Oral Session | Surgery

Fri. Nov 20, 2026 12:50 PM - 1:50 PM JST | Fri. Nov 20, 2026 3:50 AM - 4:50 AM UTC | Room 10 (1F 101-B)

Oral Session 14 Robotic Surgery: Outcomes and Techniques 2

座長：山梨 高広（北里大学医学部下部消化管外科学）

[O14-4] Colon cancer surgery using the surgical robot system　A conclusion based on short-term treatment outcomes and challenges

*Yoshihiko Nakamoto[1] (1. Department of Surgery, Meiwa Hospital)

現在までに手術支援ロボットhinotoriによる198例の大腸癌手術を経験し、結腸癌80例（右側結腸癌60例、左側結腸癌20例）施行した。右側では内側アプローチで後腹膜十二指腸剥離を行い、回結腸静脈・動脈切離、副右結腸静脈があれば切離、中結腸動脈右枝切離、さらに膵頭部剥離を進めるが、胃側との脂肪境界が不明瞭な際は横行結腸間膜前葉後葉を剥離することで膵頭部前面に頭側から到達することができる。回腸を先行切離し、後腹膜・外側アプローチで肝湾曲を内側より切離するが、hinotoriでは基本的に体位変換が難しいため可能な限り内側より剥離を進める。最後に横行結腸間膜を助手と協調して吻合予定部まで切離し、ICG血流確認後横行結腸を離断し、体腔内吻合を行う。内側アプローチでは軽度の頭低位で可能であり、間膜内側部が固定されているためsurgical trunkの郭清にロボットの多関節機能が発揮できる。左側ではポート配置が重要で横行結腸から脾湾曲部の際は右側と逆の配置で、下行結腸部では右側一直線の配置で、頭低位左高位で行う。コンソール時間は74～340分、術後合併症はイレウス2例、minor leakage1例、膿瘍1例、胆嚢炎1例（胃切除同時例）。腹腔鏡では体位変換して内側、後腹膜、頭側アプローチを組み合わせることができるが、hinotoriでは体位変換は困難であり頭低位が基本であり、エナジーデバイスがないため、結腸間膜の処理には助手にある程度の技量と工夫が必要である。hinotoriを用いた結腸癌手術の手術手技の工夫と短期成績を提示する。

©一般社団法人 日本大腸肛門病学会