

第135回

東海産科婦人科学会 プログラム

〔会 期〕 平成27年2月21日(土)・22日(日)

〔場 所〕 名古屋国際会議場

〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1
電話 052-683-7711

【事務局】 藤田保健衛生大学

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
E-mail: obgytokai135@cs-oto.com

〔会 長〕 藤井 多久磨

〔事務局長〕 西尾 永司

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

※学会参加費¥5,000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135回

東海産科婦人科学会 プログラム

【会 期】平成27年2月21日(土)・22日(日)

【場 所】名古屋国際会議場

〒456-0036 愛知県名古屋市熱田区熱田西町1-1
電話 052-683-7711

【事務局】藤田保健衛生大学

〒470-1192 愛知県豊明市沓掛町田楽ヶ窪1-98
E-mail: obgytokai135@cs-oto.com

【会 長】藤井 多久磨

【事務局長】西尾 永司

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

ご挨拶

—新生する東海産科婦人科学会—

藤田保健衛生大学産婦人科講座教授

藤井多久磨

国民にとって、現在の専門医というものがわかりにくいという声を受けて、2015年から初期研修を始める医師を対象とした新しい専門医制度が発足することとなりました。この専門医制度改革の為に「一般社団法人 日本専門医機構」が設立され、この「専門医機構」が各分野の専門医制度を認定し、初期研修を2年、その後の基本領域専攻を3年行った場合には2020年から新たな（機構）専門医が誕生する予定です。したがって、2015年から2020年の間は、従来の制度（学会専門医）と新制度（機構専門医）が併存することになり、この期間では専門医制度整備指針に沿った新しい専門医制度に適合した領域から順に、学会が認定する旧専門医から機構が認定する新専門医への更新が行われていく予定です。しかしながら、この「専門医機構」から日本産科婦人科学会の専門医制度が認定される為には、さまざまな条件をクリアする必要があります。現在、日本産科婦人科学会も「専門医機構」がつくる専門医制度に準拠した専門医の要件を満たす為のルール作りを行っております。具体的には、専門医を育成するためには学術集会の在り方についての変革が必要とされ、それに伴って、東海産科婦人科学会学術集会のあり方も大きく変更されました。今回は、その第1回目として藤田保健衛生大学が主宰させていただくこととなり、鋭意準備を進めて参りました。今回の特筆すべきプログラムとして、厚生労働省 技術総括審議官 鈴木康裕先生から「我が国の医療のメガトレンド～婦人科を巡る状況を中心として～」というタイトルでご講演を賜ることとなり、わが国のこれからの医療の方向性について、医療行政に携わる立場から様々な最新情報を頂けることと期待しております。さらに、藤田保健衛生大学 臨床医学総論 松井俊和先生からは「産婦人科領域でのシミュレーション教育」についてご講演を頂きますので是非ともご聴講を賜りたいと存じます。さらにもう1つの新しい試みとして、日本産科婦人科学会の要望を受け、医学部学生や研修医を対象とした「Plus One ハンズオンセミナー」も開催致します。本セミナーは、産婦人科医師を一人でも多く獲得することを目的として全国で展開されております。今回は、特に実地臨床に対する興味を持って頂けるよう、腹腔鏡手術と超音波検査を題材としたハンズオン形式のプログラムを用意させて頂きました。さらに、学会員や学生・研修医相互の親睦を深めるための懇親会も予定しております。このように多くのプログラムを盛り込むため、学会期間を従来の1日から2日に延長し、そのかわりに年1回の開催となりました。本学術集会に出席していただいた先生方には、日本産科婦人科学会の新しい潮流を感じていただけないかと期待しております。多くの会員の皆様のご参加を頂き、本学会を盛り上げていただきたいと思いますので、何卒よろしくご挨拶申し上げます。

各種会議・関連行事

1. 理事会	平成 27 年 2 月 21 日(土)11:20~11:40	1 号館 3F 会議室 133+134
2. 評議員会	平成 27 年 2 月 21 日(土)11:50~12:30	【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
3. 日産婦東海ブロック臨時代議員会	平成 27 年 2 月 21 日(土)12:30~12:50	【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
4. 開会式	平成 27 年 2 月 21 日(土)13:00~13:05	【第 1 会場】1 号館 4F レセプションホール西
5. 総会	平成 27 年 2 月 21 日(土)15:15~15:30	【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
6. 「プロジェクト Plus One」ハンズオンセミナー	平成 27 年 2 月 21 日(土)15:15~18:15 平成 27 年 2 月 22 日(日) 10:00~11:30/13:30~15:00	【ハンズオン会場】1 号館 4F 会議室 141+142
7. イブニングセミナー	平成 27 年 2 月 21 日(土)17:10~18:10	【第 1 会場】1 号館 4F レセプションホール西 【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
8. 懇親会	平成 27 年 2 月 21 日(土)18:30~20:30	3 号館 B1F カスケード
9. ランチョンセミナー	平成 27 年 2 月 22 日(日)12:00~13:00	【第 1 会場】1 号館 4F レセプションホール西 【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
10. 閉会式	平成 27 年 2 月 21 日(土)15:25~	【第 1 会場】1 号館 4F レセプションホール西

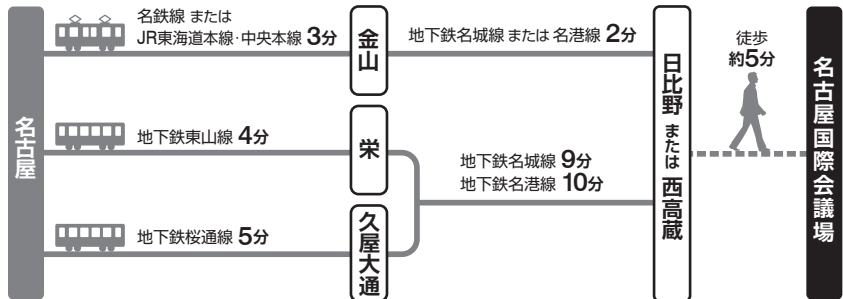
交通案内



名古屋国際会議場へのアクセス



電車をご利用の場合



お車をご利用の場合

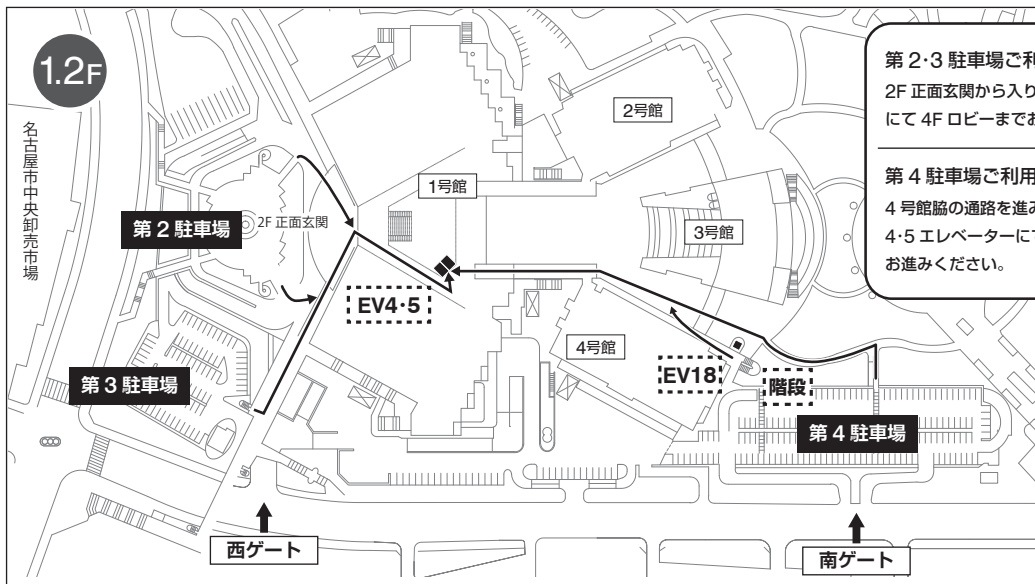
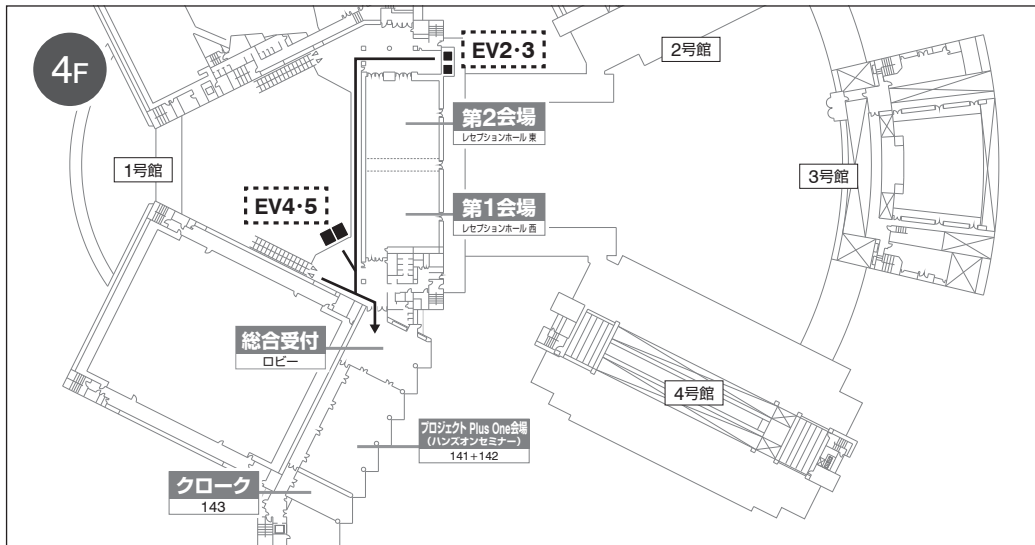
国道19号線より、「西高蔵」交差点を西方面へ、堀川に架かる「幡屋橋」を越えて50mほど進んだ左側。

【駐車場】(収容台数)一般車両638台(内、身障者用10台) 【駐車料金】1日1回700円

▶ タクシーご利用の場合

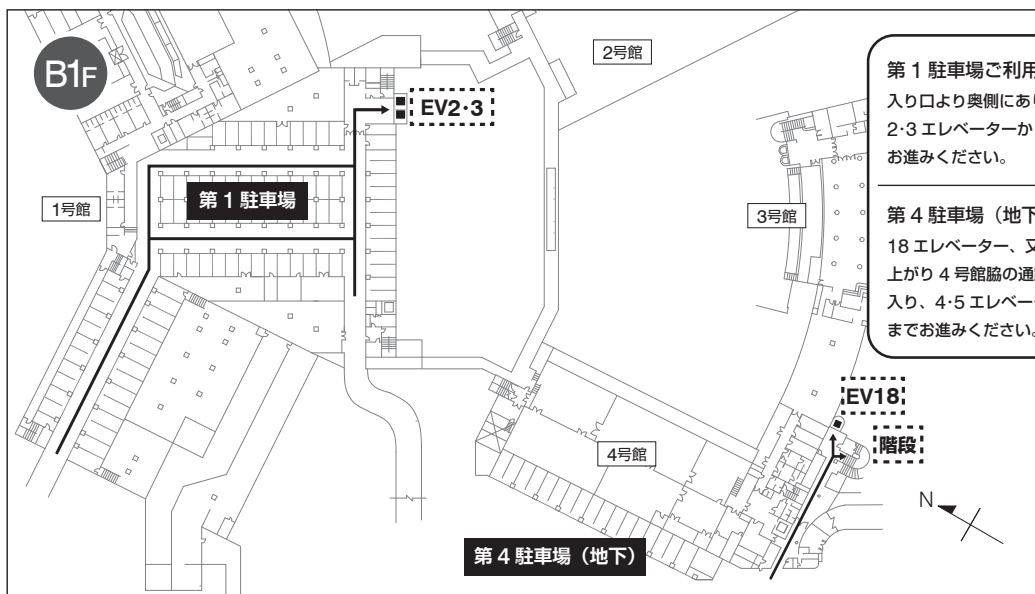
名古屋駅から約20分(約2,000円)、金山総合駅から約10分(約750円)

駐車場から学会場へのご案内



第2・3 駐車場ご利用の方
2F 正面玄関から入り、4・5 エレベーターにて4F ロビーまでお進みください。

第4 駐車場ご利用の方
4号館脇の通路を進み1号館に入り、4・5 エレベーターにて4F ロビーまでお進みください。



第1 駐車場ご利用の方
入り口より奥側にあります、2・3 エレベーターから4F ロビーまでお進みください。

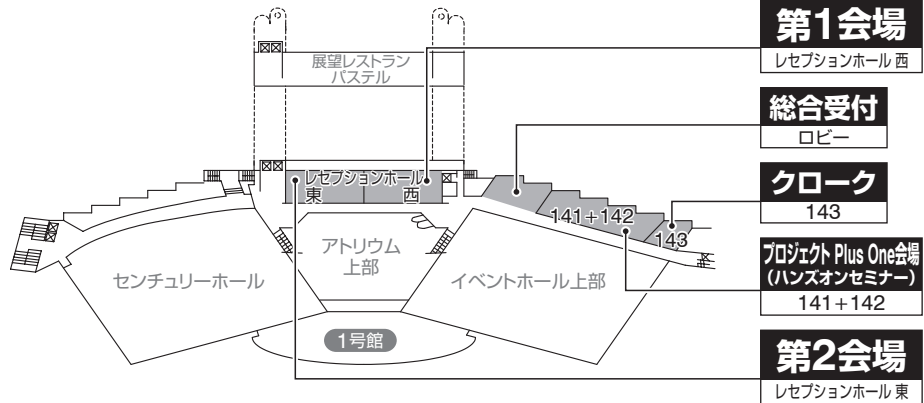
第4 駐車場（地下）ご利用の方
18 エレベーター、又は階段で、1F に上がり4号館脇の通路を進み1号館に入り、4・5 エレベーターにて4F ロビーまでお進みください。

※【収容台数】 一般車両 638台 (内、身障者用10台) 【駐車料金】 1日1回 700円
尚、学会当日は、他の催事もございますので、なるべく公共交通機関をご利用ください。

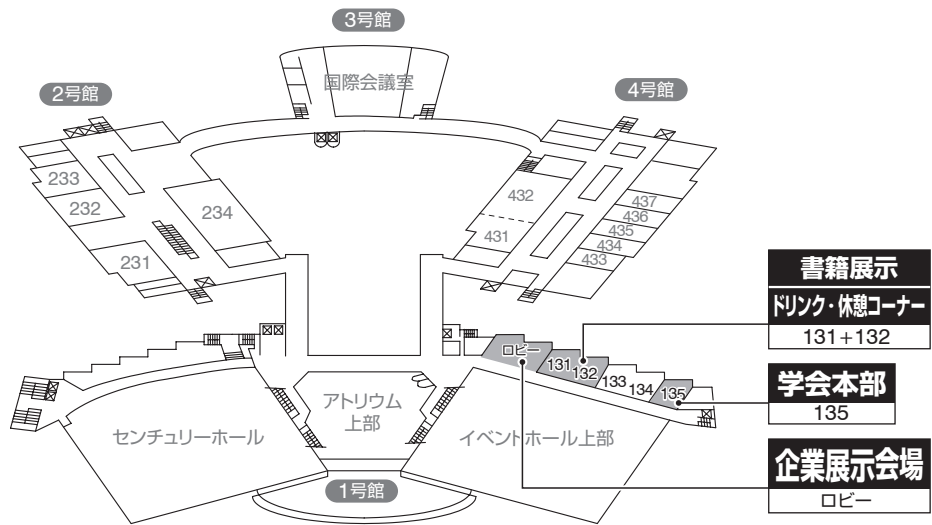
会場案内

名古屋国際会議場		
第1会場	[1号館] 4F レセプションホール(西)	ドリンク・休憩コーナー [1号館] 3F 131+132
第2会場	[1号館] 4F レセプションホール(東)	総合受付 [1号館] 4F 141前 ロビー
プロジェクト Plus One会場 (ハンズオンセミナー)	[1号館] 4F 141+142	学会本部 [1号館] 3F 135
企業展示	[1号館] 3F 131前 ロビー	クローク [1号館] 4F 143
書籍展示	[1号館] 3F 131+132	懇親会会場 [3号館] B1F カスケード

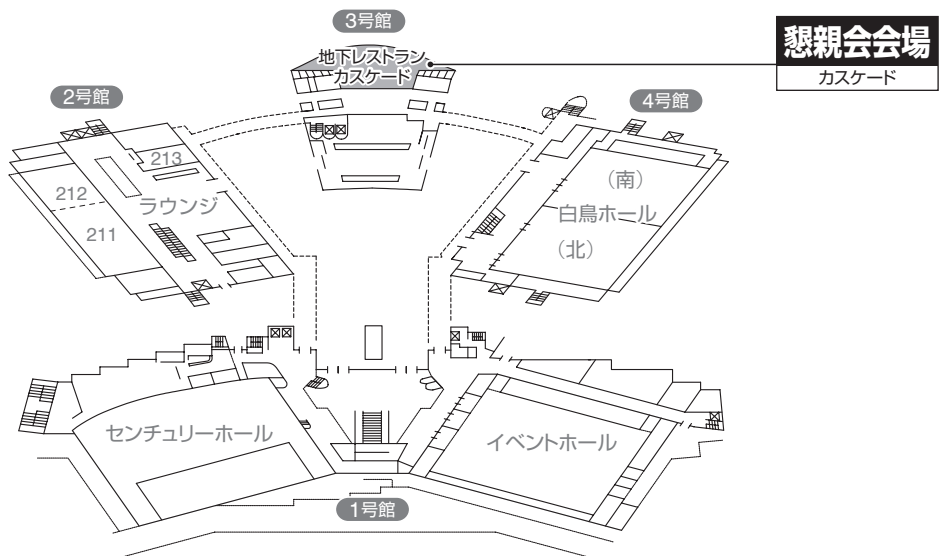
4F



3F

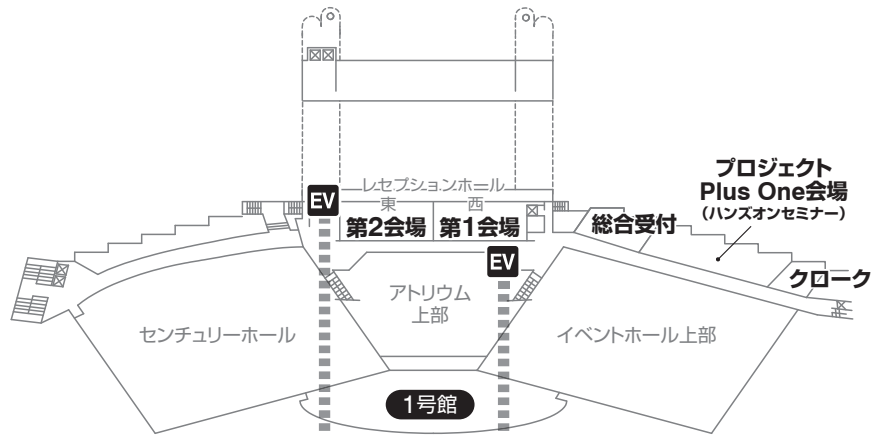


1F

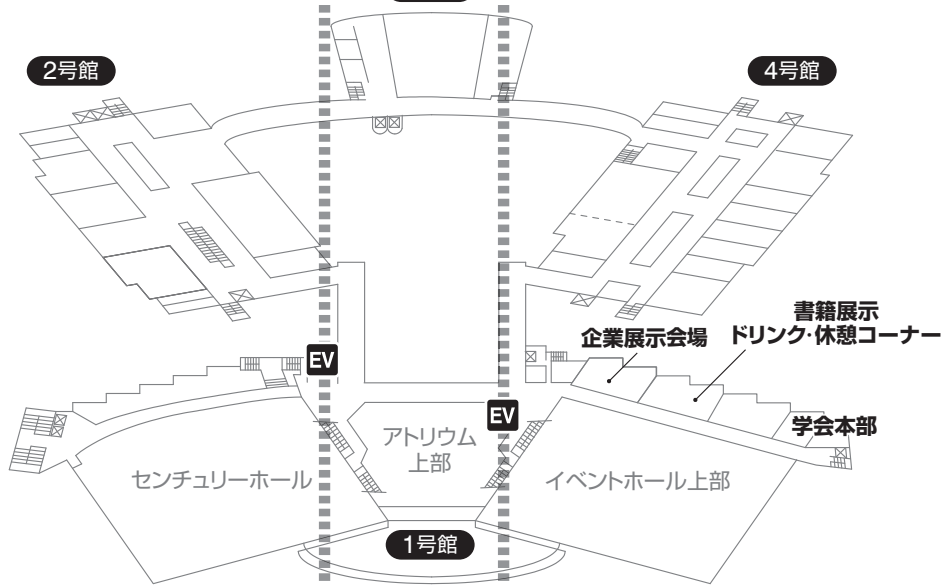


懇親会会場(3号館 B1F カスケード)へのご案内

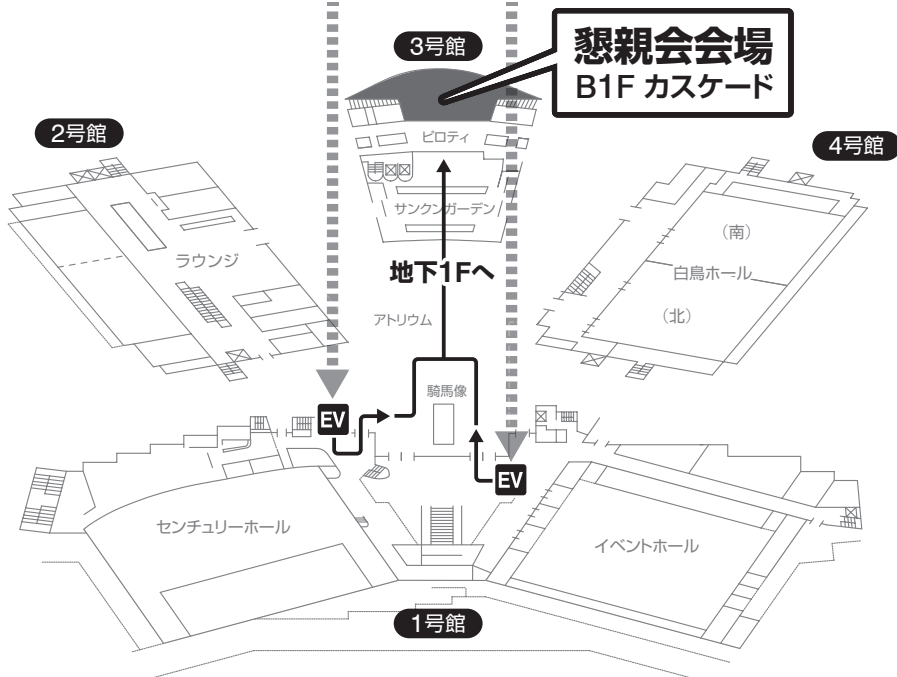
4F



3F



1F



参加者の皆様へ

1. 参加受付

名古屋国際会議場 1 号館 4F ロビーにて行います。

受付:2月21日(土)11:00~17:30(役員・評議員の受付も11:00より開始)

2月22日(日)8:00~14:30

参加費:5,000円

2. クローク

手荷物はクローク(名古屋国際会議場 1 号館 4F143)をご利用ください。

貴重品のお預かりはできませんので、予めご了承ください。

開設:2月21日(土)11:00~18:30

2月22日(日)8:00~16:00

※懇親会開催時は、会場内に荷物台を設置致します。

クロークのお荷物をお引き取りの上、会場内荷物台をご利用ください。

3. 企業展示

名古屋国際会議場 1 号館 3F ロビーにて企業展示を行います。

開設:2月21日(土)13:00~18:00

2月22日(日)9:00~14:30

4. その他

会期中は必ず参加証を見える場所につけて会場にお入りください。

原則として会場内での呼び出しはいたしません。

お車でお越しの際は、名古屋国際会議場の駐車場(有料 700 円/1 日)をご利用ください。無料券、割引券の取り扱いはありませんので、ご了承ください。

なお、駐車スペースには限りがありますのと混雑緩和のため、できるだけ公共交通機関をご利用いただきますようご協力をお願いいたします。

館内はすべて禁煙となっております。喫煙される場合は、屋外の指定場所をお願いします。

講演会場におきましては、写真撮影・ビデオ撮影・録音等は、著作権保護および個人情報保護の観点から全面的に禁止させていただきます。ただし、事前に学会本部へ申請され許可を得た方に限っては、撮影等を認めることもあります。許可なく撮影、録音を行っている方へは、係の者がお声を掛けさせていただくことがあります。

会場内では携帯電話の電源をお切りになるか、マナーモードに設定してください。

会場内での通話は禁止させていただきます。

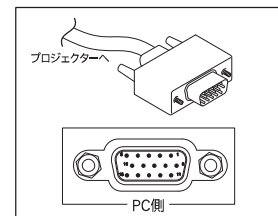
学会本部に直通電話はございません。名古屋国際会議場(TEL:052-683-7711)にお電話いただき、「第135回東海産科婦人科学会 学会本部(1号館3F135)」とご依頼ください。

座長の皆様へ

1. 総合受付に座長・指定演者受付を設けておりますので、参加受付の際、お立ち寄りください。ご担当セッションの開始 10 分前までに会場内右側前方の次座長席にご着席ください。
2. スムーズな進行のため、時間厳守にご協力ください。

演者の皆様へ

1. 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。時間厳守をお願いします。
2. 会場には液晶プロジェクターと発表用 PC (Windows7) を設置しております。スライド操作はご自身で行っていただきます。
3. 発表 30 分前までに会場内、スクリーンに向って左側のオペレーター席に発表データの入った USB または PC をお持ちいただき、発表データの受付を済ませてください。
4. 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。
5. フォントは OS 標準のもののみご用意いたします。「MS ゴシック」「MS 明朝」をお薦めします。特殊なフォントの場合、表示のずれ、文字化けが生じることがありますのでご注意ください。
6. 動画データ利用のご発表の場合:
ご自身のコンピューターを使用してのご発表をおすすめいたします。
USB メモリでデータをお持ちいただく際には、以下を遵守してください。
 - a. 動画ファイルは wmv 形式のみ受け付けます。その他の形式では再生できません。
 - b. Power Point とのリンク状態を保つため、使用動画データも同じフォルダと一緒に保存してください。
 - c. 動画を含む発表データを USB メモリにて持ち込む場合には、バックアップ用としてご自身の PC もご持参ください。
7. Macintosh の場合はご自身の PC 本体をご持参いただくか、事前に Windows データに変換し、Windows での動作・フォント・枠組みなどをご確認の上、USB メモリでご持参ください。
8. PC 本体お持ち込みの場合:
一般的な外部出力端子 (Mini D-Sub15pin) での接続となります。
Macintosh、一部の WindowsPC では変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。会場内での準備はございません。
AC アダプターを必ずご持参ください。
また、念のため USB メモリでバックアップデータをご持参ください。
スリープ機能やスクリーンセーバーの設定は事前に解除してください。
PC 本体の返却は発表終了後、オペレーター席で行います。
9. 発表 10 分前までに次演者席にご着席ください。
10. コピーした発表データは学会終了後、事務局にて責任を持って破棄させていただきます。



日程表 2月21日(土)

	[1号館] 4F レセプションホール(西)	[1号館] 4F レセプションホール(東)	[1号館] 4F 141+142	[1号館] 3F 131前 ロビー
	第1会場	第2会場	プロジェクト Plus One会場 (ハンズオンセミナー)	企業展示
12:00		11:50-12:30 評議員会		[1号館] 3F 133+134 11:20-11:40 理事会
13:00	13:00-13:05 開会式	12:30-12:50 日産婦東海ブロック臨時代議員会		
14:00	13:05-14:10 第1群 演題: 1~7 【吉川 史隆】	13:05-14:10 第3群 演題: 15~21 【廣田 稷】		
15:00	14:10-15:15 第2群 演題: 8~14 【若槻 明彦】	14:10-15:15 第4群 演題: 22~28 【関谷 隆夫】		
16:00	15:30-16:15 指導医講習会1 産婦人科領域での シミュレーション教育 松井 俊和 【池田 智明/森重 健一郎】	15:15-15:30 総会	15:15-18:15 ハンズオンセミナー 内視鏡	13:00-18:00 企業展示
17:00	16:15-17:00 指導医講習会2 我が国の医療のメガトレンド ~婦人科を巡る状況を中心として~ 鈴木 康裕 【池田 智明/森重 健一郎】	指導医講習会1・2を 両方受講することで ポイントが加算されます。 どちらかの受講では ポイントになりません。	1. 真皮縫合体験 2. ラップメンターで シミュレーション手術の体験 3. ドライボックスを用いて 鏡視下縫合体験 4. 各種エネルギーデバイスの体験 講師: 大林 勇輝/森 正彦/矢野 竜一郎 本橋 卓/原田 龍介 【西澤 春紀】 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	
18:00	17:10-18:10 イブニングセミナー1 妊娠高血圧症候群妊婦における 血管障害と将来の心血管障害について 渡辺 眞支 【杉浦 真弓】 共催: キッセイ薬品工業株式会社	17:10-18:10 イブニングセミナー2 新分類にも対応した 分かりやすいコルポスコピー解説 仲村 勝 【葛谷 和夫】 共催: オリンパスメディカル システムズ株式会社		
19:00	懇親会 18:30~20:30 [3号館] B1F カスケード			

日程表 2月22日(日)

[1号館] 4F レセプションホール(西)	[1号館] 4F レセプションホール(東)	[1号館] 4F 141+142	[1号館] 3F 131前 ロビー									
第1会場	第2会場	プロジェクト Plus One会場 (ハンズオンセミナー)	企業展示									
8:40-9:45	8:40-9:45		9:00									
第5群 演題: 29~35 【森重 健一郎】	第8群 演題: 51~57 【多田 伸】											
9:45-10:50	9:45-10:50		10:00									
第6群 演題: 36~42 【池田 智明】	第9群 演題: 58~64 【藤井 多久磨】	10:00-11:30										
10:50-11:50	10:50-11:50	ハンズオンセミナー 超音波	11:00									
専攻医教育プログラム1 1-1 出生前診断の遺伝カウンセリング 鈴森 伸宏 1-2 子宮内膜症女性に対する 治療法の選択 ーベストなホルモン療法は?ー 篠原 康一	第10群 演題: 65~70 【數下 廣光】	1. 経腹超音波シミュレーター 2. 経膈超音波シミュレーター 3. 胎児3D超音波 4. 超音波検査の基礎 (各種調整、表示法等) 5. 胎児計測 関谷教授レクチャー 「産婦人科における 超音波検査の意義と実践」 講師: 松川 泰 / 諸井 博明 高橋 雄一郎 / 村林 奈緒 木下 伸吾 【関谷隆夫】 共催: ガテリウス・メディカル株式会社 日本ライトサービス株式会社 GEヘルスケア・ジャパン株式会社	9:00-14:30 企業展示									
12:00-13:00	12:00-13:00		12:00									
ランチョンセミナー1 エキスパートに学ぶ! 悪性腫瘍を開腹と腹腔鏡の視点から考える ~エネルギーデバイスを活かす~ 梅村 康太 / 田畑 務 【若槻 明彦】 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	ランチョンセミナー2 卵巣癌に対する Bevacizumabの有効性 中西 透 【吉川 史隆】 共催: 中外製薬株式会社		13:00									
13:10-14:10	13:10-14:10	13:30-15:00	14:00									
専攻医教育プログラム2 2-1 若年者がん患者の生殖機能: 他科との連携 古井 辰郎 2-2 腹式単純子宮全摘術の手術手技 田畑 務	第11群 演題: 71~76 【西澤 春紀】	ハンズオンセミナー 超音波										
14:10-15:25	14:10-15:25		15:00									
第7群 演題: 43~50 【杉浦 真弓】	第12群 演題: 77~84 【岩瀬 明】											
15:25-			16:00									
閉会式												
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>総合受付 [1号館] 4F ロビー</td> <td>クローク [1号館] 4F 143</td> </tr> <tr> <td>21日(土)</td> <td>11:00~17:30</td> <td>11:00~18:30</td> </tr> <tr> <td>22日(日)</td> <td>8:00~14:30</td> <td>8:00~16:00</td> </tr> </table>		総合受付 [1号館] 4F ロビー	クローク [1号館] 4F 143	21日(土)	11:00~17:30	11:00~18:30	22日(日)	8:00~14:30	8:00~16:00	
	総合受付 [1号館] 4F ロビー	クローク [1号館] 4F 143										
21日(土)	11:00~17:30	11:00~18:30										
22日(日)	8:00~14:30	8:00~16:00										

プログラム

プログラム (1日目)

1日目 2月21日(土)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

■開会式 (13:00~13:05)

○第1群 (13:05~14:10) /座長 吉川 史隆 教授

1. 当院における外陰癌 10 例の検討
..... 岡崎市民病院 / 斉藤拓也 他
2. 子宮頸癌における広汎子宮全摘術の臨床的検討
..... 豊橋市民病院 / 河井通泰 他
3. ベバシズマブ併用化学療法中に直腸腔・皮膚瘻を発症した卵巣癌の 1 例
..... 三重県立総合医療センター / 徳山智和 他
4. 子宮体癌治療後の経過観察中に全身性リンパ節腫大を来した 1 例
..... 三重県立総合医療センター / 高倉 翔 他
5. 婦人科悪性腫瘍転移巣に対するサイバーナイフの有用性
..... トヨタ記念病院 / 吉原雅人 他
6. 周産期に肺塞栓症から CPA に至ったが、救命し得た一例
..... 大垣市民病院 / 中川敦史 他
7. 子宮腺筋症による重症貧血にて心不全に至り、MEA で性器出血をコントロールした一例
..... 岐阜市民病院 / 森 崇宏 他

○第2群 (14:10~15:15) /座長 若槻 明彦 教授

8. 婦人科術後の ART で Residual Ovary Syndrome を発症した 2 例
..... 藤田保健衛生大学 / 會田訓子 他
9. 当院における腹腔鏡下子宮全摘術の現状
..... 刈谷豊田総合病院 / 長船綾子 他
10. 卵巣チョコレート嚢胞摘出術における工夫~より卵巣のダメージを少なくするために~
..... 清慈会鈴木病院 / 久野 敦 他
11. 当院における腹腔鏡下仙骨腔固定術の導入
..... 豊橋市民病院 / 甲木 聡 他
12. 卵巣腫瘍茎捻転の腹腔鏡下手術において MRI が有用であった 2 症例
..... 岐阜大学 / 宮居奈央 他
13. 妊娠 26 週で肺血栓塞栓症を発症した先天性 ATIII 欠乏症合併妊娠の 1 例
..... 岐阜大学 / 高橋麗奈 他
14. 家族歴のない孤発型先天性アンチトロンビン III 欠損症合併妊娠の 1 例
..... JA 愛知厚生連豊田厚生病院 / 野元正崇 他

○指導医講習会 (15:30~17:00) /座長 池田 智明 教授、森重 健一郎 教授

1. 産婦人科領域でのシミュレーション教育
..... 藤田保健衛生大学 / 松井俊和
2. 我が国の医療のメガトレンド~婦人科を巡る状況を中心として~
..... 厚生労働省技術総括審議官 / 鈴木康裕

○イブニングセミナー1 (17:10~18:10) /座長 杉浦 真弓 教授

- ES1. 妊娠高血圧症候群妊婦における血管障害と将来の心血管障害について
..... 愛知医科大学 / 渡辺 員支
共催：キッセイ薬品工業株式会社

1 日目 2 月 21 日(土)

【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東

■評議員会 (11:50~12:30)

■日産婦東海ブロック臨時代議員会 (12:30~12:50)

○第 3 群 (13:05~14:10) /座長 廣田 穰 教授

15. TRY セミナー受講後に導入したドライラボ縫合結紮トレーニング (Step1)
..... トヨタ記念病院/鶴飼真由 他
16. 当院における腹腔鏡下仙骨膣固定術 (Laparoscopic sacrocolpopexy:LSC) の導入
..... 豊田厚生病院/針山由美 他
17. 臍部子宮内膜症の 1 例
..... 岐阜市民病院/安見駿祐 他
18. 帝王切開時皮膚縫合はどちらがよいか? (スキンステープラ®V.S.ダーマボンド®) についての検討
..... 三重中央医療センター/武田真由子 他
19. 産後茎捻転を起こした黄体化過剰反応の 1 例
..... 安城更生病院/藤木宏美 他
20. 帝王切開術後 24 時間以内の低分子ヘパリン投与の安全性と有効性の検討
..... 岐阜大学/志賀友美 他
21. 妊娠後期に発症した血球貪食症候群の一例
..... 名古屋第二赤十字病院/大脇太郎 他

○第 4 群 (14:10~15:15) /座長 関谷 隆夫 教授

22. 当院における超緊急帝王切開の統計
..... 豊橋市民病院/國島温志 他
23. 胎便性腹膜炎を呈した総排泄腔遺残症の 1 例
..... 三重大学/中尾真大 他
24. 妊娠を契機として重症 TTP を発症した、SLE 合併妊娠の一例
..... 名古屋第二赤十字病院/丸山万理子 他
25. 当院における社会的ハイリスク妊婦の背景についての検討
..... 一宮市民病院/浅野智子 他
26. 周産期、産褥期に Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome を発症した 5 例の検討
..... トヨタ記念病院/田野 翔 他
27. 子宮内外同時妊娠となった品胎妊娠の一例
..... 岐阜県総合医療センター/尹 麗梅 他
28. 産科 DIC におけるトロンボモデュリンアルファ療法の有効性の検討
..... トヨタ記念病院/近藤真哉 他

■総 会 (15:15~15:30)

○イブニングセミナー2 (17:10~18:10) /座長 葛谷 和夫 先生

- ES2. コルポ新分類にも対応した分かりやすいコルポスコーピー解説
..... 慶應義塾大学/仲村 勝

共催：オリンパスメディカルシステムズ株式会社

1日目 2月21日(土)

【ハンズオンセミナー会場】1号館 4F 141+142

【プロジェクトPlus One】 /座長 西澤 春紀 准教授

○ハンズオンセミナー 内視鏡 (15:15~18:15)

講師：大林 勇輝 先生、森 正彦 先生、矢野 竜一郎 先生、本橋 卓 先生、原田 龍介 先生

1. 真皮縫合体験
2. ラップメンターでシュミレーション手術の体験
3. ドライボックスを用いて鏡視下縫合体験
4. 各種エネルギーデバイスの体験

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

プログラム (2日目)

2日目 2月22日(日)

【第1会場】1号館4F レセプションホール西

○第5群 (8:40~9:45) /座長 森重 健一郎 教授

29. 婦人科癌性胸腹水症に対する胸水腹水濾過濃縮再静注法の QOL と予後改善への期待
..... 名古屋市立大学/間瀬聖子 他
30. 子宮内膜細胞診疑陽性症例についての検討
..... 愛知県がんセンター中央病院/笹本香織 他
31. 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の骨盤リンパ節郭清におけるパラレル法の有用性
..... トヨタ記念病院/古株哲也 他
32. 当院における子宮体癌症例の検討
..... 大垣市民病院/高木七奈 他
33. 原発不明癌による癌性腹膜炎と鑑別が困難であった結核性腹膜炎の1例
..... 愛知医科大学/大脇佑樹 他
34. 妊娠中に発症した特発性副腎出血の1例
..... 豊橋市民病院/北見和久 他
35. 当院で経験した様々な経過をたどった子宮破裂の6例
..... 大垣市民病院/野坂和外 他

○第6群 (9:45~10:50) /座長 池田 智明 教授

36. 当院における子宮型羊水塞栓症を強く疑う産科危機的出血2症例の検討(一次医療施設での対応と高次医療施設との連携)
..... 大野レディスクリニック/大野泰正 他
37. CD36欠損症妊婦における新生児アイソ免疫性血小板減少症に母体血輸血を用いて管理し得た1例
..... 名古屋大学/加藤奈緒 他
38. 分娩時膈壁裂傷による多量出血に対しTAEが著効した1例
..... 岡崎市民病院/西尾沙矢子 他
39. 妊娠高血圧症候群では夕方より夜間に血圧が上昇するものが多い
..... 名古屋市西部医療センター/森 亮介 他
40. 典型的な慢性早剥羊水過少症候群の1例
..... 豊橋市民病院/松尾聖子 他
41. 羊水除去術を繰り返し施行した osteopathia striata with cranial sclerosis の1例
..... 国立病院機構長良医療センター/松井雅子 他
42. 子宮動脈塞栓術が無効であったAVシャントを伴いPSTTが疑われた1例
..... 名古屋大学/石田千晴 他

○専攻医教育プログラム 1 (10:50~11:50)

- 1-1. 出生前診断の遺伝カウンセリング
..... 名古屋市立大学/鈴森伸宏
- 1-2. 子宮内膜症女性に対する治療法の選択—ベストなホルモン療法は?—
..... 愛知医科大学/篠原康一

○ランチョンセミナー1 (12:00~13:00) /座長 若槻 明彦 教授

【エキスパートに学ぶ!悪性腫瘍を開腹と腹腔鏡の視点から考える~エネルギーデバイスを活かす~】

- LS1-1. 子宮体癌に対する安全な腹腔鏡下手術を目指して~エンシールG2を使いこなす~
..... 豊橋市民病院女性内視鏡外科/梅村康太
- LS1-2. 子宮体癌における Staging Laparotomy “en bloc 骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術”
..... 三重大学/田畑 務
共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

○専攻医教育プログラム 2 (13:10~14:10)

- 2-1. 若年者がん患者の生殖機能：他科との連携
..... 岐阜大学／古井辰郎
- 2-2. 腹式単純子宮全摘術の手術手技
..... 三重大学／田畑 務

○第 7 群 (14:10~15:25) /座長 杉浦 真弓 教授

43. 当院における子宮動脈塞栓術後の妊孕性についての検討
..... トヨタ記念病院／木村浩一郎 他
44. 遺伝子組み換えヒト卵胞刺激ホルモン自己注射 (rec-FSH) による多嚢性卵巣症候群 (PCOS) 排卵誘発治療の有効性
..... 成田育成会レディスクリニックセントソフィア／伊藤知華子 他
45. 胚移植後妊娠の経膈分娩における周産期出血量の検討
..... 高山赤十字病院／島岡竜一 他
46. 当院における過去 8 年間の鉗子分娩症例の検討
..... 岡崎市民病院／田口結加里 他
47. 子宮内膜症に伴う卵管留水腫への卵管切除術の有用性
..... トヨタ記念病院／西尾洋介 他
48. 子宮温存に成功した帝王切開瘢痕部妊娠の 4 例
..... 名古屋第一赤十字病院／長尾有佳里 他
49. 多嚢性卵巣症候群 (PCOS) と多嚢性卵巣形態 (PCOM) における耐糖能異常の比較検討
..... 成田育成会成田病院／辰己佳史 他
50. 心臓逸脱症と診断、妊娠 19 週で妊娠中断した 1 例
..... 名古屋市立西部医療センター／川端俊一 他

■閉 会 式 (15:25~)

2日目 2月22日(日)

【第2会場】1号館4F レセプションホール東

○第 8 群 (8:40~9:45) /座長 多田 伸 教授

51. 双胎妊娠における妊娠高血圧症候群の母体心機能への影響
..... トヨタ記念病院/眞山学徳 他
52. 大動脈炎症候群が妊娠に与える影響
..... 桑名東医療センター・国立循環器病研究センター/田中佳世 他
53. 当院における双胎児間輸血症候群(TTTS)の胎児鏡下レーザー手術の現状と課題
..... 長良医療センター/高橋雄一郎 他
54. 子癇発症予防を目的とした Posterior reversible encephalopathy syndrome の早期診断についての検討
..... トヨタ記念病院/宇野 枢 他
55. 急速な浮腫の進行で発症し緊急帝王切開を施行した周産期心筋症の1例
..... 大雄会第一病院/白石弘章 他
56. 日本における静脈血栓症関連妊産婦死亡の変化
..... 三重大学/田中博明 他
57. 子癇との鑑別を要した転換性障害合併妊産婦の検討
..... トヨタ記念病院/江口 慶 他

○第 9 群 (9:45~10:50) /座長 藤井 多久磨 教授

58. 子宮頸部腺扁平上皮癌(ⅠB1期)合併妊娠の1例
..... 三重大学/吉田健太 他
59. 骨盤内臓全摘術を行った膣悪性黒色腫の一例
..... 岐阜県総合医療センター/桑山太郎 他
60. 妊娠合併子宮頸癌における広汎子宮全摘術の検討
..... 名古屋大学/藤掛佳代 他
61. 腸管子宮内膜症から発生した回腸癌の1例
..... 中部ろうさい病院/藤原多子 他
62. 急性骨髄性白血病寛解後に自然妊娠成立し、生児を得た1症例
..... 岐阜県総合医療センター/佐藤香月 他
63. 特発性膣壁穿孔により腸管脱出をきたした完全子宮脱の1例
..... 刈谷豊田総合病院/永井 孝 他
64. 肺塞栓を合併した骨盤内腫瘍の2例
..... 小牧市民病院/松永有里 他

○第 10 群 (10:50~11:50) /座長 藪下 廣光 教授

65. プラチナ抵抗性再発卵巣癌の症候性癌性腹水に対して Bevacizumab を使用した4例
..... 愛知県がんセンター/清水裕介 他
66. 子宮筋腫から発生したと考えられる G-CSF 産生子宮平滑筋肉腫の1例
..... 江南厚生病院/木村直美 他
67. 自然経過にて腫瘍崩壊症候群を呈した卵巣癌の1例
..... 豊田厚生病院/山本靖子 他
68. 当科で経験した卵管癌の1症例
..... 高山赤十字病院/成川 希 他
69. 当院での子宮頸部円錐切除術後出血に関する検討
..... 藤田保健衛生大学/寺澤すみれ 他
70. IABO が有効であった癒着胎盤による大量出血の1例
..... 岐阜大学/小池大我 他

○ランチオンセミナー2 (12:00~13:00) /座長 吉川 史隆 教授

LS2. 卵巣癌に対する Bevacizumab の有効性

..... 愛知県がんセンター中央病院/中西 透
共催：中外製薬株式会社

○第 11 群 (13:10~14:10) /座長 西澤 春紀 准教授

71. 妊娠中に間質性肺炎の増悪をきたした SLE 合併妊娠
..... 三重大学/辻 誠 他
72. 2 絨毛膜 2 羊膜双胎の 1 児に吻合臍帯動脈を認めた 1 例
..... 名古屋第一赤十字病院/大多和慶子 他
73. 妊娠経過中に単一臍帯動脈となった 3 例
..... 名古屋掖済会病院/藤井詩子 他
74. 当院における特発性血小板減少性紫斑病合併妊娠の 4 症例
..... 豊橋市民病院/廣渡芙紀 他
75. 著明な FGR を呈し、再発を認めた Massive perivillous fibrin deposition の 2 症例
..... 岡崎市民病院/石原恒夫 他
76. ニカルジピン注射薬降圧スライディングスケールによる降圧治療の preeclampsia と gestational hypertension の差違
..... 名古屋市西部医療センター/松浦綾乃 他

○第 12 群 (14:10~15:25) /座長 岩瀬 明 准教授

77. 卵巣腫瘍茎捻転と鑑別を要した膀胱腫瘍の一例
..... 三重大学/仁儀明納 他
78. 子宮留膿腫の穿孔に伴う急性汎発性腹膜炎の一例
..... 春日井市民病院/佐々木裕子 他
79. 当科における筋腫分娩に対する緊急 TCR 施行 12 症例の検討
..... 岐阜市民病院/村瀬紗姫 他
80. 産褥出血の診断および治療方針の決定における 3D-CT アンギオグラフィーの有用性に関する検討
..... 岐阜県立多治見病院/井本早苗 他
81. Edwardsiella tarda を起因菌とし子宮付属器膿瘍を形成、敗血症性ショックに至った一例
..... 市立四日市病院/真木晋太郎 他
82. 腹腔鏡下性腺摘出術を施行したモザイク型ターナー症候群の 1 例
..... 名古屋市立大学/澤田祐季 他
83. 肥満開腹症例における皮下ドレーン留置併用による創部合併症抑制効果
..... 一宮市立市民病院/吉原紘行 他
84. pseudo-Meigs' syndrome を呈した bizarre leiomyoma の一例
..... 名古屋第二赤十字病院/伊藤 聡 他

2 日目 2 月 22 日(日) [ハンズオンセミナー会場] 1 号館 4F 141+142

【プロジェクト Plus One】 /座長 関谷 隆夫 教授

○ハンズオンセミナー 超音波 (10:00~11:30/13:30~15:00)

講師：松川 泰 先生、諸井 博明 先生、高橋 雄一郎 先生、村林 奈緒 先生、木下 伸吾 先生

●関谷教授レクチャー「産婦人科における超音波検査の意義と実践」

1. 経腹超音波シュミレーター
 2. 経膈超音波シュミレーター
 3. 胎児 3D 超音波
 4. 超音波検査の基礎 (各種調整、表示法等)
 5. 胎児計測
- 共催： ガデリウス・メディカル株式会社
日本ライトサービス株式会社
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社

指導医講習会

指導医講習会について

指導医講習会1・2を両方受講することでポイントが加算されます。

どちらかの受講ではポイントになりません。

講演開始後、15分を過ぎますと受講証をお渡しできませんので、ご注意ください。

受講証は第1会場受付でお渡しいたします。

受講証の半分が受講確認証になっておりますので、

所属医療機関名、氏名を記入の上、切り取って講習会終了後、

退室の際に出口にあります「受講確認証回収箱」に入れてください。

回収箱は下記時間帯に第1会場出口にて設置いたします。

■ 指導医講習会1・2 終了後より10分間

■ イブニングセミナー1 終了後より10分間

回収箱に入れ忘れた場合や、所属機関名や氏名が記入されていない場合、

判読できない場合には受講したことが確認できませんのでご注意ください。

また、**途中退場はポイントになりません。**

産婦人科領域でのシミュレーション教育

藤田保健衛生大学医学部 臨床医学総論

松井 俊和

医学教育、特に多職種連携教育やシミュレーション教育に興味を持ち活動しています。今回産科婦人科学会の指導医の先生とは少し角度を変えた視点で話をさせていただきます。話のキーワードは、産婦人科領域での「多職種連携教育」・「コミュニケーション教育」・「シミュレーション教育」です。日常臨床で患者さんに安全・安心して治療を受けていただくには多くのスタッフなどの協働が欠かせません。若いスタッフの“スキルの向上と協働”を充実させるシミュレーショントレーニングの取り組みの例を紹介いたします。トレーニングの構築には、Intentional Design (ID) の手法を取り入れることにしました。病棟で協働に関しどのようなニーズがあるか、大学病院看護部の協力を得て、女性病棟及び産科病棟に勤務する看護職を対象にアンケート調査を実施しました。

調査内容は、「普段対応しているナースロールの内容」と「産婦人科領域で勤務する看護職が日常の業務で困っている内容」です。アンケートの結果、ナースロールの内容に関して女性病棟においては、清潔や排泄などの日常生活援助に関することや疼痛対策が多く、産科病棟においては、分娩期・産褥期のケアや出産・育児に伴う不安への対応に関する内容が多い傾向にありました。

また、日常業務で困っていることや大変だと感じている内容に関しては、女性病棟の場合、急変時の対応や周術期の問題、ターミナルケアなどで、産科病棟の場合は、周産期、特に分娩中の急変や緊急入院、電話による問い合わせ、緊急帝王切開術への対応などがあり、授乳介助は長時間を要するため大変であるという意見もありました。ナースロールについては、1 回ごとで時間がずれた場合には、大きな問題となりませんが、些細な内容でも、同じタイミングで複数重なった場合には、「困る」、「大変」と感じる人が多いということもアンケート解析からわかりました。このことは、ナースロール対応をした時の病棟の勤務人数や状況、看護職の経験年数など背景の違いなども患者のケアに影響し問題点が顕在化することになります。この顕在化した問題を解決するため、産婦人科病棟における看護職の患者対応力の強化とチーム内の医師・看護職との連携の充実を図る目的で「産婦人科病棟での多重課題シミュレーション」を行いそのためのシナリオを作成しました。具体的には 2 年目の助産師が一度に複数のナースロール対応が必要となった場合に、患者状況のアセスメントを行い優先順位を決定し、リーダー看護職とどのような連携をとるか、また、連絡を受けた医師や研修医が報告内容により安心・安全なチーム医療の実施に結びつけることができるかなどの多職種間のコミュニケーションの取り方についてです。シナリオ及びシミュレーションのブラッシュアップのための α テストを数回繰り返し行い、準備をします。

実際の病棟でおきている問題や大変だと感じている内容をシナリオに取り入れることで、学習者の関心が高くなり、シミュレーションへの参加が積極的になりました。このようなシミュレーショントレーニングは、入院患者の安心・安全に有効であるとともに診療科内でのコミュニケーションの促進にも有用であると考えています。

-
- 【学歴】 1978 年 3 月 名古屋保健衛生大学医学部卒業
 【略歴】 1985 年 2 月 藤田保健衛生大学医学部助手 (内科学)
 1986 年 3 月 藤田保健衛生大学医学部講師 (分子遺伝学)
 1989 年 2 月 藤田保健衛生大学医学部講師 (内科学)
 1995 年 8 月 藤田保健衛生大学医学部助教授 (内科学)
 2000 年 4 月 藤田保健衛生大学医学部教授 (臨床医学総論)
 藤田保健衛生大学医学部医学教育企画室 室長 (2011 年 3 月まで)
 2011 年 4 月 藤田保健衛生大学医学部 教務委員長 (2014 年 3 月まで)
 2011 年 4 月 藤田保健衛生大学医学部 医学教育企画室 副室長
 2013 年 4 月 藤田保健衛生大学医学部 副医学部長
 2014 年 4 月 藤田保健衛生大学 学長補佐

【主な専門領域】

医学教育 (医療面接などのコミュニケーション教育、シミュレーション教育、医療における専門職連携教育)

血液内科学

- 【関係学会】 日本医学教育学会 (理事、地域医療・多職種連携教育委員会委員長)
 日本血液学会 (評議員)、日本内科学会

- 【社会活動】 共用試験実施評価機構医学系 OSCE 実施小委員会委員、事後評価解析委員会委員

我が国の医療のメガトレンド～婦人科を巡る状況を中心として～

厚生労働省技術総括審議官

鈴木 康裕

悪化を続ける我が国の財政赤字は、景気動向に左右されにくい消費税で補うしかないが、すでに世界的に見て優れた効率性を有している我が国の医療も、一層の効率化を求められている。

病院でも自宅でも最期を迎えることができない高齢者の独居率の増加等をふまえると、ベビーブーマーが75歳以上となる2025年までに、医療も含めて一定の社会的な備えを完成させておかなければならない。

医療については、提供できるサービスと患者のミスマッチを防止するため、病院機能の分化と連携を図り、自宅だけではなく、集住系の住まいも含めて、地域におけるネットワーク化を進めていく必要がある。

また、少子化が進んでいく中で、より高度なサービスが求められていく一方、家庭の介護力が減少して必要とされるサービスの基盤も広がることから、従来の職種による分担を見直し、チームとして、情報機器等を活用しながら、効率的にサービスを提供していくことも重要だ。

産婦人科の領域と関連しては、

- 1) 保険適用範囲外である出産に対する一時金の十分な確保（産科医療保障制度も含む）
- 2) 医療において避けることができない場合もある医療事故に関する調査制度の創設（患者側と医療側を完全に満足させる解は難しいかもしれないが、少なくとも現状よりも改善された制度を）
- 3) 女性医師の増加に対応できる労働条件の整備（院内保育所はもとより、時間外労働が厳しい場合等への対処）
- 4) 院内助産などチーム医療の推進

などが今後より重要性を増すと考えられる。

医学・医療の研究については、

- 1) 来年度より、文部科学省・厚生労働省・経済産業省の関連予算を合わせ、戦略的に配分する、日本医療研究開発機構が設立される。
- 2) 臨床研究の不正事案などに対応するため、厚生労働省の検討会が、「法制化を検討する必要がある」とする報告書を提出した。
- 3) 臨床研究倫理指針と疫学研究指針が統一され、被験者の保護と監査の充実を柱とする改訂がなされた。などが最近の動向となっている。

【学歴】	昭和59年 3月	慶應義塾大学医学部卒業
【略歴】	昭和59年 4月	厚生省 入省、秋田県立脳血管研究センター（神経内科）
	昭和61年 4月	秋田保健所
	昭和62年 5月	厚生省保健医療局精神保健課
	昭和63年 8月	米国ハーバード大学修士課程(公衆衛生・科学修士)
	平成 2年 8月	環境庁環境保健部
	平成 4年 10月	厚生省生活衛生局食品保健課
	平成 7年 7月	〃 大臣官房国際課
	平成 9年 7月	〃 老人保健福祉局老人保健課
	平成10年 7月	世界保健機関（WHO）局長
	平成14年 7月	栃木県保健福祉部保健医療監
	平成16年 4月	〃 〃 部長
	平成17年 4月	国立保健医療科学院企画調整主幹、8月 厚生労働省医政局研究開発振興課長
	平成18年 9月	厚生労働省老健局老人保健課長
	平成21年 9月	厚生労働省新型インフルエンザ対策推進本部事務局次長
	平成22年 7月	厚生労働省保険局医療課長
	平成24年 9月	防衛省大臣官房衛生監
	平成26年 7月	厚生労働省技術総括審議官

専攻医教育プログラム

1-1. 出生前診断の遺伝カウンセリング

名古屋市立大学大学院医学研究科 産科婦人科学・臨床
遺伝医療部

鈴森 伸宏

医学・医療の進歩に伴い、出生前診断の技術が向上しており、胎児の状況をより早期に診断されるようになってきた。しかし、胎児異常では、現在は治療できる症例は一部に限られている。国内外の関連学会において、出生前診断に関するガイドラインが作成されてきており、倫理的、社会的、心理的問題を含んでいる。

名古屋市立大学病院では、①出生前診断の遺伝カウンセリング、②小児期の遺伝カウンセリング、③遺伝性腫瘍の遺伝カウンセリングを実施している。今回は、我々産婦人科医に身近である出生前診断の遺伝カウンセリングについて述べる。出生前診断には侵襲的・無侵襲的診断があり、前者には絨毛検査、羊水検査、胎児血検査などがあり、後者には母体血を用いた検査 (NIPT: 無侵襲的出生前検査や母体血清マーカー検査)、胎児超音波断層法・MRI・CT などによる画像検査がある。いずれも分子遺伝学的解析や画像診断技術の進歩により、より早期により正確にわかるようになってきている。出生前診断を考慮する際、あるいは出生前診断された際の遺伝カウンセリングで重要なことについて概説する。

1-2. 子宮内膜症女性に対する治療法の選択—ベストなホルモン療法は?—

愛知医大

篠原 康一

子宮内膜症の基本病態は組織炎症であり、炎症の活性化は動脈硬化性疾患へ進展する際に最も早期で鋭敏に反映する血管内皮機能を低下させ、その後の心筋梗塞や脳卒中などの心血管疾患(CVD)の発症につながる。内膜症患者の場合は閉経までの長期にわたり炎症にさらされる。我々はこれまで内膜症が心血管疾患に対するリスクに関して、内皮機能低下が関連しその要因として血管炎症の亢進のみならず、内因性に産生される NO 合成酵素抑制因子である ADMA の上昇、酸化ストレスが亢進してことを初めて明らかにした。今回は子宮内膜症の治療が心血管疾患リスクマーカーに与える影響を代表的なホルモン療法の前後で検討した。

①GnRHa 療法: 血中のエストロゲンを低下させることにより内膜症病巣を縮小させ、炎症性サイトカインが改善する一方、すでに低下した内皮機能をさらに低下、インスリン抵抗性や脂質異常をきたすのみならず、動脈硬化に促進的に働く危険性を有することから短期には適するが、長期で将来の CVD リスクを上昇させる可能性が示唆された。

②黄体ホルモン (ジエノゲスト) 療法: 第4世代の合成プロゲステロンであるジエノゲスト(DNG)はアンドロゲン作用を持たないため、血管内皮に対する良好な影響が期待できる。DNG はエストロゲン濃度を低下させるにもかかわらず、内皮機能や糖脂質代謝・酸化ストレスに対して悪影響を及ぼさず、長期投与においても酸化ストレスに対して改善傾向を有することより、長期使用にはより適していると考えられた。

③エストロゲン・プロゲステルゲン(EP)配合剤: 内膜症治療薬の EP 配合剤は、E 製剤は脂質代謝や内皮機能の改善効果を有する一方、男性ホルモン作用を有する P 製剤は E 製剤の好影響を相殺することが懸念される。EP 配合剤で男性ホルモン作用を有する norethisterone(NET)、有さない drospirenone(DRSP)の両者による心血管疾患リスクマーカーへの影響について比較検討を行った。EE+DRSP は EE+NET に比較して TG 上昇作用を有するものの、HDL-C 上昇および内皮機能改善効果を認め、EP 配合剤にみられる体水分貯留も抑制することが示された。

今後は子宮内膜症に対し、静脈血栓を含めたリスクからみた治療方法の確立や、経口エストロゲンを含有する LEP と、有さない DNG の凝固系・酸化ストレスとの関係、また IUS など局所投与での身体への影響など、内膜症治療薬と女性ヘルスケアとのかかわりが注目される。

専攻医教育プログラム 2(2日目 13:10~14:10) 【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

2-1. 若年者がん患者の生殖機能：他科との連携

岐阜大学大学院医学系研究科産科婦人科学

古井 辰郎

若年がん患者の増加とがん治療の進歩は、増加する長期がんサバイバーのQOLの向上という問題に対しての関心のたかまりをもたらしている。特に婦人科がんに対する手術、乳がんや血液疾患をはじめとするアルキル化剤を主として用いる化学療法、骨盤内放射線照射などに伴う生殖機能への障害による長期の低エストロゲンに関する諸問題と不妊は、若年者がんサバイバーにとって非常に大きなQOL低下の原因となる。しかしながら、これらの問題はがん治療の現場のみでは解決が困難であるため産婦人科医が主治医と連携して対応する事が求められる。低エストロゲンの問題では、更年期障害、骨代謝異常、脂質代謝異常やそれらに続発する様々な問題に対する生殖医学や女性医学的なアプローチが必要であるものの、乳がんなどではホルモン補充療法の適応には慎重な判断が必要な場合もある。がん治療前の妊孕性温存の適応においても、患者の病状や予後、治療までの猶予、がん治療後の妊娠の適否、患者の社会的背景や希望などと産婦人科医とがんの主治医、看護師、臨床心理士など様々な職種の医療従事者の連携は大前提となる。本講演では、がん治療に伴う卵巣機能の低下および不妊発症の機序、およびそれらに対する対応の現状や新たな取り組み等について言及する。

2-2. 腹式単純子宮全摘術の手術手技

三重大学産婦人科

田畑 務

腹式単純子宮全摘術は婦人科手術の基本であり、産婦人科専攻医がまず習得すべき手術手技である。当院で行っている腹式単純子宮全摘の特徴について述べる。①パワーソースは電気メスのみ使用：正しい切離ラインを読み切り、電気メスにて切離する。②直腸側腔を展開：後腹膜の展開により子宮を支持する靭帯が明瞭となり、靭帯を切離することにより子宮を摘出する。③膀胱の剥離は電気メスを使用：膀胱と子宮の剥離は鈍的な剥離操作はなるべく行わず、切離すべきラインを見極め電気メスにて鋭的に切離する。④ダグラス窩を開放：ダグラス窩を電気メスにて切開することにより直腸と膈を剥離し、仙骨子宮靭帯が明瞭となり、切離しやすくなる。⑤尿管を遊離：直視下に尿管を確認し子宮より遠ざけることにより、安全に子宮摘出を行う。⑥子宮を削らない：基靭帯起始部を挟鉗する際は、子宮は挟まず、基靭帯起始部のみを挟鉗するように、鉗子の先端と子宮の間に少し隙間を保つ。この鉗子操作を繰り返すことにより、子宮を削らずに摘出することが可能となる。

本術式の特徴は、切離または剥離操作はできるだけ鋭的に行うことを基本としている。これらの手技を通して、子宮の支持靭帯を意識して子宮を摘出するよう心がけている。

一般演題

第 1 群 (1 日目 13:05~14:10) 第 1 会場

1. 当院における外陰癌 10 例の検討

岡崎市民病院 産婦人科

齊藤拓也、田口結加里、石原恒夫、西尾沙矢子、山田玲菜、渡邊絵里、佐藤静香、杉田敦子、阪田由美、森田剛文、榊原克巳

【目的】外陰癌は女性性器癌の 1-2%(欧米 3-5%)に見られるにすぎず、全女性悪性腫瘍の 1%にも満たないとされている。そして、組織型に関しては、扁平上皮癌が 85%を占めている。また、高齢者に多いことが特徴であり、治療としては、手術、放射線療法、化学療法がおこなわれるが、予後は一般的に不良であるといわれている。そこで、今回我々は、当院で経験した、外陰癌について検討した。

【方法】2001 年 4 月から、2014 年 10 月までに当院で経験した外陰癌 10 例について、後方視的に検討した。

【結果】年齢 45 歳から 92 歳(平均 77.1 歳)。組織型は、扁平上皮癌、7 例、Paget 病、1 例、悪性黒色腫、2 例であった。病期および治療方法は、I 期は 5 例で、4 例が手術を行い(2 例の局所切除を含む)、1 例は放射線治療を行った。II 期は 1 例で、手術後化学療法を行った。III 期は 3 例で、全例手術を行い、うち 2 例で術後化学療法を行った。IV 期は 1 例で手術後化学療法をおこなった。転帰としては、4 例が再発し、1 例が死亡、2 例は再発巣切除、1 例は放射線治療中である。この生存例 3 例中 2 例は術後 10 年以上経過してからの再発であった。

【結論】外陰癌は非常に稀な疾患であり、現在、治療ガイドラインはなく、作成中である。PS が良好な患者に対しては、高齢であっても、積極的な治療の介入により、予後の改善につながるのではないかと思われた。また、長期フォロー後に再発する症例もあり、長期管理が必要であるが、再発例においても、局所再発が多く、切除可能な症例がほとんどであった。

2. 子宮頸癌における広汎子宮全摘術の臨床的検討

¹豊橋市民病院、²女性内視鏡外科、³総合生殖医療センター

河井通泰¹、松尾聖子¹、矢吹淳司¹、甲木聡¹、北見和久¹、矢野有貴¹、松川哲¹、梅村康太²、岡田真由美¹、安藤寿夫³

【目的】当科での広汎子宮全摘術施行症例を検討した。

【方法】2006 年から 2013 年に当科で行われた子宮頸癌に対する広汎子宮全摘術 62 例について解析した。

【成績】進行期は IB1 期 47 例、IB2 期 12 例、IIA 期 3 例。扁平上皮癌 34 例、腺癌他 28 例で骨盤リンパ節郭清 39 例、骨盤傍大動脈リンパ節郭清 23 例であった。発表者執刀が 6 例、発表者第一助手が 56 例で全例パワーディバイスは用いていない。腫瘍径中央値 2.5cm (0-7cm 0=CIS) リンパ節摘出中央値 23 (9-56) 個であった。発表者が第一助手の場合、執刀医の卒後年数中央値は 5 年目で (3-18 年目) 40 例 (64.5%) が専攻医であった。執刀医が 10 年目以上は 8 例 (卒後年数 12,16,11,11,12,18,16,13 1 例のみ腫瘍専門医) あった。出血量は中央値 552mL (114-1913mL)、同種血輸血施行 5 例 (8.1% RCC 単位 2,2,4,4,6 単位)、手術時間中央値 338 分 (203-541 分) であった。周術期合併症に特記すべきことはなかった。術後バルーン day5 抜去が 9 例、day7 抜去が 53 例で自尿は day5~105 日で確立。中央値 day8 であった。抜去翌日までに残尿検査中止が 50 例 (80.6%)、day18 までに残尿検査中止が 61 例 (98.4%) であった。1 例 (1.6%) が自己導尿 (day105 で中止)。術前 IB1 と診断した 47 例のうち術後病理で IB1 の症例は 32 例 (68.1%)、under diagnosis であった症例は 12 例 (25.5%)、over diagnosis の症例は (6.4%) であった。IB2 症例 12 例では正診 4 例 (33.4%)、under diagnosis 1 例 (8.3%)、over diagnosis 7 例 (58.3%) であった。IIA 症例 3 例では正診はなかった。すべての症例の正診は 58.1% であった。経過観察中央値 41.5 ヶ月で生存率 86.9% であった。

【結論】今後腹腔鏡やロボット支援による低侵襲手術が広まると思われるが、それらとの比較検討データとなりうると考えられた。術前診断は十分とは言えなかった。術後の追加治療も詳細な検討が必要であると考えられた。

3. ベバシズマブ併用化学療法中に直腸瘻・皮膚瘻を発症した卵巣癌の1例

三重県立総合医療センター 産婦人科

徳山智和、田中浩彦、秋山 登、高倉 翔、大内由貴、南 結、中野譲子、小林良成、井澤美穂、朝倉徹夫、谷口晴記

【緒言】抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体であるベバシズマブは、2013年11月卵巣癌に適応拡大された。今回、初発から8年が経過し骨盤内再発コントロール不能な卵巣癌例にベバシズマブを含む化学療法を3コース施行したところ、直腸瘻及び臀部皮膚瘻を形成した症例を経験したので報告する。

【症例】約8年前の初診時47歳、2経産、精査の結果卵巣癌を疑った。またCFにて生検した結果、卵巣癌の直接浸潤が確認された。試験開腹術施行したところ、子宮、右卵巣腫瘍、直腸は一塊となり摘出不能であり左卵巣を摘出した。病理結果は漿液性腺癌、stage III C と診断された。TC療法施行し一時腫瘍は縮小したものの、パクリタキセルによるアレルギーが出現したため中止した。その後、ドキソルビシン、ゲムシタピンを使用した腫瘍縮小は認めず、CA125が3610U/mlと上昇した。本エピソード3か月前よりドセタキセル+ベバシズマブ療法を開始し、CT検査にて腫瘍の縮小がみられた。発症当日朝から腹痛増強、脛より便汁漏出し当科受診。注腸造影施行した結果、骨盤膿瘍、直腸瘻を認めたため、4日後、人工肛門造設術施行。術当日、臀部皮膚瘻が発見され処置がなされた。現在術後経過は良好である。

【まとめ】腹膜播種や3レジメン以上の化学療法治療歴のある患者は、消化管穿孔の発現リスクが高いと報告されている。今回我々は、卵巣癌治療において珍しいとされる、ベバシズマブ使用後におきた骨盤膿瘍、直腸瘻、臀部皮膚瘻の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

4. 子宮体癌治療後の経過観察中に全身性リンパ節腫大を来した1例

三重県立総合医療センター 産婦人科

高倉 翔、田中浩彦、秋山 登、徳山智和、大内由貴、南 結、中野譲子、小林良成、井澤美穂、朝倉徹夫、谷口晴記

【緒言】今回、我々は子宮体癌治療後の経過観察中に全身性リンパ節腫大を来し、リンパ節腫大の鑑別を要した症例を経験した。

【症例】71歳女性、2経産。既往歴に関節リウマチがあり、メトトレキサートを内服していた。子宮体癌にて腹腔鏡下单純子宮全摘術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清を施行、術後診断は類内膜腺癌、Stage I Aであった。経過観察を行っていたが、術後6か月のCTで両側鼠径リンパ節腫大を認め、さらにその後1年のCTで両側鼠径リンパ節腫大は増大し、骨盤リンパ節腫大も出現した。また、PET/CTを施行したところ、両側鼠径・骨盤リンパ節に加え、傍大動脈・右鎖骨上窩・左腋窩リンパ節に集積亢進を示す腫大を認めた。本症例では当初、関節リウマチによるリンパ節腫大を考えていたが、子宮体癌の再発転移の有無を確認するため、関節リウマチの人工膝関節置換術を受ける際、鼠径リンパ節生検を施行した。病理組織検査の結果は腺癌や結核の所見はなく、関節リウマチによる反応性リンパ節腫大の可能性はあるが、IgG4関連疾患のリンパ節病変の可能性は否定できないとのことであった。IgG4関連疾患、また関節リウマチと併発が多いとされる悪性リンパ腫を否定できないため、さらなる精査を行ったが、いずれもこの時点では除外された。今後、関節リウマチと関連して悪性リンパ腫の発生する可能性は少なくなく、外来にて注意深く経過観察中である。

【結語】全身性リンパ節腫大の原因として関節リウマチに伴う所見を第一に考えているが、経過観察する際に子宮体癌の転移、関節リウマチに関連した悪性リンパ腫にも留意しておかなければならない。文献的考察を加えて、報告する。

5. 婦人科悪性腫瘍転移巣に対するサイバーナイフの有用性

トヨタ記念病院 産婦人科

吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、江口 慶、西尾洋介、宇野 枢、木村浩一朗、田野 翔、近藤真哉、古株哲也、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】サイバーナイフは多方向から放射線を集中照射して治療を行う定位放射線治療であり、様々な悪性腫瘍で原発巣および転移巣の局所における治療効果が証明されているが、婦人科悪性腫瘍に対する有効性は未だ確立されていない。今回我々は、婦人科悪性腫瘍の転移巣に対するサイバーナイフの有用性を検討した。

【方法】2012年1月から2014年11月の期間に、化学療法施行中あるいは施行後の婦人科悪性腫瘍の局所転移巣に対してサイバーナイフを施行した患者を対象とした。サイバーナイフ施行前後の腫瘍径の変化および治療効果を後方視的に検討した。

【成績】対象患者は4例で、サイバーナイフ施行時の平均年齢は59.5歳であった。原発巣は子宮頸癌1例(扁平上皮癌)、子宮体癌1例(類内膜腺癌)、卵巣癌2例(漿液性腺癌)であった。照射を施行した転移巣は、脳転移2例、肝転移1例、傍大動脈リンパ節転移1例であり、最大局所照射線量は41から59 Gyであった。治療に要した期間は平均5.2日であった。出血や腸穿孔などの重篤な合併症は認めなかった。全例においてサイバーナイフ施行後に腫瘍の縮小を認め、三次元軸を基にした腫瘍径の平均値は、治療前が1.85 cmであったのに対し、治療3ヵ月後は1.31 cmであった。サイバーナイフ施行6ヵ月後における治療効果は、完全退縮が脳転移1例、傍大動脈リンパ節転移1例であり、局所制御が脳転移1例、肝転移1例であった。現在3例が生存中であり、完全退縮を認めた2例に関しては、追加治療なく経過観察中である。

【結論】サイバーナイフは婦人科悪性腫瘍の転移巣に対して、低侵襲かつ有効な治療法である可能性が示唆された。

6. 周産期に肺塞栓症からCPAに至ったが、救命し得た一例

大垣市民病院

中川敦史、伊藤充彰、高木七奈、玉村有希恵、野坂和外、古井俊光、木下吉登

【目的】急性肺塞栓症は周産期の妊産婦死亡の代表的な疾患の1つである。発症時期としては産褥期に多く、経膈分娩後よりは帝王切開後に多い。今回、われわれは周産期に急性肺塞栓症を発症して心肺停止状態に至ったが、救命できた症例を経験したので報告する。

【症例】38歳女性、1経妊1経産(骨盤位のため帝王切開)。身長160cm、体重71kg、BMI 27.7 妊娠経過は37週まで問題なし。妊娠37週2日、突然の呼吸苦を主訴にかかりつけクリニックを受診され入院。翌日になっても呼吸苦の改善なく妊娠37週3日で帝王切開施行。術中より頻脈と低酸素血症を認めた。術後1日目にショック状態で当院へ搬送された。当院到着後、精査中に心肺停止状態に至る。ただちに胸骨圧迫と補助換気を開始。心肺停止から約20分で経皮的な心肺補助装置による補助循環を開始。状態が落ち着いてから造影CTを施行したところ肺動脈内に大量の血栓を認めた。ヘパリンによる血栓溶解療法を開始したが、1日経過した時点で血栓の改善が見られなかったため、手術の方針とした。入院2日目に血栓除去術が施行された。術後、一時は脳障害を危惧される状態であったが、徐々に回復し、最終的には腎障害以外に大きな合併症なく術後113日目に退院となった。

【考察】今回の症例では、比較的高齢で肥満な妊婦であり、肺塞栓症のリスクは高い。また、クリニック受診の契機となったのが突然生じた呼吸苦というエピソードからも、鑑別疾患の1つとして来院時より肺塞栓を疑うべきであった。帝王切開施行前にヘパリンを用いた抗凝固療法や下大動脈フィルター留置の検討など、適切な対策をとる必要があったと思われる。肺塞栓症の診療は臨床症状からまず疑うことから始まり、厳重かつ迅速な精査加療を行う必要がある。

7. 子宮腺筋症による重症貧血にて心不全に至り、MEA で性器出血をコントロールした一例

岐阜市民病院

森 崇宏、平工由香、山本和重、柴田万祐子、村瀬紗姫、安見駿佑

【緒言】子宮筋腫・子宮腺筋症による重症貧血で、心不全を来した一例を経験した。輸血や心不全に対する加療とともに、一次止血目的に MEA（マイクロ波子宮内膜アブレーション）を施行することで状態改善に至った症例を報告する。

【経過】46 歳女性、数年前から貧血あり、子宮筋腫・子宮腺筋症による過多月経を疑われ、子宮全摘を勧められていたが受けず。その後医療機関の受診なし。2014 年に自宅で動けなくなり当院救急搬送となった。Hb：1.5 であり、画像精査にて心拡大、肝腫大、胸水貯留を認め、慢性貧血による心不全と考えられた。輸血を開始したが多量性器出血の持続あり、一次止血目的で MEA 施行、性器出血の改善を認めた。その後も輸血は要したが、徐々に心不全は改善し、入院後 2 週間で退院に至った。総輸血量は RCC：12 単位、退院時の Hb：13.3 であった。その後、当院にて改めて子宮全摘を予定した。GnRHa 使用後に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。最終病理は adenomyosis、leiomyoma であった。

【結語】コントロール困難の性器出血症例に対しては、子宮全摘術や子宮動脈塞栓術が選択肢として考慮されるが、患者全身状態や施設の対応能力によっては MEA も有効な一手段であると思われる。

8. 婦人科術後の ART で Residual Ovary Syndrome を発症した 2 例

¹ 藤田保健衛生大学病院医学部産婦人科学講座、

² 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院

會田 訓子¹、西尾 永司¹、河合 智之²、
伊藤 真友子¹、石井 梨沙¹、西澤 春紀¹、
関谷 隆夫¹、廣田 穰¹、藤井 多久磨¹

Residual Ovary Syndrome(ROS)は婦人科手術などの骨盤内手術後に発生することがある。今回我々は ROS が生殖補助医療(ART)に惹起されて増大した 2 例を経験したので報告する。

症例 1：46 歳，未経妊未経産。33 歳時に腹式子宮筋腫核出術，41 歳時に再発子宮筋腫に対して同手術および癒着剥離術が施行されている。また 45 歳時に両側卵管水腫の診断にて腹腔鏡下両側卵管切除術および癒着剥離術が施行されている。42 歳時より不妊治療を開始したが，AIH 試みるも妊娠に至らず，IVF-ET へ移行した。46 歳時，採卵後に腹痛を自覚し経腔超音波にてダグラス窩に腫瘤像を認めた。採血上貧血や炎症所見なく，腫瘍マーカーはすべて陰性であった。MRI では腹腔のスペースに沿った形状の単房性腫瘤(150×81×90mm)を認め，腫瘍内部に左卵巣が包埋されたような所見であった。現病歴や画像所見から ROS と診断し，LEP 製剤による治療を開始した。症例 2：41 歳，未経妊未経産。38 歳時に子宮内膜症と子宮筋腫に対し，開腹卵巣部分切除術および子宮筋腫核出術を実施している。術後 1 か月の経腔超音波検査にて，ダグラス窩に 60mm 大の嚢胞を認め，経過観察されていた。39 歳時より不妊治療を開始した。今回，採卵後 10 日目腹部緊満感を訴え，経腔超音波検査にて 20cm 大の単房性巨大嚢胞を認め，CA125 が 47.8U/ml と軽度高値であった。MRI では症例 1 同様，左卵巣が腫瘍内に包埋されたような単房性腫瘤を認めた。現病歴と画像所見から ROS と診断し GnRHa を使用開始したが，腫瘍の縮小は認めず，経過観察中である。2 症例ともに排卵誘発，採卵を繰り返しており，ART のように高エストロゲン状態が持続する術後患者は ROS に留意する必要がある。

9. 当院における腹腔鏡下子宮全摘術の現状

刈谷豊田総合病院産婦人科

長船綾子、茂木一将、青木智英子、山田千恵、永井孝、松井純子、梅津朋和、山本真一

当院では 2007 年より腹腔鏡下手術を開始しており、現在までに 555 件の手術を実施してきた。腹腔鏡下腔式子宮全摘術に関しては 2008 年から実施していたが、技術の向上に伴い 2011 年より腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)の導入を開始した。これまでに 74 件の手術を行っており、そのうち 68 件については同一術者が主に手術を実施している。その 68 件につき 10 件ごとの手術成績について検討した。現状および今後の課題について考察を行い、現在の当科における TLH の手術動画を供覧する。

【方法】2011 年 1 月から 2014 年 10 月までに行った腹腔鏡下子宮全摘術の 68 例に対して、10 症例毎(①～⑦(⑦は 8 例))の群に分けて手術時間、出血量、摘出重量、合併症の有無につき検討を行った。

【結果】手術時間(中央値)は①197 分②193.5 分③169.5 分④150.5 分⑤158.5 分⑥118 分⑦126 分であった。出血量(中央値)は①②は 120g であったが、それ以外は 100g 以下であった。摘出重量(中央値)は⑤で 326.5g であったが、それ以外は 270g 以下であった。合併症は 3 例であり、術後 2 か月で腔断端離開となったものが 1 例、術中に膀胱筋層を損傷し、鏡視下に縫合を行ったものが 1 例、術後右水腎症があり尿管ステント留置を行ったものが 1 例であった。開腹移行は 1 例であった。

【考察】手術時間は経時的に短縮しており 50 例を超えたころより 120 分前後で実施できるようになってきている。その理由として技術認定医の指導、縫合技術の向上に加え、51 例目以降、子宮動脈は結紮のみとし切離せず、基靭帯は縫合ではなくバイポーラーにて凝固切離のみ行っていることが一因と考えられる。今後は、当院の腹腔鏡手術のレベルの向上、および腹腔鏡下子宮体癌手術への適応拡大を図ることが課題であると考えている。

10. 卵巣チョコレート嚢胞摘出術における工夫

～より卵巣のダメージを少なくするために～

清慈会鈴木病院 産婦人科

久野 敦、安江 朗、鈴木崇浩、宮崎泰人、安江由起、藤井真紀、高橋正明、新里康尚、鈴木清明

【目的】従来より、我々は卵巣チョコレート嚢核摘出術において希釈ピトレスinを嚢胞壁直下に注入し water dissection によって嚢胞壁を剥離する方法を行ってきたが、注入する層が深過ぎた場合に嚢胞壁と卵巣実質の一部が一緒になって厚く剥離されてしまい、一見きれいに剥離された嚢胞壁でも、実はさらに薄く剥離可能である事を経験する。今回我々は、嚢胞壁からの希釈ピトレスinによる water dissection は行わずに、鉗子による牽引操作で剥離開始し、嚢胞壁自体に希釈ピトレスinを注入する事で、より薄く剥離可能な層を作り、さらに嚢胞壁を薄く剥離する事を目指した。

【方法】当院にて 2012 年 12 月より 2014 年 11 月までの 2 年間に、同一術者が卵巣チョコレート嚢核摘出術を行った症例で、希釈ピトレスinを嚢胞壁直下に注入した症例(従来法) 8 件と、嚢胞壁自体に注入した症例(嚢胞壁注入法) 9 件について後方視的に比較検討を行った。なお両側性の場合には 2 件にカウントした。

【成績】嚢胞剥離に要した時間は、従来法 1152±613 秒、嚢胞壁注入法 1297±579 秒で有意差は認めなかった。(p>0.05) 年齢、手術時間、出血量、R-ASRM も有意差を認めなかった。妊娠例は従来法 5 例であった。嚢胞壁注入法での摘出完遂率は 55.6%(9 件中 5 件)であった。

【結論】ovarian reserve を保つための嚢胞摘出法として、希釈ピトレスinを直接嚢胞壁に注入し、より薄く嚢胞壁を剥離する方法も検討する価値のある方法と考える。

ただし、嚢胞の繊維化が強い症例では希釈ピトレスinの注入は困難であり、従来法が適する症例もあると考えられた。

今後は症例を蓄積し AMH、卵胞数の比較なども追加して、本方法の評価を行っていきたい。

11. 当院における腹腔鏡下仙骨脛固定術の導入

¹豊橋市民病院、²同女性内視鏡外科、
³同総合生殖医療センター

甲木 聡¹、松尾聖子¹、矢吹淳司¹、北見和久¹、
池田芳紀¹、吉田光紗¹、松川 哲¹、矢野有貴¹、
梅村康太²、岡田真由美¹、安藤寿夫³、河井通泰¹

【目的】近年、腹腔鏡下仙骨脛固定術:Laparoscopic Sacrocolpopexy(LSC)は、欧米にて骨盤臓器脱:Pelvic Organ Prolapse(POP)のゴールドスタンダードとして施行されている術式である。本邦でも2014年4月より腹腔鏡下膀胱脱手術として保険収載され、POPの治療法選択肢の一つとして国内の多くの施設に導入され始めている。今回、当院においても2014年度よりLSCを導入したため、その経験を若干の文献的考察を加え報告する。

【方法】2014年6月から11月の間に、当院にてPOPに対し11例のLSCを施行した。最初の4例は前脛壁および後脛壁の両方に非吸収メッシュを固定するダブルメッシュ法(DM-LSC)を、後の7例は前脛壁のみを固定するシングルメッシュ法(SM-LSC)を採用した。術中術後の治療効果および合併症に関し検討した。

【結果】全症例の平均年齢は65.5歳(56~77歳)、平均手術時間はDM-LSCが230分(211~254分)、SM-LSCが178分(155~205分)、平均出血量20mL(0~150mL)であり、術中開腹移行例や輸血症例および膀胱・尿管・腸管損傷例は認めなかった。術中操作に関して仙骨前面部にメッシュを固定する際に針を運針する操作が重要であるが、本術式において最も難しい手技と考えられた。1例において、仙骨前面からの出血が多く組織接着用シートを使用した。術後1ヶ月以上フォローされた症例では再発やメッシュ露出は認めなかった。手術時間はDM-LSCよりSM-LSCが短く、術後の症状の改善に関しては同等で明らかな差を認めなかった。

【結論】POPに対するLSCの短期予後は良好であった。他施設においてもLSCはPOPに対して治療効果が高いものであると報告されており、今後LSCを希望する患者数は増加していくものと考えられる。しかしながら、術後の長期成績に関しての報告は少なく、今後更なる症例の蓄積と検討が必要である。

12. 卵巣腫瘍茎捻転の腹腔鏡下手術においてMRIが有用であった2症例

岐阜大

宮居奈央、矢野竜一郎、高橋麗奈、森重健一郎

【諸言】巨大卵巣腫瘍の腹腔鏡下手術において、術野確保のための腫瘍内容穿刺は少量の内容液が腹腔内に漏出する可能性があり、腫瘍の性状を十分評価した上で施行する必要がある。今回我々は、卵巣腫瘍茎捻転の症例に対して術前にMRI評価を行った上で、腫瘍を穿刺縮小させ安全に手術を施行し得た2症例を経験したので報告する。

【症例1】61歳。急性腹症にて前医受診。CTにて骨盤内腫瘍を認めたため当院へ救急搬送となった。MRIにて15cm大の単房性嚢胞性腫瘍を認め、画像上悪性所見は認められず、左卵巣腫瘍の茎捻転と診断。同日緊急腹腔鏡下手術を施行した。術中腫瘍を穿刺、粘液性の内容液を800ml吸引し腫瘍を縮小させることで、反時計方向に360°捻転する腫瘍を確認し得た。捻転を解除後、速やかに両側付属器切除術施行。経過良好で術後3病日目に退院。病理結果はbenign cystic tumorであった。

【症例2】27歳。未婚、未経産。右下腹部痛出現し前医受診。卵巣腫瘍を指摘され、当科紹介初診となった。MRIにて9cm大の右単房性卵巣腫瘍を認め、捻転が疑われた。また画像上悪性所見は認めなかった。同日緊急腹腔鏡下手術を施行。術中腫瘍を穿刺、漿液性の内容液を350ml吸引し腫瘍を縮小させ、時計方向180°の捻転を確認するも、肉眼的に右卵巣の虚血性変化などは認めなかった。捻転を解除後、右卵巣腫瘍摘出術(右卵巣温存)施行。経過良好で術後2病日目に退院。病理結果はserous cystadenomaであった。

【結語】巨大な単房性卵巣腫瘍の茎捻転症例に対して腹腔鏡下手術を施行する際は、腫瘍を穿刺し縮小させることで安全に手術が施行できるため、救急症例であっても術前にMRI検査を施行し悪性所見の有無など評価を行うことが有用と思われた。

13. 妊娠 26 週で肺血栓塞栓症を発症した先天性 ATⅢ欠乏症合併妊娠の一例

岐阜大

高橋麗奈、森美奈子、志賀友美、豊木廣、森重健一郎

【目的】妊娠・出産は血栓症のリスク因子であり、先天的に血栓性素因を保有する者においてはより注意を要する。今回、妊娠 26 週で肺塞栓症を発症した先天性 ATⅢ欠乏症合併妊娠の一例を経験した。

【症例】26 歳初産婦、AIH で妊娠成立。先天性 ATⅢ欠乏症合併妊娠のため妊娠 14 週で当院紹介、同日血液内科受診となった。初診時の血液検査で、ATⅢ活性 34%と著明な低下を認めた。

血栓症ガイドラインでの最高リスク妊婦にあたるため、ヘパリンカルシウム 10000 単位/日皮下注射を開始し、当科妊婦健診及び血液内科にて follow up していた。

妊娠 26 週 3 日、呼吸苦を自覚して救急外来を受診。酸素化悪化や血液検査から強く肺塞栓症が疑われたため、造影 CT を施行したところ、両側肺動脈と卵巣静脈、左内腸骨静脈、左腎静脈に血栓を認め、肺塞栓症および深部静脈血栓症と診断された。

ATⅢ補充とヘパリン持続静注にて経過観察し、FDP、D ダイマーは徐々に改善を認めた。

陣痛発来時にヘパリンを中止し、妊娠 37 週 6 日、2680g の児を経膣分娩した。産後、ワーファリンを開始し、産褥 2 日目に CT で血栓消失を確認し、産褥 14 日目に退院となった。

【結語】血栓性素因のある妊婦は血栓症のハイリスクであることを充分認識する必要がある、本人の既往のみではなく、家族歴の聴取も重要である。血栓症発症または既往妊婦では血栓性素因の有無を調べることも重要であると思われた。

14. 家族歴のない孤発型先天性アンチトロンビンⅢ欠損症合併妊娠の 1 例

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

野元正崇、山本靖子、村岡彩子、新城加奈子、針山由美

【緒言】先天性アンチトロンビンⅢ(AT-Ⅲ)欠損症は AT-Ⅲ活性の低下に伴い凝固能が亢進し、高率に血栓症を発症する常染色体優性遺伝疾患である。特に妊娠・出産を契機に深部静脈血栓症(DVT)や肺塞栓症(PE)を発症することが知られている。今回、家族歴を認めず、妊娠初期に DVT を契機に先天性 AT-Ⅲ欠損症と診断し、生児を得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】18 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 12 週に右股関節痛が出現し受診、表在血管超音波検査で右総腸骨静脈から外腸骨静脈、総大腿静脈から大伏在静脈までの広汎な VTE を認めた。入院時凝固・線溶系検査では AT-Ⅲ活性 35.0%, AT-Ⅲ抗原 9.6mg/dl と低値, protein S, protein C, LAC, 抗 CL 抗体, XII 因子はいずれも正常範囲であったことから AT-Ⅲ欠損症 type1 と診断した。入院後直ちにヘパリン持続、AT-Ⅲ製剤の投与を開始した。浮遊性の血栓であり PE のリスクが高かったため、本人と家族に十分な informed consent を行い、下大静脈フィルターを留置した。

その後新たな血栓の出現は認めず、ヘパリン Ca 自己注射に切り替え定期的な AT-Ⅲ製剤の投与で外来管理した。経過中に羊水過少や IUGR などの合併症は認めず、妊娠 36 週時の下肢表在超音波検査では明らかな VTE は認めなかった。分娩時に AT-Ⅲ活性を 70%以上に保つため計画分娩の方針とし 38 週 6 日経膣分娩となった。児は 3265g, 男児, Ap8/9, 明らかな外表奇形は認められなかった。産褥期はヘパリン及び AT-Ⅲ製剤の投与で管理し、ワーファリン内服に切り替え退院となった。

【結語】適切な抗凝固療法を実施し DVT の再発を予防し生児を得た貴重な症例を経験した。

第3群(1日目 13:05~14:10) 第2会場

15. TRY セミナー受講後に導入したドライラボ縫合結紮トレーニング (Step1)

¹トヨタ記念病院 産婦人科、

²宇治徳洲会病院 産婦人科、

³がん研究会有明病院 婦人科

鶴飼真由¹、江口 慶¹、西尾洋介¹、木村浩一朗¹、
宇野 枢¹、田野 翔¹、吉原雅人¹、真山学徳¹、
近藤真哉¹、古株哲也¹、宮崎のどか²、原田統子¹、
岸上靖幸¹、小口秀紀¹、金尾祐之³

【目的】腹腔鏡下手術では縫合結紮は必須の手技であるが、トレーニング方法が確立されていないため、一般病院での導入は困難であった。今回、TRY セミナーに参加した医師が学んだ内容を院内に持ち帰り、縫合結紮技術の習得、向上を目的に、ドライラボ縫合結紮トレーニングを開始した。

【方法】院内に自作のドライボックスを5台設置し、縫合結紮の経験のない産婦人科医6名、外科医2名を対象に4つのStepに分かれたプログラムを導入した。Step 1は糸を持針器に巻き付ける手技、Step 2は結紮する手技、Step 3は針を回転させる手技、Step 4は運針とした。2013年4月からStep 1として、右手に持針器、左手にメリーランド鉗子を持ち、右手のみ(Tr 1)、左手のみ(Tr 2)、両手(Tr 3)、次いで左右の鉗子を持ち替え、左手のみ(Tr 4)、右手のみ(Tr 5)、両手(Tr 6)で糸を持針器に巻き付ける6つのトレーニングを行った。各トレーニングでは糸をoverlapとunderlapで交互に合計50回巻き付ける操作を1セットとし、目標時間は60秒以内とした。

【成績】Step 1の平均練習時間は21時間38分であった。平均所要時間の変化はTr 1が256→55秒、Tr 2が354→58秒、Tr 3が255→53秒、Tr 4が414→60秒、Tr 5が371→57秒、Tr 6が290→57秒であった。いずれも全員が大幅に所要時間を短縮でき、16-32時間(50-100回)で目標を達成できた。Step 1に要した消耗品の費用は0円であった。Step 2合格者に対して実際の腹腔鏡下手術でも結紮を開始しているが、スムーズに操作でき、臨床的にも活用できるようになってきている。

【結論】TRY セミナーの技術を習得した参加者がその内容を普及させることで、多くの医師がより高い技術を習得することが可能となる。

16. 当院における腹腔鏡下仙骨腫固定術(Laparoscopic sacrocolpopexy:LSC)の導入

¹豊田厚生病院産婦人科、²豊橋市民病院女性内視鏡外科

針山由美¹、山本靖子¹、野元正崇¹、村岡彩子¹、
新城加奈子¹、梅村康太²

【はじめに】骨盤臓器脱は頻度の高い疾患であり、高齢化社会となる我が国において今後「健康寿命」の観点から産婦人科医がより積極的に対応していくことが必要と考えられる。

本年4月から保険収載となった「腹腔鏡下膀胱脱手術」すなわち腹腔鏡下仙骨腫固定術(LSC)を、従来の治療法に対しどの位置づけで導入すべきか戸惑う施設も少なくない。当院における初期症例につき報告し、今後の手術適応につき考察する。

【症例1】41歳5経産。健診にて子宮筋腫および子宮脱との指摘を受け受診。後壁主体に大きな腺筋症を認め、子宮は小児頭大に腫大。Aa1.0, Ba1.0, C1.0、膀胱瘤+子宮下垂、POP-Qstage II。月経痛、過多月経の症状を伴っていた。若年であることから術式について本人家族に十分説明のうえ、LSCの適応とした。手術時間241分、術中出血量600ml。

【症例2】51歳3経産。尿閉にて受診。9センチ大の後壁筋層内子宮筋腫を認めた。Aa-1.0, Ba0.0, C1.0、軽度膀胱瘤+子宮下垂、POP-Qstage II。過多月経あり。一旦経過観察の方針としたが、その後再度尿閉のエピソードがあり、LSCの適応とした。手術時間442分、術中出血量1600ml。

【まとめ】当院での導入初期症例はいずれも性的活動性の高い若年症例であった。POP-QstageはいずれもIIと高くなかったが、大きな子宮病変によりPOP症状が修飾を受けていたと考えられる所見であった。しかし、この子宮病変のため手術時間が延長し術中出血も多量となった。子宮腫上部切断までの時間と子宮モルセレーションから閉創までの時間を除いた正味のメッシュ固定に要した時間はそれぞれ113分、272分であり、許容される範囲と考えられた。さらに今後実施する予定の症例も加えて考察したい。

17. 臍部子宮内膜症の1例

岐阜市民病院

安見駿祐、平工由香、山本和重、柴田万祐子、村瀬紗姫、森崇宏

【緒言】臍部の腫脹、発赤にて発症した臍部子宮内膜症の1例を経験したため報告する。

【症例】症例は37歳女性。妊娠歴は2経妊2経産。3ヶ月前に、臍部の腫脹と発赤を認め、他院外科にて切開術を施行されていた。胃痛のため近医内科に受診、腹部全体の圧痛を伴い、採血にて高度の炎症と画像上骨盤内腫瘍を指摘され、当科紹介となった。

【初診時所見】数日後に初診、左卵巣に91mm大の内膜症性嚢胞を疑う腫瘍を認めた。前医にて抗生剤を処方されており採血データは改善していたが、左付属器に圧痛を認め緊急MRI施行。捻転などは否定的と思われ、エコー上内部に壁に結節も疑われたことから精査の後の手術の方針とした。ジェノゲスト製剤を開始。また臍の切開痕が膨隆・硬結を認めており、肉芽腫が疑われ当科手術時に同時切除予定とした。初診時CA125、CA19-9とも高値であったが、MRIでは腫瘍に造影効果は認めず、腹腔鏡手術を希望された。初診より3ヶ月後から腫脹と疼痛が増強、チョコレート様の内容物が漏出するようになり、形成外科にて先に手術の方針となった。腫瘍より外側でmarginを取り切除されたが、途中チョコレート様内容物が流出、hernia sacまで至る腫瘍であった。摘出および臍形成を施行され、摘出した臍の病理診断結果は、endometriosisであった。卵巣子宮内膜症嚢胞については、後日腹腔鏡手術を施行した。

【考察】鼠径などの内膜症病巣については、ジェノゲスト製剤での治療報告も散見されるが、本症例においては、症状改善や治療効果は得られなかった。

【結語】臍部子宮内膜症のまれな1例を経験した。

18. 帝王切開時皮膚縫合はどちらがよいか？(スキinsteープラ®V.S.ダーマボンド®)についての検討

三重中央医療センター

武田真由子、前川有香、道端肇、前田佳紀、日下秀人、吉村公一、澤木泰人、前田眞

【目的】近年皮膚皮下縫合の技術は向上し、種々の方法が用いられるようになった。一般的に汎用されているスキinsteープラ®よりもダーマボンド®の方が有用との報告も見られる。

今回、当科でも両者の比較を行い、その優位性について初歩的な検討を行った。

【方法】2014年8月1日から11月21日までの期間に当科で帝王切開を行ったうちの超緊急、明らかな母体感染症、早剥(DIC)、重度のケロイド症例を除き同意の得られた32例を対象とした。方法は、各術者別に無作為にスキinsteープラ(A群15例)、ダーマボンド(B群17例)を交互に行った。そして、母体背景としてBMI、在胎週数、経産回数など、医療者側背景として術者の卒後年数(医師A:26年、医師B:21年、医師C:5年)と手術時間ならびに皮膚皮下縫合時間、さらに創部(発赤、腫脹、疼痛、浸出液、離開、接着不良、血腫、皮下出血)合併症および在院日数について平均値で比較検討した。

【結果】BMIはA群/B群で24.9/24.2、在胎週数33週0日/36週2日、経産回数は1.3回/1.6回であった。手術時間は医師A平均54分、医師B平均36分、医師C平均45分。皮下縫合時間は6分21秒/8分54秒(p=0.0567)と有意差は認められないもののA群の方がB群に比べ短かった。術後5日目の創部合併症はA群/B群で発赤:0例/1例、腫脹:1例/0例、疼痛:0例/1例、浸出液:0例/0例、離開:1例/0例、接着不良:2例/0例、血腫:0例/0例、皮下出血:0例/1例であり、平均在院日数も7.6日/7.2日(N.S.)で有意差は認められなかった。

【まとめ】今回、短期間の検討であり症例数が少なく、あくまで初歩的な検討に終わっている。現時点ではステープラとダーマボンドの両者間には縫合時間以外には明らかな優位性はなかった。また今回の縫合時間は術者のスキルレベルに問題があり、今後症例数を重ねスキルアップをはかり、アンケートによる患者満足度調査など中長期的な検討を行っていきたい。

19. 産後莖捻転を起こした黄体化過剰反応の1例

安城更生病院

藤木宏美、菅沼貴康、臼井香奈子、横山真之祐、坪内寛文、安井啓晃、菅聡三郎、衣笠裕子、勝佳奈子、中村紀友喜、深津彰子、戸田繁、鈴木崇弘、松澤克治

【諸言】黄体化過剰反応(Hyperreactioluteinalis, HL)は多発性ルテイン嚢胞膜を含む両側の卵巣腫大であり、自然治癒性である。絨毛性疾患や多胎妊娠におけるHCG産生増加と関係があるとされている。今回我々は自然単胎妊娠に伴うHLで産後経過観察中に莖捻転を起こした症例を経験したので報告する。

【症例】30歳の初妊婦。妊娠34週に前期破水および骨盤位のため母体搬送での紹介となった。来院時、経腹超音波で巨大な多房性腹部腫瘍が確認され、黄体化過剰反応を疑った。搬送同日陣痛発来し、緊急帝王切開となったが、術前の超音波検査のとおり、左右卵巣は腫大しており(右16cm、左7cm)、多発性嚢胞を呈していた。肉眼的に黄体化過剰反応が強く疑われたため卵巣は温存し閉創とした。術後7日目の超音波検査で両側卵巣とも縮小認め(右5cm、左正常大)、経過観察とした。産後1か月の健診時に右卵巣のみ8cmと腫大認めため翌月翌々月と診察予定とした。術後3か月で突然の右腰背部痛にて受診したが、右卵巣は10cmに腫大しており、内診にて圧痛あったため、莖捻転と判断し開腹術を施行した。術中所見は右卵巣嚢腫莖捻転であり、すでに肉眼的に壊死していたため、付属器切除術を施行した。病理学的には出血、壊死を伴っていたが多数の大小不同の嚢胞からなり、黄体化卵胞嚢胞として矛盾しない所見であった。左付属器は術中所見で正常であり、さらに1か月後の診察でも再腫大は認められなかった。

20. 帝王切開術後24時間以内の低分子ヘパリン投与の安全性と有効性の検討

¹岐阜大、²長良医療センター

志賀 友美¹、高橋 雄一郎²、松井 雅子²、浅井 一彦²、千秋 里香²、岩垣 重紀²、川端 市郎²

【目的】帝王切開は静脈血栓塞栓症(VTE)のハイリスクであると広く認識され、本邦でも術後低分子ヘパリンの使用が推奨されるようになった。その適応は原則術後24時間以降に限られているが、海外では予防効果の観点からより早期からの投与が一般的である。今回当院で24時間以内の投与を実施した成績を報告する。

【方法】2013年8月～2014年7月、当院で帝王切開を施行した243例(うち、緊急帝切90例、双胎68例)を対象とした。文書による十分なインフォームド Consentのもと全例に術後2時間以降、止血が確認された時点から低分子ヘパリンを投与し、2回目以降は原則9時、21時と時間を設定、術後3日目まで投与した。主に出血傾向に関連する術後有害事象などを後方視的に検討した。なお有害事象は有害事象共通用語規準v3.0日本語訳JCOG/JSCO版に準拠し「治療や処置に際して観察される、あらゆる好ましくない意図しない徴候(臨床検査値の異常も含む)、症状、疾患であり、治療や処置との因果関係は問わない。」を用いた。

【成績】手術終了後から投与までの時間の中央値は2時間51分、対象例の帝切時出血量(羊水量込み)は単胎1106(200～4098)g、双胎2017(838～6208)gであった。術後多量出血のためガーゼ充填などの処置を必要とした症例は24例あった。全体の有害事象は皮下血腫4例、子宮縫合部血腫5例、術後1日目の出血2例、退院後出血2例であった。いずれも早期投与との因果関係は少なく、治療を必要とするものはなかった。本期間での術後VTEの発症例はなかった。

【結論】帝王切開後24時間以内での低分子ヘパリンの投与法は、止血の確認が十分であれば大きな合併症もなく施行できる可能性が示唆された。

21. 妊娠後期に発症した血球貪食症候群の一例

名古屋第二赤十字病院 産婦人科

大脇太郎、田中秀明、伊藤聡、丸山万理子、水谷輝之、丹羽優莉、伊藤由美子、林和正、茶谷順也、加藤紀子、山室理

【緒言】血球貪食症候群(hemophagocytic syndrome 以下 HPS)は様々な原因による高サイトカイン血症によって惹起される発熱、汎血球減少、高 LDH 血症、肝機能障害、凝固異常などの症状を呈する症候群である。今回我々は妊娠後期に発症した HPS の 1 例を経験したため報告する。

【症例】27 歳女性、1 経妊 1 経産、妊娠 32 週 2 日より発熱を認め、33 週 3 日にかかりつけ医を受診し、アセトアミノフェンを処方された。妊娠 33 週 6 日の夜間から頭痛が出現し、同施設を受診し、肝機能の増悪を認めたため入院管理となった。その後も症状の改善を認めず、肝機能が上昇傾向であったため、妊娠 34 週 2 日に当院へ転院搬送となった。来院時血液検査で高 CRP 血症、肝酵素上昇、AT-III の低下を認めたが、汎血球減少認めなかった。CT、超音波検査では脂肪肝を認め、急性妊娠脂肪肝を疑った。3 時間の経過で肝機能の増悪を認めたため同日緊急帝王切開を施行した。翌日、発熱の持続とフェリチンの追加検査で異常高値を認めたため、HPS を疑った。骨髄穿刺を施行し、血球貪食像を認めたことから HPS と診断された。入院 7 日から、肝酵素は徐々に減少傾向にみられたが、凝固異常の進行が認められ、輸血、リコモジュリン投与などの対症療法を施行した。原因精査のため肝生検、骨髄穿刺、皮膚生検、胸腹部骨盤部 CT、各種感染症検査、自己抗体検査を施行したが、HPS の誘因となる病態が判明しなかった。入院 19 日に肝予備能の改善を確認し、入院 23 日で退院となった。

【結語】原因不明の妊娠後期に発症した 2 次性 HPS の症例を経験した。持続する高熱、汎血球減少、肝機能障害、高 LDH 血症を認める際には、HPS も鑑別疾患に入れて骨髄穿刺を考慮することが重要である。

22. 当院における超緊急帝王切開の統計

豊橋市民病院

國島温志、松尾聖子、甲木聡、矢吹淳司、北見和久、松川哲、矢野有貴、梅村康太、岡田真由美、安藤寿夫、河井通泰

【目的】超緊急帝王切開術(Extremely Emergent Cesarean Section :EECS)とは、帝王切開の方針決定後、直ちに手術を準備し、一刻も早い児の娩出をはかる帝王切開術と定義される。当院は 2014 年 4 月より総合周産期母子医療センターとなったため、EECS 決定から児娩出までが 30 分以内となることが求められるようになった。2014 年 4 月の総合周産期母子医療センター導入後から 2014 年 10 月までの 7 ヶ月間に当院で施行された EECS 13 例について分析し、検討を行った。

【方法】2014 年 4 月から 2014 年 10 月までの 7 ヶ月間に当院で施行された EECS 13 例を対象とした。診療記録を基に、適応や児娩出までの時間などについて後方視的に検討した。

【成績】2014 年 3 月までに EECS が 4 月から可能となるように準備を行った。期間中の当院での分娩総数は 501 件で、うち帝王切開は 222 例、そのうち EECS は 13 件であった。麻酔方法は 12 例が全身麻酔、1 例が脊椎麻酔であった。手術決定から入室までの平均時間は 12.8 分(0-25 分)、児分娩までの平均時間は 21.7 分(8-35 分)であった。うち平日日勤帯の平均時間が 22.1 分(8-35 分 8 件)、休日夜間の平均時間が 21 分(10-27 分 5 件)であった。30 分以内に娩出できたものは 11 例(85%)であった。適応は常位胎盤早期剥離 7 例、子宮破裂 2 例、胎児胎盤機能不全 2 例、全前置胎盤警告出血 1 例、前期完全破水・足位 1 例であった。

【結論】当院における EECS では全例を 30 分以内に児娩出させることは困難であった。EECS は頻度こそ低いが発生時の緊急性が非常に高く、その約半数は時間外に起こるため、各施設において 24 時間体制で EECS に対応するためのシステム作りが必要である。

23. 胎便性腹膜炎を呈した総排泄腔遺残症の1例

三重大学医学部附属病院

中尾真大、神元有紀、仁儀明納、波多野芙美、真川祥一、辻誠、村林奈緒、池田智明

【緒言】胎便性腹膜炎は、胎児の腸管穿孔によって起こる無菌性の化学性腹膜炎である。今回我々は、総排泄腔遺残により胎便性腹膜炎を呈した1例を経験したので報告する。

【症例】32歳、1回経産婦。自然妊娠成立後、妊娠32週時に腸管拡張を指摘され当院を紹介受診した。当院受診時の超音波検査で胎児腹腔内に隔壁を伴った巨大な嚢胞状病変、腹水、両側水腎、両側尿管、および膀胱の背側に左右対称の嚢胞性腫瘤を認めた。子宮頸管長の短縮、羊水過多があり、CTGで頻回の子宮収縮も認められたため、切迫早産で同日入院管理となった。切迫早産に対しては安静および塩酸リトドリンと硫酸マグネシウムの点滴で経過観察していた。その後の精査により、膀胱背側の左右対称な嚢胞性腫瘤は重複子宮腔留水腫と考えられた。総排泄腔遺残により尿と胎便が卵管より腹腔内に流出して胎便性腹膜炎をきたしている可能性が考えられた。胎児の腹腔内の隔壁を伴った嚢胞状病変は徐々に縮小したが、羊水量は徐々に増加し、また胎児水腫も生じ悪化してきたため、妊娠34週5日分娩となった。児は2910g、Apgar3/7点の女児であった。生後、鎖肛を認め、尿道口は認めず、膣から尿道カテーテルを挿入したところ、多量の白濁した尿を排出した。膣と膀胱の交通を認めたが、直腸の交通ははっきりせず、盲端が考えられたため、生後3日目に人工肛門造設術が施行された。手術所見で腹腔内の癒着が激しく、横行結腸人工肛門が造設された。この際、明らかな腸管穿孔は認められなかった。

【考察】総排泄腔遺残症において、何らかの原因で総排泄孔の狭窄が生じ、重複子宮腔留水腫、両側水腎、両側尿管を生じ、最終的に尿が卵管を逆流し腹水が貯留する事は稀にあるが、今回は尿と胎便が逆流したため、胎便性腹膜炎を生じたと考えられた。

24. 妊娠を契機として重症 TTP を発症した、SLE 合併妊娠の一例

名古屋第二赤十字病院

丸山万理子、加藤紀子、伊藤聡、大脇太郎、田中秀明、水谷輝之、丹羽優莉、伊藤由美子、林和正、茶谷順也、山室理

患者は39歳、女性。37歳の初回妊娠時、切迫早産にて入院加療中に、妊娠30週6日で血小板減少症と胎児機能不全を呈し、当院へ母体搬送となった。搬送後、精査の間にIUFDへと至った。HELLP症候群の診断基準を満たしたため、速やかな児の娩出が望まれ、輸血施行後に帝王切開術を施行した。手術・輸血を施行後も血小板減少の改善に乏しく、溶血生貧血や腎機能障害を認めることより、TTPや腎炎増悪、術後AKIなどを鑑別に挙げ、精査を進めた。精査にて、ADAMTS13活性の低下とADAMTS13インヒビターの陽性を認め、妊娠を契機に発症した重症の特発性血小板減少症(TTP)と診断した。血漿交換とステロイドパルスにて治療を行い、ADAMTS13活性の上昇およびインヒビターの陰性化を認め、治療終了となった。その後、全身性エリテマトーデス(SLE)が基礎疾患として存在していることが判明し、引き続き腎臓内科にてステロイド治療を行うこととなった。前回の妊娠より2年が経ったところで、妊娠が判明し、前回の経緯もあり、当院にて腎臓内科と共に、慎重に妊娠経過をフォローすることとなった。頻回の採血検査を行うも、今回の経過中には血小板数の低下やADAMTS13活性の低下、インヒビターの陽性所見は認めなかった。SLEの増悪もなく、38週0日に予定帝王切開にて、児を出生した。妊娠を契機に重症TTPを発症した既往のある患者において、基礎疾患であるSLEの治療を厳重に行うことで、満期まで妊娠を継続し、生児を得ることに成功した一例を経験した。

25. 当院における社会的ハイリスク妊婦の背景についての検討

一宮市民病院

浅野智子、佐々木 萌、吉原紘行、小島龍司、小川紫野、松本洋介、河口 哲、井口純子、松原寛和

【目的】昨今少子化が進んでいるにも関わらず児童虐待件数は年々増加しており、妊娠を契機に受診する産婦人科を起点とした病院内外での養育支援の取り組みは非常に重要視されている。当院では妊娠初診時に産科スクリーニングシートを作成し社会的ハイリスク妊婦の抽出を行い、虐待予防のための支援を目的として妊娠中から分娩後にわたるハイリスク養育支援会議を院内で開催している。今回我々は当院が社会的ハイリスク妊婦と判断した妊婦について、母体年齢や社会的背景、妊婦健診受診歴、児の退院後の転機等について検討した。

【方法】平成22年4月から平成26年3月までの分娩3500例のうちハイリスク養育支援会議にて支援対象となった159例について、後方視的に検討した。

【結果】初診時年齢は中央値25歳(16~46歳)、未成年が27例(17%)で、未婚が85例(53%)であった。4経産以上の多産婦は15例(9%)であった。生活保護受給者は21例(13%)でそのうち助産施設利用との重複は17例であった。母体に精神症状を認めた例は23例(14%)、虐待した経験のある例は16例(11%)であった。初診が妊娠中期以降であったのは34例(21%)、飛び込み分娩と自宅分娩は計10例(6%)であった。産褥1ヶ月健診未受診は15例(9%)であった。児の転機としては経過観察中に乳児院での一時保護や里子、養子縁組となった児は13例(8%)であった。

【結論】未成年、未婚、多産、経済的問題、中期以降の初診などハイリスク要因を複数抱えた妊婦が多く、特に虐待既往のある妊婦ではその傾向が強かった。社会的ハイリスク妊婦を保健センターなどの地域施設と情報を共有して連携することが重要で、産婦人科は社会的ハイリスク妊婦の早期抽出と長期的支援の第一歩を担っていると云える。

26. 周産期、産褥期にReversible Cerebral Vasoconstriction Syndromeを発症した5例の検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

田野 翔、西尾洋介、木村浩一朗、宇野 枢、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、近藤真哉、古株哲也、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】RCVS (Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndrome) は脳血管に可逆性の分節状血管収縮を認める疾患である。突発性の激しい雷鳴様頭痛が特徴的であり、その頻度は94-100%とされている。時に嘔気、視野障害や麻痺、構音障害などの神経学的脱落症状を呈する。早期合併症として出血性脳血管障害、PRES (Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome)、痙攣、後期合併症として虚血性脳血管障害があり、9-63%で一過性もしくは恒久的な局所的神経学的異常を来す重篤な疾患である。今回われわれはRCVSを発症した5例の妊産婦を経験したので報告する。

【症例】発症時の平均年齢は38.4歳であり、3例が初産婦であった。初発症状は3例が頭痛、1例は意識障害、1例は視野障害であった。頭痛を認めた3例のうち、典型的な雷鳴様頭痛を認めたのは1例のみであった。発症時期は4例が分娩時、1例が産褥期であった。RCVSの診断は全例MRAで行った。分娩時発症の4例中3例はMRIでPRESを認め、そのうち2例は脳出血、くも膜下出血を合併していた。また2例に痙攣を認めた。産褥期発症の1例では痙攣、PRESを認めなかった。3例で妊娠高血圧症候群を合併していた。脳血管収縮像は全例で発症2ヵ月後には消失し、神経学的後遺症はなかった。

【結論】妊産婦のRCVSでは特徴的な雷鳴様頭痛の頻度が低く、臨床症状からの発症予測は困難であった。分娩時発症のRCVSは産褥期発症に比較して出血性脳血管障害や痙攣の合併が多く、異なる病態の可能性があると考えられた。RCVSは自然軽快例が多いものの、不可逆的な脳梗塞を来した場合には、神経学的後遺症を呈し、死亡例も存在するため、今後の更なる症例の集積と、病態を含めた検討が必要である。

27. 子宮内外同時妊娠となった品胎妊娠の一例

¹岐阜県総合医療センター、²郡上市民病院

尹 麗梅¹、横山 康宏¹、上田 陽子²、桑山 太郎¹、大塚 かおり¹、佐藤 香月¹、山本 志緒理¹、佐藤 泰昌¹、桑原 和男¹、山田 新尚¹

【緒言】子宮内外同時妊娠は稀な疾患で、自然妊娠では1/30000とされている。しかし、不妊治療に伴い罹患率は増加傾向であり、排卵誘発剤使用後は1/3889、体外受精後は1%と言われている。今回、IVF-ETと排卵誘発剤使用後、子宮内外同時妊娠となった品胎妊娠の症例を経験したので報告する。

【症例】35歳、1経産、G3P1、1回帝王切開既往あり。2年前右卵管妊娠にて卵管切除の既往があった。今回は排卵誘発剤使用しタイミング療法を行うと同時に、IVF-ETで双胎妊娠が成立した。妊娠8週、左卵管妊娠の併存が疑われて当院救急搬送となった。搬送中救急車内にて急激に腹痛が出現し、当院到着時は収縮血圧40mmHg台、顔面蒼白、出血性ショックを認めた。全身麻酔下緊急開腹し、左卵管膨大部破裂を認め、胎芽及び絨毛は腹腔内に脱出していた。卵管妊娠破裂と診断し、左卵管切除を行った。腹内出血1280ml、術中赤血球6単位を輸血した。術後の経過は良好であった。その後双胎妊娠も順調に継続した。妊娠35週6日より子宮収縮が頻繁となり、切迫早産にて入院管理となり、36週2日子宮収縮抑制困難となり、緊急帝王切開となった。第1子、2560g、男子；第2子、2675g、男子、母児同室で産後も経過順調であった。

【結語】今回不妊治療後に子宮内外同時妊娠となった品胎妊娠を経験した。不妊治療の普及に伴って、子宮内外同時妊娠となる頻度が増加することを認識すべきと考えられた。子宮内外同時妊娠では、早期に診断と適切な治療は妊娠継続の上で重要である。

28. 産科DICにおけるトロンボモデュリンアルファ療法の有用性の検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

近藤真哉、江口 慶、西尾洋介、木村浩一朗、宇野 枢、田野 翔、吉原雅人、真山学徳、鶴飼真由、古株哲也、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】播種性血管内血液凝固症候群 (disseminated intravascular coagulation syndrome: DIC) は、トロンビンの制御困難な過剰産生により、微小血管へのフィブリン沈着を生じ、それに伴う生理的凝固機構の抑制や異常な線溶系の亢進が、多臓器不全や出血傾向を来す病態である。妊娠中は出血に備えるため、非妊娠時に比べて凝固系は亢進し、線溶系は比較的抑制された状態にあり、DICに陥りやすい。トロンボモデュリンアルファ (recombinant human trombomodulin: rhTM) は、トロンビン生成を抑制することで凝固反応を阻害する新たなDIC治療薬であるが、これまで産科DICにおけるrhTMの有効性は確立されていない。そこで今回われわれは、産科DICにおけるrhTM療法の有用性について検討した。

【方法】2011年4月から2014年8月の間に当科で経験したrhTM投与症例 (n=35) および2011年3月までに経験したrhTM投与以前の産科DIC症例 (n=37) を対象とした。年齢、出血量、基礎疾患、rhTM投与開始時の血液検査値、急性期DIC診断基準、産科DICスコア、輸血量、蛋白分解酵素阻害剤使用の有無を独立因子として二項ロジスティック回帰分析を行い、傾向スコアを算出し二群間の背景因子の偏りを均てん化した。その後、産科DICを発症した時点と発症後2日目における血小板値、D-dimer値、急性期DIC診断基準、産科DIC臨床効果判定スコアの変化量について比較検討を行った。

【成績】rhTM非投与群と比較し、rhTM投与群では発症後2日目の血小板値が有意に増加し (p<0.01)、D-dimer値が有意に低下した (p=0.01)。またrhTM投与群では発症後2日目の産科DIC臨床効果判定スコアも有意に改善した (p=0.01)。

【結論】トロンボモデュリンアルファは産科DICにおける有効な治療法の一つであることが示唆された。

29. 婦人科癌性胸腹水症に対する胸水腹水濾過濃縮再静注法のQOLと予後改善への期待

¹名古屋市立大学病院、²同緩和ケア部、
³名古屋市立東部医療センター

間瀬聖子¹、西川隆太郎³、竹下奨¹、西川博¹、
荒川敦志¹、坂本宣弘²、杉浦真弓¹

【目的】悪性腫瘍による癌性腹水貯留は疼痛・腹満感のみならず、食欲の低下、呼吸困難などによりそのQOLを著しく低下させる。我々は以前より難治性の癌性腹水を伴う婦人科癌患者に対し胸水腹水濾過濃縮再静注法(CART)を施行し、QOLの改善を目指してきた。今回、症例数を増やしCARTの有効性及び安全性について更なる検討を行い、さらに予後延長に寄与できるかを検討した。

【方法】2010年6月から2014年10月まで婦人科癌性胸水腹水貯留患者20症例に対し、計61回のCARTを施行し、安全性、症状の改善効果、採取した胸腹水と濃縮後のアルブミン、総蛋白およびIL-6などを測定し、さらに予後改善の可能性について検討した。

【成績】各症例に1回から最大で11回のCARTを施行した。施行中の合併症としては61回例中4回に濃縮液再静注により38.5℃以上の発熱を認めたが、それ以外にも重篤な有害事象は認められなかった。またCART施行後には症状緩和や食事摂取量改善を認めた。また腹水成分解析が可能であったCART54回のデータの評価にて腹水からの総蛋白とアルブミンの回収率はそれぞれ60.9%と62.1%、一方IL-6の回収率は38.7%だった。さらに8症例においてCART施行後、または並行して化学療法が施行可能で、内2症例はPRとなっている。

【結論】今回の検討ではCART4回に著明な発熱を認めたが、翌日には解熱しておりPSを低下させることはなかった。CARTは悪性腫瘍や癌性腹水に対する根本的な治療ではないが、アルブミンの回収率から高いことからQOLの改善が期待される。さらに5症例でCARTを5回以上施行でき、また8症例で化学療法が併用できたことから予後改善につながる可能性が示唆された。

30. 子宮内膜細胞診疑陽性症例についての検討

愛知県がんセンター中央病院

笹本香織、清水裕介、近藤紳司、中西透

【目的】近年子宮体癌の増加傾向に伴い子宮内膜細胞診による子宮体癌検診を行う機会が増えているが、内膜細胞診の診断体系は頸部細胞診ほど確立されているとは言えず、疑陽性症例の取り扱いについても一定の見解はなく、各施設での対応が異なっているのが現状である。今回、内膜細胞診疑陽性症例の実態を把握するため、内膜組織診をあわせた診断結果について検討した。

【方法】2006年4月から2012年12月に当院外来を受診した新患者で内膜細胞診を施行した2096症例のうち疑陽性と判定された291症例を対象とし、内膜組織所見・臨床診断などについて検討した。なお当院では2010年2月に判定区分をPapanicolaou分類から、正常あるいは良性/良悪判定困難/悪性の疑い/悪性という分類に変更しており、class 3a・3・3bおよび良悪判定困難を疑陽性とした。

【成績】疑陽性症例の割合は内膜細胞診全体の13.9%、診断は子宮体癌75例(25.8%)、子宮内膜増殖症10例(3.4%)、卵巣癌17例(5.8%)、他癌11例(3.8%)、子宮頸部細胞の混入126例(43.3%)、非腫瘍性41例(14.1%)、不明11例(3.8%)であった。体癌75例のうち内膜組織診や手術により確認された組織型は、類内膜腺癌G1:35例・G2:16例・G3:9例、異型内膜増殖症9例、腺棘細胞癌1例、未分化癌1例、神経内分泌腫瘍1例、MMMT1例、肉腫2例であった。また初診から1年以上経過し診断された体癌症例は3例で、そのうち2例が乳癌に対してTAM療法を行っていた。

【結論】がん診療が中心であるという当院の特性上、一般的な体癌検診に比べ内膜細胞診の疑陽性率が高く、その特徴を把握することが適切な診断・治療に結びつくと考えられる。

31. 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の骨盤リンパ節郭清におけるパラレル法の有用性

トヨタ記念病院 産婦人科

古株哲也、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、江口 慶、木村浩一郎、西尾洋介、宇野 枢、田野 翔、近藤真哉、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】従来、婦人科悪性腫瘍では開腹術が行われてきたが、2014年4月よりIA期の子宮体がんを対象に腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術が保険収載となった。腹腔鏡下手術は拡大視野が得られ、詳細な解剖を把握できる反面、従来の開腹術と比較し、術野確保に難渋することも少なくない。今回われわれは臍底部、両側側腹部および下腹部正中にトロッカーを配置した4孔法（ダイヤモンド法）と、ダイヤモンド法に加えて両側上腹部にトロッカーを配置した6孔法（パラレル法）において、従来の開腹術と比較し、後腹膜リンパ節郭清における術野の評価および骨盤リンパ節摘出個数を検討した。

【方法】2010年4月から2014年10月の期間に当院で手術療法を行った子宮体がんを対象とした。開腹術症例（開腹群）、ダイヤモンド法で行った症例（ダイヤモンド群）、パラレル法で行った症例（パラレル群）における後腹膜リンパ節郭清時の術野の評価および骨盤リンパ節摘出個数を検討した。

【成績】対象症例は40例で、開腹群が30例、ダイヤモンド群が7例、パラレル群が3例であった。腹腔鏡下手術では従来の開腹術と比較し、鏡視下の拡大視野による詳細な解剖が把握可能であった。また総腸骨リンパ節領域ではダイヤモンド法と比較し、パラレル法でより良好な視野を得られた。平均摘出リンパ節個数は開腹群が28.4個、ダイヤモンド群が19.0個、パラレル群が36.3個であった。総腸骨リンパ節では開腹群が5.1個に対し、パラレル群が11.7個でパラレル群に多い傾向を認めた。

【結論】腹腔鏡下手術は低侵襲で、整容性に優れるだけでなく、鏡視下の拡大視野による詳細な解剖が把握できる。さらに、パラレル法を用いることで従来の開腹術以上のリンパ節郭清が可能であり、パラレル法を用いた腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術が有用であると考えられた。

32. 当院における子宮体癌症例の検討

大垣市民病院産婦人科

高木七奈、伊藤充彰、中川敦史、玉村有希恵、野坂和外、木下吉登、古井俊光

【目的】2009年に改訂版の子宮体がん治療ガイドラインが発行され、また2012年以降はFIGO2008年版の子宮体癌手術進行期分類を本邦でも採用しており、より予後と相関性の高い進行度分類や、適切な治療法の選択が行われていると考えられる。当院における過去の自験例もこの新分類に基づいて再度分類し、予後を検討したものを報告する。

【方法】1999年7月から2014年3月の間に、当院において診断され手術を施行した子宮内膜癌316例（子宮体癌のうち子宮内膜異型増殖症、子宮体部肉腫を除く）について、医療記録を参照し後方視的に検討した。Kaplan-Mayer法を用いて進行度や組織型により5年生存率に差があるか検討した。

【成績】平均年齢は58.8歳（中央値58歳）、閉経後の症例が65.1%であった。類内膜腺癌290例（91.8%）、明細胞腺癌10例、漿液性腺癌7例、未分化癌4例、その他5例であった。手術進行期では、FIGO新分類によるI期が221例（69.9%）、II期16例（5.1%）、III期64例（20.3%）、IV期が15例（4.8%）であった。5年生存率は、I期が95.9%（Ia期が99%、Ib期が85.5%）、II期85.9%、III期が64.1%、IV期26.8%であった。typeI（類内膜腺癌G1,G2）が257例（81%）を占めたが5年生存率は90%と、typeIIの59%に比べて有意に予後良好であった。洗浄細胞診を含む腹水細胞診陽性例およびリンパ節転移陽性例では予後不良であった。

【結論】新分類に基づいた5年生存率はI期・II期では良好であった。手術進行期分類に寄与しないが、腹水細胞診陽性は予後不良因子である可能性があり、今後も慎重な管理が必要である。

33. 原発不明癌による癌性腹膜炎と鑑別が困難であった結核性腹膜炎の1例

愛知医科大学産婦人科

大脇佑樹、森 稔高、吉田敦美、大山由里子、岩崎 愛、野口靖之、若槻明彦

【緒言】結核性腹膜炎は、婦人科診療において遭遇することは稀であるが、長期の抗菌療法が必要となり早期診断が求められる。しかし、腹水を用いた培養法による結核性腹膜炎の診断は、結果判定まで3週間を要し、また核酸増幅法による検出率が60%程度であることから、しばしば診断に難渋する。さらに、結核性腹膜炎のCTやPETの所見は、腹水や深部リンパ節腫大、腹膜の炎症性変化を伴うため、腹膜癌や癌性腹膜炎と診断されることが少なくない。今回、画像診断で癌性腹膜炎が疑われたが、腹腔鏡検査により採取した腹膜組織に対して迅速病理診断を行い結核性腹膜炎と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】75歳女性。1ヶ月前より続く微熱と下腹部痛を主訴として受診された。初診時血液検査は、白血球数5300/ μ L、CRP 2.5mg/L、CA125 405 U/mLであった。結核感染の指標であるQuantiFERON TB検査を施行したところ、陽性を示した。このため、細菌性腹膜炎を疑い、腹水より一般細菌培養とPCR法による結核菌の検出を試みたが陰性であった。一方で、CTでは、腹水と腸間膜に多発する粒状小結節を認めた。さらに、PETを施行したところ、原発不明癌による癌性腹膜炎が疑われたが、腹水細胞診が陰性であったため、腹腔鏡検査による鑑別を試みた。腹腔内には、腹膜にびまん性小結節が多発し、術中病理診断を行ったところLanghans巨細胞と乾酪壊死像を認め、結核性腹膜炎と診断した。術後は、6日目より抗結核薬を投与し現在まで経過良好である。

【結論】癌性腹膜炎と結核性腹膜炎は、臨床症状と画像所見が類似するため鑑別に苦慮するが、腹腔鏡検査による術中病理診断を行うことで結核性腹膜炎の迅速な診断が可能になると考えられた。

34. 妊娠中に発症した特発性副腎出血の1例

¹豊橋市民病院、²ジュン・レディースクリニック豊橋

北見和久¹、松尾聖子¹、甲木聡¹、矢吹淳司¹、松川哲¹、矢野有貴¹、梅村康太¹、岡田真由美¹、安藤寿夫¹、河井通泰¹、太田幸生²

【緒言】妊娠中に発症した右背部痛が精査の結果、特発性副腎出血と診断された1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】35歳、1経妊1経産。家族歴、既往歴に特記すべきことなし。自然妊娠成立後、前医にて管理されていた。妊娠15週5日、右背部に持続的な激痛が出現したため前医受診。右卵巢腫瘍茎捻転の疑いで当院へ緊急搬送。発熱なし、バイタル異常なし。超音波検査で両側卵巢は異常なく水腎症も認めず。右腎臓の頭側、肝臓の尾側に9cm大の腫瘤あり同部位に圧痛認め、精査加療目的で入院となった。超音波及びMRI検査より9.2×9.3cmの右副腎腫瘍内出血と診断。副腎ホルモン検査を施行し褐色細胞腫や原発性アルドステロン症は否定的であった。悪性腫瘍を否定できないため妊娠17週3日、全身麻酔下に開腹で右副腎摘出術を施行した。手術時間は180分、出血量は306mL。検体は10×9×6cmで内部は凝血塊であり、病理結果は腫瘍成分を認めず、血腫を伴った正常副腎であった。切迫流産予防に塩酸リトドリン点滴を施行。経過良好で術後7日目に退院となった。その後の妊娠経過は異常なく、妊娠39週0日に陣痛発来し2844g、Apgar score 8/9点(1分/5分値)の男児を経膣分娩した。

【考察】妊娠中の特発性副腎出血は、海外での報告は散見されるが国内では報告がない。副腎出血の原因としては敗血症、DIC、抗リン脂質抗体症候群、術後、外傷、抗凝固薬などがある。妊娠と関連する原因としてはPIH、自然流産、産前産後の出血などがあるが、本症例はリスクがなく鑑別が困難であった。サイズの大きい副腎腫瘍、血腫は副腎癌との鑑別が必要であるが、妊娠中は行える検査に限りがあり悪性腫瘍との鑑別はより困難であるため外科的切除が望ましいと思われた。

35. 当院で経験した様々な経過をたどった子宮破裂の6例

大垣市民病院

野坂和外、伊藤充彰、中川敦史、高木七奈、玉村有希恵、古井俊光、木下吉登

【緒言】子宮破裂は妊娠中または分娩時に突発的に起こり、胎児死亡や母体死亡につながることもある産科救急疾患のひとつである。今回我々は様々な経過をたどった子宮破裂の6例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】妊娠中の発症が4例、分娩時の発症が2例であった。妊娠中に発症した4例では、2例で帝王切開術、1例で子宮筋腫減量術の既往があり、残る1例では双胎妊娠の経過中に治療的頸管縫縮術が行われていた。4例ともにそれぞれの手術が子宮破裂の直接的誘因になったと考えられた。一方、分娩時の発症例では1例は予定日超過、もう1例は無痛分娩のためオキシトシン点滴による分娩誘発が行われており、分娩後に子宮破裂が判明した症例であった。2例とも分娩誘発との関連が強く考えられた。ただし、予定日超過の症例では分娩後に出血が多く子宮内容清掃術が施行されていたため、これが子宮破裂の原因になっている可能性も否定できない。一方、3例は完全子宮破裂であり、残る3例は不全子宮破裂であった。完全子宮破裂のうち1例は胎児死亡となったが、残る5例では後遺症なく児の救命ができています。治療は児希望の有無や子宮破裂の程度に応じて、3例で妊娠子宮摘出術を、3例で子宮破裂縫合術を施行している。

【考察】子宮破裂は既往子宮手術との関連が高いが、仮に既往子宮手術歴がなくても発症しうる。子宮破裂は迅速に対応できれば母児ともに救命が可能な疾患であるので、妊娠中・分娩時に生じる異常な腹痛や出血あるいは胎児心拍モニターの異常の際には常に子宮破裂を念頭におき迅速に対応する必要があると考える。

36. 当院における子宮型羊水塞栓症を強く疑う産科危機的出血2症例の検討 (一次医療施設での対応と高次医療)

¹大野レディースクリニック、²小牧市民病院、³江南厚生病院

大野泰正¹、寺内幹雄¹、佐野美保²、森川重彦²、佐々治紀³、樋口和宏³

【目的】産科危機的出血は妊産婦死亡原因の第一位である。当院で経験した子宮型羊水塞栓症を疑う産科危機的出血2例を通し、一次施設の対応と高次施設との連携を検討する。

【症例1】40歳、G4P3。38週2日、陣発入院。子宮口5cm開大時に自然破水、17:17に男児(2706g、AP9/10、pH7.168)娩出。17:21、胎盤娩出、膈壁裂傷なし。18:10、出血漸増し高質浸透液、子宮収縮剤を使用。19:05、出血計1600gにて搬送決定、19:17、救急車到着時、BP69/46mmHg、HR59。19:31、A病院到着(SI=2)、子宮型羊水塞栓を疑う出血性ショックと診断。痙攣出現したがCT上脳出血なし。Hb5.9、PLT128000、FDP>300、ICUにて輸血施行するも出血持続。第2病日0:00にUAE施行するも再度ショック状態に陥り昇圧剤使用、第21病日に退院。総出血13084g、総輸血RCC40U、FFP45U、PC40U、Zn-CP1<1.6pmol/mL、STN13.8U/mL。

【症例2】33歳、G2P2。40週5日、陣発入院。子宮口7cm開大時に自然破水、その後variable deceleration反復を認め23:00吸引2回施行、23:20に帝王切開決定、23:37、手術室で吸引にて男児(3184g、AP3/8、pH6.866)娩出。23:50、胎盤娩出、膈壁血腫裂傷あり。裂傷縫合中に出血急増し高質浸透液、子宮収縮剤を使用。1:10、出血計1500g、BP98/49mmHg、HR131(SI=1.3)にて搬送決定。1:19、救急車出発時、意識混濁、SBP60mmHg、出血計4300g。1:32、B病院到着(SI=2)、子宮型羊水塞栓を疑う出血性ショックと診断。Hb2.1、PLT5000、FDP>109、Fib71、輸血施行。3:00、手術室にて膈壁縫合術施行後ICU転棟、第11病日に退院。総出血10300g、総輸血RCC38U、FFP26U、PC30U。

【考察】子宮型羊水塞栓症による産後出血の可能性を常に認識する。一次施設では補液、全身状態把握(SIと正確な出血量計測)、遅滞なき母体搬送が重要である。高次施設では、緊急度コードを用いた救命最優先の輸血法の実施、IUC準備、IVR依頼、手術室準備など可能な限り準備することが母体の予後を左右する。日頃より搬送手順など両者の連携確認が重要である。

37. CD36 欠損症妊婦における新生児アイン免疫性血小板減少症に母体血輸血を用いて管理し得た 1 例

名古屋大学

加藤奈緒、眞野由紀雄、可世木聡、平光志麻、牛田貴文、澤田雅子、諸井博明、今井健史、中野知子、津田弘之、炭竈誠二、小谷友美、吉川史隆

CD36 欠損症 (type I 欠損) は本邦で 0.56-1.0% と欧米と比べ高頻度で認められ、輸血や妊娠を契機とする同種免疫により様々な病態を引き起こす。CD36 欠損症は、CD36 陽性の児を妊娠して誘導されるアイン抗体により新生児血小板減少症、胎児水腫を発症し得る。今回我々は、CD36 欠損症と診断されていた妊婦において、児への血小板輸血に備えた母体血貯血が、新生児治療に有用であった一例を経験したので報告する。症例は 29 歳、0 経妊 0 経産。8 回の献血歴あり、レシピエントが輸血関連急性肺障害を発症したことから、後に血清抗 CD36 抗体強陽性、CD36 欠損症と診断された。自然妊娠成立し、妊娠初期に情報提供元より紹介後、胎児水腫や頭蓋内出血の兆候に注意し慎重に妊娠管理した。新生児血小板減少症のリスクあり、母体血貯血後に帝王切開術で娩出の方針とした。妊娠 38 週 0 日に前期破水のため緊急入院、術直前に母体血 400mL 貯血し緊急帝王切開施行。児は 2418g の男児、Apgar score 9-9、精査目的に NICU 入院となった。出生時血小板 $6.7 \text{ 万}/\mu\text{l}$ 、日齢 1 で血小板 $3.9 \text{ 万}/\mu\text{l}$ と低下を認め、母体洗浄血小板輸血 50ml および免疫グロブリン療法施行した。高ビリルビン血症のため光線療法を要したが、その後血小板数は維持され日齢 7 に血小板 $18.7 \text{ 万}/\mu\text{l}$ と上昇、日齢 16 に退院となった。生後 1 ヶ月現在、発育発達に異常を認めていない。初回妊娠時に偶然にも母体抗 CD36 抗体陽性と診断されていた CD36 欠損症の 1 例を経験した。本国では CD36 欠損症は少ない頻度ながらも存在し、貧血による重篤な胎児水腫や反復流産、新生児血小板減少症の起こる可能性がある。厳重な周産期管理は元より、血液内科、新生児科との連携した対応が重要である。

38. 分娩時腔壁裂傷による多量出血に対し TAE が著効した 1 例

岡崎市民病院

西尾沙矢子、田口結加里、石原恒夫、斉藤拓也、山田玲菜、渡邊絵里、杉田敦子、森田剛文、榊原克巳

【緒言】産科危機的出血は妊産婦死亡の最頻原因である。今回我々は鉗子分娩後に腔壁からの活動性出血を認め、経カテーテル的動脈塞栓術 TAE (transcatheter arterial embolization) が著効した症例を経験したため報告する。

【症例】26 歳、0 経妊 0 経産。40 週、鉗子分娩にて女兒を出生、分娩後出血多量にて産褥搬送となった。搬送までに計 1700g の出血を認めた。当院来院時、S.I.(shock index)2.0 とショック状態であり細胞外液、オキシトシンを使用し、輸血の依頼をした。子宮収縮は良好であったが、両側腔壁は広範囲に血腫があり右側腔壁は特に脆弱であり縫合できず、一部動脈性に出血していた。血液検査では Hb9.2 と低下認めるも凝固機能は保たれていた。造影 CT にて右腔壁から extravasation 認め、TAE 施行とした。右内腸骨動脈の分岐、内陰部動脈から extravasation 認めたため、同血管をスポンゼル、コイリングにて塞栓した。RCC10 単位、FFP10 単位使用した。出血量は 6 時間程で合計 3400g であったが、TAE 後は外出血はほとんど認めなかった。術後経過良好で第 3 病日に退院とした。

【結語】腔壁裂傷は多量出血により産褥搬送される疾患の一つであるが、搬送後に血腫形成や組織の脆弱化のため、出血部位の同定や縫合が困難で止血に難渋するケースに遭遇する。腔壁裂傷に対しては、内腸骨動脈領域以外からの動脈支配となっていることもあり TAE は時として複数回・複数部位が必要となることがあるが、本症例は出血源・出血血管が特定でき成功したと考える。子宮動脈塞栓術は輸血、抗 DIC 療法と並行し、比較的状態が安定している症例に対して低侵襲に施行でき、試みるべき止血手段の 1 つと考えられた。

39. 妊娠高血圧症候群では夕方より夜間に血圧が上昇するものが多い

¹名古屋市西部医療センター、²マミーローズクリニック

森亮介¹、鈴木佳克¹、松浦綾乃¹、十河千恵¹、川端俊一¹、中元永理¹、坪井文菜¹、加藤智子¹、関宏一郎¹、西川尚実¹、六鹿正文¹、柴田金光¹、山本珠生²

【目的】24時間自由行動下血圧 (ABPM) は、血圧の日内変動を評価でき、正常血圧では昼間に最大、夜間に最低値をとる。高血圧患者ではこの変動が消失したり、さらに昼夜が逆転することが知られている。重症妊娠高血圧症候群 (PIH) 患者では夜間に血圧の高度上昇がみられ、その管理に苦慮することが多い。PIH を妊娠高血圧腎症 (PE) と妊娠高血圧(GH)に分けて、それぞれの血圧の日内変動を検討した。

【方法】外来血圧で高血圧を呈した妊婦に高血圧の診断のため、説明し、同意を得て ABPM 測定を行った。血圧は24時間平均血圧 130/80mmHg 以上を軽症高血圧、160/110mmHg 以上を重症高血圧とした。後方視的に、その時点での PE、GH、WHT の診断をすると共にその後の重症化やPEへの進展も検討した。収縮期血圧を用いて、①(夜間血圧-昼間血圧)/昼間血圧 10%以上を dipper、-10%未満を non-dipper、上昇したものを riser とし、②Cosinor 解析により、日内変動、最高位相 (最高値血圧の時間) を求めた。院内の倫理委員会の承認の下に行った。

【成績】PE 29 名、GH20 名、白衣高血圧妊婦 (WHT) 12 名であった。24時間平均血圧は PE 群 160±16/97±7、GH 群 148±11/91±8、WHT 群 116±5/69±3mmHg であった。重症高血圧は PE 群 23 名、GH 群 11 名であった。Dipper は PE 群 4 (重症 3) 名、GH 群 5 (重症 0) 名、WHT 群 6 名であった。Non-dipper は PE 10 (6) 名、GH8 (3) 名、WHT 群 8 名、riser は PE15 (14) 名、GH9 (8) 名であった。日内変動が消失したものは、PE 12 (11) 名、GH9(6) 名、WHT 群 4 名であった。最高位相が夜間 (20 時から 8 時) であったものは、PE 8 (6) 名、GH4(3) 名、WHT 群 0 名であった。WHT から GH へ、軽症 GH が重症 GH に進展するものがあり、その際日内変動の消失や夕方からの血圧が上昇を認めた。

【結論】重軽症に関係なく PE および重症 GH 重症において日内変動が消失し、夜間血圧の下降がみられないものや夕方から夜間に血圧が上昇し、夜間血圧が最高値をとるものが多くみられた。

40. 典型的な慢性早剥羊水過少症候群の 1 例

¹豊橋市民病院、²同総合生殖医療センター、³同女性内視鏡外科

松尾聖子¹、甲木聡¹、矢吹淳司¹、北見和久¹、池田芳紀¹、山口恭平¹、吉田光紗¹、廣渡英紀¹、松川哲¹、矢野有貴¹、梅村康太³、岡田真由美¹、安藤寿夫²、河井通泰¹

【はじめに】慢性早剥羊水過少症候群(CAOS)は早産、新生児慢性肺疾患(CLD)、新生児死亡をきたす可能性の高い児の予後に悪影響を及ぼす疾患である。7 日以上続く出血と経過中の羊水減少により定義される。

【症例】33 歳 1 経産婦自然妊娠。11 週性器出血あり絨毛膜下血腫と診断され、このときから出血を繰り返した。22 週 3 日下腹部痛あり前医受診し、出血を認めチェックプロム陽性であり、破水疑いにて当院搬送となった。来院時骨盤位で 2~3 分おきに子宮収縮があり、内子宮口付近に凝血塊と絨毛膜下血腫を認めた。安静、塩酸リトドリン投与、抗生剤投与、腔洗浄を行っていたが 23 週 0 日発熱あり、抗生剤を変更した。超音波で徐々に羊水が減少し、羊水中に浮遊する高輝度エコー像を認めた。23 週 3 日腹部緊満増強し、緊急帝王切開を準備していたが分娩進行が早く、骨盤位で経膈分娩に至った。児は 574g、Apgar0/1/9(1 分/5 分/10 分)であり、挿管後の気道分泌物が茶褐色であった。日齢 1 より肺に CLD 様変化を認め、重症 CLD を発症し、日齢 164 に緊張性気胸により死亡した。胎盤病理はびまん性絨毛膜羊膜へモジデローシス(DCH)+絨毛膜羊膜炎(CAM)3 度+胎盤後血腫であった。

【結論】典型的な CAOS を経験した。当院では当時 CAOS の概念が普及しておらず、後方視的な検討で発覚した。CAOS に対する特別な治療法はないが、合併すると予後が悪いため、早産に至る可能性が高いと思っ治療にあたり、出生前後に新生児科医に CAOS を疑う症例であることを伝える必要があると考えられた。

41. 羊水除去術を繰り返し施行した osteopathia striata with cranial sclerosis の 1 例

国立病院機構長良医療センター

松井雅子、高橋雄一郎、岩垣重紀、千秋里香、
浅井一彦、川緒市郎

osteopathia striata with cranial sclerosis(以下 OSCS)は伴性優性遺伝形式をとり、女兒に比較して男児は著明な頭蓋骨硬化に加え多彩な表現型を示す一部予後不良な疾患である。海外での報告例も散見される程度であり、国内での報告例も数少なく胎児診断の報告は見受けられない。今回我々は胎内でその可能性を疑いながら管理した男児例を経験したので報告する。

症例は 27 歳、初産婦。家族歴に特記すべきことなし。既往歴として軟口蓋裂の手術歴、軽度の難聴を認めた。自然妊娠、妊娠 14 週から頭部の過剰発育傾向があり、妊娠 22 週両側内反足も疑われたため精査目的に当院紹介となった。妊娠 22 週 3 日当院初診、巨頭・両足内反足・両側脛骨(あるいは腓骨)欠損疑い・羊水過多傾向・小顎を認めた。その後頭部の過剰発育は持続、羊水過多症状が顕著となり妊娠 23 週から計 10 回羊水除去術を施行した。妊娠 30 週に胎児 3D-CT を撮影、臨床経過と合わせて OSCS が疑われた。妊娠 37 週時点での BPD11.3 cm(+6.7SD)、妊娠 38 週 1 日児頭骨盤不均衡の適応にて帝王切開術にて分娩となった。児は 3843g 男児、Apgar score 6/7(1 分/5 分)。啼泣弱く、マスク&バッグにて酸素化不良、気管内挿管し呼吸状態は安定した。新生児センター入院し全身精査。身体所見として巨頭・小顎・耳介低位・両側第 2 指の彎曲・両側内反足、全身 CT にて頭蓋骨を含めた線状骨化・両側腓骨欠損・脳梁欠損・上咽頭閉鎖などを認め OSCS と診断された。

42. 子宮動脈塞栓術が無効であった AV シヤントを伴い PSTT が疑われた 1 例

名古屋大学

石田千晴、中村智子、清水顕、邨瀬智彦、加藤奈緒、
齋藤愛、森正彦、大須賀智子、近藤美佳、中原辰夫、
後藤真紀、岩瀬明、吉川史隆

Placental-site trophoblastic tumor (PSTT) は胎盤着床部の中間型栄養膜細胞由来の細胞増殖により子宮内に腫瘤を形成する疾患である。PSTT の報告は 100 例を超える程度であり、病態・治療法に関しては未だ不明な点も多い。

【症例】33 歳 1 経妊 1 経産 20XX 年 8 月に妊娠 40 週で経膈分娩 翌年 8 月下旬から不正性器出血と右下腹部痛を認め、9 月に近医受診。子宮内に血流豊富な腫瘤を認めたため、遺残胎盤あるいは絨毛性疾患疑いで当院紹介となった。血液検査で β HCG:45.2 IU/l、経膈超音波検査で子宮前壁に 4.5 cm 大の血流豊富な腫瘤を認めた。CT angiography では子宮体部に 6 cm 大の境界不明瞭な腫瘤を認め、内部には A-V シヤントを伴う 2 cm 大の動脈瘤を認めた。胸腹部 CT では遠隔転移やリンパ節病変を認めなかった。病変からの大量出血に備えて、まず子宮動脈塞栓術を行ったが、動脈瘤が大きく血流を遮断する事はできなかった。塞栓後も腫瘤の縮小なく血流の消失も認めず、 β HCG の低下は認められなかった。子宮内膜組織診で異常を認めず、診断的治療目的で腹腔鏡下子宮全摘術を行った。術中所見は子宮が軽度腫大していたが、子宮表面や附属器に明らかな肉眼的異常は認めず、両側の子宮動静脈は怒張していた。摘出した子宮を切開すると、子宮前壁は腺筋症様に肥厚しており、肥厚部分の中央で子宮内腔に接するように 2 cm 大の腫瘤が子宮筋層に食い込んだ形で存在していた。腫瘤は脆弱な組織と塞栓前に認められた動脈瘤の血管壁を思わせるような空洞の部分とが混在し、腫瘤の大部分が子宮筋層に固着していた。術後経過は良好で、 β HCG も低下している。病理結果は PSTT が疑われるが、現在精査中である。本症例について文献的考察を含めて報告する。

第7群(2日目 14:10~15:25) 第1会場

43. 当院における子宮動脈塞栓術後の妊孕性についての検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

木村浩一郎、江口 慶、西尾洋介、宇野 枢、田野 翔、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、近藤真哉、古株哲也、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】子宮動脈塞栓術(Uterine Artery Embolization; UAE)は低侵襲で強力な止血手段であり、分娩後大量出血への有用性は広く認識されている。また、米国産婦人科学会では、UAEは子宮温存を望む症例にとって、子宮全摘出術の代替療法として安全で有効な治療法であり、Level A(十分な科学的根拠に基づいた勧告)と表明されている。しかし、UAEは本来妊孕性の温存を目的としていないため、施術後の妊孕性への影響は依然不明である。今回我々は分娩後大量出血に対しUAEを施行した症例を対象に、UAE施行後の妊孕性及び出産の有無を後方視的に検討した。

【方法】当院で2009年から2014年の間に分娩後大量出血に対し、UAEを施行した12例を対象とした。塞栓物質の種類、UAE後のGnRH agonist使用の有無、UAE後の挙児希望、妊娠、分娩の有無及び分娩様式について検討した。

【成績】対象症例の平均年齢は34.8歳で、分娩週数は15週から40週であり、分娩からUAEまでの日数は1日から42日であった。臨床診断は、子宮動脈奇形が3例、胎盤遺残が3例、胎盤ポリープが4例、弛緩出血が1例、DIC型後産期出血が1例であった。UAE後にGnRH agonistを使用した症例は8例であった。UAE後に挙児希望があった症例は3例であり、GnRH agonistを使用後に3例とも妊娠した。3例中2例は自然妊娠で、1例は不妊治療にて妊娠した。3例とも経膈正期産分娩であり、分娩時に大量出血は認めなかった。3例中1例は塞栓物質として永久塞栓物質のマイクロコイルを使用していた。

【結論】今後も症例の蓄積が必要ではあるが、UAE後にも妊孕性の温存は可能であることが示唆された。挙児希望のある妊産婦の分娩後大量出血に対して、UAEは安全で有効な治療法である可能性が示された。

44. 遺伝子組み換えヒト卵胞刺激ホルモン自己注射(rec-FSH)による多嚢性卵巣症候群(PCOS)排卵誘発治療の有

¹成田育成会 レディースクリニックセントソフィア、
²成田病院

伊藤知華子¹、小澤明日香²、森由紀子²、浅野美幸²、阿部晴美²、都築知代²、辰巳佳史²、佐藤真知子²、上條浩子²、山田礼子²、大沢政巳²、成田収²

【目的】排卵障害性不妊症では多嚢性卵巣症候群(PCOS)や中枢性無排卵が代表的であり、誘発治療には卵巣過剰刺激症候群(OHSS)と多胎妊娠が問題となる。rec-FSH(ゴナールF)在宅自己注射で単一排卵誘発を試みることにより、副作用の軽減を目的とし、治療成績を検討した。

【方法】対象は多嚢性卵巣とその他の排卵障害で2013年1月から2014年9月までにrec-FSHの在宅自己注射による排卵誘発を施行した39名である。月経3~5日目より35.5~50IUで自己注射を開始、適宜漸増し、卵胞が20mmとなった時点でhCG5000IU投与した。18mm以上の卵胞が4個以上でhCG投与はキャンセルした。年齢、BMI、治療周期数、投与期間、妊娠率、周期あたりの排卵率、hCGキャンセル率、単一排卵率を検討した。

【成績】多嚢性卵巣は27名で、平均年齢31.2歳、BMI平均21.3、平均治療周期数2.3周期、平均投与期間17.5日で妊娠率は51.9%(14/27)であった。周期あたりの排卵率は74.6%(44/59)、hCGキャンセル率は25.4%(15/59)、単一排卵率は59.3%(35/59)であった。OHSS発症は3名、双胎は14.3%(2/14)であった。

その他の排卵障害は12名で、平均年齢31.2歳、BMI平均21.5、平均治療周期数2.5周期、平均投与期間17.8日で妊娠成立はなかった。周期あたりの排卵率は46.7%(14/30)、hCGキャンセル率は53.3%(16/30)、単一排卵率は26.7%(8/30)であった。

【結論】多嚢性卵巣の患者ではrec-FSH漸増療法を用いることにより、副作用が軽減できる。患者は若く、排卵さえすれば自然妊娠の可能性があり、体外受精前に、試行すべき外来治療であると考えられる。

45. 胚移植後妊娠の経膈分娩における周産期出血量の検討

高山赤十字病院

島岡竜一、伴真由子、成川希、脇田勝次

【目的】不妊治療で胚移植後妊娠が増加している。胚移植後妊娠において前置胎盤・癒着胎盤の増加が報告されているが、前置胎盤のない症例において周産期出血に関する報告は少ない。当院における胚移植後妊娠の周産期出血量や背景を検討し、胚移植後妊娠の周産期対応について考察する。

【方法】当院における2013年4月から2014年10月までの分娩症例のうち経膈分娩414例を対象。症例背景や周産期出血量について、臨床背景や分娩時所見を電子カルテ・助産録より収集し後方視的に検討した。

【結果】経膈分娩症例において当院で管理可能な前置胎盤のない胚移植後妊娠群では、統計学的有意に分娩時母体年齢が高く、分娩時週数が遅く、出生体重が大きかった。明らかな癒着胎盤で高次治療を必要とする症例はなかった。出血量増加の要因を探る検討において、初産症例において胚移植後妊娠群では予定日超過による分娩誘発施行例が有意に高く、分娩第2期・3期時間が長かった。症例背景の補正のため高齢妊娠に限った検討でも同様の傾向が統計学的有意に認められた。胚移植後妊娠では陣痛発来が遅れ、微弱陣痛の危険性が高いことが示唆された。

【考察】胚移植後妊娠では胎盤娩出後に弛緩出血により出血量が増加する危険性が高い。胚移植後妊娠の周産期注意点として、胎盤が剥離したことで油断せず、胎盤娩出後の弛緩出血に注意して周産期出血管理をする必要がある。

46. 当院における過去8年間の鉗子分娩症例の検討

岡崎市民病院

田口結加里、石原恒夫、齊藤拓也、西尾沙矢子、山田玲奈、渡邊絵里、佐藤静香、杉田敦子、阪田由美、森田剛文、榊原克巳

【目的】鉗子分娩は吸引分娩と並び分娩第2期における有効な急速遂娩術であるが、母児の損傷等の合併症リスク、吸引分娩や帝王切開術の増加によりその件数は減少している。件数の減少に伴い、手技に習熟した医師や習熟のための機会も減少しており、鉗子分娩のさらなる減少へと繋がっている。今回、鉗子分娩の有効性と安全性を調べるため、当院での2006年から2014年までの約8年間に施行された鉗子分娩を後方視的に検討した。

【方法】カルテベースで2006年1月から2014年3月までに鉗子分娩を施行した症例を検索した。鉗子分娩の適応、吸引分娩等の他の分娩方式の併用の有無、出血量、裂傷の程度とその予後、次回妊娠の経過、児の損傷の有無とその予後等について調査した。

【成績】8年3か月間で経膈分娩は3,624件あり、そのうち鉗子分娩は368件であった。分娩後2時間までの出血量の平均は527.6ml、会陰裂傷の程度はⅡ度裂傷が72%と一番多く、頸管裂傷も約1.4%認めた。母体の予後に関しては1件で分娩後に大腿内側前面の感覚鈍麻を認めたが、1か月健診では改善しており、その他創部離解などは認めなかった。鉗子分娩の適応は、胎児除脈などの胎児機能不全が58%と最多で、分娩第2期の遷延、停止が23%、母体疲労が17%であった。鉗子分娩の前に56件で吸引分娩、4件で子宮底圧出法が試みられたが、娩出に至らなかった為、鉗子分娩での娩出となった。分娩時の児の損傷は眼底出血を6件認めたが、その後のフォローで消失が確認されており、児に障害を認めたものはなかった。次回の分娩を確認できたのは85件で、そのうち64件が正常経膈分娩であった。

【結論】分娩第2期での胎児機能不全や分娩遷延での鉗子分娩の有効性は高く、懸念される母児の損傷は予後に大きな影響を及ぼさなかった。鉗子分娩は有効な急速遂娩術であるといえる。

47. 子宮内膜症に伴う卵管留水腫への卵管切除術の有用性

トヨタ記念病院

西尾洋介、江口 慶、木村浩一朗、宇野枢、田野翔、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、近藤真哉、古株哲也、岸上靖幸、原田統子、小口秀紀

【目的】卵管留水腫は不妊症の原因の一つとして知られているが、不妊治療の進歩に伴い、卵管切除術により子宮内環境の改善が得られ、妊娠率が向上することが知られている。また、子宮内膜症も不妊症の重要な原因の一つであり、骨盤内の癒着形成により卵管留水腫をきたす。今回我々は、子宮内膜症に伴う卵管留水腫と他の原因による卵管留水腫に対して、卵管切除術後の妊娠率、生児獲得率に差があるかどうか検討を行った。

【方法】2004年4月から2013年10月の間に、当院で卵管留水腫に対して卵管切除術を施行し、術後不妊治療を受けた76名の患者を対象とした。転院や未受診により、術後の経過が不明であった35名を除外し、最終的に41名の患者を対象として検討を行った。また、卵管留水腫の原因については全症例で病理学的に検討を行った。

【成績】卵管留水腫のみと診断された30例を卵管留水腫群とし、子宮内膜症に伴う卵管留水腫と診断された11例を子宮内膜症群とした。卵管留水腫群と子宮内膜症群の平均年齢は 33.4 ± 4.2 歳、 31.5 ± 3.8 歳であり、体外受精施行率は93.3%、81.8%と両群間に有意差は認めなかった。妊娠率は卵管留水腫群で76.7%、子宮内膜症群で63.6%であり($p=0.44$)、生児獲得率は卵管留水腫群で70.0%、子宮内膜症群で54.5%であった($p=0.46$)。両群間に有意差は認めなかったが、子宮内膜症群で妊娠率、生児獲得率とも、低い傾向を認めた。

【結論】子宮内膜症の合併した卵管留水腫では妊娠率、生児獲得率とも低くなる可能性が示唆された。卵管切除により卵管留水腫患者の妊娠率は向上するが、子宮内膜症に伴う卵管留水腫の場合は、卵管切除後に体外受精を含めた早期の不妊治療が必要となる可能性が示唆された。

48. 子宮温存に成功した帝王切開癒痕部妊娠の4例

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

長尾 有佳里、猪飼 恵、大多和 恵子、夫馬 和也、鈴木 一弘、三宅 菜月、伴 真由子、柵木 善旭、岡崎 敦子、新保 暁子、坂堂 美央子、廣村 勝彦、宮崎 顕、紀平 加奈、安藤 智子、水野 公雄、古橋 円

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠(cesarean scar pregnancy: CSP)は稀な疾患であり、帝王切開(cesarean section: CS)既往の0.15%に発症し、CS既往のある異所性妊娠の6.1%を占める。時に大出血を起こして子宮摘出を余儀なくされることがあり、子宮動脈塞栓術(uterine artery embolization: UAE)を併用した治療を選択している施設も多いが、UAEに伴うリスクも報告されている。我々はUAEを施行せずに子宮温存に成功したCSPの4例とその工夫を報告する。

【症例】症例1: 41歳, G3P1(CS×1), 自然妊娠. 10週4日当院受診, 血中hCG値は11,700 mIU/mlであった. メソトレキサート(MTX)全身投与後, 順調に終息した.

症例2: 39歳, G5P1(CS×1), 左卵管妊娠・腹腔鏡下両側卵管切除の既往あり, 胚移植で妊娠成立. 6週1日(第1病日)当院受診, 血中hCG値は9,450 mIU/mlであった. 第2病日に胎芽穿刺とMTX局注, 第9病日にMTX全身投与を行い順調に終息した.

症例3: 37歳, G2P2(CS×1), 自然妊娠. 推定7週(第1病日)当院受診, 血中hCG値は74,500 mIU/mlであった. 第2病日にMTX局注し, 3DCTAで胎囊の栄養血管を確認, 第9病日にMTX全身投与を行った. 血中hCG値の低下と超音波検査で胎囊周囲の血流低下を確認し, 第29病日にピトレシン局注を併用した子宮鏡下手術を行い, 経過は順調である.

症例4: 30歳, P1(CS×1)自然妊娠. 7週4日(第1病日)当院受診, 血中hCG値は54,700 mIU/mlであった. 同日胎芽穿刺とMTX局注, 第8病日にMTX全身投与を行い, 第13病日に3DCTAにて胎囊周囲の血流が少ないことを確認し, 第17病日にピトレシン局注を併用した子宮鏡下手術を行った. 少量の出血のみで手術を終え, その後経過良好である.

【結論】CSPの4例を経験し, いずれも比較的低位侵襲の治療で子宮温存に成功した. 薬物療法に加え, 胎芽穿刺, DCTAや超音波カラードプラ法による血流測定, バソプレシン局注併用子宮鏡下手術を組み合わせることで, 子宮全摘術はもちろんのこと, UAEの適応を限定することが可能になると思われる.

49. 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) と多嚢胞性卵巣形態 (PCOM) における耐糖能異常の比較検討

¹成田育成会 成田病院、

²レディースクリニック セントソフィア

辰己佳史¹、小澤明日香¹、森 由紀子¹、浅野美幸¹、阿部 晴美¹、都築知代¹、佐藤真知子¹、伊藤知華子²、上條浩子¹、山田礼子¹、大沢政巳¹、成田収¹

【目的】多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) は生殖女性の 5~8% に発症し、月経異常、不妊の主要な原因の一つとなっている。PCOS の病態は多様であり、疾患概念は今なお一定ではない。一方、超音波所見では多嚢胞を示すが、PCOS の診断基準を満たしていない状態を多嚢胞性卵巣形態 (PCOM) と呼び、近年その病態が注目されている。今回当院受診した不妊女性の PCOS 及び PCOM の患者に対して内分泌状態を後方視的に比較検討した。

【方法】PCOS と診断された 60 例、PCOM を示す 59 例を対象に年齢と BMI 値をマッチングさせ、75gOGTT を検査し 0 時間値、2 時間値の血糖値・インスリン値を測定し、併せて AMH、テストステロン(T)について検討した。

【結果】PCOS 群 (S 群)、PCOM 群 (M 群) の平均年齢は S 群 32.4 歳、M 群 33.8 歳であった。75 g OGTT 検査で両群とも 120 分値の血糖が 200mg/dl を超えたものはなかったが、140~200mg/dl の耐糖能異常 (IGT) は S 群 15.2%、M 群 11.8% に認められた。AMH は S 群 11.7 ng/ml、M 群 7.5 ng/ml であった。HOMA-R が 1.6 以下で IGT であったのは S 群 12.5%、M 群 9.3% であった。BMI25 以上の症例で IGT である症例は S 群 21%、M 群 21.0%、BMI25 未満で S 群 10.8%、M 群 7.5% であった。

【結論】M 群に比べ S 群により多く IGT がみられ、BMI が高い症例により多くなる傾向があった。また HOMA-R が正常である症例にも約 10% IGT が認められた。IGT は妊娠した場合 GDM に移行するケースもあるため S 群、M 群の症例、特に BMI が高い症例には糖負荷テストを行い IGT を考慮する必要があると思われた。

50. 心臓逸脱症と診断、妊娠 19 週で妊娠中断した 1 例

名古屋市立西部医療センター

川端俊一、西川尚実、森亮介、十河千恵、松浦綾乃、中元永理、坪井文菜、加藤智子、関宏一郎、鈴木佳克、六鹿正文、柴田金光

【諸言】心臓逸脱症は心臓が胸郭外に位置するもので、きわめてまれな疾患である。今回臍帯ヘルニア破裂を合併した心臓逸脱症の症例を経験したので報告する。

【症例】32 歳、未妊妊。自然妊娠成立し、当院受診。妊娠 10 週 5 日に後頸部浮腫あり。妊娠 12 週 5 日、超音波検査にて肝臓・小腸など腹部臓器脱出認め、臍帯ヘルニア破裂や腹壁破裂を疑った。妊娠 13 週 6 日、超音波検査にて、胸腔外に心臓認め、腹腔臓器脱出を認めているため、重症型的心臓逸脱症と診断した。妊娠 16 週 5 日、MRI 検査にて心臓脱出、腹部臓器脱出認めた。超音波検査では心臓奇形は評価できなかった。患者は妊娠中断を選択され、妊娠 19 週 5 日、死産となった。児は幸帽児で娩出、体重 170g、身長 17cm、性別は不明であった。胸郭中央より心臓脱出あり、肝臓・胃・小腸・大腸が腹腔外に脱出、右足趾に胎盤からの索上物が付着、右第 2-4 指欠損あり、顔面奇形は認めなかった。胎盤には異常認めなかったが、臍帯は約 3cm と短かった。

【結語】本症例では超音波検査と MRI 検査にて心臓脱出と腹腔臓器脱出を認めており、心臓逸脱症に臍帯ヘルニア破裂の合併と診断した。その他にも児娩出後には右指欠損、短臍帯を認めている。心臓逸脱症は約半数が死産あるいは分娩当日に死亡する。また心臓逸脱症のうち、心臓内奇形の存在は予後不良因子で長期生存した症例はいない。腹腔臓器のみならず、胸腔臓器脱出を認める場合は予後不良であり、早期に診断することが重要である。

51. 双胎妊娠における妊娠高血圧症候群の母体心機能への影響

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

眞山学徳、江口 慶、西尾洋介、木村浩一朗、宇野 枢、
田野 翔、吉原雅人、鶴飼真由、近藤真哉、古株哲也、
原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】双胎妊娠と妊娠高血圧症候群 (PIH) は周産期心筋症のリスク因子で、PIH は拡張機能障害を主体とした母体心機能への悪影響が知られている。しかし、PIH を合併した双胎妊娠の母体心機能への影響についての詳細な報告はない。今回我々は、双胎妊娠における PIH 合併による母体心機能への影響について検討を行った。

【方法】2010 年 9 月から 2014 年 9 月までに当院で周産期管理を行った双胎妊娠 131 例を対象とした。心機能評価として分娩前後に心臓超音波検査と脳性ナトリウム利尿ペプチド (BNP) の測定を行った。収縮機能の指標として左室駆出分画 (LVEF) を用い、55%以下を収縮機能障害の指標とした。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 以上を拡張機能障害の指標とした。BNP は日本心不全学会で心不全の精査あるいは専門医への紹介が推奨される心不全診断の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】双胎妊娠のみの 106 例を双胎群とし、PIH の合併を認めた 25 例を PIH 合併群とした。双胎群と PIH 合併群の平均年齢は 31.9 ± 4.7 歳、 32.4 ± 3.9 歳であり両群間に有意差は認めなかった ($p=0.68$)。LVEF が 55%以下であった症例は、双胎群で 3 例 (2.9%)、PIH 合併群で 1 例 (4.0%) であった ($p=0.78$)。一方、E/E' が 15 以上であった症例は、双胎群で 2 例 (1.9%)、PIH 合併群で 3 例 (12.0%) であり ($p=0.02$)、BNP が 100 pg/mL 以上であった症例は、双胎群で 14 例 (13.5%)、PIH 合併群で 11 例 (44.0%) であった ($p<0.01$)。拡張機能障害と BNP 高値については PIH 合併群で有意に頻度が高かった。また PIH 合併群で、周産期心筋症が 1 例発症した。

【結論】双胎妊娠において PIH 合併群では有意に母体の心機能障害の頻度が高く、慎重な周産期管理が必要である。

52. 大動脈炎症候群が妊娠に与える影響

¹ 桑名東医療センター、² 国立循環器病研究センター、³ 三重大田中佳世^{1,2}、田中博明^{1,3}、佐々木禎仁¹、杉原拓¹、
伊東雅純¹、須藤真人¹、石川薫¹、池田智明³

【目的】大動脈炎症候群は、20~30 歳の女性に好発する非特異的炎症性疾患である。そのため、妊娠に合併することも稀ではない。一方で、妊娠可能な大動脈炎症候群合併妊娠における妊娠予後については、未だ明らかとなっておらず、妊娠による転機を明確にする必要がある。

【方法】妊娠、分娩を行った大動脈炎症候群：27 例を対象とし、診療録をもとに後方視的に検討した。母体情報、妊娠前に評価された血管造影における大動脈炎分類、妊娠前高血圧の有無、大動脈炎閉鎖不全の有無を抽出し、妊娠中に発生した循環器合併症(心血管イベント、大動脈炎症候群の増悪)、産科合併症について検討した。有意水準は、 $P<0.05$ とした。

【結果】母体年齢、分娩週数の中央値は、それぞれ 30 歳(22-35 歳)、38 週(28-40 週)であった。

血管造影における大動脈炎症候群分類は、I 型：15 例(56%)、IIa 型：2 例(7%)、IIb 型：2 例(7%)、III 期：1 例(4%)、IV 期：1 例(4%)、V 期：6 例(22%) であった。妊娠前から高血圧を合併している症例は 5 例(18%)で、全例が III 期以上であった。大動脈弁閉鎖不全は、5 例(18%)で認め、それぞれ I 度：1 例、II 度：2 例、III 期：2 例であった。

大動脈閉鎖不全の増悪、心機能低下を含めた心血管イベントの発生は 1 例も認めなかった。大動脈炎症候群の活動性の増悪に対してステロイドを増量した症例は 3 例(11%)認めた。

産科合併症は、妊娠高血圧症候群：4 例(14%)、常位胎盤早期剥離：1 例(4%)、子宮内胎児発育不全：1 例(4%)であった。妊娠高血圧症候群では全例で妊娠前高血圧を合併していた。妊娠前高血圧合併症例において有意に発症率が高かった($P=0.001$)。

【考察】大動脈炎合併妊娠において、慢性高血圧合併の有無が妊娠後に影響を与えた。III 期以上の病変を有する症例は高血圧を来たしやすいため、留意すべきである。

53. 当院における双胎児間輸血症候群 (TTTS) の胎児鏡下レーザー手術の現状と課題

長良医療センター産科

高橋雄一郎、岩垣重紀、千秋里香、浅井一彦、松井雅子、川鱈市郎

【目的】重症 TTTS は予後不良な疾患であるが、レーザー治療 (FLP) の開発で劇的にその予後が改善された。本邦で開始されて 12 年、保険収載されて約 2 年が経過した。東海地方で施行してきた当院での現状の治療成績と問題点を検討した。

【方法】当院で施行した FLP70 例を後方視的に、その成績、合併症の検討を行った。

【結果】通常の MD 双胎以外では品胎、両児臍帯付着部近傍の二例で技術的な限界から両児死亡を認めた。MD 双胎では、術後一児死亡後の 24 週早産例の早期新生児死亡、術後 9 週間目の母及び両児セプシスに伴う両児死亡例を認めた。適応例では「少なくとも一児生存」の割合は 66/68 例(97%)、総生存率 108/136 児(79%)であった。また術後一児死亡は 24/136 児(17%)で認め、直後の両児死亡は認めなかった。平均出生週数は 31 週で平均妊娠期間延長週数は約 12 週間であった。本疾患に関連した胎児徐脈への蘇生としてカテコラミン投与は 2 例。胎児輸血は 7 例に施行した。妊娠 28 週未満の破水、陣痛発来による早産は 9 例存在し、うち 7 例は他県からの搬送 (逆搬送) 例であった。いずれも搬送時切迫早産徴候が強く、初期からの出血などの切迫流産症状を多く呈していた。技術的には、生後の胎盤確認により表在血管は完全凝固してあるが術後一児貧血(TAPS)を生じた例が複数存在した。胎盤の表在無血管領域に存在する深部吻合の存在が示唆された。

【結論】少なくとも一児生存、総生存率の割合は世界的な結果と遜色ない成績であった。しかし、まだ重篤な状態を呈する児の出産は認められ、とくに早産への対策として、妊娠初期からのケアの必要性が示唆された。また、一児貧血予防の為の新しい吻合凝固法の検討も必要な症例が存在しており、今後の課題である。

54. 子癇発症予防を目的とした Posterior reversible encephalopathy syndrome の早期診断についての検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

宇野 枢、西尾洋介、木村浩一朗、田野 翔、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、近藤真哉、古株哲也、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) は子癇患者の 97.9%に認められたとの報告があり、子癇の病態の中心と考えられている。今回我々は、子癇前駆症状を認め、MRI で PRES の所見を認めたが早期介入により子癇を発症しなかった症例を経験したため、子癇発症が予防可能か検討を行った。

【方法】2003 年 4 月から 2014 年 8 月までに当院で子癇と診断し、PRES の所見を認めた 11 例を子癇群とし、子癇の前駆症状を認め PRES の所見を認めたが、痙攣を発症しなかった患者 5 例を非子癇群とし、臨床情報と画像所見の比較検討を行った。

【成績】発症時の血圧は子癇群で $174 \pm 25/102 \pm 18$ mmHg、非子癇群で $188 \pm 17/110 \pm 18$ mmHg で有意差はなかった。発症時期は子癇群で妊娠子癇が 4 例 (36.4%)、分娩子癇が 4 例 (36.4%)、産褥子癇が 3 例 (27.3%) に対し、非子癇群の PRES の発症時期は妊娠期が 4 例 (80%)、産褥期が 1 例 (20%) であった。重症妊娠高血圧腎症の合併は子癇群で 5 例 (45.5%)、非子癇群で 3 例 (60%) あり、分娩時のみの高血圧を子癇群で 5 例 (45.5%)、非子癇群で 2 例 (40%) に認めた。MRI 所見では PRES に典型的な後頭葉領域の病変は子癇群、非子癇群とも全例で認め、頭頂葉領域の病変も子癇群で 9 例 (81.8%)、非子癇群で 3 例 (60%) に認めた。また 3 領域以上の広範囲の病変を認めたのは子癇群で 8 例 (72.7%)、非子癇群で 3 例 (60%) であった。非子癇群では、診断後に全例で降圧薬と硫酸マグネシウムの投与が行われていた。

【結論】発症時の血圧や PRES の所見については両群で大きな差は認めず、前駆症状の段階で早期に MRI を撮影し、適切な治療を開始することで子癇への進展予防ができる可能性が示された。

55. 急速な浮腫の進行で発症し緊急帝王切開を施行した周産期心筋症の1例

大雄会第一病院

白石弘章、嶋津光真、今永弓子、岡 京子、不破知史、坂井啓造、中北武男

【諸言】周産期心筋症は、妊娠最終月から産後5か月以内におこる重症心不全であり、速やかに診断し治療がなされない場合、母体死亡の原因となる。今回、急速な浮腫で発症し緊急帝王切開を施行した周産期心筋症の1例を経験したので報告する。

【症例】35歳、初産。不妊治療により妊娠し、妊娠22週6日より当院へ紹介受診となった。身長は158cm、非妊時の体重は45kgであった。特記すべき既往はなかった。妊娠32週0日、軽度の下肢浮腫を訴え、妊娠34週1日より柴苓湯を処方した。尿蛋白は陰性、血圧に異常はなかった。妊娠37週0日、軽度浮腫は持続し、尿蛋白は土であった。妊娠38週0日、下肢から外陰部にかけて顕著な浮腫が出現し、体動時の息切れと尿量の低下を認めたため、入院管理となった。入院時、意識清明、血圧115/87mmHg、脈拍105/分、体重59.8kgであった。胸部X線写真にて心拡大および両側に胸水貯留を認めた。尿量は8.3ml/時間であり、ドパミンの点滴を開始したが尿量の改善は見られず、高度浮腫および腎機能障害等の心不全徴候を認めたため緊急帝王切開を行った。児に異常は認めなかった。心エコー検査では全周性に心嚢水の貯留と壁運動の低下を認めた。EFは22%でありIVCは21mmであった。下肢静脈に異常は認めなかった。重症心不全、腎不全としてICU管理となり、IABPを施行した。Carperitideを使用し利尿を図ったが、心機能の改善がみられないため、循環器専門施設に転院搬送した。心筋生検の結果、心筋炎や拡張型心筋症の可能性は低く、周産期心筋症と確定診断され、プロモクリプチン療法の併用により軽快した。

【考察】今回急速な浮腫の進行で発症した周産期心筋症を経験した。妊産婦の浮腫は日常診療でよく経験される症状であるが、周産期心筋症を含め心機能について慎重に評価する必要があると考えられた。

56. 日本における静脈血栓症関連妊産婦死亡の変化

¹三重大、²伊勢赤十字病院、³聖隷浜松病院、⁴浜松医大

田中博明¹、大里和広²、村越毅³、金山尚裕⁴、池田智明¹

【目的】日本における静脈血栓症(VTE)に関連した妊産婦死亡の現状を調査し、1991-1992年におけるVTE関連妊産婦死亡と比較検討することを目的とした。

【方法】厚生労働研究班(池田班)によって検討された2010-2013年におけるVTE関連妊産婦死亡を抽出し、1991-1992年の厚生労働研究班(長屋班)でのVTE関連妊産婦死亡と比較検討した。検討項目は、VTE関連の妊産婦死亡率、発症時年齢、BMI、発症時期、帝王切開率について検討した。

【結果】妊産婦死亡の総数は長屋班:197例(2年間)・池田班:154例(3年間)で、VTE関連妊産婦死亡数は長屋班:17例(8.6%)・池田班:13例(7.0%)であった。VTE関連妊産婦死亡率は長屋班:0.7・池田班:0.4であった。1991-1992年と比べ、2010-2013年では有意にVTE関連妊産婦死亡率が減少していた($P<0.05$)。年齢の中央値は長屋班:30歳(24-40歳)・池田班:33歳(27-43歳)、BMIの中央値は長屋班:30.5(19.1-38.6)・池田班:24.2(16.4-33.2)、妊娠中の発症は長屋班:1例(5.8%)・池田班:6例(46.1%)、産褥発症は長屋班:16例(94.2%)・池田班:7例(53.9%)、産褥発症における帝王切開率は長屋班:13/16(81.2%)・池田班:5/6(83%)であった。2010-2013年では、1991-1992年と比べ妊娠中発症の割合が高かった。

【結論】VTE関連妊産婦死亡は、約20年間で大きく減少していた。血栓予防ガイドラインや低分子ヘパリンなどの新しい抗凝固療法が確立したことにより、VTE予防が全国的に進んだことが大きく寄与していると推測される。また、VTE関連妊産婦死亡の更なる減少のために、妊娠中のVTE予防ガイドライン作成が望まれる。

57. 子癇との鑑別を要した転換性障害合併妊産婦の検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

江口 慶、西尾洋介、木村浩一朗、宇野 枢、田野 翔、吉原雅人、真山学徳、鶴飼真由、近藤真哉、古株哲也、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】転換性障害はひとつまたは複数の随意運動機能あるいは感覚機能が損なわれる病態で、身体医学的に説明できないものと定義されている。転換症状は運動性の症状、感覚性の症状、痙攣症状に分類される。痙攣症状は女性に多く、平均発症年齢は30歳代で妊産婦に発症することもある。しかし、転換性障害を積極的に診断できる指標は存在しないため、診断に苦慮することも多い。今回われわれは子癇との鑑別に苦慮した転換性障害について後方視的検討を行ったので報告する。

【方法】2009年から2014年の間に当院で転換性障害と診断した妊産婦5例を対象とした。発症時期、初発症状、搬送の有無、搬送元での診断、発症後の神経学的所見、頭部MRI所見について検討した。

【成績】5例の平均年齢は29.8歳で、転換症状の発症時期は5例とも分娩中から分娩直後であった。5例中3例の初発症状は意識障害でその後の痙攣は認めなかったが、2例の初発症状は痙攣であった。初発症状が痙攣であった2例は前医療機関から子癇の診断で当院へ救急搬送となった。痙攣の回数は1から5回で痙攣の持続時間は3から60秒であった。当院到着後の神経学的所見、頭部MRIでは異常所見を認めなかった。1例は当院到着後に両側上肢の振戦を認めたが、痙攣を続発することはなかった。神経内科、精神科と相談のうえ、転換性障害と診断した。

【結論】子癇の約10%は発症前に高血圧を合併しないため、転換性障害の痙攣症状と子癇を妊娠経過や初発症状から鑑別することは困難な場合がある。神経学的所見と画像診断に異常がない痙攣を認めた場合には、転換性障害の痙攣症状も念頭に置く必要がある。

58. 子宮頸部腺扁平上皮癌(I B1 期)合併妊娠の1例

三重大学

吉田健太、田畑務、真川祥一、仁儀明納、東理映子、小林良幸、平田徹、本橋卓、奥川利治、池田智明

【緒言】妊婦における子宮頸部細胞診の異常は全妊婦の5%に認め、子宮頸癌の約3%は妊娠中に診断される。子宮頸癌合併妊娠は上皮内癌・I A期が多く、I B1期以上は10,000人に1人の頻度と稀である。I A期では妊娠継続のため円錐切除を行うことが推奨されるのに対し、I B期以上では妊娠継続の可否について症例ごとの対応となる。今回、妊娠19週の子宮頸部腺扁平上皮癌I B1期に対して、インフォームド・コンセントの結果、広汎子宮全摘術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】34歳女性。2経産(29、33歳で出産、特記事項なし)。前医の妊娠初期の子宮頸部細胞診でASC-Hのため、妊娠16週0日、当科紹介受診となった。初診時、子宮頸部細胞診はASC-US、コルポスコピーで白色上皮・モザイクを認め、狙い組織診にてAdenocarcinomaと診断された。MRI/エコーでは子宮頸部に明らかな病変は描出されなかった。妊娠17週3日、子宮頸部円錐切除術、シロッカー頸管縫縮術を施行した。病理診断では未分化なAdenosquamous carcinoma(pT1b1 幅19mm 深さ6mm)、内膜側腔側断端ともに陽性、脈管侵襲陽性であった。本人・家人と相談の結果、妊娠継続を中断し子宮摘出を施行することとなった。妊娠19週2日、広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、傍大動脈リンパ節郭清術(B2)を施行。手術時間3時間47分、出血量300g。永久病理標本では明らかな残存腫瘍は認めず、リンパ節転移陰性であった。円錐切除術で脈管侵襲を認めたことから、再発中リスク群と考え、現在術後化学療法施行中である。

【結語】子宮頸癌合併妊娠では、妊娠週数、組織型、進行期、患者の希望を考慮して、症例ごとに治療方針が決定となる。本症例に関して当科の方針を交え考察する。

59. 骨盤内臓全摘術を行った膣悪性黒色腫の一例

岐阜県総合医療センター 産婦人科

桑山太郎、横山康宏、尹麗梅、佐藤香月、大塚かおり、山本志緒理、佐藤泰昌、桑原和男、田上慶子、山田新尚

【諸言】膣原発の悪性黒色腫は膣原発悪性腫瘍のうちおよそ3%以下と稀な疾患であり、また5年生存率8%と他の外陰部悪性腫瘍と比較し非常に予後不良な疾患である。女性性器の悪性黒色腫は女性の悪性黒色腫の約3.5%を占めるとされている。病変は一般的に肉眼的に明らかとされるが、血行性転移をおこしやすく頻回の生検は避けるべきとされている。以前我々は第133回の本学会で膣悪性黒色腫の症例を報告したが、今回我々は新たに膣壁腫瘍を主訴に受診し、脱落した組織より膣悪性黒色腫と診断された一例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

【症例】59歳G4P4。52歳で閉経。58歳性器出血認め、子宮頸部細胞診はASC-US、内膜細胞診は陰性であった。その後、膣壁腫瘍を主訴に当科初診となる。膣内を展開すると左側壁から後壁にかけてゴルフボール大の腫瘍を認めた。診察時に脱落した腫瘍組織を病理検査に提出したところ、悪性黒色腫との結果であった。術前画像検査では遠隔転移の所見を認めなかったが、直腸・膣壁への直接浸潤が疑われたため骨盤内臓全摘術を施行した。術後病理組織診では、直腸固有筋層直前まで浸潤を認めたがリンパ節転移は認められなかった。術後補助化学療法としてDAV療法を4クール行ったが、多発肺転移・肝転移・腹腔内播種所見を認め、また肺動脈塞栓症・深部静脈血栓症も認めた。その後術後6ヵ月で永眠された。

【結語】膣原発の悪性黒色腫の一例を新たに経験した。非常に稀な疾患であるため有効な治療法は確立されていない。骨盤内臓全摘や化学療法を行っても進行は極めて早く予後不良な疾患であることを再認識した。

60. 妊娠合併子宮頸癌における広汎子宮全摘術の検討

名古屋大学

藤掛佳代、水野美香、内海史、関谷龍一郎、三井寛子、鈴木史朗、梶山広明、柴田清江、吉川史隆

【緒言】子宮頸癌は妊娠中に発見される最も頻度の高い悪性腫瘍であり、1万分娩に対して1.6~10.6例程度合併すると報告されている。浸潤癌の症例は少なく、治療方針決定のためのエビデンスに乏しい。妊娠初期に診断された浸潤癌の取り扱いについては、症例ごとに対応しているのが現状と思われる。妊娠子宮の広汎子宮全摘術においては、ほとんどが症例報告であり予後や安全性について十分に検討されていない。今回、妊娠合併子宮頸癌の広汎子宮全摘術の症例について文献的考察を加え報告する。

【方法】2007年から2014年の間で、妊娠合併子宮頸癌に広汎子宮全摘術を施行した8例において、妊娠経過、手術所見、および予後を検討した。

【結果】中央年齢33.5(30-42)歳。組織型は4例が腺癌。初診断時の進行期はIB1期6例、IB2期1例、IIB期1例。IB2期、IIB期の2例は妊娠継続を中断した。妊娠を継続した6例の手術時の妊娠週数は中央値29(25-31)週。帝王切開術を含む手術時間は平均356分であった。輸血は自己血輸血が3例に投与されたが、同種輸血は1例もなかった。中央観察期間は46(1-85)ヵ月で、現在のところ再発症例は認めていない。

【考察】現在のところ、妊娠合併子宮頸癌の治療方針に一律の基準はない。まずは患者本人の予後を重視し中絶を検討する。妊娠継続を希望した場合、ターミネーションの時期は、母体の予後と生まれてくる児の予後を考慮して慎重に決定する必要がある。妊娠合併子宮頸癌の広汎子宮全摘は、今回の症例では特に重篤な合併症もなく行われたが、手術を含めた治療法の選択は慎重に行うべきであると考えられる。

61. 腸管子宮内膜症から発生した回腸癌の1例

¹中部ろうさい病院、²同外科

藤原多子¹、金原香織²、野坂麗奈¹、寄川麻世¹、井上明子¹、渡部百合子¹、坂口憲史²

【緒言】腸管子宮内膜症は子宮内膜組織が異所性に腸管に増殖する疾患である。子宮内膜症の癌化のほとんどは卵巣子宮内膜症の癌化で、卵巣以外の子宮内膜症が癌化するのはまれである。今回、我々は腸閉塞に契機に診断した腸管子宮内膜症から発生した回腸癌の1例を経験したので報告する。

【症例】41歳女性、39歳時に子宮筋腫、子宮腺筋症と左卵巣チョコレート嚢胞に対し、子宮全摘術と左卵巣腫瘍核出術を施行した。今回、1ヶ月前から右下腹部が出現し、10日間前から間欠的血便を認め、当院消化器内科にて施行した下部消化管内視鏡検査では粘膜面に異常所見を認めなかった。1週間後に嘔吐を認め、施行したCT検査にて小腸イレウスと診断し保存的治療を行った。しかし、症状改善を認めなかったため、外科にて手術治療となった。開腹すると回腸に腫瘍を認め回盲部切除を施行し、腫瘍が癒着していたため直腸切除術も施行した。リンパ節腫脹はなく、また卵巣に異常を認めなかった。病理組織診断は回盲部腫瘍は類内膜腺癌であった。また直腸癒着部には漿膜下層および筋層に異所性に増殖した子宮内膜上皮を認めた。免疫組織化学染色では、ER、CK7は陽性、腸管に発現するCK20、cdx2は陰性であったため、腸管子宮内膜症を背景とした類内膜腺癌と診断した。術後に化学療法（TC療法）を6クール施行し、子宮内膜症の再発予防目的にてジェノゲスト投与中である。

【考察】腸管子宮内膜症はS状結腸以下の部位に84%が発生し、回腸に発生する頻度は7%と比較的稀である。さらに本症例のような腸管子宮内膜症から発生した悪性腫瘍 endometriosis associated intestinal tumors(EAITS)は非常に稀であり、文献的考察を加えて報告する。

62. 急性骨髄性白血病寛解後に自然妊娠成立し、生児を得た1症例

岐阜県総合医療センター

佐藤香月、横山康宏、桑山太郎、尹麗梅、大塚かおり、山本志緒理、田上慶子、佐藤泰昌、桑原和男、山田新尚

【緒言】急性骨髄性白血病などの血液悪性疾患において、造血幹細胞移植は重要な治療となっているが、その治療の過程が卵巣機能に与える影響は大きい。今回、急性骨髄性白血病寛解後に自然妊娠で生児を得た1例を経験したため報告する。

【症例】31歳女性。妊娠歴なし。妊娠成立の6年前に急性骨髄性白血病を発症し、発症から1年7ヵ月後に臍帯血移植を行い、寛解となった。臍帯血移植後から月経不順あり。臍帯血移植後から5年後に結婚し、月経不順があったため妊娠に気づかないまま自然妊娠成立。妊娠16週頃に近医を初診となり、BPDより予定日起算。周産期管理目的で妊娠20週1日に当科紹介初診となり、妊婦健診を継続。血液型は移植前B型であったが、移植後A型となり、緊急輸血時にはA型の輸血で対応する方針とした。妊娠26週1日の妊婦健診時にAFI:33cmと羊水過多を認めたが、消化管異常は認めず。妊娠30週1日にはAFI:20cmとなり、徐々に羊水量は正常範囲となっていた。妊娠38週1日に尿蛋白2+となったため、妊娠38週2日より分娩誘発目的に入院し、PGE2内服し、妊娠38週3日にPGF2 α 使用、全開後に微弱陣痛となったため、オキシトシン使用し、経膈分娩に至る。妊娠38週4日、2837g、女児、Ap:1/8で児は出生後に蘇生を要し、心雑音があり大動脈弁狭窄症を認めたため新生児科に入院となった。

【結語】今回、急性骨髄性白血病寛解後に自然妊娠成立し生児を得た1例を経験した。急性骨髄性白血病治療後の自然妊娠は卵巣機能の観点からも貴重な症例と考えられる。

63. 特発性膈壁穿孔により腸管脱出をきたした完全子宮脱の1例

刈谷豊田総合病院

永井孝、長船綾子、山田千恵、茂木一将、青木智英子、松井純子、梅津朋和、山本真一

【緒言】膈からの腸管脱出は比較的稀であり、発症者の多くは子宮全摘出術や子宮脱手術の既往を有する。近年では腹腔鏡下子宮全摘出後の膈断端離開により発症した報告が散見される。一方で、手術歴のない特発性膈壁穿孔による腸管脱出は極めて稀である。今回、未治療の子宮脱が原因で膈壁穿孔により腸管脱出をきたした1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】86歳、1経産。以前より子宮脱を認めていたが放置していた。下腹部痛が突然出現したため当院救急外来を受診した。完全子宮脱と後膈壁から約1mの小腸脱出を認め、膈壁穿孔による腸管脱出と診断して緊急手術を施行した。手術は膈式手術と腹腔鏡手術により実施した。脱出した小腸を洗浄しながら腹腔内に還納後、穿孔部位を縫合閉鎖し、膈式子宮全摘術および前後膈壁形成術を施行した。次いで腹腔鏡下に、腹腔内を洗浄して手術を終了した。術後7日目に偽膜性腸炎を発症し、術後35日目には深部静脈血栓症を発症して術後管理には難渋した。膈断端部の膿瘍形成も認められたが、経膈的な洗浄ドレナージにより寛解して、術後69日目に退院となった。退院後1ヶ月の時点で、特に異常は認められていない。

【結論】骨盤臓器脱は一般的には生命予後に関係ないと考えられ、患者側も医療者側も経過観察してしまうケースは少なくない。しかし、一旦腸管脱出を来すとその死亡率は6~10%と報告されている。今後、放置された骨盤臓器脱を診療する際には、手術歴の有無にかかわらず、稀ではあるが腸管脱出が起り得ることを考慮すべきである。

64. 肺塞栓を合併した骨盤内腫瘍の2例

小牧市民病院

松永有里、森川重彦、舘明日香、大西千夏、佐野美保、下須賀 洋一

【緒言】肺血栓塞栓症は、突然死の原因となり得るため、早期に診断し適切に治療をする必要がある。今回、骨盤内腫瘍のため肺血栓塞栓症を発症し、抗凝固療法後に子宮全摘術を行った2例を経験したので報告する。

【症例】症例1は40歳女性。2経妊2経産。2か月前から子宮筋腫に対し、GnRHアゴニストを開始。1ヶ月前から食欲不振、息切れ、下腿浮腫を認めた。発熱、頸部痛が出現したため近医受診し、酸素化不良、右内頸静脈の閉塞あり当院へ搬送された。造影CTで右内頸静脈、両側肺動脈と右浅大腿静脈に血栓を認め、約10cmの子宮筋腫を認めた。抗凝固療法を開始し血栓は縮小。退院後GnRHアゴニストを使用し、8か月後に単純子宮全摘術を施行した。症例2は45歳女性。0経妊0経産。子宮筋腫による過多月経のため、GnRHアゴニスト使用歴があった。月経5日目、起床時からの立ちくらみ、呼吸苦あり救急外来受診。貧血を認めたため、入院、輸血を施行した。夕方から呼吸状態が悪化し、精査の結果、両側肺動脈に血栓を認め、抗凝固療法を開始。退院後GnRHアゴニストを開始し、2ヶ月後に単純子宮全摘術を施行した。

【結語】骨盤内腫瘍を認めた場合、血中Dダイマーを測定するなど、血栓症の評価を行うことが重要である。また、呼吸症状を有する場合は、血栓症を念頭に置き、精査することが望ましい。

第 10 群(2 日目 10:50~11:50) 第 2 会場

65. プラチナ抵抗性再発卵巣癌の症候性癌性腹水に対して Bevacizumab を使用した 4 例

愛知県がんセンター 婦人科

清水裕介、中西透、近藤紳司、笹本香織

【緒言】卵巣癌の多くに癌性腹水を認め、その頻度は FIGO stage I では 17%、stage II/III では 89%にも達する。癌性腹水に対し、KM-CART などが施行されるが現状は腹水穿刺除去が標準治療である。Bevericizumab(BEV)は VEGF に対する分子標的薬であり、第 3 相試験 AUREILIA trial では癌性腹水に対する有効性も示唆される。当院にて卵巣癌の癌性腹水に対して BEV を使用した 4 症例について報告する。

【方法】症候性癌性腹水を伴うプラチナ抵抗性再発卵巣癌に対し BEV7.5mg/kg/4w を静脈内投与。

【症例 1】59 歳、2010 年 2 月手術後、漿液性腺癌 pT2bN1M0 と診断され化学療法、再発を繰り返して 2014 年 1 月より緩和方針となり腹水が貯留し 5 週間で、計 8 回、総量 20600ml の腹水穿刺を施行。2014 年 3 月より BEV 投与を開始し、目立つ合併症無く継続し腹水穿刺は施行されずに現在 8 回目の投与を経て経過している。

【症例 2】63 歳、2010 年 6 月手術後、漿液性腺癌 pT3cN1M0 と診断され化学療法、再発を繰り返して 2014 年 4 月より緩和方針となり腹水が貯留し BEV 投与を開始。腹水穿刺なく経過したが 2014 年 6 月より癌性腹膜炎が悪化し腸閉塞となり BEV 投与は計 2 回で中止。2014 年 7 月原疾患の悪化により永眠される。

【症例 3】65 歳、2013 年 8 月手術後、明細胞腺癌 pT3cNxM0 と診断され化学療法、再発を繰り返して 2014 年 5 月より緩和方針となり腹水貯留があり 4 週間で計 4 回、総量 6300ml の腹水穿刺を施行され BEV 投与を開始。目立つ合併症は無く、腹水穿刺は施行されずに現在 5 回目の投与を経て経過している。

【症例 4】68 歳、2011 年 3 月手術後、漿液性腺癌 pT3cN1M0 と診断され化学療法、再発を繰り返して 2014 年 6 月より緩和方針となり腹水貯留があり穿刺排液を毎週約 2000ml 程度繰り返した。排液の性状は白濁し乳糜婁が疑われた。BEV 投与を 2 回施行したが、腹水貯留に改善は見られず、現在 BEV 投与は中止され排液、CART 治療を継続している。

【考察】Bevericizumab の単剤使用は末期卵巣癌の腹水貯留に対する緩和治療として有効な可能性があら

66. 子宮筋腫から発生したと考えられる G-CSF 産生子宮平滑筋肉腫の 1 例

¹ 江南厚生病院、² 同病理診断科木村直美¹、神谷将臣¹、小崎章子¹、水野輝子¹、若山伸行¹、佐々治紀¹、樋口和宏¹、池内政弘¹、福山隆一²

【緒言】子宮平滑筋肉腫は子宮悪性腫瘍のうち 1~3%を占める稀な疾患である。また子宮平滑筋腫は一般的に悪性化しないと考えられている。今回我々は、子宮筋腫から発生したと考えられ、その経過より G-CSF 産生腫瘍と診断された子宮平滑筋肉腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】61 歳 2 経妊 2 経産 閉経 53 歳、45 歳頃に他院で子宮筋腫を指摘されていた。微熱を訴え近医を受診したところ白血球数、CRP 異常値を認め前医血液内科を紹介された。骨髓検査で悪性像はなく、骨盤 CT で巨大子宮腫瘍を認めたため腫瘍による反応性白血球増加症が疑われた。同時に重症貧血、高フェリチン血症を認めたが腫瘍摘出が根本的治療であると説明され当科を受診した。初診時、不正性器出血はなかったが、WBC 22600/ μ Hb 7.9g/dl CRP 16.9mg/dl であった。子宮腔部細胞診、内膜細胞診は陰性であった。骨盤 MRI で子宮体部に壊死を伴う腫瘍を認め、高度変性子宮筋腫もしくは子宮肉腫を疑った。前医で施行した胸腹部 CT で他臓器転移やリンパ節腫大を認めなかった。腹式単純子宮全摘出術両側付属器摘出術を施行した。子宮は小児頭大で弾性軟、表面平滑で腹腔内に播種巣を認めず、腹水細胞診は陰性であった。術中出血量は 815g で術後 Hb 6.7g/dl であったが全身状態は安定していた。摘出物病理組織診断で子宮漿膜側の壊死していない部分は平滑筋腫、これに連続して大型異型核・多核異型細胞が浸潤する平滑筋肉腫を認めた。肉腫部位では G-CSF の免疫染色で陽性を示した。

【結語】本症例は子宮筋腫が発生母地となった可能性がある子宮平滑筋肉腫である。経過より G-CSF 産生腫瘍を疑い免疫染色を依頼したところ、G-CSF 産生子宮平滑筋肉腫と診断された。若干の文献的知見を加えて報告する。

67. 自然経過にて腫瘍崩壊症候群を呈した卵巣癌の1例

¹ 豊田厚生病院、² 同病院

山本靖子¹、野元正崇¹、村岡彩子¹、新城加奈子¹、
針山由美¹、成田道彦²

【諸言】腫瘍崩壊症候群(TLS:tumor lysis syndrome)とは腫瘍の急速な崩壊により細胞内容物が血中に多量に放出されることで生じる、致死的な代謝異常である。一般的には造血器腫瘍での発症、抗腫瘍治療に関連した発症が知られている。固形癌での発症や、抗腫瘍治療とは無関係の自然経過での発症は非常に稀である。今回、われわれは自然経過に TLS を発症した卵巣癌の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は63歳、2経妊1経産。腹部膨満、食思不振にて受診され、画像結果からは充実性成分を伴う多房性の長径60mmの右卵巣腫瘍、大網結節、腹膜結節、多量腹水を認め卵巣癌を強く疑った。腹水細胞診は数回にわけて採取したが、全て陰性。腹部膨満に対して適宜腹水ドレナージ施行し、待機的に試験開腹術を予定していたところ、麻痺性イレウス、乏尿となり全身状態が悪化した。また初診時より、腎機能障害、低アルブミン血症、高カリウム血症、炎症反応高値を認め、感染や脱水が推察された。腎前性腎障害と判断しアルブミン製剤投与、大量補液するも利尿が得られなかった。その後、電解質異常による不整脈が出現し、死亡確認に至った。剖検結果からは右卵巣原発の未分化癌 StageIIIc であり、脾転移、大網結節、腹膜播種を認めた。原発巣である卵巣は溶解壊死像が強く、臨床経過からも TLS と診断した。初診時からの腎前性腎障害に加えて TLS を合併したことが急激な腎障害、電解質異常を招いたと思われる。

【考察】TLS は造血器腫瘍に多く認められる合併症であり、急速に進行する致死的な病態である。固形癌、自然経過での発症は稀とされているが、適切にリスク評価をし、脱水や腎障害の存在、腫瘍量が多いなどのリスク因子をもつ症例では TLS の発症も念頭において診療にあたることが重要である。

68. 当科で経験した卵管癌の1症例

高山赤十字病院

成川 希、島岡竜一、伴真由子、脇田勝次

【緒言】卵管癌は婦人科悪性腫瘍の約1%前後を占める稀な疾患であり、特有の症状を有しないため術前診断が困難である。原発不明あるいは卵巣癌の診断で手術を施行され、術中または術後の病理組織検査で診断されることが多い。今回我々は、画像検査や2度の子宮内膜細胞診および内膜組織診で異常所見を認めなかったが、少量の持続する淡血性粘性帯下を訴えるため手術を施行し、卵管癌の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】不正出血を訴えて某医を受診、子宮頸部細胞診および内膜細胞診では特に異常を認めなかったが、超音波にて右卵巣腫瘍を認め、腫瘍マーカー CA125 が 79.1 と上昇していたため当科に紹介された。初診時所見は、子宮内膜の厚さは2mmで右卵巣部に 24×38mm の腫瘍を認めた。CA125 : 134, CA19-9 : 253 と上昇し、MRI で右卵巣部に長径25mm の充実性腫瘍と拡張した腸管様構造を認めた。5日後のCTでは前述の腸管様構造は縮小していたため、回腸と考えられた。2度の子宮内膜の細胞診、組織診は特に異常は認められなかったが、上記症状が続くため患者の同意を得て開腹手術を施行した。開腹所見は、少量の腹水と右卵管は拇指頭大に腫大し、内部に漿液を認めた。卵管采は硬化し原発巣と考えられた。さらに、ダグラス窩腹膜や直腸表面には播種と思われる小結節を多数認め、大網も腫瘍転移による肥厚が認められた。病理検査は Serous adenocarcinoma、Peritoneal dissemination、pT4,pN0,pM1 であり、術後に TC 療法を施行中である。

【結語】2度の子宮内膜細胞診および内膜組織診で異常は認められなかったが、少量の帯下が持続するため開腹術を施行し卵管癌と確定診断ができた。卵管癌は稀な疾患ではあるが、持続する帯下を訴える場合は念頭に置き精査すべき疾患の一つであると考えられた。

69. 当院での子宮頸部円錐切除術術後出血に関する検討

藤田保健衛生大学 産婦人科

寺澤 すみれ、鳥居 裕、宮崎 純、大脇 晶子、小川 千紗、坂部 慶子、野田 佳照、石井梨沙、伊藤 真友子、岡本 治美、市川 亮子、南 元人、宮村 浩徳、西澤 春紀、西尾 永司、藤井 多久磨

【緒言】子宮頸部円錐切除術は比較的低侵襲の手術であり、短期入院で行うことが可能であるが、時に術後の強出血が問題となる。そこで今回我々は、子宮頸部円錐切除術術後に出血をきたし止血処置を必要とした症例に関して後方視的に検討を行った。

【方法】2009年4月から2014年3月までの5年間に、当科で子宮頸部円錐切除術を施行した246例を対象とし、止血処置が必要とした症例（止血群）と必要でなかった症例（非止血群）について、患者背景（年齢、妊娠分娩歴）および術中所見（手術時間、切除断端長）の比較検討を行った。また止血群症例を、縫合処置を要した症例（縫合群）と、止血剤散布と圧迫により止血が可能であった症例（非縫合群）に分類し、それぞれの臨床的特徴について検討した。

【成績】全症例の年齢、手術時間、切除断端長の中央値はそれぞれ、37歳（22-71歳）、25分（9-66分）、15mm（10-25mm）であった。止血群は35例（14.2%）であり、止血処置を行った術後日数の中央値は9.5日（1-30日）であった。このうち、縫合群は12例（4.9%）であった。止血群と非止血群で年齢、手術時間、切除断端長、妊娠分娩歴に有意差を認めなかったが、縫合群は非止血群と比較して年齢が低い傾向を認めた。（ p 値=0.09）

【結論】子宮頸部円錐切除術術後出血をきたしやすしい症例を予測することは困難であり、約15%の頻度で術後10日目前後に強出血をきたす可能性について、全ての患者に情報提供を行うことが肝要である。

70. IABO が有効であった癒着胎盤による大量出血の1例

岐阜大

小池大我、志賀友美、牧野弘、森重健一郎

【緒言】IABO(intra-aortic balloon occlusion)は、腹腔内動脈性出血の際に救急医療領域で用いられることの多い、経皮的血管カテーテル操作による出血コントロール法である。今回、我々は癒着胎盤による大量出血に対し、IABOによる出血コントロールが奏功した1例を経験したので報告する。

【症例】39歳 初産婦 IVF-ETで妊娠後、特記所見なく妊婦健診を施行されていた。妊娠38週1日、骨盤位の適応で選択的帝王切開を施行された。術中、胎盤剥離が困難であったため用手剥離を施行した所、子宮底部左卵管角の筋層に断裂を認めた。直ちに修復術を施行されたが、次第に子宮収縮が不良となり、出血も増加したため当院救急搬送となった。当院到着時、多量の非凝固性性器出血、瞳孔散大を認め、shock indexは1.2であった。救急治療室で直ちにIABOを留置し、バルーン閉塞を施行した所、血圧の上昇・頻脈の改善を認め、shock indexは0.6と著明に改善した。弛緩出血の診断で単純子宮全摘術を施行したが、術後血圧の急激な低下と頻脈を認め、shock index 2.0となった。再度IABOによるバルーン閉塞を行った所、血圧は改善しshock index 1.0まで改善した。腹腔内出血が疑われたため、再開腹術を施行した所、右卵巢固有靭帯の切除断端より動脈性出血を認め、止血術を施行した。以後、血圧・脈拍数は改善・安定した。術後経過は良好であり、術後10日目に退院となった。

【結論】IABOによる出血コントロールは、産婦人科領域の大量出血に対しても有効であり、特に迅速な出血コントロールが要求される症例においては考慮されるべき手段である。

第 11 群(2 日目 13:10~14:10) 第 2 会場

71. 妊娠中に間質性肺炎の増悪をきたした SLE 合併妊娠

三重大学医学部附属病院

辻 誠、村林 奈緒、中尾 真大、仁儀 明納、
波多野 芙美、真川 祥一、北野 裕子、渡邊 純子、
鳥谷部 邦明、前沢 忠志、神元 有紀、池田 智明

【緒言】SLE は寛解期であれば妊娠中には増悪する可能性は低いとされる。しかし今回、寛解期の妊娠であったが、合併症である間質性肺炎(Interstitial pneumonia: IP)が増悪し、縦隔気腫もきたした症例を経験した。

【症例】37 歳 0 経妊、19 歳時に SLE 及び IP と診断され、prednisolone(PSL)10mg/日の内服で症状は落ち着いていた。妊娠可能と判断され、排卵誘発により妊娠が成立した。妊娠 7 週に左側胸部痛を認め、胸膜炎の診断で抗生剤が投与され軽快した。妊娠 8 週には発熱及び右下腹部痛を認め急性虫垂炎と診断され、虫垂切除術が施行された。さらに、妊娠 15 週ごろより咳嗽が出現し、徐々に増悪し、IP の増悪と診断され、PSL を増量(20mg/日)したが改善を認めず、妊娠 29 週より入院管理となった。胸部 CT 検査では両下肺野に空洞形成を伴うスリガラス影が認められた。入院後は安静と低用量の酸素投与を行い、IP 増悪は認めなかったが、妊娠 31 週に頸部の痛みと握雪感が出現し、胸部 CT 検査で縦隔気腫と診断された。安静継続、抗生剤投与で縦隔気腫は一旦軽快したが、妊娠 34 週に縦隔気腫が再発した。呼吸器内科との検討の結果、母体の肺病変及び呼吸状態を考慮すると経膈分娩は困難との判断に至り、妊娠 35 週 0 日選択的予定帝王切開術を施行した。児は 2312g、Apgar score 9(1 分)/10(5 分)であり、新生児ループス等の合併症なく、経過は良好であった。母体については、産後も PSL20mg/日を継続し、経過良好であった。

【結語】SLE は寛解期の妊娠が勧められているが、特に IP など生命予後も左右する合併症が認められる症例については、妊娠中に増悪する可能性を十分に考慮する必要があると考えられた。

72. 2 絨毛膜 2 羊膜双胎の 1 児に吻合臍帯動脈を認めた 1 例

名古屋第一赤十字病院

大多和慶子、三宅 菜月、池田沙矢子、岡崎 敦子、
宮崎 顕、紀平 加奈、古橋 円

【諸言】正常の臍帯血管数は、2 本の動脈と 1 本の静脈の計 3 本であるが、1 本の動脈が欠損して 2 血管のみのことがあり、これを単一臍帯動脈(single umbilical artery: SUA)という。一方、臍帯の胎盤付着部近くで 2 本の臍帯動脈が吻合するものがあり、これを吻合臍帯動脈(fused umbilical artery: FUA)という。

【症例】38 歳、0 経妊、前医で妊婦健診を受け、妊娠 29 週 1 日に切迫早産の診断にて当院へ搬送され、妊娠 29 週 5 日に経膈分娩に至った。第 1 児は体重 1276g、アプガースコア 6/8 点の女児で、第 2 児は体重 978g、アプガースコア 5/7 点の男児であった。胎盤および臍帯を肉眼的に観察したところ、第 1 児の臍帯は胎盤付着部近くで狭窄し、第 2 児は臍帯辺縁付着であった。病理組織学的検査にて、第 1 児の臍帯の狭窄部は動脈が 1 本しかなく、癒痕化した痕跡も認めなかった。またその他の部位では臍帯動脈は 2 本存在していた。第 2 児の臍帯動脈は 2 本であった。両児ともに奇形はなく、現在生後 9 か月であるがその成長・発達は順調である。

【考察】SUA の頻度は 0.2-1.1% であり、一方 FUA の頻度は 3.1% である。SUA 児では約 20% に奇形を合併し、多重・致命的な奇形も多く、周産期死亡率は約 20% で、その 2/3 は死産である。一方 FUA は合併奇形や周産期死亡率の上昇を伴わず、多くは正常児であることから、FUA は臍帯の正常な発生の一亜型と考えられる。よって FUA を SUA と誤診しないことが重要であり、そのためには、臍帯の胎児付着部、中間部、胎盤付着部の 3 ヶ所で臍帯動脈の数を確認する必要がある。

73. 妊娠経過中に単一臍帯動脈となった 3 例

名古屋掖済会病院

藤井詩子、古井裕子、服部諭美、石橋由妃、服部友香、高橋典子、三澤俊哉

【目的】単一臍帯動脈は全妊娠の 1% に認められ、胎児奇形や子宮内発育遅延のリスクが上昇することが報告されており、出生前の超音波検査で確認すべき所見の一つである。今回妊娠経過中に単一臍帯動脈となった 3 例を経験したので報告する。

【症例 1】27 歳 2 経産。31 週 6 日の検診時、25 週の検診では認めなかった単一臍帯動脈を認めた。NST では高度遷延性徐脈を認めたため、高次医療機関への転院搬送、同日に緊急帝王切開施行。児は 1512g、Apgar score1 分値 6 点、5 分値 9 点であった。娩出時の臍帯は捻転が高度であり、動脈の片側が閉塞していた。

【症例 2】33 歳、0 経産。前日の胎動減少を主訴に 36 週 0 日に来院。来院時 NST では一過性頻脈、基線細変動ともやや乏しいが reassuring pattern であった。34 週の検診では指摘のない単一臍帯動脈を認めたため管理目的に入院とした。入院後の NST で基線細変動乏しく徐脈も出現したため緊急帝王切開施行。児は 2614g、Apgar score1 分値 8 点、5 分値 9 点であった。娩出時の臍帯動脈は 2 本認めたが 1 本は血流認めず虚脱していた。

【症例 3】19 歳、1 経産 29 週 1 日の検診時 25 週検診まで認めなかった単一臍帯動脈を認めた。自覚症状なく NST でも reassuring pattern であったが経過観察目的で入院管理とした。入院後も単一臍帯動脈を認める以外異常はなく外来通院とした。以降、臍帯動脈は 1 本のままだが NST では reassuring pattern であり、37 週 2 日自然経膈分娩に至った。児は 2914g、Apgar score1 分値 9 点、5 分値 9 点であった。娩出時の臍帯動脈は 2 本認めたが 1 本は血流認めず虚脱していた。

【結論】妊娠中期に臍帯動脈の血管数確認後も臍帯の血管数に注意し単一臍帯動脈が疑われた場合には連続した胎児発育評価を行っていくことが重要である。

74. 当院における特発性血小板減少性紫斑病合併妊娠の 4 症例

豊橋市民病院 産婦人科

廣渡 芙紀、河井 通泰、安藤 寿夫、梅村 康太、岡田 真由美、矢野 有貴、松川 哲、北見 和久、甲木 聡、矢吹 淳司、松尾 聖子

【目的】特発性血小板減少性紫斑病（以下 ITP）は妊娠可能年齢の女性に好発する自己免疫疾患である。当院で経験した ITP 合併妊娠 4 症例を報告する。

【症例 1】28 歳初産。妊娠前より原因不明の血小板減少を指摘。妊娠初期より $2 \sim 5 \times 10^4 / \mu\text{L}$ （以下 $\times 10^4$ 単位略）を推移し 33 週でステロイド療法施行。その後血小板 10 万以上を維持し 36 週で自然分娩。分娩時出血 750ml。児は出生後血小板 1.5 万と低値認め γ グロブリン投与で改善。産後に母は ITP と診断。

【症例 2】30 歳 1 経産。前回経膈分娩後血小板 0.2 万と低下し ITP と診断。ステロイド、 γ グロブリン投与。前児は血小板測定なし。今回妊娠前の血小板低下は認めず。児の出血リスクを考慮し妊娠 37 週で帝王切開を選択。分娩時出血 1100ml。児は出生後血小板減少を認めず。

【症例 3】34 歳 1 経産。前回妊娠中に血小板減少を指摘。その後自然回復し経膈分娩。前児は血小板 1.9 万と低値を認め γ グロブリン投与し改善。今回妊娠 13 週で性器出血と血小板 0.4 万と急激な低下を認めた。ステロイド、 γ グロブリン投与しその後ステロイド継続内服で 10 万以上を維持。37 週で選択的帝王切開施行。術中出血 382ml。児は出生後血小板 1.3 万と低値を認め、 γ グロブリン投与を 2 回施行し改善。

【症例 4】27 歳 1 経産。ITP、第 7 因子欠乏を小児期から指摘。前回血小板 10 万で経膈分娩。輸血なし。前児は血小板 0.9 万と低下認め、 γ グロブリン投与。今回妊娠初期より血小板 $6 \sim 8$ 万を推移。38 週で選択的帝王切開を予定するも術前の血小板輸血後に陣痛発来。希望もありそのまま経膈分娩となった。分娩時出血 850ml。分娩後血小板輸血施行。児は血小板 2.1 万と低値を認め、 γ グロブリン投与後ステロイド治療で改善。児は口腔内粘膜に軽度出血を認めた。

【結論】ITP 合併妊娠は症例により異なる経過をたどる。分娩方法の検討は重要な課題である。

75. 著明な FGR を呈し、再発を認めた Massive perivillous fibrin deposition の 2 症例

岡崎市民病院

石原 恒夫、田口 結加里、斉藤 拓也、西尾 沙矢子、山田 玲菜、渡邊 絵里、佐藤 静香、杉田 敦子、阪田 由美、森田 剛文、榊原 克巳

【緒言】 Massive perivillous fibrin deposition(MPPFD) は絨毛間にフィブリンが沈着し、絨毛内の血管が消失することで絨毛機能が低下し FGR などを起こす。発生率は 0.09%-0.5%との報告もあるが、再発率は不明である。フィブリン沈着の原因が不明であるため、再発予防法や再発が疑われる場合の妊娠管理方法などは一定の見解を得ない。今回、MPPFD の再発が疑われた 2 症例を経験したため報告する。

【症例 1】 前回妊娠時、未経産で 22 週に FGR、羊水過少あり紹介。35 週 5 日に PIH、破水あり帝王切開にて分娩。児は 1390g。病理にて MPPFD と診断された。今回、22 週から FGR、羊水過少あり、25 週に羊水注入を施行。28 週 3 日破水、陣発あり、同日帝王切開にて分娩。児は 864g。術後、周産期心筋症による急性心不全を発症し集中治療室入室。術後 4 日目、症状改善し一般病棟へ転棟。

【症例 2】 前回 3 回は問題なく経膈分娩。前回、25 週に FGR、羊水過少あり他院に紹介された。35 週までは緩やかだが成長を認めた。36 週 1 日、心音異常にて帝王切開にて分娩。児は 901g。病理にて MPPFD と診断された。今回、18 週初診で 32 週頃から FGR あり。36 週に growth stop にて帝王切開。児は 1754g。術後 6 日目に問題なく退院。

【考察】 抗凝固療法が推奨される報告もあるが、MPPFD 発症を予防するという報告はない。既往から MPPFD 再発が疑われる場合、増悪を防ぐための抗凝固療法や羊水注入の適応に関しては今後の検討が必要。また、MPPFD 再発の頻度は不明だが高率であると推測される。従って、初回 MPPFD 診断時には次回以降の妊娠の MPPFD 再発について説明が必要と思われる。

76. ニカルジピン注射薬降圧スライディングスケールによる降圧治療の preeclampsia と gestational hypertension の差違

¹名古屋市西部医療センター、²薬剤科

松浦綾乃¹、鈴木佳克¹、荒川友恵²、十河千恵¹、川端俊一¹、中元永理¹、坪井文菜¹、加藤智子¹、関宏一郎¹、西川尚実¹、六鹿正文¹、柴田金光¹

【目的】 妊娠高血圧症候群 (PIH) で降圧療法における注射薬は、経口投与が無効の場合、高血圧緊急症や持続的に降圧が必要である分娩時、帝王切開後などに行われる。PIH 管理ガイドライン 2009 で推奨されているニカルジピンによるスライディングスケールを改変して降圧管理を行っている。この降圧治療における血圧下降の特徴を、preeclampsia (PE) と gestational hypertension (GH) で検討した。

【方法】 対象は、帝王切開分娩後の血圧上昇に対して降圧療法を行った PIH 患者 58 例、PE 群 32 名、GH 群 26 名を対象として後方視的に検討した。軽症高血圧を目標に、ニカルジピン 1-6ml (mg)/h で管理した。30 分毎に評価し、1ml/h ずつ増減した。投与時/投与前の収縮期血圧(SBP)の下降率を算出した。下降率 10-20 %を有効とした。高血圧は、I 群 (140-159 mmHg) PE 8 名 GH 2 名、II 群 (160-179 mmHg) PE 21 名 GH 14 名、III 群 (180 mmHg 以上) PE 3 名 GH 10 名に分類した。有効下降率に至る投与量を検討した。治療に際して患者に同意をとった。PIH の定義は JSSHP によった。

【結果】 有効下降率に至った投与量は PE 群で 1ml/h I 群 2 名、II 群 8 名、III 群 1 名、2ml/h I 群 4 名、II 群 10 名、III 群 1 名、3ml/h I 群 2 名、II 群 3 名、III 群 1 名、GH 群は 1ml/h I 群 2 名、II 群 11 名、III 群 4 名、2ml/h I 群 0 名、II 群 3 名、III 群 5 名、3ml/h I 群 0 名、II 群 0 名、III 群 1 名であった。その下降率は、PE 群で 1ml/h 16.0±1.5%、2ml/h 16.8±2.6%、3ml/h 17.1±3.7%、GH 群で 1ml/h 15.1±3.3%、2ml/h 14.1±0.3% で、両群とも有意差を認めなかった。

【結論】 ニカルジピンによる降圧スライディングスケールを用いた降圧治療は、PE 群では 1ml/h で降圧が出来ず、2ml/h 以上を必要とした症例が 2/3 以上あった。また、投与時/投与前血圧の変動が大きく、投与量も重症度には依存しなかった。GH 群では、1ml/h で 2/3 以上が降圧出来、重症度に比例してその投与量が増加した。

第 12 群(2 日目 14:10~15:25) 第 2 会場

77. 卵巣腫瘍茎捻転と鑑別を要した膀胱腫瘍の一例

三重大学 産婦人科

仁儀明納、辻誠、中尾真大、真川祥一、吉田健太、東理映子、小林良幸、平田徹、本橋卓、奥川利治、田畑務、池田智明

【緒言】卵巣腫瘍茎捻転は、若年者に好発する疾患である。今回、我々は卵巣腫瘍茎捻転と鑑別困難であった膀胱腫瘍の 1 例を経験したので報告する。

【症例】17 歳、未経妊。1 カ月前から膀胱炎様症状があるも放置していた。その後、下腹部痛が生じ、近医産婦人科受診。経腹超音波検査上、下腹部に一部充実性嚢胞性腫瘤を指摘された。皮様嚢腫の茎捻転と診断され、精査・加療目的にて当院に紹介された。当院受診時、下腹部痛が強度で、緊急入院となった。経直腸超音波検査上、腫瘤内には、hair ball と思われる高輝度の充実性部分があり、皮様嚢腫と思われたが、緊急 MRI 検査を施行したところ、卵巣腫瘍と思われた腫瘤は膀胱内腫瘍であった。膀胱タンポナーデとなっており、膀胱洗浄を行い多量の血腫を排除したが、その後も強度の血尿が持続し、経尿道的に緊急止血術を施行した。膀胱内には 4cm 大の隆起性病変があり、腫瘍生検後、電気凝固止血を行った。生検標本の病理組織検査結果は、紡錘形新生物で、移行上皮癌あるいは肉腫を疑うとのことであった。その後、膀胱部分切除術を施行。摘出標本の病理組織検査結果は、Inflammatory myofibroblastic tumor であった。FISH 検査を施行したところ、ALK の転座を認めた。現在までのところ、再発はみられていない。

【結語】卵巣腫瘍茎捻転は、日常臨床においてよく遭遇する疾患であり、超音波検査および内診所見から診断し、緊急手術となる場合が多い。今回、術前に MRI 検査を行ったことで膀胱腫瘍と診断し、誤って緊急手術を行うことが回避できた稀な膀胱腫瘍を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

78. 子宮留膿腫の穿孔に伴う急性汎発性腹膜炎の一例

春日井市民病院 産婦人科

佐々木裕子、前田千花子、玉内学志、佐藤麻美子、石原美紀、奥村敦子、下村裕司、早川博生

【緒言】子宮留膿腫は高齢女性に多く、有病者の 19.1%が 80 歳台、33.3%が 90 歳台であるといわれている。その発症要因は子宮頸部の狭窄や閉鎖、ADL の低下、手術後など様々である。汎発性腹膜炎は消化管穿孔が原因で発症することが大多数であり、子宮留膿腫に伴う腹膜炎は稀である。今回我々は、子宮留膿腫の穿孔により急性汎発性腹膜炎を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】82 歳、6 経妊 3 経産人工中絶 2 回中期中絶 1 回、既往歴は脊柱管狭窄症、高血圧。2 日前から持続する下腹部痛が急激に悪化したため、当院に救急搬送された。診察時、体温 36.7°C、腹膜刺激症状強く、経腔エコーにて子宮体部の液体貯留および腹水を認めた。採血では WBC13800/ μ l、CRP12.13mg/dl、PCT11.67ng/ml と高値を示し、腹部 CT にて子宮体部前面にガス像を伴う腸管と接する腫瘤を認めた。子宮腫瘍の穿孔または消化管から子宮への穿通が疑われたが、腹部 MRI では腫瘤と腸管の明らかな交通はみられなかった。ダグラス窩穿刺にて腹水は膿性であり、子宮体癌または子宮留膿腫の穿孔による急性汎発性腹膜炎と判断し、同日開腹子宮全摘出術および両側付属器摘出術を施行した。術中、子宮底部は壊死し穿孔しており膿汁漏出を認めた。術後、敗血症性ショックおよび急性期 DIC と診断し、ICU での全身管理を要した。術後 2 日目に抜管、3 日目に ICU 退室、その後の経過は良好にて、後遺症なく術後 13 日目に退院となった。血液培養にて *Micromonas micros* 検出、病理組織診断にて子宮および付属器に悪性所見は認めなかった。

【考察】汎発性腹膜炎の原因として子宮留膿腫の穿孔を疑い、緊急手術により救命することができた。本症例は複数回の搔把既往があり、子宮壁の脆弱性が穿孔の素因となった可能性がある。子宮留膿腫の穿孔を高齢女性の急性腹症の鑑別として考慮すべきである。

79. 当科における筋腫分娩に対する緊急 TCR 施行 12 症例の検討

岐阜市民病院 産婦人科

村瀬紗姫、平工由香、山本和重、柴田万祐子、森崇宏、安見駿佑

【目的】当科においては筋腫分娩に対し経頸管的切除術（以下 TCR）を施行することが大半である。今回緊急症例に対しても、TCR が有用であるかどうか検討した。

【方法】2006 年 1 月～2014 年 9 月までに当科で術前に筋腫分娩と診断し、緊急 TCR を施行した 12 症例について、年齢、手術時間、腫瘍サイズ、重量、術前術後 Hb 値、灌流液 in-out、入院日数、手術合併症、病理結果を検討した。

【成績】平均年齢は 47.9 ± 6.2 歳、平均手術時間 25.0 ± 17.8 分、平均腫瘍サイズ 39.5 ± 14.5 mm、平均重量 47.2 ± 42 g であった。術中出血量は腫瘍サイズが 63mm の 1 症例で約 100ml であったが、その他の症例では少量であった。また平均術前 Hb 9.0 ± 2.4 g/dl、平均術後 Hb は 8.0 ± 1.7 g/dl、灌流液 in-out バランスは平均 -129.2 ± 113 ml であり、平均入院日数は 5 ± 1.7 日間であった。術後病理結果は leiomyoma 10 例（うち 3 例で endometrial polyp 合併）、endometrial polyp 1 例、adenomyomatous polyp 1 例であった。合併症は、術中血圧低下 1 例、術後子宮内留血腫 2 例、腰椎麻酔後頭痛 2 例であった。輸血施行例は 2 例で、術前 Hb 4.3 g/dl であった例と術中血圧低下が見られた例で行った。

【結論】平均年齢が 48 歳と比較的高めであった。標本重量と手術時間には相関があると思われた。手術時間や入院日数が短いことや、輸血未施行 10 例での Hb 推移が術前と術後 1 日目との比較で平均 1.8 g/dl の低下であったことから、TCR での侵襲は小さいと思われた。径の大きな筋腫については、茎部を駆血しつつ先に細切する操作が有効であった。また、全ての症例で現在のところ再発は認めていない。従って、筋腫分娩に対する緊急 TCR は有用であると考えられた。

80. 産褥出血の診断および治療方針の決定における 3D-CT アンギオグラフィーの有用性に関する検討

岐阜県立多治見病院 産婦人科

井本 早苗、林 祥太郎、中村 謙一、中村 浩美、竹田 明宏

【目的】産褥出血（postpartum hemorrhage: PPH）の迅速な診断および治療方針の決定における 3D-CT アンギオグラフィー（3D-CTA）の有用性について検討する。

【方法】通常の産科的治療が奏功しない PPH 症例に対し、活動的な出血点を同定するため、3D-CTA を施行し、その所見をもとに治療方針を決定した。3D-CTA の結果と、血管撮影および外科的所見、または臨床所見とを比較した。

【成績】2007 年 1 月から 2014 年 8 月までに、分娩後 24 時間以内に発症した早期 PPH の 36 例、および分娩後 24 時間以降 12 週間以内に発症した後期 PPH の 20 例について検討した。早期 PPH のうち、漏出像を認めたのは 15 例で、その内訳は、外陰腫血腫が 5 例、癒着胎盤が 3 例、胎盤遺残が 2 例、弛緩出血が 2 例、後腹膜血腫が 1 例、膀胱後面の血腫が 1 例、帝王切開術後の下腹壁動脈損傷による腹直筋筋腫下血腫が 1 例であった。このうち、13 例では、漏出血管に対する動脈塞栓術（TAE）により止血が可能であった。後期 PPH のうち、漏出像を認めたのは 14 例で、その内訳は、癒着胎盤が 8 例、子宮動脈仮性瘤が 3 例、子宮動静脈瘻が 2 例、子宮復古不全が 1 例であった。これらの症例では、漏出血管に対する TAE により、止血することが可能であった。子宮破裂に対して子宮全摘術を施行した 1 例を除いて、全ての例で、子宮温存が可能であった。両側子宮動脈塞栓術後の妊娠予後は、正常経産分娩が 4 例、帝王切開術が 3 例、帝王切開術後に動静脈瘻を再発した例が 1 例、流産後に癒着胎盤を再発した例が 1 例であった。

【結論】治療困難な PPH 症例において、3D-CTA により出血部位を正確に同定することで、効果的な止血方法を迅速に決定することが可能であった。

81. Edwardsiella tarda を起因菌とし子宮付属器膿瘍を形成、敗血症性ショックに至った一例

市立四日市病院

真木晋太郎、三宅良明、島田京子、北川香里、長尾賢治、谷田耕治、辻親廣

【緒言】 Edwardsiella tarda(以下、ET)はグラム陰性桿菌で、汚れた淡水中や蛇など爬虫類の腸内常在菌で、ヒトでは感染した場合胃腸炎を起こすことがあるがごく稀である。また敗血症に至るケースでは死亡率は 40-50%とされており、重篤化する危険性がある。今回我々は子宮付属器膿瘍を形成し、敗血症性ショックに至った一例を経験したので報告する。

【症例】 48 歳、女性。既往歴に 16 歳時に発症した潰瘍性大腸炎があり、メサラジンの内服していた。当院受診 7 日前より発熱したが、病院を受診することなく様子を見ていた。4 日後に意識朦朧状態となり前医を受診し、WBC22800/ μ l、CRP45mg/dl と上昇を認めた。BP59/37 と低下しており発熱も高度であったため敗血症性ショックと診断し、MEPM にて加療を開始した。MRI にて卵巣腫大および卵管留膿腫様の所見があり、付属器炎、付属器膿瘍に起因する敗血症疑いとして、当院に搬送となった。当院搬送時意識レベルは JCS I -1 であり、採血上 WBC30500/ μ l、CRP12.2mg/dl と上昇を認め、バイタルは BP107/70、HR65、BT37.1 と安定していた。敗血症状態が疑われたため ICU 管理となり、MEPM および CLDM にて加療を継続した。卵巣膿瘍に関しては手術加療が必要と考え、当院搬送翌日に両側付属器摘出術を行った。両側卵巣は膿瘍化し、内容液の培養からは ET が検出された。術後速やかに CRP、WBC は改善傾向を示し、またバイタルも安定し意識状態も清明であった。術後 10 日程度 37~38°C の発熱が継続しており、全身状態改善および検査データは改善していたことから、抗生剤による薬剤熱が疑われ MEPM および CLDM を中止とし、速やかに解熱を得た。術後 14 日目に退院となり、その後も再燃はなかった。

【結語】 今回、ET による卵巣膿瘍形成および敗血症性ショックを来した、非常に稀な症例を経験した。内科的治療だけでなく、手術療法により膿瘍を除去したことが功を奏したと考えられた。

82. 腹腔鏡下性腺摘出術を施行したモザイク型ターナー症候群の 1 例

名古屋市立大学病院産科婦人科

澤田祐季、出原麻里、後藤志信、佐藤剛、片野衣江、杉浦真弓

【緒言】 ターナー症候群は女兒 2500 出生に 1 人の頻度で存在するとされており、染色体の核型は 45,X とされる。しかしわが国ではターナー症候群のうち約 50%は 45,X と他の核型のモザイクである。また同様のモザイクであってもターナー徴候を示さないものもある。このようなモザイク症例の中で Y 染色体成分を伴う場合、gonadoblastoma や dysgerminoma を発症するリスクがあり、性腺摘出の適応となる。今回当科にてモザイク型ターナー症候群の診断で、腹腔鏡下に性腺を摘出した症例を経験したので報告する。

【症例】 症例は 14 歳の女性で、原発性無月経にて他院より紹介となった。外性器は正常女性型、膣口は正常に認め、経腹超音波検査で両側付属器は確認できず、小さめの子宮のみを認めた。末梢血染色体検査では 45,X[29]/46,X,?Y[1].ish idic(Y)(q11.2)を示し、染色体異常による性腺異常が無月経の原因と診断した。また血中テストステロンは 2.19ng/ml と高値を示しており、gonadoblastoma を発症する可能性がある判断し、予防的に性腺を摘出することとなった。MRI にて腹腔内に性腺の存在が疑われたため腹腔鏡下手術を施行したが、右性腺は肉眼的には確認できなかったため、脂肪様組織を右卵管と共に摘出した。左性腺は灰白色、15 mm 大で左卵管を含めて摘出した。病理検査では右性腺は卵巣間質細胞からなる性腺形成不全、左性腺は精巢に分化した所見を示し、mixed gonadal dysgenesis であったが両側共に悪性所見は認めなかった。術後経過は良好で、血中テストステロン値も正常値まで低下を認めた。現在はホルモン補充療法を施行中である。

83. 肥満開腹症例における皮下ドレーン留置併用による創部合併症抑制効果

一宮市立市民病院産婦人科

吉原紘行、佐々木萌、浅野智子、小島龍司、小川紫野、松本洋介、河口哲、井口純子、松原寛和

【目的】肥満は開腹手術後創部合併症のリスク因子である。従来皮膚閉鎖は3-0 vicryl®真皮連続縫合のみであったが、2012年より肥満症例に対して3-0 PDS®真皮埋没縫合による皮膚閉鎖と皮下に留置した溝型シリコンドレーン(10Fr.)による持続吸引を導入した。肥満開腹症例における皮下ドレーン留置併用による創部合併症抑制効果があるかどうかを検討した。

【方法】下腹部正中切開で単純子宮全摘術を施行した肥満症例について、3-0 vicryl®真皮連続縫合により閉鎖した2007-2009年45症例(A群)と3-0 PDS®真皮縫合と皮下ドレーン留置により閉鎖した2012-2014年44症例(B群)とに分けて後方視的に創部合併症発生率を比較した。A群では術直後に3Mテープを創部に貼布し、抗生剤は手術直前から手術2日目までCMZ1gを1日2回投与。B群では術直後に吸収フォーム付ドレッシングを創部に貼布し、手術後2日目で皮下ドレーン抜去、抗生剤は手術直前と手術6時間後と翌朝にCMZ1gを投与。術後約3週後に外来受診し、それまでに発生した明らかな創部離解や排膿などの手術部位感染を創部合併症と判定した。

【成績】A、B両群間で年齢、体重、BMI、手術時間に有意差は認めなかった。A群45例中の8例、B群44例中の1例に創部合併症を認め、皮下ドレーン留置の導入によって有意に創部合併症の減少を認めた($P<0.05$)。皮下ドレーン導入前では創部合併症はBMI25以上で多く見られた。

【結論】肥満症例における手術では皮下ドレーン留置を併用することで、創部合併症を減少させる可能性が示唆された。皮下ドレーン留置によって浸出液の吸引と脂肪層の接着により創部合併症の抑制効果があると考えられる。

84. pseudo-Meigs' syndrome を呈した bizarre leiomyoma の一例

¹名古屋第二赤十字病院産婦人科、²同病理診断科

伊藤 聡¹、田中秀明¹、大脇太郎¹、丸山万理子¹、水谷輝之¹、丹羽優莉¹、伊藤由美子¹、林 和正¹、茶谷順也¹、加藤紀子¹、山室 理¹、都築豊徳²

【緒言】1954年にMeigsは①原発腫瘍が線維腫、莢膜細胞腫、顆粒膜細胞腫、ブレンナー腫瘍で②腹水③胸水を認め、④腫瘍摘出により胸腹水が消失し再貯留しないものをtrue-Meigs' syndrome、上記以外の骨盤内腫瘍によるものpseudo-Meigs' syndromeと分類している。今回、pseudo-Meigs' syndromeを呈したbizarre leiomyoma症例を経験したので報告する。

【症例】49歳、2回経産婦。呼吸困難にて前医内科を受診。右胸水貯留を認め、胸水精査するも細胞診陰性。子宮筋腫によるpseudo-Meigs' syndromeを疑われ当院へ紹介された。初診時、右胸水とCTにて不均一造影効果のある14cm大の子宮筋腫とCA125高値(353U/ml)を認め、変性筋腫による胸水貯留を疑い子宮全摘術を施行した。術後病理診断結果はbizarre leiomyomaであり、胸水は術後5日目のレントゲンで消失し再貯留を認めていない。

【結語】pseudo-Meigs' syndromeの原因の多くは成熟奇形腫、卵巣甲状腺腫、転移性卵巣癌などであり、子宮腫瘍の報告では変性筋腫の例が散見される。bizarre leiomyomaの報告は極めて稀のため文献的考察を加えて報告する。

共催セミナー

(ランチョンセミナー、イブニングセミナー)

エキスパートに学ぶ!悪性腫瘍を開腹と腹腔鏡の視点から考える
 ~エネルギーデバイスを活かす~

LS1-1. 子宮体癌に対する安全な腹腔鏡下手術を目指して

~エンシール G2 を使いこなす~

豊橋市民病院 女性内視鏡外科

梅村 康太

早期子宮体癌に対して腹腔鏡下手術が 2014 年 4 月から保険適応となり新規導入を目指す施設が増加している。基本術式は子宮体癌治療ガイドラインに準じ、子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節摘出術となる。子宮の切除方法は単純子宮全摘術と準広汎子宮全摘術であるが、尿管の走行に注意し、尿管損傷、膀胱損傷の無いように注意して手術する必要がある。尿管周囲の組織や子宮動脈、膀胱子宮靭帯前層の処理に関してはパワーデバイスが必須である。周囲に熱拡散の少ないエンシール G2 を使用することで、尿管に対する熱損傷を防ぐことが可能となる。また、リンパ節を摘出する際にもエンシールを使用することで、リンパ漏の軽減、リンパ節周囲の細かな血管からの出血を防ぐことができるため非常に有効である。腹腔鏡下手術において熱損傷の他に注意が必要なことは出血に対する対応である。特にリンパ節を摘出する際に、不用意に鉗鉗子にて操作すると血管を損傷し大出血することがある。またプローブプラス II などのモノポーラを使用する際には、フックの先端がいつでも見える位置で使用しないと、少しの手振れで思いもよらないところへ接触し、大出血することがあるため非常に注意が必要である。リンパ郭清を行う際には、基本的なことであるが、フックの先端で結合織を持ち上げ力をいれず少しずつ切開することが重要である。組織に少し切開をいれ剥離展開することを繰り返しながら慎重に手術を行うことで、不用意な出血を防ぐことができる。出血した際にはバイポーラにて止血を行うが、尿管周囲や神経周辺などでは開腹術と同様にガーゼによる圧迫が有効である。Oozing が続く場合にはサージセルとガーゼによる圧迫を行うことでほとんどの症例で止血可能となる。大血管損傷した場合でもまず圧迫止血してから焼灼や縫合による止血を行うことが基本となり、日頃からアニマルラボやドライボックスにて縫合トレーニングを行っておくといざというときに役立つ。子宮体癌の腹腔鏡下手術において子宮を摘出する際に、円靭帯、卵巣動静脈、子宮動脈、基靭帯の切除もエンシールにて可能である。縫合が必要な部位は腔断端部のみであるため、腔式に断端縫合を行えば腹腔内での縫合は必要でなく、またリンパ節郭清に関してもリンパ節の剥離、切除が中心で縫合結紮を必要とする部位はない。つまりは特有の視野に慣れれば、腹腔鏡下での手術操作にあまり慣れていない婦人科腫瘍専門医の医師にとっても比較的導入しやすい技術とも考えられる。今後は腹腔鏡下にて早期子宮体癌の手術を行うことがスタンダードとなるため、これから婦人科腫瘍専門医を目指す医師にとっては必須の治療方法となる。また子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術も先進医療として認められたため、我々もさらに高度な手術を施行できるように努める必要性がある。腹腔鏡下手術は今後もさらに発展を遂げると考えられ、開腹術と同等の治療効果をあげるとは言うまでもなく、最も重要なことは不用意な操作による事故を起こさず安全に行うことであり、手術を受ける患者さんの QOL を高めることができる治療を目指して日々努力精進する必要がある。

【職 歴】1998 年 札幌医科大学 医学部卒業
 1998 年 札幌医科大学 産婦人科
 1999 年 NIT 東日本札幌病院 産婦人科
 2000 年 函館五稜郭病院 産婦人科
 2004 年 札幌医科大学 産婦人科
 2005 年 札幌医科大学 産婦人科 助教
 2011 年 倉敷成人病センター 産婦人科 医長
 2013 年 豊橋市民病院 女性内視鏡外科部長

【専 門】婦人科腫瘍学、腹腔鏡下手術

【所属学会・専門医】

日本産科婦人科学会	産婦人科専門医
日本婦人科腫瘍学会	婦人科腫瘍専門医
日本産科婦人科内視鏡学会	技術認定医・評議員
日本内視鏡外科学会	技術認定医(産婦人科)
日本臨床細胞学会	細胞診専門医・評議員
日本がん治療認定機構	癌治療認定医

ランチョンセミナー1(2日目 12:00~13:00)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

エキスパートに学ぶ!悪性腫瘍を開腹と腹腔鏡の視点から考える
 ~エネルギーデバイスを活かす~

LS1-2. 子宮体癌における Staging Laparotomy “en bloc 骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術”

三重大学産婦人科

田畑 務

子宮体癌の手術は、病巣を摘出するだけでなく、リンパ節郭清を行い臨床進行期を決定することも目的の一つであり、これらの手術は Staging Laparotomy と呼ばれている。この手術の中に含まれる傍大動脈リンパ節郭清は、手技的な難易度から en bloc に摘出されることが少ない。しかし、元来、悪性腫瘍に対するリンパ節郭清は en bloc に行うことが基本とされてきた。これは、病巣と領域リンパ節はリンパ管でつながっており、これらをばらばらに切除することは癌細胞を散布する可能性があると考えられているからである。やはり、子宮体癌における Staging Laparotomy の際にも、en bloc リンパ節郭清を推奨したい。

本年4月より、子宮体癌に対し腹腔鏡下手術が保健適応とされた。しかし、傍大動脈リンパ節郭清はまだ保健適応とされておらず、Staging Laparotomy を行うには開腹術でないと行いづらいのが現状である。腹腔鏡下手術は熟練した医師が行えば手術時間も短く、手術侵襲も少ないが、未熟なものが行えば合併症のリスクも高く、手術時間も長くなり手術侵襲が強くなってしまふ。しかし、今後、腹腔鏡下の子宮体癌手術が増えるのは間違いないものと思われる。手術に関しては、開腹術でも腹腔鏡下手術でも切離するラインは同じである。また、腹腔鏡下手術にてトラブルがあった場合には、直ちに開腹術に切り替えなければならない。これから婦人科悪性腫瘍手術を学ばれる先生方には、まずは、開腹術にて手術の切離ラインを憶えて頂き、腹腔鏡下手術に応用して頂きたい。

本術式は、超音波凝固切開装置であるハーモニックフォーカスを用いて行ったものである。近年、パワーデバイスがたくさん開発されているが、その止血力、手のフィット感、剥離の際の操作性の簡便さから、私は主に本器具を使用している。しかし、パワーデバイスは各個人の好みでよく、それぞれの特徴を吟味して自分に合ったものを使用すればよい。

手術とは、決して奇をてらったものではなく、まして、手術時間を競うものではない。自分の普段の手術を淡々とこなした結果、「年間を通し、特に手術のトラブルはなかったな」というのが理想である。本講演では、子宮体癌の開腹手術をビデオ映像と共に解説する。あくまでも、実践の手術手技にこだわり、私の主観を前面に押し出したものであるが、本講演が、これから手術を習得する若い先生方のお役にたてれば幸いである。

【職 歴】1986年3月 三重大学医学部卒業、山田赤十字病院、新宮市民病院、尾鷲総合病院に勤務

1988年4月 癌研究会附属病院

2001年4月 三重大学医学部・産科婦人科・助手

2003年7月 三重大学医学部・産科婦人科・准教授 現在に至る。

【専 門 医】日本産婦人科学会専門医

細胞診指導医

日本癌治療認定医機構 がん治療認定医

日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医

母体保護法指定医

【所属学会・役職】

日本婦人科腫瘍学会理事、日本癌治療学会代議員、日本臨床細胞学会評議員、

日本産科婦人科学会、日本癌学会、日本産婦人科手術学会、KCOG 運営委員、ASCO member

LS2. 卵巣癌に対する Bevacizumab の有効性

愛知県がんセンター

中西 透

Bevacizumab(BEV)は、卵巣癌に対する治療薬として広く認知されており、日本でも2013年11月に保険収載され、広く用いられるようになった。

血管内皮増殖因子(VEGF)は血管新生、脈管新生、造血細胞の分化に関して中心的役割を担うサイトカインで、マクロファージや間質細胞、上皮細胞、がん細胞など様々な細胞で産生されている。VEGFが血管内皮細胞上に特異的に発現しているVEGFRに結合し一連のシグナル伝達経路が活性化され、血管内皮細胞の増殖、血管内皮細胞の遊走、未成熟な内皮細胞の生存、血管透過性の元進などの作用をもたらす。

BEVは血管内皮増殖因子(vascular endothelial growth factor (VEGF))に対する遺伝子組み換え型IgG1ヒト化モノクローナル抗体で、静脈投与により血中のVEGFに特異的に結合しVEGF受容体への結合を阻止することで、腫瘍血管の増生や腫瘍血管透過性の亢進、VEGFの作用を阻害し、腫瘍内間質圧を下げることで抗がん剤の腫瘍内移行を助長し、抗腫瘍効果を発揮する。

卵巣癌は”VEGF-driven cancer”とも称されるほど、血管新生因子に依存しているとされ、97%はvascular endothelial growth factor (VEGF) ligandを過剰発現しており、その臨床像の特徴である腹水産生や治療成績と密接に関連しているとされている。

卵巣癌に対するBEVの有効性を示した臨床試験は、GOG218、ICON7、OCEANS、AURELIAが挙げられるが、今回はこれら臨床試験と今後の展開につき概説する。

【略 歴】	1984年4月~1990年3月	名古屋大学医学部医学科
	1990年6月~1992年3月	市立岡崎病院研修医
	1992年4月~1996年3月	名古屋大学大学院医学研究科
	1996年4月~1996年6月	名古屋大学医学部附属病院
	1996年7月~2005年4月	愛知県がんセンター病院婦人科部医師
	2005年5月~2015年3月	愛知県がんセンター中央病院婦人科部長

イブニングセミナー1(1日目 17:10~18:10) 【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

共催：キッセイ薬品工業株式会社

ES1. 妊娠高血圧症候群妊婦における血管障害と将来の心血管障害について

愛知医科大学医学部 生殖・周産期母子医療センター

渡辺 員支

妊娠高血圧症候群の基本病態は血管内皮障害に伴う血圧上昇と、血流障害による臓器障害である。多くのものは、妊娠終了に伴い血管内皮障害は改善し、血圧も正常化するが、その後数十年を経て、高血圧、脳血管障害、虚血性心疾患を始め、糖尿病、脂質異常症などのメタボリックシンドローム(代謝異常症候群)、腎疾患などを発症しやすいとされている。近年、我が国において、妊娠高血圧症候群妊婦の妊娠、分娩、産褥時における母児の周産期合併症に関しては一般臨床の場においても周知され、十分な管理が行われるようになり、周産期予後は先進国の中でもトップクラスの成績を示すようになってきている。一方、妊娠高血圧症候群に罹患した女性における将来の心血管障害発症リスクに関する我が国での報告は少なく、出産後の管理法についても確立されたものはない。

今回、妊娠高血圧症候群既往女性のその後の高血圧、脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病、脂質異常症、腎疾患との関連性について検討する目的で、40歳以上の分娩歴のある集団健診受診者に対し、その中でも母子手帳を持参した1200人に母子手帳から妊娠中の血圧を確認することにより、妊娠高血圧症候群既往妊婦と正常妊婦に分別し、集団健診時のアンケート結果と血液検査結果を含めた多変量ロジスティック回帰分析により、妊娠高血圧症候群既往とそれぞれの発症リスクを算出したのでその結果を発表する。また、さらにこれらの発症リスクに基づき、出産後の食事、運動を含めた生活習慣の指導と自宅血圧測定等の予防医学的な側面からも言及する。

-
- 【職 歴】平成3年 高知医科大学医学部卒業
 平成7年 高知医科大学医学部 付属病院産科婦人科 助手
 平成13年 高知医科大学医学部 付属病院周産母子センター 助手
 平成16年 高知大学医学部 生殖・加齢病態学教室 助手
 平成18年 愛知医科大学 産婦人科学教室 講師
 平成21年 愛知医科大学 生殖・周産期母子医療センター(生殖・周産期医療部門) 准教授
- 【学 会】日本産科婦人科学会
 日本妊娠高血圧学会(幹事長)
 日本周産期・新生児医学会
 日本内分泌学会
 日本女性医学会
 日本産科婦人科内視鏡学会
- 【受 賞】平成8年 日本妊娠中毒症学会学術奨励賞受賞
 (Free radicalによる臍帯動脈血管収縮増強効果に関する検討)
- 【専門分野】周産期 妊娠高血圧症候群 妊娠高血圧症候群妊婦における酸化ストレスと血管内皮障害

日本妊娠高血圧学会課題研究(平成23年、24年)

妊娠高血圧症候群既往女性における中高年で脳、心、腎血管疾患との関連性の臨床検討

ES2. コルポ新分類にも対応した分かりやすいコルポスコーピー解説

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室

仲村 勝

コルポスコーピーは、子宮頸部病変の程度および広がり拡大視野を確認し、最も病変が強いと思われる部位を含めて生検を行うための検査である。子宮頸部病変の組織学的診断に際し、的確な部位からの生検が行われることが不可欠であり、子宮頸癌スクリーニングに HPV 検査が導入された現時点においても、細胞診 ASCUS 症例に対してはコルポスコーピーの施行が勧められている。また、治療の面からみた場合にもコルポスコーピーにより子宮頸部病変を正確に把握することが過剰な治療を回避することにもつながる。このような点から、HPV 検査が導入された現在においてもコルポスコーピーの重要性は高いと考えられる。

外来診療においては、コルポスコーピーで観察された病変の程度から、狙い組織診の結果を待つまでもなく、即座に診療の方向性を患者へ伝えることが可能である。検診にて要精査として来院される患者の多くは「癌ではないか」と不安で来院される。そのような患者に対しては適切な説明により不安を取り除くことが可能であり、コルポスコーピーのメリットといえる。このようなコルポスコーピーであるが、習熟には時間を要し施行者の技量によりその結果が左右される。

昨年、日本婦人科腫瘍学会より「改訂コルポスコーピースタンダードアトラス：日本婦人科腫瘍学会 2014」が発刊された。今回、新分類にも対応した典型的なコルポスコーピー所見の解説を一部動画も用いながら分かりやすく行いたい。

-
- 【学 歴】平成 13 年 3 月 慶應義塾大学医学部卒業
- 【職 歴】平成 13 年 5 月 慶應義塾大学医学部研修医（産婦人科）
平成 15 年 5 月 慶應義塾大学医学部助手（専修医）（産婦人科学）
（平成 16 年 4 月より 現在の国立病院機構栃木病院）
平成 16 年 6 月 国立病院機構埼玉病院産婦人科医員
平成 17 年 5 月 慶應義塾大学病院産婦人科助手
平成 20 年 4 月 東京歯科大学市川総合病院産婦人科助教
平成 26 年 4 月 慶應義塾大学助教（医学部産婦人科学）
現在に至る
- 【資 格】平成 13 年 5 月 医師国家試験合格（第 95 回）（医籍登録番号第 416818 号）
平成 18 年 10 月 日本産科婦人科学会認定医（第 20010327N0611 号）
平成 19 年 12 月 日本臨床細胞学会細胞診指導医（第 2523 号）
平成 21 年 4 月 日本がん治療認定医機構がん治療認定医（第 08100595 号）
平成 23 年 4 月 日本婦人科腫瘍学会 腫瘍専門医（第 110563 号）
- 【所属学会】日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床細胞学会
日本癌治療学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本女性医学学会
婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構