

## 【臨床・研究】

## Adachi VI型の総肝動脈走行異常を伴った胃癌 に対する腹腔鏡下幽門側胃切除術の1例

たか なし とし ひろ ひら はら のり ゆき まつ ばら たけし  
高 梨 俊 洋<sup>1)</sup> 平 原 典 幸<sup>2)</sup> 松 原 毅<sup>3)</sup>  
いし ばし しゅう いち た じま よし つぐ  
石 橋 脩 一<sup>2)</sup> 田 島 義 証<sup>2)</sup>

キーワード：胃癌，腹腔鏡下手術，Adachi 分類

### 要 旨

症例は66歳，男性。進行胃癌に対する精査加療目的に当院に紹介となった。術前のCTで総肝動脈が SMA から分岐し門脈背側を走行する Adachi VI型の走行破格を認めた。Adachi VI型では臍上縁のリンパ節郭清時に総肝動脈をメルクマールにできないことが問題になるが，術前から Adachi VI型と認識していたことにより門脈前面の層を保ちながら臍上縁リンパ節を廓清することで安全に D2 郭清を伴う腹腔鏡下幽門側胃切除を施行できた。腹腔鏡は視覚からの情報に頼った手術になり，触覚で確認することができないため術前に血管走行破格の評価をしておくことが重要であると考えられた。

### はじめに

胃癌ガイドラインでは胃癌手術の標準術式は D2 リンパ節郭清を伴う胃切除とされており，No.8a リンパ節や No.9 リンパ節など臍上縁に沿ったリンパ節の郭清が必須となる。腹腔鏡下に臍上縁リンパ節郭清を行う場合は総肝動脈周囲の神経叢をメルクマールに神経前面の層を露出しながらリンパ節郭清を行う。しかしながら腹部動脈幹からの血管分岐にはさまざまな血管走行破格が存在

することが知られており，血管走行の把握を怠ると術中の思わぬ損傷を招く危険性がある。1926年に Adachi<sup>1)</sup>は腹腔動脈幹からの総肝動脈，脾動脈，左胃動脈の分岐形態を252例の剖検から6型28群に分類した（図1）。今回，術前に診断し得た Adachi VI型の血管走行破格を有する胃癌症例に対して D2 郭清を伴う腹腔鏡下幽門側胃切除を安全に施行することができたので文献的考察を加えて報告する。

### 症 例

患者：66歳，男性  
主訴：体重減少  
既往歴：特記事項なし

Toshihiro TAKANASHI et al.

1) 松江赤十字病院第一外科

2) 島根大学医学部消化器・総合外科

3) 出雲徳洲会病院外科

連絡先：〒690-8506 松江市母衣町200番地  
松江赤十字病院第一外科