

## P02-10 癌性心膜炎による心タンポナーデに対して心嚢内カルボプラチン投与を行った子宮頸癌の2症例

川村明緒, 馬場 長, 松村謙臣, 濱西潤三, 吉岡弓子, 家村阿紗子, 日野麻世, 小西郁生 (京都大学産婦人科)

癌性心膜炎による心タンポナーデは、急速な心不全を生じ、緊急処置を要する病態である。肺癌や乳癌に合併するが、子宮頸癌での報告は稀である。今回我々は、心タンポナーデを来すも積極的加療を行い、心嚢水貯留が制御可能であった子宮頸癌の2症例を経験したので報告する。症例1; 51歳、子宮頸癌 IVb 期、漿液性腺癌。術後再発に対する化学療法中に浮腫と心拡大を認めた。超音波検査にて心タンポナーデを認め、穿刺にて癌性心膜炎と診断した。心嚢にカルボプラチン 300mg を注入したところ、2日後から心嚢水は消失し、5ヶ月後も再貯留を認めない。症例2; 75歳、子宮頸癌 IVb 期、扁平上皮癌。化学療法中に治療抵抗性となり経過観察していたが、心タンポナーデを発症し、緊急入院。心嚢穿刺にて癌性心膜炎と診断し、心嚢にカルボプラチン 300mg 投与した。初回投与後に発作性心房細動を認めたが自然に軽快した。2回投与後も心嚢水は減少せず、心膜-腹膜開窓術を施行したところ、全身状態改善し離床可能となった。術後1ヶ月経過し、原病は進行しているものの心嚢水の貯留は認められない。癌性心膜炎による心タンポナーデは致死的であるが、病態にあわせて心嚢内カルボプラチン投与と心膜-腹膜開窓術を行うことにより、心嚢水貯留が抑えられ、症状緩和と生命予後改善が期待できると考えられた。

## P03-1 我々の行う腹腔鏡下筋膜外子宮全摘術

渡辺孝紀<sup>1)</sup>, 田邊康次郎<sup>1)</sup>, 横溝 玲<sup>1)</sup>, 林 千賀<sup>1)</sup>, 岡村智佳子<sup>2)</sup>, 五十嵐司<sup>3)</sup>(仙台市立病院産婦人科<sup>1)</sup>, 中川産婦人科<sup>2)</sup>, 五十嵐産婦人科<sup>3)</sup>)

【初めに】我々は良性疾患での子宮全摘術においては全腹腔鏡下筋膜内子宮全摘術(ラパロ下 Aldridge 法)を第一選択としているが、この術式においては子宮頸部外側を削るようにして摘出することになり非良性疾患に応用することは適切ではない。ここでは我々の行う腹腔鏡下筋膜外子宮全摘術について紹介する。【手術手順】1) 円韧带を完全に遊離したのち焼灼・切断する。2) 広間膜後葉漿膜のみを広く背方、内方に向かい剥離し、尿管の内側に至る。3) 子宮動脈と尿管の間を剥離し尿管を一部遊離することにより尿管トンネル入口を確認する。4) 後葉開窓後付属器を処理する。5) 膀胱を剥離する。6) 尿管トンネル入口の部位及び膀胱子宮韧带内の尿管(視認できない部分)が膈円蓋部から距離のある場合にはここで子宮動静脈(上行枝)を焼灼、切断、ついで基韧带部を焼灼切断し円蓋部に至る。尿管トンネル部が子宮頸部に近接している時には尿管トンネルを一部開放し尿管を外側に圧排し子宮動静脈及び基韧带部の処理を行う。7) 膈円蓋部と子宮頸部の境界にて膈壁を切断する。8) 膈断端を二層に縫合する。【結語】腹腔鏡下筋膜外子宮全摘術においては子宮動静脈、基韧带部の処理にあたってのパワースourceによる尿管損傷を避けるため、尿管トンネル部の確認に引き続き、症例に応じた子宮頸部周囲組織の処理が必要と考える。

## P03-2 ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘出術の手術手順の検討

加藤剛志, 河北貴子, 吉田加奈子, 西村正人, 古本博孝, 菅原 稔 (徳島大学産婦人科)

当科では da Vinci S surgical system を用いたロボット支援手術を実施している。導入当初は、非浸潤がん症例に対する子宮全摘出術を適応とし、将来的に悪性腫瘍手術を実施することを念頭においた。最初に、すでに確立された通常 of 腹腔鏡下子宮全摘出術 (TLH) を基にして、ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘出術 (RA-TLH) の手術手順を検討した。腹腔鏡手術はエネルギーデバイスの発展と関連が深く、適切な機器の使用が出血や合併症が減少させ、安全性向上に役立ってきた。当科では、TLH において主要な韧带を超音波凝固切開装置で切離しているが、da Vinci S surgical system では卵巣固有韧带、骨盤漏斗韧带、基韧带を助手が操作する超音波凝固切開装置で切離することとした。また、全症例で子宮動脈の単離結紮と尿管の剥離を行うこととした。術者はダヴィンチサージョン 2 名が概ね交互に実施している。RA-TLH で、助手の操作する超音波凝固切開装置で切離したところ、TLH と同様に血管のシーリングが可能であり、ロボット操作との干渉もなかった。また、子宮動脈の単離結紮と尿管の剥離は安全に行うことができた。術者のうち 1 名は TLH の経験がなかったが、RA-TLH の完遂が可能であった。今後は骨盤リンパ節郭清術を行い、対象を浸潤癌に拡大する予定である。

## P03-3 当院における準広汎子宮全摘術の試み

田邊康次郎, 佐藤絢子, 赤石美穂, 斎藤彰治, 林 千賀, 横溝 玲, 渡辺孝紀 (仙台市立病院産婦人科)

【初めに】全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) では尿管の位置確認のために(側脛韧带や)子宮動脈を分離(及び切断)する方法が行われる場合が多い。当院における TLH では、子宮動脈の分離、同定をすることなしに最小限の剥離操作により尿管トンネルの入口を確認している。今回は同様のアプローチにより必要最小限の剥離操作にて、準広汎子宮全摘術を行ったのでこれを紹介する。【手術手順】1) 広間膜前葉の切開、剥離により円韧带を完全に遊離したのち焼灼・切断する。2) 広間膜後葉裏面を露出し、後葉漿膜のみを広く背方、内方に向かい剥離を進め、尿管の内側に至る。3) 子宮動脈と尿管の間を剥離し尿管を一部遊離することにより尿管トンネル入口を確認する。4) 後葉を開窓後付属器を処理する。5) 膀胱を子宮頸部および膈上部から剥離する。6) 尿管トンネルを開放し尿管の直上で子宮動脈を焼灼・切断。7) 膀胱子宮韧带前層を数回に分けて焼灼・切断する。8) 露出した下部尿管を外側に移動させる。9) 仙骨子宮韧带を焼灼・切断する。10) 傍脛組織を焼灼・切断する。10) 膈壁を切断する。11) 子宮を膈管から回収する。12) 膈管を縫合閉鎖する。(1-0)PDS 糸、粘膜層-筋膜層の二層連続縫合する。13) 止血・腹腔内洗浄、閉腹。【結語】腹腔鏡下準広汎子宮全摘術は、TLH の延長として最小限の剥離操作にて可能である。