

# 第7回 東京低侵襲婦人科手術研究会 抄録集

## ◆Session I 合併症（臓器別）のトラブルシューティング

《司会》日本医科大学 産婦人科学教室 教授 明樂 重夫 先生

基調講演：「腹腔鏡下手術における合併症発症の要因と合併症減少への対」

演 者：新百合ヶ丘総合病院 副院長 浅田 弘法 先生

腹腔手術は、閉鎖空間での手術であること、拡大鏡による手術であることが開腹手術と異なっている。拡大視野により、精密な手技が可能であるというメリットがある一方で、臓器との距離誤認、解剖学的位置の誤認、および視野外での鉗子操作による臓器損傷が起こりうるという危険性を有する手技である。低侵襲性から、開腹手術の多くが腹腔鏡手術に置き換わっているが、近年のLACC studyのように、腹腔鏡手術手技が悪性疾患の予後を悪化させる可能性もあり、また、一定の臓器合併症が増える問題点も指摘されている。腹腔鏡手術の低侵襲性を生かしながら、合併症を減少させるための方法を議論し、みなさんと情報共有を行いたい。

講 演①：「大血管損傷の修復法」

演 者：順天堂大学医学部 心臓血管外科 助教 大石 淳実 先生

近年、腹腔鏡下手術は低侵襲治療として広く普及してきている。その拡大視効果により精密な手術操作が可能となる一方で、腹腔鏡特有の限られた視野や鉗子操作の制限などにより、不意の出血や臓器損傷などの術中偶発症が起こりうる。今回、術中の血管損傷（動脈・静脈）に着目し、我々血管外科にて施行している対処法をお伝えする。また、2016年12月に腹部の医原性動脈損傷に対し初めて保険適用となった末梢血管用ステントグラフト(Goa Viabahn)についてお伝えする。

講 演②：「術中腸管損傷の予防と対処法」

演 者：杏林大学医学部 外科学教室 消化器・一般外科 教授 森 俊幸 先生

最近の日本内視鏡外科学会アンケート調査（2016-2017）で婦人科手術は157586件の登録がある。そのうち術中消化管損傷は205例(0.13%)であり、術後の腹膜炎361例にも術中消化管損傷が寄与していると思われる。術式では付属器切除やTLHで腸管損傷症例数が多いが、損傷率に術式による差はない。消化管損傷は、腸管子宮内膜症などの原疾患関連したもの他、不適切な鉗子の出し入れや、既往の腹部手術による腸管の腹壁への癒着の剥離時のテクニックにより起きている。腸管損傷を未然に防ぐためには 1. 腸管をハンドリングする鉗子は無傷性のものを用いる。無傷性鉗子使用時でも過剰な力が腸管にかからないように十分に注意する。2. 剥離操作は直視下に行う。ブラインド操作を極力避ける。3. 剥離部分に適度な緊張がかかるように展開する。剥離層が不明な場合には、腹膜を腸管側につけることにより腸管損傷を回避する。4. 広範な剥離を行なった場合はドレーンを留置することなどが重要である、安全な腸管剥離法、並びに腸管損傷例のビデオを供覧する。

《Discussion》東京医科大学 産科婦人科学教室 特任教授 井坂 恵一 先生

## ◆ Session II 子宮全摘出術

《司会》東京大学大学院 医学系研究科 産婦人科学 教授 大須賀 穰 先生

基調講演：「TLHにおける血流遮断を考える」

演 者：メディカルトピア草加病院 副院長・産婦人科科長 小堀 宏之 先生

腹腔鏡下手術では出血に伴う視野汚染や止血操作などに難渋することがあり、事前に出血を最小限にする工夫が重要となる。腹腔鏡下子宮全摘術における血流遮断の原則は、子宮動脈の本管処理であるが、そのタイミングや必要性には議論の余地があるところであると考えられる。また光学系などの進化により、子宮動脈上行枝レベルでの分離結紮も可能となっており、その取り組みについて検討した。さらには、ダグラス窩閉鎖症例における新しい血流遮断法の可能性についても報告する。

講演①：「後腹膜腔がわかるTLH」

演 者：聖マリアンナ医科大学 産婦人科学 講師 出浦 伊万里 先生

良好な骨盤内視野と子宮可動性が得られる全腹腔鏡下子宮全摘出術（TLH）は、腹腔鏡手術修練に適した術式である。修練医であっても良質な手術を患者に提供する責務があり、指導医はそれを導く役割を担う。子宮を取ることは技術的に難しいことではないが、後腹膜腔がわかっているかどうかで手術の質は大きく異なる。

当院では、TLHを学べば後腹膜腔がわかるというコンセプトの下、以下に示す7つのステップでTLHを行っている。

1. 後腹膜腔展開：尿管・子宮動脈の同定－尿管・尿管板の分離
2. 後方処理：骨盤漏斗靭帯の切断－広間膜後葉・仙骨子宮靭帯の切断（－直腸腔間隙の展開）
3. 前方処理：子宮円靭帯の切断－広間膜前葉・膀胱子宮窩腹膜の切開－膀胱腔間隙の展開
4. 側方処理：子宮傍組織の血管束化・切断
5. 腔壁切開
6. 子宮回収
7. 腔断端・骨盤腹膜縫合

ステップ1～4には後腹膜腔を理解するための要素が含まれている。定型化した術式を言語化し、これを文章化したテキストと音声化した動画を修練に用いている。

本講演では、当院で実施している「後腹膜腔がわかるTLH」を提示するとともに、その修練について言及する。

講演②：「ロボットを用いた子宮全摘出術のメリット」

演 者：東京医科大学 産科婦人科学教室 講師 伊東 宏絵 先生

子宮全摘出術の術式は、腹式、腔式、腹腔鏡と多岐にわたるが、新たにロボット支援が加わった。現時点では施設基準や術者基準のハードルが高く、機器が高額であるため、既存の手術に比較し導入が難しい。しかし、ロボット支援には他の方法にはないメリットが多々ある。低侵襲性に関しては腹腔鏡手術と差はないが、術衣を着用しないで座って手術できる良好な術者環境に加え、何よりも短期間にて手技が習熟性できる点において大きな優位性を有する。本講演では、そのメリットについて紹介したい。

《Discussion》東邦大学医療センター大森病院 産婦人科

教授 森田 峰人 先生

## ◆ SessionⅢ 悪性腫瘍における低侵襲手術を再考する ～最近の話題から～

### 《司会》慶應義塾大学医学部 産婦人科 教授 青木 大輔 先生

#### 基調講演：「子宮頸がんに対する低侵襲手術の現況（LACC trialを中心に）」

演 者：慶應義塾大学医学部 産婦人科 助教 西尾 浩 先生

子宮頸がんIA1期からIB1期を対象とし、広汎子宮全摘出術の開腹手術と低侵襲手術の治療成績を前向きに比較したLACC trialにおいて、低侵襲手術が無病生存率及び全生存率において開腹手術よりも有意に劣り、また再発率も高いという結果が報告された。

低侵襲手術による治療成績が不良であった理由は明らかになっていないが、本試験の結果を受けて、子宮頸がんのradical surgeryにおいても有用であるとされてきた低侵襲手術の適応などを改めて検討する必要に迫られている。本発表ではLACC trialの詳細な検討を行うとともに、各国での対応も含め、今後我々がどのようにして子宮頸がん手術と対峙すべきかを考察する。

#### 講 演①：「PDS vs NAC-IDS（JCOG0602）」

－進行性卵巣癌・初回治療における腫瘍減量術の位置づけ－

演 者：がん研有明病院 婦人科 医長 尾松 公平 先生

2018年6月の米国臨床腫瘍学会（ASCO）において本邦のJCOGより初発進行卵巣癌における手術療法・初回腫瘍減量術の生命予後に対する有効性が改めて証明された（JCOG0602）。これまでの臨床試験の報告によれば初発進行卵巣癌における腫瘍減量術の介入時期は抗がん剤治療導入前後（primary debulking surgery: PDSまたはinterval debulking surgery: IDS）で生命予後に優劣を認めないと解釈され、既に日常臨床において一般化されている。今回のJCOG studyの結果は初発進行卵巣癌に対する初回腫瘍減量術の適切な介入時期を設定するうえで意義のある報告であった。JCOG0602試験の結果から初発進行卵巣癌における腫瘍減量術の適応について検討する。

#### 講 演②：「進行卵巣癌における系統的リンパ節郭清について（Lion study）」

演 者：東京慈恵会医科大学 産婦人科 講師 斉藤 元章 先生

上皮性卵巣癌における後腹膜リンパ節郭清の意義は、ガイドラインにも記されているが正確な進行期を知る上での診断的意義と転移性リンパ節腫瘍を認める進行例に対するcomplete surgeryを目的とする2点となる。

2017年ASCOで発表されたLION試験の結果では、術前にリンパ節腫大を認めない進行例に対する系統的な後腹膜リンパ節郭清の有無で予後は改善されないという結果であった。注意すべきは、郭清群において半数以上の症例（55.7%）でリンパ節転移を認めていたという点であり、術前にリンパ節腫大がない症例は後腹膜リンパ節郭清を省略してよいかは議論の余地があると思われる。

### 《Discussion》東京慈恵会医科大学 産婦人科 主任教授 岡本 愛光 先生