

2018/9/29 (土) 1日目

富山国際会議場

名称 階	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
	鳳1 3F	鳳2 3F	飛鳥 3F	孔雀 4F	天空 19F
8時				東北婦人科腫瘍研究会 世話人会 (白鷺) 7:00-8:00 講演会 (朱鷺) 8:00-8:50	
	8:50~9:00 開会式・会長挨拶				
9時	9:00-9:48 一般演題: 第1群 卵巣悪性腫瘍 I 座長: 関根正幸 (新潟大)	9:00-9:48 一般演題: 第4群 産科合併症 I 座長: 経塚標 (福島医大)	9:00-9:48 一般演題: 第7群 産科・その他 座長: 森川守 (北海道大)	9:00-9:56 一般演題: 第10群 生殖内分泌 座長: 松尾幸城 (山形大)	
10時	9:48-10:36 一般演題: 第2群 卵巣悪性腫瘍 II 座長: 市川英俊 (旭川医大)	9:48-10:36 一般演題: 第5群 産科合併症 II 座長: 黒澤靖大 (東北大)	9:48-10:36 一般演題: 第8群 産褥 座長: 藤田智子 (金沢医大)	9:56-10:20 一般演題: 第11群 婦人科良性 I 座長: 平川八大 (弘前大)	
	10:36-11:24 一般演題: 第3群 卵巣悪性腫瘍 III 座長: 郷久晴朗 (札幌医大)	10:36-11:24 一般演題: 第6群 産科合併症 III 座長: 金井麻子 (旭川医大)	10:36-11:00 一般演題: 第9群 異所性妊娠 座長: 熊谷仁 (岩手医大)	10:20-10:52 一般演題: 第12群 婦人科良性 II 座長: 太田剛 (山形大)	
11時					
12時	11:40-12:40 ランチョンセミナー1 演者: 津田さやか (富山大) 演者: 多喜博文 (富山大) 座長: 齋藤滋 (富山大) 共催: ユーシービージャパン (株)	11:40-12:40 ランチョンセミナー2 演者: 森川守 (北海道大) 座長: 板倉敦夫 (順天堂大) 共催: 日本血液製剤機構 (株)	11:40-12:40 ランチョンセミナー3 演者: 米田哲 (富山大) 座長: 藤森敬也 (福島医大) 共催: 東亜薬品工業 (株)	11:40-12:40 ランチョンセミナー4 演者: 折坂誠 (福井大) 座長: 吉野修 (富山大) 共催: 持田製薬 (株)	11:40-12:40 ランチョンセミナー5 演者: 小宮山慎一 (東邦大) 座長: 中川俊信 (厚生連高岡病院) 共催: 中外製薬 (株)
13時	12:50-13:50 指導医講習会 演者: 長島久 (富山大) 座長: 藤原浩 (金沢大)	① 専門医共通講習・医			
14時	14:00-15:00 招請講演 演者: 木村正 (大阪大) 座長: 齋藤滋 (富山大)	① 産婦人科領域講			
15時	15:00-15:40 特別講演 I 演者: 加藤育民 (旭川医大) 座長: 笹川寿之 (金沢医大)				
16時	15:40-16:20 特別講演 II 演者: 二神真行 (弘前大) 座長: 吉田好雄 (福井大)				
	16:20-17:00 特別講演 III 演者: 島田宗昭 (東北大) 座長: 横山良仁 (弘前大)				
17時					
18時	18:00-19:30 総懇親会				
19時					

2018/9/30（日）2日目

ANAクラウンプラザホテル				
名称	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
階	鳳 1	鳳 2	飛鳥	孔雀
	3F	3F	3F	4F
7時	7:10~8:00 北日本産科婦人科学会 役員会（19F：天空の間）			
8時				8:10-8:40 モーニングレクチャー1 演者：庄子忠宏 座長：中島彰俊（富山大）
	8:24-9:12 一般演題：第13群 合併症妊娠Ⅰ 座長：松倉大輔（弘前大）	8:40-9:12 一般演題：第16群 子宮体部悪性Ⅰ 座長：玉手雅人（札幌医大）	8:24-9:12 一般演題：第19群 腹腔鏡下手術Ⅰ 座長：工藤正尊（北海道大）	
9時				8:40-9:28 一般演題：第22群 胎児・新生児Ⅰ 座長：下田勇輝（秋田大）
	9:12-10:00 一般演題：第14群 合併症妊娠Ⅱ 座長：金杉知宣（岩手医大）	9:12-9:52 一般演題：第17群 子宮体部悪性Ⅱ 座長：水本泰成（金沢大）	9:12-9:52 一般演題：第20群 腹腔鏡下手術Ⅱ 座長：渡邊善（東北大）	9:28-10:08 一般演題：第23群 胎児・新生児Ⅱ 座長：高木弘明（金沢医大）
10時				10:08-10:48 一般演題：第26群 外陰・膣・絨毛 座長：知野陽子（福井大）
	10:00-10:48 一般演題：第15群 合併症妊娠Ⅲ 座長：米田哲（富山大）	9:52-10:48 一般演題：第18群 子宮頸部悪性 座長：中西透（東北医薬大）	9:52-10:48 一般演題：第21群 腹腔鏡下手術Ⅲ 座長：吉野修（富山大）	
11時	11:00-12:00 ランチョンセミナー6 演者：若槻明彦（愛知医大） 座長：水沼英樹（福島医大） 共催：大塚製薬（株）	11:00-12:00 ランチョンセミナー7 演者：南里恵（富山県立中央病院） 座長：日高隆雄（黒部市民病院） 共催：アポットジャパン（株）	11:00-12:00 ランチョンセミナー8 演者：豊島将文（石巻赤十字病院） 演者：吉野修（富山大） 座長：吉田好雄（福井大） 共催：テルモ（株）	
12時	12:10-12:25 総会			
	12:25-13:05 一般演題：第24群 婦人科良性Ⅲ 座長：小野政徳（金沢大）	12:25-12:49 一般演題：第25群 悪性腫瘍・その他 座長：添田周（福島医大）		
13時	13:05-13:15 閉会式			

招請講演（産婦人科領域講習）

単

第1日目 9月29日（土）

第1会場 鳳1

14:00～15:00

座長：齋藤 滋（富山大学 産科婦人科）

「一地方における母体ニアミス案件の分析と周産期医療体制」

木村 正

大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室

指導医講習会（専門医共通講習：医療倫理）

単

第1日目 9月29日（土）

第1会場 鳳1

12:50～13:50

座長：藤原 浩（金沢大学 産科婦人科）

「臨床倫理的課題と意思決定 —医療対話推進技法の患者の意思決定支援への応用—」

長島 久

富山大学附属病院 医療安全管理室 副室長・特命教授

特別講演

第1日目 9月29日(土)

特別講演Ⅰ

第1会場 鳳1

15:00~15:40

座長：笹川 寿之 (金沢医科大学 産科婦人科)

「産婦人科医療を支える漢方教育の充実に向けて」

加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

特別講演Ⅱ

第1会場 鳳1

15:40~16:20

座長：吉田 好雄 (福井大学 産科婦人科)

「婦人科がんの緩和医療を考える：本来あるべきQOLとは？」

—婦人科がん死亡例の調査から見えてくる今後の課題—」

二神 真行

弘前大学 産科婦人科

特別講演Ⅲ

第1会場 鳳1

16:20~17:40

座長：横山 良仁 (弘前大学 産科婦人科)

「子宮頸癌ⅠB-ⅡB期治療戦略の再考—治療の個別化を目指して—」

島田 宗昭

東北大学病院 婦人科

ランチョンセミナー

第1日目 9月29日(土)

ランチョンセミナー1

第1会場 鳳1(3階)

11:40~12:40

座長：齋藤 滋 (富山大学医学薬学研究部 産科婦人科学講座 教授)

「関節リウマチにおける WoCBA (Women of Child-Bearing Age) 患者の現状と治療課題」

津田 さやか

富山大学医学薬学研究部 産科婦人科学講座

多喜 博文

富山大学医学薬学研究部 第一内科診療部門 免疫・膠原病内科 診療科長・診療教授

共催：ユーシービージャパン株式会社

ランチョンセミナー2

第2会場 鳳2(3階)

11:40~12:40

座長：板倉 敦夫 (順天堂大学医学部 産婦人科 教授)

「温故知新「産科DIC」～妊産褥婦を救いたい～」

森川 守

北海道大学大学院医学研究院 専門医学系部門 生殖・発達医学分野 産婦人科学教室

共催：日本血液製剤機構株式会社

ランチョンセミナー3

第3会場 飛鳥(3階)

11:40~12:40

座長：藤森 敬也 (福島県立医科大学医学部 産科・婦人科学講座 教授)

「切迫早産の病態から考えられる新たな治療戦略-プロバイオティクスの秘める可能性-」

米田 哲

富山大学附属病院 産科婦人科 診療准教授

共催：東亜薬品工業株式会社

ランチョンセミナー4

第4会場 孔雀(4階)

11:40~12:40

座長：吉野 修 (富山大学医学薬学研究部 産科婦人科学講座 准教授)

「子宮内膜症と不妊～そのチョコレート嚢胞、いま手術しますか?～」

折坂 誠

福井大学医学部附属病院 産科婦人科 講師

共催：持田製薬株式会社

ランチョンセミナー5

第5会場 天空(19階)

11:40~12:40

座長：中川 俊信 (厚生連高岡病院 副院長・産婦人科 診療部長)

「エビデンスから再考する進行卵巣癌に対する俯瞰的治療戦略」

小宮山 慎一

東邦大学医学部 産科婦人科学講座 准教授

共催：中外製薬株式会社

モーニングレクチャー

第2日目 9月30日(日)

第4会場 孔雀

8:10~8:40

座長：中島 彰俊 (富山大学 産婦人科 講師)

「ベバシズマブ beyond PD と JGOG3023 試験の重要性について」

庄子 忠宏

岩手医科大学 産婦人科 講師

ランチョンセミナー

第2日目 9月30日(日)

ランチョンセミナー6

第1会場 鳳1 (3階)

11:00~12:00

座長：水沼 英樹 (福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター センター長)

『閉経後女性のホルモン補充療法を考える』～エクオールと HRT の使い分け～

若槻 明彦

愛知医科大学 産婦人科学講座 教授

共催：大塚製薬株式会社

ランチョンセミナー7

第2会場 鳳2 (3階)

11:00~12:00

座長：日高 隆雄 (黒部市民病院 副院長・産婦人科部長)

「卵巣癌の新規腫瘍マーカーHE4 と ROMA の臨床的有用性」

南 里恵

富山県立中央病院 産婦人科 部長

共催：アボットジャパン株式会社

ランチョンセミナー8

第3会場 飛鳥 (3階)

11:00~12:00

座長：吉田 好雄 (国立大学法人福井大学 産科婦人科学 教授)

「卵巣癌に対する手術治療トピックスと癒着防止材の使用」

豊島 将文

石巻赤十字病院 産婦人科 副部長

「子宮内膜症マウスモデルを用いた癒着防止材の効果に関する検討」

吉野 修

富山大学医学薬学研究部 産科婦人科学講座 准教授

共催：テルモ株式会社

一般演題

第1日目 9月29日(土) 第1会場 鳳1

第1群 卵巣悪性腫瘍I

9:00~9:48

座長：関根 正幸(新潟大学)

1. 卵巣がんの初回化学療法に bevacizumab を併用すると治療成績が向上する可能性がある
江渡 恒¹、岡田 有加¹、齋藤 達憲¹、金杉 知宣¹、庄子 忠宏²
¹八戸赤十字病院 産婦人科、²岩手医科大学 産婦人科
2. 卵巣癌患者の Bevacizumab (Bmab) 投与によるタンパク尿
金川 明功、小舘 英明、田中 理恵子、勘野 真紀、野村 英司
王子総合病院 産婦人科
3. Bevacizumab 併用化学療法を行った卵巣癌、子宮頸癌症例での有害事象の検討
榊 宏諭、清野 学、須藤 毅、太田 剛、永瀬 智
山形大学 産婦人科
4. 新たな腫瘍マーカーHE4の有用性の検討
中陳 哲也、東 正樹、島袋 明乃、前田 悟郎、東 大樹、青柳 有紀子、
米原 利栄、山口 辰美
釧路赤十字病院 産婦人科
5. 卵巣明細胞癌におけるグルタチオン代謝関連遺伝子の発現と予後との関連についての検討
朝野拓史¹、松岡亮介²、畑中佳奈子^{3,4}、畑中豊^{4,6}、加藤達矢¹、金野陽輔¹、
三田村卓¹、秋田弘俊^{2,5}、松野吉宏⁶、渡利英道¹
¹北海道大学病院 婦人科、²北海道大学病院 がん遺伝子診断部、
³北海道大学病院 臨床研究開発センター、⁴北海道大学病院 ゲノム・コンパニオン診断研究部門、
⁵北海道大学病院 腫瘍内科、⁶北海道大学病院 病理診断科・病理部
6. 卵巣癌における WT 1 variant の腫瘍形成能および血管新生作用に関する検討
清野 学、山内敬子、太田 剛、永瀬 智
山形大学 産婦人科

座長：市川 英俊（旭川医科大学）

7. 尿路外溢流をきたした成熟奇形腫の悪性転化の一例

新倉 詩央香、早坂 篤、遠藤 俊、平賀 裕章、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、平山 亜由子、
宇賀神 智久、羽根田 健、今井 紀昭、大槻 健郎
仙台市立病院 産婦人科

8. 当院における悪性転化を伴った卵巣成熟嚢胞性奇形腫5例の検討

和賀 正人¹、斎藤 史子¹、高須賀 緑¹、金森 勝裕¹、軽部 彰宏¹、山内 美佐²、
杉田 暁大²
¹由利組合総合病院 産婦人科、²由利組合総合病院 病理診断科

9. 卵管原発漿液性癌の11例

奥 聡¹、片岡 宙門¹、武田 真人²、朝野 拓史²、小林 由佳子²、石塚 泰也²、
野崎 綾子²、井平 圭²、三田村 卓²、金野 陽輔²、加藤 達矢²、小林 範子²、
工藤 正尊²、渡利 英道²
¹函館中央病院 産婦人科、²北海道大学 産婦人科

10. 卵巣境界悪性腫瘍の多発肺転移に対しペメトレキセドナトリウム水和物が効果を示した1例

酒井 一嘉、清野 学、太田 剛、永瀬 智
山形大学 産婦人科

11. 初回手術から1年後に肺転移で再発した卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例

渡邊 健史¹、小島 学¹、三浦 秀樹¹、村田 強志¹、大原 美希¹、野村 真司¹、
古川 茂宜¹、添田 周¹、渡辺 尚文¹、藤森 敬也¹、高橋 俊文²、水沼 英樹²
¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²ふくしま子ども・女性医療支援センター

12. 術前に悪性度の推定が困難であった卵巣漿液粘液性腫瘍の2例

田中 綾一、逸見 博文、池田 詩子
斗南病院 婦人科・生殖内分泌科

座長：郷久 晴朗（札幌医科大学）

13. 散在性脳梗塞及び心臓血栓を発症した Trousseau 症候群に対し手術療法が著効した右卵巣癌の1例

鹿内 智史¹、幅田 周太郎²、斉藤 公仁¹、秋元 太志¹、郷久 晴朗¹、岩崎 雅宏¹、石堂 茉泉¹、西村 庸子¹、玉手 雅人¹、松浦 基樹¹、寺本 瑞絵¹、齋藤 豪¹
¹札幌医科大学 産婦人科学講座、²社会医療法人母恋 日鋼記念病院 産婦人科

14. 多臓器に血栓塞栓症を呈した、卵巣類内膜癌に伴う Trousseau 症候群の1例

杉田 元気、岩木 友希菜、金井 貴弘、小林 寛人、堀 芳秋、加藤 じゅん、田中 政彰、加藤 三典、土田 達
福井県立病院 産婦人科

15. 副甲状腺関連蛋白（PTHrp）産生に伴い高 Ca 血症を呈した卵巣悪性腫瘍の一例

山本 寛人、常木 郁之輔、小川 裕太郎、富永 麻理恵、上村 直美、森川 香子、田村 正毅、倉林 工、柳瀬 徹
新潟市民病院 産科婦人科

16. 内容液ドレナージを数日かけて行った後で手術を施行した巨大卵巣腫瘍の1例

平川 威夫、加藤 彩、柴田 悟史、松井 俊彦
能代厚生医療センター 産婦人科

17. 診断に苦慮した傍腫瘍性小脳失調症の1例

竹内 肇¹、西脇 邦彦¹、矢部 一郎²
¹市立稚内病院 産婦人科、²北海道大学病院 神経内科

18. 術後卵巣癌として治療中に大腸癌と判明した1症例

幅田 周太郎¹、野藤 五沙¹、嶋田 浩志¹、横山 和典²、松浦 基樹³、郷久 晴朗³、寺本 瑞絵¹、岩崎 雅宏³、齋藤 豪³
¹日鋼記念病院 産婦人科、²日鋼記念病院 消化器内科、³札幌医科大学附属病院 産婦人科

座長：経塚 標 (福島県立医科大学)

19. 妊娠5週0日の血中hCG値は胎嚢が見えた場合でも妊娠転帰の予測に有用である

竹原 功、西村杏子、中村文洋、松尾幸城、川越 淳、永瀬 智
山形大学 産婦人科

20. 妊娠12週未満流産：卵黄嚢5mm以上は胎児染色体異常を、胎芽を認めない場合には染色体正常を示唆する

米田 哲、米田 徳子、伊藤 実香、鮫島 梓、島 友子、中島 彰俊、塩崎 有宏、
吉野 修、齋藤 滋
富山大学 産婦人科

21. 子宮静脈血栓症および肺血栓塞栓症を合併した存続絨毛症の一例

伊藤 友理、成味 恵、須藤 毅、山谷 日鶴、永瀬 智
山形大学 産婦人科

22. 全前置胎盤における子宮内胎児死亡に対して待機的管理から分娩誘発を行った一例

廣川 哲太郎^{1,3}、生野 寿史¹、関塚 智之¹、明石 絵里菜¹、田村 亮¹、五日市 美奈¹、
能仲 太郎¹、山口 雅幸¹、高桑 好一²、榎本 隆之¹

¹新潟大学医歯学総合病院 産婦人科、²新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター、
³上越総合病院 産婦人科

23. 正期産まで管理し得た妊娠初期発症肺塞栓症の1例

石川 雄大¹、小野 方正¹、大石 由利子¹、野澤 明美¹、石田 久美子²、村上 幸治³、
徳野 翔太⁴、西浦 猛⁴、北村 晋逸¹

名寄市立総合病院 産婦人科¹、JA北海道厚生連 旭川厚生病院²、旭川医科大学 産婦人科³、
名寄市立総合病院 循環器内科⁴

24. D-dimer高値を伴いBreus' moleと診断された一例

宮城 正太、齋藤 良玄、櫻井 愛美、山下 陽一郎、津田 加都哉、武田 直毅
砂川市立病院 産婦人科

座長：黒澤 靖大（東北大学）

25. 当院における骨盤位外回転術の検討

笠間 春輝、吉本 英生

富山県済生会高岡病院 産婦人科

26. 当院における骨盤位症例の取り扱いについて

高森 さやか、八十島 邦昭、古田 惇、福田 香織、日高 隆雄

黒部市民病院 産婦人科

27. 治療的縫縮術を施行した頸管無力症症例における術前頸管所見の検討

良川 大晃、平山 恵美、田中 星人、川端 公輔、早貸 幸辰、首藤 聡子、菅原 照夫、
奥山 和彦

市立札幌病院 産婦人科

28. 当院での切迫早産治療 —子宮収縮抑制薬短期投与の推奨—

小堀 周作^{1,2}、永岡 晋一^{1,2}、利光 正岳¹、室月 淳^{1,2}、八重樫 伸生³

¹宮城県立こども病院

²東北大学大学院 医学系研究科 先進成育医学講座 胎児医学分野

³東北大学 産婦人科

29. 異なる転帰の常位胎盤早期剥離（早剥）症例を検討し、緊急帝王切開に至るまでの過程を検証した

新居 絵理、津留 明彦

糸魚川総合病院 産婦人科

30. 産科 DIC に対するフィブリノゲン製剤の使用経験

松倉 大輔¹、松本 麻未¹、小玉 都萌²、追切 裕江¹、赤石 麻美¹、

大澤 有姫¹、飯野 香理²、田中 幹二¹、横山 良仁¹

¹弘前大学医学部附属病院 産婦人科、²独立行政法人 国立病院機構 弘前病院 産婦人科

座長：金井 麻子（旭川医科大学）

31. 当院における分娩誘発の予後について

下田 勇輝、三浦 広志、坂口 太一、亀山 沙恵子、佐藤 朗、寺田 幸弘
秋田大学医学部附属病院 産婦人科

32. 当院における TOLAC の現況について

中林 裕貴¹、三浦 裕子¹、水無瀬 学²、真井 徳幸¹、真井 康博¹、真井 英臣¹、
千石 一雄²、廣瀬 一浩¹
慶愛病院¹、旭川医科大学 医学部 産婦人科²

33. 当周産期センターにおける子宮内胎児死亡症例を含む無痛分娩の実際

水内 将人¹、君塚 基修²、木井 菜摘²、水柿 祐子¹、藤部 佑哉¹、真里谷 奨¹、
川俣 あかり¹、森下 美幸¹、馬場 剛¹、石岡 伸一¹、齋藤 豪¹
¹札幌医科大学 産科・周産期科、²札幌医科大学 麻酔科

34. 高度肥満妊婦の PPH に対し子宮動脈塞栓術を施行した 2 例

土屋 繁一郎、三浦 雄吉、海道 義隆、菊池 権恵、三浦 史晴、鈴木 博、葛西 真由美
岩手県立中央病院 産婦人科

35. 当院における胎盤位置異常症例の検討

成田 吉央、萩原 達也、氷室 裕美、太田 恭子、齋藤 美穂、佐藤 多代、千坂 泰、
鈴木 久也、谷川原 真吾
仙台赤十字病院 産婦人科

36. 癒着胎盤を呈した子宮内膜症及び腺筋症合併妊娠の一例

蛭谷 由真¹、藤部 佑哉¹、水柿 裕子¹、真里谷 奨¹、川俣 あかり¹、水内 将人¹、
森下 美幸¹、馬場 剛¹、石岡 伸一¹、齋藤 正一²、菅原 太郎³、杉田 真太郎³、
齋藤 豪¹

¹ 札幌医科大学付属病院 産婦人科学講座、² 札幌医科大学付属病院 放射線治療科学講座、

³ 札幌医科大学付属病院 病理学講座

座長：森川 守（北海道大学）

37. Superb Microvascular Imaging と、MRI との Smart Fusion を用いて絨毛膜下血腫を同定できた1例

山口 正博¹、馬詰 武¹、加藤 扶美²、細川 亜美¹、眞山 学徳¹、中川 絹子¹、
千葉 健太郎¹、河口 哲¹、森川 守¹、渡利 英道¹

¹北海道大学病院 産科、²北海道大学病院 放射線診断科

38. 当科で計測した妊婦抗 CMV-IgG/IgM 抗体の意義

本郷 綾華、伊藤 実香、谷 英理、生水 貫人、森田 恵子、津田 さやか、
米田 徳子、米田 哲、塩崎 有宏、齋藤 滋

富山大学 産婦人科

39. 妊娠関連性乳癌早期発見を目指して

超音波を利用した妊婦乳房検診の有用性の検討

加藤 栄一¹、黒川 哲司²、折坂 誠²、知野 陽子²、品川 明子²、高橋 仁²、
津吉 秀昭²、大沼 利通²、宮崎 有美子²、吉田 好雄²

¹坂井市立三国病院、²福井大学 産科婦人科

40. 質量分析法により早期に *Mycoplasma hominis* を同定できた帝王切開後腹腔内膿瘍の一例

黒川晶子¹、浅野拓也¹、佐藤多嘉之²、小林延行²、伊藤崇博¹、秋田隆司²、山下剛¹

¹市立函館病院 産婦人科、²市立函館病院 中央検査部

41. 子宮頸管拡張を契機に GBS 髄膜炎・敗血症を発症したと考えられた1例

生水 貫人、津田 さやか、本郷 綾華、谷 英理、森田 恵子、米田 徳子、
米田 哲、塩崎 有宏、齋藤 滋

富山大学 産婦人科

42. 妊娠23週に4cm大の卵巣腫瘍が茎捻転をきたした一例

石田 久美子、小田切 哲二、岩城 久留美、岩城 豊、中嶋 えりか、箱山 聖子、
吉田 俊明、光部兼六郎

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

座長：藤田 智子（金沢医科大学）

43. 産褥子宮摘出術

小篠 隆広、富倉 理紗子、鈴木 百合子、丸山 真弓、小幡 美由紀、大浦 訓章、
阿部 祐也
山形県立中央病院 産婦人科

44. 産褥期に心肺停止で発見され救命された急性心筋梗塞の一例

田上 和磨、西本 光男、鈴木 一誠、佐藤 惟、亀田 優里菜、高後 裕子
岩手県立中部病院 産婦人科

45. 帝王切開後に発症した産褥期卵巣静脈血栓性静脈炎の1例

和賀 望浩、後藤 衣美子、橋本 栄文、工藤 理永、宮原 周子、岩間 憲之、
松本 大樹、我妻 理重
大崎市民病院 産婦人科

46. 分娩後に生じた特発性縦隔気腫の1例

安田 麻友、戸田 紀夫、横田 有紀、古俣 大、加勢 宏明
厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

47. 産褥外陰・膣・後腹膜血腫に対する治療アルゴリズム作成に向けた当科症例の後方視的検討

加藤 麻美¹、添田 周¹、和田 茉里奈¹、村田 強志¹、磯上 弘貴¹、経塚 標¹、
鈴木 聡¹、山口 明子¹、藤森 敬也¹、鈴木 大輔²、水沼 英樹²
¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²福島こども女性医療支援センター

48. 産後1ヵ月健診と同時に子宮頸がん検診を実施することについての検討

櫻井 愛美、齊藤 良玄、宮城 正太、山下 陽一郎、津田 加都哉、武田 直毅
砂川市立病院 産婦人科

座長：熊谷 仁（岩手医科大学）

49. メトトレキサートを初回治療に用いた帝王切開瘢痕部妊娠の一例

後藤 衣美子、我妻 理重、橋本 栄文、工藤 理永、宮原 周子、岩間 憲之、
松本 大樹
大崎市民病院 産婦人科

50. 子宮内膜症病変への着床を腹腔鏡下に診断・治療しえた腹膜妊娠の一例

三坂 琴美、玉城 良、鈴木 裕太郎、山田 竜太郎、吉井 一樹、遠藤 大介、
森脇 征史、服部 理史
北海道厚生連 JA 帯広厚生病院 産婦人科

51. 異所性妊娠の診断における造影 CT 検査の有用性

飯塚 崇¹、小野 政徳¹、山崎 玲奈¹、中出 恭平¹、榎本 咲子¹、吉田 耕太郎²、
舌野 靖¹、鏡 京介¹、中山 みどり¹、斎藤 実穂¹、藤原 浩¹
金沢大学 産婦人科¹、金沢大学 放射線科²

座長：松尾 幸城（山形大学）

52. 卵巣 Sertoli-Leydig 細胞腫を合併した重度排卵障害および不妊症の1例

渡邊 善、立花 眞仁、田中 恵子、井ヶ田 小緒里、久野 貴司、藤峯 絢子、
横山 絵美、石橋 ますみ、志賀 尚美、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

53. 若年乳がん患者に対する受精卵・卵子凍結目的とした排卵誘発時にアロマターゼ阻害薬を併用する事の有用性の検討

為我井 加菜¹、茅原 誠¹、関塚 智之¹、鈴木 久美子¹、石黒 竜也¹、
榎本 隆之¹、高桑 好一²

¹新潟大学医歯学総合病院 産婦人科、²同 総合周産期母子医療センター

54. 反復着床不全の先天性低フィブリノゲン血症患者に対するフィブリノゲン補充療法成功症例

赤石 麻美、福原 理恵、石原 佳奈、山谷 文乃、横田 恵、阿部 和弘、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院

55. 山形県不妊相談センターの現状

松尾 幸城、佐藤 裕子、西村 杏子、竹原 功、西 美智、川越 淳、永瀬 智
山形大学医学部 産科婦人科学講座

56. 子宮内膜NK細胞の精液刺激法とリスク因子不明不育症患者のサイトカイン産生能の検討

當麻 絢子¹、福井 淳史²、山谷 文乃¹、横田 恵¹、福原 理恵¹、横山 良仁¹
弘前大学 医学部 産科婦人科学¹、兵庫医科大学 産科婦人科²

57. 胚移植、AIH 施行後の安静の必要性

廣川 眞由子、長谷川 功、山田 京子、芹川 武大、藤田 和之、吉谷 徳夫
済生会新潟第二病院 産婦人科

58. 日本人 Sertoli Cell Only Syndrome 患者における GALNTL5 変異との関連について

水無瀬 学、宮本 敏伸、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

座長：平川 八大（弘前大学）

59. 子宮筋腫の圧迫により生じたと思われるリンパ管腫が感染し発熱と腹痛を呈した一症例

平賀 裕章、宇賀神 智久、新倉 詩央香、遠藤 俊、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、
平山 亜由子、羽根田 健、今井 紀昭、早坂 篤、大槻 健郎
仙台市立病院 産婦人科

60. 肺塞栓症を発症した子宮腺筋症の一例

後藤 恵、片平 敦子、佐藤 孝洋、藤本 久美子、船山 由有子
坂総合病院

61. 両側痕跡子宮に巨大平滑筋腫を発症した Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群の一例

牛島 倫世、山崎 悠紀、布村 晴香、加藤 潔、脇 博樹、山川 義寛
高岡市民病院 産婦人科

座長：太田 剛（山形大学）

62. 尿閉を来した子宮体部腫瘍の画像的所見の検討

小田切 哲二、石田 久美子、岩城 久留美、岩城 豊、中嶋 えりか、箱山 聖子、
吉田 俊明、光部 兼六郎
旭川厚生病院 産婦人科

63. 悪性疾患との鑑別をし得た Deep Nabothian cyst の一例

島袋 朋乃、米原 利栄、中陳 哲也、前田 悟郎、東 大樹、青柳 有紀子、東 正樹、
山口 辰美
釧路赤十字病院 産婦人科

64. 卵巣成熟奇形腫を合併した抗 NMDA 受容体脳炎の 3 例

大湊 智子¹、市川 英俊²、竇田 健平²、林 なつき²、水崎 恵²、岡本 修平²、
北 香²、高橋 知昭²、加藤 育民²、片山 英人²、千石 一雄²
¹北海道厚生連 旭川厚生病院、²旭川医科大学 産婦人科

65. ペッサリーリング貫通による直腸陰瘻に対してエストリール内服で良好な転帰となった一例

津村 亜依、小野 方正、宇津野 泰弘、杉山 沙織、野澤 明美、北村 晋逸
名寄市立総合病院 産婦人科

座長：松倉 大輔 (弘前大学)

66. 止血に難渋した子宮頸部静脈瘤合併妊娠の2例

田中 誠悟、田中 幹二、小玉 都萌、追切 裕江、飯野 香理、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院 産婦人科

67. 生児を得た子宮動静脈奇形合併妊娠の1例

熊谷 祐作、齋藤 昌利、富田 芙弥、黒澤 靖大、只川 真理、岩間 憲之、
倉片 三千代、星合 哲郎、西郡 秀和、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

68. 妊娠22週にくも膜下出血を発症し、妊娠38週で生児を得た1例

中村 文洋、山内 敬子、岩間 英範、大貫 毅、阪西 通夫、金杉 浩
済生会山形済生病院 産婦人科

69. 先天性アンチトロンビン欠乏症妊婦に遺伝子組み換えアンチトロンビン製剤を用い合併症なく生児を得た1例

藤部 佑哉¹、真里谷 奨¹、蛭谷 由真¹、水柿 裕子¹、川俣 あかり¹、水内 将人¹、
森下 美幸¹、馬場 剛¹、石岡 伸一¹、吉田 正宏²、井山 諭³、齋藤 豪¹

¹札幌医科大学付属病院 産婦人科学講座、²王子総合病院 血液腫瘍内科、

³札幌医科大学付属病院 血液内科学

70. 妊娠を契機に診断された先天性血液凝固異常合併妊娠の2症例

松本 麻未、田中 幹二、追切 裕江、大澤 有姫、松倉 大輔、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院

71. DICを合併し対応に苦慮した急性リンパ性白血病合併妊娠

佐藤 哲、鈴木 聡、加藤 麻美、石橋 真輝帆、野村 真司、経塚 標、
山口 明子、藤森 敬也

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

座長：金杉 知宣（岩手医科大学）

72. 母体が妊娠初期にアイソトープ治療を受け児が甲状腺機能低下症・副甲状腺機能低下症となった一例

飯野 香理、小玉 都萌、石原 佳奈、松村 由紀子、丹藤 伴江
独立行政法人国立病院機構 弘前病院 産婦人科

73. 妊娠を機に精神神経ループス、血小板減少が増悪した SLE 合併妊娠の 1 例

玉城 良、遠藤 大介、三坂 琴美、鈴木 裕太郎、山田 竜太郎、吉井 一樹、森脇 征史、
服部 理史
帯広厚生病院 産婦人科

74. 原発性アルドステロン症合併妊娠の一例

金井 麻子、村上 幸治、十川 佳苗、上田 寛人、吉澤 明希子、横浜 祐子、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

75. 胎児発育不全、母体の体液貯留と乏尿、帝王切開術後の腹壁出血を発症し管理に難渋した Wilson 病合併妊娠の一症例

小野山 薫、齋藤 昌利、横山 日南子、石原 健志、仲野 靖弘、齋藤 翔子、
黒澤 靖大、大塩 清佳、山本 嘉昭、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

76. 高度の非妊時低体重の状態から妊娠が成立し、生児を得た神経性食思不振症合併妊娠の 1 例

坂口 太一、亀山 沙恵子、下田 勇輝、三浦 広志、佐藤 朗、寺田 幸弘
秋田大学医学部附属病院 産婦人科

77. 両側子宮に同時妊娠した OHVIRA 症候群の 1 例

高林 杏奈、門ノ沢 結花、淵之上 康平、松下 容子、熊坂 諒大、
森川 晶子、尾崎 浩士
青森県立中央病院 産婦人科

座長：米田 哲（富山大学）

78. 妊娠を契機に診断された血管型 Ehlers-Danlos 症候群の一例

山田 拓馬、近藤 壯、三部 一輝、西村 俊哉、桑原 陽祐、坂野 陽通、
大塚 かおり、中尾 光資郎、平吹 信弥、佐々木 博正、干場 勉
石川県立中央病院 産婦人科

79. 妊娠前に 44mm の valsalva 洞径拡大がみられた Marfan 症候群合併妊娠の 1 例

～他科との合同検討を踏まえて～

小川 裕太郎、山本 寛人、富永 麻理恵、上村 直美、森川 香子、常木 郁之輔、
田村 正毅、柳瀬 徹、倉林 工
新潟市民病院 産婦人科

80. 筋強直性ジストロフィー合併妊娠の 4 例

～周産期予後と母体の健康維持に関する産婦人科医の役割～

谷 英理、津田 さやか、本郷 綾華、生水 貫人、森田 恵子、米田 徳子、米田 哲、
塩崎 有宏、齋藤 滋
富山大学 産婦人科

81. 家族性低リン血症性くる病合併妊娠の 1 例

丸山 恵利子、齋藤 真実、大田 悟、長谷川 徹、三輪 正彦
富山市民病院 産婦人科

82. 妊娠中に一過性大腿骨頭萎縮症を発症した 1 例

萩原 達也、千坂 泰、成田 吉央、笠原 祥子、氷室 裕美、柳田 純子、
太田 恭子、齋藤 美帆、佐藤 多代、鈴木 久也、谷川原 真吾
仙台赤十字病院

83. 妊娠 36 週まで妊娠継続できた身長 114cm 妊婦の一例

松宮 環、滝口 薫、植田 牧子、遠藤 雄大、大和田 亜矢、野村 泰久、田中 幹夫
一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院

座長：小野 政徳（金沢大学）

84. 非交通性副角子宮と器質的卵管採閉鎖によるモリミナ症状のため月経 2 回目で緊急手術となった若年女性の 1 例

五十嵐 なつみ、高橋 和江、軽部 裕子、福田 淳、高橋 道
市立秋田総合病院 産婦人科

85. IUD 抜去で軽快した再燃を繰り返した卵管卵巣膿瘍の一例

井村 紗江、石丸 美保、金谷 太郎、野島 俊二
独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター

86. 術後に放線菌膿瘍と判明し、腹腔内多発膿瘍として再発した一例

鈴木 拓馬、飴谷 由佳、山口 彩華、吉村 成子、本多 真澄、草開 友里、
今井 宗、炭谷 崇義、中島 正雄、南 里恵、谷村 悟、舟本 寛
富山県立中央病院 産婦人科

87. 悪性腫瘍が疑われた骨盤放線菌症の一例

高橋 裕也、早坂 直、小松 美華子、佐藤 藍、早坂 典子、清野 朝史、井出 佳宏
地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

88. 婦人科疾患における芍帰膠艾湯の過多月経、不正出血に対する有効性の検討

山田 堇、高木 弘明、佐伯 吉彦、高田 笑、大阪 泰宏、坂本 人一、
柴田 健雄、藤田 智子、高倉 正博、笹川 寿之
金沢医科大学 産科婦人科学

座長：玉手 雅人（札幌医科大学）

89. 子宮体部大細胞神経内分泌癌の一例

市川 英俊、林 なつき、水崎 恵、岡本 修平、寶田 健平、北 香、高橋 知昭、
加藤 育民、片山 英人、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

90. 子宮体部癌肉腫の診断経過の検討

三船 早紀¹、三國 史嵩¹、田村 俊文¹、大河内 教充¹、武田 真人²、朝野 拓史²、
小林 由佳子²、石塚 泰也²、野崎 綾子²、井平 圭²、三田村 卓²、金野 陽輔²、
加藤 達矢²、渡利 英道²
¹北海道大学医学部、²北海道大学 産婦人科

91. パズパニブが有効であった未分化子宮肉腫の一例

金森 正紘、二神 真行、大石 舞香、三浦 理絵、平川 八大、横山 良仁
弘前大学 医学部 産科婦人科学講座

92. 胸椎腫瘍で発見された骨盤内平滑筋肉腫の1例

門ノ沢 結花、高林 杏奈、淵之上 康平、熊坂 諒大、松下 容子、尾崎 浩士、
森川 晶子
青森県立中央病院 産婦人科

座長：水本 泰成（金沢大学）

93. 腹腔鏡下子宮体癌手術における工夫

石堂 茉泉、松浦 基樹、斉藤 公仁、鹿内 智史、西村 庸子、玉手 雅人、秋元 太志、
郷久 晴朗、寺本 瑞絵、岩崎 雅宏、斎藤 豪
札幌医科大学附属病院 産婦人科

94. 若年例の子宮体癌-異型内膜増殖症の診断経過の検討

三國 史嵩¹、田村 俊文¹、三船 早紀¹、大河内 教充¹、前田 悟郎²、武田 真人³、
朝野 拓史³、小林 由佳子³、野崎 綾子³、井平 圭³、三田村 卓³、金野 陽輔³、
加藤 達矢³、小林 範子³、渡利 英道³
¹北海道大学医学部、²釧路赤十字病院 産婦人科、³北海道大学 産婦人科

95. 膣閉鎖症を伴っていたため術前診断に苦慮した子宮体癌の1例

鈴木 麗美、齊藤 良玄、宮城 正太、櫻井 愛美、山下 陽一郎、津田 加都哉、
武田直毅
砂川市立病院 産婦人科

96. 認知が遅れたリンチ症候群関連子宮内膜癌の一例—遺伝性子宮内膜癌を想定する意義—

金子 恵菜実、佐藤 直樹、菅原 多恵、吉川 諒子、田村 大輔、三浦 康子、
佐藤 敏治、清水 大、寺田 幸弘
秋田大学大学院 医学系研究科 医学専攻 機能展開医学系 産婦人科学講座

97. 子宮体癌IVB 期症例に対して黄体ホルモン療法が著効している一例

渡邊 健史¹、添田 周¹、大原 美希¹、小島 学¹、野村 真司¹、古川 茂宜¹、
渡辺 尚文¹、藤森 敬也¹、太田 邦明²、水沼 英樹²
¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター

座長：中西 透（東北医科薬科大学）

98. 子宮頸部近傍の後腹膜原発脱分化型脂肪肉腫を経験した一例

橋本 大樹、松宮 寛子、木村 敬子、池田 研、西 信也、涌井 之雄
KKR 札幌医療センター 産婦人科

99. 子宮頸部円錐切除術後の術後性器出血に関する後方視的検討

平川 八大、二神 真行、三浦 理絵、大石 舞香、金森 正紘、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院

100. 子宮頸部絨毛腺管癌の 1 例

海道 善隆、土屋 繁一郎、三浦 雄吉、菊池 権恵、三浦 史晴、葛西 真由美、
鈴木 博
岩手県立中央病院 産婦人科

101. 当院で経験した子宮腺肉腫 2 症例の臨床的検討

須田 尚美、島 友子、山田 清貴、竹村 京子、鮫島 梓、中島 彰俊、吉野 修、
齋藤 滋
富山大学 産婦人科

102. 術前化学療法が奏効したが早期に全身性骨転移を来した子宮頸部小細胞癌の一例

永沢 崇幸¹、佐藤 千絵^{1,2}、深川 安寿子¹、苔米地 英俊¹、小見 英夫¹、
利部 正裕¹、竹内 聡¹、刑部 光正²、菅井 有²、板持 広明¹
¹岩手医科大学 産婦人科学講座 ²同 病理診断学講座

103. 子宮頸部円錐切除術及び広汎子宮頸部切除術後に左卵管腔内脱出を認め、腹腔鏡下左卵管切除術を施行した一例

吉田 悠人、徳永 英樹、島田 宗昭、八重樫 伸生
東北大学病院

104. HPVワクチン接種後に CIN3 を発症した 1 例

石島 有華、水本 泰成、明星 須晴、折坂 俊介、岩垂 純平、飯塚 崇、松岡 歩、
中村 充宏、藤原 浩
金沢大学 産婦人科

座長：添田 周（福島県立医科大学）

105. 卵巣癌との鑑別を要した小腸 Gastrointestinal stromal tumor(GIST)の 1 例

本多 真澄¹、南 里恵¹、谷村 悟¹、山口 彩華¹、吉村 成子¹、鈴木 拓馬¹、
草開 友理¹、今井 宗¹、炭谷 崇義¹、中島 正雄¹、飴谷 由佳¹、舟本 寛¹、
齋藤 裕人²、天谷 公司²

¹富山県立中央病院 産婦人科、²富山県立中央病院 外科

106. 良性卵巣腫瘍の手術を契機に発見された悪性リンパ腫の一例

宮原 周子、我妻 理重、橋本 栄文、工藤 理永、岩間 憲之、松本 大樹
大崎市民病院 産婦人科

107. 大量のモルヒネ静脈内投与で十分な鎮痛が得られなかった子宮頸癌の 1 例

福長 健史、伊藤 泰史、高橋 可菜子、小島原 敬信、手塚 尚広
公立置賜総合病院

座長：工藤 正尊（北海道大学）

108. 腹腔鏡下卵巣成熟嚢胞性奇形腫核出術後に発生した化学性腹膜炎の1例

我妻 理重、和賀 望浩、後藤 衣美子、橋本 栄文、工藤 理永、宮原 周子、岩間 憲之、
松本 大樹

大崎市民病院 産婦人科

109. 全腹腔鏡下子宮全摘中にエンシールを破損し、閉創直後の腹部X線写真にて破損部を確認しえた1例

古川 茂宜¹、中村 聡一²、山内 隆治²、小島 学¹、野村 真司¹、添田 周¹、
渡邊 尚文¹、藤森 敬也¹

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²白河厚生総合病院 産婦人科

110. 腹腔鏡下子宮全摘術後3ヶ月で診断・治療しえた膀胱腔瘻の1例

菅原 登、清水 孝規、高野 恭平、前川 絢子、加賀 敬子

岩手県立磐井病院 産婦人科

111. 初心者による腹腔鏡下手術トロカー挿入時の腸管損傷経験とその反省点について

吉田 祐司、田上 可桜、高橋 友梨、上原 知子、野添 大輔、市川 さおり

石巻赤十字病院 産婦人科

112. 腹腔鏡下手術後に尿管遺残症による創部感染を起こした1例

品川 真澄、徳永 英樹、吉田 悠人、島田 宗昭、八重樫 伸生

東北大学病院 産婦人科

113. 腹腔鏡下子宮全摘出術を施行中、膈パイプによる直腸損傷を来した一例

矢野 亮¹、山崎 龍王²

¹鶴岡市立荘内病院 産科婦人科、²武蔵野赤十字病院 産婦人科

座長：渡邊 善（東北大学）

114. 真性子宮憩室に対して腹腔鏡下子宮憩室切除術を施行後、生児を獲得した1例
藤峯 絢子、渡邊 善、井ヶ田 小緒里、田中 恵子、久野 貴司、横山 絵美、
石橋 ますみ、志賀 尚美、立花 眞仁、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科
115. 小児卵巣腫瘍に対し単孔式腹腔鏡下腫瘍核出術及び臍形成術を施行した一例
矢野 亮、戸田 紀夫、高柳 健史、五十嵐 裕一
鶴岡市立荘内病院 産婦人科
116. 交通外傷を契機に発症した卵巣腫瘍破裂を腹腔鏡下に診断・治療した一例
鈴木 裕太郎、遠藤 大介、三坂 琴美、玉城 良、山田 竜太郎、吉井 一樹、
森脇 征史、服部 理史
JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 産婦人科
117. 腹腔鏡手術に摘出した後腹膜神経鞘種の1例
佐伯 吉彦、大阪 康宏、山田 堇、高田 笑、坂本 人一、柴田 健雄、
藤田 智子、高木 弘明、高倉 正博、笹川 寿之
金沢医科大学
118. 腹腔鏡下手術後の急性痛管理に対しアセトアミノフェン定時投与の有用性
深川 大輔、池田 真妃、村井 正俊、尾上 洋樹、小見 英夫、熊谷 仁
岩手医科大学 産婦人科学講座

座長：吉野 修（富山大学）

119. MRI を用いた手術難易度の術前予測に関する検討

布村 晴香、山川 義寛、山崎 悠紀、牛島 倫世、加藤 潔、脇 博樹
高岡市民病院 産婦人科

120. 当院における腹腔鏡下子宮筋腫核出術 -丁寧な核出と縫合を追求して-

神 未央奈¹、玉手 雅人¹、西村 庸子¹、秋元 太志¹、杉尾 明香²、松浦 基樹¹、
郷久 晴朗¹、明石 祐史²、岩崎 雅宏¹、齋藤 豪¹
¹札幌医科大学附属病院 産婦人科、²札幌白石産科婦人科病院

121. 当院における巨大子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮筋腫核出術の工夫

遠藤 俊、宇賀神 智久、新倉 詩央香、平賀 裕章、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、
平山 亜由子、羽根田 健、今井 紀昭、早坂 篤、大槻 健郎
仙台市立病院 産婦人科

122. 当科における子宮動脈結紮による TLH への効果と手術時間短縮への取り組み

中島 彰俊、竹村 京子、山田 清貴、須田 尚美、鮫島 梓、島 友子、吉野 修、
斎藤 滋
富山大学 産婦人科

123. GETS (Gain the Expert's Technique Seminar) 参加による Dry box での縫合結紮時間の推移

水沼 慎人¹、今井 賢²、大井手 志保²、大塚 かおり³、小澤 梨紗子⁴、
小野 健太郎⁵、黒須 博之⁶、小松 央憲⁷、下地 裕子⁸、東堂 祐介⁹、成田 萌¹⁰、
西澤 康子¹¹
¹むつ総合病院、²自治医科大学附属さいたま医療センター、³石川県立中央病院、⁴諏訪中央病院、
⁵聖路加国際病院、⁶武蔵野赤十字病院、⁷桐生厚生総合病院、⁸琉球大学医学部附属病院、
⁹藤枝市立総合病院、¹⁰愛仁会千船病院、¹¹札幌医科大学附属病院

124. 他地区と合同での若手医師ドライボックストレーニングセミナーの開催と次回への課題

田村良介¹、高尾航²、玉手雅人³、松浦基樹³
¹大館市立総合病院 産婦人科、²茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 産婦人科、
³札幌医科大学 産婦人科学講座

125. 地域医療における専攻医の全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) 研修

明石 英彦¹、磯部 真倫¹、小池 公美²、石田 道雄²、榎本 隆之¹
¹新潟大学医歯学総合研究科 産科婦人科教室、²佐渡総合病院 産婦人科

座長：下田 勇輝 (秋田大学)

126. 当科で経験した Body stalk anomaly の3症例

村上 幸治、十川 佳苗、上田 寛人、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、
千石 一雄

旭川医科大学 産婦人科

127.胎児期に無頭蓋症と診断されたが、帝王切開術で生児を得た一例

羽場 巖、黒川 絵里加、川村 花恵、寺田 幸、佐々木 由梨、岩動 ちず子、
小山 理恵、菊池 昭彦

岩手医科大学 産婦人科

128.当院における多嚢胞性異形成腎 (Multicystic dysplastic kidney:MCDK) の臨床的検討

菅井 駿也、水野 泉、春谷 千智、佐藤 彩恵子、斎藤 宏美、南川 高廣、遠間 浩、
安田 雅子

長岡赤十字病院 産婦人科

129.胎児尿膜管開存症を出生前診断した1例

黒澤 靖大、齋藤 昌利、石原 健志、仲野 靖弘、齋藤 翔子、大塩 清佳、山本 嘉昭、
八重樫 伸生

東北大学 医学部 産科婦人科

130.羊水過多を呈した気管無形成症の2症例

堀川 翔太、杉山 晶子、出井 麗、石田 博美、渡邊 憲和、堤 誠司、永瀬 智
山形大学 産婦人科

131. Trisomy 18 との鑑別を要した Pena-Shokeir 症候群の一例

榊本 咲子¹、小野 政徳¹、濱 郁子²、三谷 裕介²、坂井 友哉¹、齋藤 実穂¹、
鏡 京介¹、飯塚 崇¹、中山 みどり¹、中出 恭平¹、舌野 靖¹、山崎 玲奈¹、
藤原 浩¹

¹金沢大学 産婦人科、²金沢大学 小児科

座長：高木 弘明（金沢医科大学）

132. 胎内治療が奏功せず子宮内胎児死亡に至った胎児完全房室ブロックの一例

長谷川 順紀、生野 寿史、関塚 智之、明石 絵里菜、田村 亮、五日市 美奈、
能仲 太郎、山口 雅幸、高桑 好一、榎本 隆之
新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

133. 胎児心エコー外来導入後3年の報告

箱山 聖子¹、石田 久美子¹、岩城 久留美¹、岩城 豊¹、中嶋 えりか¹、
小田切 哲二¹、吉田 俊明¹、光部 兼六郎¹、竹田 津未生²
¹JA北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科、²重症心身障害児（者）施設 北海道療育園

134. 当科における胎児頻脈性不整脈症例の検討

石田 博美、出井 麗、杉山 晶子、渡辺 憲和、堤 誠司、永瀬 智
山形大学 産科婦人科学講座

135. 胎児期の急激な肝腫大で発見された一過性骨髄異常増殖症の1例

山下 真祐子¹、高田 さくら¹、山崎 智子¹、嶋田 浩志²、恐神 博行¹、齋藤 豪³
¹製鉄記念室蘭病院 産婦人科、²日鋼記念室蘭病院 産婦人科、³札幌医科大学付属病院 産婦人科

136. 胎児超音波検査で描出された肝内の瘤状血管拡張所見より先天性門脈体循環シャントを出生前診断し得た1例

西野 千尋、川村 裕士、八代 憲司、玉村 千代、高橋 仁、折坂 誠、黒川 哲司、
吉田 好雄
福井大学 産科婦人科

座長：知野 陽子（福井大学）

137. GD療法中に間質性肺炎を起こした1症例

齊藤 公仁、郷久 晴朗、石堂 茉泉、鹿内 智史、西村 庸子、玉手 雅人、秋元 太志、
松浦 基樹、寺本 瑞絵、岩崎 雅宏、齋藤 豪
札幌医科大学

138. 当科における膣癌の検討

佐藤 友里恵、豊島 将文、佐藤 壮樹、佐々木 里美、土岐 麻美、竹中 尚美、新倉 仁、
八重樫 伸生
東北大学病院

139. 若年女性のペーチェット病外陰部潰瘍に著効した漢方薬とコルヒチン併用療法

高田 笑、山田 堇、佐伯 吉彦、大阪 康宏、坂本 人一、柴田 健雄、藤田 智子、
高木 弘明、高倉 正博、笹川 寿之
金沢医科大学 産科婦人科学

140. 胎児共存奇胎の一例

八代 憲司、玉村 千代、西野 千尋、富士井 杏子、上林 大岳、宮崎 有美子、
山田 しず佳、川村 裕士、大沼 利通、津吉 秀昭、品川 明子、高橋 仁、知野 陽子、
折坂 誠、黒川 哲司、吉田 好雄
福井大学 産科婦人科

141. 粘膜下筋腫患者の過多月経に対するマイクロ波治療（TCMM&MEA）の有用性

津田 晃
山王レディースクリニック

招請講演
指導医講習会

座長：齋藤 滋（富山大学 産科婦人科）

一地方における母体ニアミス案件の分析と周産期医療体制

木村 正

大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室

母体ニアミス(maternal near miss)とは、妊婦あるいは褥婦が生命の危機に瀕する重篤な状態に陥り集中治療・集学的治療を要した状態を指す用語である。WHOは母体の意識障害や呼吸困難、ショック、輸液に反応しない乏・無尿、凝固障害などを伴い全身管理を要する病態と定義している。産科医療施設、あるいは市中で覚知され、医療機関間搬送あるいは地域メディカルコントロール（救急隊）による搬送が母体救命のために行われる。救急隊が搬送する場合は消防法に定められた重篤（赤1）あるいは重症（赤2）に該当する病態である。全身管理と、原因検索・除去（多くは妊娠の中断）が同時に必要であり、対応が遅い、あるいは不十分であれば妊産婦死亡に直結する。

多くの周産期センターは妊婦が若くて元気で、小さな早産児を救う、という「昭和」のコンセプトで発足しており、妊婦の高齢化が前提にある「平成」の病態に対応する大人の重篤・重症者に対応する専門家がない。大阪府ではこの問題を重視し、最重症妊産婦受入事業を2010年から開始し、救命救急センターと産科が協力関係を構築している9施設ですべてのニアミス症例を受け入れることとした。また、大阪産婦人科相互援助システム(OGCS)は搬送依頼の受電の際必ず「母体救命ですか、胎児救急ですか？」と尋ねるように指導し、母体救命の場合は受け入れ施設は電話をつないだまま救命センターに受け入れ可否を尋ねて、受け入れの可否を即答するよう求めている。この活動により、日本の人口、出生の7%程度における母体ニアミス事例の全容が明らかになった。本講演では大阪府の経験を報告する。また、先般の国会で通過した働き方改革法案がこのような母体ニアミス症例も含む安全な産科・周産期医療体制を構築するに際してどのような影響を与えるかを合わせて考察したい。単純な計算から24時間均一な医療体制を供給する施設における必要人員を求めることができ、日本の産婦人科勤務医数と、雇用事業者（病院）数の上では労基法は遵守不可能である。その一方、分娩は癌などとはことなりある一定の地域で完結させる必要がある。日本における地域の概念は二次医療圏とされているが、過去に大幅な分娩施設の減少を経験した北米・西欧諸国ではどの程度の時間・距離までは周産期指標の悪化なく分娩施設の減少が可能かの疫学的検討がなされている。文献的考察を行うとオランダ以外の国では分娩施設へのアクセス1時間、45km圏内での周産期予後悪化はないと報告され、これを一つの地域と考えることができる。このようなエビデンスを基にした周産期医療再編は本来行政府が検討・考察すべきものであるが、自律的に行われた例はほとんどない。産婦人科医自身が情報を収集し、提案しなければ地域における産科・周産期医療体制の共倒れを座視するしかないと考える。皆様と議論を深めさせていただきたい。

木村 正 (きむら ただし)

【学歴・職歴】

学位	医学博士	平成 5 年 大阪大学
学歴	昭和 60 年	大阪大学医学部医学科 卒業
職歴	昭和 60 年 医員 (研修医) (大阪大学医学部附属病院)	
	昭和 61 年	大阪労災病院 産婦人科医員
	昭和 63 年	大阪大学医学部産科婦人科教室 研究生
	平成 3 年	大阪大学医学部附属病院 産婦人科医員
	平成 3 年	大阪大学助手医学部 (産科学婦人科学講座)
	平成 7 年	ハンブルグ大学 (ドイツ) 内分泌・生殖研究所客員研究員
	平成 9 年	大阪大学助手医学部 (産科学婦人科学講座)
	平成 13 年	大阪府立成人病センター 婦人科医長
	平成 14 年	大阪大学助手大学院医学系研究科 (産科学婦人科学講座)
	平成 17 年	大阪大学講師大学院医学系研究科 (産科学婦人科学講座)
	平成 18 年	大阪大学教授大学院医学系研究科 (産科学婦人科学講座)
	平成 22 年	医学部附属病院総合周産期母子医療センター長 (兼任)
	平成 24 年	医学部附属病院長補佐 (兼任)
	平成 26 年	医学部附属病院副病院長 (兼任)
	平成 27~29 年	国立大学法人大阪大学副理事 (兼任)
	平成 30 年	医学部附属病院長 (兼任)

【主要な所属学会】

日本産科婦人科学会	昭和 60 年 (1985 年) 8 月 1 日 代議員 (平成 19 年) 理事 (平成 21 年) 渉外担当常務理事 (平成 23 年~29 年) 副理事長 (平成 27 年) 学術担当常務理事 (平成 29 年)
近畿産科婦人科学会	昭和 60 年 (1985 年) 理事 (平成 18 年)
大阪母性衛生学会	昭和 60 年 (1985 年) 理事 (平成 20 年) 会長 (平成 20 年)
日本生殖医学会	昭和 63 年 (1988 年) 9 月 10 日 理事 (平成 20 年) 渉外担当常任理事 (平成 22 年) 学術担当常任理事 (平成 28~30 年)
日本生殖免疫学会	平成 3 年 (1991 年) 評議員 (平成 15 年) 理事 (平成 18 年)
日本周産期・新生児医学会	平成 11 年 (1999 年) 評議員 A (産科) 領域 (平成 26 年)
日本妊娠高血圧学会	平成 11 年 (1999 年) 6 月 30 日 理事 (平成 19 年) 常任理事 (平成 24 年)
日本婦人科腫瘍学会	平成 13 年 (2001 年) 8 月 2 日 評議員 (平成 20 年) 理事 (平成 20 年)
日本生殖内分泌学会	平成 14 年 (2002 年) 評議員 (平成 17 年) 理事 (平成 18 年)
日本受精着床学会	平成 18 年 (2006 年) 9 月 理事 (平成 22 年)
日本母性衛生学会	平成 21 年 (2009 年) 理事 (平成 21 年)
日本エンドトリン学会	平成 24 年 (2012 年) 理事
日本女性医学会	平成 24 年 (2012 年) 8 月 入会 平成 27 年 11 月 (2015 年) 理事
日本胎盤学会	平成 26 年 4 月 1 日 (2014 年) 理事
日本産科婦人科遺伝診療学会	平成 27 年 10 月 1 日 (2015 年) 理事 12 月 18 日 常任理事
International Society for Immunology of Reproduction	平成 22 年 (2010 年) 2 月 23 日 会員
FIGO (国際産科婦人科連合)	平成 23 年~29 年 (2011~2017) 日本代表理事 平成 28 年 Scientific Committee Member for the XII World Congress of FIGO, 2018
AOCOG (アジア・オセアニア産科婦人科連合)	平成 23 年~29 年 (2011~2017) 日本代表評議員

【賞罰】

平成 6 年	日本内分泌学会第 14 回研究奨励賞
平成 17 年	第 57 回 日本産科婦人科学会 優秀演題賞
平成 17 年	第 50 回 日本不妊学会学術講演会 優秀演題賞
平成 17 年	第 20 回 日本生殖免疫学会 学会賞

【資格】

産婦人科専門医 (平成 2 年取得)、生殖医療指導医 (平成 17 年取得)、生殖医療専門医 (平成 18 年 4 月 1 日取得)、婦人科腫瘍専門医 (平成 19 年 5 月 1 日取得)、がん治療認定医 (平成 20 年 4 月 1 日取得)、周産期専門医 (産科) 暫定指導医 (平成 20 年 10 月 1 日取得)、産婦人科専門医指導医 (平成 27 年 8 月 1 日取得)、婦人科腫瘍専門医指導医 (平成 27 年 12 月 1 日取得)

座長：藤原 浩（金沢大学 産科婦人科学）

「臨床倫理的課題と意思決定—医療対話推進技法の患者の意思決定支援への応用—」

長島 久

富山大学附属病院 医療安全管理室 副室長・特命教授

要旨：現代の医学には生命・職業・研究など多面的な倫理的課題が存在し、臨床の現場でも、患者の尊厳や自己決定などに関わる臨床倫理的課題が日常的に発生している。一方で、医療現場で発生した不満や苦情を対話を通して解決へと導く医療対話推進の理論と技法は、紛争に留まらず、臨床医療の様々な場面での応用が期待されている。生命・医療倫理に関する知識を整理し、医療対話推進技法の臨床倫理的課題への応用について解説する。

長島 久 (ながしま ひさし)

【学位】

2003年3月 医学博士・博士(医学 乙)〔信州大学〕

【学歴・職歴・研究歴】

1987年3月 信州大学医学部医学科 卒業
1987年5月 信州大学医学部附属病院 研修医
1988年5月 諏訪赤十字病院 脳神経外科
慈泉会 相澤病院 脳神経外科
1989年4月 長野赤十字病院 脳神経外科
1991年1月 信州大学医学部附属病院 医員
1992年1月 健成会 小林脳神経外科病院
1993年4月 健和会 小林脳神経外科・神経内科病院
信州大学医学部附属病院 医員
1994年4月 同 助手 (10月-12月 フランス パリ大学 Bicetre 病院他留学)
1995年4月 健成会 小林脳神経外科病院
青樹会 一之瀬脳神経外科病院
1997年8月 信州大学医学部附属病院 助手
2001年8月 慈泉会 相澤病院 脳神経外科・脳血管内治療センター センター長
2010年4月 信州大学医学部附属病院 脳血管内治療センター センター長・准教授
2012年4月 信州大学医学部附属病院 医療安全管理者(兼任)
2015年4月 信州大学医学部附属病院 医療安全管理室 准教授・医療安全管理者
2017年4月 富山大学附属病院 医療安全管理室 副室長・特命教授

【所属学会】

日本脳神経外科学会 専門医
日本脳神経血管内治療学会 専門医・指導医、機関誌編集委員
日本救急医学会 救急科専門医
日本脳卒中学会 専門医、代議員
日本医療の質・安全学会 代議員
日本医療コンフリクト・マネジメント学会 理事(広報・機関誌編集・会計担当)
日本臨床医学リスクマネジメント学会 理事
日本医療安全学会 代議員

【役職名及び社会における活動】

医療コンフリクト・マネジメント誌 編集委員長
Journal of Neuroendovascular Therapy 編集委員
Neurologia Medico-Chirurgica 査読委員
医療安全 査読委員
日本医療機能評価機構 評価調査者
日本医療機能評価機構 教育プログラム部会 委員
日本医療メディエーター協会 認定シニアトレーナー
日本医療機能評価機構 評価項目改定部会 一般病院3(仮称)検討分科会 委員(～2018)
長野県医療安全支援センター運営協議会 委員(～2017)
長野県立病院機構ハラスメント相談調査対策委員(～2017)
日本蘇生協議会 JRC 蘇生ガイドライン2015 神経蘇生作業部会 委員(～2015年)
日本医療コンフリクト・マネジメント学会 第3回学術大会 運営事務局長(2014年)

特別講演

座長：笹川 寿之（金沢医科大学 産婦人科）

産婦人科医療を支える漢方教育の充実に向けて

加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

産婦人科四領域すべてにおいて、西洋薬と共に漢方薬が併用され、多くの患者の QOL が向上している。産婦人科医の 9 割以上が漢方薬を処方しているといわれているが、医学教育で漢方授業の確立がされていないことから、若手を除き多くの産婦人科医師は独学で学び処方するか、病名投与することが多いものと推察する。漢方医療を医学教育から学ぶことは、学生時代に漢方薬を学んでいない医師が多い環境下よりも、漢方薬を併用する医療が広まることは間違いない。

漢方の近代史として、1895 年明治政府は漢方医学廃絶の方針を選択したが、庶民の間では脈々と漢方薬の使用が廃れずにおよそ 80 年が経過した。漢方薬の重要性が再認識され 1976 年漢方方剤が保険診療に導入された。2001 年 3 月「医学教育モデル・コア・カリキュラム」の中で初めて『和漢薬を概説できる』という記載がなされ、2011 年 3 月には『和漢薬、漢方薬の特徴や仕様の現状について概説できる』と改訂、2016 年度では『漢方医学の特徴や、主な和漢薬（漢方薬）の適応、薬理作用を概説できる。』となり漢方に関する記述が一層明確になった。2016 年度医学教育分野別評価基準には、「補完医療との接点を持つこと」と記載され、「補完医療には、非正統的、伝統的、代替医療を含む」と注記された。このことから、補完医療の 1 つとして認識されている漢方医療の充実が望まれている。その源になる漢方教育は、全国の医学部 8 割以上の大学で 8 コマ以上を必修となってきたものの、漢方専任教員が整わず、漢方医学卒前教育における必要最小限の内容も定まっていない。その解決を目指し、2015 年に全国医学部の漢方医学教育担当者が集合し日本漢方医学協議会が設立され漢方医学卒前教育基盤を討議している。

本講演では、

- ① 現時点における医学教育における漢方教育の現状（北日本参加各大学の状況も含め）
- ② 日本漢方医学協議会での医学教育の方針
- ③ 旭川医科大学における漢方医学教育の現状

など、私がこれまで、産婦人科医療を支える漢方教育の充実に向けて行ってきた取り組みを報告する。

教育を担当している先生方には、所属大学内で医学生の漢方教育の充実を広めていただきたく、更に、臨床現場で働いている先生方には、漢方医療の充実を語り、医学生が将来診療で使用できる環境を構築していただくことを切に願い、漢方の有効症例報告も組み込みながら講演する予定である

加藤 育民 (かとう やすひと)

平成4年 旭川医科大学卒業、旭川医科大学産婦人科学教室入局
平成5年 旭川赤十字病院 産婦人科 勤務医
平成6年 国立札幌病院 産婦人科 勤務医
平成8年 釧路労災病院 産婦人科 勤務医
平成10年 旭川医科大学 産婦人科 医員
平成14年 旭川医科大学 医学博士授与
平成15年 アメリカ国立衛生研究所：NIH 留学
平成18年 旭川医科大学産 婦人科 助教
平成24年 旭川医科大学産婦人科講座 周産母子センター 講師

【専門医】

日本産科婦人科学会 専門医／指導医
日本女性医学学会 女性ヘルスケア 専門医/指導医
日本細胞診断学会 専門医

【所属学会・役職】

日本産科婦人科科学会 代議員/幹事/編集委員
日本女性医学学会 代議員/幹事
日本東洋医学学会 代議員/広報委員/EBM 委員
日本思春期学会 代議員
日本漢方医学教育協議会 幹事
子宮頸癌ゼロプロジェクト委員
北海道思春期学会 幹事
北海道骨粗鬆症研究会 幹事
EM（教育—医療）ネット上川 代表
アメリカ癌学会
日本癌学会
日本癌治療学会
日本ワクチン学会
日本骨粗鬆症学会

座長：吉田 好雄（福井大学 産婦人科）

婦人科がんの緩和医療を考える：本来あるべき QOL とは？ －婦人科がん死亡例の調査から見えてくる今後の課題－ 二神 真行

弘前大学 産科婦人科

婦人科がんにおいて再発再燃し死亡する症例は少なくない。再発症例に遭遇した場合、婦人科医は緩和医療単独ないし緩和医療併用の化学療法、放射線療法、外科的治療などの医療介入を行っている。しかしその実際や QOL 改善の試みがどのように実際行われているかは不明であった。

根治ではなく延命・QOL 改善を目的とする緩和的化学療法についての検討は重要である。婦人科腫瘍の緩和医療を考える会(以下 JSGPM)で婦人科がん緩和治療の実態調査を行ったところ、緩和的化学療法を行う施設は 92% で、72%の医師は予後予測が 3 カ月以上ならば緩和的化学療法を考慮することが判明した。JSGPM の調査では、全婦人科がん死亡例の最終化学療法投与日から死亡日までの日数(中央値)は 85 日であり、30 日以内の死亡例は全体の 17.4%、14 日以内の死亡例は 7.1%であった。しかし本調査の項目は死亡日、化学療法最終投与日、癌腫の 3 項目であったため、詳細な終末期の医療介入の実態を調査する必要性が生じた。

厳密に化学療法最終投与日を規定し、筆者が主任研究者となり婦人科悪性腫瘍研究機構（以下 JGOG）において婦人科がん死亡症例の詳細調査(JGOG9002S)を行った。この目的は、JSGPM の調査結果と比較することと化学療法後短期に死亡した症例の特徴を把握することで、緩和的化学療法を行わない方が良いと思われる症例を模索することであった。

以下主な結果を示し、それらの結果をふまえ今後の課題を解説する。

- 1) 解析対象の背景；1065 例の婦人科がん死亡症例を集積した。初発時年齢は平均 59.1 歳（15-93 歳）であった。再発が 655 例（61.5%）、遺残が 410 例（38.5%）であった。臓器別では、卵巣 413 例（39%）、子宮頸部 300 例（28%）、子宮体部 257 例（24%）、その他 95 例（9%）であった。組織型では、漿液性癌 250 例、扁平上皮癌 213 例、類内膜癌 163 例、腺癌 93 例、明細胞癌 83 例で 5 つの組織型が全体の 75%を占めていた。
- 2) Best Supportive Care (以下 BSC)；BSC を勧められた症例は 863 例（81%）であった。緩和ケアチームの介入があった症例は 548 例（51.5%）、緩和ケア病棟やホスピスへの転院となった症例は 269 例（25.3%）であった。死亡場所は、自施設 677 例（63.6%）、院内緩和ケアないしホスピス 166 例（15.6%）、他施設 123 例（11.5%）、自宅 83 例（7.8%）であった。BSC を勧められた症例のその後の生存期間は 1.8 カ月(中央値)であった。
- 3) 最終化学療法投与日から死亡日までの日数；中央値は 69 日であった（JSGPM では 85 日）。最終化学療法投与日から死亡日まで 30 日以内の割合は 17.4%であった。化学療法最終投与日から 30 日以内の死亡例は、扁平上皮癌、BSC を勧めていない、予想しえない死亡、自施設での死亡の項目が有意に多かった。

本結果から浮き彫りになった問題としては、BSC を勧める時期が遅い可能性があること、緩和的化学療法は症例の選択が重要であること、患者(さらに遺族)に重きをおいた検討が今後必要であること、があげられる。

また本講演では QOL 改善の試みの一つとして、当科で行っている化学療法誘発性の末梢神経障害への取り組みについても解説する。

二神 真行 (ふたがみ まさゆき)

【略歴】

1996年3月 弘前大学医学部卒業
2000年3月 弘前大学大学院医学研究科卒業
2001年1月 弘前大学医学部附属病院助手
2007年4月 弘前大学医学部附属病院助教
2010年11月 米国ジョンスホプキンス大学婦人科病理学講座に留学
2012年11月 弘前大学医学部附属病院周産母子センター講師
2014年1月 弘前大学医学部附属病院周産母子センター診療准教授
2017年6月 弘前大学大学院産科婦人科学講座准教授
2018年4月 弘前大学医学部附属病院産科婦人科診療教授

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床細胞学会、日本緩和医療学会、日本産婦人科手術学会、日本癌治療学会

【専門医など】

日本産婦人科学会専門医(指導医)、婦人科腫瘍専門医(指導医)・代議員・教育委員、細胞診専門医(指導医)・評議員・教育委員、JGOG 広報委員、JGOG 支持緩和医療委員、婦人科腫瘍の緩和医療を考える会(JSGPM)理事・プロトコール委員

座長：横山 良仁 (弘前大学 産婦人科)

子宮頸癌 I B- II B 期治療戦略の再考—治療の個別化を目指して—

島田 宗昭

東北大学病院 婦人科

近年、子宮頸部腺癌 (AC) は増加傾向にあり、子宮頸癌の約 25%を占め、海外においても同様の傾向を示している。AC は扁平上皮癌 (SCC) に比して、化学療法や放射線療法に対する感受性が低く、AC の 5 年生存率は SCC よりも 10~20%低いことが報告されている。しかしながら、組織型に基づく治療の個別化を支持するエビデンスはないことから、国内外の治療ガイドラインでは、SCC に準じた治療が推奨されている。

IB- IIB 期 SCC に対する初回局所治療として、「広汎子宮全摘出術 (RH) (+補助療法)」あるいは「根治的放射線療法」が推奨されている。一方、AC に対する推奨は、「①広汎子宮全摘出術 (+補助療法) が考慮され、②同時化学放射線療法 (CCRT) も考慮される」であり、婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構(JGOG)のアンケート調査でも、IB-IIB 期 AC に対する主治療として RH を選択する施設が多かった。

局所制御の更なる改善を期して、術前化学療法 (NAC) と RH との集学的治療の有効性が検討されている。IB2, IIA2, IIB 期 50 例 (SCC: 40 例、nSCC: 10 例) を対象とし、シスプラチン (CDDP: 75mg/m²) / パクリタキセル (PTX: 80mg/m²/day 1, 8, 15) 併用化学療法 (ddTP 療法) を NAC レジメンとした第 II 相試験では、奏効率は 94% (SCC: 98%、non-SCC: 80%)、病理学的完全奏効率は 28% (14/50) であった。IB2, IIA2, IIB 期 nSCC 53 例を対象とし、ドセタキセル(DTX)/カルボプラチン(CBDCA)併用化学療法 (DC 療法) を NAC レジメンとした第 II 相試験では、奏効率は 69%、手術完遂率は 96%(51 例/53 例)であり、ddTP 療法や DC 療法は nSCC に対する有効な NAC レジメンとして期待される。

本邦では、術後放射線療法が下肢リンパ浮腫や消化管障害等の術後合併症を増悪する危険因子であること、遠隔転移抑制効果を期待して化学療法を選択する傾向にあり、術後化学療法に関する検討が行われてきた。IB- IIB 期 820 例 (SCC: 540 例、AC: 280 例) に対する術後放射線療法の有効性を後方視的に検討した結果、SCC に比して、AC では照射野内の再発率が高く、AC に対する術後放射線療法の局所制御率が低いことが示された。再発高リスク非扁平上皮癌 37 例を対象とし、タキサン製剤 (DTX: 60mg/m², PTX: 175mg/m²) /CBDCA (AUC=6) 併用化学療法の有用性を検討した結果、2 年無増悪生存 (PFS) 率は 62.1%であり、再発高リスク腺癌に対する術後化学療法の有用性が示された。

本講演では、組織型に基づく治療個別化の観点から子宮頸癌の治療戦略を再考させて頂きたい。

島田 宗昭 (しまだ むねあき)

【略 歴】

平成7年3月 鳥取大学医学部医学科卒業
平成7年4月 鳥取大学医学部附属病院 医員 (研修医)
平成8年4月 益田赤十字病院産婦人科研修医
平成9年4月 鳥取大学大学院医学系研究科博士課程入学
平成12年4月 山口赤十字病院産婦人科医師
平成12年9月 鳥取大学大学院医学系研究科博士課程修了
平成15年1月 鳥取大学医学部附属病院 助手
平成17年4月 済生会境港総合病院 産婦人科医長
平成18年4月 鳥取大学医学部産科婦人科学教室 助手
平成27年2月 鳥取大学医学部産科婦人科学教室 講師
平成28年8月 東北大学病院婦人科 准教授

【所属学会】

日本産科婦人科学会
日本癌治療学会
日本婦人科腫瘍学会 (代議員)
日本産科婦人科内視鏡学会
日本臨床細胞学会 (評議員)
日本緩和医療学会
American Society of Clinical Oncology
International Gynecologic Cancer Society

【専門医】

日本産科婦人科学会 専門医、指導医
日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医、指導医
日本がん治療学会認定医機構 がん治療認定医
日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医 (腹腔鏡)

【その他】

婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)
子宮頸がん委員会 委員 (平成23-26年)
卵巣がん委員会 委員 (平成27年～)
日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG) 卵巣がん委員会 委員

共催セミナー

座長： 中島 彰俊（富山大学 産婦人科）

ベバシズマブ beyond PD と JGOG3023 試験の重要性について

庄子 忠宏

岩手医科大学 産婦人科

本邦では2013年11月にベバシズマブが卵巣がんに保険収載が認められ、その後はベバシズマブを使用する症例が増加し治療成績が向上していることが予想される。

海外では卵巣がんに対し初回治療ではGOG0218、プラチナ製剤感受性再発卵巣がんでOCEANS試験、プラチナ抵抗性再発卵巣がんでAURELIA試験が行われ、主要評価項目であるPFS（中央値）はそれぞれ13.6ヵ月、12.4ヵ月、6.7ヵ月、ハザード比（Hazard ratio：HR）でそれぞれ、0.717、0.48、0.48と有意に延長することが報告された。ベバシズマブは初回治療のみならず再発治療においても標準療法の1つとして位置づけられている。

プラチナ製剤抵抗性再発卵巣がんにおいては、標準治療となる化学療法単剤群に比し化学療法単剤＋ベバシズマブ投与群を比較したAURELIA試験において初めてベバシズマブの併用により治療成績が改善することが報告された。さらに腹水のコントロールが良好であり、QOLを維持できる観点からもPalliative benefitがあると考えられる。

最近ではベバシズマブ beyond PD（腫瘍が進展・再増殖した後もベバシズマブを継続投与する）という概念が他がん腫で証明されている。大腸がんではOS（ML18147試験）、乳がん（TANIA試験）と肺がん（WJOG5910L試験）ではPFSが延長することが報告された。しかし、卵巣がんに対してベバシズマブ beyond PDは証明されていない。JGOG3023試験は、予後不良とされるプラチナ抵抗性再発卵巣がん症例のベバシズマブ beyond PDを検証する臨床試験である。卵巣がん治療の経過上、最終的にはプラチナ抵抗性再発を免れえないことが大きな問題となる。つまりプラチナ感受性再発の場合は次の治療の選択肢はいくつも残されているが、プラチナ抵抗性再発の場合は治療法には限りがあり緩和医療へ進む症例も少なくない。よってプラチナ抵抗性再発卵巣がん症例に対しベバシズマブ beyond PDが証明することができれば治療に難渋する症例に新たな治療オプションとなる可能性がある。また本試験は国内外問わず初の試みであり、その結果を本邦から発信する意義は非常に大きいと考える。登録期間終了までわずかであるが、目標症例数106例に対し現在まで85例が登録されている。今回はベバシズマブ beyond PDの概念を説明するとともに、本試験の内容を紹介し症例登録の促進をお願いしたいと考えている。

庄子 忠宏 (しょうじ ただひろ)

【学歴・職歴】

- 1992年3月 岩手医科大学医学部卒業
- 1997年3月 岩手医科大学医学部大学院卒業
- 1992年5月 岩手医科大学産婦人科学教室入局
- 1992年11月 秋田県鹿角組合総合病院産婦人科
- 1993年11月 岩手医科大学産婦人科勤務
- 1997年4月 岩手医科大学産婦人科副手
- 1998年4月 岩手県立千厩病院産婦人科長
- 2001年4月 岩手医科大学産婦人科助手
- 2002年7月 岩手医科大学産婦人科医局長
- 2004年11月 岩手医科大学産婦人科病棟医長
- 2008年4月 岩手医科大学産婦人科医局長
- 2010年4月 岩手医科大学産婦人科外来医長
- 2011年7月 岩手医科大学産婦人科特任講師
- 2012年4月 岩手医科大学産婦人科病棟医長
- 2014年4月 岩手医科大学産婦人科講師
- 2016年4月 八戸赤十字病院婦人科部長
- 2017年1月 八戸赤十字病院産科・婦人科部長
- 2018年4月 岩手医科大学産婦人科講師

【学位】

- 1997年12月 「CAS200 画像解析装置を応用した子宮頸癌細胞診自動化に関する研究」

【学会専門医等】

- 日本医師会 認定産業医
- 母体保護法指定医
- 日本産科婦人科学会 専門医、指導医
- 日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医
- 日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、暫定教育医
- 日本がん検診・診断学会 認定医
- 日本婦人科腫瘍学会 評議員
- 日本婦人科がん検診学会 評議員
- 日本がん検診・診断学会 評議員
- 日本婦人科腫瘍学会 専門医試験幹事
- 日本周産期・新生児医学会 暫定指導医

【趣味】

- 釣り、野球

一般演題 第1日目

9月29日(土)

1. 卵巣がんの初回化学療法に bevacizumab を併用すると治療成績が向上する可能性がある

○江渡 恒¹、岡田 有加¹、齋藤 達憲¹、金杉 知宣¹、庄子 忠宏²

¹八戸赤十字病院 産婦人科、²岩手医科大学 産婦人科

【目的】GOG218の結果を受けて、本邦では2013年11月から bevacizumab が卵巣がん保険収載が認められた。標準化学療法に bevacizumab を併用することで PFS は GOG218 で 3.8 か月、ICON7 で 2.4 か月延長すると報告されている。本邦において bevacizumab が PFS, OS 延長に寄与するのか、当院の治療成績で検証した。

【対象および方法】2013年11月以降当院で初回手術を行い、卵巣がん III・IV 期と診断され化学療法をおこなった症例 28 例を TC 群 15 例と TC+BEV 群 13 例に分け、治療成績を比較検討した。Bevacizumab は岩手医大で作成した投与規準に準じて投与の可否を決定した。またプラチナ製剤に bevacizumab を併用した化学療法を 3 サイクル以上行いメンテナンスに移行した症例を TC+BEV 群とした。【成績】TC 群、TC+BEV 群それぞれの年齢中央値は 59 歳、58 歳(P=0.56)、臨床進行期は III 期：12 例、12 例、IV 期：3 例、1 例であった(P=0.70)。また組織型は漿液性癌がそれぞれ 11 例、12 例、明細胞癌は 2 例、1 例、類内膜癌は TC 群 2 例であった(P=0.33)。初回手術の完遂度は complete がそれぞれ 2 例、1 例、optimal は 1 例、2 例、suboptimal が 12 例、10 例であった(P=0.19)。それぞれ 8 例、5 例で IDS をおこなっており(P=0.68)、手術完遂度は complete が TC+BEV 群の 2 例、optimal はそれぞれ 7 例、3 例、suboptimal は TC 群 1 例のみであった(P=0.12)。TC 群はすべて再発し、プラチナ感受性再発が 7 例、プラチナ抵抗性再発が 8 例であった。TC+BEV 群は 5 例が再発し、様式はそれぞれ 3 例、2 例であった(P=0.001)。PFS 中央値はそれぞれ 18.9 か月、24.3 か月(P=0.38)、OS 中央値は 51.9 か月、NR(P=0.09)であった。【結語】TC+BEV 群は TC 群に比べ PFS、OS が延長する傾向にあったが統計学有意差を認めなかった。これは症例数が少なかったためであり、本邦において bevacizumab が治療成績向上に寄与するかを証明するには多施設共同の後方研究として比較する必要があると考えられた。

2. 卵巣癌患者の Bevacizumab (Bmab) 投与によるタンパク尿

○金川 明功、小舘 英明、田中 理恵子、勘野 真紀、野村 英司

王子総合病院 産婦人科

【目的】2013/11 月に卵巣癌患者における Bevacizumab (Bmab) 使用が適応追加承認された。卵巣癌国際共同第 III 相試験 (GOG-0218 試験) では CP+Bmab 維持療法群において 8.4% にタンパク尿が認められたと報告されている。症例数は少ないが同群本邦症例のタンパク尿出現率は 16.7% と高い傾向にあり、日本人ではタンパク尿の出現率が高い可能性がある。今回我々は Bmab 投与卵巣癌症例のタンパク尿の出現率を後方視的に検討したので報告する。【方法】当院にて 2014 年から現在まで抗がん剤併用あるいは Bmab 単独投与卵巣癌症例 55 症例を対象とし、タンパク尿の出現率を後方視的に検討した。【結果】55 症例中タンパク尿 (P/C r > 2) でレジメン中止となった症例を 6 例 (10.9%) 認め、1 例はネフローゼ症候群と診断された。55 症例の平均 Bmab 投与回数は 16.4 コースであるが、レジメン中止症例 6 例の平均投与コース数は 27.4 コースであった。これらは投与コース数 25 以上の症例 14 症例 5 症例 (36%) を占めていた。【結論】Bmab 投与コース数が増えるに従って副作用としてのタンパク尿が顕在化する可能性が示された。

3. Bevacizumab 併用化学療法を行った卵巣癌、子宮頸癌症例での有害事象の検討

○榊 宏諭、清野 学、須藤 毅、太田 剛、永瀬 智

山形大学 産婦人科

【目的】Bevacizumab は卵巣癌や子宮頸癌において、既存の抗癌剤と併用することで有意に PFS を延長することが示されている。本邦においても Bevacizumab 併用療法は広く普及しており、当科でも多くの症例において用いられてきた。一方、Bevacizumab は既存の抗癌剤にはない、特徴的な有害事象を有していることも知られている。そこでこれまで当科で Bevacizumab を使用した症例を解析し、その有害事象について検討を行った。【方法】当科において 2018 年 3 月までに Bevacizumab を使用した卵巣癌および子宮頸癌症例を後方視的に検討した。【結果】Bevacizumab を投与した症例は 92 例(卵巣癌・卵管癌・腹膜癌 80 例、子宮頸癌 12 例)だった。組織型は卵巣癌では漿液性腺癌が 52 例(65%)、子宮頸癌は扁平上皮癌が 8 例(67%)で最多だった。Grade2 以上の高血圧症を生じた症例は卵巣癌で 39 例(49%)、子宮頸癌で 3 例(25%)だった。卵巣癌では降圧剤単剤投与で血圧コントロールが出来たのが卵巣癌で 16 例(20%)、2 剤併用で血圧コントロール良好となった症例は 19 例(23.8%)だった。子宮頸癌では 3 例とも降圧薬 2 剤併用によっていずれも血圧コントロール良好となり Bevacizumab 投与を継続できた。一方、卵巣癌では 4 例(5%)で血圧コントロール不良で Bevacizumab 投与中止となった。Grade2 以上の蛋白尿を認めた卵巣癌で 12 例(15%)、子宮頸癌で 1 例(8%)だった。蛋白尿で Bevacizumab 投与中止となった症例は卵巣癌の 1 症例で、その他は一時的な休薬によって蛋白尿は改善し投与再開した。卵巣癌では消化管穿孔や瘻孔形成を来した症例はなかった。一方、子宮頸癌では直腸腔瘻 3 例、直腸子宮瘻 1 例、小腸膀胱子宮瘻孔 1 例、大腸穿孔 1 例と計 6 例で穿孔・瘻孔形成を認めた。特に瘻孔を生じた 6 例全例で骨盤内照射の既往を認めた。一方瘻孔を生じなかった症例では全骨盤内照射は 6 例中 3 例のみであった。以上より骨盤内照射の有無が、穿孔・瘻孔のリスク因子となる可能性が示唆された。【結語】Bevacizumab は特異的な有害事象を生じるが、多くは適切な対応で投与継続が可能であった。また、放射線治療の既往は瘻孔・穿孔のリスク因子である可能性が示唆されており、そのような症例では Bevacizumab 投与前に瘻孔・穿孔のリスクについて十分な説明が必要と考えられる。

4. 新たな腫瘍マーカーHE4 の有用性の検討

○中陳 哲也、東 正樹、島袋 明乃、前田 悟郎、東 大樹、青柳 有紀子、米原 利栄、山口 辰美

釧路赤十字病院 産婦人科

【目的】CA125 は卵巣癌の診断の腫瘍マーカーとして使用されているが、子宮内膜症などの良性腫瘍、月経、妊娠、腹膜炎などの炎症性疾患でも上昇を認めることがある。平成 29 年 4 月 1 日から保険収載となった腫瘍マーカーのヒト精巣上体蛋白 4 (human epididymis protein4 : HE4) は卵巣癌患者で高値を示し、婦人科良性腫瘍では上昇しにくい点から、CA125 と組み合わせで診断向上の可能性が期待されている。そこで当院における良性付属器腫瘍、内膜症性疾患、卵巣癌の HE4 の有用性について検討した。【方法】良性付属器腫瘍 30 例、内膜症性疾患 27 例、卵巣癌 11 例の HE4、CA125 の値を後方視的に検討した。内膜症性疾患は内膜症、内膜症性嚢胞、子宮腺筋症を含めた症例である。また卵巣癌は治療前に HE4 を初めて測定した 6 例と治療後に初めて HE4 を測定した 5 例である。HE4 は閉経前は 70pmol/l、閉経後は 140 pmol/l、CA125 は 35U/ml をそれぞれカットオフ値とした。【結果】良性付属器腫瘍では HE 陽性例が 2/30 例 (6.6%)、CA125 陽性が 4/30 例 (13.3%) であり、1 例は妊婦で HE4 陰性、CA125 陽性であった。内膜症性疾患は HE4 陽性が 1/27 例 (3.7%)、CA125 陽性が 17/27 例 (62.9%) であった。治療前の卵巣癌症例は HE4 陽性が 5/6 例 (83.3%)、CA125 陽性が 5/6 例 (83.3%) で、HE4 陽性症例は CA125 もすべて陽性であった。治療後の卵巣癌症例は HE4 陽性が 0/5 例 (0%)、CA125 陽性が 2/5 (40%) であり、CA125 陽性例は手術後 2 週間と手術後 3 カ月の症例であった。【考察】良性付属器腫瘍および内膜症性疾患では HE4 が陰性である症例がほとんどであった。一方、治療前の卵巣癌では HE4 と CA125 が両マーカーともに 83.3%で高値であった。内膜症性疾患において HE4 陽性の場合、悪性化を念頭に置く必要がある。HE4 は CA125 よりも癌診断の特異度が高く、この二つのマーカーを組み合わせることにより良悪性の診断をより適切に判断できると考えられる。

5. 卵巣明細胞癌におけるグルタチオン代謝関連遺伝子の発現と予後との関連についての検討

○朝野 拓史¹、松岡 亮介²、畑中 佳奈子^{3,4}、畑中 豊^{4,6}、加藤 達矢¹、金野 陽輔¹、
三田村 卓¹、秋田 弘俊^{2,5}、松野 吉宏⁶、渡利 英道¹

¹北海道大学病院 婦人科、²北海道大学病院 がん遺伝子診断部、³北海道大学病院 臨床研究開発センター、

⁴北海道大学病院 ゲノム・コンパニオン診断研究部門、⁵北海道大学病院 腫瘍内科、

⁶北海道大学病院 病理診断科・病理部

【目的】卵巣明細胞癌（CCC）では、抗酸化に働くグルタチオン（GSH）代謝に関連する遺伝子発現が亢進していることが報告されている。しかし、それらと予後との関連は明らかではない。今回、遺伝子発現解析により漿液性癌（SC）と比較し CCC で発現が亢進する遺伝子を抽出し、その発現の有無と予後との関連を検討した。【方法】遺伝子発現解析には、手術で摘出した組織の一部を摘出直後に RNA later で処理し-80℃で保存した検体を使用した。病理診断を確認し、CCC（15例）と SC（18例）の検体から RNA を抽出しトランスクリプトーム解析を行った。予後との関連は、当科で治療した CCC 症例 56 例を後方視的に検討した。抽出した遺伝子発現の有無は免疫組織化学染色（IHC）で検討した。IHC は組織マイクロアレイを用いて行い、染色強度と占有率から H-score を算出し評価した。予後は Kaplan-Meier 法および Cox 比例ハザードモデルで解析した。【結果】遺伝子発現解析の結果、CCC では GSH 代謝に関連する遺伝子のうち、GGT-1、GPX-3、SLC3A1 の発現が有意に亢進していることが確認された。このうち IHC で検討可能であった GGT-1 の発現の有無と予後との関係を検討した。GGT-1 陽性群（44 例）と陰性群（12 例）の進行期、optimal 達成率、再発率に有意差を認めなかったが、プラチナ抵抗性再発は GGT-1 陽性群 6 例（14%）で陰性群 5 例（42%）に比べ有意に少なかった（ $p=0.027$ ）。全生存期間は GGT-1 陽性群で有意に良好で、Cox 比例ハザードモデルでは、プラチナ感受性および GGT-1 陽性が独立予後因子として抽出された。【結論】CCC では SC と比較しグルタチオン代謝に関連する遺伝子発現が亢進し、そのうち GGT-1 陽性は CCC において独立予後良好因子であることが示唆された。

6. 卵巣癌における WT 1 variant の腫瘍形成能および血管新生作用に関する検討

○清野 学、山内 敬子、太田 剛、永瀬 智

山形大学 産婦人科

【目的】Wilms' tumor 1 (WT1) は RNA splicing を受け、4 つの splice variant (-17AA/-KTS, +17AA/-KTS, -17AA/+KTS, +17AA/+KTS) を形成するが、それぞれの variant の機能は十分解明されていない。今回、各 4 つの WT1 variant による腫瘍形成能と腹水産生能、血管新生作用に与える影響の違いを *in vivo* で検討することを目的とした。

【方法】SKOV3ip1 細胞に各 4 つの WT1 variant を遺伝子導入した卵巣癌細胞株を作成した。対照細胞株は empty vector 導入細胞とした。1) 5-7 週齢のメスヌードマウスにそれぞれの細胞株を腹腔内接種し、腫瘍重量と腹水産生量を検討し、2) マウスの生存期間を Kaplan-Meier 法で検討した。3) WT1-17AA/-KTS variant の血管新生作用に対する影響について VEGF の発現を western blotting 法で、腫瘍組織内の血管数を抗 CD31 抗体による免疫染色で検討した。4) WT1-17AA/-KTS による腫瘍形成・腹水産生がベバシズマブにより抑制されるかを検討した。【成績】1) WT1-17AA/-KTS 発現細胞株接種マウスでコントロールと比較して有意に腹水産生量と腫瘍形成が増強した。2) WT1-17AA/-KTS 過剰発現細胞株接種マウスはコントロールと比較して生存期間が有意に短縮した。3) WT1-17AA/-KTS 発現細胞株ではコントロールと比較して VEGF の発現が増強し、腫瘍組織内の血管数が増加していた。4) ベバシズマブの投与によって WT1-17AA/-KTS による腹水産生と腫瘍形成が抑制された。【結論】WT1 variant のうち、WT1-17AA/-KTS が最も腫瘍形成能と血管新生能が高く、その発現により卵巣癌における悪性度を増強させることが明らかになった。

7. 尿路外溢流をきたした成熟奇形腫の悪性転化の一例

○新倉 詩央香、早坂 篤、遠藤 俊、平賀 裕章、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、平山 亜由子、
宇賀神 智久、羽根田 健、今井 紀昭、大槻 健郎
仙台市立病院 産婦人科

【緒言】成熟奇形腫は全卵巣腫瘍の約 40%を占めており、1~2%に悪性転化がみられる。術前予測は困難であるが、予測する因子は複数報告されている。また、自然上部尿路外溢流をきたした卵巣腫瘍の報告は極めて少ない。今回、自然上部尿路外溢流による背部痛を契機に卵巣腫瘍が発見され、成熟奇形腫の悪性転化と診断された一例を経験したため報告する。【症例】43 歳、0 妊 0 産。左背部痛、嘔吐を主訴に前医内科を受診した。腹部超音波検査にて卵巣腫瘍、左水腎症がみられ、同日当科紹介された。当院での MRI 検査では脂肪抑制される 14×10×11cm 大の卵巣腫瘍がみられ、成熟奇形腫が疑われた。造影 CT 検査では自然上部尿路外溢流が指摘され、翌日当院泌尿器科にて尿管ステントを留置された。留置後、疼痛は改善し、待機的に開腹左付属器切除術を行う方針とした。術前の採血検査ではクレアチニン 0.94mg/dL と軽度腎機能障害がみられ、腫瘍マーカーは CA19-9 1024U/mL、CA125 157U/mL、SCC 21.4ng/mL と上昇していた。術中所見としては卵巣腫瘍がダグラス窩にはまりこんでいたが、癒着はみられなかった。術後尿管ステントを抜去し、術後 4 日目の超音波検査では自然上部尿路外溢流はみられず退院した。病理検査の結果、成熟奇形腫の悪性転化（扁平上皮癌）と診断された。【考察】自然上部尿路外溢流は、何らかの原因により腎盂内圧が上昇し起こるとされている。また、成熟奇形腫の悪性転化（扁平上皮癌）における術前予測については様々な報告がみられ、年齢 50 歳以上、SCC、CA125 の上昇、腫瘍径 10cm 以上、造影効果のある充実成分等が挙げられている。本症例では卵巣腫瘍が尿管を圧迫したことで、自然上部尿路外溢流が起きたと考えられる。また、腫瘍径や腫瘍マーカー、画像所見からは悪性転化を疑えた症例であった。今後追加治療を検討している。

8. 当院における悪性転化を伴った卵巣成熟嚢胞性奇形腫 5 例の検討

○和賀 正人¹、斎藤 史子¹、高須賀 緑¹、金森 勝裕¹、軽部 彰宏¹、山内 美佐²、
杉田 暁大²

¹由利組合総合病院 産婦人科、²由利組合総合病院 病理診断科

【緒言】卵巣成熟嚢胞性奇形腫は全卵巣腫瘍の 10~20%を占める良性腫瘍であるが、その 1~2%に悪性転化を認めると報告されている。今回我々は、過去 9 年間に悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫を 5 例経験したので、悪性転化の臨床的特徴について検討し、文献的考察を加えて報告する。【症例】年齢は平均 56.4 歳（45~68 歳）、腫瘍径は平均 13.4cm（10~17cm）、進行期は I 期が 4 例、III 期が 1 例であった。5 例全例が扁平上皮癌への悪性転化であった。腫瘍マーカーは 5 例が SCC 高値（3.1~55.9ng/mL）、4 例が CA19-9 高値、3 例が CA125・CEA 高値であった。3 例に両側付属器摘出術+子宮全摘出術+大網切除術、2 例に両側付属器摘出術+子宮全摘出術+大網切除術+骨盤・傍大動脈リンパ節郭清が施行された。術後化学療法として 2 例に BEP 療法、1 例に TC 療法が施行された。I 期の 4 例全例には再発を認めず、III 期の 1 例が術後約 5 ヶ月で死亡した。【考察】成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化の診断には年齢、腫瘍径、腫瘍マーカーなどが有用であるとされている。40 歳以上、腫瘍径が 10cm 以上、SCC などの腫瘍マーカーが高値である場合には悪性転化を考慮する必要がある。今回の症例の年齢は 40~60 歳台であった。全例、腫瘍径は 10cm 以上であり、SCC が高値であった。成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は稀であるが、進行癌に対しては化学療法や放射線療法が有効でないことが多い。悪性転化の可能性が低い段階で手術を行う必要がある。

9. 卵管原発漿液性癌の 11 例

○奥 聡¹、片岡 宙門¹、武田 真人²、朝野 拓史²、小林 由佳子²、石塚 泰也²、野崎 綾子²、井平 圭²、三田村 卓²、金野 陽輔²、加藤 達矢²、小林 範子²、工藤 正尊²、渡利 英道²

¹函館中央病院 産婦人科、²北海道大学 産婦人科

【目的】卵管癌は稀で、進行例が多いため予後不良であり、また、診断に難渋する症例が少なくない。今回、卵管原発の漿液性癌の症例について、主に診断経過等を検討した。【方法】当科で'00～'17年に、卵管摘出により組織学的に漿液性癌と診断された11例(初診時年齢:50-76歳)について、受診の契機を[A群:不正性器出血や腹痛等の症状があり、付属器領域の腫瘍が確認された-B群:無症状で骨盤内腫瘍は認めないが、子宮細胞診陽性となった-C群:腹水貯留が認められ、悪性腫瘍の検索が必要になった]に分類し、進行期や予後との比較を行った。

【結果】A群はIA期1例、IC3期2例 IIIA1期2例、IIIC期2例、B群は卵管の病変が1cm程度でのIIIB期の1例、局所はほぼ上皮内癌であったIC3期1例であったが、両症例ともに初診から緒検査を経て、卵管切除による診断まで一月以上を要した。C群はIIIC期2例であった。また子宮細胞診陽性例はB群の他、A群の2例にみとめた(4例:40%)。2例は現在も初回治療中であるが、初回手術より5年以内の原病死はA群のIIIC期の1例、およびB群の2例であった。また、A群は他群に比しI期症例(3例:32.8%)が多く、リンパ節転移陽性4例(57.1%)のうちIIIA1期の2例はStaging手術と補助化学療法により15年以上再発を認めておらず、腹腔内播種のない例は予後良好であった。【結論】早期の診断には、些細な症状を見逃さず、経膈超音波等で卵管の腫大の有無を確認すること、子宮細胞診陽性例で子宮や付属器に腫瘍が確認できない場合は卵管癌を想定して速やかに精査を進めることが肝要と思われる。尚、各症例のgradeについては古い症例の再評価を行い改めて報告する。また、全10例のうち、乳癌の合併は2例に認めたが、時期的にBRCA等の遺伝子解析はできなかった。

10. 卵巣境界悪性腫瘍の多発肺転移に対しペメトレキセドナトリウム水和物が効果を示した 1 例

○酒井 一嘉、清野 学、太田 剛、永瀬 智

山形大学 産婦人科

【緒言】卵巣境界悪性腫瘍は病理学的に明らかな間質浸潤は認めないものの悪性を示す細胞所見を有し、緩徐に進行する腫瘍である。進行例や再発例に対する治療として化学療法が考慮されるが、効果は低いことが多い。我々は肺転移を来した境界悪性腫瘍の1例を経験したので報告する。【症例】症例は40歳、未妊。卵巣腫瘍でX年2月に右付属器摘出術を施行した。病理組織診断は粘性性境界悪性腫瘍で進行期はIC1期であった。X+1年8月健康診断で両肺野に多発する斑状影を指摘され、肺生検で腺癌が疑われたが、原発性肺癌か転移性肺癌かの判断は困難であった。X+2年4月からパクリタキセル/カルボプラチン(TC療法)を6コース施行しstable disease(SD)。X+2年9月に肺腫瘍増大を認め、TC+bevacizumab(BV)併用療法を施行したが、カルボプラチンアレルギーを来したパクリタキセル+BV療法を6コース施行しSDであった。その後病勢進行に伴い、リポソーム化ドキソルビシン+BV、CPT-11+BV、ゲムシタビン単剤、エトポシド単剤、TS-2を施行するも病勢は増悪した。X+3年1月からペメトレキセドナトリウム水和物を開始し、約7か月SDを保ったが、X+3年9月に病勢進行を確認。全身状態の悪化によりX+4年2月に永眠された。病理解剖の結果、肺腫瘍は卵巣境界悪性腫瘍の転移であることが証明された。【考察】境界悪性腫瘍は一般的には化学療法抵抗性であることが知られている。ペメトレキセドナトリウム水和物は小細胞肺癌などで用いられる葉酸代謝拮抗薬であるが、卵巣境界悪性腫瘍に効果を示したという報告はない。本症例は、原発性肺癌との鑑別が困難であり、卵巣癌・肺癌に適応のある化学療法を様々施行したが、最も効果を示したものはペメトレキセドナトリウム水和物であったと考えられた。

11. 初回手術から1年後に肺転移で再発した卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例

○渡邊 健史¹、小島 学¹、三浦 秀樹¹、村田 強志¹、大原 美希¹、野村 真司¹、
古川 茂宜¹、添田 周¹、渡辺 尚文¹、藤森 敬也¹、高橋 俊文²、水沼 英樹²

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²ふくしま子ども・女性医療支援センター

【緒言】卵巣境界悪性腫瘍は一般に良好な経過をたどるが、まれに再発することが知られており、遠隔転移はその中でも特にまれである。今回我々は、初回手術から1年が経過した後に肺転移で再発した卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例を経験したので報告する。【症例】症例は60歳代の2妊2産の女性で、呼吸苦と腹満感を自覚するようになり近医産婦人科診療所を受診した。診察にて骨盤内腫瘍および右胸水貯留を指摘され精査加療目的に当院へ紹介となった。画像評価を行うと骨盤腔内に長径15cmの多房性嚢胞性腫瘍を認め、一部に壁在結節を含んでいた。腫瘍マーカーはCEA:1.9 ng/ml, CA19-9:204.0 U/ml, CA125:278 U/mlであり、CEA以外の2項目において高値だった。なお右胸水については呼吸苦の症状があり穿刺除去した際に細胞診に提出したが陰性だった。卵巣癌などの婦人科悪性疾患を疑い、腹式単純子宮全摘出術・両側付属器摘出術・大網部分切除術を施行した。病理組織学的に左卵巣原発の粘液性境界悪性腫瘍(IC1期)で、胸水も術後2カ月で消失したため術後補助化学療法は行わずサーベイランスへ移行した。しかし術後1年で撮影したCTで両下肺野に1か所ずつ10mm弱の結節影を認めた。胸水および骨盤内再発所見はなかった。初診時に高値だったものも含めて腫瘍マーカーは全て基準値未満であった。原発性肺がんとも区別するため、胸腔鏡下左肺腫瘍部分切除術を行ったところ、肺病変は1か所のみで病理組織学的に粘液性境界悪性腫瘍の再発転移病変と診断された。胸腔内洗浄液は細胞診陰性であった。術後経過は良好で、右肺野の腫瘍についても今後切除予定である。【考察】卵巣粘液性境界悪性腫瘍が肺転移で再発した一例で、化学療法に大きな期待が持てないことから我々は外科治療を選択した。同様の報告はすでにあるが数はいまだ少なく、転移病巣の臨床病理学的特徴などの症例数の蓄積が求められる。現在までの知見など、若干の文献的考察を加えて報告する。

12. 術前に悪性度の推定が困難であった卵巣漿液粘液性腫瘍の2例

○田中 綾一、逸見 博文、池田 詩子

斗南病院 婦人科・生殖内分泌科

【緒言】漿液粘液性腫瘍は2014年に刊行されたWHO分類第4版に新たな分類として加えられ、国内では2016年7年の卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取扱い規約病理編第1版で上皮性腫瘍の一つに分類されている。漿液粘液性癌は著しく頻度が低いため、臨床病理学的、疫学的に關しての十分な情報が得られていないのが現状である。術前に悪性または境界悪性の推定が困難であった漿液粘液性腫瘍の2例を経験したので報告する。【症例1】40代女性、主訴は腹部膨満感。画像所見で直径約30cmの単房性卵巣腫瘍をみとめ卵巣腫瘍内に明らかな充実性部分は認めず、血清腫瘍マーカーはCA125が678U/mL、CA19-9が6038U/mL、CEAが63.3ng/mLと高値を示すものの画像所見からは悪性卵巣腫瘍を推定できなかった。腹部症状が強いため緊急で左付属器摘出術および大網切除術を施行した。術中所見は、広範囲の腹膜播種を認めたが、巨大卵巣腫瘍は単房性で充実性部分を認めず進行腹膜癌に巨大卵巣嚢腫が合併している可能性が高いと推測した。病理組織学的所見は卵巣上皮は粘液性および非粘液性異型上皮で構成され、篩状構造や索状構造および間質浸潤をみとめ卵巣漿液粘液性癌、FIGO進行期分類IIIB期と診断した。【症例2】50代女性、主訴は腹痛。画像所見にて直径約6cmの充実性部分を含む右卵巣腫瘍をみとめ、血清腫瘍マーカーはCA125が2549U/mL、CA19-9が8841U/mLと高値を示し悪性卵巣腫瘍を疑った。腹式子宮全摘出術、両側付属器摘出術および大網部分切除術を施行し、病理組織学的所見は頸管腺型の粘液性上皮、漿液性、類内膜性といった多彩な異型上皮が形成しているものの、間質浸潤はみとめず卵巣漿液粘液性境界悪性腫瘍と診断した。【考察】漿液粘液性腫瘍の中でも漿液粘液性癌は報告例が少ないため今後臨床学的所見等の蓄積が必要と考えられた。

13. 散在性脳梗塞及び心臓血栓を発症した Trousseau 症候群に対し手術療法が著効した右卵巣癌の 1 例

○鹿内 智史¹、幅田 周太朗²、斉藤 公仁¹、秋元 太志¹、郷久 晴朗¹、岩崎 雅宏¹、
石堂 茉泉¹、西村 庸子¹、玉手 雅人¹、松浦 基樹¹、寺本 瑞絵¹、齋藤 豪¹
¹札幌医科大学 産婦人科学講座、²社会医療法人母恋 日鋼記念病院 産婦人科

【緒言】Trousseau 症候群とは悪性腫瘍に伴う血液凝固亢進により散在性脳梗塞を発症する病態である。脳梗塞の成因の多くは心原性によるものが考えられており、血栓の改善には原疾患の治療が第一と考えられている。今回我々は、散在性脳梗塞及び心臓血栓を発症した Trousseau 症候群に対し、右付属器切除術を施行したところ著明な改善を認めた右卵巣癌の 1 例を経験したため報告する。【症例】68 歳、2 妊 2 産。右上肢の脱力感と構音障害を認めたため脳神経外科病院を受診した。頭部 MRI で散在性の脳梗塞を認め抗凝固療法を開始となったが、腹部 CT を施行したところ骨盤内に巨大な腫瘍を認めたため、Trousseau 症候群が疑われ当院を紹介受診となった。骨盤内 MRI で 14cm 大の充実部分を多く認める腫瘍を認めたため卵巣癌と考えられた。また、心臓超音波検査にて僧帽弁に血栓を認め、Trousseau 症候群による心原性の脳梗塞が疑われた。抗凝固療法を施行するも脳梗塞症状の悪化を認め、家族にリスクを十分説明した上で開腹手術を施行した。術後抗凝固療法を再開し経過観察したところ心臓血栓の消失を認め、採血にて血栓傾向の著明な改善を認めた。術後 2 ヶ月で構音障害も軽度となり自立した生活が可能となったため、現在化学療法施行中である。【考察】Trousseau 症候群は心原性の脳梗塞の発症であり、その治療には原疾患の治療が優先される事を改めて実感した。Trousseau 症候群を発症した場合、リスクを十分に説明した上で早急に原疾患の治療を施行することが望ましいと考えられた。

14. 多臓器に血栓塞栓症を呈した、卵巣類内膜癌に伴う Trousseau 症候群の 1 例

○杉田 元気、岩木 友希菜、金井 貴弘、小林 寛人、堀 芳秋、加藤 じゅん、田中 政彰、
加藤 三典、土田 達
福井県立病院 産婦人科

【緒言】Trousseau 症候群は悪性腫瘍に関連した腫瘍随伴症候群の一つで、血液凝固亢進により血栓塞栓症を呈する病態である。静脈血栓症が主であるが、心筋梗塞のような動脈血栓症を生じることも報告されている。今回我々は、心筋梗塞、脳梗塞を含めた多臓器の血栓塞栓症を呈した卵巣癌症例を経験したので報告する。【症例】46 歳、3 妊 3 産。下腹部痛を主訴に受診され、画像検査で左卵巣癌が疑われた。初診後約 1 か月で右腰背部痛が出現し、右腎梗塞と脾梗塞を認めた。精査で左下腿深部静脈血栓症も認め、Trousseau 症候群と考えられた。ヘパリン持続点滴開始となり、その後一旦エドキサバン内服に変更となり退院したが、腫瘍減量術前日に胸痛が出現し、心筋梗塞を発症した。冠動脈造影で閉塞を認め、血栓吸引、バルーン拡張、tPA 冠注を行い血流再開が確認された。全身状態の安定化をはかり、心筋梗塞発症から 2 週間後に腫瘍減量術を行った。術後早期に脳梗塞（小脳および右中大脳動脈領域）が確認され、ヘパリン、エドキサバン投与再開となり、その後は新規血栓塞栓症を認めなかった。類内膜癌、pT1c3N0M0 の病理診断となり、術後化学療法として TC 療法 6 コース施行した。現在、術後無病生存期間 12 ヶ月である。【考察】多臓器に血栓塞栓症を発症することで、原疾患に対する治療計画の延期中断を余儀なくされる場合があるが、診断後の速やかな腫瘍減量術が肝要であることが示唆された。

15. 副甲状腺関連蛋白 (PTHrp) 産生に伴い高 Ca 血症を呈した卵巣悪性腫瘍の一例

○山本 寛人、常木 郁之輔、小川 裕太郎、富永 麻理恵、上村 直美、森川 香子、
田村 正毅、倉林 工、柳瀬 徹
新潟市民病院 産科婦人科

【緒言】高 Ca 血症は悪性腫瘍を有する患者の電解質異常で最多であり、予後は悪いとされる。高 Ca 血症を生じる機序としては HHM (humoral hyper calcemia of malignancy) と LOH (Local osteolytic hypercalcemia) に大別される。今回、卵巣成熟嚢胞性奇形腫が悪性転化をきたし、副甲状腺関連蛋白 (PTHrp) を介して高 Ca 血症へと至った一症例につき文献的考察を交えて報告する。【症例】57 歳女性。2 妊 2 産。便秘・倦怠感のため前医を受診し、CT で径 15cm の卵巣腫瘍を指摘されたため当院へ紹介受診した。Ca 19.1mg/dl と著明高値であり、脱水所見と腎機能障害も見られたため、入院の上緊急透析を施行した。精査のため MRI を撮影したところ卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化を疑う所見であった。Intact PTH が低値であるのに対して PTHrp の増加を認めたため、悪性転化した成熟嚢胞性奇形腫が産生する PTHrp による高 Ca 血症と考えられた。大量補液・透析・ビスホスホネート製剤などにより高 Ca 血症は徐々に補正され、症状も改善傾向となり、卵巣癌根治術+S 状結腸部分切除術を施行した。病理組織学的には、成熟嚢胞性奇形腫内の扁平上皮成分に癌化が見られ、免疫染色では部分的に PTHrp 陽性であった。術後の CT では遺残病変は指摘されず、高 Ca 血症も是正が得られたため退院、術後 adjuvant chemotherapy の予定とした。【考察】高 Ca 血症を併発する卵巣悪性腫瘍の組織型は報告により様々であるが、小細胞癌、明細胞癌の症例が多く報告されている。本症例のように成熟嚢胞性奇形腫から発生した扁平上皮癌の報告も散見され、中には重篤な転帰を辿った症例も見られた。高 Ca 血症を伴う卵巣悪性腫瘍に対しては、迅速かつ正確な診断が重要であり、電解質是正とともに原発巣を早期に取り除くことが有効であると考えられた。

16. 内容液ドレナージを数日かけて行った後で手術を施行した巨大卵巣腫瘍の 1 例

○平川 威夫、加藤 彩、柴田 悟史、松井 俊彦
能代厚生医療センター 産婦人科

【緒言】巨大卵巣腫瘍は摘出により呼吸・循環動態に変化をきたすため、周術期管理に難渋することが多い。今回われわれは、内容液ドレナージを数日かけて行った後で手術を施行した腫瘍重量約 33kg の巨大卵巣腫瘍の 1 例を経験したので報告する。【症例】72 歳、3 経妊 3 経産。吐血、腹部膨満、体動困難のため当院へ救急搬送された。体重 76 kg、身長 152 cm。酸素投与が必要であり、Hb 7.3g/dL と貧血を認め、胃管からは 1300ml の暗赤色の排液を認めた。腹部 CT で巨大腹部腫瘍を認めた。4 日間かけて内容液を 17L ドレナージした。これにより、酸素投与が不要となり、全身浮腫も改善し、食事も可能となった。上部内視鏡検査も可能となり、多発胃潰瘍を認めたが活動性出血はなかった。造影 CT で右肺動脈血栓を認めていたため抗凝固薬を開始した。DVT は認めなかった。RBC 6 単位輸血とアルブミン投与を行った。腫瘍内容液の細胞診で腺癌細胞を疑った。右肺動脈血栓の消失を確認し、腹式子宮全摘術+両側付属器摘出術+大網部分切除術を施行した。術後は呼吸、循環ともに安定し、重篤な合併症を認めず、術後 2 日目より歩行可能となった。術後 13 日目に退院した。病理組織結果は粘液性腺癌であった。本人、家族と相談の上、後療法は行わず外来で経過観察中である。【考察】結果的には悪性腫瘍であり人工的播種の可能性を残したが、術前に内容液をドレナージすることで術後合併症を軽減することができた。巨大卵巣腫瘍の治療においては、患者年齢、全身状態、悪性の可能性、合併症などを総合的に評価した上で、症例ごとに治療方針を決定する必要がある。

17. 診断に苦慮した傍腫瘍性小脳失調症の1例

○竹内 肇¹、西脇 邦彦¹、矢部 一郎²

¹市立稚内病院 産婦人科、²北海道大学病院 神経内科

【緒言】傍腫瘍性小脳失調症は稀な疾患だが、乳癌や婦人科癌に合併することが知られている。今回、卵巣癌術後に小脳失調症状が出現し、抗Yo抗体陽性で傍腫瘍性小脳失調症と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】60歳代。3妊2産。閉経54歳。既往歴にアルコール性肝障害、脂質異常症。近医内科にて傍大動脈リンパ節腫大と卵巣腫大を指摘され、精査目的で当科紹介初診。MRIにて内部造影効果を伴う4cm大の右卵巣腫瘍を認め、CA125も上昇あり。卵巣癌、傍大動脈リンパ節転移疑いで、腹式子宮全摘＋両側付属器切除＋骨盤内/傍大動脈リンパ節郭清＋大網切除術施行。卵巣癌ⅢA1(ii)期、Poorly differentiated adenocarcinoma consistent with high-grade serous carcinoma。傍大動脈リンパ節に残存病変あり、術後化学療法(ddTC 6コース)施行。CTにて残存病変の縮小を認めたが、化学療法開始前から浮遊感を認めるようになり、短期間で症状が増悪。眩暈感、呂律が回らない等の症状も合併するようになったため、器質的異常の有無につき精査したが特変なし。神経内科受診し、四肢体幹小脳性運動失調、構音障害、注視眼振等の症状から、卵巣癌に起因する傍腫瘍性小脳失調症の疑いとなり、患者血清中の抗神経抗体を検索したところ、抗Yo抗体陽性であったことから確定診断に至った。大量γグロブリン療法施行したが明らかな症状改善は認めず。残存病変のため、免疫学的異常が解除されないことが原因と考えられた。大量γグロブリン療法後は、神経症状に急速な進行を認めなくなり、リハビリテーションによるADLの維持を図りながら経過観察中である。【考察】婦人科癌に合併する神経障害を認めたとき、術後血栓塞栓症等の頻度の高い合併症が除外された場合には、鑑別として傍腫瘍性神経症候群を考える必要がある。

18. 術後卵巣癌として治療中に大腸癌と判明した1症例

○幅田 周太郎¹、野藤 五沙¹、嶋田 浩志¹、横山 和典²、松浦 基樹³、郷久 晴朗³、寺本 瑞絵¹、岩崎 雅宏³、斎藤 豪³

¹日鋼記念病院 産婦人科、²日鋼記念病院 消化器内科、³札幌医科大学附属病院 産婦人科

【緒言】転移性卵巣癌のうち5.3%～11%が大腸原発であるといわれており、大腸粘膜病変と卵巣腫大を同時に認める場合が多い。今回我々は下部消化管内視鏡検査や腸管造影検査では発見できなかった大腸癌とその卵巣転移を経験した。このようなものに大腸憩室発生の大腸癌が考えられ、文献的考察を交えて報告する。【症例】症例は、61歳女性、2妊2産、下腹部痛を主訴に当科受診、腫瘍マーカーはCEA 71.9 ng/mL、CA19-9 919.3 U/mL、CA125 37.5 U/mLであった。MRIで骨盤内に12cm大の充実部と嚢胞部が混在した腫瘍を認め、充実部は造影効果を伴い卵巣悪性腫瘍を疑う所見であった。下部消化管内視鏡検査では腸管腔の狭小化を認めるが内腔粘膜に異常はみられなかった。注腸造影X線検査所見ではS状結腸に狭小化を認め、壁外からの圧排を疑う所見であった。以上より卵巣癌の術前診断で手術を行ったがS状結腸に病変が残存した。炎症が強く切除範囲の決定が難しいため腸管切除は行わず化学療法後2期的に切除する方針となった。病理診断は卵巣原発類内膜癌(G2)であった。化学療法中にPDとなり下部消化管内視鏡検査を施行すると壁外からの腫瘍の浸潤を認め、生検検体は当初卵巣癌のS状結腸浸潤であったが、免疫染色を追加し原発性大腸癌の診断となった。最終診断は大腸癌卵巣転移で、消化器内科で化学療法後、消化器外科で骨盤内臓全摘出術施行、現在化学療法中である。【考察】下部消化管内視鏡検査で粘膜病変の指摘が困難な大腸癌として大腸憩室粘膜より発生したものがある。憩室内癌の憩室入口部は正常粘膜であることが多く、内視鏡での発見、生検での確定診断は困難ともいわれており、進行症例が多い。また固有筋層が欠損した憩室に発生する大腸癌は容易に壁外に浸潤するため周囲臓器への転移を起こしやすいとされる。本症例も大腸憩室粘膜より発生し、卵巣へ転移をきたした可能性が考えられる。

19. 妊娠 5 週 0 日の血中 hCG 値は胎嚢が見えた場合でも妊娠転帰の予測に有用である

○竹原 功、西村杏子、中村文洋、松尾幸城、川越 淳、永瀬 智

山形大学 産婦人科

【目的】生殖補助医療(ART)では、妊娠判定として妊娠 4 週 0 日 (day14) に血中 hCG 値を測定することが多いが、血中 hCG 値と妊娠の転帰の関連については一定の見解がない。また妊娠 5 週 0 日 (day21) に胎嚢が見えた場合は異所性妊娠の鑑別をする必要がないため、血中 hCG 値は測定しないのが一般的である。しかし今回我々は、胎嚢が見えた場合でも day21 の血中 hCG 値を測定することで妊娠の転帰を予測できるのではないかと考え、妊娠初期の血中 hCG 値と妊娠転帰について後方視的に検討することとした。【方法】2012 年 1 月から 2017 年 12 月に当院での ART により妊娠した 247 症例を対象とした。多胎妊娠は除外し、(1) day14 に血中 hCG 値を測定した 146 症例 (新鮮胚移植 103 例、融解胚移植 43 例)、および(2) day21 に胎嚢が見えていたが血中 hCG 値を測定した 30 症例 (新鮮胚移植 19 例、凍結胚移植 11 例) をそれぞれ対象として、血中 hCG 値と生産の有無が相関するかについて t 検定または Mann-Whitney U 検定で検討した。p<0.05 で有意差ありとした。【結果】(1) day14 における血中 hCG 値は新鮮胚移植・凍結胚移植のいずれも生産群で有意に高かった (新鮮胚移植 : p<0.01、凍結胚移植 : p<0.01)。カットオフ値は新鮮胚移植 97.0 mIU/mL、凍結胚移植 90.0 mIU/mL であった。(2) day21 に胎嚢が見えた症例の血中 hCG 値は、新鮮胚移植において生産群で有意に高かった (p=0.026)。カットオフ値は 3314 mIU/mL であった。凍結胚移植では血中 hCG 値と生産の有無に相関がなかった (p=0.819)。【結論】当院の ART 症例に対し、day14、day21 の血中 hCG 値から妊娠転帰を予測できるか検討した。day14 の血中 hCG 値は妊娠転帰のよい指標となり得ることが示唆された。また新鮮胚移植に限られたが、day21 に胎嚢が認められた場合でも血中 hCG 値を測定することは、妊娠転帰を予測する指標となり得ることが示唆された。

20. 妊娠 12 週未満流産：卵黄嚢 5mm 以上は胎児染色体異常を、胎芽を認めない場合には染色体正常を示唆する

○米田 哲、米田 徳子、伊藤 実香、鮫島 梓、島 友子、中島 彰俊、塩崎 有宏、吉野 修、

齋藤 滋

富山大学 産婦人科

【目的】妊娠 12 週未満の稽留流産が確定した時点で、超音波所見から胎児染色体異常をどの程度予測できるのか検討することを目的とした。【方法】胎嚢、卵黄嚢、および胎芽の三つの構造に着目し、稽留流産と確定診断された時点での計測値 (大きさ、形状) を用いた。胎児染色体検査は、G バンド法により行った。患者背景 (年齢、診断時週数、流産歴、ART 妊娠)、超音波所見と胎児染色体異常との関連につき統計学的に検討した。【成績】1) 胎児染色体異常は 151 例中 100 例 (66.2%) で認められ、22trisomy (18 例)、16trisomy (17 例) の順で頻度が高かった。46,XX は 31 例であったが、母体のコンタミによる影響と考えられた。2) 母体のコンタミの影響を考慮し 46,XX 結果を除いて解析した結果、単変量解析では、胎児染色体異常群で、不整な胎嚢 8%、卵黄嚢径 4.4 (0-11.8) mm、胎芽無し 32.0% の値は、正常群の値 [30.0, 3.0 (0-7.3), 60.0] に比し有意な差を認めた (p=0.005, p<0.001, p=0.018)。3) 多変量解析では、35 歳以上 [OR 12.8 (3.6-56.6), p<0.001]、5mm 以上の卵黄嚢 [OR 5.2 (1.2-38.5), p=0.030]、胎芽無し [OR 0.27 (0.07-0.98), p=0.047] がそれぞれ独立した因子であった。4) 卵黄嚢 5mm 以上で胎児染色体異常を予測する割合 (陽性的中率) は、91.7%、35 歳未満で胎児を認めない場合、染色体正常確率は 71.4% であった。【結論】卵黄嚢 5mm 以上で流産した場合は、高確率で胎児染色体異常が予測される一方、胎児を確認できない場合には染色体正常を示唆し、特に反復する場合には不育症精査を積極的に行うべきと考えられた。

21. 子宮静脈血栓症および肺血栓塞栓症を合併した存続絨毛症の一例

○伊藤 友理、成味 恵、須藤 毅、山谷 日鶴、永瀬 智

山形大学 産婦人科

【緒言】絨毛性疾患では血中エストロゲン高値となることがあるが、臨床的に重要視されないことが多い。今回血中エストロゲン高値を示し、子宮静脈血栓症および肺血栓塞栓症を来した存続絨毛症の一例を経験したので報告する。【症例】36歳 3経妊 2経産。妊娠反応陽性のため近医を受診したところ、子宮内に胎嚢を認めず血中hCG値高値であったため、異常妊娠を疑われ当科紹介となった。経膈超音波検査で子宮内に腫瘤像を認め、血中hCG値は155.945 IU/mlであり胎状奇胎の疑いで子宮内容除去術を施行した。病理検査結果は全胎状奇胎であり、手術後にhCG値は17.529 IU/mlまで一旦低下したが、その18日後に25.947 IU/mlに再上昇した。子宮内に遺残が疑われ再度子宮内容除去術を施行されたが病理検査で絨毛組織は認めず、全身検索目的の画像検査でも病巣は指摘できなかった。存続絨毛症の診断でメソトレキセートを投与されたがhCG値は低下せず、アクチノマイシンを投与しても低下を認めなかった。そのため再度病巣検索のためにCT検査を施行したところ、腫大した子宮周囲の静脈血栓と肺血栓塞栓が発覚した。血中hCG濃度は67.821 IU/ml、血中エストラジオール濃度は842 pg/mlであった。プロテインS異常などの血栓性素因異常はなかった。血栓形成原因として子宮腫大による静脈鬱滞と、化学療法後と血中エストラジオール高値による血液凝固能亢進が考えられた。下大静脈フィルター留置術を施行され、抗凝固薬内服を開始し、血栓症の増悪は認めていない。【考察】存続絨毛症に血栓症を合併した報告はない。絨毛性疾患では血中hCGに加えてエストロゲン濃度も異常高値となることがあり、血栓形成の原因となる可能性が示唆された。

22. 全前置胎盤における子宮内胎児死亡に対して待機的管理から分娩誘発を行った一例

○廣川 哲太郎^{1,3}、生野 寿史¹、関塚 智之¹、明石 絵里菜¹、田村 亮¹、五日市 美奈¹、能仲 太郎¹、山口 雅幸¹、高桑 好一²、榎本 隆之¹

¹新潟大学医歯学総合病院 産婦人科、

²新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター、³上越総合病院 産婦人科

【緒言】前置胎盤を伴う子宮内胎児死亡（IUFD）症例に関する報告は散見されるが、管理方針および分娩様式において一定の見解は得られていない。今回我々は、待機的管理から分娩誘発を選択し、良好な転帰を得た一例を経験したので報告する。【症例】30歳代、1妊0産。自然妊娠成立後、クリニックにて妊娠管理されていたが、全前置胎盤および胎児発育不全を指摘されたため、前医へ紹介となった。妊娠22週4日、警告出血を認めたため入院管理。子宮収縮抑制剤投与にて状態は安定していたが、妊娠24週1日、IUFDの診断となり、今後の分娩管理目的に当院へ母体搬となった。経膈超音波断層法にて全前置胎盤の診断であり、超音波所見では明らかな癒着胎盤を疑う所見は認めなかった。MRIにおいても同様の所見であった。インフォームド・コンセントの上、1ヶ月間程度は、陣痛発来待機の方針とした。待機中、血中hCG値は著明に低下し、異常出血は認めなかった。超音波所見上、胎盤は菲薄化し、退縮してきている状態であったが、死胎児症候群・感染等のリスクを考慮し、分娩誘発の方針とした。オキシトシン点滴1日間、gemeprost 膈坐剤3日間使用するも分娩に至らず。その後、ミニメトロにて頸管拡張施行後、再度、オキシトシンを使用したところ陣痛発来に至り、妊娠28週6日、経膈分娩となった（分娩時出血量：45g）。産褥異常出血もみられず、経過良好にて産褥1日目に退院となった。【結論】本症例では、待機中および分娩時の異常出血を認めず、経膈分娩が可能であった。輸血および子宮動脈塞栓術など緊急時対応が可能な施設においては、十分なインフォームド・コンセントを行った上での待機的管理および分娩誘発も選択肢になり得ると考えられた。

23. 正期産まで管理し得た妊娠初期発症肺塞栓症の 1 例

石川 雄大¹、小野 方正¹、大石 由利子¹、野澤 明美¹、石田 久美子²、村上 幸治³、
徳野 翔太⁴、西浦 猛⁴、北村 晋逸¹

¹名寄市立総合病院 産婦人科、²JA 北海道厚生連 旭川厚生病院、³旭川医科大学 産婦人科、

⁴名寄市立総合病院 循環器内科

【緒言】妊婦や褥婦に対する静脈血栓塞栓症の予防法については各種ガイドラインで提言されている。しかし静脈血栓塞栓症合併妊婦に対する 2 次予防についての記載はなく、その管理方法は個々の施設により様々である。今回我々は、妊娠初期に肺血栓塞栓症を発症したが、循環器内科と連携して母体管理を行うことで正期産を得た 1 例を経験したので報告する。【症例】45 歳 3 妊 2 産。妊娠初期から近医産婦人科にて健診を受けていた。妊娠 9 週 0 日に右下肢の疼痛・腫脹のため他院整形外科を受診し、深部静脈血栓症と診断された。妊娠分娩管理のため前医より紹介があり、妊娠 10 週 5 日当科に管理入院の予定であった。前日の妊娠 10 週 4 日深夜、呼吸苦と胸痛のため前医に救急搬送、D-dimer 22.65ug/mL, A-aDO₂ 36.3 を認め、肺血栓塞栓症の疑いで当院に転院搬送となった。当院到着時、呼吸・循環ともに安定していた。心臓超音波検査にて軽度の肺高血圧所見を認め、下肢静脈超音波検査にて他院で指摘された血栓が一部消失していたため、臨床的に肺血栓塞栓症と診断した。入院直後からヘパリン持続投与を開始、残存する血栓による肺塞栓再発予防のため妊娠 12 週 1 日に下大静脈フィルター (IVF) を留置した。ヘパリンは自己注射で投与継続し妊娠 12 週 4 日に退院した。その後は良好に経過し、妊娠 38 週 6 日に経膈分娩に至った。産後 3 日目からワーファリンの内服を開始し、産後 6 日目に IVF を抜去、現在は循環器内科にて外来経過観察中である。【考察】妊娠合併肺塞栓症の二次予防については未だ一定の見解がなく、症例の蓄積が必要である。本症例は長期の IVF 留置によって良好な結果を得た。妊娠初期の静脈血栓塞栓症において、IVF 長期留置は重要な選択肢の 1 つになり得ると思われる。

24. D-dimer 高値を伴い Breus' mole と診断された一例

○宮城 正太、齊藤 良玄、櫻井 愛美、山下 陽一郎、津田 加都哉、武田 直毅
砂川市立病院 産婦人科

【緒言】Breus' mole は絨毛膜下あるいは絨毛膜間内に巨大血腫を生じる疾患である。子宮内胎児発育遅延や子宮内胎児死亡をきたしやすく妊娠管理に注意を要する。【症例】37 歳、G4P1、凍結胚移植妊娠。妊娠 24 週の頸膈超音波で頸管長が 15 mm と短縮し、切迫早産の診断で管理入院となった。児の推定体重は 721 g で子宮内胎児発育遅延は認めず reassuring だった。入院時の採血検査では D-dimer 4.9 μg/ml と比較的高値であること以外は明らかな異常を認めなかった。妊娠 25 週の際には D-dimer 7.9 μg/ml を示し、経腹超音波で胎盤胎児面の明らかな血腫を確認した。妊娠 26 週の単純 MRI で胎盤の胎児側表面に 3×10×10 cm の血腫を認めた。MCA-PSV 36.8 cm/s (1-1.2 MoM) と胎児貧血は否定的だったため、胎盤表面の血腫は母体血であると考え、Breus' mole を疑った。D-dimer 高値について深部静脈血栓スクリーニング超音波や造影 CT で血栓検索を行ったが、明らかな血栓は認めなかった。その後 D-dimer は緩やかに上昇し妊娠 32 週には 13.3 μg/ml に達した。妊娠 34 週に子宮収縮増加と頸管所見の悪化から妊娠継続困難と判断し緊急帝王切開で娩出となった。児は 2344 g、男児、Apgar score 8-9、臍帯血 pH 7.298 であった。胎盤は病理学的に Breus' mole と診断された。術翌日より D-dimer は低下し、術後 8 日目には 2.7 μg/ml と経過良好で退院となった。児は娩出後に一過性多呼吸を示したが速やかに改善し、日齢 22 日で退院となった。【考察】Breus' mole は胎盤胎児側の絨毛膜下に巨大血腫を形成し、子宮内胎児発育遅延や子宮内胎児死亡の頻度が高いと報告されている。今回我々は、切迫早産で入院中の患者で D-dimer 高値の精査中に Breus' mole を疑い、早産ではあるが生児を得ることができた症例を経験した。D-dimer の上昇と Breus' mole の関係性を証明することは難しいが、妊娠中の血栓検索で明らかな血栓を認めず、分娩後に速やかに D-dimer が低下したことから、D-dimer 高値は子宮内の状況を反映していた可能性がある。妊娠中の D-dimer 高値の際には、胎盤を注意深く観察し Breus' mole の存在を考えることは、その後の妊娠管理に寄与する可能性がある。

25. 当院における骨盤位外回転術の検討

○笠間 春輝、吉本 英生

富山県済生会高岡病院 産婦人科

【目的】2016年のACOG practice bulletinでも「可能であれば満期近くの骨盤位に対しては外回転術を行うこと」が推奨されているが、国内での外回転術に関するエビデンスは不十分であり、正期産単胎骨盤位に対して選択的帝王切開術を施行する施設が多いと思われる。しかし帝王切開術に伴う母体リスクの観点から、緊急帝王切開術が施行可能な施設では単胎骨盤位に対する外回転術も選択肢として産婦人科診療ガイドラインで取り上げられている。当院では以前より単胎骨盤位に対する外回転術を行ってきたので、その方法や効果、合併症に関して後方視的に検討した。【方法】2008年4月より2016年3月までの期間に当院で外回転術を施行した妊娠34週から39週の単胎骨盤位の76症例、78回の施術を対象とし、診療録より後方視的にデータを集計・検討した。外回転術の実施にあたっては、その危険性についても十分なインフォームド・コンセントを行い、同意の得られた症例のみに実施した。当院での外回転術は、施術前より塩酸リトドリンでの子宮弛緩および骨盤高位での児臀部挙上の誘導を行い全例無麻酔で施行、1泊2日の入院を原則としている。【結果】当院での外回転術の成功率は74.4% (58/78) であり、2例が再度骨盤位となった。一過性の胎児徐脈を8例 (10.8%)、性器出血を5例 (6.4%) に認めたが、緊急帝王切開術を必要とするような合併症は認めなかった。【結論】単胎骨盤位に対する外回転術は、胎児徐脈や性器出血といった合併症もある程度の頻度で認められるが、成功率も高く有効な方法であると思われた。脊髄・硬膜外麻酔の併用で成功率が高くなるとの報告も散見されるが、無麻酔の施術でも大きな合併症なく高い成功率を維持できた。緊急事態を十分想定した上での外回転術は、帝王切開率の減少に有効であると思われた。

26. 当院における骨盤位症例の取り扱いについて

○高森 さやか、八十島 邦昭、古田 惇、福田 香織、日高 隆雄

黒部市民病院 産婦人科

【目的】骨盤位の分娩様式は近年経膈分娩を行っている施設は少ないが、当院では症例を選び、且つ患者が経膈分娩を希望した場合は十分に説明したうえで経膈分娩の方針としている。当院における骨盤位症例を経膈分娩群、帝王切開群と比較し、骨盤位経膈分娩の転帰について明らかにすることを目的とした。【方法】2013年4月から2018年5月の過去5年間の総分娩数は2839件であり、そのうち分娩時の胎位が骨盤位であった単胎症例は102例 (総分娩数の3.6%) であった。これらを対象に、分娩週数、分娩様式 (経膈分娩群、帝王切開群)、アプガースコア (1分値、5分値)、臍帯動脈血 pH、BE、新生児仮死の有無を後方視的に検討した。【結果】分娩時の胎位が骨盤位であった単胎102例のうち、帝王切開群は79例 (77.4%)、経膈分娩群は21例 (20.5%)、経膈分娩トライしたが緊急帝王切開となった症例が2例 (1.96%) であった。経膈分娩トライした23件のうち21件は経膈分娩に成功しており成功率は91.3%であった。経膈分娩トライしたが緊急帝王切開となった2例の手術適応は胎児機能不全で初産36週2日の症例と経産37週3日の症例であった。帝王切開群のアプガースコア1分値は平均8.303点、5分値は平均9.113点、臍帯動脈血 pH は平均7.257、BE 平均値は-6.41、新生児仮死の症例は79件中2件であった。経膈分娩群のアプガースコア1分値は平均8.095点、5分値は平均8.857点、臍帯動脈血 pH 平均値は7.237、BE 平均値は-6、新生児仮死の症例は21件中1件であった。帝王切開群と経膈分娩群でアプガースコア (1分値、5分値)、臍帯動脈血 pH、BE に有意差はなかった。【結論】当院における骨盤位症例を検討したところ、経膈分娩群と帝王切開群でアプガースコア (1分値、5分値)、臍帯動脈血 pH、BE に有意差はなく、少なくとも短期的な予後に関して分娩様式による差はないと考えられた。症例を適切に選択すれば骨盤位経膈分娩は高い確率で成功すると考えられる。

27. 治療的縫縮術を施行した頸管無力症症例における術前頸管所見の検討

○良川 大晃、平山 恵美、田中 星人、川端 公輔、早貸 幸辰、首藤 聡子、
菅原 照夫、奥山 和彦
市立札幌病院 産婦人科

【目的】当科で治療的子宮頸管縫縮術を施行した子宮頸管無力症症例について縫縮までの頸管変化および治療効果について後方視的に検討する。【方法】対象は2013年1月から2017年12月までに当科で顕性感染を認めない子宮頸管無力症と診断され28週未満で治療的子宮頸管縫縮術を施行した単胎71例。うち母体搬送例は48例。診療録より、縫縮決定時の頸管所見、健診での頸管長測定状況、縫縮週数、細菌性膣症（BV）の有無、術前感染徴候（WBC&CRP）、分娩週数、児の予後について調査した。【結果】頸管所見から子宮頸管短縮27例、胎胞形成24例、胎胞脱出20例の3群に分類した。各群における縫縮施行週数（中央値）は24w0d、24w5d、23w6d、分娩週数（同）は37w3d、36w6d、29w6dであった。28週/34週/37週到達率はそれぞれ96%/88%/70%、85%/83%/50%、78%/50%/45%であった。BVの頻度は同等であったが、術前WBC（/μl）/CRP（mg/dl）は、9400/0.20、9050/0.39、10450/0.18で、WBCは脱出群で他の2群に比べて有意に高かった。児の短期予後不良例は認めなかった。短縮群の縫縮決定時頸管長（中央値）は12.5mmであった。縫縮前4週以内の妊婦健診で頸管長測定が施行されていた症例は46例で、短縮群の78%、形成群の71%、脱出群の40%であった。測定症例の43%は22週未満で頸管長25mm未満、53%が22週から24週時に25mm未満となっていた。正常頸管長から2週間以内に著明な短縮または胎胞形成を認めた例も24%に認められた。【結論】妊娠中期の子宮頸管無力症は胎胞脱出に至る前に発見し縫縮術を行うことで早期早産率を低下させうる。妊婦健診では20~24週に頸管長測定や子宮口開大度の確認を行うことが望ましい。

28. 当院での切迫早産治療—子宮収縮抑制薬短期投与の推奨—

○小堀 周作^{1,2}、永岡 晋一^{1,2}、利光 正岳¹、室月 淳^{1,2}、八重樫 伸生³
¹宮城県立こども病院
²東北大学大学院 医学系研究科 先進成育医学講座 胎児医学分野
³東北大学 産婦人科

【目的】子宮頸管長（CL）短縮を伴う切迫早産に対しては入院安静や子宮収縮抑制薬投与が主な治療とされているが、長期安静によるQOLの低下や血栓症、子宮収縮抑制薬による副作用などが指摘されている。そこで当院では2017年4月より子宮収縮抑制薬短期投与のプロトコールを作成し新しい切迫早産治療を開始した。今回子宮収縮薬短期投与プロトコール導入前と導入後での治療成績を比較、検討を行った。【方法】妊娠22週から31週6日までに切迫早産で入院となり、CLが25mm未満、かつ子宮収縮が30分に4回以上ある症例を対象とした。入院時に子宮内感染や常位胎盤早期剥離、前期破水、多胎妊娠、胎児異常のある症例は除外した。新たなプロトコールでは当院入院後48時間で全例tocolysisを中止とし、CL短縮のみで症状が安定している症例にはペッサリーを挿入し退院とし、子宮収縮が持続している症例では適宜退院とした。2017年4月のプロトコール導入前後での治療成績を後方視的に検討し、統計はt検定を用い、 $p<0.05$ を有意水準とした。【結果】2017年4月以降が34症例、4月以前が25症例であった。平均入院週数は導入前が35.3日、導入後は15.9日（ $p<0.01$ ）であった。平均分娩週数は導入前が35.7日に対して導入後は35.7日（ $p=0.5$ ）であり、出生体重に関しても導入前が2497g、導入後は2506g（ $p=0.46$ ）と有意な差を認めなかった。またプロトコール導入後の34例の内ペッサリーは26例で挿入し、現在までのところ有害事象は認めていない。【結果】プロトコール導入前後において分娩週数や出生体重に変化は見られなかった。切迫早産と診断され入院安静にし、子宮収縮が改善し頸管長短縮のみである症例にたいしては母体合併症、QOLなどの観点から新プロトコールでの切迫早産治療が最適であると考えられた。今後は更に症例を重ね、切迫早産治療剤の適正な使用や過度な入院の是正をすすめていきたい。

29.異なる転帰の常位胎盤早期剥離（早剥）症例を検討し、緊急帝王切開に至るまでの過程を検証した

○新居 絵理、津留 明彦

糸魚川総合病院 産婦人科

【緒言】当院は人口 47156 人の市の唯一の総合病院で、産婦人科の常勤医は 2 名、小児科は 2 名、麻酔科 2 名で、夜間休日はオンコール体制である。年間 200 件弱と少ない分娩数だが、超緊急帝王切開術が必要な症例を経験することがある。最近、死産という児が予後不良な転帰をとった症例と、母児共に良好な経過を経た早剥症例の 2 例を経験した。この 2 例を比較、分析し、不幸な転帰をとらないように、当院の様な小規模の施設における対策を検討した。【症例】1 例目。31 歳 G2P1。既往帝切後妊娠。妊娠 37 週 4 日。持続する腹痛、嘔吐を認め病棟に電話連絡後、病院から 20 分の距離の自宅より自家用車で来院した。連絡を受けた助産師は、拘束医を呼び出し、診察の準備をした。拘束医は患者と同時刻に到着し、早剥疑いとして超緊急帝王切開術施行を決定した。術直前には心音を確認できず麻酔科医の到着後全身麻酔下手術を開始した。腹痛出現から 270 分、来院後 59 分、決定後 44 分で児娩出。ApS0/0。小児科医の努力にも関わらず蘇生できなかった。母体は、弛緩出血に対するコントロールがつかず、同日周産期母子医療センターに搬送した。2 例目。26 歳 G1P0。妊娠 36 週 2 日。破水感あり来院。腔内から凝血塊を含む出血 100g を認め、早剥と診断し緊急帝王切開術施行を決定。バイタルは安定していたため、麻酔科医の到着を待たず腰椎麻酔にて手術開始。児は、外出血後 153 分、来院後 123 分、決定後 88 分で娩出。女兒、2464g、ApS8/9、pH7.291、BE-1.4。術後弛緩出血に対して処置を行うも改善せず、Bakri balloon を挿入し、大学付属病院に搬送した。全身状態が安定し術後 4 日目で当院へ逆紹介となり術後 8 日目に退院した。【考察】予後不良な早剥と、良好な早剥 2 例を経験し、緊急時に速やかに手術を開始できる体制を整えておくことはもちろん重要だが、症状が出現してから来院するまでの時間を短縮するために妊婦への日頃の教育も重要であると考えさせられた。

30.産科 DIC に対するフィブリノゲン製剤の使用経験

○松倉 大輔¹、松本 麻未¹、小玉 都萌²、追切 裕江¹、赤石 麻美¹、大澤 有姫¹、
飯野 香理²、田中 幹二¹、横山 良仁¹

¹弘前大学医学部附属病院 産婦人科、²独立行政法人 国立病院機構 弘前病院 産婦人科

【緒言】産科危機的出血に対するフィブリノゲン製剤（以下 FC）使用は国際的コンセンサスが得られており、その有用性については産婦人科診療ガイドラインにも記載されている。しかし、日本では適応が先天性無フィブリノゲン症に限定されているのが現状である。当院では昨年倫理委員会の承認を得て、FC を常備し積極的に使用している。その代表的使用例について紹介する。【症例】症例 1. 31 歳、1 妊 0 産。妊娠 38 週に骨盤位を適応として選択的帝王切開術を施行。子宮筋層縫合を行っていたところ突然腹痛を訴えはじめ、その後急速に子宮収縮不良となった。脈拍 160 /分、血圧 50/30 台と出血量とは見合わぬショックバイタルとなり、フィブリノゲン（以下 Fib）は測定感度以下となった。RBC 輸血と共に FC 3g を投与し子宮全摘術を施行し救命し得た。その後羊水塞栓症と診断された。症例 2. 40 歳、1 妊 0 産。妊娠 30 週に重症妊娠高血圧腎症のため前医で帝王切開を施行。術後弛緩出血から産科 DIC となり搬送。来院時 Fib は測定感度以下だったが、FC 3g を投与し止血できた。症例 3. 34 歳、1 妊 0 産。妊娠 34 週に常位胎盤早期剥離、子宮内胎児死亡のため搬送。来院時 Fib 84mg/dL と低下し産科 DIC を呈していたため、FC 3g を投与し産科 DIC の改善を図った上で経膈分娩とした。3 例とも重篤な合併症はなかった。【考察】産後過剰出血においては新鮮凍結血漿投与が重要だが、産科危機的出血時には Fib 分解が進行し早期に高度低 Fib 血症を呈するため血中 Fib 値を上昇させることが最重要である。FFP は溶解に時間がかかり容量も多く短時間で Fib 値を上昇させることは困難である。また Na 含有量も多いことから症例 2 の様な HDP 症例では簡単に肺水腫を来してしまう。したがって産科危機的出血に備え、周産期施設では FC 製剤の保有と積極的投与が必要と考える。

31. 当院における分娩誘発の予後について

○下田 勇輝、三浦 広志、坂口 太一、亀山 沙恵子、佐藤 朗、寺田 幸弘
秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【目的】医学的あるいは社会的適応により分娩誘発を行う妊婦は少なくない。昨今の晩産化に伴い母体合併症が増加することで、医学的適応による分娩誘発数およびその合併症の増加も懸念される。今回我々は地域周産期センターである当院の、分娩誘発の安全性、経膈分娩率などについて検討した。【方法】2017年の当院の分娩記録から、計画的に分娩誘発を行った分娩誘発群（60例）を抽出し、分娩誘発の適応及びその詳細、経膈分娩率、帝王切開の適応について調査した。なお、当院における分娩誘発方法は以下のように行っている。子宮頸管は3-4cm開大するまで頸管拡張材を用いて拡張し、その後各症例に応じてオキシトシン点滴を開始するか、頸管拡張バルーンを留置して1時間後からのオキシトシン点滴を開始している。【結果】分娩誘発の適応として、医学的適応が59例、社会的適応が1例であった。医学的適応の内訳としては予定日超過が18例、母体基礎疾患が15例であり、妊娠高血圧症候群（HDP）が10例であった。その他、胎児疾患が10例、羊水量異常が6例あった。経膈分娩率は48/60（66.7%）であり、12例（33.3%）で緊急帝王切開術が施行されていた。帝王切開の適応としては、分娩停止が6例、NRFSが4例、子癇が1例、HDP例での血圧コントロール不良が1例であった。【結論】当院での全分娩における帝王切開率は29.4%であり、分娩誘発群での33.3%と有意な差はなかった。ただし、既往帝王切開例や明らかに帝王切開を要する例（前置胎盤や児頭骨盤不均衡など）を除くと、帝王切開率は29.4%から8.8%へ減少するため、分娩誘発群とは大きく差があった。ハイリスク症例の誘発の困難さを改めて認識する結果であった。

*本抄録は単年（2017年）の結果であるが、当日は過去3-5年分を検討し、文献的考察を加えて報告する。

32. 当院におけるTOLACの現況について

○中林 裕貴¹、三浦 裕子¹、水無瀬 学²、真井 徳幸¹、真井 康博¹、真井 英臣¹、
千石 一雄²、廣瀬 一浩¹
慶愛病院¹、旭川医科大学 医学部 産婦人科²

【目的】当院では trial of labor after cesarean（以下 TOLAC）に対応しており、その現況および動向を調査し TOLAC の説明同意書に資するデータを得ること。【方法】2012年1月から2018年6月に当院で扱った全分娩6458件のうち TOLAC を行った症例について診療録を後方視的に調査した。当院における TOLAC の要約は、既往帝王切開数は1回のみ、子宮筋腫核出術の既往がないこと、前回の帝王切開の適応が児頭骨盤不均衡以外であること、前回帝王切開術後経過が良好であること、分娩予定日を越えていないこと、TOLAC について書面で同意を得られている、以上全てを満たしていることである。TOLAC の分娩中は産婦人科ガイドライン産科編の推奨に従って管理している。【結論】全分娩6458件のうち帝王切開は706例（10.8%）であった。帝王切開の適応の内訳は既往帝王切開が253例、骨盤位が162件、NRFSが141件、分娩停止が101件、その他が51件であった。TOLAC を希望した症例は全体で39件（14.6%）、TOLAC 成功例は21例（53.8%）であった。希望者2012年から2017年までそれぞれ26.3、25.8、12.2、10.3、9.1、17.5%と全体で減少傾向であった。成功例において合併症や新生児異常は認めなかった。TOLAC 失敗例は前期破水の未陣発および分娩予定日を過ぎても未陣発の症例であった。【考察】TOLAC は減少傾向にあったが、妊婦の安全志向の高まりを反映していると思われる。一方、一定数の需要はあることがわかりそれに応じる必要性はある。過去6年間で TOLAC による重大な合併症はなく半数以上で成功していることがわかった。TOLAC を行う際は今回の検討で判明したデータを含んで説明し、同意をした上で要約、分娩管理を遵守すれば比較的安全に TOLAC が行えると思われた。

33. 当周産期センターにおける子宮内胎児死亡症例を含む無痛分娩の実際

○水内 将人¹、君塚 基修²、木井 菜摘²、水柿 祐子¹、藤部 佑哉¹、真里谷 奨¹、
川俣 あかり¹、森下 美幸¹、馬場 剛¹、石岡 伸一¹、斎藤 豪¹
¹札幌医科大学 産科・周産期科、²札幌医科大学 麻酔科

【目的】周産期センターである当院では主に母体合併症を有する妊婦に対し、選択的帝王切開術を回避し経陰分娩を遂行することを主な目的として無痛分娩を開始してきた。本研究では、近年3年間における無痛分娩症例を調査し、当院における無痛分娩の特徴を抽出するとともに、特に子宮内胎児死亡(IUFD)症例における無痛分娩について考察することを目的とした。【方法】2015年3月から2018年4月までに施行したIUFD症例を含む無痛分娩施行例における適応理由・帝王切開への移行または機械分娩率を含む分娩転帰について診療録から後方視的に検討した。【結果】当該期間において27例に無痛分娩が行われていた。適応理由として最も多かった母体合併症は母体心疾患合併妊娠8例(29.6%)であり、無痛分娩症例の中、IUFD症例の割合が9例(33%)を占めていた。27例における母体年齢は平均31.9歳、初産婦は9例(33%)であり、分娩時出血量は平均400g、出血量が500g以上の症例は9例(33%)、吸引分娩はIUFDを除く16症例中4例(25%)、緊急帝王切開術を要したものは同2例(12.5%)であった。【結論】当院では医学的適応を有し、無痛分娩を希望される妊婦に対し、事前に麻酔科医による診察・説明の機会を設けたのちに、妊婦自身の希望により無痛分娩を行うかどうかが決まる。当周産期センターでは母体合併症による無痛分娩症例が多数を占めるなかで、子宮内胎児死亡を理由とした無痛分娩も数多く経験した。IUFDという状況下での無痛分娩に対する満足度を定量的に評価することは困難であるが、分娩後の家族の時間を穏やかに過ごせる可能性があり、実際にそのように無痛分娩のメリットを述べてくれる産婦も多い。周産期センターにおいてハイリスク妊娠を管理する上で、IUFD症例を含めて無痛分娩の必要性・重要性は今後も高まるものと考えており、産科麻酔担当医とともに安全な無痛分娩を提供できるよう、さらなる診療体性の構築を進めて行きたいと考えている。

34. 高度肥満妊婦のPPHに対し子宮動脈塞栓術を施行した2例

○土屋 繁一郎、三浦 雄吉、海道 義隆、菊池 権恵、三浦 史晴、鈴木 博、葛西 真由美
岩手県立中央病院 産婦人科

【緒言】産科出血、特に分娩後の出血(PPH)は、妊産婦死亡のもっとも多い原因であり、その対応として、補液、子宮収縮薬、輸血等の各種薬剤投与の保存的治療や、動脈結紮術、子宮摘出術などの外科的治療が行われているが、近年、子宮動脈塞栓術(UAE)の有用性が報告されている。一方で、肥満、妊娠中の過体重は妊娠中の高血圧、糖代謝異常などの合併症をはじめ、分娩時の出血量の増加の危険因子としての報告もある。今回我々は、高度肥満妊婦のPPHに対して、UAEを施行した2症例を提示し、若干の文献的考察を加え報告する。【症例①】35歳、1妊0産。身長165cm、出産時体重95.2kg、BMI 35。DM合併。妊娠33週に血糖コントロール目的に入院した。分娩誘発するも分娩進行なく、37週5日帝王切開術を施行した。術中出血1000ml(羊水込み)。しかし、帰室後から徐々に出血増量し、輸血したがショック状態となり、翌日に子宮動脈塞栓術を施行した。総出血量は約12000ml。塞栓術後より、発熱、CRP上昇あり、子宮内感染疑いにて抗生剤投与、子宮腔内洗浄し、術後21日目に退院となった。【症例②】37歳、4妊2産。身長163cm、出産時体重93.4kg、BMI 35。本態性高血圧症、DM合併。里帰りにて当科紹介。妊娠38週5日に陣痛発来にて入院。自然分娩にて、3225gの男児、Apgar score 7/9で娩出。分娩後、子宮収縮不良によりショック状態となり、Bakriバルーン挿入するも止血困難にて、輸血、子宮動脈塞栓術を施行した。総出血量は3000ml以上であった。流出血はなくなったが、子宮収縮は不良で、貧血を認めた。子宮収縮剤投与と鉄剤投与し、分娩13日目に退院となった。【考察】高度肥満妊婦の弛緩出血において、治療に際し、外科的治療は肥満による視野の狭窄や術後の合併症の可能性も高い。また、多量輸液、輸血等による肺水腫等の発症の危険もあり、早期にUAEによる治療を選択する必要性があると考えられる。

35. 当院における胎盤位置異常症例の検討

○成田 吉央、萩原 達也、氷室 裕美、太田 恭子、齋藤 美穂、佐藤 多代、千坂 泰、鈴木 久也、谷川原 真吾
仙台赤十字病院 産婦人科

【目的】産婦人科診療ガイドライン（産科編 2017）では新生児予後の観点から前置胎盤の帝王切開術は妊娠 37 週末までに行う、と推奨されている。当院では、前置胎盤は妊娠 32～35 週、低置胎盤は妊娠 35～36 週の間で管理入院とし、双方とも妊娠 37 週で帝王切開術の予定としている。しかし、警告出血により緊急帝王切開術となる症例は一定の割合で存在する。今回、当院で管理した胎盤位置異常症例において緊急帝王切開術となった時期から、改めて管理入院と分娩の至適時期に関して検討した。【方法】2015 年 1 月から 2017 年 12 月に当院で帝王切開術となった胎盤位置異常症例のうち、警告出血や陣痛発来以外で帝王切開術となった 6 例を除く 113 例を対象とした。その中で、部分・全前置胎盤（26 例）、辺縁前置胎盤（18 例）、低置胎盤（70 例）の群に分け、緊急帝王切開術となった割合・週数を後方視的に検討した。【結果】胎盤位置異常症例全体での緊急帝王切開術症例は 23/113 例（20%）で、部分・全前置胎盤で 12/26 例（46%）、辺縁前置胎盤で 3/18 例（17%）、低置胎盤では 8/80 例（11%）であった。また、その分娩週数の中央値は、部分・全前置胎盤で妊娠 30 週 2 日（妊娠 27 週 2 日-妊娠 36 週 5 日）、辺縁前置胎盤で妊娠 31 週 1 日（妊娠 28 週 1 日-妊娠 31 週 1 日）、低置胎盤で妊娠 34 週 5 日（妊娠 24 週 2 日-妊娠 36 週 1 日）であった。【結語】結果より、胎盤位置異常症例の管理入院は前置胎盤で妊娠 30-32 週、低置胎盤で妊娠 32-34 週が妥当と思われる。また、分娩週数に関しては、出血回避の観点からは妊娠 35-36 週が安全な週数と考えられたが、新生児予後としては時期が早いいため、施設ごとでの検討が必要と思われる。

36. 癒着胎盤を呈した子宮内膜症及び腺筋症合併妊娠の一例

○蛸谷 由真¹、藤部 佑哉¹、水柿 裕子¹、真里谷 奨¹、川俣 あかり¹、水内 将人¹、森下 美幸¹、馬場 剛¹、石岡 伸一¹、齋藤 正一²、菅原 太郎³、杉田 真太郎³、齋藤 豪¹
¹ 札幌医科大学付属病院 産婦人科学講座、² 札幌医科大学付属病院 放射線治療科学講座、
³ 札幌医科大学付属病院 病理学講座

【緒言】全前置胎盤は致命的な出血の原因となり得る疾患であり、癒着胎盤を合併することがあるが正確な術前診断は困難である。今回我々は、膀胱への穿通胎盤を疑い総腸骨動脈バルーン塞栓術併用下に一次的に子宮全摘術を施行し生児を得たが、実際には子宮腺筋症および嵌入胎盤であった症例を経験したので報告する。【症例】33 歳、2 妊 1 産、右内膜症性嚢胞に対してアルコール固定術を行なった既往あり、31 歳で横位に対して選択的帝王切開を行った際に腹腔内癒着を指摘されていた。前医にて凍結胚移植を行い妊娠成立し、全前置胎盤のため妊娠 26 週に当科紹介された。妊娠 30 週で撮影した MRI にて子宮後壁から前壁に至る全前置胎盤を認めたが、子宮筋層の途絶は明らかではなかった。しかし経膈超音波では子宮前壁と膀胱間に膨隆した血管を認め、膀胱鏡でも膀胱内腔へ突出する円形腫瘍を認めたため膀胱への穿通胎盤を疑った。子宮温存の希望がなかったため、妊娠 35 週 2 日に総腸骨動脈バルーン閉塞併用下に帝王切開および一次的な子宮全摘術を行った。子宮は強く左方向に回旋しており、子宮膀胱間は子宮側壁の血管叢から連なる異常血管と子宮内膜症で覆われていたが胎盤組織の浸潤は認めず、膀胱損傷を起こすことなく手術は完遂された。手術時間は 3 時間 19 分、術中出血量 2150ml であった。病理診断は前壁優位の子宮腺筋症および嵌入胎盤であった。現在術後 4 か月経過しているが母児ともに経過良好である。【考察】本症例は子宮腺筋症合併嵌入胎盤であったが、子宮内膜症による腹腔内癒着と子宮の回旋によって穿通胎盤を模倣していた。癒着胎盤の正確な術前評価は困難であるが、子宮内膜症や開腹歴がある妊婦においては腹腔内の癒着や子宮の回旋などを念頭に置き慎重に術前診断を下し、総腸骨バルーン閉塞術などで手術時の出血量を減らすことが、母体の予後改善に寄与すると考えられた。

37. Superb Microvascular Imaging と、MRI との Smart Fusion を用いて絨毛膜下血腫を同定できた 1 例

○山口 正博¹、馬詰 武¹、加藤 扶美²、細川 亜美¹、眞山 学徳¹、中川 絹子¹、
千葉 健太郎¹、河口 哲¹、森川 守¹、渡利 英道¹

¹北海道大学病院 産科、²北海道大学病院 放射線診断科

【緒言】Superb Microvascular Imaging (SMI)は微細で低速な血流を描出できる、キャノンメディカルシステムズの新しい超音波診断法である。SMI と MRI の対比 (Smart Fusion) によって超音波で絨毛膜下血腫を同定できた 1 例を報告する。【症例】27 歳の初産婦が-3.5SD 程度の高度の胎児発育制限 (FGR) の診断で当院に紹介され受診した。これまで特記すべき既往歴はない。先天性感染や胎児奇形は認めなかった。羊水量は正常で、臍帯動脈や中大脳動脈、静脈管の血流に異常を認めなかった。超音波検査では胎盤の性状が不均一で 8cm 程度の厚みがあり、胎盤因子による FGR を疑った。妊娠 31 週で胎児中枢神経系の評価を目的に MRI を撮像したところ、絨毛膜下に広範囲にわたる出血と、12×5cm 程度の血腫を認めた。継時的な評価のため SMI を用いた血腫の同定を試み、MRI との対比のため Smart Fusion を使用した。従来法の超音波検査では胎盤と血腫の鑑別ができなかったが、SMI では胎盤内には臍帯から分岐する太い血管と、そこからさらに樹木の枝のように分岐する細い絨毛血管が観察されるのに対し、血腫の部分には微細な血流を認めなかった。MRI との Smart Fusion を用いた観察でも、MRI で同定できる血腫部分と一致していた。妊娠 36 週 0 日で胎児機能不全のため緊急帝王切開を行った。児は 1126g の男児で Apgar score は 8-8-9 であった。胎盤の肉眼所見では、胎盤実質が小さく萎縮して母体面で太い血管がむき出しとなっており、胎盤の慢性早期剥離による血腫と術後診断した。【考察】本症例では SMI を用いることで子宮内の血腫を診断することができると考えられた。MRI は超音波検査と比較して子宮内の血腫や出血の診断に優れていると報告されているが、SMI を用いることで子宮内の出血の局在を超音波検査でより正しく迅速に診断でき、慢性胎盤早期剥離や常位胎盤早期剥離などの重篤な妊娠転帰を示す疾患の診断に有用となる可能性がある。

38. 当科で計測した妊婦抗 CMV-IgG/IgM 抗体の意義

○本郷 綾華、伊藤 実香、谷 英理、生水 貫人、森田 恵子、津田 さやか、
米田 徳子、米田 哲、塩崎 有宏、齋藤 滋

富山大学 産婦人科

【目的】サイトメガロウイルス (CMV) は、先天感染により児に障害を遺すことがある。IgM 抗体は初感染の指標に用いられるが、CMV に関しては特に偽陽性や persistent IgM が多いことが知られており、その結果説明には注意を要する。今回、当院の CMV-IgM 陽性妊婦の予後や妊娠中・分娩後の CMV 抗体陽転化率を調査した。

【方法】当院は妊娠初期に抗 CMV-IgG と抗 CMV-IgM を測定し、未感染者には生活指導を行っている。2013 年 4 月からの 4 年 7 か月間 (期間①) に当院で抗 CMV-IgM (EIA 法) を測定したのが 1026 名 (1108 妊娠) であった。2017 年 11 月より抗 CMV-IgM (CLIA 法) に変更し、7 か月間 (期間②) に 147 名を測定した。【結果】期間①での CMV 抗体保有率は 64.4% であった。IgM が陽性または判定保留となったのが 136 妊娠 (12.2%) であった。そのうち、90 名は経過より Persistent IgM と判断した。IgM 偽陽性と判断したのが 8 名、主治医が必要と判断し CMV IgG Avidity Index (A.I.) を測定したのが 36 名、うち 34 名が High avidity であり、IgM 陽性者の大半は persistent IgM と考えられた。IgM 値と A.I. 値の間には有意な負の相関を認めた ($r=0.45$, $p=0.0037$)。新生児尿中 CMV-PCR は A.I. を計測したうちの 29 名で提出されたが、2 名が陽性となり、1 例は顕性感染、もう 1 例が不顕性感染であった。妊娠初期に未感染と判断したうちの 149 名は妊娠後期に再度測定しているが、CMV 抗体の陽転化が 1 名でみられた。その母体から出生した児の尿中 CMV-PCR は陰性で、先天感染は認めなかった。77 名が期間①中 2 回以上の妊娠で測定されているが、期間中 1 回目の妊娠と 2 回目の妊娠の間に抗体が陽転化したのは 1 例であった。期間②に抗 CMV-IgM を提出したのは 147 名で、うち IgM が陽性または判定保留となったのは 6 名 (4%) で、従来の陽性率 12.2% に比して低下した。【結論】妊婦の抗 CMV-IgM を測定すると、12.2% で何らかの説明や追加検査を要する。しかし、先天感染はそのごく一部でしか見られず、ほとんどは persistent IgM であった。測定方法を選択することで陽性率は低下し、妊婦へ不要な不安を与えることを減らせる可能性がある。

39. 妊娠関連性乳癌早期発見を目指して

超音波を利用した妊婦乳房検診の有用性の検討

○加藤 栄一¹、黒川 哲司²、折坂 誠²、知野 陽子²、品川 明子²、高橋 仁²、津吉 秀昭²、大沼 利通²、宮崎 有美子²、吉田 好雄²

¹坂井市立三国病院、²福井大学 産科婦人科

【目的】乳癌の発見を目的とした妊婦の乳房検診に超音波検診が有用かについて検討した。【方法】2013年から2017年の5年間に、乳房検診を希望した妊婦450例を対象とし、乳房の妊娠による生理的変化の少ないと推測される妊娠初期（14週以前）を中心に行なった。年齢は、19歳から42歳。24歳以下22例（4.9%）、25～29歳112例（24.9%）、30～34歳198例（44%）、35～39歳99例（22%）、40歳以上19例（4.2%）。時期としては初期299例（66.4%）、中期80例（17.8%）、後期71例（15.8%）。乳房超音波診断ガイドラインカテゴリー3、以上の症例に穿刺吸引細胞診（FNAC）や針生検（CNB）を追加し病理診断を行った。【結果】430例（95.6%）はカテゴリー1、2で異常なし、20例（4.4%）がカテゴリー3以上、要精査であった。20例のうち3例がFNACで検体不適正（1年後異常なし確認済み）、1例は経過観察のみ希望（1年後異常なし確認している）。16例がCNBで良性と診断された。超音波での大きさは、10mm以下が11例、10.1mmから20mm以下が5例、20.1mm以上が4例であった。触診では10mm以下のものは全くわからなかった。10.1mmから20mm以下のものはエコー下に触れるとかわらうじてわかるものがあった。20.1mm以上の腫瘍は触診ではわかりやすかった。触れない腫瘍発見に超音波検診が有用である可能性が示された。乳癌のTNM分類で20mm以下の大きさは、T1になり、リンパ節転移がなければ病期Iとなり、早期乳癌発見となる。カテゴリー4の1症例は、不整形、境界明瞭粗造であることを診断の根拠にした。今回の450例には乳癌症例はなかった。【結論】触れない腫瘍を発見できるため、妊婦の乳房検診に超音波を用いることは有用である可能性が示された。

40. 質量分析法により早期に *Mycoplasma hominis* を同定できた帝王切開後腹腔内膿瘍の一例

○黒川 晶子¹、浅野 拓也¹、佐藤 多嘉之²、小林 延行²、伊藤 崇博¹、秋田 隆司²、山下 剛¹

¹市立函館病院 産婦人科、²市立函館病院 中央検査部

【緒言】*M. hominis* は膿の常在菌であるが、泌尿生殖器・産婦人科領域の術後感染症の起炎菌となることがある。今回我々は、帝王切開後に *M. hominis* による腹腔内膿瘍を形成した症例において、質量分析法で検体提出から2日で起炎菌を同定・治療しえた一例を経験したので報告する。【症例】20歳、1経妊1経産、特記すべき既往歴や合併症はなし。妊娠初期より前医に通院、38週5日に妊娠高血圧症候群のため誘発分娩となったが、分娩停止の診断で緊急帝王切開となった。術後4日目に発熱を認め、血液検査所見でWBC12300/ μ l、CRP18.4mg/dlであり術後感染を疑い抗生剤投与が開始されたが、術後6日目で改善なく当院に転院となった。転院時の腹部エコーでは子宮前面に膿瘍形成を認め、Meropenem(MEPM)の投与を開始したが改善せず、入院3日目（帝王切開術後8日目）に開腹ドレナージを施行した。開腹ドレナージ術後2日目の血液検査所見でWBC21100/ μ l、CRP22.45mg/dlと炎症反応の増悪を認め、腹部エコーで膿瘍の再貯留を認めた。同日、手術時の腹腔内膿瘍の培養から *M. hominis* が検出されたため、抗生剤をMinomycin(MINO)に変更した。術後4日目には膿瘍は消失、炎症反応も順調に低下し術後10日目で退院となった。【考察】*M. hominis* は細胞壁がないためグラム染色で染色されず、また一般的な自動細菌同定検査装置では同定が不可能であるため、菌種の診断にはマイコプラズマ用の培地の使用や遺伝子解析法が用いられる。質量分析法は、菌体内タンパク質のマスマスペクトルをあらかじめデータベース化し、これとマッチングさせて同定する方法であり、早期に起炎菌を同定することができる。 β -ラクタム系抗菌薬が無効である術後感染症を認めた場合は、*M. hominis* 感染症の可能性を疑う必要があるが、本症例では早期の菌種の同定に質量分析法が有用であった。

41. 子宮頸管拡張を契機に GBS 髄膜炎・敗血症を発症したと考えられた 1 例

○生水 貫人、津田 さやか、本郷 綾華、谷 英理、森田 恵子、米田 徳子、米田 哲、
塩崎 有宏、齋藤 滋
富山大学 産婦人科

【緒言】分娩後や流産後の母体 GBS 感染症は比較的多いが、妊娠中の GBS 髄膜炎の報告はこれまで 2 例のみである。今回、子宮頸管拡張を契機に GBS による髄膜炎・敗血症を発症した症例を経験したため報告する。【症例】34 歳、3 妊 1 産（38 週男児 3344g、9 週自然流産）。喘息、セフェム系抗菌薬によるアナフィラキシーの既往がある。凍結胚盤胞移植により妊娠成立した。妊娠 18 週に 7cm 大の胎児腹腔内巨大嚢胞性病変と羊水過少を認め、Potter Sequence を指摘されたが、妊娠継続を希望された。妊娠 22 週に妊娠高血圧（BP：142/93mmHg）、体重増加（5.3kg/4 週）を認めたため、ミラー症候群を疑い、母体適応で termination の方針とした。妊娠 22 週 6 日から子宮頸管拡張を開始したが、その際に子宮頸部からの出血が比較的多くガーゼ圧迫を要した。妊娠初期の膈分泌物培養より GBS が検出されていたが、アレルギー歴を考慮し感染予防目的にクラリスロマイシンを投与した。その後、陣痛誘発剤を使用したが無効陣痛が得られず termination に難渋した。妊娠 24 週 0 日、39.5℃の発熱、頭痛を訴え、精査中に突然、意識障害が出現した。WBC：10,600/ μ l、CRP：4.69mg/dl であり、脳脊髄液検査を行ったところ、細胞数：2528/3/mm³と増加を認め細菌性髄膜炎と診断した。リネゾリド、シプロフロキサシン、メトロニダゾールの 3 剤での加療を開始し、翌日には意識状態は改善し以降臨床症状は軽快した。血液、尿、膈分泌物、脳脊髄液の培養検査のすべてから GBS（マクロライド系抗菌薬に耐性）が検出された。その後、妊娠 27 週 2 日に自然陣痛発来し頭位経膈分娩で分娩死産となった（男児、2030g）。産後は発熱を認めず、産褥 7 日目に退院となった。【考察】頸管拡張は一般的に感染のリスクを上昇させないとされるが、本症例では子宮頸管拡張を契機に重度の感染症（髄膜炎・敗血症）を発症したと考えられた。頸管拡張を必要とする分娩誘発が長期化するようなケースでは、適切かつ嚴重な感染予防対策を行う必要があると考えられた。

42. 妊娠 23 週に 4cm 大の卵巣腫瘍が茎捻転をきたした一例

○石田 久美子、小田切 哲二、岩城 久留美、岩城 豊、中嶋 えりか、箱山 聖子、
吉田 俊明、光部 兼六郎
JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

【緒言】卵巣腫瘍は全妊娠の 1~2%に合併するとされる。一般的に腫瘍径が 5~10cm 大のものは茎捻転を起こす危険性が高いと言われている。今回、43×30mm 大の卵巣腫瘍が妊娠 23 週に茎捻転をきたし腹腔鏡手術を行った一例を経験したので報告する。【症例】33 歳、1 妊 0 産。既往歴に 22 歳で左卵巣成熟嚢胞性奇形腫に対し腫瘍核出術が行われていた。自然妊娠し、前医で妊婦健診を受けていたが、特に異常は指摘されていなかった。妊娠 23 週 1 日に突然の右下腹部痛と嘔吐で救急当番医を受診した。造影 CT 検査を施行し右卵巣腫瘍茎捻転が疑われたため当院へ救急搬送となり、緊急腹腔鏡手術を行った。臍部にオープン法でファーストポートを設置した上で鏡視下に腫瘍位置を確認した。子宮右側に右卵巣腫瘍を認め、720 度捻転しており黒紫色に変色していた。捻転を解除すると色調は速やかに改善した。鏡視下に腫瘍直上の右側腹部に 3cm の小切開創を加え、体外法で腫瘍を核出した。腫瘍内容は脂肪成分が主で、腹腔内への内容漏出はなかった。手術時間 64 分、出血少量であった。術後に子宮収縮を認めたため、塩酸リトドリンの点滴投与を行った。術後 4 日目には中止でき、術後 8 日目に経過良好で退院した。病理組織学的検査は成熟嚢胞性奇形腫であった。【考察】妊娠中は付属器を支える靱帯が弛緩するなどの理由で卵巣腫瘍茎捻転の危険性が高まるため、妊娠初期に卵巣腫瘍の有無を確認することが必要である。腫瘍径が 5cm 未満の場合でも、本症例のように茎捻転が起こりうることを念頭において妊娠管理を行うことが望ましい。

43. 産褥子宮摘出術

○小篠 隆広、富倉 理紗子、鈴木 百合子、丸山 真弓、小幡 美由紀、大浦 訓章、
阿部 祐也
山形県立中央病院 産婦人科

【目的】産褥子宮摘出術は癒着胎盤や制御不能な子宮出血に対して行われるが、産褥子宮は血流が豊富であり、また組織が脆弱であることから術中に大量出血や他臓器損傷を来しうる合併症の多い、難易度の高い手術である。当院での産褥子宮摘出術を施行した症例を後方視的に検討し、文献的考察もふまえて報告する。【方法】2001年から2018年までに当院で産褥子宮摘出術を行った14例について検討した。【結果】年齢は26歳から44歳で、初産婦が4例、経産婦が10例であった。適応は癒着胎盤が7例、胎盤早期剥離が2例、羊水塞栓による弛緩出血が1例、子宮頸管裂傷による大量出血が1例、子宮筋腫による弛緩出血が1例、直腸がん合併妊娠が1例、卵巣絨毛がん合併妊娠が1例であった。Cesarean hysterectomyが12例で、2例が経膈分娩後の子宮摘出であった。13例に単純子宮全摘術、1例のみ膈上部切断術が行われた。子宮摘出術を予定していた症例は8例で、予期せぬ症例は6例であった。手術時間は最短で1時間30分、最長で7時間44分であった。子宮摘出までの時間は最短で40分、最長で2時間58分であった。出血量（羊水含む）は最少で718g、最多が8942gであった。輸血なしが2例、自己血のみが2例で、その他10例は輸血を必要とし、最多では濃厚赤血球24単位、新鮮凍結血漿18単位、濃厚血小板30単位の輸血を行ったが、全例大きな合併症を認めず救命することができた。【結論】産褥子宮摘出術は、様々な治療法の選択肢が増えてきていることや頻度が少ないことで実際に執刀経験のある医師は少なくなり難易度の高い手術と思われるが、手術の手順は非妊時と同様であり、抗DIC療法と適切な輸血を行いながら、易出血性で組織が脆弱であることを念頭に置き一つ一つの手技を慎重かつ迅速に行うことで大きな合併症なく施行できると思われた。

44. 産褥期に心肺停止で発見され救命された急性心筋梗塞の一例

○田上 和磨、西本 光男、鈴木 一誠、佐藤 惟、亀田 優里菜、高後 裕子
岩手県立中部病院 産婦人科

【緒言】妊婦・褥婦における急性心筋梗塞の発症は1万分娩に1例以下と稀である。妊娠後期以降での発症報告が多く、致死率は20~50%とされている。今回産褥期に心肺停止で発見され救命された急性心筋梗塞の一例を経験したので報告する。【症例】38歳4経妊2経産。妊娠初期より当科で管理を施行するも、特記すべき異常なし。妊娠38週4日に選択的帝王切開で児出産。産褥1日目に問題なく離床していた。産褥5日目の歩行時に胸痛を訴え、CT、下肢エコー、心電図検査を施行するも有意な所見は得られなかった。胸部症状は自然経過し、産褥7日目に退院した。産褥10日目に自宅で倒れているところを家族に発見され、救急隊により心肺停止確認、CPRが開始され、発見から35分後に自己心拍再開した。他院（2次施設）へ搬送され、心電図にて前下行枝領域にST上昇を認め、緊急冠動脈造影検査が施行された。左前下行枝に90%狭窄を認め、同部位にPCIが施行された。術後循環動態不安定の為IABPを挿入、2日間の低体温療法が施行された。病日4日目にIABP抜去、病日5日目に抜管された。リハビリを経て病日27日に独歩で退院した。現在までに明らかな後遺症等は認めていない。

【結語】閉経前の女性における急性心筋梗塞は稀であるが、妊婦・褥婦においては、血行動態・ホルモン変化により非妊娠女性と比較し頻度が増すとされている。また35歳以上の高齢妊娠ではさらにリスクが増すとされており、出産年齢が上昇しつつある本邦では特に注意が必要である。妊婦・褥婦の胸痛では深部静脈血栓症・肺塞栓症を疑うことが多いが、急性心筋梗塞も鑑別に挙げるのが大事である。

45. 帝王切開後に発症した産褥期卵巣静脈血栓性静脈炎の 1 例

○和賀 望浩、後藤 衣美子、橋本 栄文、工藤 理永、宮原 周子、岩間 憲之、
松本 大樹、我妻 理重
大崎市民病院 産婦人科

【緒言】産褥期卵巣静脈血栓性静脈炎は稀な疾患であるが、肺血栓塞栓症をひきおこし致死的になることもあり注意が必要である。今回われわれは、帝王切開後に発症した産褥期卵巣静脈血栓性静脈炎の 1 例を経験したので報告する。【症例】症例は 26 歳、3 妊 2 産。前 2 回の既往帝王切開分娩のため、今回妊娠 37 週で帝王切開を施行した。術後 4 日目に右季肋部から右下腹部にかけて帯状に痛みが出現した。発熱はなかったが、WBC 8400 / μ L、CRP 11.5 mg/dL と炎症反応の上昇を認めためたため抗生剤を FOM から IPM/CS に変更した。しかし腹痛と炎症反応が改善しないため術後 6 日目に当科紹介となった。当科来院時は WBC 7270 / μ L、CRP 13.89 mg/dL、D ダイマー 4.5 μ g/mL と、炎症反応上昇と D ダイマー高値を認めた。右季肋部から右下腹部にかけて帯状に圧痛を認めたが、筋性防御や反跳痛はなかった。腹部 CT では拡張/蛇行した右卵巣静脈内の血栓と周囲の脂肪織濃度上昇が疑われた。肺血栓塞栓症は認めなかった。MRI でも右卵巣静脈血栓性静脈炎に矛盾しない所見であった。以上より産褥期右卵巣静脈血栓性静脈炎と診断し術後 11 日目からアピキサバン内服を開始した。【考察】産褥期卵巣静脈血栓症がおこる原因として、妊娠による凝固能亢進状態であること、分娩後の血流低下、静脈が長いこと、などが考えられている。帝王切開時には血管壁損傷による無菌性炎症が惹起され、静脈血栓症がさらにおこりやすくなると考えられる。周産期の血栓症としては下肢の深部静脈血栓症が広く知られ、その予防、早期発見・治療がなされるようになったが、本症例のように卵巣静脈血栓症にも注意が必要である。産褥期の遷延する発熱、腹痛、炎症反応上昇などがみられた場合は、本疾患も念頭に置いて速やかに腹部 CT 等を行うことが重要である。

46. 分娩後に生じた特発性縦隔気腫の 1 例

○安田 麻友、戸田 紀夫、横田 有紀、古俣 大、加勢 宏明
厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

分娩後に生じた特発性縦隔気腫の一例を経験した。症例は 19 歳 2 妊 0 産、前医で 38 週より妊娠高血圧症候群のため入院管理していた。40 週 3 日に破水後陣発し、6 時間後に経膈分娩した。分娩後 3 時間半後より胸痛、呼吸苦が生じ、当科に搬送された。搬送時 SpO₂ 97%、内診、経膈エコー、聴診で異常認めなかったが、胸骨部の疼痛を認めた。血栓病変の鑑別に造影 CT を施行し、明らかな肺血栓や深部静脈血栓は認めなかったが、CT 肺野条件にて縦隔気腫を認めた。基礎疾患なく、特発性縦隔気腫と診断し、産褥 1 日目には症状はほぼ消失し、状態安定したために前医に逆搬送となった。妊娠・分娩に合併した特発性縦隔気腫は約 2000~10 万人に 1 人で初産婦に多い。分娩が遷延しているケースはハイリスクとされているが、平均的な分娩時間・出生体重での発症も報告されている。妊娠・産褥期に呼吸困難を呈する疾患は様々あり、心疾患、感染性、塞栓性などを除外する必要がある、鑑別のため詳細な問診、胸部 X 線、CT が必要である。

47.産褥外陰・腔・後腹膜血腫に対する治療アルゴリズム作成に向けた当科症例の後方視的検討

○加藤 麻美¹、添田 周¹、和田 茉里奈¹、村田 強志¹、磯上 弘貴¹、経塚 標¹、
鈴木 聡¹、山口 明子¹、藤森 敬也¹、鈴木 大輔²、水沼 英樹²

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²福島こども女性医療支援センター

【目的】産褥外陰・腔・後腹膜血腫は比較的稀であるが、時に出血の制御が困難で重篤な状態になりえる。治療方法としては、保存的治療、外科的治療、IVR治療がなされるがその適応と治療の標準化はなされておらず施設によって異なる。今回、当科症例を后方視的に検討し、臨床所見からの治療方法のアルゴリズム作成を試みた。

【方法】当科で2006年1月から2017年12月まで産褥外陰・腔・後腹膜血腫に対して治療した34症例について診断時の臨床所見、ラボデータ、治療方法、治療経過、治療効果についてデータを抽出し后方視的に検討した。

【結果】34例の患者(28.6±5.4歳)が抽出され、最終的な治療方法によって保存的治療群(n=9)、手術治療群(n=15)、IVR治療群(n=10)に分類した。診断時の症状については、有意に保存的治療群で出血の割合が低く(1/9)、IVR群では有意に出血の割合が高かった(10/10)。当科での初回評価時のバイタルサインについては保存的治療群で有意にショックを呈する頻度が低率で(1/9)、IVR群でショックを呈する頻度が有意に高率(5/10)であった。ショックインデックスについても、保存的治療群(0.96±0.42)や手術治療群(0.90±0.18)に比較してIVR群(1.42±0.51)が有意に高値であった。また、IVR群(205.8±84.21)は保存的治療群(345.13±92.53)に比べて有意にフィブリノーゲンが低値であった。さらに、手術治療群はIVR群と比較して有意に静脈麻酔や全身麻酔を使用する頻度が高かった。【結論】本研究の結果から、初発時の出血の有無、ショックバイタルの有無、凝固異常の有無で最終的な治療方法を予測できる可能性が示唆された。これらをもとに作成した産褥外陰・腔・後腹膜血腫の治療アルゴリズムを提案する。

48.産後1ヵ月健診と同時に子宮頸がん検診を実施することについての検討

○櫻井 愛美、齊藤 良玄、宮城 正太、山下 陽一郎、津田 加都哉、武田 直毅
砂川市立病院 産婦人科

【目的】本邦では、20代、30代の子宮頸癌の罹患率・死亡率が増加傾向にある一方、子宮頸がん検診の受診率はいまだ低迷しているのが現状である。妊娠初期に子宮頸部細胞診を施行するようになり、検診率向上に寄与はしているが、出産後長期の検診率向上に寄与しているとは言い難い。当院では産後1ヵ月健診を受診した全患者に対して子宮頸部細胞診を施行している。産後1ヵ月健診と同時に子宮頸がん検診を行うことで、治療必要な病変の早期発見に寄与し得る可能性が考えられる。【方法】当院で2015年1月から2018年3月までの間に、産後1ヵ月健診で子宮頸がん検診を施行した患者1552人に関して検討した。【結果】産後1ヵ月健診で子宮頸がん検診を施行した患者1552人で、妊娠初期がベセスダ分類NILMの1518人の内、産後1ヵ月健診では細胞診異常の結果となった患者は45人(2.9%)であった。細胞診異常となった患者のうち、当院でフォローしている患者31人中、細胞診異常持続が16人(51.6%)、細胞診NILMへ変化が15人(48.4%)であった。細胞診異常持続の16人の内、組織診がCIN3の診断となったのは10人であった。【結論】妊娠初期に細胞診異常がない人でも、産後に細胞診異常を認めることがあることが判った。妊娠初期検査から産後1ヵ月健診までの約8カ月の間に細胞診異常が出現する可能性の他、妊娠時の細胞診は出血しやすいこともあり、初期検査の細胞採取不足によるunder diagnosisとなっている可能性も考えられた。一方、産褥期の頸管炎の影響による細胞診異常も検出してしまいうver diagnosisも考えられ、手術適応に関しては慎重に検討する必要があると考えられた。現在の本邦の子宮頸がん検診率の低さを考慮すると、産後1ヵ月健診での子宮頸がん検診施行の意義もあると考えられる。

49. メトトレキサートを初回治療に用いた帝王切開癒痕部妊娠の一例

○後藤 衣美子、我妻 理重、橋本 栄文、工藤 理永、宮原 周子、岩間 憲之、
松本 大樹
大崎市民病院 産婦人科

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠(cesarean scar pregnancy:CSP)は異所性妊娠の約4%を占め、既往帝王切開後妊娠の500例に1例と言われている。CSPに確立した治療はなく、メトトレキサート、子宮動脈塞栓術、手術療法などが報告されている。今回、メトトレキサートを初回治療に用いたCSPの一例を経験したので報告する。【症例】39歳、5妊3産(帝王切開3回)。最終月経より5週0日、下腹痛と少量の性器出血、妊娠反応陽性を主訴に近医受診、子宮内に胎嚢を認めなかった。妊娠5週2日、超音波検査にて帝王切開癒痕部に胎嚢様構造を認め、同日当院紹介となった。超音波検査で帝王切開癒痕部と思われる子宮筋層の薄い部分に6.4mmの胎嚢を認め、中に2.1mmの胎芽を認めた。心拍は確認できなかった。血中hCG 5532.2 mIU/mLと上昇を認め、MRIでは帝王切開癒痕部の左側に辺縁に造影増強効果を伴う嚢胞構造を認め胎嚢に矛盾しなかった。CSPの診断で同日入院、翌日メトトレキサート50mg/m²を筋注した。筋注後4日目の血中hCG 12298.5 mIU/mL、7日目の血中hCG 12521.4 mIU/mLと低下を認めず、また、7日目の経腔超音波検査にて胎児心拍が確認できた。メトトレキサート筋注は無効と判断し、同日子宮動脈塞栓術とメトトレキサート50mg/body動注を施行、現在hCG値をフォロー中であり、経過を含めて報告する。【考察】CSPに対する当科の治療方針は、①血中hCG \geq 10000 mIU/mLまたは胎児心拍を認める場合は、子宮動脈塞栓術とメトトレキサート動注を施行のうえ、必要に応じ子宮内容除去術を追加、②血中hCG \leq 10000mIU/mLかつ胎児心拍を認めない場合はメトトレキサート筋注を単独で行うことにしている。本症例では後者に当てはまり、メトトレキサート筋注を行ったが、血中hCG値の低下を認めないばかりか、筋注前に確認できなかった胎児心拍が筋注後に確認できた。今後症例数が蓄積されることにより、治療法の確立が望まれる。

50. 子宮内膜症病変への着床を腹腔鏡下に診断・治療しえた腹膜妊娠の一例

○三坂 琴美、玉城 良、鈴木 裕太郎、山田 竜太郎、吉井 一樹、遠藤 大介、
森脇 征史、服部 理史
北海道厚生連 JA 帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】異所性妊娠は全妊娠の1~2%の頻度で発症する。着床部位は95%が卵管であり、腹膜への着床は1.3%といわれている。また、子宮内膜症は一般的に不妊の原因になりうると考えられている。本症例は、本来不妊の原因と考えられる子宮内膜症病変に着床した異所性妊娠の一例であり、非常に稀と考えられたため若干の文献的考察を加えて報告する。【症例】28歳女性、2妊0産(自然流産1回、異所性妊娠1回)、タイミング法で妊娠成立し最終月経から6週4日相当で前医を受診した際に、子宮内に胎嚢を認めず異所性妊娠が疑われ当科紹介となった。初診時の経腔超音波でダグラス窩に胎嚢様構造があり、内部に胎児心拍も認めた。血清hCGは4125mIU/mlであり、異所性妊娠を強く疑ったため緊急試験腹腔鏡を施行した。術中所見で右卵巣は萎縮しており、低形成を疑った。骨盤内の血液を吸引すると、両側卵管は正常であり、ダグラス窩腹膜に凝血塊を認めた。腹膜からの剥離を試みたところ嚢胞構造の破裂を来し、漿液性の液体が流出したため凝血塊の中に胎嚢があると考えられた。鈍的に凝血塊を剥離する過程で肉眼的に絨毛様組織を認めた。これらに加えて付着部の腹膜も剥離、切除した。病理所見から内膜症病変への着床であることが示された。【考察】子宮内膜症による不妊は様々な原因が提唱されているが、一説には子宮内膜症病変から腹腔内に分泌されるサイトカインやそれによって活性化されたマクロファージが受精、着床を障害すると言われている。本症例は、その内膜症病変自体へ着床した非常に稀な症例であった。

51. 異所性妊娠の診断における造影 CT 検査の有用性

○飯塚 崇¹、小野 政徳¹、山崎 玲奈¹、中出 恭平¹、榎本 咲子¹、吉田 耕太郎²、
舌野 靖¹、鏡 京介¹、中山 みどり¹、斎藤 実穂¹、藤原 浩¹
金沢大学 産婦人科¹、金沢大学 放射線科²

【目的】異所性妊娠は病歴、臨床症状、血液検査、画像検査により総合的に診断される。造影 CT 検査は被爆と造影剤の問題があるが、画像を客観的に評価できるため治療前後の症例検討を行うのに有用であるとともに、超音波検査では描出困難な場合に診断できる可能性もある。今回我々は、当院において異所性妊娠を疑い施行した造影 CT 検査について実施状況や有用性について検討したので報告する。【方法】2015 年 4 月～2017 年 3 月の 2 年間に、異所性妊娠の疑いで精査加療を行った 60 例について、診療録より臨床症状、検査結果、画像所見、術中所見などを後方視的に検討した。【結果】造影 CT 検査は 60 例中 46 例（異所性妊娠症例 41 例、子宮内 5 例；不全流産 4 例、正常妊娠 1 例）で実施された。適応については、超音波検査で付属器の異所性妊娠が確認された症例、および超音波検査では妊娠部位が確認できない症例で、病歴や臨床所見などから異所性妊娠を強く疑う場合や HCG 値が低いが漸増のため異所性妊娠を疑う場合に実施された。超音波検査で異所性の妊娠部位が確認された 22 例では造影 CT 検査でも超音波検査と同様の所見だった。一方、超音波検査で妊娠部位を確認できなかった 19 例中 14 例は造影 CT 検査で異所性の妊娠部位が確認され、5 例では確認できなかったものの、血性腹水や血腫の存在から異所性妊娠の存在がより強く疑われた。【結論】造影 CT 検査により、超音波検査では確認できなかった異所性の妊娠部位が確認できた症例を認めた。造影 CT 検査では診断バイアスがあると考えられるが、異所性妊娠の評価方法として有用と考えられる。特に HCG 値が比較的低値で、付属器嚢胞や血腫、腸管などにより超音波検査では確認できない症例において、造影 CT 検査により異所性妊娠を診断でき、子宮内搔爬術の必要性や待機・薬物療法などの治療方針の決定を適切に行えることが示唆された。

52. 卵巣 Sertoli-Leydig 細胞腫を合併した重度排卵障害および不妊症の 1 例

○渡邊 善、立花 眞仁、田中 恵子、井ヶ田 小緒里、久野 貴司、藤峯 絢子、
横山 絵美、石橋 ますみ、志賀 尚美、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【緒言】卵巣性索間質性腫瘍に分類される Sertoli-Leidig 細胞腫は、境界悪性～悪性卵巣腫瘍中 0.3%と非常に稀である。アンドロゲンを産生し男性徴候を示すことがある一方、月経異常や排卵障害も問題となることがある。今回、卵巣 Sertoli-Leidig 細胞腫を合併した重度排卵障害および不妊症の 1 例を経験し、腹腔鏡下手術による治療効果が得られたことを報告する。【症例】34 歳、0 妊 0 産。初経以来より月経不順であり、徐々に無月経となり Kaufmann 療法を受けていた。挙児希望に対して、前医では多嚢胞卵巣症候群（PCOS）と診断され、2 年ほど不妊治療を受けるも卵巣反応不良で、32 歳時に卵巣多孔術または体外受精を目的に当科紹介となった。初診時、高血圧と頻脈を認めたが、男性化徴候はなかった。超音波断層検査では、両側卵巣は PCO 様であった。ホルモン検査では、PCOS パターン（FSH<LH、高テストステロン（T）血症）であった。精査にて副腎疾患の可能性は否定された。PCOS に準じ、CC 療法、rFSH 療法、メトフォルミン併用療法、さらに腹腔鏡下卵巣多孔術を行うも、卵胞発育を得られなかった。続いて体外受精にて凍結胚を得た後、ホルモン補充するも内膜菲薄のため胚移植に至らなかった。経過中、高 T 血症は遷延し、さらに画像診断で右卵巣内に 2cm 大の比較的血流豊富な腫瘍が認められたことから、アンドロゲン産生卵巣腫瘍を疑い、34 歳時に腹腔鏡下右付属器切除術を施行した。病理組織診断で中分化卵巣 Sertoli-Leidig 細胞腫であった。術後、不妊治療再開し未だ妊娠には至らないが、血中 T 値は速やかに正常化し、自然周期での排卵および内膜肥厚が得られている。【考察】本症例のように、卵巣 Sertoli-Leidig 細胞腫は、頻度は稀で PCOS と類似する病態を呈することから、腫瘍径が小さい場合診断に難渋することがある。しかし、その発生率は挙児を希望する年齢層の女性で高いことから、高アンドロゲン血症を呈する病態として念頭に置き早期発見できれば、腹腔鏡など低侵襲かつ効果の高い治療も可能となる。

53. 若年乳がん患者に対する受精卵・卵子凍結目的とした排卵誘発時にアロマターゼ阻害薬を併用する事の有用性の検討

○為我井 加菜¹、茅原 誠¹、関塚 智之¹、鈴木 久美子¹、石黒 竜也¹、榎本 隆之¹、高桑 好一²

¹新潟大学医歯学総合病院 産婦人科、²同 総合周産期母子医療センター

【目的】妊孕性温存を希望する化学療法・ホルモン療法前の乳がん患者に対して、受精卵・卵子凍結保存が考慮される。乳がん患者に対する過排卵刺激は原疾患の病勢を悪化させないために Estradiol (E2) を極力上げない方法が推奨されている。当科で乳がん患者における排卵誘発の際に、E2 抑制目的でアロマターゼ阻害薬を併用した症例を4例(6採卵周期)経験したので、その有用性について報告する。【方法】対象症例について診療録を元に検討した。排卵誘発法はアロマターゼ阻害薬併用 HMG とし、さらに排卵予防としてアンタゴニストを使用した。採卵決定は主席卵胞 20mm 以上の時点とした。なお、乳がん患者に対するアロマターゼ阻害薬の使用は当院病院臨床倫理検討委員会の承認を得ている。【結果】4症例の平均年齢は 33.8 歳(範囲: 26-38 歳)、AMH の平均値は 5.30 ng/mL(範囲: 3.37-7.91 ng/mL)であった。進行期はⅡA 期が 2 例、ⅡB 期が 2 例であった。妊孕性温存法は、1 例が受精卵凍結、3 例は卵子凍結であった。受精卵凍結を試みた 1 例では 2 個の胚盤胞を凍結保存した。また、卵子凍結を試みた 5 採卵周期では、平均 4.4 個/1 採卵周期(範囲: 4-6 個)の卵子を凍結保存し、卵子凍結ができなかった周期はなかった。採卵決定時の E2 値について、15mm 以上の卵胞から放出される E2 を X pg/mL、14mm 以下の卵胞から放出される E2 を X/2 pg/mL と仮定して計算した場合、X=59.8pg/mL であった。【結論】乳がん患者に対する、E2 の抑制として、アロマターゼ阻害薬を併用する事は有用である。また、卵成熟の指標として E2 を考慮する場合、通常であれば 1 卵胞当たり(18-20mm 程度)、200pg/mL を成熟の指標と考えるが、アロマターゼ阻害薬を併用した場合、1 卵胞当たり 60pg/mL 程度が成熟の目安となる可能性がある。

54. 反復着床不全の先天性低フィブリノゲン血症患者に対するフィブリノゲン補充療法成功症例

○赤石 麻美、福原 理恵、石原 佳奈、山谷 文乃、横田 恵、阿部 和弘、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院

【諸言】フィブリノゲン(Fbg)は分娩時の止血に必須であることは無論のこと、妊娠維持にも極めて重要な物質である。無 Fbg 血症では補充療法なしでは全例が流産する。我々は反復着床不全の先天性低 Fbg 血症の患者に対し Fbg 補充療法を行い、生児が得られた症例を経験したので報告する。【症例】34 歳、2 妊 0 産。既往歴に本疾患の他は特記事項なし。家族歴に特記事項なし。複数の医療機関で不妊治療を施行するも不成功のため当院に紹介となった。不妊症や着床不全に関する精査では異常なく、原因不明不妊として腹腔鏡検査を施行した。その際に先天性低 Fbg 血症の診断に至り、妊娠成立後に Fbg 補充を行う方針とした。自然妊娠が成立し妊娠 4 週より Fbg 補充を開始した。100 mg/dL 前後を維持するも、妊娠 5 週より性器出血を認めた。120 mg/dL を目標に補充を増量したが、性器出血が増悪し妊娠 8 週に自然流産となった。絨毛染色体は正常核型。再度不育症に準じて精査しプロテイン S 欠乏症の診断となった。Fbg の十分な補充と低用量アスピリン療法の方針とした。その後、体外受精胚移植を施行したが、2 回ともに生化学的妊娠となり、うち 1 回は妊娠 5 週 6 日から Fbg 補充を開始したが性器出血増量みとめ胎嚢は確認できなかった。今回は凍結融解胚移植により妊娠成立した。妊娠 4 週 2 日より Fbg 補充し、妊娠初期は 200mg/dL 前後、妊娠中は 140~170 mg/dL を維持した。妊娠経過は良好であり正期産で自然分娩した。分娩直前は 200 mg/dL を目標とし周産期合併症は認めなかった。【考察】Fbg は着床時に必ずしも必要ではないが、胎盤の子宮壁への接着、つまり妊娠の維持機構に必須である。本症例では妊娠判明直後より十分な Fbg 補充を行い、無事に生児を得ることが出来た。Fbg が分娩時の止血機構のみならず妊娠の維持に極めて重要であることが再確認された。

55. 山形県不妊相談センターの現状

○松尾 幸城、佐藤 裕子、西村 杏子、竹原 功、西 美智、川越 淳、永瀬 智
山形大学医学部 産科婦人科学講座

【目的】山形県より委託され山形大学産科婦人科に「山形県不妊相談センター」を設置し、不妊で悩む方達の不妊相談を行なっている。これまで山形県不妊相談センターの実績は集計されてこなかった。これまでの実績を集計することによって今後の運用に役立てる。【方法】過去3年分(2014年度、2015年度、2016年度、2017年)の不妊相談内容と相談者のデータを集計した。集計内容は、不妊相談時の夫婦の年齢、妻の妊娠歴、居住地域、医療受診歴、相談方法、相談時間、治療方針とその妊娠率とした。【結果】不妊相談件数は、295件(2014年度71件、2015年度72件、2016年度83件、2017年69件)で、平均年齢は、女性36.8(24-47)歳、男性38.0(25-52)歳であった。妻の妊娠歴は、経産婦が200人、未経産婦が94人、不明が1人で、平均不妊期間は、4.1年(0ヶ月-15.0年)であった。居住地域は、村山地方248人、置賜地方25人、最上地方17人、庄内地方4人、県外1人であった。医療機関の受診歴は、有り95.3%で当院患者が87.9%を占めた。相談方法は、面接98.3%、電話1.7%であった。平均相談時間は49.5(15-120)分であった。不妊相談後、当院で治療を行ったのは239人で、治療内容はAIH54件、ART217件、手術40件であった。ART群の年齢は36(27-44)歳、妊娠までの期間は7.3(1-27)ヶ月、妊娠率は33.6%、生産率は28.5%であった。【結論】今回、初めて山形県不妊相談センターの現状が把握できた。本来の不妊相談センターの役割は、他院や一般市民からの相談を広く受ける場である。しかし、相談者の居住地方の格差を認め、当院治療中の相談者が多くを占めていた。今後、他院や一般市民への啓蒙啓発により「山形県不妊相談センター」の周知をし、運営を検討しなければならない。

56. 子宮内膜NK細胞の精液刺激法とリスク因子不明不育症患者のサイトカイン産生能の検討

○當麻 絢子¹、福井 淳史²、山谷 文乃¹、横田 恵¹、福原理恵¹、横山 良仁¹
弘前大学 医学部 産科婦人科学¹、兵庫医科大学 産科婦人科²

【目的】近年、リスク因子不明不育症とNK細胞機能異常との関連が指摘されている。一般に免疫担当細胞が産生するサイトカインを測定する際にはPMA、イオノマイシンなどの薬物で細胞を刺激し、細胞内にサイトカインを蓄積させ測定を行うが、この刺激法は人為的で生理的なサイトカイン産生を反映しているとは言い難い。妊娠成立において精液の暴露は必須で有り、精液が免疫制御因子となる可能性も示唆されている。精液刺激法の可能性やリスク因子不明不育症患者におけるサイトカイン産生能を明らかにすることを目的に以下の検討を行った。【方法】当院倫理委員会の承認後、患者の同意を得て子宮内膜を採取した(リスク因子不明不育症群5症例、免疫異常不育症群8症例、コントロール群10症例)。子宮内膜を物理的に粉碎後、子宮内膜リンパ球浮遊液を作成し、患者パートナーの精液を用いて18時間刺激を行いNK細胞(CD56⁺細胞)におけるサイトカイン産生(IFN- γ ・TNF- α ・IL-4・IL-10)をフローサイトメトリーにて測定した。また薬物(PMA、イオノマイシン)でも刺激を行い、精液刺激とのサイトカイン産生能の差異を比較した。【結果】各群で精液刺激によるIFN- γ またはTNF- α 産生CD56^{bright}細胞の割合は薬物刺激に比して有意に低かった(IFN- γ : $p < 0.01$; TNF- α : $p < 0.01$)。コントロール群のNK1/NK2比、NK1/NK α 1比は薬物刺激に比して精液刺激で有意に小さかった(NK1/NK2比: $p < 0.01$; NK1/NK α 1比: $p < 0.05$)。また、精液刺激における各群のサイトカイン産生は、リスク因子不明不育症群でコントロール群に比してIL-10またはIL-4産生性CD56^{bright}細胞の割合が有意に低値であった(IL-10: $p < 0.05$; IL-4: $p < 0.05$)が、薬物刺激では各群に差は認めなかった。【結論】精液刺激法と薬物刺激法の比較から、精液刺激によりNK2シフトが誘導される可能性が示唆された。さらにリスク因子不明不育症では、薬物刺激では差を認めなかったIL-10、IL-4産生が精液刺激では有意に低くなることから精液の影響でNK1シフトが起こり、流産を惹起している可能性が示された。

57. 胚移植、AIH 施行後の安静の必要性

○廣川 眞由子、長谷川 功、山田 京子、芹川 武大、藤田 和之、吉谷 徳夫
済生会新潟第二病院 産婦人科

【目的】生殖補助医療における胚移植後の安静の要否に関しては様々な議論がある。永年慣例的に30分~1時間の安静がとられてきたが、これが不要であるという報告も散見される。当院でも安静は患者のストレスになる可能性や、移植が重なる際に2台の処置台を使うことによるプライバシーの問題から、移植後の安静を暫定的に取りやめることとした。これによる妊娠成績の変化の有無を検討した。さらに同時期のAIH症例についても解析した。【方法】2016年1月から2018年4月までの当院における新鮮胚移植（初期胚）285周期、凍結胚移植（胚盤胞）920周期およびAIH1583周期を対象とした。2017年6月までは、胚移植で実施後30分の、AIHで5分の処置台での安静を行い、2017年7月以降は、安静をとらず実施後すぐに歩行可とした。【結果】新鮮胚移植での妊娠率（継続妊娠率）は、安静群で22.2%(15.3%)、非安静群で24.8%(18.4%)と差を認めなかった。凍結胚移植では安静群が49.1%(36.3%)、非安静群が45.0%(31.1%)と、安静群で高い傾向を認めた(p=0.12)。しかし移植胚のグレード別に集計すると、例えば4AA,4AB,4BAの良好胚移植周期では、安静群で56.5%(42.8%)、非安静群で58.1%(40.0%)と同等であった。そのほかのグレードでも両群間の妊娠率に差を認めなかった。AIHでも安静群で8.6%(7.2%)、非安静群で8.7%(7.3%)と同等であった。【結論】胚移植でもAIHでも施行後に安静時間をとらないことで妊娠率が低下しないことが示唆された。患者側にも医療側にもメリットがあるこの方針を今後とも継続する予定である。

58. 日本人 Sertoli Cell Only Syndrome 患者における GALNTL5 変異との関連について

○水無瀬 学、宮本 敏伸、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

【目的】男性不妊の約10%は閉塞性無精子症に起因するとされており、それらは精巣生検の組織型により、精子低形成、減数分裂停止及びSertoli Cell Only Syndrome (SCOS)に分類される。GALNTL5 (polypeptide N-acetylgalactosaminyltransferase-like protein 5)は、変異により精子形成時や精子の運動に必要な解糖系酵素が減少し、アクロソームへのタンパク質付加が妨げられ、ユビキチン・プロテアソーム系の局在が変化することが報告されており、ヒトの精子無力症の原因遺伝子として知られている。今回、GALNTL5の変異が、SCOSの原因遺伝子にもなり得る可能性を考え、変異解析を行った。【方法】本研究は当院での倫理委員会の承認を得たのち、全ての患者及び健常者に文章によるインフォームドコンセントを取得し、解析を開始した。患者は、組織学的にSCOSと診断された189名の日本人無精子症例を対象とした。先行論文で既に報告のある変異 (NM_145292.2:c.764delT)の周辺にprimerを設定し、PCR法およびダイレクトシーケンス解析を行い、SCOS患者における同様の変異の有無を検討した。【結果】解析した189名のSCOS患者のうち、同部位に変異があったのは4例であった。この変異は、T塩基の欠失により、443のアミノ酸が256に減じるフレームシフト変異であった。また、1,208人の日本人由来のエクソームシーケンスから得られたデータベース(HGVD)では、0.006502と頻度が低かった。【結論】今回の検討により、精子無力症の原因遺伝子として報告されているGALNTL5の変異は、SCOSとも関連している可能性があることが推測された。今後、症例数を増やし、更なるSCOSへの関与を検証する必要がある。

59. 子宮筋腫の圧迫により生じたと思われるリンパ管腫が感染し発熱と腹痛を呈した一症例

○平賀 裕章、宇賀神 智久、新倉 詩央香、遠藤 俊、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、
平山 亜由子、羽根田 健、今井 紀昭、早坂 篤、大槻 健郎
仙台市立病院 産婦人科

【緒言】骨盤内を占有する巨大な子宮筋腫の手術の際、後腹膜腔（広間膜内）に多発嚢胞を認めることがある。今回、発熱と腹痛を呈し、手術による摘出で速やかに症状改善した症例を経験したので報告する。【症例】45才、0妊0産。手術5日前に40℃台の発熱、全身の痛み、腹痛、悪寒あり前医を受診したが、症状改善せず手術2日前に前医を再受診した。CRP 37.9 mg/dL、CTで骨盤内に長径30cmの腫瘤を認め、婦人科疾患を疑われ手術前に当科紹介となった。巨大な子宮筋腫と右付属器領域に多房性嚢胞を認めた。右卵巣腫瘍の破裂または感染による腹痛を疑い、入院とした。入院後も高熱と炎症反応高値が持続し、抗菌薬による保存的加療は困難と判断、開腹単純子宮全摘出＋右付属器切除術の方針とした。右付属器周囲の後腹膜腔（右広間膜内や右卵巣動静脈周囲）に嚢胞構造が多発していた。右卵管は浮腫が著しかった。右卵巣は明らかな異常所見は認めなかった。肉眼的には膿瘍形成や発赤は認めず、発熱と炎症反応高値の原因は術中所見からははっきりしなかった。摘出した子宮重量は3.8kg、右付属器＋多発嚢胞の重量は300g、出血量1330ml（術中に破綻した嚢胞内容液数百mlを含む）であった。翌日には36℃台まで解熱し腹痛も軽快した。経過より炎症のfocusは摘出物だったと考えられた。術後4日目にはCRP 2.03 mg/dLまで低下し、術後5日目に退院した。病理結果は、子宮平滑筋腫、右子宮付属器炎と広範性浮腫、多発嚢胞はリンパ管腫（浮腫、高度の炎症細胞浸潤、膿瘍形成、出血、フィブリン析出を伴う）、腹水細胞診は陰性であった。【考察】巨大な子宮筋腫の圧迫により静脈とリンパ還流がうっ滞して浮腫や多発嚢胞を生じ、感染が加わって腹痛や発熱を呈した症例を経験した。骨盤内に非典型的な嚢胞構造を認めたときは、リンパ管腫の可能性も念頭におき対応する必要がある。

60. 肺塞栓症を発症した子宮腺筋症の一例

○後藤 恵、片平 敦子、佐藤 孝洋、藤本 久美子、船山 由有子
坂総合病院

【緒言】今回、多量出血時に肺塞栓症を発症して抗凝固療法を開始し、GnRHa療法後に単純子宮全摘術を施行した子宮腺筋症の1例を経験したので報告する。【症例】47歳、0妊0産。31歳頃当院で卵巣腫瘍手術時に子宮腺筋症を指摘、41歳までレボノルゲストレル・エチニルエストラジオール錠（OC）内服継続していたが、月経痛などの自覚症状なく受診中断。平成29年12月頃より月経不順あり、1月よりOC再開、2月2日より過多月経でめまいや立ちくらみがひどく、内科・血液内科を受診。Hb7.6、鉄欠乏性貧血の診断。3月1日当科初診。3月10日MRIで子宮全体に腺筋症あり、3月11日よりOCによる出血開始。3月13日に過多月経と月経痛で当院受診。出血コントロール目的に同日リュープロレリン酢酸塩1.88mg投与し入院。入院時SpO₂ 99%だったが、同日夜よりSpO₂ 93%と低下。D-dimer 32.6と高値、下肢静脈超音波検査で多数の血栓が認められ、胸部造影CTで両側肺動脈に血栓あり、肺塞栓症の診断となった。ヘパリンによる抗凝固療法開始、1週間でNOAC内服に変更。酸素化改善し下肢静脈血栓も縮小したため3月24日退院した。外来でリュープロレリン酢酸塩3回施行後、6月8日単純子宮全摘術実施した。術後3ヶ月で抗凝固療法終了予定である。【考察】巨大な子宮筋腫・腺筋症は骨盤内の血流うっ滞から深部静脈血栓症や肺塞栓症を発症するという報告が複数あり、重篤例では死亡することもあるため、早期の診断と適切な治療はもちろん、リスク管理や予防が必要となる。検診受診を奨励し、患者には定期的な子宮の評価の他、必要に応じてD-dimerや下肢静脈エコーなどによる血栓評価を行なうことが重要であるが、未婚・未妊で子宮頸がん検診受診の機会がない場合は重症化するまで受診しない可能性がある。良性疾患でも生命に関わる可能性があること、検診時に貧血を認めた場合は婦人科疾患も考慮することなどを周知する必要があると思われる。

61. 両側痕跡子宮に巨大平滑筋腫を発症した Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群の一例

○牛島 倫世、山崎 悠紀、布村 晴香、加藤 潔、脇 博樹、山川 義寛

高岡市民病院 産婦人科

【緒言】Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群は、原発性無月経と先天性膣欠損および痕跡子宮を特徴とし、出生女兒 5000 人に 1 人の割合で発生する比較的まれな疾患である。今回われわれは両側の痕跡子宮から発生したと考えられる巨大平滑筋腫を認め、手術を行った症例を経験したので報告する。【症例】52 歳女性、結婚、離婚歴あり。原発性無月経であったが特に精査を受けていなかった。腹部腫瘍を主訴に近医を受診し、CT で巨大子宮筋腫を指摘され当院紹介となった。内診では、膣は盲端であり子宮腔部を確認できず、MRI でも巨大な多発子宮筋腫を疑うが子宮体部や卵巣は同定できなかった。画像所見では腎尿路系の異常は認めていない。巨大腹部腫瘍の診断にて手術を行った。開腹所見では、子宮体部や頸部は存在せず左右に分かれた痕跡子宮を認め、それぞれの痕跡子宮から径 20cm 大、径 15cm 大の多結節状腫瘍が発生していた。両側卵管・卵巣には特に異常を認めなかった。腫瘍を痕跡子宮と両側付属器とともに摘出した。病理診断では痕跡子宮に内膜組織を認めず、腫瘍は leiomyoma であった。【考察】Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群では、まれに痕跡子宮から平滑筋腫が発生することが報告されている。左右の痕跡子宮と卵巣の位置が近いことから卵巣腫瘍との鑑別が困難となることがあり、MRI が診断に有効とされている。画像評価だけで診断困難である場合は腹腔鏡による観察も有用である。今回はあらかじめ Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群と診断がついていなかった上に腫瘍が巨大であり、MRI でも正確な術前診断は困難であった。手術に際しては、同症候群は腎尿路系の先天性異常を合併することがあり、尿管の走行に十分注意する必要がある。

62. 尿閉を来した子宮体部腫瘍の画像的所見の検討

○小田切 哲二、石田 久美子、岩城 久留美、岩城 豊、中嶋 えりか、箱山 聖子、
吉田 俊明、光部 兼六郎

旭川厚生病院 産婦人科

【緒言】子宮筋腫は 30 代女性の 3 割程度に見られる頻度の多い疾患である。通常は、過多月経、月経困難、下腹部の腫瘍感や圧迫症状による頻尿などが良くみられる症状であり、尿閉を来すことは少ない。今回我々は、尿閉を来した子宮体部腫瘍の 4 症例（子宮筋腫 3 例と子宮体癌 1 例）を経験し、その画像所見の特徴を検討したので報告する。【症例】全例とも突然の尿閉を主訴に当院を受診した。子宮筋腫の 3 例（46～54 歳）は GnRHa を開始し症状が改善した。うち 2 例は子宮全摘を施行した。54 歳の 1 例はその後閉経し症状の再燃は認めなかった。子宮体癌の 1 例（64 歳）は、リンパ節郭清を含む子宮悪性腫瘍手術を施行し術後症状が消失した。病理組織検査でも、病変の頸部浸潤は認めなかった。全例 10cm 前後の子宮体部腫瘍であったが、15 cm を越えるような極端に大きな腫瘍ではなかった。【考察】しばしば 10cm を超えるような腫瘍は見かけることがあるが、大きさだけでは尿閉は来さないと推測された。画像的特徴としては、腫瘍が恥骨と仙骨の岬角の間に挟まり、かつ膀胱の体部が腹壁側に挙上され、膀胱頸部が腫瘍と恥骨に圧排されている状態であった。重度の宿便のため、尿閉を来した症例の報告があった。宿便が膀胱三角部への圧力を上昇させることが尿閉を来す原因と考えられた。子宮体部腫瘍も同様の機序で尿閉を来したと思われた。今後も症例を増やして検討したい。

63. 悪性疾患との鑑別をし得た Deep Nabothian cyst の一例

○島袋 朋乃、米原 利栄、中陳 哲也、前田 悟郎、東 大樹、青柳 有紀子、東 正樹、
山口 辰美
釧路赤十字病院 産婦人科

【緒言】 deep nabothian cyst は、肉眼的および組織学的に子宮頸部腺癌、minimal deviation adenocarcinoma(MDA)、悪性腺腫との鑑別を要する良性腺上皮病変として知られるが、報告例は極めて少ない。通常は画像所見で充実性成分がないこと、病理所見では細胞および構造異型がないことなどにより悪性腫瘍と鑑別される。今回、卵巣腫瘍として紹介されたが、最終的に卵巣腫瘍および悪性疾患を否定し、子宮頸部の deep nabothian cyst として管理、治療した症例につき報告する。【症例】46歳、2G2P、筋腫分娩の既往あり。検診で左卵巣腫瘍を指摘され、精査目的で当科紹介された。経膈エコーで左付属器領域に5cm大の充実性部分を伴う嚢胞性病変を認めた。膈鏡診では子宮頸部は肉眼的に正常であり、子宮頸部細胞診はNILM、内膜細胞診はclass Iであった。MRI検査では腫瘍には明らかな充実性成分を認めず、また両側正常卵巣を認めたため卵巣腫瘍は否定され、腫瘍は子宮頸部から発生するものと思われた。病理学的確定診断の一助として経膈的に嚢胞穿刺を施行した。内容液の細胞診は陰性であった。またHIKも陰性、CA-19-9も正常範囲であった。積極的に悪性を示唆する所見に乏しいため経過観察としていたが、次第に粘液性帯下が増量し手術を希望されたため、全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。肉眼的には子宮頸部から発生した表面平滑な嚢胞であり、子宮頸管内と嚢胞腔が連続していた。最終病理組織診断は deep nabothian cyst であった。【考察】悪性腺腫やMDAと、その類縁良性疾患である deep nabothian cyst との決定的な鑑別法はない。本症例は細胞診、画像診断、HIKを組み合わせ、術前に悪性疾患を否定した。今後、系統的な鑑別診断の参考になると思われる。

64. 卵巣成熟奇形腫を合併した抗 NMDA 受容体脳炎の 3 例

○大湊 智子¹、市川 英俊²、竇田 健平²、林 なつき²、水崎 恵²、岡本 修平²、
北 香²、高橋 知昭²、加藤 育民²、片山 英人²、千石 一雄²
¹北海道厚生連 旭川厚生病院、²旭川医科大学産婦人科

【緒言】抗 NMDA 受容体脳炎は脳の興奮性神経伝達物質であるグルタミン酸の受容体に自己抗体ができることによる急性型の脳炎であり、約65%は奇形腫(卵巣・縦隔)が合併する。今回我々は、卵巣成熟奇形腫を合併した抗 NMDA 受容体脳炎の3例を経験したので報告する。【症例1】33歳。3日前からの発熱と頭痛で近医を受診し髄膜炎の診断で入院。入院9日目には意識レベル低下、呼吸状態悪化し挿管管理となった。症状改善なく入院67日目に家族がセカンドオピニオンを求め次の施設を受診。腹部CTで卵巣奇形腫疑いとなり、入院131日目に当院紹介となった。入院141日目に腹腔鏡下左付属器摘出術を行ったが、改善は緩慢であり、術後71日目に人工呼吸器離脱、四肢拘縮のため長期リハビリを行い術後374日目に車椅子で自宅退院となった。【症例2】31歳。9日間続く頭痛と発熱で近医受診し髄膜炎の診断で入院。入院8日目に健忘、失見当識出現し転院。その後痙攣重積のため、鎮静・人工呼吸器管理となった。入院11日目に腹部CT・MRIを施行し、両側卵巣奇形腫疑いとなり、入院16日目に腹腔鏡下両側卵巣腫瘍核出術を行った。術後経過は概ね良好であり、術後23日目に抜管、術後67日目に退院となった。【症例3】20歳。数日前から見当識障害出現し、発熱、歩行障害のため当院神経内科受診、ウイルス性脳炎疑いで入院加療開始、2週間後にはJCS III-300、気管内挿管となった。腹部CTにて両側卵巣奇形腫を認めたため、当科紹介され、両側卵巣腫瘍核出術を行った。経過は良好であり術後4週で自発呼吸が可能になり術後10週で退院となった。【考察】治療後の経過を比較すると早期の腫瘍摘出は非常に重要であり、精神科や神経内科のみならず産婦人科における本疾患の認知の必要性を強く感じた。

65. ペッサリーリング貫通による直腸腔瘻に対してエストリール内服で良好な転帰となった一例

○津村 亜依、小野 方正、宇津野 泰弘、杉山 沙織、野澤 明美、北村 晋逸
名寄市立総合病院 産婦人科

【緒言】ペッサリーリングの留置に起因する合併症として稀ではあるが直腸腔瘻が知られている。治療は手術による瘻孔閉鎖や保存的治療が選択されるが、症例数が少ないため一定のコンセンサスは得られていない。今回我々はペッサリーリングの長期留置による直腸腔瘻に対し、保存的治療により良好な転帰を得た一例を経験したので報告する。【症例】74歳女性。2経産。子宮摘出後。心不全、くも膜下出血術後、脳血管性認知症、甲状腺切除の既往があり、認知機能低下と心不全の増悪によりADLが低下していた。十数年前に骨盤臓器脱に対しペッサリーリングを留置したが、1度も産婦人科の受診をせずに経過していた。性器出血を主訴に当科を受診し、腔壁へのリング埋没と肉芽形成を認めた。腔からの便汁漏出を認め、大腸内視鏡検査を施行、直腸Raの腸粘膜よりリングの腸管内への露出を認めた。認知機能低下のためストーマ管理は困難と考え、麻酔下で経腔的にリングを切断抜去し瘻孔の自然閉鎖を期待した。術直後は絶食とし、術後2日から食事を開始、術3日からエストリール1mg/日内服開始と定期的な腔洗浄を施行した。術後17日に施行した直腸造影では腔内への造影剤流出を認めたが、腹腔内への流出は認めなかった。その後腔内への便汁流出は消失し、術後32日に退院した。術後2ヶ月まで症状再燃を認めていない。【考察】本症例は瘻孔位置が腹膜反転部より肛門側のため腹腔内への便汁漏出を認めなかったことと、エストリール投与による腔粘膜再生の促進により良好な転帰を得たと考えられる。エストリールの長期内服による副作用は認めなかった。今回用いた方法は低侵襲であり、特に手術侵襲がQOLを低下させる恐れのあるADLの低下した患者には保存的治療も選択肢となると考えられる。

一般演題 第2日目

9月30日(日)

66. 止血に難渋した子宮頸部静脈瘤合併妊娠の2例

○田中 誠悟、田中 幹二、小玉 都萌、追切 裕江、飯野 香理、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】子宮頸部静脈瘤合併妊娠は稀であり、明確な管理方針はない。しばしば経過中に大量出血を起こし、止血に難渋した報告も散見される。今回我々は、妊娠中に性器出血を繰り返し、予定帝王切開術中も弛緩出血となり子宮摘出を要した1例と、妊娠37週に出血のため緊急帝王切開術となった1例を経験したので報告する。【症例1】39歳、1妊0産、既往歴に特記事項なし。人工授精で妊娠成立した。妊娠23週に性器出血あり、経膈超音波検査で子宮頸管内に著明な無エコー領域が存在し、カラードップラーにて血流を認め子宮頸部静脈瘤と診断した。妊娠26週にも大量出血を認めたが、ガーゼ圧迫にて何とか止血を得た。妊娠37週2日に選択的帝王切開術を施行したが、胎盤娩出後に子宮収縮不良となり大量出血となった。子宮収縮剤投与や圧迫縫合を行うも効果なく、やむなく子宮摘出に至った。出血量は3,632gであった。病理検査では子宮頸部静脈瘤を認めたが、羊水塞栓は指摘されなかった。【症例2】37歳、1妊0産、髄質性嚢胞性腎疾患で腎移植の既往あり。体外受精・胚移植で妊娠成立した。妊娠28週の経膈超音波検査で、臍帯卵膜付着、前置血管が疑われ、さらに子宮頸管内に無エコー領域を認め子宮頸部静脈瘤と診断した。帝王切開を予定していたが、妊娠37週の診察時に頸部から出血し止血が得られず、緊急帝王切開術となった。子宮下節部～頸部からの出血が多く、圧迫縫合を加えて止血を得た。出血量は1,800gであった。【考察】経膈超音波で子宮頸部に無エコー領域を認めた場合、子宮頸部静脈瘤も考慮して診断を進める必要がある。子宮頸部静脈瘤を疑った場合、妊娠中の診察には十分な注意を要する。また本症例同様に子宮摘出に至った報告もあり、分娩後の大量出血を考慮した対応が必要である。

67. 生児を得た子宮動静脈奇形合併妊娠の1例

○熊谷 祐作、齋藤 昌利、富田 芙弥、黒澤 靖大、只川 真理、岩間 憲之、
倉片 三千代、星合 哲郎、西郡 秀和、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【緒言】子宮動静脈奇形 (arteriovenous malformation; AVM) は主に不正性器出血を主訴とし、診断・治療に難渋し、子宮摘出や子宮動脈塞栓術を必要とする疾患である。本疾患の原因は主に後天性であり、帝王切開、子宮内容除去などの子宮手術既往、絨毛性疾患、感染が挙げられる。子宮AVM合併妊娠の報告は極めて少なく、流産、性器出血や子宮破裂の報告がある。今回、未治療の子宮AVM合併妊娠患者に対して、厳重管理の上で生児を得た1例を経験した。【症例】30歳、G1P0、既往に侵入奇胎があり、前医でMTX投与にて寛解した。その後数回過多月経で通院した際にカラードップラー法で子宮AVMと診断された。その後自然妊娠されたため、前医より子宮AVM合併妊娠の管理のため当科へ紹介された。急性の性器出血などに対するリスク管理のため、当科では頻回の外来フォローや骨盤部MRIの撮像による子宮AVMの評価を継続した。また妊娠30週から管理入院、妊娠34週で帝王切開の方針とした。幸い、妊娠経過中の性器出血を認めなかった。帝王切開では、子宮頸部付近からの出血に対して子宮下部の子宮圧迫縫合を、子宮体部の弛緩出血に対してHymann法を要した。術後6日目に退院したが子宮AVMは残存した。児は2168gの男児で、AP scoreは4/8点だった。RDSの治療を必要としたが、その後問題なく日齢22日（修正37週6日）に退院した。【考察】未治療の子宮AVM合併妊娠の症例報告は極めて少ない。生児を得た症例報告もあるが、妊娠初期に子宮摘出をした症例、妊娠後期で子宮破裂をきたした症例報告もあるため、緊急輸血や子宮摘出術、早産児に対応できる分娩施設で管理する必要がある。本例ではAVMの増大や性器出血を認めず、分娩時の止血に難渋したが無事に生児を得ることができた。子宮AVMに子宮動脈塞栓術を施行し、その後生児を得た症例報告は近年増えているため、次回妊娠までに子宮動脈塞栓術を検討する必要がある。

68. 妊娠 22 週にくも膜下出血を発症し、妊娠 38 週で生児を得た 1 例

○中村 文洋、山内 敬子、岩間 英範、大貫 毅、阪西 通夫、金杉 浩
済生会山形済生病院 産婦人科

【緒言】妊娠中のくも膜下出血(SAH)の発症は稀ではあるが、母体死亡率は極めて高く迅速な診断・対応が必要とされる。今回我々は、妊娠 22 週に SAH を発症し、妊娠 38 週に選択的帝王切開術で生児を得た症例を経験したので報告する。【症例】23 歳、1 妊 (今回の妊娠を含む) 0 産。自然妊娠し、妊娠中は高血圧の出現なく経過した。妊娠 22 週に突然の後頸部痛と嘔気を自覚し当院へ救急搬送された。来院時、収縮期血圧は 100mmHg 台で、意識障害や四肢麻痺を認めなかったが、持続する頭痛と嘔気から脳出血を疑い頭部 MRI 検査を施行し、SAH と診断した。血管造影検査にて後下小脳動脈解離と破裂性椎骨動脈解離を認め、これが SAH の責任主座と考えた。胎児心拍数は最下点 60bpm 台の一過性徐脈を認めたため、子宮内胎児死亡となる可能性も考えられたが、母体救命を優先し穿頭脳室ドレナージ術と脳動脈血管トラッピング術を施行した。術翌日、頭痛と嘔気は改善し、意識障害やけいれん、著明な四肢麻痺を認めなかった。胎児心拍数は正常であった。術後、母児ともに経過良好で妊娠 27 週 (術後 30 日目) に退院した。妊娠 29 週 (術後 43 日目) に頭痛と嘔気が出現し再診した。頭部 MRI 検査で水頭症と診断し、脳室ドレーンチューブを留置した。その後、頭痛や嘔気の出現はなかった。妊娠 38 週に血圧管理目的に全身麻酔下で選択的帝王切開を施行した。2504g の男児 (Ap 3/9 点) を娩出した。産褥 14 日目に脳室ドレーンチューブを抜去し、脳室腹腔シャントチューブを留置した。産褥 27 日目に自宅退院し、現在は後遺症や再発症状なく母児ともに経過良好である。【考察】SAH を含む脳卒中は妊産婦死亡の 18% を占め、予後不良な疾患である。妊婦が SAH をきたした場合、母体を優先した治療を行うことが原則だが、胎児の救命も重要となる。発症時期や母体の重症度、胎児の肺成熟度を判断した上で対応を考慮すべきである。今回、一連の管理と治療が奏効し正期産で生児を得ることができた。

69. 先天性アンチトロンビン欠乏症妊婦に遺伝子組み換えアンチトロンビン製剤を用い合併症なく生児を得た 1 例

○藤部 佑哉¹、真里谷 奨¹、蛭谷 由真¹、水柿 裕子¹、川俣 あかり¹、水内 将人¹、
森下 美幸¹、馬場 剛¹、石岡 伸一¹、吉田 正宏²、井山 諭³、齋藤 豪¹

¹札幌医科大学付属病院 産婦人科学講座、²王子総合病院 血液腫瘍内科、³札幌医科大学付属病院 血液内科学

【緒言】先天性アンチトロンビンⅢ欠乏症(Congenital antithrombin deficiency: CAD)は妊娠に伴い高頻度に血栓症を伴うとされており、周産期における適切な血栓症予防を行うことが重要である。今回我々は脳梗塞既往のある CAD 合併妊婦の周産期管理に遺伝子組み換えアンチトロンビン製剤を用いて、合併症なく母児を管理できた症例を経験したので報告する。【症例】30 歳、2 妊 0 産(人工妊娠中絶 1 回)、実母が CAD であり 20 歳時に同疾患と診断された。24 歳時に頭痛のため施行された頭部 CT で無症候性の陳旧性脳梗塞と診断された既往があった。自然妊娠され、前医にて妊娠 13 週よりヘパリンカルシウム自己注射 10,000 単位/日を開始され、D dimer 値を基準にしつつ 20,000 単位/日まで増量していた。妊娠 24 週には周産期管理のため当院紹介となったが母児ともに特記事項なく経過し、妊娠 39 週 2 日に計画分娩のため入院した。陣痛発来までヘパリンカルシウム 20,000 単位/日を持続点滴し、機械的操作を行う際に遺伝子組み換えアンチトロンビン製剤(rhAT 製剤) 3000 単位/日の投与を開始した、なお rhAT 製剤投与は産褥 3 日目まで継続とした。入院までは ATⅢ活性値は 30-40% 台で経過していたが、rhAT 製剤投与中は 80-120% を保っていた。誘発 3 日目である妊娠 39 週 4 日に分娩停止のため選択的帝王切開術を行い、男児 2974g を分娩した。産褥 1 日目でヘパリンカルシウムを再開し周術期の血栓症の発生はなく、経過良好にて産褥 7 日目に母児ともに退院した。【考察】本疾患は周産期において高率に血栓症を発症すると言われているが、過去の文献やガイドラインに沿って予防策を講じることで安全に管理することができた。CAD 合併妊婦に対する周産期管理方法の 1 例として、本発表が後進の役に立てば幸いである。

70. 妊娠を契機に診断された先天性血液凝固異常合併妊娠の2症例

○松本 麻未、田中 幹二、追切 裕江、大澤 有姫、松倉 大輔、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院

【緒言】妊娠により大部分の凝固因子は増加するが、先天性の完全欠損例や重症の低下症では補充療法を行う必要がある。今回、妊娠を契機に診断された先天性血液凝固異常合併妊娠に対して周産期管理を行った2症例を経験したので報告する。【症例1】34歳、2妊0産(自然流産1回)。これまで出血傾向のエピソードや家族歴はなし。流産後の不育症検査で先天性フィブリノゲン(Fib)欠乏症とプロテインS欠乏症の診断となった。妊娠成立後低用量アスピリンを28週まで継続し、Fibは1回3g1週間に2回投与し、140-170 mg/dLを維持した。妊娠38週3日から管理入院とし、分娩前Fib>150 mg/dLを維持した。分娩直前で179 mg/dLのためFib 3gを投与し、3,580gの男児(Ap. 9/9)自然分娩。分娩時出血量は555gで、産褥経過は良好だった。分娩後Fib補充は行わず、1か月健診時のFib値は71 mg/dLであった。【症例2】31歳、1妊0産。血栓症の家族歴なし。既往歴として14歳からSLE(プレドニン内服でコントロール良好)。妊娠9週に右下肢深部静脈血栓症を発症し、精査の結果先天性アンチトロンビン(AT)欠乏症の診断となった。最終的に未分画ヘパリン1日20,000単位の皮下注、またAT欠乏症に対してはAT70%以上を目標としてAT製剤週2回投与した。妊娠39週5日より入院管理とし、分娩直前にAT製剤を投与した上で分娩とした。児は2924gの男児(Ap.9/9)で、出血量は139gであった。分娩後AT補充は行わず、ヘパリンからワーファリン内服へ切り替えて退院となった。今後も血栓症既往のある先天性AT欠乏症として、生涯抗凝固療法が必要である。なお、いずれの症例においても遺伝的素因を考慮して児についても精査を進める予定である。【考察】妊娠を契機に判明した先天性血液凝固異常合併妊娠に対し良好な周産期予後を得た2症例を経験した。日常生活では問題とならない凝固障害でも、妊娠中は容易に増悪し、重篤な転帰を取り得るため、厳重な管理と適切な補充療法が必要である。

71. DICを合併し対応に苦慮した急性リンパ性白血病合併妊娠

○佐藤 哲、鈴木 聡、加藤 麻美、石橋 真輝帆、野村 真司、経塚 標、山口 明子、藤森 敬也
福島県立医科大学 産科婦人科学講座

【緒言】妊娠中に発症する白血病の報告は少なく、発症する頻度は約10万分の1とされている。特に急性白血病の合併は病状の進行が極めて速く、分娩時期、方法の決定に苦慮する。今回、DICを合併し対応に苦慮した急性リンパ性白血病合併妊娠の1例を経験したため報告する。【症例】36才G2P1(自然分娩)。自然排卵周期にて妊娠成立。近医産婦人科で初期より妊婦健診を施行し、母児ともに異常は認めなかった。妊娠36週時点で両下腿の浮腫、疼痛が出現し前医を受診。採血で白血球480,000/ μ l、血小板数76,000/ μ lと著明な血球異常を認め当院に母体搬送。当科初診時、児のwell-beingは良好であった。血液内科で急性リンパ性白血病と診断され、早期のtermination及び化学療法の導入が検討されたが、腫瘍性のDICによるPPHの可能性、腫瘍崩壊症候群による死亡のリスクが高いと判断した。抗DIC療法と凝固因子補充による待機的管理の方針とし、血液内科でプレドニゾロンによる腫瘍減量療法が開始された。しかし第3病日に母体の急激な呼吸状態の悪化を認め、全身麻酔下の緊急帝王切開を施行(Apgar score 8/9, UmA-pH 7.26)。出血予防にBakri balloon®を留置、術後はICUで人工呼吸器管理となった。輸血製剤投与、抗DIC療法を継続、術後DICは改善傾向、明らかな出血は認めずPOD1に血液内科へ転科した。化学療法施行され第36病日に退院、今後同種造血幹細胞移植の予定となっている。【考察】白血病は母体の貧血、感染や胎児発育遅延、子宮内胎児死亡、常位胎盤早期剥離のリスクを増加させるとの報告があり、特に急性白血病は母体に致命的な影響を与えるため速やかな治療介入が必要となる。急性白血病合併妊娠では腫瘍性DIC、腫瘍崩壊症候群など周術期の出血、管理に難渋する可能性が高く、terminationの時期や分娩方法、児の長期予後等の明確なコンセンサスはない。血液内科、新生児集中治療科との連携、risk and benefitを考慮した最善の治療、分娩方針を選択する必要がある。

72. 母体が妊娠初期にアイソトープ治療を受け児が甲状腺機能低下症・副甲状腺機能低下症となった一例

○飯野 香理、小玉 都萌、石原 佳奈、松村 由紀子、丹藤 伴江
独立行政法人国立病院機構 弘前病院 産婦人科

【緒言】甲状腺疾患の治療として行われるアイソトープ療法は、内服した放射性ヨードが体内に残存する甲状腺細胞に取り込まれることによって甲状腺細胞を破壊し治療効果を得る。妊娠女性は本療法の禁忌となるが、甲状腺疾患を罹患する女性は生殖年齢であることが多く、避妊期間や妊娠の有無が問題となることがある。今回我々は、妊娠 10 週相当にアイソトープ治療を受け、児が先天性甲状腺機能低下症・副甲状腺機能低下症となった症例を経験したので報告する。【症例】症例は 33 歳の未経産婦。32 歳で甲状腺癌の手術を受け、妊娠 10 週相当の時期にアイソトープ療法を他院で実施した。妊娠 35 週相当で胎動と腹部膨満を自覚し近医婦人科を経て当院を初診した。胎児超音波検査では児に明らかな奇形はなく、推定体重から分娩予定日を決定した。妊娠 38 週 0 日、胎児機能不全疑いとして吸引分娩となった。児は 2665g の男児 Apgar score1 分値 8 点、5 分値 9 点で出生直後は異常なく通常管理となった。しかし、日齢 5 で甲状腺ホルモンが $fT4:0.6ng/dl$, $TSH>100\mu U/ml$ と著明に低下しており、小児科で管理入院となった。児は入院後、先天性甲状腺機能低下症・副甲状腺機能低下症と診断された。甲状腺機能低下による腹部膨満と嘔吐がみられたが、チラージン投与にて症状は軽快した。日齢 31 に退院し以降は小児科外来で定期的に経過観察されている。5 歳児となった現在、チラージンとカルシウム製剤の投与は継続しているが、精神および身体的発達は異常なく経過している。【考察】本症例では経過から妊娠初期に受けたアイソトープ療法により放射性ヨードが胎児に取り込まれ先天性甲状腺機能低下症と先天性副甲状腺機能低下症をきたしたと考えられる。妊娠女性を禁忌とする治療前に妊娠の有無を正確に把握することは必ずしも容易ではなく、否定できない場合は産婦人科の診察を事前に行うことも考慮される。

73. 妊娠を機に精神神経ループス、血小板減少が増悪した SLE 合併妊娠の 1 例

○玉城 良、遠藤 大介、三坂 琴美、鈴木 裕太郎、山田 竜太郎、吉井 一樹、森脇 征史、服部 理史
帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】全身性エリテマトーデス (SLE) は若年女性に多い自己免疫疾患であり、しばしば妊娠に合併する。SLE を原因として起こる中枢神経障害を CNS ループスもしくは精神神経ループスという。今回我々は、妊娠を機に精神神経ループスと血小板減少が増悪した SLE 合併妊娠を経験したので報告する。【症例】33 歳、1 妊 0 産。27 歳で精神症状を契機に SLE を発症、精神神経ループスと診断され内科および精神科で加療されていた。経過中、深部静脈血栓が出現、抗リン脂質抗体症候群の診断となったが、症状が安定したため、妊娠を許可され、自然妊娠が成立し当科紹介となった。PSL、タクロリムスの内服で妊娠初期には異常なかったが、妊娠 25 週より血小板減少を認め、内科で入院加療となった。入院後ステロイドパルス療法を開始したが、血小板は一時的な増加にとどまった。また、入院後より血圧の上昇を認めており、妊娠高血圧症候群発祥と判断、降圧薬を内服開始となった。妊娠 30 週より尿蛋白を認め始めた。多弁や思考の飛躍などの精神症状が増悪し、精神科で抗精神病薬の内服が開始された。ステロイドパルスを 3 回、免疫グロブリン大量療法を 1 回試行したが、血小板減少の著明な改善はなく、精神症状も増悪傾向であり精神神経ループスの増悪も強く疑われたことから、妊娠継続困難と判断し、妊娠 32 週 0 日で帝王切開分娩とした。分娩後は、MMF を開始し、症状は安定している。【考察】SLE 合併妊娠では、流早産や死産、妊娠高血圧腎症などのリスクが高くなることが知られているおり、時に SLE 自体の急性増悪も経験する。妊娠中の母体の急性増悪を早期に発見し最適な分娩のタイミングを図っていくことが重要である。本症例では母体の重症化を認め、適切な時期での分娩であったと考える。

74. 原発性アルドステロン症合併妊娠の一例

○金井 麻子、村上 幸治、十川 佳苗、上田 寛人、吉澤 明希子、横浜 祐子、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

【緒言】原発性アルドステロン症(PA)は副腎からのアルドステロンの過剰分泌により高血圧などの症状を来す疾患である。高血圧症の約 10%を占める頻度の高い疾患であるが、PA 合併妊娠の報告は少ない。今回、非妊時より診断されていた PA 合併妊娠の一例を経験したので報告する。【症例】33 歳 2 妊 0 産。28 歳時に職場検診でこれまで指摘されていなかった高血圧を指摘され、精査にて両側副腎皮質過形成による PA と診断された。選択的アルドステロン拮抗薬、β 遮断薬で降圧し、心・腎機能低下はなく経過していた。挙児希望があり、加重型妊娠高血圧腎症などの発症リスクについて説明を行い、メチルドパ内服に変更後に自然妊娠された。妊娠経過は順調で、正常血圧で推移し、子宮内胎児発育不全、尿蛋白、低 K 血症を認めなかった。妊娠 39 週 3 日に分娩第 2 期遷延のため吸引分娩となった。3135g の男児で Apgar score 8/8、臍帯動脈血ガス pH7.364, BE-7.1 であった。分娩後もメチルドパ内服を継続し、経過順調であるため産褥 5 日目に退院された。現在は授乳中であるが、今後の第 2 子妊娠を検討されている。【考察】PA 合併妊娠では、妊娠中に低 K 血症や高血圧が増悪したとの報告があるが、妊娠中に高血圧が改善したという報告も散見される。妊娠中に血圧が低下する機序としてはプロゲステロンによるアルドステロン拮抗作用が関与すると推測されている。本症例では非妊時より PA と診断され管理されており、腎機能低下・尿蛋白を認めていなかったため経過良好であった可能性があると考えられる。妊娠中に血圧コントロールが良好になる例と悪化する例の予測因子については明らかになっていないため、PA 合併妊娠では注意深く経過観察していく必要があると考えられる。

75. 胎児発育不全、母体の体液貯留と乏尿、帝王切開術後の腹壁出血を発症し管理に難渋した

Wilson 病合併妊娠の一症例

○小野山 薫、齋藤 昌利、横山 日南子、石原 健志、仲野 靖弘、齋藤 翔子、
黒澤 靖大、大塩 清佳、山本 嘉昭、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【緒言】Wilson 病は肝臓における銅の代謝異常により、肝臓をはじめ銅の沈着による全身の臓器障害をきたす先天性代謝疾患である。治療継続の上で妊娠・出産も可能とされるが、今回我々は管理に難渋した Wilson 病合併妊娠の症例を経験したので報告する。【症例】24 歳、1 妊 0 産、身長 165.5 cm、体重 59.3 kg。3 歳時に Wilson 病と診断され、酢酸亜鉛水和物内服で治療されていた。自然妊娠で妊娠成立後、妊娠 25 週に胎児発育不全(FGR)のため管理入院となった。入院時の血液検査で血小板減少、AT3 低値であり、AT3 製剤の投与を開始した。妊娠 28 週に母体に下腿浮腫、腹水が出現。低 Alb 血症があり、Alb 製剤の投与を開始した。その後、腹水増悪により食事摂取不良となり、著明な会陰浮腫、乏尿も出現し、妊娠 30 週 3 日、母体適応で妊娠中断の方針となった。体重は 79.1kg まで増加していた。輸血施行の上で帝王切開術(C/S)を施行。児は出生体重 1173 g (-1.9 SD)、女兒、Apgar Score 2 点(1 分) / 5 点(5 分)であり、NICU 入院となった。母体は総出血量 2813ml(腹水、羊水含む)、術後肺水腫のため ICU 入室となった。Alb 製剤と利尿剤投与で加療し一般病棟で管理可能となっていたが、C/S 後 6 日目、突然の下腹部痛が出現し、造影 CT で腹壁内に造影剤漏出とその周囲に 5cm×7cm の血腫を認めた。動脈塞栓術を施行したが腹部超音波で血腫増大を認め、外科的に血腫除去術、止血術を施行した。その後は血腫拡大や再出血はなく、浮腫や腹水も著明に改善、体重も 60.8kg まで減少し、C/S 後 14 日目に退院となった。【考察】肝合成能低下による低 Alb 血症や凝固因子欠乏、門脈圧亢進症による類洞内圧上昇や脾腫を背景として、妊娠に伴う低 Alb 血症、線溶傾向が重なり、FGR、母体の体液貯留と乏尿、帝王切開術後の腹壁出血をきたしたと考えた。妊婦が肝合成能低下や門脈圧亢進症を合併する場合、重篤な体液貯留、凝固障害をきたす可能性を想定して管理する必要がある。

76. 高度の非妊時低体重の状態から妊娠が成立し、生児を得た神経性食思不振症合併妊娠の 1 例

○坂口 太一、亀山 沙恵子、下田 勇輝、三浦 広志、佐藤 朗、寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】神経性食思不振症（以下 AN と略す）は若年の女性に多く発生し、やせ願望や肥満恐怖に基づく食行動の異常を来す疾患である。不妊治療により妊娠・出産に至る報告も少なくない。今回、非妊時 BMI14 の状態から不妊治療により妊娠が成立し、生児を得られた 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】30 代、2 妊 1 産、第一子出産後に AN を発症し、近医心療内科で漢方療法とカウンセリング療法で加療されていた。第一子出産後より月経が再開せず、挙児を希望され近医産婦人科を受診した。非妊時 BMI は 14 だった。FSH-Timing 療法により妊娠が成立し、周産期管理のため、妊娠 29 週 3 日当科へ紹介された。切迫早産の診断で入院、塩酸リトドリンの点滴投与を開始した。入院後、1 週間で 1.6 kg の体重減少を認め、精神科の受診を勧めたが、同意が得られなかった。栄養指導を行い、その後の著明な体重減少は認められなかった。妊娠 37 週 1 日陣痛発来、急速に進行、病室トイレでの墜落分娩に至った。分娩直後の BMI は 17、食事摂取は良好であり、母乳栄養を開始した。母児ともに経過良好で産後 5 日目に退院した。産後 18 日目乳腺炎と 5 kg の体重減少 (BMI14) を認め、当科へ再入院した。認知行動療法を踏まえた栄養指導を行い、経口摂取は増加し、母乳栄養は継続、産後 24 日目に退院、現在、当科外来でフォローアップ中である。【考察】本邦でも AN は近年、増加傾向にあり、不妊治療の対象となることも少なくない。また、AN 合併妊娠は流早産、低出生体重児、帝王切開術の頻度が増加し、産後に関しても、産後うつ病、育児行動異常が多く、高度の低体重、低栄養状態が周産期予後に影響を及ぼすことが報告されている。AN を有する女性に対しては、不妊治療、妊娠成立後の周産期管理、産後の育児支援など妊娠前から分娩後まで継続した管理が重要であると考えられた。

77. 両側子宮に同時妊娠した OHVIRA 症候群の 1 例

○高林 杏奈、門ノ沢 結花、淵之上 康平、松下 容子、熊坂 諒大、森川 晶子、

尾崎 浩士

青森県立中央病院 産婦人科

【緒言】OHVIRA 症候群は重複子宮、片側腔閉鎖、同側腎欠損を合併する症候群である。初経後数年以内に月経血の貯留による下腹部痛などが生じ診断されることが多い。今回、無症状で妊娠を契機に診断に至った両側子宮同時妊娠した一例を経験したので報告する。【症例】症例は 34 歳、1 妊 0 産の女性。自然妊娠成立後、近医で双角子宮の両側妊娠として管理されていた。片腎疑い、I 児の口唇口蓋裂を指摘されたが、その他特記事項なく経過し、妊娠 27 週、里帰り分娩目的に当科紹介となった。妊娠 31 週より管理入院。妊娠 32 週時に左水腎症を認め、尿管ステントを挿入した。その後妊娠 33 週頃より浮腫の増悪や、2 週間で 5kg 以上の体重増加、胸部 X 線検査で胸水貯留を認め、妊娠 36 週 3 日、緊急帝王切開術にて分娩となった。両側子宮の下節部をそれぞれ切開し、児を娩出した。子宮は双角子宮であったが右側子宮は頸部との交通は認めず、左右の子宮の中隔には肉眼的には交通を認めなかった。右側子宮の悪露の貯留による感染を予防するため子宮筋層下方の膜性部分を切開した。児は I 児 2406g の男児、アプガースコア (Ap) 1 分値 9 点、5 分値 9 点、II 児は 2256g の女児、Ap1 分値 8 点、5 分値 9 点であった。出血量は羊水を含めて 3578g であった。術後貧血のため輸血を要したが、両側子宮腔内の悪露の貯留もなく、術後 8 日目に尿管ステント抜去、術後 13 日目に退院となった。今後 MRI や子宮卵管造影検査を行い精査していく予定である。【考察】OHVIRA 症候群の妊娠例の報告は少なく、早産や、患側子宮の妊娠の報告はあるが、両側子宮同時妊娠の報告はない。子宮奇形における双胎妊娠の場合には通常の上胎妊娠よりもさらに流早産や FGR、子宮内感染のリスクは高い。本症例では明らかな切迫早産兆候や、FGR、感染兆候を認めず、36 週まで妊娠継続が可能であった。

78. 妊娠を契機に診断された血管型 Ehlers-Danlos 症候群の一例

山田 拓馬、近藤 壯、三部 一輝、西村 俊哉、桑原 陽祐、坂野 陽通、大塚 かおり、
中尾 光資郎、平吹 信弥、佐々木 博正、干場 勉
石川県立中央病院 産婦人科

【緒言】 Ehlers-Danlos 症候群（以下 EDS）は遺伝性の結合織異常をきたす疾患であり、表現型により 9 型に分類される。タイプ 4 に分類される血管型は約 25 万人に一人と稀であるが、平均寿命は 48 歳と予後が悪く、血管型 EDS 合併妊婦における周産期死亡率は、12-25%におよび、産婦人科医も留意しなくてはならない。今回我々は妊娠を契機に診断された血管型 EDS の症例を経験したので報告する。【症例】患者は 41 歳、3 妊 1 産。家族歴に父親の大動脈解離、妊娠歴は、分娩停止による帝王切開術、自然流産があった。今回 IVF にて双胎妊娠が成立した。妊娠 11 週に性器出血のため当院救急搬送となり、Hb5.8 と高度貧血の進行を認めた。ガーゼ圧迫、止血剤点滴、輸血を行なった。画像検査で絨毛膜下血腫を認めたが、血液検査で凝固異常は指摘できなかった。妊娠 16 週に予防的子宮頸管縫縮術を施行後、子宮収縮薬による治療を行なったが、慢性的な出血は持続し、妊娠 25 週に頻回の子宮収縮を伴う胎胞脱出を認めたため、緊急帝王切開術を施行した。子宮は易壊性であり、第 2 子は出生後すぐに死亡した。第 1 子は NICU に入院となったが、原因不明の血腫形成と貧血の進行を認めた。経過から遺伝性疾患が疑われ、皮膚生検を施行したところ、母児共に COL3 遺伝子の変異を認め血管型 EDS と診断した。現在外来にて降圧治療継続中であり、児は NICU 入院中である。【考察】妊娠中は循環血液量が増加するため、動脈解離や子宮破裂のリスクが上昇するとされている。今回の症例では妊娠を契機に増加した循環血液により、脆弱化した血管が破綻し、慢性的な出血という形で臨床症状が出現した可能性が考えられる。妊娠中の出血は日常臨床でよく遭遇するが、長期に及ぶ場合や高度貧血がみられる場合は、血液検査だけでなく、家族歴の詳細な聴取や遺伝子検査も念頭に置かなくてはならない。

79. 妊娠前に 44mm の valsalva 洞径拡大がみられた Marfan 症候群合併妊娠の 1 例

～他科との合同検討を踏まえて～

○小川 裕太郎、山本 寛人、富永 麻理恵、上村 直美、森川 香子、常木 郁之輔、
田村 正毅、柳瀬 徹、倉林 工
新潟市民病院 産婦人科

【諸言】 Marfan 症候群は骨格系異常、眼症状、新血管系異常を 3 症候とする常染色体優性遺伝を有する遺伝性結合組織性疾患である。妊娠 28 週以降の循環血液量増大に伴い心前負荷が増大すると大動脈解離を起こすリスクが高まるとされている。今回、妊娠前に妊娠を避けるべきとされる 44mm 以上 valsalva 洞径拡大を指摘されていたが、妊娠成立し、妊娠分娩管理を行った症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例】症例は 37 歳女性、1 妊 0 産、既往歴に子宮筋腫核出術がある。妊娠前の心臓超音波検査断層法で valsalva 洞径拡大 44mm、Ⅲ度の僧帽弁閉鎖不全症を指摘された。NYHA は I 度であった。最終月経から自然妊娠成立し、当科紹介初診となった。妊娠継続について内科も併診して相談した。妊娠 26 週から入院管理を行い、β ブロッカーの内服を開始した。当科、循環器内科、新生児内科、心臓血管外科、救急救命科とともに合同検討を行い、分娩時期、帝王切開の方法、大動脈解離発症時や大動脈瘤破裂発症時の心臓血管外科手術の適応、術後の管理について検討した。経過中に心不全の出現や valsalva 洞径の拡大はなく、妊娠 32 週 0 日、全身麻酔、硬膜外麻酔下に選択的帝王切開を行い、生児を得ることができた。【考察】大動脈解離のリスクが高く妊娠を避けるべきとされた Marfan 症候群合併妊娠の 1 例を経験した。妊娠 26 週から入院管理を行い、β ブロッカーの内服を開始した。妊娠による心不全の悪化、大動脈解離の発症を予防するために児の神経学的予後を考慮し、分娩時期を妊娠 32 週と決定した。手術後は ICU での入院管理を行い、分娩後 2 週間までは入院管理を行うこととなった。大動脈解離のハイリスクと考えられる Marfan 症候群についてはコンセンサスの得られた分娩時期はないため、施設ごとの能力に応じた対応が必要となる。他科との合同検討を行うことによって情報を共有することができ、方針の決定だけでなく、緊急時の円滑な対応が可能になると考えられた。

80.筋強直性ジストロフィー合併妊娠の4例～周産期予後と母体の健康維持に関する産婦人科医の役割～

○谷 英理、津田 さやか、本郷 綾華、生水 貫人、森田 恵子、米田 徳子、米田 哲、
塩崎 有宏、齋藤 滋
富山大学 産婦人科

【緒言】筋強直性ジストロフィー (Myotonic Dystrophy ; MD)は1/8000人の頻度で見られる常染色体優性遺伝疾患であり、妊娠合併症を契機に診断に至ることがある。良悪性腫瘍や心伝導系異常の合併頻度が高く、平均寿命は50歳前後である。当科で経験したMD合併妊娠の4例を、文献的考察を踏まえ報告する。【症例】症例1. 33歳、G1P0、子宮筋腫合併妊娠であった。妊娠23週2日に切迫早産に対し塩酸リトドリン点滴を施行した。開始後24時間でCK7000U/mLと上昇したことを契機にMDと診断された。陣痛発来し妊娠23週5日帝王切開とした。児は先天性筋ジストロフィー(Congenital muscular dystrophy:CMD)であり、日齢65日目に永眠した。症例2. 23歳、G1P0、15歳時に過眠症と家族歴からMDと診断された。自然妊娠しGDMを合併した。妊娠40週6日胎児機能不全のため帝王切開とした。児はCMDであったが3歳9か月現在独歩可能である。症例3. 36歳、G2P1、前児は健児。子宮筋腫合併妊娠であった。妊娠30週6日切迫早産に対し塩酸リトドリン点滴を施行した。開始後15時間でCK8157U/mLと上昇したことを契機にMDと診断された。羊水過多あり羊水除去を施行した。胎児機能不全のため妊娠34週6日帝王切開とした。児はCMDであり1歳2か月現在、座位は可能である。症例4. 37歳、G1P0、子宮筋腫核出後妊娠であった。妊娠20週3日切迫流産に対する塩酸リトドリン内服開始後24時間で3936U/mLと上昇を認めMDの診断となった。前期破水のため妊娠26週1日帝王切開とした。児はCMDであり日齢24日現在NICU入院管理中である。【考察】出産を経験したMD女性の1/3は妊娠合併症を契機に診断される。今回は3例が塩酸リトドリンによる横紋筋融解症を呈したことから診断に至った。塩酸リトドリン投与で短期間で高度のCK上昇を伴う横紋筋融解症が生じた場合はMDを疑う必要がある。また、3例が婦人科良性腫瘍を合併していた。予後因子となる悪性腫瘍、心伝導系疾患および良性腫瘍の評価や定期健診がMD女性の健康維持に寄与する可能性がある。

81.家族性低リン血症性くる病合併妊娠の1例

○丸山 恵利子、齋藤 真実、大田 悟、長谷川 徹、三輪 正彦
富山市民病院 産婦人科

【緒言】家族性低リン血症性くる病は責任遺伝子の違いにより遺伝形式は異なるが、最も頻度の高いX染色体連鎖性低リン血症性くる病(XLH)で数万人に1人といわれている。妊娠中の管理についての報告は非常に少ない。今回、経口リン酸製剤と活性型ビタミンD製剤の内服を継続し妊娠・産後の管理を行ったので報告する。【症例】26歳、1妊0産、身長150cm。1歳で歩行開始の遅れをきっかけに家族性低リン血症性くる病と診断され、2歳より経口リン酸製剤と活性型ビタミンD製剤の内服を開始された。22歳で左大腿骨内顆骨壊死症のため高位脛骨骨切り術を施行された。家族歴は、母親が家族性低リン血症性くる病と診断されている。妊娠初期に経口リン酸製剤と活性型ビタミンD製剤を自己中断していたが、P 1.6mg/dl(基準値2.6~4.6mg/dl)の低リン血症を認めたため妊娠15週より内服再開した。再開後はP 1.6~2.3mg/dlで推移し、高カルシウム血症は認めなかった。妊娠39週3日で女兒を娩出。児は低リン血症を認めなかった。経口リン酸製剤と活性型ビタミンD製剤を継続し、母乳保育を進めている。【考察】経口リン酸製剤と活性型ビタミンD製剤については、いずれも妊娠中の安全性については確立しておらず、治療上の有益性が危険性を上回ると判断した場合に投与するとされている。また授乳中の投与は避けることが望ましく、投与する場合は授乳を避けさせるとの記載がある。本症例では薬剤中止時の母体血中リン濃度が低く、薬剤内服が望ましいと判断した。また動物実験で活性型ビタミンD製剤の授乳による新生児への移行は少ないとの報告もあり、低リン血症が母乳栄養に与える影響を考え産後も内服を継続した。家族性低リン血症性くる病はX染色体優性遺伝が多く、母親が保因者の場合子供は性差なく発症率50%である。児はO脚・X脚などの骨変形、歩行障害、低身長などをきたし、早期からの医療介入が必要と言われている。児についても経過観察中である。

82. 妊娠中に一過性大腿骨頭萎縮症を発症した 1 例

○萩原 達也、千坂 泰、成田 吉央、笠原 祥子、氷室 裕美、柳田 純子、太田 恭子、
齋藤 美帆、佐藤 多代、鈴木 久也、谷川原 真吾
仙台赤十字病院

【緒言】一過性大腿骨頭萎縮症(transient osteoporosis of the hip : TOH)は、股関節周囲の疼痛、大腿骨頭萎縮を特徴とし、妊娠女性、特に妊娠後期に好発すると言われている。今回妊娠中に TOH を発症した 1 例を経験したので報告する。【症例】27 歳、身長 165cm、非妊時体重 53kg、出産時体重 66、BMI 24 妊娠分娩歴 : 1 妊 0 産 家族歴 : 特記事項なし 既往歴 : 特記事項なし 現病歴 : 自然妊娠後、当院にて周産期管理を行っていた。妊婦健診では特に異常なく経過、妊娠 34 週頃から左腰痛、左股関節痛の訴えが出現し、徐々に増悪傾向にあったが、骨盤ベルトで支持し経過観察していた。疼痛増強により自力歩行不能、日常生活に支障を来すようになり、妊娠 38 週 6 日に分娩誘発の方針で入院とした。分娩進行中に高度遷延性一過性徐脈を認め、妊娠 39 週 1 日、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開を行った。出産後も左股関節痛の改善は認めず、整形外科に紹介、MRI 検査で左大腿骨頭に限局した骨髄浮腫(bone marrow edema)の所見を認め、TOH の診断に至った。松葉杖を用いた免荷歩行による保存療法の方針で術後 7 日目に退院となった。1 ヶ月検診時も松葉杖は必要な状態であったが痛みは軽減し改善傾向であった。【結語】股関節痛、腰痛は妊娠中に訴えの多い症状だが、TOH や他にも大腿骨頸部骨折、大腿骨頭壊死などを発症している可能性もあるため、症状が増悪する場合には、MRI 検査を含め、慎重に管理する必要があると考えた。

83. 妊娠 36 週まで妊娠継続できた身長 114cm 妊婦の一例

○松宮 環、滝口 薫、植田 牧子、遠藤 雄大、大和田 亜矢、野村 泰久、田中 幹夫
一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院

【諸言】低身長や四肢短縮である患者は、原疾患の確定診断に至っていないことが多い。骨系統疾患合併妊婦は妊娠高血圧症候群や切迫早産などの母体合併症により、早い週数での分娩を余儀なくされるという報告を多数散見する。今回、身長 114cm の低身長と四肢短縮を認める妊婦の一例を経験したので報告する。【症例】30 歳、1 妊 0 産。身長 114cm、非妊娠時体重 33kg (BMI25.4)。低身長の家族歴はなく、骨折歴もない。また睡眠時無呼吸症候群の併存症を認めている。自然排卵周期にて妊娠成立し、前医で妊婦健診開始となった。経腹超音波では、児に四肢短縮、胸郭低形成、病的骨折・変形、臓器奇形を認めず経過した。妊娠 23 週 5 日、以後の周産期管理目的に当科紹介され、外来にて妊婦健診を継続していたが、腹部緊満感増強してきたため、妊娠 28 週 6 日より入院管理となった。入院後、ニフェジピン内服のみで、切迫早産や母体合併症なく経過した。妊娠 36 週 1 日に子宮収縮頻回となり、リトドリンで tocolysis 開始した。児頭骨盤不均衡の診断にて妊娠 36 週 4 日に選択的帝王切開を施行した。術前 MRI より脊柱管狭窄を認め脊椎麻酔は困難であると判断したため、麻酔方法は全身麻酔を選択した。児は、2175g の男児、身長 43.5cm、Apgar score 8/9 (1 分値/5 分値)、臍帯動脈血 pH 7.308 であり、四肢短縮や外表奇形を認めていない。術後、血圧上昇や臓器障害を認めず、術後 5 日目に退院となった。【考察】骨系統疾患合併妊婦は切迫早産や妊娠高血圧症候群などの母体合併症を伴う可能性がある。本症例では、早い週数での分娩の必要性を考慮し、妊娠 28 週より入院管理とした。しかし骨系統疾患が示唆される妊婦でも、四肢短縮を認める低身長の妊婦の場合、切迫早産や母体合併症がなければ、late preterm まで妊娠を継続することが可能であった。

84. 非交通性副角子宮と器質的卵管採閉鎖によるモリミナ症状のため月経2回目で緊急手術となった若年女性の1例

○五十嵐 なつみ、高橋 和江、軽部 裕子、福田 淳、高橋 道
市立秋田総合病院 産婦人科

【緒言】子宮奇形は一般女性の3.8~6.7%と稀な疾患であり、原発性無月経や月経困難症、不妊症などの原因となり得る。今回我々は、非交通性副角子宮に器質的卵管採閉鎖を合併したことによるモリミナ症状のため、初経から2回目の月経で手術を施行した若年女性の1例を経験したので報告する。【症例】10歳、0妊。2018年1月中旬に初経から2回目の月経が到来した。月経3日目より腹痛、嘔吐、下痢が出現したため当院を受診し、急性腸炎の診断で補液加療の後帰宅した。月経5日目に症状が増悪し、当院を再受診した。造影CTを施行したところ、回腸末端炎と子宮奇形を疑う骨盤内腫瘤を認め、精査加療のため当科入院となった。MRI、経直腸超音波検査にて非交通性副角子宮の月経血貯留と診断した。腸炎症状の改善後に開腹下右副角子宮切除術、右卵管切除術を施行した。開腹時、右副角子宮は単角子宮頸部より頭側に約3cmと広基性に付着していた。右卵管は卵管採閉鎖し、留血腫となっていた。摘出した右副角子宮は非交通性であった。術後、月経痛は出現せず経過している。

【考察】副角子宮は米国不妊学会の提唱する子宮奇形に対するASRM分類のII型に分類され、子宮奇形の中でも稀な疾患である。II型子宮奇形は、非交通性副角子宮を合併した場合、非交通性副角子宮における月経血貯留により、月経回数を重ねる毎に増悪する重度の月経困難症を引き起こす。本症例では、非交通性副角子宮に卵管採閉鎖を合併していたことにより、月経血が腹腔内に逆流せず、通常よりも早期に強い症状が出現したと考えられる。また、本疾患では近年腹腔鏡下手術が多く施行されているが、本症例ではMRIより広基性の副角子宮が疑われたため、将来の子宮破裂のリスクを考慮した上で開腹手術を行う方針とした。小児であっても、重度の月経困難症ではこのような症例があることを念頭に置いて対処する必要がある。

85. IUD 抜去で軽快した再燃を繰り返した卵管卵巣膿瘍の一例

○井村 紗江、石丸 美保、金谷 太郎、野島 俊二
独立行政法人 国立病院機構 金沢医療センター

【緒言】IUDの長期留置は骨盤内炎症性疾患(PID)を引き起こし、重症例では卵管卵巣膿瘍(TOA)や汎発性腹膜炎となり外科的処置が必要となることがある。今回、TOAがIUD抜去することで軽快した症例を経験したため報告する。【症例】47歳、3妊3産。喫煙指数520。第3子出産後の33歳でIUD挿入しその後の定期健診は受けていなかった。IUD挿入から10年後に腹痛あり、左卵巣膿瘍を認めた。クラミジアは陰性であった。1週間の抗生剤内服で腹痛は軽快し経過観察となった。4か月後に再度腹痛あり、IUD留置を確認したが抜去困難であったため卵巣手術時に抜去を予定しIUD挿入のまま1週間の抗生剤治療となった。腹痛はおさまり2か月後に手術予定となっていたが膿瘍縮小し手術中止となった。以降は下腹部痛や帯下異常を自覚していたが2年間受診なし。IUD挿入から13年後の46歳時に発熱、下腹部痛あり当院受診した。右卵管膿瘍を認めIUD抜去して1週間の抗生剤内服を開始したところ数日で解熱し下腹部痛は消失した。その後1年間、TOAの出現なく経過している。【考察】腹痛や不正出血を訴えTOAを認める症例に対して、抗生剤治療の効果が乏しく外科的処置とすることがある。再燃するTOAでもIUD抜去で軽快する例があるため侵襲的処置の前にIUDの検索、抜去を試みるべきである。また、IUD留置後に放置することでTOAの反復や抜去困難となる例があり、IUD挿入の際には定期受診を指導し5年以内の交換を徹底すべきである。

86. 術後に放線菌膿瘍と判明し、腹腔内多発膿瘍として再発した一例

○鈴木 拓馬、飴谷 由佳、山口 彩華、吉村 成子、本多 真澄、草開 友里、今井 宗、炭谷 崇義、中島 正雄、南 里恵、谷村 悟、舟本 寛
富山県立中央病院 産婦人科

【緒言】放線菌感染症はまれな慢性化膿性肉芽腫性感染症であるが、長期の子宮内避妊具 (intrauterine device、以下 IUD) の留置歴がある場合、常に念頭に置かなければならない。今回我々は、術後に放線菌膿瘍と判明し、腹腔内多発膿瘍として再発した症例を経験したので報告する。【症例】54 歳女性。G3P3。15 年ほど前に IUD を留置し、その後放置していた。2015 年 X 月中旬より腹痛、発熱があり、近医産婦人科にて IUD を抜去され、一旦症状は改善した。しかし、X+1 月 5 日より症状が再燃したため当科救急外来を受診したところ、CT で左付属器腫瘍と周囲脂肪織濃度の上昇を指摘され当科紹介となった。発熱と炎症反応の上昇を伴うことから左卵管膿瘍を疑い、抗生剤点滴治療を開始した。しかし、症状は改善せず、また CA19-9 が 314 と高値を認めたため、原疾患の治療と卵巣悪性腫瘍の否定目的に、19 日に腹腔鏡下左付属器摘出術を施行した。左付属器周囲に炎症性の癒着を認めたが、術中破綻はなかった。膿瘍内容は黄色の充実性であり、膿は少量であった。病理結果は、放線菌による卵巣卵管膿瘍であった。悪性所見は認めなかった。術後症状は軽快したため、抗生剤治療なく退院となった。しかし、X+2 月初旬から腹痛、発熱が再燃した。X+2 月 17 日に救急外来を受診し、CT で腹腔内多発膿瘍 (上行結腸周囲、骨盤内右側、直腸背側) を指摘され、21 日に再入院となった。院内感染対策と協議し、ABPC50 mg/kg/日を 4 週間投与した。発熱、炎症反応ともに改善し、CT でも膿瘍の改善を認めたため、抗生剤を AMPC750mg/日の内服に変更し退院となった。以降、外来にて再発は認めていない。【考察】本症例では、手術時点ですでに放線菌が腹腔内に散布されていたと考えられた。現在、放線菌膿瘍の治療に関して一定の見解は得られていないが、再燃する可能性を考慮した、術後の抗生剤加療が必要と思われた。

87. 悪性腫瘍が疑われた骨盤放線菌症の一例

○高橋 裕也、早坂 直、小松 美華子、佐藤 藍、早坂 典子、清野 朝史、井出 佳宏
地方独立行政法人 山形県・酒田市病院機構 日本海総合病院

【諸言】骨盤放線菌症は Actinomyces 属により発症するまれな慢性化膿性肉芽腫性感染症である。婦人科領域では子宮内避妊器具 (IUD) の長期装着との関連が報告されている。放線菌による腫瘍の診断は難しく、悪性腫瘍との鑑別に苦慮したとの報告も散見される。今回、IUD 長期装着中の症例で、FDG-PET で強い集積を認め、悪性腫瘍が疑われた骨盤内腫瘍に対し、骨盤放線菌症を疑い、抗生剤による加療を行い、腫瘍が消退し、手術を回避できた症例を経験したので報告する。【症例】症例は 68 歳、3 妊 3 産。50 歳にて閉経、それ以前から IUD が子宮内に装着され、交換せずに放置されていた。発熱が 1 週間継続し、近医内科にて感冒の診断で投薬受けるも軽快なく当院内科を受診された。時々左側腹部に痛みも感じていた。腹部 CT にて左下腹部腫瘍 (45mm 大) を指摘された。PET-CT で高い FDG の集積が認められ、悪性腫瘍が強く疑われたため、当科へ紹介された。経膈超音波検査では 4cm 大の境界不明瞭な左卵巣の腫大と思われた。膣鏡診で悪臭を伴う帯下と、IUD の牽引糸が確認されたため、IUD を抜去した。MRI を行ったところ腫瘍は 25mm 大で、拡散強調像にて高信号域を示し、比較的均一に造影され、卵巣癌が疑われた。しかし初診時の CT に比して MRI では腫瘍が縮小している可能性が示唆されたこと、子宮内膜細胞診にて放線菌の菌塊が指摘されたことより、骨盤放線菌症の可能性も考え、手術の準備を進めつつ、抗生剤を投与した。25 日後に CT を再検したところ、左付属器の腫瘍はほぼ消退していたため、手術は中止し、抗生剤投与を継続した。症状再燃なく経過観察中である。【考察】IUD 長期装着例に骨盤内炎症性疾患様の症状、検査所見を伴う場合には放線菌症も鑑別にいれることが肝要であり、不要な外科的治療の回避に貢献するものと思われる。

88. 婦人科疾患における芎帰膠艾湯の過多月経、不正出血に対する有効性の検討

○山田 董、高木 弘明、佐伯 吉彦、高田 笑、大阪 泰宏、坂本 人一、柴田 健雄、
藤田 智子、高倉 正博、笹川 寿之
金沢医科大学 産科婦人科学

【目的】婦人科疾患における過多月経や機能性子宮出血に対し、治療法は止血剤や合成ホルモン剤が使用されてきた。しかし、エストロゲン療法などは血栓症の危険因子のため慎重な投与が必要とされている。今回、漢方医学における芎帰膠艾湯の止血効果について検討することを目的とした。【方法】対象はインフォームド・コンセントを得られた芎帰膠艾湯(TJ-77) 9.0g/day 投与 138 例で、機能性出血や子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮内膜症、ジェノゲスト治療群などに分類した。研究方法は婦人科疾患による過多月経、不正子宮出血に対し 14 日間以上芎帰膠艾湯を処方し、その臨床的止血効果について検討した。【結果】芎帰膠艾湯：年齢は 44.1 ± 8.8 (mean \pm SD) 年齢範囲 23-84、BMI は 22.9 ± 5.1 、BMI 範囲 15.1-44.4、止血効果は有効 (102/138) 73.9%であった。機能性出血群は、(11/15) 73.4%で有効であった。子宮筋腫群全体で有効は (11/15) 73.4%、子宮筋腫群の内訳は、漿膜下筋腫 (2/3) 66.7%、筋層内筋腫 (13/16) 81.3%、粘膜下筋腫 (4/9) 44.4%、多発子宮筋腫 (18/22) 77.2%が有効であった。子宮腺筋症群は、(5/8) 62.5%で有効、子宮内膜症群は (7/7) 100%で有効であった。ジェノゲスト治療群では、全体で (29/38) 76.3%が有効であり、その内訳は、子宮筋腫(4/6) 66.7%、子宮内膜症(12/15) 80.0%、子宮腺筋症(3/5) 60.0%であった。【結論】芎帰膠艾湯は全体で 73.2%の臨床的止血効果を示した。芎帰膠艾湯は子宮内膜症や筋層内筋腫に高い有効性を示し、粘膜下筋腫や子宮腺筋症は他疾患よりも効果が低下すると考えられる。婦人科疾患において芎帰膠艾湯は艾葉、阿膠の生薬による止血作用により過多月経および不正子宮出血の軽減に効果が期待される。

89. 子宮体部大細胞神経内分泌癌の一例

○市川 英俊、林 なつき、水崎 恵、岡本 修平、寶田 健平、北 香、高橋 知昭、
加藤 育民、片山 英人、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

【緒言】子宮体部大細胞神経内分泌癌(Large cell neuroendocrine carcinoma 以下 LCNEC)は非常に稀な悪性腫瘍であり、確立された治療法はなく予後不良である。今回我々は、子宮体部 LCNEC の一例を経験したので報告する。【症例】症例は 66 歳、3 妊 3 産。2 週間続く不正出血を主訴に近医受診、子宮頸部細胞診 NILM、子宮内膜細胞診 classIII。子宮体癌の疑いで当科紹介となった。子宮内膜組織診では高異型度癌で神経内分泌腫瘍を疑うとの結果であった。MRI で筋層浸潤は 1/2 未満、CT で子宮外に転移を認めなかった。腫瘍マーカーは CEA: 1.0ng/ml、CA19-9: 9U/ml、NSE: 10.6ng/ml、CA125: 124U/ml と CA125 のみ高値を示した。腹式単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清、大網切除術を施行。摘出標本の病理組織診断は LCNEC、stage IA(pT1aN0M0)であった。現在術後化学療法として TC 療法を施行中である。【考察】子宮体部 LCNEC は稀な腫瘍であり、報告例が少ないため標準治療の確立は困難であるが、さらなる症例の集積と詳細な検討が必要と考えられる。

90. 子宮体部癌肉腫の診断経過の検討

○三船 早紀¹、三國 史嵩¹、田村 俊文¹、大河内 教充¹、武田 真人²、朝野 拓史²、
小林 由佳子²、石塚 泰也²、野崎 綾子²、井平 圭²、三田村 卓²、金野 陽輔²、
加藤 達矢²、渡利 英道²
¹北海道大学医学部、²北海道大学 産婦人科

【目的】子宮体部癌肉腫はまれで予後不良な腫瘍であるが、子宮摘出まで癌腫-肉腫のどちらかの成分しか確認できない例も少なくない。一方で近年、癌肉腫の画像所見の研究も報告されるようになった。今回、我々は、術前の組織診や画像検査により、どの程度癌肉腫が推定し得るかを検討した。【方法】当科で'12~'17年に、子宮全摘により組織学的に癌肉腫と診断され、術前に contrast enhance を含む骨盤 MRI を撮影した 15 例(年齢：37-76 歳、I 期 7 例-II 期 4 例-III 期-4 例、7 例が異所性)について、術前の細胞診-組織診で癌肉腫と診断し得たかどうか、また、子宮体部の腺癌との鑑別に有効とされる癌肉腫の特徴的 MRI 所見 [T2WI での不均一性、強い高信号、前後径比(腫瘍/子宮)>0.63、T1WI での高信号、C.E. 画像における正常筋層と同等以上の増強効果、腫瘍内の造影の欠損部の存在：以上 6 点] の有無について検討した。【結果】内腔を充満するように発育する大型のタイプの 12 例中、術前に組織学的に癌肉腫と診断し得えたのは 8 例で MRI の癌肉腫の特徴的な所見を 4-6 点みとめた。術前診断が内膜間質肉腫の 1 例-腺癌の 3 例も MRI 上の所見を 3 点以上みとめた。小サイズ或は内膜の肥厚が軽度である 3 例はいずれも術前に腺癌と診断されたが MRI では 1-2 点の特徴的所見をみとめた。術前に腺癌と診断された 6 例は、いずれも MRI 上、何らかの癌肉腫の特徴的所見があり、MRI が組織診断の一助をなす可能性が示された。【結論】Type2 の体癌の MRI 所見(主に造影所見)についての研究報告も散見され、子宮体部の腫瘍は、MRI 撮影が局所の進展度のみならず、組織診断としての意義もあることを考慮し、組織診で得られた診断に、MRI 所見によっては、より悪性度の高い腫瘍の存在を想定する必要がある。

91. パゾパニブが有効であった未分化子宮肉腫の一例

○金森 正紘、二神 真行、大石 舞香、三浦 理絵、平川 八大、横山 良仁
弘前大学 医学部 産科婦人科学講座

【緒言】パゾパニブは、日本で悪性軟部腫瘍に対するはじめての分子標的治療薬として承認され子宮肉腫に対する有効性が報告されている。パゾパニブの主な有害事象として高血圧、肝機能障害が高頻度で認められ、そのため休薬、減量を要したとする報告も散見される。今回我々はパゾパニブを投与し有害事象なく腫瘍縮小効果を得られた未分化子宮肉腫の一例を経験したので報告する。【症例】69 歳女性。下腹部圧迫感、腹痛を主訴に前医を受診した。骨盤造影 MRI 検査では、多発子宮筋腫を認め、造影 CT 検査では、明らかなリンパ節腫脹や他臓器病変は認めず、子宮筋腫の診断の下前医で腹式単純子宮全摘術および両側付属器切除術が施行された。術中に左基靭帯に発育した 2 cm 大の腫瘍を認めたものの、術中の出血量が多かったため 同腫瘍は残存した状態で終了していた。病理診断では子宮由来の未分化肉腫の診断となり術後治療目的に当院を紹介された。PET-CT 検査では、左右の腔断端部に集積のある小軟部腫瘍と肺に多発小結節影を認めた。残存腫瘍および多発肺転移の診断となった。最初に IAP 療法(イホスファミド、アドリアマイシン、シスプラチン)を行った。有害事象はなかったものの、3 コース終了後の評価 CT 検査で肺転移の増大を認めたため、パゾパニブ(600 mg/日)投与を開始した。服用開始後 4 日目に軽度の皮疹、Grade1 の肝機能障害が出現したが、皮疹は 5 日目に自然回復した。肝機能障害は増悪することなく経過したが、遷延したため肝庇護剤の内服を行い肝機能は軽快した。70 日目の評価 CT 検査で骨盤内と肺の腫瘍の縮小を認め PR と診断した。【考察】子宮未分化肉腫に対してパゾパニブが有効であった症例を経験した。今後は進行再発子宮肉腫に同様に用いられるエリブリンやトラベクテジンについて、その効果と毒性についての比較検討が必要である。

92. 胸椎腫瘍で発見された骨盤内平滑筋肉腫の1例

○門ノ沢 結花、高林 杏奈、淵之上 康平、熊坂 諒大、松下 容子、尾崎 浩士、
森川 晶子
青森県立中央病院 産婦人科

【緒言】子宮平滑筋肉腫は早期から遠隔転移をきたす予後不良の疾患であり、椎体への転移は極めて稀である。今回われわれは子宮筋腫にて子宮全摘術後7年に胸椎腫瘍で発見された骨盤内平滑筋肉腫の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】56歳女性、2妊2産（自然分娩2回）、49歳に子宮筋腫、右付属器腫瘍の診断で単純子宮全摘術、右付属器切除術の既往。50歳より多発性硬化症の診断で当院神経内科通院中。54歳右肩甲骨痛あり多発性硬化症の症状と思われたが、両側肩甲骨へ拡大、左手しびれを自覚。精査のため施行した頸胸椎MRIで胸椎棘突起腫瘍を認め、当院整形外科へ紹介。同日全身検索のため施行した造影CTで骨盤内腫瘍を認め、胸椎腫瘍は骨盤内腫瘍の転移と疑われ当科紹介。診察にて左付属器領域に約6cm大の充実性腫瘤を認め、子宮全摘術後のため付属器腫瘍を念頭に精査施行。腫瘍マーカーおよびホルモン値の異常なく、消化管精査でも異常所見なし。骨盤MRIでは左卵巣由来の充実性腫瘍を疑われたが、DWI 上高信号、ADC 低下より転移性腫瘍も否定できなかった。整形外科での胸椎腫瘍生検にて平滑筋腫瘍の診断となり、骨盤内腫瘍転移と考えられたため、診断目的に開腹手術の方針となった。腹腔内には八つ頭状の腫瘍を認めるも、左付属器は正常であり原発巣は不明であった。病理組織検査では平滑筋肉腫の診断に至った。胸椎腫瘍に対しては疼痛緩和目的に放射線治療施行し、現在外来通院中である。【考察】子宮平滑筋肉腫は子宮体部悪性腫瘍の約1.5%と稀な疾患であり、早期より遠隔転移をきたす致死的疾患であるとされている。最も頻度の高い遠隔転移部位は肺であり、その他高頻度にみられる転移部位としては、肝臓、腎臓、脳などが報告されている。本症例のような椎体転移は極めて稀であり、子宮全摘術既往のため術前診断に難渋した1例を経験した。

93. 腹腔鏡下子宮体癌手術における工夫

○石堂 茉泉、松浦 基樹、斉藤 公仁、鹿内 智史、西村 庸子、玉手 雅人、
秋元 太志、郷久 晴朗、寺本 瑞絵、岩崎 雅宏、斎藤 豪
札幌医科大学附属病院 産婦人科

【目的】腹腔鏡下に子宮体癌手術を行う場合、マニピレータの使用に関して統一された見解はなく、また、使用しない場合についての子宮の牽引や摘出時の回収方法についても定型化されたものはない。我々の行なっている工夫に関して紹介する。【方法】マニピレーターを使用しない一般的な方法として、左上腹部に牽引用のポートを設置し第2助手に子宮を牽引させる、あるいはダグラス窩からトロッカーを挿入し、そこから挿入した鉗子を使用して子宮を牽引する、という2つの方法が取ることが多い。我々はこれらの方法を行わず手術を行っている。手術はダイヤモンド法にて行う。第1助手の牽引のみで円靭帯、骨盤漏斗靭帯の処理を行い、膀胱の剥離や基靭帯処理の時には腔パイプを挿入し、子宮を押し込むのみで子宮の摘出を行う。腔管切開の際には、回収袋を子宮後方にセッティングし、摘出後すぐに回収袋に収納し回収を行っている。【結果】腔パイプの使用で子宮摘出は容易に行うことが出来、また、回収袋を使用することで内容物の漏出を防ぎ腫瘍の腹腔内への散布を防ぐことができる。【結論】これらの工夫でより低侵襲で安全な腹腔鏡下子宮体癌手術を行っている。

94. 若年例の子宮体癌-異型内膜増殖症の診断経過の検討

○三國 史嵩¹、田村 俊文¹、三船 早紀¹、大河内 教充¹、前田 悟郎²、武田 真人³、
朝野 拓史³、小林 由佳子³、野崎 綾子³、井平 圭³、三田村 卓³、金野 陽輔³、
加藤 達矢³、小林 範子³、渡利 英道³

¹北海道大学医学部、²釧路赤十字病院 産婦人科、³北海道大学 産婦人科

【目的】本邦では子宮体癌が若年例も含む全年齢的な増加を示している。今回、比較的若年の子宮体癌の症例を振り返り、予防や早期発見の対策を検討した。【方法】'07-17年に当科で経験した50歳未満のG1-2の子宮体部類内膜癌(EC)の81(20代:7、30代:24、40代:59 IA:59例、IB期:7、II-III期以上:15)例および子宮内膜異型増殖症(AEH)の38(20代:7、30代:12、40代:19)例の全119例について、各症例の診断時の状況や診断の契機等について検討した。タモキシフェンを使用中の乳癌患者は除外した。【結果】BMI>25が50(>30は29)例、2年以上の月経周期の異常が100例にみとめられ、40代の28例(70.0%)が未産婦であった。合併症として糖尿病は15例、その他神経科疾患が4例、膠原病が3例存在した。無症状で超音波や細胞診で発見された8例(A群)中5例(62.5%)、月経不順等何らかの症状や疾患で婦人科通院中に発見された31例(B群)中22例(70.9%)、普段の月経不順の有無に関わらず性器出血の増量や遷延による婦人科受診で発見された80例(C群)中40例(50%)がAEH-筋層浸潤を伴わないIA期のECで、IB期以上のECはB群の2例(6.4%)、C群の20例(25.0%)にみとめられた。【結論】妊孕性温存療法を検討するような初期の病変は検診や婦人科通院で発見されることが多い。体癌のリスク因子を伴わない例も10例(8.4%)存在したが、多くは従来報告通り、肥満や月経不順を伴い、月経不順の補正等による体癌発症の逡減を検討する余地がある。月経不順を放置せず何らかの治療や精査を受けることが肝要であり、そのための啓蒙活動も必要と思われる。

95. 腔閉鎖症を伴っていたため術前診断に苦慮した子宮体癌の1例

○鈴木 麗美、齊藤 良玄、宮城 正太、櫻井 愛美、山下 陽一郎、津田 加都哉、
武田 直毅

砂川市立病院 産婦人科

【緒言】子宮体癌は病理学的診断や画像診断を用いて術前診断を行うことができ、そのことは治療法決定に大きく寄与する。今回我々は、腔閉鎖症を伴うことで術前診断に苦慮した子宮体癌の1例を経験したため報告する。【症例】72歳、1妊1産、48歳閉経。尿閉・下腹痛症状のため近医泌尿器科を受診し、骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介となった。内診上、巨大な腫瘍を認め、超音波上、骨盤内から臍上まで達し一部充実性成分を伴った腫瘍を認めた。造影MRIでは105×105×220mm大の腫瘍で、血液成分と造影効果を伴う充実成分を認め卵巣癌を思わせる画像所見であった。精査中に急性腹症で受診され、腫瘍破裂を疑い緊急手術となった。開腹時所見で腫瘍は子宮であることが確認され、巨大な腔瘤血腫を伴った子宮腫瘍と判断し腹式単純子宮全摘および両側付属器切除術を施行した。腔下端は盲端となっており、腔閉鎖症を伴っていたことが確認された。大網は古血成分が一部付着していたが、明らかな肉眼的な腫瘍は認めなかった。術後病理診断で、子宮体癌、類内膜腺癌G1、腫瘍径は4×3cmで子宮筋層浸潤や脈管侵襲は認めず、pT1a,NX,MX,Stage I Aの診断となった。術中に腫瘍内容が腹腔内へ漏出したことで子宮外病変を否定することができず、術後補助療法としてTC療法を3コース行い、子宮外病変検索目的に再手術をおこなった。再手術の術中所見では大網、後腹膜、腔断端、腸間膜に播種を認めた。術後病理結果では明細胞腺癌の診断となり、初回手術の病理診断の見直しが行われ子宮体癌、明細胞腺癌の診断となった。TC療法が無効であり、1か月程度で肝転移、腹膜転移、腸間膜転移が画像上確認され、治療法に苦慮したがAP療法が奏功し術後1年4か月が経過し画像上CRを維持している。【考察】腔閉鎖症を伴った子宮体癌は早期発見が難しく、術前診断も難しいと考えられる。そのため、初回術式や術後治療にも苦慮する可能性がある。

96. 認知が遅れたリンチ症候群関連子宮内膜癌の一例—遺伝性子宮内膜癌を想定する意義—

○金子 恵菜実、佐藤 直樹、菅原 多恵、吉川 諒子、田村 大輔、三浦 康子、
佐藤 敏治、清水 大、寺田 幸弘

秋田大学大学院 医学系研究科 医学専攻 機能展開医学系 産婦人科学講座

【緒言】リンチ症候群 (LS) は生殖細胞系列におけるミスマッチ修復遺伝子の病的変異を主な素因とした DNA 修復機構の障害により、多種の関連癌が高頻度に発生する常染色体優性遺伝の腫瘍症候群である。LS 患者には、高率な後続関連癌の発生リスクが付随するため、予知的・予防的な医療管理は生命予後の改善に肝要である。【症例】初診時 47 歳、2 経産。直腸癌と胃癌の家族歴を有する。26 歳時に直腸癌に対し Miles 手術＋人工肛門増設、45 歳時に子宮内膜癌 (EC) IA 期相当で膣上部切断術＋腹腔内化学療法を他院で施行された。47 歳時に EC の残存子宮頸部再発として当科に紹介され、子宮頸部摘出術と術後化学療法により臨床的寛解が得られた。50 歳時に左骨盤内腫瘤が出現し、EC のリンパ節転移と臨床診断された。数種の化学療法と放射線療法を受けるも効果は限定的であった。52 歳時、血尿にて泌尿器科を受診した際に膀胱癌が発見された。精査にて、EC のリンパ節転移として治療してきた左骨盤内腫瘤は左尿管癌病変であることが判明し、左腎および左尿管切除術、経尿道的膀胱腫瘍切除術を受けた。56 歳時に既治療との関連が濃厚に疑われる骨髄異形成症候群を発症し、57 歳時には急性骨髄性白血病に移行した。化学療法と放射線療法による前処置に続いて臍帯血移植が行われ、移植血生着により寛解に至った。60 歳に至るまで EC の再々発は認めていない。本例はアムステルダム基準 II に合致しており、55 歳時の遺伝学的検査にて MSH2 遺伝子に病的変異が検出された。【考察】リンチ症候群の可能性を認知できておらず、尿管癌の後続発生を EC の再発病巣として加療した。結果的に不適であった化学療法・放射線療法が関連し、骨髄異形成症候群・白血病を発症したものと推測される。LS の識別は関連癌の予知や予防的医療介入の機会となり得るため、病歴からの想定は重要である。

97. 子宮体癌IVB 期症例に対して黄体ホルモン療法が著効している一例

○渡邊 健史¹、添田 周¹、大原 美希¹、小島 学¹、野村 真司¹、古川 茂宜¹、
渡辺 尚文¹、藤森 敬也¹、太田 邦明²、水沼 英樹²

¹福島県立医科大学産科婦人科学講座、²福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター

【はじめに】進行・再発子宮体癌に対する治療としては、プラチナ・タキサン製剤を含むレジメンや単剤による治療が推奨されているが根治は困難であり、長期に投薬する場合には患者の QOL に多大な影響を及ぼす。一方で黄体ホルモン療法については、欧米では確固たる地位を築いている一方で日本国内での使用報告は少ないのが現状である。今回、IVB 期の子宮体癌で、長期間プラチナ・タキサン製剤を使用するも PD となった症例に対して酢酸メドロキシプロゲステロン(MPA)が奏功している症例を経験したので報告する。【症例】62 歳時に近医から子宮体癌の診断で紹介された。術前に多発性肺転移と、傍大動脈リンパ節転移を認めた。腹式単純子宮全摘出術＋両側付属器切除術＋傍大動脈リンパ節切除術を施行された。病理組織診断では右付属器と傍大動脈リンパ節に転移を認め、組織型は類内膜癌 grade1 であった。手術進行期 stageIVB (FIGO2008) と診断された。術後 AP 療法を 6 コース行い PR が得られたが副作用強く中止とした。その後、肺病変の増悪を認めさらに AP 療法するも PD であり DC 療法を導入した。PR を繰り返しながら total17 コース施行し約 4 年間の生存期間を確保するも最終的に PD となった。化学療法中の QOL はかなり厳しいものがあり、これ以上の治療は希望されないとのことであったが黄体ホルモン療法を提案し MPA200mg の内服治療を開始した。半年後の画像検索で PR が得られ、その後 2 年間 SD で経過しており、その間の QOL は良好である。【結語】子宮体癌の再発時には積極的に黄体ホルモンを考慮すべきと考える。

98. 子宮頸部近傍の後腹膜原発脱分化型脂肪肉腫を経験した一例

○橋本 大樹、松宮 寛子、木村 敬子、池田 研、西 信也、涌井 之雄

KKR 札幌医療センター 産婦人科

【緒言】後腹膜脂肪肉腫は後腹膜腫瘍の中で最も多いとされるが、その中でも脱分化型脂肪肉腫は非常に稀である。今回、我々は子宮頸部近傍の後腹膜原発脱分化型脂肪肉腫を経験したので報告する。【症例】69歳、3妊2産、閉経57歳。6日前から続く不正性器出血を主訴に当科受診、内診では左前腔円蓋に5~10mm大の腫瘤を触知した。経膈超音波検査で子宮内膜は2.4mmと肥厚を認めず、子宮頸部腫瘤も明らかでなかった。膈鏡診では、内診時に触れた腫瘤からわずかに出血を認めた。その際の子宮頸部細胞診はNILM、子宮内膜細胞診は陰性であった。腫瘤の擦過細胞診も施行したが、細胞変性のため検体不適の診断であった。1週間後に細胞診を再度行い、NILMの診断であり経過観察とした。1ヶ月後には同腫瘤が20~30mm大に増大していたため組織診を施行したところ、脱分化型脂肪肉腫を示唆する所見だった。内診、直腸診では子宮と直腸間に硬結を認め、MRI上は子宮頸部近傍の後腹膜に最大径6cmの腫瘤性病変を認め、骨盤壁浸潤も否定できない所見であった。手術での摘出は困難であることと、患者がリビング・ウィル取得者であり積極的治療を望まないということを考慮し、放射線治療を施行する方針となった。放射線治療後は腫瘤の若干の縮小を認め、出血等の症状なく経過している。【考察】後腹膜腫瘍は比較的自覚症状に乏しく、巨大となり症状発現後に発見されることが多い。本症例は膈近傍に発生したため性器出血症状を訴え来院したが、細胞診での診断は困難であった。後腹膜脂肪肉腫は外科切除以外に根本的な治療はないとされるが、本症例は放射線治療を選択し、放射線治療後の腫瘤の増大は無く、厳重な経過観察のもと今後の追加報告を行いたい。

99. 子宮頸部円錐切除術後の術後性器出血に関する後方視的検討

○平川 八大、二神 真行、三浦 理絵、大石 舞香、金森 正紘、横山 良仁

弘前大学医学部附属病院

【目的】子宮頸部円錐切除術の術後出血は、使用するエネルギーデバイスの普及により減少したと見込まれるが、時に術後止血操作を要することがある。止血操作を要した子宮頸部円錐切除術後出血についてリスク因子を検討した。【方法】平成25年1月から平成30年6月までに、当院で子宮頸部円錐切除術を施行した298例を対象に、手術時の年齢、分娩の有無・回数、手術時間、術中出血量、組織診結果が術後止血操作を行う頻度に影響するかカルテベースの後方視的検討を行った。なお当科での子宮頸部円錐切除術はほぼ全例で、ハーモニックスカルペルを使用している。【結果】298例の手術時の平均年齢は38.5歳、未産婦(35.6%)、経産婦例192例(64.4%)、平均分娩回数は1.33回であった。手術時間の平均値は21.4分、術中出血の平均値は24.9g(0-800g)であった。何らかの止血操作を要する術後性器出血を呈したのは66例(22.1%)であった。縫合やレーザー凝固といった侵襲的な止血操作を必要とした症例は9例(3.0%)であった。初回の出血の時期は平均11.8日(0-28日)であった。術後出血例と非出血例では、手術時の年齢、分娩の有無、分娩回数、手術時間、術中出血量、組織診の結果において、明らかな差は認められなかった。【結論】術後止血操作を行う頻度に影響する因子は本研究では明らかとならなかった。

100. 子宮頸部絨毛腺管癌の1例

○海道 善隆、土屋 繁一郎、三浦 雄吉、菊池 権恵、三浦 史晴、葛西 真由美、
鈴木 博
岩手県立中央病院 産婦人科

【緒言】子宮頸部絨毛腺管癌（Villoglandular adenocarcinoma、以下VGA）は、肉眼的にしばしば乳頭状の隆起性病変を示し、組織学的によく発達した絨毛様の乳頭状構造および腺管状構造を特徴とする高分化型腺癌であり、若年者の発生が多く、一般に予後は良好とされている。今回我々は術前の組織診でVGAと診断し、円錐切除にて経過観察を行っている症例を経験したため報告する。【症例】24歳、0妊0産、未婚。性交時出血を主訴に近医を受診。子宮頸部細胞診にてASC-Hの診断で精査加療目的に紹介受診。子宮頸部後唇より突出した易出血性、2cm大の乳頭状腫瘤を認め、生検を行ったところVGAと診断された。MRIでは子宮頸部から腔内に突出する腫瘤を認めたが明らかに浸潤を疑う所見は認めなかった。円錐切除を施行。病変の多くは上皮内に局限していたが、微小浸潤を認め、Ia1期と診断。切除断端は陰性、脈管侵襲は認めず、術後頸部細胞診及び頸管内搔把組織診は陰性であった。単純子宮全摘の追加を勧めたが妊孕性温存を強く希望したため、十分なインフォームド・コンセントのもとで経過観察とした。術後11ヵ月を経過した現在、再発徴候は認められていない。【考察】希な腫瘍であるVGAを経験した。VGAは若年者に多いとされ、治療方針の選択には慎重を要する。本症例は2cm大の肉眼的腫瘤であったが、外方性発育で微小な浸潤であった。生検での組織診断も重要と考えられ、術前でVGAと診断された場合は、慎重に適応を判断しつつ術式の検討を行う必要があると思われた。また、予後良好とはされているが明確な治療方針はなく、さらなる症例の集積と検討が必要と思われた。

101. 当院で経験した子宮腺肉腫2症例の臨床的検討

○須田 尚美、島 友子、山田 清貴、竹村 京子、鮫島 梓、中島 彰俊、吉野 修、
齋藤 滋
富山大学 産婦人科

【緒言】腺肉腫は良性腺上皮と肉腫成分から構成される悪性腫瘍で子宮肉腫の8%といわれる。今回、術前に間葉性悪性腫瘍を疑い、術後に腺肉腫の診断に至った二例を経験したので報告する。【症例】症例1は63歳P0閉経53歳。下腹部痛を主訴に前医受診し、CT検査で子宮体部に13cm大の腫瘤を指摘され、腫瘍マーカーの上昇(CA125:344U/ml)あり、当院紹介された。内膜組織診で子宮内膜間質悪性腫瘍を疑う所見があり、同部位はMRI検査でDWI高信号、PET-CT検査で高度集積増加(SUVmax:11.11)を認めた。単純子宮全摘出術と両側付属器切除術を施行し、病理で腺肉腫と診断された。MIB1陽性率は15%と低値であった。術後2年間で再発はない。症例2は57歳P3、閉経50歳。性交後の不正性器出血を主訴に前医受診した。住民健診の超音波検査で子宮頸部に9mm大の低エコー域を指摘されていたが、同部位は3か月間で30mm大まで増大し、MRI検査でDWI高信号、ADC-map拡散抑制を示したため、当院紹介された。PET-CT検査で高度集積増加(SUVmax:16.83)あるも、子宮頸管内搔爬による組織診で細胞密度が高い以外に悪性を強く疑う所見はなく、術前に肉腫の診断に至らなかった。しかし子宮頸部間葉性悪性腫瘍を否定できず、準広汎子宮全摘出術及び両側付属器切除術を施行した。病理で3個/HPFの核分裂像、periglandular cuffingを全体的に認めsarcomatous overgrowthと診断された。MIB1陽性率は47%だった。術後2か月で再発はない。

【考察】子宮腺肉腫は一般的に予後良好とされている疾患だが、肉腫成分が過剰な増殖を示す像(sarcomatous overgrowth)の存在の有無が予後に影響する。このため、腺肉腫においては個々の症例ごとに慎重に取り扱いを決定する必要がある。

102. 術前化学療法が奏効したが早期に全身性骨転移を来した子宮頸部小細胞癌の一例

○永沢 崇幸¹、佐藤 千絵^{1,2}、深川 安寿子¹、苫米地 英俊¹、小見 英夫¹、
利部 正裕¹、竹内 聡¹、刑部 光正²、菅井 有²、板持 広明¹

¹岩手医科大学 産婦人科学講座 ²同 病理診断学講座

【緒言】子宮頸部小細胞癌は非常に稀な組織型であり、本邦における発症頻度は子宮頸癌の1~2%程度とされている。通常の浸潤性子宮頸癌と比較してやや若年層に発生し、早期に転移や再発をきたしやすく極めて予後不良の疾患である。今回我々は術前化学療法が局所的に奏効したにも関わらず、早期に全身多発骨転移をきたした症例を経験したので報告する。【症例】40歳、3妊3産。1カ月以上持続する月経を主訴に前医を受診した。子宮腔部の細胞診および組織診で小細胞癌が疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。初診時、子宮腔部には4cm以上の腫瘤を形成し、また腔壁浸潤も認めた。傍結合織への浸潤は認めず、IIA期と診断した。術前化学療法の方針とし、CPT-11/CDDP療法を2コース施行した。2コース後の局所の画像評価では、子宮頸部の腫瘤は著明に縮小し、同定困難となり奏効したと思われる。化学療法後から約1カ月後に広汎子宮全摘術を施行した。病理組織学的には広がり4mm、浸潤の深さは5mmであり、ypT1a2 ypN0であった。術後補助療法としてCCRTを行う予定であったが、治療計画用の画像検査で多発骨転移が認められ、PET-CT検査を施行したところ全身性の多発骨転移が明らかとなった。全身化学療法や緩和的放射線治療を行ったが、腫瘍の脊柱管内転移や頭蓋内髄膜転移等、急速に進行し初診から11カ月で永眠された。【考察】術前化学療法が局所病変には奏効したものの、極めて早期に全身多発骨転移を来した子宮頸部小細胞癌の一例を経験した。本疾患は悪性度が非常に高いためできるだけ早期に治療を開始することが重要である。本腫瘍を細胞診のみで診断することは困難であるが、細胞診は最も早い時期に行われる検査であるためその意義は大きく、早期診断や早期治療への重要な役割を担うと考える。また、本疾患に対する有効な治療法の確立が求められる。

103. 子宮頸部円錐切除術及び広汎子宮頸部切除術後に左卵管腔内脱出を認め、腹腔鏡下左卵管切除術を施行した一例

○吉田 悠人、徳永 英樹、島田 宗昭、八重樫 伸生

東北大学病院

【緒言】広汎子宮頸部切除術はIB1期以下の妊孕性温存を望む子宮頸癌症例に対して広く行われるようになってきている。今回、子宮頸部円錐切除術及び広汎子宮頸部切除術後に腔内に左卵管脱出を認め、腹腔鏡下左卵管切除術を施行した一例を経験した。【症例】症例は34歳女性、2妊1産、既往歴特記なし。当院で約1年前に上皮内癌（一部微小浸潤癌疑い）に対し子宮頸部円錐切除術施行。病理診断は扁平上皮癌、広がり7mm以上であり、子宮頸癌IB1期の診断で追加治療として約9か月前に広汎子宮頸部切除術+膀胱神経刺激+センチネルリンパ節生検施行した。術中迅速で頸管側断端に異形成残存認めしたが、残存頸管長がほとんどなかったため追加切除は施行せず腔断端と縫合した。術後腔部細胞診ASC-H、腔部組織診CIN1を認め、さらにクスコ診で腔円蓋部5時方向に約1.5cmの易出血性の乳頭状腫瘤を認めた。この乳頭状腫瘤の擦過細胞診はNILMであり、牽引すると左下腹部への放散痛認めた。MRIでは子宮頸部左側に再発を疑う長径2.5cm程の腫瘤を認めた。これらより子宮頸癌再発または左卵管采脱出が疑われ、観察腹腔鏡+左卵管切除+腔式腫瘍切除の方針となった。術中所見では左卵管が広間膜内に埋没しており、腹腔内からは左卵管の全貌を確認できなかった。腹腔内から広間膜を切開して左卵管を追いつつ、腔側からも卵管采を確認しゾンデを脱出した卵管采の近傍の腔壁から腹腔内に挿入して左卵管采の脱出位置を確認し、子宮側と腔側から卵管を切除した。術後は特記すべき合併症なく術後4日目に退院となった。切除した左卵管の病理所見では悪性所見を認めなかった。【考察】子宮全摘後の腔断端からの臓器脱出の報告は散見されるが、広汎子宮頸部切除術後の子宮頸部腔断端吻合部からの臓器脱出の報告は現在ほとんどなく、文献的考察を加えて報告する。

104. HPVワクチン接種後に CIN3 を発症した 1 例

○石島 有華、水本 泰成、明星 須晴、折坂 俊介、岩垂 純平、飯塚 崇、松岡 歩、
中村 充宏、藤原 浩
金沢大学 産婦人科

【緒言】HPV ワクチンは平成 22 年度から公費助成対象として接種が開始され、平成 6 年～平成 11 年度生まれの接種率は 70%であったが、現在は接種の積極的推奨が中止され、その接種率は劇的に低下している。HPV ワクチンは主に HPV16、18 型に対して高い予防効果を示し、CIN3 以上の発症抑制効果は議論の余地がない。HPV31、33、45 型などワクチンに含まれない HPV タイプに対しても交差免疫を示すことや効果は約 9.4 年間持続することなどワクチンの特性は解明されているが、稀に CIN3 以上の発症も確認されている。

今回、我々は HPV ワクチン接種後、9 年後に発症した HPV ジェノタイプ検査で陰性を示す CIN3 の 1 例を経験したので報告する。【症例】23 歳。GPO。14 歳の頃に Cervarix®の接種歴がある。近医での検診で ASC-H であったため、前医紹介となった。前医でのコルポスコピーで高度白色上皮を認め、生検の結果が CIN2～CIN3 であったため、手術の方針となった。当院での加療を希望され紹介受診となり、子宮頸部円錐切除術を施行した。術後の病理結果は CIN3 であり、Koilocytosis の所見を認めた。術前に施行した HPV ジェノタイプ検査は陰性であった。

【考察】HPV ワクチン接種率の高かった世代が子宮癌検診の対象年齢となりつつある。本症例は HPV ジェノタイプ検査が陰性であった原因に関しては更なる検討が必要であるが、ワクチンの接種歴の有無に関わらず、子宮頸部細胞診によるスクリーニングが重要であると考えられた。

105. 卵巣癌との鑑別を要した小腸 Gastrointestinal stromal tumor(GIST)の 1 例

○本多 真澄¹、南 里恵¹、谷村 悟¹、山口 彩華¹、吉村 成子¹、鈴木 拓馬¹、
草開 友理¹、今井 宗¹、炭谷 崇義¹、中島 正雄¹、飴谷 由佳¹、舟本 寛¹、
齋藤 裕人²、天谷 公司²

¹富山県立中央病院 産婦人科、²富山県立中央病院 外科

【症例】60 歳未経産婦で子宮全摘後。両側下肢の浮腫、腹部膨満感を主訴に前医を受診し、骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介初診した。造影 MRI 検査で 15cm 大の境界明瞭で充実部分を伴う多房性嚢胞性腫瘍があり卵巣悪性腫瘍を疑った。また造影 CT 検査では明らかなリンパ節転移は認めなかったが、肝臓に 20mm 大の結節性病変を認め多発肝転移が疑われた。腫瘍マーカーは CA125 が 170IU/ml と高値であった。術前精査より暫定卵巣癌 IVB 期の疑いで腫瘍減量手術を施行する方針となった。右下腿にヒラメ筋静脈血栓が存在していたため術前に持続静脈点滴でヘパリン化を行った。手術当日朝、バイタルサインの変動は認めなかったが顔面蒼白であり採血したところ、酸素化不良で急激な貧血 Hb3.8g/dl の進行を認めた。状態把握の目的で手術直前に緊急造影 CT 検査を施行した。肺動脈塞栓は認められなかったが腫瘍と小腸の交通あり、腹腔内出血が疑われた。鑑別として卵巣腫瘍以外に小腸 GIST の破裂・出血性ショックを疑い、輸血を施行した上で外科に依頼し緊急開腹手術を施行した。腫瘍は被膜破裂しており 2L もの腹腔内出血を認めた。腫瘍は空腸の腸間膜から発生し小腸壁内浸潤を認め空腸原発 GIST と術中診断し、空腸部分切除及び腫瘍摘出術を行った。病理検査にて空腸原発 GIST と確定断し、肝転移巣に対してイマチニブ内服治療を継続中である。【結語】女性で巨大な多房性骨盤内腫瘍を認めた場合、付属器腫瘍の婦人科疾患以外にも鑑別疾患は多岐にわたる。本症例は術当日の腫瘍破裂をきっかけに GIST の鑑別が必要となり外科医・麻酔科医との迅速な連携を経て手術を完遂する事ができた。女性骨盤内腫瘍を見る際には卵巣腫瘍以外の原発も常に念頭に置いた上で、周囲臓器との位置関係や転移巣の性状、支配血管の走行などを十分検討し、慎重に術前診断を行う事が重要であると考えられた。

106. 良性卵巣腫瘍の手術を契機に発見された悪性リンパ腫の一例

○宮原 周子、我妻 理重、橋本 栄文、工藤 理永、岩間 憲之、松本 大樹

大崎市民病院 産婦人科

【緒言】進行した全身性悪性リンパ腫の卵巣浸潤の頻度は7-26%と報告されている。今回、良性卵巣腫瘍の手術を契機に悪性リンパ腫の診断となった1例を経験したので報告する。【症例】62歳、3妊3産。既往歴は特記なし。7-8年ぶりの婦人科検診にて骨盤内腫瘍を認め当科紹介となった。MRIでは右卵巣に11cm大の多房性嚢胞性腫瘤を認めた。内容は漿液性が示唆され、嚢胞壁は薄く、結節や充実性成分は指摘できず、明らかな悪性所見は指摘できなかった。子宮や左卵巣の明らかな異常所見は認めなかったが、右腸骨動脈沿いのリンパ節腫大を認めた。腫瘍マーカーはCEA, CA19-9, CA125のいずれも上昇を認めなかった。良性の右卵巣腫瘍疑いで、腹腔鏡下両側付属器切除術を施行した。手術所見においても右卵巣腫瘍の内容は漿液性で、悪性を疑う所見は認めなかった。術後の病理組織診断では、両側卵巣ともserous cystadenofibromaであったが、嚢胞周囲の間質にリンパ球様細胞の浸潤を認め、悪性リンパ腫が疑われた。精査の結果、悪性リンパ腫の一つである濾胞性リンパ腫の診断となった。CT/PET-CTでも腸間膜や後腹膜のリンパ節の腫大と集積を認め、悪性リンパ腫に矛盾しない所見であった。現在血液内科に紹介のうえ、R-CHOP療法を施行中である。【考察】悪性リンパ腫は、年間10万人あたり10人程度の発生と報告されており、日本の成人では最も頻度の高い血液腫瘍である。卵巣原発の悪性リンパ腫もごくまれに報告があるが、本症例においてはその基準を満たさず、全身性の悪性リンパ腫と診断された。後方的にみると、術前のMRIにて骨盤内のリンパ節腫大の指摘があり、その際にCT検査等を追加していれば、より早く悪性リンパ腫を予見できた可能性もある。自科疾患の腫瘍自体に悪性所見を認めずとも、より細やかな診療を行うことが必要と考えられた。

107. 大量のモルヒネ静脈内投与で十分な鎮痛が得られなかった子宮頸癌の1例

○福長 健史、伊藤 泰史、高橋 可菜子、小島原 敬信、手塚 尚広

公立置賜総合病院

【緒言】癌性疼痛に対するモルヒネの効果は十分に実証されているが、末期癌の症例では疼痛管理に高容量のモルヒネ投与が必要となることもしばしばある。【症例】53歳、0妊0産、既往歴・家族歴に特記事項なし。右下腹部痛と2カ月間の不正性器出血を主訴に、1年3カ月前に当院救急外来を受診した。精査にて子宮頸癌ⅡB期と診断され、疼痛に対してオキシコドン塩酸塩錠20mg/dayを開始し、治療目的に他病院へ紹介した。紹介先病院で放射線療法や化学療法を施行したが奏功せず、腸管穿孔、膀胱子宮瘻、多発骨転移および脊椎骨折(Th8-9、Th11-12、L1-3、L5)を認めたため、Best Supportive Care : BSCの方針で1カ月前に当院へ転院搬送された。当院入院後は骨盤腹膜炎の治療を行い、癌性疼痛に対してはオキシコドン塩酸塩静脈内投与100mg/dayをフェンタニル貼付剤18mg/dayに変更して鎮痛を得た。在宅緩和医療を希望され自宅退院した。しかし、その1週間後に腹痛増強を主訴に救急外来を受診し、腹部全体に著明な圧痛を認めたため癌性腹膜炎として疼痛管理目的に入院した。モルヒネ塩酸塩注射液270mg/dayで治療開始したが鎮痛を得られなかった。投与量を漸増するも効果に乏しかったため、非オピオイド鎮痛薬の併用およびリドカイン静脈内投与を開始し、鎮静目的にミダゾラム静脈内投与も併用した。最終的にモルヒネ塩酸塩800mg/h+リドカイン40mg/h+ミダゾラム10mg/hで鎮痛および鎮静を試みたが十分な鎮痛を得られず、入院2日後に死亡した。【考察】癌性疼痛におけるオピオイド鎮痛薬は非常に有用であり、投与量に応じて鎮痛効果があるとされる。オピオイドだけでは十分な鎮痛効果を得られない場合は、非オピオイド鎮痛薬や抗けいれん薬などの鎮痛補助薬を併用することで鎮痛を得られることが多いが、本症例ではいずれも効果的ではなかった。本症例のような難治性癌性疼痛について、文献的考察を交えて報告する。

108. 腹腔鏡下卵巣成熟嚢胞性奇形腫核出術後に発生した化学性腹膜炎の 1 例

○我妻 理重、和賀 望浩、後藤 衣美子、橋本 栄文、工藤 理永、宮原 周子、
岩間 憲之、松本 大樹

大崎市民病院 産婦人科

【緒言】卵巣成熟嚢胞性奇形腫の手術において、その内容物が腹腔内に遺残することにより術後に化学性腹膜炎をおこすことがある。今回われわれは、腹腔鏡下卵巣成熟嚢胞性奇形腫核出術後に発生した化学性腹膜炎の 1 例を経験したので報告する。【症例】症例は 28 歳、0 妊 0 産。2 年間の不妊を主訴に近医産婦人科を受診し、その時の経膈超音波検査にて 7 cm 大の右卵巣腫瘍を認め当科紹介となった。当科での経膈超音波検査、MRI で右卵巣成熟嚢胞性奇形腫の診断にて腹腔鏡下右卵巣腫瘍核出術を試行した。術中、腫瘍被膜破綻し粘調度の非常に高い脂肪成分が腹腔内に漏出した。大量の生理食塩水で腹腔内洗浄を行ったが、腸管の漿膜面に付着した毛/脂肪成分を完全に除去することは困難であった。可及的に毛/脂肪成分を除去したのちダグラス窩にドレーンを留置し手術終了とした。術後 2 日目の WBC 19800 / μ L、CRP 25.62 mg/dL、体温 38.2 度と炎症反応の悪化を認めた。術後 3 日目の腹部 CT では腹膜炎、麻痺性イレウスの所見を認めた。同日よりドレーンからの腹腔内洗浄を連日行ったが 38 度台の発熱は続き炎症反応の改善はみられなかった。成熟嚢胞性奇形腫の内容物遺残による化学性腹膜炎が遷延していると判断し、術後 7 日目に開腹腹腔内洗浄ドレナージを施行した。腹腔内には毛/脂肪成分の残存を認め、腸管、大網が強固に癒着しており奇形腫の内容物による化学性腹膜炎に矛盾しなかった。2 度目の術後は順調に解熱し、炎症反応も改善し、術後 7 日目に退院となった。【考察】腹腔内に漏出した成熟嚢胞性奇形腫の内容物は徹底的に除去することが、その後の化学性腹膜炎を予防する上で重要である。腹腔鏡下手術では腫瘍内容物の回収や洗浄が不十分になりやすい傾向にある。腹腔鏡下手術において腫瘍内容物の除去が十分にできない場合は開腹手術に移行する勇気も必要であると思われた

109. 全腹腔鏡下子宮全摘中にエンシールを破損し、閉創直後の腹部 X 線写真にて破損部を確認しえた 1 例

○古川 茂宜¹、中村 聡一²、山内 隆治²、小島 学¹、野村 真司¹、添田 周¹、
渡邊 尚文¹、藤森 敬也¹

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²白河厚生総合病院 産婦人科

【緒言】診療科の全手術における器具の破損は 0.07% と稀である。腹腔鏡下手術において器具を破損した場合は、破損部位の十分な確認が肝要であるが、腹腔内での検索あるいは回収に難渋する症例が報告されている。【症例】52 歳、3 妊 3 産。以前より子宮筋腫による過多月経が強く、他院で偽閉経療法を施行されていた。閉経を待機していたが偽閉経療法後に過多月経を繰り返していた。貧血の症状が強いため子宮全摘を希望され、受診した。超音波、MRI にて子宮前壁に 8cm 大の筋層内筋腫を認め、全腹腔鏡下子宮全摘術（以下 TLH）を施行した。子宮は新生児頭大で、パワーソースはエンシール、バイポーラー、吸引器付きモノポーラー（プローベプラス）を使用した。エンシールは傍子宮結合織の処理と腔管の切開に使用したが、腔管の切開の過程で破損し、破片を腔パイプより回収した。腔管を閉鎖し、膀胱鏡にて尿管の流出を確認し気腹を終了し、閉創した。閉創後、麻酔覚醒前に腹部 X 線写真を撮影したところ異物を認めたため、再気腹した。大網の一部に金属片が埋没しており、回収して終了した。金属片はエンシールのジョーの一部であり、破損した際に腹腔内に遺残したものと思われた。以後は特変なく経過し、術後 5 日目に退院した。【考察】TLH の際にエンシールの一部を破損し、腹腔内に遺残した症例を経験した。腹式手術においてはガーゼ遺残確認目的に腹部 X 線写真が撮影されることが多いが、異物遺残による後日の再手術を回避する目的に、腹腔鏡下手術においても閉創直後の X 線写真撮影が有用であると考えられる。

110. 腹腔鏡下子宮全摘術後 3 ヶ月で診断・治療しえた膀胱腔瘻の 1 例

○菅原 登、清水 孝規、高野 恭平、前川 絢子、加賀 敬子

岩手県立磐井病院 産婦人科

【緒言】腹腔鏡下子宮全摘術における膀胱腔瘻発症の報告は術後早期に多い。今回我々は、術後 3 ヶ月目に漿液性帯下を主訴に受診した際に膀胱腔瘻と診断、開腹手術にて治療しえた症例を経験したので報告する。【症例】46 歳、未婚、0 妊 0 産、既往歴に特記事項なし。近医より子宮筋腫の加療目的に当院紹介。多発性筋層内筋腫・右卵巢内膜症性嚢胞と診断、挙児希望もないため、腹腔鏡下子宮全摘術と右付属器・左卵管切除術を施行した。子宮摘出後、腔断端を 1-0 バイクリルプラスで 2 層に縫合、その後腔断端を覆うように 3-0 バイクリルで腹膜連続縫合を施行した。術後経過に問題なく 7 日目に退院。術後 2 ヶ月経過した頃から漿液性帯下を認めた。この間に性交渉はなかった。受診時、腔断端離開は明らかでなかったが、尿管腔瘻・膀胱腔瘻疑いにて泌尿器科紹介。膀胱鏡・膀胱造影 CT 検査にて膀胱後壁と腔断端左側との間に膀胱腔瘻が認められた。自然閉鎖の可能性が低いと診断、開腹手術にて閉鎖術を施行した。腔断端は腹膜で覆われおり、腹膜の欠損は認められなかった。膀胱を切開したところ、ほぼ正中に径 2mm 大の瘻孔を認めた。この瘻孔から腔へ向ってカテーテルを留置、バルーンを膨らませ、牽引しながら瘻孔切除を行い、腔断端と膀胱は結節縫合にて修復した。術後に尿道カテーテルを留置し、7 日目に抜去した後、膀胱造影 CT 検査を施行したが、膀胱外への造影剤漏出は認められなかった。現在、術後 4 ヶ月経過したが再発徴候なく経過している。【考察】腔断端の 2 層目縫合の際に縫合糸が膀胱に刺入、その後、腹膜連続縫合により膀胱が腔断端に接近したことにより膀胱腔瘻が発症した可能性が考えられた。腹腔鏡下子宮全摘術では、腔断端離開の予防目的に腹膜縫合を行う場合もあるが、断端離開が生じた場合には膀胱腔瘻も併発する可能性もあるため、腹膜縫合に関しては今後検討が必要であると考えられた。

111. 初心者による腹腔鏡下手術トロカー挿入時の腸管損傷経験とその反省点について

○吉田 祐司、田上 可桜、高橋 友梨、上原 知子、野添 大輔、市川 さおり

石巻赤十字病院 産婦人科

【緒言】腹腔鏡下手術のアプローチ法としては当初からオープン法とクローズド法が存在したが、クローズド法に関しては安全性の観点から気腹針を用いた盲目的アプローチに替わってトロカーの内筒に内視鏡を挿入して監視しながら穿刺して腹腔内に到達するオプティビュー法が増えてきている。当科では創が小さくて済む利点からこの方法を採用しているがオープン法と比較して腹腔内到達の判断が難しくやや熟練を要する。今回我々は初心者による腹腔鏡下手術トロカー挿入時の腸管損傷を経験したので反省点を含めこの症例を振り返る。【症例】25 歳 2 妊 2 産 左下腹痛を主訴に当院救急外来に搬入 CT にて左卵巢腫大を認め産婦人科紹介、左卵巢腫瘍茎捻転の診断で臨時手術の方針となり腹腔鏡下左付属器切除術を施行した。第 1 トロカーを挿入する際、臍よりオプティビュー法を用いたが腹腔内到達の判断ができず気腹開始までに何度も試行を繰り返した。気腹開始後腸管表面に凝血塊を認め臍部創を拡大してリトラクター挿入、小腸を腹腔外に出して確認したところ貫通所見を認め外科に腸管部分切除を実施してもらい、その後は予定通り手術を施行した。【考察】日本産科婦人科内視鏡学会全国登録データによると腸管損傷は 47,958 例中 67 例(0.14%)、67 例中トロカー挿入時が 8 例、特に第 1 トロカー挿入時が腸管損傷を起こしやすい。オープン法でも腸管損傷を発生している事例があり、完全な予防にはならない。臍部は腹壁で最も薄く第 1 トロカー挿入に適しているが少しずれると脂肪層が厚くなり、大網などと区別しづらくなる。常に最も薄い部分を意識してトロカーを進めることが重要である。また初心者が術者となる場合、助手は常に監視を怠らず、漫然と試行を繰り返させずに入りにくいと判断した場合は途中での交代も考慮すべきである。さらに挿入後は損傷がないか点検を怠らないようにすることがミスを大きな合併症に進展させないために重要である。

112. 腹腔鏡下手術後に尿膜管遺残症による創部感染を起こした 1 例

○品川 真澄、徳永 英樹、吉田 悠人、島田 宗昭、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【緒言】尿膜管は胎児期に臍と膀胱頂部を結ぶ上皮性管腔構造物である。胎生 8 週までには閉鎖し正中臍靭帯となるが、この過程において障害が生じると尿膜管遺残症となる。今回我々は異所性妊娠に対する腹腔鏡下右卵管切除術において、1st トロッカー挿入の際に尿膜管遺残症の 1 つである尿膜管嚢胞を穿刺したことにより、術後創部感染を起こした 1 例を経験したので報告する。【症例】37 歳女性、1 妊 0 産。性器出血を主訴に前医を受診したところ妊娠反応陽性で、妊娠 6 週 0 日であったが子宮内に胎嚢を認めなかった。1 週間後も胎嚢を認めず、不全流産と診断され経過観察していた。3 週間後、出血の持続および血清 hCG の高値 (6,644 mIU / ml) により、存続絨毛症の疑いで当科紹介となった。当科初診から 7 日後に腹痛が生じ、右付属器周囲に血腫形成を認めた。右卵管妊娠疑いで緊急手術の方針となり、腹腔鏡下右卵管切除術を施行した。術後 3 日目に臍の創部周囲に発赤、硬結を認めた。術前に撮影した CT 画像を確認したところ、臍部腹壁下に小さな石灰化を伴う嚢胞状構造を認めたため、尿膜管嚢胞への感染 (尿膜管膿瘍) が疑われた。抗生剤の内服 (CFDN) を開始し、その後炎症反応の上昇もみられたため、抗生剤の点滴へ変更 (CMZ) するも改善せず、術後 7 日目に感染巣の切開排膿を行った。ガスとともに膿汁の流出があり、アテローム様の構造を認めた。連日創洗浄を行い、術後 10 日目に退院となった。術後 1 ヶ月で創部感染の改善を確認し、尿膜管嚢胞に関しては泌尿器科に紹介し、本人の希望があれば根治手術を行う方針となった。【考察】婦人科の腹腔鏡下手術では臍部から 1st トロッカーを挿入することが一般的である。低頻度だが本症例のように尿膜管遺残症により創部感染を来す場合があり、同疾患の可能性を念頭に置く必要がある。

113. 腹腔鏡下子宮全摘出術を施行中、膣パイプによる直腸損傷を来した一例

○矢野 亮¹、山崎 龍王²

¹鶴岡市立荘内病院 産科婦人科、²武蔵野赤十字病院 産婦人科

【緒言】近年、腹腔鏡手術は急速に普及してきており、低侵襲化に対する社会的ニーズも高まってきている。一方で合併症についても数多く報告が挙げられており、術者は安全に十分配慮して手術を行う必要がある。我々は子宮体癌に対し腹腔鏡下子宮全摘出術 (total laparoscopic hysterectomy; 以下 TLH) を施行した際、膣パイプ操作中に直腸損傷を来した症例を経験した。膣パイプによる直腸損傷例は本邦でも数例の報告のみであり非常に稀な合併症である。直腸損傷を来した原因を考察し、今後の再発予防のため報告する。【症例】70 歳、0 経妊、性交渉あり。不正出血を自覚し前医を受診。精査のため当科紹介となった。内膜組織診及び内膜全面搔爬術にて類内膜腺癌 (G1) と診断された。造影 MRI では筋層浸潤所見は認めず、造影 CT 及び PET-CT ではリンパ節転移や遠隔転移を示唆する所見は認めなかった。類内膜腺癌 G1 stage IA と診断し、TLH + 両側付属器切除の方針とした。術中所見では直腸と子宮後壁に高度な癒着を認め、ダグラス窩は完全に閉鎖していた。膣パイプによる経膣操作では膣が狭くパイプ挿入に難渋した。癒着が強く開腹術に移行し手術を完遂した。術直後に会陰裂傷を認め、詳細に診察したところ直腸損傷が判明した。外科協力下に再開腹、直腸損傷部修復及び人工肛門造設を施行し手術を終了した。術後 4 か月後に人工肛門閉鎖術を施行し、現在初回手術より 1 年 6 か月経過するが再発を認めず経過観察中である。【考察】本症例における原因、リスク因子としては高齢、未經産、狭小な膣、組織の脆弱性、高度な癒着、視野不良、膣パイプ操作の不慣れ等が挙げられた。術中はこれらを念頭に慎重かつ愛護的な操作を行う必要があった。操作に難渋した際は一旦手術をとめて原因検索をする、経験のある助手に交代する、器具を変更する等柔軟な対応も必要であった。術後は膣や会陰部、周辺臓器の損傷の有無を入念に検索することも極めて重要であると考えられた。

114. 真性子宮憩室に対して腹腔鏡下子宮憩室切除術を施行後、生児を獲得した 1 例

○藤峯 絢子、渡邊 善、井ヶ田 小緒里、田中 恵子、久野 貴司、横山 絵美、
石橋 ますみ、志賀 尚美、立花 眞仁、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【緒言】子宮憩室は、子宮本体より外向性に腫瘤を形成し、子宮頸管腺もしくは子宮内膜より連続した内腔を有する嚢胞性構造をとる病態で、多くは手術後など後天的に形成される。一方、関連する既往のない真性子宮憩室の報告は非常に稀で、挙児希望を有する症例への確立した管理方法は存在しない。今回、我々は腹腔鏡下子宮憩室切除後に生児を得た 1 例を経験した。【症例】35 歳、3G0P（今回の妊娠を含む）。前医で不妊検査施行時、子宮卵管造影で子宮体部とは別に子宮峡部から連続する嚢胞性構造物を認めた。ART で妊娠成立したが、嚢胞性構造物が 10cm まで増大し、同部位の圧痛と性器出血を認め精査目的に当科紹介となった。胎児は VACTER 連合と診断され、妊娠 21 週で termination となった。その後の MRI 検査では子宮頸管から連続した内腔を有する腫瘤を認め、子宮鏡検査では嚢胞の入口部は通常の頸管腺上皮様、内腔は子宮内膜様を呈したため子宮憩室と診断した。今後の疼痛や感染リスク、次回妊娠時の周産期リスクを考慮し、腹腔鏡下子宮憩室切除術を施行した。頸部と憩室との連絡部の上皮を切除し、筋層を温存して子宮憩室のみ切除した。病理標本では卵管上皮化生を伴う子宮内膜と平滑筋、漿膜の 3 層構造を呈し、子宮憩室で矛盾はなかった。術後の子宮卵管造影で縫合部の漏出を認めず、術後 3 か月で妊娠許可した。前医で ART を再開し、1 度の自然流産を経て凍結胚移植にて妊娠成立した。自然流産後にプロテイン S 欠乏症と診断され、低用量アスピリン療法とヘパリン療法を併用した。妊娠経過中に手術と関連する合併症は認めず、妊娠 37 週 6 日吸引分娩で 2440g の女児を分娩した。【考察】真性子宮憩室切除後の生児獲得例は本例が初となる。真性子宮憩室に対する子宮温存手術では、術後の再発や妊孕性、周産期予後に配慮した切除部位の決定と筋層縫合の検討が重要であり、今後の症例蓄積が期待される。

115. 小児卵巣腫瘍に対し単孔式腹腔鏡下腫瘍核出術及び臍形成術を施行した一例

○矢野 亮、戸田 紀夫、高柳 健史、五十嵐 裕一
鶴岡市立荘内病院 産婦人科

【緒言】腹腔鏡下手術は開腹術に比べ低侵襲かつ整容性に優れており、近年急速に普及してきている。単孔式腹腔鏡下手術は特に整容性に優れているが、従来の多孔式に比べ難易度が高く手術時間を要する。我々は 13 歳の小児卵巣腫瘍に対し、単孔式腹腔鏡下腫瘍核出術及び臍形成術を施行した。当科での本術式は初めての試みであったが、合併症を来すことなく手術を完遂することができた。今後整容性を重視する症例では有用な術式と考えられたため、実際の手術手技とともに報告する。【症例】年齢 13 歳、身長 154cm。急激な下腹痛を主訴に前医を受診した。経腹超音波にて骨盤内に 10cm 大の嚢胞性病変を認め卵巣腫瘍茎捻転が疑われたが、診察中に軽快したため翌日に当科へ紹介となった。MRI にて右卵巣に骨盤内を占拠する 10cm 大、脂質成分を有する 2 房性嚢胞を認めた。腫瘍マーカーは CA19-9 42.0U/ml と軽度上昇、SCC は 1.0ng/ml と基準値内であった。以上より右卵巣成熟嚢胞奇形腫と診断し、待機的手術の方針とした。術式決定に際しては若年であることから低侵襲かつ整容性に優れた単孔式腹腔鏡下手術を選択し、さらに臍自体の整容性にも配慮し梶川らの方法を参考に臍形成術を試みた。嚢胞周囲に癒着はなく、内容液を吸引した後、体外法で腫瘍核出が可能であった。手術は合併症なく終了し、手術時間 1 時間 35 分、出血量 10ml であった。術後経過は良好で術後 5 日目に退院となった。病理の結果成熟嚢胞奇形腫であり悪性所見を認めなかった。現在術後 2 ヶ月であるが創部感染を来すことなく外来にて経過観察中である。【考察】これまで当科では良性疾患に対しては多孔式腹腔鏡下手術を施行してきたが、本症例は小児症例であったため、なるべく低侵襲かつ整容性を重視した結果、単孔式腹腔鏡手術及び臍形成術を選択した。本術式は整容性を重視する症例では有用な術式と考えられ、今後も積極的に試みる価値があると考えられた。

116. 交通外傷を契機に発症した卵巣腫瘍破裂を腹腔鏡下に診断・治療した一例

○鈴木 裕太郎、遠藤 大介、三坂 琴美、玉城 良、山田 竜太郎、吉井 一樹、
森脇 征史、服部 理史
JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】卵巣腫瘍破裂は内膜症性嚢胞由来が多く、急性腹症を呈するため他疾患との鑑別が重要となる。しかしながら腹部鈍的外傷による卵巣腫瘍破裂は比較的稀であり診断に難渋することがある。今回、交通外傷を契機に発症した内膜症性嚢胞破裂の症例を経験したため報告する。【症例】24才0妊0産。過去に婦人科受診なく、卵巣腫瘍の指摘なし。自らが運転する軽自動車にて停車中の乗用車に時速60kmで追突し、交通外傷として他院に救急搬送された。外傷や骨折を認めないが、腹部全体の圧痛を認め、CTで左付属器腫瘍、骨盤腔から上腹部に及ぶ液体貯留がみられた。そのため腹腔内出血疑いとして当院に転院搬送となった。当院到着時、血圧113/74mmHg、脈拍84bpmであり、Hb13.5g/dlと貧血を認めなかった。身体所見およびCTより腹腔内出血、腸管損傷が疑われ外科により審査腹腔鏡が施行された。腹腔鏡にて腹腔内に多量の子宮内膜症性嚢胞の内容液様の腹水および手拳大に腫大した左卵巣腫瘍を認めた。腹腔内出血や腸管損傷は認めず、左卵巣腫瘍破裂として当科により左卵巣腫瘍核出術を施行した。病理診断にて子宮内膜症性嚢胞の診断を得た。術後経過良好で術後6日目に退院となった。【考察】内膜症性嚢胞破裂はその内容液により化学性腹膜炎を惹起し急性腹症を呈する。腹部鈍的外傷に起因するものは頻度が少ないため、理学的所見、画像所見、血液検査などを総合的に検討することが他疾患との鑑別の一步と考えられる。

117. 腹腔鏡手術に摘出した後腹膜神経鞘腫の1例

○佐伯 吉彦、大阪 康宏、山田 堇、高田 笑、坂本 人一、柴田 健雄、藤田 智子、
高木 弘明、高倉 正博、笹川 寿之
金沢医科大学

【緒言】後腹膜腫瘍は全腫瘍の0.01-0.2%と頻度が低く、そのうち神経細胞由来のものは4%とされている。今回、卵巣子宮内膜症性嚢胞の術前診断で腹腔鏡下手術を施行し、後腹膜腫瘍と判明し摘出を行った後腹膜神経鞘腫の1例を経験したので報告する。【症例】42歳女性、G0P0、不妊治療を希望し近医を受診。1回の胚移植を行ったが妊娠には至らず、初診時より骨盤内の直径5cmの嚢胞性病変を認めており、右卵巣子宮内膜症性嚢胞及び子宮筋腫の診断にて精査加療目的で当院に紹介受診となった。当院で施行されたMRI検査では、右正常卵巣から連続性のあるT1強調像で低信号、T2強調像で高信号の表面平滑な直径約60mmの腫瘤性病変を認め、内部に隔壁をもち、一部にニボーが存在した。治療及び不妊症の原因精査のため腹腔鏡下の腫瘍摘出術を行った。腫瘍は右側骨盤後腹膜に存在し、子宮筋腫を認めるものの、その他子宮及び両側付属器には異常を認めなかった。後腹膜を展開し尿管、神経などの重要な構造物がないことを確認し、腫瘍の摘出を行ったが、腫瘍の術中破綻をきたした。内容物は暗赤色のやや粘性の高い液体であった。病理学的検索では膜様部、充実部共に紡錘形細胞の束状配列、錯綜配列、柵状配列を認めた。また、ヘモデジリン沈着、組織球浸潤、血管の硝子化を認めた。免疫染色ではS-100がびまん性に陽性であり、出血、変性を伴った陳旧性神経鞘腫と診断された。【考察】後腹膜神経鞘腫は画像的に卵巣腫瘍や子宮筋腫と術前診断されることが多い。しかし、摘出には術中の出血が多くなることや術後の神経症状が出現するといった報告もあることから、画像による正確な術前診断は困難であるものの術前評価の重要性が高いと考えられる。

118. 腹腔鏡下手術後の急性痛管理に対しアセトアミノフェン定時投与の有用性

○深川 大輔、池田 真妃、村井 正俊、尾上 洋樹、小見 英夫、熊谷 仁
岩手医科大学 産婦人科学講座

【目的】腹腔鏡下手術の術後において、“痛み”と“悪心・嘔吐”は早期回復の妨げになる主たる要因である。当科ではこれまで術後疼痛に対し主にフェンタニル持続静注を用いていたが、2017年8月よりアセトアミノフェン静注の定時投与を開始した。そこで今回我々はアセトアミノフェン定時投与が術後管理に与える影響について後方視的に検討した。【方法】2017年4月から2018年5月までに当科で行われた腹腔鏡下手術症例106例のうち術後神経ブロックを施行した17例、疼痛薬定時投与、持続投与のない9例を除く80例を対象とした。アセトアミノフェン定時投与は手術終了時より6時間毎の5回反復投与とした。2017年8月以降の術後アセトアミノフェン定時投与のみの群（A群34例）とアセトアミノフェン定時投与とフェンタニル持続静注の併用した群（A+F群30例）、2017年7月以前のフェンタニル持続静注のみの群（F群16例）の3群について、術後24時間以内の追加鎮痛薬の使用回数、PONV(postoperative nausea and vomiting)の有無について比較検討した。統計学的解析にはBonferroni法を用いた。【成績】術後24時間以内の追加鎮痛薬の使用回数はA群0.26回(0-1)、A+F群0.66回(0-7)、F群1.93回(0-10)とF群が他に比べ使用回数が多かった。術後鎮痛薬の追加を行っていない症例はA群25例(73.5%)、A+F群21例(70.0%)、F群7例(43.6%)であり、F群が少ない傾向であった。PONVについてはA群7例(20.6%)、A+F群16例(53.3%)、F群7例(43.6%)に認め、A群の発生頻度は少ない傾向であった。【結論】術後急性疼痛管理においてアセトアミノフェン定時投与は十分な鎮痛効果があり、フェンタニル持続静注よりもPONVの発生を減らす可能性があること示唆された。

119. MRIを用いた手術難易度の術前予測に関する検討

○布村 晴香、山川 義寛、山崎 悠紀、牛島 倫世、加藤 潔、脇 博樹
高岡市民病院 産婦人科

【目的】全腹腔鏡下子宮全摘術(以下TLH)は良性疾患のみならず初期悪性疾患に対しても適応がありその普及率は年々上昇しているが、偶発症・合併症率が依然として高いという問題がある。子宮重量は手術難易度を左右する要因の一つであるが、術者やチームの技量によりその基準は異なると考えられ、各施設における基準を設けることは手術を安全に行う上で重要と考える。当院での手術成績をもとに、術前のMRIを用いた子宮の計測値により当院におけるTLHの手術難易度を術前に評価する指標になるかどうかを検討した。【方法】2013年より2017年に全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した症例のうち、術前MRIを評価できた237例を対象とした。MRIの矢状断像で子宮縦径と前後径、横断像で子宮横径を測定し、楕円体近似子宮体積(推定子宮体積)とした。その推定子宮体積と摘出子宮重量の相関関係をSpearman's順位相関で検討した。過去の検討において、当院での手術成績では子宮重量が400g以上ある場合に有意に手術時間が長く、出血量が多いという結果を得た。また文献的には子宮重量500g以上を手術難易度上昇の因子とする報告を認める。これらを受けて、定量的な検査精度を評価するためにReceiver operating characteristic(ROC)曲線を用いて、推定子宮体積から摘出子宮が400gおよび500gを超えると予測されるカットオフ値を計算した。【結果】推定子宮体積を横軸に、摘出子宮重量を縦軸にとった散布図から、Spearman's順位相関で算出した回帰直線は $y=0.77x+44.15$ で表され、 $R^2=0.84$ 、相関係数=0.90と強い正の相関を示した。ROC曲線を用いて推定子宮体積から摘出子宮重量を予測する検討では、400gを推定する場合は閾値を430cm³とするとArea under the curve 0.972(95%CI 0.947-0.996)となり、特異度93.9%、感度92.7%で予測が可能であった。また、500gを推定する場合は閾値を491cm³とするとArea under the curve 0.983(95%CI 0.969-0.996)となり、特異度94.3%、感度100%であった。【結論】術前MRIをもとに算出した推定子宮体積は、摘出子宮重量に強い相関関係が認められ、手術難易度を予測する指標として有用と考えられる。

120. 当院における腹腔鏡下子宮筋腫核出術 - 丁寧な核出と縫合を追求して -

○神 未央奈¹、玉手 雅人¹、西村 庸子¹、秋元 太志¹、杉尾 明香²、松浦 基樹¹、
郷久 晴朗¹、明石 祐史²、岩崎 雅宏¹、齋藤 豪¹
¹札幌医科大学附属病院 産婦人科、²札幌白石産科婦人科病院

【目的】腹腔鏡下子宮筋腫核出術（以下 TLM）は婦人科における子宮温存術であり、妊娠を考慮したものでなければならない。施設によって様々な工夫がなされているが、今回当院における TLM の工夫について報告する。

【方法】当院での TLM は 12cm、5 個を超える症例については自己血を貯血している。術前の GnRH アゴニストは症例ごとで 0-3 回使用している。子宮漿膜は超音波切開装置にて切開し、筋腫は必要以上に牽引せずトラクションのみで層を確かめながら核出する。筋腫底が見えたら連続縫合により死腔を埋めて縫合してゆく。漿膜は 3-0 吸収糸で合わせるのみとしている。妊娠許可までの期間は 3 ヶ月としており、必要に応じて術後の子宮鏡や MRI にて評価を行っている。【結果】自験例では、TLM 後の妊娠症例が高度癒着や破裂をきたした経験はない。

【結論】核出に関しては飛散を防止するために牽引は最小限に行い、余剰な筋層の切除は行わないことで丁寧な層を意識した核出となる。今後は術後の子宮筋層の血流評価や正常部位との厚みの比較などを検討し、さらにより良い縫合を目指してゆきたい。

121. 当院における巨大子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮筋腫核出術の工夫

○遠藤 俊、宇賀神 智久、新倉 詩央香、平賀 裕章、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、
平山 亜由子、羽根田 健、今井 紀昭、早坂 篤、大槻 健郎
仙台市立病院 産婦人科

【諸言】腹腔鏡下子宮筋腫核出術（LM）は婦人科腹腔鏡手術の中でも比較的高度な技術を要する術式である。LM は筋層切開、筋腫の核出、筋層の縫合と進めていくが、腹腔鏡下の限られたワーキングスペースの中で全てを行う必要がある。難易度は症例毎に異なり、筋腫の位置や個数、大きさによって規定される。筋腫が大きいほど筋層の切開層も大きくなり出血量は増加し、縫合操作の難易度も上昇する。当院で 10 cm を超える巨大筋腫に対し LM を行った 2 症例を提示し、巨大筋腫に対する LM 完遂の手術手技の工夫について報告する。【症例】2 症例はいずれも術前に GnRH アゴニストを使用して筋腫の縮小を得た。1 例目は子宮前壁の長径 12 cm の筋層内筋腫、2 例目は子宮前壁の長径 10 cm の筋層内筋腫の症例であった。①筋腫重量、②手術時間、③出血量、④核出時間、⑤縫合時間に関して 1 例目は①480 g、②184 分、③550 ml、④23 分 5 秒、⑤38 分 45 秒、2 例目は①457 g、②188 分、③900 ml、④49 分 30 秒、⑤51 分 10 秒であった。【考察】トロッカー配置は 4 孔式の左パラレル法を用いる。手術手技は先ず PTCO 針を子宮筋層に刺入し、生食で希釈したバソプレシンを注入し血管収縮を図る。超音波メスで筋層を切開し、筋腫核に至った後は 10 mm 径のミオームポーターやクロー鉗子で牽引を行い、子宮マニピュレーターと協調し剥離面にカウンタートラクションをかけることで筋腫核を覆う被膜の切開すべきラインを把握する。核出を進めていく際に現れる筋腫の栄養血管は適宜バイポーターを用いて焼灼を行うことで、出血量を減らし良好な視野を保つことを心掛ける。第 1 助手は吸引管で剥離操作や血液吸引を行い術者を援助する。縫合は筋腫の大きさに応じて 2 層から 3 層の連続縫合を行い縫合時間の短縮を図っている。イメージトレーニングや縫合手技の練習は術者個人でできるが、第 1、第 2 助手や器械出し看護師との連携も巨大筋腫の LM には重要となる。

122. 当科における子宮動脈結紮による TLH への効果と手術時間短縮への取り組み

○中島 彰俊、竹村 京子、山田 清貴、須田 尚美、鮫島 梓、島 友子、吉野 修、
斎藤 滋
富山大学 産婦人科

【目的】腹腔鏡手術は子宮体癌にも適応される一般的婦人科技術である。また、安全かつ円滑な手術は患者のみならず医療経済的にも重要である。そこで、我々は当科における子宮筋腫症例を対象とした腹腔鏡下膣式子宮全摘術を検討した。【方法】腹腔鏡補助下膣式子宮全摘術(LAVH: 子宮動脈(UA)結紮なし, n=103)と全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH: UA 結紮あり, n=35)における出血量、術時間、子宮重量について比較した。また、TLH の術時間を①ポート挿入後から UA 結紮まで、②UA 結紮から子宮回収まで、③子宮回収から術終了までの 3 区間に分け、所要時間を 5 例毎に検討した。【結果】出血量は LH: 123 ± 127 g (LAVH: 320 ± 330 g) で有意に低下するが ($p=0.0002$)、術時間は LH: 215 ± 48 分 (LAVH: 162 ± 40 分) で有意に延長した ($p<0.0001$)。摘出子宮重量に有意差を認めなかった。そこで、術時間延長の原因を検索し、TLH における①の時間は手術導入 1-5 例(初期): 61 ± 6 分が、30-35 例(後半): 25 ± 6 分となり、熟練により有意な短縮を認めた ($p=0.018$)。特に、15 例経験後から①時間が急激に短縮した。それに伴い、手術の全時間も前半 17 例: 221 ± 38 分から後半 18 例: 191 ± 40 分と有意に時間が短縮した ($p=0.035$)。一方②③には、有意な短縮傾向は認めなかった。さらに、③は平均時間が 49 ± 13 分と非常に長いことがわかったため、③の時間は膣縫合と膀胱鏡を迅速に行うことで、 38 ± 5 分と有意な時間短縮が得られた ($p=0.02$)。一方で、大きな合併症は一例も認めなかった。【結論】UA 結紮は出血量を減少させ、その時間を短縮することが手術全体の時間短縮に寄与することが分かった。一方で、今後膣壁の結紮縫合および膀胱鏡(全例施行)を迅速に行うことが重要であると判明した。

123. GETS (Gain the Expert's Technique Seminar) 参加による Dry box での縫合結紮時間の推移

○水沼 慎人¹、今井 賢²、大井手 志保²、大塚 かおり³、小澤 梨紗子⁴、小野 健太郎⁵、
黒須 博之⁶、小松 央憲⁷、下地 裕子⁸、東堂 祐介⁹、成田 萌¹⁰、西澤 康子¹¹

¹むつ総合病院、²自治医科大学付属さいたま医療センター、³石川県立中央病院、⁴諏訪中央病院、⁵聖路加国際病院、
⁶武蔵野赤十字病院、⁷桐生厚生総合病院、⁸琉球大学医学部付属病院、⁹藤枝市立総合病院、¹⁰愛仁会千船病院、
¹¹札幌医科大学付属病院

【緒言】GETS (Gain the Expert's Technique Seminar) は若手産婦人科医が、内視鏡手術手技獲得を目的に経験豊富な講師陣のもとで合宿形式(1泊2日×3回)の集中練習を行うセミナーである。GETS への参加が個人の練習にどのような影響を与えたかについて報告する。【方法】GETS 第 1 回(平成 29 年 11 月)では Dry Box での縫合結紮練習、第 2 回(平成 30 年 1 月)では手術見学、第 3 回(平成 30 年 3 月)では Animal lab での手術が主に行われた。各回毎に課題が提示され、受講生は課題クリアに向けた自主練習に励むこととなるが、自主練習の様子は SNS を介して他受講生や講師陣と共有し適切なアドバイスを受けた。GETS を通して演者がどのような練習を行い、その技術向上に何が役立ったのか検討した。【結果】Dry Box における単結紮時間は GETS 参加前には右持針器の場合は 1 分 20 秒ほど、左手持針器の場合は 2 分 50 秒ほどであった。GETS の期間前半では縫合結紮の動きを縫合のみや糸巻のみのパートに分けた反復練習、空間認識トレーニング(鉗子を狙ったところにスムーズに移動させる練習)を行った。その結果、右持針器の単結紮時間は 40 秒ほど、左手持針器は 45 秒ほどに短縮した。GETS 後半は 3D パットを用いたマットレス縫合の練習となったが、5 結紮 11 分ほどかかっていた縫合時間が、5 結紮 6 分ほどに短縮した。【考察および結論】自分の練習動画を SNS を介して他の受講生や講師陣と共有することは、適切なアドバイスが得られることに加え、自分の練習動画を見直すことで自分の欠点を浮き彫りにすることができるといったメリットがあった。このことが短時間での技術向上に大きく寄与したと考えられた。GETS 参加で腹腔鏡技術は大幅に上昇したと考えられる。今後、この技術を実際の手術に生かせるようさらなる練習の継続が必要と思われる。

124.他地区と合同での若手医師ドライボックストレーニングセミナーの開催と次回への課題

○田村良介¹、高尾航²、玉手雅人³、松浦基樹³

¹大館市立総合病院 産婦人科、²茨城県立中央病院・茨城県地域がんセンター 産婦人科、

³札幌医科大学 産婦人科学講座

【目的】腹腔鏡下手術の技術向上のためにはドライボックストレーニングが必要不可欠である。今回、演者らは若手医師へのトレーニング促進を目的として、各地区合同でのドライボックストレーニングセミナーを開催した。その経験について報告する。【方法】演者らは平成30年2月に青森市にてドライボックストレーニングセミナーを開催した。このセミナーには卒後2年目から卒後5年目までの若手医師が、北海道5人、青森県3人、秋田県4人の計12人参加した。セミナー終了直後とセミナー開催から3か月後に各参加者に対しドライボックストレーニングについてのアンケート調査を行った。【結果】セミナー開催前の参加者のドライボックストレーニング時間は平均で週1.1時間であった。セミナー終了直後の考えに対する設問では、『ドライボックストレーニングを開始/継続しようと思った。』という項目を12人全員が選択していた。自由記載の設問では、他地区の同世代との交流が良い刺激になったとの主旨の記載がみられた。一方で、セミナー開催3か月後では参加者のトレーニング時間は平均で週0.9時間であった。3か月後のトレーニングへのモチベーションを問う設問では『セミナーに参加してドライボックストレーニングへのモチベーションが上がったが、今は若干モチベーションが下がってきている。』という項目を4人(50%)が選択していた。【結論】今回のセミナーは、参加者のドライボックストレーニングに対するモチベーションを上昇させるきっかけとして有用であった。他地区の同世代と合同でトレーニングを行うことで、よりモチベーションの上昇に寄与したものと思われた。しかし、3か月後のアンケート結果からは、参加者達がセミナー終了直後のモチベーションを維持できているとは言い難かった。今後、同様のセミナーを開催するにあたり、このモチベーションの維持を促す対策が課題と思われた。

125.地域医療における専攻医の全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)研修

○明石 英彦¹、磯部 真倫¹、小池 公美²、石田 道雄²、榎本 隆之¹

¹新潟大学医歯学総合研究所 産科婦人科教室、²佐渡総合病院 産婦人科

【目的】専門医制度において腹腔鏡手術は専攻医の必修手技となっている一方で、地方での腹腔鏡手術の修練は未だに困難な状況にあり、佐渡のような離島ではより顕著である。患者の離島で標準手術を受けたいニーズと、離島で地域医療に貢献しながら腹腔鏡手術を学びたい専攻医ニーズが存在する一方、修練には安全性の担保、トレーニングなど数多くの問題が存在する。今回、様々な課題を乗り越えて離島でTLHの研修を行った当院の取り組みを紹介する。【方法】手術施行の前に、科内の了解を得た。事前のトレーニングとしてはボックストレーニング、動画の視聴を何度となく行った。また、手術室や医療機器会社との事前相談を行い環境を整備した。実際の手術施行は、新潟大学の内視鏡技術認定医の指導のもと行った。【結果】当院において2017年12月から2018年3月に当院でTLHを6例施行し、後期研修医が全例執刀を行った。また、当院で専攻医が執刀したTLH6例と新潟大学において2015年6月から2018年1月に他の3人の専攻医が執刀したTLH12例の診療録を後方視的に比較検討すると、両群の患者背景はBMIを除いて有意差はなかった。手術成績は、手術時間(分)は 139.7 ± 14.3 vs 152 ± 10.1 (NS)、出血量(ml)は 25.0 ± 18.3 vs 16.3 ± 12.9 (NS)であり両群間に有意差はなかった。合併症は新潟大学で1例尿管損傷を認めた。【結論】事前のトレーニング、環境の整備を行い、技術認定医の協力のもと、小骨盤内におさまる子宮の大きさなど症例を選択すれば離島でも専攻医が安全にTLHの研修を行うことは可能ではないかと思われる。

126. 当科で経験した Body stalk anomaly の 3 症例

○村上 幸治、十川 佳苗、上田 寛人、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、千石 一雄
旭川医科大学 産婦人科

【緒言】 Body stalk anomaly (以下 BSA) は、14000~42000 妊娠に対し 1 例の稀な先天異常であり、広汎な腹壁破裂、重症の後側弯、短臍帯を来す疾患であり、児の予後は不良である。当科において BSA と診断した 3 症例を報告する。【症例 1】 25 歳、G2P1。妊娠 20 週 2 日の超音波検査で胎児骨盤部に 4cm 大の腫瘤を認め、当科紹介となった。羊水過小のため超音波検査での診察が困難であり、MRI では腹壁破裂、側弯を認め、BSA と診断した。人工妊娠中絶を希望され、娩出児に腹壁破裂、側弯、右下肢欠損、右腸骨欠損、胸郭低形成を認めた。

【症例 2】 41 歳、G3P2。妊娠 23 週 6 日に羊水過小を認め、腹部腫瘤が疑われ当科紹介となった。超音波検査で腹壁破裂、側脳室拡大、側弯を認めた。MRI で腹壁破裂、水頭症、側弯と胸郭低形成を認め BSA と診断した。画像を新生児科、小児外科と協議し予後が極めて不良と考えられ、胎児適応での帝王切開は実施しない事とした。だが、後側弯を認め、腹部から先進し、経膈分娩の際に子宮破裂に注意すべき状態であった。患者家族と相談の上子宮破裂に注意しながら経膈分娩にトライする事とした。妊娠 36 週 1 日に陣痛発来し、腹部が先進部のままであったが、順調に分娩進行し経膈分娩となった。娩出児に腹壁破裂、横隔膜欠損、脊髄髄膜瘤を認めた。

【症例 3】 32 歳、G2P0。凍結胚移植で妊娠。妊娠 19 週 5 日の超音波検査で腹壁に 19mm 大の欠損と肝臓などの脱出を認め、当科紹介となり、BSA と診断した。人工妊娠中絶を希望され、娩出児に臍帯ヘルニア、ヘルニア嚢と胎盤の融合、短臍帯を認めた。【考察】 本疾患は予後が不良であり、診断が大切となる。症例 1、2 のように羊水過小を来した BSA 症例では MRI が有効と考えられる。また、妊娠 22 週以降に診断された BSA は稀である。本症例では FGR を伴い体幹が小さく切迫子宮破裂に注意しながらの経膈分娩が可能である例を経験し、BSA では高度な側弯、胎位異常を来すため娩出方法は慎重に検討する必要がある。

127. 胎児期に無頭蓋症と診断されたが、帝王切開術で生児を得た一例

○羽場 巖、黒川 絵里加、川村 花恵、寺田 幸、佐々木 由梨、岩動 ちず子、小山 理恵、
菊池 昭彦
岩手医科大学 産婦人科

【緒言】 無頭蓋症の発症頻度は本邦においては 10000 出生に 1.34 例と報告されている。通常は妊娠初期に超音波検査で診断され、致死性の疾患として妊娠 22 週前に中絶を選択されることが多い。今回我々は、胎児期に無頭蓋症と診断されたが、帝王切開術で生児を得た一例を経験したので報告する。【症例】 25 歳 G1P0 妊娠 25 週、胎児の頭部異常を認め精査目的に近医より当科へ紹介となった。当院で行った超音波及び MRI では、胎児の眼窩より上部の頭蓋骨は描出されず、脳実質を含む脳脊髄液腔は膜様の組織で羊水腔とは隔てられていた。脳実質は軽度の変形を認めたが、大きな形態的異常は認めなかった。本人及び家族には児の予後は不良である可能性を説明したが、家族が積極的治療を希望された。妊娠 38 週 5 日に選択的帝王切開術を行った。帝王切開術は腰椎麻酔下で行い、児の頭部を保護する目的で子宮壁は子宮下部横切開とともに子宮体部にまで逆 T 字切開を加えて児を娩出した。児の出生体重は 2544g、Apgar スコア 1 分値 8 点、5 分値 9 点。前頭部から後頭部は皮膚に覆われていたが、頭蓋骨は触知されず、頭皮で覆われていない後頭部の突出した薄く透明な硬膜嚢を通して脳実質を透見することができた。硬膜嚢には欠損はなく、脳脊髄液の漏出は見られなかった。さらに、右示指と環指の欠損、左中指に絞扼輪、左母指に多指症を認めた。胎盤所見では羊膜の広範な欠損を認めた。染色体検査は正常核型であった。臨床所見と併せて羊膜索症候群による無頭蓋症、外脳症と診断された。ガーゼで児の頭部を被覆し、トラフェルミンスプレーを噴霧し上皮化を促した。その他の合併奇形はなく、現在は管栄養と頭部の感染に対する抗菌薬の投与を行っている。【考察】 胎児期に無頭蓋症が疑われた場合に、家族が希望された場合には児の救命を図る必要がある場合もある。家族への丁寧なインフォームドコンセントはもとより、小児科も含めた他科との連携も必要となる。

128. 当院における多嚢胞性異形成腎 (Multicystic dysplastic kidney: MCDK) の臨床的検討

○菅井 駿也、水野 泉、春谷 千智、佐藤 彩恵子、斎藤 宏美、南川 高廣、遠間 浩、
安田 雅子
長岡赤十字病院 産婦人科

【緒言】多嚢胞性異形成腎 (MCDK) は 4300 人出生に 1 人の割合でみられる頻度の高い嚢胞性腎疾患である。今回当院で過去 6 年間に経験した MCDK 7 症例について後方視的に検討を行ったのでここに報告する。

【症例】当院で経験した 7 症例の内訳は両側性 3 例、片側性 4 例であった。症例 1~2 は両側性の症例である。いずれも在胎 20 週頃に羊水過少を指摘され、両側性 MCDK と診断された。症例 3~6 は片側性の症例である。いずれも在胎 30 週頃に腎形態異常を指摘され、片側性 MCDK と診断された。また症例 7 は在胎 32 週頃に両側性 MCDK と診断されたが、片側性と同様の発見時期、契機、予後であった。【考察】MCDK は異形成腎の特殊型であり胎生期の尿管閉塞が原因と考えられている。片側性は在胎 30 週頃に発見されることが多く、その発見契機は腎腫大や腎嚢胞の指摘である。一方、両側性は在胎 20 週頃に発見されることが多く、その発見契機は羊水量の変化である。20 週以前では、胎児尿の産生が不十分であり、腎嚢胞の指摘が困難と考えられている。片側性では保存的治療が一般的であり、合併奇形がなければ予後は良好である。一方、両側性は原則治療手段がなく羊水過少に伴う肺低形成、合併奇形や染色体異常により予後は極めて不良である。今回当院で経験した 7 症例のうち両側性 2 例、片側性 4 例の予後は諸説の報告通りであったが、両側性 1 例のみの経過は諸説の報告とは逸するものであった。当院にて過去 6 年間で経験した 7 症例の経過と文献的考察を加え、ここに報告する。

129. 胎児尿膜管開存症を出生前診断した 1 例

○黒澤 靖大、齋藤 昌利、石原 健志、仲野 靖弘、齋藤 翔子、大塩 清佳、
山本 嘉昭、八重樫 伸生
東北大学 医学部 産科婦人科

【緒言】尿膜管開存症は稀な疾患であり、臍帯の腫大を呈する他の疾患との鑑別が困難なことも多い。妊娠 20 週時に指摘された臍帯腫大症例に対して尿膜管開存症を出生前診断し、帝王切開での分娩を行った 1 例を経験したため、これを報告する。【症例】32 歳 未経産 自然妊娠し、他院 A にて妊娠管理されていたが、妊娠 20 週以降臍帯浮腫を指摘され総合病院 B に紹介となり経過観察された。臍帯の腫大は次第に増大し直径 4cm 程度となったことや子宮頸部異形成が増悪したため妊娠 32 週時に当院に紹介受診となった。妊娠 34 週時に入院精査し、超音波および MRI にて胎児膀胱から臍輪部につながる構造を認めたことから尿膜管開存症と診断した。臍帯は臍輪部近傍から 5cm 以上に腫大しており、分娩時に臍輪部に強い牽引がかかることが懸念されたため分娩様式は帝王切開に決定した。その後胎児尿の臍帯への漏出によると思われる羊水過少を認め、妊娠 36 週時に選択帝王切開術を施行。児は 3040g の男児 Apg8(1 分)/9(5 分)。臍帯は腫大部を避けて切離した。その後 NICU にて臍部を減圧した上で腫大部を追加切除した。また臍帯以外に異常所見は認めなかった。その後臍帯側への尿の流入はなく経過し、術後 7 日目に母児ともに退院した。現在児は当院にて保存的に経過観察中である。【考察】臍帯浮腫を呈する疾患の鑑別はときに困難であり、出生前に確定診断に至らない症例も多い。尿膜管開存症の多くは膀胱の臍帯側へのひきつれなどは観察されても尿膜管として描出されることは極めて少ない。今回 MRI にて膀胱から臍帯につながる管状の構造物を同定し、除外診断によらない出生前診断を得たため、超音波画像や出生後の外表所見などと併せてこれを提示する。また尿膜管開存症症例の分娩様式や分娩週数については一定の見解はなく、今回の経験に文献的考察を加えてこれを報告する。

130. 羊水過多を呈した気管無形成症の 2 症例

○堀川 翔太、杉山 晶子、出井 麗、石田 博美、渡邊 憲和、堤 誠司、永瀬 智
山形大学 産婦人科

【緒言】先天性上気道閉塞症候群(Congenital high airway obstruction syndrome; CHAOS)は肺の過膨脹や横隔膜の反転、気管・気管支の拡張、腹水、胎児水腫などにより特徴づけられる症候群である。なかでも気管無形成は極めて稀であるが、早期新生児死亡をきたす疾患である。今回われわれは羊水過多を呈した、気管無形成と考えられる 2 症例を経験したので報告する。【症例】症例 1 は 27 週より切迫早産のため近医で入院加療されていた。30 週より羊水過多をきたし、32 週に精査目的に当院へ母体搬送された。糖尿病合併妊娠と診断されたが、胎児エコー及び MRI では糖尿病以外に羊水過多の原因を指摘できなかった。33 週 5 日に破水し、同日吸引分娩で出生した。児は 1,778 g の男児、Apgar score 1/1 点、気管内挿管できず、気管切開を試みたが有効な換気がえられず死亡した。症例 2 は 16 週より切迫流産のため内服加療されていた。27 週より羊水過多を認め、32 週に高位破水の診断で当院へ母体搬送された。妊娠糖尿病と診断され、エコーで胎児食道の拡張を指摘され食道閉鎖及び気管食道瘻が疑われた。34 週 4 日に顕性破水し 34 週 6 日に自然分娩した。児は 2,024 g の女児、Apgar score 3/1 点、気管内挿管できず気管切開を試みたが気管を同定できず、気道確保困難で死亡した。2 症例とも死亡時画像診断で気管無形成及び気管食道瘻が疑われた。【考察】CHAOS における気道閉塞の原因は喉頭や気管の閉塞や狭窄、管内の膜性閉塞や嚢胞などさまざまであるが、胎児期の臨床症状は類似し前述の所見を呈する。しかしながら、気管食道瘻を伴う場合は肺の過膨脹など特徴的な所見を呈さず出生前診断は難しい。本 2 症例も胎児 MRI で羊水過多以外に明らかな異常所見を指摘できず出生前診断には至らなかったが、胎児エコーで呼吸様運動にともなう気管内の液体流動を確認することが診断の一助となる可能性がある。気管閉鎖症は羊水過多の鑑別疾患として稀だが重要な疾患である。

131. Trisomy 18 との鑑別を要した Pena-Shokeir 症候群の一例

○榎本 咲子¹、小野 政徳¹、濱 郁子²、三谷 裕介²、坂井 友哉¹、齊藤 実穂¹、
鏡 京介¹、飯塚 崇¹、中山 みどり¹、中出 恭平¹、舌野 靖¹、山崎 玲奈¹、藤原 浩¹
¹金沢大学 産婦人科、²金沢大学 小児科

【緒言】Pena-Shokeir 症候群は多発性関節拘縮、特異顔貌、肺低形成および正常染色体核型を特徴とする症候群で Trisomy 18 等他疾患と鑑別を要する。今回我々は、胎動を確認できず、羊水過多と関節拘縮を伴い出生後に Pena-Shokeir 症候群の診断に至った症例を経験したので報告する。【症例】30 歳 6 妊 2 産
人工授精で妊娠成立し、妊娠 6 週に当院へ紹介となった。妊娠 23 週に胎動を確認できず、両膝関節伸展、両内反足を認めた。妊娠 28 週で羊水過多と皮下浮腫を認め、入院管理とした。羊水検査を提示したが希望せず、画像所見では多発性関節拘縮、肺低形成を認めた。妊娠 30 週 1 日に胎児心拍数陣痛図上変動一過性徐脈が頻発し、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開を施行し 1220g の女児を娩出した。児は生後 3 時間 41 分で永眠した。剖検では肺低形成、多発性関節拘縮、特異顔貌あり Pena-Shokeir 症候群と診断した。児の同胞に 30 週で子宮内胎児死亡となった既往があり、Pena-Shokeir 症候群は常染色体劣性遺伝を示す例があるため、現在児の遺伝子解析を行っている。【考察】本症例のように妊娠中に胎児染色体検査を施行しなかった例では Trisomy 18 等の他疾患との鑑別は超音波検査や MRI 検査など画像所見が有用となる。稀な疾患ではあるが、羊水過多や関節拘縮が疑われる症例では Pena-Shokeir 症候群を鑑別診断として念頭におく必要がある

132. 胎内治療が奏功せず子宮内胎児死亡に至った胎児完全房室ブロックの一例

○長谷川 順紀、生野 寿史、関塚 智之、明石 絵里菜、田村 亮、五日市 美奈、
能伸 太郎、山口 雅幸、高桑 好一、榎本 隆之

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

【諸言】胎児完全房室ブロック (congenital complete atrioventricular block; CCAVB) に対する胎内治療にはステロイド、 β 刺激薬投与等が報告されている。今回、上記治療が奏功せず、子宮内胎児死亡に至った 1 例を経験したので報告する。【症例】20 歳代女性。1 妊 0 産。自然妊娠成立後、妊娠 7 週 1 日 39°C の発熱、頬部紅斑が出現したため近医を受診し、SLE と診断された。抗 SS-A, SS-B 抗体が陽性だった。また同時期に甲状腺機能亢進症と診断された。妊娠 16 週 0 日発熱、食欲不振、皮疹あり前医膠原病内科に入院し、ステロイド内服による治療を開始した。妊娠 22 週 0 日経腹超音波断層法にて胎児徐脈性不整脈・心嚢液貯留・皮下浮腫を認め、周産期管理目的に当科を紹介受診した。胎児推定体重 331g (-2.0SD) と胎児発育不全を認め、心房拍動数 141bpm, 心室拍動数 56bpm から CCAVB と診断された。塩酸リトドリン、ベタメサゾン投与による胎内治療を開始した。治療直後は心室拍数 60bpm 台へ上昇し、胎児心嚢液や胎児浮腫が軽快し、治療効果が認められていた。妊娠 25 週頃より心室拍数が再度 50bpm 台に低下傾向を示したため、塩酸リトドリン増量として対応した。妊娠 28 週より重症妊娠高血圧腎症が出現したため、メチルドパ投与を開始した。この時期から心室拍数が 40bpm 台へとさらに低下した。妊娠 29 週 5 日子宮内胎児死亡を確認した。分娩誘発を行い、妊娠 30 週 0 日、死産となった (男児, 710g, 外表奇形なし)。分娩後、妊娠高血圧腎症は軽快し、産褥 5 日目に退院した。【考察】本症例は、早期発症・胎児水腫・胎児心室拍動数 50bpm 以下という CCAVB の予後不良因子を有していた。ステロイドによる胎内治療は、胎児水腫や免疫性心筋損傷に効果があるとされている。本症例では早期の診断および胎内治療を開始し、一時的な効果は得られたが、胎児救命は困難であった。とくに早期発症例においては、妊娠成立前からの予防法確立が期待される。

133. 胎児心エコー外来導入後 3 年の報告

○箱山 聖子¹、石田 久美子¹、岩城 久留美¹、岩城 豊¹、中嶋 えりか¹、
小田切 哲二¹、吉田 俊明¹、光部 兼六郎¹、竹田 津未生²

¹JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科、²重症心身障害児 (者) 施設 北海道療育園

【目的】当院は地域周産期母子センターとして機能し、ハイリスク妊娠の紹介を受け入れている。しかしながら、先天性心疾患が疑わしければ胎児期から精査のために約 130km 離れた高次施設へ紹介していた。患者家族にとっては大変な負担であった。当院で管理可能な患者を適切に選択できるよう 2015 年 4 月より胎児心エコー外来を導入し、3 年が経過した。【方法】産婦人科医による一次スクリーニング陽性例や双胎、母体合併症のある症例などを小児循環器専門医が併診し、新生児治療を含めて当院で管理可能か評価した。胎児心エコー外来導入以降の 3 年を前半期 18 カ月、後半期 18 カ月と分け、それぞれの成績をまとめた。【結果】心エコー受診者数はのべ 262 人で、前半期 114 人/後半期 148 人であった。受診理由 (重複あり) は、一次スクリーニング陽性 34 人/58 人、双胎 32 人/30 人、心疾患ハイリスク妊娠 48 人/60 人 (高齢妊娠 25 人/31 人、母体合併症 5 人/10 人、先天性疾患家族歴 18 人/19 人)、その他 4 人/12 人であった。胎児心エコー精査の結果異常を認めたのは、13 人/15 人であり、そのうち 2 人 (TOF、CoA) /3 人 (CoA、IAA、単心室) が、胎児期に高次施設へ紹介となった。高次施設へ紹介を拒否した 1 例は分娩後に紹介となった。当院で管理可能と判断した症例で、分娩後に紹介を要した症例はいなかった。1 次スクリーニング陰性で、分娩後に紹介を要する症例は 2 人 (TOF、VSD) /0 人であった。【考察】胎児期から小児科と連携して評価することで、転院の必要性、タイミングを適切に評価することが出来た。前半期は 1 次スクリーニングでの見逃し症例があり、質の向上が課題であった。これに対して、超音波技師スクリーニングの導入や、スクリーニング不十分な症例に対して、積極的に心臓外来を受診させることで後半期では 1 次スクリーニング陽性の症例数が増え、出生後に転院を必要とした症例をなくすことができた。

134. 当科における胎児頻脈性不整脈症例の検討

○石田 博美、出井 麗、杉山 晶子、渡辺 憲和、堤 誠司、永瀬 智
山形大学 産科婦人科学講座

【目的】胎児頻脈性不整脈に対する経胎盤的抗不整脈薬投与法の有効性が示されているが、現時点で第1選択薬に関するコンセンサスはない。当院で経験した5例の胎児頻脈性不整脈症例を後方視的に検討した。【症例1】30歳1妊0産。38週2日、前医で210bpmの胎児頻脈を認め当院へ紹介。同日緊急帝王切開施行。児は心房粗動のためATP投与するも改善なくDC施行し洞調律となった。【症例2】25歳2妊0産。前医での36週0日の妊婦健診で胎児頻脈を認め当院へ紹介。200bpmの胎児上室性頻拍の診断。母体ジギタリス投与を開始、37週5日より正常脈。38週2日自然分娩。児は出生後頻拍発作ありATP静注で洞調律に戻った。【症例3】36歳3妊1産。切迫早産で近医入院中、32週6日のCTGで200bpmの胎児頻脈を認め前医へ紹介。母体ジギタリス投与開始後改善なく当院へ紹介。翌日より胎児頻脈は改善した。40週2日吸引分娩。児は出生後も頻脈を認めず。【症例4】31歳1妊0産。前医で26週6日に胎児頻脈を認めたが経過観察された。27週3日胎児頻脈の持続あり当院へ紹介。260bpmの胎児上室性頻拍の診断。母体ジギタリス投与後も改善なく、27週5日胎児水腫を認め緊急帝王切開術施行。児はATP投与で洞調律に戻った。【症例5】41歳10妊6産。24週4日、近医で胎児腹水を指摘され前医紹介、前医で胎児頻脈を指摘され当院紹介。240bpmの胎児上室性頻拍を認め、母体ジギタリス投与開始。25週4日フレカイニド併用開始、26週2日に正常脈となり27週2日胎児腹水の消失を確認した。現在経過観察中である。【考察】当科では妊娠継続が望ましい週数の症例に対し、母体ジギタリス投与を第1選択として使用してきた。ジギタリスのみでは改善のない頻拍性不整脈にフレカイニド併用が有効であったため、フレカイニドも第1選択薬になりうるかもしれない。

135. 胎児期の急激な肝腫大で発見された一過性骨髄異常増殖症の1例

○山下 真祐子¹、高田 さくら¹、山崎 智子¹、嶋田 浩志²、恐神 博行¹、齋藤 豪³
¹製鉄記念室蘭病院 産婦人科、²日鋼記念室蘭病院 産婦人科、³札幌医科大学付属病院 産婦人科

【緒言】一過性骨髄異常増殖症 (transient abnormal myelopoiesis, TAM) は21トリソミーの新生児にみられ、白血病様芽球が末梢血に増加する疾患である。主な所見には肝腫大があり、肝脾腫による著名な腹部膨満や出血傾向がみられることがある。今回我々は、胎児期の急激な肝腫大で発見されたTAMの1例を経験したので報告する。【症例】37歳G1P0。人工受精による不妊治療で妊娠成立し、妊娠初期より当院で妊婦健診を行っていたが、初期の胎児超音波検査では明らかな異常所見は認めていなかった。妊娠19週に行った胎児スクリーニング検査で胎児両側水腎症 (grade2: SFU分類) を認め、染色体異常の可能性も含め精査施行。心臓を含め全身に明らかな異常所見は認めず、その後も慎重な経過観察を続けた。胎児の成長も良好で妊娠33週には水腎症はgrade1まで軽快していたが、妊娠35週0日の妊婦健診時に1週間前から胎動が減少しているとの訴えがあり、胎児超音波検査にて著名な肝腫大、心嚢液貯留、臍帯動脈血流異常を認めた。胎児心拍数陣痛図でもレベル4の胎児機能不全を認めたため同日に緊急帝王切開術を施行し、2273g Apgar score1-2-4の男児を娩出した。児は出生後の身体的所見と血液検査所見でTAMを強く疑いNICUのある高次機能病院へと搬送され、21トリソミー、TAMの診断で治療を受けた。【考察】TAMは21トリソミーの約10%に発症するといわれており、比較的予後良好であると考えられているが、胎内での発症は予後不良である。胎児期発症の予測は困難との報告もあるが、今回の症例でも2週間の間に急激な肝腫大と、肝不全、心不全を来しており、綿密な経過観察が重要と考えられた。

136. 胎児超音波検査で描出された肝内の瘤状血管拡張所見より先天性門脈体循環シャントを出生前診断し得た 1 例

○西野 千尋、川村 裕士、八代 憲司、玉村 千代、高橋 仁、折坂 誠、黒川 哲司、
吉田 好雄
福井大学 産科婦人科

【緒言】先天性門脈体循環シャント (Congenital porto-systemic shunt; CPSS) は、30,000 出生に 1 例と稀な疾患だが、門脈血が体循環系に直接流入し、新生児胆汁鬱滞の原因になりうることから、出生前診断の意義は高い。胎児超音波検査で胎児肝臓内に瘤状の血管拡張部位を認め、CPSS を出生前診断し得た 1 例を報告する。【症例】39 歳、3 妊 2 産。家族歴：第 1 子が先天性水腎症。妊娠 25 週 3 日に、大腿骨長 (femur length; FL) 短縮と臍帯静脈の拡張を精査目的に当科紹介した。初診時の胎児超音波検査所見は、推定体重 833g (-1.9SD) (FL -2.1SD)、羊水インデックス 13.3cm であった。右口唇裂に加えて、腹腔内臍静脈の拡張 (血管径 10mm) を認め胎児腹腔内臍帯静脈瘤と考えられた。心拡大 (心胸郭比 40.3%) を認めるも、心内奇形は見られなかった。妊娠 28 週の胎児超音波検査で、右肝臓内に瘤状の血管拡張所見を認めた。2D 画像に HD-Live Flow を併用したところ、門脈血流が肝臓内の瘤状病変を介して右肝静脈へ流入する様子が観察され、CPSS と診断した。その後の羊水染色体検査で 21 トリソミーと診断された。妊娠 35 週 5 日に、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開を施行した。児は 1763g、男児、Apgar score 8/9 で出生した。新生児の形態異常は、出生前診断の通り、CPSS・腹腔内臍帯静脈瘤・右鎖骨下動脈起始異常・右口唇裂であった。静脈管開存症を認めたが、生後 41 日目に自然閉鎖した。生後 2 ヶ月の時点で、肝不全の徴候は認めていない。【考察】CPSS を含む形態異常を出生前に診断し得たことで、スムーズに新生児管理へ繋ぐことができた。胎児超音波検査で描出される肝臓内の瘤状の血管拡張所見は、CPSS を出生前診断する手がかりになる。臍静脈・静脈管・門脈と肝静脈の位置関係を立体的に把握するために、2D 画像と HD-Live Flow の併用が有用であった。

137. GD 療法中に間質性肺炎を起こした 1 症例

○斉藤 公仁、郷久 晴朗、石堂 茉泉、鹿内 智史、西村 庸子、玉手 雅人、秋元 太志、
松浦 基樹、寺本 瑞絵、岩崎 雅宏、齋藤 豪
札幌医科大学

【緒言】Gemcitabine 投与時の薬剤性間質性肺炎は頻度が低いながら重篤な副作用として注意が必要である。今回我々は再発外陰癌に対する GD 療法中に薬剤性間質性肺炎を発症した 1 例を経験したので報告する。【症例】67 歳女性、3 妊 3 産。出血・疼痛を伴う外陰部腫瘤を主訴に前医受診し、外陰癌の診断にて加療目的に当科紹介となった。当科にて NAC-TC 療法 3 コース施行後、広汎外陰切除+TAH+BSO+外陰再建術を施行した。病理結果は IB 期で経過観察となっていたが、局所再発により再手術+放射線照射施行。その後、胸膜転移が出現し右胸部への放射線照射、化学療法を追加したところ、GD 療法 3 コース目施行前日に体動時の呼吸苦を認め、CT にて右肺野優位の浸潤影、胸水を認めた。血液検査で SP-A、SP-D、好酸球分画が上昇しており、GD 療法による間質性肺炎と診断しステロイド治療を開始した。症状の改善が得られたが、腫瘍は増大を示し BSC の方針となった。【考察】Gemcitabine 投与時の薬剤性間質性肺炎のリスク因子としては高齢、肺への放射線照射などが挙げられ、リスクのある化学療法患者は予防的に Gemcitabine 投与時間の遵守、定期的な胸部 Xp 撮影、臨床症状の注意深い観察による早期発見を行い対処していくことが必要である。

138.当科における膣癌の検討

○佐藤 友里恵、豊島 将文、佐藤 壮樹、佐々木 里美、土岐 麻美、竹中 尚美、
新倉 仁、八重樫 伸生
東北大学病院

【目的】膣癌は女性 10 万人あたり 0.5-1.0 人と稀な疾患であり、診断・治療に苦慮する事が少なくない。そこで我々は当科で経験した膣癌症例の組織型、治療選択および治療効果を調べる目的で、患者情報を後方視的に検討した。【方法】2010 年 6 月～2017 年 6 月までに当科で診療した膣癌症例をデータベースより抽出し、後方視的に検討した。【結果】解析対象となった膣癌患者は 13 例であった。平均的年齢は 62.6 (38-81) 歳、FIGO 進行期はⅠ期 3 例、Ⅱ期 4 例、Ⅲ期 3 例、Ⅳ期 3 例だった。組織型は扁平上皮癌 7 例、腺癌 3 例、明細胞癌 1 例、未分化癌 1 例、悪性黒色腫 1 例であった。初回治療は手術 +放射線治療 1 例 (Ⅰ期 1 例)、手術 +放射線同時化学療法 2 例 (Ⅱ期 1 例、Ⅲ期 1 例)、放射線同時化学療法 2 例 (Ⅰ期 1 例、Ⅲ期 1 例) 姑息照射 +化学療法 3 例 (ⅣB 期 3 例)、放射線単独治療 5 人 (Ⅰ期 1 例、Ⅱ期 3 例、Ⅲ期 1 例) だった。初回治療後の奏成功率は CR7 例 (Ⅰ期 2 例、Ⅱ期 4 例、Ⅲ期 1 例)、PR 5 例 (Ⅰ期 1 例、Ⅲ期 2 例、ⅣB 期 2 例) PD 1 例 (ⅣB 期 1 例) だった。【結論】当科では経験した膣癌症例全例で放射線治療が行われており、予後不良とされるⅢ-Ⅳ期症例でもある程度の治療奏効例が見られた。

139.若年女性のベーチェット病外陰部潰瘍に著効した漢方薬とコルヒチン併用療法

○高田 笑、山田 堇、佐伯 吉彦、大阪 康宏、坂本 人一、柴田 健雄、藤田 智子、
高木 弘明、高倉 正博、笹川 寿之
金沢医科大学 産科婦人科学

【緒言】西洋医学と東洋医学の融合はこれからの医療として注目されている。ベーチェット病は原因不明の難治性疾患であり、外陰部潰瘍を主訴に婦人科を訪れる場合がある。本疾患は強い疼痛を訴え、診断と治療に苦慮することが多い。我々は過去に 2 例のベーチェット病による口腔内アフタ症例を経験し、漢方薬の温清飲が有効であった。今回 2 例の有痛性、多発性の外陰部潰瘍に対し温清飲とコルヒチンを併用し有効であったので報告する。

【症例 1】24 歳女性、頭痛、頸部リンパ節腫脹、咽頭痛など感冒様症状出現後に陰部痛を認め近医内科を受診、当科紹介となる。所見；外陰部の両側の小陰唇に深い潰瘍性病変あり、圧痛あるが硬結はなく、口腔内アフタも認めた。眼症状は認めなかった。経過；温清飲、コルヒチンを 4 週間内服し 1 週間後に軽快、約 1 か月で完治した。さらに 1 か月間処方し、2 か月後に完治を確認した。【症例 2】22 歳女性、発熱後に陰部痛を認め近医婦人科を受診、バルトレックス処方されたが HSV1, 2 抗体陰性であったため、当科紹介となる。所見；外陰部の両側の小陰唇に深い潰瘍性病変あり、圧痛は認めるが周囲の硬結はない。経過；温清飲、コルヒチン内服し 1 週間後に軽快、コルヒチンによる下痢を発症し残り 3 週間は温清飲のみ投与し約 1 か月で完治した。【結論】2 例のベーチェット病と思われる外陰部潰瘍に温清飲とコルヒチンが有効だった。【考察】温清飲は、黄連解毒湯と四物湯の合剤である。黄連解毒湯は実証の患者に用いられる抗炎症作用と止血作用がありアトピー性皮膚炎などに用いられる。四物湯は血虚の患者に用いられる補剤であり、組織修復に有効と考えられる。4 例の女性のベーチェット病の口腔内アフタと外陰部潰瘍に有効であったことから、温清飲は女性の本疾患に対して有効性が高いと思われる。コルヒチン併用の有用性については今後の検討課題である。

140.胎児共存奇胎の一例

○八代 憲司、玉村 千代、西野 千尋、富士井 杏子、上林 大岳、宮崎 有美子、
山田 しず佳、川村 裕士、大沼 利通、津吉 秀昭、品川 明子、高橋 仁、
知野 陽子、折坂 誠、黒川 哲司、吉田 好雄
福井大学 産科婦人科

【緒言】胎児共存奇胎は正常胎児と全胞状奇胎の双胎妊娠と定義され、2万～10万例に1例と非常に稀な妊娠である。本演題では、妊娠22週に経膈分娩へ至り、臨床的侵入奇胎に対して化学療法を行った胎児共存奇胎の一例を報告する。【症例】27歳、2妊0産。クロミフェン内服併用で妊娠成立。妊娠初期に胎嚢を2個認め、近医で双胎妊娠として管理されていた。妊娠12週に片方の胎嚢が嚢胞性病変となり、胎児共存奇胎が疑われ、当院へ紹介受診となった。妊娠15週に施行した羊水染色体検査は46XXであった。骨盤部MRIで胎児・胎盤とは独立して内子宮口を覆うように胞状奇胎を認め、胎児共存奇胎と診断した。本人と家族の強い希望により妊娠継続の方針とした。妊娠20週に妊娠高血圧症候群の診断で入院管理とした。妊娠21週から子宮収縮増加と自壊した胞状奇胎組織の排出があり、塩酸リトドリン点滴を開始した。その後、妊娠22週3日に陣痛発来し経膈分娩へ至った。新生児は481g、女児、Apgar score 1/3、pH7.37でNICU管理となった。胎盤病理組織の免疫組織化学染色で細胞性栄養膜細胞や絨毛間質細胞はp57kip2陰性であり、全胞状奇胎と診断した。分娩当日に施行した母体の胸部CTで両肺に結節性病変を3カ所認め、絨毛癌診断スコア0点で臨床的侵入奇胎と診断した。MTX療法を7コース施行後に血中hCG値が感度以下となり、現在再発徴候なく経過している。【考察】本症例は胞状奇胎が内子宮口を覆うように存在していた。胞状奇胎組織は妊娠経過中に壊死し炎症を惹起するとされ、局所の炎症が頸管熟化を促し早産の原因となった可能性がある。胞状奇胎の位置と妊娠経過に関して、過去の胎児共存奇胎症例をもとに後方視的に検討する。

141.粘膜下筋腫患者の過多月経に対するマイクロ波治療 (TCMM&MEA) の有用性

○津田 晃
山王レディースクリニック

【目的】過多月経を呈する粘膜下筋腫に対して、マイクロ波子宮内膜アブレーション (MEA) と経頸管的マイクロ波筋腫融解術 (transcervical microwave myolysis: TCMM) の併用が、office gynecologyにおける日帰り治療として有用か否かについて検討した。【対象】当院でマイクロ波治療を受けた筋腫径が4cm以上の単一粘膜下筋腫76例を対象に検討した。全例にMEAにTCMMを併用した。TCMMは先端を円錐形に加工したサウンディングアプリーケーターを使用し、超音波ガイド下に70Wで焼灼した。TCMM施行に際しては患者の同意を文書で得て行った。麻酔は静脈麻酔を行い、全例日帰り手術で行った。【結果】平均年齢は45.1歳、平均筋腫径は5.5cm、平均手術時間は36.8分で、平均照射時間はMEA465秒、TCMM545秒であった。術後3ヶ月で月経量がVAS score 3以下に減少した著効例は68例 (89.4%) であり、無月経症例は27例 (35.5%) であった。また、貧血は術後3ヶ月で有意に改善した (Hb10.5 vs 12.8g/dl, $p < 0.001$)。筋腫の経時的収縮率は、3ヶ月で平均61.5%、6ヶ月以上で74.7%であった。また満足度 (VAS満点10) は平均9.8であった。子宮内感染が3例 (3.9%) あった。【結論】粘膜下筋腫に対してTCMMを併用したMEAは有用であり、過多月経患者の子宮摘出術の代替療法となり得ると考えられた。また粘膜下筋腫の過多月経に対する日帰り治療がoffice gynecologyにおいても可能であると考えられた。