P2-142 腹腔鏡下の筋腫核除去後の子宮全摘術についての考察—大きな子宮筋腫により視野確保が難しい症例に対して、腹腔鏡下に子宮全摘を施行するための一方法—

手稲溪仁会病院

竹中 裕, 和田真一郎, 藤野敬史, 福士義将, 齋藤 洋, 中島亜矢子, 小泉明希, 佐藤 力

【目的】腹腔鏡下の子宮全摘の際に、大きな筋腫が視野を塞ぐため、頸部処理が難しくなることも少なくない。その対策として、頸部処理に先立って筋腫核出を施行し、全腹腔鏡下子宮全摘 (TLH)・腹腔鏡下子宮全摘 (LH) における頸部の視野を確保し、また、腹腔鏡補助下腔式子宮全摘 (LAVH) における腔式操作の平易化により手術の安全性を高める方法を施行しているのを報告する。【方法】腹腔鏡はポート4孔、気腹式で施行し、術中に頸部の展開が悪いと判断した場合に、100倍希釈パンプレッションを局注後に筋腫核出を施行し、原則として筋層は縫合した。頸部処理は腹腔鏡下または腔式で施行後、子宮及び核出した筋腫核を腔式またはモルセレーターで回収した。本術式を施行した症例で、術中出血量・手術時間・摘出子宮重量・術後合併症について検討した。【成績】2006年から2年間で220例の腹腔鏡下の子宮全摘を施行し、24例において本術式を施行し、22例で完遂 (LAVH14例, LH3例, TLH5例) し、2例で開腹術に変更した。手術時間と出血量の中央値は2時間35分・500mlで、摘出子宮重量は平均687.5g, 最大1270g, 術後退院日数は平均4.3日であった。1症例で術前からの重症貧血のため同種血輸血を術後も施行したが、他に輸血症例は無かった。腸管や尿路系の合併症は生じなかった。【結論】腹腔鏡下の筋腫核除去後の子宮全摘術は、出血量がやや多くなるが、腹腔鏡下や腔式操作において頸部の視野を良好にし、高い安全性で手術を完遂できるので、一つのoptionとして有用であると思われる。

P2-143 腹腔鏡下子宮全摘術困難例に対する筋腫核出術を併用した安全性を追求した術式の検討—腹腔鏡下子宮全摘術困難例に対する筋腫核出術を併用した安全性を追求した術式の検討

大阪医大

藤山史恵, 寺井義人, 林 美佳, 苅田正子, 西尾桂奈, 丸岡理紗, 木村侑子, 林 篤史, 榎原敬二郎, 山下能毅, 奥田喜代司, 大道正英

【目的】近年腹腔鏡下手術の広がりと共に、腹腔鏡下子宮全摘術施行例が増加している。しかし、頸部筋腫や靱帯内筋腫などの場合には、尿管や血管走行の解剖学的位置の変化や視野の妨げにより、様々な合併症を来す危険性がある。そこで、筋腫核出術を併用したTLH (total laparoscopic hysterectomy) (TLH with LM) を考案し、その安全性と有用性について過去5年間の当科での手術成績から後方視的に解析した。【方法】過去5年間に子宮筋腫の診断で実施した腹腔鏡下子宮全摘術66例 (LAVH34例, LH4例, TLH20例 TLH with LM8例) を対象とし、筋腫の大きさ、手術時間、出血量、入院期間、術後合併症を検討した。【成績】筋腫の大きさは、LAVH 55.4 ± 19.1 mm, TLH 48.2 ± 17.9 mm, TLH with LM 75.5 ± 28.8 mmでTLHとTLH with LMで有意な差を認めた ($p=0.03$)。手術時間はLAVH 189.3 ± 37.3 分, TLH 216 ± 47.7 分, TLH with LM 236 ± 35.5 分でTLH with LMが最も長かったが ($p<0.05$)、TLHとTLH with LMに有意差はなかった。出血量は、 324.0 ± 225.0 ml, 82.2 ± 100.3 ml, 122.8 ± 140.6 mlで、LAVHで最も多かった ($p<0.01$)。入院期間には有意な差はなかった。術後合併症は、TLHの1例に遅発性の尿管損傷を認めた。【結論】7cmを超えるような巨大な子宮筋腫に対してTLH with LMはLAVHと比して出血量は少なく、骨盤内視野が狭い症例に適していると思われる。

P2-144 子宮頸部筋腫に対するバイポーラ把持鉗子による腹腔鏡下筋腫核出術

大阪医大¹, 北摂総合病院²

樋口容子¹, 奥田喜代司¹, 苅田正子¹, 中村嘉宏², 林 篤史¹, 藤岡聡枝¹, 林 美佳¹, 藤山史恵¹, 榎原敬二郎¹, 山下能毅¹, 寺井義人¹, 大道正英¹

【目的】子宮頸部筋腫は子宮筋腫の中でも約5%と少なく、手術時の子宮動脈、尿管や膀胱の損傷が懸念されるため腹腔鏡下筋腫核出術の報告は少ない。我々は子宮頸部筋腫の7例に対し、単鉤鉗子やバイポーラ把持鉗子による腹腔鏡下筋腫核出術を行ったのでその成績を報告する。【方法】2006年11月より2009年5月 (2年7ヶ月) に子宮温存を希望した子宮頸部筋腫の7例を対象とした。筋腫核が頸管内に突出する粘膜下筋腫は2例、筋層内筋腫は4例、漿膜下筋腫は1例であった。多発性子宮筋腫は半数あり、2例で子宮内膜症、1例で卵巣嚢腫を合併していた。手術直前に筋腫核径が8cm以上の2例では尿管ステントを挿入した。手術は筋腫で突出した漿膜下にピトレシンを局所注入し、モノポーラで切開した。露出した筋腫核を単鉤鉗子で牽引しバイポーラ把持鉗子で止血しながら剝離した。筋層は1~3層縫合し、漿膜も連続縫合して後腹膜腔を閉鎖した。【成績】全ての症例で術中出血量は200ml以下で、尿管や子宮動脈の損傷もなく腹腔鏡下筋腫核出術を遂行できた。摘出筋腫核の重量 (16~310g) は平均132gで、手術時間 (125~255分) は平均176分で、手術終了時に膀胱鏡で色素排出を確認した。術後経過は順調で、拳児希望の3例中1例で妊娠が成立し、希望により帝王切開で分娩した。術前に水腎症を認めた1例では術後に改善した。【結論】子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下手術は筋腫で突出した漿膜を切開した後に単鉤鉗子で筋腫を牽引してバイポーラ把持鉗子で止血することにより、尿管や子宮動脈などの損傷防止でき、安全に筋腫核出できると考えられた。