



鈴木謙三記念

財団法人 医科学応用研究財団

第53回 学術講演会

日時 平成20年3月6日(木)
午後6時～8時

場所 ヒルトン大阪
5階「桜の間」

内視鏡イノベーション

—先端的医療と実地医療の接点を求めて—

代表世話人・座長 大阪市立大学大学院医学研究科
消化器器官制御内科学

教授 荒川 哲 男 先生

講演Ⅰ. 「薬物療法の限界を超えて —胃食道逆流症の内視鏡治療—」

愛知医科大学内科学講座消化器内科

教授 春日井 邦 夫 先生

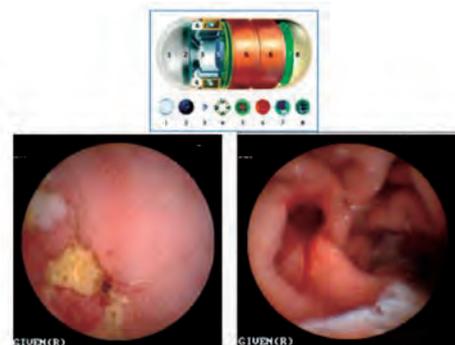
内視鏡下食道噴門部縫縮術
(Endoluminal gastroplication: ELGP)

	ELGP前	ELGP 3ヵ月後
内視鏡所見 (LA分類)	M	M
pH4未満時間 比率(%)	14.3	3.3
平均LES静止圧 (mmHg)	20	20
QUESTスコア	7	5
FSSGスコア	21	5
内服率(%)	100	0
Plication数	3	2

講演Ⅱ. 「カプセル内視鏡 —幻想から現実に—」

大阪医科大学第二内科

教授 樋口 和 秀 先生



後援 / 大阪府医師会

この講演会は、大阪府医師会生涯研修3単位が取得できます。

講演Ⅰ.

「薬物療法の限界を超えて」 —胃食道逆流症の内視鏡治療—

愛知医科大学内科学講座消化器内科
教授

春日井 邦夫 先生



講演Ⅱ.

「カプセル内視鏡」 —幻想から現実—

大阪医科大学第二内科
教授

樋口 和秀 先生



プロフィール

1985年 名古屋市立大学医学部卒業
医師免許所得
名古屋市立大学第一内科入局
1991年 名古屋市立大学病院臨床研究医(第一内科)
1996年 博士(医学)学位取得(名古屋市立大学)
名古屋市立大学第一内科助手
1997年 愛知医科大学内科学第二講師
1999年 アメリカミシガン大学内科学教室留学
(Research fellow)
2001年 愛知医科大学病院消化器内科副部長
愛知医科大学内科学講座消化器内科講師
2004年 愛知医科大学内科学講座消化器内科助教授
2005年 愛知医科大学病院内視鏡センター部長
2007年 愛知医科大学内科学講座消化器内科教授
愛知医科大学病院消化器内科部長

学会・役職

日本消化器病学会評議員
日本消化管学会評議員
日本消化器病学会東海支部評議員
日本消化器内視鏡学会東海支部評議員
日本内科学会東海地方会評議員

日本内科学会認定医, 指導医
日本消化器内視鏡学会専門医, 指導医
日本消化器病学会専門医, 指導医
日本体育協会認定スポーツドクター
日本消化管学会胃腸科認定医

1982年 大阪市立大学医学部卒業
1982年 大阪市立大学医学部第三内科入局
1986年 大阪市立大学大学院医学研究科研究生
1989年 大阪市立大学 助手(内科学第三教室)
1998年 大阪市立大学 講師(内科学第三教室)
2002年 大阪市立大学 助教授(消化器器官制御内科学)
助教授(内視鏡部)
2004年 米国カリフォルニア大学アーバイン校客員助教授
2007年 大阪医科大学第二内科学教室 教授 (現職)

学会・役職

日本内科学会 近畿地方会評議員
日本消化器病学会 評議員
日本消化器内視鏡学会 評議員
日本消化管学会 評議員
日本ヘリコバクター学会 評議員
日本潰瘍学会 評議員
日本門脈圧亢進症学会 評議員
日本食道学会 評議員

受賞歴

1991年 第6回内視鏡写真コンテスト優秀賞
1992年 消化器病態生理研究会研究奨励賞
1994年 第10回内視鏡写真コンテスト佳作
1998年 第9回消化管細胞機能研究会SBS賞
1999年 第10回消化管細胞機能研究会SBS賞

薬物療法の限界を超えて

—胃食道逆流症の内視鏡治療—

愛知医科大学内科学講座消化器内科
教授 春日井 邦夫

ライフスタイルの欧米化、ヘリコバクター・ピロリ菌の感染率の低下などにより、欧米に多いとされてきた胃食道逆流症（Gastro-esophageal reflux disease : GERD）が本邦においても近年増加傾向にあり、大きな関心を集めている。その診断には内視鏡検査が重要であるが、胸やけ、呑酸を中心としたGERDの自覚症状と内視鏡所見の重症度には必ずしも相関はなく、びらん・潰瘍などの粘膜障害がなく典型的逆流症状をもつ non-erosive reflux disease (NERD) の概念も導入され、その診断、治療に難渋することも少なくない。最近の研究ではGERDの病態は単なる酸逆流によるものだけではなく、非酸逆流、空気逆流、食道過敏、食道運動機能異常、精神的要因などが複雑に関連していると考えられている。

GERDの治療はPPI（プロトンポンプインヒビター）の投与が第一選択であるが、GERDの20－30%、NERDの50－60%がPPIで十分な効果が得られないといわれている。GERDに対する非薬物療法として腹腔鏡下Nissenが欧米を中心に広く行われるようになってきた。この腹腔鏡下手術の利点は治療効果が開腹術と同等で、医療費が安く、術後の回復が早いなどがあげられる。さらに最近ではさまざまな内視鏡下逆流防止術が開発され、縫縮法としてEndoCinch法、熱変性法としてStretta法、LES zoneへの注入法としてEnteryx法などが報告され

ている。本邦では EndoCinch (Bard 社) を用いた経内視鏡的噴門部縫縮術 (Endoluminal gastroplication: ELGP) が唯一施行可能であり、2006 年に内視鏡下食道噴門部縫縮術 (K667-3:12,000 点) として保険収載されている。ELGP 法は当初の臨床試験の適応に準じ、PPI で症状のコントロールが可能な合併症のない患者で、内科治療も外科治療も希望しない患者が適応とされているが、そのメカニズムなどから PPI などの薬物療法の無効な GERD 患者さらには術後逆流性食道炎などにも適応拡大可能と考えられる。

本講演では GERD の病態に応じた新たな治療戦略について経内視鏡的噴門部縫縮術 (Endoluminal gastroplication: ELGP) の実際と治療成績を中心に概説したい。

「カプセル内視鏡」

—幻想から現実に—

大阪医科大学第二内科
教授 樋口 和 秀

内視鏡の起源は古代ローマ、ギリシャ時代にさかのぼるといわれているが、1950年頃に胃カメラ、1960年代にファイバースコープ付胃カメラ、1970年代にファイバースコープが開発され、その後CCDによるビデオスコープへと進化してきている。その間に食道、胃、十二指腸、大腸などの消化管を内視鏡で検査することは可能になったが、小腸の内視鏡検査はプッシュ式、ゾンデ式、ロープウェイ式などが開発されるものの簡便ではなく広く普及されるには至っていなかった。小腸は、口からも肛門からも遠いうえ、伸展すると約7mと長く複雑に屈曲蛇行していることより、従来の内視鏡でその内腔を十分に観察することは非常に困難であることから、これまで小腸は消化管における“暗黒大陸”とよばれていた。小腸は複雑に屈曲して重なりあうため造影X線検査での病変描出やその評価は容易ではなく、また大きい腫瘍などの病変でなければCTで検出することも難しい。これらの検査で小腸病変を疑ったとしても確診を得ることは難しく、術中内視鏡を行うか、疑いのままで開腹手術を選択せざるをえないときも少なくなかった。消化器を専門とする医師のこれらのいらだちを払拭してくれたのが、カプセル内視鏡である。

以前から、被検者の苦痛のない内視鏡としてカプセル型の内視鏡の出現が期待されていた。その夢が現実のものとなり、2000年にNature誌上で発表された。「内服薬のように口から飲み込まれたあと、消化管を

通過しながらその内部を撮影することができるカプセル型の小型内視鏡」で、イスラエルで開発された。2001年に欧米で臨床応用され、その大きさや小腸の蠕動の早さなどから、小腸の観察が最も適しているが明らかとなり、小腸の検査のファーストチョイスと位置づけられるようになった。2003年にやっと日本に導入され、臨床試験が行われ、2007年10月に保険で使用することが可能になった。特に原因不明の消化管出血に対する検査ツールとしてもっともその威力を発揮する。カプセル内視鏡の開発とほぼ時期を同じくして、日本で開発されたダブルバルーン小腸内視鏡がある。これらの両内視鏡を用いることにより、全消化管とくにこれまで明確にされていない小腸の観察および治療が可能になった。まさしく“暗黒大陸からの脱却”である。