

第33回日本産婦人科手術学会

～頸部筋層内筋腫に対する子宮鏡手術～ 頸管機能温存に有用

従来の開腹や腹腔鏡手術による子宮頸部筋腫核出術は、筋層切開・瘢痕形成による頸管機能への影響、縫合困難、子宮動脈・尿路損傷のリスクなどがあるとされている。切らない筋腫治療センター(佐野病院、兵庫県)の井上滋夫氏は、「筋腫核剝離向中心切削法」による子宮鏡手術(TCR)を、従来法に比べ低侵襲で、機能温存にも有利な方法として同学会で紹介した。

巨大例、頸部筋腫には2期的TCR

TCRは、粘膜下筋腫を切除する手術として開発され、子宮腔内に突出した筋腫を切削する手技が中心となり、筋層内筋腫や突出率の低い粘膜下筋腫では筋腫残存(再発)と子宮穿孔(隣接臓器損傷)が危惧され、適応が限定的であった。井上氏は「筋腫突出部を切削し、筋腫核と正常筋層の境界から積極的に剝離を進めると、筋腫により伸展していた周囲筋

層が収縮し、筋腫が内腔へ押し出されてくるため、筋腫のみを子宮内腔の中心に向かって削れば、穿孔と筋腫残存を回避できる」と解説。これにより、突出率の低い筋腫や漿膜側筋層菲薄例でも、過多月経のため開腹や腹腔鏡で手術される例のほとんどをTCRの適応としているという。

巨大粘膜下筋腫のTCRは、長時間手術となり、筋層菲薄化のため穿孔の可能性が高い。同氏は、このような例では、GnRH agonistによる筋腫縮小と2期的TCRで対応できるとしてきたが、今回は頸部筋腫に対する2期的TCRの有用性について報告した。

呈示された2例は過多月経を主訴に挙児希望があり、MRIで頸部後壁8cmの筋層内筋腫が確認された。リュープリン3.75による術前偽閉経療法後、2期的TCRを行った。初回手術では、筋腫直上の頸管内膜面を1カ所切削し、その部位から直下の

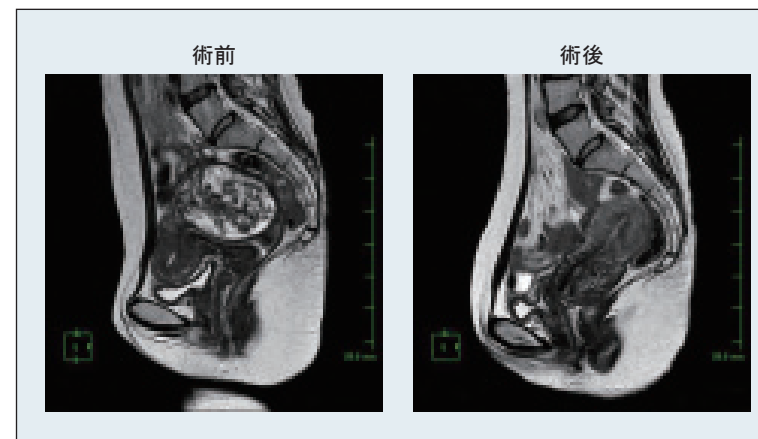
筋腫の切削を進めた後、筋層から筋腫核剝離を行い、露出した筋腫を切削、筋腫体積を減少させ、終了。術後のMRIで外側筋層の厚みを確認し、2回目のTCRで周囲筋層を損傷せず筋腫核の完全摘出に成功した。術後のMRIにより筋腫の消失と頸部筋層の形態的復元を確認した(図)。

同氏はまた、これまでの経験から①MRIで認識できる筋腫周囲の豊富な血管は術中大出血が予測される②筋腫内腔側に筋層がなければ漿膜側筋層が菲薄でもTCRが可能③石灰化例での切削は困難—などと指摘し、術前の3方向MRIでの評価の重

要性を強調した。さらに、安全確実なTCRには、切削切片の逐次搬出、バソプレシン・PGF2 α 局注、超音波術中観察、電解質術中測定などが重要とした。

以上をまとめ、同氏は「筋腫核剝離向中心切除法による2期的TCRで頸部筋層内筋腫の完全摘出が可能。TCRは手術翌日に退院できる低侵襲手術であり、筋層瘢痕化や腹腔内癒着がなく、頸管機能温存に有利で、開腹や腹腔鏡手術より優れている。複数例で完遂できたことから、再現性のある術式であることも確認できた」と述べた。

〈図〉術前後MRI像



(井上滋夫氏提供)