

新たな内視鏡的粘膜切除術 (EMR) 一切開・剥離法

(文責：探索臨床腫瘍学講座 松本繁己)

【背景】消化管内視鏡領域の進歩は目覚ましく、診断から治療への展開は目を見張るものがあります。近年の消化器領域での最大の進歩は内視鏡的治療で、その目的・意義を“tumor reduction”から“根治”に求める消化管がんに対する粘膜切除術 (Endoscopic Mucosal Resection: EMR) が第一に挙げられます。1998～2000年の3年間の学会での発表演題から EMR 件数を算定しますと、全国79施設で計11,106件の EMR が施行されていることとなります。しかしながら、従来の方法 (元祖の strip biopsy 法や粘膜吸引法: EAM 法) では分割切除 (tumor reduction) になることが多く、当院消化器内科においても1996年より主に胃腺腫・絶対適応の早期胃癌に対して strip biopsy (SB) 法・EAM 法にて EMR を施行してきましたが、一括切除率 42% (28/66) と満足出来る結果とは言えませんでした。特に大きさ 2cm 以上や内視鏡的に処置しづらい部位では苦慮することも少なくありませんでした。一方、日本胃癌学会においても現状を考慮し2001年3月に「胃癌ガイドライン」の中で EMR の絶対適応を分化型癌・粘膜内病変でリンパ節転移なし・2cm以下と規定しています。しかしながら、国立がんセンターの2000例を超える早期胃癌手術症例の検討から、ガイドライン外でも分化型粘膜内病変であれば大きさは2cmを超えても EMR で根治できる症例があることが retrospective に検証され、如何に一括切除し根治を目指すかという目的で「IT-Knife を用いた粘膜・切開剥離法」が開発されました。(図1参照)

【方法】従来の EMR では病変外周囲から約 3-5mm 離れた正常部に凝固電流でマーキングを6～8カ所施行し、それらのマーキングと病変を含めてすべて切除片に入るように切除を試みていましたが、一括切除片は大きい病変の平均でも 20～25mm 程度で病変としては 15mm 程度が限界でありました。しかしながら、IT-knife による切開剥離法は周囲のマーキングの外側を IT-knife で切除することで病変の断端を確実に切除することが出来、水平方向が確実なることが最大の特徴です。(図2参照) そこで当院消化器内科においても2001年6月より IT-knife による粘膜・切開剥離法を導入しました。

【結果】2001年6月～2003年5月の約2年間に当院で胃腺腫・早期胃癌 (分化型腺癌) と診断された肉眼的に 10mm 以上の病変に対し、切開・剥離方を施行した 62 例 (腺癌 49 例腺腫 10 例異型 3 例) を対象に一括切除率・再発率・合併症について検討しました。対象症例は年齢中央値 68 歳 (53-85)、男性 39 女性 23 例。大きさの平均値 21.5mm (10-20mm; 26 21-30mm; 17 31-40mm; 13 41mm-; 6)。EMR 後の再発 4 例を含んでいました。一括切除率は 61.3% (38/62)、3分割以内の切除率 87% (54/62) で従来法での成績と比較すると良好な成績が得られましたが、逆に今まで EMR の対象とならなかった症例や他院からの困難例の症例が増えてしまい、結果として予想されたほどの好成績は

得られませんでした。また、切開・剥離法は従来の方法と比べて出血・穿孔等の合併症の率が高いと報告されており、当院でも出血率は64%(内クリップを要したもの28%)で輸血や緊急手術はないものの止血には時間もかかり結構苦勞の種となっています。幸い重篤な合併症である穿孔はありません。再発率は4.8%(3/62)でいずれも40mm以上の大きな病変で6ヶ月以内の遺残再発と考えられ、再EMRを施行し現在再発は認めておりません。現在のところ全症例生存中でありませす。(症例参照)

【問題点・今後】ITナイフ法による粘膜・切開剥離法の導入によりガイドライン外病変に対しても“根治“を目指した内視鏡的治療の有効性が示唆されましたが、大きな病変での遺残再発や高出血率の合併症に関しては、適応拡大の上で残された重要な問題点と考えられます。本邦での切開・剥離法のLeadership Hospitalでの成績と比べると、当院は未だ発展途上の段階と考えられますが、京大病院として消化管粘膜切除術の適応拡大に向けて新たなEBMに寄与できるように治療開発・技術向上に精進したいと考えております。