

## 第 13 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会プログラム・抄録集

日時：2025 年 3 月 1 日(土曜日)14:30-18:30

会場：ペリエホール（千葉駅直結のショッピングセンター ペリエ千葉の 7 階）

千葉市中央区新千葉 1 丁目 1 番 1 号ペリエ千葉 7F

TEL 043-445-8300

共催：千葉産婦人科内視鏡手術研究会、コヴィディエンジャパン株式会社

参加費：¥2,000

- ・日本専門医機構の学術集会参加 2 単位、特別講演の聴講で産婦人科領域講習 1 単位を発行致します。**JSOG 会員証をご持参ください。**
- ・日本産婦人科医会研修参加証（医会シール）を発行致します。
- ・日本医師会生涯教育講座単位：1 単位（CC15：臨床問題解決のプロセス）
  
- ・本研究会は一般社団法人 日本産婦人科内視鏡学会の認定を受けています。  
※日本産科婦人科内視鏡学会技術認定制度における取扱いは以下のようになります。
  1. 新規申請：学会発表のカウント対象になります。（プログラム・抄録集の写しが必要）
  2. 更新申請：学会参加（1 ポイント）に計上可能です。（参加証明書が必要）  
学会発表（1 ポイント）に計上可能です。（プログラム・抄録集の写しが必要）
- ・研究会参加費 ¥2,000 は、千葉産婦人科内視鏡手術研究会の年会費を兼ねます。

演者の先生方へ

・発表の手前になりましたら左前“次演者席”にお着き下さい。

・発表方法について

- 1) ノートパソコン持参（Windows、Mac など）

御自身のパソコンをお持込み下さい。プロジェクターは HDMI 対応となります。

Mac の方は HDMI 変換アダプターもお持ち下さい。

パソコンの電源ケーブルを御持参下さい。

- 2) 発表データ持参の場合

USB 又はハードディスクでお持込み頂く事が可能です。

アプリケーションは Windows Power Point となります。

参加受付時に発表データをご提示下さい。

\*音声出力は可能です。

\*PC 受付はございませんので、ご不安な方はお早めに会場内のプロジェクターにて試写、動作確認をお願いします。

3) 発表時間は7分、討論2分です。

座長の先生方へ

担当されるセッション開始5分前までに次座長席にお着き下さい。

## 代表世話人からのご挨拶

千葉大学大学院医学研究院 産婦人科学 教授  
甲賀かをり

第13回千葉産婦人科内視鏡手術研究会の抄録集をお届けします。今回は15題もの一般演題の登録がありました。演題内容も、ロボット手術はもちろん、ディスプレイハード性子宮鏡・vNOTES等新しい術式に関する演題、骨盤臓器脱・RPOC (Retained Products Of Conception) 等新しい疾患に対する低侵襲性手術の報告、その他新たな術式導入や、トレーニングに関する報告等、新規性・独創性・多様性に富む、千葉県の婦人科内視鏡手術の盛り上がりを感じさせる素晴らしい内容になっています。

特別講演には、東京科学大学医学部 周産期・女性診療科 産科・婦人科学 准教授の吉木尚之先生にお越しいただき、「低侵襲子宮手術の潮流 ～腹腔鏡下手術からロボット支援下手術へ～」というタイトルでお話を伺う予定です。東京科学大学と言えば、昨年東京工業大学と合併したことで話題になりましたが、吉木先生も同大学と共同開発したロボットシステムを使用した手術に携わっていらっしゃいます。当日はそのあたりのお話も含め、今後のロボット支援下手術の展望等をうかがえるものと楽しみにしています。

最後になりましたが、今回当番世話人をお務めくださいました、東京慈恵会医科大学附属柏病院 高野浩邦教授に心よりお礼申し上げます。また、本会に協賛頂いておりますコヴィディエンジャパン株式会社に深謝申し上げます。是非、活発なご議論、意見交換をいただき、一人でも多くの千葉の患者さんに、安全かつ根治性の高い手術が提供できるような学びを得、みなさんが新しい手術に挑戦するモチベーションが高まる研究会となることを祈っています。

## 第 13 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会開催にあたって

第 13 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会・当番世話人  
東京慈恵会医科大学 附属柏病院 産婦人科 教授  
高野浩邦

皆様におかれましては、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、この度、第 13 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会の当番世話人を務めさせていただくことになりました。本研究会は、千葉県における産婦人科内視鏡手術の発展と、会員相互の研鑽を深めることを目的として、12 回にわたり開催されてきました。今回、一般演題は 15 演題ご発表頂きます。本研究会の開始当初は内視鏡手術の演題が中心でしたが、今回の演題を見るにロボット支援下の手術のみならず、新たな器具や手技等の演題が盛り沢山に含まれています。これは、低侵襲手術を取り巻く環境が刻々を変化し、その潮流は留まることが無い事を実感させるものであり、低侵襲手術が患者さんへの有益な治療法として、ますますその重要性を増している現れだと思われまます。

また、特別講演を賜ります東京科学大学医学部 周産期・女性診療科 産科・婦人科学 准教授の吉木尚之先生は、純国産ロボット SAROA の現在唯一の産婦人科ファーストインストラクターであり、ロボットの開発時点からの興味深いお話が伺えることと楽しみにしております。

本研究会では、最新の技術や知識を共有し、より安全で質の高い内視鏡手術を提供できるよう、活発な議論や情報交換を行いたいと考えております。参加者の皆様にとって、日々の診療に役立つ有益な情報交換の場となるよう、鋭意準備を進めております。多くの皆様のご参加を心よりお待ちしております。

末筆ではございますが、本研究会の開催にあたり、ご支援ご協力を賜りました関係各位に深く感謝申し上げます。

## 第 13 回千葉産婦人科内視鏡手術研究会プログラム

### 14:30～14:35 開会挨拶

東京慈恵会医科大学附属柏病院 高野浩邦

### 14:35～15:15 Session I 手術導入・取り組み

座長 千葉大学大学院医学研究院 石川博士

1. ディスポーザブル硬性子宮鏡（オペラスコープ）の当院での導入と使用経験について  
東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科 弓立大
2. ロボット支援下子宮全摘出術導入時の術式の工夫  
総合病院 国保旭中央病院 産婦人科 大藏慶憲
3. ロボット支援下子宮全摘術の安全な導入について  
帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科 足立克之
4. 千葉大学関連病院での日本産婦人科内視鏡技術認定医取得率および技術向上のための取り組み  
—Chiba University Lapaloscope Team for Upgrading and Refining Education (Culture) セミナーの紹介—

千葉大学医学部附属病院 婦人科 片山恵里

### 15:15～15:45 Session II 手術手技

座長 東京ベイ・浦安市川医療センター 本田能久

5. 膣断端だけでなく前後膣壁を仙骨子宮靭帯でサポートする新たな vNOTES POP repair  
亀田総合病院 産婦人科 ウロギネ・女性排尿機能センター 宮崎聖子
6. 当院における早期子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮全摘術の工夫 ～マリオネット法の有用性～  
東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科 金里阿
7. パイプもカップも要らない！？ ～ALLY 2 Uterine Positioning System™の魅力を語る～  
共立習志野台病院 産婦人科 橋本亮平

### 15:45～15:50 休憩 5分

### 15:50～16:30 Session III 症例報告

座長 東邦大学医療センター佐倉病院 高島明子

8. 腹腔鏡下子宮全摘で膀胱損傷をきたし術後2ヶ月経過して膀胱腔瘻を発症した1例  
国際医療福祉大学成田病院 産婦人科 加藤舞
9. 腔パイプを使用して腔中隔を有する重複子宮の腹腔鏡下子宮全摘術を行った一例  
千葉県がんセンター 婦人科 東真理恵
10. 妊娠19週で発症した保存的治療抵抗性の急性胆嚢炎に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を実施した一例  
亀田総合病院 産婦人科 細川満由
11. 捻転をきたした卵管原発アデノマトイド腫瘍の1例  
千葉大学医学部附属病院 産科・婦人科 向山文貴

**16:30～17:10 SessionIV 症例検討・症例報告**

座長 国際医療福祉大学成田病院 進伸幸

12. RPOC (Retained Products Of Conception) に対してTCRを施行した症例の検討  
くぼのやウィメンズホスピタル 白井有香
13. 当院の遺伝性乳癌卵巣癌に対するリスク低減卵管卵巣摘出術を行った症例の検討  
亀田総合病院 産婦人科 金本嘉久
14. 卵巣奇形腫茎捻転の特徴と発症機序に関する仮説  
帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科 佐久間千晶
15. 当院で経験した副角妊娠の2例  
東京ベイ・浦安市川医療センター 産婦人科 高橋沙椰

**17:10～17:20 メーカープレゼンテーション**

コヴィディエンジャパン株式会社

**17:20～17:25 休憩5分**

**17:25～18:25 特別講演**

座長 東京慈恵会医科大学附属柏病院 高野浩邦

「低侵襲子宮手術の潮流 ～腹腔鏡下手術からロボット支援下手術へ～」

演者 東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 生殖機能協関係学分野 吉木尚之

**18:25 閉会挨拶**

日本医科大学 千葉北総病院 市川雅男

## 一般演題

### 14:35～15:15 Session I 手術導入・取り組み

#### 1. ディスポーザブル硬性子宮鏡（オペラスコープ）の当院での導入と使用経験について

東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科

○弓立大、江頭大樹、小宮山朋美、井上大幹、野中みづき、萬来めぐみ、石田洋昭、高島明子  
近年の日帰り子宮鏡手術の普及に伴い、当院でも2024年10月からディスポーザブル硬性子宮鏡（以下オペラスコープ）による日帰り子宮鏡下手術を施行している。オペラスコープはフルディスポーザブルの硬性子宮鏡で、子宮内膜ポリープのみを対象とし、最小限の子宮頸管拡張により手術可能であり、熱源装置不要であるため内膜に熱損傷によるダメージがないという特徴がある。当院におけるオペラスコープの使用経験について報告する。

2024年に新たに制定された日帰り子宮鏡手術認定医の指導の下、2024年10月から11月までに8例の子宮鏡下手術を施行した。術前投薬はレルゴリクス40mgまたはジエノゲスト2mgを使用した。術前処置は原則未経産症例のみ入院当日にラミナリアSS1本による頸管拡張を行い、病棟手術室で静脈麻酔下に施行した。患者背景は未経産6例、経産2例、年齢:34.3±6.9(22-47)歳であった。手術成績は手術時間:13±7.0(5-18)分、腫瘍数:1.6(1-3)個、腫瘍最大径:12(5-25)mmであった。全例においてスコープの挿入はスムーズであり、術中の頸管拡張を必要とした症例はなく、術中出血量は少量、術中の視野確保は良好で腫瘍の完全切除が可能であった。術後の鎮痛剤使用は1例のみで全例術当日に退院となった。

オペラスコープを使用した子宮鏡下手術は初期設備投資が不要であり、安全簡便に施行可能であり、患者・医療者双方にとって満足度の高い手技である。

#### 2. ロボット支援下子宮全摘出術導入時の術式の工夫

総合病院 国保旭中央病院 産婦人科

○大藏慶憲、吉野涼香、藪田薫理、大木崇広、米良健輝、小川美咲、北村翔一、高橋健太、古賀千悠、小林康祐

【目的】子宮良性疾患に対する子宮全摘出術は低侵襲性に優れる全腹腔鏡下子宮全摘出術（total laparoscopic hysterectomy；TLH）が主流であった。近年、ロボット支援下单純子宮全摘出術（robotic-assisted-hysterectomy；RAH）が保険収載されたことで、手術療法の選択肢が広がった。今回当院では慣れているTLH術式からRAH術式を安全に新規導入する上で留意した点に関して報告する。

【方法】緑内障や脳血管疾患を有さず、小骨盤腔に収まる大きさの子宮筋腫・腺筋症症例をロボット手術の適応とした。当院のTLHとの術式相違点はスコープが0°直視鏡ではなく30°斜視鏡を用いた点と腔壁切開のガイドにVagi-パイプではなくVケア子宮マニピュレーターのカップを用いた点であった。

【結果】 スコープを 30° 斜視鏡とすることで近接する da Vinci ポート挿入時に腹腔内から挿入部を容易に観察可能であり、コンソール中もカメラと干渉しない良好な視野を保ちながら手術操作を行う事が可能であった。また Vagi-パイプの場合に必要な鉗子による子宮の把持操作は da Vinci ではやや困難であるが、V ケアを用いることで安全に腔壁切開が可能となった。

【結論】 TLH の経験から RAH を新規導入する際には視野確保と腔壁切開方法に留意することが必要である。

### 3. ロボット支援下子宮全摘術の安全な導入について

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科

○足立克之、豊島のどか、渡邊智也、齊藤僚太郎、吉田郷佑、末永佑、佐久間千晶、土持早希、中村泰昭、五十嵐敏雄

【緒言】 子宮良性腫瘍に対する低侵襲手術は患者 QOL 改善に重要であり当院では腹腔鏡下子宮全摘術も積極的に行っていたが、技術的な限界から大きな子宮腫瘍に対しては開腹術を選択していた。一方でロボット支援下手術であれば更に大きな腫瘍でも低侵襲手術が可能であると考え 2024 年よりロボット支援下子宮全摘術を導入した。

【目的】 ロボット支援下子宮全摘術を安全に導入する方法を探ること。

【方法】 2024 年 3 月より 40 例のロボット支援下子宮全摘術を行った。執刀は内視鏡技術認定医が行い、第一助手も当初 20 例は内視鏡技術認定医とした。Da Vinci X システムを用い、アシストポートを含めポートは 5 か所、インスツルメントは 4 種類使用し、術式は単純子宮全摘術、両側卵管摘出を基本とした。後方視的に合併症について確認し安全性を確保できるか検討した。

【成績】 年齢：46 歳。身長：157cm 体重 59kg 手術時間：210 分 コンソール時間：155 分 出血：50g 摘出子宮重量：226 g（全て中央値）大血管損傷はなく、尿管損傷などの合併症はなかった。ただし、術後 CRP 高値の症例、発熱症例を数例認めた。

【結論】 導入時のため安全性を重視し非肥満、非巨大腫瘍症例を選択したことからロボット支援下手術の有意性については今後更なる検討が必要であるが、現時点では同手術を安全に施行しようと考えている。

### 4. 千葉大学関連病院での日本産婦人科内視鏡技術認定医取得率および技術向上のための取り組み —Chiba University Lapaloscope Team for Upgrading and Refining Education

(Culture) セミナーの紹介—

1. 千葉大学医学部附属病院 婦人科

2. 成田赤十字病院 産婦人科

○片山恵里 1)、埜真輔 2)、石川博士 1)、甲賀かをり 1)

緒言：婦人科内視鏡手術の技術習得は現代の婦人科手術に必須である。しかし千葉大学婦人科医局内での婦人科腹腔鏡技術認定医（以下認定医）は 2023 年 3 月時点で 4 名に留まる。この状



況を改善するため、認定医取得を支援し、医局全体の内視鏡手術の技術の底上げを目指す取り組み(Culture セミナー)を開始した。

方法：2023年より以下の活動を実施した。1. 現状把握と課題の抽出：医局員を対象としたアンケートによる、認定医取得希望者と習得の障壁の把握。2. セミナーの開催：直近1~2年で技術認定医取得可能な医師を対象に、医局内の年3回のウェビナーでの学会発表・論文投稿状況の確認および目標設定、TLH手術動画の共有と改善点のフィードバック（自己採点および他者評価）。手術動画の共有とコメントにはupstream (<https://upstream.surgery/>)を使用し、認定医取得者の模範動画の共有も行った。

結果：アンケート結果より61%(30/67)が認定医取得を希望していたが、手術指導者の不足や論文数等の障壁が明らかとなった。積極的な論文指導も行き、4名が論文投稿を行い、認定医申請の障壁を解消できた。Cultureセミナーにより、施設を超えた問題共有・交流が活性化し、技術向上の継続的な基盤が整備された。今後活動の有効性を評価するフォローアップ調査を行う予定である。

#### 15:15~15:45 Session II 手術手技

##### 5. 膣断端だけでなく前後膣壁を仙骨子宮靭帯でサポートする新たなvNOTES POP repair

1. 亀田総合病院 産婦人科
2. 亀田総合病院 ウロギネ・女性排尿機能センター

○宮崎聖子 1)2)、野村昌良 2)、金子寿夫 2)、永榮美香 2)、常盤紫野 2)、林篤正 2)、古澤嘉明 1)、大塚伊佐夫 1)

【目的】近年vNOTESは低侵襲な子宮および付属器摘出術に広く用いられている。一方でvNOTESを用いた骨盤臓器脱手術(vNOTES POP repair)に関してはまだ十分に普及しておらず、術式としても確立しているとはいえない。一般的にvNOTES POP repairは仙骨子宮靭帯(USL)に運針した縫合糸を用いて膣断端のみを挙上する術式である。現在我々は膣断端だけでなく、前後膣壁をも挙上する術式を行っている。今回この新たな術式について紹介する。

【対象・方法】当院のvNOTES POP repairの動画を分析し、術式のポイントを評価した。

【結果】基本術式：子宮・付属器摘出術を行う。ガーゼで直腸を頭側に挙上、直線化し、USLを明瞭化する。USL外側の腹膜を切開し、USLを尿管から離れた状態で単離する。左右のUSLに吸収糸を用いてそれぞれ4針運針する。経膣操作に移り、頭側の糸から①膣断端の外側、②膣断端の内側、③後膣壁、④前膣壁に貫通させる。正中部分のみ腹膜縫合を行い、その後膣断端を縫合する。最後に膣壁を貫通させた糸を結紮する。前後膣壁の挙上は良好なので、膣壁形成術は併用しない。

【結語】短期的には膣断端のみでなく前後膣壁の挙上も良好である。また尿管の同定も確実に行うことが可能で安全性も高い。運針のテクニックなどは必要ではあるが、骨盤臓器脱手術におけるNTRの一つの選択肢となり得る。

## 6. 当院における早期子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮全摘術の工夫

### ～マリオネット法の有用性～

東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科

○金里阿、横須幸太、木原可恵、後藤沙彩、岡部美紀、後藤凌太、田邊桜子、茨木智子  
水之江裕子、嶋崎美和子、松田祐奈、津田明奈、舟木哲、關壽之、堀谷まどか、高野浩邦

【緒言】2012年発表のLAP2 trialの長期予後報告で、早期子宮体癌への腹腔鏡手術の開腹手術に対する非劣性が示され、早期子宮体癌には腹腔鏡手術が標準術式となった。しかし2023年発表の日本産科婦人科内視鏡学会のnation-wide studyで、子宮マニピュレーター（IUM）使用群は非使用群に対し腫瘍学的予後が不良であることが示された。その理由としてIUM使用群では脈管侵襲陽性率、腹水細胞診陽性率が非使用群より高かった。後方視的研究の結果ではあるが、以降当院ではIUMを使用しない方針としている。今回、当院で行っているIUMを使用しない子宮マニピュレーション法であるマリオネット法について報告する。

【方法】当院ではポート配置は修正ダイヤモンド法4ポート、尿管同定は側方アプローチで行っている。①経腔的に子宮口を結紮し閉鎖する。②最初に卵管シーリングを行う。③両側円靭帯起始部を0号の吸収性縫合糸で縫って結紮し牽引糸とする。④子宮を左側に牽引する際は両側の牽引糸を左下腹部のポート創部より腹腔外に出し、牽引した糸をペアン鉗子で固定する。⑤円靭帯、卵巣動静脈を切離する度に糸を牽引し直し子宮に適度なテンションをかける。⑥膀胱剥離時は牽引糸を緩ませ内視鏡用腔拡張器を挿入する。⑦基靭帯処理の際には④と同様に牽引を行う。

【結語】マリオネット法によりIUMを使用しなくても良好な術野展開が可能となる。

## 7. パイプもカップも要らない！？～ALLY 2 Uterine Positioning System™の魅力語る～

1) 共立習志野台病院 産婦人科

2) がん研究会有明病院 婦人科

○橋本亮平 1)、青木洋一 2)、舟木伽帆 1)、山代美和子 1)、正岡直樹 1)

【緒言】医師の働き方改革に適合した業務体系の構築は至上課題である。中規模病院である当院でもこれを実現すべく、2023年6月にALLY 2 Uterine Positioning System™（以下ALLY UPS）を国内で初めて導入した。腹腔鏡下子宮全摘術（以下TLH）におけるその使用経験について報告する。

【手法】当院でのTLHは修練医、技術認定医の2名で、ダイヤモンド配置で施行している。ALLY UPSにニューモオクルーダーを装着したRUMI IIシステムを固定し使用した。エネルギーデバイスにはProbe plus II、バイクランプを使用した。手術は原則側方アプローチで尿管同定し子宮動脈本幹との交差部まで剖出、子宮動脈本幹は1点結紮、子宮動脈上行枝は2点結紮し間を焼灼切断とした。ニューモオクルーダーに注水後腔管切開を開始し、2/3周程度切開しRUMI IIを抜去し腔管切開を完了した。

【結果】 ALLY UPS の子宮挙上力は極めて強く、術中のトラクションの緩みの補正のための操作は一切不要であった。バジパイプやコルポトミーカップを用いずとも腔管切開部の同定は容易に可能であった。術者の左手、助手の右手に ALLY UPS による挙上力が加わることで、モノポーター1本での腔管切開が容易に行えるようになった。

【考察・結語】 ALLY UPS の強力な挙上力により、2名でストレスなく手術を進める事が可能であった。シングルユースの製品の使用を減らすことが出来、経費削減も可能であった。ALLY UPS を用いたより良い手術の追求、技術認定審査への合格を目標に、これからも修練を進めていきたい。

### 15:50~16:30 SessionIII 症例報告

#### 8. 腹腔鏡下子宮全摘で膀胱損傷をきたし術後2ヶ月経過して膀胱陰嚢を発症した1例

国際医療福祉大学成田病院 産婦人科

○加藤舞、渋井亮介、須郷秀雄、吉田凧子、渥美優志、西田安里、篠原拓実、津田誠、岡田智志、片岡史夫、永松健、進伸幸

帝切既往のある TLH は日常の診療でしばしば経験する。今回我々は TLH の術中に膀胱損傷を認め術中に修復し術後経過は良好であったものの、術後2ヶ月に膀胱陰嚢をきたし開腹での修復術を要した一例を経験したので報告する。

症例は51歳女性、2妊2産（帝王切開2回）。過多月経を伴う子宮筋腫に対し腹腔鏡下子宮全摘＋両側卵管切除術を施行した。腹腔内所見は2回の既往帝王切開の影響により膀胱子宮窩は膀胱の癒着があり、ダグラス窩は解放、他腹腔内癒着は認めなかった。腔断端縫合後に腹腔内に膀胱留置カテーテルの露出を認め、3cm程度の膀胱損傷部位を確認した。膀胱損傷部位を連続縫合し修復、生食で膀胱を拡張させリークがないことを確認し、腹腔鏡下と膀胱鏡下とともに膀胱損傷部位の修復が完了していることを確認し手術終了した。手術時間4時間11分、出血量30g、検体重量130gであった。

術後7日目に膀胱造影を施行しリークがないことを確認し、同日に膀胱留置カテーテルを抜去、経過は良好であり術後8日目に退院した。術後1ヶ月の外來では経過良好であったが、術後2ヶ月目に膀胱陰嚢を認めたため、泌尿器科とも協議の上で術後5ヶ月目に腹式膀胱陰嚢修復術を施行した。術後2か月間のバルーン留置を要したが、現在は外來経過観察中であるが再発なく経過している。

TLHの際に膀胱損傷を来した症例では術後時間経過してから膀胱陰嚢をきたす可能性もあるため慎重なフォローが必要である。

#### 9. 腔パイプを使用して腔中隔を有する重複子宮の腹腔鏡下子宮全摘術を行った一例

千葉県がんセンター 婦人科

○東真理恵、海老沢桂子、中嶋太郎、糸井瑞恵、草西多香子、井尻美輪、鈴鹿清美、田中尚武

子宮奇形は全人口の5%に認められる。月経異常や不妊症などの症状から指摘されることがあるが、特に自覚症状がない症例も存在する。腹腔鏡下手術が増えている昨今、子宮奇形症例においても手術する機会が増えると予想される。今回我々は重複子宮の腹腔鏡下子宮全摘術において、当院で常に用いている腔パイプを使用した症例を経験したため報告する。

症例は47歳、1妊1産（帝王切開）、妊娠時に重複子宮を指摘されている。子宮筋腫のため近医から紹介となった。当院での診察時、ほぼ同径の2つの子宮頸部と腔上部1/3までの腔中隔が確認された。腔腔は左がやや狭小で、腔鏡は自然に右に挿入される状態であった。MRIでは多発子宮筋腫と重複子宮を認めた。また、腎尿路奇形は指摘されなかった。

手術ではまず右子宮頸管にマニピュレーターを挿入し、子宮をけん引して十分に尿管の走行を確認しながら手術を進行した。マニピュレーターを抜去し、腔パイプを挿入すると右腔腔であり、子宮を腔管から切離する際に切開部から腔中隔も確認された。カメラで確認しながら腔中隔左側へ腔パイプを挿入すると、同径のパイプが左腔腔にも挿入可能であった。それぞれの腔腔と腔中隔を確認し切開した。合併症なく、過不足なく子宮摘出が可能であった。

子宮奇形症例では内診や画像検査での解剖の理解が重要で、形態に応じたデバイスの選択が必要である。

## 10. 妊娠19週で発症した保存的治療抵抗性の急性胆嚢炎に対し腹腔鏡下胆嚢摘出術を実施した一例

亀田総合病院 産婦人科

○細川満由、三谷尚弘、河野智考、宮崎聖子、金本嘉久、大塚康二、古澤嘉明

症例は31歳1妊0産、妊娠19週3日に右季肋部痛を主訴に搬送された。胆石性急性胆嚢炎の診断で経皮経肝胆嚢吸引穿刺法（percutaneous transhepatic gallbladder aspiration；PTGBA）を実施した。翌日もPTGBAを行ったが症状が改善せず、妊娠19週5日に腹腔鏡下胆嚢摘出術（laparoscopic cholecystectomy；LC）を行った。術前に経腹超音波断層法で子宮底が臍高に位置することを確認し、心窩部に第1ポートを挿入した。第1ポートより鏡視下で心窩部と臍の間にカメラポートを設置後、右上腹部に2ヶ所ポートを追加した。手術時間は1時間49分、出血量10g、合併症なく終了した。術後経過良好であり、術後3日目に退院し外来管理中である。

妊娠中の胆嚢炎は再発リスクが高く、母体の高炎症状態の持続による胎児炎症反応症候群

（fetal inflammatory response syndrome；FIRS）等が懸念される。治療として、抗菌薬投与やPTGBA等による保存的治療のみでなくLCが考慮されるが、子宮損傷のリスクが伴うため、妊娠週数や症状に応じた判断が重要である。保存的治療が可能な場合や妊娠後期の発症の場合は分娩後の待機的手術が選択肢となる。一方、対応が遅れた場合の早産率や母体ICU入室率増加の報告もあり、手術介入時期を逸した場合の母児の予後の悪化が懸念される。LC実施に際しては、子宮の大きさや週数に応じて、手術時期やポート配置・挿入方法による子宮損傷を防ぐ工夫が重要である。

## 11. 捻転をきたした卵管原発アデノマトイド腫瘍の1例

千葉大学医学部附属病院 産科・婦人科 1)

千葉市立海浜病院 産科・婦人科 2)、病理診断科 3)

○向山文貴 1)、石川博士 1)、木下亜希 2)、弓削彩乃 2)、石川翔太 2)、川村祥太 2)、關公美子 2)、井上万里子 2)、飯塚美徳 2)、細川洋平 3)、羽生裕二 1)、甲賀かをり 1)

【緒言】アデノマトイド腫瘍は生殖器に発生する中皮由来の良性腫瘍である。卵管原発のアデノマトイド腫瘍は稀であり、多くは無症状で他の疾患で行った手術の際に偶然発見される。今回、卵管原発のアデノマトイド腫瘍により卵管の捻転をきたし、腹腔鏡下手術を行った1例を報告する。

【症例】49歳，3妊3産，既往歴・家族歴に特記事項はない。急性腹症を主訴に当院に救急搬送された。下腹部全体に反跳痛を認め、経膈超音波検査では両側卵巣は正常大で、ダグラス窩に腹水を認めた。また左卵巣に接して浮腫状になった左卵管と思われる構造物と33×28mmの境界明瞭な充実性腫瘍を認めた。血清hCGは陰性であった。造影CT検査では、左付属器領域に3cm大の造影効果の乏しい腫瘍性病変を認めた。血液検査では特記すべき所見はなく、腫瘍マーカーは正常範囲内であった。診断目的に腹腔鏡手術を施行したところ、左卵管膨大部に3cm大の腫瘍を認め、その子宮側で卵管が捻転しており、壊死・腫脹していた。子宮及び両側卵巣に異常所見はなく、腹腔内に播種性病変は認めなかった。腹腔鏡下左卵管切除術を行い、組織学的に卵管原発のアデノマトイド腫瘍と診断した。

【考察】卵管原発のアデノマトイド腫瘍の画像検査における特徴的な所見はわかっておらず、術前診断は困難である。現在までに卵管の捻転で発見された症例報告はなく、また3cmという腫瘍径で捻転しうることが示された。

## 16:30~17:10 SessionIV 症例検討・症例報告

### 12. RPOC (Retained Products Of Conception) に対して TCR を施行した症例の検討

くぼのやウイメンズホスピタル

○白井有香、黒瀬圭輔、窪谷潔

【目的】RPOC (Retained Products Of Conception) は分娩・流産後に妊娠付属物(胎盤・卵膜)の一部が娩出せず子宮腔内に残存する状態であり、大量出血や子宮内感染を合併することがある。今回我々は血流が消失したRPOC5例にTCRを施行したので報告する。

【症例】2020年1月から2024年7月までに当院で外来管理を行ったRPOC症例20例のうち、5例にTCRを施行した。妊娠方法は4例IVF妊娠、1例自然妊娠であった。妊娠転帰は経膈分娩4例、帝王切開1例。正期産のうち3例は分娩後に胎盤用手剥離を要した症例であり、帝王切開の1例は腹腔鏡下筋腫核出術既往であった。5例とも外来経過観察の後、子宮鏡検査を施行し、TCRに至った。分娩からTCRまでの待期間の中央値は4か月であった。

【結果】術前に子宮鏡検査を施行し、胎盤遺残の大きさ、部位、突出度などを評価した。5例全例血流消失後にTCRを行った。手術時間は3分～17分、出血量少量であり、いずれも術後経過は順調である。

【結論】待機療法では、侵襲的介入なしにRPOCの消失を得られる可能性がある一方、血流および病変の消失には長期間を要し、待機中に大量出血するリスクも伴う。TCRを施行した症例では遺残胎盤だけを選択的に摘出することが可能で、出血量も少なく良好な術後経過を得た。

### 13. 当院の遺伝性乳癌卵巣癌に対するリスク低減卵管卵巣摘出術を行った症例の検討

亀田総合病院 産婦人科 1) 臨床遺伝科 2) 臨床検査部 3)

○金本嘉久 1)、三谷尚弘 1)、三木詩織 2)3)、大高理生 2)3)、細川満由 1)、河野智孝 1)、宮崎聖子 1)、大塚康二 1)、門岡みずほ 1)2)、古澤嘉明 1)

遺伝性乳癌卵巣癌 (HBOC) は、BRCA1/2 遺伝子の生殖細胞系列の病的バリエントに起因する乳癌・卵巣癌をはじめとするがんの易罹患性症候群である。卵巣癌において確立したサーベイランス方法はなく、最も有効とされるのがリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) である。RRSO を実施した症例の臨床的背景、手術内容と病理学的所見を後方視的に検討した。対象は2015年1月から2024年12月までにBRCA1/2 バリエント保持者に対して、当院で実施したRRSOの32例とした。

BRCA1 バリエント保持者は11例、BRCA2 バリエント保持者は21例であった。RRSO 実施時の年齢中央値は55.8歳(43歳～74歳)であった。術式は30例が腹腔鏡手術であり、2例がロボット支援下手術であった。全例、術中に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。SEE-FIM プロトコールに準じて、標本を作成し、病理学的評価が行われた。そのうち1例(3.2%)でSTICを認め、5例(15.6%)にSTILを認めたが、術後に腹膜癌を認めた症例はなかった。当院ではBRCA 遺伝学的検査とカウンセリングを臨床遺伝科が実施しており、当科に紹介された後はスムーズにRRSOを実施することができている。卵巣癌の発症前に予防的な手術をするためにも適切な情報提供と遺伝カウンセリングを実施することが大事であり、婦人科医、臨床遺伝専門医、認定遺伝カウンセラー、乳腺科医と密に連携をとる必要がある。

### 14. 卵巣奇形腫茎捻転の特徴と発症機序に関する仮説

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科 1)

○佐久間千晶 1)、橋本優子 1)、石井ほたか 1)、豊島のどか 1)、渡邊智也 1)、末永佑 1)、吉田郷佑 1)、土持早希 1)、中村泰昭 1)、梁善光 1)、足立克之 1)、五十嵐敏雄 1)

【目的】卵巣囊腫茎捻転は卵巣成熟奇形腫例に多く、その発症機序は明らかになってない。我々は手術の際に奇形腫では卵巣固有靭帯の長さが健側より長い印象を得て、①まずは卵巣固有靭帯の長さを測定した。②卵巣固有靭帯の長さとお卵巣囊腫の最大径との関連性を調べた。③さらに卵巣奇形腫の茎捻転の軸と囊腫の位置を調べた。以上の結果から、卵巣奇形腫茎捻転の発症機序を考察することを目的とした。

【方法】①2023年5月～2024年3月の良性卵巣嚢腫手術例で両側付属器が存在し片側にのみ病変があった33例を対象とした。卵巣固有靭帯の長さを術中に絹糸を用いて測定した。②2014年1月～2024年5月に当院の卵巣嚢腫茎捻転例、後方視的に動画で状況を確認できた38例を対象とした。

【結果】患側 25(12-80)mm vs 健側 16(10-30)mm と患側の方が健側より卵巣固有靭帯が有意に長かった。右は骨盤漏斗靭帯を軸とする捻転が多い傾向が見られたが、左の骨盤漏斗靭帯の時計方向(中心方向)への捻転は0%だった。

【結論】卵巣奇形腫では卵巣固有靭帯が長いためにバランスの悪いブランコのように可動域が増えて骨盤漏斗靭帯を軸とする茎捻転しやすいのではないかと考えられた。また右骨盤腔付近は何もないが、左骨盤腔はS状結腸があるため、捻転の方向は左右で異なるのではないかと考えられた。

#### 15. 当院で経験した副角妊娠の2例

東京ベイ・浦安市川医療センター 産婦人科

○高橋沙椰、佐野祥子、原わかな、橋本弥生、菊池友明、春日みさき、山中浩史、若山嘉佑子、本田能久、坂井昌人

副角子宮は胎生期のミュラー管の発育不全により生じる子宮奇形で、副角妊娠は副角子宮に妊卵が着床した状態である。その頻度は全妊娠の76,000-150,000例に1例と非常に稀で、約50%が破裂する。破裂例での母体死亡率は8.7%と言われており、破裂前に診断することが重要である。今回我々は副角妊娠を2例経験したので報告する。症例1は23歳、1妊0産、自然妊娠。前医で単頸双角子宮および異所性妊娠を疑われ当科紹介となった。初診時、双角子宮の左卵管角付近に胎嚢様組織を内包する腫瘤を認め、間質部妊娠の疑いで腹腔鏡下手術を施行した。術中所見で左間質部妊娠と診断し、腫瘤ごと左卵管を切除したが、病理組織検査の結果、副角妊娠の診断となった。症例2は28歳、1妊0産、自然妊娠。性器出血と下腹部痛を主訴に前医受診し、異所性妊娠が疑われ当科紹介となった。初診時、左付属器領域に妊娠8週相当の胎芽を伴う壁の厚い4.5cmの嚢胞を認めた。副角妊娠の可能性も考慮し審査腹腔鏡の方針とした。術中所見で子宮左側に5cm大に腫大した、血管増生を伴う腫瘤を確認し、副角妊娠の診断となった。

2例とも破裂前に手術を施行し、副角妊娠の診断に至った。両症例を比較検討し、副角妊娠の診断、治療について文献的考察を加え発表する。

#### 17:25～18:25 特別講演

「低侵襲子宮手術の潮流 ～腹腔鏡下手術からロボット支援下手術へ～」

演者 東京科学大学 大学院医歯学総合研究科 生殖機能協関学分野 吉木尚之

【MEMO】