

P3-23-4 腹腔鏡と子宮鏡による同時手術を必要とした症例の検討

北摂総合病院¹, 大阪医大²穀内香奈¹, 奥田喜代司¹, 斉藤奈津穂¹, 中村容子¹, 深澤祐子¹, 中村路彦², 猪木千春², 寺井義人², 大道正英²

【目的】腹腔鏡と子宮鏡による同時手術の必要な症例があるが、保険診療では別個でのみ認められている。今回、同時手術を行った症例を検討し、その頻度や単独手術との比較を行い、その有用性を検討した。【方法】2013年1月～2014年9月に腹腔鏡下手術を行った372症例のうち17症例で同時に子宮鏡下手術を行った。これら17例中11例は粘膜炎下筋腫、6例は子宮内膜ポリープであった。同時に行った腹腔鏡下手術の術式は子宮筋腫核出術(10例)が多く、腹腔鏡による観察例もあった。また、単独の子宮鏡下手術は24例であった。今回、子宮筋腫例における腹腔鏡下手術単独群(単独群)と腹腔鏡下と子宮鏡下手術を同時に行った群(同時群)との筋腫個数・筋腫重量・出血量・手術時間について比較検討した。【成績】単独群と同時群のそれぞれの筋腫個数(平均±標準偏差)は、 2.1 ± 1.7 個と 3 ± 1.3 個で、筋腫重量は 162.1 ± 139.7 gと 116.4 ± 119.4 gで、出血量は 134 ± 188 mlと 140 ± 323 mlで、手術時間は 167.0 ± 46.6 分と 176.9 ± 66.8 分であり、各項目において、両群間で有意差は認めなかった。また、両群において大きな合併症はみられなかった。【結論】腹腔鏡下手術と子宮鏡下手術の同時手術は安全に行えることが示され、侵襲性や治療期間短縮の上でメリットがあると考えられた。また、腹腔鏡下手術観察下で行うため、子宮鏡下手術での合併症である子宮穿孔を予防、早期発見、治療も行えると考えられた。

P3-23-5 子宮鏡下子宮筋腫摘出術後に発生した嚢胞性子宮腺筋症のI症例

鹿兒島大

沖 知恵, 沖 利通, 徳留明夫, 永田智美, 河村俊彦, 儀保晶子, 伊藤正信, 森まり絵, 新原有一朗, 山崎英樹, 小林裕明, 堂地 勉

【目的】今回我々は、子宮鏡下子宮筋腫摘出術後に発生した嚢胞性子宮腺筋症の症例を経験し、若干の知見を得たので報告する。【症例】5年前より過多月経を自覚するようになり、4年前に近医産婦人科を受診。直径3cmの筋腫を指摘されたが貧血なく定期検診をしていた。2年前に性器出血を主訴に前医を再診。筋腫直径が7cmとなり、当科を紹介受診となった。リューブリン投与後突出率10%で後壁発生直径5cmの筋腫を子宮鏡下に完全に核出した。術後半年目から底部後壁側に直径1cmの血腫像が出現。術後1年目には直径4cmまで増大し過多月経も進行。Hb7.4へと貧血も悪化した。そこで、子宮鏡下に嚢胞内を観察したところ、異所性の子宮内膜が嚢胞の底部側に存在しており、同部を徹底的に蒸散した。術後2か月経過するが、現在のところ子宮筋層内に血腫の再発はない。【考察】1回目の筋腫核出のビデオから推察すると、1)皮弁状に遊離した底部の子宮内膜が、後壁の子宮内膜直下に迷入。2)後壁筋層と迷入した子宮内膜が閉鎖腔を形成。3)月経が再開し、迷入した子宮内膜から筋層内に消退出血を繰り返す。4)1年かけて直径4cmの嚢胞性子宮腺筋症を形成。5)子宮内膜腔後壁側の表在血管の増生による過多月経という病態が推測された。文献上は同様な症例報告はなかった。【結論】低突出率で比較的大きな筋腫を子宮鏡下に核出する時は、続発性の嚢胞性腺筋症が起こる可能性があることがわかった。その予防についてさらに考察する。

P3-23-6 子宮の層構造と子宮鏡下筋腫核出術の合併症

鹿兒島大

沖 利通, 沖 知恵, 河村俊彦, 徳留明夫, 永田智美, 儀保晶子, 森まり絵, 新原有一朗, 伊藤正信, 山崎英樹, 小林裕明, 堂地 勉

【目的】子宮鏡下筋腫核出術(TCRM)では、通電による核出が主流である。当科では、子宮内膜温存を目的に通電しない核出法を行い、子宮鏡独特の層構造を明らかにした。今回はこの層構造と偶発症との関係を研究した。【方法】対象は過去10年間にTCRMを行った256例である。手順1 徹底的頸管拡張 手順2 子宮層構造の確認: a 子宮内膜 b 子宮内膜下組織, 正常筋層: c 血管を含む蜂巣状組織 d 動脈 e 無血管 f 漿膜 筋腫周囲: c 蜂巣状組織 g 血管床を包む内層と外層の薄い2枚の膜 h 筋腫組織の3層が子宮鏡で観察できる。これらの層構造は通電で観察できなくなるので、これらの層を確認しながら、通電なしで剥離。手順3 筋腫の鈍的核出: 筋腫の層に到達したら、cgの間の層の血管分布の少ない6時12時方向から筋腫剥離を始め、3時9時方向へ核出を進める。手順4 筋腫の捻除: 突出率が80%以上を確認し捻除する。手順5 電気メスで止血は最小限に止め、余剰な内膜は切除しない。【成績】術中Na濃度130mmol/L未満の発生率は0.39% (1/256)でdの層で水中毒が発生した。術中出血量が100ml以上の発生率は1.95% (5/256)でc～gの層から出血していた。ghの境界で剥離を進めた222例では出血は少量で視野は良好、子宮穿孔はなかった。内膜直下の血管床(bc)の電気メスによる過度止血を行った2例にのみ、術後内膜癒着が発生した。分娩時の癒着胎盤の症例も現在のところない。【結論】電気メスを使用しない子宮鏡下筋腫剥離法は、術中の的確な解剖の認識と良好な視野だけでなく、術中術後の偶発症を予防する点でも優れた方法である。