

腹腔鏡内視鏡

合同手術研究会

Laparoscopic Endoscopic Cooperative Surgery

第20回 2019年11月20日

■ 1-1	胃 LECS/Classical LECS/ 腹腔鏡のポイントとこだわりと限界 Tips, preference and limitation of laparoscopic procedures for classical LECS
-------	--

演者：寺島雅典（静岡県立静岡がんセンター胃外科）

Speaker: Masanori Terashima, Division of Gastric Surgery, Shizuoka Cancer Center

腹腔鏡・内視鏡合同手術（LECS）は今や胃粘膜下腫瘍に対する標準的治療として位置づけられており、病態に応じて様々な variation が存在する。ここでは classical LECS における腹腔鏡下操作について言及する。ポート配置は基本的に腹腔鏡下胃切除に準じた 5 ポートとしているが、前壁や大彎の症例などでは単孔式もしくは細径鉗子の併用などによる reduced port surgery も試みている。気腹圧は 10mmHG で開始するが、内視鏡下操作を行う際には 6mmHg 以下に減圧している。内視鏡の全層切開に先立って血管処理を行うが、小彎側においては迷走神経の枝、特に Latarjet の神経を温存するように注意する。腫瘍周囲の全層切開は基本的に内視鏡下に行っている。この際、適宜内視鏡操作が行いやすいように腹腔鏡下に胃壁を把持し補助する。止血が困難な場合や、どうしても内視鏡下での操作が困難な場合には腹腔鏡下に切離を行う。全周切開を行い、摘出標本は基本的に腹腔鏡下に回収している。最後に欠損孔を腹腔鏡側から漿膜筋層縫合を行っている。本法は胃の変形が少なく、噴門周囲の病変に対しても応用可能である。