

■ 6-JP 十二指腸 LECS を安全かつ簡便に行うための手技の定型化と創意工夫
Laparoscopy and endoscopy cooperative surgery as an inventive and safety treatment for non-ampullary duodenal tumor

代表演者：小松周平先生（京都府立医科大学消化器外科）

Speaker: Shuhei Komatsu, M.D., Division of Digestive Surgery, Department of Surgery, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto

共同演者：[京都府立医科大学消化器外科] 市川大輔、小菅敏幸、岡本和真、大辻英吾
[京都府立医科大学消化器内科] 土肥統、鎌田和浩

【はじめに】十二指腸腫瘍に対するESD治療は保険収載されているが、遅発性穿孔率が9.3%と胃の0.1%と比して極めて高い治療法である（小野ら 胃と腸 2011）。LECS (Hiki N. Surg Endosc 2007) は腹腔鏡と内視鏡の双方の欠点を補い利点を生かす極めて優れた術式である。今回、十二指腸LECS導入の意義と安全かつ簡便に行うための手技の工夫と留意点を供覧する。

【対象】十二指腸腫瘍に対する内視鏡単独治の52例とLECSを施行した12例を対象とした (UMIN 000019410, ERB-C-541)。

【結果】1) 十二指腸ESD単独例の術中穿孔率16.7%、遅発性穿孔率は16.7%であった。2) LECS導入後、下行脚7例、水平脚4例、上行脚1例にLECSを施行し遅発性の穿孔性腹膜炎症例・緊急手術症例は無くなった。術後在院日数中央値は9日で、ESD単独治療に比べ、安全かつ有用な術式であった。3) 工夫として、① ESD前に腹腔鏡下に肝彎曲部を脱転し、十二指腸を後腹膜から一部授動しておく。②頭高位でESDで腫瘍を切除した後、十二指腸内腔を十分に洗浄する。③十二指腸短軸方向にESDの粘膜欠損部の始点と終点に牽引系をかけて縫合軸とし、患者左側から内視鏡観察補助下に腹腔鏡で全層結節縫合を行う。

【総括】腹腔鏡あるいは内視鏡手技のみでは腫瘍学的リスク、合併症リスクを伴う十二指腸腫瘍に対し、LECSを行うことで双方の手技の利点を生かした低侵襲で安全な治療が可能である。