

京都消化器医学会会報

Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)

第39号 2023・6

も く じ

巻頭の辞	京都消化器医学会 会長	大塚 弘友	1
特別寄稿論文			
腸の炎症性疾患—診断の陥穽	大阪鉄道病院 消化器内科	清水 誠治	2
令和時代の胃の診断学	がん研有明病院 上部消化管内科 胃担当部長	平澤 俊明	10
肝胆膵の一步進んだ超音波描出テクニックとその考察	市立福知山市民病院 消化器内科	阪上 順一	16
肝硬変診療ガイドラインを日常診療にどう生かすか	奈良県立医科大学 消化器代謝内科	吉治 仁志	23
症例報告			
多発肝腫瘍を契機に診断に至ったサルコイドーシスの一例	市立福知山市民病院 消化器内科	小原 知也	31
心窩部痛で発症し上部消化管内視鏡検査を契機に診断されたgroove pancreatitisの一例	沖医院	沖 映希	37
縦走溝模様が際立つ多彩な粘膜像を呈した自己免疫性胃炎の1例	京田辺市 伊原内科医院	伊原 隆史	42
症例クイズ	今井内科胃腸科医院	今井 昭人	50
会員の広場			
C型肝炎の飲み薬	医仁会武田総合病院 消化器センター 顧問	勝島 慎二	59
追悼文			
沖啓一名誉会長を偲んで		福本 圭志	61
御礼	沖医院	沖 映希	63
コーヒーブレイク			
IBDの治療薬	医療法人 小畑内科クリニック	小畑 寛純	67
令和4年4月～令和5年3月までの学術講演会抄録			71
令和4年度 京都消化器医学会会務報告			78
令和4年度 京都消化器医学会議事録要旨			83
新役員の名簿			103
令和5年度 事業計画			104
会報投稿規定			105
編集後記			106

巻頭の辞

京都消化器医会 会長 大塚 弘 友

初めに、昨年12月29日に沖啓一名誉会長（第4代会長）がご逝去されましたことを、会員の皆様にご報告させていただくとともに、京都消化器医会を代表してご生前のご功績を偲び、謹んで哀悼の意を表します。

今回の会報にて福本圭志先生（第5代会長、現名誉会員）、沖映希先生（ご子息、当会副会長）に追悼文をいただき、竹村俊樹先生（会報編集委員会委員長）を中心に、会報編集をしていただきました。会員の先生方の多くの思いがある中、医会として謹んで沖啓一先生に捧げたいと思います。

私の沖啓一先生の思い出といえば、総合画像症例検討会でお会いする時の先生が忘れられません。威風堂々とされた風貌と穏やかな笑顔で会場のほぼ中央にお座りになり、ひとしきり症例検討がなされた後に、的確な診断やアドバイスを迫力のある声で発言されるのがとても印象に残っております。

京都消化器医会は昭和52年に発足しておりますが、それより約10年前に初代会長の中野融先生が中心になられ内視鏡研究会を立ち上げられておられます。この時から歴代会長を中心に症例検討会が定期的開催されて、現在では170回を超える歴史を築いております。私も平成11年の開業当時に、このまま一人で自院に閉じこもってはいは臨床の力が落ちるのではと不安になり、症例検討会に参加するようになりました。当時は福本圭志先生を中心に諸先輩方の熱いディスカッションが繰り広げられているのを楽しみに見ておりました。そのうちに読影者として指名されるようになりましたが、当会の症例検討会はいわゆる「ガチンコ勝負」であり、当日に初めて見る症例をその場で読影するので、指名された時の緊張感はなかなかのものでした。

このため参加するのをためられる先生もおられると聞いていますが、症例画像を読影するのは、画像を詳細に読む以外にも方法があると思っています。例えば、患者背景に関節リウマチがあった場合は消化管アミロイドーシスが発生しやすいことや、身体所見から消化管ポリポースも診断できたりします。腹部単純X線での石灰化の存在によりいくつかの疾患の診断も可能です。直腸前壁の病変からは子宮や膀胱、前立腺の病態など、解剖学的なキーポイントを押さえることで診断に近づくことができます。このように考えれば、病変の性状・ひだ集中の詳細な検討や拡大内視鏡による表面・血管構造の読みができなくても、自分に合った読影方法で楽しく症例検討会をご覧になっていただくことが可能ではないでしょうか。そして、自分の得意分野での鑑別診断で「これに違いない」と思われたら挙手をお願いしたいと思います。

総合画像診断症例検討会を活発にすることが歴代会長から続く熱い想いであり、また症例検討を通じて世代を問わず忌憚のないディスカッションができる場を持っていることが、他にない当会の強みであると確信しています。そして、この検討会が170回を超えて持続していることが財産であり、昨今の難しい時代ではありますが、これからも継続できるように運営に注力して行く所存です。会員の皆様におかれましては是非とも積極的な参加をお願いしたいと思います。

最後に、沖啓一名誉会長のご冥福を心よりお祈りして、巻頭の辞とさせていただきます。

特別寄稿論文

腸の炎症性疾患－診断の**かんせい**陥穽

大阪鉄道病院 消化器内科 清水 誠 治

要 旨

腸炎の診断においては症候、病歴、診察所見、臨床検査、画像検査など様々な情報を総合的に判断する必要がある。疾患毎に診断の決め手となる情報が異なり、多彩な疾患とその多様性に関する知識が不可欠である。疾患を効率良く絞り込み、限られた検査で診断に至るノウハウも必要である。臨床の現場では診断に至る思考・判断において近似的で直感的なヒューリスティクスが用いられるため、認知バイアスによる誤診の危険性を孕んでいる。日常的に行っている腸炎の診断に潜む様々な陥穽を意識することが重要である。根治的な治療法が存在しない IBD の患者数は増加する一方であるが、根治可能な疾患を IBD と誤診することは回避しなければならない。

キーワード：腸炎、IBD、腸管感染症、診断、認知バイアス

はじめに

腸の炎症性疾患(=腸炎)は希少疾患を含め多様である(表1)¹⁾。腫瘍と比べて疾患概念自体があいまいであり、病理診断のような診断の gold standard は存在しない。また同じ原因や疾患であっても病像は一定ではなく、異なる疾患であっても病像が共通することも多い。つかみどころのなさから炎症性腸疾患の診断に苦手意識を抱く人が少なくない。内視鏡を中心とした画像診断は腸炎診断におけるアプローチの一つであるが、そこには様々な陥穽が潜んでいる。

表1 腸炎の分類と種類

病 因	疾 患
感染性	細菌・真菌 細菌性赤痢, コレラ, 腸チフス, パラチフス, サルモネラ腸炎, カンピロバクター腸炎, 腸炎ビブリオ, 病原性大腸菌感染症, エルシニア腸炎, ぶどう球菌感染症, エロモナス腸炎, MRSA 腸炎, <i>Clostridioides difficile</i> 感染症, 腸結核, 非定型(非結核性)抗酸菌症, 放線菌症, 直腸梅毒, 鼠径リン肉芽腫症, 腸管スピロヘータ症, Whipple 病, マラコプラキア, 大腸憩室炎, 虫垂炎, カンジダ腸炎など
	寄生虫 アメーバ性大腸炎, ジアルジア(ランブル鞭毛虫)症, 糞線虫症, アニサキス症, 旋尾線虫タイプX幼虫移行症, 鞭虫症, 鉤虫症, 日本住血吸虫症, イノスポーラ症, サイクロスポーラ症, クリプトスポリジウム症など
	ウイルス・クラミジア ノロウイルス感染症, ロタウイルス感染症, アデノウイルス感染症, サイトメガロウイルス感染症, ヘルペスウイルス感染症, EB ウイルス感染症, クラミジア直腸炎など
薬剤性・アレルギー性など	抗生剤起因性出血性大腸炎, <i>Clostridioides difficile</i> 感染症, MRSA 腸炎, NSAID 起因性腸炎, NSAID 座薬起因性直腸潰瘍, 抗腫瘍薬起因性腸炎, collagenous colitis, lymphocytic colitis, 腸間膜静脈硬化症, 移植片対宿主病(GVHD), 食物アレルギー, 薬物アレルギー, 好酸球性胃腸炎など
虚血性	虚血性大腸炎, 虚血性小腸炎, 腸間膜動脈閉塞症, 非閉塞性腸梗塞(NOMI), 腸間膜静脈硬化症, 閉塞性大腸炎, inflammatory veno-occlusive disease, myointestinal hyperplasia of mesenteric veins, 血管炎症候群(IgA 血管炎, 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症, 多発血管炎性肉芽腫症, 結節性多発動脈炎, 顕微鏡的血管炎), SLE, 腸間膜脂肪織炎, 急性出血性直腸潰瘍, 直腸 Dieulafoy 潰瘍など
物理的・化学的障害性	放射線性腸炎, 外傷, 粘膜脱症候群, 宿便性潰瘍, 閉塞性大腸炎, 腐食性大腸炎など
その他	アミロイドーシス, 尿毒症性大腸炎, 空置性大腸炎(diversion colitis), 非特異性多発性小腸潰瘍症, セリアック病, 家族性地中海熱など
原因不明	Crohn 病, 潰瘍性大腸炎, IBDU, 腸管 Behçet 病, 単純性潰瘍, アフタ様大腸炎, cap polyposis, Cronkhite-Canada 症候群, 濾胞性直腸炎, 回腸囊炎など

1. 腸炎の多様性

腸炎は原因が既知のものと未知のものに大別される。原因が未知のものは特発性(Idiopathic)と呼ばれ、表現型の類似によって疾患概念が形作られるため、診断基準や分類基準に基づいて診断される。中でも重要なのは特発性炎症性腸疾患(IBD)のカテゴリーを形成している潰瘍性大腸炎(UC)とCrohn病(CD)であるが、両者の中間的な存在としてIBDUがある²⁾、さらに既存のカテゴリーに属さない分類不能腸炎も存在する¹⁾。一方、原因が既知のものとしては感染性(Infectious)、薬剤性・放射線性などの医原性(Iatrogenic)、虚血性(Ischemic)が代表的である。これらアルファベットのIが頭文字の4つのカテゴリー(“4つのI”)が特に重要である³⁾。感染性では病原体に有効な薬剤を使用すれば根治可能な場合が多い。薬剤性は薬剤の中止で改善することが多い、しかし免疫チェックポイント阻害薬関連腸炎のように薬剤の中止のみでは炎症が改善しない場合もある。虚血性では虚血性大腸炎が代表的で、保存的に対応できる場合が多いが、穿孔や敗血症を合併し予後不良な症例もみられる。特発性の大半を占めるIBDは根治的な治療がなく継続的な治療が基本であり、最近では治療において免疫抑制性の薬剤を使用する機会が増加している。これらの内、特に区別が重要なのは治る病気である腸管感染症と治らない病気であるIBDである⁴⁾。

2. 腸炎診断のプロセス

腸炎の診断は、症候、病歴、診察所見、検査所見、画像所見、病理所見などの情報を総合して、原因の特定あるいは疾患カテゴリーに帰属させることである(図1)⁴⁾。全く同じ病変は存在せず、診断という行為は個々の事例をアナロジーに基づいて疾患分類に当てはめることである⁶⁾。診断に際しては、疾患毎に決め手となる情報が異なること(表2)³⁾、検査の精度には制約があること、非定型例が存在すること、時相によって病像が著しく変化することを意識する必要がある。日常臨床の場では診断に至る思考過程に体系的なアルゴリズムを適用することは難しく、往々にして近似的で直感的な思考であるヒューリスティクスに依存している⁴⁾。そのため診断の成否は、多彩な疾患とその多様性についての知識と経験に基づいて対象疾患を効率良く絞り込み、限られた検査で診断に至るノウハウに大きく依存している。IBDの診断においては画像診断が中心的な役割を果たすが、画像所見には主観的な解釈が介入しやすく、客観化・定量化が困難である。便潜血陽性や血便精査の目的で大腸内視鏡が診断の入口となった場合には、本来の診断の流れの中であれば含まれるステップが欠落してしまう危険性がある。内視鏡所見でIBDが疑われても一旦立ち止まって考える必要があり、交差点(スクランブル)のようなものと心得ておくべきである。

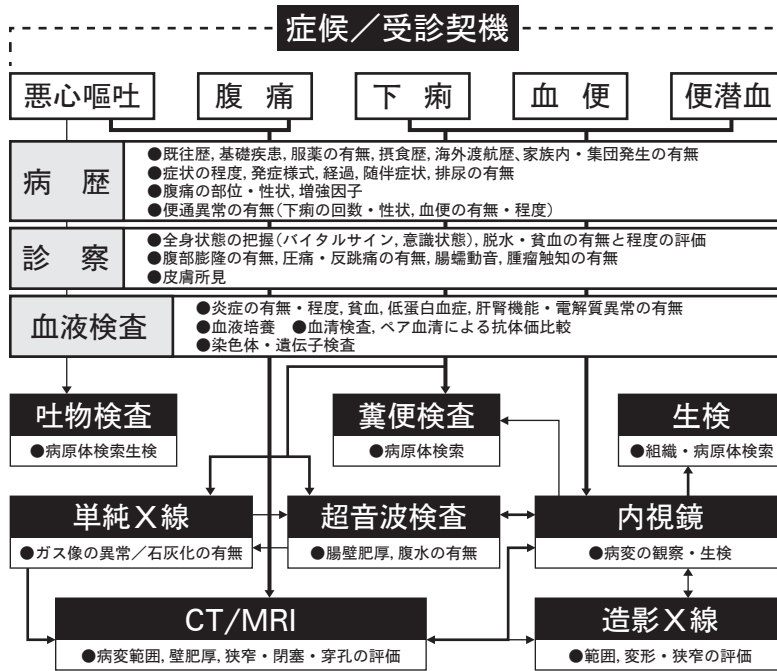


図1 腸炎の診断手順

表2 腸炎の診断根拠

区分	疾患名	病歴/診察	糞便検査	血液検査	画像	生検
感染性	カンピロバクター腸炎	○	◎	×	○	×
	サルモネラ腸炎	○	◎	×	△	×
	腸炎ビブリオ感染症	△	◎	×	×	×
	腸管出血性大腸菌(EHEC)感染症	△	◎	△	○	×
	細菌性赤痢	△	◎	×	△	×
	エルシニア腸炎	△	○	△	○	△
	腸チフス・パラチフス	○	◎	◎培養	○	△
	C. difficile 感染症(CDI)	○	◎	×	○	△
	腸管スピロヘータ症	×	△	×	△	◎
	クラミジア直腸炎	○	◎スワブ	△	◎	△
	腸結核	△	○生検組織	○	◎	○
	Whipple 病	△	×	×	◎	◎
	放線菌症	○	×	×	○	×
	ノロウイルス腸炎	△	◎	×	×	×
	ロタウイルス/アデノウイルス腸炎	×	◎	×	×	×
	サイトメガロウイルス(CMV)腸炎	○	△	○	◎	△
	アメーバ性大腸炎	○	◎	×	◎	◎
	ランブル鞭毛虫症	×	○	×	×	○
	アニサキス症	◎	×	△	○	×
	糞線虫症	○	○	×	△	△
旋尾線虫 typeX 幼虫移行症	◎	×	△	△	×	
クドア感染症	○	×	×	×	×	
薬剤性	抗生物質起因性出血性大腸炎	◎	△	×	◎	×
	NSAID 起因性腸炎	◎	×	×	○	○

区分	疾患名	病歴/診察	糞便検査	血液検査	画像	生検
薬剤性	腸間膜静脈硬化症	◎	×	×	◎	○
	collagenous colitis	○	×	×	△	◎
	スプルー様腸症	◎	×	×	◎	◎
	lymphocytic colitis	○	×	×	△	◎
その他/特発性	放射線性腸炎	◎	×	×	◎	△
	虚血性腸炎	◎	×	×	◎	○
	閉塞性大腸炎	○	×	×	○	×
	全身性エリテマトーデス(SLE)	○	×	○	△	×
	血管炎症候群	◎	×	◎	○	△
	急性出血性直腸潰瘍	○	×	×	◎	×
	宿便性潰瘍	◎	×	×	◎	×
	腸間膜脂肪織炎	×	×	×	◎	×
	好酸球性胃腸炎	○	×	○	◎	◎
	diverticular colitis	×	×	×	◎	○
	移植片対宿主病(GVHD)	○	×	×	○	◎
	非特異性多発性小腸潰瘍症(CEAS)	○	×	◎遺伝子	◎	×
	直腸粘膜脱症候群	○	×	×	◎	◎
	アミロイドーシス	○	×	×	○	◎
	セリアック病	○	×	○	○	○
	cap polyposis	×	×	×	◎	○
	潰瘍性大腸炎	△	×	×	◎	○
Crohn 病	△	×	×	◎	○	
腸管 Behçet 病	◎	×	×	◎	×	
単純性潰瘍	△	×	×	◎	×	

◎非常に役立つ, ○役立つ, △ときに役立つ, ×殆ど役立つしない

3. 認知バイアス

ヒューリスティックスは判断に要する時間が極めて短いのが利点であるが、認知バイアスを生じやすいのが欠点である。主な認知バイアスとして「代表性バイアス」、「利用可能性バイアス」、「係留と調整バイアス」が挙げられる³⁾⁴⁾。

1) 代表性バイアス

ある対象をみた際に短絡的に「類似したグループ」を代表するものと結び付けてしまうことが代表性バイアスである。びまん性炎症は細かな病変が一様に分布する所見でありUCに特徴的な所見であるが、様々な疾患でみられるためUCと誤診してしまうことがある。しかしびまん性と表現される場合でも疾患毎に微妙にパターンが異なっている。語彙が乏しいために画一的にしか表現できないことも誤診の要因となっている。

2) 利用可能性バイアス

想起可能性バイアスとも呼ばれる。診断する上で決め手となる情報が欠如している場合、画像所見が非典型的な症例・希少疾患で疾患を想起することが困難な場合にみられる。まずは検索範囲が不十分な場合に起こりうる。直腸のびまん性炎症でUCと診断されていたが、腹痛・腸閉塞症状が出現したことを契機に、回腸に狭窄を伴う縦走潰瘍が見つかりCDと診断された症例などである。次に診断上不可欠な検査が欠落していた場合として、非典型的な内視鏡所見や病歴のため生検、便塗抹鏡検、CDトキシン検査、クラミジア・トラコマティスDNA-PCR検査などが行われなかった場合などである。また家族性地中海熱遺伝子関連腸炎を初めとする希少疾患では疾患を想起しない限り診断に辿り着かない。

3) 係留と調整バイアス

何らかの原因で思考がイカリでつなぎ留められたようになり誤った判断を下すことである。まず検査の偽陰性や偽陽性が誤診の原因となる。アメーバ性大腸炎を疑っていても便塗抹鏡検や生検で赤痢アメーバ原虫を証明できない場合にIBDと誤診されることがある。腸結核でも典型的な内視鏡像や生検組織像がない場合、菌が検出できない場合、インターフェロン γ 遊離試験(IGRA)陰性の場合には診断に難渋する。既に下されている診断に引き摺られることで誤診する場合もある。また時間的な前後関係による誤診(ポストホックの誤謬)もみられる。例えば抗菌薬投与後に発症したからといって腸管感染症を否定しきれない。

4. IBD診断の要点

特発性の疾患においては単独で診断の決め手となるような検査法がなく、多くの場合に特徴的な画像所見や病理組織所見を規定した診断基準が決められている。以下にUCとCDの診断基準を要約する。

1) UC診断基準の要点

内視鏡所見ではびまん性炎症像、血管透視消失、粘膜の粗糲や細顆粒状変化、易出血性、粘血膿性分泌物、多発びらん・潰瘍、偽ポリポースが挙げられている。生検組織所見では、活動期は粘膜全層のびまん性炎症細胞浸潤、陰窩膿瘍、高度な杯細胞減少が特徴的であり、寛解期でも腺の配列異常や萎縮が残存する。通常、これらの変化は直腸から口側に連続性にみられる。しかし、これらはいずれも非特異的であり、病理所見単独で感染症を含む他の炎症性疾患と鑑別することは困難である。また病初期には

組織学的な特徴を備えていないことがある。除外疾患として、細菌性赤痢、*Clostridioides difficile* 感染症(CDI)、アメーバ性大腸炎、サルモネラ腸炎、カンピロバクター腸炎、腸結核、クラミジア直腸炎などの感染症の他、CD、放射線性大腸炎、薬剤起因性腸炎、リンパ濾胞増殖症、虚血性大腸炎、腸管型ベーチェット病などが挙げられており、殆ど全ての炎症性疾患が鑑別対象となる。

2) CD 診断基準の要点

慢性的な腹痛、下痢、発熱、体重減少、肛門病変をきたす疾患であり、病変は小腸、大腸、肛門を中心に全消化管にみられるが、回盲部に好発する。診断基準では、主要所見として A. 縦走潰瘍、B. 敷石像、C. 非乾酪性類上皮細胞肉芽腫、副所見として A. 消化管の広範囲に認める不整形～類円形潰瘍またはアフタ、B. 特徴的な肛門病変、C. 特徴的な胃・十二指腸病変が挙げられている。縦走潰瘍または敷石像があればそれ単独で確診となる。また非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と多発する潰瘍・アフタまたは特徴的な肛門病変がみられる場合、副所見がすべて揃った場合にも確診となる。但し、UC、腸結核、腸管型ベーチェット病、リンパ濾胞増殖症、薬剤性腸炎、エルシニア腸炎、虚血性腸病変、4型大腸癌などを除外する必要がある。なお肉芽腫は腸結核、エルシニア腸炎、UC などでもみられる。

5. IBD との鑑別が問題となる主な腸管感染症

1) カンピロバクター腸炎

カンピロバクター腸炎は、本邦における細菌性食中毒の中で最も多い。基本的に急性腸炎であるが、免疫能が低下した宿主では症状の遷延化や重症化がみられる。確定診断は通

常、便培養によるが、血性下痢をきたした場合には緊急で大腸内視鏡が行われることも多い。本症の内視鏡所見としては、血管透見のある粘膜を介して発赤・びらんが非連続・斑状に分布することが一般的であるが、病変が高度な場合にはびまん性炎症を呈し UC との鑑別が問題となる。しかし、UC では基本的に発赤粘膜を背景に多数の小黄色斑がみられるのに対し、カンピロバクター腸炎では粘膜内出血による小発赤斑が多発し、びまん性であっても両者で色調のパターンは反転している(図 2A)⁵⁾。またカンピロバクター腸炎の約半数では回盲弁に輪郭が明瞭な潰瘍がみられ、本症にかなり特徴的である。UC の寛解期に発症したカンピロバクター腸炎では UC 再燃との鑑別が問題となる。UC 再燃では粘膜面が粗糙で小黄色斑や膿性分泌物がみられ、病変範囲は元々の病型に準じることが多い。一方、カンピロバクター腸炎の合併では発赤が散在し、粘膜は浮腫状で光沢があり病変が広範囲に及ぶことが多い。所見の違いは前処置なしで観察した時により顕著である。

2) エルシニア腸炎

エルシニア腸炎も基本的に急性炎症であるが、遷延する場合には CD との鑑別が問題となる⁴⁾。病変は回盲部に好発し、リンパ濾胞やパイエル板の腫大とびらんが特徴的であり、時に終末回腸に敷石像類似の所見を呈する。本症ではびらん・潰瘍が隆起頂部にみられるが、CD では隆起間にみられることが鑑別点となる(図 2B、C)。菌の特性から通常の培養条件では分離困難で、低温で長時間の培養が必要である。下痢がない場合には生検組織培養が有用である。生検で非乾酪性類上皮細胞肉芽腫がみられる場合があるので注意が必要である。

3) CDI

CDIは抗菌薬使用後、数日から2、3週間経過して発症することが多いが、まれに抗菌薬未使用例にも発症する。菌は芽胞を形成し体外環境でも長期間生存するため、院内感染の原因となりやすいが、外来患者での発症も増加している⁷⁾。診断は便中トキシンの検出、あるいは内視鏡による偽膜の確認でなされる。病変は遠位側大腸、とくに直腸に好発するが、全大腸や深部大腸のみに病変がみられる場合もある。内視鏡所見では偽膜が典型像であるが、非偽膜型も多い。びまん性炎症(図2D)がみられる場合にはUCと、アフタ(図2E)やdiscrete ulcerがみられる場合にはCDとの鑑別が問題となる⁴⁾。

4) クラミジア直腸炎

クラミジア直腸炎は性感染症であり、若年女性に好発する。診断は直腸粘膜擦過検体のクラミジア・トラコマティスDNA-PCR検査で行われる。典型例の内視鏡所見では直腸にリンパ濾胞過形成による比較的均一で境界明瞭な隆起が多発し、イクラ状粘膜と表現される⁸⁾。UCの初期病変でも直腸にリンパ濾胞過形成がみられるが、不均一で融合傾向がみられ表面にびらんを伴う。クラミジア直腸炎でもまれにびまん性炎症がみられUCと誤診されることがあるので注意が必要である(図2F)。

5) 腸結核

腸結核とCrohn病はいずれも回盲部に好発し、慢性炎症をきたすため鑑別がしばしば問題となる。腸結核は①生検による結核菌や乾酪性肉芽腫の証明、②生検組織培養、③特徴的画像と抗結核療法の効果、④結核菌DNAの証明のいずれかを満たせば診断される。乾酪性肉芽腫は余程大きな潰瘍でな

ければ生検で証明できない。最近では生検組織培養の感度が最も高いとされている⁹⁾。しかし、これらが全て陰性の症例も珍しくない。IGRAは補助診断法として有用であるが、感度、特異度とも80%台に留まる。IGRA陰性でもツベルクリン反応が強陽性の場合があり抗結核療法を行う上で参考になる。

腸結核では特徴的な画像所見がみられることが多く、画像診断が有用な疾患である。典型的な所見は右側結腸から回盲部にみられる輪状潰瘍、帯状潰瘍である。萎縮癍痕帯や回盲弁開大などの随伴所見も参考になる。右側結腸に紅暈を伴うアフタや不整形潰瘍がみられる場合は腸結核を第一に考える。しかし終末回腸の多発潰瘍(類円形から不整形)のみで、生検で肉芽腫や結核菌DNAが証明できない場合には診断に難渋する(図2G)。腸結核とCDの鑑別に困った場合には最終的に抗結核療法による診断的治療を行うが¹⁾、副作用が少なくない。

6) アメーバ性大腸炎

病変は直腸、盲腸に好発する。典型例では血液と膿性粘液が付着した隆起型びらんであり、基本的に周囲粘膜には炎症所見を伴わないdiscrete ulcerである。しかし平坦な小病変が密に分布し介在粘膜が観察できない場合にはびまん性炎症と判断され、UCと誤診されやすい(図2H)。またアフタやdiscrete ulcerが大腸の広範囲に分布している場合にはCDと誤診されることがある(図2I)。赤痢アメーバはびらん面の壊死物質内に存在し、腸管洗浄剤による前処置で壊死物質が剥落すると生検で検出できなくなる可能性がある⁴⁾。アメーバ性大腸炎を強く疑っていても、生検で赤痢アメーバを検出できずIBDと誤診されるケースが後を絶たない。

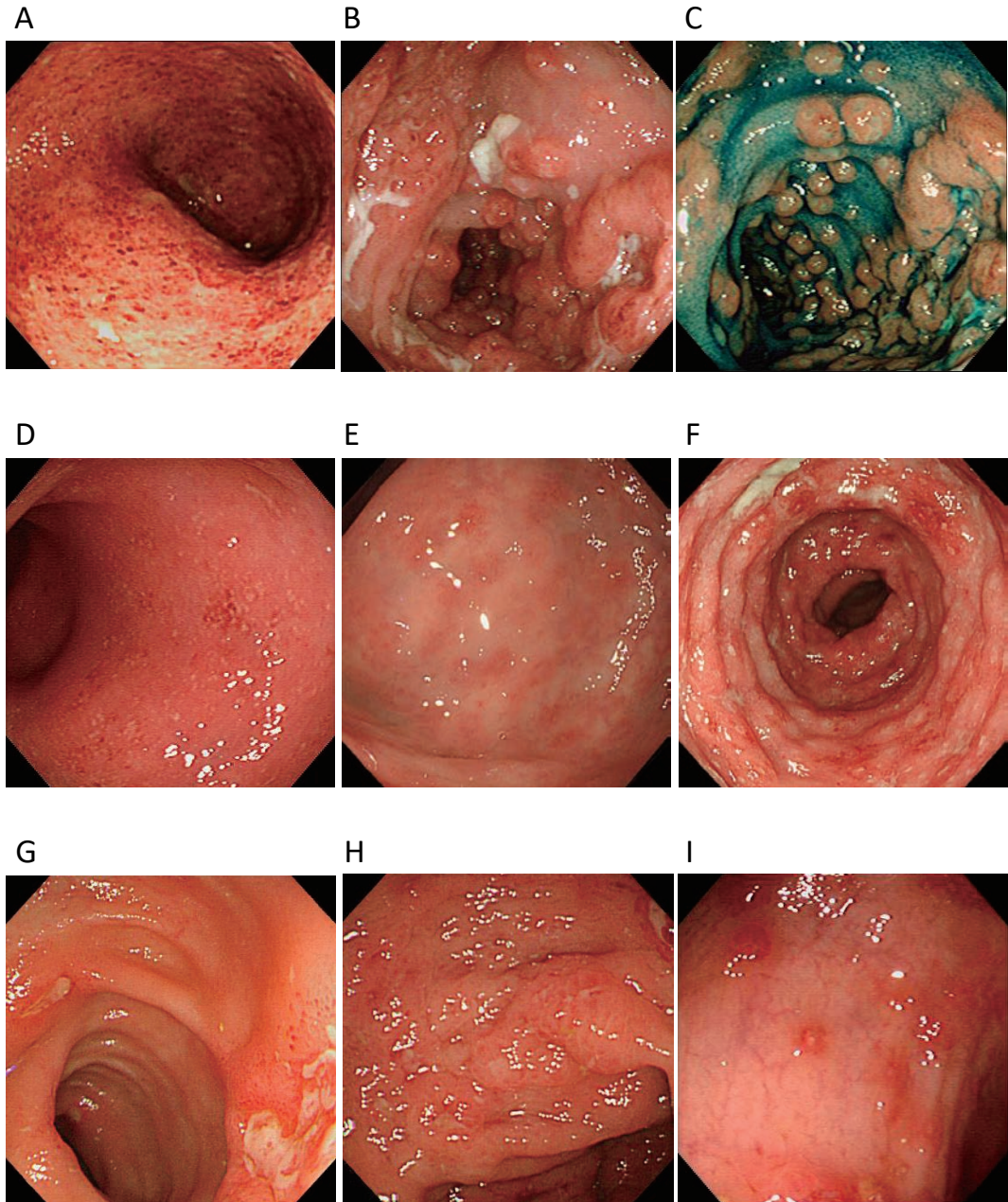


図2 IBDと鑑別を要する腸管感染症の内視鏡像

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| A. びまん性炎症を呈したカンピロバクター腸炎 | B. 敷石像類似所見を呈したエルシニア腸炎 |
| C. Bの色素散布像 | D. びまん性炎症を呈したCDI |
| E. 多発性アフタを呈したCDI | F. びまん性炎症を呈したクラミジア直腸炎 |
| G. 終末回腸の多発潰瘍のみの腸結核 | H. びまん性炎症を呈したアメーバ性大腸炎 |
| I. 多発性アフタを呈したアメーバ性大腸炎 | |

7) サイトメガロウイルス(CMV)腸炎

CMV 腸炎は多くが内因性感染で、免疫能低下に伴うウイルスの再活性化(回帰感染)により発症するが、潰瘍性大腸炎に合併し重症化の要因となることも多い¹⁰⁾。病変はCMVが感染した血管内皮細胞が巨細胞になることによる虚血性変化と考えられている。内視鏡所見では打ち抜き様潰瘍や広範な粘膜脱落が本症に特徴的とされているが、発赤粘膜、浮腫、様々な形態の潰瘍、偽膜など所見は多彩である。従来急性出血性直腸潰瘍と診断されてきた歯状線近傍の直腸潰瘍でもCMV感染に起因することがある。確定診断には生検組織による核内封入体や免疫染色によるCMVの証明が必要であるが、CMV抗原血症検査やPCR法によるDNAの証明も診断上参考になる。しかしCMVが証明できない場合も少なくない。

おわりに

以上、腸炎の診断における陥穽について、とくにIBDと腸管感染症の鑑別を中心に解説した。

参考文献

- 1) 清水誠治, 富岡秀夫, 石田英和, 他: 診断困難な炎症性腸疾患の特徴. 胃と腸 50: 867-876, 2015.
- 2) 清水誠治, 富岡秀夫, 小木曾聖, 他: 内視鏡所見からみた inflammatory bowel disease unclassified (IBDU)の特徴. 胃と腸 58: 725-733, 2023.
- 3) 清水誠治, 池田京平, 石破 博, 小木曾聖, 上島浩一, 横溝千尋, 富岡秀夫: 炎症性腸疾患の鑑別診断 臨床的アプローチ. 胃と腸 56: 1499-1508, 2021.
- 4) 清水誠治, 小木曾聖, 富岡秀夫, 他: 潰瘍性大腸炎, クローン病, 過敏性腸症候群と鑑別を要する疾患—腸管感染症を中心に. 日本大腸肛門病会誌 71: 494-505, 2018.
- 5) 清水誠治, 横溝千尋, 石田哲士, 他: 炎症性腸疾患の鑑別診断. Gastroenterol Endosc 56: 3-14, 2014.
- 6) 清水誠治. 腸疾患診断について考える—診断とは分類を追試し, 再構築していく能動的プロセス. 医界新聞 275: 4, 2007.
- 7) 清水誠治: 腸管感染症・最近の話題. 日本内科学会雑誌 110: 2005-2012, 2021.
- 8) 清水誠治, 小木曾聖: クラミジア直腸炎. 胃と腸 57: 662, 2022.
- 9) 清水誠治: 腸管感染症. 専門医のための消化器病学(下瀬川徹・渡辺 守 監修), 179-183, 医学書院, 東京, 2021.
- 10) 清水誠治, 池田京平, 富岡秀夫: ウイルス性消化管感染症. 診断と治療 110: 899-904, 2022.

特別寄稿論文

令和時代の胃の診断学

がん研有明病院 上部消化管内科 胃担当部長 平澤俊明

抄録

令和の時代になり、日本人の胃も以前から様変わりしてきた。ピロリ菌現感染は大幅に減少し、ピロリ未感染、除菌後の胃が多くを占めている。胃癌も胃底腺型腺癌、ラズベリー型胃癌、純粋印環細胞癌などピロリ未感染の胃粘膜から発生する特徴的な癌に遭遇することも多くなってきた。また、除菌後胃癌は、胃炎に類似して発見や範囲診断が困難な症例もあり、診断に悩まされる。最新のトピックスとしては、ディープラーニングによる技術革新により、胃癌の診断にもAI診断が報告されるようになった。

令和時代の胃の診断学は、昭和、平成の古い知識では対応が難しく、知識をアップデートしなくてはいけない。

キーワード：胃底腺型腺癌、ラズベリー型胃癌、除菌後胃癌、ピロリ未感染胃癌、AI内視鏡

はじめに

胃癌の早期診断を目指して、胃カメラが開発されたのは昭和25年のことである。その後、胃カメラからファイバースコープと機器開発が進み、昭和60年には電子内視鏡が発売された。平成3年に拡大内視鏡が市場に出回り、平成18年にはNBI搭載の内視鏡システムが臨床現場で使用されるようになった。最新のトピックスとしては、ディープラーニングによる技術革新により、胃癌のAI診断が報告されるようになった。このような機器の進化は、胃の細部を詳細に観察することを可能とし、胃の診断学は確実に進歩し続けている。

一方、日本人の胃の状況も様変わりしてきた。ピロリ感染率の低下により、ピロリ現感染は大幅に減少し、平成12年のピロ

リ除菌療法の保険適応により除菌後の胃の割合も増加してきた。胃癌も胃底腺型腺癌、ラズベリー型胃癌、純粋印環細胞癌などピロリ未感染の胃粘膜から発生する特徴的な癌に遭遇する機会が増えている。除菌後胃癌は、胃炎に類似して発見や範囲診断が困難な症例もあり、診断に悩まされる。

令和時代の胃の診断学は、昭和、平成の古い知識では対応が難しく、知識をアップデートしなくてはいけない。

クリニックにおけるピロリ感染の状況

筆者が、一般クリニックで上部消化管内視鏡検査を行った505症例のピロリ感染状況を図1に示す。約半数の258症例(51%)が除菌後を含む既感染の症例であった。また、この中から8症例(3.1%)に早期胃癌

が発見された。未感染は 222 症例(44%)に認め、そのうち 2 症例(0.9%)に早期胃癌(胃底腺型腺癌、ラズベリー型胃癌)が発見された。現感染は 25 症例(5%)のみであった。施設、地域によりピロリ感染状況は違ってくるが、現感染が極端に少なくなり、既感染、未感染が多くを占めていることには変わりはないと推察される。

- ・ 辻仲柏クリニック 2018年3月 - 2019年2月
- ・ 505件の上部内視鏡 (男性167件、女性338件)
- ・ 平均年齢 63歳

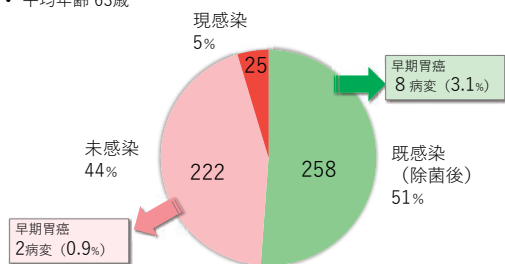
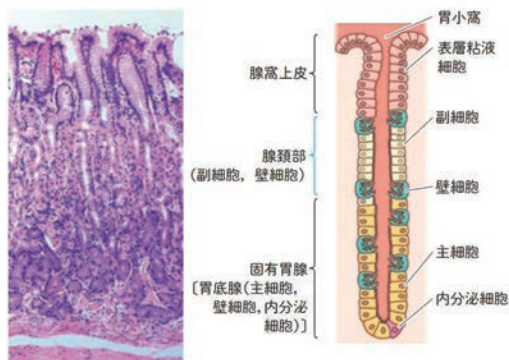


図1 一般クリニックでのピロリ感染状況(n=505)

ピロリ未感染胃癌

ピロリ未感染胃癌はその定義にもよるが、全胃癌の1%程度と報告されている。ピロリ未感染胃癌の理解には、正常胃粘膜組織構築の理解が必要である(図2)。ピロリ未感染状態の正常胃底腺粘膜は、腺窩上皮、腺頸部、固有胃腺である胃底腺から構成される。細胞増殖帯である腺頸部に存在する未分化な細胞は表層へ向かって腺窩上皮細胞に分化し、深部方向へ向かって頸部粘液細胞(副細胞)、主細胞、壁細胞および内分泌細胞に分化する。固有胃腺である胃底腺ではペプシノゲンIを産生する主細胞、酸を分泌する壁細胞および種々のホルモンを産生する内分泌細胞が分布し、腺頸部には壁細胞と頸部粘液細胞(副細胞)が分布する¹⁾。



図は文献1. より許可を得て転写

図2 正常な胃底腺粘膜

ピロリ未感染胃癌の組織型は、未分化型胃癌(純粹印環細胞癌)、低異型度胃型腫瘍、腸型分化型腺癌に大きく分類される(図3)²⁾。概念や分類も混沌としている状況であり、病理医により診断名の使い方が異なることも多い。今後は学会等で議論し、取扱い規約で用語の統一を図る必要がある。ピロリ未感染の未分化型胃癌、胃底腺型腺癌、腺窩上皮型癌(ラズベリー型胃癌)は、時々見かけるが、胃底腺粘膜型腺癌、胃型腺腫・胃型腺腫関連癌、腸型分化型腺癌は稀な疾患である。未分化型胃癌、胃底腺型腺癌、腺窩上皮型癌(ラズベリー型胃癌)の画像を提示して解説する。

- ・ 未分化型胃癌
 - ・ 低異型度胃型腫瘍
 - 胃底腺型腺癌
 - 腺窩上皮型癌
 - 胃底腺粘膜型腺癌
 - 胃型腺腫・胃型腺腫関連癌
 - ・ 腸型分化型腺癌
- 時々
- まれ

図3 ピロリ未感染腫瘍の種類

①未分化型胃癌(図4)

L、M領域、特に幽門腺と胃底腺の腺境界の胃底腺側に多く発生する。組織型はほとんどが純粹印環細胞癌である。早期のものは凹凸のない褪色调の0-IIb病変であるが、進行すると陥凹を呈し0-IIcとなる。

②胃底腺型腺癌(図5)

胃底腺への分化を示す低異型度分化型腫瘍であり、免疫染色では pepsinogen-I(主細胞のマーカー)または H⁺/K⁺-ATPase(壁細胞のマーカー)が陽性となる。発生部位はU、M領域が多い。粘膜深層から発生するため表層は非腫瘍粘膜に覆われSMT様の形態を呈する。色調は黄白調であり、表層に拡張蛇行した血管を伴うことが特徴的である。早期に粘膜下層に浸潤するが、進行は緩徐で予後もよいとされている。

③腺窩上皮型胃癌(ラズベリー型胃癌)(図6)

腺窩上皮、幽門腺に類似した低異型度腫瘍であり、胃型形質を示す MUC 5AC、MUC 6が陽性となる。内視鏡像は白色調(一部発赤混在)で結節集簇様、分葉状隆起の形態を呈し表面は乳頭様、絨毛状である。近年ラズベリー型胃癌と呼称される、発赤した腺窩上皮型腺癌の報告も散見される。

除菌後胃癌

①除菌後の胃癌発生リスク

武らは除菌に成功した胃、十二指腸潰瘍患者1,674症例を平均5.3年フォローし、除菌後胃癌が24症例発見されたと報告している⁴⁾。除菌後胃癌のリスクは、除菌時の萎縮の範囲により異なり、除菌後胃癌の年率発生率はC-1、2では0.04%、C3、O-1では0.21%、O-2、3では0.61%であった。除菌時に萎縮が進行している症例では、

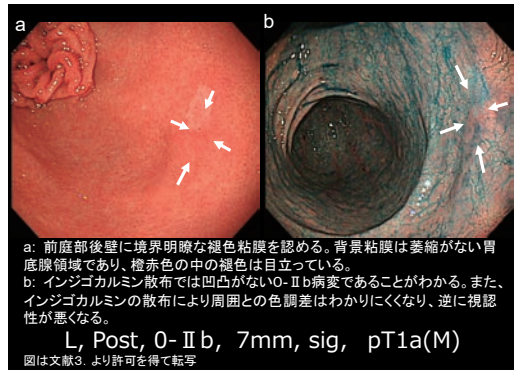


図4 未分化型胃癌

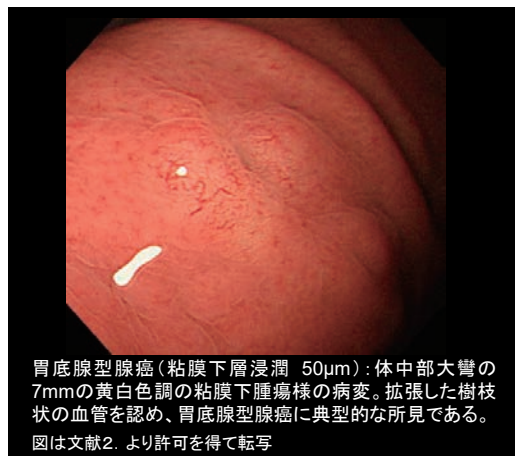


図5 胃底腺型腺癌

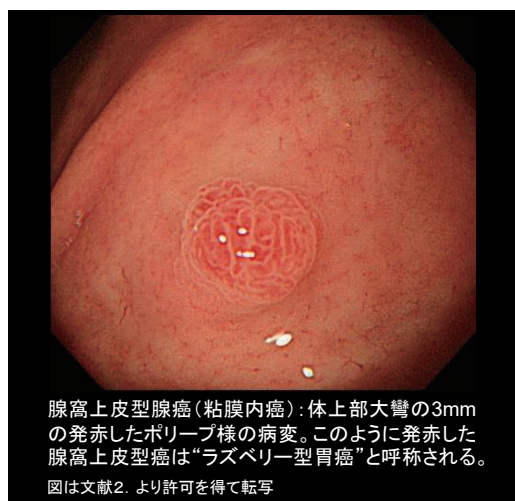


図6 腺窩上皮型腺癌(ラズベリー型胃癌)

その後の胃癌発生リスクが高いと意識して、慎重に内視鏡のフォローを行うことが重要である。除菌をすれば胃癌にならないと誤った知識が一般人および一部の臨床医に広まっている。除菌による胃癌予防効果はメタ解析やコホート研究で証明されているが、発癌をゼロにすることはできない。また、除菌前にすでに存在していた潜在癌が顕在化し発見されることもある。除菌後も定期的な内視鏡を勧めなくてはならない。

②除菌後胃癌の臨床的特徴(図7)

除菌後胃癌は、腸上皮化生、萎縮を背景とした粘膜に発生する発赤調で陥凹型の分化型癌が多いとされている。また、腫瘍径は比較的小さなものが多い。粘液形質は胃型もしくは胃型優位が多く、Ki-67が低値であることから増殖能が比較的低いと報告されている。除菌後早期に病変の形態が変化し、平坦化する病変も認める。

③除菌後胃癌の胃炎様変化(図8)

除菌後胃癌では病巣の表層を非腫瘍上皮(non-neoplastic epithelium)や低異型度上皮(epithelium with low-grade atypia; ELA)がしばしば被覆している。ELAが

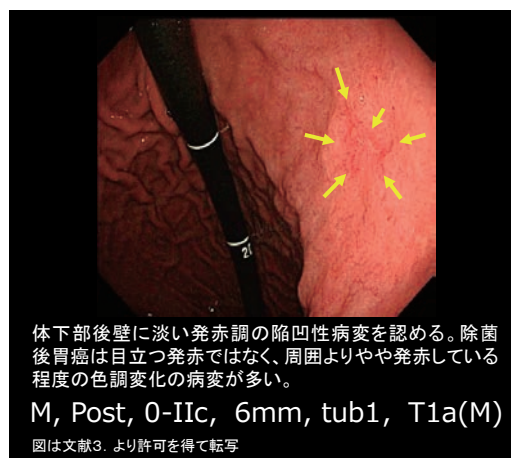


図7 除菌後胃癌

腫瘍か非腫瘍かについては議論が分かれるところであるが、周囲の非癌部の腺窩上皮と類似した性質を示し、内視鏡所見は胃炎様である。除菌後胃癌の約40%に内視鏡的な胃炎様の変化を認めると報告されており⁵⁾、除菌後胃癌の発見や範囲診断を困難にする要因となっている。

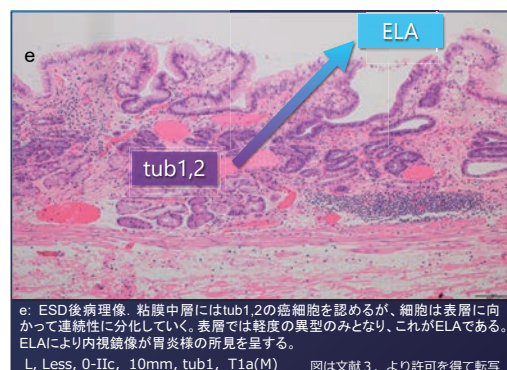
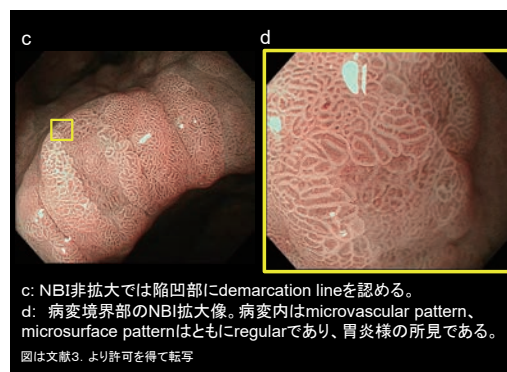
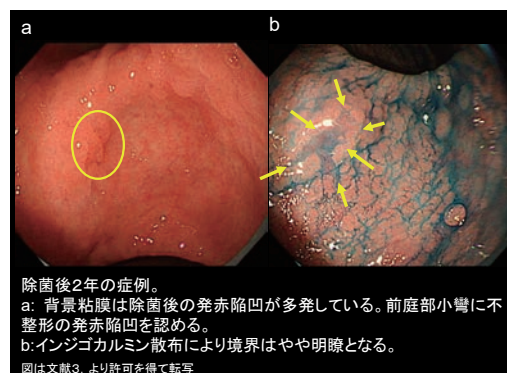


図8 除菌後胃癌の胃炎様変化

④除菌後胃癌を発見するコツ

背景粘膜の多発する地図状発赤および、病変の平坦化、胃炎様変化により、除菌後胃癌は現感染の胃癌よりも発見が困難な症例が存在する。除菌後胃癌を発見するためには、白色光通常観察では色調や粘膜表面構造の微細な変化を読み取る必要がある。また、萎縮がある部位ではインジゴカルミンを散布することにより発見される胃癌も多い。NBI非拡大観察も除菌後胃癌の発見に有用である。NBI非拡大では、除菌後の胃粘膜は緑色調となることが多く、茶色調の胃癌が容易に視認できることがある(図9)。Yagiらは除菌後に腸上皮化生がNBIで緑色調になることを報告しており、green epitheliumと呼称した。更に、除菌後胃癌の38%は、NBI非拡大で背景がgreen epithelium、胃癌が茶色調を呈し、その色調のコントラストから病変の視認性の向上を認めた⁶⁾。胃内を白色光で観察した後に、30秒程度NBI非拡大で胃内を観察することにより、除菌後胃癌の見逃しを防ぐことができた症例を多く経験している。

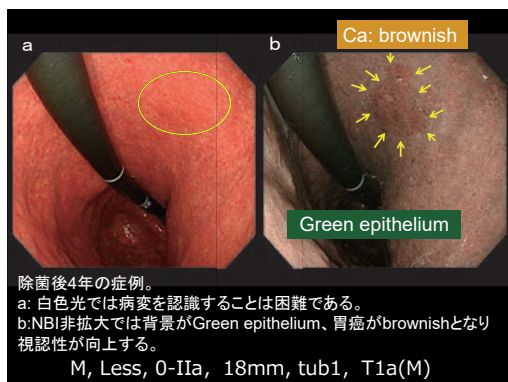


図9 NBI非拡大で発見された除菌後胃癌

AI診断

機械学習、ディープラーニングの技術革新により、ここ数年でAIの能力は飛躍的に進化した。AIの得意な分野は画像認識であり、この領域ではすでに人間の能力を超えていると言われている。内視鏡診断は一種の画像認識であり、AIの応用が研究されている。胃癌診断にもAIは応用されている。われわれは世界に先駆け内視鏡による胃癌検出のAIを報告した⁷⁾。このプロトタイプのAIは6mm以上の胃癌を98.6%の感度で検出した。次に20mm以下の早期胃癌症例の胃癌画像209枚と非癌2,731枚を検証画像として、AIおよび内視鏡医67人に提示した。胃癌を検出する感度、特異度は、AIは58.4%、87.3%であり、内視鏡医は31.9%、97.2%であった。感度はAIが有意に高く、特異度は内視鏡医が高い結果であった⁸⁾。上記検討は静止画であるが、早期胃癌68例の動画での精度評価も行った。AIは動画から、68病変中64病変(94.1%)の早期胃癌を検出し、これは静止画での報告と同等のレベルであった。病変が画面内に写り込んでからAIが認識するまでに要した時間はわずか1秒(中央値)であった⁹⁾。

その他、質的診断(胃炎と胃癌の鑑別)、範囲診断、深達度診断の研究報告があり、今後の臨床導入が期待される。

おわりに

胃カメラの開発から70年の年月が流れた。胃の内視鏡診断は当時と比較にならないほど向上している。しかし、令和の時代に入っても、まだ臨床現場が満足する領域には達していないのが現状である。今後も

機器開発、診断学の研鑽を続けていく必要がある。

文 献

- 1) 平澤俊明：Dr. 平澤の上部消化管内視鏡診断セミナー 下巻. 羊土社, 東京, 219: 2022.
- 2) 平澤俊明, 河内 洋, 藤崎順子：低異型度胃型腫瘍. 別冊日本臨牀 消化管症候群(第3版), 日本臨床社, 東京, 237-240: 2019.
- 3) 平澤俊明：ピロリ陰性胃癌の診かたーピロリ未感染胃癌と除菌後胃癌ー. 早期胃癌がみえる！見落とさない！胃内視鏡検査・診断に自信がつく本, 後藤田卓志, 他編, 金芳堂, 東京, 31-36: 2018.
- 4) 武 進, 石木邦治, 水野元夫. Helicobacter pylori 除菌後に発見される胃癌. 癌と化学療法. 38: 353-357, 2011.
- 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) Yagi K, Nagayama I, Hoshi T, et al. Green epithelium revealed by narrow-band imaging (NBI): a feature for practical assessment of extent of gastric cancer after H. pylori eradication. Endosc Int Open. 6: E1289-E1295. 2018.
- 7) Hirasawa T, Aoyama K, Tanimoto T, et al. Application of artificial intelligence using a convolutional neural network for detecting gastric cancer in endoscopic image. Gastric Cancer. 21: 653-660. 2018.
- 8) Ikenoyama Y, Hirasawa T, Ishioka M, et al. Detecting early gastric cancer: Comparison between the diagnostic ability of convolutional neural networks and endoscopists. Dig Endosc. 33: 141-150. 2021.
- 9) Ishioka M, Hirasawa T, Tada T. Detecting gastric cancer from video images using convolutional neural networks. Dig Endosc. 31: e34-e35. 2019.

特別寄稿論文

肝胆膵の一步進んだ超音波描出テクニックとその考察

市立福知山市民病院 消化器内科 阪上 順一

要旨

腹部超音波検診判定 マニュアル 2014 が改訂され 2021 年版として公開されており、超音波所見ごとのカテゴリー分類と判定区分が規定された。本稿では、肝「びまん性病変」、肝「腫瘤、腫瘍」、胆「腫瘤、腫瘍」、膵の描出テクニック、膵「腫瘤、腫瘍」について解説する。肝の粗造な実質エコーパターンには簾状エコー(Bamboo blind sign)が加わり、カテゴリー 3、慢性肝障害(疑いを含む)が確定する。超音波減衰法検査法が新設され、近く算定可能となる予定である。注射用ペルフルブタンは肝腫瘤性病変の造影に適応をもち、CT、MRI、FDG-PET をリファレンス画像としたフュージョン造影検査は有効な手段である。胆嚢癌の可能性が高い項目として、単発の隆起、広基性(無茎性)、50 歳以上があげられており、胆嚢壁の動脈の最高流速 V_{max} が 30cm/s を超えることが診断の一助となる。エネーボ®による胃充満法で膵体尾部描出しやすくなり、膵の低(等)エコー腫瘤は悪性疑いとなる。膵癌の観察では造影 CT などリファレンス画像としたフュージョンエコーによる観察が切除可能性分類に有益なツールとなりえる。

キーワード：腹部超音波判定マニュアル2021、超音波減衰法検査法、簾状エコー、エネーボ®、フュージョンエコー

はじめに

日本消化器がん検診学会 超音波検診委員会・ガイドライン作成ワーキンググループ、日本超音波医学会 用語・診断基準委員会、腹部超音波がん検診のカテゴリーに関する小委員会の合同で 2014 年に策定された腹部超音波判定マニュアル¹⁾が 7 年ぶりに改訂され、腹部超音波検診判定マニュアル改訂版(2021 年)²⁾³⁾として上梓され運用が開始されている。この判定マニュアル 2021 の内容は、2014 年版に引き続きがん

の発見を念頭においた構成となっており、選択された超音波画像所見に応じて、がんに関してのカテゴリー、ならびに判定区分が決定される(表 1 上段、表 1 下段)。本稿では判定マニュアル 2021 を交えて、一步進んだ肝胆膵超音波の考え方について概説する。さらに知っておくと有用な描出テクニックを解説する。加えてパルスドプラ法加算(150 点)やフュージョンエコー、新設の超音波減衰法検査(200 点)の活用法について概略を説明する。

表 1 上段：カテゴリー 2021 下段：判定区分 2021

カテゴリー分類 2021

カテゴリー 0	判定不能	装置の不良、被検者、検者の要因などにより判断不能の場合。
カテゴリー 1	異常なし	異常所見はない。
カテゴリー 2	良性	明らかな良性病変を認める。
		正常のバリエーションを含む。
カテゴリー 3	良悪性の判定困難	良悪性の判定困難な病変あるいは悪性病変の存在を疑う間接所見を認める。高危険群を含む。
カテゴリー 4	悪性疑い	悪性の可能性の高い病変を認める。
カテゴリー 5	悪性	明らかな悪性病変を認める。

判定区分 2021

A	異常なし	
B	軽度異常	
C	要再検査(3・6・12か月)・生活改善	
D(要医療)	D1	要治療
	D1P	要治療(緊急を要する場合)
	D2	要精査
	D2P	要精査(緊急を要する場合)
E	治療中	

肝「びまん性病変」

高輝度肝・肝腎(脾)コントラスト有り・深部方向の減衰増強・肝内脈管の不明瞭化のいずれかを認める場合、カテゴリー 2、判定区分 C となる。判定マニュアル 2021 では、肝辺縁鈍化・実質の粗造なエコーパターンおよび肝表面の結節状凹凸を認める(いずれか)場合、慢性肝障害疑いで判定区分は C のままであるがカテゴリーが 3 となる。さらに、肝辺縁鈍化・実質の粗造なエコーパターンおよび肝表面の結節状凹凸をすべて認めると、慢性肝障害と断定され判定区分が D2、カテゴリー 3 となる。この際の粗造な実質エコーパターンには、簾状エコー(bamboo blind sign)(図 1A、1B)が含まれる。簾状エコーは NASH や高度脂肪肝の拾い上げに有効な可能性が指摘されている⁴⁾。

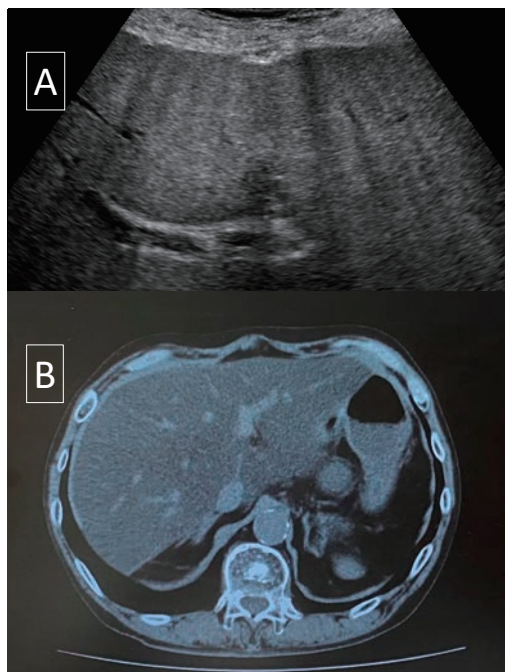


図 1 60 歳代男性。脂肪肝症例。
A：簾状エコーを認める。
B：同日の単純 CT。肝 CT 値の低値を認める(肝 CT 値 = -1.96HU)。

2022年診療報酬改定でD215-4超音波減衰法検査200点が新設され、近く保険請求可能となる。D215-3超音波エラストグラフィ200点と同一画面で計測できるが、両者同時算定は認められない予定である(図2)。

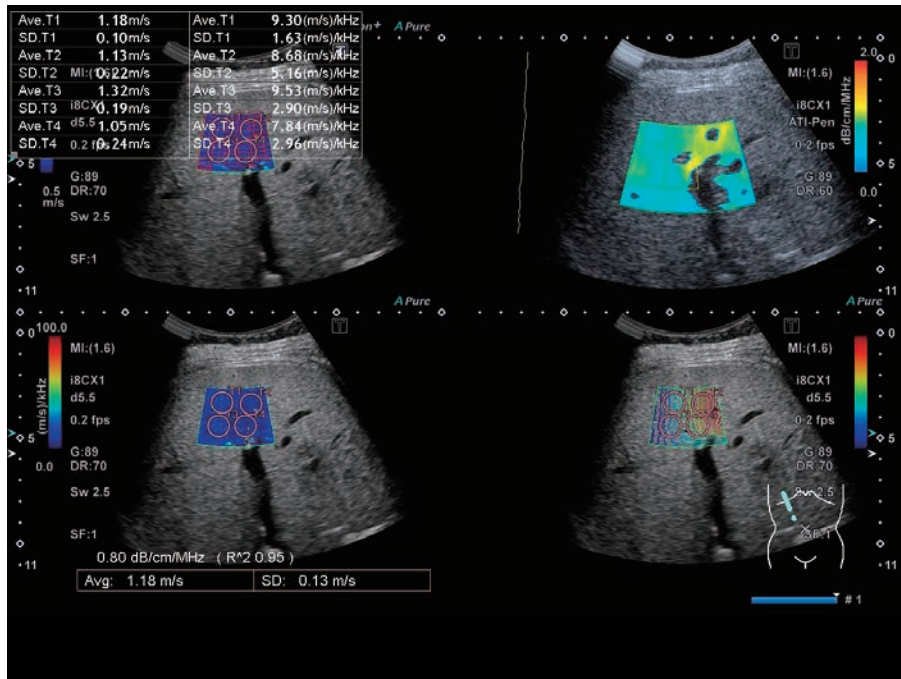


図2 同一画面で測定したD215-4超音波減衰法検査とD215-3超音波エラストグラフィ。

肝「腫瘍、腫瘍」

判定マニュアル2021では肝臓に限らず、カテゴリ4、5の場合には“腫瘍”、カテゴリ3の限局性病変は疑いを含めて“腫瘍”とすることになっている。すなわち、悪性または悪性の可能性が高い病変が“腫瘍”で、良悪判定困難な病変が“腫瘍”である。

肝に腫瘍、腫瘍を疑った場合、辺縁低エコー帯(halo)を認めれば、カテゴリ4、判定区分D2となる。肝細胞癌のhaloは線維性被膜によるもので薄く厚みが均一で

あり、転移性肝癌のhaloは厚みがあり厚さが不均一であることが多い(図3)。ブルズアイパターン(標的像)を認めた場合は、腺癌の肝転移を考え、カテゴリ5、判定区分D1となる。ブルズアイパターンをみた場合、中心部のエコー輝度が高ければ、大腸癌が原発であることが多い(図4)。

注射用ペルフルブタン(ソナゾイド®)は肝腫瘍性病変の造影に適応をもち、CT、MRI、FDG-PETをリファレンス画像としたフュージョン造影検査が肝腫瘍の視認性向上に有効な手段となる(図5)。

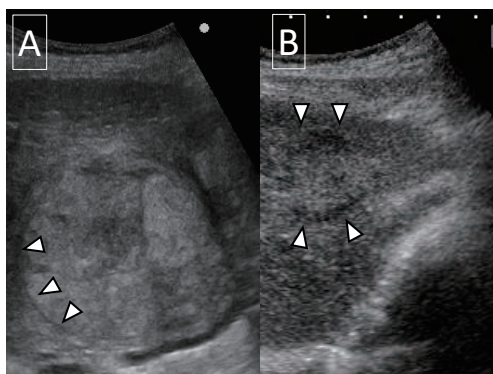


図3 辺縁低エコー帯を伴う充実性病変(カテゴリー4、D2要精検)。
A: 70歳代女性。薄いHalo(矢頭)をもつ肝細胞癌。
B: 50歳代男性。厚さが不均一なHalo(矢頭)をもつ肝転移。

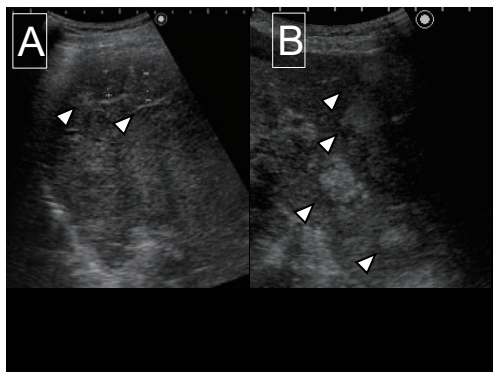


図4 ブルズアイパターン(矢頭)を認めた肝転移。
A: 70歳代男性。胃癌肝転移。中心部のエコー輝度が高くない。
B: 80歳代男性。大腸癌肝転移。中心部のエコー輝度が高い。

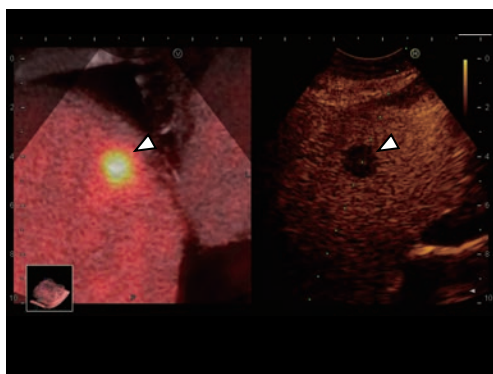


図5 FDGPETをリファレンス画像としたフュージョン造影検査。
80歳代女性。膵癌肝転移(矢頭)。

胆「腫瘤、腫瘍」

胆嚢に10mm ≤や広基性(無茎性)の隆起あるいは腫瘤像(ポリープ)を認めた場合、カテゴリー4、判定区分D2となる。53研究、6,100例のメタ解析では、胆嚢癌の可能性が高い項目は、隆起1個、広基性(無茎性)、>50歳をあげており、それら3つの項目があれば胆嚢癌の可能性が79.6%に上るとい(表2)⁵⁾。しかし、そのような場合でも小嚢胞構造かコメットエコーが併存しておれば、カテゴリー2、判定区分Cにカテゴリーダウンする。反面、付着部の層構造の不整あるいは断裂を伴えば、カテゴリー5、判定区分D1にカテゴリーアップされる。

表2 53研究、6,100例のメタ解析。
文献5)より一部改変。

	胆嚢癌の可能性
1個	4.3%
広基性	13.9%
>50歳	20.7%
1個, 広基性, >50歳	79.6%

近年の超音波機器では低速～高速の血流測定が可能となっている。胆嚢壁の動脈の最高流速Vmaxが30cm/sを超えると胆嚢癌か胆嚢炎(急性・慢性)であることが多い(図6)⁶⁾。

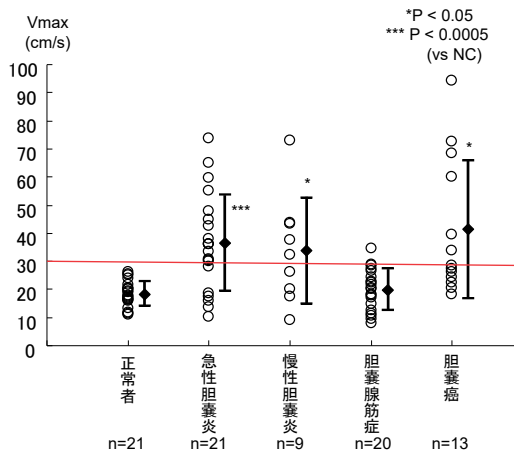


図6 胆嚢疾患別に見た胆嚢動脈の高速フーリエ解析。文献6)。



図7 エネーボ®による胃充満法。
70歳代女性。矢頭；膵嚢胞が明瞭に描出されている。

膵の描出テクニック

膵は肥満者では深部に存在するため超音波で描出しにくく、体表から膵体部中央までの距離=55mmがメタボリック症候群のカットオフ値となる⁷⁾。また、後腹膜臓器である膵は腸管ガスに遮られて描出しにくいことがある。胃や小腸のガスは蠕動を待って再走査するか、圧迫によって回避できることがあるが、結腸のガスは回避しにくいことが多い。膵体尾部の描出にはミルクティー法が有効といわれるが、著者らは保険医薬品である栄養剤：エネーボ®による胃充満法で膵体尾部を描出している(図7)。保険処方可能な症例に限られるが、エネーボ®は廉価であり、われわれは超音波検査直後にCTやMRCPに移行しても読影に影響を及ぼしにくいことを実証している⁸⁾。

膵「腫瘤、腫瘍」

膵の充実性病変はエコー輝度で規定されることが多く、高エコー腫瘤<15mmはカテゴリー2、判定区分Cとなるが、低(等)エコー腫瘤はカテゴリー4、判定区分D2となる。小さいものでも膵の低(等)エコー腫瘤は悪性を示唆する超音波所見である(図8)。高エコー腫瘤では悪性の高いものは極めて稀であるが、判定マニュアル2021からは高エコー腫瘤≥15mmはカテゴリー3、判定区分D2となっていることに留意する。

膵癌を観察するときには、切除可能性分類を考慮する必要があり、腹腔動脈、上腸間膜動静脈、門脈などの周囲脈管への接触・浸潤で切除可能・切除可能境界・切除不能に分類される⁹⁾。周囲脈管と膵癌との関係を把握するには、造影CTなどをリファレンス画像としたフュージョンエコーによる観察が有益である(図9)。

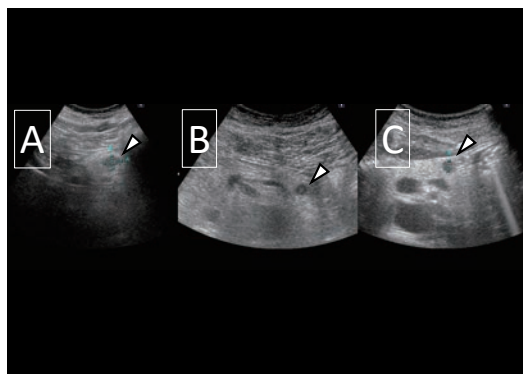


図8 膵の低(等)エコー腫瘍。
A：60歳代女性。膵癌(矢頭)。
B：70歳代女性。腎癌膵転移(矢頭)。
C：60歳代男性。膵神経内分泌腫瘍(矢頭)。

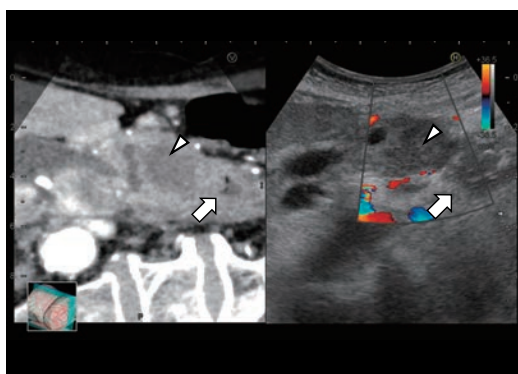


図9 70歳代女性。造影CTをリファレンスとしたフュージョンエコー(心窩部縦走査)。カラードプラにて乏血性の膵癌(矢頭)が十二指腸下縁は超えていないことが分かる。十二指腸(矢印)。

まとめ

腹部超音波検診判定 マニュアル 2014 が改訂され、2021年版として公開された。肝・胆・膵における判定マニュアル2021の内容は、2014年版に引き続き悪性腫瘍の発見が念頭におかれている。本稿では、判定マニュアル2021で取り上げられている留意すべき肝・胆・膵エコーの超音波所見を選択して解説した。

さらに知っておくと局面の打開につながる描出テクニックをいくつか提示した。とくに肝胆膵の超音波観察におけるフュージョンエコーの有用性は高い。著者実績の腹部超音波に占めるフュージョンエコーの割合は年々増加している状況にある(図10)¹⁰⁾。実地臨床において、肝胆膵の超音波観察でのフュージョンエコーのさらなる汎用化が求められる。

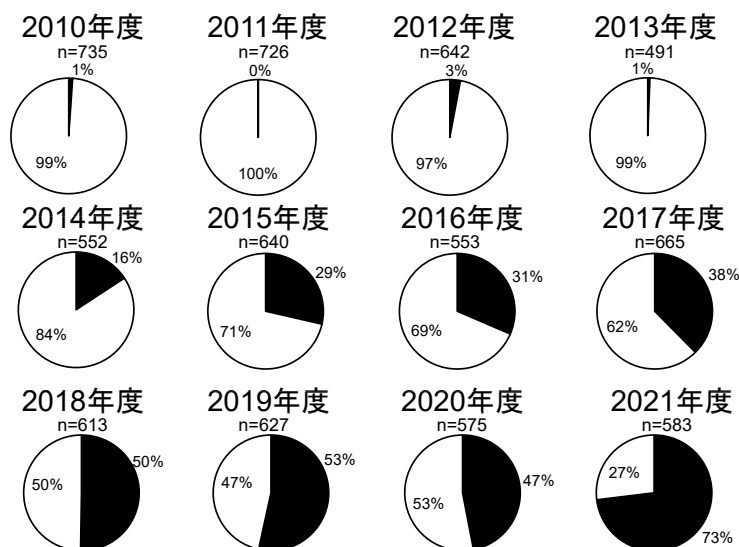


図10 腹部超音波検査に占めるフュージョンエコーの経時的割合。(著者実績、n=7,402、■フュージョンエコー(+))。

文 献

- 1) 日本消化器がん検診学会 超音波検診委員会・ガイドライン作成ワーキンググループ, 日本超音波医学会 用語・診断基準委員会・腹部超音波がん検診のカテゴリーに関する小委員会, 日本人間ドック学会 画像検査判定ガイドライン作成委員会・腹部超音波部門. 腹部超音波検診判定マニュアル. 日本消化器がん検診学会雑誌 52; 471-493: 2014.
- 2) 日本消化器がん検診学会 超音波検診委員会 腹部超音波検診判定マニュアルの改訂に関するワーキンググループ, ほか. 腹部超音波検診判定マニュアル改訂版(2021年). 日消がん検診誌. 60; 125-81: 2022.
- 3) Okaniwa S, Hirai T, Ogawa M, Tanaka S, Inui K, Wada T, Matsumoto N, Nishimura S, Chiba Y, Onodera H, Kumada T, Kojima M, Nakajima M, Mizuma Y, Tanaka S, Nishikawa T, Mihara S, Yoda Y, Adachi M, Atarashi T; Working Group on Revision of the Manual for Abdominal Ultrasound in Cancer Screening and Health Checkups, Ultrasound Screening Committee of the Japanese Society of Gastrointestinal Cancer Screening. Manual for abdominal ultrasound in cancer screening and health checkups, revised edition (2021). J Med Ultrason (2001). 50; 5-49: 2023.
- 4) 神山直久, 住野泰清, 丸山憲一, 他. 脂肪肝実質に出現する“簾状エコー”の発生機序に関する考察. 超音波医学 43; 655-662: 2016.
- 5) Bhatt NR, Gillis A, Smoothey CO, et al. Evidence based management of polyps of the gall bladder: A systematic review of the risk factors of malignancy. Surgeon. 14; 278-86: 2016.
- 6) 阪上順一, 鈴木教久, 長谷川弘人, 他. 胆嚢疾患別にみた胆嚢動脈の高速フーリエ解析. 胆膵の病態生理 27; 35-39: 2011.
- 7) 阪上順一, 保田宏明, 渡邊能行. 体表膵間距離で Visceral Fat Accumulation を推定する試み Pilot Analysis. 日本消化器がん検診学会雑誌 46; 397-403: 2008.
- 8) 阪上順一, 片岡慶正, 保田宏明, 他. US, CT, MRCP における膵描出改善に対するエネーボ配合経腸用液の有用性. 胆膵の病態生理 32; 11-16: 2016.
- 9) 日本膵臓学会／編：膵癌取扱い規約. 第7版増補版, 金原出版, 東京, 2020.
- 10) 阪上順一. 日本膵臓学会メールマガジン 第11号, 2022.

特別寄稿論文

肝硬変診療ガイドラインを日常診療にどう生かすか

奈良県立医科大学 消化器代謝内科 吉 治 仁 志

要 旨

肝硬変診療ガイドライン第3版は日本消化器病学会と日本肝臓学会による初めての合同ガイドラインである。肝硬変は、従来考えられていた不可逆性ではなく線維化などの変化も可逆性であることが明らかとなり、病態の理解と治療におけるアプローチも時代と共に大きく変化している。肝硬変の難治性腹水に対して従来1ヶ月6本までとされていたアルブミン使用制限がなくなるなど、この数年で肝硬変に対する診療はパラダイムシフトとも言えるような進歩が見られている。最近の5万例を超える調査で我が国における全肝硬変の約4割が非ウイルス性となっていることが報告されている¹⁾²⁾。非ウイルス性肝硬変はウイルス性肝硬変に比べて肝癌の発生率が低いことが知られており、これまで臨床的に最も大きな課題であった肝癌に加えて、今後は肝硬変の病態を理解した上での各種合併症治療というものが臨床的に重要になってくる。

1. はじめに

この数年で肝硬変に対する診療はパラダイムシフトとも言えるような進歩が見られている。肝硬変は慢性肝疾患の終末像であるが、従来考えられてきたような不可逆性ではなく線維化などの変化も可逆性であることが明らかとなり病態の理解と治療におけるアプローチも時代と共に大きく変化している。肝硬変に対する治療は原因に対する根本的治療と種々の合併症に対する治療に分けられる。原因治療では2020年のノーベル賞受賞対象のC型肝炎に対して、非代償期を含めた肝硬変に対する直接的抗ウイルス治療薬(DAA)が登場し多くの患者の予後改善に繋がっている。一方、肝硬変や肝癌の原因は以前とは大きく異なって

きており、最近の5万例を超える調査で我が国における全肝硬変の約4割が非ウイルス性となっていることが報告されている(図1)¹⁾⁻³⁾。非ウイルス性肝硬変はウイルス性肝硬変に比べて肝癌の発生率が極めて低いことが知られており、これまで臨床的に最も大きな課題であった発癌抑制に加えて、今後は肝硬変の病態を理解した上での各種合併症治療というものが臨床的に重要になってくる⁴⁾⁵⁾。2020年には肝硬変診療ガイドラインが改訂され、初めての日本消化器病学会と日本肝臓学会の合同ガイドラインとなり発刊された。今回は、最新の第3版の内容を踏まえながら肝硬変患者の予後改善を目指したトータルマネジメントについて概説する⁶⁾。

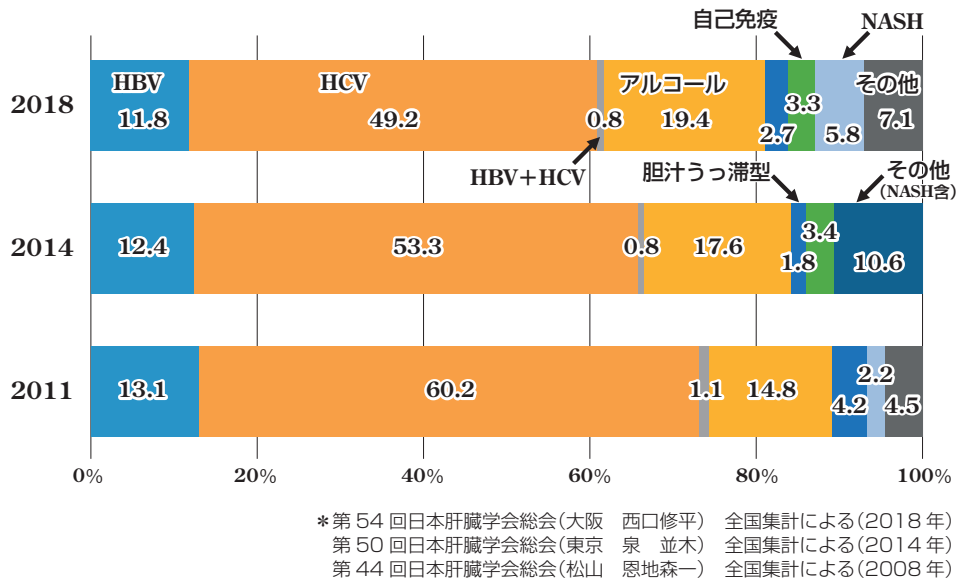


図1 日本における肝硬変成因の年次推移(文献1より改変)

2. 原因療法

我が国における肝硬変の原因としてはC型やB型といった肝炎ウイルスによるものが最も多い。これらウイルス性肝硬変に対する治療も大きく変貌している。例えば、C型肝炎に対する抗ウイルス療法は数年前までインターフェロン(IFN)が中心であり、肝硬変患者では有害事象の問題などでウイルス排除が困難であったが、経口抗ウイルス薬(DAA)の登場により肝硬変患者であっても原因であるウイルス排除(SVR)を目指す根本的治療が可能となっている。IFNは鬱病の発症など様々な有害事象があったが、DAAは中止に至るような有害事象はほとんどなく、高率にC型肝炎ウイルス(HCV)を排除することが可能でありC型肝炎に対する治療は大きく一変した。最近では代償性肝硬変に加えて非代償性肝硬変に対してもDAAが認可され、HCVの排除と共に一定の割合で肝予備能が代償期へ改善する症例が報告されており

予後改善への貢献が期待されている⁷⁾。

B型肝炎患者に対しても核酸アナログが登場してから生命予後は著しく改善している。初期の核酸アナログ製剤は薬剤耐性が生じやすかったが、最近の薬剤はほとんど薬剤耐性が見られず肝発癌の抑制効果や肝予備能の改善に伴う予後の延長効果が報告されている。肝硬変症例ではALT/ASTなどが正常範囲であり、一見肝機能障害の所見が乏しく見えることがあるが全症例に核酸アナログの投与が提唱されていることから早期に専門医へ紹介することが望ましい。また、B型肝炎においては再活性化問題が注目されている。これは抗癌剤や生物学的製剤を用いた後に肝組織中に存在していたB型肝炎ウイルスが再活性化して肝炎を引き起こすものである。通常の急性肝炎に比して劇症化率は高く、劇症化した場合はほぼ全例で死亡することからガイドラインに沿ったスクリーニングが必要である。スクリーニングせずに治療を開始し

た後に重篤な肝炎を発症した場合は訴訟になることが多く、ステロイド治療でも発症する事があることから非専門医であっても留意すべき事項と考える。

肝硬変の成因も時代と共に大きく変化している。さきに述べたように日本肝臓学会による2018年の5万例以上の全国集計では約4割が非ウイルス性肝硬変であることが明らかとなっている。これら非ウイルス性肝硬変のうち多くはアルコール性肝硬変(AL-LC)と非アルコール脂肪性肝炎(NASH)によるものとされている⁸⁾(図1)。食生活の欧米化に伴い本邦でも欧米諸国と同様に肥満の頻度が急増しており、同時に健診における脂肪肝などの肝機能異常の増加が大きな問題となっている。その中でNASHという、脂肪性肝炎から肝硬変・さらには肝細胞癌へと進展しうる予後不良な病態が含まれていることが明らかになり、その病態生理や治療法が精力的に研究されている。インスリン抵抗性及び各種アディポカインなど様々な環境因子に加えて遺伝子多型(SNP)といった遺伝的因子が複雑に相互作用しながら病態が進行するという“Multiple hit theory”が有力であるが現在も詳細なメカニズムは未だ不明である⁹⁾。NASH患者の予後規定因子は肝線維化の進行度であることが報告されており、現在世界中で多くの抗線維化を目的とした臨床試験が行われているが、日常診療の現場で使えるようになるまではしばらく時間を要すると思われる。これらの新規薬剤が一般的に使われるようになるまでの間、安全性が確認されている既存薬剤などを組み合わせることによる肝線維化抑制の可能性も臨床現場における重要なアプローチと考えられる¹⁰⁾。

3. 肝硬変合併症の治療

3-1 腹水・浮腫

安静および中程度の塩分制限で改善しない場合は利尿剤の投与を行う。利尿剤は少量から段階的に使用すべきで、抗アルドステロン剤を第一選択とし、必要に応じてのループ利尿薬を併用する。改善のない場合水利尿薬であるトルバプタンを投与する。これら経口薬をすべて投与しても腹水が改善しない場合は注射薬に切り替える。この際血清アルブミン値が2.5g/dl以下の場合にはアルブミン静注を追加する。腎機能保護の観点から、既存利尿剤は最小限の投与として(ラシックス 20mg/アルダクトン 50mg 程度)、効果がない場合は、静注による治療を開始する前に水利尿薬を開始することが肝硬変診療ガイドラインで推奨されている(図2)。大量の腹水穿刺排液(LVP)は腎不全などを誘発する危険があるとされてきたが、腹水が完全に消失するまで頻回に腹水排液を行い、その都度血漿増量剤を静注投与する方法は、全身循環動態、肝・腎機能、生存率に悪影響を及ぼさず肝性脳症や腎障害などの合併症発生が有意に低下することが報告されている。今回のガイドラインでは5L以上の穿刺排液時には充分量(8g/L)のアルブミンを投与する事が明記されている。穿刺排液をカラムで有害物質を除いた後に濃縮して再静注する腹水濾過濃縮再静注法(CART)も著効例も多く見られることから広く行われている。最近の研究ではLVPとCARTは単独治療では同等の効果であることが示されたので両治療法の併用が今後スタンダードな方法になっていく可能性がある¹¹⁾。

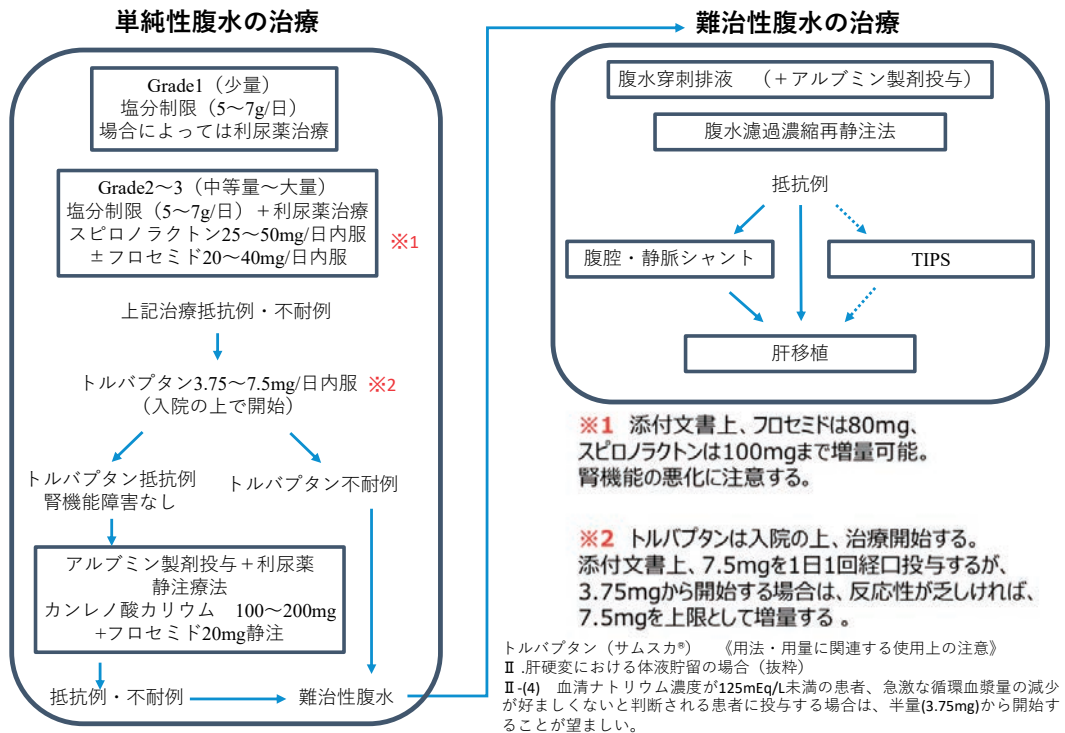


図2 肝硬変診療ガイドライン 2020 (改訂第3版)による腹水治療アルゴリズム(文献6)

3-2 血小板減少症

肝硬変患者では脾機能亢進とトロンボポイエチン(TPO)産生低下により血小板減少症を来すことが多い。肝硬変患者における観血的手技の前にTPO作動薬(TPO-RA)であるルストロンボパグを投与することが可能となった。なお、Child-Pugh Cの患者では血中濃度が上昇する恐れがあるので禁忌とされているため注意が必要である。COVID-19感染拡大によって献血が著明に減少しており、特に血小板は半減

期が短いため供給が不足していることから輸血細胞学会から緊急提言がなされている。従ってTPO-RAを上手く使うことは臨床的に極めて重要になっている。日本ではTPO-RAの使用法に関する基準が曖昧であったため、内科・外科・放射線医が共同で日本におけるアルゴリズムを作成した(図3)¹²⁾。今後はこのアルゴリズムに従って適切に臨床応用し、無駄な血小板輸血を避けるべきである。

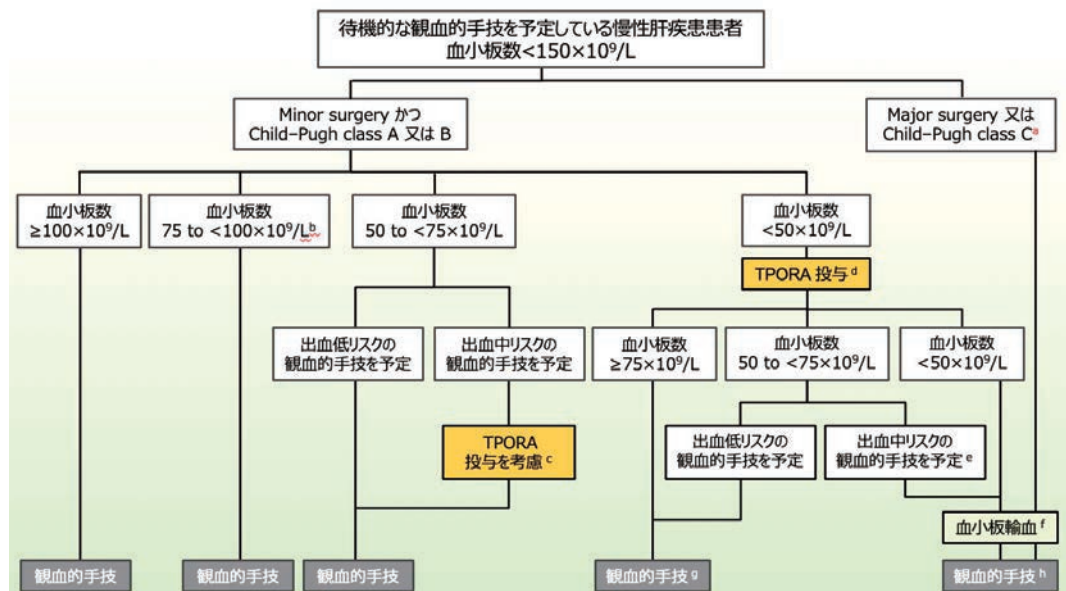


図3 日本におけるトロンボポイエチン受容体作動薬(TPORA)の使用アルゴリズム(文献12)

3-3 減酒療法

非ウイルス性肝硬変のうち多くを占めるAL-LCに対しても診断や治療の概念などが変化しつつある。常習飲酒家は実際よりも飲酒量を少なく申告することが多く、飲酒量を適切に診断し得るマーカーが必要とされている。欧米で飲酒マーカーとして幅広く使用されている糖鎖欠損トランスフェリン(CDT)が2016年にALDマーカーとして国内で初めて体外診断用医薬品として承認され、国内でも広く使用されることが期待されている。断酒はアルコール性臓器障害治療の根幹であり、その代表格であるAL-LCの病態や長期予後改善には必須である¹³⁾。しかし、依存的な要素が大きく断酒が困難

である場合も多い。薬物治療では2019年1月に飲酒量低減薬としてナルメフェンが認可され、断酒を必要とする患者の中間目標として減酒を設定することでハームリダクションへの新たな選択肢が示されている。これまでは4日間の研修を修了した医師のみが処方可能であり、多くのアルコール肝障害を診察している内科医など実地医家は処方が困難であった。2021年に日本肝臓学会などが作成したeラーニングコンテンツを受講することで一般診療医にも処方が可能となったことで今後アルコールによる臓器障害のコントロールが広く行われるようになることが期待されている¹⁴⁾(eラーニングコンテンツ：日本肝臓学会HP参照)。

3-4 肝肺症候群と門脈圧亢進症に伴う肺動脈性肺高血圧症(PoPH)

肝肺症候群は肺内血管の拡張と肺内動静脈シャントによる肺の酸素化障害と定義され、予後は不良である。座位や立位で悪化する息切れと低酸素血症の増悪が特徴的な臨床症状で、肝移植が唯一の有効な治療法である。一方、PoPHは、門脈圧亢進症に伴い肺血管抵抗が上昇し肺高血圧に至る。治療は肺動脈性肺高血圧症に準じて行われるが、適切に診断・治療しなければ予後は不良である。PoPHのスクリーニングは未だ確立されたものはないが、代償性肝硬変患者であっても労作時呼吸困難などの問診を行うと共にBNP高値例などは心エコーを行って肺高血圧の存在の有無を確認することが重要である。治療薬としてエンドセリン受容体拮抗薬などが有効であることが報告されている。

4. おわりに

肝硬変は慢性肝疾患の終末像として知られており、以前は不可逆性と考えられていたが、近年の研究から適切な治療を行うことにより緩徐ではあるものの可逆的に線維化が改善することが明らかにされている。身体障害者手帳の発行も以前はChild-Pugh分類でCの患者しか適応となっていなかったが、Child-Pugh分類Bの症例まで適応範囲が拡大されより多くの患者が恩恵を受けられるように制度的にも改善が見られている。我が国の肝硬変患者も大きく様変わりしており、アルコールと共に肥満や生活習慣病を有する非ウイルス性肝硬変が増加していることから症例に応じた適切なマネジメントが必要となっている。肝硬

変に対する薬剤は原因治療、合併症対策共に最近の数年間で目覚ましい進歩が見られており、これらの薬剤をうまく使いこなすことで肝硬変患者の予後がさらに改善するものと期待される。

文 献

- 1) Enomoto H, Ueno Y, Hiasa Y, et al. Transition in the etiology of liver cirrhosis in Japan: a nationwide survey. *J Gastroenterol* 2020; 55: 353-362.
- 2) Tateishi R, Uchino K, Fujiwara N, et al. A nationwide survey on non-B, non-C hepatocellular carcinoma in Japan: 2011-2015 update. *J Gastroenterol* 2019; 54: 367-376.
- 3) Tateishi R, Koike K. Changing etiology of hepatocellular carcinoma. *J Gastroenterol* 2020; 55: 125-126.
- 4) 吉治仁志. ハリソン内科学 第5版〈全2巻〉. メディカル・サイエンス・インターナショナル. 2017: 2109-2118.
- 5) 鍛治孝祐, 吉治仁志. 肝硬変 liver cirrhosis. 内科学書 改訂第9版 中山書店 2019: 357-363.
- 6) 日本消化器病学会・日本肝臓学会編. 肝硬変診療ガイドライン2020改訂第3版. 南江堂 2020.
- 7) Takehara T, Sakamoto N, Nishiguchi S, et al. Efficacy and safety of sofosbuvir-velpatasvir with or without ribavirin in HCV-infected Japanese patients with decompensated cirrhosis: an open-label phase 3 trial. *J Gastroenterol* 2019; 54: 87-95.
- 8) 鍛治孝祐, 吉治仁志. ウイルス性肝炎

- 克服時代の慢性肝疾患－NASH とアルコール性肝障害の現状－. 日本内科学会雑誌 2018; 107: 57-63.
- 9) 吉治仁志. NASH と線維化・発癌. メディカル・ビュー・ポイント 2016; 37: 3-13.
- 10) 赤羽たけみ, 吉治仁志. NASH 世界の診療ガイドラインの現状. CURRENT THERAPY 2019; 37: 36-41.
- 11) Hanai T, Kawaratani H, Nagano J, et al. Cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy vs. large-volume paracentesis for the treatment of cirrhotic patients with refractory ascites: A multicenter prospective observational study. Hepatol Res 2023; 53: 238-246. doi: 10.1111/hepr.13860. Epub 2022 Dec 3.
- 12) Yoshiji H, Ueno Y, Kurosaki M, et al. Treatment algorithm for thrombocytopenia in patients with chronic liver disease undergoing planned invasive procedures. Hepatol Res 2021; 51: 1181-1195.
- 13) 佐藤慎哉, 守屋 圭, 吉治仁志. アルコール性肝硬変. 肝胆膵 2018; 76: 77-84.
- 14) Higuchi S, Takahashi M, Murai Y, et al. Long-term safety and efficacy of nalmefene in Japanese patients with alcohol dependence. Psychiatry Clin Neurosci 2020; 74: 431-438.

症例報告

多発肝腫瘍を契機に診断に至ったサルコイドーシスの一例

市立福知山市民病院 消化器内科

小原 知也、岡部 健吾、酒井 浩明、窪田真理子、置塩 伸也
辻 俊史、小牧 稔之、阪上 順一、香川 恵造

要 旨

症例は40代男性。健康診断で肝機能障害を指摘され腹部超音波検査で多発肝腫瘍を認めため精査目的に当院紹介となった。転移性肝腫瘍を疑ったが、腹部造影超音波検査では一部の腫瘍に後血管(Kupffer)相において辺縁に造影効果を認め、造影CTでは腫瘍が全体的に不明瞭であり転移性肝腫瘍に典型的な所見は認めなかった。またPET-CTでは縦隔や肺門部リンパ節にもFDG集積を伴う腫大リンパ節を認め、診断目的に肝生検とリンパ節病変に対して超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診を施行した。いずれの生検検体においても非乾酪性類上皮肉芽腫が認められサルコイドーシスの診断に至ったが、肝機能異常も軽度で自覚症状もないため無治療経過観察としている。肝病変をきたすサルコイドーシスは比較的まれとされる。

腹部超音波の通常観察やMRIで明瞭に視認される強いFDG集積を認める多発肝腫瘍であるが、造影CTでは描出不良であり造影超音波Kupffer相では腫瘍により欠損に差異が認められた。各種画像検査を行い描出の程度に差異が大きい場合には本症を疑うべきと考えられる。

キーワード：サルコイドーシス、多発肝腫瘍、腹部造影超音波検査

はじめに

サルコイドーシスは全身臓器に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を形成する原因不明の炎症性疾患である。本邦においては肺、縦隔・肺門部リンパ節、皮膚、眼、心臓が主な標的臓器として挙げられる¹⁾。肝病変をきたすサルコイドーシスは比較的まれとされるが、サルコイドーシスの剖検例において44.6%に観察されたという報告もあり²⁾、

無症状の潜在性肝病変を有する症例が多く画像検査で偶発的に指摘されることもある。一方でその各種画像所見も多彩であり、画像所見のみで確定診断に至ることは困難である。

今回、腹部超音波検査で指摘された多発肝腫瘍を契機に各種画像検査を用いてサルコイドーシスの診断に至った症例を経験したため報告する。

症 例

【患者】40代男性

【主訴】なし

【現病歴】20XX年9月の健康診断で肝機能異常を指摘され、近医の腹部超音波検査にて多発肝腫瘍を認めたため、精査加療目的に当院紹介となった。近医での上下部消化管内視鏡検査では明らかな腫瘍性病変を認めなかった。

【既往歴】脂質異常症、統合失調症

【飲酒歴】ビール 350ml × 2 缶/日

【喫煙歴】3～5本/日 × 25年間

【身体所見】腹部腫瘍触知せず、肝叩打痛なし

【血液生化学所見(表1)】軽度の肝機能異常あり、脂質異常症あり、腫瘍マーカーの上昇なし

表 1

血液生化学検査

血算		生化学			
WBC	4510 / μ L	TP	7.0 g/dL	T-Cho	295 mg/dL
RBC	454 × 10 ⁴ / μ L	Alb	4.5 g/dL	TG	439 mg/dL
Hb	15.0 g/dL	T-Bil	1.2 mg/dL	LDL-C	209 mg/dL
Hct	44.2 %	D-Bil	0.2 mg/dL	HDL-C	46 mg/dL
Plt	27.6 / μ L	AST	26 U/L	BUN	11 mg/dL
		ALT	43 U/L	Cre	0.76 mg/dL
		LDH	185 U/L	Ca	9.3 mg/dL
凝固		ALP	256 U/L	CRP	0.19 mg/dL
PT活性	105.6 %	γ -GTP	92 U/L	Glu	117 mg/dL
APTT	28.8 Sec				

血液生化学検査

腫瘍マーカー		生化学		感染症	
PIVKA-II	20 mAU/mL	IgG	805 mg/dL	HBs抗体	陰性
AFP	3.5 ng/mL	IgG4	71 mg/dL	HBc抗体	陰性
DUPAN-2	37 U/mL	IgA	152 mg/dL	HCV抗体	陰性
Span-1	≤10 U/mL	IgM	90 mg/dL	HIV抗体	陰性
SCC	0.6 ng/mL	ACE	10.1 pg/dL	TP抗体	陰性
CYFRA	0.7 ng/mL	可溶性IL-2	489 U/mL	T-SPOT	陰性
NSE	12.9 ng/mL	レセプター			
ProGRP	30.7 pg/mL				
PSA	1.08 ng/mL				
CA-125	16.4 U/mL				

【各種画像】

・腹部超音波検査(図1)

肝実質は高輝度で脂肪肝の所見を認める。肝内に10mm弱の多発する低輝度腫瘍が明瞭に描出される。

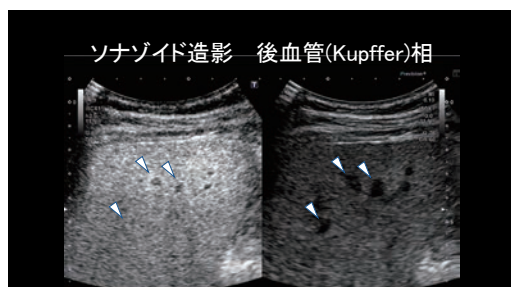
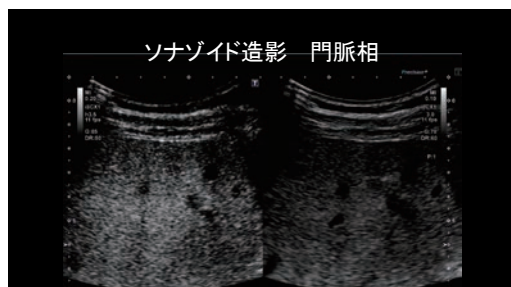
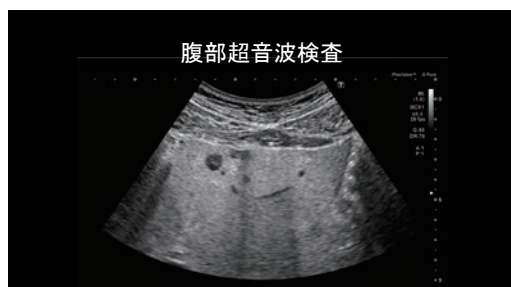


図1

肝表面の腫瘍は肝表面の陥凹を伴う。ソナゾイド造影では動脈相から門脈相まで造影効果が乏しい。後血管(Kupffer)相での造影欠損域は腫瘍によって差異があり、ほとんど造影欠損がない腫瘍も認めている。

・胸腹部造影CT検査(図2)

既知の肝腫瘍は早期相で辺縁にごく軽度の造影効果を認め、平衡相でも腫瘍内部には造影効果が目立たない。腫瘍の境界は不明瞭であり全体的に視認不良である。縦隔や肺門に多発リンパ節腫大を認める。

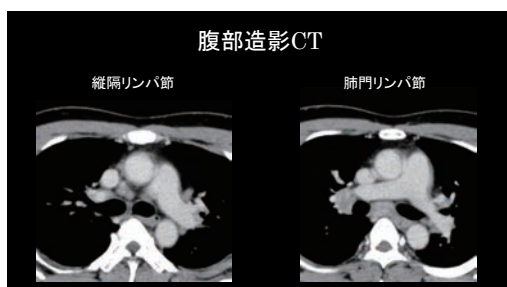
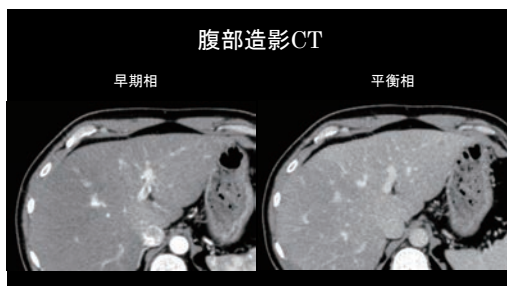


図2

・EOB-MRI検査(図3)

既知の肝腫瘍はT1強調像で高信号、T2強調像で低信号の腫瘍として描出される。EOB-MRIでは造影早期相で淡い造影効果を認め、平衡相で辺縁にリング状の濃染を、肝細胞相では造影欠損像を示す。

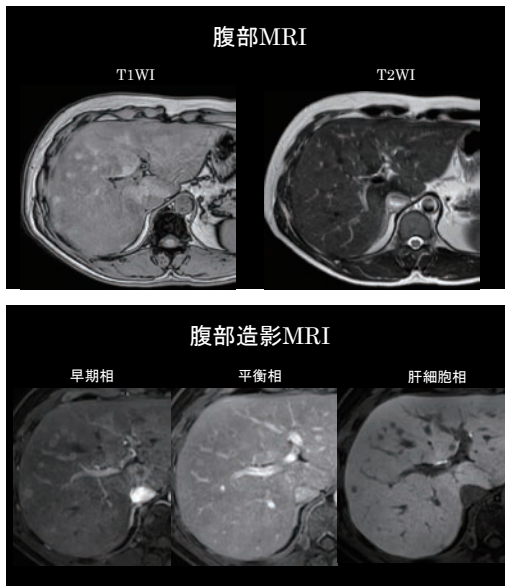


図 3

• PET-CT 検査(図 4)

肝臓に多発する FDG 集積を認める。両側鎖骨上、両側肺門、縦隔リンパ節に FDG 集積を伴う腫大リンパ節を認める。両側上腕骨、左第 6 肋骨、第 11 胸椎、第 2、5 腰椎、仙椎、右腸骨、右坐骨に FDG 集積を認める。

臨床経過

多発肝腫瘍を認め当初は悪性腫瘍の肝転移を疑ったが、各種画像検査より転移性肝腫瘍に典型的な造影パターンは認めなかった。診断目的に肝腫瘍生検、縦隔リンパ節に対して超音波内視鏡下穿刺吸引細胞診を施行しいずれの検体においても非乾酪性類上皮肉芽腫を認め(図 5)、サルコイドーシスの診断に至った。心臓超音波検査で心サルコイドーシスの所見は認めず、眼科診察においてぶどう膜炎の所見を認めなかつ

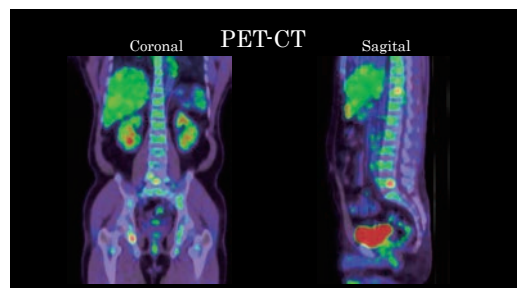
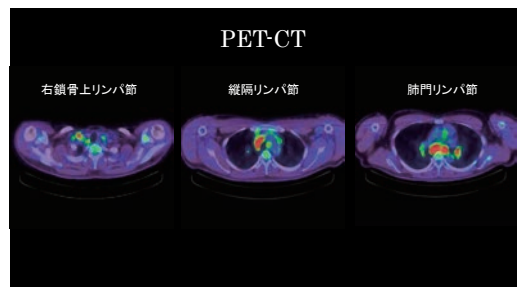
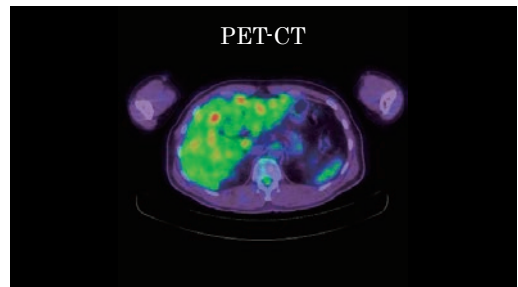
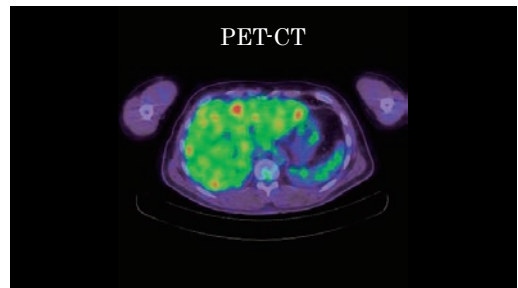


図 4

た。また肝機能障害は軽度で自覚症状もないため経過観察とした。診断 1 年半後においても画像所見で肝腫瘍は著変なく、自覚症状ないため経過観察となっている。

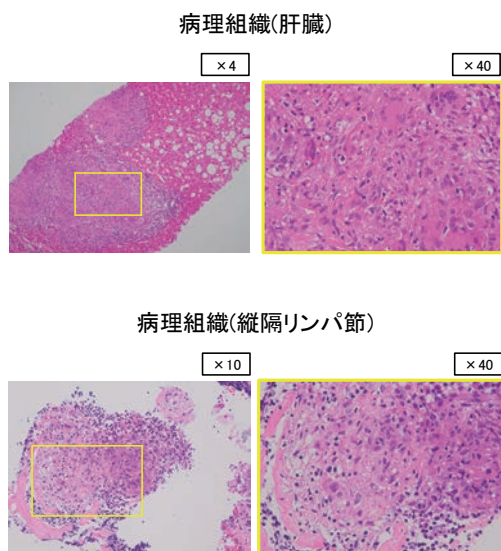


図 5

考 察

サルコイドーシスは全身臓器に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を形成する原因不明の炎症性疾患であるが、その発症機序などについては未だ不明な点がある。肝サルコイドーシスにおいては、高度肝機能障害や門脈圧亢進症を伴う重症の場合は全身倦怠感や体重減少、黄疸を呈することがあるがほとんどの場合は無症候性である。また多くの場合、理学的所見に乏しく発見に時間を要することが多く³⁾、本症例のように腹部超音波検査やCTで偶発的に指摘されることもある。

肝サルコイドーシスの画像所見においては、サルコイド結節周囲の豊富な線維成分が正常肝実質より遅れて造影されることや肉芽腫内の血流が極めて遅いことを反映して基本的には乏血性腫瘍として描出される⁴⁾。しかし肉芽腫の形成段階に応じて血流は変化し、また多発結節病変においては

結節ごとに肉芽腫の形成段階や炎症活動性が異なることもあり⁵⁾、非常に多彩な所見を示すと考えられる。多発肝腫瘤像を呈する肝サルコイドーシスにおいては転移性肝癌を含めた肝悪性腫瘍の鑑別が重要となる。腹部造影超音波検査において、肝悪性腫瘍では結節内のKupffer細胞が減少するため後血管(Kupffer)相で造影欠損像がみられるが、肝サルコイドーシスでは必ずしも造影欠損とはならないことが報告されている⁵⁾。これも肉芽腫の形成段階において、炎症初期では刺激物質に対しマクロファージが肉芽腫を形成しながら病変を抑え込むが、炎症が極期を過ぎるとマクロファージは炎症巣内の治癒・線維化を促進するように働き、その過程で貪食能を失うためだと考えられる⁶⁾。本症例においても各モダリティにおいて多彩な造影所見を示したが、各腫瘤の肉芽腫形成や炎症の程度の差を反映したものと考えられ、それぞれの所見に乖離があることがサルコイドーシスなどの肉芽腫性疾患を疑う一助になると考えられた。加えて造影超音波検査を定期的に施行することで肝サルコイドーシスの活動性を評価することも可能であり、病勢評価のため長期的なフォローアップが望ましいと考えられる。

肝サルコイドーシスの予後は良好であり、無症候性で軽度の肝機能異常を伴う症例であれば無治療経過観察可能である。しかし前述のように門脈圧亢進症状を伴う症例や肝硬変に至る症例もあり、その場合はステロイドなどの治療を検討する必要があるが現在確立された治療指針は示されていない⁷⁾。また経過観察中に他臓器に病変が出現する場合やリンパ腫や肺癌、皮膚癌な

どの悪性腫瘍を合併する可能性が高いことが報告されており⁸⁾、長期的な全身病変の評価が必要である。

本症例においては肝臓、骨、リンパ節に病変を認めたが自覚症状はなく肝機能障害も軽度だった。また統合失調症の既往もありステロイドによる精神症状の増悪も懸念され、無治療経過観察の方針とした。今後は定期的に血液検査や画像検査で全身評価を行い、肝機能障害が増悪した場合や肺病変が出現した場合、骨病変による易骨折性などあれば治療としてステロイド導入も検討する必要があると考えられる。

結 語

多発肝腫瘍を契機に肝サルコイドーシスの診断に至った症例を経験した。多発肝腫瘍を認めた場合は複数の画像検査で精査することが重要であり、それぞれの所見に乖離がある場合にはサルコイドーシスなどの肉芽腫性疾患を鑑別疾患にあげる必要があると考えられた。

文 献

- 1) Baughman RP, Teirstein AS, Judson MA, et al: Clinical characteristics of patients in a case control study of sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med* 164; 1885-1889: 2001.
- 2) Iwai K, Takemura T, Kitaichi M, et al: Pathological studies on sarcoidosis autopsy. II. Early change, mode of progression and death pattern. *Acta Pathol Jap* 43; 377-385: 1993.
- 3) Judson MA: Hepatic, splenic, and gastrointestinal involvement with sarcoidosis. *Semin Respir Crit Care Med* 23; 529-541: 2002.
- 4) 吉原和代, 杳掛康道, 五十嵐達也, 他: 肝サルコイドーシスのCT像, 映像情報 *Medical* 27; 1441-1443: 1995.
- 5) Kubo A, Ikeda H, Akimoto Y, et al: A case report of hepatic sarcoidosis diagnosed by percutaneous liver SOL biopsy under sonazoid enhanced ultrasonography. *Liver Cancer* 15; 267-273: 2009.
- 6) Yano R, Hirooka M, Nakamura Y, et al: A case of hepatic sarcoidosis diagnosed with contrast-enhanced ultrasonography. *Jpn J Med Ultrasonics* 48; 101-105: 2021.
- 7) サルコイドーシス診療の手引き 2020.
- 8) Askling J, Grunewald J, Eklund A, et al: Increased Risk for Cancer Following Sarcoidosis. *Am J Respir Crit Care Med* 160; 1668-1672: 1999.

症例報告

心窩部痛で発症し上部消化管内視鏡検査を契機に
診断された groove pancreatitis の一例

沖医院¹⁾、辻医院²⁾、西山天王山やまだ内科クリニック³⁾
京都第一赤十字病院消化器内科⁴⁾

沖 映希¹⁾、辻 光²⁾、山田 真也³⁾⁴⁾

抄 録

心窩部痛を主訴に外来受診し、上部消化管内視鏡検査を契機に診断に至った groove pancreatitis の一例を報告する。症例は 40 代男性。飲酒歴と喫煙歴があった。上部消化管内視鏡検査で十二指腸に広範な炎症所見を認め、血液検査で膵酵素の著明な上昇と炎症所見を認めた。腹部単純 CT で groove 領域の脂肪織濃度上昇と十二指腸壁の肥厚所見を認めた。groove pancreatitis はまれな疾患であるが、十二指腸に広範な炎症所見を認めた際には念頭に置くべき疾患のひとつと考える。

キーワード：groove pancreatitis、上部消化管内視鏡検査

はじめに

groove pancreatitis は膵頭部・総胆管・十二指腸に挟まれた溝状の groove 領域 (pancreatic-duodenal groove) に生じた、線維化を伴う限局性のまれな慢性膵炎である。報告例では 40～50 代の飲酒歴を有する男性が多い。腹痛・嘔吐・体重減少を主訴に受診することが多く、閉塞性黄疸を呈する症例もある。その病因は未だ明らかではないが長期にわたるアルコール乱用が膵液の粘稠度を高め、Santorini 管の内圧を上昇させることが groove 領域への膵液漏出の主な原因と考えられている。また副乳頭の狭窄・Santorini 管の閉塞・Santorini 管と Wirsung 管との交通不全のような

Santorini 領域の膵液排出障害が病態に関与すると指摘されている。

症 例

患者：40 代男性

主訴：心窩部痛

家族歴・既往歴：特記すべき事項なし

現病歴：釣りが趣味で 2 週間前にイカを生食した。初診の 5 日前から体動時・食後に増悪する心窩部痛が出現した。辻医院を受診し、内服薬を処方されたが、症状の改善が思わしくなかったため精査を目的に当院に紹介された。ビール 350mL × 3 缶 / 日、20 本 / 日の飲酒・喫煙歴があった。

検査成績と経過

腹部超音波検査（当院実施）

明らかな異常所見を認めなかった。

上部消化管内視鏡検査（図1）

十二指腸球部に著明な発赤と浮腫を認め、狭窄していた。上十二指腸角には境界明瞭な潰瘍を認めた。十二指腸下行部は全周性に浮腫状で複数ののう胞を認めた。ケルクリング襞の間隔は短縮していた。潰瘍からの生検組織には腫瘍性変化を認めなかった。胃粘膜萎縮を認めず、迅速ウレアーゼテストで *H. pylori* 陰性であった。

十二指腸に広範な炎症所見を認めたことから周囲臓器からの炎症の波及を疑って血液検査を行った。

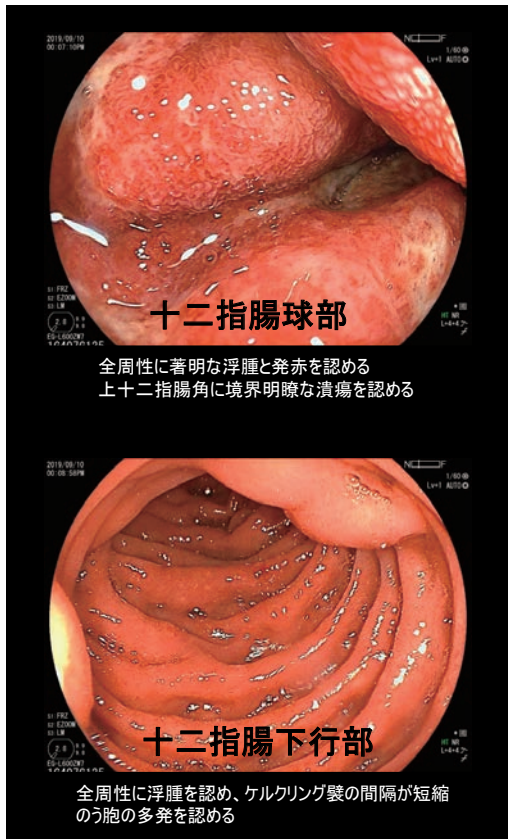


図1

血液検査成績（表1）

膵酵素の著明な上昇(Trypsin 1,620ng/mL、Phospholipase A2 1,280ng/dL)と白血球増多、中等度の炎症所見(CRP 10.57mg/dL)を認めた。

当院で検査を行った翌日、心窩部痛が増強したため辻医院を受診したところ、京都第一赤十字病院消化器内科に改めて紹介された。

表1

〈全血算〉		〈血液生化学〉			
WBC	14800 / μ L	TP	6.9 g/dL	BUN	14 mg/dL
RBC	481 \times 10 ⁴ / μ L	AST	25 IU/L	Cr	0.79 mg/dL
Hb	15.0 g/dL	ALT	22 IU/L	BS	89 mg/dL
Ht	46.1 %	LDH	252 IU/L	CRP	10.57 mg/dL
Plt	29.7 \times 10 ⁴ / μ L	ALP	101 IU/L	Trypsin	1620 ng/mL (100-550)
		γ GTP	39 IU/L	PLA2	1280 ng/dL (130-400)
		Amy	86 IU/L	Phospholipase A2	
		UA	3.8 mg/dL		

腹部超音波検査(京都第一赤十字病院)(図2)

膵臓は頭部～体部で腫大していた。膵臓の内部エコーは不均一で主膵管は頭部で径3mmとやや太めであった。

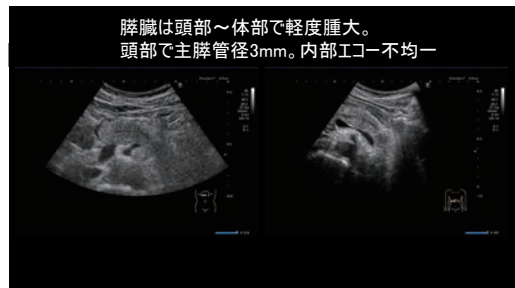


図2

腹部単純 CT (京都第一赤十字病院)

(図 3-1、図 3-2、図 3-3)

膵頭部は腫大し、周囲脂肪織の濃度上昇を認めた。膵臓と十二指腸の間隙(pancreatic-duodenal groove)の脂肪織濃度は上昇し、十二指腸球部に壁肥厚を認めた。十二指腸の壁肥厚は球部から下行部に連続していた。

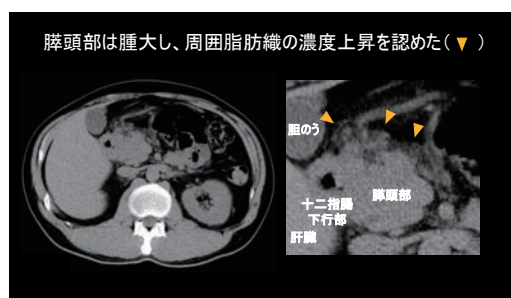


図 3-1

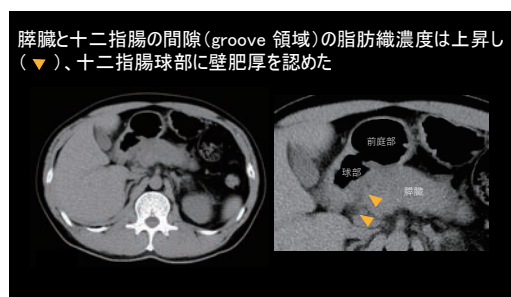


図 3-2

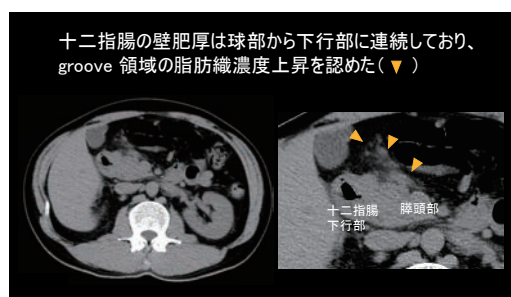


図 3-3

以上の所見から groove pancreatitis と診断した。京都第一赤十字病院受診時には心窩部痛が軽減しており、本人の希望もあって外来で経過観察とした。その後腹部症状は消失し、臨床検査値も正常化したため同院外来で経過をみている。

考 察

急性腹症のような激しい症状を訴える患者を前に血中膵酵素測定や腹部 CT の実施をためらう臨床医は皆無と思われるが、患者の訴える上腹部痛が軽微であった場合はどうだろうか。急性膵炎および慢性膵炎の診療ガイドラインでは上腹部痛患者の全例に血中膵酵素測定を行うことに否定的な記載がなされており、腹部超音波検査で脂肪やガスのために観察が不十分な場合に他の画像診断を考慮することが勧められている¹⁾²⁾。本症例では 2 回の腹部超音波検査で十二指腸の広範な壁肥厚を指摘できなかった。観察条件が良好な腹部超音波検査で異常所見を指摘しえなかった場合、どのような患者に血中膵酵素測定や腹部 CT を追加すべきなのか、悩ましい。

groove pancreatitis は十二指腸・膵頭部・総胆管で形成される溝状の groove 領域(pancreatic-duodenal groove、図 4)に生じた線維化を伴う限局性のまれな慢性膵炎であり、Becker らによって最初に報告された³⁾。40～50 代のアルコール歴および喫煙歴を有する男性に好発する。腹痛・嘔吐・十二指腸狭窄が主な臨床症状であり、総胆管狭窄のために閉塞性黄疸をきたす症例もみられる。悪性疾患との鑑別が困難な症例・十二指腸の通過障害が高度な症例・保存的治療が奏功しなかった症例で

は外科手術を必要とすることがある。膵頭十二指腸切除術を受けた慢性膵炎の 12.8～24.4%が groove pancreatitis であったとの報告がなされている。発症機序はまだ十分に解明されていないものの長期に及ぶアルコール摂取および喫煙が膵液内重炭酸濃度の低下をもたらし、これによって粘稠度の増加した膵液が Santorini 管の内圧を上昇させた結果 groove 領域に膵液が漏出するという説が有力視されている⁴⁾。また Santorini 管の閉塞・Santorini 管と Wirsung 管との交通不全・副乳頭の狭窄のような Santorini 領域での膵液排出障害が病態に関与していることも指摘されている⁵⁾。

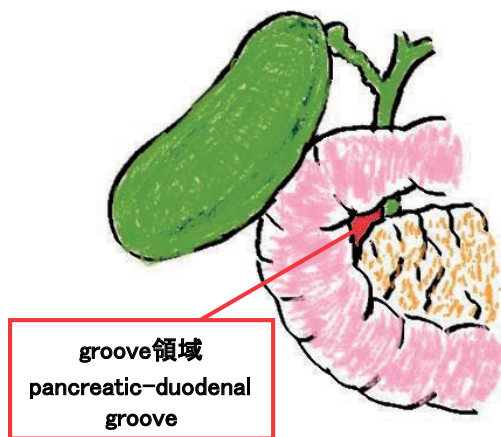


図 4

groove pancreatitis と groove 領域に生じる膵癌との鑑別はしばしば困難である。groove pancreatitis をより強く疑う画像所見として① groove 領域に三日月状の軟部影を呈する②十二指腸壁内や groove 領域にのう胞性病変を認める③十二指腸壁の肥厚を伴うことが多い④胆管・膵管の狭小化が比較的平滑かつ長い、などが挙げ

られている。一方、膵癌では膵頭部を主座とする不整形の腫瘤影として描出され、後腹膜への浸潤や胃十二指腸動脈などの encasement を伴うことが多いと報告されている⁵⁾。

本症例では腹部 CT で十二指腸壁は球部から下行部にかけて連続性に肥厚していた。上部消化管内視鏡検査では十二指腸球部や上十二指腸角に著明な発赤を認めた。十二指腸下行部に発赤は認めなかったが、全周性に浮腫を認めケルクリング襞の間隔が短縮していた。ケルクリング襞のこのような所見は十二指腸の長軸方向の伸展不良を反映していたものと思われる。十二指腸に広範な炎症所見を認めた場合、本症のような他臓器からの炎症波及を鑑別診断に挙げる必要がある。

Stolte らは慢性膵炎で膵頭十二指腸切除術を施行した 123 例を病理学的に検討し、24.4%が groove pancreatitis であったと報告している。さらに① groove 領域にのみ線維化を認め膵実質が正常な pure groove pancreatitis と② groove 領域だけでなく背側頭部の膵実質にも線維化を認める segmental groove pancreatitis に分類した⁶⁾。興味深いことに、法村らは画像診断による経時的観察で groove 領域に局限していた炎症が 3 ヶ月の間に膵頭部、十二指腸まで波及していった症例を報告し、①と②の病型は経時的側面をとらえて分類されていた可能性を指摘している⁷⁾。groove pancreatitis も他の慢性膵炎と同様、膵炎発作を繰り返すことで不可逆性に腺房細胞の壊死と線維化が進行する (the necrosis-fibrosis sequence) のかもしれない。もし膵炎発作の繰り返しを予防できるのであ

れば、groove pancreatitis の病態の進行を抑制しうる可能性がある。最近少数例ながら、groove pancreatitis に対する内視鏡治療(副乳頭の拡張術や Santorini 管のドレナージ術など)の長期成績が本邦から報告された。膵炎の再発を抑制でき、安全で低侵襲な治療法として期待されている⁸⁾。

本症例では発症から3年の経過で膵炎症状の再燃を幸い一度も認めていないが、引き続き慎重な経過観察が必要と考える。

結 語

上部消化管内視鏡検査を契機に診断された groove pancreatitis の一例を報告した。十二指腸に広範な炎症所見を認めた際には周囲臓器からの炎症の波及を念頭に精査する必要がある。

文 献

- 1) 急性膵炎診療ガイドライン 2021(第5版) 金原出版株式会社.
- 2) 慢性膵炎診療ガイドライン 2021(改訂第3版) 日本消化器病学会.
- 3) Becker V, Mischke U. Int J Pancreatol 1991; 10: 173-182.
- 4) Addeo G, Beccani D, et al. Gland Surg 2019; 8 (Suppl 3): S178-S187.
- 5) 高原楠晃, 伊佐山浩通ら 消化器内視鏡 2018; 30: S100-S101.
- 6) Stolte M, Weiss W, et al. Hepatogastroenterology 1982; 29: 198-208.
- 7) 法村大輔, 大場一生ら 日消誌 2008; 105: 1496-1503.
- 8) Chantarojanasiri T, Isayama H, et al. Gut and Liver 2018; 12: 208-213.

症例報告

縦走溝模様が際立つ多彩な粘膜像を呈した自己免疫性胃炎の1例

京田辺市 伊原内科医院 伊原 隆 史

抄 録

症例は84歳、女性。心窩部鈍重感の精査として、上部消化管内視鏡検査を行ったところ、胃体部の萎縮性変化を認めたが、通常のピロリ感染胃炎の特徴とは異なっており、精査の結果、自己免疫性胃炎と診断した。本症例の胃体部の萎縮像は、均一な逆萎縮像とは言えず、部位により偽性ポリポイド外観、飛び石状の島状残存粘膜像、ひび割れ様粘膜、胃小区の浮腫像といった多彩な粘膜像を示しており、特に胃体下部の縦走溝模様は報告例のない所見であった。バラエティーに富む内視鏡所見を示した自己免疫性胃炎の1例として報告する。

キーワード：自己免疫性胃炎、縦走溝模様、輪状模様、胃小区浮腫、ひび割れ粘膜

はじめに

近年、ヘリコバクターピロリ感染率の減少に伴い、胃疾患領域で残された課題の一つとして、自己免疫性胃炎が注目されている。自己免疫性胃炎は、胃底腺粘膜領域の萎縮の進行に伴い、いわゆる逆萎縮像を示すことが特徴であり、悪性貧血やカルチノイド腫瘍、胃癌の併発のリスクを伴う疾患である。近年、内視鏡検診の普及や知識の普及、本疾患への注目度の高まりに伴い、初期像や早期像の報告が相次いでおり、それに伴い様々な内視鏡像、病理組織像の特徴も報告されている^{1)~3)}。またこれまで、自己免疫性胃炎は明確な診断基準は定められていなかったが、日本消化器内視鏡学会

から進行期の診断基準が提唱されたところである⁴⁾。自己免疫性胃炎は、ヘリコバクターピロリ感染胃炎とは異なる機序・病態の慢性萎縮性胃炎であることから、木村・竹本分類の萎縮のパターンに沿った萎縮像を示すものではなく、普段多く見受けられる萎縮性胃炎とは異なる所見を呈する場合がある。今回当院では、胃体部で萎縮性変化を認めるものの、不均一な粘膜の平坦化(偽性ポリポイド外観)、ひび割れ様粘膜、胃小区の浮腫像、輪状模様、過形成ポリープの多発など、多彩な粘膜像があり、特に胃体下部小弯で縦走溝の所見が際立つ自己免疫性胃炎の1例を経験したので報告する。

症 例

【症例】84歳女性。

【既往歴】気管支喘息。胃酸分泌抑制剤の服用歴無し。

【現病歴】慢性心不全、非弁膜症性心房細動にて、当院に定期的通院中であった。某年6月に心窩部鈍重感の精査のため、当院で上部消化管内視鏡検査を受け、胃体部の萎縮性胃炎とポリープを指摘された。直後に、ヘリコバクターピロリの血清抗体と便中抗原検査を受けたが、ともに結果は陰性であった。過去にピロリ除菌治療歴は無く、萎縮性胃炎の原因として、自己免疫性胃炎が疑われた。精査の結果、以下の所見を認め、自己免疫性胃炎と診断された。

【血液検査所見】抗胃壁細胞抗体40倍(基準値10未満)、抗内因子抗体陰性、赤血球数323万/uL、ヘモグロビン10.8g/dL、平均赤血球容積100.3fL、ビタミンB12 176pg/mL(基準値180~914)、血清鉄121μg/dL(基準値48~170)、フェリチン18ng/mL(基準値5~152)、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体57IU/mL(正常上限値16)、甲状腺刺激ホルモン2.72μIU/mL(基準値0.54~4.54)、ペプシノゲンI 39.1ng/mL、ペプシノゲンII 37.5ng/mL。

【上部消化管内視鏡検査】胃体部は全体に褪色调で、粗造な粘膜像であり(図1A)、大小多数の過形成ポリープを認めた(図1B)。送気を強めると粘膜下血管の透見像

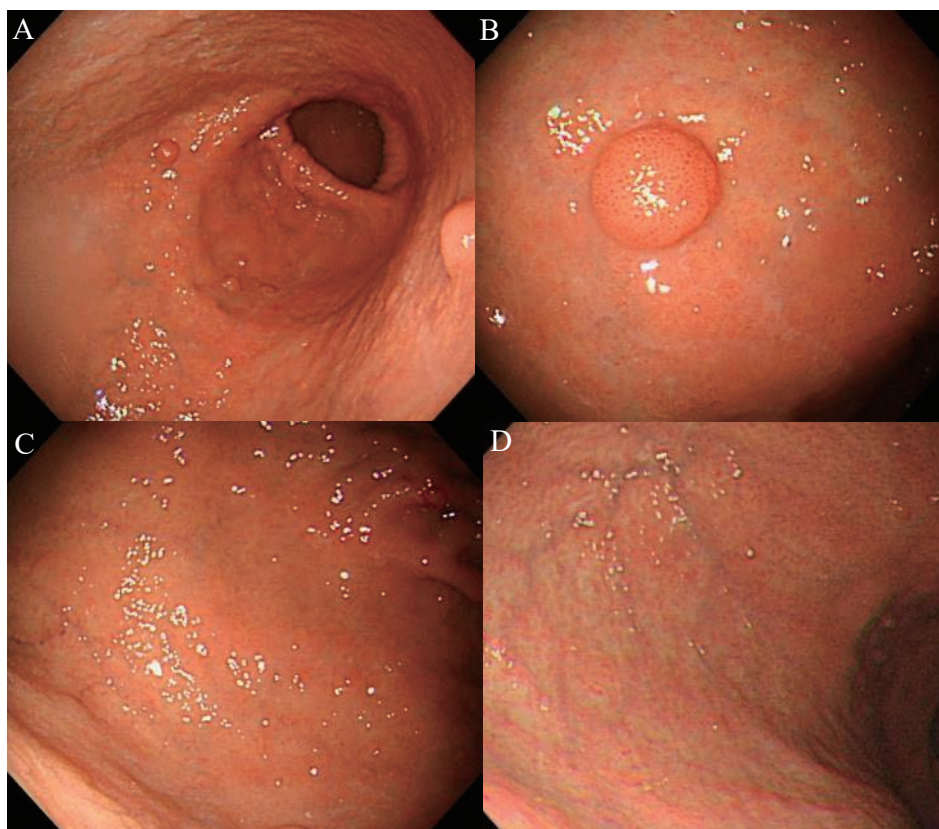


図 1

が明らかとなった(図 1C、D)。逆に送気を弱めると、胃体下部小弯では、2本の平行線状の縦走溝模様を3条認め、周辺の粘膜はやや浮腫状の外観であった(図 2A、B)。インジゴカルミンを散布すると、縦走溝模様はより明瞭となった(図 2C、D)。胃角部から前庭部にかけての大弯側では粘膜のひび割れ像を認めた(図 3A)。同部のインジゴカルミン散布では、やや浮腫状の隆起を認める規則的な胃小区像が明瞭となった(図 3B)。胃体部小弯前壁側では、粘膜の不均一な凹凸変化(偽性ポリポイド外観)と飛び石状の島状残存粘膜像を認めた(図 4A、B)。同部のインジゴカルミン散布では、それらの所見はより際立った(図

4C、D)。幽門輪近傍では、輪状模様を認めた(図 5、Bは Narrow band imaging (NBI) 画像)。

【病理組織検査】胃体上部大弯、胃体下部小弯、胃角部大弯から生検を行った。いずれの標本も、壁細胞の消失、粘膜深層優位のリンパ球浸潤像、偽幽門腺・幽門腺化生、腸上皮化生の所見を認め、胃体下部小弯の標本では、腺上皮化生の所見も認められた(図 6A)。また、クロモグラニンA染色では、ECL細胞の線状、小結節状の過形成像を認めた(図 6B)。最も大きいポリープからの生検は、腺窩上皮過形成の組織所見であった(図 1B)。

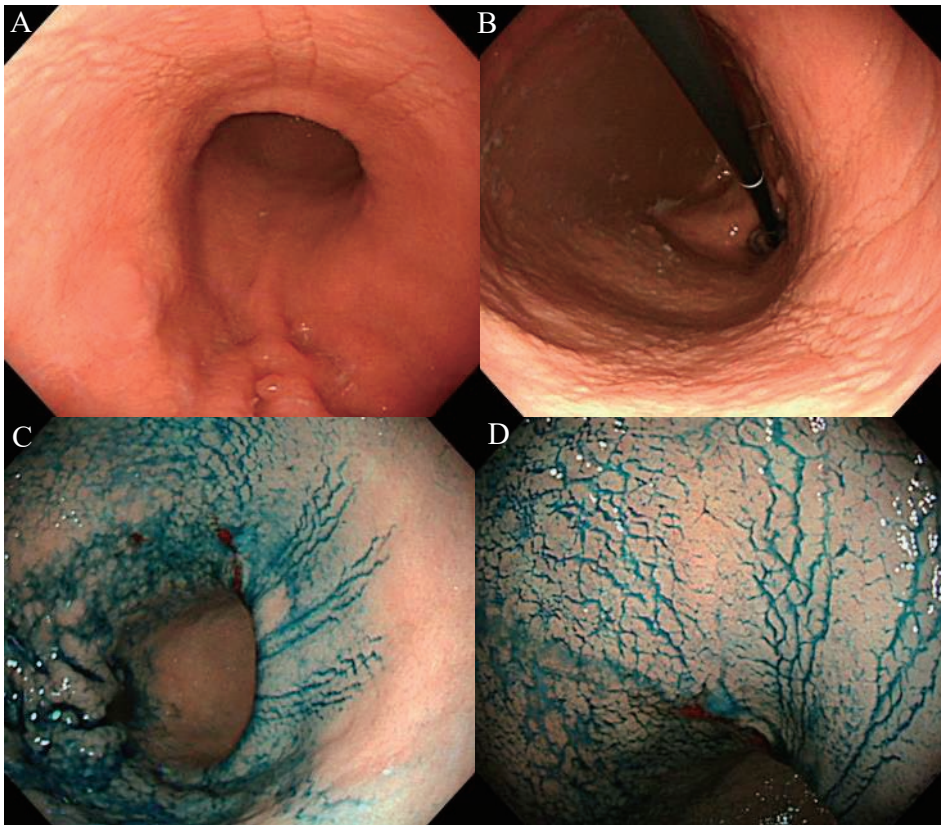


図 2

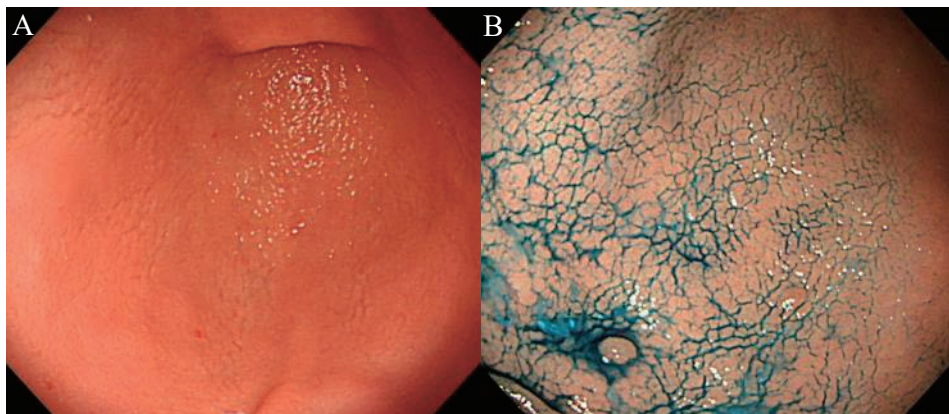


図 3

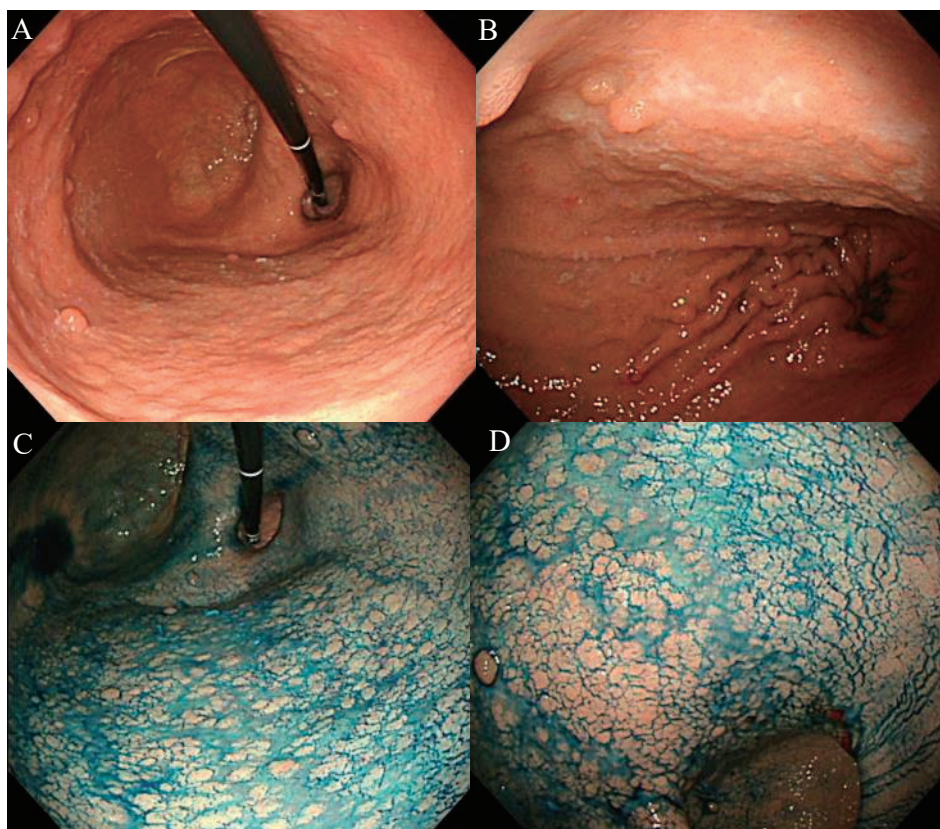


図 4

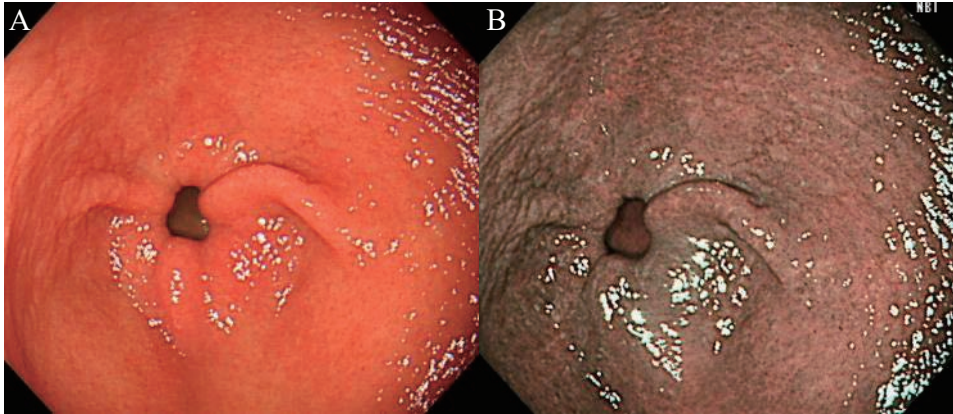


図 5

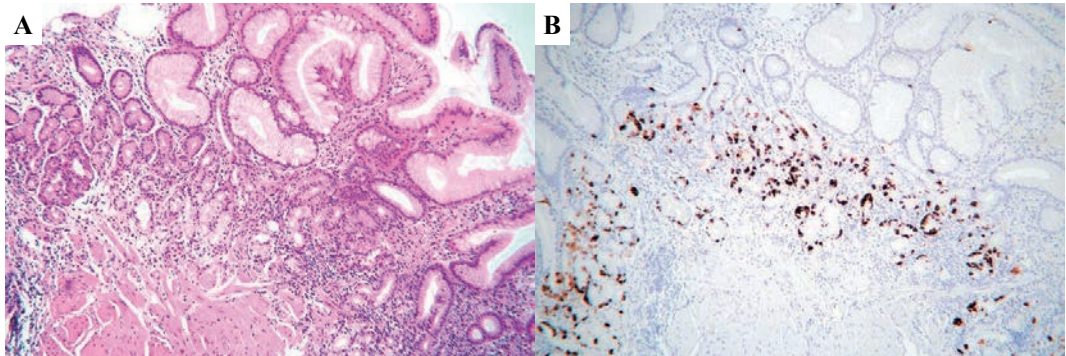


図 6

考 察

自己免疫性胃炎の大半は、胃体部の萎縮が高度に進行した状態で発見され⁵⁾、その場合、送気を多めに行うことで、広範囲に粘膜下の樹枝状血管が透見される均一な萎縮粘膜像を認める。この萎縮の所見は、送気を十分に行わなければ気づかれにくく、その点を意識して望む必要がある。図7に、自験例を提示するが、同一症例であっても、送気の状態により、全く様相が異なる(図Bが送気後、図Aにみられる直線状のたわみは、非萎縮粘膜の籐壁とは全く異なる)。このように、自己免疫性胃炎の特徴である

逆萎縮像も、必ずしも明確な指標とは言えず、しかもピロリ感染歴が伴われた場合はなおさら不明瞭となり、内視鏡診断の感度や特異度が向上しない要因となっている。実際、Nishizawaらの自己免疫性胃炎の診断契機に関する検討でも、内視鏡所見が契機となった割合は31.7%に過ぎず、組織学的所見が契機になった割合の方が高かったことを報告している⁶⁾。この点に関して筆者は、慢性胃炎診療における血清ガストリン値の測定が、非定型例を含めた自己免疫性胃炎の診断契機として有用であることを報告している⁷⁾。慢性胃炎の血清診断は、

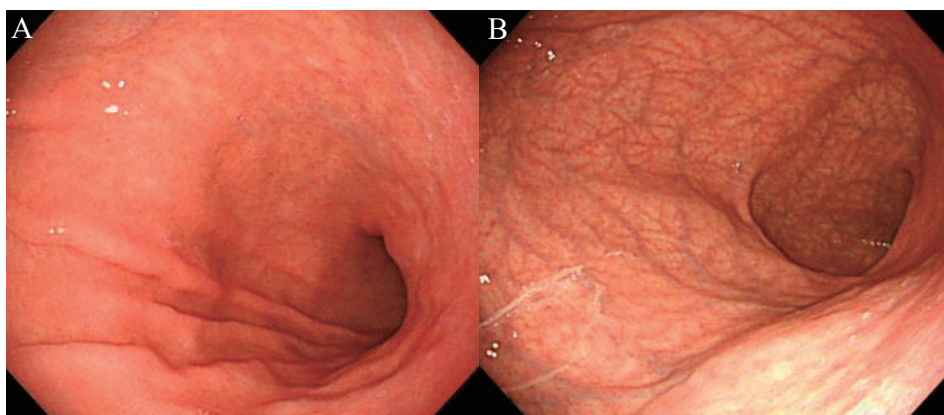


図7

精度上の難点も指摘されているが、胃癌リスク評価時のABC検診や慢性胃炎の質的評価としてのGastroPanel®など、実地医家にとって簡便に実施でき、捨てがたいメリットもある。なお、慢性胃炎評価としてのガストリン測定は保険適応外であり、また現在、ガストリン測定試薬自体が研究用のみとなっている^{注)}。今後、新たな測定キットの保険収載や適応拡大が望まれる。

自己免疫性胃炎は、他の自己免疫疾患との関連性が指摘されており、特に自己免疫性甲状腺炎(橋本病、バセドウ病)との併発例が多く、その遺伝的素因も報告されている⁸⁾。また、複数の内分泌腺臓器で自己免疫疾患を発症する多腺性自己免疫症候群の概念の中では3B型として分類されており⁹⁾、全身性の自己免疫疾患の一表現型とも見なしうる。本症例も、甲状腺機能は正常であったものの、抗甲状腺ペルオキシダーゼ抗体が陽性であり、先天的な素因があったと考えられる。自己免疫性胃炎の遭遇時には、他の自己免疫疾患の併存、あるいは自己免疫性甲状腺炎の患者では、自己免疫性胃炎の併存の可能性についても、念

頭に置く必要がある。

一方近年、初期像を含め、萎縮に至る前段階や萎縮の進行途上にある自己免疫性胃炎の報告例が相次いでいる。本邦では、病理組織学的に初期像または早期像が確認できた症例の内視鏡所見の特徴として、多発する発赤調の偽性ポリープ像¹⁾、モザイク状模様を示す胃小区の浮腫像²⁾、びまん性発赤(ピロリ現感染所見とは異なる)と浮腫状の胃粘膜像³⁾などの所見が報告されている。Ayakiらの報告では、ひび割れ様粘膜の所見について、Proton pump inhibitor (PPI)投与時の所見と類似している点についても言及されている²⁾。

本症例で認められた内視鏡像の中で、胃小区の浮腫像を示していた領域は、胃小区が全体に均一に整った形を示しており、あまり大小不同もなく、高さも保たれているように見えた。また胃小区間溝も狭く、胃小区は緊満感を伴い、敷き詰められた印象であった。また、一部の領域はひび割れ様であり、PPI投与時のひび割れ粘膜を連想する。Ayakiらの報告例を併せて考慮すると²⁾、この領域については、組織学的に

胃底腺が残存している早期の自己免疫性胃炎像が予想された。しかし、予想に反して、病理組織検査の結果では、萎縮が既に高度に進行している状態であった。生検部位の問題も否定はできないが、複数箇所が生検を行っており、いずれも早期像は認められなかった。この比較的均一に胃小区が保持されている点については、自己免疫性胃炎が、ピロリ感染胃炎のように腺窩上皮層、腺頸部を主体とした炎症ではなく、粘膜深部の炎症を主体としている病態に起因しているのかもしれない。この点については、Yagiらは、自己免疫性胃炎におけるNBI拡大画像上の粘膜微細構造所見では、胃小窩型粘膜を示すことが示されており、同様の機転も考えられる¹⁰⁾。しかし一般に、萎縮が進行すると、胃小区は形の揃い、大小不同、胃小区間溝の拡大があるはずであり¹¹⁾¹²⁾、今回の症例の像は疑問が残る。また、本当に浮腫を伴っていたのかについても、組織学的な裏付けが得られなかった。

今回の報告で、もっとも特徴的な所見は、胃体下部小弯に見られたレール状の縦走溝模様である。これはおそらく、自己免疫性胃炎による炎症と萎縮性変化、さらに柔軟性の消失を伴う粘膜に、横方向の収縮(輪状収縮)などの物理的圧力が加わって発生したものではないかと推察される。この所見は、好酸球食道炎の内視鏡所見の特徴の一つである縦走溝(longitudinal furrows, vertical lines)やキャタピラーサイン(caterpillar sign)に類似している¹³⁾¹⁴⁾。今回の症例では、前庭部の輪状模様(circular pattern)も認められ、胃体部の縦走溝模様と何らかの関連性があるのか興味深い。例えば、胃体部の伸展性に通常の胃とは異な

る変化が生じ、全体的に硬化した胃体部が、前庭部へ輪状に重積するような負荷を及ぼし、輪状模様が発生した可能性が考えられるが、そのような胃体部では、縦方向に亀裂を生じるような負荷がかかりやすいことも考えられる。なお、自己免疫性胃炎の逆萎縮像の視認では、十分な送気を行う必要があるが、この縦走溝の所見や粘膜のひび割れ所見は、逆に送気を強めると視認困難となる。このような所見が自己免疫性胃炎特有のものであるのか、病的意義が存在するのかについては不明であり、今後の症例の蓄積と検討が必要である。

結 語

胃体部の均一な高度萎縮像ではなく、部位により様相の異なる多彩な粘膜像を呈した自己免疫性胃炎の1例を経験した。特に、縦走溝模様、胃小区の目立つ粘膜像の内視鏡所見は、今後の検討に値すると考えられた。また、ピロリ感染胃炎に該当しない胃体部の萎縮像に遭遇した場合は、自己免疫性胃炎の可能性を考慮する必要があると思われる。

謝 辞

本症例の病理組織診断をお願い致しました滋賀医科大学病理学講座教授 九嶋亮治先生に深謝申し上げます。また、内視鏡所見について、ご助言頂きました川崎医科大学総合内科学教授 春間賢先生に深謝申し上げます。

注)血清ガストリン測定キットは、本稿投稿時点では研究用試薬であったが、5月1日から薬事承認され、保険収載となった。

引用文献

- 1) Kotera T, Oe K, Kushima R, et al: Multiple Pseudopolyps Presenting as Reddish Nodules Are a Characteristic Endoscopic Finding in Patients with Early-stage Autoimmune Gastritis. *Intern Med* 59; 2995-3000: 2020.
- 2) Ayaki M, Aoki R, Matsunaga T, et al: Endoscopic and Upper Gastrointestinal Barium X-ray Radiography Images of Early-stage Autoimmune Gastritis: A Report of Two Cases. *Intern Med* 60; 1691-1696: 2021.
- 3) Kishino M, Kenshi Yao K, Hashimoto H, et al: A case of early autoimmune gastritis with characteristic endoscopic findings. *Clin J Gastroenterol* 14; 718-724: 2021.
- 4) 鎌田智有, 渡辺英伸, 古田隆久, 他: 自己免疫性胃炎の診断基準に関する附置研究会からの新提案. *Gastroenterological Endoscopy* 65; 173-82: 2023.
- 5) Terao S, Suzuki S, Yaita H, et al: Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. *Dig Endosc* 32; 364-372: 2020.
- 6) Nishizawa T, Yoshida S, Watanabe H, et al: Clue of Diagnosis for Autoimmune Gastritis. *Digestion* 102; 903-910: 2021.
- 7) 伊原隆史: 非定型例を含めた自己免疫性胃炎の拾い上げ診断時の課題と血清ガストリン値測定の有用性についての検討. *日本消化管学会雑誌* 5; 30-42: 2021.
- 8) Laisk T, Lepamets M, Koel M, et al: Genome-wide association study identifies five risk loci for pernicious anemia. *Nat Commun* 12; 3761: 2021.
- 9) Betterle C, Zanchetta R: Update on autoimmune polyendocrine syndromes (APS). *Acta Biomed* 74; 9-33: 2003.
- 10) Yagi K, Nakamura A, Sekine A, et al: Features of the atrophic corpus mucosa in three cases of autoimmune gastritis revealed by magnifying endoscopy. *Case Rep Med* 2012 doi: 10.1155/2012/368160.
- 11) 八木一芳: 胃小区模様. *胃と腸* 52; 565: 2017.
- 12) Kanzaki H, Uedo N, Ishihara R, et al: Comprehensive investigation of areae gastricae pattern in gastric corpus using magnifying narrow band imaging endoscopy in patients with chronic atrophic fundic gastritis. *Helicobacter* 17; 224-231: 2012.
- 13) 阿部靖彦, 野村栄樹, 佐藤剛司, 他: 好酸球性食道炎の診断. *日本消化器内視鏡学会雑誌* 56; 3378-3393: 2014.
- 14) Ayaki M, Manabe N, Nakamura J, et al. The “caterpillar sign”: a novel endoscopic indicator of eosinophilic esophagitis. *Esophagus* 18; 156-162: 2021.

症例クイズ

今井内科胃腸科医院 今井 昭 人

年 齢：70 歳代、男性

既往歴：3 年前に貧血にて入院

既往歴：数か月前より全身倦怠感、体重減少が出現し当院を受診した。

現 症：身長 160cm、体重 52kg、体温 36.2℃、血圧 160/80、脈拍 72 回、表在リンパ節触知せず。腹部は平坦、軟。

検査結果：軽度の貧血を認めました(表 1)。

上部消化管内視鏡検査を行ったところ、特徴的な粘膜を背景とした隆起性病変を認めました(図 1 幽門前庭部、図 2 前庭部、図 3 胃角部、図 4 胃体部見上げ、図 5 穹窿部、図 6 胃体部見下ろし、図 7 胃体部見下ろし)。

表 1

白血球	5930/ μ L	TP	7.2 g/dL	BUN	20.0 mg/dL
赤血球	435万/ μ L	Alb	4.1 g/dL	Cr	0.99 mg/dL
Hb	13.5 g/dL	AST	15 U/L	CEA	4.0 ng/mL
Ht	40.9 %	ALT	13 U/L	CA19-9	3.1 U/mL
血小板	28.6万/ μ L	LDH	182 U/L		
MCV	94 fL	ALP	78 U/L		
MCH	31.0 pg				
MCHC	33.0 %				

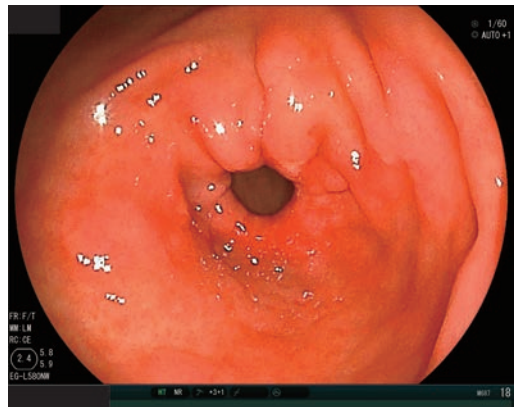


図 1



図 2



図 3



図 4



図 5

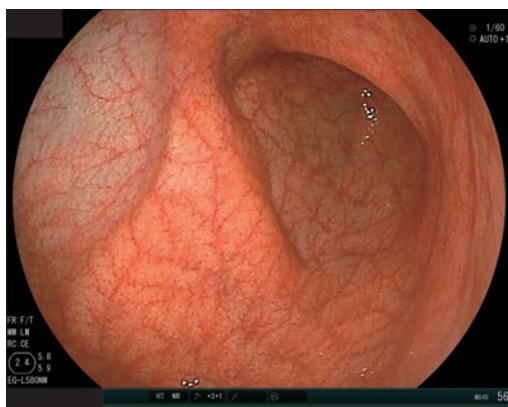


図 6

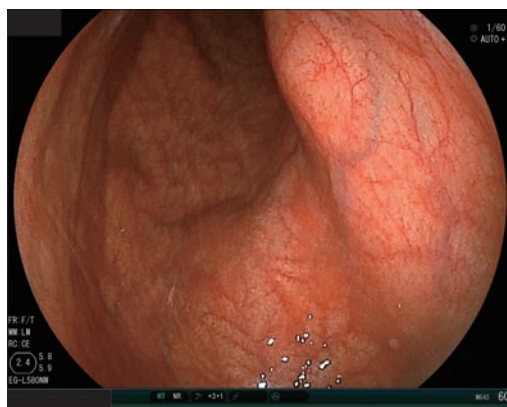


図 7

問 1. 背景粘膜はどのような状態でしょうか。以下より選択ください。

- ①自己免疫性胃炎
- ②自己免疫性胃炎に *Helicobacter pylori* (ピロリ菌)感染を合併した胃炎
- ③ピロリ菌感染による萎縮性胃炎
- ④ピロリ菌未感染

問 2. 病変を近接しました。病名は。以下より選択ください。

(図 8 白色光観察、図 9 LCI、図 10 BLI、図 11 インジゴカルミン散布)

- ①胃がん 0-IIa
- ②神経内分泌腫瘍 (neuroendocrine tumor: NET)
- ③過形成性ポリープ
- ④多発性白色扁平隆起



図 8

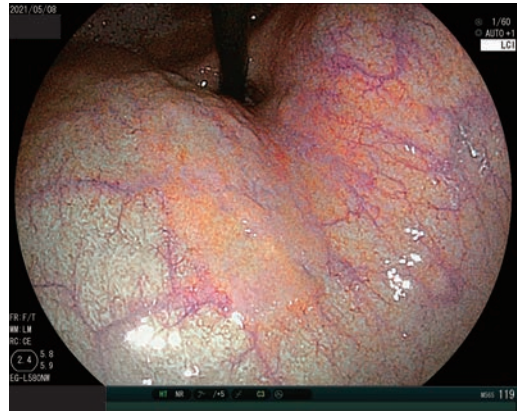


図 9

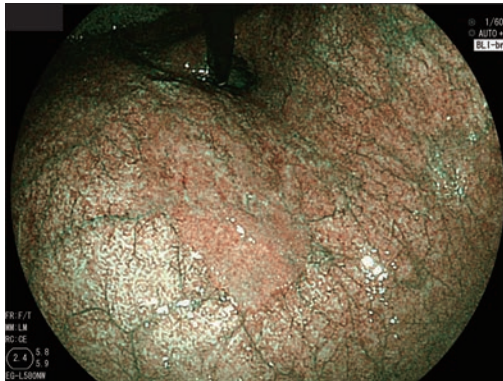


図 10

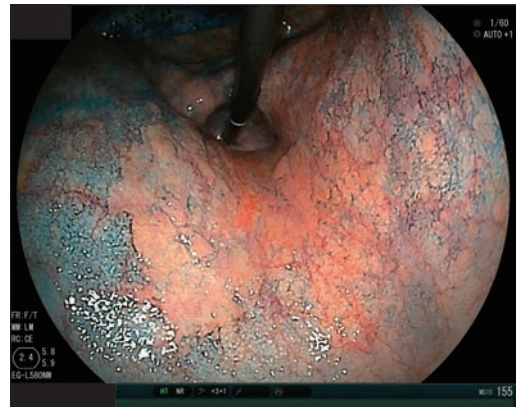


図 11

解答及び解説

問 1 の解答：②自己免疫性胃炎にピロリ菌感染を合併した胃炎
胃癌は黄色矢印(図 12)

背景粘膜は胃体部の比較的均一な高度萎縮粘膜に対し、前庭部の萎縮は軽度でした。しかし、幽門前庭部にはキサントーマが見られ、ピロリ菌感染が疑われましたが、患者への問診の追加により、他院でピロリ菌現感染と診断されており除菌歴はないこと、悪性貧血で入院歴があることを聞き出し、抗胃壁細胞抗体、血清ガストリンを測定しました。

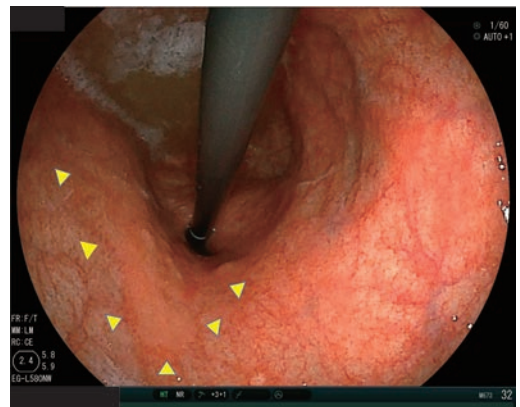


図 12

抗胃壁細胞抗体 20 倍、ガストリン 710pg/mL 以上の結果より自己免疫性胃炎(auto-immune gastritis: AIG)、ピロリ菌感染合併(現感染)と診断しました。

AIG と申しましたが、先生方には「A 型胃炎」のほうがなじみかもしれません。1973 年に Strickland と Mckay は萎縮性胃炎を A 型と B 型に分類することを提唱しました¹⁾。以前は、A 型胃炎は AIG と同義語的に使われており、A 型胃炎という言葉が使用されてきました。しかし、本症例のような AIG にピロリ菌感染を合併した A+B 型胃炎や AIG の初期像²⁾³⁾が報告されるようになり、A 型、B 型に単純に分けることができなくなってきました。現在では A 型胃炎という単語より病態を示した AIG と呼称されることが多くなったため、本文でも AIG という言葉を使わせていただきます。

AIG の約半数は前庭部に腸上皮化生や発赤、びらん、褐色調変化を伴っています⁴⁾⁵⁾。これはピロリ菌の感染の影響ばかりではなく、胆汁逆流や組織学的に前庭部まで胃底腺が存在するためです。ピロリ菌

感染を伴った AIG は 7.8 ～ 24.4% と言われています⁶⁾。前庭部にも所見がある場合には AIG を診断することは難しいといわれています。萎縮の進んだ AIG の拾い上げについては、まず胃体部の高度萎縮を見た時点で疑うのが第一歩と考えられます。その上で前庭部を幽門輪まで注意深く観察し、「相対的に」萎縮が体部優位かどうか、健常幽門腺が幽門輪周囲にだけでも残っていないかを判断します。内視鏡所見のみから AIG を診断するのは限界があり、血清ガストリン、自己抗体、生検による組織所見などを組み合わせて診断する必要があります。

AIG の診断基準は長らく定まっていませんでした。日本消化器内視鏡学会「A 型胃炎の診断基準確立に関する研究会」で診断基準が検討された結果、2022 年 5 月の日本内視鏡学会総会で診断基準が発表されました(表 2)⁷⁾。今後最終的な論文として掲載される予定であり、多少修正される可能性はあります。

AIG の頻度は検診での報告では 0.49%⁸⁾、0.89%⁹⁾とされています。健常人を 100 ～ 200 人検査すると 1 人はいる計算となり、見落とされている可能性があります。

表 2 AIG の診断基準

<p>診断基準 (進行情)</p> <p>A) 内視鏡的所見、組織所見のいずれか、もしくは両者が AIG としての要件を満たす。 B) 胃自己抗体陽性 (抗壁細胞抗体あるいは抗内因子抗体のいずれか、もしくは両者が陽性) A) と B) の両者を満たすものを AIG と診断する。</p> <p>1) 内視鏡所見: 主所見を必須とする。 (主所見) 胃体部～胃底部優位の高度萎縮を認める。(胃体部で均一な血管透見像を呈する)。 (副所見) (胃体部～胃底部) 固着粘液、残存胃底腺粘膜、過形成性ポリープ; (前庭部) 必ずしも正色調ではなく、輪状模様、斑状発赤、稜線状発赤が参考となる場合もある。</p> <p>2) 組織所見: A) と B) を必須とする。 A) 胃底腺粘膜における胃小窩の延長と胃腺部の短縮 (胃小窩長≧腺管長); 壁細胞: 著減 (残存する壁細胞は変性・萎縮性) ～消失; 主細胞: 著減～消失、偽幽門腺化生; 頸粘液細胞: 増加、幽門腺化生 B) 胃底腺粘膜における ECL 細胞過形成 C) 幽門腺粘膜におけるガストリン細胞過形成 (参考所見)</p> <p>3) 胃自己抗体 (抗壁細胞抗体あるいは抗内因子抗体) 陽性 抗壁細胞抗体は 10 倍以上を陽性とする。ただし、偽陽性を考慮し、今後変更される可能性もある。</p>

問2の解答：①胃がん 0-IIa

胃体上部小弯の病変、お気づきになりましたでしょうか。やや送気が多めの観察になっており、脱気したほうがわかりやすかったかもしれません。白色光(図8)では胃体上部小弯に血管透見がやや不明瞭になっている領域を認めます。同部位はLCI(図9)でオレンジ～オレンジホワイトの平坦隆起として認識されます。BLI(図10)では同部位は周囲より明るい茶色調の領域です。インジゴカルミン散布像(図11)では表面が小顆粒状の表面隆起性病変として認識され、後壁側にも広がっていることが分かります。今回の観察ではLCI、BLI観察よりインジゴカルミン散布像がより明瞭に病変を認識できました。

病変をESDしました。切除標本のマクロ像(図13)及びミクロ像(図14、15)を示します。病理診断はAdenocarcinoma, tub1 > tub2、サイズは36×28mmで粘膜層にとどまっていた(図14)。背景粘膜では、腸上皮化生と胃固有腺の萎縮、胃小窩の延長が認められ、壁細胞、主細胞はほとんど確認されませんでした。ECL細胞の過形成は明らかではありませんでした(図15)。

AIGは胃がんを9.8%¹⁰⁾、23.5%¹¹⁾に合併すると報告されています。AIGに生じる胃がんの臨床的特徴として、①女性に多い、②悪性貧血の合併が多い、③内視鏡検査で広範な粘膜萎縮を呈する、④ガストリンが高値であるなどがあります¹²⁾¹³⁾。本症例では②③④に当てはまりました。また、AIGに生じる胃がんの内視鏡的及び

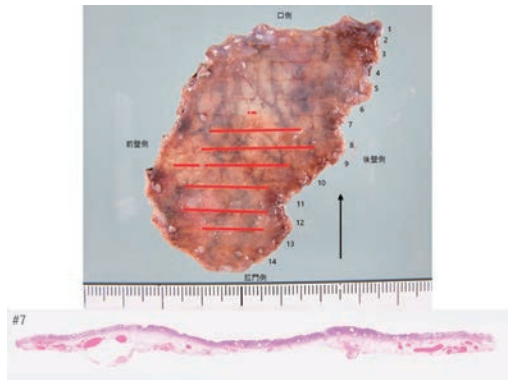


図 13

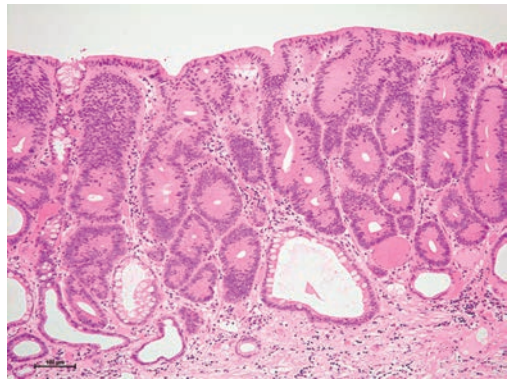


図 14

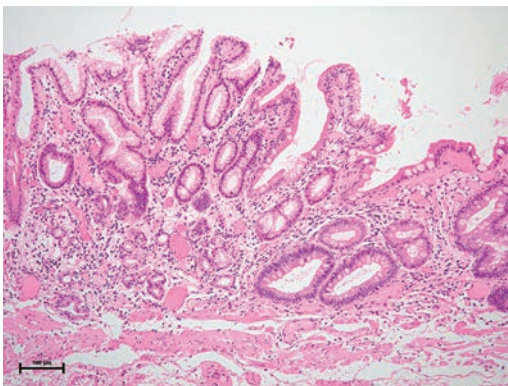


図 15

表 3 当院の AIG 患者 15 名の臨床像

平均年齢	72.0歳
性別（男：女）	7:8
血清ガストリン(pg/ml)	1689
悪性貧血合併	2 (13%)
胃癌合併	2 (13%)
NET合併	1 (7%)
HP感染	3 (感染未確認9)

病理学的特徴としては①隆起型を呈する、②好発部位は胃体部である、③分化型が多い、④胃型の粘液形質が多いなどがあります¹²⁾¹³⁾。①②③は本症例にも当てはまる所見でした。

当院での AIG の症例 15 例の臨床像を示します(表 3)。当院では、胃がんを合併した AIG は 13%でした。神経内分泌腫瘍(neuroendocrine tumor: NET)も 1 例見られております。

本邦では AIG における NET の合併頻度は 11.4%と報告され、胃体部に黄白色調の粘膜下腫瘍として観察され、AIG では多発することが特徴だといわれております¹⁴⁾。

最後に

—古くて新しい疾患 AIG—

前述のごとく、AIG の歴史は長いですが、今年になってようやく診断基準が定められ、今後統一した診断基準のもと、より多くの AIG が報告されてくるものと考えられます。ピロリ菌の感染率の低下に伴い、ピロリ菌未感染の AIG も増加してくると予想されます。AIG に生じる胃がんの症例が蓄積され、より正確な発生率や臨床病理学的特徴も明らかになると期待されます。

謝 辞

京都府立医科大学 病理診断科 森永友紀子先生には病理学的考察について、ご指導をいただきました。ここに深謝いたします。

参 考 文 献

- 1) Strickland RG, Mackay IR: A reappraisal of the nature and significance of chronic atrophic gastritis. *Am J Dig Dis* 18; 426-440.
- 2) Ayaki M, Aoki R, Matsunaga T, et al: Endoscopic and Upper Gastrointestinal Barium X-ray Radiography Images of Early-stage Autoimmune Gastritis: A Report of Two Cases. *Intern Med* 60; 1691-1696: 2021.
- 3) Kishino M, Yao K, Hashimoto H, et al: A case of early autoimmune gastritis with characteristic endoscopic findings. *Clin J Gastroenterol* 14; 718-724: 2021.
- 4) Terao S, Suzuki S, Yaita H, et al: Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. *Dig Endosc* 32; 364-372: 2020.

- 5) Kamada T, Maruyama Y, Monobe Y, et al: Endoscopic features and clinical importance mune gastritis. *Dig Endosc* 2021. doi: 10.1111/de n.14175.
- 6) Sato Y, Imamura H, Kaizaki Y, et al: Management and clinical outcomes of type I gastric carcinoid patients: retrospective, multicenter study in Japan. *Dig Endosc* 26; 377-384: 2014.
- 7) 日本消化器内視鏡学会ホームページ (<https://www.jges.net/conference/2022-55489>)
- 8) Notsu T, Adachi K, Mishiro T, et al: Prevalence of autoimmune gastritis in individuals undergoing medical checkups in Japan. *Intern Med* 58; 1817-1823: 2019.
- 9) 青木利佳, 安田 貢, 春藤讓治, 他 : 内視鏡検診におけるA型胃炎. *胃と腸* 54; 1046-1052: 2019.
- 10) Terao S, Suzuki S, Yaita H, et al: Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. *Dig Endosc* 32; 364-372: 2020.
- 11) 原 裕一, 藏原晃一, 大城由美, 他 : A型胃炎(自己免疫性胃炎)を背景とした胃癌. *臨牀消化器内科* 35; 1501-1507: 2020.
- 12) 八板弘樹, 藏原晃一, 大城由美, 他 : A型胃炎 合併した胃癌症例の特徴. *胃と腸* 54; 1025-1034: 2019.
- 13) 鎌田智有, 藏原晃一, 寺尾秀一 : 自己免疫性胃炎に合併した胃腫瘍の臨床的特徴～多施設共同研究 結果から. *Gastroenterological Endoscopy* 62 (suppl 2); 2042: 2020.
- 14) Terao S, Suzuki S, Yaita H, et al: Multicenter study of autoimmune gastritis in Japan: Clinical and endoscopic characteristics. *Dig Endosc* 32; 364-372: 2020.

会員の広場

C型肝炎の飲み薬

医仁会武田総合病院 消化器センター 顧問 勝 島 慎 二

C型慢性肝炎は最近では経口薬(Direct Acting Antivirals, DAAs)によって副作用もほとんどなく根治(Eradication)できるようになったことは先生方もよくご存じと思います。これまで日本では15種類ものDAAs製剤とそれらを組み合わせた13のレジメンが薬事承認されています。最初に登場したDAAはテラプレビルという薬剤で薬事承認は2011年9月、インターフェロン等との併用が必要でした。実はこの薬剤は日本のメーカーが開発販売したものです。それ以後に承認されたDAAsは全て海外メーカーが開発販売し、高い薬価がついて大きな利益を得ています。まるで日本の産業界の縮図を見るかのようです。

さて、DAAsは作用機序から大きく分けて3種類に分類されます。経口薬(DAAs)だけのレジメンでは少なくとも2つの作用機序の異なるDAAsを併用することが必要です。単一DAA剤での治療ではC型肝炎ウイルスが薬剤耐性を獲得して再燃することが多いからです。初期のレジメンでは患者様に二種類のDAAs製剤を同一時間に内服して貰っていましたが、一方を飲み忘れると治療効果が低下するので、その後は作用機序の異なる2~3種類のDAAsを一つにまとめた配合錠が登場し、現在では配合錠だけが発売されています。配合錠になったことも一因ではあるのですが、海

外メーカー製のためか、これらの配合錠はとて大きくて一見するとびっくりします。この大きさのためにご高齢の患者様には特に内服にご苦労をかけています。しかもあるメーカーの配合錠など、一日1回3錠も同時に内服しないとなりません。薬剤と一円玉(直径2cm)を比べた写真をご覧ください。錠剤の最大径は一円玉の直径に匹敵します！

配合錠によっては粉砕可能なものもありますが、多くは粉砕に対応しておらず、直前に半分に割って内服する程度しか許されません。先生方におかれても海外メーカー製の錠剤等は日本人に合った大きさか、最初にご処方される前に確かめられては如何でしょうか？



沖啓一名誉会長を偲んで

福本圭志

沖啓一名誉会長の御逝去の報を大塚会長より受けたのは、令和5年のお正月早々のことでした。突然の訃報に驚き残念な気持ちと同時に、消化器疾患、特に内視鏡検査・治療にご尽力され、指導に熱い情熱を捧げられた姿が思い出されました。

沖先生は和歌山の御出身で昭和33年に京都府立医大を卒業され、第三内科にて臨床と研究を終えられた後、愛生会山科病院、そして同級生の故川井啓市教授の勧めで琵琶湖胃腸病院(昭和48年に中島正継君が世界で初めて内視鏡下総胆管結石摘出を行った病院)で本格的に消化器の臨床を行われました。

その後、昭和43年に桃山南口で開業され、患者さんに対する診断と治療の丁寧さ、精度の高さは評判となり伏見区は勿論のこと近隣地区の医師からの信頼も厚く、大変多くの上部内視鏡検査を行なってこられました。

50歳を過ぎてから全大腸内視鏡検査を始められ、無床診療所で大腸ポリペクトミーを行われました。その後は早期大腸癌にも積極的に日帰り手術を行われました。手術後の患者さんには自分の携帯電話番号を覚えておき、定時に自覚症状、脈拍、血圧の報告をして貰い合併症のないことを確認しておられました。

京都府医師会に登録される消化器癌の診

断数では毎年1位を維持され2位以下を大きく引き離していました。

このように、極めて多忙な日常臨床を行いながらも昭和63年には伏見医師会長を務められ、地域医療、生涯研修を中心に地区医師会にも功績を残されました。

平成4年には診療所を新築され、私も山科で開業して2年目でしたが、内覧会に招待していただき、建物が立派なのは勿論ですが一新されている医療設備、機器は市中病院の消化器センターと変わりませんでした。

ここで消化器医会の歴史と沖先生の功績を追いたいと思います。

昭和41年4月、中野融先生を中心に「内視鏡研究会」が発足、丁度この年に「胃と腸」が創刊され、日本中が早期胃癌の診断に注目し始めました。

昭和42年2月からは「京滋胃腸研究会」とし、府医会館に定着しました。

翌43年に沖先生は開業され、この研究会を縁の下で支え続けられました。当時、私は第一赤消化器内科に勤務していましたが、この京滋胃腸研究会に出席するのがいつも楽しみでした。沖先生は「胃と腸」は創刊号から全号揃えて持っていますというのも御自慢でした。

昭和52年4月、内視鏡研究会発足から11年後、府医より消化器医会が正式に専門医会として認定されました。

消化器医会の初代会長には中野融先生、2代目会長に多田純先生、3代目会長に古家正年先生が就任されました。この間も沖先生は裏方のお立場で消化器医会を支え続けられます。消化器医会が専門医会として認定され今日があるのは沖先生のご尽力の賜物です。

平成5年、4代目の会長に沖先生が就任されました。会長として立派なお仕事を多くされました。まず一番は胃がん集団検診の問題を取り上げられました。当時の胃集検はバリウムによる間接X線撮影でしたが、進行癌でも正診率は低く、やぶにらみで胃癌が診断されることも多くあり、受診率は低下する一方で胃がん検診の改善を機会あるごとに口にされました。

その他会員の勉強会として「Endoscopic day surgery 研究会」、また「京滋ヘリコバクターピロリ研究会」を立ち上げられました。全国組織として「日本実地医家消化器内視鏡研究会」を設立されました。

3期6年の長い間会長として医会を精神的に牽引してこられました。平成11年に国保の審査会長に就任されました。当時、審査会長と専門医会会長の兼任は認められていなかったため、後任に私を指名され5代目の会長を私が務めました。

禁煙を守られ、お酒も嗜まねず、ゴルフもされず、祇園にはよほど必要な会合がない限り出掛けられることはありませんでした。

一方、大変な美食家でした。どこの何が美味しいと聞くと、近くなら奥様を助手席に乗せて買いに行かれました。遠くの品物は取り寄せておられました。その美食には私も時々御相伴させて戴きましたが、特に「和歌山の釜揚げしらす」は大変美味しかったです。

8年前に研究会でお姿を見ない時があり、どうされたのかなと心配していましたが、しばらくして出席され「皆さんに内緒にしていたのですが、膵癌になって胸に水が溜まり危なかったのですが、無事に治りました」と以前と同じようにほぼ中央、前から5列目に着席されました。膵癌にも負けない強い気力、体力をお持ちでした。

医師になって65年間を患者さんのため、また後輩の医師のため誠心誠意努めて来られ、無床の開業医で早期大腸がんを切除すること、80才になられてから超音波内視鏡をマスターされるなど、たえず更なる新しい技術を習得されました。お亡くなりになる1ヶ月前でも内視鏡治療をされていたそうです。

年の瀬の12月29日にご自宅でご家族に見守られて静かに眠りにつかれましたが、「まだ早い、やり残したことがいっぱいあるのでもう10年働かせてほしい」と先生の言葉が聞こえてくる気がします。

沖先生、長い間ありがとうございました。心よりご冥福をお祈り致します。

御 礼

沖医院 沖 映 希

和歌山県のあまり裕福でない兼業農家の長男として生まれた父が医者になったのはひょんなことがきっかけでした。地元の工業高校を卒業した父は教員免許を取得するために和歌山大学学芸学部文理科を受験しました。文理科を選択したのはその募集人数が他よりも少なかったことになにかしらの特別感を感じたからだそうです。入学して初めてそこが医学部進学者のためのコースだと聞かされ面食らったそうです。猛勉強の末に京都府立医科大学への進学を果たした父は大学卒業後に第三内科(現在の消化器内科)に入局し、細胞内小器官における鉄の局在を研究する傍ら臨床に勤めました。愛生会山科病院・能登川病院・琵琶湖胃腸病院で研鑽を重ねる中、父親が交通事故で寝たきりになったことをきっかけに開業を決断しました。

父が開業した昭和43年(1968年)頃の消化管検査は胃のレントゲン検査が中心であり、内視鏡検査はもっぱらレントゲン検査後の精密検査として位置づけられていました。レントゲン検査での癌の見落としの多さと内視鏡検査で発見された早期胃癌がしばしばレントゲン検査で描出できないことに着目した父は、(現在では当たり前のことですが)レントゲン検査よりも先に内視鏡検査を実施する「内視鏡先行検査」を提唱し実行しました。物事の本質を見抜くこ

とに長けていた父は、ぶれない理念を分かりやすい言葉で周囲に伝えることが得意でした。穏やかで陽気な性格の父には不思議な求心力があり、周囲の人々はついつい父に巻き込まれて、頼まれなくても一所懸命に協力してしまうようでした。

新しいことには労を厭わずに次々とチャレンジしました。50歳を過ぎてから全大腸内視鏡検査を始め、80歳を過ぎてから超音波内視鏡検査をマスターしました。父は無床診療所での大腸ポリペクトミー(Endoscopic Day Surgery)の先駆けとなったひとりですが、大胆な一面と繊細な一面を併せ持つ不思議な性格の持ち主でした。

前身の京滋胃腸研究会を経て昭和52年(1977年)に京都府医師会の専門医会としてスタートした京都消化器医会には発足当時から45年間お世話になりました。平成5年(1993年)から6年間、第4代の会長をさせて頂いた父は学問・技術・経営はいずれも会員にとって必要不可欠であり、会員にとって有意義な企画をすることが京都消化器医会の使命だと考えておりました。任期中の会報を読み返してみると、「検診と日常診療」「実地医家における大腸疾患の診療」「日常診療と腹部超音波」のようなテーマで座談会が開かれており、時代に応じて会員のメリットになる情報提供を行

うことを第一に考える人でした。座談会の記録を読むと安達秀樹先生、小川欽治先生、関浩先生、中島悦郎先生、福本圭志先生、古家正年先生、堀田忠弘先生、三浦賢佑先生、村瀬一夫先生、守屋新先生らによる活発な議論がなされており、当時の医会の白熱した様子を窺い知ることができます。父は多くの熱意ある先生方に支えて頂き、とても幸せでした。

8年前に膵臓癌を発症した後、抗癌剤治療によって一時は奇跡的に主病巣・転移巣ともに消失し6年間無治療無再発で過ごしました。仕事が大好きで、とりわけ消化管内視鏡検査をこよなく愛しておりました。亡くなる1ヶ月前まで内視鏡検査を普段と変わらないペースでこなしていた父に、年間の内視鏡件数において私は結局一度も追い越すことができませんでした。十二指腸狭窄のため入院し、三菱京都病院消化器内科の田中淳也先生に十二指腸ステントを留

置して頂くことで何とか退院できました。父は入院直前にある患者さんの径20mm大の大きな表面型大腸腫瘍を内視鏡下に一括切除していました。退院直後にそのことが気になって「あの病理はどうやった？」と聞いてきたのはいかにも父らしかったです。最後まで内視鏡医であった父は10日間を自宅で過ごし、家族に囲まれて89年の生涯を閉じました。

父は曲がったことが嫌いで卑怯を憎む人でした。心の弱い私は仕事や日常生活でピンチに遭遇するとつい安易な解決策に走りそうになりますが、そんな時に父は私の心のなかで私を激しく叱責します。「自分の正しいと思ったことをやりなさい」という父の言葉は今でも私の精神的支柱になっています。

皆様最後まで父を愛し、支えて頂き本当にありがとうございました。父と関わったすべての方々に心から感謝します。

コーヒーブレイク

IBD の治療薬

医療法人 小畑内科クリニック 小畑 寛 純

私が医師になった1980年代はIBDの治療薬と言えばサラゾピリン®とステロイド剤のみでした。しかし欧米では80年代前半、すでにペンタサ®やアサコール®が発売されています。UCの悪化で故安倍元首相が首相を退いたあと、2012年再起をかけて自民党総裁選に再出馬したおりに、持病のことを聞かれて「アサコールという画期的新薬が開発をされて、これで今、心身ともに本当に健康な状況になっています」と言ったことは有名です。ただアサコールは日本以外ではこのときすでに後発品に置き換わっており新薬扱いしていたのは日本だけで、約30年というドラッグ・ラグがありました。安倍さんはこのとき同時に「日本では承認がずいぶん遅れたんです。ですから日本にドラッグ・ラグがあるなと思って、これから政治の場において改善をしていきたいと思っています。」とも述べています。その甲斐あってか、国際共同治験が導入されIBD領域で最近発売される新薬は欧米に先行して日本で最初に発売されたり、日本を含め世界同時発売されるものが増えてきています。

ところでIBD新規治療薬の開発はさまざま、ここ数年、新薬が次々発売されています。2022年に限ってもJAK阻害薬二剤、経口 $\alpha 4$ インテグリン阻害薬、IL23p19モノクローナル抗体薬が発売さ

れ、2023年3月にも $\alpha 4\beta 7$ インテグリン阻害薬の皮下注製剤とIL23p19モノクローナル抗体薬がもう一剤製造承認を取得しています。このあともまだ治験中の薬剤が数種類あります。あまりに短期間のうちに色々出てくるものですから、それぞれの薬剤の特性を勉強し実臨床の場で使用する暇もありません。当然、使い分けを明快に説明できる人などこの道のエキスパート達の中を探してもいるはずがありません。小難しい薬の話はさておき、ただ一つ各薬剤に共通していることがあります。薬剤価格がべらぼうに高いことです。経口薬は注射薬に比べ安いというイメージがありますが、必ずしもそうではなく、経口薬でも1日薬価が1万円程度の新規薬剤もあります。今から20年程前に発売された最初の生物学的製剤であるレミケードは1バイアル(100mg)が¥113,190で、通常1回の治療で3バイアル使用しますから約35万円しました。現在の薬価は6万円程度になっていますがそれでも高価です。当時はクローン病の寛解導入にしか適応はなかったので頻繁に投与することはありませんでしたが、それでも寛解導入に0、2、6週と投与しますからレミケードだけで100万円以上かかる計算になり処方するのを少しためらったものです。ところが今では抗がん剤や希少疾患治療に1回数百万かかる薬剤も

珍しいことではなく、IBD 領域でもクローン病の複雑痔瘻に対する治療薬で 560 万円を超えるアロフィセル® という薬剤が登場しています。次々出てくる新規薬剤の高額な値段を聞いてもさして驚かなくなっているのは私だけでしょうか。そういう自分が少し怖くなっていますが、それは高価な新規薬剤使用のハードルが低くなって安易な投与につながっているのではないかと思うからです。ステロイドとサラゾピリンしかなかった時代、うまくコントロールできず死に至ることもあった UC 患者や腸管切除

を繰り返さざるを得なかった CD 患者のミゼラブルな状況は、進化した新規治療薬のおかげで 2000 年代に入って格段に改善し平均寿命も健常者と変わらなくなっています。それを考えれば薬剤が高額であることは、必要な患者に的確に投与することを躊躇する理由にはなりません。ただ今の難病医療制度のもとマクロな医療経済を考えたとき、医学的に適応があるとしても本当に今のまま使用し続けていいのかと自問自答しています。

令和4年4月から令和5年3月までの学術講演会

令和4年4月9日(土)

『上部消化器症状に対する漢方治療のエビデンス』

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

近年の食生活の欧米化、高齢化社会、ストレス社会の到来から機能性消化管疾患の患者数が増加している。その症状には、胃もたれ、胃痛、胸やけ、食欲不振などがあり、現在治療薬には多くの選択肢がある。一方、機能性消化管疾患の病態は多岐にわたるため、作用点の多い漢方治療はその非常に良い適応と考えられる。今後、益々機能性消化管疾患治療の需要は高まっていくものと考えられ、適切な漢方治療薬の選択、投与期間および自覚症状の改善効果に関する更なるエビデンスの集積が必要と考えられる。

令和4年5月14日(土)

『腸内細菌代謝産物、短鎖脂肪酸と肥満』

京都大学大学院医学研究科 生体システム学分野教授 木村郁夫先生

最近の腸内細菌研究の著しい進歩の結果、宿主のエネルギー代謝制御や栄養吸収、免疫機能や神経機能等までが腸内細菌叢の影響を受け、さらに肥満や糖尿病に代表される生活習慣病にも密接に関与することが明らかとなった。宿主の代謝機能とその恒常性維持において腸内細菌が果たす役割が証明されるとともに、食と腸内細菌の関係は医学的な観点においても重要な研究分野との認識が広まっている。通常ヒトは炭水化物(糖質)、脂質、タンパク質をエネルギー源として吸収・利用するが、炭水化物の中で、ヒトの酵素で消化できない多糖類を食物繊維と呼ぶ。この食物繊維は、ヒトで消化できないため、小腸での吸収を免れ、大腸まで到達する。その結果、腸内細菌によって発酵分解され、腸内細菌自身の重要な糖源、すなわちエネルギー源として利用される。加えて、主要な発酵産物の一つである短鎖脂肪酸は、ヒトにとっても重要なエネルギー源となる。この腸内細菌主要発酵産物、短鎖脂肪酸は単なるエネルギー源としてだけでなく、宿主側の神経・免疫・代謝系における様々な生理作用に影響を与えるシグナル分子として、GPR41、GPR43のような短鎖脂肪酸受容体を介して作用することが近年明らかとなった。本講演では、腸内細菌の主要発酵産物である短鎖脂肪酸がそ

の受容体を介して宿主エネルギー恒常性維持に与える影響を中心に、肥満・糖尿病などの代謝性疾患への関与について、我々の研究成果を交えて現在までの知見および今後の展望について概説する。

令和4年6月11日(土)

『糖尿病専門医が考える病態生理に基づいた2型糖尿病の治療戦略 ～脂肪肝合併2型糖尿病を考える～』

独立行政法人国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター

内分泌代謝高血圧研究部 臨床内分泌代謝研究室 室長 日下部 徹 先生

これまで私は、全身の脂肪組織が欠如する脂肪萎縮症について研究してきた。脂肪萎縮症は、余剰エネルギーを脂肪組織に蓄えることができず、肝臓や骨格筋、膵臓などに異所性脂肪が蓄積して、インスリン抵抗性、インスリン分泌不全を伴う糖尿病を高率に合併する。これは、内臓脂肪型肥満を特徴とするメタボリックシンドロームについても当てはまるようになってきた。特に、肝臓の異所性脂肪蓄積により生じる炎症は、非アルコール性脂肪肝炎(NASH)、肝癌をもたらす。現在、日本に1,000万人いると推計される糖尿病患者一人一人に対する「個別化医療」が望まれている。本講演では、2型糖尿病の病態生理に基づいた治療戦略について講演する。

令和4年7月9日(土)

『令和時代の胃の診断学 ～明日から役立つ、胃の内視鏡診断のコツとピットホール～』

公益財団法人がん研究会有明病院 上部消化管内科 平 澤 俊 明 先生

令和の時代になり、日本人の胃も以前から様変わりしています。ピロリ菌現感染は大幅に減少し、ピロリ菌未感染、除菌後の胃が多くを占めるようになりました。胃癌も胃底腺型胃癌、ラズベリー型胃癌、純粹印環細胞癌などピロリ菌未感染の胃粘膜から発生する特徴的な癌を時々見かけます。また、胃炎に類似して発見が難しい除菌後胃癌には頭を悩ませていることかと思えます。最新のトピックスとしては、Deep learningによる技術革新により、胃癌の診断にもAIが導入されようとしています。

令和時代の胃の診断学は、昭和、平成の古い知識では対応が難しく、知識をアップデートする必要があります。今回の講演では、内視鏡検診に明日から役立つ実践的な内容と、近未来の内視鏡診療について、わかりやすくお話をいたします。

令和4年7月30日(土)

『最適な GERD 診療を目指して ～ GERD 診療ガイドライン 2021 を含めて～』

愛知医科大学 消化管内科 教授 春日井 邦 夫 先生

2021年に発刊された胃食道逆流症(GERD)診療ガイドライン改訂第3版では、GERDの初期治療の第一選択として、重症逆流性食道炎ではP-CABが、軽症逆流性食道炎にはPPIやP-CABが推奨されている。また、維持療法は重症逆流性食道炎には積極的な維持療法を、軽症逆流性食道炎などにはオンデマンド療法などが勧められている。また、PPIによる長期維持療法の安全性について「安全性は高いが、長期投与に際しては注意深い観察が必要である。適切な適応症例においては、投与期間については明確な制限は存在しないが、必要に応じた最小限の用量で使用することを提案する。」とされており、実臨床においては低用量のPPIによる維持療法が多く行われていると思われる。

今回われわれが行った、逆流性食道炎維持療法における最下限の用量のPPIを服薬している患者1,565例のWEBアンケート調査によると、約40%が「治療反応性なし」と判定され、症状が残存することで日常生活に支障をきたし、QOLも損なわれ、薬剤の変更などを希望する患者が多かった。このような現状の背景には医師評価と患者評価のギャップなどの存在が指摘されている。そのため、近年PRO(Patient Reported Outcome)の概念が提唱され、臨床医などによる患者の回答の修正または解釈を介さない、患者の健康状態に関する患者から直接得られた報告に基づく情報が重要視されるようになった。そこで、本邦における逆流性食道炎患者の治療満足度に影響する因子を探索したところ、症状が治療満足度に最も大きな影響を与える因子であった。つまり、逆流性食道炎患者の症状を迅速かつ確実にコントロールすることが患者満足度向上には重要であることが示された。

本講演では、患者満足度からみたGERD診療の最適化を中心に、医療経済からみた最適なGERD治療戦略についても概説する。

令和4年9月10日(土)

『肝臓病の過去と未来～ウイルス・線維化から考える～』

京都市立医科大学大学院医学研究科 消化器内科学 教授 伊藤 義人 先生

過去4半世紀余りの肝臓病診療を振り返ると、ウイルス性肝炎に対する治療法の発展が目覚ましい。B型肝炎に対する最新の核酸アナログは耐性ウイルスを生じるリスクが少なく、腎機能低下例でも有効で肝癌抑制効果も示された。また、C型肝炎のDAA治療の適応範囲は非代償性肝硬変にまで拡大し、大多数のHCV感染患者で著効

が可能となった。しかし、その後の肝発癌、門脈圧亢進症、他臓器癌の管理が重要である。また、ウイルス感染を知らない患者や未治療者を治療に導く啓蒙活動も我々の社会的責務である。さらに、膨大な潜在患者数が推定される代謝性肝疾患の検診システムの充実や抜本的治療法の開発が喫緊の課題として未来に託されている。

令和4年10月8日(土)

『高齢者の便秘症診療について～腎臓内科医として再考する～』

松山赤十字病院 腎臓内科 部長 上村 太朗 先生

加齢で腸管機能が低下し便秘症は増加するが、慢性腎臓病(CKD)や心血管合併症(CVD)も加齢で増加する。過去、便秘は症状に対応する状態とされたが、近年CKDやCVD発症や進展、死亡にまで影響し治療すべき病気と証明された。早期に安全で効果的な治療を行う必要があるといえる。治療は歴史的にMg製剤が多かったが、CKDの恐れのある高齢者などは高Mg血症のリスクが上昇する。死亡例も報告されCKDや高齢者に使用する際は定期的な腎機能や血清Mg測定が推奨される。ルビプロストンはガイドラインで高い推奨度を獲得したが1日48 μ gでは下痢や嘔気の副作用が多い。その際に1日24 μ gへの減量で8割以上の患者が有効性を維持し副作用を抑制できた。緩下剤で唯一薬剤性便秘症にも有効性を示した薬剤でもある。本講演が背景の複雑な高齢者医療に少しでも寄与できれば幸いである。

令和4年11月12日(土)

『肝硬変診療ガイドラインを日常診療にどう生かすか ～門脈圧亢進症に伴う肺高血圧症(PoPH)を含めて～』

奈良県立医科大学 消化器・代謝内科 教授 吉治 仁志 先生

肝硬変診療ガイドライン第3版は日本消化器病学会と日本肝臓学会による初めての合同ガイドラインである。肝硬変は、従来考えられていた不可逆性ではなく線維化などの変化も可逆性であることが明らかとなり、病態の理解と治療におけるアプローチも時代と共に大きく変化している。肝硬変の難治性腹水に対して従来1ヶ月6本までとされていたアルブミン使用制限がなくなるなど、この数年で肝硬変に対する診療はパラダイムシフトとも言えるような進歩が見られている。門脈圧亢進症に伴う肺高血圧症(PoPH)は近年注目されている病態であり、日常診療でどのように拾い上げ循環器専門医に繋げていくか、など消化器診療医が知っておくべき新しい概念なども掲載されている。本セミナーでは、肝硬変の診療で生じている様々な変化について明日からの診療に役立つ解説を行いたい。

令和4年12月10日(土)

『虎の門病院 脂肪肝最新情報 ～紹介基準から糖尿病合併例の最新治療まで～』

虎の門病院 肝臓内科 部長 芥 田 憲 夫 先生

非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)の診療は肝臓以外のイベントにも気を配る必要がある。当院で病理学的に診断された500例のNAFLDから解析した各種イベント発生頻度は、心血管1.04%/年、肝臓以外の悪性疾患0.83%/年、肝疾患関連0.30%/年と心血管イベントの発症率が最も高く、肝疾患関連では肝癌が高率である。肝硬変症を非侵襲的に診断することが肝癌発生を予測するためには重要となる。FIB-4 indexは各種イベント発生を予測する非侵襲的なパラメーターとして有用であるが、単純な線維化マーカーでは無く年齢を加味した各種イベント予測マーカーといえる。現在、肝臓の活動性や線維化、糖代謝をターゲットにした新薬開発が進んでいる。特に、2型糖尿病例ではGLP-1受容体作動薬やSGLT2阻害剤は心血管イベントを抑制するエビデンスが既に存在し、肝臓の組織学的な影響に対する期待も高まってきている。NAFLDは全身臓器をターゲットとする疾患であることを踏まえた新薬開発を行う必要がある。

令和5年1月14日(土)

『機能性ディスぺシア診療の最新の知見 ～ガイドライン2021を踏まえて～』

国立国際医療研究センター国府台病院 名誉院長

東京医科大学 消化器内視鏡学講座 兼任教授 上 村 直 実 先生

世界で初めてRome分類で判定された機能性ディスぺシア(FD)患者に対する有用性が実証された臨床試験の結果によりアセチルコリンエステラーゼ阻害薬であるアコチアミドが薬事承認された結果、それまで『慢性胃炎』として捉えられてきた上腹部症状に対する病名に対して日本の保険診療に病名としてFDが登場したのは2013年である。同時に、本来は組織学的炎症を表す病名の慢性組織学的胃炎が『ピロリ感染胃炎』として承認されたため、『症候性胃炎』に代わってFDが急速に普及することが期待されたが、添付文書の『アコチアミドの効能に関連する注意』にある『内視鏡検査等により胃がん等の悪性疾患を伴う器質的疾患を除外すること』により内視鏡検査が必須とされてしまったため、FD症状を有する患者に対して未だに内視鏡検査が不要の保険病名である『慢性胃炎』が用いられている。すなわち、上腹部のディスぺシア症状に対して頻用されているセロトニン受容体アゴニストのモサプリドクエン酸塩やドパミンD2受容体拮抗剤のイトプリド塩酸塩の効能は『慢性胃炎に伴う消化器症状』である。

ピロリ菌の感染による組織学的胃炎が確立した 2013 年から、医学的には『慢性胃炎』の概念が整理された現在、FD と『慢性胃炎』に関しても、今後、保険病名の整理が必要と思われる。日本消化器病学会により作成された診療ガイドラインは 2021 年改訂版において『Rome 基準は臨床研究の際に用いられるが、実際の診療では異なる対応が必要』とされており、わが国の臨床の現場においても医学的エビデンスに沿った診療に変わることが期待される。

本講演では、医学的エビデンスを基本として作成された診療ガイドライン 2021 を基本として FD の概念、病態、診断法、治療方針を紹介しつつ、日常診療におけるより良き対応方法、保険診療における課題の解決方法、治療に頻用されている酸分泌抑制薬長期投与の安全性に関する臨床試験の結果等についても紹介したい。

令和 5 年 2 月 11 日(土)

『胃がん撲滅を目指した一次予防、二次予防～内視鏡検診の役割～』

淳風会健康管理センター倉敷センター長 間部克裕先生

胃がん内視鏡検診は胃 X 線検診に比較して 3～4 倍の胃がん発見率があり、生検を行うことで同時に精密検査が可能であること、ピロリ胃炎を診断し除菌治療を行うことが可能であることから、胃がんの一次、二次予防に大きな効果が期待できる。一方、全国で都市部と郡部の差、受診率の低さが問題となっている。京都府における高校生対象の除菌事業や、内視鏡検診を大多数が受けることが重要である。リスク層別化による観察、それぞれにおける胃がんの特徴について概説したい。

『大腸ポリープ診療における AI の役割』

福島県立医科大学会津医療センター 小腸・大腸・肛門科学講座 助教 根本大樹先生

近年、内視鏡 AI の研究・開発が盛んに行われ、今や薬事取得に至ったモデルもあり、市販化が進んでいる。大腸内視鏡 AI は、診療だけでなく教育や研究にも活用できるが、特に、大腸ポリープの存在診断において有用である。AI が、大腸ポリープの見落とし率を下げる補助診断機器として機能できれば、被験者と内視鏡医に資するものは大きい。本講演では、AI の現況と今後の可能性について述べるとともに、内視鏡 AI の使用経験を紹介する。

令和5年3月11日(土)

『潰瘍性大腸炎の最新治療薬ウパダシニチブについて ～今後の薬剤選択を病態から考える～』

浜松医科大学 内科学第一講座 教授 杉 本 健 先生

潰瘍性大腸炎(UC)の内科的治療薬は近年数多く登場しており、多くのものはサイトカインをターゲットにしている。UCの病態に関与するサイトカインプロファイルとしてはTh1、Th17、Th2があげられる。本来はその患者が有するサイトカインプロファイルを明確にし、それに適した薬剤を選択するのが理想であるが、現状ではサイトカインプロファイルを正確に知る方法は存在しない。しかし、その患者の炎症部位の病理組織学的所見、既往歴や合併症などの臨床的背景、過去のUCに対する各種治療による反応性を細かく解析することで、その患者がどのようなサイトカインプロファイルを有するのかをある程度予測することは可能であると考えられる。本講演ではそれぞれのUC治療薬の生物学的薬理学的機序や特性について考察するとともに、それぞれの治療薬のベストユースについて特にウパダシニチブを中心に、自身の見解や文献的考察をもとに解説する。

令和4年度 京都消化器医会会務報告

1. 庶務報告

令和4年3月31日現在	会員数	316名(別に顧問5名)
	入会	13名
	退会	9名
	物故会員	4名
令和5年3月31日現在	会員数	316名(別に顧問5名)
	対前年比増減	±0名

物故会員	なか	お	えい	すけ	先生(右 京)(令和4年5月6日)
	まつ	尾	榮	佑	先生(下 西)(令和4年7月31日)
	き	だ	たつ	お	先生(福知山)(令和4年9月18日)
	お	た	辰	きよ	先生(伏 見)(令和4年12月29日)
	沖	むら	し	啓	一

2. 事業報告

令和4年度 消化器医会学術講演

[定例学術講演会]

開催日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
4年 4.9(土)	〈特別講演〉 上部消化器症状に対する漢方治療のエビデンス	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	㈱ツムラ	74名
5.14(土)	〈特別講演〉 腸内細菌代謝産物、短鎖脂肪酸と肥満	京都大学大学院生命科学研究科 生体システム学分野 教授 木村 郁夫 先生	バイオフェルミン 製薬(株)	61名
6.11(土)	〈特別講演〉 糖尿病専門医が考える病態生理に基づいた2型糖尿病の治療戦略～脂肪肝合併2型糖尿病を考える～	独立行政法人国立病院機構京都医療センター 臨床研究センター 内分泌代謝高血圧研究部 臨床内分泌代謝研究室 室長 日下部 徹 先生	大正製薬(株)	80名
7.9(土)	〈特別講演〉 令和時代の胃の診断学～明日から役立つ、胃の内視鏡診断のコツとピットホール～	公益財団法人がん研究会 有明病院 上部消化管内科 平澤 俊明 先生	オリンパスマーケティング(株)	84名
7.30(土)	〈特別講演〉 最適なGERD診療を目指して～GERD診療ガイドライン2021を含めて～	愛知医科大学 消化器内科 教授 春日井邦夫 先生	武田薬品工業(株) 大塚製薬(株)	52名

開催日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
9.10(土)	〈特別講演〉 肝臓病の過去と未来～ウイルス・線維化から考える～	京都府立医科大学医学研究科 消化器内科学 教授 伊藤 義人 先生	ギリアド・サイ エンシズ(株)	62 名
10.8(土)	〈特別講演〉 高齢者の便秘症診療について 腎臓内科医として再考する	松山赤十字病院 腎臓内科 部長 上村 太郎 先生	ヴィアトリス製 薬(株)	50 名
11.12(土)	〈特別講演〉 肝硬変診療ガイドラインを 日常診療にどう生かすか ～門脈圧亢進症に伴う肺高 血圧症(PoPH)を含めて～	奈良県立医科大学 消化器・代 謝内科 教授 吉治 仁志 先生	ヤンセンファーマ(株)	61 名
12.10(土)	〈特別講演〉 虎の門病院 脂肪肝最新情報 ～紹介基準から糖尿病合併 例の最新治療まで～	虎の門病院 肝臓内科 部長 芥田 憲夫 先生	田辺三菱製薬(株)	58 名
5 年 1.14(土)	〈特別講演〉 機能性ディスペプシア診療 の最新の知見～ガイドライ ン 2021 をふまえて～	国立国際医療研究センター国 府台病院 名誉院長 東京医科大学消化器内視鏡学 講座 兼任教授 上村 直実 先生	ゼリア新薬工業(株)	76 名
2.11(土)	(兼：消化器がん検診委員会 指定講習会) 〈特別講演 1〉 胃がん死撲滅を目指した一 次予防、二次予防～内視鏡 検診の役割～ 〈特別講演 2〉 大腸ポリープ診療における AI の役割 〈お知らせ〉	淳風会健康管理センター倉敷 センター長 間部 克裕 先生 福島県立医科大学会津医療センター 小腸・大腸・肛門科学講座 助教 根本 大樹 先生 京都府医師会 消化器がん検診 委員会 理事 角水 正道 先生	富士フィルム メディカル(株)	166 名
3.11(土)	〈特別講演〉 潰瘍性大腸炎の最新治療薬 ウパダシチニブについて ～今後の薬剤選択を病態か ら考える～	浜松医科大学 内科学第一講座 教授 杉本 健 先生	アッヴィ合同会 社	50 名

〔京都胃腸勉強会〕

回数	開催日	症例・担当施設等	人数
131	4.7.8 (金)	ショートレクチャー「胃癌・食道癌の低侵襲手術の進歩とエビデンス」 京都第一赤十字病院 消化器外科・肝胆膵外科 小松 周平 先生 症例検討 医仁会武田総合病院(胃) 病理解説 医仁会武田総合病院 京都消化器医会(十二指腸) 病理解説 京都府立医科大学附属病院 人体病理学 森永 友紀子 先生 病理コメントーター： 京都府立医科大学附属病院 人体病理学 森永 友紀子 先生	72名
132	5.1.13 (金)	ショートレクチャー「十二指腸癌診療の Up to date ～多施設コホート研究の結果を踏まえて～」 京都府立医科大学附属病院 消化器内科 講師 土肥 統 先生 症例検討 西陣病院(直腸) 京都鞍馬口医療センター(十二指腸) 病理解説 京都第二赤十字病院 安川 寛 先生	54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
167	4.4.2 (土)	1. 症例提示 京都九条病院 外科 北川 一智 先生(大腸) 西陣病院 外科 福本 兼久 先生(小腸) 2. 審査会だより	京都府立医科大学附属 病院 消化器外科 藤原 斉 先生	「食道癌縦隔鏡手術 の最前線」	87名
168	4.6.4 (土)	1. 症例提示 今井内科胃腸科医院 今井 昭人 先生(胃、大腸) 2. 審査会だより	京都府立医科大学附属 病院 消化器内科 土肥 統 先生	「胃拡大内視鏡の 読み方、考え方、 教えます！」	108名
169	4.8.6 (土)	1. 症例提示 福知山市民病院 消化器内科 岡 浩平 先生(直腸) 福知山市民病院 消化器内科 小原 知也 先生(肝臓) 2. 審査会だより	福知山市民病院 病院長 阪上 順一 先生	「肝胆膵の腹部超 音波診断～知っ ておくのと得をする 描写テクニック」	83名
170	4.10.1 (土)	1. 症例提示 京都岡本記念病院 消化器内科 渡邊 宏樹 先生(膵頭部付近) 京都岡本記念病院 消化器内科 山本 哲也 先生(膵尾部付近) 2. 審査会だより	京都岡本記念病院 消化器内科 中瀬浩二郎 先生	「膵のう胞、IPMN から見る膵癌早 期発見の道すじ」	83名
171	4.12.3 (土)	1. 症例提示 西陣病院 消化器内科 稲垣 恭和 先生(肝臓、大腸) 2. 審査会だより	西陣病院 消化器内科 西村 智子 先生	「消化器×嚥下 食べるためにで きること」	61名

回数	開催日	症 例 検 討	Special Lecture	演 題 名	人数
172	5.2.4 (土)	「感染性腸炎および炎症性腸疾患関連の症例検討」 1. 症例提示 今井内科胃腸科医院 今井 昭人 先生 十倉佳史胃腸内科クリニック 十倉 佳史 先生 沖医院 沖 映希 先生 ふじた医院 朴 義男 先生 〈コメンテーター〉 小畑内科クリニック 小畑 寛純 先生 2. 審査会だより			67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Liver Forum…………… 4月2日(土) WEB
 第18回京滋IBDコンセンサスミーティング…………… 5月28日(土) WEB
 第40回京滋消化器内視鏡治療勉強会…………… 7月28日(木) WEB
 第19回京滋IBDコンセンサスミーティング…………… 10月6日(木) WEB
 第32回京都消化器病態フォーラム…………… 11月17日(木) WEB
 第41回京滋消化器内視鏡治療勉強会…………… 1月26日(木) WEB
 第11回京滋Liver Forum…………… 3月18日(土) WEB
 《臨時共催》
 第1回京都胃癌予防研究会講演会…………… 6月17日(金) WEB
 ウイルス性肝炎の治療を考える会…………… 7月1日(金) WEB
 京都消化器医会オンラインセミナー…………… 8月20日(土) WEB
 京都消化器医会オンラインセミナー…………… 3月2日(木) WEB

2) 京都消化器医会后援研究会

3) 消化器関連研究会

- 京滋臨床肝臓研究会…………… 5月20日(金) WEB
 第20回日本実地医家消化器内視鏡研究会…………… 10月2日(日) WEB
 2022年度京都府胃がん内視鏡検診従事者研修会…………… 11月26日(土) WEB

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12日、7月14日、9月8日、11月10日、1月12日、3月9日

〔京都消化器医会主催委員会〕

審査委員合同委員会 4年5月12日(木)
 4年11月10日(木)

令和4年度 京都消化器医会決算 (3/31現在)

令和4.4.1～令和5.3.31

収入総額 8,324,781
 支出総額 2,050,150
 差引残高 6,274,631

(収入の部)

科目	4年度予算	4年度実績	摘要
会費	1,486,000	1,511,000	4年度分 1,394,000(301名)、過年度分 58,000(7名) 新入会 59,000(13名)
交付金	300,000	300,000	京都府医師会助成金 300,000
協賛金	800,000	950,000	会報広告掲載料(19社) 950,000
雑収入	82,060	73,465	預金利息 60、宛名シール作成費 70,600 許諾抄録利用料金 2,805
小計	2,668,060	2,834,465	
前年度繰越金	5,490,316	5,490,316	3年度より繰越
合計	8,158,376	8,324,781	

(支出の部)

科目	4年度予算	4年度実績	摘要
事業費	1,620,000	1,274,700	会報38号(400部)、別冊 1,019,700 会報執筆料(8名) 255,000
会議費	368,000	252,000	理事会費用弁償(6回) 2,000(122人日) 会計監査費用弁償 8,000
負担金及び利用料	290,000	265,900	消化器医会負担金(府医)
事務費	215,000	212,955	通信費(会報・理事会・会費など発送) 66,364 印刷・コピー代 17,460、職員残業代 108,392 会費口座振替事務処理費用 19,360 現金書留封筒・送料 539 切手・はがき代 840
雑費	66,000	44,595	会費振込手数料 24,595 供花料 20,000
予備費	100,000	0	
小計	2,659,000	2,050,150	
次年度繰越金	5,499,376	6,274,631	次年度へ繰越
合計	8,158,376	8,324,781	

令和5年4月6日

監事

杉川 隆文

監事

石冢 敬三



《令和4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 令和4年5月12日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第4回消化器がん検診委員会(4月15日)

前川理事

【報告事項】

1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況について(率は%表示)

<大腸がん検診>(2022年3月31日現在)

年度	受診者数				要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
	総数	巡回	施設	個別				
2021	16,395	998	8,937	6,460	7.29	50.92	28	0.17
2020	14,903	585	8,818	5,500	8.73	69.95	52	0.35

<胃がんX線検診>(2022年3月31日現在)

年度	受診者数	要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
2021	1,098	15.85	61.54	3	0.27
2020	1,014	19.03	80.35	3	0.30

<胃がん内視鏡検診(施設内二次読影)>(2022年3月31日現在)

年度	受診者数	要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
2021	1,143	11.99		2	0.17
2020	706	12.1		3	0.42

<胃がん内視鏡検診(一般二次読影)>(2022年4月14日現在)

年度	受診者数	要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
2021	425	19.76		0	0
2020	293	20.82		0	0
2019	517	19.92		0	0

<胃がんリスク層別化検診>(2022年4月6日現在)

年度	受診者数	判定			要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
		A	B	C				
2021	415	329	55	31	20.7	39.5	0	0
2020	385	295	66	24	23.3	50.0	0	0
2019	812	646	120	46	20.5	54.2	1	0.12

- 2) 令和4年4月14日(木)に納入されたASSISTAの集計ソフトの機能概要について、メーカーより説明があった。“ASSISTAからのデータに限らず、京都府下の集計データも一括して集計し、精度管理に利用できるようにすべきである”との貴重な意見があった。

- 3) 令和4年度の二次精検登録医療機関の更新は、胃18機関、大腸9機関であり、すべて承認された。新規登録は、胃と大腸ともに2機関が承認された。胃内視鏡検診の更新は、8機関すべて更新が承認され、新規は1機関であり登録が承認された。二次読影医は4名の更新が承認された。二次精検医療機関の辞退は胃が6施設、大腸が2施設あった。
- 4) 地区消化器がん検診担当理事連絡協議会(令和4年3月30日(水))報告
内視鏡検診においては、①HP既感染の胃がんハイリスク群は対象者から外すべき、②鎮静なしがハードルとなっている、③問題症例の追跡が行われていない、④二次読影に必要な静止画像が撮られていない例があり、内視鏡施行医のスキルアップにつながる施策が急務である、⑤二次読影自体にもばらつきがある、⑥受診率向上の為に市民への広報が足りない、などの多数のご意見をいただいた。その他、胃がんX線検診においては縮小や終了の方向で良く、縮小に当たっての具体的な方法を検討して欲しいとのご意見が多く、大腸がん検診においては、市民へのさらなる啓発活動が必要であり、要精検者への受診勧奨にも課題があること、胃がんリスク層別化検診においては、抗体のラテックス法への変更に伴い見直しが必要である、などの意見を頂いた。
- 5) 京都市大腸がん検診精密検査結果連絡票について、現在の精検結果連絡票に至った経緯や、精検結果のデータ管理について調べた結果などについて角水理事より報告があった。現在の精検結果報告書から得られるデータだけでは都道府県から国への報告に必要な項目が不十分であることを踏まえ、国立がん研究センターがひな型として提示している精検結果連絡票をたたき台として、新しい連絡票を作成する予定。
- 6) 消化器がん検診委員会指定講習会(2.12、参加者127名)報告

【協議事項】

- 1) 胃・大腸がんの二次精密検査登録医療機関および胃内視鏡検診実施医療機関の認定時期に流動性を持たせるため、新規開業のタイミング等を考慮して、今後応募があれば、新規登録承認の可否は委員長に一任とすることとなった。
- 2) 京都市胃内視鏡検診基準静止画像55の第2版は、府医師会HPにアップロードし、パスワードで閲覧できることとし、府医師会員以外から閲覧希望があった場合の対応については、今後協議する。今井先生による富士フィルムver.の基準画像を、希望者への配布することが急がれる為、メーカー配布用の基準画像を近日中に確定する。
- 3) 京都市胃がんリスク層別化検診を廃止すると、50歳未満の方々における胃がん発症高リスク者を発見する機会がなくなるので、今後10年ほどは継続が必要であると意見があった。ただし、本検診を有意義なものにするためには、受診率の大幅な向上が必須であり、引き続き協議予定。
- 4) 内視鏡検診の精度アップのために、スクリーニングEGDにおけるスキルアップを図る機会を早急に設けなければならないことが再確認された。
- 5) 令和4年度の胃がん検診従事者研修の日程は、11月26日(土)の予定。

次回委員会は、令和4年6月17日(金)午後2時10分からの予定

(理事会からの意見)

質問「胃がん内視鏡検診、胃がんリスク層別化検診のいずれもX線検診と比較して
癌発見率が上昇していないというのはどのように解釈すべきか」

回答「考えられる要因として①母集団の問題か。HP未感染がどれくらい含まれて
いるか。②スキルの問題か。ASSISTAにアップされている二次精検の画像は
チェックできるが、施設内二次読影についてはチェックができない。」

2. 学術・生涯教育委員会 小畑理事

1) 第48回京都医学会の開催概要(9月25日医師会館よりWEB配信)

テーマ：コロナ禍における医療に関する事項

概要：特別講演は産業医大公衆衛生学教授 松田晋哉氏
コロナ禍をふまえた地域医療構想

シンポジウム：コロナ禍で医療提供体制はどう変わったか？

2) 第24回京都府医師会生涯教育セミナー(開催概要8月27日、ハイブリッド開催)

テーマ：「フレイル・サルコペニア・リハビリテーション」

講演プログラム：

「プライマリケアにおけるフレイル、サルコペニアの意義」(14:35～15:35)

国立研究開発法人 国立長寿医療研究センター 理事長 荒井秀典 先生

日医生涯教育講座 カリキュラムコード：73. 慢性疾患・複合疾患の管理 1.0 単位

「サルコペニア・フレイルと身体活動・ソーシャルキャピタル」(15:35～16:05)

同志社大学スポーツ健康科学部 教授 石井好二郎 先生

日医生涯教育講座 カリキュラムコード：82. 生活習慣 0.5 単位

「リハビリ(仮)」(16:05～16:35)

京都府立医科大学大学院医学研究科リハビリテーション医学 教授 三上靖夫 先生

日医生涯教育講座 カリキュラムコード：19. 身体機能の低下 0.5 単位

3. がん登録事業委員会 大塚会長

報告事項なし

4. 医療安全対策委員会 余理事

報告事項なし

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事)：

基金(藤田理事他)：

II. 講演会・研究会の予定

1. 定例学術講演会

2. 総合画像診断症例検討会

3. 共催研究会

4. 後援研究会
5. 関連研究会および学会

Ⅲ. 協議事項

1. 今期の医会運営について(以下、全て承認された)
 - 1) 引き続きオンラインを主に運営する
 - 2) 会員を増やすための対策
役員、理事全員を担当として会員数 300 名以上を維持したい(府医の補助金が減額になるため)。
「入会のお誘い」文章の作成。府医事務局から「消化器」の新規開業の情報を得たらタイムリーに文章を郵送する。
 - 3) 定例学術講演会の運営
共催メーカー獲得のため消化器領域に特化した会と、他分野とコラボした会の構成になることがある。
臨時共催の応諾は会長判断で次回理事会にて報告する。共催メーカーには会員の住所氏名のみ送付用シールとして有償で提供する。
 - 4) 総合画像の運営
引き続き、朴理事、沖理事を中心としたチームで運営。肝臓月間は角水理事が担当。肝臓専門医の参加を検討。年に約 1 回は IBD 月間を開催し、小畑理事にも企画参加をお願いする。
 - 5) 会報編集の運営
引き続き同様のスタイルで進めてもらう。広告協賛メーカーに関しては厳しい状況となってきたが、今年度は 20 社(昨年度 15 社)確保できている。会報作成のコスト面は他の分野でも調整する。
 - 6) 役員理事役割分担
基本的には変更なし。吉波先生の分は角水理事に依頼し、府医の事故調はそのまま残ってもらうことになっており、これは府医から依頼してもらう。黒田新理事は学術企画を担当。高橋健先生の枠は探している開業医の肝臓専門医理事のために空けておく。
 - 7) 臨時理事会メールでの追加承認の活用
2. 会報の進捗状況について
3. 新役員の紹介
病院代表：宮本心一先生(京都医療センター)、山下靖英先生(市立病院)
4. その他

Ⅳ. 事務局からの連絡及び確認事項

第2回 京都消化器医学会理事会議事録 令和4年7月14日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第4回消化器がん検診委員会(6月17日)

前川理事

【報告事項】

1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況について(率は%表示)

<大腸がん検診>(2022年5月31日現在)

年度	受診者数				要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
	総数	巡回	施設	個別				
2022	1,728	203	784	741	8.39	10.94	0	0
2021	16,529	998	8,937	6,594	7.32	59.34	30	0.18
2020	14,903	585	8,818	5,500	8.73	70.02	52	0.35

<胃がんX線検診>(2022年5月31日現在)

年度	受診者数	要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
2022	0	0	0	0	0
2021	1,098	15.85	70.69	3	0.27
2020	1,014	19.03	82.38	3	0.30

<胃がん内視鏡検診(施設内二次読影)>(2022年5月31日現在)

年度	受診者数	要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
2022	51	7.84		0	0
2021	1,182	12.01		2	0.17
2020	706	12.18		3	0.42

<胃がん内視鏡検診(一般二次読影)>(2022年5月31日現在)

年度	受診者数	要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
2022	24	25.00		0	0
2021	426	19.48		1	0.23
2020	293	20.82		0	0

<胃がんリスク層別化検診>(2022年6月8日現在)

年度	受診者数	判定			要精検率	精検実施率	発見癌	癌発見率
		A	B	C				
2022	39	34	4	1	12.9	20.0	0	0
2021	419	333	55	31	20.5	47.7	0	0
2020	385	295	66	24	23.3	51.1	0	0

胃内視鏡検診一般二次読影分について、ASSISTAの集計アプリを用い、“胃癌あり”、“胃癌疑い”、“胃癌以外の悪性疾患”のリストと、画像点検結果(総合評価、画像の網羅性、画像の条件、送気量、前処置、粘膜損傷、生検の妥当性、再検査の必要性)についての報告がなされた。2021年度に画像点検で何らかの問題があった症例は、

29.8%(127/426)であり、総合評価におけるその内訳は、“多少改善が必要”が103件、“かなり改善が必要”が17件、“検診に足る画像ではない”が5件であった。2022年度は同様に29.2%(7/24)であり、“多少改善が必要”が6件、“検診に足る画像では無い”が1件であった。“多少改善が必要”と判断された6件中2件が“再検査の必要性が無い”とされていること、“満足しうる”とされた2件で“要再検”とされているなど、結果が解離している例が少数ではあるが見られることは、大きな問題であると考えられる。記載ミスの可能性も否定はできないが、症例を読影しても二次読影医によって判定結果が異なる可能性が示唆される。しかし、これらのデータは精度管理上必要不可欠であり、データの信憑性の向上のため、二次読影医の判定基準の均質化やスキルアップを目指した場が必要である。具体的な活用方法については今後協議予定である。

また、施行医のスキルアップのためには、画像点検における問題点が具体的に分かるように、二次読影医がコメント欄に、その内容を詳細に記すべきであるとの意見があった。

2) 基準静止画像 55(富士フィルム版)の完成について

京都府からの委託金で作成し、委託事業(従事者研修会)での配布は、メーカー名を削除し紙媒体で新規認定となった二次精検医療機関、従事者研修会出席者に配布する。

3) 胃癌がんワーキング結果報告(令和4年6月6日(月))

主に事務フローについて、資料に沿って京都府より報告。

4) 5月15日号医報 消化器がん検診委員会だよりについて

角水理事により、今期の委員会での決定事項や協議中の事項になどについての委員会だよりが5月15日号の京都医報報告された。既に医報を見て、胃内視鏡検診に年度途中申し込みを希望した医療機関があった。

【協議事項】

1) 胃がん検診従事者研修会(令和4年11月26日(土)14:30～17:30)について

講演として、三次読影を施行している金沢市の胃がん検診に積極的に携わっておられた城北病院院長の大野健二先生に依頼する案が出た。症例検討については、検診および自院でのがん症例の紹介を京都消化器医会に依頼予定。

2) ASSISTAの胃内視鏡検診結果判定票の仕様改訂について

①二次読影医のコメント欄に何か文字を入れると自動的に要訂正となることについて、コメント欄は施行医と読影医のコミュニケーションツールとして残すが、結果判定票の要訂正の欄を削除する。

②医療機関から予防医学センターに送る判定結果票の様式が医療機関によって異なったり、手書きだったりすることについて、使用していない方の結果判定票を削除し、すべての項目の入力を終えないとプリントアウトできない仕様に変更する。

③最終判定が要精検となった症例に対して、追跡ができていないことについて、精検結果提出の依頼文書を送付する。送付時期(タイミング)については今後検討する。

3) 胃がん内視鏡検診について

現在、抗血栓薬を服用している方は検診受診の対象外とし、鎮静剤の使用は認められていないが、これらの事項につき継続審議となる。

4) 京都市胃がんリスク層別化検診の受診対象年齢について

現在の「40、45、50、55、60、65歳の市民」から「40、45歳の市民」へ変更し、45歳以上の市民については胃内視鏡検診に移行していただく案が提出された。

一般市民にとってハードルの高い現状において、内視鏡検診の受診者数が急速に増えるとは予測し難いため、がん発見の門戸を狭めるのではという意見に対し、京都市からは「SNSの活用等で、今まで以上に積極的な受診勧奨を行う」との回答があった。福知山市では同検診の受診対象者を20歳以上としていることから、京都市でもピロリ菌現感染者を洗い出す目的で40歳以下の若い世代を対象とすることや、現在、受診率が低い状況にあることから、5歳刻みにせず、40歳から49歳までの全市民を対象とするなどの意見が出た。これを踏まえて、京都市で再検討する。

5) 大腸がん検診精密検査結果連絡票の改訂について

国立がん研究所の様式をもとに、改訂を加え今後検討予定。

次回委員会は令和4年8月19日(金)午後2時10分からの予定

2. 学術・生涯教育委員会(7月13日に臨時開催)

小畑理事

京都医学会は完全WEBと決定。

学術賞の賞金3万円は多すぎるのではないかとの意見が出ている。

3. がん登録事業委員会(第4回、5月13日)

大塚会長

令和3年度届出状況について(2021年4月～2022年3月末受付分)

届出数……………32,623件

前年同月届出数……33,665件(前年同月比96.9%)

* がん登録事業について

京都府のがん登録事業のあり方を精査するため、京都府のがん登録の歴史と変遷や、現在の都道府県別全国がん登録室の所在を説明した。全国がん登録は、行政から委託を受けて大学病院やがんセンターで実施している都道府県が7割を占める。医師会が実施しているのは全国でも3府県のみであることから、他府県の状況も考慮し、今後も委託契約を継続するか否か、「京都府がん対策推進協議会がん登録部会」とがん登録事業の関係性についても協議する必要があるのではないかと。

4. 医療安全対策委員会(5月17日)

余理事

「腎機能障害患者に対する安全対策～造影剤腎症をとおして～」の発表

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事):

基金(藤田理事他):

II. 講演会・研究会の予定

1. 定例学術講演会
2. 総合画像診断症例検討会
3. 共催研究会
4. 後援研究会
5. 関連研究会および学会

III. 協議事項

1. 今期の医会運営について

- 1) 会員限定としたオンラインによる「会員の広場(仮称)」の設立。

「審査会だより(仮称)」と「胃がん内視鏡診断精度管理のスマール勉強会(仮称)」を開催する。

「審査会だより(仮称)」沖副会長を責任者として保険審査委員の理事全員が担当する。

「胃がん内視鏡診断精度管理のスマール勉強会(仮称)」今井理事を責任者として一昨年までの府医消化器がん検診小委員会メンバーと現委員が担当する。

- 2) 会員数の減少に対応した退会基準の検討。

本会の現会員が、他府県に移動する場合や諸事情で府医を脱会した場合でも、「消化器学に興味を持つ医師」であれば会員を継続することができる。

上記は事案が発生した都度に、理事会承認を得ることとする。これにより会則の変更・追加は行わない。

- 3) 入会の勧誘について

会員数を増やす取り込みとして消化器を標榜して府医に新規入会される方を事務局で拾い上げる。同様の病院勤務医にも入会案内を送ることを検討するが、個々の病院での諸事情を確認してからにする。

- 4) 福本圭志先生(現相談役、理事兼任)が6月末に自院を閉院されたが、今後も相談役として役員を続けていただくように依頼をすることが満場一致で採択された。

2. 会報編集の進捗状況について

3. その他

IV. 事務局からの連絡及び確認事項

第3回 京都消化器医会理事会議事録 令和4年9月8日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第7回消化器がん検診委員会(8月18日)

前川理事

【報告事項】

1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況について

第6回から胃がん内視鏡検診一般二次読影における、画像点検結果が報告されている。要再検査の中には、画像に問題があるための要再検と、画像は問題無いが病変精査のための要再検の両方が含まれており、両者を区別できない点が大きな問題であり改善を要望した。報告症例の分析から、二次読影医間で評価の基準に“バラツキ”があることが示唆されるため、二次読影医が画像評価を行う際の基準の明確化、画像点検基準などの均霑化を図るための会議が必要となる。

2) ASSISTA の帳票テンプレートの表示変更、二次レポートのコメント欄運用変更、一次レポートの記入上の注意事項について Fujifilm から説明があり、改善要望点について Fujifilm に依頼した。

3) 福知山市第1回胃内視鏡検診症例検討会(令和4年7月22日)報告

福知山市では令和2年度から内視鏡検診が導入されている。胃がん検診結果の詳細な報告における良い点の一つとして、年齢別(50～59、60～69、70～79、80～)の受診者数の報告がある。対象年齢がわかれば、おおよそのがん発見率が予測しやすい。内視鏡検診は2年で計271例の内視鏡検診がなされ胃癌が3例発見され、がん発見率は1.1%となり、予測値より高い値となっている。3症例各々の詳細な報告が発見施設によりなされた。3例とも早期胃癌(5×4mm大の0-IIc、5×5mm大の0-IIb、2×2mm大のラズベリー型胃癌)であった。

このような症例検討会は、病変の拾い上げや癌の診断能力の向上に大いに役立つが、スクリーニング内視鏡検査の skill-up にはつながりにくい。内視鏡の上手、下手にかかわらず、より良いスクリーニング検査をいかに楽に行うか、日々努力することは非常に大事なことであり、先輩後輩などの上下関係の区別なく、忌憚りの無い意見を交わすことができる“場”を継続的に設けることが欠かせない。施設内二次読影では、二次読影をその場に利用することで“やる気”さえあれば可能であるが、このような“場”を設けることが困難である一般二次読影においてどのようにすべきか、今後検討しなければならない。

【協議事項】

1) 胃がん検診従事者研修会(令和4年11月26日(土)14:30～17:30)

開催方法：担当者が現地集合するハイブリッド方式

- ・開会の辞：前川委員長
- ・京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)の現状と課題、角水理事(14:30～14:45)
- ・特別講演演者：城北病院院長 大野健次 先生 座長：小林正夫 副委員長(14:45～16:00)
- ・胃がん内視鏡検診精度向上のための症例検討会(16:00～17:30)

進行：朴先生、沖先生

症例検討会では、検診画像を使用することの可否について議論され、今年度は特

別に許可を得た 1 例以外は検診の画像は使用しないこととなった。

・閉会の辞：丸山副委員長

2) 胃がん内視鏡検診の広域化に向けての要望を受けて、抗血栓薬服用中の受診者の取り扱い及び、鎮静剤使用の可否について検討がなされた。

3) 大腸がん検診精密検査依頼書兼結果報告書の改訂について
国立がん研究所が出している様式をもとに案が提出されたが、改善の余地があるため次回までに改善案を作成する予定。

4) 京都市胃がんリスク層別化検診の見直しについて
京都市より予算の関係で、対象を現行の 40、45、50、55、60、65 歳の市民から 40、45 歳の市民に削減せざるを得ないとの報告があった。層別化検診は、胃がん発見の目的もあるが、ピロリ菌現感染者を除菌に導き、胃がん死亡者数を減らす大きな目的がある。そのため若年者層へのリスク層別化検診の拡大が望ましい。予算の都合でやむを得ないのであれば、せめてより若年である 30 歳と 40 歳などにできないか、或いは 25 歳 30 歳 35 歳に設定した場合には、どの程度の予算増になるのか、再検討頂くことにした。

5) 大腸がん検診精密検査依頼書兼結果報告書の改訂について

6) その他

・京都市胃がん内視鏡検診基準静止画像 55 (第 2 版) の府医 HP 掲載場所について検討した結果、ダウンロード可能となる各種検討会、動画ライブラリのフォルダに掲載が妥当ではないかとの意見があり、検討頂くことになった。

・乙訓 消化器がん検診担当理事交代について(菅田先生→森田先生)了承

7) 2023 年 2 月 11 日(祝)の京都消化器医会定例学術講演会
演者決定(後述の通り)

次回第 8 回委員会は令和 4 年 10 月 21 日(金)午後 2 時 10 分～

2. 学術・生涯教育委員会(開催なし) 小畑理事

9 月 25 日の京都医学会は WEB 開催となった。

3. がん登録事業委員会(8 月 26 日) 大塚会長

1) 令和 4 年度の届け出状況は昨年とほぼ同様。

2) がん情報利用申請は 2 件

京都府知事：京都府がん実態調査報告書作成のため

京都市長：がん対策の企画または実施に必要ながんに係る調査研究のため

3) 届け出辞退の医療機関 2 件

4. 医療安全対策委員会(7 月開催) 余理事

京都第一赤十字病院長 池田先生より「安全文化の醸成」の発表

採血時のトラブルについてマニュアル作成

10 月 1 日に医療安全講演会 WEB 開催

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事):

内視鏡検査で上部で全症例での生検、下部で全症例3臓器の生検が問題になった。

基金(藤田理事他):

特になし

II. 講演会・研究会の予定

1. 定例学術講演会
2. 総合画像診断症例検討会
3. 共催研究会
4. 後援研究会
5. 関連研究会および学会

III. 協議事項

1. 新企画と入会案内について(再確認)

1) 新規勧誘送付資料の確認

府医からの情報を得て、会長、その会員を知っている理事の連名で送付する…承認

2) 新規企画(消化器医会会員限定)の進捗状況確認

- ・審査会だよりリニューアル(沖副会長担当):事務局を相談窓口とする。総合画像診断症例検討会終了後の17時から30分間で行う予定。進行役は沖副会長で、他に(審査で困った)質問者ともう一名が出演する形で検討中。例)PPI処方時の留意点、内視鏡で生検をした時の保険請求方法、査定されないためのちょっとしたコツ等
- ・(仮)small勉強会(今井理事担当):ざっくりばらんな会。くだけた名称を募集。

3) 会費納入方法の検討

- ・府医に入会されている会員で府医の会費と一緒に医会の会費が口座引き落としとなっている(手数料は医会が負担)ケースは問題なし。しかし、医会の会員の約半数がゆうちょ銀行振込となっているが、府医の会費と一緒に自動引き落としとなるように案内を送る…承認
- ・他の銀行からの自動引き落としが可能…保留
- ・減額対象者の検討: D会員(4名)、府医非会員(4名)、B会員減額…保留

2. 会報編集の進捗状況

3. その他

特になし

IV. 事務局からの連絡及び確認事項

1. 会計(令和4年7月、8月): 資料あり
2. その他:
府医の会場を引き続き確保して欲しい。

第4回 京都消化器医会理事会議事録 令和4年11月10日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第8回消化器がん検診委員会(10月21日)

前川理事

【報告事項】

京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況報告

大腸がん検診、胃がん検診(胃透視)、胃がん内視鏡検診、胃がんリスク層別化検診とも大きな変化は無いため、年度末にまとめて報告予定。

【協議事項】

- 1) 胃がん検診従事者研修会について

開催日時: 令和4年11月26日(土) 14:30 ~ 17:30、開催方法: WEB開催

- ・「京都府胃がん検診(内視鏡検査)の現状と課題」角水正道 先生
- ・「演題名未定」石川勤 労働者医療協会金沢城北病院院長 大野健次 先生
- ・「胃がん内視鏡検診精向上のための症例検討 part 5」朴 義男 先生、沖 映希 先生

- 2) 胃がん内視鏡検診手引きの改訂について

- ・対象者については、抗血栓薬を内服している受診者の取り扱いや慢性胃炎で受診可能な人の条件
- ・鎮静剤の取り扱い
- ・精検結果連絡票と治療結果連絡票
- ・精検結果連絡票提出の流れの記載
- ・受診者への検診についての説明書き
- ・京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)施行医認定基準について

計6項目について継続審議となった。

- 3) 大腸がん検診精密検査結果連絡票の改訂について

国立がん研究所の様式をもとに、2パターンの案が提示され、次回改定案を審議予定。

- 4) 京都市胃がんリスク層別化検診の見直しについて

京都市から前回の委員会の協議結果を加味して修正された改定案(対象年齢を35歳、40歳に縮小)が提出された。層別化検診には、1)胃がん危険群を囲い込みより効率的に胃がん発見し、胃がん死亡者数を減少させること、2)ピロリ菌現感染者を囲い込み、除菌することにより胃がん発症率を低下せしめ、ピロリ菌感染を予

防し、将来的に胃がん死亡者数を減少させることの2つの目的がある。これまで胃がんはほとんど発見されていないため、層別化検診の主目的を2)にすべきであろう。層別化検診を中止する案や、受診対象者を若年層に広げる代わりに胃内視鏡検診の対象年齢を40歳から5歳刻みの節目にする案など、様々な意見があったが、協議の結果、令和5年度は今回提出された京都市の原案に従うことが承認された。

5) 胃がん内視鏡検診二次読影医懇談会(案)について

ASSISTAにより、二次読影時の画像点検結果が報告可能となった。二次読影医の画像点検基準の均霑化を目的とした会議は一度も開催されていないため、開催のための趣意書を提出させていただき、懇談会が開催されることになった。(令和5年2月か3月にWEBで開催。対象は現在二次読影医として登録されている医師39名)

6) その他

京都市胃がん内視鏡検診－基準静止画像55－第二版の府医HP掲載場所について京都府医師会ホームページの「京都府医師会各種委員会答申、報告書」に掲載することが承認された。

次回第9回委員会は令和4年12月16日(金)午後2時10分～

- | | |
|---|------|
| 2. 学術・生涯教育委員会(開催なし) | 小畑理事 |
| 報告事項なし | |
| 3. がん登録事業委員会(8月26日) | 大塚会長 |
| 報告事項なし | |
| 4. 医療安全対策委員会(9月20日) | 余理事 |
| 報告事項なし | |
| 5. 審査会(国保・基金) | |
| 国保(小畑理事): | |
| 特になし | |
| 基金(藤田理事他): | |
| 10月から大きな改革があり、各都道府県ではなく近畿ブロックでチェックをするようになったので、これまでのような京都ルールが通らなくなる可能性がある。 | |

II. 講演会・研究会の予定

1. 定例学術講演会
2. 総合画像診断症例検討会
3. 共催研究会
4. 後援研究会
5. 関連研究会および学会

Ⅲ. 協議事項

1. 今期の医会運営について

入会状況の総括と問題点

- ・事務局等からの情報で新規開業の消化器医に 8 名に入会案内を送ったところ、3 名が入会された。
- ・前回で保留案件となった会費の納入方法、減額等については、当分は現行のままの対応でいくということになった。→承認、今後は事案ごとに検討する。

新企画(会員限定)の進捗状況

①沖副会長の企画

保険関連で二つの企画の提案

- ・事務局に駆け込み寺のような保険診療に関する相談窓口を設ける。相談に対し理事が答える。
- ・総合画像診断研究会後、別の URL で 30 分程度の WEB 番組を作成し保険診療の問題について相談を受ける。

②今井理事の企画

「消化器なんでも相談室」定例学術講演会後の短時間で相談する。来年 5 月より開始したい。

以上、承認

2. 会報編集の進捗状況

3. 総合画像の運営について

スポンサーの EA ファーマがこれまでの年 6 回を年 3 回(6 月、10 月、12 月)に減らして欲しい、広告もおりたいとの申し出に対し、以下の案を検討中。早速来年 4 月の運営をどうするか。

- ・他のスポンサーを探す(オリンパス、富士フィルム、キャノンなど)
- ・会員で手作りの会を運営。その場合は症例発表だけで時間を短縮する。

4. その他

Ⅳ. 事務局からの連絡及び確認事項

第 5 回 京都消化器医会理事会議事録 令和 5 年 1 月 12 日 (木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第 9 回消化器がん検診委員会(令和 4 年 12 月 16 日)

前川理事

【報告事項】

- 1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況は年度末にまとめて報告
- 2) 京都府胃がん検診従事者研修会(令和 4 年 11 月 26 日(土))報告
出席者 132 名(医師 = 127 名、行政関係者 = 10 名、メーカー = 5 名)

開催後に実施されたアンケート調査結果は以下のごとくである

(男性 72 名、女性 9 名。20 歳台 1 名、30 歳台 0 名、40 歳台 11 名、50 歳台 31 名、60 歳台 27 名、70 歳台 10 名、80 歳台 1 名。施設内二次読影 16 施設、一般二次読影 33 施設、検診に参加していない施設 32 施設)

* 二次読影結果に疑問や違和感がなかったかどうかの質問に対し、二次読影結果や画像点検基準にバラツキを感じるとの回答があった。

* 要再検査で返却された場合の対応については、二次読影医の判定に従うが 26 名、二次読影医の判定を踏まえて自分で最終判定をするが 24 名、無回答が 31 名であった。

* 抗血栓薬内服中の受診や鎮静剤投与の可否については様々な意見があった。

これらの結果は、来年 3 月に開催する二次読影医の懇談会の資料とする。

【協議事項】

1) 2023 年度京都府胃がん検診従事者研修会について

日程：令和 5 年 10 月 28 日(土)(府医会館 212・213)もしくは 11 月 25 日(土)
(府医会館 310)

2) 胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関と胃がん内視鏡検診実施医療機関の認定・更新要件の相違について

- ・両者の認定・更新要件が異なり、複雑であるため改定を望む声が多い。
- ・2023 年度に胃内視鏡検診実施機関の更新を控えているが、医療機関側も正しく理解できていないところが多いためか、従事者研修会未受講のために 9 医療機関が更新の要件を満たしていない。協議の結果、救済処置として、来年必ず従事者研修会を受講することを義務付けて、更新を認めることになった。
- ・胃がん X 線検診の二次精密医療機関の認定要件と胃がん内視鏡検診における認定要件を一定の猶予期間を設けて統合することが望ましいため、協議予定である。

3) 大腸がん検診精密検査結果連絡票・事後調査連絡票の改訂について

整理・簡素化された大腸がん検診精密検査結果連絡票の案が角水理事により提出され承認された。

次回第 10 回委員会は令和 5 年 2 月 17 日(金)午後 2 時 10 分～

2. 学術・生涯教育委員会(1 月 11 日)

小畑理事

- ・医師会と専門医会の共催について
- ・京都医学会雑誌の論文採択について
- ・令和 5 年の京都医学会は 9 月 24 日で WEB 配信、テーマ「医療 DX について」
- ・学術講演会の広報について：病院の若い勤務医や医師会非会員に行き渡っていないのではないか

3. がん登録事業委員会(第 6 回：令和 4 年 11 月 11 日)

大塚会長

1) 令和 4 年度届出状況について(2022 年 4 月～2022 年 10 月末受付分)

届出数……………28,035 件

前年同月届出数……25,916 件(前年同月比 108.2%)

2) 2020 年症例における廻り調査の状況について

回答は 111 施設 404 件、未回答は 5 施設 14 件。実施方法を見直し担当者個人に依頼することで回答率は過去最高となった。これまで一度も回答のない医療機関もあるため、法に基づいて実施している調査であることの説明やマニュアルを見直すことも検討し引き続き協力を求める。現時点での未回答施設については京都府から架電による督促が行われる。

3) 全国がん登録医療機関向け説明会の開催について

講師：国立研究開発法人国立がん研究センター がん対策研究所
国際政策研究部 松田智大 先生

4) 指定診療所の意向確認について

現在、指定診療所はコロナ関連業務で多忙であり、このタイミングで意向確認をすることは望ましくないのではないか。意向確認は必要だが実施する時期や方法については検討が必要である。

5) 京都府がん実態調査報告書 2019 年の作成について

4. 医療安全対策委員会(令和 4 年 11 月 15 日)

余理事

「医療機関における BCP 策定」についての発表

「(仮名)採血血管確保時のいたみ・しびれへの対応」マニュアル作成

5. 審査会(国保・基金)

国保(小畑理事):

HIV の保険請求について：2 月からは輸血を前提もしくは輸血後以外は認めない。「観血手術」ということだけでは認めない。これは基金でもそのようになっているはず。

基金(藤田理事他):

特になし

II. 講演会・研究会の予定

1. 定例学術講演会
2. 総合画像診断症例検討会
3. 共催研究会
4. 後援研究会
5. 関連研究会および学会

III. 協議事項

1. 今後の総合画像診断症例研究会の運営について

EA ファーマより財政の問題より年に6回→3回(6月、10月、12月)に減らして欲しい。また、1回/年はIBDをテーマにして欲しいと要望あり。→IBDの会に対し、1回/2年に減らしてもらうようにしてはどうかと意見あり。

他のスポンサーメーカーとして、

- ・武田薬品：年に1回。スペシャルレクチャーのみで、症例提示は手伝いできない。2部制にするしかないが、そのチラシは一緒に郵送してもらえる。講演中に自社製品の宣伝が必要。
- ・フジフィルム：年に1回。症例提示、スペシャルレクチャーの両方を手伝ってくれる。
- ・オリンパス：まだお返事はもらえていない。断られた時は完全手弁当の会を開催する。

2. 会報編集の進捗状況

3. その他

- ・「消化器なんでも相談室」定例学術講演会後。5月開始。担当は今井理事。
- ・名誉会員の設立について承認された。
次回の理事会までにメール理事会を行い、名誉会員の資格について案をまとめる。
会に大きな功績のある福本圭志先生には是非とも名誉会員として医会に残っていただきたい。
学会のように75歳などを定年にしてはどうか、閉院した場合は会費を半額にしてはどうか、といった意見が出た。会員数確保のための今後の課題とする。

IV. 事務局からの連絡及び確認事項

第6回 京都消化器医会理事会議事録 令和5年3月9日(木)

I. 対外活動報告と今後の予定

1. 第10回消化器がん検診委員会(令和5年2月17日) 前川理事

【報告事項】

- 1) 京都市胃がん検診・大腸がん検診実施状況については2022年度をまとめて報告予定。
- 2) 第8回胃がん検診ワーキング(令和5年2月13日)において、胃がん内視鏡検診の広域化は京都市の方式に則って行うことが承認された。
- 3) 令和5年3月17日(金)に開催される、胃がん検診(内視鏡検査)二次読影医懇談会の概要が示された。二次読影医の要再検査の基準の均霑化を図るため、要再検査の大まかな基準を内規としてまとめたいと考えている。
- 4) 12月に承認された大腸がん検診精密検査結果連絡票の微修正された最終案が報告された。

【協議事項】 資料あり

1) 胃がん検診(内視鏡検査)の広域化について

胃がん検診(内視鏡検査)の広域化は京都市の方式に則って行われることが委員会で承認された。但し、現在の認定・更新基準や手引き、様式に不備な点があるいくつかあり、優先順位の高いものから協議した。

2) 承認された変更点

(ア)実施医療機関認定基準

①の「胃がん検診二次精密検査医療機関である」を「京都府医師会員が在籍する」に変更する。

(イ)施行医認定基準

①の「日本消化器内視鏡学会専門医」を「日本消化器内視鏡学会専門医、あるいは上部消化管内視鏡スクリーニング認定医」とする。

②の「日本消化器がん検診学会(胃部門)認定医」を「日本消化器がん検診学会総合認定医、あるいは(胃部門)認定医」とする。

③の「年間件数が概ね 100 件以上」の最後に「年間件数が規定に満たない場合は消化器がん検診委員会での審査で承認されれば認定される」旨の文言を追加する。

3) 今後早急に検討修正すべき項目について

(ア)京都市胃がん検診(胃内視鏡検査)更新基準および二次読影医認定・更新基準の若干の修正が必要。

(イ)二次読影をより確実に、かつより容易に行える為の方策としての、実施要綱或いは手引きにおける該当箇所への説明文の追加が必要。

(ウ)胃がん検診(胃内視鏡検査)説明書～受診者の皆様へ～の「11. 検査結果の報告と精度管理」の項に、同意書の適切な文言を追加し、それに沿った同意書の様式の若干の修正が必要。

(エ)胃(X線)二次精密検査医療機関の選定・更新基準の見直しが必要。

4) 従来の実施医療機関、二次読影医の広域化への参加について

医療機関側の事情を加味するが、基本的には自動的に管外受診を可能とする旨の案内とする予定。

次回第 11 回委員会は令和 5 年 4 月 21 日(金)午後 2 時 10 分～

2. 学術・生涯教育委員会

小畑理事

2月3日は開催されず。

3. がん登録事業委員会(2月10日)

大塚会長

1) 京都府がん実態調査報告書 2019 年の作成について

2) 院内がん登録実施病院への照会について

4. 医療安全対策委員会(1月)

余理事

・看護協会「医療安全に係る活動」についての発表

- ・医療安全講演会開催(3月19日)について
 - ・腎臓医会からの情報提供:CKD シール(eGFR50 以下、お薬手帳に貼る)について
5. 審査会(国保・基金)
- 国保(小畑理事): 特になし
- 基金(藤田理事他): 特になし

II. 講演会・研究会の予定

1. 定例学術講演会
2. 総合画像診断症例検討会: 4月は臨時休会
3. 共催研究会
4. 後援研究会
5. 関連研究会および学会

III. 協議事項

1. 次期会長の選出について
立候補者がいなかったため、沖副会長からの推薦にて大塚会長が再任されることで承認を得た。
2. 総会(4月15日)の準備について
総会資料(案)あり。本年2月分までの決算を作り、昨年3月分の収支を参考にして一年分の決算(案)として検討され承認を得た。今年度は黒字となった。
3. 講演会の予定と企画
前述の通り。
4. 会報編集の進捗状況
5. 役員理事の定年制について: 事前にメールで理事にアンケートをして意見聴取した。定年制の導入について反対意見はなかった。
定年は京都府医師会と同じく75歳にしてはどうか、という案に対し、基金審査委員会は70歳が定年であるとの回答があった。任期途中でその年齢になったら会長もしくは理事会判断で継続もしくは辞めるか決定する。(継続審議)
役員理事などで業績のあった会員に対して、「功労会員」という名称を設立して会費減額免除などで対応するのはどうか。(継続審議)
佐々木理事は現在75歳なので理事退任を希望され承認された。
名誉会員の内規は成立。「医会に貢献の大きかった会員に対して、会長の推挙により理事会で決定する。会費は免除される。」福本圭志先生は承諾された。
6. その他
 - ・「なんでも相談室」定例学術講演会の後に開催。初回は5月13日を予定している。担当は今井理事。事前に質問を拾い上げ、きちんと調べてその場で回答する方向性

で運営してみる。

- 日下理事の所属が4月から変更になるのにあたり、理事の継続もしくは交代について総会までに検討。

IV. 事務局からの連絡及び確認事項

〔令和5年度 京都消化器医学会役員〕

令和5年4月現在

会 長	大塚 弘友(留任)		
副 会 長	沖 映希(留任)	角水 正道(留任)	吉田 憲正(留任)
相 談 役	小川 欽治(留任)(理事兼任)		
	中島 悦郎(留任)(理事兼任)		
監 事	粉川 隆文(留任)	古家 敬三(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)	葛西 恭一(留任)	勝島 慎二(留任)
	菊岡 範一(留任)	黒田 雅昭(留任)	竹村 俊樹(留任)
	十倉 佳史(留任)	戸祭 直也(留任)	藤井 茂彦(新任)
	藤田 祝子(留任)	朴 義男(留任)	前川 高天(留任)
	余みんてつ(留任)		

(以上 24 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)堀澤 昌弘
	(与 謝)中川 長雄	(京 大)妹尾 浩
	(府立医大)大辻 英吾	(第一日赤)佐藤 秀樹
	(第二日赤)宇野 耕治(理事兼任)	(医療センター)宮本 心一
	(市 立)山下 靖英	

(以上 13 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)
	大辻 英吾(京都府立医科大学大学院医学研究科 消化機能制御外科学 教授)
	小濱 和貴(京都大学大学院医学研究科 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)
	波多野悦朗(京都大学大学院医学研究科 肝胆膵・移植外科学 教授)

(以上 5 名)

《令和5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15日(土) <特別講演>『AUDITによるアルコール依存症のリスク分類から考えるナルメフェンを使用した飲酒量低減の実際』
魚嶋 晴紀 先生(国立国際医療研究センター肝炎・免疫研究センター)
ゲノム医科学プロジェクト上級研究員(副プロジェクト長)
 - 5月13日(土) <特別講演>『消化器症状に用いる漢方～食欲不振・腹痛を中心に～』
加島 雅之 先生(熊本赤十字病院 総合内科部長)
 - 6月10日(土) <特別講演>『潰瘍性大腸炎の内科治療の実際～カロテグラストメチルをどう使う?～』
横山 薫 先生(北里大学 消化器内科学 講師)
- 2) 臨時学術講演会：講演が決まり次第、適時開催する。
- 3) 総合画像診断症例検討会：偶数月の第一土曜日に開催(但し2月のみ第三土曜日)。
- 4) 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
- 5) 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、胃がん内視鏡検診運営小委員会
- 6) 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
- 7) 基金、国保審査委員合同委員会の開催(5月、11月定期開催)
- 8) 会報(No.39)、会員名簿(2023年版)の発刊
- 9) 臨床研究に関する調査、立案
- 10) 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、研究に寄与しう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: ¹⁾)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いで下さい。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って下さい。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いただきます)を得たうえで、著者校正1回を経て掲載させていただきます。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。掲載料は無料ですが著者には掲載誌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

2022年は長引くコロナ禍の中、以前にも増して活発な消化器医会の学術活動が行われました。大塚会長の意向を受け、理事・役員の若返りが図られ、中堅・若手の先生が各々の役割を分担し、様々な新企画が開始されました。一方で、医会に多大な功績を残された大先輩の訃報や引退もありました。これまでの医会の歴史を作り上げた先輩方をリスペクトしつつ、世代交代によりアップデートした新しい医会を作っていかなければなりません。会員皆様のご理解とご協力をお願いしたいと思います。最新のトピックスを厳選した特別寄稿論文、是非とも記憶に留めておいてもらいたい症例報告など、盛りだくさんの内容の会報をお送りします。お役立て頂ければ幸いです。

(竹村 俊樹)

京都消化器医会会報 No.39

医学中央雑誌刊行会 取載誌コード：J06771

発行日 令和5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栞尾町6
京都府医師会館内
TEL 354-6105
発行人 大塚弘友

印刷所 (株)こだま印刷所 ☎841-0052