

6

盲点を意識した 胃内視鏡観察法

—こんなところに胃癌が!—

葉 裕貴¹⁾, 野中康一²⁾

1) 鳥取大学医学部附属病院 第二内科診療科群 助教

2) 東京女子医科大学病院 消化器内視鏡科 主任教授

上部消化管内視鏡検査では盲点となりやすい部位が存在し、一般的には胃噴門部小彎, 胃角後壁, 胃体部後壁, 胃体部大彎, 胃前庭部小彎(いわゆる角裏)が挙げられる。

胃噴門部小彎は反転してスコープをしっかりと軸回転させ、左右アングルも併用しながら死角がないように観察する。胃角後壁は反転してスコープをしっかりと右に振りアングル操作も併用して観察する。少しスコープを挿入し見上げるように観察することが有用な場合もある。胃体部後壁は、やや脱気した状態での見下ろし観察と、しっかり送気した状態での反転観察を組み合わせながら観察する。胃体部大彎は胃液を十分に吸引し、送気で襞をよく伸展することが重要である。角裏は十分に送気を行い、スコープを少し挿入し、アップアングルをかけて角裏を見上げるように観察する。

どのような症例も常に盲点がないか意識して観察することは、胃癌の偽陰性率低下に重要と考える。

はじめに

上部消化管内視鏡検査(esophagogastroduodenoscopy: EGD)の偽陰性率は11.3~25.8%と報告されており、その数字は決して低くない^{1,2)}。胃癌の偽陰性率には内視鏡の検査時間や経験年数が関連するとの報告もあるが^{3,4)}、まずは胃内全体を余すところなくしっかりと観察する手順を身につけることは、内視鏡医として必須である。そのためには、内視鏡の盲点になりやすい部位を把握し意識して観察することは重要である。一般的に盲点になりやす

い部位として胃噴門部小彎, 胃角後壁, 胃体部後壁, 胃体部大彎, 胃前庭部小彎(いわゆる角裏)が挙げられる^{5,6)}。

本稿では、実際に内視鏡の盲点になりやすい部位にできた胃癌の症例を供覧しながら、盲点を意識した内視鏡観察法について解説する。

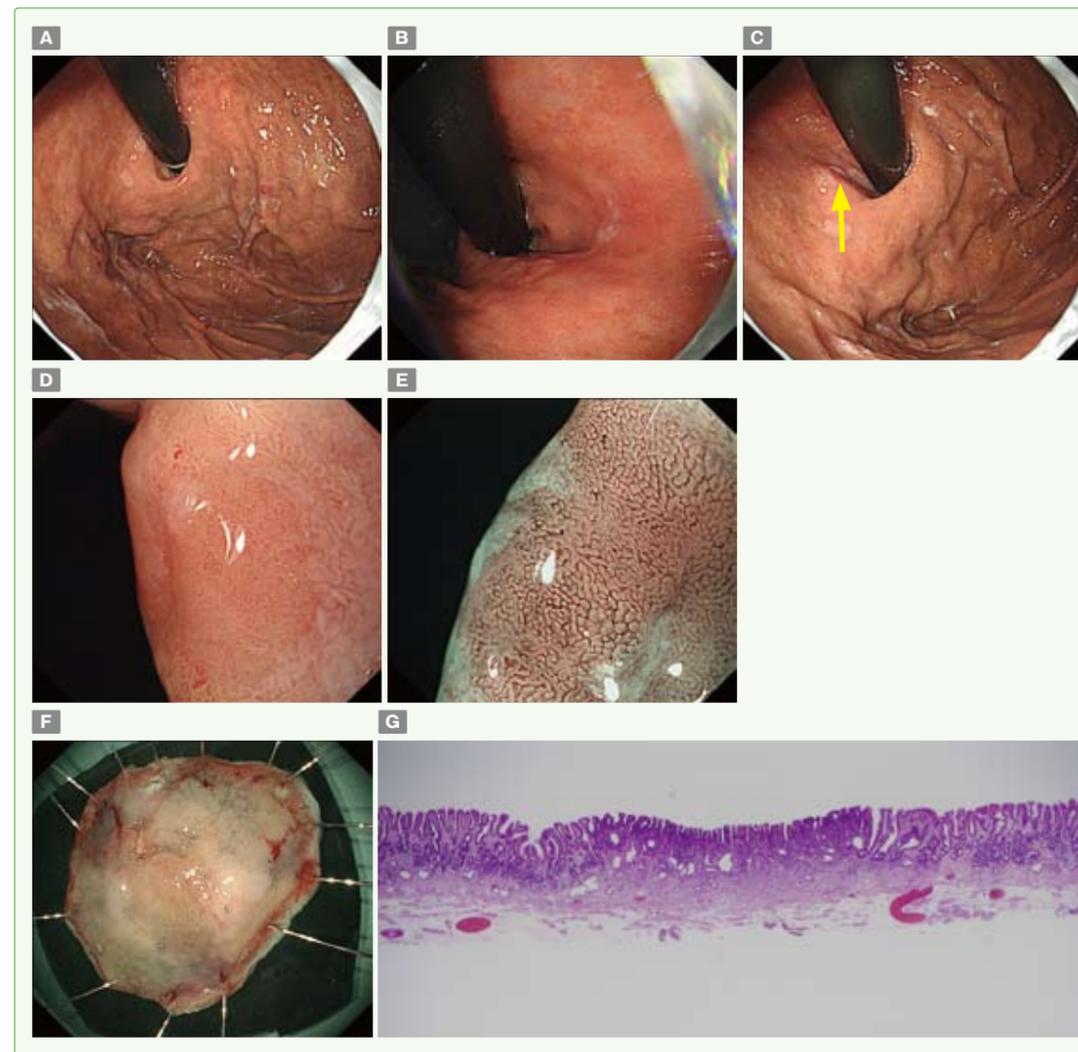


図1 胃噴門部小彎後壁よりの早期胃癌(症例1)

胃噴門部を全周性に観察することで病変の指摘が可能であった症例。

- A. 胃穹窿部
- B. 胃噴門部前壁から小彎
- C. 胃噴門部小彎から後壁(病変:黄矢印)
- D. 病変の見下ろし観察(通常光)
- E. 病変の見下ろし観察(NBI)
- F. 切除検体
- G. 病理組織像 Type 0-IIc, tumor size: 11 × 10mm, tub1, pT1a(M), ULO, ly0, v0, pHMO, pVMO

盲点となりやすい部位

胃噴門部小彎

胃噴門部小彎は見下ろし観察では接線方向となり、見上げ観察ではスコープに隠れてしまい盲点となりやすい。基本的には見上げ観察で、しっかりとスコープを軸回転させて左右アングルも併用しながら死角がないように観察する。時にスコープを反転させて噴門部付近までスコープを引き、粘膜に近接した状態でスコープを軸回転させて胃噴門部小彎を観察することもあるが、粘膜がこすれて病変が不明瞭になる場合や、マロリーワイス症

候群を発症することもあるので、まずは適度な距離感で空気量の調節などを行い、粘膜をこすらないように観察するように筆者は心がけている。

症例1(図1)は、胃噴門部小彎後壁よりの早期胃癌である。粘膜をこすらないように少し距離をとって胃噴門部前壁, 小彎, 後壁を盲点にならないように意識して観察し、胃噴門部小彎後壁よりの病変を指摘した(図1A,B,C)。病変の指摘後は、粘膜をこすらないように見下ろし観察で近接して詳細に観察した(図1D,E)。本症例は生検で高分化管状腺癌と診断し、内視鏡的粘膜下層剝離術(endoscopic submucosal dissection: ESD)で一括切除し、治癒切除であった(図1F,G)。

症例2(図2)は、実際に当院で偽陰性となった症例