

## II 低侵襲治療の最新動向 — 多様化する治療法の展望

# 3. 子宮筋腫に対する低侵襲治療

## — 腹腔鏡下筋腫核出術の現状と展望

出浦伊万里 鳥取大学医学部産科婦人科学

子宮筋腫は女性の良性腫瘍の中で最も頻度が高く、生殖年齢女性の20～50%に発生する。多くは無症状で経過観察となるが、貧血を伴う過多月経、疼痛、周囲臓器の圧迫症状、不妊などの諸症状がある場合は治療の適応となる。

近年、女性の晩婚化に伴い子宮温存治療の需要が増加し、患者のQOLを重視したさまざまな低侵襲治療が行われている。手術に関しては、従来の開腹手術が腹腔鏡手術に転換され、1979年に初めて報告された腹腔鏡下筋腫核出術(laparoscopic myomectomy : LM)は、現在広く普及している。

本稿では、これまでに得られているエビデンスをもとに、LMの現状と展望について解説する。

### LMの有用性

#### 1. 開腹手術との比較

LMと開腹筋腫核出術(open myomectomy : OM)を比較検討したRCTは、これまでに複数報告されている。6つのRCTからなる最近のメタアナリシス<sup>1)</sup>では、LMは手術時間が有意に長いものの、術中出血量、術後疼痛、および合併症の発生が少なく、術後の回復が早いことが示されている。一方、術後妊娠率や再発率など長期予後については有意差がない。

また、LMが美容面においてOMに比べて優れていることは明らかであり、これは現代女性にとって最も重要な利点といえることができる。

LMは従来行われていた開腹手術と比べて低侵襲であるが、体腔内での高度な縫合技術を要する術式であるため、腹腔鏡手術のエキスペートによって行われるべきである。

#### 2. 他の低侵襲治療との比較

子宮温存を目的とした低侵襲治療として、子宮動脈塞栓術(uterine artery embolization : UAE)やMRガイド下集束超音波療法(magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery : MRgFUS、以下FUS)が行われているが、LMと両者の治療成績を比較検討したRCTは報告されていない。UAEやFUSは、筋腫の縮小および症状の改善

を図ることを目的としており、妊孕性温存を前提とした治療ではない。したがって、挙児希望がある患者においてはLMを第一選択とすべきである。

### LMの適応と限界

LMの適応は、挙児希望があり、筋腫による症状(貧血を伴う過多月経、疼痛、腹部腫瘍感、頻尿・便秘など周囲臓器の圧迫症状)を有する場合や、筋腫が5cm以上で増大傾向がある場合、および筋腫が子宮内腔を圧排し不妊・流早産の原因となる場合である。筋腫の部位が、漿膜下、筋層内、粘膜下、頸部、靱帯内のいずれであってもLMの適応となるが、粘膜下筋腫の場合は子宮鏡による経頸管的切除が困難なものに限られる。

LMの限界は術者の技量に依存するため一定ではないが、腹腔鏡手術を安全に完遂するためには術野の確保が必要である。この点を考慮すると、最大筋腫径10cm前後、筋腫核数10個前後が限界と言えるだろう。MRIによる評価では、子宮底が岬角を超える場合はLMの遂行は困難となる。しかしながら、筋腫の部位や形状、骨盤腔の広さ、気腹による腹壁の伸展度などにより術野は変化するため、LMの限界は個々の症例によって判断する必要がある。また、GnRHアゴニストにより筋腫の縮小を図ることができるため、限界を超えた症例であってもGnRHアゴニスト投与後にLMが可能となる場合も多い。