

体腔鏡を用いた泌尿器悪性腫瘍に対する低侵襲手術の推進

(文責：泌尿器科 羽瀨友則)

サマリー

体腔鏡下手術（*腹腔鏡、後腹膜鏡）は、従来の開放手術と比べて明らかに低侵襲で患者への恩恵は大きい。当科では1990年代初頭より他施設に先駆けて体腔鏡下手術を取り入れ、国内外でトップレベルの症例数を誇るとともに、対象疾患も年々広げている。現在、当科では、腎腫瘍（腎癌）や腎盂尿管癌に対しては標準術式として、さらに前立腺癌は高度先進医療として、膀胱癌にも一部で体腔鏡手術を行い、これらのほぼ全例で術翌日に飲水や摂食、歩行などが可能になり、早期の術後回復を実現している。

（*注：泌尿器科では腹腔鏡とともに、後腹膜に操作腔をつくり、腹腔内の操作なしに手術を行うこともあり、両者を総称して体腔鏡手術と呼んでいる。）

全体像

当科では、92年-01年には副腎腫瘍を主として、215例の体腔鏡下手術を行っていたが、同手術件数は増加傾向にあった。02年4月からは腎尿管悪性腫瘍の体腔鏡下手術も保険診療として認可されることになり、02年の件数はさらに増加傾向に拍車がかかり、年間56例となった。本年度も増加傾向（おそらく80前後）にあり、当科での泌尿器科のメジャーサージェリーは体腔鏡手術に移行しつつある。

腎腫瘍と腎盂尿管癌

現在、腎腫瘍（腎癌）や腎盂尿管癌の3/4は体腔鏡手術で行われ、9割以上の患者は術翌日には飲水や摂食、歩行が可能になるばかりではなく、早期就労復帰も可能となった。また経過観察期間はやや短い、制癌効果も開放手術と何ら変わらない結果を得ている。開放手術が選択された症例は局所進展例が多く、早期発見が従来の制癌という意味以上に、重要になったと言える。特に腎腫瘍は検診や、他科でのエコーやCTで偶然発見される例が、サイズも小さく早期で体腔鏡手術の恩恵を受けることが多い。また他院から体腔鏡による低侵襲手術を求めて、紹介されたりセカンドオピニオンを求めて来院される患者も多いのも事実である。

前立腺癌

前立腺に局限した癌であれば根治的前立腺全摘除術が標準的治療の選択肢である。しかし従来の開放手術による根治的前立腺全摘除術には制癌効果とともに出血、術後尿失禁と性機能障害（impotence）という3つの障害があった。これ

らの諸問題を克服する目的で、腹腔鏡下前立腺全摘除術は、フランスのグループを中心として始められたが1999年頃より、世界的にも認知されるようになった。1999年12月、当科では日本で初めて腹腔鏡下前立腺全摘除術にも成功し、02年3月には高度先進医療として認可され、早期前立腺癌に対しては、この術式を推進している。現在までのところ、前立腺被膜内に限局した癌であれば制癌効果は良好で、術後の補助療法も必要ない。また手術時間は開放手術より長いものの、手術視野は良好で、出血量は少なく、患者は術翌日に歩行、食事も可能である。術後の尿道カテーテル留置期間も短くなったが、尿禁制の回復、性機能維持に関しては開放手術を凌駕するにいたっていない。機器の発達も含めて、今後の改善が期待されるところである。前立腺癌においてもPSAを中心とした早期発見により、治療の選択肢は広がってきており、患者の受ける恩恵は大きいといえる。

その他

02年には、膀胱癌の膀胱全摘の体腔鏡手術にも成功し、先日は透析患者に発生した尿路上皮癌に対し、両側腎摘+膀胱尿道全摘を腹腔鏡下に問題なく終了することができた。いずれも、手術後の回復は従来の開放手術と比べて格段に早い。

悪性疾患ではないが、02年からは、腎移植ドナーの腎摘出も体腔鏡下に行い、ドナーの早期退院を可能にした。腎移植ドナーでは腎摘出にあたり、7~8cm程度の切開が必要であるが、これを下腹部におくことにより創痛も少なく術後のコスメシスも良好である。

おわりに

泌尿器科領域を初めとして、体腔鏡下手術の進歩は目覚ましい。すでに副腎腫瘍については、よほど大きな腫瘍(直径7~8cm以上)で無ければ、これを開放手術で摘出するのは一種の“犯罪行為”と考えています。ぜひ、泌尿器科以外の医療関係者にも現在の体腔鏡下手術の進歩を認識していただき、「無用な開放手術」、「大きな切開」を減らすことに貢献していただければ幸いです。