

# 第14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： 平成26年2月2日（日）  
場所： ブリーゼプラザ 小ホール（大阪梅田）  
参加費： 1,000円  
年会費： 3,000円  
入会金： 2,000円

理事長： 高の原中央病院産婦人科 杉並 洋  
研究会長： 健保連大阪中央病院産婦人科 松本 貴  
事務局： 川崎医科大学婦人科腫瘍学 梅本 雅彦

9:00～9:30 理事会  
9:40～11:00 テーマ演題「内視鏡手術のインシデント・アクシデント  
—失敗から学んだ危機回避の工夫—」  
一般演題Ⅰ「婦人科一般の腹腔鏡を中心に」  
座長：奈良県立医大 棚瀬康仁先生  
11:00～12:00 一般演題Ⅱ「婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡を中心に」  
座長：大阪労災病院 志岐保彦先生  
12:20～13:00 ランチョンセミナー  
座長：近畿大学 万代昌紀先生  
演者：健保連大阪中央病院 松本 貴先生  
13:00～13:20 評議員会ならびに総会  
13:30～14:00 理事長講演  
座長：伊藤病院 伊藤将史先生  
演者：高の原中央病院 杉並 洋先生  
14:00～15:00 特別講演  
座長：健保連大阪中央病院 松本 貴先生  
演者：藤田保健衛生大学病院上部消化管外科 宇山一朗先生  
15:15～17:00 パネルディスカッション「TLHの子宮頸部・膣管の処理について」

## 【テーマ演題「内視鏡手術のインシデント・アクシデントー失敗から学んだ危機回避の工夫ー」

### および一般演題Ⅰ「婦人科一般の腹腔鏡を中心に」】

座長： 奈良県立医大 棚瀬康仁先生

#### <演題 1>

消えたEZ パース

健保連大阪中央病院

竹谷 朱、松本 貴、橋本佳子、錢 鴻武、竹谷俊明、坂本公彦、佐伯 愛、奥 久人

緒言) 臍部のファーストロッカーは、腹壁に対し垂直に挿入することが要である。ロッカーを斜めに挿入した場合、種々の問題を生じるが、今回は斜めに挿入したことで臍部腹膜下のスペースが広がりEZ パースが入り込んでしまった症例を経験した。

回収袋を腹膜下に見つけること、摘出することに難渋したが、その際に行った手技を紹介する。また、腹膜下に挿入してしまった原因を考える。

症例) 52 歳未経妊、身長 164cm、体重 65kg (BMI 24) で、右卵巣腫瘍に対し、腹腔鏡下両側付属器摘出術を行った。腹壁の脂肪組織が厚く、臍部のファーストロッカー挿入時、筋膜をスムーズに同定することができず、斜めに挿入してしまった。

両側付属器を摘出した後、臍部ロッカーからカメラスコープを抜きEZ パースを鉗子で骨盤内に挿入した。しかし再びカメラスコープを挿入すると、骨盤内にEZ パースが確認できなかった。上腹部の腹腔内を探しても見つからない。そこで、腹下部の 5mm ポートからカメラスコープを挿入し、ファーストロッカー周囲をみると、腹膜下にEZ パースが確認でき、それを摘出した。当日は実際の様子を動画で示す。

考察) 今回、最初にファーストロッカーを斜めに挿入した。そのため、ロッカーの一部が壁側腹膜を押し下げ、さらに気腹用ガスも一部入ることで、腹膜下のスペースが押し広げられていたと考えられる。反省、改善点として、ファーストロッカーを垂直に挿入するよう意識することは勿論だが、回収袋を入れこむ鉗子に抵抗を感じた場合、ポートがしっかり腹腔内に挿入されているか確認することが必要である。

#### <演題 2>

TLH 術中に膀胱鏡にて尿管口からの尿流出を確認したが、術後尿管狭窄をきたした一例

市立貝塚病院

宮武 崇、澤田真明、甲村奈緒子、西川愛子、智多昌哉、竹田満寿美、紺谷佳代、三好 愛、三村真由子、長松正章、横井 猛

47 歳 G2P1 400g の子宮腺筋症に対して TLH を施行した。術式としては左右の子宮動脈単離結紮、尿管同定剥離し、尿管トンネル付近で尿管入口部確認の上、基靭帯結紮しその上方から超音波メスで子宮傍結合組織を処理した。膣断端両側エックは Z 縫合、間を連続一層縫合とした。我々は術終了前にインジゴカルミンの尿管口からの流出をルーティンで確認しているが、今回 30 分経過しても右尿管口からの流出が見られなかった。再度腹腔鏡下に確認したところ右水尿管を呈していた。右基靭帯結紮糸による右尿管のクニッケンが考えられ、その結紮糸を切断した。再度膀胱鏡で確認したところ、右尿管口からの尿流出が良好であったため、術終了とした。しかし、術後 2 日目に著明な右腰痛およびクレアチニン上昇を認め、エコーにて右水腎症を認めた。精査の結果右尿管狭窄と診断し、DJ カテーテルを挿入した。その後約 3 ヶ月留置したのちに抜去し軽快した。膀胱鏡にて流出確認し得た場合でも、術中水尿管を認めた場合は、術中予防的 DJ カテーテル留置を行うべきと考えられた。

#### <演題 3>

胆管造影用の穿刺針であるペチニードルを用いたチョコレート嚢腫核出術

市立豊中病院

脇本昭憲、藤谷真弓、塩路光徳、神田昌子、李 享相、小和貴雄、米田佳代、辻江智子、高橋佳世子、蒲池圭一、徳平 厚

性成熟期婦人に好発する子宮内膜症は不妊原因となり、その手術は卵巣機能温存の観点から正常卵巣を可能な限り温存する必要がある。嚢胞壁剥離に際して剥離を容易にすることは正常卵巣をより多く温存し、不要な止血操作の省略につながる。このため一般的にサクシジョンニードル等を用いた液性剥離という手技が用いられているが、直針であるため嚢胞に水平に浅い層に針を刺入するためには嚢胞壁を針に水平に把持しなければならず、少し困難である。今回液性剥離に胆管造影用の穿刺針であるペチニードルを使用した。この針は 22G の内視鏡下胆管造影カテーテルとして作られており、先端はフレキシブルでアングル加工をしてあり、目的部位への操作が容易である。ペチニードルの先端を半出しの状態で使用することで浅い層での液性剥離が容易になり

簡単に嚢腫核出を行う事ができ、止血操作も不要であった。チョコレート嚢胞の液性剥離のペチニードルは有益であると考えられるので報告する。

#### <演題 4>

子宮鏡下筋腫切除術 57 例の臨床病理学的検討

大津市民病院

鈴木幸之助、高橋良樹、岡田由貴子、林 香里、中妻杏子、鈴木彩子

子宮粘膜下筋腫に対しては、子宮鏡下切除術(hysteroscopic transcervical resection of myoma:TCRM)が、その低侵襲性、妊孕能温存性や高い治療効果から、保存的外科的治療の第一選択とされる。当科においては、直径 30mm 以下で子宮腔内突出率 80%以上を適応基準とし積極的に TCRM を施行している。今回、2000 年 4 月から 2013 年 3 月までに当科で施行された TCRM 57 症例を、特に合併症及び妊孕性改善について後方視的に検討したので、ここに報告する。患者年齢は 43 歳±12 歳、子宮筋腫最大径は 24mm±14mm であり、突出率は 50%未満 2 例、50-80% 2 例、筋腫分娩 3 例、その他は 80%以上(有茎性粘膜下筋腫を含む)であった。合併症は筋腫径 21mm、突出率 25%の症例における子宮穿孔及び腸管損傷の 1 例のみであった。6 年以内の粘膜下筋腫再発は 4 例であった。挙児希望は 15 症例であり、うち、術後妊娠に至ったものは 5 症例であった(当科で追跡できたもののみ)。

#### <演題 5>

当院における腹腔鏡下膈仙骨固定術の開始とそれに伴う考察

大阪府立急性期・総合医療センター

宇垣弘美、遠藤誠之、田中あすか、山田光泰、角張玲沙、前中隆秀、小西 恒、田中江里子、金 南孝、古元淑子、竹村昌彦

我々は 2013 年 9 月より骨盤臓器脱 (POP) の治療法として gynemesh®を用いた腹腔鏡下膈仙骨固定術 (LSC) を開始した。

当院では、POP 治療の手術法として、膈式の Native Tissue Repair (NTR) と膈式メッシュ手術 (TVM) を中心に実施してきたが、開腹による膈仙骨固定術 (ASC) も症例を選んで実施してきた。しかし、FDA による TVM の合併症に対する注意喚起とそれに伴う日本国内での従来のメッシュ材料の適応取り下げがあり、この術式も十分に適応を選んで実施すべき方法と考えている。

ASC は、その原法ではメッシュの固定は膈尖部に限られ、DeLancey の level 1 の修復を主眼としたものであったが、LSC では骨盤深部の良好な視野が確保できることから、前後膈壁を広くメッシュで覆うことにより Level 2, 3 の修復も同時に期待できる方法となっている。今後、比較的若年の症例などを中心に POP 手術の新たな選択肢と考えている。

今回、当院での LSC 開始にあたり、ASC と他の腹腔鏡下手術の経験を踏まえて、より効果的で安全な術式とするために検討を行ったので、文献的考察も含め報告する。

#### <演題 6>

当院の腹腔鏡下仙骨膈固定術(Laparoscopic Sacral Colpopexy : LSC)

日本生命済生会付属 日生病院

大塚博文

当院では骨盤臓器脱(POP)に対して 2008 年に膈式メッシュ手術である TVM 手術を導入し現在までにおよそ 300 例に手術を行ってきた。しかし FDA からの 2 度の勧告を受け 2014 年より膈式手術におけるメッシュの適応が取り下げられた。そのような状況もあり、また様々な症例に対応すべく 2013 年 2 月に腹腔鏡下仙骨膈固定術(LSC)を導入し先進医療を取得した。LSC の手術手技は以下の如くである。①子宮全摘術(TLH あるいは VTH)、②腹膜を切開し仙骨岬角の露出、③腹膜下にトンネルの形成、④Y 字メッシュを膈前面、後面へ縫合固定、⑤メッシュを腹膜下トンネルへ通し仙骨 S1 へ縫合固定、⑥腹膜縫合。現在までに 20 例に対し LSC を行い、手術時間は 2 時間 52 分~6 時間 1 分、出血は少量~520ml であり、術中、術後の合併症はなく安全に行えた。昨年より LSC を導入する病院は増加傾向であり、POP 治療において必要な術式になると思われる。

#### <演題 7>

腹腔鏡下子宮筋腫核出術における筋腫回収方法の検討

日本生命済生会付属 日生病院

高山敬範

腹腔鏡下子宮筋腫核出術において筋腫核を摘出する方法は、腹部術創からの摘出あるいは膈からの摘出に分け

られる。このうち臍からの回収は腹腔鏡下に後臍蓋を開放して行い、腹部術創からの摘出はモルセレーターを用いて回収するか、細切して回収するかのどちらかである。モルセレーターを用いた回収はより一般的であるが、飛散に起因した Parasitic myomas や医療コストが高額であるといった問題がある。当科においては昨年より腹腔鏡下筋腫核摘出術における筋腫の回収方法として、摘出筋腫を回収袋に収納し臍カメラポートから直視下に細切しながら摘出する方法を積極的に選択している。利点としては、器具の出し入れが少ないためスムーズに回収できる点、筋腫片を腹腔内に飛散させることなく回収できる点、モルセレーターを挿入しないためポート径を縮小できる点や、より安価な点があげられる。モルセレーターを用いて回収した場合と比較し、筋腫核の回収時間を含め両術式を検討した。

#### <演題 8>

当院における TLH 導入成績

近畿大学

小池英爾 小谷泰史 浮田真沙世 鈴木彩子 辻 勲 万代昌紀

<緒言>当院では、これまで腹腔鏡下に子宮全摘術を行う際には、LAVH を行うことを基本としていたが、腹腔鏡下手術の適応拡大、悪性腫瘍への導入も視野に入れ、TLH を本格的に導入することとした。このため、TLH の本格的な導入に当たり、導入時の成績を LAVH と比較検討することで、今後の問題点を確認することを目的として検討を行った。

<方法>本格的に導入を開始した、2013 年からの症例、TLH : 10 例および LAVH : 13 例を対象とし、年齢・妊娠分娩歴・既往歴・身長・体重・BMI・合併症などの患者背景、手術時間・出血量・術中所見などの手術成績、術後在院日数などの成績を検討した。

<結果>TLH において手術時間の延長と出血量の減少を認めた。

<まとめ>現時点では導入による危険性は認めなかったが、更なる適応拡大に伴って新たな問題点が出現する可能性を秘めており、今後も継続して評価していく必要があると考える。

### 【一般演題Ⅱ「婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡を中心に」】

座長：大阪労災病院 志岐保彦先生

#### <演題 1>

当科における「先進医療：腹腔鏡下子宮体がん根治手術」に向けての取り組み

奈良県立医科大学

棚瀬康仁、森岡佐知子、今中聖悟、伊東史学、春田祥治、金山清二、川口龍二、吉田昭三、古川直人、大井豪一、小林 浩

近年、早期子宮体がんに対する腹腔鏡下手術は全国的に導入が進んでいる。当科においても院内倫理委員会の承認を経て、腹腔鏡下子宮体がん根治手術を 2013 年 12 月までに 8 症例を経験し、2013 年 12 月に先進医療施設認定の申請を行った。その経緯を報告すると共に、当科で行っている術式を供覧する。

臍上にスコープ用ポート、操作用ポートは 4 カ所におく 5 孔式・気腹法で行っている。手術適応は術前画像診断で筋層浸潤 1/2 未満、術前病理診断で高分化または中分化型類内膜腺癌とし、腹腔鏡下準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術を基本として行う。原則、婦人科腫瘍認定医と内視鏡技術認定医が執刀し、スコピストは別におく。骨盤リンパ節郭清術は対側の処理を各々が行う。腹腔鏡手術手技に関しては内視鏡技術認定医が誘導し、リンパ節郭清術においては婦人科腫瘍認定医がそのリンパ節郭清程度を確保する。これまでに輸血症例や開腹移行症例は無く、全例経過は良好である。手術の実際を動画で供覧すると共に、手術時間、出血量、摘出リンパ節個数などの手術成績と、申請に至るまでの経緯も馳せて報告する。

#### <演題 2>

早期子宮体癌に対する腹腔鏡下センチネルリンパ節生検

大阪医科大学

田中智人

【背景】子宮癌において骨盤リンパ節郭清は予後や再発率の改善、正確な病期分類などの利点はあるものの、リンパ浮腫や神経障害を引き起こす原因ともなる。早期癌や臨床的に腫大リンパ節を認めないものに対してはセンチネルリンパ節生検(SNB)が病期の決定に重要な役割を果たす可能性があるが、子宮体癌においてはその有用性は明らかではない。

【対象および方法】当科で施行した腹腔鏡下子宮体癌手術 13 例に対してテクネシウムおよびインジゴカルミン

を用いた SNB に引き続き系統的骨盤リンパ節郭清を行った。すべてのリンパ節において病巣の有無を病理組織学的に診断し SN 同定率、感度、陰性的中率を評価した。

【結果】子宮体癌 13 例の SN 同定率は 92% で両側ともに同定できたのは 84% であった。リンパ節転移を認めた症例はなく、陰性的中率は 100% であった。

【結論】今回の検討では SN 同定率、陰性的中率は高く良好な結果が得られた。

#### <演題 3>

子宮体癌における腹腔鏡下手術の標準化に向けて

大阪医科大学

佐々木 浩、寺井義人、藤原聡枝、田中智人、田中良道、恒遠啓示、金村昌徳、大道正英

【目的】近年、婦人科手術においての低侵襲化が進み、良性腫瘍の多くが腹腔鏡で行われるようになってきた。悪性腫瘍においても腹腔鏡下手術が試みられるようになってきており、子宮体癌においては開腹手術に比して、腹腔鏡下手術は劣らず、術後の QOL や合併症の軽減に寄与し有用な治療方法の一つとなると考えられている。一方で子宮体癌手術における子宮摘出に関しては陰断端再発のリスクを減少させるためにも、確実な筋膜外での子宮摘出が必要である。当院において、2010 年より早期子宮体癌症例に対して腹腔鏡下準広汎子宮全摘術(TRMH)を行ってきた。そこで、当院で施行した TRMH を後方視的に解析し、TMRH が今後子宮体癌の標準術式の一つになりうるか検討した。 【方法】2010 年 8 月-2013 年 8 月の間に術前に異型内膜増殖症 (13 例) もしくは子宮体癌 IA 期(55)と術前に診断し、腹腔鏡下準広汎子宮全摘術を施行した症例を対象とした。 【結果】手術時間(332±75 分)、術後組織結果出血量(39±70ml)、術後入院日数(9.3±2.4 日)、合併症なし。全症例において 2013 年 12 月現在無病生存である。 【考察】早期子宮体癌に対する腹腔鏡下準広汎子宮全摘術(筋膜外手術)は有用であり、今後標準術式になりうる可能性があるとして示唆された。

#### <演題 4>

高度肥満の子宮体癌患者に対して、腹腔鏡下手術を行った 2 症例

大阪労災病院

香林正樹、吉野 愛、直居裕和、横山拓平、磯部真倫、香山晋輔、志岐保彦

子宮体癌の標準的治療は手術であるが、高度肥満であるが故に手術の合併症が生じやすい。肥満が重篤なほどそのリスクは増加し、特に BMI 40kg/m<sup>2</sup>以上であれば術後の経過はより不良との報告がある。しかし、肥満患者に対しての低侵襲手術は、高度な技術が必要なため困難となる。今回、BMI 40kg/m<sup>2</sup>以上の患者に対して合併症無しに安全に腹腔鏡下手術を行えた 2 例を経験したので報告する。両症例とも複雑型子宮内膜異型増殖症に対して腹腔鏡下筋膜外子宮全摘術を行い、術中病理迅速診断で類内膜腺癌 G1、筋層浸潤無しとの診断で、両側付属器切除術も行った。当患者に低侵襲手術を行うためには、全身状態の確認、患者の体位保全の確認、術中の器具等の面において様々な工夫が必要であった。手術時間は各々 251 分、174 分、そして出血量少量で、合併症を認めず術後 4 日目に退院となった。退院後 10 ヶ月目の段階で術後の合併症は認めていない。以上より、高度肥満患者に低侵襲手術を行うことは、術前から術中にかけてあらゆる工夫が必要とはなるが、推奨されるといえる。

#### <演題 5>

婦人科腫瘍専門医が TLH を習得する過程における問題点

国立病院機構京都医療センター

関山健太郎、下園寛子、秦 さおり、清水 操、山西優紀夫、奥田亜紀子、伊藤美幸、江川晴人、高尾由美、北岡有喜、山本紳一、徳重誠、高倉賢二

婦人科腫瘍専門医の年齢分布を見ると 40 歳以上が 93%、50 歳以上が 56% を占め (2012 年 9 月現在)、現在の若手医師に比べて腹腔鏡下手術を行う機会が少なかった世代の医師が大半を占める。また、これまで婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術は保険収載されていなかったことも、婦人科腫瘍専門医の多くが腹腔鏡下手術を積極的に行ってこなかった大きな理由である。しかし、早期 (I 期) の子宮体癌に対する腹腔鏡下手術は子宮体癌治療ガイドライン 2013 でも日常診療での実行が有用であるとされ保険収載される見込みであることに加えて、本邦における子宮体癌の罹患数は急激な増加傾向にあり過去 10 年で倍増している。よって、これからの婦人科腫瘍専門医にとって TLH を含めた腹腔鏡下手術の手技を習得することは益々必要になると思われる。開腹手術を中心に行っている婦人科腫瘍専門医が TLH を習得する過程で、どのような問題点があるのか当院での実例をもとに考察する。

## 【パネルディスカッション「TLHの子宮頸部・膣管の処理について」】

座長：大阪医科大学 山下能毅先生

### <演題1>

TLHにおける頸部処理を簡便かつ安全に行うために

市立貝塚病院

横井 猛、澤田真明、甲村奈緒子、西川愛子、智多昌哉、竹田満寿美、紺谷佳代、三好 愛、宮武 崇、三村真由子、長松正章

TLHにおいて基靱帯処理時の尿管損傷を避けるために我々は当初標準的に尿管同定剥離を行っていた。慣れた術者であればさほど困難なくできる手技ではあるが、TLHをこれから習得しようとする若手医師にとっては高いハードルとなる手技である。2013年11月から12月の2ヶ月間で施行した6症例について尿管同定剥離せずにTLHを行ってみた。若手医師が行うことを想定して、一部は膣断端縫合以外の縫合結紮なしに施行した。KOHカップで子宮を挙上することで、尿管との距離は十分に離れ、さらに前膣壁を先に開放することでそこがメルクマールとなり、頸部処理時に安心して降りられるメリットがあった。解剖学的偏位のない良性疾患では、このシステムを用いることで簡便かつ安全にTLHを施行することができ、助手に入っていた若手医師もこれなら出来るという印象を持ち得た。今後悪性腫瘍を扱う症例が増加するために、子宮動脈の単離、尿管の同定剥離などの手技ができることは必須であるが、若手医師のTLH導入においては簡便かつ安全な方法であると考えられた。

### <演題2>

当院における子宮動脈・尿管同定を含めた腹腔鏡下子宮全摘出術に関する検討

北摂総合病院 (2)がん研有明病院 (3)大阪医科大学

岡本三四郎 1)、2)、奥田喜代司 1)、齊藤奈津穂 1)、湯口裕子 1)、山下能毅 3)、寺井義人 3)、大道正英 3)

【はじめに】腹腔鏡手術が増える中、産婦人科領域でもその適応が悪性手術にも拡大が検討されてきており、婦人科腫瘍医にとっても腹腔鏡手技の習得は必要となってきた。今回、当院における子宮動脈・尿管同定を含めた腹腔鏡下子宮全摘出術に関して検討した。

【方法】2012年4月より2013年12月までの間に当院でTLHを行った46症例の背景と手術時間、出血量、平均子宮重量について検討した。子宮動脈に関しては、子宮動脈上行枝の内子宮口を目印に凝固・切断している。また基本的に尿管の同定は視認のみにとどめ、子宮摘出時には膣パイプを使用している。さらに子宮摘出後に全例膀胱鏡にて尿管開口部からインジゴカルミンの流出を確認している。

【結果】年齢は46(37-61)歳、手術時間は216(150-372)分、出血量は278(5-1100)ml、子宮摘出重量は328(99-925)gであった。尿管損傷を疑った症例は3例あったが、尿管の走行を同定し、尿管損傷のないことを確認した。その他合併症を認めた症例は認めなかった。

【考察】TLHを行うにあたって、良性疾患に関しては、症例により子宮動脈・尿管を単離する場合もあるが、視認のみでもTLHは安全に行えていた。

### <演題3>

TLHの子宮頸部・膣管の処理について

神戸市立医療センター中央市民病院

大竹紀子

当院では腹腔鏡下子宮全摘術の際にKhoコルポトマイザーシステムを用いた子宮頸部および膣管の処理を行っている。

子宮内膜症の癒着症例や頸部筋腫などで基靱帯処理の際に広間膜後葉の十分な剥離や尿管の走行の確認が必要な場合や膣が狭くコルポトマイザーを使用できずに鉤を目印に頸部処理を行うような場合もあるが、基本的には開腹子宮全摘術と同様に尿管の単離や子宮動脈の結紮を基本的には行っていない。このため後期研修医でも上級医の前立ちのもとに安全執刀することができている。腹腔鏡操作に熟達していないこともあり剥離操作や膣断端の縫合などに時間を要するが、良性疾患での開腹子宮全摘術の適応となる症例が減る中で、若い術者の教育として骨盤解剖や手術手順の理解を深める役割を果たしかつ、腹腔鏡操作の訓練を行う動機付けになっている。

### <演題4>

後腹膜腔 Skeletonization による頸部処理と離開予防のための膣断端2層縫合

日本生命済生会付属 日生病院

大塚博文

子宮全摘術を安全に行うことためには子宮頸部処理における尿管損傷の回避と傍子宮結合織内の静脈の確実な処理が必要である。通常行われる尿管を「見ない」腹式単純子宮全摘術は必要最小限の剥離で安全に頸部を処理する優れた方法である。しかしその前提として腹側からの強い牽引が必要である。TLH では腔側から挙上することになるが大きな子宮の場合十分に挙上されないこともある。また頸部筋腫など解剖の偏移を伴う場合なども「見ない」方法の限界であると思われる。当院の TLH は「見る」方法を用いている。すなわち膜構造に従い①側臍靭帯内側の腔、②Latzko 直腸側腔進入路、③岡林直腸側腔進入路など疎な腔を発掘し後腹膜腔を Skeletonized することで血管、尿管を確認する。当院では TLH 術者は複数いるがこの方法で尿管損傷は 0 である。また TLH 導入当初、腔断端離開を数例経験したが 2 層縫合に変更してから 1 例も起こっておらず安全に行う良い方法であると思われる。

#### <演題 5>

TLH の子宮頸部・腔管の処理について

-deep infiltrating endometriosis (DIE)を伴う高度骨盤癒着症例に対する全腹腔鏡下单純子宮全摘術の工夫-  
京都府立医科大学

楠木 泉、秋山 誠、伊藤文武、松島 洋、辰巳 弘、北脇 城

妊孕性温存希望がなく、子宮筋腫、子宮腺筋症に子宮内膜症が合併して高度骨盤癒着を伴い、薬物療法で疼痛抑制が困難な症例では DIE が存在しており、子宮全摘術および DIE 病巣除去術の選択が根治性を追求する上で有効な術式と考えられる。DIE を伴う高度骨盤癒着症例に対して従来では腔式子宮全摘術が困難とされていたが、当科では TLH を導入することにより、開腹術回避の適応拡大を図っている。このような症例では手術操作による尿管と直腸の損傷リスクが高いため、まず後腹膜腔を開窓して尿管を剖出そして癒着剥離し、直腸腔間隙側方を開放して直腸の遊離を行うなど十分に骨盤内臓器の位置偏位の矯正を行う必要がある。また、DIE 除去は子宮全摘後に行うほうが直腸、腔周辺の解剖が矯正されることにより DIE の輪郭が明瞭になるため容易となる。当科での DIE を伴う高度骨盤癒着症例に対する全腹腔鏡下单純子宮全摘術の術式について、子宮頸部・腔管の処理を中心に提示する。

#### <演題 6>

直腸腔中隔から後腔円蓋にかけて発育した子宮内膜症に対して TLH を行った 1 例

大阪大学

角田守、小林栄仁、木村 正

症例は 45 歳(2 経妊 2 経産)。主訴は月経困難症。前医受診し、後腔円蓋部にポリープ状腫瘤を認め生検を行ったところ腔内膜症と診断された。MRI にて腔壁腫瘤に連続する 3 cm の嚢胞性病変を直腸腔中隔に認め、直腸腔中隔に発生した子宮内膜症を疑った。消化器症状は認めず、まず薬物療法としてジェノゲストを内服開始した。月経困難症の改善を認めたものの、腔壁からの出血を持続して認めたため本人と相談の上子宮全摘を行うこととなった。広汎な癒着が想定されたため外科共観のもとで手術を行ったところ、ダグラス窩は完全閉鎖;CCDSO を来していた。CCDSO に対する戦略として直腸腔間隙側方を展開して癒着中央部を最後に剥離する方法を選んだが、直腸腔間隙の嚢胞により広い範囲で子宮後頸部との癒着があり直腸側での剥離点が見いだせなかった。このため最終的に嚢胞を分断する形で子宮全摘術を行い、直腸表面の可及的病変切除という形で手術は終了した。