

診 療

性器脱における腔断端・腹壁単純固定術

防衛医科大学校産科婦人科学教室

永田 一郎 古谷 健一 加藤 宏一

Simple Fixation of the Vaginal Stump to the Abdominal Wall in Uterine Prolapse

Ichiro NAGATA, Kenichi FURUYA and Koichi KATO

Department of Obstetrics and Gynecology, National Defense Medical College, Saitama

Key words: Uterine prolapse • Surgical repair • Ovarian tumor • Uterine myoma

緒 言

開腹術を要する骨盤内の腫瘍（子宮筋腫、卵巣腫瘍など）が存在し、子宮脱を合併している場合、子宮脱の処置には様々な処置のしかたがある。腔式手術から入る方法としては、まず子宮支持靱帯を腔式に切断し、下方を遊離した子宮を腹腔内に押しやつておく。ついで、前後腔壁整形術を行い、先に切断した子宮支持靱帯の断端を腔の上端に固定する。その後、開腹して子宮および目的の腫瘍を摘出する。初めから腹式に行う方法としては、開腹して子宮および腫瘍を摘出し、次いで腔断端を腹壁筋膜弁その他で吊り上げる方式がある¹⁾⁵⁾。しかし、いずれにしても腔脱の完全な修復には多少煩雑な手技を必要とする。われわれは最近、巨大な卵巣腫瘍と高度な子宮脱（general prolapse）を併発した一症例に、腔断端の単純な腹壁腔固定術を試み良好な結果を得たので報告する。

症 例

70歳の5回経妊，4回経産婦。

現病歴：5～6年前から子宮脱出感出現。2～3年前から腹部膨満感あり。昭和61年9月16日頃から全身黄染。下肢浮腫出現。黄疸を主訴として当院皮膚科受診。著明な子宮脱を伴うため昭和61年9月19日当科受診となった。

初診時所見：身長150cm，40kg。痩せぎみで全身皮膚は乾燥し，黄疸が著明であった。しかし，全身状態は良好。腹部全体著明に膨満していたが，

皮膚血管の怒張はなかつた。腔は完全に外反しており，極度の子宮脱，膀胱脱，直腸脱を伴っていた。子宮ゾンデ長は7cm。

その他の全身的な諸検査の結果より，APTT上昇，fibrinogen減少，血小板減少等の凝固機能低下が認められたが，これらは巨大腹部腫瘍の圧迫による急性の胆管閉塞性肝機能障害によるものと考えられ，肝機能障害に対する治療を実施後，手術を行った。

手術：昭和61年10月6日。

術式：腹式子宮単純全摘術＋両側付属器摘除術＋ダグラス窩閉鎖術＋腔断端腹壁固定術。

開腹所見：臍上3cmに達する縦切開で開腹。淡褐色，漿液性の腹水約200ml（＋）。腹腔内は白色平滑な外壁を有する右卵巣嚢腫で占められていたが，周辺臓器との癒着はなかつた。子宮および左の付属器は萎縮しており異常所見（－）。

手術術式：[腔断端・腹壁単純固定術]（1）腹式子宮単純全摘術；まず右卵巣嚢腫を卵管とともに摘出し，ついで子宮および左付属器を摘出した。（2）ダグラス窩閉鎖術；子宮摘出後，仙骨子宮靱帯を#10-Vicryl（吸収性合成糸）にて3針縫合し，ダグラス窩を閉鎖した（図1A）²⁾。（3）腔断端腹壁固定術；腔断端の両端と中央部に#1-Vicrylを通し，この糸を腹壁筋膜に通し結紮した（図1B）。子宮摘出後の骨盤腹膜は無縫合のままとし，腹壁腹膜および腹壁筋膜の切開創はSmead-Jones法⁴⁾⁶⁾で閉鎖した。図1Cに腔断端・腹壁単純固定術

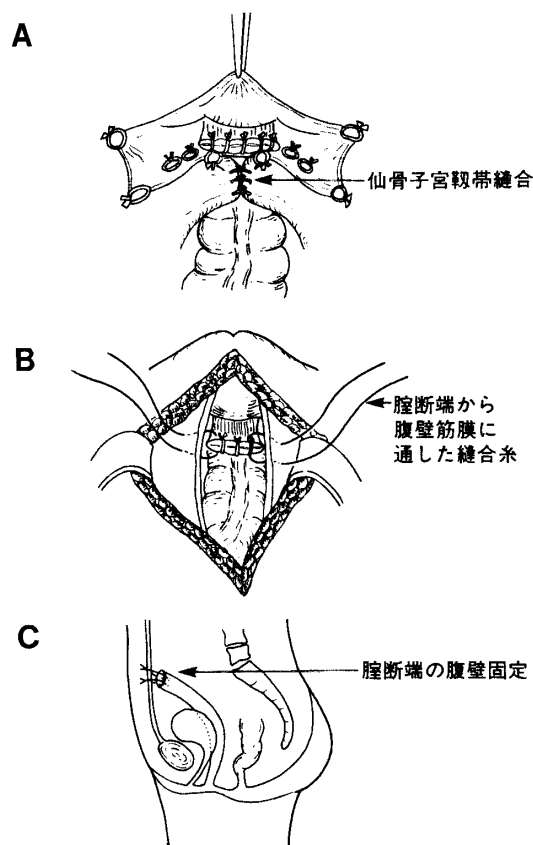


図 1

の手術終了時の状態を示す。

手術時間：90分。総出血量：280ml。

術後経過：術後経過は順調で肝機能は急速に改善され、術後7日目には各検査データはほぼ正常値となる。摘出標本の病理組織診断は papillary serous adenoma of the right ovary, 腹水細胞診は class II であった。腔の吊り上げ状況も良好で、残尿感、頻尿、排尿困難等の訴えもなく、術後18日目に退院となった。以後、1～3カ月毎に外来で術後経過観察を行っているが、昭和62年7月現在までなんの障害もない。

尿道膀胱腔造影術：術後、腔管の方向の変位の程度と膀胱の圧排状況を調べる目的で尿道膀胱腔造影術を施行した。方法は腔内に水溶性造影剤、エンドグラフィン(日本シエーリング), を滲みこませたガーゼを2～3枚パックし、膀胱内に水溶性造影剤、コンラキシンL(武田薬品KK)100ml, を注入し、尿道に金属性ビーズチェーンを挿入し、X線撮影を行った。写真1～3は術後15日目(A), 術後8カ月目(B)のX線写真である。写真1(腔

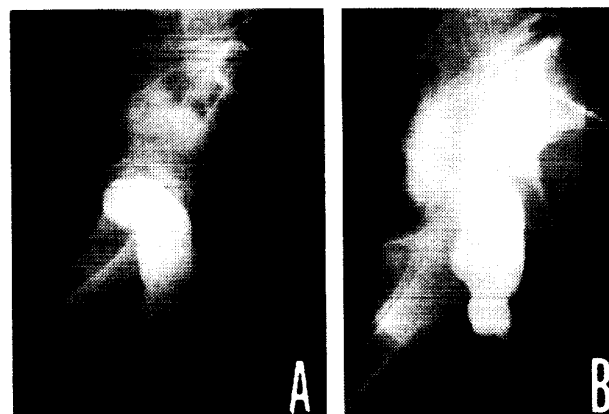


写真 1



写真 2

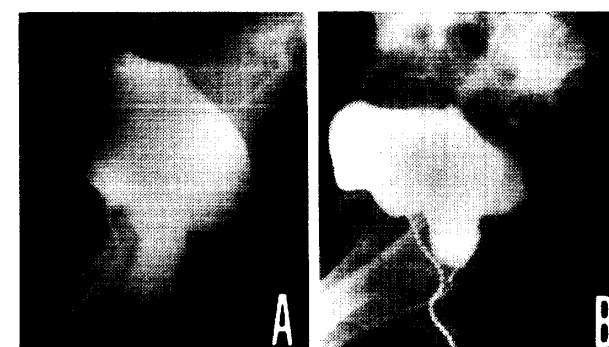


写真 3

造影側面像)：手術直後には腔は長く、腹壁方向に引上げられていた。しかし、8カ月後には長さ、方向ともに正常に近くなっていた。写真2(尿道膀胱造影正面像)：手術直後には膀胱は腔管に圧排されて右の方に押しやられていたが、8カ月後には、膀胱は殆ど正常の位置に復していた。しかし、この時点の腔鏡診所見は、手術直後と同様、良好な吊り上げ状況を示していた。写真3(尿道膀胱腔造影正面像)：尿道と膀胱との位置関係、と

くに後尿道膀胱角は手術直後から正常に近かった。

考 案

本症例は、巨大卵巣嚢腫で胆道が圧迫されて閉塞性黄疸と急性肝障害を生じ、これらは嚢腫摘出によつて速やかに解消された。この臨床経過も興味深い。今回の報告の主眼は、“腔・腹壁直接固定術”におきたいので省略した。本法はKaskarelis³⁾が子宮摘出術後の腔脱の修復に行ったものを、われわれは腹式開腹術を要する疾患を合併した子宮脱の治療に応用した。本法は著しい解剖学的変位にも拘らず、腔吊り上げによる膀胱圧排からくる排尿障害等は、全くみられなかった。術後の膀胱と腔の関係、膀胱と尿道の関係をX線写真で調べたところ、腹壁に固定した腔断端は、時間の経過とともに腹壁を離れ、半年経つと膀胱の変形、腔の変位は少なくなり、正常の状態に近くなる。一方、半年経つても腔の吊り上げ状況は良好である。以上、腔断端・腹壁単純固定術は一見非生理的と思われるが、十分実用価値がある。しかし、本法は腔の脱出が高度でないと難しい。本法は極めて簡単に迅速に施行できるので、腹式に開腹すべき疾患が存在し、リスクの良くない症例に合併した高度子宮脱または高度腔脱の修復法として好適である。

文 献

1. 永田一郎, 加藤宏一: 子宮摘出術後に生じた性器脱の手術療法—特に腔管保存を要する場合—. 産婦の実際, 29: 293, 1980.
2. Howkins, J. and Hudson, C.N.: Abdominal surgery for treatment of axial displacement and prolapse of the uterus and vaginal vault. In Shaw's Textbook of Operative Gynaecology 5th ed., 170. Churachill Livingstone, London, 1983.
3. Kaskarelis, D.B.: An abdominal approach to the surgical repair of posthysterectomy vaginal invasion. Acta Obstet. Gynecol. Scand., 57: 173, 1978.
4. Lucas, W.E.: Endometriosis and pelvic inflammatory disease. In Complications in Obstetric and Gynecologic Surgery (eds. G. Schaefer and E.A. Graber), 348. Harper & Row, Publishers, Maryland, 1981.
5. Nagata, I., Kato, K., Furuya, K. and Kuki, E.: Abdominal repair of vaginal prolapse and the postoperative outcome as judged by scoring system and X-ray colpography. Arch. Gynecol., 237: 11, 1985.
6. Sanz, L. and Smith, S.: Mechanisms of wound healing, suture material, and wound closure. In Strategies in Gynecologic Surgery (eds. H.J. Buchsbaum and L.A. Walton), 53. Springer-Verlag, New York, 1986.

(No. 6263 昭62・10・6 受付)