



消化器の ひろば

2 FOCUS

医療におけるデジタルトランスフォーメーション (DX)

3 ずばり対談

ヒトと腸内細菌の可能性

(ゲスト) 有森裕子・高木智久

7 気になる消化器病 [十二指腸非乳頭部腫瘍 (SNADET)]

8 消化器病の薬 [胆道がんの化学療法]

9 消化器の検査 [image-enhanced endoscopy (画像強調内視鏡)]

10 消化器Q&A

[検診の超音波で膵尾部の描出が不良といわれました]

脂肪肝といわれました / 大腸内視鏡検査は定期的に受ける必要がある?

医療におけるデジタルトランスフォーメーション(DX)

デジタル技術の進化によって
医療へのアクセスがさらに便利に



井上 祥
株式会社メディカルノート代表取締役・共同創業者
医師・医学博士

DXとは digital transformation (デジタルトランスフォーメーション) の略称です。デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える (transform する) ことと定義されています。医療においてもこのコロナ禍でデータ連携の非効率性などがより明らかになったことを背景として、2022年10月に内閣官房に岸田文雄首相を本部長として医療DX推進本部が設置されています。

医療DX推進本部の施策としてマイナンバーカードと健康保険証の一体化の加速、全国医療情報プラットフォームの構築、電子カルテ情報の標準化などが掲げられており、工程表も示されています。これらが進めば、スマホ一つで自分自身の医療データをいつでもどこでも見ることができるようになります。全国の医療機関で必要なときに医療データが共有されるようになれば、同じ検査を何度もやることも少なくなり、災害時や緊急時にもスムーズに受診することが可能になるでしょう。

医療においてもロボット、AI、ウェアラブルデバイスなどの活用が日々ニュースになっています。また、デジタル技術を活用した遺伝子検査や生体データの解析とそれらを基にした個別化医療の提供、つまり患者さんの特性やリスクに応じた最適な治療計画の立案を可能にします。そうなれば、より効果的な治療結果や副作用の最小化の実現が期待できるでしょう。

さて、ここまでトピックスを記載してきましたが、医療DXがこれから発展したと

きにもたらされる本質的な患者さんにとっての価値は何でしょうか。それは「時間的・空間的制約を超えて最速で最適な医療にアクセスできる世界」と考えております。抽象的な表現ではイメージしづらいと思いますので具体的な消化器病での事例をご紹介します。

炎症性腸疾患という厚生労働省指定の難病があります。下痢や腹痛を繰り返す、故安倍晋三元首相も悩まされた病気です。札幌医科大学では北海道の炎症性腸疾患の患者さんを対象とした遠隔医療を実施しています。北海道はご存じのようにとても広大です。一方で炎症性腸疾患を専門的に診療することのできる医師の数は限られています。炎症性腸疾患の患者さんは専門的な医療を受けるためには遠方まで通院しなければならないという課題を抱えています。

それを解決すべく、帯広、釧路、函館それぞれの医療機関から札幌医科大学の炎症性腸疾患を専門とする医師にオンラインで相談する体制を整え、各地域でも高度で専門的な医療を提供することを可能としました。本取り組みは「北海道炎症性腸疾患患者医療均一化を目指した遠隔医療体制の確立」として内閣官房の「冬のDigi田(デジデン) 甲子園」ベスト8を受賞しています。

アクセスの向上と個別最適化された医療の提供こそが医療DXにおいて患者さんが享受することのできる最大のメリットです。少しずつですが、それが実現しつつあるのです。

ヒトと腸内細菌の可能性



有森裕子

元プロマラソンランナー

聞き手

高木智久

京都府立医科大学
医療フロンティア展開学 准教授

近年、「腸活」という言葉も登場するほど、腸内細菌が注目されています。その背景として、遺伝子解析技術が飛躍的に進化し、腸内細菌の種類やバランスなどの解明が急速に進んだことが挙げられます。最近の研究では、腸内細菌は腸の中で働くだけでなく、メンタル面や全身の健康にも関わるようになってきました。今回の聞き手・高木智久先生はアスリートの腸内細菌を解析し、競技力を高める方法を見出すべく研究を続けています。バルセロナ五輪とアトランタ五輪の女子マラソンメダリストである有森裕子さんの比類なき競技力を支えたものは何か。「腸内細菌」をキーワードに高木先生が迫ります。(2023年4月18日収録)

アスリートの腸内環境を調べてみると

高木 私は潰瘍性大腸炎やクローン病など下部消化管の小腸、大腸の病気を専門に患者さんの治療や研究を行っています。この潰瘍性大腸炎やクローン病などのように、原因がわからない、治療法もない難病は少なくありませんが、近年ではそういった病気に腸内細菌が関係していると考えられています。実際に腸内細菌の研究を始めたところ、腸内細菌のバランスの取れた腸内環境を形作るのには食事が大切であることがわかってきました。アスリートは過酷

なトレーニングで消費エネルギーが多い反面、摂取カロリーが極端に多いことが少なくありません。そこで、スポーツ選手の腸内細菌はどうなっているのか解析したところ、陸上競技の女性長距離ランナーの腸内環境はあまり良い状態ではないことがわかったのです。長距離ランナーの運動量は極めて多く、普段の練習で1カ月に500～600kmは平気で走るほど過酷なトレーニングをされているので、身体に対する負荷の大きさが影響しているのかもしれない。

有森 そうですね。私たちは1カ月に1,000kmぐらいいは走っていましたから。



有森 裕子 (ありもり ゆうこ)

1966年生まれ、岡山県出身。就実高等学校、日本体育大学を卒業後、株式会社リクルート入社。1992年バルセロナ五輪、1996年アトランタ五輪の女子マラソンではそれぞれ銀メダル、銅メダルを獲得。2007年2月18日、日本初の大規模市民マラソン「東京マラソン2007」でプロマラソンランナーを引退。1998年NPO法人「ハート・オブ・ゴールド」を設立、代表理事就任。その後、国際オリンピック委員会 (IOC) Olympism365委員会委員、日本陸上競技連盟副会長、大学スポーツ協会 (UNIVAS) 副会長を務めている。2010年6月、国際オリンピック委員会 (IOC) 女性スポーツ賞を日本人として初めて受賞。

高木 最近ではアスリートに注目する研究者が増えて、腸内細菌が競技力にも大きく関わっていることがわかってきました。将来的には腸内環境バランスをどう整えていくかということも、アスリートの栄養管理の一つに加わっていきかもしれないと考えています。

監督の手作り料理で栄養管理

有森 私の現役時代には「腸内環境」という言葉はありませんでした。カロリーや栄養管理ということが言われ始めたのも、1992年にバルセロナ五輪に行く少し前くらいからです。当時は海外での合宿でも監督が自ら料理を作ってくれていて、毎日、朝からもつ煮やニンニク、ショウガ味の強いメニューを出され、「勘弁してよ」と思いながら食べていました (笑)。栄養ということでは動物性と植物性のたんぱ

く質を分けて納豆か卵かを入れるなど、シンプルなわかりやすい食べ物をようやく取り入れるようになりました。長距離のチームに栄養管理の専門家が加わるようになったのはアトランタ五輪 (1996年) の後でした。腸内環境が言われ始めたのは、私が現役を引退してからでしたね。

高木 実は最近、長距離ランナーの腸内には有益な細菌がいることが報告されています。この腸内細菌が作り出す「短鎖脂肪酸」は肝臓で糖、つまりエネルギーを作り出す働きがあります。つまり、ランナーが試合中にエネルギーを消費して飢餓状態になっても、腸の中から身体にエネルギーを供給するシステムがあるのです。一方、私たちが行った動物実験では、日常的に運動量が多いマウスの糞便を運動しないマウスに移植すると、移植されたマウスの骨格筋は運動量の多いマウス並みに発達します。骨格筋の形成や持久力も腸内細菌が関係していることがわかってきています。近年は選手の栄養管理が日常的に行われるようになって腸内細菌がうまく育まれ、競技力が上がっている——有森さんたちが実体験として感じていることに、科学が少しずつ追いついていっているという状況です。

有森 すごい! もっと早く知りたかったです。いま私は大学スポーツ協会 (UNIVAS) 副会長として若いアスリートと接しているので、学生たちが腸内環境の知識を持って実業団ほか、社会に出てくれると良いと思いました。私の母は大学の学食に調理師として勤めていたので、季節ごとにおいしい食材、栄養や組み合わせなどを教えてくれて、下宿生活が始まってからは自分でも母の教えを守ってきました。小さい頃は好き嫌いが多かったのですが、母が調理法を工夫して食べさせてくれたおかげか、ひどかったアトピー性皮膚炎も治りました。また長距離ランナーには骨粗しょう症の人が多いのですが、私は選手の中でも骨密度は高いほうでした。知らず知らずのうちに母に身体の基礎を整えてもらっていたのだと思います。季節の食べ物を旬の時期に食べれば、

普段よりも高い栄養価が得られます。若いアスリートたちにもサプリメントや加工食品に過剰に頼るのではなく、季節ごとの食べ物の栄養についてきちんと知ること、その栄養をしっかりと身体に取り込んで免疫力を整えることを勧めたいです。

増えている「過敏性腸症候群」

高木 ところで、脳と腸は神経で細やかにつながっており、ストレスやプレッシャーを感じるとおなかにシグナルがいくようになっていきます。たとえば小さな子供が発表会の前に緊張でおなかがギュッと痛くなるのは、この「脳腸相関」のしくみによるものです。近年、痛みを伴う下痢や便秘を繰り返す「過敏性腸症候群」の患者さんが増え続けているのですが、これは脳腸相関の代表選手です。ストレスを感じたときに脳内ホルモンが適切にストレスに対処すれば何事もありませんが、度を超すと過剰な反応を起こして腸をはじめ、メンタル面や脈拍など心身への様々な影響が現れると考えられています。有森さんは試合のストレスはいかがでしたか。

有森 私はむしろ、試合よりも練習のほうが緊張していました。試合が決まると3カ月前から脚作りに入り、練習メニューが組まれます。今日、この練習ができなければ明日の練習につながらない。とにかく毎日が全力投球で、朝起きたら朝練、調整して午後練、調整して寝て、ごはんを食べて、次の朝練。これが延々と続く3カ月の間、流れを崩さないようにしなければ練習内容が本番の役に立たないという緊張が絶えずありました。試合の日は沿道に応援してくれる人たちもいますし、精神的には一番楽なのです。おなかの調子ということでは、長距離の練習では長時間トイレに行けないので、緊張やメンタルへのストレスからおなかを下したこともあります。しかし、練習中に一度コースを抜ける経験をするとう身体が覚えるようで、本番では解消していくことが多いです。

「自分をもっと褒めなさい」

高木 ストレスと言えば、バルセロナ五輪で銀メダルを獲られてから2回目のアトランタ五輪の銅メダルに至るまでの間はプレッシャーも大きかったのではないかと思います。アトランタ五輪で言われた「自分で自分を褒めたい」という言葉は、その間の思いから出てきたのでしょうか。

有森 実はあのコメントにはヒントになったエピソードがあり、話は高校時代に遡ります。京都で行われた全国都道府県対抗女子駅伝の開会式でフォークシンガーの高石ともやさんが歌い、選手たちにメッセージをくださったのです。「ここに来るまで苦勞して頑張ってきたことをあなたたち自身は全部わかっている。だから誰かに褒めてもらうのを待つより、もっと自分を褒めなさい」と。高校1年から3年までずっと補欠だった私は「そう、私、頑張ってきたんだよ」という思いで大泣きしながらも「これで

Tomohisa
Takagi



高木 智久 (たかぎ ともひさ)

1968年生まれ、香川県出身。1994年に京都府立医科大学を卒業。京都武田病院消化器内科部長、京都府立医科大学 生体安全医学講座講師、丹後広域振興局保健福祉部長・丹後保健所所長などを経て、現在は京都府立医科大学消化器内科准教授、同大医療フロンティア展開学准教授、同大附属病院臨床研究推進機構臨床研究推進センター研究マネジメント部門部門長を併任。専門は消化器病学、消化器内視鏡学、消化管炎症学(炎症性腸疾患)など。

満足していたら強くなれない、自分を褒めるのは自分が本当に強くなるまで封印しよう」と思いました。その後、バルセロナ五輪からの3年間は両足の手術も経験し、自分でもまさか五輪に戻れるとも思っていなかったですし、走り続けてきた自分の人生に疑問を感じたこともありました。そんな自分の人生を前に進めるためにはもう一度メダリストにならない限り、誰も私の声に耳を傾けてくれないのではと思いました。アトランタでは自分に負荷をかけ、誰も望んでいなくてもいい、自分自身のためにと望みをかけて全力で突っ走りました。その過程を振り返って最後に出てきた言葉でした。

人間の可能性を信じる

高木 有森さんは講演や著書でよく「あきらめない」ということを発信されていますね。ご自身は中学～高校時代からトップアスリートとして全国的に名を馳せていたわけではなく、先ほどのお話のようにインターハイや国体の本選にも出場されていません。それでもあきらめずに日々すべき準備を積み重ねるというのは、なかなか真似できないことです。

有森 「なぜあきらめなかったの？」とよく聞かれます。それには「あきらめる理由がなかったから」と返すしかありません。あきらめるのは、今までできていたことができなくなったとか、自分の基準に満たないからでしょう。私には良い意味でそれがありません。良いときがなかったから、とにかく必死でやってチャンスをつかみ、積み重ねていくしかなかった。「喜びを力に」という言葉を使ったこともありますが、高みを目指す道のりに喜びはそれほどなく、嫌なことも多いものです。そんなときも生きていかななくてはいけないし、生きていけるのですよね。人が根底に持っている力というのは、そんなに物事をすぐあきらめられるような脆いものではないと思っています。私自身もまだまだやり尽くしてはいないし、もっといろいろなものを力に変えてできることが



ある。もしかしたら、私は人間の可能性を信じる気持ちだが、ほかの人よりも強いのかもかもしれません。

高木 私たち医師は「患者さんを救う」ということにおいてはあきらめないのですが、仕事の両輪として日々取り組んでいる医学研究についても、しんどいけれどあきらめる理由はない、継続することが大切なのだと、今日のお話を聞いて深く感銘を受けました。現在、有森さんは多くの要職に就かれ、後進の指導や国際的な社会貢献活動にもお忙しいと伺っています。腸内環境についての研究がもう少し進めば、有森さんの活動にも取り入れていただけたと思います。本日はどうもありがとうございました。

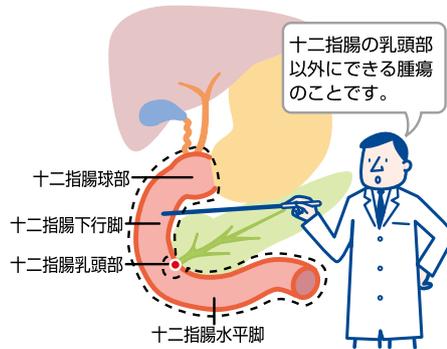
構成・中保裕子



気になる 消化器病

十二指腸非乳頭部腫瘍 (SNADET)

十二指腸非乳頭部腫瘍は、胆汁や膵液の出口である十二指腸乳頭部以外の部位から発生する腫瘍です。腫瘍の性質や頻度が乳頭部から発生する腫瘍とは異なるため、区別されています。発生する頻度は比較的まれで、胃や大腸の腫瘍に比べると100分の1程度と言われています。



慶應義塾大学医学部
腫瘍センター
低侵襲療法研究開発部門
教授

矢作 直久

十二指腸非乳頭部腫瘍は以前は発見される頻度も少なく、多くの場合は長年様子を見ていてもあまり変化が見られない良性の腺腫であるため、治療の必要すらないと思われていました。しかし、急に大きくなって進行がんになった例が報告されたり、発見される機会が増えてきたため最近注目されています。発見数が増えた理由はまだハッキリしませんが「内視鏡検査が普及したから」「食生活が欧米化したから」「ピロリ菌感染低下により環境が変わったから」などという意見が出ています。まだまだ患者さんの数が少ないため原因解明は難しい状況ですが、これらが合わさった複合的な要因なのではと思われます。

十二指腸非乳頭部腫瘍のほとんどは、粘膜から発生してその中にとどまる浅い腫瘍です。まれに粘膜の下やさらにその下の筋層まで及ぶ深いがんも見られますが、いずれも無症状であり、症状で気づかれることはほとんどありません。もちろん末期状態の進行がんでは、食べ物詰まって食べられなくなったり、出血して吐血ということもありますが、このような方

は極めてまれです。したがって、大多数の方は無症状で内視鏡検査の際に偶然見つかっています。

一般的に浅い腫瘍は転移の危険性がほとんどないため、胃や大腸では内視鏡切除が最も負担の少ない治療法として普及しています。一方、十二指腸では内視鏡の操作性が悪く壁も薄いため治療が難しく、また膵液や胆汁が流れ込んでくるため、切除後に出血したり穴が開くというトラブルが多いため内視鏡治療が敬遠されてきました。しかし様々な工夫や技術的進歩により、十二指腸でも粘膜にとどまる浅い腫瘍を内視鏡的に切除して、傷口を内視鏡で縫い縮めることにより、問題なく治療できるようになってきています。ただし、胃や大腸とは異なり十分な実績があり確実に治療できる施設は限られています。したがって、十二指腸腫瘍と診断された場合には、「近いから」とか「大病院だから」という理由で受診先を選ぶのではなく、必ず治療実績を確かめ、十分な経験と技量を持った専門家がいない病院を受診することを強くお勧めします。

図
内視鏡的に切除した
約6cmの
十二指腸粘膜内がん



切除前

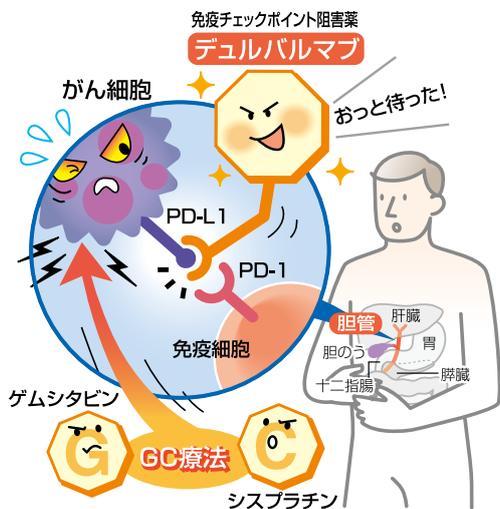
切除後

クリップでの縫縮

切除した腫瘍

消化器病の薬

国立がん研究センター中央病院
肝胆膵内科 肝胆膵内科長
奥坂 拓志



胆道がんの化学療法

ゲムシタビンとシスプラチンの2つの抗がん薬とデュルバルマブという新薬(免疫チェックポイント阻害薬)との併用療法が胆道がんに対して高い有効性を示した国際共同試験(TOPAZ-1)の結果が、2023年1月に発表されました。13年ぶりの新治療確立となる画期的な報告であり、胆道がん治療の新しい時代の幕開けといえます。

胆道がんは世界的には患者さんが少なく、希少がんと呼ばれている疾患です。そのため、研究者や製薬会社の関心が低く、これまでは良い薬がなかなか開発されてきませんでした。しかし日本をはじめとするアジアの国々では患者さんが多く、しかも予後が不良な疾患であるため、私たちにとっては胆道がんに対するより良い治療法の確立は非常に重要です。

切除不能な胆道がんに対する国際的な標準治療はゲムシタビンとシスプラチンという2つの抗がん薬を併用する治療法(GC療法)です。GC療法は2010年にその有効性が報告されましたが、その後10年以上GC療法を凌駕する国際的にも認められた新治療法は出てきませんでした。ところが2023年1月にTOPAZ-1という国際共同試験の結果が発表され、GC療法にデュルバルマブという薬剤を併用すると患者さんの予後が改善することが報告されました(図)。

がん細胞は細胞表面にPD-L1という物質を作り、免疫細胞表面にあるPD-1と結合して、免疫細胞が

がん細胞を攻撃する働きを弱めてしまいます。デュルバルマブは免疫チェックポイント阻害薬といわれる新しいタイプの薬剤で、がん細胞表面のPD-L1に結合することによってPD-L1がPD-1に結合できないようにして、免疫細胞ががん細胞を攻撃する働きを回復する作用を有しています。デュルバルマブの副作用は、免疫機能の過剰な働きによって現れる可能性があり、注意すべき副作用としては肺や肝臓、腎臓、胃腸、内分泌をつかさどる臓器などの障害があります。これらの副作用に対しては早期に気づいて適切な治療を受けることによって重症化を防ぐことが大切です。

胆道がんにはがん細胞に増殖を命令する遺伝子異常が複数発見されており、これらを狙い撃ちする新しい薬剤(分子標的薬)の開発も進んでいます。免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬などの新しい薬剤の導入によって、胆道がん患者さんの予後が今後ますます向上すると期待されています。

図 ゲムシタビン・シスプラチン・デュルバルマブの併用療法



消化器の検査

群馬大学医学部附属病院
光学医療診療部
診療教授

竹内 洋司



(画像強調内視鏡)

image-enhanced endoscopy

内視鏡検査は、口からあるいはお尻から内視鏡を入れて消化管の中を調べる検査です。消化管の中は暗いので通常は白い光を照射して観察しますが、より詳細な情報を得たい、微細な変化を捉えてより早期に発見したい、という医師らの渴望があり、様々な工夫がされてきました。

青色の色素(インジゴカルミン)を散布することで粘膜の凹凸が強調され、通常では見つけにくい胃や大腸の病変を発見できます(図1ab)。また、食道ではルゴール液(ヨウ素溶液)を散布し、見つけにくいがんを発見し、がんの範囲を決定するのに利用してきました(図2ab)。これらは色素内視鏡と名付けられて今でも活用されていますが、やや手間がかかり、液体に臭いや刺激があるので、患者さんにとってもわずらわしさや抵抗感がありました。

近年、ボタンを押すことで照射する光の波長を変え、病変の特徴を強調する技術が開発されました。先ほどの色素内視鏡も含めて画像強調内視鏡(image-enhanced endoscopy: IEE)と総称します。IEE

の一つであるNBIやBLIという観察モードは青色と緑色の短い波長の光だけを照射し、粘膜表面の血管や凹凸を強調します。食道ではルゴール液の散布と遜色ない精度で食道がんを発見できます(図2c)。また、胃ではズーム機能のついた内視鏡を併用してがんの特徴的な血管や粘膜の変化を捉え、検査中にリアルタイムでがんの診断ができます。大腸でもポリープの見つけやすさを向上させます(図1c)。近年はさらに従来の画像に似せつつ構造と色調を強調するようなLCIやTXI、狭帯域光とは逆に長い波長の光を用いて深部の血管を強調したり内視鏡処置中の出血点をわかりやすくしたりするRDIなど新規のIEEが日常診療で使用されています。

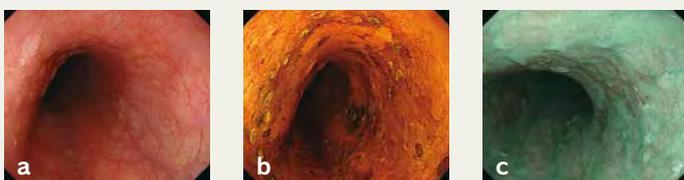
日本の内視鏡医は技術に優れ、診断の精度が高いと言われてきました。さらに、より正確な診断を提供するためIEEを駆使しています。内視鏡検査には若干の苦痛や手間が伴いますが、安心して質の高い検査を受けていただけます。

図1 大腸(上行結腸)ポリープの内視鏡像



a) 通常内視鏡像(白色光): 画面左側に広い範囲で、盛り上がったポリープが存在しますが明瞭ではありません。b) 色素内視鏡像: 青色の色素が溝にたまることで、病変の境界が明らかに認識しやすくなります。c) NBI内視鏡像: 色素内視鏡ほどではありませんが、周囲と異なり茶色っぽく見える領域が強調されます。

図2 食道がんの内視鏡像



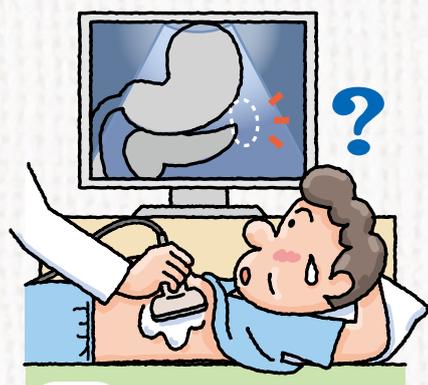
a) 通常内視鏡像(白色光): 食道の筒の上半分に赤っぽく凹凸が目立つ領域が見えますが、その境界は不明瞭です。b) 色素内視鏡像: ルゴール液で正常の粘膜は褐色に染まり、がんは染まらないため治療のために付けた白丸のマークの中に白い領域がはっきり見えます。c) NBI内視鏡像: 青緑色の正常粘膜の中にごんが茶色い領域としてはっきりと見えます。

消化器

どうしました？



Q 検診の超音波で膵尾部の描出が不良といわれましたが、どうしたらいいですか。



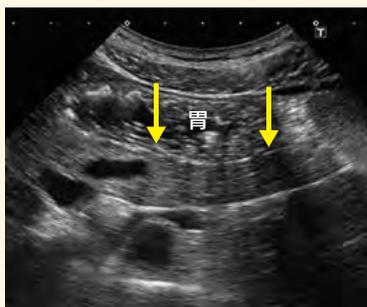
A 膵臓はみぞおちの少し下の背中側にある細長い臓器で、胃、大腸、小腸(十二指腸)、肝臓、脾臓(ひぞう)に囲まれています。そのため、太っている方、便秘や消化管のガスが多い方は超音波による描出が困難となることが多く、特に十二指腸周囲の膵頭部と膵尾部が描出しづらい部位とされています。超音波検診では受診者の1%程度に膵臓が全く描出できないとの報告があり、最近では半座位、座位、左右側臥位といった体位変換を推奨しています。さらに専門施設では、通常の超音波を施行した後ミルクティーやお茶などを飲んでいただき、膵尾部の描出を改善させる胃充満法(飲水法)を行っています(図)。

『腹部超音波検診判定マニュアル改訂版』(2021年)では、①5mm以上の嚢胞(液体の溜まった腫瘤)と②3mm以上の主膵管拡張を膵がんの高危険群と判定し、これらの

所見を認める方には精密検査と定期的な経過観察を推奨しています。

膵尾部の描出が不良といわれた場合、膵頭部部に高危険群を示唆する所見などを認める方は専門施設で精密検査を受けてください。超音波内視鏡、造影CT、MRIなどで膵尾部に腫瘍性病変が存在しないか評価する必要があります。高危険群を示唆する所見を認めなくても、検診結果で尿糖陽性や血糖上昇など糖尿病の傾向を認める、腫瘍マーカーが上昇している、上腹部に違和感があるといった方も、専門施設で超音波の再検(胃充満法)あるいはほかの画像検査を受けていただくことをお勧めします。

図 胃充満法



胃充満法(右側臥位)を行うと、胃内の液体がエコーウィンドウとなり膵尾部(↓)の描出が良好となる。

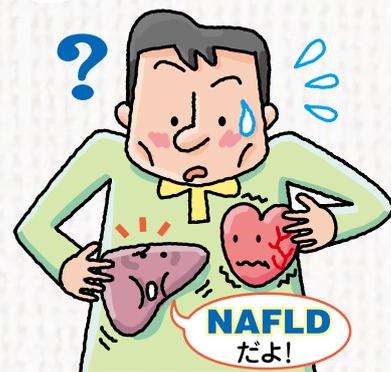
回答者



飯田市立病院 診療技幹
内視鏡センター長

岡庭 信司

Q 脂肪肝といわれました。どうしたらいいですか？



A 脂肪肝の原因は飲酒、肥満、糖尿病などのメタボ疾患、薬物(ホルモン剤やリウマチ薬など)、内分泌疾患などがあります。飲酒の多い方は禁酒で改善します。C型肝炎、B型肝炎、自己免疫性肝疾患が除外でき、飲酒量が1合/日未満であれば非アルコール性脂肪性肝疾患(NAFLD: ナッフルディー)と診断します。国内には約2,200万人ものNAFLD患者さんが存在し、その多くは肝硬変や肝がんへ進行しませんが、心血管疾患の合併には注意が必要です。NAFLDの一部は肝線維化が進行(肝臓が固くなる)して肝硬変や肝がんへ進行します。肝線維化の進行度を見極めることが重要で、まずはFIB-4インデックス(年齢、血小板数、AST,ALTの入力で日本肝臓学会ホームページ上で算出可能 <https://www.eapharma.co.jp/medicalexpert/product/livact/fib-4/calculator.html>)

Q&A

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。



を測定します。1.3未満なら2～3年ごとにFIB-4を測定し、2.67以上ならただちに肝臓専門医を受診します。FIB-4が中間値(1.3～2.67)ならエラストグラフィ(フィブロスキャン)という機器で検査します。受診される施設がエラストグラフィを保有しない場合は肝線維化マーカー(4型コラーゲン7S、Mac-2結合蛋白)を測定します。肝線維化が高度な場合、定期的に腹部超音波検査やCT/MRIで肝がんの有無を検査します。

NAFLDの治療は肝線維化が全くないかごく軽度であればライフスタイルの改善を促しますが、肝線維化が中等度以上になると糖尿病や脂質異常症の治療、ビタミンEなどの薬物療法を行います。治療には10%以上の体重減少も必要となり、現在のところ薬物療法で科学的に立証されたものはありません。特に糖尿病のある方、肝硬変や肝がんを患ったご親類がいる方、閉経後の肥満女性は肝線維化進行のリスクが高く、脂肪肝と診断されたら消化器病専門医の受診を勧めます。

Q

大腸内視鏡検査は定期的に受ける必要がありますか？



A

大腸内視鏡検査の結果によって、再検査の必要性和推奨される検査間隔が決まってきます。初回の大腸内視鏡検査にて「異常なし」と診断された場合、40歳以上の方には年一度の便潜血検査による検診を継続することが勧められています。なお、便潜血検査を行わず初めから大腸内視鏡検査を行う検診が導入された場合、異常がない場合の次の大腸内視鏡検査は5年後を目処に行うことが日本消化器内視鏡学会のガイドラインでは提案されています。

一方、初回の大腸内視鏡検査にて大腸ポリープが認められ、内視鏡切除を行った場合には、多くの場合、3年後の大腸内視鏡検査が勧められます。ただし、小さなポリープ(低異型度の腺腫)を1～2個切除したのみであれば、5年後の大腸内視鏡検査でもよいとされています。逆に以下のa)～c)の

場合には、1年後の大腸内視鏡検査が推奨されます。

a) 大腸がんの内視鏡治療・外科治療を行った方

b) 10個以上のポリープ(腺腫)を切除した方

c) 径20mm以上の大きなポリープ(腺腫)の内視鏡治療を行った方

また、大腸腫瘍を分割で切除した場合(一つの病変をいくつかに分けて切除した場合)や検査前に内服する下剤の効果が十分ではなく便が残っていた場合などには、より短い間隔での大腸内視鏡検査が勧められる場合があります。このように、大腸内視鏡検査後の再検査の必要性や検査間隔については一般の方には判断が難しいこともあるため、詳しくは担当医にご相談ください。

回答者



国際医療福祉大学大学院
医療マネジメント科 教授
角田 圭雄

回答者



東邦大学医療センター大森病院
消化器内科 主任教授
松田 尚久



市民公開講座のお知らせ

日本消化器病学会の各支部において市民公開講座を開催いたします。
健康相談、質疑応答もありますので、ぜひご参加ください。参加費はすべて無料です。
(いずれも新型コロナウイルスの感染拡大状況により、中止または延期となる可能性があります。ご了承ください。)

開催	日時	場所	テーマ	お問い合わせ
北海道支部	10月25日(水) 18:00~20:30	遠軽町芸術文化交流プラザ メトロプラザ 大ホール	みんなで学ぼう、おなかの病気	遠軽厚生病院 外科 稲葉 聡 TEL:0158-42-4101(代)
東北支部	9月23日(土) 13:00~15:00	きざん三沢	がん検診の現状	三沢市立三沢病院 院長 斎藤 聡 TEL:0176-53-2161(代)
	9月30日(土) 14:00~16:00	鶴岡市立荘内病院 3階講堂	当地でのおなかの病気に関わる話	鶴岡市立荘内病院 診療部主幹(兼)外科副主任医長 白幡 康弘 TEL:0235-26-5111(代)
	9月30日(土) 14:00~16:00	公立岩瀬病院 3階大会議室	正しく知っていますか？ おなかの「がん」	公立岩瀬病院 病院長 土屋 貴男 TEL:0248-75-3111(代)
関東支部	9月30日(土) 13:30~15:30	ハイライフプラザいたばし 2階ホール	早く見つけよう！ おなかの病気	日本大学医学部内科学系 消化器肝臓内科学分野 木暮 宏史 (運営事務局)株式会社プランニングウィル TEL:03-6801-8084
	10月7日(土) 13:00~16:30	千葉駅 ペリエホール	消化器がんの予防と最新の情報	千葉県がんセンター 食道・胃腸外科 鍋谷 圭宏 (担当)千葉県がんセンター事務局 医事経営課 塩田 緋美姫 TEL:043-264-5431
	11月25日(土) 14:00~16:30	かながわサイエンスパーク HOTEL ARU KSP 3階KSPホール	おなか(消化器)の病気と最新の治療	帝京大学医学部附属溝口病院 外科 小林 宏寿 TEL:044-844-3223
甲信越支部	9月24日(日) 13:30~16:00	若里市民文化ホール	もっと知ろう！ おなかのガン。	日本赤十字社長野赤十字病院 第一消化器内科 森 宏光 TEL:026-226-4131(代)
北陸支部	10月頃~11月頃	福井ケーブルテレビ放映 およびYouTube 配信	おなかの検査で異常があると言われた時—どうする？	福井大学医学部附属病院 消化器外科 五井 孝憲 TEL:0776-61-3111(代)
	10月上旬	ケーブルテレビ富山放映(4回) およびYouTube 配信	正しく学ぼう！ おなかの病気	富山県立中央病院 消化器内科 松田 充 TEL:076-424-1531(代)
東海支部	10月1日(日) 13:00~15:00	アクトシティ浜松 コンgresセンター	カラダに優しいおなかの病気の診療最前線	聖隷浜松病院 消化器内科 部長 細田 佳佐 TEL:053-474-2222(代)
	11月19日(日) 13:00~16:00	西濃厚生病院 講堂	ここまで進んだおなかの病気の診断と治療	JA岐阜厚生連 岐阜・西濃医療センター 西濃厚生病院 病院長 西脇 伸二 TEL:0585-36-1100(代)
近畿支部	3月24日(日) 時間未定	関西医科大学 加多乃講堂	生活習慣とおなかの病気 ~基礎知識から先端医療まで~	関西医科大学 内科学第三講座 長沼 誠 TEL:072-804-2757
中国支部	11月19日(日) 13:00~15:15	島根県立産業交流会館 くにびきメッセ 1階小ホール	人生100年時代、すこやかな老後のために あつ！と驚く、消化器がん予防講座	島根県立中央病院 消化器科 高下 成明 運営事務局:(株)キョードープラス TEL:086-250-7681
四国支部	9月30日(土) 13:30~16:00	しこちゅ〜ホール (四国中央市市民文化ホール) 大ホール ~おりがみ~	何とかせないかん！ 脂肪肝。	社会医療法人石川記念会 HITO病院 理事長 石川 賀代 TEL:0896-58-2222(代)
	10月15日(日) 13:30~16:00	サンメッセ香川 2階中会議室	消化器がんの最新治療について	香川大学医学部 肝・胆・膵内科学先端医療学 小野 正文 TEL:087-891-2156
	10月15日(日) 13:30~16:30	JR ホテルクレメント徳島 4階クレメントホール	知っていますか？ やさしく話すおなかの病気の最先端	徳島県鳴門病院 内科・健康管理センター 棚橋 俊仁 TEL:088-683-0123(代)
九州支部	10月8日(日) 14:00~16:30	熊本城ホール 中会議室 B1-3	目指せ健康長寿~消化器の病気を知ろう！	熊本大学大学院 生命科学部 消化器内科学講座 直江 秀昭 TEL:096-373-5150

寄附のお願いについて

日本消化器病学会は、昭和29年に医学会において少数ない財団法人の認可を受け、平成25年に一般財団法人(非営利型)へ移行いたしました。

公益事業を積極的に推進し、その一環として、全国各地で市民公開講座の開催、『消化器のひろば』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、詳細等のお問い合わせは下記にお願いします。

一般財団法人日本消化器病学会事務局
〒105-0004 東京都港区新橋2-6-2-6F
TEL 03-6811-2351 FAX 03-6811-2352
E-mail : info@jsge.or.jp

編集担当

江口 英利 大阪大学大学院医学系研究科消化器外科学 教授
潟沼 朗生 手稲溪仁会病院消化器病センター センター長 兼 主任部長

本誌へのご感想や今後取り上げてほしいテーマなどを、ぜひ事務局までお寄せください。ただし、個人的なご相談やご質問には応じかねますのでご了承ください。

本誌既刊号の記事や市民公開講座の開催案内は本学会ホームページ <http://www.jsge.or.jp>の「一般のみなさまへ」で公開しています。

スマートフォンをお使いの方はこちらから



Web

2023年9月20日発行
発行所 一般財団法人
日本消化器病学会
発行人 持田 智
編集責任 広報委員会
制作 株式会社協和企画

次号は2024年3月20日発行の予定です。
本誌の無断転載・複製は禁じます。