

第 21 回北海道産婦人科低侵襲手術研究会 プログラム

日時 令和 3 年 10 月 16 日 (土) 13 時 00 分～

開催形式 札幌ラーニングスタジオからの Zoom Webinar
札幌市北区 14 条西 2 丁目 1-6 シチズン札幌ビル 3F

【視聴参加者の方へ】

◦参加費として 2000 円を申し受けます。

✓ 下記の指定銀行口座に参加費 2000 円をお振り込み下さい。

北海道銀行 琴似支店 店番 155 口座番号 1495897

ホッカイドウサンフジンカテイシンシュウシュジュツケンキュウカイ

◦Zoom Webinar による配信を行います。

✓ 視聴のための URL は別途ご案内いたします。

✓ 演者および幹事会出席の先生以外の方の現地ご参加はお控えください。

◦単位取得は以下の条件を満たして下さい。

・日本産科婦人科学会 学術集会参加 10 単位

・日本専門医機構 学術集会参加 1 単位

✓ 参加費 2000 円のお支払い (入金確認いたします)

✓ Zoom Webinar 参加登録時に必須情報をすべて記載

(必須情報:お名前、ご施設ご所属、メールアドレス、e 医学会番号)

(参加登録後の視聴時間に制限はありません)

・日本専門医機構 産婦人科領域講習 1 単位

✓ 特別講演 1 時間すべての視聴により単位取得が可能

◦日本産科婦人科内視鏡学会の認定を受けております。

✓ 技術認定医制度新規及び更新申請の際はご自身でプログラムのコピー
や e 医学会マイページ参加確認などを行い手続きして下さい。

◦参加証/領収書は後日発送致します。

✓ 参加登録時の必須情報記入漏れの方には発送できません。

◦日本産婦人科医会シールの発行はありません。

【演者の方へ】

- 演者の先生は可能な限り現地発信元「札幌ラーニングスタジオ」にお越し下さい。
 - ✓その際ご自身のノートPCを持参して下さい。
 - ✓専用の変換アダプターが必要な場合はご持参下さい。
 - ✓発表データの入ったUSBも持参して下さい。
 - ✓少なくともご発表45分前には現地にお越し下さい。

- 現地へ来られない先生はZoom Webinarにて参加登録の上ご参加ください。
 - ✓前日18:00～21:00または当日9:00～11:00、事前に接続テストやスライドチェックを行う予定です。別途ご案内いたします。
 - ✓当日少なくともご発表45分前には別途ご案内いたしますURLへアクセスして下さい。

- 現地へお越しの先生は、同所にて対面にて参加登録いたします。
 - ✓その際必ず e 医学会カードを忘れずに持参して下さい。
 - ✓参加証/領収書をその場で発行いたします。

- 演題発表は質疑応答も含め8分です。時間厳守をお願いします。

- PCのメモリ不足等により動画がスムーズに再生されない場合があります。
 - ✓動画自体のサイズ容量を予め落としておく等の対処をお願いします。

- 視聴参加者からの質問はチャットで行います。
 - ✓投稿された質問を座長が確認し、演者の先生方へ質問
→ 口頭にてご回答していただきます。

研究会当番幹事 北海道大学大学院医学研究院産婦人科学教室
工藤正尊・渡利英道

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 低侵襲手術センター 婦人科 齋藤裕司
tel 011-611-8111、fax 011-611-5820
saito.yuji.kz@mail.hosp.go.jp

共催 ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

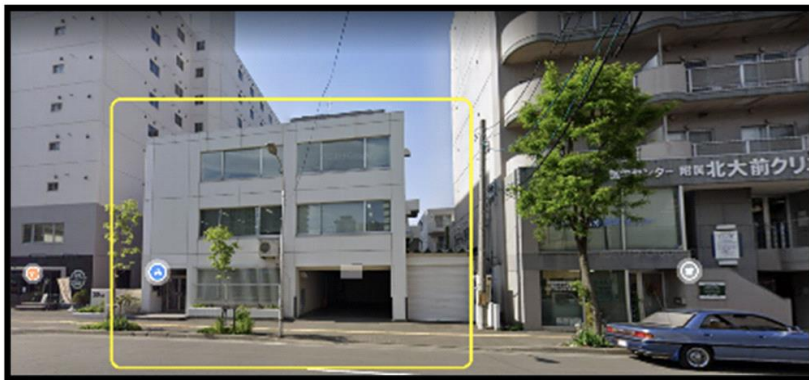
【札幌ラーニングスタジオご案内】

- 住所：〒001-0014 札幌市北区北14条西2丁目1-6 3階
- 最寄り駅： 地下鉄東豊線 北13条東駅から徒歩5分
地下鉄南北線 北12条駅から徒歩5分
札幌駅北口からタクシーで約3分

○案内図



○建物外観



入口は建物の左端を入っていただき、3F まで階段をお上がり下さい。

幹事会 11:30 ~ 12:30 (於 札幌ラーニングスタジオ)

開会挨拶 北海道大学大学院医学研究院 工藤正尊

特別講演 スポンサーセミナー (協賛 ジョンソン・エンド・ジョンソン社)

日本専門医機構単位 領域講習 13:00 ~ 14:00

座長 北海道大学大学院医学研究院 工藤正尊

『なぜ上手く剥離できない時がある？』

-Fascia から導く低侵襲-

富山県立中央病院 母子医療センター長・産婦人科部長

谷村 悟 先生

【ご略歴】

1990年 自治医科大学卒業 僻地診療所など富山県内で内科、産婦人科診療

2006年 富山県立中央病院産婦人科 医長

2010年 産婦人科部長

2019年 現職

【資格】

日本産科婦人科学会専門医・指導医

日本女性医学会女性ヘルスケア専門医・指導医

日本産婦人科内視鏡学会技術認定医(腹腔鏡、子宮鏡)

日本内視鏡外科学会技術認定医

日本がん治療認定医機構がん治療認定医

【役職】

日本産科婦人科内視鏡学会評議員・代表幹事

日本子宮鏡研究会常任世話人

日本骨盤臓器脱手術学会理事

日本女性骨盤底医学会幹事

産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編評価委員

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定審査委員会委員

セッション 1 症例報告・手術手技① 14:00 ~ 14:55

座長：斗南病院 逸見博文

1. 電気メス使用における基本外科手技の重要性
札幌医科大学 梅本美菜
2. 新しい Sealing Device の使用経験
北海道医療センター 内田亜紀子
3. 子宮鏡が診断・治療に有用であった OHVIRA 症候群の 2 例
NTT 東日本札幌病院 安宅真名美
4. 内腸骨動脈バルーンカテーテルを用いた一時的血流遮断により出血のリスクを抑え安全に子宮鏡手術を行えた Retained Products of Conception (RPOC) の 2 例
手稲溪仁会病院 小嶋一司
5. 最小限の出血量で TLH を完遂するための基靱帯と腔の切断法
白石産科婦人科病院 恐神博行
6. 尿管の同定方法と、腔管切開の工夫
～ 低侵襲手術を目指して
北見赤十字病院 倉 ありさ

セッション 2 教育・臨床研究 15:00 ~ 15:45

座長：手稲溪仁会病院 和田真一郎

7. 蛍光尿管ステントを用いた TLH
北海道医療センター 大隅大介
8. 非認定研修施設における婦人科内視鏡技術認定医取得への取り組み
製鉄記念室蘭病院 長尾沙智子

9. 自作の腹腔鏡トレーナーおよび Web 会議システムを利用した学生への遠隔指導の試み

北海道大学 藤井タケル

10. 慢性骨盤痛と腹腔鏡下手術

王子総合病院 秋江惟能

11. 当院における腹腔鏡下仙骨腔固定術の中期成績に関する検討

函館市立病院 萬 和馬

セッション 3 ロボット・悪性腫瘍 15:50 ~ 16:25

座長: 札幌医科大学 松浦基樹

12. ロボット支援下仙骨腔固定術の初期経験

王子総合病院 勘野真紀

13. 当院におけるロボット支援下单純子宮全摘術導入の初期成績の検討

旭川医科大学 板橋 彩

14. 当院での子宮頸癌 1B1 期における鏡視下(ロボットを含む)広汎子宮全摘術の検討

北海道がんセンター 見延進一郎

15. 子宮体癌におけるセンチネルリンパ節(SLN)の術中迅速診断に基づくナビゲーション手術の前方視的研究

北海道がんセンター 鈴木裕太郎

セッション 4 症例報告・手術手技② 16:30 ~ 17:20

座長: 白石産科婦人科病院 明石祐史

16. Myoma pseudocapsule 温存を意識した腹腔鏡下子宮筋腫
核出術

名寄市立病院 野澤明美

17. 当院における Truclear®システムを用いた子宮鏡手術の
使用経験

斗南病院 高崎和樹

18. 腹腔鏡下で2度にわたり再発腫瘤切除を行った腹膜
偽粘液腫の1例

釧路赤十字病院 米原利栄

19. 帝王切開瘢痕部妊娠のため異なる経過を辿った
2症例から学んだこと

札幌医科大学 和田 渚

20. 卵管膨大部妊娠で卵管切除後に同側残存卵管峡部双胎
妊娠を来した1例

砂川市立病院 櫻井愛美

21. 子宮内黄体ホルモン放出システムの除去困難例に対する
細径子宮鏡 BETTOCCHI®の有用性

斗南病院 池田詩子

閉会挨拶

北海道医療センター 齋藤裕司

抄録集

特別講演

スポンサードセミナー (ジョンソン・エンド・ジョンソン社協賛)

日本専門医単位機構 領域講習

なぜ上手く剥離できない時がある？ -Fascia で謎を解く-

富山県立中央病院 母子医療センター長・産婦人科部長 谷村 悟先生

腹腔鏡手術において膀胱や直腸などの剥離が難しい時がある。それは層を間違えたとか運が悪いわけではない。臓器間の fascia(疎な結合織)が変化しているためである。私たちは 4K カメラの精緻な画像により、骨盤内の fascia が変化することを初めて示した。うっ血や、不動、加齢、子宮内膜症はその要因である。その場合切離可能範囲は極めて狭くなり、テンションをかけても重要臓器とも距離が取り難い。近接した画像で構造を見極め、可能な限り繊細で低出力のエネルギーデバイスで切離していく必要がある。

骨盤臓器脱例では膀胱腔間の fascia が変化し、あわあわな層はしばしば消失し膜となっている。近接し見極めて切離する。ロボットの正確な鉗子は有用である。

子宮内膜症は腹膜の変化に目が行きがちだが、腹膜下の fascia をも変化させる。Fascia 自体が痛みの受容体を持ち、骨盤痛のみならず、周囲の fascia 変化により膀胱痛・頻尿・過敏性腸症候群の原因にもなり得る。子宮内膜症では発症部位のルールを知ることが必要である。なぜこの部位に？どう進展していくのか？を知るだけで手技は向上する。

子宮筋腫における myoma pseudo capsule(MPC)は正常筋層由来で、創傷治癒に必要であり温存した核出が望まれる。筋腫核出術でもこの層を見極めて剥離していく。MPC も fascia であり、変性筋腫では膜化し核出が困難になる。

Fascia(ファシア)は近年その多彩な機能が注目され、ヒト最大の臓器とも称される。臓器や血管の破格を学ぶように fascia の構造とその変化を知ることは手技の向上に寄与する。

セッション 1 演題 1

電気メス使用における基本外科手技の重要性

札幌医科大学 婦人科

梅本美菜、玉手雅人、和田 渚、鹿内智史、鈴木将裕、松浦基樹、齋藤 豪

近年米国内視鏡学会による e-learning プログラムなどでエネルギーデバイスの使用方法を学ぶことができるようになった。手術初学者は最初に電気メスを使うことが多いが、実はその使用方法が一番奥深い。切開が上手くいかない時、電気メスの特性を理解し基本的な外科手技を振り返る必要がある。今回腹腔鏡と開腹手術から電気メスによる切開と外科手技について考察した。

電気メスで切開を行う時に切開モードを用いるか凝固モードを用いるか、当てる強さはどのくらいかを術者の判断によって決める。さらに電気メスの本体が出力維持型か電圧維持型かによって切開するポイントは異なる。いずれにせよ、電気メス自体が高温となって切開している訳ではなく火花放電と電流密度をコントロールして切開を行うことが重要である。また電流密度を変化させる重要な要素として、基本的な外科手技である展開とトラクションが重要である。腹腔鏡手術は開腹手術と異なり、トラクションのかけ方が難しいことがある。しかし電気メスの特性と展開を学ぶことで、2本の鉗子で面を作りスムーズに切開できるようになった。従来よりも低出力で安全な設定で、かつ助手の上達にもつながる手術教育をしていきたい。

セッション 1 演題 2

新しい Sealing Device の使用経験

北海道医療センター 婦人科

内田亜紀子、宮川博栄、大隅大介、北村晋逸、齋藤裕司

当科では腹腔鏡手術での標準術式として2孔式手術を採用している。この2孔式手術は侵襲性と安全性のバランスに優れた Redeced Port Surgery であると考えているが、標準化するにあたり特殊な器具を用いず低コストであることも重要視しており、従来の術式と比較して必要な器械は同じかむしろ少ない。ポート数が少ないという制約のあるなかで安全に手術を行うためにはエネルギーデバイスの選択が重要であるが、どのデバイスを用いるかは術者と症例によりその都度選択しており、現在当科での決まった方針は存在していない。

今回エチコン社から手術用エネルギーデバイスのエンシール®の新製品、エンシール X1 Curved Jaw Tissue Sealer が新たに発売となった。先端の形状の鋭さや幅、サイズなどがよく考えられており、緻密な剥離操作が可能でかつ鉗子の役割も果たすため、助手の補助鉗子のない Redeced Port Surgery においては、エンシール X1 を使用すると術者の鉗子の出し入れを減らすことができるという大きなメリットがある。使用してみたところ、エンシール X1 と Redeced Port Surgery との相性は非常によいと思われた。実際の使用経験を報告する。

セッション 1 演題 3

子宮鏡が診断・治療に有用であった OHVIRA 症候群の 2 例

NTT 東日本札幌病院 産婦人科

安宅真名美、古来愛香、田淵雄大、二瓶岳人、寺本瑞絵

【緒言】OHVIRA (Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly) 症候群は、重複子宮、重複膣の片側膣閉鎖、患側腎欠損を生じる症候群である。頻度は 1/20,000 例とされ、完全型、不完全型に分類される。治療として閉鎖膣腔の開放を要するが、若年では入口部が狭く、膣鏡診が。今回我々は、経膣的内視鏡が診断・治療に有用であった 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】18 歳、性交歴なし。初経 11 歳。月経困難症を主訴に前医受診したが、疼痛改善なく、精査目的に当科紹介となった。MRI 検査にて、重複子宮、重複膣および左側膣拡張、左腎欠損を認めた。不完全型の OHVIRA 症候群を疑い、閉鎖左膣開窓術の方針とした。膣内より子宮鏡を挿入し右膣腔および右子宮口を観察。左側からの膨隆を確認した。左閉鎖膣内へ生理食塩水を注入し、左側膣腔をさらに膨隆させた後、開窓術を施行した。左膣内からは茶色出血の排出を認め、子宮鏡を用い膣洗浄を行い、左膣腔を確認。左子宮口の尾側に瘻孔を認めた。病理所見では患側からも重層扁平上皮を認め、不全型 OHVIRA 症候群の診断に至った。

【症例 2】15 歳、性交歴なし。初経 14 歳。初経後より月経困難症を呈し、前医受診。重複子宮、片側膣腔の腫大を認め、精査治療目的に当科紹介受診となった。MRI 検査にて、重複子宮、右側膣の拡張、右腎欠損を認め、経過より完全型 OHVIRA 症候群を疑い、右膣開窓術の方針とした。膣口より子宮鏡を挿入し、左膣内を観察。右側膣からの著明な圧排膨隆を認めた。膣中隔を開窓すると、右膣内からは貯留した暗赤色～茶色液が多量に排出された。子宮鏡を用い洗浄を行い、右膣および子宮内腔を観察した。左右膣腔の交通無く、完全型 OHVIRA 症候群と診断した。症例 1 同様、病理学的にも OHVIRA 症候群の診断にいたった。

【結語】OHVIRA 症候群における根治治療は膣壁開窓術による閉鎖膣腔の開放であることは言うまでもないが、完全型や不完全型でも若年発症の性交経験のない女性においては、膣腔が狭く、視野が限定的となりうる。経膣的内視鏡治療は、膣内の観察や、洗浄に非常に有用であり、本アプローチも選択の 1 つとなりうると思う。

セッション 1 演題 4

内腸骨動脈バルーンカテーテルを用いた一時的血流遮断により出血のリスクを抑え安全に子宮鏡手術を行いえた Retained Products of Conception (RPOC) の 2 例

手稲溪仁会病院 産婦人科

小嶋一司、小野洋輔、足立岳貴、小林雄大、小池和生、堀内美香、浅井聡子、島袋朋乃、松本沙知子、滝本可奈子、中谷真紀子、太田 創、中島亜矢子、福士義将、和田真一郎

産後や流産後に胎盤、絨毛組織などの一部が子宮内に遺残し変性、器質化したものを一括して Retained Products of Conception (RPOC) と呼称し、しばしば日常診療で遭遇する。多くは自然に消退し侵襲的治療を要さないが、一部症例においては豊富な血流を伴い、時に大量の性器出血を引き起こし治療に難渋する。今回我々は流産後の RPOC に対して両側内腸骨動脈バルーンカテーテル留置を行い子宮への血流をコントロールした上で子宮鏡手術を行い安全に治療しえた 2 例を経験したため報告する。

1 症例目は 24 歳、1 妊 0 産、自然妊娠後に妊娠 9 週で稽留流産と診断され前医で子宮内容除去術を実施された。術後、子宮内に遺残を認め 1 か月を経てなお消失しないため当院へ紹介となった。経膈超音波検査で子宮内腔に血流豊富な長径 13.9mm の遺残組織と考えられる腫瘤を認め、造影 CT でも同部に造影効果を認め出血リスクが高いと考えられた。両側内腸骨動脈バルーンカテーテル留置を行い子宮への血流を一部遮断した上で子宮鏡手術を行い、遺残組織を摘出した。

2 症例目は 41 歳、3 妊 1 産、タイミング法にて妊娠成立も妊娠 12 週時点で胎嚢しか確認できず前医で稽留流産として子宮内容除去を実施された。術後 1 か月ほどで自宅にて大量の性器出血があり当院を受診した。経膈超音波検査にて子宮内腔に長径 16mm の遺残組織と考えられる腫瘤を認め、造影 CT で子宮内に extravasation を認めた。尿バルーンカテーテルを子宮内に留置し圧迫により一時的に止血を得た。入院 4 日目に前症例と同様に子宮への血流遮断の上で子宮鏡手術を行った。

いずれの症例も出血は少量であり術後病理結果は RPOC であった。出血のリスクが高い RPOC に対する両側内腸骨動脈バルーンカテーテルを併用した子宮鏡手術は、低侵襲かつ有用な治療であると考えられる。

セッション 1 演題 5

最小限の出血量で TLH を完遂するための基靱帯と腔の切断法

白石産科婦人科病院

恐神博行、鈴木利理、杉尾明香、明石祐史

【諸言】

TLH で出血を起こし易い箇所はいくつかあるが、基靱帯と腔の切断はその一つである。筋腫の位置、大きさや、BMI 等によってこの部位の血管の太さや本数にはかなりの個人差があり、TLH において最も出血量に差が出易い箇所と考えられる。症例を問わずここでの出血を抑えることは可能だろうか。

【方法】

子宮頸部周囲の血管走行のイメージを図に示す。

- ①Latzko と岡林の直腸側腔を広く展開し、基靱帯血管周囲の結合織をできるだけ切除しておく。
- ②腔前壁を超音波凝固切開装置で切開する。
- ③膀胱から流入している数本の血管をバイポーラで焼灼したのち切断する。
- ④腔後壁を切開して仙骨子宮靱帯まで延長していくが、その周囲に肉眼的に出血しそうな血管があれば焼灼してから切断する。
- ⑤腔壁に鉗子の先端を沿わせるように基靱帯血管を把持し、バイクランプで焼灼したのち切断する。
- ⑥切断した血管束を把持したまま血管の切断面に焼灼を加え、その内側の血管やまだ焼灼できていない腔動脈と深子宮静脈をバイポーラで焼灼し切断する。
- ⑦その他にも肉眼的に出血しそうな血管があればその都度焼灼・切断を繰り返していき腔全周を切開する。

【動画】

当院で行った手術動画を供覧する。

【結語】

子宮頸部周囲の血管走行を理解し、各々の血管切断前に十分な焼灼を加えることにより、出血量を最小限に抑えた TLH を完遂することができる。

セッション 1 演題 6

尿管の同定方法と、腔管切開の工夫～低侵襲手術を目指して～

北見赤十字病院 産婦人科¹ 札幌医科大学 婦人科²

倉 ありさ¹、金 美善¹、山下真祐子¹、北 香¹、根岸英明¹、水沼正弘¹、齋藤 豪²

尿管の同定は、TLHIにおいて必要不可欠なタスクである。このタスクを安全にかつ最小限の出血で迅速に施行できると手術はスムーズの行うことができる。

側方アプローチの場合、円靭帯・広間膜の切開から後葉に沿って骨盤底へ丁寧な膜一枚一枚の剥離を続けることで、多くの場合尿管の同定が可能となる。この際に重要であることはあきまで後葉を膜一枚のみ残し剥離を進めるところにある。

また脂肪組織は可能な限り骨盤側へ残しながら剥離することで、尿管の伴走血管を傷つけず尿管に一枚の膜を残すことが可能となる。剥離に際してはモノポーラーのスパチュラ型を用いることで繊細な主義が可能となる。また腔管切開に当たっては、どのデバイスを用いるか、どこから切開を始めるかなどそれぞれの施設で工夫がなされている。

当科ではプラスチック製の腔円蓋協調カップ並びに腔パイプを用いていることからモノポーラーとエネルギーデバイスを使い分けて施行している。

腔管切開は、前方及び後方を約 1/3 ずつモノポーラーにて切開した上で、側方のいわゆる 2 時～4 時方向、8 時～10 時方向をエネルギーデバイスを用いて切開する方法をとっている。そうすることで腔管からの出血を最小限にすることができると考えている。

エネルギーデバイスを用いない場合はバイポーラー鉗子とモノポーラー鉗子を両手に持つことで、腔管の出血点を即座に止血出来るため有効と考える。

当科で行っている手術の実際について動画を供覧して工夫について述べたい。

セッション 2 演題 7

蛍光尿管ステントを用いた TLH

北海道医療センター 婦人科

大隅大介、内田亜紀子、宮川博栄、北村晋逸、齋藤裕司

子宮に大きな頸部筋腫がある症例の TLH では、尿管走行の同定が困難であったり子宮マニピュレーター留置ができず、また子宮を頭側に挙上しにくいいため手術操作に難儀することがある。今回われわれは、子宮頸部に 10cm 大の筋腫がある症例の TLH を蛍光尿管ステントを用いて完遂した。

事前に想定したとおり子宮マニピュレーターは留置できず、子宮を頭側に挙上することは困難だったが、蛍光尿管ステントを用い尿管走行の詳細を把握できたことにより安全に手術完遂できたため、この症例を報告するとともに、腹腔鏡手術における蛍光尿管ステントの有用性について考察する。

用いた蛍光尿管ステントは Cardinal Health 社の NIRC 蛍光尿管カテーテル、内視鏡は OLYMPUS 社製 10mm 径硬性鏡と同社の高輝度光源装置 CLV-S200-IR を使用した。

術中、尿管走行を同定するため白色灯と IR 観察モードを切り替えながら手術操作を行なった。特に筋腫がある子宮頸部の左側では、筋腫に張り付くように走行している尿管の走行や、子宮動脈、傍腔結合組織、腔管と偏位した尿管の位置関係を正確に把握できたため、極めて安全に切開や凝固止血、縫合などの操作を行うことができた。

蛍光尿管ステントのコストの問題や、手術前にステント留置する煩雑さなどの課題はあるものの、尿管走行を同定しにくい難症例においては非常に有効な手術器具であると考えられる。

セッション 2 演題 8

非認定研修施設における婦人科内視鏡技術認定医取得への取り組み

製鉄記念室蘭病院 産婦人科¹ 札幌医科大学 婦人科²

長尾沙智子¹、有元千紘¹、堀 清貴¹、山崎智子¹、玉手雅人²、高田さくら¹、
松浦基樹²、齋藤 豪²

近年婦人科腹腔鏡下手術は一般化し、地方病院でも安全性の担保された腹腔鏡下手術が求められる。腹腔鏡下手術を学ぶ中でひとつの目標となるのが婦人科内視鏡技術認定医であるが、研修施設認定や指導の点から地方病院で取得を目指すのが難しい場合もある。今回非認定研修施設在籍中に技術認定医取得した経験をもとに、その過程と学習方法を検討する。

申請年度までに認定研修施設在籍期間もあったため申請資格はクリアしていたものの、大学院で臨床から離れていたこともあり手術技術の向上が一番の課題であった。2020年4月から技術認定医不在となり、コンスタントな指導を受けられるよう大学病院からの出張を依頼した。技術認定医の指導により安全で確実な手術と下記の学習が可能となり、また後進の後期研修医の腹腔鏡手術技術も向上している。

手術の学習方法としては、手術の前後に十分な準備と振り返りを行った。術前には過去の動画から改善点を確認し、ドライボックスで臍断端縫合を想定した縫合結紮トレーニングを行い、症例の画像や既往歴から手術のストラテジーをイメージしてから臨んだ。術式は定型化し同じ器械、同じ手順での手術を心掛けた。手術中に受けた指導や反省点を言語化してまとめ、動画を振り返り到達点の確認と次の手術への課題を検討した。また、実際の手術での学習を繰り返すことで、セミナーや教科書の理解がより深まったと考えられる。コロナ禍においてセミナーや学会の Web 開催が増加し、地方からでも参加可能となり学習の機会に恵まれたことも良かった点のひとつである。

技術認定審査を意識して行った2020年9月から2021年2月までのTLH12件の手術時間は平均158.9分であり、それ以前の平均172.7分と比べて短縮した。その後も学習を継続し2021年9月現在までの11件では手術時間のばらつきが減少し平均時間も125.7分と短縮している。実感としても手術手技の理解が深まり、後輩への指導や開腹手術にも繋がっていると感じている。

腹腔鏡手術の修練において限られた症例から多くのことを効率的に学ぶには、十分な準備と振り返りが重要と考えられた。非認定研修施設在籍中ではあったが技術認定医の出張により手術の質を担保しながら修練を行うことができた。

セッション 2 演題 9

自作の腹腔鏡トレーナーおよび Web 会議システムを利用した学生への遠隔指導の試み

北海道大学 婦人科

藤井タケル、工藤正尊、井平 圭、金野陽輔、加藤達矢、渡利英道

これまで我々は、学生の実習を対面での講義やハンズオンでの手技の指導、院内実習等を組み合わせて行っていた。しかし、新型コロナウイルス感染の拡大により、2020 年 4 月より実習をオンラインへ移行する必要が生じた。講義と異なり、手技に関しては対面での指導に代わる手段を考えねばならなかった。現在多くの診療科で腹腔鏡手術が普及しているが、婦人科も腹腔鏡手術の割合が多くなり、指導を存続できないか考えた。

現在流通しているドライボックスを用いた場合に問題となる点としては ①照明やカメラの位置・画質・配置で各人の見る画面に差が出ること ②器具のメンテナンスや故障の際の対応 ③練習内容に幅を持たせる為に底板の構造は拡張性があつた方が良い、等が考えられ、これらは自作のトレーナーで対応出来ると考えた。複数の試作品を製作し、最終的には木製のバスチェアをベースとして、ポートを刺入するアクリル板、照明器具・小型のアクションカメラを取り付け、底板は両面使用できるように加工したものを配布した。電源は集約し、1 つのコンセントを刺すだけで照明・カメラが起動し、HDMI ケーブルをモニタに接続すれば練習を開始出来る構造になっている。

Web 会議システム(WebEx®)を用いて指導者側は手技の手本を見せ、鉗子操作や縫合・結紮の指導を行った。各学生の Web カメラで画面を写してもらい、個人ごとにコツや改善点などをアドバイスした。指導は週に 1 度、1 回 1 時間程度であったが、実習期間中は家に据え置くので、自主練習によりむしろリモート以前より多く鉗子に触れることが出来た、という声もあった。実習終了時は各学生にアンケートで感想・改善点を募っており、今後も更なるブラッシュアップを図っていく予定である。

セッション 2 演題 10

慢性骨盤痛と腹腔鏡下手術

王子総合病院 産婦人科

秋江惟能、工藤ありさ、中陳哲也、勘野真紀、野村英司

【目的】慢性骨盤痛は 6 か月以上持続する骨盤領域の痛みと定義され、成人女性の 2～10%に認めるといわれている。婦人科的には子宮内膜症が原因となることが多いが、原因不明とされることも多い。今回我々は薬物療法で疼痛コントロールが骨盤痛症例で、事前にその原因が特定されていない症例に対して腹腔鏡下骨盤腹膜切除を行った症例において、その有効性を検討した。

【対象】慢性骨盤痛を主訴に当科を受診し、原因が特定されていない症例で、骨盤腹膜切除を中心とした腹腔鏡下手術を施行し、手術前の最も強い疼痛を基準として(0-10の範囲で10)術後疼痛が5以下になった場合を有効としたスコアリングも行った20例を対象とした。

【結果】術後の骨盤痛が50%以上改善した(10段階で5以下)となった症例は20例中15例であった。術後に追加治療が必要となったのは8例で、NSAIDs6例とジエノゲスト2例、低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬(LEP)1例(NSAIDs群と重複、併用)であった。

【結論】慢性骨盤痛患者に対して、腹膜切除を行い改善が認められた。骨盤腹膜切除は内臓痛覚神経の切除により除痛を得られると考えられ、薬物療法の効果が乏しい慢性骨盤痛患者には有効な治療法となり得ることが示された。

セッション 2 演題 11

当院における腹腔鏡下仙骨腔固定術の中期成績に関する検討

函館市立病院 産婦人科

萬 和馬、伊藤嵩博、浅野拓也、山下 剛

【緒言】骨盤臓器脱に対する手術療法として腹腔鏡下仙骨腔固定術(LSC : Laparoscopic sacral colpopexy)が 2014 年に保険収載され、新たな治療法として広く普及されてきている。当術式は再発率が低い一方で、腔と膀胱・直腸間の剥離や総腸骨動静脈近傍での縫合など比較的高い技術力が求められ、またメッシュ露出など特有の周術期合併症も存在する。当院は 2020 年より LSC を開始しており、今回中期成績について検討したので報告する。

【結果】当院は 2020 年1月より LSC を開始し、現在までに 11 例を経験した。患者の平均年齢は 73 歳、平均 BMI は 25.4、POP-Q スコアは stage2 が2名、stage3 が6名、stage4 が3名だった。平均手術時間は 216 分、平均出血量は 12ml で、膀胱損傷や大量出血など術中合併症は認めなかった。術後合併症ではメッシュ露出は認めなかったが、術後より便秘となった症例が改善したものも含め4例認めた。術後再発は腔断端脱の症例で1例認めた。

【考察】LSC は低侵襲であるが比較的難易度の高い手術であり、手術時間が長くなる点がデメリットである。LSC のラーニングカーブは 18-24 症例必要とされる報告もあり、手術時間に関しては更に短縮できる余地が残されていると考える。また、腔断端脱症例に対しても LSC は良い適応であるが、今回我々は術後1か月で膀胱瘤の再発を経験した。膀胱損傷に注意しつつ膀胱腔中隔を十分に剥離することが膀胱瘤の再発を防ぐためには重要であるが、相応の解剖理解と技術力が求められる。

【結論】今回当院における LSC の中期的成績を検討した。再発率が低く優れた術式であるが、自らの技術力と患者の合併症などから適応となる症例を慎重に判断する必要がある。

セッション 3 演題 12

ロボット支援下仙骨腔固定術の初期経験

王子総合病院 産婦人科¹ 北海道大学大学院医学研究院 産婦人科学教室²

勘野真紀¹、中陳哲也¹、工藤ありさ¹、秋江惟能¹、工藤正尊²、野村英司¹

【目的】当科では 2020 年 2 月からロボット支援下子宮全摘術を行っている。メンバー全員が少しずつロボットシステムに慣れてきた段階の 2021 年 5 月からロボット支援仙骨腔固定術 (Robot-assisted sacrocolpopexy; RSC) を 3 例経験したので報告する。

【対象と方法】対象は、2021 年 5 月から当院で施行した RSC 3 例。da Vinci®X サージカルシステムを用いて、ポート 4 本と左下腹部に助手用ポート 1 本を設置し施行した。使用インストゥルメントはフェネストレイテッドバイポーラ、カーブドシザーズ。ベッセルシーラー、スーチャーカッタージニードルドライバー、0° カメラ、骨盤高位は 20-25 度で設定とした。第 1 助手は産婦人科専門医。手術内容や手順は 2016 年から施行している腹腔鏡下仙骨腔固定術 (Laparoscopic sacrocolpopexy; LSC) と同様に、子宮上部切断+両付属器摘出+前壁のみにメッシュを留置するシングルメッシュ法を基本とした。年齢、BMI、POP-Q スコア、手術時間、出血量、合併症について、同一術者が 2016 年から現在まで施行した LSC 15 例と比較検討した。

【成績】RSC 群と LSC 群の年齢平均は 64 歳/62 歳、BMI 平均は 24.3/25.3、POP-Q スコアはⅡ度 0/1、Ⅲ度 3/11、Ⅳ度 0/3、手術時間平均は 248 分/210 分、コンソール時間平均 183 分、出血量平均は 7g/33g。RSC 群に術中術後合併症は認めなかった。

【結論】RSC を安全に施行することができた。RSC の方が LSC より手術時間は延長したが、今後さらに短縮できる可能性がある。

セッション 3 演題 13

当院におけるロボット支援下单純子宮全摘術導入の初期成績の検討

旭川医科大学 産婦人科

板橋 彩、寶田健平、市川英俊、高橋知昭、片山英人、加藤育民

【目的】2018年4月より子宮良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術と子宮体癌に対するロボット支援下子宮体癌手術が保険適用になった。これに伴い当院でも2019年9月より子宮良性疾患に対しロボット支援下单純子宮全摘術を導入した。これまでの症例を検討したので報告する。

【方法】2019年9月～2021年9月に施行したロボット支援下单純子宮全摘術29例について検討した。保険認定施設の認定取得までの5例は、当院高難度医療管理センターの承認のもと、新規治療としてのインフォームドコンセントを得た症例に対して手術を行った。

【成績】平均年齢は46.2歳(35～72歳)、BMI24.1(17.8～35.1)、平均手術時間は189.4分(123～276分)、平均コンソール時間は143.2分(85～187分)、平均出血量26.6ml(0～113ml)、平均摘出子宮重量202.4g(42～388g)であった。周術期に輸血を要した症例や、重篤な合併症を発症した症例はなかった。初回のみda Vinci Siで2例目からはda Vinci Xiを使用した。また初回のみ他大学よりプロクターを招聘した。当初はカメラポートを恥骨上20cm(臍上3～4cm)にopen法で設置し、ドーム状にポートを配置していたが、9例目はカメラポートを臍部に設置し、一直線にポートを配置するようにした。10例目は臍部にEZアクセスを置いてカメラポートとアシスタントポートを設置し、4孔で行った。

【結論】ロボット支援下单純子宮全摘術を安全に導入することができた。極めて良好な視野、座ってできることによる術者のストレス軽減、鉗子の関節機能により繊細な手術が可能なのはロボット支援下手術の大きな利点であった。今後は子宮体癌に対するロボット支援下手術導入を予定している。

セッション 3 演題 14

当院での子宮頸癌 I B1 期における鏡視下(ロボットを含む)広汎子宮全摘術の検討

北海道がんセンター 婦人科

見延進一郎、鈴木裕太郎、山田竜太郎、簗輪 郁、藤堂幸治、加藤秀則

【目的】初期子宮頸部浸潤癌における鏡視下広汎子宮全摘術の実施妥当性を検討する。

【方法】2007 年 1 月より 2018 年 12 月の間に北海道がんセンターで治療を行った子宮頸癌 787 例のうち、初回治療として広汎子宮全摘術(広汎子宮頸部切除術)および所属リンパ節摘出を行った、FIGO2008 分類 I B1 期(画像上リンパ節腫大なし)の 210 例を背景とし、カルテ調査に基づく後方視的検討を行った。種々のアウトカムは開腹手術群(O 群)160 例と鏡視下手術群(R 群)50 例で比較を行った。

【結果】年齢中央値 43 歳、組織型は扁平上皮癌 133 例(63%)、77 例(37%)であった。リンパ節転移は 12%に認められた。腫瘍径中央値は 19mm であった。年齢、BMI、腫瘍径、組織型、リンパ節転移頻度、既往円錐切除の頻度、追跡期間、高度神経因性膀胱出現頻度、再発率、死亡率は両群間に差を認めなかった。R 群で脈管侵襲陽性例が有意に少なく(46% vs. 20%, $P=0.01$)、術後治療の追加例が少なかった(39% vs. 24%, $P=0.046$)。手術時間は R 群で有意に長かった(292 分 vs. 459 分, $P<0.0001$)が、出血量は有意に少なく(667cc vs. 173cc, $P<0.0001$)、入院期間が短かった(26 日 vs. 16 日, $P<0.0001$)。

【結論】初期子宮頸部浸潤癌において、鏡視下広汎子宮全摘術の実施妥当性の余地がある可能性が示唆された。

セッション 3 演題 15

子宮体癌におけるセンチネルリンパ節(SLN)の術中迅速診断に基づくナビゲーション手術の前方視的研究

北海道がんセンター 婦人科

鈴木裕太郎、山田竜太郎、簗輪 郁、見延進一郎、藤堂幸治、加藤秀則

【目的】子宮体癌症例において SLN ナビゲーション手術の有用性を前方視的に検討する。

【方法】対象はリンパ節転移スコア(Am J Obstet Gynecol 2003, Gynecol Oncol 2007, Gynecol Oncol 2013)で 0 または 1 点と診断された子宮体癌患者.SLN の同定には Tc99m フチン酸-ガンマプローブ及びインドシアニングリーン-Photo dynamic eye を、術中診断には Tissue rinse liquid-based cytology (TRLBC)法を用いた。SLN 腫瘍細胞陰性の場合には系統的リンパ節郭清を省略した。永久標本で肉眼/微小転移の場合に転移陽性と定義した。サンプルサイズはリンパ浮腫非発生率で算出した。閾値非発生率 92%、期待非発生率 97%に設定、 α エラー 0.05、検出力 0.9 で 178 例と計算した。

【結果】試験登録 178 例における lymph node status の最終診断は陽性 13 例、陰性 160 例(同定失敗 5 例)であった.SLN の同定は両側成功 152 例、片側成功 21 例、失敗 5 例であった。失敗例のうち 1 例はバックアップのリンパ節摘出により肉眼転移が確認された。系統的リンパ節郭清を併用した症例は 37 例であった。TRLBC 法の感度は 100%、特異度 98%であった。追跡期間中央値は 18 か月で、再発は 4 例のうち 2 例は SLN 転移陰性のため郭清を省略したがリンパ節再発はない。リンパ浮腫発生は 5 例でこちらは全例が系統的郭清(SLN 転移陽性)を受けていた。

【結論】リンパ節転移スコア 0-1 点の体癌に対し SLN ナビゲーション手術は実臨床で安全に実施できる可能性がある。

セッション 4 演題 16

Myoma pseudocapsule 温存を意識した腹腔鏡下子宮筋腫核出術

名寄市立総合病院 産婦人科

野澤明美、酒井美穂、石田久美子、竹内 肇、大石由利子

【はじめに】

Myoma pseudocapsule (以下 MPC と呼ぶ) は、子宮筋腫周囲の筋層に生じる厚さ数ミリの疎な結合織である。MPC には血管や神経が豊富に含まれ創傷治癒に重要な役割を果たすと言われている。MPC を温存することで創傷治癒が促進され将来の妊娠時の子宮破裂のリスクを減らすとされている。腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (Laparoscopic Myomectomy: 以下 LM と呼ぶ) は妊孕性温存を目的とした術式であり、その後の妊娠において周産期合併症を起こさないようにしなければならない。そのためには MPC を子宮側に極力温存し、筋層を確実に縫合することが求められる。

【方法】

当院では LM は主に左立ちの平行法で行っている。平行法は術者の脇が締まった状態で縫合操作を行えるため、手技が安定し疲労しにくく縫合回数の多い LM に適している。また筋力が持続しない女性の術者にも適している方法である。筋層切開には超音波メスを用いる。筋腫の接線方向と垂直に筋層切開を行い筋腫核に達するまで深めに切り込む。筋腫核が露出したらミオームボーラーを筋腫核に差し込み、頭側に牽引しながら MPC を筋腫核より剥離し核出を行う。MPC の内側で核出操作を行えばあまり出血させずに核出できる。筋層縫合は Layer to Layer による多層縫合を行い確実に筋層を再形成する。この際に死腔ができると血腫の原因となるため死腔を作らないように縫合することが重要である。また縫合に時間を要すると出血量が増えるため迅速に縫合することが望ましい。縫合の際に3D カメラを用いると縫合糸や構造物が立体的に見え縫合がスムーズに行える。当院の LM の手順についてビデオを供覧し解説する。

【結論】

筋腫の剥離操作では MPC を極力温存するように意識することが重要である。MPC を含め Layer to Layer に筋層を確実に縫合することで良好な創傷治癒が得られ、その後の妊娠予後を改善させる可能性がある。

セッション 4 演題 17

当院における Truclear®システムを用いた子宮鏡手術の使用経験

斗南病院 婦人科・生殖内分泌科¹ 札幌エンドメトリウムリサーチ²

高崎和樹¹、逸見博文¹、池田詩子¹、遠藤俊明¹、東口篤司²

【緒言】Truclear®システムは、シェーバーをスコープ内に挿入し作動することで、子宮腔内病変を破碎して切除・吸引する子宮鏡手術システムである。当院では 2021 年 1 月の導入以来、32 症例の Truclear®を用いた子宮鏡手術を施行しており、これまでの使用経験について報告する。

【対象】2021 年 1 月から同年 7 月までに当院で Truclear®を用いた子宮鏡手術を施行した 16 例を対象とした。

【手術手技】手術は全身麻酔で、経腹超音波ガイド下に行っている。Truclear®の挿入が困難と予想される場合には、術前にヘガール頸管拡張器5番まで挿入して、子宮頸管拡張を行う。灌流液は生理食塩水を使用し、子宮から 70-100cm の高さに設置している。硬性子宮鏡は Medtronic Covidien 社製の The Truclear® hysteroscopic Tissue Removal System を使用し、モルセレーターに使用するブレードは Soft tissue shaver mini を使い、回転数 1500rpm、吸引圧 30kPa で使用している。吸引・除去した摘出物は、キャニスタ内の回収バッグに回収し、手術終了後に病理検査に提出する。

【結果】Truclear®を使用した子宮鏡手術の内訳は、子宮内膜ポリープ切除術 24 例、子宮内膜ポリープ切除術＋子宮粘膜下筋腫核出術＋子宮内癒着症 1 例、子宮内膜ポリープ切除術＋腹腔鏡手術7例であった。平均年齢 36.6 歳(25-47 歳)、子宮鏡下内膜ポリープ切除術のみ施行した 24 例の平均手術時間は平均 17.7 分(6-35 分)であった。術中出血量はいずれの症例も少量であり、術後に鎮痛剤を使用したのは 1 例のみであった。31 例の術後経過は良好であったが、子宮頸管ポリープを同時に切除した1例では、術後 1 日目に出血多く、子宮動脈塞栓術などの処置を必要とした。

【結論】 Truclear®を使用した子宮鏡手術は手技が簡便で、手術時間も短縮することができ、ほとんどの症例で重篤な合併症も認められず、臨床的に有用であると考えられる。

セッション 4 演題 18

腹腔鏡下で2度にわたり再発腫瘤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

米原利栄、東 正樹、吉増崇志、鈴木 凜、上田あかね、前田悟郎、東 大樹、
青柳有紀子、山口辰美

【はじめに】腹膜偽粘液腫は、腹腔内に粘液性腹水および腫瘤が充満する病態であり、腹部膨満を主訴とする。緩徐に経過するが再発を繰り返し、根治が困難である。このたび腹膜偽粘液腫の腹式病巣切除を行ったのちに、2度にわたって再発した病巣を腹腔鏡下で摘出した一例を報告する。

【症例】61歳、52歳閉経、2経産。腹部膨満を主訴に近医内科受診し、CTにて巨大骨盤内腫瘤を認め、婦人科疾患を疑われ当科紹介となった。腹水貯留もあり穿刺するも粘液様であり、細胞診で腹膜偽粘液腫の可能性が示唆された。腹式で可及的腫瘤切除＋単純子宮全摘＋付属器摘出＋大網切除＋虫垂切除術を行った。肉眼的に腫瘤はゼリー状粘液が大半を占め、右後腹膜から発生していた。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か月後に腔断端に再発巣と思われる腫瘤を認めた。患者はBMI36の高度肥満であり、腫瘤はφ5cm大の孤立性腫瘤であったことから腹腔鏡下で腫瘤切除を行い、手術終了時に腹腔内にCDDPを投与した。しかしさらにその1年8ヶ月後に再び同部位に腫瘤の再発を認めたため、同様に腹腔鏡下で腫瘤摘出を行った。その後は現在まで再発なく経過している。

【まとめ】腹膜偽粘液腫の標準治療は腹膜切除を含めた可及的な腫瘤切除と専門施設での腹腔内温熱化学療法とされる。しかしそれでも再発例が多いとの報告がある。再発巣が孤立性で小さければ、本症例のように、腫瘤を低侵襲手術により反復切除する方法も低悪性度腫瘍治療の一助になり得ると考える。

セッション 4 演題 19

帝王切開癒痕部妊娠のため異なる経過を辿った2症例から学んだこと

札幌医科大学 婦人科

和田 渚、玉手雅人、篠原由梨、西村庸子、磯山響子、松浦基樹、齋藤 豪

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠 (Caesarean Scar Pregnancy: CSP) は、既往帝王切開癒痕部に着床する異所性妊娠である。胎嚢が成長するとともに、子宮筋層の菲薄化した着床部位が破裂し、大量出血を合併するため母体の慎重な管理が必要である。今回我々は、CSP に対して子宮全摘に至った症例と1期的修復術を施行した症例から妊娠前の治療の重要性に関して考察した。

【症例】摘出症例は、帝王切開1回既往の 30 代女性で、体外受精にて妊娠したが、CSP の診断となり当院に紹介となった。妊孕性温存を希望されたが性器出血が持続し子宮動脈塞栓術を行う方針となった。塞栓中にもバイタルが変動したため、子宮全摘術の方針となった。腹腔鏡下子宮全摘術を施行して術後 4 日目に退院となった。温存症例は、30 代女性、過去に CSP に対する経腔操作で子宮穿孔の既往があった。その時、腹腔鏡にて止血・縫合術を施行されており、今回 2 度目の CSP の診断に対して当院に紹介された。妊孕性温存希望であり、動脈塞栓やバルーンカテーテルをスタンバイして腹腔鏡による治療を選択した。術後問題なく、妊娠許可して経過観察中である。

【考察】CSP の発生頻度は、分娩 1 万件に対して 2.7~4.5 例、帝王切開1万件あたり 15~19 例と報告されている。一般的に妊娠早期に絨毛成分の筋層への浸潤が起こるとされているが、既往帝王切開後は、癒痕部に直接的に絨毛成分が浸潤するため、子宮破裂や大量出血のリスクが高くなる。今回、両症例とも Type II (帝王切開癒痕部創欠損部から子宮筋層内に深く浸潤) の CSP であったが出血の有無が鍵を握る結果となった。現在、術前治療のコンセンサスはないが、帝王切開癒痕部が菲薄化した症例の中には術前治療によって周産期リスクを低減できる症例が存在すると考える。妊孕性温存の可能性を考慮して慎重に考えてゆきたい。

セッション 4 演題 20

卵管膨大部妊娠で卵管切除後に同側残存卵管峡部双胎妊娠を来した 1 例

砂川市立病院 産婦人科

櫻井愛美、宇田智浩、佐藤元哉、佐野友宇子、山下陽一郎、津田加都哉

【緒言】卵管異所性妊娠のうち、峡部妊娠は 12%、間質部妊娠は 2%と稀であり、卵管切除後に同側卵管異所性妊娠の発生はさらに稀である。今回、卵管膨大部妊娠で卵管切除後、同側卵管峡部双胎妊娠を来し、腹腔鏡下手術施行となった 1 例を経験したので報告する。

【症例】38 歳、G4P0SA2。36 歳時に右卵管膨大部妊娠のため当院にて腹腔鏡下右卵管切除術施行となった。その際わずかに卵管峡部が残存していた。その後他院で生殖補助医療を受け、今回凍結胚移植が行われた。妊娠 5 週 6 日、子宮内に胎嚢確認できず、右付属器領域に 10mm 大の 1 つの胎嚢および 2 個の卵黄嚢様構造物を認めたことから異所性妊娠が疑われ当院紹介となった。自覚症状なく全身状態も落ち着いていたことから着床部位の精査目的に同日入院管理とした。妊娠 6 週 1 日、右卵管角に 16mm 大の MD 双胎の胎嚢および胎児心拍が確認され、間質部もしくは峡部への双胎妊娠と判断し同日臨時手術の方針とした。手術開始すると妊娠部位はすでに破裂している状態であったが卵管峡部妊娠と考えられた。

子宮筋層と卵管妊娠部との境界が認識できたため、同部位に 200 万倍バソプレシンを局注し、異所性妊娠部を切除した。一部筋層に切り込んだ状態となったため、同部位の縫合を行い手術は終了した。術後貧血は認めしたが、問題なく退院された。術後 hCG の低下はやや緩徐ではあったが、術後 38 日目に陰性化が確認できたため、再度生殖補助医療機関へ紹介となった。

【考察】卵管切除後に同側卵管の間質部や峡部に妊娠することは国内でも数例報告を認める。また、異所性妊娠は生殖補助医療の進歩、変化に伴い増加も指摘されており、今後も増加する可能性はある。卵管切除後の同側卵管妊娠の発生予防に関する報告は少なく、確実な予防法は報告されていない。卵管切除後も同側卵管妊娠となる可能性を考慮した上で診療にあたることが大切と考えられる。

セッション 4 演題 21

子宮内黄体ホルモン放出システムの除去困難例に対する細径子宮鏡 BETTOCCHI®の有用性

斗南病院 婦人科・生殖内分泌科

池田詩子、逸見博文、高崎和樹、遠藤俊明

【背景】子宮内黄体ホルモン放出システム(ミレーナ®)は、2014年9月に月経困難症や過多月経に対して保険適応となり普及が進んでいるが、その効果は約4~5年間で、装着後5年を超えないうちに除去又は交換する必要があり、挿入したミレーナを除去・交換する機会も増えてきた。一方で、子宮腔内でのミレーナの位置が変化すること等により、ミレーナの除去糸が確認できなくなり、除去困難となっている症例も散見される。今回、他院で挿入したミレーナ除去困難例に、細径子宮鏡のBETTOCCHI®を用いて、外来で無麻酔でも苦痛なく除去しえた症例を経験したので報告する。

【症例】33歳4妊2産。2017年6月、A医院にて月経困難症の治療目的でミレーナを挿入。2019年、CIN3にてB病院で円錐切除術を実施。2021年6月、月経痛の増強があり、A医院でミレーナの交換を試みたが、除去糸が確認できず、ペアンで子宮頸管内を探索するも痛みも強く除去できず、B病院に相談したが、入院し麻酔下での処置が必要と説明され、入院は困難とのことで、2021年7月、A医院から当院へ紹介受診された。子宮口は円錐切除後で変形していたが、外子宮口は同定でき、軟性子宮鏡で子宮内を観察。ミレーナの除去糸が完全に子宮腔内に入り込んでおり、ペアン等で盲目的な除去は困難と判断。BETTOCCHI®子宮鏡に切り替えて、頸管の屈曲と子宮鏡先の口形と角度を考慮しながら子宮鏡を挿入し、バイオプシー把持鉗子を用いて除去糸を把持し、子宮鏡とともにミレーナを抜去した。無麻酔でも患者の苦痛はほとんどなかった。本症例は再挿入を希望されたため、引き続き新しいミレーナを挿入した。

【結語】BETTOCCHI®は、処置用シース径4.9mm、持続灌流式検査用シース径5.5mmと細く、頸管拡張を必要とせず無麻酔で検査・処置が行うことができる子宮鏡で、本症例のような除去困難例も入院せずに安全・低侵襲にミレーナの除去が可能である。

北海道産婦人科低侵襲手術研究会 規約

総則

(名称)

本会は北海道産婦人科低侵襲手術研究会と称し、その運営は本規約の定めるところとする。

(事務局)

第2条 本会の事務局を独立行政法人国立病院機構北海道医療センター・内視鏡手術センター婦人科に置く。

目的および事業

(目的)

第3条 本会は一般社団法人日本産科婦人科内視鏡学会と連携し、北海道における産婦人科内視鏡手術に関する研究、教育・研修等に関連する事業を行うことにより、その進歩と発展に寄与することを目的とする。

(事業)

第4条 本会は前条の目的を達成するため、次の事業を行う。

- (1) 年1回の研究会(例会)の開催
- (2) 前条の目的を達成するための関連事業の開催
- (3) 研究会会報の発行

参加資格

(資格)

第5条 この研究会への参加資格は、本研究会の趣旨および規約に賛同する医師、医療関係者および医学生とする。

役員

(幹事)

第6条 幹事会は、本研究会の趣旨および規約に賛同する道内各施設の代表者で構成される。幹事の選出は、北海道産婦人科低侵襲手術研究会準備委員会において選出・承認される。その基準は、旧北海道内視鏡下婦人科手術研究会における幹事病院および幹事会において決定済みの幹事病院を参考に、道内各3大学が推薦する「内視鏡手術・低侵襲手術の基幹病院たる病院施設」とする。

- 2 以後の新幹事病院は、年1回の幹事会において承認・決定される。
- 3 代表幹事は、幹事会の互選で決定する。
- 4 例会幹事は、例会毎に幹事会で決定する。
- 5 幹事病院を辞退したい場合は、事務局にその旨を通達し、研究会例会における直近の幹事会にて承認・決定される。

(監事)

第7条 監事は、幹事会の互選で1名選出する。

(顧問)

第8条 研究会に顧問をおき、道内各3大学産婦人科教室主任教授、および教授経験者らに委託する。

(職務)

第9条

代表幹事は、この研究会を代表し業務を総括する。

2 幹事は、幹事会を年1回開催し次の事項を検討する。

(1)次回の例会幹事、例会の期日、テーマの決定

(2)例会の参加費の決定

(3)その他、本研究会の運営に関する事柄の決定

3 幹事会は、委任状提出者を含む1/2以上の出席により成立し、議長は代表幹事または例会幹事が務める。

4 幹事会における議決は、委任状提出者を含む出席者の1/2以上の賛成による。

5 監事は、この研究会の運営並びに収支決算を監査する。

6 顧問は、本研究会の将来方向について広い見地から幹事会に助言する。

(任期)

第10条 本研究会の役員の任期は特に定めない。

会計

(収入)

第11条 本研究会の必要経費は、例会の参加費および前回例会の繰越金をもって充てる。

(収支決算)

第12条 本研究会の会計は、事務局において集計し、監事の監査を経て幹事会で承認されなければならない。

事務局

(職務)

第13条 例会に関する事務および経費に関する事務に加えて、この研究会運営のための事務処理を行う。

附則

本規約は、幹事会の議決承認を経て、平成29年11月12日から実施する。

本規約は、幹事会の議を経て改正される。

研究会例会の参加にあたり、参加費2000円(幹事会にて変更可)を納めたものに参加資格を与える。