明らかになっている病態、検査、治療法を整理し、病態解明や治療法開発に向けた今後の展望について考察する。合わせて、C型肝炎治療の最近の劇的な進歩と治療薬選択のポイントについても情報提供する。

平成30年 7 月 28 日 (土)

## 「*H.pylori* 除菌とその後の対応」

順天堂大学医学部 消化器内科 教授 永 原 章 仁 先生

慢性胃炎が除菌適応となり、わが国では多くの患者が除菌治療の恩恵に浴している。しかし2次除菌不成功例では、さらなる除菌治療を考慮する必要がある。一方、本日に除菌不成功かどうかを見極める事も重要である。さらに薬剤アレルギー例では治療薬の選択に難渋する。除菌治療後は胃癌のリスクは半減するが、ゼロにはならないので、除菌後胃癌の特徴を理解し、継続した内視鏡検査が必要である。本講演では先生方の診療の一助になるべくこれらの点について概説する。

## 「逆流性食道炎の病態と治療の新展開」

日本医科大学消化器内科学 主任教授 岩 切 勝 彦 先生

近年、わが国の逆流性食道炎患者は、食生活の欧米化や H. Pylori (HP) 菌感染率の低下などにより増加傾向にあり、欧米と変わらない頻度になりつつある。逆流性食道炎は食道内の過剰な酸曝露によって発症するため、逆流性食道炎の治療の基本は胃酸分泌を持続的に抑制し、食道内の過剰な酸曝露時間を正常へ戻すことである。わが国で開発され2015年発売開始となったカリウムイオン競合型アシッドブロッカー (P-CAB) という新しいカテゴリーの薬剤であるボノプラザンは、①効果発現が速い、②CYP2C19遺伝子多型の影響をあまり受けない、③夜間の逆流症状にも有効、④初期治療の期間が従来のPPIの半分—という多くのベネフィットを持つ薬剤である。この特徴を考慮した、逆流性食道炎治療における本薬の使い方や患者さんにとってのメリットについて解説する。

平成30年 9 月 8 日 (土)

## 「除菌後胃粘膜内視鏡像の特徴と除菌後発見胃癌」

新潟大学医歯学総合病院地域医療教育センター・魚沼基幹病院

消化器内科 特任教授 八 木 一 芳 先生

除菌後胃癌は胃炎様で診断が難しいとされている。その組織学的理由として演者は非癌上皮と癌腺管がモザイクに混在したり、粘膜深部の非癌腺管が表層近くまで伸長するためと報告してきた。このような癌の診断のコツは(1)一見胃炎様であっても背景粘膜とは異なる模様を有する部分を「癌の可能性あり」と意識すること、(2)NBI拡大内視鏡観察で軽微ながらも「形状不均一」と「方向性不同」を示す white zone による粘膜模様領域を拾い出すこと、そして(3)癌としての領域を診断することである。そして常に拡大像から組織像をイメージすることが極めて重要である。また除菌後を含めた既感染胃(非活動性胃炎)を内視鏡的に診断することも重要である。非萎縮領域が褪色调、萎縮領域が発赤調と現感染胃(活動性胃炎)と色调が逆転する色调逆転現象は既感染胃の特徴像であり、さらに胃癌ハイリスクの内視鏡像である。この胃を観察した場合、特に中間帯に気を付けて観察すべきである。



平成30年10月13日（土）

## 「肝細胞癌治療 最近の話題 ーレンバチニブによる治療革新とマネジメントのコツー」

金沢大学先進予防医学研究センター 准教授 山下 竜也 先生

切除不能肝細胞癌に対する薬物療法は、2017年にレゴラフェニブ、2018年にレンバチニブが登場し、本邦ではソラフェニブを併せ3剤を用いることができるようになった。2018年にはカボザンチニブ、ラムシルマブの有効性が報告され、今後さらにはがん免疫療法の結果も報告される。このように急速に変貌する肝細胞癌薬物療法のエビデンスとその解釈とともに、現在用いることのできる薬剤による治療戦略、特に最近承認となったレンバチニブの情報とそのマネジメントのコツについて概説する。

平成30年11月10日（土）

## 「実地医療から見た IBD 治療の実際」

石田消化器 IBDクリニック 院長 石田 哲也 先生

クローン病は再燃と寛解を繰り返しながら、病状が進展憎悪します。  
 実臨床において抗 TNF $\alpha$  抗体はクローン病に対して有効ですが、効果減弱や副作用などの諸問題も経験してきました。効果減弱の機序は、血中 ADA 適正濃度の低下や抗薬剤抗体の出現など様々ですが、これらの対処法として、アダリムマブ（ADA）増量、ADA 再導入、他剤へのスイッチ、免疫抑制剤の追加、ED 追加などが考えられます。  
 今回はそれらの代表的なデータを紹介し、また自験例クローン病症例に対する ADA 治療の実際、成績も併せてご報告いたします。

平成30年12月8日（土）

## 「上部消化管機能障害と六君子湯 ー上腹部愁訴の改善と笑顔の診療を目指してー」

尾高内科・胃腸クリニック 院長 尾高 建夫 先生

胃痛、胃もたれ、胸やけ、食欲不振など、慢性的な上腹部愁訴は毎日の生活や食的な西洋薬ではこれらの愁訴をなかなか改善できない患者さんをしばしば経験します。近年、非びらん性胃食道逆流症や機能性ディスペプシアに六君子湯が有効であることが、客観的な RCT で明らかになっています。六君子湯の上部消化管への作用とその有効性をご説明いたします。

平成31年 1月12日 (土)

## 「機能性ディスぺプシアを理解すれば、診療は前向きになる！」

川崎医科大学・川崎医療福祉大学 特任教授

淳風会医療センター 副セクター長

淳風会ロングライフホスピタル 顧問 春 間 賢 先生

機能性ディスぺプシア（以下FD）が保険診療上の病名として登場してから、5年が経過したが、頻度の高い疾患であるにもかかわらず、日々の診療でFDの傷病名が使われることは少ない。これまで使ってきた慢性胃炎の病名は慣れ親しんでいるし、治療薬の選択、患者への説明、特定疾患療養管理料、どれをとっても、慢性胃炎の病名はFDに勝るものである。しかしながら、FDの病態を理解しなければ治療効果を高めることはできず、診療は消極的なものとなる。本セミナーで、FDの病態を理解し、積極的な診療を目指して頂きたい。

## 「プロバイオティクスのFDへの作用機序 —胃の生理および細菌叢の視点から—

東海大学医学部 消化器内科 客員教授 古 賀 泰 裕 先生

FD患者の胃液細菌叢は健常者と比較して、属レベルにおいてEscherichia（大腸菌など）を含む多くの腸内細菌の混入が認められた。その結果、FD患者の胃液では、毒性のある菌体成分であるLPS（リポ多糖）の検出頻度が高かった。これらの細菌学的異常は、乳酸菌LG21を含むヨーグルトの摂取により是正され、かつFD症状も有意に改善した。以上の結果からFD病因の一つとして胃液細菌叢の異常が示唆された。

## 「胸やけ患者に対する最適な対処法とは —PPI抵抗性GERDを含めて—

川崎医科大学 検査診断学（内視鏡・超音波）教授 眞 部 紀 明 先生

胃食道逆流症(GERD)に対して適切な治療が行われない場合には、QOLの低下や食道潰瘍からの出血や狭窄、更にはバレット食道癌と言った様々な合併症を引き起こす可能性が示唆されている。従って、GERD治療は胸やけなどの症状消失と内視鏡的治癒の2本立てで進めて行く必要がある。現在、GERDの薬物治療はプロトンポンプ阻害薬(PPI)が第一選択薬であり、この事は既に広く認識されている。しかしながら、非びらん性胃食道逆流症(NERD)の40~50%、びらん性食道炎の6~15%にはPPI治療に抵抗する症例が存在する。現在、その病態には、①胃酸分泌抑制が不十分、②胃酸以外の逆流が原因、③食道知覚過敏、④精神・心理的要因、⑤GERDと臨床像が類似している別疾患が考えられている。本講演では、胸やけ患者に対する最適な対処法の中で、特に日常診療で難渋することの多いPPI抵抗性GERDの治療戦略を中心に概説する。

平成31年 2月 9日 (土)

## 「内視鏡診断においてAIは人を超えたのか」

がん研有明病院 上部消化器内科 副部長 平 澤 俊 明 先生

近年、人工知能（AI）、IoT、ロボティクス、ビッグデータの技術革新により、第4次産業革命の時代に突入しました。これからは、私たちのライフスタイルは大きく変わり、歴史的な転換期を迎えるでしょう。医療現場も例外ではなく、AIやIoTを用いた放射線画像診断、病理診断、ウェアラブル機器による健康管理など多岐にわたり新しい技術が導入され、まさにパラダイムシフトが起きようとしています。がん研有明病院では、AIを用いた内視鏡診断の研究を行い、臨床応用への手ごたえを感じています。この講演ではディープラーニングや機械学習などのAIについての基礎的なことから、近未来の医療現場まで、わかりやすく解説したいと思います。

## 「特殊光を用いた大腸腫瘍の鑑別診断と3D解析」

南奈良総合医療センター 外科医長 植 田 剛 先生

大腸領域の腫瘍の鑑別診断において、血管などの微細構造をBLIに代表される拡大狭帯域光観察することの有用性については多数の報告がある。一方で、狭帯域光観察でみているものが、どの深さのものであって、何を意味しているのかをヒト大腸組織で詳細観察した報告はない。今回、大腸組織切除症例の病理切片から3次元画像解析システム「ボリュームアナライザー Synapse VINCENT」を用いて組織の3次元再構築像を作成し、BLI画像と比較することにより、BLI画像と病理組織画像とを完全に1対1対応させることができた。本講演では、BLIは何を見ているのかを、病理学的な根拠を持って紹介する。

平成31年 3月 9日 (土)

## 「健診から明らかになった日本人の脂肪肝 －非肥満 NAFLD と遺伝子の関与－」

京都第二赤十字病院 健診部 副部長／

京都府立医科大学 臨床教授 西大路 賢 一 先生

健診で発見される異常で一番多いのは肝機能障害で、そのほとんどが脂肪肝である。中高年では3人に1人が非アルコール性脂肪性肝疾患 (NAFLD) に罹患している。NAFLD は自覚症状に乏しい疾患だが、糖尿病や心筋梗塞などの生活習慣病のリスクを高める。また、NAFLD のうち10～20%は非アルコール性脂肪性肝炎 (NASH) で、進行すると肝硬変や肝臓がんを合併するリスクがある。NAFLD の一番の原因は肥満であるが、やせていれば安心ということではなく、本邦をはじめ東アジアでは非肥満者 (BMI < 25kg/m<sup>2</sup>) の15～25%が NAFLD と報告されている。また、NAFLD の発症・進展には生活習慣だけでなく、遺伝子多型の関与が明らかになった。今回、当院の健診受診者を対象にした研究からわかった非肥満 NAFLD に対する成人後の体重増加と遺伝子多型の重要性、さらに NASH の拾い上げや治療戦略について最新の知見を紹介する。

## 平成30年度 京都消化器医会会務報告

### 1. 庶務報告

平成30年 3月31日現在会員数	336名 (別に顧問6名)
入会	5名
退会	7名
物故会員	1名
平成31年 3月31日現在会員数	333名 (別に顧問5名)
対前年比増減	△3名

物故会員 <sup>かね</sup>金 <sup>みつ</sup>光 <sup>けい</sup>敬 <sup>すけ</sup>祐 先生 (右京) (平成31年1月13日)

### 2. 事業報告

#### 平成30年度 消化器医会学術講演

[定例学術講演会]

月 日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
30年 4.14(土)	〈特別講演〉 便中バイオマーカーを用いた潰瘍性大腸炎の新たな診断法～5-ASA 製剤の新しい使い方～	東邦大学医療センター 佐倉病院 消化器内科 講師 竹内 健 先生	持田製薬(株)	65名
5.12(土)	〈特別講演〉 快適な排便を求めて～たかが便秘とはいえない新事実～	医療法人祥佑会 藤田胃腸科病院 院長 本郷 仁志 先生	E A ファーマ(株)	90名
6.9(土)	〈特別講演〉 胆膵内視鏡治療の基本手技と新展開	京都第二赤十字病院 消化器内科 安田健治朗 先生	オリンパス(株)	55名
7.14(土)	〈特別講演〉 自己免疫性肝疾患の基本から最近の進歩まで	京都大学大学院 医学研究科消化器内科学 講師 上田 佳秀 先生	アヴィ合同会社	78名
7.28(土)	〈特別講演1〉 <i>H.pylori</i> 除菌とその後の対応 〈特別講演2〉 逆流性食道炎の病態と治療の新展開	順天堂大学医学部消化器内科 教授 永原 章仁 先生 日本医科大学消化器内科学 主任教授 岩切 勝彦 先生	武田薬品工業(株)	107名
9.8(土)	〈特別講演〉 除菌後胃粘膜内視鏡像の特徴と除菌後発見胃癌	新潟大学医歯学総合病院 地域医療教育センター・ 魚沼基幹病院 消化器内科 特任教授 八木 一芳 先生	オリンパス(株)	64名

月 日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
10.13(土)	〈特別講演〉 肝細胞癌治療 最近の話題 ーレンパチニブによる治療 革新とマネジメントのコツー	金沢大学先進予防医学研究センター 准教授 山下 竜也 先生	エ ー ザ イ (株)	59名
11.10(土)	〈特別講演〉 実地医家から見た IBD治療 の実際	石田消化器 IBDクリニック 院長 石田 哲也 先生	ア ヴ ェ ィ 合 同 会 社	38名
12. 8 (土)	〈特別講演〉 上部消化管機能障害と六君子湯 ー上腹部愁訴の改善と笑顔 の診療を目指してー	尾高内科・胃腸クリニック 院長 尾高 健夫 先生	(株) ツ ム ラ	39名
31年 1.12(土)	〈講演1〉 機能性ディスぺプシアを理解すれば、診療は前向きになる！ 〈講演2〉 プロバイオティクスのFDへの作用機序ー胃の生理および細菌叢の視点からー 〈講演3〉 胸やけ患者に対する最適な対処法とはーPPI抵抗性GERDを含めてー	川崎医科大学/川崎医療福祉大学 特任教授 春間 賢 先生 東海大学医学部 消化器内科 客員教授 古賀 泰裕 先生 川崎医科大学 検査診断学 (内視鏡・超音波) 教授 眞部 紀明 先生	時 事 通 信 社 (株) 明 治 (後援) 日 本 医 師 会	128名
2. 9 (土)	(兼：消化器がん検診委員会 指定講習会) 〈講演1〉 内視鏡診断において AIは 人を超えたのか 〈講演2〉 特殊光を用いた大腸腫瘍の 鑑別診断と3D解析	がん研有明病院 上部消化器内科 副部長 平澤 俊明 先生 南奈良総合医療センター 外科医長 植田 剛 先生	富 士 フ ィ ル ム メ デ ィ カ ル (株)	213名
3. 9 (土)	〈講演〉 健診から明らかになった日本人の脂肪肝ー非肥満 NAFLDと遺伝子の関与ー	京都第二赤十字病院 健診部 副部長/京都府立医科大学 臨床教授 西大路賢一 先生	興 和 創 薬 (株)	75名

## 〔京都胃腸勉強会〕

回数	開催日	症 例 ・ 担 当 施 設	人数
124	30.7.13(金)	京都第二赤十字病院 (大腸) 京都消化器医会 (大腸) 医仁会武田総合病院 (胃)	56名
125	31.1.11(金)	京都鞍馬口医療センター (食道) 西陣病院 (胃) 康生会武田病院 (大腸)	78名

## 〔総合画像診断症例検討会〕

回数	開催日	症 例 検 討	Special Lecture	演 題 名	人数
143	30.4.7 (土)	1.症例提示 京都医療センター消化器内科 笠原 勝宏 先生 (胃) 沖医院 沖 映希 先生 (大腸) 福本内科医院 福本 圭志 先生 (大腸) 2.審査会日より	独立行政法人 国立病院機構 京都医療センター 外科 畑 啓昭 先生	「最近の胃癌治療 のトピックス」	71名
144	30.6.2 (土)	1.症例提示 三菱京都病院 消化器内科 眞下 陽子 先生 (胃) 山賀 雄一 先生 (胃) 玉置美賀子 先生 (十二指腸) 2.審査会日より	三菱京都病院 消化器内科 副部長 田中 淳也 先生	「炎症性腸疾患に おける最近の話 題」	58名
145	30.8.4 (土)	1.症例提示 洛和会音羽病院 消化器内科 児玉 紘幸 先生 (胃) 松野 潤 先生 (胆道) 中田 智之 先生 (大腸) 2.審査会日より	洛和会音羽病院 消化器病内視鏡センター センター長 蘆田 潔 先生	「P-CAB 登場後 の GERD 診療 ～変わったこと、 変わらないこと ～」	43名
146	30.10.6 (土)	1.症例提示 京都桂病院 消化器内科 河村 柁仁 先生 (大腸) 菊地 三弥 先生 (胆道) 日下 利広 先生 (胃) 2.審査会日より	京都桂病院 腎臓内科部長 宮田 仁美 先生	「腸腎連関～腎臓 内科医の視点～」	55名

回数	開催日	症 例 検 討	Special Lecture	演 題 名	人数
147	30.12. 1 (土)	(兼：消化器診療内容向上会) 1.症例提示 「胃がん内視鏡検診 －あなたならどう撮影－」 スクリーニング撮影 経口・経鼻症例 十倉佳史胃腸科内科クリニック 十倉 佳史 先生（経口） 京都第二赤十字病院 小林 正夫 先生（経鼻） 粉川内科医院 粉川 隆文 先生（経口） 2.審査会日より	千葉大学医学部附属病院 病院経営管理学研究センター 特任講師 吉村 健佑 先生	「遠隔診療・オンライン診療の実装状況と今後の展望～平成30年度診療報酬改定から読み解く～」	49名
148	31.2.2 (土)	1.症例提示 京都医療センター消化器内科 中野 重治 先生（肝臓） 京都第一赤十字病院 消化器内科 角 堃 徹 先生（肝臓） 愛生会山科病院 内科 新美 敏久 先生（肝炎） 2.審査会日より	京都第一赤十字病院 消化器内科 藤井 秀樹 先生	「C型肝炎の現状と残された課題」	42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

- 第10回京滋 IBD コンセンサスミーティング …… 4月26日（木）  
 消化器トータルマネジメントフォーラム …… 7月12日（木）  
 第33回京滋消化器内視鏡治療勉強会 …… 7月19日（木）  
 第11回京滋 IBD コンセンサスミーティング …… 10月4日（木）  
 第28回京滋消化管病態フォーラム …… 11月15日（木）  
 肝疾患の最新治療セミナー …… 11月15日（木）  
 第34回京滋消化器内視鏡治療勉強会 …… 1月31日（木）  
 第7回京滋 Liver Forum …… 3月9日（土）

## 2) 京都消化器医会後援研究会

- 日本消化器病学会近畿支部 第60回市民公開講座 … 9月9日（日）

## 3) 消化器関連研究会

- 第115回日本内科学会総会・講演会 …… 4月13日（金）～15日（日）  
 第35回日本臨床内科医会総会 …… 4月15日（日）  
 第104回日本消化器病学会総会 …… 4月19日（木）～21日（土）  
 第95回日本消化器内視鏡学会総会 …… 5月10日（木）～12日（土）  
 第54回日本肝臓学会総会 …… 6月14日（木）～15日（金）



KYOTO IBD MANAGEMENT FORUM2018 … 6月23日 (土)  
第18回日本実地医家消化器内視鏡研究会 …………… 6月24日 (日)  
第109回日本消化器病学会近畿支部例会 …………… 9月29日 (土)  
第101回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 …………… 11月10日 (土)  
オリンパス Endoscopic Seminar …………… 11月24日 (土)  
第110回日本消化器病学会近畿支部例会 …………… 2月23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10日、7月12日、9月13日、11月8日、1月10日、3月14日

〔京都消化器医会主催委員会〕

1) 審査委員合同委員会

30年9月13日 (木)

31年3月14日 (木)

## 平成30年度 京都消化器医会決算 (3/31現在)

平成30.4.1～平成31.3.31

収 入 総 額 7,945,397  
 支 出 総 額 2,788,373  
 差 引 残 高 5,157,024

## (収入の部)

科 目	30年度予算	30年度実績	摘 要
会 費	1,735,000	1,486,000	30年度分 1,431,000(307名)、過年度分 32,000(4名) 新入会 23,000(5名)
交 付 金	300,000	300,000	京都府医師会助成金 300,000
協 賛 金	850,000	800,000	会報広告掲載料(16社) 800,000
雑 収 入	72,300	51,988	預金利息 260、慰労会参加費 50,000 許諾抄録利用料金 1,728
小 計	2,957,300	2,637,988	
前年度繰越金	5,307,409	5,307,409	29年度より繰越
合 計	8,264,709	7,945,397	

## (支出の部)

科 目	30年度予算	30年度実績	摘 要
事 業 費	1,240,000	1,598,428	会報35号(450部)、別冊 1,007,640 会報執筆料(6名) 190,000、総会案内はがき代 864 封筒(長3・角2) 38,124、会員名簿(29年度) 361,800
会 議 費	894,000	590,910	理事会費用弁償(6回) 432,910 会計監査費用弁償 8,000 慰労会費用 150,000
負担金及び 利 用 料	336,000	325,532	消化器医会負担金(府医) 263,000 会議室料(6回) 62,532
事 務 費	245,000	259,183	通信費(会報・理事会・会費など発送) 95,387 コピー代 6,380、職員残業代 115,695 会費口座振替事務処理費用 13,306 現金書留封筒・送料 2,795 切手・はがき代 25,620
雑 費	26,000	14,320	会費振込手数料 14,320、弔電代 0
小 計	2,741,000	2,788,373	
次年度繰越金	5,523,709	5,157,024	次年度へ繰越
合 計	8,264,709	7,945,397	

平成31年4月8日

監事

小川 欽 治

監事

中島 陽 郎



## 《平成30年度 京都消化器医学会議事録要旨》

### 第1回 京都消化器医学会理事会議事録 平成30年5月10日（木）

〈報告事項〉

#### 1. 消化器がん検診委員会 前川理事

##### 第3回 胃がん内視鏡検診運営小委員会（平成30年3月9日）

- 1) 富士フィルムのアシスタ導入が決定され、秋頃の稼働に向けて作業を進める。
- 2) 施行医・二次読影医・実施医療機関認定及び更新基準

胃内視鏡検査実施医療機関認定基準、施行医認定基準、二次読影医認定基準については現行通りで行う。施行医更新基準については、オンライン化により、画像を見て研鑽する機会が少なくなるため、画像講習会出席を更新基準に盛り込まなければ精度を保てないのではないかと様々な意見があったが、二次精密医療機関との絡みもあり次回の小委員会で基準を決定する予定。

- 3) 施設外二次読影システムにおける精度管理（主に画像点検）

胃がん内視鏡検診運営小委員会で、画像点検で問題のあった画像を取りあげ、検討した上で、年に数回（3回くらい？）開催が予定されている画像講習会にて供覧し、スキルアップをはかることが提案されている。指導が必要な施行医に対しては、画像講習会の日程を事前に報告し、出席を促すことが検討されている。

- 4) 施設内二次読影システムにおける精度管理（主に画像点検）

施設内二次読影可能施設における画像提出は、精度管理上問題があると判断された場合や、がん発見例・問題症例などの画像の提出を依頼する。

- 5) データの定例的集計・統計的解析の範囲

バイオプシー数、精検数を分けて統計解析し、ピロリ菌感染についても統計をとる。精検結果の病名については厚生労働省の基準を確認する。萎縮性胃炎は、その有無のチェック項目を設ける予定。

- 6) データ経年保存年数

厚労省の基準通り富士フィルムに5年対応にするよう要望している。

→保存年数を5年ではなく、もっと長く保存できないかという意見があった。コスト面を考慮して検討する。

##### 第5回 消化器がん検診委員会報告（平成30年4月6日） 角水理事

- 1) 平成29年度京都市各検診報告

#### 【京都市胃がん検診（X線）】

巡回検診の受診数998件（昨年44.2%）、早期がん2件。施設検診の受診数1,073件（昨年33.3%）、進行がん1件。

### 【京都市大腸がん検診】

巡回検診の受診数1,239件（昨年の43.5％）進行がん1件、早期がん1件。施設検診の受診数6,144件（昨年の80.5％）進行がん2件、早期がん12件。集団検診の受診数1,391件（昨年の68.7％）進行がん3件、早期がん2件。個別検診の受診数3,765件（昨年の119.9％）進行がん4件、早期がん6件。郵送検診の受診数3,004件（昨年の40.7％）。

### 【京都市胃内視鏡検診】

受診数1,028件、要精検64件、要精検率6.23％、進行癌1件、早期癌5件。

### 【京都市胃がんリスク層別化検診】

受診数690件：A判定521件（40代180件、50代189件、60代152件）B判定131件（40代28件、50代46件、60代57件）C判定38件（40代6件、50代9件、60代23件）。

## 2) 京都市胃がん検診（内視鏡検査）の運用について

### ①実施医療機関認定・二次読影医及び更新基準について（別添資料）

二次精密検査実施医療機関基準と胃内視鏡検診実施医療機関基準の整合性

胃内視鏡検診：内視鏡検査そのものが検診なのでマニュアル通りに。

二次精密検査：基本的には保険医療。内視鏡検診と無理に合わせない。

### ②内視鏡施行医の認定基準について 実施医療機関申請時に登録

i) 日本消化器内視鏡学会専門医

ii) 日本消化器がん検診学会認定医

iii) 内視鏡経験年数5年以上かつ内視鏡検査総件数1,000件かつ年間内視鏡件数おおむね100件以上

のいずれかを満たすこと。iii)は議論により緩和した結果。

### ③指定講習会について

i) 消化器がん検診委員会指定講習会（従来のもの）

ii) 京都府が助成する従事者研修会

iii) 内視鏡検診運営小委員会（隔月）に続き、画像勉強会

iv) その他

i) ii) だけではマンツーマンで指導する機会がないとの指摘あり。二次読影で撮影法に問題のあったもの、癌症例、偽陰性症例などを対象に少人数で優しく勉強できる場を設けたい。二次読影の際に必要なコメントを書くという意見もあった。

### ④二次読影体制オンライン化 富士フィルムのアシスタを導入

オンラインと現行書式の整合性について 業者と調整中

→内視鏡検診の講習会開催、内視鏡検診の二次読影への協力、オンライン接続がうまくいくかどうかのテストに協力すること、を府医消化器がん検診委員会から要望された。

→京都市胃がん検診の二次精密医療機関および京都市胃がん検診（内視鏡検査）の施設認定基準に全国がん登録への参加が挙げられているのは、がん検診に携わる医療機関への全国がん登録を促す目的があるのだという意見が出た。

## 2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事

- 1) 府医主催、共催の学術講演会が共催メーカーの減少で厳しい状況となっている。
- 2) 平成28年度日医生涯教育単位取得とカリキュラムコードの合計が京都府は33.0で全国5位、合計が60以上に達したものに発効される認定証取得者数は293人で全国10位であった。
- 3) 日医かかりつけ医機能研修制度における認定者は平成29年度85名であった。

## 3. がん登録事業委員会（第5回 4月20日） 大塚副会長

- 1) 全国がん登録オンライン利用申請の状況について  
利用申請完了の医療機関 155施設/380施設（病院：102/170、診療所：53/210）
- 2) 全国がん登録届出要領・よくある間違いマニュアルの作成について

## 4. 医療安全対策委員会 松井理事

休 会

## 5. 保険医協会 今井理事

12月の総合画像症例検討会は京都保険医協会とのコラボ企画でオンライン診療と内視鏡検診での撮影法をテーマにする予定

## 6. 審査会（国保・基金）

### 1) 便中カルプロテクチンについて

検査法が2種類あり、保険適応が異なる。FEIA法は「潰瘍性大腸炎の病態把握」と「慢性的な炎症性腸疾患（潰瘍性大腸炎やクローン病）の診断補助」の両方に適応があるのに対し、ELISA法は「潰瘍性大腸炎の病態把握」のみに適応がある。ところがレセプト上はどちらの検査法で測定されたのかの見分けが付かない。

→便中カルプロテクチン算定のルールでは症状詳記が求められているのでこれを徹底すべきである。潰瘍性大腸炎疑いの病名であれば内視鏡検査実施後の便中カルプロテクチン算定は認めるべきではない。以上を審査機関に進言する予定

### 2) ベンゾジアゼピン系薬剤の長期投与について

今後減算予定である。十分な経験を有する医師及び適切な研修を修了した医師の処方除外項目として挙げられており、医会として本年度は共催講演会のカリキュラムコードに「20不眠」「64不安」を記載することでとりあえず対応することとした。

## 〈協議事項〉

### 1. 講演会の予定と企画

→定例学術講演会の演者・座長（12月まで決定済み）を確認した。

2. 会報 最終確認
3. 総会 総括
4. その他

## 第2回 京都消化器医学会理事会議事録 平成30年7月12日（木）

〈報告事項〉

### 1. 消化器がん検診委員会 前川理事

#### 第6回 消化器がん検診委員会・第4回胃がん内視鏡検診運営小委員会合同委員会

（5月18日）

- 1) 角水理事より下記確認事項が提示され委員会において承認された。
  - ①最終判定は「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」に分類され、胃潰瘍、逆流性胃炎などは胃がん検診としては、「胃がんなし」に分類する。
  - ②「残渣多量」や「画像点検で改善の余地あり」などの理由での要再検査は要精密検査扱いとなる。再検結果は精密検査結果欄に記載する。
  - ③要精密検査は「胃がん疑い」或いは「胃がんあり」或いは「要再検査」の場合を指し、萎縮性胃炎・胃潰瘍・逆流性食道炎・食道がんなどがあれば、受診者への説明や医学的対応を要するが、統計上は「要精密検査」に含まれない。
  - ④生検したものはすべて要精密検査・精密検査済みに集計される。
  - ⑤粘膜萎縮度 C2, C3, O1, O2, O3を統計上萎縮性胃炎（粘膜萎縮あり）とする。
  - ⑥精密検査結果は、「早期胃がん」「進行がん」「その他」とする。
  - ⑦用語の統一について、＜一次医療機関＞という言葉は使わず、「施設内二次読影医療機関」「一般二次読影医療機関」「実施医療機関」とする。
- 2) ASSISTA の開発にあたって富士フィルムより下記事項についての説明があった。
  - ①二次読影依頼や自動振分けの方法については検討中であり、実施医療機関への二次読影後の終了メール報告の自動化についても検討中である。二次読影医がASSISTA へログインし、自身が読影するデータだけを閲覧できるものを想定している。
  - ②施行医・二次読影医の匿名化については、実施医療機関からは二次読影医名が、二次読影医からは実施医療機関・施行医名や受診者名の匿名化がなされる。また、管理側のASSISTAでは施行医名や二次読影医名、受診者名が分かるようにする。
  - ③所見や画像点検結果の入力はチェックボックス方式にする。
  - ④オフラインの施設からのデータを ASSISTA に反映できるようなソフトを新たに開発し、可能なら今年度中に、間に合わなければ来年度から導入予定。
- 3) ASSISTA の開発にあたっての集計事項は、現行の医療機関毎の集計（委員会に報告し精度管理に活用）の他に、行政区毎の集計、請求関連の集計が必要であり、

その他対策型検診における精度管理に必要な集計内容については早急に委員会にて検討予定。

#### 4) オフラインへの対応

- ①実施医療機関で内視鏡検診を実施した場合、あらかじめ実施医療機関へ富士フィルムから別途提供されたエクセルマクロプログラムにデータを入力していただき、CD や USB などのメディアに画像データ取り込んだものに添付して予防医学センターへ送付。
- ②予防医学センターでデータを ASSISTA への取り込み情報の一元化を図る。
- ③予防医学センターで ASSISTA の生データを管理システムに取り込み情報を管理する。

#### 5) ASSISTA のトライアル実施について

ASSISTA は TSL (Transport Layer Security ; データを暗号化して送受信する通信手順の一つ) で証明書を付けて運用しているため、ネットワーク環境を確認した上で問題が無ければ、既存のパソコンを使用できる。システムに問題点があれば抽出し解決しておくために、機関を選定(診療所の委員)し、6月からトライアルを実施する予定。

#### 6) 胃がん X 線検診・胃がんリスク層別化検診・大腸がん検診二次精密検査医療機関選定基準の改正について。選定パスの要件について、現行は、①日本消化器内視鏡学会指導施設、または②付加ポイント11点であるが、「③内視鏡検診二次読影医の在籍する医療機関」の条件を追加し、二次読影医が在籍する医療機関への負担を少しでも軽減を計る。また、全国がん登録事業への報告の付加ポイント(3点)は現行のままとする。

#### 7) 京都府から報告

- ①京都府生活習慣病検診等管理指導協議会がん検診部会胃がんワーキングが府内における胃がん内視鏡検診について検討するため設置された。
- ②平成29年度からのピロリ菌除菌助成事業により、人間ドックや健康診断でピロリ菌感染が疑われ、除菌治療を行った方が対象となり上限2,000円で京都府から助成される。

### 第7回 消化器がん検診委員会(6月15日)

#### 1) 消化器がん検診実施状況

##### ①平成29年度胃がん検診(X 腺検査)実施状況(京都市)

総受診者数2,210件、要精検数410件(要精検率18.55%)、精検実施数330件(精検受診率80.49%) 早期がん3件、進行がん1件であった。検診受診率は0.35%(全国平均9.6%)、受診者数に対するがんの割合は0.18%(全国平均0.11%) 要精検数に対するがんの割合は0.98%(全国平均1.3%)であった。

##### ②平成29年度大腸がん検診実施状況(京都市)

総受診者数は17,344件。要精検数1,319件（要精検率7.6%）、精検実施数870件（精検受診率65.96%）、早期がん27件、進行がん16件、計43件であった。検診受診率は2.04%（全国平均19%）であり、受診者数に対するがんの割合は0.25%（全国平均0.18%）、要精検数に対するがんの割合は3.26%（全国平均2.98%）であった。

③平成30年度胃がん・大腸がん検診実施状況（京都市）

胃がんX腺検診は施設検診73件、大腸がん検診は施設検診834件（前年比約200件増）集団検診253件、個別検診467件（前年比約200件増）計1,554件であった。

④胃がん内視鏡検診実施状況（京都市）

平成29年度受診者数1,269件、要精検数77件（要精検率6.07%）、精検受診率40.26%で、進行がん1件、早期がん8件であった。平成30年度胃内視鏡検診実施状況（5月31日現在）は、受診者数77件、要精検数4件（要精検率5.19%）である。経鼻と経口でがん発見率に差があれば問題であるため、経鼻・経口別のがん発見率に差があるのか否かを検討できるようにしたい。

⑤胃がんリスク層別化検査実施状況（京都市）

平成29年度受診者数709件、A判定532件（75%）、B判定136件、C判定41件、精検実施数99件であり、早期がん1件が報告された。平成30年度（6月11日現在）の受診者66件、A判定52件（79%）、B判定11件、C判定3件、精検実施数は0件である。

⑥角水理事より胃がん検診（巡回検診）のバス1台あたり、受診者35名分の最低保証額単価を新設したことが報告された。

2) 胃内視鏡検診の更新基準等についての討議がなされ、以下のごとく決定された。

①二次精密検査医療機関は現行通り指定講習会を5年間に3回以上出席とする。内視鏡検診実施医療機関は京都府がん検診従事者研修会を5年間に2回出席を更新条件とする。すなわち、内視鏡検診実施医療機関は二次精密医療機関であることを登録条件としているため、合わせて5年のうちに5回の講習会出席が更新条件となる。

②画像勉強会への呼び出し基準については次回の委員会で検討し決定する予定。

③今後、がん検診従事者研修会などを録画し、京都府下でDVD講習会として開催することが将来的に可能かどうかについて検討した。スクリーンに投影された画像を録画すると画質が劣化するので、スライドは元のデータを使用し、音声と同期して供覧することができないか検討してほしいとの要望があった。

3) 施設内二次読影医療機関における画像提出については、要精検（がん、がん疑い、画像に問題あり）例の画像を提出してもらう。

4) 内視鏡施行医のスキルアップのため、少人数の画像勉強会については、①内視鏡検診運営小委員会（隔月）、②がん検診従事者研修（年1-2回）、③消化器医会総合画像診断症例検討会（年1回程度）が妥当ではないかとの結論に至った。



京都市における全国の実験となる新しい対策型胃がん内視鏡検診オンライン二次読影システムにおいては、二次読影医が二次読影を単独で行うため、二次読影・画像点検基準の均霑化やスキルアップの機会に乏しい。それらの欠点を補うためのシステムを今後早急に構築しなければならない。

5) 京都市胃がん検診（内視鏡検査）手引きについて、具体的な ASSISTA の運営が決まっていないため、様式などについては説明会に間に合わなければ、個別に富士フィルムが各医療機関を回る際に説明する。

6) 実施医療機関・二次読影医募集と承認について

募集期間は平成30年8月1日～8月31日とし、対象は胃がん検診 X 線検査二次精検医療機関、募集方法は対象医療機関への直送と医報「地域医療部通信」への掲載とし、FAX情報等は広がりすぎため実施せず。承認は9月内視鏡検診運営小委員会で最終登録承認予定。

7) 平成30年度の京都消化器定例学術講演会（平成31年2月9日）

第一部（上部）「内視鏡診断においてAIは人を超えたのか」

座長：小林 正夫 先生

がん研有明病院 上部消化器内科副部長 平澤 俊明 先生

第二部（下部）「特殊光を用いた大腸腫瘍の鑑別診断と3D解析」

座長：丸山 恭平 先生

南奈良総合医療センター 外科医長 植田 剛 先生

開会の挨拶：粉川隆文会長、閉会の挨拶：前川理事予定

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事

報告事項なし

3. がん登録事業委員会（第6回 6月8日） 大塚副会長

1) 全国がん登録医療機関向け説明会の開催について

今年度の医療機関向け説明会は「届出内容誤りの減少」と「廻り調査の周知」を目的に開催

2) 京都府がん実態調査報告書2014年について

国がんからの通知により、地域がん登録項目「発見経緯」の分類についてデータ修正が必要な登録状態であることが分かった。データの修正には数か月以上を要する見込みであるため、2018年7月発行予定の「がん実態調査報告書2014年」では、お詫び文を掲載し予定通り発行する。

3) 京都府がん実態調査報告書2015年の作成について

4. 医療安全対策委員会（第8回 6月19日） 松井理事

医療事故調査制度の状況について

→京都市は25件（うち最多は消化器内科6件）あり、全大腸内視鏡検査の前処置例が多い。

全国的には外科が多い。

5. 保険医協会 今井理事

→12月の総合画像症例検討会は保険医協会との共催に決定した

6. 審査会（国保・基金）

基金国保審査員連絡会が開催された。「入院時スクリーニング検査としての HCV 抗体測定を認める、ただし頻度は3か月に1回」、が合意された。

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画

→定例学術講演会について以下が決定した。

平成30年10月13日「肝臓がんの化学療法（仮）」

金沢大学 山下竜也 先生 座長 澤 理事

平成31年1月12日 共同通信社との共催を予定

平成31年3月9日「脂肪肝の話題（仮）」 京都第二赤十字病院 西大路賢一 先生

2. 会報総括

→会報掲載論文の図表枚数制限に関する投稿規定を見直す予定

3. 府医 専門医会懇談会（7/14）

→今回は当会からの意見・要望なし

4. その他

→最近急性 A 型肝炎の発症例が急増している。傾向として HIV 感染を伴っているケースも見られる。急性肝炎患者に血液検査を実施する際は IgM-HA の測定に加えて HIV 感染の有無もチェックした方がよいかもしい。4 類感染症のため急性 A 型肝炎は診断後直ちに届出する必要がある、との発言があった。

第 3 回 京都消化器医会理事会議事録 平成30年9月13日（木）

〈報告事項〉

1. 消化器がん検診委員会 前川理事

第 5 回 胃がん内視鏡検診運営小委員会報告 平成30年7月13日（金） 前川理事

1) 胃がん検診（X 線検査）二次精検医療機関・胃がん検診（胃内視鏡検査）実施医療機関認定更新について

①胃がん内視鏡検診の実施医療機関としての更新条件である「がん検診従事者研修会」には、現行の胃がん X 線検診の二次精密医療機関の指定講習会と同様に、医療機関に所属している医師が出席することに決定した。

②胃がん内視鏡検診の更新は、X 線検診二次精密医療機関の更新時に同期することとし、胃がん内視鏡検診の新規登録から初回の更新時までが1年未満の場合は「がん従事者研修会」の出席の有無を問わず、1年以上の場合は1回出席を義務

とする。

- ③胃がん内視鏡検診の実施医療機関が、二次精密医療機関は辞退するとの申し出があった場合胃がん内視鏡検診の実施医療機関として認めない。
  - ④施設内二次読影方式実施医療機関を辞退し、一般二次読影方式での実施を希望した場合の対応については、医療機関に2名以上の読影医がいる場合は、原則として施設内二次読影を依頼するが、事案別に委員会で協議する。
  - ⑤施設内二次読影方式で実施可能な複数専門医（認定医）在籍医療機関が、新規の手上げ医療機関として希望した場合の対応は、委員会で事案ごとに協議する。
- 2) 11月始動の ASSISTA に反映できる項目について
- ①HP感染内視鏡所見の表記（JED 基準の取扱い）については、11月から HP 内視鏡感染所見についてはフリー項目欄に記載してもらう方法で開始するが4月以降からは ASSISTA に検診 JED をきちんと反映した形で実施する。
  - ②二次読影医匿名化のための番号化については、医師名を複雑な番号に当てはめることで匿名化を図る。
  - ③現行で実施している施設内二次読影方式の医療機関については、11月の ASSISTA に反映出来ないため、29年度の書式を引き続き使用してもらうことで対応する。
- 3) 画像点検の呼び出し基準について
- 1年に1、2回の画像勉強会だけでは、スキルアップは困難であるが、スキルアップを目的に、厳しい呼び出し基準を設定すれば、個人攻撃的な意味合いが強くなり、胃がん内視鏡検診に参加する医療機関が減少してしまう懸念がある。呼び出しをして勉強会を行う主な目的はスキルアップであり、特定の医師を責めるためのものではない。しかし検診を行う以上、精度管理は必須であり、画像の評価にあたり、具体的な解決策を丁寧に提示することで、効率的な改善を期待したい。呼び出し基準については委員会での内規事項とし、今年度は胃がん内視鏡検診と同時並行で基準を協議し、来年度から適応する。
- 京都消化器医会総合画像診断症例検討会の中で内視鏡検診の画像を勉強する場を設けることが提案された
- 4) 施設内二次読影医療機関の取扱いにおける画像提出について
- 要精検のみの画像提出を依頼する。書式については、現行の施設内二次読影方式の医療機関に関しては29年度の書式を引き続き使用して運用する。31年度からは ASSISTA の書式にあわせて変更し運用する。

## 第8回 消化器がん検診委員会報告 平成30年8月10日(金) 前川理事

### 1) 消化器がん検診実施状況

#### ①平成30年度京都市胃がん（X線）検診・大腸がん検診実施状況

- i) 胃がん検診の巡回検診申込数は351件、受診数は287件、要精検数が40件。施

設検診申込数は273件、受診数は241件、要精検数が32件であった。

- ii) 大腸がん検診の受診数は5,236件、受診率0.624%、要精検率7.33%、進行がん  
と早期がんが各2件、がんの疑いが1件であった。

②京都市胃がん内視鏡検診実施状況

平成29年度受診数は1,272件で、要精検数78件中33件に精検がなされ、1件の進行がん、9件の早期がん、1件のがん疑いが報告されている。平成30年度の受診数は206件、内要精検は12件で胃がんの報告はまだない。

③平成30年度京都市胃がんリスク層別化検査実施状況

受診数184件中、A判定141件(76.6%)、B判定38件(20.7%)、C判定5件(2.7%)  
である。精密検査実施数の11件の全てが萎縮性胃炎であった。

④京都市胃がん内視鏡検診実施説明会出席状況(角水理事からの報告)

出席状況は7月18日は62医療機関63名、7月19日は63医療機関65名、計125医療  
機関128名であった。クラウドを使用した運営方法などに否定的な医療機関は少  
なかったが、様子を見てから参加したいとの意見があった。運営の安定が実施医  
療機関の増加に繋がると考える。

⑤平成30年度の胃がん内視鏡検診手上げ実施医療機関について(8月9日時点)

一般二次読影方式の実施医療機関が32医療機関、施設内二次読影方式の実施医療  
機関が1医療機関、一般二次読影方式の二次読影医が19名手上げされた。  
一般二次読影方式の二次読影医として手上げされた医師の中に専門医でも認定医  
でもない医師が1名いたが、協議の結果全て承認された。

⑥京都市胃がん検診(内視鏡検査)手引きについて

施設内二次読影方式の「内視鏡画像一式を施設内で管理する番号順にして提出す  
る」という文言は、施設内で管理する番号が医療機関によって異なることや、固  
有の番号を新たに振るのは煩雑になるため「内視鏡画像一式を提出する」に訂正  
した。

偶発症報告についての賠償責任についての文言は、京都市に確認するとし、精度  
管理の具体的な方法(画像提出等)や実施報告書兼請求明細書を5年間残しても  
らうことを追記する。

結果票に異常なしのチェックボックスを追加し、精密検査結果票に関して早期胃  
癌の欄に、早期胃癌は粘膜内がん(m)粘膜下層がん(sm)のみであることから  
「その他」を「粘膜下層がん」に修正することを平成31年度の様式に反映する。  
手引きは9月中に内容を決定し印刷に取りかかる。

⑦消化器がん検診委員会北部地域指定DVD講習会

平成30年10月27日(土)14時からホテルロイヤルヒル福知山で開催予定。講演内  
容をDVD化すると画質が悪くなるため、オリジナルの画像で勉強できるような  
システムの構築が望まれる。

⑧胃がん検診従事者研修会

平成31年3月30日（土）14時～17時（3時間程度）で府医会館310会議室において開催される予定。今年度は3月のみの1回を開催するが、来年度からは2回程度を実施予定。

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事

9月30日開催の京都医学会のプログラムが決定された（資料参照）

3. がん登録事業委員会 大塚副会長

9月6日府医にて全国がん登録説明会開催（国立がんセンターより）

→医療機関がオンラインがん登録で間違いやすいポイントについてまとめたマニュアルを府医で作成中

4. 医療安全対策委員会 松井理事

休会

5. 保険医協会 今井理事

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

→今年度の講師・座長は決定済み。来年度の演者について話し合った

2. 会報投稿規定 改正の件

→原稿枚数の目安について追加記載する予定

3. 第35号会報概要

→「症例報告」と「コーヒーブレイク」の執筆を依頼する

4. その他

第4回 京都消化器医会理事会議事録 平成30年11月8日（木）

〈報告事項〉

1. 消化器がん検診委員会 前川理事

第6回 胃がん内視鏡検診運営小委員会報告（平成30年9月14日）

1) 日本消化器内視鏡学会専門医や日本消化器がん検診学会認定医（胃区分）でない医師が、胃がん検診（胃内視鏡検査）の二次読影医に手上げをした場合、消化器がん検診委員会としてどのように取り扱うべきか討議した。胃がん内視鏡検診運営小委員会の意見として、1.二次読影医は専門医・認定医のみで実施する、2.専門医・認定医でない医師も消化器がん検診委員会の内部で明確な選定基準を設けて二次読影医として登録する、3.将来の専門医制度を考えて柔軟に対応すべきである、などの意見があり、これらの意見を踏まえ、消化器がん検診委員会で協議し、最終判断

をする。

- 2) 胃がん検診（胃内視鏡検査）の手引きについて、修正箇所の確認作業を行った。
- 3) フジフィルムから以下の報告があった。一次訪問実施の際、多くの医療機関で、PCに業務で使用するアプリケーションが入っており、ASSISTAをインストールした場合の干渉に恐れがあり、検証を進めている。概ね、ネットワーク環境の整っている医療機関であったが、2, 3件の医療機関では新たにPCを準備して頂く必要がある。二次訪問の際には手引書を用いて説明を行うが、HP感染の内視鏡所見や薬剤アレルギーの問診情報、画像点検はフリーコメントの為、所見名などを数値化したものを手引書に記載する。角水理事から京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）は医用画像診断ワークステーションであるカルナコアを使用しないで実施する想定であるが、すでに、カルナコアを使用している一部の医療機関でバージョンアップの必要があり費用が生じた。またインストールの際、既存のアプリとの干渉の恐れがあるため、同意書を頂くか、医療機関でバックアップを取るなど、何らかの対策を講じる必要があるとの説明があった。協議の結果、バックアップには費用がかかり、データの消去などの責任も生じるため、インストールに関しての同意書を作成し、同意を得てからインストールすることになった。
- 4) 地区担当理事連絡協議会は、毎年1月に開催しているが、平成30年度は会議室の都合により、2月23日（土）に京都府医師会館601-602会議室において開催の予定とし、消化器がん検診に係る諸問題について討議予定である。

#### 第9回 消化器がん検診委員会報告（平成30年10月12日（金）） 前川理事

##### 1) 京都市消化器がん検診実施状況

- ①京都市胃がん検診実施状況（平成30年9月30日現在）：巡回検診受診者数380件（昨年度より26.4%減）、要精検率17.4%、施設検診受診者数390件（15.8%減）、要精検率14.4%、総受診者数770件（21.3%減）、要精検率15.8%であった。
- ②京都市大腸がん検診実施状況（平成30年9月30日現在）：巡回検診受診者数758件（昨年度より5.7%増）、施設検診受診者数3,431件（4.8%増）、集団検診受診者数1,115件（1.8%増）、個別検診の受診者数2,096件（17.4%増）、総受診者数7,400件（7.7%増）、要精検率7.4%、進行がん8件、早期がん8件、合計16件のがんが報告された。
- ③京都市内視鏡検診実施状況：受診者数459件のうち要精検数23件（精検率5.01%）早期の胃がんが1件報告された。
- ④京都市胃がんリスク層別化検診実施状況（平成30年10月11日現在）：受診者数298件のうちA判定230件（77.2%）、B判定56件（18.8%）、C判定12件（4%）、精検実施数は34件で精検受診率50%であり、がんの報告はない。今後、胃がんリスク層別化検診の精検受診率向上のため対策が必要である。

##### 2) 平成30年度「京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）」一般二次読影方式 実施医療

### 機関認定について

- ①一般二次読影方式の新規医療機関（76医療機関）を承認の上確定した。
- ②胃がん検診従事者研修会（5年間のうち2回受講）の証明シール台紙と胃がん・大腸がん検診の二次精密医療機関指定講習会（5年間のうち3回受講）の証明シール台紙を同期し、シールの判別がつきやすいものにする。
- ③二次読影医の認定基準(3)の「日本消化器内視鏡学会専門医や日本消化器がん検診学会認定医（胃部門）に相当する読影能力を持つと消化器がん検診委員会が認めたもの」について協議の結果、新しいシステムを11月から稼働するにあたり、(3)の基準については十分に検討する時間が足らなかったことから、今回は専門医・認定医以外の医師は二次読影医として認めず、認定基準の(3)に関しては2月の来年度の募集までに協議をする。
- ④平成30年度「京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）」施設内二次読影方式 実施医療機関の認定については、専門医・認定医が2名以上在籍していない医療機関に対しては施設内二次読影方式として認めず、一般二次読影方式として認定した。
- ⑤一般二次読影方式 二次読影医の当番表について  
二次読影体制構築骨子とそれを図表化した『フロー図』、さらには1週間単位の『二次読影医当番表』、二次読影医へのFAX 通知文（3種類）が提示された。富士フィルムは二次読影時にトラブルが起こらないよう同席し、11月1日から年内は消化器がん検診委員会と胃がん内視鏡検診運営小委員会の委員の二次読影医で実施する。  
内視鏡施行医が胃がんを見逃し、二次読影医が発見後、受診者への結果通知に急を要する場合の対策が必要との見解が示された。
- ⑥11月以降開催の胃がん内視鏡検診運営小委員会における内視鏡検診画像チェックの症例の選定基準について協議した。施行医や二次読影医に共有していただきたい画像があればマーキングし、結果をフィードバックし、関係者のスキルアップにつながる仕組みをASSISTAに取り入れることが提案され、富士フィルムメディカルに検討を依頼した。
- ⑦消化器がん検診委員会北部地域指定DVD講習会が、平成30年10月27日（土）14時から、ホテルロイヤルヒル福知山にて開催される。
- ⑧地区消化器がん検診担当理事連絡協議会（平成31年2月23日）に向けての府医から地区医師会へのアンケートについては、胃がんワーキングで実施する市町村や医療機関へのアンケートとの調整を行うなど、効率的なアンケート調査になるよう京都府と協議しながら実施する。
- ⑨平成31年3月30日（土）14時～17時、府医会館310会議室にて実施予定の“がん検診従事者研修会”の実施内容を確認した。広報は医師だけではなく、府内の市町村胃がん検診担当者も対象とし、内視鏡検診を実施していない市町村への啓発

を行う。

⑩京都市胃がん検診（内視鏡検査）手引きについて修正内容を最終確認した。

⑪富士フィルムメディカルから新規の76医療機関のうち2医療機関がPC環境の不備により辞退の意向を示されており、現時点で約半分の医療機関へASSISTA設置を完了しているとの報告があった。

→本年11月1日から京都市胃がん検診（内視鏡検査）が本格的に始動した。

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事  
台風で中止した京都医学会の講演会を改めて開催することを議論したが、日程面で都合がつきそうにない。そこで講演の抄録集を作ることが検討されている。
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（10月19日）  
全国がん登録医療機関向け説明会の状況について  
と き：平成30年9月6日（木）  
内 容：全国がん登録の制度概要、オンライン届出について、廻り調査について  
参加者：135名／126施設（病院 95名／89施設、診療所 40名／37施設）  
昨年参加者：129名／119施設（病院 94名／85施設、診療所 35名／34施設）
4. 医療安全対策委員会 松井理事  
報告事項なし
5. 保険医協会 今井理事
6. 審査会（国保・基金）
  - 1) パリエット20mg 1日1回の8週を超えての処方認めることが基金国保審査員連絡会で合意された。但し注記が必要。
  - 2) 9月下旬に国保連合会から医療機関あてにレセプト電算処理コード入力の記事を促す文書が郵送された。再診料算定の際には前月に行った検査の結果を説明しただけ、往診後の薬剤を取りに来ただけ、一旦帰宅して改めて検査を受けに来院、というケースは該当コードをレセプトの摘要欄に入力しなければならないが、これらのケースではいずれも再診料を請求することができない。検査の結果を聞きに来院した場合でも症状の経過を尋ねたり、服薬状況を聞いたりする医療行為を行った場合はコード入力不要で再診料の請求も可能である。

#### 〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画  
→平成31年4月 神戸大学 児玉裕三教授（胆膵関連） マイラン共催  
5月 京都府立医科大学 内藤准教授（FDと細菌叢の関連）アステラス共催



6月（便秘症関連）EAファーマ共催が企画された

2. 会報投稿規定

→原稿枚数の制限に関して「編集の都合で訂正をお願いすることがある」旨の記載を投稿規定に追加することが決まった。

3. 次期会長選出

→次期会長として現会長から古家副会長の推薦があり、1期2年の期限で承認された。

4. その他

→渡辺理事から辞任の希望があり、承認された。

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

1. 会費未納者への対応について

→理事から滞納者に会費納入を直接お願いする。

第5回 京都消化器医学会理事会議事録 平成31年1月10日（木）

〈報告事項〉

1. 消化器がん検診委員会 前川理事

第7回 胃がん内視鏡検診運営小委員会報告（平成30年11月16日）

1) 京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）医療機関の辞退報告

インターネット環境の不備、ASSISTAへの症例画像提出の煩雑さなどの理由で5施設が辞退された。

2) 施設内二次読影方式の実施医療機関に対する画像提出

平成31年度における施設内二次読影方式は、「胃がん」「胃がん疑い」のみの画像提出としているが、精度管理を厳格に行うためには、施設内二次読影施設においても、全ての検診画像の提出が必要となる。将来的には検診情報と画像を全件提出可能な実施医療機関のみが参加できるようにすべきであろうとの結論に至った。引き続き消化器がん検診委員会で協議予定。また現在ASSISTAと予防医学センターの二元管理となっている検診情報と画像を、ASSISTAで一括管理することが望ましいとの結論に至った。さらに、行政の広報段階で、精度管理や検診技術向上を目的に、画像を含めた検診情報を、二次利用することに同意する方以外は受診できないことを明示し、受診者は全例画像提出に同意を得た上で受診していただくことになる。検診情報の二次利用目的は、症例検討や精度管理のためのデータ集計、集計結果の報告、学会報告等である。

→施設内二次読影施設でもASISTAあるいは入力ソフトを導入してもらい、内視鏡所見と画像をデジタル保管することを検討中

3) 京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）小委員会における要検討症例の選定基準

受診者数が増加した場合、小委員会で全例チェックするのは時間的に不可能となるが、当面は可能な限り多くの症例を小委員会で検討し、症例の選定基準や検討内容について引き続き協議していくこととした。

→府医は内視鏡検診を京都市以外の地域にも拡大したいと考えており、その準備を進めている

→（小委員会によるチェックではなく）二次読影医によるチェック機能を強化することを検討している

#### 4) 京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）の実施状況と症例検討

ASSISTA に登録されている3例について検討の結果、未感染と考えられる症例にウレアーゼ試験が実施されていること、また萎縮度を「その他」と判定されていることが多いことが判明した。対策として、萎縮度判定がある程度統一された基準で記載される様、胃がん検診従事者研修会で勉強することが提案された。一次判定医の検診実施レポートの H.pylori 感染状態の内容は、現時点では内視鏡所見ではなく、問診情報を記載するものであり、一次読影医が入力する「ヘリコバクター・ピロリ感染状態」の文言を「ヘリコバクター・ピロリ感染診断」「ヘリコバクター・ピロリに係る問診」などにしなければ、実施医療機関が混乱してしまうことが危惧され修正を依頼した。一次読影医の判定と二次読影医の判定を ASSISTA 上で同時に見られるが、一次読影医の最終判定も ASSISTA で確認できるか否かを次回までに富士フィルムに回答していただく。

#### 5) 平成30年度の京都消化器医会定例学術講演会

第1部にがん研有明病院の平澤先生より「内視鏡診断において AI は人を超えたのか」の演題を第2部に南奈良総合医療センターの植田先生より「特殊光を用いた大腸腫瘍の鑑別診断と3D解析」。座長は第1部小林先生、第2部丸山先生。

#### 第10回 消化器がん検診委員会報告（平成30年12月14日）

##### 1) 平成30年度京都市胃・大腸がん検診実施状況

【京都市胃がん（X線）検診】巡回検診受診者数467件（昨年度より29.3%減）要精検率22.3%、施設検診受診者数644件（昨年度より10.8%減）要精検率14.6%、総受診者数1,111件（昨年度より19.7%減）要精検率17.82%。

【京都市大腸がん検診実施状況】巡回検診受診者数908件（昨年度より1.2%増）、施設検診受診者数4,879件（昨年度より7.6%減）、集団検診受診者数1,489件（昨年度より7.0%増）、個別検診受診者数3,174件（昨年度より23.6%増）、郵送検診受診者数1,481件（昨年度より4.5%減）、総受診者数11,931件（昨年度より2.1%増）要精検率7.49%、計22件の癌（進行8件、早期13件、不明1件）が発見された。

【京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施状況】受診者数562件、要精検数26件（精検率4.63%）、早期胃がんが2件発見された。

【京都市胃がんリスク層別化検診実施状況】受診者数430件、A判定数336件（40

代119件、50代129件、60代88件)、B判定80件(40代23件、50代24件、60代33件) C判定14件(40代4件、50代2件、60代8件)、精検実施数46件、精検受診率48.9%、がんの報告はなし。60代のA判定率が高く、未感染者の割合が多いのか、除菌後の方が混在しているのか分析を進めたい。

2) 京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)医療機関辞退について

インターネット環境の不備やASSISTAへの症例画像提出の煩雑さなどから、5施設が京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)実施医療機関を辞退され、受理された。

3) ASSISTAの症例画像について

実際に二次読影を行った担当者のご意見を確認後、登録されている10症例について検討した。ASSISTAに入力する項目の記載基準を委員会としてまとめなければならない。ASSISTA上の画像に受診者の氏名や生年月日が記載されているが、二次読影では問題とはないが、研修会等での使用の際には匿名化が必須となる。

4) 小委員会における要検討症例の選定基準について

小委員会での結論についての説明があり、精度管理のための画像点検は、がん検診の判定を覆すものではないことが確認された。また、二次読影医が判断に迷う場合に、相談できる医師を設定してはどうかとの意見があったが、このようなケースは頻繁に起こることではないため、今すぐ相談役の医師の設置は行わず、このような事態が起こった場合に対応できる体制があれば良いこととした。

5) 来年度の京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)の実施医療機関・二次読影医の募集

一般二次読影方式の二次読影医は31年度も募集を行うことが決定された。二次読影医の要件の(3)「専門医・認定医に相当する読影能力を持つと消化器がん検診委員会が認定した者」については、削除せずに項目(3)については「平成31年度の募集の予定はありません」と言った意味の文言を加え、年度ごとにこの項目で募集するか否かを定めることとした。施設内二次読影方式の医療機関に対し、将来的にデータの一元化を考えていることを記載する。

6) 地区消化器がん検診担当理事連絡協議会

平成31年2月23日(土)14時30分~16時30分に府医会館601・602会議室で開催される。アンケート内容について協議し、京都市内の地区医師会用と府内の地区医師会用のアンケートを作成する。

7) 胃がん検診従事者研修会

平成31年3月30日(土)京都府医師会館310会議室において開催される。胃がん検診の実施医療機関は、5年間に2回受講しなければならないことを記載して参加を促し、内容の詳細については現在調整中。

8) ASSISTA設定にかかる現状と確認についての富士フィルムメディカルから報告。

症例画像の画面の大きさの記憶や画像評価のコメント記入をボタン式への変更、二次読影医が読影の途中で一時保存をして終了してしまうと二次読影医の

ASSISTA 上の二次読影症例一覧から消えてしまうことの改善、所見の入力の簡略化などについて、来年の4月から対応することが報告された。萎縮性胃炎の判断の「その他」を「判定不能」などの文言に変更することや、生検の妥当性の文言について指摘があった。

9) 京都市より NPO 法人プレイブサークル（大腸がん検診の啓発活動）が作成したパンフレットを来年度から大腸がん検診で要精検となった受診者へ送付することを報告し、承認された。

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事

府医主催の講演会が減少している。カリキュラムコード取得には日医 e-learning を利用して欲しい。

3. がん登録事業委員会 大塚副会長

第8回 がん登録事業委員会（12月21日）

1) よくある間違い対策のための手引きの発刊について

2) 2016年遡り調査の状況について

調査期間：2018年10月22日（再開11/2）～ 11月22日

調査対象：145施設/1,201件（病院：142/1,198、指定診療所3/3）

3) 京都府がん実態調査報告書2015年と2016年の作成について

→全国がん登録が始まったことで今後も京都府内の調査報告書を作成し続けるか否かを改めて検討する

4. 医療安全対策委員会 松井理事

5. 保険医協会 今井理事

6. 審査会（国保・基金）

慢性便秘症や便秘型過敏性腸症候群に対する新規薬剤（アミティーザ・リンゼス・グーフイス・モビコール）に「他の便秘薬で効果不十分な場合に器質的疾患を除く」という使用制限を設ける通達が出た。

→レセプト内容から緩下剤や刺激性下剤の処方歴が不明の場合、新規薬剤の処方が査定や返戻の対象になるかどうか、まだはっきりしていない

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画

→平成31年8月までの共催製薬会社、講演内容、座長が概ね決定した

2. 会報編集委員会設置の検討

→会報編集長 竹村理事、編集委員 沖理事、今井理事が承認された。次回理事会で査読委員を選考予定

3. 次期スタッフメンバー編成の承認

→次期会長から推薦があり副会長 沖理事、庶務 藤田理事が会報編集長 竹村理事

とあわせて承認された

#### 4. 新理事候補の選定

→大橋一郎理事、西村俊一郎理事より理事退任の希望届けがあり、やむない理由のため理事会で承認された。また理事欠員に伴い新理事として日下利広先生（京都桂病院）、朴義男先生（藤田医院）、十倉佳史先生（十倉佳史胃腸内科クリニック）が推薦され、承認された

#### 5. その他

→医会所有の「胃と腸」（EAファーマあずかり）、京都府立医科大学図書館への寄贈が先方の了解もあり決定された

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

##### 1. 会報掲載広告について

### 第6回 京都消化器医会理事会議事録 平成31年3月14日（木）

〈報告事項〉

#### 1. 消化器がん検診委員会 前川理事

##### 第8回 胃がん内視鏡検診運営小委員会報告（平成31年1月18日）

###### 1) ASSISTA の現状と来年度からの変更点について

富士フィルムメディカルからの報告：4月から「画像点検結果」や「ピロリ菌感染の内視鏡所見」のコメント欄入力方式から、該当する項目を選択する方式へ変更する。1部位に複数の所見を入力することが可能となる。ピロリ菌感染状態の間診内容と内視鏡所見を、1画面に両方を表示する設定とする。

富士フィルムへの要望：内視鏡検診精度を高めるため、胃がんリスク層別化検診結果をASSISTAに登録可能とする。二次読影時の負担軽減のため、画像の自動再生（シネモード）機能を追加する。スクリーニングJED以外の必要な項目を追加可能とする。

###### 2) 精度管理について

角水理事から、①内視鏡検診の精度管理において、委員会としては「判定」には関与せず、施行医・二次読影医のスキルアップ・指導に専念する、②「要精検」には至らないが「画像点検で問題がある」と2回以上指摘された施行医の「画像点検」を行い、必要な指導方法を定める、③内視鏡所見には胃がん検診として必要な所見以外は記載の必須条件としない等の提案に対し意見を求めた。

「胃がん検診として必要な所見以外も記載する」ことに肯定的な意見：所見の記載がない場合に、意図して所見を記載していないのか、見落としているのか二次読影時に判断できず、施行医のスキル評価が不能となる。受診者は内視鏡検診で“がん”だけでなく、がん以外の病変も知る権利があり、所見をあえて記載しない

のは不適切である。また、今後専門医制度と関わるデータベースを作成するのであれば、内視鏡所見は全てを網羅したものでなければならない。

「胃がん検診として必要な所見以外も記載する」ことに否定的な意見：所見記載の基準を厳しくしすぎると施行医の負担が増え、辞退される可能性があるため、施行医の裁量に任せて、網羅した内視鏡画像を撮影することに力を入れるべきである。また、個別検診であり受診者にかん以外の病気があれば、医師から受診者へきちんと説明されていると想像されるため問題にはならないのではないか。二次読影の目的は要再検査例を見落とさないことであり、それ以上を二次読影医へ要求することは酷である。

協議の結果、小委員会の結論としては、1) 胃がん以外の内視鏡所見を、可能な限り記載して頂くが、施行医の裁量に任せる、2) 二次読影医も胃がん・胃がん以外の悪性腫瘍の指摘はするが、記載のない異所性胃粘膜や胃食道逆流症などの胃がん以外の内視鏡所見は、あえて指摘する必要はないとし、次回の委員会で協議する。

### 3) 平成30年度胃がん検診従事者研修会（3月30日開催予定）について

演題1：対策型胃がん内視鏡検診の概要について（角水）、演題2：静止画像を撮り逃しやすい場所の撮影方法、ピロリ菌感染の効率的な見方、萎縮性胃炎の見方を中心に（前川）、演題3：ASSISTA上の画像を参加者に読影して頂く講義方法でスキルアップを図る（小林・岩瀬）。指定講習会と同様DVD貸出について検討する。

### 4) 二次読影医の資格について

二次読影医としての条件を満たしていれば、胃がん検診二次精密医療機関の医師でなくても可とした。ただし京都府医師会員に限定する条件を記載するか否かに関して、消化器がん検診委員会で協議する。

→最終的に府医が判断する

### 5) その他

京都府下のASSISTA導入について、協議検討中であることが説明された。

## 第11回 消化器がん検診委員会報告（平成31年2月8日）

### 1) 平成30年度京都市胃・大腸がん検診実施状況

【京都市胃がん（X線）検診実施状況】総数は1,398件で昨年度より16.8%減少し、要精検率18.83%であった。胃がんの報告はない。

→右京区で発見された1例（進行胃がん）が追加報告される予定

【京都市大腸がん検診実施状況】総数17,036件（昨年度より20.9%増加）、要精検率7.48%で、がんが42件（進行14件、早期27件、不明1件）報告された。

### 2) 【平成30年度京都市胃がん検診（胃内視鏡検査）実施状況】受診者数939件中、要精検数53件（精検率5.64%）で、早期胃がんが4例報告された。

### 3) 【京都市胃がんリスク層別化検診実施状況】総数523件中、A判定408件（78%）、

B判定97件(18.5%)、C判定18件(3.4%)であった。精検実施数は55件、精検受診率47.8%で、がんの報告はなく、萎縮性胃炎を42例(76%)に認めた。

#### 4) 精度管理について

「内視鏡所見に胃がん検診として必要な所見以外も記載する」ことについては、小委員会における結論と同様のため省略する。また「胃がん以外の悪性病変」と「その他の病変」を分けて記載すべきであり今後の検討課題とした。ASSISTAでの判定入力が「胃がんなし」「胃がん疑い」「胃がんあり」「胃がん以外の悪性病変」となっているが、施設内二次読影方式の手書き結果票には「胃がん」「胃がん疑い」「その他の病変」となっており、統一性がないので今後修正する。

#### 5) 胃がん検診従事者研修会について

国の方針に従って作成された内視鏡検診の手引きの記載通り、従事者研修会におけるASSISTA上の画像使用はスキルアップ等の目的を達成するために必要であり、従事者の理解は得られるものと判断した。今後ASSISTAの画像から個人情報非表示にして出力できるような機能を持たせてほしい。

#### 6) 京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)二次読影医の資格について

二次読影医の認定に当たり、二次読影医が二次精密医療機関の所属医であることや、府医の会員であることを、必須事項とするか否かについて議論がなされたが、他のがん検診とのバランスを考慮しながら、今後検討をお願いする。

#### 7) 4月からのASSISTAの変更について

富士フィルムからの報告は小委員会報告と同様のため省略。

現在、生検妥当性欄の欄が「妥当」「不要」「必要」となっているが、生検された場合の評価は「妥当」か「不要」であり、「必要」は生検されていないときの評価であるためと、「必要」を並記することは不合理であり改善すべきである。内視鏡的なピロリ診断記載欄が、スクリーニングJEDに従って作成されており、「粘膜腫脹」「地図状発赤」「皺襞腫大・蛇行」「鳥肌」「萎縮」の5項目となっているが、それ以外の記載ができない。京都市における内視鏡検診のHP感染状況の目的、すなわち現感染者の効率的な臨床の場への誘導や、将来的な胃がんリスクの評価のためにはこの5項目だけでは不十分である。また、ピロリ感染所見欄に「A型胃炎」があり、感染所見とA型胃炎を同時にチェックすることはできない。「A型胃炎」を感染所見入力欄から削除し他に設けなければならないが、修正されるまでは、従事者研修会で注意喚起することとした。

#### 8) その他

来年度の手引きは、施設内二次読影方式と一般二次読影方式に分けて作成される。

## 2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事

第45回京都医学会の開催要項について 9月29日 AM9:00から15:30まで

特別講演「AI(診断と治療支援を中心に)」 島根大医療情報学 教授 津本周作

シンポジウム「災害医療」に決定した。

3. がん登録事業委員会 大塚副会長  
第9回がん登録事業委員会（2月15日）  
2018年度届出状況について（2018年4月～2019年1月受付分）  
届出数 …………… 30,608件 前年同月届出数 …………… 30,557件  
（前年同月比 100%）  
京都府がん実態調査報告書2015、2016年の作成について  
→全国がん登録が開始された2016年以降の報告書をどのような形式で作成するかを  
今後協議する
4. 医療安全対策委員会 松井理事
5. 保険医協会 今井理事
6. 審査会（国保・基金）

#### 〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画  
→平成31年9月までの演者と座長を決めた。8月分は7月27日（土）に前倒し、ホテルで開催する予定。
2. 会報進捗状況  
→特別寄稿論文3編、症例報告3編の予定。症例報告の1編は会員（伊原隆史先生）からの投稿。
3. 会報査読委員の選出  
→会長・副会長、宇野理事、吉波理事、勝島理事が選出された。さらに増員予定。
4. 4月総会の準備状況  
→例年通りの進捗



## 〔平成31年度 京都消化器医学会役員〕

平成31年4月現在

名誉会長	沖 啓一 (留任)		
会 長	古家 敬三 (新任)		
副 会 長	大塚 弘友 (留任)	沖 映希 (新任)	吉田 憲正 (留任)
相 談 役	小川 欽治 (新任) (理事兼任)		郡 大裕 (留任)
	福本 圭志 (留任) (理事兼任)		
監 事	粉川 隆文 (新任)	中島 悦郎 (留任)	
理 事	今井 昭人 (留任)	宇野 耕治 (留任)	落合 淳 (留任)
	小畑 寛純 (留任)	角水 正道 (留任)	葛西 恭一 (留任)
	勝島 慎二 (留任)	日下 利広 (新任)	佐々木善二 (留任)
	澤 美彦 (留任)	竹村 俊樹 (留任)	十倉 佳史 (新任)
	藤田 祝子 (留任)	朴 義男 (新任)	前川 高天 (留任)
	松井 亮好 (留任)	余みんてつ (留任)	吉波 尚美 (留任)

(以上28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) 十倉 佳史 (理事兼任)
	(福 知 山) 柴田 族光	(舞 鶴) 鳥井 剛司
	(与 謝) 中川 長雄	(京 大) 妹尾 浩
	(府立医大)	(第一日赤) 吉田 憲正 (副会長兼任)
	(第二日赤) 宇野 耕治 (理事兼任)	(医療センター) 勝島 慎二 (理事兼任)
	(市 立) 吉波 尚美 (理事兼任)	(以上12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 肝胆膵・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 消化器外科学 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)
	妹尾 浩 (京都大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授)

(以上5名)

## 《平成31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13日（土）〈特別講演〉

児玉 裕三 先生（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 教授）

『知っておくべき特殊な膵炎～自己免疫性膵炎～』

5月11日（土）〈特別講演〉

内藤 裕二 先生（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）

『マイクロバイオームと消化管機能性疾患』

6月8日（土）〈特別講演〉

味村 俊樹 先生（自治医科大学医学部 外科学講座  
消化器一般移植外科部門 教授）

『慢性便秘症の分類・診断・治療（仮）』

#### 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2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) 府医各種委員会への参加

がん登録事業委員会、消化器がん検診委員会、医療安全対策委員会、学術生涯教育委員会

#### 7) 関係方面各種委員会への参加

京都府社会福祉審議会専門委員、京都市社会福祉審議会委員

#### 8) 基金、国保審査委員合同委員会の開催（9月、3月定期開催）

#### 9) その他

## 京都消化器医学会 会報投稿規定

京都消化器医学会は年1回京都消化器医学会会報(Journal of Kyoto Society of Gastroenterology, KSG)を発行しています。本誌への投稿は会員に限るものではありません。消化器病学の進歩と会員の臨床、研究に寄与する内容の投稿を受け付けています。

### 投稿論文の種類

「特別寄稿論文」、「臨床研究」、「症例報告」以外、症例クイズ、コーヒーブレイク、座談会、審査会だより、会員の自由投稿などを掲載していますが、「前3者」以外の形式は自由です。

### 論文の形式

論文タイトル、著者名、所属、抄録(300字以内)、キーワード(5個以下)、本文、図表およびその説明、文献の順に記載して下さい。

特別寄稿論文は総説に準じ「はじめに、本文、おわりに」の順、臨床研究は原著形式で「はじめに、対象と方法、結果、考察、結語」の順、症例報告は「はじめに、症例、考察、結語」の順でお願いします。

### 論文の書き方

原稿枚数の制限はありません。但し、編集の都合で訂正をお願いする場合があります。

患者のプライバシー保護のため、患者個人のデータ(患者の氏名、イニシャル、臨床経過が特定できるような日付、特定可能な顔写真等)は原稿に含めないようにして下さい。

人名は原語、薬品名は一般名(希望する場合は商標名を括弧内に記載も可)で表記し、慣用となっている以外の略語を用いる場合は初出時に full spell を記載して下さい。年号は西暦を用い、度量衡は原則 CGS 単位に準じて下さい。

図表は白黒、カラーどちらでも可能です。図表の説明は和文として下さい。

文献の記載法は引用順に番号を付し、本文中に背番号(例:<sup>1)</sup>)を付して下さい。

### 文献の書き方

雑誌は著者名(著者数は最初の3名までとし、それ以外は「他」「et al」として省略)、論文タイトル、誌名、巻、頁一頁、西暦の順に記載し、著者のイニシャルの後にはピリオドを付けなくて下さい。和文誌には略語を用いず、欧文誌名は Index Medicus に準拠した略名を用いて下さい。単行本、書籍は著者名、論文タイトル、書籍名、版数、編集名、発行所、発行都市、頁一頁、西暦の順です。

(例) Sato Y, Itoh F, Hinoda Y, et al: Expression of CD10/neutral endopeptide in normal and malignant tissues of the human stomach and colon. J Gastroenterol 32:12-17:1996

(例) 供 和彦, 前田 豊, 水林竜一, 他: E型急性肝炎の一例. 日本消化器病学会雑誌 94:434-439:1997

(例) O'Mahony S, Rose SL, Chilvers AJ, et al: Finding an optimal method for imaging lymphatic vessels of the upper limb. Eur J Nucl Med Mol Imaging 2004 doi:10.1007/s00259-003-1399-3

(例) 上村朝輝: 原発性硬化性胆管炎. 最新内科学体系, 51巻, 井村裕夫, 他編, 中山書店, 東京, 216-224:1992

### 留意事項

他紙に投稿(予定)のない論文をお願いします。又、図表、文章の引用は了承を得ているか、出典の明記がなされているか、患者のプライバシー保護に十分配慮されているか、投稿に際し共著者間の同意が得られているかにつき確認をお願いします。

投稿論文は著者ならびにその所属施設の倫理委員会や治験審査委員会の規則に則して下さい。開示すべき利益相反(COI)がある場合は原稿末尾に記載して下さい。投稿原稿は当会編集委員会の承認(修正等が必要な場合は著者と協議させて頂きます)を得たうえで、著者校正1回を経て掲載させて頂きます。本誌投稿論文の著作権は京都消化器医学会に帰属しますが、決して著者の権利を拘束するものではありません。再利用等につきましては事前にご連絡下さい。投稿論文の媒体の種類は問いません。投稿依頼時に指示頂ければ対応致します。掲載料は無料で著者には掲載誌1部および別刷30部を贈呈致します。それ以上の別刷希望には実費が必要となります。

論文送付先 〒604-8585 京都市中京区西ノ京東梅尾町6 京都府医師会館内  
京都消化器医学会 TEL: 075-354-6105 FAX: 075-354-6097

---

---

## 編 集 後 記

---

---

今年も特別寄稿論文、症例報告とも素晴らしい内容の論文を当会会報にいただきました。お忙しい中にもかかわらずご執筆いただいた先生方に、この場を借りて深くお礼を申し上げます。また、今回は久しぶりに症例報告に会員投稿がありました。これからも会員の皆様からの投稿をお待ちしておりますので、その際は事務局までお気軽にお問い合わせをお願いします。

年一回発刊の会報も今回で第35号となりました。歴代会長のもと色々な検討が加えられここまで発展してきました。会報は医会の事業活動を対外に発信する大きな柱であり、会員の皆様には今後の成長を暖かく見守っていただければ幸いです。

(大塚 弘友)

---

---

京都消化器医会会報 No.35

医学中央雑誌刊行会 収載誌コード：J06771

---

発行日 令和元年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 古家敬三

---

印刷所 (株)こだま印刷所 ☎841-0052