

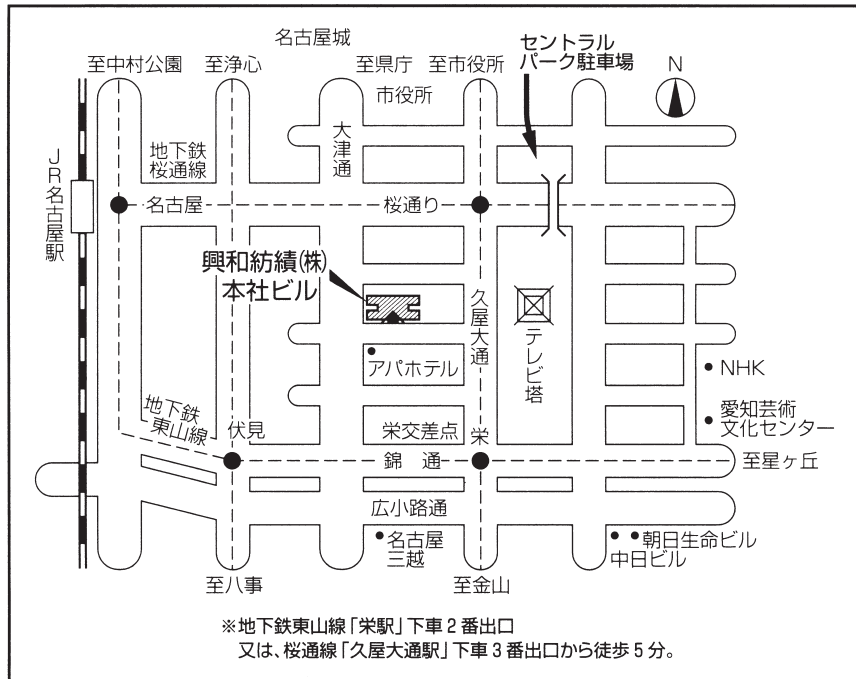
第121回

東海産科婦人科学会 プログラム

日時 平成19年9月2日(日)
場所 興和紡績(株)本社ビル11階ホール
名古屋市中区錦3丁目6番29号
電話(052)963-3145(11F 当日直通)

会長 愛知医科大学教授 若槻 明彦

会場ご案内



※駐車場がございませんので、他の交通機関を御利用ください。

東海産科婦人科学会

※学会参加費¥1,000を当日いただきます。
(評議員の先生は昼食代¥1,000を当日いただきます)

第121回 東海産科婦人科学会次第

1. 理事会 (10F 食堂ホール) 9 : 00～ 9 : 20
 2. 開 会 9 : 30
 3. 一般講演 (No. 1 ～No.16) 9 : 30～11 : 54
 4. 評議員会 (10F 食堂ホール)12 : 00～13 : 00
 5. 総 会13 : 00～13 : 10
 6. 一般講演 (No.17～No.32)13 : 10～15 : 34
 7. 閉 会15 : 34
-
-

演者へのお願い

1. 一般演題の講演はPCによる発表のみです。
2. 一般演題の講演時間は **1 題 6 分間**、**討論時間は 1 題 3 分間**です。時間厳守でお願い致します。
3. 発表はPCによるプレゼンテーションで行います。アプリケーションはWindows版Power point 2000/2002 /2003とさせていただきます。なお、動画は不可とさせていただきます。
4. 保存ファイル名は、「**演者名 (所属施設名)**」として下さい。
5. フォントはOS標準のもののみご用意致します。画面レイアウトのバランス異常を防ぐため、フォントは「MSゴシック」「MS明朝」をお薦めします。
6. メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
7. 当日は、**バックアップとしてUSBメモリーをご持参下さい。**
8. スライド操作は演者ご自身で行っていただきます。
9. PCの動作確認を行います。演者の方は**発表の40分前までに受付**をすませてください。

プ ロ グ ラ ム

理 事 会 (9 : 00 ~ 9 : 20)

開 会 (9 : 30)

一般講演

第 1 群 (9 : 30 ~ 10 : 24) 座長 杉浦真弓 教授

1. 不妊治療のピットフォールー子宮外妊娠の 3 例—
.....豊橋市民病院・若原靖典 他
2. 子宮温存しえた子宮峡部妊娠の 1 例
(Methotrexate筋注、Actinomycin-D動注投与、カウフマン療法にて胎嚢排出した)
.....藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院・山口陽子 他
3. hCGが低値を示すときの子宮外妊娠の管理方法
.....愛知医科大学 産婦人科・原田龍介 他
4. 当科で経験した帝王切開癒痕部妊娠の 4 症例
.....岐阜県立多治見病院 産婦人科・森 正彦 他
5. 不妊治療専門施設における多胎防止の試み
.....浅田レディースクリニック・浅田義正 他
6. 性器脱に対するTVM (Tension-free vaginal mesh) 手術と合併症
.....名古屋第一赤十字病院・鈴木省治 他

第 2 群 (10 : 24 ~ 11 : 09) 座長 吉川史隆 教授

7. 術前診断可能であった子宮肉腫の 2 例
.....岐阜大・佐藤英理子 他
8. 子宮内膜組織診で診断が困難であった子宮体部癌肉腫の一例
.....知多市民病院産婦人科・木村卓二 他
9. 遺伝性非ポリポーシス性大腸癌 (HNPCC) の新アムステルダム・クライテリアを満たした
家系内癌集積性の高い子宮内膜癌の一例
.....藤田保健衛生大学・宮村浩徳 他

10. 大網にnoninvasive implantを認めた卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例
 ……………岐阜県総合医療センター・佐藤泰昌 他
11. 静脈造影MRIの骨盤内静脈血栓診断における有用性について
 ……………総合病院 南生協病院 産婦人科・堀江典克 他

第3群 (11:09~11:54) 座長 佐川典正 教授

12. MD双胎管理の現状と病因別短期予後
 ……………長良医療センター産科・高橋雄一郎 他
13. 双胎間輸血症候群に対し胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を施行した5症例の検討
 ……………三重大学・小林良成 他
14. 膀胱羊水腔シャントが著効した胎児膀胱尿管逆流症の一症例
 ……………名古屋市立大学・服部幸雄 他
15. Beckwith-Wiedemann症候群3例の検討
 ……………名古屋大・早川博生 他
16. 妊娠前より存在したと考えられる妊娠糖尿病とそれ以外の妊娠糖尿病の予後に関する比較検討
 ……………三重大学・小河恵理奈 他

評議員会 (12:00~13:00)

総 会 (13:00~13:10)

第4群 (13:10~14:04) 座長 今井篤志 准教授

17. 妊娠30週まで管理できた小腸完全離断のイレウス合併妊娠の1例
 ……………愛知医科大学・大林幸彦 他
18. Bartter症候群合併妊娠の1例
 ……………三重大学・伊藤譲子 他
19. 抗SSA抗体陽性母体妊娠における胎児完全房室ブロックに対する母体塩酸リトドリン治療の一例
 ……………名古屋第二赤十字病院・前田英登 他
20. 産褥心筋症の2例
 ……………トヨタ記念病院 周産期母子医療センター産科・頓瀬智彦 他

21. 分娩時発症高血圧の母児予後と発症背景の検討
 ……………大野レディスクリニック・大野泰正 他
22. 正常および重症妊娠高血圧腎症における血中FLRGと血流速度パラメータの検討
 ……………藤田保健衛生大産婦人科・小石プライヤ奏子 他

第5群（14：04～14：49） 座長 長谷川清志 准教授

23. 当院における子宮頸部neoplasiaに対するレーザー円錐切除の成績
 ……………厚生連昭和病院・木村直美 他
24. 局所進行子宮頸部扁平上皮癌146例の臨床的検討
 ……………名古屋第一赤十字病院・高橋 愛 他
25. 再発、進行頸部腺癌に対するTC療法
 ……………愛知県がんセンター中央病院・伊藤則雄 他
26. 脳転移再発を来した子宮頸部小細胞癌の2例
 ……………岡崎市民病院 産婦人科・三井寛子 他
27. 診断・治療に苦慮した、片側腎欠損を伴う子宮奇形の3症例
 ……………名古屋第一赤十字病院 産婦人科・安藤智子 他

第6群（14：49～15：34） 座長 若槻明彦 教授

28. 当院における子宮筋腫核出術の出血量の検討
 ……………名古屋大学産婦人科・鈴木恭輔 他
29. 診断に苦慮した若年巨大変性筋腫の一例
 ……………三重県立総合医療センター・吉田佳代 他
30. 治療に苦慮した巨大子宮筋腫の一例
 ……………名古屋大学医学部・眞鍋修一 他
31. 当院での産褥出血に対する動脈塞栓術施行症例の検討—3D-CT angiographyの有用性
 ……………岐阜県立多治見病院 産婦人科・境康太郎 他
32. 産科出血におけるUAEの有効性
 ……………岐阜大学医学部附属病院産婦人科・日江井香代子 他

演 題 抄 録

第 1 群 (9:30~10:24)

1. 不妊治療のピットフォール —子宮外妊娠の 3 例—

豊橋市民病院、総合生殖医療センター*

若原靖典*、安藤寿夫*、隅田寿子、天方朋子、
今泉有貴、宮下由妃、岡田真由美、河井通泰、
柿原正樹

子宮外妊娠は日常の産婦人科診療において、よく遭遇する疾患であるが、非典型例も多く、見逃されることもある。最近では、医療側に対する患者さんの要求水準が高く、また、医療側の結果責任が問われることも多くなっており、我々はあらゆる疾患を想定して、診療にあたる必要がある。最近経験した不妊治療に伴った 3 例の子宮外妊娠を報告する。

【症例 1】33歳 女性 G(3)P(1)SA(1) ectopic pregnancy(1) 既往歴：右卵管妊娠 現病歴：当院にて、Day 2 胚の融解胚移植を行った。胚移植後 14 日目の妊娠反応は陰性であった。胚移植後 17 日目に月経発来した。基礎体温は低温相となった。体外受精目的でクロミフェンを投与した。月経 16 日目、左右にそれぞれ卵胞を一個ずつ認めた。基礎体温が高いとのことで、妊娠反応を行ったところ陽性であった。尿中 hCG 2,560 mIU/ml。子宮外妊娠の疑いで、手術を行った。左卵管妊娠であった。

【症例 2】34歳 女性 G(4)P(1)AA(1) ectopic pregnancy(2) 既往歴：右卵管妊娠、左卵管妊娠 現病歴：当院にて、採卵後、胚移植を行った。胚移植後 13 日目の妊娠反応は陽性であった。その後、経過観察を行うも、子宮内に胎嚢を認めなかった。妊娠 7 週 3 日右卵管間質部付近に高エコー及び低エコーを混じる像を認めた。右卵管間質部妊娠の疑いで、緊急手術を行った。右卵管間質部妊娠であった。

【症例 3】33歳 女性 G(0)P(0) 既往歴：特記すべきことなし 現病歴：前医にて、FSH で排卵誘発を受けていた。hCG 投与後 15 日目に、激しい下腹部痛が出現し、当院へ救急車で搬送となった。超音波にて、上腹部に及ぶ液体貯留を認めた。尿中 hCG 43,000 mIU/ml。子宮外妊娠の疑いで、緊急手術を行った。左卵管妊娠破裂であった。

2. 子宮温存しえた子宮峡部妊娠の 1 例 (Methotrexate 筋注、Actinomycin-D 動注投与、カウフマン療法にて胎嚢排出した)

藤田保健衛生大学坂文種報徳会病院

山口陽子、酒向隆博、鎌田久美子、石渡恵美子、
丹羽邦明、清水洋二、中沢和美

子宮峡部妊娠で妊娠 11 週時胎児死亡。Methotrexate (MTX) 筋注、Actinomycin-D (ACT-D) 動注投与、カウフマン療法にて胎嚢排出、子宮温存しえた症例を経験したので報告する。

【症例】38歳、未妊妊未妊産婦、既往歴：28歳時卵巣嚢腫核出術（左右不明）、32歳時筋腫核出術施行。現病歴：2006年6月27日、前医にて凍結融解胚移植、7月20日子宮体部-頸管境界域に胎嚢確認。頸管妊娠疑いにて当院紹介受診。胎嚢は頸管内に認められず内子宮口付近に存在、子宮峡部頸管妊娠疑いにて入院経過観察とした。7月24日 US 上胎児心拍確認、その後茶褐色帯下持続。8月24日、妊娠 11 週 0 日、US にて頭殿長 32.0 mm (10 週 4 日相当)、胎児心拍消失。MRI にて子宮体下部を中心とした腫瘤状陰影が一部を除いて造影剤により染まった。8月25日子宮峡部妊娠の危険性につき家族に説明後、ダイラバン挿入目的でゾンデにて頸管内 sounding 時大量出血し、D&C を断念した。8月30日尿中 HCG 18051 mIU/ml、8月31日より MTX 20 mg 5 日間、筋注投与、9月7日尿中 HCG 6684.0 mIU/ml、9月13日 ACT-D 2.0 mg/body 左右子宮動脈より動注。動注時骨盤血管造影で、かなりの vascularity があった。9月27日 ACT-D 2.0 mg/body 左右子宮動脈より動注。骨盤血管造影では前回と vascularity は変化なかった。子宮動脈塞栓術を本人に薦めたが同意が得られなかった。10月20日 ACT-D 2.0 mg/body を左右子宮動脈より動注。11月20日尿中 HCG 0.5 > mIU/ml、11月22日 CT-A にて子宮胎盤自体の血流は低下、子宮動脈の拡張は残存。11月24日基礎体温低温となり出血 7 日間持続、その後基礎体温は 2 相性となった。2007年1月16日から月経 4 日間。1月19日カウフマン療法開始。2月20日子宮内容物自然排出。病理検査にて胎盤遺残が考えられる変性壊死組織が確認。

【結語】総投与量 MTX 100 mg 筋注、ACT-D 6.0 mg 動注投与で子宮峡部妊娠が保存的に治療しえた。

3. hCGが低値を示すときの子宮外妊娠の管理方法

愛知医科大学 産婦人科

原田龍介、藤牧 愛、森 稔高、篠原康一、藪下廣光、若槻明彦

【目的】経膈超音波により、早期に子宮外妊娠の診断が可能となったが、判断に迷う症例も依然多い。その診断には血中hCG測定が有用だが、血中hCGが1000mIU/ml以下では子宮内妊娠であっても経膈超音波では胎嚢が見えないため、子宮外妊娠の診断に際しては慎重であるべきである。今回血中hCGが1000mIU/ml以下の子宮外妊娠疑い症例について検討した。

【対象】平成19年1～7月までの子宮外妊娠疑い症例のうち、1) 初診時に最終月経・基礎体温・性交日より妊娠5週0日を過ぎているが、子宮内に明らかな胎嚢を認めない。2) 2～3日後に再度経膈超音波を行い、子宮内に明らかな胎嚢を認めない症例の血中hCGを測定し、1000mIU/ml以下である。3) 性器出血などの流産を疑わせる所見があった場合は、その後24時間以上経過して血中hCGが半減しない。以上を満たした症例を対象とした。

【方法】これらに腹腔鏡下手術を行った。またダグラス窩の血液を採取しhCGを測定した。

【結果】1) 初診時に胎嚢が確認できなくても、2～3日後には6症例以外はすべて子宮内に胎嚢を確認出来た。それ以外の6症例はすべて腹腔鏡下所見にて子宮外妊娠を確認できた。2) 手術により24時間後の血中hCGは半減した。3) すべての症例で組織学的に絨毛を確認できた。4) ダグラス窩の血液は血中に比較し約30～50倍高値であった。

【結論】hCGが1000mIU/ml以下の症例でも、以上の要件を満たせば腹腔鏡下手術を行うべきである。またダグラス窩の血液中のhCG値は子宮外妊娠診断の参考になる可能性がある。

4. 当科で経験した帝王切開癒痕部妊娠の4症例

岐阜県立多治見病院 産婦人科

森 正彦、境康太郎、三井 崇、中村浩美、竹田明宏

帝王切開癒痕部妊娠(CSP)は、非常に稀な疾患とされてきたが、帝王切開分娩の増加や、疾患概念の浸透、診断方法の向上に伴い、近年増加傾向にあると思われる。様々な治療法が報告されているが、確立されたものはなく、また各々の治療法の適応やリスクについても、一定の見解が得られていない。今回、我々は異なる経過をたどったCSP 4症例の経験し、文献的考察を交えて、その取り扱いについて検討を行い報告する。

【症例1】34歳、G3P1。他院で帝王切開。以後2回自然流産。大量性器出血あり、頸管妊娠の疑いで、当院紹介初診。初診時血中HCG：130000 mIU/ml。翌日腹式子宮切開-胎嚢除去術施行。術後14日目に多量の性器出血を認め、腹式子宮全摘施行。

【症例2】35歳、G3P3。他院で帝王切開。以後2回経膈分娩。不正性器出血を主訴に他院受診。子宮内膜生検後に大量性器出血あり、当院へ救急搬送。初診時血中HCG：751.6mIU/ml。緊急でACTD動注及びUAE(コイル使用)施行。術後12日目に性器出血を多量に認め、MTX全身投与施行。術後1ヶ月で退院。

【症例3】36歳、G3P3。他院で帝王切開(逆T字切開)。以後1回経膈分娩(29週早産)。妊娠反応陽性のため、当院受診。CSPと診断し、緊急入院。入院時血中HCG：15679mIU/ml。同日緊急でACTD動注及びUAE(スポンゼル使用)施行。術後3日目に胎嚢が自然排出。術後12日で退院。

【症例4】33歳、G2P2。他院で2回帝王切開。頸管妊娠の疑いで、当院紹介初診。初診時血中HCG：32770mIU/ml。翌日緊急でACTD動注及びUAE(スポンゼル使用)施行。血中HCG値下降不良のため、1週間後に腹腔鏡観察下にTCR施行。MTX全身投与を追加後、第19病日に退院。

5. 不妊治療専門施設における多胎防止の試み

浅田レディースクリニック

浅田義正、羽柴良樹、浅田美佐

【目的】近年、生殖補助医療技術の普及と発展により不妊症治療は大きく変化してきた。一方、産婦人科、小児科の危機が叫ばれ続けている中、不妊症治療に伴う多胎の増加が周産期医療、新生児医療に大きな負担をかけ、問題になっている。多胎の防止は不妊治療における、重要かつ緊急の課題である。そこで、今回、当院が取り組んできた多胎防止の試みについてその経過と結果を報告する。

【方法】2005年より体外受精・顕微授精を実施し、新鮮胚移植あるいは融解胚移植を施行した患者について検討した。2005年より年齢別にガイドラインを作成した。多胎率の推移を検討し、2006年、および2007年にさらに厳しく変更した。同時に、患者の意識改革にも取り組んだ。

【成績】2005年では妊娠率37.1%、着床率19.1%、平均胚移植数2.6個であった。多胎率28.2%と2個移植の増加は双胎の減少には繋がらなかった。2006年では妊娠率29.6%、着床率16.6%、平均胚移植数2.2個、多胎率20.9%となり、多胎率ともに妊娠率の低下となった。2007年1月から4月までは妊娠率33.8%、着床率20.0%、平均胚移植数1.9個、多胎率10.3%となり、妊娠率を下げずに、多胎率を下げる目標に近づいた。特に35歳以下では単一胚移植がほとんどとなった。

【結論】選択的単一胚移植は多胎防止にはきわめて有効である。しかし、高齢患者、体外受精反復不成功患者にもすべて適応できるものではない。今後、更なる検討が必要である。また、従来の形態学的な胚のグレード判定だけでは限界があり、染色体診断や胚の代謝活性等の新しい胚選択のマーカーの出現が待たれる。

6. 性器脱に対する TVM (Tension-free vaginal mesh) 手術と合併症

名古屋第一赤十字病院、同女性泌尿器科*

鈴木省治、加藤久美子*、高橋 愛、南宏呂二、廣川和加奈、廣村勝彦、堀 久美、南宏次郎、宮崎 顕、久野尚彦、安藤智子、水野公雄、古橋 円、石川 薫

【目的】近年欧米ではポリプロピレンメッシュを用いた低侵襲な性器脱手術が行われるようになった。その一つである TVM (Tension-free vaginal mesh) 手術を2006年から開始し、現在までに200症例以上の性器脱に対して施行したので、手術手技、成績について報告する。

【方法】2006年5月から8ヶ月間にPOP-Qで評価してⅢ度以上の性器脱でTVM手術を施行した100症例（子宮摘出術を受けていない76例と子宮摘出術後の24例、平均年齢は66歳、平均分娩数は2.2回）を対象とし、手術手技、出血量、手術時間、合併症について検討した。

【成績】術式別ではTVM前39例、TVM前後60例、TVM後1例で、併用術式はマンチェスター手術5例、腔式子宮全摘出術3例、腹式子宮全摘出術及び両附属器摘出術1例であった。併用術式がある症例を除外した91例の手術時間はTVM前38±12分、TVM前後80±17分、であり、術中出血量はTVM前11±15g、TVM前後30±31gであった。手術導入時はメッシュをガイドする糸の絡みや切断、腔壁誤穿刺などで手術時間が延長した。輸血や開腹術が必要となる症例はなかったが、膀胱損傷2例と直腸損傷1例があった。また術中の不十分な止血による術後血腫2例を認めた。現在まで平均9ヶ月（5～13ヶ月）の経過では、腔壁へのメッシュ露出6例と性器脱再発4例を認めた。

【結論】TVM手術は重大な合併症を伴わず、出血量が少なく手術時間が短い低侵襲な性器脱手術である。現在までの性器脱再発率は少なく、QOLを改善する手術として最適と考えるが、長期予後については今後の検討が必要である。

第2群 (10:24~11:09)

7. 術前診断可能であった子宮肉腫の2例

岐阜大、同 放射線部*、病理部**

佐藤英理子、丹羽憲司、日二宮望祥、水野智子、
加藤史門、加藤博基*、廣瀬善信**、今井篤志

【緒論】子宮肉腫、特に子宮内膜間質肉腫、平滑筋肉腫の術前診断はしばしば困難であり、最終的には術中迅速診断、永久病理診断に委ねられることが多い。今回、MRI所見、組織診により術前診断可能であった子宮肉腫の2例を経験したので、報告する。

【症例1】37歳。2経産、1全胎状奇胎の既往(+)。2007年3月～不正出血あり、5月当科受診。内膜細胞診、組織診は陰性であったが、MRI像にて、細胞密度の上昇域、網目状低信号域の存在により、子宮内膜間質肉腫、低悪性度(ESS, LG)が示唆され、6月開腹にて子宮全摘術施行。迅速病理にてESS, LGと診断され、両側付属器切除、リンパ節郭清施行。最終病理診断でESS, LG, pT1CN0M0であったが静脈主体の脈管侵襲が極めて多く、ご本人の希望もあり、MPA+CAP療法開始している。

【症例2】43歳。3経産。脳梗塞の既往(+)。過多月経にて前医より紹介。MRI上、内部に出血、壊死を示す部位の指摘により、間葉系子宮腫瘍が示唆され、術前の生検で平滑筋肉腫(LMS)が疑われ、2007年7月開腹にて子宮全摘術施行。子宮はほぼ腫瘍に置換されており、迅速病理にてLMSと診断され、両側付属器切除、リンパ節生検施行。Staging、追加治療は永久標本待ちの状態であるが、IC期以上であり、LMSで診断確定すれば、ドセタキセル、ゲムシタビンの術後化学療法を予定している。

【結語】今回、MRI、内膜組織診などにより術前診断可能であった子宮肉腫の2例を報告した。

8. 子宮内膜組織診で診断が困難であった子宮体部癌肉腫の一例

知多市民病院産婦人科、津島市民病院産婦人科*

木村卓二、永井美江、丸山春子、三澤俊哉。足立 学*

子宮体部癌肉腫は子宮体部悪性腫瘍の約2%をしめるといわれ、術前診断が困難な疾患である。内膜細胞診では診断できないことが多く、4方向搔爬による内膜組織診が推奨される。我々は、内膜組織診でも診断が困難であった子宮体部癌肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】59歳、1経妊1経産、49才閉経、既往歴に特記すべきことなし

【主訴】不正性器出血

【現病歴】平成18年夏ごろより半年で約3kg体重が減少し、10月頃より不正性器出血と腹痛を自覚し、12月に当科を受診した。経腔超音波断層法により約4cmの子宮内膜腫瘍を2個認め、平滑筋肉腫を強く疑った。同時に施行した内膜細胞診では類内膜腺癌を疑われ、4方向搔爬で行った内膜組織診で肉腫成分のみ認めた。腫瘍マーカーとしては、CA19-9値のみ244U/mlと高く、CA125は陰性であった。組織診では免疫組織化学によりVimentin(+), SMA(+), EMA(±), S-100(-), HCG(-), Keratin(-)であり、平滑筋肉腫と考えられた。CT、MRIで子宮筋層・頸部浸潤、遠隔・リンパ節転移を疑わず、平成19年1月に腹式子宮全摘・両側付属器摘出・骨盤リンパ節郭清術を行った。摘出した左閉鎖リンパ節、腹水細胞診で腺癌(+)であり、子宮体部に軟らかなポリープ状の腫瘍を認め、肉腫部と腺癌部があり、子宮体部癌肉腫(Ⅲc期)と診断された。現在は術後化学療法としてTJ療法5クール、CYVADIC療法1クール終了したところである。

【考察】術前の細胞診と組織診に乖離が認められたときには、十分な検討が必要であると考えられた。

9. 遺伝性非ポリポーシス性大腸癌(HNPCC)の新アムステルダム・クライテリアを満たした家系内癌集積性の高い子宮内膜癌の一例

藤田保健衛生大学

宮村浩徳、小宮山慎一、安江 朗、南 元人、
大江収子、石川くにみ、加藤利奈、長谷川清志、
宇田川康博

【はじめに】近年家系内癌集積性の高い子宮内膜癌の増加傾向が指摘されつつあるが、これら遺伝性子宮内膜癌のうち、遺伝性非ポリポーシス性大腸癌(HNPCC)の新アムステルダム・クライテリア(1990)を満たす症例(家系)の本邦における頻度は1.27%と言われている。その診断に際しては、家族歴の聴取が極めて重要である。われわれは新アムステルダム・クライテリアを満たし、術前にHNPCCと診断、さらにMLH1遺伝子産物の発現異常を認め、のちに結腸癌を発症した子宮内膜癌の一例を経験したので報告する。

【症例】47歳、3妊2産。未閉経。月経は整順。家族歴は母・大腸癌、兄・大腸癌、叔母・卵巣癌。既往歴は特記事項なし。不正性器出血を主訴に近医を受診、子宮体癌を疑われ、当院に紹介初診となった。術前の子宮頸部細胞診はクラスI、内膜細胞診はクラスV、内膜生検は類内膜腺癌であった。骨盤MRIおよび腹部CTで他病変および遠隔転移を否定し、注腸検査で大腸粗大病変を否定したのちに、根治術(拡大子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清術)を施行した。術後診断は子宮内膜癌、類内膜腺癌(G3)、Stage Ib(pT1bN0M0)、脈管侵襲は陰性であった。術後原発巣の免疫組織化学的検討ではMSH2発現は陽性であったが、MLH1発現は陰性であった。術後補助療法としてpaclitaxel(175mg/m²)およびcarboplatin(AUC5)による化学療法を5コース施行し経過観察中であるが、術後1年6ヶ月現在、再発兆候を認めていない。ちなみに術後1年2ヶ月目の会社健診で便潜血陽性を指摘され、大腸内視鏡検査を施行、上行結腸内の孤立性ポリープの鏡視下切除の結果、腺腫内腺癌を認めた。

【まとめ】家族歴により術前に診断し得た典型的HNPCCであった。ミスマッチ修復(MMR)遺伝子異常が家系内癌集積性の高い子宮内膜癌の原因と考えられているが、本症例ではMMR遺伝子の一つであるMLH1の発現異常の関与が疑われた。

10. 大網にnoninvasive implantを認めた卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例

岐阜県総合医療センター

佐藤泰昌、横山康宏、成川 希、田上慶子、山田新尚

【緒言】漿液性卵巣境界悪性腫瘍の予後や再発にかかわる因子として、腹膜病変(peritoneal implant)の浸潤性の有無が挙げられる。腹膜病変に浸潤性を認めるものは、予後が悪く術後化学療法が適応されるが、非浸潤性の場合には大きな腫瘍形成が無い限りは積極的な治療の対象とはならない。我々は、大網にnon-invasive implantを伴った卵巣漿液性境界悪性腫瘍を経験した。

【症例】症例は28歳の未経妊。平成18年12月部分胞状奇胎、右卵巣腫瘍のため当科紹介受診した。まず部分胞状奇胎に対して子宮内容除去術を2回施行した。平成19年2月右卵巣腫瘍に対し、腹腔鏡下卵巣腫瘍核出術を施行した。腫瘍内容物は1.3lの漿液であった。病理組織検査が、漿液性卵巣境界悪性腫瘍であったため、平成19年3月に右付属器切除術および大網部分切除術を施行した。開腹所見では、腹腔内および大網に肉眼的な播種を認めず、術中腹水の病理細胞診検査は陰性であった。病理組織検査は、右卵巣には一部嚢胞腺腫の残存を認め、更に大網にnoninvasive peritoneal implantを認めた。現在術後約4ヶ月経過しているが、明らかな再発所見を認めていない。

【結語】境界悪性表層上皮性腫瘍を認めた場合、腹膜病変の有無、更にはその浸潤性の有無の検索が必要と思われた。

11. 静脈造影MRIの骨盤内静脈血栓診断における有用性について

総合病院 南生協病院 産婦人科
堀江典克、鈴木明彦、西川直美、石井景子

深部静脈血栓症（DVT）のゴールドスタンダードはX線血管造影であるが、血栓をとばしてしまう可能性もあり、放射線被爆もあるため妊娠中に行なうことは困難である。下肢静脈の血栓の診断については下肢ドップラーの有用性が報告されているが、骨盤内静脈の血栓については診断が難しい。侵襲も少なく、X線被爆もなく、骨盤内静脈の血栓を診断する手段として静脈造影MRIがある。近年、DVTの診断にはDダイマーが感度が高く有用であると報告されており、今回、我々はDダイマー陽性でDVTが疑われ、下肢ドップラーで異常がない症例で、骨盤内静脈血栓の診断に静脈造影MRIが有用であった症例を経験したので報告する。症例1は60歳、左卵巣癌術前検査で凝固線溶系の亢進がみられた。DVTを疑い静脈造影MRIを行ったところ、左内腸骨静脈が描出されず、この部位での血栓と診断し、術前に下大静脈Filterを挿入、Swan Gantz catheterを留置し手術に臨みPEを予防し得た。症例2は26歳、切迫早産・羊膜絨毛膜炎で入院中であったが、左霧視感を訴え眼科を受診したところ眼底出血と診断された。凝固線溶系の亢進がみられ、DVTを疑い静脈造影MRIを行い、右外腸骨静脈及び左総腸骨静脈血栓症診断した。この症例も帝王切開術前に下大静脈Filterを挿入、Swan Gantz catheterを留置し手術に臨み、PEを予防し得た。症例3は39歳、切迫早産で入院中、経腹エコーで胎盤と子宮壁の間にecho free spaceがみられ、スクリーニング検査を行ったところ、D-Dimer 1.17 $\mu\text{g/ml}$ 、TAT 10.5 ng/ml と高値であった。DVTを疑い静脈造影MRIを行ったが異常はみられなかった。現在妊娠継続中である。静脈造影MRIはX線血管造影に比べて簡便であり侵襲も少なく、妊婦にも行えるメリットもある。骨盤内静脈血栓の検索にもっと活用されるべきであると考えられた。

第3群 (11:09~11:54)

12. MD双胎管理の現状と病因別短期予後

長良医療センター産科
高橋雄一郎、岩垣重紀、西原里香、津田弘之、川鱈市郎

【目的】MD双胎は近年、TTTSのレーザー治療（FLP）が導入されるなど新しい展開を認める。当院では地域との連携によりMD双胎が集約される傾向にある。管理の現状と短期予後について検討した。

【対象】開院以来2007年6月までの28ヶ月に管理したMD双胎のうち出産が終了した55症例110児の病因別生存率を検討した。

【結果】TTTS11例（20%）、preTTTS5例（9.1%）、selective IUGR14例（25.4%）、一児死亡3例（5.4%）、羊水量異常2例（3.6%）であった。全生存率は81/110（73.6%）であった。一児死亡は9/55（16.3%）に認め、両児死亡群は、10例（18.2%）であった。羊水量異常の2例のうち1例で両児死亡となった。FLP後の早産による新生児死亡が1例、TTTSの中絶が1例、胎児奇形4例では1/8（12.5%）の生存率であった。（Potter sequence, CHAOS, cystic hygroma）当院ではTTTSのFLP8例のうち少なくとも一児生存例（両児生存を含む）は7例（87.5%）であった。MD一児死亡のco-twin2例に胎児輸血を施行し、現在、脳障害は認められていない。またintermittent UAREDVを呈したselective IUGRのlarger twin2例に生後、脳の異常像が確認されている。

【考察】MD双胎ではTTTSのFLPが予後改善に寄与している。しかしSelective IUGR、羊水量異常、奇形合併などに関してはまだ予後不良であり、詳細な循環管理と病態の解析が求められる。MD双胎は一部には医療介入により予後の改善が認められるものの、依然ハイリスクであり、妊娠初期の膜性診断による症例の集約化は不可欠であると考えられた。

13. 双胎間輸血症候群に対し胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を施行した5症例の検討

三重大学、聖隷浜松病院*

小林良成、杉山 隆、梅川 孝、神元有紀、杉原 拓、村越 毅*、佐川典正

双胎間輸血症候群（TTTS）はMD双胎の約10～20%に発症するとされる。TTTSは、一絨毛膜性双胎の胎盤における吻合血管を介して両児間に血流のアンバランスが生じ、胎児水腫や腎不全、中枢神経障害を来す可能性がある予後不良な疾患として知られている。今回我々はTTTSに対し、胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術（FLP）を施行した5症例を経験したのでその予後などにつき報告する。

自然妊娠が5例、母体平均年齢は28.8歳（18歳～34歳）であった。また平均診断週数は21週0日（19週0日～22週1日）、FLP施行時の妊娠週数は平均21週2日（19週1日～23週0日）、平均分娩週数は35週2日（30週2日～38週1日）であった。分娩方法は経膈分娩が3例、帝王切開術が2例（p-PROM、第2児骨盤位）であった。2症例においてFLP施行時に羊膜穿破を来し、うち1症例において手術翌日に1児がIUFDとなった。残りの9児においては現在生後6か月から2歳6か月を経過しているが、明らかな後遺症は認められていない。胎児異常としては1例（供血児）において小腸閉鎖が認められた。

TTTSはFLPの導入によりその予後はかなり改善した。我が国の最近のデータによると両児生存66%、1児生存25%、両児死亡は10%程度とされる。当院にて経験した5症例は1例にFLP直後に1児IUFDを来したが、残りの4症例においては9児共に健康であり、これまでのところ明らかな神経学的後遺症も認めていない。現在TTTSに対するFLP症例は我が国においても蓄積されてきており、安全性を含めて今後の更なる検討が望まれる。

14. 膀胱羊水腔シャントが著効した胎児膀胱尿管逆流症の一症例

名古屋市立大学

服部幸雄、野沢恭子、金子さおり、鈴森伸宏、種村光代、鈴木佳克、杉浦真弓

胎児両側水腎症の原因としては、膀胱上狭窄、膀胱下狭窄（後部尿道弁閉鎖・閉塞性尿管瘤）、両側性膀胱尿管逆流症（VUR）、Prune belly症候群などが知られている。今回、妊娠初期に胎児両側水腎症、巨大膀胱、羊水過少を認め、妊娠18週に胎児膀胱羊水腔シャント術を施行し、出生後に高度膀胱尿管逆流症と診断された一症例を呈示する。

症例の母は31歳の1経妊0経産で、既往家族歴に特記事項無し。他院で妊婦健診をうけており、胎児膀胱拡大を指摘され、妊娠13週0日に当科紹介受診された。超音波検査で膀胱の拡張と両側腎盂の拡大を認め、胎児膀胱下狭窄が疑われた。羊水の減少も認められ、妊娠15週6日、妊娠16週6日、妊娠17週6日と計3回の胎児膀胱穿刺および羊水補充が施行された。羊水染色体検査では46,XYで、他の合併奇形は指摘されなかったことから、妊娠継続の方針となり、妊娠18週6日に胎児膀胱羊水腔シャントを施行された。その後は膀胱の拡大は確認されず、羊水貯留がみられ、胎児発育良好で、外来で経過観察されていた。妊娠36週より、胎児腎盂拡大が再度みられ入院管理となり、妊娠38週3日に経膈分娩となった。

児は2874gの男児で、Apgar 8点（1分後）/9点（5分後）で、循環・呼吸状態は落ち着いており、出生時に膀胱シャントからの尿流出が確認された。膀胱尿道造影検査では両側尿管逆流症IV度と診断され、外尿道口からの自然排尿が確認されたことから、日齢5で膀胱シャントを抜去された。左停留精巣を指摘されているも、その後に重症感染などの合併症はなく、腎盂拡大は軽減され、残尿は減少し腎機能は良好に保たれ、日齢14に退院された。現在、生後5ヶ月であり、発育・発達共に正常である。

15. Beckwith-Wiedemann症候群 3 例の検討

名古屋大

早川博生、川地史高、廣中昌恵、森光明子、
真野由紀雄、佐藤菜々子、荒木雅子、炭竈誠二、
吉川史隆

Beckwith-Wiedemann症候群 (BWS) は臍帯ヘルニア、巨舌症、過成長を主症状とし、新生児期の低血糖を伴うことがある症候群である。今回我々は、出生前にBWSを強く疑った例を含め、3例を経験したので報告する。

【症例 1】29歳P(1)前医で妊娠24週頃から胎児臍帯ヘルニアを指摘され、29週0日に当院へ紹介。EFBW1424g (+1.23SD)、臍帯ヘルニアと羊水過多を認めた。超音波上、合併奇形はなく巨舌の存在は確認できなかったが、嚥下困難による羊水過多とそれに伴う切迫早産と判断し、BWSを強く疑い管理した。羊水染色体検査は46XXだった。31週より切迫早産徴候悪化し、tocolysis不能となったため、31週3日に帝王切開術を施行した。2178g Ap7/8で出生、巨大児、巨舌、臍帯ヘルニア、耳垂の皺、低血糖などBWSに特徴的な所見を認めた。

【症例 2】39歳P(2)頸管無力症のため前医で頸管縫縮術を施行、21週に臍帯ヘルニアを指摘され当院へ紹介。超音波上、合併奇形なく、羊水染色体検査も46XXだった。37週6日に予定帝王切開術を施行、3713g Ap9/9であった。

【症例 3】35歳P(0)前医でIVF-ETにより妊娠成立、18週頃に臍帯ヘルニアを疑われ当院へ紹介。羊水染色体検査にて46XY 9q h+。口唇裂、羊水過多を認めた。32週より切迫早産のため入院、33週5日に胎児心拍数図で、non reassuring pattern、variable decelerationが頻回に出現したため帝王切開術を施行した。3098g Ap5/6の男児で、著明な口唇口蓋裂が存在した。

【まとめ】胎児臍帯ヘルニアの診断時BWSを念頭に置き、過成長傾向、巨舌の存在に注意して経過を見る必要がある。

16. 妊娠前より存在したと考えられる妊娠糖尿病とそれ以外の妊娠糖尿病の予後に関する比較検討

三重大学

小河恵理奈、杉山 隆、伊藤譲子、前沢忠志、
小林良成、神元有紀、梅川 孝、杉原 拓、佐川典正

【背景・目的】妊娠糖尿病 (GDM) は妊娠時に初めて認識された耐糖能低下である。したがってGDMには妊娠後半期に生じる糖代謝異常以外に妊娠前より糖尿病を発症していたと考えられる女性も含まれる。今回我々は妊娠初期に認められたあるいはそれ以外のGDMでも妊娠前より糖代謝異常があると考えられたGDM群 (A群) とそれら以外のGDM群 (B群) の周産期予後の比較を行った。

【方法】妊娠初期にGDMに対するスクリーニングを行い、陽性であった者に対し診断検査である75gブドウ糖負荷試験 (OGTT) を行った。また妊娠初期で異常が認められなかった症例に対して、妊娠24-28週において再度GDMのスクリーニングのためのGCTを行った。なお分娩後の75gOGTTで糖尿病型を示した症例や妊娠初期の75gOGTTで非妊娠時の糖尿病型を呈する症例、妊娠中期のHbA1c値が10%を越える症例や糖尿病網膜症を認める症例はGDM-A群とした。

【結果】1991年から2003年まで75人の日本人単胎のGDMを対象とした。そのうち25名がGDM-A、50名がGDM-Bに分類された。妊娠合併症では、重症妊娠高血圧症候群と帝王切開術の頻度がGDM-AにおいてGDM-Bに比し有意に高率であった。胎児・新生児異常では、GDM-A群において先天異常の頻度がB群に比し有意に高かった。またHFDと高ビリルビン血症についてもGDM群-Aにおいて有意に高率に発症することが判明した。

【結語】GDM-A群は周産期予後の点よりハイリスク群であり、少なくとも妊娠初期の糖代謝異常のスクリーニングが必要であることが示された。今後妊娠前の耐糖能低下女性のスクリーニングの確立が課題である。

第4群 (13:10~14:04)

17. 妊娠30週まで管理できた小腸完全離断のイレウス合併妊娠の1例

愛知医科大学

大林幸彦、衣笠祥子、渡辺員支、篠原康一、藪下廣光、若槻明彦

34歳、筋層内筋腫に対して当院にて筋腫核出の既往あり。その後IVF-ETにて妊娠成立。妊娠11週に下腹部痛、嘔吐、心窩部痛あり緊急入院。絶食および抗生剤と輸液にて疼痛は軽減せず、発熱、CRP12mg/dlと上昇、腹部Xpではニボー像を認め、手術による癒着性イレウスと診断、胃管を挿入した。妊娠13週より再度症状悪化、イレウス管を内視鏡カメラ下に挿入したことによりニボー像は消失し、CRPは陰性化した。IVHは水分量2270ml、カロリーは2000kcal、蛋白60g、脂肪20gに設定した。鼻腔からのイレウス管が長期になるため、63日目に内視鏡下胃瘻造設、同部位よりイレウス管を挿入した。妊娠25週からは少量飲水も開始できた。同時期より子宮収縮も認め、また妊娠29週頃よりイレウス症状悪化、下腹部痛も増悪したため保存的療法の限界と判断し、イレウスの外科的療法目的に妊娠30週5日に帝王切開を施行した。児は1728g、Ap6/8。イレウスの原因は前回手術の癒着によるbandのため回盲部より約40cmの小腸が完全離断され、両側とも盲端になっていたためであった。小腸を端々吻合し、術後34日後に退院した。母児とも経過順調である。

妊娠時イレウスの原因として既往手術による癒着が、増大した子宮による圧迫より増悪することがあり、これらを念頭において管理する必要がある。

18. Bartter症候群合併妊娠の1例

三重大学

伊藤譲子、杉原 拓、梅川 孝、神元有紀、杉山 隆、佐川典正

Bartter症候群は、腎尿細管の $\text{Na}^+\text{-K}^+$ 共輸送体が機能不全により、代謝性アルカローシスや重度な低カリウム(K)血症などを呈する症候群であり、妊娠時の合併は極めて稀である。今回、Bartter症候群合併妊娠を経験したので報告する。

症例は39歳女性(G1P0)。主訴は四肢のしびれと低K血症。既往歴として30歳時にBartter症候群と診断され、それ以後低K血症につき前医の内科にて加療されていた。家族歴では、叔母に低K血症が認められた。自然妊娠後、前医にて健診を受けており、内科よりK補充療法(80.4mEq/day)が行われていた。妊娠初期の血清K値は2.2-3.7mEq/lで推移していたが、妊娠経過とともに血清K値は低下傾向を呈し、全身倦怠感の増悪を認め、K製剤の増量を要した。32週1日に四肢のしびれ、低K血症(1.9mEq/l)、代謝性アルカローシスを認めたため前医に入院し、KClを含む電解質溶液の点滴を投与され症状は軽快した。その後の周産期管理目的で当院に32週2日入院となった。入院後、K製剤を210mEq/lに増量し、一時改善したが、その後も全身倦怠感、四肢しびれ、低K血症の増悪を認め、KCl点滴投与を行った。この間胎児のwell-beingは良好であり、36週1日に経膈分娩にて2156g(Ap9/10)の児を娩出した。産褥経過は良好で、全身倦怠感などの症状も認めず、K製剤内服を継続して血清K値3.6mEq/lと良好であった。産褥1か月の時点でK製剤は120mEqまで減量可能となった。出生児については、臍帯血ガスおよび血清K濃度は正常であった。

Bartter症候群合併妊娠は、現時点で確立された治療法はないが、K製剤による補充療法が一般的である。Bartter症候群における妊娠中の血中Kコントロールに関する管理法について、文献的考察も加えて報告する。

19. 抗SSA抗体陽性母体妊娠における胎児完全房室ブロックに対する母体塩酸リトドリン治療の一例

名古屋第二赤十字病院 同新生児科*

前田英登、今井健二、林和 正、茶谷順也、竹内幹人、加藤紀子、山室 理、倉内 修、横山岳彦*、田中太平*

【目的】抗SS-A抗体陽性母体妊娠の胎児合併症として完全房室ブロック等心疾患合併が高頻度と報告されている。今回我々は、母体に塩酸リトドリン投与により、胎児心機能改善を得た症例を経験したので報告する。

【既往歴】29歳、1回経産婦。第1児に合併症なし。23歳時に抗核抗体陽性と指摘されたが精査せず経過。他、特記すべき事なし。

【現症】終経2006年6月20日より7日間にて妊娠成立。前医にて妊娠20週4日検診時、胎児徐脈(70-80bpm)を指摘され精査目的に他院へ紹介。他院精査にて完全房室ブロックと診断された。以降は前医にて妊娠管理されていたが、妊娠26週、当院紹介初診となった。来院時心拍：50-60bpm、心嚢水貯留を認めた。推定体重904gと週数相当であった。妊娠27週より入院管理。当院にて精査の結果、母体抗SSA/RO抗体>500U/ml と高値であり、52kDa(Index)：109.6 / 60kDa(Index)：104.5 であった。塩酸リトドリン投与による胎児徐脈治療を開始。30mg/day内服にて胎児心拍の改善は認めなかった。塩酸リトドリンを30 μ g/hへ増量し、ステロイド内服併用にて心嚢水は改善傾向を示し、胎児心拍数も65-75bpmと改善を認めた。以降は同量で管理した。33週よりステロイド漸減し、妊娠37週1日選択的帝王切開術施行し、女児2430g Apgar score7/8を娩出した。生後児心拍は60前後で推移し、心不全徴候は見られず、ペースメーカー装着は施行されなかった。

【まとめ】今回我々は抗SS-A抗体陽性母体の胎児徐脈症例の治療に対して、塩酸リトドリン投与治療をおこなった。同治療は本症例に対して有効と考えられた。

20. 産褥心筋症の2例

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター産科

頓瀬智彦、関谷龍一郎、坂野伸弥、岸上靖幸、田中和東、森脇崇之、小口秀紀

【緒言】産褥心筋症は妊娠最終月から分娩後6ヶ月までに発症し、心不全をきたす原因不明の拡張型心筋症の一亜型である。母体の致死率は10から23%とされている。今回我々は、診断、救命し得た産褥心筋症の2例を経験したので報告する。

【症例1】37歳。未経妊。他院でのIVF-ET後の二絨毛膜二羊膜双胎で妊娠8週4日に当院受診。妊娠34週4日に血圧158/105mmHgに上昇し、入院管理となった。入院後methyldopa内服していたが血圧上昇、尿蛋白が増強したため、妊娠38週1日に帝王切開術となった。術後3日目より呼吸困難、両側胸水貯留が出現し、利尿剤で軽快せず、術後8日目のUCGで左室駆出率(EF)は40%であり産褥心筋症と診断した。利尿剤、アルブミンでは改善しなかったが、心房性ナトリウム利尿ポリペプチドを併用したところ、利尿がつき胸水も減少した。その後の経過は順調であり術後42日目に退院となり、術後6ヶ月後にはEFは67%にまで回復した。日常生活に支障なく経過観察中である。

【症例2】29歳。未経妊。妊娠36週6日に他院より妊娠高血圧症候群のため緊急母体搬送となり、血圧の著明な上昇を認め、同日緊急帝王切開術となった。術後は、methyldopa内服にて血圧は落ち着いていたが、術後8日目より呼吸苦が出現し、著明な肺水腫、心拡大を認めた。EFが30%と低下し、産褥心筋症の診断にてICUに緊急入院となった。入室後より挿管管理となったが、徐々に改善を認め3日目に抜管、EFは42%まで回復し、23日目に退院となった。

【結論】多胎妊娠、妊娠高血圧症候群は産褥心筋症のリスク因子であり、肺水腫を伴う多胎妊娠、妊娠高血圧症候群では産褥心筋症を念頭に置いて、心エコー図を用いた早期診断、早期治療を行うことが重要である。

21. 分娩時発症高血圧の母児予後と発症背景の検討

大野レディースクリニック、小牧市民病院*、
豊橋市民病院**、浜松医科大***、名古屋大****
大野泰正、大野義彦、森川重彦*、河井通泰**、
玉腰浩司****、金山尚裕***、吉川史隆****

【目的】妊娠中PIHを示さない分娩時発症高血圧に伴う子癇は、予知、治療が困難である。PIHなく、分娩I期発症の高血圧と痙攣を呈した症例を報告し、分娩時発症高血圧の母児予後、患者背景を検討した。

【方法】2006年5月から2007年6月に当院で妊娠管理したPIH合併ない自然陣痛発来妊婦129人の入院から分娩時までの平均血圧（MAP）を測定、分娩時発症高血圧重症群（MAP>127mmHg：12人）、軽症群（MAP107-127mmHg：25人）、正常血圧群（MAP<107mmHg：92人）における母児予後、患者背景を比較検討した。

【症例1】PIHない34才初産婦。40週陣発入院（MAP95mmHg）。子宮口8cm開大時に痙攣発作（MAP150mmHg）。Fetal prolonged bradycardiaに陥り、母体搬送、緊急帝王切開施行、AP 5/8、2979g女児娩出。術後MRI上、両基底核、橋にvasogenic edema、術後8日目母児ともに退院。

【症例2】PIHない31才初産婦。39週陣発入院（MAP113mmHg）。血圧上昇（MAP140mmHg）にて母体搬送。子宮口全開大時に痙攣発作。Fetal prolonged bradycardiaに陥り急速墜娩、AP 6/8、2920g女児娩出。産後MRI上、右頭頂葉、左被殻にvasogenic edema、産褥8日目母児ともに退院。

【成績】分娩時発症高血圧重症群では正常血圧群に比して、産褥高血圧出現率（75%）、降圧剤使用率（50%）が有意に高く、妊娠中蛋白尿出現率（75%）、家族内高血圧有病率（42%）が有意に高かった。

【結論】分娩時発症高血圧は潜在的PIHの顕在化である可能性が示唆され、妊娠中蛋白尿、高血圧家族歴が背景因子と考えられた。

22. 正常および重症妊娠高血圧腎症における血中FLRGと血流速度パラメータの検討

藤田保健衛生大産婦人科、同分子遺伝学講座
小石プライヤ奏子、西澤春紀、加藤武馬、山田英登、
宮田雅子、関谷隆夫、多田 伸、倉橋浩樹、
宇田川康博

【目的】今回我々は、妊娠高血圧腎症妊婦胎盤のマイクロアレイ解析により責任候補遺伝子であるFollistatin-related gene (FLRG)を同定し、母体血中レベルでの発現に関し比較検討した。また重症度の指標としての有用性を検討するため、その変動が臨床的パラメータに反映されるか否かを検討した。

【方法】対象は同意の得られた正常血圧妊婦（NP群）21例と重症妊娠高血圧腎症妊婦（PE群）21例とした。血中FLRG蛋白をELISAにて測定し、血圧、胎盤重量および超音波パルスドプラー法で計測した子宮動脈（UtA）また臍帯動脈（UmA）のPulsatility Index（PI）とResistant Index（RI）との相関を検討した。

【成績】血中FLRG（ng/ml）はNP群； 1.317 ± 0.746 、PE群； 2.531 ± 1.715 でNP群よりPE群で有意に高値を示した（ $p < 0.05$ ）。血圧との相関は収縮期、拡張期のいずれも有意な正の相関を認め（各 $r = 0.33$, $p < 0.05$ および $r = 0.36$, $p < 0.05$ ）、また胎盤重量においても有意な負の相関を認めた（ $r = -0.42$, $p < 0.05$ ）。血中FLRGとPI、RIとの相関はUtA PI、RIとの間に有意な正の相関を認めた（各 $r = 0.38$, $p < 0.05$ および $r = 0.39$, $p < 0.05$ ）が、UmA PI、RIはいずれも相関を認めなかった。

【結論】重症妊娠高血圧腎症では血中FLRGは正常血圧妊婦に比べ高値であり、その増加は母体血圧上昇や子宮胎盤循環の悪化として血流速度波形パラメータに反映されることが確認された。さらにFLRGは胎盤重量とも負の相関を示すことより、胎盤形成障害の指標となりうることも示唆された。

第5群 (14:04~14:49)

23. 当院における子宮頸部neoplasiaに対するレーザー円錐切除の成績

厚生連昭和病院

木村直美、樋口和宏、佐々治紀、池内政弘

【目的】子宮頸癌のmass screeningが普及するに伴い、子宮頸部の前癌病変や初期癌が発見されることが多くなり、子宮温存療法のひとつである子宮頸部円錐切除術の頻度が増加しつつある。今回、当院でのCINに対する細胞診および狙い組織診の診断精度について検討することを目的とした。

【方法】過去5年間に、子宮頸部細胞診またはコルポスコピー下狙い組織診で中等度異形成、高度異形成、上皮内癌と診断された31例を対象とした。中等度異形成では1年以上病変が持続する場合、細胞診・コルポスコピーで高度病変が強く疑われる場合に施行した。年齢は20歳代2人、30歳代17人、40歳代8人、50歳代3人、60歳代1人であった。静脈内麻酔または全身麻酔下にYAGレーザーを用いて円錐切除を行った。

【成績】円錐切除後の最終診断は、軽度異形成2例、中等度異形成5例、高度異形成16例、上皮内癌8例であった。細胞診と狙い組織診が一致したのは10例(32.2%)、狙い組織診と最終診断が一致したのは15例(48.4%)であった。細胞診、狙い組織診、最終診断の3者とも一致したのは8例(25.8%)であった。切除断端の病変陽性は2例(6.5%)あり、1例は高度異形成、1例は上皮内癌であった。このうち高度異形成の症例は残存した病変が発見され、再度円錐切除を行い完全に病変を摘出した。後者の上皮内癌の症例では、術後の細胞診で異常なく経過している。

【結論】細胞診、狙い組織診、最終診断の一致率が低いことから、コルポスコピーの精度を上げる必要があると示唆された。

24. 局所進行子宮頸部扁平上皮癌146例の臨床的検討

名古屋第一赤十字病院

高橋 愛、水野公雄、南宏呂二、廣村勝彦、廣川和加奈、堀 久美、南宏次郎、宮崎 顕、鈴木省治、久野尚彦、安藤智子、古橋 円、石川 薫

【目的】局所進行子宮頸部扁平上皮癌における治療の有効性を検討する。

【方法】当科で1992年1月から2006年12月に治療した子宮頸癌Ib2~IVa期の扁平上皮癌症例146例に関する治療成績につき後方視的に検討した。平均年齢は61.1歳(26~91歳)、進行期はIb2期16例IIa期15例IIb期54例IIIa期3例IIIb期46例IVa期12例であった。主治療を手術または放射線療法とし、主治療前の化学療法をneoadjuvant chemotherapy(NAC)と規定した。

【成績】主治療の内訳は手術77例(初回手術26例、NAC後51例)、放射線療法69例(初回放射線療法54例、NAC後15例)であった。NACは動注57例、静注9例が行われ、奏効率は83.3%であった。5年生存率は初回手術群78.5%、NAC後手術群71%、初回放射線療法群69%、NAC後放射線治療群36.7%とNAC後放射線治療群が予後不良の傾向がみられたが、有意差は認めなかった。また初回放射線療法54例のうち、放射線単独の42例、concurrent chemoradiation(CCRT)の12例の間に予後の有意な差は認めなかった。NAC後手術群とCCRT群の予後の差も認めなかった。手術施行例のうち68例に術後治療として45例に放射線療法、23例に化学療法が施行されたが、5年生存率は放射線療法群82.9%、化学療法群49.7%と放射線療法群の方が良好な傾向を認めた。(有意差なし)

25. 再発、進行頸部腺癌に対するTC療法

愛知県がんセンター中央病院

伊藤則雄, 丹羽慶光, 水野美香, 中西 透

【目的】再発及び進行子宮頸癌に対する化学療法としては、欧米においてはシスプラチンをキードラッグとした併用療法の中で、TP（パクリタキセル、パラプラチン）療法の有効性が示されている。一方、卵巣癌などの婦人科癌に対してはTC（パクリタキセル、カルボプラチン）療法が広く用いられており、毒性も軽度である。現在日本において進行、再発子宮頸癌に対するTC療法とTP療法についての比較試験も行われている。

頸部腺癌は子宮頸癌のうちの約10～20%程度を占めるが近年増加傾向にあり、扁平上皮癌と比較し、放射線及び化学療法に対する感受性が低い。今回再発及び進行頸部腺癌に対するTC療法の抗腫瘍効果、毒性について明らかにすることを目的とした。

【方法】今回当院にて再発及び進行頸部腺癌にTC療法を施行した症例のうち評価可能であった15症例について後方視的に検討した。対象は内頸部型腺癌11例、腺扁平上皮癌4例で、再発例が11例、Ⅲb期2例、Ⅳa期1例、Ⅳb期1例であった。

【成績】TC療法の施行回数は2～9コースで、投与量はパクリタキセル175mg/m²、カルボプラチンAUC 5～6であった。再発例11例のうち5例はすでに他の化学療法が施行された後の治療であった。抗腫瘍効果は15症例中PRが6例、NCが6例、PDが3例で奏効率は40%であった。G3-4の好中球減少が9例（60%）、G3-4の血小板減少が7例（47%）、G3-4の貧血が6例（40%）で認められた。

【結論】進行再発頸部腺癌に対してもTC療法は第一選択となりうる可能性が示唆された。

26. 脳転移再発を来した子宮頸部小細胞癌の2例

岡崎市民病院 産婦人科

三井寛子、深津敦子、樋口詔子、阪田由美、小林浩治、榊原克巳

子宮頸部小細胞癌は、子宮頸癌の1～6%と稀だが、早期に転移再発を来す予後不良の疾患であり、その治療法は未だ確立されていない。今回われわれは、子宮頸部小細胞癌を2例経験し、いずれの症例も脳再発を来したため報告する。

【症例1】31才3経妊1経産。2005年8月不正出血を主訴に受診。子宮頸部に8×9×18mmの腫瘍を認め、生検にて小細胞癌と判明。子宮頸部I b1期として2005年10月広汎子宮全摘を施行した。病理結果は小細胞癌に一部重層扁平上皮もみられ、pT1b1pN0M0であった。術後補助療法としてEJ療法（VP-16、CBDCA）を4コース施行した。2006年12月右下肺野に7mmの再発を認めた。EJ1コース施行した後、失読発作が出現し、脳転移と診断。2月に左側頭葉腫瘍摘出術を施行し、術後全脳照射と、EJ療法を再開した。再発後5コース施行したが、肺病変はNC、上腸管膜動脈分岐部右に1cmの転移がみられたため、現在レジメ変更し、CPT-11、CDDPを施行中である。

【症例2】60才3経妊3経産。2006年5月に不正出血を主訴に受診。子宮頸部に10cm以上の腫瘍を認め、生検にて扁平上皮癌と判明した。子宮頸癌Ⅲa期のため、放射線・化学療法の併用療法を行った。放射線は骨盤部外照射とRALS、化学療法は5-FU、CDDPを5コース施行し、CRのため2006年8月に治療終了とした。2007年4月に右手の運動障害がみられ、脳転移と判明。左側頭頂葉腫瘍摘出術を施行し、病理結果は転移性で、小細胞癌と扁平上皮癌であった。現在、EJ療法を施行中で、脳に対し放射線療法を検討中である。

【結語】子宮頸部小細胞癌の治療は、まず術前補助療法を施行すべきであるという報告や、脳転移に対する予防的頭蓋照射が有効であるという報告がなされているが、未だ確立していない。今後さらなる検討が望まれる。

27. 診断・治療に苦慮した、片側腎欠損を伴う子宮奇形の3症例

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

安藤智子、高橋 愛、南宏呂二、廣川和加奈、
廣村勝彦、堀 久美、南宏次郎、宮崎 顕、鈴木省治、
久野尚彦、水野公雄、古橋 円、石川 薫

我々は最近、AFS-classⅢの子宮奇形に片側腎欠損を伴う3症例を経験したが、それぞれ異なる症状・経過を呈したので、これを供覧する。

【症例1】21歳、G(0)、左腎欠損を指摘されていた。断続する不正出血にて近医受診。卵巣機能不全と腔壁腫瘍と診断され、ホルモン剤処方されるも止血せず、当院受診。MRIにて、重複子宮・重複腔の左側腔留血腫と診断。手術時、留血腫は径3cm弱で瘻孔が確認できず、経腔超音波ガイド下に生食を注入して切開部位を明らかにし、腔中隔切除を行った。

【症例2】35歳、G(1)P(0)、右腎欠損を指摘されていた。下腹部から外陰部への痛みにて、近医より紹介された。疼痛強く内診不可、WBC、CRP上昇し、CTにて腫瘍を認めたため、卵管留膿腫を疑い、抗生剤投与するも軽快せず。MRIにて、重複子宮・重複腔の右側腔留膿腫と診断。腔中隔切除を施行して軽快した。

【症例3】16歳、G(0)。月経のたびに増強する下腹痛を主訴に近医受診。左卵巣腫瘍捻転疑いにて、紹介された。MRIにて左側子宮および頸部の留血腫を認め、Wunderlich症候群と診断。経腔超音波ガイド下に頸部留血腫に生食を注入、針穴を目印として開窓術を施行した。上腹部CTにて、左腎欠損を確認した。

【考察】片側腎欠損を伴う重複子宮は稀である上に、その形態により様々な症状を呈し、診断に苦慮することが多い。内診や超音波検査では診断が困難なことも多く、MRIと、腎奇形の有無が重要な診断の根拠となる。治療においては腔式に形成術を行うが、視触診のみでは治療部位の同定が困難な場合がある。今回、経腔超音波ガイド下に生食を注入することにより、安全に手術を遂行することが可能となった。

第6群 (14:49~15:34)

28. 当院における子宮筋腫核出術の出血量の検討

名古屋大学産婦人科

鈴木恭輔、原田統子、滝川幸子、真鍋修一、後藤真紀、
岩瀬 明、吉川史隆

【目的】子宮筋腫核出術は妊孕性温存希望の患者に行う手術であるが、近年では女性のライフスタイルが変化し、これに伴い適応が拡大されている。術前のGnRHアゴニスト投与は子宮筋腫の縮小化とともに手術時の出血量の軽減を目的とし使用される。また、出血に対する対応として術前に自己血貯血を施行することも普及している。そこで多量出血が予測され、自己血貯血が望まれる患者の選択基準について検討した。

【方法】当院で2005年1月~2007年3月までに子宮筋腫核出術（開腹、腹腔鏡補助下を含む）を施行した54例を対象として、筋腫の性状、発生部位、個数等による出血量を検討した。

【成績】今回、我々の症例では術前のGnRHアゴニスト投与率が67%であった。GnRHアゴニスト投与の有無にかかわらず、摘出筋腫数が10個以上ではそれ以下と比べて出血量は多くなる傾向を認めた。出血量が多くなると予測された症例は、1：多発筋腫（筋腫核が10個以上）、2：頸部筋腫、3：広間膜内筋腫、4：子宮動脈塞栓術後、5：帝王切開術後、筋腫核出術後、等であった。

【結論】子宮筋腫核出術で最も危惧されるものの一つは多量出血であり、今回の我々の検討を踏まえて、術前の画像診断等により多量出血が予測される症例に対し自己血貯血の必要性の有無や貯血量を決定するのが望ましいと考えられた。

29. 診断に苦慮した若年巨大変性筋腫の一例

三重県立総合医療センター

吉田佳代、田中浩彦、樋口恭仁子、谷口晴記

【緒言】変性筋腫は卵巣腫瘍・子宮肉腫との鑑別にしばしば苦慮する。今回我々は、若年女性に発生した腹腔内全体を占める巨大なう胞性腫瘍で、診断に苦慮した一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

【症例】患者は21歳、G0、既往歴・家族歴に特記無し。入院1年前より下腹部の膨満に気づくが放置、1週間前より腹痛・下痢・微熱が生じ、近医内科を受診。腹部CTにて腹部腫瘍を指摘され、精査・加療の目的で当科を紹介受診した。初診時、腹部全体に広がる波動を伴う巨大な腫瘍を認め、右側腹部痛を認めた。血液検査上、CA125は63.9 U/mlと上昇を認めたが、CA19-9、AFP、LDHは上昇を認めなかった。MRIで、骨盤壁から横隔膜下に及ぶ多房性の腫瘍を認め、内部はのう胞ごとに異なるintensityを示した。子宮・両側卵巣は正常大で同定可能であった。CTでは腸管・肝臓は右側に圧排され横隔膜の挙上を認めた。卵巣悪性腫瘍の疑いと術前診断にて試験開腹術を施行した。腫瘍は横隔膜・腹壁・小腸との癒着を認めたが、両側付属器との交通・癒着を認めなかった。子宮底から腫瘍への茎状物を認めた。摘出標本は2929 g、内容液は黄色透明の漿液で5400 ml、術中迅速組織診にて原発巣不明の良性腫瘍と診断されたため、腫瘍摘出にて手術を終了した。永久標本にて変性平滑筋腫との診断を得た。

【考察】子宮に発生する間葉系腫瘍は婦人科腫瘍のなかでも頻度が高いが、本症例では子宮外に腫瘍の発育を認めたため、卵巣腫瘍や腹腔内臓器腫瘍との鑑別を要した。鑑別診断にはMRI画像が有用であるが、本症例のような変性筋腫では様々な像を示し、子宮肉腫との鑑別に苦慮する。若年者においても変性筋腫の可能性を考慮すべきと思われた。

30. 治療に苦慮した巨大子宮筋腫の一例

名古屋大学医学部、同 放射線科*

眞鍋修一、那波明宏、柴田清住、梶山広明、河合智子、太田豊裕*、吉川史隆

症例は31歳未婚女性（0経妊0経産coitus未）。以前より子宮筋腫を指摘されており、平成17年3月に他医にて手術したが、腫瘍が大きく核出が困難であり、試験開腹となった。その後はGnRH療法行っていたが腫瘍は徐々に増大してきた。平成19年2月全身状態悪化により当院に治療目的で紹介となった。来院時腫瘍は骨盤内から心窩部にまで達する巨大な充実性であり、両下肢に強度の浮腫を呈しており、腎機能の悪化を認めた。膀胱の挙上著しく尿管カテーテルの挿入は困難であったために両側腎ろう挿入となった。腎後性の腎不全が改善されてきたためにMRI、CT、血管造影を行い精査を試みたが子宮筋腫と悪性腫瘍との鑑別は困難であった。術中出血量の軽減を目的とし術前2日に両側の子宮動脈をスポンゼルを用いて塞栓し、さらに血流が豊富であった両側の卵巣動脈をコイルにて塞栓した。さらに、手術直前に両側の内腸骨動脈にバルーンカテーテルを挿入し血流の減少を試みた。腫瘍は膀胱、腹壁および腸管に強固な癒着を認め、分離剥離に非常に難渋したが、拡大子宮全摘及び両側付属器摘出術を遂行し得た。摘出物は9140gで33×29×19の大きさであった。出血量は14320gでMAP42U、FFP20U、PC30Uの輸血を行ったが術中のバイタルは安定していた。術後軽度のイレウスを認めたが保存的に軽快した。術後43日目で退院となった。術後病理組織学結果はleiomyoma of the uterusであった。

31. 当院での産褥出血に対する動脈塞栓術施行症例の検討—3D-CT angiographyの有用性

岐阜県立多治見病院 産婦人科、放射線科*
公立陶生病院 放射線科**
境康太郎、森 正彦、三井 崇、中村浩美、竹田明宏、
小山一之*、加藤加代子**

分娩後の大量出血は母体死亡の主要要因であり、それに対する子宮動脈塞栓術は侵襲が少なく、また妊孕性の温存も期待でき、有効であると考えられている。また近年、CT angi装置がある施設では子宮動脈塞栓術を行う際にCT angiを併用する機会が多くなっている。今回我々は、2001年1月から2007年7月まで当院にて産褥出血に対し子宮動脈塞栓術を施行した13症例のうち、CT angiを併用した5症例に関して、その有用性について検討した。その中で特にCT angiが診断に有用だった症例を詳細に報告する。

症例は28歳、初妊初産婦。既往・家族歴に特記事項なし。H19.2.23(妊娠34週5日)他院より辺縁前置胎盤にて紹介受診。H19.3.14帝王切開予定であったが、H19.3.11(妊娠37週0日)深夜出血あり入院となり、同日緊急帝王切開術施行となった。胎盤は後壁付着で胎盤剥離面から強出血を認め癒着胎盤が疑われ、子宮内～腔内にヨードホルムガーゼを充填し手術終了となった。術中出血量1400mlで術後ICU管理となった。術後状態は落ち着いており、翌日にはICU退出となったが、子宮内のガーゼ抜去後強出血認め、出血コントロール困難にて子宮動脈塞栓術の方針となった。臨床的には子宮内からの出血であったが、血管造影の所見では下腸間膜動脈の分枝からの出血が疑われたため、急遽CT angi施行し、その所見より子宮動脈の分枝からの出血と診断し、動脈塞栓術にて止血し得た。

本症例では、産褥出血に対しCT angiにて出血部位を同定し、動脈塞栓術を施行することによって止血し得た。産褥出血に対する動脈塞栓術施行の際、非侵襲、短時間で検査が終了するCT angiは出血部位の同定において有用であると考えられる。

32. 産科出血におけるUAEの有効性

岐阜大学医学部附属病院産婦人科、同 放射線科*
日江井香代子、豊木 廣、古井辰郎、今井篤志、
柘植裕介*、近藤浩史*、五島 聡*

【目的】産科出血における止血困難症例に対し、救命のためにやむおえず子宮摘出を選択する事がある。近年子宮出血治療として子宮動脈塞栓術(UAE)の効果が示されており、産科出血におけるUAEの有効性を再評価した。

【方法】平成17年5月から平成19年7月に大量出血のためUAEを施行した産科6症例について比較検討を行った。

【成績】症例は癒着胎盤1例、弛緩出血2例、頸管妊娠2例、卵膜遺残1例。うち5例はUAEにて有効な止血効果を得て、子宮を温存する事ができた。1例はUAE後も出血が持続したため子宮摘出術を施行した。

【結論】UAEは妊孕性温存が必要な子宮出血症例に対して有効性が高いが、血管損傷部が大きい場合や卵巣動脈からの血流により子宮動脈の塞栓のみでは止血困難な場合もある。また、UAEによる子宮内膜への一時的な血流不全がその後の妊孕性に影響を与える可能性も指摘されている。しかし子宮摘出による妊孕性廃絶を回避できるという点は今後も期待される治療である。