

歯状線に接した病変に対するESDのコツとピットフォール

講師

岡 志郎¹⁾²⁾

Shiro OKA

教授

田中信治²⁾

Shinji TANAKA

教授

田丸弓弦¹⁾

Yuzuru TAMARU

Kazuaki CHAYAMA

1) 広島大学病院消化器・代謝内科

2) 広島大学病院内視鏡診療科

はじめに

従来、内視鏡的粘膜切除術(endoscopic mucosal resection; EMR)では分割切除せざるを得なかった大きな大腸腫瘍も局在にかかわらず内視鏡的粘膜下層剥離術(endoscopic submucosal dissection; ESD)にて一括切除できるようになった。現在、ESD用デバイスや処置用スコープの開発・改良、手技の工夫により大腸ESDの技術的ハードルは導入初期より明らかに低くなり一般化しつつある¹⁾²⁾。

歯状線に接する下部直腸病変に対するESDにはその局在に応じた工夫が必要である。下部直腸病変に対するESDの特殊性として、①直腸粘膜下層には静脈叢(痔核を含む)が発達しているため術中・術後出血の高リスク、②歯状線を境に肛門側に存在する扁平上皮領域の知覚神経により治療中に痛みを伴いやすいこと、③肛門括約筋の近接による狭い管腔により展開した良好な視野が得られないこと、などがあげられる。

本稿では歯状線に接する直腸腫瘍に対するESDのコツとピットフォール、および当科の治療成績について述べる。

歯状線に接する直腸腫瘍のESD適応

ESDの適応病変は、局在にかかわらず内視鏡治療適応病変のうち一括摘除が必要であるがEMRでは分割切除になる病変である。具体的には、スネアによる一括切除が困難なLST非顆粒型(non-granular type: LST-NG)、特

に偽陥凹型、V₁型pit patternを呈する病変、粘膜下層軽度浸潤癌、大きな陥凹型腫瘍、癌が疑われる大きな隆起性病変、生検や病変の蠕動に起因する粘膜下層に線維化を伴う粘膜内腫瘍、潰瘍性大腸炎などの慢性炎症を背景としたsporadicな局在腫瘍、内視鏡的切除後の局所遺残早期癌などである³⁾。肛門管腫瘍や痔核合併例であっても上記の条件であればESDの適応である。ただし、ESDの難易度が高い高度線維化合併例やスコープ操作不良例などの場合には、施設や術者の技量を考慮した上で経肛門の局所切除手術(transanal local resection; TAR)や経肛門の内視鏡下マイクロサージェリー(transanal endoscopic microsurgery; TEM)などの外科手術に委ねることも考慮すべきである⁴⁾。なお、TARは病変の視認性が不良なことが多く局所再発率は約30%前後とされ⁵⁾⁻⁷⁾、最近、TARとESDのコラボレーションの有用性が報告されている。また、Kiriyaら⁷⁾は同一施設でESDとTARを比較検討したところ、ESDは約2倍の施行時間を要したが一括切除率は高く局所遺残再発率は低いことを報告している。

歯状線に接する直腸腫瘍のESD手技の工夫

歯状線に接する直腸腫瘍であっても、他の部位における大腸ESDと基本的手技は変わらない⁸⁾⁻¹⁰⁾。最初に当科におけるESDの基本手技について述べる。

病変にかかる重力を考慮し体位変換を頻回に行うため、原則deep sedationは行わない。われわれはwater jet機能付きの細径スコープ(場合によっては上部用スコープ

※編集部註：本稿は2016年10月に執筆されました。