

「胃粘膜下腫瘍に対する内視鏡的切除の展望」

杏林大学医学部 消化器・一般外科

竹内 弘久、下山 勇人、鶴見 賢直、橋本 佳和、大木 亜津子、長尾 玄、阿部 展次

Perspectives of endoscopic resection of gastric submucosal tumor

Department of Surgery, Kyorin University School of Medicine

Hirohisa Takeuchi, Hayato Shimoyama, Masanao Tsurumi, Yoshikazu Hashimoto, Atsuko Ooki, Gen Nagao, Nobutsugu Abe

[背景]我々は管腔内発育型胃 SMT に対して ESD のみならず、筋層以深の内視鏡的切除(ER)である内視鏡的筋層剥離術(EMD)や内視鏡的全層切除術(EFTR)を積極的に行ってきた。

[目的]ER の治療成績を、同時期に行われた腹腔鏡下手術(LR)の治療成績と比較し、筋層以深 ER の展望を考察する。

[対象と方法]2007 年以降 ER と LR 施行 5cm 以下胃 SMT 症例 86 例を対象。ER 群 37 例(GIST が 27 例 73%:ESD/EMD 23 例,EFTR 14 例)と LR 群 49 例(GIST が 41 例 84%:楔状切除 33 例,LECS 16 例)に分け、手術成績を比較検討した。

[EMD/EFTR 詳細] 経鼻挿管全麻下で施行。腫瘍周囲 SM 層レベルで亜全周-全周切開、肛門側から筋層切除/剥離して腫瘍確認し、腫瘍被膜の損傷なく筋層を掘り下げる(EMD)。EFTR では引き続き筋層深層から漿膜を intentional に切離し腫瘍摘出を完了。筋層や全層欠損部は内視鏡的に閉鎖(止血用クリップ使用)。切除/閉鎖に牽引を要すれば独立した鰐口把持鉗子を使用。EFTR で気腹著明例は経皮的腹腔内脱気を付加、全層欠損部の内視鏡的閉鎖困難例では腹腔鏡下に縫合閉鎖する。

[結果]ER 群では全例管腔内発育型であり、平均腫瘍径は 24mm,LR 群では各々 16 例(33%),平均腫瘍径は 31mm。平均術時間は ER 群で有意に短く(92 vs. 135 分),平均出血量は ER 群で有意に少量(12 vs. 26mL)。全例 R0 で切除。ER 群では EFTR 3 例(8%)に経皮的腹腔内脱気を,EFTR 3 例(8%)に腹腔鏡下縫合閉鎖を要した(いずれも前壁症例)。ER 群では EMD 2 例(5%)に後出血を認めたが内視鏡的に容易に止血可能であった。LR 群では 1 例に minor leakage を認めた。術後在院期間に両群間で有意差なし(両群ともに 7 日)。観察期間内(観察期間中央値 63 ヶ月)に LR 群でのみ 2 例(4%)に腹膜播種再発を認めた。

[考察・結論] ER の完遂は,LR とは比べるまでもない究極の低侵襲治療法となり得る。症例を選択(30mm 以下/管腔内発育型/前後壁病変除く)し、腫瘍牽引や経皮的脱気を駆使すれば、筋層以深 ER でも R0 切除が可能。特に腹腔鏡下外科手術の観点から unfavorable location(高難度/要間膜処理/変形・機能障害の可能性があるのである)である前庭部から噴門に至る小彎側領域は,ER が第一選択の治療法になり得ると考えられた。