

■演題10 当院における胃粘膜下腫瘍に対する LECS の工夫

代表演者：大場光信 先生（KKR 札幌医療センター斗南病院 外科）

共同演者：[KKR 札幌医療センター斗南病院 外科] 山本和幸、北城秀司、森綾乃、田中宏典、佐藤大介、
才川大介、鈴木善法、川田将也、川原田陽、大久保哲之、奥芝俊一

[KKR 札幌医療センター斗南病院 消化器内科] 住吉徹哉、近藤仁、藤井亮爾、皆川武慶、
藤江慎也、木村朋広、庵原秀之、由崎直人、平山眞章

当院ではこれまで胃粘膜下腫瘍に対する LECS を 38 例経験した。

Classical LECS (n=25) の他、腫瘍径の小さな管外発育型の腫瘍に対しては、腫瘍周囲の漿膜筋層切開後に腫瘍を腹腔へ牽引して切除する CLEAN NET (n=2)、腫瘍径の小さな管内発育型の腫瘍に対しては Closed LECS (n=11) を施行してきた。

視野の確保や手術操作に制限が加わり、技術的難易度の高い、食道胃接合部の病変 (n=8) に対する LECS として、食道胃接合部側を残して U 字型に腫瘍の辺縁を切離し、食道側の胃壁を切離する前に牽引用の支持糸を縫合して欠損部が縦隔へ牽引されない状態とした上で腫瘍の摘出、欠損部の縫合閉鎖を行う全層 U 字切開法 (n=4) を行ってきた。

胃小弯後壁の病変に対しては、迷走神経の損傷に注意が必要である。胃瘻 LECS (n=6) は LECS の手技を応用した胃内手術であり、最小限の胃切除による小弯漿膜側の神経および血管の可及的な温存が可能である。

また、さらなる低侵襲性を追求し、単孔式 LECS (n=12) を行ってきた。

LECS 関連手技は多様であるが、個々の症例に応じて最適の LECS をアレンジする我々の工夫を報告する。