

➤ ワークショップ1 (公募)

「ERCP・EUS 関連手技に伴う胆道穿孔・穿通に対するトラブルシューティング」

司会： 七島 篤志 (宮崎大学医学部外科学講座肝胆膵外科学分野)
 潟沼 朗生 (手稲溪仁会病院消化器病センター)

近年、内視鏡の技術の進歩と全国的な普及によっていかなる地域や施設においても、胆道系疾患の診断・治療の精度向上と適応拡大、全身状態不良例での予後向上など胆道疾患患者への恩恵は大きい。一方で、ERCP・EUS 関連手技は、周囲臓器の構造から、急激に重症化・死亡する偶発症リスクも高い。近年内視鏡的な出血や穿孔への対処機器の開発も進んでいるが外科処置に匹敵するかは定かでない。最近の動向では状態が悪化した最終時点で外科治療の適応とされているようだが、このような局面での全麻下の外科治療には制限があり、外科医は万能ではない。今一度、ERCP および EUS 関連手技における胆道穿孔・穿通において内視鏡医と外科医の間でどのようなタイミングまで内科的対応が可能か、偶発症に応じた術式は何かを互いに議論する機会としたい。

➤ ワークショップ2 (公募・一部指定)

「胆道癌病理診断のピットホールー臨床と病理の立場からー」

司会： 佐々木素子 (金沢大学医薬保健研究域医学系人体病理学)
 入澤 篤志 (獨協医科大学医学部内科学(消化器)講座)

切除可能胆道癌を疑う症例においては、未だ 10%程度の症例で良性であったとの報告があることや、報告されている非手術的な方法による癌の治療前病理診断成績が良好であることなどから、治療前に癌の確定診断を得ておくことは極めて重要である。内視鏡的または経皮的にさまざまな方法で検体採取がなされており、デバイスの進歩も相まって高い診断能が報告されている。また、外科的手術に際しては、従来からの画像診断に加えて正確な病理学的進展度診断が求められる。近年では胆道内視鏡機器およびデバイスの進歩により、step biopsy による病理学的評価、ひいては胆道鏡を用いた直視下での狙撃生検が施行されるようになり、その進展度診断能は格段に向上した。しかしながら、術前の病理診断で癌と診断されても最終病理診断が癌陰性であった症例、逆に術前病理診断は癌陰性であるも画像診断から悪性を疑い最終病理診断が癌陽性であった症例など、術前術後の病理診断が異なる症例を経験することがある。また、進展度診断においても、術前診断と実際の癌の進展に違いがあることも少なくない。本セッションは、このような術前後の病理診断に乖離を認めた症例を提示いただいて、その問題点についてじっくり討論する「症例検討」の形で進める。本セッションへの演題は、術前と最終病理診断が異なった示唆に富む症例の応募をお願いしたい。数多くの応募を期待している。

➤ ワークショップ3 (公募・一部指定)

※国際セッション

「難渋する胆道ドレナージの工夫」

司会： 伊佐山浩通 (順天堂大学医学部消化器内科)
 良沢 昭銘 (埼玉医科大学国際医療センター消化器内科)

胆道ドレナージは基本手技であるが、様々な病態と異なる治療戦略があり、難渋する症例も多く存在する。通常の内視鏡的ドレナージでもステントの閉塞・逸脱や胆管炎を繰り返す症例、難治性の良性狭窄、十二指腸狭窄の合併例等もコントロールの難しい病態である。また、胆管アクセスの困難な胃切除後腸管再建例では小腸内視鏡や超音波内視鏡を利用した手技も可能である。内視鏡よりも経皮的な手技や手術の方が良好なコントロールを得られる場合も存在するが、手技をスイッチするタイミングも難しい。難しい局面を乗り切るには、手技やデバイス、治療戦略など様々な工夫が必要となる。本セッションでは、良悪性を問わず多くの工夫を発表して頂き、知識を共有したいと思っている。また、新たなエビデンス作りのきっかけとなれば幸いである。多くの意欲的な発表を期待しており、症例報告でも構わないが、手技やデバイスの工夫はできるだけビデオでの発表をお願いしたい。

➤ ワークショップ 4 (公募・一部指定)

「難治性総胆管結石に対する治療戦略」

司会： 露口 利夫 (千葉県立佐原病院消化器内科)
佐田 尚宏 (自治医科大学消化器一般移植外科)

本邦の多くの施設では総胆管結石には内視鏡治療が第一選択とされている。しかし、様々な要因により治療に難渋する症例が存在する。内視鏡治療が難しい理由としては巨大結石、嵌頓結石、憩室内乳頭、術後再建腸管などがあげられ、患者危険因子としては重篤な合併疾患や超高齢者などがあげられる。内視鏡治療の進歩は目覚ましく、大きな結石に対しては大口徑バルーンによる乳頭拡張術 (EPLBD) や経口胆道鏡下碎石が応用され、術後再建腸管例に対してはバルーン内視鏡や EUS ガイド下の治療アプローチなどの新たな治療法が導入されている。しかしながら Mirizzi 症候群のような治療リスクの高い病態では内科・外科の協議を踏まえた上で診療にあたる必要があり、総胆管結石治療後の胆嚢摘出術の在り方についても内科・外科のコンセンサスを得る必要がある。本セッションでは内視鏡的アプローチの短期的結果・成績を論ずるだけでなく、長期予後を含めた最良のアウトカムを念頭に置いた内科・外科のクロストークを期待している。

➤ ワークショップ 5 (公募・一部指定)

「非切除胆道癌に対する集学的治療—切除可能性評価と Conversion Surgery—」

司会： 古瀬 純司 (杏林大学腫瘍内科)
中川 圭 (東北大学消化器外科学)

胆道癌治療は根治手術の可否の判断がその始まりとなるが、腫瘍の局在により選択される術式は多様で侵襲が高度なものが多い。また特に肝門部領域では局所解剖が複雑で個体差が大きい。さらに閉塞性黄疸・胆管炎に対して早期にドレナージを施行することで局所進展評価が不可能となる。局所進行症例について臍癌で定められた切除可能性分類と同様に、画像所見から切除可能性評価を定義し共有することが容易でない。

非切除症例への化学療法は本邦で精力的な検証が進み、これまで国際的標準治療として第一選択であった GC (gemcitabine / cisplatin) に加え GS (gemcitabine / S1) の非劣性が示され、さらに GCS の有効性が提示されている。一方、これらの治療が不能となった場合の二次治療にはエビデンスが存在しない。

胆道癌に対する治療戦略は未だ根治切除の追求か、化学療法の施行の二者択一に留まっており、切除可能性の判断に難渋する症例もいずれかの方針に決断する必要があるのが現状である。

本セッションでは胆道癌の集学的治療戦略の開発に向け、各施設の局所進行非切除の決定に用いる検査・判断基準、切除不能例に対する治療成績、Conversion Surgery による高度進行胆道癌への挑戦等、診断・化学(放射線)療法・手術切除の各方面から先進的な提言を期待する。