

第8回 東京低侵襲婦人科手術研究会

日 時：2020年 2月 1日（土） 15:00～

会 場：昭和大学 上條記念館 4F 赤松

住所：東京都品川区旗の台1丁目1番地20 TEL:03-3784-8030 (代表)

- ・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おります。
※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。（ネームカード等の参加証が必要）
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）
- ・日本専門医機構単位を発行致します。e医学会カードをご持参ください
※日本専門医機構 新専門医制度における取扱いは以下のようになります。
 1. 学術集会参加 1単位
 2. 産婦人科領域 2単位

・研究会参加費 ¥2,000 を徴収させていただきます。

共 催：東京低侵襲婦人科手術研究会
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

協力：キッセイ薬品工業株式会社

Program

15:00～ 製品紹介

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

15:10～ Opening Remarks

昭和大学医学部 産婦人科学講座

教授 松本 光司 先生

15:15～ Session I 一般演題

- 《第1部 司会》 東邦大学医療センター大森病院 産婦人科 主任教授 森田 峰人 先生
日本医科大学 産婦人科学教室 教授 明樂 重夫 先生
- A-1 腹腔鏡下子宮筋腫核出術によるパラサイトミオーマの検討 ～当院での事例報告とその後の対応～
東邦大学医療センター大森病院 産婦人科 片倉 雅文 先生
- A-2 当科で日帰り細径硬性子宮鏡（BETOCCHI®ヒステロスコープ）下子宮内膜ポリープ摘出術を行った
9症例に対する後方視的検討
帝京大学医学部附属病院 産婦人科 長阪 一憲 先生
- A-3 レボノルゲストレル放出子宮内システム（LNG-IUS）による稀な合併症 ～子宮穿孔と子宮鏡手術～
日本大学病院 加藤 果野子 先生
- A-4 Reproductive surgery ～当院における妊娠を見据えた手術の工夫～
東京医科歯科大学 産婦人科 齊藤 和毅 先生
- A-5 皮下鋼線吊り上げ法における腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術（LAM）と開腹子宮筋腫核出術の検討
東京医科大学病院 産科婦人科分野 藤森 浩司 先生
- A-6 骨盤臓器脱に対する低侵襲手術：当科における現状
昭和大学医学部 産婦人科講座 宮上 哲 先生
- 《第2部 司会》 順天堂大学医学部 産婦人科学講座 教授 北出 真理 先生
昭和大学医学部 産婦人科学講座 教授 松本 光司 先生
- B-1 卵巣子宮内膜症性嚢胞の腹腔鏡手術における術前薬物療法の検討
東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座 小田嶋 俊 先生
- B-2 腹膜炎を呈し腹腔鏡下片側子宮摘出術を施行した完全閉塞型OHVIRA症候群の一例
日本医科大学付属病院女性診療科・産科 菅原 望央 先生
- B-3 婦人科腹腔鏡下手術において開腹手術既往がある際の腹壁および臍部癒着の検討
順天堂大学医学部 産婦人科学講座 川崎 優 先生
- B-4 全腹腔鏡下子宮全摘出術において観察される膀胱脚を広汎子宮全摘出術から考察する
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室 大岡 令奈 先生
- B-5 当院で早期子宮体癌に対して腹腔鏡下手術を施行した症例の検討
杏林大学付属病院 産科婦人科 渡邊 百恵 先生
- B-6 腹腔鏡技術認定医を目指す修練医のロボット支援下单純子宮全摘出術
東京女子医科大学 産婦人科学講座 菅野 俊幸 先生

Program

17 : 40～ SessionⅡ 良性腫瘍

《司 会》 東京大学大学院 医学系研究科 産婦人科学
東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座

教授 大須賀 穰 先生
主任教授 岡本 愛光 先生

《教育講演1》 「TLHの基本手技解説」

東京女子医科大学 産婦人科学講座

准講師 本橋 卓 先生

《教育講演2》 「TLH：合併症は防げるか？」

慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室

助教 林 茂徳 先生

18 : 20 ～ SessionⅢ 困難症例への対応

《司 会》 東京医科大学 産科婦人科学分野

特任教授 井坂 恵一 先生

《講 演》 「高度肥満症例（BMI 50）に対する低侵襲手術：当院での経験」

昭和大学医学部 産婦人科学講座

講師 三村 貴志 先生

18 : 40～ SessionⅣ 悪性腫瘍

《司 会》 慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室

教授 青木 大輔 先生

《特別講演》 「婦人科悪性腫瘍に対する低侵襲手術」

京都大学 医学研究科 婦人科学・産科学分野

教授 万代 昌紀 先生

Closing Remarks

慶應義塾大学医学部 産科婦人科学教室

教授 青木 大輔 先生

19 : 30～ 情報交換会

◆ Session I 一般演題 第1部

司会：東邦大学医療センター大森病院 産婦人科

主任教授 森田 峰人先生

A-1 「腹腔鏡下子宮筋腫核出術によるパラサイトミオーマの検討

～当院での事例報告とその後の対応～

東邦大学医療センター大森病院 産婦人科

片倉 雅文、土屋 雄彦、谷口 智子、中岡 賢太郎、前村 俊満、片桐 由起子、森田 峰人

【抄録】

現在、子宮筋腫核出術は低侵襲化と適応拡大化が進み、多くの施設で腹腔鏡下子宮筋腫核出術（以下LM）が行われるようになってきている。腹腔鏡下手術では切開創が小さく、検体の搬出に工夫が必要である。検体搬出方法は様々であるが多くの施設で電動モルセレータを用いて体腔外に検体の搬出を行っていると思われる。しかし、2014年4月にFDAより「腹腔鏡下の子宮摘出術または子宮筋腫核出術に電動モルセレータを使用した細切除去術を施行することを推奨しない」と安全通知が発行され、電動モルセレータによる検体搬出は、子宮筋腫の飛散、さらには腹膜に生着するパラサイトミオーマが問題となってきている。

当院での1996年から現在までに約2300症例のLMを行っている。現在までに当院でも2症例のパラサイトミオーマを経験した。2症例はいずれも2014年以前の症例でin bag morcellationは行っていない症例であった。2症例ともにDouglas窩に生着しており、1例は腹腔鏡下にて腫瘍のみを摘出し、1例は開腹術に変更して腹式子宮全摘術を施行した。両者ともに現在再発兆候は認めていない。その後当院では子宮筋腫の飛散予防目的にて2014年10月よりアイソレーションバック内でのモルセレーション、2017年1月よりモルセーフ®をLMのほぼ全例に使用して検体回収を行っている。

今回、我々は当院で行っているモルセーフ®を用いたin bag morcellationの方法・アイソレーションバック未使用群と比較し、後方視的検討を行ったので報告する。

A-2 「当科で日帰り細径硬性子宮鏡（BETOCCHI®ヒステロスコープ）下子宮内膜ポリープ

摘出術を行った9症例に対する後方視的検討」

帝京大学医学部附属病院 産婦人科

長阪 一憲、比嘉 貴子、飯村 直子、中川 一平、瀬戸 理玄、神田 蘭香、杉原 武、平池 春子、綾部 琢哉

【抄録】

【緒言】当科では細径硬性子宮鏡BETOCCHIヒステロスコープ（5mm）を用いた日帰り細径硬性子宮鏡下手術を行っている。

【方法】当科での日帰り細径硬性子宮鏡下手術の適応は、術前の経腔超音波検査において長径が2cm以下とされた子宮内膜ポリープ疑い病変としている。2019年3月から9月までに細径硬性子宮鏡下子宮内膜ポリープ摘出術を施行した9例を対象とし、手術時間、麻酔方法、その他問題点について後方視的に検討を行った。

【成績】子宮内膜ポリープ病変に対して切除を施行した症例は9例のうち、乳癌既往でタモキシフェン（TAM）内服中の3例が含まれていた。手術時間中央値は28分（18-42分）であり、ポリープの大きさ中央値は1.5cm（0.5-2.5cm）あった。導入当初は子宮鏡挿入前に傍頸管ブロックを行っていたが、無麻酔でも可能であった。TAM内服中の1例は鏡視下で多発するポリープを認めたが、一部のポリープに不整な表面構造と微細な拡張血管所見があった。摘出することで子宮内膜異型増殖症を発見することができた。

【結論】日帰り細径硬性子宮鏡下手術は低侵襲であり、2cmまでの子宮内膜ポリープであれば比較的短時間に無麻酔で完遂ができる。また直視下の観察で病変を確実に摘出することができるため、子宮内膜前癌病変の早期発見にも有用である。

◆ Session I 一般演題 第1部

A-3 「レボノルゲストレル放出子宮内システム（LNG-IUS）による稀な合併症 ～子宮穿孔と子宮鏡手術～」

日本大学病院

加藤 果野子、永石 匡司、大熊 勇氣、橋本 恵里那、前林 亜紀、宮川 康司

日本大学医学部産婦人科

川名 敬

【抄録】

背景：LNG-IUSによる子宮穿孔は稀な合併症で発生頻度は1000挿入に0.68～2.6人である。

症例：46歳2妊2産、過多月経を主訴に前医を受診し粘膜下筋腫含む多発性子宮筋腫を認め、加療目的に当科に紹介となった。前医では3回挿入されたLNG-IUSはいずれも患者の自己判断で体外に脱出されたと認識されていた。初診時、腔鏡診でLNG-IUSの索引糸を認めず、経腔超音波画像で粘膜下筋腫が確認された。術前の腹部単純X線写真で骨盤内に2本のLNG-IUSを認めた。粘膜下筋腫、LNG-IUS子宮内残存の診断で子宮鏡下手術を施行した。腔内を占拠する突出率70%、90%の3cm大の筋腫とその隙間に迷入している2本のLNG-IUSを認め、デバイスの一部が子宮底部筋層内に穿孔していた。

結論：LNG-IUSの子宮内残存を確認する為には腹部単純X線写真が有用である。自然脱出の申告があってもLNG-IUSの子宮内残存の可能性を念頭に置き、デバイスを確認するまで追加挿入するべきではない。特に粘膜下筋腫がある場合は子宮内残存に留意するべきである。

司会：日本医科大学 産婦人科学教室

教授 明樂 重夫 先生

A-4 「Reproductive surgery ～当院における妊娠を見据えた手術の工夫～」

東京医科歯科大学 産婦人科

齊藤 和毅、平光 史郎、岩原 由樹、石川 智則、吉木 尚之

【抄録】

近年の生殖補助医療の普及により、多くの患者で生殖補助医療などの高度な治療が広く行われるようになった。とくにわが国においては生殖補助医療の多くは個人クリニックで行われており、これら施設は多くの場合手術可能な設備を有さない。しかし、子宮筋腫による着床不全や子宮内膜症性嚢胞に伴う卵巣機能低下は生殖補助医療のみで必ずしも対応可能なものではない。また、妊娠を達成し安全な周産期管理を行うためには、手術による効果的な治療介入が必要な場合も多い。ただし、手術は患者にメリットをもたらす一方で、侵襲に伴うデメリットも生じうる。そのため、妊娠、出産という最終的な目標を見据えた上での介入の判断と、できる限り低侵襲で最大の治療効果を得ることが求められる。当院では腹腔鏡手術を担当するものの多くが生殖医療を行っており、妊孕性温存をできる限り考慮した手術を行うことを心掛けている。本発表では、当院における手術による治療介入の適応判断や、生殖補助医療と組み合わせて立案する治療計画、また粘膜下筋腫や多房性子宮内膜症性嚢胞などの困難症例における術前準備および手術操作の工夫などに付き報告する。

◆ Session I 一般演題 第1部

A-5 「皮下鋼線吊り上げ法における腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術（LAM） と開腹子宮筋腫核出術の検討」

東京医科大学病院 産科婦人科分野

藤森 浩司、小野 理貴、林 美鶴、鈴木 知生、小柳 美里都、山中 善太、西 洋孝

【抄録】

【緒言】子宮筋腫に対する妊孕性温存術式として、腹腔鏡下子宮筋腫核出術（LM）の適応を超える症例に対しては開腹子宮筋腫核出術（AM）もしくは腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術（LAM）が行われる。LAMはAMに比べ、創部が小さく、入院期間も短いことから当科では増加傾向にある。当科のLAMは皮下鋼線吊り上げ法を用い、恥骨上横切開4cmで行っている。今回当院におけるLAMとAMに対して後方視的比較検討を行ったので報告する。

【方法】2017年～2019年9月に、当院でAM(n=75)またはLAM(n=43)のみを施行した計118症例に対して後方視的検討を行った。P<0.05を有意差ありとした。

【成績】AM群とLAM群を比較すると、（AM群vs LAM群）、BMI（ $23.6 \pm 4.2 \text{ kg/m}^2$ vs $22.4 \pm 3.3 \text{ kg/m}^2$ ）、摘出筋腫個数（ 12.7 ± 13.1 個 vs 9.1 ± 9.1 個）、摘出筋腫重量（ $465 \pm 362 \text{ g}$ vs $370 \pm 193 \text{ g}$ ）、摘出筋腫最大径（ $7.8 \pm 2.9 \text{ cm}$ vs $8.3 \pm 2.7 \text{ cm}$ ）出血量（ $420 \pm 429 \text{ ml}$ vs $339 \pm 427 \text{ ml}$ ）、においては有意差を認めず、手術時間（ $124 \pm 39 \text{ 分}$ vs $155 \pm 35 \text{ 分}$ ）においては有意差が認められた。

【結論】

LAMはAMと比べ、対象となる筋腫に関しての有意差を認めず、出血量も増加することなく、小さな創部で安全に行える術式であると考えられる。

ただし手術時間は有意に延長するため、術式に関してさらなる検討が必要である。

A-6 「骨盤臓器脱に対する低侵襲手術：当科における現状」

昭和大学 産婦人科

宮上 哲、石川 哲也、中川 智絵、岡田 義之、三村 貴志、小貫 麻美子、松本 光司、関沢 明彦

【抄録】

骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨腔固定術（Laparoscopic sacrocolpopexy：LSC）は従来の術式と比較し、より低侵襲であり、術後再発率も低いことから、有用な術式とされている。当院におけるLSCは子宮体部を膈上部切断で摘出し、前腔壁は膀胱尿道移行部まで後腔壁は肛門挙筋まで剥離、ダブルメッシュを用いて、腹膜下トンネルを利用し岬角前面に固定する方法であり、2014年より施術している。最近はロボット支援下のLSCも開始している。

当院におけるLSCの現況について報告する。

司会：順天堂大学医学部 産婦人科学講座

教授 北出 真理 先生

B-1 「卵巣子宮内膜症性嚢胞の腹腔鏡手術における術前薬物療法の検討」

A retrospective study of preoperative therapy before laparoscopic surgery for ovarian endometriotic cyst.

東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座

小田嶋 俊、鈴木 二郎、横溝 陵、笠原 佑太、赤須 陽子、川畑 絢子、飯田 泰志、上田 和、矢内 原臨、岸 裕司、岡本 愛光

Suguru Odajima, Jiro Suzuki, Ryo Yokomizo, Yuta Kasahara, Yoko Akasu, Ayako Kawabata, Yasushi Iida, Kazu Ueda, Nozomu Yanaihara, Hiroshi Kishi, Aikou Okamoto

【抄録】

【目的】卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する術前ホルモン療法が、手術成績を改善する明確なエビデンスはなく、その有用性を検証することを目的とした。

【方法】2014年から2018年の5年間で、当院で卵巣子宮内膜症性嚢胞に対して腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術を施行した123例を対象とし、術前治療群(T群) 64例と術前非治療群(nT群) 59例の2群間の患者背景、手術成績に関して後方視的に検討をした。

【成績】T群とnT群の患者背景において、2群間で有意差は認めなかった。最大嚢胞径、rASRM、嚢胞の局在（片側 vs. 両側）に関しても、両群間で有意差は認めなかった。T群において、手術時間は有意に延長し、出血量は有意に増加した(145分 vs. 124分, $p<0.01$, 59ml vs. 19ml, $p<0.01$)。術前治療別の検討（GnRHa vs. DNG vs. LEP）では、年齢において3群間で有意差は認めるが（31.9y vs. 36.0y vs. 32.8y, $p=0.04$ ）、その他の患者背景や最大嚢胞径、rASRM、嚢胞の局在に関して有意差は認めなかった。3群間で手術時間、出血量で有意差は認めなかった。

【結論】術前ホルモン療法による手術成績への優位性は明らかにされなかった。

B-2 「腹膜炎を呈し腹腔鏡下片側子宮摘出術を施行した完全閉塞型OHVIRA症候群の一例」

日本医科大学付属病院女性診療科・産科

菅原 望央、可世木 華子、渡邊 建一郎、小野 修一、市川 雅男、明樂 重夫、竹下 俊行

【抄録】

症例は14歳9か月、0妊0産。性交渉歴なし。7歳時に右腎無形成を指摘された。12歳時に初経を迎え、13歳6か月頃より月経困難症が出現した。症状増悪し前医で精査したところ、重複子宮、右側子宮腫大を指摘された。当科初診時、腔鏡診で外子宮口は1つで腔中隔は認めなかった。経直腸超音波断層法にて左側子宮は子宮頸管から連続し、右側子宮は腔部より右側方に離れていた。骨盤部単純MRI検査で右側子宮の月経モリミナが疑われた。外科的治療を予定し、その待機中に内膜症進行予防と月経困難症状緩和目的に、低用量エストロゲンプロゲステン療法を開始したが、内服開始40日後から腹痛と発熱を認めた。骨盤部造影CT検査にて、子宮留膿腫、卵管留膿腫による腹膜炎の診断となった。保存的加療は奏功せず、腹腔鏡下手術を実施した。全身麻酔導入後の腔鏡診で外子宮口は1つで右側子宮の交通はないことを再度確認した。腹腔鏡で膿性腹水と散在する子宮内膜症病変、右卵巣子宮内膜症性嚢胞を認め、右側子宮、右卵管、右卵巣嚢胞を摘出した。左右の子宮内腔は交通していなかった。今症例では、腹膜炎発症後であっても腹腔鏡手術施行が診断確定と治療に有用であった。

B-3 「婦人科腹腔鏡下手術において開腹手術既往がある際の腹壁および臍部癒着の検討」

順天堂大学医学部 産婦人科学講座

川崎優 増田彩子 松村優子 尾崎理恵 村上圭祐 伊熊慎一郎 岡田由貴子 北出真理、
板倉敦夫

【抄録】

【目的】婦人科腹腔鏡下手術のclosed法では第一穿刺を盲目的に行う必要がある、臓器損傷には留意する必要がある。特に開腹手術既往患者においては臍部癒着のリスクもあり、症例によっては臍部以外からの第一穿刺も検討すべきである。【方法】2016年～2018年に当科で腹腔鏡下手術が施行された開腹手術既往症例227例を対象に既往手術創、既往術式と腹壁・臍部癒着および癒着臓器との関連を後方視的に検討した。【結果】腹壁癒着を認めたものは46例(20.3%)であり、そのうちの11例(4.9%)に臍部にまでいたる癒着を認めた。既往切開創と癒着部位・臓器との関連の検討では、上腹部切開では臍部にまでいたる癒着が高頻度で認められ（上腹部正中切開100%、上腹部横切開50%、下腹部正中切開7.6%、Pfannenstiel incision 3.6%、McBurney incision 2.1%）、腸管実質の癒着も上腹部切開の既往例で高頻度に認めた（上腹部正中切開100%、上腹部横切開50%、下腹部正中切開7.6%、Pfannenstiel incision 0%、McBurney incision 3.2%）。術式別でみると、消化器領域手術既往において高頻度に臍部癒着および腸管実質癒着を認めた。（胃切除100%/100% 脾臓摘出100%/100% 腸管切除33.3%/33.3%）。また手術既往回数が増えるほど、臍部癒着頻度が高かった（1回3.7%、2回9.7%、3回16.7%）。【結論】臍部癒着の頻度は上腹部切開創を伴う消化器領域の手術や複数回の手術既往例で有意に高く、第一穿刺時の臓器損傷を回避するためには第9肋間など臍部以外からのアプローチを考慮する必要があると考えられた。

司会：昭和大学医学部 産婦人科学講座

教授 松本 光司 先生

B-4 「全腹腔鏡下子宮全摘出術において観察される膀胱脚を広汎子宮全摘出術から考察する」

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

大岡 令奈、仲村 勝、西尾 浩、青木 大輔

【抄録】

【はじめに】

全腹腔鏡下子宮全摘出術（以下TLH）の術中に、「膀胱脚」や「bladder pillar」と称される部位が存在する。これは膀胱を子宮頸管中心部で剥離した際に子宮頸管側方に形成される緊張のかかった結合組織のことである。今回、TLHで膀胱脚とされる部位が解剖学的に何に相当するのかを明らかにすることを試みた。

【方法】

TLH術中に膀胱剥離を丁寧に行いながら膀胱脚周辺の詳細な観察をするともに、広汎子宮全摘出術および固定遺体解剖においても同部位の観察を行った。

【結果】

側臍靱帯から膀胱へと連続する結合組織の膜を認識しながら膀胱剥離を丁寧に行うと側臍靱帯から膀胱へと連続する結合組織の膜の中に子宮動脈や上膀胱動脈を確認できた。膀胱は膀胱下腹筋膜にそって頭側につりあがっており、膀胱脚とよばれる部位の深部は子宮動脈上行枝にそって形成されていると考えられた。膀胱下腹筋膜の内側にある側臍靱帯から膀胱へと連続する結合組織の膜を意識することで、膀胱脚の組織分布がよく理解できた。

【結語】

TLHという膀胱脚の組織分布がよく理解できた。今回の結果は、広汎子宮全摘出術の展開から得られたが、尿管への意識および展開の差異がTLHという膀胱脚という概念を生んでいると思われた。低侵襲な尿管操作のためには共通した臨床解剖の理解が重要と考えられた。

◆ Session I 一般演題

B-5 「当院で早期子宮体癌に対して腹腔鏡下手術を施行した症例の検討」

杏林大学付属病院 産科婦人科

渡邊 百恵、澁谷 裕美、西ヶ谷 順子、百村 麻衣、松本 浩範、小林 陽一

【抄録】

【目的】当院では2013年の4月より早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術を施行しており、症例によりリンパ節郭清を省略している。今回早期子宮体癌に対して腹腔鏡下手術を行った症例について後方視的に検討した。

【方法】2018年12月までに術前に複雑型子宮内膜異型増殖症または子宮体癌ⅠA期(類内膜腺癌G1-2)と推定され、腹腔鏡下手術後に子宮体癌の診断となった46例を対象とした。対象例について、画像診断、術前・術後の病理組織診断等を比較検討した。

【成績】術後の病理結果は類内膜癌G3が2例、明細胞癌1例、混合癌(明細胞癌+漿液性癌)1例であり、また6例がIB期、1例がⅡ期、2例がⅢ期とアップステージしていた。後療法を行ったのは8例で、再発を認めたのは3例であった。再発症例はいずれもアップステージとなった症例であった。骨盤リンパ節郭清を施行した症例は5例で、そのうち1例でリンパ節転移を認めた。

【結語】早期子宮体癌に対する腹腔鏡手術は低侵襲で術後の回復も早く、予後も開腹手術と比較して遜色ないとされる。再発低リスク症例でのリンパ節郭清は省略可能とされるが、術後アップステージとなる症例もあり、適応について更なる検討が必要と考えられた。

B-6 「腹腔鏡技術認定医を目指す修練医のロボット支援下单純子宮全摘出術」

東京女子医科大学 産婦人科学講座

菅野 俊幸、熊切 順、千ヶ崎 一代、村田 周子、永田 怜子、堀部 悠、阿部 結貴、本橋 卓、秋澤 叔香
中林 章、舟本 寛、田畑 務

【抄録】

【緒言】daVinciシステムをはじめとする手術用ロボットは各分野において急速に普及しており、婦人科領域でも2018年の保険適応拡大に伴い普及が広がっている。当科でも2018年9月より子宮筋腫に対するロボット支援下单純子宮全摘出術(RASH)を導入した。今回、腹腔鏡技術認定医を目指す修練医が導入時よりRASHに関わり、執刀するまでの経緯とその後の経過を報告する。

【方法】2018年9月から2019年9月までに当科で施行したRASH 47例のうち執刀医が腹腔鏡技術認定医を目指す修練医である8例を対象とした。初回執刀までのトレーニングや腹式及び腹腔鏡下子宮全摘出術の経験、RASHの第1助手の経験と執刀8例の手術時間、コンソール時間、出血量、検体重量、術後経過について検討した。

【結果】2018年2月に第1助手、同年4月に執刀医の資格を取得し、当科の第1例目より第1助手として手術に参加した。初回執刀までに腹式単純子宮全摘出術を約40例、腹式広汎子宮全摘出術を8例、腹腔鏡下子宮全摘出術を26例、RASHの第1助手を21例経験し、定期的なシミュレーターによるトレーニングと執刀1週間前に子宮モデルを用いた模擬手術を行った。子宮の大きさが岬角以下で骨盤内を占拠せず、腹部手術既往のない症例を執刀した。症例の内訳は子宮筋腫7例、子宮腺筋症1例で、手術時間 195.4 ± 28.1 分、コンソール時間 165.3 ± 26.7 分、出血量 9.5 ± 9.8 mL、検体重量 226.4 ± 71.3 g、全症例が術後4日目に退院した。術後1ヶ月半での断端出血1例、術後10日でのサブイレウス1例を認めたが、入院管理を要する重篤な合併症は認めなかった。

【結論】腹腔鏡下技術認定医取得前であっても適切なトレーニングを経ることでRASHを安全に行うことが出来た。更なる修練を積み、よりよい手術を行えるよう努力していく所存である。

◆ Session II 良性腫瘍

司会：東京大学大学院 医学系研究科 産婦人科
東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座

教授 大須賀 穰先生
主任教授 岡本 愛光先生

教育講演1：「TLHの基本手技」

東京女子医科大学 産婦人科
本橋 卓、田畑 務

本橋 卓 先生

【略歴】

平成12年 関西医科大学卒業
平成12年 京都大学婦人科学産科学教室 入局
平成13年 倉敷中央病院産婦人科 医員
平成16年 大和高田市立病院産婦人科 副部長
平成19年 京都医療センター 医員
平成21年 三重大学医学部付属病院産婦人科 助教
平成28年 市立四日市病院産婦人科副部長
平成30年 桑名市総合医療センター産婦人科主任部長
平成31年 東京女子医大産婦人科准講師

【所属学会・資格】

日本産婦人科学会専門医、日本産婦人科内視鏡学会技術認定医、日本外科内視鏡学会技術認定医
東海内視鏡手術研究会世話人、日本婦人科腫瘍学会腫瘍専門医（代議員）、がん治療認定医
GCSF適正使用ガイドライン改訂委員、婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）子宮体がん委員
関西臨床腫瘍研究会（KCOG）婦人科代表、アソシエートメンター

【抄録】

産婦人科の分野にて内視鏡技術は、腫瘍・周産期・生殖といった診療分野の枠をこえ広く浸透し、現在一番会員数の多い学会となっている。産婦人科医師のサブスペシャリティとして内視鏡技術認定医資格は人気が高く、現在894名が登録されているが、毎年資格取得をめざす医師は増加している。

技術認定医資格取得の一番の難関がビデオ審査であり、昨今その多くはTLHで申請されている。そのためTLH審査における基準統一がなされ、「腹腔鏡下子宮全摘術の動画審査指針」が開示されるようになり、数年前よりコンセンサスミーティングが可視化されたこともあり、安全なTLH手技の均てん化の一助となっている。

今回はTLHにおける手術手技をセクションに分け、資格取得前の若手医師の執刀において、指導医の立場よりその操作を指導・解説する。1. 側方腹膜の展開（尿管及び子宮動脈本管の同定） 2. 腹膜切開の延長～仙骨子宮靱帯の切離 3. 膀胱剥離 4. 子宮側方処理 5. 膣管切断 以上のセクションでの執刀手術操作を適切に行うために必要な解剖学的知識・鉗子及びマニピュレーターによる視野展開の方法、合併症留意点について動画に沿って述べたい。

Memo

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

◆ Session II

教育講演2：「TLH：合併症は防げるか？」

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室
林 茂徳、青木 大輔

林 茂德 先生

【學歷】

平成11年東京医科大学卒業

【職歴】

平成11年 慶應義塾大学産婦人科学教室入局
平成20年4月 独立行政法人国立病院機構東京医療センター
平成28年4月 慶應義塾大学病院勤務

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本婦人科腫瘍学会、日本内視鏡外科学会、日本臨床細胞学会、日本癌治療学会

【専門医等】

日本産科婦人科学会専門医、産科婦人科内視鏡学会技術認定医、婦人科腫瘍専門医、がん治療認定医、日本臨床細胞学会専門医

【抄録】

TLHにおける合併症として尿管損傷、膀胱損傷は得に注意すべき合併症である。論文、学会における尿管損傷の頻度は0-1.9%（日本産科婦人科内視鏡学会の合併症調査報告では0.1%）、膀胱損傷の頻度は約1%前後（日本産科婦人科内視鏡学会の合併症調査報告では0.2%）と報告されている。

尿管損傷は、直接デバイス等による損傷と遅発性の熱損傷があるが、直接の損傷は解剖の誤認により基靱帯血管処理、腔壁切断の際に生じる場合が多い。また遅発性熱損傷は尿管周囲の過度の剥離により生じた出血を凝固した際に生じる場合が多い。これらの合併症は、常に尿管の走行を意識し手術を行い、基靱帯血管の露出、膀胱の十分な下方への剥離、尿管周囲の愛護的な剥離など、ごく当たり前の事を行うことで防げる場合も多い。また膀胱損傷は特に既往帝王切開症例では、膀胱が挙上しているため、子宮摘出時の膀胱損傷のリスクは3.75倍高いことがメタアナリシスによって示されている。これも解剖の誤認に伴う過度な膀胱の鈍的剥離や過度な凝固止血による熱損傷により生じると思われる。

今回は、尿管損傷、膀胱損傷を防ぐために必要な知識と対策を具体例を提示し報告する。

Memo

[illegible]

◆ SessionⅢ 困難症例への対応

司会：東京医科大学 産婦人科学分野

特任教授 井坂 恵一 先生

講演：「高度肥満症例（BMI 50）に対する低侵襲手術：当院での経験」

昭和大学医学部産婦人科学講座

講師 三村 貴志 先生

【略歷】

平成16年 昭和大学卒

平成22年 昭和大学医学部産婦人科学講座博士号取得

平成23年 昭和大学病院 助教

平成29年 埼玉県立がんセンター 医長

平成31年 昭和大学病院 講師

【所属学会】

日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本超音波医学会、日本エンドメ
トリーシス学会 等

【専門医】

日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本超音波学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会評議員

【抄録】

近年の低侵襲手術の普及で、高度肥満例の低侵襲手術の報告が増えている。当院でもBMI 40以上の症例に対しても低侵襲手術を行う方針としており、当院の術前準備、手術の際の工夫、また苦労した点について自験例をもとに報告する。当院で経験した高度肥満症例の低侵襲手術を顧みるといくつかのポイントがある。①頭低位による体のずり落ち②皮下脂肪が厚いためfirst trocar穿孔困難③皮下脂肪の重量による術野の狭小化が挙げられる。①では、当院では手術用体位固定マット（ピンクパッド™）を使用している。BMI 50のロボット手術症例では事前に寝てもらい、手術体位（開脚位）で体がずり落ちないことを確認した。②では、気腹法（気腹針で気腹後にtrocar挿入）でさらにoptical法で挿入している。上皮をしっかりと牽引していても垂直に入るとは限らない。臍ヘルニア修復術（メッシュ法）後の「臍がない」ラパロ症例でtrocar挿入時に苦労した症例を経験した。③では、皮下脂肪の重みで術野が狭小化するため、気腹圧は12mmHgで行っている。これらの点に注意することで、高度肥満症例でも安全に手術可能と考える。

Memo

[illegible]

◆ SessionIV 悪性腫瘍

司会：慶應義塾大学医学部 産婦人科学講座

教授 青木 大輔 先生

特別講演：「鏡視下広汎子宮全摘術 -変わるもの、変わらないもの」

京都大学医学研究科婦人科学産科学分野

教授 万代 昌紀 先生

【略歴】

昭和63年3月24日	京都大学医学部卒業、同附属病院産婦人科 研修医
平成元年2月1日	兵庫県立尼崎病院 医員
平成4年6月1日	京都大学医学部附属病院産婦人科 医員
平成8年4月1日	京都大学医学部附属病院産婦人科 助手
平成12年11月1日	米国国立衛生研究所 ワクチンリサーチセンター研究員
平成14年12月16日	京都大学医学部附属病院産婦人科 助手
平成19年2月1日	京都大学医学研究科婦人科学産科学分野 講師
平成25年1月1日	近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授
平成29年3月1日	京都大学医学研究科婦人科学産科学分野 教授
平成31年4月1日	京都大学医学部附属病院院長補佐

平成9年1月 学位取得（京都大学医学博士）

【所属学会】

日本産科婦人科学会・日本婦人科腫瘍学会・日本癌学会・日本癌治療学会・日本免疫学会・日本産婦人科手術学会・日本産婦人科内視鏡学会・日本エンドメトリオーシス学会 等

【役員】

日本産科婦人科学会代議員・日本婦人科腫瘍学会理事・日本産婦人科手術学会理事・近畿産科婦人科学会理事・婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）理事・日本産科婦人科学会婦人科領域のロボット支援下腹腔鏡手術に関する委員会副委員長・アジア・オセアニア産婦人科連合（AOFOG）Minimal Invasive Gynecologic Surgery Committee委員長

【抄録】

鏡視下手術の導入は、手術の適応、制度、教育など、さまざまな方向に影響を与えつつあるが、もっとも影響を受けているのは手術テクニックそのもので、これが必然的にその他の要素にも影響している、ともいえる。そこで今回は、特に手術のテクニックという面に焦点を当てて、鏡視下手術の意味を考えてみたい。

鏡視下手術はロボット手術に代表されるように、開腹術にくらべてテクノロジー依存性の要素が強く、そのためテクノロジーの進歩が著しい現在では、過去の開腹術の変化に比べて鏡視下手術の変化のスピードは著しい。腹腔鏡の導入期には、術者は開腹術をどのように腹腔鏡で再現するか、という視点から腹腔鏡手術を開発を進めた。そのため、開腹術で必須であった結紮の技術が重要視され、また開腹術同様に吸引器を用いた鈍的剥離を多用した手術がおこなわれた。教育においても、腹腔鏡の講習イコール結紮の講習、というイメージが強かった。ところが、この10数年間の機器の進歩により、現在、鏡視下広汎子宮全摘において結紮を要する操作はほぼ皆無になった。単純子宮全摘も高額な機器を使えば結紮は不要である。他方でカメラの解像度の飛躍的な進歩により、過去には見えにくいイメージがあった鏡視下手術は開腹を大きく凌駕し、開腹では見えなかったさまざまな構造物を描出するようになった。これによって鏡視下手術は、開腹術では不可視だった情報を主なソースとする手術になり、ここから開腹術とはまったく異なる鏡視下手術の進化が始まった。それが、もたらしつつあるものは何か、について本講演では考察したい。

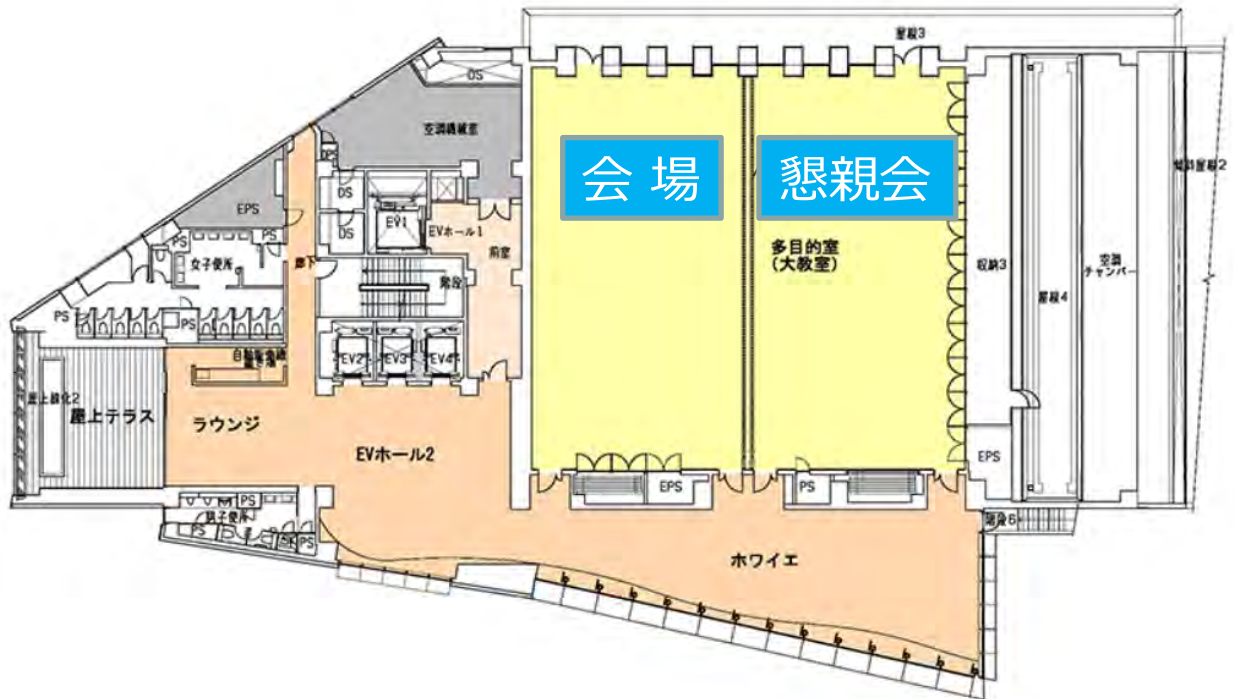
Memo

Memo

昭和大学 上條記念館

「4F 赤松」

住所：東京都品川区旗の台1丁目1番地20
TEL:03-3784-8030 (代表)



-研究会終了後に情報交換会をご用意しております。

<最寄駅からのアクセス>

東急池上線・大井町線「旗の台駅」・・・徒歩7分
東急池上線「荏原中延駅」・・・徒歩9分

東京メトロ南北線・都営三田線直通
東急目黒線「西小山駅」・・・徒歩12分

