

第12回近畿産婦人科内視鏡手術研究会プログラム

日時： 平成24年2月5日（日）

場所： たかつガーデン（大阪上本町）

大阪市天王寺区東高津町7-11 TEL：06-6768-3911

参加費： 1,000円

年会費： 3,000円

入会金： 2,000円

理事長： 高の原中央病院 杉並 洋

研究会長： 国立病院機構京都医療センター 徳重 誠

事務局： 近畿大学医学部産科婦人科学教室 梅本雅彦（幹事長）

10：00～10：45 理事会

10：45～11：30 評議員会ならびに総会

11：45～12：30 ランチョンセミナー『共催 科研製薬㈱』

座長：近畿大学 塩田 充先生

演者：高の原中央病院 杉並 洋先生

演題：子宮腺筋症：新たなエビデンスとそれに立脚した治療戦略

12：45～13：45 特別講演

座長：国立病院機構京都医療センター 徳重 誠先生

演者：石川県立中央病院いしかわ総合母子医療センター 干場 勉先生

演題：腹腔鏡によるリンパ節郭清と進行卵巣癌治療の工夫

14：00～14：50 一般演題Ⅰ（演題1～6）

座長：大阪大学 小林栄仁先生

15：00～15：50 一般演題Ⅱ（演題7～12）

座長：国立病院機構京都医療センター 高倉賢二先生

16：00～16：50 一般演題Ⅱ（演題13～18）

座長：大阪医科大学 寺井義人先生

【一般演題抄録】

一般演題1 座長：小林栄仁先生（大阪大学）

<演題-1>

術前に漿膜下筋腫との判別に苦慮したダグラス窩子宮内膜症性嚢胞の一例

新屋敷康

しんやしき産婦人科

31歳の1妊1産の経産婦で、分娩後3年経過した2011年9月に月経痛でない突然の下腹部痛を主訴に受診。超音波検査にてダグラス窩左側に直径30mm大の漿膜下筋腫を疑う所見を認めた。MRI所見にても同じく漿膜下筋腫が疑われた。

腹腔鏡所見は、子宮および両側卵巣に異常を認めず、ダグラス窩左側、仙骨子宮靱帯に接してドーム状に隆起した嚢胞を認め、内容は凝結塊であった。嚢胞を摘出し病理組織検査にて子宮内膜症性嚢胞と診断された。左卵巣背側に軽度癒着を認める以外、骨盤内に明らかな子宮内膜症所見を認めない症例であったので、これを報告する。

<演題-2>

非交通性の副角を伴う単角子宮に対し腹腔鏡下副角切除術を行った1例

河野まひる、小林栄仁、筒井建紀、木村正

大阪大学医学部附属病院

【背景】単角子宮に、機能性の内膜をもつ副角を伴うものは、月経痛や内膜症、子宮外妊娠等の合併症をきたす病態であり、約30%に尿路奇形を伴うとされる。今回われわれは、月経痛を契機に単角子宮と診断され、腹腔鏡手術を行った1例を経験したため、若干の文献的考察を含め報告する。

【症例】13歳。12歳9ヶ月での初経時より強度の月経痛があり、13歳1ヶ月の月経時に腹痛のため救急搬送された。MRI検査所見より、非交通性の左副角を伴う単角子宮と診断した。また、左腎無形成と重複大静脈を伴っていた。13歳3ヶ月、腹腔鏡下副角切除術を行った。手術所見では、副角の尾側基部に2cmの嚢胞構造を認め、病理学的検討から発生不良の尿管と考えられた点が非典型的であった。術後経過は順調であり、月経痛は著明に改善した。

【結論】初経後間もない時期より強度の月経痛を示す症例では、子宮奇形を検討する必要があると考えられる。また、子宮奇形の治療法として、腹腔鏡手術は有用である可能性がある。

<演題-3>

妊娠中の破裂により臓側腹膜に固定された成熟嚢胞性奇形腫の一例

上田優輔、徳重誠、関山健太郎、坂田亜希子、今井更衣子、山西優紀夫、江川晴人、高尾由美、北岡有喜、山本伸一、高倉賢二

国立病院機構京都医療センター

今回我々は、妊娠中の破裂により側腹壁に固定された成熟嚢胞性奇形腫の一例を経験した。

症例は33歳、未経妊、妊娠29週より突然の右側腹痛が持続し当科紹介となった。MRI上径7cm大の腫瘤が、臍高の位置に右腸腰筋および右臓側腹膜に接して存在し、内部は脂肪抑制を受けT1WIで高信号であった。成熟嚢胞性奇形腫の捻転および破裂を疑ったが、鎮痛剤にて経過観察とした。妊娠39週5日に3844gの男児を自然経産分娩した。産褥5ヶ月後のMRI上腫瘤は上記と同じ位置に存在し、子宮右側と右卵巣は腫瘤側に牽引されていた。産褥6ヶ月後に腹腔鏡下右卵巣腫瘍摘出術を施行した。右付属器は右腸腰筋に向かって引き延ばされており、右付属器からの索状構造物と連続して腫瘤が存在し、その半分は右腸腰筋外側の壁側腹膜と癒着していた。病理組織像は成熟嚢胞性奇形腫に一致した。卵巣由来の腫瘍が妊娠子宮によって挙上し、破裂した後周囲組織と癒着し、子宮復古とともに下降しなかったものと考えられた。

<演題-4>

血漿hCGが低値であった卵管妊娠に対して腹腔鏡下手術を行った1例

田中智人1) 寺井義人2) 大道正英2)

1) 大阪南医療センター 2) 大阪医科大学 産婦人科

一般的に子宮外妊娠の診断は、血漿あるいは尿中の hCG 値と経陰超音波検査にてなされる事が多い。血漿 hCG 値が 47.5 IU/L と低値であった子宮外妊娠に対して腹腔鏡手術を行った症例を経験したので報告する。

症例は 28 歳 (G2P1)、性器出血を主訴に前医を受診した。出血は最終月経より 30 日目に始まり持続していた。38 日目にプラノバールを 10 日間処方されたのち、51 日目に妊娠反応を検査し陽性であった。不全流産の診断で経過観察されていたが、腹痛と出血が持続するため 76 日目に当院に紹介された。

初診時、腹部は軟らかくバイタルは安定していたが、内診では少量の性器出血と子宮の挙上痛を認めた。経陰超音波では子宮内に胎嚢はなく、ダグラス窩に出血を疑う貯留液を認めた。また、右卵管付近に 3.5cm の mass を認めた。血漿 hCG 値は 47.5 IU/L であった。同日、腹腔鏡下子宮外妊娠手術を行い最終診断は右卵管膨大部妊娠であった。

<演題-5>

間質部妊娠に対し腹腔鏡下卵管角部摘出術を施行した 1 例

藤森由香、小林栄仁、澤田健二郎、筒井建紀、木村正

大阪大学

【緒言】異所性妊娠のうち間質部妊娠は 2~3% (1 例/5000-10000 全分娩) と稀な疾患である。治療法は MTX を主とした薬物療法および手術療法であり、近年では腹腔鏡下手術を行う報告が散見される。今回、間質部妊娠に対して腹腔鏡下卵管角部切除術を行い治療しえた症例を経験したので報告する。【症例】35 歳、1 経妊 1 経産。妊娠初期経陰超音波にて子宮底部右側に胎嚢があり間質部妊娠を疑われ紹介。妊娠 9 週 1 日に性器出血と軽度の腹痛を認め受診、同日撮影した MRI にて間質部妊娠と診断。胎嚢 4cm 以上、hCG108600mIU/dl で臨床症状を認めるため緊急腹腔鏡手術となった。子宮右側底部は鶏卵大に腫大、正常筋層と異所性妊娠の境界部に希釈バゾプレッシンを注入し同部位を楔状に切開し胎児成分を摘出、引き続き卵管角部切除を行った。創部は合成吸収糸にて二層縫合で修復した。(出血 30g) 【考察】腹腔鏡下の縫合、止血技術に加え希釈バゾプレッシン使用するなどの工夫により安全に手術を完遂し得た。

<演題-6>

卵管角部妊娠に対して異なる治療を行った 2 症例

中島紗織 竹村昌彦 小西恒 角田守 北井俊大 松崎慎哉 宇垣弘美 古元淑子

大阪府立急性期・総合医療センター

卵管角部妊娠は破裂もしくは手術時に大量出血するリスクがある。手術治療としては開腹による子宮楔状切除が行われてきたが、最近では腹腔鏡下手術や内科的治療など低侵襲な治療法も症例によっては選択される。どのような治療を行うかは患者の全身状態、臨床症状の有無、hCG 値、今後の挙児希望などを考慮し検討する必要がある。卵管角部妊娠に対してメソトレキセート(以下 MTX)による治療症例と腹腔鏡下手術による治療症例を報告する。

症例 1: 30 歳、2 妊 1 産。妊娠 9 週 2 日に子宮左角部に胎嚢と胎児を疑う超音波所見を認めるも明らかな胎児心拍認めず、血中 hCG 20252 mIU/ml であった。MTX による全身投与を行い処置後 10 週に hCG は陰性化した角部に胎嚢の遺残を認めフォロー中である。

症例 2: 23 歳、2 妊 1 産。妊娠 7 週 6 日に右卵管角部妊娠疑われ hCG 49000mIU/ml であった。緊急腹腔鏡下右卵管角部線状切開、縫合術を施行した。術後 hCG 低下をフォロー中である。

一般演題2 座長：高倉賢二先生（国立病院機構京都医療センター）

<演題-7>

腹腔鏡手術のトラブル 2011

神戸市立医療センター中央市民病院

青木卓哉 北正人 林信孝 宮本泰斗 小山瑠梨子 平尾明日香 北村幸子 大竹紀子 須賀真美 宮本和尚 高岡亜妃 今村裕子 星野達二

去年1年間の当科での腹腔鏡手術のトラブルは、術後感染3例(TLH 2例、LC 1例)、膣狭小例に対するTLHでのKOH Colpotomizer systemによる鈍的外傷2例、首までの皮下気腫1例であった。トロッカー挿入時のトラブル、多臓器損傷、開腹移行、器具損傷はなかった。術後感染を起こしたTLH 2症例は、血腫などは認めないものの膣断端部が感染源と考えられた。対策として膣切断後に経膣的洗浄操作を追加し、洗浄後に縫合操作を行うこととした。その後のTLH症例では術後感染は認めていない。また、術後感染を起こしたLC症例は成熟奇形腫を非破裂で摘出したが、術後患側卵巣に膿瘍を形成した。腹腔鏡下に再手術を行い、膿瘍除去およびドレナージを行なった。再手術後は感染兆候は認めていない。腹腔内の手術においては、十分量の温生食で洗浄することが術後の発熱や感染を防ぐ効果のあることは古くから知られているが、洗浄の有効性を痛感した次第である。

KOH Colpotomizer systemによる鈍的外傷はGnRH後、もしくはディナゲスト後であり、膣壁の萎縮を認めていた。今後はエストロゲン製剤の使用などを検討している。

<演題-8>

腹腔鏡手術における摘出臓器の回収経路としての後膣円蓋切開

石井貴子 小林栄仁 香山晋輔 磯部晶 馬淵誠士 上田豊 澤田健二郎 吉野潔 藤田征巳 筒井建紀 榎本隆之 木村正
大阪大学医学部附属病院

腹腔鏡下筋腫核出術において大きな筋腫を核出した場合、モルセレーターを用いて筋腫を体外へ回収する方法が広く行われている。しかしモルセレーターの欠点として、回収に時間を要する、筋腫核を飛散させる、器械が高額である、皮膚切開創を拡大する必要があるといった点があげられる。これに対し我々は、後膣円蓋を切開して経膣的に筋腫を回収する方法を必要に応じて用いている。後膣円蓋開窓口に対し筋腫が大きい場合は、電気メスあるいは正中トロッカー孔から挿入した長柄のメスで、筋腫を腹腔内で細切あるいは変形させて回収している。モルセレーターのために創部を拡大しないことは、美容的な利点だけでなく切開創ヘルニアや術後の創部痛の軽減にもつながると考えられる。本手法の工夫や手術手技について、文献的考察を交えて発表する。

<演題-9>

腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術に対するEZアクセスの応用

京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学

沖村浩之、楠木 泉、高岡 幸、松井鹿子、辰巳 弘、大久保智治、北脇 城

子宮筋腫に対する保存手術は、当科ではその大きさ、発育部位、個数に応じて全腹腔鏡下子宮筋腫核出術(LM)、腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術(LAM)、開腹下子宮筋腫核出術を選択している。LAMは、恥骨上に小切開を加え、これより手動的な操作が行えるため難易度の高い症例にも適応が広がる。当科では多発筋腫、巨大筋腫に対しては、LAMを多用している。一方、LAMでは、気腹下操作において脱気防止のため小切開創に着脱あるいは開閉可能な装着用器具を要し、ラップディスク®を装着する方法、ラッププロテクター®などの単回使用開創器に手術用手袋を装填する方法などを従来行ってきた。この方法では、さらに2本の操作用の5mmトロッカー創を要した。今回、小切開創に複数トロッカーを装着したE・Zアクセス®をラッププロテクター®に装填することにより、気腹下操作時において3ポート使用を可能としながらトロッカー創を減じることができたので、その有用性について報告する。

<演題-10>

腹腔鏡下筋腫核出術後の子宮癒痕部離開

藤山史恵、奥田喜代司、川邊紗智子、林篤史、林美佳、吉田陽子、山下能毅、寺井義人、大道正英

大阪医科大学 産婦人科

はじめに：子宮筋腫に対する筋腫核出術は腹式手術に比べて腹腔鏡下手術は低侵襲であることから選択される頻度は増加している。一方、筋腫核出術後の子宮破裂の頻度は腹腔鏡下手術後では約1%、開腹手術後は0.24%～5.3%と報告されている。我々もLM(laparoscopic myomectomy)後の帝王切開時に子宮癒痕部離開を認めた1例を経験している。この症例を契機に術後約3か月目にMRI検査を行い、子宮癒痕部離開の検査法としての有用性を検討してきた。今回、多発性子宮筋腫を有する症例にLAM(laparoscopic assisted myomectomy)を行い、帝王切開時に子宮癒痕部離開を認めた症例を経験したのでLM後の症例と合わせて報告する。

症例1(38歳, G1P0)：直径63mmの粘膜下筋腫の症例にLMを施行し、術後14週にICSIで妊娠成立した。妊娠38週6日に陣痛が発来しないために選択的帝王切開術施行し、2594gの女児を娩出した。子宮前面癒痕部の断端に漿膜のみの子宮筋層癒痕部離開(径1cm×1cm)を認めた。

症例2(34歳, G1P0)：過多月経、挙児希望で受診し、多発性子宮筋腫(粘膜下筋腫を含む)でLAMを施行した。術後3ヵ月後に造影MRI検査では癒痕部離開は認めず、妊娠許可後約2年で自然妊娠した。妊娠24週時に一過性に下腹部痛がみられたが、その後異常を認めず、妊娠38週4日で選択的帝王切開術(2900gの女児)施行した。子宮筋腫核出癒痕部に大網癒着を認め、剥離すると直径3cm大の子宮癒痕部離開を認めた。

まとめ：今回の1例では術後の造影MRIでも子宮癒痕部離開の診断が困難であった。一方、これら子宮癒痕部離開の2例は選択的帝王切開術で母児共に問題なく生児を得ることができた。粘膜下筋腫核出術後の妊娠例では子宮破裂のリスクを念頭に置き、分娩時期や様式を考慮する必要がある。

<演題-11>

開腹子宮筋腫核出術後、再発子宮筋腫に対してLMを試みたが高度の癒着により第1トロッカーが挿入できず開腹術へ移行した1例(藤城直宣1)、鳥井裕子1,2)、森敏恵1)、卜部優子1)、高原得栄1)、卜部諭1,2)、

社会医療法人誠光会 草津総合病院 産婦人科1) 同志社大学 大学院生命医科学システム研究科2)

近年、産婦人科良性疾患に対しては腹腔鏡下手術が普及してきている。これに伴い、帝王切開など開腹手術既往がある症例も増加する傾向にある。当院では、開腹手術既往のある症例に対しても積極的に腹腔鏡下手術を行い良好な結果が得られている。今回、我々は再発子宮筋腫に対してLMを試みたが第1トロッカーが挿入できず、開腹術へ移行した症例を経験したので報告する。

症例：42歳、0経妊0経産。38歳で開腹子宮筋腫核出術(縦切開)の既往がある。小児頭大の子宮筋腫に対してLMを予定した。オープン法により第1トロッカー挿入を試みたが腹膜の同定が困難であったため、ダイレクト法に変更し再度挿入を試みたが腹腔内に到達できなかった。下腹部に小切開を加え腹腔内を観察したところ、腹壁と子宮前壁が高度に癒着していた。LMは危険と判断し開腹を進めていくと、子宮前壁は臍上まで連続して癒着しており子宮底には小腸も癒着していた。また、子宮前壁には第1トロッカーによる穴があいていた。

本症例では、子宮前壁が腹壁に癒着していたので幸い腸管損傷は認められなかった。手術既往がある場合、第1トロッカー挿入は慎重に行うべきと改めて考えさせられた。

<演題-12>

産婦人科腹腔鏡手術で癒着剥離の際に憩室穿孔が原因で術中腸管損傷が発症した1例

佐伯典厚1) 安政啓吾2) 黄 泰平2) 大嶋正人3) 尾上昌世1) 吉見佳奈1) 久 毅1) 小玉美智子1) 大塚博文1) 橋本美奈子1) 船渡孝郎1)

日本生命済生会付属日生病院 産婦人科1) 外科2) 病理診断科3)

婦人科内視鏡手術での術中合併症のひとつである腸管損傷は、対応を誤れば重篤な転帰をたどることもあり、極力その発症を抑えるように手術を行わなければならない。われわれは腹腔鏡下卵巣のう腫摘出術において、卵巣と直腸の癒着を剥離する際に直腸穿孔を起こした症例を経験した。穿孔は術中に肉眼およびエアリークテストで確認し、当院外科により開腹、高位前方切除術を行った。切除腸管病理組織診断で憩室穿孔の所見があり、この症例ではまず直腸憩室炎が発症、炎症が卵巣に波及して癒着および卵巣膿瘍を形成、その癒着剥離の際に脆弱となった憩室に穿孔が起こったものと考えられた。腸管損傷回避のためには十分な術前評価、骨盤内解剖の熟知、手術手技の習得が必要である。加えて憩室症は産婦人科医にとってはあまり馴染みのないものであるが、このたびのように卵巣への波及の可能性があり、認識しておく必要がある病態であると思われた。

一般演題3 座長：寺井義人先生（大阪医科大学）

<演題-13>

T L H 難症例（巨大筋腫、既往帝王切開手術など）の問題点と意義

卜部論 1, 2)、藤城直宣 1)、鳥井裕子 1, 2)、森敏恵 1)、卜部優子 1)、高原得栄 1)

社会医療法人誠光会 草津総合病院 産婦人科 1

同志社大学 大学院生命医科学システム研究科 2

当院においては、子宮筋腫治療に関しては、年に肉腫などの疑いのある 1、2 例の開腹症例を除き、ほとんど腹腔鏡にて行っている。このため、2 kg に達する巨大筋腫症例もいくつか取り扱わねばならない。また、近年帝王切開の増加に伴い、帝王切開の既往のある子宮筋腫症例も増加している。このような症例を腹腔鏡にて行うのは無理があり、危険で、腹腔鏡の適切な適応外だとも考えられる。しかし、患者さんの側から考えると、帝王切開術の既往のある患者さんほど、もう一度開腹手術を受けることに強い抵抗があり、手術に関する拒否反応の強い患者ほど大きな筋腫となり、さらに治療の開始時期を逃し、より症状がひどくなって来院することが、しばしばある。このような患者さんに腹腔鏡で T L H を行うことの満足度は通常症例よりかなり高いと考えられる。

今回、我々は、このような T L H 難症例手術において、手術の問題点、合併症、対応方法などを検討し、また、同時に手術の意義について検討した。

<演題-14>

当院における腹腔鏡下子宮全摘術の膣断端処理について

蔵盛理保子、杉並洋、谷口文章、杉並留美子、貴志洋平、藪田真紀

高の原中央病院

<はじめに>腹腔鏡下子宮全摘術後の膣断端離開、腸管脱出 (vaginal evisceration) は稀に生じる合併症の一つである。当院では子宮動脈までの処理を腹腔鏡下に行う LH: laparoscopic hysterectomy を行なっている。2007 年 4 月から 2012 年 1 月まで 285 件施行してきたが、膣断端離開を経験していない。当院における腹腔鏡下子宮全摘術の膣断端処理についてビデオを供覧し報告する。<手術>子宮動脈、基靭帯周囲、ダグラス窩などの癒着剥離までを腹腔内にて処理後、経膣的に子宮頸部ギリギリに膣壁をパイポーラシザーズで切離する。膣断端最後端を両側仙骨子宮靭帯に縫合し、これを基点として膣壁を前方に向かって縦縫合する。使用する縫合糸は #2-0polysorb である。また 2012 年 9 月以降に測定した 29 例について術前後の膣管長を測定した。術前の膣管長は 9.28 ± 1.27 cm、術後 8.33 ± 1.15 cm であり膣管長の短縮は約 1 cm にとどまっている。<まとめ>本法は仙骨子宮靭帯の支持力を活用した手術でありこれによる膣管長の短縮防止が断端離開の発症を抑制していると思われる。

<演題-15>

卵巣粘液性境界悪性腫瘍に対し腹腔鏡下手術を施行した一例

平松宏祐、小林栄仁、清原裕美子、森本晶子、横山拓平、木村敏啓、上田豊、吉野潔、藤田征巳、榎本隆之、木村正

大阪大学

腹腔鏡下手術手技の向上および機器の開発により、腹腔鏡手術の適応は拡大して現在では多くの疾患が腹腔鏡で行われている。卵巣癌に対する腹腔鏡手術の適用は意見が分かれるところで未だにコンセンサスが得られていない領域である。しかし近年、早期卵巣癌に対する腹腔鏡下手術は有用であるとする報告が散見される。今回我々は、早期の卵巣癌が否定できない症例に対し、腹腔鏡下にて無破綻に患側付属器摘出術を行い、術中迅速病理にて卵巣粘液性境界悪性腫瘍との診断を得たため、大網部分切除と虫垂切除術を施行した。最終病理所見も卵巣粘液性境界悪性腫瘍、I a 期であった。

早期の卵巣癌が疑われる場合、症例を選択した上で安全に staging laparoscopy は施行可能である。

<演題-16>

早期子宮体癌に対する extrafascial TLH

志岐保彦、田中佑典、鶴房聖子、久保田哲、古谷毅一郎、中村 涼、細井文子、磯部真倫

大阪労災病院産婦人科

【目的】子宮体癌治療に際する子宮摘出に関しては筋膜外術式が推奨されているが、実際に行われている術式は様々であると報告されている。当科では早期子宮体癌に対し extrafascial TLH を行っており、その結果を報告する。 【方法】当科で 2011 年 1 月～2011 年 12 月の間に、術前の生検で複雑型子宮内膜異型増殖症と診断された 5 例（増殖症群）および類内膜癌 G1 と診断され、CT でリンパ節転移を、MRI で筋層浸潤を否定された 4 例（体癌群）の合計 9 例に対し、腹腔鏡下手術を行った。増殖症群の 5 例にはアルドリッジ術式で TLH(+BSO)を、体癌群の 4 例には筋膜外術式で TLH+BSO を行い、共に摘出子宮を凍結切片にて術中に迅速診断を行った。その結果に従い、必要な症例にはリンパ節郭清術を追加した。 【結果】体癌群の 2 例のみに骨盤リンパ節郭清術を追加した。両群間に、BMI（体癌群 vs. 増殖症群=24.7±0.1 vs. 22.5±2.7）、摘出臓器重量（105±58g vs. 140±35g）、出血量（38±10ml vs. 137±82ml）、術後入院日数（5.3±2.3 日 vs. 4.8±1.1 日）に有意差を認めなかった。体癌群は有意に年齢が高く（69±12 歳 vs. 47±4.6 歳）、手術時間も長かった（176±47 分 vs. 137±43 分）が、その差は約 40 分であった。両群ともに重大な周術期の合併症は認めなかった。 【結論】筋膜外術式は、子宮体癌の治療に際し腹腔鏡下で子宮摘出術を行うにあたって合併症を増加させることなく導入しうる。

<演題-17>

当科における腹腔鏡下子宮体癌手術についての検討

小林栄仁、横井猛*、筒井建紀、木村敏啓、上田豊、吉野潔、藤田征巳、榎本隆之、木村正

大阪大、市立貝塚病院*

腹腔鏡下子宮体癌手術は諸外国の子宮体癌における腹腔鏡手術の治療成績からも長期予後を含め有用性は証明されており今後本邦でも増加傾向にある。当施設では我々は 2010 年 3 月より早期子宮体癌に体する腹腔鏡手術を行っており今までで 13 例施行し高度先進医療の認可を得ている。術式の基本は TLH, BSO, (PLND) であるが、通常我々が行う TLH と異なる点は①最初に卵管を結紮する②マニピレーターを使用しない③最初に pelvic side wall triangle を開放し大血管、子宮動脈、尿管をすべて同定し廓清に備える④摘出物は回収袋に収納するなどが挙げられる。骨盤リンパ節廓清を行った手術時間は中央値 296 分、出血量は中央値 105ml, 摘出リンパ節個数中央値 26 個であった。鏡視下手術は利点も多いものの、開腹術と手術環境が異なるため特異な合併症を回避するための多くの細かい工夫が必要である。導入からまだ間もないが当科で行っている術式の現状について合併症を含めて報告する。

<演題-18>

子宮筋腫の術前診断が、術後組織学的に異なっていた症例の紹介

山田隆司 1)、林 篤史 2)、金村昌徳 2)、山下能毅 2)、寺井義人 2)、奥田喜代司 2)、大道正英 2)

大阪医科大学 病理学教室 1)、産婦人科学教室 2)

子宮筋腫に対する腹腔鏡下手術が普及するにつれて、症例数もかなり増加してきたと思われる。しかし、子宮筋腫という臨床診断で手術を行っても、時には術中にあるいは術後に子宮筋腫ではなかったと判明することがある。子宮筋腫は、臨床経過や画像診断から診断されることが多いが、画像では画一的なものとは言い難い。今回、子宮筋腫の診断で手術した症例の中から、術中迅速または術後の永久標本で平滑筋腫ではなかった症例を紹介し、腹腔鏡下手術を行うにあたり参考となる（注意する）点を述べたい。