

第14回 九州産婦人科内視鏡手術研究会 抄録集

1. 腹腔鏡下捻転解除術を行った ovarian fibromatosis 茎捻転の一例

国立病院機構小倉医療センター 産婦人科

○河村京子 近藤恵美 小野結美佳 藤川梨恵 浦郷康平 櫻木俊秀 北川麻里江
黒川祐介 川上浩介 川越秀洋 牟田満 大蔵尚文

Ovarian fibromatosis は卵巣間質のびまん性の線維化により卵巣が増大する、良性の類腫瘍性の疾患である。今回、若年女性に発症した ovarian fibromatosis 茎捻転を経験したため、報告する。

症例は17歳、未妊女性。月経周期6日目から下腹部痛を自覚し、近医産婦人科にて卵巣腫瘍を指摘され、月経周期15日目に当院に紹介となった。骨盤MRI検査では左側卵巣が8cm大に浮腫状に腫大していたが明らかな腫瘍性病変は認めなかった。Massive ovarian edema 茎捻転の疑いにて同日腹腔鏡下手術を施行した。左側卵巣は8cm大に腫大し、720度捻転していた。表面は平滑で白色調、明らかな腫瘍性病変や壊死は認められなかった。腫大した卵巣から2箇所楔状切除を行い、再捻転予防のため吸収糸にて後腹膜に3箇所固定した。術後病理組織検査の結果、ovarian fibromatosis の診断を得た。

2. 卵巣充実性腫瘍を疑い腹腔鏡下術後に polypoid endometriosis と診断した症例

宮崎善仁会病院 婦人科

○米田由香里 和田俊朗

【症例】37歳G0P0。強い下腹部痛で○年○月受診、MRIで子宮腺筋症と、その右後方に5cm大の内膜性嚢胞と、隣接する6cm大の充実性腫瘍を認めた。以後1年以上受診なく○年○月再び強い下腹部痛で受診。子宮腺筋症悪化、内膜嚢胞は増大し、充実性腫瘍は変化なし。GnRHaを投与後2ヶ月に腹腔鏡下手術を施行。子宮腺筋症所見、左卵巣は正常所見、右卵巣はチョコレート嚢胞を認めた。それ以外に子宮後壁右側下方からポリープ状に発育する5-6cmの充実性腫瘍あり、迅速病理でendometrioid adenofibromaの疑いで悪性所見なし。腫瘍は、切断面から右広間膜前葉方向にも発育あり腹腔鏡下に切除した。術後病理は、polypoid endometriosisであった。

【考察】子宮内膜症で充実性腫瘍を合併している場合、当疾患の可能性も考慮する必要がある。

3. 術前診断が正しくなかった緊急腹腔鏡手術の2症例

—子宮表面の血管破綻と変性有茎性筋腫の茎捻転—

医療法人社団 高邦会 福岡山王病院 産婦人科

○吉岡愛 坂田暁子 福原正生 木原祥子 小金丸泰子 新谷可伸 宮原明子 岡智
江上りか 渡邊良嗣 中村元一

最近では急患に対しても腹腔鏡での対応が一般化してきているが、通常診療との同時並行で、比較的短時間での診断が求められるのが実情である。今回、術前診断が正しくなかった2症例を経験したので報告する。

【症例1】35歳G0P0、急性腹症のため近医を受診し、CTで卵巣出血が疑われたため当院へ救急搬送となった。右卵巣出血の術前診断で腹腔鏡手術を行ったところ、子宮後壁表面から拍動性の出血を認め、子宮腺筋症の表在性血管の破綻による出血であった。

【症例2】41歳G3P3、左下腹部痛のため当科を受診し、MRIで骨盤内を占拠する多房性の巨大嚢胞性腫瘍を認めた。左卵巣粘液性嚢腫の捻転と診断し、腹腔鏡手術を行った。子宮底部より発生した嚢胞性腫瘍を認め、病理結果から変性有茎性筋腫の茎捻転であった。

急患対応において、比較的頻度の高い卵巣出血や卵巣腫瘍の茎捻転などと考えられる状態の中にも、本症例のような術前診断と異なる疾患もあることを念頭において診療にあたる必要があると考えられる。

4. 尿管周囲への進展がみられた深部内膜症の1例

社会医療法人恵愛会 大分中村病院 産婦人科¹⁾ 産業医科大学 産婦人科²⁾

○西田純一¹⁾ 藤澤佳代¹⁾ 金城泰幸^{1) 2)}

内膜症深部病変の尿管への進展は稀ではあるが、その対応は困難であり慎重さも要求される。術前評価が不十分であった尿管周囲内膜症を経験したので報告する。

症例は48歳G3P1で主訴は下腹痛。右卵巣チョコレート嚢腫、子宮筋腫の診断で腹腔鏡手術目的に紹介された。骨盤MRI検査では深部病変、水尿管の指摘はなかった。術中に右卵巣窩から尿管周囲へ進展する深部病変が判明した。子宮摘出を先行させ、その後尿管周囲病変を主に鉗子を用いて切除した。内膜症根治目的に両側付属器を切除した。尿管ステントの留置は行われなかった。手術終了時には右尿管口よりインジゴカルミンのジェット状の排出を確認した。術後10日目には軽度の水尿管がみられ右尿管口のジェットの確認できなかった。1ヶ月目から2ヶ月目にかけて軽度の右水腎症を認めた。3ヶ月目より水腎は軽快傾向を示し、5ヶ月目には完全に正常となった。周術期の対応等に関して考察する。

5. Y染色体成分陽性の有絛モザイク型ターナー症候群の1例

福岡大学医学部 産婦人科¹⁾ 山口赤十字病院 産婦人科²⁾

○宮原大輔¹⁾ 平川豊文¹⁾ 伊東智宏¹⁾ 南星旭¹⁾ 勝田隆博¹⁾ 四元房典¹⁾ 伊東裕子¹⁾
金森康展²⁾ 城田京子¹⁾ 宮本新吾¹⁾

ターナー症候群は、Y染色体成分を有するモザイク核型となる場合がある。今回、Y染色体成分陽性のモザイク型ターナー症候群と診断された症例に対し、両親を含めたカウンセリングやセカンドオピニオンを行い、腹腔鏡下性腺摘除術を行った経験を報告する。

症例は14歳。12歳時に低身長を主訴に小児科を受診し、染色体検査(G-band、FISH)でY染色体成分陽性のモザイク型ターナー症候群(46,X,add(p22.33)[13]/45,X[7],ish dic(X;Y)(p22.33;p11.2))と診断された。初経は12歳で、内分泌検査にてFSH上昇やE2低下はなく、MRI検査で性腺に異常は認めなかった。予防的性腺摘出術を勧めたが、両親は先に卵子凍結を希望された。遺伝専門医や生殖医療専門医から卵子凍結に伴う事を説明し卵子凍結を行う事としたが、AMHの低値などから採卵が困難であるため卵子凍結を断念した。複数回のカウンセリングを行い、15歳で腹腔鏡下性腺摘除術を行った。現在はホルモン補充療法を行っている。

6. 巨大漿膜下子宮筋腫茎捻転の1例

空の森クリニック

○高山尚子 神山茂 町田美穂 中島章 石垣敬子 寺田陽子 徳永義光 佐久本哲郎

【はじめに】子宮筋腫茎捻転は比較的稀な疾患である。今回多発性の巨大子宮筋腫の一つが茎捻転し、緊急で腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術(LAM)を行ったので報告する。

【症例】39歳、未経妊。腹腔鏡手術希望で当院紹介受診。前医のMRIで114mmの有茎性漿膜下筋腫(茎20mm)他、多発筋腫(107mm、65mm、49mm等多数)を認めた。GnRHaを6回使用しLAM予定とした。GnRHa5回投与後、強い腹痛を認め前医救急外来受診。筋腫変性痛の診断で鎮痛剤処方と安静を指示された。同日当院受診し、エコーで膀胱子宮窩に及ぶ腹水を認め、筋腫茎捻転または腹腔内出血を疑いMRI検査施行。腹腔内出血なく、漿膜下筋腫茎捻転の診断で同日緊急手術(LAM)施行。有茎性漿膜下筋腫が720度捻転しており、茎部分を結紮し筋腫を核出した。根治術は6回目のGnRHa投与後、予定的に施行した。

【考察】筋腫の茎捻転は非常に稀だが、有茎性漿膜下筋腫を有する急性腹症の場合、筋腫の捻転を疑って診療に当たる必要があると思われた。

7. 巨大子宮頸部筋腫に対して腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した1例

大分大学医学部附属病院産科婦人科

○佐藤新平 西田正和 松本治伸 檜原久司

子宮頸部筋腫は、子宮動脈や尿管の解剖学的変異をきたすことが多い。子宮頸部左側に発生した子宮頸部筋腫に対して腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した症例を経験した。29歳、3妊2産。前回妊娠時に子宮筋腫を指摘され、分娩後のMRI検査で約10cmの子宮筋腫を指摘された。1年間の経過観察中に徐々に増大したため、手術目的で当科を紹介初診した。GnRHa療法6サイクル後のMRI検査では子宮筋腫は12cmと増大していた。腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行し、術中に子宮頸部左側に発生した子宮頸部筋腫と判断した。後腹膜の展開と剥離に難渋したが、筋腫茎部にバズプレシンを注入した後、筋腫を切開・核出した。特に合併症はなく、腹腔鏡下に完全摘出することができた。筋腫は細断し、臍部から体外に摘出した。手術時間は2時間40分、出血は50ml、検体重量は330gであった。術中対応について、諸報告と比較し検討した。

8. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術における pseudo capsule と正しい層 — 組織学的検討を加えて

済生会長崎病院 産婦人科

○平木宏一 梶村慈 松本加奈子 藤下晃

子宮筋腫核出術では正しい層で核出することが重要であると先輩医師から教えてもらい、開腹手術から筋腫核出術の手技を学んだが、その当時は何が正しい層なのか明白に理解することができなかった。手術の教科書においても「正しい層で核出する」や「正しい層で核出すればほとんど出血することはない」と記載されている。筋腫結節の周囲に存在し、正常筋層と境界を有する組織を pseudo capsule (偽カプセル) と称し、その内側で核出することを推奨する報告が散見される。筋腫核出術における正しい層を理解し実践するに当たり、偽カプセルと筋腫核出の正しい層の関係を意識した筋腫核出術の手技を供覧し、偽カプセルの組織学的検討を加えて報告する。

9. ノットフリー縫合デバイスを用いた腹腔鏡下子宮筋腫核出術

鹿児島市医師会病院 婦人科

○山崎英樹 濱地勝弘 大塚博文

近年、糸結び(ノット)操作を必要としないノットフリー縫合デバイスが各社から上市されており、当院では主に腹腔鏡下子宮筋腫核出術における子宮筋層縫合に用いている。子宮筋層縫合を糸結び操作を必要としない連続縫合で行うことにより、手術時間の短縮や出血量の減少が期待できる。

本邦では COVIDIEN 社の V-Loc™ クロージャーデバイス、ETHICON 社の STRATAFIX™ Symmetric PDS Plus および Spiral Knotless Tissue Control Device が主に用いられている。

今回われわれは、3種類のノットフリー縫合デバイスを用いた腹腔鏡下子宮筋腫核出術を経験した。本研究会ではその手術動画を供覧するとともに、それぞれの特徴や使用感について若干の考察を加え報告する。

10. 当院における MORSAFE®挿入の工夫

おもと会 大浜第一病院 女性腹腔鏡センター

○高橋美奈子 上地秀昭 徳嶺辰彦

当院では、腹腔鏡下子宮筋腫核出術や全腹腔鏡下子宮摘出術で経膈的回収が困難な場合に In bag morcellation を行っている。

MORSAFE®は専用のイントロデューサーにより腹腔内への挿入が容易に出来るバッグである。しかし、添付文書通りにイントロデューサーに開口部を格納すると、当科のように術者が左立ちで左下腹部からバッグを挿入した場合、腹腔内で開口部が患者の右側、テールエンドが左側に位置することになり、左下腹部から開口部を出す時に捻れることがある。

そこで、テールエンド側から腹腔内に入るように逆向きにイントロデューサーにセッティングする方法を試みた。開口部を腹腔外へ出す時に、開口部とテールエンドが交差することが無いため、捻れることがなく、操作がより容易になった。当院のMORSAFE®挿入法は腹腔内でのバッグ操作をより簡便にすることが可能で術者のストレス軽減に寄与すると思われた。

11. In Bag Morcellation の限界を考える

おもと会 大浜第一病院 女性腹腔鏡センター

○徳嶺辰彦 高橋美奈子 上地秀昭

TLM や TLH における検体回収の方法としてインバッグモルセレーションが広く用いられているが、検体が大きくバッグに収まらないこともある。一旦トライした後に入らない事が判明すると手術時間も延長し高価なバッグも無駄になってしまう。そのため術前にインバッグの可否をMRIにて評価する事ができないか検討したので報告する。

モルセーフ(L)の添付文書によると開口部の直径は14.5cmであったが、測定してみると入口より下方で直径12cm(面積 $36\pi\text{cm}^2$)に狭まっていた。よってMRI画像により、摘出物が通過する最大断面と考えられる面積を測定し、 $36\pi\text{cm}^2$ 以下であれば入口を通過できると推測された。さらに、バッグを膨らました際のバッグの長径は20cmであるが、モルセレートする空間を考え限界は15cmと考えられた。

そのため、 $36\pi\text{cm}^2$ 以上または最大長径が15cm以上であればインバッグ不可と予想されるため、術前に十分なインフォームドコンセントが重要と思われた。

12. ポート穿刺部位の皮下出血のため輸血を要した1例

熊本赤十字病院 内科¹⁾ 産婦人科²⁾

○古川かなみ¹⁾ 荒金太²⁾ 村上望美²⁾ 井手上隆史²⁾ 三好潤也²⁾ 福松之敦²⁾

腹腔鏡下手術は低侵襲である一方で、腹腔鏡下手術特有の合併症があることも知られている。今回、われわれはポート刺入部位からの術後出血のため輸血を要した症例を経験したので報告する。患者は、52才。近医にて子宮腺筋症をfollow upされていた。多量の性器出血のため前医を受診し、輸血を受け、EP合剤で止血した後、加療目的に当科へ搬送となった。翌日、緊急TLHを行った。手術時間は1時間37分、出血量200ml。摘出子宮の筋層は肥厚し子宮腺筋症の所見で、重量654gであった。術後ショック状態となり輸血を行った。術翌日左下腹部のポート刺入部背側に皮下血腫を認め徐々に拡大したため、この部位の出血と判断した。手術終了時には、ポートからの出血のないことは確認しているが、術中に縫合糸の挿入のため、ポートを数回刺し直しており、その際、血管を傷つけた可能性があるため、不要なポートの抜去・再挿入は避けるべきと思われる。

13. 腹腔鏡下子宮全摘術における腔断端縫合の工夫 - 腔内バルーン挿入法 -

産業医科大学 第1生理学教室¹⁾ 小倉医療センター 産婦人科²⁾

○西村和朗¹⁾²⁾ 藤川梨恵²⁾ 小野結美佳²⁾ 浦郷康平²⁾ 長尾弘子²⁾ 熊谷晴介²⁾

櫻木俊秀²⁾ 北川麻里江²⁾ 黒川裕介²⁾ 近藤恵美²⁾ 川上浩介²⁾ 河村²⁾ 徳田論道²⁾

川越秀洋²⁾ 牟田満²⁾ 大蔵尚文²⁾

腹腔鏡下子宮全摘術において、子宮摘出後に腔断端を腹腔鏡下で縫合する操作は重要であり、腔内操作をする2助手の役割も非常に重要となる。しかし一般的に使用しているVagi-パイプ®挿入では、Vagi-パイプ®の向きにより腔断端の内膜側が内反する場合や、Vagi-パイプ®の先端が邪魔をして縫合操作がスムーズにできない場合がある。そこで子宮摘出後、Vagi-パイプ®の代わりに、腔内にバルーン（子宮マニピュレータートータル®の閉塞バルーンやサービカルバルーン®）を挿入し、腔断端を縫合閉鎖する試みをしている。腔内バルーン挿入では、腔断端面が一定に保たれ、腔断端内膜側がやや外反し、縫合操作が容易になる印象がある。今回、腔内バルーン挿入における腔断端の向きと腔断端縫合について考察した。Vagi-パイプ®での縫合が困難な場合は、腔内バルーン挿入が効果的な可能性もあり、選択肢の一つになると考える。

14. TLHにおける子宮搬出についての考察

宮崎善仁会病院 婦人科
○和田俊朗 米田由香里

【緒言】2014年のFDAによる「子宮筋腫治療におけるLaparoscopic power morcellationを推奨しない」という勧告が出て以来、LMにおいて国内外多くの施設でIn Bag Morcellationなど筋腫回収の工夫がなされている。筋腫の破片の飛散や残存、予期せぬ悪性の場合を考慮したことであろうが、TLHの場合はどのような基準でどこまでおこなうべきであろうか。

【当院の現状】当院では、子宮筋腫核出においては筋腫をバッグに入れ、やや拡張した臍孔より直接メスでmorcellationして切り出し、残渣を残さないようにしている。一方TLHにおいては、腔式細切が困難な症例が多いため、腹腔内に細めの長柄メスを直接入れ、経腔回収可能なサイズに切り分けて経腔回収することが多い。

【症例】症例はG2P2、45歳。2014年2月当科初診 72x65x57mmの子宮筋腫としてフォロー。2015年2月筋腫 79x67x75mm、2017年4月筋腫 137x114x77mmと非常に大きくなった。2017.4MRIを行うとT2は筋肉よりもやや高信号で内部は不均一で富細胞性子宮筋腫などの変異型筋腫やSTUMPなどが疑われた。開腹も考慮した子宮摘出手術を勧め、GnRHaを2017.5より開始した。2017.8術前検査時に腫瘍は60x58x41mmと著明に縮小していた。患者さんと十分に話し合った結果TLHをおこなうことにした。子宮を切離後、回収時にEZパース（大）を拡張し、その中で長柄のメスで子宮を切断して縮小。子宮組織片が他の体腔内組織と極力接触しないよう、袋内で経腔回収できた（子宮は451g、出血は80ml、139min）。病理組織検査結果はCellular leiomyomaであった。

【考察】最近ではTLHにおいても経腔子宮回収時にバッグに入れる方法などが取られているようだが、経腔回収法は術野が狭く時間がかかり合併症も起こりやすいので、腹腔内でのメスによる細切を多く行っている。細胞播種の可能性のある症例においても、バッグを拡張した中でメスによる切開を行うことにより、危険性を軽減させられると考える。

15. 子宮回収後の腔壁裂傷から術後大量出血をきたした1例

大浜第一病院 女性腹腔鏡センター
○上地秀昭 高橋美奈子 徳嶺辰彦

【症例】45歳 2G2P（帝王切開2回）

【経過】過多月経・月経困難症を伴う子宮腺筋症に対しTLHを施行した。経腔的に子宮を回収した後に腔断端を確認すると、右側断端から2-3cm尾側にかけて出血を伴うT字型の腔壁裂傷を認めた。腔断端は先に腹腔鏡下で、腔壁裂傷は断端縫合後に第二助手が経腔的に修復した。摘出子宮重量269g、手術時間149分、術中出血20gであった。しかし、帰室して4時間後に570gの血塊を認めたためコールがあった。血塊を除去して出血点を確認すると、腔壁裂傷の上端から出血を認めた。ガーゼ圧迫のみでは止血は得られず、出血点の周囲を縫合して止血を得た。最終的な術後出血は約1000g、術翌日のHbは8.7g/dlまで低下を認めたが、鉄剤内服で術後6日目に退院となった。

【反省点】T字型の腔壁裂傷は裂傷交差部の止血を確実にするため先に腔壁裂傷を縫合、その後腔断端を縫合すべきであったと思われた。

16. FUSE (Fundamental Use of Surgical Energy) ハンズオンを開催して

独立行政法人地域医療機能推進機構 JCHO 久留米総合病院

○畑瀬哲郎 園田豪之介 稗田太郎 田崎慎吾

【目的】手術時に使用する energy device の基礎から医療事故の起こるメカニズムを学ぶ。

【方法】当院講堂で25名が6台の電気メスを準備し、講義、実技を行う。有害事象を未然に防ぐ手術機器の保守・点検法を学ぶ。対象は院内の医師、手術室看護師に加え周辺の医療機関からの参加を促した。

【成績】久留米市、福岡市、北九州市、大牟田市に加え佐賀県、熊本県よりの参加者があり、また職種も医師、看護師、臨床工学士、研修医、委託業者など幅広い参加者を得た。参加者全員にアンケートを行い、その結果を分析した。

【結論】energy device の理解がより安全でスムーズな手術に結びつくと思われた。さらにこの様な知識の普及の必要性が痛感させられた。

17. LSC 導入後4年間における手術成績からみたスムーズなLSC導入の工夫

産業医科大学若松病院 産婦人科¹⁾ 産業医科大学 産婦人科²⁾

○茗荷舞¹⁾ 星野香¹⁾ 吉村和晃¹⁾ 蜂須賀徹²⁾

LSCは平成26年4月から保険収載され、国内においても急速に広まりつつあるが、高い技術力が求められる術式であり、導入については工夫が必要である。

当院では平成26年8月からLSCを開始し、平成30年2月までに157例施行した。この157例について、手術時間や、出血、周術期合併症、再発などを後方視的に検討し、スムーズな導入の在り方について考察する。

導入当初は主に膀胱側のみにシングルメッシュを挿入(A)し、手技に慣れるにつれ適応を拡大し、現在では必要な症例には膀胱側と直腸側にダブルメッシュを挿入(AP)している。平成26年は平均187分(A6例、AP2例)、平成27年は137分(A18例、AP2例)かかっていたが、少しずつ時間が短縮でき、平成28年は131分(A26例、AP14例)、平成29年は131分(A28例、AP41例)で施行可能となった。LSCの導入については、最初はシングルメッシュから開始し、少しずつ適応を拡大していくとよい。周術期合併症や再発についても併せて報告する。

18. 子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の導入と成績

佐賀県医療センター好生館

○八並直子 安永牧生

当院でも手術子宮体がんに対する腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術を2016年より開始した。原則、類内膜腺癌かつ画像上1A期と思われる子宮体癌を適応としている。内視鏡学会の技術認定を取得し、既に開腹の子宮体癌手術を施行している医師が全ての手術を執刀し、術式は単純子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ節郭清としている。2018年1月末までに12症例手術施行した。平均手術時間162.5分、平均術中出血量54.3ml、平均摘出リンパ節数31.4個であり、術中合併症はなかった。術後合併症として骨盤死腔炎1例を認めた。同一術者により2017年までに施行された、進行期1B期以下、類内膜腺癌G2以下の子宮体癌開腹手術症例34例と比較した。手術時間、術中出血量、摘出リンパ節数それぞれについてStudent's T testで検定したところ、開腹手術群と腹腔鏡手術群の間にいずれも統計学的有意差は認めなかった。導入より現在までは、開腹手術に比して遜色なく経過していると考えられた。

19. 子宮マニピレーターを使用せず Vascular Pseudo Invasion を認めた一例

熊本赤十字病院 産婦人科

○吉丸峻 荒金太 村上望美 井手上隆史 三好潤也 福松之敦

婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術において、子宮マニピレーターを使用した症例で Vascular Pseudo Invasion (VPI) が報告されている。今回我々は子宮体癌 I A 期に対し子宮マニピレーターを使用せず腹腔鏡下子宮摘出術を施行し、VPI を認めた症例を経験したので報告する。症例は 38 歳、未妊婦人。性器出血と腹痛で当院に緊急搬送された。子宮内膜生検は Endometrioid carcinoma, G1 であり、骨盤造影 MRI 検査で子宮内に早期に造影される腫瘤を認めた。マニピレーターは使用せず腹腔鏡下子宮摘出術+両側付属器切除術+骨盤リンパ節生検を施行した。術後病理診断は Endometrioid carcinoma, G1、筋層浸潤 (-)。脈管内には Atypical endometrial hyperplasia の所見を散見し、VPI と診断した。術後追加治療は行わず外来経過観察中である。

20. 子宮体癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清の経験

九州大学 産科婦人科

○貴島雅子 矢幡秀昭 小玉敬亮 山口真一郎 八木裕史 安永昌史 大神達寛
権丈洋徳 小野山一郎 兼城英輔 奥川馨 浅野間和夫 園田頭三 加藤聖子

子宮体癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清は本邦でも 11 施設で先進医療として施行されており、今後もさらに広く普及していくと考えられる。当科でも臨床研究として当該治療を開始した。症例は 75 歳、3 妊 3 産。内科で施行した CT で偶発的に子宮腫瘤を指摘され、当科紹介受診した。各種画像所見、組織学的検査より、術前診断を子宮体癌 I B 期相当 (endometrioid adenocarcinoma, G1) とし、腹腔鏡下子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清を施行した。術中出血量 150g、手術時間 6 時間 26 分、術後病理組織診断は endometrioid adenocarcinoma, G1、脈管侵襲 (+)、リンパ節転移 0/100 であった。術後 5 日目に退院し、外来経過観察中である。今回、経験した症例についての動画を供覧するとともに今後の課題について検討し報告する。

21. 腹腔鏡下子宮体癌術後に出現した腹腔内播種性病変に対して腹腔鏡下手術で診断しえた腹膜癌の 1 例

国立病院機構 小倉医療センター 産婦人科

○櫻木俊秀 河村京子 小野結美佳 藤川梨恵 北川麻里江 黒川裕介 川上浩介
川越秀洋 牟田満 大藏尚文

【緒言】婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術は年々増加傾向であり、今後さらに拡大が予想される。今回、腹腔鏡下子宮体癌術後 1 年 4 ヶ月目に腫瘍マーカーの上昇を認め、腹腔鏡下での組織生検で腹膜癌と診断できた 1 例を経験したので報告する。

【症例】66 歳、0 妊 0 産、既往歴・家族歴は特記事項なし。子宮体癌に対して初回手術で腹腔鏡下子宮体癌根治術を施行し、子宮体癌 I A 期 (pT1aN0M0、類内膜癌 G1) の診断で術後追加治療は行わなかった。術後 1 年 4 ヶ月目に腫瘍マーカー上昇 (CA125 407 U/ml、CA19-9 348 U/ml) を認め、CT 検査で大綱に 2~3cm 大の腹膜播種様病変を多数認めた。PET-CT では同部位に集積亢進を認め、子宮体癌 I A 期再発、その他の悪性腫瘍を考えた。開腹手術での腫瘍生検も考えたが、術後治療が遅れる可能性も考え、より低侵襲な腹腔鏡下での組織生検を行った。病理結果では High-grade serous carcinoma であり、腹膜癌 III C 期 (pT3cNxM0) と診断した。現在化学療法中であるが再発所見は認めていない。

22. 卵管峡部妊娠後の自然妊娠に伴う同側卵管間質部妊娠の1例

産業医科大学 産婦人科¹⁾ 産業医科大学 総合周産期母子センター²⁾
○網本頌子¹⁾ 栗田智子¹⁾ 森博士²⁾ 金城泰幸¹⁾ 荒牧聡²⁾ 蜂須賀徹¹⁾

卵管間質部妊娠は比較的稀な疾患であり、卵管切除後の同側卵管間質部妊娠は異所性妊娠の中で0.4~4%と報告されている。症例は26歳3経妊1経産。当科で右卵管峡部妊娠に対し、腹腔鏡下右卵管摘出術を施行した。約1年後、自然妊娠が成立し、最終月経から5週3日に下腹部の違和感と凝血塊を含む性器出血を認め、当科を受診した。子宮内腔に胎嚢はなく、凝血塊を疑うfluidの貯留を認めた。付属器の腫大はないものの腹腔内に液体の貯留があり、徐々に腹痛が増強した。血中hCGは3674mIU/mlであったため、腹腔内出血、異所性妊娠の疑いで腹腔鏡手術を行った。腹腔内に多量の凝血塊を認め右卵巢・左付属器は正常外観であった。子宮の右側、間質部から持続する出血と、その中央に浮腫状の組織を認めた。間質部妊娠と判断し、子宮内容除去術および右卵管間質部楔状切開術を施行した。卵管切除後の同側間質部妊娠について文献的考察を加え報告する。

23. 腹腔鏡下卵管切除術を行った子宮内外同時妊娠の1例

福岡大学医学部 産婦人科¹⁾ 山口赤十字病院 産婦人科²⁾
○宮本新吾¹⁾ 伊東智宏¹⁾ 南星旭¹⁾ 勝田隆博¹⁾ 四元房典¹⁾ 伊東裕子¹⁾ 宮原大輔¹⁾
金森康展²⁾ 城田京子¹⁾

【緒言】子宮内外同時妊娠は、自然妊娠の約0.003%と非常に稀な疾患である。今回、凍結融解胚移植後の子宮内外同時妊娠に腹腔鏡下手術を行った症例を経験したので報告する。

【症例】自然排卵周期における凍結融解胚移植にて妊娠成立した。妊娠10週3日に下腹部痛、性器出血を認めた。近医での経膈超音波断層法にて、子宮内に胎児および右付属器領域に腫瘤影を認めたため、妊娠10週5日に当科を受診した。当科初診時の診察所見では、右付属器領域に内部に36×22mmの胎児を含む腫瘤を認め、子宮内外同時妊娠と診断した。妊娠12週0日に腹腔鏡下右卵管切除術および左卵管切開術を施行した。術後経過は良好で、切迫流産徴候認めず、術後5日目に退院とした。

【結語】生殖補助医療の増加に伴い、子宮内外同時妊娠の増加が危惧され、継時的に付属器の観察していく必要があると考えられた。

24. 不妊患者における子宮筋腫核出術および子宮腺筋症核出術後の癒着についての検討

セント・ルカ産婦人科
○宇津宮隆史 越光直子 後藤裕子 河邊史子 甲斐由布子

当院では、子宮筋腫、子宮腺筋症患者には超音波断層法、MRI、CA-125などを行い挙児希望の有無や自覚症状などを考慮し治療法を検討している。妊孕性を考慮し、適宜、早期に手術を実行している。避妊期間を経た術後3か月目頃にMRIを行い、異常がない場合、妊娠許可をしている。挙児希望患者には妊孕性温存の為に、術後7日目頃に癒着剥離の為に腹腔鏡手術を行っている。開院以来、子宮筋腫核出術432例、子宮腺筋症核出術46例の開腹手術を行い、癒着確認の腹腔鏡手術を行ったのは子宮筋腫314例(73%)、子宮腺筋症26例(57%)。子宮筋腫核出術後では、癒着あり217例(69%)、なし99例(31%)。子宮腺筋症核出術では、癒着あり21例(81%)、なし5例(19%)であった。今回は当院の成績、術後の癒着および卵管への影響などについて報告する。

25. 子宮筋腫核出術が及ぼす周産期予後の検討

福岡大学 産婦人科¹⁾ 山口赤十字病院 産婦人科²⁾

○伊東裕子¹⁾ 倉員正光¹⁾ 南星旭¹⁾ 伊東智宏¹⁾、勝田隆博¹⁾ 四元房典¹⁾ 宮原大輔¹⁾
城田京子¹⁾ 金森康展²⁾ 宮本新吾¹⁾

【目的】子宮筋腫は手術で妊孕性が損なわれないよう腹腔鏡下手術が適していると考えられ始めている。総合周産期母子医療センターである当院で、子宮筋腫核出術後妊娠の妊娠経過や周産期予後について後方視的に検討した。

【方法】2013年1月1日から2017年12月31日までに当院で妊娠分娩管理を行った2387症例のうち、子宮筋腫核出術既往のある54例を対象とした。年齢、筋腫再発の有無、切迫早産治療の有無、分娩週数、分娩時出血量、産科合併症について検討した。

【結果】腹腔鏡(LM)21例、開腹(AM)30例、子宮鏡3例。母体年齢は36.4/37.2歳(LM/AM)、筋腫再発3/10例、分娩週数36.6/37.1週、筋腫再発ない症例の周産期予後は、切迫流早産で加療を行った症例が5/1症例、早産1/4症例、出血500ml以上は14/11症例に認められた。

【結論】LMでは切迫早産での治療が有意に多かったものの、早産や前期破水、骨盤位は差が認められなかった。LMの周産期予後には今後も慎重な評価が必要であると考えられた。

26. 帝王切開癒痕症候群(CSS)を有する移植頻回不成功例に対し、内視鏡的治療を経て妊娠しえた一例

高邦会 高木病院

○徳永真梨子 野見山真理

【緒言】CSSは帝王切開(CS)後に起こる月経異常の原因として報告され、近年続発性不妊症の原因として注目されている。

【症例】38歳2経妊1経産。腹式および腹腔鏡下子宮筋腫核出術、両側卵管留水症切除術の既往あり。術後初回ART妊娠後、選択的帝王切開分娩。33歳時、第2子希望にて再診。胚移植7回するも妊娠に至らず。月経後に不正出血持続、経腔超音波で癒痕部筋層2-3mmと菲薄化、子宮腔に貯留液像を認めた。外来にて細径硬性子宮鏡施行し、CS癒痕部の周囲内膜に黒褐色血性粘液の流出孔、子宮腔への逆流および樹枝状血管、マイクロポリープの集簇を認め、CSSと診断。子宮鏡下癒痕部周囲内膜切除・凝固および腹腔鏡下修復術を施行し、術後不正出血、子宮腔貯留像は消失、術後2回目の凍結胚移植後妊娠継続中である。

【結論】今回、腹腔鏡および子宮鏡手術はCSS症状を消失させ、着床環境改善に有効であった。

27. 帝王切開癒痕部症候群に全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した一例

産業医科大学 産婦人科¹⁾ 産業保健学部広域・発達看護学²⁾

○田尻亮祐¹⁾ 植田多恵子¹⁾ 網本頌子¹⁾ 遠山篤史¹⁾ 厚井知穂¹⁾ 栗田智子¹⁾ 鏡誠治¹⁾
川越俊典¹⁾ 松浦祐介²⁾ 蜂須賀徹¹⁾

帝王切開癒痕部症候群は子宮の帝王切開創部に生じた内膜面の陥凹性癒痕に月経血などが貯留することにより、下腹部痛や不正出血など種々な症状を引き起こす症候群である。今回、帝王切開癒痕部症候群に対し全腹腔鏡下子宮全摘術を安全に遂行した症例を経験したため報告する。症例は43歳1妊1産、28歳時に帝王切開の既往あり。下腹部痛を主訴に当科を紹介受診し、経腔超音波断層法にて子宮頸部前壁部分に42mmの内部点状エコーの血液貯留を疑う腫瘤を認め、その内容が子宮内と交通する所見を認めたことから帝王切開癒痕部症候群と診断した。月経直前に血腫が最も縮小しており、GnRHアゴニストで月経コントロール後に全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。癒痕部を確認したところ内子宮口より1.5cm程度のポケットの形成を認めた。本症は近年提唱され始めた疾患であり、治療方法は確立されていない。今後さらなる症例を蓄積し、治療方針について検討する必要があると考えられた。