

〔ワークショップ3 / 特異部位の子宮内膜症 Update (尿路, 消化管, 胸腔等の子宮内膜症の臨床)〕

膀胱・尿管子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術 — 切除～再建術まで —

- 1) 倉敷成人病センター産婦人科
- 2) 鳥取大学医学部産科婦人科学教室

安藤 正明¹⁾, 太田 啓明¹⁾, 小林 栄仁¹⁾, 羽田 智則¹⁾
出浦伊万里²⁾, 三木 通保¹⁾, 高木 偉博¹⁾, 金尾 祐之¹⁾

目 的

子宮内膜症は時に後腹膜へ進展し、腫瘤を形成したり後腹膜臓器の機能障害を起こす場合がある。尿路子宮内膜症はこのような深部子宮内膜症の一形態であり、膀胱子宮内膜症では血尿・頻尿など、尿管子宮内膜症では尿管狭窄あるいは閉塞を起こし、水腎症から腎機能の低下を招き、無症状に経過し腎機能の廃絶する例さえ報告されている。ひとたび線維化や硬化を起こした狭窄部に薬物療法は無効であり、治療法としては手術が基本となる。狭窄部や腫瘤の切除のため臓器の区域切除と再建術など侵襲の大きな手術が必要となる場合もある。今回、腹腔鏡による尿路子宮内膜症の手術法を紹介する。

方 法

われわれは2003年から8例の尿管子宮内膜症例を、また4例の膀胱子宮内膜症を経験した。1. 膀胱部分切除：膀胱粘膜の病変は氷山の一角であり漿膜・筋層に主病変があり予想外に病変が広い場合が多い。このため膀胱鏡所見で予想されるより広範な切除が必要となる。膀胱鏡ガイド下に一応の切除範囲を決め開始するが、病変部を過不足なく切除するためには、腹腔鏡下に膀胱切開を行う際、筋層の断端所見により切除範囲を調節する必要がある。壁の切除後3-0合成吸収糸で2層に縫合して欠損部を閉鎖する。2. 尿管区域切除：後腹膜に著しい線維化が起こるため、尿管の遊離は難航する場合が多い。また線維化が高度の場合は狭窄が、尿管壁自体に内膜症があるためか、あるいは周囲

の線維化による絞扼のためか判別が困難である。このため重症例では剥離のみで対処することは難しい。また病変部は子宮動脈から膀胱まで広範にある場合が多く、このため尿管区域切除後に端々吻合を行える例は稀である。尿管閉塞部を分離しこれを切除した後、尿管膀胱新吻合が必要となる。尿管膀胱新吻合において尿管欠損部が小さい場合、尿管の剥離授動と膀胱周囲の剥離授動により tension-free に吻合することが可能となるが、今回尿管の欠損部が大きい例でも Psoas hitch と Boari flap を併用し再建を行い良好な結果を得られた。まず膀胱壁の一部を切開しフラップを作り尿管欠損部方向に延長するように導管を形成する。この膀胱壁フラップで形成した導管と尿管を吻合するが、尿管膀胱逆流の防止に粘膜下トンネルを形成した。吻合は3-0および4-0の合成吸収糸を用い腔内縫合で行った。

成 績

術後の回復はきわめて早く翌日歩行と常食摂取が可能となった。縫合不全も認めず、合併症は認めなかった。その後の follow up で再狭窄や出血は認めていない。

結 論

剥離操作と縫合操作に高度の技術が必要となるが、腹腔鏡下手術はその術野拡大能と深部到達能などの優位性から骨盤深部で繊細な操作が要求される再建術には合理的な手法であり、また患者の肉体的、また精神的負担も軽減する有用な手技と考える。