

# 第23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5年10月28日（土） 14：00～19：00  
会 場 名古屋コンベンションホール  
名古屋市中村区平池町4-60-12  
グローバルゲート3F

東海産婦人科内視鏡手術研究会

〈共催〉 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)

# 第23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

### 一般演題

#### 会場：第1会場

14:00~14:40 Session 1

座長 静岡がんセンター 望月亜矢子

1. 腹腔鏡下子宮全摘術の組織回収について  
名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 産婦人科  
○倉兼さとみ, 倉本泰葉, 佐藤 玲, 近藤好美, 関宏一郎, 小島和寿, 村上 勇
2. 膣断端脱に対してLSCを施行した13症例の後方視的検討と課題  
JA愛知厚生連 豊田厚生病院  
○新保暁子, 大澤奈央, 寺沢直浩, 堂山 瑤, 神谷知都世, 新城加奈子, 針山由美
3. 早期子宮体癌に対してセンチネルリンパ節ナビゲーション手術を施行した6例  
豊橋市民病院 産婦人科<sup>1)</sup> 総合生殖医療センター<sup>2)</sup>  
○古井達人<sup>1)</sup>, 梅村康太<sup>1)</sup>, 梅村周平<sup>1)</sup>, 菅沼寛明<sup>1)</sup>, 富田斐月香<sup>1)</sup>, 小椋正人<sup>1)</sup>, 鈴木敬子),  
古井憲作<sup>1)</sup>, 鈴木邦昭<sup>1)</sup>, 山田友梨花<sup>1)</sup>, 嶋谷拓真<sup>1)</sup>, 諸井條太郎<sup>1)</sup>, 甲木 聡<sup>1)</sup>, 安藤寿夫<sup>2)</sup>,  
岡田真由美<sup>1)</sup>
4. 子宮頸癌 I B1期に対して腹腔鏡下広汎子宮頸部摘出術後に2回妊娠・分娩した1例  
豊橋市民病院  
○梅村周平, 梅村康太, 菅沼寛明, 富田斐月香, 小椋正人, 鈴木敬子, 古井達人, 玉木修作,  
古井憲作, 鈴木邦昭, 山田友梨花, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 甲木 聡, 河合要介, 安藤寿夫,  
岡田真由美
5. 術前子宮筋腫の診断でGnRHアンタゴニスト投与にて縮小し、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後に低異形度子宮内膜間質肉腫 (Low-grade endometrial stromal sarcoma, LG-ESS) と診断された一例  
豊橋市民病院  
○菅沼寛明, 梅村康太, 梅村周平, 富田斐月香, 小椋正人, 鈴木敬子, 古井達人, 玉木修作,  
古井憲作, 鈴木邦昭, 山田友梨花, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 甲木 聡, 河合要介, 安藤寿夫,  
岡田真由美

14:40~15:20 Session 2

座長 三重県立総合医療センター 竹内 紗織

6. 当院で行っているロボット支援下单孔式手術について  
藤田医科大学 産婦人科  
○大脇晶子, 伊藤真友子, 高田恭平, 宮村浩徳, 野村弘行, 西澤春紀
7. 肥満症例に対するda Vinci SP サージカルシステムの使用経験  
藤田医科大学 産婦人科  
○小林 新, 宮村浩徳, 青木良真, 水野雄介, 野村弘行, 西尾永司, 西澤春紀
8. 当科におけるロボット支援下手術の現状とトリプルバイポーラ法について  
岐阜市民病院 産婦人科  
○東松明恵, 柴田万祐子, 山本和重, 平工由香, 谷垣佳子, 栗原万友香, 手塚慶吾, 亀山千晶,  
豊木 廣

9. 子宮体癌に対するロボット支援下傍大動脈リンパ節郭清の11症例の検討  
 豊橋市民病院 産婦人科  
 ○山田友梨花, 梅村康太, 梅村周平, 菅沼寛明, 富田斐月香, 小椋正人, 古井達人, 古井憲作,  
 鈴木邦昭, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 岡田真由美
10. 東海地方におけるロボット支援手術プロクター活動の実際  
 —18施設のべ45回の経験より—  
 大垣市民病院 産婦人科  
 ○河合要介, 中里愛里, 野村理絵, 安藤 健, 重山宗久, 大屋勇人, 大塚直紀, 野元正崇,  
 飯谷友佳子, 石井美佳, 古井俊光

## 会場：第2会場

14:00~14:40 Session 3

座長 静岡厚生病院 中山 毅

11. 当院における MyoSUREMANUAL® を用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について  
 岐阜市民病院  
 ○谷垣佳子, 柴田万祐子, 山本和重, 平工由香, 栞原万友香, 東松明恵, 手塚慶吾, 亀山千晶,  
 豊木 廣
12. 当院における LIN スネアを用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について  
 岐阜市民病院  
 ○谷垣佳子, 柴田万祐子, 亀山千晶, 手塚慶吾, 東松明恵, 栞原万友香, 平工由香, 豊木 廣,  
 山本和重
13. 子宮鏡による観察が有用であった Wunderlich 症候群の一例  
 浜松医科大学産婦人科学講座  
 ○成味 恵, 東堂祐介, 伊藤敏谷, 松家まどか, 柴田俊章, 村上浩雄, 安部正和, 伊東宏晃
14. 腹腔鏡及び子宮鏡が診断に有用であった Wunderlich 症候群の一例  
 一宮市立市民病院  
 ○林 萌, 佐々治紀, 小川真以, 小島麻央, 浅井大策, 久保裕子, 水野克彦, 神谷将臣
15. 超音波凝固切開装置 (ハーモニック® HD1000i) の術中破損例に関する検討  
 藤田医科大学岡崎医療センター  
 ○鳥居 裕, 高木淳一, 鍋谷 望, 安江 朗, 干場 勉, 藤井多久磨

14:40~15:20 Session 4

座長 藤田医科大学ばんだね病院 塚田 和彦

16. 高度の子宮後屈に伴い子宮留血腫を呈した autoamputation ovary の1例  
 岡崎市民病院  
 ○吉川麻里奈, 森田剛文, 青山 章, 榊原尚敬, 木村真梨子, 根井 駿, 井土琴美,  
 河井啓一郎, 白崎茉莉, 野坂和外, 榊原克巳, 後藤真紀
17. 膀胱鏡補助下に腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した膀胱子宮内膜症の一例  
 三重県立総合医療センター 産婦人科, 泌尿器科  
 ○浪崎景加, 竹内紗織, 手嶋将人, 玉石希絵, 古橋芙美, 河村卓弥, 服部日東美, 大里和広,  
 朝倉徹夫, 田端勇作

18. 腔断端離開に対し腹腔鏡下大網充填術を行い良好な転帰を得た1例  
 藤田医科大学医学部 産婦人科学<sup>1)</sup> 腎泌尿器外科学講座<sup>2)</sup> 総合消化器外科<sup>3)</sup>  
 ○山田美由美<sup>1)</sup>, 野村弘行<sup>1)</sup>, 高田恭平<sup>1)</sup>, 小林 新<sup>1)</sup>, 大脇晶子<sup>1)</sup>, 伊藤真友子<sup>1)</sup>, 市川亮子<sup>1)</sup>,  
 糠谷拓尚<sup>2)</sup>, 廣 純一郎<sup>3)</sup>, 須田康一<sup>3)</sup>, 西澤春紀<sup>1)</sup>
19. 卵巣内膜症性嚢胞感染から胸腔膿瘍を形成した1例  
 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院  
 ○佐藤亜理奈, 長船綾子, 松山泰寛, 浅井美香子, 野畑実咲, 黒田啓太, 服部 恵, 鈴木祐子,  
 永井 孝, 梅津朋和
20. 帝王切開癒痕部症候群に対し腹腔鏡下癒痕部修復術後に妊娠した症例の検討  
 豊橋市民病院 産婦人科  
 ○富田斐月香, 梅村康太, 梅村周平, 菅沼寛明, 小梶正人, 鈴木敬子, 古井達人, 玉木修作,  
 古井憲作, 鈴木邦昭, 山田友梨花, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 甲木 聡, 河合要介, 安藤寿夫,  
 岡田真由美

15:20~16:16 Session 5

座長 藤田医科大学 宮村 浩徳

21. 正常妊娠確認後に腹腔内出血を認め正所異所同時妊娠の診断に至った一例  
 三重県立総合医療センター  
 ○手嶋将人
22. vNOTESから腹腔鏡下子宮全摘術に移行した肥満患者の1例  
 春日井市民病院  
 ○佐藤麻美子, 大塚かおり, 池淵圭祐, 青木羽衣, 安達弥生, 板東真有子, 服部諭美,  
 高村志麻, 伊藤充彰
23. 腹腔鏡下付属器切除術後にCO<sub>2</sub>ナルコーシスに陥った高齢患者の1例  
 独立行政法人労働者安全機構 中部労災病院  
 ○大川明日香, 渡部百合子, 茂木一将, 曾根原玲菜, 関谷敦史, 柴田大二郎
24. ジェノゲストによる子宮内膜破綻出血のため緊急でマイクロ波子宮内膜焼灼術 (MEA) を施行した1例  
 名古屋市立大学産科婦人科  
 ○間瀬聖子, 矢野好隆, 塩澤文子, 後藤崇人, 篠田弥紀, 小川紫野, 西川隆太郎, 杉浦真弓
25. 卵巣腫瘍茎捻転に対し、捻転卵巣温存手術を施行した1例  
 伊勢赤十字病院  
 ○村上葉々子, 紀平知久, 日下直子, 若林慧美里, 萩元美季, 田中浩彦, 奥川利治, 前川有香
26. 逆行性卵管疎通性検査にて双頸双角子宮と不全腔閉鎖の診断を得た1例  
 JA 静岡厚生連静岡厚生病院<sup>1)</sup> 浅田レディース品川クリニック<sup>2)</sup> 長谷川産婦人科医院<sup>3)</sup>  
 ○角田真貴<sup>1)</sup>, 齋藤将也<sup>2)</sup>, 伊賀崎麻里<sup>1)</sup>, 佐藤あずさ<sup>1)</sup>, 中山 毅<sup>1)</sup>, 長谷川瑛<sup>3)</sup>, 長谷川美美子<sup>3)</sup>

## 会場：第1会場

15:20~17:20 ワークショップ

### 内視鏡・ロボット手術における教育法を再考する

座長 名古屋市立大学 西川隆太郎

1. 当院での若手ラパロスコピストの育成法  
医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 産婦人科  
○梅津朋和, 松山泰寛, 浅井美香子, 野畑実咲, 佐藤亜理奈, 秋田寛文, 黒田啓太, 服部 恵, 鈴木祐子, 永井 孝, 長船綾子
2. 修練医の立場から考える腹腔鏡手術とロボット手術  
豊橋市民病院  
○諸井條太郎, 梅村康太
3. 岐阜大学関連施設における腹腔鏡技術認定医取得を再考する  
岐阜大学医学部附属病院 産婦人科  
○桑山太郎, 竹中基記, 志賀友美, 菊野享子, 磯部真倫
4. ロボット手術の教育法－当院での取り組み－  
三重大学医学部附属病院  
○牧野麻理恵, 吉田健太, 松本剛史, 真木晋太郎, 金田倫子, 二井理文, 鳥谷部邦明, 田中博明, 近藤英司, 池田智明
5. ロボット支援下手術全盛時代における当院での鏡視下手術教育について  
浜松医科大学  
○伊藤敏谷, 大山千恵, 大脇克也, 窪川瑞生, 西松雄基, 水島 恵, 趙 現, 望月琴美, 東堂祐介, 成味 恵, 松家まどか, 柴田俊章, 村上浩雄, 安部正和, 伊東宏晃
6. 微細な構造をよく見て考えよう～手術の道標～  
名古屋大学産婦人科  
○池田芳紀, 植草良輔, 松川哲也, 可世木聡, 長尾有佳里, 安井裕子, 伊吉祥平, 田野 翔, 吉田康将, 吉原雅人, 玉内学志, 清水裕介, 横井 暁, 芳川修久, 新美 薫, 中村智子, 大須賀智子, 梶山広明
7. あえての古き教育方針  
藤田医科大学 岡崎医療センター 婦人科<sup>1)</sup> 藤田医科大学 ぼんたね病院 産婦人科<sup>2)</sup>  
○干場 勉<sup>1)</sup>, 高木淳一<sup>1)</sup>, 鍋谷 望<sup>1)</sup>, 鳥居 裕<sup>1)</sup>, 安江 朗<sup>1)</sup>, 塚田和彦<sup>2)</sup>, 藤井多久磨<sup>1)</sup>
8. 指定教育講演  
われわれの目指す骨盤手術教育  
京都大学 産婦人科  
○堀江昭史

17:20~17:30 総会

代表世話人 藤田医科大学 西澤 春紀

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

「直腸授動のコツとピットフォール」

演者 藤田医科大学医学部 先端ロボット・内視鏡手術学講座  
大塚 幸喜

18:00~19:00 特別講演

座長 豊橋市民病院 梅村 康太

「婦人科内視鏡手術 the long and winding road」

演者 神戸大学医学部外科系講座産婦人科学分野  
婦人科先進医療部門 特命教授  
寺井 義人

# 日程表 10月28日(土)

# 名古屋コンベンションホール


		第1会場	第2会場
14:00	一般演題 発表時間 5分 質疑応答 2分 交代準備 1分	<p>14:00-14:40 <b>Session1</b> 座長：望月垂矢子</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>腹腔鏡下子宮全摘術の組織回収について 倉兼さとみ</li> <li>腔断端脱に対してLSCを施行した13症例の後方視的検討と課題 新保敏子</li> <li>早期子宮体癌に対してセンチネルリンパ節ナビゲーション手術を施行した6例 吉井達人</li> <li>子宮頸癌IB1期に対して腹腔鏡下広汎子宮頸部摘出術後に2回妊娠・分娩した1例 梅村周平</li> <li>術前子宮筋腫の診断でGnRHアンタゴニスト投与にて縮小し、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後に低異形度子宮内膜間質肉腫 (Low-grade endometrial stromal sarcoma, LG-ESS) と診断された一例 菅沼寛明</li> </ol>	<p>14:00-14:40 <b>Session3</b> 座長：中山 毅</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>当院におけるMyoSUREMANUAL®を用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について 谷垣佳子</li> <li>当院におけるLIN スネアを用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について 谷垣佳子</li> <li>子宮鏡による観察が有用であったWunderlich症候群の一例 成珠 恵</li> <li>腹腔鏡及び子宮鏡が診断に有用であったWunderlich症候群の一例 林 雨</li> <li>超音波凝固切開装置 (ハーモニック® HD 1000i) の術中破損例に関する検討 高尾 裕</li> </ol>
15:20		<p>14:40-15:20 <b>Session2</b> 座長：竹内 紗織</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>当院で行っているロボット支援下单孔式手術について 大脇晶子</li> <li>肥満症例に対するda Vinci SPサージカルシステムの使用経験 小林 新</li> <li>当科におけるロボット支援下手術の現状とトリプルハイポラ法について 東松明恵</li> <li>子宮体癌に対するロボット支援下傍大動脈リンパ節郭清の11症例の検討 山田友梨花</li> <li>東海地方におけるロボット支援手術プロクター活動の実態 —18施設のべ45回の経験より— 河合要介</li> </ol>	<p>14:40-15:20 <b>Session4</b> 座長：塚田 和彦</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>高度の子宮後屈に伴い子宮留置血腫を呈したautoamputation ovaryの1例 吉川麻里奈</li> <li>膀胱鏡補助下腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した膀胱子宮内腺症の一例 浪崎景加</li> <li>腔断端離開に対し腹腔鏡下大網充填術を行い良好な転帰を得た1例 山田英由美</li> <li>卵巣内腺症性囊胞感染から胸腔膿瘍を形成した1例 佐藤聖理奈</li> <li>帝王切開瘢痕部症候群に対し腹腔鏡下瘢痕部修復術後に妊娠した症例の検討 富田斐月香</li> </ol>
15:20	ワークショップ 各先生13分×7 発表10分 質疑応答2分 交代準備1分 指定講演30分	<p>15:20-17:20</p> <h2 style="text-align: center;">ワークショップ</h2> <p style="text-align: center;">座長：西川隆太郎</p> <h3 style="text-align: center;">内視鏡・ロボット手術における 教育法を再考する</h3> <ol style="list-style-type: none"> <li>当院での若手ラバロスコピストの育成法 梅津明和</li> <li>修練医の立場から考える腹腔鏡手術とロボット手術 諸井條太郎</li> <li>岐阜大学関連施設における腹腔鏡技術認定医取得を再考する 桑山太郎</li> <li>ロボット手術の教育法—当院での取り組み— 牧野麻理恵</li> <li>ロボット支援下手術全盛時代における当院での鏡視下手術教育について 伊藤敏谷</li> <li>微細な構造をよく見て考えよう—手術の道標— 池田芳紀</li> <li>あえての古き教育方針 干場 勉</li> </ol> <p style="text-align: center;">指定教育講演</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>われわれの目指す骨盤手術教育 堀江昭史</li> </ol>	<p>15:20-16:16 <b>Session5</b> 座長：宮村 浩徳</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>正常妊娠確認後に腹腔内出血を認め正所異所同時妊娠の診断に至った一例 手嶋将人</li> <li>vNOTESから腹腔鏡下子宮全摘術に移行した肥満患者の1例 佐藤麻美子</li> <li>腹腔鏡下付属器切除術後にCO<sub>2</sub>フルコースに陥った高齢患者の1例 大川明日香</li> <li>ジエノゲストによる子宮内膜破綻出血のため緊急でマイクロ波子宮内膜焼灼術 (MEA) を施行した1例 間瀬聖子</li> <li>卵巣腫瘍基捻転に対し、捻転卵巣温存術を施行した1例 村上菜々子</li> <li>逆行性卵管疎通性検査にて双卵双角子宮と不全腔閉鎖の診断を得た1例 角田真貴</li> </ol>
17:20		<p>17:20-17:30</p> <h2 style="text-align: center;">総会</h2> <p style="text-align: center;">代表世話人 西澤 春紀</p>	<p>17:30-18:00</p> <h2 style="text-align: center;">イブニングセミナー</h2> <p style="text-align: center;">座長：西澤 春紀</p> <h3 style="text-align: center;">「直腸授動のコツとピットフォール」</h3> <p style="text-align: center;">演者：大塚 幸喜</p>
18:00	特別講演 発表60分 (質疑含む)	<p>18:00-19:00</p> <h2 style="text-align: center;">特別講演</h2> <p style="text-align: center;">座長：梅村 康太</p> <h3 style="text-align: center;">婦人科内視鏡手術 the long and winding road</h3> <p style="text-align: center;">演者：寺井 義人</p>	
19:00			




愛知県名古屋市中村区平池町4-60-12 グローバルゲート2F-4F  
あおなみ線「ささしまライブ駅」から歩行者デッキにて  
2Fエントランスに直結

**名古屋コンベンションホール**  
〒453-6102 愛知県名古屋市中村区平池町4-60-12 グローバルゲート  
TEL:052-433-1488 FAX:052-433-1489  
E-mail:info@nagoya.conventionhall.jp

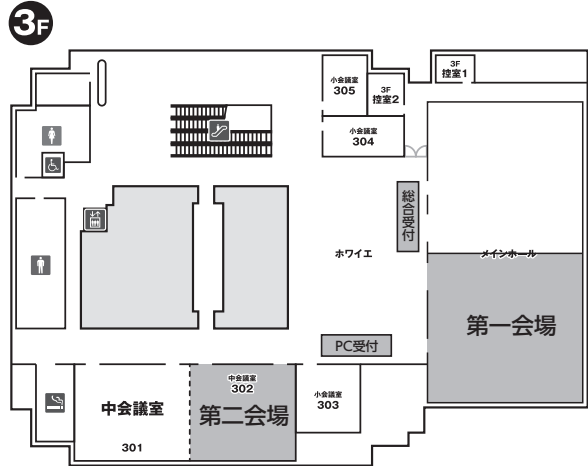
## 名古屋コンベンションホールへのアクセス

-  **あおなみ線利用**  
JR「名古屋」駅から3分「ささしまライブ駅」下車

---

-  JR「名古屋」駅 広小路口から徒歩12分

<b>名古屋コンベンションホール 3F</b>	
<b>第一会場</b>	<b>メインホールA</b>
<b>第二会場</b>	<b>中会議室302</b>



### 【参加者の方へ】

- ・本研究会の開催形式は現地開催となります。
- ・会場での参加登録となりますので、**JSOG カードを必ずご持参ください。**
- ・**参加費は医師 3,000 円、研修医、学生、コメディカルの方は無料です。**当日、参加登録時にお支払いください。
- ・東海産婦人科内視鏡手術研究会雑誌 (Vol. 11) を受付時にお受け取り下さい。
- ・感染防止対策にご協力をお願いいたします。

### 【演者の方へ】

- ・**現地会場でのご発表 (口演) となります (web でのご発表はございません)。**
- ・参加登録後に、PC 受付を行って下さい
- ・一般公演は口演時間 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 10 分、質疑応答 2 分 (交代準備 1 分) です。
- ・臨床研究に関する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。

### 【研修証明について】

- ・本研究会は日本専門医機構認定単位として、産婦人科領域講習 (ワークショップ受講 2 単位、特別講演受講 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。産婦人科領域講習の単位受付は、各特別講演およびワークショップ会場への入場時に「JSOG カード」を提示して下さい。開始時間 10 分を過ぎての入場や途中退場は、単位付与できませんのでご注意ください。単位の取得状況につきましては、会員専用ページにてご確認ください。
- ・本研究会は日本産科婦人科内視鏡学会の認定を受けています。内容の詳細は技術認定制度規則をご参照下さい。



# 學術講演会抄録



## 一般演題

14:00~14:40 Session 1

座長 静岡がんセンター 望月亜矢子先生

### 1. 腹腔鏡下子宮全摘術の組織回収について

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 産婦人科

○倉兼さとみ, 倉本泰葉, 佐藤 玲, 近藤好美, 関宏一郎, 小島和寿, 村上 勇

腹腔鏡下子宮全摘術では子宮を経腔的に回収することが主だが、診断が確定していない組織を細切することは鏡視下手術としての最大の懸念であると言える。また、経腔操作時の臓器損傷や組織遺残の発生がしばしば報告され、これらにも留意が必要であることは周知の通りである。

当院では2022年1月にAlexis組織回収コンテナシステムを導入し、導入前は回収バッグを使用せず（A群）、導入後初期は回収バッグを単独で使用し（B群）、さらに現在の回収バッグとリトラクター双方を使用するに至った（C群）。2021年1月から2023年6月までに同一術者が行った腹腔鏡下子宮全摘術56例のうち、子宮を経腔的に細切し回収した症例は、A群が11例、B群が12例、C群が14例だった。子宮回収時間の中央値は順に8.0分（手術時間の4.5%）、22.0分（12.3%）、12.5分（6.4%）と、回収バッグ単独では回収時間が長かったが、リトラクターを使用するとその延長が低減され、いずれの群も周術期合併症の増加はなかった。組織回収バッグとリトラクターの併用は、より安全な組織回収として有用であると考えられる。

### 2. 膣断端脱に対してLSCを施行した13症例の後方視的検討と課題

JA愛知厚生連 豊田厚生病院

○新保暁子, 大澤奈央, 寺沢直浩, 堂山 瑤, 神谷知都世, 新城加奈子, 針山由美

【緒言】様々な婦人科疾患のために子宮摘出を行うことは、結果として子宮支持組織の切断による膣断端脱のリスクとなる。膣断端脱に対するLSC（Laparoscopic sacrocolpopexy）は、2016年以降、当院でも件数を増やしており、これまで経験した症例に関して報告する。

【方法】2018年4月から2023年3月の5年間に、膣断端脱に対してLSCを施行した症例13例を抽出し、患者背景と手術方法に関して後方視的に解析した。

【結果】症例の年齢の中央値は72.5（62-77）歳、BMIの中央値は24.5（20.1-35.8）であった。すべての症例で2回以上の経膣分娩歴を有していた。初回手術の適応はすべて良性疾患で、術式は開腹子宮全摘が6例、膣式子宮全摘が7例であった。初回手術からの期間の中央値は22（3.5-34）年、POP-Q stageはstage IIが4例、stage IIIが7例、stage IVが2例であった。手術術式は前後壁メッシュが3例、前壁メッシュ+後壁縫縮が6例、前壁メッシュのみが3例、後壁メッシュのみが1例であった。手術時間の中央値は2時間27分（1:33-3:19）、術後の症状再発は1例のみ生じた。

【考察】膣断端脱に対するLSCは、初回手術による癒着や瘢痕形成のため、より正確な剥離操作や縫合結紮を行う必要がある。当院でも合併症回避のための様々な工夫を行っており、詳細に関して報告する。

### 3. 早期子宮体癌に対してセンチネルリンパ節ナビゲーション手術を施行した6例

豊橋市民病院 産婦人科<sup>1)</sup> 総合生殖医療センター<sup>2)</sup>

○古井達人<sup>1)</sup>, 梅村康太<sup>1)</sup>, 梅村周平<sup>1)</sup>, 菅沼寛明<sup>1)</sup>, 富田斐月香<sup>1)</sup>, 小梶正人<sup>1)</sup>, 鈴木敬子),  
古井憲作<sup>1)</sup>, 鈴木邦昭<sup>1)</sup>, 山田友梨花<sup>1)</sup>, 嶋谷拓真<sup>1)</sup>, 諸井條太郎<sup>1)</sup>, 甲木 聡<sup>1)</sup>, 安藤寿夫<sup>2)</sup>,  
岡田真由美<sup>1)</sup>

近年センチネルリンパ節 (SN) を同定し転移を認めなければ系統的リンパ節郭清を省略するセンチネルリンパ節ナビゲーション手術 (SNNS) が注目されている。当院では2014年から2018年にRI法と色素法を併用したSN同定の臨床研究を行っており、SN同定率、陰性的中率とも良好であった。2023年3月よりRI法で使用するトレーサーであるフィチン酸テクネチウム (99 mTc) が保険適応となったため、2023年4月より現在まで子宮体癌に対するSN生検術を6例経験したので報告する。

当院では子宮体癌推定 I A 期に対してRI法を用いたSN生検術を開始した。手術前日に子宮頸部3時、6時方向にRIを各40-50 MBq投与し、手術時にガンマ線検出用プローブでSNを同定し、ロボット支援下や腹腔鏡下にてSN生検を行い、術中迅速病理診断でSN転移の有無を確認した。これまでに6症例を経験し全症例でSN転移を認めなかった。系統的リンパ節郭清の省略は手術時間の短縮や術中出血量の減少、リンパ浮腫やリンパ嚢胞といった術後合併症の減少に寄与すると考えられ非常に有用であると考えられる。

### 4. 子宮頸癌 I B1 期に対して腹腔鏡下広汎子宮頸部摘出術後に2回妊娠・分娩した1例

豊橋市民病院

○梅村周平, 梅村康太, 菅沼寛明, 富田斐月香, 小梶正人, 鈴木敬子, 古井達人, 玉木修作,  
古井憲作, 鈴木邦昭, 山田友梨花, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 甲木 聡, 河合要介, 安藤寿夫,  
岡田真由美

**【緒言】** 早期子宮頸癌に対する妊孕性温存手術として広汎子宮頸部摘出術 (Radical trachelectomy : 以下RT) は有効な治療法であるが、RT後の妊娠は早産ハイリスクであり慎重な周産期管理が必要である。今回、自施設で腹腔鏡下RT後に2回妊娠・分娩した1例を経験したので報告する。

**【症例】** 30代、2妊2産。前医よりCIN3で紹介され円錐切除術を施行、病理診断で子宮頸癌 I B1 期と診断、妊孕性温存を希望されたため腹腔鏡下RT、子宮頸管縫縮術を施行した。術後1年間再発が無いことを確認し、生殖医療を開始、凍結胚解凍移植により術後約2年後に1回目の妊娠が成立した。妊娠18週頃より切迫流産にて入院、妊娠26週に破水して緊急帝王切開にて生児を得た。その約1年半後、自然妊娠により2回目の妊娠が成立、36週に予定帝王切開術を施行し第2生児を得た。現在、子宮頸癌の再発もなく経過観察中である。

**【考察】** RTは近年普及が進む妊孕性温存手術であるが、限られた施設で行われているのが現状である。さらに鏡視下手術を行うことで低侵襲な治療が可能となったものの、癌に対する根治性や術後管理の問題、早産・破水・感染リスクに対する嚴重な周産期管理が必要不可欠である。

5. 術前子宮筋腫の診断でGnRHアンタゴニスト投与にて縮小し、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後に低異形度子宮内膜間質肉腫（Low-grade endometrial stromal sarcoma, LG-ESS）と診断された一例

豊橋市民病院

○菅沼寛明, 梅村康太, 梅村周平, 富田斐月香, 小梶正人, 鈴木敬子, 古井達人, 玉木修作, 古井憲作, 鈴木邦昭, 山田友梨花, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 甲木 聡, 河合要介, 安藤寿夫, 岡田真由美

**【緒言】** LG-ESSは子宮体部悪性腫瘍の約1%程度の発症頻度とされ比較的稀である。長期のエストロゲン製剤やタモキシフェンの使用、骨盤の放射線照射がリスク因子として報告されているが、病因は不明である。今回術前子宮筋腫の診断にてGnRHアンタゴニスト投与にて縮小し、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後にLG-ESSと診断された症例を経験したので報告する。

**【症例】** 48歳女性。巨大子宮筋腫（11 cm×10 cm×7 cm拡散強調像で高信号域を認め変性筋腫疑い）を認め、GnRHアンタゴニストを約5か月間内服し筋腫が縮小した（9 cm×9 cm×7 cm）後に、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術を行った。検体回収のために、モルセーフ内でモルセレーターを用いて裁断し、モルセーフの破損は認めなかった。術後にLG-ESSと病理診断された。

**【考察】** 近年子宮サイズが大きい症例に対して腹腔鏡下での子宮全摘術を行っており、検体回収時の細切を要する症例が多い。しかしLG-ESSなど術前診断が困難な子宮体部悪性腫瘍もあり、GnRHアンタゴニストにて縮小する可能性もある。適切な術前診断と、検体回収時の工夫が必要である。

## 一般演題

14:40~15:20 Session 2

座長 三重県立総合医療センター 竹内紗織先生

### 6. 当院で行っているロボット支援下单孔式手術について

○大脇晶子, 伊藤真友子, 高田恭平, 宮村浩徳, 野村弘行, 西澤春紀

【目的】現在、ロボット手術は世界中で急速に普及し、国内でも次々に新規ロボットが導入されている。当院ではIntuitive Surgical社の新しいシステムであるDa Vinci SP surgical system (以下SP)を新たに導入した。今回SPを用いたロボット支援下单孔式子宮全摘出術の導入初期の経験と手術成績を報告する。【対象】2023年3月から6月に良性子宮疾患に対してSPを用いてロボット支援下单孔式子宮全摘出術を施行した8例とした。【結果】年齢、BMIの中央値はそれぞれ45.5 (41-47) 歳、22.8 (18.3-24.6) であった。また、手術成績は、手術時間、コンソール時間、出血量、摘出子宮重量の中央値がそれぞれ185 (164-216) 分、144 (123-174) 分、8 (5-18) g、157.5 (95-280) gであった。導入当初はカメラのアングルの選択や鉗子の種類の選択について試行錯誤したが、最終的にカメラはハイアングルを選択し、2本のbipolar鉗子と1本のmonopolar scissorsで手術を施行した。【結語】Da Vinci SP surgical systemの導入を安全に行うことが可能であった。術野側の助手の可動制限は非常に強く、助手の可動域を理解して指示を出す必要があると思われた。今後、単孔式特有の干渉の状況把握とそれを回避するための手術手技の習得によりさらなる適応拡大が見込める。

### 7. 肥満症例に対するda Vinci SPサージカルシステムの使用経験

藤田医科大学 産婦人科

○小林 新, 宮村浩徳, 青木良真, 水野雄介, 野村弘行, 西尾永司, 西澤春紀

ロボット支援下手術は全国的に取り組む施設や術者が増加しており、新規ロボット手術システムの開発や導入がはじまっている。da Vinci SPサージカルシステムは、シングルポートでのロボット手術を実現できるサージカルプラットフォームである。肥満症例のロボット手術は、従来のda Vinciシステムにおいてはロボットアームでの吊り上げ効果が有用とされるが、今回、新たに導入したda Vinci SPによる肥満症例における子宮全摘術を経験したので報告する。症例は、37歳0産、BMI42.5 kg/m<sup>2</sup>。子宮内膜全面搔爬で子宮内膜異型増殖症を認め、手術希望のためda Vinci SPを用いて子宮全摘術を施行した。臍部に25 mm横切開を施行し、総手術時間は240分 (ドッキング時間: 9分、コンソール時間: 169分)、術中出血は7 ml、摘出重量は65 gであった。術後4日目で予定通り退院となり、術後病理は子宮内膜異型増殖症であり追加治療はおこなっていない。今回、肥満症例におけるda Vinci SPを用いて安全に導入することが可能であった。今後は、創部の整容性や患者の負担軽減が期待されるため、臨床成績の向上を含め検討していく。

## 8. 当科におけるロボット支援下手術の現状とトリプルバイポーラ法について

岐阜市民病院 産婦人科

○東松明恵, 柴田万祐子, 山本和重, 平工由香, 谷垣佳子, 栗原万友香, 手塚慶吾, 亀山千晶,  
豊木 廣

当科では2020年8月より良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術（RALH）を開始し、2022年9月より費用削減目的でダブルバイポーラ（DB）法を導入した。DB法の導入により鉗鉗子が不要となった。フォースバイポーラ（FB）の採用でニードルドライバも削減した。更に助手ポートを廃止したピュアロボット手術とし、頭低位13-15度での手術を心掛けるようになり、ピンクパッドの使用を中止した。また腹腔鏡と共有のリユースドレープに変更し更なる費用削減を敢行した。しかしDB法で使用しているFB・メリーランドバイポーラ（MB）・カディエールの鉗子3本で手術を実施すると、縫合や止血の場面で時間を要してしまうことがあり、FB2本とMBを使用するトリプルバイポーラ法に切り替えた。これにより10,667円のコスト増になったが、縫合時の運針や止血操作を右手でも左手でも行うことが可能となり、手術の操作性が向上した。MBで糸を切断する際に、メリーランド鉗子の先端に水をつけ、メリーランド鉗子の先端を下向きにした状態で放電することで、糸がすみやかに切断されることも分かった。当科でのRALHの現状について報告する。

## 9. 子宮体癌に対するロボット支援下傍大動脈リンパ節郭清の11症例の検討

豊橋市民病院 産婦人科

○山田友梨花, 梅村康太, 梅村周平, 菅沼寛明, 富田斐月香, 小梶正人, 古井達人, 古井憲作,  
鈴木邦昭, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 岡田真由美

**【緒言】** 子宮体癌 I A期特殊型、I B・II期に対するロボット支援下傍大動脈リンパ節郭清（PAN郭清）は患者にとって低侵襲な治療法である。当院としては院内倫理委員会の承認と患者同意を得た上で、11症例の子宮体癌に対して本術式を施行したため報告する。

**【症例】** 11症例とも da Vinci Xiを使用し、患者右側の足側45度からのサイドドッキングにて頭側方向・PAN郭清から開始した。PAN郭清終了後に da Vinci をアンドッキングし、ロボットアームを180度回転させ再ドッキングを行い、骨盤内操作を行った。患者年齢は中央値56歳（43-65）、手術時間は中央値278分（242-326）、出血量少量（少量-100 g）、輸血例なし、摘出リンパ節は中央値40個（25-63）であった。手術合併症については3例に乳び腹水、2例に下肢のリンパ浮腫を認めた。

**【結論】** 子宮体癌でのロボット支援下PAN郭清の11例を経験したので報告した。今後症例を重ねていき、長期成績についての検討も行っていきたい。

## 10. 東海地方におけるロボット支援手術プロクター活動の実際 —18施設のべ45回の経験より—

大垣市民病院 産婦人科

○河合要介, 中里愛里, 野村理絵, 安藤 健, 重山宗久, 大屋勇人, 大塚直紀, 野元正崇,  
飯谷友佳子, 石井美佳, 古井俊光

ロボット支援手術を安全に普及させるためには、腹腔鏡下手術の合併症に加えロボット支援手術に特有の合併症に留意する必要がある。各施設の導入時にプロクターが訪問し、直接指導するプロクター制度は有用である。婦人科ロボット支援手術プロクター（良性・悪性）認定以降、東海地方を中心に18施設のべ45回プロクター活動を行った経験より、安全に導入するためのポイントを解説する。各施設へのプロクターリング回数は、1回から最多6回であった。術式は子宮全摘術34回、仙骨脛固定術9回、子宮悪性腫瘍手術2回であった。導入時における安全で円滑な手術には、手術のプロクターリングに加えて、チーム連携、手術準備、患者体位の確保、緊急時対応など、包括的なプロクターリングが必要である。手術中はDual console systemにおいて、術者とプロクターが同じ術野を共有してより一層細やかな指導が出来る。手術後のフィードバックは有意義であり、助手、麻酔科医、手術看護師、臨床工学技士などチーム全員で行うべきである。



## 一般演題

14:00～14:40 Session 3

座長 静岡厚生病院 中山 毅先生

### 11. 当院における MyoSUREMANUAL® を用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について

岐阜市民病院

○谷垣佳子, 柴田万祐子, 山本和重, 平工由香, 榎原万友香, 東松明恵, 手塚慶吾, 亀山千晶, 豊木 廣

**【緒言】** 当院では MyoSUREMANUAL® を用いた子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を 2022 年 10 月より導入し 2023 年 3 月末までに合計 32 例施行した。当院での成績および手術の工夫を報告する。

**【背景および成績】** 当院では手術 3 時間前にラミセル 3 mm を挿入し、外来にて手術を行っている。患者の平均年齢は 38 歳、手術時間 14 分、ポリープの大きさ（多発の場合は最大ポリープ）12 mm、ポリープの個数 3 個（1～9 個）、使用した灌流液（生理食塩水）の量 794 ml、静脈麻酔を要した患者は 26 例（81%）だった。術後の癒着は 0 例、遺残は 1 例だった。遺残症例は多発ポリープ（5 個）であり、左卵管角の病変が 8 mm 残存していた。観察時 LIN スネアによる追加切除を行い完全切除した。

**【考察】** 手術の工夫として、大きい有茎性ポリープでは茎部を先にシェーバーで切断してから胎盤鉗子（小）で回収すると手術時間が短縮できる。また、多発ポリープ 20 例のうち遺残なく切除できた症例は 19 例（95%）であり多発ポリープであっても完全切除できる可能性が高い。遺残の可能性を低くするために内膜が薄い月経直後に手術を行うことが重要である。

**【結語】** MyoSUREMANUAL® を用いた子宮鏡手術は、手技習得が容易であり外来子宮鏡手術の適応拡大に繋がるため有用であると考えられる。

### 12. 当院における LIN スネアを用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について

岐阜市民病院

○谷垣佳子, 柴田万祐子, 亀山千晶, 手塚慶吾, 東松明恵, 榎原万友香, 平工由香, 豊木 廣, 山本和重

**【目的】** 当院では LIN スネアを用いた子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を 2016 年 10 月より導入している。当院での成績および手術の工夫を報告する。

**【方法】** 2016 年 10 月から 2023 年 3 月末までの間、当院で施行した LIN スネアを用いた子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術について、症例数・年齢・手術時間・摘出個数・ポリープの大きさ・静脈麻酔と局所麻酔を行った症例数・術後の遺残および癒着・病理診断結果について検討した。

**【成績】** 症例数は 467 例、患者の平均年齢は 41 歳、手術時間は 8 分、摘出ポリープは 2 個、ポリープの大きさは 11 mm であった。局所麻酔を要した症例は 178 例（38%）、本人の希望による静脈麻酔を行った症例は 25 例（5%）、術後遺残は 65 例（14%）だった。術後癒着は 6 例（1%）に認めたものの頸管内の膜様の癒着でありスコープで観察する際に容易に剥離が可能だった。病理結果は内膜ポリープが 459 例（98%）、粘膜下筋腫が 4 例（0.8%）、子宮内膜増殖症が 2 例（0.4%）、子宮内膜癌が 1 例（0.2%）だった。

**【結論】** LIN スネアを用いた外来での子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術は、頸管拡張が不要であり局所麻酔なしでも手術が可能である。外来において軟性鏡で観察すると同時に手術ができるため、患者・医療者双方にメリットがあり有用と思われる。

### 13. 子宮鏡による観察が有用であった Wunderlich 症候群の一例

浜松医科大学産婦人科学講座

○成味 恵, 東堂祐介, 伊藤敏谷, 松家まどか, 柴田俊章, 村上浩雄, 安部正和, 伊東宏晃

【緒言】 Wunderlich 症候群に対する手術操作は単純であるが、稀な術式であるため、術者にとっては初めて執刀することがほとんどである。今回、Wunderlich 症候群に対する手術時に子宮鏡による観察を取り入れ、術野を複数の医師で共有することで同術式の経験者がなくとも不安なく手術を遂行できたので報告する。

【症例】 11歳、初経後3ヶ月経過した頃からの下腹部痛を主訴に近医受診。重複子宮と左子宮体部・卵管の腫大、左子宮頸管閉鎖、左腎欠損から Wunderlich 症候群を疑われた。左子宮からの経血流出路を確保する目的で手術を施行した。碎石位として子宮鏡で腔から観察し、子宮鏡下に腔壁左側の膨隆部位に切開を入れ、貯留した経血を流出させ、同部位から子宮鏡で左子宮の内子宮口を確認した。子宮鏡で得られた情報から3名の医師で腔壁切除範囲を決定し、子宮鏡で切除部位を確認しつつ腔壁を切除した。術後より左子宮・卵管の腫大は消退している。

【結語】 子宮鏡による観察は複数医師間での術野の共有を可能とし、かつ盲目的な手技を回避することに役立った。稀少術式かつ術野の狭い腔式手術に対しては子宮鏡による観察が有用である。

### 14. 腹腔鏡及び子宮鏡が診断に有用であった Wunderlich 症候群の一例

一宮市立市民病院

○林 萌, 佐々治紀, 小川真以, 小島麻央, 浅井大策, 久保裕子, 水野克彦, 神谷将臣

【緒言】 Wunderlich 症候群は重複子宮、一側盲角子宮、同側腎無形性を示す稀な疾患である。今回腹腔鏡及び子宮鏡が診断に有用だった一例を報告する。

【症例】 13歳、性交歴なし。2年前に他院で右腎無形性を指摘された。数か月前より月経時の右下腹部痛を認め、症状増悪し当院ER受診した。経腹超音波検査及びCTで子宮右側に5 cmの腫瘍及び子宮頸部付近に6 cmの留血腫を認めた。右卵巣腫瘍茎捻転及び子宮奇形を疑い緊急腹腔鏡施行、子宮はハート型で頸部付近が6 cmに腫大、右卵巣は正常大で卵管腫大を認めた。その後MRIで重複又は双角子宮、右側で頸部又は腔拡張を認めた。疼痛は一時改善したため退院し予定手術の方針としたがその前に月経開始、腹痛増悪し当院ER受診した。診察時多量の凝血塊を排出し疼痛改善、留血腫自壊と判断した。子宮鏡施行、腔口付近右側から血腫排出を確認、腔鏡で確認しながら拡張し血腫除去、子宮鏡挿入し子宮内腔を確認した。続いて左側を観察、子宮内腔、頸管及び腔を確認した。術後は症状改善、再度MRIで重複子宮であり Wunderlich 症候群と診断した。

【結語】 Wunderlich 症候群の一例を経験した。経腔的開窓術で症状改善し、子宮鏡観察が診断の一助となった。

## 15. 超音波凝固切開装置（ハーモニック® HD1000i）の術中破損例に関する検討

藤田医科大学岡崎医療センター

○鳥居 裕, 高木淳一, 鍋谷 望, 安江 朗, 干場 勉, 藤井多久磨

婦人科領域のみならず腹腔鏡手術において超音波凝固切開装置は広く普及しており、当科では主要な超音波凝固切開装置としてハーモニック® HD1000i（以下：ハーモニック）を使用している。今回、42歳の子宮筋腫症例に対して腹腔鏡下子宮全摘出術を行った際、手術終了間際にハーモニック先端の破損が確認され、これが術野に残る可能性が生じた。腹腔内を慎重かつ注意深く観察したところ、3 mm程の欠損部分をダグラス窩の直腸表面上に発見し迅速かつ確実に回収できた。後方視的に手術動画を確認すると、左子宮傍結合織をハーモニックで処理中に先端破損が起きたと推察され、その後は破損した器械を使用している認識なく手術が進行されていた。術中にハーモニックのジェネレーターエラーが一度起きていたことから、その際に器械破損を念頭に検索すべきであった。超音波凝固切開装置の破損は稀であるが、術中にその事態が発生した際には、手術の安全性確保のため早期発見と適切な対応が不可欠である。これは常に起こりうる器械トラブルの一つとして認識することが必要であり、その発生頻度や対策などに関して報告する。

## 一般演題

14:40～15:20 Session 4

座長 藤田医科大学ばんだね病院 塚田和彦先生

### 16. 高度の子宮後屈に伴い子宮留血腫を呈した autoamputation ovary の1例

岡崎市民病院

○吉川麻里奈, 森田剛文, 青山 章, 榊原尚敬, 木村真梨子, 根井 駿, 井土琴美,  
河井啓一郎, 白崎茉莉, 野坂和外, 榊原克巳, 後藤真紀

【諸言】子宮留血腫は頸部腫瘍や狭窄によって多くが生じ、高齢者に好発する。今回、若年女性において高度子宮後屈に伴い子宮留血腫を呈した症例を経験した。

【症例】16歳、未妊。既往歴：生後4ヶ月時の骨盤内のう腫摘出術 現病歴：原発性無月経および腹痛にて受診。画像所見：子宮後屈・子宮留血腫・右卵巢内膜症性のう胞、左卵巢不明瞭。既往手術に伴う頸管狭窄もしくは高度の子宮後屈による子宮留血腫と診断、腹腔鏡下骨盤内精査を計画した。手術所見：右付属器内膜症性のう胞、萎縮した左卵管および右卵巢堤索周囲に付着した卵巢様組織を視認、腹腔鏡下癒着剥離および両側子宮円靱帯短縮術、経膈下での頸管拡張を実施した。術後経過：後屈は完全解除されなかったが留血腫の再燃なく周期的月経発来を認めている。

【考察】本症例では卵巢付着位置異常の原因として autoamputation ovary の発生および再移植が示唆された。さらに位置異常による子宮牽引や術後癒着に伴う高度の子宮後屈により子宮留血腫を来し、内膜症の発生や癒着の増悪に関与したと考えられた。細径鉗子や reduced port surgery による低侵襲手術は症状改善に有効であった。

### 17. 膀胱鏡補助下に腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した膀胱子宮内膜症の一例

三重県立総合医療センター 産婦人科, 泌尿器科

○浪崎景加, 竹内紗織, 手嶋将人, 玉石希絵, 古橋美美, 河村卓弥, 服部日東美, 大里和広,  
朝倉徹夫, 田端勇作

【緒言】膀胱鏡補助下に腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した膀胱子宮内膜症の一例を経験したので報告する。

【症例】39歳、女性。2妊2産、経膈分娩1回、帝王切開1回の既往がある。単純CTで膀胱腫瘤を指摘され当院泌尿器科へ紹介、膀胱鏡検査で膀胱三角部から後壁にかけて blueberry spot を伴う腫瘤を認め、膀胱子宮内膜症疑いとして当科へ紹介となった。肉眼的血尿や排尿時痛は認めないが月経周期に一致した頻尿の自覚があった。保存療法、根治療法につき説明し、後者を希望した。全身麻酔導入後、両側尿管ステントを留置した。腹腔鏡下に膀胱と子宮、前腔壁を十分に剥離した。膀胱鏡下に腫瘍辺縁から5-10 mm の surgical margin を取ってマーキングし全周性に切開をすすめ、穿破した。腹腔鏡下に3 cm 大の腫瘍を切除し、膀胱壁は2層縫合で閉鎖した。術後よりジエノゲスト内服を開始、術後6日目に膀胱造影、術後2ヶ月で膀胱鏡を施行し問題はなかった。

【考察】膀胱子宮内膜症に対して腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した。術前に尿管ステントを留置し術中膀胱鏡を併用することで、尿管損傷等の合併症なく、十分な margin をもって腫瘤を摘出できたと考えた。

## 18. 腔断端離開に対し腹腔鏡下大網充填術を行い良好な転帰を得た1例

藤田医科大学医学部 産婦人科学<sup>1)</sup> 腎泌尿器外科学講座<sup>2)</sup> 総合消化器外科<sup>3)</sup>

○山田美由美<sup>1)</sup>, 野村弘行<sup>1)</sup>, 高田恭平<sup>1)</sup>, 小林 新<sup>1)</sup>, 大脇晶子<sup>1)</sup>, 伊藤真友子<sup>1)</sup>, 市川亮子<sup>1)</sup>,  
糠谷拓尚<sup>2)</sup>, 廣 純一郎<sup>3)</sup>, 須田康一<sup>3)</sup>, 西澤春紀<sup>1)</sup>

今回、我々は子宮全摘出後の膀胱癌腔断端再発による腔壁離開に対し、腹腔鏡下で大網を離開部に被覆した1例を経験したため報告する。症例は70歳、膀胱癌腔転移に対し術前化学療法2サイクル施行後、ロボット支援下膀胱全摘出術、回腸導管造設術、子宮全摘出術、両側付属器摘出術、腔壁切除術を行った。術後3ヶ月で腔壁再発を認め、化学療法を開始したが奏効せず、術後10か月で後腔壁は腫瘍で完全に置換された状態であった。術後11ヶ月で発熱を主訴に救急外来を受診、その際の診察で腔断端離開、腔からの腸管脱出を認めた。腸管の腹腔外脱出による腹膜炎と診断し、抗菌薬治療による感染コントロール後に腹腔鏡下大網充填術を施行した。腹腔鏡下で大網を腔外まで誘導し、経腔的に腔断端に縫合固定した。術後経過は順調で術後7日目に退院となった。その後化学療法を再開、腔腫瘍は縮小し現在に至るまで腔離開は認めていない。大網充填は消化管穿孔などの修復に良く用いられる手段であるが、本症例では腔断端離開にも有用であった。

## 19. 卵巣内膜症性嚢胞感染から胸腔膿瘍を形成した1例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

○佐藤亜理奈, 長船綾子, 松山泰寛, 浅井美香子, 野畑実咲, 黒田啓太, 服部 恵, 鈴木祐子,  
永井 孝, 梅津朋和

卵巣内膜症性嚢胞感染から胸腔膿瘍を形成し治療に難渋した症例を経験したので報告する。症例は35歳女性、不妊治療中の胚移植翌日に発熱、右下腹部痛を自覚し当院を受診した。画像、血液検査から右卵巣内膜症性嚢胞感染が疑われ同日入院し抗生剤治療を開始した。保存的治療で炎症の改善が乏しく、CTガイド下で右卵巣嚢胞のドレナージ、洗浄した。しかし炎症の改善がみられず、CTで新規の骨盤底の膿瘍及び腹膜炎が出現し、緊急腹腔鏡下洗浄・ドレナージ術を施行した。腹腔内では右卵巣と子宮後面、直腸が癒着しており、右卵管切除、右卵巣嚢胞摘出術を行った。術後3日目に発熱、右側胸部痛、及び炎症反応の再上昇を認め、CTを再検査したところ、骨盤底の膿瘍は縮小していたが右胸腔に被包化された胸水を認めた。臨床症状から膿胸を否定できないため、術後4日目に胸腔ドレナージを施行し、黄色透明な排液を認めた。抗生剤点滴治療を継続し、術後8日目に血液検査で炎症の改善がみられ抗生剤内服へと切替え、術後11日目に退院とした。

## 20. 帝王切開癒痕部症候群に対し腹腔鏡下癒痕部修復術後に妊娠した症例の検討

豊橋市民病院 産婦人科

○富田斐月香, 梅村康太, 梅村周平, 菅沼寛明, 小梶正人, 鈴木敬子, 古井達人, 玉木修作,  
古井憲作, 鈴木邦昭, 山田友梨花, 嶋谷拓真, 諸井條太郎, 甲木 聡, 河合要介, 安藤寿夫,  
岡田真由美

**【緒言】** 帝王切開癒痕部症候群 (cesarean scar syndrome : 以下CSS) は、帝王切開後の陥凹性癒痕により過長月経や続発性不妊症等を引き起こす症候群である。今回、CSS修復術後に妊娠した症例を経験したため報告する。

**【症例】** 30代前半、3妊2産。第1子、2子は帝王切開で娩出した。第2子分娩後に他院MRIで子宮体下部の筋層の菲薄化と陥凹部の血種を指摘され、CSSの診断となった。過長月経と挙児希望があり、CSS修復術目的に当科紹介となった。当科で子宮鏡併用腹腔鏡下癒痕部修復術を施行、術後のMRI検査で癒痕部の消失を確認した。術後1年後、他院にてICSIで妊娠成立、妊娠8週頃当科紹介となった。当科受診時、CSS修復部の異常所見は認めず、現在は当科で妊娠管理中である。

**【考察】** CSSは近年注目されており、手術報告が増加している。今後もCSSは増加すると考えられ、治療法として子宮鏡併用腹腔鏡下手術は有用である。一方、CSSの診断や手術方法、妊娠管理について未だ確立されておらず、更なる症例の蓄積と検討が必要である。

## 21. 正常妊娠確認後に腹腔内出血を認め正所異所同時妊娠の診断に至った一例

三重県立総合医療センター<sup>1)</sup> 四日市レディースクリニック<sup>2)</sup> ひとみウィメンズクリニック<sup>3)</sup>  
市立四日市病院<sup>4)</sup>

○手嶋将人<sup>1)</sup>, 竹内紗織<sup>1)</sup>, 玉石希絵<sup>1)</sup>, 浪崎景加<sup>1)</sup>, 古橋美美<sup>1)</sup>, 河村卓弥<sup>1)</sup>, 小林良幸<sup>2)</sup>,  
服部日東美<sup>3)</sup>, 長尾賢治<sup>4)</sup>, 朝倉徹夫<sup>1)</sup>, 大里和弘<sup>1)</sup>

**【緒言】** 正所異所同時妊娠は非常に稀であり、自然妊娠で0.003%、生殖補助医療では0.025%程度とされている。超音波検査での診断率は26.3%との報告もあり、破裂や腹腔内出血を契機に手術が施行され、正所異所同時妊娠が見つかることも多い。正常妊娠確認後、下腹部痛と腹水貯留を契機に左卵管妊娠が確認された症例を報告する。

**【症例】** 32歳2妊1産、クロミッドタイミング療法で妊娠成立。妊娠5週4日に子宮内に胎嚢確認、妊娠6週4日下腹部痛・腹水貯留あり当院搬送。左卵管にも胎嚢を認め内外同時妊娠の診断で緊急手術実施、腹腔内出血2 Lと左卵管膨大部妊娠を認め、腹腔鏡下左卵管切除術を施行した。術後経過・妊娠経過は良好であり、妊娠39週4日に経膈分娩で3004 gの児を得た。

**【結語】** 妊娠反応陽性で子宮内に胎嚢を認めた場合でも、子宮付属器や骨盤腔を観察し、下腹部痛や腹水を認めた際は、正所異所同時妊娠の可能性を考慮することが重要である。症状から異所性妊娠を認めた際も、マニピュレーターを挿入するならば子宮内に正常妊娠がないか確認したい。異所性妊娠手術後に、流産せずに妊娠経過良好で経膈分娩に至った症例を経験した。

## 22. vNOTESから腹腔鏡下子宮全摘術に移行した肥満患者の1例

春日井市民病院

○佐藤麻美子, 大塚かおり, 池淵圭祐, 青木羽衣, 安達弥生, 板東眞有子, 服部諭美,  
高村志麻, 伊藤充彰

**【緒言】** vNOTESとは膈からカメラや鉗子類を挿入し子宮や卵巣を摘出する手術である。当院では2022年12月より導入し2023年5月までに8例実施した。そのうち1例でvNOTESを断念し腹腔鏡下子宮全摘術となったため報告する。

**【症例】** 42歳女性、169 cm 117 kg (BMI 41)、1妊1産、異型内膜増殖症のためMPA療法実施していたが、12週間後の判定時も消失していなかったため子宮全摘予定となった。開腹手術、腹腔鏡手術いずれも高度肥満のため合併症の危険性が高いと判断しvNOTESを試みた。

**【手術】** 手術時間5時間7分、出血760 ml。膈式子宮全摘術と同様子宮頸部粘膜を全周性に切開しダグラス窩腹膜および膀胱子宮窩腹膜を切開しリトラクター挿入を試みたが膈および肥満による会陰の脂肪のためリトラクターが腹腔内まで到達しなかった。この状態でアドバンスドバイポーラー使用し基帯帯を処理していたが途中で骨盤側の子宮基帯帯血管より出血を認め視野不良のため止血困難と判断し腹腔鏡操作に移行し止血し子宮を摘出した。

**【考察】** BMI40以上の患者に対する報告では肥満による視野不良での術式の変更はないとの事だった。今回の反省を踏まえ改善策を提示する。

## 23. 腹腔鏡下付属器切除術後にCO<sub>2</sub>ナルコーシスに陥った高齢患者の1例

独立行政法人労働者安全機構 中部労災病院

○大川明日香, 渡部百合子, 茂木一将, 曾根原玲菜, 関谷敦史, 柴田大二郎

**【緒言】** 腹腔鏡下手術は侵襲の低さから高齢者に対しても有用な手術方法である。しかし、高齢患者では心肺機能などが低下しており、慎重な周術期管理が必要である。今回我々は術後にCO<sub>2</sub>ナルコーシスとなった高齢患者の症例を経験したため報告する。

**【症例】** 79歳女性、良性卵巣腫瘍のため当院紹介となった。術前の呼吸機能検査にて閉塞性障害を認めた。全身麻酔下に腹腔鏡下付属器切除術を施行した。抜管後覚醒良好であり術後硬膜外鎮痛を開始し退室したが、3時間後に意識障害と呼吸不全を呈したため気管挿管してICU入室を要した。動脈血ガス分析ではCO<sub>2</sub>貯留とアシデミアを認めCO<sub>2</sub>ナルコーシスと診断した。人工呼吸管理で動脈血ガス所見と意識レベルの改善を認めた。翌日には自発呼吸は安定し、抜管してICU退室、術後7日目に後遺症なく自宅退院となった。

**【考察】** 今回発生した術後の呼吸不全の原因として術中の麻酔薬の遷延、術後硬膜外鎮痛の麻薬の影響、脳血管疾患、誤嚥、COPD・気管支喘息などが考えられた。しかし、本症例で原因を特定することは困難であった。全身麻酔および術後管理を行う上で産婦人科医間でもこのような症例の共有は有用と考えた。

## 24. ジエノゲストによる子宮内膜破綻出血のため緊急でマイクロ波子宮内膜焼灼術(MEA)を施行した1例

名古屋市立大学産科婦人科

○間瀬聖子, 矢野好隆, 塩澤文字, 後藤崇人, 篠田弥紀, 小川紫野, 西川隆太郎, 杉浦真弓

ジエノゲストは子宮内膜症および子宮腺筋症治療薬の一つで、副作用に不正性器出血があることは広く知られている。今回、多量不正性器出血に対し緊急でMEAを施行した症例を経験したので報告する。症例は49歳、2経妊1経産。既往歴にネフローゼ症候群あり。34歳時に左チョコレート嚢胞摘出術および子宮筋腫核出術を施行されている。過多月経および過長月経あり、前医受診し子宮腺筋症と診断された。偽閉経療法後ジエノゲスト開始となったのち、当院へ紹介受診された。ネフローゼ症候群の精査のため、約9ヶ月間ジエノゲスト内服を中断したが、薬剤性ネフローゼ症候群は否定されたため、その後内服を再開した。不正出血および月経様の下腹部痛もときどきあり、手術療法も提示したが、薬物療法を希望されたため、ジエノゲスト継続した。内服再開から9ヶ月後、多量の不正性器出血および一過性意識消失のため当院救急外来を受診し入院となった。入院後も多量の性器出血が継続し、進行性の貧血を認めたため、止血目的に緊急でMEAを施行した。術後経過は良好で現在まで月経再開していない。薬物療法での止血が困難である症例に対し、MEAは有用である可能性が示唆された。



## 25. 卵巣腫瘍茎捻転に対し、捻転卵巣温存手術を施行した1例

伊勢赤十字病院

○村上菜々子, 紀平知久, 日下直子, 若林慧美里, 萩元美季, 田中浩彦, 奥川利治, 前川有香

【緒言】 径12 cm大の卵巣成熟奇形腫瘍茎捻転に対し、捻転卵巣温存手術を施行した。術後、保存的に経過観察していたが、発熱、炎症反応高値の状態が継続したため、再度腹腔鏡下手術を行い、癒着剥離術、卵巣部分切除術を施行したことで全身状態が著明に改善した症例を経験した。

【症例】 29歳、未妊、性交渉歴なし。持続する右背部痛を主訴に近医受診し、CTで卵巣成熟奇形腫瘍の茎捻転が疑われ当院紹介搬送となった。未妊のためできる限り温存する方針とした。術中、付属器の捻転を解除したところ、卵管の色調が急速に改善したため嚢腫核出術を試みた。腫瘍は破綻し内容物が腹腔内に漏出したが、可及的に吸引後、腹腔内を洗浄し手術終了した。しかし、術後炎症反応高値が持続し、抗生剤による保存的治療を行っていたが、改善は乏しかった。CT上、骨盤内膿瘍の形成が疑われたため、術後17日目に再度腹腔鏡下手術を施行した。癒着剥離、同卵巣部分切除術を施行し腹腔内を十分に洗浄したところ、炎症反応は著明に改善し、術後4日目に退院となった。

【結語】 茎捻転および、術後の膿瘍形成を経て温存した卵巣にどの程度の機能が残っているかの評価は難しい。文献的考察を加えて報告する。

## 26. 逆行性卵管疎通性検査にて双頸双角子宮と不全膈閉鎖の診断を得た1例

JA 静岡厚生連静岡厚生病院<sup>1)</sup> 浅田レディース品川クリニック<sup>2)</sup> 長谷川産婦人科医院<sup>3)</sup>

○角田真貴<sup>1)</sup>, 齋藤將也<sup>2)</sup>, 伊賀崎麻里<sup>1)</sup>, 佐藤あずさ<sup>1)</sup>, 中山 毅<sup>1)</sup>, 長谷川瑛<sup>3)</sup>, 長谷川美美子<sup>3)</sup>

【緒言】 逆行性卵管疎通性検査にて双頸双角子宮、不全膈閉鎖の診断を得た1例を経験したので、患者の同意を得た上で報告する。

【症例】 36歳、G0P0。原発性不妊症にて近医を受診され、子宮卵管造影検査にて左卵管閉塞の診断を受け、当院に卵管鏡下卵管形成術目的に紹介となった。MRI検査にて双角子宮の診断、膈鏡診にて子宮頸部を1つ認めたため、単頸双角子宮と診断し、腹腔鏡下卵管鏡下卵管形成術と子宮鏡下子宮中隔切除術を行った。軟性子宮鏡にて観察するも右卵管口しか認めず、単角子宮と思しき所見であった。子宮頸部より疎通性検査するも、右卵管口からの流出を認めるのみであった。単角子宮、左子宮が閉鎖している可能性を考えた。そこでエラストマー注入穿刺針（株式会社八光）のプラスチックカニューレを左卵管采より挿入し、逆行性に疎通性検査を施行したところ、尿道口より1 mmほど下部より色素の流出を認め、不全膈閉鎖の存在を確認した。電気メスにて膈中隔を切除したところ、左子宮頸部を認め、双頸双角子宮と不全膈閉鎖の診断に至った。術時間2時間30分、出血15 cc。

【考察】 逆行性卵管疎通性検査が女性生殖器の奇形の診断の一助となる可能性が示唆された。

## ワークショップ 「内視鏡・ロボット手術における教育法を再考する」

15:20～17:20

座長 名古屋市立大学 西川隆太郎先生

### 1. 当院での若手ラパロスコピストの育成法

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 産婦人科

○梅津朋和, 松山泰寛, 浅井美香子, 野畑実咲, 佐藤亜理奈, 秋田寛文, 黒田啓太, 服部 恵, 鈴木祐子, 永井 孝, 長船綾子

当院では年間約300件の低侵襲手術を行っている。人員の余裕がないため、若手ラパロスコピストの育成が急務である。今回、当院でのラパロスコピストの育成法を報告する。

まず腹腔鏡に興味を持ってもらうため、初期研修医、専攻医を対象に院内縫合セミナーを開催している。そして若手医員を対象としたアニマルラボでのトレーニングも年1回開催し、屋根瓦式教育を行っている。

当院ではロボット支援手術は腹腔鏡手術の延長であると考え、まずは腹腔鏡手術の技術習得を目指す。専攻医は異所性妊娠、付属器切除から執刀を開始し、TLHの第一助手、術者へと進み、専攻医1年目終了時にはTLHが執刀できることを目標としている。また当院には手術画像記録装置を導入しているため、手術終了後に動画を確認し、欠点の修正を行っている。産婦人科専門医取得後は腹腔鏡技術認定の修練の開始を行い、3年後の技術認定医を目指している。同時にda Vinci Certificateを取得し、ロボット支援手術の執刀も開始している。ロボット支援手術は Dual consoleで手術を行うことで、指導を受けやすい環境で行っている。

現在までに3名の腹腔鏡技術認定医を輩出し、そして4名が修練を開始している

### 2. 修練医の立場から考える腹腔鏡手術とロボット手術

豊橋市民病院

○諸井條太郎, 梅村康太

2018年に良性疾患に対するロボット支援子宮全摘術（RTLH）が保険収載となって以降、当院では若手がロボット手術助手に早期に習熟し、da Vinci Certificateを取得後にプロクターからの直接指導を通して手術経験を積み単独手術を行えるまでレベルアップする教育体制が確立してきた。従来の腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）の助手・執刀経験から婦人科内視鏡学会技術認定医を目指す仕組みから大きく変遷を迎えており、ロボット手術増加の流れは今後も続くと考えられる。今回、TLH/RTLHの位置づけを修練医の視点から改めて明らかにすることを目的として、自身が執刀したTLH/RTLH（13件 vs 30件）での手術時間（平均110分 vs 115分、 $p=0.564$ ）の比較や、摘出検体重量（251 g vs 199 g、 $p=0.295$ ）、ラーニングカーブ等を検討し、ロボット支援手術の教育体制について考察する。

### 3. 岐阜大学関連施設における腹腔鏡技術認定医取得を再考する

岐阜大学医学部附属病院 産婦人科

○桑山太郎, 竹中基記, 志賀友美, 菊野享子, 磯部真倫

現在、婦人科腹腔鏡手術に対する需要が増えていると同時に腹腔鏡手術を習得したい若手医師が多いのも周知の事実である。岐阜大学関連施設では、これまで大学病院、関連施設が一体となり、多数の技術認定を輩出してきた。また今後は、ロボット手術の増加にともない、若手医師が腹腔鏡技術認定医のみならず、ロボット支援下手術技術認定医取得を目指すことも予想される。今回、これまでの岐阜大学関連施設での技術認定医合格の歴史について振り返り報告する。また若手医師が今後、腹腔鏡技術認定医の取得を希望するか、希望のサブスペシャリティにより違いがあるのかなど詳細に検討する。また、既に技術認定医取得している医師に対しても修練中の詳細についてアンケートを行い、有効な教育方法や修練方法について探索する。技術認定医取得希望の有無に関わらず、近年導入されると言われているロボット支援下手術技術認定制度についてもその取得希望をについてアンケート調査を行い報告する。

### 4. ロボット手術の教育法－当院での取り組み－

三重大学医学部附属病院

○牧野麻理恵, 吉田健太, 松本剛史, 真木晋太郎, 金田倫子, 二井理文, 鳥谷部邦明, 田中博明, 近藤英司, 池田智明

2018年4月にロボット手術が保険収載され、その数は増加の一途を辿っている。当初は主にエキスパートが施術していたが、3D視野や鉗子操作の自由性より Learning curve が速く、より多くの術者が施術出来るようになった。現在、三重県内の二次施設は7施設あり、内6施設では既にロボット手術を導入済みで、術者は県内で20名在籍している。術者の開始のタイミングは、専攻医開始後、専門医取得前後、技術認定医取得前後が考慮されるが、今回三重県産婦人科でアンケート調査を行った。教育に関しては、助手は専攻医開始と共に certificate を取得し、助手をしながら、教科書と手術ビデオ学習を行う。助手を経験することで、患者への安全性を学ぶ。実際に術者となった後、徐々に執刀のパートを増やしていく。デュアルコンソールは腹腔鏡手術と異なり、同一の視野でカーソル操作での指導や switch 機能での指導が可能であり当院でも積極的に使用している。リモートによる手術見学も行っており、今後は遠隔での指導を検討している。シュミレーターによるトレーニングも技術向上に役立つが、研修医・学生の産婦人科へのリクルートにも有用であると考えられる。スムーズな導入のため、当院での取り組みを紹介する。

## 5. ロボット支援下手術全盛時代における当院での鏡視下手術教育について

浜松医科大学

○伊藤敏谷, 大山千恵, 大脇克也, 窪川瑞生, 西松雄基, 水島 恵, 趙 現, 望月琴美,  
東堂祐介, 成味 恵, 松家まどか, 柴田俊章, 村上浩雄, 安部正和, 伊東宏晃

当院ではロボット支援下手術が鏡視下子宮全摘の中心となり、2022年度に行われた良性子宮疾患に対する鏡視下子宮全摘術の約7割を占め、若手医師の腹腔鏡下子宮全摘の執刀機会は減少している。また、ロボット支援下手術の最大の特徴は術者個人でほぼ完結する solo surgery である点だが、腹腔鏡手術での助手の経験を奪っていることも事実である。とはいえ、若手医師にとって腹腔鏡下子宮全摘は習得すべき基本手術であり、限られた症例での執刀・助手の機会を最大限に活かせるように、手術以外でのトレーニングや学習を重視し指導している。手術の勉強会、ドライボックスでの縫合練習、定期的なタイム測定会などの直接的指導をはじめ、上級医は定型化された理解しやすい手術を心がけ、手術動画は容易に閲覧出来るよう医局施設内でネットワーク化し予習、復習を促している。腹腔鏡と同時または先行してロボットを学ぶ時代が到来しており、当院では産婦人科専門医取得前後からロボットの執刀を開始させている。助手資格は入局後出来るだけ早期に取得させ、ロボットに慣れさせることも大切である。依然模索中ではあるが、当院での現在の鏡視下手術教育について提示する。

## 6. 微細な構造をよく見て考えよう ～手術の道標～

名古屋大学産婦人科

○池田芳紀, 植草良輔, 松川哲也, 可世木聡, 長尾有佳里, 安井裕子, 伊吉祥平, 田野 翔,  
吉田康将, 吉原雅人, 玉内学志, 清水裕介, 横井 暁, 芳川修久, 新美 薫, 中村智子,  
大須賀智子, 梶山広明

腹腔鏡・ロボット手術の最大の利点は、よく見えるということである。拡大視野で微細な血管、リンパ管、脂肪の色・艶・形までよく見える。腹腔鏡・ロボット手術では術野から非常に多くの情報が得られる。肉眼解剖に基づいてこれが尿管でこれが子宮動脈で膀胱はここで・・・という術野の見方だけではもったいない。顕微鏡でプレパラートを覗くかのように、カメラで術野を覗きに行ってよく見る。肉眼でも同定可能な構造物を頼りに手術を進めるのではなく、より細かい情報を術野から得て手術を進めるように指導している。すなわち、これが尿管でこれが・・・で、というマクロな構造物を見るだけでなく、毛細血管やリンパ管の走行、脂肪の質感の違いなど微細な構造を見ようと努める。微細な構造を見ようとして術野を見てみると、最初はわからなかったのにだんだんとわかるようになってくる。見えてきた微細な構造から情報を得て、自分がどこを切るべきか、間違った方向に進んでいないかを考える。腹腔鏡・ロボット手術の拡大視野から得られた詳細な情報は、まさに手術の道標となる。

## 7. あえての古き教育方針

藤田医科大学 岡崎医療センター 婦人科<sup>1)</sup> 藤田医科大学 ばんだね病院 産婦人科<sup>2)</sup>

○干場 勉<sup>1)</sup>, 高木淳一<sup>1)</sup>, 鍋谷 望<sup>1)</sup>, 鳥居 裕<sup>1)</sup>, 安江 朗<sup>1)</sup>, 塚田和彦<sup>2)</sup>, 藤井多久磨<sup>1)</sup>

コロナ禍中開院の当院も手術は漸増し専攻医が2名いる。山本五十六の「やって見せ、言って聞かせて、させてみて、誉めてやらねば人は動かじ」の教育原則は不変だが「答える」を追加してあえて古きに立ち返りたい。

「やって見せ」ビデオ見返しは必須で新発見もある。従来開腹では叶わなかったことと認識すべきである。「言って聞かせて」ただ聞かせても無駄。解剖や手順の予習が大事である。沢山の教人も初心者には皆同じ重さなのでポイントを絞る。「させてみて」未熟状態の全執刀はNG。助手がまとものできる、即ち何故そうするか理解出来ている事が執刀条件である。無理な執刀は術者にトラウマを残す。工程を分けて少しずつクリアする。「誉める」やる気が出なければ教育は無駄。手術の素晴らしさ知ってもらう。ロボットや4Kは実感を得やすい。

「答える」修練者が能動的に聞いてこそ記憶に残る。ただし『ここ切っているですか』はNGで『…なので切っているですか』と理由を述べて聞くと理解は深まるので気軽に答えるようにする。

## 指定教育講演

## 8. われわれの目指す骨盤手術教育

京都大学 産婦人科

○堀江昭史

近年鏡視下手術の目覚ましい進歩に伴い、骨盤手術教育も大きく転換している。開腹手術が一般的であった1990年代から腹腔鏡手術の台頭、更には2010年代になりロボット手術が導入され、我々自身が新しい手術技術を習得する必要があるのと同時にその技術をどのように若手教育に昇華させていくかが現代の手術教育に求められている。今やTLHは若手が解剖を学ぶ上での導入的の手技となり、さらにより困難な子宮内膜症手術を安全に行うための解剖学的知識、さらには巨大な子宮筋腫への対応、悪性腫瘍手術を行うための複雑な手術手技の習得と、若手に求められる鏡視下手技もより複雑化している。われわれの考える手術教育においては、知識教育、技術教育、態度教育としての基本的な考え方と反復した技術的トレーニングにより技術を向上させることが重要であると考えている。さらにロボット手術にも対応する手術トレーニングプログラムを加味することで、より現代の手術教育にマッチさせた、初学者から中級者が継続的に就学可能な手術指導プログラム作りを目指している。本講演ではこのような当院における手術教育システムについて解説する。

## 特別講演

18:00～19:00

座長 豊橋市民病院 梅村康太先生

### 「婦人科内視鏡手術 the long and winding road」

神戸大学大学院医学研究科 産科婦人科分野

○寺井義人

婦人科手術は骨盤腔内の奥深くの血管、靭帯処理を行う必要があり、従来の開腹手術では、骨盤奥深い術野の視野展開や操作は困難で、しばしば大出血を引き起こしたりする難易度の高い手術であることが知られている。一方、腹腔鏡手術やロボット手術では、傷の小ささによる術後疼痛の軽減や整容性の点はもちろんのこと、カメラによる拡大視野によって、血管走行や小血管、骨盤神経叢などを見ながら、より精緻な操作ができるなどメリットが大きい。また、助手も含めた術者全員が同じ画面を見ながら手術をすることができ、手術術野の共有とともに教育的にも骨盤解剖を理解しやすい面でも大きなメリットがある。本邦における婦人科悪性腫瘍に対する内視鏡手術は、2014年に早期子宮体癌に対して骨盤リンパ節郭清術までが腹腔鏡手術で保険適用となり、2018年に子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘出術と早期子宮体癌に対するロボット手術が保険適用となった。まさに、婦人科腫瘍に対する内視鏡手術は、腹腔鏡手術からロボット手術へと適用が進み、婦人科悪性腫瘍に対する内視鏡手術は広がりを見せつつあるが、一方でまだまだ歴史が浅いためevidenceが少なく長期予後の有意性があるのか、安全な手術術式の標準化がなされているのかなど多くの課題もある。婦人科領域での道のりと今後の展望について述べたい。