

腹腔鏡内視鏡 合同手術研究会

Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery
第11回 2015年3月6日

■演題 10 RPS(Reduced Port Surgery) で行う Closed LECS

代表演者：加藤大 先生（鳥取市立病院 外科）

共同演者：[鳥取市立病院 外科] 大石正博、小寺正人、山村方夫、池田秀明、水野憲治、谷悠真、
山下裕

[岡山大学病院消化管外科] 西崎正彦、藤原俊義

[岡山大学病院光学医療診療部] 岡田裕之

我々は、岡山大学と協力してLECSに取り組み、Closed LECSを共同開発した。1例目は第8回LECS研究会で発表したスネア法であるが、腫瘍を腹腔側から鉗子で押し込むことが可能な症例という制限と、漿膜筋層（以下、漿筋）の切除範囲が不確実なため、NEWSと同様にスパーサー（セクレアR）を使用することとし、また、RPSで行う手技を開発した。

臍に2.5cm縦切開を置き、E・Zアクセスに5mmポートを2本挿入し、5mmのフレキシブルカメラを使用。右側腹部から細経鉗子用の3mmポートを挿入し、腹腔内を観察。穹窿部前壁の腫瘍に対し、まず内視鏡にてESD手技を用い胃腫瘍全周の粘膜下層切開を行う。FJクリップ2本で場の展開を行い粘膜下層切開対側の漿膜に電気メスでマーキングを置く。セクレアRを置き、中央で1針左右の漿筋縫合を行いセクレアRがずれないようにしておく。V-LocTMを用い、漿筋連続縫合にてマーキングと共にセクレアRを完全に埋没させる。その後フック鉗子を用い胃内腔より漿筋を切開し、腫瘍を経口的に回収する。

Closed LECSはスパーサーを用いることで漿筋を粘膜と同じ範囲で切除可能となり、RPSとの組み合わせで腹壁の破壊も最小限に留めることのできる手技であると考えている。