

23-28 ATH+BSO 後に発生した骨盤内卵黄嚢腫瘍の症例

虎の門病院

三島みさ子, 伊豆田誠人, 児島梨絵子, 楯 浩行, 井原規公, 山口 隆, 山城千珠, 古屋 智, 神山 洋, 横尾郁子, 加藤賢朗

卵黄嚢腫瘍は比較的若年者に多く, また生殖器官以外には, 縦隔, 脳, 消化管, 肝, 後腹膜などに原発腫瘍の報告があるが, 非常に稀である。今回, 我々は, 閉経後の子宮, 付属器全摘後, 腔断端上に卵黄嚢腫瘍が発生した例を経験したので文献的考察を加え, 報告する。症例 65才 2経妊2経産 閉経 50才 合併症 高血圧 緑内障現病歴 4年前, 他院にて左卵巣腫瘍の診断で ATH+BSO 施行。Endometriosis も合併しており, 術中癒着剥離を行った。病理診断にて serous cystoadenoma, borderline malignancy と診断され, 術後のフォローアップのため当科受診。3-6ヶ月ごとの検診を行っていた。検診時に腔断端に28mm×29mm 大の充実性腫瘍を認めた。腫瘍マーカーでは α FP 15600IU/l と高値を示していた。精査, 手術目的に入院。MRI 上, 腔断端部に3cm 大のやや不均一に造影される腫瘍を認めた。CT では肝臓, 胸部, その他の臓器に異常所見なし。上, 下部消化管内視鏡検査 異常なし。卵巣腫瘍の再発と判断し, 骨盤腫瘍摘出+部分大網切除術施行した。術中迅速病理診断は adenocarcinoma であったが, 永久標本にて Yolk sac tumor と診断された。追加療法として BEP 療法を開始。3コース終了した時点で肺拡散能の著明な低下を認め, プレオマイシンによる肺線維症が疑われ, また腫瘍マーカーの順調な低下を確認できたため, 追加治療を終了した。現在, 術後1年を経ているが, 腫瘍マーカーの上昇もなく再発徴候は見られていない。考察本症例における腫瘍発生母地は不明であるが, 後腹膜に残存していた胚細胞由来というより, むしろ癒着剥離時に腹膜側に残存した卵巣皮質由来と考えられる。

23-29 腹圧性尿失禁症状を有する性器脱患者に対する適切な手術療法についての検討

大阪市立大

平井光三, 安井智代, 角 俊幸, 本田謙一, 金岡 靖, 石河 修

【目的】腹圧性尿失禁を合併する性器脱患者に対する両者の同時手術については議論を要するところである。そこで性器脱手術と, 腹圧性尿失禁に対する治療的または予防的同時手術の必要性について検討した。【方法】1997年から2003年に性器脱手術(腔式子宮摘出並びに腔壁形成術)を行った113症例に対して, 術前後の尿失禁量の変化を60分間パッドテスト(PT)により比較した。術前後に鎖尿道膀胱造影(CUCG)を行い, 下部尿路の解剖学的変化について複数のパラメーターを測定し, 解剖学的変化と尿失禁症状との関連を検討した。また術後の患者満足度をアンケート調査した。【成績】平均年齢 62.7 ± 9.1 才で, 術前高度尿失禁(PT:10.1g以上)9例, 軽度尿失禁(PT:2.1g以上10g以下)8例, 尿禁制(PT:2g以下)6例, 術後はそれぞれ1例, 2例, 110例であった。術後改善15例(13.3%), 不変96例(85.0%), 増悪2例(1.7%)であった。術前尿失禁を呈した17例中15例が改善し, 術前尿禁制で術後尿失禁を呈したのは1例であった。改善15症例はPTが術前 22.2 ± 31.0 gから術後 0.54 ± 0.58 g($p=0.02$)と有意に減少した。CUCG上, 手術による解剖学的変化とPTとの間に関連性は見出せなかった。術後尿失禁の自覚症状が増悪したものはなく, 改善したと答えたものが89%であり, 手術療法に対する満足度は高いとの回答を得た。【結論】性器脱整復手術は, 腹圧性尿失禁に対して治療および予防的効果を有することが示された。尿失禁手術は術後尿失禁症状を有するものみに選択的に行うべきである。

23-30 TVT手術における膀胱圧迫法の有用性に関する検討浜松医科大学¹, 遠州総合病院², 国立豊橋病院³川島正久¹, 西口富三¹, 石川賀子³, 高荷理子², 水主川純¹, 小澤英親¹, 加賀俊章¹, 大井豪一¹, 茂庭将彦¹, 金山尚裕¹

【目的】腹圧性尿失禁(GSI)に対するTVT手術の有用性は広く認められるにいたっている。本術式の原法は, 局麻下での咳ストレスのもとで支持テープの挙上を決定するものであるが, GSI症例の多数は同時に性器の下垂をともっており, 理論的にはTVT手術はその整復後に施行されることが望ましいといえる。このような見地から, 我々は, 性器下垂の整復後に膀胱圧迫法によるTVT手術を行っており, 今回, その有用性ならびに問題点について検討した。【方法】膀胱圧迫法は, 膀胱内充満(まず300ml注入, 尿流出がみられなければ400mlに増量)のもと, 恥骨を支点としてソフトに膀胱を腹壁上から圧迫するものである。本手技のもとで膀胱内圧は50cmH₂Oを凌駕しないことを確認している。対象は57-74才の中等度以上のGSI症例16例で, その短期ならびに長期成績について評価した。【成績】1)失禁は全例で消失した。2)短期成績として, 排尿困難が2例あり, うち一例は排尿筋収縮力の低下によるもので薬剤治療により数日で改善, また, 一例は自己導尿を併用するも約一ヶ月で改善をみた。他に, 術後頻尿を呈した症例が一例みられたが, 抗コリン剤で改善した。3)長期予後としては, 抗コリン剤使用の一例を除き, 排尿障害を呈した症例はなかった。また, 立位経会陰超音波断層法による評価で, 膀胱頸部の楔状開大は術後より消失した。(14/15例)【結論】性器下垂の修復後にTVT手術を行うにあたり, 本手技はテープ挙上の他覚的指標として有用であることが示された。原法における二段階麻酔の煩雑さを避けうるなど, 術式にも選択の幅をもたらすものといえる。