

P2-241 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後の術後分娩に関する検討

順天堂大

熊切 順, 上山和也, 小泉邦博, 黒田恵司, 小林優子, 島貫洋人, 菊地 盤, 北出真理, 武内裕之

【目的】腹腔鏡下子宮筋腫核出術(LM)による術後の問題点として、妊娠および分娩時の子宮破裂が懸念される。今回当院のLM後分娩例から、術後の経膈分娩(vaginal birth after laparoscopic myomectomy; VBALM)の可能性を検討した。【方法】1998.1~2004.12にLM施行後当院で分娩した83症例を対象とした。VBALMは術後挙児希望のあるLM患者に対してのインフォームドコンセントを行い、承諾の得られた患者に対して施行した。VBALMの適応は、妊娠42週までに陣痛発来があることと、分娩誘発を禁忌とするが自然陣痛発来後の分娩促進は可能とした。【成績】83例のLM施行時の平均年齢は 34.1 ± 3.5 歳で、手術所見は最大筋腫核径 61.2 ± 19.1 mm、核出筋腫核数 3.4 ± 3.2 個、核出創部数 3.0 ± 2.6 ヶ所、最大筋腫核創部の縫合層数 3.0 ± 1.0 層であった。83例中、VBALMのインフォームドコンセントが得られた症例は59例(78.7%)であった。このうちVBALMを施行したのは51例(86.4%)で、8例は妊娠中の合併症により選択的帝王切開術が施行された。VBALM施行例中の成功例(VBALM success; VS)は42例(82.4%)で不成功例(VBALM failure; VF)は9例(17.6%)であった。VFの理由には分娩停止5例、予定日超過3例、胎盤早期剥離1例であった。VS、VF間でLM時手術所見と出生児所見に有意差は認められなかった。すべての症例で子宮破裂は認められなかった。【結論】LM後の妊娠症例に対して、子宮破裂のリスクについての十分なインフォームドコンセントが得られれば、術後の分娩方針としてVBALMを選択することが可能であると考えられた。

P2-242 腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術における後期臨床研修医のパフォーマンスの検討

日本医大

三浦 敦, 黒瀬圭輔, 渡辺美千明, 石川 源, 土居大祐, 米山剛一, 大内 望, 市川雅男, 明楽重夫, 竹下俊行

【目的】近年の腹腔鏡手術の発展はめざましく、良性疾患においては開腹手術にとって代わられて来た。その一方で、後期臨床研修医の手術手技の習熟のために必要であった良性疾患の開腹手術が減少したため、医育機関においては手術手技の研修プログラムの見直しが必要となってきた。そこで今回、腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術において、後期臨床研修医が安全に手術を研修できたか、その手術パフォーマンスを検討した。【方法】2001年1月1日より5年間の間に行われた腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術症例112例において、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の指導のもと後期臨床研修医の執刀で行なわれた症例30例(グループA)と産婦人科専門医の執刀で行なわれた症例82例(グループB)の手術時間、出血量を比較、検討した。尚、両グループ間で、患者年齢(35.2 ± 4.7 vs 35.4 ± 4.9)、子宮筋腫の長径の総和(9.1 ± 5.2 cm vs 9.5 ± 4.4 cm)で差はみられなかった。【成績】手術時間はグループAが 179 ± 50 分であったのに対してグループBが 182 ± 52 分と有意差を認めなかった。また、出血量においてもグループA: 150.7 ± 188.9 g、グループB: 142.0 ± 184.1 gと両グループ間に有意差はみられなかった。尚、両群において、開腹手術に変更となった症例、輸血を要した症例はなく、全例術後経過は良好であった。【結論】腹腔鏡補助下子宮筋腫核手術において、後期臨床研修医と産婦人科専門医の間で手術時間、出血量の差はみられなかった。このことは、現在行なわれている本標準術式で、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医の指導のもとであれば、後期臨床研修医の研修プログラムに適切であると思われた。

P2-243 安全、確実な腹腔鏡下子宮全摘術をめざして—ラパロ下アルドリッジ法—

仙台市立病院

渡辺孝紀

【目的】全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)腹腔鏡下での子宮全摘術の適応をひろげる。その一方でとくに子宮頸部周囲靭帯の処理において手術操作において出血や尿管損傷の可能性がある。ここでは尿管損傷の危険性を回避することを主な眼目とした腹腔鏡下子宮全摘術において我々が工夫してきた点を中心に発表する。【方法】付属器の処理 出血及び尿管損傷を防ぐためにまず後腹膜腔を展開し尿管を露出、広間膜後葉より剥離した。後葉にあなをあげ、尿管から距離をとりつつ卵巣提索を結紮、凝固、切断した。子宮血管上行枝の処理 尿管より充分離れた高さで子宮動脈(上行枝)を縫合、結紮したのち凝固、切断した。子宮頸部諸靭帯の処理 尿管損傷の回避、子宮頸部支持組織の温存を目的にアルドリッジ法に準じた筋膜内術式をおこなった。すなわち子宮血管上行枝を処理した高さにて、子宮を上方に強く押し上げながら頸部の縦走筋を少しずつ切開剥離し腔口蓋部にいたった。腔壁切断 腹腔鏡下あるいは経膈的に腔粘膜を切断し子宮を遊離した。【成績】この方法により、出血や尿管損傷の危険性を回避できた。また、基靭帯、仙骨子宮靭帯を切断することなく子宮を摘出することが可能であった。【結論】本術式は腹腔鏡下子宮全摘術に安全性、確実性、機能温存性を与える。