

内視鏡的経皮的胃瘻造設術 一適応, 成功率, 合併症, および死亡率—

Percutaneous endoscopic gastrostomy — indications, success, complications, and mortality in 314 consecutive patients: *Larson DE, Burton DD, et al* (Gastroenterology 93: 48-52, 1987)

内視鏡的経皮的胃瘻造設術(以下 PEG と略)は, 1980 年, 臨床に導入されてから, 原法に改良が加えられ, 嚥下できない患者の長期の腸管栄養法として用いられている. この研究は PEG を試みた 314 例の経験に基づいて, その適応, 成功率, 処置にかかわる死亡率および合併症の発生率を検討するために行われた.

対象の年齢は 3 歳から 92 歳で, 2/3 の症例は 60 歳以上であった.

PEG の適応症の 75% は神経因性疾患, 13% は口咽頭疾患で, そのほかに食欲不振や痩, 繰り返す誤嚥, などがあった. 少数は食道狭窄や癌, 気管食道瘻および短腸症候群のような PEG の比較的禁忌例であったが, いずれも事前の食道拡張術や経鼻栄養法に効果を示した症例であった.

PEG 成功は 314 例のうち 299 例 (95%) で, 291 例 (93%) は入院, 23 例 (7%) は外来で施行された. 失敗の最多原因は腹壁と胃前壁が術中うまく密着しないことであった.

PEG は筋萎縮性側索硬化症や喉頭癌のような安定した全身状態にある患者には, 術後 2 時間の経過観察と翌日の再チェックにより外来で安全に施行できた.

処置にかかわる死亡率, 重度合併症(胃穿孔 4 例, 胃出血 2 例, 血腫

1 例, 誤嚥または喉頭痙攣による死亡 3 例), 軽度合併症(創傷感染 18 例, チューブ脱落 6 例, 一過性イレウス 4 例など)は各々 1, 3, 13% であった.

長期経過観察の結果は, 42 例は経口摂取可能となりチューブを抜去し, 25 例はチューブが抜けたので瘻孔を通して代わりに Foley カテーテルを手動的に挿入した. 留置チューブにかかわる穿孔が 1 例に認められたが, 少なくとも 45 例は 1 年以上, 6 例は 2 年以上, 重大な合併症はなく, 栄養状態の改善が得られた.

以上の結果から, PEG は安全であり, 基礎疾患のため衰弱した患者でも, その死亡率は低く, 優れた治療法と言えた.

(愛知県がんセンター消化器内科

種広 健治 抄)

悪性大腸腺腫の内視鏡的切除後の 患者管理

Patient management after endoscopic removal of the cancerous colon adenoma: *Richard WO, et al:* (Ann Surg 205: 665-672, 1987)

悪性腺腫の内視鏡的切除後の患者の管理については議論のあるところである.

著者らはポリペクトミー後の腸管切除の基準を定めるために 1971 年から 1985 年の間に内視鏡的ポリペクトミーを行った悪性腺腫を有した 121 例, 126 病変を検討した.

浸潤癌(粘膜筋板を癌が貫いている. 日本で言う sm 癌)が 80 例に認められ, carcinoma in situ (癌が粘膜筋板に達していない, そして脈管

侵襲を認めない. 日本で言う m 癌)が 41 例に見つかった. 同時性重複癌が 121 例中 5 例に認められた. in situ 癌の患者では, 3 人で腸切除がなされ, 癌の遺残や転移巣は認められず, また 38 人で内視鏡による経過観察を行っているが, 再発例を認めていない. 浸潤癌の 81 例中 44 例で腸切除を行ったが, このうち 34 例で切除腸管および腸間膜リンパ節に癌を認めなかった. 他の 10 例では, 癌遺残あるいは近位リンパ節への転移, あるいはその両者を認めた.

これら 10 例は, いずれも次に提示する 5 つの判定基準のうち少なくとも 1 つを有していた. ①不完全切除, ②未分化癌, ③切除線への浸潤, ④ポリープ茎部への浸潤, ⑤脈管侵襲などで, ①は肉眼的基準, ②から

⑤は組織学的基準である.

以上の経験と研究から著者らは, 浸潤性の悪性腺腫の内視鏡的切除後の患者管理に関して次のように勧告している. 上述の 5 つの基準のうち 1 つでも認められる症例では, 近位リンパ節郭清を含めた腸管切除がなされるべきである. これらの基準を全く認めない例ではポリペクトミーの部位をチェックするために 3 か月後に内視鏡検査を行うこと, そして最初の時点で同時性病変を見逃しているといけないので全大腸内視鏡検査を 1 年後に行うことを奨めている. したがって患者のその後の観察は腫瘍の存在しない腸でスタートすることになる.

(愛知県がんセンター消化器内科

小林 世美 抄)