

# 第 24 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 7 年 2 月 2 日 (日) 10:00~17:50  
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 : 3,000 円  
年会費 : 0 円  
入会金 : 5,000 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」

|      |          |       |
|------|----------|-------|
| 研究会長 | 京都府立医科大学 | 楠木 泉  |
| 理事長  | 大阪中央病院   | 松本 貴  |
| 事務局長 | 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                                                                                                                                                         |
| 10:10~11:50 | 一般演題Ⅰ (演題 1~8)<br>座長: 兵庫医科大学 馬淵 誠士                                                                                                                          |
| 11:50~12:30 | メーカーアワー                                                                                                                                                     |
| 12:40~13:40 | ランチョンセミナー (協賛: テルモ株式会社)<br>演者: 順天堂東京江東高齢医療センター 齊藤 寿一郎<br>演題: 子宮鏡の現在と今後の展開<br>演者: 兵庫医科大学 福井 淳史<br>演題: 産婦人科診療におけるオペラスコープの有用性<br>座長: 京都府立医科大学大学院 保健看護学研究科 楠木 泉 |
| 14:00~14:15 | 評議員会ならびに総会                                                                                                                                                  |
| 14:15~15:15 | 会長講演<br>演者: 京都府立医科大学大学院 保健看護学研究科 楠木 泉<br>演題: 過不足のない安全な子宮内膜症手術を目指す<br>座長: 吹田徳洲会病院 梅本 雅彦                                                                      |
| 15:30~16:10 | 伊藤賞 (内視鏡手術ビデオアワード) 表彰式・受賞講演                                                                                                                                 |
| 16:10~17:50 | 一般演題Ⅱ (演題 9~16)<br>座長: 京都府立医科大学大学院女性生涯医科学 伊藤 文武                                                                                                             |
| 17:50~      | 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：山崎 亮 泉大津急性期メディカルセンター

審査員特別賞：小作 大賢 泉大津急性期メディカルセンター

## 【一般演題 I】 座長 兵庫医科大学 産科婦人科 馬淵 誠士

### <演題1>

子宮摘出に対する TLH、RALH、v-NOTES のすみ分け

淀川キリスト教病院産婦人科<sup>1)</sup> Okada Medical Clinic, Australia<sup>2)</sup>

伊熊健一郎<sup>1)</sup>、鈴木嘉穂<sup>1)</sup>、岡田隆幸<sup>2)</sup>、自見倫敦<sup>1)</sup>、村上暢子<sup>1)</sup>、月永理恵<sup>1)</sup>、胡 詩音<sup>1)</sup>、米田圭明<sup>1)</sup>、小永井奈緒<sup>1)</sup>、柴田綾子<sup>1)</sup>、石原あゆみ<sup>1)</sup>、三上千尋<sup>1)</sup>、塩野入規<sup>1)</sup>、陌間亮一<sup>1)</sup>

【背景と目的】現施設8年間での腹腔鏡手術の変遷を振り返る。子宮全摘に対し、当初はTLH（total laparoscopic hysterectomy）を導入し、2021年からロボット支援下子宮全摘術：RALH（robotic-assisted laparoscopic hysterectomy）が、昨年にはv-NOTES（transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery）が加わり、現在では90%以上が腹腔鏡手術で、残りが開腹手術になっている。手術法の分別は、良性と悪性を含め、対象臓器の性状、大きさ、癒着の状態、肥満度などから、侵襲性の少ない順での選定となる。開腹を要しない症例では、まず、経腔操作が可能と判断する症例はv-NOTESで、次いで、RALHとなる。しかし、ロボット使用は第2、第4、第5の火曜日と第2、第4の金曜日で月8例前後となり、残る症例がTLHとなる。本研究会では、そのすみ分けなどについて報告する。

【準備と工夫】自験の腹腔内臓器を対象とした手術例の24.5%（555/2,267）がBMI $\geq$ 25であり、肥満例にも対応できる準備と手術内容を心掛けている。下肢コンパートメント症候群にも意識した手術台で体位を取り、第一ポートは臍窩からバルーン付トロカーで、後はトロカーの種類と配置、気腹（12mmHg程度）、骨盤高位（15度程度）となる。各術式の共通点は、術野の確保、癒着の対処、摘出と回収、修復と閉創である。無理と判断した場合は、速やかに可能な手術法への切り替が必要である。また、若手医師の参加と育成にも配慮した術式の選択や、手技・手法の定型化なども大切と捉えている。

【考察と結語】腹腔鏡手術では、色々な壁や落とし穴がある。手抜きや横着は慎み、常に定型化した適切な操作が大切である。また、理に適った臨機応変な対応、工夫、発想の転換なども大切である。そのような動画供覧を考えている。

### <演題2>

ロボットの弱点を補うダブルフォース法—焼ける、縫える、安くなる—

市立貝塚病院 産婦人科

市川冬輝、中谷早希、真野雄貴、原マイケルシャノン、小池真琴音、松谷和奈、永瀬慶和、田中あすか、吉村明彦、岡 藤博、横井 猛

【緒言】ロボット支援手術は多関節鉗子や3Dカメラにより精密な操作が行える。一方でポート配置の都合で左右対称な操作が難しく、鉗子コストも高い。これらを改善すべくDa Vinci Xiでフォースバイポーラ（FB）を2本用いる方法を試みた。

【方法】5ポートで行い、1番および4番アームにFBを、2番アームに30度カメラを、3番アームにカーブドシザーズを設置した。基靱帯処理時、左側は1番および3番アームを、右側は3番および4番アームを用いて行った。縫合結紮はFBで行った。

【成績】当科の全30例のロボット支援手術のうち25例で本方法を用いた。手術成績（いずれも中央値）は、手術時間187分、コンソール時間139分、出血量0ml（少量）、摘出重量230gだった。2例でのみ持針器鉗子を使用した。

【考察】FBを2本用いることで左右対称な基靱帯処理が容易となった。FBはストロングモードを活用することで止血力が向上し、縫合結紮も可能だった。シーリングデバイスと持針器鉗子が不要となり鉗子コストが下がった。

### <演題3>

当院におけるpure RASHの導入と成績

泉大津急性期メディカルセンター 婦人科 女性腹腔鏡・ロボット手術部門

小作大賢、山崎 亮、稲垣聖子、木下 弾、山崎則之

【目的】当院では2023年6月より創部数削減を目的として助手用ポートを用いないpure Robot assisted Simple Hysterectomy (RASH)を導入したため、pure RASHにおける手術成績について検討した。

【方法】2023年4月から2024年12月に行われたdaVinci Xiを用いたRASH114例のうち、助手用ポートを用いずに手術を開始した68例を対象とし、患者背景、手術関連項目、周術期合併症について後方視的に検討した。臍上3cmにダイレクト法で2番ポート、その右に2本(3番、4番ポート)、左に1本(1番ポート)、等間隔にポートを留置した。

【成績】患者背景の中央値(幅)について、年齢は47(34-65)歳、BMIは22(15.4-34.5)であった。手術関連項目の中央値(幅)について、手術時間は154(78-365)分、コンソール時間は106(54-181)分、手術準備時間は38(18-236)分、出血量は10(10-1500)ml、摘出重量は220(75-2305)gであった。術中に補助ポートを追加した症例が3例(4.4%)、腹腔鏡手術に移行し輸血を要した症例が1例(1.5%)、術後感染・麻痺性イレウスのため腹腔鏡下癒着剥離術・ドレナージ術を施行した症例が1例(1.5%)あった。術中多量に出血をきたした場合や巨大筋腫症例では補助ポートからの頻回の吸引や上部靱帯の処理、子宮筋腫の牽引が必要となる場合があった。

【結論】pure RASHを導入した。補助ポートを使用せずに手術を完遂することが困難な場合があり、術前の詳細な評価および適切な症例選択、出血させない手術操作が必要である。

#### <演題4>

RSCで膀胱を損傷した1例

泉大津急性期メディカルセンター 婦人科 女性ロボット・腹腔鏡手術部門

山崎 亮、小作大賢、稲垣聖子、木下 弾、山崎則行

【緒言】ロボット支援下仙骨腔固定術(以下RASC)のkey procedureとして膀胱剥離がある。この操作は膀胱腔間隙を正しい層で見極め、鋭的剥離を行う必要がある。しかし膀胱腔間隙のfasciaの状態は個人差があり、また炎症や既往手術などにも影響する。今回、RASCで膀胱粘膜面まで穿孔させた症例を経験したので報告する。

【症例】66歳、2妊2産、既往に子宮内膜症あり。POP-Q stageⅢ(子宮脱、頸管延長あり)に対して手術希望ありRSCの方針とした。Da Vinci Xiを使用、膀胱剥離の際、腔壁を削っていると誤認し、剥離層をより膀胱側に変えたところ膀胱粘膜面に穿通した。膀胱を3層で修復した。子宮下垂がメインであったため、術式を子宮全摘・腔断端仙骨子宮靱帯固定術に変更した。術後は膀胱安静のためバルン留置継続し、術後8日目に膀胱造影で漏洩が無いことを確認、9日目に退院した。

【結語】膀胱腔間隙を正しく剥離することは重要である。しかし腔壁や膀胱筋層内に切り込んだ場合も組織にテンションをかければ剥離可能層と誤認してしまうことがあり、注意が必要である。

#### <演題5>

巨大筋腫に対してロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術時に鉗子が破損した症例

大阪急性期・総合医療センター

海野ひかり、隅蔵智子、竹村昌親、道佛香奈江、八木太郎、伊藤風太、加藤愛理、武藤はる香、松崎聖子、久保田哲、増田公美、笹野 恵、島津由紀子、田口貴子、森重健一郎、竹村昌彦

【緒言】ロボット手術は、腹腔鏡手術に比べて牽引や把持力が強く、視野も確保しやすいため、巨大子宮筋腫症例も増えてきている。当院でも画像上、基靱帯処理が可能と判断したらロボット手術を実施している。子宮摘出後の回収時に鉗子のリスト部分の破損を来した症例を経験したため報告する。

【症例】48歳、1経産、BMI 26。約17cm大の子宮筋腫を認めた。腹部膨満感と頻尿症状、過多月経症状があり手術を希望され、6カ月間レルゴリクスを内服するも大きさほぼ変化なく、ロボット支援下子宮全摘術+両側卵管切除術を実施した。重量2.6kgの子宮を回収袋に収納する際に鉗子に無理な負荷がかかりリスト部分が破損した。破損したリスト部位がポートに引っ掛かり、鉗子をポートから抜去するのに難渋した。

【考察】ロボット手術は多方向からの強い牽引・圧排が可能だが、感触や距離感覚がわからず、想像以上の力がかかり器具破損してしまう危険性があることを念頭に置いて

おく必要がある。

#### <演題 6>

ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術後にポートサイトヘルニアを生じた一例

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学<sup>1)</sup>、京都府立医科大学大学院消化器外科学<sup>2)</sup>

岩井未帆<sup>1)</sup>、片岡 恒<sup>1)</sup>、沖村浩之<sup>1)</sup>、垂水洋輔<sup>1)</sup>、有田智洋<sup>2)</sup>、寄木香織<sup>1)</sup>、伊藤文武<sup>1)</sup>、森 泰輔<sup>1)</sup>

【諸言】ロボット支援下手術後合併症として、稀ではあるがポートサイトヘルニアを生じることがある。その発症要因やリスクについては腹腔鏡手術とは違った因子が考えられる。われわれはロボット支援下子宮悪性腫瘍手術を実施したのちに、ポートサイトヘルニアを生じた1例を経験したので報告する。

【症例】73歳 2妊2産。子宮体癌に対して、ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術を実施した。手術時間は175分で出血量は少量であった。術後経過に異常は認めず、術後5日目に退院した。病理組織診断はendometrioid carcinoma, G1, pT1aN0M0であり、術後化学療法は実施せず定期的な経過観察を行なった。術後10ヵ月頃より左下腹部創における膨隆を自覚し、腹部CTを実施したところ左下腹部創のヘルニアを確認した。遅発型ポートサイトヘルニアと診断し、ヘルニア修復術を行なった。ヘルニア囊の一部は内腹斜筋筋膜であり、ヘルニア内容は大網であった。ヘルニア門は脆弱であったポート創で大網と癒着しており、癒着剥離した後にヘルニア門の内腹斜筋の筋膜とを0 バイクリル®で結紮縫合して閉鎖した。ポートサイトヘルニア形成の要因として、高齢、BMI 28以上、糖尿病、創感染、術後化学療法などの患者因子と、ポートの鋭角挿入、頻回のポート滑脱・再挿入、急激な脱気、長時間手術、不十分な閉鎖などの術者因子との報告がある。ロボット支援手術におけるリスク因子としては、ダビンチポートのリモートセンター位置ずれによる挿入長の変化がポート部の筋膜損傷が大きくなるとの報告がある。後方視的に手術動画を見直すと、本症例ではアシストポートの挿入に難渋し、抜去と再挿入を繰り返した。またポート位置はダイヤモンド配置の腹腔鏡手術よりも頭側の臍の高さであったため、骨盤操作のために常にポートが鋭角で操作し、過度な力が働いていたと考えられた。その結果、腹壁創部がポート径以上に広がった可能性が考えられた。ヘルニア修復手術後1年経過しているが、再発なく経過している。

【結語】ポートサイトヘルニアを発生するリスクについて十分に理解しておくとともに、そのような症例ではより確実な腹膜・筋膜の閉鎖を心掛けることが重要である。

#### <演題 7>

ロボット支援下子宮全摘出術後に発生した遅発性消化管穿孔の1例

淡海医療センター 産婦人科<sup>1)</sup>、同 消化器外科<sup>2)</sup>

藤城直宣<sup>1)</sup>、松永隆志<sup>2)</sup>、堀川陽平<sup>1)</sup>、中川 冴<sup>1)</sup>、中川渥裕<sup>1)</sup>、十河進仁<sup>1)</sup>、鳥井裕子<sup>1)</sup>、矢野阿壽加<sup>1)</sup>、卜部優子<sup>1)</sup>、卜部 諭<sup>1)</sup>

症例は81歳、2経産。既往歴に虫垂炎（術後）、高血圧、狭心症、房室ブロック、乳癌がある。8年前より近医で肝機能障害をフォローされており、やや増悪を認め当院の消化器内科へ紹介。CTで子宮内膜肥厚を認め当科へ紹介。子宮内膜細胞診は陰性であったが、子宮鏡所見にて一部血管新生を疑わせる腫瘤を認め、術前診断：子宮内膜増殖症としロボット支援下子宮全摘出術および子宮付属器摘出術を施行した。消化管損傷を疑う術中所見は認められなかった。術後3日目の夜間に嘔吐し、術後4日目に腹痛、腹部膨満および筋性防御が認められ、造影CTで骨盤内に造影効果のある被包化された液体貯留を認めた。腔断端部より穿刺したところ小腸液が疑われ、腹腔鏡下試験開腹術を施行。回腸末端から口側約20cmにピンホールの穿孔部位を認め、小腸穿孔と診断。開腹手術へ移行し小腸部分切除および機能的端々吻合術を施行した。切除した回腸において、穿孔部より離れた部位で固有筋層の唐突な欠損が認められ、Segmental absence of intestinal musculature (SAIM)の所見であった。消化管穿孔にSAIMの関与が考えられた。

#### <演題 8>

ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘出術時にロボット鉗子にて小腸漿膜損傷を来した一例

奈良県総合医療センター<sup>1)</sup> 大阪大学<sup>2)</sup>

谷口真紀子<sup>1)</sup> 木瀬康人<sup>2)</sup> 上杉俊太郎<sup>2)</sup> 植田まさみ<sup>1)</sup> 美並優希<sup>1)</sup> 佐川翔子<sup>1)</sup> 黒瀬苑水<sup>1)</sup> 森田小百合<sup>1)</sup>

新納恵美子<sup>1)</sup> 伊東史学<sup>1)</sup> 喜多恒和<sup>1)</sup> 小玉美智子<sup>2)</sup> 佐道俊幸<sup>1)</sup>

症例は40歳代、2経産。多発子宮筋腫による便秘のためロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘出術を実施した。ダヴィンチXi®にて頭低

位 14 度で手術を開始した。術中に小腸が骨盤内に垂れ込み、左右のロボット鉗子で腸管の挙上を図った際に小腸漿膜が損傷した。消化器外科に相談し、3-0 吸収糸で漿膜を一針縫合した。その後手術を完遂し、経過良好で術後 4 日目に退院したが、術後 6 日目に腹痛、下痢と嘔吐にて再入院となった。CT 検査から骨盤死腔炎を疑い、絶食管理と抗菌薬投与を開始したが、本人希望により術後 7 日目に他院に転院となった。抗菌薬投与継続のもと経過観察を行い、術後 23 日目に退院となった。術中所見より小腸穿孔の可能性も否定できず、厳重な管理を要した症例であった。触覚のないロボット鉗子による腸管の挙上は避け、頭低位の角度を調整するなどの対応が重要であると考えられた。

## 【一般演題 II】 座長 京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 伊藤 文武

### <演題 9>

卵管間質部妊娠への腹腔鏡下卵管角部楔状切除術で超音波凝固切開装置が有用と考えられた 2 例

社会医療法人愛仁会 千船病院

北井沙和、城 道久、稲垣美恵子、大木規義、吉田茂樹

【緒言】卵管間質部妊娠は解剖学的に切開時に出血を来しやすい。卵管角部楔状切除術では出血の制御が問題となる。今回、卵管間質部妊娠への腹腔鏡下卵管角部楔状切除術で超音波凝固切開装置を選択し、出血の抑制に有効であった 2 例を経験した。

【症例】症例 1 は 29 歳、5 妊 2 産、妊娠 8 週の右卵管間質部妊娠。症例 2 は 37 歳、2 妊 1 産、妊娠 7 週の右卵管間質部妊娠。いずれも腹腔鏡下卵管角部楔状切除術を行った。患部の子宮筋層に 100 倍希釈バソプレシンを局注し、超音波凝固切開装置で少しずつ子宮筋層を切開し楔状切除を行った。切除面は有棘縫合糸で連続縫合した。出血量は症例 1 で少量、症例 2 で 40ml であった。

【結語】超音波凝固切開装置は、血管シーリング装置と異なり超音波の振動により組織の変性凝固で止血を行いつつ、えぐり取るような切開が可能である。出血を制御し厚い組織へ切り込む本術式では、超音波凝固切開装置が有用と考えられた。当院では TLH で血管シーリング装置を頻用するが、発生頻度は低いが術中に間質部妊娠が判明する場合もあり、超音波凝固切開装置の使用法も熟知しておく必要がある。

### <演題 10>

当院での腹腔鏡下腔断端仙骨子宮靱帯固定術(Shull 法)の導入経験と工夫

京都第二赤十字病院

小嶋 哲、秋山 誠、遠藤理恵、小川佳奈絵、加藤聖子、樺村史織

【緒言】骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下腔断端仙骨子宮靱帯固定術は、本邦では 2022 年から保険収載され、従来の腔式手術と比べ、尿管損傷のリスクが低いとされる。当院で腹腔鏡下腔断端仙骨子宮靱帯固定術を導入した際の工夫について報告する。

【症例】症例 1 は 48 歳、5 妊 2 産（経腔分娩 2 回）、子宮腺筋症および子宮脱(POP-Q : stageII)に対し腹腔鏡下腔断端仙骨子宮靱帯固定術（shull 法）の方針とした。手術時には腔断端固定時の尿管損傷を避けるために尿管を子宮広間膜後葉から剥離し、さらに直腸側腔の入口部を開放することで、仙骨子宮靱帯から十分外側に剥離した。子宮全摘は型通りに実施した。腔断端固定では、腔断端の両端を仙骨子宮靱帯遠位端に単結節縫合し、その後左右交互に単結節縫合し仙骨子宮靱帯の近位端が腔断端中央となるようにした。症例 2 は 51 歳、2 妊 2 産（経腔分娩 2 回）、多発子宮筋腫と子宮脱(POP-Q : stageII)に同術式を実施した。同様に尿管を仙骨子宮靱帯から十分外側に剥離することを意識した。子宮全摘後、腔断端を仙骨子宮靱帯と症例 1 と同様に縫合した。2 症例共に術中および術後の合併症は認めなかった。

【考察】Shull 法は腔管の短縮が起こりにくく、性機能保持の観点から、比較的若年かつ軽度の子宮脱主体の骨盤臓器脱に有用と考えられる。Shull 法の原法は腔式手術であり、尿管損傷のリスクが比較的高いとされている。腹腔鏡下手術では尿管を鏡視下に同定し剥離でき、そのリスクを低減できる。腔断端固定時に仙骨子宮靱帯が強く内側に牽引されるため、子宮全摘時に予め尿管を十分外側に剥離することが重要と考える。また固定の際は、左右交互に縫合することで対称的に腔断端が挙上され、運針が容易となる。

【結語】腹腔鏡下腔断端仙骨子宮靱帯固定術（Shull 法）の場合、尿管の十分な外側への剥離および腔断端の左右交互の縫合固定により安全かつ有効な実施が可能と考える。

## <演題 11>

当院における腹腔鏡下子宮筋腫核出術の経腔的筋腫回収方法の工夫

高の原中央病院 産婦人科

大谷真弘、奥口聡美、鈴木聡一郎、吉田剛祥、谷口文章

子宮筋腫は性成熟期女性における頻度の高い良性疾患であり、腹腔鏡下子宮筋腫核出術は広く行われるようになってきた。腹腔鏡下子宮筋腫核出術の時、核出筋腫を電動モルセレーターで細切して腹腔外に摘出する方法が一般的に行われていたが、以前回収袋は使用されていなかった。そのため、組織飛散による Parasitic myoma の発生や、術後の病理学的診断で肉腫の場合の骨盤内播種リスクがあり、2014 年の FDA の勧告以後、回収袋内で電動モルセレーターを使用し、核出筋腫を腹腔外に摘出するようになった。しかし FDA の勧告後、電動モルセレーターは販売停止となり、ディスプレイザブルモルセレーターが販売されたものの値段は非常に高い。電動モルセレーターを使用せずに経腔的に摘出を行なっている施設の報告を認めるが、回収袋は使用されておらず、組織液や組織片が腹腔内に遺残するリスクがある。

今回我々は、回収袋を使用して経腔的に簡便に搬出する方法を提案し、2024 年 3 月から腹腔鏡下子宮筋腫核出術に実施してきた。その具体的な方法を提示するとともに後方視的検討を行った成績を報告する。

## <演題 12>

腹腔鏡下子宮全摘出術の際に生じた小腸穿孔の 1 例

ベルランド総合病院

益田真志、宮武 崇、石田貴大、澤田大介、姜 雅衣、山下 央、田村 聡、小川 萌、松山佳奈子、松木貴子、南條佐輝子、濱田真一、大西淳仁、山寄正人、村田雄二

【緒言】腹腔鏡下手術における腸管損傷は重大な合併症の一つで、致命的な経過をたどる可能性がある。今回我々は、腹腔鏡下手術後に小腸穿孔が判明した症例を経験したので報告する。

【症例】45 歳、4 妊 3 産、帝王切開歴 3 回。3cm 大の粘膜下筋腫、過多月経及び貧血を認めたため、GnRH アンタゴニストを 3 か月内服し、腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した。子宮は手拳大で、帝王切開後の影響で子宮と膀胱が癒着していたが、術中に腸管損傷は判明しなかった。術後 4 日目発熱、急激な腹痛を認め、腹部造影 CT で汎発性腹膜炎が疑われたため、外科と合同で緊急手術を行った。空腸に 5mm 大の穿孔部位を認め、小腸切除術を施行した。手術動画を確認すると、後腹膜腔を展開するためハーモニック ACE®+で広間膜前葉の三角部を頭側に向かって切開している途中でアクティブブレードが小腸漿膜にあたり熱損傷していた。

【結語】本症例は癒着も軽度で視野内の操作であったが、術中に超音波凝固切開装置の熱損傷に気づけなかった。慎重な操作はもちろんのこと、術後に腹膜炎を疑う場合は遅発性の熱損傷を念頭に対応する必要がある。

## <演題 13>

ダグラス窩の卵巢嚢腫合併妊娠に対し腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術を行なった 2 例

兵庫県立西宮病院

尹 純奈、島津礼子、松田理邦、萬家愛賀、齋藤佑真、古村恭子、浅野正太、橋本香映、増原完治

卵巢嚢腫合併妊娠の手術では、妊娠子宮への愛護的な手術操作が求められる。特に卵巢嚢腫がダグラス窩に嵌頓している場合、手術操作に難渋することが多い。我々はダグラス窩の卵巢嚢腫合併妊娠の手術の際に、後腔円蓋に留置したコルポイリントルを手動的に頭側へ押し上げることで広い圧排面積にて卵巢嚢腫を挙上することにより、妊娠子宮へ最小限の刺激にて卵巢嚢腫を術野に移動できると考えた。上記方法にて腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術を施行した卵巢嚢腫合併妊娠の 2 例を報告する。

【症例 1】26 歳、1 経産。妊娠前より卵巢嚢腫の指摘あり、妊娠 5 週時に当院紹介となり MRI で左卵巢に約 10cm 大の単房性嚢胞性腫瘍を認めた。妊娠 16 週 2 日腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術施行。病理結果は粘液上皮性を伴う漿液性嚢腫であった。

【症例 2】29 歳、未経産。前医初診時より右卵巢嚢腫を認め、その後も縮小得られず妊娠 15 週 2 日に当科紹介。MRI で右卵巢に約 7cm 大の多房性嚢胞性腫瘍を認めた。妊娠 17 週 0 日に腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術施行。病理結果は漿液性嚢腫であった。

#### <演題 14>

##### 腹腔鏡手術により改善した術後医原性合併症の2例

奈良県総合医療センター

森田小百合、伊東史学、植田まさみ、佐川翔子、美並優希、黒瀬苑水、新納恵美子、谷口真紀子、喜多恒和、佐道俊幸

術後医原性合併症に対し、腹腔鏡手術により低侵襲に改善することができた2例を経験したので報告する。

症例1 53歳、卵巣癌 IIIC 期の回盲部局所再発に対し、開腹回盲部切除術を行い、腹腔内に低圧持続吸引ドレーンを留置した。術後7日目にドレーンの抜去を試みたが、牽引すると疼痛の訴えが強く抜去困難であり、腹腔鏡手術を行った。ドレーンの複数の側孔から結腸の脂肪組織が強固に吸い込まれており、クーパーにより側孔からドレーンを切開して脂肪組織の嵌入を解除し、ドレーンを抜去した。

症例2 55歳、卵巣癌 IIIA 期に対し、腹式単純子宮全摘、両側付属器切除、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術を行った。術後2日目よりイレウスを疑う症状があり、絶食で管理していたが改善を認めなかった。上部消化管内視鏡検査および画像検査により、トライツ靱帯より肛門側の空腸が右方へ屈曲することによる十二指腸の通過障害を疑い、術後6日目に腹腔鏡下イレウス解除術を行った。空腸の位置を左方へ整復することにより改善した。

#### <演題 15>

##### センハンス・デジタルラパロスコピーシステムの使用経験

吹田徳州会病院

梅本雅彦、池内理江、杉並範子、松本有里、宮崎綾子、渡辺綾子、大倉良子、渥美理紗、北田文則

センハンス・デジタルラパロスコピーシステム（アセンサス・サージカル社）は2019年に薬事承認を得て、婦人科、外科、泌尿器科領域のほぼ全ての腹腔鏡手術に対して保険収載が認められている。ダヴィンチに代表される手術支援ロボットも近年各社から発売されているが、保険適用が認められている術式が限定されている点がセンハンスと大きく異なる点である。

センハンス手術の概要は腹腔鏡用トロッカーを通常どおりに設置し、独立式のロボットアームにカメラ・鉗子を接続する。執刀医はコックピットに座り、眼球（瞳孔）の動きでカメラを操作することが可能である。操作鉗子は3mmまたは5mmが選択でき、触覚フィードバック機構や手振れ補正機構を有する。

当院も既にダヴィンチを導入しているが、昨年11月よりセンハンス・デジタルラパロスコピーシステムを用いたパイロットスタディを開始したので、従来の腹腔鏡手術、ダヴィンチ手術と比較して、長所・短所や今後の展望などについて解説する。

#### <演題 16>

##### まれな卵巣間葉性悪性腫瘍の1例

大阪医科薬科大学 病理学教室<sup>1)</sup>、産婦人科学教室<sup>2)</sup>

山田隆司<sup>1)</sup>、小川範子<sup>2)</sup>、田路明彦<sup>2)</sup>、藤原聡枝<sup>2)</sup>、大道正英<sup>2)</sup>

##### 【はじめに】

卵巣の充実性腫瘍は、良性と術前診断されている場合は内視鏡下手術の対象となっていることがある。今回、まれな卵巣間葉性悪性腫瘍を経験したので報告する。

##### 【症 例】

患 者：66歳、女性、G2P2、

主 訴：右下腹部腫瘍

既往歴：帯状疱疹

月経歴：初経15歳・閉経52歳

現病歴：右下腹部に腫瘤感を自覚し、近医を受診したところ、ダグラス窩に充実性腫瘍が認められ当院産婦人科に紹介受診となる。MRでは13cm大の卵巣良性腫瘍（線維腫）が疑われたが、PET-CTで一部に集積像があり悪性も完全には否定できないことから、開腹手術が選択された。術中迅速組織診で間葉性悪性腫瘍が疑われたことから、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術が施行された。腫瘍は右卵巣の充実性腫瘍で、術中腹水細胞診は陰性、術前血中腫瘍マーカーは、CEA:2.7 ng/mL, CA19-9:23.2

U/mL, SCC:0.8 ng/mL, CA125:11.4 U/mL と、正常範囲内だった。術後追加治療を行うことなく、経過は良好で2年経過した時点で再発兆候はみられていない。

#### 【病理所見】

紡錘形細胞が充実性増殖しており、部位によっては高度な核異型がみられ、核分裂像も多くみられた(15MF 以上/10HPF)。HE 染色では線維肉腫が疑われたが、免疫染色の結果から平滑筋肉腫と診断された。

#### 【まとめ】

卵巣腫瘍は組織型が豊富であり、まれな悪性腫瘍もあることから、手術にあたって慎重な術式選択・手術操作が必要である。

#### 【協賛企業（ランチョンセミナー開催）】

テルモ株式会社

#### 【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

アプライドメディカルジャパン株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

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

株式会社プロシード

科研製薬株式会社

#### 【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。講演中でも構いませんので余裕を持って担当者にお声かけください。
- ・講演中でも展示スペースをご覧くださいても結構です。
- ・メールアドレス変更・所属変更は、事務局までご一報をお願いいたします。(本日受付でも変更可能です)

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閲覧可能ですが、今後各個人のパスワード作成も検討中です。