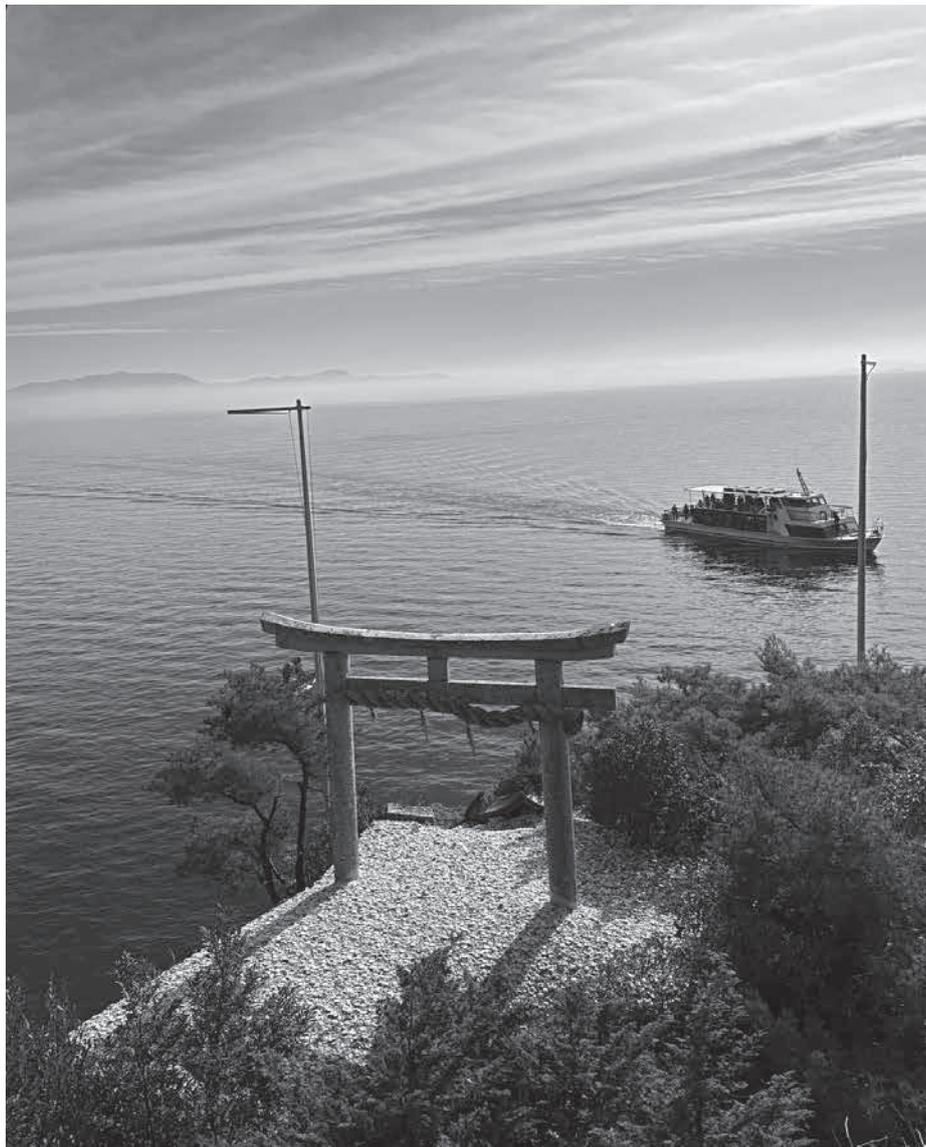


名大医学部学友時報 2025 12

目次	
1. 人事トピックス 中村 正直	(2)
2. 臨床教授のひとつこと 豊田 秀徳	(3)
3. 在宅医療と地域文化をつなぐ学びの場 市橋 亮一	(4)
4. 故郷の飛騨で在宅医療を担う 駒屋 憲一	(5)
5. プレスリリース	(6)
6. 私の旅行カバン 齋藤 英彦	(8)
7. 叙勲受章申告のお願い	(9)
8. ご寄稿のお願い	(9)
9. 外科病理学と病理医 佐藤 啓	(10)
10. 近代医学の黎明 デジタルアーカイブより	(11)
11. 支部だより 岐阜県支部 岡崎支部 名古屋支部 静岡県支部	(12)
12. クラブ活動報告 ハンドボール部 卓球部	(13)
13. 令和7年度(2025年度)名古屋大学医学部学友会 支部総会とインターネットページ支部紹介のお知らせ	(14)
14. 会員情報変更フォームの新設について	(15)
15. 時報旅行	(16)
16. 編集後記	(16)



竹生島から望む琵琶湖 時報部員撮影

人事トピックス

愛知医科大学消化管内科学講座

教授

なかむら
中村

まさなお
正直



〈経歴〉

- 平成9年3月 岐阜大学医学部卒業
- 平成9年4月 厚生連渥美病院臨床研修
- 平成13年4月 小牧市民病院内科専攻医
- 平成15年10月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 研究員
- 平成19年6月 医学博士(名大医)
- 平成21年4月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
- 平成23年4月 英国セントマークス病院リサーチフェロー
- 平成24年4月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院助教
- 平成26年2月 名古屋大学大学院医学系研究科消化器内科学 助教
- 平成30年4月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 病院講師
- 令和元年9月 名古屋大学医学部附属病院炎症性腸疾患センター 副センター長兼任
- 令和2年1月 名古屋大学医学部附属病院消化器内科 講師
- 令和4年6月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 部長兼任
- 令和4年11月 名古屋大学医学部附属病院光学医療診療部 准教授
- 令和7年10月 愛知医科大学消化管内科学講座 教授

〈業績〉

1. Nakamura M, Murate K, Kawashima H, et al. Analysis of Neuropeptides in the Intestinal Mucus of Patients with Ulcerative Colitis Using RNA Sequencing. Digestion. 105:400-410,2024.
2. Nakamura M, Yamamura T, Kawashima H, et al. Long-Term Monitoring and Clinical Implications of Small Bowel Capsule Endoscopy in Patients with Crohn's Disease with Small Bowel Lesions: A Retrospective Analysis. Digestion. 380-388;105:2024.
3. Nakamura M, Yamamura T, Kawashima H, et al. Clinical characteristics of Dieulafoy's lesion in the small bowel diagnosed and treated by double-balloon endoscopy. BMC Gastroenterol. 24:29;23:2023

名古屋大学医学部学友会の皆様におかれましては、益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

このたび、令和7年10月1日付をもちまして、愛知医科大学消化管内科の教授を拝命いたしました。ここに謹んでご報告申し上げます。

私は平成9年に岐阜大学医学部を卒業後、厚生連渥美病院にて内科初期研修を行いました。研修2年目の折、名古屋大学消化器内科の川嶋啓揮先生(現名古屋大学消化器内科教授)に出会い、消化器内科の魅力と学問の奥深さを教えていただいたことが、私の医師としての礎となりました。

平成13年からは小牧市民病院にて消化器内科専攻医として臨床研鑽を重ね、救急診療や緊急内視鏡に明け暮れる日々を過ごしました。この時期に内視鏡技術が飛躍的に向上し、特に小腸・大腸内視鏡の複雑さと魅力に惹かれ、より高度な技術習得を志すようになりました。

平成15年(2003年)に後藤秀実教授のもとに帰局し、小腸内視鏡と小腸疾患を研究テーマとして与えられました。カプセル内視鏡およびダブルバルーン内視鏡の黎明期にその臨床研究に携わり、教科書上の存在であった小腸疾患を内視鏡で直視できる貴重な経験をえました。両内視鏡の診断的特徴を比較した前向き研究を論文化し学位を取得した後、2011年からはロンドン・セントマークス病院に留学し、炎症性腸疾患に関する複数の臨床研究に携わりました。帰国後は、留学で得た知見を基盤として患者数の増加が顕著である潰瘍性大腸炎とクローン病の臨床診療と、病態解明に向けたトランスレーショナル研究に注力してまいりました。

愛知医科大学病院は、愛知県における難病診療拠点病院として重責を担っております。消化管内科としても指定難病である潰瘍性大腸炎およびクローン病の診療体制をより一層充実させ、地域社会に貢献できる高度で温かな医療を提供できるよう尽力する所存です。あわせて、地域医療との連携を基盤に、がん診療のみならず良性疾患においても早期にご紹介いただける、地域の皆様に信頼される医療を築いてまいりたいと存じます。医学生から消化器内科専修医までの教育につきましては、臨床現場に即した指導を実践し、消化器内視鏡診療の魅力を十分に伝えていけるよう尽力してまいります。

本稿を認めるにあたり、これまでご指導・ご助言を賜った多くの学友会の先輩方、共に歩んだ皆様への深い感謝の念を新たにしております。なかでも、長年にわたりご教示を賜った川嶋啓揮教授、そして共に下部消化管研究と臨床を支えてくださった山村健史先生には、心より御礼申し上げます。今後も、炎症性腸疾患を含めた診療・教育・研究の三本柱を通じて地域医療の発展と学術の進歩に寄与すべく、精進を重ねてまいります。

末筆ながら、学友会の諸先生方のご健勝とご清栄をお祈り申し上げますとともに、今後とも変わらぬご高配とご指導を賜りますよう、伏してお願い申し上げます。



臨床教授のひとこと



市中病院における臨床研究の楽しみとその行方



大垣市民病院 病院長

とよた ひでのり
豊田 秀徳 (H2年卒)

臨床教授にいただいたのは単純に病院長になったからだと思います。それはそれとして、ごくしばらくの大学勤務と留学を除いてずっと市中病院で勤務してきた私は、臨床研究を楽しみを持って続けてきました。皮肉なことに、臨床教授＝病院長となった今は臨床研究に関わる時間が極端に減って、楽しみを奪われた感があります。

臨床研究に誘われたのは、卒業後研修医として今の病院に赴任して間もなくでした。その頃は私も「研究は大学ですもの」「市中病院の医師が何をするのか」という受け取りでしたが、始めてみるとこれがなかなか楽しいし、結果もそれなりに受け入れてもらえる、この経験からそういうことが好きになりました。以来日常臨床を第一義としてしっかり行いつつという条件で臨床研究をいろいろと行なってきました。

世の市中病院には同じように趣味的に臨床研究をしている人間がいて、同好会的に集まりデータを持ち寄って、共同研究もたくさん行いました。また、海外に論文をいくつか発信すると、海外の研究者からも共同研究の誘いが来ます。これらが膨らんで、今まで国内・海外合わせて100以上の施設と臨床研究を行ってきました。この辺り、メールやZoomの貢献は大きいものがあります。

結果として、筆頭著者180以上(predatory journalやMDPIへの投稿は皆無です)、共著論文を入れれば650以上の英文論文をpublishし、h-indexも80を超えました。勤務医の先生方には、一般の市中病院で勤務を続けながらでもこういうことができることを知ってほしいと思っています。

昨今の若い先生方には、こういう活動を「余分な仕事」「自分の目指すものではない」と敬遠する傾向もあるようです。これは「やらされている」感があるからではないかと思っています。でもまずは一度やってみましょう。最初のハードルを越えれば、臨床研究はなかなか楽しいものです。日常臨床をしていると興味のある課題が見つかることが少なくありません。当然と考えられていることでも「これって本当か」と考えてみるのが大切です。

臨床の大きな知見も日常における小さな疑問から得られているものが少なくないのです。

臨床研究は楽しく、ハマると病みつきになります。一方で、臨床研究は臨床医の仕事、あくまでも日常臨床が第一であることは忘れてはいけません。臨床研究者は日常臨床からヒントもデータももらっていることを忘れないようにしましょう。

ただ、私の場合は趣味的にやっただけで、このスタイルがいいわけでないし、何よりアカデミックはないと思っています。繰り返しになりますが、毎日黙々と臨床をこなしていることは何より大切なことです。ただ何か物足りない、そこで趣味として行っていたという感じです。他の趣味でもよかったのかもしれない。この実績を使って何かをしようということもなく、学会・研究会の主催や研究費獲得の経験ありません。ビジョンもあまりないのが実情でした。それでも単調な日常臨床でモチベーションを保つ道具にはなったのかと思います。

しかし、時代は変わり、歳とともに何事も時代遅れになるのが常です。私のしているような臨床研究も変化を感じます。長年かかって身につけた英文の言い回しや統計の知識も今はAIが肩代わりしてやってくれます。論文は苦勞して雑誌に掲載する前からpreprint serverで公表できます。Reputativeな雑誌に載せることより、あえてopen journalに投稿し、Xやyou tubeでpromotionした方が閲覧やCitationは増え、認知度も上がるかもしれません。いずれは大きな組織を動かせる力、資金を獲得する力のある人だけが論文を書けるといふ時代になるかもしれません。今後は、市中病院の医師が発想だけでゲリラ的にhigh quality journalに載せるのは難しくなっていこうと感じます。それでも、症例報告でもいい、何か「形に残す」と言うことは日常臨床のモチベーションになると信じています。自分が働いた「足跡」です。

さて、懐古するのはこのくらいにして、病院経営という厳しい現実に戻るとしましょう。

在宅医療と地域文化をつなぐ学びの場

総合在宅医療クリニックかがやき 理事長・名駅院長 **市橋 亮一** (H10年卒)

日本では超高齢社会の進行に伴い、医療の主舞台が「病院」から「生活の場」へ広がりつつあります。私が大学生の時代には学ぶことがなかった「在宅医療」も、今では一般の方々も当たり前のように選択するようになってきました。

私は、総合在宅医療クリニックかがやきを2009年に岐阜で開業。当時“在宅医療”を専門にするクリニックは、岐阜県内では他にはなかったと聞いています。現在は名古屋・美濃へと拠点を3拠点に広げ、24時間365日体制で在宅医療を提供しています。医師、看護師、歯科医、歯科衛生士、管理栄養士、リハ職、音楽療法士など多職種が連携し、がんや慢性疾患、小児、難病など幅広い患者の生活を支えられるよう日々奮闘する毎日です。患者さんの希望の実現を支えていくことを理念とし、岐阜県羽島郡岐南町の「かがやきロッジ」は、言わば“まちのリビング”になれるとよいと考えて地域食堂や学生研修、文化交流を積極的に行っています。

私が学生時代に、この交換留学プログラムでペンシルバニア大学への第一期生として派遣してもらったのは30年も前になりますが、とてもいい思い出でありとても教育的でした。その縁もあり日本での留学生の受け入れを大学から依頼いただくようになりました。最初は名古屋大学YLP(ヤングリーダーズプログラム)、アジアの医師・厚生官僚の受け入れからでした。半日の在宅医療同行と半日のディスカッションを、ここ10年ほど担当させていただいており、当院の中では年間の恒例行事となっています。

そして昨年からアメリカ、中国からの医学生の受け入れを開始することとなりました。名古屋大学医学部国際連携室が主催するサマースクールでは、毎年海外大学の医学生を受け入れ、地域医療を体験的に学ぶプログラムを実施しています。初年度の2024年は「Bridging Community Medicine and Innovations in Japan」をテーマに、米国と中国の4大学から14名が参加。訪問診療やフォトボイス発表、美濃の町並み散策などを通じて、地域と医療の関係学びました。

今年は7月10-11日に、ジョンズホプキンス大学、デューク大学、ノースカロライナ大学、北京大学から11名の医学生に、名古屋大学生6名を加えた23名が参加。診療同行では多職種チームの協働を体験し、患者の「暮らしの中の医療」に触れました。アメリカや中国の在宅医療事情は、地域によって実施されていないか、訪問があっても看護師

が主体であり、日本での実践とは相当に隔たりがあります。今回は患者宅へ訪問を通して患者中心の医療を感じてもらい、その後にワークショップ、ディスカッションを通じてどのように自国に取り入れていくかという議論を行いました。文化交流の観点では美濃では浴衣体験や町歩き(留学生と学生23名の浴衣姿は目立ち、TV取材を受けた留学生もいたようです)、貸し切り船での鶴飼観覧を通じて、日本の医療が地域文化と共鳴していることを体感した学生も多かったようです。アンケートでは「かがやきクリニックでの体験は素晴らしく、もう一日滞在したい」「Nagoyaの学生やスタッフの温かさが忘れられない」といった声が寄せられていました。

この経験は海外にも発信されています。ジョンズホプキンス大学の医学ブログ Biomedical Odyssey では、参加学生が「日本の地域医療は、信頼と継続性、そしてコミュニケーションを“補助的”ではなく“本質的”な要素として実践している」と述べ、米国の Patient-Centered Medical Home(PCMH)モデルに通じる学びとして紹介しています。

“The Kagayaki Clinic taught me that patient-centered care is not a concept, but a lived culture.” (かがやきクリニックで、患者中心の医療は概念ではなく“生きた文化”だと学んだ。)

この言葉に象徴されるように、在宅医療の現場には、医学教育や国境を越えて共感を呼ぶ普遍的な価値があります。また10年ほど前からは、台湾から多くの医師や多職種の方々、自ら申し込んで当院に研修に来ています。10年前に家族4人で1ヶ月ほど当院に逗留した余先生は、その後台湾在宅医学会の理事長となりました。今年夏には雲林省知事も現・台湾在宅医学会理事長と共に当院を訪問され、行政側の本気度も感じられます。台湾は飛躍的に在宅医療が伸びており、すでに急性期の在宅医療という日本にはない試みもされており、今後私たちが台湾から学ぶことも多いと思っています。

医療とは、人と地域、そして文化をつなぐ営みです。これからも私たちは、これまで私達が諸先輩方にやっていたように、国際的に相互の医療の現場をひらき、国内外の学生・医療者が共に学び合う場を育てていきたいと考えています。医療と文化をつなぐ“かがやき”が、次の世代の心にも灯り続けることを願っています。



故郷の飛騨で在宅医療を担う

ひだ在宅クリニック、同丹生川出張所 院長 **駒屋 憲一** (H17年卒)



このたびは、歴史ある時報事務局より寄稿のご依頼を賜り、心より御礼申し上げます。外科医から在宅医へ転身し、人口減少と高齢化の進む飛騨地方で在宅医療を担っております。拙文ながら、地域医療の一端を皆様と共有できれば幸いです。

私の生い立ちを少しご紹介いたします。平成の大合併で高山市に編入された国府町という小さな町の出身で、保育園・小学校・中学校はそれぞれ一校ずつ。実家から学校までの5kmの道のりに信号は一つもありません。小中学生の頃は人足として田畑を手伝い、毎朝新聞配達も行っていましたので、幼少期から地域社会に関わっていたと言えます。親戚が塾を経営していたため勉強環境には恵まれていましたが、思春期の多感な時期でもあり、飛騨の閉鎖的な環境に息苦しさを感じていました。

愛知県の滝高校へ進学。周囲は医師や大学教授などの家庭の子息も多く、「田舎出身の庶民」という強い劣等感を抱いた3年間でしたが、勉学に打ち込み名古屋大学へ進学しました。大学では医学部ラグビー部にすっかり魅了されました。黄金期とも言える時代で、西医体4位、東海学生リーグ2部昇格などを果たし、主将の経験もさせていただきました。

卒後は八千代病院、豊橋市民病院で研鑽を積み、外科医としての基礎を築きました。8年目で大学(第一外科ユニット)へ帰局、大学院時代は肉体的にも精神的にも厳しい日々でしたが、手術の美しさや世界一の手術成績を目指す姿勢を間近で経験し、自身の仕事にも誇りを持つようになりました。その後愛知医科大学へ勤務中、地元の久美愛厚生病院から医師不足による当直応援の要請があり、月1回帰郷して当直にあたるようになりました。やがてこの状況をなんとかしたいという気持ちが強くなり、2019年、教授のご理解を得て久美愛厚生病院へ赴任しました。

外科医として地元貢献できる喜びは大きかったものの、がん末期の患者さんが、在宅医が少ないうえに、自宅に帰れない状況をしばしば目にしました。「家で死ねないなら川に飛び込みたい」と泣きながら懇願された患者さんの言葉が、私に在宅医へ転身する大きな契機となりました。岐阜県岐南町の総合在宅医療クリニック・市橋先生のもとで1年間研修させていただき、2022年6月、飛騨地方で初となる在宅医療専門クリニックを開業しました。

当地における在宅医療の主な課題は、①地理的制約(移動距離と冬季の雪) ②高齢化 ③在宅サービスの不足(特にヘルパーやデイサービス) ④医療・介護人材の偏在 ⑤「病院で看取るのが安心」という地域文化と施設依存などが挙げられます。特に冬の積雪は深刻で、雪かきや事故率の上昇、診療効率の低下と、良いことが一つもありません。

高山市は日本一の面積を有し、合併前の郡部の多くでは市営の国保診療所が唯一の医療機関です。当院は比較的人口の多い旧高山・国府・飛騨市古川町を中心に、約8万人を診療圏としています。両市で年間約1700人が亡くなる中で、約100人を当院がお看取りしており、地域に大きな影響を与えています。

在宅医療の理解を広げるため、地域からの講演依頼は極力断らない方針としています。看取りのみならず、安定した在宅生活の維持にも在宅医療は欠かせません。病院・ケアマネジャー・ご家族・ご本人など、さまざまな経路からご相談をいただいています。

今年になり待望の地元医師が入職し、常勤医2名体制となりました。来年には3名体制となる予定です。ひとりでも続ける覚悟でしたが、仲間が増え、受け入れ拡大と地域医療の安定に繋がっています。行政とも協働し、在宅医療の空白地となっていた高山市丹生川地区に今年8月出張所を開所しました。外来は国保診療所、在宅医療は当院が担うという官民連携の新しい形です。開所講演会には人口4000人の町に約300人が集まり、大きな反響を得ました。収益面では決して恵まれません、地域の感謝が何よりの励みです。

観光都市・高山は数少ない生き残っていくであろう地方の一つではありますが、都会の方が見られる飛騨のイメージはまさにそのあたりなのでしょう。しかし、地域は急速に縮小しており、私は今まさに「地域の看取り」の現場に立っています。土地や社会の変化は年単位ではなく、世代単位で進行しています。

私の生まれ故郷のような地域は、全国各地で姿を消していくでしょう。だからこそ、都会と地方を往来しながら「地域で暮らし、地域で生きる」ことを実践していくことが、私の使命であり、ライフワークだと感じています。

外科から在宅へ。医療の現場は変わっても、「人の生と死に寄り添う」という本質的な仕事は同様です。今後とも地域への温かいご理解とご支援を賜りますようお願い申し上げます。



丹生川出張所開所記念講演会



診療中に時々遭遇するニホンカモシカ

● プレスリリース ●

膵のう胞 (IPMN) の治療選択を変える新しい方針 超音波内視鏡で見極める“浸潤癌の有無”

名古屋大学大学院医学系研究科 消化器内科学 熊野 良平

背景

膵嚢胞の代表的疾患である膵管内乳頭粘液性腫瘍 (intraductal papillary mucinous neoplasm: IPMN) は、膵管内腔に乳頭状に増殖する粘液産生性腫瘍で、粘液により膵管が拡張することを特徴とします。IPMN は良性から浸潤癌へと段階的に進行することがあり、膵癌の前駆病変として注目されています。

IPMN は局在や形態により主膵管型・分枝型・混合型に分類され、主膵管型や混合型では悪性化リスクが高い傾向があります。2023年の京都国際ガイドラインは、悪性化リスクの高い所見を High-risk stigmata (HRS)、悪性化に注意すべき所見を Worrisome features (WF) として定義し、HRS (①閉塞性黄疸、②造影効果を伴う 5 mm 以上の嚢胞内結節、③主膵管径 10 mm 以上、④細胞診陽性) のいずれかに該当する症例では外科切除が推奨されています¹。

一方で、HRS を満たし手術を行っても、病理結果が Low grade dysplasia (良性) にとどまる症例も少なくなく、過剰切除が問題となっています。膵切除は高侵襲であり、高齢者や併存疾患を有する患者では合併症や QOL 低下が懸念されます。したがって、HRS を有しても全例で手術が予後改善につながるわけではありません^{2,3}。このような背景から、HRS 症例の中でも「経過観察が可能な症例」と「手術を要する症例」を識別できる、より実臨床的な指標の確立が求められています。

本研究は、HRS の中核所見である②造影効果を伴う 5 mm 以上の嚢胞内結節に注目し、「5 mm 以上」という基準のみでは良性から浸潤癌まで幅広く包含してしまう点に課題があると考えました。そこで、結節径に加え「結節が嚢胞壁を越えて浸潤性を有するか否か」により予後が異なるのではないかと仮定し、超音波内視鏡 (EUS) を用いて嚢胞内結節の浸潤成分 (invasive nodule: IN) の有無を詳細に評価しました⁴。さらに、IN の有無で層別化したうえで、手術群と経過観察群の予後を比較しました。

方法

2000～2023年に名古屋大学病院で診断された IPMN のうち、HRS を認めた 257 例を対象に単施設後ろ向き研究を実施しました (年齢中央値 71 歳、観察期間中央値 53 か月)。

本研究の中心は、EUS による嚢胞内結節の浸潤成分の有無の精密評価です。EUS は、内視鏡先端に内蔵された超音波プローブで胃や十二指腸から膵臓を詳細に観察でき、造影剤としてペルフルブタン (Sonazoid®) を併用することで血流シグナルが付加され、結節の識別能

が向上します。

読影は EUS 経験 10 年以上および 20 年以上の 2 名の熟練医師が独立して行い、浸潤所見の一致率を κ 係数で評価しました。結節が嚢胞内にとどまるものを浸潤結節なし (IN-)、嚢胞壁の連続性が途絶し膵実質内へ進展するものを浸潤結節あり (IN+) と定義し (図 1)、EUS 所見を切除標本の病理所見と照合して診断精度を検証しました。手術群 (226 例) と非手術群 (31 例) を対象に、初回診断時の IN の有無別に全生存 (overall survival: OS) および疾患特異的生存 (disease-specific survival: DSS) を比較しました。また、併存疾患や加齢による手術リスクを考慮するため、年齢調整 Charlson 併存疾患指数 (ACCI) を用い、ACCI ≥ 5 を高リスク群として層別化しました。

研究成果

EUS により嚢胞内結節を評価し、嚢胞内にとどまる非浸潤結節 (IN-) と、嚢胞壁の連続性が途絶し膵実質内へ進展像を示す浸潤結節 (IN+) に分類しました (図 1)。

2 名の医師による EUS 所見の一致率は $\kappa = 0.774$ と良好でした。

切除標本の病理診断と照合した結果、EUS による IN の感度・特異度・正診率はそれぞれ 77.1%、80.5%、79.2% でした。これにより、EUS は嚢胞内結節の描出に優れ、結節の浸潤性まで評価可能な有用な診断法であることが確認されました。

HRS を有する IPMN 症例 257 例を対象に、EUS で判定した浸潤結節 (invasive nodule: IN) の有無と手術の有無別に予後を解析しました (図 2)。

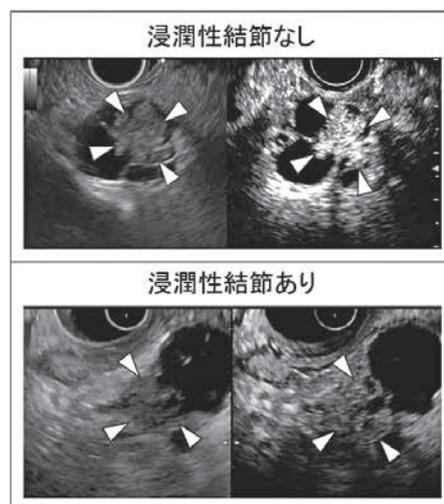


図 1 IPMN 内に存在する結節の形態分類

手術群(226例)において、IN-症例の5年OSは87.9%、DSSは96.9%であり、IN+症例(5年OS 53.2%、DSS 64.3%)に比べ有意に良好でした(ともにLogrank $P < 0.0001$)。(図2:A, B)

非手術群(31例)でも同様の傾向を示し、IN-症例の5年OSは84.7%、DSSは100%と極めて良好であったのに対し、IN+症例ではOS 23.3%、DSS 32.8%と予後不良でした(OS:P = 0.0002, DSS:P < 0.0001)。(図2:C, D)

これらの結果は、「浸潤結節の有無」がHRSを有するIPMNの予後を規定する重要因子であることを示しています。

すなわち、IN-であれば経過観察でも長期予後が保たれる一方、IN+では外科切除を行っても依然として生命予後に大きく影響することが明らかとなりました。

この解析により、従来「HRS = 全例手術」という一律基準に対し、EUSでのIN評価を加味したリスク層別化の有用性が示されました。

浸潤性結節を認めないHRS症例(IN-群)において、手術群と非手術群の生存率を比較しました(図3)。

手術群の5年OSは87.9%、非手術群は84.7%であり、手術群で有意に良好な結果となりました($P = 0.0126$)。5年DSSでも同様に、手術群96.9%、非手術群100%と高値を維持しつつも、手術群で有意に良好な結果となりました($P = 0.0197$)。(図3:A, B)

しかし、ACCIで5点以上の高リスク症例に限定すると、手術群と非手術群の5年OSはそれぞれ77.1%と79.3%で、有意差を認めませんでした($P = 0.7036$)。(図3:C)

これらの結果から、高齢・併存疾患ありの高リスク症例では、INを認めない場合、必ずしも手術が生存延長につながる可能性が示唆されました。すなわち、「浸潤結節の有無」に加え、「手術リスク(ACCI)」を考慮した個別化手術判断の重要性が明らかになりました。

今後の展望

本研究は、IPMN診療の個別化を進める成果となりました。従来のように「HRS = すぐ手術」と判断するのではなく、EUSで確認される浸潤結節(IN)の有無と、全身状態を示すACCIを組み合わせ治療方針を考える新しいアプローチを提案しました。具体的には、INを認めずACCIが高値の症例では、厳密なEUSフォローを継続しながら、INが疑われる段階で早期に手術を検討する戦略が現実的です。一方で、IN+が確認された時点ですでに予後不良群に移行している可能性が高く、早期の外科介入が重要であることが示されました。

本研究は単施設・後ろ向きデザインであり、非手術群が少ないという制約もあるため、多施設研究による再現性検証と、IN評価の標準化が今後の課題です。

総じて、EUSによるIN評価は「切るか見守るか」を判断する重要な分岐点を可視化する実臨床的指標といえます。ガイドラインでは触れられていない「結節の浸潤性」という視点が、患者予後をより正確に見極める鍵となることを示しました。この知見は、過剰な手術を回避し、患者一人ひとりに最適な治療方針を導くための新たな基盤となることが期待されます。

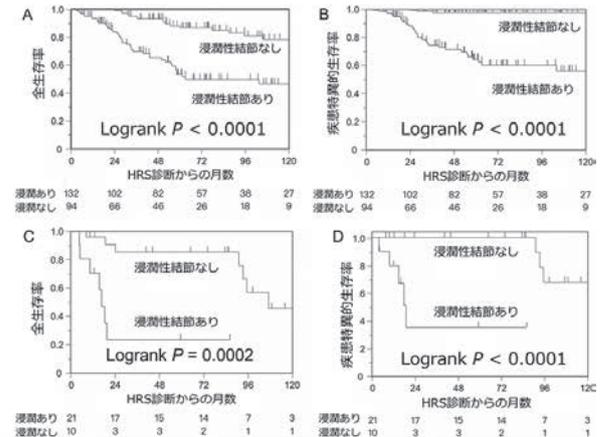


図2 浸潤結節の有無別の予後比較

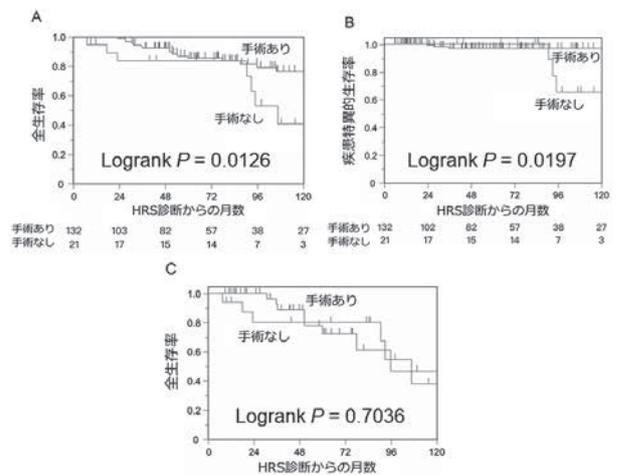


図3 浸潤結節なし群の予後評価

引用文献

- Ohtsuka T, Fernandez-Del Castillo C, Furukawa T, et al. International evidence-based Kyoto guidelines for the management of intraductal papillary mucinous neoplasm of the pancreas. *Pancreatol*. 2024;24:255-270.
- Vanella G, Crippa S, Archibugi L, et al. Meta-analysis of mortality in patients with high-risk intraductal papillary mucinous neoplasms under observation. *Br J Surg*. 2018;105:328-338.
- Crippa S, Bassi C, Salvia R, et al. Low progression of intraductal papillary mucinous neoplasms with worrisome features and high-risk stigmata undergoing non-operative management: a mid-term follow-up analysis. *Gut*. 2017;66:495-506.
- Ohno E, Hirooka Y, Itoh A, et al. Intraductal papillary mucinous neoplasms of the pancreas: differentiation of malignant and benign tumors by endoscopic ultrasound findings of mural nodules. *Ann Surg*. 2009;249:628-634.

発表論文

Kumano R, Ohno E, Ishikawa T, Yamao K, Mizutani Y, Iida T, Uetsuki K, Yamamura T, Furukawa K, Nakamura M, Honda T, Kawashima H. Prognostic Role of Enhancing Mural Nodules in Intraductal Papillary Mucinous Neoplasms with High-Risk Stigmata. *Ann Surg*. 2025 Feb 17. doi:10.1097/SLA.0000000000006674. Online ahead of print.