

－発表要旨・論文－

一般演題(3)

1. 当院における全層縫合器の使用経験

福岡青洲会病院 内視鏡技師 ○三輪 恵
臨床工学技師 前田 康貴
医師 古巢 央

【背景】

近年、内視鏡検査・治療は広く普及し、その難易度も高度となっている。全層縫合器 Over-The-Scope-Clip（以下OTSC）は欧州で開発され、2011年に本邦で認可された。従来型クリップでは対応不可能な消化管出血、穿孔、瘻孔などの偶発症にも対応可能となったが、昨年度当院にて7例の使用を経験したので報告する。

【対象】

平成29年4月から平成30年3月に使用した7例。内訳は、大腸内視鏡検査時の直腸穿孔1例、S状結腸切除術の術後吻合部縫不全1例、内視鏡的粘膜下層剥離術（以下ESD）時の穿孔3例、ESD時の偶発症予防が2例であった。

【方法】

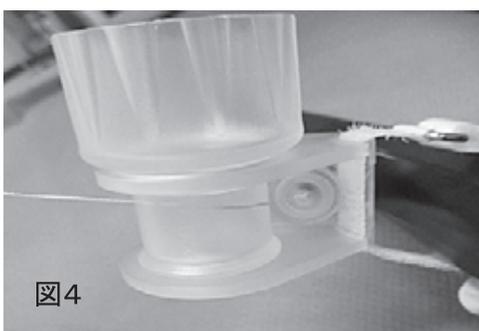
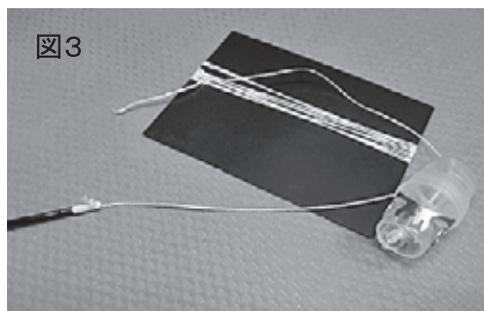
OTSCはクリップ、アプリケーションキャップ、スレッドリトリーバー、ハンドホイールの4部からなる。また、9mm、10mm、11mmの3サイズとGタイプとTタイプの2タイプがあり、症例によって選択が可能である。アプリケーションキャップには予めクリップが装填されており、クリップを留置する際に使用する。スレッドリトリーバーは、内視鏡内にアプリケーションキャップのスーチャー（ひも）を通す際に使用し、ハンドホイールは、アプリケーションキャップのスーチャーを引っ張るために使用する。（図1）

まず、ハンドホイールを内視鏡の鉗子口に挿入しストラップで固定。（図2）スレッドリトリーバーを鉗子口より挿入しアプリケーションキャップのスーチャー（ひも）を鉗子チャンネル内に通す。次にスーチャーをハンドホイールに固定後、（図3）クリップが装填されたアプリケーションキャップを内視鏡先端に装着し準備は完了する。（図4）

内視鏡を挿入し、クリップの留置目標部位にアプリケーションキャップの先端を押し当て、内部に組織を十分に引き込んだ後、ハンドホイールを時計回りに回してクリップを留置する。必要に応じ補助鉗子のツイングラスパーで目標部を把持する方法もあるが、吸引が制限されること、コストが高額になることから当院ではツイングラスパーは使用せず、全症

例吸引法のみでクリップを留置した。

注意として、①アプリーケーターキャップに接続しているスーチャーの位置を内視鏡先端の鉗子口側へ向ける。②クリップの誤発射を防ぐため、スーチャーにテンションがかからないようにする。③内視鏡の破損を防ぐため、クリップを留置する際の手応えをキャッチすることなどがある。



【結果】

症例1、94歳女性。CS時、直腸にてスコープを反転した際、直腸穿孔をきたした症例。OTSCにて閉鎖を試み、穿孔部は完全に閉鎖できた。症例2、48歳男性。S状結腸切除術後に縫合不全を起こし、外科より依頼を受けた症例。OTSCにて閉鎖に成功した。症例3、68歳女性。直腸がんに対しESDを施行し穿孔した症例で、OTSCにて穿孔部を閉鎖し

た。症例4、88歳男性。胃体部後壁のがんに対しESDを施行、穿孔した症例でOTSCにて閉鎖した。症例5、75歳男性。S状結腸の絨毛状線腫に対しESDを施行、穿孔した症例でOTSCにて閉鎖した。5症例ともに、追加処置は不要で、偶発症予防のために使用した2症例を含む7症例全てにおいて、現在に至っても経過は良好である。(表1)

尚、OTSCは全症例T Type 10mmを使用した。

表1 当院におけるOTSC使用7症例の患者背景と評価

	性別	部位	原因	追加処置	手技結果
症例1	F	直腸	CSによる医原性穿孔	無	成功
症例2	M	S状結腸	術後縫合不全	無	成功
症例3	F	直腸	ESD時の穿孔	無	成功
症例4	M	胃体中部後壁	ESD時の穿孔	無	成功
症例5	M	S状結腸	ESD時の穿孔	無	成功
症例6	M	上行結腸	遅発性穿孔予防	無	成功
症例7	F	直腸	遅発性穿孔予防	無	成功

【結論】

OTSCは従来型クリップでは対応が難しい偶発症に対して有効であると思われる。平成30年5月より保険適応が認められ、需要が増えると示唆される。

【連絡先：〒811-2316福岡県糟屋郡粕屋町長者原西4-11-8 TEL 092-939-0010】