

セッション1

ハイリスク症例への対応

ESDを行う際に、肝硬変や腎不全、狭心症、肺気腫などの基礎疾患を伴っている患者に遭遇することも少なくない。また、ペースメーカーを挿入している患者や、何らかの理由により抗血栓療法を行っている患者も増えている。さらに時として、「重篤な基礎疾患のために手術ができないから内視鏡治療を行ってほしい」という困った依頼さえ見受けられる。これらのハイリスク～超ハイリスク症例をどう考えれば良いであろうか。またこの様な症例において、治療を余儀なくされた場合に、安全・確実に治療するためにはどうすべきであろうか。リスクに応じた具体的な注意点や治療の工夫について論じて頂きたい。

セッション2

適切なセデーション

現在、内視鏡室におけるESDの多くは、鎮静薬と鎮痛薬の組み合わせによるコンシャスセデーションにより行われている。鎮静薬で最も汎用されているものはジアゼパムと思われるが、ベンゾジアゼピン系の鎮静薬では、時には脱抑制のため治療に難渋することもある。これに変わるものとしてプロポフォールが有望視されているが、麻酔科医の管理の元で使用しなければならないという制限がある。また一方で、鎮痛薬に関しても最適なものは何か、また投与量や追加投与のタイミングについても理論的なバックグラウンドははっきりしていない。これらの事柄をふまえて、ESDにおける適切なセデーションについて論じて頂きたい。

セッション3

偶発症後の術後管理

出血や穿孔、誤嚥性肺炎などのESDにおける代表的な偶発症に関しては、どのようにして予防するか、またどのように対処すべきか繰り返し検討されている。しかし、偶発症を起こした後の術後管理に関しては、あまり論じられていない。術後に患者の状態を悪化させないためにはどう管理すれば良いのか。気腹になってしまった場合、どの程度まで脱気すべきか、あるいは、脱気しなくとも良いのはどの程度までか。また、内視鏡フォローや食事開始、さらには退院のタイミングはどのようにすれば良いのか。蓄積された経験をもとに、適切な術後管理とその根拠について論じて頂きたい。

セッション4

適切な在院期間は？

本邦においては、おおむね1週間程度がESDを行う際の在院期間と考えられる。一方、欧米ではかなり大きな切除を行った場合でも、翌日あるいは長くとも数日後に退院させてしまうことが多く驚かされる。これは保険制度の違いに起因した問題でもあるが、果たして本当に1週間以上の入院は必要であろうか？ スムースにESDが行われた場合、多くの患者ではほとんど炎症反応の上昇は見られず、発熱や腹痛も見られないというものも事実である。遅発性穿孔や後出血などのリスクも踏まえて、適切な在院期間はどの程度であろうか。また、これらの偶発症のリスクを予測して、低リスク群の在院期間を短縮できないであろうか。これ以外にも、様々な在院期間に関する問題点を論じて頂きたい。