

## 第 8 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会プログラム・抄録集

日時：平成 31 年 3 月 16 日(土曜日)15:00-18:30

会場：三井ガーデンホテル千葉 4F 白鳳

千葉市中央区中央 1-11-1

TEL 043-224-1131

共催：千葉産婦人科内視鏡手術研究会、コヴィディエンジャパン株式会社 サー  
ジカルデバイス事業部

参加費：2,000 円

- ・産婦人科専門医単位 10 単位を発行致します。e 医学会カードをご持参ください。
- ・日本産婦人科医会研修参加証を発行致します。
- ・本研究会は一般社団法人 日本産婦人科内視鏡学会の認定を受けています。  
※日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度における取扱いは以下のようになります。
  1. 新規申請：学会発表のカウント対象になります。(プログラム・抄録集の写しが必要)
  2. 更新申請：学会参加 (1 ポイント) に計上可能です。(参加証明書が必要)  
学会発表 (1 ポイント) に計上可能です。(プログラム・抄録集の写しが必要)
- ・研究会参加費 ¥2,000 は、千葉産婦人科内視鏡手術研究会の年会費を兼ねます。

### 演者の先生へ

- ・発表の手前になりましたら左前“次演者席”にお着き下さい。
- ・発表方法について
  - 1) 発表はすべて PC 発表です。  
スライドやビデオは使用できませんので御注意下さい。
  - 2) 発表データ持参 (動画の使用がない場合)  
動画の無い方は USB 又は CD-R でお持ち込み頂く事が可能です。  
アプリケーションは Windows Power point 2007/2010/2013/2016 となります。
  - 3) ノートパソコン持参 (Windows 動画使用、Macintosh 使用)  
御自身のパソコンをお持ち込み下さい。  
Macintosh の方はアダプターもお持ち下さい。  
プロジェクターを接続する為のコネクターが必要です。形状は Dsub-15pins (15pin の RGB 出力) です。  
御自身の発表手前になりましたら会場内の次演者席にパソコンを持参して下さい。

パソコンの電源ケーブルを御持参下さい。

- 4) 発表 30 分前までに PC 受付にて発表データの試写を済ませて下さい。
- 5) 発表時間は 6 分、討論 2 分です。
- 6) 会場スピーカーへは音声を流せません。

座長の先生へ

担当されるセッション開始 5 分前までに次座長席にお着き下さい。

## ご挨拶

内視鏡手術・ロボット支援手術による悪性腫瘍の治療が保険適用され、県内でも多くの施設で手術が始まりました。そんな矢先、低侵襲アプローチ（腹腔鏡下・ロボット支援下）による広汎子宮全摘出術の予後に関する大規模ランダム化比較試験（LACC trial : NCT00614211）で、低侵襲手術は開腹手術より治療成績が劣っている可能性が報告されました。これから、本格的に悪性腫瘍手術に取り組もうとしていた多くの施設にとって痛手です。厚生労働省や日本産科婦人科学会・関連学会では、この文献の成績と自施設の治療成績とを示し十分な判断材料を提示して、患者さん自身に治療法を選択していただくことを求めています。

今回の事態は、ホルモン補充療法（HRT）がブームといえそうな広がりを見せ始めた中で発表された Women's Health Initiative (WHI) を思い起こさせます。WHI では、その後に行われたサブ解析により、それまで想定していなかったバイアスが見出されるなど実にさまざまなことが解ってきました。その結果、どのような場合に HRT のメリットが得られるのか、すなわち適用とすべきなのか解ってきました。大規模研究とはいえ、HRT 一般を論じることは難しい様です。

LACC trial についても今後、いろいろな展開があるのではないかと思います。内視鏡のメリットを十分に生かすことのできる条件が判明することを願ってやみません。本研究会の成果がこの方面に寄与できることを祈ります。

平成 31 年 2 月

当番世話人 生水真紀夫

（千葉大学大学院医学研究院生殖医学）

## **第 8 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会プログラム**

**15:00～15:05 開会挨拶**

梁 善光 先生（帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科）

**15:05～15:37 Session I 症例**

座長：高島 明子 先生（東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科）

演題 4 題

**15:40～16:20 Session II 統計/子宮全摘**

座長：本田 能久 先生（東京ベイ・浦安市川医療センター 産婦人科）

演題 5 題

**16:25～16:57 Session III 子宮鏡/悪性腫瘍**

座長：三橋 暁 先生（千葉大学大学院医学研究院 生殖医学）

演題 4 題

**17:00～17:15 メーカープレゼンテーション**

コヴィディエン ジャパン株式会社

**17:20～18:20 特別講演**

座長：石川 博士 先生（千葉大学大学院医学研究院 生殖医学）

演者：富山県立中央病院 理事・産婦人科部長 舟本 寛 先生

「腹腔鏡の特性をいかした婦人科手術 —38年の経験から—」

**18:20 閉会挨拶**

田中 尚武 先生（千葉県がんセンター 婦人科）

## 特別講演

### 腹腔鏡の特性をいかした婦人科手術 —38年の経験から—

富山県立中央病院産婦人科  
舟本 寛

私が初めて腹腔鏡に出会ったのは1981年ごろ、ちょうど東京女子医大外科から信州大学の産婦人科に替わった頃であったと記憶している。そのころの腹腔鏡は診断が主であり、子宮外妊娠や不妊症の診断、検査に使用していた。最近の若い医師には想像もできないであろうが、現在のようなCCDカメラを介して、テレビモニターに映し出し手術するのではなく、当時は術者が直接テレスコープを手で持って、目をスコープにつけて行うものであった。それから40年近い月日が流れ、最近ではフルハイビジョンに加え、ロボット手術に代表される3D system、さらには4K、8Kなどが登場している。

腹腔鏡の最大の特性は拡大視野、深部到達能に優れていることであり、骨盤深部の血管や神経などの微細構造までよく確認できることである。そのため出血する前に微小血管を凝固止血でき、出血を最小限に抑えることが可能である。これらの理由により骨盤深部や大血管周囲の操作が必要な婦人科手術こそ腹腔鏡が適しているのではないかと考える。本講演では良性疾患から悪性腫瘍まで腹腔鏡が最大限にその威力を発揮する手術について紹介する。

## 一般演題

### 1. 非交通性副角子宮妊娠に対して腹腔鏡下手術を施行した1例

東京ベイ・浦安市川医療センター 産婦人科

○佐野祥子、佐々真梨子、川上敬子、草西多香子、澁谷文恵、本田能久、古川佳容子、坂井昌人

非交通性副角子宮を伴う単角子宮は胎生期の Müller 管の癒合不全により発生する子宮奇形で、子宮留血腫や子宮内膜症による月経困難症が主症状である。この副角に妊娠する頻度は全妊娠の 0.0037~0.0082%と報告されており、破裂は重篤な合併症である。今回、破裂前に腹腔鏡下手術を施行した非交通性副角妊娠の1例を経験したので報告する。

症例は23歳、0経妊0経産、妊娠反応陽性にて近医産婦人科を受診。経膈超音波検査で単頸双角子宮が疑われ、左側子宮と思われる内腔に9mm大の胎嚢を確認するが胎芽は認められなかった。流産を疑い子宮内容除去術を施行するも内容物はほとんど得られず、異所性妊娠の疑いで当院紹介となった。造影CT検査では子宮とやや離れた部位に胎嚢様の像を認め周囲に血腫を伴っていた。左卵管峡部妊娠あるいは左間質部妊娠を疑い、緊急腹腔鏡下手術を施行した。術中所見では子宮からやや離れた部位に、左固有卵巣靱帯と左円靱帯に近接した3cm大の腫瘍を認め、左卵管妊娠と推測し腫瘍ごと左卵管を切除、腫瘍内に絨毛成分を確認した。閉腹後、摘出物を改めて確認したところ筋層様の部分があり副角妊娠などの可能性も考えられた。病理組織検査の結果、非交通性副角子宮妊娠と診断した。術後1ヶ月半に骨盤部MRI検査を行ったが、単角子宮壁は均一で菲薄している箇所はなかった。しかしながら今後の妊娠には慎重な管理が必要である。

### 2. 腹腔内にほとんど出血を認めなかった卵管妊娠2例

国立病院機構千葉医療センター

○關公美子、岡嶋祐子、藤田久子、田淵彩里、糸井瑞恵、木嶋由理子、黒田香織

【緒言】卵管妊娠において腹腔内出血や強い腹痛を認める症例に対して手術を選択することが多い。今回、腹腔内出血をほとんど認めない卵管妊娠2例に対し、腹腔鏡手術を行った。【症例1】19歳。LMP11/27で、1/3妊娠反応陽性となった。1/5より性器出血と腹痛があり、超音波で少量の液体貯留を認めたため異所性妊娠疑いで当科紹介となった。1/6血中HCG1456.3で、以降漸増傾向であったが、性器出血や腹痛、腹腔内液体貯留の増加は認めなかった。1/10D&Eを施行したが病理学的に絨毛や胎芽を認めなかった。1/11HCGは更に上昇し、超音波で左卵管内に胎嚢を認めた為、同日腹腔鏡下左卵管切除術を行った。手術時間39分で腹腔内出血はごくわずかであった。【症例2】40歳。LMP11/11で、12/28妊娠反応陽性となった。1/7より軽い右下腹痛と茶色帯下があり前医受診した。血中HCG14887であったが、子宮内に胎嚢を認めなかった。1/9右卵管に胎嚢を認め、異所性妊娠疑いで当科紹介受診した。超音波で腹腔内液体貯留は全くないものの、右卵管内に胎児を認めた為、同日腹腔鏡下右卵管切除術を行った。手術時間41分で腹腔内出血はごくわずかであった。【考察】異所性妊娠における腹腔鏡手術では大量の凝血塊を除去するのに時間がかかることがある。妊娠初期に注意深く超音波検査や経時的なHCG定量を行う事で、未破裂あるいはごく僅かの出血のうちに診断確定できれば、短い手術時間で治療でき、輸血のリスクも減らすことが出来ると思われた。

### 3. 異所性成熟奇形腫の1例

東千葉メディカルセンター<sup>1)</sup>、東京慈恵会医科大学附属病院<sup>2)</sup>  
○山内貴志人<sup>1)</sup>、上田和<sup>2)</sup>、加藤さや子<sup>1)</sup>、下舞和貴子<sup>1)</sup>、津田明奈<sup>2)</sup>、  
種元智洋<sup>1)</sup>

成熟奇形腫は頻度の高い卵巣腫瘍であるが、大網や子宮広間膜など異所性に認められる例が報告されている。今回我々は、腹腔鏡手術で診断および治療し得た異所性成熟奇形腫を経験したので報告する。症例は49歳、3妊3産、検診で左卵巣腫瘍を指摘され紹介受診となった。既往歴に成熟奇形腫に対し、右卵巣のう腫摘出術を施行していた。病理結果は成熟奇形腫であった。左側卵巣成熟奇形腫の術前診断に対して腹腔鏡下手術を施行した。術中所見では左卵巣に4cm大の腫瘍を認め、左卵巣に連続しない径3cmの腫瘍を卵巣と固有靱帯の間に認めた。本症例は前回手術の異残病変の正着により卵巣付近に異所性に成熟奇形腫が発生したと考えられた。右卵巣の萎縮を認め、また未閉経であったことから腹腔鏡下左卵巣腫瘍摘出術と異所性卵巣腫瘍摘出術を施行した。異所性成熟奇形腫の発生機序はいくつか報告されており、手術合併症の一つとして、医原性に異所性成熟奇形腫が起こりうることを認識することが重要である。

### 4. 下腹部単孔式腹腔鏡手術で巨大広間膜腫瘍を治療し得た1例

東千葉メディカルセンター<sup>1)</sup>、東京慈恵会医科大学<sup>2)</sup>  
○加藤さや子<sup>1)</sup>、上田和<sup>2)</sup>、山内貴志人<sup>1)</sup>、津田明奈<sup>2)</sup>、種元智洋<sup>1)</sup>

近年、腹腔鏡手術においては、さらなる低侵襲の需要に対する Reduced Port Surgery (RPS) の概念が普及し、切開創を最小限にする取り組みが広がっている。当院では帝王切開や良性腫瘍に対する開腹手術では樋口式横切除法を取り入れており、今回、樋口式横切除法を応用した単孔式腹腔鏡手術で巨大卵巣嚢胞を治療し得た症例を経験したので報告する。

症例は19歳、未婚、0妊0産、性交歴なし。腰痛を主訴に受診、超音波断層法で左付属器周囲に20cm大の嚢胞性病変を認めた。骨盤部MRI検査では左付属器に接するようにT1強調画像で低信号、T2強調画像で均一に高信号を示す長径23cmの嚢胞性病変を認めた。腫瘍マーカーはCA125 22.7 U/mL、CA19-9 12.4 U/mL、CEA 0.9 ng/mLと上昇は認めなかった。巨大卵巣嚢胞の術前診断に対して樋口式横切除法を応用した低位単孔式腹腔鏡手術を施行した。恥骨上縁から約1cmの高さに2.5cmの横切開を施しポートを造設し気腹下に腹腔内を検索したところ、病変は広間膜内に発育する傍卵巣嚢腫であり、体外式に卵巣腫瘍核出術を行った。病理組織学的診断は漿液性嚢胞腺腫であった。術後経過は良好で術後4日目に退院となり、現在は外来経過観察中である。

RPSの普及と当院での手術方法の工夫により、本症例のような巨大付属器腫瘍に対しても、単孔式腹腔鏡手術の低侵襲性に加え整容性を向上させながら、患者満足度の高い手術を施行することができた。

## 5. 婦人科内視鏡手術運営の効率化

東京ベイ浦安市川医療センター 産婦人科

○草西多香子、本田能久、佐々真梨子、川上敬子、澁谷文恵、佐野祥子、古川佳容子、坂井昌人

当院手術室は6室、2018年平均稼働率は61.8%、2018年全体の手術件数は4021件である。婦人科内視鏡手術件数は2016年239件、2017年408件、2018年650件と増加傾向である。婦人科専門医6名(内視鏡技術認定医2名)、後期研修医1名の合計7名の医師が在籍している。限られた手術室、少ない医師でも手術準備などを効率的に行い手術件数が増加した。当院で行った改善点について報告する。

手術室は複数の科が共用できる汎用性を持たせることでラパロタワーの出し入れ、準備、片付けの時間短縮が可能となった。婦人科ラパロセットは5セットあり、1日5~6件の手術件数に対応できるようにした。パワーソースもバイクランプとPROBE PLUS IIに統一している。麻酔科協力の下、入室後はあらかじめ臀部の位置を合わせることで挿管後すぐに碎石位がとれる。子宮マニピュレーターや膀胱留置カテーテルも必要時のみ挿入しており、手術開始までの時間短縮を図っている。術中は子宮マニピュレーター操作に人員を配置し、スコープを保温する操作を第1・第2助手のみで行うことで、機械出しナースが滞りなく鉗子やパワーソースを執刀医に渡せる。手術室退室後はすみやかに清掃が入り、次の手術入室までの時間は15~20分である。

手術は大きな病院の収入源である。今後も高い手術室の稼働率を維持する必要がある。

## 6. 術後インフォメーションドレーン挿入による気腹痛・肩甲骨痛の軽減に関する検討

東京ベイ浦安市川医療センター

○澁谷文恵、本田能久、佐々真梨子、川上敬子、草西多香子、佐野祥子、古川佳容子、坂井昌人

【緒言】腹腔鏡下手術は低侵襲であり、術後患者のQOLを向上させるとされている。しかし腹腔鏡特有の合併症として、気腹(上腹部)痛・肩甲骨痛があげられる。われわれは、術後15Fr JVACドレーンを右下腹部創部よりDouglas窩に留置し排気することによる、気腹痛・肩甲骨痛の軽減の有無について検討を行った。【方法】手術症例のうちアンケート回答の得られた2018年4月~5月(ドレーン留置群)63例と6月~7月(非留置群)59例を対象とした。手術直後、3時間後、24時間後、術後2~5日目に創部痛・気腹痛・肩甲骨痛を、VAS (visual analog scale) を用いて評価した。すべて気腹圧10 mmHgでCO<sub>2</sub>による気腹法で行った。ドレーンの排液は時間の指定なく適宜行っており、術後1日目朝にドレーンを抜去とした。【結果】術直後の創部痛・気腹痛・肩甲骨痛はドレーン留置の有無により違いを認めなかった。すべての時間帯において創部痛は、違いを認めなかった。気腹痛・肩甲骨痛は、3時間後・24時間後・術後2~5日目で、ドレーン留置により疼痛が有意に軽減された。

【結語】ドレーンの留置は腹腔内血液の排液により、早期の出血の確認及び術後感染症の軽減につながる。同時に腹腔内残気量の低減効果もあわせもつことから、腹腔鏡特有の合併症である気腹痛・肩甲骨痛の軽減効果があることを確認した。



## 7. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (LM) の手術時間規定因子の検討

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科

○神尊貴裕、竹入洋太郎、大寺紳一郎、長谷部里衣、森岡将来、鈴木陽介、竹内亜利砂、  
冨雄賢介、五十嵐敏雄、梁善光

【諸言】LMにおいて、長時間手術となる症例を抽出するための指標について検討した。

【方法】2015~2017年までに当院でLMを行った症例のうち、卵巣嚢腫摘出など追加手術を行った症例を除外した44症例を対象とした。手術時間と年齢、出血量、核出筋腫個数、核出筋腫重量、術前のGnRHaの投与回数、BMI、開腹歴の有無、術中癒着の有無について、Pearsonの相関係数を用いて検討した。また、術前MRIでの子宮筋腫最大径と核出筋腫重量との相関についても検討し、ROC曲線を用いて、長時間手術となる症例のカットオフ値についても検討した。

【結果】平均値(標準偏差)は、手術時間276.4(107.8)分、年齢38.6(4.37)才、出血量176.2(195.7)g、核出筋腫個数3.6(2.85)個、GnRHa回数3.1(1.3)回、BMI22.4(3.03)、術前MRIでの子宮筋腫最大径74.3(26.3)mmであった。開腹歴は13例であった。手術時間と相関を認められたのは、核出筋腫重量(R:0.54、 $p<0.001$ )のみであった。術前MRIでの筋腫の最大径と核出筋腫重量は有意に相関を認め、ROC曲線を用いた4時間以上の手術時間となるカットオフ値は8cmであった。

【結論】筋腫最大径8cmを超える症例は、長時間手術となる可能性があり、習熟した医師が執刀する必要があると考えられた。

## 8. 当科でのTLH手技習得メソッドについて

千葉大学医学部附属病院婦人科

○塙真輔、三橋暁、碓井宏和、石川博士、佐藤明日香、高木亜由美、生水真紀夫

【緒言】全腹腔鏡下子宮全摘術(total laparoscopic hysterectomy, TLH)を執刀するためには、開腹と異なる骨盤解剖の理解と鏡視下での剥離・縫合・結紮手技の習得が必要である。現在当科で行っているTLH手技習得のためのメソッドとその結果を示す。

【方法】TLH執刀未経験者に対し、以下の手順でTLH特有の骨盤解剖と手技を指導した。①ドライボックスによる鏡視下縫合・結紮練習、②TLH第2助手としての子宮マニピュレーター操作方法の理解、③手術ビデオやWeb上の動画によるTLH手術手技と骨盤解剖の理解、④付属器切除における卵巣堤索の鏡視下縫合・結紮。これらを指導した後にTLHの執刀を許可し、TLHの手術時間、出血量、合併症について検討した。

【結果】2018年4月-10月の間に産婦人科専門医である3人がTLHを初めて執刀した。3人ともに開腹に移行することなく、10例のTLHを完遂することができた。手術時間の中央値は3時間25分(range 2時間55分-5時間10分)、出血量は0g(range 0-150g)であり、周術期合併症は起こらず、腔断端の離開は現在に至るまで認めていない。

【結語】当科のTLHの手技習得メソッドにより、TLH未経験者が安全にTLHを執刀することが可能であった。

## 9. 腹腔鏡下子宮全摘術における尿管へのアプローチについて

○鈴鹿清美、海老沢桂子、井尻美輪、大崎達也、田中尚武  
千葉県がんセンター 婦人科

目的：当院は2018年4月の内視鏡技術認定医の着任により、腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）を開始した。TLHを行う際尿管の保護は重要である。尿管へのアプローチの仕方について後方視的に検討した。

方法：2018年5月からTLHを開始したばかりの同一術者の9例のTLHにおいて、尿管に対して前方アプローチをおこなった4例、側方アプローチをおこなった5例について比較検討した。

結果：1、術前診断は、子宮筋腫（子宮腺筋症を含む）4例、CIN3 2例、子宮内膜異形増殖症（AEH）3例、このうち、術前AEH2例が子宮体がん1a期、術前CIN3が子宮頸がん1a1期の診断となった。2、4例は前方アプローチを行い、子宮動脈結紮切断し、手術時間は中央値3時間35分、出血量中央値35ml。5例は側方アプローチを行い、子宮動脈は無結紮で、手術時間は中央値2時間51分、出血量中央値260mlであった。3、前方アプローチにおいて後腹膜を切開してから尿管の同定、子宮動脈の交差部を確認するまでの時間は4例8か所において3分10秒から28分15秒かかり、側方アプローチは5例10か所において1分25秒から14分40秒であった。側方アプローチのほうが、短時間で確認ができた。それぞれの動画を提示する。

結論：側方アプローチのほうが開腹の視野展開に近く、TLH初心者にとっては短時間で尿管同定が可能であり、手術時間を短縮できる傾向がみられた。

## 10. 安全かつ確実な子宮鏡下手術のための工夫

東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科

○高島明子、大高究、石田洋昭、本橋みずき、田杭千穂、長岡理大、横川桂、萬来めぐみ、竹下直樹、木下俊彦

子宮鏡手術を安全確実に行うための最大のポイントは良好な視野の確保である。良好な視野が得られてこそ、狭い子宮腔内で安全確実な手技を術者のイメージ通りに発揮できる。良好な視野を確保するためのポイントは術前の準備にあると考える。試行錯誤した結果、現在自分がベストと考える術前準備について、自験の検討例で報告する。①子宮内膜の抑制；TCRにおいて分泌期子宮内膜は浮腫状で易出血性であることや内膜そのものが術野を妨げることから、術前に子宮内膜の増殖を抑制しておく事或いは早期増殖期に手術を施行することが理想である。しかし実際には病院のシステムや患者の都合により、必ずしも適切な月経周期で手術が施行できるとは限らない。子宮内膜の増殖抑制を目的に“3cm以上の子宮筋腫ではGnRHagonist 3クール”、“それ以外の症例ではディナゲストを手術周期の月経2日間から手術前日まで服用”としている。②子宮頸管拡張；レゼクトスコープを容易に挿入し、スムーズに手術を開始する為に重要な因子である。手術時の子宮頸管拡張器による機械的頸管拡張は不要な出血を招き術野を妨げる事がある。術前にラミナリア桿やダイラパン、ミソプロストール腔錠投与による比較検討を行い、適切な拡張度を得られるには“手術の18~24時間前にラミナリアS1本挿入”としている。

可動域の狭い子宮腔内で、いかに自分のイメージ通りに手術を進行できるかで手術のqualityは決まる。創意工夫と子宮愛護の精神で、妥協しない事が肝要である。

## 11. 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術における子宮マニピュレーション

千葉県がんセンター

○海老沢桂子、井尻美輪、鈴鹿清美、田中尚武

腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術においては、腫瘍細胞を腹腔内に飛散させない工夫が必要である。われわれは、このたび腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術を導入するにあたり、1. マニピュレーターを使用しない、2. 手術開始時に卵管をクリップする、3. 子宮は回収袋に収納して経腔回収する、4. 腔断端およびトロッカー刺入部をイソジン消毒することにより腫瘍細胞の腹腔内への散布を予防することにした。腹腔鏡下手術では子宮摘出に際してマニピュレーターを使用しない場合、代替法として左上腹部トロッカーを追加し上部靭帯を牽引する方法と、腔壁トロッカーから挿入した把持鉗子で子宮体部にかけておいた牽引糸を把持する方法がある。上記2法においては、左上腹部トロッカーから上部靭帯を牽引する方が、子宮マニピュレーションは容易である。しかし、当院のトロッカー配置は変形ダイヤモンド法であるため、第2助手が術者の背後に位置しなければならない、第2助手は現状のモニター配置ではモニターを見ることができない、患者にとっては腹壁創がひとつ増えるというデメリットがある。そこで、われわれは腔壁トロッカーから挿入した把持鉗子で子宮マニピュレーションを行う方法を試してみることにした。実際この方法を用いた3症例の手術動画を供覧し、利点、今後の問題点を考察する。

## 12. BMI が 40 以上の高度肥満子宮体癌患者に対し、ロボット支援子宮全摘術を施行した 2 例

千葉大学大学院医学研究院生殖医学<sup>1)</sup>、千葉大学病院婦人科<sup>2)</sup>

○石川博士<sup>1,2)</sup>、羽生裕二<sup>1,2)</sup>、埴真輔<sup>1,2)</sup>、三橋暁<sup>1,2)</sup>、生水真紀夫<sup>1,2)</sup>

【緒言】BMI が 40 以上の子宮体癌 1A 期の患者に対して施行したロボット支援子宮全摘術について報告する。手術は da Vinci Xi を用い、頭低位 20 度、碎石位、5 ポートで行った。まず、ロボット支援下に両側卵管起始部を凝固した後、子宮マニピュレーターを使用し、腔管切開直前にマニピュレーターを抜去後、経腔的に外子宮口を縫合閉鎖し、腔パイプを挿入、腔管を切開し子宮を摘出した。

【症例 1】31 歳、身長 167cm、体重 117kg、BMI 42kg/m<sup>2</sup>、性交経験なし。子宮の温存希望はなく、単純子宮全摘、両側付属器切除術を施行した。摘出子宮を回収袋に入れた状態で腔断端を縫合し、コンソール終了後、臍に 5 cm の縦切開を追加し子宮を回収した。手術時間は 229 分、出血は 10g であった。

【症例 2】28 歳、身長 155 cm、体重 120kg、BMI 50kg/m<sup>2</sup>、出産経験なし。子宮の温存希望はなく、単純子宮全摘、両側付属器切除術を施行した。ロボット用ポートには 150mm トロカールを使用した。摘出子宮回収時に腔壁裂傷をきたし、縫合に時間を要した。手術時間は 243 分、出血は 50g であった。2 例ともコンソール操作は問題なく行うことができた。

【結論】高度肥満者であっても、コンソール操作は安全に行うことができるが、経腔操作に難渋することが多い。腔腔の狭い高度肥満者では、子宮の経腹的回収が選択肢になり得ると考えられた。

### 13. da Vinci ロボット支援下に施行した腹腔鏡下広汎子宮全摘の3例

千葉徳洲会病院<sup>1)</sup>、千葉大学大学院医学研究院 生殖医学<sup>2)</sup>

○森田吉洋<sup>1)</sup>、寺田光二郎<sup>1)</sup>、菅直子<sup>1)</sup>、石川博士<sup>1,2)</sup>、生水真紀夫<sup>2)</sup>、佐々木寛<sup>1)</sup>

骨盤腔の狭く奥まった場所にあるがん病巣やリンパ節を切除する広汎子宮全摘術に、da Vinci はその能力を最大に発揮するものと考えられるが、いまだ先進医療の領域である。我々は、2018年2月から同年7月の6か月間に3例の子宮頸部扁平上皮癌1b1期に対してda Vinci ロボット支援下に腹腔鏡下広汎子宮全摘(骨盤リンパ節郭清まで)を施行した。患者年齢は67歳、72歳、59歳であり、手術時間8:57、8:24、7:08と開腹に比べて多くかかったが、出血量は750ml 220ml 170mlと膀胱壁縫合を行った初回例を除いて少なく、術後骨盤ドレーンよりの排液は明らかに全例少なかった。既報として、da Vinci ロボット支援下の広汎子宮全摘では尿路損傷は多く、またポート再発のように腫瘍の拡散の問題があるとされる。尿路損傷に関しては、三例中二例で生じているが視野がかえって良いためであり、習熟の問題と考える。腫瘍の拡散の問題に関しては、卵巣がんの様に腹腔内で転移し易い腫瘍に対して腹腔鏡は不向きとされ、開腹手術が推奨されているが、初期頸がんはセンチネルリンパ節によるリンパ節郭清の省略ができる腫瘍と考えられている。このため、我々は手術時の操作の問題と考え、膈壁切除時に経腔的にマンシェットを作成し、子宮頸がんを袋状に包み込む様に縫合してから子宮を摘出するようにしており、現在の所、再発は経験していない。

# LigaSure™ 20th Anniversary

ありがとう、そしてこれからも。



LigaSure Atlas™



LigaSure™ V



LigaSure Impact™ 18



LigaSure™ Maryland



LigaSure™ Max



LigaSure Advance™



LigaSure™ Exact



LigaSure™ BluntTip

医療機器承認番号: 219008ZY00009000  
製造名: ペットセルシーリングシステム LigaSure  
クラス: III

医療機器承認番号: 219008ZY00003000  
製造名: ForceTread エネルギープラットフォーム  
クラス: III

医療機器承認番号: 228008ZY00013000  
製造名: ValleyAb FT10 エネルギープラットフォーム  
クラス: III

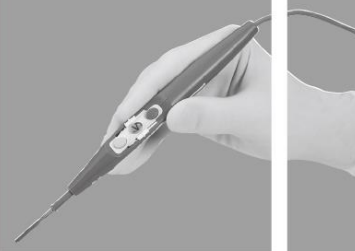
お問い合わせ先  
コヴィディエンジャパン株式会社  
Tel: 0120-998-978  
medtronic.co.jp

**Medtronic**  
Further, Together



Valleylab™ FT10  
エネルギープラットフォーム

理想の手術を追求する、  
この1台



ソフトコアグモード搭載モデルが  
ついに誕生

販売名：Valleylab FT10エネルギープラットフォーム 医療機器承認番号：22800BZX00157000

お問い合わせ先  
コヴィディエン ジャパン株式会社  
Tel: 0120-998-971  
[medtronic.co.jp](http://medtronic.co.jp)

**Medtronic**