

2013年2月

一般演題

957(S-745)

12  
一般  
(日)演題**P3-34-5 当院の標準術式である3ポート腹腔鏡下子宮全摘出術(3port TLH)の検討とその工夫**前橋赤十字病院<sup>1</sup>, 辻中病院柏の葉<sup>2</sup>平石 光<sup>1</sup>, 塚越規子<sup>1</sup>, 鈴木大輔<sup>1</sup>, 大澤 稔<sup>1</sup>, 曽田雅之<sup>1</sup>, 山田清彦<sup>2</sup>

**【目的】**腹腔鏡下子宮全摘出術(TLH)は標準的には4ポート配置で行われることが多い。当院では、腹腔鏡下手術困難な症例以外は通常3ポートによるTLH(3port TLH)を行っている。3port TLHでは特に視野の展開や縫合結紉等の基本的な操作における術者と助手の協調が重要であり、極力同じ目線で術野の展開や操作を行うことで手術の円滑な遂行が可能となる。当院におけるTLH症例を検討し、その工夫について報告する。**【方法】**当院で行われたTLH症例につき、開始当初の症例から最近の症例まで手術動画等も用いて検討し、3ポート特有の利点および手術の工夫について分析する。術者が左手でカメラを持ち、右手で持針器や吸引洗浄、鉗子類を操作する形で行い、第1助手が左下腹部の1ポートを操作し、第2助手がマニピュレータを操作している。また、4ポート式の腹腔鏡下手術と比較して使用できる鉗子が1本少ないことから必要となった工夫も存在する。このスタイル特有の利点を考察する。**【成績】**術者が自らカメラワークを行うことができ、手術視野が保たれやすいこと、助手への技術指導が容易であること、術者と助手との片手操作により縫合結紉は良好な角度で行われること等の利点が認められた。また、4ポート目を挿入せず視野を確保できる工夫や新しいデバイスも導入している。**【結論】**当院における3portTLHは、カメラも術者が操作することにより、欲しい視野を自ら確保することによる利点が認められた。単独での縫合操作を行わない分、鉗子類を片手で操作する技術も速やかに向上しやすい。第1助手は1本の鉗子に集中して繊細な操作が行える利点や、術者のカメラワーク等を直接見て習得できる利点も認められた。

**P3-34-6 全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)後の腔断端離開～再発予防の術式とは～**

日生病院

吉見佳奈, 祝小百合, 尾上昌世, 羽田野悠子, 高山敬範, 大塚博文, 橋本奈美子, 佐伯典厚, 船渡孝郎

**【目的】**当院では過去に全腹腔鏡下子宮全摘出術(Total Laparoscopic Hysterectomy, 以下TLH)後に腔断端離開を4例経験した。これをうけて腔断端離開発症の原因を検討し、再発防止のためにいくつかの術式、術後管理の変更を行ったので報告する。**【方法】**当院では2008年から2012年9月までにTLHを562例施行しており、離開した4例は2008年から2009年3月までの97例の間に生じた。すべて子宮筋腫に対しTLHを行ったもので、術中術後経過は異常なく退院した。TLHから腔断端離開発症までの日数は52, 54, 74, 99日で、発症契機はいずれも性交であった。物理的刺激で離開が生じたことから、何らかの腔断端癒合不全状態が存在したものと考えられる。当院では2001年から2007年の間はLH(Laparoscopic Hysterectomy)を509例行っており、術後に腔断端離開は生じたものはなかった。LHの術式として腔管の切開は経腔的に主に剪刀で切開し、腔断端は経腔的に縫合閉鎖していた。それらを踏まえて、TLHでは腔管切開時にパワーソースによる腔壁の熱損傷および炎症などが生じている可能性を考え、腔断端離開の再発予防対策として、腔管切開は電気メス切開モードおよび超音波凝固切開装置高出力で迅速に行うこと、腔断端は連続二層縫合を行い腔断端剥離面での接合を形成することとした。これら技術的な変更に加え、手術前説明において腔断端離開発症の可能性を明示し、性生活再開の時期は術後6週間から3ヶ月に変更した。**【成績】**このように変更した後、現在まで3年6ヶ月の間にTLHを465例施行しているが、腔断端離開が一例も発症していない。**【結論】**術式および術後管理の変更は有用な改善策であったと考えられる。

**P3-34-7 腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)における尿管損傷～回避は可能か？**

日生病院

橋本奈美子, 祝小百合, 尾上昌世, 羽田野悠子, 高山敬範, 吉見佳奈, 大塚博文, 佐伯典厚, 船渡孝郎

**【目的】**腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)における尿管損傷は1~2%程度とされている。当院では1997年より腹腔鏡下手術を導入し、現在年間約500件の腹腔鏡下手術を行っている。2008年より導入している腹腔鏡下子宮全摘術530例においては、尿管損傷は0である。TLH導入以前は陸式に縫合を行うLHを行っていたが、3例(2001年より合計533例、0.56%)の尿管損傷があった。**【方法】**尿管損傷があった過去のLH症例3例を振り返り、現在の術式と比較し検討する。**【成績】**癒着症例、頸部筋腫がそれぞれ1例ずつあった。術中に判明したものは1例であり、確認のための膀胱鏡にて疑われた。1例は翌日判明、1例は熱損傷によるものと考えられ、術後10日目に判明している。いずれの症例も尿管の確認を行っていなかった。1例は完全断裂が確認されている。現在の術式(TLH)では、基本的に尿管の走行を確認している。子宮動脈処理には血管を露出、2重結紉を行っており、パワーソースは基本的に使用していない。**【結論】**尿管の切断も、パワーソースによる熱損傷も、尿管が見えていたら起こりえず、出血の時に焦らないためにも、初めから尿管を確認することが重要であろうと推察された。尿管を確認するというわずかな操作で、TLHにおける尿管損傷のリスクを大きく減らすことができる可能性がある。腹腔鏡下手術では拡大して観察できることが大きな利点であり、適当な視野が展開されれば尿管の確認は比較的容易である。腹腔鏡下手術は低侵襲であることが肝要であり、合併症を可能な限り少なくしていく努力が要求される。