

第125回

東海産科婦人科学会 プログラム

日時 平成21年9月23日(水)

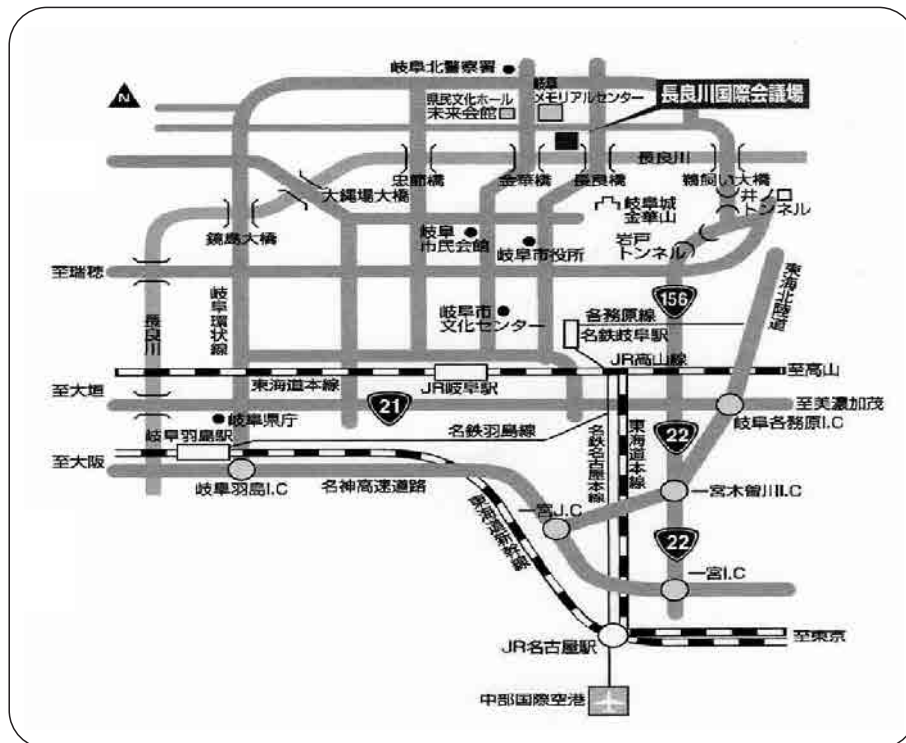
場所 長良川国際会議場

岐阜市長良福光 2695-2

電話 058-296-1200

会長 岐阜大学 臨床教授 藤本次良

会場ご案内



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 125 回 東海産科婦人科学会次第

1. 理事会 (第 2 会議室) 9 : 00 ~ 9 : 20
 2. 開 会 9 : 30
 3. 一般演題 (No.1 ~ No.16) 9 : 30 ~ 11 : 57
 4. 評議員会 12 : 00 ~ 12 : 40
 5. 総 会 12 : 45 ~ 13 : 00
 6. 一般演題 (No.17 ~ No. 38) 13 : 00 ~ 16 : 28
 7. 閉 会 16 : 28
-
-

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 ~ 10:42) 座長 宇田川康博 教授

1. 原発性卵巣癌乳房転移の2例
..... 愛知県がんセンター中央病院 中西 透 他
2. 卵巣原発扁平上皮癌の1例
..... 藤田保健衛生大学 鳥居 裕 他
3. 脳炎を契機に発見された卵巣未熟奇形腫の1例
..... 名古屋大学 櫻井麻衣子 他
4. 悪性黒色腫への転化を伴う卵巣成熟嚢胞性奇形腫の1例
..... 山田赤十字病院 小河恵理奈 他
5. 3回目の開腹時に growing teratoma syndrome と診断された1例
..... 犬山中央病院 石原美紀 他
6. 成熟嚢胞奇形腫から悪性転化した悪性末梢神経鞘腫の1症例
..... 一宮市立市民病院 小林良幸 他
7. 原発性卵巣癌で胃転移を認めた症例
..... 岐阜大学 竹中基記 他
8. パクリタキセルによる筋肉痛・末梢神経障害に対する桂枝加朮附湯の効果
..... 岐阜県総合医療センター 佐藤泰昌 他

第2群 (10:45 ~ 11:57) 座長 杉浦真弓 教授

9. 総排泄腔異常症術後の腔口部狭窄に外科的治療を行った一例
..... 名古屋大学 岩瀬 明 他
10. 当院における胎児心臓超音波検査の47例の検討
..... 大垣市民病院 山本祐実 他
11. 胎児3D-CTで診断が困難であった骨形成不全II型の一例
..... 名古屋市立大学 大林伸太郎 他
12. 出生前診断し出生後に手術治療行ったCCAMの一例
..... 名古屋市立西部医療センター城北病院 関宏一郎 他
13. AMH (アンチミュラーリアンホルモン) 低値症例における卵巣予備能の検討
..... 浅田レディースクリニック 浅田義正 他
14. 当院における多胎の現状と不妊治療
..... 豊橋市民病院 芳川修久 他
15. 凍結・融解胚盤胞移植周期において Assisted Hatching は本当に必要か?
..... クリニック ママ 野村昌男 他
16. 当科における癌治療後のホルモン補充療法の検討
..... 岐阜大学 志賀友美 他

評議員会 (12:00 ~ 12:40)

総 会 (12:45 ~ 13:00)

第3群 (13:00 ~ 14:03) 座長 佐川典正 教授

17. 子癇発作の1症例
..... 中濃厚生病院 勝木竜介 他
18. 当院における腹腔鏡下手術の現状
..... 大垣市民病院 坂野 彰 他
19. 卵管間質部妊娠に対する腹腔鏡下手術の検討
..... 岐阜県立多治見病院 森 正彦 他
20. 心房頻拍を合併した妊婦の一症例
..... 愛知医科大学 森 稔高 他
21. 腹腔鏡下手術ができず開腹手術に至った子宮外妊娠症例の臨床的背景
..... 愛知医科大学 原田龍介 他
22. 胎児総排泄腔外反症に単心室症を合併した一例
..... 名古屋市立大学 水谷栄太 他
23. 一絨毛膜双胎の緊急対応を要する循環不全予知因子の検討 ~子宮収縮と静脈系血流異常~
..... 長良医療センター 木越香織 他

第4群 (14:10 ~ 15:22) 座長 吉川史隆 教授

24. 胎盤ポリープの診断治療におけるCTアンギオグラフィーの有用性について
..... 岐阜県立多治見病院 中野知子 他
25. 当院での腔式卵巣腫瘍核出術
..... 済生会松阪総合病院 前沢忠志 他
26. 31歳で発見された子宮内膜症を発生母体とする悪性混合型上皮性腫瘍の一例
..... 岐阜市民病院 矢野竜一郎 他
27. 子宮体癌術後にTC療法を行い、全身性びまん性紅斑を生じた一例
..... 三重県立総合医療センター 伊藤譲子 他
28. 診断に苦慮した子宮原発骨肉腫の1例
..... 名古屋第二赤十字病院 今井健史 他
29. 子宮頸部絨毛腺管状腺癌 Villoglandular adenocarcinoma の2症例
..... 名古屋市立大学 杉山ちえ 他
30. リンパ節転移陽性子宮頸癌I、II期の予後に関する検討
..... 藤田保健衛生大学 石井梨沙 他
31. 当院における子宮体癌の治療成績
..... 豊橋市民病院 廣渡芙紀 他

第5群 (15:25 ~ 16:28) 座長 若槻明彦 教授

32. 術前に総腸骨動脈バルーンカテーテルを留置して帝王切開を行った前置胎盤症例の検討
..... 大垣市民病院 山田英里 他
33. 前置癒着胎盤に対し総腸骨動脈バルーン閉塞下 Cesarean Hysterectomy を行った1症例
..... 名古屋大学 津田弘之 他
34. 当院における二絨毛膜性胎妊娠の臨床的検討
..... 安城更生病院 中村紀友喜 他
35. 感染性流・早産既往歴を持つ妊婦に対する新しい予防法の確立
～早産予防プロトコールによるコホート研究～
..... 長良医療センター 高橋雄一郎 他
36. 当センターにおける nuchal translucency 肥厚症例の検討
..... 三重大学 長澤理映子 他
37. 深部静脈血栓症と妊娠
..... 岐阜大学 反中志緒理 他
38. 当院における子宮頸管縫縮術の検討
..... 岐阜県総合医療センター 小坂井恵子 他

演 題 抄 録

第 1 群 (9:30 ~ 10:42)

1. 原発性卵巣癌乳房転移の 2 例

愛知県がんセンター中央病院

中西 透、牧野 弘、吉田憲生、水野美香、伊藤則雄

【目的】卵巣癌の乳房転移は比較的稀であり、初回治療時に転移を認める症例はさらに少なく、この場合には卵巣癌の乳房転移と原発性乳癌との鑑別が問題となる。今回当院で原発性卵巣癌の乳房転移と診断された 2 例を経験したので、当院の卵巣癌治療症例と文献的な考察を加えて報告する。

【方法】1990 年 1 月～2009 年 3 月に当院で初回治療した原発性卵巣癌症例中、診断時に乳房転移を認めた 2 例を検討した。

【成績】症例 1 は 47 歳、未経妊で左癌性胸膜炎精査中に骨盤内腫瘍を認め当科受診、大網腫瘍などの腹腔内腫瘍蔓延状況と CA125 が 3346 U/ml と異常高値であること、腹水細胞診陽性から臨床的卵巣癌と診断したが、左乳房に径 2 cm の腫瘍と同側腋窩リンパ節腫大を認め、乳腺やリンパ節、胸水細胞診から原発性乳癌との鑑別が困難であったため、左乳房切除 + 試験開腹術を施行、結果原発性卵巣癌乳房転移と診断した。症例 2 は 54 歳、2 経妊 2 経産で骨盤内腫瘍と鼠径リンパ節腫大で当院受診、横隔膜下播種や右腋窩リンパ節腫大などの腹腔内腫瘍蔓延状況と CA125 が 17920 U/ml と異常高値であること、腹水細胞診陽性から臨床的卵巣癌と診断したが、精査で右乳房に径 5 mm の腫瘍を認め、原発性乳癌との鑑別が困難であったため、マンモトーム（吸引式組織生検）により原発性卵巣癌乳房転移と診断した。

【結論】卵巣癌の乳房転移は稀であり、乳癌との鑑別を要するが、マンモトームはその鑑別に非常に有用な検査と考えられた。

2. 卵巣原発扁平上皮癌の 1 例

藤田保健衛生大学 産婦人科

鳥居 裕、石川くにみ、大江収子、加藤利奈、南 元人、小宮山慎一、長谷川清志、宇田川康博

【はじめに】卵巣原発の扁平上皮癌は稀で、その発生母地としては、奇形腫、ブレンナー腫瘍や子宮内膜症などが報告されているが、それらを認めない純粋型もある。今回、我々は卵巣原発扁平上皮癌の 1 例を経験したので報告する。

【症例】51 歳女性、2 経産、腹部膨満および頻尿を主訴に前医受診し、卵巣腫瘍を指摘され当院紹介となった。画像診断にて径約 13 cm の嚢胞性充実性の卵巣腫瘍を認めた。腫瘍マーカーは CA19-9 101、CA125 21、SCC 1.7 であった。卵巣悪性腫瘍を疑い、開腹手術を施行した。腫瘍は右卵巣原発で、腫瘍周囲の癒着はなく、子宮、対側卵巣および腹腔内に肉眼的異常を認めなかった。腫瘍内容液は黄褐色漿液性で、約半分が黄色の充実性部分に占拠されていた。術中迅速病理診断にて扁平上皮癌と診断され、単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網切除術、骨盤～傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。腹水細胞診は陰性で、術後病理所見では、著明な角化を示す胞巣を形成する高分化型扁平上皮癌 I a 期 (pT1aN0M0) と診断された。純粋型との鑑別が問題となったが、腫瘍周囲に子宮内膜症組織を伴うこと、嚢胞壁の扁平上皮化生が著明であること、粘液を有する細胞やヘモジデリンの沈着を伴うことより、内膜症から腫瘍への移行像は確認できなかったものの内膜症よりの発生が最も疑われた。なお、CIN の合併はなく、腫瘍組織に HPV-DNA は検出されなかった。術後 TC 療法を 4 サイクル施行し、現在までのところ (7 ヶ月) 再発は認めていない。

【結語】卵巣原発扁平上皮癌はその発生母地の如何に関わらず予後不良である。放射線療法や様々なレジメンでの化学療法が行われているが、進行癌のみならず I、II 期でも約 3 ~ 4 割は原病死している。本症例を文献レビューを含め報告する。

3. 脳炎を契機に発見された卵巣未熟奇形腫の1例

名古屋大学

櫻井麻衣子、岩瀬 明、梅津朋和、梶山広明、
柴田清住、那波明宏、吉川史隆

大脳辺縁系に局限した脳炎を、総じて辺縁系脳炎と称すが、辺縁系脳炎を示唆する所見として、精神症状（記憶障害、統合失調症様症状、行動異常など）、痙攣発作、自律神経症状などがあげられる。その原因としては単純ヘルペス脳炎の頻度が最も高く、その他に傍腫瘍性脳炎、自己免疫性疾患に伴う脳炎などがあげられる。また、分類不能とされるものも存在する。今回我々は、記憶障害、統合失調症様症状を主症状として発症し亜急性脳炎経過をとり、抗NMDA 受容体抗体陽性辺縁系脳炎を疑われ骨盤内検索をしたところ、卵巣未熟奇形腫を指摘され、治療を行った1例を経験したため報告する。症例は16歳。既往歴は特になし。2009年1月頃より倦怠感、記憶障害が出現し、4月上旬より発熱、見当識障害、独語などを認めるようになった。その後症状が増悪し、脳炎・統合失調症の疑いで当院精神科に医療保護入院となった。入院後意識レベルはJCS III-300となり、入院後に行った髄液検査では単球の増加を認めた。頭部MRIでは異常所見は認めなかった。ウイルス性脳炎の可能性も否定できず、アシクロピルを開始するも症状の改善なく、40度台の発熱、不随意運動の出現を認めるようになった。呼吸抑制も認め挿管管理となった。神経内科より抗NMDA 受容体抗体陽性脳炎に起因する辺縁系脳炎を疑われ腹部CT 試行。ステロイドパルス療法を1回行った。骨盤内に右卵巣腫瘍を認め、ICのうえ右卵巣腫瘍摘出術を行った。摘出物病理標本では未熟奇形腫（Grade1）であった。術後は意識障害、呼吸障害、不随意運動は遷延していたが、術後約3か月経過のうちに意識レベルはJCS I-1～2までに改善し、経口摂取可能となった。現在は歩行リハビリを開始し入院経過観察中である。

4. 悪性黒色腫への転化を伴う卵巣成熟嚢胞性奇形腫の1例

山田赤十字病院

小河恵理奈、山脇孝晴、山崎晃裕、菊川 瞳、
西村公宏、能勢義正

卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は扁平上皮癌が大部分を占める。今回、稀とされる悪性黒色腫への転化例を経験したので報告する。

【症例】65歳。子宮下垂感のため近医を受診し、骨盤内腫瘍を指摘された。内診では外陰、膣、子宮、右付属器に異常はみられず、左付属器に手拳大でやや硬、可動性良好な腫瘍を触知した。腫瘍マーカーはSCCのみ3.71 ng/mlと高値であった。超音波検査では左付属器に9cm大の辺縁整、内部ほぼ均一で高エコーを示す腫瘍がみられ、CT、MRIでは少量の腹水貯留と一部に石灰化と脂肪成分を含み、軽度造影される10×9cmの左卵巣充実性腫瘍が認められた。開腹術を行ったところ、黄色透明な腹水が100ml貯留し、表面平滑で黒色の左卵巣腫瘍とともに直腸表面～後腹膜に黒色斑点が多数認められた。迅速診断では悪性黒色腫への転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫と判断されたため、両側付属器切除、子宮全摘、大網部分切除、腹膜切除を行った。直腸表面～後腹膜に径0.5mmまでの黒色病変が残存したが、触診ではリンパ節腫脹はみられなかった。

術後、全身の皮膚、粘膜の検索を行ったが異常はみられず、5-S-CDは正常値であった。永久標本では左卵巣原発の悪性黒色腫への転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫およびその腹膜播種と診断された。DAV療法（DTIC/ACNU/VCR）を3コース行った後、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清、大網全切除、腹膜切除を施行した。腫瘍細胞の残存は認められなかった。

【まとめ】悪性黒色腫への転化を伴う卵巣成熟嚢胞性奇形腫は、本邦では13例が報告されたに過ぎず、予後不良で治療法は確立されていない。今回、DAV療法にて腫瘍細胞は消失し、今後の予後が期待されるかもしれない。

5. 3 回目の開腹時に growing teratoma syndrome と診断された 1 例

犬山中央病院

石原美紀、出村喜郎、花井一夫

【はじめに】化学療法にて抵抗性を示すも結果的に growing teratoma syndrome と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】32 歳女性、未婚、未妊、未産。平成 20 年 4 月 14 日より徐々に下腹部痛出現、下腹部膨隆に気づき、4 月 17 日近医受診し急性腹症にて紹介受診、疼痛強く CRP19.9 と高値であったため、同日緊急手術となった。血性腹水 1,200 ml、左卵巢腫瘍は一部破裂し、大網と癒着浸潤し、ダグラス窩および腹膜、腸管表面にも多数播種認めた。また右卵巢には dermoid cyst 認めた。左附属器摘出術および大網切除術、右卵巢腫瘍核出術を施行。しかし術中血清アルブミン値が 1.9 と低下し、乏尿および易出血性を認めたため腹腔内腫瘍多数残存したまま手術終了となった。病理組織学的検査にて左卵巢 immature teratoma、FIGO 分類Ⅲc 期 (pT3cNXM0) と診断。4 月 30 日より化学療法 (BEP 療法) 開始した。しかし 3 クール施行するも腹腔内腫瘍の増大認めるため、6 月 26 日残存腫瘍摘出術施行した。可視範囲には残存腫瘍認めず optimal debulking surgery となった。腫瘍は病理組織学的検査にて immature teratoma であった。

その後さらに 5 クール BEP 療法施行し平成 20 年 10 月化学療法を終えた。

平成 21 年 1 月 CA19-9 上昇認め、腹部 CT にて肝周囲および腹腔内に病変出現したため、3 月 6 日当院外科にて腫瘍摘出術施行。病理組織学的検査にて immature な部分は認められず、growing teratoma syndrome と診断。化学療法終了 8 ヶ月後に排卵周期が回復し、現在経過観察中である。

6. 成熟嚢胞奇形腫から悪性転化した悪性末梢神経鞘腫の 1 症例

一宮市立市民病院 産婦人科

小林良幸、松本洋介、鈴木茉衣子、岡田純子、松原寛和、大嶋 勉

【症例】37 歳女性。未産婦。

【既往歴】特記事項なし。

【現病歴】平成 19 年 10 月 10 日に卵巢腫瘍精査加療目的に当院紹介受診。腫瘍マーカーは CA125: 28.4、CA19-9:29.5、CEA:0.8、AFP:1.0、SCC:1.0、術前 CT 検査では左卵巢の mature cystic teratoma 疑いであった。11 月 26 日に左付属器摘出術施行、術中迅速病理検査では悪性の疑いであったが、肉眼的に右卵巢は正常大であり Ia 期と診断、強い挙児希望もあり手術終了とした。後日、永久標本の病理検査では悪性末梢神経鞘腫 (悪性転化を伴う成熟嚢胞奇形腫) と判明。平成 20 年 1 月 8 日外来診察にて右卵巢は急速に腫大し 8 cm 大の腫瘤認め、CT 検査にて腹膜播種も疑われた。1 月 24 日に再度開腹手術施行するも癒着が強く、手術は危険と判断し閉腹。化学療法として 3 月 10 日～4 月 1 日 BEP 療法 2 クール施行するも腫瘍縮小傾向認めず、4 月 30 日～5 月 2 日 MAI 療法 1 クール施行したが副作用にて終了した。放射線療法の予定を立てたが、全身状態悪化し、7 月 26 日に永眠された。

【結語】非常に稀である成熟嚢胞奇形腫から悪性転化した悪性末梢神経鞘腫の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を含め報告する。

7. 原発性卵巣癌で胃転移を認めた症例

岐阜大学

竹中基記、水野智子、市古 哲、古井辰郎、藤本次良

【はじめに】胃癌の卵巣転移は有名だが、卵巣癌の胃転移はあまり報告されていない。今回われわれは原発性卵巣癌の治療後4年を経過して認められた転移性胃癌を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】平成17年初頭より下腹部痛の自覚が出現した。近医を受診したところ骨盤内腫瘍を指摘され、当科紹介受診となった。画像検査の結果、卵巣癌と診断され、同年3月に卵巣悪性腫瘍手術と骨盤内リンパ節廓清術を施行。病理結果はSerous papillary adenocarcinomaであった。術中腹腔内に播種を認め、腹水細胞診も陽性だった。大網や膀胱漿膜面にも播種を認めたが、骨盤内リンパ節は49個中ひとつも転移を認めなかった。(pT3cNoMo)。術後、パクリタキセルとカルボプラチン(TC)による全身化学療法を7回施行し、その後経過観察していた。治療終了から半年経過したころ、腫瘍マーカーの上昇を認め、再度、同メニューで化学療法を再開した。術後2年を経過した頃に、再び腫瘍マーカーの上昇を認め、メニューパクリタキセルからドセタキセル(DC)に変更して化学療法を再開した。治療後、半年程度を経過すると腫瘍マーカーが再上昇し、メニューを変更(シスプラチン、ピラルピシン、シクロホスファミド:CAP)しながら化学療法を繰り返していた。術後4年を経過したころ、CT検査で胃周囲のリンパ節腫大を認めた。上部内視鏡検査では胃粘膜に境界明瞭な潰瘍を認め、生検でadenocarcinomaが確認された。同年6月に胃全摘術が施行された。病理検査から胃原発性ではない所見が認められ、原発巣である卵巣の病理との比較や、免疫染色から卵巣癌の胃転移の可能性が示唆された。

8. パクリタキセルによる筋肉痛・末梢神経障害に対する桂枝加朮附湯の効果

岐阜県総合医療センター

佐藤泰昌、小坂井恵子、柴田万祐子、三和紀子、小野木京子、牧野 弘、横山康宏、山田新尚

【緒言】タキサン系抗癌剤による副作用である筋肉痛や末梢神経障害は、最悪の場合、抗癌剤による治療継続が困難になることも考えられる。今回、パクリタキセルによる筋肉痛・しびれ感に対し、桂枝加朮附湯が奏効した症例を経験した。

【症例】卵巣癌Ⅲcのため、子宮付属器悪性腫瘍手術施行。その3週間後に、TC療法1クール目施行。投与2日後より筋肉痛(VAS: Visual analogue scale: 95)、5日後より足のしびれ感(VAS61)が出現し、筋肉痛は、臥床していなければならない程度であった。足の冷えもあり。元来、「胃が弱い」とのこと。そこで、副作用軽減を目的として、TC療法2クール目2日前より桂枝加朮附湯7.5g/日内服開始した。TC療法2クール目数日後に、筋肉痛(VAS57)と足のしびれ感(VAS31)が出現した。前回と比べ、副作用は軽減したが、筋肉痛がつかいとのことであったので、芍薬甘草湯5.0gを頓服したところ、筋肉痛はVAS21と著減した。また、今回は、冷えも改善した。以後は、桂枝加朮附湯7.5g/日内服継続しながら、TC療法を6クールまで施行したが、1クール目のような、ひどい筋肉痛やしびれ感の出現はなかった。

【考察および結語】パクリタキセル使用ガイドには、痛み(関節痛・筋肉痛)に対しては、芍薬甘草湯の継続投与やNSAID、末梢神経障害に対しては、牛車腎気丸の継続投与やグルタミンが推奨されている。しかし、効果の少ない場合もあるし、それらによる副作用も考えられる。桂枝加朮附湯は、1剤で両副作用に効果があり、比較的胃に優しい漢方薬で継続投与可能であるため、パクリタキセルの副作用対策薬としてふさわしいと思われる。

尚、当日は、その他の数症例についても検討してみたい。

第2群 (10:45 ~ 11:57)

9. 総排泄腔異常症術後の腔口部狭窄に外科的治療を行った一例

名古屋大学

岩瀬 明、後藤真紀、鈴木史郎、廣川和加奈、
中原辰夫、小林浩治、滝川幸子、真鍋修一、吉川史隆

【緒言】総排泄腔異常症は女兒における最も重症な直腸肛門奇形であり、Müller管の発生異常により多様な子宮・腔形成異常を伴う。多くは乳幼児期に直腸肛門形成術にあわせて腔形成術が施行されるが、生殖機能に問題を残したまま思春期・成人期に達する症例も少なくないと思われる。今回我々は、幼児期に形成術を施行された総排泄腔異常症例の腔口部狭窄に対し形成術を施行した症例を経験したので、術前診断の工夫と文献的考察を加えて報告する。

【症例】27歳、0経妊。総排泄腔遺残（直腸総排泄腔瘻および鎖肛）にて生後1日目に人工肛門増設術、1歳時に腹会陰陰性肛門腔形成術を施行されている。H20.6月、下腹痛および発熱あり前医受診。両側卵管水腫あり、卵管炎疑いにて前医にて抗生剤治療施行後、腔粘膜癒合と卵管水腫の取扱にて当科紹介となった。腔開口部は狭小化しており、外尿道口および腔口の確認は困難であった。腔口より細径のカテーテルを挿入し生理食塩液を注入しMRを撮影した。また手術に先立ち膀胱と腔内にカテーテルを留置しMRを撮影し、尿道と腔の解剖学的位置関係を確認した。手術時は同様に腔内に留置したバルンカテーテルを牽引し、メルクマールにして狭小化した腔口部の開放と縫合を行った。

【結語】総排泄腔異常症は、幼児期の手術後引き続き小児外科にてフォローされるため、産婦人科医が会うことは少ないが、本症例のように成人期に腔形成術を施行する必要がある場合には、特殊な解剖学的背景を十分に念頭に置き、治療方針を決定する必要がある。

10. 当院における胎児心臓超音波検査の47例の検討

大垣市民病院 第2小児科¹、産婦人科²
山本祐実¹、棚橋義浩¹、田中龍一¹、太田宇哉¹、
近藤大貴¹、服部哲夫¹、伊東真隆¹、西原栄起¹、
倉石建治¹、大城 誠¹、田内宣生¹、鈴木徹平²、
平光志麻²、坂野 彰²、松川 哲²、山田英里²、
伊藤充彰²、古井俊光²、木下吉登²

【目的】当院における胎児心臓超音波検査の総括を行うこと。

【方法】2002～2009年の約8年間に胎児心臓超音波検査を施行した47例を後方視的に検討した。

【結果】初回検査週数は20～37週（平均30週）。受診理由は心奇形の疑い37例（78.7%）、不整脈4例（8.5%）、他の合併奇形2例（4.3%）、心疾患の家族歴4例（8.5%）であった。出生前診断では、心奇形が27例（57.4%）、不整脈が2例（4.3%）、正常心が18例（38.3%）という診断であった。心奇形の内訳は多様であったが、単心室症8例と左心低形成症候群5例で約半数を占めていた。47例中38例が出生し、出生後診断では23例（60.5%）が心奇形、3例（7.9%）が不整脈、12例（31.6%）が正常心であった。心奇形の正診率は91.3%（21/23例）であった。診断が異なった2例における出生前後の診断は、正常心→完全大血管転位、肺動脈閉鎖＋完全大血管転位→大動脈縮窄症であった。心奇形患者のみで検討を行うと、経膈分娩が13例（56.5%）、帝王切開が10例（43.5%）であった。予後は、生存10例（43.5%）、死亡13例（56.5%）であった。死亡例の内訳は術前死亡8例（61.5%）、周術期死亡5例（38.5%）であり、致死的染色体異常例5例（38.5%）を含んでいた。出産方法別に死亡率を比較すると、経膈分娩例では38.5%（5/13例）、帝王切開例では77.0%（7/10例）と、帝王切開例の方が高率であった。

【結論】出生前に心奇形と診断した患者のうち重症例は帝王切開を選択されることが多く、死亡率も高かった。当院での胎児心臓超音波検査の正診率は高率であり、心奇形の早期発見に有用であった。今後さらなる胎児心臓超音波検査の普及により、速やかな母体管理や出生後の早期治療が可能になることが期待される。

11. 胎児 3D-CT で診断が困難であった骨形成不全Ⅱ型の一例

名古屋市立大学 産科婦人科
大林伸太郎、水谷栄太、服部幸雄、北折珠央、
金子さおり、鈴木伸宏、鈴木佳克、杉浦真弓

【緒言】骨形成不全の中で最も重症である骨形成不全Ⅱ型は出生 6 万 2,000 人に対して 1 人と稀な疾患であり、胎児期に著明な四肢短縮と胸郭低形成を認め、その多くは *COL1A1* 遺伝子の変異が原因である。今回我々は胎児超音波と胎児 CT で致死性四肢短縮症と診断され、出生後の遺伝子診断で骨形成不全Ⅱ型であった症例を報告する。

【症例】年齢 37 歳、本人と夫の既往歴、家族歴に特記すべき事項なし、血族婚なし。

【妊娠分娩歴】2 経妊 1 経産、第一子は正常分娩。軽度低身長を認め、現在小児科にて通院中である。

【現病歴】自然妊娠成立し、妊娠 14 週 4 日に胎児の頭部から体幹にかけて浮腫を認めた為当科に紹介受診となった。胎児超音波検査にて BPD は週数相当の発育認められたが、妊娠 17 週で FL、HL は -6.0SD と著明な短縮を認めた。妊娠 17 週 4 日に胎児 CT を施行し、著明な四肢短縮症と胸郭低形成をみとめ、Blomstrand 軟骨形成症などの致死性四肢短縮症疾患が疑われた。十分なカウンセリングの後、妊娠 19 週 3 日に選択的流産となった。児の出生後所見は四肢短縮が著明であり、出生児の X-P・CT 所見から骨形成不全Ⅱ型を疑った。本来は常染色体優性遺伝がほとんどであるが、常染色体劣性遺伝の報告もあり、遺伝子診断を行うこととなった。胎盤絨毛の遺伝子検査にて *COL1A1* の Exon 21 c.1426G>A Gly476Arg の変異をヘテロでみとめ骨形成不全Ⅱ型と確定診断された。両親の末梢血による遺伝子検査を行い、wild type であったため今回の児は de nova であると判断された。

【考察】胎児 CT での確定診断は疾患によっては困難であるが、四肢短縮症においては疾患の絞込みや、骨格・胸郭の状態から致死性かどうかの指標となると考えられた。

12. 出生前診断し出生後に手術治療行った CCAM の一例

名古屋市立西部医療センター城北病院
関 宏一郎、三輪美佐、若山伸行、西川尚美、
柴田金光

Congenital cystic adenomatoid malformation 先天性嚢胞状腺腫様形成異常 (以下 CCAM) は比較的まれな疾患だが、胎児超音波検査の普及に伴い本症に対する認識が高まり胎児診断例は増加している。今回我々は出生前診断し出生後手術治療をおこない良好な経過をたどった 1 症例を経験したので報告する。

症例は 34 才 G3P2 既往歴特になく平成 19 年 12 月 4 日を最終月経として自然妊娠。近医にて健診を受けていたが、胎児左肺に嚢胞性病変を指摘され平成 20 年 5 月 23 日妊娠 24 週 0 日当科紹介受診となった。初診時エコー検査上胎児左肺に嚢胞性病変多数認められた。5 月 26 日 24 週 3 日より 5 日間検査入院とした。左肺腫瘍で心臓、正常肺は右へ偏位し、L/T 比 (肺/胸郭比) は 20~22%、多嚢胞性腫瘍であり各嚢胞径は 1cm 以下であった。胎児診断は CCAM Stoker II 型と診断した。胎児水腫等の合併はなかった。以後外来にて経過観察としたが徐々に L/T 比増加し悪化所見認めなかった。37 週 3 日入院、分娩誘発行い 8 月 27 日 37 週 5 日 2,652g 女児を経膈分娩した。Apgar score 8/9 呼吸状態は落ち着いていた。出生後胸部 CT 上左肺下葉に嚢胞性病変多数認め日令 5 他院に新生児搬送となった。日令 14 左肺下葉切除術を受けた。術後診断は CCAM I 型であった。術後経過は良好である。臨床経過に文献的考察を加えて報告する。

13. AMH（アンチミュラーリアンホルモン） 低値症例における卵巣予備能の検討

浅田レディースクリニック

浅田義正、佐野美保、浅田美佐、羽柴良樹

【目的】 Anti-Mullerian hormone（AMH：抗ミュラー管ホルモン）は、前胞状卵胞から小胞状卵胞の顆粒膜細胞から分泌され、従来の卵巣予備能力の指標とされてきたFSH基礎値、胞状卵胞数に代わり注目されている。そこで今回、FSH基礎値が正常にもかかわらず、AMH値が低値を示した症例について解析したので報告する。

【方法】 AMHを測定した症例のうち、初診時のFSH基礎値が当院の基準で正常範囲内（8.0mIU/ml未満）であるが、AMH値10.0pM未満で卵巣予備能の低下がうかがえる症例群（AMH低値群）について解析した。

【結果】 当院にてAMHを測定した全1,373症例とAMH低値群の122症例について比較した。その結果、平均年齢 34.6 ± 4.5 vs 37.1 ± 3.7 歳、AMH値 27.8 ± 28.5 vs 5.4 ± 3.1 pM、初診時FSH基礎値 8.7 ± 6.2 vs 6.6 ± 1.2 mIU/mlであった。各症例での翌周期以降のFSH基礎値の最高値の平均は 7.2 vs 13.2 mIU/mlでAMH低値群では $6.2 \sim 42.2$ mIU/mlの大きな変動があった。次に調節卵巣刺激をした303症例とAMH低値群を比較した。その結果AMH低値群では総排卵誘発剤投与量 $3,638$ vs $4,883$ IU、採卵前E2値 $6,119$ vs $3,867$ pg/ml、採取成熟卵子数 12.8 vs 6.5 個であり、刺激に要する製剤の総投与量は増えるにもかかわらず、採取できる成熟卵子数は少ないことが示された。

【考察】 AMH値は、より正確な卵巣予備能力の指標といえ、潜在的な高FSH基礎値の発見につながるといえる。また低AMHを治療の早期に知ることにより、ARTへのステップアップ時期決定の重要な指標となり、さらに早発卵巣不全の警告になりうることを示唆された。

14. 当院における多胎の現状と不妊治療

豊橋市民病院産婦人科、総合生殖医療センター

芳川修久、安藤寿夫、廣渡芙紀、向 麻利、寺西佳枝、諸井博明、隅田寿子、宮下由妃、矢野有貴、高橋典子、岡田真由美、若原靖典、河井通泰

【目的】 不妊には、肥満、るいそう、生活習慣病、加齢といった妊娠・分娩における母児の安全や生涯の健康に関わる諸問題が内包されているため、不妊治療の実施にあたっては十分なインフォームドコンセントが必要である。不妊治療による多胎の問題は、近年増加傾向にある上記背景に、一般不妊治療における排卵誘発剤使用や生殖補助医療における複数胚移植といった医原性要素が加わって生じた問題であり、問題解決に向けて現状分析を行った。

【方法】 当院の体外受精記録および分娩記録をもとに解析を行った。

【成績】 当院における新鮮胚移植後の多胎率は、96年～99年の29.4%から06～08年の1.6%まで激減しており、08年以降多胎妊娠は生じていない。融解胚移植についてもほぼ同様の成績だった。一方、当院における多胎分娩は、96年～99年の3.0%から04～07年の4.6%へ増加していた。09年3月までの18か月間の調査では、1,846分娩中、多胎分娩が77（4.6%）、うち不妊治療後が30（39.0%）、うち他院不妊治療後が25（83.3%）、うち排卵誘発剤使用による他院一般不妊治療後の多胎分娩が17（56.7%）で、体外受精施設でない医療機関の排卵誘発後症例も少なからず存在した。

【結論】 当院においては、自院での不妊治療における多胎妊娠減少や、その必要性を理解し実践するための若手医師教育が着実に成果をあげている。データを基に仮に当院で不妊治療を行っていなかったと仮定すると、地域の周産期医療は崩壊していることも十分想定され、必要以上に産科医療の比重が増してバランスの良い若手産婦人科医師教育が困難になる、故に産婦人科そのものの魅力がダウンして医師不足に拍車がかかるといった悪循環が更に状況を悪くするのではという考察も可能である。

15. 凍結・融解胚盤胞移植周期において Assisted Hatching は本当に必要か？

クリニック ママ

野村昌男、古井憲司、北川武司

【目的】凍結・融解胚盤胞移植において、Assisted Hatching (AHA) を施行することにより着床率が改善することが報告されているが、これは真実であろうか？我々は実際に LAH を臨床応用する前に患者の同意のもとにまず試験的に余剰凍結胚盤胞を用いて in vitro で LAH の有効性について検討を行った。従来の我々の融解胚移植の成績は十分満足できるものであったが更なる妊娠率の向上を目指して 2009 年 1 月より凍結・融解胚盤胞移植において LAH を導入することにした。

【方法】96 個の融解胚盤胞を無作為に 2 群に分け、LAH (+) 群、LAH (-) 群の翌日の hatching 率を比較した。そして、2009 年 1 月からは同意の得られた患者についてはすべて融解直後に LAH を行ってから単一胚盤胞移植を施行しており (LAH (+) BT 群：30 例)、2003 年 1 月以来 LAH を行わずに融解単一胚盤胞移植を施行した群 (LAH (-) BT 群：57 例) と着床率を比較した。

【結果】in vitro における hatching 率は、LAH (+) 群で 91.8%、LAH (-) 群では 14.9% に認められたのみで両群間に有意差を認めた。一方、実際の臨床では LAH (+) BT 群で 60%、LAH (-) BT 群でも 56.1% と着床率に有意差を認めなかった。

【結論】in vitro では LAH を施行することにより著明な hatching 率の増加が認められた。しかしながら実際の妊娠率はそれほど増加しておらず、in vitro と in vivo において LAH の効果に大きな乖離がみられた。in vivo では着床期に透明帯の融解に働く物質が出現するなどの可能性が考えられる。LAH による機械的な透明帯の菲薄化は in vitro での hatching という現象については有利に働くが、実際の臨床における着床という現象においては従来言われているほどの意義はないと考える。

16. 当科における癌治療後のホルモン補充療法の検討

岐阜大学

志賀友美、佐藤英理子、藤本次良

【目的】婦人科癌治療において卵巣摘出や放射線療法によって卵巣欠落症状が生じる。しかし、婦人科癌において臓器特異性から癌細胞のホルモン依存性増殖による再発再燃が懸念される。今回我々は子宮頸癌、卵巣癌により両側付属器切除後、閉経となった症例におけるホルモン補充療法 (HRT) のベネフィットにつき検討した。

【対象】2004 年 6 月から 2009 年 4 月までに当科において、閉経前に子宮頸癌、卵巣癌により子宮全摘出術、両側付属器切除術を行い、閉経に至った子宮頸癌 38 例、卵巣癌 30 例である。

【結果】子宮頸癌術後に閉経に至った 38 例において、卵巣欠落症状を来し HRT を行った症例は 9 例 (23.7%) であった。HRT 施行群の平均年齢は 38.2 歳、HRT 非施行群の平均年齢は 44.3 歳であった。病理組織型は扁平上皮癌 7 例、腺癌 2 例であった。HRT 施行例において再発・死亡した症例はなかったが、非施行例では再発した症例が 8 例 (27.6%)、死亡した症例が 4 例 (13.8%) であった。

卵巣癌術後に閉経に至った 24 例において、卵巣欠落症状を来し HRT を行った症例は 5 例 (20.8%) であった。HRT 施行群の平均年齢は 37.0 歳、HRT 非施行群の平均年齢は 44.9 歳であった。病理組織型は漿液性嚢胞腺癌 1 例、粘液性嚢胞腺癌 2 例、類内膜腺癌 1 例、未熟奇形種 1 例であった。HRT 施行例において再発した症例は 2 例 (40%)、死亡した症例はなかったが、非施行例では再発した症例が 9 例 (47.4%)、死亡した症例が 6 例 (31.6%) であった。

子宮頸癌、卵巣癌のいずれにおいても、HRT が再発を誘導したと思われる症例は認めなかった。

【結語】HRT は癌治療後の患者の QOL 向上のために大きなベネフィットがある。十分な時間をかけた説明をし、患者がニュートラルな気持ちで HRT を選択できるような努力が必要である。

第3群 (13:00 ~ 14:03)

17. 子癇発作の1症例

中濃厚生病院 産婦人科、同 救命救急センター¹、同 放射線科画像診断室²、同 脳外科³、岐阜大学 産婦人科⁴ 勝木竜介、山際三郎、加藤順子、伊藤綾子、友影龍郎、太田俊治、三嶋 肇¹、森 茂¹、上田宣夫¹、林 勝知¹、真鍋知子²、井上繁雄³、藤本次良⁴

【目的】平成19年9月2日の第121回東海産婦人科学会で、大野らは、妊娠中PIHを示さない分娩時高血圧を伴う子癇は、予知・治療が困難であると言っている。MRI上両側基底核・橋、右頭頂葉・左被殻にvasogenic edemaを来たしたと報告した。PIHなく、分娩後痙攣を呈した症例を報告し文献を検討した。

【方法】平成〇年〇月〇日、帝王切開1日後、子癇発作の症例を報告する。

【症例】PIHない34歳初産婦。妊娠41週緊急腹式帝王切開（予定日超過、前期破水、分娩遅延）。術後翌日痙攣発作。MRI上、右被殻、両側頭頂葉の皮質にT2W1、FLAIRで高信号を呈する領域が散見されており、拡散強調画面では異常信号は認めなかった。子癇による浮腫。出血は認めず。MRI上は異常を認めなかった。救命救急センター転科・入院、人工挿管管理。6日目抜管、10日目産婦人科入院、15日目母児ともに退院。

【成績】

1. 帝王切開分娩後、子癇発作症例を提示した。
2. エマージェンシーコールで対応できた。
3. MRI所見が取れた。

【結論】日本妊娠高血圧症候群ガイドラインで子癇は、急性高血圧によって脳灌流圧が増加hyperperfusionする結果、脳血流自動調整能が破綻して血流浮腫が起こる。この段階で血圧が低下すると、血管性浮腫は速やかに消失する（可逆性）高血圧が持続すれば脳虚血となり脳障害性浮腫cytotoxic edemaや脳梗塞を発症すると考えられた。

18. 当院における腹腔鏡下手術の現状

大垣市民病院 産婦人科

坂野 彰、古井俊光、鈴木徹平、平光志麻、松川 哲、山田英里、伊藤充彰、木下吉登

【はじめに】内視鏡の器具や技術の進歩に伴い、開腹手術に比べて低侵襲かつ美容面でも好まれる腹腔鏡下手術が全国的に増加してきている。ここ数年は良性疾患のみならず悪性疾患の根治手術にも一部の施設では腹腔鏡下手術が行われているのが現状である。その反面、腹腔鏡手術は開腹手術に比べ腹腔鏡特有の危険性や合併症が存在し、また手技的に相応の熟練が必要な部分があることも事実である。当院ではこれまで年間10例程度の腹腔鏡下手術を行っているにすぎなかったが、人的な充実がみられた2008年10月より積極的に取り組むことになった。そこで、これまでの方法・成績などを検討することにした。

【方法】2008年10月より2009年7月までに腹腔鏡下手術を行った44例を対象とし後方視的に検討した。

【結果】時間内予定手術が30例、時間内緊急手術が12例、時間外緊急手術が2例であった。緊急手術のほとんどが子宮外妊娠手術であった。麻酔は全例気管内挿管による全身麻酔で行い、一部を除きdirect punctureによる気腹法で手術野の確保をおこなった。症例の平均年齢は39.9歳で術式は付属器切除が最も多く20例（皮様嚢腫8例、子宮内膜症性嚢胞1例、その他11例）、子宮外妊娠手術が11例、卵巣嚢腫核出術が8例（皮様嚢腫2例、子宮内膜症性嚢胞5例、その他1例）、子宮摘出術が4例（子宮頸部高度異形成2例、子宮筋腫2例）、その他である。手術による重篤な合併症はみられなかった。軽度のものでは気腹による心窩部不快感がもっとも多かったが、全例経過観察で自然に軽快した。開腹術に移行した症例は現在までのところなかった。

【結語】当院でも他施設での報告同様、大きな合併症はなく腹腔鏡手術を行っており軌道に乗りつつある。今後も良性疾患を中心に積極的に行っていきたいと考えているが、一方で妊娠症例や高齢者に対する手術に適応していくかは慎重に検討していきたい。また緊急症例での手術に対しての体制作りも進めていく必要がある。

19. 卵管間質部妊娠に対する腹腔鏡下手術の検討

岐阜県立多治見病院

森 正彦、井本早苗、中野知子、中村浩美、竹田明宏

【目的】卵管間質部妊娠は全子宮外妊娠の約2.5%にみられる比較的稀な疾患である。本疾患に対しては、開腹手術による治療が一般的であったが、診断治療技術の進歩に伴い、腹腔鏡下手術、薬物治療あるいは子宮動脈塞栓術等の低侵襲性治療も行われるようになりつつある。今回、当科において、腹腔鏡下手術により治療を行った卵管間質部妊娠症例の臨床的検討を行ったので報告する。

【方法と成績】1994年から2009年6月末までの間に、当科で経験した子宮外妊娠289例中、卵管間質部妊娠は10例（破裂4例、未破裂6例）であった。術前血清hCGの中央値は11,600 mIU/mL（4,117～95,365 mIU/mL）であった。角部線状切開術1例、角部切除術8例および胎嚢除去術1例を行ったが、開腹移行例を認めなかった。術前hCG値が高く、CTアンギオで血流が豊富であった1例でアクチノマイシンDを併用した動注化学塞栓療法後に角部切除術を行った。MTXの予防的術中局所投与を5例に行った。術中出血量の中央値は200g（10～1,415g）であった。腹腔内出血の多い4例で術中回収式自己血輸血を併用することにより、同種血輸血を回避することが可能であった。手術時間の中央値は68分（44～113分）、術後入院日数の中央値は7日（3～30日）であった。血中hCG陰転化までに要した日数の中央値は33.5日（21～53日）であった。

【結論】卵管間質部妊娠に対する腹腔鏡下手術による治療は、時に外妊存続症の発症を認めるものの、有用な低侵襲性治療と考えられた。

20. 心房頻拍を合併した妊婦の一症例

愛知医科大学

森 稔高、篠原康一、藤牧 愛、渡辺員支、若槻明彦

【緒言】母体の不整脈は妊娠中にまれに認めるが、ほとんどの場合は臨床上問題とならず、治療の対象となる症例は少ない。しかし、頻拍性不整脈のなかには血行動態の変化を生じ、母体・胎児への致命的な影響を及ぼすものがあるので注意が必要である。今回我々は、妊娠初期より心房頻拍を認め、妊娠中期に増悪傾向を認めたため入院管理を行い、投薬により良好な妊娠経過をとった症例を経験したので報告する。

【症例】40歳、3妊1産。平成14年、軟産道強靱のため、他医にて帝王切開術施行。H20年1月、前医にて妊娠を確認された。妊娠5週、妊娠分娩管理目的で当科受診。初診時、頻拍を認めたため、循環器内科で精査し異所性心房頻拍と診断された。しかし無症状のため投薬せず外来経過観察としていた。妊娠27週になり心拍は150bpm代の頻脈と労作時の息切れを自覚し、心エコー上でも心機能の低下を認めたため、入院管理とした。症状改善の目的で、母体心拍を120bpm以下になるようにβ-ブロッカーの内服を開始した。投与中、胎児徐脈の出現の有無や、胎児発育に注意しながら経過観察とした。妊娠32週、母体心拍は110～120bpmとコントロール良好となったため、外来経過観察とした。妊娠37週6日、既往帝王切開の診断で帝王切開術を行い2,641gの健児を得た。

【考察】β-ブロッカーは胎盤を通過し、胎児の心拍数に影響を及ぼし、胎盤血流低下による胎児発育不全をきたす可能性があるといわれているが、胎児心拍や臍帯動脈PI値をモニターに注意しながら投与を行い、良好な結果を得ることができた。

21. 腹腔鏡下手術ができず開腹手術に至った子宮外妊娠症例の臨床的背景

愛知医科大学 産婦人科

原田龍介、二井章太、篠原康一、野口靖之、渡辺員支、藪下廣光、若槻明彦

【背景】近年経膈超音波の進歩や血中 hCG 測定により、以前より容易に子宮外妊娠の診断が可能となったため、子宮外妊娠手術のほとんどは、侵襲が少なく社会復帰の早い腹腔鏡下で行われているが、開腹術を余儀なくされる症例も依然散見される。

【目的】今回子宮外妊娠症例のうち、腹腔鏡下手術をおこなった症例と、開腹手術を行った症例の臨床的背景を検討した。

【方法】平成 20 年 1 月～12 月まで当院で子宮外妊娠手術を行った 40 症例を対象とした。開腹術を行った 7 例（開腹群）と腹腔鏡下手術を行った 33 症例（腹腔鏡群）で背景について年齢・破裂の有無・子宮外妊娠の既往・中絶歴・血中 hCG、腹腔内出血量を比較検討した。

【結果】両群の年齢・中絶歴に有意差は認めなかった。開腹群の 7 症例はすべて破裂によるプレシヨック状態であったが、腹腔鏡群での破裂は有意に少なかった ($P < 0.0001$)。子宮外妊娠の既往は腹腔鏡群に有意に多かった ($P < 0.0001$)。手術施行時診断時の血中 hCG は開腹群では $10,649 \pm 1,413$ 、腹腔鏡群では $6,099 \pm 8,083$ (mIU/ml) と開腹群で高い傾向を認めた。妊娠週数は開腹群では 7.1 ± 1.2 週

腹腔鏡群では 7.6 ± 1.2 週であり、両群に有意差はなかった。出血量は開腹群では $1,857 \pm 912$ ml 腹腔鏡群では 267 ± 265 ml であり、明らかに開腹群が多かった ($P < 0.0001$)。

【結論】開腹術となった子宮外妊娠症例では 1) 血中 hCG が高く、2) 破裂が多く、3) 腹腔内出血量が多かった。子宮内に胎囊が見えず、血中 hCG が高い症例では妊娠週数によらず、破裂を念頭におき、迅速な対応が肝要であると考えられた。

22. 胎児総排泄腔外反症に単心室症を合併した一例

名古屋市立大学

水谷栄太、西川隆太郎、金子さおり、鈴木伸宏、鈴木佳克、杉浦真弓

【緒言】総排泄腔外反症は、20～40 万人に 1 人と稀な疾患で、汚溝隔壁の形成不全により総排泄腔が残存し、尿管、回腸、痕跡の後腸が開口し鎖肛を伴う。臍帯ヘルニア、二分脊椎、脊髄髄膜瘤、性器異常など一連の臍下部の奇形を合併することが多い。今回、胎児総排泄腔外反症、単心室症と診断された一例を報告する。

【症例】36 歳女性。初妊初産、不妊症のため体外受精—凍結融解卵移植にて妊娠成立した。妊娠 12 週に NT 4.0 mm を認めた。クアトロテストで 18 トリソミーの確率が 1/4 で、妊娠 17 週に羊水検査を施行され 46, XY であった。妊娠 24 週、IUGR、胎児心疾患、臍帯ヘルニア疑いにて当科紹介となった。超音波検査にて膀胱が確認困難、臍ならびに下腹部より突出する臓器あり、総排泄腔外反症を疑い、さらに単心室症、大動脈狭窄を認めた。IUGR のため 27 週より入院管理し、妊娠 34 週の胎児 MRI 所見で、膀胱外反、下腹壁から突出する消化管と連続する構造物、脊髄髄膜瘤、右腎低形成指摘あり。合同カンファレンスにて検討され、選択帝王切開術の予定であったが、妊娠 37 週 1 日、前期破水のため緊急帝王切開術を施行された。児は 2,170 g、Apgar score 9 (1') / 9 (5') で、臍帯ヘルニア、脱出腸管、膀胱外反並びにマイクロペニスを認めた。脊髄髄膜瘤は皮膚で覆われていた。CT 所見としては、総排泄腔外反症、右腎欠損、仙骨低形成、恥骨結合離解がみられた。日齢 2 に臍帯ヘルニアに対し人工肛門造設術、膀胱外反に対し、尿管ステント留置術、膀胱外反修復術を施行された。心臓に関しては出生後より PGE1 使用し、日齢 9 に両側肺動脈拘扼術を施行し、今後 Norwood 手術を予定されている。現在生後 3 ヶ月で露出膀胱あり恥骨閉鎖、膀胱修復術を予定している。

23. 一絨毛膜双胎の緊急対応を要する循環不全予知因子の検討 ～子宮収縮と静脈系血流異常～

国立病院機構 長良医療センター
木越香織、高橋雄一郎、岩垣重紀、西原里香、
岩砂智丈、川鱒市郎

【目的】入院管理中に急激な胎児循環障害を認め数時間以内の緊急帝王切開を要した一絨毛膜双胎 (emergent-MC) 例の所見の特徴を解析する。

【方法】2005年3月から4年間に当院で管理したMC双胎121例中、6例のemergent-MCを検討した。

【成績】6例の背景は分娩週数30.8週(27～34週)、出生時体重Larger/Smaller 1,506 ± 491g/1,287g ± 396g、生存率91.6% (11/12)であった。緊急帝王切開までの経過を示す。症例1 selective IUGR+Amniotic fluid discordance。子宮収縮増加と共に、L児の羊水過多が進行し羊水除去術を実施。ドップラー異常(DV reversed flow、D-Ao diastolic flow absent)に続きS児のCTG異常(LOV、LD)を認めた。症例2 AFD。子宮収縮増加に伴い、ドップラー異常(UA REDF、DV reversed)の後、CTG異常(VD、LD)を認めた。症例3 sIUGR。一旦消失していたintermittent AEDFが子宮収縮増加と共に出現し、CTG異常(VD)も同時に認めた。症例4 切迫早産。羊水量異常、ドップラー異常(DV reversed)、CTG異常(VD)が出現し、急速にTTTSに進展。症例5 AFD。ドップラー異常(DV reversed flow、Ao absent、UV pulsation、PLI高値)に続きCTG異常(LD)が出現。症例6 sIUGR。UV flow volumeの著明な較差に続き、CTG異常(VD、LD)を認めた。症例1～4は子宮収縮増加に伴い病態の悪化を来した。DVを中心とした静脈系血流ドップラー異常に続き、急激な循環障害が出現する傾向を認め、所見の悪化から娩出までは平均2.5日(1～4日)と急激であった。

【結論】子宮収縮の増加とそれに伴う静脈系、特にDV血流の異常はその後の急激な循環障害発症の予知因子となる可能性がある。それまでなかった異常所見が加わった場合、急激な病態の悪化に備え観察をより密に行う必要性が示唆される。

第4群 (14:10～15:22)

24. 胎盤ポリープの診断治療におけるCTアンギオグラフィーの有用性について

岐阜県立多治見病院 産婦人科、放射線科¹
中野知子、小山一之¹、井本早苗、森 正彦、
中村浩美、竹田明宏

【目的】胎盤ポリープは、遺残した癒着胎盤が炎症性変化によりポリープ状の腫瘤を形成したものであり、時に救命のための子宮全摘術を必要とするような子宮出血を来すことがある。胎盤ポリープの報告例は、近年増加しつつあるが、その診断治療のアルゴリズムは確立されていない。今回、当院で経験した胎盤ポリープ症例の診断治療におけるCTアンギオグラフィー(CTA)の有用性を検討したので報告する。

【方法】1999年度に最初の症例を経験して以来、28例の胎盤ポリープを経験した。2003年以前は、カラー/パルスドップラー超音波断層法(US)により診断し、子宮鏡下ポリープ切除術(TCR)を行っていたが、術中大量出血により、緊急子宮動脈塞栓術(UAE)による止血を必要とする症例を経験した。2004年以降はUSに加え、CTAによって胎盤ポリープ内の血管新生の程度や血流分布を評価することとし、血管新生の認められない症例はTCRのみで切除し(TCR群)、血管新生の認められる症例では、術前UAEにより血流を遮断した後にTCRを行った(UAE+TCR群)。

【結果】2004年から2009年6月までに経験した胎盤ポリープ19例中、TCR群は9例、UAE+TCR群は10例であった。UAE+TCR群において、術中止血困難例が2例あり、更に頸管縫縮による子宮口閉鎖+子宮腔内バルーン留置を必要とした。術後妊娠例は5例に認められ、その内訳は経膈分娩1例、帝王切開3例、稽留流産1例であった。

【結語】USに加えて、CTAを行うことで、術前画像診断の精度を上げることができ、血流豊富な胎盤ポリープ症例においても、低浸襲性治療による子宮温存が可能であった。

25. 当院での腔式卵巢腫瘍核出術

済生会松阪総合病院 産婦人科
前沢忠志、高倉哲司、竹内茂人、菅谷 健

【目的】近年、良性卵巢腫瘍の手術は腹腔鏡で数多く行われているが、婦人科手術における低侵襲の手術として腔式手術がある。

【方法】2003年1月から2008年12月までの6年間に当院において卵巢腫瘍核出術を行った81例について検討した。症例は、年齢18～39歳（平均27.83歳）であり、腔式卵巢腫瘍核出術25例、腹式卵巢腫瘍核出術32例、腹腔鏡下卵巢腫瘍核出術は25例であった。

【結果】腫瘍の片側・両側の内訳は、腔式手術は片側20例、両側5例、腹式手術は片側25例、両側7例、腹腔鏡手術は片側17例、両側8例であった。最大腫瘍径は、腹式手術は平均8.27cm、腔式手術は平均5.44cm、腹腔鏡手術は平均6.36cmであった。既往分娩歴は腔式手術48.0%、腹式手術9.4%、腹腔鏡手術8.0%であった。手術時間は、腔式手術は平均52.28分で最も短く、腹式手術は平均70.25分、腹腔鏡手術は平均119.29分と最も長い傾向にあった。出血量は、腹腔鏡手術はほとんどがごく少量で、腹式手術と腔式手術は50g程度でほとんど差はなかった。入院日数は、腹式手術は平均9.94日、腔式手術は平均7.44日、腹腔鏡手術は平均8.4日であった。

【結論】当院では、MRI、超音波、内診、腫瘍マーカー等の術前検査より、良性と考えられた場合に低侵襲の手術を行っている。良性で癒着がほとんど無いと考えられる症例には腔式手術の選択枝も説明し、最終的に患者様との相談で術式は決定している。良性の卵巢腫瘍に対する腔式手術は、腹腔鏡に劣らず低侵襲であり、手術時間や腹壁の創が無い等で勝っている部分も多い。そのため、癒着等での手術困難のリスクが少ない場合は、本術式も選択枝の一つとして十分勧めるべき手術であると考えられた。

26. 31歳で発見された子宮内膜症を発生母体とする悪性混合型上皮性腫瘍の一例

岐阜市民病院 産婦人科
矢野竜一朗、平工由香、山本和重、伊藤邦彦

【緒言】今回我々は、若年齢で発見された子宮内膜症を発生母体とした悪性混合型上皮性腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】31歳・未経妊。既往歴は特記すべきことなし。平成19年11月2日前医より右卵巢チョコレート・多発子宮筋腫に対する腹腔鏡手術目的で当科紹介初診。超音波検査およびMRI検査にて悪性が疑われる47mm大の右卵巢嚢胞性病変を認めた。このため20年1月23日全身麻酔および硬膜外麻酔下、開腹にて右卵巢卵管摘出術、子宮筋腫核出術を施行した。手術時間は2時間23分、術中出血量は320mlで輸血は施行しなかった。子宮にはφ88mm大はじめとする多発筋腫を認め、後壁の一部に腺筋症病変を認めた。右卵巢はφ47mm大に腫大し、チョコレート様の内容液で充満し、腫瘍内面の一部に隆起性病変を認め、術中迅速病理検査で悪性と診断された。左卵巢は肉眼的に正常で、腹腔内に癌転移巣など異常所見は認められなかった。永久病理は卵巢癌のIa期で、mixed ovarian carcinoma arising in endometriosisとの結果を得た。妊孕性の温存希望があり、追加治療としてTC-monthly⑥ケールの抗癌化学療法を施行、その後現在まで再発兆候を認めていない。

【結語】卵巢子宮内膜症を発生母地として、卵巢癌が生じることがあるため、子宮内膜症に対しては慎重な精査・加療が必要であると考えられた。また卵巢内膜症性嚢胞の卵巢癌合併頻度は加齢・腫瘍径の増加などにより上昇するとされるが、本症例のように若年者に発生するケースもあり、その取り扱いには妊孕能温存希望の有無も含め十分なインフォームド・コンセントを得た上で適切な治療を行う必要があると考えられた。

27. 子宮体癌術後にTC療法を行い、全身性びまん性紅斑を生じた一例

三重県立総合医療センター 産婦人科
伊藤譲子、田中浩彦、小林 巧、吉田佳代、朝倉徹夫、
谷口晴記

子宮体癌術後に対する補助化学療法は、シスプラチン、ドキソルビシンがkey drugとされるが、パクリタキセル、カルボプラチン(TC療法)についても効果は有用とされ、国内の多施設で汎用されている。TC療法における、皮膚および皮下組織への副作用には脱毛、皮膚炎、紅斑等があげられるが、その多くは軽症例に留まる。今回、子宮体癌の術後補助療法としてTC療法を行ったところ、全身性びまん性紅斑を生じた1例を経験したので報告する。

症例は63歳女性。既往歴は55歳時の乳癌、56歳時の大腸癌。不正出血を主訴に来院。精査にて子宮体癌と診断し手術を施行した。術後病理検査にて類内膜腺癌 stage I c, リンパ管侵襲陽性であった。これより子宮体癌術後再発リスクは中リスクに分類され、インフォームド・コンセントを得た後、術後補助療法としてTC療法を開始した。

投与4日目に前胸部と両肘内側に掻痒感を伴う皮疹が出現した。抗ヒスタミン薬、ステロイド外用剤を使用しても症状は改善せず、10日目には全身に浮腫を伴うびまん性紅斑となった。著明な浮腫のために、両上肢の屈曲は困難であった。強力ステロイド外用剤と抗アレルギー薬を併用したが、症状は遷延し、治癒までに21日を要した。被疑薬として、パクリタキセル、カルボプラチンを考えたが、最終的な被疑薬の特定には至らなかった。化学療法の継続により、喉頭浮腫を生じる可能性が懸念されたため、治療を中止した。

TC療法で生じる皮膚障害の中で、本例のように長期間遷延する全身性びまん性紅斑についての報告例は少ない。TC療法を行う機会は非常に多く、今後さらなる報告例の蓄積が重要であると考えられた。

28. 診断に苦慮した子宮原発骨肉腫の1例

名古屋第二赤十字病院 産婦人科
今井健史、清水 顕、西野公博、白藤寛子、金澤奈緒、
林 和正、茶谷順也、竹内幹人、加藤紀子、山室 理、
倉内 修

子宮原発骨肉腫は極めて稀な疾患であり、その予後は著しく不良である。今回われわれは、自覚症状なく子宮筋層内嚢胞性病変で発見され手術摘出後、一旦は良性疾患と判断されたが約8ヶ月後に再発し診断に至った子宮原発骨肉腫の1例を経験した。症例は53歳。2経妊1経産、49歳閉経、18歳時に左付属器摘出術の既往あり。近医より骨盤内腫瘍にて紹介、MRIおよび超音波検査で子宮体部後壁筋層内に径12cm大の境界明瞭な嚢胞性病変を認めた。LDH269IU/Lと軽度上昇を認めたが、CA125、CA19-9等の腫瘍マーカーは正常。診断名不明のまま腹式単純子宮全摘術、右付属器摘出術を施行。結果、この段階では子宮腺筋症の診断となった。しかし、術後約8ヶ月後に下腹痛を主訴に受診。CTにて骨盤内に径8cm大の腫瘤あり直腸を穿孔、緊急手術施行され、臨床経過および術後病理結果から子宮原発骨肉腫(pure type)とその再発とあらためて診断された。術後は化学療法を予定していたが、腸閉塞、腹腔内感染を併発。その間に急速に骨盤内残存腫瘤は増大し全身状態が悪化。再発後約3ヶ月で死亡した。子宮原発骨肉腫に対する治療は確立されておらず、長期生存例は報告されていない。本症例における臨床経過や診断に至るまでの問題点を含め、文献的考察を加え報告する。

29. 子宮頸部絨毛腺管状腺癌 Villoglandular adenocarcinoma の 2 症例

名古屋市立大学産婦人科

杉山ちえ、西川隆太郎、西川 博、荒川敦志、
杉浦真弓

【はじめに】子宮頸部絨毛腺管状腺癌 Villoglandular papillary adenocarcinoma (以下 VGA と略) は粘膜性腺癌の内頸部型に属するまれな悪性腫瘍で、主に若年女性に発症し他の頸部腺癌より予後は良好とされる。今回我々は典型的な VGA の 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】34 才、悪臭帯下増量のため前医を受診、子宮頸癌疑われ当院紹介受診した。子宮腔部にポリープ様の腫瘍あり、組織診断にて VGA と診断された。内診所見では傍子宮結合織への浸潤は触知せず、MRI、CT にて明らかな転移所見無く、子宮頸癌 I b2 期と診断し広汎子宮全摘術を施行した。子宮腔部に 4.7 × 2cm の腫瘍あり、組織診断では異形上皮細胞が乳頭～絨毛状増殖し、わずかに結合織へ浸潤、頸管腺上皮を置換している像を認め、術前と同じく VGA と診断された。

【症例 2】42 才、不正性器出血にて前医を受診し、子宮腔部に約 2cm の頸管ポリープ様の腫瘍を認め切除、組織検査にて adenocarcinoma と診断され、当院紹介受診した。前医での標本を当院病理で再検討し VGA と診断した。視診にて腔部に腫瘍切除後と思われる癒痕あり、同部位の生検にて VGA と診断された。CT、MRI では腫瘍は特定できず、明らかな転移所見を認めず、子宮頸癌 I b1 期と診断し準広汎子宮全摘術+両側付属期摘出術+骨盤リンパ節郭清術を施行した。摘出標本の組織診断では異形細胞を AIS 程度認めるのみにて生検時に腫瘍のほとんどが切除されたと考えられた。2 症例とも脈管侵襲もなく間質浸潤も軽微であり、VGA の予後が良好であることより追加治療はせず手術療法のみとしたが再発所見はない。

【結語】VGA は稀な疾患であり術式も一定の見解が得られておらず、1 例 1 例の積み重ねで治療方法を確立していくことが必要と考えられる。

30. リンパ節転移陽性子宮頸癌 I、II 期の 予後に関する検討

藤田保健衛生大学 医学部 産婦人科

石井梨沙、加藤利奈、伊藤真友子、宮村浩徳、
大江収子、安江 朗、小宮山慎一、関谷隆夫、
長谷川清志、廣田 穰、宇田川康博

【目的】広汎子宮全摘術 (RH) を施行した子宮頸癌 I、II 期症例の中でリンパ節転移陽性例の予後に関して検討した。

【方法】1999～2007 年に当科で RH を施行した 108 例 (扁平上皮癌 72 例、腺癌 36 例) を対象に、組織型、pT 分類、脈管侵襲、筋層浸潤、リンパ節転移に関して、COX 回帰 (多変量解析) にて予後因子を抽出したところ、筋層浸潤 1/2 以上、リンパ節転移陽性が独立した予後不良因子とされ、OS におけるハザード比はそれぞれ、6.066 (95%CI: 1.189～30.960)、3.956 (95%CI: 1.172～13.348) であった。そこで、リンパ節転移陽性 30 例 (全体の 27.8%) に関して、転移個数別 (1 個 vs 2～4 個 vs 5 個以上) および術後補助療法別 (CT vs CCRT) に予後の比較、さらに、再発部位の比較を行った。

【成績】全体の DFS、OS はそれぞれ 78.7%、86.1% であった。リンパ節転移陽性 30 例に関して、転移個数別予後を検討したところ、2～4 個さらに 5 個以上が有意に予後不良であった。また、転移陽性例、陰性例それぞれの平均郭清リンパ節総数は 28.5 個、32.3 個であったが、両群での郭清総数の多寡と予後との関連は認められなかった。さらに、CT 群 (18 例) vs CCRT 群 (10 例) の比較では、両群での転移個数の偏りはなく、CT 群は有意に OS が良好であった (p=0.01)。再発部位では CT 群では骨盤内 4 例、骨盤外 2 例、内外同時 1 例で、CCRT 群では骨盤内 2 例、骨盤外 5 例で明らかな差を認めず、両群 2 例ずつ追加治療によりレスキューされていた。

【結論】リンパ節転移 2 個以上、特に 5 個以上が予後不良であった。転移陽性例に対して CCRT 以上に CT で良好な成績が得られていたが、5 個以上の転移に対しては新たな治療戦略が必要である。

第5群 (15:25～16:28)

31. 当院における子宮体癌の治療成績

豊橋市民病院産婦人科

廣渡美紀、芳川修久、向 麻利、諸井博明、寺西佳枝、隅田寿子、矢野有貴、宮下由妃、高橋典子、岡田真由美、若原靖典、安藤寿夫、河井通泰

【目的】子宮体癌は近年増加傾向が指摘されている。しかし固形癌のなかでも予後は良好と言われている。当院で診断治療を行った子宮体癌の治療成績を検討したので報告する。

【対象】1998年から2007年までの間に治療を行った子宮体癌203例を対象とした。平均57.3歳(26～83)。平均経過観察期間は49.5ヶ月。Ia 37、Ib 88、Ic 21、IIa 4、IIb 10、IIIa 22、IIIc 13、IV 8、類内膜腺癌191、他12、分化度I 119、II 58、III 26、筋層浸潤1/2以内151、1/2を超える52、尿管侵襲なし139、あり64、頸部浸潤なし182、あり21。基本術式は拡大子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節切除でハイリスク例には傍大動脈リンパ節切除を追加した。術後治療はIc期以上で化学療法6コースを行った。

【成績】全症例の5年全生存率(OS)は92.8%、無増悪生存率は87.3%であった。進行期別のOSはIa 100%、Ib 98.7%、IC 88.9%、II 83.9%、IIIa 88.1%、IIIb 83.3%であった(p<0.0001)。他にOSで有意差があったものは組織型(p=0.0003)、分化度(p=0.0001)、筋層浸潤(p=0.0074)、腫瘍径(p=0.0006)、頸部浸潤(p=0.0008)。これらのうちCOX比例ハザードモデルによる多変量解析を行った結果独立した予後因子と確認されたものは分化度だけであった(p=0.0251)。

【結論】子宮体癌はリンパ節切除を含む手術の後に化学療法を行うことによって全症例5年OS 92.8%の成績が得られた、II期以上の進行期の予後改善が必要であると考えられた。

32. 術前に総腸骨動脈バルーンカテーテルを留置して帝王切開を行った前置胎盤症例の検討

大垣市民病院 産婦人科

山田英里、伊藤充彰、鈴木徹平、平光志麻、松川 哲、坂野 彰、古井俊光、木下吉登

【目的】全前置胎盤とりわけ癒着胎盤を伴う症例では帝王切開時に大量出血となるリスクが高い。しかし、画像診断の進歩にもかかわらず癒着胎盤の術前診断は必ずしも容易ではない。当院では2008年8月以降、出血のリスクが高そうな全前置胎盤症例に対し術前に総腸骨動脈にバルーンカテーテルを留置して手術に臨んでいる。本法が術中の出血量減少に有効であることは知られているが、その適応や安全性については結論が出ていない。そこで、特徴的な経過の2症例を提示し、全前置胎盤症例に対する本法の有効性と安全性につき検討した。

【方法】当院において2008年8月以降に術前に総腸骨動脈にバルーンカテーテルの留置を行った全前置胎盤症例(A群)と同期間にバルーンカテーテルの留置を行わなかった全前置胎盤症例(B群)とを後方視的に比較検討した。当院では、総腸骨動脈のバルーンカテーテルは、局所麻酔下に両側の鼠径部から逆行性に左右の総腸骨動脈に留置している。

【成績】A群は7例、B群7例であった。平均出血量はA群:1,344±451ml、B群:2,197±1,392mlとA群で有意に少なかった。また、術後のHb低下はA群:0.12±0.81g/dl、B群:2.68±1.10g/dlとA群で有意に少なかった。両群とも子宮摘出に至った例は1例ずつあった。A群での平均阻血時間は11.2分であり、子宮摘出に至った症例では35分であった。また、本法による合併症は1例も認めなかった。

【結語】全前置胎盤症例では既往帝王切開症例でなくても予期せず大量出血を来す症例が少なからず存在した。したがって、手技的に安定して行われるならば、既往帝王切開症例でなくても全前置胎盤における出血量軽減目的の術前処置としては極めて有効な可能性がある。そのため当初は予定もしくは時間内緊急手術に限って行っていた本法であるが、最近では休日・時間外緊急でも本法を取り入れている。

33. 前置癒着胎盤に対し総腸骨動脈バルーン閉塞下 Cesarean Hysterectomy を行った 1 症例

名古屋大学

津田弘之、早川博生、小谷友美、炭竈誠二、
真野由紀雄、廣中昌恵、杉山知里、川地史高、
吉川史隆

今回我々は全前置胎盤で癒着胎盤・頸管胎盤を疑った症例に対し総腸骨動脈バルーン閉塞下に Cesarean Hysterectomy (CH) を施行し、良好な経過であった 1 例を経験したので報告する。症例は 32 歳 1 経産婦。第 1 子経陰分娩後弛緩出血で両側子宮動脈塞栓術を施行されている。前置胎盤、頸管胎盤疑いにて妊娠 29 週時当科紹介。エコー・MRI 上頸管線が追えず、頸管部分が胎盤に置き換わっているような所見があり、頸管胎盤の存在も否定できなかった。妊娠 31 週より管理入院とし、妊娠 33 週よりリトドリン点滴を開始した。妊娠経過中、性器出血は認めなかった。癒着胎盤や頸管胎盤の可能性も考え、麻酔科・小児科・放射線科・泌尿器科と連携の上、CH に備え準備を行った。当院では CH 時の出血量軽減のため子宮動脈塞栓術などを行ってきた。しかし、側副血行などの影響で劇的な出血量軽減には寄与しなかった。そこで今回癒着胎盤であった場合、総腸骨動脈バルーン閉塞を併用した CH を行うこととした。妊娠 36 週 0 日全身麻酔下に帝王切開術施行。手術に先立ち尿管カテーテルと総腸骨動脈バルーンカテーテルを挿入。児娩出後胎盤は一部剥離せず、癒着胎盤と診断し子宮全摘術を行うこととした。総腸骨動脈バルーンを拡張し血流を遮断した後、子宮摘出を行った。血流遮断後明らかに術野の出血は少なくなり、手術操作が容易であった。下肢虚血、血栓症、高 K 血症などのトラブルなく手術は終了。出血量は 1,970ml (羊水込み) であり、自己血 300ml 返血したのみでそれ以上の輸血は必要なかった。病理診断は陥入胎盤であった。癒着胎盤による CH は、通常大量出血をきたし、難易度の高い手術となる。総腸骨バルーン術併用による CH は明らかな出血量軽減に寄与し、手術操作が容易となり、非常に有効であったと考えられた。

34. 当院における二絨毛膜性品胎妊娠の臨床的検討

安城更生病院

中村紀友喜、戸田 繁、勝佳奈子、鈴木麻美子、
牛田貴文、深津彰子、澤田雅子、渡部百合子、
菅沼貴康、鈴木崇弘、松澤克治

【目的】二絨毛膜性品胎は、品胎妊娠のなかでもより慎重な周産期管理を要する。当院で経験した症例につき、後方視的に検討を行った。

【方法】2002 年 5 月から 2009 年 4 月までに当院で 22 週以降に分娩となった二絨毛膜性品胎妊娠 6 例につき、母体因子、産科管理ならびに母児予後を検討した。

【成績】分娩時の年齢は中央値 31 歳 (25 ~ 34 歳) で、全例が初産婦であった。膜性は全例が二絨毛膜三羊膜性品胎であった。自然妊娠が 1 例、体外受精による妊娠が 5 例であり、排卵誘発による妊娠例はなかった。妊娠 9 ~ 12 週より当院での妊娠管理を開始し、全例に 14 ~ 16 週で予防的シロッカー式頸管縫縮術を施行した。退院後、48 ~ 76 日間の外来管理を経て、妊娠 24 ~ 29 週で管理入院とした。切迫早産に対しては、1 例に内服薬のみ、3 例に塩酸リトドリン持続静注、2 例に硫酸マグネシウム持続静注併用にて加療を行った。妊娠高血圧症候群を発症した症例はなかった。TTTS 発症例もなかったが、1 例に acute feto-fetal hemorrhage を認めた。全例が選択的帝王切開術にて出産し、分娩週数は中央値 34 週 0 日 (32 週 2 日 ~ 34 週 2 日) であった。児の出生体重は、全症例において、独立した絨毛膜を持つ児 (以下「独立児」) が絨毛膜を互いに共有する児 (以下「MD 児」) を上回っていた。「独立児」ならびに「MD 児」の出生体重の中央値は、それぞれ 2,029g、1,628g であった ($p < 0.01$)。また、「MD 児」間の出生体重の discordance は中央値 8.6% (0.3 ~ 18.8%) であった。児 18 例のうち 2 例が人工呼吸器による管理を必要とした。RDS の発症例はなく、現在のところ新生児・乳児死亡や神経学的後遺症を認めていない。

【結論】少数例の検討であり一般化は難しいが、予防的頸管縫縮術ならびに適時の管理入院、小児科と連携しての計画的分娩が、良好な母児予後につながる可能性が示唆された。

35. 感染性流・早産既往歴を持つ妊婦に対する新しい予防法の確立 ～早産予防プロトコールによるコホート研究～

国立病院機構 長良医療センター 産科
高橋雄一郎、岩垣重紀、西原里香、岩砂智丈、
木越香織、川鱈市郎

【目的】切迫早産は多因子が複雑に絡み合い、一元的に原因、対策を講じるのは難しい。我々は、より早い時期での予防に主眼をおいたプロトコールを作成し、妊娠初期からのハイリスク群を抽出し、介入を行い、一定の成果を報告してきた(2009年日産婦総会)。その中でも特に感染性後期流産やPROM既往歴は早産のリスク因子とされるが、次回妊娠時に発症予防に主眼をおいた治療法は未だない。今回、我々は介入による一定の効果を得たので報告する。

【方法】感染を元にした後期流産やPROM既往を持つ妊婦でインフォームド・コンセントを得た症例に対して、約2週間の入院期間に、腔洗浄、UTI膣錠、MZ膣錠を毎日投与、1週目はCMZ(点滴)3日間、2週目はAZM750mg3日間(経口)投与した。切迫流早産の症状により適宜入院期間の延長、一般的な切迫流早産治療法を追加した。

【成績】2007年4月から27ヶ月間に出生した31例に対して本介入を行った。既往歴の背景は前回感染性流産14例、早産・感染による新生児死亡8例、二回感染性流産例が5例など(重複有り)であった。平均入院週数10.3 \pm 2.5週で、切迫流早産による早産入院期間はmedian(range)69(0~191)日であった。今回の平均出生週数は37.4 \pm 3.2、全体では30/31(96.7%)で生児を得た。特に前回生児を得られなかった18/19(94.7%)で生児を得た。またすべての生児において現在後遺症を認めていない。唯一カンジダ感染による後期流産1例が予防しきれなかった。

【結論】コホート研究において感染性流・早産既往というリスク症例に対する早産予防の一定の効果が示唆された。今後は研究デザイン、症例数の蓄積などが課題であり、多施設共同研究を視野に入れている。

36. 当センターにおけるnuchal translucency肥厚症例の検討

三重大学
長澤理映子、神元有紀、井上 晶、本橋 卓、
梅川 孝、杉原 拓、杉山 隆、佐川典正

【目的】妊娠初期にnuchal translucency (NT)肥厚(3.0mm以上)を認めた症例において染色体異常率や先天異常率が上昇することが知られている。今回我々は当センターにおいて経験したNT肥厚症例を用いて染色体異常及び先天異常の有無について検討した。

【方法】対象は2003年3月から2009年6月に妊娠10週~14週でNT肥厚を指摘され当センターへ紹介された症例である。羊水染色体検査及び超音波検査による胎児スクリーニングを施行した62症例を母体年齢、最大NT値、染色体異常・先天奇形の有無に関し後方視的に検討した。

【成績】平均母体年齢は31.2歳、平均診断週数は11.1週、平均最大NT値は4.65mmであった。NT肥厚にて紹介された62症例中、12例がcystic hygromaであり、そのうち3例で染色体異常を認め、3例とも21トリソミーであった。cystic hygromaを除く50例中染色体異常は8例(16%; 21トリソミー5例、13トリソミー1例、18トリソミー1例、XXX1例)であった。染色体異常を認めなかった症例のうち4例(8%)で先天異常(先天性心疾患、多嚢胞腎、乳糜胸水、口蓋裂)を認めた。NT肥厚症例のうち76%(38例)は染色体および先天異常を認めなかった。またNTが増大するにつれ染色体異常または先天異常合併率が上昇した。

【結論】今回の小規模後方視的検討において、これまでの報告と同様、NT肥厚が染色体異常や先天異常と関連することが判明した。ただし、症例数が少ないこととNTの測定法が施設間で標準化されていない現状があり、今後わが国における多施設共同による大規模研究が必要である。

37. 深部静脈血栓症と妊娠

岐阜大学

反中志緒理、水野智子、鈴木真理子、豊木 廣、
藤本次良

近年生活習慣の欧米化に伴い静脈血栓症が増加してきた。

肺血栓塞栓症はひとたび発症すると死亡率が高い疾患であり、深部静脈血栓症に起因するといわれている。妊娠中は血液凝固能の亢進、線溶抑制、血液濃縮による血液粘性亢進。性ホルモンによる静脈平滑筋弛緩作用や妊娠子宮による下大静脈や骨盤内静脈の圧迫。妊娠高血圧症候群や感染による血管内皮の障害等により血栓症は発症が生じやすくなっている。最近1年間で我々は4例の深部静脈血栓症を経験したので報告する。

症例は35歳～38歳であり発症週数は妊娠8週～19週である。このうち2例は妊娠継続のリスクなどについて説明したところ妊娠継続希望されず下大静脈フィルターを留置し人工妊娠中絶を行った後、血栓溶解療法をおこなった。1例は下大静脈フィルターを留置しウロキナーゼにて血栓溶解療法を行った後下大静脈フィルターを抜去しヘパリンを投与しながら妊娠を継続。術前に再度下大静脈フィルターを留置し、妊娠37週0日に帝王切開にて出産。産後フィルターを抜去した後退院ワーファン内服を行っている。1例は超音波では血栓疑われたが造影CTでは明らかな血栓を認めなかったため、ヘパリン皮下中およびバイアスピリンの内服にて現在妊娠継続、外来にて経過観察中である。

深部静脈血栓症は下肢の浮腫、腫脹、疼痛、圧痛により発見され、超音波断層装置（カラードップラー法）造影CTなどによって診断される。治療としては妊娠中はヘパリン静注、持続点滴または皮下注を行い、下大静脈フィルターを留置し分娩をおこなう事が多くおこなわれているようである。しかし妊娠子宮の圧迫によりフィルターの挿入が困難であり、適切な位置にフィルターを留置できず滑脱した症例や、フィルターを留置したにもかかわらず肺血栓塞栓症を発症したという報告もあり十分注意が必要である。

38. 当院における子宮頸管縫縮術の検討

岐阜県総合医療センター

小坂井恵子、横山康宏、柴田万祐子、小野木京子、
三和紀子、牧野 弘、田上慶子、佐藤泰昌、山田新尚

【目的】子宮頸管縫縮術の有効性については現在も一定の見解が得られていない。当院における子宮頸管縫縮術症例について、その術後経過と予後等について臨床的検討を行った。

【方法】当院で1999年7月から2009年7月までの10年間に子宮頸管縫縮術を施行した125例を対象とした。予防的縫縮術を施行した群を早産既往A群（n=76）、子宮腔部円錐切除術既往B群（n=16）、多胎妊娠C群（n=11）の3群に分け、子宮頸管長短縮または子宮口開大のため治療的縫縮術を行った群をD群（n=22）とした。手術方法は基本的にシロッカー手術とし、シロッカー手術の実施が困難な場合はマクドナルド手術を実施した。主な検討項目として、①患者の背景因子、②手術施行時の所見（妊娠週数、手術時頸管長など）、③手術後経過（手術に伴う入院日数、子宮収縮抑制剤の使用の有無、分娩週数、分娩時出血量など）をretrospectiveに検討した。

【結果】①患者の背景因子としてA群はB～D群と比較し妊娠・分娩回数が高い傾向が認められた。②平均分娩週数はA群:37.6、B群:37.8、C群:33.0、D群:30.6とC・D群が早かった。③28週未満で分娩に至った症例は28週以降の分娩の症例に比べ、WBC、CRP、子宮頸管長、胎胞のサイズ等に差を認めた。④同程度の胎胞形成があっても子宮頸管長が短い症例や術前WBCが高い症例の方が妊娠継続は困難であった。

【考察】子宮頸管縫縮術の意義については議論のあるところではあるが、妊娠中期の胎胞膨隆例に対しては子宮頸管縫縮術を施行することにより妊娠の継続が期待できるものと思われた。予防的縫縮術については今後さらなる検討が必要と思われた。

経口避妊剤 薬価基準未収載

マーベロン[®]21

マーベロン[®]28

(デソゲステレル・エチニルエストラジオール錠)

処方せん医薬品 (注意—医師の処方せんにより使用すること)

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては添付文書等をご参照下さい。

PC OC情報提供サイト
<http://www.oc-rizum.jp>

Mobile OCケータイ情報
<http://oc-cycle.jp>



製造販売元 **シュERING・プラウ株式会社**

〒541-0046 大阪市中央区平野町2-3-7
<http://www.schering-plough.co.jp/>

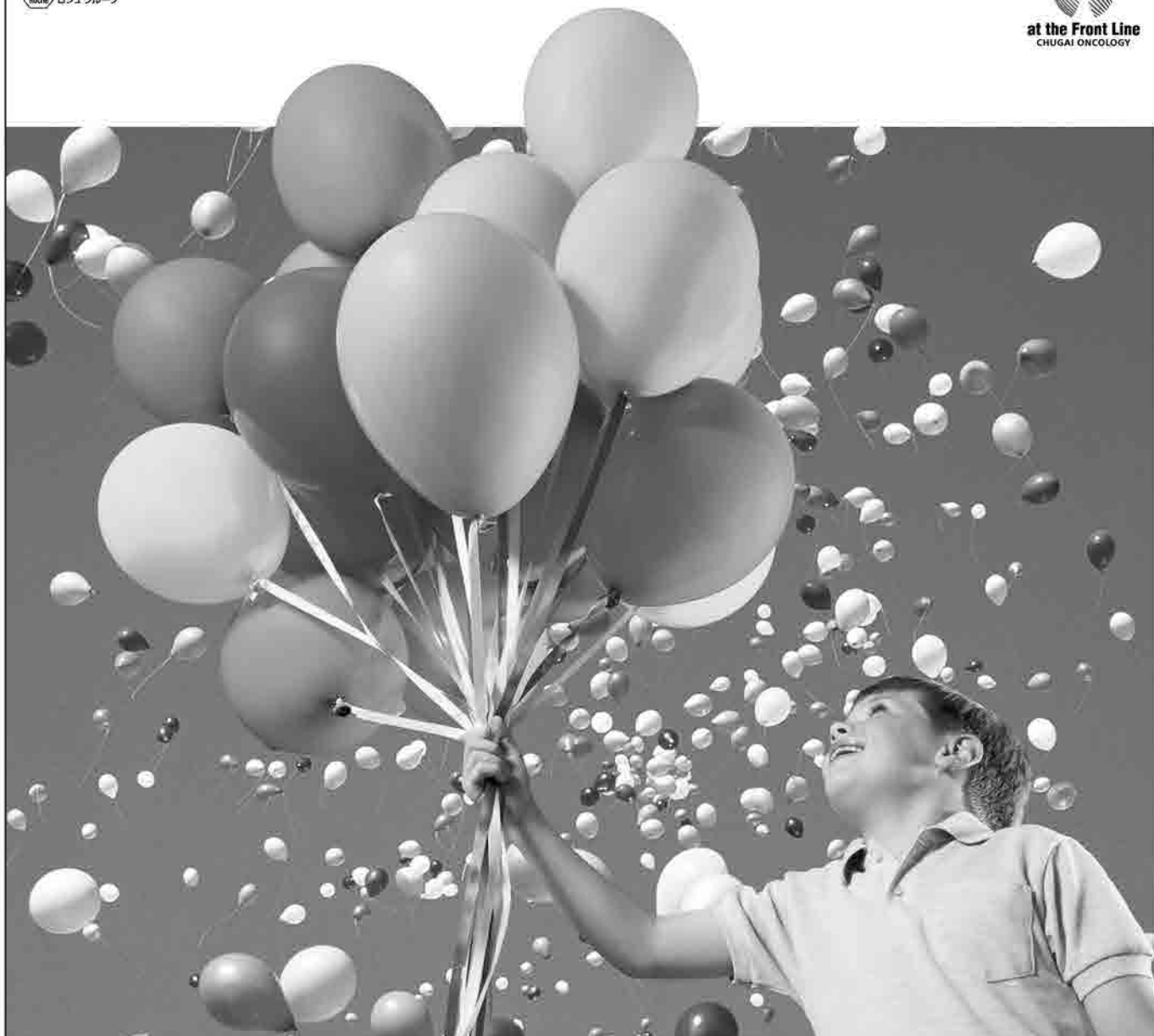
資料請求先 **カスタマーセンター**

フリーダイヤル 0120-275-189
 〒163-1033 東京都新宿区西新宿3-7-1



中外製薬

Roche ロシュグループ



遺伝子組換えヒトG-CSF製剤

生物由来製品・処方せん医薬品^{注)}

薬価基準収載



NEUTROGIN

ネイトロジン[®]注

50 μ g
100 μ g
250 μ g

NEUTROGIN[®]

レノグラスチム (遺伝子組換え) 製剤

注) 注意—医師等の処方せんにより使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「禁忌」を含む使用上の注意等につきましては、添付文書をご参照下さい。

<http://www.chugai-pharm.co.jp>

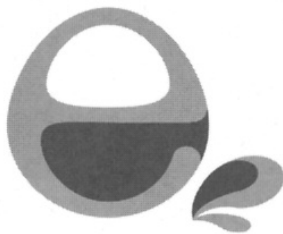
製造販売元 (資料請求先) 中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

新発売



Julina®



経口エストラジオール製剤

薬価基準収載

ジュリナ[®]錠 0.5mg

エストラジオール錠

指定医薬品・処方せん医薬品¹ 注) 注意-医師等の処方せんにより使用すること

Julina 0.5mg

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
<http://www.bayer.co.jp/byl>



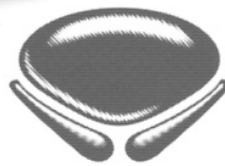
Bayer HealthCare
Bayer Schering Pharma

(2008年9月作成)

JUL-08-4011



3rd
Anniversary
Vesicare[®]



過活動膀胱治療剤(コハク酸ソリフェナシン錠) 薬価基準収載

ベシケア[®]錠 2.5mg
5mg

処方せん医薬品
(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

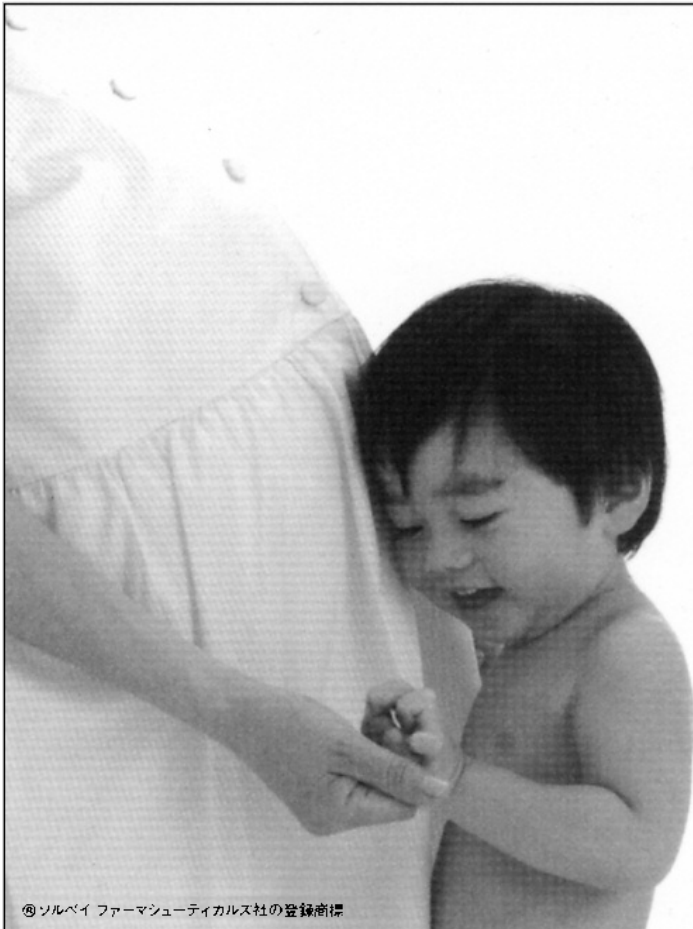
Vesicare[®]

■「効能・効果」「用法・用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製造販売 **アステラス製薬株式会社**
東京都板橋区蓮根3-17-1

【資料請求先】本社/東京都中央区日本橋本町2-3-11

09-4713-A47-0-01



切迫流・早産治療剤

ウテメリン[®]

塩酸リトドリン錠/指定医薬品

薬価基準収載

ウテメリン[®]注

塩酸リトドリン注射液/創薬,指定医薬品

薬価基準収載

※効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

製剤会社



キッセイ薬品工業株式会社

松本市丸野1-9番4-8号

ソルベイファーマシューティカルズ社(オランダ・ウーンズ) 現拠地

資料請求先

製品情報部 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号

©ソルベイファーマシューティカルズ社の登録商標

平成12年4月作成 UTS25M-1

「食欲」を科学する

ツムラ六君子湯の新しいエビデンス

食欲増進作用をもつペプチド Ghrelin (グレリン) の分泌改善作用(ラット)¹⁾



胃腸の弱いもので、食欲がなく、みぞおちがつかえ、
疲れやすく、貧血性で手足が冷えやすいものの

食欲不振、胃炎、 消化不良に

(食欲不振改善) 漢方製剤



リク クン シ トウ
ツムラ六君子湯
 エキス顆粒(医療用) (薬価基準収載)

効能又は効果

胃腸の弱いもので、食欲がなく、みぞおちがつかえ、疲れやすく、
貧血性で手足が冷えやすいものの次の諸症：胃炎、胃アトニー、
胃下垂、消化不良、食欲不振、胃痛、嘔吐

用法及び用量

通常、成人1日7.5gを2~3回に分割し、食前又は食間に経口投与
する。なお、年齢、体重、症状により適宜増減する。

使用上の注意(抜粋)

1. 重要な基本的注意 (1)本剤の使用にあたっては、患者の証(体質・症状)を考慮して投与すること。なお、経過を十分に観察し、症状・所見の改善が認められない場合には、継続投与を避けること。(2)本剤にはカンゾウが含まれているので、血清カリウム値や血圧値等に十分留意し、異常が認められた場合には投与を中止すること。(3)他の漢方製剤等を併用する場合は、含有生薬の重複に注意すること。
2. 相互作用 併用注意(併用に注意すること)

薬剤名等：カンゾウ含有製剤、グリチルリチン酸及びその塩類を含有する製剤

3. 副作用 本剤は使用成績調査等の副作用発現頻度が明確となる調査を実施していないため、発現頻度は不明である。(1)重大な副作用 1)偽アルドステロン症：低カリウム血症、血圧上昇、ナトリウム・体液の貯留、浮腫、体重増加等の偽アルドステロン症があらわれることがあるので、観察(血清カリウム値の測定等)を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、カリウム剤の投与等の適切な処置を行うこと。2)ミオパシー：低カリウム血症の結果としてミオパシーがあらわれることがあるので、観察を十分に行い、脱力感、四肢痙攣・麻痺等の異常が認められた場合には投与を中止し、カリウム剤の投与等の適切な処置を行うこと。3)肝機能障害、黄疸：AST(GOT)、ALT(GPT)、Al-P、γ-GTP等の著しい上昇を伴う肝機能障害、黄疸があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

*その他の使用上の注意等は製品添付文書をご覧ください。

[文献] 1) Takeda, T. et al. Gastroenterology. 2008, 134(7), p.2004.

株式会社 **ツムラ** <http://www.tsumura.co.jp/>

●資料請求・お問い合わせは弊社MR、またはお客様相談窓口まで。 ☎ 0120-329-970

(2006年11月制作)

■使用上の注意等の改訂には十分ご留意下さい。 GY-0431 (衛)



SEROTONE



5-HT₃アンタゴニスト(制吐剤)

薬価基準収載

セロトーン® 静注液10mg
錠10mg

指定医薬品、処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

Serotone®

(アザセトロン塩酸塩)

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

鳥居薬品株式会社
東京都中央区日本橋4町3-4-1

日本たばこ産業株式会社
東京都港区芝浦2-1-1

薬価基準収載

子宮内膜症に伴う月経困難症治療剤

ルナベル®配合錠

LUNABELL® tablets

ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤

処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

●「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

販売(資料請求先) 学術部
日本新薬株式会社
〒600-8550 京都市南区古町西陣ノ住町2014

製造販売元
ノーベルファーマ株式会社
〒103-0024 ●東京都中央区日本橋小舟町12番地10

ルナベル:ノーベルファーマ株式会社 登録商標



MOCHIDA



sanofi aventis

Because health matters.

Suprecur® MP 1.8 for S.C.Inj.

GnRH誘導体制剤

劇薬 処方せん医薬品(注意—医師等の処方せんにより使用すること)

スプレキュア® MP 皮下注用1.8

ブセレリン酢酸塩徐放性製剤 薬価基準収載

※「禁忌」、「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。



MOCHIDA

販売<資料請求先>

持田製薬株式会社

東京都新宿区四谷1丁目7番地
電話:(03)5229-3906(学術)〒160-8515

製造販売元

サノフィ・アベンティス株式会社

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号

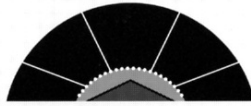
2009年5月作成 (N12)



DOXIL®



抗悪性腫瘍剤



薬価基準収載

ドキシル®注 20mg

DOXIL® Injection ドキソルピシン塩酸塩 リボソーム注射剤

劇薬 処方せん医薬品* *注意 医師等の処方せんにより使用すること

「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「警告・禁忌を含む使用上の注意」等は、製品添付文書をご参照下さい。

製造販売元(資料請求先)

 ヤンセン ファーマ株式会社
〒101-0065 東京都千代田区西神田3-5-2
URL: <http://www.janssen.co.jp>

2009年4月作成