
第136回

東海産科婦人科学会 プログラム

〔会 期〕 平成28年2月13日(土)・14日(日)

〔場 所〕 長良川国際会議場

〒502-0817 岐阜市長良福光2695-2
電話 058-296-1200

〔事 務 局〕 岐阜大学 産科婦人科学教室

〒501-1194 岐阜市柳戸1-1
E-mail: obgytokai136@cs-oto.com

〔会 長〕 森重 健一郎

〔事務局長〕 古井 辰郎

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

ご挨拶

岐阜大学 産科婦人科学教室 教授
森重 健一郎

日本産婦人科学会の専門医から日本専門医機構の下での産婦人科専門医へ移行するため、専門医育成プログラムの構築が進められています。それに伴い東海産婦人科学会がリニューアルして2回目の学会となります。前回、藤田保健衛生大学 藤井多久磨教授が手探りの中、見事に成功されました。その路線を踏襲し、岐阜城の麓・長良川のほとりの長良川国際会議場で開催します。

今回は73題の一般演題をいただきました。周産期関連が31題、婦人科関連が42題（そのうち内視鏡関連が11題）と去年とほぼ同数です。岐阜県での開催にもかかわらず多くの演題をいただき、ありがとうございました。

指導医講習会（第一日目）では医療経済の問題と医学教育についてそれぞれの第一人者に講演をお願いしています。制度設計がご専門で医療経済にも研究範囲を広げておられる一橋大学経済研究所 西條辰義教授に地域周産期医療について経済学の視点から、また全国に先駆けてチュートリアル教育を実践しておられる岐阜大学医学教育開発研究センターの鈴木康之教授に専攻医教育に焦点を当ててご講演いただく予定です。我々の視点と異なった立場からのお話は、皆さんの今後の指導医としての活動に大いに資するはずです。

専攻医教育コース（第二日目）は、各大学からそれぞれの領域のエキスパートにお願いし最近のトピックスや専門医になるうえで必須の知識を短時間で学べるプログラムを組みました。

プロジェクト Plus One セミナーとして、内視鏡と周産期・超音波の2つのテーマで行うハンズオンセミナーを開催します。一人でも多くの医学部学生や初期研修医の参加を期待しています。学生・研修医のみなさんが普段座学でしか学べないことを疑似体験し楽しく学べる場を提供できればと各メーカーの協力を得て準備させていただきました。

さらに第一日目の夜には学会場の隣の岐阜都ホテルで、学会員・研修医・学生相互の親睦を深めるための懇親会も予定しています。

多数のご参加をお待ちしています。何卒よろしく申し上げます。

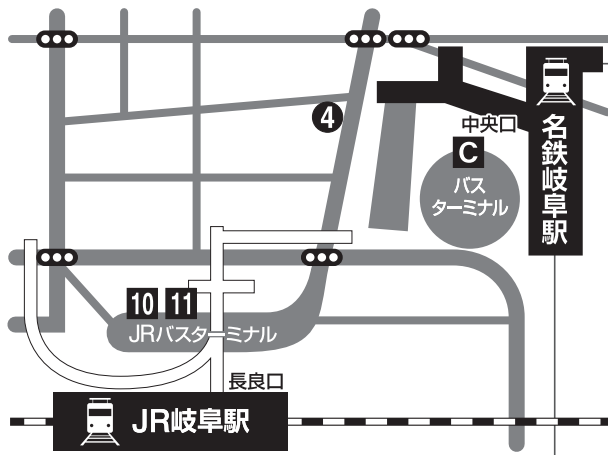
各種会議・関連行事

1. 理事会	平成 28 年 2 月 13 日(土)11:25~11:55	4F 大会議室 A+B
2. 評議員会	平成 28 年 2 月 13 日(土)12:10~12:50	4F 大会議室 A+B
3. 開会式	平成 28 年 2 月 13 日(土)13:00~13:10	【第 1 会場】5F 国際会議室
4. 総会	平成 28 年 2 月 13 日(土)15:15~15:30	【第 2 会場】4F 大会議室 C
5. 「プロジェクト Plus One」ハンズオンセミナー	平成 28 年 2 月 13 日(土)15:15~18:15 平成 28 年 2 月 14 日(日) 10:00~11:30 / 13:30~15:00	【ハンズオン会場】4F 大会議室
6. イブニングセミナー	平成 28 年 2 月 13 日(土)17:10~18:10	【第 1 会場】5F 国際会議室 【第 2 会場】4F 大会議室 C
7. 懇親会	平成 28 年 2 月 13 日(土)18:40~20:40	岐阜都ホテル 2F ボールルーム
8. ランチョンセミナー	平成 28 年 2 月 14 日(日)12:00~13:00	【第 1 会場】5F 国際会議室 【第 2 会場】4F 大会議室 C
9. 閉会式	平成 28 年 2 月 14 日(日)15:30~	【第 1 会場】5F 国際会議室

交通案内



岐阜駅周辺バスターミナルのご案内



■名鉄岐阜バスターミナル **C** のりば、JR岐阜 **10** のりばから三田洞団地線 K50 長良八代公園 / K51 三田洞団地 / K55 彦坂真生寺 に乗車し「長良川国際会議場前」で降車してください(早朝と夜の遅いダイヤは長良川国際会議場前に停まらないため、長良川国際会議場北口で降車してください)。

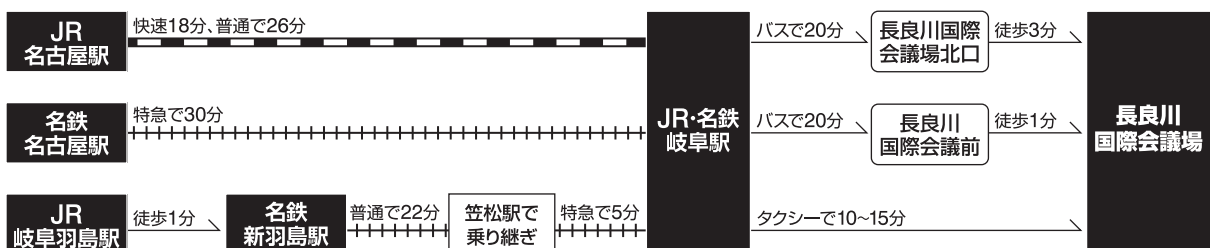
■JR岐阜 **11** のりば、名鉄岐阜 **4** のりばから市内ループ線左回り(JR岐阜 **11** からは右回りも乗車できます)に乗車し「長良川国際会議場北口」で降車してください。

[所要時間]

- ・市内ループ線左回り 約17分(土日祝日 20分毎 運行)
- ・市内ループ線右回り 約27分(土日祝日 20分毎 運行)
- ・三田洞線 約21分(1時間に2~3本 運行)

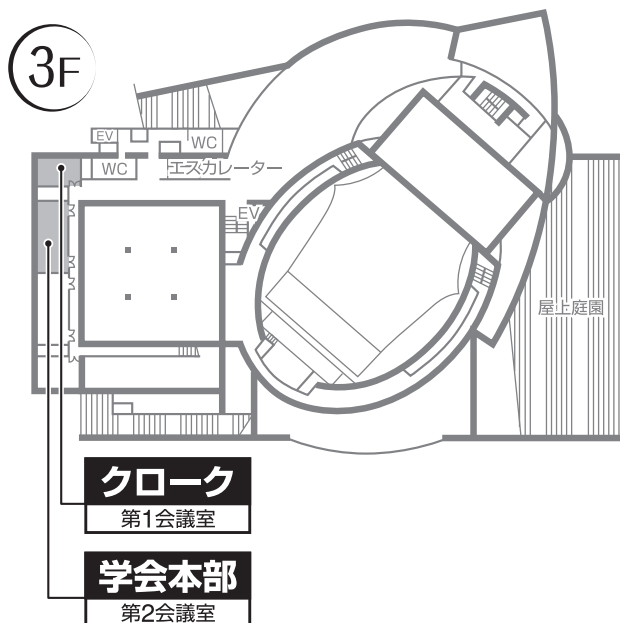
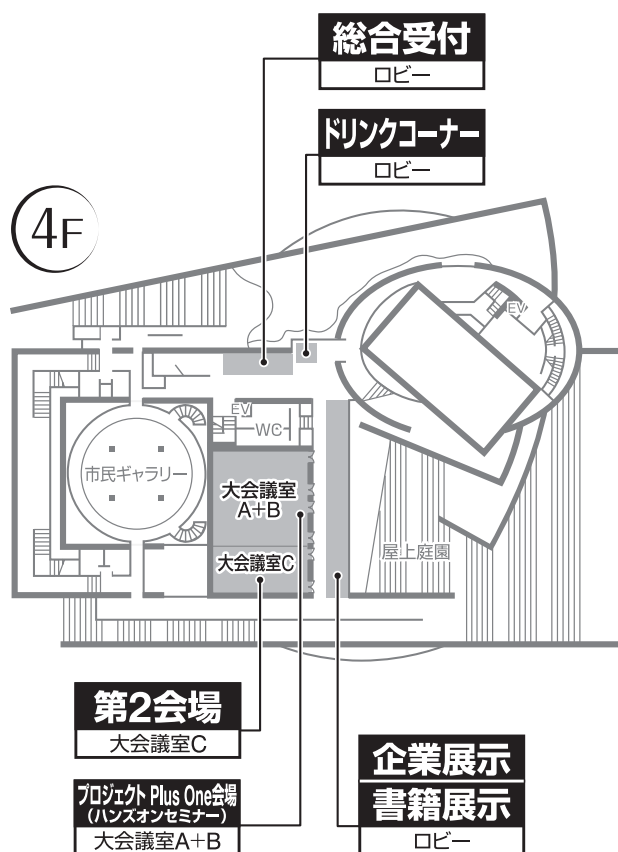
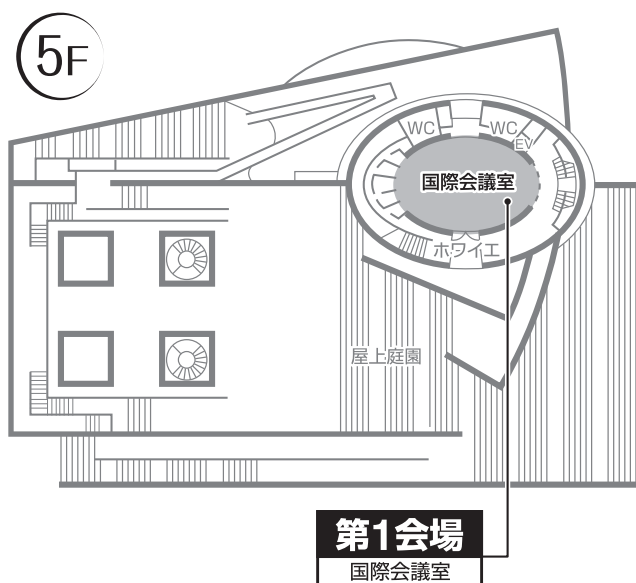
主要駅から会場へのアクセス

※新幹線をご利用の方は、**名古屋駅**でJR東海道本線にお乗り換えいただくと大変便利です。



会場案内

長良川国際会議場			
第1会場	5F 国際会議室	クローク	3F 第1会議室
第2会場	4F 大会議室C	企業展示	4F ロビー
プロジェクト Plus One会場 (ハンズオンセミナー)	4F 大会議室A+B	書籍展示	
学会本部	3F 第2会議室	総合受付	
		ドリンクコーナー	



参加者の皆様へ

1. 参加受付

長良川国際会議場 4F ロビーにて行います。

受付：2月13日(土)11:00～17:30(役員・評議員の受付も11:00より開始)

2月14日(日)8:00～14:30

参加費：5,000円

学生・初期研修医は参加費無料です(プログラムは有料となります)。

2. クローク

手荷物はクローク(長良川国際会議場 3F 第1会議室)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13日(土)11:00～18:30

2月14日(日)8:00～16:00

※懇親会開催時は、岐阜都ホテルのクロークをご利用ください。

3. 企業展示

長良川国際会議場 3F 第1会議室にて企業展示を行います。

開設：2月13日(土)13:00～18:00

2月14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、長良川国際会議場 岐阜都ホテル 共同駐車場(有料 100円/30分)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、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。

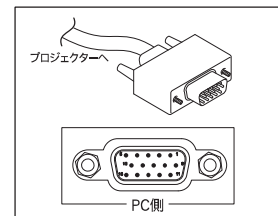
学会本部に直通電話はございません。長良川国際会議場(TEL:058-296-1200)にお電話いただき、「第136回東海産科婦人科学会 学会本部(3F 第2会議室)」とご依頼ください。

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。



[mini D-sub 15 pin] コネクタ形状

日程表 2月13日(土)

	5F 国際会議室	4F 大会議室C	4F 大会議室A+B	4F 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			11:25-11:55 理事会	
			12:10-12:50 評議員会	
13:00	13:00-13:10 開会式			
	13:10-14:10 第1群 演題: 1~6 【若槻 明彦】	13:10-14:10 第3群 演題: 12~17 【関谷 隆夫】		
14:00	14:10-15:00 第2群 演題: 7~11 【廣田 穰】	14:10-15:15 第4群 演題: 18~24 【池田 智明】		
15:00		15:15-15:30 総会	15:15-18:15 ハンズオンセミナー 内視鏡 1. 真皮縫合体験 2. ドライボックスを用いて 鏡視下縫合体験 3. 各種エネルギーデバイスの体験 講師: 滝川 幸子/澤田 祐季/二井 章太 塚田 和彦/吉田 健太 【矢野 竜一朗】 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	13:00-18:00 企業展示
16:00	15:30-16:15 指導医講習会1 専攻医指導におけるポイント 鈴木 康之 【若槻 明彦】			
	16:15-17:00 指導医講習会2 周産期医療体制の制度デザイン 西條 辰義 【池田 智明】			
17:00	17:10-18:10 イブニングセミナー1 子宮頸がん検診における LBCとHPV検査併用検診の有効性 鈴木 光明 【吉川 史隆】 共催: 日本ベクトン・ディッキンソン株式会社 株式会社キアゲン	17:10-18:10 イブニングセミナー2 卵巣癌におけるペバシズマブに関する 臨床試験レビュー ~POSITIVE DATAを見直す~ 武隈 宗孝 【藤井 多久磨】 共催: 中外製薬株式会社		
18:00				
19:00	懇親会 18:40~20:40 岐阜都ホテル 2F ボールルーム			

日程表 2月14日(日)

5F 国際会議室	4F 大会議室C	4F 大会議室A+B	4F 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	8:40-9:40		9:00									
第5群 演題:25~31 【吉川 史隆】	第8群 演題:43~48 【多田 伸】											
9:45-10:45	9:45-10:45		10:00									
第6群 演題:32~37 【藤井 多久磨】	第9群 演題:49~54 【杉浦 真弓】	10:00-11:30										
10:45-11:45	10:45-11:45	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 切迫早産の管理について 小谷 友美 1-2 着床前診断、 着床前スクリーニングの実際 佐藤 剛	第10群 演題:55~60 【西澤 春紀】	ハンズオンセミナー 超音波 1. 超音波を用いた ファントムによるハンズオン 2. 胎児治療ファントムによる シュミレーター 講師:中野 知子/森 亮介 森 稔高/宮村 浩徳 久保 倫子/志賀 友美 【高橋 雄一郎】 共催:ガデリウス・メディカル株式会社 GEヘルスケア・ジャパン株式会社 日立アロカメディカル株式会社	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 羊水塞栓症の病態と管理 金山 尚裕 【杉浦 真弓】 共催:あすか製薬株式会社	ランチョンセミナー2 産婦人科領域における 腹腔鏡下手術の有用性 ~より低侵襲な手術を目指して~ 山本 和重/田中 浩彦 【廣田 稷】 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社											
13:10-14:40	13:10-14:15	13:30-15:00	13:00									
専攻医教育プログラム2 2-1 子宮内膜症治療の ベスト・チョイスは 篠原 康一 2-2 胎児心拍数モニタリング 村林 奈緒 2-3 コルポスコピー検査 藤井 多久磨	第11群 演題:61~67 【田畑 務】	ハンズオンセミナー 超音波	14:00									
14:40-15:30	14:15-15:15		15:00									
第7群 演題:38~42 【柴田 清住】	第12群 演題:68~73 【荒川 敦志】											
15:30-												
閉会式												
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>総合受付 4F ロビー</td> <td>クローク 3F 第1会議室</td> </tr> <tr> <td>13日(土)</td> <td>11:00~17:30</td> <td>11:00~18:30</td> </tr> <tr> <td>14日(日)</td> <td>8:00~14:30</td> <td>8:00~16:00</td> </tr> </table>		総合受付 4F ロビー	クローク 3F 第1会議室	13日(土)	11:00~17:30	11:00~18:30	14日(日)	8:00~14:30	8:00~16:00	16:00
	総合受付 4F ロビー	クローク 3F 第1会議室										
13日(土)	11:00~17:30	11:00~18:30										
14日(日)	8:00~14:30	8:00~16:00										

【 】は座長です

プログラム

プログラム (1日目)

1 日目 2 月 13 日 (土)

【第 1 会場】5F 国際会議室

■開 会 式 (13:00~13:10)

○第 1 群 (13:10~14:10) / 座長 若槻 明彦 教授

1. 当科における腹腔鏡下子宮体癌根治術症例の検討
..... 岐阜大学医学部附属病院 / 村瀬紗姫 他
2. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術における筋腫回収に要する時間の検討
~電動式モルセレーターによる回収と臍小切開創からの細切回収での比較~
..... 名古屋大学 / 永井 孝 他
3. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術における 5mm 径トロカールからの癒着防止材 (セプラフィルム®) 搬入と貼付の工夫
..... 藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 / 小川千紗 他
4. スリム・バッグ II を使用した reduced port surgery について
..... 岐阜市民病院 / 加藤雄一郎 他
5. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に生じた子宮仮性動脈瘤の 1 例
..... 愛知医科大学 / 守田紀子 他
6. 子宮頸部上皮内病変に対する全腹腔鏡下子宮全摘術の治療成績
~TLH 施行症例の病理組織学的検討より~
..... 豊橋市民病院 / 河合要介 他

○第 2 群 (14:10~15:00) / 座長 廣田 穰 教授

7. 左卵巣腫瘍茎捻転を合併した子宮筋層内膿瘍及び右子宮付属器膿瘍の一例
..... 岐阜市民病院 / 尹 麗梅 他
8. 当院における腹腔鏡下手術関連合併症の検討
..... 名古屋市立東部医療センター / 西川隆太郎 他
9. 術前診断し、卵巣を温存しえた Massive ovarian edema による付属器茎捻転の一例
..... 豊川市民病院 / 完山紘平 他
10. 当科における高度肥満症例に対する腹腔鏡下手術
..... 岐阜大学医学部附属病院 / 坊本佳優 他
11. 腹腔鏡下に摘出し得た小網原発 benign cystic mesothelioma の 1 例
..... 郡上市民病院 / 上田陽子 他

○指導医講習会 1 (15:30~16:15) / 座長 若槻 明彦 教授

- 専攻医指導におけるポイント
..... 岐阜大学医学教育開発研究センター
日本小児科学会・日本医学教育学会 / 鈴木康之

○指導医講習会 2 (16:15~17:00) / 座長 池田 智明 教授

- 周産期医療体制の制度デザイン
..... 一橋大学経済研究所 / 西條辰義

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

- ES1. 子宮頸がん検診における LBC と HPV 検査併用検診の有効性
..... 新百合ヶ丘総合病院がんセンター / 鈴木光明 他
共催: 日本ベクトン・ディッキンソン株式会社 / 株式会社キアゲン

1日目 2月13日(土)

【第2会場】4F 大会議室C

○第3群 (13:10~14:10) /座長 関谷 隆夫 教授

12. 分娩時脳出血の一例
..... 三重大学付属病院/阪本美登 他
13. 塩酸リトドリンによる横紋筋融解症が診断の端緒となった筋強直性ジストロフィーの一例
..... 名古屋第一赤十字病院/夫馬和也 他
14. 腎動脈瘤破裂により母体心肺停止となった1例
..... 名古屋第二赤十字病院/安田裕香 他
15. 重症妊娠悪阻の治療中に発症した *Bacillus cereus* 敗血症の一例
..... 刈谷豊田総合病院/長船綾子 他
16. フィブリノゲン遺伝子多型合併妊娠の一例
..... 三重大学/岡本幸太 他
17. 病理組織学検査により羊水塞栓症と診断された1例
..... 岡崎市民病院/内田亜津紗 他

○第4群 (14:10~15:15) /座長 池田 智明 教授

18. 胎児徐脈で母体搬送され、先天性不整脈が疑われた2例
..... 岡崎市民病院/田口結加里 他
19. DIC を合併した子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離に対し、トロンボモデュリンαが有効であった2例
..... トヨタ記念病院/眞山学徳 他
20. 当院過去3年間の常位胎盤早期剥離14例の胎児心拍数陣痛図と臨床対応の検討
..... 刈谷豊田総合病院/小林祐子 他
21. 分娩を契機に発症した非典型溶血性尿毒症症候群 (atypical hemolytic uremic syndrome:aHUS) の一例
..... 市立四日市病院/真木晋太郎 他
22. 分娩時の高血圧により分娩子癇を発症した症例
..... 愛知医科大学/大脇佑樹 他
23. 重症PIHを繰り返したIgA腎症合併妊娠の一例
..... 公立陶生病院/篠田弥紀 他
24. 救命し得た子宮型羊水塞栓症の一例
..... 市立四日市病院/島田京子 他

■総 会 (15:15~15:30)

○イブニングセミナー2 (17:10~18:10) /座長 藤井 多久磨 教授

- ES2. 卵巣癌におけるベバシズマブに関する臨床試験レビュー ~POSITIVE DATAを見直す~
..... 静岡がんセンター/武隈宗孝
共催: 中外製薬株式会社

1日目 2月13日(土)

【ハンズオンセミナー会場】4F 大会議室 A+B

【プロジェクトPlus One】 /座長 矢野 竜一郎 先生

○ハンズオンセミナー1 内視鏡 (15:15~18:15)

講師: 滝川 幸子 先生、澤田 祐季 先生、二井 章太 先生、塚田 和彦 先生、吉田 健太 先生

1. 真皮縫合体験
2. ドライボックスを用いて鏡視下縫合体験
3. 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14日(日)

【第1会場】5F 国際会議室

○第5群 (8:40~9:45) /座長 吉川 史隆 教授

25. 当院で経験した子宮腺肉腫の3例
..... 豊橋市民病院/國島温志 他
26. 子宮頸部腺癌に対して陽子線治療を行った1例
..... 名古屋市立西部医療センター/加藤智子 他
27. ベセスダシステム導入後の子宮頸癌および子宮頸部異形成における組織診、細胞診の分析
..... 名古屋記念病院/飯谷友佳子 他
28. 子宮体癌再発加療中に発症した上大静脈症候群の一例
..... 三重大学附属病院/森下みどり 他
29. 子宮頸癌術後、放射線治療後に外腸骨動脈尿管瘻を発症した1例
..... 木沢記念病院/西川有紀子 他
30. 組織内照射を施行した局所進行子宮頸癌の4例
..... トヨタ記念病院/山田拓馬 他
31. 高齢子宮頸がん患者における治療法の検討
..... 名古屋大学/野坂和外 他

○第6群 (9:45~10:45) /座長 藤井 多久磨 教授

32. 卵巣漿液性腺癌 T3c 期症例における初回治療の検討
..... 名古屋第一赤十字病院/長尾有佳里 他
33. 卵巣癌術後5年目に脾転移を来した1例
一腫瘍マーカーの推移と免疫組織化学的態度との対比—
..... 岐阜県総合医療センター/大塚かおり 他
34. 進行卵巣癌の Neoadjuvant Chemotherapy における Paclitaxel、Carboplatin、Bevacizumab 併用療法の有用性
..... トヨタ記念病院/伊吉祥平 他
35. 再発上皮性悪性卵巣腫瘍の化学療法中に発症した治療関連白血病および骨髄異形成症候群を発症した3症例
..... 春日井市民病院/山田惇之 他
36. 卵巣癌の再発脳転移に対し抗癌化学療法が著効した一例
..... 岐阜県総合医療センター/佐藤泰昌 他
37. 卵巣明細胞腺癌による Trousseau 症候群を発症し、急激な転帰により救命できなかった1例
..... 岡崎市民病院/西尾沙矢子 他

○専攻医教育プログラム 1 (10:45~11:45)

- 1-1. 切迫早産の管理について
..... 名古屋大学医学部附属病院/小谷友美
- 1-2. 着床前診断、着床前スクリーニングの実際
..... 名古屋市立大学/佐藤 剛

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

- LS1. 羊水塞栓症の病態と管理
..... 浜松医科大学/金山尚裕
共催：あすか製薬株式会社

○専攻医教育プログラム 2 (13:10~14:40)

- 2-1. 子宮内膜症治療のベスト・チョイスは
..... 愛知医科大学／篠原康一
- 2-2. 胎児心拍数モニタリング
..... 三重大学／村林奈緒
- 2-3. コルポスコピー検査
..... 藤田保健衛生大学／藤井多久磨

○第 7 群 (14:40~15:30) /座長 柴田 清住 准教授

- 38. 子宮内膜症を合併した OHVIRA 症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly Syndrome) の一例
..... 三重県立総合医療センター／秋山 登 他
- 39. 子宮筋腫核出術後の IVF で子宮内腔と交通した卵巣妊娠の 1 症例
..... 岐阜市民病院／柴田万祐子 他
- 40. 当院における子宮鏡下粘膜下筋腫核出術後の妊娠・分娩予後の検討
..... 江南厚生病院／小笠原桜 他
- 41. 当院における付属器腫瘍捻転症例の検討
..... 三重県立総合医療センター／徳山智和 他
- 42. 未破裂間質部妊娠の低侵襲性治療における MRI の有用性に関する検討
..... 岐阜県立多治見病院／林祥太郎 他

■閉 会 式 (15:30~)

2 日目 2 月 14 日(日)

【第 2 会場】4F 大会議室 C

○第 8 群 (8:40~9:40) /座長 多田 伸 教授

43. 機械弁置換術後妊娠における抗凝固療法の検討
..... 三重大学/田中佳世 他
44. 下肢深部静脈血栓症合併妊娠に対して在宅へパリンカルシウム自己注射を行った 1 例
..... 大雄会第一病院/今永弓子 他
45. 妊娠高血圧腎症にカリペリチドを使用した 1 例
..... 桑名東医療センター/高倉 翔 他
46. 妊娠中のサイトメガロウイルス(CMV)肝炎および慢性胆嚢炎の一例
..... 三重大学/北村亜紗 他
47. 生児を得た子宮卵管角部妊娠の一例
..... 豊橋市民病院/植草良輔 他
48. 訳あり妊婦受け入れの経験
..... 聖霊病院/吉田誠哉 他

○第 9 群 (9:45~10:45) /座長 杉浦 真弓 教授

49. 当院における後産期出血 (PPH) による産褥搬送の検討
..... 安城更生病院/岩崎 綾 他
50. 愛知県西三河北部医療圏における分娩施設の地域連携とその推移
..... トヨタ記念病院/山内佑允 他
51. 心肺虚脱型と DIC 先行型羊水塞栓症における臨床像の比較
— 日本妊産婦死亡登録データ —
..... 三重大学/田中博明 他
52. 帝王切開時に診断された卵巣静脈血栓症の 13 例
..... 安城更生病院/菅聡三郎 他
53. 分娩後子宮全摘となった当院の胚移植妊娠症例より得られた次の課題
..... 豊橋市民病院総合生殖医療センター/安藤寿夫 他
54. 母体死亡の原因検索に病理解剖が有用であった 1 例
..... 岐阜県立多治見病院/井本早苗 他

○第 10 群 (10:45~11:45) /座長 西澤 春紀 准教授

55. 当院で経験した慢性早剥羊水過少症候群 (CAOS) の 2 症例
..... 名古屋市立西部医療センター/小泉誠司 他
56. MRI 検査によって亜急性期の胎盤後血腫と判断し、妊娠継続を行った一例
..... 名古屋第二赤十字病院/大脇太郎 他
57. 羊水除去術を繰り返し要した congenital mesoblastic nephroma の 1 例
..... 国立病院機構長良医療センター/松井雅子 他
58. 当院で比較的短期間に経験した臍帯脱出 3 例
..... 一宮市立市民病院/上原有貴 他
59. 妊娠 36 週で診断された胎児脈絡叢腫瘍の 1 例
..... 名古屋大学医学部附属病院/吉田康将 他
60. 臍帯血 BNP 上昇例からみた機能的な胎児心不全の病態解析
..... 長良医療センター/森 崇宏 他

○ランチョンセミナー2 (12:00~13:00) /座長 廣田 穰 教授

【産婦人科領域における腹腔鏡下手術の有用性~より低侵襲な手術を目指して~】

LS2-1. 当科における腹腔鏡下手術の変遷 ~立ち上げから悪性疾患手術まで~
..... 三重県立総合医療センター/田中浩彦

LS2-2. 急性腹症に対する緊急腹腔鏡下手術でのコツと落とし穴
..... 岐阜市民病院/山本和重

共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

○第 11 群 (13:10~14:15) /座長 田畑 務 准教授

61. 2度の手術と TIP 療法により寛解した胚細胞腫瘍の一例
..... 大垣市民病院/玉村有希恵 他
62. 婦人科癌に対する手術前後での下肢周囲径の推移とリンパ浮腫発症についての検討
..... トヨタ記念病院/藤田雄也 他
63. 子宮原発類上皮平滑筋肉腫の1例
..... 名古屋大学/関谷敦史 他
64. 術前診断に苦慮した胃型子宮頸部腺癌の一例
..... 公立西知多総合病院/齋藤 理 他
65. 膀胱子宮内膜症の一例
..... 藤田保健衛生大学/猿田莉奈 他
66. 広間膜に発生した上衣腫の一例
..... 名古屋市立大学/浅野智子 他
67. 積極的外科治療により長期生存を得ている進行卵巣がんの症例
..... 大垣市民病院/高木七奈 他

○第 12 群 (14:15~15:15) /座長 荒川 敦志 准教授

68. 術後亜急性期に肺塞栓を発症した1例
..... 名古屋掖済会病院/藤井詩子 他
69. 高度肥満子宮体癌に対して根治術前に脂肪除去術を行った二例
..... 大垣市民病院/中川敦史 他
70. 岩砂病院・岩砂マタニティにおける乳癌検診9年半の報告・考察
..... 岩砂病院・岩砂マタニティ/橋山稔子 他
71. 当科におけるがん生殖医療相談の傾向と課題
..... 岐阜大学医学部附属病院/寺澤恵子 他
72. ACS を合併した重症卵巣過剰刺激症候群(OHSS)の管理において膀胱内圧測定が有用であった1例
..... 岐阜大学/桑山太郎 他
73. Pazopanib 投与中に消化管穿孔を発症した未分化子宮内膜肉腫の1例
..... 三重県立総合医療センター/川村賢吾 他

2 日目 2 月 14 日(日)

【ハンズオンセミナー会場】4F 大会議室 A+B

【プロジェクトPlus One】 /座長 高橋 雄一郎 先生

○ハンズオンセミナー2 超音波 (10:00~11:30/13:30~15:00)

講師：中野 知子 先生、森 亮介 先生、森 稔高 先生、宮村 浩徳 先生、久保 倫子 先生、志賀 友美 先生

1. 超音波を用いたファントムによるハンズオン
2. 胎児治療ファントムによるシュミレーター

共催： ガデリウス・メディカル株式会社
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
日立アロカメディカル株式会社

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分を過ぎますと受付できませんので、ご注意ください。

【e医学会カードをご持参の方】

第1会場受付でe医学会カードをご提示いただきバーコードを読み込みます。

【e医学会カード未受取・お忘れ等でお持ちでない方】

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2 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。

専攻医指導におけるポイント

岐阜大学医学教育開発研究センター
日本小児科学会／日本医学教育学会

鈴木 康之

2017年度からスタートする新専門医制度に向けて、各専門医学会はプログラム構築と指導の一層の充実を迫られている。プログラム構築・指導充実の両者に共通して重要なことは、日々、専攻医をどのように評価し、向上をめざすかという点にある。“評価”というと、ともすれば試験や合否判定というイメージを伴いやすいが、教育学的に“評価”は、(1)学習者の現在の能力を測定し、結果を学習者にフィードバックし、更なる学習を促す“形成的評価”と、(2)達成度を測定して合否判定する“総括的評価”の二種類に大別されるが、臨床研修においては、前者の形成的評価をいかに豊富にし、専攻医との対話を通じて臨床経験を定着させていくかが極めて重要である。形成的評価を行うためには、指導医は、専攻医が行う医療行為について観察（測定）あるいは報告を受け、専攻医にフィードバック（アドバイス）する必要がある。忙しい臨床現場では断片的な指摘で終わってしまうことが多いが、それを豊かなものにするフィードバックの方法、観察結果を記録に残す（研修医と共有する）方法について紹介したい。また、形成的評価においては、専門的知識やスキルだけでなく、医師としての姿勢や態度について評価することも重要である。さらに、新専門医制度においては、専門医試験の受験要件として、各研修基幹施設において研修修了判定を行わなければならない、判定するための様々なエビデンスを集める必要があるが、その判断材料の一部として形成的評価の記録を利用することができる。

魅力ある研修プログラムとは、単に症例数や指導医陣が豊富なだけでなく、指導医と専攻医の対話が常に行われ、専攻医の臨床経験が、能力向上に結びつくような指導の文化（教育マインド）を有するプログラムではないだろうか。こうした研修環境を形成することで、次世代の専門医育成と、更には指導医育成につながっていくことが望まれる。

【学歴】	昭和 55 年 3 月	岐阜大学医学部	卒業
【略歴】	昭和 55 年 4 月	岐阜大学医学部附属病院	小児科
	昭和 56 年 4 月	高山赤十字病院	小児科
	昭和 57 年 4 月	北里大学医学部	小児科 (NICU)
	昭和 58 年 2 月	岐阜大学医学部	小児科助手
	平成 元 年 6 月	〃	講師
	平成 8 年 4 月	〃	助教授
	平成 13 年 4 月	岐阜大学医学教育開発研究センター	教授 (～現在)
	平成 17 年 4 月	〃	センター長 (～平成 27 年 3 月)
【資格】	昭和 55 年 5 月	医師免許	
	平成 元 年 4 月	博士 (医学) (岐阜大学)	
		日本小児科学会	専門医
【主な受賞歴】	平成 21 年	日本先天代謝異常学会	学会賞
	平成 27 年	日本医学教育学会	医学教育賞日野原賞
【主な学会活動】	日本医学教育学会 (理事)：教育研究開発委員会 (委員長)、国際関係委員会 (委員長)、医学教育専門家制度委員会		
	日本小児科学会 (代議員)：生涯教育・専門医育成委員会 (委員長)、小児科医のための指導医講習会世話人、試験運営委員会		
	日本先天代謝異常学会 (評議員)		
【主な社会活動】	日本専門医機構 基本領域 (小児科) 専門医委員会、		
	〃 基本領域 (小児科) 研修委員会		
	日本ムコ多糖症患者家族の会 顧問医師、ALD の未来を考える会 A-FUTURE 顧問医師		

周産期医療体制の制度デザイン

一橋大学経済研究所

西條 辰義

2000年における日本の出生数は119万人、2010年のそれは107万人であった。国立社会保障・人口問題研究所の中位予測によると、2030年の出生数は75万人とのことである。これは、「お産」に対する需要が激減することを意味する。

一方で、供給側の事情は複雑である。産婦人科医は15515名(2005年)から16425名(2015年)に5.9%増加している。このうち男性医師は11991名から10793名に10.0%減少し、女性医師は3525名から5632名に59.8%増加している¹。ただし、このことは必ずしも「お産」サービスの供給増を意味しない。産科の特性として、当直を組まねばならないものの、様々な事情で女性医師が提供できる時間は男性医師よりも少ないとされている。さらには、医療の高度化が進み、安全安心な体制を保持するためには、一つの医療機関で従来よりも多くの医師が必要となっている。つまり、医師数増加が必ずしも供給増につながらないのである。

一定の出産数を割り込むいわば限界地域では、採算がとれなくなったことに加えて研修先の決定に医局の力が及びにくくなったため、研修医は限界地域にはいかず地方都市を通り越して都会に赴くことになる。このことは限界地域に隣接する地方の主要都市が準限界地域になることにつながる。

大阪の南に位置する泉南地域では、医師不足と財政難などで、泉佐野と貝塚をのぞく公立病院の産婦人科が閉鎖された。そこで、2008年より、泉南地域の市町村のサポートのもと、泉佐野(りんくう総合医療センター)に産科、貝塚に婦人科という集約化が実施され、小児科を含む当直は泉佐野のみとなった。さらには、りんくうにNICUを整備するなど、両病院の高度化が図られた。集約化前後の費用便益分析によると、医師、患者ともにウィン・ウィンとなっていることがわかったのである。このように需要減、供給減に対応するため、準限界地域における集約化は避けて通れないであろう。

他方、出生数が激減する限界地域の周産期医療体制をどのようにデザインするのかが重要な課題である。地域で健診サービスを受けるようにするものの、遠く離れた病院で出産する体制とともに、出産後の安全安心を提供せねばならない。地域における産後ケアセンターはその可能性の一つであろう。岐阜県飛騨地域における研究も紹介したい。

¹ 周産期医療の広場(http://shusanki.org/theme_page.html?id=284)を参照されたい

【学歴】 1985年 ミネソタ大学大学院経済学研究科 博士課程 修了

【職歴】 1985年 オハイオ州立大学経済学部 講師
 1986年 カルフォルニア大学サンタバーバラ校経済学部 助教授
 1991年 筑波大学社会工学系 助教授
 1995年 大阪大学社会経済研究所 教授
 2002年 カルフォルニア工科大学 研究員
 2006年 大阪大学サステナビリティ・サイエンス研究機構 教授
 2010年 大阪大学環境イノベーションデザインセンター 教授
 2013年 高知工科大学制度設計工学研究センター ディレクター
 2013年 大阪大学環境イノベーションデザインセンター 特任教授
 2015年 高知工科大学フューチャー・デザイン研究センター 客員研究員
 2015年 一橋大学経済研究所 教授
 現在に至る。

【主な学会活動】 Vice President, Economic Science Association (2010)、日本学術会議会員(2014~)

【主な社会活動】 国際連合 IPCC リードオーサー
 文部科学省・特定領域「実験社会科学」代表者

専攻医教育プログラム

1-1. 切迫早産の管理について

名古屋大学医学部附属病院 産婦人科

小谷 友美

妊娠 22 週以降 37 週未満に、規則的子宮収縮および頸管熟化傾向（頸管開大や短縮）を認めた場合に、切迫早産と診断される。これまでは、切迫早産と診断後、子宮収縮抑制剤投与を使用する治療法が主流であった。しかし、現在では、こうした従来の管理法が徐々に変貌しつつある。変貌の契機となった、頸管長測定、塩酸リトドリンなどの副作用、早産児の後遺症発症予防といった 3 つの観点から、解説したい。

まず、ガイドラインで妊娠 18-24 週ごろに全妊婦で観察することが推奨されたことより、早い段階で頸管開大や短縮が発見されるようになってきた。これにより、切迫早産の治療から黄体ホルモン療法をはじめ早産予防に重点が移動しつつある。

次に、欧米で塩酸リトドリンや硫酸マグネシウムの副作用が問題視されるようになってきた。わが国では、長期投与の有用性を示す必要がある。他方、カルシウム拮抗薬のエビデンスが蓄積してきている。

最後に、今年、WHO が早産児の脳保護目的として分娩前の硫酸マグネシウム投与の推奨を発表した。

以上より、早産ハイリスクを抽出し予防的手段を講じること、切迫早産治療では副作用に十分注意すること、早産を免れないときには児の後遺症軽減対策を講じることが、早産児を減らし、早産児の予後向上のために重要な要点となると考えられる。

1-2. 着床前診断、着床前スクリーニングの実際

名古屋市立大学大学院医学研究科 産科婦人科学

佐藤 剛

着床前診断 (preimplantation genetic diagnosis; PGD) とは、採卵・体外受精の技術で得られた卵子、分割期胚、胚盤胞より、極体、割球、栄養外胚葉等の細胞を生検してその遺伝情報を解析し、元の卵子あるいは胚の異常や疾患の有無を診断して移植胚を決定する方法であり、生殖補助医療および分子生物学の発展により可能となった技術である。1990 年の最初の妊娠出産例の報告以降、対象疾患の拡大とともに欧米を中心に普及してきている。また、高齢者、体外受精治療反復不成功例、反復流産患者、重症男性不妊症等の胚の染色体数異常を移植前に解析する目的でも本技術が応用されており、PGD と区別し着床前スクリーニング (preimplantation genetic screening; PGS) と呼ばれている。

欧州ヒト生殖医学会の集計では、1997 年から 2010 年までに PGD、PGS を目的として 45163 周期の採卵が行われており、32420 周期で胚移植され、8453 人の児が出生している。採卵周期数のうち、PGD が 39%、PGS が 59% を占めている。本邦では、1998 年に日本産科婦人科学会より『着床前診断』に関する見解』が発表され、2004 年に最初の症例の施行が認可された。その後 2012 年までの報告では、PGD を目的として 671 周期の採卵が行われ、333 周期で胚移植され、75 人の児が出生している。日本では、PGS の施行は認められていない。

PGD、PGS を行なうには、妊孕性のある患者でも体外受精が必要となり、それにより得られた卵子や受精卵より 1~数個の細胞を採取 (胚生検) する。採取細胞として、極体、分割期胚の割球、胚盤胞期の栄養外胚葉が主に対象となり、それぞれに解析における特徴がある。胚生検の手技としてはレーザーによる透明帯開口、吸引法による細胞採取が現在は主流となっている。

本講演では、世界および日本での施行状況、対象疾患、胚生検の実際の手技、採取した細胞の解析方法等を中心に PGD、PGS について概説する。

2-1. 子宮内膜症治療のベスト・チョイスは

愛知医科大学 産婦人科

篠原 康一

子宮内膜症性嚢胞の治療に関して、産婦人科診療ガイドライン〜婦人科外来編 2014 では、腹腔鏡下手術が主流となっているが術後約1年で約56%が再発しており手術療法単独での限界を示し、術後維持療法が不可欠であるとしている。

〜術後、再発予防に対する効果〜というCQでも、挙児希望のない場合は、再発を予防するために術後の低用量エストロゲン・プロゲステロン配合剤(LEP)やジェノゲスト、GnRHaを投与するとされている。VercelliniらのRCTのメタ解析によると、術後LEPの継続使用と非使用のORは0.12(0.05-0.29)であり、再発のリスクを劇的に減らすことが示されている。しかしLEP・ジェノゲスト・GnRHaどの薬剤を選択するのが良いかは難しい問題である。

OC/LEP製剤は、コストの低さや、不正出血の少なさの点から優先され、とくに月経困難症において、高い有効性は周知の事実である。しかし血栓症のリスクという観点から40歳代の症例ではLEP製剤は慎重投与となり、一方ジェノゲストはプロゲステロン作用の特異性が高く、アンドロゲン作用などの副作用が少ない特徴により、単独で長期に使用可能であり、有効性が期待されている(産婦人科診療ガイドラインより)。

Cardiovascular diseaseのなかでも静脈系の検討に関しては未だ不明な点も多いが、Raps Mらの静脈血栓のサロゲートマーカーとしてのSHBGからみた検討では、SHBG濃度は静脈血栓症リスクと強く相関すると報告されている。SHBG濃度はAPC抵抗性(血栓の起こしやすさ)と正の相関をする。OCでSHBGが上昇することが知られており、エチニルエストラジオール(EE)を含有するOCではSHBGは著明に増加し、静脈血栓のORと正の相関を示している。

OCやLEPに含まれるEEは経口エストロゲンであり、EEはSHBGを上昇させる。一方ジェノゲストはEEを含まないため、投与2年間のSHBGの推移を検討した我々のデータでは、基礎値からの上昇を認めていない。

子宮内膜症に対し、効能効果のみならず、副作用を含めた総合的な視点からの診察が求められる。患者の背景や合併症にあわせたきめ細やかな治療選択が重要である。

2-2. 胎児心拍数モニタリング

三重大学医学部 産科婦人科学教室

村林 奈緒

胎児心拍数モニタリングは、分娩時の胎児監視法としてほぼ100%の分娩に用いられている検査である。しかし、所見に対する対応法として確立されたものがない現状があった。これに対し、2010年に日本産科婦人科学会周産期委員会は「胎児心拍数波形の判読に基づく分娩時胎児管理の指針」を提示した。すべての胎児心拍数波形が、胎児アシドーシスへの進行の可能性から5段階に分類され、それぞれの段階に対する対応法が示されている方法で、ガイドラインにも取り入れられた。波形分類は心拍数基線細変動、心拍数基線、一過性徐脈の3要素により行われており、胎児アシドーシスに最も関与する要素は心拍数基線細変動である。対応は、各施設の緊急帝王切開を施行するために要する時間および分娩進行状況を踏まえて判断する。胎児を分娩時のアシドーシスから守るために作成されたこの5段階分類法を、胎児生理学に基づき解説したい。

2-3. コルポスコピー検査

藤田保健衛生大学医学部 産婦人科学教室

藤井 多久磨

コルポスコピー検査は主として子宮頸部細胞診異常の患者を対象として、子宮頸部を観察する目的で行う検査である。この検査では、1) 可視領域に病変があるか否か、2) 狙い組織診を行うか否か、3) 狙い組織診を行う場合には適正な採取部位の確認 4) 頸管内生検を行うか否かを判断する。コルポスコピー検査での判定と細胞診判定および組織診断に乖離がある場合には、その原因を検討する必要がある。コルポスコピー検査に先立ち、直前の他院受診歴などを確認する必要もある。性感染症、年齢などの臨床情報もコルポスコピーの判定には重要である。細胞診異常があると指摘された患者は不安を抱いて病院を受診する。その不安を取り除くためには、1) 検査前に丁寧な説明を行い、2) 迅速で正確な検査 3) 検査後の詳しい説明と今後の見通しについて説明をすることが重要である。後日の病理検査の結果をまたずとも、コルポスコピー検査の所見に基づき、患者に安心を与えることはできる。正確な記録は、医師間での知識共有、技術向上に役立つ。さらに円錐切除術や蒸散術において適正な治療の補助となる。当院におけるコルポスコピー検査の手順を紹介するので参考にさせていただきたい。

一般演題

第 1 群(1 日目 13:10~14:10) 第 1 会場

1. 当科における
腹腔鏡下子宮体癌根治術症例の検討

岐阜大学医学部附属病院 成育医療・女性科

村瀬 紗姫、矢野竜一朗、竹中 基記、森重健一郎

【緒言】当科における腹腔鏡下子宮体癌根治術症例につき検討したので報告する。

【方法】保険収載後（2014年4月～2015年9月）に腹腔鏡下手術を施行した早期子宮体癌根治術症例について後方視的に検討した。手術は全例 5mm スコープを使用、4孔法で、トロッカーは 5mm 径のみを使用した。当科の方針として、類内膜腺癌で高分化かつ筋層浸潤 1/2 未満を認める症例を対象に全例準広汎子宮全摘術+骨盤内リンパ節郭清術を予定した。さらに開腹手術との比較検討も施行した。

【結果】症例数は全 30 例であった。1 例は術中血管損傷により開腹移行となった。また 4 例は摘出子宮の術中迅速病理検査にて endometrioid adenocarcinoma, G1 かつ筋層浸潤なしとの結果を得たため骨盤内リンパ節郭清術を省略した。その内 1 例は術後永久病理検査で筋層浸潤ありとの結果を得た。また腹腔鏡下に骨盤内リンパ節郭清術まで完遂した 25 例における手術時間、出血量、摘出リンパ節総数、術後退院までの日数は中央値でそれぞれ 261 分 (197-342)、25ml (5-150)、30 個 (16-49)、3 日 (3-12) であった。内 3 例において術後永久病理検査で IB 期と診断、さらに 1 例においては左閉鎖リンパ節に転移を認め (IIIc 期)、upstage となった。当院で骨盤内リンパ節郭清を施行した開腹手術 30 例との比較検討では、腹腔鏡下手術は手術時間の延長を認めるも、術中出血量は少なく、摘出リンパ節個数は多く、退院までの日数は短い結果となった。全例術後の経過は良好で、現在まで再発所見を認めていない。

【結語】今後引き続き症例を重ねることで、腹腔鏡下子宮体癌根治術の有用性を確立していきたい。

2. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術における
筋腫回収に要する時間の検討
～電動式モルセレーターによる回収と
臍小切開創からの細切回収での比較～

名古屋大学

永井孝、後藤真紀、柵木善多、笠原幸代、清水顕、
邨瀬智彦、石田千晴、加藤奈緒、大須賀智子、
中村智子、滝川幸子、岩瀬明、吉川史隆

【目的】当院では腹腔鏡下子宮筋腫核出術を導入して以来、電動式モルセレーターによる筋腫回収を行ってきた。しかし、2014年4月のFDAの電動式モルセレーターに関する勧告とそれに続く電動式モルセレーターの一時発売停止を機に、以後は大半の症例において、筋腫の回収は臍部トロッカー創を延長し、そこからメスまたはクーパーを用いて細切、回収している。今回、電動式モルセレーター使用による筋腫回収に要した時間と、臍小切開創からの細切回収に要した時間について検討した。

【方法】2013年2月から2015年5月までに当院で腹腔鏡下子宮筋腫核出術を行った 31 症例を後方視的に検討した。電動式モルセレーターにより筋腫を回収した 17 症例と臍小切開創から細切回収した 14 症例に分けて、カルテ及び手術映像から回収に要した時間、筋腫の最長径、筋腫重量に関して調査した。

【成績】回収に要した時間は電動式モルセレーターによる回収で 14.2 ± 12.2 分 (平均±標準偏差)、臍小切開創からの回収で 15.9 ± 9.9 分であった。一定体積あたりに必要な回収時間を比較するため、[回収に要した時間 / (筋腫の最長径)³] という値を用いて比較したところ、筋腫の最長径が 6cm 以上の場合、その値はモルセレーターの方が有意に小さかった。(p=0.026)

【結論】筋腫の最長径 6cm 以上の腹腔鏡下子宮筋腫核出術の筋腫回収において、臍小切開創からの細切回収に比べて電動式モルセレーター使用による回収時間の方が早い可能性が示唆された。

3. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術における 5mm 径トロカールからの癒着防止材 (セプラフィルム®) 搬入と貼付の工夫

¹藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院

²藤田保健衛生大学

小川千紗¹、野田佳照¹、酒向隆博¹、塚田和彦¹、
多田 伸¹、廣田 穰²、藤井 多久磨²

〔目的〕子宮筋腫核出術における術後癒着対策は、妊孕性の維持、向上の為に不可欠である。通常は癒着防止材を子宮に貼付することが一般的であるが、腹腔鏡下にきれいに貼付することは難しい。さらに近年、腹腔鏡手術の細径化に伴い、癒着防止材の腹腔内への搬入にも工夫が求められるようになってきている。特にフィルム状の癒着防止材であるセプラフィルム®は癒着防止効果が高いものの5mmのトロカールから搬入することは困難である。今回、現在我々が行っているセプラフィルムの5mmトロカールからの搬入法と貼付法について報告する。〔方法〕①セプラフィルム（クォーターパック）は使用する前に開封し室温（湿度）に慣らしておけば「あぶり法」は不要である。②5mmトロカール内部と搬入する鉗子の水分をトロックス®ガーゼなどで十分に除去する。③鉗子をトロカールに通した状態でセプラフィルムを挟み、手の中で丸めながら鉗子に巻き付けてトロカール内に引き入れる。④アクセスポートにトロカールを挿入し、腹腔内で押し出して腹腔内に搬入する。貼付法：貼付面は付着しやすいよう、出血や水分をふいておく、フィルムは濡れた鉗子では直接把持せず、貼付したい面に当て、トロックス®ガーゼで軽くなじませると貼付の成功率が高い。〔成績〕2015年1月から10月までに行った筋腫核出術66例のうちセプラフィルムを用いたのは23例で、LM50例中では13例(26%)に本法を用いて約85%で貼付に成功した。LAMでは搬入が容易で16例中10例(62.5%)でセプラフィルムを使用し、90%で貼付に成功した。〔考察〕本法は特別なリデューサーを必要としない簡便な方法で成功率も高く症例に応じた癒着防止剤の選択が可能となるものと考えられた。

4. スリム・バッグⅡを使用した reduced port surgery について

岐阜市民病院産婦人科

加藤雄一郎、山本和重、平工由香、豊木廣、
柴田万祐子、尹麗梅

〔目的〕当院では、スリム・バッグⅡ（以下SB2）導入後は全ポートを5mmとして手術可能な症例も増加してきた。SB2の有用性を検討したので報告する。

〔方法〕2014年10月から2015年9月までにSB2を用いた症例を後方視的に検討した。検討項目は症例数、病名、腫瘍サイズ、バッグサイズ、ポートサイズと数、scope径、術式、手術時間、出血量、合併症とした。異所性妊娠症例においては、SB2使用群と従来法群において、鎮痛薬使用回数、術後1日目のCRP、WBCを比較した。全ての症例においてインフォームド・コンセントを得た。

〔成績〕症例は62例、病名は卵巣チョコレート嚢胞27例、卵巣上体嚢胞9例、異所性妊娠12例、卵管留水腫3例、その他の良性卵巣腫瘍が10例、卵巣膿瘍1例であった。腫瘍サイズの平均は46.5mm。バッグサイズはSサイズ：28例、レギュラーサイズ：34例。スコープ径は3mm：2例、他は5mmを使用した。ポートサイズと個数は、5mm4孔が40例、5mm3孔が20例、3mm併用が2例。術式は嚢胞摘出術が32例、付属器切除術が18例、子宮外妊娠手術が12例であった。手術時間は平均104分、出血量は平均38.9ml、合併症は認めなかった。異所性妊娠の検討では、年齢、BMI、腫瘍径といった患者背景に差を認めなかった。鎮痛薬の使用回数と術後1日目のCRPに差はなかったが、WBCはSB2使用群で有意に低値を示した(n=12/24;5.97±2.75vs8.28±2.81;p=0.003)。

〔結論〕SB2はreduced-port surgeryを考える上で有用な道具であると考えられた。対象としては卵巣チョコレート嚢胞、卵巣漿液性嚢胞、卵巣上体嚢胞、卵管留水腫、異所性妊娠が適していると思われた。

5. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に生じた子宮仮性動脈瘤の1例

愛知医科大学 産婦人科

守田 紀子、森 稔高、藤井 沙希、上野 大樹、
二井 章太、木下 伸吾、松下 宏、若槻 明彦

【緒言】仮性動脈瘤は、外傷、手術、感染等により、動脈が牽引、損傷され、嚢状に拡張することにより発生すると考えられている。子宮仮性動脈瘤は稀ではあるが、時に帝王切開術後や子宮内容除去術後に生じ、ひとたび破裂すると大量出血を生じるため、慎重な管理が必要である。今回、我々は腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に生じた仮性動脈瘤に対し、子宮動脈塞栓術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】38歳、未経妊未経産。体外受精前に子宮筋腫核出術を希望し、当院を紹介受診した。子宮体部左前壁に5.8cmの変性を伴う筋層内筋腫を認め、腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した。術中、子宮内膜の損傷を認めたため、修復の後、手術を終了した。術後経過は順調であったが、術後5日目に経腔超音波検査で子宮体部左側筋層内に、血流を伴う2.5×2cmの低エコー領域を認め、またdynamic MRIでは、子宮動脈から連続する造影効果を有する腫瘍を認めた。子宮内腔との穿通は認められず、仮性動脈瘤と診断した。同日、子宮動脈塞栓術を施行した。右大腿動脈より4Frシースを挿入し、左子宮動脈の末梢血管より仮性動脈瘤を確認後、n-butyl cyanoacrylate (NBCA)により仮性動脈瘤を塞栓した。術後11日目、経腔超音波で血流が消失したことを確認し退院となった。現在まで、仮性動脈瘤の再発は認められていない。

【結論】子宮仮性動脈瘤は慎重な経過観察により自然消失することがある一方、大量出血を来した症例も報告されており、その管理法は未だ確立されていない。今回、術後早期に発見した子宮仮性動脈瘤に対し、子宮動脈塞栓を行い、良好な転帰が得られたことにより、子宮動脈塞栓術は子宮仮性動脈瘤の治療に対して重要なオプションの一つとなることが示唆された。

6. 子宮頸部上皮内病変に対する全腹腔鏡下子宮全摘術の治療成績～TLH施行症例の病理組織学的検討より～

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

河合要介¹、梅村康太²、國島温志¹、植草良輔¹、
松尾聖子¹、甲木聡¹、矢吹淳司¹、藤田啓¹、北見和久¹、
池田芳紀¹、高野みずき¹、岡田真由美¹、安藤寿夫³、
河井通泰¹

【目的】子宮頸部円錐切除術の適応年齢に明確な基準がないため、閉経後女性に対して行われることもあるが、若年者と比べて頸管狭窄の頻度は明らかに高い。当院では子宮頸部上皮内病変(CIN)の症例に対して、円錐切除と子宮摘出の選択肢を挙げ、術式を選択してもらっている。2013年8月から全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)を導入しており、CINに対してTLHを施行した症例が増加している。病理組織学的検討よりTLHがCINに対する術式として妥当かどうか検討した。

【方法】コルポスコピー下の組織診にてCIN3までの術前診断でTLHを施行した39例の症例を対象とし、術前および術後病理組織学的評価を検討した。当院のTLHはマニピュレーターを挿入し、腔管切開時は腔パイプをガイドに用いている。TLHの出血量および手術時間、摘出子宮重量の検討も追加した。

【成績】年齢の平均は50.5歳(35-76)で、閉経後女性が21人(53.8%)であった。術前病理組織学的診断はmoderate dysplasiaが13例、severe dysplasiaが20例、CISが4例、その他(細胞診異常のみで組織診に所見なし)が2例であった。術前診断と術後診断の一致率は39例中23例の59.0%であった。8例は摘出検体に病変を認めなかった。子宮腔側の切除断端はすべて陰性。術後は定期的な腔断端細胞診で経過観察しているが再発を疑う症例は認めていない。TLHの出血量の平均値は56.9mL、手術時間の平均値は118分。摘出子宮重量の平均値は139gであった。

【結論】腔管切開時の操作を工夫することで、子宮腔側に遺残ないように腔壁を十分に切除できるため、TLHはCINの術式として妥当であると考えられるが、手術操作で病変が剥離し評価できない症例があることに留意する必要がある。子宮が小さい症例が多く腹腔鏡下で操作しやすいことから、今後TLHの導入を検討している施設にとって適度な症例と考えられた。

第 2 群(1 日目 14:10~15:00) 第 1 会場

7. 左卵巣腫瘍茎捻転を合併した
子宮筋層内膿瘍及び
右子宮付属器膿瘍の一例

岐阜市民病院

尹 麗梅、山本和重、平工由香、柴田万祐子、
加藤雄一郎、豊木廣

【緒言】子宮留膿症はよく報告されているが、子宮筋層内膿瘍形成の報告はあまりない。また炎症性疾患の場合は癒着していることが多く、卵巣腫瘍茎捻転は起こりにくいと思われる。今回我々は、左卵巣腫瘍茎捻転を合併した子宮筋層内膿瘍及び右子宮付属器膿瘍の症例を経験したので報告する。

【症例】91 歳、2 経産。2015 年 9 月末から下腹部痛が出現し、改善しないため 10 月 7 日に前医に受診し、38 度台発熱、炎症反応上昇、骨盤内 7cm 大嚢胞を認め、レボフロキサシン内服にて経過観察となった。13 日も発熱持続、炎症反応上昇傾向にて、前医に入院加療となり、セフトリアキソン投与開始したが、症状継続のため、19 日当院に紹介初診となった。MRI にて子宮や右子宮付属器膿瘍、虫垂炎を疑われ、左卵巣腫瘍も認めた。翌日当院に転院し、同日左下腹部痛の増強を認め、造影 CT にて上記 MRI 所見以外に、左卵巣腫瘍茎捻転の所見も認めた。同日緊急腹腔鏡手術を施行した。子宮筋層内膿瘍と右卵巣卵管膿瘍を認め、子宮や右子宮付属器は回腸末端と強固に癒着し、虫垂は二次性腫大であった。また、左卵巣腫瘍は反時計方向 1 回転の茎捻転を認めた。腹腔鏡下子宮膈上部切断術/両側子宮付属器摘出術/癒着剥離術を行った。術後は解熱、炎症反応も順調に低下し、経過良好にて 15 日目に退院となった。病理結果は子宮膿瘍、右卵巣膿瘍、左卵巣漿液性嚢胞腺腫であった。

【結語】今回左卵巣腫瘍茎捻転を合併した子宮筋層内膿瘍及び右子宮付属器膿瘍という珍しい症例を経験した。感染の経路は不明であるが、子宮の炎症性疾患は子宮留膿症以外に子宮筋層内膿瘍形成のこともあり、保存的な治療が効果乏しい場合は早期の手術が必要であると思われる。また炎症性疾患でも炎症の波及していない側の卵巣腫瘍茎捻転が起こり得ることを認識した。

8. 当院における
腹腔鏡下手術関連合併症の検討

名古屋市立東部医療センター 産婦人科

西川隆太郎、倉兼さとみ、鈴木規敬、村上勇

【目的】当院にて施行した腹腔鏡下手術における合併症に関して検討することを目的とした。【方法】2009 年 1 月 1 日より 2014 年 12 月 31 日の 5 年間に名古屋市立東部医療センターにおいて施行した腹腔鏡下手術症例について後方視的に調査を行った。術中から術後にかけての腹腔鏡下手術に関連した合併症を抽出し、その詳細について検討した。【成績】対象期間中に腹腔鏡下手術を施行した症例は 1968 例であり、そのうち付属器腫瘍摘出術が 922 例、子宮全摘術が 350 例、子宮筋腫核出術が 281 例、子宮内膜症焼灼術、子宮外妊娠手術、癒着剥離術などその他の術式が 415 例であった。術中から術後にかけて手術関連合併症を来した症例は 18 例(0.91%)であり、その施行術式の内訳は、付属器腫瘍摘出術が 7 例、子宮全摘術が 6 例、子宮筋腫核出術が 4 例、子宮内膜症焼灼術が 1 例であった。そのうち術中合併症は 11 例であり、術後合併症は 7 例であった。術中合併症は、手術操作による腸管損傷が 6 例(うち 2 例が粘膜面までの損傷、4 例は漿膜もしくは筋層までの損傷)、尿管損傷が 1 例、手術器具による子宮損傷が 4 例であり、術後合併症は術後腹腔内膿瘍・腹膜炎が 3 例、術後腹壁血腫が 1 例、術後腹腔内出血が 1 例、術後膈壁断端離開による出血が 1 例、術後ドレーン孔ヘルニア嵌頓が 1 例であった。再手術が必要となった症例は 4 例(腸管損傷 1 例、腹腔内膿瘍 1 例、膈断端離開 1 例、ドレーン孔ヘルニア嵌頓 1 例)であった。上記合併症について症例提示を含め詳細を示すとともに、学会によるアンケート報告における合併症頻度などとの比較を含めて考察する。

9. 術前診断し、卵巣を温存しえた Massive ovarian edema による 付属器茎捻転の一例

豊川市民病院 産婦人科

完山 紘平、竹内 清剛、清水 孝郎、保條 説彦

Massive ovarian edema (MOE) は卵巣間質に広汎性に浮腫を伴うが、病理組織検査では腫瘍性病変が認められない稀な病態である。付属器茎捻転を発症して発見されることが多く、付属器切除が施行されることも少なくない。今回我々は、術前に MOE による茎捻転を疑い、腹腔鏡下に捻転解除し卵巣温存しえた 1 例を経験したので報告する。

症例は 33 歳未妊、右下腹部痛を主訴に救急外来を受診、骨盤 MRI 検査で 7 cm の腫瘤を認め、辺縁に沿って微細な嚢胞構造を伴う広汎性卵巣浮腫と診断し、症状改善が認められず緊急手術を施行した。術中所見は、右卵巣が 7 cm に腫大し、反時計まわりに 360 度捻転していた。明らかな壊死所見を認めなかったため捻転解除し、一部組織採取した病理組織検査の結果は卵巣間質に高度な浮腫を伴った卵巣組織、MOE であった。

術後一か月の診察では 3,9×2,2 cm まで縮小し、自覚症状も出現しなかった。若干の考察を含めて報告する。

10. 当科における高度肥満症例に対する腹腔鏡下手術

岐阜大学医学部附属病院 成育医療・女性科

坊本 佳優、矢野竜一郎、佐藤 香月、森重健一郎

【緒言】高度肥満症例に対する開腹手術では創部治癒不全、血栓症発症など重篤な合併症リスクを伴う。一方で腹腔鏡手術においては術野確保困難などの悪条件が想定される。今回我々はロングトロッカーとシーリングデバイスの併用にて腹腔鏡下手術を施行し得た高度肥満の 3 症例を経験したので報告する。手術は全例 5 mm scope を使用、全身麻酔・気腹法で、全例 5mm4 箇所の皮切を施行した。

【症例 1】48 歳、G(2)P(2)、157cm110kg(BMI:44.6)。異型子宮内膜増殖症の術前診断にて TLH+BSO 施行。手術時間 141 分、術中出血 50ml。

【症例 2】50 歳、G(0)、157cm100kg(BMI:40.6)。早期子宮体癌の術前診断にて TLmRH+PLND 施行。上行結腸癌合併のため外科との合同手術を行った。手術時間 514 分、術中出血 35ml。

【症例 3】42 歳、G(1)P(1)、159cm114kg(BMI:45.1)。右卵巣顆粒膜細胞腫の術前診断にて TLH+BSO+pOMTX 施行。手術時間 162 分、術中出血 30ml。

【結果】全例合併症無く手術を完遂した。摘出標本は全て経腔的に回収、腔断端は 0 バイクリル糸で連続縫合を行い、骨盤腹膜は無縫合とした。高度肥満により腸管の挙上が困難で十分な視野確保ができず、気腹圧を 12~15mmHg と上昇させシーリングデバイス(エンシール)を併用することで手術操作性を向上させることができた。

【結語】高度肥満症例においては、合併症リスクの観点より当初から腹腔鏡下手術を積極的に選択しても良いのではと思われた。

11. 腹腔鏡下に摘出し得た小網原発 benign cystic mesothelioma の1例

¹郡上市民病院、²岐阜大学、³郡上市民病院外科、
⁴岐阜市民病院病理部

上田陽子¹、矢野竜一郎²、島本 強³、片桐義文³、
田中 卓二⁴、丹羽憲司¹

[緒言]今回我々は腹腔鏡下に摘出し得た小網原発 benign cystic mesothelioma の1例を経験したので報告する。

[症例]13歳 0経妊。心窩部痛精査にて巨大子宮付属器腫瘍を指摘された。経直腸超音波検査にて正常な両側卵巣を確認、子宮の右側に右傍卵管嚢胞を疑う 12cm 大の不整形の嚢胞性病変を認めた。MRI でも臍高に達する同様の漿液性嚢胞を認め、右傍卵管嚢胞の術前診断にて腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内を観察すると、術前に傍卵管嚢胞と診断した腫瘍は小網と連続する多房性の腹膜腫瘍であり、捻転を認めた。腹膜リンパ管腫あるいは嚢胞性中皮腫の茎捻転の術中診断とし、茶褐色漿液性内容物を 830ml 吸引した後、腹膜腫瘍摘出術を施行した。子宮・付属器に異常は認めなかった。摘出標本の病理組織学的検査にて、嚢胞性腫瘍を裏打ちする上皮様細胞は免疫組織化学的に calretinin 陽性であり、benign cystic mesothelioma の最終診断となった。術後約 1 年を経過するが、再発徴候を認めていない。

[結語及び考案]腹腔鏡下に peritoneal benign cystic mesothelioma を摘出し得た。benign cystic mesothelioma は、主に妊娠可能年齢の女性に発生する稀な腹膜腫瘍であり、その発生頻度は百万人に2例程度と言われている。腹膜細胞の増殖に由来すると考えられているが、明確な病因及び病変の発生プロセスは未だ不明である。殊に小網原発の腫瘍は稀である。腹膜腫瘍は、時に小児の急性腹症の原因となるが、卵巣腫瘍と臨床像が類似することから、術前の確定診断は難しい。小児の腹部嚢胞性疾患の診断においては、本症例のように、稀な腹膜由来の腫瘍も鑑別の一つとして念頭に置く必要があると考えられた。

12. 分娩時脳出血の一例

三重大学付属病院

阪本美登、村林奈緒、岡本幸太、北村亜紗、森下みどり、久保倫子、二井理文、吉田健太、小林良幸、大里和広、神元有紀、池田智明

【緒言】

脳出血による母体死亡は、我が国の妊産婦死亡において弛緩出血に次いで多い。今回、分娩時に妊娠高血圧症候群を発症し、脳出血を来したが母児ともに救命しえた一例を経験したので報告する。

【症例】

患者は 33 歳初産婦。自然妊娠成立後、妊娠経過に異常を認めなかった。妊娠初期の血圧は収縮期血圧 100mmHg 台であった。妊娠 39 週 2 日に陣痛発来し前医に入院となった。陣痛開始後 8 時間経過し、収縮期血圧 140mmHg 台と上昇を認め、分娩時発症の軽症妊娠高血圧症候群と考えられた。血圧上昇とともに頭痛を訴え、その後、意識レベル JCS II-10 となった。収縮期血圧 170mmHg 台とさらに上昇を認め、左半身の麻痺も出現したため、脳出血の疑いで当院搬送となった。産科・救急科・麻酔科・小児科・脳神経外科待機のもと搬送を受け入れた。当院到着時、母体の血圧・意識レベルは改善を認めなかったが、胎児心拍数モニタリングはレベル 1 であった。子宮口全開大で児頭の下降も得られていたため、直ちに吸引分娩で児を娩出し、母体を挿管管理とした。母体は頭部 CT にて、右被殻出血と診断され、緊急開頭血腫除去術が施行された。児は 3036g の女児、Apgar score 8 点(1分)/9 点(5分)、出生後経過は良好であった。術後再出血を認めず経過は良好であったが、左半身の不全麻痺が残存したため、術後 27 日目リハビリ施設へ転院となった。

【結語】

今回、他科との早期連携により母児共に救命しえた脳出血合併妊娠の一例を経験した。

13. 塩酸リトドリンによる横紋筋融解症が 診断の端緒となった 筋強直性ジストロフィーの一例

名古屋第一赤十字病院

夫馬和也、伊藤晶子、三澤研人、猪飼恵、大多和恵子、鈴木一弘、三宅菜月、長尾有佳里、柵木善旭、池田沙矢子、栗林ももこ、岡崎敦子、新保暁子、斎藤愛、坂堂美央子、廣村勝彦、安藤智子、水野公雄、古橋円

筋強直性ジストロフィー(myotonic dystrophy :DM)は筋委縮と筋力低下、ミオトニアを呈し、また多臓器障害として心筋伝導障害・耐糖能異常・白内障などがしばしばみられる常染色体優性遺伝疾患である。DMは神経内科疾患であるが、周産期に密接な関わりを持つ疾患でもある。羊水過多や切迫流早産の原因になるばかりでなく、周産期管理上注意すべきことも多い。

本症例では妊娠30週4日、切迫早産に対し塩酸リトドリンの内服を開始したところ、同日中に両側の大腿痛で歩行が困難となり救急搬送された。血清CK値や尿検査から横紋筋融解症を発症していると考えられ、羊水過多、ミオトニア、筋力低下の病歴、家族歴からDMの関与が強く疑われた。入院管理とし、全身管理を行いながら羊水過多に対して排液を行ったが妊娠31週6日に破水し、骨盤位と心音低下のために超緊急帝王切開を行った。児は1411gの男児で、Apgar score I(1分)/2(5分)であった。Floppy infantを呈し、長期の呼吸器管理を要した。児の遺伝子検査でCTGレポートが2500回と増大を認め、先天性筋強直性ジストロフィー(congenital myotonic dystrophy:CMD)と診断された。母体CTGレポートは1000回であった。

本症例のようにDM合併妊婦はDMと診断されることのないまま産婦人科を受診することがある。横紋筋融解症、羊水過多、切迫早産を診た際にはDM合併妊娠を鑑別のひとつとして挙げることが重要である。確定診断は遺伝子検査で行うが、筋力低下の病歴、既往歴、家族歴をとり、理学所見や特徴的な外見を観察することで、DMをある程度疑うことができる。また、CMDはDMの最重症型であり、特有の問題である。母体のDMを診断するには児のCMDの可能性にも触れながら十分な遺伝カウンセリングが必要となる。

14. 腎動脈瘤破裂により 母体心肺停止となった1例

名古屋第二赤十字病院 産婦人科

安田裕香、加藤紀子、伊藤聡、波々伯部隆紀、田中秀明、大脇太郎、丸山万里子、水谷輝之、林和正、茶谷順也、山室理

【緒言】腎動脈瘤破裂は稀な疾患であるが、緊急な救命処置を必要とする。今回我々は妊娠28週に腎動脈瘤破裂により母体心肺停止となった1例を経験したため報告する。

【症例】36歳女性、3経妊2経産、妊娠28週3日に突然の左腰背部痛で前医を受診し、疼痛の持続と子宮収縮を認めるため、当院へ救急搬送された。超音波検査にて左水腎と尿潜血を認めたため、尿路結石の疑いで入院となった。一時痛みは改善したものの、翌日に再度強い疼痛が出現した。NST検査にて基線細変動は減弱し、高度変動一過性徐脈が頻発したため、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開術を施行した。開腹すると左から正中の後腹膜に血腫を認めた。児娩出後に原因検索のため、開腹のまま造影CTを施行した。原因血管は不明であったが、後腹膜の動脈性出血と判断し、後腹膜を切開し出血源を検索したところ、左腎動脈の破裂による出血を認めた。術中、出血多量により心肺停止の状態になり、蘇生処置を行いながら腎摘出術を施行した。左腎の摘出により、出血のコントロールがつき、母体の血行動態も安定し手術を終了した。母児共に特に後遺症なく、退院となった。

【結語】腎動脈瘤破裂により母体心肺停止となったものの救命し得た1例を経験した。腎動脈瘤破裂では、胎児機能不全は母体の循環不全に先行して発症している報告が多い。本症例のように胎児機能不全の原因として、母体の急変に伴うものが存在するため、母体の急性疾患も鑑別に挙げ診察にあたる必要がある。

15. 重症妊娠悪阻の治療中に発症した Bacillus cereus 敗血症の一例

刈谷豊田総合病院

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

【緒言】Bacillus cereus は環境に広く存在する細菌であり、培養検査で検出時にはコンタミネーションとして扱われることが多い。一方で免疫抑制状態の患者では致死的な感染症を引き起こすこともある。今回、我々は重症妊娠悪阻の治療中に Bacillus cereus 敗血症となった症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。【症例】33歳、0経妊0経産。妊娠6週頃より悪阻症状あり、9週5日に重症妊娠悪阻にて入院、末梢点滴治療を開始した。15週1日に38℃台の発熱、頻脈、炎症反応の上昇を認め、FMOX2g/日投与を開始した。血液培養では Bacillus cereus が陽性となったがコンタミネーションと考え現行治療を継続した。抗菌薬の増量、TAZ/PIPCへ変更したが、発熱持続し16週0日の血液培養で Bacillus cereus が再び陽性となった。原因菌と考え、薬剤感受性を確認し16週1日からMEPM 1.5g/日に変更、16週3日からVCMを併用し一時的に解熱したが、17週1日に再度発熱した。全身検索を行ったが感染源を特定できず、末梢点滴が感染源となり得ると判断し17週2日に点滴治療を中止、AZM 500mg×3日間の経口投与に切り替えたところ、解熱が得られた。18週1日に再度発熱あり、CAM 400mg/日の経口投与に変更し、まもなく解熱した。食事摂取可能となり、20週0日に退院となった。CAM内服は4週間継続した。その後の妊娠経過に異常なく、41週1日に3276gの生児を得た。胎盤病理では臍帯、胎盤に感染や炎症所見を認めなかった。【結語】重症妊娠悪阻では低栄養状態、易感染性となるため、経過中に発熱をみる場合は Bacillus cereus による敗血症の可能性にも留意が必要である。

16. フィブリノゲン遺伝子多型合併妊娠の 一例

三重大学

岡本幸太、神元有紀、阪本美登、森下みどり、
北村亜紗、渡邊純子、高山恵理奈、村林奈緒、
大里和弘、池田智明

【緒言】不育症の原因は様々であるが原因不明のものが65%にのぼり、原因毎の管理方針など一定した見解がないのが現状である。今回我々は、フィブリノゲン遺伝子異常が不育症の一因と考えられる症例で、抗凝固療法を施行し良好な結果を得たので報告する。【症例】37歳、8経妊0回経産。生来健康で既往歴はない。23歳で初妊娠したが自然流産となり、それ以降、25歳時3回目の妊娠にてPotter症候群で中期中絶しているが、それ以外は自然流産と化学流産を繰り返していた。今回、体外受精にて妊娠となり不育症にて8週6日より当院管理となった。初期より低用量アスピリン内服開始している。遺伝子検査により、フィブリノゲン遺伝子多型Thr312Alaが認められた。Thr312Ala保有者は静脈血栓や脳梗塞、心筋梗塞などの血栓症の発症リスクが高いと報告されており、過凝固状態を予防する目的でヘパリンカルシウム(Ca)10000単位/日の皮下注射を開始した。妊娠中期よりd-dimerの上昇がみられヘパリン漸増したがd-dimer:7ug/mlとさらに上昇したため入院管理としヘパリンの持続静注を開始とした。その後、APTT,d-dimerの値でヘパリン調整し、36週3日より分娩誘発開始し36週4日児娩出(2584g Apgar8/9)となった。胎盤病理ではフィブリンの析出を伴う梗塞巣が散在していた。【結語】血液検査や胎盤病理結果から過凝固状態が示唆され、これが不育症の原因となっていた可能性がある。本疾患のヘパリン療法の有効性が示された。

17. 病理組織学検査により羊水塞栓症と診断された1例

岡崎市民病院

内田亜津紗、田口結加里、石原恒夫、斎藤拓也、西尾沙矢子、山田玲菜、渡邊絵里、杉田敦子、阪田由美、森田剛文、榎原克己

【緒言】羊水塞栓症は産科危機的出血を来す代表的な疾患の一つであるが、未だ予防策はなく致死率も高い。今回我々は、臨床的に羊水塞栓症を疑い組織学的にも多彩な胎児成分を認め羊水塞栓症と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】33歳、4経妊1経産。13週~14週で切迫流産のため入院、以後の経過では特に異常はなかった。39週1日で陣痛発来し入院、翌39週2日で自然破水したが、胎児徐脈を認め鉗子分娩となった。新生児は男児、体重3026g、ApgarScore4点/5点、新生児仮死のためNICU管理となった。分娩後から出血が持続し徐々に血圧70mmHg台まで低下したため、輸血を開始。子宮収縮薬使用し、子宮腔内にバルーン留置したが止血困難のため、分娩後2時間で子宮全摘術を決定した。分娩から手術開始までの総出血量は6090mlになった。開腹すると、子宮は弛緩し著明な浮腫を認めた。術中の出血量は1260ml、手術時間2時間5分。術後ICU管理としたが、術後3時間で再度血圧50mmHg台まで低下、貧血の進行を認めた。造影CTで後腹膜血腫の増大を認め、出血点を確認できたためTAEを施行した。TAE施行後、全身状態は安定し後腹膜血腫も改善を認めたため術後10日目に退院となった。新生児は日齢13日目に退院、生後3か月の時点で成長、発達の異常は認めていない。病理結果は子宮筋層の静脈内に毛髪や鱗屑、羊水成分を認め、組織学的に羊水塞栓症と診断することが出来た。

【結論】我々の施設でも臨床的に子宮型DIC先行型羊水塞栓症に遭遇することはあるが、今回は病理組織学的に明瞭に診断がついた稀な症例であった。産科危機的出血は2010~2014年の妊産婦死亡の疾患の中では最多を占め、羊水塞栓症はその中でも最多である。予防策はなく早期の治療開始が重要であるが、今回の症例では早期に臨床的羊水塞栓症を疑い、他科との連携や迅速な初期治療により救命することが出来た。

18. 胎児徐脈で母体搬送され、先天性不整脈が疑われた2例

岡崎市民病院

田口結加里、内田亜津紗、石原恒夫、斎藤拓也、西尾沙矢子、山田玲奈、渡邊絵里、杉田敦子、阪田由美、森田剛文、榎原克己

【緒言】QT延長症候群(LQTS)や洞不全症候群(SSS)は突然死をきたし得る疾患であり、遺伝的素因を持つ場合もある。LQTSやSSSは突然死の原因にもなるため、早期診断が重要となる。今回、我々は胎児徐脈をきたし、児にLQTSとSSSがそれぞれ疑われた2例を経験したので報告する。【症例1】23歳、初産。37週5日のNSTで基線細変動減少(5-10bpm)、胎児徐脈(100-120bpm)、一過性頻脈の減少を認め母体搬送。搬送後もNST所見は同様であったが、それ以外のBPSは正常であったため経過観察とした。患者は中学の検診でLQTSを指摘されたが、精査で運動制限なしの経過観察、その後フォロー終了となっていた。38週0日に分娩誘発後、児娩出。分娩時の児心音は早発一過性徐脈の出現のみであった。児は2,994gの男児、ApgarScore8/8点。児はその後、心拍数90bpm前後の徐脈を認め、NICU入院となった。安静時心電図でQTc552msとQT時間延長を認めたが、採血でCa8.5mg/dLと軽度低Ca血症を認めたため、Ca補正後に心電図再検となった。再検の安静時心電図ではQTc493msと延長は軽度であったため、マクロライド系抗生剤の内服禁止とし、1年後小児科フォロー予定。【症例2】23歳、初産。39週6日、検診時に胎児徐脈(70-80bpm)の持続を認め母体搬送。搬送後エコーで胎児徐脈を確認し、超緊急帝王切開施行。2,792gの男児、ApgarScore8/9点だが、心拍数90台のためNICU入院。精査でSSSの可能性あり、母方祖父、曾祖父にも不整脈既往あることから家族性洞不全症候群疑いで、小児科で経過観察中である。【考察】LQTSやSSSでは非特異的な胎児心拍異常を来す場合があり、胎児機能不全など他の疾患との鑑別には家族歴が重要となる。LQTSやSSSを疑う場合には、小児科と連携した中長期的なフォローが必要である。

19. DICを合併した子宮内胎児死亡を伴う 常位胎盤早期剥離に対し、 トロンボモデュリン α が有効であった2例

トヨタ記念病院 産婦人科

眞山学徳、伊吉祥平、山田拓馬、山内佑允、竹田健彦、
宇野 枢、田野 翔、吉原雅人、鶴飼真由、原田統子、
岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】常位胎盤早期剥離は子宮内胎児死亡（IUFD）を伴う場合、DICを合併しやすく迅速なDICの評価と治療が重要である。遺伝子組換えトロンボモデュリン α （rhTM）はDIC治療薬でAT-IIIと競合し、過剰に産生されたトロンビンと結合する。今回我々はIUFDを伴う常位胎盤早期剥離に起因するDICに対して、rhTMが有効であった2例を経験したので報告する。【症例】症例1は31歳、1経妊1経産。妊娠39週0日に下腹部痛と性器出血を主訴に前医を受診し、常位胎盤早期剥離とIUFDの診断で緊急母体搬送となった。来院時は血圧115/64 mmHg、脈拍74 bpm、外出血は少量で子宮口は1cm開大であり、Hb 9.9 g/dL、Plt $22.2 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 、FDP 79.7 $\mu\text{g/mL}$ 、Fibrinogen 283 mg/dL、AT-III 86%、産科DICスコアは12点であった。直ちにrhTMの投与を行い、分娩誘導を開始した。発症から6時間で経膈分娩となった。経過中にAT-III活性の低下を認めず、総出血量は1,693 gで、総輸血量はFFP 8単位、RBC 4単位であった。産後2日目に合併症なく退院となった。症例2は31歳、1経妊1経産。31週1日に下腹部痛と性器出血を主訴に前医を受診し、常位胎盤早期剥離、IUFDの診断で緊急母体搬送となった。来院時、血圧は107/77 mmHg、脈拍110 bpm、外出血は少量で子宮口は閉鎖していた。Hb 8.9 g/dL、Plt $8.6 \times 10^4 / \mu\text{L}$ 、FDP $>1,200 \mu\text{g/mL}$ 、Fibrinogen $<20 \text{ mg/dL}$ 、AT-III 98%、産科DICスコアは21点であった。直ちにrhTMと輸血製剤の投与を行い、分娩誘導を開始した。発症から16時間後に経膈分娩となった。総出血量は3,770 g、総輸血量はFFP 32単位、RBC 18単位、PC 35単位であった。産後2日目に合併症なく退院となった。【結論】IUFDを伴う常位胎盤早期剥離の経膈分娩におけるDICの治療に、rhTMは有用であった。

20. 当院過去3年間の常位胎盤早期剥離 14例の胎児心拍数陣痛図と臨床対応の 検討

¹刈谷豊田総合病院 初期研修医、
²産婦人科

小林祐子¹、犬飼加奈²、茂木一将²、山田千恵²、
青木智英子²、松井純子²、長船綾子²、梅津朋和²、
山本真一

【目的】常位胎盤早期剥離(以下本症)は全妊娠の1%で発症し、その20%で児が死亡し、脳性麻痺例の検討では本症が原因の25~30%を占めるとされる。典型例の診断は困難ではないが、軽微な症状の場合には的確な早期診断が困難である。本症診断に対する胎児心拍数陣痛図(以下CTG)の有用性を検証する事を目的とした。【方法】2012年8月~2015年7月の3年間に当院で扱った分娩2414例のうち、本症と診断した14症例につきCTG所見、臨床症状、対応などを検討した。CTG所見は分娩時の判断とは別に再検討し、産婦人科ガイドライン産科編2014に従って5段階評価を行い、20分間隔毎に最も重い所見を記録した。また、分娩経過中に本症を強く疑ったが最終的に否定した4症例についても比較のため併せて検討した。【成績】当院の本症発生率は0.58%であり、そのうち児死亡は1例(7.1%)、その他の児は現在までのところ後遺症を認めていない。年齢は19~43歳(平均31.8歳)、妊娠週数は32週1日~40週5日(平均37週1日)、当院管理は12例、緊急搬送は2例であった。緊急帝王切開を行った症例は13例、経膈分娩は1例であった。CTG異常所見または児心拍数異常を理由に帝王切開を行った症例は10例、その他の臨床所見を理由とした症例は3例であった。経過中に診断しえず経膈分娩となった症例が1例あった。本症と診断した症例では、胎児娩出の2時間程度前からレベル4の異常を短時間示すもののすぐに回復する症例が散見された。それに対して本症を疑ったが結果として否定した症例では、その様な所見は無かった。しかし一方、CTGで異常を認めず他所見を理由に緊急帝王切開とした症例も3例あった。【結論】本症の診断をCTG所見のみに頼ることは困難であり、出血、疼痛、腹部板状硬、エコー所見などを併せて検討し、注意深い観察により判断すべきである。

21. 分娩を契機に発症した非典型溶血性尿毒症症候群 (atypical hemolytic uremic syndrome:aHUS) の一例

市立四日市病院

真木晋太郎、三宅良明、辻誠、島田京子、北川香里、長尾賢治、谷田耕治

【緒言】aHUSは溶血性貧血、血小板減少、腎障害を特徴とする、補体活性化制御因子の遺伝子異常による症候群であり、致死率は25%にもおよぶといわれている。今回、診断および治療に苦慮したaHUSの一例を経験したので報告する。

【症例】26歳、初産婦。前医にて妊娠33週より尿蛋白1+、39週で3+となり、血圧の上昇を認め、妊娠高血圧腎症として妊娠39週3日時に緊急帝王切開となった。術後も血圧高値であり、術後2日目より乏尿を呈し、全身浮腫著明となり当院に搬送となった。搬送時腎障害、溶血性貧血、血小板減少を認め、TMA(血栓性微小血管障害症: thrombotic microangiopathy)が疑われた。降圧薬を投与し、乏尿が持続したため血液透析を行った。入院5日目に意識障害、失語、右片麻痺を認め、MRIにて両側の中脳動脈狭窄を認め、可逆性脳血管攣縮症候群と診断した。血漿交換、持続的血液濾過透析を開始し神経症状、血液検査所見は改善を認めた。5日間で血漿交換は終了とし、持続的血液濾過透析も6日間で終了し、血液透析を継続した。その後神経症状、血液検査は改善傾向であったが、再度悪化を認めたため入院75日目にエグリズマブを導入した。以後改善、増悪を繰り返したが徐々に状態が安定し、入院153日目に退院となった。なおADAMTS13は低下なく、遺伝子検査では補体H因子遺伝子の変異がありatypicalHUSであったと考えられた。

【結語】今回、分娩を契機としたTMAの一例を経験した。血漿交換、また抗C5モノクローナル抗体であるエグリズマブ導入により改善がみられ、早急な診断と治療介入が予後を左右すると考えられた。

22. 分娩時の高血圧により分娩子癇を発症した症例

¹愛知医科大学、²クリニックベル

大脇佑樹¹、山本珠生¹、鈴木佳克¹、松下宏¹、渡辺員支¹、若槻明彦¹、鈴木眞史²

子癇は妊娠高血圧症候群(PIH)に分類される妊婦のけいれんである。PIHで高血圧+たんぱく尿を呈する妊娠高血圧腎症(PE)は子癇前症ともよばれ、極めて子癇との関連が深いとされてきたが、最近の我々の検討では、妊娠末期までPEの症状がなく、陣痛発来後に血圧が急激に上昇し、子癇を発症する(多くは血圧の上昇のみであり、妊娠高血圧に含まれる)ものが子癇症例の半数近くあることを明らかにした。

症例は34歳、初産婦、身長155cm、妊娠初期体重46kg、BMI19。自然妊娠し、前医にて妊婦健診を受けていた。妊娠39週4日の外来診察室での血圧(BP)109/73mmHg、蛋白尿なし、体重55.5kg、子宮口2cm開大。妊娠40週2日に陣痛発来、13時に入院。入院時BP142/92mmHg、蛋白尿1+、15時BP166/94mmHg、16時BP187/112mmHg、その後、BP140-150/85-110mmHgを推移。18時より陣痛増強、子宮口6cm開大。40週3日、1時BP171/91mmHg、7時16分、けいれん・意識消失あり。けいれんは2分続いた。酸素投与、硫酸マグネシウム点滴。7時19分、子宮口全開大し、鉗子分娩(3270g、男児、AP9/10)、胎盤娩出前に当院に母体搬送となる。

当院到着時、意識回復。頭部CTとMRIにて、後頭葉にposterior reversible encephalopathy syndrome(PRES)所見認め、子癇と診断した。頭部MRIは、産後3日、7日、5週に撮影し、PRESは産後7日には消失、MR angiographyで血管の攣縮は認めなかった。出血傾向があり、産科DICスコア9点にてリコンビナントトロンボモジュリン点滴した。子宮出血が持続し、Hb5.7g/dlと低下したため、新鮮凍結血漿+RBC輸血と左子宮動脈塞栓術施行した。子宮出血止血後、血圧上昇し、ニカルジピン注、その後ニフェジピン内服にて降圧治療、産後5週で降圧剤終了した。

子癇は、重症PEが先行するものは高次施設への搬送後の発症が多いが、そうでないものは多くが一次施設で、分娩の開始後に発症することになる。発表では本症例とこれまで経験した子癇症例11例と比較しながら、分娩時の高血圧を含め適切な対応についても考察する。

23. 重症 PIH を繰り返した IgA 腎症合併妊娠の一例

公立陶生病院

篠田 弥紀、小島 和寿、犬塚 早紀、浅井 英和、
岡田 節男

【緒言】腎疾患合併妊娠では流早産や子宮内胎児発育不全、妊娠高血圧腎症などの周産期合併症の頻度が増加することが知られている。IgA 腎症は日本人に最も多い慢性腎炎であり、その好発年齢が妊娠適齢期と合致することから、妊娠に合併する腎疾患では最も頻度が高いとされている。今回我々は、妊娠を契機に IgA 腎症と診断され、3 回の妊娠において重症妊娠高血圧腎症 (Pregnancy induced hypertension; PIH) を繰り返した症例を経験したので報告する。

【症例】34 歳女性、0 経妊 0 経産。既往歴に特記すべき事項はなし。妊娠初期より高血圧を認めており、尿蛋白も出現したため妊娠 17 週 4 日に当院紹介受診となった。初診時の随時尿蛋白は 64mg/dl であった。妊娠 20 週 6 日に尿蛋白量増加、胎児発育不全、羊水過少を認め、重症 PIH として入院管理となったが、入院後、血圧上昇、尿蛋白増悪、胎児発育停止となり、妊娠 21 週 5 日に人工妊娠中絶に至った。産褥 3 ヶ月の時点で高血圧、蛋白尿、血尿が持続していたため腎生検施行予定であったが、施行前に 2 回目の妊娠が成立。未診断腎炎合併妊娠として腎臓内科と連携しながら周産期管理を行った。妊娠 27 週 2 日より PIH を発症し、入院管理となった。入院後重症 PIH へと進行したため、妊娠 28 週 1 日に帝王切開術施行。児は 964g、Apgar score 1 分値 1 点、5 分値 3 点であった。産後、腎生検施行し、IgA 腎症と診断。扁桃摘出術とステロイドパルスにて治療後、3 回目の妊娠に至った。妊娠 30 週 3 日に血圧高値を認め、再度重症 PIH に進行したため、妊娠 31 週 3 日帝王切開術施行。児は 1284g、Apgar score 1 分値 8 点、5 分値 9 点であった。産褥経過は良好で、現在は腎臓内科にて定期的にフォローされている。

【結語】重症 PIH を繰り返した IgA 腎症合併妊娠の一例を経験した。腎疾患合併妊娠において、腎臓内科と連携しながら慎重に周産期管理を行うことが周産期予後を改善することがわかった。

24. 救命し得た子宮型羊水塞栓症の一例

市立四日市病院 産婦人科

島田京子、三宅良明、北川香里、辻誠、真木晋太郎、
長尾賢治、谷田耕治

【緒言】羊水塞栓症には、発症後短時間でショック、心停止となり死に至る心肺虚脱型の他に、DIC 型後産期出血が臨床症状として出現する子宮型羊水塞栓症があることが提唱されている。今回、吸引分娩後多量出血により意識レベル低下、子宮全摘術を施行し、摘出子宮の病理学的検査により子宮型羊水塞栓と確定診断した一例を経験したので報告する。

【症例】39 歳 2 経妊 2 経産。自然妊娠成立後、近医にて妊婦健診施行、妊娠経過は順調であった。妊娠 39 週 4 日、自然陣痛発来後、硬膜外麻酔併用下にオキシトシンによる分娩誘発を行った。子宮口全開大後自然破水し、児心音低下のため吸引分娩となった。その後、持続的な性器出血があり、15 分間で出血量 3400g に達したため、当院へ母体搬送された。当院到着 5 分後には JCS300 となり、大量輸血、子宮内バルーンタンポナーデ法を施行するも子宮口から出血が持続、止血困難と考え、子宮全摘術施行した。総出血量 9450g、RCC24 単位、FFP24 単位、PC20 単位を輸血した。術後全身状態は改善し、術後 14 日目に独歩で退院となった。生化学的検査にて補体とインヒビターの低下を認め、また、摘出子宮の病理学的検査にて、血管内にサイトケラチン陽性細胞を、間質組織にアナフィラトキシン陽性細胞を多数認めることから子宮型羊水塞栓症と確定診断した。

【結語】今回、早急な子宮全摘を施行することで重症化せず救命できた一例を経験した。分娩後原因不明の弛緩出血に対して、本疾患の可能性を念頭に置いた臨床的検査ならびに病理学的検索を行うべきであると考えた。

25. 当院で経験した子宮腺肉腫の3例

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

國島温志¹、河井通泰¹、植草良輔¹、松尾聖子¹、
矢吹淳司¹、藤田啓¹、甲木聡¹、北見和久¹、吉田光紗¹、
池田芳紀¹、高野みずき¹、河合要介¹、梅村康太²、
岡田真由美³、安藤寿夫³

【目的】子宮腺肉腫(adenosarcoma)は発生頻度が子宮体部悪性腫瘍の約0.6%と報告される比較的稀な疾患である。今回、当院で経験した3例を報告する。【症例1】66歳、0経妊。下腹部痛を主訴に受診し、MRIで子宮体部のsolid cystic tumorを認めた。術中迅速病理でadenosarcomaと診断され子宮全摘術+両側付属器切除術を施行した。腹水細胞診は陰性。術後病理診断でadenosarcomaIB期と診断した。術後追加治療なしで経過観察していたが8年後に腸骨転移をきたし放射線治療を施行した。その1年後に両肺転移をきたし化学療法開始、現在も化学療法継続中である。【症例2】38歳、1経妊1経産。内膜ポリープにて子宮鏡下内膜ポリープ切除術を3回施行されており、病理診断はEndometrial polypであった。筋腫分娩のため当院紹介、術前組織診、MRI、CTで悪性所見なし。子宮鏡下で筋腫捻除を施行したところadenosarcomaと病理診断された。追加手術として子宮全摘術+両側付属器切除術を施行した。病理はadenosarcomaIA期であり、術後追加治療なしで経過観察中。術後2年経過時点で再発は認めていない。【症例3】73歳、2経妊2経産。不正性器出血を主訴に受診、経腔超音波検査で子宮内膜肥厚を認め、子宮体部組織診でsarcomaが疑われた。手術は子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術を施行し、術後病理診断でsarcomatous overgrowthを伴うadenosarcomaIC期と診断された。追加治療として術後化学療法施行中であり、術後半年時点では再発は認めていない。

【結論】子宮腺肉腫は子宮内膜から発生したポリープ状の柔らかい腫瘍として発生し、頸管あるいは内膜ポリープや筋腫分娩と鑑別に難渋することも多い。基本的に低悪性度ではあるがsarcomatous overgrowthを伴うと予後不良との報告もある。治療の第一選択は手術療法であるが、術後の追加治療についてはまだ十分なエビデンスが得られていない。今後も症例を蓄積し、検討していきたい。

26. 子宮頸部腺癌に対して陽子線治療を行った1例

¹名古屋市立西部医療センター産婦人科、
²愛知医科大学産婦人科

加藤智子¹、六鹿正文¹、早川明子¹、小泉誠司¹、
十河千恵¹、松浦綾乃¹、川端俊一¹、中元永理¹、
関宏一郎¹、西川尚実¹、柴田金光¹、鈴木佳克²

【緒言】陽子線治療は、光速の約60%に加速した水素原子核を加速して癌病巣に投与する放射線治療であり、少ないビーム数で病巣の形に合わせた良好な線量分布を得ることが可能である。現在、初発の婦人科腫瘍に対してはX線治療が確立されているが、陽子線治療も進行例、再発癌、再照射例などで少数ながら適応例がある。

子宮頸部腺癌に対し陽子線治療とその後TC療法を行い経過良好な症例を経験したので報告する。

【症例】37歳G4P4半年前からの悪臭伴う帯下と不正出血を主訴に前医受診した。

子宮頸部に7cm大の腫瘍がみられ、子宮腔部組織診で低分化腺癌であり子宮頸癌IVA期疑いと診断された。当院での治療(CCRTまたは陽子線治療)を希望し紹介受診した。膣鏡診、内診、画像検査(CT、MRI、PET)で子宮頸部に7×6cm大腫瘍、膣壁浸潤、右旁膣結合織浸潤、骨盤リンパ節(両総腸骨リンパ節、右外腸骨リンパ節)の多発腫大を認め子宮頸部腺癌III期と診断した。当院放射線科でCCRTと陽子線治療について相談し陽子線治療を行った。子宮頸部腫瘍および周囲の小リンパ節に対する陽子線治療60.80GyE施行後にTC療法(PTX 175mg/m²+CBDCA AUC6)を5コース行った。その後、総腸骨リンパ節に対する陽子線治療60.80GyEを行った。現在外来にて経過観察中であるが、腹部CT上総腸骨リンパ節は縮小したままであり再燃はみられていない。

本症例について文献的考察を含めて報告する。

27. ベセスダシステム導入後の子宮頸癌 および子宮頸部異形成における 組織診、細胞診の分析

¹名古屋記念病院、²同病理

飯谷友佳子¹、石川尚武¹、小田川寛子¹、廣中昌恵¹、
神谷典男¹、西尾知子²

[目的]細胞診、狙い組織診、術後の組織診の結果がどの程度相関しているかを検討した。

[方法]2012年1月から2015年7月の間に、当院で、円錐切除術、子宮全摘術を施行した136例の細胞診、狙い組織診、術後の組織診についてデータを収集、解析した。

[成績]狙い組織診を施行した症例は469例で、ベセスダ不明32例、NILM8例、ASC-US55例、ASC-H24例、LSIL122例、HSIL186例、AGC27例、SCC13例、Adenocarcinoma2例であった。そのうち手術施行症例は136例で、ベセスダ不明5例、NILM1例、ASC-US3例、ASC-H7例、LSIL12例、HSIL93例、AGC8例、SCC6例、Adenocarcinoma1例であった。

狙い組織診又は術後の組織診でCIN3以上の診断を得たものは156例あり、ベセスダ不明10例(CIN3以上の数/ベセスダ不明での生検数×100=31.25%)、NILM1例(12.5%)、ASC-US4例(7.25%)、ASC-H11例(45.83%)、LSIL11例(9.01%)、HSIL97例(52.15%)、AGC8例(29.62%)、SCC12例(92.3%)、Adenocarcinoma2例(100%)であった。

狙い組織診でCIN3と診断し、手術を施行した91例の、術後組織診の結果は、CIN3;83例、IA1期;5例、IA2期;1例、IB期以上;2例であった。

[結論]LSILからはIA期以上の病変が存在しなかった。ASC-HやAGCは検出される割合が少ないものの、高確率で病変が存在するため生検が必須である。また狙い組織診でのCIN3は、8.7%が術後組織診でI期以上に変更となった。円錐切除術を施行して正確な診断を得ることが望ましい。

28. 子宮体癌再発加療中に発症した 上大静脈症候群の一例

三重大学附属病院

森下みどり、本橋卓、岡本幸太、北村亜紗、阪本美登、
二井理文、久保倫子、吉田健太、小林良幸、奥川利治、
田畑務、池田智明

【諸言】上大静脈症候群は腫瘍領域では頻度の高い救急疾患であり、その70-80%が肺癌によるものと言われている。一方で、転移腫瘍によるものは5-10%であり、その中でも婦人科腫瘍による報告は稀である。今回、再発子宮体癌加療中に右鎖骨上窩リンパ節転移巣の腫大による上大静脈症候群を経験したので報告する。【症例】72歳、2経妊2経産、子宮体癌 Stage IIIA の術前診断で準広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術、後腹膜リンパ節廓清を施行した。術後病理診は類内膜型腺癌 G3、depthC、リンパ管・脈管浸潤あり、リンパ節転移陽性、腹水細胞診陽性であり、Stage IIIc2 の診断となった。術後TC療法を6コース施行し、初回治療終了後10か月後のCTで右鎖骨上リンパ節、縦隔リンパ節腫大を認め再発と診断した。再発治療としてTC療法3クール施行しPRを得たが、終了後8か月後のCTで病変増大を認め再度TC療法施行、終了後7か月後に再燃を認め4回目のTC療法を施行中であった。4コース終了後、数日前からの呼吸苦と右上肢の腫大と痺れ、頸部腫脹を主訴に外来受診した。CTで転移巣の増大、両側頸静脈の圧迫、両側胸水貯留と無気肺を認めた。腫瘍による上大静脈症候群と診断し、同日緊急入院となった。翌日より頸部への放射線照射を3.0GyX10回を行い、終了後より頸部腫大や浮腫の自覚症状は軽快を認めた。【結語】上大静脈症候群は頭頸部の浮腫や呼吸困難が頻度の多い症状であるが、重症化するとストライダーを伴う喉頭部浮腫や頭蓋内浮腫による昏迷などを生じるため、早期の診断と治療介入が必要である。

29. 子宮頸癌術後、放射線治療後に 外腸骨動脈尿管瘻を発症した 1 例

¹木沢記念病院、²同泌尿器科、³同放射線科、⁴福井大学

西川有紀子¹、藤原清香¹、豊田将平²、亀井信吾²、
石原哲²、熊井希³、西堀弘記³、吉田好雄⁴

動脈尿管瘻は間欠的血尿を特徴とするが時に致死
的出血を来すこともある希な疾患である。骨盤内
手術、放射線治療、尿管カテーテル長期留置が主
なリスクファクターとされる。今回我々は子宮頸
癌術後、放射線治療後の尿管腔瘻に対し尿管ステ
ント留置にて治療、その6ヶ月後に外腸骨動脈尿
管瘻を発症した症例を経験したので報告する。[症
例] 71歳、3経産。子宮頸癌の診断にて広汎子宮全
摘術、両側付属器摘出術、骨盤内リンパ節郭清術
を行った。術後病理診断は角化型扁平上皮癌
pT2bN0M0であった。術後補助療法として全骨盤
50.4Gyの放射線療法を行った。放射線治療終了後
2週間で左尿管腔瘻発症のため左尿管ステントを
留置、その後瘻孔の閉鎖を認めた。尿管ステント
留置6ヶ月後に大量の血尿のため入院、保存的に
止血も突如として発症する大量の血尿を反復、尿
管ステント交換時に左外腸骨動脈尿管瘻が判明し
た。左外腸骨動脈仮性動脈瘤に胆管用カバードス
テントを留置し止血に成功するも翌日左上部尿管
タンポナーデを認め左腎瘻造設術を行った。術後
の経過は良好でその後現在までの2年8ヶ月、子
宮頸癌、動脈尿管瘻とも再発を認めていない。[結
語] 動脈尿管瘻は従来非常に稀な病態と考えられ
ていたが高齢化に伴い近年報告の増加を認める。
本邦での報告の約3割が婦人科悪性腫瘍術後に発
症している。診断、治療の困難さから時に致死
的となりうる合併症であり婦人科悪性腫瘍術後の
血尿においては常に念頭に置くべき疾患である
とともに、術中の尿管処理に際しては本疾患の
発症を未然に防ぐべく細心の注意が必要である
と考えられる。

30. 組織内照射を施行した 局所進行子宮頸癌の 4 例

¹トヨタ記念病院 産婦人科、
²トヨタ記念病院 放射線科

山田拓馬¹、伊吉祥平¹、山内佑允¹、竹田健彦¹、
宇野 枢¹、田野 翔¹、吉原雅人¹、眞山学徳¹、
鶴飼真由¹、原田統子¹、三輪忠人¹、岸上靖幸¹、
奥田隆仁²、小口秀紀¹

【緒言】進行子宮頸癌では、腔内照射を含む放射線
療法と化学療法を組み合わせた同時放射線化学療
法が行われてきた。しかし、腔内照射では、照射野
の外側に腫瘍が残存している場合、局所制御が困難
な場合があった。組織内照射は腫瘍組織に直接線源
を挿入し、有効な線量を任意に照射できる方法であ
り、腔内照射では照射野外側に残存していた腫瘍に
対しても十分な線量を照射することができ、局所制
御が優れているとされている。今回我々は局所進行
子宮頸部扁平上皮癌に対し組織内照射併用療法を
行った5例を経験したので報告する。【方法】2011
年以降に当院で局所進行子宮頸部扁平上皮癌と診
断し、腫瘍が通常の化学放射線療法では制御困難な
大きさ、または通常の化学放射線療法に対して治療
抵抗性の症例を対象とした。外照射とシスプラチン
を含む化学療法を施行した後に、国立がんセンター
中央病院で組織内照射を実施し、組織内照射の有効
性と安全性について検討した。【成績】対象症例は
5例であり、平均年齢は54歳であり、腫瘍の最大
径の平均は6.2cmであった。臨床進行期はⅢB期
が3例、Ⅳ期が2例であった。4例は通常の動注併
用化学療法のみでは局所制御が困難と判断し、外照
射50.4Gyを施行した後に組織内照射を行った。1
例は通常の放射線化学療法での制御が困難で、外照
射23.4Gyを施行した後に組織内照射を実施した。
全例で組織内照射後に著明な腫瘍の縮小を認めた。
5例中1例で一部に腫瘍の残存が認められたため、
組織内照射後に準広汎子宮全摘出術を施行した。そ
の後、手術を行った1例は局所の再発を認め、1例
は肺転移を認めた。残りの3例は良好な局所制御が
可能であり、外来にて経過観察中である。組織内照
射後の、重篤な合併症は認めなかった。【結論】組
織内照射併用療法は、局所進行子宮頸癌の治療にお
いて有用であった。

31. 高齢子宮頸がん患者における 治療法の検討

名古屋大学

野坂和外、柴田清住、吉田康将、内海史、新美薫、
関谷龍一郎、三井寛子、鈴木史朗、梶山広明、吉川史隆

【目的】本邦において、今後高齢者の子宮頸癌患者の数は増加することが予測される。通常症例に応じた程度治療が制限されることが多いが、どの程度縮小することが妥当であるかについて一定の見解はない。以上の観点から、当院における高齢者の子宮頸癌患者への治療法、合併症について検討した。

【方法】2003 年から 2014 年の間に当院で初回治療を行った子宮頸癌患者の中から、進行期 Ib1 期以上で 70 歳以上の 57 例について、患者背景、初回治療内容、治療による合併症などについて検討した。

【成績】年齢の中央値は 75.4 歳、最高齢は 89 歳であり、75 歳以上は 20 例 (35%) であった。進行期は 1b 期 11 例、2 期 23 例、3 期 13 例、4 期 10 例であった。組織型は扁平上皮癌 41 例、腺癌 11 例であった。初診時 PS は、0 ; 35 例、1 ; 16 例、2 ; 7 例であった。初回治療としては手術 7 例 (12.2% : 広汎 6 例、準広汎 1 例)、primary CCRT 20 (21%) 例、primary RT 29 (50.8%) 例、primary 化学療法 1 (1.8%) 例であった。手術群では 4 例に輸血を要したもののその他の大きな合併症は見られなかった。Primary CCRT 群では何らかの理由で治療の変更縮小を要した例が 13 例 (22.8%)、Grade4 以上の骨髄抑制と Grade3 以上のその他の合併症を 4 例 (20%) に認めた。放射線治療群では Grade3 の放射線性腸炎と直腸出血を 5 例に認めたほか、4 例で治療の縮小、中止が必要であった。

【結論】高齢者は併存疾患や臓器機能低下に伴う脆弱性の問題もあり、一律に治療法を決定することは出来ない。高齢症例・PS 不良例においては手術療法や CCRT はあまり選択されていないが、年齢・PS・合併症によりそれぞれの症例において治療を検討する必要がある。

32. 卵巣漿液性腺癌 T3c 期症例における 初回治療の検討

名古屋第一赤十字病院

長尾有佳里、水野公雄、伊藤晶子、三澤研人、猪飼恵、
大多和慶子、夫馬和也、鈴木一弘、三宅菜月、柵木善旭、
池田沙矢子、栗林ももこ、岡崎敦子、新保暁子、齋藤愛、
坂堂美央子、廣村勝彦、安藤智子、古橋円

【目的】腹腔内にすでに腫瘍が蔓延した状態の卵巣癌 T3c 期症例の治療においては、初回治療として手術、化学療法の選択に苦慮することが多い。そこで卵巣漿液性腺癌 T3c 症例における手術、化学療法の初回治療の内容による予後の違いを検討することとした。【方法】対象は 1990 年 6 月から 2014 年 9 月までに当院で治療した T3c 期卵巣漿液性腺癌 (原発性腹膜癌を含む) 121 例であり、日産婦 2014 の進行期分類による内訳は IIIc 期 88 例、IVA 期 18 例、IVB 期 15 例である。対象症例を最初に行った治療により、手術より術前化学療法を先行させた群 (以下 NAC 群)、試験開腹を施行してから化学療法を行った群 (試験開腹群)、最初から減量手術以上の手術を施行した群 (手術先行群) に分け、その後の手術、化学療法などの初回治療内容を後方視的に調べ、生存分析により予後を検討した。試験開腹以外の手術は子宮摘出+両側付属器摘出+大網切除を基本手術、基本手術+後腹膜リンパ節郭清術を根治手術、基本手術に満たない手術を不完全手術と規定した。【成績】NAC 群 42 例、試験開腹群 38 例、手術先行群 41 例の最初の治療内容の違いによる生存曲線間の有意な差は認めなかった。全症例のうち一連の初回治療において根治手術まで施行したものは 53 例、基本手術は 37 例、不完全手術にとどまったものは 16 例であり、根治手術施行例は基本手術、不完全手術施行例より予後が良好であった ($P<0.01$)。一連の初回治療で行った手術の最終的な残存腫瘍について調べると、残存腫瘍なしの群が残存腫瘍を認めた群より有意に予後良好であった ($P<0.01$)。【結論】卵巣漿液性腺癌 T3c 期の初回治療においては、手術と化学療法の順序は問わず病変の完全摘出することが予後の改善につながると考えられた。

33. 卵巣癌術後5年目に脾転移を来した1例 —腫瘍マーカーの推移と 免疫組織化学的態度との対比—

¹岐阜県総合医療センター 産婦人科、

²同病理センター、³同消化器外科

大塚かおり¹、安見駿祐¹、島岡竜一¹、鈴木真理子¹、
佐藤泰昌¹、横山康宏¹、山田新尚¹、岩田 仁²、
長尾成敏³

私達は卵巣癌術後5年目に腫瘍マーカー上昇を契機に孤立性脾転移と診断、脾摘術を施行、経過良好であった1例を経験した。

症例は55歳、2経妊2経産、閉経53歳。2006年2月に少量の性器出血のため近医を受診。超音波にて多房性卵巣嚢腫を指摘され、精査加療目的のため紹介にて同月当科初診。

MRIにて mucinous cystadenoma / adenocarcinoma と診断され、3月左付属器切除術施行、腹水細胞診は陽性。病理診断は、mucinous cystadenocarcinoma。TC療法を3コース施行後の8月準広汎子宮全摘術、骨盤リンパ節郭清、右付属器切除術施行。病理診断は no residual tumor で、進行期は pT1cN0M0。この後、TC療法3コース（計6コース）を行い、外来フォローとなった。2011年10月腫瘍マーカーの著明な上昇を認め、画像診断にて卵巣癌孤立脾転移、12月腹腔鏡下脾臓摘出術施行、病理の結果は splenic metastasis of adenocarcinoma であった。現在4年が経過したが腫瘍マーカーの上昇はなく再発を認めていない。今回、腫瘍マーカーの推移を免疫組織化学より考察し、これらも含めて報告する。

34. 進行卵巣癌の Neoadjuvant Chemotherapy における Paclitaxel、Carboplatin、Bevacizumab 併用療法の有用性

トヨタ記念病院 産婦人科

伊吉祥平、山田拓馬、山内佑允、竹田健彦、宇野 枢、
田野 翔、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、原田統子、
岸上靖幸、小口秀紀

【目的】Bevacizumabは血管内皮細胞増殖因子に対するモノクローナル抗体として開発され、本邦の婦人科領域では、2013年11月に卵巣癌での使用が認可された。また近年、進行卵巣癌における Neoadjuvant Chemotherapy(NAC)の有効性が示されてきている。現在までの報告は、NACとしてTC療法を3コース行った後にIDSとする報告が多く、NACにBevacizumabを併用した報告や、3コースを超える化学療法を実施した報告は少ない。今回我々は、進行卵巣癌において Paclitaxel、Carboplatin、Bevacizumab 併用療法（TCB療法）を Interval Debulking Surgery (IDS)前に、6コース使用することにより、IDS時の Optimal Surgery 率が向上するかを検討するとともに、NACにおけるTCB療法の有効性を後方視的に検討した。【方法】2014年8月以降にNACとしてTCB療法を施行したⅢ、Ⅳ期の進行卵巣癌3例を対象とした。ただし、NAC前に試験開腹術を行った2例ではBevacizumabは術後4週間後より併用した。TCB療法6コース終了後にPET/CTを撮影し、奏効率を検討した。また、IDSにおける Optimal Surgery 率と術後合併症の有無を検討した。【成績】3例の平均年齢は51歳であった。2例は試験開腹を行い、1例は経膈超音波ガイド下生検を行い、組織型を診断した。組織型はすべて漿液性腺癌で、臨床進行期はⅢc期2例、Ⅳ期1例であった。TCB療法6コース終了後のPET/CTは全例 Complete Response で、IDSでは3例全例において Optimal Surgery の完遂が可能であった。Bevacizumab併用による重篤な副作用は認めず、術後合併症も認めなかった。現在全例において再発の徴候なく外来経過観察中である。【結論】TCB療法は耐性化しにくく、安全に使用でき、TCB療法3コースを超えて行うことで、IDSでの Optimal Surgery 率を向上し、予後を改善できる可能性が示唆された。

35. 再発上皮性悪性卵巣腫瘍の化学療法中に発症した治療関連白血病および骨髄異形成症候群を発症した3症例

春日井市民病院

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

治療関連白血病 (therapy-related leukemia: TRL) および骨髄異形成症候群 (therapy-related myelodysplastic syndrome: T-MDS) は、化学療法の進歩と共にその報告例は増加しており、主な原因となる薬剤としてアルキル化剤やトポイソメラーゼ II 阻害薬が知られているが、上皮性悪性卵巣腫瘍における TRL および T-MDS の報告は少ない。今回我々は再発上皮性悪性卵巣腫瘍の治療中に発症した TRL, T-MDS を 3 例経験したので報告する。症例 1 は 63 歳、2003 年に卵巣がんの診断で手術後 TC 療法施行。2012 年骨盤内再発し DC 療法施行。その後再発、治療を繰り返し、2014 年 6 月より etoposide 内服治療としていたところ、2015 年 8 月より汎血球減少。9 月に骨髄検査施行するも異型はみられず。10 月に白血球数は 50100/ μ l と上昇。急性骨髄性白血病の疑いで入院しその 6 日後死亡した。症例 2 は 69 歳、2007 年手術。その後再発治療を繰り返した。TC, DC, GC 療法を行っており、7th line の治療中より貧血が改善せず輸血依存となり、骨髄検査にて MDS と診断、治療予定である。症例 3 は 76 歳、2007 年胃がん手術、TS-1+CDDP 施行。2008 年卵巣がん手術し、TC 療法施行。その後再発し、gemcitabine, irinotecan にて奏功せず。Etoposide 内服治療中に輸血依存となった。骨髄検査にて MDS と診断、現在治療検討中である。上皮性卵巣悪性腫瘍の化学療法は初回治療によく奏効するが、再発率も高い。再発治療は長期、多種にわたって行われることも多くなり、その治療選択にはトポイソメラーゼ II 阻害剤も含まれるが、今回はそれ以外の薬剤での T-MDS 発症もみられた。TRL や T-MDS の発症リスクは治療後数年にわたって存在すると指摘されており、治療後も長期のフォローアップが必要であると考えられる。

36. 卵巣癌の再発脳転移に対し抗癌化学療法が著効した一例

岐阜県総合医療センター 産婦人科

佐藤泰昌、島岡竜一、安見駿祐、大塚かおり、鈴木真理子、横山康宏、山田新尚

【緒言】癌治療成績向上による長期生存例が増加する中、転移性脳腫瘍も相対的な増加が見込まれる。【症例】56 歳、女性。X 年 2 月に卵巣癌 IIIa のため手術施行。病理結果は、両側卵巣癌で serous adenocarcinoma だった。術後 monthly TC 療法を 5 クール施行した。術後 7 カ月の PET-CT では、再発・転移を認めなかった。X+2 年 3 月、転移性脳腫瘍疑いで当院脳神経外科紹介受診。頭部 MRI では、左後頭葉から頭頂葉にかけて、リング状に造影される 4cm 大の単発腫瘍影あり。軽度の右片麻痺と左同名半盲、軽度の失計算・失書を認めた。脳神経外科と当科、ご本人と相談し、まずは TC 療法試行し、効果なければ手術療法となった。翌日入院とし、頭蓋内圧亢進を改善するため、グリセオール点滴をし、五苓散を内服とした。TC 療法によるしびれの予防のため、桂枝加朮附湯も併用した。monthly TC 療法後 3 週間の MRI で、転移性腫瘍の明らかな縮小と浮腫性変化の軽減を認めたため、TC 療法を 6 クールまで継続した。X+3 年 1 月の頭部 MRI では、わずかな cyst が見られるのみの孔脳症の状態となった。

【考察】従来より、転移性脳腫瘍は、正常脳組織に血液脳関門が存在するため、原発癌に有効であっても治療効果が得られにくいとされてきた。しかし、乳癌に用いられる lapatinib は、血液脳関門を通過し、脳転移にも有効であるという報告もあることから、今後、脳転移に対する治療として、薬物療法も含めた集学的治療というのも一選択肢になる可能性がある。

【結語】転移性脳腫瘍に遭遇した場合、患者さんが手術や放射線療法を希望されない場合は、抗癌化学療法などの薬物療法を試行してみる価値があると考えられた。

37. 卵巣明細胞腺癌による Trousseau 症候群を発症し、急激な転帰により救命できなかった 1 例

¹岡崎市民病院、²同病理

西尾 沙矢子¹、内田 亜津紗¹、田口 結加里¹、石原 恒夫¹、斉藤 拓也¹、山田 玲奈¹、渡邊 絵里¹、杉田 敦子¹、阪田 由美¹、森田 剛文¹、榎原 克巳¹、榎原 綾子²、小沢 広明²

【症例】46 歳、0 経妊 0 経産。既往歴、内服歴、家族歴に特記事項なし。平成 X 年 8 月中旬、約半年間で 14kg の体重減少、左手の痙攣にて当院総合内科受診。高 CRP 血症、糖尿病、骨盤内腫瘍認め、内分泌内科、産婦人科に受診予定であった。9 月初旬左手のしびれが出現し当院 ER を受診、精査にて多発微小脳梗塞と診断された。心臓超音波検査にて大動脈弁に疣贅を認め感染性心内膜炎疑いにて集中治療室へ入院となった。腹部 MRI、CT では 28cm 大の巨大多房性のう胞性腫瘍、ダグラス窩に 10cm 大の充実性腫瘍を認めた。以上より Trousseau 症候群の可能性を念頭に、状態の改善を待ち手術予定とした。9 月下旬(予定手術前日)突然腎機能悪化、熱発、四肢顔面浮腫著名となり、DIC 徴候出現、全身状態不良のため手術は延期となった。10 月初旬 2 回目の脳梗塞(右頭頂葉皮質に多発)、10 月中旬 3 回目の脳梗塞(左頭頂葉皮質)、10 月下旬 4 回目の脳梗塞(左中大脳動脈領域)を発症した。その間、腫瘍の診断目的にエコーガイド下に充実性腫瘍を穿刺した。病理結果は明細胞腺癌であった。その後徐々に全身状態悪化し 11 月中旬永眠された。その後行われた病理解剖では多発梗塞(肺・心臓・腎臓・脾臓・大網・胃)を認め、腫瘍は右卵巣原発で明らかな播種は認めなかった。

【考察】今回卵巣明細胞腺癌による Trousseau 症候群を発症し、急激な転帰を辿った症例を経験した。Trousseau 症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固亢進により脳卒中を生じる病態である。諸家の報告では Trousseau 症候群のコントロールは困難とするものが多い。今回我々も原疾患の治療を遂行するために、梗塞の再発予防を図りつつ状態の改善を達成することは非常に困難であった。

38. 子宮内膜症を合併した OHVIRA 症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly Syndrome) の一例

三重県立総合医療センター

秋山登、田中浩彦、徳山智和、南結、小田日東美、中野譲子、小林良成、井澤美穂、朝倉徹夫、谷口晴記

[緒言]OHVIRA 症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly Syndrome)は、子宮奇形に片側の腔閉鎖と同側の腎低形成を伴うもので、慣習的に Wunderlich 症候群などと呼ばれることもある。今回、術前に診断しえた OHVIRA 症候群の 1 例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

[症例]29 歳、未経妊。初経は 14 歳で、月経周期 40~45 日、月経持続日数 20 日、軽度の月経困難症があり、20 歳頃よりしばしば右臀部痛を感じるようになった。26 歳で結婚、自然妊娠を望んだが、1 年半以上妊娠に至らなかった。28 歳で受けたがん検診で右卵巣腫瘍を指摘され、精査目的の MRI 検査で完全双角子宮と診断された。その後、不妊症専門クリニックを受診し子宮卵管造影検査が行われたが、右子宮腔が造影されないため、右子宮頸管拡張術目的に当科へ紹介された。当科にて改めて MRI と CT を施行し、重複子宮、右子宮近傍の嚢胞、右腎欠損を認めた。また、腔鏡診では腔腔は 1 つ、子宮口は 1 つであり、腔壁右側奥に瘻孔を認めた。これらの所見から、OHVIRA 症候群と考え、腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術および腔中隔切除術を施行した。腹腔鏡では右卵巣チョコレート嚢胞と子宮広間膜の子宮内膜症病巣を認め、これらを焼灼し癒着剥離術を行った。また、腔壁の右側上部 3 分の 1 を切除すると、盲端腔(右腔腔)が存在しその奥にもう 1 つの子宮口(右子宮口)を認めた。術後 HSG を行い、右腔-右子宮腔-右卵管の疎通性を確認したうえで、まずは自然経過観察する予定である。[結論]OHVIRA 症候群では子宮内膜症や持続する血性帯下を合併することがあり、放置すれば不妊症や腔炎などのリスクが高まる。それゆえ、早期診断・早期治療が肝要である。

39. 子宮筋腫核出術後の IVF で子宮内腔と交通した卵巣妊娠の 1 症例

岐阜市民病院 産婦人科

柴田万祐子、山本和重、平工由香、加藤雄一郎、
尹麗梅、豊木廣

〔緒言〕子宮筋腫核出術後に IVF-ET 施行するも異所性妊娠の診断となり緊急腹腔鏡下手術を施行したところ、子宮内腔との交通を認めた卵巣妊娠の 1 例を経験した。〔症例〕38 歳、G0、X-2 年 5 月まで不妊治療を受けていたが、その後 1 年間は不妊治療を休止していた。X-1 年 6 月に受診した際に子宮筋腫の増大を指摘された。MRI にて多発子宮筋腫のため、腹腔鏡下手術の適応外と判断した。その際左卵巣チョコレート嚢腫も認めた。X-1 年 9 月に腹式子宮筋腫核出術/左卵巣腫瘍摘出術を施行した。術後 HSG を施行し左卵管が通過していたため、AIH 数回施行するも妊娠に至らなかった。X 年 6 月クロミフェン IVF 施行、E2 投与し ET 施行予定であったが、子宮筋層内に低エコー領域を認めたため ET を中止し経過観察をしたところ低エコー領域は消失した。E2 投与にて再び低エコー領域を認めたが子宮内膜との連続性は確認できなかったため、10 月に凍結融解胚移植を施行した。移植後 21 日目に子宮内に小サイズの胎嚢様の像を認めたが、28 日目には確認できず、血中 hCG7587、右付属器への異所性妊娠の診断で緊急腹腔鏡下手術を施行した。術中右卵巣妊娠であることを確認、絨毛様組織を取り除いたところ、子宮内腔と交通した。交通部位の子宮筋層縫合し、両側卵管切除し手術を終了した。血中 hCG は術後 3 日目には 616 まで低下し、術後 4 日目に退院となった。〔考察〕外遊走による卵巣妊娠も否定はできないが、卵管は決して良好な状態とは言えないことと、卵巣妊娠部と子宮内腔が交通していたことから子宮筋層菲薄部からの卵巣内への着床が一番考えられた。〔結語〕子宮筋腫核出術で特に内腔に穿破した症例では、妊娠前に子宮筋層の修復状態を確認する意味で子宮鏡とエコー検査は最低限、さらに症例によっては MRI 検査や子宮卵管造影検査が必要ではないかと思われた。

40. 当院における子宮鏡下粘膜下筋腫核出術後の妊娠・分娩予後の検討

¹江南厚生病院、²一宮市立市民病院

小笠原桜¹、高松 愛¹、神谷将臣¹、小崎章子¹、
水野輝子¹、若山伸行¹、木村直美¹、樋口和宏¹、
池内政弘¹、佐々治紀²

〔目的〕当院では子宮粘膜下筋腫に対して、低侵襲である子宮鏡下粘膜下筋腫核出術(TCR-m)を行ってきた。一方で TCR-m 後の子宮内膜欠損や筋層の菲薄化により、術後の妊娠例に癒着胎盤などの胎盤異常や子宮破裂といった重篤な合併症も報告されている。当院における TCR-m 後の妊娠例に関して、手術所見と分娩予後を検討した。

〔方法〕2008 年 5 月から 2015 年 7 月の間に当院で TCR-m を施行した 57 例のうち、その後妊娠が成立し周産期管理を行った 5 例を対象とした。手術所見、妊娠中合併症、分娩合併症などについて後方視的に検討した。

〔成績〕症例の手術時年齢は 28 から 38 歳。2 例が手術時に挙児希望があり、術後半年以内に妊娠成立した。2 例中 1 例が術前に妊娠歴があり、25 週で子宮内胎児死亡となり、67mm の粘膜下筋腫が原因と考えられた。摘出筋腫は全例 1 つであり、手術時の筋腫最大径は 14mm から 33mm、うち 2 例は偽閉経療法にて縮小が得られたものであった。全例で術中術後に明らかな合併症を認めなかった。5 例全例において正期産となり、分娩方法は経膈分娩 2 例、帝王切開 3 例と帝王切開率が高かった。うち 1 例は 2 回 TCR-m を施行し筋層の一部を切除したため、子宮破裂のリスクを考え選択的帝王切開となった。粘膜下筋腫核出部位と胎盤付着部位が一致していたのは 2 例、ともに帝王切開であり、適応は 2 回の TCR-m 既往と骨盤位であった。経膈分娩の 2 例のうち 1 例に弛緩出血を認めた。5 例全例で癒着胎盤、子宮破裂はみられなかった。

〔結論〕粘膜下筋腫核出部位と胎盤付着部位が一致した症例も含め、5 例全例で妊娠経過は良好であり、胎盤異常や子宮破裂などの重篤な合併症は認めなかった。TCR-m は挙児希望のある子宮粘膜下筋腫症例に対して、今後も積極的に施行できると考えられた。

41. 当院における 付属器腫瘍捻転症例の検討

三重県立総合医療センター産婦人科

徳山智和、小林良成、秋山 登、南 結、小田日東美、
中野譲子、井澤美穂、田中浩彦、朝倉徹夫、谷口晴記

女性の急性腹症の鑑別疾患の一つとして付属器腫瘍の捻転が挙げられ、その多くが卵巣腫瘍の茎捻転である。卵巣腫瘍茎捻転では激しい疼痛のため緊急手術を要するものが多い。一方、付属器捻転の中には傍卵巣嚢腫や卵管が捻転し疼痛を来しているものがある。これら傍卵巣嚢腫の捻転では卵巣腫瘍の捻転に比して症状が軽微である事が少なくないため、初診時には診断に至らず待機的に治療が行われるものがある。

当院では2013年1月から2015年10月までの期間に24症例の付属器捻転の手術を行った。その内訳は、卵巣腫瘍茎捻転が19症例、傍卵巣嚢腫捻転が5症例、後者のうち4症例に卵管捻転を伴った。傍卵巣嚢腫捻転症例のうち、術前に卵管捻転の合併が疑われたものは1例であった。当院で治療を行った付属器腫瘍捻転症例について、腹痛発症から医療機関受診までの日数、医療機関受診から手術施行までの日数、初診時の炎症反応（白血球数、CRP）、摘出標本の病理所見などを後方視的に調査、検討を行った。今回検討で得られた両者の臨床上的特徴について、若干の文献的考察と共にここに報告する。

42. 未破裂間質部妊娠の 低侵襲性治療におけるMRIの 有用性に関する検討

岐阜県立多治見病院産婦人科

林祥太郎、寺西佳枝、井本早苗、中村浩美、竹田明宏

【はじめに】卵管間質部は、子宮動脈と卵巣動脈が吻合する部位であり、血流が豊富である。卵管の中では、壁の厚い卵管間質部に着床する異所性妊娠である卵管間質部妊娠は、初期には、間質部壁の伸展性が良好なことから、比較的無症状のことが多い。しかしながら、ひとたび破裂が発生すれば、出血性ショックにより、生命の危機に直面する可能性があることから、その早期診断および的確な治療が重要である。今回、当科で経験した未破裂間質部妊娠の低侵襲性治療におけるMRIの有用性について検討した。【材料と方法】2007年以降に経験した異所性妊娠175症例中、未破裂の間質部妊娠7症例を後方視的に解析した。まず、超音波断層法による診断を行い、循環動態の安定している症例では、MRIにより治療方針を決定した。間質部妊娠の正確な着床部位の診断に際して、胎嚢が、間質部の近位卵管口寄りの内側に位置する時には子宮内妊娠である角部妊娠と、卵管峡部に接する外側に位置する時には副角妊娠を除外診断した。未破裂間質部妊娠と診断されれば、更に、胎嚢の位置の詳細な同定をMRIにより行った。間質部の局所血流が豊富な場合には、子宮動脈塞栓化学療法を、まず、行った。胎嚢が、間質部の外側に位置する5症例では、腹腔鏡下あるいは腹腔鏡補助下での角部線状切開術や角部切除術を行った。一方、胎嚢が、間質部内側の近位部卵管口近傍に同定できる1例では、臍部単孔式腹腔鏡観察下で子宮穿孔に注意しながら、子宮鏡下に妊娠産物の摘出を行った。間質部妊娠の保存的治療後に、妊娠希望のある3例で妊娠が成立し、選択的帝王切開術に際しても間質部の状態は良好であった。【考案と結語】術前にMRIを施行し、未破裂間質部妊娠の正確な着床部位を同定することにより、最適な低侵襲性治療を選択できる可能性が高いと考えられる。

第 8 群 (2 日目 8:40~9:40) 第 2 会場

43. 機械弁置換術後妊娠における
抗凝固療法の検討

三重大

田中佳世、田中博明、久保倫子、二井理文、大里和広、
池田智明

【目的】機械弁置換術後妊娠における抗凝固療法は、ワーファリン、未分画ヘパリンのいずれかを使用するか決められていない。それぞれの抗凝固療法の治療成績について、評価が必要である。

【方法】機械弁置換術後妊娠 23 例のうち、分娩に至った 10 例を対象とした。それらを抗凝固療法の種類、ヘパリン投与方法により 3 群に分類し、周産期予後について比較検討した。

【成績】ヘパリン皮下投与：4 例 (S 群)、ヘパリン持続静脈投与：5 例 (D 群)、ワルファリン：1 例 (W 群) であった。S 群では 1 例で弁血栓形成を合併し、弁置換術・帝王切開術を同時施行した。D 群では、2 例で母体脳出血を発症し帝王切開・開頭下血腫除去術を施行、1 例で弁血栓を形成し弁血栓除去術・帝王切開を施行した。W 群では母体合併症は認められなかった。また、新生児合併症として、W 群では胎児期に脳出血を発症し、出血後水頭症となった。

【結論】未分画ヘパリンを用いた群では、新生児予後は良好であったものの、高率に母体合併症を認めた。また、ワルファリンを用いた群では、母体合併症を認めなかったものの、胎児期脳出血により新生児予後は不良であった。母体と新生児両者の予後を両立する新たな抗凝固療法の戦略が必要である。

44. 下肢深部静脈血栓症合併妊娠に対して
在宅ヘパリンカルシウム自己注射を
行った 1 例

大雄会第一病院 産婦人科

今永弓子、白石弘章、岡 京子、不破知史、
中北武男、坂井啓造、嶋津光真

【緒言】周産期における静脈血栓塞栓症の発症数は年々増加傾向にある。妊娠中は血液凝固能の亢進・線溶能の低下、血小板の活性化や女性ホルモンの静脈平滑筋弛緩作用、妊娠子宮の下大静脈圧迫などにより血栓が生じやすいためである。今回我々は妊娠中に下肢深部静脈血栓症を発症しヘパリンナトリウム持続点滴にて抗凝固療法を開始した後、在宅ヘパリンカルシウム自己注射に移行し安全に分娩管理を行えた 1 例を経験したので報告する。【症例】34 歳 G1P1 既往歴なし 妊娠 13 週に左下肢の疼痛、腫脹にて当院受診。下肢静脈エコーにて左総腸骨静脈から腓骨静脈・後脛骨静脈にかけての深部静脈血栓症と診断し、直ちにヘパリンナトリウム持続点滴による抗凝固療法を開始した。胸部 X 線写真と 12 誘導心電図は異常なく、肺塞栓症合併の可能性は低いと考えた。妊娠 15 週の下肢静脈エコーで大伏在静脈から末梢側の血栓は消失し、妊娠 17 週にはさらに浅大腿静脈の血栓も消失していた。妊娠 20 週よりヘパリンカルシウム自己注射を開始し翌週に退院した。その後は在宅にてヘパリンカルシウム自己注射を継続し、妊娠 40 週に陣痛発来し自然分娩に至った。児は 2670g, AP8/8 で出生した。分娩時、出血傾向は認めなかった。分娩後は抗凝固療法を行っていないが、産褥 1 日目の下肢静脈エコーで総大腿静脈よりやや中枢側に一部器質性血栓を認めるものの新鮮血栓は確認されなかった。産褥 5 日目に退院した。【結語】妊娠中に発症した深部静脈血栓症に対するヘパリン治療の 1 例を経験した。在宅ヘパリンカルシウム自己注射は患者の負担が軽減される利点がある。しかし APTT の変動を認めることがある。定期的な外来採血による用量調節を要することがある。またヘパリン長期使用による副作用にも注意する必要がある。

45. 妊娠高血圧腎症にカリペリチドを使用した1例

¹ 桑名東医療センター、² 三重大

高倉 翔¹、田中博明¹、道端 肇¹、田中佳世¹、
佐々木禎仁¹、伊東雅純¹、須藤真人¹、池田智明²

〔目的〕

カリペリチドは、利尿作用・血管拡張作用・心保護作用を有している。妊娠高血圧腎症の産褥期にカリペリチドを使用した1例を報告する。

〔症例〕

34歳、初産婦、2絨毛膜2羊膜双胎。妊娠経過は順調であったが、35週3日の妊婦健診で全身浮腫、蛋白尿を認め、入院管理とした。入院後、血圧上昇を認め、妊娠高血圧腎症・胎位異常の診断で35週6日に緊急帝王切開を施行した。術前に子癩予防でMgSO₄投与を開始した。第1子は体重2482g、Apgar score 6/8点、第2子は体重2036g、Apgar score 8/8点であった。術後、高血圧が持続し、ニカルジピン持続静注を開始した。産褥1日目、分娩後24時間でMgSO₄投与を終了し、降圧薬はニフェジピン内服に変更した。血圧コントロールは良好であったが、利尿が得られず、胸部レントゲン検査で肺水腫と胸水を認め、カリペリチド投与を開始した。投与開始後、利尿が得られ、肺水腫も改善した。術前より測定していたNT-proBNP値はカリペリチド開始後より低下傾向を示した。カリペリチドは産褥5日目に中止した。カリペリチド中止後、NT-proBNP値は一時的に再上昇したが、経時的に低下した。

〔結語〕

カリペリチドを妊娠高血圧症候群の産褥期に使用し、安定した利尿を得られた。また、NT-proBNP値の推移からカリペリチドが心負荷の軽減に寄与している可能性が示唆された。今後、妊娠高血圧症候群に対するカリペリチドの有効性について前向き試験を検討している。

46. 妊娠中のサイトメガロウイルス(CMV)肝炎および慢性胆嚢炎の一例

¹ 三重大学、² 森川病院、³ 愛泉会日南病院

北村亜紗¹、鳥谷部邦明¹、渡邊純子¹、高山恵理奈¹、
村林奈緒¹、大里和広¹、神元有紀¹、森川文博²、
峰松俊夫³、池田智明¹

【諸言】サイトメガロウイルス(CMV)未感染妊婦が妊娠中に初感染し肝炎が起こった場合、妊婦が重篤となることは少ない。また、最近では妊娠中の胆嚢摘出の報告が増えている。今回我々は、妊娠中のCMV肝炎に対して保存的加療を行い、慢性胆嚢炎に対して妊娠中の胆嚢摘出を行った症例を経験したので報告する。

【症例】27歳、3経産、自然妊娠。妊娠前より胆石発作を繰り返していた。妊娠10週での妊婦CMV抗体スクリーニングではCMV IgG(-)、IgM(-)であった。妊娠18週に発熱と頭痛、関節痛が出現し前医を受診したところ、血液検査で肝機能障害を指摘された。補液と肝保護剤投与を受けたが改善せず、精査加療目的に18週0日に当科へ紹介となった。紹介時の体温36.8度であり、WBC8180/μl、CRP1.07mg/dl、AST115IU/l、ALT124IU/lであった。また、CMV IgGとIgMの両陽転に加えアンチゲネミア(+)であり、CMV初感染による肝炎と診断した。補液のみで肝炎は軽快し19週2日に退院となった。その後、23週と25週に妊娠前より繰り返していた胆石発作が再発したため、外科と相談し胆嚢摘出を行う方針となった。26週3日に全身麻酔下で腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。慢性胆嚢炎の病理診断であった。術後経過良好で術後2日目に退院となった。その後の妊娠経過は良好であり、39週4日に正常分娩となった。児は男児で体重3,220g、アプガースコア10点(1分)/10点(5分)、臍帯動脈血pH7.38であり、外表奇形を認めなかった。胎盤病理で絨毛内にCMV感染細胞が確認され、尿・血液・臍帯・臍帯血CMV DNA(+)、尿ウイルス分離(+)であり先天性CMV感染症(無症候性感染児)と診断した。現在、生後2ヵ月であるが特に問題を認めていない。

【考察】妊娠中のCMV肝炎は重篤ではないが児の先天性感染が問題となる。また、胆嚢摘出は胆嚢炎に対する妊娠中の治療法として妥当と考える。

47. 生児を得た子宮卵管角部妊娠の一例

豊橋市民病院

植草良輔、岡田真由美、國島温志、松尾聖子、甲木聡、藤田啓、矢吹淳司、北見和久、池田芳紀、河合要介、高野みずき、梅村康太、安藤寿夫、河井通泰

【緒言】子宮卵管角部妊娠は卵管間質部妊娠との鑑別が困難であり、また妊娠経過中に子宮破裂を起こす症例も報告されているため慎重な管理が求められる。今回、妊娠40週で帝王切開により生児を得た子宮卵管角部妊娠を経験したため報告する。

【症例】症例は31歳、未経妊。他院にて融解胚移植妊娠。不妊因子は特に指摘なく、人工授精5回施行後も妊娠せずARTへ移行した。妊娠8週2日、経膈エコー所見にて左間質部妊娠の疑いあり、当院初診。同日MRI撮影し、左卵管角部妊娠の疑い。子宮角部の子宮筋層の非薄化を認めるも胎囊の子宮外への突出や破裂所見は認めなかった。その後慎重に外来フォローとした。妊娠18週6日で再度MRI撮影したが、胎盤近傍の子宮筋層の非薄化は認めるものの明らかな断裂や、左卵管角へ突出する所見も認めず妊娠継続の方針となった。その後の妊婦健診でも明らかな子宮変形は指摘されず、経過中腹痛の訴えも無かった。妊娠40週5日となっても陣痛発来せず、児頭未固定。分娩誘発は危険と判断し、妊娠40週6日選択的帝王切開にて分娩に至った。児を娩出後も胎盤が剥離せず、子宮を腹腔外へ挙上し観察したところ、左卵管角部が膨隆、変形していた。筋層非薄化が著明であり、慎重に胎盤を手動的に剥離した。胎盤剥離後も同部位の膨隆を認めたため縫縮目的にて数針縫合した。児は3348gの男児でApgar scoreは8点/8点(1分/5分)であった。手術後の経過は良好であり手術後6日目に退院となった。

【結論】今回の症例では、左卵管角部妊娠であったために、有効な陣痛が来なかったと考えられる。卵管角部妊娠では子宮破裂をきたした症例も報告されているため、分娩方法については慎重に検討する必要があると考えられた。

48. 訳あり妊婦受け入れの経験

¹ 聖霊病院、² ライフホープネットワーク、³ ベアホープ

吉田 誠哉¹、足立 学¹、荒木 雅子¹、千原 啓¹、シンシア・ルーブル²、ロング朋子³

【序論】未婚（パートナー無し）、不倫の末の妊娠等所謂“訳あり”の妊婦は、地元の施設に通院しづらく、未受診やその結果の飛び込み分娩等ハイリスクの可能性もある。また産んだ児の処遇に困り、最悪遺棄する危険もある。当院はそのような症例の妊娠・分娩（児の養子縁組を含む）をサポートする民間団体と協力し、遠隔地からの症例を含む訳あり妊婦の分娩を数例経験したので報告する。

【症例】当科で関わった症例は計6例。年齢は20～36歳、居住地は愛知県内2人、県外4人（最遠は青森県）。訳ありの理由は、未婚（パートナー無し）3例、パートナーが外国人で親が分娩に反対1例、既婚だが離婚調停中1例、不倫の末の妊娠1例だった。初診の妊娠週数は25～34週。分娩週数は満期3例、32週1例、36週1例、分娩方法は正常分娩3例、C/S2例（1例は未分娩）、児の帰結はシングルマザーとして自分で養育を決断が3例（未分娩を含む）、養子縁組が3例だった。その中の1例の経過をより詳しく紹介。29歳既婚P(1)。II子妊娠したが、離婚後養子縁組希望の為、周囲の目が気になり出産前にはホームステイ予定であったが、36週で陣痛発来し他県にいたため自家用車で来院時に車中分娩に至った。当院到着後児はNICU管理。母児共に経過順調で6日目退院。

【結語】サポートする民間団体との協力があれば訳あり妊婦であっても通常の妊婦と同様の管理で済み、分娩後の養子縁組の手続き等も含め訳あり故の煩わしさも無かった。より詳しく経過を示した症例のような事態を減らすためにも当地方にても協力施設の拡大が望まれる。

第9群(2日目 9:45~10:45) 第2会場

49. 当院における後産期出血 (PPH) による産褥搬送の検討

安城更生病院

岩崎 綾、戸田 繁、藤木宏美、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、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘、松澤克治

【目的】後産期出血 (postpartum hemorrhage, PPH) は対応の遅れが母体に重篤な転帰をもたらさうる産科合併症である。当院に総合周産期母子医療センターが開設されてからの、PPH による産褥搬送症例の概要および治療成績を検討した。【方法】2010年度から2014年度までの5年間に当院で受け入れた PPH による産褥搬送症例を対象として後方視的検討を行った。【成績】対象症例は 51 例であり、当該期間の母体搬送の 8.0%、産褥搬送の 72% を占めた。疾患別内訳は、弛緩出血 (子宮型羊水塞栓症疑い例を含む) が 71%、産道裂傷が 14%、子宮破裂が 6%、その他が 9%であった。助産所を含む一次施設からの搬送が 96% を占めた。搬送元にて 24% の症例にガーゼタンポナーデが、9.8% に輸血が施行されたが、バルーンタンポナーデが行われた症例はなかった。来院時の shock index、Hb、フィブリノゲン値 (中央値、範囲) は、それぞれ 0.90 (0.43-2.60)、6.4 g/dL (1.9-11.4)、194 mg/dL (25-428) であった。意識障害 (JCS II 以上)、shock index > 1.5、Hb < 6 g/dL、フィブリノゲン < 100 mg/dL の症例がそれぞれ 14%、9.8%、43%、18% にみられた。当院の治療としては、バルーンタンポナーデ、子宮動脈塞栓術、外科的治療がそれぞれ 14%、7.8%、26% に施行された。手術例 13 例のうち 7 例が開腹手術であり、うち 3 例に子宮全摘術が行われた。輸血は 65% の症例に行われ、フィブリノゲン製剤も 2 例に投与された。搬送後の総出血量の中央値は 2700 mL であり、5000 mL 以上の大量出血例が 14% にみられた。母体死亡症例はなかった。【結論】PPH による産褥搬送においては、当院到着時に既に母体の全身状態が不良であり、侵襲的治療を要する症例が多いことが確認された。搬送元施設における初期治療を含め、地域医療連携における治療方略の確立が肝要と考えられた。

50. 愛知県西三河北部医療圏における分娩施設の地域連携とその推移

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

山内佑允、伊吉祥平、山田拓馬、竹田健彦、宇野 枢、田野 翔、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】愛知県西三河北部医療圏の年間出生数は約 5,000 人で、3 病院と 6 診療所を中心に分娩が行われている。分娩施設の減少に伴う連鎖的な地域周産期医療の崩壊を防ぐ目的で、2006 年度より分娩施設の機能別役割分担を図り、2010 年 4 月から厚生労働省班研究が作成した妊娠リスク自己評価表を導入した。今回我々は産科施設の地域連携の現状を検討した。【方法】2010 年 4 月から 2015 年 3 月の間に当地域の医療機関で分娩した妊産婦の内リスクスコアが評価出来た 22,809 例を対象とした。医療機関を地域周産期センター (当院)、産科医複数施設 (3 施設)、産科医 1 名施設 (4 施設) に分類し、リスクスコアで妊産婦をローリスク妊婦から超ハイリスク妊婦の 4 段階に分類した。分娩施設別のリスクスコアの分布と、2011 年度からの当院への新生児搬送の推移を検討した。【成績】当医療圏の妊産婦は 10.0% が超ハイリスク妊婦 (7 点以上)、42.2% がローリスク妊婦 (0-1 点) であった。当院で分娩した妊婦の 70.0% がハイリスク妊婦 (4 点以上)、その内 39.3% が超ハイリスク妊婦で、平均リスクスコアは 6.3 点であった。産科医複数施設は 33.5% がモデレートリスク妊婦 (2-3 点) で平均リスクスコアは 3.04 点であった。産科医 1 名施設は 53.5% がローリスク妊婦で平均リスクスコアは 1.94 点であった。当院 NICU の年間入院患者数は約 300 人で、約 30% が他院からの新生児搬送であった。入院理由の内、早産は新生児搬送による入院割合が経年的に減少し 2011 年度の 17.1% から 2014 年度は 8.9%、低出生体重児の新生児搬送による入院も同様に 15.9% から 8.2% まで減少した。【結論】当地域では地域周産期センターへの超ハイリスク妊娠の集約化と地域医療機関へのローリスク妊娠の分散化が確立し、円滑な地域連携により早産や低出生体重児を理由とした新生児搬送が減少した。

51. 心肺虚脱型と DIC 先行型羊水塞栓症における臨床像の比較

—日本妊産婦死亡登録データ—

三重大

田中博明、二井理文、久保倫子、田中佳世、大里和広、池田智明

【目的】日本において、羊水塞栓症は、臨床像によって心肺虚脱型と DIC 先行型に分類されているが、欧米ではまだ一般的ではない。病型を分ける必要があることを示すため、それぞれの羊水塞栓症における臨床像の比較が必要である。

【方法】日本産婦人科医会による妊産婦死亡登録のデータを用いて、心肺虚脱型と DIC 先行型羊水塞栓症の臨床像について比較検討した。

【成績】2010-2013 年における妊産婦死亡原因が羊水塞栓症であった中で、心肺虚脱型：26 例、DIC 先行型：19 例であった。初発症状は、心肺虚脱型では意識障害：5 例（19.2%）と呼吸障害：4 例（15.4%）が最も多く、DIC 先行型では出血：15 例（79.0%）が多かった。発症から 1 時間と 2 時間までに心肺停止した症例は、心肺虚脱型が 15 例（57.7%）と 23 例（88.5%）、DIC 先行型が 2 例（10.5%）と 7 例（36.8%）で、いずれも有意に心肺虚脱型が多かった（ $P=0.0007, 0.0002$ ）。

【結論】心肺虚脱型羊水塞栓症は、病態の進行が早く、心肺虚脱症状を含めた全身症状が主体である。DIC 先行型羊水塞栓症は、出血症状が主体で心肺虚脱型と比べると病態の進行が遅い。両疾患は、臨床的特徴は異なっているため、個別の治療戦略を立てる必要があり、病型を分けることは重要なことである。

52. 帝王切開時に診断された 卵巣静脈血栓症の 13 例

¹安城更生病院 産婦人科、²同血管外科

菅聡三郎¹、鈴木崇弘¹、岩崎綾¹、藤木宏美¹、横山真之祐¹、坪内寛文¹、安井啓晃¹、衣笠裕子¹、深津彰子¹、戸田繁¹、松澤克治¹、佐伯悟三²

【目的】近年、我が国においても周産期における深部静脈血栓や肺塞栓症が増加傾向にあり肺塞栓症による患者の死亡が大きな問題となっている。本研究では産褥期、特に帝王切開時に卵巣静脈血栓症を診断し治療することで、母体の重篤な合併症の予防に繋がる可能性があると考え検討することを目的とした。【方法】帝王切開時の術中の卵巣静脈の視診・触診から卵巣静脈血栓症を疑った症例に対し、術後の造影 CT 検査を施行し画像的に卵巣静脈血栓を確認することで診断した。同時に血液検査にて D ダイマーの測定も施行した。各症例について年齢、分娩回数、分娩週数、帝王切開術の種類（選択的か緊急か）、分娩時 BMI、妊娠高血圧症の有無、卵巣静脈血栓形成部位、肺塞栓症の合併、卵巣静脈血栓確認後の治療内容について検討した。【成績】2008 年 4 月より 2015 年 9 月までの総分娩数が 11095 例、総帝王切開数が 4203 例、そのうち帝王切開時に診断した卵巣静脈血栓症は 13 例（全分娩の 0.12%、帝王切開の 0.31%）であった。13 例中 4 例に肺塞栓を合併し、2 例は手術直後の CT 検査で確認され、他 2 例は術後の抗凝固療法中に肺塞栓合併を確認された。【考察】帝王切開時に卵巣静脈血栓の有無を確認し診断することは、母体の重篤な合併症の発生予防に繋がる可能性があると考えられる。しかし症例数が乏しく今後も検討を続ける必要がある。

53. 分娩後子宮全摘となった当院の 胚移植妊娠症例より得られた次の課題

¹豊橋市民病院総合生殖医療センター、²同産婦人科、
³同女性内視鏡外科

安藤寿夫¹、岡田真由美²、松尾聖子²、梅村康太³、
河井通泰²

〔目的〕胚移植後妊娠の分娩直後に癒着胎盤などが原因で子宮全摘を余儀なくされるケースは衝撃的であり、我が国に特徴的な高年妊娠と生殖補助医療(ART)を背景として発症率の上昇が懸念される。ART 施設と周産期施設が異なる場合が多く、希少例では重要な詳細な事例検討には限界がある。〔方法〕過去 10 年間の当院胚移植由来当院分娩直後子宮全摘 5 症例を、特に実地臨床の鮮明な記憶が残る直近の症例を中心に、今後に向けての課題となる着目点を整理検討した。〔成績〕全ての症例がホルモン補充周期融解胚移植(HR-TET)後だった。患者 A は体重減少性無月経で BMI は 15~16 で推移しており、体重増加が達成できないままやむを得ずカウフマン療法を受けていた。37 歳で結婚し軽度男性因子も存在したため、AIH を経て ART となった。初回採卵後の HR-TET 後に妊娠成立したが 10 週で自然流産(自然排出)となった。2 回目採卵後の HR-TET 後に正常分娩となり健児を得た。41 歳となり第 2 子希望で採卵後に新鮮良好胚盤胞を移植したが妊娠成立せず、最低限の体重増加目標を達成して試みた HR-TET 後に妊娠が成立した。しかし、重症妊娠悪阻となり妊娠 20 週まで入院管理するも体重減少が進行した。妊娠 23 週に膈部違和感と胎動触知を訴え救急車で来院し、子宮口全開大で緊急帝王切開となった。術中所見は胎盤早期剥離と一部癒着胎盤の合併があり、術後出血多量にて子宮全摘術となった。患者 B は子宮筋腫核出術後の 39 歳で癒着胎盤のためポロー手術となった。経産婦患者 C は胎盤用手剥離後の出血多量で子宮動脈塞栓術(UAE)も推奨したが、希望せず子宮全摘術となった。〔結論〕当院などが報告しているように HR-TET は胎盤異常のリスク因子であり、他のリスク因子の見極めと可能な限りの HR-TET の回避やプロトコールの改善に努める必要がある。

54. 母体死亡の原因検索に病理解剖が 有用であった 1 例

¹岐阜県立多治見病院 産婦人科、²病理部

井本 早苗¹、林 祥太郎¹、寺西 佳枝¹、中村 浩美¹、
竹田 明宏¹、渡辺 和子²

【緒言】2010 年から 2014 年の妊産婦死亡例の 213 例の検討の結果では、妊産婦死亡の原因は、産科危機的出血が 23%であり、次いで、脳出血・脳梗塞が 16%、古典的羊水塞栓症(心肺虚脱型)が 12%、心・大血管疾患が 8%、肺血栓塞栓症が 8%であった。その中で、初発症状から心停止までが 30 分以内の事例で多いのは、心肺虚脱型の羊水塞栓症である。今回我々は、既往帝王切開のため選択的帝王切開術施行中に心肺停止となって搬送され、羊水塞栓症や肺塞栓症を疑い治療するも救命できず、病理解剖によって原因が判明した 1 例を経験し、報告する。【症例】39 歳、G2P2、BMI 29.8。妊娠 9 週 1 日より前医にて妊娠管理をされていた。既往帝王切開のため、妊娠 37 週 1 日に帝王切開術を施行された。脊椎麻酔下に手術が施行され、手術開始 19 分後に児娩出、その直後エルゴメトリンを側注し、胎盤娩出した。胎盤娩出後 30 分ほどで SpO₂ 低下あり酸素投与などの治療に反応せず、当院へ搬送依頼。その 10 分後には意識・自発呼吸とも消失し、30 分後の当院到着時には、GCS3、瞳孔散大、血圧は測定困難で頸動脈触知不能であった。来院時の心エコーにて右心負荷所見あり、経過からも肺塞栓症を疑い、心臓カテーテル検査と PCPS 管理としたが、救命は困難であった。原因究明のため病理解剖を施行し、その結果、羊水塞栓症や肺塞栓は否定され、アナフィラキシーによる肺水腫や気道浮腫が原因と考えられた。【結語】本症例は病理解剖することで、死因が判明した。アナフィラキシーが出現する前に投与された薬剤の 1 つに、マレイン酸エルゴメトリンがある。アナフィラキシーの原因は確定できないが、臨床的に頻用される当薬剤には血圧上昇のみならず、このような作用があることを考慮し、使用すべきと考えられた。

55. 当院で経験した慢性早剥羊水過少症候群 (CAOS) の 2 症例

名古屋市立西部医療センター産婦人科

小泉 誠司、早川 明子、十河 千恵、松浦 綾乃、川端 俊一、中元 永理、加藤 智子、関 宏一郎、西川 尚実、六鹿 正文、柴田 金光

【緒言】慢性早剥羊水過少症候群 (CAOS) は 1998 年に Elliot らにより①破水又は他の要因となる出血がない状態で臨床的相当量の不正出血があり②妊娠初期では羊水量に問題なく、更に③破水所見がないにも関わらず羊水量低下 (AFI5 cm以下) を認める状態と提唱した比較的稀な疾患である。我々は CAOS の 2 症例を経験したので報告する。

【症例】症例 1 は 33 歳 3 経産婦。低値胎盤。前医において妊娠 21 週ごろより陣痛様の張りとともに出血を認めたため、リトドリン点滴にて加療開始するも、張りが収まらず徐々に塩酸リトドリン増量、硫酸マグネシウムにて治療開始していた。24 週ごろには羊水過少所見を認めた。26 週時点で 300g の血塊を認めたが check PROM 陰性であった。また、tocolysis も効かない状態であり NICU 満床であったため当院搬送となった。搬送後の検査では子宮口未開大、check PROM 陽性、羊水はほとんど認められない状態であったため同日緊急帝王切開施行した。児は 918g Apgar Score7/9 点で分娩となり、超低出生体重児、新生児慢性肺疾患、頭蓋内出血にて現在も NICU にて加療中。症例 2 は 28 歳 2 経産婦。前医にて妊娠初期より出血を認め、妊娠 24 週の時点で羊水過少も認めたため当院紹介となった。明確な羊水流出はなく子宮収縮抑制剤点滴にて経過観察していたが、抑制が徐々に効かなくなり、持続出血あり炎症反応も上昇し始めたため 25 週の時点で帝王切開術施行となった。児は 752g Apgar Score6/7 点で分娩となり、超低出生体重児、新生児慢性肺疾患にて現在も NICU にて加療中である。

【結語】羊水注入などの治療法がいくつか報告されているが CAOS に対し未だ確立された治療方法はなく診断基準も周知されていないのが現状である。今後、さらなる症例の蓄積や検討などにより治療法が確立されていくことが望まれる。

56. MRI 検査によって亜急性期の胎盤後血腫と判断し、妊娠継続を行った一例

名古屋第二赤十字病院 産婦人科

大脇太郎、加藤紀子、安田裕香、伊藤聡、波々伯部隆起、田中秀明、丸山万里子、水谷輝之、林和正、茶谷順也、山室理

【緒言】周産期の画像診断では超音波検査が主要な検査方法であるが、胎盤血腫についての評価に関しては十分な評価ができず、管理方針の決定に苦慮する事がしばしば認められる。今回我々は、MRI 検査による血腫の詳細な評価によって亜急性期の血腫と判断し、妊娠期間の延長と管理下での娩出を行えたため報告する。【症例】31 歳女性、0 経妊 0 経産、妊娠 30 週で頸管長短縮を認めたため当院へ母体搬送された。初診時、帯下白色、性器出血なし。NST で RFS であり、子宮収縮間隔は 8 分であった。超音波検査にて胎盤が一部遊離しており、胎盤後面に低吸収域を認め胎盤後血腫を疑った。産科医師立ち会いの下 MRI 検査を施行し、血腫について精査した。急性期の血腫は否定的であると判断し、NST による連続モニタリングで慎重な監視の下、妊娠継続する方針とした。妊娠 33 週 6 日子宮収縮の増強あり、緊急帝王切開を施行した。子宮全体に couvelaire 徴候を軽度認め、羊水は橙黄色であった。胎盤は約 10%に血腫を認め慢性的な血腫と比較的新しい血腫が混在していた。出生体重 2080g、Apgar score9/10、臍帯動脈血ガス pH 7.276 であった。術後、母児ともに経過良好であった。【考察】血腫は形成の時期によって MRI 検査の信号強度が変化することが報告されており、胎盤血腫の評価において有用である。妊娠中に超音波検査で胎盤異常が認められた際に、血腫の位置や形成時期を推測し、妊娠継続が可能かどうかの評価の一助となる可能性がある。【結語】MRI 検査によって亜急性期の胎盤後血腫と判断し、妊娠継続を行った一例を経験したため、文献的考察を加えて報告した。

57. 羊水除去術を繰り返し要した congenital mesoblastic nephroma 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、森崇宏、川鱈市郎

羊水過多の原因は多岐にわたるが、今回我々は胎児の腎腫瘍により羊水過多をきたし、繰り返し羊水除去を施行し管理した症例を経験したので報告する。congenital mesoblastic nephroma (CMN) は新生児・早期乳児に多くみられる腎腫瘍であり、その児の妊娠経過中に羊水過多が認められることが多く、時に生後の新生児に高血圧がみられるとされている。

症例は40歳、1回経産婦(帝王切開術)。家族歴・既往歴に特記すべきことなし。タイミング法にて妊娠成立した。妊娠23週頃から羊水増加傾向、妊娠28週胎児の腎腫大を指摘され当院へ紹介となった。妊娠28週6日当院初診、左腎臓腫大とAFI41cmの羊水過多を認めた。紹介当日羊水除去術を施行、以後羊水量増加は加速傾向であり計10回羊水除去術を施行した。妊娠経過に伴い左腎臓もさらに腫大、腎臓全体が腫瘍に置換されており正中線を越え妊娠33週にMRIを撮影、超音波所見と合わせてCMNと考えられた。母体腹部増大傾向、繰り返しの穿刺に対する母体負担増大を考慮して妊娠34週5日、既往より帝王切開術にて分娩となった。児は2451g女児、Apgar score 1分値4点/5分値7点、早産児のため新生児センター入院となった。出生直後より血圧が高く降圧剤の投与を要した。日齢5、左腎腫瘍切除術を施行、病理診断はCMN、fibromatous typeとの結果であった。生後2か月で退院し現在も外来経過観察中である。羊水過多、新生児期の高血圧の原因は高レニン血症によると推察されている。

58. 当院で比較的短期間に経験した臍帯脱出3例

一宮市立市民病院 産婦人科

上原有貴、佐々木萌、吉原紘行、小島龍司、浅野恵理子、
河口哲、佐々治紀

【目的】臍帯脱出の発生率は全分娩の0.5~0.8%と稀な疾患であるが、児にとって最も危険な合併症の一つである。2015年2月~8月という比較的短期間に3例の臍帯脱出を経験した。その管理体制の問題を検討した。

【症例1】28歳0経妊。妊娠40週5日。前期破水で入院。その後CTG上70bpmの遷延性徐脈出現あり内診し臍帯脱出の診断。羊水混濁著明。診断から児娩出まで21分。脊髄クモ膜下麻酔。臍帯長80cm。児は2968g。男児。Apgar score 6/8。臍帯動脈血pH:6.973。児の経過良好。

【症例2】32歳0経妊。妊娠40週1日。前期破水で入院。入院時内診にて臍帯脱出の診断。羊水混濁著明。診断から児娩出まで15分。脊髄クモ膜下麻酔。臍帯長93cm。児は2136g(-3.1SD)。男児。Apgar score 3/5/5。臍帯動脈血pH:7.060。低出生体重児としてNICU入院するも児の経過良好。

【症例3】31歳2経妊0経産。41週5日。誘発入院。自然破水。破水直後内診にて臍帯脱出の診断。羊水混濁なし。診断から児娩出まで11分。全身麻酔。臍帯長は55cm。児は2612g。男児。Apgar score 8/8。臍帯動脈血pH:7.294。児の経過良好。

【考察】3症例とも頭位、自然破水であった。2例で過長臍帯を認めた。そのほか臍帯脱出の危険因子と考える羊水過多、早産、多胎は認めなかった。過長臍帯は巻絡に関連した分娩時のリスクに注意が必要だが、臍帯脱出のリスク因子である可能性が示唆された。

一方臍帯脱出診断後の対応としては、3症例とも小児科医師、助産師、手術室看護師と連携して診断から比較的早急に児娩出に至った。児の予後も良好であり、適切であったと思われた。

59. 妊娠 36 週で診断された 胎児脈絡叢腫瘍の 1 例

¹名古屋大学医学部附属病院 産婦人科、

²レディースクリニックアンジュ

吉田康将¹、森山佳則¹、伊藤由美子¹、大須賀智子¹、
今井健史¹、中野知子¹、津田弘之¹、炭竈誠二¹、
小谷友美¹、小島正義²、吉川史隆¹

症例は、35 歳、G2P2、特記すべき既往歴なし。自然妊娠成立し、近医にて妊婦健診を継続されていた。妊娠 36 週 0 日の妊婦健診にて、初めて胎児脳室拡大を指摘され、36 週 1 日に当院紹介受診となった。MRI では、胎児の右側脳室から第 3 脳室に 52x25x29mm 大の不整形腫瘍を認め、脈絡叢出血や出血を伴った腫瘍（脈絡叢癌、脈絡叢乳頭腫）の疑いがあるとの結果であった。産婦人科、脳神経外科、新生児科で診療方針を協議し、胎児水頭症の進行速度を考慮し、また分娩による頭蓋内出血の危険を回避するために、早期の帝王切開での分娩方針とした。出生前に、本人および家族にも、産婦人科医および脳神経外科医から出生後に予測される経過や必要となる治療などについて説明を行った。妊娠 37 週 2 日、新生児科医の立会いのもと予定帝王切開を施行し、母体は経過良好で術後 7 日目に退院となった。児は 2402g、女児、Apgar Score 9/9 点であったが、そのまま NICU 入院となり、日齢 33 日目に退院した。経過観察中に頭蓋内圧亢進を認め、日齢 55 日目に脳室腹腔シャント術を行った。今後は、児の体重増加を待って、開頭腫瘍摘出術が行われる予定である。

本症例は、胎生期に診断されたことにより、出生直後より頭蓋内圧亢進症状など慎重に経過観察を行うことができた。そして、妊娠経過のいずれの段階においても、体系的なスクリーニングの有用性を痛切に感じさせられる症例であった。本疾患は、乳児期の発症が多く、胎生期に発見されることは稀とされており、文献的考察も加えて報告する。

60. 臍帯血 BNP 上昇例からみた機能的な 胎児心不全の病態解析

長良医療センター 産科

森 崇宏、高橋雄一郎、岩垣重紀、千秋里香、浅井一彦、
松井雅子、川緒市郎

[緒言]

胎児期の心不全はその定義も明確ではなく、新生児予後からみた明確な解析がなされていない。当院では胎児期に心臓の機能異常が推測された症例において胎児期の心臓ストレスの存在確認として臍帯血の B 型ナトリウム利尿ペプチド（以下 BNP）計測を施行している。今回、胎児心不全の病態解明の為にその異常高値例における胎児心機能と新生児期の所見についての解析を行ったので報告する。

[考察]

2012 年 7 月から 2015 年 10 月の間、複雑な心構造異常のない単胎において臍帯血 BNP $\geq 100\text{pg/mL}$ であった症例は、三尖弁逆流、右心系拡大、胎児腹水、胎児胸水、臍帯ヘルニア、卵円孔早期閉鎖、先天性間葉芽腎腫の 7 例であった。平均出生週数は、34.6 週（ $\pm\text{SD}$ 3.4 週）、平均出生体重は 2288g（ $\pm\text{SD}$ 640g）であった。娩出直前の超音波検査での異常所見は、臍動脈血流の途絶・逆流：0 例/7 例、静脈管の途絶・逆流：0 例/7 例、臍静脈の pulsation：5 例/7 例、血流再分配：2 例/7 例、中大脳動脈収縮期最高血流速度が 1.50MoM 以上：0 例/7 例、著明な心拡大（CTAR $> 40\%$ ）を認めたのは 1 例/7 例であった。26 週に出生した羊水過少の 1 例のみ新生児期に昇圧薬を要し、新生児期にくも膜下出血が原因で死亡となっている。残りの症例では児は生存しており、心不全に対する治療は施されていないかった。

[結語]

臍帯血 BNP 高値例が必ずしも新生児期の心不全治療と関連するとは限らない可能性がある。

今後、胎児心機能の異常と臍帯血 BNP、新生児予後との関連を更に検討する事で真に娩出を要する胎児心不全の定義の確立を進めて行く必要がある。

第 11 群(2 日目 13:10~14:15) 第 2 会場

61. 2 度の手術と TIP 療法により寛解した
胚細胞腫瘍の一例

大垣市民病院

玉村有希恵、伊藤充彰、中川敦史、高木七奈、石井美佳、
木下吉登、古井俊光

【諸言】悪性卵巣胚細胞腫瘍の治療成績は BEP 療法により著しく向上したが、BEP 療法抵抗性の場合には確立された治療法がなく予後不良である。今回、BEP 療法抵抗性で secondary debulking surgery と TIP 療法により寛解した胚細胞腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】15 歳、未経妊。6 年前に右卵巣腫瘍茎捻転のため右付属器切除術を施行。今回、下腹部痛を主訴に当院を受診。CT と MRI で左卵巣に 11cm 大の腫瘍を認め、腫瘍マーカー AFP が 30297ng/ml と高値であったことから悪性胚細胞腫瘍を疑った。初回手術では、右付属器切除後であることと妊孕性温存を考慮して左卵巣は正常部分を温存して部分切除とし、大網部分切除、腹膜生検、腹水細胞診を施行した。広範囲に播種があり suboptimal surgery であった。腹水細胞診陽性、病理組織診断は卵黄嚢腫瘍とディスジャーミノーマの混合型胚細胞腫瘍、手術進行期分類は III C 期(FIGO2014)と診断した。術後、BEP 療法を 4 コース施行し AFP は 373ng/ml まで低下したが、5 コース終了後には 641ng/ml と上昇し、CT で骨盤内左側に 48mm 大の病変を認めた。卵巣がんガイドライン等を参考に TIP 療法 (PTX175mg/m²、IFM1200mg/m²x5、CDDP20mg/m²x5)に変更し、TIP 療法を 3 コース施行後、AFP は 354ng/ml まで低下したが、PET-CT で骨盤内左側に 30mm 大の病変と下行結腸外側に 20mm 大の病変を認めた。secondary debulking surgery の方針とし、左卵巣の断端に腫瘍がないことを確認した上で左卵巣の一部を温存して骨盤の腫瘍を摘出し、結腸部分切除を併用して complete surgery を行うことができた。術後、TIP 療法をさらに 2 コース施行し、AFP は 2ng/ml まで低下した。最終投与から 10 カ月経過した現在も再発なく経過している。

【考察】BEP 療法抵抗性の胚細胞腫瘍に対し、TIP 療法が有効であることが示唆された。また、胚細胞腫瘍であっても、初回手術後に化学療法のみならず手術療法を積極的に行うことで延命だけでなく寛解を目指せる可能性があると考えられた。

62. 婦人科癌に対する手術前後での
下肢周囲径の推移とリンパ浮腫発症に
ついての検討

トヨタ記念病院 産婦人科

藤田雄也、伊吉祥平、山内佑允、山田拓馬、竹田健彦、
宇野 枢、田野 翔、吉原雅人、眞山学徳、鶴飼真由、
原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】リンパ浮腫は、癌治療に関連して発症するものがほとんどであり、早期診断治療が予後改善に繋がると考えられている。続発性上肢リンパ浮腫の診断に関しては治療前後での周囲径差を 1 cm とする報告がある一方、続発性下肢リンパ浮腫の診断については明確な診断基準は存在しない。今回我々は、婦人科癌手術前後での下肢周囲径の推移とリンパ浮腫発症との関連を後方視的に検討した。【方法】2014 年 1 月から 2015 年 7 月の間に当院で診断及び治療を行った婦人科癌患者を対象とした。手術前、術後約 1 週間、術後約 3 ヶ月の時点での下肢周囲径を測定し、リンパ浮腫の発症との関連を検討した。リンパ浮腫の診断は、自覚症状および身体所見に基づいて行った。【成績】対象患者は 27 例であった。平均年齢は 58.2 歳、平均 BMI は 23.1 kg/m²であった。子宮頸癌、子宮体癌、卵巣癌がそれぞれ 10 例、14 例、3 例であった。リンパ浮腫を発症した患者は 16 例であった。リンパ節郭清の程度や圧迫療法施行等の患者背景は、リンパ浮腫発症群と非発症群で差はなかった。経時的な下肢周囲径の増大幅は、発症群では平均 3.44 cm であったのに対し、非発症群では 1.68 cm であった。また、1 cm 以上の周囲径増大を来した症例は、発症群で 10 例、非発症群で 5 例であった。両群間の患肢周囲径を、初期値を共変量とした共分散分析を用いて経時的に比較したところ、発症群では非発症群と比較して、術後 3 ヶ月での周囲径の改善が乏しい傾向を認めた。しかし、経時的な下肢周囲径左右差の推移は、両群でほぼ同様の経過を辿っていた。【結論】婦人科癌術後では、従来の左右差を基にした診断では、臨床的なリンパ浮腫発症の判定には不十分である可能性があり、手術前からの継続的な下肢周囲径の測定がリンパ浮腫の発症を予測しうる可能性が示唆された。

63. 子宮原発類上皮平滑筋肉腫の1例

名古屋大学

関谷敦史、鈴木史朗、内海史、関谷龍一郎、三井寛子、梶山広明、柴田清住、吉川史隆

類上皮平滑筋肉腫は胃や腸など消化管に高い発生頻度をみる腫瘍で子宮に発生するのは稀である。今回我々は子宮に発生した類上皮平滑筋肉腫の1例を経験したので報告する。

【症例】32歳。1経妊1経産。

検診目的に近医を受診。1年前に経過観察可能な子宮筋腫を指摘されていた。下腹部に小児頭大の腫瘤を触知。経膈超音波検査にて内部に一部充実成分を認める嚢胞性腫瘤を確認。卵巣腫瘍疑いにて当院紹介となった。

MRIでは腫瘤の大きさは15cm大。子宮体部と連続性を認め、充実成分を伴った嚢胞性腫瘤であった。T1で低信号、T2で高信号を示し、一部にはT1高信号、T2低信号の不整な小結節状構造を認めた。CTでは明らかなリンパ節腫大、遠隔転移を疑う所見は認めなかった。受診時に行った子宮内膜細胞診も陰性であった。

変性を伴った子宮筋腫の疑い、もしくは子宮平滑筋肉腫の可能性も考慮して手術となった。

子宮周囲に癒着は認めず予定通り腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を行った。

摘出標本は断面を入れると内部には黄色透明な内用液が充満しており、肉眼上に壊死を伴った壁在結節を認めた。

病理組織学的には目立つ核小体とクロマチンの増加した腫大した異型核を持つ細胞が束をなして増殖したり、上皮様に配列して浸潤増殖していた。核分裂数は3~4個/10HPFであった。

免疫染色ではSMA、desmin、caldesmon陽性、AE1/3、CD10、S-100は一部のみ陽性、HMB-45陰性、Ki-67陽性率は3~4%であった。

病理組織学的診断は類上皮平滑筋肉腫となった。

術中洗浄腹水細胞診は陰性であった。

術後の補助療法は行わず、現在も外来にて経過観察中である。

64. 術前診断に苦慮した胃型子宮頸部腺癌の一例

¹公立西知多総合病院、²病理科

齋藤理¹、川地史高¹、溝口良順²

【緒言】胃型子宮頸部腺癌は内子宮口付近で発生し内向性に発育するため細胞採取が難しく、HPVが陰性であることから、早期発見の難しい腫瘍として認識され、通常型腺癌と比べても予後が不良といわれている。今回半年にわたる不正出血にて来院し、子宮留血腫を認め、術前診断に難渋した胃型子宮頸部腺癌を経験したので報告する。

【症例】82歳女性。2経妊2経産。既往歴特になく、半年にわたる不正性器出血にて受診。子宮口は特に異常認めず、経膈超音波にて子宮留血腫を認め、MRI画像ではT2強調画像で子宮頸部に20mmのhigh intensity areaと子宮留血腫を認めました。採血では腫瘍マーカーに異常認めませんでした。子宮膈部細胞診では異型腺細胞を認め、内膜細胞診は疑陽性。頸管内搔爬は軽度異形成。子宮強後屈であり内膜組織診が難しく、カテーテルによる子宮内腔洗浄細胞診にて腺癌認めました。以上から子宮体癌による子宮留血腫と診断し、高齢ではありましたがPS良好的ため子宮全摘・両側付属器切除術施行しました。術後病理組織検索にて頸部から内腔に発育する腫瘤を認め、病理組織診断にて胃型子宮頸部腺癌pT1b1と診断されました。術後1年再発兆候なく経過しております。

【結語】胃型腺癌は子宮頸部腺癌の中でも悪性腺腫などと同じグループに包括され、予後不良とされ、術前診断、術後病理診断にも苦慮する報告も多い。異型腺細胞の精査時、子宮口の所見に異常認めない場合でも、上記疾患が内子宮口付近で発生することに留意し検索することが重要であると考えられた。

65. 膀胱子宮内膜症の一例

藤田保健衛生大学 産婦人科

猿田莉奈、宮村浩徳、奈倉裕子、本多真澄、宮崎 純、河合智之、西尾永司、西澤春紀、廣田 穰、藤井多久磨

【緒言】子宮内膜症は、子宮内膜組織が子宮内腔の外に広がり増殖する疾患である。その多くは子宮、卵巣および腹膜に存在することが多い、しかし他の骨盤内部位や骨盤外に異所性に存在することがあり、2012年のエンドメトリーオーシス学会で稀少子宮内膜症と名称が統一された。その中でも膀胱子宮内膜症は、子宮内膜症の約1~2%に認められる稀な症例である。今回我々は、膀胱子宮内膜症の症例を経験したので報告する。

【症例】32歳0経妊。月経周期開始に伴う頻尿と排尿時痛を認めていた。また卵巣子宮内膜症性嚢胞を認めており、腹腔鏡手術希望のため当院受診となった。血中CA125値は148.5(IU/ml)、超音波にて膀胱後壁に35mmの辺縁不正な隆起性病変を認め、膀胱鏡にて膀胱後壁から頂部にかけて内部に出血斑を伴う腫瘤を認めた。経尿道的膀胱生検を行い膀胱子宮内膜症と診断された。薬物療法を選択してジェノゲスト2mg/日を投与し、1年3ヶ月後血中CA125値は正常範囲内となり、膀胱鏡にて腫瘍は消失しており現在も内服継続中である。

【考察】膀胱子宮内膜症は月経時に増悪する肉眼的血尿及び頻尿といった特徴的な臨床症状より本疾患を疑い、超音波、MRIなどの画像診断を行うことが重要である。治療は患者年齢、挙児希望の有無、水腎症の有無を考慮して薬物療法か手術療法を選択する。本症例は薬物療法のジェノゲストが奏効したが、休薬などによる再発症例も多いため、今後は慎重な経過観察が必要だと考えられる。

【まとめ】今回我々はジェノゲストが奏功した膀胱子宮内膜症を経験した。膀胱子宮内膜症は他の子宮内膜症と同様に再発のリスクが高く、長期の経過観察が必要である。そのため、長期投与が可能なジェノゲストは有用な薬物療法の一つだと考えられる。

66. 広間膜に発生した上衣腫の一例

名古屋市立大学 産婦人科

浅野智子、間瀬聖子、西川 博、荒川敦志、杉浦真弓

【緒言】上衣腫は脳室上衣細胞への分化を示すグリオーマの一種であり、一般に脳室上衣やその遺残組織から生じる。卵巣、仙骨部、肺、縦隔など脊髄外発生の報告例もあり、広間膜発生も数例報告されている。今回、広間膜発生の上衣腫を経験したので報告する。【症例】21歳女性、健診で卵巣腫大を指摘された。経膈超音波検査で右子宮附属器領域に径40mmの嚢胞性と充実性が混在する腫瘤を認めた。CA125、CEA、CA19-9、AFPは正常範囲だったが、MRI所見を加えた画像検査にて右悪性卵巣腫瘍が否定できず開腹術を施行した。右卵巣近傍の広間膜より40mmの腫瘍が発生し、右卵巣と右卵管采にわずかに付着しており、右卵管と腫瘍に付着していた卵巣の一部を切除した。病理標本では線毛を有する円柱上皮腫瘍細胞がロゼットを形成し、上衣腫に特異的なGFAP陽性、さらにS-100、クロモグラニン陽性で上衣腫と診断した。【考察】脊髄外発生の上衣腫に対する治療法や管理方法は確立しておらず、多くの場合に摘出術が行われている。本例は術前に悪性卵巣腫瘍が疑われ開腹術を選択した。切除断端や部分切除された卵巣に腫瘍は認めず追加治療はなく術後22ヶ月で再発は認めていない。予後は比較的良好とされるが晩期再発症例も報告されており、今後も長期的な経過観察を予定している。

67. 積極的外科治療により長期生存を得ている進行卵巣がんの症例

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、古井俊光、木下吉登

症例は 46 歳の 2 回経産婦。過長月経を主訴に近医を受診し、子宮筋腫を疑われて当院紹介受診となった。MRI で骨盤内正中に充実性腫瘤を認め、左卵巣に接していた。内部は不均一で一部に造影効果が見られ、CA125:1926.0U/ml と著明な高値であり、卵巣悪性腫瘍の疑いで手術を施行した。

腫瘍は子宮後面と直腸前面に強固に癒着しており、一部を生検して術中迅速診断に提出した後、子宮及び両側付属器とともに摘出する方針となったが、腫瘍からの出血が多く可及的に子宮全摘出＋両側付属器切除のみ施行した。外科医師により直腸合併切除を行うことで腫瘍摘出したが、術中出血は約 6850ml となり、癒着剥離した腫瘍周辺組織からの出血コントロールが困難となったため腹腔内にガーゼタンポナードを施行して仮閉腹し手術終了した。術後 2 日目に再開腹して腸管吻合と止血術を施行した。

術後 TC 療法を 6 コース施行したが、最終投与後約 6 か月で腫瘍マーカーが上昇し、PET-CT で左腎門部リンパ節再発が疑われた。初回術後約 1 年 4 か月で鼠径上から腎門部までの系統的リンパ節郭清術を施行し、左腎門部と左卵巣動静脈に腫瘍を認めた。術後更に TC 療法 6 コースを追加し、現在初回治療から 3 年 4 か月を経て再発を認めていない。

進行卵巣がんに対しての初回手術療法は optimal surgery を達成することが難しいことも珍しくない。他臓器合併切除や大量輸血等に備えて、他科の医師に十分な協力を依頼することも必要である。そして再発卵巣がんに対しては optimal surgery を目指せる症例では化学療法のみではなく手術治療も選択できると考えられる。

68. 術後亜急性期に肺塞栓を発症した 1 例

¹名古屋掖済会病院産婦人科、²同循環器科

藤井詩子¹、高橋典子¹、服部諭美¹、古井裕子¹、石橋由妃¹、服部友香¹、三澤俊哉¹、風間信吾²

【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する必要がある。今回、卵巣腫瘍破裂緊急手術後亜急性期に肺血栓塞栓症を発症した 1 例を経験したので報告する。【症例】18 歳女性、未妊。既往、内服薬なし。急激に発症した下腹部痛で当院救急外来受診。CT 検査では肝表面までの多量腹水と約 15cm の緊満しない多房性嚢胞性腫瘤を認めた。卵巣腫瘍破裂を疑い緊急開腹手術施行。腹腔内は粘稠な腹水と小児頭大の左卵巣腫瘍認め、破裂を起こしていた。迅速病理検査は行わず、左付属器摘出術を施行した。Caprini Score は 2 点と静脈血栓塞栓症低リスクであったため、弾性ストッキングと間欠的空気圧迫法で予防を行った。術後 1 日目から離床開始し、経過は良好であったが、術後 6 日目にトイレで胸痛と嘔気自覚後に意識消失した。ショックバイタルで酸素化不良あり、大動脈造影 CT で両側肺動脈に血栓を認め、肺塞栓と診断した。ICU 管理下で酸素、昇圧剤使用しつつ抗凝固療法開始。発症後 2 時間で循環動態は安定化した。術後 9 日目に一般病床に転棟し、エドキサバントシル酸塩水和物内服とし術後 17 日目に退院した。外来での再検査で ATⅢ 11.7 mg/dl と低値認め、詳細な家族歴聴取で父が先天性 ATⅢ 欠損症であることが判明し、本人も ATⅢ 欠損症と考えられた。病理診断は粘液性腺癌で pT1cNXMO であった。【考察】若年者であっても血栓性素因を認める場合は血栓症のリスクが高いことを十分に認識する必要がある。既往歴だけではなく家族歴の聴取が重要となる。また血栓症発症した場合は血栓性素因の有無を調べる必要がある。さらに骨盤内腫瘍を認めた場合は術前の血栓症の評価が重要であると考えられた。

69. 高度肥満子宮体癌に対して根治術前に脂肪除去術を行った二例

¹大垣市民病院産婦人科、²形成外科

中川敦史¹、伊藤充彰¹、高木七奈¹、玉村有希恵¹、石井美佳¹、古井俊光¹、木下吉登¹、森島容子²

[緒言]子宮体癌の標準的治療は手術であるが、高度肥満のため手術が困難である場合がある。今回、我々は高度肥満を認める子宮体癌に対して視野を確保するために先行して皮下脂肪除去術を行った症例を経験したので報告する。[症例 1]38 歳 0 経妊 0 経産。月経不順のため紹介受診となった。身長 162cm、体重 172kg、BMI65.5 であった。内膜組織診では G1-2 相当の類内膜腺癌であった。巨体のため CT/MRI は施行できなかつた。先行して約 5kg の脂肪除去を行い、婦人科手術を開始とした。内臓脂肪のため単純子宮全摘および両側付属器切除を行うのが精一杯であつて、摘出子宮では肉眼的には筋層浸潤はあつてもわずかあり、また触診上骨盤内リンパ節腫大を認めなかつたため、リンパ節郭清は省略とした。閉創時に追加で合計 1.7kg の脂肪組織を除去し、筋膜上にドレーンを 3 本留置した。術後 9 日目にドレーン抜去、13 日目に抜糸を行った。脂肪融解のため軟膏処置を行い、術後 46 日目に退院となつた。[症例 2]44 歳 1 経妊 1 経産。子宮癌検診の子宮体部細胞診が偽陽性であり当院へ紹介受診となつた。身長 160cm、体重 119kg、BMI46.4 であった。内膜組織診は G1 相当の類内膜腺癌であり、MRI では明らかな筋層浸潤を認めなかつた。先行して約 4.4kg の脂肪組織を除去し、単純子宮全摘および両側付属器切除を行った。摘出子宮では肉眼的に筋層浸潤は少なくとも 1/2 以内であつた。このためリンパ節郭清は骨盤内のみとした。大網は横行結腸下に部分切除を行った。閉創時は筋膜上にドレーンを 3 本留置した。術後 12 日目に抜糸を行い、16 日目にドレーンを抜去した。尿路感染症や血栓症のコントロールに難渋したが、術後 40 日目に退院となつた。[考察]高度肥満例では手術自体が困難となりうるが、脂肪除去による前処置を行うことで安全性確実性を担保した手術を行うことができる可能性がある。

70. 岩砂病院・岩砂マタニティにおける乳癌検診 9 年半の報告・考察

¹岩砂病院・岩砂マタニティ、²放射線科、³揖斐厚生病院 外科

橋山稔子¹、安田香子¹、岩砂眞一¹、伏屋道夫¹、岩砂智丈¹、小倉寛則¹、西脇睦²、武藤泉²、矢野みちこ²、熊澤伊和生³

[目的] 当院での乳癌検診の実際を紹介し、検診医・検診技師の必要数について考察した。又 9 年半での受診者数・精検数・乳癌発見率等をまとめ報告する。

[方法] 現在日本では乳癌罹患数・死亡数が増加しているため乳癌検診受診者増加とともに、乳癌検診できる医師増加が必要である。H18/4 月から本年 H27/9 月までの 9 年半にわたる当院での乳癌検診の実情について報告し、地域の人口から乳癌検診医&放射線技師数の必要数を考察した。

[成績] 9 年半の当院乳癌検診受診者数は 7228 人で、受診者の平均年齢は 41.4 歳。要精査は 530 人(7.3%)だった。要精査受診数は 515 人(要精査中 97.2%)、乳癌発見数は 47 人(0.65%)であつた。平成 27 年 4 月現在の岐阜市 25 歳以上女性数は 17 万人弱である。1 年でその半数が受診し 2 年掛けて全員乳癌検診受診と仮定する。1 人の医師が 1 日 2 時間・週 3 回・1 回 8 人として検診を行えば、1 年間で 50 週×3 回×8 人の計算で 1200 人検診できる。この頻度で検診を行うと岐阜市の 25 歳以上の女性全員が 2 年ごと検診を受けるためには 71 人の医師及び同数の放射線技師が必要である。

[結論] 妊娠・出産を行う産婦人科で乳癌検診が受けられることは施設の継続性があり、患者様にとっても受診しやすいと考える。又、現在乳癌検診受診者を増やすには受け入れ施設及び検診医や検診技師が増える必要がある。癌検診の精度をより良く保ち、増え続けている乳癌を治癒可能早期に発見し、欧米のように乳癌死が減るように乳癌検診受け入れ施設が増えることを願う。

71. 当科におけるがん生殖医療相談の傾向と課題

¹岐阜大学医学部附属病院産科婦人科、²看護部

寺澤恵子¹、古井辰郎¹、牧野弘¹、竹中基記¹、
森重健一郎¹、桑原美紀²、棚橋昌代²、斎藤久美子²

[目的]当院では 2013 年 2 月より岐阜県がん・生殖医療ネットワークを通じて地域のがん診療医との連携によるがん患者へのがん生殖医療相談および妊孕性温存治療に当たってきた。今回、当院における「がん・生殖医療相談」の実態を検証し、今後の問題点を検討した。[方法]2013 年 2 月 16 日から 2015 年 9 月 30 日までに当科「がん・生殖医療相談」を受診した 114 症例について、性別、年齢、子供の数、原疾患、相談後の対応等を検証した。[成績] 男性 34、女性 80、乳腺 44、血液 34、泌尿器 9、消化器 7、婦人科 7、骨軟部 6、脳 4、その他 3、年齢は 15 歳から 49 歳(平均 30.6±7.8 歳)、子供の数 1 人が 10 名、2 人以上 3 名、相談後で実際の妊孕性温存治療を受けずにがん治療に戻った患者は 60 名(52.6%)、精子保存 29 例(25.4%)、卵子・胚凍結保存 13 例(11.4%)、卵巣組織凍結 4 例(3.5%)、GnRHa 卵巣休眠 5 例(4.4%)であった。[結論]相談後の患者の自己決定に関しては、妊孕性温存処置を受けなかった症例が半数以上を占めており、特に女性ではその傾向が強かった。一方、女性受診者のうち 21%が卵子・胚、卵巣組織の凍結を選択した。このことは情報提供によりがん治療の緊急性、妊孕性温存におけるメリット・デメリットとその限界がある程度理解が得られたことによると思われる。一方、小児受診者が少ない事は、当院では小児に対するがん・生殖医療相談体制が十分とは言えない事、卵子凍結、卵巣組織凍結は適応外としている事による結果と思われる。小児がん経験者の晩期合併症としての妊孕性低下や内分泌異常発症リスクの高さを考えるとこれらへの対応も今後の検討課題とされる。

72. ACS を合併した重症卵巣過剰刺激症候群(OHSS)の管理において膀胱内圧測定が有用であった 1 例

岐阜大学 産婦人科

桑山太郎、牧野弘、古井辰郎、志賀友美、竹中基記、
寺澤恵子、森重健一郎

【目的】

abdominal compartment syndrome (ACS) は四肢の compartment syndrome と同様に組織内圧上昇による循環障害であり、重症化すると全身の機能障害や臓器不全をもたらす。OHSS に ACS を合併することは非常に稀であり、報告もほとんどない。今回我々は重症 OHSS に ACS を併発し、その診断、管理に膀胱内圧の測定が有用であった 1 例を経験したので報告する。

【症例】

29 歳、未経妊、未経産、不妊を主訴に近医受診。ゴナトロピン療法による卵巣刺激をおこない、卵巣が 6cm に腫大した状態で、ヒト絨毛性性腺刺激ホルモン(hCG)を 2500IU 投与された。hCG 投与後 4 日目より軽症 OHSS の所見を認めた。hCG 投与後 22 日目に症状増悪、胸水出現し、卵巣が 12cm 以上に腫大したため、重症 OHSS と診断し、入院管理となったところ、乏尿、妊娠反応陽性認め、翌 23 日目に全身管理目的に当院救急搬送となった。

入院後、補液、アルブミン製剤投与するも尿量増加認めず、膀胱内圧を測定すると 25mmHg と上昇認めため腹水を 2000ml 除去したところ、膀胱内圧の低下とともに尿量の増加を認めた。その後、入院 6 日目に再度尿量が 10ml/hr まで減少し、膀胱内圧を測定したところ 24mmHg と再上昇を認めため、腹水を約 1500ml 除去したところ、膀胱内圧の低下とともに尿量増加を認めた。その後は腹水ドレナージすることなく尿量は維持され、入院 13 日目に胎児心拍を確認、入院 25 日目に退院となった。退院後は外来にて周産期管理をおこない妊娠 18 週の時点で卵巣が正常大に改善していることを確認した。妊娠 39 週 3 日に自然経膣分娩にて 3080g の女児を出産した。

【結論】

重症 OHSS において従来の画像診断、生化学的検査に加え、初期治療で改善が得られない場合、膀胱内圧を測定することが腹水除去を行う一つの判断基準になり、全身状態の管理に有用であることが示唆された。

73. Pazopanib 投与中に消化管穿孔を 発症した未分化子宮内膜肉腫の 1 例

三重県立総合医療センター 産婦人科

川村賢吾、小林良成、秋山 登、徳山智和、南 結、
小田日東美、中野譲子、井澤美穂、田中浩彦、
朝倉徹夫、谷口晴記

【概要】WHO 分類（2003 年）において、子宮内膜間質肉腫は低悪性度内膜間質肉腫と未分化子宮内膜肉腫に分類される。未分化子宮内膜肉腫に対する有効な化学療法は確立されておらず、腫瘍残存例における治療成績は極めて不良である。近年、化学療法抵抗性の子宮肉腫症例において、血管内皮増殖因子受容体、血小板由来増殖因子受容体、幹細胞因子受容体に対するマルチキナーゼ阻害薬である pazopanib 奏功例の報告が散見されるようになった。同剤は副作用発現率が高く、その主な副作用は、高血圧、全身倦怠感、下痢、肝機能異常、骨髄抑制である。また、稀ながら他の抗悪性腫瘍治療薬と同様に消化管穿孔発症の報告もみられる。当科では、未分化子宮内膜肉腫に対する pazopanib 投与中に消化管穿孔を発症した 1 例を経験したので、その治療経過を若干の文献的考察と共に報告する。

症例は 40 代女性。不正出血を主訴に当科を初診。初診 1 ヶ月後に開腹術を施行した。腸管表面に細かな播種巣が多発しており、子宮摘出と両側付属器の切除と可及的な播種巣摘出術を行った。未分化子宮内膜肉腫Ⅲb 期と診断し、術後化学療法（Docetaxel-Gemcitabine 療法）を施行した。術後 3 ヶ月で骨盤内に 8 cm の再発病巣を認め、腸管合併切除を含めた腫瘍の摘出術を施行した。術後は Adriamycin-Cisplatin 療法に regimen を変更したが、再手術 1 月半後に骨盤内に再発を確認した。Pazopanib 投与により 6 か月間腫瘍の増大なく経過した。進行病変と診断した後も十分な説明のもと同加療を継続した。治療開始 1 年後に小腸穿孔を発症し、人工肛門造設術を施行した。

共催セミナー

(ランチョンセミナー、イブニングセミナー)

LS1. 羊水塞栓症の病態と管理

浜松医科大学産婦人科

金山 尚裕

羊水塞栓症の主な原因として羊水に対しての過剰なアナフィラクトイド反応が示唆されている。肺や子宮の組織学的検討の結果から従来から言われていた肺動脈に羊水が塞栓するという物理的塞栓の症例は少なく、アナフィラクトイド反応を示す症例が多いことがその理由となっている。初発症状としては呼吸困難、胸痛、下腹痛を伴った突然の胎児機能不全、意識消失などを主体とするものとDIC・子宮弛緩症を初発とするものがある。前者を心肺虚脱型羊水塞栓症、後者を子宮型羊水塞栓症と細分類している。心肺虚脱型羊水塞栓症は発症時から症状が全身性である。後者の子宮型羊水塞栓症の初発症状は重度の子宮弛緩症と早期に発症するDICが特徴である。「胎盤娩出後子宮が大きく、柔らかく、子宮収縮薬に反応しない、早期から非凝固性の子宮出血を認める」というように子宮弛緩が臨床的特徴であることから子宮型羊水塞栓症と命名している。子宮型羊水塞栓症の組織所見としては子宮血管に羊水成分を認め、間質浮腫（血管浮腫）と炎症性細胞浸潤が特徴的である。

検査・診断：救命するためには臨床的羊水塞栓症の診断基準を用いて迅速に対応する。原因としてアナフィラクトイド反応であることが多いので分娩中の胸痛、呼吸困難、ショック、突然の胎児機能不全、突然の下腹痛、意識消失、胎盤娩出後の出血量に見合わないショック、出血量に見合わないDICなどを見たら羊水塞栓症を考慮する。胎盤娩出後は子宮弛緩症があるか否か内診、外診、超音波断層法などで必ず確認する。子宮のサイズを記録しておくことは羊水塞栓症の診断に極めて重要である。肺水腫を伴うことが多いので可能であればCTで肺水腫の有無を確認する。血液検査はフィブリノーゲンの早期の測定が肝要である。発症早期にフィブリノーゲンが極端な低値（100mg/d以下）の時は羊水塞栓症をまず考える。

治療：1次施設における搬送の時期は初期のショック対応（気道確保、血管確保、補液、抗ショック薬剤投与）とDIC対策（アンチトロンビン投与、可能ならばFFP投与）後速やかに高次施設に搬送する。2次施設では早期よりICUで集中管理するのが望ましい。基本的対応としては産科危機的出血の対応ガイドラインに基づいて行う。重症DICが発症することが多いので早期にアンチトロンビン（3000単位）投与する。新鮮凍結血漿10～15単位以上を投与する。最近羊水塞栓症では母体血中のC1エステラーゼインヒビター（C1INH）が低値であることが報告された。羊水塞栓症に見られる肺水腫や子宮弛緩症はC1インヒビター低下による血管浮腫と考えられる。C1INHはFFPに比較的多く含まれていることからFFPの早期大量投与はこの観点からも意味がある。またC1INHは遺伝性血管浮腫で保険採用されている製剤であることから、羊水塞栓症におけるC1INH投与も羊水塞栓症の改善に繋がる可能性がある。羊水塞栓症に対してC1INH投与の多施設共同研究で行っており、その一部も紹介したい。

【略 歴】	昭和 55 年	浜松医科大学卒業
	昭和 55 年	浜松医科大学産婦人科入局
	昭和 59 年	浜松医科大学医学部大学院入学
	昭和 63 年	同卒業
	昭和 63 年～平成元年	ミュンヘン工科大学産婦人科留学
	平成 元年	浜松医科大学産婦人科助手
	平成 6 年	浜松医科大学産婦人科講師
	平成 11 年	浜松医科大学産婦人科教授
【専 門】	周産期医学（羊水塞栓症、早産、胎児モニタリング）	
【学会活動】	日本産科婦人科学会代議員	
	日本産科婦人科学会周産期委員会副院長	
	日本周産期新生児学会理事	
	日本胎盤学会理事	
	日本妊娠高血圧学会理事	
	日本産婦人科栄養代謝学会理事 等	

産婦人科領域における腹腔鏡下手術の有用性
~より低侵襲な手術を目指して~

LS2-1. 当科における腹腔鏡下手術の変遷 ~立ち上げから悪性疾患手術まで~

三重県立総合医療センター産婦人科

田中 浩彦

私は前赴任地（三重県立志摩病院）で婦人科内視鏡技術認定医の資格を取得し、教室人事で2006年に今の三重県立総合医療センターに赴任した。赴任当時、シニアレジデント1名を含む常勤医5名の体制であったが、数ヶ月の間に3名が退職して補充は1名しかなく、地域周産母子センターでもある当院の性格上、身体的に厳しい状況が続いた。また、婦人科は腹腔鏡下手術を全くやっておらず、当時内視鏡手術を積極的に導入していた呼吸器外科や外科の器械を借りて細々と開始した。当初は、技術認定医の更新も困難かなと半ばあきらめていたが、幸い当科部長、麻酔科部長を初め、周囲の理解を得て次第に手術数を伸ばしてきた。

私は婦人科腫瘍専門医ではないが、細胞診専門医、FIAC、がん治療認定医であり、いつかはがん治療に内視鏡手術導入をと考え、良性疾患の手術を中心に症例を積み重ね、技術の向上を目指してきた。いつかは広汎子宮全摘術や傍大動脈リンパ節摘出手術をやりたいということで、エキスパート医師による手術の見学やバンコクでのcadaverによる研修に参加し、悪性疾患特有の技術や解剖の確認等、研鑽に努めてきた。また、県内でエキスパート医師の招聘による手術が行われるようになり、その際入手した未編集の動画から、手術のイメージトレーニングができるようになってきた。当院倫理委員会の承認後、腹腔鏡下子宮体癌手術については先進医療の頃から取り組み、保険診療となった現在も症例数を積み重ねてきている。また、腹腔鏡下広汎子宮全摘術に関しては、先進医療の承認を受け、2015年末までに12件の症例経験がある。現在は医師数も増え、腹腔鏡下手術は年間悪性疾患約25件を含む症例数約400件、うち全腹腔鏡下単純子宮全摘術（以下TLH）を約120件実施する状況となっている。

これからの取り組みとしては、更なる早期癌に対する腹腔鏡下手術の導入や良性、悪性疾患を含めた腹腔鏡下手術の普及を考えている。早期癌に対する導入の詳細に関しては、当科から出ている論文や発表抄録をご覧いただきたい。腹腔鏡下手術の普及に関しては、他施設医師の見学受け入れはもちろんのこと、当科での手術に参加していただいたり、また最近では、悪性疾患手術やTLH等で近隣の施設に呼んでいただくことがあり、三重県内を中心に、東海地区での婦人科腹腔鏡下手術普及に貢献できればと考えている。

婦人科内視鏡手術において、パワーソースの選択は重要であると考えている。私はTLHの際は、ハーモニックを用い、主に基韧带処理や膣管切開の場面で愛用している。また、悪性疾患手術の際は最近エンシールを使用している。骨盤リンパ節郭清術や傍大動脈リンパ節生検の際のみならず、直腸腔韧带やparacolpiumの処理の際に有用であると考えている。今回はその特性をご説明しつつ、使用場面に関する実際の動画を供覧する。当科における腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の現状をご覧いただきたい。

【職歴】	1986年	6月	山田（現伊勢）赤十字病院研修医
	1988年	4月	尾鷲総合病院産婦人科臨時医師
	1989年	4月	新宮市立市民病院産婦人科臨時医師
	1992年	8月	三重大学医学部産科婦人科医員
	1993年	7月	厚生連松阪中央総合病院産婦人科医師
	1996年	7月	三重県立志摩病院産婦人科医長
	1999年	4月	三重大学医学部臨床講師
	2006年	7月	三重県立総合医療センター産婦人科医長
	2014年	4月	三重大学医学部臨床准教授
	2015年	4月	三重県立総合医療センター産婦人科診療部長
	1996年	6月	同 産婦人科医長

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本癌治療学会、日本臨床細胞学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本産科婦人科手術学会、The International Academy of Cytology、日本エンドメトリオージス学会、日本性感染症学会、東海産婦人科内視鏡手術研究会世話人、三重県細胞診検査制度管理・標準化協議会監事

【専門医・指導医等】

日本産科婦人科学会産婦人科専門医、母体保護法指定医、日本臨床細胞学会細胞診指導医（現・日本臨床細胞学会認定細胞診専門医）、ICD制度協議会認定ICD、国際細胞学会認定FIAC、日本産科婦人科内視鏡学会認定技術認定医・技術認定制度技術認定審査委員、日本内視鏡外科学会認定技術認定医、日本がん治療認定医機構認定がん治療認定医

産婦人科領域における腹腔鏡下手術の有用性
~より低侵襲な手術を目指して~

LS2-2. 急性腹症に対する緊急腹腔鏡下手術でのコツと落とし穴

岐阜市民病院 産婦人科

山本 和重

腹腔鏡下手術は低侵襲性と早期回復の利点があり、対象が女性ということもあり整容性の面でも利点があると思われる。本日は急性腹症に対する緊急腹腔鏡下手術でのコツと落とし穴について述べる。時間に限りもあるので、頻度の高い子宮付属器腫瘍の茎捻転、異所性妊娠、卵巣出血と付随する妊娠合併について述べる。子宮付属器腫瘍の茎捻転では、最近では若年者では色調が悪くても温存する傾向にある。また TLH 後の捻転の経験から、TLH での卵巣固有靭帯と円靭帯の縫合は施行したほうがよいと考えている。逆に捻転疑いで捻転でなかった症例もあったが、時間経過に伴って卵巣の状態は悪くなるので、手術をためらうべきではないと考えている。異所性妊娠の大量出血症例では、術中回収式自己血輸血により同種血輸血なしあるいは最少量の同種血輸血で対応可能であった。術前に行う経腹エコーでの推定出血量の算定はある程度参考になると思われる。注意例として hCG 値が下降中での破裂例があり、hCG 値が下降中でも油断してはいけないと思われた。また卵管切除後の同側の卵管間質部妊娠破裂があり、卵管全摘術を施行しても同側の卵管間質部妊娠が有り得ることを患者サイドに説明しておかないといけないと思われた。卵巣出血では推定出血量が 600ml 以上の場合出血が持続している確率が高いので、保存的治療より手術治療を勧める。推定出血量が 600ml 未満の場合は保存的治療が考慮されるが、出血が持続している症例もあるので、継時的変化によっては手術のタイミングを逃さないような注意深い監視が必要である。妊娠合併では、妊娠 9 週以降の腹腔鏡下手術は安全に施行できるが、妊娠 8 週以前は術前の IC をしっかりしておいたほうがよいと思われた。ダグラス窩にある卵巣腫瘍は経膈エコープローブによる押し上げが有用である。黄体嚢胞は核出する必要はないが、生検/縫合では再増大するため（生検）開放創にしたほうがよいと思われた。手術器具としてジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社のエンドパス[®] サージェリ プローブ プラス II, 10mm 吸引管, エンシール[®], エンドパス[®] ブレードレストロッカー 2/3 mm 径は有用と考えている。急性腹症に対する緊急腹腔鏡下手術は有用であり、各施設での対応能力に応じて適応拡大を図れると考えている。

【学歴】	1980年	岐阜大学医学部 卒業
【職歴】	1980年	岐阜大学医学部産婦人科
	1982年	岐阜県立下呂温泉病院産婦人科
	1983年	岐阜大学医学部産婦人科
	1986年	岐阜市民病院産婦人科
	2002年	岐阜市民病院産婦人科 内視鏡部長
	2008年	岐阜大学医学部客員臨床系医学准教授
	2011年	岐阜市民病院産婦人科 部長兼内視鏡部長
【専門医】		日本産科婦人科学会専門医 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医 日本内視鏡外科学会技術認定医（産婦人科） 母体保護法指定医
【所属学会】		日本産科婦人科学会評議員 日本産科婦人科内視鏡学会評議員、技術認定制度技術認定審査委員 日本内視鏡外科学会 日本婦人科腫瘍学会 日本エンドメトリオーシス学会 日本産婦人科手術学会 日本女性骨盤底医学会 日本骨盤臓器脱手術学会

ES1. 子宮頸がん検診における LBC と HPV 検査併用検診の有効性

¹新百合ヶ丘総合病院がんセンター、²自治医科大学産婦人科、³栃木県産婦人科医会、
⁴小山地区医師会

鈴木 光明¹、藤原 寛行²、竹井 祐二²、町田 静生²、種市 明代²、
森澤 宏行²、吉田 智香子²、佐山 雅昭³、平尾 潔³、木村 孔三⁴

近年、子宮頸がん検診を取り巻く状況が大きく変化している。細胞診報告様式がベセスダシステムとなり、また新しい診断技術として液状化細胞診 (LBC)、HPV 検査が開発・導入された。

われわれは、LBC (SurePath) と HPV 検査 (HC II) 併用による精度の高い子宮頸がん検診の普及を目指して、栃木県小山地区の2市1町 (小山市、下野市、野木町) で2012年4月よりモデル事業をスタートさせた。この事業の特徴としては、1) 実行委員会を設置し、検査結果をリアルタイムに集積させたこと、2) 個別検診のみならず集団検診にも適用したこと、3) 有効性を証明するための検証事業を企図したこと、等である。

本事業がスタートして現在までに、21,615人 (20歳以上) がこの併用検診を受診した。これまでに得られた結果を以下に列挙する。

- 1) 20代、30代の若年女性の初回受診者数が増加した。
- 2) HPV 陽性率は全体で7.0%。年代別では20-24歳：16.9%、25-29歳：12.5%、と若年女性で高い陽性率を示した。
- 3) 20-24歳の HPV 陽性女性は LSIL は高頻度 (36%) であったが、HSIL は1.0%と低率であった。
- 4) 要精検率は4.4% (LBC 陽性：2.8%、ASC-US/HPV 陽性：1.6%) で、従来 (要精検率:1.6%) に比べ2.8倍であった。しかし有病変率も従来に比べ高率だった。
- 5) ASC-US/HPV 陽性女性の59.5%が精検でCIN1-3と診断された。LSIL 女性でのCIN1-3の頻度 (68.8%) とほぼ同率であり、この群を精検対象とした医会のリコメンデーションを支持する結果であった。
- 6) NILM/HPV 陽性女性の46%が1年後に精検対象となった。
- 7) ダブルネガティブ (91.5%) では、3年後において0.9%が精検対象となった。
- 8) 不適正標本は0.01%で、従来 (0.53%) に比べ激減した。

以上の結果から、ASC-US/HPV 陽性女性を精検対象とすべき等、概ね医会のリコメンデーション (トリアージ) が支持された。要精検率 (感度) が上昇し、かつ有病変率も高かったことから、特異度を下げることなく、効率良くCINを抽出できたと考えられた。またLBCの導入により、不適正標本が激減し、精度管理の向上がみられた。

LBC/HPV 検査併用検診は、精度の高い検診法であり、25歳以降の女性が適応と考えられた。

また、HPV 検査→細胞診トリアージ法、簡易ジェノタイプ HPV 検査、自己採取 HPV 検査、尿中 HPV 検査などの子宮頸がん検診に纏わる最近の話題についても言及したい。

【学 歴】	1974年	3月	慶応義塾大学医学部卒業
【職 歴】	1974年	5月	北里大学病院産婦人科病棟医
	1977年	5月	東海大学医学部病理学教室 国内留学
	1981年	10月	自治医科大学産科婦人科学講師
	1994年	4月	自治医科大学産科婦人科学助教授
	1999年	11月	自治医科大学附属大宮医療センター婦人科教授
	2002年	4月	自治医科大学産科婦人科学講座教授
	2003年	4月	自治医科大学附属病院総合周産期母子医療センター長
	2007年	4月	自治医科大学附属病院生殖医学センター長
	2012年	4月	自治医科大学附属病院副院長
	2015年	4月	自治医科大学名誉教授、新百合ヶ丘総合病院がんセンター センター長
【賞 罰】	1993年	11月	Young Scientist Award (Asia and Oceania Federation of Obstetrics and Gynecology)

【専門医・指導医】

日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本臨床細胞学会専門医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医

【所属学会】

日本産科婦人科学会 (専門医、指導医、前栃木地方部会会長、前代議員)、日本癌学会、日本癌治療学会 (前評議員)、日本臨床細胞学会 (専門医、前理事、前栃木県支部長 (~H23年3月))、日本婦人科腫瘍学会 (専門医、指導医、前理事、前学会長)、日本組織細胞化学会、日本組織培養学会、American Society of Clinical Oncology (Active member)、日本母性衛生学会 (前評議員)、International Gynecologic Cancer Society (Active member)、婦人科悪性腫瘍研究機構 (前理事)、北関東婦人科がん臨床試験コンソーシアム (GOTIC) (理事長)、日本乳癌学会、日本乳癌検診学会、日本産婦人科乳癌学会 (理事)、日本婦人科がん検診学会 (理事)、日本エンドメトリオージス学会 (前理事、前学会長)

イブニングセミナー2(1日目 17:10~18:10)

【第2会場】4F 大会議室

共催：中外製薬株式会社

ES2. 卵巣癌におけるベバシズマブに関する臨床試験レビュー ～POSITIVE DATA を見直す～

静岡県立静岡がんセンター婦人科

武隈 宗孝

2010年 ASCOにて R. Burger et al. が GOG218の結果を報告した。初回卵巣癌治療におけるベバシズマブ(以降 Bmab)の有用性が証明され、婦人科における「分子標的治療薬の時代の到来」を予感し、会場にいた演者は強い衝撃を受けたのを覚えている。一方で、データの詳細を振り返ってみると PFSの延長が約4ヶ月程度であり、OSには差を認めず、その臨床的な意味に疑問も感じていた。

その後、ICON7(初回治療を対象)、OCEANS試験(プラチナ感受性再発癌を対象)さらに AURELIA試験(プラチナ抵抗性再発癌を対象)などの positive data が立て続けに報告され、2015年の SGOでは OCEANS試験と同様の setting でプラチナ感受性再発卵巣癌における Bmabの有用性を検証した GOG213試験も発表された。ここまで積み上げられたデータは卵巣癌における Bmabの有用性を確かなものとしている。上記臨床試験ではさらに副次的な解析が進み、臨床的にあるいは分子学的に治療の個別化の可能性が試みられている。

セミナーでは、上記臨床試験をレビューし現在分かっている見地を整理し、現在の問題点、今後の臨床試験などについて解説する予定である。

【職歴】	1997年	5月	浜松医科大学	産婦人科学講座入局
	1997年	10月	鹿児島市立病院	産婦人科研修医
	1998年	8月	掛川市立病院	産婦人科医員
	1999年	10月	県西部浜松医療センター	医員
	2005年	6月	静岡県立静岡がんセンター	副医長
	2010年	4月	静岡県立静岡がんセンター	医長
	2015年	1月～2月	MD Anderson Cancer Center	短期留学

【所属学会・資格など】

日本産婦人科学会 専門医
 日本婦人科腫瘍学会 専門医・代議員
 日本がん治療認定医機構 認定医
 日本臨床細胞学会 細胞診専門医、静岡県支部理事
 日本癌治療学会
 日本臨床腫瘍学会
 婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構(子宮頸がん委員、教育委員)
 JCOG 婦人科腫瘍グループ 子宮頸がんプロトコル委員
 米国 NCI Investigator
 医学博士