

## 外側アプローチによる腹腔鏡補助下S状結腸 切除術と注意すべき解剖学的ポイント

小林宏寿 榎本雅之 樋口哲郎 安野正道  
植竹宏之 飯田 聡 石川敏昭 石黒めぐみ  
青柳治彦 松山貴俊 岡崎 聡 杉原健一

東京医科歯科大学大学院腫瘍外科

腹腔鏡下手術の低侵襲性・技術の進歩に伴い、その適応は拡大している。大腸癌においてはこれまで早期癌を中心に腹腔鏡下手術が行われてきたが、現在ではその適応を進行癌へと拡げる施設が増加している。

大腸癌における腹腔鏡下手術では大腸の授動のアプローチ法により、内側アプローチと外側アプローチのいずれかが用いられるが、開腹同様の順序で視野が展開されるという点で、外側アプローチは比較的導入しやすく、当科では外側アプローチを用いている。ただし、腹腔鏡下手術は低侵襲な反面、開腹手術とは違う角度から術野を見る必要にせまられ、また限られた視野で手術を行うことが求められる。よって、これまで以上に解剖学的知識に精通する必要があるとともに、手術を円滑に行うためのメルクマールが必要となる。

まず、S状結腸間膜の生理的癒着を剥離するところから手術は始まる。Monk's white lineより剥離を開始し、生理的癒着を胎生期の元の状態へと戻す。そして、この時点で左尿管および精巣もしくは卵巣血管を確実に温存する。開腹ではこれに引き続き上下腹神経叢を直視下にある程度温存するところまで剥離をすすめるが、腹腔鏡下手術ではそこまで深追いせず、右側からの剥離へと切り替えることが多い。

岬角前面付近でS状結腸間膜右側の腹膜を切開し、下腸間膜動脈～上直腸動脈を腹側に持ち上げ、上下腹神経叢ならびに左右の腰内臓神経は温存し、腸間膜枝のみを切離しながら、右側から左側へ剥離をすすめる。この際、視野を展開するために腸管を持ち上げるにより、自律神経も腹側へと牽引されるので、極力、腸管近傍で神経の腸間膜枝のみを切離し、本幹は損傷しないように留意することが肝要である。

## 胆管周囲の脈管の解剖と胆管を温存した リンパ節郭清の有用性

山口直孝<sup>1</sup> 遠藤 格<sup>1</sup> 上田倫夫<sup>2</sup>  
松尾憲一<sup>1</sup> 武田和永<sup>1</sup> 永野靖彦<sup>2</sup>  
田中邦哉<sup>1</sup> 渡会伸治<sup>1</sup> 嶋田 紘<sup>1</sup>

<sup>1</sup>横浜市立大学消化器病態外科学

<sup>2</sup>同大学附属市民総合医療センター消化器病センター

はじめに：ss胆嚢癌は高頻度にリンパ節転移を認めることが知られている。これに対して教室では、徹底したリンパ節郭清を目的として肝外胆管を合併切除してきた。その結果、ss胆嚢癌5年生存率は49.8%と比較的良好ではあるが、胆道再建後に胆管炎が頻発し、著しくQOLを損なう症例や抗がん剤治療が思うように実施できない場合がある。一方で、胆管を温存した肝十二指腸間膜のリンパ節郭清は約10～20%程度に術後胆管狭窄が生じると報告されている。そこで根治性は損なわずに、胆管を温存したりリンパ節郭清が可能であるか否かを検討した。

対象と方法：対象は解剖用遺体3例である。胆管の周囲に分布する動・静脈を剖出した。その後短軸方向の割を入れて標本を作成した。また、dissection法を用いて肝門から肝内胆管を剖出し、右肝管および左肝管に分布する動脈および静脈と総肝管分岐部からの距離について計測した。

結果：動脈は尾側ではPSPDAより分岐し総胆管に分布した。右肝管には右肝動脈より分岐する動脈を認め、総肝管分岐部から3mm, 5mm, 8mmであった。左肝管には、右肝動脈および中肝動脈から分岐する動脈を認め、総肝管分岐部から6mm, 9mm, 12mmであった。一方、静脈は動脈と伴走し胆嚢静脈に合流する症例(2例)や、門脈の腹側に直接流入する症例(1例)を認めた。輪切りでは、主に3時方向に分布する動脈・静脈を認め、筋層には2～4本の静脈を確認した。一方、既に胆管を温存しつつ肝十二指腸間膜靱帯内にも郭清した症例に関して、術後胆管狭窄の有無を血液生化学検査やMRIなどで検査した結果についても報告する。

結語：肝十二指腸間膜のリンパ節郭清の際に右肝動脈およびPSPDAからの分枝を温存すれば、安全かつ根治的な郭清は可能と思われる。