

生涯研修プログラム「症例から学ぶ」 IV. 産婦人科手術 2) Urogynecology/外陰手術

子宮脱

順天堂大学教授 三 橋 直 樹

子宮脱の診療は産婦人科の重要な治療分野の一つである。その治療はペッサリーなどで保存的に行う方法もあるが、手術療法が主であることはいうまでもない。この子宮脱の手術にはさまざまな術式が存在することが悪性腫瘍の手術などと大きく異なる点であり、理解を難しくしている。多様な術式が存在する理由は子宮脱の程度のみならずそれに伴う膀胱脱や直腸脱の程度が患者ごとに異なること、また患者の多くが高齢であり、その生活様式や合併症の有無や重症度などが多彩であることにあると思われる。ここでは私が採用している子宮脱の手術術式について簡単に紹介し、それぞれの利点および欠点について解説する。

(1) 腔式子宮全摘，前腔壁縫縮，膀胱底形成，後腔壁縫縮，肛門挙筋縫合，会陰形成。この術式の大きな利点は腔式のみでできる手術であることである。

(2) ハルバン・ドレリ総合手術。

これは(1)の手術で腔式子宮全摘に代えてドレリ手術を行う方法。

(3) マンチェスター手術。

古い術式であるが、骨盤内に癒着が予想される患者では安全な術式である。

(4) 中央腔閉鎖術。

性交ができなくなる欠点があるが、手術侵襲が小さいという大きな利点がある。

子宮全摘後の腔脱手術

大阪大学助教授 古 山 将 康

急速に進む高齢化社会の我が国において、QOLを損なう骨盤底臓器の機能障害に対する取り組みは重要である。子宮全摘後に出現する腔脱は排尿、排便、性交障害を伴い、腔管の短縮、組織の被薄化、脆弱化を伴うことが多いため再建方法に苦慮する。性器脱を伴わない子宮摘出後の腔脱は約1%、性器脱手術後の再発腔脱は10~15%程度に出現する。腔脱の修復術の原則は『腔壁に十分な解剖学的支持を与えること』である。手術の有効性には腔管の軸と深さの解剖学的な復元、修復部位の適切な強さが重要である。腔尖部は仙骨子宮靱帯・基靱帯複合体で支持され(レベルI)、内骨盤筋膜によって腔上部3分の2は骨盤側壁に付着し(レベルII)、腔下部3分の1は骨盤底筋、会陰膜に癒合して支持される(レベルIII)。通常腔尖部の

支持が失われるため McCall 改良法、仙棘靱帯固定術、腸骨尾骨筋膜固定術、腹式には腔仙骨固定術などによって再建される。これらの術式は縫合部位の滑脱さえなければ耐久性、支持効果は十分な結果が得られる。しかし、内骨盤筋膜(恥頭筋膜、直腸腔筋膜)の欠損、損傷は複雑で部位の特定が困難であり、補強術式としての傍腔形成術、前後腔壁縫縮術の耐久性は低く、筋膜縫合術のみでは面としての補強は困難で、ナイロンメッシュなどの補強材が必要であると考えられる。近年、TVTをはじめ各種のメッシュ素材や、それらを組み合わせた補強術式の改良が進められており、患者の腔壁の厚さや筋膜、靱帯の強さにあわせて、術式の選択や組み合わせは症例別に慎重に行う必要がある。