

**P4-197** ダグラス窩深部内膜症と腸管内膜症の術前診断におけるMRIゼリー法の意義と腹腔鏡手術

順天堂大

菊地 盤, 武内裕之, 北出真理, 熊切 順, 小林優子, 黒田恵司, 竹田 省

【目的】子宮内膜症は腹膜病変から、卵巣病変、ダグラス窩閉塞、腸管子宮内膜症などの重症例まで多岐にわたる。しかし、これまでダグラス窩閉塞の術前画像診断は困難で、術中に初めて診断される場合もあった。一方当教室で開発したMRIゼリー法はダグラス窩閉塞や腸管内膜症の診断も可能である。今回、その有用性を検討したので報告する。【方法】子宮内膜症性嚢胞で腹腔鏡手術が予定された55症例に文書でインフォームドコンセントを行い、当科で開発したMRIゼリー法を施行し、MRI所見と術中DVD所見を比較し正診率を検討した。また、症状や直腸診で腸管内膜症が疑われた8症例に対してもMRIゼリー法を施行し、その有用性を手術所見と比較して検討した。【成績】ダグラス窩閉塞に対するMRIゼリー法の正診率は92%であった。MRIゼリー法でダグラス窩閉塞を示唆する所見はL,T2強調像による直腸前壁の引き攣れ像、2,T1強調画像でのダグラス窩のhigh intensity areaの2つで有用性が高かった。ダグラス窩閉塞に対する腹腔鏡手術は後腹膜を展開し、尿管を剝離・展開、直腸と子宮後壁の癒着を剝離し、後腔円蓋および腔後壁から直腸前壁を剝離した。尿管と直腸の間のdeep lesionを摘出した。一方、腸管子宮内膜症はMRIゼリー法で明瞭に描出可能であり、病巣の位置まで確認できた。腸管子宮内膜症は低位前方切除術を行って病巣を摘出後、腸管を端々吻合した。Rbに病変が存在した一例は、腹腔鏡手術が困難であった。【結論】ダグラス窩閉塞および腸管子宮内膜症はMRIゼリー法により術前診断が可能であった。Ra以上の高さ存在する腸管子宮内膜症は腹腔鏡下に切除可能であった。

**P4-198** 脊椎硬膜外麻酔を用いた皮下鋼線吊り上げ法による一孔式腹腔鏡下手術の低侵襲性、経済性、安全性と利便性

松山赤十字病院

妹尾大作, 東條伸平, 北出尚子, 高木香津子, 坂口健一郎, 田中泰雅, 横山幹文

【目的】脊椎硬膜外麻酔を用いた皮下鋼線吊り上げ法による一孔式腹腔鏡下手術の低侵襲性、経済性、安全性、利便性について検討した。【方法】(1)皮切15mmの単一下腹部正中創のみで行う本術式を施行した126例[卵巣嚢腫115例(うち妊娠合併8例)、子宮外妊娠11例]を対象とした。麻酔剤は脊椎麻酔にテトラカイン16mgを投与、硬膜外麻酔は維持として塩酸メピバカインを用い、術後は塩酸プピバカインを用いた持続硬膜外麻酔を翌日まで施行した。完遂率、手術時間、術中硬膜外麻酔剤総投与量、術後持続硬膜外麻酔追加投与率、術後入院日数、要したディスプレイ製品について検討した。(2)腹腔鏡下手術に関しては初級者である産婦人科専門医5名を対象とし、卵巣嚢腫症例において、気腹法による四孔式手術での体内法と体外法、ならびに吊り上げ法による一孔式手術での体外法を、それぞれ2例ずつのべ30例執刀したうえでの単独完遂率を分析した。【成績】(1)完遂率:97.6%(123例)、手術時間:65.7±22.5分、術中硬膜外麻酔剤総投与量:2%塩酸プピバカイン6.1±2.0ml、術後持続硬膜外麻酔追加投与率:21.4%(27例)、術後入院日数:3.7±0.8日、要したディスプレイ製品:卵巣嚢腫でサクシオンニードル1本とラッププロテクターミニミニまたはウルトラミニ1個、子宮外妊娠でラッププロテクターミニミニ1個のみであった。(2)単独完遂率は、四孔式気腹体内法:0%(0/10例)、四孔式気腹体外法:60%(6/10例)、一孔式吊り上げ体外法:90%(9/10例)であり、吊り上げ体外法で最も高かった。【結論】本術式は、低侵襲性、経済性、安全性、利便性のいずれにおいても優れていると考えられた。

**P4-199** 美容外科的開腹法と皮膚縫合一小さな創で大きな視野を得る方法一

三井記念病院

伊藤正典, 小島俊行, 安田 孝, 中田真木, 柿木成子, 北條 智, 中山裕敏

【目的】帝王切開を始め良性疾患に20年間行っている基本的開腹法、閉腹法につき我々の方法を述べ、開腹創部の肥厚性癒着の有無で、その有用性を検討する。【方法】本法では10~12cmの皮膚横切開創で筋膜・腹膜は臍直下まで縦切開を行い、術野が大きく得られ、閉腹法では肥厚性癒着ができにくいよう美容外科的皮膚縫合を行う。その特徴は、1)筋膜から脂肪層を剝離するので、同一皮膚切開創でPfannenstiel横切開に比べ術野が大きい、2)創部離開が生じにくい、3)創部が目立ちにくく、抜糸・抜釘が不要で早期退院が可能、である。閉腹法では、筋膜を縫合後、1)筋膜と脂肪層との間の死腔を3-0 Vicryl丸針にて4~8針結節縫合し、ドレーンを皮膚切開創とは別の部位から挿入する、2)脂肪層を3-0青ナイロン(又は3-0 Vicryl)丸針にてのノットを筋膜側とするように約2cm間隔で結節縫合を行う(減張縫合)、3)真皮を4-0白ナイロン(又は5-0 PDS)角針付きにてノットを筋膜側として約1cm間隔で結節縫合を行う(真皮縫合)、4)皮膚表面の創がずれるとケロイドを形成しやすいので、その予防にステリストリプテープで固定する。癒着の予防には、術後2,3か月目からドレニゾンテープの貼付や、肥厚性癒着の既往例では、トラニラスト300mg/日を術前から術後1年まで投与する。【成績】子宮全摘術症例で最大の子宮筋腫は1.3kg(小児頭大)であった。1年以上観察した28例中、肥厚性癒着形成は6例(21.4%)で幅は平均2mm、22例は癒着を認めず、うち3例は一見創部が不明なほど、良好な創傷治癒であった。【結論】横切開術と真皮縫合を行い、より小さい切開創で、癒着の幅も2mm以下で、良好な創傷治癒が得られた。