

消化器センター

『消化器センター内科』

I. スタッフ紹介

役職：消化器センター内科部長

氏名：八隅秀二郎「専門領域：消化器内科、特に胆膵領域の治療」

資格：京都大学医学博士、京都大学医学部臨床教授、関西医科大学臨床教授、日本内科学会 認定医、日本消化器病学会 専門医・指導医・評議員・近畿支部評議員、日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医・評議員・近畿支部評議員、日本がん治療認定医機構 暫定教育医・がん治療認定医

役職：消化器センター内科副部長

氏名：川口清隆「専門領域：消化器内科、特に肝臓の診断と治療」

資格：日本内科学会 認定医・専門医・指導医、日本消化器病学会 専門医、日本肝臓学会 専門医

役職：消化器センター内科副部長

氏名：福永豊和「専門領域：消化器内科、特に肝細胞癌の診断と治療」

資格：日本内科学会 認定医、日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医、日本肝臓学会 専門医、日本超音波医学会 専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職：消化器センター内科副部長

氏名：浅田全範「専門領域：消化器内科、特に胆膵疾患の診断と治療」

資格：京都大学医学博士、日本内科学会 認定医・指導医、日本消化器病学会 専門医・指導医・近畿支部評議員、日本消化器内視鏡学会 専門医・指導医、日本肝臓学会 専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職：消化器センター内科副部長

氏名：大橋真也「専門領域：消化器内科、特に消化管の内視鏡の診断と治療」

資格：京都大学医学博士、日本内科学会 認定医、日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医

役職：消化器センター内科副部長

氏名：高 忠之「専門領域：消化器内科、特に消化器癌の診断と治療」

資格：京都大学医学博士、日本内科学会 認定医・専門医・指導医、日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医、日本肝臓学会 専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職：消化器センター内科副部長（平成 24 年 3 月末退職、平成 24 年 4 月京都大学消化器内科助教着任）

氏名：吉野琢哉「専門領域：炎症性腸疾患（IBD）」

資格：京都大学医学博士、日本内科学会 認定医

役職：消化器センター内科医員（平成 24 年 4 月より休職）

氏名：藤田光一「専門領域：消化器内科、胆膵疾患の治療」

資格：日本内科学会 認定医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職：消化器センター内科医員

氏名：山内淳嗣「専門領域：消化器内科一般」

資格：日本内科学会 認定医、日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医

役職：消化器センター内科医員（平成 24 年 1 月より産休中）

氏名：小田弥生「専門領域：消化器内科一般」

資格：日本内科学会 認定医、日本消化器病学会 専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職：消化器センター内科医員

氏名：工藤寧「専門領域：消化器内科一般」

資格：日本内科学会 認定医

役職：消化器センター内科医員

氏名：加藤洋子「専門領域：消化器内科一般」

資格：日本内科学会 認定医、日本消化器病学会 専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職：消化器センター内科医員（平成 24 年 3 月末退職、神戸大学大学院へ進学）

氏名：熊谷奈苗「専門領域：消化器内科一般」

役職：消化器センター内科医員（平成 24 年 3 月末退職、京都大学大学院へ進学）

氏名：佐久間洋二郎「専門領域：消化器内科一般」

役職：消化器センター内科医員

氏名：渡辺昌樹「専門領域：消化器内科一般」

資格：日本内科学会 認定医

役職：消化器センター内科レジデント

氏名：西川義浩（日本内科学会 認定医）、廣橋研志郎、牟田優、木村典世（平成 23 年 4 月着任）

Ⅱ. 診療・治療の特徴

【はじめに】

平成 23 年度は消化器センター内科としてスタッフ 15 名、レジデント 4 名の合計 19 名でスタートしました。年間 11,291 件の内視鏡検査を行い少しずつですが年々増加傾向にあります（詳細はクリニカルインジケターを参照してください。）

当院では、吐下血に対する緊急内視鏡だけでなく、胆道系の内視鏡的処置および肝疾患に対しても 24 時間体制で対応することを心がけています。特に、当院へ通院中の癌患者が安心して外来治療を継続できるように、癌に対する治療および緊急時の受入れ体制は言うまでもなく、在宅を中心に癌と戦っていくための環境づくり（介護保険の申請など地域連携を通じた看護サポート体制作り）も非常に大事なものと考えております。

また、当院は教育機関でもあり、将来消化器内科専門医を目指す医師を効率良く育てる為に、レジデントに対して各手技（US, EGD, CS, Angio, EUS, ERCP, ダブルバルーン、カプセル内視鏡）に対する修練度表を作成し、3-6 ヶ月ごとにチェックする事で個々に応じて指導しています。経験すべき手技が多く、より効率的に習得できるように各専門分野の責

任者が各手技に対して作成したマニュアルに従って指導するようにしています。今後は、より高い臨床技術を提供するために各種技術習得の教育方法の確立、臨床研究に即したデータベースの構築を軸に臨床を行って行きたいと考えています。

臨床研究としては、学会活動として年間 65 演題を発表し、スウェーデン（オセロ）で開催された欧州消化器病学会で 1 演題（ポスター）の発表を行ないました。英文論文が 11 本、和文論文が 4 本掲載されました。

以下に各部門の活動状況の年報を記載します。

【消化管部門】

○ 上部消化管（食道および胃）

年間 7,600 件の上部消化管内視鏡検査を施行しており、人間ドックなどスクリーニング検査に対しては経鼻内視鏡にてより苦痛の少ない検査を、食道癌、胃癌の精密検査には色素内視鏡、NBI 拡大内視鏡にて正確な深達度診断および範囲診断を心がけています。特に食道表在癌および早期胃癌については NBI 導入後に内視鏡治療の適応病変の発見率が上昇し、上部 ESD 件数は 55 件でした。適応拡大病変においても適応病変と同等の治療成績を示しこれらの病変に対しても積極的に ESD を行っています (JGES2010 で発表)。

また、切除不能・再発胃癌に対する化学療法にも力を注いでいます。全身状態の良い患者様ではティーエスワン+シスプラチン療法を一次治療とし、二次治療にはイリノテカン・パクリタキセルなどの薬剤を組み合わせた治療を行っています。当科での切除不能胃癌に対する化学療法における生存期間中央値 (MST) は 11.5 ヶ月でした。

新しい試みとしては、1) 耳鼻咽喉科および 2) 消化器外科と共同で行なう手術をそれぞれ開始しました。前者では、NBI による咽頭領域の観察も積極的に行なうようになった結果、中下咽頭領域の表在癌症例が増えてきており、耳鼻咽喉科と共同で中下咽頭領域表在癌の切除を行ない始めました。後者では、胃内腔突出型の GIST に対して、ESD の技術を活用した腹腔鏡・内視鏡合同手術 (Laparoscopy and Endoscopy Cooperative Surgery; LECS) を 7 件、外科と合同で行ないました。 (JDDW2009、2010 で発表)

食道がん	18 件
内視鏡的切除	7 件
放射線化学療法 (新規導入)	10 件
BSC (best supportive care)	1 件
胃がん	67 件
内視鏡的切除	48 件
化学療法 (新規導入)	12 件
BSC	7 件

○ 小腸

平成 23 年度はダブルバルーン小腸内視鏡検査 22 件、カプセル内視鏡検査 35 件を施行しました。カプセル内視鏡検査を 2007 年 11 月より導入し、従来の検査法では診断不可能であった小腸病変の診断に役立てています。十二指腸乳頭部腫瘍については、内視鏡的切除 (パピレクトミー) を積極的に行って射します。

小腸がん (十二指腸乳頭部がんを含む)	
内科もしくは外科的切除	10 例
化学療法	2 件
BSC	0 件

○ 大腸

年間 2800 件の下部消化管内視鏡を行っており、色素内視鏡、拡大内視鏡検査 (NBI、クリスタルバイオレット染色) で大腸腫瘍性病変の診断、および sm 深部浸潤癌の診断を行な

っています（JDDW2008 で発表）。通常の EMR 等では一括切除が不可能な病変（LST など）に対しては、2012 年 4 月より保険適応となった ESD も行なっております（JDDW2009 で発表）。また、進行大腸癌に対する化学療法では分子標的治療薬（アバスタチン・アービタックス・ベクティビックス）も積極的に導入しています。

大腸がん	86 件
早期大腸がん	64 件（うち ESD 26 件）
化学療法（新規導入）	16 件
BSC	6 件

○ 緊急内視鏡

24 時間体制で緊急内視鏡の受け入れをしており、平成 23 年度の緊急内視鏡の総数は 418 件でした。そのうち止血処置を行った症例は 136 件で、止血法は局注法や熱凝固法、クリップ法を併用で行っています。ほぼ全ての症例で内視鏡的に治療を完結できております。

○ PEG 造設および交換

年間 25 件の新規造設を施行しました。平成 20 年度より、より重篤な合併症が少ないと考えられる腹壁固定を追加した direct 法を積極的に施行するようにしました（JDDW2009、内視鏡学会総会 2010 で発表）。また、PEG の造設前の検査、造設後の管理など院内統一したパスをつくり、どの科でも対応可能な体制を今年度中に整える予定としています。

【肝臓部門】

平成 23 年は年間 83 例に経皮的穿刺治療（経皮的エタノール注入療法（PEIT）、ラジオ波焼灼療法（RFA））を施行しました。適応は原則 Stage 1 では RFA 単独治療を第一選択、それを超えるものについても侵襲度、治療効果、合併症を勘案し肝動脈化学塞栓療法（TACE）を併用しながら 3cm 3 個程度までは適応としています。腹部超音波検査も通常の B モードのみでは腫瘍の同定が困難な場合（再生結節・dysplastic nodule が多発した状態、TACE・RFA の治療痕近傍に再発した場合など）では超音波造影剤（ソナゾイド）を用いて、腫瘍の viability の確認には血管相による腫瘍濃染を、存在部位の確認には実質相を用い、造影後ただちに RFA 治療を行っています。マイクロコンベックスプローブと人工胸水の併用により横隔膜直下の病変も描出が比較的容易となり、ほとんどの症例で 1 回の治療セッションで十分な治療域を確保しています。これまでのところ一過性の発熱・肝機能障害の他は大きい合併症は経験しておりません。転移性肝腫瘍については十分なエビデンスはありませんが、原発巣がコントロールされ 2cm 以下程度のものについてはインフォームドコンセントのうえで RFA を施行しています。開腹手術症例でも必要な症例では術中に造影超音波検査を施行し、切除範囲外にある小病変については術中に RFA を施行しています。

TACE は 149 例に施行しました。抗がん剤は first line はエピルビシン、マイトマイシンの併用、second line はシスプラチンまたはミリプラチンを使用しています。TACE の効果が十分でないと判断した場合にはリザーバ留置を行い持続動注療法に移行しています。さらに肝外転移が出現した場合には全身状態・肝予備能を考慮し分子標的薬ソラフェニブ（ネクサバル TM）を投与しています。

肝硬変への進展抑制、肝発がんを予防するという観点から、B 型・C 型のウイルス性肝炎の治療は重要で、近年のペグインターフェロン製剤、抗ウイルス薬は大きく治療の歴史を変えつつあります。当院での B 型肝炎に対する核酸アナログ投与例は 202 例で 90% 以上の case で非活動性の状態でコントロールされています（JDDW2009 で発表）。C 型肝炎の PEG インターフェロン治療症例は 319 例で難治例に対して 72 週治療を早期から導入した結果、高齢者が多いにもかかわらず 50% の奏功率が得られています（JDDW2010 で発表）。さらに昨年 12 月からは C 型肝炎に対してプロテアーゼ阻害剤テラビックが使用可能となりました。

臨床試験時には24週治療で約70%の奏功率が得られており、副作用のコントロールに注意を払いながら導入しています。

【胆膵部門】

平成23年度はERCP 327件、経皮的胆道処置（PTCDなど）34件、超音波内視鏡検査（EUS）462件、Interventional EUS 59件を行いました。

内視鏡はJF-260V, TJF-260V, TJF-M20/CHF-B260 および経皮的胆道鏡 CHF-BP30 を備えており、ほとんどの膵胆道系精密検査および処置に対応可能です。また、ダブルバルーン内視鏡 EN-450BI5 を応用することで従来では処置困難であった Roux-en-Y 再建術後の総胆管結石症例、胆道狭窄症例についても積極的に治療を行っています。切除不能肝門部胆管がんや膵頭部がんに対して内視鏡的胆管金属ステント留置術（年間20件）を行っています。その他、慢性膵炎に伴う膵石の症例ではESWL（年間10例）を行い、内視鏡的膵管口切開術および膵管ステント留置などの内視鏡的治療を併用することで良好な治療効果を得ています。

超音波内視鏡（EUS）についてはGF-UE260-AL5（電子radial型）、GF-UCT260（convex型）を備えており、目的に応じて使い分けています。Interventional EUSのうち超音波内視鏡下生検法（EUS-FNA）は52件（膵腫瘍・腫瘍29例、消化管粘膜下腫瘍9例、腹腔内腫瘍・リンパ節8例、縦隔腫瘍・リンパ節4例、胃リンパ腫1例、転移性肝癌1例）に行いました。特に、切除不能膵がんの確定診断法にはEUS-FNAを第一選択としたことで、速やかな治療方針の決定と治療の開始が可能となりました。他科からの依頼で、縦隔及び腹腔内リンパ節のEUS-FNAも積極的に行い、診断・臨床病期の決定に役立てています。また、急性膵炎や術後膵液瘻などによる仮性嚢胞に対してはEUS-CD（EUSガイド下仮性膵嚢胞ドレナージ、年間5例）で対処しています。その他、PTCD不能かつ経乳頭の胆管ドレナージの不可能な悪性閉塞性黄疸症例に対してはEUS-BD（EUSガイド下胆道ドレナージ術、年間1例）、がん性疼痛に対してはEUS-CPN/CPB（EUSガイド下腹腔神経叢ブロック、年間2例）で対応するなど、最新の治療法を提供できるように努力しています。

胆膵悪性疾患のうち膵がん患者は37名（化学放射線療法；1名、化学療法；15名、BSC（best supportive care）；11名、手術；10名）、胆道がん患者は20名（化学放射線療法；1名、化学療法；5名、BSC；8名、手術；6名）が入院となりました。臨床病期を決定した後、外科との消化器センターカンファレンスで最終的な治療方針を決定し、適切な治療を行っています。また、手術で切除された臓器の膵管や胆道造影を行い、これを最終病理診断と対比して検討することで、画像診断能力の向上に努めています。

【炎症性腸疾患（IBD）部門】

潰瘍性大腸炎、クローン病に最新の治療を行っています。潰瘍性大腸炎の増悪因子であるサイトメガロウイルス感染が注目されており、京都大学医学部附属病院では、大腸粘膜生検組織を用いたreal-time PCR法にてより、サイトメガロウイルス感染を早期診断し、治療方針の決定に非常に有効であることを報告してきました。当院でもこの検査法を導入し始めております。ステロイド依存型、ステロイド抵抗型の難治性潰瘍性大腸炎に対し、白血球除去療法のほか、免疫抑制剤（タクロリムス）、抗TNF- α 抗体などの治療法を用い、大腸全摘術を回避するよう努めております。一方、クローン病については日本独特の厳格な栄養療法ではなく、免疫抑制剤、抗TNF- α 抗体を積極的に用い、できる限り日常生活を続けながら外来で治療できる体制をとっています。多数の臨床治験も担当し、最新の情報を提供しています。

最近の国内外の報告によると、炎症性腸疾患の臨床症状の改善を図るだけでなく、粘膜治癒が非常に重要であると報告されています。そのため当院では、大腸内視鏡だけでなく小腸ダブルバルーン内視鏡を用いて病変の活動性評価を行い、治療方針を決定しております。

Ⅲ. 研究

① 主催研究会

第1回 大阪胆膵内視鏡ライブ (2012/2/18 ; きたのホール)

第3回 Kyoto Pancreatobiliary Meeting (2012/3/31 ; きたのホール)

第4回 消化器病教室 (2011/ 8/27 ; きたのホール)

第5回 消化器病教室 (2012/ 3/24 ; 第5.6 会議室)

『消化器センター外科』

I. スタッフ紹介

役職： 消化器センター長・消化器センター外科部長 (平成 24 年 3 月末退職)

氏名： 尾崎信弘 「専門領域：消化器外科全般、特に肝胆膵外科」

資格： 京都大学医学博士、日本外科学会 指導医・専門医・認定医、日本消化器外科学会 指導医・専門医、日本がん治療認定医機構 暫定教育医、日本臨床腫瘍学会 暫定指導医、近畿外科学会 評議員

役職： 消化器センター外科部長

氏名： 寺嶋宏明 「専門領域：肝胆膵外科、消化器外科」

資格： 京都大学医学博士、日本外科学会 指導医・専門医・認定医、日本消化器外科学会 指導医・専門医、日本消化器外科学会 消化器がん治療認定医、日本肝胆膵外科学会 評議員、日本肝胆膵外科学会 高度技能指導医、近畿外科学会 評議員

役職： 消化器センター外科副部長

氏名： 上田修吾 「専門領域：消化管外科、特に胃外科・食道外科・癌化学療法」

資格： 京都大学医学博士、日本外科学会 専門医・認定医、日本消化器外科学会 専門医、日本消化器外科学会 消化器がん治療認定医、日本がん治療認定医機構 暫定教育医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、日本食道学会 食道科認定医

役職： 消化器センター外科副部長

氏名： 野村明成 「専門領域：消化管外科、特に大腸外科・癌化学療法」

資格： 日本外科学会 指導医・専門医・認定医、日本消化器外科学会 専門医、日本消化器外科学会 消化器がん治療認定医、日本内視鏡外科学会 技術認定医 (大腸)、近畿外科学会 評議員

役職： 消化器センター外科副部長

氏名： 飯田拓 「専門領域：肝胆膵外科、消化器外科」

資格： 三重大学医学博士、日本外科学会 専門医、日本消化器外科学会 指導医・専門医、日本消化器病学会 専門医、日本消化器内視鏡学会 専門医、日本肝胆膵外科学会 評議員、日本肝臓学会 専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

役職： 消化器センター外科副部長

氏名： 吉富摩美 「専門領域：消化器外科、一般外科」

資格： 京都大学医学博士、日本外科学会 専門医・認定医

役職： 消化器センター外科医員

氏名： 門野賢太郎 「専門領域：消化器外科、一般外科」

資格： 日本外科学会 専門医

役職： 消化器センター外科後期研修医（シニアレジデント）

氏名： 井上善景、川本浩史、戸田怜

II. 診療・治療の特徴

☆ 消化器センター外科の特色

医学研究所が設立母体である当院は科学的根拠に基づき、患者に最適かつ最良の治療方法を見つけだし、治療にあたることを理念とし医療を行っている。06年より従来の消化器内科と外科を統合し発足した消化器センターにおいても消化器癌の治療に際し、最新の研究成果・知見をいかに臨床に導入すべきかを検討しつつ、効率のよい集学的治療を目指している。ともすると敬遠されがちな再発癌への対応としては初期治療のみならず、厳重な術後フォローアップに力を入れ、早期診断、治療への新しい取り組みに努めている。年間の全手術数は754件、全身麻酔症例が532件（平成23年実績）である。

食道癌

年間手術症例は10～15例。ごく早期の癌に内視鏡的粘膜切除を行う以外は、開胸・開腹手術を標準術式としている。進行食道癌に対しては術前化学療法を積極的に施行、良好な成績が得られつつある。近年の低侵襲手術の必要性を鑑み、開腹操作は腹腔鏡下や用手的腹腔鏡補助下（HALS）の、開胸操作は胸腔鏡下（VATS）の低侵襲手術を導入している。術後は必要に応じて放射線療法を併用している。早期癌といえども予後不良な食道癌に対しては、徹底した集学的治療が必要と考えている

胃癌

年間手術症例は70～80例。早期胃癌については進行度に応じて、「内視鏡的粘膜切除術（EMR）か内視鏡的粘膜下層剥離術（ESD）」または「腹腔鏡補助下胃切除（幽門側胃切除/噴門側胃切除/胃全摘）」を選択する。通常の進行胃癌に対しては、幽門側胃切除または胃全摘+D2リンパ節郭清を標準術式としているが、高度進行胃癌（高度リンパ節転移例、スキルス胃癌など）に対しては、診断的腹腔鏡で病変を正確に評価した上で、「術前化学療法」を1～2ヶ月施行した後に、根治術を施行する治療戦略を施行し、良好な成績を得つつある。

大腸癌

年間手術症例は140～160例。結腸癌の早期癌に対しては、消化器センター内科において内視鏡的切除術を第一選択として行っている。手術適応症例に対しては腹腔鏡補助下大腸切除術（年間約80例）を原則としている。高度進行例でも根治性が期待できる切除可能進行癌においては、徹底したリンパ節郭清・隣接臓器合併切除を積極的に行っている。直腸癌では術後のQOLを考慮し、できる限り肛門温存、自律神経温存に努めている。大腸癌の大きな予後規定因子である肝転移に対しては積極的な肝切除を行っており、切除不能肝転移症例に対しても、全身化学療法により肝転移巣をdown-sizingさせた後に、原発巣と肝転移巣を切除する、新たな治療戦略を導入している。肝切除後の再発防止や切除不能進行再発症例に対しては、FOLFOX/FORFILIの抗癌剤にBevacizumabやCetuximab/Panitumumabなどの分子標的治療薬を加える最新の全身化学療法を施行している。

肝癌

年間手術症例30～40例。肝細胞癌は、腫瘍因子（個数、位置、局在）と肝機能の総合的

評価により治療法が選択・決定される。当科では、肝機能が良好（肝障害 A または B）で単発または 2-3 個までであれば、積極的に切除を行っている。また、肝細胞癌は慢性肝障害（HBV 感染、HCV 感染）がベースにあるため高頻度に再発する疾患であるが、消化器内科との協力の下、術後は厳重なフォローアップを行っており、早期に再発を診断した上で、経肝動脈塞栓術（TACE）や経皮的ラジオ波焼灼術（RFA）などの治療を実践している。また、症例によっては再切除も考慮している。再発予防については、HCV 陽性患者に対しては、術後の 2 次再発予防目的でのインターフェロン治療も行っている。

一方、転移性肝癌（大腸癌由来）については、切除可能症例については積極的な肝切除を行っているが、切除不能症例でも、mFOLFOX6（症例によっては Bevacizumab や Cetuximab/Panitumumab などの分子標的薬を併用）の全身化学療法によって腫瘍が縮小化した場合には、切除の対象としている。

膵胆道癌

年間手術症例は 20～30 例。膵癌については、画像診断（MDCT, DWI-MRI, FDG-PET など）や内視鏡的診断（EUS, EUS-FNA）の進歩により 2cm 以下の T1 症例の診断が可能となり、Stage I / II 症例では、5 年生存率 60%以上の成績を挙げている。進行膵癌については、拡大リンパ節郭清の意義が疑問視されているが、当科では神経叢郭清を含めた徹底した D2 リンパ節郭清を行い、門脈合併切除も積極的に行っている。また術後補助化学療法

（Gemcitabine や S-1）を追加することで治療成績向上を目指している。一方切除不能進行膵癌に対しては、病変の状況により（局所進行か遠隔転移か）、全身化学療法

（Gemcitabine 単独、S-1 単独、Gemcitabine+S-1 など）や放射線療法、放射線化学療法を選択している。

胆管癌については、血管浸潤例を含めて外科的切除を原則としており、中・下部胆管癌には亜全胃温存膵頭十二指腸切除、肝門部・上部胆管癌には肝切除+胆道再建を基本術式としている。縮小手術（胆管切除+胆道再建+リンパ節郭清）は、非常に早期の胆管癌や超高齢や合併症を有する risk の高い症例に対してのみ行っている。

胆嚢癌については、壁深達度に応じて、m 癌は単純胆摘（全層）、mp 癌は胆摘+リンパ節郭清、ss 癌は肝床切除+リンパ節郭清（+胆道再建）、se 癌以上では肝切除（S4a+S5 切除または右肝切除）+胆道再建+リンパ節郭清、を基本術式としている。

胆道癌で葉切除以上の肝切除が必要でかつ残肝容量が少ない場合には、術前門脈塞栓術（経皮経肝的アプローチまたは経回腸静脈的アプローチ）を行い、残肝肥大を得た上での安全な手術を実施している。

その他

胆石症は年間 120～150 例（腹腔鏡下切除は約 100 例）、ヘルニアは年間 140～150 例（鼠径ヘルニアは Kugel 法（後方アプローチ）を基本術式としている）。

医療設備：MRI、MD-CT、造影超音波診断装置、血管造影装置、RFA（ラジオ波焼灼装置）、腹腔鏡下手術装置、超音波外科吸引装置（CUSA）、VIO

Ⅲ. 研究

①主催研究会

- ★北野病院消化器センターK2-Net：2011/7/7、2011/11/24、2012/3/8
- ★北大阪消化器外科合同カンファレンス：2011/6/6、2011/10/6
- ★北野病院・関電病院・小浜病院外科合同カンファレンス：2012/2/17

②研究活動内容；文部科学省・その他団体

★上田修吾：食道癌臨床検体におけるガレクチン-7 発現と抗癌剤感受性との関連の探索（平成 23 年度きたの研究奨励金）上田修吾：CHP/NY-ES0-1 ポリペプチドがんワクチンの術後食道癌症例を対象とした多施設共同前期第 II 相臨床試験（三重大学）（厚生労働省科学研究費補助金（平成 23-25 年）、研究分担）

★上田修吾：CHP/NY-ES0-1 ポリペプチドがんワクチンの術後食道癌症例を対象とした多施設共同前期第 II 相臨床試験（三重大学）（厚生労働省科学研究費補助金（平成 23-25 年）、研究分担）

★上田修吾：MAGE-A4 抗原特異的 TCR 遺伝子導入リンパ球輸注による治療抵抗性食道癌に対する遺伝子治療臨床研究—癌特異的抗原受容体改変 T 細胞の輸注とがんワクチンによる複合的がん免疫療法の研究開発（経済産業省 / NEDO 基礎研究から臨床研究への橋渡し促進技術事業（三重大学・タカラバイオ） 研究分担）

③共同研究施設（外科）

- ☆ 京都大学医学部 肝胆膵移植外科
- ☆ 京都大学医学部 消化管外科学
- ☆ 三重大学医学部 遺伝子・免疫細胞治療学

2011 年度（2010 年 4 月～2011 年 3 月） 消化器外科手術まとめ

総数(件数)	773		
	予定	658	
	緊急	115	
	全麻	549	
	脊麻	130	(硬麻 0)
	局麻	94	

主な手術症例数(重複算定あります)

食道切除	17	
	開胸開腹	16
	開腹	0
	頸部	1
	(ラパロ 6)	
食道再建	1	

胃切除	76		
	開腹	52	
	胃全摘	19	(残胃全摘 4)
	幽門側	31	
	噴門側	1	
	部分	1	
	ラパロ	24	

	LADG	10	
	LAPG	2	
	LAPPG	2	
	LATG	4	
	部分	6	(LECS 1)

大腸切除	176	
	開腹	80
	回盲部	10
	虫垂	24
	盲腸	2
	右半	8
	横行	3
	左半	7
	S 状	11
	Hartmann	5
	高位前方	3
	低位前方	3
	Miles	1
	腹仙骨式	2
	大腸全摘	0
	骨盤内臓全摘	1
	ラパロ	96
	回盲部	6
	虫垂	8
	盲腸	0
	右半	22
	横行	4
	左半	5
	S 状	9
	Hartmann	2
	高位前方	11
	低位前方	14
	Miles	9
	腹仙骨式	2
	大腸全摘	3
	Ripstein	1

肛門	0	
	経肛門の腫瘍摘出	0

	38		
	部分	8	(肝床 01)
	亜区域	8	

	区域	11	
	葉以上	11	
	(ラパロ下 3)		
	(ラパロ補助下 4)		
	(+胆道再建 2)		

胆道	160		
	胆摘	151	
	開腹	50	
	ラパロ	101	
	総胆管切開	7	
	胆嚢悪性腫瘍手術	1	(胆摘+郭清)
	胆管悪性腫瘍手術	0	
	総胆管拡張症手術	1	

膵切除	22		
	膵頭十二指腸切除	16	
	PD	3	
	PpPD	0	
	SSpPD	13	
	膵全摘	0	
	SSpTP	0	
	膵体尾部切除	6	(ラパロ補助下 1)

脾摘	4		
	開腹	1	
	ラパロ	1	
	HALS	2	

ヘルニア	149		
	鼠径	138	
	Kugel 原法	73	
	Kugel 変法	1	
	Mesh-Plug	64	
	TAPP	0	
	大腿	1	
	腹壁癒痕	5	
	横隔膜	0	
	臍	3	
	食道裂孔	2	

その他	CV ポート留置	60	
	診断的腹腔鏡	15	
	試験開腹術	1	

	急性腹膜炎手術	16	
	人工肛門造設	10	
	人工肛門閉鎖	13	
	後腹膜腫瘍摘出	0	
	イレウス解除	19	
	腸切あり	7	
	腸切なし	13	
	IVCTT 摘出	0	
	TIPE	1	

ラパロ	255
-----	-----

1. 八隅秀二郎 京都大学消化器内科学学生ポリクリ講義 2011/11/4 (京都)
2. 吉野琢哉 IBD の治療について 日清杏林社内勉強会 2011/11/10 (大阪)
3. 八隅秀二郎 第1回近畿消化器内視鏡ライブコース 2011/11/27 (大阪)
4. 浅田全範 NanaeKumagai, ToyokazuFukunaga, ShujiroYazumiContrast-enhancedultrasonographyandGd-EOB-DTPA-MRIareusefulfordetectingsmalllivermetastasesofpancreaticcancerTheInternationalPancreasResearchForum2011 2011/11/26 (大阪)
5. 藤田光一 C. Nagakura, A. Kurita, M. Asada, Y. Kodama, S. Yazumi, M. Kikuyama, T. Chiba GROUPING FOR MANAGEMENT OF PANCREATIC CYSTIC LESIONS EXCEPT IPMN The International Pancreas Research Forum 2011 2011/11/26 (大阪)
6. 浅田全範 急性膵炎の診断・治療トピックス 北野病院消化器センターK2-NET 2011/11/24 (大阪)
7. 福永豊和 肝の画像診断 第11回 NorthenOsakaLiverDiseaseConference 2011/12/1 (大阪)
8. 八隅秀二郎 胆・膵疾患の内視鏡診断と内視鏡治療 第25回日本消化器内視鏡学会近畿セミナー 2011/12/4 (神戸)
9. 八隅秀二郎 (座長) 北野病院消化器センターK2-NET 2011/11/24 (大阪)
10. 八隅秀二郎 (座長) 第10回 O.K. 勉強会 2011/12/7 (大阪)
11. 佐久間洋二郎、木村典世、牟田 優、廣橋研志郎、西川義浩、渡辺昌樹、熊谷奈苗、加藤洋子、工藤 寧、小田弥生、山内淳嗣、藤田光一、吉野琢哉、高 忠之、大橋真也、浅田全範、福永豊和、川口清隆、八隅秀二郎 当院におけるB型慢性肝疾患に対する核酸アナログの治療成績とその問題点 日本消化器病学会近畿支部第96回例会 2012/1/28 (大阪)
12. 渡辺昌樹、福永豊和、木村典世、牟田 優、廣橋研志郎、西川義浩、佐久間洋二郎、熊谷奈苗、工藤 寧、加藤洋子、小田弥生、藤田光一、山内淳嗣、吉野琢哉、高忠之、大橋真也、浅田全範、川口清隆、八隅秀二郎 高齢者に発症したC型急性肝炎の一例 日本消化器病学会近畿支部 第96回例会 2012/1/28 (大阪)
13. 牟田 優、福永豊和、木村典世、廣橋研志郎、西川義浩、渡辺昌樹、佐久間洋二、熊谷奈苗、工藤 寧、加藤洋子、小田弥生、藤田光一、山内淳嗣、吉野琢哉、高忠之、大橋真也、浅田全範、川口清隆、八隅秀二郎 当院における急性B型肝炎の治療経験 日本消化器病学会近畿支部 第96回例会 2012/1/28 (大阪)

14. 藤田光一、木村典世、廣橋研志郎、牟田 優、西川義浩、渡辺昌樹、佐久間洋二郎、熊谷奈苗、加藤洋子、工藤 寧、村上弥生、山内淳嗣、吉野琢哉、高 忠之、大橋真也、浅田全範、福永豊和、川口清隆、八隅秀二郎 選択的挿管困難例に対する挿管方法と ERCP 関連偶発症の検討 第 88 回日本消化器内視鏡学会近畿地方会 2012/3/17 (大阪)
15. 西川義浩、木村典世、廣橋研志郎、牟田 優、佐久間洋二郎、渡辺昌樹、熊谷奈苗、小田弥生、加藤洋子、工藤 寧、藤田光一、山内淳嗣、吉野琢哉、高 忠之、大橋真也、浅田全範、福永豊和、川口清隆、八隅秀二郎 食道癌術後膵液瘻に対して経再建大腸の超音波内視鏡下ドレナージが有効であった一例 第 88 回日本消化器内視鏡学会近畿地方会 2012/3/17 (大阪)
16. 廣橋研志郎、藤田光一、八隅秀二郎 当院における超高齢者胆管結石に対する内視鏡的治療の成績 第 88 回日本消化器内視鏡学会近畿地方会 2012/3/17 (大阪)
17. 木村典世、廣橋研志郎、牟田 優、西川義浩、渡辺昌樹、佐久間洋二郎、熊谷奈苗、小田弥生、加藤洋子、工藤 寧、藤田光一、山内淳嗣、大橋真也、吉野琢哉、高 忠之、浅田全範、福永豊和、川口清隆、八隅秀二郎 カプセル内視鏡が診断に有用であった Cowden 病の一例 第 88 回日本消化器内視鏡学会近畿地方会 2012/3/17 (大阪)
18. 牟田 優、西川義浩、木村典世、廣橋研志郎、渡辺昌樹、佐久間洋二郎、熊谷奈苗、加藤洋子、工藤 寧、小田弥生、藤田光一、山内淳嗣、吉野琢哉、高 忠之、大橋真也、浅田全範、福永豊和、川口清隆、八隅秀二郎 試験腹腔鏡検査が診断に有用であった腹膜疾患の二例 第 31 回京大消化器症例検討会 2012/1/7 (京都)
19. 藤田光一、西川義浩、井上義景、飯田 拓、浅田全範、八隅秀二郎、寺嶋宏明、尾崎信弘 膵嚢胞性疾患の一例 第 16 回関西胆膵画像病理研究会 2012/1/27 (京都)
20. 大橋真也 食道がんの最近の知見 (内科的立場から) 北野病院消化器センター K2-NET 2012/3/8 (大阪)
21. 佐久間洋二郎 胆管狭窄性病変に対する新デバイスの有用性に関する多施設共同研究 第 3 回 KyotoPancreatobiliaryMeeting 2012/3/31 (大阪)
22. 藤田光一 IPMN を除く膵嚢胞性病変切除例の検討 第 3 回 Kyoto Pancreatobiliary Meeting 2012/3/31 (大阪)
23. 八隅秀二郎 (座長) 第 16 回関西胆膵画像病理研究会 2012/1/27 (京都)
24. 八隅秀二郎 (座長) 北野病院消化器センター K2-NET 2012/3/8 (大阪)
25. 野村明成、吉富摩美、井上善景、戸田 怜、川本浩史、門野賢太郎、飯田 拓、上田修吾、寺嶋宏明、尾崎信弘 新規手術チームでの腹腔鏡補助下直腸低位前方切除術 第 4 回阪神外科 3K の会 2011/11/12 (大阪)
26. 野村明成、吉富摩美、戸田 怜、川本浩史、服部健吾、井上善景、宮内雄也、門野賢太郎、飯田 拓、上田修吾、寺嶋宏明、尾崎信弘 大腸癌に対する開腹手術と内視鏡手術の利点をフィードバックした手術教育法 第 73 回日本臨床外科学会総会 2011/11/17-19 (東京)
27. 飯田 拓、寺嶋宏明、戸田 怜、川本浩史、井上善景、門野賢太郎、吉富摩美、野村明成、上田修吾、尾崎信弘 当院における膵癌治療の現状 第 5 回北野病院消化器センター K2-NET 2011/11/24 (大阪)
28. 田代憲吾、門野賢太郎、寺嶋宏明、川本浩史、戸田 怜、井上善景、吉富摩美、飯田 拓、野村明成、上田修吾、尾崎信弘 広範囲進展型胆管癌に対する HPD (肝右葉切除+亜全胃温存膵頭十二指腸切除術) の一経験例 第 190 回近畿外科学会 2011/11/26 (大阪)
29. 徳岡秀紀、飯田 拓、戸田 怜、川本浩史、服部健吾、井上善景、門野賢太郎、西川義浩、藤田浩一、吉富摩美、野村明成、上田修吾、寺嶋宏明、尾崎信弘 膵癌との鑑別が困難であった腫瘤形成性膵炎の 1 例 第 190 回近畿外科学会

2011/11/26 (大阪)

30. 川崎有亮、服部健吾、上田修吾、戸田 怜、川本浩史、井上善景、門野賢太郎、吉富摩美、飯田 拓、野村明成、寺嶋宏明、尾崎信弘、村上 功、八木田正人、福永明子 trisomy 8 を有する骨髓異形成症候群に合併した腸管型 Behçet 病穿孔の 1 例 第 190 回近畿外科学会 2011/11/26 (大阪)
31. 戸田 怜、野村明成、川本浩史、服部健吾、井上善景、門野賢太郎、吉富摩美、飯田 拓、上田修吾、寺嶋宏明、尾崎信弘 直腸悪性黒色腫の 1 例 第 190 回近畿外科学会 2011/11/26 (大阪)
32. 野村明成、吉富摩美、戸田 怜、川本浩史、服部健吾、井上善景、宮内雄也、門野賢太郎、飯田 拓、上田修吾、寺嶋宏明、尾崎信弘 腹腔鏡下自律神経温存直腸間膜全切除術(Lap-ANP-TME)における手術操作のランドマークと良好な術野展開操作 第 24 回日本内視鏡外科学会総会 2011/12/07-09 (大阪)
33. 野村明成 腹腔鏡下直腸癌根治術(TME)を安全かつ確実に行うためのコツ ～手術操作のランドマーク、良好な術野展開操作、確実な直腸切除～ 第 24 回日本内視鏡外科学会総会ジョンソン・エント・ジョンソン プーセミナー 2011/12/07-09 (大阪)
34. 川本浩史、寺嶋宏明、戸田 怜、井上善景、門野賢太郎、吉富摩美、飯田 拓、野村明成、上田修吾、尾崎信弘 大腸癌肝転移・切除不能例における外科的治療戦略 平成 23 年京都大学外科冬季研究会 2011/12/10 (京都)
35. 門野賢太郎、飯田 拓、寺嶋宏明、川本浩史、戸田 怜、井上善景、吉富摩美、野村明成、上田修吾、尾崎信弘 ビデオによる手術手技供覧：肝右葉切除の実質切除の経験(DVD) 第 3 回若手肝臓外科医育成の会 2011/12/17 (大阪)
36. 門野賢太郎、寺嶋宏明、戸田 怜、川本浩史、井上善景、吉富摩美、飯田 拓、野村明成、上田修吾、尾崎信弘 高度進行肝門部胆管癌の非手術治療の経験例 第 4 回京都胆道カンファレンス 2012/01/19 (京都)
37. 上田修吾、戸田 怜、川本浩史、井上善景、門野賢太郎、吉富摩美、飯田 拓、野村明成、寺嶋宏明、尾崎信弘 Stage III 胃癌に対する治療戦略 第 35 回京大外科関連施設癌研究会 2012/01/21 (京都)
38. 上田修吾、藤谷和正、木村 豊、今村博司、五福淳二、田村茂行、飯島正平、弓場健義、黒川幸典、下川敏雄、瀧内比呂也、辻仲利政、古河 洋 Stage IIIA, IIIB 胃癌に対する S-1+CPT-11 併用術後補助化学療法第 II 相臨床試験 第 84 回日本胃癌学会総会 2012/02/08-10 (大阪)
39. 野村明成 腹腔鏡下直腸切断術後の内ヘルニアに対する腹腔鏡下整復術 小浜・大阪外科カンファレンス 2012/02/17 (大阪)
40. 上田修吾 食道癌に対する外科治療 第 6 回北野病院消化器センターK2-Net2012/03/08 (大阪)
41. Taku Iida, Hiroaki Terajima, Hiroshi Kawamoto, Rei Toda, Yoshikage Inoue, Kentaro Kadono, Akinari Nomura, Shugo Ueda, and Nobuhiro Osaki.
42. Intraoperative conversion of hepatectomy procedure from S5+S6 resection to S5+S6+S7 resection: decision making approach and technical knacks 5th International Forum of Liver Surgery 2012/03/24-25 (秋田)
43. Hiroaki Terajima, Taku Iida, Hiroshi Kawamoto, Rei Toda, Yoshikage Inoue, Kentaro Kadono, Mami Yoshitomi, Akinari Nomura, Syugo Ueda, and Nobuhiro Osaki Preoperative chemotherapy for colorectal liver metastases in a single institute experience 5th International Forum of Liver Surgery 2012/03/24-25 (秋田)
44. 野村明成 生体解剖に則した腹腔鏡下自律神経温存直腸間膜全切除術(Lap-ANP-TME)を行うための手術チーム教育 第 9 回兵庫手術手技ビデオカンファレンス 2012/03/31 (神戸)