

主 論 文 要 旨

報 告 番 号	① 乙 第	号	氏 名	窪 澤 陽 子
主 論 文 題 名 Closure of large mucosal defects for prevention of strictures after duodenal endoscopic submucosal dissection (with video) (十二指腸内視鏡的粘膜下層剥離術後狭窄予防のための広範な粘膜欠損部縫縮の検討 (動画あり))				
(内 容 の 要 旨) 内視鏡的粘膜下層剥離術 (Endoscopic submucosal dissection: ESD) は消化管粘膜内癌の標準治療である。広周在性病変はESD後狭窄のリスクであることが明らかになっているが、十二指腸病変におけるデータは未だないため、それを明らかにする研究を行った。 2010年7月から2021年8月の間に施行された十二指腸ESDを後方視的に解析した。切除後粘膜欠損周在が半周以上の病変を対象とし、主乳頭を含む病変や球部病変は除外した。遅発性出血、穿孔、狭窄および管腔狭窄化の発生率を解析した。狭窄は内視鏡が管腔を通過できない状態、管腔狭小化は内視鏡が管腔を通過できるが、管腔が高度に変形している状態と定義した。 全80病変が対象となり、そのうち2病変は粘膜欠損周在が90%以上であった。粘膜欠損部は全病変の90%、粘膜欠損周在75%以上の病変では1例を除いて少なくとも部分的に縫縮されていた。粘膜欠損周在90%以上の病変は全例完全縫縮されていた。いずれの病変でも遅発性穿孔、狭窄は認めなかったが、2病変で遅発性出血を認めた。管腔狭窄化は6例 (8%) で認められ、発生率を縫縮の程度毎に検討すると、完全縫縮群/不完全縫縮群/非縫縮群:5/9/25 (%) であり、完全縫縮群と非完全縫縮群ではそれぞれ5%、16%であった (p=0.14)。また粘膜欠損部の周在毎に検討すると粘膜欠損部周在50-74%/75-89%/90-100%:7/14/0 (%) であった。粘膜欠損周在75%以下の病変では狭小化発生率は完全縫縮群/不完全縫縮群/非縫縮群:6/11/14 (%) であり、粘膜欠損周在75%以上の病変では完全縫縮群/不完全縫縮群/非縫縮群:0/0/100 (%) であった。 広周在性十二指腸病変ではESD後に縫縮されていることが多く、狭窄例は認めなかった。管腔狭小化を8%に認めたが、粘膜欠損部が縫縮されている程狭小化発生率は低く、粘膜欠損周在が90%以上と広範であっても縫縮されていれば狭小化は認めなかった。 近年十二指腸ESD後の粘膜欠損部縫縮は遅発性偶発症を予防することが明らかになり、粘膜欠損部の縫縮が徹底されるようになった。巨大な粘膜欠損はクリップのみでは縫縮困難であったが、糸付きクリップ縫縮法など新規縫縮法の開発により縫縮が可能となった。糸付きクリップ縫縮法は狭窄形成術のHeineke-Mikulicz法のように粘膜欠損部を腸管の長軸方向に縫い縮めるため、潰瘍治癒時に短軸方向へ収縮せず、狭窄予防につながっていると考えられた。 本検討によりESD後粘膜欠損部縫縮は遅発性の出血や穿孔だけではなく、狭窄も予防している可能性が示唆された。よって十二指腸腫瘍の内視鏡治療適応は病変の周在によって制限されることはなく、より多くの患者に低侵襲治療を行うことが可能になると考えられる。				