

SAGES 2011 Advance Program Surgi Endos 25 : 1-24, 2011

今回は少し趣向を変え、去る3月30日～4月2日にテキサス州サンアントニオで行われたSAGES 2011のプログラムから、「こんなセッションがありました」という報告をしたいと思います。

SAGESとはSociety of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeonsの略で、米国内視鏡外科学会のことです。詳しい紹介は省かせていただきますが、JSESと並んで、世界をリードする内視鏡外科医の集まりです。日本からも毎年多くの外科医が参加しており、世界のトレンドをいち早く知ることができます。今回は、日本ではあまり見かけないセッションを、いくつか紹介したいと思います。

1. Device Development : Idea to Product—How to Commercialize Your Great Ideas

機器開発における個人のアイデアをいかにして商品化するか？ということ、特許や認可の問題も含めて紹介するものです。実際には、アイデアの保護（守秘）に関する知識、医師でない者にアイデアの魅力を伝える方法、金銭問題、開発と実験法、市場化への道筋、などの発表があり、最近さまざまな法的規制によって厳しくなっている、商品開発を活性化させるためのセッションでした。

2. Military Session—Live Teleconference to Iraq!

内視鏡外科が戦争や自然災害の地でどのような使命を担うか、ということを取り上げたものです。まずは、ハイチ共和国で発生した大地震に対してどのような人道的支援が行われたかの報告があり、続いてイラク戦争の最中に腹腔鏡が果たした役割（主として外傷）の説明がありました。最後に紛争地域における最新の外科治療が報告され、東日

本大震災を経験したわが国においても発達すべき分野と考えられました。

3. Safety for Surgeons Panel : Is Your Profession Causing You Physical Harm?

外科医が内視鏡下手術を通して受けるさまざまな機械的、精神的なストレスに焦点を当て、討論するものです。まずは内視鏡下手術における人間工学と発生するストレスは緊急な課題であるという報告がなされ、それに対してどう対処するかという方法論の紹介、外科医におけるストレスと燃え尽き症候群についての発表、さらにそれが最終的に患者にどう影響するかの検討がなされました。

4. How Good Are You Really? Incorporative Patient Centered Measurement Tools Into Your Busy Practice

患者の視点から見た手術や外科医の評価を統合し、自分がどれくらいよい医者なのかを知るためのセッションです。まず患者の満足度とは何か、どうやってそれを評価するかという解説があり、続いて癌患者における満足度、肥満手術における満足度がそれぞれ報告され、さまざまな患者満足度をどのように日常診療へ取り入れるかという発表がありました。さらに、アメリカ国立衛生研究所（NIH）のPROMIS（Patient Reported Outcomes Measurement Information System）計画についての説明がありました。

【コメント】今回はセッションの概略だけで、その詳細をお伝えすることはできませんでしたが、他にもCadaverを使ったBariatric SurgeryのHands-on Courseなどがあり、日本では経験できないものも多くありました。これらのセッションは毎年参加者の細かい評価を受け、評判のよかったものや、参加者の多かったものは次回にも同様の企画が出されます。また、評価の低かったセッ

ション，座長や演者は，外されることになります。
JSES とはまた違った内視鏡外科の世界を一緒にのぞいてみませんか？ 来年は 3 月 7 日～10 日

まで，カリフォルニア州のサンディエゴで行われます。（<http://www.sages.org/>をご参照下さい）
山本 学（足立共済病院 院長）

Routine drainage is not necessary after laparoscopic gastric bypass

CC Chang, WJ Lee, KH Ser, et al

Asian J Endosc Surg 4 : 63-67, 2011

欧米のガイドラインでは，病的肥満患者に対する腹腔鏡下胃バイパス手術後にはドレーンの留置が推奨されている．著者らは，ルーチンのドレーン留置の必要性に関して，レトロスペクティブなデータを用いて比較検討を行いその意義を検討している．

方法：筆者らのグループは 1997 年 7 月～2008 年 8 月の間に，1,400 例を超える腹腔鏡下胃バイパス手術を病的肥満に対して施行しており，2008 年 8 月，ドレナージチューブの逸脱を契機にドレーンの留置を中止した．そこで，2008 年 8 月～2009 年 2 月までの連続 90 例のドレーン非留置群と，2008 年 5 月～8 月までのドレーン留置群 90 例との比較検討を行った．著者らの腹腔鏡下胃バイパス手術（Mini-gastric bypass）は，細径の小彎側胃管を作成し Billroth-II 法にて小腸と吻合する方法で，輸入脚の長さは術前の BMI によって決定された．両群ともに staple line の補強と吻合後の leak test が行われ，抗生剤（主に cefazolin）は術前・術後計 2 日間，投与された．術後透視は臨床的に縫合不全が疑われる際にのみ施行された．通常は合併症がなければ術後 3 日目に退院とし，ドレーン留置群では外来にて術後 7 日目に排液が 30 mL/day 以下であればドレーンを抜去した．

結果：ドレーン留置群と非留置群の患者背景は同等で，手術時間，術中出血量，在院日数とも有意差を認めなかった．術後 PCA による鎮痛剤使

用量も同等であったが，ドレーン非留置群における初回の排ガスまでの期間は有意に短かった（ 1.6 ± 0.7 d vs 1.2 ± 0.5 d, $p=0.006$ ）．縫合不全は両群とも 1 例ずつ（1/90, 1.1%）に認められ，両者とも典型的な初期の縫合不全を示唆する臨床所見，すなわち，予期しえない頻脈，発熱，白血球増多，respiratory compromise を認めた．ドレーンは膿性を呈さず，ガストログラフィンによる術後透視と腹部 CT にて縫合不全が確診された．両者とも直ちに腹腔鏡下に腹腔内を検索し，空腸瘻造設とドレーン留置にて回復した．ドレーン留置の有無にかかわらない他の術後合併症に関しても両群に有意差は認められなかった．

結論：病的肥満に対する腹腔鏡下胃バイパス術後のルーチンのドレーン留置は不要である．むしろドレーン留置を省くことで，合併症を増加させることなくより早期の回復に寄与する可能性がある．

【コメント】本論文において，わずか 1 例ではあるものの縫合不全の際に，留置されたドレーンが臨床的に有用な情報をもたらさなかった点は非常に興味深く，むしろ臨床所見の観察が重要である点は，肥満手術以外の消化器外科手術においても再認識する必要がある．

ドレーンの有用性に関して一定の見解の定まらない胃癌手術においても，今後の RCT が期待される．

角田 茂，坂井義治（京都大学消化管外科）