

内視鏡的ポリペクトミーについて

内視鏡室 発表者 横山 此の笑

齊藤 安江・宮沢 直子

はじめに

内視鏡的ポリペクトミー（ファイバースコープ直視下ポリープ切断術）は、消化管内にできたポリープの治療又は完全生検を目的とした手技で、1969年日本医大常岡先生らにより始めて成功した。当内視鏡室でも1979年1月に導入し、1980年末迄に70例が施行され、適切な介助と患者管理が求められることから、ポリペクトミーがどの様に行われるものであるか報告する。

I) ポリープについて（資料1参照）

状態を把握した上で介助することは大切で、ポリープについて調べてみた。ポリープとは隆起性上皮増殖性病変を総括していわれ、種々の分類の上にポリペクトミーの適応、非適応がある。

II) 方法

各種ファイバースコープの絶縁装備されたものを用い、高周波スネアでポリープを絞扼し、切断回収する。したがって2日～7日の入院安静加療を必要とする。

A 器械器具の点検と緊急に対する準備。

高周波を通電する方法であり、患者の安全を第一に考えチェックする。（チェックのポイント）

- 1 スネアが正しく開くかどうか。（スぺアも用意しておく。）
- 2 スネアの通電が正しく行われるかどうか。（テストランプでたしかめる。）
- 3 各スイッチ音が正しいかどうか。（警報音でたしかめる。）
- 4 対極板の接続が正しいかどうか。
- 5 各種回収具、止血具を用意する。

以上5項目についてチェックする。緊急薬品については、特に指定されたものの他、常備救急トレイを準備しておく。

B オリエンテーションならび前処置

①患者は胃カメラで生検をうけており、医師から充分説明をきいている。しかし、実際にポリープを切りとることに對し不安感をもっており、方法は今迄と殆ど変わりなく、しかし対極板を肌に密着させるために、その部分が多少しめつけられることを納得してもらい、頑張るようにとはげます。

②身につけている時計、ヘアピン等金属をすべて取り除く。

③前処置

- ◎コリオパン1筒筋注
- ◎ガスコンドロップ2ml 飲用
- ◎4%キシロカイン10ml + 水90mlで咽頭麻酔のためのうがいをする。

④一般状態の観察ならび血圧の測定をする。

C 切除

術者と介助者はゴム手袋を着用する。ファイバースコープを挿入し、ポリープが確認され、スネアが正しくかけられると、通電を開始し、徐々にスネアを締めていく。そのタイミングがむづかしく、通電に対して絞扼が早すぎるとポリープはちぎれたり出血をおこす。遅すぎても切断面が大きくなり潰瘍を形成したり、穿孔の原因となるのでテクニックを必要とする。完全に切断後、電源を切り、そのままスネアにかけたり、回収具を使いファイバーごと抜去する。ポリープは患者にみていただく。計測後記録と写真撮影をおこない、病理検査に提出する。使用器具は所定の方法で洗滌し整備する。

D 術後のオリエンテーション

患者に無事終了したことを告げ、一般状態の観察ならび血圧の測定をする。患者は安心感と外部に傷がないために動きがちである。しかし内部には傷口があり出血防止のため十分な安静を保つように話し、ねぎらう。病棟へはストレッチャーでの迎えを依頼する。5日～7日後に再検し傷口の状態確認をする。

III) 偶発症

一般には出血、穿孔等が報告されている。今回私達の経験中には一例もみられなかった。しかし再検日が早すぎたのか空気による胃壁の伸展のため、出血をきたした一例があった。これが大きな教訓となり術後患者管理のポイントが医師により作成された。資料2の①参照

IV) 病棟への伝達

最初は口答で状態の説明を簡単におこなっていた。次に連絡票を作成してみた。しかしこれではいのだろうかとの疑問が生じ、病棟の意見をきいてみることにした。病棟では、一番必要な出血対策のため、ポリープ切断面の大きさ、出血の有無を正確に知りたい、看護記録と同様の大きさの方が扱い易い等、のべられた。それらを参考にし、若干の項目を加え、ポリペクトミー連絡票を作成した。資料2の②参照

V) 病理診断 (70例)

貴重な集計結果が得られたので表にした。資料3の表1・2参照 資料4参照

VI) 考察

ポリープがあるということは、患者にとって大きな問題であり、常に癌に対しての心配がある。数年前までは全部、外科的に切除されていた。ポリペクトミーは内視鏡的手術である。器械器具の進歩はめざましく、治療面できざまなものが用いられている。各種の手術的処置（パピロトミー、クリッピング）等が内視鏡を通して行われているが、崎田(1)らは広い視野の下で直接手を触れて行われるものではなく、限られた制約下で、しかも手術室のように無菌的でない場所で施行されるわけであり、その危険性も考え、充分慎重に行わなければならない、と警告している。

使用する器械類は益々複雑になり、専門的知識を必要とするものが多くある。又、偶発症は1%の割合でおけるといわれている。私達は緊急事態をも予測して、準備している。

施行する各科医師との対応と、病棟での術後管理等今後の課題として話し合いを持ち、患者の安全を第一に努力していきたい。

終わりに

今回の発表にあたり、貴重な資料を提供いただいた中央検査部丸山助教授、第1内科須沢先生、第2内科白井先生、中6階病棟の皆様に深謝する。


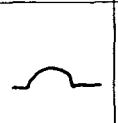
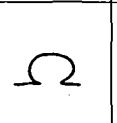
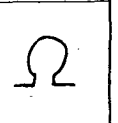
引用文献

- 1) 崎田隆生・小黒八七郎・多賀須幸男・大森皓次・福富久之・三輪剛 共著
胃カメラ研修の実際 中外医学社

資料1

ポリープの分類

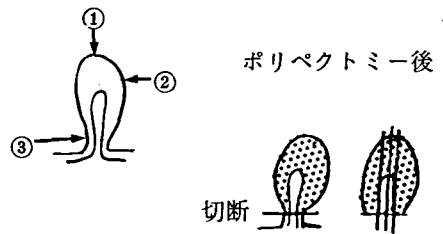
A 形状分類 (山田, 福富分類)

I 型	II 型	III 型	IV 型
			

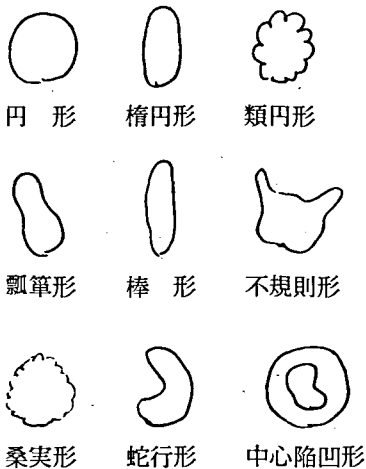
扁平 無茎性 亜有茎性 有茎性

ポリペクトミー対象

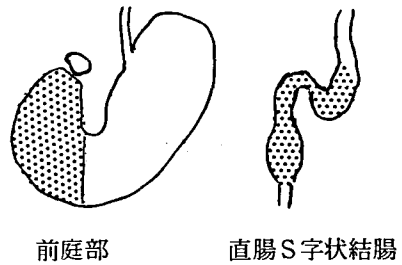
ポリープの生検



B 正面像による分類



D ポリープの好発部位



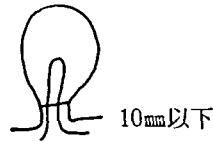
C 組織学的分類

	単発（偶発性）	多発（家族性遺伝性）	発 生 部 位	原 因
腫瘍性	腺腫 アデノーマ	<ul style="list-style-type: none"> 腺管状 乳頭状 絨毛状 家族性ポリポージス ガードナー、ターコット 症候群 その他のポリポージス	大腸に多い	腫瘍
過形成性 化生成性 (大腸)	過形成ポリープ	過形成ポリポージス	胃に多い 直腸下部結腸	何らかの原因による。特に胃の場合炎症性が多い。
過誤腫性	若年性ポリープ	若年性ポリポージス ポエツジャガー症候群	幼小児の直腸	形成異常

ポリペクトミーの適応

A 形態的条件

1. ポリープに出血やびらんを認めるもの。
2. 有茎，垂有茎性ポリープ。
3. 切断の大きさが直径10mm以下のもの。



B 病理学的条件

1. 生検で癌（-）のもの Grup III までの異型。
2. 癌浸潤が頭部粘膜にのみ限局。

C 臨床的条件

1. ポリープからの出血で貧血の考慮されるもの。
2. 高令者。
3. 重篤合併症あり手術浸襲に耐えないもの。
4. 癌陽性ポリープでも開腹手術を拒否するもの。
5. 患者自身ポリープに不安あり切除を望むもの。
6. 生検で癌（-）でも肉眼的に悪性を否定できないものを含め完全生検の目的。

ポリペクトミーの禁忌

A 形態的条件

1. 無茎，茎部10mmまたは20mm以上のもの。
2. 有茎切断部直径10mm以上のもの。
3. 極めて小さなポリープ。(10mm以下)

B 病理学的条件

1. 生検癌（+）癌浸潤の基部まで達するもの。

C 臨床的条件

1. 血液疾患，出血性素因のあるもの。
2. 高周波に影響するペースメーカー使用者。

資料 2

① 内視鏡的ポリープ切除術術後患者管理のポイント（信大第 1 内科消化器 G）

- 1) 目 的：胃又は大腸のポリープを内視鏡下に絞托し高周波電流により切断する。
術後の問題は切断端よりの出血と穿孔である。
- 2) 観 察：血液型（血液一般，凝固系）と術前・後の血圧と脈拍のチェックをする。
顔色，冷汗，悪心，嘔吐（特にコーヒー残渣様），腹痛の有無に注意。
血圧，脈拍は術後 1 時間おきに測定 → PM 3:00, 6:00, 9:00, 翌日
尿でなければ導尿施行。安定ならば
- 3) 安 静 度： { 当日……絶対安静 WC もベッド上で
翌日……Ⅳ 度（主治医が指示出します）
- 4) 注 射：① 5%G 500 ml + アドナ 100 mg + トランサミン 2 A + ソルコセリル 2 A
② マルトス 10・500 ml + ビタミン C 500 mg + ネオラミン 3 B 1 A
③ クリニザルツ 500 ml + アドナ 100 mg + トランサミン 2 A
- 5) 投 薬：翌日より 1 日 4 回 食間に服用 = アルサルミン 6.0
コリオパン 4 錠
- 6) 食 事 箋： { 当 日……絶食 カマ 1.0
翌 日……濃厚流動食
翌々日……全粥・軟菜
以 後……やわらかい御飯（刺激物，酒，タバコ）禁止
- 7) 検 査：胃カメラにて出血の有無確認のため { ① 2 日目又はそれ以後（朝食止め）
② 3～4 週間後に再検（外来で施行）
- 8) 緊急処置：出血（吐血・下血）によるショック時

- ① 静脈確保 輸液（止血剤）
- ② 輸血
- ③ O₂ 吸入
- ④ 主治医，外科へ TEL

② ポリペクトミー連絡票

検査月日	科名	外来	入院
患者名	年令	才	男 女
部 位	施行医	介助	
挿 入 切 除 回 収	①	②	③
		術前	術後
		血圧	
		脈拍	

計測と形態

使用薬品

連絡事項

備 考

表 1 70例の病理診断成績に基づく集計

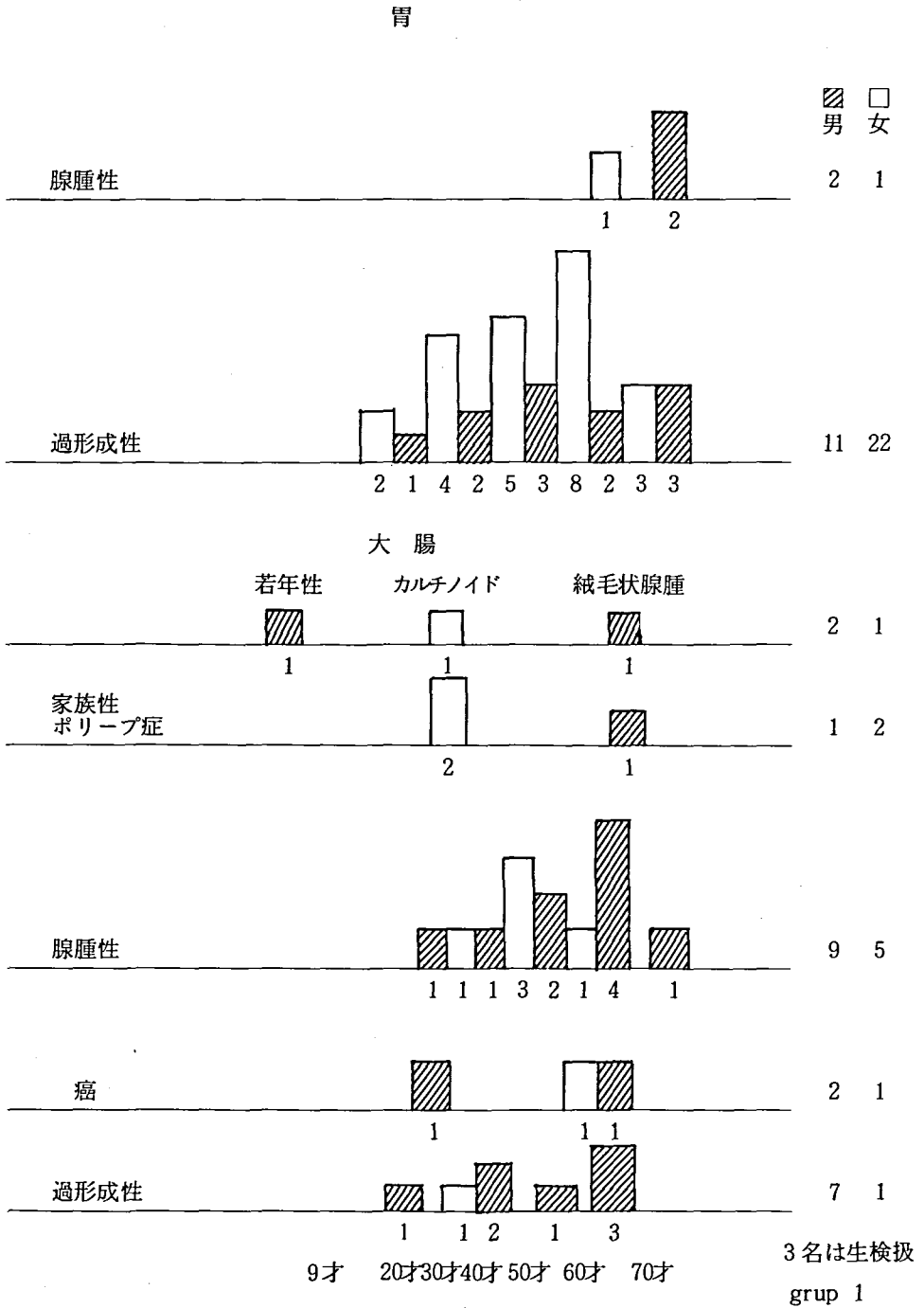


表2 中検病理扱いの胃生検数

- ① 1967～1980 (14年間) 3766例
(ポリープ 516ヶ)
- ② 1980 (1年間) 459例
(ポリープ 52ヶ)

ポリープの病理診断成績

grup	I	II	III	IV	V	計
①	404	70	21	7	14	516
②	44	2	6	0	0	52

ポリペクトミー科別実施例数

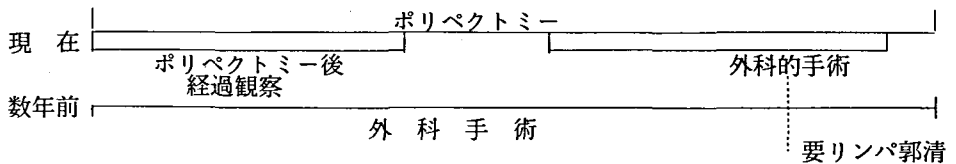
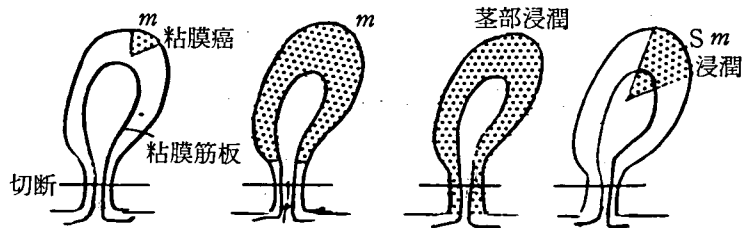
部 位	胃		腸		男女計		合 計
	♂	♀	♂	♀	♂	♀	
一 内	9	11	2	3	11	14	25
二 内	1	10	20	5	21	15	36
三 内		1				1	1
内 内		2				2	2
一 外	3	1	1		4	1	5
二 外	1				1		1
計	14	25	23	8	37	33	70

資料4

A 70例の平均所要時間

	挿入～切除	切除～回収	計
胃	9分	6分	15分
大腸	16分	5分	21分

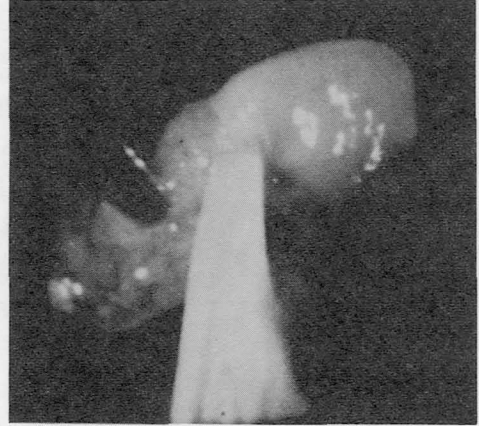
B ポリープ癌におけるポリペクトミーの意義



1. シールドスネア（白い部分）でポリープを
締めてその5 mm上部をスネアで焼灼している。

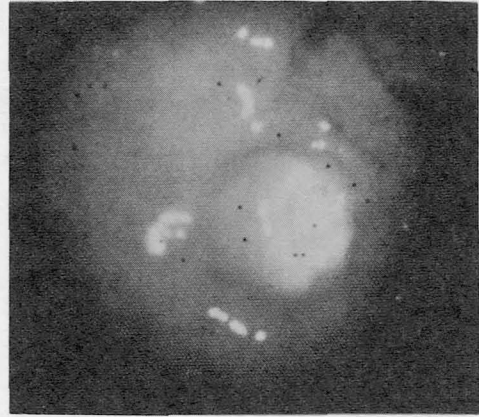
シールドスネアはビニールで覆われていて
通電されない

処置用ファイバースコープ TGS 2 F を使用
している。



2. 焼灼部（白い部分）よりの出血はみられな
い。

断端は基部より5 mm上方である。



3. 一週間後の切断端は小白苔を残す浮腫がみ
られるのみである。

