

# 第 20 回九州産婦人科内視鏡手術研究会

## ～プログラム～

日 時： 令和 7 年 4 月 5 日（土曜日） 12:30～

開催形式： ハイブリッド開催

現地開催（最大 80 人 演者, 共同演者, 座長, 事務局限定）

場所：TKP ガーデンシティ博多新幹線口 プレミアムホール

〒812-0012 福岡県福岡市博多区博多駅中央街 5-14 福さ屋本社ビル 5F

Tel 092-432-7250

Web 開催 Web 配信による演題の視聴

- \* 研究会参加費は **3000 円**です。事前徴収(振込)になります。
- \* **Zoom Webinar** による配信を行います。視聴については、参加費振込確認後に案内いたします。
- \* 今回は学会参加により、日本産科婦人科学会学術集会参加単位付与が可能です。
- \* 特別講演は、1 時間すべての視聴により、産婦人科領域講習単位取得が可能です。
- \* Web 参加の方は、Webinar 視聴のためのログイン記録が学会参加となります。Webinar 参加登録の際に入力する日本産科婦人科学会会員番号から参加登録を行いますので、正確な会員番号入力をお願いします。
- \* 今回は参加証明書発行を行いません。日本産科婦人科学会にて登録することで参加証明を行いますので、自身で学会 HP のマイページから参加記録を印刷してください。
- \* リアルタイム配信のため、プログラム開催時間にはずれが生じることがあります。
- \* 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（日産婦 HP のマイページからの参加確認）。
    - 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）。

**Webinar 参加登録時の日本産科婦人科学会会員番号入力を正確に行ってください。**

- \* 今回は日本産婦人科医会参加単位発行はありません。
- \* 本研究会からの案内を新たに希望される方は、下記メールアドレスにご連絡下さい。

当番世話人 吉野 潔 （産業医科大学産科婦人科学教室）

TEL：093-603-1611(代表) 093-691-7449(ダイヤルイン)

FAX：093-691-9337

E-mail：[sanfu.mdirector@mbox.med.uoeh-u.ac.jp](mailto:sanfu.mdirector@mbox.med.uoeh-u.ac.jp)（担当：原田 大史）

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

## 【タイムスケジュール】

第20回 九州産婦人科内視鏡手術研究会	
12:00	世話人会
	12:20～12:30 (株)ジョンソン&ジョンソン製品説明会
:30	12:30～12:35 開会の挨拶
	12:35～13:35
13:00	特別講演
:30	休憩 13:35-13:50
	13:50～14:35
14:00	I 手技・工夫
:30	14:35～15:11
	II 合併症・対策
15:00	休憩 15:11-15:21
	15:21～15:57
:30	III 症例報告
16:00	15:57～16:43
	IV 症例検討
:30	休憩 16:43-16:53
	16:53～17:38
17:00	V 症例検討

## 【プログラム】

- 12:20～12:30 (株) ジョンソン&ジョンソン製品説明会  
12:30～12:35 開会の挨拶

## 【特別講演】

12:35～13:35

### 「腹腔鏡・ロボット認定取得とその先のために」

演者 富山県立中央病院 谷村 悟 先生

座長 産業医科大学 吉野 潔 先生

- \* 特別講演終了後に休憩をはさみ、13時50分から一般演題のセッションを開始します。
- \* 一般演題の発表時間が6分・質疑応答が3分になります。
- \* 一般演題の第Ⅱ群と第Ⅳ群のセッション終了後に10分間の休憩を予定しています。
- \* 当日の研究会の進行状況により多少の時間の前後が生じる場合があります。

# 【一般演題】

I 群： 手技・工夫 13:50～14:35

座長 浜の町病院 江頭活子 先生

## 1. 腹腔鏡下に腫瘍核出術が可能であった卵巣線維腫の一例

宮崎善仁会病院

○中村希実、米田由香里、福島和子、和田俊朗

卵巣線維腫は閉経後の女性に好発する充実性腫瘍であり、卵巣腫瘍の4%を占める。腹水や胸水貯留、腫瘍マーカー上昇を伴う場合があり、悪性腫瘍との鑑別が困難となる症例もある。今回、不妊治療中に指摘された卵巣線維腫に対し、腫瘍核出術が可能であった症例を経験したため、報告する。31歳女性、未経妊。前医初診時に5cmの左卵巣腫瘍認めた。タイミング療法で妊娠に至らず、当院へ紹介。MRIで左卵巣に境界明瞭な5cmの線維腫を認め、卵巣温存を強く希望された。術中所見：左卵巣に5cm大の充実性腫瘍を認め、正常卵巣との境界は明瞭だった。卵巣に割をいれて、腫瘍を剥離、核出は比較的容易だった。臍から細切して回収した。合併症なく退院し、1ヶ月後、摘出側の卵巣に卵胞の発育を認めた。現在不妊治療継続中である。卵巣線維腫は再発も少ないと言われている。晩婚化が進み卵巣温存手術の需要が高まっている現在、改めて術式を検討することが必要であると考ええる。

## 2. 5mmバイポーラーレゼクトスコープの使用経験

高木病院 産婦人科

○山本彩紀、野見山真理、有馬 薫、大原紀子、秀島美紗子、小島加代子、北島道夫

【目的】近年、子宮鏡機器は細径化が進んでいる。2024年に発売された細径ヒステロレゼクトスコープの使用機会を得たので報告する。

【方法】2024年5月から9月に全身麻酔下に5mmバイポーラーレゼクトスコープ（KARL STORZ SE&Co. KG）を用いて6例の子宮鏡手術を施行した。

【結果】平均年齢38.7歳、経妊3例、経産0例の不妊症患者。子宮粘膜下筋腫（1個、最大径平均17.5mm、FIGO type2）2例、不全中隔子宮2例、完全中隔子宮1例、子宮腔癒着症1例（AFSⅡ期）に対し、それぞれ粘膜下筋腫摘出術、腹腔鏡併用中隔切開術、癒着剥離術を施行した。平均手術時間90.3分、出血少量、合併症無し。中隔子宮の1例が術後FETにて妊娠した。

【考察】対極板がないため熱損傷のリスクが低い、L型電極による中隔切開が容易、複数の非通電鉗子があり鈍的剥離が可能などの操作性に優れていた。

### 3. 当院の骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下陰断端挙上術の導入について

沖縄県立北部病院

○吉田晃大、諸井明仁、星野 香、深津真弓、佐藤友美、仲村和歌子、直海 玲、仲本 剛

骨盤臓器脱は多くの中高年女性が罹患し、QOL を損なう疾患である。根治療法は外科的な骨盤底再建であり、当院ではこれまで腔式の根治的手術療法を多く行ってきた。今回、骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下陰断端挙上術の導入を行った。症例は 77 歳未産、2 型糖尿病を合併。子宮脱 3 度に対して TLH+BS+陰断端挙上術+癒着剥離術を施行した。手術時間は 3 時間 57 分、出血量 5g、摘出検体は 46g で陰断端を両側後腹膜に縫合し、十分に挙上できた。術後 5 日目に退院とした。腹腔鏡下陰断端挙上術は 2022 年 4 月より保険収載となった。腹腔鏡下で行うため尿管や付属器を視認可能であることや、メッシュ等の感染リスクとなる異物を用いないメリットがある。一方で腔式手術と比較して手術時間の延長や腹壁創を生じるデメリットもある。術式導入について TLH を行っている施設であれば追加の医療器材は不要であり当院でも導入が容易であった。今後も患者毎に適した手術方法を選択していきたい。

### 4. 手術道具を使いこなす！～トランスイルミネーターの活用～

1) 佐賀県医療センター好生館 産婦人科      2) 佐賀大学医学部 産科婦人科学教室

○神下 優<sup>1,2)</sup> 光 貴子<sup>1)</sup> 八並 直子<sup>1)</sup> 安永 牧生<sup>1)</sup>

腹腔鏡やロボットによる子宮全摘術（以下、TLH、RALH）は子宮摘出の方法の中で大きな割合を占めるようになってきている。特に良性疾患における子宮摘出では TLH、RALH がその大部分を占めている。特に婦人科専修医においては、修練施設にもよるが、開腹の子宮摘出より先に手技を学ぶ、執刀することもあり、今や婦人科領域において TLH、RALH は避けることのできない、一般的な手技になりつつある。そのため、やはり誰もがより安全に手術をする必要がある。当院では TLH、RALH の際に Secu Fix 子宮トランスイルミネーターを使用している。トランスイルミネーターは光源により腔円蓋を容易に視認することができ、膀胱剥離を容易にする。また、子宮を可動する事により、傍子宮組織の処理の際に尿管との距離を取ることが可能である。どのような手術においても道具を知り使いこなす、安全な手術をすることは非常に重要である。

### 5. 術者の経験により子宮筋腫に対する TLH の適応はどう違うか

鹿児島市医師会病院 婦人科

○牧瀬裕恵、春山真紀、山崎英樹、大塚博文

子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)は、適切な症例のもとで推奨されている。産婦人科内視鏡手術ガイドライン（2024 年版）によると「腹腔鏡下单純子宮全摘術の子宮重量に対する適応」は「摘出重量による適応はないが、術者の経験や患者背景を参照し選択する必要がある」とされている。術前 MRI 検査で子宮が臍上まである子宮筋腫に対する TLH において、演者が完遂できた症例 1、上級医に交代した症例 2、開腹手術に移行した症例 3 をもとに、巨大子宮筋腫に対する TLH の適応について検討したい。術者はいずれも腹腔鏡下技術認定医で、演者が腹腔鏡手術歴 10 年目、TLH 執刀 180 例、上級医が腹腔鏡下手術歴 25 年目、TLH 執刀 1,500 例である。症例 1 は BMI31、症例 2 は BMI19.0、症例 3 は BMI21、いずれも腹部手術既往なく、術前偽閉経療法を施行した。摘出子宮重量は 649g、1030g、3050g であった。

**6. 膣パイプ挿入時に膣壁損傷をきたした腹腔鏡下子宮全摘出術の1例**

沖縄県立北部病院

○仲村和歌子、諸井明仁、深津真弓、佐藤友美、吉田晃大、直海 玲、仲本 剛

【緒言】 TLH において、膣管切開時に膣パイプを使用する際の合併症として、直腸への誤挿入による直腸損傷や膣壁穿孔による直腸への迷入などが報告されている。今回膣パイプを膣内に挿入した際に膣壁損傷をきたした症例を経験したため報告する。

【症例】 52 歳 4 産。35 歳時に円錐切除術の既往あり。X-3 年より CIN1 で定期的に通院。X-1 年 12 月に子宮頸管擦過組織診で CIN3 と診断。X 年 3 月に子宮頸部円錐切除術を施行。病理診断は HSIL も断端陽性のため、X 年 7 月に TLH を施行した。膣管切開時に術者が膣パイプを膣内に挿入した際、1 時方向の膣壁が膣円蓋部から膀胱近傍まで裂けた。裂傷部位を吸収糸で連続縫合して修復した。膣断端縫合後、膀胱鏡を行い膀胱損傷がないことを確認。術後に出血や離開はなく、術後 4 日目に退院とした。

【結語】 膣パイプ挿入による膣壁損傷を経験した。術者が膣パイプを操作する際、力加減や押し込む方向をより慎重に操作する必要があると考えられた。

**7. 腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) 時に尿管損傷はなかったが膀胱鏡検査で片側の尿排出を認めなかった 2 例**

産業医科大学若松病院 産婦人科

○清水彩理、藤本茂樹、斎藤研祐、吉村和晃

緒言：当院では TLH の閉腹前に全例で膀胱鏡検査を行っているが、稀に尿管口からの尿排出が確認できず難渋することがある。今回、TLH、膣断端固定術の際に尿管損傷はなかったが膀胱鏡検査で片側の尿排出を認めなかった 2 例を経験したので報告する。

1：66 歳。膀胱鏡で右尿管口からの尿排出は認めなかったがステントガイドワイヤーはスムーズに挿入できた。腹腔内観察や術後の造影 CT で尿管損傷を疑う所見はなく腎盂から尿管への造影剤の排出はなかった。術前の経腹超音波検査で右水腎症があり、総合的に右腎は術前から低機能腎と思われた。

2：81 歳、膀胱鏡で左尿管口から尿排出を認めず、腹腔内から尿管の走行を再度確認した。術前の経腹超音波検査で左水腎症と高度腎萎縮があった。他科疾患のため施行されていた過去の単純 CT でも同様の所見があり、左腎は術前から無機能腎と思われた。

考察：TLH 術前の経腹超音波検査は重要で、必要な症例には術前の精査が望ましい。

## 8. 泌尿器科が無い施設で尿管損傷を起こしてしまった！どうする？

鹿児島市医師会病院

○山崎英樹、牧瀬裕恵、春山真紀、大塚博文

症例は46歳、巨大子宮頸部筋腫の診断で腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。演者が執刀した。型通り子宮を切断、頸部は経腔的に、体部はモルセレータで細切して回収した。摘出子宮重量は1220gだった。腔断端および腹膜を縫合後、インジゴカルミンテスト施行、しかし右尿管から尿の流出は認めなかった。腹膜縫合糸を抜糸すると切断された右尿管を認めた。当院には泌尿器科が無い！どうする？本研究会では本症例の手術動画を供覧するとともに、その顛末について報告する。

## 9. 右水腎尿管症を呈する深部子宮内膜症に対してロボット支援下手術を施行した一例

九州医療センター

○中並弥生、新藤滉大、江崎高明、中溝めぐみ、森下優史、田中大智、橋之浦佳奈、黒川裕介、庄とも子、早瀬千尋、瓦林靖広、藤原ありさ、小川伸二

深部子宮内膜症（Deep Endometriosis：DE）は後腹膜腔に進展し、後腹膜臓器の機能障害を引き起こすことがあり、尿管子宮内膜症もその一形態に含まれる。症例は51歳、30歳頃まで重度の月経痛があり出産後に改善した。尿潜血陽性のため泌尿器科を受診し、高度右水腎症を認め、右尿管狭窄に対して尿管ステントが留置された。MRUで狭窄部に器質性病変を認めず、精査目的に当科紹介となった。子宮腺筋症、卵巣子宮内膜症性嚢胞に加えて、ダグラス窩や仙骨子宮靭帯領域に強い圧痛を伴う結節を触知しDEの所見であったが、右尿管狭窄の位置とは一致しなかった。ロボット支援下子宮全摘出術、両側付属器切除術、DE切除術を施行した。尿管狭窄はS1/2の高さで右内腸骨動脈周囲の結合織や尿管下腹神経筋膜が尿管に絡みつくように結節を形成していた。尿管表面のDEは一部残存したが、尿管を受動し直線化させた。水腎尿管症を呈するDEに対しロボット手術を施行した一例を報告する。

## Ⅲ群： 症例報告 15:21～15:57

座長 琉球大学 銘苺桂子 先生

## 10. 腹腔鏡手術時に臍部腹壁への癒着を認めたメッケル憩室の1例

1) 産業医科大学 産科婦人科学 2) 産業医科大学 産業保健学部 広域発達看護学

○二宮 彩橘<sup>1)</sup> 樋上 翔大<sup>1)</sup> 遠山 篤史<sup>1)</sup> 金城 泰幸<sup>1)</sup> 星野 香<sup>1)</sup> 西村 和朗<sup>1)</sup> 原田 大史<sup>1)</sup>  
植田多恵子<sup>1)</sup> 栗田 智子<sup>1)</sup> 松浦 祐介<sup>2)</sup> 吉野 潔<sup>1)</sup>

症例は64歳、既往歴に特記なし（手術歴を含む）。長径7cmの右卵巣由来の成熟嚢胞奇形腫に対して腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行する際に、6cm長の索状構造物が臍部腹壁に癒着しており、剥離操作が必要であった。剥離した構造物を確認すると腸管との連続性が疑われ、消化器外科医師に確認を依頼し、回盲部から50cm口側より発生するメッケル憩室と診断した。将来的な出血や腹痛の症状を起こすリスクを考慮し、メッケル憩室を摘出した。術後経過は良好で、術後7日目に退院となった。メッケル憩室は、全人口の約2%に見られる頻度の多い消化管先天奇形である。症候性の場合には治療を要するが、手術中に偶然発見した無症候性の場合、切除すべきか一定の見解が得られていない。本症例を通して、産婦人科医が術中に無症候性のメッケル憩室に遭遇した際に切除を考慮すべきか、文献的に考察を行う。

## 11. 自然周期で成立した子宮内外同時妊の一例

熊本赤十字病院 産婦人科

○米納 巧、田畑 遼、蛭原優花、堀 新平、山本文子、井手上隆史、荒金 太

子宮内外同時妊娠は、子宮内妊娠と異所性妊娠が同時に存在する状態を指す。今回、自然周期にて成立した子宮内外同時妊娠の1例を経験した。

症例は37歳5妊2産婦人。妊娠反応陽性のため、前医を受診した。初診時、超音波断層法で子宮内に胎嚢が確認された。その後、腹痛、腰痛、性器出血のため同意受診し、腹腔内に出血を認めたため、子宮内外同時妊娠を疑われ当院紹介受診となった。付属器領域に明らかな異常所見はなく、経過観察としたが、症状が再燃し子宮内外同時妊娠を疑い審査腹腔鏡を施行した。腹腔内では右卵管膨大部は腫大しており、右卵管切除術を施行した。術後病理組織診断で絨毛を認め、子宮内外同時妊娠と診断した。術後、子宮内の胎児心拍を確認し経過良好で退院し、前医に周産期管理を受けており経過良好である。子宮内外同時妊娠は、自然周期では稀であるが、症状や超音波所見に注意して診断を行う必要があると思われる。

## 12. 腹腔内出血でショック状態となった卵管間質部妊娠に対して腹腔鏡下手術を行った一例

浜の町病院

○井町佑三、野田貴美子、清武早紀、松水優美、勝間慎一郎、中山紗千、大薮友里恵、厚井知穂、前原 都、竹内麗子、江頭活子、上岡陽亮

抄録：

【緒言】卵管間質部妊娠は卵管峡部・膨大部妊娠に比べ破裂に至る時期は遅延する傾向にあるが、その解剖学的特徴から破裂すると大量出血に至るリスクが高い。今回、妊娠9週相当に発育した胎芽を伴った卵管間質部妊娠の症例を経験したため報告する。

【症例】24歳、2妊1産。腹痛で当院救急外来を受診した。来院時、ショック状態で、腹部単純CT検査で腹腔内に血性腹水の貯留、右付属器領域に嚢胞性腫瘍を認め、血中hCGは90,319mIU/mLであった。異所性妊娠を疑い、緊急で腹腔鏡手術を行った。多量の腹腔内出血、右子宮角部には4cm大の嚢胞を認めた。右卵管間質部妊娠と診断し、右卵管間質部楔状切除を行った。術中出血量は1080mL、赤血球濃厚液6単位を輸血した。右子宮角部の嚢胞内にはCRL21mmの胎芽と絨毛組織を認めた。術後4日目に退院し、その後血中hCGは陰性化した。

【結語】今回、多量の腹腔内出血を伴った卵管間質部妊娠であったが、腹腔鏡下に治療が可能であった。

## 13. 帝王切開子宮癒痕症(CSDi)の子宮鏡下手術後再発の一例

宮崎大学医学部附属病院 産科婦人科

○松 敬介、平田 徹、村井侑奈、當瀬ちひろ、後藤裕磨、藤崎 碧、桂木真司

CSDiは、帝王切開による子宮癒痕が原因で不妊症を代表とした諸症状をきたす症候群である。今回我々はCSDiに対し、子宮鏡下焼灼後、1年で再発し、腹腔鏡下癒痕切除術を施行した症例を経験した。32歳、G4P2。帝王切開歴2回。5年前より不妊治療するも妊娠に至らず。帝王切開癒痕(CSD)と同部位の貯留液が原因とされ、手術加療目的に当院受診となった。診察で高度子宮後屈を伴うCSDを認め、残存筋層厚(RMT)は4.1mmであった。RMTが4mm以上だったため子宮鏡下癒痕焼灼術を施行した。術後2ヶ月のMRIでRMTは5mmに肥厚し、月経関連の症状も一時改善した。術後8ヶ月でCSD部の分泌物増加を認め、CSDi再発として当院再紹介となった。MRIでRMTは5mmと保たれていたが、子宮鏡手術後の再発であり治療抵抗性と判断、腹腔鏡下癒痕切除を行った。CSDiの術後再発についての報告は少なく、再発時の対応について決まった方針はないのが現状である。若干の文献的考察を交え報告する。



## 14. 当院で腹腔鏡手術を施行した卵管間質部妊娠の切除ラインについての後方視的検討

小倉医療センター 産婦人科

○田邊優介、石橋弘樹、田邊美紀、竹内一輝、光山丈彦、牛島 崇、宮原英之、藤川梨恵、北川麻里江、森岡将来、近藤恵美、河村京子、徳田諭道、元島成信、牟田 満、川越秀洋、川上浩介、吉里俊幸

卵管間質部妊娠は、破裂時だけでなく術中出血が多くなる傾向があるが、近年低侵襲手術である腹腔鏡下手術が選択されている。今回、当院にて2019年1月から2025年1月に腹腔鏡手術を施行した卵管間質部妊娠8症例を検討したので報告する。5例は、超音波検査で診断し、3例は審査腹腔鏡により診断に至った。手術時の妊娠週数は中央値8週4日で、術前の血中hCGは中央値17831mIU/mlであった。腹腔鏡下卵管角楔状切除術を全例に施行し、1例はすでに破裂しており腹腔内出血が著明であった。5例は胎嚢を含んだ腫大卵管を子宮筋層の切開が最小限となるように切除し卵管角楔状切除を施行した。開腹手術に移行した症例はなかった。出血量の中央値は112gで、手術時間の中央値は91分であった。卵管間質部妊娠に対する腹腔鏡手術は診断・治療の観点からも有用である。一方術式については異所性妊娠存続症や次回妊娠の影響を考慮し腫瘍径や破裂の有無等で検討する必要があるだろう。

## 15. 帝王切開子宮癒痕症 (CSDi) に対する手術療法の導入とその臨床経過：4例の報告

1) 大分中村病院 婦人科 2) 大分大学医学部 産科婦人科

○尾石 友子<sup>1,2)</sup> 青柳 陽子<sup>1)</sup> 吉武 朋子<sup>1)</sup> 藤澤 佳代<sup>1)</sup> 中村 友<sup>1)</sup> 西田 純一<sup>1)</sup>

【緒言】当院では保険収載を契機に、帝王切開子宮癒痕症 (Cesarean Scar Disorder : CSDi) に対する手術療法を導入した。導入初期の4例について詳細と臨床経過を報告する。

【症例】症例1：34歳、G1P1 (CS×1)。術前の残存子宮筋層厚 (RMT) は1.6 mmで、子宮鏡併用腹腔鏡下子宮癒痕部修復術を施行した。術後RMT 10.0 mmに改善し、術後3か月で妊娠許可とした。症例2：42歳、G3P3 (CS×3)。挙児希望なく異常子宮出血改善を目的に子宮鏡下癒痕部修復術を実施し、症状改善を得た。症例3：37歳、G2P2 (CS×2)。腹腔鏡下子宮癒痕部修復術後RMTは2.0mmから9.0 mmに改善したが、子宮峡部に液体貯留がわずかに残存した。症例4：35歳、G2P2 (CS×2)、不妊治療中。術後RMTは2.0mmから6.2 mmに改善も子宮峡部の液体貯留が残存し追加手術を検討している。

【結語】手術療法はRMTや異常子宮出血の改善に有効であった。適切な切除範囲の決定や追加手術の判断は今後の課題であり、さらなる症例の蓄積と研究が求められる。

## 16. 当院で行っている帝王切開子宮癒痕症(CSDi)に対する子宮鏡併用腹腔鏡下癒痕部修復術

産業医科大学若松病院 産婦人科

○藤本茂樹、清水彩理、齋藤研祐、吉村和晃

帝王切開子宮創部に陥凹性癒痕を形成し、続発性不妊症・過長月経・器質性月経困難症を来すものを帝王切開癒痕症(Cesarean Scar Disorder : CSDi)という。外科的治療として腹腔鏡下子宮癒痕部修復術が保険収載されている。当院では 2023 年以降、保存的加療が無効であった過長月経症例と複数回の胚移植で妊娠に至らなかった続発性不妊症例の計 6 例に対して子宮鏡併用腹腔鏡下修復術を施行した。術後、過長月経症例ではいずれも症状の消失を認め、現在まで再発を認めていない。また続発性不妊症例では、術後の胚移植で 1 例が妊娠となった。残りの症例は今後 ART 治療を再開予定である。

すべての症例で執刀医、第一助手を同一として手術を行う中で、当院での手術法が確立したため紹介する。

## 17. 当院の Retained products of conception(RPOC)についての検討

空の森クリニック

○神山 茂、高山尚子、木村 剛、井坂亮司、芝池亜貴子、寺田陽子、佐久本哲郎、東 政弘、徳永義光

【目的】RPOC は流産あるいは分娩後の子宮内妊娠組織遺残物の総称であり、治療には、手術療法や待機療法がある。当院で治療した RPOC の治療成績を検討した。

【方法】2015 年 1 月～2024 年 8 月の期間に、RPOC 症例は 20 例あった。診断時平均年齢は、 $34.7 \pm 4.6$  歳、原因となった妊娠転機は、流産 18 例、満期産 2 例であった。60.0% (12/20) に RPOC 責任妊娠前に流産既往があった。RPOC の平均長径は  $16.6 \pm 6.2$  mm、50.0% (10/20) に腫瘍内血流所見を認めた。血中 hCG 値計測した 13 例で、その平均値は  $143 \pm 277$  mIU/mL (1.3～870) であり、8 例は 25mIU/mL 以下であった。

【成績】10 例に待機療法を選択し、その 4 例で自然脱落を認めた (40.0% : 4/10)。6 例では、待機療法を手術に変更した。手術を行ったのは、計 16 例あり、15 例に子宮鏡下摘出術、1 例に子宮内搔爬術を行った。血流所見が豊富な 5 例では、術中に卵管カテーテルを用いてバゾプレシン希釈液を RPOC の基部に局注し、血流所見消失後に摘出した。

【結論】病状が軽い RPOC に対しては、待機療法や侵襲が小さい子宮鏡下手術で安全に治療し得ると思われた。

## 18. 腹腔鏡下卵巣多孔術後のホリトロピンドルタ（レコベル）有効性の検討

セント・ルカ産婦人科

○伊東裕子、矢野綾音、薬師寺しおり、甲斐由布子、津野晃寿、後藤裕子、宇津宮隆史

【目的】多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）に対する腹腔鏡下卵巣多孔術（LOD）を行った後のホリトロピンドルタ（ $\delta$ ）の有効性を検討した。 $\delta$ はAMH値および体重から投与量が個別に設定されている。

【方法】2020年1月から2024年12月の間にPCOSと診断され、 $\delta$ で卵巣刺激を行いAntagonist法で採卵を行った62症例69周期を後方視的に検討した。年齢、BMI、基礎ホルモン値、LOD術前後のAMH値、採卵結果、妊娠の有無などについて解析した。

【成績】LODを施行しARTへ進んだ37症例42周期（LOD群）、LODを行わず採卵へ進んだ25症例27周期（non LOD群）、両群間で年齢、体重、基礎FSH、AMHに有意差を認めなかったが、LOD群は術後AMHが低下し $\delta$ 開始時AMHで有意差を認めた。LOD群でOHSSが減る傾向があり良好胚盤胞率が有意に上昇していた。

【結論】PCOSに対してLODを施行し腹腔内治療を行うことでAMH値を低下させ、 $\delta$ でのOHSSリスクを減らしより多くの良好胚盤胞が得られることが示唆された。

## 19. 比較的大きめの子宮に対する腹腔鏡下子宮全摘術の比較検討 ～同一術者による従来法のTLH vs vNOTES～

済生会長崎病院 産婦人科

○河野通晴、村上 亨、宮下紀子、倉田奈央、平木裕子、平木宏一、藤下 晃

【目的】当院ではvNOTES導入後約2年が経過し、現在では良性疾患に対して特に除外基準は設けていない。子宮全摘術の手術成績を従来法のTLHと比較検討した。

【対象と方法】対象は、2020年1月～2025年1月の期間に同一術者により子宮全摘術を施行した症例で、子宮重量を $>500\text{g}$ と設定した。従来法のTLH（以下T群）およびvNOTES施行群（以下V群）に対し、手術成績を後方視的に検討した。

【結果】T群は60例、V群は19例で、子宮重量平均値は、T群で $929\text{g}$ 、V群は $773\text{g}$  ( $P<0.05$ )であった。子宮重量が影響している可能性はあるが、V群の方が有意に手術時間は短く、出血量も少なかった（T群 vs V群、 $140\pm 62$ 分、 $166\pm 34\text{ml}$  vs  $132\pm 66$ 分、 $87\pm 108\text{ml}$ 、 $P<0.05$ ）。T群の合併症は10例（17%）で、術中出血 $>500\text{ml}$ が6例、膀胱損傷1例、尿管腔漏1例、術後感染1例、その他2例であった。またV群の合併症は、膀胱損傷1例（5%）のみであった。vNOTESからTLHへ移行したのは2例で、術中出血および癒着が原因であった。

【結論】比較的大きめの子宮であってもvNOTESによる子宮全摘術は、安全性が高く今後も適応拡大することが可能な術式と考えられた。

## 20. 当院における子宮鏡下手術の現状

大分中村病院 婦人科

○青柳陽子、尾石友子、吉武朋子、藤澤佳代、中村 友、西田純一

【緒言】子宮腔内病変に対する治療法として子宮鏡下手術（経頸管的切除術 Transcervical resection: TCR）の重要性が広く認識されている。当院での TCR の現状を報告する。

【方法】2016 年 1 月から 2024 年 12 月までの 9 年間で、当院で TCR を施行したのべ 572 例を対象とし、診療録から後方視的に検討した。

【結果】年齢の中央値は 41 歳（20～79 歳）、対象疾患は子宮内膜ポリープ 328 例（57.3 %）、子宮粘膜下筋腫 168 例（29.4 %）が大半を占め、胎盤遺残 5 例（0.9 %）、子宮内腔癒着 5 例（0.9 %）、帝王切開癒痕症候群 4 例（0.8 %）であった。4 例が術後病理検査で悪性と診断された（類内膜癌 3 例、漿液性癌 1 例）。2 例は不妊症治療中であり、妊孕性温存療法が施行された。また 9 例が子宮内膜異型増殖症と診断された。このうち 3 例に子宮摘出術が施行され、1 例に類内膜癌が判明した。他 5 例は妊孕性温存療法が施行された。

【結語】TCR で良性疾患や不妊症を対象とする場合でも、常に悪性疾患に留意する必要がある。

## 21. ロボット支援下手術後の気腫発生リスク：当院の後方視的解析から

久留米大学病院総合周産期母子医療センター 婦人科部門

○佐久間沙季、浦郷康平、上原真実、島内明子、白本紗矢香、青木瑠美子、古賀菜穂子、柏田浩伸、田崎慎吾、葉 高杉、吉満輝行、田崎和人、勝田隆博、西尾 真、津田尚武

ロボット支援下手術は低侵襲手術として本邦で増加傾向にあり、気腹操作による術後気腫の発生が懸念される。今回、重篤な縦隔気腫の症例を経験したことを契機に、当院でロボット支援下手術を施行された 84 症例を後方視的に解析し、皮下気腫の発生状況と関連因子について検討した。対象は 2018 年 12 月から 2024 年 12 月までに当院で施行したロボット支援下手術症例で、年齢中央値 54.5 歳、BMI 中央値 23.24、手術時間中央値 309 分であった。気腫は 65 例（75.6%）に認めた。多変量解析において BMI 低値が独立した危険因子として同定された（OR 0.63；95%CI 0.43-0.83、 $p = 0.00463$ ）。胸部手術既往は単変量解析では有意な関連を認めたが（ $p = 0.0417$ ）、多変量解析では独立した因子とはならなかった。本検討により、ロボット支援下手術後の気腫発生には BMI 低値が有意に関連していることが示された。この結果は術前リスク評価における重要な因子となり、BMI 低値の患者に対しては慎重な周術期管理が必要である。

## 22. 当施設での da Vinci Xi と hinotori の周術期合併症の比較

大分大学医学部産科婦人科

○徳光隆一、甲斐健太郎、佐藤祐輔、山田知徳、児玉遥歩、小西航太、西田正和、小林栄仁

【目的】当院では da Vinci Xi と hinotori の 2 機種が導入されているが、両機種間の合併症を検討した論文は一報のみである。当施設で同時期に運用を開始した、da Vinci Xi と hinotori の同一術式における合併症と腹腔鏡移行率を比較した。

【方法】2023 年 8 月から 2024 年 12 月までに行われたロボット手術 60 例を後方視的に解析した。各機種における、合併症および腹腔鏡移行の有無を検討した。

【結果】da Vinci Xi 32 例 (RTH+BS/020 例、RTH+BS0+PLA11 例、その他 1 例)、hinotori 28 例 (RTH+BS/017 例、RTH+BS0+PLA8 例、その他 3 例) だった。腹腔鏡移行に関して、hinotori の方が多い傾向であった (da Vinci Xi 6.3 % (2/32) vs hinotori 21.4 % (6/28) ,  $p=0.08$ )。両機種を通じて、合併症の発生率に有意差はなかった (da Vinci Xi 18.8 % (6/32) vs hinotori 14.2 % (4/28) ,  $p=0.347$ )。術中合併症は da Vinci Xi での外腸骨静脈損傷の 1 例であり、Clavien-Dindo 分類 grade 2 以上の術後合併症は腔断端出血、創部膿瘍、骨盤内感染であった。

【考察】da Vinci Xi と hinotori の合併症率に差はなかったが、hinotori において早めの腹腔鏡移行することで合併症を回避していた可能性が示唆された。