


消化器now^{ナウ}

No.52  2011

発行所:財団法人日本消化器病学会
〒104-0061
東京都中央区銀座8丁目9番13号
発行人:菅野 健太郎
編集責任:広報委員会
制作:株式会社 協和企画

日本消化器病学会の健康ニュース 2011.No.52



日本と米国の医療体制の違い

日本消化器病学会広報委員会担当理事
北海道大学大学院 消化器内科教授

浅香 正博



人気テレビドラマの『ER 救急救

命室』を観ると米国の医療のすばらしさが目につきます。病室は豪華、医師や看護師もわが国とは比較できないくらい多く、個々に見合った最新医療を提供しています。大病院の1ベッドあたりの医師数はわが国の3倍であり、看護師にいたっては5倍も多いのですから、医療サービスにおいては米

国が圧倒的に優れているのは当然です。しかし、これだけの人件費をどこから捻出しているのかを考えると急速に熱が冷めてきます。米国の医療費は信じられないほど高額なのです。わが国では公的健康保険制度が発達しているの

で、医療費の大半は保険から支払われますが、米国の公的保険制度は、高齢者および障害者を対象にしたメディケイドと低所得者を対象としたメディケアの2つしかありません。したがって、一般人は民間の医療保障プランに加入す

る必要があるのです。多くの人は、保険金が低額のHMO(Health Maintenance Organization)と呼ばれる管理医療型保険に加入しています。しかし、この保険はコスト削減の徹底が図られており、医療機関を自由に選べない、医師の治療内容に対する管理が厳しすぎるなど多くの問題点があります。

米国医療でさらに大きな問題は、これらの医療保険に加入していない人が4600万人もいることです。オバマ大統領の改革により、2010年3月に医療保険に加入できない国民に対して税金を使用して強制的に民間の医療保険に加入させることになりましたが、国民に賛否両論があり、中間選挙で敗北してしまいました。

- 2頁対 談 肝臓がん治療の新たな展開
- 4頁病 気のつ胞性膵腫瘍
- 6頁Q&A 自己免疫性膵炎の治療は? ピロリ菌除菌後は逆流性食道炎になりやすい?
- 7頁情 報 糖尿病を起す肝硬変や膵疾患 市民公開講座
- 8頁検 査 P E T - C T 検査



ずばり対談

肝臓がん(肝細胞癌)診療での患者の逡巡に確信を与える最新医療情報

肝臓がん治療の新たな展開

社会保険下関厚生病院院長
山口大学名誉教授
沖田 極氏

日本消化器病学会広報委員会委員
鳥取大学医学部機能病態内科学
(第一内科)教授
村脇 義和氏

日本では肝臓がんで年間約3万4000人が亡くなっています。肺がん、胃がん、大腸がんに続く難敵です。原因が肝炎ウイルスの持続感染と解明されて、医療関係者は確実な感染予防と各病期に応じた適切な診療を行っています。そして、今、治療に長らく抵抗を続けてきた肝臓がんの治療に希望の光が差し始めました。わが国の肝臓病学指導者のお一人・沖田極先生に、肝臓がん治療のトピックスを解説いただきます。(村脇 義和)

国の対策が実り始める

村脇 沖田先生には、本誌25号(2004年6月発行)のずばり対談『肝臓がん制圧のための治療戦略』に登場いただいております。対談では、制圧体制は「ゴール」目前にきている」とのお話でした。

沖田 その通りです。国が長期にわたり肝炎対策を実施してきた結果、肝臓がん発生の主体であるC型・B型肝炎ウイルス感染の新規患者は激減しました。特にB型肝炎対策としてワクチンによる母子間感染予防が行われるようになり、母から子への垂直感染によるB型

肝炎キャリア(持続感染患者)の発生はゼロ近くまで減りました。

村脇 献血制度の確立と危険世代を対象にした早期発見のための検診、治療の進歩で、制圧の名にふさわしく万全の体制になりました。

沖田 国民総ざらい体制をとり、40歳を超えたら一生に一度は肝炎ウイルスのチェックを」と受診を呼びかけてきました。血液中にHCV抗体を認めればC型肝炎、HBs抗原陽性であればB型肝炎ウイルスキャリアと診断します。

非飲酒者の肝臓がん

村脇 治療も大幅に進歩しました。

沖田 C型肝炎にはペグインターフェロンとリバビリンの併用療法、B型肝炎にはインターフェロン療法や核酸アナログ療法で治療成績を上げています。

村脇 肝疾患研究の先進国日本では、種々の治療を駆使して肝臓がんへの進行阻止に努力しています。しかし、肝臓がん患者・死亡者はあまり減少していませんね。

沖田 日本には治りにくいC型肝炎患者が多いからです。C型肝炎は60歳くらい、B型肝炎は50〜60代と高齢でがん化します。肝臓がんが激減し始めるのは、今の医療水準が変わらない限り、肝炎ウイルスを持たない世代が50〜60代になる時、つまり30〜40年かかるのではないのでしょうか。

村脇 肝臓がんの発生母地はC型肝炎からの肝硬変75%、B型肝炎からの肝硬変15%、非アルコール性脂肪肝炎(NAFLD)10%です。



沖田 極 (おきた きわむ)

1967年、山口県立医科大学卒。インターン終了後、山口大学医学部第一内科入局。米国テンプル大学医学部附属フェルズ研究所勤務。89年、山口大学医学部内科学第一講座(現・消化器病態内科学)教授。2001年から附属病院長二期。05年、現職に。その間、日本肝臓学会理事長、日本内科学会・消化器病学会理事

沖田 肝炎ウイルスやアルコールによる肝臓がん発生の実態が解明されたところへ、非飲酒者に肝臓がんが発生するという新たな課題が生まれました。メタボリックシンドロームが背景となり肝臓障害が慢性化し肝臓がんが発生するもので、その増加が目目されています。

村脇 肝臓がんの治療を伺います。沖田 日本では、肝臓の障害度をA(ほぼ健常)・B(障害)・C(肝不全)に分け、がんの数で、1個「2〜3個」「4個以上」に分類し、条件



に合わせて選択しています。
 村脇 日本では体への負担が少ない局所治療などが行われています。
 沖田 わが国の治療指針が科学的根拠に基づき推奨する治療は、外科手術、ラジオ波焼灼療法、肝動脈塞栓術です。手術はがんを排除する唯一の方法です。手術を嫌がる患者がいますが、手術は他の治療法より5年生存率が10%以上も回ることを理解いただきたいですね。
 村脇 条件が揃っていないと手術はできませんね。
 沖田 先の分類で肝障害度がA・

B、がんの数が1個・2〜3個、直径3cm以内は手術をします。適応がないのに手術を希望する人がいますが、無理して手術すると肝臓障害が致命的に悪化します。同じ条件でがんが3cm以上の場合、病状が許せば手術、あるいは塞栓術、ラジオ波焼灼術を行います。治療の選択に疑問があれば医師に納得のいくよう説明を求めましょう。
 村脇 ラジオ波焼灼療法、肝動脈塞栓術を簡単に説明して

沖田 ラジオ波焼灼療法は電極針を皮膚を通して肝臓がんに突き刺し、ラジオ波で熱を発生させてがん細胞を死滅させます。肝動脈塞栓術は肝動脈を化学塞栓物質(抗がん剤を含む)で塞いで、がん細胞への酸素・栄養供給を遮断、同時に抗がん剤を併用しますので100%近いがん細胞の死滅効果があります。化学(薬物)療法には全身化学療法と薬をがんに直接分布する肝動注化学療法があり、がんの状態と患者のライフスタイルで選択します。肝臓移植はドナーが確保

できれば治癒率の極めて高い、優れた治療です。


再発防止・分子標的薬

村脇 治療を行っても多くの肝臓がんは再発します。近年、注目されるのがソラフェニブ(09年5月認可)です。沖田先生らのご尽力で保険治療が可能になりました。

沖田 これは分子標的薬という新しいタイプの薬です。がん細胞中のがんの増殖に関係する増殖シグナル伝達因子の働きを抑え、またがん細胞の増大に関与する血管増殖因子の発生を抑制して、がんの発育を抑えます。適応は肝臓がんと腎臓がんです。
 村脇 ソラフェニブは抗がん剤ではなく、がんを、静止状態にして成長を阻止するわけですね。

沖田 この薬は多施設無作為化比較試験という厳しいテストで進行肝臓がんの生存率を延ばすことが確認されています。現在、他剤との併用で更に有効性が得られないかどうかの検討も行われています。
 村脇 最後に一言お願いします。
 沖田 肝臓がんは早期発見・治療で治癒率は高く予後も改善されます。

村脇 義和
 (むらわき よしかず)



1975年、鳥取大学医学部卒。フンボルト奨学研究員としてErlangen-Nürnberg大学第1内科で研修(88~90年)などを経て、2001年、鳥取大学医学部第2内科教授、02年、同学部機能病態内科学教授就任、現在に至る。専門は肝臓病学。肝発癌の化学的予防、肝線維化の治療などの研究に携わる

健康に自信のある方も検診を受けると肝炎ウイルス感染が見つかるかもしれません。それが肝臓がんの早期発見・治療につながります。
 村脇 有難うございました。
 (構成・高山美治)

再発防止には**分子標的薬 ソラフェニブ**が有効ですね。

肝障害度:A
 がんの数:3個
 がんの直径:3cm以上

以下の3つは日本で推奨される治療結果の認められた肝臓がんの治療法です。
 ●外科手術
 ●ラジオ波焼灼療法
 ●肝動脈塞栓術
 病状によりいずれかを選択します。

知っておきたい消化器の病気

気になる
消化器病

のう胞性膵腫瘍

九州大学大学院臨床腫瘍外科教授 田中 雅夫

膵臓にできる種々の袋状の腫瘍を、「のう胞性膵腫瘍」といいます。中でも最近注目されているのが、がん化しやすい膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）です。IPMNの患者さんは、他の膵がんも高率に発生するため、IPMNを手がかりに膵がんをいち早く見つけ、根治に結びつける方法が模索されています。

のう胞性膵腫瘍とは

膵臓には2つの働きがあります。ひとつは内分泌で、血糖を正常に保つホルモンをいろいろ出します。これが失われると糖尿病になります。もうひとつは外分泌で、多くの消化酵素を出します。膵臓には多くの種類の細胞があり、それぞれの組織から実に多様な類に及ぶ腫瘍ができます。膵臓の腫瘍は、かたまりをつくる「充実性腫瘍」と、袋をつくる「のう胞性腫瘍」に大別できます。後者

の中には粘液のう胞性腫瘍、漿液しよ液りゃくのう胞性腫瘍、充実性偽乳頭腫瘍などの代表選手のほか、内分泌腫瘍や膵がんのように、通常はかたまりでもまれに内部が袋状になるものなど、多くの種類があります。

がん化しやすいIPMN

ここでは、最近注目を集めている、小さいときはブドウの実、大きくなるとブドウの房のような袋をつくる「のう胞性膵腫瘍、膵管内乳頭粘液性腫瘍（IPMN）」について述べてみます。

この袋の内面は粘液を産生する腫瘍細胞で覆われ、内部には分泌された粘液が充満しています。重要な特徴のひとつは、この腫瘍細胞ががん化しやすいことです。IPMNは、膵臓の中央を流れ消化酵素を含む膵液を運ぶ主膵管の全体が袋状に拡張する主膵管型と、主膵管から枝分かれした管が、先に述べたブドウの実や房のようになる分枝型とがあります。主膵管型はがん化することが多く、見つかったときに7割程度が、分枝型は比較的少なく、3割程度ががん化しているとされています。



分枝型IPMNを切除するか否か

分枝型IPMNはがん化する可能性があるので、診断がつき次第切除するという考え方もありますが、切除した結果が良性であることも多いために、がん化したもの、またはがん化しやすいものを選んで切除したいと考えるのが当然です。それには、どんなときにがん化が多いのかを見極めることが必要です。分枝型IPMNの袋は主膵管とつながっていますの

で、その出口である十二指腸の乳頭から細い管を入れて膵液を採取し、これにがん細胞が含まれていることがわかれば、最も確実ながん化の証拠となります。

2006年に国際膵臓学会から刊行されたIPMN/MCN国際診療ガイドラインでは、ほかにもがん化の指標となる所見をいくつかあげています。

その第1が壁在結節や隆起と呼ばれる、いわゆる「こぶ」で、これがあるとがんの可能性が高いと考えられています。

そのほか主膵管拡張や腹痛などの症状も、がんに比較的多いとされていますが、その信憑性はあまり明らかではありません。

また、袋の最大径が3cmを超えるとがんが多くなるため切除することが望ましいともされていて、これが今、論議の的となっていて、こぶがなくとも3cm以上になれば切除したほうが本当によいかどうかは、そのような切除例を数多く集めて結果を出し、検証することが必要と、ガイドラインも示しています。

当科での結果は、3cm以下では

確かにがんは1例もなく、切除は不要と判明しました。一方、3cm以上では14%にがんが見つかりました。したがって3cmが切除する目安としては正しいことになりませんが、この14%というがん発見の頻度を高いと見るか低いと見るかによって、まだ若干意見は異なります。低いと考えれば、すぐに切除せずに、こぶができるまで経過観察をすればよいといえますが、切除が遅れる危険が伴うことになるかもしれません。

分枝型IPMNのがん化を診断する難しさ

がんは表面に上皮内がんとしてでき、次第に大きくなり、やがて袋の外へ広がって膵臓の実質へ浸潤していきます。上皮内がんは微小浸潤がんになり、浸潤がんへと進行していきます。この微小浸潤がんの段階で、すでにリンパ節転移をきたすことがわかっています。簡単な手術で根治させるには、リンパ節転移がない上皮内がんのうち切除しなければなりません。が、上皮内がんの診断が可能な方

法は、先ほど述べた膵液の細胞診しがなく、他の検査法では不可能なものです。膵液の細胞診は膵液の出口までチューブを挿入しなければならず、そう頻回に行うわけにはいきません。結局、今のところは、最大径が3cmを超えれば、一刻を争うわけではありませんが、切除を勧めるしかありません。

切除した中の86%に及ぶ良性例をさらに少なくするためには、もっと効率よく、がん化した例、あるいはがん化しやすい例を選別でき得る方法を考え出さなければなりません。

IPMNの患者は別の膵がんにも注意が必要

分枝型IPMNにはもうひとつ注意すべき特徴があります。それは、分枝型IPMN自体ががん化するだけでなく、膵臓の他の場所にもがんが発生することです。いくつかの研究で、100人の患者さんのうち1年に1人前後で膵がんが見つかっています。その理由は、まだわかっていますが、私は、前の検査からわずか13カ月で

手遅れの膵がんが見つかった患者さんを知っています。どれくらいの間隔で検査をすれば手遅れになる前に見つけられるのかは、はっきりしていませんが、膵がんは進行が速いため、半年以上間隔を空けると、見つからずとも根治できないがんになってしまつ可能性があります。

100人に1人の膵がんを見つかるのに、たくさん検査を全員に行うことが費用に見合うのかどうかは問題です。しかし、進行が速く、発見された時にはすでに9割の人が切除不能になっているという状況を考えれば、少しでも早く診断するために検査をする以外にはないのが現状なのです。

IPMNのこれらの特徴がわかったことから、1人でも多くの膵がん患者さんの命が救えるようになることを切に願っています。



たなか・まさお
診療科: 第一外科

消化器 Q&A どうしました？



このコーナーでは、消化器の病気や健康に関する疑問や悩みについて、専門医がわかりやすくお答えします。

Q 自己免疫性膵炎とはどういふ病気で、どのように治療するのですか？

A 自己免疫性膵炎は人口10万人に2人程度が発症する非常にまれな病気で、膵臓が腫れるため膵がんと間違われることもあります。そのほか唾液腺、涙腺、腎臓、肺、甲状腺なども腫れることがあります。また、しばしば胆汁の流れる胆管が狭くなつて黄疸が出たり、膵臓からのインスリン分泌が悪く糖尿病になります。

したがって、まず膵がんを含めた全身の検査と、黄疸や糖尿病の治療が必要です。腹痛がある場合には、蛋白分解酵素阻害剤などで通常の膵炎に準じた治療を行うこともあります。無症状の場合には、経過観察のみ行うこともあります。治療にはステロイドがとて最も効果的です。経口プレドニゾン

30〜40mg/日を1〜2週間投与後、1〜2週間ごとに5〜10mgずつ減らすのが一般的です。治療効果の判定には、黄疸や腹痛などの症状、血液検査、腹部画像などの経過を参考にします。緩解後、ステロイドを中止できる症例もありますが、わが国ではほとんどの場合、ステロイドを2.5〜7.5mg/日投与する維持療法が推奨されています。

回答者
関西医科大学内科学
第3講座教授
岡崎 和一

がんを否定する検査をせずにこの病気と診断すべきではなく、必ず膵がんの細胞や組織を採ってきちんと検査できる膵臓病の専門病院を受診することをお勧めします。

Q ピロリ菌を排除すると、逆流性食道炎になりやすくなるのですか？

A ピロリ菌を排除するとそれまで胃粘膜に多く存在していた白血球がなくなり、炎症が改善します。そして、胃酸を分泌する胃粘膜の壁細胞が復活して胃酸が出やすくなります。そのため、除菌後に逆流性食道炎が起ることが懸念されてきました。

回答者
慶應義塾大学医学部内科学
消化器専門講師
鈴木 秀和

では、実際にピロリ菌の除菌後は逆流性食道炎が発症したり悪化した

りたりするのでしょうか。日本では、除菌後に逆流性食道炎が発生または悪化する例は3〜19%ほどあると報告されています。一方、除菌後の逆流性食道炎の症状は、さらに悪くなる、変わらない、むしろよくなるといった、それぞれ異なる報告があり、さらなる検討が必要であると考えられます。しかし、海外の報告と比べると、日本人の除菌後の逆流性食道炎の頻度は低く、発症しても比較的軽症で一過性のことが多く、除菌すること逆

は決めつけられないようです。日本ヘリコバクター学会の最新版「H. pylori」感染の診断と治療のガイドライン」では、逆流性食道炎があることは、ピロリ菌の除菌療法を行わない理由とはしないとしています。一方で、除菌後に肥満やコレステロール上昇など、生活習慣病が現れる可能性があり、そこから逆流性食道炎が引き起こされる可能性も否定できません。除菌後は逆流症状も含めて問題があれば医師に相談するとともに、食生活など生活習慣の変化にも注意したほうがよいでしょう。

情報のひろば

糖尿病と
消化器病

糖尿病を起こす 肝硬変や膵疾患

糖尿病といえば過食、肥満、運動不足を連想しますが、消化器の病気が原因で発症する糖尿病もあります。その代表は肝硬変と膵疾患(慢性膵炎、膵臓がん、膵臓の切除など)です。

肝硬変では耐糖能(血液中の糖を正常に戻す働き)が低下し、空腹時血糖がほぼ正常でも食後に高血糖を呈するという特徴があり、これを肝性糖尿病といいます。血糖値を改善させるために過度の食事制限をすると栄養失調に陥る危険があるため、栄養状態に応じた食事量の設定が必要です。食事の調整によっても血糖がコントロールできなければインスリン治療が必要になります。経口血糖降下薬は肝機能悪化や低血糖

を長引かせる危険が増すため、肝機能が比較的保たれている場合にのみ使用されます。

一方、膵疾患ではインスリン分泌低下による耐糖能障害と消化吸収不良による栄養障害が生じ、これを膵性糖尿病といいます。膵性糖尿病の治療は消化酵素補充療法による消化吸収不良の改善とインスリンによる糖尿病治療が必要になります。そのため肝疾患や膵疾患の患者さんは糖尿病の検査を時々受ける必要があります。

また、糖尿病は大腸がんや膵臓がんの発症にも関係しているといわれています。したがって糖尿病の患者さんは血管合併症の検査だけでなく、定期的に腹部超音波や胃内視鏡など消化器の検査も受けられることをお勧めします。

弘前大学医学部内分泌代謝内科 柳町 幸
弘前大学医学部保健学科 中村光男

市民公開講座のお知らせ

日本消化器病学会の各支部で市民公開講座を開催します。参加はすべて無料です。詳細はホームページをご覧ください。

開催	日時	場所	テーマ	お問合せ
第97回 総会	5月22日(日) 14:00 ~ 16:00	新宿区立四谷区民ホール (新宿区内藤町87)	ストレスと消化器病(仮)	慶應義塾大学 消化器内科・日比 紀文 TEL.03-3353-1211
北海道 支部	7月2日(土) 14:00 ~ 16:00	蓬萊殿(ほうらいでん) (室蘭市宮の森町1-1)	消化器がんの最新治療 「ピロリ除菌による胃がん予防」 「胃がん・大腸がんの内科的最近治療」ほか	新日鐵室蘭総合病院消化器科・前田 征洋 TEL.0143-44-4650
東海 支部	6月19日(日) 13:00 ~ 16:00	じゅうろくプラザ2F (岐阜市橋本町1-10)	メタボリックシンドロームと消化器病 「メタボリックシンドロームと生活習慣病」 「メタボリックシンドロームと大腸がん」ほか	朝日大学村上記念病院消化器内科・加藤 隆弘 TEL.058-253-8001
北陸 支部	5月28日(土) 14:00 ~ 17:00	白山市民交流センター 5階大会議室 (白山市倉光2-1)	おなかの病気から「健康」を考える 「非常に多い消化器のがん」「肝炎を治そう」 「肝臓と生活習慣病」	公立松任石川中央病院消化器科・ト部 健 TEL.076-275-2222
近畿 支部	6月18日(土) 14:00 ~ 17:00	大津市ふれあいプラザ ホール (大津市浜大津4-1-1)	消化器のがんを克服するために 「消化管のがんの診断と治療」「肝臓がんの治療」 「すい臓がんの治療」ほか	滋賀医科大学 外科学 谷 徹 TEL.077-548-2238
	6月25日(土) 12:30 ~ 17:00	奈良県文化会館 国際ホール (奈良市登大路町6-2)	よくわかるおなかの病気のお話 「薬に受けられる内視鏡検査ー経鼻内視鏡とカプセル内視鏡の進歩」ほか	奈良県立奈良病院消化器内科・菊池 英亮 TEL.0742-46-6001
中国 支部	6月26日(日) 13:30 ~ 16:00	米子コンベンションセンター ビッグシップ (米子市末広町294)	コメディカルが話す消化器疾患 「看護師からみた消化器病」「薬剤師が話す消化器疾患」 「栄養士が話す消化器疾患」	山陰労災病院消化器内科・岸本 幸廣 TEL.0859-33-8181
	7月9日(土) 13:30 ~ 15:30	とりぎん文化会館 (鳥取市尚徳町101-5)	やさしく語る「おなかのがん」の基礎知識 「がんを防ぐ(危険因子と生活習慣)」「早期がんを切らずに治す(内視鏡切除)」ほか	鳥取県立中央病院内科 清水 辰宣 TEL.0857-26-2271
九州 支部	3月27日(日) 13:00 ~ 15:30	長崎大学医学部良順会館 2階ボードインホール (長崎市坂本1-12-4)	消化器疾患の最新治療 「胃がんの予防と治療の最前線」「炎症性腸疾患の最新治療」「ウイルス性肝炎の最新治療」	長崎大学 消化器病態制御学・中尾 一彦 TEL.095-819-7481
	5月7日(土) 13:00 ~ 16:00	熊本県民交流館パレア (熊本市手取本町8-9)	消化器がん診断・治療の最前線 「内視鏡による診断・治療の現況」 「体にやさしい腹腔鏡手術」ほか	熊本大学 消化器外科学 馬場 秀夫 TEL.096-373-5213

消化器 の 検査 ②

PET-CT検査

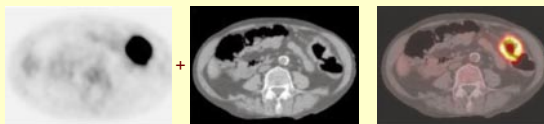
PET：がんのブドウ糖代謝を画像化

ポジトロン
PET(陽電子放射断層撮影法)は、微量の放射性物質を含む薬剤を受診者の静脈に注射し、その体内分布を画像化する検査法です。検査の目的によって使用する薬剤はさまざまですが、消化器の場合にはがんの診断を目的として、ブドウ糖に類似したFDGという薬剤を使用します。がん細胞はブドウ糖代謝が活発なのでFDGもがん細胞に集まります。そこから出てくる放射線を画像化するのがPET検査の原理です。

FDGは極めて安全性が高く副作用はありません。アレルギーや腎機能・肝機能障害があっても検査ができます。ただし糖尿病があると検査の精度が低下する場合があります、注意が必要です。また血糖値を上げないように検査前の絶食が必須です。

PET-CT：PETとCT一体型の画像診断装置

PETだけでもある程度の診断が可能ですが、これだけでは病変の位置を明確に特定できません。そこでPETとX線CT(X線断層撮影法)を一体化し、同時に撮影することにより診断能力を高めたものがPET-CTです。



PET

CT

PET-CT

PETとCTの画像を重ね合わせると病変の正確な位置がわかる

PET-CTは1回で全身の検査ができるので、消化器だけでなく他の臓器への転移や再発病変の検出に有効です。

また、通常の画像診断法、例えば内視鏡や超音波検査、CTなどが主として「がんの形」を診断するのに対して、PETは腫瘍の「ブドウ糖摂取量」、つまり「がんの活動性」を診断します。ブドウ糖の摂取量から腫瘍の悪性度や増殖能の予測などが可能であり、これは従来の画像診断では得られない情報でした。今後はがんの化学療法の効果判定にも有用性が期待されています。



PET-CT装置：手前にCT、奥にPETカメラが配置されている

慶應義塾大学医学部放射線診断科核医学部門教授

村上 康二

編集後記

少子高齢化の進展により医療費の公的負担が増大し、この解決策として始められた後期高齢者医療制度(長寿医療制度)も、見直しが議論されています。「FOCUS」では、特に米国における医療保険の問題点について述べられています。「ずばり対談」では、肝臓がんの予防と治療について、話題の分子標的薬についてもお話しいただきました。さらに、のう胞性膵腫瘍、自己免疫性膵炎、ピロリ菌除菌後の逆流性食道炎、糖尿病と関連する消化器病、PET-CT検査について解説いただきました。いずれも最新の情報を取り入れた興味深い内容です。ぜひ一読ください。

日本消化器病学会広報委員会委員
川崎医科大学消化管内科准教授

塩谷 昭子

次号は、6月20日発行です。
本紙の無断転載・複製は禁じます。

本紙へのご意見・ご要望等は左記まで。

〒105-0004

東京都港区新橋2-20 新橋駅前ビル

1号館2階 (株)協和企画内

「消化器now」制作事務局

TEL 03(3569)9531

FAX 03(3569)9532

寄附のお願い について

財団法人日本消化器病学会は、昭和29年に医学会においては数少ない財団法人の認可を受け、公益事業を積極的に推進しています。その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器now』の発行を行っております。

篤志家、各種団体からの寄附を受け付けておりますので、詳細等お問い合わせは下記にお願いします。

【お問い合わせ先】財団法人日本消化器病学会 事務局

〒104-0061 東京都中央区銀座8-9-13

TEL 03-3573-4297 FAX 03-3289-2359 E-mail info@jsge.or.jp

URL <http://www.jsge.or.jp>