

# 初心者のための平岡・吉水式HoLEP (より安全・確実・容易にマスターするために)

済生会新潟第二病院泌尿器科  
吉水 敦・車田 茂徳

現在、前立腺肥大症の手術療法はTUR-Pからより安全性が高いHoLEP・TUEB・PVPに移行してきている。しかし、周りに指導者がいない中で慣れ親しんだ腺腫切除系のTUR-Pから腺腫核出系のHoLEPに移行しその手技をマスターするのは合理的で初心者にも習得しやすい平岡・吉水式HoLEPといえども容易ではない。より安全・確実・容易に平岡・吉水式HoLEPをマスターできるよう、現時点で私が初心者に勧めるポイントは以下の通りである。

HoLEPが比較的容易と思われる症例から開始する。核出系の手術では、腺腫が小さいと被膜と腺腫間の結合が強く難易度が高い。しかし、大きすぎるとHoLEPを途中で中断した場合TUR-Pに移行しても安全に切除ができない。よって、推定腺腫重量が30g程度で中葉肥大がなく両側葉がほぼ同じ大きさの二葉肥大症例からHoLEPを開始することを推奨したい。尿道粘膜切開後の精阜脇での腺腫剥離では、まずレーザーの衝撃波を利用し腺腫と被膜の間隙を見つけそのあとキュレットを使用しその間隙から剥離面を広げる。その際に前立腺尖部の尿道粘膜を電気凝固しておくことより良い視野での処置が可能となる。レーザーは前立腺尖部の剥離において精阜脇で被膜と腺腫の剥離面を見つけておくことだけにしか使用せず、その後の括約筋付近の腺腫剥離にはキュレットを使用するので術後の尿失禁が防止できる。止血は、レーザーのみの使用にこだわらず電気メスを積極的に使用する。慣れないと12時を中心に剥離を進め膀胱腔内に入るべき所が分からないので、最初に全周性に膀胱頸部の輪状繊維をTURで露出しておくことを勧める。この処置により、膀胱側の剥離端がはっきりするので安心して剥離を膀胱側に進めることができるだけでなく、膀胱頸部の被膜と腺腫の結合部も切断されているため腺腫の一塊核出が容易になる。膀胱頸部の剥離は、12時から背側に広がる被膜面を左右から6時方向に進め少しずつ腺腫付着面を狭めていく。"剥離した腺腫と膀胱頸部の輪状ファイバーの間"に内視鏡を挟んで引きながら観察するとテンションがかかっている部位やまだ剥離出来ていない部位がはっきりするので、深く切り込むのではなく薄皮を一枚ずつ切り離す感じの切開を繰り返すことで腺腫と被膜の付着部は次第に狭くなり最後に腺腫が一塊として核出できる。morcellationは良好な視野のもと集中力のある状態で施行する必要があるため、初心者は腺腫核出とmorcellationを分けることも考慮すべきであ

る。一回で実施する場合でも、**morcellation**を開始する直前に牽引用の**Foley**カテーテルを留置しバルーンを拡張後10分ほど軽く牽引すれば静脈性の出血はコントロールでき、より良好な視野での**morcellation**が可能となる。

上記ポイントと当院泌尿器科HPで閲覧可能な手術ビデオ参考にし、低出力レーザーを保有する施設でも平岡・吉水式**HoLEP**を開始しその術式が普及することを期待したい。