第 6 回近畿産婦人科内視鏡手術研究会

日時: 平成 18 年 2 月 12 日（日） 12:30～16:00 （役員会は 11:00 より）

場所: スノークリスタルビル 3 階 会議室

会場費: 1,000 円

年会費: 3,000 円

入会金: 2,000 円（新規入会のみ）

理事長: 国立病院機構京都医療センター 副院長 杉並 洋

研究会長: はらだ医院 院長 原田清行

事務局: 近畿大学医学部産科婦人科学教室内 kinkisnk@sanfu.med.kindai.ac.jp

11:00～11:45 理事会

11:45～12:30 評議員会

12:30～13:00 総会

13:00～14:00 一般演題 1～4 座長: 大阪医科大学 山田隆司

14:00～14:45 一般演題 5～7 座長: 伊藤病院 伊藤將史

15:00～16:00 特別講演 座長: はらだ医院 原田清行

『内視鏡外科手術を必ず成功に導く泥臭い秘訣』

四谷キューブ 外科 金平永二 先生

【一般演題】

1. 腹腔鏡下核出術の検討

京都府立医科大学産婦人科学教室

〇卜部 諭、安尾忠浩、卜部優子、北宅弘太郎、本庄英雄

近年、子宮筋腫の治療は腹腔鏡、動脈塞栓療法など色々な治療方法が選択できるようになり、また、晩婚化の影響か、子宮温存手術希望が多くなったように思われる。我々は前任の済生会滋賀県病院にて 2,000 年 9 月より内視鏡下手術を導入してきた。特に子宮筋腫治療に重点をおき、その治療における選択の広さ、適応の拡大を目指してきた。このため、外科的手術に加え、放射線科が行う子宮動脈塞栓術（UAE）の選択もあり、外科的手術においては開腹術、内視鏡下手術、筋腫核出、子宮全摘出術とすべて選択ができるように心がけてきた。今回、平成 17 年 9月までの前院における腹腔鏡下筋腫核出術について検討した。筋腫核出が子宮筋腫手術にしめる割合は年々増加し、平成 17 年には37％をしめた。また、巨大筋腫により第 1 子の頭部に変形をきたし、第 2 子は核出後無事出産した症例や32個の筋腫核出後妊娠したが、妊娠中期にて破水した症例も経験したので報告する。

2. 腹腔鏡下多発性子宮筋腫核出術時の摘出筋腫腹腔内残存とその予防

国立病院機構　京都医療センター　産婦人科
〇村田明子、谷口文章、岡田由貴子、森　美幸、吉木尚之、山本紳一、北岡有喜、徳重　誠、杉並　洋

腹腔鏡下に多発性子宮筋腫を核出する際、核出した子宮筋腫が腸管間隙に埋没し残存してしまうことがある。今回我々は、そのような症例を経験するとともにその予防法として核出した子宮筋腫を数珠状に糸を通し、残存を予防した手術を行なったので報告する。
【 症例１ 】14 個の子宮筋腫を腹腔鏡下に核出し、5 日目に退院した。術後 15 日目に左下腹部腫瘤を自覚し再診。超音波検査、MRI 等にて残存子宮筋腫と診断、術後 20 日目に再度腹腔鏡手術を施行した。残存子宮筋腫は周囲組織と強固に癒着、腹腔鏡下に剥離し摘出した。【 症例２ 】腹腔鏡下に子宮腺筋症・子宮筋腫核出を 4 個行なった。核出後 、数珠状に糸をかけることにより、全て回収することができた。子宮筋腫が腹腔内に残存する原因ついて、術野確保の為摘出した子宮筋腫を頭側へ留置すること、多くの筋腫を核出した後に分割摘出をまとめて行なう事、長時間の手術、子宮筋腫を分割して摘出する際に個数が不明瞭になる事等が考えられる。今回の検討で核出した子宮筋腫を数珠状に糸を通す方法は子宮筋腫の残存を予防する 1 方法と思われた。

3. 子宮内膜症に重症腹膜炎を併発した症例に対する腹腔鏡下手術

大阪医科大学産婦人科[1)]、北摂総合病院産婦人科[2)]、市川婦人科クリニック[3)]
〇浅野正子[1)]、奥田喜代司[1)]、山下能毅[1)]、寺井義人[1)]、楢原敬二郎[2)]、市川文雄[3)]

子宮内膜症に重症腹膜炎を併発した症例に 2 回の腹腔鏡検査と手術を行ったので報告する。
症例は 31 歳、G0P0、発熱で抗生物質の投薬を 6 日間受けるも軽快せず、発熱と下腹部痛で初診した。骨盤腹膜炎と左付属器腫瘍の診断で、抗生物質による入院治療を 3 日間行ったが、改善がないため腹腔鏡検査を行った。腹腔全体に膿汁が貯留し、左付属器が一塊となり腫大し、その周囲に腸管が癒着していた。左付属器膿瘍と腹腔内の吸引＊洗浄を行い、2 本のドレーンを留置した。下腹部痛は術後 1 日目から軽減し、発熱は術後 7 日目に解熱した。GnRHa の 4 カ月投与した後の再腹腔鏡検査では下腹部腹壁に大網が膜様癒着し、左付属器が一塊となり、その周囲と子宮に腸管が癒着していた。腹腔鏡下に両側付属器の癒着剥離、ダグラス窩の開放、左卵管摘出、左チョコレート嚢胞摘出などを行った。術後経過は順調で、術後 5 日目に軽快退院となった。
子宮内膜症に重症腹膜炎を併発した症例に早期の腹腔鏡検査と処置を行い、炎症の軽快後に再度腹腔鏡下手術を行うことにより侵襲を少なく、安全に、妊孕能の保存手術を行うことができた。

4. バイポーラ鉗子絶縁体部破損の経験とその対応

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学
〇大久保智治，本庄英雄

鏡視下手術における合併症のひとつである器具の破損および紛失は、閉鎖腔内に異物を遺残させ、対応に苦慮することがある。

今回われわれは手術終了後にバイポーラ鉗子セラミック製絶縁体部の破損に気付いた。術中の動画記録ですでに同部が破損していたことが判明した。同鉗子は 5 回使用されており、1 から 3 回目までは破損を認めず、4 回目は動画記録で破損判定不能。全例の術後腹部 X 線撮影写真に破損部陰影を認めなかった。条件を調節して破損部の X 線撮影を行ったところ、明らかな陰影を確認することができた。今回の破損は患者の腹腔内で起きた可能性はなく、それ以外の場面で破損したと断定できた。

以後鉗子を使用前使用後に先端部分を確認し、手術終了後必ず腹部 X 線撮影を行うこととした。今回の事象は鏡視下手術はチーム医療であり、準備段階から器具の整理までスタッフひとりひとりの意識向上、注意喚起、確認、器具の理解と様々な対応の必要性を改めて認識させられた。

5. 金属疲労による鉗子の破損を腹腔鏡下に回収し得た1症例

住吉市民病院[1)]、阪和住吉総合病院[2)]
〇辻村朱美[2)]、中村哲生[1)]、延山裕之[1)]、橋口裕紀[1)]、朝田拓治[1)]、李　東満[1)]、迫　久男[1)]、中岡幸治[2)]、辰田一郎[2)]

腹腔鏡下手術は低侵襲の手術であるが、一旦問題が生じると患者への侵襲が逆に大きくなることがある。今回われわれは、術中金属疲労による鉗子の破損を腹腔鏡下に回収し得た症例を経験したので報告する。症例は、23歳未経妊。骨盤部MRI施行にて、約7cmの左チョコレート嚢腫と診断し、腹腔鏡下手術を施行した。術中チョコレート嚢腫摘出を行うため把持鉗子を用いたが、操作不能となった。術中把持鉗子の破損を確認し、腹腔内および手術室内を注意深く捜索したが発見できず、腹部X線を施行した。その結果腹腔内に金属片を確認したため、再度腹腔鏡下に腹腔内の観察を開始したところ、直腸前面に金属片を発見し、回収した。説明書では、打ち込み部分の摩耗のリングが見える場合、破損脱落の原因となると報告。また耐用期間は、納入後1年間経過したもの、あるいは30症例使用したもののどちらか短いほうの期間での使用を勧めていた。今後本症例を教訓に、鉗子の摩耗状態などを注意深く管理し、トラブル回避に努めることが重要であると考えられた。

6. 恥骨上部第１孔、ラップディスク・ミニを使用した腹腔鏡補助下卵巣嚢腫摘出術(LAC)－教育研修機関での標準化の試み－

京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学
〇北脇　城、石原広章、清水美代、本庄英雄

LACは頻度が高く、比較的容易であることから、研修段階の医師の指導にも適した術式である。そこで、手術操作に伴うリスクをできるだけ回避し、技術的に容易で、かつ手術内容の完遂度が高いと考えられる術式を選択し、教育研修機関で標準化することを目指して検討した。症例はLACを予定した14例（チョコレート嚢胞8例、成熟嚢胞性奇形腫4例、上皮性嚢胞線腫2例）であった。まず、恥骨上部に正確に20㎜の横切開を加え開腹、ラップディスク・ミニ(LD)を装着した。12㎜オープン用トロッカーとともにLDを閉鎖、気腹し、5㎜径腹腔鏡観察下に臍部より5㎜トロッカーを穿刺挿入した。腹腔鏡を臍部ポートより入れ替えて、以下型どおり二または三孔式の体外法によるLACを行った。その結果、全例において、合併症なく満足できる手術を遂行できた。臍部第１孔法と比較した利点として、トロッカー穿刺に伴う術者のストレスと合併症のリスクが非常に少ないこと、臍部の切開創がより目立たないこと、卵巣の体外への誘導、還納が円滑であること、トロッカーが安価であることが挙げられた。一方、欠点としては、恥骨上部切開がやや大きいこと、LDが破損しやすく高価であることが挙げられた。本術式は、合併症のリスクが少なく、かつ容易で完遂度の高い方法として、教育研修機関で標準化しうるものと考えられた。

7. Direct 穿刺法にて腸管膜損傷を起こした2例に関する検討

国立病院機構　京都医療センター
〇徳重　誠　吉木尚之　谷口文章　森　美幸　村田明子　岡田由希子　杉並　洋

当科においては第一トロッカーの挿入方法として Direct 穿刺法を採用している。同法の手技は、まずメスで臍下部に約 12mm の腹壁切開を加えデスポーザブルの刃つきトロッカー（VISIPORT）を使用して 10mm 硬性鏡の直視下に筋膜を切開し、続いて腹膜を確認後腹壁を十分に把持挙上した状態でトロッカーを直接挿入する。この方法は迅速性には極めて優れているが、今回合併症として腸管膜を貫き血管損傷に遭遇し、その対処として開腹術に移行した１例と、腹腹腔鏡下に対処し得た１例を経験したので画像を供覧して問題点を検討する。症例１：YM:47 歳　G3P3、浮腫貧血(Hg5,1g/dl)にて総合内科受診。子宮粘膜下筋腫を認め、GN-Rh　Analogues3　回使用後、幼少時虫垂炎手術後のための癒着を考慮し LAVH 予定していたが、第一穿刺時小腸間膜の血管を損傷強出血をきたし開腹手術に移行した。症例２：NM:40　歳,G0P0、他院より子宮外妊娠疑いにて紹介された。最終月経より妊娠 7 週子宮内に GS(一)右付属器に腫大を認め緊急腹腔鏡下手術を行った。第一穿刺時小腸間膜の血管を損傷し血腫形成したが、手術終了時止血確認小腸の運動色共に異常なく手術を終了した。