

第 19 回

北海道産婦人科低侵襲手術研究会

日時：2019 年 1 月 26 日（土） 10：30～16：30

会場：札幌医科大学記念ホール（札幌市中央区南 1 西 18）

第 19 回 北海道産婦人科低侵襲手術研究会 幹事
札幌医科大学産婦人科 松浦基樹

北海道産婦人科低侵襲手術研究会 事務局
北海道医療センター 内視鏡手術センター 婦人科 齋藤裕司

【参加者の方へ】

参加費として 2000 円を申し受けます。受付にてお支払いください。
e 医学会カードにて日産婦学会専門医研修参加登録を受け付けます。
特別講演の日本専門医機構単位共通講習受付も e 医学会カードです。
必ず e 医学会カードをご持参ください

【演者の方へ】

発表の 30 分前までに PC 受付をすませてください。
発表は 6 分、質疑 2 分でお願い致します。
ご発表の際は、ご自身のノート PC をお持ちください。
(PC を用意しておりますが不都合が生じる可能性がありますのでご協力お願い致します。)
液晶プロジェクターとの接続は Mini D-sub 15 の外部出力端子です。
専用の変換アダプターが必要な場合はご持参ください。

【会場案内図】



第 19 回北海道産婦人科低侵襲手術研究会 プログラム

セッション 1: 10:30~11:18

座長: 北海道医療センター 婦人科 齋藤裕司

1. 術後 4 か月目に診断された腹腔鏡下子宮全摘出術後の腔断端感染の経験と今後の対策
日鋼記念病院 産婦人科 幅田周太郎
2. 当院における骨盤臓器脱手術の変遷
～骨盤臓器脱に対する経腔メッシュ法から腹腔鏡下手術へ～
カレスサッポロ時計台記念病院 女性総合診療センター 板橋詠子
3. 腹腔鏡手術を行い良性多嚢胞性腹膜中皮腫と診断された一例
NTT 東日本札幌病院 産婦人科 野呂薫
4. 当科における腹腔鏡下仙骨腔固定術
王子総合病院 産婦人科 勘野真紀
5. 妊娠 11 週に発症した卵管間質部妊娠破裂に対して腹腔鏡下に治療した 1 例
帯広協会病院 産婦人科 伊野善彦
6. 当院の子宮鏡下中隔切除術の工夫と治療成績
斗南病院 婦人科・生殖内分泌科 逸見博文

セッション 2: 11:20~12:08

座長: JA 北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科 森脇征史

1. いかに少ない症例で効率良く腹腔鏡手術の技術向上を図るか
教育病院としての当科の取り組み
旭川医科大学 産婦人科 岡本修平
2. 内視鏡技術認定医不在の施設における腹腔鏡下手術の現状
市立釧路総合病院 産婦人科 山下芙貴子
3. 腹腔鏡下手術における第一トロッカー挿入時の合併症についてのシステマティック
レビュー・ネットワークメタ解析
手稲溪仁会病院 産婦人科 西村真唯
4. 若手産婦人科医の腹腔鏡手技トレーニングにおけるタイムトライアルの有用性の検討
札幌医科大学 産婦人科 長尾沙智子
5. 2 孔式腹腔鏡手術は標準術式として有用か
北海道医療センター 婦人科 内田亜紀子
6. 腹腔鏡下手術の言語化・定型化の重要性
札幌医科大学 産婦人科 蛸谷由真

休憩： 12:08～13:30 (お弁当をご用意しております)

幹事会： 12:15～13:00 (会場：札幌医科大学記念ホール 1階会議室)

セッション3： 13:30～14:18

座長： 手稲溪仁会病院 産婦人科 和田真一郎

1. 腹腔鏡下子宮全摘術の難易度を術前にスコア化する試み (TLH score)
名寄市立総合病院 産婦人科 宇津野泰弘
2. 安全に子宮と直腸の癒着を剥離するために、逆行性子宮全摘が有効と考えられた症例
製鉄記念室蘭病院 産婦人科 山崎智子
3. 合併症を起こさないための TLH
札幌医科大学 産婦人科 西村庸子
4. 安全で容易な2段階式子宮全摘術の実際
北海道医療センター 婦人科 大隅大介
5. 技術認定医不在の中 TLH のスキルアップを図り、VT との2本立てで患者ニーズに応える当院の取り組み
函館五稜郭病院 産婦人科 福中規功
6. 巨大子宮の TLH を安全に完遂するために
札幌白石産科婦人科病院 明石祐史

セッション4： 14:20～15:08

座長： 旭川医科大学 産婦人科 岡本修平

1. CCRT 後の再発子宮頸癌に対する腹腔鏡下骨盤内臓全摘術の1例
JA北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科 岩城久留美
2. Surgical Apgar Score を用いた婦人科悪性腫瘍手術の術後合併症予測の検討
～真の低侵襲手術を目指して～
旭川厚生病院 産婦人科 岩城豊
3. 術前 IA 期子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術
ー当科における視野展開の工夫
JA 北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科 森脇征史
4. Accessory and Cavitated Uterine Mass(ACUM)の一例
市立函館病院 産婦人科 黒川晶子
5. 当院での高度肥満子宮体癌症例に対する腹腔鏡下手術
KKR 札幌医療センター 産婦人科 松宮寛子
6. 二度の鏡視下手術後に気道狭窄を来たし、気管切開を要した1例
北見赤十字病院 産婦人科 新開翔太

休憩： 15:08～15:30

この間に e 医学会による共通講習の受付を行います。

特別講演： 15:30～16:30

座長 札幌医科大学 産婦人科 齋藤豪

スポンサーセミナー（協賛 Covidien Japan）

日本専門医機構単位共通講習（医療安全）

「新たな言語化による手術安全改革～暗黙知から形成知へ」

北海道大学消化器外科Ⅱ 渡邊祐介先生

抄録集

セッション 1-1

術後4か月目に診断された腹腔鏡下子宮全摘出術後の腔断端感染の経験と今後の対策

幅田周太朗、野藤五沙、嶋田浩志

日鋼記念病院 産婦人科

【緒言】子宮全摘出術後の腔断端感染は術後早期に発症することが多い。2016年1月～2018年12月までに当科で施行した腹腔鏡下子宮全摘出術98例のうち3例で術後の断端感染を認めた。そのうちの1例で術後4か月目に顕在化した症例を経験したので、経過、対策について考察し報告する。【症例】47歳、2妊2産、検診でHSILのため当科初診、生検にてHSIL/CIN3 (severe dysplasia)の診断となり腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した。術中から術後1日目まで予防的にCMZ 2g/日投与し、ドレーンは術後2日目に抜去した。術後3日目まで最大37.8度の弛張熱が持続したが4日目に解熱した。3日目CRP 5.67 mg/dlと上昇あったが5日目にはCRP 1.56mg/dlと低下、診察でも異常なく同日退院となった。術後21日目の外来診察で断端粘膜の癒合不全がみられたが術後42日目に保存的に閉鎖した。腔断端部痛が持続していたため外来 follow していたが検査では異常はみられなかった。術後112日目に発熱、下腹痛、腔からの液体流出を認め受診。WBC 14090/ μ L CRP 37.54 mg/dLと高値であり、造影CTで腔断端部より頭側に膿瘍像を認めた。入院のうえTAZ/PIPC13.5g/日 CLDM 600mg/日を投与した。断端からの浸出液は漸減し入院後9日目にCRP 1.14 mg/dLと軽快し退院となった。

【考察】本症例は閉鎖空間で感染が持続していたものが術後4月目に自然決壊し断端から排出されたものと考えられる。感染経路としては手術中の感染の他に、粘膜の癒合不全を起こした断端から上行性に感染した可能性も否定できない。また、粘膜癒合後も断端部痛は持続しており、このときにCT検査を行っていれば感染巣を同定できより早く治療を開始できていたかもしれない。

セッション 1-2

当院における骨盤臓器脱手術の変遷

～骨盤臓器脱に対する経膣メッシュ法から腹腔鏡下手術へ～

板橋詠子¹⁾、西岡嘉宏¹⁾、岸由香¹⁾、遠藤俊明¹⁾、藤井美穂¹⁾、齋藤豪²⁾

1) 社会医療法人社団 カレスサッポロ時計台記念病院 女性総合診療センター

2) 札幌医科大学附属病院 産婦人科

I.はじめに

当センターは2007年に開設し、現在は年間400件前後を維持し、2018年11月末までに累計で4,556件となった。対象疾患は骨盤臓器脱（pelvic organ prolapse、以下POP）をはじめ良・悪性腫瘍に至るまで多岐にわたる。特にPOPに対する手術はtension-free vaginal mesh（以下TVM）から腹腔鏡下仙骨膣固定術（laparoscopic sacrocolpopexy、以下LSC）へと変遷している。今回、当センターの手術統計を提示し、POP手術及びLSCの変遷につき解説する。

II.対象と方法

2007年当センター開設当初から、2018年11月30日までの全手術症例4,556症例を対象とし、POP手術については①TVM②LSC③腹式仙骨膣固定術（abdominal sacrocolpopexy、以下ASC）④膣式子宮全摘と膣形成術による従来法（以下従来法）⑤従来法以外の経膣的なメッシュを用いない骨盤臓器脱修復手術（native tissue repair、以下NTR）に分類しその推移を解析した。

III.結果

総手術件数4,556件で、POP手術1,982件、内訳はTVM1,484、LSC299、ASC24、従来法100、NTR75件であった。年次推移では2011年まではTVMが主流であったが2012年よりLSCが増加傾向となり、2017年にLSCの年間件数がTVMの件数を上回った。LSCの術式は、アメリカ式からフランス式へ、そして後方メッシュ挿入から腹腔鏡下後方NTRへと変遷を遂げてきた。

IV. 考察・結語

POP手術に対するアプローチは経膣または腹腔鏡があり、また臓器脱の修復法は生体組織を用いる修復（NTR）、またはメッシュを用いるか、など複数の選択肢がある。

現時点では手術成績、術後合併症の頻度などを勘案し、レベルI損傷に対する修復術はLSCが最も推奨される手術と考える。しかし、一般にPOPの対象年齢は高齢であり、合併症による麻酔法や手術時間の制約を受けやすく、LSCに腹腔鏡下もしくは経膣的にNTRを加えるなど、個々の症例に適した術式の選択と工夫が必要と考えている。

セッション 1-3

腹腔鏡手術を行い良性多嚢胞性腹膜中皮腫と診断された一例

野呂薫、藤部佑哉、山中郁仁、二瓶岳人

NTT 東日本札幌病院 産婦人科

【緒言】 良性多嚢胞性腹膜中皮腫 (benign multicystic mesothelioma of peritoneum:以下 BMMP と略記) は中皮細胞由来の多房性嚢胞性病変であり、多くは良性である。腹部手術や骨盤内炎症疾患、子宮内膜症との関連があるといわれるが、発生機序は明らかではなく細胞学的特徴に関する報告は少ない。今回、腹腔鏡手術を施行し、BMMP と診断した一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】 29 歳女性、2 妊 2 産。前医で右卵巣腫大を指摘され、排便痛および右下腹部から臀部にかけて強い疼痛あり当科を受診した。超音波検査で 5×7cm の二房性右付属器腫大を認め、MRI にて T1 強調像で低信号、T2 強調像で高信号の腫瘤を認めた。右卵管水腫もしくは右卵巣腫瘍が疑われ、1 週間後の超音波検査にて前回とは異なる多房性嚢胞を認めた。腫瘍マーカーは CA19-9=220, CA125=79 と高値であった。右付属器腫瘍の診断で腹腔鏡手術とした。腹腔鏡下にて腫瘍は右卵巣との連続性を認めるものの、両側付属器は正常であった。腹膜・直腸との癒着が強く、直腸表面に一部腫瘍を残さざるを得なかった。病理組織診断では嚢胞壁様病変を認め、線維性結合織を壁とし、カルレチニン陽性となる中皮細胞が内腔を覆っており、BMMP と診断した。

【考察】 BMMP は外科的切除を基本とし大部分が良性であるが、再発する症例が多く、まれながら悪性中皮腫が発生した報告もあり、長期の経過観察を要する。

【結論】 今回我々は、術後に BMMP の診断を得た一例を経験した。

セッション 1-4

当科における腹腔鏡下仙骨腔固定術

勘野真紀、金川明功、小館英明、田中理恵子、野村英司

王子総合病院 産婦人科

<目的>

当科では骨盤臓器脱症例に対して遅れること 2010 年からメッシュ手術を導入した。腹腔鏡下仙骨腔固定術（LSC）を現在まで 13 例経験したので、その手術成績について検討する。

<対象・方法>

2010 年 5 月から 2018 年 4 月までに LSC を施行し、2018 年 10 月まで観察が可能であった 13 例を対象とし、周術期成績、合併症、再発の有無などにつき検討した。

<結果>

年齢中央値（QRT）（以下同様）は 64（59-65）歳、BMI は 23.8（23.1-25.4）、手術前の POP-Q 分類は stage III が 11 例、stage IV が 2 例だった。手術の内訳は、ダブルメッシュが 7 例（子宮上部切断+附摘 6 例、附摘 1 例）、シングルメッシュが 6 例（子宮上部切断+附摘 5 例）。

手術時間は 226（205-260）分、出血量は 22（15-50）ml であった。

周術期・術後の合併症は、術中膀胱損傷が 1 例であった。観察期間は 25（11.5-53.5）ヶ月で、POP-Q 分類 stage II 以上の再発は 2 例（15.4%）だが、症状の訴えはなく追加治療は要していない。

<結語>

LSC は手術時間が長いく改善の余地があるが、合併症も少ない上、患者の満足度は高く有益な術式と考える。

セッション 1-5

妊娠 11 週に発症した卵管間質部妊娠破裂に対して腹腔鏡下に治療した 1 例

伊野善彦¹⁾²⁾、玉手雅人²⁾、梅本美菜¹⁾、鹿内智史¹⁾、杉田奈穂子¹⁾、鈴木将裕¹⁾、齋藤豪²⁾

1) 帯広協会病院、2) 札幌医科大学

【緒言】卵管間質部妊娠の治療は手術療法や薬物療法により行われ、近年では未破裂症例の腹腔鏡手術の報告が増えている。しかし破裂症例では、膨大部妊娠と比較して出血が多量となることから、腹腔鏡手術の報告は少ない。今回、妊娠 11 週の卵管間質部妊娠破裂に対して腹腔鏡下に治療し得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】28 歳，G4P0，人工妊娠中絶 1 回，自然流産 1 回，異所性妊娠 1 回。既往歴に 23 歳時に右卵管間質部妊娠に対して右卵管部分切除術がある。今回は自然妊娠し，近医に通院していた。妊娠 11 週 4 日に突然の下腹痛を自覚し，前医（2 次救急病院）へ救急搬送された。性器出血はなく経膈超音波断層法で妊娠に関連する明らかな異常所見を認めなかったが，右下腹部の強い疼痛とショックバイタルを認めたため当院救命救急センターへ転院搬送された。到着時の focused assessment with sonography for trauma (FAST)陽性，血液ガス分析にて貧血を認めたことから腹腔内出血を疑い，緊急造影 CT を施行した。結果，子宮右側での造影剤血管外漏出と全腹部の多量腹水貯留を認めたため，緊急輸血と審査腹腔鏡を施行した。術中，子宮右卵管角部での子宮破裂，胎囊の腹腔への脱出を認め，既往の異所性妊娠手術で菲薄化した部位に再度妊娠し，破裂したものと考えられた。絨毛組織を可及的に摘除し，破裂部位を腹腔鏡下に縫合した。術中出血は 1800g であった。術後経過に異常なく，術後 4 日目に退院となった。

【結語】ショックバイタルを呈する破裂症例でも，適切に全身管理が行われれば腹腔鏡下手術も治療選択肢になりうると考えられた。

セッション 1-6

当院の子宮鏡下中隔切除術の工夫と治療成績

逸見博文¹⁾、伊藤翼¹⁾、川井まりえ¹⁾、清水亜由美¹⁾、池田詩子¹⁾、田中綾一¹⁾、遠藤俊明¹⁾、東口篤司²⁾

1)斗南病院 婦人科・生殖内分泌科 2)札幌エンドメトリウムリサーチ

【目的】当院で治療した中隔子宮症例の術後癒着率、妊娠率、生児獲得率について検討したので報告する。

【方法】対象はHSG、子宮鏡検査で中隔子宮と診断され、子宮鏡下中隔切除術を施行した32例である。子宮鏡下に中隔切除する際にはテレビ撮影装置Cアームを用いて、術中に子宮腔造影を行い、十分に癒着剥離を行なった。術後再癒着予防目的に子宮内にシリコンプレート、あるいはFD-1+インターシードを挿入し、術後Kaufmann療法を2クール施行した。

【結果】術中造影を併用して、32例全例で中隔切除することができた。術後セカンドルック子宮鏡検査にて28例(87.5%)で癒着なし、1例(3.1%)で内膜性癒着、3例(9.4%)で筋性癒着を認めた。再癒着予防法別の再癒着率はシリコンプレート7.1%(n=28)、FD-1+インターシード0%(n=1)、シリコンプレート自然抜去にて術後FD-1挿入33.3%(n=3)であった。不妊症群16例、不育症群11例、その他群5例の術後臨床妊娠率は37.5%、90.1%、60.0%、生児獲得率は37.5%、71.4%、60.0%であった。

【結論】術中子宮腔造影は中隔を安全かつ十分に切除するのに有用であり、また、シリコンプレート、FD-1+インターシード挿入は術後癒着予防に有用であった。不育症群の術後生児獲得率は71.4%であった。

セッション 2-1

いかに少ない症例で効率良く腹腔鏡手術の技術向上を図るか

～教育病院としての当科の取り組み～

岡本修平、林なつき、村上幸治、水崎恵、水無瀬萌、寶田健平、市川英俊、高橋知昭、
加藤育民、片山英人、千石一雄

旭川医科大学 産婦人科

産婦人科において近年益々、腹腔鏡手術の需要が増加しており、その普及も目覚ましい。それにより、腹腔鏡手術は我々産婦人科医にとって専門領域を問わず、最低限の手技を身につけるのは必須となっていると言っても過言ではない。

専攻医や技術認定取得を希望している医師が比較的多い大学病院においては、症例数は他の関連病院よりは多いものの、一人当たりの症例数は少なく、技術習得に時間がかかってしまうのが現状である。

腹腔鏡手術における基本操作である、組織把持、牽引、術者と助手の協調作業、カメラワーク、縫合、結紮、層や膜構造の見極めは必要不可欠であり、実際の手術でしか学べないことが多い。

ハイボリュームセンターのように多数の症例を経験することが困難な当科において、いかに少ない症例で効率良く技術向上を図るかを工夫するのは重要な課題である。

我々は TLH を中心に手術手技が比較的容易である付属器切除術も含め、術式の再検討を行った。単に標的臓器の摘出を目的としただけでの手術ではなく、摘出に至る為に必要なプロセスを重要視した。可能な限り術式のマニュアル化を行い、各々にプロセスにおいて発展性が発生するように明確な意味を持たせた。再検討に際し、腹腔鏡の基本操作のエッセンスを強調することを心掛け、簡便な手術でもより多くのことを学べるように考慮した。

今回、再検討後の術式を動画にて供覧し、当科の取り組みを紹介する。

この手法、アプローチにより、自分の現時点の問題点、課題が明確化し、次の症例に対する目標が持てるようになり、少ない症例数でもより効率よく技術向上が図れると考えている。

セッション 2-2

内視鏡技術認定医不在の施設における腹腔鏡下手術の現状

山下美貴子、田淵雄大、馬場敦志、鈴木利理、岡村直樹

市立釧路総合病院 産婦人科

当院は道東に位置する地方中核病院で、地域周産期母子センターとして年間 600 件前後の分娩を担い、婦人科疾患においても、良性疾患から悪性疾患まで幅広くカバーしている。産婦人科内視鏡技術認定医が不在のなかでも、十分な検討のうえ、適応・施行可能と思われる症例は、積極的に腹腔鏡下手術を導入している。2017 年 12 月から 2018 年 11 月の 12 か月の期間で、帝王切開を含めて 330 件の手術が行われ、93 件が腹腔鏡下手術であった。78 件の子宮全摘術が実施されており、そのうち良性疾患に対する腹式子宮全摘術が 21 件、悪性または悪性を疑う症例に対する手術が 21 件、腔式子宮全摘術が 9 件、全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) が 27 件であった。筋腫核出術は 12 件施行され、そのうちの 4 件が開腹によるものであった。付属器に対する手術は 54 件が腹腔鏡下で行われ、悪性を疑う場合など 8 件で開腹術を施行した。

93 例の腹腔鏡下手術のうち、開腹術への移行症例は 2 例あり、腔式子宮全摘術既往のある付属器切除術と、高度な癒着と止血困難な TLH であった。比較的早い段階で開腹術へ移行し、大きな合併症は無く手術を完遂している。

技術認定医不在の施設では、より正確な術前評価と、安全性を第一に考えた十分な治療戦略が重要と思われる。当科では、術者の経験と技量に合った術式選択を心がけ、腹腔鏡下で完遂困難と思われた場合はためらわずに開腹へ移行する事を重要視している。また初めから困難と予想される症例に関しては、積極的に技術認定医を招請し、より安全な手術が行えるように心がけている。今後は更なるスキルアップを目指し、腹腔鏡下手術の適応拡大を目指したい。

セッション 2-3

腹腔鏡下手術における第一トロッカー挿入時の合併症についてのシステマティックレビュー・ネットワークメタ解析

西村真唯、辰巳賢多、松本沙知子、大原康弘、蓑輪郁、滝本加奈子、今井一章、都築陽欧子、太田創、中島亜矢子、福土義将、和田真一郎、藤野敬史
手稲溪仁会病院 産婦人科

【目的】腹腔鏡下手術における第一トロッカー挿入時の合併症の発生率について、挿入方法ごとの差異を網羅的な文献検索を行いあきらかにする。また、挿入方法ごとにその安全性を順位付けする。

【方法】各種のデータベースから MESH term を使用し腹腔鏡下手術における第一トロッカー挿入時の合併症について網羅的に文献検索を行った。最終の文献検索は 2018 年 8 月 29 日に行った。大血管の損傷、腸管損傷、固形臓器の損傷を重篤な合併症、皮下気腫、腹膜外の気腹、大網損傷、トロッカー挿入部の出血および感染を軽微な合併症と定義した。挿入方法ごとの合併症の発生率について、ベイズ統計を用いたネットワークメタ解析を行った。

【結果】研究デザインの吟味や重複した文献の除外により、17 の文献の解析を行うこととなった。有意差は認めないもののダイレクト法 (DTE : direct trocar entry) は Veress 針による closed 法 (VN : Veress needle) よりも重篤な合併症が少なかった ($p=0.23$)。DTE は VN より軽微な合併症は有意に少なかった ($p<0.001$)。オープン法 (OE : open method) は VN より重篤な合併症が少なかった ($p=0.31$)。OE は VN より有意に軽微な合併症が少なかった ($p=0.01$)。ネットワークメタ解析によると、軽微な合併症は DTE, VN, OE の順に少なかった。

【結論】重篤な合併症はどの挿入方法でも非常に稀である。軽微な合併症については DTE が最も安全であると考えられた。

セッション 2-4

若手産婦人科医の腹腔鏡手技トレーニングにおけるタイムトライアルの有用性の検討
長尾沙智子、玉手雅人、石堂茉泉、斉藤公人、藤部佑哉、西村庸子、真里谷奨、
秋元太志、松浦基樹、寺本瑞絵、馬場剛、齋藤豪
札幌医科大学附属病院 産婦人科

【緒言】 婦人科手術において腹腔鏡手術の占める割合は増加している。初期専攻医が経験しやすい良性疾患においても現在は多くの手術が腹腔鏡下に行われており、研修初期から腹腔鏡手技の習得が求められる。今回当院の若手産婦人科医に縫合結紮手技のタイムトライアルを行い、その効果を検討した。

【方法】 2018年4月に当科に所属する3～10年目の産婦人科医を対象に、ドライボックス内で以下の手技に要する時間を計測した。(1) 糸10cm長の2-0バイクリルを持針し、土台に固定したスポンジに1針かける。(2) 3回結紮し、鉗鉗子で糸を切断する。これを1週間ごとに4回計測し、その期間中に練習した時間を各自報告する。練習時間や内容は自由とした。

【結果】 初回のタイムが150秒以上の3名は練習時間を取ることで縫合結紮に要する時間が短縮した。1週間ごとに練習時間とタイムを比較すると、練習時間を多く取った後の計測ではタイムが短縮する傾向にあった。4週間で3名のタイムは1/2～1/3に短縮したが、最も短縮したものでも60秒前後であった。一方、初回のタイムが60秒以内の3名は練習時間によって大きくタイムが変動することはなく、4週間かけて徐々に短縮した。

【結論】 タイムトライアルによって競争を意識することで初期専攻医に必要な腹腔鏡の基本手技の習得、トレーニングの効率化が期待された。今回行った手技は縫合結紮の中でも基本的な手技であり、ある程度の練習時間を経ることでタイムは短縮し個人差は少なくなるが、さらなる上達には実際の手術経験や理解が必要と考えられた。

セッション 2-5

2 孔式腹腔鏡手術は標準術式として有用か

内田亜紀子、大隅大介、木村広幸、齋藤裕司

北海道医療センター 婦人科

当科ではより低侵襲な手術を目指して積極的に Reduced Port Surgery を導入してきた。これまでに単孔式手術 (TANKO) や細径化手術を経験してきたが、現在では E・Z アクセスを用いた 2 孔式腹腔鏡手術が標準術式として定着している。その主な理由としては①整容性が高い②コスト面での優位性③体勢が楽で術者の負担が少ないことが挙げられる。また、④技術習得が容易ということも重要な要素で、腹腔鏡下子宮全摘術の経験がない術者においても取り組みやすい術式あると考えている。2 孔式手術の技術習得にどの程度の時間を要したかを後方視的に検証してみた。対象は当院で腹腔鏡下子宮全摘術 (以下 TLH) を施行した症例とした。対象とした術者は 3 名で、①技術認定医取得者での 30 症例、②非技術認定医かつ従来式での TLH 経験者での 50 症例、③腹腔鏡下子宮全摘術未経験者での 100 症例、についてそれぞれ検討した。まずそれぞれの対象症例を 10 症例ごとにグループ分けをして、それぞれの群間で有意に手術時間が変化するかを検証した (ANOVA test)。技術認定医と非技術認定医取得者では、どちらも 10 症例で有意に手術時間が低下し、手術時間中央値に到達した。これは従来報告で単孔式手術での中央値到達が 40 症例であるとされているのと比較して早い。一方、腹腔鏡下子宮全摘術未経験者でも 40 症例で手術時間中央値に到達した。

誰にでも容易に習得可能で術者のストレスが少ないことは手術の大切な要素であると考えている。2 孔式腹腔鏡手術は learning curve が短く誰にでも取り組みやすい Reduced Port Surgery であり、腹腔鏡における標準術式として優れた方法である。

セッション 2-6

腹腔鏡下手術の言語化・定型化の重要性

蛭谷由真、西村庸子、玉手雅人、磯山響子、寺田倫子、松浦基樹、寺本瑞絵、齋藤豪
札幌医科大学 産婦人科

腹腔鏡下手術の技術向上において、上級者の手術動画を繰り返し観ることは重要である。また、上級者の手術操作一つ一つを言語化することで短期記憶から長期記憶が形成される。当院では手術術式をセッティングから閉創までを細かく分けて、執刀医・第1助手・第2助手・器械出し看護師・外回り看護師の動きを言語化したプリントを婦人科チーム全員に配布しており、手術前に上級者の以前の手術動画を見ながら、そのプリントをもとに執刀医や助手の動きをさらに自分の言葉で言語化し確認するよう指導されている。術式を言語化・定型化することで、手術に携わっている全員が次の手技を予見しスムーズに手術進行することが可能となる。実際に、初心者は上級医の指導や書籍、動画から学んだ事柄を、自らまとめたノートを作成することで、言語化・定型化を行っている。その中で、スマートフォンやタブレット端末等、時間や場所を選ばず使用することのできるノートアプリや解剖の3Dレファレンスアプリも活用し知識の整理を図っている。このような指導およびトレーニングにより、初心者でも上級者の手術を再現化することが可能になるものと考えられる。以上より、手術技術の向上には、言語化・定型化が非常に必要である。

セッション 3-1

腹腔鏡下子宮全摘術の難易度を術前にスコア化する試み (TLH score)

宇津野泰弘、石川雄大、津村亜依、杉山沙織、大石由利子、小野方正、野澤明美、
北村晋逸

名寄市立総合病院 産婦人科

はじめに

近年、腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) は、多くの施設で実施されている。手術の達人たちによる
とその適応に限界はないとされるが、施設や術者によって限界は存在すると考えられる。当
科では、術前に手術難易度をスコア化 (TLH score) し、術式の決定や手術計画を立ててい
るが、本来低侵襲とされる TLH で合併症が生じたり開腹手術へ移行したりした症例を経験
した。今回、TLH score の有用性と問題点を考察したので、合併症症例の動画を供覧しなが
ら報告する。

方法

対象は、2018年4月1日から12月15日までの期間に良性疾患に対して当科で TLH を行
った 20 症例である。MRI と超音波検査、内診、問診から① 子宮楕円体近似体積、② 筋腫
や腺筋症の場所、③ 子宮頸部の可動性、④ 予想される癒着の程度をスコア化し、手術難度
を「易しい」「難しい」「困難」の3段階で評価した。

結果

20 症例のうち 17 例は、合併症なく退院した。いずれも術前評価は「易しい」または「難し
い」であった。開腹手術に移行した症例は、2 例のうち 1 例は術前評価が「困難」であった。
残りの 1 例は、小腸切除を同時に行ったが、術前評価は「難しい」で、子宮と小腸の癒着を
十分に評価できていなかった。

考察

TLH の難易度には、子宮横径が影響を及ぼすという報告がある。子宮体積の推定だけでな
く、子宮横径の要素を重視することでスコアの精度をあげるかもしれない。加えて、術前に
十分に癒着を予想できていないことがあるため、癒着予想に対する評価方法に改善の余地
がありそうだった。さらに「困難」症例の TLH を行う際に、術者の技量を過大評価しない
ことも重要であると考えられた。

セッション 3-2

安全に子宮と直腸の癒着を剥離するために、逆行性子宮全摘が有効と考えられた症例

山崎智子、山下真祐子、恐神博行

製鉄記念室蘭病院 産婦人科

【目的】子宮内膜症のダグラス窩閉塞症例では、ある程度の大きさの筋腫を合併している場合、子宮と直腸の間にテンションをかけることが難しくなるために癒着剥離時の直腸損傷のリスクが高くなる。その場合、安全に直腸を剥離するためには逆行性に子宮を摘出することが有効な方法の一つと考えられた症例を経験した。

【方法】当院では、TLH のトロッカーはダイヤモンドポジションで配置し、子宮マニピュレーターと KOH-cup を挿入している。円靭帯を切断、膀胱を剥離して後腹膜腔を展開して尿管の走行を確認する。上部靭帯を切断、膈前壁を切開、基靭帯は周囲の筋膜を切除して血管を露出してから切断する。膈の切除部位から尿管を十分に外側に離した後、直腸の癒着部位の手前まで膈を切開する。この時点で子宮マニピュレーターと KOH-cup を抜去し、子宮を頭側に牽引しながら膈後壁を切開する。さらに助手には単鉤鉗子などで子宮を把持して頭側に牽引してもらい、術者は直腸の位置を確認しながら助手と反対方向にテンションをかけて少しずつ鋭的、鈍的剥離を繰り返して子宮を摘出する。

【成績】助手との協力の下、逆行性に子宮を摘出することで子宮と直腸の癒着部位にテンションを十分にかけることができた。

【結論】子宮前屈がかけられない比較的大きな子宮で、ダグラス窩閉塞がある場合には逆行性子宮摘出が有効と考えられる。

セッション 3-3

合併症を起こさないための TLH

西村庸子、蛭谷由真、玉手雅人、磯山響子、寺田倫子、松浦基樹、寺本瑞絵、齋藤豪
札幌医科大学 婦人科

腹腔鏡下子宮全摘出術(TLH)を安全に施行するには良好な術野展開を行う必要がある。そのため正しい解剖学的剥離層を認識、剥離する事が大切であり、適当な場面で適切なデバイスを選択、使用することが必要不可欠である。当院では TLH を定型化するため使用するデバイスを統一している。

当院の TLH におけるデバイスは吸引送水機能付きヘラ型電気メス、シーリングデバイス、バイポーラを用いている。手術を安全に行うために、デバイスの構造、機能を正しく理解し使用することが重要である。

手術手技の基本はヘラ型電気メスで膜の剥離、層の展開を行い、血管処理のみシーリングデバイスで行っている。小血管についてはバイポーラを使用しているが、膜の中にある細い血管についてはヘラ型電気メスで止血が可能である。ここで最も重要なことは助手による正しい牽引である。不十分なテンションでは剥離層は不明確となり、電気メスの手術は困難となる。助手の牽引が適切であれば剥離層が明確になり安全に行うことが出来る。術者と助手の適切な牽引で、ヘラ型電気メスのみでほとんどの操作が可能である。

以上より正しい層を剥離することで、出血なく安全な手術を行うことが可能と考える。

セッション 3-4

安全で容易な 2 段階式子宮全摘術の実際

大隅大介、内田亜紀子、木村広幸、齋藤裕司

北海道医療センター 婦人科

膣上部切断したのち子宮頸部を摘出する 2 段階式子宮全摘術の腹腔鏡への導入は、約 15 年前に藤田保健衛生大学（現藤田医科大学）産婦人科より 2 ステップ子宮全摘術として報告されている。安全で容易な手技にもかかわらず、必ずしも普及していない背景には、子宮全摘術の安全性を高める様々な手技の確立や優れたデバイスの登場も影響しているが、それ以外にもその利点や手技の実際が分かりにくく、導入しにくいことも一因であると考えられる。

当院では 2011 年より **Reduced Port Surgery** である EZ アクセス 2 孔式腹腔鏡手術を導入し 1000 例以上を経験している。子宮全摘術において、子宮が巨大であることや筋腫の張り出しにより重要な作業部位にアプローチしにくい場合には、通常は補助鉗子を追加し術野展開を行うが、2 段階式子宮全摘術を用いることにより補助鉗子なく作業可能となることが多く、この手技は **Reduced Port Surgery** と非常に相性がよいと考える。

今回われわれは現在行なっている 2 段階式子宮全摘術について、特に膣上部切断の手技に焦点をあて、具体的な切開の手順やコツ、注意点について手術動画を供覧し解説する。また、2 段階式子宮全摘術を用いたことにより安全、容易に手術完遂した症例を提示する。

2 段階式子宮全摘術は安全性が高く容易な手技であり、従来法はもちろん特に **Reduced Port Surgery** において非常に有効であると考えられる。当院では適応症例を、比較的子宮頸部の細いもの、子宮後方の癒着がないもの、子宮頸部上皮内病変のないものなど選択しつつ導入したが、実際に用いた経験からはさらに適応を拡大できると考えられ、今後も検討を重ねたい。

セッション 3-5

技術認定医不在の中 TLH のスキルアップを図り、VT との 2 本立てで患者ニーズに応える
当院の取り組み

福中規功、岡田匡氷、今沙織、福中香織

函館五稜郭病院 産婦人科

当院では本年 5 月より技術認定医が不在となったが、4 年間の技術継承の後、今春より laparo 体癌手術を含む TLH に於いて全例に尿管の露出と子宮動脈本管の結紮を行うことにより、出血量の減少と尿管損傷の明確な回避を実現できた。

一方、婦人科手術は主に骨盤内の後腹膜臓器・血管を操作するが、開腹・腹腔鏡手術は共に腹膜上から展開するために臓器損傷や思わぬ出血のリスクを伴う。伝統的な腔式子宮全摘術 (VT) は、後腹膜からアプローチして子宮頸部・体部直近で操作を行うため臓器損傷や目視不能な出血などを回避でき、開腹、閉腹の操作が無く手術時間が短く、エネルギーデバイスは一切用いないため熱損傷の可能性は無く低コストな、究極の低侵襲手術である。しかし全国的にはマイナーな術式に追いやられている感は否めない。

当院で 6 年間に自ら執刀した、CIN・子宮下垂等、体部病変の無い物を除外した子宮筋腫・腺筋症の VT50 例と、Laparo 体癌手術、正常大子宮を除外した TLH11 例 (子宮動脈本管の結紮無し) の検討では、VT の子宮重量平均は 278.8g、最大は 776g、手術時間平均は 58.8 分、出血量平均は 129.3g で、TLH の子宮重量平均は 275g、最大は 565g。手術時間平均は 195.4 分、出血量平均は 193.8g であり、VT の手術時間の短さが際立った結果となった。

術式改変後の TLH の出血量平均は 2 桁に留まっており、現在当院では症例により術式の適応を考慮し、どちらの術式でも問題ないと判断した場合は TLH,VT の両者に関し長所・短所を inform し患者に選択してもらっている。

最近の TLH の成績、当院における TLH と VT の適応の考え方、操作の困難な VT のアプローチ法などを加えて報告する。

セッション 3-6

巨大子宮の TLH を安全に完遂するために

明石祐史, 杉尾明香, 明石大輔

札幌白石産科婦人科病院

腹腔鏡下子宮全摘出術 (TLH) は良性疾患の標準手術となっているが, 巨大子宮, 頸部筋腫, 重症子宮内膜症など困難症例もある. このような症例では, 合併症発症のリスク低減のため, 尿管や子宮動脈周囲に最適にアプローチし, 最少出血で視野を荒らさずに展開していく手技と子宮の可動域を広げるための戦略が必要である. 巨大子宮の TLH を安全に完遂するために我々が重視している手法を動画にて供覧する.

2015 年 10 月から 2018 年 12 月までに当院で行ってきた TLH は 281 例, うち 500g 超は 55 例. 合併症は入院治療を要した腔断端感染 1 例, 開腹移行は 1 例であった. 手術は気腹法, ダイヤモンドポジションで施行. エナジーデバイスは吸引管付モノポーラ, 超音波凝固切開装置, バイポーラシーリングシステムを用いる. 1) 円靭帯を切断して腹膜下筋膜を分離, 広間膜前葉を膀胱子宮窩腹膜, 卵巣提索に沿って切開, 適宜膀胱子宮靭帯や恥骨頸部筋膜を切開し序盤で子宮可動域を広げる. 2) 広間膜後葉に沿って岡林直腸側腔から尿管板・尿管を同定し, 尿管内側の膜をトンネル付近まで剥離. 3) Latzko 直腸側腔を展開, 子宮動脈を単離後結紮. 子宮内膜症で腹膜の線維化を伴う場合はモノポーラで展開, それ以外では超音波凝固切開装置を多用し, 易出血領域を把握し細血管を止血しながら膜を意識した展開を行っている. 目的の腔に到達しなかった場合は適宜尿管板をメルクマールに層の修正を行う.

巨大子宮の TLH を安全に行うためには, 最少出血で正しい膜や腔を見極め, 序盤から子宮の可動域を徐々に広げ, 尿管板をメルクマールに尿管, 子宮動脈にアプローチすることが肝要である.

セッション 4-1

CCRT 後の再発子宮頸癌に対する腹腔鏡下骨盤内臓全摘術の 1 例

岩城久留美、小田切哲二、石田久美子、岩城豊、箱山聖子、吉田俊明、光部兼六郎

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

同時化学放射線療法(CCRT)後の再発子宮頸癌に対する最も長期生存を期待できる治療法として、子宮頸癌治療ガイドライン 2017 年度版では内臓全摘術が推奨されている。しかし、合併症が高く、侵襲の大きい術式の一つであり、死亡率は 2~15%、合併症率は 40~60%とされている。近年の報告からは死亡率は 0~6%と下がったものの、合併症率は同程度である。合併症低下の工夫の一つとして腹腔鏡手術が考えられる。今回我々は CCRT 後の断端中央再発子宮頸癌に対して、腹腔鏡補助下骨盤内臓全摘を施行した 1 例を経験したので報告する。

症例は 40 歳台女性、G2P2。子宮頸癌に対して広汎子宮全摘、骨盤リンパ節郭清を施行したが断端陽性であり CCRT を施行した。術後 4 年 6 ヶ月で陰断端中央に再発を認め、腹腔鏡補助下骨盤内臓全摘を施行した。手術時間は 9 時間 50 分、出血量は 453ml であった。術後 2 日目に歩行を開始し、術後 5 日目には食事を開始した。術後 56 日目に退院となった。術後、ポートサイトに血腫を認め、抗凝固療法を中止した。また、骨盤内膿瘍を生じ、ドレナージと抗生剤にて加療を行った。

当院で行った開腹骨盤内臓全摘の 2 例と比較すると、本症例は出血量が少なく、また早期離床が可能であった。しかし、ポートサイトの血腫形成が認められたことや、開腹手術と同様に膿瘍形成が認められた。また、入院日数の短縮には繋がらなかった。

腹腔鏡手術では侵襲を軽減する可能性はあるものの、全合併症率の低下や入院日数の短縮が可能であるかは現時点では不明である。

セッション 4-2

Surgical Apgar Score を用いた婦人科悪性腫瘍手術の術後合併症予測の検討

～真の低侵襲手術を目指して～

岩城豊、小田切哲二、石田久美子、岩城久留美、箱山聖子、吉田俊明、光部兼六郎

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

低侵襲とは単に術創の縮小を指すのではなく、周術期に渡る管理の最適化を図るものである。超高齢化に伴い、耐術能は低下傾向であり、低侵襲化が重要となる。過大な侵襲が加わると局所で炎症性サイトカインが発生し、ホメオスタシスは崩れ、結果様々な合併症が増加する。炎症刺激や細胞性免疫低下により遺残腫瘍細胞の増殖や転移能獲得が報告されている。このため、悪性腫瘍手術侵襲の軽減は合併症予防だけでなく長期的予後においても重要である。Surgical Apgar Score(SAS)は手術侵襲を反映し、術中出血量、最低平均血圧、最小心拍を評価することで術後合併症予測に有用と報告がある。今回我々は婦人科悪性腫瘍手術における SAS と合併症に関連があるか検討した。また、合併症低減のため周術期管理について検討した。

2015年4月～2018年3月の期間、後腹膜リンパ節郭清を含む悪性腫瘍手術を施行した開腹手術 61 例と腹腔鏡手術 29 例の計 90 例を対象とした。SAS7 点以上を低リスク群、SAS6 点以下を高リスク群として術後 30 日以内の合併症を検討した。

合併症は 90 例中 19 例、イレウスが 10 例（開腹 6 例、腹腔鏡 4 例）と最多であった。開腹合併症は低リスク群 30 例中 4 例に比べ、高リスク群は 31 例中 9 例と有意に合併症率が高かった。しかし、低リスク群には再手術を要するイレウスを認めた。腹腔鏡合併症は低リスク群 28 例中 6 例で、いずれも保存的治療のみで軽快した。SAS は術後合併症予測に有用であり、術中循環動態の安定が合併症低減に繋がると考えられた。しかし、低リスク群でもイレウス重症例を認めており、別の対策も必要と思われた。腹腔鏡は全て低リスク群であり、更なる侵襲抑制は難しく、早期機能回復を図る周術期管理が必要と考えられた。

セッション 4-3

術前 I A 期子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術－当科における視野展開の工夫
森脇征史¹、三坂琴美¹、鈴木裕太郎¹、玉城 良¹、山田竜太郎¹、吉井一樹¹、遠藤大介¹、
明石大輔²、服部理史¹
JA 北海道厚生連帯広厚生病院¹、札幌白石産科婦人科病院²

【緒言】腹腔鏡下早期子宮体癌根治術において、当科で行うペンローズドレーンを用いた術野展開と 4K 内視鏡システムによるスコープ操作の工夫について呈示する。

【方法】当科では、術前 I A 期を想定する子宮体癌（類内膜腺癌 G1/G2）に対して、開腹手術と同じく拡大子宮全摘としている。骨盤リンパ節郭清の適応は、MRI 造影および拡散強調画像で 1/2 以下の筋層浸潤を疑う症例や子宮腺筋症など浸潤の画像評価が困難な症例としている。トロッカー配置は、臍部と左右の平行法あるいはダイヤモンド法を手術メンバーに合わせて選択し、上腹部に子宮牽引用の 5mm トロッカーを追加する。リンパ節郭清を行う準備として、直腸側腔を開放した後に左右とも下腹神経をランドマークとして S 状結腸・直腸を仙骨前面から授動し、ペンローズドレーンをその背側に通して、S 状結腸の牽引に用いる。また、4K 内視鏡システムの拡大視を利用して、膀胱子宮靱帯前層の処理などで鉗子とスコープが干渉しないように留意している。

【結果】ペンローズドレーンを上腹部へ牽引し固定することで、大動脈分岐部までの十分な術野展開の保持が可能となる。4K システムの拡大視を利用することで、スコープを接近させることなく繊細な鉗子操作が可能となる。

【結語】腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術をより安全に行うためには、術野の展開とその保持が課題となる。

セッション 4-4

Accessory and Cavitated Uterine Mass(ACUM)の一例

黒川晶子、山下剛、伊藤崇博、浅野拓也

市立函館病院 産婦人科

Accessory and cavitated uterine masses(ACUM)は若年女性の正常子宮に発生する嚢胞性腫瘍で、ミューラー管の発生異常が原因と考えられている稀な疾患である。今回我々は ACUM を疑い、腹腔鏡下に摘出しえた一例を経験したため報告する。

症例は 16 歳女性、1 年前より月経痛が増強してきたため前医を受診した。子宮内膜症・月経困難症として低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬を処方されたが、疼痛は改善せず、MRI を施行したところ子宮筋層内に内部に血液貯留を伴う腫瘍性病変を認めた。正常の子宮内膜との交通はなく、ACUM の可能性を指摘された。

当院で施行した経直腸エコーでは子宮前壁に内部に液体貯留を伴う 34×27 mm の腫瘍性病変を認めた。MRI を再検したが前医と同様の所見であり、子宮筋層内に液体貯留を伴う腫瘍性病変を認めたため、ACUM の診断で腹腔鏡下に腫瘍核出術を施行する方針となった。

腹腔内を観察すると子宮体下部前壁に 4 cm 大の腫瘍性病変を認めた。筋層を切開すると嚢胞状の腫瘍が存在し途中で破綻すると内容はチョコレート状であった。嚢胞壁と筋層の間は固着しており、被膜が存在していなかったため非常に剥離困難であった。核出後は筋層欠損部を 4 層にわけて縫合した。手術時間は 2 時間 54 分、核出した腫瘍・内容液は 120ml であった。術後病理については、腫瘍壁は子宮腺筋症であり、内腔は子宮内膜組織で裏打ちされており ACUM として矛盾しないものであった。

ACUM は正常子宮の症例にみられる珍しいミューラー管の発生異常であり、その原因は解明されていない。稀な疾患ではあるが、初経後から徐々に増悪する、若年女性の重症な月経痛の場合、鑑別診断に挙げるべきであると考えた。本疾患について、文献的考察を含めて報告する。

セッション 4-5

当院での高度肥満子宮体癌症例に対する腹腔鏡下手術

松宮寛子、橋本大樹、木村敬子、池田研、西信也、涌井之雄

KKR 札幌医療センター 産婦人科

肥満患者に対する開腹手術では、非肥満患者に対して術後合併症の発症率が 2-5 倍に上昇するとの報告がある。特に肥満症例においては、呼吸障害や静脈血栓症などの合併症を予防するため、低侵襲な腹腔鏡手術が有用な場合があると考えられる。しかしながら、高度肥満症例においては、ポート挿入や鉗子操作が困難な場合も多く、気腹不十分なための視野不良などもしばしば発生する。今回、当院で施行した高度肥満患者に対する低侵襲手術としての腹腔鏡下手術について検討した。

当院において、2013 年 1 月から 2018 年 12 月までの 5 年間に、子宮体癌の診断で手術加療を施行されたのは 99 名おり、そのうち腹腔鏡下手術を施行したのは 55 名、その中で BMI40 を超える高度肥満合併例は 5 例だった。4 例は stage I A、1 例は術前に子宮内膜異形増殖症の診断で手術を施行したが、卵管采に転移を認め、子宮体癌 stage III A に up staging された。手術時間の中央値は 3 時間 22 分 (2 時間 16 分-7 時間 51 分)、出血量は中央値 100g(40-450g)だった。術後にクレキサンを併用し血栓予防を行った症例は 1 例だった。いずれも大きな有害事象なく退院となり、現在まで再発なく外来経過観察を継続中である。

高度肥満症例においては、開腹手術においても困難が伴う場合が多く、早期子宮体癌が想定される場合は特に低侵襲手術が考慮されうる。その際の選択肢として、腹腔鏡手術は有用なのではないかと考える。

セッション 4-6

二度の鏡視下手術後に気道狭窄を来し、気管切開を要した 1 例

新開翔太、柏木葉月、金美善、根岸秀明、水沼正弘

北見赤十字病院 産婦人科

卵巣腫瘍と胸腺腫瘍を合併し、診断確定のため腹腔鏡下付属器切除術と次いで胸腔鏡下胸腺切除術を施行したところ、気道狭窄のため気管切開を要した 1 例を経験した。症例は 63 歳、3 妊 2 産。3 ヶ月以上続く咳嗽を主訴に近医を受診し、胸部 CT にて縦隔に複数のリンパ節腫大を指摘され、全身検索目的に CT を施行したところ、骨盤内に腫瘤を認めため、精査加療目的に当科紹介となった。MRI で右卵巣に 5cm 大の多房性嚢胞性腫瘤を認め、腫瘍内部に造影効果のある壁在結節を伴うため、右卵巣由来の境界悪性または悪性腫瘍が疑われ、審査腹腔鏡にて診断を確定する方針として腹腔鏡下右付属器切除を施行した。腹腔鏡下の観察では右卵巣以外に明らかな播種を認めず、病理診断にて粘液性境界悪性腫瘍の結果となった。腹水細胞診は陰性であった。腹腔内播種病変や骨盤・傍大動脈リンパ節への転移を認めずに縦隔への転移を生じる事が非典型的と判断し、縦隔腫瘍切除を外科に依頼した。病理組織から胸腺腫と診断され、追加治療の方針となった。胸腔鏡手術後呼吸苦症状が出現し、気管挿管の刺激による肉芽形成から気道狭窄を生じたと診断された。徐々に呼吸苦症状悪化したため気管切開を施行した。気管カニューレ留置された状態で卵巣境界悪性腫瘍に対する標準治療として子宮全摘および左付属器切除および大網切除を施行、胸腔への放射線照射を施行した。明らかな残存腫瘍は認められず、気管切開部は閉鎖され、現在経過観察中である。気管挿管で気道狭窄を生じる事があるため、複数回の手術後に嘔声や呼吸苦症状が出現した場合は注意が必要である。