

第 22 回近畿産婦人科内視鏡手術研究会プログラム

— Kinki Society for Gynecologic Endoscopy —

日時 : 令和 5 年 2 月 5 日 (日) 10:00~17:00
会場 : 梅田スカイビル スペース 36L (大阪梅田)
大阪市北区大淀中 1-1 (梅田スカイビル タワーウエスト 36 階)
参加費 : 1,000 円
年会費 : 3,000 円
入会金 : 2,000 円
取得単位 : 学術集会参加 機構単位「2 単位」
領域講習 機構単位「1 単位」、学会単位「10 点」

研究会長	大阪労災病院	志岐 保彦
理事長	大阪中央病院	松本 貴
事務局	吹田徳洲会病院	梅本 雅彦

9:30~10:00 理事会
10:00~10:10 開会式
10:10~11:20 一般演題 I (演題 1~5)
座長 : 関西労災病院 高田 友美
11:20~12:00 伊藤賞 (内視鏡手術ビデオアワード) 表彰式・受賞講演
12:00~12:40 メーカーアワー
13:00~14:00 ランチョンセミナー (協賛 : ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社)
演者 : 日本赤十字社和歌山医療センター 山西 優紀夫
「私の手術教育とリンパ節郭清」
演者 : 近畿大学 小谷 泰史
「困難症例に対する腹腔鏡下子宮全摘術」
座長 : 大阪医科薬科大学 恒遠 啓示
14:30~14:50 評議員会ならびに総会
14:50~15:50 会長講演
演者 : 大阪労災病院 志岐 保彦
「安全性・再現性の高い子宮全摘出術における手術コンセプト
~TLH から TLRH まで共通するコンセプトとその実践~」
座長 : 市立貝塚病院 横井 猛
15:50~17:20 一般演題 II (演題 6~11)
座長 : 大阪国際がんセンター 久 毅
17:20~ 閉会式

【伊藤賞（内視鏡手術ビデオアワード）受賞者】

最優秀アワード： 東近江総合医療センター 高橋 顕雅

審査員特別賞： 大阪労災病院 樋上 翔大

【一般演題 I】 座長 関西労災病院 高田 友美

<演題 1>

腹腔鏡手術における子宮マニピュレーターによる子宮穿孔をきたした症例検討と文献的考察

近畿大学

黄 彩実、小谷泰史、和田知春、永山明徳、村上幸祐、川崎 薫、中井英勝、松村謙臣

【目的】 良性疾患における腹腔鏡手術において、尿管損傷などを回避する目的で、当科ではほぼ全例に子宮マニピュレーターの挿入を行っている。しかしその挿入過程において、子宮穿孔を来すことがある。その際、術後の周産期管理において、帝王切開を選択するかなどの管理において十分なエビデンスは存在しない。そこで当科の症例において子宮穿孔を来した症例の検討と、文献的考察を含め報告する。

【方法】 1989年より2021年までに当院で腹腔鏡手術を施行した6790例において、子宮穿孔を来した症例を検索した。また文献的に子宮穿孔を来した報告も検索した。

【成績】 6790例中7例において子宮穿孔を来した(0.10%)。当科では、その後妊娠した症例は確認できなかった。文献的には、穿孔後に妊娠32週で子宮破裂を来した症例報告や、TOLACと同様に慎重に管理すれば経膈分娩も可能であるという報告も存在した。

【結論】 子宮マニピュレーターは臓器損傷を回避できる安全性の高い装置であるが、穿孔した場合は子宮破裂のリスクが存在するため慎重に対応しないといけない処置である。

<演題 2>

小腸部分切除を要した12mmポートサイトヘルニアの一例

大阪国際がんセンター

前田通秀、松崎慎哉、竹本祐基、林田はるえ、角張玲沙、久 毅、馬淵誠士、上浦祥司

【緒言】 ポートサイトヘルニアは稀ではあるが内視鏡手術に特有な重篤な合併症の一つである。今回我々は小腸部分切除を要した12mmポートサイトヘルニアを経験し、報告する。

【症例】 60歳代、G2P2、子宮体癌 Stage IA の診断で腹腔鏡下单純子宮全摘術、両側付属器摘出術を実施した。縫合針の挿入のために右下腹部に12mmポートを留置して手術を行った。術中合併症なく12mmポート挿入部は2-0VicrylのZ縫合で閉鎖した。術後3日目に嘔吐を認めたため、麻痺性イレウスの診断で絶食のうえ、補液管理を行った。術後5日目に急激に増悪する腹痛、右下腹部の著明な膨隆を認めた。造影CTで腸管の12mmポート刺入部への嵌頓を認め、緊急手術を行った。膨隆部直上の皮膚を10cm切開し、壊死した腸管を確認した。筋膜を切開し、ヘルニアを解除後、小腸部分切除を行った。その後の術後経過は良好であった。

【結語】 内視鏡手術術後早期に腸閉塞症状を認めた際にはポートサイトヘルニアを疑う必要性があり、早期のCT検査が望ましいと考えられた。実際の手術画像を供覧し、教訓的一例に関して報告する。

<演題 3>

腹腔鏡手術既往患者の1st トロッカー挿入時に小腸穿孔を生じた1例

高の原中央病院

奥口聡美、曾山浩明、吉田剛祥、谷口文章

【緒言】 腹腔鏡下手術の主な合併症は、尿管損傷、膀胱損傷、腸管損傷、大血管損傷などである。今回、腹腔鏡下手術の1st トロッカー挿入時に小腸損傷が生じた症例を経験したので報告する。

【症例】 0経妊、50歳、coitus(-)。体重が98kg、BMIは37.0と高度肥満を認めた。既往歴として腹腔鏡下虫垂切除術あり(手術創は、臍部、右下腹部、下腹部正中)。MRIにて8cm大の右内臓症性嚢胞が疑われ、子宮内膜の肥厚も認めた。腹腔鏡下手術は、前回の

手術創と同じ臍部にトロッカーを留置しようとした時に、小腸損傷が生じ開腹手術に移行した。損傷した小腸は、臍部の手術創に強固に癒着していた。腫瘍は右傍卵管囊腫であり、右傍卵管囊腫摘出術、右卵巣切除術を行い、子宮内膜吸引組織診も施行した。また外科医により小腸端々吻合が行われた。術後の経過は良好であり、11 日目に退院した。病理結果は線維腺腫病変を伴う漿液性囊胞腺腫、子宮内膜は子宮内膜異型増殖症であった。

【考察】腹腔鏡手術既往の臍部の癒着は、軽度であれば 1.6%、重度の癒着は 0.8%と言われており、腹腔鏡手術既往がある場合は、術前に癒着の評価を行い、1st トロッカーの位置を臍部以外の場所にする 것을考慮すべきであると思われた。

<演題 4>

腹腔鏡下広汎子宮全摘術後に下腿コンパートメント症候群を生じた 1 例

市立貝塚病院

市川冬輝、中前亜季子、小松直人、田中良知、仲尾有美、谷口 翠、永瀬慶和、甲村奈緒子、田中あすか、増田公美、岡 藤博、横井 猛

【緒言】腹腔鏡下手術のまれな合併症として下腿コンパートメント症候群 (WLCS) がある。今回腹腔鏡下広汎子宮全摘術 (TLRH) 後に WLCS を生じた 1 例を経験したので報告する。

【症例】48 歳、2 妊 2 産、BMI27、既往歴なし。子宮頸部扁平上皮癌 I B1 期に対し TLRH を施行した。碎石位で行い手術時間 8 時間、出血量 300ml だった。帰室直後より左下腿の高度腫脹・疼痛を認めた。血液検査で CK 2300U/l であり造影 CT で左腓腹筋腫脹を認めた。WLCS を疑い高次医療施設へ救急搬送し、同施設にて下腿減張切開術が施行された。順調に経過し術後 17 日目に退院した。

【考察】WLCS は、下腿筋膜内空間の圧力が上昇し神経や筋組織に障害を生じるものであり、婦人科手術では 0.03% に生じる。リスク因子として頭低位、碎石位、長時間手術、肥満などがある。発生予防のために碎石位による下腿への負荷を避けることが重要である。本症例を受け多職種間で検討を行い、今後 TLRH は下肢伸展に近い碎石位で行い 2 時間毎に 5 分間の水平位を取るなどの工夫を行う方針とした。

【結語】TLRH 後に WLCS を生じた 1 例を経験した。今後は術中の下腿負荷を避け、WLCS を予防しつつ腹腔鏡下手術を行いたい。

<演題 5>

卵巣成熟奇形腫に対する腹腔鏡下卵巣囊腫核出術後に生じた化学性腹膜炎、皮下膿瘍の治療に難渋した高度肥満の 1 例

関西ろうさい病院

北島 遼、高田友美、澤本康平、上杉俊太郎、山本実咲、大久保理恵子、尾上昌世、吉岡恵美、後藤摩耶子、堀 謙輔、伊藤公彦

【緒言】手術中に囊腫内容物が漏出することは稀ではなく、化学性腹膜炎の誘引となりえる。今回、卵巣成熟奇形腫核出術の際の囊腫被膜破綻に起因する、術後化学性腹膜炎と創部感染によって、治療に難渋した 1 例を経験したので報告する。

【症例】38 歳、0 経妊、BMI 49。右 8 cm、左 10 cm 大の両側卵巣成熟奇形腫に対し、腹腔鏡下卵巣囊腫核出術を実施した。術中に囊腫が被膜破綻し、脂肪成分と毛髪が漏出した。腹壁が厚く、右下腹部のポートが頻回に抜去し、再挿入を余儀なくされた。術後 4 日目に、CRP 25 と炎症反応上昇し、CT にて子宮周囲及び皮下に液体貯留を認めた。化学性腹膜炎および創部感染と診断、抗生剤投与を開始し、入院期間は 28 日間に及んだ。術後 37 日目に外来にて、皮下膿瘍に対して穿刺、排液を行った。抗生剤投与を計 2 か月間、創部洗浄を計 8 か月間行い、治癒した。

【結語】高度肥満の症例に対する卵巣成熟奇形腫の核出術の際は、術後創部感染の予防のため、バルーン付きポートの使用やポート設置部の洗浄などの留意が必要と考えられた。

【一般演題 II】 座長 大阪国際がんセンター 久 毅

<演題 6>

膀胱内に迷入した子宮内避妊具を膀胱鏡手術と腹腔鏡手術で摘出した一例

近畿大学

永山明穂、小谷泰史、佐藤華子、中井英勝、松村謙臣

近年、子宮内避妊具(IUD)は広く使用されている。それに伴い子宮穿孔が起こり、腹腔内迷入、消化管穿孔や腹腔内膿瘍などの合併症が散見されるようになってきた。今回われわれは IUD の膀胱内迷入を経験し、膀胱鏡手術と腹腔鏡手術で摘出した症例を経験したので報告する。

症例は 47 歳、3 妊 2 産。帝王切開の既往がある。33 歳時に中国で IUD を挿入した経緯がある。47 歳時に、前医で IUD の抜去を希望したが、抜去困難のために当院へ紹介受診となった。骨盤 MRI 検査にて、IUD の子宮穿孔及び先端が膀胱内に迷入していることが明らかになり、膀胱鏡で IUD の先端に膀胱結石の存在を確認した。泌尿器科と合同手術で経尿道的膀胱結石破砕術及び腹腔鏡で IUD の摘出を行った。膀胱、子宮の創部を縫合し手術は終了した。術後 9 日後に膀胱造影で漏れがないことを確認し退院となった。

IUD の子宮穿孔した報告は複数あるが、膀胱内へ迷入した報告は極めて稀である。今回、膀胱鏡と腹腔鏡を併用することにより、低侵襲に異物除去術を行うことが可能であった。

<演題 7>

腹腔鏡下子宮筋腫核出術における腹腔鏡下超音波検査を使用した術後再発の検討

近畿大学

和田知春 小谷泰史 永山明徳 森内 芳 村上幸祐 中井英勝 松村謙臣

【目的】子宮筋腫の手術療法の中で妊孕性を温存するためには、近年腹腔鏡下子宮筋腫核出術(LM)が行われることが多い。しかし、LMは術後再発を経験する。そこでわれわれは、再発予防の目的で、術中に腹腔鏡用超音波検査を実施し、術後再発について検討したので報告する。

【方法】われわれは、MRIで予想された筋腫を全て核出後に、腹腔鏡用超音波検査を実施した。12mmのトロッカーより挿入し、プローベを子宮にあて、発見された残存筋腫をすべて摘出した。当院では1995年より2021年まで751例のLMを施行した。その中で、術中腹腔鏡用超音波検査を用いた73例と使用していない678例との間で、手術成績と術後再発率を比較検討した。

【結果】腹腔鏡用超音波を用いた73例中、超音波を施行すると1cm未満の小筋腫が16例(22%)の症例で見つかり、追加で摘出を行った。術中腹腔鏡用超音波検査を用いた群の術後再発率は29%(21/73)となり、使用していない群では37%(250/678)となり、差は認めなかった。ただし、手術成績の比較では、使用群、非使用群で手術時間は217分と154分、摘出筋腫個数6.4個と3.8個となり、使用群で有意な増加があった。

【結論】LM後の再発は一定の割合で起こるが、今後観察期間や症例を蓄積し、術中腹腔鏡用超音波検査を用いる方が、再発低減に寄与できるか検討を重ねていきたい。

<演題 8>

ロボット支援下手術における臍部癒着症例に対する左下腹部第一穿刺の試み

奈良県総合医療センター

竹田善紀、伊東史学、中澤 遼、中谷真豪、新納恵美子、谷口真紀子、杉浦 敦、佐道俊幸、喜多恒和

ロボット支援下手術では、第一穿刺点として臍部ないし臍上が用いられる。第一穿刺手技は腸管損傷、血管損傷の合併症を引き起こすことがあり、特に臍部癒着が疑われる症例では注意を要する。当院では腹腔内癒着に対する左下腹部穿刺の安全性を見出し、臍部癒着が予想される症例において左下腹部を第一穿刺点として使用している。具体的には、左下腹部の補助ポート留置予定部位に12mmの皮膚切開を加え、交叉切開法で腹腔内に到達しポートを留置する。現在まで、術前に臍部癒着が疑われた5例に実施した。このうち実際に臍部癒着を認めた症例は4例で、うち1例は小腸癒着であった。いずれも左下腹部に癒着を認めず、第一穿刺に起因する合併症を認めなかった。それぞれ鏡視下に癒着剥離を行い、臍もしくは臍上にカメラポートを留置し、第一穿刺部位を補助ポートとしてロボット支援下手術を施行し得た。臍部癒着が疑われる症例において、左下腹部は有用な第一穿刺点であると考えられる。

<演題 9>

ダグラス窩閉鎖症例に対する TLH における術野展開

大阪ろうさい病院産婦人科

田中佑典、樋上翔大、白石真理子、志岐保彦

ダグラス窩閉鎖症例に対する TLH は、癒着によって正常の解剖学的構造が偏位しているため、難易度が高い手術の 1 つであると考えられる。解剖学的ランドマークに沿って後腹膜腔を正確に展開しなければ、出血や尿管・直腸損傷・排尿障害などの周術期合併症につながる。

当院では、ダグラス窩閉鎖症例に対する TLH における術野展開を、以下の 4 ステップの順で定型化している。

1. 直腸側腔 (Latzko) を展開し尿管および下腹神経の走行を同定する
2. 尿管を子宮間膜後葉から単離し、尿管を外側に吊り上げる
3. 下腹神経と直腸固有筋膜との間にある無血管野を展開し、下腹神経のプレーンを直腸の外側に同定する
4. 直腸の走行を確認し、子宮と直腸との間の癒着を鋭的に剥離しダグラス窩を解放する

ダグラス窩閉鎖症例に対する TLH の手術動画を提示し、当院における術野展開の工夫について述べる。

<演題 10>

腹式単純子宮全摘術後の内膜症性嚢胞患者手術において蛍光尿管ステントの留置が尿管損傷予防に有効であった 1 例
関西ろうさい病院

大久保理恵子、澤本康平、上杉俊太郎、北島 遼、山本実咲、尾上昌世、吉岡恵美、後藤摩耶子、高田友美、堀 謙輔、伊藤公彦

尿管損傷の多くは、骨盤内手術操作に起因する医原性発生であり、産婦人科腹腔鏡手術の 0.05-3 % に発生すると報告されている。また、子宮内膜症患者では、腹腔内の癒着を認め、尿管損傷のリスクが高いとされる。今回、腹式単純子宮全摘術後の内膜症性嚢胞症例において蛍光尿管ステントを留置し、尿管損傷を回避した 1 例を経験した。

50 歳、2 妊 1 産、BMI : 19.9 、帝王切開術と腹式単純子宮全摘術の既往を認めた。麻酔下に右尿管に蛍光尿管ステントを留置後、手術を開始した。内膜症性嚢胞は 5 cm 大に腫大しており、右尿管と強固に癒着していたが、蛍光尿管ステントにより、安全な剥離操作が可能であり、術中問題なく腹腔鏡下右卵巢摘出術を完遂した。術後経過は良好で術後 4 日目に退院となった。

内膜症や手術既往のある症例では腹腔内の癒着が想定され、尿管損傷のリスクが上昇する。蛍光尿管ステントは、術中尿管損傷回避に有用であった。

<演題 11>

病理医を困らせる腹腔鏡下手術に伴う摘出標本

大阪医科薬科大学 病理学教室

山田隆司

【はじめに】婦人科領域では良性から悪性疾患に至るまで、かなり多くの症例で腹腔鏡下手術されるようになった。しかし、開腹手術ではなかったような摘出標本が病理診断用に提出されることがあり、病理医として困惑することがある。最近経験したそれらの症例を紹介する。

【症例】子宮頸部腫瘍に対して、腔側が十分切除できていないことで追加切除される場合であるが、分離された標本ではどこに連続していたか、断端がどちらであるのかがわかりにくいことがある。子宮体部腫瘍に対して、経腔的に子宮を摘出するときに体部が引き裂かれそうになった場合に、筋層浸潤の程度や脈管侵襲がわかりにくくなることがある。子宮筋腫や卵巢良性充実性腫瘍の場合、摘出のために腫瘍が細切されており、どの標本をどれだけの切片数で検討したらよいかのわかりにくいことがある。

【まとめ】画像診断や肉眼所見などで得られている診断に有用と思われる情報は、図で表すなどを含め病理診断依頼時に十分に添えておいてもらいたい。

【協賛企業 (ランチョンセミナー開催)】

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

【協賛企業 (展示協賛)】 (五十音順)

株式会社アダチ

コヴィディエンジャパン株式会社

株式会社アムコ

テルモ株式会社

エム・シー・メディカル株式会社

日本メディカルネクスト株式会社

科研製薬株式会社

株式会社プロシード

【事務局より】

- ・PC 受付は開場左前方にて随時行っております。余裕を持って担当者にお声かけください。
- ・講演中でも後方展示スペースをご覧ください。結構です。
- ・メールアドレス変更は、本日受付にて可能です。
- ・メールアドレス変更・所属変更の際は、事務局までご一報をお願いいたします。

事務局：吹田徳洲会病院産婦人科 梅本雅彦

E-mail：m.umemoto@tokushukai.jp

- ・研究会ホームページ HP アドレス：<https://ksge.jp/>

<会員専用ページ閲覧方法>

ログイン ID：guest パスワード：member-kinki

現状は仮パスワードでも閲覧可能ですが、各個人のパスワード作成も可能です。

<新規パスワード設定方法>

下記 URL より設定可能です。

<https://ksge.jp/wp-login.php?action=lostpassword>