

VS1—8 術後発声機能を考慮した咽喉食道摘後の食道再建術—遊離回盲部移植あるいは有茎回結腸間置による食道再建術—

富山医科薬科大学第2外科

坂本 隆, 斎藤光和, 清水哲朗, 田内克典,

榊原年宏, 井原祐治, 齊藤素子, 塚田一博

下咽頭癌や頸部食道癌などのため, 下咽頭と喉頭の合併切除を伴う頸部食道切除あるいは食道全摘が適応となる症例に対し, 消化管再建とともに術後発声機能を得る目的で, 回盲弁を逆流防止と発声の震動源として利用する食道再建について報告する。

本法では, 回腸が発声のためのシャント(回腸気管吻合を通じて呼吸を回腸から口腔内へ送り込むことにより発声)の役割をはたし, 上行結腸が代用食道の役割をはたす。

これまで遊離回盲部移植による再建を5例に, 左結腸動静脈を血管茎とする有茎回結腸挙上に頸部で回結腸動静脈と頸部の血管との血管吻合を付加した再建を3例に施行した。有茎回結腸挙上の1例で, 挙上腸管の壊死による再手術を必要としたが, 他の症例では全例に縫合不全を認めなかった。

現在3例が無再発生存中で, 全例女性, 術後経過年数はそれぞれ4年1カ月(遊離回盲部移植), 3年6カ月(胸壁前経路・有茎回結腸挙上), 3年2カ月(胸骨後経路・有茎回結腸挙上)である。互いに電話も可能な発声と経口摂取が可能となり, 家庭に復帰している。

今回, 遊離回盲部移植および有茎回結腸挙上による再建のそれぞれの手技の要点を供覧する。

1. 遊離回盲部移植による再建: 下咽頭喉頭頸部食道切除後, 咽頭盲腸吻合(端側), 上行結腸食道吻合(端々), 回腸気管吻合(端々), 頸部移植床血管と回結腸動静脈との顕微鏡下血管吻合, 回腸気管吻合部から約2気管輪離して気管前面に永久気管口の造設を行う。

2. 有茎回結腸挙上による再建: 下咽頭喉頭食道全摘後, 胸壁前あるいは胸骨後経路で左結腸動静脈を血管茎とする回盲部から横行結腸にいたる部分を順蠕動性に挙上し, 咽頭盲腸吻合(端側), 回腸気管吻合(端々), 結腸胃吻合(端側)を行い, 同様に気管前面に永久気管口を作成する。回盲部の血行をより安全とするため, 回結腸動静脈と頸部の動静脈とを吻合する。

本法によるこれまでの症例では, 回盲弁から気管内への若干の誤嚥と永久気管口の狭窄が問題となったが, 対処が可能であり, 特別な手技や訓練を要さず発声が可能となる点を考慮すると, 臨床的には十分満足すべき再建法と考えている。

VS2—1 PDにおける脾静脈切離による安全確実なリンパ節(14, 16a2latero)郭清およびPLsma亜全切除術 横浜国立大学第2外科

篠田康一郎, 三辺大介, 長谷川誠司, 国広 理, 遠藤 格, 渡会伸治, 嶋田 紘

脾癌では局所の根治性を得るために後腹膜拡大郭清とSMA周囲のリンパ節郭清および神経叢切除が必須である。しかしSMA根部や16a2lateroは脾静脈の背側にあるため通常では良好な視野を得ることが難しい。そこで教室では門脈合併切除の有無にかかわらず脾静脈を切離し, その背側のSMA根部および大動脈左側を十分露出させて良好な視野のもとで14および16a2lateroの郭清を行う一方, この視野を14Vの確実な郭清のために行った横行結腸間膜の広範囲な開放窓に連続させ, 左腹腔神経節に連なる左1/4のPLsmaを末梢側まで確実に残すPLsma亜全切除を行っている。(手術手技)大動脈周囲のリンパ節郭清に連続してSMAを露出し, 根部にtapingしておく。この時左腹腔神経節とその前面のリンパ節脂肪組織を左副腎静脈を結紮切離した後分けておく。次に結腸間膜右側よりsurgical trunkを露出して14Vを郭清しながら横行結腸間膜を切開して中結腸動静脈を結紮切離する。胆摘および総肝管切離後, 12, 8, 9, 7, 3を郭清し胃切を行う。脾の切離後門脈合併切除の有無にかかわらず脾静脈を切離し脾を外側に脱転する。この操作により大動脈左側およびSMA前面を根部まで直視下に露出することが可能となる。SMA根部にかけたtapeを目標にSMA前面の神経叢を電気メスで切開していき, 左1/4のPLsmaにtapingしこれに続く左腹腔神経節は温存し, それ以外の16a2lateroを左腎静脈を損傷しないように16b1lateroに連続させて郭清する。次いで右3/4のPLsmaとともにSMA周囲のリンパ節を郭清する。ただし術前術中所見でPLsma(+)ならばPLsmaは全切除する。横行結腸間膜の切開窓からPLsmaの亜全切除とSMA周囲のリンパ節郭清を中結腸動脈ないし空腸動脈第1枝の根部まで進める。空腸動静脈第1枝を根部で結紮切離後空腸を切離する。再建はChild法で行う。なお脾静脈とIMVの交通がない場合は胃の鬱血対策として脾静脈とIMVの端々吻合を行う。術後血管造影では脾静脈からIMV, 結腸辺縁静脈を経由し門脈に向かう下方への経路が4例中3例にみられた。(成績)PLsmaの浸潤率は40.0%、SMA周囲リンパ節の転移度も28.1%と高率であった。SMA周囲の局所再発率は脾静脈切離12例では33.3%、脾静脈非切離17例では52.9%、大動脈周囲の局所再発率はそれぞれ8.3%、13.3%であった。一方難治性下痢の頻度はPLsma全温存が0%、部分温存が18.2%、非温存が80%であった。(結語)脾頭部癌の切除に際しては結腸間膜を拡大開放し, 脾静脈を切離して脾尾側を外側へ脱転することにより14, 16a2lateroの確実な郭清とPLsmaの選択的切除が可能になると思われた。