

8月, CF施行. 上行結腸に径5cm大のI sp腫瘍を指摘. 生検で tub1, cancer in adenoma の診断. 9月, 手術的に当科紹介. 12月, 入院. 上行結腸癌 cSMN0M0 cStage I に対し腹腔鏡補助下右半結腸切除術施行. 吻合部にドレーンを留置. 周術期は血液透析を併用した. 4病日にドレーン抜去後, 少量の生理食塩水から腹腔内に貯留させ, 徐々に腹膜透析に以降していった. 第14病日に CAPD に完全に移行した.

〔症例2〕80歳, 女性. 66歳から慢性腎炎. 79歳, 慢性腎不全で CAPD 導入. 2009年3月, 便潜血陽性. GIF施行. 胃角部に0-II a+II c病変を認め, 生検で sig. 5月, 当科紹介. 7月, 入院. 胃癌 [M] cT2 (MP) N0M0 cStage I B に対し腹腔鏡補助下幽門側胃切除術施行. Winslow 孔にドレーンを留置. 4病日にドレーンを抜去. ドレーン抜去後から少量の透析液留置から始め, 徐々に腹膜透析に移行していった.

〔症例3〕72歳, 女性. 50歳から間質性腎炎, 68歳から慢性腎不全で CAPD 導入. 2010年7月, 便潜血陽性. 2011年3月, CF施行. 上行結腸肝彎曲部に2型進行癌を指摘. 生検で tub1. 手術的に当科紹介され, 5月, 入院. 上行結腸癌 cMPN0M0 cStage I に対し腹腔鏡補助下右半結腸切除術施行. ドレーン留置無し. 術前は CAPD, 手術室でバスカスカテーテル挿入し, 術後から血液透析を併用した. 4病日から CAPD チューブより透析液注入を開始したが, 注入後の排液が多い状態が続き, CAPD 移行が遅れた.

【結語】CAPD カテーテルを温存し, 鏡視下手術を行った3症例を報告した. 血液透析を併用し, 徐々に腹膜透析に移行することで周術期管理を安全に行うことができた.

18 出血・誤認例を振り返って

桑原 史郎・真部 祥一・須藤 翔
 堅田 朋大・池野 嘉信・豊田 亮
 岩谷 昭・横山 直行・山崎 俊幸
 大谷 哲也・片柳 憲雄

新潟市民病院消化器外科

【目的】術中出血・誤認例の動画を提示し原因・対策を retrospective に検討.

【出血例】提示動画 (LGA, SpA, SpV, PV, Ao) 原因は不良視野での操作, Long bite による操作, が主な原因であった.

【誤認例】提示動画 (ポート挿入時, 肺, 反回神経)

原因は術野 (視野) の変化による対象物の消失が原因と思われた.

【まとめ】

鏡視下手術は小さな拡大視野を連続させて大きな術野を最終的に形成する. 小さな拡大視野ではわずかな汚染でも視野がきわめて不良となると考えて操作すべきである. また, 視野の変化が生じた場合には対象物の十分な認知 (確認) が必要である.

19 腹腔鏡下直腸切除術における術中偶発症・術後合併症予防対策

丸山 聡・瀧井 康公・山口 哲司
 神林智寿子・金子 耕司・松木 淳
 野村 達也・中川 悟・藪崎 裕
 佐藤 信昭・土屋 嘉昭・梨本 篤

県立がんセンター新潟病院外科

当院では2009年6月からLACを再開し, 2011年6月までに133例のLACを施行. そのうち吻合操作を要する直腸切除術は38例. 平均64.6才, 男性21例, 女性17例. 術中偶発症を避けるためには, 手術の定型化・出血予防が肝要と考えている. ポイントとして, IMAの処理では常に安全マージンをもって行い, LCA/IMVの処理は基本一括処理としている. 直腸間膜後面の授動操作にはセクレア®を用いて面で展開して電気メスで切離を進める. 直腸間膜の切離に際しては, 腸管壁沿い

の切離を先行させ、直動静脈の出血や腸壁の損傷を避ける。術後縫合不全予防として、吻合部の緊張緩和操作の徹底、DSTドッグイヤー部分の補強縫合、経肛門ドレーン留置を施行している。平均手術時間176分、出血量6.7ml、術後在院日数平均9.5日、(中央値8日)。開腹移行はsP2判定の1例。術後合併症は3例(縫合不全1例、尿路感染1例、うつ病悪化1例)。当科における腹腔鏡下直腸切除術はまだ少ないものの、その成績は他施設での報告と比べて遜色なく、今後も症例を蓄積し検討したい。

II. 当番世話人講演

新潟における腹腔鏡下肝臓・膵臓外科：新潟内視鏡外科研究会とともに

新潟大学大学院 消化器・一般外科 講師

(新潟大学医歯学総合病院 腫瘍センター長)

黒崎 功

III. 特別講演

肝臓外科手術における新たな展開：内視鏡手術の導入

東邦大学医学部 外科学講座

一般・消化器外科 教授

金子 弘真