

451 子宮体癌の経直腸的超音波診断

国立大阪病院産婦人科

永野忠義、越智 博、中井庸二、小沢 満

【目的】超音波診断はその無害性、簡便性により多種の婦人科疾患に威力を発揮してきたが、こと子宮体癌については子宮腔内に存在する癌組織の描出能力は低く、その改良が望まれてきたのは事実である。そこで我々は、子宮体癌症例に対して直腸内にプローブを挿入し、経直腸的超音波診断を試みたので報告する。【方法】使用した超音波診断装置は横河メディカルRT 3600、直腸へ挿入したプローブはG型プローブ(5 MHz、リニア型)である。患者には検査直前に必ず浣腸を施行し、症例に応じて静脈麻酔を併用した。そして単にプローブを挿入するのみでなく、腹壁からの圧迫を加えたり、介助者にプローブを保持させ双合診を施行する事により、より良好な画像を得、又骨盤内の動的な所見を得る事が出来た(超音波内診法)。【成績】従来、子宮体癌症例に対し経腹壁的に超音波診断を施行しても、その癌病巣自体が明確にされる可能性はかなり低いものであったが、経直腸的方法によって癌病巣の描出能力は極めて向上し、体部浸潤、頸部浸潤の検討が可能となった。即ち、子宮体癌症例11例に経直腸的超音波診断を施行し、体部浸潤診断正診率73%、頸部浸潤診断正診率63%と良好であった。そして鑑別診断上問題となる子宮溜膿腫や内膜ポリープも十分に鑑別しえた。CTスキャンやradial scanでは盲点となる子宮底部付近の診断も可能であり、なによりも子宮全体像をリアルタイムに観察しうる事により得られる情報量は大きい。【結論】子宮体癌の補助診断に経直腸的超音波診断を施行し、その有効性が確認された。

452 広汎性子宮全摘術後の腔再建に関する臨床的ならびに組織学的検討

北海道大学

大久保仁、椎名美博、一戸喜兵衛

【目的】我々は広汎術後の性交障害回避のため、腔断端深部の空間確保を主体とした腔短縮防止処置(短防処置)を行ってきたが、今回その臨床的・生物学的意義を明確にする目的で再建腔腔長の測定と卵巣保存や放射線の及ぼす影響を検討し、更に腔再生過程を形態的に観察した。【方法】子宮全摘術後患者353名の後腔腔長を測定し、種々の比較検討をした。また広汎術後患者の腔再生過程を肉眼的・組織学的に観察した。【成績】1)広汎短防処置群の腔長は $7.0 \pm 0.1 \text{ cm}$ ($m \pm SE$ 以下同じ)で、対照とした単摘群の 7.3 ± 0.1 と有意差はないが広汎非短防処置群では 4.9 ± 0.3 と有意に短縮していた。また49歳以下同年代の広汎短防処置群のうち、卵巣保存群の 7.3 ± 0.1 に比べ卵巣摘除群で 6.4 ± 0.2 と有意に短縮していた。さらに広汎短防処置卵巣保存群で放射線照射群と非照射群では腔長に有意差はなかった。2)断端深部の肉芽腔に圧伸開大、痂皮除去をくり返すと術後3週目頃より旧腔断端部より肉芽組織を未熟な間質として腔上皮が誘導され成長する。それと前後して間質は次第に成熟し、正常腔粘膜固有層へ変化する。この過程は通常術後3か月までに完了する。腔全摘症例では術後約30日目に腔粘膜再生が開始し、術後照射のため一時障害されたが、170日目で8cmの生理的腔長にまで回復した。【結論】1)広汎術後の腔を、我々の短防法によりたとえ腔全摘症例でも生理的腔長まで再建しえた。腔腔長の再建維持には卵巣保存が重要な役割を果たす。また術後照射は再生速度を低下させるが最終的な腔腔長復元の障害とはならなかった。3)腔再生は肉芽組織を間質とした被覆上皮増殖によるが間質も次第に正常腔粘膜固有層の形態をとる。