

第 25 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 8 年 2 月 22 日 (日) 10:00~17:40
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」

研究会長 神戸大学 寺井 義人
理事長 大阪中央病院 松本 貴
事務局長 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
10:10~11:40 一般演題 I (演題 1~7)
座長 : 神戸大学 長又 哲史
11:40~12:20 メーカーアワー
12:30~13:30 ランチョンセミナー (協賛 : アムコ株式会社)
「ストレスフリーな手術を目指して~vNOTES からロボット手術まで~」
演者 : 四谷メディカルキューブ 羽田 智則
vNOTES の難所を理論的に攻略する
演者 : 神戸大学 高橋 良輔
腹腔鏡下子宮全摘における子宮マニピュレーション
座長 : 兵庫医科大学 馬淵 誠士
14:00~15:00 特別講演
演者 : 瓦林 靖広 九州医療センター
切除と温存、その間にあるもの — 深部子宮内膜症手術の“最適解”を目指して
座長 : 神戸大学 寺井 義人
15:15~15:40 評議員会ならびに総会
15:40~16:00 伊藤賞 (内視鏡手術ビデオアワード) 表彰式・受賞講演
16:00~17:30 一般演題 II (演題 8~15)
座長 : 兵庫医科大学 笹野 智之
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：滋賀医科大学 田中 佑治

【一般演題 I】 座長 神戸大学 長又 哲史

<演題 1>

腹腔鏡下子宮全摘術時に尿管閉塞を早期診断できた 1 例～術中膀胱鏡が必要な症例を考える～

愛仁会高槻病院

西川茂樹、加藤大樹

【緒言】全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)は開腹手術に比べて尿管損傷が起こりやすいとされている。術中膀胱鏡により尿管閉塞を早期診断できた 1 例を報告する。【症例】43 歳、G2P2、腹腔鏡下虫垂切除術の既往あり。子宮粘膜下筋腫、左卵巣内膜症性嚢胞に対して TLH と左付属器切除を施行した。子宮は鷲卵大で S 状結腸と癒着しダグラス窩は閉鎖していた。左卵巣は鷲卵大で S 状結腸と後腹膜と強固に癒着していた。癒着により左尿管が同定できないまま、子宮を摘出し腔断端を縫合した。膀胱鏡で、左尿管口からの流出が確認できず、ガイドワイヤーを挿入し尿管口から 3cm の部位での閉塞が判明した。腔断端縫合糸の抜糸により閉塞が解除された。左尿管 DJ カテーテルを留置後に、左尿管を同定剥離し再度腔断端縫合を行い手術終了した。【考察】尿管損傷のリスクが高いとされる子宮内膜症や巨大子宮筋腫の症例、また本例のように尿管が同定できない症例では術中膀胱鏡は有用と考える。

<演題 2>

5mm のポート痕に生じたポートサイトヘルニアの 3 症例

大阪医科薬科大学

田路明彦、竹島健司、秋月皐佑、西江瑠璃、土橋裕允、寺田信一、丸岡 寛、藤原聡江、田中良道、田中智人
ポートサイトヘルニアは婦人科腹腔鏡手術の 0.2% に生じる比較的稀な周術期合併症で、そのほとんどが 10mm 以上のポート痕とされている。今回我々は、5mm のポート痕に生じたポートサイトヘルニアを 3 症例経験したため報告する。

症例 1 は 79 歳。巨大卵巣嚢腫に対して腹腔鏡下両側付属器切除術を施行後し、手術時間は 3 時間 10 分だった。術後 4 日目にポートサイトヘルニアとなり、右下腹部のポート痕に回腸が嵌頓していた。

症例 2 は 57 歳。子宮筋腫に対して腹腔鏡下单純子宮全摘出術+両側付属器摘出術を施行し、手術時間は 7 時間 51 分だった。術後 10 日目にポートサイトヘルニアとなり、右下腹部のポート痕には大網、左下腹部のポート痕には回腸が嵌頓していた。大網に明らかな損傷は認めなかったが、回腸は漿膜が一部損傷していたため修復術を行った。

症例 3 は 75 歳。巨大卵巣嚢腫に対して腹腔鏡下両側付属器切除術+大網部分切除術を施行し、手術時間は 4 時間だった。術後 3 日目にポートサイトヘルニアとなり右下腹部のポート痕に回盲部が嵌頓していた。腹腔鏡下で還納を試みたが損傷したため回盲部切除を行った。

年齢や手術時間がリスク因子と考えられ、リスクのある場合は予防が必要と考えられる。

<演題 3>

婦人科腹腔鏡下手術後に生じた下肢コンパートメント症候群の 4 症例

大阪医科薬科大学

土橋裕允、西江瑠璃、田路明彦、橋田宗祐、寺田信一、恒遠啓示、田中智人

下肢コンパートメント症候群は、碎石位・頭低位を要する長時間腹腔鏡手術において、起こり得る重篤な合併症である。今回、当科で腹腔鏡手術後に下肢コンパートメント症候群を発症した 4 例（腹腔鏡下子宮筋腫核出術 2 例、腹腔鏡下单純子宮全摘出術 1 例、腹腔鏡下広汎子宮全摘出術 1 例）を経験した。3 例は術当日夜間に発症し、区画内圧 30mmHg 未満であったため保存的治療と理学療法を行い、うち 2 例は後遺症なく回復したが、1 例では足

関節背屈障害が残存した。一方、1例は術直後に発症し、区画内圧 40mmHg 超のため早期に減張切開術を施行した。早期発見には術後の強い下肢疼痛、緊満感、感覚・運動障害に注意し、速やかな内圧測定と MRI 検査が重要である。管理は軽症例では圧迫解除や循環管理を行い、重症例では躊躇なく減張切開術を行うべきである。予防として体位固定の工夫、過度な頭低位回避、手術時間短縮と下肢の定期的確認が重要である。

<演題 4>

腹腔鏡下子宮全摘術における経膈的子宮細断回収中に発生した腸管損傷の一例

箕面市立病院

竹井智彦、小川美祈、熊坂諒大、大武慧子、潮田至央、山本善光

【緒言】腹腔鏡下子宮全摘術において、経膈的子宮細断回収は一般的な手技である。一方、回収操作において腸管損傷や膀胱損傷などの臓器損傷を来す可能性がある。今回、経膈的に子宮を細断回収中に腸管損傷をきたした症例を経験したため、原因と再発防止策について報告する。

【症例】52歳、2経妊2経産。12cm大および8cm大の漿膜下筋腫を認め、腹部膨満感が持続するため腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。子宮は成人頭大で底部は臍下まで到達していたが癒着は認めず、膈管切開まで腹腔鏡下にて型通りに進行した。その後、経膈操作に移行し子宮を細断していたところ、膈内へ迷入していた腸管に気づかず、S状結腸損傷を生じた。消化器外科に応援を依頼し、開腹移行してS状結腸部分切除および側々吻合を施行した。手術時間は5時間38分、出血量130mL、摘出子宮重量は1067gであった。術後経過は良好で後遺症なく退院となった。

【結語】経膈的子宮細断時には、直視下で確認可能な範囲に限定して操作することが重要であり、視野確保が困難の場合は経腹的に子宮回収を切り替えることが重要である。

<演題 5>

高度肥満・巨大子宮筋腫症例における経膈回収時の直腸損傷 -ロボット支援下手術特有のリスク要因に関する考察-

淡海医療センター

十河進仁、卜部 諭、卜部優子、矢野阿壽加、藤城直宣、鳥井裕子、中川渥裕、中川 冴、小暮 藍

【背景・目的】腹腔鏡下手術における直腸損傷の発生頻度は、報告により幅があるがおよそ 0.05~0.3% 程度とされる。近年、ロボット支援下手術の普及により複雑な症例の完遂が可能となっているが、ロボット特有の術野環境や制限が、合併症発生の誘因となる側面もある。今回我々は、巨大筋腫の経膈回収時に直腸損傷および一時的ストーマ造設を来した症例を経験したため、合併症再発防止の観点およびロボット手術の特性からその要因を腹腔鏡手術との比較とともに考察する。

【症例】症例は高度肥満、巨大子宮筋腫。ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術を施行。子宮全摘後の経膈回収時、回収袋を使用せず筋腫を牽引した際、直腸を巻き込み損傷。一時的ストーマ造設を余儀なくされた。損傷は、膈管のリトラクター挿入による術野確認の段階で発生していた。

【考察】本症例の要因を、ハインリッヒの事故分析モデル（スリップ・ラプス・ミス）に基づき分類し、ロボット手術特有の制約と照らして考察した。

Mistake（判断ミス）：巨大筋腫・高度肥満というリスク因子に対し、回収袋を使用せず経膈回収を選択した判断。経膈操作に慣れた医師の操作。

Lapse（失念）：回収操作時の直腸挙上の欠如。

Slip（動作ミス）：牽引操作中の偶発的な組織損傷。

特にロボット手術においては、以下の要因がリスクを高める。

体位の制限：ロボットアームの干渉により、術中のベッドの高さや砕石位の調整が困難である。

術野へのアクセス制限：助手が膈側から視認・操作を行う際、ロボットが物理的障壁となり、十分な術野展開が

阻害されやすい。

執刀医の分離： コンソールにいる執刀医が不潔野（腔側操作）への介入のハードルがあり、視野共有や直接的なチェックが困難である。

【結語】 ロボット手術下での経腔回収においては、執刀医が術野から物理的に離れていることを念頭に置き、回収袋の原則使用や、手順のチェックリスト化（直腸挙上の確認等）による安全管理の徹底が必要である。

<演題 6>

様々な失敗を経験して現在の術式にたどり着いたこだわりのロボット支援子宮全摘出術 RAH

1) 済生会千里病院 婦人科

2) 大阪公立大学医学部附属病院 女性診療科

飛田真由¹⁾、下村将央¹⁾、祝迫清美¹⁾、川島皓雄²⁾、橘佳子¹⁾、武曾博¹⁾

当院は2024年5月からRAHを開始した。導入当初は臍上部にカメラポートを設置し、12mm助手用ポートを含めた5孔式で実施していたが1st. trocar挿入が原因と思われる腸管損傷を経験したことから腹腔鏡下手術と同様、臍底部からのアプローチに変更した。以前から減孔手術に注力していたことから経験豊富な施設にならない助手用ポートを廃止しようとした矢先に牽引による子宮動脈本幹断裂や過伸展による子宮静脈破綻を経験し、技術的に助手用ポートがまだまだ必要であることを痛感した。しかし5孔でしかも助手用ポートが最も太く、整容面のみならず術後の創部痛、腹壁ヘルニアや感染を来す可能性からEZアクセス®を臍底部に装着してスコープ用のda Vinci 8mmカニューレと12mm trocarを挿入した。その結果、術中の吸引、排水およびガーゼや回収袋、針糸の出し入れが可能であり4孔でのRAHが可能となったので動画を供覧して報告する。

<演題 7>

ロボット支援下手術中のポート内弁破損部の回収が可能であった一例

近畿大学

岩橋尚幸、村上幸祐、小谷泰史、加嶋洋子、高矢寿光、阿部秋子、黄彩実、松村謙臣

婦人科領域のロボット支援下手術件数の増加に伴い、機器特性に由来する合併症事例の増加も予測される。今回、ロボット支援下仙骨腔固定術中にポート内弁破損を認め、破損部を回収し得た一例を経験したので報告する。骨盤臓器脱に対し手術を施行し、手術終了前の腹腔内観察で2mmの白色異物を認め回収した。検証の結果、第3アームのポート内シリコン製弁の破損と判明し、腹腔内に一部が遺残している可能性が高いと判断した。通常の腹腔内観察では見つからず、チーム内で検討を行い、生理食塩水3000mlで腹腔内洗浄を行う方針となった。臍下周囲の小腸の間から5mm大の遺残部が浮遊し、回収すると弁破損部と形状が一致したため、腹腔内への遺残はないと判断し手術終了した。ロボット支援下手術中のポート内弁破損の報告はかなり少ないが、実臨床においては潜在的に常に起こり得る事象と考えられる。術前・術中・術後の系統的な安全確認が重要である。

【一般演題 II】 座長 兵庫医科大学 笹野 智之

<演題 8>

婦人科腹腔鏡下手術において、尿膜管遺残を癒着と誤認し切離した結果、手術進行に難渋した一例

愛仁会 千船病院

佐野友香、大木規義、鈴木裕紀子、三浦穂乃香、前田哲雄、渡邊隆弘、稲垣美恵子、吉田茂樹

尿膜管遺残は成人では無症候性で偶発的に発見されることが多く、婦人科領域での報告は稀である。腹腔鏡手術中に、腹膜から独立した索状構造物を癒着と誤認して切離し、手術進行に難渋した症例を経験した。症例は40歳0妊0産。両側卵巣腫瘍に対し腹腔鏡手術を実施した際、腹腔内に広範囲の癒着を認めており、臍から下腹部正中に向かう索状物を癒着と判断し切離したところ、術後病理で尿膜管遺残と診断された。索状物切離後、剥離層が

Retzius 腔方向へ迷入し、膀胱の解剖学的偏位を来したが、気膀胱を用いて膀胱位置を同定し修正した。本症例のように、臍に連続する索状構造を認めた場合には尿膜管遺残を鑑別に挙げる必要がある。解剖学的偏位を避けるために、尿膜管は切らずに手術を進行することが望ましいが、切離せざるを得なかった場合は、膀胱の背側偏位に伴う膀胱損傷のリスク上昇を考慮して、慎重に手術を進めることが肝要だと考えられた。

<演題 9>

LSC 後の膀胱瘤の再発に引き続き子宮頸部の再下垂に対し再度 LSC を行った一例

泉大津急性期メディカルセンター

山崎 亮、小作大賢、細井文子、木下 弾、山崎則行

【はじめに】腹腔鏡下仙骨脛固定術 (Laparoscopic sacrocolpopexy: LSC) は再発率の少ない手術として近年普及しているが、その方法は統一化されてはいない。今回われわれは POP-Q stageⅢの膀胱瘤に対して LSC を施行したが、術後 11 か月で膀胱瘤の再発、17 か月で子宮頸部の再下垂を認めたため、術後 27 か月で再度 LSC を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】G2P2。53 歳頃から健診で骨盤臓器脱を指摘され当院初診、POP-Q における Aa+1、Ba+1.5、C-3 の膀胱瘤を認めた。手術は希望されず、リングペッサリーの自己着脱を開始した。その後膀胱瘤、子宮下垂が進行し排尿に支障をきたすようになったため手術の方針とし、64 歳時に LSC を行った。メッシュは前腔のみに留置、C 点が -6 まで挙上されているのを確認し、仙骨 S1 に 2 点でメッシュを固定した。退院時の所見は Aa-1、Ba-1、C-6 であった。ご本人は早期に仕事復帰し、術後 4 か月の診察で所見に変化はなかったものの、術後 11 か月で Aa+1、Ba+1、C-6 と膀胱瘤の再発を確認した。自覚症状や排尿に問題はなく 3 か月ごとのフォローとした。術後 17 か月の診察で C 点が ±0 まで下垂していることを確認した。ご本人と相談し術後 27 か月で再度 LSC を行った。当初は仙骨のメッシュ固定糸が外れたと考えていたが、術前の CT 検査でメッシュは仙骨に固定されたままであると確認した。腹腔内所見では子宮頸部と前腔留置のメッシュは外れており、右側に偏移していた。以前のメッシュの妨げにならなかったため切断は行わず、新たに膀胱腔間、直腸腔間を剥離し、前後腔壁メッシュを留置、L5-S1 椎間板である岬角に 2 点で固定し終了した。動画で初回手術の手技と再手術時の腹腔内所見・手技を供覧してもらい、再発の原因と考えられる問題点を共有する。

<演題 10>

腹腔鏡下子宮筋腫核出術における伸展漿膜に対する縫合の工夫 —筋層露出の防止と確実な被覆を目指した変法 Smed-Jones 縫合—

大阪中央病院

伊藤沙希、津田洋之介、細川有美、松本貴

【目的】腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (LM) において、漿膜下筋腫や突出傾向のある筋腫の核出後は漿膜が著しく伸展し、余剰漿膜が生じる。この状態で単純な連続縫合を行うと、縫合の張力により深部の筋層が創の間から突出 (外反) しやすく、漿膜による被覆が不完全となり Oozing や術後癒着の原因となる。今回、我々は余剰漿膜をトリミングせず、筋層を確実に埋没させ漿膜面を正確に適合させるための縫合の工夫 (変法 Smed-Jones 縫合) を行っているので紹介する。

【方法】本法は、垂直マットレス縫合と単純縫合を組み合わせた連続縫合である。まず、伸展した漿膜に対して垂直マットレス運針を行う。これにより深部から漿膜を拾い上げ、余剰な漿膜を中央に寄せると同時に、露出・突出しようとする筋層を深部へ押し込む (埋没させる) 効果を得る。次に、マットレス縫合間でたわんだ漿膜に対し単純運針を行い、創縁を緻密に適合させる。

【結論】本法により、伸展した漿膜であってもトリミングすることなく、筋層の露出 (外反) を防ぎ、完全な漿膜化 (Peritonization) が可能となる。死腔の減少と Oozing の制御に優れ、かつ簡便な手技であり、LM における有用な縫合法であると考えられる。

<演題 11>

Cadaver Surgical Training によりダグラス窩癒着剥離操作を習得し、安全に臨床応用が可能であった一例
神戸大学

長又哲史、安積麻帆、益子尚久、清水真帆、高橋良輔、西本昌司、今福ひとみ、寺井義人

【緒言】当院では毎年 Cadaver Surgical Training (CST) を実施し、解剖と術式の理解を深めている。昨年の CST では外科医を講師に直腸剥離受動のトレーニングを行った。今回、深部子宮内膜症によるダグラス窩閉鎖に対し、CST で学んだ剥離操作が臨床でも有用であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】41 歳 3 産。腺筋症・筋腫に対しリュープロレリン 5 回投与後、ロボット支援下子宮全摘を施行。子宮背側で深部子宮内膜症によるダグラス窩閉鎖を認めた。左右後腹膜腔を展開したのち、直腸後腔 a 層（下腹神経臓側）を剥離展開、直腸をガーゼで牽引し、ダグラス窩閉鎖部の肛門側から左右 a 層を腹側に繋げることで安全に癒着剥離を行うことができた。

【考察・結論】CST 前後アンケートでは、見学のみでも解剖や術式の理解度が向上しており、本症例の執刀医も見学参加で学んだ操作を術中に再現可能であった。焦点を明確化した CST は手術の安全性向上に寄与し、教育効果も高いと考える。

<演題 12>

内膜症性嚢胞に伴う付属器膿瘍の治療におけるレルゴリクス の有用性の検討

神戸大学

西本昌司 高橋良輔 清水真帆 長又哲史 若橋 宣 寺井義人

内膜症性嚢胞に伴う付属器膿瘍は保存的治療に抵抗性を示し、再燃や外科的治療を要することが多い。今回、内膜症性嚢胞合併付属器膿瘍に対し、レルゴリクスを用いた治療を行った 3 症例を経験した。症例 1 では抗菌薬およびジエノゲスト治療後に再燃を繰り返し、最終的に高度癒着下で付属器切除を要した。症例 2 では抗菌薬治療後にレルゴリクスを導入し、再燃なく内膜症性嚢胞は消失した。症例 3 では初回手術後にレルゴリクスを導入した結果、再手術時には癒着の明らかな軽減を認めた。

子宮内膜症はエストロゲン依存性炎症、プロゲステロン抵抗性、血管新生など複数の機序が関与する疾患であり、GnRH agonist では腹腔内炎症および血管新生抑制効果が報告されており、GnRH antagonist においても同様の効果が期待される。

レルゴリクスは内膜症性嚢胞に伴う付属器膿瘍の再燃抑制や手術難易度低減に寄与する可能性が示唆された。

<演題 13>

TLH/ RAH の腔管切開時、腔パイプは本当に前腔円蓋に当たっているのか？

市立貝塚病院

市川冬輝、鈴木理英、中谷早希、真野雄貴、小池真琴音、松谷和奈、田中あすか、吉村明彦、岡 藤博、横井 猛

【緒言】鏡視下子宮全摘術 (TLH/ RAH) の腔管切開時、腔パイプを用いて腔円蓋を確認する方法が一般的である。一方で切開が意図せず子宮頸部に切り込んでしまう症例をしばしば経験する。腔管切開時に腔パイプ先端がどこに位置しているのかをカメラで観察し検証した。

【方法】当院で 2025 年 8 月から 12 月に実施した TLH/ RAH 15 例を対象とした。腔管切開時に Vagi-パイプ (VP) を腔に挿入した上で、キャップ部の穴から腹腔鏡カメラを VP 内に挿入し子宮腔部を観察した。ブラインドで推定した前腔円蓋の位置とカメラで観察した実際の位置に差があるのかを調べた。

【成績】15 例のうち、TLH は 6 例、RAH は 9 例だった。VP 先端が前腔円蓋に位置したのは 4 例のみであり、それ以外の 11 例では外子宮口側に偏移していた。偏移例の前腔円蓋からのずれの推定距離は中央値 7.6mm、範囲 5~14.6mm だった。

【考察】腔管切開時に VP 先端は高い割合で外子宮口側に偏移していた。子宮を鉗子で頭側に牽引する操作により前腔円蓋が浅くなるため、VP 先端がそこで止まらず偏移してしまうのだと推測された。カメラによる観察を併用することで腔管切開部の誤認を防げる可能性が示唆された。

<演題 14>

骨盤臓器脱に対する Robot-Assisted vNOTES (Ra-vNOTES) の導入経験

大阪急性期・総合医療センター

増田公美、道佛香奈江、高瀬拓弥、藪下 崇、竹村昌親、伊賀川奨大、八木太郎、久保田 哲、隅蔵智子、森重健一郎、竹村昌彦

【諸言】vNOTES は腹壁に創を作らず、経腹的な腹腔鏡より低侵襲な手術といえる。これにロボットを用いることで、侵襲を増やすことなくより安全で精緻な手術が期待できる。我々は、院内倫理委員会の承認を得て 2025 年 12 月に da Vinci Xi による vNOTES を開始した。初回症例として、ロボット支援下手術としてはまだほとんど報告されていない骨盤臓器脱に対する子宮摘出と腔断端仙骨子宮靭帯挙上 (USLS) を実施したので報告する。【症例】76 歳 G3P2。著明な頸管延長を伴う POP-Q stage3。腔式に頸部の腹背両側で腹腔内に到達後 Gelpoint V-Path を装着した。患者右側よりロールインし、2 番フォースバイポーラ、3 番 30 度斜視鏡、4 番ベッセルシーラの 3 本のアームを使用した。子宮摘出後に MS 法 (Modified McCall+Shull 法) による USLS のための運針を行う際は、アームの可動域や干渉への注意が必要であったが、大きな問題なく操作可能であった。ロールアウト後に前腔壁形成、腔断端縫合、USLS 糸の結紮による腔断端の挙上と会陰形成術を行った。手術時間は 3 時間 6 分、コンソール時間は 1 時間 3 分であった。【考察/結語】超低侵襲手術である vNOTES にロボットを導入することで、その低侵襲性を損なうことなく、安全にロボット支援下手術の適応を広げられる可能性があると考えられる。安全に導入するためには、手術見学や院内シュミレーションを行い、Ra-vNOTES の経験のあるプロクターを招請することが重要である。

<演題 15>

まれな子宮内膜癌の 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⁾、田中智人²⁾、廣瀬善信¹⁾

【はじめに】

子宮内膜癌の多くは子宮体部に限局していることから、腹腔鏡下手術で摘出されることが多くなった。しかし、時には悪性度の高い組織型に遭遇することがある。今回、まれではあるが特徴のある腫瘍を経験したので、術後経過・長期予後も含めて報告する。

【症 例】

患 者：58 歳、女性、G1P1、

主 訴：持続する性器出血

既往歴：特記事項なし

月経歴：初経 14 歳・閉経 52 歳

現病歴：持続性の性器出血のため当院に紹介受診となる。生検により子宮内膜癌の診断となり、腹式準広汎性子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤内リンパ節郭清術が施行された。病理検査で子宮内膜癌 (endometrioid carcinoma with choriocarcinomatous differentiation) stage Ia の診断であったが、脈管侵襲があり、腫瘍マーカー (HCG-β) 上昇のため術後化学療法として CTP (CBDCA, THP, CPA) 5 コース施行された。術後 9 ヶ月で、血中 HCG-β 値の軽度上昇がみられたとともに、腔断端部に再発腫瘍が確認できた。生検の結果、子宮体部にみられたのと同様の絨毛癌の組織像で、EMACO (VP-16, MTX, ACD, CPA, VCR) 療法を 6 コース施行され、血中 HCG-β 値も正常値になった。術後から 19 年経過した段階で、再発徴候はみられていない。

【病理所見】

子宮内膜は腫瘍により肥厚しており、出血を伴っていた。典型的な類内膜癌の部位と絨毛癌の組織がみられ、その移行と考えられる部位があることから、絨毛癌への分化を伴った類内膜癌と考えられた。再発腫瘍の生検組織は絨毛癌の組織像が大部分だった。

【協賛企業（ランチョンセミナー開催）】

株式会社アムコ

【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

アプライドメディカルジャパン株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

エム・シー・メディカル株式会社

テルモ株式会社

科研製薬株式会社

株式会社プロシード

【事務局より】

- ・研究会未入会の先生は会場受付にて入会手続きをお願いします。
- ・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担当者にお声かけください。
- ・講演中でも展示スペースをご覧いただいても結構です。
- ・メールアドレス変更・所属変更は、事務局までご一報をお願いいたします。（本日受付でも変更可能です）

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閲覧可能ですが、今後各個人のパスワード作成も検討中です。