第 21 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 4 年 2 月 6 日（日）　10:00～16:30
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）~~
完全オンライン開催に変更（運営本部：近畿大学）
参加費　：1,000 円（次回現地開催時に徴収）
年会費　：3,000 円（次回現地開催時に徴収）
入会金　：2,000 円（次回現地開催時に徴収）
取得単位：なし

研究会長	近畿大学	松村 謙臣
理事長	大阪中央病院	松本 貴
事務局	吹田徳洲会病院	梅本 雅彦

9:30～10:00　理事会
10:00～11:30　一般演題Ⅰ（演題 1～6）
11:30～12:30　特別講演
演者：近畿大学 下部消化管外科主任教授　川村 純一郎
演題名「直腸癌に対する骨盤内リンパ節郭清の実際」
13:00～14:00　ランチョンセミナー（協賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社）
演者：近畿大学　村上 幸祐
和歌山県立医大　八幡 環
座長：市立貝塚病院　横井 猛
14:00～14:20　評議員会ならびに総会
14:20～15:00　伊藤賞（内視鏡手術ビデオアワード）表彰式・受賞講演
司会：大阪中央病院　松本 貴
15:00～16:20　一般演題Ⅱ（演題 7～11）
16:20～　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　大阪労災病院　志岐 保彦

審査員特別賞　　近畿大学　　小谷 泰史

【一般演題 Ⅰ】

＜演題 1＞

卵巣腫瘍茎捻転に対し腹腔鏡下手術を施行した症例における卵巣機能温存についての検討

近畿大学医学部産科婦人科学教室

川﨑　薫　小谷泰史　笹井奈穂　山本貴子　森内　芳　村上幸祐　高矢寿光　中井英勝　松村謙臣

卵巣腫瘍茎捻転は急性腹症の為に緊急手術の対象となる。良性腫瘍で妊孕性温存が必要な場合でも、卵巣の血流障害のために付属器摘出術をせざるを得ない場合もある。今回われわれは卵巣腫瘍茎捻転における卵巣の機能温存に関して検討したので報告する。

2000 年から 2021 年まで卵巣腫瘍茎捻転に対し腹腔鏡下手術を施行した 76 例を対象に、手術成績と卵巣温存が可能であったかどうかを検討した。

対象症例の平均年齢は 34 歳、手術時間 95 分、出血量 33ml、腫瘍径 8.4cm、術後在院日数 3.6 日であった。妊孕性温存不要であった 23 例は最初から付属器摘出術を選択していた。残りの 53 例中は手術中所見により術式を判断され、12 例は付属器摘出術、41 例は卵巣腫瘍摘出術が施行された。病理組織学的診断では、発症から手術までの時間が短く、炎症反応の上昇がない症例では全例で卵巣組織の壊死を認めなかった。

卵巣腫瘍茎捻転に対し手術を行う場合、発症から早期で、炎症反応の上昇を認めていない症例では卵巣機能を温存できる可能性が高い。

＜演題 2＞

広間膜内に発育する子宮筋腫に対する全腹腔鏡下子宮摘出術（total laparoscopic hysterectomy: TLH）の尿管損傷を回避する術野展開の工夫

大阪労災病院

樋上翔大 志村宏太郎 實森万里子 出口朋実 白石真理子 田中佑典 志岐保彦

広間膜内に発育する子宮筋腫では、尿管が筋腫により圧排され偏位していることがありTLHを行う際に尿管損傷に注意が必要である。尿管損傷を回避するためには、尿管を同定時に筋腫周囲の結合組織や細血管を出血なく処理し、基靭帯血管や膣壁切開の際に尿管を外側へ受動することの2点が重要である。

当院では、TLH全症例に対して両側円靭帯および膀胱腹膜を体外から吊り上げている。この目的としては、子宮周囲の結合組織に面でのトラクションをかけるためである。これにより、子宮に少しテンションをかけるだけで切開ラインが視認しやすくなり、出血なく結合組織を処理できる。また、膀胱子宮靭帯前層処理が必要となる悪性腫瘍手術の際には、尿管を鼠径部方向へ吊り上げて視野展開を行っている。これは尿管の剥離ラインを分かりやすくするためである。

広間膜内に発育する子宮筋腫に対するTLHの難しい点として、① 筋腫の側方への突出に伴う狭い術野、② 筋腫周囲の結合組織による子宮の可動性の悪さ、③ 筋腫表面からの尿管の外側への受動の3点が挙げられる。①-②に対しては、狭い術野で最大限にトラクションをかけるために「腹壁からの両側円靭帯および膀胱の吊り上げ」が有効と考える。③に関しては、「尿管の下腹部トロッカーからの牽引」により、剥離ラインが分かりやすくなり安定した視野を形成できる。

上記に記載した術野展開の工夫の有効性について、実際の手術ビデオを用いて検討を行う。

＜演題 3＞

摘出に苦慮した石灰化筋腫の１例

曽山浩明[1]、山口昌美[1]、吉田剛祥[1]、原田清行[2]、谷口文章[1]
1.　高の原中央病院産婦人科
2.　はらだ医院

【背景】

子宮筋腫はしばしば石灰化を伴が、術前にその硬度や範囲を正確に評価することは難しい。今回石灰化を伴う多発子宮筋腫に対しTLHを行い、摘出に非常に苦慮した１例を経験したので報告する。

【症例】

症例は52歳、未性交。主訴は過多月経、腹部腫瘤感。内診、外診にて臍上2横指に達する子宮筋腫と思われる硬い腫瘍を触知した。経直腸超音波検査、MRIで最大径12cmの巨大多発子宮筋腫を認め、腹部単純X線像では一部石灰化を認めた。TLHの際に腟壁より切離した子宮は未性交のため経腟的には摘出できず、臓器回収バックに還納し電動モルセレーターを使い腹腔外への摘出を試みた。しかし石灰化筋腫は非常に硬くモルセレーターでは細断できず、ハーモニックやメスでも細断できなかった。カメラポートの皮膚切開を4 cmまで拡げ、整形外科用のノミ、金槌、丸ノミ鉗子で細断し摘出した。

【結論】

腹腔鏡下手術で使用する手術器具でも細断できない石灰化子宮筋腫は摘出できる大きさまで皮膚切開を行えば摘出可能である。しかしできる限り低侵襲で行うために整形外科で使用する細断器で小切開創より細断して摘出したが、その使用には十分注意が必要である。

＜演題4＞

当院における子宮腺筋症に対する腹腔鏡手術の手術成績と妊娠予後に関する検討

森内芳　小谷泰史　松村謙臣

子宮腺筋症は過多月経、月経困難症、不妊症など様々な症状を呈する疾患である。妊孕性温存を希望する場合、近年では薬物療法を用いることが多いが、コントロール不良な場合や妊孕性を改善するために、子宮腺筋症切除術を施行することもある。近年、子宮腺筋症に対して腹腔鏡手術も多く行われるようになった。我々は、2002年から2018年の間に当院にて子宮腺筋症と診断され、手術加療を行った28例を対象に開腹術及び腹腔鏡手術の両群における手術成績および妊娠予後に関して検討を行った。腹腔鏡手術が16例、開腹術が12例であった。腹腔鏡手術では開腹手術に比べて、有意に出血量が少なく(104ml, 610ml)、有意に再手術率は低かった(13%, 50%)。開腹術で1例に術後妊娠中の子宮破裂を認めたが、腹腔鏡手術では認めなかった。子宮腺筋症に対する腹腔鏡手術は開腹手術と比較しても遜色ない成績を示した。

＜演題5＞

V-NOTES手術は、腟式手術の教育に有効かー単孔式経腟腹腔鏡手術の導入ー

大阪急性期・総合医療センター　産科・婦人科
竹村昌彦、大柳亮、岡木啓、松谷和奈、栗谷佳宏、島津由紀子、加藤恵一朗、加藤愛理、澤田真明、海野ひかり、久保田哲、笹野恵、島津由紀子、田口貴子、隅蔵智子、岩宮正

腟式子宮全摘術(VTH)は、子宮摘出にあたって、第一選択術式として腹腔鏡や開腹手術に優先して考慮するべきとされている。しかし、狭い視野のために術者間での術野の共有が困難であり、それゆえに術者教育が難しく、技術の継承が困難となっている。

NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)という概念は、2004年にKalloo らによって提唱された。内視鏡を体表の自然孔から挿入して、管腔壁を経て体腔内に到達する術式である。なかでも腟を利用する方法(V-NOTES)は、最も実用化が進んでいる。

我々は、V-NOTES用に作られたGelPOINT V-pathプラットフォーム (Applied Medical)を用いて、単孔式経腟腹腔鏡手術による子宮全摘術を開始している。この方法では、VTH の手技を鏡視下に再現することができる。また、経腹単孔式手術よりもより短時間で安全な子宮摘出が可能であり、VTHでは困難なことが多い両側付属器摘出術も安全に実施できる。

V-NOTES手術は、それ自身が有用な新たな手術方法であると同時に、腟式手術の修練のために有効なツールとなりえる。

＜演題６＞

巨大頸部筋腫の一期的摘出を可能とするRoBEEM（Roller Ball Electrode Enucleation of the Myoma）

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

頸部筋腫は増大すると尿管と子宮動脈を偏位させ摘出の難度が高いハイリスク症例となる。小さな頸部粘膜下筋腫や頚管内に下降した体部有茎粘膜下筋腫は、比較的容易に子宮鏡手術で摘出できるが、大きな頸部筋腫は粘膜下筋腫であっても筋腫外側の筋層が極端に菲薄化するため、「粘膜下筋腫か、筋層内筋腫か、漿膜下筋腫か」の鑑別が困難となり、子宮鏡による摘出は躊躇される。演者は筋腫核剥離向中心切削法を提唱し、2300件以上の子宮筋腫内視鏡手術のうち70%以上を子宮鏡で行なってきた。複数の巨大筋腫のTCRの経験から、「頸部筋腫と子宮体部下部の筋腫は、子宮底部と子宮体部上部の筋腫に比べて、筋腫と筋腫偽被膜との接合が疎であるため剥離が容易である」ことに気づいた。現在では、「MRIで漿膜側筋層が極端に菲薄化して漿膜下筋腫のように見える例でも、頸管内側に筋層が見られない頸部筋腫はRoBEEMによりTCRが可能」との確信を得るに至り、巨大頸部筋腫を積極的にTCRで摘出している。この手技の実際について症例を提示して解説する。

【一般演題 Ⅱ】

＜演題７＞

5 mmポート孔より生じたポートサイトヘルニアの１例

1.　京都第二赤十字病院　産婦人科

2.　京都第二赤十字病院　救急外科

青木康太[1]、衛藤美穂[1]、加藤聖子[1]、楳村史織[1]、藤田宏行[1]、神鳥研二[2]、石井亘[2]

【緒言】近年、低侵襲手術の適応の拡大や技術の進歩による安全性の確立などにより、腹腔鏡手術を選択されることが増えている。今回、腹腔鏡下両側付属器切除術後に5 mmポート孔より生じたポートサイトヘルニアの１例を経験したので報告する。

【症例】62歳、5妊3産、55歳閉経、BMI 26。10 cm大の良性卵巣腫瘍の診断で、腹腔鏡下両側付属器切除術を施行した。手術は臍部に12 mmポート、臍下4横指および両側下腹部に5 mmポートをダイヤモンド法で留置した。術後3日目より嘔吐を認めたが、腹痛の訴えはなく、腸蠕動音も微弱ながら聴取できたため、腸管運動麻痺と診断し絶飲食で経過観察とした。嘔吐持続するため術後5日目に胃管留置したところ、少量ずつ排ガスも確認されたため、術後9日目に胃管抜去したが嘔吐の再燃を認めた。腹部単純CT検査で左下腹部5 mmポート孔より生じたポートサイトヘルニアが疑われ緊急手術を施行した。小腸が左下腹部ポート部に嵌頓していたが、幸いにも腸管壊死は認めず、ヘルニア解除およびヘルニア門閉鎖を施行し手術終了とした。ヘルニア門は2 cm程度まで拡張されており、手術動画を再確認するとポート操作、ポート滑脱によりポート孔を拡大している様子が観察された。術後は腹部症状再燃なく経過し、緊急手術後4日目に退院とした。

【結語】ポートサイトヘルニアは腹腔鏡手術における比較的稀な合併症のひとつであるが、緊急手術も考慮する必要があるため、念頭に置いて早期発見に努める必要がある。

＜演題８＞

腹腔鏡下広汎子宮全摘術終了後の腹部X線撮影により持針器の破損を同定し、透視下に回収した１例

市立貝塚病院　婦人科

増田公美　小松直人　田中良知　竹本祐基　谷口翠　黒田実紗子　市川冬輝　甲村奈緒子　田中あすか　小笹勝巳　横井猛

＜諸言＞

手術器具の術中破損は、腹部手術の 0.07%で生じるとの報告があるが、腹腔鏡した手術器具は小型部品が多く、機器破損の予防・早期発見のため安全管理体制を整える必要がある。当院では、2019年4月より腹腔鏡手術においても術後レントゲン撮影を全例に行い、手術機器遺残を見逃さないように取り組んできた。今回、広汎子宮全摘術直後のレントゲンで持針器先端の破損を発見し、

回収し得た１例を報告する。
＜症例＞子宮頚癌 IB１に対し腹腔鏡下広汎子宮全摘出術を実施し、術後レントゲンを撮影したところ 3mm 大の金属片を発見した。この時点で術中に使用した手術器具を確認したところ、持針器の tissue pad の一部が破損していることが判明した。持針器の業者へ連絡し、tissue pad の金属成分を確認すると同時に、再度　腹腔鏡にて回収する方針となった。レントゲン透視下に腹腔内を観察したところ、右骨盤底に金属片の遺残を認めた。金属片を回収後、再度透視を行い、遺残が無いことを確認し、手術を終了した。後日、手術動画を確認したところ、膀胱子宮下腹膜を直針で吊り上げる際に、持針器の tissue pad が破損し、落下していた。
＜考察＞
手術器具の破損については、様々な鉗子で報告されているが、持針器の tissue pad 部分の存在は周知されておらず、気づかずに破損している可能性がある。当院で採用していた持針器の交換時期は、メーカー推奨で１年程度とされており、定期的に交換していなかったため、劣化が進んでいたと考えられる。本症例では術後レントゲンで早期に発見し、回収することが可能であったが、腹腔鏡手術における術後レントゲンの取り扱いについては施設により様々な見解があり、腹腔鏡手術でも全例レントゲンを行う必要があると考えられる。
＜結語＞
手術器具の破損は稀ではあるが、術前の器具の点検と適切な時期での器具の交換を行い、破損発生時には迅速な対処を行うことが重要である。

＜演題 9＞
帝王切開既往のある子宮体癌症例における鏡視下手術での Tumor spillage について
大阪国際がんセンター　婦人科
前田　通秀、久　毅、小泉　舞、坂口　仁美、角田　紗保里、渡辺　正洋、松崎　慎哉、馬淵　誠士、上浦　祥司
　腹腔内に腫瘍が漏出することを Tumor spillage と呼び、種々の癌腫において腫瘍学的成績の悪化と関連している可能性がある。子宮頚癌の鏡視下手術での腫瘍学的成績の悪化は Tumor spillage も一因ではないかと考えられている。
子宮体癌での鏡視下手術時に前回帝王切開時の帝王切開創からの Tumor spillage を認めた症例を経験し、報告する。
症例は 50 歳代、3 経産、3 回帝王切開の既往があった。類内膜癌 Grade 1、Stage IA の子宮体癌にロボット支援下単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を行った。術前 MRI で帝王切開創の菲薄化を認めていた。腹腔内に明らかな癒着はなく、膀胱は帝王切開創と癒着していた。子宮マニピュレーターは挿入せず、両側卵管をクリッピングし、手術開始した。膀胱と子宮の境界が不明瞭であり、子宮切開創の側方、腟側から剥離を行った。切開創付近の剥離を行った際に切開創から腫瘍の漏出を認めた。可及的速やかに手術を終了し、子宮は回収袋に入れ、腟から回収した。腹腔内を十分洗浄し、手術を終えた。
子宮体癌の帝王切開創からの Tumor spillage 時の対応に関して、文献的考察を加え発表する。

＜演題 10＞
進行子宮頚癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検術の有用性と安全性の検討
近畿大学医学部産科婦人科学教室
笹井奈穂、小谷泰史、加嶋洋子、佐藤華子、太田真見子、宮川知保、青木稚人、村上幸祐、高矢寿光、中井英勝、松村謙臣
　子宮頚癌におけるリンパ節転移は予後規定因子であり、進行子宮頚癌において NCCN ガイドラインでは、腹腔鏡下リンパ節摘出術が同時化学放射線療法前の症例におけるリンパ節転移の有無の評価方法の一つとして位置付けられている。われわれは、進行子宮頚癌に対して、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検術を行い、放射線治療の照射範囲を決定している。今回その有用性と安全性を検討した。
　2018 年から 2021 年に放射線治療予定で術前に PET-CT で傍大動脈リンパ節転移が明らかでなく、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検を行った 24 例を対象に検討を行った。病理組織検査で転移陽性の場合は、照射野を傍大動脈リンパ節領域まで拡大して同時化学放射線療法を行った。
　24 例中 23 例が扁平上皮癌で、1 例は腺癌であった。平均手術時間は 157 分、出血量は 132ml、摘出リンパ節個数は 15.5 個。3 例

で傍大動脈リンパ節転移を認め、傍大動脈リンパ節領域まで照射を行った。また 4 例で再発を来した。

腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検術は、画像では評価し得ない転移を検出し、放射線照射範囲を決定するのに有用な可能性がある。

＜演題 11＞

卵巣粘液性腫瘍の 1 例

大阪医科薬科大学 病理学教室[1)]、産婦人科学教室[2)]

山田隆司[1)]、高木優美香[2)]、恒遠啓示[2)]、田中智人[2)]、大道正英[2)]

【はじめに】

多嚢胞性卵巣腫瘍は粘液性腫瘍の場合が多いが、今回、虫垂原発腫瘍と考えられた症例を経験したので報告する。

【症　例】

患　者：79 歳、女性、3 回経妊・2 回経産、閉経 50 歳

既往歴：高血圧・骨粗鬆症に対して内服治療中

現病歴：2 年前に右下腹痛があり近医産婦人科受診したが、子宮に 3cm 未満の筋腫がみられるのみで、両側卵巣に腫大はみられなかった。今回、黄色帯下と乳房の緊満感があり再度近医受診したところ、左卵巣に 10cm の多嚢胞性腫瘍があり、筋腫が 4cm 大と増大していたことから本院に紹介受診となった。当院での MR および PET-CT で、悪性を示唆する所見に乏しかったとから腹腔鏡下手術が施行された。腹腔内には癒着はみられなかったが、粘液を有する小嚢胞がみられ少量の腹水が貯留し、腫瘍に破綻はみられなかった。迅速組織診では、悪性所見はみられなかったことから腹腔鏡下両側付属器摘出術、大網部分切除術、虫垂切除術が施行された。

【病理所見】

虫垂・卵巣とも同様の所見で、細胞異型は軽度であるが、粘液産生の著明な高円柱上皮の増生がみられた。腹膜にも同様の病巣がみられたことから虫垂原発の low-grade appendiceal mucinous neoplasm と診断された。

【まとめ】

卵巣粘液性腫瘍の場合は、良悪の診断も重要であるが、転移性腫瘍の鑑別も重要である。

【協賛企業（ランチョンセミナー開催）】

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

【事務局より】

・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＞

現状は仮パスワードでも閲覧可能ですが、今後各個人のパスワード作成をお願いします。

＜仮パスワード＞　ログイン ID：guest　　パスワード：member-kinki

＜新規パスワード設定方法＞

下記 URL より設定可能です。メールアドレスとパスワードを設定してください。

https://ksge.jp/wp-login.php?action=lostpassword

・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。

事務局：吹田徳洲会病院産婦人科　梅本雅彦

E-mail：m.umemoto@tokushukai.jp