

腹膜外・骨盤内（前方）臓器除臓術

An Extraperitoneal Method of (Anterior) Pelvic Exenteration

弘前大学医学部産科婦人科学教室

品川 信良 Shinryo SHINAGAWA
成田 俊策 Shunsaku NARITA

わたくしたちはさきに、わたくしたちの“腹膜外広汎子宮全別および淋巴節廓清術”について報告したが、これを拡大しさえすれば、腹膜外術式による骨盤内臓器除臓術 (Pelvic exenteration) も当然可能な筈である、幸いわたくしたちは最近、尿道癌が前腔壁および膀胱に浸潤している患者に対して、腹膜外術式で骨盤内前方臓器除臓術 (Anterior pelvic exenteration) を行なう機会に恵まれたが、この経験から、少なくとも骨盤内前方臓器除臓術は、従来諸家が行なっているような腹式経腹膜術式で行なうよりも、腹膜外術式で行なつた方が容易かつ安全なことを知つたので、ここにその術式を紹介する。なおここには、わたくしたちが腹膜外術式でこれまでに経験した骨盤内前方臓器除臓術についてだけ述べるが、これに準じて骨盤内後方臓器除臓術 (Posterior pelvic exenteration) や骨盤内全臓器除臓術 (Total pelvic exenteration) も当然可能である。

骨盤内前方臓器除臓術の適応と条件

- 適応** 1. 子宮頸部や腔の癌が膀胱や尿道に浸潤している場合。
2. 膀胱や尿道の癌が子宮や腔に浸潤している場合 (はもちろん、していない場合も)。
3. 子宮絨毛癌が腔前庭、腔、膀胱等に転移または浸潤している場合。このほか、
4. 子宮や腔の癌の放射線治療後に、尿瘻、特に膀胱腔瘻が発生した場合も、時には適応になりうる。

条件 (要約) 1. 膀胱、尿道周囲組織、子宮旁結合織を骨盤壁および直腸から、少なくとも肉眼的には癌組織を残すことなく、剝離できること。

2. 淋巴節の廓清が可能なこと。

3. 遠隔転移がないこと。

4. 患者の一般状態が良好で手術に耐えうること。腹膜外術式の場合は、従来の経腹膜術式の場合よりも手術侵襲が少ないから、この条件はかなり拡大できる。

術式

前処置 直腸尿管吻合の場合の前処置について述べる。クロロマイセチンやサルファ剤等を手術前4～5日間内服させ、ペニシリンやストレプトマイシンを24時間前から筋注する。食事は5～6日前から残渣の少ない高カロリー、高蛋白のものとする。手術前12～24時間は固形物を与えない。また手術の2～3日前から毎日洗腸する。手術中は肛門から直腸・S字状結腸にかけてゴムゾンデを挿入しておく。

麻酔 腰麻でも充分行なえる。わたくしたちは低比重の腰麻で行なつた。

皮膚及び筋膜の切開 腹膜外広汎子宮全別術の場合と同じである。

腹膜剝離、腹膜外腔の展開、淋巴節廓清 いずれも腹膜外広汎子宮全別術の場合と同じである。

下腹動脈結紮 淋巴節廓清を終えたら直ちに下腹動脈を結紮切断する。骨盤内前方臓器除臓術の場合は、子宮動脈と臍動脈との分岐部で結紮切断すればよい。

ここで直ちに基靭帯を切断し、基靭帯節を廓清してもよいが、子宮体を腹腔外に出して、これを反対側に牽引しながら行なつた方が容易である。

膀胱剝離 主として用手的に行なう。膀胱側腔および Retzius 氏腔を拡大するように剝離してゆく。膀胱および尿道を恥骨結合および側方から遊離することは容易であり、骨盤壁の静脈を傷つけないように注意すれば、ほとんど出血はない。外尿道口附近まで剝離したら、一応剝離を中止する。外側臍靭帯は切断するが、閉鎖神経は傷つけないようにする。

膀胱腹膜剝離 膀胱腹膜を腹側から膀胱子宮窩に向つ

て剝離する。外側臍靱帯は切断する。膀胱子宮窩に到達したら、腹腔剝離を子宮円索の方にすすめ、一応尿管の走行を確かめておく。

腹膜切開と腹腔内操作 ついで膀胱子宮窩腹膜を横に切開して子宮体を腹腔外に出し、これに子宮鉗子をかけ、恥骨結合の方に牽引しながら両側の卵巢提索を切断結紮する。ついで子宮広間膜を直腸子宮窩まで切断し、最後に直腸子宮窩腹膜を横に切開し、直腸を軽く剝離する。ここで腹膜を縫合閉鎖しても構わないが、基靱帯処理や膣入口部までの膣の剝離が困難と思われるときには、これらの操作を終ってから閉鎖する。ただし直腸子宮窩腹膜以外の部分は閉鎖しても、通常基靱帯等の処理の妨げにならない。

基靱帯処理 下腹動脈の尾側切断端をつまみながら子宮動脈および臍動脈を剝離したのち、子宮動脈および基靱帯周辺の脂肪織やリンパ節を剔除しながら基靱帯を細め、骨盤壁に近く切断結紮する。反対側も同様に処理する。なお、基靱帯処理と次の後方処理の順序は逆であっても構わない。

後方処理 直腸および後腹膜を頭側に挙上し、子宮体を恥骨結合の方に牽引しながら仙骨子宮靱帯を切断し、更に膣・直腸間の結合織を切断しながら、直腸だけを残すようにして膣入口部まで剝離する。直腸子宮窩腹膜は、この後方処理のときに切開しても勿論構わない。

これで、子宮および膀胱は、両側の尿管、膣入口部、外尿道口部との結合を残すだけとなる。

腹膜縫合 腹膜を縫合して腹腔を完全に閉鎖する。（この腹膜閉鎖は基靱帯処理の前に行なってもよいが、側方および後方の処理がやりにくくなりそうなときは、後廻しの方がよい。）

尿管の剝離および切断 尿管の移植部を予め想定し、これに必要な長さになるように尿管を切断する。膀胱までの全走行を剝離しなくても十分な長さが得られる。尿管はなるべく腹膜に着いている部分が長くなるようにする。

膣・外陰側の処理 腹式手術に関与しない助手がこれに当る。外尿道口、膣入口部、外陰等を切除する程度は個々の症例によつて異なるべきである。わたくしたちの

症例は尿道癌で膣入口部の膣粘膜は健康であつたので、陰核を残すようにして外尿道口とその周縁および全前膣壁を切除し、後膣壁は約1cm残るようにした。

腹側からの剝離と膣・外陰側の切開とが一致すれば、子宮は膀胱、尿道、膣とともに剔除できる。

ドレーン挿置、膣・外陰縫合 膣入口部近くまで剔除した場合には、ドレーンは膣から出しても大体目的を達することができる。特に側尾骨ドレーンにしなくてもよい。ドレーンの部分を残して膣・外陰入口部は縫合閉鎖する。

尿管移植 最後に尿管を移植する。尿管を直腸に移植することには疑問の点も少なくない（皮膚に移植した方がよいかも知れない）が、わたくしたちは両側とも直腸に移植した。この際、腹膜から遊離している部分の尿管を直腸内に挿入するようにし、尿管移植部の直腸壁には尿管の附着している腹膜を被せて縫合する。

腹壁閉鎖 子宮円索の鼠径側断端および腹直筋筋膜に腹膜を固定し、死腔を小骨盤腔だけに限るようにした上で、筋膜および皮膚を縫合して一次的に腹壁を閉じる。小骨盤腔の死腔には抗生物質およびサルファ剤を撒布しておく。

術後処置 直腸尿管吻合部の感染や死腔炎を防ぐ目的で、発熱がなくても、術後5日間ぐらい抗生物質等を投与する。また大量の補液を行なう。

総括

わたくしたちが最近行なつた腹膜外骨盤内前方臓器除臓術の術式を報告した。個々の手技については改善の余地が多々あるが、少なくとも骨盤内前方臓器除臓術は腹膜外術式を採用することにより、安全かつ容易に行なうことができる。

附記 わたくしたちが上述の手術を行なつた症例は、64才の尿道癌患者で前膣壁と膀胱に浸潤があつたものである。手術所要時間は3時間40分、総出血量は300cc、膣ドレーンからの総排液量は2週間で758ccあつた。術後経過は極めて順調である。

文献

- 1) 品川, 真木: 日産婦誌, 13: 8 (1961).

(No. 1397 昭36・4・7 受付)