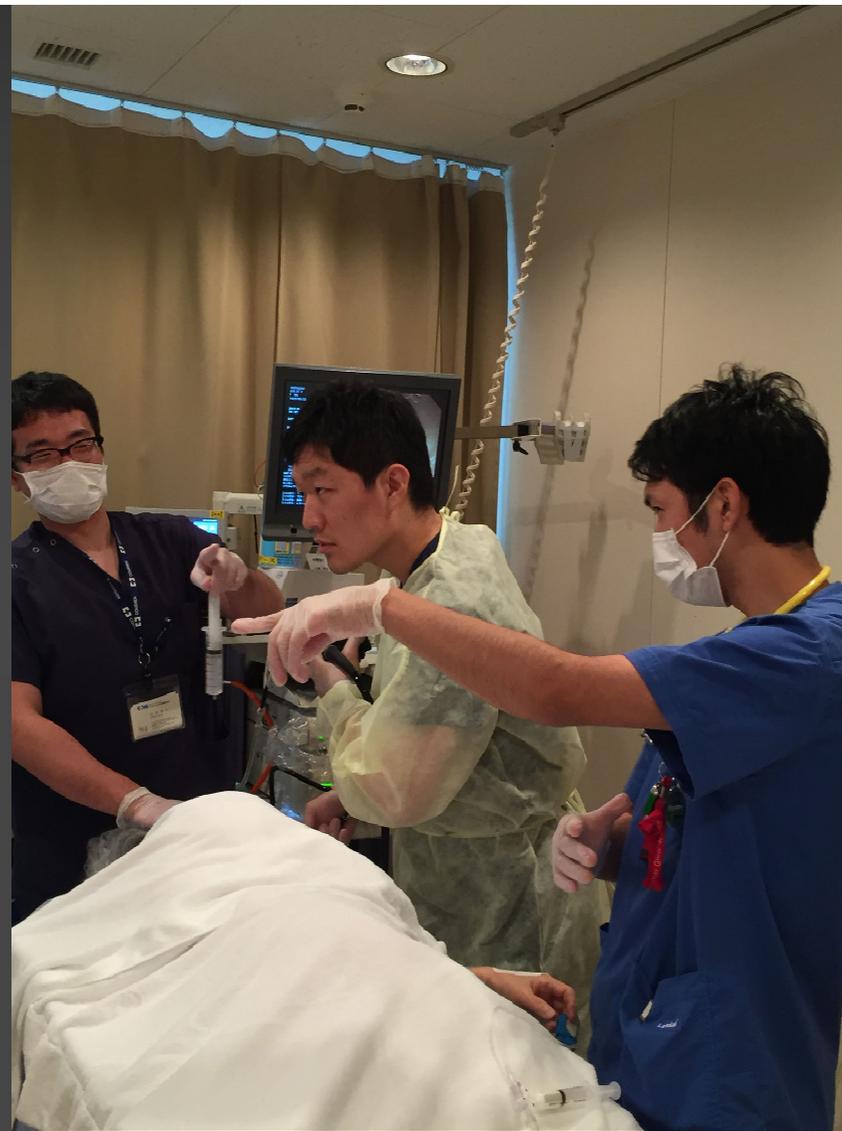


湘南鎌倉総合病院・専門研修紹介 消化器病センター



内科専攻医（消化器内科専攻医） を検討している先生へ

- **緊急内視鏡検査**が多く経験できる
- **急性期消化器患者**への対応能力を早期に身につけることができる
- 地域のがん拠点病院として、**high risk症例**も含めた**がん診療**を学ぶことができる



研修カリキュラム

①早い段階から消化器内科医として活躍したい。

将来は消化器内科を考えているが . . .

②内科専攻医の間は総合内科にも同じくらい重点を置きたい。

③内科専攻医の間は総合内科中心に勉強したい。



①早い段階から消化器内科医として活躍したい。

A：サブスペシャリティ重点コース(例)

卒後年数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内科 専攻医	3年目	S1	消化管					GIM	腎臓	血液	連携施設：葉山		
	4年目	S2	胆膵					呼吸器	循環器	神経	離島応援		
	5年目	S3	消化器（IVR、病理含めて選択可）					連携施設：札幌東（IBD）		連携施設：北里大（肝臓）			
6年目以降		消化器											

消化器内科研修：2年
他科専門内科研修：1年

S2：木村かれん先生



動画

②将来は消化器内科を考えているが、
内科専攻医の間は総合内科にも同じくらい重点を置きたい。

B：総合内科・サブスペ混合コース(例)

卒後年数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内科 専攻医	3年目	S1	消化管			胆膵			GIM	血液	連携施設：葉山		
	4年目	S2	循環器	腎臓	離島応援			消化管			胆膵		
	5年目	S3	GIM (チーフ)			GIM			連携施設：札幌東 (IBD)		連携施設：北里大 (肝臓)		
6年目以降		消化器											

消化器内科研修：1.5年
他科専門内科研修：1.5年

S3：西野敬祥先生



動画

③将来は消化器内科を考えているが、
内科専攻医の間は総合内科中心に勉強したい。

C : 総合内科コース(例)

卒後年数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内科 専攻医	3年目	S1	GIM			消化器		呼吸器		ER	連携施設		
	4年目	S2	血液	腎臓・糖尿病		ICU	連携施設			GIM		循環器	
	5年目	S3	GIM (チーフ)			連携施設			連携施設			選択	
6年目以降		消化器											

消化器内科研修 : 2ヶ月→以後週1回の内視鏡研修/夜間オンコール

スタッフ：田崎潤一先生



動画

④最初は違う科を専攻して十分な経験を積み、
消化器内科に転向。

D：他科専攻医コース(例)

卒後年数		4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
内科 専攻医	3年目	S1	専攻科研修				消化器		専攻科研修 (週1内視鏡、オンコール継続)				
	4年目	S2	専攻科研修 (週1内視鏡、オンコール継続)										
	5年目	S3	専攻科研修 (週1内視鏡、オンコール継続)										
	6年目以降		消化器										

消化器内科研修：2-3ヶ月→以後週1回の内視鏡研修/夜間オンコール

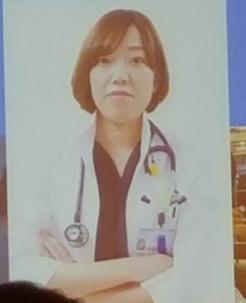
スタッフ：隅田ちひろ先生



2017年10月 内視鏡ランキング

早期胃癌/腺腫 発見数ランキング(総合内科/ER Drのみ) 胃ESD:183700円

1位	隅田先生	3件
2位	鎌口先生、十倉先生	2件

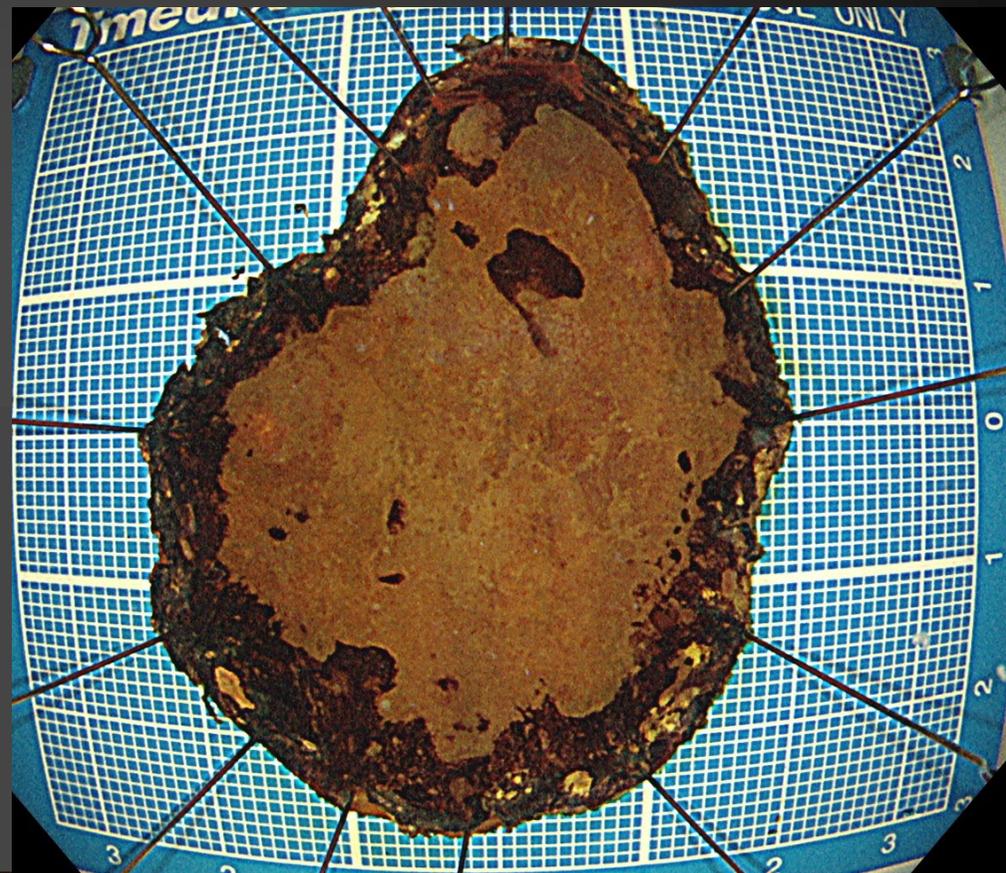


どの専門科を目指す先生にも、 幅広く指導

- 初期研修
- 総合内科・総合診療科 後期研修医
- 救急総合診療科
- 外科
- 循環器内科、血液内科、呼吸器内科、
腫瘍内科・・・

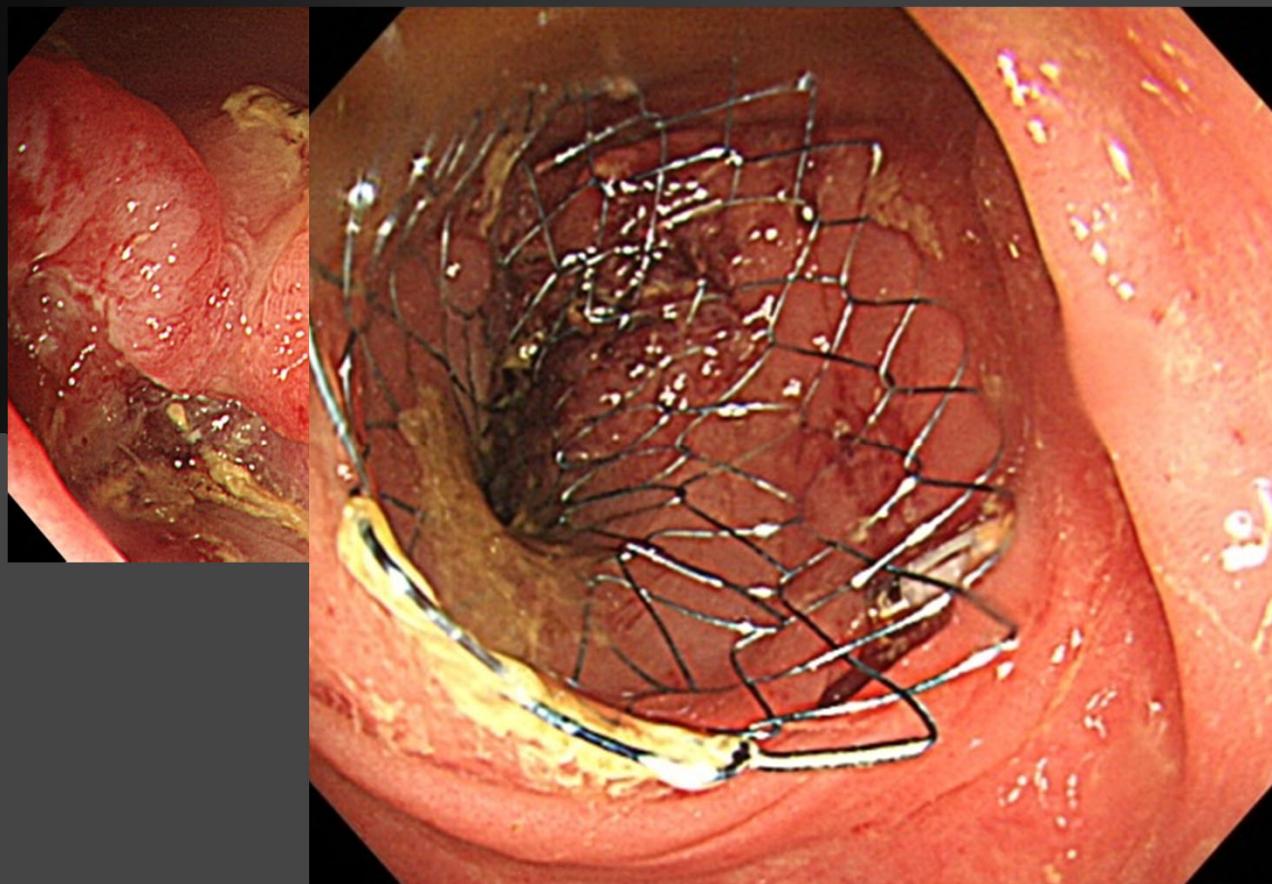


消化器専門医を目指す人には、より専門的な研修を



動画

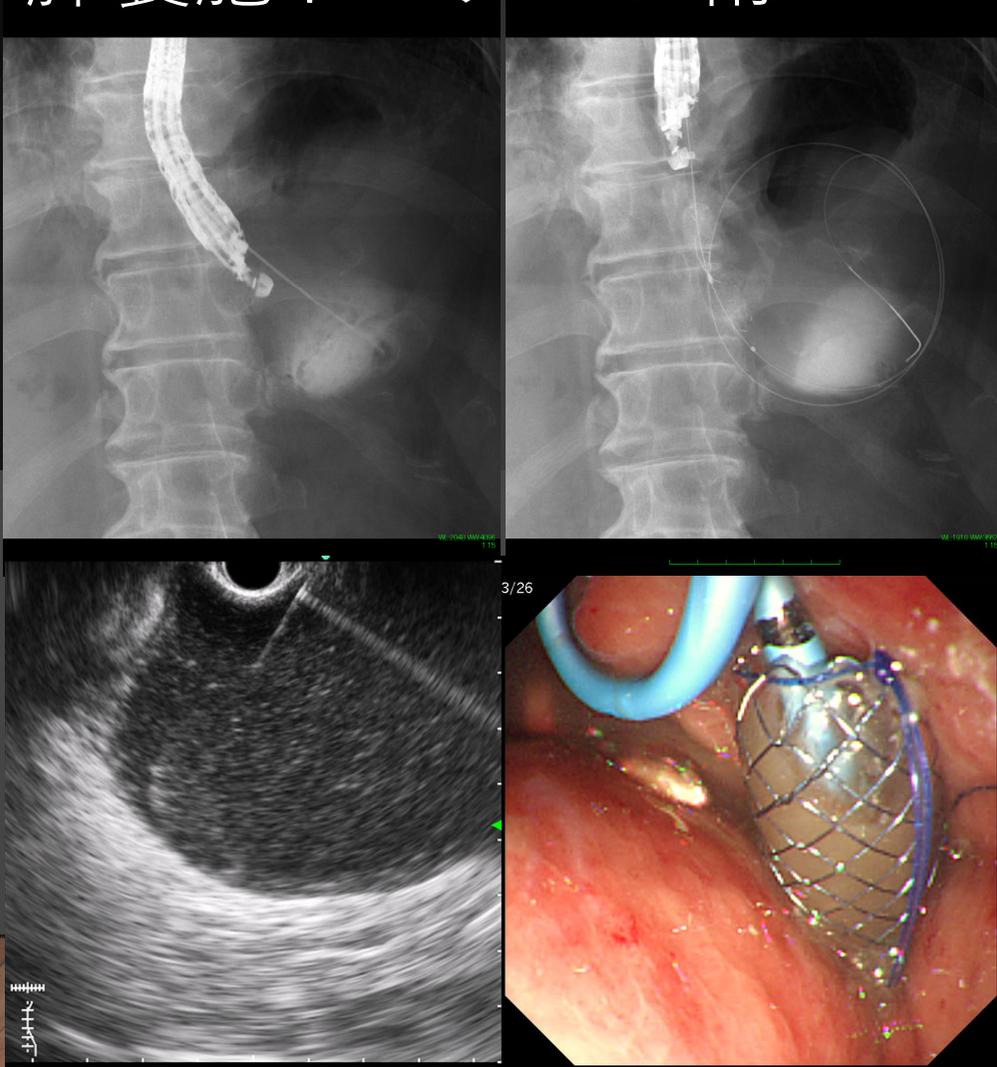
消化管ステント



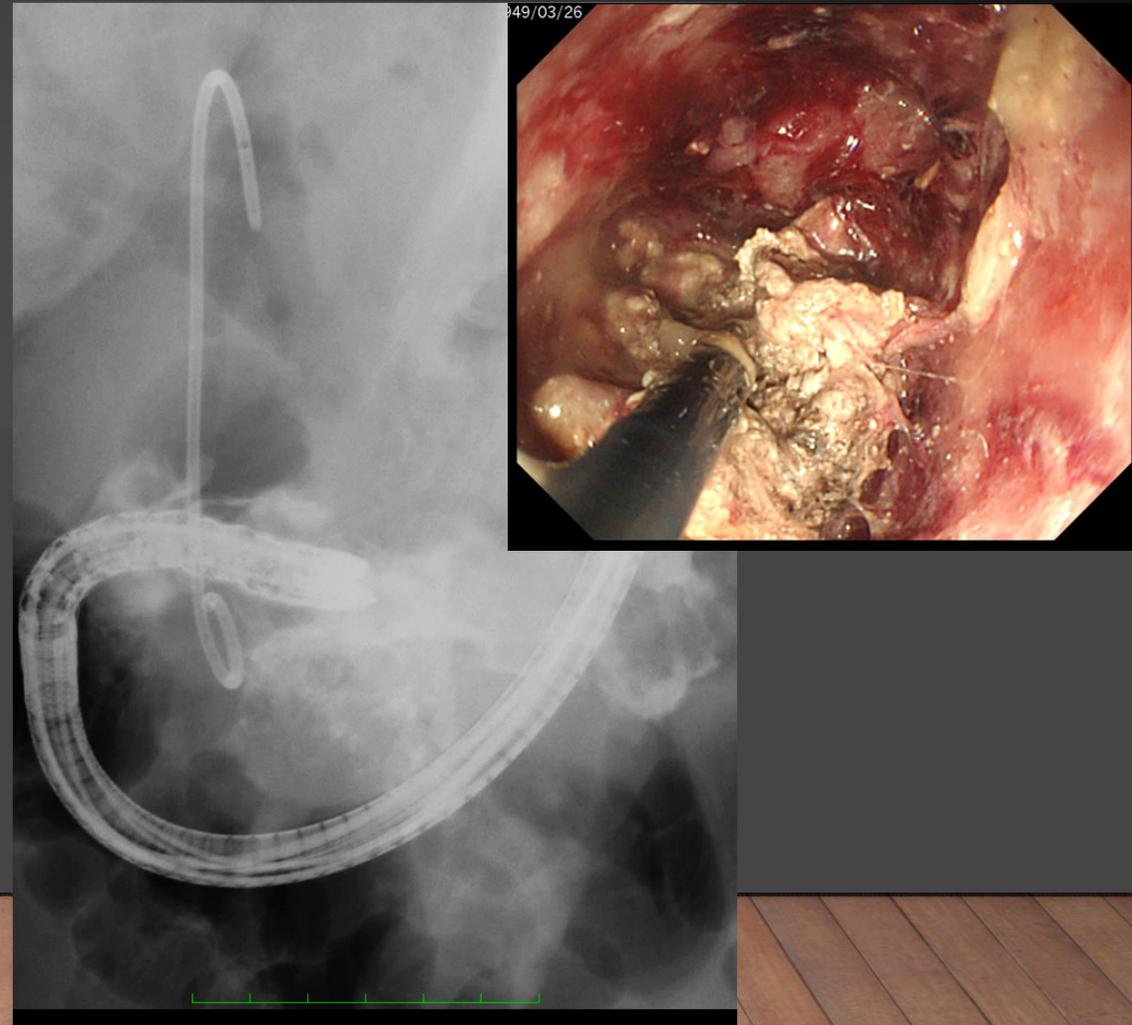
胆膵処置



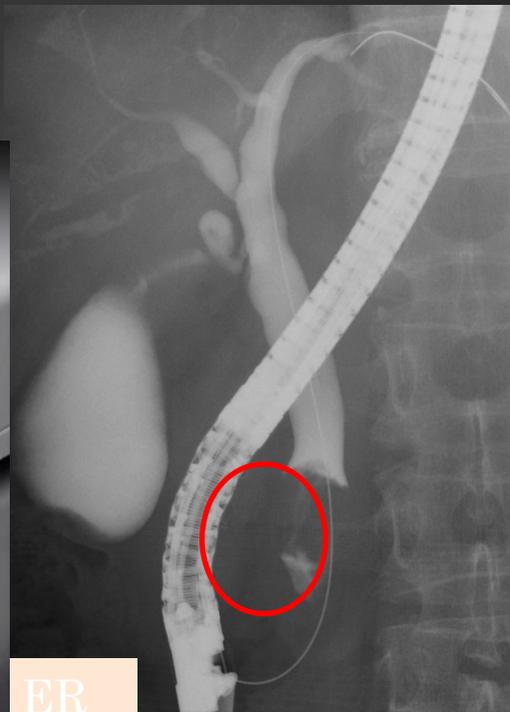
超音波内視鏡下 膵嚢胞ドレナージ術



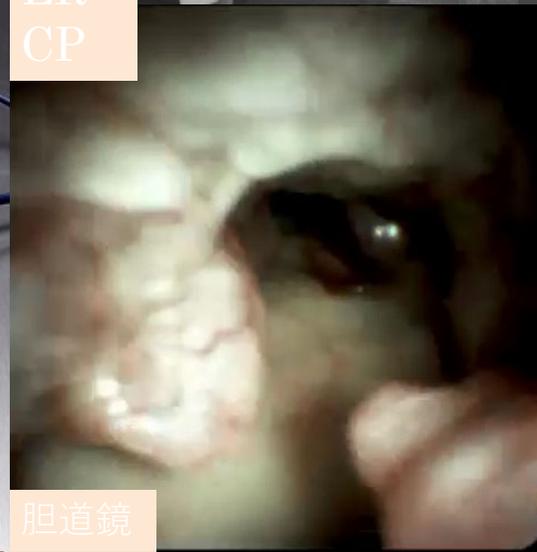
膵被包化壊死に対する 内視鏡的ネクロセクトミー



經口胆道鏡



ER
CP



胆道鏡

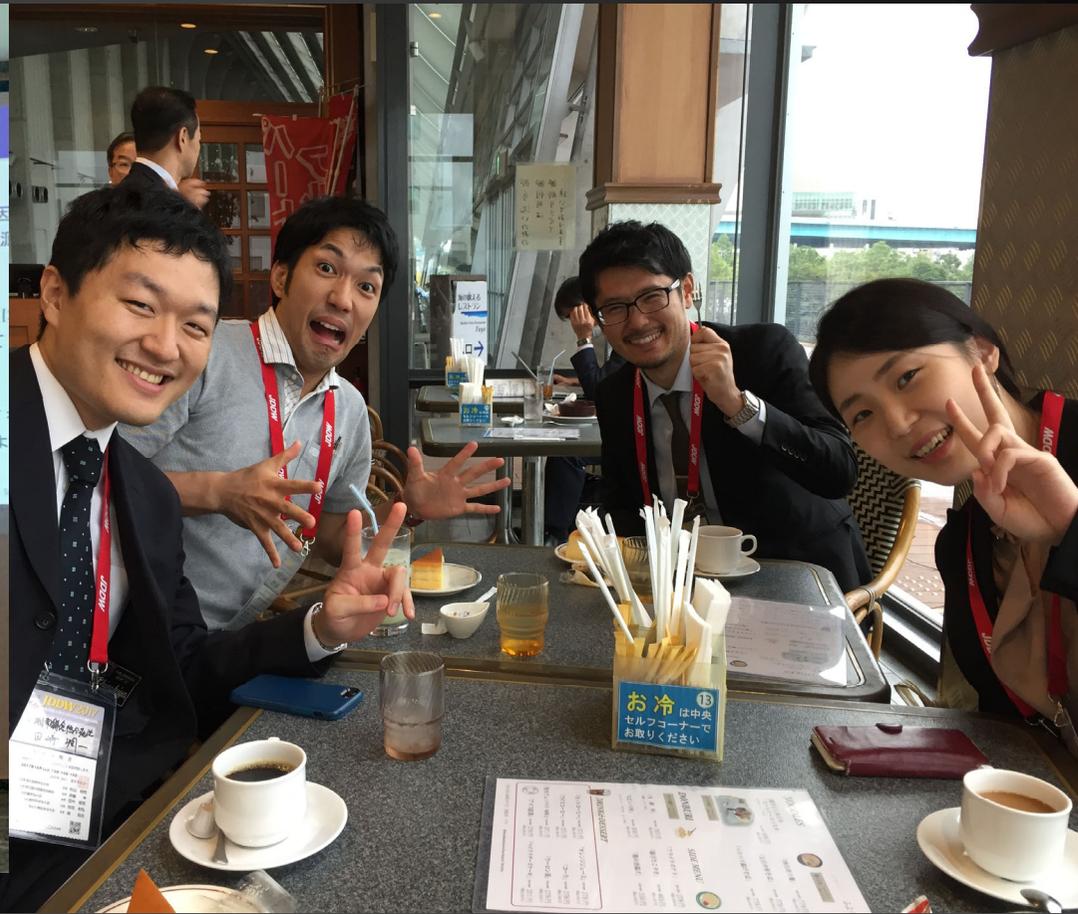
学会発表



主な学会発表

	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
学会	・消化器病総会 ・内科学会総会	消化器内視鏡 学会総会	内視鏡学会 地方会	ENDO club	膵臓学会	胆道学会	JDDW		内視鏡学会 地方会		消化管学会	
当科 発表	●	●	●	●	●	●	●		●		●	

若手も積極的に学会発表の機会を





他科を目指す専攻医の先生にも積極的に発表の機会を



論文作成も積極的に

Progress of Digestive Ei

●(症例)

食道アカラシアに合併した Dieulafoy潰瘍の止血に TAEが有効であった1例

寺根 聖弥¹⁾ 佐々木 亜希子²⁾ 江頭 秀人²⁾ 築山 俊毅³⁾
 稲田 悠¹⁾ 小野 寺俊幸¹⁾ 中野 秀比古¹⁾ 隅田 ちひろ¹⁾
 田澤 智彦²⁾ 成 志 彦²⁾ 市田 親正²⁾ 所 晋之助²⁾
 増田 作栄²⁾ 小泉 一也²⁾ 賀古 眞²⁾

¹⁾ 湘南鎌倉総合病院/救急総合診療科, ²⁾ 同/消化器病センター
³⁾ 同/放射線科
 *Corresponding author: h_egashira@shonankamakura.or.jp
 [Key Words] 食道アカラシア, Dieulafoy潰瘍

Case Report Thoracic Endovascular Aortic Repair of Esophageal Cancer-Associated Aortoesophageal Fistula: A Case Report and Literature Review

Alkio Sasaki¹⁾, Hideto Egashira¹⁾, Shinnosuke Takoro¹⁾, Chikamasu Ichihashi¹⁾, Satoshi Takizawa¹⁾, Toshihiko Tsukiyama¹⁾, Hidenobu Ogino¹⁾, Jun Kawachi¹⁾, Ryo Shinoyama²⁾, and Makoto Kakoi²⁾
¹⁾ Gastroenterology Medicine Center, Shonan Kamakura General Hospital, 1370-1 Okamoto, Kamakura City, Kanagawa 247-8533, Japan
²⁾ Interventional Radiology (IVR) and Radiology, Shonan Kamakura General Hospital, 1370-1 Okamoto, Kamakura City, Kanagawa 247-8533, Japan
 Email: h_egashira@shonankamakura.or.jp
 Correspondence should be addressed to Alkio Sasaki, alkio@shonankamakura.or.jp

Introduction
 An aortoesophageal fistula (AEF) is a rare but life-threatening condition that causes upper gastrointestinal tract bleeding. It involves the development of a passage between the aorta and the esophagus after a thoracic aortic aneurysm repair (TEVAR). Current advances in thoracic endovascular aortic repair (TEVAR) have enhanced the primary vascular access method for controlling AEF. However, the prognosis of AEF is poor because of reoperating and/or the development of recurrent aneurysms, as well as replacement of the descending aorta, should be planned after TEVAR for AEF.

Case Presentation
 A 67-year-old previously healthy patient presented with hematemesis and melena. The patient had a history of AEF after TEVAR for an ascending aortic aneurysm.

Conclusion
 In some patients with advanced EC, the risk of reoperation for both the aorta and the esophagus is too high. Therefore, the use of TEVAR for AEF for EC has not yet been demonstrated. Here we report a case of AEF in a patient with advanced EC that was treated using TEVAR.

World Journal of Gastroenterology

Condyloma acuminatum of the anal canal, treated with endoscopic submucosal dissection

Alkio Sasaki¹⁾, Taisethi Nakajima¹⁾, Hideo Egashira¹⁾, Kotaro Taketo¹⁾, Shinnosuke Takoro¹⁾, Chikamasu Ichihashi¹⁾, Satoru Masuda¹⁾, Haruki Uejima¹⁾, Kazuya Kozumi¹⁾, Takashi Kobara¹⁾, Taku Sakamoto¹⁾, Yuhiko Saito¹⁾, Makoto Kakoi¹⁾
¹⁾ Gastroenterology Medicine Center, Shonan Kamakura General Hospital, 1370-1 Okamoto, Kamakura City, Kanagawa 247-8533, Japan
 Email: h_egashira@shonankamakura.or.jp
 Correspondence should be addressed to Alkio Sasaki, alkio@shonankamakura.or.jp

Abstract
 Condyloma acuminatum (CA) is a common sexually transmitted disease caused by human papillomavirus infection. Not all individuals develop persistent progressive disease, but careful follow-up is required to manage CA. Endoscopic submucosal dissection (ESD) is a minimally invasive procedure for the treatment of CA. However, ESD is a technically demanding procedure, and the risk of perforation is high. We report a case of CA treated with ESD. The patient had a 28-year-old man presented with a chief complaint of hematochezia. Digital exam did not detect CA. Screening colonoscopy revealed 10-mm long CA in the sigmoid colon. The lesion covered almost the whole circumference, and only a small amount of normal mucosa remained. High-speed endoscopic mucosal resection (EMR) was performed. Histopathological analysis revealed CA, accurate histological diagnosis can be difficult with a small specimen. Therefore, ESD is a more common in women (1), 50% of whom are less than 40 years of age (2). The typical findings of CA are multiple bilateral perianal ring nodules generally measuring less than 2 cm in diameter (3). However, these methods are not sufficient to make a diagnosis because the results are difficult to differentiate from those for metastatic cancer and other benign diseases. A histopathological analysis is usually conducted via a surgical biopsy because the morphological nodules are difficult to reach with bronchoscopy. We herein report the first case of PEH that was successfully diagnosed by CT-guided biopsy instead of more conventional surgical methods. This minimally invasive procedure helped to accurate detection of the peritonal lung nodules and helped in selecting the most appropriate treatment.

Endoscopic ultrasonography-guided drainage for spontaneous rupture of a pancreatic pseudocyst into the peritoneal cavity in a patient with autoimmune pancreatitis

Alkio Sasaki¹⁾, Hideto Egashira¹⁾, Hideo Egashira¹⁾, Kenichi Seki¹⁾, Toshihiko Tsukiyama¹⁾, Chikamasu Ichihashi¹⁾, Satoshi Takizawa¹⁾, Junji Kitagawa¹⁾, Shinichi Teshima¹⁾, and Makoto Kakoi¹⁾

Abstract

A 75-year-old man was referred to our hospital due to a huge pancreatic cyst. Computed tomography revealed a monocular cyst 15 cm in size without a solid mass lesion nearby. He was diagnosed with pancreatic pseudocyst. Endoscopic ultrasound (EUS)-guided drainage was planned for the next day due to abdominal distension; however, the pseudocyst ruptured into the peritoneal cavity before treatment could be applied. To prevent the progression of peritonitis, EUS-guided drainage of the pseudocyst was performed. A nasocystic tube and plastic stent were placed into the ruptured cyst via the gastric wall through the same puncture tract. After the treatment, the cyst rapidly decreased in size, and the peritonitis improved without surgery. The patient's serum IgG4 level was found to be elevated to 820 mg/dL. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography revealed main pancreatic duct stricture without obstruction. No communication between the main pancreatic duct and the pseudocyst was found. An EUS-guided fine-needle aspiration biopsy of the hypoechoic site was performed, revealing IgG4-positive plasma cell infiltration. He was finally diagnosed with AIP associated with the rupture of a pseudocyst. Oral corticosteroid (30 mg/day) treatment was started and gradually tapered. There has been no recurrence in the 28 months since the initiation of treatment.

Introduction
 Pancreatic epithelial hemangioendothelioma (PEH) is a rare vascular neoplasm of low-grade malignancy. It is a diagnosis of exclusion, and its prevalence is higher in women (1), 50% of whom are less than 40 years of age (2). The typical findings of CA are multiple bilateral perianal ring nodules generally measuring less than 2 cm in diameter (3). However, these methods are not sufficient to make a diagnosis because the results are difficult to differentiate from those for metastatic cancer and other benign diseases. A histopathological analysis is usually conducted via a surgical biopsy because the morphological nodules are difficult to reach with bronchoscopy. We herein report the first case of PEH that was successfully diagnosed by CT-guided biopsy instead of more conventional surgical methods. This minimally invasive procedure helped to accurate detection of the peritonal lung nodules and helped in selecting the most appropriate treatment.

Case Report
 This study was approved by the Shonan Kamakura General Hospital Institutional Review Board and followed the Declaration of Helsinki. Written informed consent was obtained from the patient for the publication of this case report and the accompanying images. A previously healthy 69-year-old Japanese man visited our hospital with chief complaints of diarrhea and lower abdominal discomfort. The results of a physical examination were unremarkable, and a digital exam did not reveal any tumor. Laboratory investigations revealed a hemoglobin level of 14.5 mg/dL.

presented with an infected pancreatic pseudocyst invading the portal venous system with obstruction due to

進行中の臨床研究

【消化管】

- 悪性腫瘍の臨床検体を用いたジェネティックおよびエピジェネティック解析（多施設共同研究：代表施設）
- 健常者胃メチル化試験（多施設共同研究）
- エピゲノム解析・網羅的遺伝子発現解析に基づいて自己免疫性胃炎の病態解明を目指す多施設共同横断・前向き研究（多施設共同研究）
- *H. pylori* 陰性胃粘膜に発生する胃腺窩上皮型腫瘍の発生機序に関する検討（多施設共同研究）

【胆膵】

- 血液を使った低侵襲がん診断に関わる研究（多施設共同研究）
- 膵癌の感受性遺伝子に関する研究（多施設共同研究）
- **Japan SpyGlass DS Registry**（多施設共同研究）
- 10mm未満膵嚢胞性病変の多施設前向き研究 日本膵臓学会(嚢胞性膵腫瘍委員会・膵疾患臨床研究推進委員会)（多施設共同研究）

消化器病センター・専攻医診療経験の1例

上部/下部内視鏡

上部 : 約1500/12ヶ月

下部 : 約1000/12ヶ月

緊急内視鏡 : 91件/12か月

ERCP : 130件(first touch100件)/3か月

小腸内視鏡 : 4-5例/年

ESD : 125件/2年半

IBD : 外来フォロー中 : 約15人

化学療法 新規導入化学療法 : 3-4人/年



研修医の1週間（消化管の場合）

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	土曜	日曜
Am	8:00 全体回診 8:30 朝勉強会 9:00- GF研修	8:00 GI カンファレンス 9:00- GF研修	8:30 ESD カンファレンス 9:00- GF研修	9:00- GF研 修	9:00- GF研修	9:00- GF研 修	病棟番 (交代で出勤)
Pm	-17:00 CS研修						

- カンファレンスは基本的に朝
- 朝夕回診と病棟ミーティング



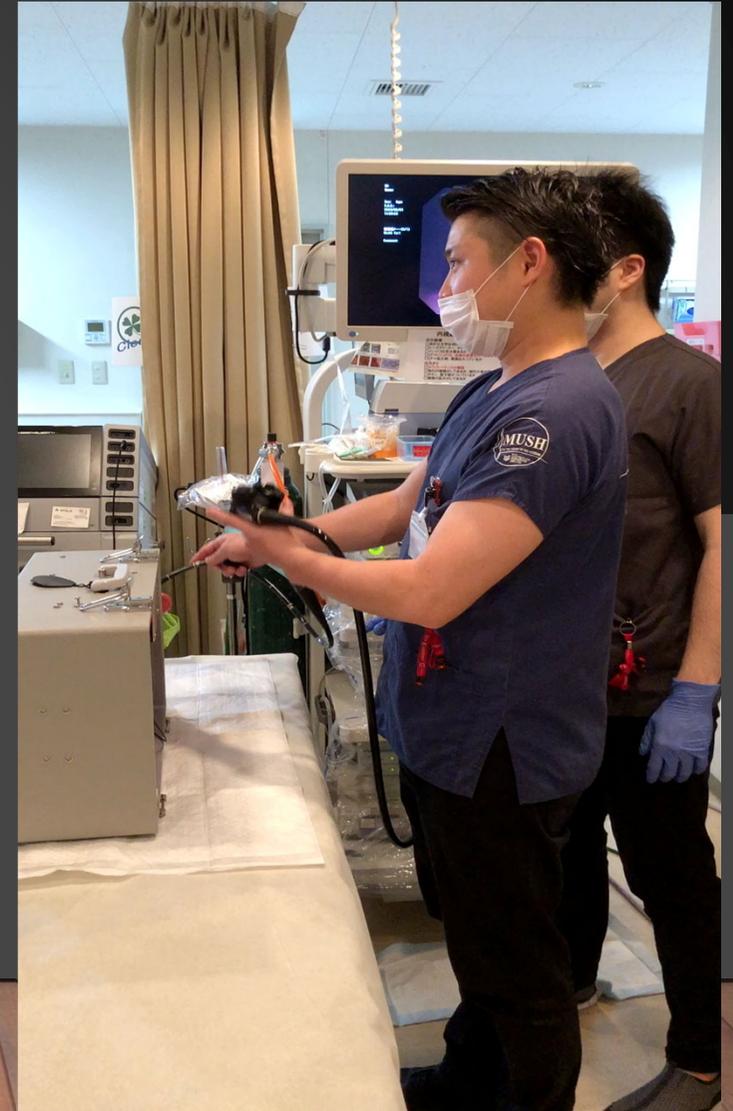
Slackを利用した勉強会の発表
を月に1回担当

研修医の1日

朝の
ミーティング



模型での
内視鏡指導



動画

動画

研修医の1ヶ月

1週目 上部 見学・モデル + 上級医指導下スクリーニング

下部 見学・モデル

2週目 上部 スクリーニング

下部 モデル + 指導下挿入(15分ルール)・観察

3週目 上部 スクリーニング + 緊急内視鏡見学・介助

下部 挿入(15~20分ルール)・観察 + 緊急内視鏡見学・介助

4週目 上部 スクリーニング + 指導下緊急内視鏡

下部 スクリーニング + 指導下緊急内視鏡



先輩研修医・
スタッフの
コメント

動画

ぜひ、消化器病センターへ！



お問い合わせはこちら



<http://www.sgmc.jp/contact/>