

## P2-25-5 先天性心疾患女性に対する婦人科手術の工夫

聖路加国際病院女性総合診療部<sup>1</sup>, 東京都立墨東病院<sup>2</sup>兵藤博信<sup>1</sup>, 岩瀬 純<sup>1</sup>, 彦坂慈子<sup>2</sup>, 矢野阿壽加<sup>1</sup>, 小野健太郎<sup>1</sup>, 秋山瑞紀<sup>1</sup>, 原田寛子<sup>1</sup>, 林 良宣<sup>1</sup>, 塩田恭子<sup>1</sup>, 樋田一英<sup>1</sup>, 山中美智子<sup>1</sup>, 百枝幹雄<sup>1</sup>

【緒言】先天性心疾患の治療成績の向上に伴い、患者が成人まで達しさまざまな医療を受ける機会が増えている。腹腔鏡手術や悪性腫瘍手術は、全身麻酔や気腹など、循環動態に大きく影響する要素があるが、今回、安全に遂行した症例を報告する。

【症例1】34歳、未経産。生後1か月に、両大血管右室起始症・心室中隔欠損症と診断された。肺動脈絞扼術のうち8歳でフォンタン手術（右房肺動脈吻合・三尖弁閉鎖術）、28歳で再手術（体静脈心外導管・肺動脈吻合術）およびペースメーカー埋込術が行われた。その頃より子宮内膜症と診断され経過観察されていたが、疼痛増悪に対し手術的に対処することとした。硬膜外麻酔および腹壁全層吊上法腹腔鏡下手術で十分な視野を得て、病巣焼灼と瘻着剝離を行った。

【症例2】62歳、1経産0経産。乳児期にファロー四徴症と診断され、14歳時にBlalock-Taussigシャント術を受けたものの、根治手術は行われなかった。子宮体癌と診断されたが前医で手術不能と判断され、当院へ紹介された。組織診はendometrioid adenocarcinoma, G1で画像評価で筋層浸潤は1/2未満と考えられた。心機能は保たれており、NYHA I、肺動脈本幹の血流は見られず主要体肺側副血行を有し、酸素飽和度は82%であった。腹式単純子宮全摘および両側附属器切除術を施行した。

【考察】先天性心疾患患者の婦人科手術を通常と遜色なく安全に遂行できた。「重篤な心疾患」と一括りに手術を回避することなく、個々の疾患や心機能を評価し、麻酔法および術式の工夫を凝らした対処を行うことが重要である。

## P2-25-6 妊娠中の小切開下に行う開腹卵巣腫瘍摘出術における、卵巣牽引を目的とした臓器固定装置の使用経験

静岡厚生病院

中山 肇, 宮野奈緒美, 石橋武蔵, 田中一範

【緒言】臓器固定装置は、先端がシリコーン製の20mm大のソフトカップの形状をし、カップに陰圧をかけ臓器を吸引固定するものである。浜松医科大学外科学教室において胆囊把持を目的に開発されたもので、当院では倫理委員会承認の下、卵巣腫瘍手術に使用している。以前に腹腔鏡下卵巣腫瘍核出術（体内法）における、卵巣の把持固定、牽引操作の有用性につき報告したが、今回妊娠合併卵巣腫瘍における、小切開下での開腹手術における使用経験につき報告する。

【症例1】15週。ダグラス窓に嵌頓した10cmの左卵巣腫瘍（漿液性腺腫）。腰硬膜下に5cmの横切開にて開腹。臓器固定装置を用いて、腫瘍を子宮前面に移動し、内容吸引を行った上で核出できた。手術時間77分。

【症例2】12週。ダグラス窓に嵌頓する8cm大の左卵巣腫瘍（成熟性囊胞性奇形腫）。腰硬膜下に5cmの横切開を置き、同様に核出。手術時間73分。

【症例3】17週。臍近傍に存在する9cm大の右卵巣腫瘍（粘液性腺腫）。臍に3cmの縦切開を置き、臓器固定装置を用いた。手術時間57分。

【考察】妊娠合併卵巣腫瘍を開腹で行う場合は、妊娠子宮の増大や胎児への影響を思案し、比較的大きな切開が必要となる。しかし妊娠中の術創はケロイドや肥厚性瘢痕を起こしやすく、可能な限り小切開に留めたい。しかし小切開下の手術で、腫瘍がダグラス窓に嵌頓し誘導が困難なため内容液が漏出した困難事例を複数経験した。そこで臓器固定装置を併用したところ、容易に腫瘍を未破裂のまま、子宮前面の創直下まで誘導し核出できた。吸引分婉に慣れた産婦人科医にとっては、使用しやすい器械であるため、小切開における妊娠合併卵巣腫瘍手術においても有用と考えている。

## P2-26-1 純毛癌の治療成績向上を目的とした後方視的検討

名古屋大

山本英子, 新美 薫, 三輪陽子, 西野公博, 吉川史隆

【目的】純毛癌の生存率は医療技術の進歩により50年間で飛躍的に改善したが、現在でも約90%にとどまっている。純毛癌の予後改善を目的として、妊娠歴、既往歴および化学療法について後方視的検討を行った。

【方法】2004年1月～2013年9月に当院で治療を行った純毛癌および臨床的純毛癌患者で、初回治療にMEA療法（4日間投与+10日間休薬を基本）を用いた15名を対象とした。寛解判定基準は血中hCG値がanti-hCGβ-CTP EIA法による測定で0.5mIU/ml以下とし、4コースの追加治療中にも基準を満たした場合に治療終了とした。先行妊娠、コース毎の休薬期間やGCSF投与量と投与日、下垂体性hCGに対するEP合剤投与開始時期について検討した。

【成績】純毛癌6名、臨床的純毛癌9名で、生存率は93.3%であった（初回治療後治癒13名、再発後寛解1名、死亡1名）。先行妊娠は胞状奇胎が5名だが、全15名中8名に胞状奇胎の既往、2名に存続純毛症の治療歴があった。治療は平均9.1コースだが、副作用のためEA療法への変更は7名21コース、ETPやACTDの減量は4名29コースで行われていた。全136コースにおける休薬期間の平均は12.7日で、コース毎に差は認めず、MEA療法とEA療法でも差は認めなかった。GCSF投与量は、1コースあたり1人平均138.9μgで、コース毎の明らかな差は認めないが、day6およびday14を中心とする時期に投与量が多かった。EP合剤は11名が必要とし、投与開始は治療開始後平均97.3日目で、血中hCGとLHの平均は1.2mIU/mlとLH 29.7mIU/mlであった。

【結論】純毛癌早期発見には胞状奇胎後管理が必要である。MEA療法の休薬期間延長予防には、薬剤減量やEA療法への変更、抗癌剤投与直前と直後のGCSF投与が効果的である。