VP-013 シングルポート腹腔鏡下根治的腎摘除術の経験

慶應義塾大学医学部泌尿器科学
中川 健, 香野 日高, 菊地 茉次, 長田 浩彦,
宮崎 哲, 大家 茂樹

腹腔鏡下手術が一般化し、さらなる進化としての単孔腹
腔鏡下手術の導入が外科系各科で始まっている。今回、腹
腔鏡下根治的腎摘除術において、単孔腹腔鏡下手術の導
入を行なったので報告する。症例は左下腹部に3.5cm位
の腫瘍を認めた61歳の女性。全身麻酔下で側臥位とし、中
胸鎖骨上縫合上縁のレベルで2cm位の皮切を加え、SILS™
ポート（Autosuture社製）を留置した。5mm径軟性腹
腔鏡（Olympus社製）と多自由度鋳子（Novare Surgical
System社製）を必須機器として使用した。手術は通常の
經腹膜的表面法の術式にしたがって、下行結腸と脾臓の脱
離、腎門部露出からヘモロック™による腎血管処理、吸
引送水機能付ヘラ型電気マスクならびにシリンジ型機器によ
る腎周囲の剥離、エンドキャップ™による皮切延長後
の腎摘出という手順で行った。全手術時間3時間、腎摘
出まで2時間30分で終了した。術中、術後に合併症を認め
ず、術後3日にドレナージ抜去、食事、歩行を開始、術後5
日で退院した。本手術では手術創の最小化を達成しつつ、
安全かつ確実に処理できた。今回、さらなる最
適化の必要性はあると考えが、シングルポートによる腹
腔鏡下根治的腎摘除術はオプションの一つになりうると思
われた。

VP-015 スニチビによるネオアンジェバント療法
後の大静脈壊塞を伴う腎摘の手術経験の1例

山形大学医学部泌尿器外科講座1, 山形大学医学部循
環器・呼吸器・小児外科学講座2

橇木 真明1, 八木 真由1, 山岸 敦史1, 細谷 法之2,
橋本 俊彦1, 西田 幸夫1, 内藤 敬2, 川添 久2,
武藤 明記1, 加藤 智幸1, 長岡 明1, 富田 善彦1,
貢弘, 元孝2

症例は56歳男性。2004年4月に左腹壁としてCT施行し、
腎周囲摘下までの下大静脈壊塞症を伴う右腎（cT3
bN0M0）、左腎動脈拡張を認めた。スニチビによるネオ
アンジェバント療法後に手術とする方針として、5月18日より
スニチビ50mg/日で開始、1・2コース目はG3以上の有
害事象を認めず。3コース目、day25でG3小血小板減少を
認めた、以後休薬と、10月5日に手術施行した。術前のCT
ではPRに至らぬ程度の縮小であったが、腹膜間動脈の肝
静脈レベルまでの短縮を認めた。右副腎は肝被膜を含めて壊
着が強く、慎重な操作を要した。腎摘および脱摘の後、左腎静脈・
左大靜脈線・左大腿根静脈の体外循環を装置した。経皮性植管
波で腎静脈先端の先端を確認した。腎摘後腹下大静脈を
クラップ、右腎静脈と下大静脈をフラップ上に切開し、腎
静脈先端の脱出を行った。一部静脈囊を腎門として、血管
ラップ用い下大静脈を剥離した。手術時間9時間37分、
出血2642mlであった。病理結果はclear cell carcinomaで、
治療効果判定はGradel1であった。スニチビ手術後壊着が
強くなる可能性が示唆されたが、閉門を回復でき、肝機能
も認めず、手術侵襲を減らすことができた。スニチビネオ
アンジェバント療法は有用であったと考えられた。

VP-014 腹腔鏡下腎摘除術において腎動脈静脈の処
理の効率化をはかる手技の一例

埼玉医科大学泌尿器科学
松島 将史, 矢内 原 仁, 坂本 博史, 櫻木 実,
中平 洋子, 橋倉 有孝

腹腔鏡下腎摘除術において、手術時間を短縮する重要さ
分は、腎動脈静脈の処理の効率化であり、さまざまな工夫が
なされている。我々の施設において、まず血管を一部剝離した後でいきなりを用い
結紮したのちに、さらに剝離をすすめ、十分な距離の確保
を行っている。いったん結紮を行ってから、腎血管を比較
的に自由に牽引することが容易になり、時に増加による手
術中、切りの方が困難になることを考慮し、術中行い得
る程度を確認した後で、静脈を剝離し、より遠位方
の効率を高めた方法で、腹腔鏡下腎摘除術を行ったもの
の術時の平均時間は21±4分であり、手術を認めた8例
の平均時間は42±1分であった。本手技は、通常の腎
摘除だけでなく、特に腎囊腫の癒着が高度で腎血管の同定、
確保が困難な感染後の腎摘除で、剝離を慎重に進める上
で有用な手技と考えている。さらに、本手技は腹腔
鏡下手術における適応の一つであると考えられる。

VP-016 腹腔鏡外アプローチによる女性の膀胱全
摘、代用膀胱成形術の経験

小牧市民病院泌尿器科
上原 修, 吉川 羊子, 大西 蒼, 木村 悠, 守屋 嘉恵,
平田 裕子, 松浦 治

女性膀胱癌患者3例に対し、腹腔鏡外アプローチで膀胱を踏
出し、新膀胱を造出、出血を最少限にとどめ良好な排尿機能を得
ることができたので報告する。方法：下腹部切開を基
準、膀胱剝離から側方に向けて腹膜外で剝離した。子宮円
索を含む反転できるように術前に切開した。骨盤リ
ンパ節を整理後、尿管を固定し、尿管を供用し、子宮
剝離は切除、可及的下方で尿管を切断した。摘出内に留置
したバルーンを膀胱外からの刺激を考慮して、その距離を測りながら尿
管を剥離前述より切開、逆行性に膀胱瘻と腸との間を剝離し
腎摘を剥離した。腹膜を開放し、以前に報告（2007
年8月泌尿科学会）した方法で腹膜内排嚥（rabbitchoke）を造
成した。膀胱の後面側にとどまるため、子宮円索の断
端を切断した。結果：出血量は平均350ml、手術時間は
平均132分であった。当院で施行した3例で術の後
術の排尿機能は良好で、尿失禁を認めず残尿もわずかで
CICを必要としていない。結論：腹腔鏡外アプローチで随案よ
びユーニオンを残し、子宮円索を残すことで生理的な膀
胱支持構造を残し、また康腸を脳腫瘻の発症を防ぎ脳腫
発育の後下肢への落ち着きを防いだ。これにより、残尿、
尿失禁のない代用膀胱を造設することが可能となり、より
自然な形での腹膜排嘔が可能になった。

NII-Electronic Library Service