

P3-32-6 当科における骨盤内臓器脱手術としての腔閉鎖術の有用性の検討

JR 札幌病院

長多正美, 寒河江悟

【目的】子宮脱・膀胱瘤・直腸瘤などの骨盤内臓器脱はありふれた疾患であるが、局所の違和感や排尿障害を伴い中高年女性の QOL 低下の原因となる。根治的治療は手術を必要とする。術式は今では TVM 手術が主流である。しかし最近 TVM 手術の術後合併症が問題になっている。当科では以前から腔閉鎖術を行っている。今回当科でこれまで施行した腔閉鎖術を分析し、今改めてこの術式の有用性を検討した。【対象と方法】対象は本年まで過去 8 年間に当科で腔閉鎖術に同意して施行した 78 症例。平均年齢 72.7 歳。子宮のある症例の部分腔閉鎖術 (Le Fort 手術) 64 例、子宮全摘後に適応の完全腔閉鎖術 14 例。この 78 症例につき手術記録を比較検討した。【成績】部分腔閉鎖術の平均手術時間 42.5 分・平均出血量 11.8ml、完全腔閉鎖術は 37.6 分・9.4ml と、子宮全摘後でより低侵襲となっていた。膀胱瘤著明例は 13 例で、手術時間 44.4 分・出血量 14.8ml であり、著明例以外の 41.1 分・10.7ml と比較して、わずかに手術時間の延長、出血量の増加を見たが、有意差はなかった。60 症例で術前に排尿困難・尿失禁を訴えていたが、術後約 90% が解消された。術中・術後に重篤な合併症はなく、今日までに再発例は 2 例 (2.5%) である。【結論】当科での腔閉鎖術は低侵襲であった。TVM 手術は膀胱瘤に特に有効とされているが、当科の手術記録によれば、腔閉鎖術も膀胱瘤著明例に有用だった。腔閉鎖術では医療費は 6 万円程度なのに対し、TVM 手術は一般的に 20 万円程度と、両者の医療費の患者負担には大きな差異がある。今回の結論として腔閉鎖術は低侵襲かつ低コストの術式であり、骨盤内臓器脱の術式として今後も有用であると考えられた。温故知新と言えよう。

P3-32-7 腹会陰式直腸切断術後の重症会陰ヘルニアに対する腹直筋有茎皮弁を用いた骨盤底再建術の 2 例

大阪市立大

林 雅美, 寺田裕之, 沖 絵梨, 柳井咲花, 羽室明洋, 北田紘平, 栗原 康, 片山浩子, 中野朱美, 尾崎宏治, 橘 大介, 古山将康

腹会陰式直腸切断術後に会陰ヘルニアが低頻度で出現することが報告されており、メッシュによる修復がなされることが多い。今回、腹会陰式直腸切断術後の会陰ヘルニアに対し腹式にメッシュ手術を施行後早期に重症の会陰ヘルニアを来した症例に、腹直筋有茎皮弁を利用した骨盤底形成術、仙骨腔固定術による骨盤底再建術を試みた 2 症例を経験したので報告する。症例は共に直腸癌に対する腹会陰式直腸切断術後であり、それぞれ術後 3 か月と 7 か月に会陰ヘルニアと診断された。開腹下にコンボジックスメッシュによる骨盤底補強術が施行されたが、術直後に会陰ヘルニアが悪化し骨盤底臓器の下垂、会陰痛や排尿時痛が増強したため、当科紹介となった。2 例とも会陰から尾骨にかけて骨盤底が膨隆し、MRI でヘルニア嚢に子宮、膀胱、小腸が観察された。骨盤底は菲薄化し、骨盤底筋の縫縮は困難と判断した。腹直筋皮弁を骨盤底に充填した上で仙骨腔固定術を施行する方針とした。子宮を切除した後に右側の腹直筋有茎皮弁を作成し、膀胱腹膜右側から骨盤底に誘導して充填した。充填した筋皮弁の頭側にプロリンメッシュを用いて第一仙椎と腔断端を架橋して腔断端を挙上した。術後に下垂感は軽減し、術後の MRI で骨盤底に充填された筋皮弁の位置、膀胱挙上は良好であった。1 例で臀部背側に滲出液貯留を認め、穿刺吸引により改善した。2 例とも術後 1 か月より腹圧性尿失禁が出現し、薬剤により改善した。1 例で術後 1 年目にストマ周囲のヘルニアの増大があり経過観察中である。重症の骨盤底欠損に対する腹直筋皮弁は有効な再建術であると考えられるが、長期的な合併症について経過観察する必要があると考えられた。

P3-32-8 腹腔鏡下仙骨腔固定術における下腹神経温存手技 (ランドマークと膜を意識した安全な剝離)

富山県立中央病院

谷村 悟, 田中友理, 細野 隆, 炭谷崇義, 舌野 靖, 武田 哲, 中島正雄, 南 里恵, 飴谷由佳, 舟本 寛, 中野 隆

【目的】腹腔鏡下仙骨腔固定術 (LSC) において下腹神経の損傷が術後排便機能悪化と関連があると報告された。目的は手技の工夫により下腹神経の温存が可能か確認することである。【方法】当院で LSC を行った 35 例を対象とした。手術解剖として 3 層の膜を意識し剝離した。第 1 層は腹膜、第 2 層は下腹神経を含む下腹神経前筋膜、第 3 層は仙骨血管を含む壁側骨盤筋膜である。メッシュを固定する前縦靱帯は第 3 層の背側に位置する。1) L5 前面下腹神経は L5 の正中を走行するため切開時に損傷する危険がある。そのため L5-S1 間で最も突出した部位と右総腸骨動脈をランドマークとし、椎体の右寄りから 1, 2 層を切開・剝離し 3 層に達した。3 層は適宜切開した。2) 直腸側方メッシュを留置するためには直腸側方を切開していく必要がある。意識せずに 2 層を切開していくと斜めに横断する下腹神経を切断してしまうため、適宜神経を確認し 1 層のみを切開延長した。膜を切開せずメッシュトンネルを作成する場合には 1 層と 2 層の間に作成するようにした。【成績】上記の方法を試みた 20 例全例で下腹神経を温存可能であった。肥満例では椎体幅や突出部位を確認することが困難な場合もあり、右総腸骨動脈は重要なランドマークであった。またこの方法以前のビデオを見直したところ 15 例中 3 例で下腹神経の損傷が疑われる症例があった。【結論】手技の工夫により下腹神経は温存可能であった。さらに下腹神経はネットワークを形成しており、神経を単離、同定するよりは膜ごと温存した方が望ましい。また 2 層と 3 層の間は仙骨前腔であり、知らずに剝離を進めると仙骨前面での静脈損傷につながるので注意を要する。