

16. 胆膵疾患に対する超音波内視鏡診療の進歩

東京医科大学消化器内科 糸井 隆夫

超音波内視鏡 (EUS) は内視鏡の先端に小型超音波プローブが装着された特殊な内視鏡である。これにより消化管を介して超音波画像下に消化管外の対象病変へのアプローチが可能となり、胆膵疾患の内視鏡治療の中でも、いわゆる“Interventional EUS”として近年急速に普及している領域である。その基本は超音波画像下に細径針を対象病変に進めて、リアルタイムに病理検体採取を行うEUS下穿刺吸引生検法 (EUS-FNA) であり、1992年に開発された診断手技である。治療においては、穿刺後にガイドワイヤーを挿入し、膵炎後の感染性液体貯留、急性胆嚢炎や内視鏡的逆行性胆管膵管造影 (ERCP) 不成功時の閉塞性黄疸症例の胆管に胃や十二指腸を通して経消化管的にステントを留置するといった“ドレナージ治療”や血管や腫瘍等に薬液を注入する“局注療法”，そして腫瘍をラジオ波などで焼灼する“焼灼療法”や腫瘍やリンパ節に

透視マーカーや放射性小線源を埋め込む“Implantation療法”など、その応用範囲は広がっている。また、こうした経消化管的に作成した瘻孔を利用して、胆道鏡や膵管鏡などを挿入して結石除去や胆管・膵管狭窄治療などのさらなる高度な治療を行うことも可能となり、従来経皮経肝ドレナージ (PTBD) や外科治療を行わざるを得ない症例が、経口内視鏡のみで完遂できる症例が増加している。さらに、我々は世界に先駆けて膵癌等により起こる悪性十二指腸閉塞に対して、EUS下に胃と空腸を内視鏡のみで吻合する、EUS下胃空腸吻合術 (EPASS) を開発し、本治療が従来行われている内視鏡的十二指腸ステント留置術や外科的胃空腸吻合術よりも優れていることを、RCTも含めた研究で明らかにしてきた。本講演ではこれらの胆膵疾患におけるEUS下治療手技の進歩を、動画を交えて紹介する。

17. 血管炎診療の進歩

香川大学医学部附属病院膠原病・リウマチ内科 土橋 浩章

原発性全身性血管炎 (PSV) は様々な血管の炎症を特徴とする疾患である。種々の臓器障害を引き起こし患者の生命予後に直結する。血管炎症候群の疾患概念は定義と分類によって進歩した。その歴史はKussmaulとMaierが1866年に壊死性血管炎の剖検例を結節性動脈周囲炎と報告したことに始まる。その血管炎は動脈周囲だけでなく血管の全層にみられたことから結節性多発動脈炎 (PAN) と記された。PANは「元祖血管炎」の疾患である。日本では40~60歳台に多

くが発病し、男女差はほとんど認めない。1年間に全国で50人くらいが発病するとされる。原発性全身性血管炎の診断はChapel Hill Consensus Conferenceの分類と定義が広く用いられており新たな分類と定義がCHCC2012として発表された。その定義の骨子はいずれも罹患血管の口径 (キャリバー) を基軸としている。その後罹患血管のサイズおよび臨床症状・バイオマーカーによりPAN様の壊死性血管炎を起こすが小血管を病変の主体とするAAV (EGPA, GPA, MPA)

などがPANから独立し定義された。小型血管炎の中でも抗好中球細胞質抗体（ANCA）が病態に関連するANCA関連血管炎（AAV）は病態の解明と治療戦略のエビデンス構築が確立されてきた。しかしながらAAVにおけるmorbidity and mortalityは現在でも高い。AAVが予後不良の理由は寛解導入期における原疾患の活動性や感染症の合併、維持期における原疾患の再燃が挙げられる。前者にはグルココルチコイド（GC）を中心とした治療薬剤のAdverse event（AE）の関与が強い。

AAVの寛解導入療法では高用量のGCとシクロフォスファミド（CY）療法が中心であったが、

リツキシマブ（RTX）がCYに代わる治療選択となり、維持療法においてもRTXの有効性が証明されつつある。加えて複数の臨床試験により寛解導入療法時のGCが低用量でも高用量と同等の効果を上げ、副作用は減少されることが実証された。さらにC5a受容体阻害薬であるavacopanの登場がさらなる寛解導入療法におけるGCの減量を実現した。血管炎診療は診断が困難な時代から大量のGCによる副作用に悩まされた時代を経て、GCをできるだけ使用しない治療戦略に大きく舵を切っている。本講演ではこれらのことを踏まえて血管炎診療の変遷について議論したい。

18. 末梢神経疾患の臨床

千葉大学大学院医学研究院・脳神経内科学 桑原 聡

末梢神経疾患は(1)多発ニューロパチー、(2)単ニューロパチー、(3)多発単ニューロパチーに大別され、様々な基礎疾患により生じる。多発ニューロパチーは四肢に両側対称性の運動感覚神経症状を呈し、糖尿病、アルコール依存症、化学療法剤による薬剤性が三大疾患であり、国内患者総計は500万人を超える。単ニューロパチーは末梢神経の絞扼により生じ、最多は手根管症候群であり、国内患者数は約300万人と推定される。すなわち一般人口の10%近くが何らかの末梢神経障害を有していることから、末梢神経疾患はcommon diseaseであり、この認識は日常臨床において重要である。特に神経障害性疼痛は患者のQOLを著しく低下させるため、原因診断・評価を行い、適切な治療を行う必要がある。基礎疾患の治療が原則であるが、糖尿病・アルコール依存・化学療法剤のいずれの原因においても既に軸索変性が生じていることが多く、

疼痛に対する対症療法が適応となる。神経障害性疼痛は一次性には軸索再生に伴うNaチャンネル強発現など神経興奮性増大による感覚神経の自発発射による末梢性機序であるが、慢性化すると特に大脳辺縁系における中枢性感作が起り、難治性となる。疼痛抑制効果のエビデンスが高い薬剤としてSNRI(デュロキセチン)、抗てんかん薬(プレガバリン・ミロガバリン)が挙げられるが、中枢性感作により長期化している場合には効果が不十分な場合があり脊髄刺激などが適応になる場合がある。手根管症候群は正中神経麻痺の特徴的な神経症候により比較的診断は容易である。母指球萎縮(軸索変性)か高度の疼痛がある場合には除圧手術の適応となる。本講演では末梢神経疾患診療の全体像、内科医が知っておくべき基本事項、しびれ・疼痛の発現メカニズム(イオンチャンネルの変化)について概説したい。