391 子宮筋腫に対する腹腔鏡併用膣式子宮全摘術の検討 — Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy —

名古屋聖霊病院, 藤田保健衛生大坂文種報徳會病院*

千原 啓, 伊藤 誠, 石川 洋, 後藤真千子, 宇田典弘, 保條朝郎, 釜付弘志* 米谷国男*

[目的]婦人科領域の minimally invasive surgery として膣式子宮全摘術(以下VTH)は代表的なものであるが, 適応の難しさなどから子宮筋腫に対しては腹式子宮全摘術が一般的に行われている。そこでVTHをより安全に行い, 且つその適応を広げる為に腹腔鏡を併用したLaparoscopically assisted vaginal hysterectomy(以下LAVH)が考案され, 我々も1992年5月より子宮筋腫に対してLAVHを試みてきたので, その有用性につき検討を加え報告する。

[方法]全身麻酔下に腹腔鏡で子宮・付属器周囲の癒着などを観察し, LAVHが可能と判断した後に臍窩左右に自動縫合切断器および操作鉗子を挿入した。卵管・卵巣固有靱帯又は骨盤漏斗靱帯及び円靱帯・広間膜を自動縫合切断器で切断, ついで膣式にダグラス窩を開放し, 仙骨子宮靱帯, 膀胱子宮靱帯, 子宮動静脈を切断・結紮し膀胱子宮窩を開放, 子宮を必要ならば切半あるいは分割し摘出した。その後, 再度腹腔鏡にて出血の有無を確認し腹腔内を洗浄した。

[成績]現在までに31例にLAVHを行った。手術時間は89~250分, 平均144分, 出血量は130~1084g, 平均396g, 摘出子宮重量は111~760g, 平均353gであった。術後の疼痛は軽度, 全身状態の回復も良好で, 自動縫合切断器用のトラカール挿入部の皮下出血以外は大きな術後合併症は認められなかった。

[結論]LAVHにおける自動縫合切断器を用いた腹腔鏡下処置は容易で, 腹腔内の状態を把握してからの膣式処置の安心感は絶大である。手術時間, 出血量などの点でまだまだ手術手技向上の必要性はあるもののVTHの適応を広げる術式として有用と考えられた。

392 婦人科領域における腹腔鏡下手術の応用: 腹膜を利用した人工造腔術の経験から

宝塚市立病院

林 輝美, 伊熊健一郎, 子安保喜, 山田幸生

[目的]我々は, 1991年7月より Minimally Invasive Surgeryである腹腔鏡下手術を積極的に導入して, 特に卵巣嚢腫における腹腔外摘出法の開発, 膣式子宮全摘術への腹腔鏡併用を始め, 種々の疾患に対する腹腔鏡を応用した手術は200件を数える。今回は, 中でも腹腔鏡の利点を生かして行った, 腹膜を利用した人工造腔術法についての手術手技や工夫点並びに利点などについても報告をする。[方法]手術は16歳の先天性腔欠損症(Rokitansky-Küster-Hauser症候群)に行った。腹腔鏡下観察で最終診断の上, ①膣入口部より膣トンネル形成, ②ダグラス窩部腹膜剥離を行う。手術が可能と判断すれば, ③膣入口から圧迫した腹膜の十字切開を行う。④この腹膜切開部と膣入口切開部を縫合, ⑤頸管拡張器(30mm)で腔管確保のうえ, さらに縫合を加える。次いで, 拡張器を約9cm挿入状態で再度気腹を行い, ⑥拡張器を目安にして直腸と膀胱腹膜反転部を腹腔鏡下に4ヶ所縫合して腔管の屋根を形成して手術を終了する。

[成績]手術時間は約90分, 出血は約100g。腹壁創は腹腔鏡用10mmと操作鉗子用5mm2本である。翌日より歩行と経口摂取が可能。腔腔の管理はプロテーゼ挿入と腔洗浄で, 術後14日目に退院。現在はプロテーゼ挿入による運動行動にも支障はない。

[結論]人工造腔術には, 多種多様な方法が試みられているが, 侵襲性が少なく自然性と永久性が保たれることが重要な条件である。一方, 今後の腹腔鏡下手術の発展・展開にも, 有効性・安全性・容易性・確実性・普遍性などの条件も求められる。今回の腹腔鏡下手術を応用した腹膜利用の腔管作成術の方法は, それらの条件を満たすべく理想に近い手術方法と考えている。