

1-3

LECS困難であった症例（内視鏡側の立場から）

虎の門病院消化器内科¹⁾ 同外科²⁾
布袋屋修¹⁾、春田周宇介¹⁾、篠原尚¹⁾

【背景】胃SMTに対するLECSは内視鏡下に切除マーヅンを図りながら切除ラインを決定することで切除範囲を最小限にでき、術後の胃変形を少なくすることが可能である。LECSにおける内視鏡の役割は腫瘍の境界を正確に把握し、ESD手技を用いて、腹腔鏡下切除のためのレールを敷くことにつきが、今回、内視鏡的に境界不明瞭でLECS中のESD手技に時間を要した症例を経験したので報告する。

【症例】50歳男性。検診MDL異常を契機に胃体下部小弯に20mm大、粘膜面に小瘰痕を伴うSMTを発見される。精査の結果、生検では確定診断つかなかつたが、GISTを疑いLECSを施行した。

【手術手技】まず腹腔鏡下に胃小弯側の視野を展開したが、腫瘍の認識は不可能であった。次に内視鏡手技を開始。胃角～体下小弯に20～30mm大のなだらかな隆起を認め、肛門側の隆起の立ち上がりは比較的認識が容易であったが、肛門側から口側の腫瘍の境界は不明瞭であった。口側の粘膜切開、深切りを開始したところ、筋層から連続する腫瘍が、切開ラインと重なっていたため、粘膜切開をさらに口側に伸長追加した。腫瘍の口側境界は周囲の筋層となだらかに移行していたため、肉眼的に判断が困難であった。口側への粘膜切開の追加を繰り返し、腫瘍陰性とかろうじて認識されるところで筋層の切開を行った。

【結果】合計手術時間256分 うち内視鏡手技時間55分であった。術後食事摂取良好にて10日後に退院。病理結果は40x20x15mmの異所性腓であり、術前診断のサイズも誤っていた。

【考察】そもそもLECSの対象となるSMTの正確な境界の認識は粘膜面からは不可能である。ある程度立ち上がりの急峻なSMTであれば、粘膜切開線と腫瘍の境界のずれは少なく、過不足なく最小限の切除範囲を得ることができるが、腫瘍の境界がなだらかに移行する場合はESD手技における粘膜切開線と腫瘍の境界線とのずれが大きくなってしまふ。LECSのメリットである最小限かつ腫瘍断端陰性の切除範囲を達成することが難しかった1例であった。