

専攻医教育プログラム

17. 婦人科手術—腹式単純子宮全摘術の実際

北海道大学 金内優典

腹式子宮全摘術は産婦人科手術の根幹をなすものであるといえる。単純子宮全摘術が腹腔鏡下で行われる機会が増えてきている現在においても、子宮内膜症による強度の癒着がある症例や腹腔鏡下手術で安全に対応しきれない子宮筋腫症例に対して、また産科領域において、弛緩出血や前置胎盤症例での後出血に対処するための最終手段としては腹式子宮全摘術が行われうる。裏を返せば、近年の腹式単純子宮全摘術の適応症例は、その難易度が格段に上がっていると考えられる。

いうまでもなく子宮全摘術を施行するに際して、最も注意すべき合併症は尿管損傷である。子宮全摘術の手順の中で尿管損傷に留意すべき箇所は、仙骨子宮靭帯の切断時と子宮動脈を含む子宮頸部支持組織の切断時である。先述したような婦人科症例では尿管が変位していることがしばしばある。また経膈分娩直後では、子宮口が開大した

影響で子宮腔部が判別しにくく、安全な子宮頸部支持組織切断が困難となることも少なくない。このような場合のために、その影響の少ない場所で尿管を同定し、広間膜後葉から剝離し、さらに子宮動脈との交叉部が透見できるまで尿管の走行を明らかにすることができる修練を積んでおけば、困難症例に対しても、いわゆる腹膜外術式での腹式単純子宮全摘術が可能となる。さらに、将来的には準広汎あるいは広汎子宮全摘術を行ううえでの足がかりとなる。一方、原則的に子宮悪性腫瘍に対しては薦められないが、術中の尿管への関与を少なくしうる筋膜内術式(いわゆる Aldridge 術式)による単純子宮全摘術も存在することを覚えておかねばならない。

本プログラムにおいては、尿管損傷回避のための腹式単純子宮全摘術の要点を示す。

18. 婦人科手術—子宮付属器手術：原理と実践—

広島市民病院 吉田信隆

子宮付属器の手術の実践には局所解剖の知識が必要である。卵巣動脈は卵巣・卵管の栄養を司っているのみではなく、子宮の底部付近の栄養を司っている。また子宮動脈とつながっており、卵巣動脈を切断されても側副路の子宮動脈から栄養されているので子宮が壊死に陥ることはない。また、卵巣動脈は直接卵巣に入るのではなく、卵巣門の部分で多数の分枝を卵巣に出して卵巣を栄養している。卵管も同様に分枝を受け栄養されている。

卵巣手術のポイントは、1) 卵巣嚢腫の核出の場合にはピトレッシン希釈生食または生食を嚢腫壁と卵巣実質との間に注入し正常卵巣部分を浮き上がらせて核出する(なるべく卵巣実質を温存)。2) 巨大卵巣腫瘍で、腹腔内への内容の漏出を防ぐことが必要な場合は袋や専用の器具を瞬間接着剤にて嚢腫壁に張り付け穿刺吸引の後卵巣摘出(内容物の漏れを防ぐ)。3) 妊娠中の付属器手術で卵巣

を切除する際は卵巣動脈の切断は見合わせ、卵巣のみ切除とする(卵巣動脈からの子宮への血流を維持)。卵管(子宮外妊娠など)手術のポイントは、1) 卵管切除の場合は卵管ぎりぎりの部分を切断する(子宮へ向かう血管を温存)。2) 卵管切開時には卵管間膜の反対部分を切開(血流が少ない)、など。

また、付属器手術における癒着防止への取り組みは妊孕性温存などの観点から必須である。現時点では癒着防止バリアを術後に使用することでかなりの癒着が防止可能となっているが、手術部位をなるべく触らないなど、マイクロサージェリーの手法を用い、腹膜損傷を極力回避する手術手技が望ましい。

すべての手術に当てはまるが、付属器手術の場合にも解剖学的に則った形で「頭で手術を構成し実行」すべきである。