Y3-28

直腸癌に対する直腸反転法による完全腹腔鏡下手術（wound less surgeryを目指して）

前橋赤十字病院　消化器病センター　外科
○富沢（とみざわ）　直樹（なおき）、小川　哲史、安東　立正、
荒川　和久、小林　克己、須藤　雄仁、
長谷川智行、濱野　郁美、五十嵐隆道、
荻野　美里、田中　俊行、池谷　俊郎

【対象と方法】対象はRb~Raの直腸癌。好適応は低位吻合で肛門側切離線の決定が困難な小病変、LST、内視鏡切除後の追加切除など。直腸反転手技と、吻合に供する口側腸管を肛門より引き出すための腸管の進展性を得ることが本術式の適応条件で、肥満症例や血管系のvariationによっては非適応となる。
【手技】口側断端を切離後、病巣側の直腸を径肛門的に反転。腫瘍からmarginをとって直腸を半周切開、腫瘍に近い直腸間膜は直視下に郭清。肛門側の腸管長が短いときは手縫いで、それ以外はDSTで吻合。（手縫い吻合）肛門側の直腸を切開しつつ直腸の全層に吻合に使う吸収糸による支持糸をかけ把持することで、腸管の肛門内への引き込みを防止。全周切離し病変を摘出後、口側腸管を引き出して20~24針位でGambee一層縫合を行う。（DST）口側腸管を切開した直腸経由で体外に引き出しアンビルヘッドを挿入し腹腔内に還納。病変を摘出後、残存直腸を自動縫合器で閉鎖し腹腔内に還納、DSTを行った。
【結果】手縫い吻合7例、DST7例で、縫合不全はなくSSIを1例に認めた。wonud less surgeryとなるため術後の回復は早かった。非常に低位の吻合となる手縫い吻合の症例も、術後の肛門機能に問題はなかった。
【結語】直腸癌に対する反転法、径肛門吻合による完全腹腔鏡下低位前方切除術を経験した。TANKOやNOTESと同様な低侵襲手術と思われ、手技を供覧する。

Y3-29

食道癌に対する（半）腹臥位胸腔鏡下食道切除

福井赤十字病院　外科
○藤井（ふじい）　秀則（ひでのり）、青竹　利治、川上　義行、
我如古理規、白井　久也、広瀬　　慧、
吉田　　誠、土居　幸司、田中　文恵、
広瀬　由紀

2008年12月より食道癌に対する（半）腹臥位胸腔鏡下食道切除を導入した。腹臥位では肺が邪魔にならず食道が術野の手前に来て解剖が良くわかるという利点に加え、我々にとって重要なポイントは道具や手技など腹腔鏡下胃癌手術の応用で施行できるということであった。右上肢を前方に挙上した（半）腹臥位とし、体位の固定にはマジックベットを使用した。通常第3，5，7，9肋間よりトロッカーを挿入し6mmHg の気胸を行っている。上縦隔より郭清を進め、気管支動脈は通常温存、胸管は症例によって切離している。胃管作成のための胃の受動は腹腔鏡下で行い、小切開より胃を体外に出して胃管を完成させ後縦隔経路の頚部吻合で再建している。 18例（術前化学療法8例）に施行した。胸部操作時間は平均358分、腹部操作から手術終了までは平均254分で出血量は平均173gr.で、拡大視効果で緻密なリンパ節郭清が可能であった。縫合不全は4例にみられたが保存的に軽快し、半回神経麻痺を5例に認めた。17例が翌日までに抜管されてICUを退出し、13例が2日目までに離床可能であった。手術時間は長くなるが早期離床が可能で優れた低侵襲手術と考えられ、今後も症例を重ねていきたい。