

第1回経肛門的内視鏡下手術研究会報告

●第1回経肛門的内視鏡下手術研究会を終えて

みなさまのおかげで、1996年12月5日に第1回経肛門的内視鏡下手術研究会を開催し、無事に終了することができました。この研究会は、ドイツの Buess らにより開発され、近年わが国に導入された trans-anal endoscopic microsurgery (TEM) に関心をもつ先生方のご賛同、ご協力により誕生したもので、日本内視鏡外科学会理事長 出月康夫先生のご配慮により、日本内視鏡外科学会公認の研究会として発足することができました。また、第9回日本内視鏡外科学会会長 北島政樹先生のご厚意により、同学会の最終日にあわせて開催できました。両教授に誌面を借りて御礼申し上げる次第です。

TEM は、EMR の適応にならず、従来、経仙骨のアプローチや、低位前方切除あるいは直腸切断術によって対処されてきた直腸領域の腫瘍を、特殊な装置を用いて内視鏡的に切除する方法です。患者さんに対する侵襲を少なくするとともに、QOL を維持できる点で臨床的に有用な術式といえましょう。当初、TEM の対象は腺腫でしたが、現在では、その守備範囲は早期直腸癌の一部や炎症疾患にまで及ぼうとしています。関与する領域は大腸のなかの直腸のみというマイナーなものですが、そこに含まれる疾患が多様なこと、頻度が高いことを考えますと、TEM あるいはそのバリエーションの果たす臨床的役割には、今後大いに期待がもてると思います。一方、TEM がわが国に導入されてからまだ日が浅く、症例数も多くありませんので、その利点、欠点の評価は、適応疾患も含めて今後厳正に行われる必要があります。本研究会の主旨も上に述べた内容に尽きると思います。

今回は第1回であり、演題数も10演題とやや少なかったようですが、さまざまな問題提議もあり、また、テクニカルな面でも新しい試みを含めて熱心な討議が行われ、有意義な研究会だったと考えます。今後の発展を望む次第です。

当番世話人 高橋宣胖（東京慈恵会医科大学青戸病院外科）

主題1 TEMによる手術困難例および合併症について

主題1では、TEMによる手術困難例および合併症について、第一線でご活躍の先生の発表がありました。そのなかで、TEM手術を困難にする因子として、直腸の口径が直腸鏡と比べて狭く、直腸鏡の挿入が困難であること、腫瘍が直腸のひだの口側に位置し視野の確保が困難なこと、腫瘍の大きさが35mm以上で切除範囲が直腸の口径（40mm）を超えてしまうことなどの問題点を指摘されました。

まず、直腸の口径が直腸鏡と比べて狭い症例では、直腸鏡の挿入時に直腸粘膜裂傷を起こすことがあるので、直腸鏡の挿入前に肛門や直腸を愛護的に拡張することの重要性と、直腸鏡器具の改良の必要性が示唆されました。

腫瘍が直腸のひだの口側に位置し、視野の確保が困難な例 (behind-the-hold type) の対策として、筋層も含めて切除しひだを消失させる、直腸鏡を直腸壁に押し付けて直腸鏡の視野角を強くし、ひだを平定化させる、針糸をひだの両端にかけて索引し、ひだを平定化するなどの工夫が報告されました。

また、腫瘍の大きさが35mm以上になると、切除範囲が直腸鏡の口径（40mm）を超えてしまうことがあります。こういうケースの対策として、まず広基性病変では、術前に腫瘍両端の正常粘膜に大腸内視鏡下にクリッピングを行い、術中にこのクリッピングを把持して腫瘍を切除する工夫や、有茎性病変では、エンドループを用いて腫瘍を把持したあと腫瘍を切除するなどの工夫を凝らした発表がありました。

さらに、腫瘍を切除する際の出血対策として、ハーモニック・スカルペル®を使用することが、後出血対策として、切除部位の確実な縫合閉鎖を行うことが指摘されました。また、縫合閉鎖を行う場合、術後直腸狭窄を防止するために、確実に腸管軸と横軸に縫合する必要性を説く報告もありました。

最後まで熱心に行われた討論を通じ、TEM による手術の合併症対策として、適応疾患の的確な診断と十分な手術トレーニングが基本となることを痛切に考えさせられました。この研究会のもとで毎年行われています TEM 研修会を通じて、少しでも多くの患者の QOL と quality surgeon の向上に貢献できればと願っております。

座長 荒木靖三（久留米大学医療センター外科）

主題 2 その他、経肛門的内視鏡下手術に関係した演題

主題 2 は、その他、経肛門的内視鏡下手術に関係した演題として、各施設での TEM 施行症例の集計・検討や、器具の工夫などに関する計 5 題の演題が発表された。小規模な研究会ならではの緊密な雰囲気の中、忌憚のないディスカッションが繰り広げられた。

演題 1 では、阿保昌樹先生（東北大学第 2 外科）より 15 症例が示された。10 例の直腸癌症例のうち sm_1 、 ly_1 および sm_2 の計 2 例に、低位前方切除による追加切除が行われていた。超音波内視鏡を含めた現在の診断技術では、術前に脈管侵襲の有無を予測することは不可能であり、 sm_1 と sm_2 の区別も困難なことが多い。局所切除か郭清付き腸切除かのボーダーライン上の症例については、まず TEM による切除を診断的治療として行い、そこで追加切除の必要性を判断するという方針は、会場からも支持された。また阿保先生は、局在部位、半月ひだとの関係、病変の大きさなど、困難症例の要因を分析し、術前ロマンノスコーピーにより予測する必要性を主張した。

演題 2 は、山下裕一先生（福岡大学第 2 外科）による TEM 用前方開大型直腸鏡についての発表であった。手術用直腸鏡先端部が最大径 7cm に開大することで、非通気下でも腸管内腔が十分に拡張される。これにより良好な視野が保て、切除が安全に行えるとのことであった。最大開大時に部位によっては腸管損傷が発生しないか、というような安全性の確認が待たれる。ペットボトルを改造したものなども討論で登場し、各施設での工夫が窺える。

演題 3 では、羽田丈紀先生（東京慈恵会医科大学第三病院第 1 外科）より 23 症例の検討が示された。平均手術時間は 103 分であり、腫瘍最大径では 8cm のものがあつた。粘膜下への食塩水注入の必要性に関する討論があつたが、切除層の識別を容易にするため、注入を行ったほうが有利であるとの意見が多数を占めた。直腸ひだ口側の病変に対しては、口側の観察困難部位の粘膜下層に注入することにより、腫瘍全体の観察が容易になることがある。

演題 4 では、松田年先生（小林病院外科）よりハーモニック・スカルペル®を用いた TEM の手技供覧があつた。高周波メスと比較すると、発煙が少なく、良好な視野を保てることが特長である。先端がフック型のものより、鉗子型あるいはハサミ型と呼ばれるものを使用したほうが、確実な止血が得られるという意見も頂いた。粘膜欠損部の縫合にエンドステッチ®を用いている施設もあり、腹腔鏡下手術用器械の TEM への応用に関心が寄せられた。

演題 5 では、中村靖幸先生（東京慈恵会医科大学青戸病院外科）より早期直腸癌 25 症例が示された。同施設はすでに計 34 例の TEM を経験されており、技術的にもかなり安定しているとのことであった。最近、T1 症例において TEM と低位前方切除による治療を無作為に比較し、生存率、再発率に差がなく、合併症は TEM において有意に低かったとの報告（G. Winde ら）もあり、今後も早期直腸癌治療体系における TEM の果たす役割は大きくなるものと思われる。

座長 金平永二（金沢大学医学部第 1 外科）