

第 20 回

北海道産婦人科低侵襲手術研究会

日時：2019 年 11 月 23 日（土）

会場：手稲溪仁会病院 溪仁会ビル 2 階

（札幌市手稲区前田 1 条 12 丁目 2-30）

第 20 回 北海道産婦人科低侵襲手術研究会 幹事
手稲溪仁会病院、KKR 札幌医療センター、北海道がんセンター
幹事代表 手稲溪仁会病院 和田真一郎

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 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5分、質疑2分をお願い致します。

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】

～公共交通機関でご来場される方へ～

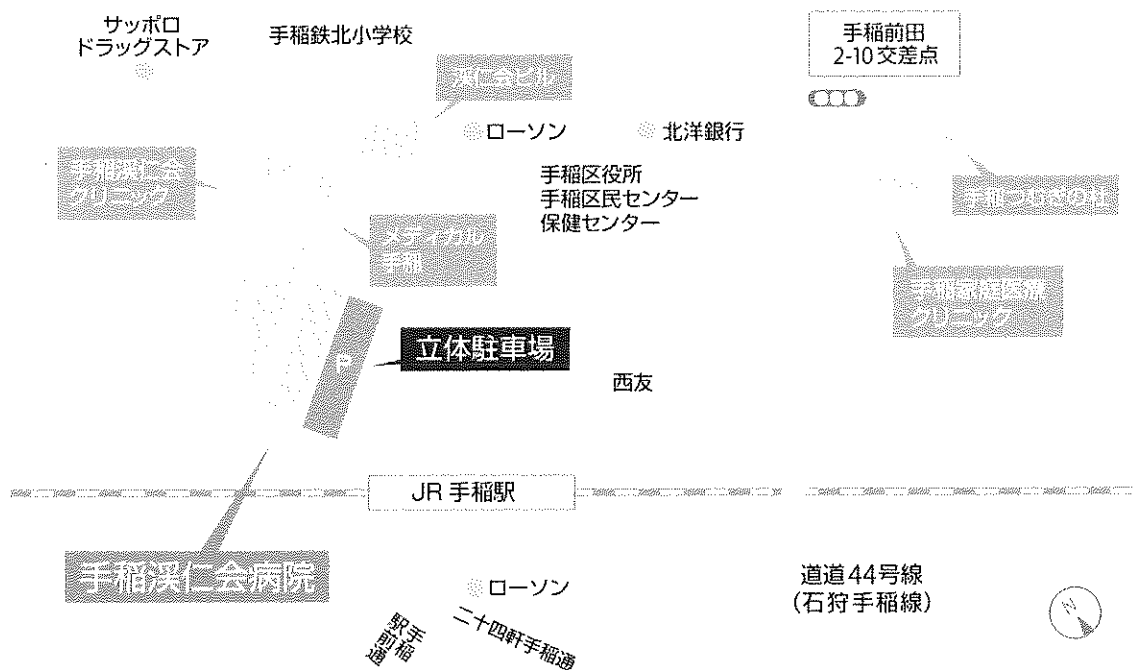
JR 函館本線手稲駅北口より、徒歩 3分ほどです。手稲駅は、札幌駅より小樽方面に向けて、約 8 分間隔で列車が運行し、快速列車で 11 分、普通列車で 15 分ほどかかります。

～車でご来場される皆様へ～

手稲溪仁会病院の立体駐車場をご利用ください。

駐車券を発行致しますので、受付にてお声掛け願います。

尚、溪仁会ビル正面玄関の駐車スペースへの駐車はご遠慮お願い申し上げます。



【問い合わせ先】

第 20 回北海道産婦人科低侵襲手術研究会幹事代表 手稲溪仁会病院産婦人科 和田真一郎

TEL: 011-681-8111 FAX: 011-685-2865 e-mail: tkh-sanfujinka@keijinkai.or.jp

第 20 回北海道産婦人科低侵襲手術研究会 プログラム

幹事会 10:00~10:45 溪仁会ビル1階101

セッション1 11:00~11:40 座長 北海道大学 加藤達矢

- 1 竹内肇 旭川厚生病院 「Surgical Apgar Score を用いた開腹及び腹腔鏡下婦人科悪性腫瘍手術の術後合併症予測の検討」
- 2 西村真唯 手稲溪仁会病院 「腹腔鏡下手術が腹膜播種の原因検索に有用であった再発乳癌（浸潤性小葉癌）の1例」
- 3 玉手雅人 札幌医大 「子宮頸がんにおける当院の Vaginal Trachelectomy の成績と意義」
- 4 飯沼洋一郎 旭川厚生病院 「子宮頸癌における ICG 蛍光法による腹腔鏡下センチネルリンパ節生検の導入について」
- 5 山本竜太郎 旭川厚生病院 「子宮体癌におけるセンチネルリンパ節ナビゲーション手術の導入」

ランチョンセミナー 12:00~13:00

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社、第20回北海道産婦人科低侵襲研究会 共催

座長 手稲溪仁会クリニック 院長 藤野敬史

演者 東京女子医科大学 産婦人科 教授 熊切順

「エビデンスに基づいた婦人科良性疾患に対する腹腔鏡下手術の重要性」

セッション2 13:10~13:58 座長 北海道大学 工藤正尊

- 6 大隅大介 北海道医療センター 「頸部筋腫に対する2段階式子宮全摘術」
- 7 水崎恵 旭川医大 「全腹腔鏡下子宮全摘術にて治療を行った帝王切開癒痕部妊娠の一例」
- 8 麩澤章太郎 旭川厚生病院 「膀胱鏡併用腹腔鏡手術によって機能を温存し得た膀胱子宮内膜症の一例」
- 9 小舘英明 函館中央病院 「腹腔鏡下手術後に妊娠に至った片側腎欠損を伴う非交通性副角子宮を有する子宮奇形の1症例」
- 10 米原利栄 釧路赤十字病院 「妊娠中に腹腔鏡下副腎摘出術を行った Cushing 症候群の一症例」
- 11 明石祐史 札幌白石産科婦人科 「ダグラス窩閉塞を伴う卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存術式別の疼痛変化」

座長 北海道医療センター 外科系診療部長・内視鏡手術センター長 齋藤裕司
演者 手稲溪仁会病院 感染制御室室長・看護師長 佐藤由美子
「感染経路の理解と SSI (手術部位感染)」

セッション3 15:20~16:00 座長 札幌医科大学 松浦基樹

- 1 2 山崎博之 帯広厚生病院 「当科でのロボット支援手術導入の経験と短期成績」
- 1 3 東正樹 釧路赤十字病院 「腹腔鏡下で再発腫瘍切除を行った腹膜偽粘液腫の1例」
- 1 4 山田竜太郎 北海道がんセンター 「子宮頸部微小浸潤癌 IA1 期に対する腹腔鏡下子宮全摘術の有用性に関する後方視的検討」
- 1 5 松宮寛子 北海道がんセンター 「ロボット支援下子宮全摘術におけるダブルバイポーラ法の経験」
- 1 6 中島亜矢子 手稲溪仁会病院 「原発不明癌性胸膜炎のため審査腹腔鏡を行い、右卵管癌と診断した1例」

セッション4 16:10~16:58 座長 札幌白石産科婦人科 明石祐史

- 1 7 寶田健平 旭川医大 「マニュアル化による腹腔鏡手術に対する意識の変化」
- 1 8 藤井タケル 北海道大 「当科における卵巣チョコレート嚢胞に対するエタノール固定術施行例の検討」
- 1 9 藤井タケル 北海道大 「子宮内膜に接した子宮筋層内筋腫が有茎性粘膜下筋腫となり、筋腫摘除後に自然妊娠が成立した1例」
- 2 0 小野洋輔 手稲溪仁会病院 「胎盤と子宮腺筋症の位置関係が、子宮腺筋症合併妊娠の周産期予後に与える影響について」
- 2 1 石塚泰也 北海道大 「経腔的な子宮頸管縫縮術が施行困難で腹腔鏡下に頸管縫縮術を施行した1例」
- 2 2 池田詩子 斗南病院 「6 cm大の粘膜下筋腫に対して子宮動脈塞栓術後に子宮鏡下手術で摘出した1例」

Surgical Apgar Score を用いた開腹及び腹腔鏡下婦人科悪性腫瘍手術の術後合併症予測の検討

旭川厚生病院 産婦人科

○竹内肇 小田切哲二 山本竜太郎 麩澤章太郎 杉山沙織
中嶋えりか 飯沼洋一郎 箱山聖子 吉田俊明 光部兼六郎

【背景】 Surgical Apgar Score(SAS)は、術中の出血量、最低平均血圧、最小心拍数の3点を評価することで、術後の合併症発症を予測する上で有用であると外科各分野より報告されている。今回我々は、開腹及び腹腔鏡下婦人科悪性腫瘍手術について、術後合併症発生頻度と SAS に関連があるか検討した。

【方法】 2015年4月～2019年3月の4年間に、後腹膜リンパ節郭清を含む悪性腫瘍手術を施行した116例を対象とした。SAS(0-10点満点)を算出し、術後30日以内の合併症との関連性を検討した。外科合併症規準として Clavien-Dindo 分類 (CD 分類) を用いた。

【結果】 開腹/腹腔鏡 80例/36例であり、平均年齢 56.0歳/53.4歳、平均出血量 1075.6g/205.2gであった。主な合併症は術後イレウス、腎不全、感染症であった。開腹手術の10例(12.5%)に CD 分類Ⅲa以上の合併症を認め、そのうち8例は SAS6点以下の高リスク群であった。開腹手術において、SAS7点以上の低リスク群に比べて有意に高リスク群の合併症率が高かった ($P=0.02$)。腹腔鏡では6例(16.7%)に CD 分類Ⅱ以下の合併症を認めたが、2例を除き SAS7点以上であり、SAS と合併症率に相関を認めなかった。

【考察】 SAS は婦人科領域では、開腹手術において術後合併症予測に有用であった。腹腔鏡手術については、合併症発症数自体が少数のため、SAS との関係について統計学的検討ができなかったが、開腹例に比べ症例数が少なく、今後さらなる症例の蓄積が必要であると考えられた。また、2019年4月より当科で導入した ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) が術後合併症の発症に与える影響についても、今後検討を加えて参りたい。

腹腔鏡下手術が腹膜播種の原因検索に有用であった再発乳癌（浸潤性小葉癌）の1例

手稲溪仁会病院 産婦人科

○西村真唯、中島亜矢子、浅井聡子、島袋朋乃、松本沙知子、辰巳賢多、滝本可奈子、
小野洋輔、今井一章、太田創、都築陽欧子、福士義将、和田真一郎、藤野敬史

【緒言】浸潤性小葉癌は全乳癌の約5%を占める特殊型乳癌の1つであり、近年増加傾向にある。浸潤性乳管癌と比較し、浸潤性小葉癌は50歳以上の高齢者に多く、稀に消化管、卵巣転移や腹膜播種などの再発形式を取ることがある。我々は腹水貯留、腹膜播種で発症し、腹腔鏡にて診断確定に至った症例を経験したので報告する。

【症例】76歳女性、2年前に左乳癌（浸潤性小葉癌）の左全乳房切除・腋窩リンパ節郭清を受け、近医の乳腺外科でフォローアップ中にCA15-3の上昇を認めた。PET-CTで腹水貯留、骨盤腹膜や腸間膜、前縦隔に淡い集積を認めたため乳癌の再発ではないと判断、卵巣がんや腹膜癌、消化器癌などの精査目的に当科紹介となった。婦人科の内診および経腔超音波検査ではダグラス窩の腹水貯留以外には異常所見は認めなかった。ダグラス窩穿刺にて黄色半透明でやや粘稠な腹水を採取した。腹水細胞診の所見はadenocarcinomaであり、免疫染色で各種の乳癌を示唆するマーカーは陽性であった。セルブロックでの診断は報告が少なく非特異的所見である可能性を否定できなかったため、組織学的診断のため審査腹腔鏡検査を行った。腹膜は全体的に発赤しており左横隔膜下や大網、付属器周囲に白色の肥厚・瘢痕を認めた。付属器周囲は瘢痕化し硬化していた。左付属器、右卵管、大網腫瘍、腹膜播種病変を生検し手術を終了した。病理検査結果はmetastatic carcinomaであり、免疫染色はCK7、CK20、GCDFP-15陽性、E-cadherin陰性で、HER2 score 2点であった。形態的にも浸潤性小葉癌と矛盾なく、化学療法を開始した。

【結語】我々は腹腔鏡により浸潤性小葉癌の再発を診断し得た症例を経験した。一般的に乳癌の腹膜播種はまれだが、浸潤性小葉癌は腹膜播種・腹水貯留の鑑別診断の1つとして知っておくべき疾患であると思われた。

子宮頸がんにおける当院の Vaginal Trachelectomy の成績と意義

札幌医科大学 産婦人科

○玉手雅人、松浦基樹、黒川晶子、西村庸子、真里谷奨、
磯山響子、寺田倫子、郷久晴朗、岩崎雅宏、齋藤豪

【緒言】本邦における子宮頸癌 IA1 から IB1 期かつ 39 歳以下の患者は約 1100 人であり、全体の 15-20%を占めている。婦人科腫瘍ガイドライン上、標準治療は子宮全摘から広汎子宮全摘であるが、妊娠を強く望む症例に対しては妊孕性温存術式を行うことも許容される。その手術方法として単純-広汎子宮頸部摘出術（以下、Trachelectomy）が提唱され、1990 年ごろから治療成績が報告されている。今回、当院での Trachelectomy と治療成績を報告する。

【対象】当院では、2003 年から Trans Vaginal Trachelectomy を開始している。2018 年 12 月 31 日までで 79 例に施行した。十分なインフォームドコンセントを行い、リスクに応じて標準治療に切り替えている。

【結果】年齢は平均 32.5±4.5 歳、73 例が未産であり（平均出産 0.1±0.4 回）、FIGO ステージ IA1 期 3 例、IA2 期 12 例、IB1 期 62 例、IIA1 期 2 例であった。病理組織型は扁平上皮癌 54 例、腺癌 18 例である。最終的に追加治療は 12 例に施行しており、再発は 3 例（3.7%）あるが死亡例はない。手術時に婚姻関係にあったのは 31 例、妊娠中の手術は 6 例であった。治療後に妊娠した症例は 25 例（中絶 3 例）、出産に至ったのは 19 例である。

【考察】患者希望と適応、腫瘍・周産期予後という天秤にパラドックスを抱えることもあるが、全体としての治療成績においては腫瘍学的予後を損なうことなく、高い妊娠率と周産期予後を得ている。腔式手術の利点は腔壁のマージンを取ることが容易であることと妊娠率が高い点である。逆に不利な点は十分な基靭帯切除が難しい点に挙げられるが、腹腔鏡で補いうる部分もあると考えている。生命予後を第一に考え、妊孕性温存の適応を吟味し Trans Vaginal Trachelectomy を MIS の一つの選択肢として考えてゆきたい。

子宮頸癌における ICG 蛍光法による腹腔鏡下センチネルリンパ節生検の導入について

旭川厚生病院 産婦人科¹⁾、同病理診断科²⁾

○飯沼洋一郎、小田切哲二¹⁾、山本竜太郎¹⁾、麩澤章太郎¹⁾、竹内肇¹⁾、杉山沙織¹⁾、
中嶋えりか¹⁾、箱山聖子¹⁾、吉田俊明¹⁾、光部兼六郎¹⁾、佐藤啓介²⁾

【緒言】2018年4月に早期子宮頸癌に対する腹腔鏡下手術が保険適応となった。しかし、同年にLACC試験の結果が報告され、2019年3月には観察期間を延ばしたアップデートデータでも再発、死亡リスクが増加するということが再確認された。当科でも腹腔鏡下広汎子宮全摘出術は適応症例に対し行ってきたが、改めて治療の安全性について議論を行うこととなった。患者にLACC試験結果や自施設成績を伝えることや、術中には今まで同様に腫瘍細胞が腹腔内に曝露・散布されることがないように留意した手技を用いること再確認した。今後はセンチネルリンパ節(SLN)ナビゲーション手術の導入ができれば、周術期合併症の低減、低侵襲化が図られると考えられた。

【目的】腹腔鏡下広汎子宮全摘出術の適応症例において、ICG蛍光法にてSLNマッピングを行う。SLNの同定率やリンパ節転移診断に関する感度、陰性反応的中率などを検証し、実施の妥当性について検討する。

【方法】施設内倫理委員会の承認を得て、患者の承諾を得られた腹腔鏡下広汎子宮全摘出術適応例を対象とした。術中ポートをセットアップしてから、NCCNのガイドラインに従ってICGを子宮腔部に2か所局注する。オリンパス社製のVISERA ELITE IIを使用し、発光するリンパ節を確認する。SLNとして同定されるものを摘出し、迅速病理診断に提出する。検体は微小転移検出のため、2切片を2mmスライスで検査を行う。膣カフの形成やマニピュレータの不使用などは遵守し、腫瘍曝露・散布を避ける。迅速病理の結果に関わらず、バックアップ郭清を行う。

【考察】現時点で1症例のみとなるが、SLNは問題なく同定され、術中迅速診断SLNを含めてリンパ節転移は認められなかった。ICG蛍光法は二次リンパ節も同定されやすいことが欠点であるが、リアルタイムで蛍光イメージを確認できる腹腔鏡手術と相性が良いと考えられた。

子宮体癌におけるセンチネルリンパ節ナビゲーション手術の導入

旭川厚生病院 産婦人科

○山本竜太郎、小田切哲二、麩澤章太郎、竹内肇、杉山沙織、
中嶋えりか、箱山聖子、飯沼洋一郎、吉田俊明、光部兼六郎

【はじめに】子宮体癌に対する手術療法は腹腔鏡の導入により急速に低侵襲化が進んだといえる。一方でリンパ節郭清施行症例の約2/3以上にはリンパ節転移が認められず、リンパ浮腫やリンパ嚢胞などの合併症によるQOLの低下を招く可能性がある。今後子宮体癌の手術の更なる低侵襲化を考慮する上では、センチネルリンパ節ナビゲーション手術の導入による効率的なリンパ節転移発見と合併症回避という点が重要であると考えられる。

【目的】当院における子宮体癌のセンチネルリンパ節ナビゲーション手術の導入に向け腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術のインドシアニングリーン (indocyanine green、以下 ICG) 蛍光法によるセンチネルリンパ節同定の手技を確立する。また同時に安全性と有効性について検討する。

【方法】2019年7月以降に当科で子宮体癌に対し腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の適応があり、本研究の承諾を得られた患者を対象とする。全身麻酔の導入後にポートをセットアップしてから ICG を経腔的に子宮頸部に局注することに加え、腹腔鏡下に子宮体部筋層に局注する。術中にオリンパス社製の VISERA ELITE II を使用し、近赤外線による術中イメージング・ナビゲーションシステムを用いる。センチネルリンパ節を発光させ同定を行い摘出する。摘出したリンパ節は迅速病理診断に提出するが、迅速病理の結果に関わらず全例でバックアップ郭清を行う。先進医療 A として、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清を施行する。

【結果】当科で行った ICG 蛍光法による腹腔鏡下子宮体癌手術は2例であるが、本症例ではリンパ節転移は認めなかった。また、ICG 蛍光法による有害事象は認めなかった。腹腔鏡下手術と ICG を用いたセンチネルリンパ節ナビゲーション手術は非常に相性が良く、有用性は認められつつある。しかし当科での症例数はまだ少なく今後症例の集積が必要であり、手技を確立していくことが重要と思われた。

頸部筋腫に対する2段階式子宮全摘術

北海道医療センター 婦人科

○大隅大介、内田亜紀子、木村広幸、齋藤裕司

【背景】腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）の困難症例として頸部筋腫がある。

一定以上の大きさの頸部筋腫がある場合、子宮動脈の偏位、傍腔結合組織の範囲の不明瞭化、腔切開ラインの不明確化などにより、ときに非常に難儀する。

我々は2017年よりTLHに2段階式子宮全摘術を導入した。

腹腔鏡下の2段階式子宮全摘術は、約15年前に藤田保健衛生大学（現：藤田大学）から報告され、上部靭帯と子宮動脈の処理後に腔上部切断を施行、その後に子宮頸部を摘出する方法である。

子宮体部を先に摘出することにより、子宮頸部周囲の血管処理や傍腔結合組織処理、腔切開が容易となる、利便性の高い方法である。

当施設では2段階式子宮全摘術の導入時、安全のため子宮背側の癒着症例、頸部筋腫症例は除外したが、症例を重ね頸部筋腫症例にも適応を拡大したところ、通常のTLHよりも安全かつ容易に手術完遂できる可能性があると考えたため、これを報告する。

【方法・結果】2段階式子宮全摘術の具体的方法、解剖学的な考え方を解説する。

また実際に頸部筋腫症例に2段階式子宮全摘術を用い、安全かつ容易に手術完遂した動画を供覧する。

【結語】TLHにおける2段階式子宮全摘術は、頸部筋腫症例にも安全に応用することが可能であり、手術難易度を下げることができると考える。

今後も症例を重ね、さらなる検討を行いたい。

全腹腔鏡下子宮全摘術にて治療を行った帝王切開癒痕部妊娠の一例

旭川医科大学病院 産科婦人科

○水崎恵、市川英俊、岡本修平、寶田健平、北香、高橋知昭、加藤育民、片山英人、千石一雄

【目的】帝王切開癒痕部妊娠（cesarean scar pregnancy：CSP）は、既往帝王切開後妊娠の0.15%、帝王切開既往症例における異所性妊娠の6.1%に発症するとされる稀な疾患である。子宮破裂や大量出血のリスクが高い疾患であり、早期診断・早期治療が望まれる。しかし定型的な治療法は確立されておらず、妊孕性温存希望の有無で治療方針が大きく異なってくる。今回、我々は妊孕性温存希望のないCSPに対して全腹腔鏡下子宮全摘術（Total laparoscopic hysterectomy：TLH）を行った症例を経験したので報告する。

【症例】40歳、7妊3産、前3回帝王切開既往。無月経を主訴に前医を受診したところCSPの疑いにて当科紹介となった。当科の経膈超音波検査でも帝王切開癒痕部と思われる子宮筋層の菲薄化した陥凹部に17.1mmの胎嚢を確認、造影MRI検査も実施しCSPの診断となった。妊孕性温存希望がなく妊娠6週1日にTLHを行った。カメラガイド下にマニピュレーターを挿入、側方アプローチにて尿管および子宮動脈を同定し子宮動脈は両側ともリガシュアにて焼灼を行った。膀胱子宮窩腹膜越しに膨隆した着床部と思われる帝王切開癒痕部を視認できたが、同部位の直上は腹膜が引き攣れ癒痕化しており膀胱が吊り上っている可能性も考慮し、膀胱の剥離を子宮前壁側から行わず両側の膀胱脚から行い、癒着が最も高度な部位より足側で膀胱を子宮から剥離し、最後に帝王切開癒痕部の腹膜を切開し着床部分を損傷することなく子宮を摘出した。手術時間170分、術中出血は少量であった。

【結論】妊孕性温存希望のないCSPは子宮全摘術が最も安全な治療法であると考え、膀胱子宮窩展開及び膀胱の剥離の際に着床部分が破綻し絨毛成分腹腔内へ漏出するリスクがある。腹腔鏡手術の拡大視野を利用し側方から膀胱を剥離することで安全にそして絨毛成分を漏出させることなく子宮摘出が可能であった。TLHでは出血量も少なく短期間で治療可能であり、妊孕性温存希望のないCSP症例の治療法として有用であると考え。

膀胱鏡併用腹腔鏡手術によって機能を温存し得た膀胱子宮内膜症の一例

旭川厚生病院 産婦人科¹⁾ 泌尿器科²⁾ 病理診断科³⁾

○麩澤章太郎¹⁾、小田切哲二¹⁾、山本竜太郎¹⁾、竹内肇¹⁾、杉山沙織¹⁾、中嶋えりか¹⁾、
箱山聖子¹⁾、飯沼洋一郎¹⁾、吉田俊明¹⁾、光部兼六郎¹⁾、石崎淳司²⁾、佐藤啓介³⁾

【はじめに】膀胱子宮内膜症は骨盤内子宮内膜症の0.9%と稀な疾患である。頻尿・尿意切迫感・恥骨上部痛・血尿などの症状を呈し月経周期や蓄尿時に増悪する。また、慢性化すると月経周期と無関係に症状を呈することがある。薬物療法は確立しておらず、保存的治療が無効な場合や挙児希望の場合に外科的治療が選択されるが、病変の発症部位・範囲により、膀胱容量の減少や排尿障害などが問題となりうる。また術式においても開放性手術、鏡視下手術、ロボット支援手術など様々である。今回、膀胱三角部に及ぶ子宮内膜症に対し、GnRHa 治療にて病変を縮小させ、膀胱鏡併用腹腔鏡下膀胱部分切除を施行し膀胱三角部を温存し得た一例を経験したので報告する。

【症例】27歳女性、妊娠出産歴なし。月経周期に一致した排尿時痛、下腹部痛を主訴に当科初診。経膈超音波検査にて膀胱子宮窩に結節を確認、内診上同部に硬結が触知された。血清CA125値は47.9IU/mLと軽度高値を示した。MRI検査ではT1、T2強調画像にて高信号を示す境界不明瞭な2cm大の腫瘤性病変が確認され、膀胱筋層への浸潤が疑われた。当院泌尿器科に依頼し、膀胱鏡検査を施行。膀胱三角部に及ぶ粘膜下病変を認めた。組織生検を施行し、子宮内膜症と診断。挙児希望があり、継続的な薬物治療は不相当と考えられ、外科的治療の方針となった。膀胱三角部に病変が及んでいたため、GnRHa治療を先行させた。治療後、膀胱鏡検査にて病変縮小を確認し、膀胱三角部を温存して切除が可能と判断した。膀胱鏡併用腹腔鏡下に子宮内膜症病変の切除範囲を設定し、膀胱部分切除を行った。術後にはジェノゲスト療法を行っており、一年間再発兆候を認めていない。

【結語】膀胱子宮内膜症に対し、薬物治療を先行させ病変の縮小を図り、その後膀胱鏡併用腹腔鏡手術を施行した。治療に必要な十分な範囲を同定でき、膀胱切除範囲を最小限に抑え、膀胱三角部を温存し排尿障害の出現も認めなかった。

腹腔鏡下手術後に妊娠に至った片側腎欠損を伴う非交通性副角子宮を有する子宮奇形の1症例

函館中央病院 産婦人科

小館英明、川崎彩、櫻井愛美、良川大晃、田沼史恵、片岡宙門

【緒言】先天性子宮奇形は Müller 管の癒合不全によって生じ、その形態によってさまざまなタイプに分類される。またその一部は Wolf 管の発育障害を伴い腎や尿管の異常を合併すると考えられている。これらの発生頻度は低く、妊娠出産に関する報告は少ない。今回我々は片側腎欠損の既往がある子宮奇形の患者に対し腹腔鏡下に非交通性副角子宮と内膜症病変を確認し、その後凍結胚移植にて妊娠成立し生児を得た1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】30歳、0経妊0経産 既往として4歳時に発熱で入院加療した際に右単腎を指摘されたが、定期受診は不要と判断され自然経過していた。

単腎精査のため泌尿器科でCT撮像した際に重複子宮を指摘され当科紹介初診となった。MRIにて左右に分割した子宮体部を認め、重度の月経困難症状と、早期の挙児希望もあるため審査的腹腔鏡の方針とした。

術中 r-ASRM stageIVの子宮内膜症を確認。またこの際に右子宮と腔の連続性は認めたが、左子宮は腔および右子宮との連続性がなく、頭側に偏移しているのを確認した。上記所見より術後6ヶ月より積極的不妊治療を開始し、右子宮腔内に凍結胚移植し妊娠成立、妊娠37週6日で骨盤位のため選択的帝王切開を施行し生児を得た。左の子宮および卵管は子宮内膜症の原因となりうることを考慮し帝王切開の際に摘出した。分娩後2ヶ月ほどで月経再開したが、月経困難症状の著名な改善を認め、現在術後6ヶ月ほど経過するが特に問題なく経過している。

【考察】子宮奇形の頻度は5%程度といわれており、米国不妊学会の分類では7つのクラス、16の亜型に細分されている。子宮奇形、特に副角子宮を有する症例では月経血の逆流により子宮留血腫、卵管留血腫、子宮内膜症の発生リスクが高いとされる。今回我々が経験した症例は非妊娠子宮が腔・対側子宮と交通しておらず月経血が腹腔内に逆流する状態であったため、今後の内膜症増悪を考慮し摘出を行った。

妊娠中に腹腔鏡下副腎摘出術を行った Cushing 症候群の一症例

釧路赤十字病院 産婦人科¹⁾ 外科²⁾

○米原利栄¹⁾、中陳哲也¹⁾、前田悟郎¹⁾、東大樹¹⁾、青柳有紀子¹⁾、東正樹¹⁾、山口辰美¹⁾、近江亮²⁾

【はじめに】妊娠中の腹腔鏡による非産科手術の有用性は、RCTが存在しないため不明である。従って個々の症例の条件下で選択していくこととなる。このたび当院で妊娠中に診断された Cushing 症候群の治療のため、腹腔鏡下左副腎摘出術を実施した症例につき報告する。

【症例】43歳、G0。妊娠初期に当科を初診。41歳で腹腔鏡下子宮筋腫核出術の既往あり。11週で血圧170/100mmHgと上昇し降圧剤投与開始。14週で自宅での血圧コントロール不良と判断し入院管理とした。同時にGDMも診断されインスリン導入となった。19週で全身浮腫が出現し、ホルモン値などから Cushing 症候群を疑い、MRI検査を実施したところ左副腎腫瘍を認めた。患者は妊娠継続を希望したため病態改善目的で20週4日に当院外科主導のもと腹腔鏡下左副腎摘出術を施行した。しかし、その後も高血圧および高血糖は改善せず、胸腹水が貯留し全身浮腫は増悪した。最終的に患者が妊娠継続を断念し22週4日に termination とし、死産となった。その後病態は改善し、産褥2週間後に退院した。

【まとめ】本症例は Cushing 症候群のほかHDPの病態も絡んでいたため、最終的に手術療法が患者にとっての根本治療とはならなかった。しかし妊娠中の腹腔鏡下での骨盤外手術は安全に実施可能であった。症例報告数は多くないが有効な治療選択肢となり得ると考える。

ダグラス窩閉塞を伴う卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存術式別の疼痛変化

札幌白石産科婦人科病院

○明石祐史、杉尾明香、明石大輔

【目的】卵巣子宮内膜症性嚢胞では付属器周囲への炎症波及、癒着形成例が散見される。腹腔鏡下付属器腫瘍摘出術 (total laparoscopic cystectomy: 以下 TLC) は機能温存術式で妊孕能への配慮は不可欠であるが、一方で疼痛除去に寄与する。今回は TLC を施行したダグラス窩閉鎖を伴う重症子宮内膜症を対象に、癒着剥離、深部病巣除去の有無による子宮内膜症関連疼痛の変化を検討した。

【方法】2015年10月から2019年3月に卵巣子宮内膜症性嚢胞に対して TLC を行った症例のうち、内膜症関連疼痛のあるダグラス窩閉塞症例48例を対象とした。術式はA: TLC単独、B: TLC+付属器周囲癒着剥離、C: TLC+付属器周囲+直腸癒着剥離、D: TLC+癒着剥離+深部病巣切除の4群に分け、診療録と動画分析により後方視的に術前後の骨盤痛、排便痛、性交痛、ダグラス窩圧痛の変化について比較検討した。疼痛評価はVASを用いた。

【成績】術前ジェノゲスト46例、GnRHa療法2例。A: 3例、B: 32例、C: 10例、D: 3例。平均手術時間A: 64分、B: 72分、C: 69分、D: 90分。開腹移行例や合併症はなかった。VASで骨盤痛とダグラス窩圧痛、性交痛は全群で術後に低下、B・C群で有意に低下していた。AMHの低下率は各群で有意差はなかった。

【結論】ダグラス窩閉鎖合併重症子宮内膜症における内膜症性嚢胞症例では TLC 単独でも内膜症関連痛を改善し得るが、性交痛や排便痛には効果が限定的である。AMHは術式による低下率に差はなく、疼痛軽減目的に行う手術では患者の疼痛部位と除痛希望の程度、妊娠希望の有無などを考慮した術式の選択が肝要である。今後の追跡で再発やセカンドルックの所見を含め長期的予後調査を行いたい。

当科でのロボット支援手術導入の経験と短期成績

帯広厚生病院 産婦人科

○山崎博之、森脇征史、工藤ありさ、鈴木裕太郎、黒須博之、吉井一樹、服部理史

当科は十勝医療圏の中核病院としての役割を担っており、1市18町村、約35万人ではあるが、その面積は約11万km²と広大であり、隣接する医療圏までは100-250kmとなる。圏内唯一の救命救急センター、地域がん診療連携拠点病院、総合周産期母子医療センターとして機能し、年間手術件数は860件、分娩件数は約1000件にのぼる。一方で2018年4月に良性疾患に対するロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術が保険収載され全国的に普及しつつあるが、道内での普及がすすんでいるとは言い難く、道東地区で導入した施設はなかった。

当科では2019年6月から準備を進め、8月に初症例を経験した。導入に至るまでの実際のスケジュールとその短期成績についてまとめた。

腹腔鏡下で再発腫瘍切除を行った腹膜偽粘液腫の1例

釧路赤十字病院 産婦人科

○東正樹、中陳哲也、前田悟郎、東大樹、青柳有紀子、米原利栄、山口辰美

【はじめに】腹膜偽粘液腫は、腹腔内に粘液性腹水が充満し、再発を繰り返し、難治性の疾患である。今回我々は、初回に腹式病巣切除を行ったのちに、再発した病巣を腹腔鏡下で摘出した1例を経験したので報告する。

【症例】61歳 52歳閉経 2経産

腹部膨満感を主訴に近医内科受診。CTにて巨大骨盤内腫瘤を認め当科紹介となった。腹水は粘液様で、細胞診で腹膜偽粘液腫の可能性が示唆された。開腹にて可及的に腫瘍切除+単純子宮全摘術+付属器摘出術+大網切除+虫垂切除を行った。病理診断は右卵巢原発の腹膜偽粘液腫で、虫垂は正常であった。術後、CDDPの腹腔内投与を4回行ったが、約2ヵ月後にダグラス窩に7cm大の再発腫瘤を認めた。腫瘤は孤立性で、また患者はBMI 36の高度肥満でもあり、腹腔鏡下で腫瘍摘出術を行った。手術終了時に再度腹腔内にCDDPを投与した。術後約8ヵ月経過するが、再発は認めていない。

【まとめ】腹膜偽粘液腫の標準的治療は腹膜切除を含む可及的な腫瘍切除と専門施設での腹腔内温熱化学療法とされている。本症例は初回手術で完全切除するも約2ヵ月で再発を認めた。しかし再発巣が単発で小さければ、本症例のように低侵襲手術で摘出し、同時に腹腔内化学療法を行うことにより制御できる可能性があると考えられた。

子宮頸部微小浸潤癌 IA1 期に対する腹腔鏡下子宮全摘術の有用性に関する後方視的検討

北海道がんセンター 婦人科

○山田竜太郎、藤堂幸治、松宮寛子、箕輪郁、鶴田智彦、見延進一郎、加藤秀則

【緒言】近年、子宮頸部浸潤癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘出術に対しての安全性に関する懸念が広がっており、今後の対応が注目されている。

しかし、そもそも子宮頸部微小浸潤癌における腹腔鏡下手術の有効性と安全性に関して検討した報告は少なく、本邦の産婦人科内視鏡ガイドライン 2019 年版ではエビデンスレベル D にとどまっている。

今回、当院における IA1 期子宮頸癌の手術および腫瘍学的アウトカムについて現状を報告し、腹腔鏡手術に関する施設方針を述べる。

【対象と方法】2000 年 1 月より 2016 年 12 月の間に当院で治療を行った子宮頸癌 919 例のうち、IA1 期の 103 例に対して、カルテ調査に基づく後方視的検討を行った。

【結果】年齢中央値は 41 歳（範囲：22-81 歳）、組織型は扁平上皮癌 83 例(80.6%)、腺癌が 20 例（19.4%）であった。初回治療は円錐切除術が 36 例（35.0%）で、子宮全摘出術が 67 例（65.0%）であった。子宮全摘出術の内訳は非腹腔鏡手術が 31 例（30.1%）、腹腔鏡手術が 36 例（35.0%）であった。

円錐切除術群と子宮全摘出群での比較では、円錐切除術群が有意に年齢が若く（33 歳 vs. 44 歳、 $P<0.0001$ ）、尿管侵襲の陽性頻度（3% vs. 0%、 $P=0.017$ ）が円錐切除術群で有意に高かった。円錐切除術群で 1 例再発を認めた。

非腹腔鏡手術群と腹腔鏡手術群の比較では、手術時間は両群で差を認めなかったが、出血量は腹腔鏡手術群で有意に少なく（213g vs. 46.5g、 $P=0.0017$ ）、輸血頻度が非腹腔鏡手術群で多い傾向（9.7% vs. 0%、 $P=0.056$ ）があった。再発例は両群で 1 例も存在しなかった。

【結論】IA1 期に対する腹腔鏡下子宮全摘出術を躊躇する事象は起きていないと考えられるが、今検討では症例数が少なく、予後に関する早急な全国調査が必要と考える。

ロボット支援下子宮全摘術におけるダブルバイポーラ法の経験

北海道がんセンター 婦人科

○松宮寛子、山田竜太郎、蓑輪郁、鶴田智彦、見延進一郎、藤堂幸治

当院では、2014年6月に施設内倫理委員会の承認を得て、2014年7月からロボット支援手術を施行している。ロボット支援下子宮全摘術（Robot-assisted simple hysterectomy: RASH）においては、当院では基本的に1stアームにモノポーラシザーズ、2ndアームにメリーランドバイポーラ、3rdアームにカディエールを使用している。近年外科領域では、1st、2ndアームともにバイポーラを使用する double bipolar method が普及しているが、婦人科領域ではその有用性や使用経験はまだあまり報告されていない。今回、double bipolar method を使用し RASH を施行したので報告する。

症例は50代女性、子宮異型内膜増殖症の診断で RASH を施行する方針となった。患者右側からの parallel docking とし、1st arm がメリーランドバイポーラ、2nd arm がフェネストレイテッドバイポーラ、3rd arm をカディエールとした。バイポーラの設定としては、切除に用いるメリーランドバイポーラは TRIAD MACRO 60、凝固止血に用いるフェネストレイテッドバイポーラは FT10 35 とした。コンソール時間は1時間58分、総手術時間は3時間7分、出血量は少量だった。術後大きな合併症なく、術後4日目に退院となった。

モノポーラシザーズを用いる方法と比較しても、double bipolar method は時間や出血量に大きな差はなく手術可能であった。方法に慣れは必要であるが、両手の鉗子で組織把持が可能であるため、腹腔鏡手術や開腹と同じような感覚での手術が可能であり、また、切除・止血のバイポーラを分けることで、スムーズな手術が可能である。欠点としては da Vinci Si の場合、フットスイッチが煩雑になってしまう点があるが、da Vinci Xi ではそうした問題なく double bipolar method が可能である。特に今後 da Vinci Xi を採用予定の施設においては、この方法も十分考慮されるのではないかと考える。

原発不明癌性胸膜炎のため審査腹腔鏡を行い、右卵管癌と診断した1例

手稲溪仁会病院 産婦人科

○中島亜矢子、藤野敬史、浅井聡子、島袋朋乃、辰巳賢多、松本沙知子、西村真唯、
小野洋輔、滝本加奈子、今井一章、都築陽欧子、太田創、福士義将、和田真一郎

【緒言】近年、BRCA 変異保有者や高悪性度漿液性癌の卵巣・卵管癌および腹膜癌患者の卵管内に微小な上皮内癌である serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) が高頻度で認められることから、その発生母地は卵管上皮細胞であると提唱されている。STIC の術前診断は難しく、その診断に腹腔鏡手術が有用であるという報告がしばしば認められる。今回、原発不明の癌性胸膜炎に対する審査腹腔鏡で、右卵管采の STIC から連続した微小な卵管癌が原発病変であると診断された症例を経験したので報告する。

【症例】39 歳、家族歴で母親と叔母に卵巣癌の治療歴あり。呼吸困難を主訴に当院総合内科を受診した。CT 検査で、両側胸水貯留を認め、胸水のセルブロックにより adenocarcinoma の診断となった。免疫組織化学的検査で子宮付属器由来の悪性腫瘍が疑われ、当科へ紹介となった。MRI 検査、PETCT 検査で子宮付属器に腫瘤を認めず、腹膜病変も明らかではなかった。胸水貯留と縦隔から骨盤内リンパ節の多発リンパ節転移を認めた。STIC を含めた卵管癌を疑い、確定診断のため審査腹腔鏡手術を行った。手術は全身麻酔下に気腹法4ポートで行った。手術所見では子宮付属器に異常をみとめず、骨盤腹膜と横隔膜に播種病変を認めた。診断確定のため、両側付属器切除術と数か所の腹膜生検を施行した。術後病理組織診断で、左右卵管采、左右卵巣表面、腹膜に高悪性度漿液性癌が認められ、右卵管采に STIC が存在し、それに連続した最大2mmの卵管癌との診断となった。

【結語】癌性胸膜炎を伴う原発不明癌に対して、腹腔鏡にて STIC に連続した微小な卵管癌と診断した症例を経験した。画像にて原発の存在が明らかではない癌性胸水貯留例に対し、卵管癌を疑い、審査腹腔鏡にて確定診断を試みることは有用であると考えられた。

マニュアル化による腹腔鏡手術に対する意識の変化

旭川医科大学 女性医学科

○寶田健平、岡本修平、水崎恵、北香、市川英俊、高橋知昭、加藤育民、片山英人、千石一雄

産婦人科領域においては近年益々、腹腔鏡手術の需要が増加しており、その技術の習得は産婦人科医にとって避けて通ることのできないものとなりつつある。しかし、地方の関連病院では症例が少なく、大学病院は少なくはないものの一人当たりの執刀数は決して多くはない現状がある。私は現在医師14年目で、来年の内視鏡技術認定取得を目指している修練医であるが、今回、少ない症例数の中で、一症例をより実りあるものするためにできることを自身の腹腔鏡手術経験から考察した。

産婦人科専門医取得までの腹腔鏡手術の経験は数例であった。医師10年目に日本産科婦人科内視鏡学会に入会し、以降技術認定医を目標に毎年14~20症例程腹腔鏡手術を執刀していたが、開腹と比べて腹腔鏡手術に対する強い苦手意識は消えず、技術認定への道のりは遠く感じていた。医師13年目(昨年度)より新しい指導医を迎え、以前からの術式の見直しが行われた。まずポート数を3孔から4孔に増やし、右立ちパラレル配置から左立ちダイヤモンド配置に変更した。次に術式のマニュアル化を徹底し、術者と助手が協調して行う作業を明確にした。特に術野における適切な牽引を重視し、鋭的な切開・剥離を基本とした。これらの見直しにより大きな変化が生じた。腹腔鏡手術に対する苦手意識が徐々に薄くなり、気付けばドライボックスでの練習を行うようになっていた。自分の執刀した手術ビデオを復習するようになり、自分より上手な術者や他者のビデオを見て自分と比較するようになった。これらの作業により、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った。少ない症例でも効率よく技術向上が図れるようになったと感じている。

当科における卵巣チョコレート嚢胞に対するエタノール固定術施行例の検討

北海道大学 婦人科

○藤井タケル、工藤正尊、石塚泰也、三田村卓、金野陽輔、加藤達矢、渡利英道

卵巣チョコレート嚢胞は子宮内膜症のうちの卵巣病変に分類される良性卵巣腫瘍である。

現行の婦人科ガイドライン2017年版にも記載されているとおり、本邦における卵巣チョコレート嚢胞(径 \geq 4cm)に対する標準治療は卵巣腫瘍核出術であるが、チョコレート嚢胞の核出術後の卵巣予備能の変化は術後の抗ミュラー管ホルモン(AMH)の有意な低下として多数の報告がなされており、文献的には両側チョコレート嚢胞の核出術後に医原性閉経に至った例も存在する。当科では、エタノール固定術と術後内分泌療法の組み合わせにより、卵巣予備能を可能な限り温存し、また再発率をある程度低くすることが出来るのではないかと考えている。

卵巣チョコレート嚢胞を有する患者(特に今後の妊娠を望んでいる例)に対して標準治療である核出術の選択肢も説明した上で、嚢胞固定術を希望された場合にエタノールによる腹腔鏡下嚢胞固定術、および術前後の内分泌療法を組み合わせた管理を行っている。これには核出術を回避し、妊娠を希望する例の卵巣予備能を温存する目的と、重症子宮内膜症症例に対して子宮内膜症病巣除去術を予定されている例でのファーストルックとしての位置づけの2つの意味があると考えている。術後は原則的に全例でエストロゲン・プロゲステロン配合剤、もしくはジェノゲストのいずれかを継続的に内服し、定期的なエコー、MRIにより再発や悪性の兆候に留意して管理している。

当科にて固定術を施行し、カルテを参照することのできた58例について後方視的に術後の妊娠、チョコレート嚢胞の再発、長期的な予後につき既存の文献のデータと比較してまとめたので報告する。

子宮内膜に接した子宮筋層内筋腫が有茎性粘膜下筋腫となり、筋腫摘除後に自然妊娠が成立した1例

北海道大学 婦人科

○藤井タケル、工藤正尊、石塚泰也、三田村卓、金野陽輔、加藤達矢、渡利英道

子宮筋層内筋腫が流産の後に粘膜下筋腫となり子宮鏡下切除を施行し、その後自然妊娠した症例を経験したので報告する。

35歳、初診時は2妊0産。もともと子宮前壁に3cmの筋層内筋腫があり自然妊娠が成立したが流産となった。流産後にMRI検査を施行し子宮前壁に長径5cmの筋層内筋腫を認めた。その後自然に妊娠が成立したが再度稽留流産となったため子宮内容除去術が行われた。子宮筋腫は7cmに増大した、術後月経が再開したが、以前より月経量や月経痛が増強したため流産後3か月目でMRI検査を施行したところ子宮筋腫は子宮内宮を占拠する粘膜下筋腫となっていた。おそらく、流産手術時に筋腫核の直下の子宮内膜が一部損傷をうけ、子宮筋腫が子宮内腔へ押し出されたもの推測された。月経困難症が強度のため、また次の妊娠には明らかに不利なことから当科に紹介となった。当科にて子宮鏡下に子宮筋腫を切除した。同時に腹腔鏡で腹腔内を観察したが子宮前壁には異常を認めなかった。子宮筋腫は有茎性で容易に切除できた。術後1か月目で子宮ファイバースコープ(HFS)とソノヒステログラフイー(SHG)で観察したところ筋腫切除部位には壁の欠損はほとんど認められなかった。さらに1か月後にMRI検査を施行したが、前壁の筋層の厚みや血流は正常であった。2回の流産歴から不育症のスクリーニング採血を施行したがアスピリン、ヘパリン療法の適応はなかった。術後に自然妊娠され、現在も妊娠継続中である。

本症例は、子宮粘膜面に近い筋層内子宮筋腫をまず粘膜面に切開のみ入れ、有茎性子宮筋腫になるのを待ってから除去するという手術手技の可能性を示唆する興味深いものであると考え報告する。

胎盤と子宮腺筋症の位置関係が、子宮腺筋症合併妊娠の周産期予後に与える影響について

手稻溪仁会病院 産婦人科

○小野洋輔、太田創、浅井聡子、島袋朋乃、辰巳賢多、松本沙知子、西村真唯
滝本可奈子、今井一章、都築陽欧子、中島亜矢子、福士義将、和田真一郎、藤野敬史

【目的】子宮破裂や大量出血のリスクを孕んだ子宮腺筋症合併妊娠（腺筋症核出後妊娠含む）は、近年、FGR、HDP、前置胎盤等の周産期リスクが上昇するとの報告が散見され、ますます周産期管理が難しくなっている。一方で、どのような腺筋症妊娠症例が予後不良となるかについては明らかにされていない。我々は、胎盤と子宮腺筋症病変（腺筋症核出部含む）の位置関係に着目し、子宮腺筋症合併妊娠の周産期予後について検討した。

【方法】当院で2005年から2019年までに超音波、MRIで子宮腺筋症が確認された妊娠症例の中で、胎盤と子宮腺筋症の位置関係が判明した38妊娠（腺筋症合併17例；A群、腺筋症核出後21例；B群）を対象とした。胎盤が子宮腺筋症部分に少しでも重なる場合をA-0群(n=10)、B-0群(n=5)、胎盤と腺筋症が全く重ならない場合をA-1群(n=7)、B-1群(n=17)と定義し、両群間での周産期予後について後方視的に比較検討した。

【結果】A-0、A-1両群間の患者背景に差を認めなかった（年齢33.9歳 vs 34.4歳、BMI 24.0 vs 20.8、ART率80% vs 42.9%、腺筋症びまん型63.7% vs 28.6%）。A-0群では、FGR(45.5% vs 0%、 $P<0.05$)、分娩時大量出血量(1412.8ml vs 815.9ml、 $P<0.05$)が、A-1群よりも有意に多かったが、早産率(20% vs 0%)、HDP(18.2% vs 0%)、胎盤位置異常(低置～前置胎盤;27.3% vs 0%)、在胎週数(34.8 vs 37.4週)、出生時体重(2318.9 vs 2888.3g)に差を認めなかった。A-0群のうち胎盤の1/2以上が腺筋症病変にかかる症例(n=6)では、腺筋症部分にかかる胎盤が1/2以下の症例(n=4)に比べてFGRの割合が有意に多く、(83.6% (5/6)、 $P=0.047$)、33.3% (2/6)にHDP、胎盤位置異常を認めた。一方、B-0、B-1両群間では、患者背景に差はなく、いずれの周産期予後項目でも差を認めなかったため、腺筋症核出部分と胎盤の位置関係の周産期予後への関与を示すことはできなかった。

【結論】妊娠中に胎盤と子宮腺筋症の位置関係を把握することが、子宮腺筋症合併妊娠におけるFGRや分娩時大量出血のリスク管理に有用である可能性が示唆された。

経腔的な子宮頸管縫縮術が施行困難で腹腔鏡下に頸管縫縮術を施行した1例

北海道大学 産婦人科

○石塚泰也、工藤正尊、藤井タケル、朝野拓史、野崎綾子、井平圭、
三田村卓、金野陽輔、加藤達矢、武田真人、渡利英道

【症例】子宮頸部円錐切除術後の妊娠が、21週の中期流産に終わった子宮頸管無力症の患者に対して、経腔的
子宮頸管縫縮が失敗に終わったため、腹腔鏡下に頸管縫縮を行った症例を経験したので報告する。38歳、2妊1産。
円錐切除術と卵巣チョコレートのお胞の手術歴がある。前回の妊娠は、妊娠5か月に頸管開大し破水後に流産と
なり子宮頸管無力症が強く疑われた。今回自然妊娠が成立し、頸管縫縮およびその後の周産期管理が必要と判断
されて、当院産科に紹介となった。妊娠12週時点で子宮頸管長は20mm未満と短縮を認め頸管縫縮術の適応で
あると判断された。妊娠15週に頸管縫縮術を予定したが、実際に行ってみると困難であり剥離した腔粘膜から
強出血を認めたため断念した。縫縮せずに順調な妊娠経過が期待できるとは考えにくく、審査腹腔鏡を行い腹腔
鏡下に膀胱子宮窩やダグラス窩を開放し腔壁を12時と6時方向で切開できれば経腔的に縫縮できると考え妊娠
17週に腹腔鏡補助下に再度頸管縫縮術を試みた。以前の左卵巣チョコレートのお胞の手術のためか左付属器と左
仙骨子宮靭帯周囲に癒着を認めたが剥離可能であった。腔から柔軟性定圧腸鏡をもちい膀胱子宮窩腹膜を切開し
膀胱を圧排できた。また、広間膜を前葉から後葉を開放してウインドウを作ることでダグラス窩が大きな子宮の
側方から視認でき直腸を剥離し腔壁を露出できた。予定通り12時と6時方向の腔壁に切開を入れ経腔的に縫縮
を試みたが、思ったよりも視野が悪く断念、結局腹腔鏡下にプロリールを用いて頸管縫縮を行った。術後の経過
は順調で外来管理に移行した。妊娠37週に選択的帝王切開術を施行し分娩となった。次回の妊娠のことを考え
縫縮糸は抜糸しなかった。実際の手術手技について写真を用い報告する。

6 cm大の粘膜下筋腫に対して子宮動脈塞栓術後に子宮鏡下手術で摘出した1例

斗南病院 婦人科・生殖内分泌科

○池田詩子、逸見博文、田中綾一、南妃奈、清水亜由美、遠藤俊明

【症例】37歳、2妊1産。急激に増大する粘膜下筋腫の精査治療目的に来院。超音波検査、造影MRI検査等で、6 cm大の粘膜下筋腫と左卵巣チョコレート嚢胞を認めた。子宮鏡筋腫核出術を希望されたため、GnRH-a治療後に子宮鏡で核出可能な大きさまで縮小したら手術の方針となったが、GnRH-a1回目投与後に血圧上昇がみられ、投与継続は困難と考え、当院放射線科にて子宮動脈塞栓術(UAE)で筋腫縮小を図り、縮小したら子宮鏡下筋腫核出術施行の方針となった。UAE50日後、黄色の帯下増加あり受診。子宮筋腫31×41 mm大で、内子宮口が広がり壊死した粘膜下筋腫が頸管内に分娩中であった。クラビット内服するも炎症反応上昇傾向にあり、腹腔鏡スタンバイで子宮鏡下手術の方針となり、UAE56日後、子宮鏡下粘膜下筋腫核出術実施。粘膜下筋腫は分娩中だったが、根部が幅広く、かなり広範囲に筋腫と正常筋層の間を剥離する必要があったため、筋腫の一部を子宮鏡で削ってから、胎盤鉗子で子宮筋腫を把持し、経腹超音波で子宮内反の有無を確認しながら粘膜下筋腫96gを娩出した。UAE後であったためか、子宮内にエンボスフィアの粒子を認めたが出血はほとんどなく視野の確保は容易であった。粘膜欠損部が広くFD-1とインターシードを子宮内に留置し、術後3日目に退院。その後月経再開しFD-1を抜去。術後1か月後の子宮鏡検査で子宮内の癒着は見られなかった。

【考察】粘膜下筋腫はUAE後に壊死して筋腫分娩するためUAEは行われなことが多いが、本症例のように比較的大きな粘膜下筋腫は、UAEを先行させることで、子宮鏡下手術の視野確保を容易にし、経腔的に筋腫核出が可能になる可能性があると考えられた。