

■ バルトリン腺に発生した腫瘍での使用について

バルトリン腺に発生した腫瘍の切除では、外陰皮膚を左右に広く切除する必要がない。このような場合の展開に、アドソン開創器は不適である。一方、ローンスターではイラスト1のように広い術野を得ることができる。皮膚切開はバルトリン腺開口部の腔壁を切開するが(図13)、皮下の脂肪組織を切除するように皮下の剥離を外側に進める。そのときに皮弁にフックをかけて外側に緊張をかける。一方、腔側の切開縁を対側に牽引する。腔内操作には、対側の腔壁にフックをかけると、腔入口部が広がる。腫瘍側の皮下組織を内側に、皮弁を外側に牽引し、坐骨恥骨枝の近傍で坐骨海綿体筋を認識したら深部へ剥離を進める。浅会陰横筋を確認したら、内側の腔方向へ切離を進め、バルトリン腺腫瘍を切除する。切除後の完成図を近景(図14)と遠景のイラスト1で示す。

バルトリン由来腺様嚢胞癌

図13



図14

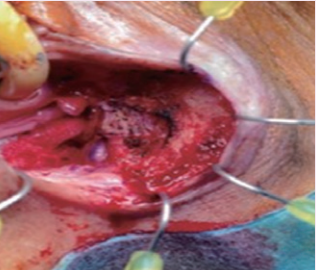
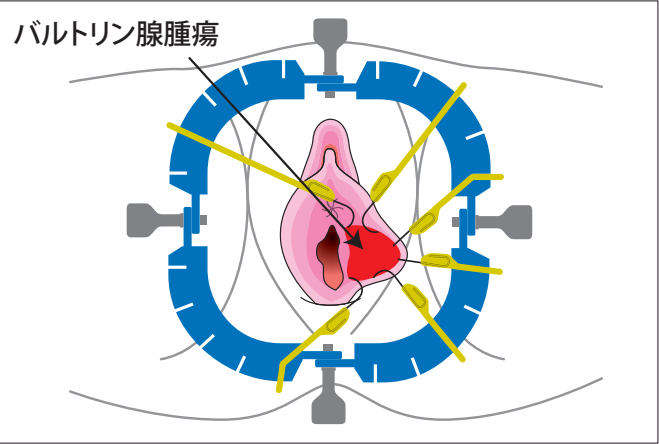


イラスト1



〈POINT〉
牽引方向が微調整できるため全周的且つ一方向に大きく術野を拡げることが可能。
※イラストは腫瘍に対して3時方向へ牽引しているイメージ

■ おわりに

ローンスターは全周的に開創ができ外陰切除の内側切開縁を牽引できるので、広い視野が確保できる。そのため尿道の温存に関して根治性と機能温存の両立が期待される。また乳房外パジェット病のように広く浅く切除する症例やバルトリン腺に発生した腫瘍のように展開方向の調整が必要な症例に対しても有効であると思われる。

販売元
Yufu ユフ精器株式会社
YUFU ITONAGA CO.,LTD.
サージカル事業部
〒113-0034 東京都文京区湯島2丁目31番20号
TEL03-3811-2126 FAX03-3811-5155

ローンスターリトラクター™を用いた
外陰がん手術



国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科
科 長

加 藤 友 康

略 歴

1983年 東京医科歯科大学医学部卒業
1983年 川崎市立川崎病院産婦人科臨床研修医
1985年 国立がんセンター婦人科臨床研修医
1989年 東京医科歯科大学 難治疾患研究所内分泌異常部門 助手
1992年 財団法人癌研究会附属病院婦人科医員
1998年 米国立癌研究所(NIH/NCI) 留学(1年間)
2005年 財団法人癌研有明病院婦人科 医長
2006年 国立がんセンター中央病院婦人科 病棟医長
2010年 東京医科大学産婦人科兼任教授併任
2012年 東京医科歯科大学非常勤講師併任
2015年 国立がん研究センター中央病院婦人腫瘍科科长
ご所属は2023年3月時点の情報となります

資 格

1983年 医師免許取得
1988年 日本産婦人科学会専門医・指導医
1994年 日本臨床細胞学会細胞診専門医
1998年 国際細胞学会認定細胞病理医
2007年 日本婦人科腫瘍専門医
2008年 がん治療認定医
2017年 日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医
2018年 日本メディカルAI学会公認資格

■ はじめに

手術のアプローチ法が異なっても、術野の確保が重要であることはいうまでもありません。特に外陰がんの手術のように経験値の低い手術を安全に確実に施行するには、術野の確保がより要求されます。当科ではローンスターリトラクターシステム(図1)を用いた外陰がん手術の術野展開法を考案し、後進にも指導しています。

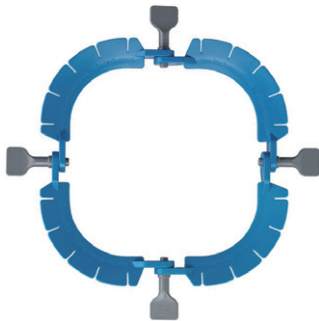
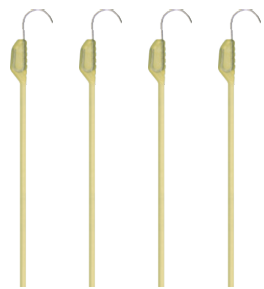


図1) リトラクタープラスチック (3307G)



エラスティックスティ (3350-8G)

■ 外陰がん手術でのローンスターの使用法

外陰がんの手術では鼠径リンパ節と外陰の切除が行われる。鼠径リンパ節生検 / 郭清のときは開脚位で行われることが多く、術野保持にはアドソン開創器でも座りが良い。一方外陰切除では、碎石位になり術野が腹背方向になるため、アドソン開創器の固定が不十分で助手が把持する必要がある（図2）。ローンスターは、エラスティックステイというフック付きの牽引器具（以下：フック）とフックを止めるリトラクタープラスチック（以下：フレーム）より構成されている。碎石位にて、ローンスターのフレームを会陰部に固定する。フックを外陰切開縁に放射状に掛け、ステイを牽引してフレームに固定する。左右背腹方向の牽引バランスを取る（図3）。ローンスターは従来の開創器では不可能であった全方向への牽引が可能で、良好な視野展開をもたらす。

図2 アドソン開創器

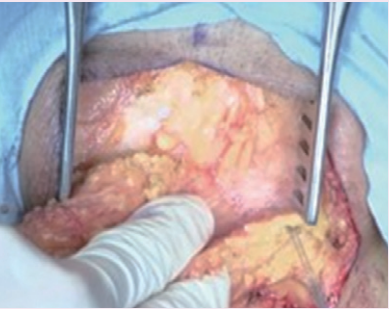
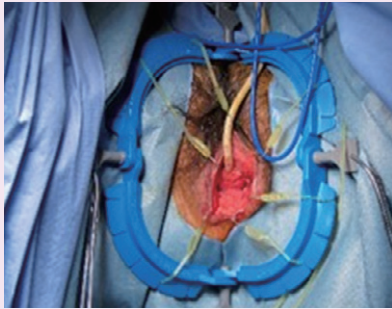
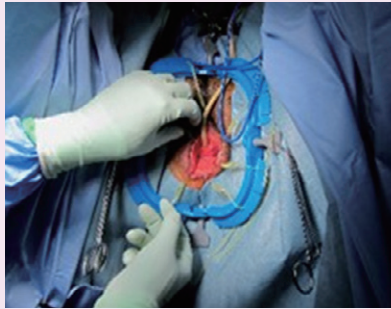


図3 ローンスターリトラクターシステム



■ 外陰切除での使用について

外陰切除では、皮膚切開線に沿って垂直に皮下脂肪組織を切開し、外陰筋膜を露出する（図4）。この皮弁にフックをかけることで切開縁近傍が展開され、外陰筋膜が広く視認できる（図5）。この筋膜を確認しながら、陰核、陰核脚を切断、球海綿体筋を露出する層で剥離を進め（図6）、会陰体を切除する。会陰体を切除するときには直腸診で直腸を確認しながら切除すると良い。尿道を温存し、マージンを担保して切除する（図7）。

外陰切除

図4



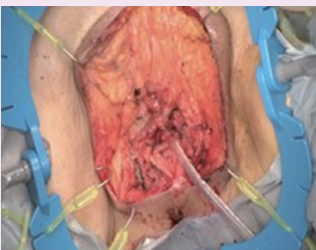
図5



図6



図7



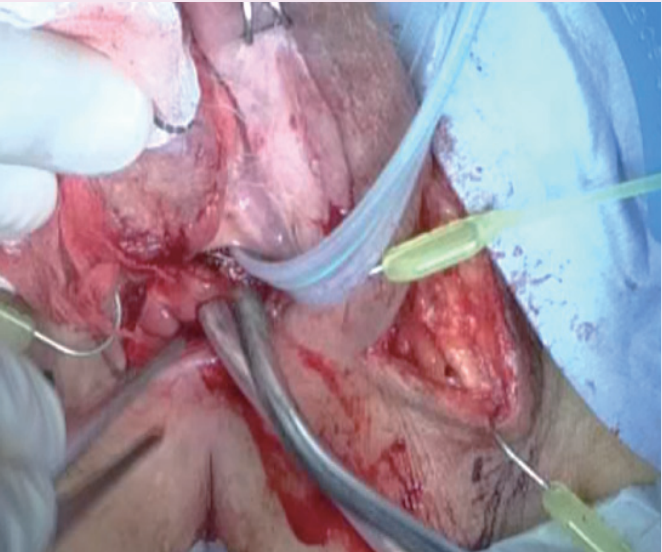
■ 外尿道口周囲の切除での使用について

外陰がんの手術において、患者さんの心配は第1に尿道を温存できるかどうかである。第2が鼠径リンパ節郭清後の下肢リンパ浮腫である。

尿道を残すには尿道にフォーリーカテーテルを留置して、外尿道口を明示する。腔側の切開縁にフックをかけ、良好な視野を確保して腔前庭に切開を入れる（図8）。本症例では、左鼠径リンパ節郭清の切開下縁と腔前庭切開縁との間にペンローズドレーンを通し腹側に牽引している。

外陰切除の内側切開縁を牽引できるローンスターは、尿道の温存に欠かせない。

図8 腔にフックをかけ、良好な視野を確保



■ 外陰部分切除での使用について

小陰唇に広く発赤を認め、生検にて乳房外パジェット病と診断された。浸潤はないものの広く進展しているため、陰核を温存した外陰部分切除を予定し、皮膚切開ラインを描いた（図9）。

外陰外側切開縁にフックをかけ、ローンスターを固定する（図10）。深部側マージンは外陰筋膜を露出させない程度に浅くしている。腔側の切開縁を置き、尿道を温存して切除した（図11）。また皮膚縫合は一次縫合とした（図12）。

浅く広く切除をする本疾患には適合する開創器がなかったが、ローンスターを用いることで術野を確保して手術の精度が高まった。

外陰パジェット病

図9



図10

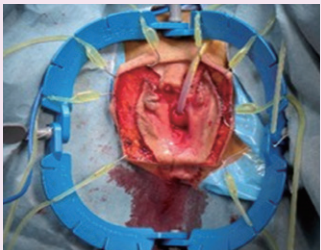


図11



図12

