

第23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6年2月4日(日) 10:00~17:00
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 : 3,000円
年会費 : 0円
入会金 : 5,000円
取得単位 : 学術集会参加 機構単位「2単位」
領域講習 機構単位「1単位」、学会単位「10点」

研究会長	市立貝塚病院	横井 猛
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
10:00~10:10 開会式
10:10~11:30 一般演題Ⅰ (演題1~7)
座長: 淀川キリスト教病院 鈴木 嘉穂
11:30~12:10 メーカーアワー
12:20~13:20 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)
「困難症例における私のこだわり」
演者: 千船病院 大木 規義
日本生命病院 橋本 奈美子
座長: 関西医科大学 北 正人
14:00~14:15 評議員会ならびに総会
14:15~15:15 特別講演
演者: 京都医療センター 安彦 郁
演題名「腹腔鏡手術とロボット手術を行ったり来たりしてわかること」
座長: 市立貝塚病院 横井 猛
15:30~15:50 伊藤賞 (内視鏡手術ビデオアワード) 表彰式・受賞講演
15:50~17:30 一般演題Ⅱ (演題8~15)
座長: 大阪大学 小玉 美智子
17:30~ 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： 近畿大学 小谷 泰史

【一般演題 I】 座長 淀川キリスト教病院 鈴木 嘉穂

<演題 1>

閉創後、抜管前に腹部単純 X 線で腹腔内異物が確認された TLH 実施の 1 症例

済生会千里病院

末包智紀 下村将央 武曾 博

当院では異物遺残の確認目的で開腹手術及び腹腔鏡下手術の全例に対して術前 3 カ月以内と閉創後に腹部単純 X 線検査を実施し、腹腔内を確認してから抜管するようにしている。症例は 43 歳、3 妊 0 産、手術既往なし。子宮筋腫で過多月経による貧血および月経困難症を適応として単孔式 TLH を実施した。閉創後、腹部単純 X 線検査で腹腔内に 3×2mm 大の辺縁整で均一な類円形の高吸収域を認めたため、外科用イメージで透視すると体位変換に伴って移動したため、大網または腸管表面に付着した異物を疑った。抜管前なので再開腹して透視下で単孔式腹腔鏡下異物除去術を実施することも検討したが腹部 CT 検査を選択した。その結果、異物は下行結腸の腸管腔内に存在し、入院前に誤飲されたもので自然排泄可能と判断して抜管し手術を終了した。術前に未確認で術後に判明した異物の中には本症例のように誤飲が原因のこともあり抜管前の CT 検査が非常に有用であった。

<演題 2>

当院で経験した腹腔鏡下子宮全摘術時における尿管損傷の 2 症例

兵庫県立がんセンター

北井美穂、鈴木裕紀子、松井克憲、荻本圭祐、市田啓佑、荒武淳一、成田 萌、濱崎京子、澁谷剛志、山本香澄、塩崎隆也、山口 聡

【目的】当院で腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)時に経験した尿管損傷症例を踏まえ尿管損傷を回避するために必要な手技を再考すること

【症例】1 例目：若年子宮体癌に対する妊孕能温存治療後、根治術として TLH を行う方針となった。左基靭帯血管を切断時に強出血をきたし、止血及び切断時に尿管を巻き込み損傷に至った。術中には気づかず、退院後に発熱及び腹痛で来院、左尿管損傷が発覚し、開腹での左尿管膀胱新吻合を行った。

2 例目：子宮筋腫と CIN2 の適応で TLH を実施、右基靭帯血管を切断時に強出血をきたし、止血の際に尿管の熱損傷による損傷が起こった。術中には気づかず、退院後の診察で膣からの尿流出と採血でクレアチニン値の上昇があり、CT で尿管腔瘻が発覚、W-J カテーテル挿入で一旦経過観察となった。

【結語】いずれの症例も、尿管の走行を後腹膜腔で確認はしているが、膀胱脚の尾側への剥離が不十分なことや、必要以上に尾側への基靭帯処理を行ったことが尿管損傷の原因となっている。TLH 実施の際には、尿管と周辺臓器間の十分な単離と確認、適切な基靭帯血管の処理が尿管損傷の回避には必須である。

<演題 3>

早期子宮体癌に対するロボット支援下手術時にトロッカー損傷を生じた重症肥満の 1 例

大阪大学医学部附属病院

竹本祐基 小玉美智子 角田 守 戸田有朱香 中川 慧 木瀬康人 瀧内 剛 橋本香映 上田 豊 澤田健二郎 木村 正

【緒言】肥満症例の子宮体癌に対するロボット支援下手術は腹腔鏡下手術と比較し有利であるのかという点について、エビデンスは少ないものの、周術期合併症は同等である、開腹移行率を減少させるとの報告がされている。肥満症例に対する内視鏡手術を行うには実臨床で様々な注意が必要であるが、今回我々が経験した重症肥満症例手術において回避できなかったトロッカー損傷の一例を報告する。

【症例】40 歳、未経妊。身長 157.8cm、体重 189.3kg (BMI 76.0)。既往歴に 2 型糖尿病、左卵巣皮様嚢腫茎捻転に対する腹式左付属器摘出術、及びその後 1 年間の創部感染治癒遅延があった。不正性器出血を主訴に来院し、類内膜癌 Grade1, cT1aN0M0, Stage IA と術前診断した。放射線照射台耐荷重量上限を超えるため放射線治療は不可能であり、外科的治療の方針となった。1 ヶ月の減量目的入院で 7kg 減量達成も更なる減量は困難との判断で、耐荷重量 270kg であるロボット専用手術台を用いてロボット支援下手術

を実施した。腹壁が12cmと厚く、前回手術による極めて高度な腹腔内癒着、かつ腹膜強靱でセカンドポート留置に極めて難渋したが、単純子宮全摘術、両側付属器切除術を開腹移行することなく完遂した。手術時間は9時間55分(コンソール時間2時間22分)、出血量は140mlであった。術翌日に小腸穿孔が判明し、緊急小腸修復術を行った。腸液漏出は腹腔内へは殆どなく皮下に広がっており、ポート留置の際に腹壁に癒着していた小腸にトロッカーが穿通し、術中の腹腔内観察では視認できなかったと考えられた。術後創部感染を合併したが、術後2ヶ月で退院、術後4ヶ月で創部はほぼ治癒した。

【結語】腹腔内高度癒着を合併する重症肥満例における内視鏡手術において、トロッカー穿刺を安全に行うことが非常に重要なステップの一つである。

<演題4>

腔式子宮全摘後の腔脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術時に、直腸に自在鉤が誤挿入され、直腸を腔管に見立てて癒着切離した症例

箕面市立病院

大武慧子、竹井智彦、小川美祈、中村千栄、熊坂諒大、潮田至央、山本善光、足立和繁

73歳、2経産、46歳時に腔式子宮全摘術を他院で実施されている。50歳ころより腔脱を自覚。61歳当院初診時よりペッサリーで保存的管理を行っていた。徐々にペッサリーサイズ増大し、ペッサリー挿入している状態で膀胱瘤著明で外科治療希望。全身麻酔下ロボット支援下仙骨腔固定術実施。

患者は20度頭低位、開脚位で手術開始。トロカール配置は横1列、5か所。アシストポートを左側腹部に挿入。ダヴィンチシステムはXi、患者右側からのサイドドッキング。腔尖部に自在鉤を挿入し、腔前壁と膀胱、直腸間の癒着切離をしていたつもりであったが、術開始早期より直腸に自在鉤が誤挿入され、直腸を腔前壁、後壁に見立てて癒着切離していた。執刀医が直腸に自在鉤が誤挿入されていることに気づくことに時間を要した。直腸の明らかな損傷を認めないことを確認し、腔前壁、後壁にGYNEメッシュ®留置し、メッシュ脚を岬角に固定し、手術終了。手術時間4時間32分(コンソール時間3時間32分)、出血量6ml。術後直腸の遅発損傷予防のため4日間の絶食、抗生剤投与を継続。食事再開後、感染兆候、直腸損傷がないことを確認し、退院となった。ロボット支援下手術時は執刀医、アシスト医師、第2助手のお互いの手技確認を行うことが腹腔鏡手術、開腹手術に比較して少し物理的距離がある。重大なアクシデントを起こさないための準備が非常に大切であることを痛感した症例であった。

<演題5>

ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術時に有茎性子宮漿膜下筋腫からの出血により、開腹移行となった症例

関西ろうさい病院

高田友美、堀内僚介、浅井智奈美、澤本康平、山本実咲、大久保理恵子、下地可乃子、尾上昌世、吉岡恵美、後藤摩耶子、堀謙輔、伊藤公彦

【緒言】ロボットは様々な利点を持つが、触覚がなく、力が強い欠点がある。ロボットにより子宮漿膜下筋腫の茎部が断裂した症例を経験したため、報告する。

【症例】44歳、未妊、貧血があり、多発性子宮筋腫と下行結腸がんを診断された。手術を視野にレルゴリクス内服を開始した。結腸がんに対し、内視鏡的粘膜切除術の結果、外科的手術が必要となった。子宮が術野の妨げになる為、4か月後、消化器外科と、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術、両側卵管切除術及び結腸左半切除を行う方針となった。ポート配置は外科が決定した。術中、ロボットで子宮漿膜下筋腫を把持したところ、茎部が断裂し、出血を認めた。止血できず、開腹移行となった。婦人科手術終了時の出血量は約850mlであった。

【考察】ロボット手術においては、有茎性子宮漿膜下筋腫は可能な限り触れないことが重要であり、他科と手術する際にも、自科で通常行う配置で行った方がよいと考えられた。

<演題6>

当科での腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清時に血管損傷を生じた2症例

大阪医科薬科大学

橋田宗祐、寺田信一、村上 暉、古形祐平、田中智人、大道正英

【緒言】近年、婦人科悪性腫瘍に対する低侵襲手術が普及し、安全性や予後に関する報告がされている。今回、当科で施行した腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清において血管損傷を生じた2症例について報告する。

【症例】1例目は55歳、子宮体癌に対して腹腔鏡下準広汎子宮全摘＋両側付属器摘出＋センチネルリンパ節生検を行った。病理診断で再発高リスク群であったため、腹腔鏡下骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を行った。前回手術創部の癒着が強固であり、右外腸骨静脈を損傷し、4-0プロリンで修復した。2例目は43歳、直腸浸潤を伴う子宮体癌に対して腹式準広汎子宮全摘＋両側付属器摘出＋大網切除＋低位前方切除＋腹膜切除を行った。その後骨盤リンパ節に再発し、腹腔鏡下骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を行った。前回手術創部の癒着が強固であり、左外腸骨動脈を損傷し、5-0プロリンで修復した。

【結語】再手術では癒着剥離が必要となり、臓器損傷や血管損傷のリスクが高まる。手術を行う際には、その後の癒着を減らす手術時の工夫や、リスクに応じたマネジメントの確立などが望まれる。

<演題7>

第一トロカールの挿入法と抜去から－その進化の過程と多様性から－

淀川キリスト教病院 産婦人科¹⁾、Okada Medical Clinic, Brisbane, Australia²⁾

伊熊健一郎¹⁾、岡田隆幸²⁾、鈴木嘉穂¹⁾、村上暢子¹⁾、柴田綾子¹⁾、石原あゆみ¹⁾、自見倫敦¹⁾、小倉直子¹⁾、月永理恵¹⁾、岡本 凪¹⁾、胡 詩音¹⁾、安齋 怜¹⁾、三上千尋¹⁾、塩野入規¹⁾、陌間亮一¹⁾

【背景と目的】良性の婦人科疾患に対する腹腔鏡手術は、1990年前後から始まり、安全なトロカール挿入法も追及されてきた。手術はトロカール挿入に始まり、トロカール抜去で終わる。その始まり方、終わり方には、色々な手技や手法が考案され、今に至っているが、いまでもそれなりのPifallの報告が見られる。演者のこれまでを振り返りながら、現在のスタンスを報告する。

【第1トロカールの挿入】当初よりOpen法、Closed法、Direct法の3通りがある。その場所は、臍下、臍窩、臍上がある。トロカール径は、通常は12mmか5mmがある。また、挿入後の安定化を図るHasson式、Balloon付、挿入孔を拡張するVersaStepTM法などある。先端が刃付は推奨しない。それぞれに一長一短はある。勿論、対象疾患の状態、手術既往の有無、BMI、tattooや臍ピアスなどへの配慮も必要となる。なお、単孔式、吊り上式、Robot支援には触れない。

【気腹と他のトロカール】気腹はCO₂ガスで8mmHg～12mmHgの選択。3孔式、4孔でのDiamond配置やParallel配置などがある。また、使用トロカールの太さ、形状の選択も必要となる。挿入に当り、皮下気腫を起こさないよう注意する。

【トロカール抜去】トロカール抜去には、“いちにいさんハイハイ”と口出しで抜去時の5秒確保をしいる。他には、5mm径腹膜部にはバイポーラーでの凝縮、12mm径には腹腔内での腹膜縫合で、術後の出血やヘルニア予防を図り、最後の12mm腹腔鏡抜去孔には、腹膜、筋膜、皮下をそれぞれ縫合する。

【トラブルシューティング】これまでに経験してきた幾つかのトラブルシューティングとその対策などについて動画を供覧し報告する。

【一般演題Ⅱ】 座長 大阪大学 小玉 美智子

<演題8>

当院における婦人科良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術の初期経験

1. 和歌山県立医科大学 2. 近畿大学

八幡 環¹⁾、小谷泰史²⁾、高橋京香¹⁾、田中惇也¹⁾、武田真一郎¹⁾、岩橋尚幸¹⁾、堀内優子¹⁾、太田菜美¹⁾、馬淵泰士¹⁾、井篁一彦¹⁾、

【目的】2018年4月よりロボット支援下子宮全摘術(robot-assisted total hysterectomy: RAH)が保険収載され、実施件数は増加している。当院で2022年11月から開始した良性疾患のRAHに対して、初期成績を評価した。

【方法】2022年11月から2023年10月までda Vinci Si(Intuitive Surgical社)にてRAHを実施した6例を対象とし、年齢、BMI、適応疾患、手術時間、コンソール迄の時間、コンソール時間、出血量、子宮重量、合併症について評価した。

【成績】中央値として、年齢は45(37-58)歳、BMIは22.6(20.7-27.7)、適応疾患は子宮筋腫3例、子宮腺筋症1例、子宮頸部異形成2例であった。手術時間は272(252-301)分、コンソール迄の時間は46(37-54)分、コンソール時間は190(172-242)分、出血

量は23 (5-35)mL、子宮重量 95.3 (72-174)gであった。合併症は1例で補助ポート創の感染を認めた。

【結論】RAH導入後、安全に実施できている。これら症例を振り返り、手術時間の短縮に向けた工夫について、検討する。

<演題9>

腹腔鏡下手術をロボット支援下手術と比較し再考する～助手力の重要性～

府中病院1)、茶屋町レディースクリニック分院2)

山崎 亮1)、脇本 謙1)、菰池哲史1)、小作大賢1)、稲垣聖子1)、中西健太郎1)、木下 弾1)、西岡嘉宏2)、三橋玉枝1)、山崎則行1)

ロボット支援下手術は益々広がりを見せ、腹腔鏡下手術にとってかわっている。ロボット支援下手術の利点は様々あるが、カメラ、3rd アームを術者主導に可動・固定できることもその利点の一つである。ロボットを使用すれば、助手にはなかなか伝わらない細かいこだわりも手術で表現できるようになる。当院でも da Vinci Xi (以下 da Vinci) を導入しており、子宮全摘、仙骨腔固定術を行っている。da Vinci には上記の利点がある一方で、鉗子を可動させている間はカメラを可動できず、また 3rd アームも可動させるには切り替えを要する。つまり同時に可動できるアームは 4 本中 2 本までである。腹腔鏡下手術では助手が自由に動くことができ、執刀医と合わせるとカメラ+鉗子 3 本の合計 4 本が同時に可動できる。当たり前のことではあるが、ここが da Vinci と大きく異なる点であり、デメリットにも、また一方で大きなメリットにもなり得る。そしてそれを左右するのは「助手力」となる。腹腔鏡下手術のメリットとして、具体的には、助手による淀みないカメラワークと適格に動く補助鉗子操作によって、da Vinci におけるカメラ可動時間と 3rd アーム切り替え時間を削減でき、理論的には da Vinci と比較し腹腔鏡下手術で時間の短縮が可能となる。また、切離に伴うトラクションは、da Vinci では 3rd アームが固定されているため one hand となるが、腹腔鏡下手術では助手鉗子と合わせて two hand で可能である。そうすることで、一つの術野に対してより広範囲にトラクションをかけ続けることができ、術野変更の回数も減る可能性がある。一般的には腹腔鏡下手術における助手鉗子は適切に「動かないこと」が求められるが、da Vinci にはない腹腔鏡下手術の利点を改めて追求すれば、より能動的な「助手力」にあると考える。今回の研究会では私の助手力に対する考えと例を動画とともに発表する。

<演題10>

ロボット支援下子宮体癌手術における NIRC™ 蛍光尿管カテーテル使用の経験

大阪急性期・総合医療センター

隅蔵智子、二階堂菜月、橋本侑美、浅野啓太、八木太郎、伊藤風太、加藤愛理、海野ひかり、武藤はる香、松崎聖子、久保田哲、笹野 恵、島津由紀子、田口貴子、岩宮 正、森重健一郎、竹村昌彦

2020年1月にNIRC™(Near Infrared Ray Catheter)蛍光尿管カテーテルが発売され、腹腔鏡手術下で近赤外線カメラを用いて蛍光尿管カテーテルを使用する症例の報告がなされている。近年、ロボット支援下手術ではFireflyイメージングシステムを使用することで、術中に容易にカメラを切り替えて蛍光尿管カテーテルが確認できるとされる。

ロボット支援下子宮体癌手術において、尿管を同定のうえ筋膜外子宮全摘術を行うことが望ましいが、一方でロボット支援下手術は触覚が感じ難く、慎重な尿管の同定が必要であり、蛍光尿管カテーテルは尿管同定のために良い手法となり得る。

当院にて、ロボット支援下子宮体癌手術において、蛍光尿管カテーテルを使用した症例を2症例経験した。尿管の同定という点では直接視認することが有効ではあったが、出血により尿管の直視が困難となった際には蛍光色の同定が容易であり、蛍光尿管カテーテルの有効性が感じられた。術中の動画を供覧する。

<演題11>

分娩後のRPOC(Retained products of conception)に対し子宮鏡下手術にて摘出した1例

神戸市立医療センター中央市民病院

田邊更衣子 金澤玲佳 山田野々花 三木麻紗与 吉村佳与子 元山貴仁 白神 碧 荻野敦子 前田振一郎 川口雄亮
山添紗恵子 松林 彩 林 信孝 大竹紀子 三木通保 青木卓哉

【緒言】RPOC(Retained products of conception)とは分娩もしくは流産後の子宮内妊娠遺残物の総称であり、近年は胎盤ポリープ

や胎盤遺残が一括して RPOC と呼称されている。数ヶ月以内に自然消失する例もあるが、多量の性器出血を認める場合には外科的治療が必要となる。今回、分娩後に認めた RPOC に対し、UAE 施行後に TCR を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】46 歳 3 経妊 1 経産 凍結胚盤胞移植にて妊娠成立後、11 週より当院で妊娠管理を開始した。妊娠経過は順調で、第 1 子出産時に癒着胎盤既往があったため、今回 35 週に MRI 検査で画像評価し、癒着胎盤を疑う所見が無いことを確認した。41 週 0 日、陣痛発来し自然経腔分娩。胎盤は自然に剥離し正常胎盤が娩出されたと診断したが、その後から出血の増悪を認めたため胎盤様組織の遺残が疑われた。遺残様組織を可及的に摘出した後に子宮内バルーンにて圧迫止血を行うことで出血は落ち着いたが、分娩時出血量は 3600ml となり輸血を要した。産褥 4 日目の診察時に子宮内腔に豊富な血流を伴う腫瘤像を認め RPOC と診断した。出血は落ち着いていることから外来で経過観察としていたが、産褥 28 日目に出血増量を認めたため、入院管理とした。血流豊富な腫瘤径 5cm の RPOC を認め、出血も持続するため、UAE を施行の上、TCR にて腫瘤摘出を行ったので、その動画を供覧し、文献的考察も提示する。

【結語】多量の性器出血を認める RPOC では外科的治療が必要になる。外科的治療として TCR は有効な治療法の一つであり、画像上血流が豊富な RPOC に対して TCR 施行前に UAE にて血流減少を図ることでより安全に処置を遂行できると考えられた。

<演題 12>

帝王切開癒痕部からの多量の性器出血に対して子宮鏡下に止血し得た症例

高の原中央病院

吉田剛祥 奥口聡美 鈴木総一郎 曾山浩明 谷口文章

【緒言】我々は月経に引き続き起こった多量の性器出血を認め、子宮鏡下に止血し得た症例を経験したので報告する。

【症例】31 歳 独身 2 経妊 2 経産 2 回 C/S 妊孕性温存希望

月経 5 日目より多量の性器出血を認め、止血剤の投与や腔内へのガーゼ挿入による圧迫等を試み、一時的に止血できた。しかし再度コアグラを含む性器出血、貧血(Hb:9.2 から 7.1 に低下)を認め、緊急子宮鏡下手術を施行した。帝王切開癒痕部からの出血を確認し、子宮鏡下に止血できた。以後多量の性器出血は認めていない。

【考察】帝王切開癒痕部からの少量の性器出血に対して、子宮鏡下に治療されたとの報告は多数認める。しかしその部分から貧血が進行する程の多量の性器出血を認めたとの報告は非常に少なく、そのような症例に対して開腹や腹腔鏡下手術で癒痕部の修復止血が行われたとの報告は認める。しかし、子宮鏡下に止血できたとの報告はこれまでに無く今回が初めての症例である。

【結語】妊孕性温存希望の症例に対して、帝王切開癒痕部からの多量の出血に対して子宮鏡下手術も考慮すべき術式と思われた。

<演題 13>

vNOTES Hysterectomy の導入経験と手技の工夫

市立貝塚病院

吉村明彦, 増田公美, 原 マイケルシャノン, 淡路拓也, 岡木 啓, 仲尾有美, 市川冬輝, 永瀬慶和, 甲村奈緒子, 田中あすか, 岡 藤博, 横井 猛

<目的>腔を用いた vNOTES は従来の腹腔鏡下手術と比較すると低侵襲であり、整容性にも優れた術式として導入する施設が増加している。2023 年 9 月より当院でも vNOTES

を導入し、2023 年 12 月までに vNOTES Hysterectomy を 4 例実施した。vNOTES に関して、導入期ではあるが、当院での初期経験と手技の工夫点について報告する。

<症例>症例は全て経産婦であり、POP-Q stage II-III 以上の子宮脱 3 例(膀胱瘤合併 2 例含む)、子宮頸部高度異形成 1 例に対して、vNOTES Hysterectomy を実施した。子宮脱の症例については、腔断端挙上術(Shull 法)も行い、膀胱瘤を合併した子宮脱の症例では腔断端挙上術(Shull 法)と前腔壁形成術も同時に実施した。いずれの症例も内診所見、病歴や術前画像診断により癒着のリスクが低い症例と判断していたが、4 例中 1 例は子宮体部と直腸との間に広範囲の癒着を認め、癒着剥離を行った。全ての症例で vNOTES での手術を完遂し、腹腔鏡下手術への移行や周術期合併症は認めなかった。

<考察>vNOTES Hysterectomy を安全に導入するために、Gel-POINT V-Path[®]の使用法についての院内ハンズオンを行い、術者と助手との間で知識を共有し、経腔操作の手順を固定することが有用であった。vNOTES は、腔式子宮全摘術の手技の習得が重要となる術式ではあるが、腔式手術の経験の浅い術者や助手であっても安全な剥離操作ができるよう視野を確認し、共有していくことが重

要と考えられる。また、ダグラス窩腹膜および膀胱子宮窩腹膜を切開・開放するまでの剥離操作を安全に行うために、子宮腔部からインジゴカルミンを加えたアドレナリン希釈液を局所注射し液性剥離をすることが非常に有用であった。

<結語> vNOTES は腔式手術と腹腔鏡下手術の利点を活かした術式であり、今後も症例数を蓄積しながらvNOTESの安全性・有用性について検討していきたい。

<演題 14>

MRI 画像から分類されたタイプ別にみた子宮腺筋症における腹腔鏡下子宮全摘術の手術成績の検討

近畿大学

新垣紀子 小谷泰史 山本貴子 宮川知保 村上幸祐 川崎 薫 中井英勝 松村謙臣

目的

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。近年では薬物療法を用いる場合が多いが、コントロール不良な場合で、妊孕性が不要な症例では、腹腔鏡下子宮全摘術を施行することが多い。しかし、子宮腺筋症はその発症するタイプにより、手術成績が変わってくる可能性があるため、タイプ別の手術成績を比較検討したので報告する。

方法と対象

2013年より2023年までに子宮腺筋症で腹腔鏡下子宮全摘術を施行した72例を対象とした。術前におけるMRIで、Kishi分類を用いて分類したtype1の49例、type2の16例で年齢、手術時間、出血量、術後在院日数、摘出子宮重量、周産期合併症を比較検討した。

結果

type1、type2の比較では、平均年齢は44歳と46歳で差はなかった。手術時間199分と255分、出血量は53mlと261ml、術後在院日数は4日と7日で有意にtype2が増加した。摘出重量は216gと190gと差はなく、周術期合併症は、0% (0/49) と6.3% (1/16) と差は認めなかった。

結論

術前のMRI画像から分類されたタイプ別にみた子宮腺筋症における腹腔鏡下子宮全摘術の手術成績では、type2は子宮内膜症の合併が多く、高度癒着などによる手術難度が上がることより、出血量や手術時間が増加する可能性がある。術前MRI画像でtype2を疑う時は注意して手術に臨む必要があると思われた。

<演題 15>

まれな子宮嚢胞性腫瘍の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⁾、橋田宗祐²⁾、藤原聡枝²⁾、大道正英²⁾

【はじめに】

婦人科の嚢胞性腫瘍は、内容液を吸引すれば摘出しやすくなることから内視鏡下手術の対象となることが多い。今回、まれな子宮嚢胞性腫瘍を経験したので報告する。

【症 例】

患 者：54歳、女性、2回経妊・2回経産

月経歴：初経12歳、周期28-30日型・整

既往歴：特記事項なし

現病歴：過多月経、下腹部腫瘤感があり、近医産婦人科受診したところ、右卵巣チョコレート嚢胞と多発筋腫を認め、当院に紹介となる。MR検査で、多発筋腫および右卵巣とされていた80mm大の嚢胞性腫瘍は、子宮由来の嚢胞性腫瘍(adenomyotic cyst)と考えられた。症状軽減の目的で腹腔鏡下子宮全摘術、両側付属器摘出術が施行された。嚢胞性腫瘍は子宮由来で内容液は黄褐色だった。摘出のため、嚢胞性の部分は子宮から切離し、子宮も切断しながら摘出された。術中腹水細胞診は陰性だったが、術後の組織結果から現在追加の化学療法中である。

【病理所見】

子宮の嚢胞性腫瘍は、内面を異型のある扁平上皮および腺上皮で裏打ちされており明らかに浸潤傾向がみられた(adenosquamous

carcinoma)。子宮の adenomyotic cyst の癌化と考えられた。

【まとめ】

腹腔鏡下手術においては、常に悪性の場合を想定して術中操作を行わなければいけない。

【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

【協賛企業（展示協賛）】（五十音順）

株式会社アダチ

コヴィディエンジャパン株式会社

株式会社アムコ

テルモ株式会社

エム・シー・メディカル株式会社

日本メディカルネクスト株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

株式会社プロシード

科研製薬株式会社

【事務局より】

- ・PC 受付は開場左前方にて随時行っております。講演中でも構いませんので余裕を持って担当者にお声かけください。
- ・講演中でも後方展示スペースをご覧くださいませ結構です。
- ・メールアドレス変更・所属変更の際は、事務局までご一報をお願いいたします。（本日受付にて可能です）

事務局：吹田徳洲会病院産婦人科 梅本雅彦

E-mail：m.umemoto@tokushukai.jp

- ・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>

ログイン ID：guest パスワード：member-kinki

現状は仮パスワードでも閲覧可能ですが、各個人のパスワード作成も可能です。

<新規パスワード設定方法>

下記 URL より設定可能です。

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