

京都消化器医会会報

Journal of Kyoto Society of Gastroenterology (KSG)

第33号 2017・6

もくじ

卷頭の辞	副会長 大塚 弘友	1
特別寄稿論文		
C型肝炎に対する抗ウイルス療法の変遷～IFN単独治療から最新のDAA治療まで～	京都府立医科大学消化器内科学 伊藤 義人	3
消化器内科医が遭遇する原発不明がんの診療	地方独立行政法人京都市立病院機構 京都市立病院 消化器内科・腫瘍内科 桐島 寿彦	7
臨床研究		
早期胃癌の拡大内視鏡所見と病理組織との対比による検討	京都民医連中央病院 消化器内科 木下 公史 他	19
症例報告		
明らかな増大を認めたPyloric gland adenomaの一例	京都大学医学部附属病院・消化器内科 瀬戸山 健 他	33
多彩な画像所見を呈する多発腹腔内腫瘤として発見された脱分化型脂肪肉腫の一例	一般社団法人愛生会 山科病院 内科 新美 敏久 他	41
コーヒーブレイク		
免疫チェックポイント阻害薬～ちょっと流行のキーワード	渡辺緩和ケア・在宅クリニック 渡辺 剛	47
報告		
第16回日本実地医家消化器内視鏡研究会		
京都で開催される (当番会長 松本恒司)	京都消化器医会 理事 松本 恒司	53
お知らせ		
Kyoto pylori 10000のご協力の依頼	京都府立医科大学 消化器内科 半田 修	55
平成28年4月～平成29年3月までの学術講演会抄録		59
平成28年度 京都消化器医会会務報告		71
平成28年度 京都消化器医会議事録要旨		77
新役員の名簿		93
平成29年度 事業計画		94
編集後記		95

卷頭の辞

京都消化器医会会報の長い道のり

京都消化器医会 副会長 大塚 弘友

今年も会員の皆様に無事に会報をお届けすることが出来ました。京都消化器医会会報は今年で第33号を迎えており、年1回の発刊なので30年以上の長い歴史があります。

これまでの長い道のりは、京都府医師会の医会事務局に全バックナンバーが揃っておりますので是非一度閲覧していただければと思います。そこには多くの先生方の情熱が漲っているように思います（第30号の巻頭の辞で粉川現会長がまとめられています）。私も、この長い道のりの途中に参加させて頂いていることに、いつも身の引き締まる思いです。

会報事業の近年での特筆すべき出来事は、会報の正式英文名称を平成22年度理事会（竹村俊樹理事を中心に）で決定して、2011年（第27号）より用いています。さらに2016年には医学中央雑誌刊行会より登録の正式依頼があり、今年度より医中誌 WEB などから検索可能な雑誌となったことがあげられます。

このように歴史のある磐石の会報ですが、将来に向けての長い道のりには心配される事案もあります。それは出版費用の問題です。現在の会報出版の運営は良好ですが、決算報告書に掲載しておりますように、出版費用が医会の支出の多くを占めており、その費用のほとんどは協賛により賄われています。幸い今まで多く企業の賛同を得られておりますが、昨今の諸事情でどのような状況になるかは不透明です。

今後、会員の皆様にお伺いを立てて会報事業の見直しをしなければならない時が来るかもしれません。

ただ、以前より沖 啓一先生（名誉会長）からは、医会に内部留保をしないで良い事業をするようにとお言葉を受けております。幸いこの数年間は粉川現会長のもと、黒字経営なので会報作成による繰越金の目減りはなく、今しばらくは体力のある状況下だと思います。

次は会報出版までの一年間の長い道のりを紹介いたします。まず論文の選定が主軸になります。医会主宰の定例学術講演会や総合画像診断症例検討会での症例発表、講演などを拝聴・検討して、理事会や会長指示のもと執筆依頼をします。執筆者は第一線の売れっ子の先生方なので、原稿締め切り期日と数回の原稿校正を含めて、いかに迅速に原稿を集めかが会報発行の期限を守るキーポイントになります。その後に査読を担当理事にお願いします。昔は荒原稿を印刷して各理事の所に持参したものですが、これでは印刷費用も手間もかかります。最近では原稿を PDF にしてメール添付で査読をお願いすることによって費用と時間の削減を図っています。

この時点から会報後半の事業報告・理事会報告などを事務局と打ち合わせながら作成して、最終に会長確認をいただきます。協賛企業の広告を入れる順番も検討して印刷・発刊

に進んでいきます。この4月から6月の時期を前後して、広告協賛のため趣意書を2月頃に各企業に送付し、発刊後は全会員への会報発送と、各執筆者への礼状の送付を事務局からしてもらうというあつという間の長い道のりの一年間です。

また会報には単に論文を掲載するだけでなく、一年間の医会活動の報告をいち早く会員に知らせるという重要な役割があります。福本圭志先生（相談役、理事兼任）にご指導を受けて、今までお盆頃の発刊になっておりましたが、近年では4月の総会報告を含めて6月末までには皆様のお手元に届くように努力しております。

このような長い道のりを経て会報が30年以上（40年近く）続いている。まさしく「継続は力なり」であり、会報作成は京都消化器医会の活動の力強さを対外的に証明する重要な事業であると思います。

私も長らく会報編集に携わってきましたが力不足もあり将来に向けてさらに改善するところが多々あると思われます。幸い医会理事の先生方は活動力あふれる方ばかりなので、これから先もこの長い道のりが継続されることを確信しております。

特別寄稿論文

C型肝炎に対する抗ウイルス療法の変遷 ～IFN単独治療から最新のDAA治療まで～

京都府立医科大学 消化器内科学 伊藤義人

抄録：

1992年にインターフェロン(IFN)単独投与に始まったC型肝炎に対する抗ウイルス療法は、2012年に第一世代の direct acting antiviral (DAA) であるテラプレビル(TVR)がIFN 製剤と併用で使われ治癒率の著しい向上がみられた。その後、2014年には最初の第二世代の DAA 製剤のみの内服療法としてダクラタスビル (DCV)/アスナプレビル (ASV) 併用療法が遺伝子型1型に対する治療として保険適応となり、次々と経口 DAA による治療が実臨床の場に登場し最新の DCV/ASV/ベクララブビル (BEC) 3剤併用療法に至る。本稿では、C型慢性肝炎に対して、現在、臨床の場で使われているDAAsを中心にC型肝炎に対する抗ウイルス療法の変遷に関して概説する。

キーワード：C型肝炎、DAA

インターフェロン療法の黎明期からリバビリンの登場まで

C型慢性肝炎に対する最初の抗ウイルス療法であるインターフェロン(IFN)単独療法が保険診療で認可されてから4半世紀が経過した。1992年にC型慢性肝炎に対するIFN 単独治療が始まった当時、私は京都府立与謝の海病院（現在の京都府立医科大学北部医療センター）に赴任したばかりであったが、天然型・遺伝子組み換え型のIFN α または天然型 IFN β を判で押したように2週間連続投与後週3回の間歇投与を繰り返していた記憶が残っている。対象人口の多くない京都府北部の病院であったが、多くのC型慢性肝炎患者に肝生検とIFN 単独治療を行った。手探りで始まっ

たC型慢性肝炎患者に対するIFN治療は、やがて、C型肝炎ウイルス(HCV)の遺伝子型やウイルス(HCV RNA)量を測定することにより治療効果を予測できることがわかり、ゆっくりではあるが、少しづつ進歩を始めた。

IFN治療の最初の大きな展開は、長時間作用型であるペグ化インターフェロン(Peg-IFN)と抗ウイルス薬であるリバビリン(RBV)の登場である。Peg-IFNはIFN α の血中濃度を高濃度で約1週間維持することが可能であり、現役世代の若い患者の通院回数を抑えることが可能となり治療患者数は著しく増加した。また、RBVは貧血や皮疹などの副作用の問題があったものの治療効果を確実に高め、Peg-IFN・RBV

併用療法はC型慢性肝炎治療の定番として第一世代のDAA製剤が登場するまでの間、第一選択に位置付けられていた。その間、治療効果の向上のためにRBVの用量調節や治療期間の延長をはじめとして様々な投与方法の工夫が検討された。われわれの世代の肝臓専門医は副作用を少しでも軽く治療効果を少しでも高めるためにPeg-IFNやRBVの投与量の細かな調節に躍起になっていた時代であった。

また、当時の日本からはC型慢性肝炎治療に関わる研究で世界に冠たる成果が次々と報告された。すなわち、無用な患者負担を減らすべく、Peg-IFN・RBV治療の効果予測に役立つウイルス側の因子としてinterferon sensitivity determining region (ISDR)の変異数やcore領域のアミノ酸変異、宿主側の因子としてinterleukin 28 β (IL28B)のSNPを治療前に調べておくことの重要性が報告されたが、残念ながら、健保の適応とならず、大学などの限られた専門施設でのみ可能な検査に留まった。

第一世代のDAA

2012年に第一世代のDAAであるTVRが遺伝子型1型C型慢性肝炎に対するPeg-IFN・RBV治療に上載せされる形で臨床の場に登場し、C型慢性肝炎治療のDAA時代の幕開けとなった。Peg-IFN・RBV治療失敗例や新規治療症例が治療対象になったが、高いsustained virological response (SVR)率が得られた反面、副作用である貧血や皮疹のため治療中止を余儀なくされた症例も少なくなかった。また、本治療は、その後次々と登場したDAA治療に先立ってDAA治療効果に関連する薬剤耐性

変異(resistance associated substitution: RAS)の問題や併用薬剤がもたらす副作用のリスクの問題を認識させてくれる治療となった。自然界のHCVには少數ではあるがプロテアーゼ阻害薬であるTVRに対するRASを有するウイルスが存在することが既知であった。その中で、存在頻度は非常に低いが強い耐性を示す156番目のアミノ酸変異を持つHCVが存在したわれわれの経験した症例では、治療4週目の早期の段階でHCV RNAが陰性化したにもかかわらず、治療終了後早期に156番耐性ウイルスの増加を伴う再燃がみられ、RASの問題を強く認識させられた。しかし、TVRを使った治療失敗例で難治性の耐性変異が新たに生じる可能性は低かった。また、別の症例では併用薬であった降圧剤のカルシウム拮抗剤の減量を必要とした。

TVRに続いて2番目に登場したDAAもプロテアーゼ阻害薬であるシメプレビル(SMV)で、Peg-IFN・RBV/SMV併用療法として使われた。SMVはTVRのような貧血や皮疹などの副作用が頻発する治療薬でないため肝臓専門医以外でも使い易い薬剤であったが、SMVを使った治療に失敗した症例の多くでプロテアーゼ領域の168番目のアミノ酸の変異がみられ、このRASはその後に登場する第二世代のDAA治療に悪影響を及ぼすことになった。Peg-IFN・RBV/SMV併用療法でも併用薬剤の問題は重要で、SMVと代謝経路で共通点のあるバルプロ酸Naを内服していた患者で治療6週目に肝機能ALT/ASTの上昇をみとめ投薬を中止したがその後SVRに至った症例がありcase reportとして報告した。

第二世代の DAA

2014年には第二世代の DAA 製剤のみの内服療法として DCV/ASV 併用療法が遺伝子型1型に対する治療として最初に保険適応となった。DCV/ASV 併用療法においては肝障害・発熱・好酸球增多などの副作用が問題であったが、われわれの実臨床の検討では 治療中止例を含めた SVR 率が88.3%と高率であった。治療における重要な問題点としては、治療失敗例でプロテアーゼ領域や非構造タンパク5A(NS5A)領域の RASs を重複して惹起するいわゆる多重耐性を引き起こすことであった。DCV/ASV 併用療法の治療失敗例を解析したわれわれの検討でも、プロテアーゼ領域の168番目のアミノ酸・NS5A 領域の31番目・93番目のアミノ酸はもちろんのこと、プロテアーゼ領域および NS5A 領域のそれ以外のアミノ酸にも多様な変異が惹起されていることが解っている。

その後、次々と短期間のうちに第二世代の DAA 製剤のみの内服療法が保険収載になった。ソホスブビル(SOF)/レジパスビル(LDV)、オムミタスピル(OBV)/パリタプレビル(PTV)/リトナビル(r)、さらに、エルバスビル(EBR)/グラゾプレビル(GZR)である。2017年2月からは最新の治療薬として DCV/ASV/BEC 3剤併用療法が実臨床で使用可能となっている。SOF/LDV、OBV/PTV/r、EBR/GZR の 2剤併用療法および、DCV/ASV/BEC の 3剤併用療法は適切な症例に使用すれば95%以上の患者を SVR に導くことが可能と考えられるが、それぞれ長所・短所があり、それを踏まえたうえで、症例に最も合った治療薬の選択を行う必要がある。

C型慢性肝炎の治療ガイドラインとアンメットニーズ

日本肝臓学会では C 型肝炎に対する新たな治療薬が健康保険の適応となるたびに「C 型肝炎治療ガイドライン」を更新し、C 型肝炎に対する最新の治療指針を公表している。最近では HCV 感染者が全体に高齢化していること、高齢者では肝発癌のリスクが高いこと、さらに、DAA 製剤が合併疾患の多い高齢者でも適応になることが多いことを背景に、非代償性肝硬変以外の多くの C 型肝炎患者が抗ウイルス療法の対象となり得ることを示している。なかでも、高齢かつ線維化進展群は高発癌リスク群であり、速やかに DAA 製剤による抗ウイルス治療を行うべきであるとしている。

2017年3月に改訂された第5.3版には DAA 治療歴のない遺伝子型1型 C 型慢性肝炎・代償性肝硬変に対する最新の第一選択の治療薬が挙げられている。第5.2版で既に第一選択とされていた SOF/LDV (重度の腎障害なし)、OBV/PTV/r (Y93 変異なし)、EBR/GZR に加えて DCV/ASV/BEC が第一選択治療薬として加えられている。注記として、SOF/LDV、EBR/GZR、DCV/ASV/BEC 使用前の Y93 変異については、現時点で、同変異が及ぼす治療効果への影響が明らかでないが、今後の実臨床で十分に検討される必要があるとしている。さらに、DCV/ASV/BEC 投与症例においては、腹水・黄疸を含む高度の肝障害が臨床試験で報告されており、毎週の肝機能検査が必要であるとしている。治療に精通した肝臓専門医が担当すべき治療と思われる。

DAA併用療法が C 型肝炎に対する標準

的な抗ウイルス療法となつた現在では、多様な合併疾患を持った高齢者や肝線維化の進展した代償性肝硬変患者を治療することが多くなつた。われわれの施設でも70～80歳代の高齢者を治療することが増えた。腎機能障害・虚血性心疾患・不整脈・高血圧・糖尿病を合併する高齢者では治療の要否、治療薬の選択に苦慮することが少なくない。慢性腎臓病 (chronic kidney disease; CKD) を合併したC型肝炎患者、特に、慢性血液透析患者では副作用が危惧されIFNをベースにした治療が困難な場合もあった。しかし、DAA治療の普及とともに

にCKD患者や透析患者への治療が行い易くなつた。透析患者に対するDCV/ASV治療の高い有効性は既にわが国から報告されている。また、欧米で行われたCKD Stage 4～5・透析患者を対象としたEBR/GZRのC-SURFER試験では99.1%のSVR率であったことが報告されている。日本肝臓学会のC型肝炎治療ガイドライン第5.3版でも、DCV/ASV、OBV/PTV/rに加えて、EBR/GZRをCKD Stage4～5・透析例に推奨しているが、日本での臨床試験の成績がなく市販後の治療成績の検討が必要であるとしている。

特別寄稿論文

消化器内科医が遭遇する原発不明がんの診療

地方独立行政法人京都市立病院機構

京都市立病院 消化器内科・腫瘍内科 桐島寿彦

はじめに

原発不明がんは十分な検索にもかかわらず、臨床的に原発巣を同定できない転移性腫瘍である。全悪性腫瘍の3～5%を占め、日常臨床で稀ならず遭遇する疾患である。原発巣が同定されないため、全身検索や治療方針に関して、医師及び患者に不安を与えやすい。多種多様な腫瘍を含んでおり予後は概して不良であるが、一部に特定の治療に反応し、長期生存するサブグループが存在するため適切な診断が重要である。本稿では当科で経験した症例を交えながら原発不明がんの診断、治療を概説する。

キーワード:原発不明がん、腹部、診断、治療

1. 定義、疫学

原発不明がんとは臨床的に注意深い全身検索や経過観察を行っても原発巣が特定できない転移性腫瘍を示し、さまざまな腫瘍が混在した不均一な疾患グループと定義される^{1)～5)}。

原発不明がんの正確な発生頻度は不明であるが、全てのがんの3～5%と推定されている。年齢調整罹患率は米国では10万人対で7～12人、オーストラリアでは18～19人、オランダでは5～7人、スイスでは4～6人と推定されている⁶⁾。

本邦における原発不明がんの正確な統計はないが、厚生労働省の2014年の人口動態統計における部位の明示されない、その他および部位不明の悪性新生物として全がん死亡に占める割合は男性で1.2%、女性で1.6%と報告されている。

2. 病理分類

原発不明がんの組織型は高分化・中分化腺がん60%、低分化腺がん・未分化がん30%、扁平上皮がん5%、未分化悪性新生物5%以下、神経内分泌がん1%以下である⁷⁾。

低分化がんや未分化悪性新生物と診断された中には悪性リンパ腫や胚細胞性腫瘍など治癒可能な疾患が含まれることがあるため病理医と十分なディスカッションが必要になる。

腺がん

高分化・中分化腺がんは原発不明がんの約60%を占め、最も頻度が高い病理組織型である。この中には特定の治療を有するサブグループが存在するため、臨床像や免疫染色等を参考に注意深く検討する必要がある。

低分化腺がん・未分化がん

低分化腺がん、未分化がんは原発不明がんの約30%を占める。一部の症例では抗が

ん剤に対する高感受性の腫瘍が含まれるため、注意深い病理学的検討が必要である。

扁平上皮がん

扁平上皮がんは原発不明がんの約5%を占める。原発巣推定のための免疫組織化学染色で得られる情報は少ない。上・中頸部リンパ節転移のみの場合の原発は頭頸部、上部食道が多く、下頸部～鎖骨上リンパ節転移のみの場合は肺原発が多い。鼠径部リンパ節転移の場合は肛門、陰茎、陰部に原発を有することが多い。

未分化悪性新生物

未分化悪性新生物は原発不明がんの約5%を占める。病理医が特定の病理カテゴリーに分類できないときに未分化悪性新生物と診断する。これらの35～65%はリンパ腫であり、残りの大部分は低分化神経内分泌腫瘍を含む carcinoma との報告もある。未分化悪性新生物と診断された場合は、さらなる病理学的検討が必要である。

神経内分泌腫瘍

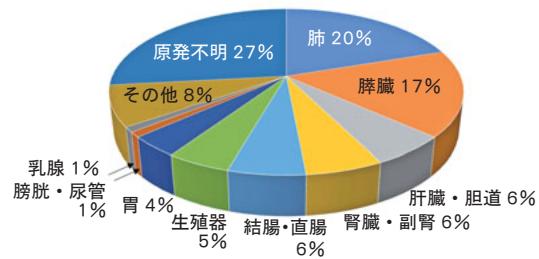
神経内分泌腫瘍は原発不明がんの約1%を占め、臨床的、病理学的に多様性に富んでおり、組織像により2つのサブタイプに分類される。1つ目は低悪性度の腫瘍でカルチノイドやインスリノーマのような病理像を呈する。2つ目は典型的な神経内分泌腫瘍の表現型を呈し高悪性度の病理像を呈する。小細胞がん、非定型的カルチノイド、低分化神経内分泌がんなどが含まれる。

3. 臨床像

原発不明がんの臨床的特徴としては、症状あるいは転移臓器に関連した兆候が出現するまでの期間が短いこと、原発巣がないにもかかわらず早期から播種をきたすこと、急激な臨床経過をたどること、転移様

式の予測が困難なこと、さらに3分の1の症例で診断時に3か所以上の臓器に転移していることなどが挙げられる。

1944年から2000年までの12の原発不明がんの剖検のコホート研究によると884例中644例（73%）で原発巣が特定された⁸⁾。原発巣としては頻度の高い順に、肺20%、脾臓17%、肝臓・胆道6%、腎臓・副腎6%、結腸・直腸6%、生殖器5%、胃4%であった（図1）。



Eur J Cancer 2007;43:2026

図1. 剖検にて判明した原発巣の頻度

原発不明がんは年齢、性別、病理組織、臨床像、転移臓器や分布により特定の治療を有する予後良好群（表1）と特定の治療を有さない予後不良群に区別される。

表1. 特定の治療を有するサブグループ（予後良好群）

1. 女性で腋窩リンパ節転移のみの症例
2. 女性で腺がん、がん性腹膜炎のみの症例
3. 扁平上皮がんで頸部リンパ節転移のみの症例
4. 体の正中に分布する未分化がん
5. 低分化神経内分泌がん
6. 大腸の表現型を示す腺がん
7. メルケル細胞がん
8. 男性、PSA上昇、骨転移のみの症例
9. 孤立性鼠径リンパ節転移のみの症例
10. 単発で小さい、切除可能な腫瘍を伴う症例

Lancet 2012;379:1428

体の正中線上に分布する未分化がん

体の正中線上に分布し、50歳未満の男性、病理組織が未分化がんあるいは低分化がんの場合は性腺外胚細胞性腫瘍と同様に扱われる。病変は主に縦隔から後腹膜に分布する。鎖骨上、頸部のリンパ節や肺実質に転移することは稀である。約20%の症例で血清 β -HCG や AFP が上昇し診断に有用である⁹⁾。

女性、腺がん、孤立性の腋窩リンパ節転移のみの症例

乳がんは腋窩リンパ節転移のみを有する原発不明がんとして発見されることがある。孤立性の腋窩リンパ節転移を示す悪性腫瘍の中で50%以上は乳がんである。明らかに原発巣がなく片側性の腋窩リンパ節転移で病理学的に腺がんの場合、大部分は乳がんである。このサブセットはステージIIの乳がんと同様の臨床経過、生物学的特性と予後を示す¹⁰⁾。

頸部リンパ節転移のみの扁平上皮がん

頸部リンパ節のみの扁平上皮がんの原発巣は頭頸部粘膜の可能性が高い。経過観察中に原発病変は10~30%程度で出現するが、扁桃が最多である。頸部リンパ節転移のみを有する扁平上皮がんは全ての頭頸部がんの約5%を占める。CT検査で22%、MRI検査で36%、PET-CTで28~57%で原発巣を同定できる¹¹⁾。

女性、漿液性乳頭腺がん、がん性腹膜炎

女性のがん性腹膜炎でCA125が高値で腺がんを認めるが、卵巣からの転移が否定された場合は原発性腹膜がんと診断する。病理組織は漿液性乳頭腺がんが多い。卵巣上皮および腹膜は、発生学的にミューラー管を起源としており、Mullerian carcinomaと呼ばれる。Gynecologic Oncology

Group(GOG)によると①卵巣が存在しないか、正常の大きさであること、②卵巣以外の病変は卵巣病変より大きいこと、③病理学的に卵巣に病変を認めないか、認める場合は漿膜のみもしくは皮質への深達度は5mm未満であること、④腫瘍の病理組織、細胞学的検討にて大半が漿液性腺がんであること、の全てを満たす場合、原発性腹膜がんと診断する¹²⁾。

悪性腹水、非漿液性乳頭腺がん

がん性腹膜炎で漿液性乳頭腺がんでない場合は消化管がんが原発であることが多い。特にムチン産生性腺がんや印鑑細胞がんの場合は消化管原発を疑うべきである。

内臓や骨格転移を有する原発不明がん

内臓や骨格転移を有する原発不明がんは全体の80%を占め予後不良である。最も多い転移部位は肝臓40~50%で、リンパ節35%、肺31%、骨28%、脳15%が続く。病理組織学的には中・低分化腺がん64%が最も多く、未分化がん20%、神経内分泌腫瘍9%、扁平上皮がん7%が続く。

4. 診 断

診断に際しては詳細な病歴聴取と全身の身体所見が重要である。男性では泌尿器科領域の診察、女性では乳房と婦人科領域の診察は必須である。一般的な血液・生化学検査、胸部X線撮影、全身CTは全例に行ってよいが、それ以外の検査は臨床所見、病理組織検査に基づいて実施する（表2）。

原発不明がんが疑われる際は禁忌で無い限り、造影剤を用いた全身CTを施行することが推奨される。CTの原発巣の検出率は肺がん74%、脾がん86%、大腸がん36%で全体の診断精度は55%と報告されている¹³⁾。

表2. 原発不明がんを診断する際に必要な検査

評価	対象患者
病歴・身体所見	全ての患者
基本的な血液・生化学検査	全ての患者
頸部～骨盤CT検査	全ての患者
マンモグラフィー	女性の患者
乳腺MRI検査	女性、腋窩の腺がん患者
AFP、HCG	体の正中線上の病変が分布する患者
PSA	男性、骨転移
頭頸部PET-CT検査（オプション）	頸部の扁平上皮がんの患者
内視鏡検査	症状や検査結果から
オクトレオスキャン、chromogranin A	神経内分泌腫瘍

MRI検査に関しては、頸部リンパ節転移の原発不明がんの原発巣推定に有用であり、女性で腋窩リンパ節腫脹を認めるも、マンモグラフィーおよび超音波検査で原発巣が特定できないときに行うことが推奨される。MRIでも原発巣が特定されない場合は乳腺切除を行っても腫瘍が見つかる可能性は低いと報告されている。

気管支鏡、上部・下部消化管内視鏡検査は有症状あるいは画像検査あるいは病理組織検査で原発が疑われる場合に限定すべきで、ルーチンに行うことは推奨されない。FDG-PET検査については腎機能異常やヨードアレルギーのある症例でも検査可能である。原発不明がんにおけるFDG-PETと従来の画像検査の比較においては37%で原発巣が同定可能で、原発巣診断の感度84%と特異度84%で転移巣の広がりの評価に有用である¹⁴⁾。また、頸部リンパ節転移に対するFDG-PETの検討をした報告によると44%で原発巣が同定可能で、感度97%、特異度68%でメタ解析でもその有効性が証明されている。現状では原発不明の頭頸部扁平上皮がんの症例に対してFDG-PETを行うことが推奨される。

原発不明がんの診断に際し日常診療で使

用している腫瘍マーカーをルーチンに測定することは診断や予後予測の助けにはならない。大部分の原発不明がんで腺がんマーカー（CEA、CA125、CA15-3、CA19-9）は非特異的に上昇する¹⁵⁾。

一方、男性で造骨性骨転移を有する症例のPSA検査は前立腺がんの診断に、男性で体の正中線上に分布する未分化がんあるいは低分化がんにおけるAFPと β -HCG検査は性腺外胚細胞性腫瘍の診断に、女性でがん性腹膜炎を呈する症例におけるCA125は卵巣あるいは原発性腹膜がんの診断にそれぞれ有用である。

免疫組織化学染色

免疫組織化学染色は腫瘍の分類に最も広く利用されている方法である（表3）。

ホルマリン固定パラフィン包埋切片を用いて行われるため適応範囲が広い。未分化悪性新生物の正確な診断に有用な場合がある。特にリンパ腫におけるCLA、低分化神経内分泌がんにおけるChromogranin A、Synaptophysin、CD56、胚細胞性腫瘍におけるOCT4、PLAP染色は適切な臨床的状況では診断に有用である。CK7とCK20の発現パターンにより原発巣が推定出来る事がある（表4）。CK20は消化管

表3. 原発不明がんの病理診断に役立つ免疫染色

組織型	抗原（抗体）
癌（上皮性悪性腫瘍）	Cytokeratin(AE1/AE3, CK7, CK20), EMA, CEA, calponin, P-63, surfactant apoprotein(肺がん), napsin-A(肺がん), PSA(前立腺がん), CA125(卵巣がん), CA19-9(膵がん), AFP(肝細胞がん), Thyroglobulin(甲状腺がん), TTF-1(甲状腺がん、肺がん), GCDFP-15(乳がん), ER(乳がん), CDX-2(消化管がん)
神経内分泌がん	Chromogranin A, synaptophysin, CD56
肉腫（非上皮性腫瘍）	Vimentin, CD34, desmin(筋肉腫), myoglobin(横紋筋肉腫), smooth muscle actin(平滑筋肉腫), S-100(神経肉腫), c-kit(GIST)
非ホジキンリンパ腫	LCA, CD20, CD3, CD45RO, CD5, CD10, bcl-2, LMP-1, ALK, cyclin D1, 各種immunoglobulin
ホジキンリンパ腫	CD15, CD30
胚細胞腫瘍	PLAP, c-kit, Oct4, CD30, AFP, hCG
中皮腫	Calretinin, D2-40, mesothelin, WT-1
悪性黒色腫	S-100, HMB-45, melan-A

原発不明がん診療ガイドライン2010年版より改変

上皮、尿路上皮、メルケル細胞などに発現し、CK7は肺、卵巣、子宮内膜、乳腺などに発現するが下部消化管には発現しない。

表4. CK7とCK20の染色性による原発巣の鑑別診断
Cytokeratins

Colon	CK7-/CK20+
Stomach	CK7-/CK20+;CK7+/CK20+
Biliary	CK7+/CK20-;CK7+/CK20+
Pancreas	CK7-/CK20+;CK7+/CK20+
Lung	CK7+/CK20-
Ovary, non-mucinous	CK7+/CK20-
Ovary, mucinous	CK7-/CK20+;CK7+/CK20+
Breast	CK7+/CK20-
Urothelial	CK7+/CK20+
Endometrium	CK7+/CK20-
Prostate	CK7-/CK20-
Renal	CK7-/CK20-
Liver	CK7-CK20-

免疫組織化学検査の診断能は進歩しているが、大部分の例においては免疫染色の結果は臨床像と病理像を併せて解釈しなければならない。CK7+/CK20-/TTF-1+における肺腺がんや CK7-/CK20+/CDX2+に

おける大腸がんといったいくつかの典型的な染色パターンから発生臓器を推定することができるが、全ての免疫組織化学染色において偽陽性や偽陰性を呈する可能性があること、がん種の大部分において常に期待した染色パターンを取るとは限らないこと、ある典型的な染色パターンにおいても他のがんの染色パターンと重複することも念頭に置く必要がある。

遺伝子・染色体検査

骨軟部肉腫などにおいて特異的な染色体異常や融合遺伝子の検出は組織型の確定診断に有用である。12番染色体の異常は若年男性で原発不明の未分化がんにおける性腺外胚細胞性腫瘍の診断に役立つ。その他、末梢性神経内皮腫、線維形成性小円形細胞腫瘍、Ewing腫瘍におけるt(11:22)、胞巣型横紋筋肉腫におけるt(2:13)、小細胞肺がんにおける3p欠失、滑膜肉腫におけるt(X:18)、Wilms腫瘍における11pの欠失などが知られている。病理組織検査で原発巣同定に至らない場合に、遺伝子検査

を追加することで正確な診断が出来る場合がある。転移性頸部扁平上皮がんにおいて HPV-DNA が検出された場合は中咽頭、EBV が検出された場合は上咽頭がんが原発の可能性が高いと報告されている。

遺伝子発現プロファイル

がんの遺伝子発現プロファイルを調べることで原発不明がんの大部分（95%）で原発巣を推定することができる。免疫組織化学と遺伝子発現プロファイルの診断の一一致率はおよそ80%程度と報告されている。免疫組織化学で確定診断できない際に遺伝子発現プロファイルを加えることで有益な追加の診断情報が得られる。しかし、原発不明がんの診断において遺伝子発現プロファイルをルーチンに使用することについては、現時点では頑健な予後データが得られておらず更なる検討が必要である。

5. 治 療

原発不明がんの治療の原則は①治癒可能な患者群、予後良好な患者群を間違いなく抽出すること、②たとえ原発巣がなくても、臨床的にあるがん腫からの転移を強く疑えば、そのがん腫に基づく治療を行う、③過剰な検査により治療開始を遅らせないことが重要である¹⁶⁾。

予後良好群は特定の原発巣が示唆され、推定された原発巣に基づいた治療に反応し、生存期間の延長と時に治癒に至ることもある集団である。

一通りの全身検索を行い、病理組織像、病変の分布、特定の腫瘍マーカーの上昇などから予後良好群かそうでないかを判断したうえで出来るだけ早い時期に治療を開始する必要がある。

特定の治療を有するサブグループ

（予後良好群）

女性、腺がん、がん性腹膜炎の症例（図2、3）

女性で腹腔内に漿液性乳頭腺がんを伴う場合はステージⅢ、Ⅳの卵巣がんに準じて、初回腫瘍減量手術に引き、カルボプラチナ+パクリタキセル療法が推奨される。奏効割合は80%で完全奏効が30～40%の症例で期待でき、生存期間の中央値は36か月と進行性卵巣がんと同程度の奏効割合、生存期間が得られると報告されている。

女性、腺がん、腋窩リンパ節転移のみの症例

腋窩リンパ節に転移性腫瘍を認める女性は乳がん原発が疑われる。男性でも潜在性乳がんは起こりうるが極めて稀である。他に明らかな原発巣を認めない場合はステージⅡの乳がんとして扱い、適切な治療を行うことで治癒する可能性がある。マンモグラフィーが正常でも MRI や FDG-PET にて原発巣が同定できる場合がある。視触診やマンモグラフィーが正常でも乳房切除が推奨される。乳房切除により44～80%で浸潤性乳がんを認める。5年生存割合は72%でステージⅡ～Ⅲの乳がんと同じである。

男性、PSA高値あるいは腫瘍のPSA染色陽性

男性で原発不明の腺がんの症例では PSA を測定すべきである。このような腫瘍は PSA 染色が陽性になる場合がある。臨床経過が前立腺がんに合わない場合でも PSA 高値あるいは PSA 染色が陽性の場合は内分泌療法を試みる価値がある。造骨性骨転移のみで明らかな原発巣やその他の転移巣を認めない場合は PSA の結果にかかわらず内分泌療法を試みることが勧められる。

性腺外胚細胞腫瘍

50歳以下の男性で体の正中線上に分布し

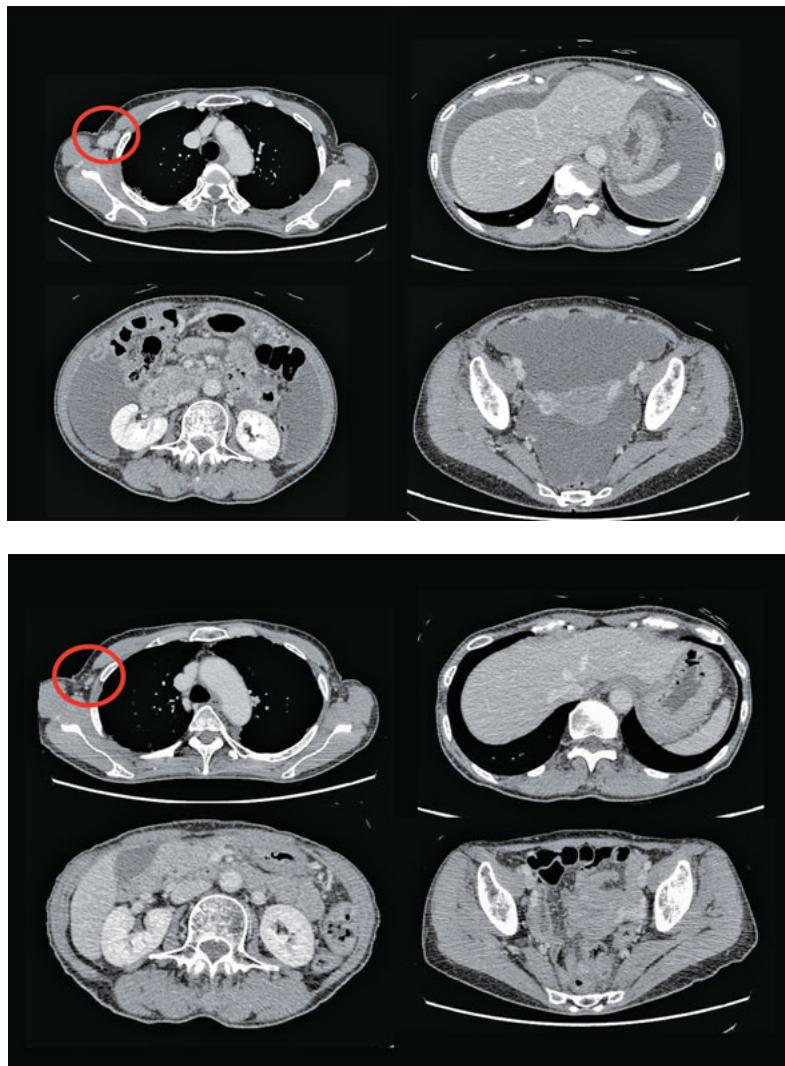


図2.3 原発性腹膜がん

65歳 女性 CTにて腹膜播種、がん性腹膜炎、多発リンパ節転移を認める。CA125 2363と高値、腹水細胞診（セルブロック）にて adenocarcinoma、免疫染色にて CK7(+), CK20(-), WT1(+), ER(+)であることから卵巣がんが疑われた。卵巣がんに準じて CBDCA+PTX 療法を行ったところ速やかに腫瘍マーカーは低下し、画像上もリンパ節、腹膜播種とともに消失し完全奏効と判定した。

多発肺転移を伴い、症状が出現するまでの期間が短く腫瘍の発育速度が速い腫瘍で β HCG、AFP が上昇する場合は性腺外胚細胞性腫瘍が疑われる。免疫組織化学染色や特異的な12番染色体の異常により診断さ

れる。

予後不良群の胚細胞腫瘍に準じた治療が推奨され、奏効割合は45%で約20%の症例は完全奏効、生存期間の中央値は12か月と報告されている。

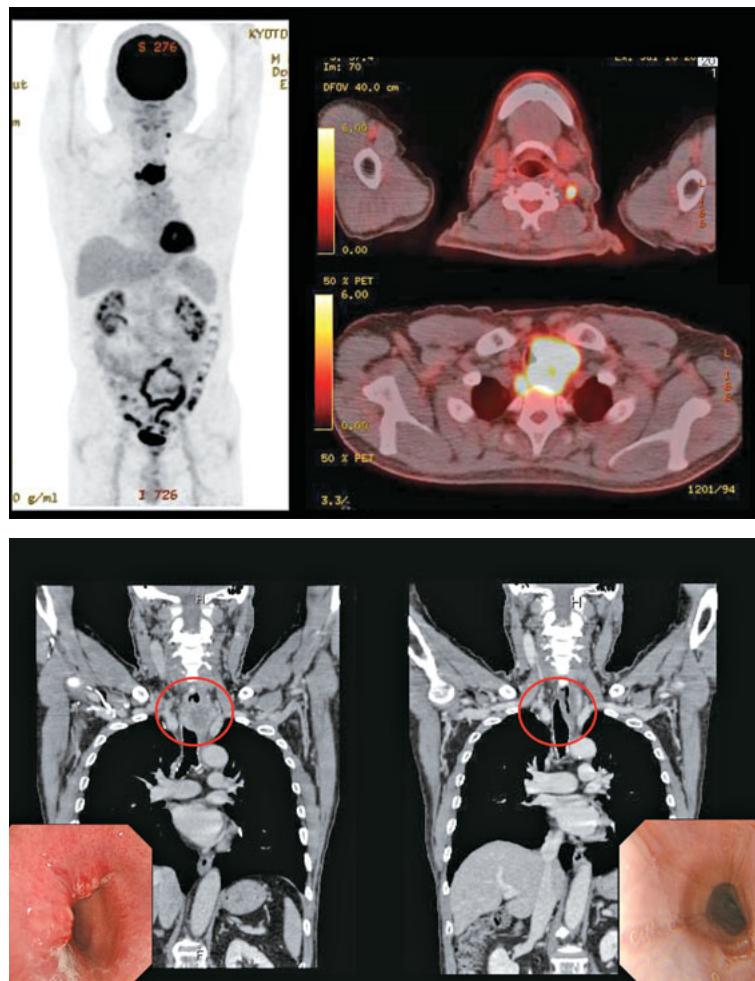


図 4.5 原発不明上縦隔扁平上皮がん

59歳 男性 FDG-PET にて上縦隔と左深頸リンパ節に FDG の取り込みを認める。気管と食道への直接浸潤も認めた。生検にて扁平上皮がんと診断した。頭頸部がんに準じて CDDP 併用化学放射線療法を行い、引き続き CDDP+5FU+セツキシマブ療法を行った。CT、内視鏡検査上も腫瘍は消失し完全奏効と判定した。

単一部位の腫瘍

一ヵ所のみの腫瘍の場合は、転移性腫瘍に類似した稀な原発性腫瘍の可能性を考慮しなければならない。メルケル細胞がん、皮膚付属器腫瘍、肉腫、悪性黒色腫、リンパ腫などは転移性腫瘍と間違われることがある。

他に明らかな転移性腫瘍を認めない症例は積極的な局所治療を行うことで長期の無

病生存が期待できる。単発の小さな転移性腫瘍の場合は発生組織にかかわらず 1 年以上の生存が期待でき予後良好サブグループに該当する。

頸部あるいは鎖骨上リンパ節転移を有する扁平上皮がん (図 4、5)

扁平上皮がんは片側性の頸部リンパ節転移の形態をとることが最も多い。耳鼻科診察によりおよそ 85% で頭頸部に原発巣を同

定することができる。原発巣が同定できないときは頭頸部の潜在がんと推定される。このような症例に対して転移部位を含む頸部の局所治療が推奨される。局所治療を行うことで30~40%の症例で長期の無病生存が得られる。頸部郭清のみを行った場合は20~40%の症例で後に原発巣が明らかになる。一方、放射線治療を行った場合は潜在がんも含めて照射されるためそのようなことは少ない。下頸部や鎖骨上リンパ節転移の場合は肺がんが原発であることが多いため方針が異なる。鎖骨下に病変を認めない症例は積極的局所療法を行うことで10~15%で長期の無病生存が得られる。

鼠径リンパ節転移を有する扁平上皮がん

鼠径リンパ節転移を有する扁平上皮がんは肛門と性器に原発を認めることがある。原発巣を認めない場合は鼠径リンパ節切除と鼠径領域への放射線療法を行うことで長

期生存が得られることがある。子宮頸部や肛門管の潜在がんは化学療法に感受性があるため術前あるいは術後補助療法を考慮すべきである。

低悪性度神経内分泌腫瘍

この腫瘍は一般的に進行が遅く、年単位で進行することが多い。オクトレオタイドLARは腫瘍の進行を抑制することが出来、副作用も少ない。臨床的状況によっては切除、TAE、RFAといった局所治療が適応になる。ストレプトゾシン、5 FU、ドキソルビシンなどの殺細胞性抗がん剤やスニチニブやエベロリムスなどの分子標的薬が抗腫瘍効果を有する。

高悪性度神経内分泌腫瘍（図6）

進行の早い神経内分泌がんは小細胞がんや神経内分泌染色が陽性の低分化がんの組織像を呈する。このような組織像を呈する腫瘍は一般的に併用化学療法に感受性を有

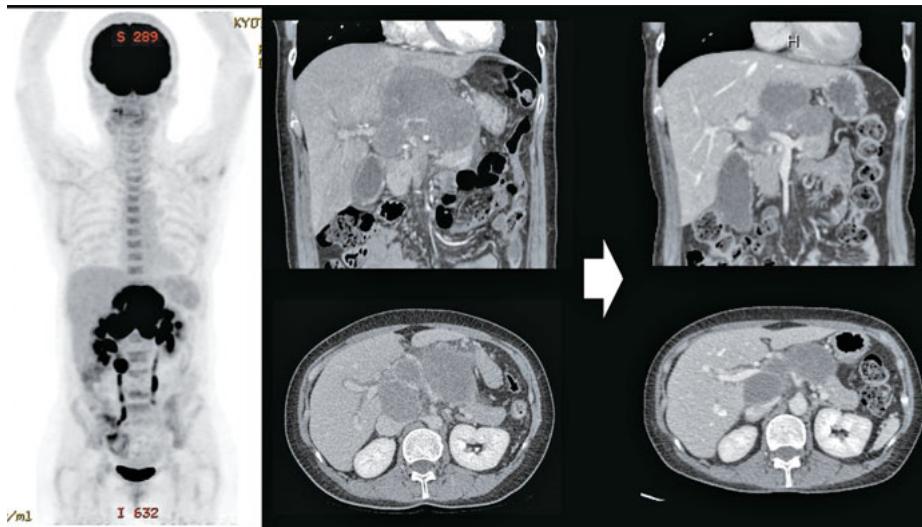


図6 低分化神経内分泌がん

55歳 女性 CTにて腹腔動脈幹、肝門部周囲に多発腫瘍を認める。生検結果は低分化がんで免疫染色ではSynaptophysin(+), CD56(+)で低分化神経内分泌がんと診断した。小細胞肺がんに準じて CDDP+VP16療法を行ったところ、腫瘍は著明に縮小し PRと判定した。

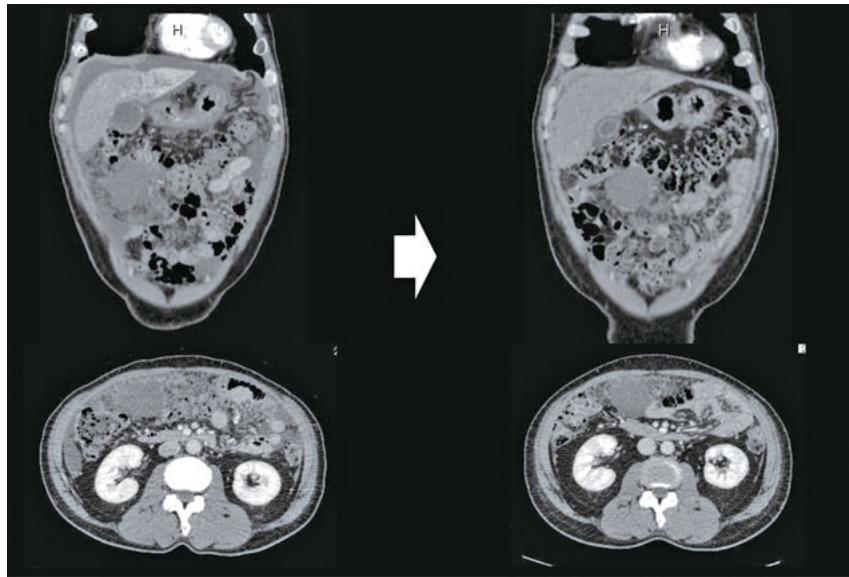


図7 大腸の表現型を示す原発不明がん

58歳 男性 がん性腹膜炎 腹膜播種 審査腹腔鏡による生検にて metastatic adenocarcinoma と診断、免疫染色では CK20(+), CK7(-), CDX2(+) と大腸がんのパターンであった。大腸がんに準じて CapOX 療法を行ったところ腹水は消失、腹膜播種も縮小傾向にある。

する。

プラチナベースの併用化学療法が推奨される。奏効割合は55%で21%に完全奏効が得られ、生存期間の中央値は15.5か月である。

大腸がんのプロファイルを有する症例(図7)

遠隔転移を有する大腸がんにおいても新規の殺細胞性抗がん剤や分子標的薬の導入により生存期間の中央値は8か月から24か月超へと延長している。適切な治療を行うためにも大腸がんのプロファイルを有する原発不明がんを同定することは重要である。

2つのレトロスペクティブな検討では免疫染色等で大腸がんと予測される原発不明がんに対して大腸がんに用いる標準的なレジメンを行ったところ20か月以上の生存期間が得られたと報告されている¹⁷⁾。

特定の治療を有さないサブグループ

原発不明がんの80%は予後不良群に属する。700例以上のシステムティックレビューによると奏効割合は20%以下、生存期間中央値は6～7か月と報告されている。

一次治療としてはパクリタキセル+カルボプラチニン、ジェムシタビン+カルボプラチニン、ジェムシタビン+イリノテカンドなどの2剤併用療法が妥当な選択と考えられる。これらのレジメンの奏効割合は25～45%、生存期間の中央値は7～10か月と報告されている^{18)～22)}。3剤併用療法をしても毒性は強くなるが効果の上乗せを認めない。PSの低下した患者は抗がん剤治療による利益を享受できず、BSCが適切な管理になる。一次治療でプラチナ+タキサン併用療法を行った症例でのセカンドラインの経

験的治療がフェーズ2試験で評価された。オキサリプラチン/カペシタビン（奏効割合20%、生存期間中央値9.7か月）、ジェムシタビン/イリノテカン（奏効割合10%、生存期間中央値4.5か月）などが中等度の抗腫瘍効果を示す。ベバシズマブ/エルロチニブもまた10%の奏効割合と7.4か月の生存期間中央値を示す。

6. 予後因子

原発不明がんの大部分の患者は予後不良であり、予後不良因子としては男性、PS不良、複数臓器への転移を伴う腺がん、非乳頭性の悪性腹水、腹膜播種、多発性脳転移（腺がんまたは扁平上皮がん）、多発性の肺・胸膜転移、骨転移を有する腺がんなどが挙げられる。

予後良好な患者には、局所療法や特異的な化学療法といった個別化治療が臨床的に有用で、生存期間の延長につながる可能性もある。さらに、患者のPSが良好、血清アルブミン高値、血清LDHが低いほど、化学療法が有用である可能性が示唆されている²³⁾。

参考文献

- 日本臨床腫瘍学会編. 41章 原発不明がん 新臨床腫瘍学 改訂第4版 504-512, 2015.
- NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Occult Primary Ver2. 2017, https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/occult.pdf
- Fizazi K, Greco FA, et al : Cancers of unknown primary site : ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. Ann Oncol 2015;26:133-38.
- Varadhachary GR, Raber MN, et al : Cancer of Unknown Primary Site. N Engl J Med 2014;371:757-65.
- Pavlidis N, Pentheroudakis G, et al : Cancer of unknown primary site. Lancet 2012 ; 379:1428-35.
- Pavlidis N, Fizazi K. Cancer of unknown primary. Crit Rev Oncol Hematol 2009; 69: 271-80.
- Greco FA et al : Chapter 113 Cancer of unknown primary site. Principal and Practice of Oncology, 10th ed, Lippincott-Raven, Philadelphia, pp. 1720-1737, 2014.
- Pentheroudakis G, Golfi nopoulos V, et al. Switching benchmarks in cancer of unknown primary: from autopsy to microarray. Eur J Cancer 2007;43: 2026-36.
- Pentheroudakis G, Stoyianni A, et al. Cancer of unknown primary patients with midline nodal distribution: Midway between poor and favourable prognosis ?. Cancer Treat Rev 2011;37: 120-26.
- Pentheroudakis G, Lazaridis G, et al Axillary nodal metastases from carcinoma of unknown primary: a systematic review of published evidence. Breast Cancer Res Treat 2010;119:1-11.
- Pavlidis N, Pentheroudakis G, et al. Cervical lymph node metastases of squamous cell carcinoma from an unknown primary site: a favourable prognosis subset of patients with CUP. Clin Transl Oncol 2009;11:340-48.

12. Pentheroudakis G, Pavlidis N. Serous papillary peritoneal carcinoma: unknown primary tumor, ovarian cancer counterpart or a distinct entity? A systematic review. *Crit Rev Oncol Hematol* 2010;75:27-42.
13. Abbruzzese JL, Abbruzzese MC, et al. Analysis of a diagnostic strategy for patients with suspected tumours of unknown primary origin. *J Clin Oncol* 1995;13:2094-103.
14. Kwee TC, Kwee RM. Combined FDG-PET/CT for the detection of unknown primary tumors: systematic review and meta-analysis. *Eur Radiol* 2009;19:731-44.
15. Pavlidis N, Briasoulis E, et al. Diagnostic and therapeutic management of cancer of an unknown primary. *Eur J Cancer* 2003;39:1990-2005.
16. 日本臨床腫瘍学会編. 原発不明がん診療ガイドライン 2010年版. メディカルレビュー社, 2010
17. Hainsworth JD, Schnabel CA, et al. A retrospective study of treatment outcomes in patients with carcinoma of unknown primary site and a colorectal cancer molecular profile. *Clin Colorectal Cancer* 2012;11:112-8.
18. Greco FA, Pavlidis N, et al. Treatment for patients with unknown primary carcinoma and unfavorable prognostic factors. *Semin Oncol* 2009; 36:65-75.
19. Huebner G, Link H, et al. Paclitaxel and carboplatin vs gemcitabine and vinorelbine in patients with adeno- or undifferentiated carcinoma of unknown primary:a randomized prospective phase II trial. *Br J Cancer* 2009;100:44-9.
20. Yonemori K, Ando M, et al. Irinotecan plus carboplatin for patients with carcinoma of unknown primary site. *Br J Cancer* 2009;100:50-5.
21. Palmeri S, Lorusso V, et al. Cisplatin and gemcitabine with either virorelbine or paclitaxel in the treatment of carcinomas of unknown primary site: results of an Italian multicenter, randomized, phase II study. *Cancer* 2006;107:2898-905.
22. Hainsworth JD, Spigel DR, et al. Paclitaxel/carboplatin/etoposide versus gemcitabine/irinotecan in the first-line treatment of patients with carcinoma of unknown primary site: a randomized, phase III Sarah Cannon Oncology Research Consortium Trial. *Cancer J* 2010;16:70-5.
23. Culin S, Kramar A, et al. Development and validation of a prognostic model to predict the length of survival in patients with carcinomas of an unknown primary site. *J Clin Oncol* 2002; 20:4679-83.

臨床研究

早期胃癌の拡大内視鏡所見と病理組織との対比による検討

京都民医連中央病院 消化器内科 木下 公史・南方 信久
 奥村 麻里・Pham Nguyen Quy
 神渡 翔子・田中 憲明
 同 病理科 藤田 葉子

キーワード:早期胃癌、NBI 拡大観察、病理組織との対比

はじめに

従来の通常光による診断体系に基づき、色素法や特殊光による観察を併用した画像強調内視鏡 (image enhanced endoscopy; IEE) の技術を応用した早期消化管癌に対する診断体系は、2008年に Yao らが提唱した VS classification system¹⁾をはじめ、現在でも日々新しい知見が報告され、癌・非癌の診断だけでなく、その範囲診断・組織型の類推など、より精度が向上している。早期胃癌の診断については、典型的な所見に加え、H.pylori による炎症の

影響や胃酸による修飾を受けるために、症例それぞれの variation が大きく、早期食道癌・早期大腸癌の診断と比べて難易度が高いと言われている。典型的な所見を理解した上で個々の症例に当てはめて熟考することや、多数の症例を経験することが重要と考えられる。今回2016年6月に開催された京都消化器医会・総合画像診断症例検討会にて提示した症例につき、所見の解説と共に再提示の機会をいただいたので報告する。所見読影に用いる用語は VS classification systemに記載されている用語と、そ

Table 1

CO : crypt-opening ; 腺開口部形態
MCE : marginal crypt epithelium ; 腺窓辺縁上皮
IPBC : intervening part between crypts ; 窓間部
SEC : subepithelial capillary ; 上皮下毛細血管
DL : demarcation line ; 境界線
MV (pattern) : microvascular (pattern) ; 微小血管構築像
MS (pattern) : microsurface (pattern) ; 粘膜表面微細構造
LBC : light blue crest ; 腸上皮の刷子縁
WOS : white opaque substance ; 粘膜白色不透明物質

の後に報告され広く用いられている用語を用いた (Table. 1)²⁾。本文中は主に日本語表記とし、画像解説では英略語を用いた。VS classification systemによる癌・非癌の診断だけでなく境界診断、組織型診断についても筆者の考えうる限り記述した。

症 例：78歳、女性。

主 訴：胃癌 精査・治療。

現病歴：健康診断にてペプシノーゲン陽性を指摘されたため、前医にて上部消化管内視鏡検査を施行。胃前庭部に陥凹・隆起性病変を認めた。生検にてAdeno-carcinomaと診断され、精査治療目的で当科へ紹介された。

既往歴：高血圧症、高脂血症、慢性腎臓病：CKD G3bA1、腰椎にり症。

現 症：身長 149.5cm、体重 50.3kg、身体・神経学的所見は特記すべき異常なし。

服用薬剤：Lansoprazole、Valsartan、Rosuvastatin Calcium、Magnesium Oxide、Loxoprofen Sodium Hydrate。

血液検査(Table 2)では、軽度の腎機能障害及び電解質異常、LDH の上昇を認めた。尿素呼気試験では H.pylori 陽性であった。内視鏡検査：通常光観察(Fig 1)；胃前庭部小弯に $\phi 15\text{mm}$ 大の退色調の不整形の陥凹性病変を認める。退色調の領域の周囲には丈の低いなだらかな発赤した隆起を伴い、また陥凹の中心部には前医での生検の影響と考えられる小さな発赤隆起を伴っていた。周囲からの襞の引き連れも見られず、やや脱気した状態での観察でも、病変全体の変形を認め、硬さは感じられない。退色の病変の領域は周囲の隆起頂部に及び、病変口側の一部は隆起頂部を超えてその手前の裾野の部位まで認められており、早期胃癌 IIc+IIa 病変と診断した。

インジゴカルミン散布(Fig 2)；インジゴカルミンの微細な陥凹への溜まりと、その色によるコントラストの効果で、背景粘膜と病変は線構造の表面性状の違いとして認識できた（病変肛門側の出血は観察時に生じたコンタクトによるものである：この様

Table 2 検査所見

WBC	6100 / μl	TP	6.7 g/dl
RBC	415 $\times 10^4 / \mu\text{l}$	T-bil	0.4 mg/dl
Hb	12.2 g/dl	GOT	25 U/L
Hct	37.1 %	GPT	19 U/L
Plt	166 $\times 10^3 / \mu\text{l}$	ALP	291 U/L
		LDH	256 U/L
BUN	19.8 mg/dl	γ -GTP	18 U/L
Cre	0.93 mg/dl	CRP	0.02 mg/dl
Na	141 mEq/L	CEA	2.1 ng/ml
K	5.1 mEq/L	CA19-9	8 U/ml
Cl	109 mEq/L		
UA	4.8 mg/dl		
eGFR	44.5 ml/m ² /1.73m ²	¹³ C-UBT	30.3 %

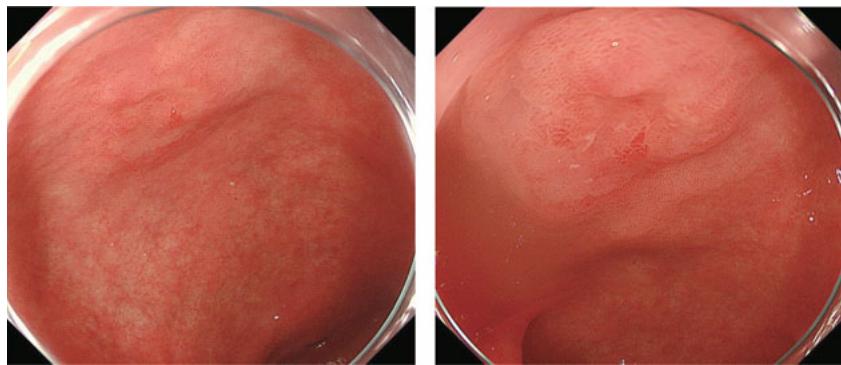


Fig. 1

白色光観察、胃前庭部小弯に $\phi 15\text{mm}$ 大の退色調の不整形の陥凹性病変を認める。

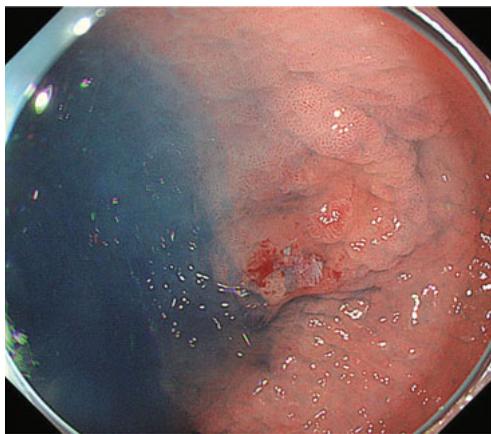


Fig. 2 インジゴカルミン散布

な結果を生じる観察法は悪い例である)。浸水下拡大観察 (Fig 3 ~ 7) ; 背景粘膜は、絨毛状・顆粒状の粘膜構造の窩間に螺旋状に走る毛細血管像を認め、八木らの提唱する A-B 分類²⁾ の A-2型に相当する像を呈し、H.pylori 感染の結果引き起こされた萎縮・腸上皮化生粘膜と確認できる。白色光観察にて退色調であった病変は、NBI (弱～中拡大) 拡大による観察では表面の微細構造の違いと色調の違いにより周囲の背景粘膜と境界を形成していることが

わかる。病変を白色調に呈している要因は、病変の表層の微細構造が主に幅の広い腺窩辺縁上皮の密な増生を呈するために白く観察し得る事と、それに加え周囲の背景粘膜の窩間に認められる螺旋状の毛細血管が茶色く (白色光では赤く) 観察されるために相対的により強調されるためと確認できる。病変内の領域はやや幅の広い腺窩辺縁上皮と狭い窩間部からなりたち、窩間部に見られる血管は概ね Mesh 状の network を呈している。それらにより形成され NBI にて可視化される腺管及び表面構造は、長短・大小それぞれ大きさが揃い溝状・畝状の腺管構造を呈し、一定の規則性・方向性を持たず癒合や分岐を呈しながら密に増生しているのが確認できる。病変内の口側とその前壁寄りの領域は、他の領域と比べ腺窩辺縁上皮の幅が小さな腺管構造を呈する腺管の密な増生を認め、相対的に窩間とその部位の血管構造が増えているため茶色の色調が強くなっているようであるが、所々白色の不整形の不透明物質が沈着しており、微細な血管構造は確認できず、不整な領域であるが詳細な評価は困

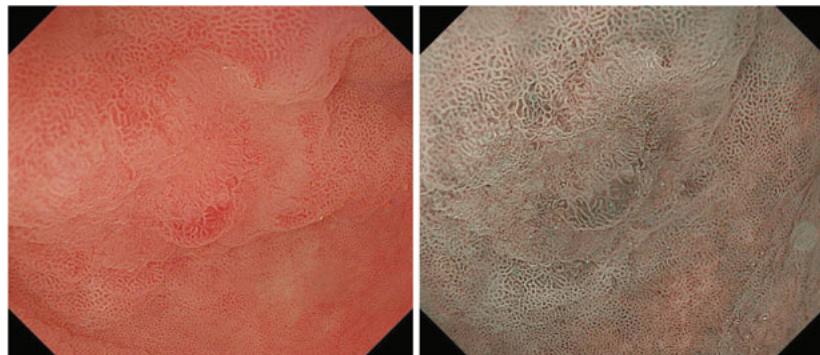


Fig. 3 同部位の白色光と NBI 像

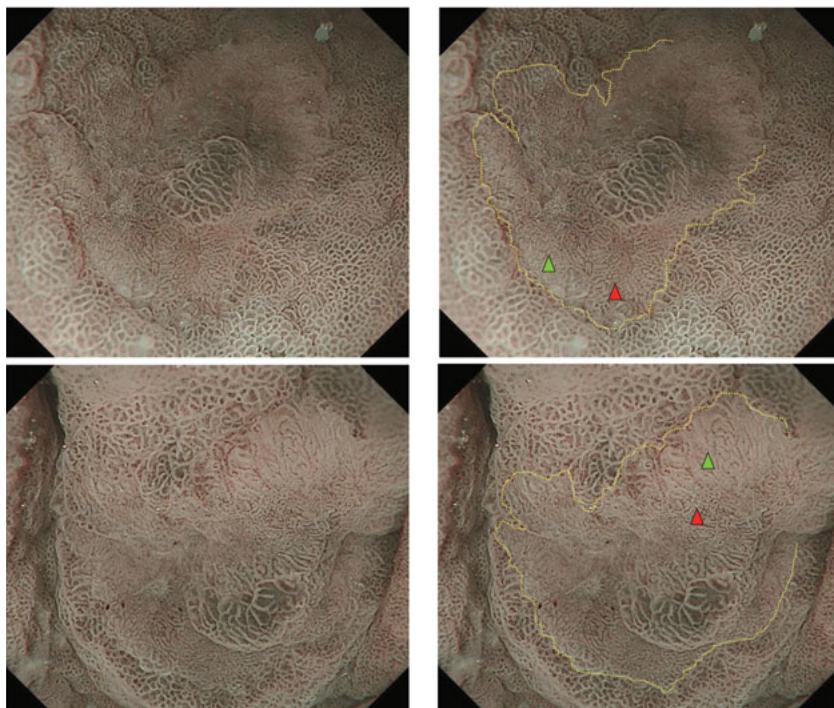


Fig. 4

黄点線：大凡のDL、その内部にはやや幅の広いMCE(緑矢頭)とMesh状のMV(赤矢頭)を認め、その外側には絨毛状・顆粒状のMSの内部に螺旋状のSECにて構成されるMVを認め、色調・構造の違いでDLが判別できる。長短・大小それぞれ大きさが不揃いな溝状・歓状のMSを呈し、一定の規則性・方向性を持たず癒合や分岐を呈しながら密に増生している。

難な領域となっている。

本例では、境界線は表面構造・色調(微細血管構造)・腺管高の違いにより認識し

得る。NBI併用強拡大での観察では、先の3要素を勘案し病変周囲の観察を行うことで、ほとんどの部位で境界線を同定可能

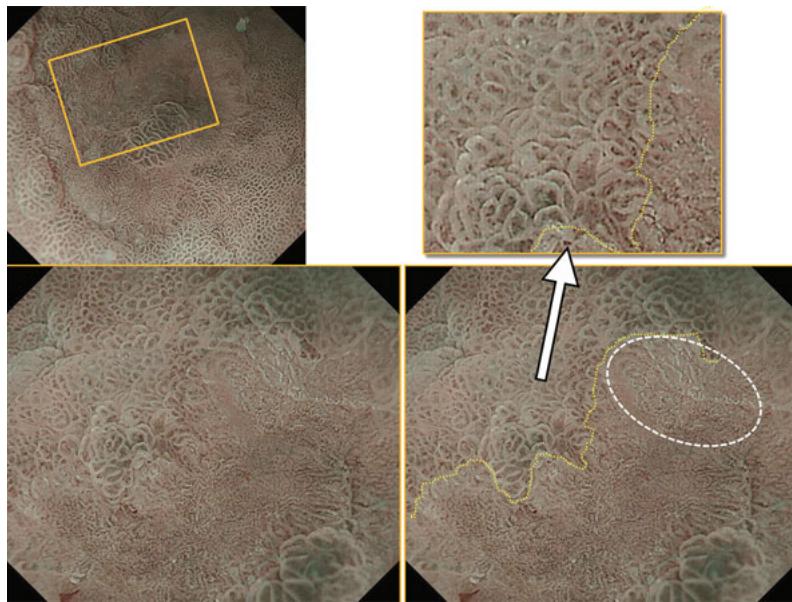


Fig. 5

黄点線は大凡のD L. 病変内の口側とその前壁寄りの領域は、他の領域と比べMCEの幅が小さな腺管構造を呈する腺管の蜜な増生を認め、不整なWOS(白破線付近)の沈着も認める。

図右上：背景粘膜は絨毛状・顆粒状のMSの内部に螺旋状のSCEにて構成されるMVを認め、A-B分類のA-2型に相当する。

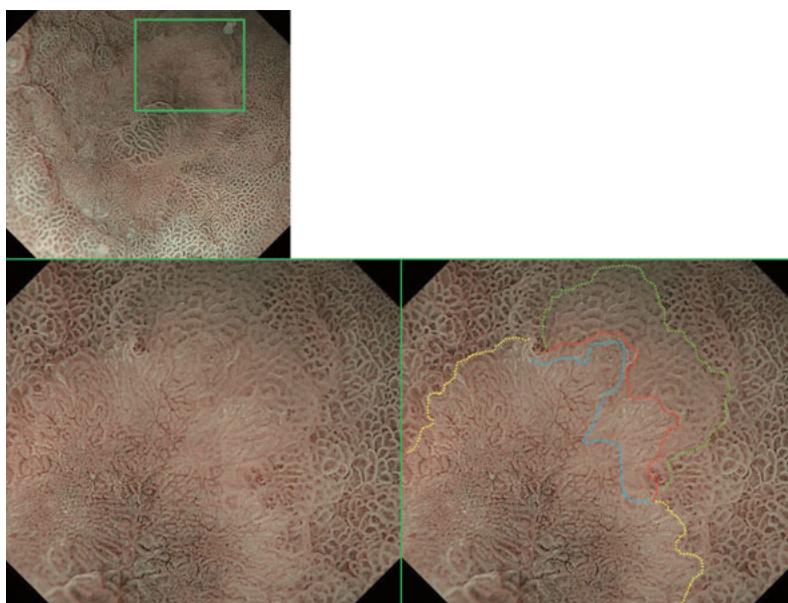


Fig. 6

病変口側後壁寄りの境界は不明瞭で、MCEの幅の広さでは緑点線、MSの違いを重視すると赤点線、病変内部のMVを重視すると青点線が大凡のD Lと考えられる。

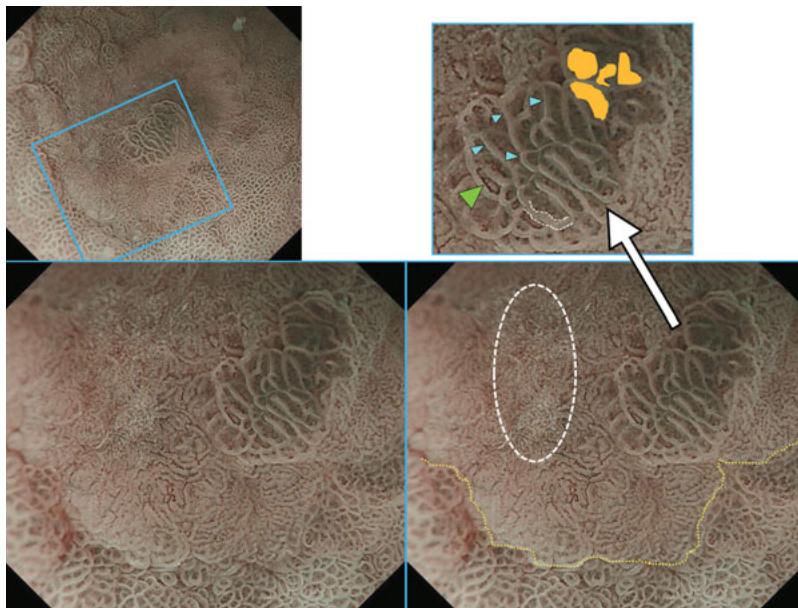


Fig. 7

Fig. 5 同様に、病変内の口側とその前壁寄りの領域は、他の領域と比べ MCE の幅が小さな腺管構造を呈する腺管の蜜な増生を認め、不整な WOS の沈着も認める(主に白破線内)。

図右上：病変中央部の発赤隆起では大きな橢円・棍棒・分葉状の MS を呈し、辺縁に LBC(空色矢頭)を持った比較的均一な幅の広い MCE(細白破線間)と、幅の広い IPBC を持った腺管がゆとりを持って増生している。IPBC は全体に SCE の鬱血と考えられる不明瞭な茶色化(黄色領域)を認め、強拡大ではやや太まった螺旋状の MV(緑矢頭)が一部に確認できた。

であった。しかし、病変口側後壁寄りの境界は不明瞭で(Fig 6)、腺窩辺縁上皮の幅の広さを考慮して境界線(緑破線)を設定するか、表面構造の違いを重視して境界線(赤破線)を設定するか、病変内部の血管構造を重視して境界線(青破線)を設定するかで意見が分かれるところと考えられる。このような所見を呈する部位は、粘膜固有層中層から深層に腫瘍が存在し最表層に非腫瘍腺管が増生している⁴⁾場合か、最表層が過形成性の非腫瘍腺管と腫瘍腺管が入りまじり、モザイク状に境界を形成している場合⁵⁾が多い。前者は *H.pylori* 除菌後病変に多く見られ、後者は PPI を服用している症例に見られやすい⁶⁾傾向がある。

また、病変中央部の発赤隆起では大きな橢円・棍棒・分葉状の腺管・表面構造を呈し、辺縁に細く青白い縁取りを持った比較的均一な腺窩上皮と、幅の広い窩間を持った腺管がゆとりを持って増生している(Fig 7)。その窩間部は全体に鬱血と考えられる不明瞭な茶色化を認め、強拡大ではやや太まった螺旋状の微細血管が一部に確認できた。この隆起部の周囲には密な腺管構造を呈する腫瘍腺管が全周性に取り囲み、また、その口・後壁側の腫瘍部に溝状陥凹構造を認めており、生検操作後の 2 次性の再生性変化と考えられる。このような部位では概ね粘膜深部に腫瘍腺管が存在しており、表層は再生性変化による非腫瘍の

腺窩上皮でおおわれていることが多い。

酢酸散布下 NBI 拡大観察 (Fig 8)；酢酸散布直後では病変・背景粘膜共に粘膜表層は白色変化を認め、それにより表層の立体構造が明瞭となり表面構造の観察が可能となった。背景粘膜は比較的均一な球状・ドーム状の絨毛構造を認めた。病変内肛門側は不揃いの溝状・畝状・棍棒状の表面構造が明瞭に確認され、NBI のみの観察時

には認識が難しかった腺開口部の形態も確認できる。同様に病変内の口側とその前壁寄りの領域も、表層の白色化により表面構造の立体構造の観察が可能となり、小さく不揃いな絨毛様構造と確認できた。

以上の所見からまとめると、前庭部小弯の早期胃癌 0-IIc+IIa $\phi 15\text{mm}$ 、密集した増生を示す高分化型管状腺癌 tub1主体の病変と考えられ、病変口側後壁付近の境界

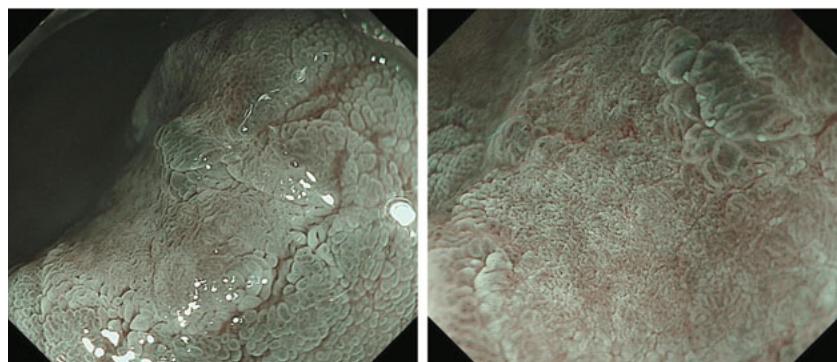


Fig. 8

酢酸散布下 NBI 拡大観察：背景粘膜は比較的均一な球状・ドーム状を主体とした MS を認め、病変内肛門側は不揃いな溝状・畝状・棍棒状の MS が明瞭に確認される。CO も確認できる。病変内の口側とその前壁寄りの領域は、小さく不揃いな絨毛様構造で形成される MS が確認できる。

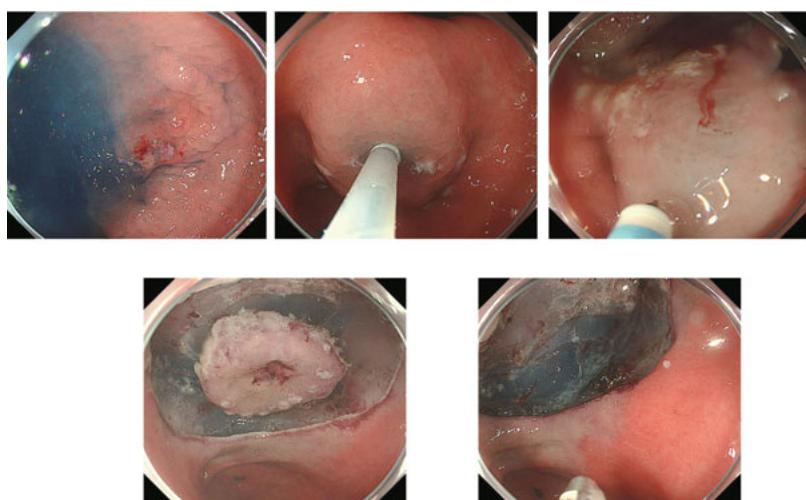


Fig. 9 ESD にて一括切除

は過形成性変化を示す背景組織と接し不明瞭な境界を形成していると考えられる。

cT1a、UL (-) であり、内視鏡的粘膜下層剥離術(ESD)の絶対適応病変であった。

ESD にて腫瘍を一括切除した (Fig 9)。

切除標本は $\phi 45\text{mm}$ 大で、病変は $15\text{mm} \times 10\text{mm}$ であった。長軸方向に14分割し標本を作製した (Fig10)。内視鏡画像と対比しやすいように口側を写真上方向に合わせ検討した (Fig11)。切除標本は粘膜表面の微細構

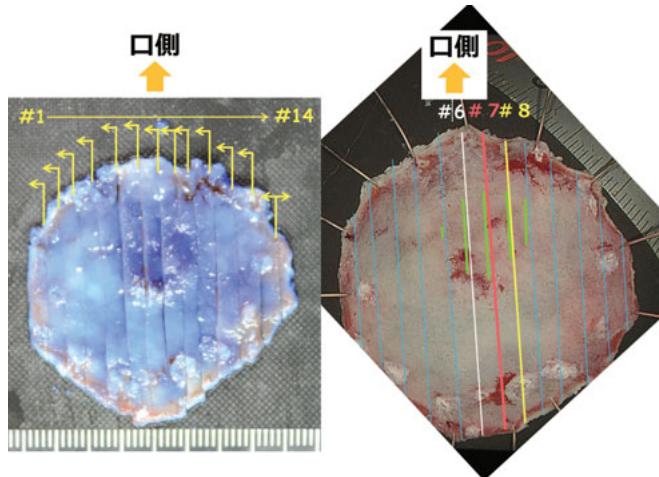


Fig.10

切除標本は $\phi 45\text{mm}$ 大で、病変は $15\text{mm} \times 10\text{mm}$ であった。胃の長軸方向に14分割し標本を作製した。病変は緑線の範囲に認められた。

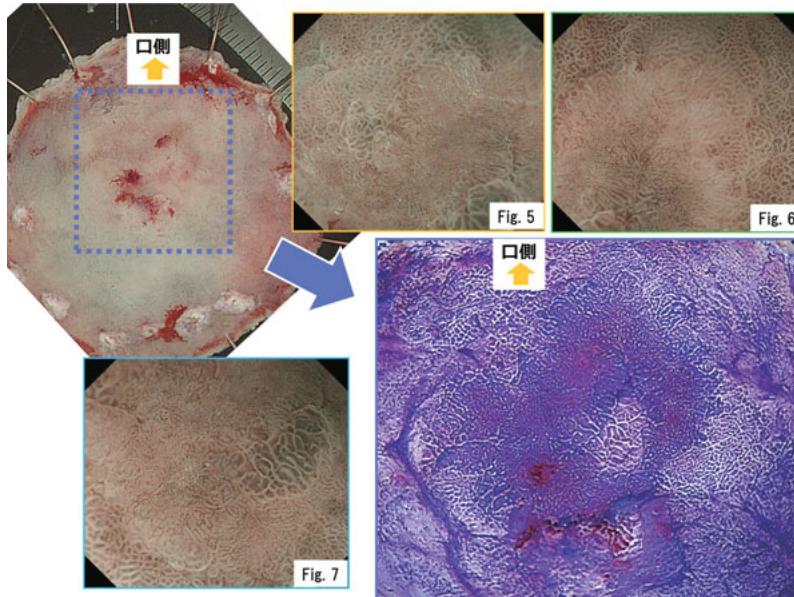


Fig.11

切除標本、切除標本 Crystal violet 染色後拡大、NBI画像の対比。NBI画像はそれぞれ Fig. 5・6・7に対応。

造が確認しやすいように、10%ホルマリンに浸漬固定後、Crystal violet (CV) にて染色し、撮影を行った。ホルマリン固定後の組織は、ホルマリンの組織脱水固定作用により、1割程度収縮すると考えられており、それを勘案して対比・検討することが

必要である。腫大した核を持った異型細胞が腺開口部から腺底部近くまで、密な管状の構造を形成し増生しており、高分化管状腺管と診断できる (Fig.12・13)。

粘膜内の増生で脈管侵襲は認めず、深部・側方断端とともに陰性であった。組織標

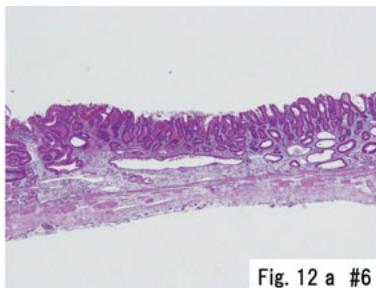


Fig. 12 a #6

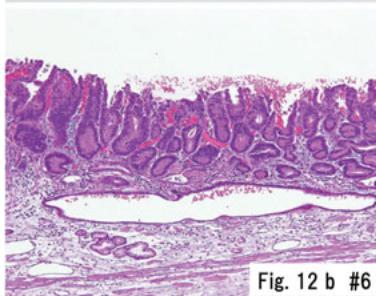


Fig. 12 b #6

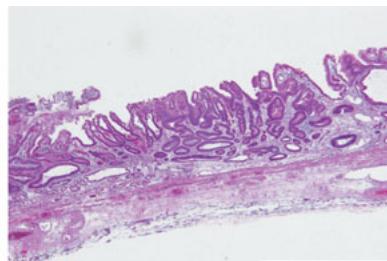


Fig. 12 c #8

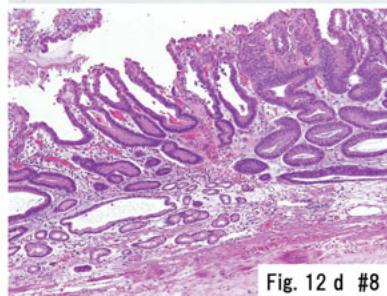


Fig. 12 d #8

Fig.12 a / b / c / d

病理組織像：腫大した核を持った異型細胞が腺開口部から腺底部近くまで、密な管状の構造を形成し増生しており、高分化管状腺管と診断できる。

6 (Fig.12a/b) では # 7・# 8 (Fig.12c/d) と比べ、腺窩辺縁上皮・腺開口部・窩間部それぞれの間隔が狭く、内視鏡所見同様、より腺管密度が上昇していることが理解できる。

7



8

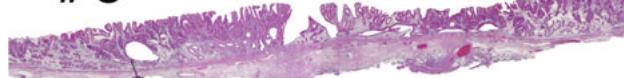


Fig.13

病理組織標本：# 7・# 8 切片のルーペ像。緑線領域に腫瘍腺管を認める。

本上は、癌腺管は#5～#9に認められ、範囲はおおよそ Fig10の緑線の範囲であった。代表的な#7・#8の切片を用いて、内視鏡画像と切除切片のCV染色画像および病理組織標本ルーペ像を対比・検討し、表面微細構造を目安にそれぞれの位置関係を示した (Fig14・15)。緑点線の部位がそれ

ぞれの切片に対応するものと考えられた。#7・#8の腫瘍内肛門側の領域は内視鏡で観察された溝状・畝状の構造を反映するよう、腫瘍表層付近の腺管は比較的広い腺開口部を形成しながら不規則に開口しているのが確認される。それぞれの狭い窓間部には不整な微小血管として観察された微小血

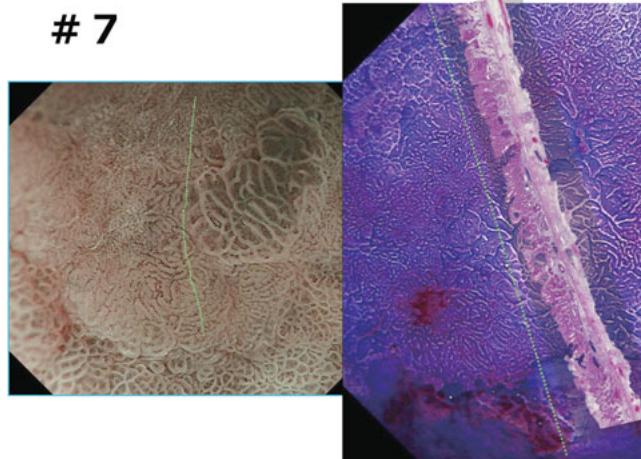


Fig.14

#7 の NBI 画像、切除標本の CV 染色、病理組織標本の対比。緑点線の部位が大凡切片に対応するものと考えられた。

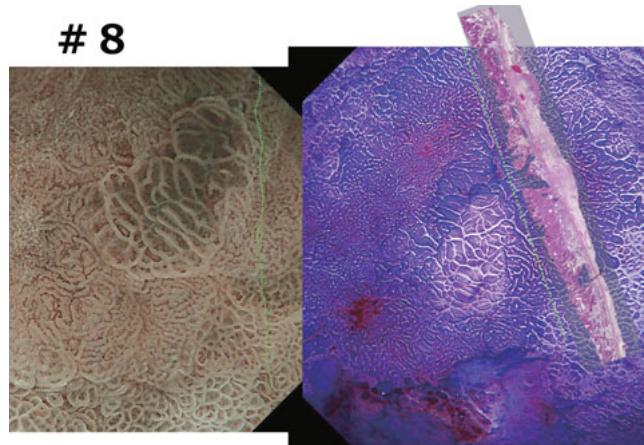


Fig.15

#8 の NBI 画像、切除標本の CV 染色、病理組織標本の対比。緑点線の部位が大凡切片に対応するものと考えられた。

管も確認できる。#6 (Fig12a/b) では#7・#8 (Fig12c/d) と比べ、腺窩辺縁上皮・腺開口部・窩間部それぞれの間隔が狭く、内視鏡所見同様、より腺管密度が上昇していくことが理解できる。内視鏡観察時に境界が不明瞭であった Fig 6 で示した病変口側後壁寄りの境界付近は、標本#8 切片の病変口側端に相当し、腫瘍腺管は過形成性の増生を示す背景の非腫瘍腺管とモザイク状に入りまじりながら境界を形成しているのが確認できた (Fig16)。その領域の粘膜中層には腫瘍腺管が認められた。Fig 7 で示した病変内の生検による二次性の変化と考え

られた隆起部位も、内視鏡所見同様に、表層は非癌粘膜で再生成の上皮で覆われ、その深部には異型腺管が確認できた (Fig17)。不明瞭な茶色化が見られたその窩間部では、上皮下直下の間質に、SEC の密集した増生が認められた。背景粘膜では炎症細胞浸潤を伴った高度の萎縮、腸上皮化生を確認できた (Fig18)。

診断：Adenocarcinoma、0-IIc+IIa、15×10mm、tub1、pT1a(M)、UL(-)、ly(-)、v(-)、pHM0(9mm)、pVM0。

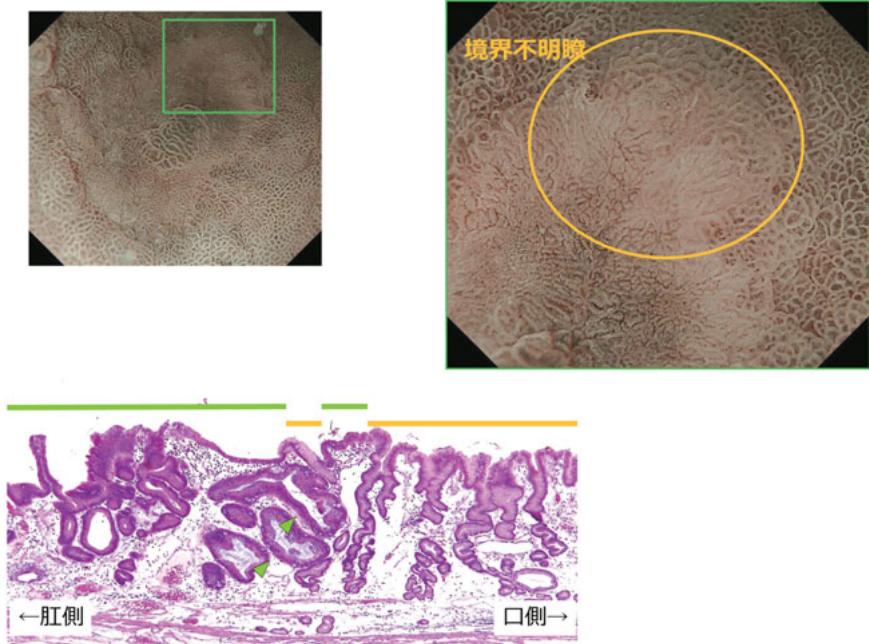


Fig.16

標本#8 切片の病変口側端。内視鏡観察時に境界が不明瞭であった病変口側後壁寄りの境界付近は、腫瘍腺管(緑線)は過形成性の増生を示す背景の非腫瘍腺管(黄線)とモザイク状に入りまじりながら境界を形成しているのが確認できた。その領域の粘膜中層には腫瘍腺管が認められた(緑矢頭)。

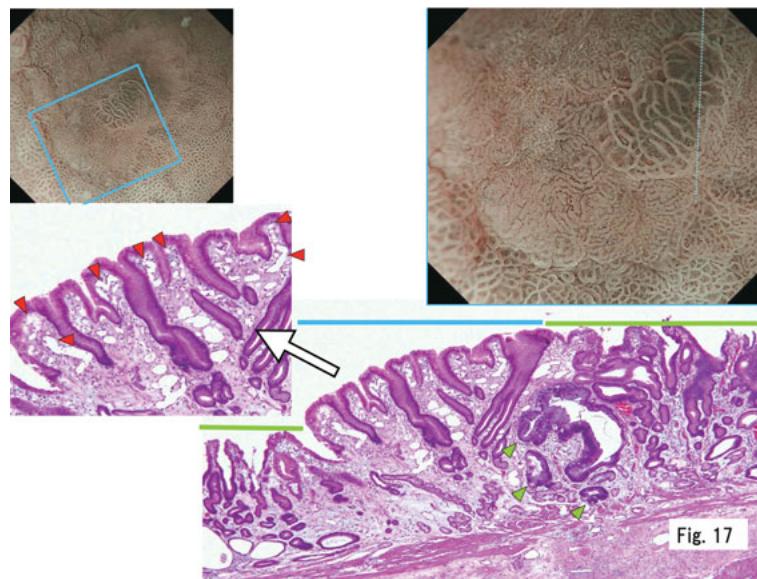


Fig.17

空色点線：大凡の切片に対応する部位

病変内の隆起部位は、表層は非癌粘膜で再生の上皮で覆われ(空色線)、その深部には異型腺管が確認できた(黄緑矢頭)。緑線は腫瘍腺管。

NBI 画像にて IPBC が Brownish を呈する領域の上皮下直下の間質には、SEC の密集した増生が認められる(赤矢頭)。

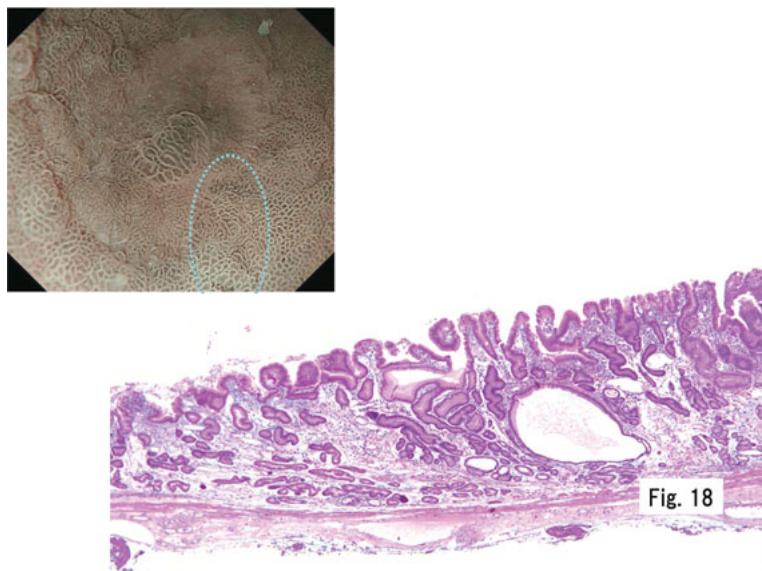


Fig.18

空色点線内の領域：背景粘膜では炎症細胞浸潤を伴った高度の萎縮、腸上皮化生を確認できた。

考 察

今回我々は、ESD にて切除した早期胃癌を、その内視鏡像と病理標本とを対比・検討した。病理組織の撮影はバーチャルスライドにより全プレパラートを自動でデジタル撮影し、その後コンピューター画面上で閲覧・編集できる設備を導入している施設もあるが、かなりの設備投資が必要となるため、大病院以外ではまだ一般化していない。当院では、組織プレパラートを一部位一部位コツコツと顕微鏡にて用手でデジタル撮影している。その画像をコンピューター上で Power Point(Microsoft[®])にて加工し、組織切片・内視鏡画像と細かく照合し切除検討を行なっている。ESD 施行例全例に行なうことが望ましいと考えるが、病変の部位や大きさ、撮影された画像の条件、治療時の出血やコンタクトによる組織片への損傷などにより、症例個々に限界はある。しかし、最も検討の妨げの原因となってしまう事項は撮影された画像の綺麗さであり、日頃から検査を行う際には心に留めておく必要がある（本症例においても切除前観察時に病変内に接触による出血をきたしてしまっている）。

特殊光 (NBI 或いは BLI) による早期胃癌の拡大内視鏡診断は、組織表面からわずか数十 μm の情報のみの診断によるもので、mode の切り替えにより腫瘍・非腫瘍がすぐに診断できるものではなく、その診断プロセスに至るまでには、今までの白色光観察を中心とした非拡大内視鏡による胃癌診断体系を十分に理解していることが前提となる。また、特殊光による診断技術が広まってきたこの10年の間でも、拡大内視

鏡による所見の用語や定義それらの分診断基準については統一されたものはなかったのが現状である。2016、日本消化管学会、日本消化器内視鏡学会、日本胃癌学会の3学会合同で、特殊光を併用した拡大内視鏡による診断をより簡便にし、国際統一基準として広めるため、早期胃癌の拡大内視鏡による診断体系 (Magnifying Simple Diagnostic Algorithm for Early Gastric Cancer; MESDA-G⁷⁾ が作成された。2008年に Yao らにより提唱された VS classification system 元に、シンプルなアルゴリズムに従うことにより、癌か非癌の診断が容易にできるようになり、今後 world wide に受け入れられる様になると考えられる。しかし、典型的な所見に乏しい病変や H.pylori 除菌後胃に発生した病変などは、それだけでは診断に苦慮することが多く、誤った範囲診断を行うと治療後遺残を来す原因となりうる。内視鏡で観察された MS・MV の所見を pattern で分類して理解・診断するだけでなく、病理組織を想起しながらその内視鏡所見の成り立ちを理解し診断することが重要と考える。既報告による各種所見の詳細や、MS・MV の整・不整の判断は、教科書上の確認だけでは主観が入りやすく、いざ症例を目の前にするとそれを本当に不整と判断すべきかどうか悩むことが多いため、各種研究会や勉強会に参加して多くの症例を検討したり、諸兄の診断を学び、自身での目合わせを行うことが重要である。病変が DL(+)、MS irregular、MV irregular であるから『癌』という診断だけでなく、どの様な背景粘膜から発生した、どの様な組織構築をきたしている癌が、実際どこまで広がっている

か、ということを筆者も常に考えながら診断したいと考えている。この様な症例検討を一つ一つ繰り返すことで、本当の理解に繋がると考えている。

文 献

- 1) Yao K, Takaki Y, Matsui T, et al. Clinical application of magnification endoscopy and narrow-band imaging in the upper gastrointestinal tract: new imaging techniques for detecting and characterizing gastrointestinal neoplasia. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 18:415-433, 2008.
- 2) 八尾 建史, 松井 敏幸, 岩下 明徳. 胃拡大内視鏡. 日本メディカルセンター pp75-100, 2009.
- 3) 八木 一芳, 他. *Helicobacter pylori 感染胃粘膜の拡大内視鏡観察. 胃と腸* 42: 697-704, 2007.
- 4) 八木 一芳, 他. *H.pylori 除菌後発見 胃癌の内視鏡診断. 医学書院* 2016.
- 5) 江頭 由太郎, 他. 粘膜内進展範囲診断の困難な胃癌の病理学的特徴. *胃と腸* 50:251-266, 2015.
- 6) 伊藤 公訓, 他. プロトンポンプ阻害薬投与に伴う胃粘膜. *胃と腸* 51:491-496, 2016.
- 7) Muto M, et al. Magnifying endoscopy simple diagnostic algorithm for early gastric cancer. *Dig Endosc*, in press.

症例報告

明らかな増大を認めたPyloric gland adenomaの一例

京都大学医学部附属病院・消化器内科 濑戸山 健、宮本 心一、妹尾 浩
病理診断科・病理部 吉澤 明彦

要 旨

症例は80歳代、男性。上部消化管内視鏡検査で、胃角部後壁に15mm大の隆起性病変を指摘され、生検結果はGroup 3であった。1年3ヶ月後に内視鏡検査を再検したところ30mm大へと明らかな増大がみられたが、生検結果はGroup 1であった。内視鏡的に0-I型早期胃癌を疑われたため、狭帯域光拡大観察を併用し精査したところ、腫瘍表面微細粘膜構造の乱れと微小血管構造の蛇行がみられ、早期胃癌を強く疑われたため、内視鏡的粘膜下層剥離術を施行した。病理結果は、一部High grade dysplasiaに該当する部分を含む腺腫であった。粘液免疫染色では、MUC6、MUC5AC陽性で、Pyloric gland adenoma (PGA)と診断された。PGAは比較的まれな腺腫であるが、悪性成分を有することがあり、治療を要する腫瘍である。我々が経験したPGAの症例を内視鏡画像を中心に報告する。

キーワード: 胃型腺腫、Pyloric gland adenoma (PGA)、粘液免疫染色

緒 言

胃腺腫には日常診療で頻繁に遭遇する腸型腺腫の他に胃型腺腫が存在する。胃型腺腫の中でもPyloric gland adenoma (PGA)は低頻度ではあるが、悪性成分を含むことがあり、正確な診断と治療が必要で注意すべき腫瘍である。今回、経過中に明らかな増大を見たPGAの一例を経験したので、文献的考察を加え、他の自験例の内視鏡像も併せて報告する。

症 例: 80歳代、男性

主 訴: 内視鏡検査異常

既往歴: 心房細動に対しアブレーション治療後、狭心症に対し経皮的冠動脈形成術後。

生活歴: 喫煙なし、機会飲酒

現病歴: 2012年5月に前医で施行された上部消化管内視鏡検査にて、胃角部後壁に

15mm大の隆起性病変を指摘され、生検ではGroup 3であった。2013年8月の再検時には30mm大と明らかな増大を認めたものの、生検ではGroup 1（過形成性ポリープ）と診断された。明らかな増大傾向があり、内視鏡診断では0-I型早期胃癌も否定できず、当院紹介受診となった。

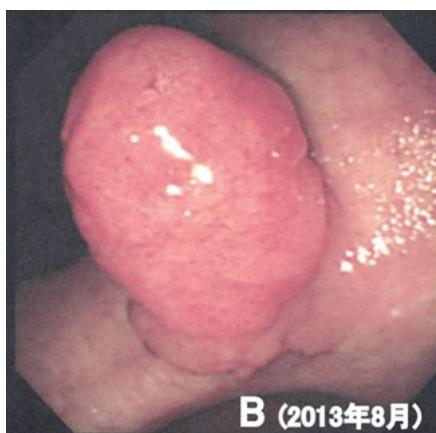
血液検査：特記すべきものなし

前医での内視鏡検査

2012年5月（図1A）の検査時には表面光沢を有する発赤調の境界明瞭な15mm大の隆起性病変を認める。生検結果はGroup 3であった。2013年8月の検査時（図1B）には30mm大に増大し、表面構造は前回とほぼ同様であるが、頸部を有することが観認できる。生検結果はGroup 1、過形成性ポリープであった。



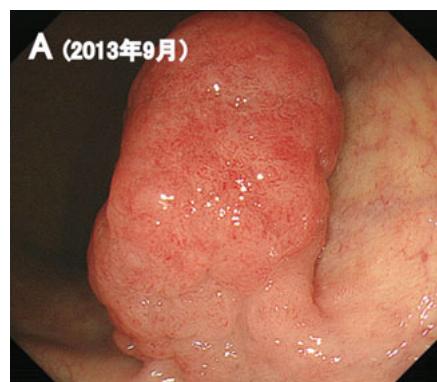
（図1A）



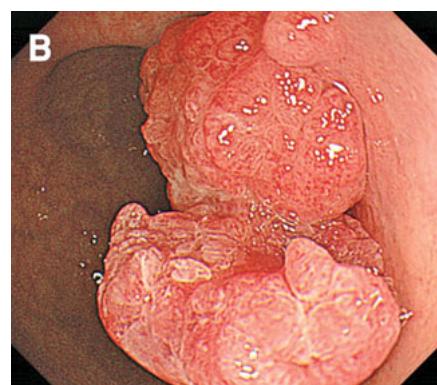
（図1B）

当院での内視鏡検査

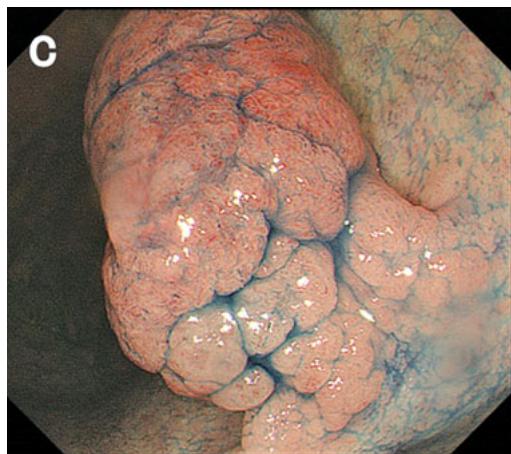
2013年9月、当院で上部消化管内視鏡検査を再検した。胃角部後壁小弯寄りに30mm大の光沢を有する発赤調でカリフラワー様の有茎性腫瘍を認めた（図2A,B）。インジゴカルミン散布（図2C,D）では、表面の脳回様構造が明瞭化し、発赤部は緊満感を有していた。狭帯域光拡大観察（図3A-C）では結節部分には粘膜微細構造の乱れがみられ、微小血管構造も蛇行・不整がみられた。以上から、内視鏡診断としては、増大傾向に加え、表面構造からは0-I型早期胃癌も考えられたため、内視鏡的粘膜下層剥離術が施行された。



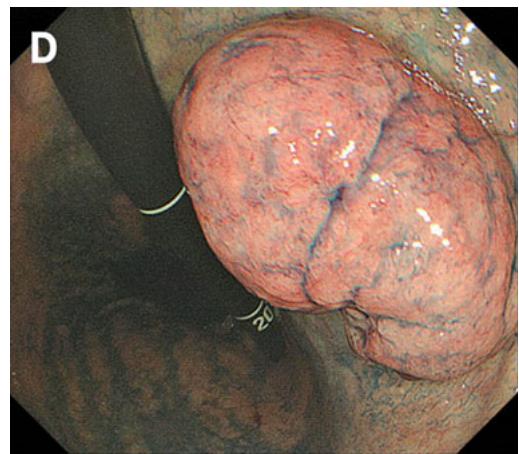
（図2A）



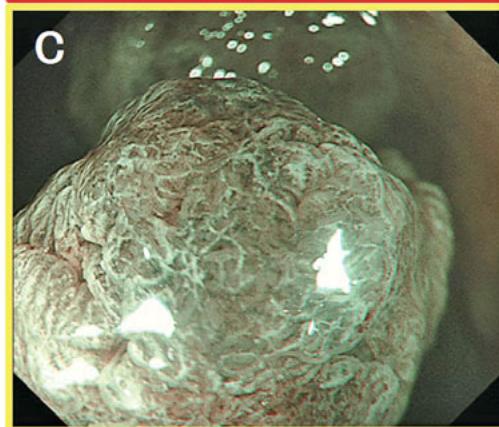
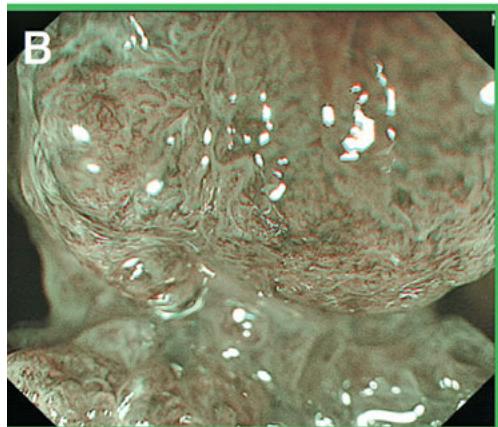
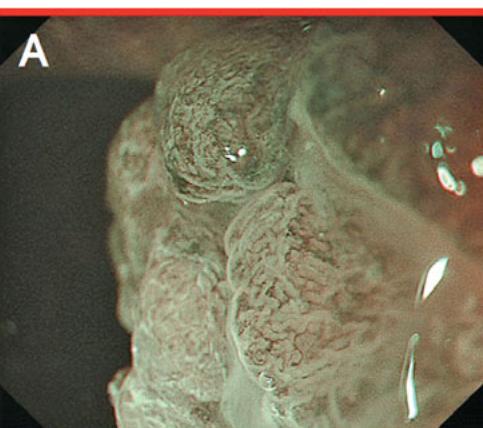
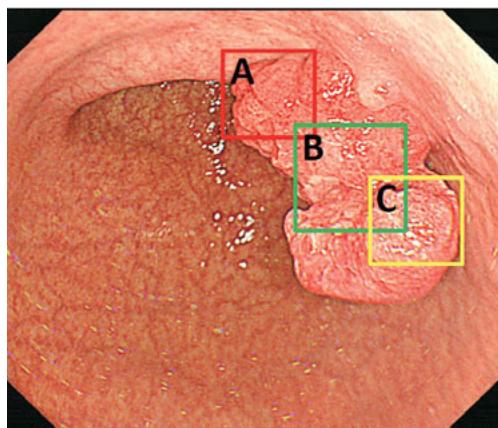
（図2B）



(図 2 C)



(図 2 D)

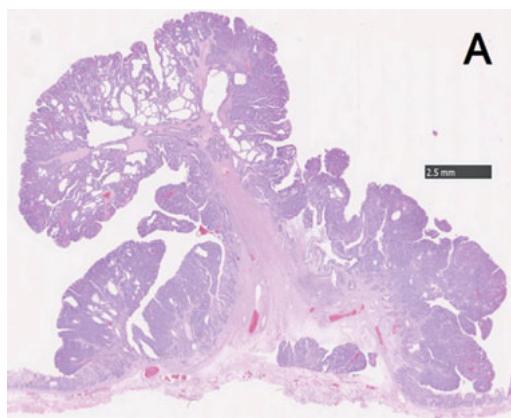


(図 3 A-C)

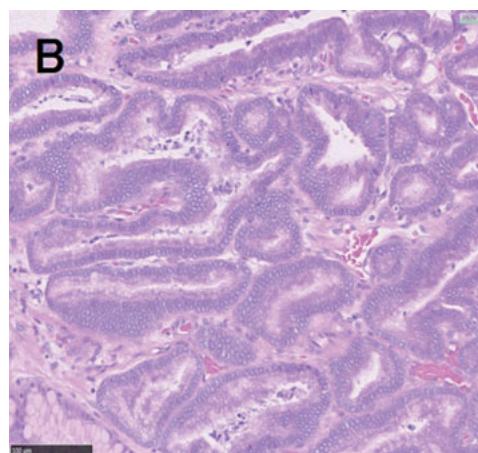
病理組織検査

切除検体のHE染色では、大部分は清明な胞体を有する円柱上皮からなる幽門腺類似の腺管構造が密生し、全体として分葉状に増殖しているものの(図4 A)、細胞自体は比較的均一で極性に乱れはなく、「癌」とは診断しきれない像を呈していた(図4 B)。ただし、核が大小に不均一化している細胞が密に、増殖している部位(図4 C)や、細胞の極性も乱れて、核小体も目立つ「癌」に極めて近い部位(図4 D)も散

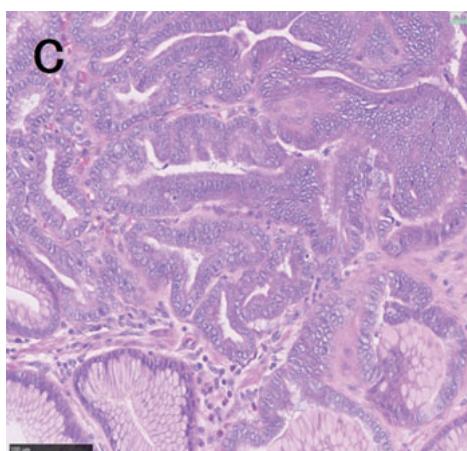
見された。HE染色像からは、一部にHigh grade dysplasia成分を伴う、PGAが示唆された。細胞が比較的均一で極性の保たれている部位ではKi-67 indexも低く、一方で、核が腫大し、細胞の極性に乱れがみられる悪性所見に近い部位では、Ki-67 indexが高く、同一腫瘍内でも多様性がみられた。さらに粘液免疫染色では、MUC6(図5 A)、MUC5AC(図5 B)が共に陽性で、最終的に、PGA with high grade dysplasiaと診断された。



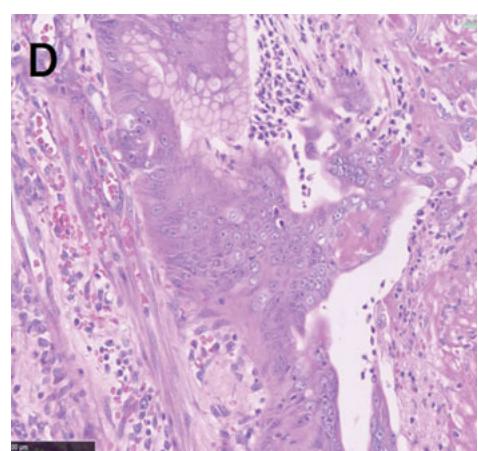
(図4 A)



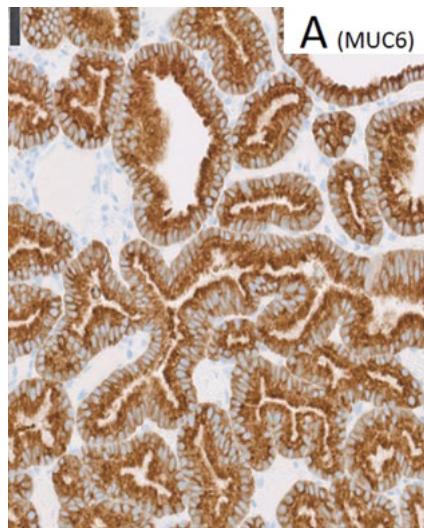
(図4 B)



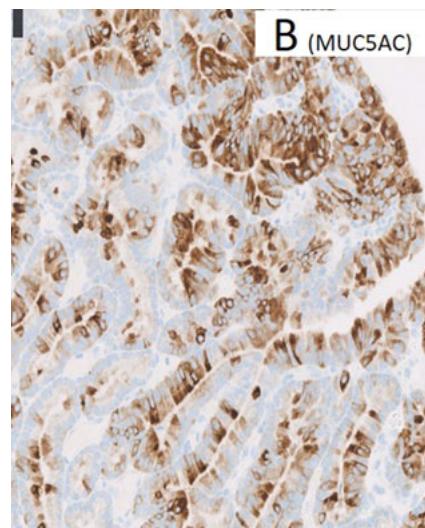
(図4 C)



(図4 D)



(図 5 A)



(図 5 B)

考 察

胃腺腫は、WHO 分類に準拠すると、日常臨床で頻繁に遭遇する腸型腺腫とまれな胃型腺腫に分類され、胃型腺腫はさらに、Foveolar-type adenoma と PGA に分類される¹⁾。病理学的診断には、粘液免疫染色が必要であり、通常の腸型腺腫は MUC2、CD10 が陽性で、MUC6、MUC5AC は共に陰性である²⁾。一方で、胃型腺腫は MUC2、CD10 は陰性であり、さらに MUC6、MUC5AC 共に陽性であれば、PGA と診断が可能で、Foveolar-type は MUC6 が陰性となる点で鑑別可能である（表 1）²⁾。本症例では、MUC6、MUC5AC ともに陽

性であることから、PGA と診断された。MUC6 は頸部粘液細胞に陽性になることから、胃底腺領域に発生する PGA は頸部粘液細胞・主細胞系列への増殖・分化（偽幽門腺）に関与した腫瘍であり、眞の幽門腺由来ではないことに注意を要する³⁾。

これまでの報告によると、PGA は、胃に発生する腫瘍性病変中の 2.7% を占め、特徴としては、高齢者（年齢中央値 73 歳）に多く、1:2.5 で女性に多いことが知られている⁴⁾。また、発見時の平均腫瘍径はおよそ 16mm 大、発生部位は 72% が胃体部および胃体上部で、ヘルコバクターピロリの関与に関しては意見の統一を見ていない⁴⁾。内視鏡的な特徴としては、半球状、結節状隆起が典型例とされ、通常型の腸型腺腫と比較して、光沢を有するとされる^{2), 5)}。本症例を含め、自験例 4 例（図 6）は、いずれも萎縮性胃炎を背景とした 70 歳以上の高齢者で、光沢を有する半球状、もしくは結

表 1

胃腺腫の分類 (WHO 2010)		粘液免疫染色			
		MUC6	MUC5AC	MUC2	CD10
胃型腺腫	PGA	+	+	-	-
	Foveolar-type	-	+	-	-
腸型腺腫		-	-	+	+

節状隆起を呈していた。狭帯域光拡大観察(図6,右列)では、高頻度に表面の粘膜微細構造や微小血管構造に乱れがみられ、内視鏡診断の上では、悪性を疑う所見を呈しているもののが多かった。事実、これまでの報告からは、発見時に組織学的に高度異形成の割合が多いことが知られており、悪性成分を含む割合は30%と高率である^{4),6)}。したがって、頻度は低いものの悪性化の可能性もあることから、MUC6陽性で診断が確定した場合には内視鏡治療の適応となる。生検診組織診断では単にG-3と診断されたり、本症例では目立たないが、表層が丈の高い腺窩上皮型の細胞に被覆されてい

る場合は、G-1(過形成性ポリープ)と診断されたりと、組織診断が揺れる可能性があることに注意を要する。また近年は遺伝学的な背景の検討も進んでおり、膵管内乳頭粘液性腫瘍や大腸絨毛腺腫で高頻度にみられるGNAS、KRAS変異が、PGAの48%および41%にみられたとの報告がある⁷⁾。一方で、Foveolar-type adenoma、腸型腺腫および腺癌ではGNAS変異は皆無で、KRAS変異の頻度も低く(それぞれ9%、3%、1%)、PGAの分化、増殖にGNAS、KRAS変異が関わっている可能性が示唆されており、遺伝子異常に基づいた病態解明が期待されている⁷⁾。



(図6)

結 語

PGA は頻度は低いものの、悪性成分を含むことがあり、治療を要する腫瘍である。特異的な内視鏡所見はないが、光沢が目立つ半球状、結節状の肉眼型を呈する報告が多い。PGA の確定診断のためには積極的に粘液免疫染色を行い、MUC6 陽性を確認することが必須である。

文 献

- 1) Bosman FT, et al. WHO Classification of Tumors of the Digestive System, 4th Edition. IARC Press Lyon 2010.
- 2) Vieth M, et al. Pyloric gland adenoma:a clinic-pathological analysis of 90 cases. *Virchows Arch* 2003;442:317-321.
- 3) Kushima R, et al. Gastric adenocarci-noma of the fundic gland type shares common genetic and phenotypic fea-tures with pyloric gland adenoma. *Pathol Int* 2013;63:318-25.
- 4) Kushima R, et al. Gastric-type well-differentiated adenocarcinoma and pyloric gland adenoma of the stomach. *Gastric Cancer* 2006;9:177-184.
- 5) 九嶋亮治ほか. 胃型腺腫の臨床病理学的特徴-内視鏡像、組織発生、遺伝子変異と癌化. *胃と腸* 2014;49:1838-1849.
- 6) 九嶋亮治. 胃型(幽門腺型)腺腫-Pyloric gland type adenoma. 病理と臨床 2004;22:634-645.
- 7) Matsubara A, et al. Frequent GNAS and KRAS mutations in pyloric gland adenoma of the stomach and duode-num. *J Pathol* 2013;229:579-587.

症例報告

多彩な画像所見を呈する多発腹腔内腫瘍として発見された脱分化型脂肪肉腫の一例

一般社団法人愛生会 山科病院

内科 新美 敏久 西村 敏

外科 荒金 英樹 放射線科 鈴木 孝信

要旨

腹部症状を伴う腫瘍の場合、それが内臓由来や消化管由来でない場合でも消化器医として遭遇することがある。腹腔内に存在する腫瘍の場合は組織型やどの臓器由来であるのかなどを精査し、その上で治療方針を決定する必要があるが、その診断過程で難渋することもしばしば経験される。今回、我々は多彩な画像所見を呈する多発腹腔内腫瘍として発見された、脱分化型脂肪肉腫の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

キーワード: 脱分化型脂肪肉腫・脂肪肉腫・腹腔内腫瘍

症例: 70歳代、男性

主訴: 右下腹部腫瘍

既往歴: 中学生の時の検診で尿潜血陽性を指摘されたことがあるが精査を受けていない。

現病歴: 高血圧、高コレステロール血症を

かかりつけ医で内服加療中であった。患者自身が右下腹部の腫瘍をかかりつけ医に相談し、精査目的のため当院へ紹介受診となった。

理学所見

身長152cm、体重42.2kg。

意識清明、血圧114/66mmHg、脈拍64回/分・整。

眼瞼結膜に貧血を認めず、眼

球結膜に黄染を認めない。胸部聴診上、異常を認めない。右下腹部に可動性のある5cm大の硬い腫瘍を触れ、軽度の圧痛を伴う。四肢に浮腫を認めない。

血液検査成績(表1)

血算、生化学検査に特記すべき異常は認

表1 血液生化学検査・尿検査

WBC	9800 / μ l	TP	7.4 g/dl	PT活性	106.5%
Neutro.	77.4%	ALB	4.3 g/dl	APTT	26.2秒(対照28秒)
Lympho.	17.2%	T-bil	0.7 mg/dl	HBs-Ag	陰性
Mono.	3.5%	D-bil	0.2 mg/dl	HCV-Ab	陰性
Eosino.	1.5%	AST	23 IU/L	RPR	陰性
Baso.	0.4%	ALT	16 IU/L	【尿検査】	
Hb	13.9 g/dl	LDH	165 IU/L	比重	1.005未満
Plt.	38.4 $\times 10^3$ / μ l	γ GTP	15 IU/L	糖	—
CRP	0.01 mg/dl	ALP	316 IU/L	蛋白	—
CRE	0.69 mg/dl	Glu	106 mg/dl	ケトン体	—
BUN	15.2 mg/dl	AMY	81 IU/L	潜血	1+
Na	141 mmol/l	CPK	55 IU/L	白血球反応	—
K	4.0 mmol/l	CEA	2.1 ng/ml	亜硝酸塩	—
Cl	101 mmol/l	sIL2-R	516 U/ml		

めなかった。CEA は正常、可溶性 IL-2 レセプター抗体はやや高値であったが正常範囲内であった。結核菌特異的 IFN- γ (ELISPOT) が陽性であったが、胸部 X 線検査 (図 1) に異常は認めず、喀痰の抗酸菌塗抹鏡検 (蛍光法)、PCR、培養検査とともに陰性であった。



図 1 胸部X線検査

腹部 CT 検査 (図 2)

最大の病変は $6 \times 5 \text{ cm}$ 大で軟部陰影の一

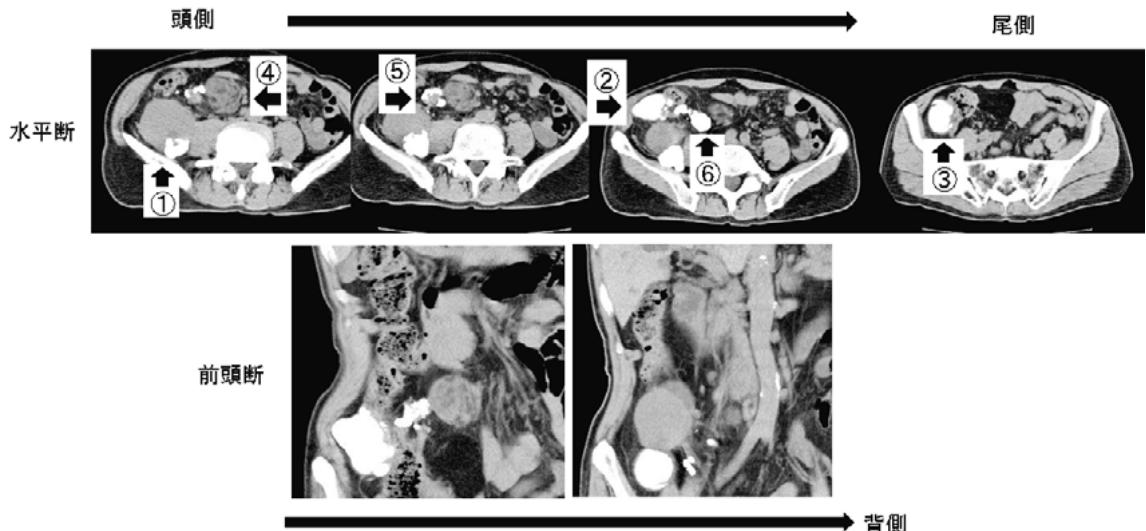


図 2 腹部CT検査

部に石灰化を認めた。体正中部には $4 \times 3.5 \text{ cm}$ 大の前述よりやや低吸収で石灰化のない軟部陰影を認めた。その他には大小様々な石灰化の強い結節が 4 個存在し、腹腔内に合計 6 個の結節性病変が確認された。造影効果は石灰化の強い病変は評価困難であったが軟部陰影の部位にはわずかな造影効果を認めた。約 1か月後の再検査では最も大きい結節は $6.5 \times 6 \text{ cm}$ と増大傾向を認めた。

大腸内視鏡検査

腫瘍による外部からの圧迫をうけているが粘膜面に異常を認めなかった。

PET/CT 検査 (図 3)

上述の 6 個の結節の中で最大径の結節は SUV 最大値 (早期 4.5、後期 4.8) と顕著な集積亢進を認めた。周囲の石灰化を伴う結節も中等度の集積亢進があり、石灰化を伴わない正中部の軟部陰影は SUV 最大値 (早期 2.2、後期 2.1) と軽度の集積亢進であった。

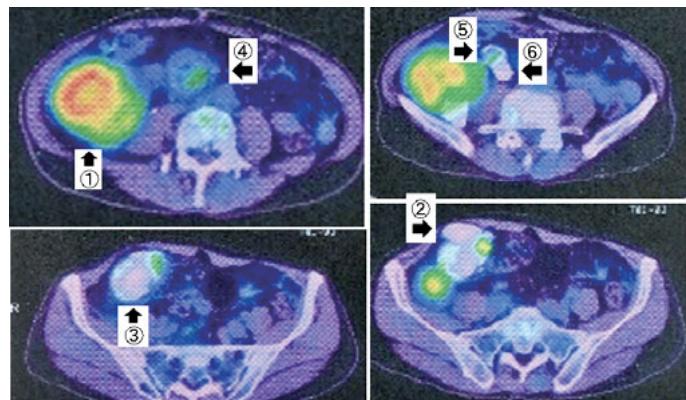


図3 PET/CT検査

経過

CTやPET/CT上の所見は多彩であり、結核菌特異的IFN- γ (ELISPOT)が陽性であったことから、消化管のGISTや結核により石灰化したリンパ節、奇形腫などの腫瘍やその混在が疑われたが、診断には至らなかった。診断目的のために増大傾向の

ある最大径の病変に対してCTガイド下生検を施行した。

病理組織所見は、紡錘状の細胞が束状に集簇しており、いわゆる spindle cell tumorであったが組織型や良悪性の特定が困難であった。(図4)

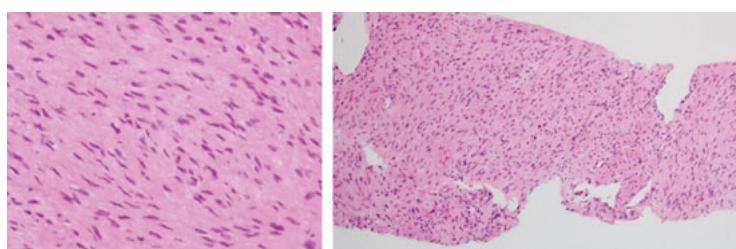


図4 CTガイド下腫瘍生検(病変①) HE染色 左:強拡大 右:弱拡大

確定診断に至らなかったが、増大傾向が強いことから全身麻酔下で右半結腸切除術及び腹腔内腫瘍摘出術を施行することになった。摘出標本では6個の白色~淡黄色を呈する腫瘍性病変を認め、最大のものは10cm大を超えるまでに増大していた。(図5)便宜上、外側に存在する3個の結節を頭側から病変①~③、正中部に位置する病変を頭側から④~⑥とすると、急速な増大傾向にあった病変①の病理組織所見は線維



図5 摘出標本

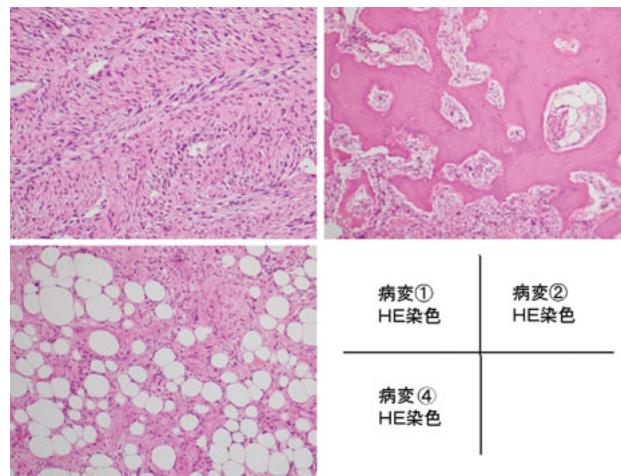


図 6 病理組織検査

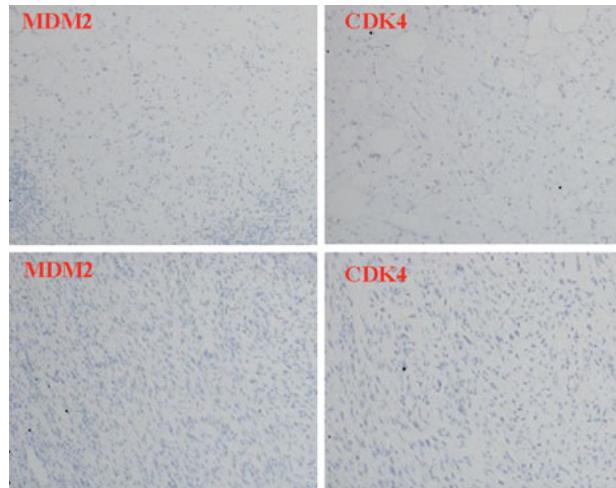


図 7 免疫組織化学

上段：高分化型脂肪肉腫の組織

下段：脱分化型脂肪肉腫の組織

肉腫様の形態を呈し、強い石灰化が特徴とされる病変②は骨肉腫様の腫瘍性骨形成を認めた。また、石灰化がなく、短期間でサイズ変化も見られなかった病変④は、大小不同の脂肪細胞の増生と lipoblast 様細胞や紡錘形細胞が混在する高分化型脂肪肉腫の成分に占められていた。(図 6)

以上の結果を総合的に判断し、6 個の病

変は高分化の成分が主体の病変④から発症し、脱分化により悪性度が高くなつたことで急速な増大が始まり、腹部腫瘍として発見された脱分化型脂肪肉腫という結論に至つた。高分化型脂肪肉腫と脱分化型脂肪肉腫で共過剰発現が特徴とされる MDM2、CDK4 の免疫組織化学は染色性が悪く判定は困難であった。(図 7)

考 察

脂肪肉腫は悪性軟部腫瘍に分類され、その組織型は2002年のWHO分類では高分化型脂肪肉腫、脱分化型脂肪肉腫、粘液型脂肪肉腫、多型型脂肪肉腫、混合型脂肪肉腫の5型に分けられ、各亜型においては臨床像や組織像が様々である。脱分化型脂肪肉腫は高分化型脂肪肉腫から発生した脂肪を形成しない高悪性度の腫瘍と定義され、高分化型脂肪肉腫と異なり遠隔転移のリスクも発生する。多彩な組織像をとり、異所性分化も5%程度にみられ、骨・軟骨への分化が多いとされる¹⁾。高分化型脂肪肉腫と脱分化型脂肪肉腫はMDM2とCDK4の共増幅と共に過剰発現が特徴とされ、診断時に役立つとされている²⁾。今回の症例では、多発する病変はどれも免疫組織化学ではMDM2、CDK4ともに染色性が悪く診断の一助にならなかった。しかし、高分化型脂肪肉腫の組織像を認める病変、脱分化型脂肪肉腫の組織型を認める病変ともに同様の染色性であったことそれ自体が、脱分化型の病変が高分化型の病変から発症し、遺伝子的特徴を受け継いでいるとも考えられた。

軟部腫瘍の診断においてFDG-PETによる良悪性の鑑別は、軟部腫瘍自体が多彩のSUVを有することや、神経系の腫瘍や炎症を伴う腫瘍の存在などから有用でない

ものの、低悪性度と高悪性度の鑑別に期待されるとの報告がある³⁾。今回の症例でも、悪性度が低いとされる高分化型脂肪肉腫の組織型を呈する病変に比べて悪性度の高い脱分化型脂肪肉腫の組織像を呈する病変の方が高いSUVを示していた。特に急速に増大する病変は最もSUVが高値でありその悪性度を示していると考えられた。

悪性軟部腫瘍の診断ではMRI検査が診断に有用とされているが、今回の症例では施行できていないことは今後の反省点であった。

文 献

- 1) 吉田 朗彦. :【脂肪肉腫の多様性と診断の動向】病理と臨床, 2012, 30(3) : p 274-279
- 2) Binh, M.B., Sastre-Garau, X., Guillou, L. et al. :MDM2 and CDK4 immunostainings are useful adjuncts in diagnosing well-differentiated and dedifferentiated liposarcoma subtypes: a comparative analysis of 559 soft tissue neoplasms with genetic data. Am J Surg Pathol 2005, 29:1340-1347
- 3) 星 学. et al. :【悪性骨軟部腫瘍に対するFDG-PETの役割】臨床整形外科, 2015, 50(3) : p237-242

コーヒーブレイク

免疫チェックポイント阻害薬～ちょっと流行のキーワード

渡辺緩和ケア・在宅クリニック 渡辺 剛

★抗がん治療の変遷と緩和ケア

なぜ、このテーマを選ばせていただいたか、本題に入る前に緩和ケア医から見た化学療法の変遷について少しお話しさせていただきたいと思います。“早期からの緩和ケア”という言葉を聞かれたことのある先生方もおられると思いますが、2002年に世界保健機構が、治療の時期に関わらず緩和ケアを提供すべき、と謳っています。それ以降、欧米では、治療早期からの緩和ケアに意義があるかを検証すべく、いくつかの無作為化対照試験が施行され、その有効性が示されました。中でも注目されたのは、2009年のNEJMに掲載された進行肺がんを対象とした臨床研究で、“腫瘍内科医単独 vs 腫瘍内科医+緩和ケア医”という試験です。結果は、後者のグループにおいて、既知の報告にもあった生活の質（QOL）の向上のみならず、驚くことに、生命予後も改善したという結果であり脚光を浴びました。しかし、本邦のみならず欧米においても緩和ケアの負のイメージは医療者の中にもまだまだあり、実際、当院の緩和ケア外来に紹介される患者の多くは、治療中止あるいは高齢などを理由に未治療を選択された患者です。さらに、抗がん治療といつても、体力低下があるため最終治療ラインである内服抗がん剤やホルモン療法といった治療がそのほとんどを占めています。しかし、近年のチロシンキナーゼ阻害剤

(TKI) を代表とする分子標的治療薬の登場は、徐々にこの様相を変化させつつあります。消化器疾患で例を挙げると、消化管間質腫瘍（GIST）の治療ガイドラインでは、薬剤耐性が生じても体調に応じては可及的に TKI を継続することが、ベストサポートティブケアを選択するより、QOL や予後が相対的に良いと記載されています。一方、緩和ケア施設の大半は、抗がん治療を継続している患者は入院できないため、現状では、紹介・介入する時期を逸してしまった可能性があります。また、最近の印象的な症例では、高齢を理由に、気管支鏡による腫瘍生検も、抗がん治療もなされなかつた肺がんの方がおられました。ある日の外来で、ご家族が転移性皮膚腫瘍に気づかれたとのことでしたので、紹介医と相談するようにお伝えしました。以前なら皮膚まで転移が生じたか、と予後不良のサインと推測すると思いますが、治療医の先生は、これはしめた！と思われたのでしょうか。局所麻酔による腫瘍切除を行い、遺伝子解析をすることで、その腫瘍にふさわしい TKI が同定され投与の開始となりました。腫瘍が縮小しただけでなく、生活面では食思も改善し、笑顔で外来通院できるまで QOL も向上しました。医療経済を考慮する必要がありますが、本当に抗がん治療が変わりつつあります。そして、さらに大きなパラダイムシフトは免疫チェックポイ

ント阻害薬（ニボルマブ（オプジー[®]）やペンブロリズマブ（キイトルーダ[®]）など）の登場と思っています。既に勉強されている方、あるいは、ちょっと遠巻きに見ておられる方がおられると思います（私は後者でした）。先日も、病状の急速な変化に戸惑われ、慌ててご家族がホスピス緩和ケア病棟の入院予約をとりにこられるような状態の方がおられましたが、免疫チェックポイント阻害薬治療が開始となり、胸水は消失、完治が望めるほどの著効（super-responder）した方を目のあたりしました。TKI では完治は望めないことを考えると、免疫チェックポイント阻害剤はただ物ではないと思っています。2017年3月時点では、免疫チェックポイント阻害剤の保険適用は悪性黒色腫、肺がん、腎がん、古典的ホジキン病、頭頸部がんとなっておりますが、年内には、胃がんも承認されると言われます。現在、様々な臓器のがんで治験が行われていることから、さらに消化器系がんにも適用が広がると思われます。免疫チェックポイント阻害剤とはなにか、本当に夢の薬なのか、私は勉強しながらすでに夢の薬なのか、私は勉強しながらでコーヒー[®]ブレークとはなりませんが、基本的な知見と腫瘍内科医からの私信をおり混ぜ、エビデンスレベルは高くはありませんが、ちょっと流行りのキーワードについてお話をさせていただきたいと思います。皆さんは、それこそ、お茶でもしながら少しお付き合いいただきたいと思います。

★注目される Lynch 症候群

皆さんならご存知の疾患だと思いますが、私の復習を兼ねてお話しいたします。遺伝性大腸がんには家族性大腸腺腫症（FAP）

と遺伝性非ポリポージス性大腸がん（HNPCC）（Lynch 症候群）があります。FAP はがん抑制遺伝子である APC 遺伝子の異常によって発症する常染色体優性遺伝の疾患です。APC 遺伝子の機能喪失は、孤立性大腸がんにおける多段階発がんモデルでも、最初の重要なステップだといわれています。孤立性大腸がんでは、続いて、がん遺伝子である RAS 遺伝とその関連遺伝子群の活性化、そして、がん抑制遺伝子の p53 遺伝子の機能喪失でがん化が生じると報告されています。がん化を暴走する車に例えれば、がん抑制遺伝子の機能喪失はブレーキが壊れた状態ですし、がん遺伝子の恒常活性化はアクセルの踏みっぱなしの状態といえると思います。このような直接がん化に関わる遺伝子変異はドライバー変異と言われ、TKI などの分子標的薬の恰好の標的分子となります。一方、Lynch 症候群は、全大腸がんの数～5%を占めるとされる、やはり常染色体優性遺伝の疾患ですが、原因は DNA 複製時に生じるエラーを修復する遺伝子（ミスマッチ修復遺伝子）の異常であることが分かっています。診断基準を図1に示します（日本家族性腫瘍学会ホームページより）。遺伝子の

アムステルダム基準Ⅱ（1990）

1. 家系内に少なくとも 3 名の HNPCC に関連した腫瘍（大腸がん、子宮がん、小腸がん、尿管あるいは腎孟のがん）が認められること
2. そのうちの 1 名は他の 2 名に対して第一度近親者（親、子、兄弟）であること
3. 少なくとも 2 世代にわたって発症していること
4. 少なくとも 1 名は 50 歳未満で診断されていること
5. 家族性大腸腺腫症が除外されていること
6. 腫瘍の組織学的診断が確認されていること

図1：Lynch 症候群の診断基準

修復ができないことによって、何がおこるかというと、がん化に関係しないような遺伝子異常が多数生じることになり、これがパッセンジャー変異（ドライバー変異に対して）といわれるものです。ミスマッチ修復遺伝子異常を伴う大腸がん細胞での遺伝子異常の数は、そうでない大腸がんと比較すると10倍から100倍多いとの報告もあります。以前からがん細胞が免疫系から逃れることができていることは自己の細胞由来だから、と言っていたと思いますが、パッセンジャー変異によって生じる分子は、普段は存在しないハチャメチャ分子であり、自己のなかの非自己となりやすく（なんか哲学的な表現ですいません）、Neo抗原とよばれ、T細胞に認識されやすいエピトープ（目印）を形成します。このNeo抗原こそが免疫チェックポイント阻害剤の治療効果に影響を与える重要な一つの因子と考えられています。実際に、大腸がんにおいて、ミスマッチ修復遺伝子異常の有無で免疫チェックポイント阻害剤の効果に大きな差が出てくることが報告されました

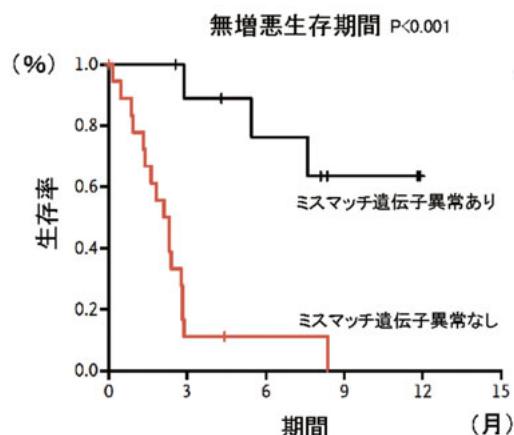


図 2-1 大腸がんのミスマッチ修復遺伝子の状態別の無増悪生存期間

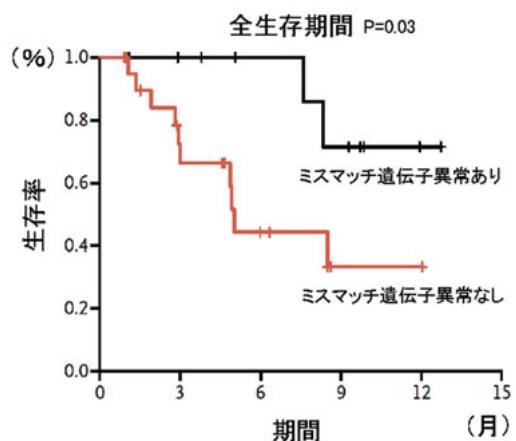


図 2-2 大腸がんのミスマッチ修復遺伝子の状態別の全生存期間

（図 2-1、2-2）（NEJM : 372 ; 26 : 2509-2520より）。因みに、Lynch 症候群以外で、Neo 抗原が多いとされる腫瘍には、紫外線による突然変異を伴う悪性黒色腫や喫煙による突然変異の肺がんが知られています。また、Lynch 症候群と同様に遺伝子修復機構の異常により、マイクロサテライト（遺伝子の繰り返し配列）の不安定性を認めるがん（例えば、胃がん、子宮体がんでは10-20%と比較的高頻度に認められます）では Neo 抗原が多く、免疫チェックポイント阻害剤の治療効果が期待できます。一方、通常の大腸がんや前立腺がんは腫瘍細胞における遺伝子変異が少ないとされ、そのままで治療効果は期待できそうにはありません。Neo 抗原の対照となる腫瘍抗原は、Shared 抗原と呼ばれ、多数の患者で共通して（share）発現している自己由来の抗原であり、がんワクチンの標的として研究されてきました。しかし、既存の免疫療法では十分な結果は得られていないのが現状です。免疫チェックポイント阻害剤の登場により、時代はドライバー変異の

解析からパッセンジャー変異の解析と変わりつつあります。

★免疫チェックポイントとがん免疫監視機構

免疫は異物を排除するための生体システムであり、再び同じ刺激があった場合に俊敏な対応をするために、異物刺激を記憶しておくメモリー細胞を残します。一方で、異物が排除された後に、免疫の活性化が持続すると臓器などに障害が生じるため、活性を抑制（チェック）する機能も存在しています。それが、免疫チェックポイントです。その担い手となる分子が、T細胞表面に発現しているCTLA-4、PD-1、LAG-3といった分子です。がんにおいても、通常、図3-1に示すように、がん免疫監視機構が働き、正常とは顔つきのことなる細胞が発生すると、T細胞に認識され攻撃を受け死滅してしまいます。しかし、がん細胞にはその監視機構をかいくぐる裏ワザがあったのです。それが、PD-L1/PD-L2と呼ばれるPD1に結合する分子を利用することです。がん細胞が細胞表面にPD-L1/PD-L2を発現させることで、免疫チェック

ポイント機能が働くために、腫瘍細胞はあたかも“守るべき細胞”とみなされ、T細胞からの攻撃を回避することができます（図3-2）。血氣盛んだったT細胞も飼いならされた猫になってしまいます。そこで開発されたニボルマブやペンブロリズマブはPD1に対する抗体であり、T細胞のPD1と腫瘍細胞のPD-L1/PD-L2との結合を阻害することで効果を発揮します。腫瘍細胞は仮面をはがされ、再び、T細胞からの攻撃を受けることになるわけです。T細胞には一度失いかけていた正義の力が蘇り、猫からタイガーマスクとなるわけです（図3-3）。

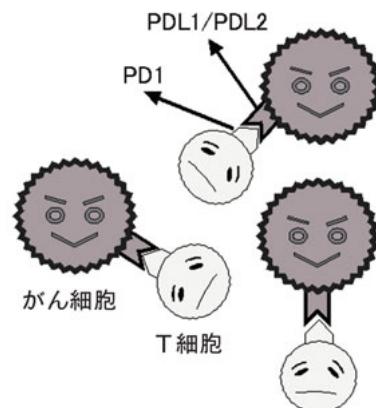


図3-2 PD1による免疫チェックポイント

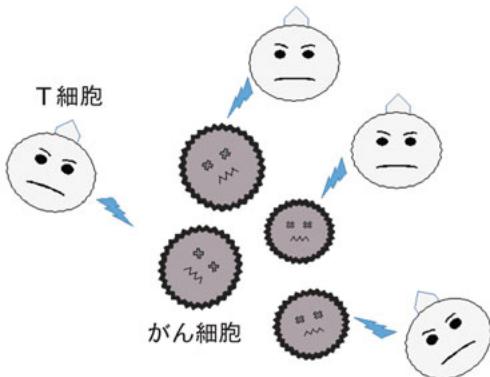


図3-1 がん免疫監視機構

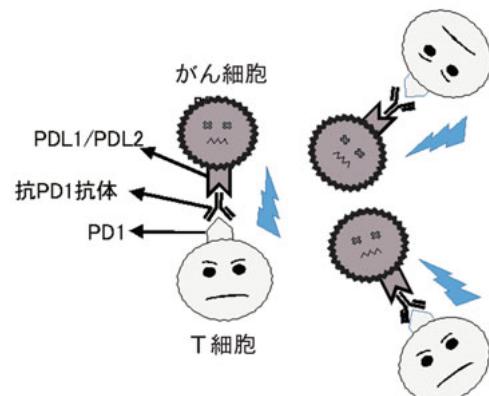


図3-3 抗PD1抗体による免疫チェックポイント阻害

★免疫チェックポイント阻害剤の今後

以上、簡単に免疫チェックポイント阻害剤について書かせていただきました。免疫チェックポイント阻害剤の効果は限定的で、肺がんや腎がん患者においても著効する方は一握りです。まだまだ、Neo抗原の発現だけでは説明できない部分もあり、どういったがんに効果があり、また、効果がないのか、さらなる個別化医療のための研究が必要と思われます。しかし、既知の抗がん剤では効果が期待できなくなった腫瘍に対しても効果が認められ、さらに頻度は少ないながらも、投与中止後にもその効果が持続する現象が認められることは、たしかに、夢の治療薬かもしれません。さらに、ある腫瘍内科医からの私信ですが、免疫チェックポイントで治療効果がなくなった方に、再度、初期の段階で投与され効果がなくなっていた抗がん剤を再投与したら、腫瘍の消失を認めたとのことでした。残念ながらその後再発を認めましたが、症状のない時間を過ごせたことは何よりの症状緩和であり有意義な時間を過ごされたと思います。この現象は、免疫チェックポイント阻害剤によりがんの性格が変わった可能性を示唆するものでしょう。現在までの臨床研究は、標準治療である抗がん剤との比較試験ですが、今後は、化学療法

や放射線治療などの組み合わせによる治療成績の向上が検討されるようになると思います。ただし、治療には、もちろん、効果だけでなく副作用を考える必要もあります。自己免疫疾患有すると、その投与によりチェックポイント機能の低下は、自己への攻撃を惹起することでその免疫疾患が悪化すると考えられています。その他、頻度は多くないにしても、間質性肺炎、甲状腺機能低下、下垂体機能低下や1型糖尿病が報告されています。消化器系では下痢や大腸炎が報告され、まれに重篤例もあるようです。ただし、化学療法など他の治療法と比較すると副作用発生の頻度は低いため、抗がん治療の適応のない高齢者や全身状態の悪い患者にも使いやすいと考えられています。がん治療や緩和ケアに携わっていく一人の実地臨床家としては、決して夢の薬ではないことも肝に銘じておく必要があると思いますが、確かに夢を与えてくれますし、今後の適用拡大に向け、勉強しないといけない薬剤ではあると思っています。お付き合いいただきありがとうございました。

最後になりましたが、ご校閲いただきました神奈川がんセンター笹田哲朗先生、京都大学松本繁巳先生に深謝いたします。

報 告

第16回日本実地医家消化器内視鏡研究会 京都で開催される (当番会長 松本恒司)

京都消化器医会 理事 松 本 恒 司

平成28年6月19日(日)、メルパルク京都で第16回の研究会が開催され、北は旭川、青森、仙台、南は長崎、鹿児島など全国から実地医家の方が参加、京都からも京都消化器医会の先生を中心に40名が参加され、全部で190名の参加を得て盛会でした。この研究会は1978年に日本消化器内視鏡学会の附置研究会として発足した「実地医家のための内視鏡の集い」にはじまり、2000年に京都で日本内視鏡学会総会が行われた際、沖啓一先生を会長に「日本実地医家消化器内視鏡研究会」と名称も変えて発展してまいりました。第5回、大橋一郎会長、今回、小生が当番会長で第16回と京都での開催は3度目となりました。第6回からは神保勝一代表幹事を中心に毎年全国各地で内視鏡に携わる実地医家に向けて、その時代に合わせたテーマのもとに開催されています。

時代とともに機器の進歩、技術革新があり、実地医家に求められるレベルや安全性もまた変化してきています。ただ、内視鏡関連の学会での微細な画像診断、高度な医療技術を必要とする内視鏡的手術など、実地医家の日常臨床とし

ては実施困難な演題が多くみられます。大学病院・基幹病院の勤務医時代は内視鏡治療を数多く経験した先生も開業すると大腸内視鏡・ポリープ切除などでも多くのハードルを感じると思います。まさに「実地医家のための研究会」が必要なわけあります。



(図1)

そこで「今、ここまですべき実地医家の内視鏡診療」をテーマといたしました。実地医家でもここまでできる、ここまでしようよ！をコンセプトとしました。

胃がんの原因が *H.pylori* 感染であることが明らかとなり、除菌が年間100万～150万人も行われている現在、画像でも感染の有無・除菌を意識した読影や、「胃がんリスク検診」の新しい展開などが必要と思われます。また、胃がん検診ガイドライン改訂より内視鏡検診が公式に始まりますが、実際に自治体と協力してどのような検診を行えば良いのでしょうか？ 精度管理や内視鏡検査の間隔や事故のある時はどう対応すべきなのでしょうか？（今回、国立がんセンター；斎藤 博先生から全国的な対策についてお話し頂きました。）

下部消化器疾患でも挿入法はもとより、day surgery (cold snare polypectomy など) やIBDにおける病診連携、など実地医家ではならの工夫が必要と思います。その辺の本音を語っていただきました（図1）。

とくに午後の最初の session は長い伝統を有する「京都消化器医会」の紹介を、京都消化器医会 粉川隆文会長から頂きました。2か月に一度の定例理事会での協議、そして毎月の定例学術講演会、総合画像診断症例検討会をはじめ、IBD コンセンサスミーティングなど40を超える多くの関連する学術講演会などに開与、他府県では考えられない広範な催しを行い、消化器病・内視鏡診療のレベルアップを常に目指していること。また基金・国保連などに審査委員を出し標準的な審査と、新しい技術に対して前向な姿勢で対応しているなどを



（写真1）

説明されました（写真1）。これには、全国から参加された医師からも「京都消化器医会」の存在感・パワーに驚嘆される感想がよせられました。

今回は消化器内視鏡の実地医家の取り組みについてコンパクトにまとめたモデル構成としましたが、ご出席の先生方にとりまして有意義な1日となったことと思います。

また、改めて本研究会にご支援いただいた京都消化器医会の先生方、EA ファーマ株式会社にお礼を申し上げます。平成29年は6月25日（日）に東京で第17回研究会が開催されます。ご参加のほどよろしくお願い申し上げます。

お知らせ

Kyoto *pylori* 10000のご協力の依頼

京都消化器医会では、京都府立医科大学消化器内科を中心となっておこなっている多施設共同前向き観察研究「Kyoto *pylori* 10000」に協力をしています。*Helicobacter pylori* (*H.pylori*) 除菌療法後の胃発癌状況を調べるのが本研究の主目的ですが、前向きに観察研究をおこなうことにより、発癌率のみならず、リスク因子、最適な内視鏡施行間隔などを知ることができます。登録10年後のフォローアップ症例数10000例を目標に研究を進めていますが、2017年4月現在、未だ1000例弱と目標にはほど遠い状況です。

そこで京都消化器医会の会員にも本研究について広く知っていただき、是非ご協力いただければと思います。

【研究目的】 *H.pylori* 除菌成功症例を対象として、長期前向き観察による除菌後胃癌の発生率および患者背景からリスク因子を検討する。

【対象】 16歳以上で *H.pylori* 除菌が成功した患者(性別は問わない)

【方法】 *H.pylori* 除菌成功症例を登録し、通常診療と同様の間隔で（年に1回を推奨）上部消化管内視鏡検査による10年間の経過観察を行い、胃癌発生の有無を調査票に記入し、胃癌発生をエンドポイントとする。調査票については施設で保管し、事務局から問い合わせに応じて適宜FAXする。

【実際の登録の流れ】

- Kyoto *pylori* 10000にご協力いただける先生方は、下記連絡先にご連絡下さい。事務局より登録表や調査票、患者さん用カードなどが含まれたファイルをお届けします。

			観察期間（10年間）	
期間	除菌成功確認	同意	登録	登録後
同意		○		
患者背景			○（登録票）	
<i>H.pylori</i> 検査	○			
内視鏡検査				○適宜（調査票）

- 同意はオプトアウトです。説明は必要ですが、同意書の取得を必要としません。
(オプトアウト：本研究は前向きの介入を伴わない日常診療記録を用いる観察研究なので、患者医療情報の提供者からインフォームド・コンセントを取得しない。日常診療の一環である。また、厚生労働省の疫学研究に関する倫理指針第3章第1項に基づき、研

究の目的を含む研究の実施についての情報を患者本人に書面で提示する。患者医療情報の提供者が本研究に非同意の場合は、速やかに研究担当者に申し出、この申し出により不利益を得ることはない。また、研究担当者はこの申し出により、それまでに得られたこの提供者に関する一切の患者医療情報を本研究から消去する。)

・症例登録時の必須事項

登録票に下記事項を記入し、事務局にFAXして下さい。

年齢、性別、身長、体重、胃癌家族歴、喫煙、飲酒

既往歴（胃癌・胃潰瘍・十二指腸潰瘍・MALTリンパ腫）

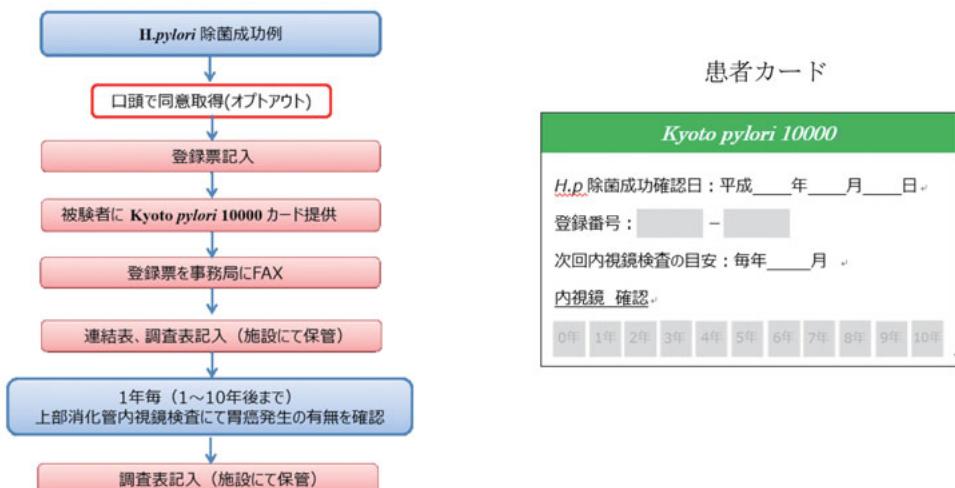
生活習慣病（高血圧症・高脂血症・糖尿病）の有無

・患者カードを患者に渡します。

・登録症例については連結表、調査表を記入し、各施設で保管します。

・登録症例については、おおよそ年に1回のペースで上部消化管内視鏡検査で経過観察し、検査日と癌の有無、患者さんの身長体重について調査表に記載。調査票は、事務局からの問い合わせに応じて適宜FAXして下さい。

Kyoto *pylori* 10000 試験フローチャート



お忙しい診療のなか誠に恐縮ではございますが、ご協力を検討いただける先生におかれましては、下記連絡先にご連絡頂ければ幸甚です。また御質問などございましたら、お気軽に問い合わせ下さい。何卒宜しくお願ひ致します。

問い合わせ先：Kyoto *pylori* 10000 事務局（京都府立医科大学 消化器内科 内）
担当医師：高山、半田 電話番号 075-251-5519

平成28年4月～平成29年3月までの学術講演会

平成28年4月9日（土）

「国民皆保険制度を維持するために」

公益財団法人 がん研究会有明病院 院長 山口俊晴 先生

日本の皆保険制度は世界に誇るべきものであり、実際にその素晴らしい成果はさまざまな指標からも示されている。しかし、最近の財政上の問題から、この制度の維持が困難であることが問題になってきている。医療の質を落とさず、従来のような医療サービスを提供することは困難であるが、医療の効率化に向けた努力が医療現場の我々にも要求されている。本講演では、このような問題に対して、どのような効率化に向けた解決策があるか、がん研究会有明病院における試みを紹介しつつ、私見を述べる。

平成28年5月14日（土）

「Thiopurine 製剤を使いこなす －既存治療の最適化を目指して－」

札幌医科大学医学部 消化器内科学講座 教授 伸瀬裕志 先生

潰瘍性大腸炎(UC)に対する治療の選択肢は、この10年間で大きく変遷した。中でも、生物学的製剤、タクロリムスなどの出現は既存治療抵抗性のUC患者に福音をもたらした。一方で、副作用や合併症の点からみて、強力な免疫抑制を有する薬剤を容易に使用するべきでないことも事実である。UC患者では、まず5-ASA製剤を使いこなすことが重要である。また難治例においては、免疫調節剤を使用することで、長期寛解維持可能なUC症例は多い。今、我々は既存治療の重要性を再認識すべき時期にきている。今回、ステロイド依存UC症例のkey drugであるthiopurine製剤の使用を中心に講演を行いたい。

「抗TNF- α 抗体製剤による潰瘍性大腸炎の治療戦略」

札幌厚生病院副院長 IBDセンター長 本谷聰 先生

2010年本邦に登場したインフリキシマブはステロイド抵抗例や依存例といった難治性潰瘍性大腸炎患者への治療薬として、厚生労働省の研究班が発行する治療指針にも

記載されている。

本講演ではインフリキシマブを含む抗 TNF- α 抗体製剤の潰瘍性大腸炎治療戦略における位置づけ、治療効果等を概説し、難病でありながら患者数が17万人を超える消化器内科医にとってコモンな疾患になりつつある潰瘍性大腸炎治療の最前線を紹介したい。

平成28年 6月11日（土）

「肝臓病診療のパラダイムシフト －C型肝炎の制圧とNASHの克服に向けて－」

京都府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

2014年9月以降、C型慢性肝炎に対するIFN freeのDAAのみによる治療が行われている。現在、副作用が少なく、かつ、治癒率の高い第二世代の薬剤がC型肝炎の制圧に向けて保険適応・医療費助成の対象となっている。今回、その実臨床における治療効果と問題点、薬剤の使い分けについての見解を述べる。また、糖・脂質など代謝関連因子と非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)の病態や発癌についての最近の治験・研究成果について自験例を中心に述べる。

平成28年 7月 9日（土）

「経鼻内視鏡による診断の最前線－IEEを活用した 上部消化管内視鏡診断の有用性について－」

朝日大学歯学部附属村上記念病院消化器内科学 教授 八木信明先生

2015年3月には有効性評価に基づく胃がん検診ガイドラインで内視鏡が胃X線検査と同レベルで推奨されてきた。このような状況の中で対策型胃がん検診ではますます、被験者の受容性向上、検査の効率化、精度管理が求められている。受容性の面から経鼻内視鏡の検査需要はますます大きくなると考えられる。一方、効率化や精度管理の面からは萎縮の有無、びまん性発赤等々の診断能の向上につながるIEEは非常に有用と思われる。本講演では最新の経鼻内視鏡とIEEを活用した上部消化管内視鏡診断の有用性について述べたい。

「慢性胃炎の内視鏡診断－最近の話題－」

朝日大学 名誉教授 井 田 和 徳 先生

慢性胃炎は、胃粘膜のびまん性の慢性炎症である。慢性胃炎の内視鏡診断に必要な以下の内視鏡像を示す、解説する。

- ①粘膜発赤（びまん性、点状など） ②粘膜浮腫 ③粘膜の萎縮 ④腸上皮下生
⑤胃底腺・幽門腺粘膜境界、などについて。

胃炎の内視鏡分類は、H.Pylori 感染なども加えた胃炎分類 Sydney System が1991年に提唱された。そこで、我々は慢性胃炎の本 System の組織像に対応する「慢性胃炎の内視鏡診断確立のための全国的な研究組織」を立ち上げ、新たな観点から内視鏡診断について検討したので、その成績を報告する。

平成28年 8月13日（土）

「消化器と幹細胞－新規治療法の可能性－」

京都大学大学院医学研究科 消化器内科学講座 教授 妹 尾 浩 先生

消化器領域の診療は、診断、治療デバイスの進歩、分子標的薬、免疫抑制薬の普及、ウイルス性肝炎の薬物療法など、急激に進歩しています。他分野でも、免疫チェックポイント阻害薬の登場や、iPS 細胞を用いた再生医療の試みなど、今まで研究の世界に留まっていたコンセプトが、次々に実現しつつあります。そのトレンドのなかで、消化器と幹細胞の関わり、とくに癌治療における可能性を中心にご報告します。

平成28年 9月10日（土）

「抗血栓薬起因性消化管出血と内視鏡診療ガイドライン」

川崎医科大学 消化管内科学 教授 塩 谷 昭 子 先生

ステント留置後の血栓症予防のための2剤併用抗血小板療法（DAPT）により消化管出血のリスクは上昇することが問題になっている。さらにカプセル内視鏡を用いた小腸粘膜傷害の検討では、DAPT 治療による小腸粘膜傷害の増悪についても注意が必要である。また、非ビタミン K 阻害経口抗凝固薬（Non-vitamin K antagonist oral anticoagulants; NOACs）はワルファリンと比較して頭蓋内出血が少ないが、消化管出血のリスクについては、本報においてワルファリンと同等であることが報告

されている。NOACs は、半減期が短く、モニタリングを必要としない。P 糖蛋白阻害薬、CYP3A4阻害薬の併用により NOAC の作用が増強し、腎機能障害例で血中濃度が上昇して出血を来す可能性があり、注意が必要である。

抗血栓薬起因性消化性潰瘍・出血に対しては、可能であれば薬剤を中止し、抗潰瘍薬にて治療するが、中止により血栓症のリスクが高まるために中止が困難なことが多い。

最新の消化性潰瘍診療ガイドラインでは、上部消化性潰瘍発生の一次予防に酸分泌抑制薬が推奨され、上部消化管出血の再発抑制には、除菌単独療法に比べ、除菌に加えてプロトンポンプ阻害薬（PPI）の投与が推奨されている。しかし PPI の使用に際しては、薬剤相互作用、骨折・腸管感染症・誤嚥性肺炎の増加、小腸粘膜傷害の増悪、高ガストリン血症の問題などが指摘され、特に長期使用に際しては、注意が必要である。

2012年に発表された日本消化器内視鏡学会の「抗血栓薬服用患者に対する消化器内視鏡診療ガイドライン」は、内視鏡的粘膜生検に際して、抗血小板薬単剤内服の継続を可としている。出血高危険度内視鏡時の抗凝固薬については、ヘパリン置換が推奨されているが、これに伴う出血の危険性が危惧されている。内視鏡診療時の抗血栓薬の取り扱いについて、最近のエビデンスを加え報告する。

平成28年10月8日（土）

「石川県における肝炎ウイルス検診陽性者に対する受診勧奨システム」

金沢大学附属病院 地域医療教育センター 特任教授 島 上 哲 朗 先生

石川県では、肝疾患診療連携拠点病院である金沢大学附属病院が中心となって、石川県・市町などの行政、医師会が一体となってウイルス性肝炎の制圧に取り組んでいる。

肝炎対策では特に肝炎ウイルス検診陽性者に専門医療機関を定期的に受診してもらい、適切な抗ウイルス療法の導入、肝癌の早期発見のための画像検査を行うことが極めて重要である。そのため石川県では平成14年度から各自治体が実施した肝炎ウイルス検診陽性者に対して、個人情報を有する各自治体の保健担当者が、訪問・電話などで毎年専門医療機関への受診勧奨を行ってきた。さらに平成22年度からは、個人情報を肝疾患診療連携拠点病院と共有することに関して同意を得られた陽性者に関しては、肝疾患診療連携拠点病院が受診勧奨を実施する「石川県肝炎診療連携」を開始した。また同意が得られなかった陽性者に関しては、従来通り自治体における受診勧奨を継続している。平成27年度末現在、対象者3028名に対して1402名（46.3%）が本連携に参加している。本連携の参加により抗ウイルス療法が導入にいたった例や、肝癌の早期発見にいたった例を多数経験している。本講演では、石川県肝炎診療連携の現況、利点、改善点を中心に、石川県における肝炎対策を概説する。

平成28年11月12日（土）

「潰瘍性大腸炎治療における メサラジン製剤の位置付けと役割」

京都府立医科大学 消化器内科 学内講師 内 山 和 彦 先生

潰瘍性大腸炎は国の定める「指定難病」である。患者数は年々増加し、2014年末には18万人を超えており、消化器科標準施設での診療機会も増えてきている。メサラジン製剤は軽症～中等症潰瘍性大腸炎治療の基準薬であり、重症度や罹患範囲に応じて経口剤や局所製剤が選択される。近年、新たな治療法が次々と登場しているが、外来での治療でコントロール可能な軽症の潰瘍性大腸炎患者が約7割と報告されており、基本薬であるメサラジン製剤治療の重要性が学会でも注目されている。今回はメサラジン製剤の基本的な使い方や、京都府立医科大学でのデータをもとに講演する。

「切除不能から切除可能へ～転移性肝がん治癒を目指して～」

兵庫医科大学 外科学講座 肝胆脾外科 教授 波多野 悅 朗 先生

腹部悪性腫瘍の初発好発転移臓器は肝臓である。大腸癌の肝転移はしばしば切除の対象となり、長期生存も期待できる病態である。さらに、大腸癌に対する新規抗癌剤や分子標的治療薬の登場により、初診時切除不能でも切除可能となる（conversion）症例が増加してきた。大腸癌肝転移の治癒は化学療法単独では困難であり、肝切除を中心とした集学的治療が重要である。

平成28年12月10日（土）

「胃酸分泌とその制御」

自治医科大学 名誉教授 菅 野 健太郎 先生

消化性潰瘍は長きにわたって消化器病学の課題であり、かつては「Ohne säueren Magensaft, kein peptisches Geshwür」（Schwarzの格言、1910）に指摘されているように、胃酸がその重要な病因と考えられてきた。そのため、消化性潰瘍との戦いの中心は胃酸の抑制に向けられ、酸分泌機構の分子的理解をもとに、その中心的役割を担うH₂受容体、プロトンポンプ（H₊ K-ATPase）を標的とする優れた薬剤が開発された。その結果、ほぼすべての潰瘍を速やかに治癒させることが可能とな

り潰瘍手術は激減した。しかし、酸分泌抑制薬では消化性潰瘍の再発を抑制することはできず、Warren, Marshall 両博士による *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) の発見（1983）と抗菌薬治療によって劇的な消化性潰瘍再発抑制効果が証明され、消化性潰瘍治療のパラダイムが大転換したのである。ただし、酸分泌抑制薬が除菌治療においてもやはり重要な役割を果たしたことは忘れるべきではない。一方、酸関連疾患としては、*H. pylori* 感染率の低下している欧米ではむしろ胃食道逆流症がより重要視されており、その治療薬としての酸分泌抑制薬、特にプロトンポンプ阻害薬 (PPI) が頻用されている。最近、PPI を凌ぐ強力な酸分泌抑制薬であるカリウムイオン競合型アシッドブロッカー (P-CAB) が開発され、難治性逆流性食道炎や除菌治療において優れた効果が示されている。しかし、一方で胃酸は生理的には殺菌、消化、栄養吸収など多岐にわたる重要な生理的意義を有しており、長期にわたる過度の酸分泌抑制に関しては今後ともその安全性に対する十分な注意が必要である。



平成29年1月14日（土）

「日常診療に役立つ、消化器症状 および不定愁訴に対する漢方処方」

丹後中央病院 消化器内科 主任部長 濱 田 曜 彦 先生

漢方薬は西洋薬と異なり数種類の生薬の配合で成り立ち、診療の方法論も西洋医学とは異なるため敬遠されがちです。しかし消化器内科医が日常的に遭遇する消化器症状や不定愁訴で、西洋薬での治療が行き詰った際にも、漢方薬で患者さんの症状を

改善できる場合が多く経験されます。今回は自験例を提示しながら、日常診療で役立つ漢方の処方例をご紹介致します。

「Kampo EBM UP TO DATE ～漢方薬のメカニズムマルチターゲットエフェクト～」

札幌東徳洲会病院先端外科センター センター長 河野 透 先生

漢方薬は、成分レベルでの薬理作用メカニズムがほとんど解明されてこなかったが、これまで不可能とされてきた漢方薬の薬物動態試験が行われ、薬理作用機序だけでなく効果的な投与時間など新たな展開が進んできた。多成分の漢方薬が、多くの標的に作用するだけでなく、少量成分同士の相互作用によって効果を発現する可能性が基礎的検討から明らかとなり、西洋薬との違いが明らかとなりつつある。

今回、薬物動態からみた漢方作用機序と臨床的エビデンスについて最新知見を紹介し、日本の伝統薬剤である漢方薬を、世界に発信できる可能性について言及する。

平成29年2月11日（土）

「胃X線検診におけるHP感染診断」

JCHO滋賀病院総合診療科部長 中島滋美先生

日本消化器がん検診学会は、昨年、「胃X線検診読影のための判定区分」（カテゴリー分類）を発表した。これによると、Hp現感染・既感染を疑う慢性胃炎をカテゴリー2とし、Hp未感染を疑う正常胃をカテゴリー1として区別することとなった。

「胃内視鏡検診におけるHP感染診断」

京都医療センター 京都消化器がん検診委員会 委員長 前川高天先生

対策型内視鏡検診実施に当たっては、厚労省の指針に準拠してシステムを構築し、実施体制の整った地域から実施することが求められている。京都市においても、現在実施可能かつ最善の胃内視鏡検診システムの構築を模索中である。

2014年に「胃炎の京都分類」が発刊され、内視鏡検査でのH.Pylori感染診断が可能となった。胃がんの発症には99%がH.Pylori感染が関与するとされており、内視鏡検診時に、有所見例を臨床の場に誘導することなく放置することは許されない時代が到来した。胃炎の京都分類について概説し、内視鏡所見を整理し、京都市における

対策型胃がん内視鏡検診に、どのようなH. Pylori感染診断を導入すれば最良なのかについて私見を述べたい。

「対策型内視鏡検診における基準静止画像とその撮影法」

東京医科大学消化器内視鏡学 主任教授 河 合 隆 先生

2016年4月より胃癌検診に内視鏡検査が推奨されました。内視鏡検査は既に病院からクリニックまで広く行われておりますが、これまでとの大きな違いは対策型胃癌検診として内視鏡検査を行うことです。内視鏡検査の標準化・精度管理が要求され、検査機関・検査医の選定をはじめ、内視鏡機器の消毒を含めたリスクマネジメント（リスクマネジメント・内視鏡写真のダブルチェック体制）体制、さらには対象者の集約化や検診期間も検討されています。現在各自治体が地区医師会と協力し内視鏡検診委員会を立ち上げ“対策型検診のための胃内視鏡検診マニュアル”を参考にシステムを作成しております。このような点に関して先生方と一緒に考えていきたいと思っております。

平成29年3月11日（土）

「話題の肝疾患 NASH – 臨床と研究の進歩」

大阪府済生会吹田病院 名誉院長 岡 上 武 先生

生活習慣病の肝臓での表現型と言われる非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD)患者は1500万人にのぼると言われ、その中の300万人は予後不良の非アルコール性脂肪肝炎(NASH)である。

単純性脂肪肝(NAFL)とNASHの鑑別は肝生検でのみ可能と言われているが、肝生検は侵襲的で一定のリスクがあり、sampling error, interboosever's differenceなど病理診断には大きな問題点があり、血清診断法の開発が待たれてきた。我々は最近NAFL, NASHの鑑別、NASH線維化診断に優れたbiomarkerを開発した。また、NAFLの中にも予後不良例が存在し、NASHの中にも予後良好例が存在するが、我々は最近NASH発症・進展と発癌の感受性遺伝子を同定し、個々の患者さんの予後を遺伝子レベルで予測することが可能になった。NASHは肝硬変に進行すると極めて予後不良で、最終的には肝不全に陥る。また進行したNASHからは肝癌も発生する。NASHからの肝発癌の高危険群の囲い込みも重要で、我々はそのために新たなbiomarkerの開発も行っている。NASHの治療薬に関しては、2016年から2017年にかけて国内外のメーカーが相次いで参入しており、その状況についても述べる。本講演ではこれらを中心に、NASHの臨床・研究の現状と問題点について述べる。

平成28年度 京都消化器医会会務報告

1. 庶務報告

平成28年 3月31日現在会員数	3 3 4 名 (別に顧問 6名)
入 会	7 名
退 会	7 名
物故会員	3 名
平成29年 3月31日現在会員数	3 3 1 名 (別に顧問 6名)
対前年比増減	- 3 名
物故会員	森 靖夫 先生 (右京) (平成28年5月7日) 辻 俊三 先生 (与謝) (平成28年10月13日) 船 越 肇 先生 (左京) (平成29年3月22日)

2. 事業報告

平成28年度 消化器医会学術講演

〔定例学術講演会〕

月 日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
4.9(土)	〈基調講演〉 便秘症と外科救急疾患について 〈特別講演〉 国民皆保険制度を維持するために	京都府立医科大学 外科学教室消化器外科学部門 講師 中西 正芳 先生 公益財団法人 がん研究会 有明病院 院長 山口 傑晴 先生	マイラン EPD 合 同 会 社	95名
5.14(土)	〈特別講演1〉 Thiopurine 製剤を使いこなす—既存治療の最適化を目指して— 〈特別講演2〉 抗 TNF- α 抗体製剤による潰瘍性大腸炎の治療戦略	札幌医科大学医学部 消化器内科学講座 教授 仲瀬 裕志 先生 札幌厚生病院副院長 IBDセンター長 本谷 聰 先生	田辺三菱製薬株	62名
6.11(土)	肝臓病診療のパラダイムシフト —C型肝炎の制圧とNASHの克服に向けて—	京都府立医科大学 大学院医学研究科 消化器内科学 教授 伊藤 義人 先生	ギリアド・サイエンシズ(株)	84名
7.9(土)	〈特別講演1〉 経鼻内視鏡による診断の最前線～IEEを活用した上部消化管内視鏡診断の有用性について～ 〈特別講演2〉 慢性胃炎の内視鏡診断～最近の話題～	朝日大学歯学部附属 村上記念病院消化器内科 教授 八木 信明 先生 朝日大学 名誉教授 井田 和徳 先生	富士フィルム メディカル(株)	111名

月 日	演 題 名	演 者	共 催	出席者
8.13(土)	〈特別講演〉 消化器と幹細胞 ～新規治療法の可能性～	京都大学大学院医学研究科 消化器内科学講座 教授 妹尾 浩 先生	武田薬品工業(株)	49名
9.10(土)	〈特別講演〉 抗血栓薬起因性消化管出血 と内視鏡診療ガイドライン	川崎医科大学 消化管内科学 教授 塩谷 昭子 先生	アストラゼネカ(株)	76名
10.8(土)	〈特別講演〉 石川県における肝炎ウイルス検診陽性者に対する受診 勧奨システム	金沢大学附属病院 地域医療教育センター 特任教授 島上 哲朗 先生	アッヴィ合同会社	30名
11.12(土)	〈一般演題〉 潰瘍性大腸炎治療における メサラジン製剤の位置付け と役割 〈特別講演〉 切除不能から切除可能へ ～転移性肝がん治療を目指して～	京都府立医科大学 消化器内科 学内講師 内山 和彦 先生 兵庫医科大学 外科学講座 肝胆脾外科 教授 波多野悦朗 先生	杏林製薬(株)	38名
12.10(土)	〈特別講演〉 胃酸分泌とその制御	自治医科大学 名誉教授 菅野 健太郎 先生	E A ファーマ(株)	51名
29年 1.14(土)	〈講演1〉 日常診療に役立つ、消化器 症状および不定愁訴に対する 漢方処方 〈講演2〉 Kampo EBM UP TO DATE ～漢方薬のメカニズムマルチ ターゲットエフェクト～	丹後中央病院 消化器内科 主任部長 濱田 曜彦 先生 札幌東徳洲会病院 先端外科センター センター長 河野 透 先生	(株)ツムラ	71名
2.11(土)	〈第一部〉 胃 X 線検診における HP 感 染診断 胃内視鏡検診における HP 感染診断 〈第二部〉 対策型内視鏡検診における 基本静止画像とその撮影法	JCHO 滋賀病院 総合診療科 部長 中島 滋美 先生 国立病院機構京都医療センター 京都消化器がん検診委員会 委員長 前川 高天 先生 東京医科大学消化器内視鏡学 主任教授 河合 隆 先生	富士フィルム メディカル(株)	206名
3.11(土)	〈特別講演〉 話題の肝疾患 NASH ～臨床と研究の進歩	大阪府済生会吹田病院 名誉院長 岡上 武 先生	M S D (株)	76名

〔京都胃腸勉強会〕

回数	開催日	症例・担当施設	人数
118	28.4.8(金)	京都第二赤十字病院(小腸) 医仁会武田総合病院(大腸) 京都消化器医会(大腸)	76名
119	28.7.8(金)	京都鞍馬口医療センター(胃) 康生会武田病院(胃) 西陣病院(胃)	48名
120	29.1.13(金)	京都大学(胃) 京都府立医科大学(胃) 民医連中央病院(大腸)	87名

〔総合画像診断症例検討会〕

回数	開催日	症例検討	One point Lecture	演題名	人数
131	28.4.2(土)	1. Mini Lecture 拡大強調画像 No.6 「大腸の NBI 観察：基礎編Ⅱ」 沖医院 副院長 沖 映希 先生 2. 症例検討 福本内科医院 院長 福本 圭志 先生 3. 審査会だより	消化器診療内容向上会 北浜法律事務所 (医師・弁護士) 長谷部 圭司 先生	「医院内で発生するトラブルへの対処法」	59名
132	28.6.4(土)	1. Mini Lecture 拡大強調画像 No.7 「胃の NBI 観察：基礎編Ⅱ」 おちあい医院 院長 落合 淳 先生 2. 症例検討 京都民医連中央病院 消化器内科 木下 公史 先生 (胃・十二指腸) 神渡 翔子 先生 (小腸) 3. 審査会だより	京都民医連中央病院 消化器内科 科長 木下 公史 先生	「地域医療と中核病院～新しい病診連携のあり方を考える～」	52名
133	28.8.6(土)	1. Mini Lecture 拡大強調画像 No.8 「胃の NBI 観察」 今井内科胃腸科医院 副院長 今井 昭人 先生 2. 症例検討 京都府立医科大学附属病院 消化器内科 (大腸 3 症例) 3. 審査会だより	京都府立医科大学 附属病院 消化器内科および 化学療法部 講師 吉田 直久 先生	「種々の大腸内視鏡治療の適応 ESD, EMR cold snare polypectomy について」	51名

回数	開催日	症 例 検 討	One point Lecture	演 題 名	人数
134	28.10. 1 (土)	1. Mini Lecture 拡大強調画像 No.9 「食道の NBI 観察：基礎編Ⅲ」 大塚医院 院長 大塚 弘友 先生 2.症例検討：胃 3 症例 京都大学医学部附属病院 がんセンター 瀬戸山 健 先生 京都大学医学部附属病院 内視鏡部助教 宮本 心一 先生 3.審査会だより	京都大学医学部附属病院 内視鏡部 助教 宮本 心一 先生	「消化器内視鏡の歴史」	62名
135	28.12. 3 (土)	1.症例検討 「肝腫瘍と腹腔内腫瘍における画像診断と治療」 愛生会山科病院 新見 敏久 先生(腹腔内) 京都第一赤十字病院 藤井 秀樹 先生(肝腫瘍) 京都第二赤十字病院 盛田 篤広 先生(肝腫瘍) 2.審査会だより	愛知医科大学内科学講座 肝胆脾内科学 准教授 角田 圭雄 先生	「NASH/NAFLD の非侵襲的診断法～フィブロスキャンを中心～」	57名
136	29. 2. 4 (土)	1.Short Lecture 拡大強調画像 No.10 「大腸の NBI 観察－Ⅲ」 沖医院 院長 沖 映希 先生 2.症例検討 「Common symptom(嘔気、腹痛)で留意すべき疾患群」 康生会武田病院 消化器センター 医長 平田 育大 先生 他 3.審査会だより	康生会武田病院 放射線科 副部長 浜中 恭代 先生	「消化器疾患の FDG-PET/CT 画像」	62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6回京滋IBDコンセンサスミーティング 4月28日(木)

消化器抗凝固治療戦略セミナー in KYOTO 5月27日(金)

ピロリ菌除菌によるこれからのがん予防 6月2日(木)

第29回京滋消化器内視鏡治療勉強会 7月21日(木)

第7回京滋IBDコンセンサスミーティング 10月1日(土)

H.pylori Symposium in 京都

胃がんを診る・治す・防ぐ 10月27日(木)

- Next Symposium 2016 in Kyoto 11月10日（木）
 肝炎・肝硬変の最新治療セミナー 11月17日（木）
 第26回京滋消化管病態フォーラム 11月24日（木）
 第30回京滋消化器内視鏡治療勉強会 1月26日（木）
 第5回京滋Liver Forum 2月4日（土）
 2) 京都消化器医会後援研究会
 第16回日本実地医家消化器内視鏡研究会 6月19日（日）
 3) 消化器関連研究会
 第96回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 6月11日（土）
 Kyoto IBD Management Forum 2016 7月28日（木）
 第105回日本消化器病学会近畿地方会 9月17日（土）
 第42回京都医学会 9月25日（日）
 Kyoto GI Research Forum
 第177回京都消化器病研究会 9月29日（木）
 JDDW 2016 in Kobe 11月3日（木）～6日（火）
 京阪奈胆膵フォーラム 11月19日（土）
 第97回日本消化器内視鏡学会近畿支部例会 11月26日（土）
 Scientific Exchange Meeting 2016 in Kyoto 12月2日（金）
 第106回日本消化器病学会近畿支部例会 2月25日（土）

京都消化器医会理事会（隔月、奇数月の第二木曜日に開催）

5月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〕

- 1) 審査委員合同委員会
 28年9月8日（木）
 29年3月9日（木）

平成28年度 京都消化器医会決算 (3/31現在)
平成28.4.1～平成29.3.31

収入総額 7,026,951
支出総額 2,368,503
差引残高 4,658,448

(収入の部)

科 目	28年度予算	28年度実績	摘要
会 費	1,717,000	1,467,000	28年度分 1,401,000(302名)、過年度分 31,000(1名) 新入会 35,000(7名)
交 付 金	400,000	400,000	京都府医師会助成金 300,000 消化器診療内容向上会より交付金 100,000
協 賛 金	800,000	900,000	会報広告掲載料(18社) 900,000
雑 収 入	80,600	70,637	預金利息 637、慰労会参加費 70,000
小 計	2,997,600	2,837,637	
前年度繰越金	4,189,314	4,189,314	27年度より繰越
合 計	7,186,914	7,026,951	

(支出の部)

科 目	28年度予算	28年度実績	摘要
事 業 費	1,090,000	958,270	会報32号(500部) 756,000、会報執筆料(6名) 155,000 総会案内はがき代 44,356、封筒代 2,914
会 議 費	884,000	843,280	理事会費用弁償(6回) 464,920 消化器診療内容向上会講師料(1名) 70,000 慰労会費用 300,360 会計監査費用弁償 8,000
負担金及び 利 用 料	336,000	326,964	消化器医会負担金(府医) 264,000 会議室料(6回) 62,964
事 務 費	235,000	220,866	通信費(会報・理事会・会費など発送) 74,406 コピー代 9,100、職員残業代 105,783 会費口座振替事務処理費用 12,824 現金書留封筒・送料 2,333 切手代 16,420
雑 費	25,000	19,123	会費振込手数料 13,950、弔電代(森靖夫先生) 5,173
小 計	2,570,000	2,368,503	
次年度繰越金	4,616,914	4,658,448	29年度へ繰越
合 計	7,186,914	7,026,951	

平成29年4月4日

監事 小川 錦治



監事 伊藤 伸郎



《平成28年度 京都消化器医会議事録要旨》

第1回 京都消化器医会理事会議事録 平成28年5月12日（木）

〈報告事項〉

1. 第5回消化器がん検診委員会（平成28年4月8日） 前川理事
 - 1) 平成27年度京都市胃・大腸がん検診実施状況報告の中で、大腸がん個別検診において、精検受診率が5割を切る低い数値であることが指摘された。これは個別検診において受診勧奨がなされていないことに起因すると考えられるため、個別検診においても受診勧奨ができる様にシステムを改善しなければならない。
 - 2) 精検結果未報告の医療機関（胃がん検診1施設、大腸がん検診4施設）に2016/3/8付で督促状を再送付させていただいた。現時点で上記5施設とも回答がない。現状の胃がん・大腸がん検診二次精密検査医療機関選定基準には、回答がない場合に認定を取り消すか否かについての基準が設けられていない。この点を含め、現行の選定基準の見直しも必要と考えている。
 - 3) 胃・大腸二次精密医療機関の更新申請と新規募集について検討し、最終決定を下した。報告書の検査機器の項で、電子スコープではなく、ファイバースコープと記載されている施設が多く見られ、現状の内視鏡普及状況から見て記載ミスではないかと考えられるので、一度確認するようお願いした。
 - 4) 第1回内視鏡検診の実施に向けて胃内視鏡検診準備・検討小委員会が5月25日（水）14:10～に開催されることになった。メンバーは委員長・副委員長をはじめ、検討に必要な方々を、原則、理事一任で選出していただくことになった。宇治久世から可能なら来年度から早急に内視鏡検診を取り入れたいとのご要望があった。予算の関係で6月までに早急に検討し、来年度から導入したいとのご要望であった。しかし、しっかりした検討をしないままの見切り発車は、その後、困ることにもなりかねない。京都府下の市区町村における独自に検討し来年度から内視鏡検診を導入することが可能なのか否かについての結論は、第1回の小委員会に持ち越された。更に、内視鏡検診が立ち上がった後も、継続的に、施設認定・内視鏡医認定、結果集計や報告、精度管理、定期的な講演会・研修会開催等が必要となってくる。
 - 5) 京都府における対策型胃がん検診に内視鏡を導入するに当たり、内視鏡施行医とダブルチェック医のレベルと見逃し・誤診率の関係について。ダブルチェックの効果、ダブルチェックの可能性についても、基本的な考えを私なりにまとめたものを配布し、検討材料とした。効率的なダブルチェックができるシステムを現実的にくめるか否かについては、小委員会において検討することになった。
 - 6) 京都市大腸がん検診の手引きは例年通りの内容で、配布先は、京都市大腸がん検

診の協力医療機関、計480医療機関である。

7) 次回委員会は第55回消化器がん検診学会のため 6/17に変更した。

2. 学術・生涯教育委員会 小畠理事

平成28年9月25日(日) 第42回京都医学会が開催される

3. がん登録事業委員会(第5回 平成28年4月15日) 大塚副会長

がん登録オンラインシステムの構築に伴う届出代償情報の提出方法について

→ 「厚生労働省では、情報漏えいの防止や医療機関と登録室の事務負担軽減のためにオンラインで情報を届けられるシステムを平成29年度から利用開始する予定であり、全国がん登録の届出については、可能な限り平成29年度以降にがん登録オンラインシステムを活用するよう協力を求めている。

京都府では平成28年症例の届出方法として、CD-Rを利用し追跡サービス付きのポスパケットで配送していただけるよう準備をしていたが、厚労省からの通知と京都府で準備している届出方法が異なるため、混乱しないよう各医療機関に周知予定。

全国がんシステムについて

4. 医療安全対策委員会(第7回 平成28年4月19日) 松井理事

1) 医療事故調査制度の状況について(平成28年3月)

医療事故報告受付 48件 (累計 188件)

相談 141件 (累計 1012件)

医療事故調査報告 17件 (累計 50件)

センター調査の依頼 1件 (累計 2件)

5. 保険医協会 藤田理事

報告事項なし

6. 審査会(国保・基金)

報告事項なし

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画

→平成29年1月までの定例学術講演会の演者と座長が概ね決定した

2. 第41回京都消化器医会総会の総括

→会員のご協力のおかげで10年振りの黒字になった。会費未納者への対応を協議した

3. 専門医会懇談会(5/14保険医協会 5/21府医)への意見・要望

→消化器医会からは特になし

4. 京都府医師会創立70周年記念史への寄稿テーマ

→「最近20年のあゆみ」について

5. その他

→医学中央雑誌から会報を何部か送付して欲しいとの依頼があり、これを承認した

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

→なし

第2回 京都消化器医会理事会議事録 平成28年7月14日（木）

〈報告事項〉

1. 第6回消化器がん検診委員会（平成28年6月17日） 前川理事

1) 平成27年度京都市胃・大腸がん検診実施状況と精検結果報告。

全国平均に比して胃がん検診受診率が1.61%と相変わらず低いが、要精査率は全国平均の約2倍（18.59%）と高い。ピロリ菌感染胃炎を診断したために高率になったのであれば喜ばしいことであるが、実際はそうではないとのことで、読影に問題がある可能性があるので検討の余地がある。

2) ダブルチェック（DC）についての検討材料とするため、平成27年度の胃X線検診における、医師会別の読影人数をまとめてもらった。

3) 第一回内視鏡検診準備・検討小委員会報告は別記のごとくである。第二回小委員会は2016/7/8（金）14:10から開催予定。講師に国立病院機構本部情報化統括責任者補佐官、京都医療センター医療情報部 北岡有喜先生を招聘して、効率的なDCの方法と精度管理のための情報の管理方法について検討することになった。演題名は「対策型胃がん検診の内視鏡化に伴う画像の保存様式とダブルチェックを前提とした読影基板について」 DC委員会を設置できるか否かにより、施設或いは施行医認定基準・方法等が異なってくるので、まず次回小委員会にてDCをどうするかについて決定する予定（第二回準備・検討小委員会提出予定資料-1,2）。

4) 消化器がん検診委員会北部地域指定DVD講習会の開催については、昨年と同じく、下山先生にご一任することになった。

5) 今年度の二次精密検査医療機関の指定講習会について。開催日は平成29年2月11日（土）。講演内容は上部、胃がん内視鏡検診絡みの演題を予定、①上部消化管内視鏡の基準撮影法についてー内視鏡検診に必要な基準静止画像とはー ②胃がん内視鏡検診におけるピロリ菌感染診断トレーニング ③上部消化管X線検診におけるピロリ菌感染診断 ④京都市における胃内視鏡検診システム構築の進捗状況等、下部消化管については、下部消化管内視鏡検査のQuality controlとskill upについて、を考えている。

6) 小林先生から加古川のハイブリッド検診（X線検診とABC検診）で成績が上がっているので、京都においても、現状の胃がんX線検診の低迷を打破するために、現在の方式を見直す時期に来ているとのご意見があったため、次回小委員会に資料

として提出予定であった資料（第二回胃内視鏡検診準備・検討小委員会提出予定資料2）を急遽配布し、ご意見を伺った。その内容は、既に昨年から、がん対策総合推進事業として、若年者ピロリ菌検査モデル事業（高校生）と、ピロリ菌検査導入モデル（節目ピロリ菌検診）が立ち上がっており、それらを拡大・普及するとともに、50歳以上については、現在検討が始まっている内視鏡検診と並行して、受診していただけない方には、ピロリ菌検診を行うというものである。現状の様々な問題点を解決するために、また胃がん検診におけるピロリ菌感染診断の必要性も明かであり、京都における理想的なシステムを早急に実現するため、内視鏡検診のみならず、ピロリ菌検診や、内視鏡検査結果、除菌結果の統括管理・保存についても検討が必要であろう（第二回胃内視鏡検診準備・検討小委員会提出予定資料3～7）。

7) 次回委員会は8月19日（金）14時10分からの予定

2. 学術・生涯教育委員会 小畠理事

平成28年9月25日（日） 第42回京都医学会が開催される

3. がん登録事業委員会（第6回 平成28年6月17日） 大塚副会長

1) 全国がん登録届出について

2) 「京都府がん実態調査報告書2013年」作成について

4. 医療安全対策委員会（第9回 平成28年6月21日） 松井理事

1) 医療事故調査制度の状況について

2) 医療事故調査制度の見直しについて その他

5. 保険医協会 藤田理事

診療内容向上会の開催ですが、スポンサーメーカーがつかなくなってきたので、会場費についても協会から出して欲しいと言われる医会があります。それに対し、協会は、この診療内容向上会は出来る限り続けたいし、開催する医会を増やそうという方向なので予算をさらに上げて対応することになりました。50名くらいまでなら協会の会議室利用という手もあります、との事です。

6. 審査会（国保・基金）

逆流性食道炎でタケキャブを処方する際に初回から10mgを処方してもよいか、両審査会で判断が分かれる様子

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画→平成29年3月までの演者（候補を含む）が概ね決定した

2. 32号会報 総括

3. 会報の著作権の取り扱い→版権は消化器医会、著者は自由に利用可能という約束を著者と交わす方向で話し合った。府医HPから会報を閲覧できるように府医と交渉してゆく予定

4. その他→会報が医中誌から検索できるようになる

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

1. 平成28年度会報作成の広告掲載一覧（資料1）
2. 平成28年度会報作成の執筆料一覧（資料2）
3. 平成29年5月13日（土）の定例学術講演会会場変更について
310会議室→212・213会議室

第3回 京都消化器医会理事会議事録 平成28年9月8日（木）

〈報告事項〉

1. 第7回消化器がん検診委員会（平成28年8月19日） 前川理事
 - 1) 平成28年度京都市胃・大腸がん検診実施状況報告。胃がん、大腸がんとも例年に比べ受診者数は約1割減。その原因として検診受診者のレントゲン離れがあるのではとの意見が出た。
 - 2) 第2回胃がん検診準備検討小委員会報告。既に理事会に報告済みのため省略。
 - 3) 京都府内222機関を対象に行ったアンケート調査結果を集計報告。別紙参照。これを参考に、今後のシステム構築に当たる予定である。
 - 4) 京都市における胃内視鏡検診の今後の方針について、今後委員会としてどのような体制を目指すかについて討議した。
 - ①京都市においては、マニュアル通り、二次読影を行う体制作りを目指す。
 - ②二次読影システム構築の遅れや構築ができない場合に備えて、施設内DCを可能とした2クラスの施設認定基準をつくる方向で検討したいと考えているが、DC可能施設において、対策型胃がん検診受け入れる余裕がない施設が多いことが予測されるとのご意見があり、今後検討を要す。
 - ③二次読影はオンラインシステムの導入を目指したい。これにより地域の垣根を越えたDCが可能となり、費用削減にも効果的で、精度管理も容易となる。これについては異論はでなかったが、実現可能か今後も検討していく予定。
 - ④対策型内視鏡検診に（できればX線検診にも）、胃がんリスク（ABC）検診を併用する。これにより胃がん検診費用の削減、癌発見率の大幅な向上が見込める。以前から要望していたことではあるが、京都市としては依然として対策型胃がん検診に胃がんリスク検診を併用することが不可能な状況であった。しかし、併用できれば検診費用が削減され、胃癌発見率が向上することは明らかであり、その効果は歴然としている。様々な地域で既に胃がん検診にABC検診を併用して、良い成績が得られており、京都だけ旧態依然とした方針を貫くのは良くないのでないかという結論に至った。ただし胃がんリスク検診単独では、偽A群者の検診受診機会を奪ってしまうため、その防止目的で、胃癌リスク検診は画像診断と併用することが求められている。
 - ⑤対策型内視鏡検診参加希望施設を増やすための何らかの方策を考える。

⑥内視鏡検診未受診者を対象に、ピロリ菌検診を導入する。胃がん検診受診率は相変わらず低迷している。システムや費用の面から、内視鏡検診施行可能件数に限りがある。従って画像診断による胃がん検診未受診者に対して、ピロリ菌検診を導入し、HP陽性者を診療の場に誘導し、除菌後は診療或いは検診の場で定期的に経過を追えば、胃がん死亡者数が大幅に減少する。ABC検診は胃がん検診ではないので、学会等における共通した認識として、あくまで画像診断と併用することが求められている。画像検査による胃がん検診未受診者に対して、ABC検診ではなく、肝炎ウイルス検診と同様、ピロリ菌検診として導入するのであれば、問題は無いものと考えられる。委員会として、上記を京都市における胃内視鏡検診の今後の方針とし、次回の小委員会（9月9日）において検討することとした。

5) 消化器がん検診委員会北部地域指定DVD講習会の開催は平成28年10月22日（土）
ホテル福知山ロイヤルヒル 14:00～16:30

6) 平成29年2月11日（土）に開催予定の二次精密検査医療機関指定講演会の講演内容について下記の①～④の内容について、実際の検診の場で役立つ具体的な内容に絞り30分程度ずつ地元の先生を中心にしてお話しㄧただいてはどうかと提案したが、内視鏡検診システムの準備段階でも有り、①については内視鏡検診マニュアル作成に携わってこられた著名な先生にまずはご講演をお願いした方が良いのではないかとのご意見がでた。候補者として例新潟の成澤先生の名があがった。

①上部消化管内視鏡の基準撮影法について～内視鏡検診に必要な基準静止画像とは～
②胃がん内視鏡検診におけるピロリ菌感染診断の実際について（時間の関係で割愛予定）

③上部消化管X線検診におけるピロリ菌感染診断

④下部消化管内視鏡検査のQuality controlとskill up

→前川先生に上部消化管の講師をお願いした。今回は胃内視鏡検診準備のため上部消化管に多くの時間を割り当て、時間に余裕があれば下部消化管の講演を入れる

7) その他

胃がん検診について、久御山町の検診担当者から、京都市の実施方法が決まってから府下の自治体も決めて欲しいという流れがある。しかし、地域によって事情が異なるため、それでは困るとの意向が示されていることが丸山副委員長から報告された。委員会としては、マニュアル通り各市町村において検討された内容に沿って、各自治体と地区医師会とで直接進めてよいということを確認した。

8) 次回委員会は10月14日（金）午後2時10分～

2. 学術・生涯教育委員会 小畠理事

1) 9月25日（日）に開催される第42回京都医学会のプログラムが決定された
2) 平成28年度京都医学会学術賞が委員の投票結果で選定され、原著論文4編（賞金1位30万円、2位20万円、3位10万円、4位5万円）症例報告賞（10万円）、新人

賞（5万円）それぞれ1編ずつに賞金が贈られることが決定した。

3) 京都医学会誌の投稿規定が一部改正となった。

① 投稿資格：「会員に限る」→「原則、会員に限る」に変更

② 論文投稿に際し、共著者全員を含めた COI 申告及び開示を別に定める書式に従って行うことを義務づける。

なお論文に倫理委員会承認を義務づけることに関して、今後の検討課題として継続審議となった。

3. がん登録事業委員会 大塚副会長

開催なし

4. 医療安全対策委員会 松井理事

1) 医療事故調査制度の状況について

2) 医療事故調査制度の見直しについて その他

5. 保険医協会 藤田理事

報告事項なし

6. 審査会（国保・基金）

慢性C型肝炎および肝硬変のDAAs治療時のHCV-RNA定量の保険請求は治療中4w, 8w, 12w、治療後6ヶ月間は月1回算定可能（京都医報8/15号掲載済み）。

〈協議事項〉

1. 第5回京滋Liver Forum（平成29年3月4日） ウェスティン都ホテル 中外
→後援研究会として承認された

2. 講演会の予定と企画→平成29年5月までの演者と座長を決定した

3. 33号会報 内容確認

→京都府立医科大学消化器内科伊藤義人先生と京都市立病院腫瘍内科桐島寿彦先生に特別寄稿論文執筆をお願いした

4. 京都府医師会消化器がん検診委員会指定講習会（H29.2）の企画

→京都消化器医会は胃がん検診としてレントゲンを推奨しないという立場を改めて打ち出すべきだという意見が出た

5. その他

→京都消化器医会報が近日府医HPから閲覧可能になる。会報内容のうち掲載すべきでないものについて検討した。

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

→なし

第4回 京都消化器医会理事会議事録 平成28年11月10日（木）

〈報告事項〉

1. 第8回消化器がん検診委員会（平成28年10月14日） 前川理事

1) 平成28年度京都市胃・大腸がん検診実施状況

28年度胃がん検診は、総受診者数2,920名、要精検率18.53%、精検受診率69.50%であり、結果は進行癌0例、早期癌1例、癌の疑い4例であった。大腸がん検診は、総受診者数9,416名、要精検率7.15%で、精検受診率48.29%、結果は進行癌3例、早期癌3例、不明癌1例、癌の疑い3例であった。

2) 第3回内視鏡検診準備・検討小委員会（平成28年9月9日）報告

これまでの小委員会での検討結果を踏まえ、“たたき台”として作成中である「京都市胃がん内視鏡検診の手引き」に沿って第3回小委員会の討議内容について報告した。施設内二次読影不能施設のために施設外に二次読影委員会を設けなければならない。二次読影委員および、二次読影に参加する内視鏡検診施行医は、二次読影に参加することにより、継続的なレベルアップが期待できるため、原則的には地区医師会に読影委員会を設置することを推奨する。しかし二次読影委員会設置困難地区においては、京都府医師会二次読影委員会で二次読影することも検討しなければならない。二次読影オンライン・システムは、地域を越えた二次読影が可能になるなどのメリットが多いが、オンライン体制の構築には時間がかかるとの京都市の見解から、まずはオフラインでの体制構築を進める予定。現在、胃がん検診データは予防医学センターで保管・管理されている。X線検診と内視鏡のデータが分散すると、精度管理などにおいて不具合を生じる。内視鏡検診結果も胃がん検診結果として、まとめて予防医学センターにおいて保管・管理されることが理想であるとの結論に至った。

施設・施行医認定については、施設認定と施行医認定をわけて設定し、認定取り消し基準も含めた案を提示し、次回小委員会で検討する予定。新たに胃内視鏡検診運営委員会を立ち上げる余裕はなさそうで、認定作業や内視鏡検診にかかる精度管理などの業務は、現行の消化器がん検診委員会が担うことになるであろう。

胃がん内視鏡検診票への記載は、胃癌以外の腫瘍性病変や非腫瘍性病変の診断に加え、HP感染診断についても記載する案を提示する。胃がんリスク検診が胃がん検診とは別に、40歳以上の節目で開始される予定である。内視鏡検診と胃がんリスク検診は各々単独で施行するのではなく、併用することにより、両者の弱点が補われるため、両者を併用すべきとされている。しかし現状では対策型検診として胃がんリスク検診を施行できないため、その両者のデータをいかにして照合し結合するかについては現在検討中である。

来年度中に内視鏡検診を運用開始するすれば、1月の地区担当理事連絡協議会において、内視鏡検診費用や読影単価なども含めた具体的な内容について説明しな

ければならないので、次回の小委員会で早急に検討したい。

3) 消化器がん検診委員会北部地域指定 DVD 講習会は、H28/10/22 (土) 14:00～16:30、ホテル福知山ロイヤルヒルで開催されることに決定。

4) 平成29年2月11日 (土) に開催予定の二次精密検査医療機関指定講演会
第一部 座長 丸山恭平先生

胃がん検診における HP 感染診断

①胃 X 線検査による HP 感染診断(仮題) JCHO 滋賀病院

総合診療科部長 中島滋美先生

②胃内視鏡検査による HP 感染診断 京都医療センター 前川高天先生

第二部 座長 小林正夫先生か前川高天先生

対策型内視鏡検査における基準静止画像とその撮影法(仮題)

東京医科大学病院内視鏡センター教授・部長 河合 隆先生

5) 地区消化器がん担当理事連絡協議会はH29/1/14 (土) 午後2時30分から開催予定

6) 次回委員会は12月9日 (金) 午後2時10分から開催予定

2. 学術・生涯教育委員会 小畠理事

報告事項なし

3. がん登録事業委員会 (10月21日) 大塚副会長

全国がん登録医療機関向け説明会開催について

4. 医療安全対策委員会 松井理事

1) トレセン急変体験小委員会と合同協議

Team STEPPS の考え方を取り入れた多職種訓練について

2) 医療事故調査制度の現況

5. 保険医協会 藤田理事

報告事項なし

→4月の総合画像症例検討会は保険医協会との共催であり、早めに企画する。

6. 審査会 (国保・基金)

報告事項なし

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画

→平成29年4月、5月、7月、8月の講演演者、共催製薬会社、4月、5月の司会者が決定された。

2. 33号会報 内容確認

3. 府医ホームページ 会報の掲載内容確認

→決算と議事録は掲載せず、物故者と入退会の記載は掲載することになった。

4. 次期会長選出

→粉川会長一期続行が満場一致で決定した。

5. その他

狭帯域光強調加算を保険請求する際の病名について専門医会としての意見を基金から求められた。→「腺腫・ポリープなどの腫瘍性病変、又はがん（疑い）の病名が必要」という従来からの見解に変更のないことを確認した。

伊谷理事から退任希望が出されたため承認した。伊谷理事は後任として葛西恭一先生（西陣病院）を推薦し、承認を受けた。

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

1) 平成29年度定例学術講演会会場一覧表 (資料1)

→2階の会場は後ろの席からはスライドが見えないという指摘があり、府医に申し入れる予定。年12回のうち7回が2階の狭い会場なのでできるだけ3階の広い会場を使えるように働きかけたい。

2) 平成29年度京都消化器医会会報の広告掲載作成の流れ (資料2)

3) 平成28年度消化器医会会費未納一覧 (28.10.25現在) (資料3)

→未納者には理事が直接お声かけすることにした。次回理事会で割り振りを決定する。

第5回 京都消化器医会理事会議事録 平成29年1月12日（木）

〈報告事項〉

1. 第9回消化器がん検診委員会（平成28年12月9日） 前川理事

1) 平成28年度京都市胃・大腸がん検診実施状況と精検結果：<28年度胃がん検診>受診者総数3,854名、要精検率18.81%、精検受診率70.34%、進行がん1例、早期がん3例、がんの疑い2例であった。<28年度大腸がん検診>受診者総数15,302名、要精検率7.51%、精検受診率38.56%、進行がん6例、早期がん8例、不明がん2例、がんの疑い0例であった。

2) 第4回胃内視鏡検診準備・検討小委員会報告（平成28年11月11日開催）

①京都市胃がん内視鏡検診の手引きの作成：厚労省の指針に沿った、京都市において実施可能かつレベルの高い手引きを完成させる予定である。

②施設認定基準とダブルチェック(DC)：初年度は施設内DC可能施設だけで開始し、施設内でDC不能施設のための施設外DCについては、府医で設置できれば開始するか、或いは地区医師会で設置可能な地区から開始するか、或いはそれらの折衷案等について、地区連絡協議会の結果も踏まえて検討予定。施設内DC可能施設の認定基準は専門医2名以上が在籍する施設とすることが確認された。施行施設或いは施行医認定基準は、基本はマニュアル通りとするが、これまで施設取り消し基準のないことが問題点となっており、取り消し基準を盛り込んだ案と

した。京都市は DC システムをオフラインで開始することであるが、将来オンライン化が必要となることも予測されるので、今後も検討を続けていただきたい。

③対象年齢：財政上の問題もあり、京都市が決定することではあるが、委員会としてはマニュアル通り50歳以上を推奨する。

④実施期間：施設内 DC のみで初年度を開始する場合は通年でも可能であるが、施設外 DC となると、読影会を毎週行わなければならないなど、地区医師会の負担が大きくなるので、地域ごとに一定の期間を設定しなければ、対応できなくなることが予想された。

⑤結果の書式：対策型検診としてのデータ管理は、シンプルで手間のかからない内容の方が良いとのご意見がある。精度管理や検診効率向上等のために必要な最低限のデータの管理は必要であり、今後検討の上、現時点における最善のものを作成したいと考えている。

⑥地区消化器がん担当理事連絡協議会に向けてアンケート調査を実施することになった。

⑦次回小委員会は翌日に「地区消化器がん担当理事連絡協議会」開催のため休会予定。

3) 「胃がん・大腸がん検診」北部 DVD 指定講習会：予定通り10月22日（土）に実施された。

4) 二次精密検査医療機関の指定講習会の最終案の確認：2017/2/11（土）14時～16時30分

開会の辞：京都消化器医会 会長 粉川隆文先生

第一部 座長：京都きづ川病院 顧問 丸山恭平先生

①胃 X 線検診における HP 感染診断

JCHO 滋賀病院総合診療科部長 中島滋美先生

②胃内視鏡検診における HP 感染診断 京都医療センター 前川高天先生

第二部 座長：京都第二赤十字病院健診部部長 小林正夫先生

③対策型内視鏡検診における基準静止画像とその撮影法

東京医科大学病院内視鏡センター教授・部長 河合 隆先生

閉会の辞：消化器がん検診委員会委員長 前川高天先生

5) 胃・大腸二次精密検査医療機関の募集、大腸がん検診個別医療機関の募集：内容変更せず、2/1号の京都医報に掲載する予定。大腸がん検診実施医療機関に結果が返ってこない問題について、今後受診勧奨しやすくするためにも、実施医療機関に結果が返るシステムへの改善を検討することになった。

6) A B C 検診実施に向けて：現在、京都市が実施予定としている“A B C 検診”的実施方式の「たたき台」について協議した。実施体制、実施対象、結果の管理、結

果の胃がんX線検診・内視鏡検診との照合・統合方法、検診結果の通知方法、受診票等の様式などについて、多くの問題があるので、今後ABC検診についても当委員会で検討することになった。

次回委員会：平成29年2月10日(金) 14:10分～の予定。

2. 学術・生涯教育委員会 小畠理事

報告事項なし

3. がん登録事業委員会 (第8回 平成28年12月16日) 大塚副会長

全国がん登録における情報の利用と提供について

胃がんの上皮内の取り扱いについて

M癌とSM癌をまとめて「限局」として処理されてしまうことについて国立がんセンターに問い合わせたところ、取扱い規約で胃にはTisの設定が無いことから、「Tis・上皮内がん」は使用しない、よって「T1・限局」として変換登録する、との回答を受けた。実臨床に見合うような登録方法を求めるため今後の検討課題としていく。

その他、理事からはダウンロードした登録票は2ヶ月経過すると編集できなくなってしまう点、癌組織型の入力が必須なので肺癌や腎癌などの非手術例の登録時に困る点が指摘された。

4. 医療安全対策委員会 松井理事

報告事項なし

5. 保険医協会 藤田理事

今年4月の総合画像症例検討会はテーマ内容等の準備不足のため保険医協会との共催をパスすることとなった

6. 審査会 (国保・基金)

報告事項なし

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画

平成29年9月までの演者と座長を概ね決定した

2. 33号会誌内容最終確認

3. 消化器がん検診委員会指定講習会 最終確認

4. その他

会報掲載内容の版権について次回理事会で改めて協議する

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

会費未納者への対応について

督促状を送る一方で各理事が直接お声かけすることになった

第6回 京都消化器医会理事会議事録 平成29年3月9日（木）

〈報告事項〉

1. 消化器がん検診委員会 前川理事

第10回消化器がん検診委員会報告 平成29年2月10日（金）

2月の地区医療担当部会において、平成29年度から胃内視鏡検診を実施することが決定されたとの報告を受け、本消化器がん検診委員会終了後に、第5回胃内視鏡検診準備・検討委員会を急遽開催することになった。

1) 平成28年度京都市胃・大腸がん検診実施状況と検診結果の報告

2) 平成28年度地区消化器がん検診担当理事連絡協議会（紙上報告）

3) 京都市胃内視鏡検診・ABC検診（胃がんリスク層別化検診）実施に向けての作業日程：4月1日に市民新聞に広報、5月1日京都医報に実施医療機関募集、6月1日京都市からプレス発表、医療機関名簿をホームページに掲載、6月中には検診受け付け開始予定のこと。

4) 京都市胃内視鏡検診・胃がんリスク層別化検査委託費

胃内視鏡検診委託単価：18,000円（内視鏡検診単価：15,050円、二次読影費用850円、事務費、消費税1,334円）（受診者一部負担額：3,000円）ABC検診委託単価：5,000円（実施費用：4,480円、事務費150円、消費税：370円）自己負担額は500円（非課税世帯の方は0円）

次回第11回消化器がん検診委員会 平成29年4月14日（金）予定
第5回 胃内視鏡検診準備・検討小委員会 平成29年2月10日

京都市胃内視鏡検診の手引き作成について

対象は50歳以上、2年に1回、偶数年齢者に実施（X線も50歳以上となる）、実施時期は通年。二次読影システムについては、2/24臨時的小委員会で再度検討予定。

1) 京都市ABC検診の手引き作成について

対象は40歳～65歳までの5歳刻みの節目検診。一生に1度のみ。実施時期通年。

HP抗体価測定方法をEプレートに限るか、ラテックス法も認めるかを検討した。

現在のマニュアルはEプレート法で測定されたデータを基に作成されている。Eプレートとラテックス法の結果の解離やラテックス法に限っても、メーカー間で結果の相違が出てくるため、ラテックス法による結果の評価をどのようにすれば良いのか現在検討中のことであり、結果が出てからラテックス法への切り替えを考慮する。

第6回 胃内視鏡検診準備・検討小委員会報告 平成29年2月24日

1) 胃がんリスク層別化検診（ABC）検診について

京都市胃がんリスク層別化検診（ABC 検診）実施の手引の完成

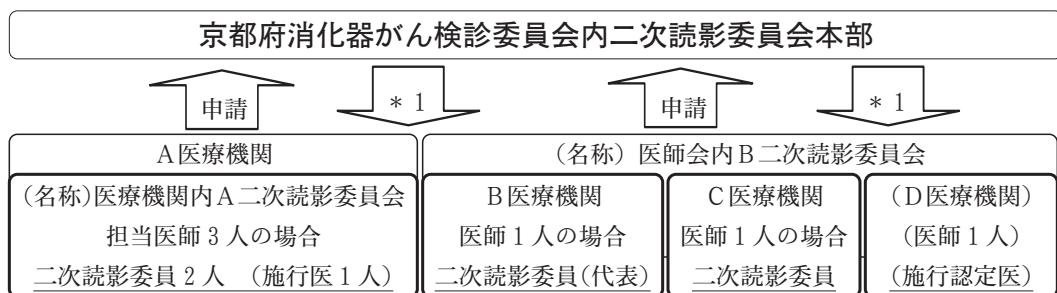
対象：は上述の通りに決定。対象外：過去に胃がんと診断された方、胃切除を受けた方、HP 除菌後、胃潰瘍、十二指腸潰瘍で治療中、腎不全の治療中または経過観察中の方。実施期間は通年。検査方法：HP 抗体は EIA 法で測定。PG は CLIA 法でも LIA 法でも可。抗体値の cut off 値は 3.0、PG I 70 以下・I / II 比 3.0 以下を陽性とし ABC に分類する。ABC 各群における説明文も検討し修正した。

2) 胃内視鏡検診について

有効な二次読影を行うためには、内視鏡施行医が二次読影に耐えうる静止画を撮影できる能力を有し、二次読影委員は画像点検を含め、適切な二次読影能力を有していなければならない。更には、きっちりとした精度管理のもと、公正な二次読影が可能となる環境が整っていなければならぬ。二次読影システムは、施設内二次読影可能施設のみで開始することになっていたが、大きい施設の先生方も、開業医の先生方も、有資格者であれば、平等に胃内視鏡検診に参加可能となるシステムとして。施設内二次読影委員会と医師会内委員会の二本立てのシステムを提案した。

両委員会とも認定二次読影委員（二次読影委員は全員内視鏡施行医有資格者としても認定）が 2 人以上在籍することを要件とする。

— 二本立てシステムのイメージ図 —



* 1：各種認定と定期的な二次読影委員会本部での分析と、要改善点があれば指示

本システムの利点：参加資格のある多くの施設が平等に参加可能となり、胃内視鏡検診の受け皿が広くなる、将来二次読影システムの構築・維持にかかる費用の大幅な削減につながる。

本システムの欠点：二次読影の精度管理・レベルアップやレベルの均霑化がむずかしい。但しこの欠点は、施設内二次読影に限っても同様に生じてくる問題ではあるが…

二本立てシステムの欠点を補うための方策が必要であり、時間をかけて検討

したが、結論持ち越しとなった。その他の検討については省略。

次回第7回 胃内視鏡検診準備・検討小委員会は3月10日予定

2. 学術・生涯教育委員会 小畠理事

1) 第43回京都医学会が9月24日開催されます。その内容が以下のように決定。

特別講演：独立行政法人労働者安全機構 有賀 徹 氏

シンポジウムのテーマ「高齢者の救急医療」

シンポジスト 清水哲郎氏（東京大学人文社会系研究科）

成本 迅氏（京府医大精神機能病態学）

清水義博氏（京都岡本記念病院救急初期診療部門）

3. がん登録事業委員会（第9回 平成29年2月17日） 大塚副会長

1) 胃の上皮内がんの京都府における登録法についての対応

①上皮内がんの診断症例があれば診断通り提出していただく

②データ取り込み時に「警告」となるので、登録室で限局に変換する

③変換前の診断情報（上皮内がん）は備考欄に記録する

4. 医療安全対策委員会 松井理事

報告事項なし

5. 保険医協会 藤田理事

専門医会会长との懇談会（3月18日）開催予定

6. 審査会（国保・基金）

内視鏡検査時の静脈麻酔算定、鎮静下のモニタリングについて

静脈麻酔薬でないミダゾラム（ドルミカム）は静脈麻酔の算定ができない。検査で静脈麻酔薬プロポフォール（デュプリバン）を使用した場合も静脈麻酔の算定ができない。現状では鎮痛・鎮静目的の薬剤を使用して内視鏡検査を行った場合、原則として呼吸心拍監視の算定はできない。

〈協議事項〉

1. 講演会の予定と企画

12月までの演者・座長が決定した

2. 4月総会 準備状況

3. 会報 版権の件

掲載論文の著作権は消化器医会が所有する。筆者が二次利用する場合は消化器医会への連絡を求める。筆者の著作権を守るためのこのような対応を会報に今後掲載していく予定。

4. 保険医協会懇親会 案件

3/18開催 会長出席

5. その他

- 1) 京都府立医科大学消化器内科より HP10000への後援・参加依頼があり、理事会で承認された。会報などに会員へのインフォメーション予定
- 2) 府医創立70周年記念式典における「京都府医師会事業功労賞（団体の部）」の照会があり、医会として事業内容を報告予定

〈事務局からの連絡及び確認事項〉

1. 平成29年度定例学術講演会会場
→ 8月は京都府医師会館での開催はなく、7月29日の外部開催に振り替える
(7月は8日と29日の2回開催、うち1回が外部開催)
12月9日 — 2階から3階に変更
2. 平成30年度定例学術講演会会場一覧（資料1）
→ 3階の広い会場を使用できる機会が減っており、府医と交渉する予定
3. 6月に消化器医会事務担当者の廣瀬氏が退職予定。後任は決定済み。

〔平成29年度 京都消化器医会役員〕

平成29年4月現在

名誉会長	沖 啓一 (留任)		
会長	粉川 隆文 (留任)		
副会長	古家 敬三 (留任)	大塚 弘友 (留任)	安田健治朗 (留任)
相談役	福本 圭志 (留任) (理事兼任)		郡 大裕 (留任)
監事	小川 欽治 (留任)	中島 悅郎 (留任)	
理事	今井 昭人 (留任)	大橋 一郎 (留任)	沖 映希 (留任)
	落合 淳 (留任)	小畠 寛純 (留任)	角水 正道 (留任)
	葛西 恭一 (新任)	勝島 慎二 (留任)	佐々木善二 (留任)
	澤 美彦 (留任)	竹村 俊樹 (留任)	西村俊一郎 (留任)
	藤田 祝子 (留任)	前川 高天 (留任)	松井 亮好 (留任)
	松本 恒司 (留任)	余みんてつ (留任)	吉田 憲正 (留任)
	吉波 尚美 (留任)	渡辺 剛 (留任)	(以上29名)

地区代表	(乙 訓) 猪谷 孟雄	(宇治久世) 丸山 恭平
	(綴 喜) 下野 道廣	(亀 岡) 十倉 佳史
	(福 知 山) 柴田 族光	(舞 鶴) 鳥井 剛司
	(与 謝) 中川 長雄	(京 大) 妹尾 浩
	(府立医大) 渡邊 能行	(第一日赤) 吉田 憲正 (理事兼任)
	(第二日赤) 安田健治朗 (副会長兼任) (医療センター)	勝島 慎二 (理事兼任)
	(市 立) 新谷 弘幸	(以上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)
	上本 伸二 (京都大学医学研究科外科学 肝胆脾・移植外科学 教授)
	大辻 英吾 (京都府立医科大学大学院医学研究科 消化機能制御外科学 教授)
	坂井 義治 (京都大学医学研究科外科学 消化管外科学 教授)
	妹尾 浩 (京都大学大学院医学研究科 消化器内科学講座 教授)
	渡邊 能行 (京都府立医科大学大学院医学研究科 地域保健医療疫学 教授)
	(以上 6 名)

《平成29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8日（土）〈特別講演〉

山上 裕機 先生（和歌山県立医科大学 外科学第2講座 教授）
『あきらめない膵がん治療－切除困難例への挑戦－』

5月13日（土）〈特別講演〉

高木 智久 先生（京都府立医科大学消化器内科 准教授）
『炎症性腸疾患治療はどこへ向かっているか？（仮）』

6月10日（土）〈特別講演〉

益崎 裕章 先生（琉球大学大学院医学研究科 内分泌代謝・血液・
膠原病内科学講座（第二内科）教授）
『糖尿病・肥満症診療における非アルコール性脂肪性肝疾患の
重要性～内分泌代謝学・脳科学からの最近の知見～』

7月8日（土）〈一般講演〉

鎌田 和浩 先生（京都府立医科大学 消化器内科学助教）
『便秘症状へのアプローチ』

〈特別講演〉

鈴木 秀和 先生（慶應義塾大学医学部 医学教育統轄センター教授）
『機能性消化管障害の新たなる治療戦略』

2) 臨時学術講演会

講演が決まり次第、適時開催する。

3) 京都胃腸勉強会：年3回（金曜日）の開催。

4) 総合画像診断症例検討会：偶数月の第一土曜日に開催。

5) 共催、後援研究会の開催

その他の各種研究会への積極的アプローチ

6) 各種委員会への積極的アプローチ

基金、国保審査委員合同委員会の開催（9月、3月定期開催）

7) その他

編 集 後 記

今年も皆様に会報をお届けする季節となりました。特別寄稿論文、臨床研究、症例報告、恒例になりましたコーヒーブレイク等々、いずれも地方誌（？）とは思えぬ“力作”ばかりです。お忙しい中、ご投稿頂きました諸先生方に心より深謝致します。

ご承知のように京都でも、胃がんリスク層別化検診・胃がん内視鏡検診が始まりました。すでにピロリ除菌後胃がんにたいする啓蒙活動も行われています。さらに高校1年生ピロリ除菌プロジェクトも今年度より府下全域に拡大しました。ここ京都から、多方面からの胃がん克服・撲滅への成果が発信される日が楽しみです。

「巻頭の辞」で大塚弘友副会長が述べられましたように、本会報は医学中央雑誌データベース（<http://www.jamas.or.jp>）に収載されました（収載誌コード J06771、第29号 2013年8月発行～）。本会報は歴史ある京都消化器医会の大切な活動記録でもあります。

各号とも当会ならではの京都発の内容が掲載されています。いつまでも本会報が皆様の診療のお役に立てる事を切望しております。

（竹村 俊樹）

京都消化器医会会報 No.33

医学中央雑誌刊行会 収載誌コード:J06771

発行日 平成29年6月30日

発行所 京都消化器医会
京都市中京区西ノ京東梅尾町6
京都府医師会館内
TEL 354-6105

発行人 粉川 隆文

印刷所 (株) こだま印刷所 ☎ 841-0052