

子宮癌に対する逆行性広汎性子宮摘出術

(映画供覧)

東京女子医科大学産婦人科学教室

教授 川 上 博
カワ カミ ヒロシ

(受付 昭和36年10月30日)

映画を見ていただく前に癌の手術に対する私の見解を一応聞いていただいでから、私の手術々式の映画を御覧いただきたいと存じます。子宮癌手術後の再発について考えますと再発の原因は次の3つの事柄が最重要であると考えます。すなわち

1. 手術中に術者が無意識に切断したリンパ管から流出するリンパ液内に含まれる癌細胞。
2. 転移のあるリンパ節を剔出しないで残した場合。
3. 癌浸潤のある組織、例えば子宮旁結合織を完全に摘出しないで残した場合。

であります。

この中で第2と第3については一般の術者は充分注意しては、現在の子宮癌手術の中心は殆んどこの2つに向けられています。ところが今日私がこゝに特に強く申しあげたいのは第1の問題です。すなわち手術中無意識に、或は故意にリンパ管を切断していますが、このことの危険性について今一度皆さんの御注意を促がしたいのであります。

癌細胞の特徴と致しまして、健康な細胞と違ひまして仲間の組織から癌細胞は一個一個ばらばらに離れまして、リンパ管内に流れ込む性質が特に強いののであります。また癌細胞はアメーバ様運動も出来るのであります。したがひまして癌組織内

では癌がそんな進展していない早期のものでもこの様な遊離した癌細胞がリンパ管内を流れてかなりの遠隔のリンパ節に転移することもあります。

リンパ管内圧は普通にはほとんどないのでありまして、その臓器の収縮などによりまして受働的にリンパ管内圧が上昇しまして、癌細胞は流れるのでありまして、子宮癌の際には排便、放尿、性交などの際の子宮収縮でリンパ管内圧が僅かにたかまると癌細胞の流出が促進されます。したがひまして結婚生活をしている婦人では未亡人よりも癌の拡大が早いのであります。

ところが手術の際のことを考えて下さい。手術の際には原発病巣を索引したり、圧迫したりしまして、組織内リンパ管内圧の上昇はいまだかつてなかつた程の上昇を来たしまして、癌細胞の周囲への流出は測り知れぬものがあると思ひます。

したがつて手術中に子宮旁結合織やその組織内を走つているリンパ管を切断するときにはリンパ液とともに癌細胞が手術野に流れ出ますことは火を見るよりも明らかなことで、術後の再発は絶対にまぬがれることはできないのであります。

手術中術者は子宮旁結合織や子宮仙骨靱帯、子宮膀胱靱帯、膈周囲結合織などを平気で切断し、リンパ節の摘出にはリンパ節を一個一個ばらばらにもぎとつていますが、このような操作中多くのリ

Hiroschi KAWAKAMI (Department of Gynecology and Obstetrics, Tokyo Women's Medical Collage):
Extirpation of uterus cancer (retrograde diffuse operation). (Demonstration by moving picture.)

リンパ管が切断され、リンパ液が癌細胞を含んだまゝ術野に流れ出ることを考えますと全くおそろしい気が致します。

このような点から私は子宮癌の手術には手術中、手術野にリンパ液を流出させない方法でなければならぬと考えまして、これから御覧いただくような手術々式を行なつています。

転移したリンパ節や癌細胞浸潤のある組織を残さないためにはなるべく手術を広汎性に行ない、なるべくリンパ節を入念に残さず摘出することです。この二点についてはすべての術者が充分注意していますが、手術中のリンパ液の流出、すなわち播種性再発の発生について余りにも無関心に思えるのであります。

題名にあります逆行性広汎性子宮摘出術とはこの凡ての点に注意を払つた術式であります。

手術々式の要点は、術中に術野にリンパ液を漏さないこととあります。それを実際に行なうに際しまして先ず大切なことは逆行性に手術を進めることとあります。

すなわち原発病巣やこれに接近した部分から始めますと、手術中に原発病巣を強く圧迫しますので上に述べました様に癌細胞をリンパ液中に押し流して、周囲に拡がりますので、原発病巣には觸れないで先ず一番遠隔の局所リンパ節の剔出から始めるのであります。

リンパ節の摘出も一個一個ばらばらにもぎとらないで、その周囲の結合組織とともに一つの Block として、一括してその基底から離し、決してリンパ管を切断しないようにするのであります。

上方は尿管が総腸骨動脈を横切る部分からはじめ、側方は外腸骨動脈側方の腰筋表面の結合組織を上方から下方まで縦に切開して、これを正中線に向つてめくるようにして剝離を進めます。そうしますと先ず外腸骨動脈、外腸骨静脈、閉鎖神経周囲と正中線の方向に向つて、凡てのリンパ節を周囲の結合組織とともに一つの block のまゝ基底から剝離出来ます。下方は又深鼠蹊節を動静脈から遊離して上内側に基底から剝離を進めます。そ

うしますと側方、上下から基靭帯の峰に向つてリンパ節群を含んだ骨盤壁の結合組織を剝離していくことが出来まして、この剝離した結合組織は原発病巣から来るリンパ管群と基靭帯の峰を走る結合組織で連なつています。

これらのリンパ節を含む結合組織は手術の障害になりますので、子宮側を鉗子で挟んで結紮して摘出します。これで原発病巣の手術で子宮頸部を圧迫しても、原発病巣と骨盤壁リンパ節との連絡はたゞれたこととなります。

このような操作を両側に行なつたあとで、今度は基靭帯を骨盤壁に接近した部分で大きな曲つた鉗子で二重に挟み、その中間を切断して、原発病巣からの基靭帯内リンパ管の流れを遮断します。これを先ず行なうことが岡林式手術の特徴でありまして、これによつて原発病巣の手術に際して、その部を強く圧迫してもリンパ液は既に遮断されていますので癌細胞の周囲への拡散を防ぐことが出来るのであります。

基靭帯は太い結合組織の集束でありまして、中には太い血管が走つていまして、その結紮に失敗しますと骨盤腔は直に血液で充満されますし、術者が恐れている部分であります。それでその結紮を安心して行なうように、基靭帯の結合組織を削りつつ血管だけを裸かにする人がありますが、このように結合組織を切断することが、すなわちリンパ管の切断でありまして、リンパ液の流出を術者が行なつていくこととなりますので、私は絶対に血管の遊離を行なわぬことにしています。この結果基靭帯を充分骨盤壁まで剔出することが出来ないという欠点ではありますが、そのために起る再発の危険よりもリンパ管切断によるリンパ液流出での再発の危険が余程大きいものと思つているからであります。

このようにして原発病巣からのリンパ管は切断前に先ず遮断してから、必要に応じて組織の切断を行なつていくのであります。

最近逆行性術式の方法は多くの人々によつて考えられています。しかしこの際注目すべき点は逆

逆行性手術とは術中リンパ液を漏らさないように遠隔のリンパ節剝離から始めて、原発病巣に進むのであつて、途中でリンパ管を切断してリンパ液を漏出さすようなことがあれば、それは逆行性手術としての価値はないのであります。

これらの詳細な点は映画で御覧いただきます。つぎに手術に対する放射線療法の問題ですが、手術後に術後照射を行なう人と、手術前に術前照射を行なう人とがあります。私は術前照射を行なうべきもので、其の効果は術前照射の方が遥かに大きいと思います。その理由は

1. 術前照射を行ないますと、癌組織が癒痕化してリンパ管が荒廃し、リンパ液が消失するから術中にリンパ管を流れる癌細胞が減少し、したがつて術中の手術野への流出がなくなる。すなわち逆行性手術の主旨にそうのであります。

2. 照射によつて癌細胞はかなり障害されてい

るから再発の能力がなくなるものがある。

3. 癌組織の感染が治癒するから手術後の骨盤内炎症が減少する、

4. 前照射で癌組織内浸出物が吸収されて手術が容易となる。

などの多くの長所を持っています。術後照射もちろんある程度の効果はありますが、術前照射程の効果はないものと思います。

最後に私は映画で御覧になりますように手術終了後手術野を H_2O_2 水を4~5倍にうすめた液でよく洗滌して、これを吸引し、落ちている癌細胞を除去し、ナイトロミン50~100mgを手術野に撒布しておきます。これも落ちている癌細胞はナイトロミンに対して反応する可能性があることを考えて行なつているのであります。

それでは映画を御覧いただきます。