

第18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30年2月4日(日) 10:00~17:30
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
入会金 : 2,000円
年会費 : 3,000円
取得単位 : 学術集会参加 機構単位「2単位」学会単位「10点」
領域講習 機構単位「1単位」

理事長 いろいろ女性クリニック 伊藤 将史
研究会長/事務局 吹田徳洲会病院 梅本 雅彦

9:20~10:00 理事会
10:00~11:20 一般演題 ①
座長 : 大阪中央病院 佐伯 愛
11:30~12:30 特別講演 (産婦人科領域講習1単位)
演者 : がん研有明病院 産婦人科 金尾 祐之
「婦人科悪性疾患に対する腹腔鏡手術」
司会 : 吹田徳洲会病院 梅本 雅彦
12:45~13:45 ランチオンセミナー (協賛 : 株式会社アムコ)
演者 : 大阪中央病院 松本 貴
「Electro-microsurgical dissection—高周波手術装置VI03で目指す
高度で安全な腹腔鏡下手術—」
司会 : 滋賀医科大学 村上 節
14:15~14:45 評議員会ならびに総会
14:45~15:30 メーカーアワー
15:30~16:00 「内視鏡手術ビデオアワード」表彰式・講演
司会 : いろいろ女性クリニック 伊藤 将史
16:00~17:30 一般演題 ②
座長 : 京都府立医大 辰巳 弘

【内視鏡手術ビデオアワード応募者】

伊熊 健一郎 淀川キリスト教病院
井上 滋夫 佐野病院
衛藤 美穂 京都第2日赤病院
佐伯 愛 大阪中央病院
谷口 文章 高の原中央病院
西 丈則 公立那賀病院
森岡 佐知子 奈良県立医大

【一般演題 ①】 座長：大阪中央病院 佐伯 愛先生

<演題1>

TLHとHLH (Hybrid Laparoscopic Hysterectomy) –そのバリエーションとトラブルシューティングも含めー
淀川キリスト教病院 産婦人科

伊熊健一郎、丸尾伸之、篠崎奈々絵、三上千尋、杉本麻帆、石原あゆみ、柴田綾子、藤田由布、田中達也、陌間亮一、前澤陽子

【背景】腹腔鏡による子宮全摘出術では、筋腫の状態、子宮の可動性、経腔的な操作性、癒着などから“pure”な手法(TLH)だけでは限界がある事もある。そのような場合には、臨機応変な対応も必要となる。その方法として、恥骨上の開窓孔から操作を図り、最終的にはTLHの手法に戻る“HLH: Hybrid Laparoscopic Hysterectomy”の手技・手法については前回の第17回の本研究会で紹介した。今回は、TLHとHLHのバリエーションと、遭遇し対処したトラブルシューティングなどについても併せて報告する。

【方法】トロカール配置は、通常はparallel。必要時には、恥骨上に5mmトロカールか横開窓孔(4cm程度)を加えた5点配置(diamond操作が可能)とする。子宮の上部靭帯の処理、子宮頸管部動静脈の止血処理、必要時には筋腫摘出による子宮の縮小化、仮修復を図る。頸管部の処理は、体内からか体外からでAldridge法で行う。摘出した筋腫と子宮は開窓孔から回収。最終的には、TLHに準じて腔壁の修復、尿管の確認、後腹膜の縫合を行う。

【結語】HLHには、TLHの手技が必須で、補助“assist”的な手法ではない。HLHは、術者のモチベーションを保持し、危険性や合併症を回避し、時間短縮や器具破損の防止につながり、安心してできる手法の一つと考える。

<演題2>

術中膀胱鏡検査で判明したTLH時尿管損傷の2症例
箕面市立病院

大武 慧子、蓬萊愛実、田中江里子、戸田有朱香、三好ゆかり、舟田里奈、山本善光、足立和繁

【緒言】TLH時術中膀胱鏡検査で判明した尿管口付近の尿管損傷2症例を経験したので報告する。

【症例1】52歳、2経産、手術歴なし。手術適応は子宮筋腫による排尿困難、過多月経。骨盤部MRIで子宮前壁10cmの筋層内筋腫を認め、内診上子宮は新生児頭大、後屈していた。ホルモン加療やUAEは希望されず、TLHを実施。手術終了前の膀胱鏡検査で右尿管口からの尿の排出がなく、経腹エコーで右腎盂拡張を認めた。右基靭帯を下りる際のパイポーラーによる右尿管の熱損傷を疑った。

【症例2】49歳、4経産、手術歴なし。手術適応は子宮筋腫による過長月経、過多月経、貧血。骨盤部造影MRIで3.5cm変性粘膜炎下筋腫指摘、TLH実施した。手術終了前の膀胱鏡検査で右尿管口からの尿の排出がなく、経腹エコーで右腎盂拡張を認めた。右側腔断端縫合結紮系により右尿管の走行が偏位屈曲したことを疑った。

【考察】2症例ともに反省点の多い症例であった。またTLH時術中ルーチンの膀胱鏡検査の意義を認める2症例であった。

<演題 3>

粘膜下筋腫に対する LM における縫合法の工夫

奈良県立医科大学附属病院

森岡佐知子、棚瀬康仁、佐々木義和、長安実加、岩井加奈、新納恵美子、川口龍二、小林 浩

LM においては縫合操作が特に重要であり、筋腫の発生部位によって縫合法を工夫することが縫合不全を回避するポイントとなる。深い筋層内筋腫や粘膜下筋腫の核出部の縫合は、ボトムアップ法を用いることにより、より安全かつ確実に縫合を行うことができる。今回、粘膜下筋腫核出時の内膜縫合に対してボトムアップ法を応用した症例を提示する。

症例は 37 歳、未経産婦、BMI 35.4。過長月経を有する子宮粘膜下筋腫のため手術療法の方針とした。骨盤造影 MRI 検査ではいずれも約 2cm 大の筋層内筋腫 2 個と粘膜下筋腫 1 個を認めた。体部後壁に筋層内筋腫 1 個と粘膜下筋腫が連続して存在しており、同一の切開創で核出した。粘膜下筋腫を核出した際に一部破綻した子宮内膜を、ボトムアップ法を用いてまず縫合し、その後筋層縫合を行った。

ボトムアップ法は従来、筋層を確実に縫合する手法であるが、これを用いることで破綻部の内膜が適度に牽引され縫合しやすくなるため、内膜破綻した際にも有用と考えている。手術動画を供覧する。

<演題 4>

膀胱子宮内膜症に対し腹腔鏡下膀胱部分切除を行った症例

市立貝塚病院 産婦人科

金尾 世里加、大井 友香子、前田 通秀、栗谷 佳宏、増田 公美、直居 裕和、三好 愛、大塚 博文、横井 猛

膀胱子宮内膜症は内膜症病変としては約 1%とまれな疾患であるが、月経時の排尿時痛などを生じることがある。今回、当院で膀胱子宮内膜症と診断し腹腔鏡下に膀胱部分切除を行った症例を経験したため術中画像を供覧し報告する。

症例

47 歳 2 経妊 2 経産

内膜症性嚢胞に対し腹腔鏡下手術の既往あり。非常に強い月経困難症および排尿時痛を主訴に前医受診。骨盤 MRI にて子宮筋腫・内膜症性嚢胞を認める他、膀胱後壁が著明に肥厚し T2 強調画像で低信号を呈し膀胱子宮内膜症を疑われ当院に紹介受診。

子宮内膜症および子宮筋腫に対し手術を行う方針とし術前に GnRH アゴニストを合計 6 回行った。

腹腔鏡下に手術を行ったところ、膀胱と子宮前壁は強く癒着しており、まずこれを剥離し TLH・BSO を施行した後、泌尿器科医立会いのもと膀胱部分切除を行った。膀胱壁を切開後に両側尿管口を確認、内膜症病変を認める膀胱壁の部分切除を行い 2 層縫合し、リークなきことを確認し手術終了した。術後組織学的に膀胱筋層内に子宮内膜症病変を確認した。

術後疼痛は消失し、一時的に頻尿が出現するも徐々に改善を認めた。

<演題 5>

診断に苦慮した卵巣外子宮内膜症性嚢胞の 1 例

京都第二赤十字病院産婦人科

衛藤美穂、益田真志、福山真理、栗原甲妃、南川真理、山本 彩、加藤聖子、藤田宏行

症例は 38 歳、2 経産婦。手術既往歴なし。前医で 12 cm 大の多房性嚢胞を認め当科に紹介となった。MRI では両側卵巣は腫大なく正常大に確認でき、12 cm、6 cm 大の境界明瞭な出血を伴った嚢胞性病変を認めた。悪性を示唆される明らかな充実部分は認めず、CA125 は 162U/ml と上昇を認めた。卵管内膜症（留血腫）を疑い腹腔鏡手術を施行した。腹腔内には S 状結腸間膜に炎症性癒着を伴った約 10 cm の嚢胞、ダグラス窩に炎症性の癒着を伴う約 6 cm の嚢胞 2 つの計 3 つを認めた。子宮・両側付属器とは癒着なく、周囲組織との癒着は鈍的剥離で簡単に剥離でき、はっきりした栄養血管は認められなかった。腫瘍内容を吸引したのち、すべての嚢胞を摘出し、病理組織診断で endometrial cyst の結果を得た。

子宮内膜症は様々な部位に発生することが知られているが、卵巣外で嚢胞性病変を形成することはまれである。今回の一例を経験したため、文献的考察も加えて報告する。

<演題 6>

24時間入院での腹腔鏡手術

しんやしき産婦人科

新屋敷 康 塩田 充

当院は19床を有する診療所である。

平成7年10月の開院時より腹腔鏡手術を積極的に行っている。

平成26年9月には日本産科婦人科内視鏡学会認定研修施設に認定された。

当科では良性疾患に対するすべての腹腔鏡手術を24時間入院（1泊2日）で行っている。

午前9時に入院、午後手術、翌日午前9時に歩行、診療しそのまま退院としている。

その結果、ほとんどの症例が術後1日目に退院する。

今回、当科での術式別の入院回数や合併症、また術後鎮痛の工夫について述べる。

【一般演題 ②】 座長：京都府立医大 辰巳 弘先生

<演題 7>

TCRが産婦人科内視鏡手術の主流となるために

神戸切らない筋腫治療センター 佐野病院 婦人科

井上 滋夫

TCRの持続灌流には二重シースが必要とされているが、頸管を十分拡張すれば単シースで持続灌流が可能となる。単シースでは明瞭な視界確保とスコープの自由な動きが可能になり、子宮内圧低減により水中毒を予防できる。筋層内の筋腫を剥離し筋腫の外側から子宮腔の中心に向かって切削する「筋腫核剥離向中心切削法」は、筋層の過剰切削と筋腫の削り残しを減らし、漿膜側筋層が菲薄な低突出筋層内筋腫も安全に効率的に摘出できる。

これらの手法により、婦人科手術の対象疾患として最も多い子宮筋腫の大半がTCRの適応となる。演者は子宮筋腫内視鏡手術2539件(TCR1683件、腹腔鏡856件)を行ない、TCRの半数は他施設での開腹や腹腔鏡の予定例であったが、術前偽閉経療法と筋腫核剥離向中心切削法によりTCRの適応となり、摘出筋腫重量100g超が全体の10%を超えている(最大518g)。

TCRは腹腔鏡より経済的で低侵襲、腹腔内癒着と筋層瘢痕がなく帝切を減らせる。腹腔鏡が開腹手術を減らしたように、次はTCRが婦人科内視鏡手術の主流となるべきと考え、手技の周知に努めたい。

<演題 8>

急性腹症を呈した漿膜下筋腫茎捻転の一例

京都第二赤十字病院

加藤聖子 衛藤美穂 益田真志 福山真理 栗原甲妃 南川麻里 山本 彩 藤田宏行

急性腹症を呈した漿膜下筋腫茎捻転の一例を経験したので報告する。症例は53歳、G1P1。下腹部痛を主訴に近医を受診し、S状結腸炎と診断され前医を紹介受診。腹部造影CTでS状結腸憩室穿孔を疑われ、手術目的に当院救命科に紹介転院となった。初診時著明な炎症反応を認め、反跳痛および筋性防御も認めた。婦人科疾患の鑑別のため当科紹介となり、経膈エコーでは多発子宮筋腫とダグラス窩に4cm大の嚢胞性腫瘤を認めた。骨盤造影MRIで漿膜下筋腫の茎捻転と診断し、緊急腹腔鏡手術を施行した。漿膜下筋腫の茎部は360度捻転しており、周囲に炎症性変化を認めた。腹腔鏡下筋腫核出術を施行し、病理組織診では高度のうっ血と出血を伴う子宮平滑筋腫と診断された。本症例ではMRIで診断可能であったが、緊急時にはMRIが撮像できないことも多く、CTのみでの診断が困難な場合もある。腹腔鏡手術は低侵襲に原因検索が可能であり同時に手術加療も施行できるため、腹膜炎の治療にも有用と考えられた。

<演題 9>

膀胱留置バルーンを筋腫と誤認し、手術終了直後に判明した膀胱損傷の一例

三菱京都病院 産婦人科⁽¹⁾, キャッスルベルクリニック 葵鐘会名古屋内視鏡センター⁽²⁾

中妻 杏子⁽¹⁾, 砂田 真澄⁽¹⁾, 松本 有紀⁽¹⁾, 佐々木 聖子⁽¹⁾, 藤本 真理子⁽¹⁾, 堀江 克行⁽¹⁾, 上野 有生⁽²⁾

婦人科手術において他臓器損傷は回避すべき合併症である。今回、腹腔鏡下子宮筋腫核出術において膀胱内バルーンカテーテルを広間膜内子宮筋腫と誤認して膀胱損傷を来し、腹腔鏡下に膀胱修復術を施行した症例を経験した。

症例は 46 歳未経産、左下腹部痛を主訴に受診し、7cm 大の左卵巣内膜症性嚢胞と 3cm 大の子宮前壁漿膜下筋腫を認めた。手術加療を希望し、腹腔鏡下子宮筋腫核出術と左付属器切除術を施行した。

筋腫核出後に残存病変を確認したところ、子宮右側の広間膜内に 2cm 大の弾性硬な腫瘤を触知した。広間膜内筋腫と判断し腫瘤に切開を加えたところ、漿液性の内容液流出を認めた。切開部位は閉鎖空間であると認識し、手術は終了した。

麻酔覚醒後に先端の損傷した膀胱内カテーテルが自然抜去されたため、再鎮静下に硬性鏡を膀胱に挿入したところ、膀胱の右頂部付近に 3mm 程度の損傷を確認した。膀胱損傷と診断し、腹腔鏡下膀胱修復術を施行した。自戒を込めて報告する。

<演題 10>

安全に配慮した腹腔鏡下仙骨腔固定術について

近畿大学医学部産科婦人科学教室

貫戸明子 小谷泰史 佐藤華子 山本貴子 藤島理沙 高松士朗 村上幸祐 高矢寿光 中井英勝 飛梅貴子 鈴木彩子
辻 勲 松村謙臣

目的

骨盤臓器脱の治療法で近年腹腔鏡下仙骨腔固定術 (LSC) が盛んに行われている。しかし LSC は腹腔鏡手術の中で高難度の術式であるが、当科では若手医師に対して安全に教育する必要がある。今回われわれは、LSC を安全に行う教育と工夫と手術成績を提示する。

方法

当科では 2014 年より LSC を導入し、現在まで 63 例行っている。当科での LSC は、若手医師で子宮垂全摘術を行った後、内視鏡技術認定医を目指す医師で前腔壁と岬角にメッシュを固定している。後腔壁は、必要に応じて V-Loc での縫縮や腔式に後腔壁形成術を追加している。また安全に対する工夫は、術前に造影 CT を撮影すること、術中超音波検査を行い血管の破格を確認している。

結果

手術成績は、平均年齢 68.3 歳、手術時間 215 分、出血量 33ml、術後在院日数 4.7 日で、合併症 1 例、再発 1 例を認めた。

考察

比較的難易度の高い LSC に対し、安全に配慮しながら教育することで、当科では骨盤臓器脱の標準的な手術になっている。

<演題 11>

子宮内膜症合併子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術の経験

京都府立医科大学 大学院女性生涯医科学

辰巳 弘、伊藤文武、松島 洋、古株哲也、森 泰輔、黒星晴夫、楠木 泉、北脇 城

【目的】若年子宮頸癌は、しばしば子宮内膜症を合併しており、腹腔内癒着により手術に難渋することがある。今回、当科で IB1 期と術前診断した子宮内膜症合併若年子宮頸癌に対し、腹腔鏡下広汎子宮全摘術 (LRH) を 1 例経験したので報告する。【対象・方法】39 歳、2G2P (CS 既往)、子宮頸部円錐切除後の病理組織診断で SCC、pT1b1、画像所見で明らかな残存病変や遠隔転移、リンパ節転移を認めなかったため、LRH を行った。【結果】手術時間：350 分、出血量：500mL、周術期合併症を認めず術後 8 日で退院。術後病理組織診断は、SCC、pT2bN1M0、surgical margin (-) であり、CCRT を追加したが腸閉塞などの合併症を認めなかった。【結論】子宮内膜症合併子宮頸癌に対し、安全な腹腔鏡下手術が可能であった。局所病変の完全切除は可能であったが、術後 up-stage を認めた。子宮内膜症合併子宮頸癌では組織の炎症性変化により正確な術前面

像診断が困難となる可能性があり、慎重な手術適応や術中迅速病理診断が望まれる。また、安全性・根治性確保のために、腹腔鏡の拡大視能を活かした組織の剥離や腔の展開が有効である。

<演題 12>

卵管腫瘍と考えられた2例

大阪医科大学 病理学教室¹⁾、産婦人科学教室²⁾

山田隆司¹⁾、穀内香奈²⁾、中村奈津穂²⁾、芦原敬允²⁾、藤原聡枝²⁾、田中良道²⁾、田中智人²⁾、恒遠啓示²⁾、寺井義人²⁾、大道正英²⁾

卵巣と比較し卵管腫瘍の頻度は少ない。今回、卵巣腫瘍の診断で腹腔鏡下手術を行ったところ卵管腫瘍と考えられた2症例を経験したので報告する。

(症例1) 46歳の患者で、術前MRIで卵巣線維腫の診断で腹腔鏡下右付属器摘出術を施行したところ、腫瘍の術中迅速組織診は腺癌の診断であった。永久標本で詳しく検討したところ、腫瘍は卵巣ではなく未破裂の右卵管癌 (high-grade serous carcinoma) であった。

(症例2) 22歳の患者で、ダグラス窩に36mm大の腫瘍があり、MRIで卵巣の性索間質性腫瘍の疑いがあるということから腹腔鏡下手術が行われた。左卵巣は正常大で、左卵管に腫瘍がみられたことから左卵管摘出術が施行された。腫瘍は充実性で、術中迅速組織診では、良性腫瘍だが組織型は不詳ということであった。永久標本の組織で、卵管近傍の adrenal rest tumor と診断された。

【協賛企業一覧】(五十音順)

株式会社アダチ

株式会社アムコ

エム・シー・メディカル株式会社

オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社

科研製薬株式会社

コヴィディエンジャパン株式会社

ジョンソンエンドジョンソン株式会社

株式会社東機質

日本メディカルネクスト株式会社

株式会社プロシード

【事務局より】

・PC受付は会場左前方で随時行っております。

演者の先生は、事前に会場外の通路をお進みいただき、担当者にお声掛けください。

・研究会ホームページを再開しました。

HPアドレス : <https://ksge.jp/> ログインID : ksge パスワード : laparoscope

会員専用ページ (掲示板) ログインID : guest パスワード : member-kinki

・所属変更・メールアドレス変更の際は、受付 (事務局) までご一報をお願いいたします。

本日受付にて現状の会員情報をご確認・修正いただくことも可能です。

・お車でお越しの先生は、受付にて1,100円 (上限) /日の割引チケットをご購入いただけます。