

# 序文

解剖学は時の外科学の進歩に応じて深化してきた。リンパ節郭清が花盛りの時代にはリンパ管、リンパ節の解剖に関する多くの論文が発表され、拡大肝切除が盛んになるとその安全性向上のために肝臓の局所解剖が発展した。最近 30 年間の外科を取り巻く環境には、いくつかの大きな変化が生じた。腹腔鏡下手術（ロボットを含む）、術前化学療法、動脈合併切除、技術認定制度の導入、そして NCD による自施設データの客観化などが挙げられるのではないだろうか？

腹腔鏡下手術が頻用されるようになり、従来の手術とは異なる視野で手術をする必要が出てきた。典型的な例は ta-TME であろう。肛門側から TME を行うと、前立腺や neurovascular bundle が肛門側からは近く直視できるうえ角度も良好になる。しかし当初は、解剖学的位置関係の誤認による尿道損傷が相次いだという。また、ロボットの導入によって解剖学的に狭い場所の手術の質が向上した。すなわち縦隔内手術や、骨盤手術が安全かつ根治的に行われるようになった。

薬物療法・放射線療法の飛躍的な進歩により、切除不能・切除可能境界の癌には術前治療が行われることが多くなり、効果のみられた症例に切除が行われるようになった。従来は、動脈浸潤陽性の膵癌の切除後の 5 年生存率は 5% 程度と惨憺たる成績であり、顧みられなくなっていたが、最近の強力な化学療法の登場により動脈合併切除を伴う拡大手術が息を吹き返した感がある。術前治療によって腫瘍が縮小した場合に、治療前に腫瘍が存在した部位は時に硬化し、脈管構造との境界が不明瞭となる。そのような場合であっても安全に切除することが求められている。

日本内視鏡外科学会の技術認定や日本肝胆膵外科学会の高度技能専門医など、現在はビデオで手技を審査する資格制度が増えてきた。これは一見、手術手技を見ているようにみえるが、実は術者の局所解剖の理解がどの程度なのかも同時に審査している。解剖学的知識が浅いと危険なところに鉗子をつっこんでしまい不合格となってしまう。

NCD の導入により自施設の術後短期成績が全国でどの程度に位置するのかを知ることができるようになり、なおかつ、短期成績が悪いと是正を求められる時代になった。合併症が多いということは、技術が悪いのか、適応が誤っているのか、解剖の誤認による臓器・脈管の副損傷をしているかのいずれかである。すなわち局所解剖に精通することは、良い術後成績を得ることにもつながる。

以上のような時代の要請に伴い、今新しい外科局所解剖の知識が必要とされて

いる。今回は特に、安全な手術を遂行するためのランドマークは何か、そしてどのように出せば良いのかということを提示していただいた。達人が何を目標にしているのかを知ることによって、読者もその領域に近づくことができるのではないだろうか？ 執筆陣は本邦の消化器外科を先導する方々であり、長年の経験によって積み重ねられた知見をわかりやすくまとめていただいた。そのようなエッセンスを一冊の本ですべて知り尽くすことができる、本当に素晴らしい本になったと思う。まさに編集委員冥利に尽きる本となった。著者の皆さんに心からの感謝をささげたい。

横浜市立大学消化器・腫瘍外科学講座 遠藤 格