

# 要 望 演 題

2日目 10月17日(金)

## Y1-01

### 当院におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術の初期経験

姫路赤十字病院 泌尿器科

○松原 重治、坂本 茉莉子、原 琢人、近藤 有、  
小川 隆義

【目的】当院では2013年7月よりロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術(RALP)を導入した。その初期経験について報告する。【対象】2013年7月から2014年6月までRALPを施行した33例を対象とした。年齢中央値は65歳(52-75歳)、術前PSA中央値は6.279ng/ml(3.320-18.162ng/ml)、BMI中央値は23.32kg/m<sup>2</sup>(17.79-30.33kg/m<sup>2</sup>)、臨床病期はT1c:7例、T2a-b:20例、T2c:6例で、術前グリソンスコアは6が11例、7が12例、8が6例、9が4例であった。術前ホルモン療法は全例行われていない。

【結果】手術時間中央値は277分(167-522分)、コンソール時間中央値は230分(135-499分)、出血量中央値は100ml(10-1620ml)で、輸血や開放移行症例はなかった。病期はpT2a:4例、pT2b:0例、pT2c:23例、pT3a:5例、pT3b:1例で、術後グリソンスコアは6が6例、7が18例、8が5例、9が4例であった。リンパ節転移は全例で認めなかった。断端陽性率はpT2:22%(6/27例)、pT3a:40%(2/5例)、pT3b:100%(1/1例)であった。平均尿道カテーテル留置期間は6.9日、平均入院期間は15.4日であった。術後合併症は感染性リンパ嚢腫2例であった。

【結論】RALPは出血量が少なく、比較的安全に施行可能な術式と考えられた。

## Y1-02

### 当院でのロボット支援下前立腺全摘除術の初期経験

日本赤十字社和歌山医療センター 泌尿器科

○玉置 雅弘、山田 祐也、上山 裕樹、岡所 広祐、  
金岡 俊雄、林 正

【緒言】2012年4月に保険適応後、2013年2月当院でもダヴィンチSiが導入され、2013年5月以降約1年間に38例のロボット支援下前立腺全摘除術(RALP)を施行したので、初期経験として報告する。

【対象と方法】対象はRALPを施行した38例で、年齢中央値72歳、術前PSA中央値8.52ng/mlであった。初期20例は2名の術者で施行し、以後は4名の術者で施行している。手術体位は全例20-25度頭低位で、やや頭部を挙上固定した形とし、術式はPatelらに準じ、尿道Anterior suspension、Rocco縫合2層を併施した。神経温存は3例、リンパ節郭清は4例で行った。術前内分泌療法施行例が5例、手術既往として虫垂炎3例、鼠径ヘルニア1例、腹腔鏡下胃切除術1例、TURP3例を認めた。

【結果】総手術時間は平均227分、コンソール時間は平均173分、出血量は少量~1300ml(中央値300ml)であり、4例で輸血を要した。病理結果はGleason Score 6以下が6例、7が20例、8-10が9例であり、pT2a5例(13.5%)、pT2b2例(5.4%)、pT2c19例(51.4%)、pT3a5例(13.5%)、pT3b4例(10.8%)で、2例でNeoadjuvant後の癌消失を確認した。断端陽性率は評価可能な31例中12例(38.7%)で認めた。尿道カテーテル留置期間中央値は7日であった。術後1ヶ月でのSafetyPad達成は34例中19例(55.8%)であった。1例で術後に偶発的な十二指腸潰瘍穿孔を認め手術を要した以外、重篤な合併症はなかった。

【結語】より低侵襲で高い制癌を目指すよう、今後さらなる手技の改良を期したい。

## Y1-03

### チームを編成し導入したロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘除術の75例の検討

名古屋第二赤十字病院 泌尿器科

○山内 裕士、錦見 俊徳、大橋 朋悦、石田 亮、  
山田 浩史、横井 圭介、小林 弘明

【目的】名古屋第二赤十字病院では2013年3月よりロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘除術を導入した。その初期75例について検討する。【対象と方法】泌尿器科da Vinci支援手術教育プログラムを修了した泌尿器科医師が現在4名在籍しており、導入半年前より専属麻酔科医、看護師、臨床工学技師等を選抜しda Vinci手術チームを編成して初期手術にあたった。2013年3月から2014年5月までの間にロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘除術を75例施行した。平均年齢は66.6歳(53~77歳)。BMI中央値:23.2(19.7~30.8)、生検時PSA中央値:6.34ng/ml(3.7~84.8ng/ml)。T分類はcT1c:46例、cT2a:15例、cT2b:10例、cT2c:2例、cT3a:2例であった。

【結果】当院での導入時には狭小な手術室が問題となっていたが、保管・設置方法の工夫をし、導入後は体位固定等において、チームで取り組むことによる細やかな改善を行うことでスムーズな導入が可能となった。前立腺摘出重量中央値は35.5g(17~73g)、手術時間中央値は251分(156~431分)、コンソール時間中央値は182分(106~369分)、出血量(尿込み)中央値は100ml(50~1200ml)。T分類はpT2a:20例、pT2b:10例、pT2c:10例、pT2+:12例、pT3a:19例、pT3b:3例であった。リンパ節転移を認めた症例はなかった。合併症として膀胱-尿道縫合不全1例、リンパ嚢腫1例、尿道狭窄1例、麻痺性イレウス1例に認めた。開腹手術に移行した症例はなく、輸血を必要とした症例はなかった。【結論】ロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘除術は、低侵襲かつ比較的安全な術式であると考えられる。また、専属のda Vinci手術チームを編成することで安全性の向上を計ることができた。

## Y1-04

### ロボット支援下腹腔鏡下前立腺摘出術における体位固定の工夫

名古屋第二赤十字病院 手術部<sup>1)</sup>、泌尿器科<sup>2)</sup>

○杉山 由起、伊藤 麻里子<sup>1)</sup>、錦見 俊徳<sup>2)</sup>、小林 弘明<sup>2)</sup>

【はじめに】ロボット支援腹腔鏡下前立腺摘除術(以下、RALP)を平成25年3月より開始、平成26年5月19日現在で76症例を終えた。da Vinci S surgical systemを導入するにあたり、RALP専用の体位固定器具として、ハグユーバック(村中医療器)の使用を開始した。A病院におけるda Vinci S surgical system導入期のハグユーバックの使用法の工夫と、現在の体位固定方法を確立するまでの経緯を報告する。

【内容】A病院では、da Vinci購入決定後に手術室看護師、泌尿器科医師、da Vinci手術経験のある一般消化器外科医師、麻酔科医師、臨床工学士でda Vinciチームを結成した。da Vinci搬入後から1例目開始までにda Vinciチームとアダチ、村中医療器が集まりRALP準備からRALP終了までのシミュレーションを実施した。その後もチームメンバーや手術室看護師、WOC(皮膚・排泄ケア認定看護師)を加えたシミュレーションと検討を重ね、ハグユーバックの利点を活かし、どのような体型であっても同じようにハグユーバックが使用できる様、体位固定方法を考案した。A病院では体位でのシミュレーションの結果から、通常RALPは25度頭低位で行っている。しかし、頭低位30度に変更しても、術野確保が難しい事例が発生した。その原因はハグユーバックの準備の方法に原因があると考え、医師・看護師間で検討し改善策を考案した。

【結果】平成26年5月19日現在までの症例において、褥瘡や神経損傷は発生していない。da Vinci手術に関わるスタッフ、WOCなど他職種からの意見を含め、また実際に自分達で体験をしながらよりよいと考えられる体位固定を考案した。しかし、通常行っている25度での手術が難しく角度を変更する事例も生じており、今後もさらなる検討が必要である。