

第15回 九州産婦人科内視鏡手術研究会 抄録集

1. パラレル法で行う腹腔鏡下子宮全摘術

高邦会 高木病院 産婦人科

○有馬薫、徳永真梨子、大淵紫、野見山真理、小島加代子

患者左側に術者が立った場合、パラレル法はダイヤモンド法と比較して右肩関節の外転と屈曲の角度が小さく、体格の小さい術者にとっては疲労が少ないという利点がある。一方、作業ポートが左側に集中する事から右側の基靭帯処理などに不安があった。

今回、TLH をパラレル法で行う手術見学の機会があり、同様の手技を行ったところ手術を完遂できたのでこれを報告する。手術手順と特徴は以下の通り

- 1.膀胱子宮窩腹膜・広間膜前葉・後葉の展開を行い靭帯だけが残る状態にする
- 2.子宮動脈と尿管の同定・走行確認は広間膜が展開された後なので比較的容易になる
- 3.子宮動脈周囲疎性結合組織剥離 子宮動脈結紮 基靭帯切断は **move the ground** で可能
- 4.膈壁縫合は通常筋腫核出時の運針方向と同じため難易度は高くない

パラレル法は手術が平易にできる範囲や運針の方向などに制限があるが、膈壁の縫合が容易に感じられるなど利点もある。今後も安全に行えるパラレル法での TLH を実践したい。

2. TLHにおける子宮トランスイルミネーター使用の長所と短所

佐賀県医療センター好生館 産婦人科

○八並直子、神下優、中山幸彦、金井督之、安永牧生

TLH における膈管切断の際は気腹漏れを予防する必要があり、また膈円蓋を挙上させ、膀胱や尿管を遠ざけつつ切断ラインを確認する必要がある。このため多くの施設が膈パイプやコルポトマイザーシステム等を使用していると思われる。SecuFix 子宮トランスイルミネーターは照明機能付きの子宮マニピュレーターである。膈円蓋に挿入して同部位を照らし光らせることにより、膈切断ラインおよび周囲血管の走行がよりはっきり視認でき、膈管の切断、子宮傍結合組織と周囲血管の処理が容易となる。またシリコンカップを装着して使用するため気腹漏れも防止できる。当科では 2018 年よりこの SecuFix 子宮トランスイルミネーターを導入し、TLH に使用している。2018 年 1 月から 12 月までにトランスイルミネーターで 53 症例、子宮マニピュレーター(ClearView)+膈パイプ(Vagi-Pipe)で 65 症例の TLH を施行した。双方の手術内容を比較し、トランスイルミネーターの長所、短所について意見を述べたい。

3. 腹腔鏡下子宮全摘術後に発症した膈断端膿瘍の 1 例

空の森クリニック

○神山茂、高山尚子、濱川伯楽、町田美穂、中島章、寺田陽子、東政弘、徳永義光、佐久本哲郎

【はじめに】子宮摘出術後の感染発症は、腹腔鏡下手術では低率であると言われている。今回、我々は、腹腔鏡下子宮全摘出術 (TLH) 後の膈断端膿瘍を腹腔鏡下に治療した症例を経験したので報告する。

【症例】44 歳、過多月経が主訴で、粘膜炎下筋腫を含む多発性筋腫と診断し、TLH を行い、手術時間は 3 時間 16 分、出血量は 110mL であった。術後経過は順調であった。術後 9 日目から下腹痛があり、術後 11 日目に経膈超音波にて膈断端に 72mm の液体貯留を認め、膈断端血腫とその感染症疑いと診断した。2 日間抗生剤静注して、術後 13 日目に腹腔鏡下手術を行った。膈断端に S 状結腸が癒着しており、剥離すると血液ではなく淡黄色混濁液が流出し膿瘍と

診断し、膿瘍液と膿性プラークを除去した。術後3日間は抗生剤静注し、術後2日目にドレーンを抜去し、術後5日目に退院とした。

【まとめ】腔断端膿瘍では、腹腔鏡での対処も選択肢のひとつと思われた。

4. 全腹腔鏡下子宮全摘出術(TLH)4年後に腔断端離開をきたした一例

浜の町病院 産婦人科

○友延尚子、大石博子、詠田真由、木下綾子、高杉篤志、前原都、中西貴子、上岡陽亮

術後4年の期間において性交渉による外的刺激が原因と考えられる腔断端離開の一例を経験したので報告する。

症例は48歳、3妊3産、子宮筋腫の適応で当科でTLHを施行した。手術時間は2時間14分、術中出血量は100ml、術中および術後経過は良好であり、術後1ヶ月の当科外来診察でも異常所見なく、終診となっていた。術後4年で初めての性交渉があり、直後より性器出血を認めたため近医産婦人科を受診した。腔鏡診で多量の出血および腔断端に血塊の付着を認め、腔断端離開を疑われ、当科へ救急搬入となった。経腔超音波断層法および骨盤部造影CT検査では腔断端に5cmの血腫形成を認めたが、活動性出血や骨盤内への血流貯留所見は認めなかった。出血は持続しており、緊急腔式腔断端縫合術を施行した。術後経過は良好であり、術後5日目に退院となった。

5. 当院のTLH術後の腔断端離開症例の検討

産業医科大学 産婦人科¹⁾ 産業保健学部²⁾

○網本頌子¹⁾、植田多恵子¹⁾、榊原優¹⁾、柴原真美¹⁾、浦川瑠香¹⁾、萩本真理奈¹⁾、樋上翔大¹⁾、藤本茂樹¹⁾、遠山篤史¹⁾、原田大史¹⁾、栗田智子¹⁾、鏡誠治¹⁾、松浦祐介²⁾、吉野潔¹⁾

【目的・方法】2012年1月から2018年12月までに当院産婦人科で施行されたTLH295例のうち、術後に腔断端離開を発症した2例について臨床的背景および経過について分析した。

【結果】症例は41、51歳であった。両例で腔壁切開にモノポーラー+シーリングデバイスを用い、腔断端は単結紮縫合、腹膜は連続縫合していた。誘因と発症時期は、性交渉（術後3か月）と長時間の外出（術後12日）であった。臓器脱出はどちらも認めなかった。膠原病、深部静脈血栓症のためメチルプレドニゾロン、アザチオプリンおよびワルファリンの内服をしていた1例は腔断端から持続的に出血を認め、出血性ショックとなり、動脈塞栓術を施行後に腔式に腔断端を縫合修復した。【結論】TLH295例のうち術後腔断端離開は2症例であった。うち1例はステロイドおよび免疫抑制剤を内服しており、膠原病合併症例では特に術後の腔断端離開に注意する必要がある。

6. 当院における子宮体癌に対するロボット支援下子宮悪性腫瘍手術の経験

大分大学 産科婦人科学

○西田正和、河野康志、脇坂美帆、奈須家栄、檜原久司

本邦におけるロボット支援下手術は、そのほとんどが尿器科で行われていたが、2018年4月より、呼吸器外科、消化器内科、産婦人科の疾患にも保険適応が拡大された。婦人科においては、IA期の子宮体癌に対する手術あるいは良性子宮腫瘍に対する子宮摘出術を行うことが可能となった。今回、子宮体癌3例に本手術を行ったのでその報告を行う。IA期の類内膜腺癌G1症例に、ロボット支援下準広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清を行った。3例の平均の手術時間は5時間12分（うちコンソール時間4時間5分）、平均出血量140mlで

あった。

子宮体癌に対するロボット支援下手術は、保険収載に10例必要で、今後も安全かつ、確実に症例の集積を積み上げていきたいと考える。しかし、この手術がより普及するためには、certificateの取得時の費用の問題、手術費用の問題等クリアすべき問題があると思われる。

7. 異所性妊娠症例の検討

セント・ルカ産婦人科

○宇津宮隆史、越光直子、後藤裕子、甲斐由布子

当院は、不妊治療を主体とした施設である。各治療を行い妊娠が判明した場合には、尿中HCG反応と共に血中HCG-β値を測定。更に、超音波検査を行い、確定診断を行っている。また、腹腔内に腹水を認める場合には、ダグラス窩穿刺を行い、腹水中HCG-β値の測定も行う。以前からの調査により、腹水中のHCG-β値は血中値より数倍から十倍以上高いことが分かっており、それらの蓄積された過去のデータを元に異所性妊娠の診断も早期から行えており、これが、卵管破裂症例が少ないことに繋がっていると考えられる。今回は当院の異所性妊娠症例について検討。対象は1992年～2018年11月の205例。平均年齢32.6歳、挙児希望患者の平均不妊期間35.4ヵ月であった。データ報告に加え、症例報告も行いたい。

8. 間質部妊娠に対する腹腔鏡下術後に短期間で自然妊娠成立し分娩に至った一例

琉球大学医学部附属病院 産婦人科

○浦添千晶、銘苺桂子、大石杉子、宮城真帆、赤嶺こずえ、青木陽一

【緒言】子宮切開後の妊娠は子宮破裂のリスク因子であり一定期間の避妊が推奨されるが、どの位の期間を要するかコンセンサスは得られていない。間質部妊娠術後に短期間で妊娠し分娩に至った一例を経験した。

【症例】8妊5産、腹腔内出血で救急科搬入となった。左間質部妊娠破裂が疑われ緊急腹腔鏡下左卵管間質部切開・縫合術を実施。術後一か月半で妊娠成立。16週のMRIでは間質部近くの絨毛膜下血腫と血性羊水も認めた為、縫合部からの出血が疑われ、切迫子宮破裂として妊娠の中断も考慮した。21週には血腫の縮小・血性羊水の消失を認めた。子宮破裂のリスクを十分理解頂いた上で妊娠継続となった。37週5日予定帝王切開術を実施し、肉眼的に左卵管角部の軽度菲薄化を認めたが子宮破裂所見はなく、生児を得られた。

【結論】間質部妊娠に対する腹腔鏡下手術後の短期間の妊娠を経験した。切迫子宮破裂の評価はMRIが有用である可能性がある。

9. 帝王切開癒痕部症候群に対して腹腔鏡下癒痕部修復術を行った一例

琉球大学医学部附属病院 産婦人科

○下地裕子、銘苺桂子、大石杉子、赤嶺こずえ、浦添千晶、青木陽一

【緒言】帝王切開癒痕部症候群は、子宮切開部の筋層欠損や菲薄化が原因で過長月経や不正性器出血などの症状を引き起こすものとされているが、治療法は確立されていない。帝王切開癒痕部症候群に対して、腹腔鏡手術を行った症例について報告する。

【症例】28歳、2妊2産。第2子帝王切開後より毎月2週間続く過長月経を自覚していた。経腔超音波検査にて帝王切開癒痕部への月経血の貯留およびMRIにて癒痕部の菲薄化を認めた。帝王切開癒痕部症候群と診断し、腹腔鏡下癒痕部修復術を施行する方針とした。小児用尿道カテーテル8Frを子宮体下部に留置し、経腹超音波を併用しながらカテーテルのバルーンにより膨隆した部位を癒痕部と同定し切開した。同部位の菲薄化した筋層を切除し、1,2層目は2-

0 バイクルリで連続縫合、3層目は1-0PDSで連続縫合し修復した。

【結論】 挙児希望かつ筋層菲薄部が広範囲の帝王切開癒痕部症候群において、腹腔鏡下癒痕部修復術は有用な治療法であると考えられる。

10. 細径硬性子宮鏡が有用であった ART 後子宮角妊娠の一例

鹿児島大学医学部保健学科成育看護学講座¹⁾、鹿児島大学病院漢方診療センター²⁾

鹿児島大学病院下垂体疾患センター³⁾、鹿児島大学医学部産科婦人科⁴⁾

○沖利通¹⁾²⁾³⁾⁴⁾、樋渡小百合⁴⁾、酒瀬川琢⁴⁾、内田那津子⁴⁾、中條有紀子⁴⁾、沖知恵⁴⁾、
福田美香⁴⁾、河村俊彦⁴⁾、戸上真一⁴⁾、築詰伸太郎⁴⁾、神尾真樹⁴⁾、小林裕明⁴⁾

【緒言】 新鮮胚移植後に妊娠し、当初生化学的妊娠、その後稽留流産、最終的に子宮角妊娠と診断し、細径硬性子宮鏡による病変切除が有用であった症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

【症例】 38歳。6年間の原発性不妊。直径8cmの子宮粘膜下筋腫に対しリュープロレリン投与後TCR施行。術後AIH2回するも精液所見が悪くICSIへ移行した。

【治療経過】 ロング法で2個採卵しICSI施行。採卵2日後に4細胞期胚(G1)を移植。4w0dに血中hCG値(以下hCG)は11.9mIU/mLと低く、生化学的妊娠と判断した。5w5dに、hCG470と上昇するが、子宮内外にGSを確認できず。6w1dに右子宮角付近に小さなGS様陰影が出現し、稽留流産と診断した。子宮鏡下に右子宮角の直径1cm程のポリープ様組織を摘出した。妊娠は終了したと判断したが9w0dにhCGが3770へ上昇。MRIで卵管間質部から子宮角に着床した異所性妊娠が疑われ、同意のもとにメトトレキサート投与を行った。hCGは順調に下降し、15w6d、右卵管口付近のポリープ様の組織を細径硬性鏡で摘出し、hCGは陰性化した。その後の融解胚移植で妊娠し、経過は順調である。

【考察】 診断と治療に苦慮した本症例が、結果的に2回の細径硬性子宮鏡手術で子宮を温存することができた。

【結論】 子宮角妊娠の診断・治療において、細径硬性子宮鏡は有用である。当院では、腹腔鏡下子宮筋腫核出術や全腹腔鏡下子宮摘出術で経腔的回収が困難な場合にIn bag morcellationを行っている。

11. 卵巣内膜症性嚢胞摘出術後の卵巣機能に関する前方視的比較検討

—手術操作の違いが残存卵巣機能に与える影響について—

済生会長崎病院 産婦人科

○平木宏一、河野通晴、藤下晃

【目的】 内膜症性嚢胞摘出術においてピトレシンを局注し嚢胞摘出する操作と、ピトレシンを局注せず可能な限り嚢胞を薄く剥離する操作を比較し、卵巣予備能に及ぼす影響を明らかにする。

【対象および方法】 初診時にピトレシン局注群(P群)とピトレシンを局注しない群(non P群)の2群に振り分けた。卵巣機能は血中AMH値で評価した。

【成績】 2017年7月から2018年12月までの患者はP群が24例、non P群が20例であった。P群の年齢は 31.2 ± 4.7 歳、non P群は 30.0 ± 5.2 歳で、術前のAMH値はP群は3.74ng/ml、non P群は4.67ng/mlと両群間に差はなかった。術後1ヵ月目はP群(n=21)は2.13ng/ml、non P群(n=19)は3.47ng/mlで両群間に差を認めた(p<0.05)。術後3ヵ月目はP群(n=19)は1.84ng/ml、non P群(n=13)は3.65ng/mlで両群間に差を認めた(p<0.005)。術後6、9、12ヵ月目は両群間で差はなかった。

【結論】 術後3ヵ月目まではnon P群の方が明らかにAMH値は高値であった。

12. こんなときどうする？子宮腺筋症核出術における縫合について

鹿児島市医師会病院

○牧瀬裕恵、山崎英樹、濱地勝弘、大塚博文

子宮腺筋症核出術は標準的な術式が確立しておらず、施設毎に工夫しているのが現状である。当科で施行した子宮腺筋症核出術のうち、縫合について苦慮した症例について報告する。

症例は30歳、未婚女性、腹腔鏡下子宮腺筋症核出術を施行した。子宮は鷲卵大、子宮後壁と直腸が強固に癒着し、ダグラス窩は完全閉鎖していた。子宮後壁と直腸の癒着を剥離したが、剥離操作で子宮後壁の漿膜は完全欠損した。子宮後壁を縦切開し腺筋症核出。子宮切開創は筋層を合わせるように3層縫合とし、1、2層目は連続縫合、3層目は単結紮縫合した。

子宮腺筋症核出術においては、漿膜フラップを作成し重ね合わせて縫合するのが良いとされるが、本症例では癒着剥離操作で子宮漿膜が完全に欠損したため、子宮筋層を合わせる縫合にならなくなってしまった。

子宮腺筋症核出術は月経痛改善に有効であるが、妊娠した場合子宮破裂のリスクを伴う。子宮の縫合について若干の考察を加え報告する。

13. 子宮頸部に発生した嚢胞性子宮腺筋症の一例

琉球大学大学院医学研究科 女性生殖医学講座

○大石杉子、銘苺桂子、宜保敬也、長田千夏、宮城真帆、赤嶺こずえ、青木陽一

【緒言】嚢胞性子宮腺筋症は子宮腺筋症のうち嚢胞を形成する病態で子宮頸部発生の報告は稀である。

【症例】39歳、4妊2産。元々月経困難症があったが、特に強い月経痛を主訴に前医を受診した。子宮頸部の可動痛があり骨盤炎症性疾患として加療されたが、症状改善に乏しく当科紹介となった。前医にて撮像されたMRI検査では子宮頸部左側に3cm大の出血成分を含む腫瘤を認め、外傷のエピソードがなかったこと、強い月経困難症や慢性骨盤痛があったことから子宮頸部嚢胞性腺筋症を疑った。ジェノゲストを5ヶ月内服し腫瘤は2cm大に縮小したが疼痛は完全に改善しなかったため腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。子宮頸部左側に血液を含んだ嚢胞性腫瘤がみられ、直腸や尿管が強固に癒着していた。病理では異所性の子宮内膜組織を認め嚢胞性腺筋症に合致する所見であった。

【結論】稀な疾患だが子宮頸部の嚢胞性血性腫瘤の鑑別疾患として嚢胞性子宮腺筋症を考える必要がある。

14. 膜解剖理論に基づいた深部子宮内膜症手術

国立病院機構 九州医療センター 産科婦人科、臨床研究センター

○瓦林靖広、田口裕樹、森田葵、林魅里、山寄剛、早瀬千尋、原枝美子、松本恵、恒松良祐、蓮尾泰之、小川伸二

深部子宮内膜症(Deep infiltrating endometriosis : 以下DIE)は仙骨子宮靭帯を中心とした骨盤腹膜に深く浸潤し、強固な引きつれや癒着により子宮や付属器、直腸、尿管、下腹神経などの臓器がDIEに収束する様に著しく偏位する。その手術療法において、妊孕能改善や除痛といった治療効果を最大限に得るためには、DIEの可及的切除が要求されるが、様々な合併症にも留意する必要がある。本発表ではDIEを安全にかつ適切に切除するための直腸周囲の膜解剖理論に基づいた手術戦略を提示する。

子宮背側の仙骨子宮靭帯を中心としたDIEを切除する際に、温存すべき臓器である直腸は「直腸固有筋膜」に覆われ、尿管や下腹神経・骨盤神経叢は「下腹神経前筋膜」に覆われる。DIEの影響が及びにくい「直腸後腔」を入り口として、膜構造を壊さない様に直腸後腔、直腸側腔、

直腸腔間隙へと展開することで、直腸や尿管・下腹神経は膜構造に覆われた状態で温存でき、DIE 病変を適切な層で切除することが可能となる。

15. 巨大卵巣腫瘍（長径 20cm 以上）に対する腹腔鏡補助下手術の検討

済生会長崎病院 産婦人科¹⁾、病理診断科²⁾

○河野通晴¹⁾、平木宏一¹⁾、高野怜¹⁾、吉武朋子¹⁾、藤下晃¹⁾、林徳眞吉²⁾、木下直江²⁾

当科では、これまで巨大卵巣腫瘍（長径 20cm 以上を巨大と定義）に対して腹腔鏡補助下手術を施行してきた。基本的には良性腫瘍を対象としたが、術前に境界悪性または悪性腫瘍が疑われる症例でも十分なインフォームドコンセントが得られた場合に本術式を採用した。術式はオープン法で 10mm のスコープを臍上部から挿入、正中に小切開を加え、腫瘍表面に医療用組織接着剤(アロンアルファ)を用い滅菌済みのビニール袋と密着させ、腫瘍を穿刺後に腫瘍内容液を吸引する。その後、腫瘍内溶液が漏出しないよう体外へ誘導後、付属器摘出術（比較的若年の症例では核出術）を施行した。過去 9 年間に取扱った症例は 36 例であり、年齢は 16～97 歳、腫瘍の最大径は 35cm であった。実際に境界悪性～悪性腫瘍例は 16 例であり、その中で腫瘍内溶液が微量でも漏出したのは 9 例であった。また再発 2 例、原病死は 1 例にみられた。巨大卵巣腫瘍の場合は境界悪性もしくは悪性腫瘍の可能性もあるが、高齢者や若年者に対しては選択肢の一つになると思われる。

16. 閉経後に性器出血をきたした巨大卵巣粘液嚢胞腺腫の一例

宮崎善仁会病院 婦人科

○米田由香里、福島和子、和田俊朗

【症例】75 歳 2 経産。脳出血後遺症で左半身麻痺あり。2 年前より排泄時出血あり。子宮は多発筋腫、内膜も肥厚。左卵巣に大きな嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍マーカー陰性、子宮頸部、内膜細胞診異常なし。MRI で左卵巣に 18x6.5x10.5cm の多嚢胞性腫瘍を認めた。手術を勧めたが拒否。その後も出血続き内膜組織診で増殖期内膜、内膜全面搔爬術で子宮内膜ポリープの診断。出血続くため、ホルモン検査施行、E2 54.1pg/ml と高くホルモン産生腫瘍を疑った。手術を再度勧めると拒否。半年後、腹部膨満感、腹痛、体動困難あり受診。CT で巨大な 30x20.5cm 大の嚢胞性腫瘍認め急激な増大を疑った。説得して腹腔鏡下両側付属切除を施行。内容液 5050ml。病理の結果、mucinous cystadenoma であり出血も数日で止まった。

【まとめ】本症例は出血が多く、内膜の異常を先に疑ったため、ホルモン産生腫瘍の診断が遅れたと思われる。

17. 成熟嚢胞性奇形腫の Autoamputation の一例

熊本赤十字病院 産婦人科

○中村堇、村上望美、荒金太、柴崎聡、井手上隆史、三好潤也、福松之敦

卵巣腫瘍の内成熟嚢胞性奇形腫は最も頻度が高い腫瘍である。卵巣腫瘍が茎捻転を起こすリスクは 10%前後といわれているが、成熟嚢胞性奇形腫はその頻度が高い。今回我々は茎捻転後に Autoamputation したと考えられる成熟嚢胞性奇形腫の一例を経験した。症例は 52 歳 3 妊 2 産婦人。腹痛を主訴に前医を受診し、右卵巣腫瘍を指摘され当科紹介となった。骨盤 MRI 検査で T1WI 及び T2WI で高信号、脂肪抑制される径 43mm 大の腫瘍を右付属器領域に認め、奇形腫と考えられた。診断治療目的に腹腔鏡下手術を施行した。画像上卵巣腫瘍と思われた腫瘍は腸間膜に癒着し、右卵巣との連続性はなかった。腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。病理組織診断は Fat necrosis with foreign body granulosa であった。腫瘍は茎捻転により Autoamputation

したものと考えた。本症例に関し、文献的考察を加え報告する。

18. ダグラス窩に嵌頓し骨盤内炎症を伴う卵巣腫瘍捻転により尿閉を来した 1 例

長崎大学病院 産科婦人科

○川原裕史, 松本加奈子, 北島道夫, 野口将司, 村上直子, 北島百合子, 三浦清徳, 増崎英明

【症例】82 歳, 3 妊 1 産, 閉経 33 歳 (膣上部切断術後)

【現病歴】右下腹痛で前医を受診、骨盤内腫瘍を指摘され、卵巣癌疑いで当科へ紹介された。骨盤造影 MRI で 13cm 大の造影効果のない多房性腫瘍を指摘された。初診時尿量減少、膀胱充満あり、導尿して一旦帰宅したが、症状が持続し同日当科へ入院した。

【経過】体温 37.6°C, BUN, Cr, 白血球, CRP, CA125, CA19-9 の上昇が認められた。尿道カテーテルを留置し、抗生剤点滴を開始した。入院 6 日目には腎機能・炎症所見の改善が認められ、腫瘍マーカーも低下した。自覚症状は消失し、入院後 22 日目に腹腔鏡手術を行った。ダグラス窩に嵌頓し腸管と骨盤腹膜に癒着した腫瘍は右卵巣由来で 360° 捻転していた。捻転を解除し右付属器摘除を行った。排尿困難は消失し術後 4 日目に退院した。病理検査で Necrotic and hemorrhagic tissue と診断された。

【結語】茎捻転しダグラス窩に嵌頓した右卵巣腫瘍により骨盤内炎症と尿閉を来した 1 例を経験した。悪性腫瘍との鑑別、関連他科との連携が重要であった。

19. 1hour-LSC;LSC のスムーズな導入とコツ

産業医科大学若松病院 産婦人科

○庄とも子, 茗荷舞, 星野香, 吉村和晃

腹腔鏡下仙骨脛固定術 (LSC) はほぼ全ての POP 症例に対応可能で、再発率の低い有用な手術である。しかし、腸管をつり上げる術野作成、仙骨露出、後腹膜トンネルの作成、メッシュの縫合固定など、独特な操作が多く含まれ、難易度が高く時間のかかる手術である。我々は LSC 導入初期には 65 歳未満の痩せた症例を選び、前壁メッシュのみを挿入するシングルメッシュ LSC から始め、必要な症例には経腔的に後壁形成を追加した。そして徐々に後壁にもメッシュを挿入するダブルメッシュ LSC を始めることで、手術時間を 2 時間程度に保ちつつスキルアップすることに成功した。その後、さらなる低侵襲化を目指し、術式の定型化、デバイスの導入などを行ったことによって、条件の良い症例では 1 時間で LSC を完遂できるようになった。チームのスキル向上に伴い、現在は高齢・肥満症例にも LSC を施行している。当院の経験をもとに LSC のスムーズな導入とコツについて考察する。

20. 腹腔鏡手術における各種シーリングデバイスの使い分け

社会医療法人恵愛会 大分中村病院¹⁾ 産業医科大学²⁾

○西田純一¹⁾、藤澤佳代¹⁾、金城泰幸¹⁾²⁾

腹腔鏡手術には様々なシーリングデバイスが提供されており、それぞれの特徴を生かした使用が望ましい。強固なシール力と少ない周辺組織へのダメージ、鉗子としての繊細な操作性の全てを満たすデバイスは開発されておらず、症例に応じて使い分ける必要がある。当科では手術時間を含めたコストとデバイスの機能を勘案し、TLH では主にオリンパス社製のサンダービート (以下 SA) を、癒着が予想される場合や繊細な操作を必要とされる症例ではジョンソン・ジョンソン社製のハーモニック HD (以下 HD) を、LSC ではオリンパス社製のソニックビート (以下 SO) を使用している。LM や附属器病変では基本的に使用しない。2018 年に施

行された TLH65 例中 52 例に SA、11 例に HD を、16 例の LSC 症例では全例 SO を使用した。SA は強力なシール力、HD は繊細な操作性と比較的強いシール力、SO は適度なシール力、操作性、コストが特徴である。それぞれの使用例を示しながらデバイスの使い分けを提案したい。

21. In Bag Morcellation の限界を考える

おもと会 大浜第一病院 女性腹腔鏡センター
○徳嶺辰彦 高橋美奈子 上地秀昭

TLM や TLH における検体回収の方法としてインバッグモルセレーションが広く用いられているが、検体が大きくバッグに収まらないこともある。一旦トライした後に入らない事が判明すると手術時間も延長し高価なバッグも無駄になってしまう。そのため術前にインバッグの可否を MRI にて評価する事ができないか検討したので報告する。

モルセーフ(L)の添付文書によると開口部の直径は 14.5cm であったが、測定してみると入口より下方で直径 12cm (面積 $36\pi\text{cm}^2$) に狭まっていた。よって MRI 画像により、摘出物が通過する最大断面と考えられる面積を測定し、 $36\pi\text{cm}^2$ 以下であれば入口を通過できると推測された。さらに、バッグを膨らました際のバッグの長径は 20cm であるが、モルセレートする空間を考え限界は 15cm と考えられた。

そのため、 $36\pi\text{cm}^2$ 以上または最大長径が 15cm 以上であればインバッグ不可と予想されるため、術前に十分なインフォームドコンセントが重要と思われた。

22. アウエーで手術をするということ

鹿児島市医師会病院
○山崎英樹、牧瀬裕恵、濱地勝弘、大塚博文

手術は自施設（ホーム）で執刀することがほとんどであるが、ときには他施設（アウエー）から腹腔鏡下手術を依頼され執刀することがある。他施設の術者では遂行できない術式を患者が希望した場合や、腹腔鏡下手術経験が少ない医師に立ち会い指導する場合である。

演者が当院へ異動した 2012 年 1 月から 2018 年 12 月までの 7 年間で、9 施設において 160 件のアウエー手術を経験した。術式内訳は子宮全摘 (TLH) が 41 件、筋腫核出 (LM) が 32 件、卵巣腫瘍・チョコレート嚢胞 (LC または LA) が 69 件、腹腔内精査 (異所性妊娠を含む) が 18 件である。

ほとんどの症例は無事に遂行できたが、中には機器・縫合糸の不備があったり、適応外の症例に遭遇したことがあった。

本研究会ではアウエーで手術を実施するにあたり、その詳細と問題点について若干の考察を加え報告する。

23. 術後に潜む合併症 ～体内遺残物を摘出した 2 例～

おもと会 大浜第一病院 女性腹腔鏡センター
○上地秀昭、高橋美奈子、徳嶺辰彦

【症例 1】50 歳 OGOP。既往歴：44 歳 他院にて LM 施行。3 年後の検診で腹腔内に持針器先端と思われる金属片が確認されたが、本人希望で経過観察となっていた。その後左卵巣嚢腫が増大してきたため当院受診。腹腔鏡下付属器摘出術＋異物除去術を施行した。手術では直腸表面

に強固に付着した腫瘤を認め、癒着を剥離して腫瘤を摘出したところ内部に金属片を確認した。

【症例2】47歳 2G2P。既往歴：他院にて4回の開腹（C/S2回、TAH、RSO）。4cmの左卵巢腫瘍を認め当院へ紹介。上記診断で腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内を観察すると正常な左卵巢を認め、さらに摘出した腫瘤からガーゼを認めたためガーゼオーマと判断した。

上記2症例とも手術終了時にレントゲン撮影をされていなかった。当院では全例ガーゼカウントの後に術後レントゲン撮影を行い、さらに目視にて機器の破損の有無を確認し、体内遺残物の早期発見に努めている。

24. 全腹腔鏡下子宮摘出術後に発症した悪性高熱症の一例

福岡大学医学部産婦人科学

○宮本新吾、南星旭、四元房典、伊東智宏、勝田隆博、平川豊文、吉川賢一、
重川浩一郎、伊東裕子、宮原大輔

【緒言】悪性高熱症は、麻酔薬により誘発される致死的な疾患である。今回、全身麻酔離脱後に発症した遅発性悪性高熱症を経験したので報告を行う。

【症例】症例は72歳、手術既往なし。子宮脱に対して、全身麻酔下に、全腹腔鏡下子宮摘出術、両側付属器切除術、前後腔壁形成術を行った。全身麻酔離脱後より、40℃台の発熱を認め、術後2日目に血圧低下、頻脈、過呼吸を認め、血液検査にてCK、AST、ALT、LDHの上昇あり、悪性高熱症と診断し、ダントロレンナトリウムの投与を行った。術後3日目の尿中ミオグロビンが190.4ng/mlと高値であったが、術後5日目以降は、血液検査のデータも徐々に正常化し、術後19日目、全身状態良好で退院となった。

【結語】悪性高熱症は、発症契機から発症までに症例間差があり、非常に稀であるが遅発性に発症することが報告されているため、周術期合併症として認識すべき疾患であると考えられた。

25. 癒着防止剤によると思われる腹膜炎を発症した一例

熊本赤十字病院 産婦人科

○田中史子、村上望美、荒金太、柴崎聡、井手上隆史、三好潤也、福松之敦

癒着防止剤は消化器外科、婦人科領域で多く使用されている。今回我々は癒着防止剤使用後に異物反応を起こしたと考えられる一例を経験したので報告する。症例は36歳0妊0産婦人。粘膜下子宮筋腫と左卵巢子宮内膜症性嚢胞の診断で腹腔鏡下子宮筋腫核出術、左卵巢嚢腫核出術を施行した。術後から下腹部痛が持続し、POD3に38.1度の発熱と血液検査で炎症反応上昇を認め、抗生剤を投与したが腹痛と炎症所見が改善せず、CTで骨盤内膿瘍が疑われた為、POD7に腹腔鏡を行った。炎症の強い部分に変性した癒着防止剤と思われるものを認め、それを回収し、外科と相談の上虫垂切除術も施行した。術翌日から症状と炎症反応は改善し、再手術後11日目に退院した。病理組織診断では虫垂に急性炎症の所見を認め、回収したその他の検体には膿瘍の所見を認めた。術後の原因不明の発熱・腹痛の原因の一つとして癒着防止剤の影響も鑑別する必要があると考えられた。