

(ID:)

1. あなたの病名と病態

病名：

病態：術前検査により内視鏡治療の適応であり、根治が可能な病変と考えます。

2. この検査、治療の目的・必要性・有効性

内視鏡を用いて病変を周囲の正常粘膜と一緒に摘除します。

外科手術に比べて侵襲の少ない治療です。

【内視鏡治療の適応】

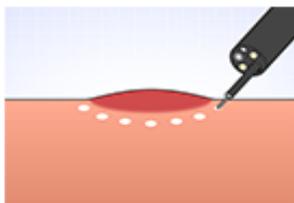
腫瘍の大きさ、肉眼型、組織型などからリンパ節転移の可能性が極めて低く、腫瘍が一括切除できると判断されるもの。

3. この検査、治療の内容と注意事項

病変の周囲を切開し、電気メスで病変の下の粘膜下層を剥離して切除します。

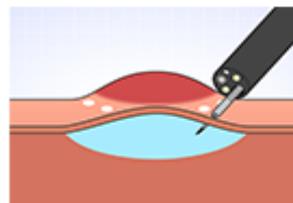
(1)マーキング

内視鏡を胃の中に入れ、病変の周辺に切り取る範囲の目印をつける



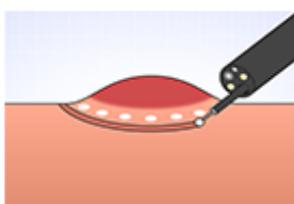
(2)局注

粘膜下層に薬剤を注入して浮かせた状態にする



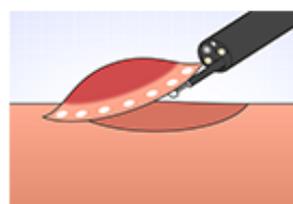
(3)切開

マーキングを切り囲むようにナイフで病変部の周囲の粘膜を切る



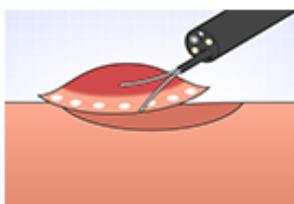
(4)粘膜下層の剥離 (はくり)

専用ナイフで病変を少しずつ慎重にはぎとり、最後まで剥離 (はくり) する、または最後にスネアで切り取る



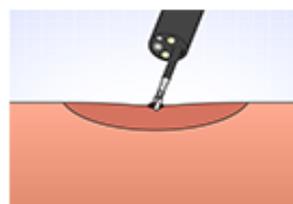
(5)回収

切り取った病変部は病理検査に出すため回収する



(6)止血

切り取ったあとの胃の表面に出血がある場合は止血処置を施す



術中は、患者様の苦痛を和らげ長時間の処置を安全に行うために、鎮静剤や鎮痛剤を使用します。治療した部位には潰瘍ができるため、治療の翌日に出血などが

(ID:)

ないか確認の内視鏡検査を行い、経過がよければ食事を再開します。

この治療法で病変が根治切除できる確率は約95%です。

※内視鏡治療は局所切除であり、リンパ節転移があれば根治とはなりません。切除標本の病理組織検査で腫瘍の遺残やリンパ節転移の可能性がある病変と診断された場合には、追加手術が必要となることがあります。

4. この検査、治療に伴う危険性とその発生率

(頻度は胃癌に対するESD/EMRガイドライン第2版より)

【出血】

術中に止血が確認できていても術後に出血する場合があります。後出血の頻度は約5%と報告されています。多くは内視鏡的に止血可能ですが、出血量が多い場合は輸血や外科手術が必要となることがあります。

【穿孔】

電気メスで筋層を傷つけてしまい、術中あるいは術後に穴が空いてしまうことがあります。術中穿孔は2~3%、遅発性穿孔は約0.5%と報告されています。多くは保存的治療で経過をみますが、腹膜炎となり外科手術が必要となることがあります。

【鎮静剤の副作用】

鎮静剤の投与により呼吸抑制や血圧低下が起こることがあります。術中には血圧や心拍数、血中酸素飽和度などをモニタリングします。

【抗血栓薬の中止による脳・心血管障害】

脳梗塞や心筋梗塞、狭心症などの既往で抗凝固薬や抗血小板薬を内服している方は、内視鏡治療による出血を予防するため一定期間の休薬が必要となります。上記のような脳・心血管障害を発症する恐れがあり、発症リスクの高い方ではヘパリンなどの代替薬を使用することがあります。

【その他の偶発症】

治療と無関係の疾患を周術期に発症するなど、予期せぬ偶発症が発生する可能性があります。また、極めて稀ですが死亡例の報告もあります。

万が一、偶発症が生じた場合には最善の治療を行います。なお、その際の経費につきましては原則として通常の保険診療による負担となります。

5. 代替可能な検査、治療およびそれに伴う危険性とその発生率

【外科手術】

全身麻酔下で多くは腹腔鏡下手術で行われます。内視鏡治療の適応病変であっても切除が困難と予想される場合には外科手術をお勧めすることがあります。

【化学療法・放射線療法】

早期の胃癌では効果は証明されていません。

