

当院における LECS の現況

高野祥直¹⁾

共同演者名 濱田 晃一²⁾、外館幸敏¹⁾、藁谷 暢¹⁾、押部郁郎¹⁾、鈴木伸康¹⁾、

佐藤 直¹⁾、木村卓也¹⁾、阿部 幹¹⁾、寺西 寧¹⁾、河野孝一郎²⁾

所属施設 総合南東北病院 外科¹⁾ 消化器内科²⁾

抄録

当院では、2008 年より食道胃接合部(EGJ)付近や小弯側に発生した胃内発育型胃粘膜下腫瘍に対し、ESD の手技による胃壁の全層切開と腹腔鏡手技を併用する狭義の LECS を導入し、これまでに 7 例を経験した。また、腫瘍径が小さい症例に対しては、切除後の狭窄や EGJ への切り込みを回避することを目的とし、ESD 手技を行わずに胃の内腔を内視鏡で確認あるいは内視鏡をステント代わりに留置することで、安全に腹腔鏡のみの局所切除で対応可能であった広義の LECS 症例も 2 例経験した。これらの手技について当院での工夫も交えて報告する。

狭義の LECS 手技:まず腹腔鏡下に腫瘍周囲の血管を Liga Sure や EnSeal などで処理。その後、内視鏡での処理に移行し、フラッシュナイフで腫瘍周囲を全周性にマーキング後に、IT ナイフで胃壁の一か所を意図的に穿孔させ、IT ナイフで胃壁の全層切開を行う。全層切開時には、腹腔鏡の鉗子で腫瘍周囲の正常粘膜を把持して切開をサポートすることで IT ナイフでの切開が容易となる。切除標本はパウチで回収し、切除部は鏡視下に手縫い、または自動縫合器で縫合する。自動縫合器での閉鎖の際には、連続縫合で胃壁を仮とし、エンドクローズでの支持も併用しながら、確実な全層縫合ができるよう工夫している。