

<プログラム 1>

情報提供 15:50-16:00 科研製薬株式会社

開会の挨拶 京都府立医科大学大学院 保健看護学研究科 教授 楠木 泉 先生

<一般演題 1> 16:00-16:45 (発表 6 分 討議 3 分)

座長 京都府立医科大学大学院医学研究科 女性生涯医科学

講師 伊藤 文武 先生

① 「膀胱損傷に対して腹腔鏡下に修復を完遂した一例」

演 者：京都府立医科大学附属北部医療センター 産婦人科 沼田 朋子

共同演者：菅原 拓也、北村 圭広、山下 優、黒星 晴夫

② 「子宮全摘出後の腔壁内膜症の治療に難渋した一例」

演 者：三菱京都病院 産婦人科 久保のぞみ

共同演者：安藝 恵、中妻 杏子、古武 陽子、藪田 真紀、杉並 興
佐々木 聖子、堀江 克行

③ 「術前に卵巣腫瘍と診断した巨大リンパ管腫の一例」

演 者：京都第二赤十字病院 小田 智水

共同演者：青木 康太、江上 有沙、遠藤 理恵、小川 佳奈絵、秋山 鹿子
加藤 聖子、榎村 史織

④ 「同時化学放射線療法後の腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を行った

子宮頸癌の 1 例」

演 者：独立行政法人国立病院機構京都医療センター

産科婦人科 田辺優理子

共同演者：松本 有加、田中 有紀、住永 優里、仲井 千裕、岸本 尚也
露木 大地、江本 郁子、天野 泰彰、安彦 郁

⑤ 「婦人科良性手術の IC 動画の有用性」

演 者：京都大学医学部附属病院 婦人科学産科学教室 滝 真奈

共同演者：鈴木 陸、北村 幸子、砂田 真澄、山ノ井 康二、奥宮 明日香
北脇 佳美、村上 隆介、山口 建、堀江 昭史、濱西 潤三
万代 昌紀

<プログラム2>

<一般演題2> 16:45-17:30 (発表6分 討議3分)

座長 独立行政法人国立病院機構京都医療センター 産科婦人科
診療科長 安彦 郁 先生

- ⑥ 「大腿骨人工骨頭置換術後の発熱を契機に診断された卵巣腫瘍茎捻転の1例」
演 者：市立福知山市民病院 産婦人科 酒井 紫帆
共同演者：小嶋 哲、宇田 葉子、奥田 知宏
- ⑦ 「卵管膿瘍を疑い腹腔鏡下に右付属器捻転と診断した1例」
演 者：京都中部総合医療センター 産婦人科 渡邊 亜矢
共同演者：山本 拓郎、岩井 未帆、土屋 宏
- ⑧ 「当科における妊娠中の付属器腫瘍に対する腹腔鏡下手術の検討」
演 者：京都第一赤十字病院 産婦人科 山田 惇之
共同演者：高岡 幸、藤岡 悠介、垣淵 晃代、太田 早希、小暮 藍
大谷 真弘、明石 京子、松本 真理子、大久保 智治
- ⑨ 「腹腔鏡下リンパ嚢胞開窓術が奏効した難治性リンパ嚢胞の1例」
演 者：京都府立医科大学大学院医学研究科 女性生涯医科学 青山 幸平
共同演者：古株 哲也、岡村 綾香、垂水 洋輔、片岡 恒、寄木香織
伊藤 文武、楠木 泉、森 泰輔
- ⑩ 「組織切除回収システムで診断した異型ポリープ状腺筋腫の1例」
演 者：京都市立病院 産婦人科 大井 仁美
共同演者：谷 顕裕、高橋 裕司、山本 櫻、山本 浩之、藤原 葉一郎
小芝 明美

休憩 15分

<教育講演> 17:45 - 18:45

座長 京都府立医科大学大学院 保健看護学研究科 教授 楠木 泉 先生
演者 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター
婦人科 教授 齊藤 寿一郎 先生

演題 「いままでの子宮鏡 これからの子宮鏡」

閉会の挨拶

京都府立医科大学大学院医学研究科 女性生涯医科学 教授 森 泰輔 先生

① 膀胱損傷に対して腹腔鏡下に修復を完遂した一例

演 者：京都府立医科大学附属北部医療センター 産婦人科 沼田 朋子
共同演者：菅原 拓也、北村 圭広、山下 優、黒星 晴夫

【緒言】腹腔鏡手術において膀胱損傷は回避したい合併症の一つである。今回、子宮内膜症を有する多発子宮筋腫に対して全腹腔鏡下子宮全摘術 (total laparoscopic hysterectomy: TLH) を行った際に膀胱損傷が生じたが、術中に腹腔鏡下に膀胱修復を完遂した一例を経験したため報告する。

【症例】症例は 43 歳、2 妊 2 産、経膈分娩 2 回。28 歳と 35 歳時に両側卵巣子宮内膜症性嚢胞・子宮筋腫に対して腹腔鏡手術歴があった。黄体ホルモン療法を行っていたが症状増悪のため TLH を予定した。術中、骨盤内癒着は軽度であったが腹膜肥厚を認め剥離操作にやや難渋した。バイポーラで膀胱子宮窩腹膜を鈍的に剥離した際に強出血を認め、3-0 vicryl® で縫合止血を行った。子宮摘出後、5% ブドウ糖 150 ml で leak test を行い縫合部から漏出があり、膀胱鏡では膀胱頂部付近に 5 mm 程の損傷を確認したため、腹腔鏡下に 3-0 vicryl® で 2 層縫合し修復した。修復後再度 leak test を行い、損傷部位から漏出がないことを確認し手術終了とした。術後膀胱内バルンを留置し、術後 6 日目に膀胱造影で漏出がないことを確認し退院とした。20 日目に膀胱内バルンを抜去し、異常の無い事を確認し通院を終了とした。

【結語】TLH 中に膀胱損傷が生じたが、腹腔鏡下で修復を完遂できた。内膜症や手術歴がある症例においては、鈍的操作においても容易に膀胱損傷が生じる可能性がありより慎重な手術操作を心がけるべきである。

② 子宮全摘出後の腔壁内膜症の治療に難渋した一例

演 者：三菱京都病院 産婦人科 久保のぞみ

共同演者：安藝 恵、中妻 杏子、古武 陽子、藪田 真紀、杉並 興
佐々木 聖子、堀江 克行

【緒言】腔壁内膜症は稀少部位内膜症の一つで性器出血や腹痛の原因となる。今回子宮全摘出後に腔壁内膜症の治療に難渋した症例を経験した。

【症例】45 歳 1 妊 1 産 X 年 10 月に子宮腺筋症に伴う過多月経・月経困難症で近医より紹介となった。レボノルゲストレル子宮内放出システムが著効し出血・疼痛とも改善したが、同時期に HSIL/CIN3 と診断されたため同年 12 月に腹腔鏡下单純子宮全摘出術、両側卵管切除術を行った。術後 1 か月までは不正性器出血などなく経過したが X+1 年 2 月(術後 2 ヶ月)頃より毎月の周期的な性器出血を自覚するようになった。術前 MRI を詳細に再検討し腔壁内膜症の合併が疑われた。X+1 年 3 月の腔鏡診で腔壁に blueberry spot を認め、腔壁内膜症と診断した。X+1 年 7 月よりジェノゲスト 2mg/日での保存的加療を開始し、性器出血は改善も不安神経症が増悪したため X+1 年 12 月に中止した。その後精神症状は心療内科通院で軽快したが、X+2 年 5 月頃から性器出血及び腰痛といった月経困難症状が再燃、精神症状に留意しながらジェノゲスト 1mg/日に減量して再開した。現在腰痛は改善も不正出血は残存している。

【結語】腔壁内膜症はその多くが一般の子宮内膜症と合併する。子宮内膜症・子宮腺筋症の診療では稀少部位内膜症の合併も念頭に置いて術前画像を検討し、治療方針を決定する必要がある。

③ 術前に卵巣腫瘍と診断した巨大リンパ管腫の一例

演 者：京都第二赤十字病院 小田 智水

共同演者：青木 康太、江上 有沙、遠藤 理恵、小川 佳奈絵、秋山 鹿子
加藤 聖子、煤村 史織

【緒言】卵巣腫瘍はしばしば非常に巨大となるため、原発部位の特定が困難な場合がある。骨盤内から上腹部に至る腹部全体を充満する腫瘍性病変では、上腹部臓器も含めた他臓器原発腫瘍との鑑別が必要である。

【症例】42 歳、未妊、未閉経。腹部手術歴など特記すべき既往はない。数年前に 5 cm 大の左卵巣嚢腫を指摘されていたが、その後受診が途絶えていた。3 年ぶりに近医を受診したところ、左卵巣嚢腫は著変なかったが、右卵巣に長径 24 cm 大の嚢胞性病変を指摘され前医へ紹介された。MRI では骨盤内から右上腹部までが巨大な嚢胞性病変で占拠されていた。右卵巣粘液性嚢胞腺腫および左卵巣成熟奇形腫と診断し、腹腔鏡補助下腫瘍切除術の方針とした。腹腔内を観察すると巨大嚢胞性病変は右付属器とは別に存在し、両者に連続性を認めなかった。病変の上縁は横行結腸に接しており大網もしくは横行結腸間膜由来の病変と考えられた。消化器外科と共同で腹腔鏡下に病変を開窓したところ、内容液は乳び様でリンパ管腫が疑われた。約 3000 ml の内容液を吸引し病変内部を観察すると、リンパ液漏出部位が同定できたため、同部位のクリッピングを行った。術後上腹部に小嚢胞残存があり、現在消化器外科で経過観察中である。

【結語】リンパ管腫は全身どこにでも発症し得る病変であり、成人での発症は稀ではあるが、腹腔内嚢胞性病変の鑑別疾患のひとつとして十分に留意する必要があると考える。

④ 同時化学放射線療法後の腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を行った子宮頸癌の 1 例

演 者：独立行政法人国立病院機構京都医療センター

産科婦人科 田辺優理子

共同演者：松本 有加、田中 有紀、住永 優里、仲井 千裕、岸本 尚也

露木 大地、江本 郁子、天野 泰彰、安彦 郁

63 歳、3 妊 3 産。3 年間持続する不正性器出血と倦怠感を主訴に受診し、子宮頸癌(扁平上皮癌)の浸潤による両側水腎症、腎後性腎不全と診断された。腫瘍の両側骨盤壁への浸潤を認めたが、遠隔転移は認めず子宮頸癌ⅢB 期と診断した。胸部レントゲン検査で著明な心拡大を認め、心臓超音波検査にて EF30%の心不全と左室内血栓を指摘され、抗凝固療法を開始された。両側腎瘻を造設した後に放射線療法を開始し、腎機能の改善に伴い化学療法を併用した。治療中に S 状結腸子宮瘻と膀胱腔瘻を生じ、横行結腸人工肛門造設術を行った。治療後の MRI および PET-CT にて子宮頸癌は著明に縮小したものの、骨盤中央部に長径 3cm を超える残存病変が疑われた。根治目的に腹腔鏡下骨盤内臓全摘術および回腸導管による尿路変更を施行した。手術時間は 8 時間 57 分、出血量は 250ml であった。術後病理診断では癌の残存を認めず、**pathological complete response** と診断された。術後経過良好にて術後 6 日目に両側腎瘻を抜去した。手術後 3 カ月を経て再発を認めていない。心機能低下や腎機能低下のある放射線治療後骨盤中央部残存に対し腹腔鏡下骨盤内臓全摘術は安全で有効な選択肢となりうることが示唆された。

⑤ 婦人科良性手術の IC 動画の有用性

演 者：京都大学医学部附属病院 婦人科学産科学教室 滝 真奈

共同演者：鈴木 陸、北村 幸子、砂田 真澄、山ノ井 康二、奥宮 明日香
北脇 佳美、村上 隆介、山口 建、堀江 昭史、濱西 潤三
万代 昌紀

【目的】婦人科良性手術に伴うインフォームドコンセント (Informed Consent;以下 IC) の際に動画を併用することで、動画が口頭説明に代わりうるか明らかにした。

【方法】良性手術を受ける患者を対象に、口頭での手術説明に合わせて、疾患と手術について説明した動画の視聴を依頼した。その後、術前と術後の 2 回に分けてアンケートを配布し、「病状」「術式」「合併症」の説明に対する口頭説明の必要性および理解度に関して、自記式調査を行った。

【結果】32 名の回答者のうち 30 名(93.8%)が視聴し、うち 9 名(28.1%)は手術内容を共有したいという理由から家人も動画を視聴していた。半数以上で「術式」「合併症」に関して「動画と手術説明書のみで口頭説明不要」と回答し、術前・術後ともに変化しなかった。しかしながら、「病状」の点では、「口頭説明不要」とした患者は術前 18 人(60%)で、術後は 12 人(40%)と減少した。手術を経験することで「病状」に対する口頭説明への需要が増加した。口頭での IC 時間が 30 分以上の患者では「病状」の理解度が有意に高かった($p=0.044$)が、「術式」「合併症」の理解度は差を認めなかった。

【結語】「病状」の説明に関して十分な口頭説明が必要である。その一方、「術式」「合併症」の説明は動画で代替できる可能性が示唆された。動画を併用することで IC 時間の分配を最適化することが患者理解度の増加に重要である。

⑥ 大腿骨人工骨頭置換術後の発熱を契機に診断された卵巣腫瘍茎捻転の 1 例

演 者：市立福知山市民病院 産婦人科 酒井 紫帆

共同演者：小嶋 哲、宇田 葉子、奥田 知宏

【緒言】卵巣腫瘍茎捻転の初発症状は急激な腹痛であることが多い。今回、人工骨頭置換術後の発熱の原因検索のために腹腔鏡下手術を施行し、感染を伴う卵巣腫瘍茎捻転の診断に至った 1 例を経験したため報告する。

【症例】62 歳、2 妊 2 産、帝王切開 2 回。ADL は自立していたが既往歴に難治性てんかんがあり、意識消失発作に伴う転倒により骨折を繰り返していた。今回もてんかん発作により転倒し、右大腿骨頸部骨折に対し右大腿骨人工骨頭置換術を施行された。術後 6 日目から発熱を認め、CRP 33.3 mg/dL と上昇を認めた。熱源検索のため、血液培養、人工関節穿刺などを施行されたがいずれも培養結果は陰性で、骨盤内腫瘍を認めたため当科紹介受診となった。軽度の腹痛を認め、経膈超音波では子宮背側に充実性腫瘍を認めた。造影 CT および MRI を撮像したところ、人工関節周囲に膿瘍を積極的に疑う所見はなく、骨盤内に 13 cm 大の腫瘍を認め、炎症を伴う左卵巣線維腫を疑った。発熱の原因として人工関節感染よりも骨盤内感染の可能性が高いことから、術後 11 日目に腹腔鏡下両側付属器切除術を施行した。術中所見では超手拳大に腫大した左卵巣が反時計回りに 360 度捻転しており、腫瘍の色調は黄色～赤褐色で壊死を疑う所見であった。術後抗生剤投与を継続したところ、術後 6 日目に解熱した。病理診断では、左卵巣線維腫の壊死部に感染を伴っていた。

【結語】他科の術後感染の可能性が否定できず、診断に苦慮した卵巣腫瘍茎捻転の 1 例を経験した。茎捻転により壊死した卵巣腫瘍は感染の原因になる場合があり、発熱の鑑別に挙げる必要がある。

⑦ 卵管膿瘍を疑い腹腔鏡下に右付属器捻転と診断した 1 例

演 者：京都中部総合医療センター 産婦人科 渡邊 亜矢

共同演者：山本 拓郎、岩井 未帆、土屋 宏

【緒言】骨盤内炎症性疾患は抗菌薬投与により改善することが多いが、膿瘍を形成した場合は外科的処置を要する場合がある。今回、治療抵抗性である卵管膿瘍と考えられた症例に対し、腹腔鏡手術を行い右付属器捻転と診断した 1 例を経験したので報告する。

【症例】24 歳、未妊、性交渉歴なし。既往に右卵巣内膜症性嚢胞があり近医で通院加療中であった。また、精神発達遅滞のため施設に入所していた。軽度の腹痛・嘔気を主訴に当院内科を受診し、CT 検査で 13 cm 大の卵管卵巣膿瘍を認め当科紹介となった。炎症反応は WBC 18,820/ μ L、CRP 28.5 mg/dL と著明に上昇しており、炎症波及によるイレウスも併発していた。抗菌薬投与 (TAZ/PIPC) による保存的加療の方針としたが付属器腫大およびイレウスの増悪を認めたため、腹腔鏡下ドレナージ術の方針とした。腹腔内は右付属器が腫大し、腹壁や腸管などの周辺臓器と癒着し、全体像の把握が困難であった。内容液を吸引したところ右付属器が 540 度捻転していたことが確認された。捻転を解除し右付属器切除術を行なった。手術時間は 169 分、出血量は 50 mL であった。術後経過は良好で術後 7 日目に退院となった。

【結語】卵管膿瘍を疑い治療を開始したが、腹腔鏡下に付属器捻転と診断した 1 例を経験した。抗菌薬抵抗性の付属器膿瘍を診療する際には付属器捻転の可能性も考慮する必要がある。

⑧ 当科における妊娠中の付属器腫瘍に対する腹腔鏡下手術の検討

演 者：京都第一赤十字病院 産婦人科 山田 惇之

共同演者：高岡 幸、藤岡 悠介、垣淵 晃代、太田 早希、小暮 藍、
大谷 真弘、明石 京子、松本 真理子、大久保 智治

【緒言】妊婦健診時の経膈超音波検査の普及によって付属器腫瘍が発見される頻度は増加し、妊娠合併付属器腫瘍の頻度は1-4%といわれている。そのうち手術適応になる卵巣腫瘍の頻度は0.5-1%である。腫瘍の捻転や破裂など急性腹症の原因となることから、妊娠中に付属器腫瘍に対して治療介入が必要となる場合がある。手術療法を選択する場合に、腹腔鏡手術を選択することが増えてきている。今回、妊娠中に子宮付属器腫瘍に対して施行した腹腔鏡下手術の有用性、妊娠経過への影響に関して、開腹手術と比較検討したので報告する。

【方法】2014年4月から2023年3月までの10年間に妊娠中に子宮付属器腫瘍に対して施行した腹腔鏡下手術18症例、開腹手術4症例を対象とし、母体年齢、腫瘍径、手術時の妊娠週数、手術時間、術中出血量、術後入院日数、組織型、妊娠分娩転帰について後方視的に検討した。

【結果】腹腔鏡手術群および、開腹手術群はそれぞれ、母体年齢は 30.4 ± 5.3 歳、 32.3 ± 4.2 歳、手術時の妊娠週数は 12.9 ± 2.2 週、 17.0 ± 9.2 週、腫瘍径は 92.6 ± 24.4 mm、 67.5 ± 23.3 mm、手術時間は 92.1 ± 33.9 分、 66.2 ± 28.7 分、術中出血量は 20.3 ± 47.9 ml、 25.8 ± 16.6 mlで開腹手術群と比較して、腫瘍径で有意差($p < 0.05$)を認めた。術後入院日数は腹腔鏡下手術群が開腹手術群に比べて有意に短縮を認めた($p < 0.05$)。病理診断は、成熟奇形腫13例(59.1%)、漿液性嚢胞腺腫2例(9.1%)、子宮内膜症性嚢胞1例(4.5%)、卵巣甲状腺腫1例(4.5%)、成熟奇形腫+子宮内膜症性嚢胞1例(4.5%)、漿液粘液性境界悪性腫瘍1例(4.5%)であった。妊娠分娩転帰は、腹腔鏡下手術群で1例、13週死産があった。

【結語】今回の検討結果より、妊娠中の付属器腫瘍に対する腹腔鏡下手術は開腹手術と比較しより多くの有用性があると考えられるが、安全性については更なる検討が必要と考える。

⑨ 腹腔鏡下リンパ嚢胞開窓術が奏効した難治性リンパ嚢胞の 1 例

演 者：京都府立医科大学大学院医学研究科 女性生涯医科学 青山 幸平
共同演者：古株 哲也、岡村 綾香、垂水 洋輔、片岡 恒、寄木香織
伊藤 文武、楠木 泉、森 泰輔

【緒言】リンパ節郭清術後の約 6%に症候性リンパ嚢胞が生じるとされる。経皮的ドレナージや硬化療法は奏効率は高いが、不応な難治性症例には外科的アプローチが用いられる。今回、われわれは腹腔鏡下リンパ嚢胞開窓術が奏効した子宮体癌術後難治性リンパ嚢胞の 1 例を経験したので報告する。

【症例】44 歳、未妊。42 歳時に子宮体癌（脱分化癌）stageⅢC2 (FIGO2008)に対し、後腹膜リンパ節郭清を伴う子宮体癌手術を行った。術後 3 週で骨盤内に 10 cm 大のリンパ嚢胞を認めた。下腹部痛と便秘が出現し、術後 2、7 ヶ月に CT ガイド下穿刺ドレナージを実施した。2 回目のドレナージで硬化療法を追加し、排液量が減少したためドレナージを終了したが、再度リンパ嚢胞は増大した。左下肢リンパ浮腫の増悪も認めたため、術後 24 ヶ月後に腹腔鏡下リンパ嚢胞開窓術を行った。嚢胞は左骨盤部に位置し、直腸や外腸骨血管と広範囲に癒着していた。肥厚した嚢胞壁を切開しリンパ液漏出部の同定を試みたが困難であった。完全摘出は困難と判断し、癒着剥離を行い、骨盤腔側の嚢胞壁を切除した。病理組織検査で嚢胞壁は線維性構造を呈し、炎症細胞浸潤を認めたが、悪性所見はなかった。術後、リンパ嚢胞は消失し随伴症状も改善した。開窓術から 24 ヶ月後、再発は認めていない。

【結語】難治性リンパ嚢胞に対する腹腔鏡下リンパ嚢胞開窓術は有効な選択肢となり得る。

⑩ 組織切除回収システムで診断した異型ポリープ状腺筋腫の 1 例

演 者：京都市立病院 産婦人科 大井 仁美

共同演者：谷 顕裕、高橋 裕司、山本 櫻、山本 浩之、藤原 葉一郎
小芝 明美

組織切除回収システムは、硬性子宮鏡にシェーバー用ブレードを接続し、子宮内膜ポリープや子宮粘膜下筋腫を切除および回収する子宮鏡手術システムである。外来や日帰り入院でも施行可能な低侵襲手術で、高周波電流を使用しないため組織への熱損傷が回避できる。今回我々は、MRI で子宮内膜癌が疑われた子宮内膜腫瘍を組織切除回収システムで切除し、異型ポリープ状腺筋腫 (Atypical polypoid adenomyoma: APAM) と診断した症例を経験したので報告する。症例は 59 歳 G2P2、49 歳時に CIN3 に対して円錐切除の既往がある子宮頸部細胞診 ASC-US のため、当院を紹介受診した。経膈超音波で子宮内膜肥厚、MRI 拡散強調画像で明瞭な高信号を示す約 12mm の子宮内膜後壁腫瘍を認めた。子宮内膜吸引組織診は Benign endometrial tissue、子宮頸部生検は Benign squamous epithelium であった。診断目的に組織切除回収システムによる子宮内の観察を行い、子宮内膜後壁からポリープ状に発育する腫瘍を切除回収した。手術は静脈麻酔下に傍頸管ブロックを併用して実施し、手術時間は 15 分であった。摘出検体の組織検査で APAM と診断した。その後、子宮全摘術を行ったが病変の残存は認めなかった。APAM は稀な良性疾患で、子宮内膜ポリープや子宮粘膜下筋腫と類似した検査所見を示すが、子宮内膜癌を合併するリスクはそれらよりも高いため診断が重要である。組織切除回収システムは、良性疾患の治療だけでなく子宮内膜癌やその前駆病変の診断にも有用と考えられた。

教育講演

演者 順天堂大学医学部附属順天堂東京江東高齢者医療センター

婦人科 教授 齊藤 寿一郎 先生

演題 「いままでの子宮鏡 これからの子宮鏡」

産婦人科での内視鏡の歴史は古く、腹腔鏡手術は外科領域の腹腔鏡手術導入前から実施している。1990年前後にはそれまでの診断的腹腔鏡から良性腫瘍に対する腹腔鏡手術へ、その後悪性腫瘍、子宮脱などに対象を広げている。子宮鏡も当初は診断・検査が中心であったが次第に子宮鏡手術へと広がった。現在、内視鏡手術は産婦人科手術の中心を担うまでになった。

子宮鏡は子宮内腔と子宮頸管の限られた領域が対象であるが、子宮筋腫・子宮内膜ポリープの良性疾患、子宮腔癒着症、子宮内膜増殖症・子宮体癌の悪性領域疾患、中隔子宮の子宮奇形、子宮内異物、慢性子宮内膜炎、帝王切開癒着症候群、流産あるいは奇胎娩出後の遺残・胎盤遺残・胎盤ポリープと産婦人科の周産期・腫瘍・生殖領域のそれぞれが対象となる。

子宮鏡検査は低侵襲に外来で実施できる。子宮鏡手術は高周波電流にヒステロレゼクタスコープを組み合わせられてきた。最近では細径子宮鏡やシェーバー（モルセレーター）を使用する術式も登場している。一部の症例は入院せず外来や処置室での実施が開始され、さらに低侵襲な術式として現代社会のニーズに合致するように進化している。

症状改善を目的に・不妊治療のひとつとして・診断目的に多くの産婦人科医が子宮鏡の検査と手術を理解・実践することを目指して、今回は子宮鏡手術の実際や最近の子宮鏡手術機器について解説するとともに今後の展望について考えてみたい。