第 19 回近畿産婦人科内視鏡手術研究会プログラム

― Kinki Society for Gynecologic Endoscopy ―

日時　　：平成 31 年 2 月 24 日（日）　10:00～18:00
会場　　：梅田スカイビル　スペース 36L（大阪梅田）
　　大阪市北区大淀中 1-1（梅田スカイビル　タワーウエスト 36 階）
参加費　：1,000 円
入会金　：2,000 円
年会費　：3,000 円
取得単位：学術集会参加　機構単位「2 単位」学会単位「10 点」
　　領域講習　　機構単位「1 単位」

研究会長	奈良県立医大	棚瀬 康仁
理事長	いとう女性クリニック	伊藤 將史
事務局	吹田徳洲会病院	梅本 雅彦

9:20～9:50　理事会
10:00～11:10　一般演題 ①（演題 1～6）
　　座長：大阪医科大学　田中 智人
11:10～12:10　特別講演（産婦人科領域講習 1 単位）
　　演者：国立がん研究センター中央病院　加藤 友康
　　「剥離層にこだわった婦人科がん手術」
　　司会：奈良県立医科大学　棚瀬 康仁
12:20～13:20　ランチョンセミナー（協賛：株式会社ジョンソンエンドジョンソン）
　　「TLH を極める～良性・悪性の観点から～」
　　演者：堺市立総合医療センター　角田 守
　　演者：大阪医科大学　田中 智人
　　司会：公立那賀病院　西 丈則
13:40～14:20　メーカーアワー
14:20～14:40　評議員会ならびに総会
14:40～15:10　「内視鏡手術ビデオアワード」表彰式・受賞講演
　　司会：いとう女性クリニック　伊藤 將史
15:10～16:20　一般演題 ②（演題 7～12）
　　座長：天理よろづ相談所病院 三木 通保
16:20～17:40　一般演題 ③（演題 13～19）
　　座長：市立貝塚病院　横井 猛
17:40～　閉会式

【一般演題　①】　　座長：大阪医科大学　田中 智人先生

＜演題 1＞

子宮体癌に対する傍大動脈リンパ節郭清術並びにその手術成績

[1]大阪大学医学部附属病院、[2]堺市立総合医療センター

瀧内 剛[1]、小林栄仁[1]、角田 守[2]、河野まひる[1]、松本友里[1]、小玉美智子[1]、橋本香映[1]、馬淵誠士[1]、上田 豊[1]、澤田健二郎[1]、冨松拓 治[1]、木村 正[1]

子宮体癌悪性腫瘍手術において傍大動脈リンパ節郭清術は進行期決定または再発リスク評価に関し重要な術式であるが、腹腔鏡下でのアプローチは未だ詳細にわたって定型化されていない。大動静脈並びに腎血管周囲や尿管近傍の処置を再現性高くかつ安全に行うためには十分な術空間の確保が必要であり、当院では経腹膜アプローチ下において、腹膜を 4-5 点腹壁に挙上・固定する事で腸管の挙上並びに十分な術野の確保、また左腎筋膜後葉と腸腰筋の間にガーゼを 2 枚挿入し尿管を外側へ授動することにより左 b-1 領域の郭清時に安全な術空間の維持に努めている。手術成績に関しては、2015 年 12 月より 2018 年 3 月の期間に傍大動脈リンパ節郭清を含む子宮体癌手術症例において、腹腔鏡手術 22 例の周術期成績を後方視的に検討した。平均手術時間は 449±58 分、平均出血量 70（20-1600）ml、摘出リンパ節総数は 68±19 個、Clavien-Dindo 分類 IIIa 以上の周術期合併症は 2 例（9.1%）、術後腸閉塞は発症しなかった。手術手技を供覧し発表する。

＜演題 2＞

当院での子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術時における、術中腹腔洗浄細胞診の採取及び、子宮摘出時の手技

大阪労災病院

出口朋実　黒田実紗子　寺田美希子　白石真理子　渡辺正洋　香山晋輔　志岐保彦

IB1 期までの初期の子宮頸癌患者を対象に、腹腔鏡下もしくはロボット支援下の低侵襲子宮摘出術と開腹子宮摘出術のランダム化比較試験が行われ、低侵襲手術群の予後が開腹手術群に比較し不良であるとの結果が報告された。低侵襲手術群では腟円蓋転移、骨盤転移の再発率が有意に高いことを受け、当院では腹腔鏡手術手技での腫瘍の腹腔内への散布の有無を評価することを目的として、2018 年 4 月より手術開始時と手術終了時に術中腹腔洗浄細胞診の採取を開始した。術中、子宮マニュピレーターは使用せず、腟内に Vagi パイプを留置している。腟管切開は 2018 年 4 月から 9 月まではセミオープン法で施行し、2018 年 10 月以降は腟管切開直前に腟カフを形成している。2018 年 4 月から 2019 年 1 月までに経験した子宮頸癌 IB1 期に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術 10 症例全てで、採取した全ての細胞診の結果が陰性であった。現時点では術後再発例を認めていない。

＜演題 3＞

子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術において腫瘍の飛散予防目的にラパロスコピッククランプを用いた一例

大阪大学

來間愛里、小林栄仁、河野まひる、瀧内 剛、松本有里、小玉美智子、橋本香映、馬淵誠士、上田豊、澤田健二郎、冨松拓治、木村正

【緒言】子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術において気腹下での腹腔内からの腟管切開が腫瘍の腹膜播種に寄与しているとの報告がある。そのため腟管切開および子宮摘出の際、腹腔内への腫瘍漏出を予防するために様々な方法が試みられている。今回我々は SATINSKY ラパロスコピッククランプ（カールストルツ社）を腫瘍飛散予防目的での腟管閉鎖に使用したため報告する。

【症例】60 代、女性、3 妊 3 産。3 ヶ月前からの不正出血を主訴に前医を受診し、頸部細胞診で Squamous cell carcinoma（SCC）を指摘された。腹腔鏡での手術を希望し、当院受診。コルポスコピーでは 10 時方向に隆起性病変を認め、同部位の組織診から SCC, non-keratinizing type が検出された。骨盤部 MRI で子宮頸部に長径 2.3cm の腫瘤を認めた。腟や傍組織浸潤は認めず。左外腸骨および閉鎖リンパ節に短径 7mm 大の腫大を認めた。子宮頸部癌ＩＢ１期（FIGO 2008）と診断し、腹腔鏡下広汎子宮全摘術＋両側付属器切除術＋骨盤内リンパ節郭清術を実施した。手術時間は 7 時間 8 分、出血量 150ml。子宮摘出時に SATINSKY ラパロスコピッククランプで腟管を挟鉗した上で腟管を切開したところ、腫瘍が腹腔内に露出するこ

となく、子宮を経膣的に摘出できた。
最終病理診断は子宮頸部癌 pT2bN1M0、ly(+)、v (-)、切除断端は陰性であった。
【結語】本来 SATINSKY ラパロスコピッククランプは経皮的血管クランプに用いられるものであるが、腹腔鏡下広汎子宮全摘術での腫瘍飛散予防のための膣管閉鎖においても有用であった。

＜演題 4＞
子宮頸がんⅠB1 の症例に対し、腹腔鏡下広汎子宮頸部摘出術を行った症例
大阪大学
船内雅史、小林栄仁、河野まひる、瀧内 剛、松本有里、小玉美智子、橋本香映、馬淵誠士、上田 豊、澤田健二郎、冨松拓治、木村 正
症例は 32 歳 0 経妊 0 経産。既往歴なし。不妊クリニックで不妊治療中。20XX 年 X 月に HSIL、CIN3 を認め、前医に紹介となり、前医で円錐切除を行った。その結果は、Squamous cell carcinoma 子宮頸癌ⅠB1 期 T1b1、FIGO2014: ⅠB1 ,ly1 ,v0 腫瘍計は 7.7mm*4.6mm、切除断端は陰性。腹腔鏡下妊孕性温存手術に関して、セカンドオピニオン目的に当院に紹介となり、当院で手術の方針となった。術式は、通常の腹腔鏡下広汎子宮全摘術（LRH）に準じてリンパ節郭清を行い、深子宮静脈、膀胱子宮靭帯前層、後層、直腸膣靭帯を処理した。膣カフを形成し、cuff closure の後、腹腔鏡下に膣管を切開した。約 8cm の Pfannenstiel 横切開を行い、子宮頚部を腹腔外で直視下に cold knife にて切断し、術中迅速病理へ提出した。
術中迅速病理診断：断端の細胞診は陰性。膣側、子宮側断端の迅速病理診断も陰性。
直視下に 1 号エチボンド®で全周性に子宮頚部を縫縮した。腹腔鏡下に子宮頚部を膣管に縫合し、止血を確認して手術を終了した。
出血量：140g　手術時間：9 時間 36 分
術後病理診断は摘出標本に残存腫瘍なし。　pT1b1N0M0
手術ビデオを供覧する。

＜演題 5＞
大腸癌における子宮・膣合併切除
大阪医科大学
田中智人、上田尚子、宮本瞬輔、寺田信一、丸岡 寛、古形祐平、藤原聡枝、田中良道、恒遠啓示、佐々木 浩、大道正英
【背景】近年、分子標的薬を含む抗がん剤や医療機器の発達により、進行・再発大腸癌に対して手術切除が選択されるようになり、鏡視下で子宮・膣の合併切除を施行する場合がある。当院で施行した大腸がんに対する子宮・膣合併切除 2 例を報告する。
【症例 1】75 歳、5 か月前に進行上行結腸癌に対して腹腔鏡下結腸右半切除を施行したものの、骨盤内に再発したため腹腔鏡下超低位前方切除、浸潤部膣後壁・右骨盤神経叢・右尾骨筋合併切除、一時的回腸人工肛門増設術を施行した。
【症例 2】66 歳、6 か月前に子宮留膿腫にて当院を紹介受診した。感染兆候を認め、画像所見は直腸癌の子宮浸潤であった。人工肛門増設術後に抗癌剤治療を開始した。抗癌剤は著効し切除可能と判断し腹腔鏡下低位前方切除、子宮合併切除を施行した。
【結論】今後、大腸癌患者の子宮・膣合併切除に遭遇する機会は増加すると考えられる。原発性子宮癌とは異なる切除範囲やアプローチが必要となり、症例の蓄積が必要と考える。

＜演題 6＞
進行卵巣悪性腫瘍における腹腔鏡下生検　－病理診断の困難例－
大阪医科大学 病理学教室[1)]、産婦人科学教室[2)]
山田隆司[1)]、古形祐平[2)]、藤原聡枝[2)]、田中良道[2)]、田中智人[2)]、大道正英[2)]
【はじめに】進行卵巣悪性腫瘍や腹膜癌では、診断を確定するために腹腔鏡下生検する頻度が多くなってきたと思われる。

今回、診断確定に通常より時間を要した症例を経験したので報告する。

【症　例】患　者：55 歳、女性、1 回経妊・1 回経産

既往歴：49 歳時：子宮筋腫にて腹式単純子宮全摘術

現病歴：X8 年 8 月に腹部膨満感、便通異常があり、9 月中旬近医内科受診し、腹水および下腹部腫瘍が疑われたため、当院に紹介受診となった。MRI 検査で、腹水と両側の付属器に不均一な内容の腫瘤がみられたことから卵巣悪性腫瘍の疑いがあり X8 年 10 月に腹腔鏡下手術が施行された。腹腔内は大量の淡血性腹水が貯留し、腫瘍は両側性の卵巣腫瘍で、左右の境界が不明瞭で一塊となっており、小腸・虫垂・ダグラス窩で癒着がみられ、腹腔内に米粒大の播種巣が多数みられた。腫瘍減量は可能との判断で、開腹術へ移行された。腫瘍は、一部嚢胞状であったが、大部分充実性で脆弱であった。両側付属器摘出術、大網部分切除術、虫垂切除術が施行された。迅速組織診で悪性を強く疑う所見がみられたが、組織型を推定することはできなかった。

【病理所見】腫瘍は両側の卵巣腫瘍で、核小体が明瞭でない比較的小型の異型細胞が充実性に増殖していた。HE 染色では診断ができなかったが、免疫染色で卵巣原発の neuroendocrine tumor (small cell carcinoma, pulmonary type)と診断された。

【まとめ】採取検体が少量であったり、組織型が稀であったりする場合は、組織診断の困難なときがある。画像診断・腫瘍マーカー・腹腔内所見など臨床情報がまずは重要である。

【一般演題　②】　　座長：天理よろづ相談所病院　三木 通保先生

＜演題 7＞

子宮鏡検査後に卵管卵巣膿瘍を発症し腹腔鏡下手術で加療した卵巣子宮内膜症性嚢胞の 1 例

大阪医科大学附属病院

寺田信一、宮本瞬輔、丸岡 寛、古形祐平、藤原聡枝、田中良道、田中智人、恒遠啓示、佐々木 浩、大道正英

【緒言】卵管卵巣膿瘍は抗生剤などの保存的治療に治療抵抗性となり手術療法となることが多い。今回、卵巣子宮内膜症性嚢胞患者に子宮鏡検査を施行後に卵管卵巣膿瘍を発症し、腹腔鏡下手術で治療した症例を報告する。

【症例】患者は 41 歳、未妊で不正出血を主訴に前医を受診したところ経腟超音波検査で両側卵巣内膜症性能胞を疑い精査加療目的に当科紹介受診となった。軽度の内膜肥厚を認めていたため、子宮鏡検査・内膜組織診を施行した。検査 2 日後より発熱および炎症反応上昇を認めたため抗生剤で加療を行ったが著明な改善はみられず腹腔鏡下でドレナージを施行した。両側卵管は腫大し附属器は一塊となりダグラス窩は完全に閉鎖しており癒着剥離の際に膿汁が流出した。腹腔鏡下両側卵巣嚢腫摘出術・卵管切除術およびドレナージを施行し術後改善したため退院となった。

【結語】卵巣子宮内膜症性嚢胞・子宮内操作は卵管卵巣膿瘍との関連も報告されており、感染を引き起こすと治療に難渋することが多くその管理には注意が必要である。

＜演題 8＞

漿膜下筋腫・LAM 後の再発と診断した parasitic myoma の 1 例

神戸切らない筋腫治療センター 佐野病院 婦人科

井上滋夫

患者は 41 歳、未経妊。33 歳時に、膀胱子宮窩腹膜下に発育した筋層内筋腫を LAM で摘出している。腹部腫瘤感、頻尿を自覚し、子宮筋腫の再発が疑われた。

MRI でダグラス窩に子宮体部下部から頸部後壁に接する 10.6x7.3x7.0cm(右側)、6.5x4.7x3.0cm(左側)の T2、T1 で低信号を示す 2 個の充実性腫瘤を認め、4cm 未満の筋層内筋腫を複数認めた。頸部は延長し、頸部筋腫を否定できない漿膜下筋腫と診断した。膀胱と子宮体部前壁間に癒着を疑ったが、ダグラス窩および腸管との癒着を示唆する所見はなかった。LAVH または LM を提示説明したところ前者を希望した。術前にリュープリン 1.88 を 4 回投与し、腫瘤はエコーで縮小が見られたが、内診では可動性不良であった。手術所見:術前に漿膜下筋腫と考えた二つの腫瘤は、いずれも子宮との連続性がなく、結腸

に強固に付着し栄養血管の連絡を認めた。腫瘤を結腸から剥離し、子宮とともに経腟的に摘出した(計 360g)。病理診断は、leiomyoma であり、既往の LAM より生じた parasitic myoma と考えた。初回手術動画と MRI 所見を供覧し、parasitic myoma 発生の防止と術前画像診断について考えたい。

＜演題 9＞

卵管切除後に同側に異所性妊娠を再発した 5 症例

奈良県立医科大学

新納恵美子、松原 翔、長安実加、岩井加奈、山田有紀、棚瀬康仁、川口龍二、小林 浩

＜目的＞異所性妊娠において、異所性妊娠手術後の反復異所性妊娠が生じる可能性があることは有名であるが、クラミジア卵管炎などを原因とする対側卵管妊娠が多い。

しかし、当科で同側の妊娠を複数例経験したため、検討し報告する。

＜対象と方法＞2013 年 4 月から 2018 年 3 月に当科で行われた異所性妊娠手術 94 例を後方視的に検討した。

＜結果＞94 例のうち 4 例（4.3%）が異所性妊娠による卵管切除術後の同側妊娠であった。うち 2 例が残存卵管妊娠であり、2 例が間質部妊娠であった。さらに 1 例（1.1%）の付属器切除術後の同側間質部妊娠をみとめた。

このうち 4 例（80%）が自然妊娠であり、1 例（20%）が体外授精-胚移植による妊娠であった。

＜結語＞異所性妊娠手術、付属器切除術での卵管切除後に同側に異所性妊娠を生じた症例を経験した。

異所性妊娠の診断時には切除側の可能性を念頭に置く必要があり、切除時にも再発の可能性に留意した十分な切除が望まれる。

＜演題 10＞

卵巣腫瘍茎捻転疑いで緊急試験腹腔鏡を施行し術中に腹膜妊娠と診断した 1 例

京都第二赤十字病院

浅野正太、衛藤美穂、益田真志、福山真理、栗原甲妃、山本 彩、加藤聖子、藤田宏行

卵巣腫瘍茎捻転疑いで緊急試験腹腔鏡手術を施行し腹膜妊娠と診断、治療した 1 例を経験したので報告する。

27 歳、未経妊未経産、右卵巣嚢腫合併、不妊症に対して排卵誘発後、最終月経から 24 日目に下腹部痛を自覚し救急受診された。経腟超音波でダグラス窩に単胞性で 60 mm大の右付属器腫瘍を認め、強い圧痛を認めた。尿中 hCG 検査は陽性であったが明らかな胎嚢は認めず、ごく少量の腹水を認めるのみであった。鎮痛薬を投与したところ、疼痛は消失したため、手術侵襲による流産の可能性を危惧し緊急手術は行わず、入院で経過観察の方針とした。しかし入院後も鎮痛薬を要する疼痛が再燃し、翌日もダグラス窩の強い圧痛は改善ないため、試験腹腔鏡の方針とした。

腹腔内は血性腹水が少量あり、右付属器は 6 ㎝大に腫大あるも捻転は認めなかった。右付属器腫瘍を核出後に腹腔内を検索したところ、ダグラス窩に暗紫色の 3 ㎝大の腫瘤を認め、剥離し核出し、術後病理検査で腹膜妊娠と診断した。

＜演題 11＞

腹膜内に迷入した子宮内避妊具を腹腔鏡下に摘出した 1 例

大阪医科大学

宮本瞬輔、寺田信一、田中智人、大道正英

【緒言】子宮内避妊具（intrauterine contraceptive device:IUD）は有効な避妊方法の一つであるが、稀に子宮穿孔や重篤な感染症などの合併症を誘発する。今回、腰痛の原因として考えられた腹腔内に迷入した IUD を腹腔鏡下に摘出した症例を報告する。

【症例】患者は 47 歳、３妊 3 産、２産後に前医で IUD を挿入されている。出産後より月経時の腰痛が増強していたが婦人科的には治療することなく経過していた。腰痛の精査目的に近医整形外科を受診し腰椎 X 線検査で腹腔内異物を指摘され当科を紹介受診した。超音波検査では子宮内に IUD を認めなかったが、腹部 CT で膀胱子宮下腹膜左側に IUD を認めた。腹腔鏡下で手術を開始し腹膜内に迷入した IUD を摘出した。手術後、月経時の腰痛症状は改善した。

【結語】IUD は有効な避妊具であるが、稀に子宮穿孔や腸管・膀胱穿孔などの合併症を引き起こす。使用の際には合併症の可能性を念頭に置いて管理する必要がある。

＜演題 12＞

EtCO2 の上昇で発見された皮下気腫による換気障害の 1 例

市立貝塚病院

前田通秀、増田公美、栗谷 翠、小林まりや、塩見真由、山部エリ、直居裕和、大塚博文、横井 猛

症例は 44 歳、未経妊、子宮粘膜下筋腫に対して、腹腔鏡下単純子宮全摘術を実施した。10mmHg で気腹を開始し、右下腹部のトロッカー挿入に難渋した。術中、徐々に呼気終末二酸化炭素濃度(EtCO2)の上昇を認め、1 時間後に 60mmHg となった。経皮的動脈血酸素飽和度(SpO2)の低下は認めなかった。全身検索を行うと、右下顎から右大腿に広範な皮下気腫を認め、それに伴う換気障害と判断した。換気回数を上げると、EtCO2 は低下したため、腹腔鏡下で手術を継続し、2 時間 2 分で術終了した。EtCO2 が 35mmHg の状態で帰室した。術後、呼吸心拍持続モニターを装着し、呼吸動態は安定していた。術 3 日目に皮下気腫の範囲が右前胸部から右下腹部に改善を認めた。術 4 日目に皮下気腫は消失し、術 7 日目に退院とした。婦人科領域における腹腔鏡手術時の皮下気腫による重篤な換気障害の報告はまれである。開腹手術への移行や、術後挿管管理を要する場合もあり、本症例の反省を踏まえ報告する

【一般演題　③】　　座長：市立貝塚病院　横井 猛先生

＜演題 13＞

ループ型電極(SupraLoop™)の使用経験とその有用性

京都府立医科大学大学院　女性生涯医科学

山本拓郎、楠木 泉、垂水洋輔、古株哲也、伊藤文武、松島 洋、小芝明美、北脇 城

【緒言】骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨腟固定術(LSC)は拡大視野下で骨盤深部の操作が可能であり、骨盤臓器脱に対する手術の安全性を担保し適応を大きく拡げる可能性がある。今回、われわれはループ型電極を用いることで、LSC の際の腹腔鏡下子宮腟上部切断術(LSH)に要する時間の短縮が可能であったのでその使用経験と併せて報告する。

【方法】当院で骨盤臓器脱に対し LSC を施行した患者のうち、LSH にループ型電極（SupraLoop™）を用いた 4 症例（ループ群）と、フック型モノポーラ電極を用いた 4 症例（従来群）について、子宮腟上部への通電開始から切断完了までを子宮切断に要した時間として比較検討した。

【成績】患者背景に有意な差を認めなかった。ループ群と従来群で子宮切断に要した時間は 1.5±0.5 分 vs.7.2±4.5 分であり、ループ群で有意に短かった。

【結論】子宮腟上部切断術におけるループ型電極の使用は、子宮切断に要する時間を短縮させると考えられた。

＜演題 14＞

子宮鏡による新しい治療法と可能性　　A new surgical procedure by using a TCR and its possibility

草津総合病院

卜部 諭、卜部優子、中川渥裕、小暮 藍、十河進仁、鳥井裕子、藤城直宣、伊藤良治、鈴木 瞭

鏡視下手術の発達により侵襲の少ない手術が可能になってきた。最近では、子宮鏡による手術も発展し、筋腫などを中心に今まで以上に多種多様な手術が可能となり、侵襲も腹腔鏡より少なく、同等の手術が可能になって来ている。今回我々は子宮鏡と腹腔鏡を同時に使用する事により、よりクオリティの高い手術ができたと思われる２症例と、IUD、IUS の抜去に子宮鏡をつかった症例を報告する。

1 つ目の症例は 14 歳の妊娠 9 週の子宮間質部妊娠。中絶を希望で前医を受診、子宮間質部妊娠のため当院に紹介となった。家族より強い卵管温存の希望があったので、腹腔鏡下に観察しながら、子宮鏡にて胎嚢の摘出を行った。子宮鏡で子宮内をのぞくと、左間質部と思われる部分に胎嚢を認めたが、卵管の位置を確認することはできなかった。腹腔鏡では明らかに間質部に腫大を認め、子宮鏡による明かりが確認できた。子宮鏡にて胎嚢を少しずつ剥離、卵管角の近くでは腹腔鏡による明

かりを確認しながら、穿孔しないように剥離し、全摘出をおこない、卵管の温存に成功した。
2 例目は 2 年前に挿入した IUS（ミレーナ）が 1 年前には子宮内に確認できたが、今回診察時には腹腔内に確認された症例に、腹腔鏡下に回収手術を行うと同時に、子宮内を子宮鏡にて確認、穿孔した場所がないかを見た症例である。
患者は 40 歳、2 年前に IUS を挿入、その後経管から糸の確認と、子宮内の IUS の確認を定期的に行っていたが、この 1 年ほど受診しなかった。症状は何もなかたが、検診のため受診。子宮内に IUS は確認できず、また、子宮口に糸を確認することもできなかった。このため、腹部単純レントゲンを撮ったところ、腹腔内に IUS を認め、当院へ紹介となっている。
また、IUD 挿入により疼痛を強く来たし、抜去困難内症例に子宮鏡で安全に摘出、疼痛の原因も明らかになった症例などを報告する。

＜演題 15＞
子宮頚管部側方処理の工夫から－子宮下垂、子宮脱に対する新たな試み－
淀川キリスト教病院
伊熊健一郎、丸尾伸之、山中啓太郎、吉澤ひかり、内藤宏明、藤田由布、村上暢子、柴田綾子、石原あゆみ、西舘野阿、三上千尋、前澤陽子、陌間亮一、田中達也
【背景と目的】骨盤内臓器脱 POP に対する手術で、メッシュ手術である TVM に代わる腹腔鏡下仙骨膣固定術 LSC は、1994 年に Nezhat らが発表。安藤らとで 1999 年に報告しており、2014 年に保険収載され、急速に脚光を浴びている。しかし、LSC でも TVM に類似した術後の感染例や瘻孔例が散見される。一方、演者は、TLH の頚管部側方処理では、Aldridge 法に準じた超音波凝固切開装置による筋膜内切離を採用。その際できる、内子宮口部の動静脈部を頂点とし、頚管部筋膜を二辺とし、膀胱子宮靭帯部～仙骨子宮靭帯部を底辺とする三角形に着目。その部を CTZ（cervical triangle zone）と名称。この CTZ の作成は尿管を遠ざけ、靭帯部の縫縮と CTZ 部の修復は、術後の腟脱予防や腟脱治療である NTR（native tissue repair）に繋がる手法になる可能性があると考え、報告する。
【症例と方法】トロカーは parallel 配置の 4 点。大きな子宮や経腟操作が困難な場合は、第 18 回本研究会で報告した HLH（hybrid laparoscopic Hysterectomy）で進める。具体的な手順と手法は動画供覧で説明する。
【結語】LSC は、自然性のある腟に戻すが、異物のメッシュが残る方法である。一方、CTZ の形成は尿路系の安全を高め、縫縮・修復は NTR（native tissue repair）を追求した POP 改善法の 1 手法になると考える。

＜演題 16＞
当科における Douglas 窩受け皿法
済生会千里病院
井上裕太、武曽 博、大上健太
当科では腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術を施行する際、剥離による嚢腫の破綻がない症例については Douglas 窩を覆うように E・Z パースを広げることで嚢腫を袋内に誘導して嚢腫壁を摘出するようにしている。この操作を当科では Douglas 窩受け皿法と命名し、嚢腫内容液が腹腔内に飛散することを防ぐことで、化学性腹膜炎や悪性であった際でも播種性転移の予防が期待できる。また、嚢腫内容が破綻した場合の洗浄や内容物の回収にかかる手間が省けることで、手術時間の短縮にも寄与する可能性がある。今回、3 例の性交歴のない卵巣嚢腫の患者に対して適用することで、マニピュレーターを使用せずにスムーズに嚢腫摘出を施行することができた。骨盤腔内に広がる絶妙な size で子宮や腸管との距離を置くことができ、袋の適度な硬さにより子宮を挙上する支えにもなると考えられた。今回我々は、手術動画を供覧し、その有用性について検討したので報告する。

＜演題 17＞
脳室―腹腔シャントを有する患者に対して腹腔鏡下右付属器摘出術を施行した 1 例
大阪警察病院
高田友美、松本愛世、神野友里、澤田育子、中川美生、塚原稚香子、宮武 崇、西尾幸浩

水頭症に対する脳室―腹腔シャント（VP シャント）を有する症例は、高齢化に伴い、今後増える可能性がある。VP シャントを有した症例に対し、腹腔鏡下右付属器摘出術をしたので報告する。症例は 51 歳女性で、1 経妊 1 経産、未閉経。クモ膜下出血後、全盲、転倒による脳挫傷後、水頭症に対して VP シャントを留置されていた。CT にて偶発的に右卵巣に７ｃｍ大の腫瘤を指摘され、当科へ紹介となった。MRI にて明らかな充実部なく、良性の診断の下、腹腔鏡下右付属器摘出術の方針とした。脳外科にコンサルトの上、シャントには逆流防止弁があることを確認し、通常気腹圧で行った。シャントチューブ先端はダグラス窩に留置してあり、さらに腫瘤が子宮右背側に癒着する内膜症性嚢胞であったため、チューブが術中操作の妨げとなった。術後は合併症なく、3 日目に退院となった。文献的考察を加え、報告する。

＜演題 18＞

良性卵巣腫瘍合併妊娠に対する開腹手術と腹腔鏡手術における手術成績と妊娠予後についての検討。

近畿大学

葉 宜慧、小谷泰史、佐藤華子、城 玲央奈、藤島理沙、青木稚人、大須賀拓真、村上幸祐、高矢寿光、中井英勝、鈴木彩子、辻 勲、　松村謙臣

非妊娠時における良性卵巣腫瘍では、腹腔鏡手術が QOL 向上の観点から、

今や標準的術式と言える。しかし、妊娠中の腹腔鏡下手術は、胎児や妊娠経過への影響が不明な点もあり一定の見解は存在しない。

当科でこれまで行った気腹法での腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術と開腹手術（脊硬膜下）との合併症を比較することを目的とし、後方視的に検討した。対象は、1993 年より 2018 年の間で、当院で妊娠中、術前に良性卵巣腫瘍と診断され、手術を施行した 71 例。(開腹症例 36 例、腹腔鏡症例 35 例）結果は、良性卵巣腫瘍合併妊娠の腹腔鏡手術は、開腹手術と比較して、出血量は少なく、在院日数が短かった。妊娠予後に関して、腹腔鏡手術は開腹手術と比較し、妊娠経過や胎児予後に悪影響を与えなかった。

また、当科では妊娠中の腹腔鏡下手術時での工夫として、ダグラス窩に落ち込んだ卵巣腫瘍を引き上げるために、メトロイリンテルを経腹的にダグラス窩に挿入し挙上する方法をとっている。最近では、メトロイリンテルで挙上困難な場合、経膣プローベでダグラス窩を圧迫することで補助的に腫瘍を挙上させる方法も行っている。

＜演題 19＞

Robot assisted simple hysterectomy (RASH) における、スパチュラ型モノポーラの使用経験

愛仁会千船病院

大木規義、村越 誉、小川紋奈、嶋村卓人、嘉納 萌、細川雅代、山本貴子、成田 萌、安田立子、稲垣美恵子、岡田十三、吉田茂樹

【緒言】ダヴィンチ手術では、強拡大 3D 視覚情報を利用し、膜構造理論に基づく戦略が有利と考える。スパチュラ型モノポーラは、先端がシャープで層展開に適し、同戦略に適していると考えた。

【方法】Da Vinci Xi システムを使用。術者は左手にロングバイポーラ、右手にスパチュラ型モノポーラとカディエールを使用する。アプローチは TLH 同様、側方アプローチ。膜解剖理論に基づき、血管板、尿管板、endopelvic fascia という、3 領域を意識して手術進行。①latzko 展開、②子宮動脈切離、③岡林展開、④膀胱剥離、⑤基靭帯処理、⑥腟管切開などの場面で、スパチュラの有用性について検討した。

【結果】全過程を、スパチュラで行うことができた。強拡 3D 視野との相性は良好であった。組織に当てる角度、面積により、切離や止血が自在に調節できた。一方、不十分なカウンタートラクションでは機能しないことが分かった。

【結論】視覚情報に頼るダヴィンチ手術では、膜解剖理論に適したスパチュラ型モノポーラは有用なツールになり得る。