

第21回東海産婦人科内視鏡手術研究会
学術講演会
プログラム・抄録集

日 時 令和3年10月30日（土） 14：00～19：10
会 場 WEB開催（Zoomウェビナー配信）

東海産婦人科内視鏡手術研究会

第21回 東海産婦人科内視鏡手術研究会

日 時 令和3年10月30日(土) 14:00~19:00

場 所 WEB開催 (Zoomウェビナー配信)

共催メーカーより製品紹介

科研製薬(株)/ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)/コヴィディエンジャパン(株)/テルモ(株)/オリンパス(株)

一般演題

会場：第1会場

14:00~14:40 Session 1

座長 愛知医科大学 篠原 康一

1. 膣管切開中に心静止を来した腹腔鏡下子宮全摘術の1例
岐阜大学医学部附属病院
○合田知弘、菊野享子、齋竹健彰、村瀬紗姫、竹中基記、古井辰郎、森重健一郎
2. 筋腫分娩に対する腹腔鏡下腔式子宮全摘術における工夫
大同病院¹⁾、名古屋大学医学部附属病院²⁾
○木村晶子¹⁾、加藤奈緒¹⁾、服部友香¹⁾、高橋千晶¹⁾、中村智子²⁾、境康太郎
3. 鼠径部子宮内膜症に対し腹腔鏡併用外科手術にて切除を得た1例
半田市立半田病院 産婦人科
○重山宗久、野元正崇、永井 孝、澤田雅子、諸井博明
4. 腹腔鏡下に摘出し得た嚢胞性子宮筋腫の一例
高山赤十字病院 産婦人科
○神田明日香、東松明恵、溝口冬馬、加藤雄一郎、矢野竜一朗
5. 当院における低侵襲子宮全摘術後腹腔内感染のリスク因子の検討
名古屋市立大学
○間瀬聖子、後藤崇人、小島龍司、小川紫野、西川隆太郎、杉浦真弓

14:40~15:20 Session 2

座長 名古屋市立大学 西川 隆太郎

6. 新規開院施設におけるロボット支援下子宮全摘術の導入
藤田医科大学 岡崎医療センター 婦人科
○安江 朗、鳥居 裕、野田佳照、塚田和彦、廣田 穰
7. ロボット支援下子宮摘出術導入1年間で経験した術中トラブルについて
JA愛知厚生連海南病院 産婦人科
○山田里佳、濱田春香、平田 悠、猪飼 恵、加藤智子、和田鉄也、鷺見 整
8. ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後にポートサイトヘルニアを来した一例
公立陶生病院
○丹羽優莉、春原真由子、黒柳雅文、角真徳、安田裕香、岩田愛美、宇野あす香、近藤紳司、浅井英和、岡田節男

9. 腸管内膜症を併発した子宮腺筋症に対してロボット支援下子宮全摘出術を実施した1例
藤田医科大学 産婦人科
○大脇晶子、西澤春紀、高田恭平、宮村浩徳、西尾永司、藤井多久磨
10. 重症肥満症例におけるロボット支援下子宮体癌手術の実際と工夫
静岡県立静岡がんセンター
○川村温子、高橋伸卓、松木翔太郎、望月亜矢子、笠松由佳、角 暢浩、武隈宗孝、平嶋泰之

会場：第2会場

14：00～14：40 Session 3

座長 藤田医科大学 西尾 永司

11. 初経後早期に発症した卵管捻転の1例
名古屋記念病院
○石川智仁、小田川寛子、青井 好、佐藤静香、廣中昌恵、石川尚武、神谷典男
12. 腹腔鏡下手術にて診断・治療した卵管捻転の1例
済生会松阪総合病院 産婦人科
○東 理映子、竹内茂人、森 琴子、綿重直樹、百々裕子、辻 誠、菅谷 健
13. 卵巣腫瘍の捻転により骨盤内に遊離したと考えられた異所性卵巣の1例
藤田医科大学 岡崎医療センター 婦人科
○野田佳照、塚田和彦、鳥居 裕、安江 朗、廣田 穰
14. 腹腔鏡下切除術を施行した副角妊娠の1例
済生会松阪総合病院 産婦人科
○綿重直樹、竹内茂人、森 琴子、百々裕子、辻 誠、東 理映子、南 元人、菅谷 健
15. 当院で経験した腹腔鏡手術合併症によりストーマ造設となった2例
JA愛知厚生連 海南病院¹⁾、名古屋市立大学医学部附属西部医療センター²⁾
○平田 悠¹⁾、山田里佳¹⁾、濱田春香¹⁾、猪飼 恵¹⁾、加藤智子¹⁾、和田鉄也¹⁾、鷺見 整¹⁾、佐藤 玲²⁾

14：40～15：28 Session 4

座長 静岡県立静岡がんセンター 高橋 伸卓

16. 当院での付属器切除術における切離ラインの工夫について
刈谷豊田総合病院 産婦人科
○古井憲作、長船綾子、小林眞子、佐藤亜理奈、呉 尚侑、服部 恵、鈴木祐子、可世木 聡、梅津朋和
17. 当科における子宮全摘後の卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下手術の検討
高山赤十字病院 産婦人科
○東松明恵、神田明日香、溝口冬馬、加藤雄一郎、矢野竜一郎
18. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に対するリスク低減卵管卵巣切除（RRSO）の検討
名古屋市立大学 産科婦人科学教室
○小川紫野、西川隆太郎、後藤崇人、小島龍司、間瀬聖子、杉浦真弓
19. 当施設で行った卵巣癌に対する診断的腹腔鏡手術の安全性の検討
藤田医科大学 産婦人科
○高田恭平、市川亮子、大脇晶子、伊藤真友子、金尾世里加、三木通保、宮村浩徳、西尾永司、西澤春紀、野村弘行、藤井多久磨

20. 進行卵巣癌に対する審査腹腔鏡の有用性について

三重大学医学部附属病院・産科婦人科

○手石方康宏、吉田健太、岡本幸太、鳥谷部邦明、奥村亜純、村嶋希美、金田倫子、近藤英司、池田智明

21. 当科でのロボット支援下子宮全摘術の導入

岐阜市民病院 産婦人科

○釣餌咲希、山本和重、平工由香、柴田万祐子、谷垣佳子、桑山太郎、尹麗梅、相京晋輔、栗原万友香、林佳奈、豊木廣

15:28~16:16 Session 5

座長 済生会松阪総合病院 竹内 茂人

22. 当院でのマイクロ波子宮内膜焼灼術の治療効果の検討

中部労災病院

○佐野友里子、渡部百合子、日比絵里菜、関谷敦史、柴田大二郎

23. 子宮筋腫核出後に子宮筋層内に生じた瘻孔の診断および治療に子宮鏡が有用であった一例

名古屋大学 産婦人科¹⁾、中部ろうさい病院 産婦人科²⁾

○三宅菜月¹⁾、中村智子¹⁾、関友望¹⁾、植草良輔¹⁾、田中秀明¹⁾、矢吹淳司¹⁾、甲木聡¹⁾、曾根原玲菜¹⁾、大野真由¹⁾、村上真由子¹⁾、吉田沙矢子¹⁾、村岡彩子¹⁾、仲西菜月¹⁾、大須賀智子¹⁾、柴田大二郎²⁾、後藤真紀¹⁾、梶山広明¹⁾

24. 子宮筋層迷入を伴った子宮内避妊器具遺残に対し、子宮鏡下で摘出し得た一症例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 産婦人科

○小島和寿、犬塚早紀、倉兼さとみ、関宏一郎、村上勇

25. 流産手術後に子宮腔癒着となり、2度にわたる子宮鏡下癒着剥離術後に妊娠成立した1例

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

○安井裕子、宮本絵美里、神谷知都世、山中浩史、新城加奈子、針山由美

26. 凍結融解胚移植により卵巣妊娠となった1例

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

○安井裕子、新城加奈子、宮本絵美里、神谷知都世、山中浩史、針山由美

27. TLHにおける子宮把持器の工夫

高山赤十字病院産婦人科

○加藤雄一郎、神田明日香、東松明恵、溝口冬馬、矢野竜一郎

会場：第1会場

15:20~17:20 ワークショップ

『腹腔鏡下子宮全摘術に対する手技の工夫（腹腔内操作、腔式操作）や合併症への注意点』

座長 静岡赤十字病院 市川 義一

1. 当科における TLH の手順と工夫と注意点

岐阜市民病院 産婦人科

○平工由香、山本和重、柴田万祐子、谷垣佳子、桑山太郎、尹麗梅、相京晋輔、栗原万友香、林 佳奈、釣餌咲希、豊木 廣

2. 合併症を起こさないために意識すべき三角形と脂肪

名古屋大学産婦人科

○池田芳紀、植草良輔、甲木 聡、長尾有佳里、大野真由、北見和久、村上真由子、鈴木徹平、吉原雅人、玉内学志、横井 暁、芳川修久、西野公博、新美 薫、中村智子、大須賀智子、梶山広明

3. 当院における単孔式腹腔鏡下子宮全摘出術（単孔 TLH）時の工夫

パークベルクリニック¹⁾、せきやクリニック²⁾

○高橋秀憲¹⁾、木下明美¹⁾、加藤倫隆¹⁾、安永耕介¹⁾、関谷龍一郎²⁾

4. 腹腔鏡下子宮全摘術における光るカップ付き子宮マニピュレーターの有用性の検討

浜松医科大学

○伊藤敏谷、共同演者、東堂祐介、松家まどか、安立匡志、柴田俊章、村上浩雄、安部正和、伊東宏晃

5. TLH の変遷と現在の操作に対する検討

藤田医科大学産婦人科学教室

○三木通保、西澤春紀、大脇晶子、金尾世里加、伊藤真友子、市川亮子、鳥居 裕、宮村浩徳、野村弘行、西尾永司、藤井多久磨

6. 指定教育講演

膀胱の形状を意識すると腹腔鏡下子宮全摘術はより安全に行える

大阪大学医学部産婦人科 学内講師

○小林栄仁

17:20~17:30 総 会

17:30~18:00 イブニングセミナー

座長 藤田医科大学 西澤 春紀

当院での低侵襲手術の工夫

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 関 宏一郎

18:00~19:00 特別講演

座長 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 村上 勇

産婦人科における腹腔鏡手術の現況と今後の展望

日本産科婦人科内視鏡学会 理事長
東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学 教授
大須賀 穰

	第1会場	第2会場
14:00	<p>14:00-15:20</p> <p>Session1 座長：篠原 康一</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 腫管切開中に心静止を来した腹腔鏡下子宮全摘術の1例 合田 知弘 2. 筋腫分娩に対する腹腔鏡下腔式子宮全摘術における工夫 木村 晶子 3. 鼠径部子宮内膜症に対し腹腔鏡併用外科手術にて切除を得た1例 重山 宗久 4. 腹腔鏡下に摘出し得た囊胞性子宮筋腫の一例 神田明日香 5. 当院における低侵襲子宮全摘術後腹腔内感染のリスク因子の検討 間瀬 聖子 <p>Session2 座長：西川隆太郎</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. 新規開院施設におけるロボット支援下子宮全摘術の導入 安江 朗 7. ロボット支援下子宮摘出術導入1年間で経験した術中トラブルについて 山田 里佳 8. ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後にポートサイトヘルニアを来した一例 丹羽 優莉 9. 腸管内膜炎を併発した子宮腺筋症に対してロボット支援下子宮全摘出術を実施した1例 大脇 晶子 10. 重症肥満症例におけるロボット支援下子宮癌手術の実際と工夫 川村 温子 	<p>14:00-16:16</p> <p>Session3 座長：西尾 永司</p> <ol style="list-style-type: none"> 11. 初経後早期に発症した卵管捻転の1例 石川 智仁 12. 腹腔鏡下手術にて診断・治療した卵管捻転の1例 東 理映子 13. 卵巣腫瘍の捻転により骨盤内に遊離したと考えられた異所性卵巣の1例 野田 佳照 14. 腹腔鏡下切除術を施行した副角妊娠の1例 綿重 直樹 15. 当院で経験した腹腔鏡手術合併症によりストーマ造設となった2例 平田 悠 <p>Session4 座長：高橋 伸卓</p> <ol style="list-style-type: none"> 16. 当院での付属器切除術における切離ラインの工夫について 古井 憲作 17. 当科における子宮全摘後の卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下手術の検討 東松 明恵 18. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)に対するリスク低減卵管卵巣切除(RRSO)の検討 小川 紫野 19. 当施設で行った卵巣癌に対する診断的腹腔鏡手術の安全性の検討 高田 恭平 20. 進行卵巣癌に対する審査腹腔鏡鏡の有用性について 手石方康宏 21. 当科でのロボット支援下子宮全摘術の導入 釣 昶希 <p>Session5 座長：竹内 茂人</p> <ol style="list-style-type: none"> 22. 当院でのマイクロ波子宮内膜焼灼術の治療効果の検討 佐野友里子 23. 子宮筋腫核出後に子宮筋層内に生じた瘻孔の診断および治療に子宮鏡が有用であった一例 三宅 菜月 24. 子宮筋腫迷入を伴った子宮内避妊器具遺残に対し、子宮鏡下で摘出し得た一症例 小島 和寿 25. 流産手術後に子宮腔癒着となり、2度にわたる子宮鏡下癒着剥離術後に妊娠成立した1例 安井 裕子 26. 凍結融解胚移植により卵巣妊娠となった1例 安井 裕子 27. TLHにおける子宮把持器の工夫 加藤雄一郎
15:00		
16:00	<p>15:20-17:20</p> <p>ワークショップ</p> <p>座長：市川 義一</p> <p>『腹腔鏡下子宮全摘術に対する手技の工夫 (腹腔内操作、腔式操作)や合併症への注意点』</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 当科におけるTLHの手順と工夫と注意点 平工 由香 2. 合併症を起こさないために意識すべき三角形と脂肪 池田 芳紀 3. 当院における単孔式腹腔鏡下子宮全摘出術(単孔TLH)時の工夫 高橋 秀憲 4. 腹腔鏡下子宮全摘術における光るカップ付き子宮マニピュレーターの有用性の検討 伊藤 敏谷 5. TLHの変遷と現在の操作に対する検討 三木 達保 6. 指定教育講演 膀胱の形状を意識すると腹腔鏡下子宮全摘術はより安全に行える 小林 栄仁 	
17:00		
18:00	<p>17:20-17:30</p> <p>総 会</p> <p>17:30-18:00</p> <p>イブニングセミナー</p> <p>座長：西澤 春紀 当院での低侵襲手術の工夫 演者：関 宏一郎</p>	
19:00	<p>18:00-19:00</p> <p>特別講演</p> <p>産婦人科における腹腔鏡手術の現況と今後の展望</p> <p>座長：村上 勇 演者：大須賀 穰</p>	

【参加者の方へ】

1) 事前参加登録について

下記アドレスより事前登録をお願いします。

https://us06web.zoom.us/webinar/register/WN_RH4jMJDPskK8MS2XQ9NVJQ

2) 参加費：医師 3,000円（研修医、学生、コメディカルは無料です）

※参加費のお振込みは事前登録後10/20（水）までをお願いいたします。

※振込口座：三井住友銀行 名古屋駅前支店 普7938373 東海産婦人科内視鏡手術研究会参加費用

※振込名は「誕生日4桁+氏名」でお願いします。（例7月31日生→0731トウカイトロウ）

※抄録集／東海産婦人科内視鏡手術研究会雑誌Vol.9はお振込み完了後に郵送させていただきますが、届いていない場合や不備がございましたら、大会運営事務局までお問い合わせくださいますようお願い申し上げます。

3) 視聴方法について

※事前参加登録後に参加（視聴）案内メールが届きますが、第1会場と第2会場は異なる視聴用URLとなります。

第1会場視聴用URL：登録後に送られるメールの「ウェビナーに参加」をクリック

第2会場視聴用URL：パスワード：869889

<https://us06web.zoom.us/j/84037587586?pwd=RjBkV0p0T1RlVHVxcjQ2Y1lIUENgZDZ09>

※一般演題のみオンデマンド配信を行います。11月3日10:00～11月10日16:00

視聴方法は事前登録されたメールにご連絡させていただきます。

【演者の方へ】

※一般演題は口演時間5分、質疑応答2分（交代準備1分）です。

※ワークショップは口演時間12分、質疑応答2分（交代準備1分）および総合討論15分です。

※全ての発表において、利益相反状態の開示が必要となります。

※発表形式は、研究会当日にスライド画面共有によるご発表、または事前録画したスライドによるご発表も可能です。事前録画したスライドによる発表をご希望の方は、ご発表データの提出が必要となりますので、大会運営事務局までご連絡ください。いずれのご発表形式の場合でも、研究会当日はライブでのご参加をよろしくようお願い申し上げます。

【研修証明について】

*本研究会は日本産科婦人科学会専門医（10単位）、機構認定受講単位として産婦人科領域講習（ワークショップ2単位、特別講演1単位）、学術業績・診療以外の活動実績（参加2単位）の認定を受けております。

*各単位付与には、「事前登録」「参加費振込」「当日の視聴」が必要となります。オンデマンド配信の視聴のみでは単位の付与はありません。

*単位の取得状況につきましては、e医学会の会員専用ページにてご確認ください。

【運営事務局】

株式会社サンスタッフ

担当：総合人材サービス事業部 BPOサービス室 原田・下東（しもとう）

住所：愛知県刈谷市若松町一丁目95番地 名鉄刈谷ビル3階

TEL：090-9229-4309 Eメールアドレス：bpo@sunstaff.co.jp

【研究会事務局】

藤田医科大学 産科婦人科学教室内

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

TEL：0562-93-9294 Eメールアドレス：tkendoscopsurgery@gmail.com

共催：東海産婦人科内視鏡手術研究会

科研製薬(株)/ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)/コヴィディエンジャパン(株)/テルモ(株)/オリンパス(株)

1. 膣管切開中に心静止を来した腹腔鏡下子宮全摘術の1例

岐阜大学医学部附属病院

○合田知弘, 菊野享子, 齋竹健彰, 村瀬紗姫, 竹中基記, 古井辰郎, 森重健一郎

【緒言】迷走神経反射は機械的刺激により延髄迷走神経核を介して、迷走神経心臓枝を刺激し、徐脈や心静止を誘発する。手術中、迷走神経反射によって低血圧や徐脈、心停止が発生した症例報告は散見される。今回、腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）の術中に心静止を来した1例を経験したので報告する。

【症例】35歳、女性、不妊治療を行っており、採卵時などに頻繁に迷走神経反射を起こしていた。子宮内膜異型増殖症に対してTLHを施行した。膣管切開時に心静止を認めるも、自然に回復した。以後も膣管切開を行うと徐脈が発生した。術後は徐脈は認めることなく退院となった。

【考察】本症例では、膣管切開時に心静止や再現性のある徐脈を認め、膣壁や腹膜への刺激が迷走神経を介して徐脈や心静止を誘発したと考えられた。文献的に婦人科臓器で迷走神経反射が起こしやすい臓器や神経経路などを検討した。手術操作が迷走神経反射の誘因となる可能性があることに留意し、迷走神経反射が起こりやすい患者には、術前にアトロピンの投与を検討する必要がある。

2. 筋腫分娩に対する腹腔鏡下腔式子宮全摘術における工夫

大同病院¹⁾, 名古屋大学医学部附属病院²⁾

○木村晶子¹⁾, 加藤奈緒¹⁾, 服部友香¹⁾, 高橋千晶¹⁾, 中村智子²⁾, 境康太郎¹⁾

筋腫分娩症例では子宮腔部の拡張や円蓋部変形のため、腹腔鏡下子宮全摘（TLH）を行う際手術操作に工夫を要する。今回、TLHで加療した筋腫分娩症例につき報告する。症例は47歳、2産。水様性帯下を主訴に近医産婦人科を受診し、腫瘍分娩疑いにて当院へ紹介。内診、骨盤部MRI検査にて6cm大の粘膜下筋腫を認め、比較的太い茎を有する筋腫分娩を認めた。3か月間GnRHアンタゴニスト内服後、TLHを施行した。ダイヤモンドポート配置、open法にて開腹し、鏡視下に腔側から筋腫茎部を切断し、分娩筋腫を摘出した。拡張・変形した子宮腔部が確認でき、子宮マニピュレーターを留置した。通常通りの手技でTLHを施行、腔パイプに交換後に子宮傍組織を処理。腔パイプ上で腔前壁を切開したが、腔円蓋の境界が不明瞭であったため、縦方向に腔切開を加えて子宮腔部の一部を露出させ、腔部に沿うように膣管を切開した。手術手技の工夫により、筋腫分娩症例でも安全にTLHが施行できると考えられた。

3. 鼠径部子宮内膜症に対し腹腔鏡併用外科手術にて切除を得た1例

半田市立半田病院 産婦人科

○重山宗久, 野元正崇, 永井 孝, 澤田雅子, 諸井博明

比較的稀である鼠径部の子宮内膜症を経験したので報告する。症例は46歳の女性。0妊0産。微少変化型ネフローゼ症候群の既往がある。当院腎臓内科にて既往症の外来管理中に下腹痛を訴え当科紹介。超音波、MRIにて多発筋層内筋腫と右卵巣の成熟嚢胞性奇形腫を認め、外来経過観察とした。初診より3年7ヶ月後、月経時の左鼠径部痛を訴え、触診にて左鼠径部に腫瘤を触れた。CTにて子宮円索に連続する鼠径管内腫瘤像を認めた。GnRHアンタゴニスト療法3ヶ月施行後に手術療法を行うこととした。外科に協力を依頼し、腹腔鏡下子宮全摘術、左付属器摘出術および鼠径部腫瘤摘出術を行った。腹腔鏡にて左子宮円索を内鼠径輪付近まで露出し切離。左鼠径管内にて子宮円索断端から連続した腫瘤を認め、これを切除した。病理組織診にて腫瘤は子宮内膜症と判明した。本症は稀ではあるものの、女性の鼠径部腫瘤の鑑別として重要であると思われた。

4. 腹腔鏡下に摘出し得た嚢胞性子宮筋腫の一例

高山赤十字病院 産婦人科

○神田明日香, 東松明恵, 溝口冬馬, 加藤雄一郎, 矢野竜一郎

【緒言】 腹腔鏡下に摘出した嚢胞性子宮筋腫の一例を経験したので報告する。

【症例】 42歳、3経産。他院健診にて卵巣腫瘍を指摘され当科初診。精査の結果、両側卵巣は正常かつ腹腔内にΦ167mm大およびΦ89mm大の嚢胞性病変が認められ、良性の卵管腫瘍あるいは腹膜腫瘍の可能性が示唆された。診断的治療目的にて内視鏡下での摘出手術を予定した。腹腔内所見では両側子宮付属器には腫瘍性病変を認めず、子宮前壁と連続性を有する嚢胞性の巨大腫瘍を認めた。このためすみやかに腹腔鏡下に嚢胞性腫瘍を摘出した。手術時間は93分、術中出血量は50mlであった。摘出標本の永久病理はcystic leiomyomaと診断された。経過良好で術後3病日に当科退院、その後症状は改善し再発も認めていない。

【結語】 嚢胞性子宮筋腫は稀な疾患であり、子宮付属器腫瘍との鑑別が困難な場合もある。診断的治療としての腹腔鏡下手術施行は根治性・低侵襲の観点から有用であると思われた。

5. 当院における低侵襲子宮全摘術後腹腔内感染のリスク因子の検討

名古屋市立大学

○間瀬聖子，後藤崇人，小島龍司，小川紫野，西川隆太郎，杉浦真弓

【緒言】 当科における低侵襲子宮全摘術後腹腔内感染のリスク因子についての検討を行った。

【方法】 対象は2020年4月から2021年4月のTLH19例およびロボット支援下TLH（RA-TLH）49例の計68例で、抗生剤治療を要した症例を術後腹腔内感染例とした。また感染群と非感染群でリスク因子となりそうな項目について比較した。

【結果】 術後腹腔内感染例は6例（8.8%）で、うちTLH2例（10.5%）、RA-TLH4例（8.2%）であった。感染群と非感染群の比較では、年齢、BMI、手術時間、出血量、糖尿病合併の有無、癒着の有無、術後1日目のWBCおよびCRP値には有意差は認めなかったが、ステロイド・免疫抑制剤の内服は非感染群で1例（1.6%）であるのに対し、感染群で2例（33.3%）と有意に多かった（ $P = 0.019$ ）。経時変化では感染例は約3ヶ月間に集中して発生していた。

【結語】 本検討でステロイド・免疫抑制剤の内服は低侵襲手術後感染のリスク因子となる可能性が示唆された。

一般演題

14:40~15:20 Session 2

座長 名古屋市立大学 西川 隆太郎

6. 新規開院施設におけるロボット支援下子宮全摘術の導入

藤田医科大学 岡崎医療センター 婦人科

○安江 朗, 鳥居 裕, 野田佳照, 塚田和彦, 廣田 穰

当院は2020年4月に開院した新設病院であり、開院当初から腹腔鏡手術の症例を積み重ね、同年8月より良性子宮疾患に対するロボット支援下子宮全摘術を開始した。今回、ロボット支援手術導入からその経過、腹腔鏡下子宮全摘術との比較を行ったので報告する。検討項目は手術時間、手術開始からロボット・腹腔鏡操作を始めるまでの時間（配置時間）、子宮摘出までの時間（操作時間）、子宮動脈、腔壁および腹膜の縫合時間（縫合時間）、出血量、子宮重量、炎症マーカーとして術後1、3日目のWBCおよびCRP値を比較検討した。配置時間は腹腔鏡手術で短く、操作時間・縫合時間はロボット支援手術の方が短かった。手術時間、出血量、子宮重量、炎症マーカーは両群間に差を認めなかった。一般的にロボット支援下手術は腹腔鏡手術に比して時間がかかると言われているが、今回の検討では手術時間に差はなく腹腔鏡手術と同様の運用が可能であった。

7. ロボット支援下子宮摘出術導入1年間で経験した術中トラブルについて

JA愛知厚生連海南病院 産婦人科

○山田里佳, 濱田春香, 平田 悠, 猪飼 恵, 加藤智子, 和田鉄也, 鷺見 整

【緒言】 ロボット支援下子宮全摘出術を2020年2月に導入した後、術中トラブルを経験したので報告する。

【症例】 2020年2月から2021年3月まで約1年間に子宮良性腫瘍に対し、23例のロボット支援下子宮全摘術を施行した。使用機器は、da Vinci Si Surgicalであった。da Vinciシステムのエラーによる再起動が1例、腔パイプが直腸腔間隙に迷入した1例、2番アームが患者顔面のL型離被架の下に入った症例が1例であった。開腹術や腹腔鏡へ移行した症例はなかった。

システムのエラーは、コンソール開始後7分で前触れなく！マークが点灯し警告音が鳴った。内部エラーと表示され、MEとともに確認したところ再起動が必要であった。すべての電源を停止し再起動をおこなったが、再び別のエラー表示されたため、2回目の再起動で稼働した。

【考察】 ロボットを使用することによる特有なトラブルを経験した。助手やスタッフが患者周辺を気遣い、迅速に他の方法で手術を遂行できるように準備しておくことも必要だと思われた。

8. ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後にポートサイトヘルニアを来した一例

公立陶生病院

○丹羽優莉, 春原真由子, 黒柳雅文, 角真徳, 安田裕香, 岩田愛美, 宇野あす香, 近藤紳司,
浅井英和, 岡田節男

【緒言】10mm未満のトロッカーを使用した際のポートサイトヘルニアは非常にまれで、特に婦人科手術での報告は少ない。今回、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術施行後に8mmポートにおけるヘルニアを経験したので報告する。

【症例】43歳、155cm・83kg (BMI 34)、4妊4産、粘膜下筋腫による過多月経のためロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。術後2日目より吐気・嘔吐が増悪し、腹部レントゲンにて小腸イレウスと診断、保存的に経過をみたが改善しないため術後5日目に造影CTを施行した。左腹部の第1アームに相当する8mmポート部位で小腸の脱出を認め、そこを先進部としたイレウスを来していることが判明した。同日緊急開腹手術にて脱出腸管を還納し、単純縫縮にてヘルニア根治術を施行、その後の再発は認めていない。

【結語】10mm未満のポートサイトヘルニアはまれではあるが、閉腹前に必ず腹壁の控滅の程度を評価し、ヘルニアのリスクが懸念される場合には筋膜縫合の追加を検討する必要がある。

9. 腸管内膜症を併発した子宮腺筋症に対してロボット支援下子宮全摘出術を実施した1例

藤田医科大学 産婦人科

○大脇晶子, 西澤春紀, 高田恭平, 宮村浩徳, 西尾永司, 藤井多久磨

腸管内膜症を併発した子宮腺筋症は、子宮摘出とともに腸管切除や人工肛門増設を要することが多いが、今回我々は、ロボット手術により腸管切除を回避した1例を経験したので報告する。症例は、42歳、0経妊0経産で、卵巣チョコレート嚢胞に対して開腹手術の既往がある。その後、卵巣チョコレート嚢胞および子宮腺筋症を再発したため当院へ紹介となった。当院で実施したMRIおよび大腸内視鏡検査により腸管内膜症の併発が確認されたため、外科と合同によるロボット支援下手術を実施した。術中所見として、ダグラス窩は完全閉鎖し、子宮と直腸が強固に癒着していたが、子宮全摘出と右付属器切除術および左卵管摘出術を実施し、腸管は癒着剥離のみで温存可能であった。術中術後に特記すべき合併症はなく、薬物療法なしで外来管理中である。腸管内膜症は手術に難渋することが多いが、ロボット支援下手術により腸管切除を回避することが可能であったと考えられる。

10. 重症肥満症例におけるロボット支援下子宮体癌手術の実際と工夫

静岡県立静岡がんセンター

○川村温子, 高橋伸卓, 松木翔太郎, 望月亜矢子, 笠松由佳, 角 暢浩, 武隈宗孝, 平嶋泰之

BMI 40kg/m²以上の重症肥満患者の手術では手術操作性の悪さや周術期合併症など様々な困難に遭遇するが、ロボット支援下手術は開腹や腹腔鏡手術に比べて手術操作性が容易で、腹腔鏡手術と比較して合併症発生率や開腹移行率が低いことが示唆されている。当院で2019年4月以降に経験した重症肥満患者のロボット支援下子宮体癌手術5例について報告する。

当院では重症肥満患者のロボット手術を安全に行うために、全例手術前日に実際の手術台で①頭低位で体位が保持できること②レビテーター着用により碎石位が可能であること、を確認している。2例目は骨盤リンパ郭清の適応症例であったが、郭清領域の血管が脂肪により視認できず、安全なリンパ節郭清が遂行できないと判断し省略した。3例目は碎石位で手術を行うも外陰の皮下脂肪が厚く、経腔操作に非常に難渋した。

以上の経験から、重症肥満症例のロボット手術では原則碎石位で行い、腔式手術器械セットをスタンバイすることで経腔操作をより円滑にできるようになった。

11. 初経後早期に発症した卵管捻転の1例

名古屋記念病院

○石川智仁, 小田川寛子, 青井 好, 佐藤静香, 廣中昌恵, 石川尚武, 神谷典男

症例は12歳女兒、左下腹痛を主訴に近医内科受診し、腹部レントゲンにて便秘症と診断された。便秘薬を処方され帰宅するも、左下腹痛増強し当院へ救急搬送となった。腹部レントゲンにて便塊貯留を認め、浣腸にて症状軽快し帰宅した。翌日症状再燃し来院、精査目的に小児科入院となった。CTにて左卵管または小腸拡張の疑いあり、発症後2日で婦人科コンサルトとなった。MRIにて左卵管留血腫および右卵管軽度拡張を認めた。両側卵巢および子宮は正常所見であった。卵管炎または卵管捻転を疑ったが、腹痛は軽度圧痛のみに軽快していたため、抗生剤点滴にて保存的治療を開始した。症状は軽快傾向にあるも2日後の採血でCRP上昇あり、卵管捻転を疑い腹腔鏡下手術を施行した。左卵管は暗赤色に腫大、5回捻転し周囲と炎症性に癒着しており、腹腔鏡下に左卵管切除術を施行した。今回、稀な疾患とされる小児の卵管捻転を経験したので文献的考察を加えて報告する。

12. 腹腔鏡下手術にて診断・治療した卵管捻転の1例

済生会松阪総合病院 産婦人科

○東 理映子, 竹内茂人, 森 琴子, 綿重直樹, 百々裕子, 辻 誠, 菅谷 健

【目的】卵管捻転は比較的まれな疾患である。今回我々は腹腔鏡下に診断、治療した11cm大の右卵管水腫の捻転を経験したので報告する。

【症例】48歳。2経妊0経産。12日前から下腹部痛を認め、経過観察していたが、増強したため、近医を受診した。卵巢腫瘍の茎捻転の疑いで、当科に紹介受診となった。超音波検査で右側に多房性嚢胞を認め、同部に圧痛を認めた。造影CTで骨盤腔に造影効果の認めない11×8cm大の多房性嚢胞を認め、右卵巢腫瘍の茎捻転が疑われた。同日、腹腔鏡下で手術を行ったところ、右卵巢は正常大で、右卵管が2回捻転していた。右卵管切除を行い、感染も合併していたため、抗生剤投与を行い、術後経過良好で、5日目に退院となった。

【考察】卵管単独の捻転は卵巢腫瘍茎捻転に比較して稀で、卵管水腫や傍卵巢腫瘍が原因とされる。卵管単独捻転は稀ではあるが婦人科急性腹症の鑑別疾患として念頭に置く必要がある。

13. 卵巣腫瘍の捻転により骨盤内に遊離したと考えられた異所性卵巣の1例

藤田医科大学 岡崎医療センター 婦人科

○野田佳照, 塚田和彦, 鳥居 裕, 安江 朗, 廣田 穰

異所性卵巣は卵巣組織が正常卵巣とは別の部位に存在するものであり、その発生頻度は非常に稀とされている。今回術中に骨盤内に遊離した腫瘍を認め、成熟嚢胞性奇形腫と診断された症例を経験したので報告する。症例は43歳、0妊0産、自閉症スペクトラムを認める以外に既往歴なし。下腹痛を主訴に近医受診。腹部CT検査で骨盤内腫瘍を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。骨盤MRI検査にて両側の成熟嚢胞性奇形腫を疑われ、腹腔鏡手術を予定した。左卵巣腫瘍は11cm大で骨盤漏斗靭帯と卵巣固有靭帯は断裂し卵管のみと繋がっている状態で捻転し、腹壁・大網との癒着を認めた。右卵巣腫瘍は5cm大で捻転し卵巣窩に癒着していた。左右卵巣とは別に、ダグラス窩に遊離した腫瘍を認めた。最終的な術式は腹腔鏡補助下左付属器摘出術、右卵巣腫瘍摘出術とした。術後の病理組織学的診断は、骨盤内腫瘍を含めいずれも成熟嚢胞性奇形腫であった。骨盤内腫瘍とは別に左右卵巣を認めたこと、左右卵巣が捻転をきたしていたことから、左右どちらかの卵巣が捻転により、壊死・断裂の結果、異所性卵巣を生じたと考えられた。

14. 腹腔鏡下切除術を施行した副角妊娠の1例

済生会松阪総合病院 産婦人科

○綿重直樹, 竹内茂人, 森 琴子, 百々裕子, 辻 誠, 東 理映子, 南 元人, 菅谷 健

【緒言】副角妊娠は、全妊娠の76000-150000例に1例と極めて稀な疾患である。術前診断は困難とされ、手術時に初めて副角妊娠と診断されることも多い。今回、超音波検査とMRI検査で術前に副角妊娠と診断し、腹腔鏡下摘出術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】33歳、G2P1。4年前、超音波検査、子宮卵管造影検査にて単角子宮（右卵管疎通性あり）の疑いで、MRI検査を行いAFS分類IIC（単角子宮、副角内腔なし）と診断した。自然周期/人工授精（右卵巣より排卵）にて妊娠し、正常経産分娩した。今回、自然周期/タイミング療法（左卵巣より排卵）にて妊娠成立するも、妊娠5週（血中hCG 8351.6mIU/mL）、超音波検査で子宮内に胎嚢を確認できず子宮左側に胎嚢を認め、MRI検査でも同様な所見で副角妊娠と診断し、腹腔鏡下手術を施行した。

【考察】不妊治療で単角子宮の疑いがあれば、MRIなどで子宮奇形分類することにより異所性妊娠の場合、早期に異所性妊娠部位を診断し、未破裂の状態ですべて安全に腹腔鏡下手術を施行できると思われた。

15. 当院で経験した腹腔鏡手術合併症によりストーマ造設となった2例

JA愛知厚生連 海南病院¹⁾, 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター²⁾

○平田 悠¹⁾, 山田里佳¹⁾, 濱田春香¹⁾, 猪飼 恵¹⁾, 加藤智子¹⁾, 和田鉄也¹⁾, 鷺見 整¹⁾,
佐藤 玲²⁾

【緒言】 腸管損傷によるストーマ造設は患者QOLを大きく変化させる。

当院で経験した手術合併症によりストーマ造設となった2症例を報告する。

【症例】 症例1：65歳、腹部手術歴 開腹単純子宮全摘術+右付属器切除術、20cmの左卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下左付属器摘出術を開始した。

左付属器と腸管の癒着が強固で開腹手術へ移行し、明らかな腸管損傷なく左付属器摘出術を終えた。

術後8日目に血便があり、S状結腸穿孔のため再開腹で永続的ストーマ造設を行った。

症例2：46歳、腹部手術歴なし、子宮筋腫にて腹腔鏡下子宮全摘術を開始した。

腹腔内に癒着はなかった。腹腔内で膣管切開し、膣より子宮を細断し摘出した。

細断する際に軟な組織を切開した感触があり、膣断端を結紮後にAir leak testを行い直腸損傷が判明し、開腹下で一時的ストーマ造設を行った。

【結語】 いかなる状況下でも腸管損傷が起こりえることを再度認識する必要がある

一般演題

14:40～15:28 Session 4

座長 静岡県立静岡がんセンター 高橋 伸卓

16. 当院での付属器切除術における切離ラインの工夫について

刈谷豊田総合病院 産婦人科

○古井憲作, 長船綾子, 小林眞子, 佐藤亜理奈, 呉 尚侑, 服部 恵, 鈴木祐子, 可世木 聡, 梅津朋和

【緒言】 当院での良性卵巣腫瘍に対する付属器切除は、デルモイドラインと称した切離ラインで摘出している。卵管根部から卵管間膜を卵管間膜と卵巣間膜が合流する部位まで切離し、卵巣固有靱帯と卵巣動静脈が直線化した部位を凝固切離している。本術式の有用性につき検討した。術式に関しては動画を用いて供覧する。

【方法】 2019年4月から2021年6月までの自験例で、平均腫瘍最大径、開腹歴、トロッカー配置、手術時間、合併症、出血量につき後方視的に検討した。

【結果】 症例は47例。年齢の中央値は45歳(22-74歳)。腫瘍最大径の中央値は74cm(53-252cm)、開腹歴のあった患者は16例、トロッカー配置はパラレル、手術時間の中央値は69分(32-161分)、合併症はなし、出血量の中央値は5ml(0-50ml)であった。

【考察】 本術式は広間膜を広く展開しない分、尿管損傷のリスクが少なく手術時間も短縮できると考える。しかし、高度癒着例や卵巣腫瘍径が大きい症例などの視野の確保が困難では、症例に応じて適切な術式を選択したいと考える。

17. 当科における子宮全摘後の卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下手術の検討

高山赤十字病院 産婦人科

○東松明恵, 神田明日香, 溝口冬馬, 加藤雄一郎, 矢野竜一郎

【緒言】 当科で子宮全摘後の卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下手術を施行した症例につき検討したので報告する。

【方法】 2017年4月より2020年6月までに当科で遭遇した子宮全摘術後の卵巣腫瘍に対して全例腹腔鏡下手術を施行、後方視的に検討した。

【結果】 症例数は全8例であった。全例において子宮付属器癒着を認めるも、合併症無く手術を完遂した。手術時間は44-87min(中央値63.5min.)、術中出血は全例少量であった。永久病理はserous cystadenoma 3例、mucinous cystadenoma 1例、endometrial cyst 1例、lutein cyst 1例、serous borderline tumor 2例との結果を得た。全例経過良好で術後2-4病日目に当科退院となった。境界悪性症例につき、現在まで再発・転移は認めていない。

【結語】 子宮全摘術後の卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下手術施行は低侵襲・合併症リスク低減の観点から有用であると思われた。一方で術後境界悪性と診断される場合もあるため、可能な限り腫瘍破綻を来さぬよう、手術操作には細心の注意を払う必要があると考えた。

18. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群（HBOC）に対するリスク低減卵管卵巣切除（RRSO）の検討

名古屋市立大学 産科婦人科学教室

○小川紫野，西川隆太郎，後藤崇人，小島龍司，間瀬聖子，杉浦真弓

【目的】 HBOCにおいては関連癌に対するサーベイランスが重要である。当院におけるHBOC診断後のサーベイランス実施状況について検討した。

【方法】 2014年1月から2021年4月までに、HBOCと診断された61例およびRRSOを施行した18例につき後方視的に解析した。

【成績】 RRSO施行した18例全例が腹腔鏡下手術であった。17例は乳癌の既発症者であった。RRSO施行時の平均年齢は47.7歳、HBOC診断後からRRSOまでの平均期間は15ヶ月であった。7例が子宮切除を併施し、3例がリスク低減乳房切除術（RRM）を併施した。病理学的検査にてオカルト癌を検出した症例が1例、卵管に異形成を認めた症例が2例あった。重篤な術後合併症を発症した症例はなかった。術後観察期間の平均は19.4ヶ月で腹膜癌発症例は認めていない。

【結論】 オカルト癌が1例あり、可能な限り早期のRRSOが望ましいと考えられる一方で、乳癌既往のため術後ホルモン補充療法が禁忌となる症例が多いことから、RRSO後の卵巣欠落症状も考慮した手術時期の検討が必要と考えられた

19. 当施設で行った卵巣癌に対する診断的腹腔鏡手術の安全性の検討

藤田医科大学 産婦人科

○高田恭平，市川亮子，大脇晶子，伊藤真友子，金尾世里加，三木通保，宮村浩徳，西尾永司，西澤春紀，野村弘行，藤井多久磨

【目的】 診断的腹腔鏡手術は卵巣癌の進行期の判定、腫瘍の組織診断を目的としている。当施設での卵巣癌に対する診断的腹腔鏡手術の安全性を検討する。

【方法】 2019年以降に施行した7症例に対して、診療録を用いて後方視的に評価した。

【結果】 7症例のうち、卵巣癌が6例、腹膜癌が1例であった。組織型は高異型度漿液性癌が5例、明細胞癌が2例であった。進行期はIC期が1例、IIIC期が5例、IVB期が1例であった。初診から手術日までの期間の中央値は17（8-51）日。手術時間の中央値は56（41-150）分、腹水込みで出血量中央値は7.5（5-5150）gで、術後の合併症は認めなかった。6例が手術後にPaclitaxel-Carboplatin併用療法が開始されており、投与開始までの中央値は13.5（9-21）日と術後早期に開始することが可能であった。1例は緩和治療へと移行した。

【結語】 診断的腹腔鏡手術は治療前の進行期決定、組織診断に有用で患者負担が少なく、術後早期に治療を開始することができる。

20. 進行卵巣癌に対する審査腹腔鏡の有用性について

三重大学医学部附属病院・産科婦人科

○手石方康宏, 吉田健太, 岡本幸太, 鳥谷部邦明, 奥村亜純, 村嶋希美, 金田倫子, 近藤英司, 池田智明

【目的】 進行卵巣癌が疑われた症例に対する審査腹腔鏡の有用性の評価。

【方法】 2015年12月から2020年10月の間に、当院で卵巣癌を疑い審査腹腔鏡を行った45例を対象に検討した。

【結果】 年齢中央値は64歳（45-81歳）。組織診断は卵巣癌31例、卵管癌2例、腹膜癌8例、結腸癌1例、乳癌の卵巣転移1例、腹膜偽粘液腫1例、悪性リンパ腫1例。初診から手術までの日数は中央値9日（1-27日）。卵巣癌・卵管癌・腹膜癌での手術から初回化学療法までの日数は中央値9日（3-40日）。HRD検査9例中、BRCA1変異1例、BRCA2変異1例。

【結語】 審査腹腔鏡は鑑別診断、HRD検査によるPARP阻害薬の適応評価に有用であった。審査腹腔鏡による組織採取後にNAC-IDSを行うことは、ゲノム診療の拡大が予想される現在において、重要な治療戦略となりうる。

21. 当科でのロボット支援下子宮全摘術の導入

岐阜市民病院 産婦人科

○釣餌咲希, 山本和重, 平工由香, 柴田万祐子, 谷垣佳子, 桑山太郎, 尹 麗梅, 相京晋輔, 栗原万友香, 林 佳奈, 豊木 廣

【緒言】 当科でロボット支援下子宮全摘術を導入したので、経過と成績について報告する。

【方法】 2020年8月から2021年5月に施行した8症例について後方視的に検討した。BMI28以上、子宮内膜症合併、子宮前癌病変を対象とした。5孔法、頭低位25-20度、気腹圧10で施行し、詳細を検討した。

【結果】 重複するがBMI28以上6例（中央値33.1）、内膜症合併1例、子宮内膜増殖症2例だった。手術時間285.5分、セットアップ時間18.5分、出血量25ml。摘出標本重量320g、入院期間全例6日、重篤な合併症は無かった。エントリーは1例目が臍窩ダイレクト法、2-4例目は臍部クローズド法だったが5例目以降は臍上3cmのダイレクト法にしている。

【結語】 感想として手振れ防止、立体視、鉗子先端の多関節機能により骨盤深部での繊細な操作に向いており、また腹壁を持ち上げる効果があり肥満症例に適していると感じた。まだ導入期であるため手術時間も長く試行錯誤しながら行っているが、幸い重篤な合併症は発生していない。現在は頭低位15度や開脚位も試みている。臍上3cmのダイレクト法の工夫として術前に腹壁直下の癒着を評価し、腹壁厚と筋膜までの距離を計測し穿刺深度の目安にしている。適応拡大を検討し、今後も腹腔鏡で厄介な症例を対象として検討を重ねていきたい。

22. 当院でのマイクロ波子宮内膜焼灼術の治療効果の検討

中部労災病院

○佐野友里子, 渡部百合子, 日比絵里菜, 関谷敦史, 柴田大二郎

【諸言】 マイクロ波子宮内膜アブレーション (MEA: microwave endometrial ablation) は過多月経の治療法の一つとして2012年から本邦で保険診療となっている。当院においても2019年9月より導入している。当院でのMEA施行症例の臨床的効果について後方視的に検討した。

【症例】 2019年9月から2021年4月までの期間に過多月経に対しMEAを施行した9症例を検討した。平均年齢は45.4歳で術前平均ヘモグロビン値は12.1mg/dlであった。前治療としてLNG-IUS3例、子宮内膜全面搔爬術1例、DNG・GnRha1例があった。内膜細胞診、組織診にて悪性所見ないことを確認した。麻酔方法は全例脊椎麻酔下であり、術中合併症は認めなかった。術翌日までに鎮痛薬を使用したのは4症例であった。術後9症例は過多月経の改善を認めた。また、3症例で帯下減少の自覚もある。現在に至るまで過多月経の再発症例や頸管狭窄、帯下増量は認めていない。

【結語】 当院で経験したMEA症例は全症例で過多月経の改善がみられた。合併症や再発は認めていないが、観察期間が短く施行症例数が少ないため今後も継続して検討が必要である。

23. 子宮筋腫核出後に子宮筋層内に生じた瘻孔の診断および治療に子宮鏡が有用であった一例

名古屋大学 産婦人科¹⁾, 中部ろうさい病院 産婦人科²⁾

○三宅菜月¹⁾, 中村智子¹⁾, 関 友望¹⁾, 植草良輔¹⁾, 田中秀明¹⁾, 矢吹淳司¹⁾, 甲木 聡¹⁾, 曾根原玲菜¹⁾, 大野真由¹⁾, 村上真由子¹⁾, 吉田沙矢子¹⁾, 村岡彩子¹⁾, 仲西菜月¹⁾, 大須賀智子¹⁾, 柴田大二郎²⁾, 後藤真紀¹⁾, 梶山広明¹⁾

子宮筋腫核出術は妊娠時に子宮破裂のリスクとなり得るが、妊娠前のリスク評価は難しい。今回、子宮筋腫核出術後に子宮筋層内に瘻孔形成が認められ、術前評価および修復術に子宮鏡が有用であった一例を経験したため報告する。33歳女性、既婚、未妊未産。当院初診の20か月前に前医で開腹子宮筋腫核出術を受けた。術後、核出部付近に腫瘤様病変を認め、子宮卵管造影で子宮内腔外へ造影剤が漏出したため、当院を紹介受診。GnRHアゴニスト製剤を開始し、4か月後の子宮鏡検査にて子宮筋腫核出部に瘻孔を認めたため、瘻孔閉鎖術を施行した。レゼクトスコープを用いて子宮内腔に突出した組織を摘出した。同時に開腹側の操作として、レゼクトスコープにて推測された子宮筋層菲薄部を切開し、壊死組織を摘出した後、縫合し修復した。術後経過は良好で、今後は画像検査を再検し、妊娠許可を検討する予定である。子宮筋腫核出術後の妊娠前評価、及び、修復術における病巣の同定に子宮鏡が役立った。

24. 子宮筋層迷入を伴った子宮内避妊器具遺残に対し、子宮鏡下で摘出し得た一症例

名古屋市立大学医学部付属東部医療センター 産婦人科

○小島和寿, 犬塚早紀, 倉兼さとみ, 関 宏一郎, 村上 勇

【緒言】子宮内避妊器具（以下IUD）を抜去する際、子宮内での破損、穿通・穿孔、筋層への迷入等により抜去困難なケースがある。今回我々は外国で留置したIUDに対し、初回摘出で不完全に終わるも子宮鏡下で遺残破片を摘出し得た症例を経験したので報告する。

【症例】41歳、女性、1回経産婦。10年前にモンゴルでIUDを留置、挙児希望のため抜去を希望され当院を受診した。初診時、USGで子宮内異物を疑う陰影を確認、頸管内に糸が存在していたためこれをけん引したところ、抵抗なく抜去し得た。その後しばらく妊娠しないため半年後に当院受診、USGで確認したところ子宮内にIUDの遺残を疑う高輝度陰影を認めた。画像では2ヶ所に遺残が疑われ、一部子宮筋層への迷入を疑う所見も認められたので、子宮鏡（硬性鏡）を用いて内腔を観察しながら処置用鉗子で摘出した。

【結語】原型の不明なIUD抜去時には破損や遺残に注意が必要である。また子宮鏡用把持鉗子が子宮内異物除去にも有用であることを再認識できた。

25. 流産手術後に子宮腔癒着となり、2度にわたる子宮鏡下癒着剥離術後に妊娠成立した1例

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

○安井裕子, 宮本絵美里, 神谷知都世, 山中浩史, 新城加奈子, 針山由美

症例は38歳、1妊0産。不妊クリニックにて人工授精で妊娠成立するも、稽留流産となり流産手術を施行したが、術後血中hCG:1605mIU/mlと高値であり絨毛遺残を疑い、子宮鏡観察下に内膜搔爬術を施行、子宮内腔右卵管角付近に癒着を認め当院紹介となった。子宮底部～右卵管角にかけて柱状癒着を認め、子宮鏡下癒着剥離を行い、再癒着防止のためにFD-1を留置した。術後7週でセカンドルック子宮鏡検査を行い再癒着がないことを確認し、不妊クリニックへ逆紹介した。その後体外受精を行うも妊娠成立せず、再度子宮底部に癒着を認めると当院紹介となった。子宮底部にフィルム状癒着を認め、子宮鏡下癒着剥離を行い、再度不妊クリニックへ逆紹介した。その後体外受精にて妊娠成立し、妊娠経過は順調、骨盤位のため帝王切開術の予定である。子宮腔癒着に対して癒着剥離が妊娠率向上につながる症例が存在する。癒着剥離後の管理方法などにつき文献的考察を加えて報告する。

26. 凍結融解胚移植により卵巢妊娠となった1例

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

○安井裕子, 新城加奈子, 宮本絵美里, 神谷知都世, 山中浩史, 針山由美

症例は39歳、1妊1産。卵管性不妊症、男性不妊症のため第一子ART妊娠。第二子希望のため不妊クリニックにてARTを施行、凍結融解胚盤胞1個移植した。当初は化学流産の経過であったが、胚移植日から10週0日より腹痛と出血が持続し、11週5日には血中hCG：5490mIU/mlの高値と、右卵管部位の腫脹を認め、異所性妊娠疑いにて当院紹介となった。当院受診は胚移植日から12週0日、子宮内に胎嚢はなく、右付属器方向に70mmの腫瘤を認めた。血中hCG：3936mIU/mlと高値持続しており、異所性妊娠疑いにて腹腔鏡下手術を施行した。両側卵管と左卵巢は正常、右卵巢は暗赤色に腫脹しており、右卵巢妊娠と判断、右卵巢部分切除を施行した。病理組織学的検査は卵巢妊娠として矛盾しない所見であった。ARTの合併症として異所性妊娠の発生頻度は胚移植で妊娠成立した症例の1-3%と言われている。なかでも卵巢妊娠はまれであり文献的考察を加えて報告する。

27. TLHにおける子宮把持器の工夫

高山赤十字病院産婦人科

○加藤雄一郎, 神田明日香, 東松明恵, 溝口冬馬, 矢野竜一郎

TLHにおける子宮把持器の役割は、靱帯、血管の処理や剥離操作における視野展開などはもちろん、膣円蓋の同定、基靱帯血管束の結紮切断、膣壁切開ラインの決定においても重要なポイントとなる。子宮把持器の理想は、挿入が容易で、膣円蓋部の認識が可能であり、子宮摘出まで入れ替えが不要なものであると考える。一般には子宮マニピュレータを使用し、膣壁切開の際には膣パイプに入れ替えるか、カップ付きのマニピュレータを使用する施設が多いと考える。膣パイプに入れ替えた場合には子宮の可動性が失われ、カップ付きのマニピュレータは挿入に時間がかかるケースが多い。当院では子宮マニピュレーター®に自作したシリコン製膣delineator（デリニエーター：縁を明瞭化する）を装着して使用している。当院含めて岐阜県内数施設で実施されている術式であるが、学会員の参考になればと考え、当院で行なっている術式を報告する。

ワークショップ

15:20～17:20

座長 静岡赤十字病院 市川 義一

1. 当科におけるTLHの手順と工夫と注意点

岐阜市民病院 産婦人科

○平工由香, 山本和重, 柴田万祐子, 谷垣佳子, 桑山太郎, 尹麗梅, 相京晋輔, 栗原万友香,
林 佳奈, 釣餌咲希, 豊木 廣

当科では出血予防と臓器損傷の回避のため、術野確保が重要と考え術前薬物治療、適時腸管吊上げや斜視鏡の使用を施行している。腹腔狭小例における自作デリニエーターの使用、腹腔内での標本のメス細切も行う。手術開始時に広間膜後葉で尿管を透見し、腹側の子宮側を開窓・マーキングし、尿管損傷を回避する。基靭帯血管は基本結紮切断している。膣管は1層連続縫合であるが、離開予防に中央部に単結紮を追加している。骨盤腹膜縫合は気腹圧を下げることで縫合しやすくし、縫合困難な症例についても円靭帯と卵巣固有靭帯を縫合して付属器を固定している。その他、後方視界不良例は前方や側方アプローチ、内膜症での尿管接近例はAldridge法や尿管トンネル開放、最近では蛍光尿管カテーテルを使用し、筋腫による操作困難例は筋腫核出を追加している。

2. 合併症を起こさないために意識すべき三角形と脂肪

名古屋大学産婦人科

○池田芳紀, 植草良輔, 甲木 聡, 長尾有佳里, 大野真由, 北見和久, 村上真由子, 鈴木徹平,
吉原雅人, 玉内学志, 横井 暁, 芳川修久, 西野公博, 新美 薫, 中村智子, 大須賀智子,
梶山広明

私がこれまでに聞き得た知見のうち、合併症を起こさないために最も重要と考える二つの考え方を紹介したい。①術野展開は三角形を作る。組織を持ち上げるように牽引し、背側に気腹ガスを入れ空間を作る。②むやみに脂肪を切らない、割らない。脂肪を切るときは、重要な臓器・血管を損傷するかもしれないと一歩立ち止まってから、出血するかもしれないという覚悟をもって切る。これらを常に意識することで、腹腔鏡も開腹も手術がしやすくなった。開腹手術では組織の下をペアン鉗子やケリー鉗子で第一助手がすくって術者が切るという術野展開を行う施設が多いと思うが、これは開腹手術だけの方法でありラパロ、ロボットではできない。また、腹腔鏡で見た微細な構造を開腹手術でも意識して見ようとするのだんだん見えるようになってくる。開腹手術をラパロ、ロボットに近づけて三角形と脂肪を意識する方法に変えると、術式間の差がより少なくなり上達に相乗効果が生まれ合併症の低減につながると考える。

3. 当院における単孔式腹腔鏡下子宮全摘出術（単孔TLH）時の工夫

パークバルクリニック¹⁾，せきやクリニック²⁾

○高橋秀憲¹⁾，木下明美¹⁾，加藤倫隆¹⁾，安永耕介¹⁾，関谷龍一郎²⁾

当院は2013年より単孔式手術を専門に行なっているクリニックである。単孔手術件数は現在まで1200件以上あり、年間約220件の手術のうち単孔TLHは約70件程度行い、2020年もコロナ禍ではあるが半年ですでに117件中39件の単孔TLHを行なっている。

当初は手術時間に問題があった単孔TLHではあるが、最短で69分の症例を含め、最近では90分以内の手術時間で完了する症例が少なくない。摘出物重量も1000g以上の症例は複数あり、基本的に初診来院時の子宮の大きさや手術既往歴などでの手術制限項目を設けていない。

難易度が高いとされる単孔TLHを行う上での、当院での手術内容の工夫の変遷内容を報告する。

4. 腹腔鏡下子宮全摘術における光るカップ付き子宮マニピュレーターの有用性の検討

浜松医科大学

○伊藤敏谷，共同演者，東堂祐介，松家まどか，安立匡志，柴田俊章，村上浩雄，安部正和，伊東宏晃

【緒言】 腹腔鏡下子宮全摘術において最も重要である手術操作は、子宮傍組織の切断と膣管の切開である。鏡視下手術では視覚的情報に頼る部分が大きく、仙骨子宮靭帯の位置などから膣円蓋部の位置を推定している。従来、推定された位置から子宮傍組織処理の高さを決定することで処理に過不足が生じやすかった。より安全で確実な同処理を目指すために、当施設では光るカップ付きの子宮マニピュレーター（Secufix[®]）を導入しており、この有用性に関して検討した。

【結果】 ①光により確実に円蓋部の位置を認識でき、安定した必要十分な子宮傍組織処理が可能となった。②大きな子宮や頸部筋腫では、膣円蓋部の位置や子宮頸部周囲の構造がわかりにくい場合があるが、光るカップは認識が容易であった。③ロボット支援下手術では、da Vinci Surgical System[®]のFireflyで光を認識することが可能であった。④装着はまず先端部分を子宮内に挿入し、これをガイドに本体部分を腔内に挿入すれば非常に容易である。光るカップ部分のみを使用することも有用であった。

【結論】 腹腔鏡下子宮全摘術において、光るカップ付きの子宮マニピュレーターはより確実な傍組織処理と膣管切開を可能とすると考えられた。

5. TLHの変遷と現在の操作に対する検討

藤田医科大学産婦人科学教室

○三木通保、西澤春紀、大脇晶子、金尾世里加、伊藤真友子、市川亮子、鳥居 裕、宮村浩徳、野村弘行、西尾永司、藤井多久磨

1989年にH. Reichが最初に腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）を実施して以来、既に30年以上が経過し、現在も鏡視下子宮全摘術は普及して来ている。その基本手技の性格上、器械の発展などに影響を受けながら、手術手法の改良とともに腹腔鏡手術は発展・拡大してきたものと思われる。

演者は2004年頃より腹腔鏡を開始し、現在に至るまで様々な指導を受けてきたが、主観的な分類として、自分自身の手技は、以下①生殖領域から一般婦人科領域へ普及した時期、②悪性疾患へ拡大した時期、③他科（外科等）から影響を受けた時期、④ロボット手術の影響を受けている時期に分類されていると感じている。各時期の自分自身の変化を検討し、現在に至る腹腔鏡下子宮全摘術に対する手技（腹腔内操作、膣式操作）の工夫や変遷について報告したい。

6. 指定教育講演

膀胱の形状を意識すると腹腔鏡下子宮全摘術はより安全に行える

大阪大学医学部産婦人科 学内講師

○小林栄仁

腹腔鏡下子宮全摘出術において安全に手術を終了させるには多くのステップを経る必要があるが、尿路損傷を回避するための安全な膀胱尿管剥離操作は最も重要なステップの一つである。

膀胱尿管剥離操作が腹腔鏡手術執刀初期に難しいと感じる理由は、後腹膜臓器である尿管及び膀胱は脂肪組織に周りを覆われ、多くの症例を経験しないと各臓器の位置情報がわかりづらいためであると考ええる。

本発表では内視鏡特有の膀胱及び尿管の位置や形状をイメージしていただくために定型例から帝王切開後および悪性疾患おける膀胱尿管剥離手技を供覧したい。

特別講演

18:00～19:00

座長 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 村上 勇

産婦人科における腹腔鏡手術の現況と今後の展望

日本産科婦人科内視鏡学会 理事長
東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学 教授
大須賀 穰

産婦人科での腹腔鏡の歴史は古く、体外受精・胚移植はこの技術なくしては成功しえなかった。また、外科領域において腹腔鏡下手術が導入される以前より、欧米ではすでに腹腔鏡での婦人科手術が行われていた。本格的に産婦人科で腹腔鏡下手術が行われるようになったのは、1990年代以降で、不妊症に対する手術、良性腫瘍に対する手術を中心として始まった。その後、対象は次第に拡大し、近年では、悪性腫瘍や子宮脱に対しても普及が進んでいる。今や腹腔鏡は産婦人科手術の中心的な技術の1つとなっている。このような背景のもと、腹腔鏡手術の教育も重要な課題となってきた。日本産科婦人科内視鏡学会では他科に先駆けて技術認定医制度を確立し、教育のための施設認定制度も開始した。本講演では、まず、私が最も多く行ってきた子宮内膜症の腹腔鏡下手術を中心に、生殖医療における腹腔鏡下手術の特有の考え方と実際を紹介する。次いで、悪性腫瘍などに対する術式の現状について紹介し、最後に産婦人科における腹腔鏡手術の今後の展望を考えてみたい。