



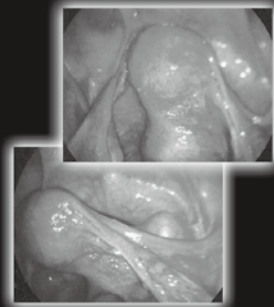
東海産婦人科 内視鏡懇話会雑誌



東海産婦人科内視鏡懇話会

子宮操作通水器具

A SIGNIFICANT ADVANCEMENT IN UTERINE POSITIONING AND CONTROL



一歩進んだ内視鏡器具

RUMI IITM

Rowden Uterine Manipulator Injector

内視鏡下手術に於ける幅広い適応

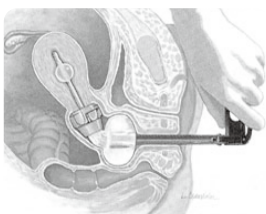
- 骨盤腔内の露出 ●卵管色素テスト ●鉗子等のアクセス
- 卵管造形 ●子宮の上下、左右方向への索引
- TLH、LAVH時の子宮固定



カタログNo	商品名	単位
UMH600	ルミIIリユーズブルハンドル	(1本)
UML516	ルミIIディスプレイザブルチップ	(5.1mm径・6cm) (5本入・1箱)
UMW676		(6.7mm径・6cm) (5本入・1箱)
UMB678		(6.7mm径・8cm) (5本入・1箱)
UMG670		(6.7mm径・10cm) (5本入・1箱)
KCS-30	ディリニエーターカップ	(ステンレス30mm) (1ヶ入)
KCS-35		(ステンレス35mm) (1ヶ入)
KCS-40		(ステンレス40mm) (1ヶ入)
KCP-30	ディリニエーターカップ	(合成樹脂30mm) (1ヶ入)
KCP-35		(合成樹脂35mm) (1ヶ入)
KCP-40		(合成樹脂40mm) (1ヶ入)
CPO-6	ニューモオクルーダー	(6ヶ入・1箱)

コルポトマイザーシステム

Dr.KOH考案の“コルポトマイザーシステム”は、ディリニエーターカップとニューモオクルーダーから構成される腹腔鏡下膈壁切開システムです。ルミシステムに装着し、子宮の可動性を最大限に活かし、処置範囲の視野を広げ、巧みな操作に十分なスペースを提供しつつ、安全で正確な切開部位の決定をサポートします。



ニューモオクルーダー

気腹ガス漏れを防止するバルーンで膈壁切開、ダグラス窩切開後も通常どおり腹腔鏡処置を行うことができます。



ディリニエーターカップ

適切な切開部位を確認でき、予定外部位の切開、穿刺を防止します。



※ルミディスプレイザブルチップ及びニューモオクルーダーは、ディスプレイザブル製品につき再滅菌・再使用はしないで下さい。 ※仕様・形状・価格については、改良等の理由により予告なく変更することがあります。 承認番号 20700BZY00600000

-目次-

巻頭言

東海産婦人科内視鏡懇話会雑誌発刊に向けて

日本産科婦人科内視鏡学会理事長 吉村 泰典 2

ご挨拶

東海産婦人科内視鏡懇話会

代表世話人 廣田 穰 3

原著論文

単孔式腹腔鏡手術の傷に対する女性の意識

浜松医科大学産婦人科学教室

望月 亜矢子、宮部 勇樹、伊東 宏晃、杉原 一廣、金山 尚裕 4

単孔式腹腔鏡手術における体内縫合

～初心者からエキスパートまで応用可能な結紮法の工夫～

藤田保健衛生大学医学部 産科婦人科学教室

坂部慶子、安江 朗、伊藤真友子、伊東雅子、南 元人、西尾永司、塚田和彦、
廣田 穰、宇田川康博 10

当院における子宮筋腫に対する腹腔鏡下手術の検討

名古屋大学医学部 産婦人科

森 正彦、岩瀬 明、大須賀智子、斎藤 愛、加藤奈緒、近藤美佳、杉田敦子、
中村智子、宮崎和加奈、中原辰夫、後藤真紀、吉川史隆 17

東海産婦人科内視鏡懇話会抄録 25

会則 40

役員 42

過去の東海産婦人科内視鏡懇話会履歴 44

投稿規定 46

東海産婦人科内視鏡懇話会 雑誌発刊に向けて

日本産科婦人科内視鏡学会理事長

吉村 泰典

医療技術の進歩に伴い、最近の医療においては低侵襲性、安全性、倫理性さらには経済性も要求されるようになってきています。近年の内視鏡手術の発展と普及には目覚ましいものがあり、社会の内視鏡手術に対する要求や高い技術への期待も高まっています。日本産科婦人科内視鏡学会は、本邦における産科婦人科領域における内視鏡下手術の進歩と発展を図り、国民に対し安全で安心な医療を提供する重大な責務を負っています。本会による内視鏡技術認定制度は9年が経過し、認定技術者は現在300名を超えています。今や内視鏡下手術は産婦人科医にとって実地臨床上必須技術となっており、国民からは安全で、確実な手術を実施することが要求されています。これら技術の標準化および安全対策上の要件として、内視鏡下手術への深い造詣と修練が広く要求されることは贅言を要しません。そのためには各地域における内視鏡下手術の教育ならびに技術向上のための研修会などが必要となります。このたび、東海産婦人科内視鏡懇話会において婦人科内視鏡下手術関連の機関誌を発刊されることは、本邦では初めての試みであります。貴会におかれましては、斯界の先導者たるべく日夜革新を重ねられ、本誌を通してその成果を進歩の証として社会に示していただきたいと切に願います次第です。



ご挨拶

東海産婦人科内視鏡懇話会

代表世話人 廣田 穰

本懇話会は、「東海地方における産婦人科領域の内視鏡手術の発展、普及のために最新の学術情報の交換や技術の習得を行う」ことを目的に発足しました。第1回の懇話会は、平成11年10月30日に栄ガスビルで開催され、その内容は一般演題9題と当時の日本産科婦人科内視鏡学会理事長 佐藤和雄先生に特別講演をお願いしました。第2回目からの学術集会の内容は ●一般演題、●特別講演、●ワークショップの3本立てとなり、現在に至っております、また学術集会以外にもウェットラボでの技術講習会を毎年実施しており、参加者には日本産科婦人科内視鏡学会から正式な受講証が授与されています。我々の懇話会は、医師およびコ・メディカルスタッフを参加対象としており、“風通しの良い” “本音で話ができる”会の運営を目指しています。

さて今年の懇話会のトピックは、1. 懇話会雑誌の上梓と 2. ホームページの作成です。懇話会雑誌は、これから婦人科内視鏡手術を始めて行く若手医師に論文投稿の場を提供し、日々の研究成果をまとめること、そして技術認定申請の際のハードルとなる「論文 5題以上」の要件に資することを目的にしています。そのため質の高い内容を担保し、かつ若手医師の今後の論文作成の一助となるように査読制を採用しました。今年は3編の投稿がありましたので是非、ご一読下さい。またホームページでは、今後の懇話会の活動や内視鏡手術の最新の情報提供を行うと共に投稿論文のオープンアクセス化も考えております。

本邦での婦人科内視鏡手術の歴史は既に四半世紀となり、体に優しい低侵襲手術として広く認知されています。今までは良性疾患を対象に内視鏡手術が行われてきましたが、今後は悪性疾患への応用が期待されており、技術面においてはロボット支援手術が大きくクローズアップされています。政治の世界では地方分権が叫ばれている昨今ですが、我々も愛知・岐阜・三重・静岡の4県から全国に最新の知見を発信していきたいと考えています。



【原著】

単孔式腹腔鏡手術の傷に対する女性の意識

Concerns among women regarding scarring from transumbilical single-port gynecologic laparoscopic surgery

望月 亜矢子、宮部 勇樹、伊東 宏晃、杉原 一廣、金山 尚裕
浜松医科大学産婦人科学教室

Ayako Mochizuki, Yuki Miyabe, Hiroaki Itoh, Kazuhiro Sugihara, Naohiro Kanayama
Department of Obstetrics and Gynecology
Hamamatsu University School of Medicine

【概要】

単孔式腹腔鏡手術は、外科・婦人科領域を中心に近年急速に普及しつつある。単孔式腹腔鏡手術は臍部に直接切開を入れることで、創部が臍に隠れてほとんどわからなくなるなど、その整容性の向上が期待される術式である。しかし、女性にとっての創部の整容性を評価するのは非常に難しい。そのため、比較的若い女性が患者となり得る婦人科領域において、実際に女性が手術創部をどのように考えているのかアンケート形式で調査した。

看護師を中心とした医療関係者及びその家族や知人、その他医療関係者以外など合計375人の女性を対象とした。自分が手術を受けると仮定して、創部の整容性の観点からどちらの皮膚切開法を希望するかを検討した。皮膚切開法は単孔式腹腔鏡手術(臍窩直上縦切開2.5~3.0cm)と恥骨上小切開手術(3~4cm)として比較した。

単孔式腹腔鏡手術 vs 恥骨上小切開手術 = 77人(21%) vs 289人(79%) [$p < 0.05$]で後者を希望する人が多かった。単孔式腹腔鏡手術を希望しない理由として、臍の変形の可能性を避けたいこと、臍を切開することに抵抗があるなどが挙げられた。今回の結果から、創部の整容性について患者は臍部切開について不安を抱えていることが示唆された。

Key Words: single-port laparoscopic surgery, cosmetic advantage, questionnaire

【緒言】

腹腔鏡を用いた低侵襲手術は、近年 reduced-port surgery という概念のもとに様々な工夫がなされ、その中でも特に単孔式

腹腔鏡手術は急速な普及と発展を遂げている術式である。単孔式腹腔鏡手術の傷は従来のものよりやや大きくなるが、創部が一つにまとまり、腹腔内を充分に見渡せる視野を確保できるなどの特徴がある。中でもこの術式の最大のメリットとして、創部が臍に隠れてほとんどわからなくなるという整容性の向上が大きく注目されている。特に腹部の脂肪が多く臍が深くなっている方が、創部が臍に隠れやすい傾向があると言える。

著者連絡先

望月 亜矢子

〒431-3192 静岡県浜松市東区半田山1-20-1 浜松医科大学産婦人科医局712号室

TEL : 053-435-2309 FAX : 053-435-2308)

E-mail : ayako_m0429@yahoo.co.jp

しかし一方で女性にとって創部の整容性を評価するのは非常に難しい。臍ピアスの流行もさることながら、インターネットを開いてみると美容整形で臍形成手術をうたうページも多くあり、臍の美容に対する関心の高まりがうかがえる。特に婦人科領域では腹腔鏡手術の適応疾患から20～40歳代と比較的若い女性が患者となり得るため、創部の整容性をより一層慎重に評価する必要がある。今回我々は、患者が手術創部をどのように考えているのか調査する目的でアンケートを作成し、女性にとっての創部意識を検討した。

【研究方法】

看護師などの医療関係者とその家族や知人、病院事務や調理師、その他医療関係者以外の女性を対象に匿名アンケートを作成した。対象の平均年齢は34歳（14～67歳）、平均BMIは20.4kg/m²（16.0～35.1kg/m²）であった。その内訳を表1に示す。医療関係者：299人（79.7%）（看護師291人、医師8人）、医療関係者以外（事務・調理師・美容師・会社員・主

婦など）：76人（20.3%）であった。年齢は20歳代173人（47.3%）、30歳代86人（23.5%）、40歳代61人（16.7%）で、婦人科腹腔鏡手術の患者となり得る比較的若い年齢層の意見が反映されていると考えられた（表2）。

アンケート内容は、自分が腹腔鏡手術を受けると仮定した時に、単孔式腹腔鏡手術と恥骨上小切開手術の2つの創部を提案された場合、整容性からどちらを選択するか尋ねた（図1）。単孔式腹腔鏡手術は臍窩直上に2.5～3.0cmの縦切開を加えるものとし、恥骨上小切開手術は恥骨上に3.0～4.0cmの横切開を加えるものとした。安全性には違いがないことを前提としており、当院が患者説明で用いるものと同じ内容の利点・欠点の説明を付け加えた。また自分の臍を気に入っているかどうか、臍を露出する水着を着るかどうか、臍を露出する衣服を着るかどうか、腹部手術痕を気にする時とは、など創部に対する意識調査も行った。

結果は χ^2 乗検定（イエーツの補正）を用いて解析し、 $p < 0.05$ を有意差ありとした。

表 1. 対象内訳

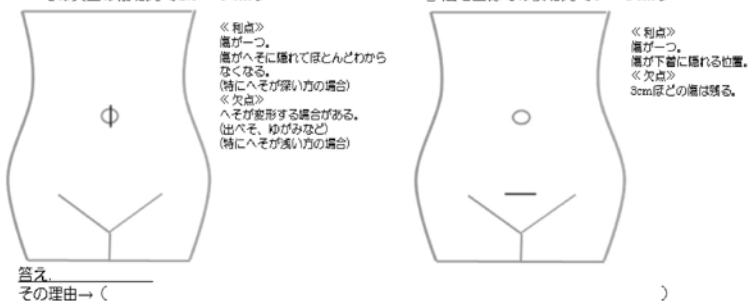
項目	人数
医療関係者（看護師・医師など）	299人
医療関係者以外（事務・調理師・その他）	76人
婚姻歴	
未婚	203人
既婚	161人
経産歴	
未経産	229人
経産	131人
腹部手術痕あり	55人
腹部手術痕なし	313人
腹腔鏡手術創部について	
見たことある	138人
見たことない	215人

表 2. 対象年齢 [n=366]

年齢	人数 (割合)
10歳代	2人 (0.5%)
20歳代	173人 (47.3%)
30歳代	86人 (23.5%)
40歳代	61人 (16.7%)
50歳代	40人 (10.9%)
60歳代	4人 (1.1%)

図 1. アンケート内容

[1] あなたは良性婦人科腫瘍を患い、腹腔鏡手術を受けることになったと仮定します。
主治医からは以下の2つの皮膚切開法であれば、どちらでも手術可能であるという説明がありました。
どちらの皮膚切開法を希望しますか？（どちらを選択しても安全性に違いはありません。）
・①へその真上の縦切開【2.5～3 cm】 ②臍毛上縁での横切開【3～4 cm】



【研究成績】

単孔式腹腔鏡手術と恥骨上小切開手術の比較について、総計では有意差を持って恥骨上小切開手術を希望する人が多くみられた(21% vs 79%; $p < 0.001$, $n = 366$) (表3)。項目別に比較すると、医療関係者であるかどうか、腹腔鏡手術創部を見たことがあるかないかに関わらず、恥骨上小切開手術を希望する人が多かった(表3)。しかし、手術室スタッフなど単孔式腹腔鏡手術創部を見たことがある人に限定すると $[n = 25]$ 、単孔式腹腔鏡手術 vs 恥骨上小切開手術 = 13人(52%) vs 12人(48%) と単孔式を希望する人の方が多く、腹腔鏡手術創部を見たことない人と比較しても有意差をもって単孔式腹腔鏡手術を希望する人が多い結果となった($p < 0.001$) (表3)。

単孔式腹腔鏡手術を希望した人に多くみられた理由を図2(1)に示す。単孔式腹腔鏡手術の創部を「目立たない：68%」と考えた人が多数を占め、他に「傷が小さいから：7%」などの理由もみられた。逆に恥骨上小切開手術を希望した人に多くみられた理由としては、「傷が下着に隠れるから：60%」という回答

が一番多く、次いで「臍の変形の可能性を避けたいから：23%」「臍を切るのには抵抗がある：7%」などの回答があった(図2(2))。

他に、自分が手術を受けるにあたって重要だと思う項目を「安全性」「傷跡の見た目」「術直後の疼痛」「術後回復」の4つについて順番に並べてもらった(図3, $n = 370$)。1番重要だと思う項目としては「安全性：96%」が圧倒的多数であったが、それを選択した人の中で次に重要な項目として多かったのが「術後回復：59%」であった。他に「傷跡の見た目：21%」と「術直後の疼痛：20%」を2番目に挙げた人がほぼ同率で並んだ。アンケートの回答理由でも、着眼点として「創部が目立たないこと」と「創部が痛くないこと」の2つに分かれた印象があった。

その他、臍や腹部創部に対する意識調査の結果を図4に示す。自分の臍を気に入っている人が有意差を持って多く、人前で臍を露出する機会はあまり多くないものの、温泉に入る時や水着などを着用する時に腹部手術痕を気にする人が多かった。

表3. 単孔式腹腔鏡手術 vs 恥骨上小切開手術 [$*p < 0.05$; 有意差あり]

項目	回答者	単孔式腹腔鏡手術	恥骨上小切開手術	有意差
総計	366人	77人 (21.0%)	289人 (79.0%)	$p < 0.001^*$
医療関係者	292人	60人 (20.5%)	232人 (79.5%)	$p = 0.766$
医療関係者以外	74人	17人 (23.0%)	57人 (77.0%)	
腹腔鏡創部を見たことある	134人	35人 (26.1%)	99人 (73.9%)	$p = 0.096$
腹腔鏡創部を見たことない	211人	38人 (18.0%)	173人 (82.0%)	
腹部手術痕あり	53人	13人 (24.5%)	40人 (75.5%)	$p = 0.623$
腹部手術痕なし	313人	64人 (20.4%)	249人 (79.6%)	
未経産婦	226人	60人 (26.5%)	166人 (73.5%)	$p = 0.201$
経産婦	126人	25人 (19.8%)	101人 (80.2%)	
BMI ≥ 25	20人	4人 (20.0%)	16人 (80.0%)	$p = 0.748$
18.5 \leq BMI < 25	276人	61人 (22.1%)	215人 (77.9%)	
BMI < 18.5	70人	12人 (17.1%)	58人 (82.9%)	
単孔式創部を見たことある	25人	13人 (52.0%)	12人 (48.0%)	$p < 0.001^*$
腹腔鏡創部を見たことない	211人	38人 (18.0%)	173人 (82.0%)	

図2(1). 単孔式腹腔鏡手術を選択した理由

(単孔式腹腔鏡手術 vs 恥骨上小切開手術)

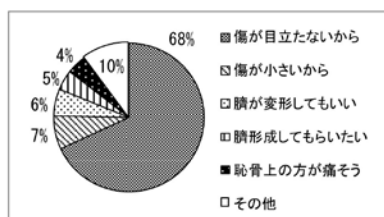


図2(2). 恥骨上小切開手術を選択した理由

(単孔式腹腔鏡手術 vs 恥骨上小切開手術)

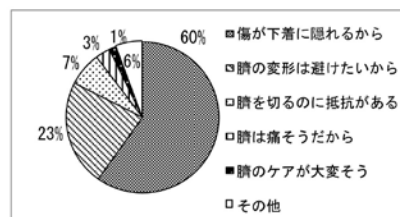


図 3. 手術の重要項目の順番

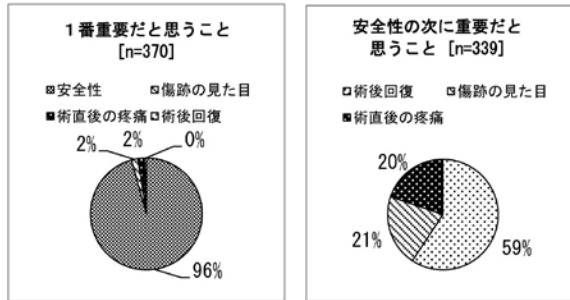
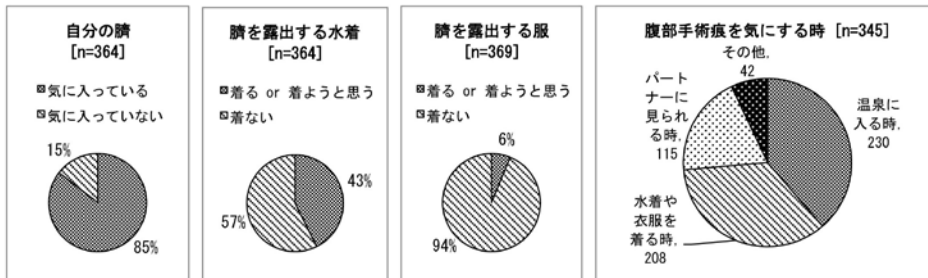


図 4. 臍および腹部手術痕に関する意識調査結果



【考案】

低侵襲手術における腹腔鏡手術の役割として、創部の整容性は重要な項目の一つであるが、その整容性の評価は患者本人ではなく医療者側の主観で決められることが多い。本来ならば患者にとって最も満足できる創部が最も整容性に優れていると言えるが、文献的にも婦人科腹腔鏡手術における創部選択について患者主体の美容的研究はなされていない。

臍の整容性については、古くから臍形成術を行っている形成外科及び小児外科の領域で検討され多くの文献で報告されている^{1)~5)}。鬼塚ら¹⁾は、孔子誕生百余年前の東周の叔服の創説と伝えられている相法の中に臍相があることを述べている。日本人の臍の形態には男女差があり¹⁾、年齢に伴い変化していくこと²⁾、成人では正面上向きで深い縦長のものが好まれることなどの報告もある^{1)~5)}。また、臍ヘルニアは有色人種に多く日本人の発生頻度は4%と言われるが³⁾、手術などにより臍窩が失われた場合でも臍形成術が必要になると報告されている⁴⁾。そのことから、我々は

臍部切開をする上で細心の注意を払う必要があると言えるだろう。

腹部の手術痕について検討された報告は外科領域でも散見される。腹腔鏡下虫垂切除術における臍創の大小に対する意識調査として看護学生を対象に行ったアンケートがあり、臍の創部は小さい方が好まれ、また創部は隠れる位置にある方が好まれるという結果を報告している⁶⁾。若い女性を対象に腹腔鏡手術を行う際に、整容性の観点から臍に傷を残さずビキニラインからアプローチする術式を提案した報告^{7)~8)}や、a nonvisible-scar surgical optionとして恥骨上から単孔式腹腔鏡手術の操作を用いて虫垂切除術を施行した報告⁹⁾もあり、整容性のためにあえて臍の創部を避ける考え方があることがうかがえる。

産科領域でも帝王切開に代表される開腹手術において、腹部正中縦切開に対して、下着に隠れるという整容性の観点から下腹部横切開が行われるのはなじみの深いところである。子宮付属器に対する婦人科疾患の手術もその解剖学的位置から下腹部横切開で行うことが

可能であり、恥骨上小切開手術は婦人科疾患特有の優れた術式であると言える。単孔式腹腔鏡手術との比較で恥骨上小切開手術の創部を希望する人が多い結果となったことは、我々の思う以上に臍にメスを入れることを不安に思う女性が多いことが示唆され、適応によって整容性の観点からも恥骨上小切開手術がより見直されてよいのではないかと考える。ただし、単孔式腹腔鏡手術は腹腔内の視野を広く確保できるメリットがあり、癒着が疑われる症例やadvanced surgeryなどでは恥骨上小切開手術よりも単孔式腹腔鏡手術の方が適した術式であると言えるだろう。

自分が手術を受けるにあたって重要だと思う項目の順番では「安全性」が一番多かったが、その中で二番目に重要と思う項目では「術後回復」が多く、次いで「傷跡の見た目」と「術直後の疼痛」を選ぶ人で意見が分かれた。特に今回のアンケートでは「創部の整容性」をテーマにしていたにも関わらず、回答理由でも「創部が目立たないこと」を重視する人と「創部が痛くないこと」を重視する人に分かれた印象があった。全ての手術において安全に治療効果を得ることが大前提であるが、その上で低侵襲手術に期待することとして、整容性の向上と疼痛の軽減のどちらに注目するかは人それぞれであると思われた。また、その他の意識調査にて、女性にとって水着や衣服で臍を露出する機会は思いのほか少なく、腹部手術痕をどういう時に気にするかという質問に対して、「温泉に入る時」という回答が一番多かった。温泉などを好む女性は多く、大衆浴場自体が日本の文化の一つと言えるが、女性だけの視線しかない環境でも手術痕を気にする人が多いことがわかった。

今回のアンケートで患者は臍部切開に不安を抱えていることが示唆されたが、このアンケートで必ずしも単孔式腹腔鏡手術の整容性が否定されるわけではない。術直後の創部に限られるが、手術室看護師など単孔式腹腔鏡

手術の創部を見たことがある人に限定すると、腹腔鏡手術創部を見たことない人と比較して有意差をもって単孔式腹腔鏡手術を希望する人の方が多く、創部のイメージと実際の創部の見た目に違いがある可能性が考えられた。確かに我々の行う単孔式腹腔鏡手術の経験でも創部の整容性は非常に優れている印象はあり、単孔式腹腔鏡手術の創部がどのようなものか世間的に周知されてからか、または創部の写真を提示しながら再びアンケートを行うことで、より臨床に生かせる検討が行えるであろう。また、実際の手術創部の満足度を評価するためには手術を行った患者を対象にした意識度調査を行う必要がある。しかし村岡ら¹⁰⁾が報告する意識度調査の在り方にあるように、設定基準、匿名化の是非、前方視的か後方視的か、調査のタイミング、恣意的でない質問かどうかなど意識度調査には多くの問題点がある。意識度調査の質を信頼に耐えうるものに保つためには、意識度測定のための学術的に信頼できる標準化尺度が必要である。その一つのClient Satisfaction Questionnaire (CSQ)¹¹⁾は各国で標準化されており、質問内容を短縮した8項目版は比較的簡便に利用できるその信頼性も高いと言われている¹²⁾。このCSQ-8J(日本語版)などを参考にしながら術後の意識度調査を行うことで、患者にとってより満足度の高い術式を検討して行くことができるだろう。

今回の結果から、患者は臍部切開について不安を抱えていることが示唆されたが、このアンケートで単孔式腹腔鏡手術の整容性が否定されるわけではない。単孔式腹腔鏡手術は恥骨上小切開手術と比べて広い視野が確保できるなどのメリットを有する優れた術式であり、また我々の単孔式腹腔鏡手術施行例からも実際にその整容性は優れていると認識している。

低侵襲手術を追求する上で手術の安全性及び完遂度は最も重要な項目であるが、整容性も

低侵襲手術の利点として挙げられる。しかし、その評価は患者の数ほど意見が分かれ、我々の思う以上に難しいことが今回の研究で明らか

になった。そのことを踏まえた上で、我々は整容性の評価を決めつけずに患者に提示していく必要があると考える。

【参考文献】

1. 塚卓弥、小島和彦。造臍術。形成外科 1970;13:248-254
2. 朴修三、北野幸恵、田中博、ほか。臍形態：年齢や身体因子などの影響について。形成外科 1991;34(2):173-177
3. 堀隆、金子道夫。臍ヘルニア。臨床外科 1979;34(6):1044-1048
4. 梶川明義、上田和毅。臍の形成外科-小児・成人の整容的な臍形成術-。形成外科 2005;48増刊号:S285-S291
5. 坂本好昭、広部誠一、東間未来、ほか。臍ヘルニアに対する臍形成術の治療成績。日小外会誌 2009;45(7):1042-1048
6. 浦尾正彦、藤原なほ、宮野武、ほか。腹腔鏡下虫垂切除術における臍創の大小に対する意識調査。小児外科 2010;42(5):517-520
7. 岡林剛史、金井歳雄、中川基人、ほか。整容性に配慮した腹腔鏡下虫垂切除術（臍に創のない手術）。手術 2008;62(10):1449-1452
8. 柳生利彦、柳秀憲、野田雅史、ほか。腹腔鏡を併用したビキニラインアプローチ法による一期的大腸全摘、回腸囊肛門吻合術。日臨外会誌 2007;68(3):628-631
9. Vidal O, Ginesa C, Valentini M, et al. Suprapubic single-incision laparoscopic appendectomy : a nonvisible-scar surgical option. Surg Endosc 2011 Apr;25(4):1019-1023
10. 村岡いづみ、大野康治、里見昭：意識度調査に基づく腹腔鏡補助下虫垂切除術（臍部one trocar法）の評価と今後の意識度調査の在り方についての考察。日小外会誌 2009;45(6):928-936
11. Jayadevappa R, Chhatre S, Whittington R, et al. Health-related quality of life and satisfaction with care among older men treated for prostate cancer with either radical prostatectomy or external beam radiation therapy. BJU Int, 2006;97:955-962
12. 立森久照、伊藤弘人：日本語版Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性及び妥当性の検討。精神医学 1999;41(7):711-717

【原著】

単孔式腹腔鏡手術における体内縫合
～初心者からエキスパートまで応用可能な結紮法の工夫～

Endoscopic suturing and ligation in single-port laparoscopic surgery:
techniques of ligation from beginner to expert

坂部慶子、安江 朗、伊藤真友子、伊東雅子、南 元人、
西尾永司、塚田和彦、廣田 穰、宇田川康博
藤田保健衛生大学医学部 産科婦人科学教室

Yoshiko Sakabe, Akira Yasue, Mayuko Ito, Masako Ito, Yukito Minami, Eiji Nishio,
Kazuhiko Tukada, Yutaka Hirota, Yasuhiro Udagawa
Department of Obstetrics and Gynecology, Fujita Health University School of Medicine

【概要】

縫合結紮操作は腹腔鏡手術において必須の手技であり、それは単孔式手術（single-port surgery：以下SPS）においても同様である。はじめにSPSにおける基本的な結紮法であるC-loop法を解説し、更に当施設で考案し様々な場面に応用可能な3種類の縫合法（スパイラル法、針付きボクシング法、pig tail法）について詳述する。

上記縫合結紮法の習得により、当施設は2010年からSPSによる全腹腔鏡下筋腫核出術（total laparoscopic myomectomy:以下TLM）の運用を多孔式手術（multi-port surgery：以下MPS）と同様な基準で開始し、現在ではMPSでの適応第2期（体部前壁から後壁筋腫、大きさ80mm以下、内膜までの距離2mm以上、個数3個まで）までの運用が可能となった。結果SPSでのTLM手術件数は2010年に6.5%（7/108例）であったものが2011年には45.6%（46/90例）まで増加している。また2010年の手術成績(Mean±SEM)は、手術時間203.1±19.5分、出血量254.6±85.2g、摘出筋腫重量225.4±38.3gであったが、2011年の46例での手術成績は、手術時間202.6±8.2分、出血量106.6±19.9g、摘出筋腫重量182.6±20.9gであり2011年で有意に出血量の減少を認めた。また2011年のSPSの手術成績は、2010年度のMPSによるTLM 101例での手術時間208.0±5.3分、出血量217.5±39.8g、摘出筋腫重量184.0±14.3gと比較し、遜色ない手術成績であった。

今後、SPSの更なる適応拡大を図るためには確実な縫合結紮操作が必要不可欠であり、本結紮法は様々な状況や熟達度に応じて使い分けが可能な手技と思われた。

Key Words: laparoscopic suturing, single-port surgery, total laparoscopic myomectomy

著者連絡先

坂部慶子

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田築ヶ窪1-98

藤田保健衛生大学 医学部 産婦人科

TEL：0562-93-9294 FAX：0562-95-1821

E-mail：yoshimedetasi@gmail.com

【緒言】

縫合結紮操作は腹腔鏡手術において必須の手技であり、それは単孔式手術（single-port surgery：以下SPS）においても同様である。

しかし、SPSでは鉗子操作でのtriangulation確保が困難であり、さらには鉗子同士またはスコープと鉗子の干渉も一層強いいため縫合結紮操作は従来の3ポートまたは4ポートで行う多孔式手術（multi-port surgery：以下MPS）に比べかなりの習熟を必要とする。

当施設では2010年よりSPSを開始し、現在に至っており、この間SPSの適応拡大と手術完遂度の向上を目指しSPSにおける縫合結紮手技の習熟を図ってきた。そこで本稿では、SPSにおける独自の縫合結紮法を紹介するとともに、手技習得による適応拡大（特に腹腔鏡下筋腫核出術）についても言及する。

【縫合結紮手技】

縫合結紮操作は、①針の把持、②運針、③結紮の3つの操作で完成する。針の把持、運針に関しては、MPSの縫合に熟練している術者であれば容易に行えると思われるので本稿では結紮を中心に解説を行う。MPSの一般的な結紮法としては、右手（持針器）でlong tailを把持してCループを作って結紮する方法（両手結紮）と左手（補助鉗子）でlong tailを把持してSループを作って結紮する方法（片手結紮）がある¹⁾（図1）。当施設でのMPSは両手結紮による外科結紮（Surgeon's knot）²⁾を基本としているが習熟度や術式の場面に応じて男結紮（square knot）や女結紮（granny knot）、slip knotなどの使い分けをしている。はじめにSPSにおけるC-loop法を解説した後に、当施設で実践している3種類の縫合法（スパイラル法、針付きボクシング法、pig tail法）について解説する。なお右手に持針器、左手に補助鉗子を使用するものとする。

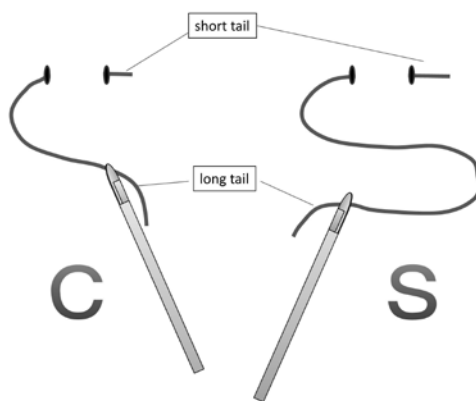


図1

【外科結紮（Surgeon's knot）：C-loop法】

（図2）

- ・操作1 縫合糸の長さは15-16cm程度、縫合糸右端を補助鉗子で把持し、long tailは逆C字状をとる。
 - ・操作2 持針器を用いて、long tailを手前に引くと同時に補助鉗子を左外側に軽く回旋させる。この操作によりわずかではあるがループを形成することができる。
 - ・操作3 持針器を時計回りに1回回旋させる。このとき持針器を少し開き持針器のupper jawを立て、そこにループを引っかけるthumb's up technicを用いhalf knotを作る。
 - ・操作4、5 同じ原理で補助鉗子の左外側への回旋とthumb's up technicで2回目のループを形成する。写真の解説上、結紮部分より手前で操作をしているが、回転させる位置は結紮部分に近いほど結紮が容易になる。
 - ・操作6 持針器を前進させ左側糸の左端を把持する。
 - ・操作7 補助鉗子を（⇒）の向きにスライドさせ、結び目を形成させる。
 - ・操作8 補助鉗子を左方向に、持針器を右方向に強く牽引し第1結紮が完成する。以後、同操作を単結紮で行い結紮を完了する。
- 以下に当施設で考案した3つの結紮法を提示する。

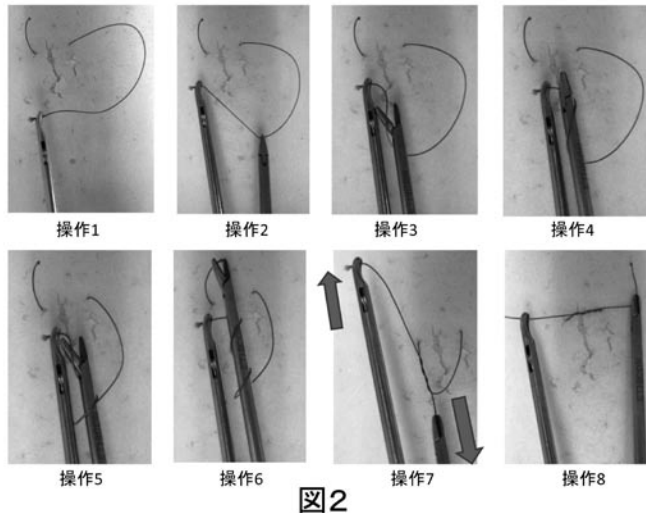


図2

【スパイラル法】

持針器で針を把持したまま、持針器を回転させることによってループをつくり、結紮する方法である。(図3)

- ・操作1 縫合糸の長さは24cm程度とする。縫合後、針側の糸をlong tailになるように調節する。(反対側をshort tailとする。)
- ・操作2-4 持針器で針を縫合時と同様に把持し、針先と反対方向(反時計方向)に持針器を回転させ、持針器に糸を巻きつけてループを形成する。
- ・操作5 針先を補助鉗子で把持し、ループが崩れないように持針器をはずす。
- ・操作6-8 持針器をループから抜かず、そのままshort tailを把持してループを通し、結紮する。以後同操作を単結紮で行い結紮を完了する。

利点：

- ・針を把持している持針器を回転するだけでループが形成される。
- ・手技習得が容易。

欠点：

- ・針の先端が周囲組織を損傷する可能性があるため細心の注意が必要である。
- ・短い糸ではループ形成が難しく、糸も抜けない為結紮が困難となる。

【針つきボクシング法】

Sループを用いた縫合法である。針の彎曲を利用することでループ形成が容易になり、針の持ち変えなどの無駄な動きが少ない。(図4)

- ・操作1 縫合糸の長さは20cm程度とする。縫合後、針側の糸をlong tailになるように調節する。(反対側をshort tailとする。)
- ・操作2 補助鉗子で針先を把持する。
- ・操作3 糸の根元を針先で牽引して、針の根元が手前にくるように調節する。このとき糸がS字型の弧を形成するように操作する。
- ・操作4-6 手前に伸びる糸を針先で巻きつけてループを形成し、そのままshort tailを把持してループを通し結紮する³⁾⁴⁾。その後はスパイラル法と同様に結紮を行う。

利点：

- ・従来の結紮法に類似しており、イメージがわかりやすい。
- ・針の彎曲を利用することで縦の空間が生まれループ形成時の干渉が少ない。短い糸でも容易に結紮が可能である。

欠点：

- ・針の角度によっては結紮時に糸が絡まる場合がある。

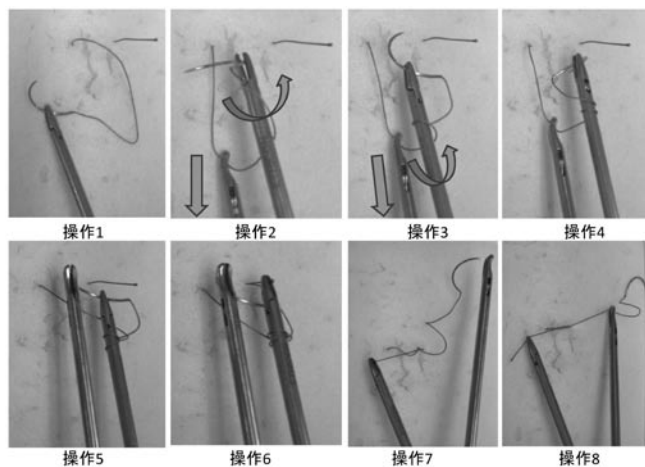


图3

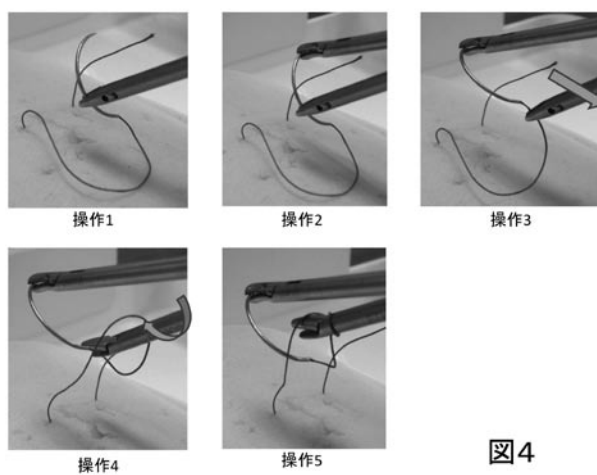


图4

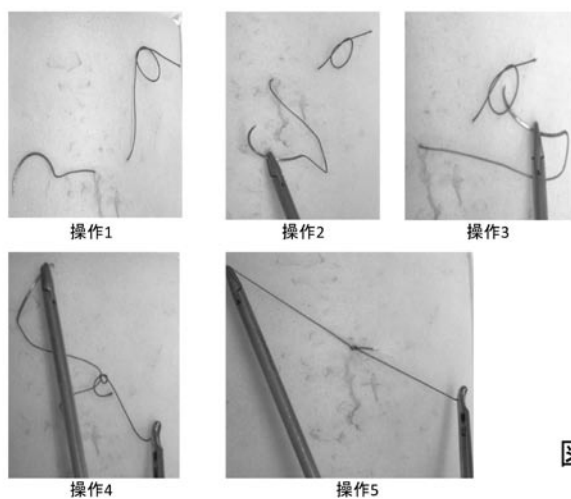


图5

【Pig tail法】

あらかじめ体外でshort tail側の糸にループ（単結紮または外科結紮）を形成してから結紮する方法である。体内では形成されたループに針を通すだけで第一結紮が完了する。（図5）

操作1 縫合糸の長さは24cm程度とする。体内へ針を挿入する前に、糸の尾側先端に1重（もしくは2重）のループを形成し、ほどけないように持針器で把持して、体内へ挿入する。

操作2 ループがほどけないように運針し、針側の糸をlong tailになるように調節する。

（ループ作成側をshort tailとする。）

操作3-8 針をループに通し、そのままlong tailとshort tailをそれぞれ牽引して結紮する。以後は、上記結紮法にて第二、第三結紮を行う。

利点：

- ・体内でのループ形成が不要である。
- ・ループに針を通すだけで結紮ができる。
- ・第一結紮が緩みにくい。

欠点：

- ・縫合時にループが解けることがある。

【SPSでの縫合結紮法の習熟と適応拡大】

上記縫合結紮法の習得により、SPSでも様々な術式に対応できるようになってきた。具体的には、付属器切除術における骨盤漏斗靱帯の結紮、卵巣嚢腫摘出術における卵巣形成、子宮全摘術における子宮動脈の結紮・腔

断端縫合・腹膜縫合などが用途である。また今後、SPSの更なる適応拡大を図るためには筋腫核出術における縫合結紮操作が必要不可欠である。特に全腹腔鏡下筋腫核出術（total laparoscopic myomectomy:以下TLM）は、MPSであっても難度の高い術式であり、限られた閉鎖腔内で効率よく子宮筋腫を核出し、かつ確実に筋層縫合を行う必要がある。当施設のTLMは、1994年より開始し徐々に適応拡大され、近年は表1に示すような適応基準に従って行っている。SPSでも、同様な適応基準で開始し現在は、MPSでの適応第2期（2002-2004年度）までの運用が可能となっている。その結果、SPSでのTLM手術件数の推移は2010年に6.5%（7/108例）であったものが2011年に45.6%（46/90例）まで増加している。2010年の手術成績(Mean±SEM)は、手術時間203.1±19.5分、出血量254.6±85.2g、摘出筋腫重量225.4±38.3gであったが、手術手技が習熟し始めた2011年の46例での手術成績は、手術時間202.6±8.2分、出血量106.6±19.9g、摘出筋腫重量182.6±20.9gであり2011年でも有意に出血量の減少を認めた。また2011年のSPSの手術成績は、2010年度のMPSによるTLM 101例での手術時間208.0±5.3分、出血量217.5±39.8g、摘出筋腫重量184.0±14.3gと比較し、遜色ない手術成績を得た（表2）。

表1 腹腔鏡下筋腫核出術の適応基準(MPSによる)

	1994-2001年 (第1期)	2002-2004年 (第2期)	2005年以降 (第3期)
発育部位	子宮体部前壁～底部 の漿膜下/筋層内	子宮体部後壁、 体下部を追加	
筋腫核 最大径	～50mm	～80mm	制限なし ～110mm
内膜まで の距離	6mm以上	2mm以上	制限なし
個数	2個以下	3個以下	5個以下

SPS導入時

現在のSPS適応

【考察】

単孔式腹腔鏡手術は、現在、臨床各科で注目を集めている手術手法である。婦人科領域でも、1969年にWhelessが卵管結紮術で報告したのが最初の報告であり⁵⁾⁶⁾、1991年にはPelosiがSPSでの子宮全摘術および両側付属器切除を施行したと報告しているが、その手技の複雑性、切開凝固装置がないことからその時代には普及はしなかった⁷⁾⁸⁾。しかし最近では、単孔式手術専用機材が開発され付属器切除、異所性妊娠手術などの付属器手術から順次、臨床導入が始まり筋腫核出術、子宮全摘術などの報告も散見されるようになってきた⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。

また縫合・結紮手技は、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医取得を含め腹腔鏡手術を行う上では欠かせない手技である。しかし強力な切開凝固装置が登場している現在、良性付属器疾患の付属器切除術、異所性妊娠に対する卵管切除術やLAVH (laparoscopically assisted vaginal hysterectomy) までは必ずしも体内縫合を必要としない。筋腫核出術における筋層縫合や子宮全摘術における腔断端閉鎖は縫合結紮操作が必須の術式であるが、SPSではV-LocTM (Covidien (NYSE: COV)) 使用での報告がほとんどであり¹²⁾、MPSと同様の鏡視下縫合結紮操作の報告は少ない。また、大きな筋腫を処理する場合に血管が太い場合などではバイポーラ凝固のみでは止血が不十分であったり、過剰な凝固によ

る隣接臓器損傷を来たすことが考えられる。当施設では、安全性担保の上で鏡視下での縫合結紮は必須の手技と位置付けているため、SPSにおいても上記縫合結紮法を開発し実践している。先に述べたSPSによる筋腫核出術において現在我々は、表1に示す適応第1期(1994-2001年度)をクリアーし適応第2期(2002-2004年度)での運用を図っている。その結果、2011年度では全腹腔鏡下筋腫核出術の約半数をSPSで行っておりその手術成績も2010年度のTLMと遜色ないことから、SPSによるTLMの臨床導入は順調に行われているものと判断している。また、2010年のSPSと比較して有意に出血量が減少したことから、SPSによる縫合操作がより習熟したものと思われる。しかし、現時点では適応第3期でのSPS運用は困難であり、TLMにおけるSPSとMPSの適応と限界はここにあるものと考えている。また米国ではロボット支援手術によるSPSでの症例報告が認められるようになってきており¹³⁾、今後、SPSによるTLMの限界克服の為にロボット支援手術による新たなアプローチ法が期待される。

単孔式腹腔鏡手術は今後も発展していく術式であることに疑いの余地はなく、整容性に優れ、低侵襲な手術を希望する患者のニーズは今後も増加するものと思われる。手術中の安全性の担保と今後の適応拡大のためにも、SPSによる縫合結紮術は習得すべき必須の手技であり、本結紮法は止血、修復、隣接臓器

表2 手術成績

	SPS(2010年) (n=7)	vs	SPS(2011年) (n=46)	
手術時間 (分)	203.1± 19.5		203.1 ±19.5	NS
出血量(ml)	254.6± 85.2		106.6 ±19.9	P<0.05
筋腫重量(g)	225.4± 38.3		182.6 ±20.9	NS
Mean±SEM			NS: not significant	

損傷の対応に威力を発揮し、様々な手術状況 ーと考えている。
や熟達度に応じて使い分けが可能な手技であ

【参考文献】

1. 松本貴, 腹腔鏡下手術に必要な縫合・結紮手技習得のポイント. 臨婦産 2012; 66(4) : 350-357,
2. 金尾祐之, 産婦人科内視鏡手術スキルアップ,改訂第2版. 東京: 株式会社メディカルビュー社, 2002; 43-47
3. 堤治, 産婦人科手技シリーズ I 腹腔鏡下手術,第1版.東京: 診断と治療社, 2010;35-43,
4. 廣田穰, 河上征治, 縫合と結紮. 坂上正一(総監修): 図説産婦人科VIEW-22手術 腔鏡下手術-手術手技の基本と応用,第1版.東京:廣濟堂印刷株式会社, 1996; 70-79
5. Wheelless Jr CR. A rapid, inexpensive, and effective method of surgical sterilization by laparoscopy. J Reprod Med 1969; 3:65-69
6. Wheelless Jr CR, Thompson BH. Laparoscopic sterilization. Review of 3600 cases. Obstet Gynecol 1973; 42:751-758
7. Pelosi MA, Pelosi 3rd MA. Laparoscopic hysterectomy with bilateral salpingoophorectomy using a single umbilical puncture. N J Med 1991;88:721-726
8. Pelosi MA, Pelosi 3rd MA. Laparoscopic supracervical hysterectomy using a single-umbilical puncture (mini-laparoscopy). J Reprod Med 1992 ; 37 :777-784
9. Kosumi T, Kubota A, Usui N, et al. Laparoscopic ovarian cystectomy using a single umbilical puncture method. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2001;11 :63-65
10. Hwang Shin Park I, Tae-Joong Kim I, Taejong Song, et al. Single-port access (SPA) laparoscopic surgery in gynecology: a surgeon's experience with an initial 200 cases European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 2011;154 : 81-84
11. Lee JH, Choi JS, Jeon SW, et al. HYPERLINK"<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20685026>"Single-port laparoscopic myomectomy using transumbilical GelPort access. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2010; Nov 153(1):81-84
12. Rakesh Sinha, Meenakshi Sundaram, Chaitali Mahajan, et al. Single-incision total laparoscopic hysterectomy . J Minim Access Surg 2011;7 Jan-Mar (1):78-82
13. HYPERLINK"http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Barakat%20EE%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=21252737"Escobar PF, Harber G-P, Kaouk J, et al. Single-port surgery: laboratory experience with the daVinci single site platform. JSLS 2011; Jun 15 (2):136-141

【原著】

当院における子宮筋腫に対する腹腔鏡下手術の検討

The analysis of laparoscopic surgeries for uterine leiomyomas in our hospital

森 正彦、岩瀬 明、大須賀智子、斎藤 愛、加藤奈緒、近藤美佳、杉田敦子、中村智子、
宮崎和加奈、中原辰夫、後藤真紀、吉川史隆
名古屋大学医学部 産婦人科

Masahiko Mori, Akira Iwase, Tomoko Osuka, Ai Saito, Nao Kato, Mika Kondo, Atsuko Sugita,
Tomoko Nakamura, Wakana Miyazaki, Tatsuo Nakahara, Maki Goto, Fumitaka Kikkawa
Department of Obstetrics and Gynecology
Nagoya University Graduate School of Medicine

【概要】

今回我々は、当院において施行した子宮筋腫の腹腔鏡下手術症例について後方視的に検討した。対象は2006年1月から2012年6月までに当院で行った腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術（Laparoscopic assisted myomectomy, 以下LAM）68例および全腹腔鏡下子宮筋腫核出術（Laparoscopic myomectomy, 以下LM）75例の計143例（術中開腹移行例は除く）とした。年度別の手術件数は2006年11例、2007年10例、2008年18例、2009年20例、2010年26例、2011年43例、2012年15例であった。腹腔鏡下での子宮筋腫核出術の導入開始時はLAMのみ施行してきたが、2008年からLMを導入し、その割合は徐々に増加した。

LAM68例およびLM75例のすべての症例の手術成績においては、有意差をもって最大筋腫核径、摘出筋腫重量においてLAMのほうが大きかったが、2011年に施行したLAM 8例とLM 34例について同様に検討したところ、すべての手術成績において有意差を認めなかった。2012年においては6月末までの時点で腹腔鏡下の子宮筋腫核出術はすべてLMで対応している。

LMでの体腔内の運針および縫合には鍛錬を要し、難易度が高い。これから腹腔鏡下手術を開始する施設においては、LAMから開始し、徐々にLMへ移行した当院の導入方法も選択肢のひとつと考えられる。

Key Words: laparoscopic assisted myomectomy, laparoscopic myomectomy

【緒言】

子宮筋腫は成人女性において発生頻度の高い婦人科疾患の1つであり、貧血や月経困難

症などの症状を呈し、時に不妊の原因となり得る疾患である。近年の晩婚化 妊娠年齢の高齢化に伴い、子宮筋腫を有する女性が妊孕性温存を希望するケースは増加しており、妊孕性温存希望のある症例や子宮温存を希望する症例に関しては子宮筋腫核出術が行われている。術後の癒着防止や疼痛の軽減、入院期間の短縮、美容面等を考慮し、さらには内視鏡

著者連絡先

森正彦

〒466-8560 愛知県名古屋市昭和区鶴舞町65番地

TEL : 052-744-2261 FAX : 052-744-2268

E-mail : masahiko-m@med.nagoya-u.ac.jp

手術の技術の向上や手術器具の進歩も伴い、腹腔鏡下の子宮筋腫核出術を希望する患者は増加している。

一般的に腹腔鏡下の筋腫核出術には、すべての操作を腹腔鏡下に行うLMと、下腹部に小切開を加え、その処置孔から主な操作を腹腔鏡観察下で行うLAMがある。当院では2006年1月より腹腔鏡下による子宮筋腫核出術を施行しており、年々手術症例数は増加している。開始当初、腹腔内での縫合結紮技術の未熟さのため、LAMのみ施行してきたが、技術の向上により、2008年からLMを導入した。

今回、当院にて施行したLAM症例とLM症例について手術時間、出血量、摘出筋腫数、最大筋腫径、摘出物重量について比較検討し、当院における現状と腹腔鏡下での子宮筋腫核出術の導入のあり方を考察した。

【対象と方法】

対象は2006年1月から2012年6月までに当院で行ったLAM73例とLM76症例とした。LAMは73例中5例が、LMは76例中1例が術中開腹手術へ移行となったため、LAMにて完遂した例は68例であり、LMは75例であった。

術中の出血減少目的に¹⁾²⁾、術前にGnRH agonistを3~6ヶ月間投与した。術前日ないしは手術1週間前に超音波検査にて最大筋腫核径を測定した。

手術体位は碎石位、骨盤高位にて、麻酔は気管挿管し、全身麻酔下にて行った。

i) LAMの術式

臍上部に15mmの処置孔を作成し、吊り上げ鉤（腹腔内組み立て式吊り上げ鉤セット[®], Mizuho）を用いて、全層つり上げ法にて視野確保を行い、12mmの吊り上げ鉤付属のトロッカーおよび腹腔鏡を挿入する。臍左側に5mmのトロッカー（Endopath Xcel Bladeless Trocar[®], Ethicon）を挿入し、次に恥骨上に3-5cmの横切開を加え小開腹し、Alexis wound retractor[®]（small size, Applied

Medical, Rancho Santa Margarita, CA)を装着し、処置孔を作成する。子宮腔内に子宮操作鉗子を挿入する。恥骨上の処置孔から筋層漿膜下に出血軽減目的に生理食塩液100倍希釈のバソプレッシン（ピトレシン[®]）を局注し、子宮筋層切開を行い、開腹手術と同様に筋腫を核出する。核出した筋腫は恥骨上の処置孔から剪刀やコールドメスを用いて細切しながら摘出する。子宮筋層は腹腔鏡観察下に処置孔からの直視下で0号合成吸収糸を用い単結節ないしはZ縫合にて1-2層筋層内縫合を行い、漿膜は連続縫合もしくは単結節縫合にて閉鎖する。止血確認後、筋層創部にはインターシード[®]（Johnson & Johnson）を貼付し癒着防止としている。

ii) LMの術式

臍上部に12mmのトロッカー（Endopath Xcel Blunt Tip Trocar[®], Ethicon）をオープン法にて挿入し、炭酸ガスにて気腹後、腹腔鏡観察下に、臍右側に5mmの、左下腹部に5mmと12mmのトロッカー（Endopath Xcel Bladeless Trocar[®], Ethicon）を挿入する。LAM同様に、子宮腔内に子宮操作鉗子を挿入し、100倍希釈のバソプレッシンを局注する。筋層切開はモノポーラー電気メス（Endopath Electrosurgery Probe Plus II system[®], Ethicon）にて行い、単鉤鉗子にて筋腫を把持牽引しながら、モノポーラー電気メスを用いて核出する。筋層縫合は0号合成吸収糸を用いて持針器にて、2-3層縫合としている。核出した筋腫は電動式モルセレーターII[®]（Karl Storz）を用いて、体外へ回収する。LAM同様に筋層創部にはインターシード[®]を貼付している。なお、バソプレッシンの局注使用に関しては、IRB承認のもと、術前にインフォームドコンセントを得た上で行っている。

手術成績の中で、手術時間、出血量、摘出筋腫数、手術直前の最大筋腫径、摘出物重量を検討項目とし、統計学的解析については、

有意差検定はMann-Whitney's U testを用いて、相関の解析はSpearmanの順位相関係数を用いて行った。

【結果】

当院にて施行したLAM68症例およびLM75症例の年度別の術式の内訳は、2006年LAM 11例LM 0例、2007年LAM 10例LM 0例、2008年LAM 13例LM 5例、2009年LAM 12例LM 8例、2010年LAM 13例LM 13例、2011年LAM 9例LM 34例、2012年LAM 0例LM 15例であった。

術中開腹移行例が6例（4.0%）認められ、LAMからの開腹移行が5例、LMからの開腹移行が1例であった。開腹移行の原因としては、LAMでは、1例が広間膜内筋腫摘出後の縫合困難を想定したため、1例が筋層切開時に強出血を認め、出血多量となる可能性を考慮して、1例がつり上げ鉤が恥骨上処置孔にかかり危険と判断して、1例が筋腫核出後止血困難のため、1例が肥満のためトロッカー留置困難なためであった。LMの開腹移行1例の原因は、筋腫核出後止血困難であった。

LAM68症例中9例に、LAM以外の術式を要し、9例中7例がチョコレート嚢胞認め、これ

を摘出し、1例は粘膜下筋腫を認め子宮鏡にて摘出、1例は皮様嚢腫を認め摘出した。LM75症例中16症例も同様に、10症例がチョコレート嚢胞摘出術を、1例が粘膜下筋腫を子宮鏡下に摘出、2例は子宮頸部高度異形上皮を円錐切除し、1例が中隔子宮を子宮鏡下に切除、1例が卵管閉塞に対し卵管開口術を施行した。

LAM68例の全手術成績は中央値（範囲）にて、年齢36（25-43）歳、手術時間151（83-287）分、出血量50（1-1860）ml、摘出筋腫数2（1-10）個、手術直前の最大筋腫径6.2（2.9-12.3）cm、摘出筋腫重量144（35-810）gであった。

LM75例の成績も同様に、年齢37（19-49）歳、手術時間152（71-290）分、出血量150（1-1215）ml、摘出筋腫数2（1-17）個、最大筋腫径5.4（2.6-10.0）cm、摘出筋腫重量125（8-472）gであった。このうち、年齢、最大筋腫径、摘出筋腫重量において有意差を認めた（それぞれ $p=0.011, 0.012, 0.018$ ）（表1）。これはLM導入直後に関しては筋腫の最大径にてLAMとLMの選別を行っていたためと判断された。ここで2011年のLAM 8症例とLM 34症例につき同様に検討したところ、年齢、

表1 LAM68症例およびLM75症例の手術成績

成績は中央値（範囲）にて表記。
P値はMann-Whitney's U testにて算出。*: 有意差あり。

	LAM(68例)	LM(75例)	P
年齢(歳)	36(25-43)	37(19-49)	0.011*
手術時間(分)	151(83-287)	152(71-290)	0.502
出血量(ml)	50(1-1860)	150(1-1215)	0.151
摘出筋腫数	2(1-10)	2(1-17)	0.971
最大筋腫径(cm)	6.2(2.9-12.3)	5.4(2.6-10.0)	0.012*
摘出筋腫重量(g)	144(35-810)	125(8-472)	0.018*

表2 2011年に施行したLAM9症例とLM34症例の手術成績

成績は中央値（範囲）にて表記。P値はMann-Whitney's U testにて算出。すべての成績間で有意差なし。

2011年手術成績	LAM(9例)	LM(34例)	P
年齢(歳)	38(34-39)	36(19-44)	0.905
手術時間(分)	173(120-287)	138(71-283)	0.591
出血量(ml)	174(14-1389)	200(1-1215)	0.601
摘出筋腫数	1(1-6)	2(1-9)	0.876
最大筋腫径(cm)	6.1(3.5-8)	5.9(3-10)	0.410
摘出筋腫重量(g)	142(35-630)	145(19-284)	0.456

手術時間、出血量、摘出筋腫数、最大筋腫径、摘出筋腫重量のすべての項目において有意差を認めなかった(表2)。

次に腹腔鏡にて完遂できた143例と開腹移行症例6例について、同様の解析を行ったところ、最大筋腫径において有意差を認めた($p=0.028$) (表3)。またLAM68例とLM75例において、手術時間および出血量と、摘出筋腫数、最大筋腫径、摘出筋腫重量との間の相関係数を検討した。LAMの手術時間は摘出筋腫数(相関係数 $r=0.385$)と相関があり、最大筋腫核径 摘出筋腫重量とは相関を認めなかった。出血量は最大筋腫核径 ($r=0.343$) と摘出筋腫重量 ($r=0.366$) において相関を認め、摘出筋腫数とは相関を認めなかった。LMの手術時間は摘出筋腫数 ($r=0.408$) と摘出筋腫重量 ($r=0.310$) において相関を認め、最大筋腫核径とは相関を認めなかった。出血量は最

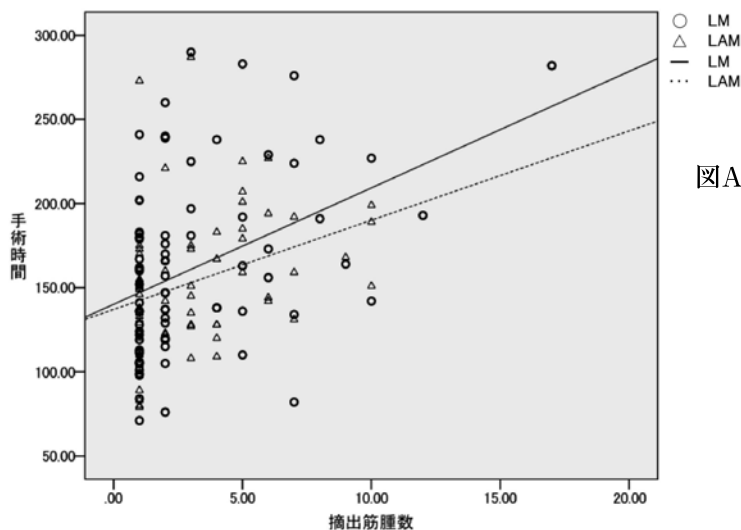
大筋腫核径 ($r=0.245$) と摘出筋腫重量 ($r=0.547$) において相関を認め、摘出筋腫数とは相関を認めなかった。また手術時間と摘出筋腫数および摘出筋腫重量、出血量と最大筋腫核径および摘出筋腫重量の散布図および回帰直線をLAMおよびLMで分けて図示した(図A-D)。

当院において、腹腔鏡下にて筋腫核出術を完遂した143例中、診療録にて確認できる範囲で24例(16.8%)が生児を得ていた。24例中1例については有茎性漿膜下筋腫のLAM後であり経膈分娩にて出産したが、他23例は帝王切開にて分娩とした。

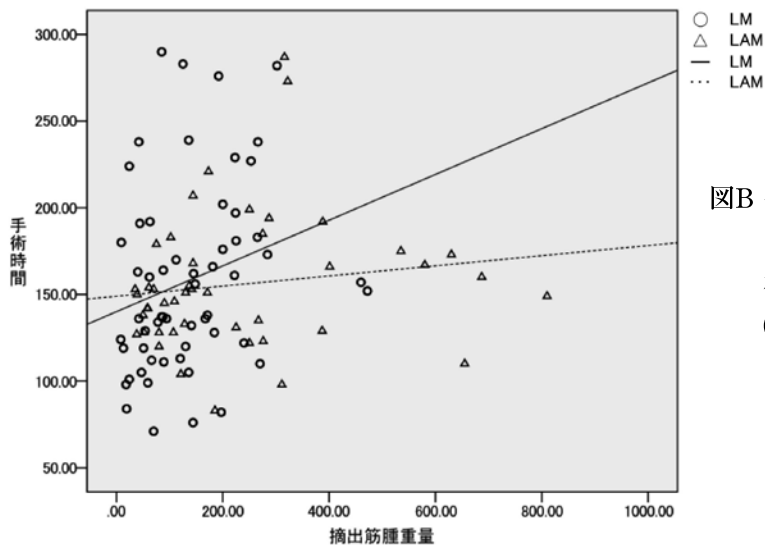
術中および術後における合併症にしては、術中開腹移行を6例認め、術後イレウスのため腸管切除術施行となった1例を経験したが、それ以外に顕著な異常経過となった症例は認めなかった。

	腹腔鏡下手術(143例)	開腹移行(6例)	P
年齢(歳)	37(19-49)	36(35-41)	0.691
手術時間(分)	151(71-290)	152(128-236)	0.961
出血量(ml)	100(1-1860)	850(35-1461)	0.108
摘出筋腫数	2(1-17)	2(1-4)	0.465
最大筋腫径(cm)	5.6(1.9-12.3)	8.6(6.6-10)	0.028*
摘出筋腫重量(g)	136.5(8-810)	222(139-750)	0.083

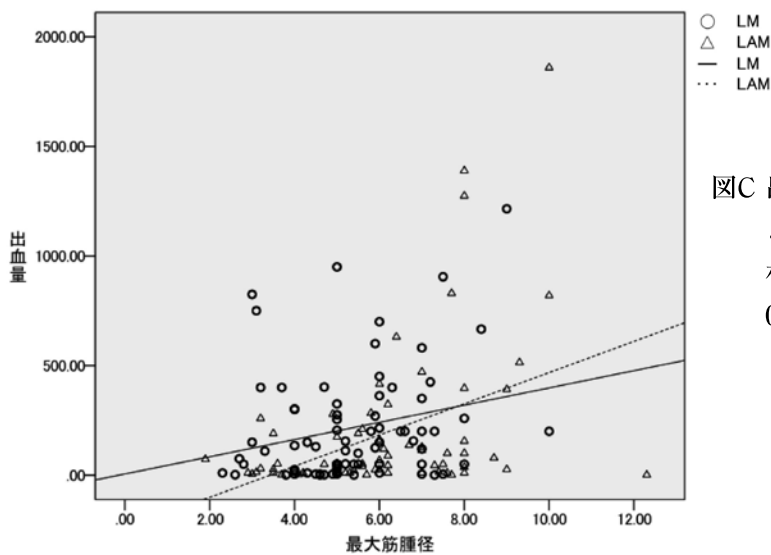
表3 腹腔鏡下手術134症例と開腹移行6症例の手術成績
成績は中央値(範囲)にて表記。P値はMann-Whitney's U testにて算出。*: 有意差あり。



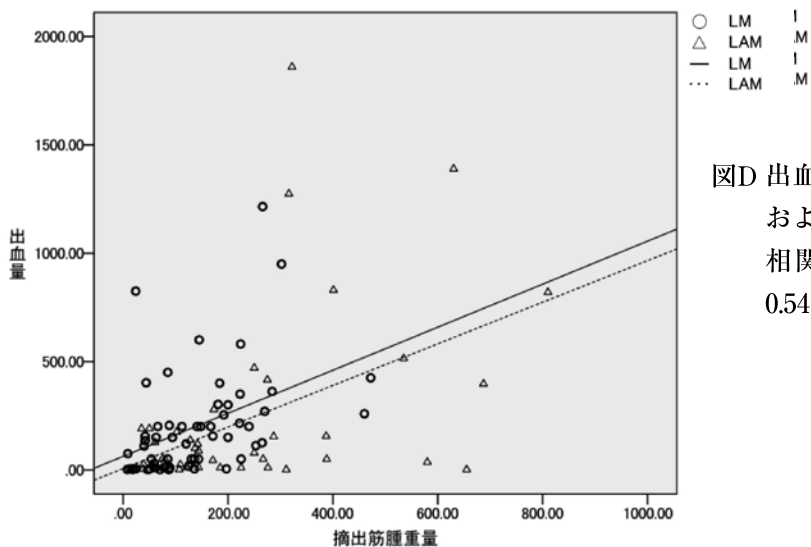
図A 手術時間と筋腫核出数の散布図および回帰直線
相関係数 $r=0.385^*$ (LAM), 0.408^* (LM) *: 相関あり



図B 手術時間と摘出筋腫重量の散布図および回帰直線
 相関係数 $r=0.250$ (LAM) ,
 0.310^* (LM) *: 相関あり



図C 出血量と最大筋腫径の散布図および回帰直線
 相関係数 $r=0.343^*$ (LAM) ,
 0.245^* (LM) *: 相関あり



図D 出血量と摘出筋腫重量の散布図および回帰直線
 相関係数 $r=0.366^*$ (LAM) ,
 0.547^* (LM) *: 相関あり

【考察】

近年の腹腔鏡下手術における器具の進歩 技術の向上、女性のライフスタイルの変化に伴って、腹腔鏡下手術に代表される低侵襲手術は今や、医療者側が選択肢としてあげるだけでなく、患者側が要求するようになってきている。そうした女性のニーズに応えるべく、当院においても2006年より子宮温存希望のある子宮筋腫の患者に対し、可能な限りLAMおよびLMにて対応してきた。

LMの適応に関する近年の報告では、平均筋腫核径が5cm程度であり、核出筋腫数2個前後とする報告が多いが、各施設間において適応となる最大筋腫径 核出筋腫数は差があるのが現状であり³⁻⁷、一定の見解は得られていない。その中で、西澤ら⁸⁻⁹)は筋腫核最大径をパラメータとした場合、多発筋腫症例にはこれは適さず、新たに筋腫核径総和について検討し、筋腫核径総和が170mm未満をLMの一つの目安とするのが妥当であると結論づけている。LMと比較して、LAMにおいてはその適応は拡大する。勢多ら¹⁰)は、筋腫核出の方法として、腹腔鏡下・finger assist法・細切法と分類し、筋層の縫合方法についても、腹腔鏡下・用手的・ボトムアップ・腹壁外と分類して、バリエーションを設けてLAMを施行しており、除外条件として複数回の開腹既往で高度癒着を予想する症例と、筋腫個数が10個以上で子宮温存が困難かつ出血が2,000ml以上を予想する症例とし、それ以外はLAMの適応としている。LAMにおいては、恥骨上の処置孔の延長による操作範囲および手術視野の拡大が可能であることから、適応は拡大すると考えられる。

当科においては、LAMとLMの適応については、LM開始当初は最大筋腫径6cm以下および核出筋腫数1個を適応とし、LAMは最大筋腫核径10cm以下としていたが、徐々にその適応を拡大し、現在はLMにおいては原則、最大筋腫径8cm以下かつ筋腫核径2cm以上の

筋腫核径総和が12cm以下とし、それを超える症例については、筋腫核の個数、位置などにより個別に適応を検討している。LAMから腹腔鏡下での子宮筋腫核出術を導入するメリットとしては、LMで縫合が 難な際に、LAMへ移行することにより開腹移行症例を減少させることができる点あげられる。そのため、開腹手術の手技の延長で行えるLAMから開始し、時に腹腔内での縫合を行いながら技術の向上が伴ったところで、2008年よりLMを開始した。2011年のLAMとLMの手術成績に有意差を認めないことから、LMに必要な縫合技術の習得が成されたと判断し、2012年からはLMを中心に施行している。

当院の特徴としては、腹腔鏡下の筋腫核出術において、LAMおよびLM共に選択可能であることがあげられる。2012年現在はLMのみ施行しており、これは術者の技術の向上による術式の移行であるが、今後もLMの適応を超える症例にしてはLAMにて対応していくことで、開腹手術移行症例を減らし、患者のニーズに応えることが可能であると考えている。また腹腔鏡下手術導入時にLAMから開始することで、LMからの開腹移行症例を減少させられる点から、これから腹腔鏡下手術を導入しようとする施設においては、手術難易度の高いLMから開始するのではなく、LAMから開始することも選択肢のひとつであると考えられた。

【参考文献】

1. Zullo F, Pellicano M, De Stefano R, et al. A prospective randomized study to evaluate leuprolide acetate treatment before laparoscopic myomectomy: efficacy and ultrasonographic predictor. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 178 (1): 108-112
2. Palomba S, Morelli M, Noia R, et al. Short-term administration of tibolone plus GnRH analog before laparoscopic myomectomy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002; 9 (2): 170-174
3. Dubuisso JB, Fauconnier A, Babaki-Fard K, et al. Laparoscopic myomectomy: A current view. *Hum Reprod Update* 2000; 6: 588-594
4. Rossetti A, Sizzi O, Soranna L, et al. Long-term results of laparoscopic myomectomy: recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy. *Hum Reprod* 2001; 16: 770-774
5. Altgassen C, Kuss S, Berger U, et al. Complications in laparoscopic myomectomy. *Surg Endosc* 2006; 20: 614-618
6. Sinha R, Hegde A, Mahaian C, et al. Laparoscopic myomectomy: do size, number, and location of the myomas form limiting factors for laparoscopic myomectomy?. *J Minim Invasive Gynecol* 2008 ; 15 (3): 292-300
7. 武内裕之。子宮筋腫の腹腔鏡下核出術。産科と婦人科 2004; 71 (1): 41-48
8. 西澤春紀、廣田穰、安江朗 ほか。当科における腹腔鏡下子宮筋腫核出術の適応拡大への変遷とその評価。日鏡外会誌 2010; 15: 689-696
9. 西澤春紀、廣田穰、宇田川康博 ほか。腹腔鏡下子宮筋腫核出術における筋腫核径総和による手術適応の評価。日産婦内視鏡学会誌 2011; 27: 450-455
10. 勢多真理子、徳永誠、子安保喜 ほか。当院での腹腔鏡補助下子宮温存手術症例677症例の後方視的検討。日産婦内視鏡学会誌 2011; 27: 290-295

第14回 東海産婦人科内視鏡懇話会 学術講演会 プログラム・抄録集

日 時 平成24年10月13日(土) 14:00～18:00
会 場 ウィンクあいち (愛知県産業労働センター 9階 901)
名古屋市中村区名駅4丁目4-38

東海産婦人科内視鏡懇話会

第14回 東海産婦人科内視鏡懇話会

日時：平成24年10月13日（土） 14:00～18:00
場所：ウインクあいち（愛知県産業労働センター 9階 901）
（名古屋市中村区名駅4丁目4-38）

共催メーカーよりの製品紹介

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)/
持田製薬(株)

一般演題

(14:00～15:15)

Session 1 座長 岐阜県立多治見病院 竹田 明宏 先生

1. 当院における子宮鏡下子宮内膜焼灼術の治療経験
豊田厚生病院 産婦人科
○針山由美, 関谷敦史, 松山幸代, 木野本智子, 小澤明日香, 吉田憲生
2. 子宮内膜ポリープの子宮鏡所見と治療法に関する検討
成田育成会成田病院*, レディースクリニックセントソフィア**
○堀 久美*, 大沢政巳*, 辰巳佳史*, 浅野美幸*, 佐藤真知子*, 伊藤知華子**, 都築知代*,
上條浩子*, 山田礼子*, 成田 収*
3. ロボット支援下手術 (da Vinci S surgical system) の運用とその得失
藤田保健衛生大学 産婦人科
○安江 朗, 河合智之, 伊藤真友子, 宮村浩徳, 南 元人, 西尾永司, 西澤春紀, 塚田和彦,
廣田 穰, 宇田川康博

Session 2 座長 浜松医科大学 宮部 勇樹 先生

4. Asherman 症候群に対して、腹腔鏡監視下に子宮鏡下癒着剥離術を行った1例
聖隷三方原病院 産婦人科
○加藤雄一郎, 若山 彩, 竹原 啓, 千田裕美子, 多々内友美子, 望月 修, 宇津正二
5. 頸管妊娠・帝切創部妊娠の治療における子宮鏡下手術の有用性
名古屋第一赤十字病院 産婦人科
○大西貴香, 伴真由子, 柵木善旭, 池田沙矢子, 横井 暁, 中山みどり, 坂堂美央子, 新保暁子,
廣村勝彦, 宮崎 顕, 吉田加奈, 安藤智子, 水野公雄, 古橋 円
6. 術前に良性と診断し腹腔鏡手術を行い境界悪性卵巣腫瘍であった症例の検討
三重大学 産科婦人科
○近藤英司, 本橋 卓, 久保倫子, 二井理文, 前田佳紀, 南 結, 塩崎隆也, 谷田耕治, 奥川利治,
田畑 務, 池田智明

Session 3 座長 聖隷浜松病院 渋谷 伸一 先生

7. マイクロ波子宮内膜アブレーション Microwave endometrial ablation の実際
市立伊東市民病院 産婦人科
○鈴木靖子, 姜 春善, 菅井亮世, 鬼原勝之, 松家まどか, 和泉茂邦, 荒堀憲二

8. 2ステップ全腹腔鏡下子宮全摘術 (Two-step total laparoscopic hysterectomy : TTLH) における操作ポートの違いによる検討
清慈会 鈴木病院 1), 藤田保健衛生大学 産婦人科 2)
○久野 敦 1), 安江由起 1), 藤井真紀 1), 鈴木崇浩 1), 高橋正明 1), 新里康尚 1), 安江 朗 2), 廣田 穰 2), 宇田川康博 2), 鈴木清明 1)

9. 腹腔鏡下に胆嚢および腹腔内異物を同時摘出した一例
聖隷三方原病院 産婦人科
○若山 彩, 竹原 啓, 濱野恵美, 加藤雄一郎, 多々内友美子, 千田裕美子, 望月 修, 宇津正二

総 会 (15 : 15 ~ 15 : 20)

休 憩 (15 : 20 ~ 15 : 30)

ワークショップ

「症例から学んだ私の手術手技」

(15 : 30 ~ 16 : 50)

座長 まさはしレディースクリニック 正橋 鉄夫 先生
聖隷三方原病院 望月 修 先生

1. LESS手術における摘出組織搬出法の工夫—特に充実性卵巣腫瘍における natural orifice specimen extraction (NOSE) 法について
岐阜県立多治見病院 産婦人科
○竹田明宏, 井本早苗, 山田純子, 杉山知里, 中村浩美
2. 腹腔鏡手術における、新しいデバイスの開発
—卵巣腫瘍における臓器固定から、癒着防止材の搬入装置の使用経験—
JA 静岡厚生連 静岡厚生病院 産婦人科
○中山 毅, 宮野奈緒美, 石橋武蔵, 田中一範
3. 後腹膜腔展開における、膜を意識した側方アプローチ
浜松医科大学 産婦人科
○宮部勇樹, 望月亜矢子, 伊東宏晃, 杉原一廣, 金山尚裕
4. ラッププロテクター, EZ アクセスを使用した臍部や下腹部を処置孔とする単孔にこだわらない当科の手術手技
岐阜市民病院 産婦人科
○山本和重, 佐藤香月, 山本志緒理, 波多野香代子, 柴田万祐子, 平工由香
5. 示唆に富んだ筋腫核出症例からの検証
藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 藤田保健衛生大学病院 * 産婦人科
○松岡美杉, 磯部ゆみ, 加藤真希, 酒向隆博, 岡本治美, 安江 朗, 多田 伸, 西澤春紀*, 西尾永司*, 塚田和彦*, 廣田 穰*, 宇田川康博*

6. 当院で行う腹腔鏡下子宮全摘術 (LH)
 名古屋市立東部医療センター 産婦人科
 ○村上 勇, 橋 理香, 竹内清剛, 近藤裕子, 鈴木規敬
7. LM 適応拡大における手技の工夫 - 切開・剥離、縫合、多発筋腫へのアプローチ
 名古屋大学 産婦人科
 ○岩瀬 明, 後藤真紀, 中原辰夫, 中村智子, 近藤美佳, 杉田敦子, 大須賀智子, 森 正彦,
 齋藤 愛, 吉川史隆
8. 腹腔鏡下手術を施行した胃癌子宮再発の1例
 三重県立総合医療センター 産婦人科、市立四日市病院 産婦人科*
 ○千田時弘, 田中浩彦, 鳥谷部邦明, 伊藤譲子, 井澤美穂, 朝倉徹夫, 谷口晴記,
 長尾賢治*
9. 肥満症例から学んだ私の手術手技
 公立八女総合病院 産婦人科
 ○畑瀬哲郎, 伊地知盛夫, 桃寄正啓, 角野由佳

特別講演

(17:00 ~ 18:00)

座長 藤田保健衛生大学 産婦人科 教授 廣田 穰 先生

『技術認定医指導施設の認定』

慶應義塾大学医学部 産婦人科 教授

日本産科婦人科内視鏡学会 理事長 吉村 泰典 先生

【発表形式】

- ◎一般演題は口演時間4分、質疑応答2分です。
- ◎ワークショップは口演時間8分です。
- ◎プロジェクターは1台です。映写箇所は3か所です。

*尚、当日は日産婦学会専門医シール・日産婦医会研修参加証（シール）を発行いたします。

*抄録集は、会場受付でお受け取りください。

*参加費として、1,000円を当日いただきます。

共催 東海産婦人科内視鏡懇話会

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)
 / 持田製薬(株)

1. 当院における子宮鏡下子宮内膜焼灼術の治療経験

豊田厚生病院

○針山由美, 関谷敦史, 松山幸代, 木野本智子, 小澤明日香, 吉田憲生

【はじめに】子宮鏡下子宮内膜焼灼術はマイクロ波で子宮内膜を凝固することにより過多月経を改善する治療法であり、平成21年から先進医療として全国11施設で実施され、本年4月からは保険収載となっている。当院では本年7月に導入しており、これまでに7症例に対し治療を行った。当院での治療経験につき報告する。

【結果】7症例のうち、器質的疾患を認めたものは、子宮筋腫が4例、子宮腺筋症が2例、残る1例は器質的疾患を認めなかったが、いずれも過多月経を主訴としていた。全症例、治療後に症状の改善が得られており、現時点では明らかな副作用、合併症は認めていない。今後、低侵襲かつ比較的容易な手技として、過多月経治療の有効な選択肢となると考えられた。

2. 子宮内膜ポリープの子宮鏡所見と治療法に関する検討

成田育成会成田病院*, レディースクリニックセントソフィア**

○堀 久美*, 大沢政巳*, 辰巳佳史*, 浅野美幸*, 佐藤真知子*,
伊藤知華子**, 都築知代*, 上條浩子*, 山田礼子*, 成田 収*

目的と方法：子宮内膜ポリープは着床障害の原因となりうるが、今回我々の施設で、子宮鏡所見で着床障害になりうる多発ポリープがあるにも関わらず、未治療で妊娠成立となった3例を経験した。平成22年1月より24年4月に当院で子宮鏡検査を行い、内膜ポリープと診断された65例を対象とし、子宮鏡所見（個数や部位や形状）や治療方法と、治療後の妊娠について関連があるかを検討した。

結果：症例の平均年齢は36.5歳で、治療方法は内膜搔爬術が28例（43%）、TCRが19例（29%）、無治療が18例（28%）であった。内膜搔爬術症例は96%が多発で、妊娠率は25%であった。TCR症例は多発が58%で、妊娠率は42%であった。多発症例のみで見るとTCR後の妊娠率は64%と高率であった。一方、無治療例は多発ポリープが72%で、妊娠率は61%であった。

考察：無治療症例における妊娠率が意外に高率であり、多発例でも治療前にまずは挙児に向けてみるべきかと思われた。多発例では内膜搔爬術を行った例が多かったが、TCRを選択した方が妊娠率は高くなる可能性が考えられた。

3. ロボット支援下手術 (da Vinci S surgical system) の運用とその得失

藤田保健衛生大学 産婦人科

○安江 朗, 河合智之, 伊藤真友子, 宮村浩徳, 南 元人, 西尾永司, 西澤春紀, 塚田和彦, 廣田 穰, 宇田川康博

外科系各科では悪性疾患を適応として積極的なロボット支援手術の臨床導入が進んでいる。当施設では2012年4月から当大学臨床倫理委員会に「da Vinci S surgical systemを用いた子宮重全摘術の確立」の申請を行い、ロボット支援下手術を開始している。da Vinciによる子宮重全摘術は、子宮上部支持靭帯切断→尿管、子宮動脈の同定分離と子宮動脈の結紮→子宮体部切断→子宮頸部逆円錐切除によるendocervixの切除と残存頸部の縫合形成→腹膜による頸部断端の被覆の手順で行われる。このda Vinciによる子宮重全摘術は現在までに4例が行われ安全な運用が可能であった。本懇話会では、ロボット支援下手術の運用とその得失について考察する。

Session 2 座長 浜松医科大学 宮部 勇樹 先生

4. Asherman 症候群に対して、腹腔鏡監視下に子宮鏡下癒着剥離術を行った1例

聖隷三方原病院

○加藤雄一郎, 若山 彩, 竹原 啓, 千田裕美子, 多々内友美子, 望月 修, 宇津正二

流産後にAsherman 症候群となった症例を経験したので報告する。

症例は39歳 1経妊0経産。平成23年7月に流産手術の既往があり、以後無月経となったため受診した。基礎体温は2相性で、月経時期に一致した下腹部痛を認めた。HSGを試みたがカテーテルは挿入困難で、子宮内腔は造影されなかった。以上よりAsherman 症候群と診断した。

治療は腹腔鏡監視の下に、子宮鏡による癒着剥離術を行った。腹腔内には月経血と思われる血液貯留を認めた。子宮頸管内には小孔があり、これより下方に切開を加え隔壁を切除した。

今回の症例では腹腔鏡による観察があったために切除部位を正確に決定することが出来た。癒着部位によっては腹腔鏡監視下の子宮鏡下癒着剥離術は有用な手術方法と思われた。

5. 頸管妊娠・帝切創部妊娠の治療における子宮鏡下手術の有用性

名古屋第一赤十字病院

○大西貴香, 伴真由子, 柵木善旭, 池田沙矢子, 横井 暁, 中山みどり,
坂堂美央子, 新保暁子, 廣村勝彦, 宮崎 顕, 吉田加奈, 安藤智子, 水野公雄,
古橋 円

頸管妊娠・帝切創部妊娠は異所性妊娠の中でも稀であるが、時に大出血をきたして子宮摘出を余儀なくされることがある。子宮温存治療としては、薬物療法・子宮動脈塞栓術に加え、最近では子宮鏡下手術の報告が増加している。当院ではこの2年余で6例の頸管妊娠(うち1例は内外同時)、および3例の帝切創部妊娠を経験し、全例において子宮温存が可能であった。このうち頸管妊娠の2例と帝切創部妊娠1例に対し、MTX療法後に子宮鏡下手術を行った。我々は従来MTX療法およびfetocideを主として行ってきたが、経過中に大量出血をきたした頸管妊娠を経験し、妊卵を観察しながら除去できる子宮鏡下手術は有用であると思われた。しかし、子宮鏡下手術の適応やタイミングにはさらなる検討が必要である。

6. 術前に良性と診断し腹腔鏡手術を行い境界悪性卵巣腫瘍であった症例の検討

三重大学 産科婦人科

○近藤英司, 本橋 卓, 久保倫子, 二井理文, 前田佳紀, 南 結, 塩崎隆也,
谷田耕治, 奥川利治, 田畑 務, 池田智明

(目的)近年、高齢の腹腔鏡手術が増加し、年齢が上がるにつれ悪性の頻度は増加する。今後、術後境界悪性卵巣腫瘍や悪性卵巣腫瘍と診断される症例が増加すると思われる。

(方法)2005年～2012年、当院で術前に良性卵巣腫瘍と診断し、腹腔鏡手術を施行した291例をレトロスペクティブに検討し、最終病理診断で、境界悪性卵巣腫瘍と診断した4例(1.4%)について検討した。

(結果)患者291人の平均年齢は32.7歳(13～64歳)。術前診断の子宮内膜症から1例(1/107, 1%)。漿液性嚢胞腺腫から1例(1/23, 4.3%)、粘液性嚢胞腺腫から2例(2/12, 17%)の境界悪性腫瘍の診断であった。

(結論)全例再発なく経過は良好であるが、漿液性・粘液性嚢胞腺腫は術前良性診断でも慎重に腹腔鏡手術を施行する必要がある。

7. マイクロ波子宮内膜アブレーション Microwave endometrial ablation の実際

市立伊東市民病院 産婦人科

○鈴木靖子, 姜 春善, 菅井亮世, 鬼原勝之, 松家まどか, 和泉茂邦,
荒堀憲二

マイクロ波子宮内膜アブレーション(以下 MEAと略す)は子宮内膜の基底層を焼灼することで永久的に内膜が再生しないようにする手術であり、過多月経の治療として今年4月に子宮鏡下子宮内膜焼灼術として保険収載され、今後日本全国に急速に普及することが予測される。H24年3月の時点で、先進医療認定施設は当院を含め全国で11施設のみであった。今後の普及にむけて、当院でMEAを施行した症例について、術前MRIを提示し、実際の適応、手技、効果と限界について若干の考察を加えて報告する。

8. 2ステップ全腹腔鏡下子宮全摘術 (Two-step total laparoscopic hysterectomy : TTLH) における操作ポートの違いによる検討

清慈会 鈴木病院 1), 藤田保健衛生大学 産婦人科 2)

○久野 敦 1), 安江由起 1), 藤井真紀 1), 鈴木崇浩 1), 高橋正明 1),
新里康尚 1), 安江 朗 2), 廣田 穰 2), 宇田川康博 2), 鈴木清明 1)

目的:2ステップ全腹腔鏡下子宮全摘術(以下:TTLH)における従来法での操作ポート配置(11cm scale rule style)と操作ポートを左下腹部と正中部におく方法(ipsilateral approach)におけるメリット、デメリットを検討した。

結果:Ipsilateral approachのデメリットとしては、右側へ牽引する操作や右側方の処理が困難な点と考えられた。一方メリットとしては、術者の自然な姿勢が維持され、長時間の手術を行う場合や体格の小さな術者には有用と考えられた。

結論:操作ポートによる鉗子操作の違いをあらかじめ想定しておくことで、両者は比較的容易に移行可能と思われた。本懇話会ではTTLH操作におけるポートの配置の重要性について検証する。

9. 腹腔鏡下に胆嚢および腹腔内異物を同時摘出した一例

聖隷三方原病院 産婦人科

○若山 彩, 竹原 啓, 濱野恵美, 加藤雄一郎, 多々内友美子, 千田裕美子,
望月 修, 宇津正二

症例は58歳、3G2P、閉経女性で、腹痛にて当院救急外来受診し腹腔鏡下に胆嚢および腹腔内異物を同時摘出した一例を経験したので文献的考察を加え、報告する。

臨床的に急性胆嚢炎と診断され、術前CTにて回盲部付近に腫瘤を認め、卵巣腫瘍を疑われたため当科紹介となった。

術中所見は回盲部付近の出血と石灰化を伴った境界明瞭な黄色充実性結節で、これを腹腔鏡下に摘出した。なお、術後病理組織はフィブリン析出と壊死を伴った線維化結節で、内部に縫合糸と多数の組織球浸潤を伴った腹腔内異物であったため、30年前の帝王切開時に使用されたガーゼと判断した。

「症例から学んだ私の手術手技」

(15:30 ~ 16:50)

座長 まさはしレディスクリニック 正橋 鉄夫 先生、
聖隷三方原病院 望月 修 先生

1. LESS手術における摘出組織搬出法の工夫—特に充実性
卵巣腫瘍における natural orifice specimen extraction
(NOSE) 法について

岐阜県立多治見病院 産婦人科

○竹田明宏, 井本早苗, 山田純子, 杉山知里, 中村浩美

【はじめに】臍部単孔式腹腔鏡下 (LESS)手術の広まりにより、様々な手術手技に対して、その応用が試みられている。当科では、付属器腫瘍に対して、LESS手術を行っており、その適応も拡大しつつある。今回、これらの症例の中で、LESS手術が困難と推測される巨大嚢胞性卵巣腫瘍や高度の石灰化を伴う巨大卵巣線維腫の体外への搬出法について、検討したので報告する。

【方法と結果】臍部に縦切開を加え、Alexis Wound retractorを装着し、単孔式のポートとした。腹壁全層吊り上げ法により、腹壁を挙上することにより視野確保を行った。嚢胞性の付属器腫瘍においては、内容物を穿刺吸引後、リガシュアアトラスにより付属器摘出術を施行し、臍部処置孔より搬出することが可能であった。高度の石灰化を伴う巨大卵巣線維腫の1例においては、臍部よりの搬出が困難であったため、後陰円蓋を切開し、この部にwound retractorを装着したnatural orifice specimen extraction (NOSE)法を併用することにより、842gの充実性腫瘍を摘出することが可能であった。

【考案と結語】LESS手術において、嚢胞性腫瘍は大きくても、内容の穿刺吸引により、臍部からの搬出が可能な場合が多いが、充実性卵巣腫瘍においては、経陰的NOSE法による搬出が、臍部の切開を延長する必要が無いことから、有用な方法であると思われた。

2. 腹腔鏡手術における、新しいデバイスの開発 － 卵巣腫瘍における臓器固定から、癒着防止材の 搬入装置の使用経験－

JA 静岡厚生連 静岡厚生病院 産婦人科

○中山 毅, 宮野奈緒美, 石橋武蔵, 田中一範

【緒言】腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術の体内法における卵巣固定装置、癒着防止材（セプラフィルム®）を容易に腹腔内に搬入する装置を考案した。

【方法】臓器固定装置は先端にソフトカップがあり、卵巣を陰圧吸引し固定、さらに牽引するものである。また5mm 径のトロカーからセプラフィルム搬入装置は、外筒と内筒から成り、セプラフィルムを内筒にスリットを通してロール状に封入する。

【結果】体内法において卵巣固定が容易となり、腫瘍を牽引しながら容易に核出できた。被膜破綻をしなかった症例は73%。また搬入装置は、貼付に要した時間は3.3分であり、従来の報告より短縮し成功率は86%であり、いずれの装置も有用であると考えられた。

3. 後腹膜腔展開における、膜を意識した側方アプローチ

浜松医科大学

○宮部勇樹, 望月垂矢子, 伊東宏晃, 杉原一廣, 金山尚裕

再現性のある手術手技を構築するには解剖を細部にわたり落とし込んで認識する必要がある。特に腹腔鏡手術はその良好な視認性により詳細な解剖を知ることができる。特に膜を意識することは術野を確実に展開するためには重要である。

我々はTLH 施行時、側方アプローチにより後腹膜腔を展開し、尿管の同定、子宮動脈本幹を処理することを基本術式としている。そのとき少なくとも4つの膜を認識することが必要であると考えている。まず広間膜、続いてその直下のクモの巣状組織により人為的に作られる膜、続いて尿管鞘や腸骨血管をパッキングする腎性筋膜、最後に内腸骨血管を支持する膜の4つの膜である。これらを認識することにより再現性のある後腹膜腔展開が可能になった。

4. ラッププロテクター，EZ アクセスを使用した 臍部や下腹部を処置孔とする単孔にこだわらない 当科の手術手技

岐阜市民病院

○山本和重，佐藤香月，山本志緒理，波多野香代子，柴田万祐子，平工由香

当科では皮切数を減らしつつも、臍部単孔にこだわらない手術を施行している。

卵巣腫瘍では25mm 臍部単孔法が主体であるが、サイズによっては3-5 cm下腹部単孔法として
いる。

子宮内膜症ではダグラス窩癒着がなさそうな症例は左下腹部5mm トロッカー追加の臍部2孔
法、ありそうな症例は左右下腹部5mm トロッカー追加の臍部3孔法が従来法としている。

子宮筋腫核出では6cm 以下、4個以内直径総和10cm 以内は臍部2孔法としている。6-8cm、4個
以内直径総和12cm 以内は臍部3孔法が従来法としている。5-9個の多発性は下腹部5cm 処置孔と
臍部5mm トロッカーの下腹部2孔法としている。

それぞれの手術を供覧したい。

5. 示唆に富んだ筋腫核出症例からの検証

藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院 藤田保健衛生大学病院* 産婦人科

○松岡美杉，磯部ゆみ，加藤真希，酒向隆博，岡本治美，安江 朗，多田 伸
西澤春紀*，西尾永司*，塚田和彦*，廣田 穰*，宇田川康博*

本ワークショップでは、以下の2例の腹腔鏡下子宮筋腫核出術を提示し、手術操作の是非と問題
点を検証する。

症例1：最大径164mm の有茎性子宮筋腫症例。単孔式で手術を開始。子宮底部に付着する5cm とや
や太い筋腫茎が確認できたが、変性筋腫のため鉗子操作により不測の多量出血を来した。そのた
めトロカールを追加し、自動縫合器を使用することにより出血をコントロールし手術を完遂し
た。

問題点：有茎性の筋腫であったため、術前に手術難度を易と判定し不足の出血を来した症例で
あった。

症例2：子宮後壁右側の靱帯内発育筋腫症例。術前診断で鏡視下操作の困難性が予測されたため、
多孔式にて筋腫核出を開始した。核出操作には難渋しなかったが、「右側」「後壁」「靱帯内発育」の
ため我々の通常のトロカール配置では核出部の縫合が極めて困難であった。

問題点：腹腔内観察時に縫合操作のシミュレーションを行い適切なトロカール配置を模索すべき
であった。

6. 当院で行う腹腔鏡下子宮全摘術 (LH)

名古屋市立東部医療センター

○村上 勇, 橘 理香, 竹内清剛, 近藤裕子, 鈴木規敬

当院では平成9年から腹腔鏡下手術を導入し、平成24年8月までに子宮全摘術を409例行った。腹腔鏡下子宮全摘術は開腹術に比べ確立された標準術式はなく、当院でも過去の合併症の経験、手術機器の発達につれて変遷している。

現在の手術手順を示す。①円靭帯を切断、広間膜を展開し子宮動脈を結紮する。以前に尿管を子宮動脈と誤認しクリッピングした経験から、側臍靭帯を目安にして拍動する子宮動脈を単離し、できるだけ起始部でクリッピングまたは吸収糸で結紮している。子宮動脈の血流を遮断することで、その後の其靭帯処理時の出血が軽減されると考えている。②卵巣固有靭帯または卵巣提索は血管シーリングシステムで処理する。③膣円蓋部に装着した金属製カップに沿って先に膣前後壁を切開し、カップを目安に基靭帯を処理する位置を確認し血管シーリングシステムで切断する。子宮内膜症等の癒着例では尿管の走行を確認する。④膣断端を経膣的に吸収糸で縫合し、膀胱鏡を行い膀胱損傷、尿管からの尿の流入を確認する。⑤骨盤腹膜を吸収糸で連続縫合する。

全体を通して経験の少ない術者でも手術を完遂できるように、できるだけ縫合結紮をせずに済む方法を選択してきた。LHの術式を動画で供覧する。

7. LM 適応拡大における手技の工夫

－切開・剥離、縫合、多発筋腫へのアプローチ－

名古屋大学産婦人科

○岩瀬 明, 後藤真紀, 中原辰夫, 中村智子, 近藤美佳, 杉田敦子, 大須賀智子,
森 正彦, 齋藤 愛, 吉川史隆

当院では2008年から腹腔鏡下子宮筋腫核出術を導入し、筋腫の筋層からの剥離、止血、核出後の縫合等の技術向上に合わせて適応を拡大している。筋層切開と剥離においては、右手プローベプラスIIのモノポーラーによる切開・剥離と先端を利用した鈍的剥離を中心に行うが、この際、左手のメーランド型のバイポーラーでの剥離および止血を併用し、鉗子の持ち替えを減らすようにしている。筋層縫合については、マニピュレータ先端を縫い込んでしまった症例を1例経験しており、最深部はZ縫合とし縫合後にマニピュレータを動かし、縫合糸が引き込まれないことを確認している。2層目以降は連続縫合、漿膜面はロック連続縫合とすることにより手術時間を短縮している。多発筋腫については、術前のMR評価を十分に行うとともに術中エコーを併用し、腹腔鏡下手術の欠点といわれる触覚の低下を補い、可及的に筋腫の取り残しの無いように努めている。

8. 腹腔鏡下手術を施行した胃癌子宮再発の1例

三重県立総合医療センター 産婦人科, 市立四日市病院産婦人科*

○千田時弘, 田中浩彦, 鳥谷部邦明, 伊藤譲子, 井澤美穂, 朝倉徹夫, 谷口晴記,
長尾賢治*

骨盤外臓器癌の子宮転移例はまれであり、その手術適応は①組織の確認②緩和治療の一環として性器出血をコントロールする事であった。これまで当科ではこのような症例に対して腹式単純子宮全摘術により対応してきたが、その予後は不良であった。

しかし、腹膜播種が無いなどの一定の条件下においては、特に子宮にsolitaryに再発する場合、その切除により比較的良好な予後を得られる場合があることを文献より学んだ。今回われわれは、子宮体部から頸部にわたってsolitaryに腫瘤を形成する再発胃癌症例を経験した。できるだけ腫瘍を削らずに手術を完遂することを目的として、準広汎子宮全摘術を腹腔鏡下に施行した。文献的考察を加えて報告する。

9. 肥満症例から学んだ私の手術手技

公立八女総合病院 産婦人科

○畑瀬哲郎, 伊地知盛夫, 桃壽正啓, 角野由佳

我々は高度肥満を合併した卵巣嚢腫患者、子宮筋腫患者にも腹腔鏡下手術を行ってきた。開腹手術、腹腔鏡手術にとらわれず各々の利点を生かしたハイブリッド手術を検討した。肥満患者では臍部の底部が深く、この部位では皮膚から腹腔までの距離が短い。恥骨上部も同様に意外に腹壁が薄いものである。多少切開創を広げてもその部は皮膚が覆い被さる (Hidden Scar Incision)。卵巣嚢腫の場合はLeak Less Bonding法などを用いてなるべく手技が容易で短時間で終了する手術法を選択する。子宮筋腫においても同様であるが、子宮全摘術に固執せず、廣田らが提唱する腹腔鏡下補助子宮全摘も考慮される。また過多月経に対してはより合併症が少なく短時間で行えるMEAも行っている。

特別講演

座長 藤田保健衛生大学 産婦人科 教授 廣田 穰 先生

『技術認定指導施設の認定』

(17:00 ~ 18:00)

慶應義塾大学医学部 産婦人科 教授
日本産科婦人科内視鏡学会 理事長
吉村 泰典

医療技術の進歩に伴い、最近の医療においては低侵襲性、安全性、倫理性さらには経済性も要求されるようになってきている。近年の内視鏡手術の発展と普及には目覚ましいものがあり、社会の内視鏡手術に対する要求や高い技術への期待も高まっている。日本産科婦人科内視鏡学会は、本邦における産科婦人科領域における内視鏡下手術の進歩と発展を図り、国民に対し安全で安心な医療を提供する重大な責務を負っている。内視鏡下手術には高い技量が要求され、あらゆる面で安全性の確保を優先させなければならないことより、本会による内視鏡技術認定制度が開始され9年が経過し、現在では認定技術者は300名を超えてきている。今や内視鏡下手術は産婦人科医にとって実地臨床上必須技術となっており、国民からは安全かつ確実な手術を実施することが要求されている。本会がこれまで指定してきた技術認定医が、将来日本専門医制度評価認定機構より標榜可能な専門医となるためには、技術認定医を志す医師を教育するための研修施設を持つ必要がある。さらに、安全な内視鏡下手術を提供するために、本邦で行われている産婦人科領域における内視鏡下手術の症例数、術式、合併症、転帰などの正確な情報を把握する責務が本会には課せられている。

会員の皆様におかれましては、これらの目的を達成するために施設認定が必要であることをぜひともご理解いただきたい。

【東海産婦人科内視鏡懇話会会則】

第1条 名称

本会は、「東海産婦人科内視鏡懇話会」と称する。

第2条 目的

本会は、東海地方における産婦人科領域の内視鏡下手術の発展、普及のために最新の学術情報の交換や技術習得を行うことを目的とする。

第3条 活動

本会は、第2条の目的のため、原則年1回の懇話会を開催する。

第4条 会員

1. 本会に参加を申請し、本会が承認した者を会員とする。
2. 本会は一般会員、賛助会員をもって構成する。
3. 一般会員は、医師およびパラメディカルスタッフとし、賛助会員は本会の活動を支援する会員とする。

第5条 役員

本会に以下の役員をおく。

- 代表世話人 1名
- 世話人 若干名
- 顧問 若干名
- 会計監事 1名

第6条 役員を選出

1. 役員は会員から選出される。
2. 役員は世話人会で互選によって選出され、総会にて承認を得る。

第7条 総会

1. 総会は、一般会員によって構成する。
2. 総会は、懇話会の際に開催する。
3. 総会での議決事項は、懇話会に出席した会員の過半数をもって決定する。

第8条 世話人会

1. 世話人会は、世話人および代表世話人にて構成される。
2. 代表世話人は世話人会を開催し、会全般の運営を検討する。

第9条 会の運営

1. 会の実務的な運営は世話人会に一任される。
2. 議決が必要な重要事項は、総会にて議決を行う。

第10条 会費

1. 本会は会運営のため、会費として「当日会費」を徴収する。
2. 会費額は細則にて決める。
3. 会費額の変更は、総会の承認を必要とする。

第11条 会計

本会の収支決算は会計年度毎に作成し、会計監事の承認を得る。

第12条 会則の変更

1. 会則の変更は世話人会の承認を得た後、総会の承認を受ける。

第13条 (事務局)

本会の事務局を 藤田保健衛生大学 産科婦人科学教室（愛知県豊明市杓掛町田楽ヶ窪1-98）に置く。

《細則》

・第5条 役員

当面の期間、会計監事は世話人との兼任を認める。

・第10条 会費

「当日会費」を1,000円とする。

《附則》

- ・本会則は、平成11年10月30日より施行する。
- ・本会の会計年度は毎年4月1日より翌年3月31日までの1年間とする。
- ・一部改定：平成16年10月23日

◎東海産婦人科内視鏡懇話会 役員

◆代表世話人

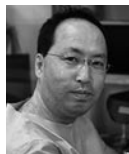


廣田 穰
(藤田保健衛生大学)

◆世話人



浅井 光興
(可世木病院)



岩瀬 明
(名古屋大学)



大沢 政巳
(成田病院)



可世木 成明
(可世木病院)



篠原 康一
(愛知医科大学)



渋谷 伸一
(聖隷浜松病院)



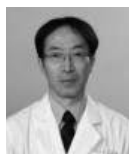
竹内 茂人
(済生会松阪総合病院)



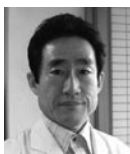
竹田 明宏
(岐阜県立多治見病院)



宮部 勇樹
(浜松医科大学)



望月 修
(聖隷三方原病院)



山本 和重
(岐阜市民病院)

生田 克夫
(いくたウイメンズクリニック)

田窪 伸一郎
(四日市健診クリニック)

田中 浩彦
(三重県立総合医療センター)

正橋 鉄夫
(まさはしレディスクリニック)

村上 勇
(名古屋市立東市民病院)

◇会計監事



可世木 成明
(可世木病院)

平成24年10月現在

東海産婦人科内視鏡懇話会 履歴

開催回数	日時	会場	一般演題座長	一般演題発表施設	特別講演座長	特別講演	ワークショップテーマ	座長	症例提示施設	参加人数
第1回	1999 10/30	栄ガスビル	正橋鉄夫	藤田保健衛生	可世木成明	「婦人科内視鏡の現状と将来への展望」 日本大学医学部産婦人科教授 佐藤和雄				
				名古屋大学						
				県立多治見						
			浅井光興	愛知医大						
				可世木病院						
				岐阜市民						
			生田克夫	東市民						
新城市民										
公立陶生										
第2回	2000 10/28	栄ガスビル	竹田明宏	名古屋大学	廣田 稯	「腹腔鏡下手術の歴史と現況」 荘病院（日本産婦人科内視鏡学会前理事長） 岩田嘉行	気腹法 VS 腹壁吊り上げ法—その実際とメリット・デメリット	生田克夫	可世木病院	
				岐阜市民						
				藤田保健衛生						
			田窪紳一郎	鈴鹿中央						
				東海中央						
				飯田市立						
				県立多治見						
第3回	2001 10/27	栄ガスビル	可世木成明	藤田保健衛生	竹田明宏	「子宮鏡下手術の進歩」 市立川崎病院 産婦人科参事 首都医科大学・西安医科大学 客員教授 教授 林 保良	腹腔鏡下子宮外妊娠手術の実際	伊藤誠	聖霊	
				トヨタ記念						
				岐阜市民						
			山本和重	トヨタ記念						
				県立多治見						
				東海中央						
第4回	2002 10/29	ヒルトン 名古屋	正橋鉄夫	藤田保健衛生	生田克夫	「婦人科領域における鏡視下手術の現況—限界を求めて—」 倉敷成人病センター 産婦人科医長 安藤正明	卵巣腫瘍に対する腹腔鏡下手術	竹田明宏	県立多治見	130名
				名古屋大学						
				岐阜市民						
			浅井光興	済生会松阪総合						
				県立志摩						
				県立多治見						
第5回	2003 10/25	ヒルトン 名古屋	生田克夫	可世木病院	正橋鉄夫	「超音波エネルギー手術器械の統合—再利用を配慮したトロッカー、シザーズ、吸引器—」 藤田保健衛生大学坂文種報徳會 院長 外科教授 松本純夫	腹腔鏡を用いた子宮全摘術	廣田稯	聖霊	126名
				東市民						
				愛知医大						
			菅谷 健	トヨタ記念						
				岐阜市民						
				山田日赤						
				県立志摩						
田窪紳一郎	県立多治見									
第6回	2004 10/23	名古屋 クレストン	塚田和彦	藤田保健衛生	野口昌良	「産婦人科における内視鏡下手術の現状と未来」 近畿大学医学部 産婦人科教室 教授 星合晃	わたしが勤める内視鏡下筋腫核出術	正橋鉄夫	藤田保健衛生	145名
				公立陶生						
				東市民						
			菅谷 健	聖隷浜松						
				愛知医大						
				岐阜市民						
				県立多治見						
田窪紳一郎	聖隷浜松									
第7回	2005 10/1	栄ガスビル	浅井光興	藤田保健衛生	田窪紳一郎	「腹腔鏡下子宮筋腫核手術（LM）の適応と限界」 順天堂大学医学部 産婦人科教室 助教授 武内裕之先生	合併症とその対策	山本和重	藤田保健衛生	102名
				名古屋市立東市民						
				可世木病院						
			菅谷 健	公立陶生						
				名古屋大学						
				成田病院						
				公立陶生						
田窪紳一郎	県立志摩									
	岐阜市民									
	県立多治見									
菅谷 健	県立志摩									

東海産婦人科内視鏡懇話会 履歴

開催回数	日時	会場	一般演題座長	一般演題発表施設	特別講演座長	特別講演	ワークショップテーマ	座長	症例提示施設	参加人数
第8回	2006 10/21	第2豊田 ホール	田中浩彦	藤田保健衛生大学	正橋鉄夫	「技術認定医制度の変遷および ガイドライン作成に関する諸問題」 日本医科大学 女性診療科・産科 教授 可世木久幸先生	子宮内膜症に対する 腹腔鏡手術	田窪伸一郎	岐阜市民病院	93名
				名城病院					可世木病院 / 藤田保健衛生	
				県立多治見病院					名古屋市立東市民病院	
				聖隷浜松病院					名古屋大学	
				静岡厚生病院						
					浅井光興	「腹腔鏡下直腸手術とトレーニング」 北里大学医学部 外科学 教授 渡邊昌彦先生				
第9回	2007 10/20	第2豊田 ホール	竹田明宏	藤田保健衛生大学	山本和重	「都市型内視鏡手術センター」 四谷メディカルキューブ ウイメンズセンター長 子安保喜先生	こんな時どうする -私が動める 内視鏡手術の手術手技	村上 勇	名城病院	90名
				愛知医科大学					聖隷浜松病院	
				成田病院					岐阜市民病院	
				名古屋第一日赤病院					藤田保健衛生大学	
				県立多治見病院					三重県立総合医療センター	
									県立多治見病院	
		可世木病院								
第10回	2008 10/18	ミッドランド ホール	大沢政巳	藤田保健衛生大学	野口昌良	「婦人科腹腔鏡の現状と将来展望」 日本産科婦人科内視鏡学会 理事長 国際医療福祉大学 教授 堤 治先生	子宮筋腫の低侵襲性治療 - 成田病院腹腔鏡下筋腫核出術 vs 子宮動脈塞栓術 (UAE) / 集束超音波治療 (FUS)	塚田和彦	県立多治見病院	109名
				中日病院					藤田保健衛生大学	
				東市民病院					済生会滋賀県病院	
				済生会松阪総合病院					新須磨病院	
				岐阜市民病院						
			篠原康一	成田病院						
				名古屋大学						
				浜松医科大学						
				県立多治見病院						
				公立八女総合病院						
竹内茂人										
第11回	2009 10/17	ミッドランド ホール	岩瀬 明	県立多治見病院	廣田 穂	「重症子宮筋腫の 新しい治療戦略 ～内科的治療から 外科的治療まで～」 加藤レディースクリニック 長田 尚夫先生	「婦人科内視鏡手術 (腹腔鏡 / 子宮鏡 / 卵管鏡) における機材選択と 操作のコツ」	尾崎智哉	コヴィディエンジャパン	124名
				公立陶生病院					ジョンソン・エンド・ジョンソン	
				浜松医科大学					名古屋市立東市民	
				藤田保健衛生大学					愛知医科大学	
				名古屋大学					三重県立総合医療センター	
				岐阜市民病院					浜松医科大学	
	成田病院									
		済生会松阪総合病院								
第12回	2010 10/16	ミッドランド ホール	山本和重	名古屋大学	篠原康一	「消化器領域における ロボット手術の最前線」 藤田保健衛生大学 上部消化管外科 教授 宇山 一朗先生	「不妊と内視鏡手術 -私が実践する 妊孕性温存・回復手術-」	田中浩彦	済生会松阪総合病院	88名
				豊田厚生病院					藤田保健衛生大学	
				東市民病院					可世木病院	
				豊田厚生病院					さわだウイメンズクリニック	
			正橋鉄夫	名古屋第一日赤病院					成田病院	
				岐阜市民病院						
				県立多治見病院						
				浜松医科大学						
		八千代病院								
第13回	2011 10/15	ミッドランド ホール	村上 勇	浜松医科大学	可世木成明	「ロボット支援手術の 産婦人科における導入」 東京医科大学 産婦人科学教室 主任教授 井坂 恵一先生	「内視鏡手術の 新たな試み」	浅井光興	県立多治見病院	103名
				浜松医科大学					藤田保健衛生大学	
				聖隷三方原病院					愛知医科大学	
				東部医療センター					富山県立中央病院	
				名古屋大学						
			生田克夫	名古屋第一日赤病院						
				聖隷浜松病院						
				三重県立総合医療 C						
				岐阜市民病院						

【投稿規定】

1. 投稿資格

編集委員会で承認されたものは受けつけます。

2. 掲載された論文の著作権は本学会に帰属します。

3. 論文の受理

他誌に未発表の論文で、その原稿は以下に述べる投稿規定を満すものに限ります。

4. 論文の種類

原著、診療、総説と分類して、表紙にその種目を明記してください。

1) 論文の記述の順序は、以下のごとくです。

表紙、概要（800字以内）、5語以内のキーワード（英語で、Medical Subject Headings (MESH, Index Medicus) を参考にしてください）、緒言、研究（実験）方法、研究（実験）成績、考案、文献、図表、図の説明文として、それぞれは新たな項から始めてください。表紙には種目、表題、英語タイトル、著者名（英語表記も）、所属（英語表記も）、および著者連絡先（氏名、連絡先住所、電話、FAX、E-Mail）を明記してください。

2) 診療は、極めて稀な症例、新しい診断法および治療法など、今後の実施臨床において有益となる論文を掲載するものです。

5. 臨床実験や治験等に関する論文はインフォームド・コンセントを得たことや、倫理委員会・臨床受託研究審査委員会の承認を得た研究であることを明記してください。

6. 論文の長さ

刷り上りで10頁以内とする。1頁はおおよそ1500字に相当します。ただし、図、表および写真は原則として600字として換算します。

7. 統計解析を行う場合は、統計処理法を必ず明記してください。

8. 原稿の記載

原則として常用漢字と現代かなづかいを使用してください。学術用語は、日本産科婦人科学会および日本医学会の所定に従ってください。なお、ワープロを使用してA4版用紙を縦に、印字は横打ち12ポイントの文字で（MS明朝など）、横20文字、縦20行（行間は1行あける）としてください。薬品名などの科学用語は必ず原語を用いてください。なお薬品名は商品名だけでなく、一般名を用いてください。表紙から文献まで通しの項を入れてください。

1) 図、表および写真は、本文中ではなく、別紙に1点ずつ分けて添付してください。図1、表1、のごとく順番を付し、挿入位置を本文中に明示してください。写真は図として通し番号をつけてください。

- 2) 表は、A4版の用紙を用いてください。表の上方に表の番号・タイトル（例：表1対象の臨床的背景）をつけ、必要に応じて表の下方に略号や統計結果、などの説明を脚注の形で記載してください。
- 3) 図はそのまま印刷可能なもの、写真は手札版以上の鮮明なものとして、裏面に天地、図の番号、著者名を明記の上、図の説明文にそのタイトルと解説を記載してください（図や写真にタイトルなどは直接書き込まないでください）。すでに刊行されている雑誌や著者から図表を引用する場合には、著作権を有する出版社あるいは学会、著者などから了承を得た上、図表に文献の記載順序に従って出典を明らかにしてください。
- 4) 画像データは仕上がり寸法で解像度350pixel/inchを目安に作成し、JPEG、TIFF、EPS、PICT形式もしくはパワーポイントファイルのいずれかで保存してください。

9. 単位、記号

m、cm、mm、 μ m、mg、 μ g、l、ml、 $^{\circ}$ C、pH、N、mEq/、Sv、Gy、Bqなど基本的にはSI単位を使用してください。数字は算用数字を用いてください。

10. 英語のつづり

米国式とし（例：center、estrogen、gynecology）。半角タイプしてください。

11. 文献の引用

論文に直接関係のあるものにとどめ、本文引用順に並べて、文献番号を1、2、3……とつけてください。本邦の雑誌名は各雑誌により決められている略称を用い、欧文誌はIndex Medicusに従ってください。著者名は3名までを明記し、それ以上は「・・・ほか」あるいは「・・・et al.」と略してください。本文中では引用部位の右肩に文献番号1) 2)) …をつけてください。複数の文献番号をつける場合、1) 2) 、あるいは1) ~3) 、あるいは1) 2) ~5) のようにしてください。

- (例) 1. Hammond CB, Weed JC Jr, Currie JL, et al. The role of operation in the current therapy of gestational trophoblastic disease. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 844-858
2. 岡本三郎、谷村二郎。月経異常の臨床的研究。日産婦誌 1976; 28: 86-90
3. 新井太郎、加藤和夫、高橋 誠。子宮頸癌の手術。塚本 治、山下清臣 編 現代産婦人科学(監東京：神田書店、1976; 162-168
4. Takatsuki K, Uchiyama T, Sagawa K, et al. Adult T-cell leukemia in Japan. In *Hematology*. Amsterdam: Excerpta Medica, 1977; 73-77

12. 論文の採否

論文の採否は査読を経て編集会議で決定します。

13. 印刷の初校

著者が行います。ただし、原則として校正は誤字・脱字以外の変更は認められません。

14. 掲載料

本誌は原則として掲載料を徴収しません。

15. 別冊

別冊の希望部数は著者校正の際に、校正印刷に朱書してください。別冊代およびその郵送料は著者負担とし、論文が掲載されたときに徴収します。カラー写真・図はその印刷に要する費用は全額著者負担となります。

16. 論文投稿の際は論文原稿3部、図表・写真もすべて3部ずつプリントアウトして提出してください。

論文および図表を保存した磁気ディスク（WindowsフォーマットのCD-ROM、MOまたはフロッピーディスク）も提出してください。ディスクラベルには著者名および使用したソフト名・バージョンを明記してください。

原稿送付先：原稿は書留郵便で

東海産婦人科内視鏡懇話会

事務局：〒470-1192

愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪 1-98

藤田保健衛生大学医学部 産婦人科学教室

E-mail：lapkonwakai@gmail.com

Tel.：0562-93-9294(医局)

Fax：0562-95-1821

西尾永司 宛に送付してください。

17. 投稿規定の変更はそのつど編集委員会によって行い、世話人会の承認をうけます。

備考 印刷済みの原稿、図表、写真は返還しません。

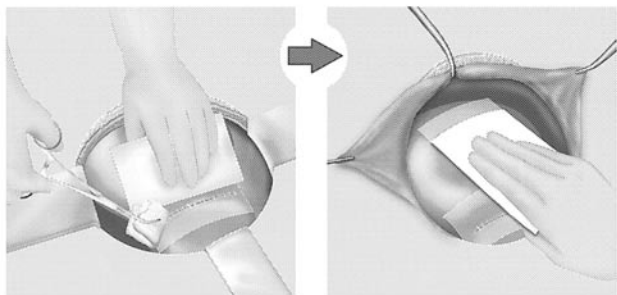
【編集後記】

今回、東海産婦人科内視鏡懇話会雑誌を発刊することになり、私が編集担当をするよう仰せつかりました。不行き届きがあると思いますが、何卒よろしく願いいたします。当初は論文投稿があるか大変不安でしたが、幸いにも3題の素晴らしい原著論文投稿頂き安堵しております。査読の先生方にもご多忙のところ無理にお願いし、厳格な査読して頂いたことをこの場をかりてお礼申し上げます。本誌のますますの発展を祈念しております。

藤田保健衛生大学産婦人科学教室 西尾永司

術後癒着の軽減に

帝王切開時の貼り方



癒着防止吸収性バリア

セプラフィルム®

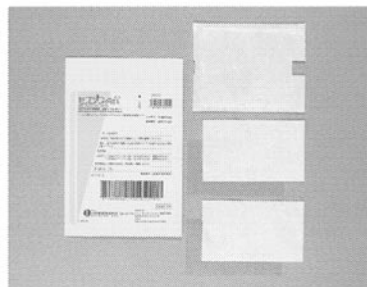
(CS プロシージャ パック)

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

sepra/film®

高度管理医療機器

保険請求名：セプラフィルム(合成吸収性癒着防止材)
承認番号：20900BZY00790000



- 一般的な使用方法及び禁忌、使用上の注意等の詳細については製品添付文書をご参照下さい。

製造販売元 ジェンザイム・ジャパン株式会社
東京都港区赤坂5丁目3番1号

発売元 科研製薬株式会社 [資料請求先]

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8

(2010年10月作成) 6C4P

腹痛、腹部膨満感に

腹が冷えて痛み、
腹部膨満感のあるもの

ダイケンチュウトウ

100 ツムラ大建中湯

エキス顆粒(医療用) 薬価基準収載

■効能又は効果、用法及び用量、使用上の注意等は、製品添付文書をご参照下さい。



株式会社ツムラ <http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。Tel.0120-329-970

(2011年9月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 JW-1001



SEROTONE



5-HT₃アンタゴニスト(制吐剤)

薬価基準収載

セロトーン® 静注液10mg
錠10mg

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

Serotone®

(アザセトロン塩酸塩)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

総代理 (資料請求先)
鳥居薬品株式会社
東京都中央区日本橋本町3-4-1

製造販売元
日本たばこ産業株式会社
東京都港区虎ノ門二丁目2番1号

2009年10月作成

 **astellas**



骨粗鬆症治療剤(ミノドロン酸水和物錠)

薬価基準収載

ボノテオ® 錠50mg
Bonoteo®

前薬、処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都板橋区蓮根3-17-1

[資料請求先] 本社 / 東京都中央区日本橋本町2-3-11

11/11 作成:B51/2.A.03

薬価基準収載

子宮内膜症に伴う月経困難症・
機能性月経困難症治療剤



ルナベル®配合錠

LUNABELL® tablets

ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤

処方せん医薬品（注意—医師等の処方せんにより使用すること）

- 「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

ルナベル：ノーベルファーマ株式会社 登録商標

販売（資料請求先：学術部）
日本新薬株式会社
〒601-8550 京都市南区吉野区西ノ庄門口町14

製造販売元
ノーベルファーマ株式会社
〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町12番地10

2010年12月作成B5/2

点滴静注用 0.5g 新発売

カルバペネム系抗生物質製剤

処方せん医薬品^{※1)}

薬価基準収載

フィニボックス®

点滴静注用0.25g・0.5g
キット点滴静注用0.25g

FINIBAX® (注射用ドリベネム水和物 略号：DRPM)
注1) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

■「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌」、「原則禁忌」、「使用上の注意」等については添付文書等をご参照下さい。

製造販売元【資料請求先】



シオノギ製薬

大阪市中央区道修町3-1-8 〒541-0045
電話 0120-956-734 (医薬情報センター)
<http://www.shionogi.co.jp/med/>

FBX-KO-102B(B1) 番 Y7789 ㊄:登録商標 2011年11月作成 B52



骨粗鬆症治療剤

薬価基準収載

ビビアント[®]錠20mg

Viviant[®] Tablets 20mg

バゼドキシフェン酢酸塩錠

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

資料請求先：製品情報センター

- 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は、添付文書をご参照ください。



Mari Fujiwara

藤原真理 / 日本音楽コンクール・チェロ部門
 第1位および大賞、チャイコフスキー国際
 コンクール第2位など多くの受賞歴をもつ。
 現在、日本を代表するチェリストとして国
 内外で活躍している。

2011年7月作成

Innovation Meets Quality with 3G Full HD Technology

～鏡視下映像を極みへと導く、これからのプレミアム～
 1288 Full High Definition Video System

stryker[®]

Endoscopy



1288 Full HD カメラ



LED 光源装置 L9000

- ・ 1288 Full HD Video
- ・ LED Technology for light source

- 第3世代フルハイビジョンテクノロジー
- 先進のLEDテクノロジー

※本製品に関するお問い合わせは弊社営業担当までお願い致します。

日本ストライカー株式会社

112-0004 東京都文京区後楽 2-6-1 tel: 03-6894-0000

www.stryker.co.jp

・医療従事者向けサイト-Stryker Medical Professional Site
www.stryker.co.jp/medical.html

製造販売業者

日本ストライカー株式会社

550-0002 大阪府大阪市西区江戸堀2-1-1

支持療法の新たな架け橋

新発売

選択的ニューロキニン1 (NK1) 受容体拮抗型制吐剤

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

- (1) 本剤の成分又はアプレピタントに対し過敏症の既往歴のある患者
- (2) ピモジド投与中の患者(「相互作用」の項参照)

■効能・効果

抗悪性腫瘍剤(シスプラチン等)投与に伴う消化器症状(悪心、嘔吐)(遅発期を含む)

＜効能・効果に関連する使用上の注意＞

本剤は強い悪心、嘔吐が生じる抗悪性腫瘍剤(シスプラチン等)の投与の場合に限り使用すること。(「臨床成績」の項参照)

■用法・用量

他の制吐剤との併用において、通常、成人にはホスアプレピタントとして150mgを抗悪性腫瘍剤投与1日目に1回、点滴静注する。

＜用法・用量に関連する使用上の注意＞

- (1) 本剤は、原則としてコルチコステロイド及び5-HT₃受容体拮抗型制吐剤と併用して使用すること。(「臨床成績」の項参照)なお、併用するコルチコステロイド及び5-HT₃受容体拮抗型制吐剤の用法・用量については、各々の薬剤の添付文書等、最新の情報を参考にし、投与すること。ただし、コルチコステロイドの用量については、本剤又は活性本体アプレピタントとコルチコステロイドの薬物相互作用を考慮して適宜減量すること。(「相互作用」、「薬物動態」及び「臨床成績」の項参照)
- (2) 本剤は、投与速度の増加及び投与濃度の上昇により、注射部位障害が発現しやすくなるため、本剤1バイアル(ホスアプレピタントとして150mg)を5mLの生理食塩液で溶解し、最終容量が100~250mLとなるように生理食塩液で希釈し、抗悪性腫瘍剤の投与1時間前に30分間かけて点滴静注すること。(「適用上の注意」の項参照)

■使用上の注意(抜粋)

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
重度の肝障害患者(本剤の活性本体アプレピタントは主として肝で代謝されるため、血中濃度が過度に上昇するおそれがある。また、重度肝機能不全(Child-Pughスコア>9)患者での使用経験はない。)(「薬物動態」の項参照)
2. 重要な基本的注意
(1) 本剤の活性本体アプレピタントはCYP3A4に対する用量依存的阻害作用を有し、抗悪性腫瘍剤を含めて併用薬剤と相互作用を起こすことがあるため、十分注意して投与すること。(「相互作用」の項参照)
(2) 長期フルファンリン療法を施行している患者には、がん化学療法の各コースにおける本剤処方開始から2週間、特に7日目から10日目には、患者の血液凝固状態に関して綿密なモニタリングを行うこと。(「相互作用」の項参照)
(3) 潮紅、紅斑、呼吸困難等のアナフィラキシー反応を起こすことがあるため、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(「禁忌」及び「重大な副作用」の項参照)

3. 相互作用(抜粋)

本剤の活性本体アプレピタントはCYP3A4の基質であり、軽度から中程度のCYP3A4阻害(用量依存的)及び誘導作用を有し、CYP2C9の誘導作用も有する。(「薬物動態」の項参照)

(1) 併用禁忌(併用しないこと)

薬剤名等 ピモジド オーラップ錠1mg、3mg、細粒1%

(2) 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等 CYP3A4を阻害する薬剤(イトラコナゾール、エリスロマイシン、クラリスロマイシン、リトナビル等)、ジルチアゼム、CYP3A4を誘導する薬剤(リファンピリン、カルバマゼピン、フェニトイン等)、CYP3A4で代謝される薬剤(デキサメタゾン、メチルプレドニゾン、ミダゾラム等)、CYP2C9で代謝される薬剤(ワルファリン、トルブタミド、フェニトイン等)、ホルモン避妊法(エチニルエストラジオール等)

4. 副作用(抜粋)

国内で実施された第Ⅲ相二重盲検比較試験において、174例中46例(26.4%)に副作用(臨床検査値の異常を含む)が認められた。主なものは便秘16例(9.2%)、ALT(GPT)上昇12例(6.9%)、しゃっくり10例(5.7%)、注入部位疼痛・滴下投与部位痛9例(5.2%)、AST(GOT)上昇8例(4.6%)、γ-GTP上昇6例(3.4%)、尿蛋白5例(2.9%)及び注入部位紅斑4例(2.3%)等であった。(承認時)

(1) 重大な副作用

- 1) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群) 皮膚粘膜眼症候群(Stevens-Johnson症候群、頻度不明)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、発熱、紅斑、痒痒感、眼充血、口内炎等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- 2) 穿孔性十二指腸潰瘍 穿孔性十二指腸潰瘍(頻度不明)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には適切な処置を行うこと。
- 3) アナフィラキシー反応 アナフィラキシー反応(頻度不明)があらわれることがあるので、観察を十分に行い、全身発疹、潮紅、血管浮腫、紅斑、呼吸困難等の症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。(「禁忌」の項参照)

※：頻度不明はアプレピタントでの報告又は本剤の海外での報告による。

- その他の使用上の注意等、詳細は製品添付文書をご参照ください。(2011年12月改訂)



選択的NK1受容体拮抗型制吐剤

【薬価基準収載】

プロイメント® 点滴静注用 150mg

注射用ホスアプレピタントメグルミン
処方せん医薬品®

PROEMEND®

注) 注記一医師等の処方せんにより使用すること
© Registered Trademark of Marck Sharp & Dahme Corp.,
a subsidiary of Marck & Co., Inc., Whitehouse Station, N.J., U.S.A.

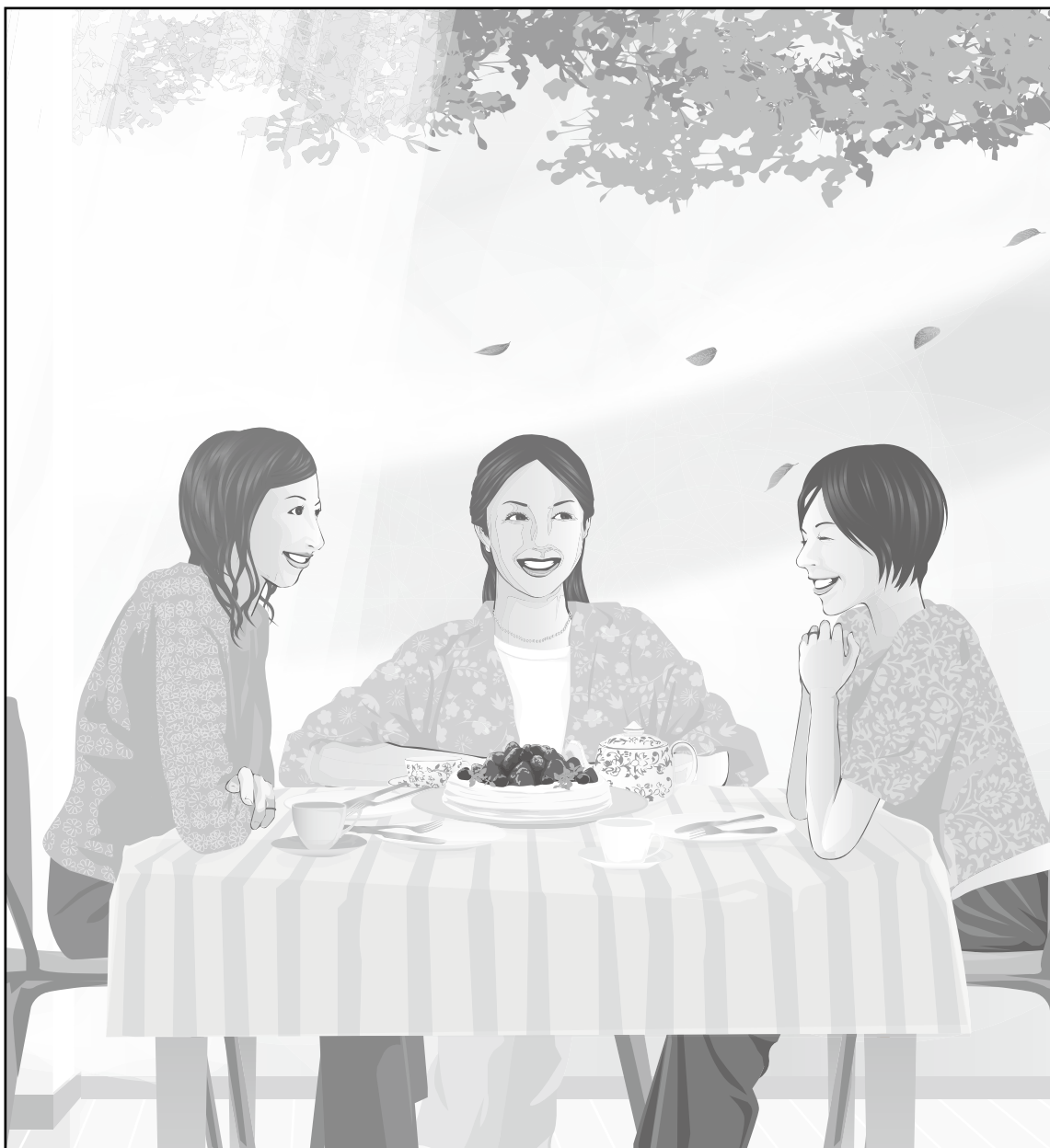
資料請求先



小野薬品工業株式会社

〒541-8564 大阪市中央区久太郎町1丁目8番2号

111201



LH-RH誘導体 マイクロカプセル型徐放性製剤

劇薬、処方せん医薬品（注意-医師等の処方せんにより使用すること）薬価基準収載

リュープリン[®] 注射用 1.88・3.75
注射用キット 1.88・3.75

（注射用リュープロレリン酢酸塩）

◆効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

【資料請求先】

▲ 武田薬品工業株式会社 〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号
<http://www.takeda.co.jp/>

2011年9月作成(T)



遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン製剤

生物由来製品

処方せん医薬品：注意—医師等の処方せんにより使用すること

フォリスチム[®]注50・75

Follistim[®] Injection 50・75

■薬価基準収載

フォロトロピンベータ（遺伝子組換え）注射液

フォリスチム[®]注150

Follistim[®] Injection 150

■薬価基準未収載

フォロトロピンベータ（遺伝子組換え）注射液

フォリスチム[®]注300IUカートリッジ

Follistim[®] Injection 300IU Cartridge

■薬価基準収載

フォロトロピンベータ（遺伝子組換え）注射液

フォリスチム[®]注600IUカートリッジ

Follistim[®] Injection 600IU Cartridge

■薬価基準収載

フォロトロピンベータ（遺伝子組換え）注射液

900IUカートリッジ

新発売

フォリスチム[®]注900IUカートリッジ

Follistim[®] Injection 900IU Cartridge

■薬価基準収載

フォロトロピンベータ（遺伝子組換え）注射液

「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」及び「警告・禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。


Follistim[®]
recombinant FSH
follitropin beta

 MSD

製造販売元【資料請求先】
MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>
【MSDカスタマーサポートセンター】
医療関係者の方 0120-024-961
受付時間：月～金 9:00-18:00（祝日・当社休日を除く）

2011年9月作成
FOL11AD039-0913





歴史に学び、「今を考え」 「有り難い」ことの実現を提案します。

八神製作所は、130余年に亘り、医療の発展とともに歩んできました。
その間、医療のあり方が治療のみならず、健康開発、介護・福祉へと広がるにつれて業容を拡大。
現在は「健康開発」「疾病治療」「介護・福祉」「保守点検・修理」を4本柱として確立。
ひたすら「有り難い」ことの実現を提案します。

株式会社 八神製作所

本社/〒460-8318 名古屋市中区千代田2-16-30 TEL (052) 251-6671 (代)
URL <http://www.yagami.co.jp/>

 CHUGAI 中外製薬

 ロシュ グループ



at the Front Line
CHUGAI ONCOLOGY



遺伝子組換えヒトG-CSF製剤

生物由来製品・処方せん医薬品^{注)}

薬価基準収載



NEUTROGIN

イトロジン[®]注 50 μ g
100 μ g
250 μ g

NEUTROGIN[®]

レノグラスチム (遺伝子組換え) 製剤

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、
「【禁忌】を含む使用上の注意」等につきましては、添付文書をご参照下さい。

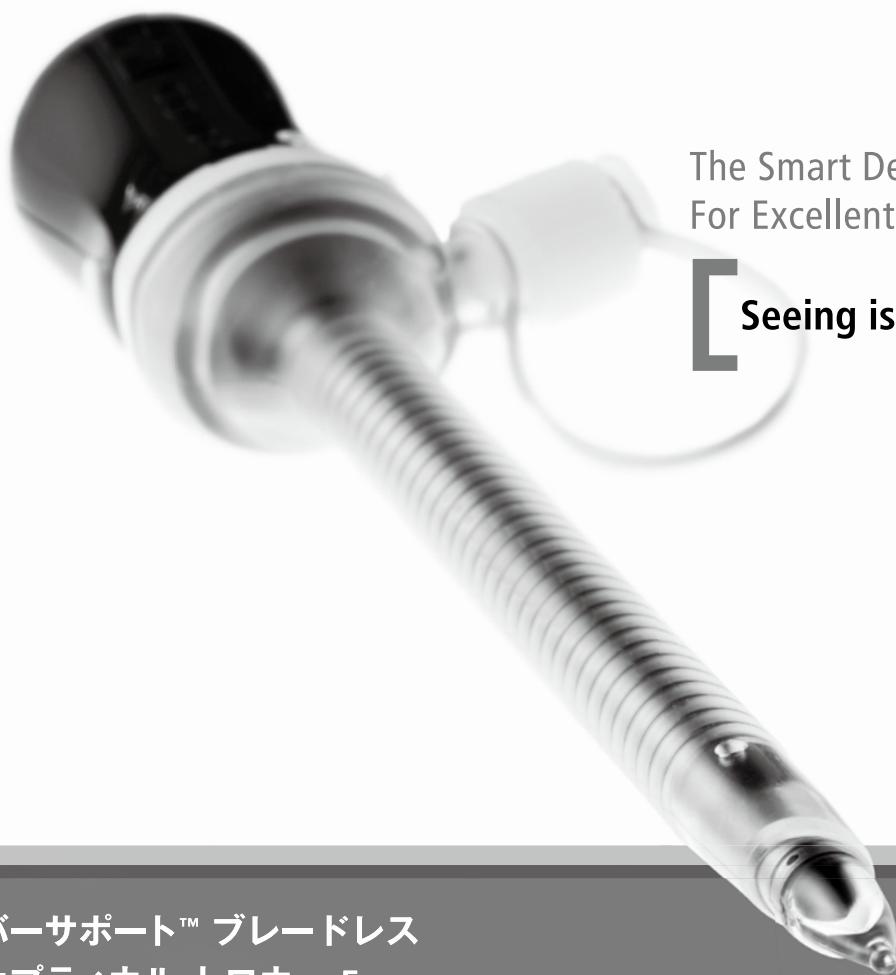
<http://www.chugai-pharm.co.jp>

〔資料請求先〕

製造販売元 **中外製薬株式会社**

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

2009年3月作成



The Smart Design
For Excellent Performance.

[Seeing is Believing]

バーサポート™ ブレードレス オプティカル トロカー 5mm

Low Profile

ポート間距離が狭い場合や、腹部とヘッドの距離が狭い場合でも
高い操作性を保ちます

Superior Fixation

高い固定力

Smooth Controlled Entry

制御性の高いスムーズ穿刺



COVIDIEN、COVIDIENロゴマーク及び"positive results for life"はCovidien AGの商標です。
TMを付記した商標はCovidien companyの商標です。
©2012 Covidien.

販売名：バーサポート ブレードレス
医療機器認証番号：223AABZX00099000

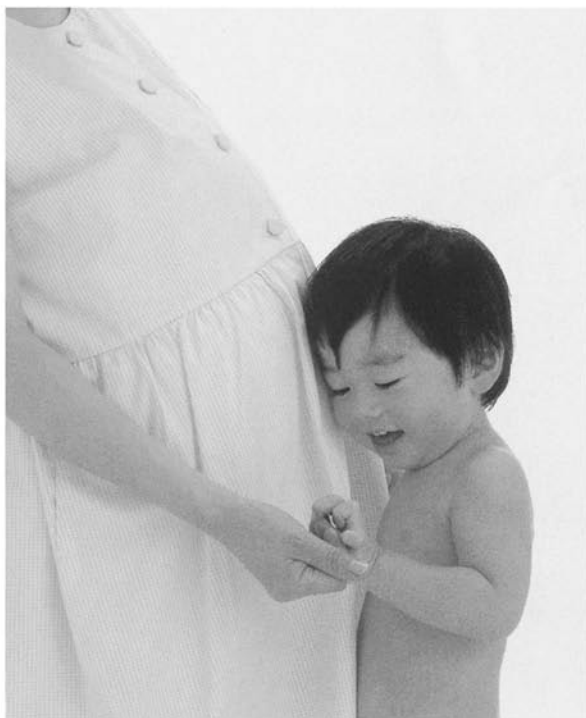


COVIDIEN

positive results for life™

製造販売元 **コヴィディエン ジャパン株式会社**

〒158-8615 東京都世田谷区用賀 4-10-2 TEL(03)5717-1270 FAX(03)5717-1279 <http://www.covidien.co.jp>



切迫流・早産治療剤

劇薬・処方せん医薬品[※]

ウテメリン[®]注50mg

UTEMERIN[®] injection 50mg 薬価基準収載

リトドリン塩酸塩注射液 注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること。

切迫流・早産治療剤


日本薬局方リトドリン塩酸塩錠

処方せん医薬品[※]

ウテメリン[®]錠5mg

UTEMERIN[®] Tab. 5mg 薬価基準収載

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること。

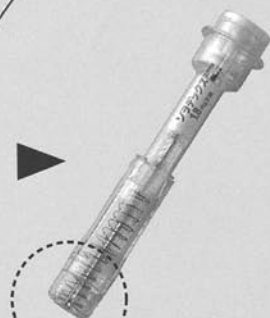
製造販売元
 **キッセイ薬品工業株式会社**
 松本市芳野19番48号

Zoladex *SafeSystem*

投与前



投与後



セーフティ
シールドが
針先をカバー

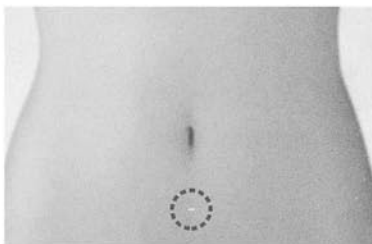
GnRHアゴニスト

劇薬・処方せん医薬品[※]

ゾラデックス[®]1.8mgデポ

Zoladex[®] 1.8mg depot 薬価基準収載

ゴセレリン酢酸塩デポ 注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること。



販売元
 **キッセイ薬品工業株式会社**
 松本市芳野19番48号

製造販売元
 **アストラゼネカ株式会社**
 大阪府北区大淀中1丁目1番88号

※各製品の「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先：製品情報部 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号 Tel. 03-3279-2304 キッセイ薬品ホームページ：http://www.kissei.co.jp/

UZ012BN
2009年6月作成

イージー

E・Zアクセス

心のかような医療器ハッコー

医療機器届出番号：20B1X000050000030
一般医療機器 リテューサ

特長

- ラッププロテクターに装着でき、任意の位置にトロカールを配置することが出来ます。
 - ラッププロテクターより取り外しができ、臓器の取り出しが容易です。また、再装着出来ます。
 - 複数本トロカールを配置した場合にも、トロカール同士の干渉がほとんどありません。
- ※本製品は、ラッププロテクターと併用します。
必要なサイズをご用意して下さい。



用途

- ・単孔式内視鏡下手術および小切開を行う腹腔鏡下手術に使用

関連製品

E・Zトロッカー 5mm

スリムタイプ

正式販売名：E・Zトロッカースマートインサージョン
医療機器承認番号：20B00BZZ01054000

正式販売名：E・ZトロッカースマートインサージョンII
医療機器承認番号：21900BZX0942000

LAPROTECTOR™ ラッププロテクター™

医療機器承認番号：21900BZX00940000



装着イメージ

仕様	製品コード	タイプ
	29150510	ラッププロテクター FF07用
	29150520	ラッププロテクター FF0504用
	29150530	ラッププロテクター FF1010用
	包装形態	
	1箱2個、1個毎に「材」の包装、EOG滅菌済	

製品の詳細については、弊社ホームページあるいは、製品カタログをご覧ください。

<http://www.hakko-medical.co.jp/>

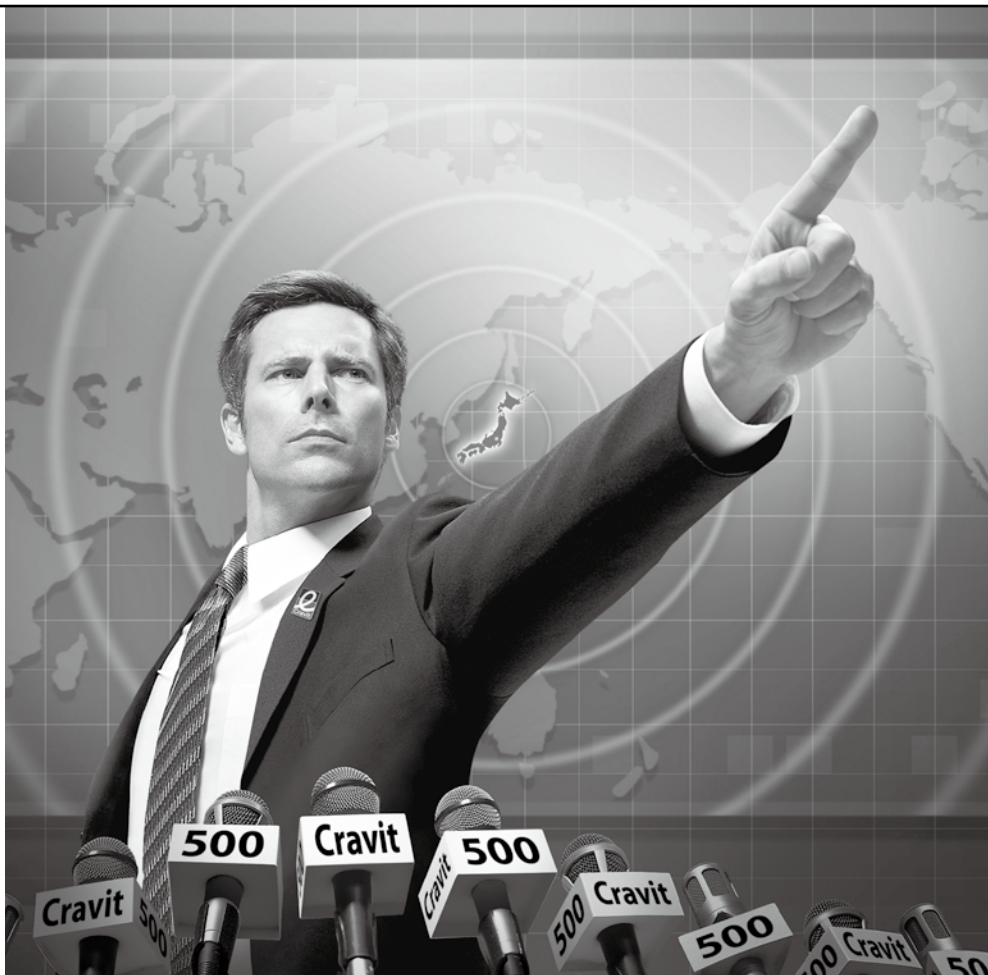
株式会社 八光

メディカル事業部

製造販売

〒113-0083 東京都文京区本郷三丁目42番地6号
TEL:03-5804-8500 FAX:03-5804-8580

〒389-0807 長野県千曲市大字磯部1490番地



 広範囲経口抗菌製剤 処方せん医薬品*

クラビット®

錠 250mg・500mg 細粒 10%

CRAVIT® (レボフロキサシン水和物、略名：LVFX)

※注意—医師等の処方せんにより使用すること <薬価基準収載>

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等の詳細につきましては、製品添付文書をご参照ください。



Daiichi-Sankyo

製造販売元(資料請求先)

第一三共株式会社

東京都中央区日本橋本町3-5-1

ドイツ・エルベ社
ERBE

電気手術装置

VIO300D

すべての高周波技術がここにある

バイクランプ®

スパークを発生させずに高電流のみを組織に供給する特殊なパイポーラです。専用の器具を用いて組織ごと血管をクランプすることができます。

バイクランプ® は本体に付け加えることができるため、新たに同様の装置を配備する必要がありません。専用の器具はラチェットなしで、通常の鉗子のようにハンドリングできます。さらにオートクレーブ滅菌対応の再使用タイプです。

VIO
System



バイクランプによる集束凝固



剪刀による凝固組織の切離®



バイクランプ® による子宮血管の処理



資料及び関連 CD ご希望の方は、
弊社ホームページよりお申し込みください。

医療機器承認番号：22000BZX00148000



株式
会社

AMCO www.amco.co.jp

本 社 〒102-0072 東京都千代田区飯田橋4-8-7 TEL. 03 (3265) 4263 FAX. 03 (3265) 2796

より軽やかに 子宮内膜症

子宮内膜症細胞に直接作用し、疼痛を改善します

(in vitro)



子宮内膜症治療剤

処方せん 医薬品^{※1} 薬価基準収載

ディナゲスト錠 1mg

DINAGEST Tab.1mg (ジエノゲスト・フィルムコーティング錠)

注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

禁忌(次の患者には投与しないこと)

1. 診断のつかない異常性器出血のある患者
【類似疾患(悪性腫瘍等)のおそれがある。】
2. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
【「妊婦・産婦・授乳婦等への投与」の項(1)参照】
3. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】 子宮内膜症

【用法・用量】

通常、成人にはジエノゲストとして1日2mgを2回に分け、月経周期2~5日目より経口投与する。

(用法・用量に関連する使用上の注意)

治療に際しては妊娠していないことを確認し、必ず月経周期2~5日目より投与を開始すること。また、治療期間中は非ホルモン性の避妊をさせること。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)
 - (1) うつ病又はうつ状態の患者並びにそれらの既往歴のある患者【更年期障害様のうつ症状があらわれるおそれがある。】
 - (2) 肝障害のある患者【代謝能の低下により、本剤の作用が増強することがある。】
 - (3) 子宮筋腫又は子宮腺筋症のある患者【出血症状の増悪のおそれがある。】【「重要な基本的注意」の項(4)参照】
2. 重要な基本的注意
 - (1) 本剤の投与に際しては、類似疾患(悪性腫瘍等)との鑑別に留意し、投与中に腫瘍が増大したり、臨床症状の改善がみられない場合は投与を中止すること。
 - (2) 卵巣チョコレート嚢胞は、頻度は低いものの自然経過において悪性化を示唆する報告があるので、定期的に画像診断や腫瘍マーカー等の検査を行い、患者の状態に十分注意すること。
 - (3) 本剤投与中は経過を十分に観察し、期待する効果が得られない場合には漫然と投与を継続せず、他の適切な治療を考慮すること。
 - (4) 本剤投与により不正出血がみられる。その程度には個人差があり、投与中に出血が持続する場合もあるので、患者にはあらかじめ十分に説明し、出血量が多く持続日数が長い場合には、医師へ相談するよう指導すること。このような患者には必要に応じて血液検査を実施し、貧血が認められた場合には鉄剤の投与又は本剤の投与中止等適切な処置を行うこと。なお、貧血の発現率は、子宮筋腫又は子宮

腺筋症のある患者では、ない患者に比べ高い傾向が認められている。
(5) 本剤を長期投与する場合には以下の点に注意すること。1) 不正出血が持続的に認められている患者は、類似疾患(悪性腫瘍等)に起因する出血との鑑別に留意し、定期的に画像診断等を行うなど、患者の状態に十分注意すること。また、必要に応じて細胞診等の病理学的検査の実施を考慮すること。2) 本剤の1年を超える投与における有効性及び安全性は確立していないので、1年を超える投与は治療上必要と判断される場合にのみ行い、定期的に臨床検査(血液検査、骨塩量検査等)等を行うなど、患者の状態に十分注意すること。

(6) 本剤の投与により更年期障害様のうつ症状を起こすことが報告されているので、本剤の使用に際しては患者の状態等を十分に観察すること。

3. 相互作用

本剤は主として薬物代謝酵素CYP3A4で代謝される【薬物動態】の項参照。
併用注意(併用に注意すること) ●CYP3A4阻害剤: エリスロマイシン、クラリスロマイシン、アゾール系抗真菌剤(イトラコナゾール、フルコナゾール等) ●CYP3A4誘導剤: リファンピリン、フェニトイン、フェノバルビタール、カルバマゼピン等 ●卵巣ホルモン含有製剤: エストラジオール誘導体、エストリオール誘導体、結合型エストロゲン製剤等 ●黄体ホルモン含有製剤: プロゲステロン製剤、メドロキシプロゲステロン酢酸エステル製剤、ノルエチステロン製剤、ジドロゲステロン製剤等

4. 副作用

総症例528例中、409例(77.5%)に副作用が認められている。その主なものは不正出血(60.6%)、ほてり(16.3%)、頭痛(13.6%)、悪心(6.6%)等であった。(承認時)

- (1) **重大な副作用** 1) 不正出血、貧血(頻度不明): 本剤投与後に不正出血があらわれ、重度の貧血に至ることがある。出血量が多く持続日数が長い場合には、観察を十分に行い、必要に応じて血液検査を実施し、重度の貧血が認められた場合には本剤の投与中止等適切な処置を行うこと。2) **アナフィラキシー様症状**(頻度不明): アナフィラキシー様症状(呼吸困難、血管浮腫、蕁麻疹、痒痒感等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。
- (2) **その他の副作用** 以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。【副作用の頻度5%以上】 ●低エストロゲン症状: ほてり、頭痛 ●子宮: 不正出血 ●消化器: 悪心 【副作用の頻度0.1~5%未満】 ●低エストロゲン症状: めまい、動悸、抑うつ、不安、不眠、発汗 ●乳房: 乳房緊満感、乳房痛、乳汁分泌 ●皮膚: 痒癢、外陰部かぶれ・かゆみ^{注1)}、皮膚乾燥、脱毛 ●精神神経系: 傾眠、いらだち感、しびれ感、片頭痛 ●過敏症^{注2)}: 発疹等 ●肝臓: γ-GTPの上昇 ●消化器: 嘔吐、腹痛、胃部不快感、便秘、下痢、腹部膨満感、口内炎 ●血液: 貧血、白血球減少 ●筋骨格系: 背部痛、肩こり、骨塩量低下、関節痛 ●その他: 倦怠感、疲労、体重増加、浮腫、コレステロール上昇、発熱 【頻度不明】 ●子宮: 腹痛

注1) 不正出血の持続により、このような症状があらわれることがある。

注2) このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

※その他の使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元
〈資料請求先〉



持田製薬株式会社

東京都新宿区四谷1丁目7番地
☎0120-189-522(学術) 〒160-8515

2011年8月作成(N5)

OLYMPUS®

Your Vision, Our Future



Extending the Art of Surgery to New Dimensions

内視鏡手術の未来に挑むエリートたちへ。
VISERA シリーズの到達点、VISERA ELITE。

内視鏡医療の進化を支えてきたオリンパスの VISERA シリーズ。
その集大成となるシステム、“VISERA ELITE” が誕生しました。
究極のストレスフリーとより精緻な手術の実現をめざして、
観察性能と取扱性能のトータルパフォーマンスを追求。
内視鏡医療の未来に挑むエリートたちに贈る精鋭システムです。

VISERA ELITE

オリンパス メディカル システムズ株式会社 〒163-0914 東京都新宿区西新宿2-3-1 新宿モノリス www.olympusmedical.jp

不妊や疼痛の原因となる術後の癒着を軽減する

酸化再生セルロース
合成吸収性癒着防止材

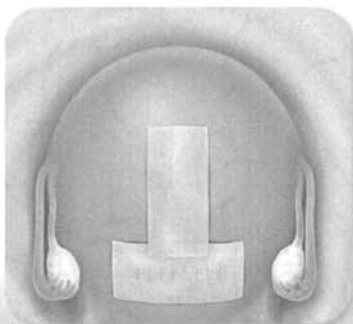
保険適用

インターシード*

インターシード*使用例



広汎子宮全摘術



帝王切開術



卵巣嚢腫摘出術

やさしさを込めて。その先の笑顔のために。

操作時は、布状のシートでしなやかに
閉腹後は、ゲル状の膜になって癒着を防止

インターシード*の
癒着非発現率

2サイズ展開で
広い術野もカバー

必要に応じて柔軟に加工でき
広い範囲もラージサイズでカバーします

製品番号	NEW	
	Regular Size	Large Size
4350	7.6cm×10.2cm	12.7cm×15.2cm
サイズ	7.6cm×10.2cm	12.7cm×15.2cm
入数	1枚/1パック 10パック/箱	1枚/1パック 10パック/箱

インターシード*

58.7%^a

対照側

23.8%^b

a.インターシード*処置側に癒着の発生しなかった割合
b.対照側(未処置)に癒着の発生しなかった割合

骨盤腹膜の両側の癒着剥離術を行い、左右のいずれか一方の骨盤腹膜(骨盤壁あるいは広韧带後葉)の腹膜欠損部を本品で処置し、本品の癒着防止、軽減効果を評価、比較した。
文献: INTERCEED*(TC7)の術後癒着防止効果の検討—多施設協同比較臨床試験—、産科と婦人科(第58巻第8号)1991

Johnson & Johnson
Wound Management

製造販売業者

ジョンソン・エンド・ジョンソン 株式会社 エチコン ジャパン ウウンドマネジメント

〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号 TEL(03)4411-7902 FAX(03)4411-6914 <http://www.jjwv.jp>

販売名: インターシード* 承認番号: 20300BZY01058000

*商標 ©J&JKK 2011

TROCAR SYSTEM
FineSEAL™

低価格で安全性の高いトロカー、
フルライン揃いました。

LAGIS®



Lagis FineSEAL™ Trocar Series

ProSeed
株式会社プロシード

〒150-0002 東京都渋谷区渋谷2-10-13 東信青山ビル3階
TEL 03-5468-1666 FAX 03-5468-1650
URL <http://www.proseedcorp.com>