

■演題 4 EGJ 直下の胃粘膜下腫瘍に対する LECS 手技の工夫

高槻赤十字病院 消化器外科 1

高槻赤十字病院 消化器内科 2

水野裕太 1、平松昌子 1、小林稔弘 1、恒松一郎 1、西田司 1、今富翔士 1、鈴木久美子 1、
神田直樹 2、成田基良 2

背景：胃粘膜下腫瘍（SMT）の術前病理診断・リスク分類は時に困難で、GIST の腹腔鏡下手術の適応は被膜損傷の懸念からも 5cm 以下とされている。また EGJ 直下の病変では狭窄回避のために噴門側胃切除を余儀なくされることもある。今回 EGJ に接する SMT に対して LECS による切除例を経験したので、その有用性と若干の手技の工夫を報告する。

症例：38 歳、男性。2 年前からの心窩部痛を主訴に受診。内視鏡にて胃噴門部前壁小弯の SMT を指摘された。内腔発育型で内視鏡的計測では長径 3.5cm、口側は squamocolumnar junction (SCJ) に接していた。手術は内視鏡下に切離ラインをマーキングの後、まず SCJ に接する部位以外の粘膜 - 粘膜下層の切離を行った。小弯側を IT ナイフにて全層切開し、以降は腹腔鏡下に切離した。最後に腫瘍を反転させ、口側は safety margin を確認しながら腹腔鏡下に切除した。縫合閉鎖はほぼ胃の短軸方向に行い、狭窄予防のため SCJ に接する部分は 3-0 Vicryl にて単結紮全層縫合、残りは V-locTM にて全層連続縫合とした。病理診断は平滑筋種で、最大長径は 6cm、断端陰性であった。

考察：EGJ 近傍の SMT 切除においては被膜損傷を避けて margin 確保した切除を行うことは絶対条件であり、かつ食道狭窄・残胃の変形による機能障害を回避することが重要である。今回の我々の経験では胃内腔からの切離ラインの決定と腹腔鏡下縫合手技により、切除範囲の縮小と胃の機能温存が確保され、LECS の有用性が示唆された。