Video Workshop | Internal Medicine

Sat. Nov 21, 2026 8:30 AM - 10:00 AM JST | Fri. Nov 20, 2026 11:30 PM - 1:00 AM UTC | Room 8 (1F 108)

Video Workshop 7 Endoscopic Treatment of Colorectal Tumors: From Basic to Advanced Techniques

司会：浦岡 俊夫（群馬大学大学院医学系研究科内科学講座 消化器・肝臓内科学）、山口 直之（長崎大学病院　光学医療診療部）

[VWS7-7] Clinical Experience with PAEM/EID and EFTR for T1b or Deeper Lower Rectal Cancer

*Keigo Sato[1] (1. Department of Gastroenterology and Hepatology, Gunma University Graduate School of Medicine)

【背景と目的】近年、下部直腸（Rb）cT1b以深癌に対して新規内視鏡切除手技として内視鏡的に内輪筋と外縦筋の間を剥離するPAEM（per-anal endoscopic myectomy)/EID(endoscopic intermuscular dissection)が行われてきている。EFTR（endoscopic full-Thickness resection）は、より深部浸潤例に対する一括切除を可能とする位置付けと考えられる。今回、当院で施行したRb cT1b以深癌に対するPAEM/EID やEFTRの症例提示及び動画を供覧し、実際の手技における工夫と注意点を検討する。
【症例１】70歳台、男性。Rb左壁に20mmの頂部に0-IIa+IIc病変を認めた。JNET(The Japan Expert NBI Team)分類でType 3、pit pattern分類でVI高度不整invasive patternであり、cT1bと診断した。外科手術を推奨したが、人工肛門への忌避感が強く、PAEM/EIDを施行した。粘膜切開を行い十分な筋層の露出後、内輪筋の切開を行った。内輪筋をランドマークとして筋層間剥離を行い、一括切除した。粘膜下局注～切除完遂までの時間43分であり、有害事象を認めなかった。病理組織結果は、23×21mm, tub1>muc, pT1b(SM浸潤距離4mm), Ly1a, V1a, BD1, HM0, VM0であった。
【症例２】70歳台、男性。Rb後壁に18mmの0-IIa+IIc病変を認めた。JNET分類でType 3、pit pattern分類でVNであり、cT1bと内視鏡診断した。心疾患があり外科切除のリスクが大きいため、PAEM/EIDを行う方針とした。治療直前のEUSで筋層浸潤を否定できず、術中には内輪筋を切除後、筋層浸潤（内輪筋と外縦筋の間隙の消失）を疑い、EFTRに切り替えた。外縦筋をランドマークとして筋層より深部の組織を過剰に切除しないよう注意しながら全層切除を行い一括切除が得られた。粘膜局注から36分での切除完遂であった。留置スネア、Mantis clipなどを使用し、創部の完全閉鎖を行った。有害事象を認めなかった。病理組織結果は、26×22mm, tub2>tub1, pT2(MP), Ly1a, V1a, BD1, HM0, VM0であった。
【結語】PAEM/EIDやEFTRの適応には、術前診断、全身状態、患者意思を含めた慎重な判断と、病理組織学的リスクに応じた追加治療の選別が依然重要であるが、Rb T1b以深癌に対して、低侵襲・機能温存を目指す治療として本手技は実行可能と考えられた。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会