

69. 膀胱子宮脱に対して私たちが行なっている手術法

(弘前大) 品川 信良

前田 慶子, 山中 幸麿, 立石 洋介
渡辺 節躬, 長沢 一麿, 小杉 有信

膀胱子宮脱患者では, Retzius 氏腔の結合織が菲弱化して居り, 膀胱と骨盤壁との結合が弛くなっていることが多い。そこで私たちは, 傍尿道部の前腔壁を Cooper 氏靭帯に固定することによって Retzius 腔の結合を強化することを主眼目として, これまで30例の膀胱子宮脱を処置し良好な成績(注)を得ているので, この手術法を紹介する。なお本法の詳細については, “腹膜外式婦人科手術”(金原, 1964年)の各論第1章にすでに記載してある。

注1. 完全に治癒し再発をみないものは30例中26例(87%), 脱出はしなくなつたが, 重いものをもつたときにやや脱垂感のあるものは2例, 膀胱子宮脱は癒つたが別に直腸脱をあとで起こしたものは2例である。

注2. 私たちはこの手術に子宮全摘や会陰成形などをしばしば併施している。前者は30例中21例(70%)に, 後者は9例(30%)に対して行なわれた。しかし腔壁縫縮術は1例に対しても行なわれなかつた。

追加

(国立金沢) 遠藤 幸三

品川教授の方法は, 婦人の強迫尿失禁を伴うような場合に適法と考えます。膀胱脱の治療法はいろいろ発表されているが, 私は膀胱脱, enterocele (小腸脱), 直腸脱などすべて, endopelvic fascia の弛緩による hernia と考えており, すべて下方から治しうものと考えている。前腔壁を開き, Pubocervical fascia (vesicovaginal entum) という結合織を分離すると膀胱は hernia sack として下降してくる。また後腔蓋部を開くと, Douglas 窩が hernia sack として膨隆してくる。これらはすべて Tabaco-naht で消失させ, その上から結合織板を縫合し, 腔粘膜を縫合すれば治癒する。更にその上に, enterocele, rectocele の場合には Levator muscle を縫合すればよく, 腹壁 Hernia で腹直筋を縫合強化すると同様である。

追加

(宮城県) 永井 泰

演者は腹壁よりである。小生の方法は考え方は同方向であるが, 腔式である。即ち子宮頸管前壁を広汎に剝離し, 子宮頸部に予め太い縫合糸をおき, 恥骨弓の筋層部に該縫合糸をかけ, それを短縮することにより, 子宮頸部を恥骨弓後面に附置することである。主として閉経後婦人, 殊に高令婦人に行う。

追加

(東京都) 杉山 四郎

膀胱脱, 子宮脱に対しては脱垂部分の縫縮, 閉鎖も重大なことながら, それと同様子宮を上にも吊り上げることが大切であると思ふ。

質問

(東邦大) 林 基之

全子宮脱にも同様な方法をとつたか, どうか。

膀胱前壁をつり上げるのはよい構想ですが, 脱はヘルニアの一種だから下からヘルニア門をしめることも大切だと考えます。

回答

(弘前大) 品川 信良

腔入口部が広がっているとされるものに対しては後腔会陰成形(肛門拳筋縫合を含む)を併施して居ります。なお閉経後婦人の場合には, 単純子宮全摘もしばしば一緒に行なつています。

70. 外陰癌の手術療法

(札幌医大) 小森 昭, 須賀 政友

小森 昭人, 平沢 峻, 山口 斌

外陰癌に対する治療の中, 放射線療法は余り期待できない現状である。その理由は外陰部は照射感受性が極めて高い為, 正常皮膚がすぐレントゲン火傷を起し, 充分量の照射を行なうことができないからである。手術術式が進歩するにつれて本症の5年治癒率は著しく良くなりつつある。本症の予後を決定する最も重要な因子は, 手術術式即ち病巣の剔出範囲とリンパ節転移の有無である。

演者等は最近引続き2例の小陰唇癌を経験したので, 本症の代表的手術で広汎度が高く, 且つ手術侵襲の少ない Kehrer 氏術式を中心にして, 術中撮影せる写真, 術前術後施行せるリンパ造影 X-P 及び我が教室に於ける婦人骨盤腔の屍体解剖所見を参考にしながら述べていく。

71. 子宮腔上部切断術後の残留頸部による障害について

(国立金沢)

遠藤 幸三, 小島 俊彦, 立岩 孝

最近10年間に当科を訪れた子宮腔上部切断術後の患者351例について, 後遺症を調査した。

主訴は, 下腹痛, 腰痛, 性交痛などの骨盤痛や, 帯下, 性器出血が主なもので, これについて, 尿路障害, 性器下垂感などがあつた。

外来受診時の診断は, 子宮頸部炎(29.8%), 骨盤内炎症(8.6%), 尿路炎症(4.0%), 付属器腫瘍(3.4%)が主なものである。腔上部切断術後に骨盤内炎症の頻度

が高いが、これは、術後感染が膣へ開口されないため、全別後の場合では骨盤内炎症を起すことは少ない。残留頸部に炎症のあるものに下腹痛や腰痛を訴えるものが多いことは、頸部の炎症が、骨盤痛の原因となることを示している。また性器脱の頻度も全別後に比べて高く、残留頸部が下垂に対して支えとなっていないことを物語っている。後遺症に対して37例に残留頸部切除（20例は腹式、17例は膣式）を行った。術後診断の主なものは、子宮頸部炎と骨盤内炎症であった。これらの例は術後殆んどその症状が軽快した。

断端癌は39例あり、うち4例は0期、12例は偽断端癌であった。これらの断端癌のうち1960年までに治療した16例の5年治癒率は25%で同期の当科全頸癌の5年治癒率58.3%に比して著るしく悪い。

結論として、手術後の残留頸部に基づいて骨盤痛、帯下を主とする症状を起すことが少なくない。これらは頸部の炎症、術後の骨盤内炎症、これに続発する尿路感染が主因をなすと考えられる。

追加 (岡山大) 橋本 清

只今の御報告では断端癌の治癒率が非常に悪い様に申されましたが、岡大の成績では一般の頸癌に比べて大差ない様になっております。

追加 (国立金沢) 遠藤 幸三

北野病院、下村先生に

私が昭和32年に発表した論文で全別後の性交状態は障害あるものは腹式全別後32.1%、膣式全別後25.7%に対し、Supra 後は37.8%であった。不変と答えたものは、それぞれ32.5、44.8、29.3%で全別の方がよい成績であった。また配偶者の性感は減退が腹式全別16.0%、膣式全別14.3、Supra 後 8.2%、不変はそれぞれ38.3%、48.6%、33.6%で大した意味はないと解している。

岡大、橋本教授に。

当科の、この期間の断端癌の成績が悪いのは例数が少いので、意義あるかどうかはやゝ確言しがたい。また、この内かなり進行した頸癌に Supra を他院で行った症例が5例あり、これらはすべて治療に抗して死亡したので、更に成績をわるくしている。

質問 追加 (北野病院) 下村 虎男

主に子宮筋腫を包む骨盤内腫瘍の剔出に際して子宮を膣上部切断すべきか、単純全別にふみ切るべきかについては、術後の夫婦生活の問題をふくめて考慮すべきであろう。

私は断端癌の発生を予防する意味で、膣部びらんの併

存している子宮筋腫は原則として単純全別に行っている。

質問 (東京都) 杉山 四郎

膣上部切断の断端は、子宮動脈が萎縮しているので、膣式に摘除が簡単であるが、腹式に摘除した例はいかなるものに行なったか。

回答 (国立金沢) 小島 俊彦

腹式に頸部切除を行った者は全て骨盤内炎症や、付属器腫瘍などの腹腔内異常のあるもののみでそれ以外は膣式に残留頸部を剔除している。

72. 子宮頸癌の超広汎性術式について

—明石の超広汎手術—

(札幌医大) 明石 勝英

小森 昭, 平沢 峻, 横山 幸生

八木橋三郎, 須賀 政友, 中村 俊雄

川瀬 哲彦, 山口 斌, 小前 由雄

骨盤内局所解剖に立脚して系統的且つ安全に高度の広汎性を目的として行なう。術式は大体2つの段階に分ける。

I. 腹膜外術式：本術式採用時、当初の目的は膣式子宮広汎全摘除術に於けるリンパ節廓清の補助手段に過ぎなかつたが、近来は基靭帯を骨盤壁より徹底的且つ安全に解離せしむる rout としている。

1) 骨盤所属リンパ節廓清は6段法により en bloc に行なう。

2) 基靭帯の解離：側臍靭帯をつまみ上げ、子宮動脈、上下膀胱動脈、内陰動脈、下臀動脈、閉鎖動脈をその起始部で結紮切断する。次いで閉鎖動脈・静脈の大坐骨切痕への小枝と切離して、梨状筋孔の下孔を遊離する。尾骨筋膜を大坐骨切痕より切離して、内陰動脈及び静脈を切離し、坐骨神経叢の走行を明瞭ならしめてより、下臀動脈及び静脈を切断し、又内腸骨静脈を上・下臀静脈の中間で切断する。これにより基靭帯は骨盤壁から完全に切離せられる。

II. 膣式術式：膣壁マンシエット形成、膀胱剝離膣周囲組織切断、膀胱・直腸側腔展開、膀胱脚切断による尿管膀胱部の遊離、骨盤腹膜の切開により、付属器摘除後、骨盤腹膜閉鎖後、直腸脚の切断により子宮は超広汎性に摘除せられる。

III. 補助法 1) 子宮膣部の術前ラジウム照射 (3000~5000mg/時) 2) 森新太郎博士の持続チューピング腰椎麻酔法、3) 止血法として熱性食塩水ガーゼ使用、深部静脈の電気焼灼凝固切離法 4) 尿道口のヘガール氏拡張器