

第133回

東海産科婦人科学会 プログラム

[日 時] 平成25年 9 月29日(日)

[場 所] 興和株式会社 本店ビル

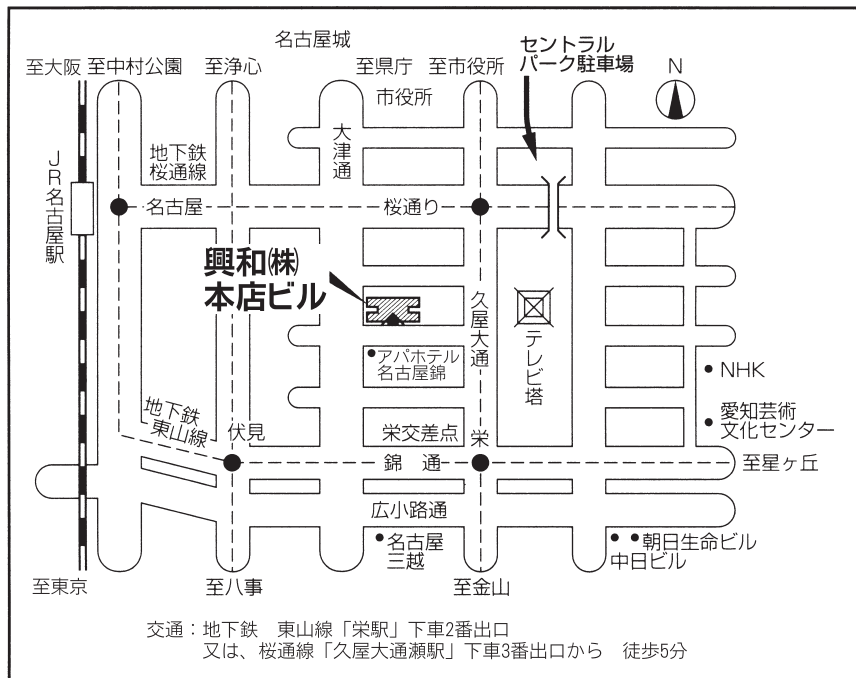
名古屋市中区錦 3 丁目 6 番29号

電話(052)963-3145 〈11階 当日直通〉

[会 長] 愛知医科大学産婦人科

教授 若槻明彦

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133回 東海産科婦人科学会次第

1. 理事会 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 12 : 00～12 : 40
5. 総 会 12 : 45～13 : 00
6. 一般講演 (No.17～No.44) 13 : 00～17 : 12
7. 閉 会 17 : 12

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版のみ、Power point 2007/2010/2013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. 発表データは平成25年9月19日(木)までにe-mail(25MBまで)あるいはCDにてお送りください。(愛知医科大学のシステムのセキュリティー上1件25MBまでの送受信しかできないため、超える場合は恐れ入りますがCDをご郵送ください。ご郵送いただきましたCDは学会当日、スライド受付にて返却させていただきます。)

【送り先】e-mail: infobgyn@aichi-med-u.ac.jp

郵送：〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1 愛知医科大学産婦人科学教室

8. 当日は、バックアップとしてUSBメモリーをご持参下さい。
9. スライド操作は演者ご自身で行っていただきます。
10. 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。
11. お送りいただきましたファイルは学会終了後、事務局にて削除させていただきます。

プログラム

理事会（9：00～9：20）

開 会（9：30）

一般演題

第1群（9：30～10：42） 座長 藤井多久磨 教授

1. ベセスダシステムにおけるAGC判定例の病理組織学的検討と予後
.....名古屋大学・服部諭美 他
2. 再発子宮平滑筋肉腫に対しパゾパニブ塩酸塩を投与した2例
.....岐阜大学・森 美奈子 他
3. 膣に発生した悪性黒色腫の一例
.....岐阜県総合医療センター・市橋享子 他
4. 子宮体部血管周囲類上皮細胞腫瘍の1例
.....伊勢赤十字病院・久保倫子 他
5. 子宮内容除去術後に発生した子宮仮性動脈瘤破裂の一例
.....名古屋市立大学・橋本恵理子 他
6. 当科で経験した癒着胎盤の2症例
.....名古屋市立西部医療センター・関 宏一郎 他
7. 当院における胎盤遺残取り扱いプロトコールの検討
.....岐阜大学・宮居奈央 他
8. 経膣分娩後に診断された癒着胎盤に対し待機療法で子宮温存可能であった1例
.....伊勢赤十字病院・柵木善旭 他

第2群（10：42～11：54） 座長 森重健一郎 教授

9. 胎児心拍を認めたがMTX治療が奏功した頸管妊娠の一例
.....三重大学・真木晋太郎 他
10. 帝王切開癒着部妊娠を反復し、子宮全摘術を施行した1例
.....安城更生病院・深津彰子 他

11. 分娩時に非癒痕性子宮破裂を起こした1例
中部ろうさい病院・中村謙一 他
12. 小児の非腫瘍性卵巣茎捻転の一症例
岐阜市民病院・高橋かおり 他
13. 巨大卵巣腫瘍にネフローゼ症候群を合併した一例
春日井市民病院・玉内学志 他
14. 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった骨盤内神経鞘腫の一例
津島市民病院・榊原貴恵 他
15. 悪性腫瘍治療後にPETが偽陽性であった類上皮肉芽腫の2例
トヨタ記念病院・古株哲也 他
16. 卵管留膿症をきっかけに大腸癌と診断された1例
三重大学・島田京子 他

評議員会 (12:00~12:40)

総 会 (12:45~13:00)

第3群 (13:00~14:12) 座長 吉川史隆 教授

17. 当施設で経験した未分化胚細胞腫12例の検討
豊橋市民病院・甲木 聡 他
18. 婦人科悪性腫瘍に対する5FU単剤療法の有用性の検討
名古屋第一赤十字病院・池田沙矢子 他
19. Irinotecan/cisplatin療法が有効であった子宮頸部小細胞癌の2例
名古屋市立大学・竹下 奨 他
20. 子宮峡部に発生した子宮体癌の臨床的検討
愛知県がんセンター中央病院・近藤紳司 他
21. 当院における高齢子宮体癌症例に対する治療の検討
大垣市民病院・鈴木徹平 他
22. 急性腹症で発症し、組織標本でmacropapillary patternを呈した卵巣低悪性度漿液性腺癌の1例
三重県立総合医療センター・南 結 他

23. 卵巣癌肉腫の1例
.....藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院・浅野真希 他

24. Peutz-Jeghers症候群に合併したsynchronous mucinous metaplasia
and neoplasms of the female genital tract (SMMN-FGT) の一症例
.....岐阜大学・佐藤香月 他

第4群 (14:12~15:15) 座長 杉浦真弓 教授

25. MCA-PSV高値、静脈管一過性逆流を認めた、reversal of TTTSの一例
.....岐阜大学 医師育成推進センター・尹 麗梅 他

26. 当院における胎児消化管閉鎖症例の検討
.....藤田保健衛生大学・高屋敷利奈 他

27. 妊娠16週に高血圧、タンパク尿、血小板減少を伴う子宮内胎児死亡で搬送され、
Hyperreactio luteinalisから部分奇胎と診断した1例
.....岐阜県立多治見病院・井本早苗 他

28. パルボウイルスB19胎児感染のアウトブレイク予測と胎児輸血の意義
.....長良医療センター・浅井一彦 他

29. 1絨毛膜3羊膜品胎において1児のみVACTERL連合であった1例
.....市立四日市病院・北川香里 他

30. 胎児水腫を伴う胎児頻脈性不整脈に対する胎児治療が著効した一例
.....大垣市民病院・高木七奈 他

31. 新生児期の経過が良好であった常染色体劣性多発性嚢胞腎 (ARPKD) の1例
.....三重大学・北野裕子 他

第5群 (15:15~16:18) 座長 池田智明 教授

32. 妊娠高血圧症候群の母体心機能に対する影響
.....トヨタ記念病院・真山学徳 他

33. 産褥期に発症したRCVS (Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome) の1例
.....江南厚生病院・小崎章子 他

34. 当院における在胎28週未満のsevere FGR症例の周産期管理・予後についての検討
.....豊橋市民病院・山口恭平 他

35. 蛋白尿陽性妊婦における随時尿での蛋白/クレアチニン比と蓄尿での一日蛋白喪失量の比較検討
 ……………三重中央医療センター・西岡美喜子 他
36. 当院における前置胎盤76症例の検討
 ……………一宮市立市民病院・松本洋介 他
37. 当科におけるマイコプラズマ&ウレアプラズマ検出状況－緊急搬送早産症例に限定した検討－
 ……………三重中央医療センター・前田佳紀 他
38. 2012年の名古屋市の帝王切開率23.5%と三重県の帝王切開率16.0%の差異はどこに由来するのか？
 ……………鈴鹿医療科学大学桑名地域医療再生学講座・石川 薫 他

第6群（16：18～17：12） 座長 若槻明彦 教授

39. 帝王切開後に非閉塞性腸間膜虚血症（NOMI）によると考えられる腸閉塞をきたした1例
 ……………紀南病医院組合立紀南病院・千田時弘 他
40. 重症妊娠悪阻によりRefeeding症候群を発症した一例
 ……………半田市立半田病院・藤田 啓 他
41. 弛緩出血で発症した子宮型羊水塞栓症の1例
 ……………刈谷豊田総合病院・青木智英子 他
42. 先天性肺動脈欠損症（UAPA）合併妊娠の一例
 ……………名古屋大学・諸井博明 他
43. 妊娠に伴って発症した非腫瘍性抗NMDA受容体脳炎の1例
 ……………藤田保健衛生大学・宮崎 純 他
44. 帝王切開後にMycoplasma hominisにより腹腔内膿瘍をきたした1症例
 ……………愛知医科大学・上野大樹 他

演 題 抄 録

第 1 群 (9:30~10:42)

1. ベセスダシステムにおけるAGC判定例の病理組織学的検討と予後

名古屋大学

服部諭美、水野美香、新美薫、関谷龍一郎、三井寛子、鈴木史朗、梅津朋和、梶山広明、柴田清住、吉川史隆

【目的】近年子宮頸部腺癌の罹患数の増加が報告されており、特に浸潤癌は扁平上皮癌に比較して予後不良であるため早期発見が望まれる。しかし、通常のスクリーニング検査では扁平上皮系とは異なり、腺系の前癌病変や上皮内癌などを明確な基準を持って判定することが難しい。2001年ベセスダシステムにおいて異型腺細胞 (Atypical Glandular Cells: AGC) には、反応性・修復性変化を超えた異常を認めるが、明らかな内頸部上皮内癌 (AIS) や浸潤腺癌の特徴がない、即ち腺異型や腺癌を疑う症例が分類されるが、最も曖昧で判定が難しい区分である。今回、当院で精密検査を行ったAGCの症例の組織学検索結果とその後の経過を報告する。

【方法】2009年から3年間に当院で従来の直接塗抹法を用いた子宮頸部細胞診は11498件 (同一症例含む) であった。このうちAGCと判定されたものが74件 (0.64%) で、同一症例を除外した67例、他院紹介8例を合わせた計75例の細胞診の再検や病理学的診断の結果、予後を検討した。

【成績】年齢中央値42歳 (26-84歳)。当院でAGC74件の内訳は、AGC38件、AGC-not otherwise specified (NOS) 3件、AGC-favor neoplastic 10件、AGC+扁平上皮系の異型23件であった。全75例うち最終診断が癌であった例は、子宮頸部浸潤腺癌9例 (12%)、AIS2例 (2.6%)、子宮頸部扁平上皮癌1例 (1.3%)、子宮内膜癌3例 (4%)、卵巣癌1例 (1.3%) であった。紹介患者8例のうち、当院で再検した細胞診や組織診で異常が認められなかった例が4例 (50%) であった。

【結論】AGCで再検査を行った症例の20% (16/75例) に癌を認めた一方、再検査で異常が見られなかった症例も少なくない。AGC判定の背景にある組織像を想定するのは容易ではないが、一定の割合で浸潤癌が含まれており、慎重に経過観察、精密検査を行うべきであると考えられる。

2. 再発子宮平滑筋肉腫に対しパゾパニブ塩酸塩を投与した2例

岐阜大学 産婦人科*

岐阜県総合医療センター 産婦人科**

森美奈子*、牧野弘*、早崎容*、古井辰郎*、山田新尚**、森重健一郎*

【目的】子宮平滑筋肉腫は比較的稀な疾患であるが、血行性転移をきたしやすく進行も早い。

しかも化学療法抵抗性であり、その予後は極めて不良である。昨年より分子標的薬であるパゾパニブ塩酸塩 (ヴォトリエント®) が悪性軟部腫瘍に対し使用可能となり、当科で2例経験したので、報告する。

【症例1】52歳5経妊3経産

子宮筋腫の術前診断にて子宮全摘術施行。術後病理結果にて子宮平滑筋肉腫I期と診断されるも追加治療はせず経過観察の方針となる。術後8か月ほどして多発肺転移出現。ゲムシタピン+ドセタキセルによる化学療法を2クール行うもPD。その後イフォマイド+シスプラチン、アドリアシンによる化学療法を各3クール施行するもPD。この時点で肺のほか、腎、脾、筋肉への転移認められた。パゾパニブ内服開始したところ、高血圧、肝機能障害、好中球減少、甲状腺機能障害の副作用認め1日800mgから400mgに減量したがSDの状態続いていたため、3か月内服。最終的な判断はPDとなり内服終了となったが、前治療に比べ進行は明らかに緩慢となった。

【症例2】64歳3経妊3経産

子宮筋腫の術前診断にて子宮全摘術施行。術後病理結果にて子宮平滑筋肉腫I期と診断されるも追加治療はせず経過観察の方針となる。術後16年後に多発肝および肺転移、胸水貯留に伴う呼吸状態悪化自覚し、他院にて肝切除施行され再発確認されたため受診。パゾパニブ内服開始したところ、高血圧や肝機能障害などの副作用は認めなかったものの、病状悪化し内服開始1か月で内服困難となり中止となった。

【結論】パゾパニブ塩酸塩を使用した2例を経験した。一定の効果を認めるものの高血圧、甲状腺機能障害など通常の抗がん剤ではほとんど認めない副作用が出現するため、副作用をよく理解した上での使用が大事であると思われた。

3. 膣に発生した悪性黒色腫の一例

岐阜県総合医療センター

市橋享子、横山康宏、森崇宏、山本志緒理、石川梨佳、田上慶子、佐藤泰昌、桑原和男、山田新尚

悪性黒色腫は大半は皮膚に発生するが、稀には粘膜、脈絡膜、脳軟膜、眼窩にも発生する。一般的に転移しやすく、進行のスピードは早い一方で、皮膚以外では標準的な治療法は確立しておらず、予後不良の悪性腫瘍である。今回、膣に発生した悪性黒色腫を経験したので、若干の文献的考察を交えて報告する。

【症例】66歳未産婦。1ヶ月前からの不正性器出血を主訴に近医を受診し、膣入口部の腫瘍と子宮頸部細胞診AGCを指摘されて、当院を紹介受診した。処女膜奥の膣3～6時に、内腔へ外向性発育する暗赤色の充実性腫瘍を認めた。再度子宮頸部細胞診を行ったが、同様にAGCの判定であった。腫瘍切除術と同時に子宮頸部、子宮内膜生検を施行し、病理検査で膣悪性黒色腫の病理診断となった。切除断端陽性であった。直ちに遠隔転移、リンパ節転移の有無を検索したところ、肺にスリガラス様結節を認めた。転移の可能性もあったが、局所の治療を先行することとした。約1ヶ月後に再手術となった。手術では直腸の温存を試みたが、肛門括約筋切除は不可避と判断し、最終的に後方骨盤除臓術とした。同時に両側鼠径リンパ節郭清、骨盤リンパ節郭清も行った。摘出標本の病理では、腫瘍細胞は膣上皮内を浸潤進展し、子宮頸部にまで及んでいた。また子宮頸部には娘結節（転移）を認めた。手術後1ヶ月で腹膜播種を疑う結節出現に伴って、イレウスが発生した。その後に肺結節の精査を行ったが、転移というより原発性肺がんの可能性が高いとのことであった。現在DAV-Feronで化学療法を行っているが、手術後4ヶ月で、肝転移、腹膜播種が出現してきて、改めて進行の早い悪性腫瘍であることを認識した。

4. 子宮体部血管周囲類上皮細胞腫瘍の1例

伊勢赤十字病院

久保倫子、山脇孝晴、柵木善旭、西村公宏、能勢義正

血管周囲類上皮細胞腫瘍（PEComa）は、血管周囲類上皮細胞に由来すると考えられる間葉系腫瘍の総称で、血管筋脂肪腫（AML）、リンパ管平滑筋腫症（LAM）などがある。AML、LAM以外のPEComaは子宮、消化管などの発生が報告されているが、極めて稀である。今回、子宮体部PEComaの例を経験したので報告する。

症例は60歳。不正性器出血を主訴に近医を受診し、子宮内膜生検にて低悪性度子宮内膜間質肉腫が疑われ、当院へ紹介された。経膣超音波検査では子宮内膜が10mmと肥厚していた。採血ではLDH 230IU/l、CA125 10.3U/ml、CA19-9 3.1 U/mlなど正常範囲内であった。MRIでは、子宮内膜は12mmと肥厚し、後壁より内腔に突出する11mmの腫瘍がみられ、CTでは他臓器に明らかな病変は認められなかった。子宮内膜細胞診では出血性背景に、極少数の細長い異型細胞がみられた。子宮内膜生検にて、好酸性の紡錘形細胞がみられ、核分裂像は明らかでなく、HMB45陽性よりPEComaと診断された。単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。摘出標本では、子宮体部後壁筋層内に境界明瞭な12×10mmの結節性腫瘍がみられた。組織学的には、血管周囲性に類上皮細胞様の形態をとる紡錘形、淡明～好酸性の腫瘍細胞が認められた。核分裂像や壊死像はみられず、脈管侵襲も認められなかった。免疫組織化学では、HMB-45陽性、SMA陽性、CD34、S-100蛋白はいずれも陰性で、PEComaと最終診断された。現在経過観察中で、再発はみられない。

PEComaは大部分が予後良好との報告がみられる一方、悪性の経過をたどった症例も報告されている。子宮体部PEComaの生物学的性格は明らかにされておらず、今後さらなる症例の蓄積が必要である。

5. 子宮内容除去術後に発生した子宮仮性動脈瘤破裂の一例

名古屋市立大学病院

橋本恵理子、片野衣江、服部幸雄、佐藤剛、尾崎康彦、杉浦真弓

【諸言】子宮仮性動脈瘤は、帝王切開術や子宮内容除去術、また自然分娩後に子宮動脈の外的な損傷が原因で発生するといわれている。今回我々は、子宮内容除去術後に発症した仮性動脈瘤に対して子宮動脈塞栓術を施行し、子宮を温存した一例を経験したので報告する。

【症例】年齢38歳、5経妊1経産4回初期流産。不育症の精査目的に受診され、精査中に妊娠。初期から性器出血があり、7週0日から9週3日まで切迫流産の診断で入院管理。入院中に糖尿病と判明し、インスリン療法開始。退院後、11週0日で稽留流産と診断し、入院、子宮内容除去術を施行。胎嚢が内子宮口の近傍にあり、処置中に770gの多量性器出血を認めたが、メチルエルゴメトリンを使用し止血。術後79日経過し、多量性器出血あり近医受診。受診時にはすでに止血されていたため、経過観察となった。術後84日に当院受診、子宮内容遺残なし。腔部スミアを施行後、1200gの多量性器出血あり。造影CTを施行し、子宮頸部後壁内に造影剤の漏出を認めた。子宮仮性動脈瘤の破裂と考え、子宮動脈塞栓術を施行。左右の子宮動脈を選択造影し、両側子宮動脈をジェルパートにて塞栓。経腔的に止血を確認した。塞栓術後11日目に造影CTを施行し、異常血管影を認めず。性器出血も認めず。月経再開以降の妊娠を許可とした。

【考察】子宮動脈塞栓術は、子宮動静脈奇形、胎盤ポリープや分娩後多量出血など、多量子宮出血を呈する症例に対して有用な方法であるが、子宮仮性動脈瘤に対しても有用であると考えられた。本症例は妊娠を強く希望されており、子宮温存のため子宮動脈塞栓術を選択した。子宮内容除去術後に多量出血を呈する症例の場合、子宮仮性動脈瘤破裂も鑑別診断の一つとして管理する必要がある。

6. 当科で経験した癒着胎盤の2症例

名古屋市立西部医療センター

関宏一郎、加藤智子、西川尚実、松浦綾乃、川端俊一、坪井文菜、鈴木佳克、六鹿正文、柴田金光

常位癒着胎盤は前置癒着胎盤と比べると頻度が低く、Miller et alは1/22000と報告しているがその分娩前診断は困難である。さらに確定診断は摘出子宮の病理検査によるため、子宮温存例では診断が困難である。今回我々は分娩後に胎盤娩出せず臨床的に癒着胎盤と思われた2症例を経験したので報告する。

症例1 33歳未産婦 自然妊娠成立後当科で健診していた。2011年6月15日 40週1日自然経腔分娩し3226gの児を分娩した。分娩後胎盤娩出せず、一部を胎盤鉗子で除去したが大部分が遺残した。分娩時出血量1386gであった。産褥1日目にMRI検査施行し子宮底部右側への癒着胎盤が疑われた。Hb5.9g/dlと貧血進行したため子宮動脈塞栓術(TAE)とRCC2単位、FFP4単位輸血した。同日より抗菌剤点滴投与も開始したが、産褥6日目敗血症性ショックとなり同日腹式子宮全摘出術を行い産褥27日目で退院となった。摘出子宮の病理検査により癒着胎盤と診断された。

症例2 31才未産婦 IVF-ICSIにより妊娠成立、2013年2月22日他院で自然経腔分娩後胎盤娩出せず、用手剥離試みたが断片的にしか摘出できず、その後2日待機したが娩出に至らず、2月24日産褥2日目当科に搬送となった。産褥3日目に造影MRI検査施行し子宮底部右側筋層の菲薄化と胎盤実質への血流をみとめ癒着胎盤が疑われた。産褥4日目Hb5.8g/dlと貧血進行したためRCC2単位輸血し産褥5日目よりメソトレキセート筋注療法を4日間施行した。産褥26日目に退院となり、産褥81日目に自然排出に至った。臨床的癒着胎盤と思われた。

上記症例について考察を加えて報告する。

7. 当院における胎盤遺残取り扱いプロトコールの検討

岐阜大学医学部附属病院 成育医療・女性科

宮居奈央、寺澤恵子、豊木 廣、大塚祐基、竹中基記、矢野竜一郎、古井辰郎、森重健一郎

【緒言】胎盤遺残はしばしば経験する疾患であり、産褥早期のみならず、産褥晩期出血の原因ともなりえる。治療は用手剥離などによる胎盤除去、動脈塞栓術（以後TAE）、経頸管手術など多岐に渡るが、操作に伴い大量出血をきたす可能性があり、その対応に苦慮することもまれではない。

【目的】当院で経験した胎盤遺残症例を調査すること。

【方法】2004年6月から2013年6月の9年間に経験した胎盤遺残35症例を対象とし、その臨床的背景、治療方法、転帰等を後方視的に検討した。

【結果】来院時に持続的出血を認めた18例は、造影CTを施行し活動性出血の有無を評価した。持続的出血がなかった17例は、造影CTを施行しなかった。

造影CTで活動性出血を認めた8例は、TAEを併用し胎盤摘出を行った。

持続的出血がなく、造影CTで活動性出血を認めなかった27例は、胎盤血流の評価をした上で治療方針を決定した。

造影CT施行症例と非施行例を比較すると、造影CT施行例は、産後出血量が多く貧血は高度となり、早期に胎盤娩出を行う症例が多かった。TAEを施行した症例は非施行例と比較すると、分娩時出血量が多く比較的早期に胎盤娩出がなされたが、輸血や貧血の程度に有意差は認めなかった。

持続的出血を認めた症例では、治療方法を決定するのに、出血量や超音波検査だけでは評価不十分であり、造影CTが必要であった。

【結論】

当院における胎盤遺残の取り扱いプロトコールに沿った結果、子宮摘出に至った症例は1例のみで病理学的に癒着胎盤と診断された症例であり、その他は子宮温存し止血可能であった。持続した出血がない場合、胎盤の血流評価を行い、治療方法を検討できた。持続した出血がある場合、造影CTによる活動性出血の有無を評価の上、動脈塞栓術適応を考慮すべきと考える。

8. 経膣分娩後に診断された癒着胎盤に対し待機療法で子宮温存可能であった1例

伊勢赤十字病院 産婦人科

柵木善旭、久保倫子、山脇孝晴、西村公宏、能勢義正

日常診療において癒着胎盤の頻度は希であるが、帝王切開率の増加や妊娠年齢の上昇に伴い増加している。症例は29歳、0経妊0経産。既往歴、家族歴に特記すべき事項なし。妊娠初期より双角子宮左側妊娠として近医で管理されていた。妊娠40週2日に陣痛発来し、妊娠40週3日に健児を近医にて自然経膣分娩した。その後、胎盤剥離徴候を認めず、分娩75分後に用手的並びに胎盤鉗子を用いての剥離を試みた。しかし臍帯は断裂し胎盤の一部のみの娩出のため、癒着胎盤の疑いで分娩4時間後に当院に搬送となった。当院においても用手剥離を試みたが、胎盤の剥離は困難であった。出血の増悪を認めなかったため、オキシトシン、抗生剤の点滴で待機療法とした。入院時の血中hCG値は3620mIU/mlであった。産褥1日目に施行した造影MRI所見では、子宮内部頭側に長径10cm大の遺残した胎盤が描出され、筋層内への侵入像を認め嵌胎盤が疑われた。出血量の増加なく、感染徴候も認めなかった。患者の希望もあり、産褥6日目に退院し外来管理とした。血中hCG値の低下傾向を確認し、胎盤剥離徴候も認めなかったため、産褥37日目に掻爬目的に入院した。硬膜外麻酔下に子宮内容除去術を施行した。胎盤は子宮底部に強固に癒着していたため、細分化し除去した。術後経過は良好で、術後5日目（産褥43日目）には血中hCG値が陰転化し、子宮腔内に胎盤遺残も認めず退院とした。今回我々は出血、感染の増悪なく、血中hCG値も良好な低下傾向を認めたため、一般的な癒着胎盤の治療である手術療法、動脈塞栓術、化学療法などを行わず、待機療法にて子宮を温存し得た症例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

第2群 (10:42~11:54)

9. 胎児心拍を認めたがMTX治療が奏功した頸管妊娠の一例

三重大学医学部産科婦人科学教室

真木晋太郎、村林奈緒、河村卓弥、島田京子、
武田真由子、道端肇、神元有紀、奥川利治、田畑務、
大里和広、池田智明

【緒言】頸管妊娠は妊娠8000~18000例に1人と稀であるが、大出血をきたす可能性のある重篤な疾患である。しかし、確立された治療法はない。今回、血中hCG値が高値で、胎児心拍も認められた症例に対してメトトレキサート (MTX) による保存的治療により良好な経過を得た1例を経験した。

【症例】28歳、初妊。妊娠反応が陽性となり近医を受診した際、頸管妊娠が疑われ精査・加療目的に当院に紹介された。経膈超音波にて子宮頸部に胎嚢を認め、頸管妊娠と診断した。血中hCG値は22021.1mIU/mlであった。MTX投与の方針となり、入院の上MTX 50mg/m²を全身投与した。しかし、7日後の血中hCG値は43618.7mIU/mlと上昇傾向であり、胎嚢の増大、胎児心拍も認められた。このため、MTX 50mg/m²再投与および胎嚢へのKCl局所注入を行った。胎児心拍は停止し、7日後の血中hCG値は29416.9mIU/mlと低下傾向を示した。血中hCG値が高値ではあり、7日ごとのMTX投与を継続した。MTX 4回目投与後に少量の脱落膜組織の排出が認められた。MTX 5回投与後、血中hCG値は634.8mIU/mlとなった。胎嚢像は残存していたが血流は消失しており、出血の可能性は低いと考えられ退院となった。その後も順調に血中hCG値は低下し、退院後5週目に月経が発来した。経過中、大量出血は認められなかった。なお、MTX投与およびKCl投与に際しては患者および家族にインフォームドコンセントを得た。

【結語】妊孕性を温存し得た頸管妊娠の1例を経験した。頸管妊娠に対してMTX投与は第一選択となる治療法と考えるが、大量出血の可能性があり、動脈塞栓・手術療法が早急に施行できる施設での入院管理が望ましいと思われた。

10. 帝王切開癒痕部妊娠を反復し、子宮全摘術を施行した1例

安城更生病院

深津彰子、戸田 繁、臼井香奈子、横山真之佑、
坪内寛文、菅聡三郎、衣笠裕子、清水裕介、勝佳奈子、
中村紀友喜、菅沼貴康、鈴木崇弘、松澤克治

帝王切開癒痕部妊娠は、異所性妊娠の中でもまれなものであるが、近年は子宮温存治療の報告が増えつつある。今回我々は、3度の帝王切開の後の癒痕部妊娠に対し子宮温存治療に成功したものの、短期間で新たに癒痕部妊娠が成立し、子宮全摘術となった症例を経験したので報告する。症例は23歳、7経妊3経産。過去の分娩転帰は以下の通り。第1回は26週で前期破水のため母体搬送され緊急帝王切開。この後子宮頸部高度異形成に対し円錐切除術が施行された。第2回は15週で頸管長短縮により緊急頸管縫縮術を施行したが、25週で前期破水となり緊急帝王切開。さらに産褥6週でA群溶連菌による子宮内感染のため入院加療を要した。第3回は予防的頸管縫縮術と安静目的入院により早産予防を図ったが、30週で破水し緊急帝王切開。また、妊娠中より卵管結紮の提案を行うも同意を得られなかった。新たに妊娠成立したが、癒痕部妊娠と診断され当院に紹介となった。超音波検査で帝切癒痕部に2cmの胎嚢あり、胎児心拍を認めた。血中hCG値は4.2万mIU/mlであった。強い子宮温存希望あり、メソトレキサート全身投与、子宮動脈塞栓術、子宮内容除去術を順次行う子宮温存治療を施行した。治療17日後に性器出血のため入院となったが、経過観察のみで軽快。血中hCG値は治療直前の10.5万mIU/mlから治療44日後には4.0mIU/mlへと順調に下降した。外来フォローと併行して避妊指導を行っていたにも関わらず、治療4か月後を最終月経として再度癒痕部妊娠が成立し、当院に紹介された。癒痕部は幅32mmにわたり離開し、この部位に児心拍を伴う胎嚢を認めた。血中hCG値は2.0万mIU/ml。再度の子宮温存治療はリスクが大きいと判断し、ご夫婦の同意の下で、腹式単純子宮全摘術を施行した。病理検査では子宮筋層内に絨毛の浸潤像が認められた。

11. 分娩時に非癒痕性子宮破裂を起こした1例

中部ろうさい病院

中村謙一、寄川麻世、菅 もも、藤原多子

【諸言】子宮破裂は胎児死亡のみならず母体死亡にも至る可能性がある重篤な疾患である。その発生頻度は全分娩の0.016~0.1%であり、癒痕性子宮破裂が約1%であるのに対し、非癒痕性子宮破裂は0.0015%と非常に稀である。今回我々は経腔分娩後に止血困難な多量出血を呈した非癒痕性子宮破裂の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】29歳女性。0経妊0経産。妊娠40週2日に陣痛発来し、分娩順調に進行し子宮口全開大まで至るも、続発性微弱陣痛となり分娩進行停止したため、陣痛促進を行った。児頭Station±0まで下降するも、母体疲労も強く、Kristeller胎児圧出法を併用し吸引分娩にて分娩となった。児娩出直後より多量の出血があり、胎盤娩出時までに約1000mlの出血を認めた。内診にて子宮内腔より出血が噴き出すような状況であった。頸管裂傷は認めなかったが、傍子宮結合織縫合や子宮収縮剤の投与、双手圧迫止血術などを施行するも効果を認めなかった。経腹超音波検査にて子宮体下部より頸管内へ向かう持続性出血を確認した。出血量は約2000mlを超え、母体は出血性ショックとなったため、緊急開腹術を施行した。腹腔内には出血は認めなかった。子宮動静脈結紮術や圧迫止血を施行したが、止血困難であり子宮全摘術を余儀なくされた。摘出した子宮には子宮体下部右側壁から子宮頸部にかけて4×1cmの縦裂傷を認め、不全子宮破裂であった。術中の急速輸血と子宮全摘術により術後早期に全身状態は安定し、術後13日目に退院となった。

【結語】本症例のように止血困難な外出血を認めるが腹腔内出血を認めない不全子宮破裂の症例は、臨床症状から弛緩出血との鑑別は困難であり、子宮破裂の診断に苦慮した。手術既往のない子宮においても稀ではあるが子宮破裂が起こる可能性を念頭に置く必要がある。

12. 小児の非腫瘍性卵巢茎捻転の一症例

岐阜市民病院

高橋かおり、山本和重、平工由香、柴田万祐子、波多野香代子、上田陽子

【緒言】今回我々は非腫瘍性の卵巢茎捻転を疑い、細径腹腔鏡下で卵巢を温存した症例を経験したので報告する。

【症例】9歳、初潮前。既往歴・家族歴に特記事項なし。朝より右下腹部痛・微熱を認め、近医受診したが消化器疾患疑われ帰宅した。その後も右下腹部痛が続き、同日夜嘔吐し当院救急外来を受診した。右下腹部に圧痛あり、筋性防御なし。腸蠕動音は低下していた。CRPは0.06mg/dl、白血球は9960/mm³であった。腹部単純写真にて二ボーンなし。造影CTにて骨盤腔右側に腫瘤像を認め、翌日早朝婦人科高診となった。経腹エコーで右卵巢は39mm大に腫大していたが、腫瘍性病変は不明瞭であった。右卵巢茎捻転を疑い緊急腹腔鏡手術を施行した。スコープ・鉗子類は3mm径を使用した。術中所見は、右卵巢が時計回りに360度回転していた。捻転を解除し卵巢固有靭帯を縫縮した。術後右下腹部痛は消失した。術後2日目の経腹エコーで右卵巢は24mm大に縮小し、翌日退院した。術後23日目に術後検診のため来院。経腹エコー上卵巢は確認出来なかった。術後49日目に骨盤部造影MRIを撮影したところ、両側正常卵巢が確認された。右卵巢に腫瘍性病変や血流障害を疑う造影不良域は認められなかった。

【考察】小児では、正常卵巢でも捻転する場合や時間を経て対側卵巢が捻転した報告もあるため切除には慎重になるべきである。原因不明の下腹部痛が生じた小児においては卵巢茎捻転も鑑別診断に入れて診療に当たることが重要である。その際早期診断・治療目的での腹腔鏡手術は有用であると考えられた。

13. 巨大卵巣腫瘍にネフローゼ症候群を合併した一例

春日井市民病院

玉内学志、佐々木裕子、下村裕司、早川博生

巨大卵巣腫瘍にネフローゼ症候群を合併し、腫瘍摘出後もネフローゼ症候群が持続し治療を要した一例を経験したため報告する。症例は13歳女児で、下腹部巨大腫瘍のため近医より当院救急外来への紹介受診となった。単純CTにて巨大卵巣腫瘍が疑われ、血液検査にてAFP 425.0ng/ml、CA125 876.8U/ml、CA19-9 1044.0U/ml、SCC抗原9.7ng/ml、総蛋白5.3g/dl、アルブミン0.9g/dl、尿検査にて蛋白4+で、胚細胞腫瘍とネフローゼ症候群の存在が疑われた。MRIでは臍上に達する巨大卵巣腫瘍を認めImmature teratomaが疑われた。手術時の開腹所見では成人頭大の右卵巣腫瘍で、少量の腹水を認めたが、癒着や被膜浸潤は認めなかった。腹水細胞診は陰性で、術中迅速病理診断ではImmature teratomaの診断であった。妊孕性温存のため右付属器切除のみ行い肉眼的な腫瘍残存を認めなかった。術後の病理組織診断はImmature teratoma, Grade 2であった。術後経過は概ね良好であったが、術後2日目の一日尿蛋白が13gと高値で、その後も血中アルブミン1.0g/dl未満と尿蛋白3+以上が持続するため、ネフローゼ症候群と診断し術後10日目から治療を開始した。プレドニゾロン(PSL)導入後6日で尿蛋白が陰性化し、ネフローゼ治療のプロトコルに従いPSLを減量し、治療開始後60日でPSL投与を終了し退院となった。腫瘍マーカーはAFPが術後2週間で陰性化し、その他マーカーも術後3か月までに陰性化した。術後3か月で施行したPET-CTでは腫瘍の残存や再発の所見を認めなかった。術後4か月現在、ネフローゼ症候群は寛解状態を維持している。本症例では、副腎皮質ステロイド治療に対する反応が良好であったため腎生検は施行せず、微小変異型ネフローゼ症候群と推定されている。悪性卵巣腫瘍にネフローゼ症候群を合併した症例の報告例は少なく、文献的考察を交え報告する。

14. 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった骨盤内神経鞘腫の一例

津島市民病院、同外科*

榊原貴恵、岩田愛美、東 真規子、柴田大二郎、渡辺伸元*

【はじめに】今回我々は、術前に卵巣腫瘍との鑑別が困難であった骨盤内神経鞘腫の一例を経験したので報告する。

【症例】80歳女性、3経妊2経産、閉経55歳。前医にて左股関節痛のため腰椎MRI、CTを撮影したところ骨盤内腫瘍を指摘され、平成23年12月27日当科紹介・初診。経膈超音波にて骨盤内に約10cm大の可動性の乏しい腫瘍を認め、MRIでは骨盤部に約10cm大のT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号、充実性成分及び嚢胞性成分の混合した腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCA125; 7.8 U/ml、CA19-9; 2.0 U/ml、CA72-4; 3 U/ml未満とすべて正常範囲内であった。卵巣腫瘍を疑い平成24年2月21日手術施行。開腹したところ子宮及び両側の付属器には異常を認めず、後腹膜より発生する腫瘍を認めた。後腹膜を展開し、腫瘍の剥離を進めたが、腫瘍は小骨盤内に強固に癒着しており、剥離に難渋し、術中出血量は約4000mlと大量出血となった。腫瘍摘出後、腫瘍を剥離した仙骨前面からの止血が困難であったため、ガーゼパッキングを行い一旦閉腹、2日後に再開腹し、止血を確認後ガーゼを除去した。術後病理結果は免疫染色にてS-100(+)であり神経鞘腫と診断された。神経障害を含め術後合併症は特に認めず、術後16日目に経過良好にて退院した。現在も当科外来にて経過観察を行っているが再発所見を認めていない。

【考察】神経鞘腫は末梢神経のschwann細胞に由来する良性腫瘍で、頭頸部、四肢、体幹部といった体表部の末梢神経に好発する。骨盤内発生は約1%と非常に稀とされている。予後は一般的に良好であるが、組織学的に良性像を呈していても術後に悪性化・転移などを起こしたとの報告もみられることから本症例でも厳重な経過観察が必要と思われる。

15. 悪性腫瘍治療後にPETが偽陽性であった類上皮肉芽腫の2例

トヨタ記念病院 産婦人科

古株哲也、真山学徳、鶴飼真由、小出菜月、近藤真哉、宮崎のどか、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】鋭敏な腫瘍検出能力のあるPETは、悪性腫瘍の再発評価において有用性が報告されている。しかし、PETは活動性の炎症や肉芽腫などの良性病変にも集積し、偽陽性所見が生じることが知られている。今回、我々は卵巣癌および腔癌治療後にFDGの異常集積を認め、転移を疑ったが類上皮肉芽腫であった症例を経験したので報告する。

【症例】症例1。患者は66歳。悪性卵巣腫瘍の術前診断で子宮全摘出術、両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤リンパ節郭清および傍大動脈リンパ節郭清を施行した。病理組織診断はendometrioid adenocarcinoma, pT3bN0M0でoptimal surgery後にTC療法を6コース施行した。術後2年8ヵ月のPET/CTで右肺S6および縦隔リンパ節にFDGの異常集積を伴う多発結節影を認めた。再発が否定できず、診断目的に胸腔鏡下右肺部分切除術および縦隔リンパ節生検を施行した。病理組織診断では類上皮肉芽腫で悪性所見は認めなかった。その後の経過は良好で、術後5年5ヵ月経過した現在、再発徴候はなく外来経過観察中である。症例2。患者は59歳。Stage II腔癌(squamous-cell carcinoma)の診断で同時化学放射線療法を施行した。治療終了1ヵ月後のPET/CTで両側に多発性の肺門部リンパ節腫大とFDGの異常集積を認めた。再発が否定できず、気管支内超音波ガイド下生検を施行した。病理組織診断では類上皮肉芽腫の診断で悪性所見は認めなかった。同時化学放射線療法終了9ヵ月経過した現在、再発徴候はなく外来経過観察中である。

【結論】PET/CTは再発悪性腫瘍の診断において有用な検査であるが、本症例のように偽陽性例も認めるため、再発との鑑別には病理組織学的評価を含め慎重に行う必要がある。

16. 卵管留膿症をきっかけに大腸癌と診断された1例

三重大学医学部附属病院

島田京子、河村卓弥、武田真由子、真木晋太郎、道端 肇、鳥谷部邦明、本橋 卓、奥川利治、田畑 務、池田智明

【緒言】卵管留膿症および骨盤内感染症は一般的に、性交渉などにより経腔的に腹腔内感染を起こすことで発症することが多い。今回、性交経験のない卵管留膿症をきっかけに大腸癌と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】41歳女性。未婚、性交経験なし。便秘のため日頃から緩下剤を常用していた。下腹部痛のため近医を受診。虫垂炎および麻痺性イレウスとの診断で虫垂切除術が施行されたが、その後も下腹部痛が持続していた。3ヵ月後、下腹部痛の増強と38°C台の発熱があり近医を再診したが明らかな異常は指摘されず、1週間の経過観察後も症状が改善しないため、近医の産婦人科を受診。左付属器付近に腫瘤を認めるとのことで当院紹介、入院となった。経腔超音波検査にて子宮の背側左に80×50mm大の多房性腫瘤を認め卵管留膿腫が疑われた。CTおよびMRIでは、左卵管留膿腫と隣接するS状結腸の浮腫性壁肥厚を認めた。入院時WBC9030/ μ l、CRP7.3mg/dlと炎症反応を認め、抗生剤投与を開始し、10日後に症状の改善を認めた。性交経験がなく、入院時に便潜血も認めため大腸内視鏡検査および注腸造影を施行したところ、進行大腸癌と診断された。炎症反応が改善後、開腹術を施行。術中所見では、S状結腸に腫瘍を認め小腸・子宮・左付属器・後腹膜に直接浸潤しており、ハルトマン手術および単純子宮全摘・両側付属器切除を行った。病理検査よりS状結腸高分化型腺癌Ⅲ期との診断のもと、術後放射線化学療法を行う方針となった。

【考察】性交経験のない骨盤内感染症の報告はあるが、頻度は稀である。一方で大腸癌により腹腔内や骨盤内に膿瘍形成を認めた症例報告もあり、鑑別および診断には十分な精査が必要である。

【結語】本症例のような感染経路を推定しにくい骨盤内感染症例では大腸癌の可能性も念頭に置くべきであると考えられた。

第3群 (13:00~14:12)

17. 当施設で経験した未分化胚細胞腫12例の検討

豊橋市民病院、女性内視鏡外科*、総合生殖医療センター**
甲木聡、矢吹淳司、北見和久、池田芳紀、伴野千尋、山口恭平、吉田光紗、廣渡美紀、松川哲、矢野有貴、小林浩治、梅村康太*、岡田真由美、安藤寿夫**、河井通泰

【目的】 卵巣の胚細胞性腫瘍の中で未分化胚細胞腫は悪性腫瘍に分類され、まれな腫瘍である。このため、未分化胚細胞腫に対する標準治療は確立されていない。今回、当科で経験した12例について臨床的検討を行った。

【方法】 1981年から2013年までの33年間で当科にて診断治療を行った未分化胚細胞腫12例を対象とした。

【成績】 年齢中央値24歳。進行期はⅠA期5例、ⅠC期3例、Ⅱ期1例、Ⅲ期3例であった。術前LDHは9例中8例で陽性、CA125は9例中5例で陽性であった。術前診断は、未分化胚細胞腫5例、子宮筋腫または良性卵巣腫瘍6例、上皮性卵巣癌1例であった。全例に初回手術療法が行われた。残存腫瘍を認めた症例は1例あった。術後化学療法が施行されたものは8例（PVB療法7例、BEP療法1例）、放射線療法1例、追加治療なしが3例であった。1例が初回術後15ヶ月で再発した。再手術、化学療法、放射線療法を行うも初回術後58ヶ月で現病死した。他は無病生存11例であった。治療終了後、妊娠に至った例は3例存在した。残存腫瘍を認めた症例では、術後化学療法にて著明な治療効果が得られた。

【結論】 未分化胚細胞腫は、若年女性に発症し、比較的進行期の早い症例が多くを占めていた。手術療法と化学療法を組み合わせることにより十分な治療効果が期待できる腫瘍であるが、治療に抵抗を示すものもあるため、さらに症例を集積して検討していく必要があると考えられた。

18. 婦人科悪性腫瘍に対する5FU単剤療法の有用性の検討

名古屋第一赤十字病院
池田沙矢子、廣村勝彦、鈴木一弘、三宅菜月、山田有佳里、柵木善旭、伴真由子、大西貴香、横井暁、新保暁子、岡崎敦子、坂堂美央子、宮崎顕、紀平加奈、安藤智子、水野公雄、古橋円

【目的】 5FUは婦人科領域において、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌に保険適応があり、従来から広く使用されてきたが、多くは他剤との併用であり単独で点滴静注使用されることは少なかった。今回、われわれは5FUの広い適応と副作用が少ない点に着目し、化学療法後の再発・難治性婦人科悪性腫瘍に対して5FU単剤化学療法を施行し、その有用性を検討した。

【方法】 対象は、当科で2010年1月から2012年12月に5FU単剤療法を施行した15症例であり、その内訳は子宮頸癌7例、卵巣癌5例、子宮体癌2例、卵管癌1例の再発症例13例、難治性進行症例2例である。5FUは15-20mg/kgを週1回点滴静注、原則として毎週連続投与とし、患者の状況の変化に応じて適宜減量、延期した。これらの症例に対しその治療効果、有害事象について後方視的に検討した。

【成績】 15例中、5FU療法開始までの化学療法施行レジメン数中央値は3（1～5）、施行コース数中央値11（3～31）であった。5FU療法開始時の患者のPSはPS1が8例、PS2が7例、再発病巣部位は腹腔・骨盤内11例、肺5例、リンパ節5例（重複あり）であった。治療開始後減量が必要であったものは2例、有害事象はgrade1の骨髄抑制を認めたものが1例、消化器症状はgrade2が1例、grade1が8例（重複あり）といずれも軽微であった。5FU療法の施行回数中央値は8回（2～60回）、治療期間中央値は2ヵ月（1～22ヵ月）であり、15例中5例（30%）で治療中に症状の軽減、腫瘍マーカーの低下を認め、生存期間の延長に寄与したと考えられた。

【結論】 5FU単剤療法は前治療のある終末期に向かいつつある患者においても、ADLを損なうことなく安全に施行でき有効であると考えられた。

19. Irinotecan/cisplatin療法が有効であった子宮頸部小細胞癌の2例

名古屋市立大学病院産科婦人科

竹下奨、橋本恵理子、西川博、荒川敦志、杉浦真弓

【緒言】子宮頸部小細胞癌（SmCC）は子宮頸癌の1%前後といわれている極めて稀な疾患である。早期に再発・転移をきたし、脳転移の頻度も高く、予後不良な疾患として知られている。

今回我々は、Irinotecan/cisplatin（CPT-P）療法が有効であったSmCCの2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例1】62歳。不正性器出血を主訴に前医受診し子宮頸部細胞診にて小細胞癌と診断、当院紹介受診。SmCC IIb期の診断で術前化学療法としてCPT-P療法3コース後に広汎子宮全摘術を施行し、さらに術後に3コース追加した。その後外来にて経過観察していたが、初回治療から14ヶ月後に骨盤内および傍大動脈リンパ節に再発したためCPT-P療法を6コース施行し、全骨盤および傍大動脈リンパ節に外照射した。現在35ヶ月時点において明らかな再発巣を認めていない。

【症例2】44歳。不正性器出血を主訴に前医受診し子宮頸部細胞診にて小細胞癌と診断、当院紹介受診。SmCC I Vb期の診断でCPT-P療法8コース施行しPRと判定。倦怠感により、治療法をEtoposide内服に変更したところ、初回治療より11ヶ月後に脳転移、癌性髄膜炎と診断された。全脳照射施行により脳転移巣は縮小したが、翌月には原発巣増大を認め、CPT-P療法を再開し6コース施行した。腎機能悪化と倦怠感にてweekly-CPT療法に変更したが、脳転移巣は再燃し、失見当識や言動不穏などを認め、治療は中止となった。初回治療から23ヶ月にて原癌死となった。

【結語】今回我々はCPT-P療法が有効であったSmCCの2例を経験した。SmCCでは肺小細胞癌に準じた化学治療が有効であると報告されているが、現在は施設毎に様々な治療法が行われている。SmCCは予後不良の疾患ではあるが、化学療法の奏効率は必ずしも悪くはないため、手術療法を含めた集学的治療の確立が今後の課題であると考え

20. 子宮峡部に発生した子宮体癌の臨床的検討

愛知県がんセンター中央病院

近藤紳司、河合要介、笹本香織、中西透

子宮峡部に発生する子宮体癌（以下、子宮峡部癌）の頻度は、欧米では子宮内膜癌の3~3.5%、本邦では1.4~3%と報告されている。一般的に通常の子宮内膜癌と比較して、発症年齢が若く、筋層浸潤や脈管侵襲の頻度、低分化な腫瘍の割合が高い傾向にあるとされている。そのため予後不良とする報告もあるが、臨床病理学的特徴も含め、発症年齢が若いこと以外は文献的報告が一致しおらず、まとまった見解がなされていないのが現状である。今回我々は2005~2012年の間に子宮体癌と診断された350症例について検討を行い、癌が肉眼的および病理学的に子宮峡部に位置する症例を子宮峡部癌とした。その結果、12例の子宮峡部癌を認め、これらに対し臨床的検討を行ったので報告する。対象症例の平均年齢は50.5歳（範囲24.2~62.6歳）、年齢分布は20代1例、40代5例、50代4例、60代2例であった。BMIは平均23.6（範囲19.8~33.0）、分娩歴は平均1.4（範囲0~3）で未分娩の症例は4例であった。FIGO進行期はI期が4例、II期は3例、III期は5例で、N1症例は1例で、筋層浸潤1/2以下の症例は7例、1/2を越える症例は5例であった。組織型は非類内膜癌6例（50%）、類内膜腺癌6例（50%）で、分化度はG1が3例、G2が2例、G3が1例であった。全例手術が行われ、12例中4例で広汎子宮全摘術が施行された。術後化学療法は6例に施行し、5例がPTX+CBDCA、1例がDTX+CDDPであった。今後更なる症例の集積および検討を行っていく予定である。

21. 当院における高齢子宮体癌症例に対する治療の検討

大垣市民病院

鈴木徹平、高木七奈、玉村有希恵、野坂和外、
伊藤充彰、古井俊光、木下吉登

高齢の子宮体癌患者は、合併症を有する例が多く、また積極的な治療を希望されない場合もあり治療法の選択に悩むことが多い。今回、当院で初回治療として手術療法を行った75歳以上の子宮体癌症例を検討した。

2008年1月～2013年4月の間に当院で手術治療を行った75歳以上の子宮体癌症例は20例であった。年齢の中央値は80歳（75-92歳）、組織型は類内膜腺癌17例（83%）、漿液性腺癌・明細胞腺癌・腺肉腫がそれぞれ1例であった。進行期はⅠa期11例、Ⅰb期4例、Ⅱ期1例、Ⅲa期3例、Ⅳb期1例であった。全例にリンパ節郭清の省略された縮小手術が行われていた。化学療法は、再発中～高リスクの13例中10例で未実施であった。観察期間の中央値は14.5ヶ月（1～55ヶ月）で、3例に再発を認め、そのうち1例がホルモン療法中、1例が原病死、1例がBSCの方針で他院へ転院となっていた。再発中～高リスク症例で、術後補助化学療法を行った3例中1例、行わなかった10例中2例に再発を認めた。

高齢子宮体癌症例の治療では、縮小手術、化学療法の省略が多い傾向にあった。高齢者は合併症などの個人差が大きく、症例ごとに治療法を選択すべきであると考えられた。

22. 急性腹症で発症し、組織標本でmacro-papillary patternを呈した卵巣低悪性度漿液性腺癌の1例

三重県立総合医療センター 産婦人科

南 結、伊藤雄彦、伊藤譲子、小林良成、井澤美穂、
田中浩彦、朝倉徹夫、谷口晴記

症例は75歳、2経妊2経産。数年前から時々下腹部痛と腹囲の増大を自覚していたが放置していた。平成25年7月3日夜間より正中～右下腹部にかけて持続性の疼痛が出現し、翌朝まで経過観察していたが改善せず、近医を受診した。腹部CTにて粗大な石灰化を伴う12cm超の卵巣腫瘍が認められたため卵巣腫瘍の茎捻転を疑われ同日当院へ緊急搬送となった。来院時vital sign安定しており、身体所見は腹部軟であるが下腹部正中～やや右にかけて硬い腫瘍と同部位に一致して圧痛を認めた。血液検査ではWBC11300/ μ L（うち好中球92%）、CRP0.11、CA19-9 82U/mL、CA125 998.6U/mLと白血球増多と左方移動、腫瘍マーカー高値を認めた。卵巣腫瘍の茎捻転疑いで緊急開腹手術施行したところ腹膜直下に径12cm程度の暗赤色～紫色の出血性充実性の右卵巣腫瘍を認め、腹腔内に血性腹水が貯留していた。左卵巣は3×4cm程度で色調は正常であったが表面に乳頭状増殖性変化を認めたため両側付属器切除を施行した。病理学的検索の結果、低悪性度漿液性腺癌と診断され、明らかな間質浸潤とmacro-papillary patternを認めたが、micro-papillary patternは殆ど認められなかった。今回、macro-papillary patternを主体とした低悪性度漿液性腺癌を経験した。本疾患においてmicro-papillary patternが認められる頻度は高いがmacro-papillary patternが認められることは稀であり、文献的考察をふまえて報告する。

23. 卵巣癌肉腫の1例

藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院、同病理*、千音寺病院**、藤田保健衛生大学***

浅野真希、長谷川清志、酒向隆博、塚田和彦、多田 伸、溝口良順*、黒木 遵**、河村京子***、藤井多久磨***

【はじめに】卵巣癌肉腫は卵巣悪性腫瘍の1%以下と稀で、そのほとんどが進行癌であることより予後不良である（5年生存率7.5%）。今回、3回の再発を繰り返すも化学療法と手術にて無病生存している1例を報告する。

【症例】初回治療：2000年（63歳）、右卵巣癌肉腫（10×8×7 cm）に対しstaging laparotomy (optimal) を施行した（FIGO IIIc, pT3cN0M0）。TP (TC) 療法9サイクルを施行した。初回再発：2005年、仙骨全面に再発（6 cm大）。TC療法6サイクルで臨床的CRが得られた。2回目再発：2006年、同部位に再再発（6×7 cm）。DC療法を施行するもPDであったため、腫瘍摘出術（小腸、S状結腸合併切除）を施行後、CPT-11療法を6サイクル施行した。3回目再発：2013年、右側腹部（肝腎間）に再発（7×8 cm）。TC療法にてPRが得られ、腫瘍摘出術を施行した。

【病理所見】初回手術；上皮性成分は漿液性腺癌、類内膜腺癌、低分化腺癌、ロゼット構造や扁平上皮への分化を示す極めて多彩な組織像を示し、非上皮性腫瘍は極めてわずかで平滑筋肉腫とされた（homologous）。2回目手術：腺癌成分と非上皮性成分として平滑筋肉腫以外に異型を示す軟骨組織も認めた（heterologous）。3回目手術：腺癌成分と平滑筋肉腫成分が認められた（homologous）。

【おわりに】本症例が長期生存している理由として、1）再発が単発で完全切除可能であったこと、2）化学療法にintermediate sensitiveであったこと、などが挙げられる。3回の病理所見からは2成分の存在が共通しており、さらに各々の成分にバリエーションがあったことから、本症例の組織発生に関しては、combination theory（単クローン説）が最も考えやすい。

24. Peutz-Jeghers症候群に合併したsynchronous mucinous metaplasia and neoplasms of the female genital tract (SMMN-FGT) の一症例

岐阜大学医学部附属病院、同病理*

佐藤香月、水野智子、早崎容、森重健一郎、波多野裕一郎*

【緒言】synchronous mucinous metaplasia and neoplasms of the female genital tract (以下SMMN-FGT) は卵巣、卵管、子宮内膜などの女性生殖器系に多発した粘液性病変を有し、ミューラー管上皮由来に発生するとされている。このSMMN-FGTはPeutz-Jeghers症候群の患者で見られることがある。今回、Peutz-Jeghers症候群に合併したSMMN-FGTの一症例を経験したため報告する。

【症例】42歳女性。4経妊4経産。既往歴にPeutz-Jeghers症候群を認め、腸重積で3回の開腹歴あり。近医で6 cm大の左卵巣腫瘍を指摘され、画像上悪性が示唆されたため、当科紹介初診となった。手術を勧めていたが、自己都合で通院は不定期となり、初診から9ヶ月後に下腹部膨満感、下腿浮腫、下肢の疼痛で緊急入院となった。入院時、左卵巣腫瘍はMRI上18×27 cmに腫大し粘液性嚢胞腺癌が疑われた。また、右卵巣にも嚢胞性病変があり、転移または同時発生が疑われた。初診時には認めていなかった子宮内膜肥厚を認め、組織診で腺癌を指摘された。重複癌の可能性も考慮の上、手術の方針とした。準広汎子宮全摘、両側付属器切除、骨盤内、傍大動脈リンパ節郭清、大網切除術を施行した。術後病理診断は、子宮内膜癌ⅢC期（mucinous adenocarcinoma、pT3bN1M0）、両側卵巣はmucinous borderline tumorであった。子宮、両側卵巣に粘液化生、粘液性腫瘍が多発して発生していることより、SMMN-FGTが示唆される結果となった。

【結語】今回、Peutz-Jeghers症候群に合併したSMMN-FGTを経験した。過去の文献を下に、この疾患の背景、治療、予後について考察した。

第4群 (14:12~15:15)

25. MCA-PSV高値、静脈管一過性逆流を認めた、reversal of TTTSの一例

国立病院機構 長良医療センター、
岐阜大学 医師育成推進センター*
尹 麗梅*、高橋雄一郎、岩垣重紀、千秋里香、
浅井一彦、松井雅子、志賀友美、飯野孝太郎、
川鱈市郎

【緒言】 Reversal of TTTSは、TTTS、もしくは準ずる血流の不均衡を呈する状態が逆転した状態をいう。血行動態の急激な変化を来す事があり、胎児死亡や新生児死亡のリスクが高いことが報告されている。しかし、その診断、管理法に関する明確な基準は存在していない。今回、特徴的な循環動態変動を認めたreversal of TTTSの症例を経験したので報告する。

【症例】 35歳、初産婦、自然妊娠の一絨毛膜二羊膜 (MD) 双胎で妊娠17週1日にselective IUGRにて当院に紹介となった。selective IUGR type 1、羊水不均衡を認め (MVP3/7cm)、妊娠17週4日入院管理となった。切迫早産徴候を認め、tocolysisを行った。妊娠28週0日元受血児のMCA-PSVが2.3MOMと異常高値が持続したため、臍帯穿刺を行ったところ貧血は認めず、pHも正常で、低酸素症は認めなかった。その後も異常高値が持続。両児DV波形では一過性の逆流が出現し、やがてUV flow volumeが逆転、妊娠28週3日にはMVPの逆転を確認した。妊娠29週3日にはreversal of TTTS (MVP8/2cm) と診断し、帝王切開を施行した。元供血児1033g、元受血児1341gでNICU入院となった。元供血児に脳室拡大をみとめるものの、神経症状は出現していない。胎盤には通常の吻合に加え太いsuperficial anastomosis (AA,VV) も認めた。

【結語】 reversal TTTSの病態は未解明ではあるが、今回、羊水量、UVFVの逆転に先んじて、MCA-PSVの異常高値、静脈管の一過性逆流を認めた症例を経験した。大きなsuperficial anastomosisによる血流の大きなswingから逆転していくまでの詳細な血行動態の観察から、羊水量の逆転の前に生じる所見の可能性がある。

26. 当院における胎児消化管閉鎖症例の検討

藤田保健衛生大学産婦人科¹⁾
藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院産婦人科²⁾
高屋敷利奈¹⁾、石井梨沙¹⁾、伊藤真友子¹⁾、市川亮子¹⁾、
宮村浩徳¹⁾、南 元人¹⁾、西澤春紀¹⁾、多田 伸²⁾、
関谷隆夫¹⁾、廣田 穰¹⁾、藤井多久磨¹⁾

【目的】 近年、超音波検査の進歩により、胎児消化管閉鎖症は胎児期に出生前診断されるようになったが、周産期管理に苦慮することも多い。今回我々は、当院で経験した消化管閉鎖症例の母体と胎児の臨床像について検討した。

【方法】 2006年～2013年5月までの8年間に、当院で管理した胎児消化管閉鎖14症例の臨床所見を検討した。

【成績】 胎児消化管閉鎖の内訳は、食道閉鎖症2例、十二指腸閉鎖症5例 (1例が腸回転異常を合併)、小腸閉鎖症6例、腸回転異常症2例であった。全14例中、出生前診断されたのは10例で、全例に腸管拡張像またはmultiple・double bubble signを認め、うち7例は羊水過多症を呈し、平均診断週数は31.3週であった。出生前診断されなかった4例は、C型食道閉鎖症が2例、十二指腸閉鎖症と腸回転異常症が各1例であった。合併奇形を有した6例は、21トリソミーが4例、Beckwith-Wiedemann症候群、VATER associationが各1例であった。母体は、8例が切迫早産で入院管理を必要とした。胎児の経過は、一時的なCTG異常が1例のみであった。平均分娩週数は36週3日で、経膈分娩が5例、予定帝王切開が6例、母体適応にて緊急帝王切開が3例であった。新生児への手術は、日齢1.6日で施行され、胎便性腹膜炎が3例に合併しており、入院期間は平均56.1日であった。短期術後合併症の発生は、短腸症候群の1例のみであった。

【結論】 胎児消化管閉鎖症では、羊水過多症や腸管拡張像の有無、その他の先天異常症の評価が出生前診断に有用であるが、C型食道閉鎖症等の診断困難例も存在する。さらに、母体についても切迫早産の発生率が高く、本症の診断と管理には慎重な対応が必要である。

27. 妊娠16週に高血圧、タンパク尿、血小板減少を伴う子宮内胎児死亡で搬送され、Hyperreactio luteinalisから部分奇胎と診断した1例

岐阜県立多治見病院 産婦人科
井本早苗、林祥太郎、杉山知里、中村浩美、竹田明宏

【緒言】Hyperreactio luteinalis（黄体化過剰反応；以下HL）は、妊娠中の両側卵巣にhyperthecosisを伴った莢膜黄体化嚢胞が多発し、卵巣過剰刺激症候群様の著明な卵巣腫大を呈する稀な疾患である。今回我々は、妊娠16週4日に血小板減少を伴う高血圧を呈した子宮内胎児死亡として搬送され、超音波所見からHLを疑い、血中HCG異常高値より、部分奇胎と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】37歳、2回経産婦、いずれも正常妊娠・分娩経過であった。妊娠初期の超音波検査では奇胎を疑う所見を認めず、前医で正常妊娠として管理されていた。妊娠16週4日の健診時に、子宮内胎児死亡と診断されたが、血圧180/110mmHg、尿蛋白4+、血小板7.1万/ μ Lにて、当院へ搬送となった。当院搬送時の超音波検査所見で著明な多嚢胞性卵巣腫大を認めたためCTを施行し、HLを疑った。血中HCG値は1,241,338mIU/mlと異常高値であり、胎児共存奇胎の子宮内胎児死亡と考えられた。血小板は5.8万/ μ Lとさらに下降していたため、血小板を輸血後、同日奇胎除去術を施行し、部分奇胎と診断された。血中HCG値は順調に下降していたが、再掻爬術後の夜間から腹痛を認め、CTを施行した。卵巣腫大は増悪し、少量の血性腹水を認め、嚢胞の一部が破裂したと考え、安静にて経過観察とした。術後12日目より卵巣腫大の改善とともに徐々に血圧が下降し、術後14日目に外来管理となった。術後1カ月経過し、卵巣腫大は改善傾向であり、血中HCG値も674mIU/mlと順調に下降してきている。

【結語】絨毛性疾患のうちHLを合併する頻度は10~17%といわれている。また、妊娠20週未満にPIH様の症状を呈する際には、絨毛性疾患の可能性を考慮し、その診断と治療には慎重な対応を要する。

28. パルボウイルスB19胎児感染のアウトブレイク予測と胎児輸血の意義

長良医療センター
浅井一彦、高橋雄一郎、飯野孝太郎、志賀友美、松井雅子、千秋里香、岩垣重紀、川鱈市郎

【はじめに】パルボウイルスB19（PB19）に対する抗体をもたない妊婦が感染するとまれに胎児感染をおこし、胎児貧血や胎児水腫の原因となる。今回、当科で経験したPB19感染妊婦に対してその転帰について検討したので報告する。

【対象および方法】2006年3月から2012年12月までの間に当科で管理した妊婦5884例のうち、妊娠期間中に母体血中PB19IgMが陽性となった症例33例を対象とし、その感染経路、胎児管理および転帰について後方視的に検討した。

【結果】対象は2006年から2007年および2011年から2012年に集中しており、これは全国の伝染性紅斑発生状況のピークにほぼ一致した。感染経路は25例（78%）が自身の子どもからで、小学校教諭、看護師など職場にいる小児から感染する例も3例あった。

胎児感染となったのは13/33例（39%）であり、胎児・新生児死亡の転帰をたどったのは、6例（18%）あった。この6例中3例に胎児輸血を行い、1例は胎児機能不全（NRFS）となり帝王切開で娩出したが、出生後4時間で死亡した。その他2例は胎児輸血後に子宮内胎児死亡が確認された。

【結語】最重症例での胎児輸血はどのような症例に有効かなどの問題があるが、児救命のためには不可欠な治療法といえる。また先般、風疹の流行が予測できなかったことから、発生のピークが十分に予想される本疾患に対する啓蒙活動は必要であろう。

29. 1 絨毛膜 3 羊膜品胎において 1 児のみ VACTERL 連合であった 1 例

市立四日市病院

北川香里、三宅良明、吉田健太、小林巧、小林良幸、長尾賢治、辻親廣

VACTERL 連合とは V：椎体異常、A：肛門奇形、C：心奇形、TE：気管食道瘻、R：腎奇形および橈骨側奇形、L：四肢奇形の組み合わせを示す連合である。

今回、自然 1 絨毛膜性品胎妊娠において、出生後に 1 児のみ VACTERL 連合と診断された症例を経験したので報告する。

症例は、28歳、未経妊。自然妊娠成立後、双胎妊娠管理目的に妊娠 8 週に当院紹介された。超音波検査にて 1 絨毛 3 羊膜品胎と診断し、妊娠 16 週に頸管縫縮術施行し、以降塩酸リトドリンの内服を開始した。妊娠 18 週に 1 児の脳室拡大を認め、妊娠 23 週より管理目的に入院とした。妊娠経過に伴い脳室拡大のある胎児の発育不全が認められ、また妊娠 28 週より膀胱が確認できなくなった。妊娠 27 週時の MRI 検査にて、両側側脳室および第 3 脳室の拡大を認めたが、その他に明らかな異常所見は認めなかった。妊娠 32 週 6 日に子宮収縮抑制困難のため、準緊急帝王切開術を施行した。

脳室拡大を認めていた児は 1446 g、Apgar Score 4 / 4 で出生、生後、水頭症に加え椎体異常・鎖肛・性器異常・ファロー四徴症・両側腎無形成・肺低形成が認められ、VACTERL 連合と診断、生後 18 時間で永眠となった。なお、他の 2 児には明らかな奇形は認められなかった。

今回、自然 1 絨毛 3 羊膜品胎のうち 1 児のみが VACTERL 連合と生後診断された症例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

30. 胎児水腫を伴う胎児頻脈性不整脈に対する胎児治療が著効した一例

大垣市民病院 産婦人科¹、第 2 小児科²

高木七奈¹、伊藤充彰¹、鈴木徹平¹、郷清貴²、太田宇哉²、西原栄起²、倉石建治²、木下吉登¹

症例は 32 歳、2 経妊 2 経産。既往歴・家族歴に特記すべき事項はなし。自然妊娠成立後、近医で妊婦健診を受けていた。31 週 0 日の健診で初めて胎児頻脈を指摘されたが経過観察となった。32 週 0 日の健診でも胎児頻脈が持続するため精査加療目的に当院に紹介となった。初診時の超音波では 265bpm と胎児頻脈を認めた。また、著明な胸腹水と皮下浮腫を伴う胎児水腫の状態であった。明らかな心構造異常は認められず上室性頻脈による胎児水腫と診断した。このまま termination しても児の出生後の治療が難渋することが予想されたため、十分な IC の下に胎児治療に踏み切った。入院管理とした上で初期量は Digoxin 0.2mg + Sotalol 160mg/day を母体経口投与で開始した。心電図および血中濃度をモニターしながら漸増し、Digoxin 1.2mg + Sotalol 480mg/day まで増量したところで胎児頻脈は改善し正常脈となった。その後は胎児水腫・胸腹水も順次改善を認め、最終的には消失した。内服続行のまま満期を目指していたが 35 週 0 日に自然陣痛が発来し、そのまま骨盤位経膈分娩となった。2164g、Ap4/7 の女児であった。児は出生後の精査により WPW 症候群と診断された。Digoxin と Flecainide の内服を行いつつ生後 62 日目に退院となり、現在も内服治療のみで経過観察中である。胎児水腫を伴う胎児頻脈性不整脈に対しては Digoxin、Flecainide、Sotalol 等の単剤もしくは併用による胎児治療が行われているが、確立したプロトコールはなく胎児治療そのものの効果に関しても意見が分かれるところである。しかし、本例のように胎児治療により児の予後が大きく改善する可能性があり、今後は多施設での更なる症例蓄積によるプロトコール確立が望まれる。

31. 新生児期の経過が良好であった常染色体劣性多発性嚢胞腎（ARPKD）の1例

三重大学

北野裕子、大里和弘、道端肇、河村卓弥、島田京子、
武田真由子、真木晋太郎、鈴木僚、高山恵理奈、
紀平力、村林奈緒、神元有紀、池田智明

【緒言】常染色体劣性多発性嚢胞腎（ARPKD）は、両側の腎臓に嚢胞が多発する遺伝性疾患である。胎児期に見つかるARPKDの予後は、殆どが羊水過少による肺低形成から呼吸不全となり出生後比較的早期に死に至る事が多いが、稀に長期生存する症例も報告されている。

【症例】23歳 2回経妊2回経産。第1子、第2子共に平常自然経膈分娩。患者および夫、家族に腎疾患の既往を認めず。血族結婚なし。自然妊娠成立後、妊娠27週に初めて胎児エコーにて両側腎臓の腫大、及び均一なエコー輝度の上昇を認めた。腎は小嚢胞が密集しておりARPKDを強く疑った。なお分娩直前まで羊水はAmniotic Fluid Index (AFI) で8~10cmと保たれ、胎児のwell-beingは良好であった。妊娠31週の胎児MRIは、ARPKDに一致する所見であった。①巨大な腎臓が横隔膜を圧迫する事による呼吸障害。②緊急の透析導入には至らない。③巨大な腎臓が消化管を圧迫する事による経腸管栄養の障害。以上が出生後の経過として予想された。妊娠38週0日に陣痛発来し経膈分娩した。児は男児、出生体重3656g アプガースコア7点/9点。出生5分後に一時的に軽い呻吟を認めたのみで呼吸障害はなかった。胸部レントゲンにて肺野にブラが散見された。児の腎機能に関しては血液検査にてクレアチニンの軽度上昇が認められたが悪化する事なく、尿量は保たれ透析導入に至らなかった。経口哺乳も順調に進み、出生16日目に退院となった。

【考察】本症例のように、胎児期にARPKDを強く疑う所見が認められているにも関わらず羊水量が保たれている症例は報告が少ない。羊水が保たれていれば新生児期を乗り越えられる可能性が高いことが示唆され、若干の文献的考察も踏まえて報告する。

第5群 (15:15~16:18)

32. 妊娠高血圧症候群の母体心機能に対する影響

トヨタ記念病院 産婦人科

真山学徳、吉原雅人、鶴飼真由、小出菜月、近藤真哉、
古株哲也、宮崎のどか、原田統子、岸上靖幸、
小口秀紀

【目的】妊娠高血圧症候群（PIH）は周産期心筋症のリスクファクターとして知られているが、PIH自体の母体心機能に対する影響は明らかになっていない。今回我々は、分娩前後に心臓超音波検査（UCG）と脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）の測定を行い、PIHの母体心機能に対する影響を検討した。

【方法】2007年6月から2011年8月の間に当院で分娩した単胎妊娠308例を対象とした。PIHは179例で、それ以外（非PIH群）が129例であった。心機能評価のために分娩前後にUCGとBNPの測定を行った。左室収縮機能の指標として左室駆出分画（LVEF）を用いた。左室拡張機能の指標として拡張早期僧房弁血流速度/僧房弁輪速度比（E/E'）を用い、15以上を左室拡張機能障害とした。BNPは心不全を疑うカットオフ値となる100 pg/mL以上を心機能障害の指標とした。

【成績】LVEFはPIHで $66.69 \pm 6.01\%$ 、非PIH群で $68.27 \pm 5.62\%$ 、有意確率（p値）が0.045とPIH群で有意に左室収縮機能の低下を認めた。E/E'が15以上となる症例はPIH群で179例中24例（13.4%）、非PIH群で129例中3例（2.33%）であり、p値0.001で有意にPIH群において左室拡張機能障害の頻度が高かった。BNPが100pg/mL以上となる症例はPIH群で171例中39例（22.8%）、非PIH群で81例中9例（11.1%）であり、p値0.027で有意にPIHにおいて頻度が高かった。

【結論】PIHはUCGおよびBNP検査にて左室収縮機能障害、左室拡張機能障害、心機能障害とともに引き起こす頻度が高いことが示された。多くは無症候性だが、PIH管理において母体心機能の評価も必要である可能性が示唆された。

33. 産褥期に発症したRCVS (Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome) の1例

江南厚生病院

小崎章子、神谷将臣、大溪有子、水野輝子、若山伸行、木村直美、佐々治紀、樋口和宏、池内政弘

【諸言】可逆性脳血管攣縮症候群（以下RCVS）は電撃様頭痛と呼ばれる激しい頭痛から発症し、脳血管に可逆性の分節状攣縮を認める一連の病態であり、産褥期の発症が多いと言われている。今回我々は産褥期にRCVSを発症した1例を経験したので報告する。

【症例】32歳、初妊初産、他院にて子宮筋腫核出術の既往あり。妊娠32週4日にPIH管理目的に紹介受診され同日入院。入院時高血圧、下腿浮腫、FGRを認めたがCTG所見は正常であった。食事療法と降圧剤治療を開始したが、次第に全身浮腫、尿蛋白増悪を認め、エコー上胎児発育停止も認めた。妊娠34週0日に頭痛、血圧の急上昇あり緊急帝王切開施行。出生児は1622g男児Apgar9/10。産後はニカルジピン注、硫酸マグネシウム注を持続投与し血圧安定化、子癇予防を、尿流出不良に対しマンニトール注を使用。産褥1日目、これらを漸減し中止後、徐々に離床を進めた。産褥2日目夕方、視野障害を訴えた後、全身性の強直性間代性痙攣を発症。ニカルジピン注、硫酸マグネシウム注を再開し、抗脳浮腫治療としてマンニトール注再開。頭部CT施行したが脳出血は認めず。産褥3日目頭部MRIにて両側後頭葉、左頭頂葉にT2/FLAIRで高信号を、MRAにて脳血管攣縮像を認め、RCVSの疑いにてフェニトイン内服開始。血圧はアムロジピン内服にて安定した。産褥9日目頭部MRAで血管攣縮像残存していたが、眠気があったため、フェニトインは漸減しながら継続投与。次第に頭痛等自覚症状は改善し、産褥16日目に退院。産褥1カ月の頭部MRIでは後頭葉の高信号域は消失し、主幹動脈の狭窄も見られずRCVS所見は消失した。

【結語】妊娠に関連したRCVSは産褥期に発症しやすく、多くは可逆性で予後良好とされているが、PIH症例や頭痛、頭重感が持続する場合は脳出血や脳梗塞の合併に注意し、慎重に管理をする必要があると思われる。

34. 当院における在胎28週未満の severe FGR症例の周産期管理・予後についての検討

豊橋市民病院産婦人科、同女性内視鏡外科*、同総合生殖医療センター**

山口恭平、岡田真由美、甲木 聡、矢吹淳司、北見和久、池田芳紀、伴野千尋、吉田光紗、廣渡美紀、松川 啓、矢野有貴、小林浩治、梅村康太*、安藤寿夫**、河井通泰

【目的】当院における在胎28週未満の severe FGR 症例について、その背景と予後について検討した。

【方法】2007年4月～2011年8月の間、当院で出生した在胎28週未満かつ推定体重もしくは出生時体重 $-2.0SD$ 以下の単胎で、染色体異常・胎児奇形を伴わない12症例において周産期因子、分娩時状況、新生児合併症、修正3歳時における発達・知能評価について診療録をもとに後方視的に検討した。発達・知能評価については新版K式発達検査2001を用い、発達指数 (Developmental Quotient : DQ) が70未満を不良とした。

【成績】母体年齢は20～41歳 (中央値35歳)、初産7例、経産5例、不妊治療歴1例、紹介症例は8例 (66.7%) であった。分娩時合併症として高血圧・PIH・子宮筋腫が半数以上を占めた。入院時週数は22週0日～27週2日 (中央値25週2日)、分娩時週数は25週2日～27週5日 (中央値26週3日) であった。Terminationの適応としては母体適応3例 (25%)、胎児適応 (発育停止、NRFS、IUFD) 9例 (75%)、娩出方法は11例 (91.7%) で帝王切開であった。推定体重は404g～716g (中央値580g)、出生時体重は260g～660g (中央値571g) であった。生存児において、男児6例 (67%) 女児4例 (33%)、Apgar score 1分値は2～5 (中央値3)、5分値は1～9 (中央値7)、臍帯動脈血PHは7.199～7.465 (平均7.32) であった。新生児合併症としてRDS 6例、CLD 8例、未熟児網膜症 5例、IVH 1例、小脳低形成 1例、壊死性腸炎 2例、消化管穿孔 1例、回腸捻転 1例を認めた。(一部重複例あり) DQ値は41～86 (中央値55.5)、 $DQ < 70$ は4例認めた。

【結論】在胎25週、出生体重500g未満の児においても比較的良好的な予後を期待することができる。一方で、週数・出生体重のみで一概に予後を判断することは難しく、今後さらに症例を蓄積し検討を重ねてゆきたい。

35. 蛋白尿陽性妊婦における随時尿での蛋白/クレアチニン比と蓄尿での一日蛋白喪失量の比較検討

三重中央医療センター

西岡美喜子、前田佳紀、日下秀人、前川有香、吉村公一、前田眞

【目的】妊娠高血圧腎症は母児共にその予後を悪化させることから、早期介入とより精度の高い管理対応が求められる。また産婦人科診療ガイドライン産科編2011ではCQ312の解説文中に「随時尿試験紙による尿中蛋白半定量検査は有意な蛋白尿を必ずしも正確には反映しないので、随時尿での蛋白/クレアチニン比、あるいは蓄尿を行い（略）」とある。この随時尿での蛋白/クレアチニン(P/C)比と蓄尿での一日蛋白喪失量との関係は？との疑問を解明すべく、両者の比較検討を自験例で行った。

【方法】2012年8月から2013年6月に、当院で入院管理したPIH症例のうち蛋白尿陽性で検査に同意の得られた26例、延べ38ペア検体について、随時尿P/C比と蓄尿一日蛋白喪失量を比較した。採取時期は妊娠22週～産褥12日。随時尿は日内変動を考慮し、朝・昼・夕と3回採取し比較、平均値を算出した。今回尿クレアチニン一日排出量を全て1gと仮定し、随時尿P/C比が1であれば一日蛋白喪失推定量1gと算出、その算出値と蓄尿一日蛋白喪失量との誤差が±30%以内を一致群とした。また蓄尿一日蛋白喪失量が1g以上、2g以上について検討した。

【成績】随時尿の日内変動には一定傾向はなかった。随時尿P/C比と蓄尿一日蛋白喪失量が一致したのは、30/38検体で一致率は78.9%。蓄尿一日蛋白喪失量が1g以上は24検体で、P/C比は全て1以上であり一致率は100%。蓄尿一日蛋白喪失量が2g以上は12検体で、P/C比2以上で一致したのは10検体、一致率は83.3%。

【結論】蓄尿での蛋白喪失量の測定はその結果が正確で信頼出来る一方、入院が必要となり簡便な検査法ではない。一次診療所も含め、外来で一日蛋白喪失量を正確かつ容易に推定できれば、早期介入が可能となる。今回の結果から一日1g以上の蛋白喪失症例では随時尿P/C比の信頼性は高いと考えられた。今後、体重による修正も含め、検討を続けたい。

36. 当院における前置胎盤76症例の検討

一宮市立市民病院産婦人科

松本洋介、浅野智子、吉原鉞行、小島龍司、澤田祐季、小川紫野、井口純子、岡田英幹、松原寛和、大嶋 勉

【目的】前置胎盤は、妊娠中から分娩時における産科危機的出血の原因となる代表的疾患であり、時に子宮摘出を余儀なくされ、さらに母体の生命に危険が及ぶこともある。今回、我々は当院で経験した前置胎盤症例の治療成績を、主に母体予後の観点から後方視的に検討し、大量出血のリスク因子について考察した。

【方法】2006年1月から2012年12月までに当院で管理した76例の前置胎盤症例について、診療録より後方視的に検討した。

【成績】患者背景として、母体年齢は平均33.4歳(22-40歳)、初産婦38例、経産婦38例であり、ARTによる妊娠が14例含まれていた。全前置胎盤が35例、部分、辺縁前置胎盤が41例であり、胎盤の付着部位は前壁付着が9例、後壁付着が67例であった。警告出血を47例(62%)に認め、多量の性器出血などで36週未満の早産となった症例が33例(44%)あった。帝王切開時の出血量は平均1560ml(440-5849ml)であり、同種血輸血が5例に行われていた。子宮摘出した症例は3例で、内訳は癒着胎盤が2例、弛緩出血が1例であった。術前の自己血貯血は46例(61%)に行われており、その中で同種血輸血を必要としたのは子宮摘出となった2例のみで、大多数は同種血輸血を回避できていた。大量出血のリスク因子についての単変量解析では、癒着胎盤、全前置胎盤、警告出血あり、36週未満の早産群で有意に出血量が増加していた($p<0.05$)。

【結論】大量出血のリスク因子を多数持つ前置胎盤症例の管理に対してはより慎重な対応が求められ、適切な時期に自己血貯血を行うことは同種血輸血を回避する有効な手段となる可能性が示唆された。

37. 当科におけるマイコプラズマ&ウレアプラズマ検出状況
ー緊急搬送早産症例に限定した検討ー

三重中央医療センター

前田佳紀、日下秀人、西岡美喜子、前川有香、
吉村公一、前田 眞

【目的】一般的に早産症例では妊娠30週未満で70%、26週未満では85%以上に絨毛膜羊膜炎が認められ、その最大要因の一つとされている。その診断は、出生後の胎盤病理検査で確定するため、出生前（早産予防治療）の診断精度向上が望まれてきた。しかし膣内細菌培養検査で起炎菌が証明されるのは30%程度であり多くは培養陰性と報告され、いわゆる偽陰性問題がある。そのため、子宮頸管炎、絨毛膜羊膜炎、更には子宮内感染対策として新たな培養技術の登場が待たれていた。そこで今回、一般培養では検出困難なマイコプラズマ、ウレアプラズマの検出状況について検討したので報告する。

【方法】平成25年1月1日から6月30日までの半年間に当科で入院加療を行った切迫早産症例65例全例を対象とした。入院時に従前から行っている細菌一般培養、子宮頸管エラスターゼ、フィブロネクチン検査などに、新たにマイコプラズマ&ウレアプラズマ検出キット（PCR法）を加え検討した。

【成績】対象妊婦の背景は、平均年齢30.2才（19才～41才）、平均妊娠週数27週5日（15週1日～35週6日）その内pPROM 9例（13%）であった。

マイコプラズマ・ウレアプラズマ陽性例は34例/65例（52%）であり、その内訳は*Ureaplasma parvum* 30例、*Ureaplasma urealyticum* 4例、*Mycoplasma hominis* 5例、*Mycoplasma genitalium* 0例であった。

また検出率は細菌培養陽性29%、頸管エラスターゼ陽性29%、フィブロネクチン陽性18%、マイコプラズマ陽性7.6%、ウレアプラズマ陽性50%であった。

【結論】早産の更なる減少のためには、その要因のひとつである絨毛膜羊膜炎に対する診断精度向上と有効な治療法の確立が望まれる。従来、検出困難とされてきたマイコプラズマ&ウレアプラズマの検出を試みたところ、上記のような高い検出率が証明された。今後はさらに、有効かつ積極的な治療作戦を展開していきたい。

38. 2012年の名古屋市の帝王切開率23.5%と三重県の帝王切開率16.0%の差異はどこに由来するのか？

鈴鹿医療科学大学桑名地域医療再生学講座、

桑名東医療センター*、三重県産婦人科医会**、
愛知県産婦人科医会***、名古屋第一赤十字病院†、
名古屋大学大学院医学系研究科医学部保健学科看護学
専攻††、三重大学†††

石川薫、杉原拓*、伊東雅純*、須藤真人*、二井栄**、
近藤東臣***、古橋円†、玉腰浩司††、池田智明†††

【目的】第132回東海産科婦人科学会で、名古屋市の帝切率が三重県より約7%高いことを報告した。座長より「都市部の名古屋市にハイリスク産婦が集中していることが要因ではないか」との見識が提起されたので、今回は、2012年の帝切率23.5%名古屋市と16.0%三重県の差異がどこに由来するか検討した。

【方法】名古屋市と三重県の2012年の帝切について名古屋市、三重県の各々53、39分娩取扱施設を対象に調査を行った。調査では①各施設の2012年の分娩件数、帝切件数、②帝切症例のケース毎の年齢、分娩週数、初経産、帝切の適応（選択回答）等を調査項目に設定した。適応は「既往帝切」「胎児機能不全」「児頭骨盤不均衡（予定帝切）」「骨盤位等の胎位異常」「分娩停止等による難産」「その他」の中から主なる一つを選択とした。名古屋市、三重県の48/53、33/39施設より有効回答が得られ、今回の解析対象の分娩件数は名古屋市、三重県の各々18,306/20,598、13,755/15,603で、網羅率は89、88%、統計学的検定での有意水準は5%とした。

【成績】①名古屋市、三重県の帝切率は各々4.08/18,306、22.3%、2.140/13,755、15.6%で有意差あり、帝切妊婦平均年齢は各々32.58、32.22歳で有意差なし、全帝切に早産帝切の占める割合は各々13.5%、14.7%で有意差なしであった。②「既往帝切」「胎児機能不全」「骨盤位等の胎位異常」「児頭骨盤不均衡（予定帝切）」「分娩停止等による難産」「その他」の各適応による名古屋市の帝切率（/総分娩件数）は、7.6、2.6、3.3、2、2.5、4.1%、三重県のそれは各々6.3、1.9、2.4、0.5、1.3、2.8%で、すべての適応で有意差ありであった。

【結論】名古屋市の帝切率の高さを「都市部へのハイリスク産婦の集中」だけで説明するのは難しい。

第6群 (16:18~17:12)

39. 帝王切開後に非閉塞性腸間膜虚血症 (NOMI) によると考えられる腸閉塞をきたした1例

紀南病医院組合立 紀南病院
千田時弘、塩崎隆也、関 義長

【目的】非閉塞性腸間膜虚血症 (NOMI: non-occlusive mesenteric ischemia) は主幹動脈に器質的な閉塞を認められないかも関わらず、腸管に虚血を生じる予後不良な疾患である。今回、我々は帝王切開後に発症したNOMIと考えられた症例を経験したので報告する。

【症例】39歳。初産。家族歴・既往歴なし。妊娠11週に羊水穿刺にて胎児染色体検査を受けたが、異常は指摘されなかった。妊娠経過は順調で、妊娠40週6日に陣痛発来した。陣痛発来から24時間目に子宮口全開大となったが、その後分娩が遷延した。子宮口全開大後2時間目にオキシトシンによる陣痛促進を開始し、その1時間後に高度遷延性一過性徐脈が出現した。胎児機能不全の診断で、緊急帝王切開術を施行した。術中、軽度の結腸拡大、羊水混濁が見られた。術後1日目に胃液の嘔吐と腸動音の低下が見られた。術後3日目、胆汁嘔吐がみられ、血液検査にて高度炎症所見を認め、腹部レントゲン、CTにて小腸から横行結腸に至る広範囲な全腸管の拡張が見られた。外科にコンサルテーションし、ロングチューブ挿入のうえ試験開腹術を実施した。開腹所見にて、全腸管に著明な拡張を認め、小腸全体に分節状に虚血所見を認めた。腸間膜内の血管の拍動は保たれていた。腸管の温存が可能と判断し、ロングチューブを開腹下で進め腹腔内洗浄のうえ閉腹した。術後11日目に退院となった。

【考察】Fogartyらが提唱したNOMIの診断基準は、以下のとおりである。①腸管壊死領域に相当する腸管膜動静脈の閉塞を認めない、②腸管の虚血および壊死が分節状で非連続的、③病理組織学的に腸管に出血および壊死の変化が主体で血栓を欠く。本症例では、早期に試験開腹し腸管の温存が可能であったため病理学的所見は満たさないものの、オキシトシン投与、脱水、感染が誘因となり帝王切開後に発症したNOMIと考えられた。本症例のような経過の腸閉塞にはNOMIも鑑別に挙げる必要があると考えられた。

40. 重症妊娠悪阻によりRefeeding症候群を発症した一例

半田市立半田病院
藤田啓、寺西佳枝、丸山春子、石田時一

【諸言】Refeeding症候群とは、慢性的な飢餓状態の患者に大量のブドウ糖を投与した際に発生する代謝性合併症の総称であるが、今回我々は妊娠悪阻による長期飢餓状態からの食事再開にてRefeeding症候群を発症し、電解質異常、横紋筋融解症を合併した一例を経験したので報告する。

【症例】患者は39歳、G(2)、P(2)、既往歴、家族歴に特記すべきことはなく、他院で妊婦健診を受けていた。妊娠初期から悪阻症状が強く、妊娠後体重が6~7kg減少していた。妊娠15週6日に嘔吐、経口摂取不良のため前医にて補液を受けた。その後食事は可能となり経口摂取は可能となったが、翌日から大腿痛が出現し、16週1日全身脱力により歩行不能となり当院紹介となった。経腹超音波にて胎児心拍は良好。身体診察にて四肢近位筋に把握痛、脱力あり、血液検査にて血中K: 2.5mEq/L、CK: 1293U/L、尿検査にてケトン体2+認め重症妊娠悪阻による低カリウム血症と診断。補液、K補正を開始し入院となった。その後の血液検査にてMg: 1.4mg/dL、P: 2.1mg/dLと低下、CK: 19150U/Lと上昇。本病態の原因として、経過からRefeeding症候群を発症し、そのためにカリウム、マグネシウム、リンが低下、横紋筋融解症を合併したと考えられた。電解質の補正を継続し第5病日、K: 4.2mEq/Lと改善、歩行可能となり、その後順調にデータ、症状の改善を認めたため、第11病日で退院となった。

【結語】本症例のように妊娠悪阻による長期の経口摂取不良、著明な体重減少を伴うケースではRefeeding症候群発症のリスクと考え電解質異常に留意するとともに経口摂取の開始量には十分に注意する必要があると思われた。

41. 弛緩出血で発症した子宮型羊水塞栓症の1例

刈谷豊田総合病院

青木智英子、長船綾子、山田千恵、松井純子、永谷郁美、齋藤理、山本真一

【緒言】経膈分娩後の弛緩出血のため子宮全摘術を施行し、摘出子宮の病理組織学的検査により子宮血管内に羊水成分を認め、子宮型羊水塞栓症と診断したので報告する。

【症例】41歳、3経妊2経産。24週1日の経膈超音波にて低置胎盤であり自己血800mlを貯血、その後36週1日の経膈超音波では胎盤位置に問題なく経膈分娩の方針とした。40週5日、予定日超過のため陣痛誘発目的に入院。オキシトシンにて誘発し、同日経膈分娩。胎盤は8分後に娩出し、頸管裂傷は認めなかったが、子宮口からの出血が持続したため弛緩出血と考え、双手圧迫、各種子宮収縮剤を使用した止血されず、子宮動脈塞栓術(UAE)を実施した。左子宮動脈、右内腸骨動脈を止血用ゼラチンスポンジにて塞栓し、一旦は血流が遮断されたがすぐに再開したため、UAEでは止血困難と考え、子宮全摘術を施行した。手術前までの総出血量は7770gであり、自己血800ml、RCC14単位、FFP20単位、PC20単位を輸血した。術後、全身状態は改善し、術後9日目に退院となった。UAE前の採血でフィブリノーゲンが50mg/dlと低下しており、産科的DICスコアは20点であったため、子宮型羊水塞栓症を疑い、摘出子宮を病理学的に検索した。アルシアンブルー染色、サイトケラチンAE1・AE3染色にて子宮血管内に羊水成分が確認されたため、子宮型羊水塞栓症と診断した。

【結語】弛緩出血、DICを呈する症例の中には、子宮型羊水塞栓症が存在する。フィブリノーゲンの低下を伴う重度の弛緩出血では、子宮型羊水塞栓症を念頭に置いた臨床的対応を行うとともに、病理学的検索を十分に行うべきである。

42. 先天性肺動脈欠損症(UAPA)合併妊娠の一例

名古屋大学 産婦人科

諸井博明、牛田貴文、平光志麻、澤田雅子、今井健史、中野知子、服部友香、渡部百合子、眞野由紀雄、津田弘之、炭竈誠二、小谷友美、吉川史隆

【緒言】先天性肺動脈欠損症(UAPA)は近年の報告によれば20万人に1人と言われる稀な疾患である。両側肺は存在するが片側の肺動脈が欠損し、患側肺は側副血行路によって栄養される。血痰・喀血などの症状を呈することがある。先天性心疾患を合併することが多い。妊娠中に呼吸障害や肺高血圧症といった生命に直結する合併症を呈することがあり、UAPA合併妊婦の周産期管理には慎重な姿勢が求められる。

【症例】症例は24歳の初産婦。生後より無症状で経過。21歳で血痰あり、右肺の萎縮を指摘され、原因精査にて先天性・孤立性のUAPAと診断された。症状安定しており経過観察。自然妊娠にて妊娠成立し、7週で当科に紹介となった。心エコーにて右心負荷や心機能異常は認めず。以後外来にて経過観察し、妊娠経過は順調であった。妊娠27週より切迫早産にて入院管理。しかし子宮収縮抑制剤増量とともに頻脈発作が生じ、また腹部緊満も頻回となったため、35週3日にて帝王切開で分娩となった。児は2350gの男児。手術は脊髄麻酔下にて、動脈圧モニタリング、スワンガンツカテテル挿入し周術期管理を行った。周術期の血圧変動なく、術後ICU管理にて経過良好であった。術後1日目でICUを退室、8日目で退院となった。

【考察】文献的に報告のあるUAPA合併妊娠は確認できたもので12例であった。うち自然分娩は3例、吸引分娩1例、帝王切開は5例(11例は産褥期発症)、3例は分娩様式不明であった。産褥期の死亡例が1例あり、死亡原因は肺高血圧症であった。

【結語】先天性肺動脈欠損症合併妊娠の症例を報告した。妊婦においては循環血流量の増大からUAPAの死亡原因の一つである肺高血圧症の増悪をきたす可能性がある。母体の心機能をモニターしつつ慎重な周産期管理が必要となる。

43. 妊娠に伴って発症した非腫瘍性抗NMDA受容体脳炎の1例

藤田保健衛生大学

宮崎純、西澤春紀、大脇晶子、小川千紗、石井梨沙、
宮村浩徳、南 元人、関谷隆夫、藤井多久磨

【緒言】近年、卵巣奇形腫を合併する抗NMDA (N-methyl-D-aspartate) 受容体抗体陽性の非ヘルペス性辺縁系脳炎が注目されている。今回我々は、妊娠を契機に抗NMDA受容体脳炎を発症し、卵巣奇形腫を認めなかった症例を経験したので報告する。

【症例】26歳 1 経妊 0 経産（前回自然流産）。妊娠12週時に幻聴・幻覚・妄想が出現し、当院初診となったが、胎児・胎盤・付属器等に産婦人科的な異常所見を認めなかった。そこで、精神科にて急性一過性精神病性障害の疑いでアリピプラゾールの内服を開始し、投与量を漸増したところ、38℃の発熱、全身振戦、固縮が出現した為、悪性症候群の疑いにて薬剤投与を中止した。しかし、精神症状・不随意運動・oral dyskinesia・四肢固縮の急速な進行と意識障害を認め、神経内科も併診としたが、抗核抗体の陽性所見以外には各種自己抗体や頭部MRIに明らかな異常所見はなく、髄液検査で単核球優位の軽度細胞増多を認めたことから、非ヘルペス性辺縁系脳炎を疑った。妊娠14週3日に急性十二指腸潰瘍からの大量出血と急性呼吸不全をきたし、子宮内胎児死亡となった為、妊娠中絶を行ったところ、2週間後に従命が、4週間後には意思の疎通が可能となり、症状は経時的に改善した。後日、妊娠中に採取した髄液中の抗NMDA受容体抗体が陽性と判明したが、月経再開後の骨盤MRI検査では卵巣奇形腫を認めなかった。

【結語】卵巣奇形腫の合併がなく、妊娠を契機に抗NMDA受容体脳炎を発症した希少な症例を経験した。今回の症例では、妊娠の終了により速やかに症状が改善した為、その発症機序に妊娠が関与している可能性が示唆された。

44. 帝王切開後にMycoplasma hominisにより腹腔内膿瘍をきたした1症例

愛知医科大学

上野大樹、森 稔高、吉田敦美、二井章太、
大山由里子、原田龍介、松下 宏、野口靖之、
渡辺員支、若槻明彦

Mycoplasma hominis (M.hominis) は泌尿生殖器の常在菌であり、女性の約20~50%から分離される。産婦人科領域の手術後や、免疫不全者などの患者で分離されやすいものの、グラム染色で菌体を確認できず、また、ペニシリン系やセフェム系抗菌薬の投与で改善を認めないため、診断がつきにくく、治療に難渋することが少なくない。今回我々は、帝王切開後に発症した、M.hominisによる腹腔内膿瘍を経験したので報告する。

【症例】37歳、3 経妊 2 経産、双胎妊娠。妊娠34週0日、前期破水し、緊急帝王切開術を施行した。術後セフトリアム 1g×3回/日を、2日間予防投与した。産褥3日目に発熱、下腹部痛を認めたため、産褥子宮内膜炎と疑い、フロモキシセフ 1g×3回/日+ダプトマイシン330mg×1回/日を投与したが、改善は認めなかった。産褥10日目に子宮切開創の前方に膿瘍を認めたため、緊急ドレナージ術を施行した。術後は、術前と同様の抗菌薬を継続した。ドレナージ術後2日目に膿の培養からマイコプラズマ感染の可能性が指摘されたため、抗生剤をアジスロマイシン、メロペネム、アルベカシンに変更したが、臨床症状の十分な改善を認めなかった。ドレナージ術後4日目に、血液、膿の培養からM.hominisを検出したため、ミノサイクリンを追加したところ、速やかに臨床症状の改善を認めたため、産褥32日目に退院となった。

【結論】M.hominisは、培養同定が困難であり、重篤な経過をたどる場合も稀ではない。産婦人科領域での、種々の抗菌薬に抵抗性で、治療に難渋する症例では、M.hominis感染の可能性を念頭において細菌学的検索が必要であると思われる。