

## ビデオワークショップ

■ 2025年11月15日(土) 15:00 ~ 16:30 ■ 第1会場

## [VWS2] ビデオワークショップ 2 肥満症例における大腸手術の対策と成績

司会：福長 洋介(関西医科大学総合医療センター下部消化管外科), 五井 孝憲(福井大学第一外科)

## [VWS2-2] 肥満大腸癌手術にどう挑むか — 腹腔鏡・ロボット・TaTMEによる戦略的アプローチ

藤本 崇聰, 田村 公二, 永吉 絹子, 水内 祐介, 吉村 晴香, 堀岡 宏平, 池永 直樹, 仲田 興平, 大内田 研宙, 中村 雅史 (九州大学大学院医学研究院臨床・腫瘍外科)

【背景・目的】肥満患者に対する大腸癌手術は、視野確保や手術操作が難しく、根治性にも影響を及ぼす。当科の肥満患者への工夫や戦略を提示し、肥満が大腸癌の短期・長期成績に及ぼす影響を検討することを目的とした。

【対象・方法】当科で腹腔鏡下手術を施行した大腸癌患者1028例(2013~2025年)。肥満は①BMI  $\geq 25$ 、②L3レベルCTでの内臓脂肪面積  $\geq 100 \text{ cm}^2$ 、③内臓脂肪面積/内臓脂肪面積比(男性  $\geq 1.33$ 、女性  $\geq 0.71$ )。各群において短期・長期成績を比較検討した。

【手術手技のポイント】碎石位で両上肢を巻き込み側面を固定した上で、マジックベッドを固定し脱落しないようにする。術野確保のため、体位は最大限傾け、小腸による視野の妨げを防止するが、それでも視野が不良な場合はエンドラクターType Jを使用する。通常以上にこまめな止血を徹底する。技術的困難さから、原則として上級医が執刀する。

右側結腸癌では後腹膜アプローチにより、肥満症例でも安全な授動と確実な郭清が可能となる。左側結腸癌では外側からの先行授動により内側アプローチでの開窓が早まり、小腸による視野の妨げを短縮できる。低位直腸癌では、経肛門操作を併用することで手術時間の短縮を図る。さらに、吻合は体腔内吻合も選択肢としている。

【結果】盲腸・上行結腸癌が283例、横行結腸癌87例、下行結腸癌50例、S状結腸癌176例、直腸S状部癌132例、直腸癌300例。肥満は、①248例(24%)②499例(49%)③543例(53%)であった。①②肥満は非肥満患者より有意に手術時間が延長し(e.g.,超低位+低位前方切除 ①380vs313 min, p=0.028; ②351vs305, p=0.027; ③337vs324, p=0.50)、出血量が多かったが(①50vs32ml, p=0.019; ②50vs25, p=0.0009; ③50vs30, p=0.15)、開腹移行率、術後在院日数、術後合併症、予後に有意差を認めなかった。症例数は少ないが、肥満・狭骨盤の直腸癌患者でロボット手術+経肛門操作を同時にすることで、骨盤内操作時間が短縮していた。

【結語】当科の手術方針で手術時間は延長するが、安全かつ腫瘍学的根治性を損なわない手術が可能であった。