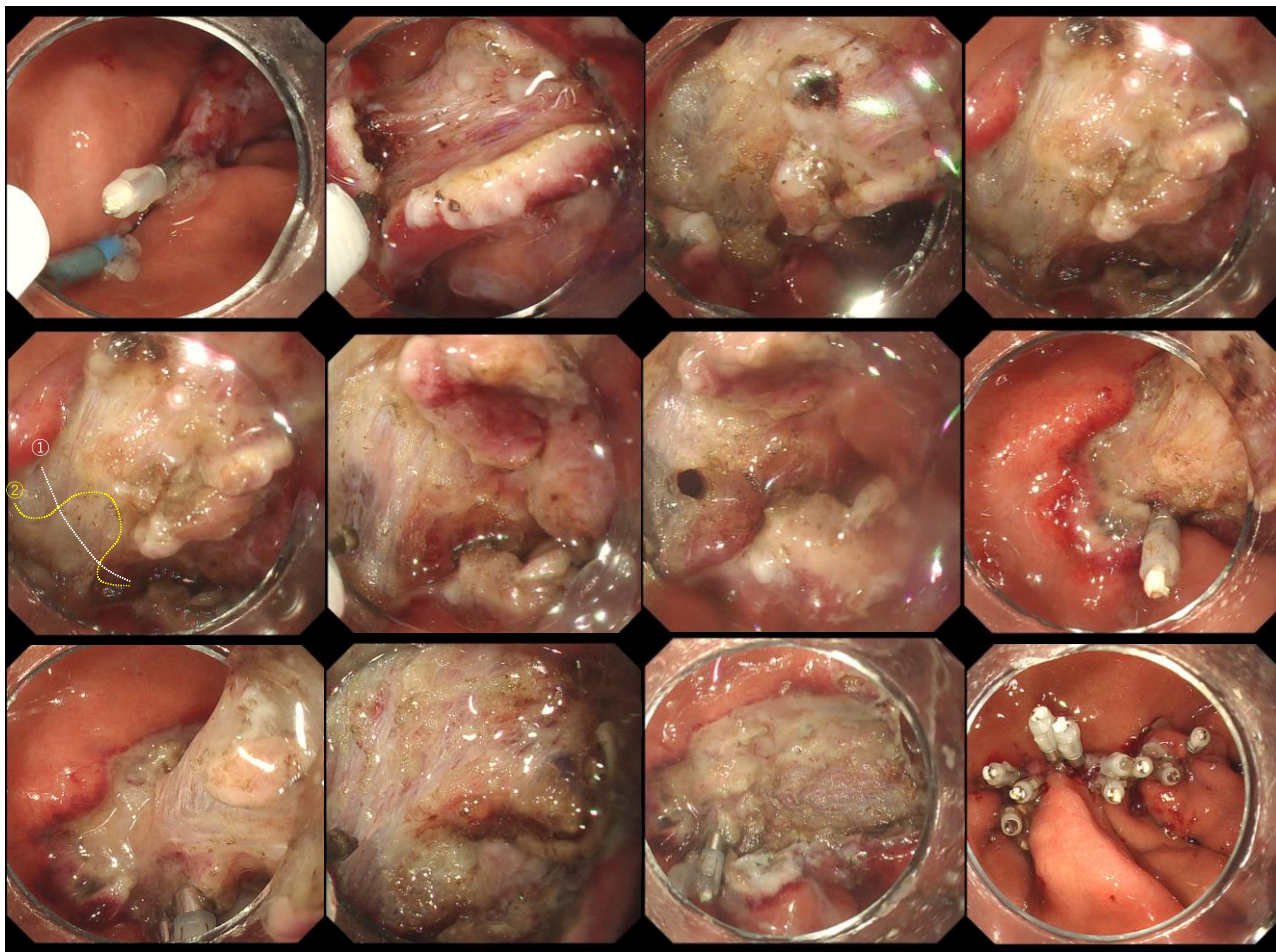


Supplement① (254ページ)

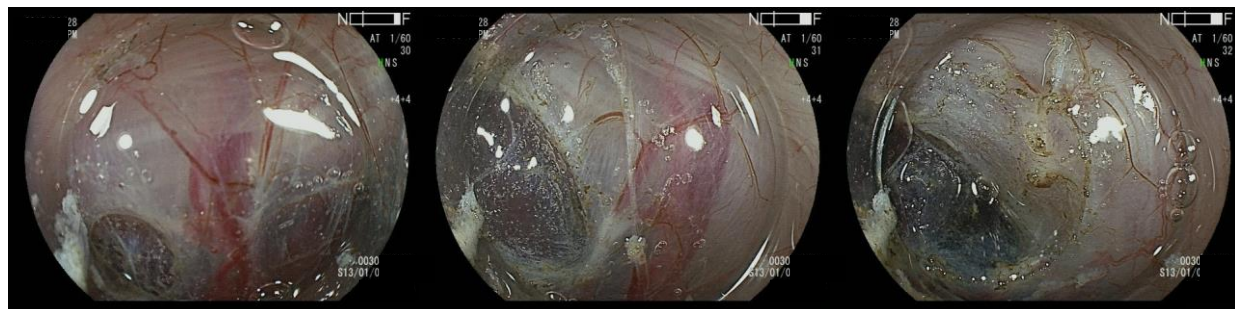
ライブ症例3-2-3-3) *H.pylori* 未感染胃・穹窿部頂部大弯Ⅱa / EndoTrac



Supplement② (265ページ)

ライブ症例 3-3-1-3) 体上部前壁Ⅱa / PCM, +TA-ESD・EndoTrac

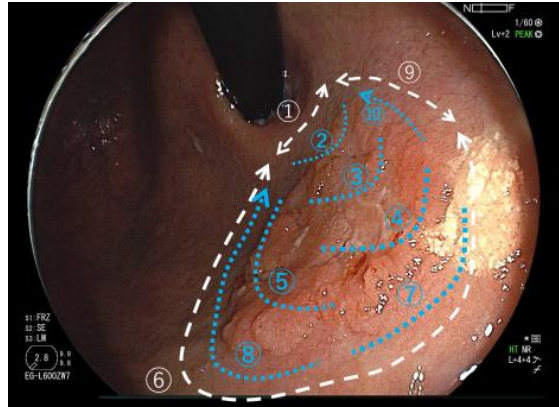
蒸し焼きプレ凝固



剥離中のモード(Forced 凝固)のまま血管周囲の組織に放電して熱を発生させ、熱伝導(Heat conduction)を利用して血管をプレ凝固するテクニック。脂肪が少なく組織抵抗の低い粘膜下層に存在する中小の血管には便利な方法。一方、太い血管や脂肪沈着の豊富な症例ではいわゆる1-10や止血鉗子を用いたプレ凝固が薦められる。

Supplement③ (267ページ)

ライブ症例3-3-1-4) CRT後胸部中部食道1/3周性 0-II b病変



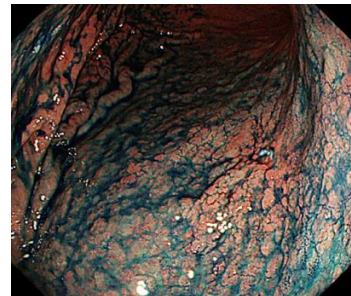
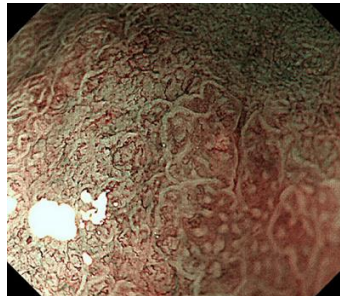
Supplement④ (279ページ)

参考ライブ症例3-3-2-7) 体上部後壁大弯よりの病変

Endo Skill Update 2014

Case 1 A gastric depressed lesion

Endoscopy showed a depressed lesion at the greater curvature of the upper body. The lateral extension was indistinct. Surface pattern was unclear, and vascular pattern was irregular by NBI magnified endoscopy. How do you diagnose and treat this lesion?

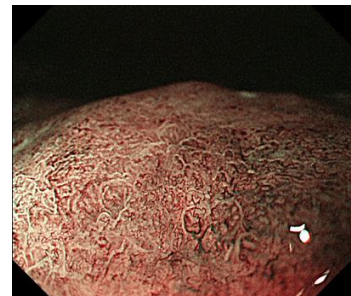
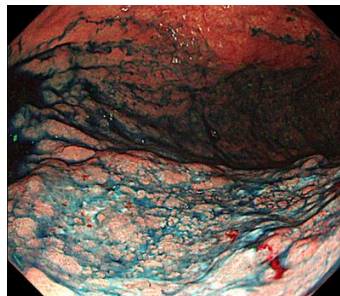
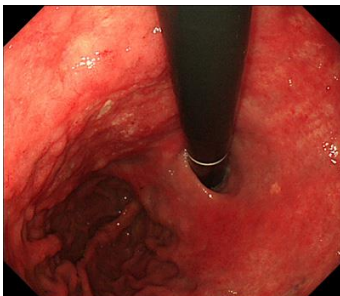


ESUホームページ <https://endo-skill-update.com/seminars_2014.html> より

Endo Skill Update 2015

Case 4 a gastric flat lesion

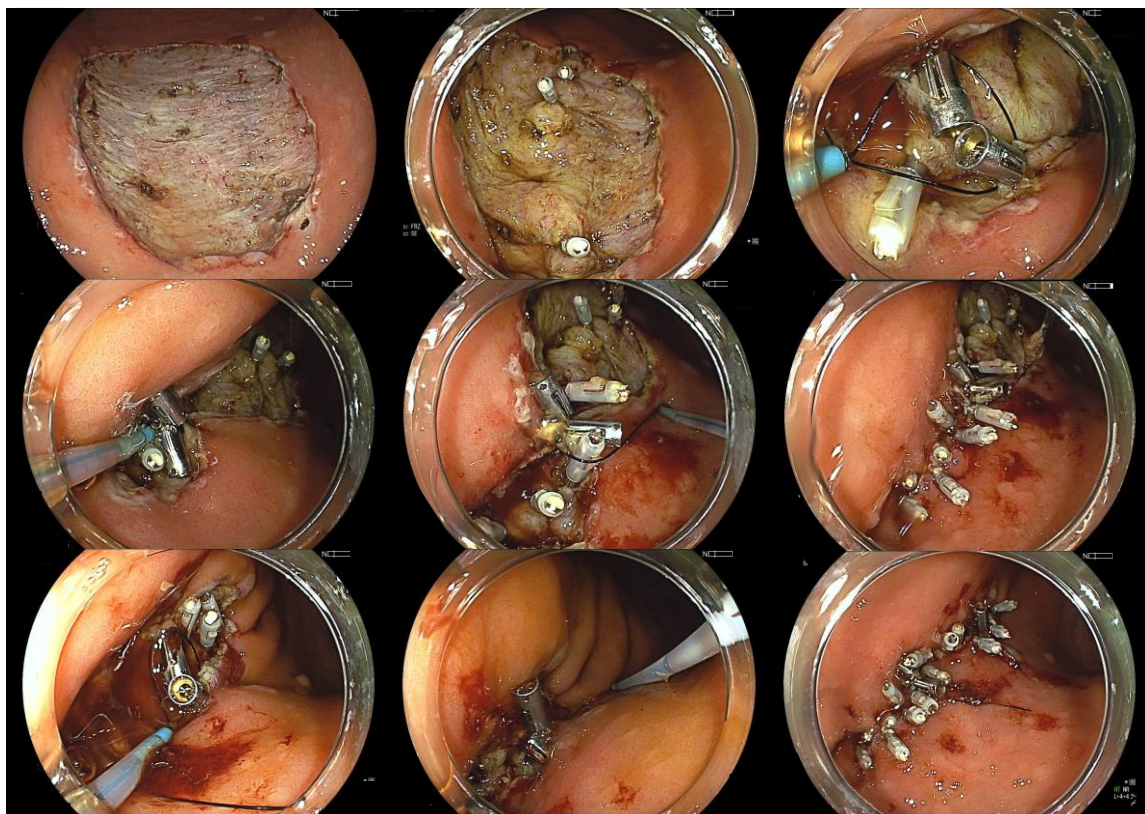
Endoscopy showed a flat depressed lesion at the greater curvature of upper body. The lateral extension was indistinct by indigo carmine spreading. Irregular surface and vascular pattern was observed by NBI magnified endoscopy. What's your diagnosis? And, how do you treat this lesion?



ESUホームページ <https://endo-skill-update.com/seminars_2015.html> より

Supplement⑤ (292ページ)

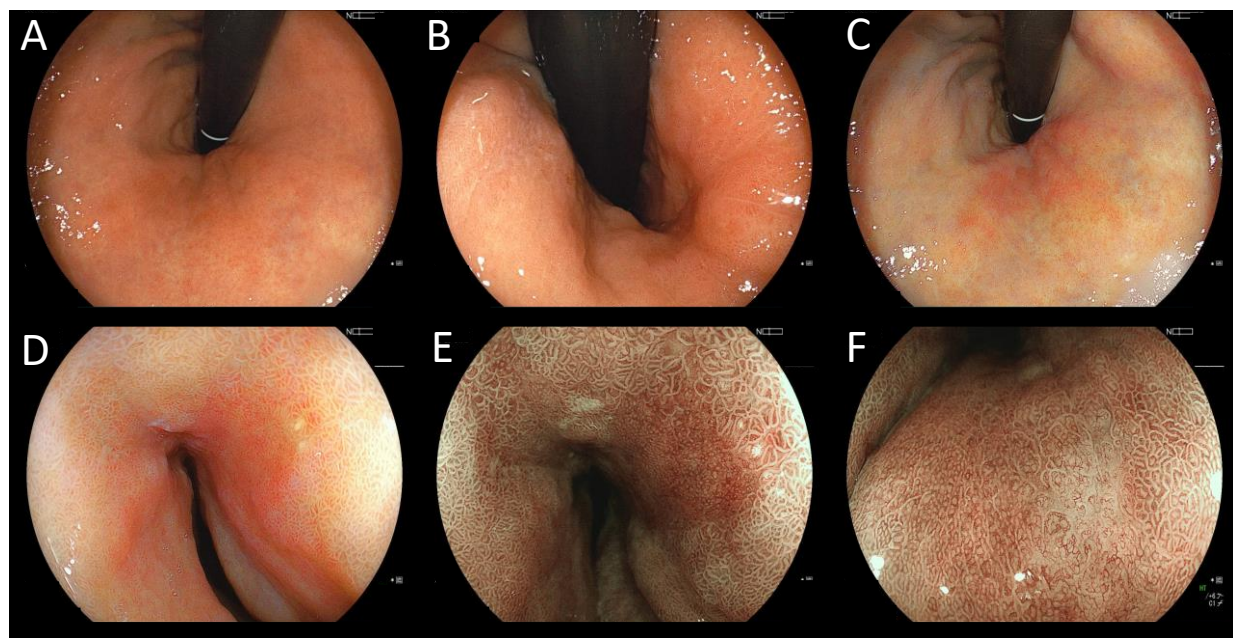
ライブ症例 3-3-3-5)体上部大弯 I +IIa/PCM+TA-ESD・EndoTrac T type



Supplement⑥ (307ページ)

ライブ症例 3-3-4-6)体上中部小弯IIb+IIc・UL(+)/ TA-ESD・EndoTrac T type

ESD当日の内視鏡像



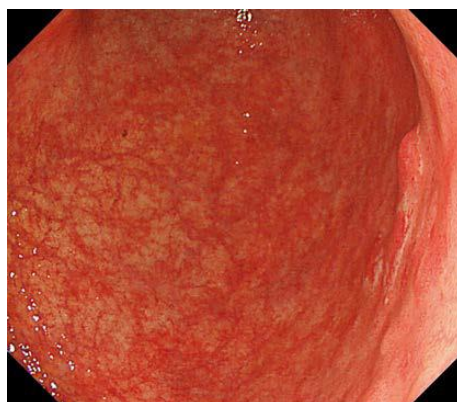
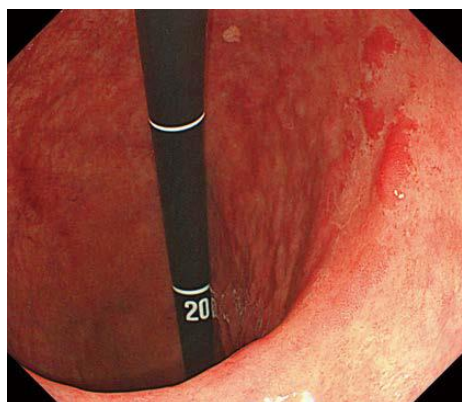
A. 反転視像。B. 癒痕部。C, D. LCI像。E. 癒痕口側のBLI拡大像。F. 癒痕肛門側後壁よりのBLI拡大像。

Supplement⑦ (336ページ)

参考ライブ症例3-4-2-5) 体下部後壁大弯よりⅡc / PCM+TA-ESD

Early gastric cancer 0-Ⅱc,U (+),30mm,M,Post/ Demonstrator Dr.平澤 大, Dr. 前田有紀, Dr. 豊永高史

白色光像



【症例】

70歳台男性。10年前にピロリ菌除菌。3年前に胃角部後壁の腫瘍性病変（腺腫の診断）を指摘され紹介受診。精査時に潰瘍を形成しており、PPI（proton pump inhibitor）投与後の再検で病変を同定できず生検もGroup 1であり経年フォローアップされていた。今回の生検で高分化型管状腺癌の所見を認めた。

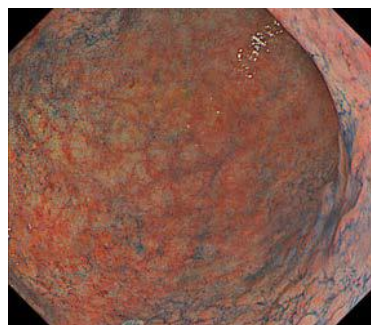
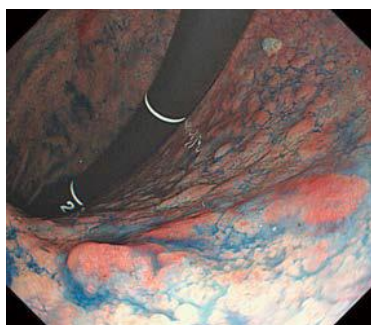
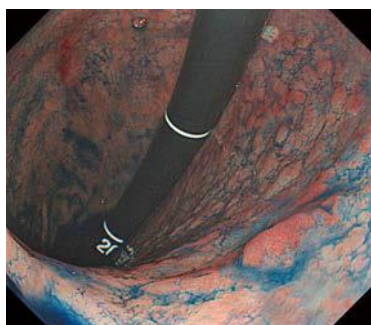
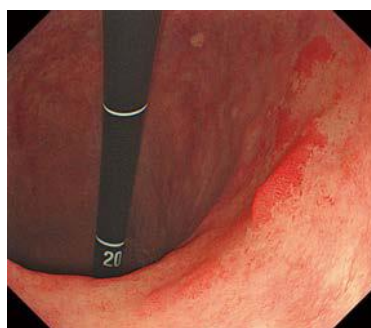
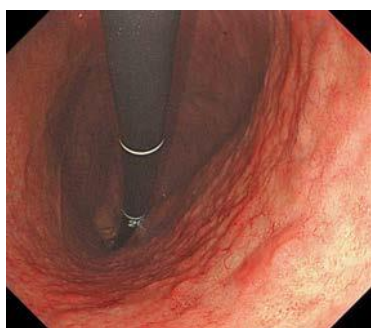
診断を平澤が、EUSを前田が担当。低異型度癌、潰瘍（びらん）を繰り返している病変の特徴がよく捉えられた。EUSでは線維化よりむしろ太い血管が問題との意外な展開。治療は豊永が担当。最初のトリミングでいきなり出血する波乱含みの展開ながら、Pocket Creation Methodを適応し切開・トリミング時の出血を最小限に抑える手技を提示。後半ではEndoTracを用いたトラクション法を供覧。中継終了後の映像も収録した。



動画Supplement3-⑦ 近畿LiveEndoscopyダイジェスト

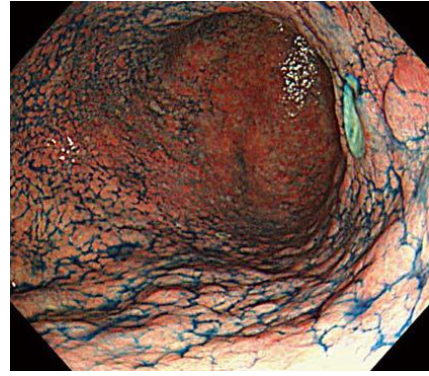
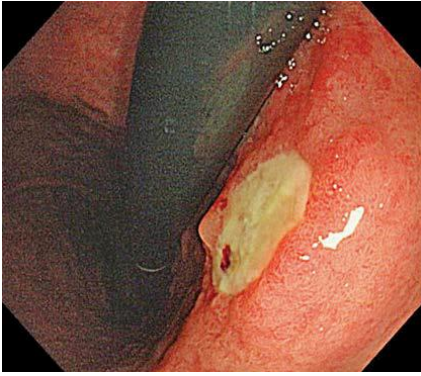
※QRコードをクリックすると動画サイトへ移動します。

病変指摘時の内視鏡像

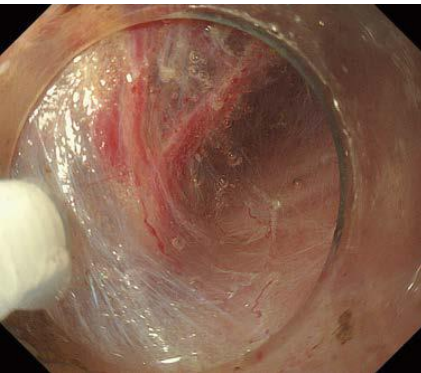


生検で高分化型管状腺癌の所見を認めたが、病変の範囲は判然としない。

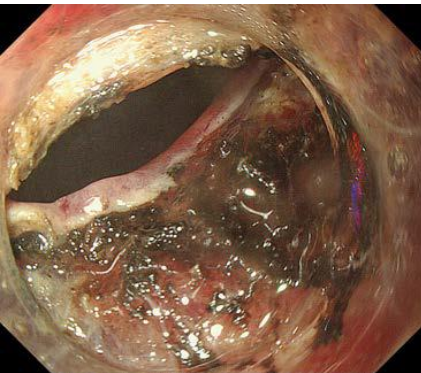
3年前の内視鏡像



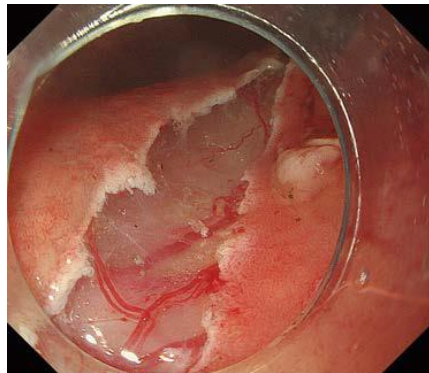
当日の内視鏡像



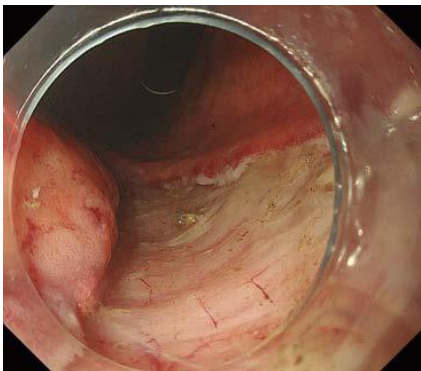
PCM法による血管の処理と剥離



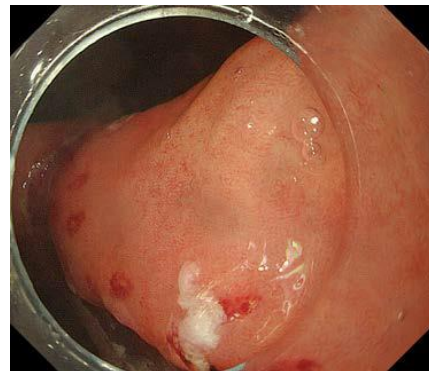
最初の出血による切開縁の血腫



大弯側の切開

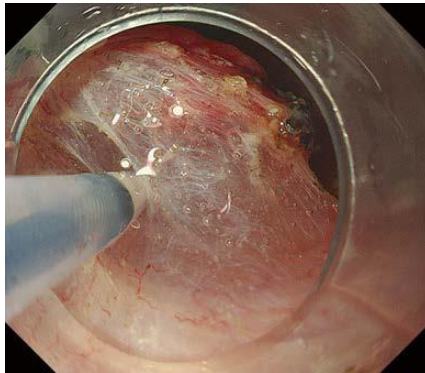
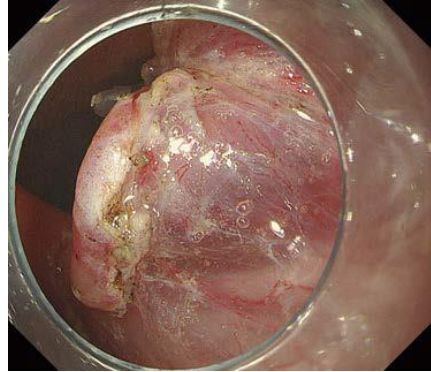
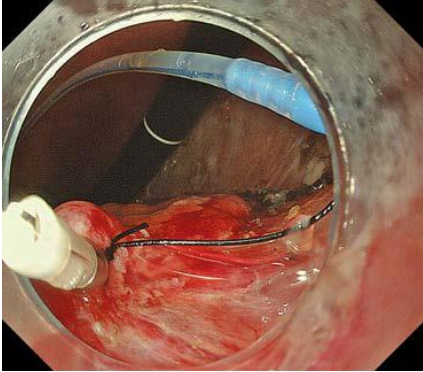


切開縁のトリミング後

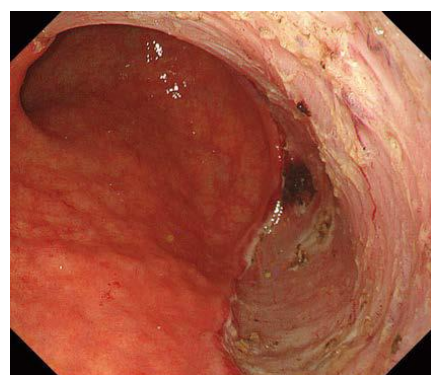
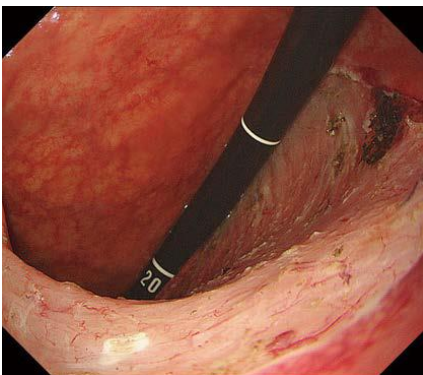


左記終了後の胃角部の状態

EndoTrac によるトラクション付加

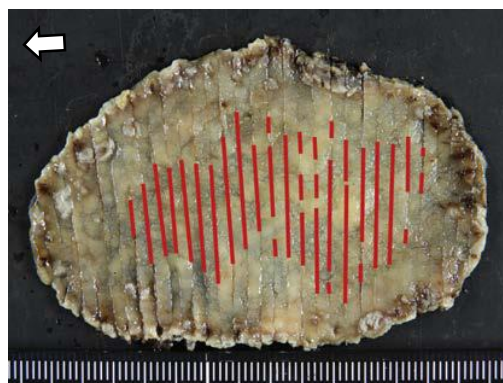


切除後の状態



EndoTrac によるトラクション付加

切除標本



— T1a

標本辺縁に止血に難渋した際の凝固の影響が認められる

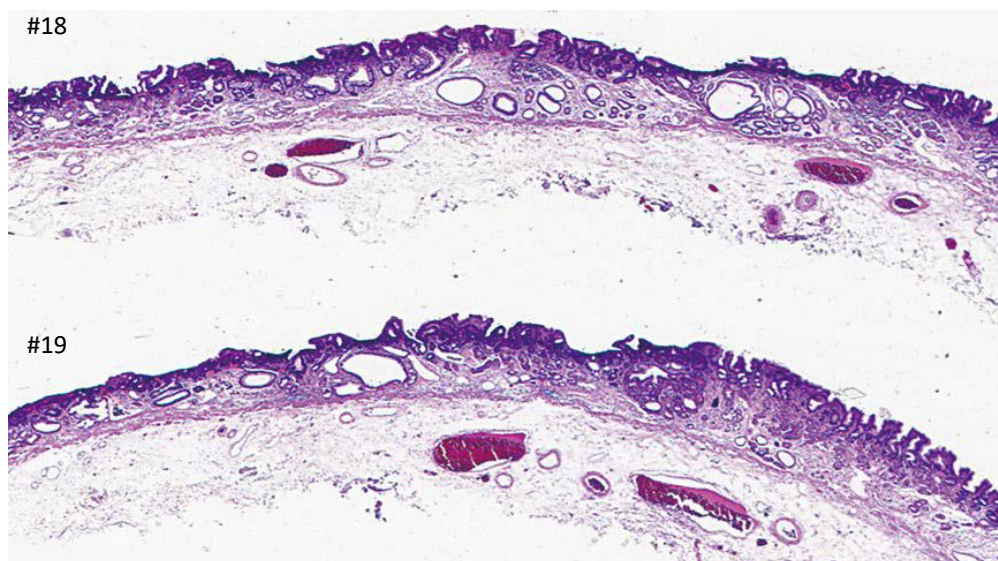
【組織所見】

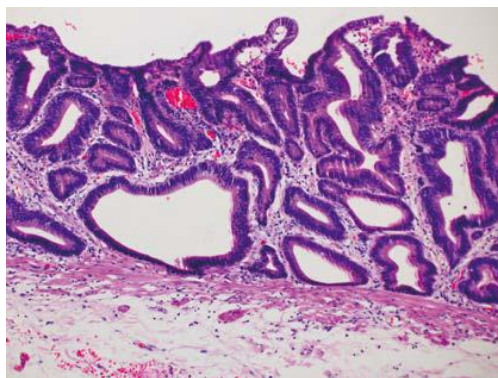
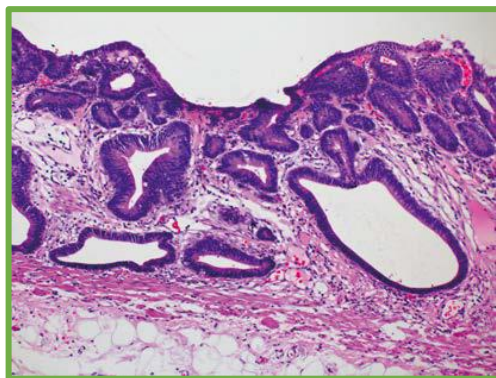
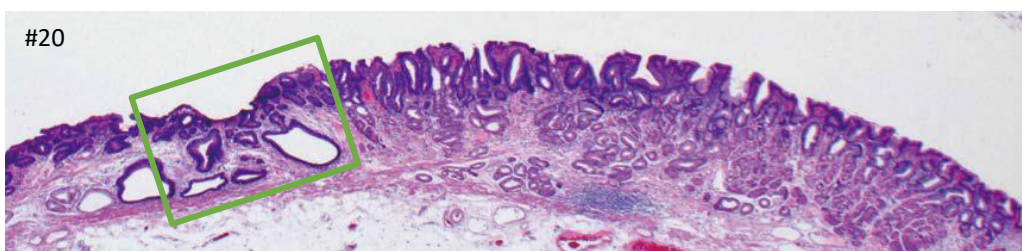
切除標本の大きさ74 × 50 mm, 32 切片を作製。#7～#27 において48 × 26 mm 大のIIC 病変を認める。管状構造を呈する高分化な腫瘍細胞の増殖像をみる。粘膜下層への浸潤は認めない。

【組織診断】

Adenocarcinoma, stomach IIC, 48 × 26 mm, tub 1, pT1 a, pUL 0, Ly 0, V 0, pHM 0 (6 mm) , pVM 0

病理組織像

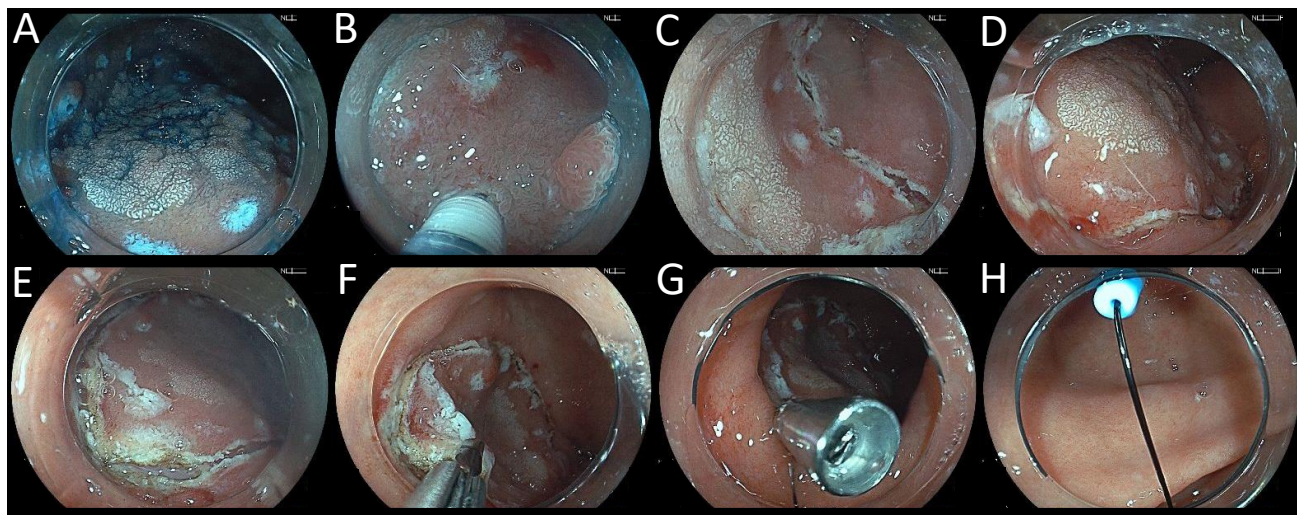




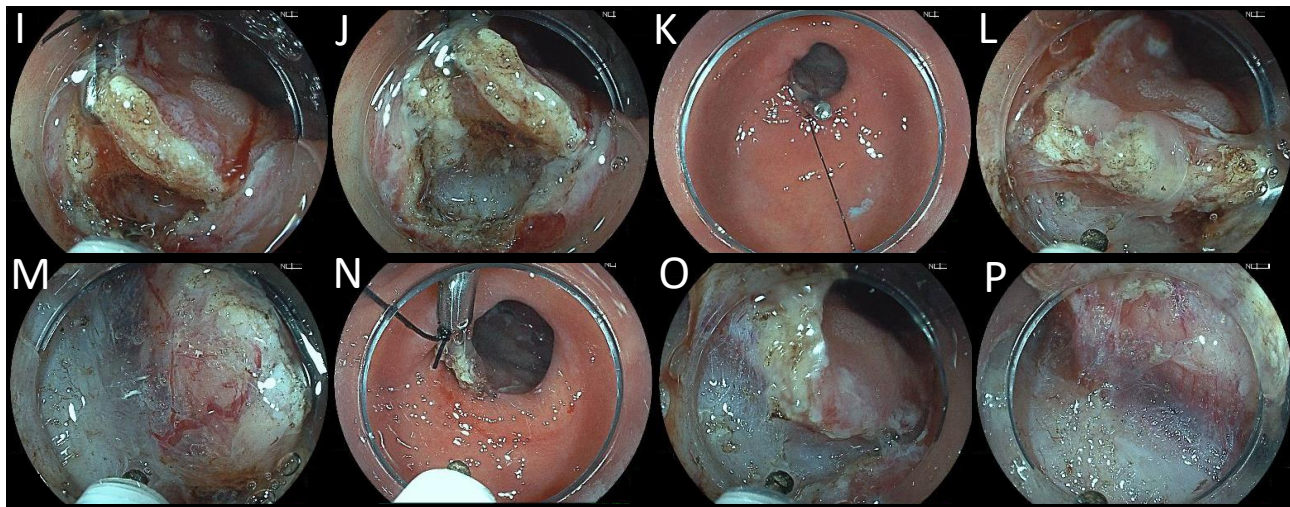
『近畿 Live Endoscopy 2017-2018 [DVD付]』（金原出版）2018 Case 6, 64-69p より

Supplement⑧ (361ページ)

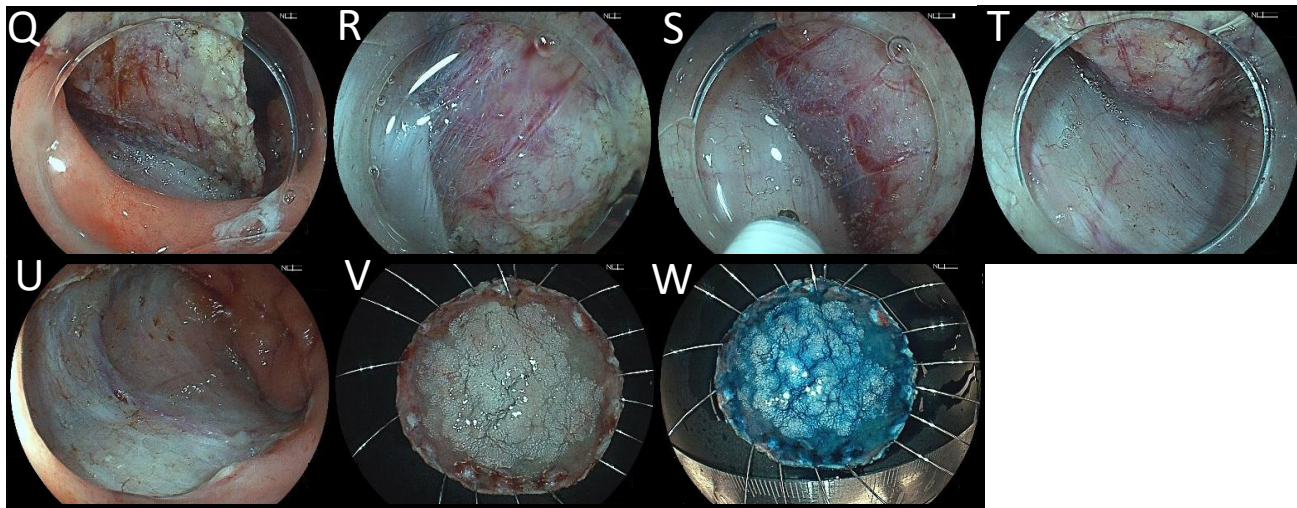
症例3-6-1-6) 十二指腸球部前下壁Ⅱa / TA-ESD・EndoTrac T type



A. マーキング後。B,C.病変 肛門側の粘膜切開。D,E. 全周切開後。F-H. シュアクリップを用いてEndoTracを病変の口側に慎重に装着した。



I,J. EndoTracを口側に牽引し、病変最口側をトリミングした。K-M. EndoTracのシースを押して、牽引方向を大弯後壁よりに変換。前壁側の切開縁が展開され、同部のトリミングを行った。N-P. 再び方向を変換。ゆるめに牽引する事でフラップの延伸が容易であった。



Q-T.球部内の剥離操作。牽引力が強いと球部の筋層も牽引されるため、適宜牽引力を調節して慎重に剥離した。U. 切除後の状態。V,W. 新鮮切除標本。

Supplement9 (386ページ)

8. 残胃

表 残胃におけるESD困難要因

Risk factors	Multi variate analysis OR (95%CI)	β coefficient	P value	Point assigned
Tumor size (> 20 mm)	3.87 (1.95–7.89)	1.35	0.00014	2
Anastomosis site	4.04 (1.65–10.34)	1.40	0.0026	2
Suture line	2.39 (1.21–4.78)	0.87	0.012	1
Operator (non-expert)	4.26 (1.90–9.89)	1.45	0.00055	2

Tanaka S, Yoshizaki T, Yamamoto Y, et al. The risk scoring system for assessing the technical difficulty of endoscopic submucosal dissection in cases of remnant gastric cancer after distal gastrectomy. Surg Endosc. 2022; 36: 1482-9.より

Supplement10 (386ページ)

8. 残胃

表 B- II 群とNon-B- II 群の比較

臨床病理学的特徴の比較

	B-II group (N=19)	Non-B-II group (N=15)	p-value
年齢; [range]	74.0 [62-82]	71.6 [53-84]	NS
性別 (%) (男性 / 女性)	17 (89) / 2 (11)	12 (80) / 3 (20)	NS
手術からの期間, 年; [range]	35 [3-58]	7 [1-20]	0.00002
肉眼型 (0-I / 0-IIa / 0-IIc / 0-IIa+IIc / 0-IIb / 0-IIb+IIc)	1 / 8 / 5 / 4 / 0 / 1	0 / 8 / 5 / 1 / 1 / 0	
組織型 (tub1 / tub2 / por / sig)	7 / 11 / 1 / 0	11 / 3 / 0 / 1	
切除標本径, mm; [range]	63 [24-97]	40.5 [25-74]	0.00077
腫瘍径, mm; [range]	28 [7-70]	19 [8-53]	0.048
深達度 (M / SM1 / SM2 以深)	11 / 2 / 5	10 / 2 / 3	
病変の色調 褪色調 / 正色調 / 発赤調	11 / 5 / 3	10 / 4 / 1	

背景粘膜の胃炎の比較

		B-II group (N=19)	Non-B-II group (N=15)	p-value
Updated Sydney System [range]	好中球浸潤 (Activity)	1.33 [1-3]	1.08 [1-2]	0.12
	リンパ球浸潤 (Inflammation)	1.28 [0-2]	0.77 [0-2]	0.069
内視鏡的胃炎 grade; [range]		2 [1-3]	1.33 [1-3]	0.0075

治療成績の比較

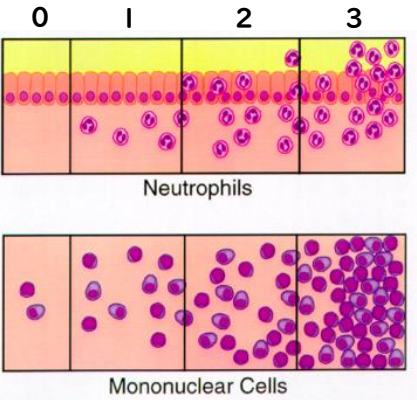
	B-II group (N=19)	Non-B-II group (N=15)	p-value
手術時間, 分, [range]	238 [48-639]	121 [39-225]	0.004
合併症 (%)	6 (31.6)	4 (26.7)	NS
術中穿孔 (%)	4 (22.2)	1 (6.7)	NS
後出血 (%)	1 (5.6)	3 (20)	NS
遅発性穿孔 (%)	1 (5.6)	0 (0)	NS
緊急手術 (%)	3 (15.8)	1 (6.7)	NS
術中出血回数, [range]	7 [1-17]	2 [0-8]	0.014

Matsumoto K, Tanaka S, Toyonaga T, et al. Clinical Impact of Different Reconstruction Methods on Remnant Gastric Cancer at the Anastomotic Site after Distal Gastrectomy. Clin Endosc. 2022; 55: 86-94. より

Supplement⑪ (386ページ)

8. 残胃

図1 胃炎のGrade (病理学的所見)



Grade 0: none, Grade 1: mild,
Grade 2: moderate, Grade 3: severe

切除標本の非腫瘍部でThe Updated Sydney Systemの下記の2項で胃炎の程度を評価。

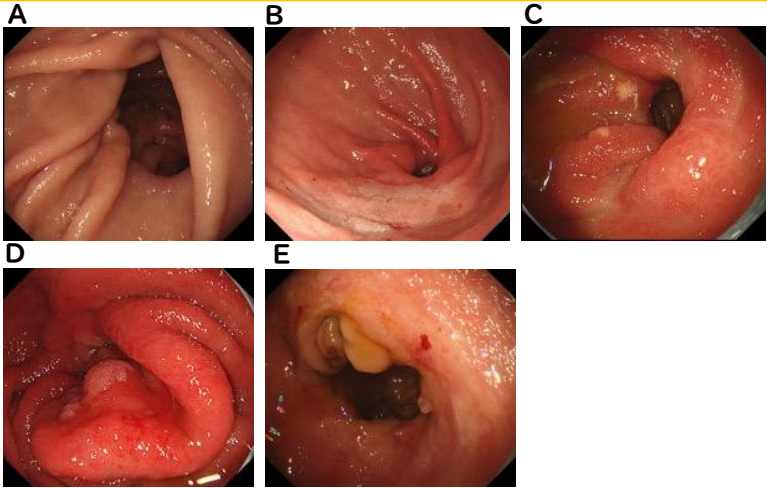
Activity: 粘膜固有層の好中球の密度。

⇒急性炎症の程度を反映。

Inflammation: 粘膜固有層のリンパ球の浸潤。

⇒慢性炎症の程度を反映。

図2 胃炎のGrade (内視鏡所見)



A: Grade 0: normal mucosa. B: Grade 1: mild redness. C: Grade 2: intermediate grade between 1 and 3. D: Grade 4: severe redness. E: Grade 4: apparent erosion. (M. Kubo et al. Gastric Cancer 2002 改)