

◆ 文献抄録

A randomized prospective study of single-port and four-port approaches for hysterectomy in terms of postoperative pain

Jung YW, Lee M, Yim GW et al

Surgical Endoscopy 25 : 2462-2469, 2011

著者らは、単孔式腹腔鏡下子宮摘出術における術後疼痛緩和の優位性を検討するために、従来の腹腔鏡下子宮摘出術と比較する randomized prospective study を行った。

対象となったのは68例で、単孔式34例のうちトロッカーを追加する等によって単孔式でない手術に移行した4例を除く30例と、4トロッカー法で手術を行った34例による比較を行うことができた。単孔式手術は、臍部を1.2 cm 切開して1.5 cm の腹直筋鞘切開を加え、Alexis wound retractor (Applied Medical 社) に手術用グローブを装着して行った。腹腔鏡下子宮摘出術は、5 mm のトロッカーを4本挿入して行った。術後疼痛の評価には、visual analog scale : 以下、VAS (図1) を用いた。

その結果、患者背景や原疾患、手術成績に有意差はなく、術後6時間および第1病日～第3病日におけるVASスコアや、投与した鎮痛剤の種類、初回鎮痛剤投与までの時間に違いはなかった。しかしながら鎮痛剤の希望回数は、単孔式が 11.3 ± 4.1 回、4トロッカー法が 7.7 ± 2.7 回と、単孔式が有意差を持って多かった ($p < 0.001$)。

今回の検討では、単孔式手術が従来の腹腔鏡下手術と比較して遜色のない術式であることが確認

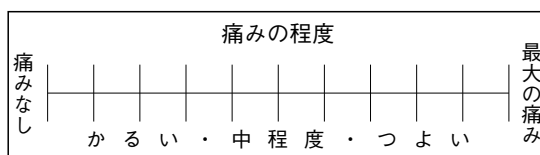


図1 : Visual analog scale (VAS)

長さ100 mmの線を引いた図を患者に示し、痛みの程度を図のうえに指で示してもらう方法

された一方、術後疼痛の緩和には寄与しないことがわかった。

【コメント】 単孔式腹腔鏡下手術は世界的に普及し、その有用性がさまざまな角度から検討されている。単孔式手術には整容上の利点しかない、という意見もあるが、現在も器具や術式にさまざまな工夫や改良が加えられており、内視鏡外科の中で一定の地位を築いていることに疑いの余地はない。

Jung らの今回の検討で、単孔式手術に術後疼痛の緩和という優位性は得られなかったが、従来の腹腔鏡下手術をより進化させようという reduced port surgery の概念は、見直されつつある needlescopic surgery とともに、正しい方向性と考えている。

山本 学 (足立共済病院 院長)

Pure laparoscopic hepatectomy for hepatocellular carcinoma patients
with severe liver cirrhosis

Morise Z, Sugioka A, Kawabe N, et al.
Asian J Endosc Surg 4 : 143-146, 2011

肝細胞癌に対する完全内視鏡下肝切除術は、非侵襲的手術と考えられている。重症肝硬変合併肝細胞癌に対する肝切除は、術後に各種の合併症が発生するなどのリスクが高く、本邦では手術適応の基準が設けられるなど慎重な判断が求められている。重症肝硬変合併肝細胞癌に対する完全内視鏡下肝切除術の有用性はこれまで十分には検討されていない。

患者と方法：2005年5月～2010年9月に、30例の肝細胞癌患者に対して完全内視鏡下肝切除術を施行した。そのうち18例は慢性肝障害をもった肝細胞癌患者で、内訳は男性9例、女性9例、平均67歳（40～77歳）。背景肝はC型肝炎15例、B型肝炎2例、アルコール性1例、糖尿病関連1例であった。平均手術時間272分（140～686分）、平均出血量57.5 ml（測定下限～696 ml）、平均在院日数18.5日（9～254日）。術後合併症は4例で発生し、胆嚢炎、腸閉塞、難治性腹水、直腸切除部の縫合不全がそれぞれ1例。これら18例の慢性肝障害をもった肝細胞癌患者のうち、Child-Pugh分類BまたはCの肝硬変患者は6例で、術後の各種成績をChild-Pugh分類B、C以外の11例の患者と比較検討した。

結果：Child-Pugh分類B、Cの肝硬変合併肝細胞癌に対して完全内視鏡下肝切除術を施行した6例の患者の手術時間は232分（140～341分）、術中出血量58 ml（測定不能～213 ml）、経口摂取開始時期術後2日（1～3日）、ドレーン抜去術後4日（3～6日）、術後3病日までのドレーン排液量820 ml（279～1,990 ml）であった。1例で胆嚢炎を合併した。これらの成績は、Child-Pugh

分類B、C以外の11例の患者と比べ、有意差を認めたものはなかった。

考察、結論：肝細胞癌の完全内視鏡下肝切除は、Child-Pugh分類B以上の患者においても、それ以外の肝硬変合併例と同様の成績で行うことができた。完全内視鏡下切除で行うことで、開腹切除で加わる肝実質や周囲組織への損傷を軽減でき、特に術後の難治性腹水を予防することが可能である可能性がある。また、播種や隣接臓器への傷害の恐れから経皮肝焼灼術で対応が困難と思われる肝表面の腫瘍は、こうした完全内視鏡下肝切除術のよい適応となる。

【コメント】 完全内視鏡下肝切除術は、まだまだ一般化していないものの一部施設で保険医療として実施され、本邦においても確実に市民権を得つつある術式である。一方、肝切除の対象疾患である肝細胞癌は背景に肝障害、肝硬変を伴っていることが多く、こうした肝硬変合併肝癌の肝切除の周術期にいかんにか肝硬変患者特有の問題があるか、肝臓外科医なら大きな興味を抱いている部分である。本論文では、開腹・内視鏡下手術ともに技術に習熟した外科医がChild B以上の重症肝硬変患者の肝切除を実施した経験を報告したもののだが、軽度肝硬変患者に比べて遜色のない結果が報告されている。一般の施設でも容易に再現されうる結果と安易に理解することは危険だが、本邦のハイボリュームセンターの完全内視鏡下肝切除術が高度なレベルに達していることを報告した貴重な論文である。

篠田昌宏・北川雄光（慶應義塾大学外科）