

---

第138回

# 東海産科婦人科学会 プログラム

---

[会 期] 2018年3月10日(土)・11日(日)

[場 所] 名古屋国際会議場

〒456-0036 名古屋市熱田区熱田西町1番1号  
電話 052-683-7711

【事務局】 名古屋大学医学部産婦人科

〒466-8550 名古屋市昭和区鶴舞町65  
E-mail: obgytokai138@cs-oto.com

[会 長] 吉川 史隆

[事務局長] 新美 薫

---

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

## ご挨拶

名古屋大学医学部産婦人科 教授  
吉川 史隆

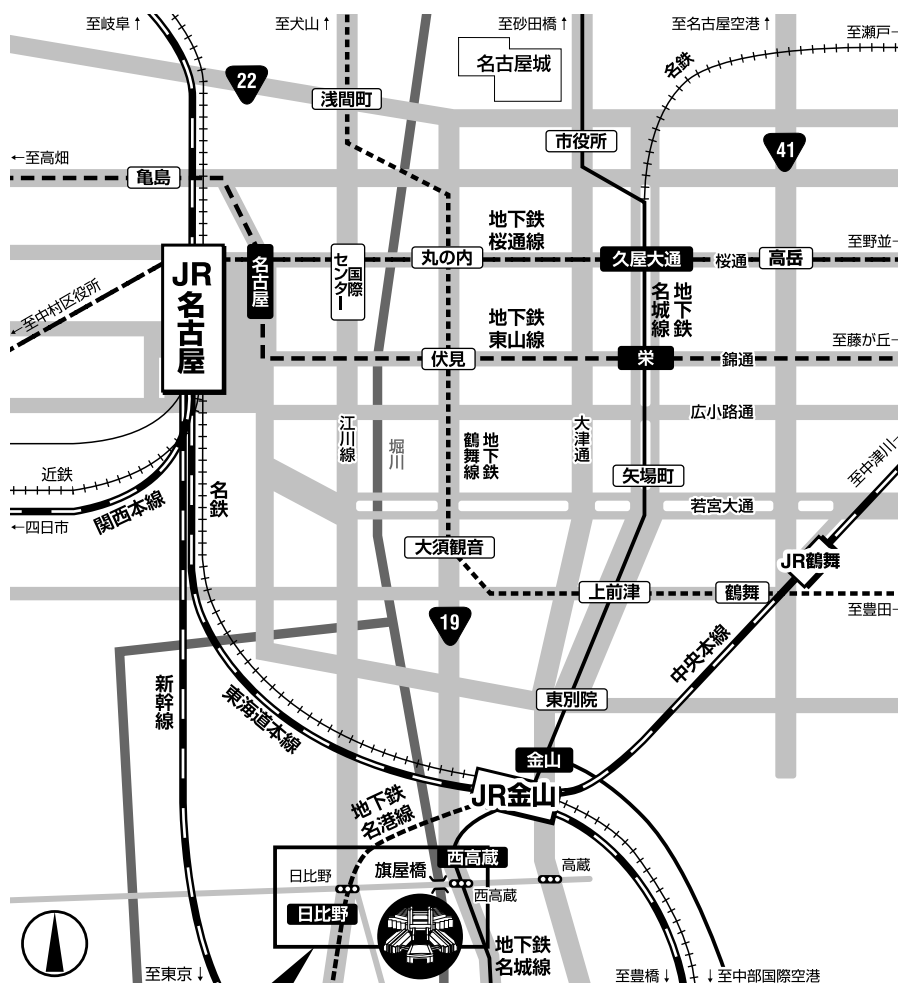
産婦人科の医療崩壊がマスコミに取り上げられる機会も減ってきており、産婦人科の医師不足は危機を脱したかに思えますが、目標の年間 500 人の新産婦人科医師は確保できておりません。サマースクール、スプリングフォーラム、プラスワン企画等を通じて日本産科婦人科学会はリクルートに尽力してきました。しかし、切迫した財政状況のためプラスワン企画への日本産科婦人科学会からの財政援助は打ち切りとなりました。第 138 回東海産婦人科学会としては研修医、専攻医のためにハンズオンセミナーを継続し、さらに専攻医教育の為にセミナーを 3 本、ランチオンセミナーを 2 本、イブニングセミナーを 2 本企画しました。また、専門医や指導医になられている先生方のために、共通講習として医療安全の講習会と指導医講習会も企画しております。産婦人科専門医取得や更新のために必要な単位を取得できるよう工夫いたしました。

初日の 3 月 10 日（土）には情報交換会も準備しております。東海 6 大学の先生方が大学の枠を超えて懇親できる貴重な機会でございますので、奮ってご参加をお願いします。

本学会が 2015 年より 2 日開催となり、以前の学術講演会から講習会を含めた会員の教育の場として根付いてきたように思います。会員の皆様のご意見を取り入れながら本学術集会が実りあるものになるよう今後も改善を進めてまいります。



# 交通案内



## 周辺拡大図



## 名古屋国際会議場

〒456-0036  
 名古屋市熱田区熱田西町1-1  
 TEL: 052-683-7711

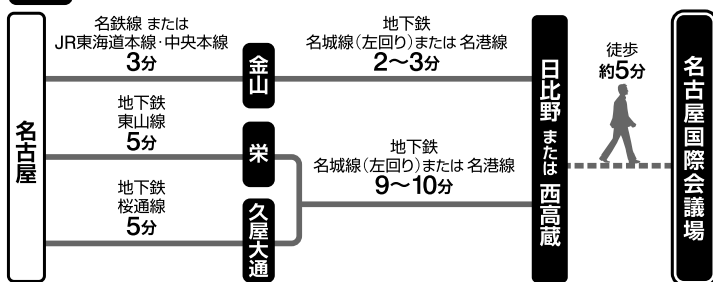
国際会議場の駐車スペースには限りがありますので公共交通機関をご利用いただきますようご協力をお願いいたします。



## 名古屋国際会議場へのアクセス



### 電車をご利用の場合



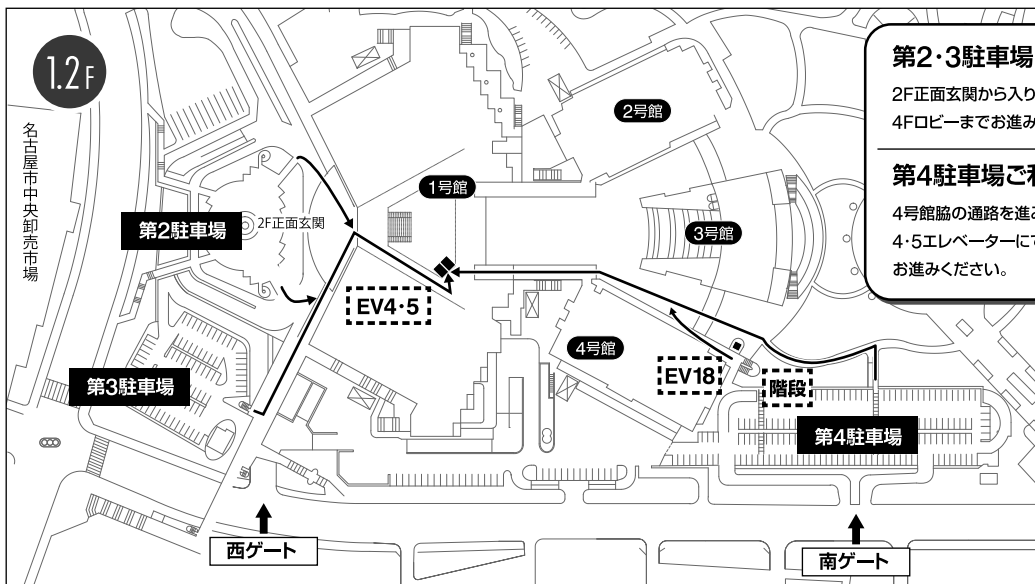
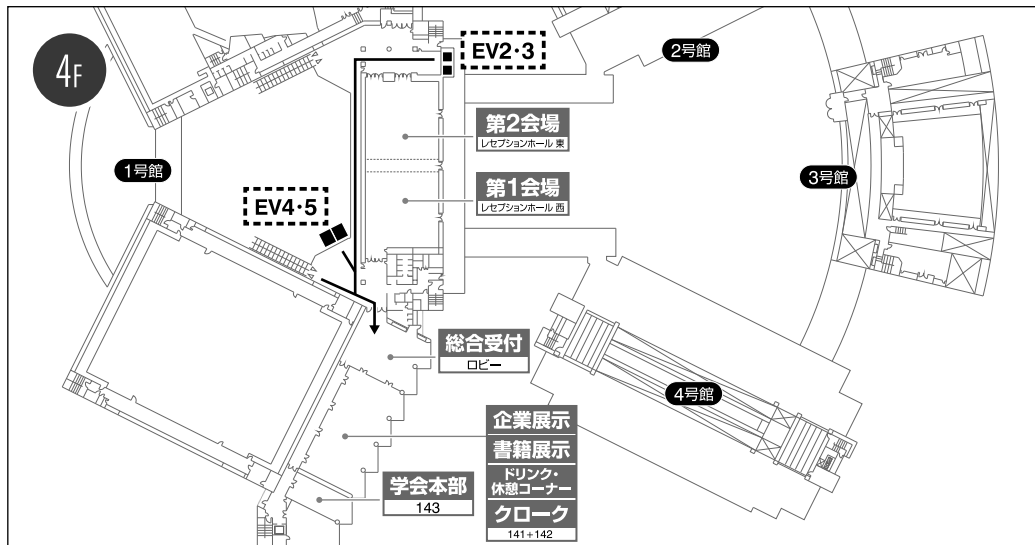
### お車をご利用の場合

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

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

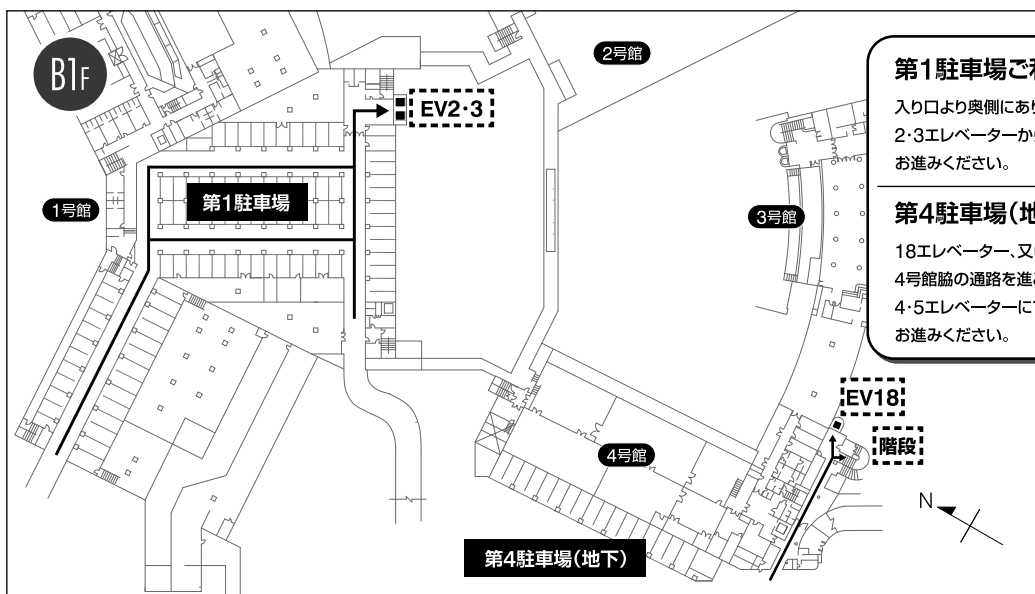
**タクシーご利用の場合**  
 名古屋駅から約20分(約2,000円)、  
 金山総合駅から約10分(約750円)

# 駐車場から学会場へのご案内



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

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



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

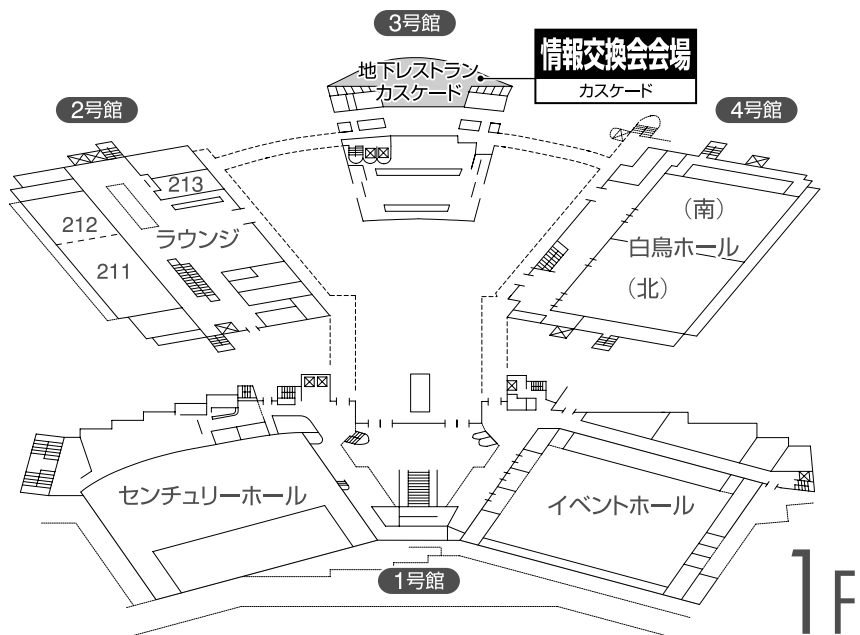
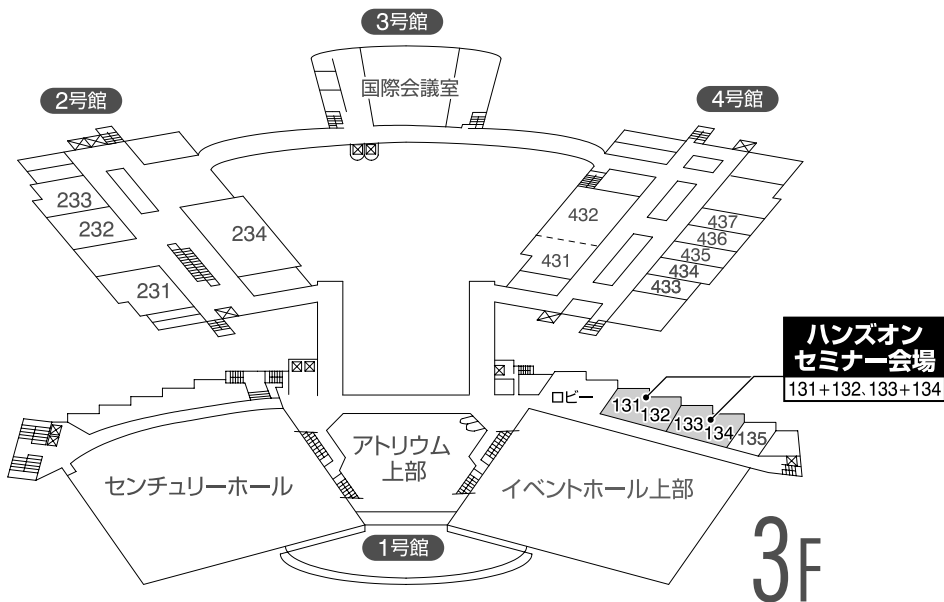
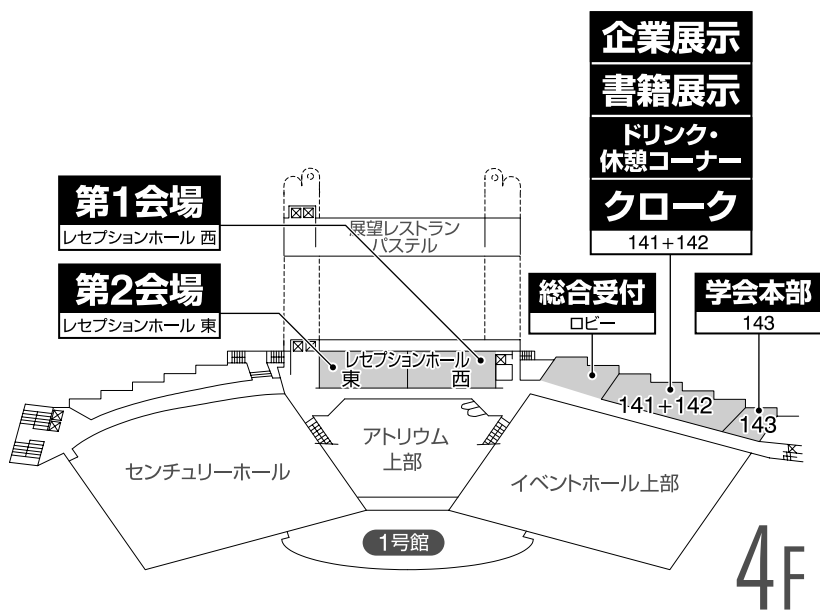
**第4駐車場(地下)ご利用の方**  
 18エレベーター、又は階段で、1Fに上がり4号館脇の通路を進み1号館に入り、4・5エレベーターにて4Fロビーまでお進みください。

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

# 会場案内

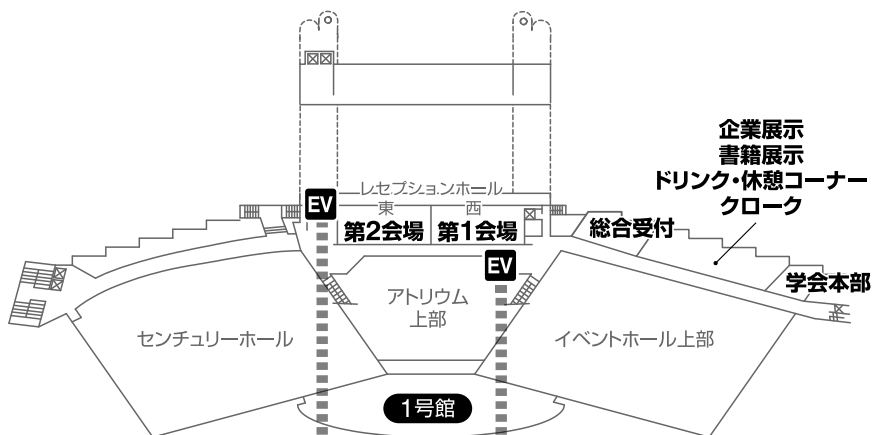
## 名古屋国際会議場

第1会場	[1号館] 4F レセプションホール(西)
第2会場	[1号館] 4F レセプションホール(東)
ハンズオン セミナー会場	[1号館] 3F 131+132、133+134
企業展示	[1号館] 4F 141+142
書籍展示	
ドリンク・ 休憩コーナー	
クローク	
総合受付	[1号館] 4F 141前 ロビー
学会本部	[1号館] 4F 143
情報交換会会場	[3号館] B1F カスケード

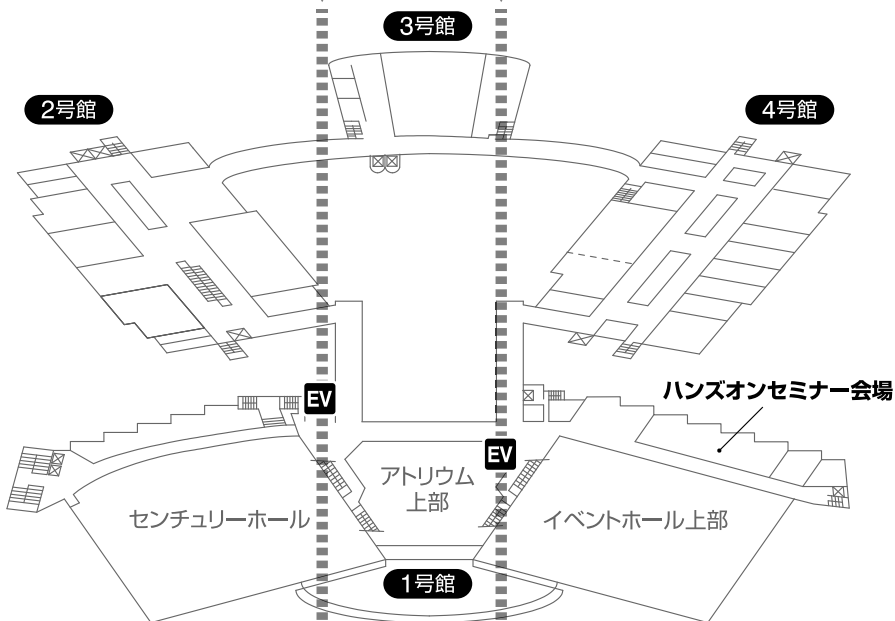


# 情報交換会会場(3号館 B1F カスケード)へのご案内

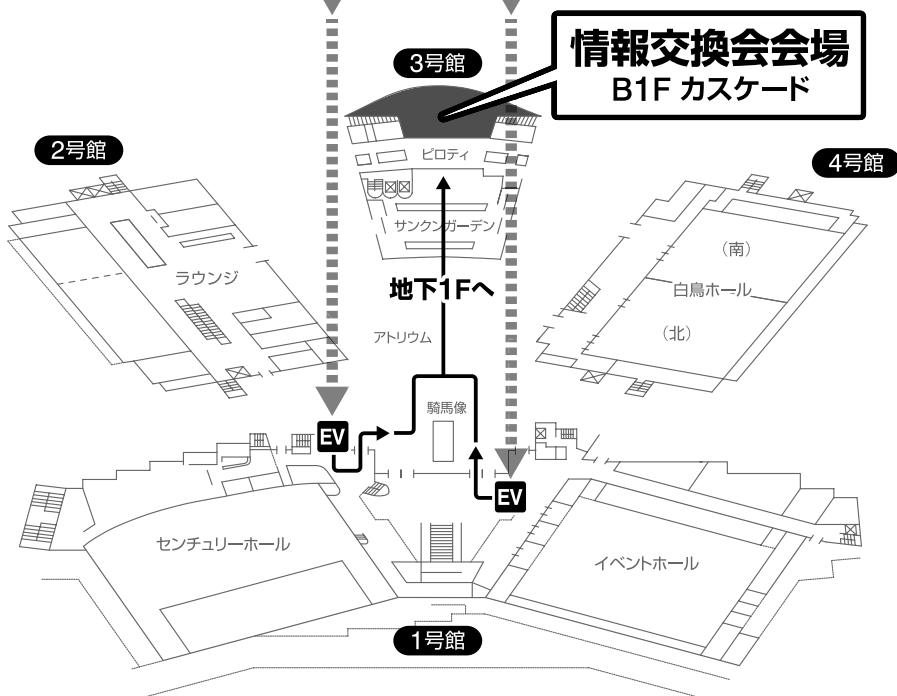
4F



3F



1F



# 日程表 3月10日(土)

	第1会場	第2会場	ハンズオン セミナー	企業展示
11:00	1号館 4F レセプションホール西	1号館 4F レセプションホール東	1号館 3F 131~134	1号館 4F 141+142
		11:30-12:00		
		<b>理事会</b>		
12:00				
		12:10-12:40		
		<b>評議員会</b>		
13:00	13:00-13:05 <b>開会式</b>			
	13:05-14:05 <b>指導医講習会</b> 医学・医療におけるシミュレーション教育 藤原 道隆 【尾崎 康彦】	13:05-14:00 <b>第2群</b> 演題:7~12 【田畑 務】	13:05-16:05	
14:00			<b>内視鏡 ハンズオン セミナー</b> 共催: ジョンソン・ エンド・ ジョンソン 株式会社	
	14:15-15:20 <b>第1群</b> 演題:1~6 【池田 智明】	14:15-15:00 <b>第3群</b> 演題:13~17 【若槻 明彦】		
15:00				
	15:30-15:45 <b>総会</b>			13:00-18:00 <b>企業展示</b>
16:00	16:00-17:00 <b>専攻医教育のための スポンサーセミナー 1 (領域講習)</b> 更年期障害治療を極める ~基礎知識から最近の話題まで~ 高松 潔 【梶山 広明】 共催:大塚製薬株式会社	16:00-16:45 <b>第4群</b> 演題:18~22 【荒川 敦志】		
17:00				
	17:10-18:10 <b>イブニングセミナー1</b> 流産・早産の病因からみた治療法 齋藤 滋 【池田 智明】 共催:あすか製薬株式会社	17:10-18:10 <b>イブニングセミナー2</b> 慢性子宮内膜炎のミステリー 木村 文則 【森重 健一郎】 共催:富士製薬工業株式会社		
18:00				
			<b>情報交換会</b> 18:30~20:30 3号館 B1F カスケード	

# 日程表 3月11日(日)

第1会場	第2会場	企業展示
1号館 4F レセプションホール西	1号館 4F レセプションホール東	1号館 4F 141+142
8:40-9:25 <b>第5群</b> 演題:23~27 【杉浦 真弓】	8:40-9:45 <b>第7群</b> 演題:35~41 【関谷 隆夫】	9:00
9:50-10:50 <b>単位</b> <b>専攻医教育の為にスポンサードセミナー 2 (領域講習)</b> 卵巣癌・子宮頸癌のBevacizumabの実際 -EBMから実臨床の導入へ- 角 俊幸 【藤井 多久磨】 共催:中外製薬株式会社	9:55-10:40 <b>第8群</b> 演題:42~46 【山本 和重】	10:00
11:00-12:00 <b>単位</b> <b>専攻医教育の為にスポンサードセミナー 3 (領域講習)</b> 子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術(UAE)の実際 澤田 健二郎 【若槻 明彦】 共催:日本化薬株式会社	10:50-11:45 <b>第9群</b> 演題:47~52 【森重 健一郎】	11:00
12:10-13:10 <b>ランチョンセミナー1</b> リスクを低減するPCOS治療 岩瀬 明 【杉浦 真弓】 共催:メルクセローノ株式会社	12:10-13:10 <b>ランチョンセミナー2</b> 婦人科悪性腫瘍領域の手術療法 ~最近の話題と周術期管理~ 水野 美香 【吉川 史隆】 共催:テルモ株式会社	9:00-14:30 <b>企業展示</b> ビデオ放映 「妊娠回数・分娩回数 の数え方(国内統一基準)」
13:20-14:20 <b>単位</b> <b>共通講習(医療安全)</b> 医療安全管理の全体像~平時と有事の対応~ 長尾 能雅 【柴田 清住】	13:20-14:25 <b>第10群</b> 演題:53~59 【高橋 雄一郎】	12:00
14:25-15:30 <b>第6群</b> 演題:28~34 【渡辺 員支】	14:35-15:30 <b>第11群</b> 演題:60~65 【梅村 康太】	13:00
15:30-15:40 <b>閉会式</b>		14:00
		15:00
		16:00

**総合受付** 1号館 4F ロビー

10日(土)	11:00~17:30
11日(日)	8:00~14:30

【 】は座長です



## 参加者の皆様へ

### 1. 参加受付

名古屋国際会議場 1 号館 4F ロビーにて行います。

学会参加単位および単位対象受講確認は、e 医学会カードで行います。お忘れないようご持参ください。

受 付: 3 月 10 日(土)11:00~17:30(役員・評議員の受付も 11:00 より開始)  
3 月 11 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(名古屋国際会議場 1 号館 4F 141+142)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: 3 月 10 日(土)11:00~18:30  
3 月 11 日(日) 8:00~16:00

※情報交換会開催時は、会場内に荷物台を設置致します。

クロークのお荷物をお引き取りの上、会場内荷物台をご利用ください。

### 3. 企業展示

名古屋国際会議場 1 号館 4F 141+142 にて企業展示を行います。

開 設: 3 月 10 日(土)13:00~18:00  
3 月 11 日(日) 9:00~14:30

### 4. 情報交換会(参加費無料)

日 時: 3 月 10 日(土)18:30~20:30  
場 所: 3 号館 B1F カスケード

### 5. その他

- ・会期中は必ず参加証を見える場所につけて会場にお入りください。
- ・原則として会場内での呼び出しはいたしません。
- ・お車でお越しの際は、名古屋国際会議場の駐車場(有料 700 円/日)をご利用ください。無料券、割引券の取り扱いは行っておりませんので、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。  
場内での通話は禁止させていただきます。
- ・学会本部に直通電話はございません。名古屋国際会議場(TEL:052-683-7711)にお電話いただき、「第 138 回 東海産科婦人科学会 学会本部(1 号館 4F 143)」とご依頼ください。

## 座長の皆様へ

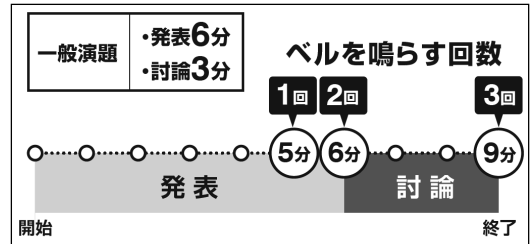
1. 総合受付に座長・指定演者受付を設けておりますので、参加受付の際、お立ち寄りください。ご担当セッションの開始 10 分前までに会場内右側前方の次座長席にご着席ください。
2. スムーズな進行のため、時間厳守にご協力ください。

## 演者の皆様へ

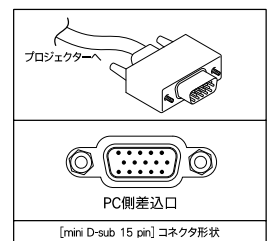
1. 一般演題の講演時間は **1 題 6 分間**、**討論時間は 1 題 3 分間**です。時間厳守をお願いします。

※時間計測について(右図)

講演時間 5 分経過で卓上ベルが 1 回、6 分経過で 2 回、  
討論時間 3 分を含む 9 分経過で 3 回鳴ります。



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 での操作・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 Windows PC 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 分前までに会場内左側前方の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。

## 各種会議

1. **理事会**  
2018 年 3 月 10 日 (土) 11:30~12:00 【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
2. **評議員会**  
2018 年 3 月 10 日 (土) 12:10~12:40 【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東
3. **総会**  
2018 年 3 月 10 日 (土) 15:30~15:45 【第 1 会場】1 号館 4F レセプションホール西

## 専門医機構単位講習一覧

	分類	セッション名	日時	会場
1.	共通講習	指導医講習会	3月10日(土) 13:05～14:05	第1会場 1号館4F レセプションホール西
2.	領域講習	専攻医教育のための スポンサードセミナー1	3月10日(土) 16:00～17:00	第1会場 1号館4F レセプションホール西
3.	領域講習	専攻医教育のための スポンサードセミナー2	3月11日(日) 9:50～10:50	第1会場 1号館4F レセプションホール西
4.	領域講習	専攻医教育のための スポンサードセミナー3	3月11日(日) 11:00～12:00	第1会場 1号館4F レセプションホール西
5.	共通講習	共通講習(医療安全)	3月11日(日) 13:20～14:20	第1会場 1号館4F レセプションホール西

※学会参加単位は、受付にて付与いたします。

※学会参加単位および上記講演の受講確認は、e 医学会カードで行います。

お忘れないよう必ずご持参ください。

※上記講演の受講確認は、会場入口にて行います。また、講演開始後 10 分を過ぎますと受付はできませんので、ご留意ください。

プログラム

---



プログラム (1日目)

1日目 3月10日(土)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

■開会式 (13:00~13:05)

○指導医講習会 (13:05~14:05)

単位

／座長 尾崎 康彦 准教授(名古屋市立大学 産科婦人科学)

医学・医療におけるシミュレーション教育

……………名古屋大学 クリニカルシミュレーションセンター／藤原道隆

○第1群 (14:15~15:20) ／座長 池田 智明 教授(三重大学 産科婦人科)

1. 胎児心不全により早産となった胎盤血管腫の1例  
……………岡崎市民病院／今川卓哉 他
2. リトドリン塩酸塩錠 5mg 内服後に横紋筋融解症を発症した1例  
……………岐阜県総合医療センター／細江美和 他
3. 当院における子宮破裂症例の検討  
……………安城更生病院／松尾聖子 他
4. 自宅分娩後、急激な経過で妊産婦死亡となった一例  
……………岐阜大学／永田健太郎 他
5. Postmortem magnetic resonance imaging を行った周産期死亡の2症例  
……………愛知医科大学／鈴木佳克 他
6. 施設間の協力で救命しえた分娩型劇症型溶連菌感染症の一例  
……………市立四日市病院／榎本尚助 他

■総会 (15:30~15:45)

○専攻医教育の為にスポンサードセミナー1 (16:00~17:00)

単位

／座長 梶山 広明 准教授(名古屋大学 産婦人科)

SS1. 更年期障害治療を極める～基礎知識から最近の話題まで～

……………東京歯科大学市川総合病院 産婦人科／高松 潔  
共催：大塚製薬株式会社

○イブニングセミナー1 (17:10~18:10) ／座長 池田 智明 教授(三重大学 産科婦人科学)

ES1. 流産・早産の病因からみた治療法

……………富山大学 産科婦人科／齋藤 滋  
共催：あすか製薬株式会社

1日目 3月10日(土)

【第2会場】1号館 4F レセプションホール東

○第 2 群 (13:05～14:00) /座長 田畑 務 准教授(三重大学 産科婦人科)

- 7. 当院における遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する取り組み  
..... 名古屋大学/安井啓晃 他
- 8. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対しリスク低減手術を施行した6例の検討  
..... 名古屋市立大学/小川紫野 他
- 9. アブスコパル効果 (abscopal effect) とと思われる腫瘍縮小効果を示した陸癌の1例  
..... 豊橋市民病院/河合要介 他
- 10. 腹腔鏡下に治療し得た子宮体癌合併子宮留膿症破裂の1例  
..... 高山赤十字病院/栗原万友香 他
- 11. 子宮体部性索間質類似腫瘍に対して子宮鏡下子宮内腫瘍切除を行った1例  
..... 三重大学/玉石雄也 他
- 12. 治療に難渋した子宮腺肉腫卵巣転移の一例  
..... 名古屋第一赤十字病院/大西主真 他

○第 3 群 (14:15～15:00) /座長 若槻 明彦 教授(愛知医科大学 産科・婦人科)

- 13. 卵巣腫瘍捻転の臨床診断で緊急腹腔鏡下手術を施行した36例の臨床的検討  
..... 豊橋市民病院/山田友梨花 他
- 14. 腹腔鏡下手術を施行し、患側卵管を温存した小児卵管捻転の一例  
..... 刈谷豊田総合病院/青木智英子 他
- 15. 当院における da Vinci 支援手術の取り組み  
..... 三重大学/近藤英司 他
- 16. 腹腔鏡手術における術後鎮痛薬の選択について  
～アセトアミノフェン静注液と NSAIDs 静注液の比較～  
..... JA 愛知厚生連豊田厚生病院/山本靖子 他
- 17. 当院での TLH における卵管切除術の変遷について  
..... 岐阜市民病院/加藤雄一郎 他

○第 4 群 (16:00～16:45) /座長 荒川 敦志 准教授(名古屋市立大学 産科婦人科学)

- 18. 細胞診 ASC-US に対するハイリスク HPV 検査の意義  
～岡崎市 HPV 併用子宮頸がん検診から～  
..... 岡崎市民病院/榊原克巳 他
- 19. 当院にて腹式広汎子宮頸部摘出術を行った46例の検討  
..... 名古屋大学/日比絵里菜 他
- 20. 再発から診断へと至った子宮原発 Perivascular epithelioid cell tumor(PEComa)の一例  
..... 愛知医科大学/岩崎慶大 他
- 21. 子宮頸部原発インスリン産生小細胞神経内分泌癌の1例  
..... 岡崎市民病院/千田康敬 他
- 22. 子宮頸癌放射線治療後の局所残存病変に対する子宮全摘術の後方視的検討  
..... 岐阜大学/小池大我 他

○イブニングセミナー2 (17:10～18:10)

/座長 森重 健一郎 教授(岐阜大学 産科婦人科学教室)

- ES2. 慢性子宮内膜炎のミステリー  
..... 滋賀医科大学 産科学婦人科学講座/木村文則  
共催：富士製薬工業株式会社

1日目 3月10日(土) 【ハンズオンセミナー会場】1号館3F 131+132、133+134

○内視鏡ハンズオンセミナー (13:05～16:05)

腹腔鏡下手術トレーニング

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 3月11日(日)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

○第 5 群 (8:40~9:25) /座長 杉浦 真弓 教授(名古屋市立大学 産科婦人科学)

23. 経子宮筋層の採卵後に生じた子宮仮性動脈瘤からの遅発性出血に対して、  
N-butyl-2-cyanoacrylate を用いた子宮動脈塞栓術による治療が有効であった1例  
..... 岐阜県立多治見病院/藤田和寿 他
24. 当院におけるマイクロ波子宮内膜アブレーションの検討  
(再発症例からの適応と要約の再考)  
..... 豊川市民病院/後藤崇人 他
25. バルトリン腺膿瘍切開直後に敗血症前症を繰り返した1例  
..... 岐阜県総合医療センター/佐藤泰昌 他
26. 挙児希望のある子宮頸管狭窄症例における子宮頸管拡張術についての検討  
..... 名古屋大学/山中浩史 他
27. 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) 女性におけるインスリン抵抗性とその治療成績  
..... 成田育成会 成田病院/松川 泰 他

○専攻医教育の為にスポンサードセミナー2 (9:50~10:50)

単位

/座長 藤井 多久磨 教授(藤田保健衛生大学 産科婦人科学)

- SS2. 卵巣癌・子宮頸癌の Bevacizumab の実際-EBM から実臨床の導入へ-  
..... 大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学/角 俊幸  
共催：中外製薬株式会社

○専攻医教育の為にスポンサードセミナー3 (11:00~12:00)

単位

/座長 若槻 明彦 教授(愛知医科大学 産婦人科学講座)

- SS3. 子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術 (UAE) の実際  
..... 大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室/澤田健二郎  
共催：日本化薬株式会社

○ランチョンセミナー1 (12:10~13:10)

/座長 杉浦 真弓 教授(名古屋市立大学 産科婦人科学)

- LS1. リスクを低減する PCOS 治療  
..... 群馬大学大学院医学系研究科産科婦人科学/岩瀬 明  
共催：メルクセローノ株式会社

○共通講習(医療安全) (13:20~14:20)

単位

/座長 柴田 清住 教授(藤田保健衛生大学坂文種報徳會病院 産婦人科)

- 医療安全管理の全体像~平時と有事の対応~  
..... 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部/長尾能雅

2 日目 3 月 11 日(日)

【第 1 会場】1 号館 4F レセプションホール西

## ○第 6 群 (14:25~15:30)

／座長 渡辺 員支 准教授(愛知医科大学 周産期母子医療センター)

28. 妊娠・出産が診断の契機となった慢性骨髄性白血病 (CML) の 1 例  
 ..... 大同病院／中村拓斗 他
29. 妊娠を契機に発見され、母児ともに良好な経過をたどった  
 慢性骨髄性白血病合併双胎妊娠の一症例  
 ..... 公立陶生病院／平田 悠 他
30. Third trimester で卵巣腫瘍茎捻転により急性腹症をきたした一例  
 ..... 三重大学／奥村亜純 他
31. 妊娠中に診断し得た血管輪の一例  
 ..... 名古屋第一赤十字病院／江崎正俊 他
32. 胎児水腫を呈した胎児小腸閉鎖の 1 例  
 ..... 愛知医科大学／花井莉菜 他
33. Cystic PVL を発症した 3 例の後方視的検討  
 ..... 名古屋市立大学／野村佳美 他
34. 胎児発育不全に対するタダラフィル投与における新生児合併症の検討  
 ..... 三重大学／辻 誠 他

## ■閉 会 式 (15:30~15:40)

2 日目 3 月 11 日(日)

【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東

## ○第 7 群 (8:40~9:45) /座長 関谷 隆夫 教授(藤田保健衛生大学 産婦人科学)

35. 帝王切開後の PDPH 発症と麻酔体位、  
 穿刺針の種類および針先の穿刺方向の関連性についての検討  
 ..... 医療法人清慈会 鈴木病院／鈴木崇浩 他
36. 当院における帝王切開既往妊婦の  
 経膈分娩 (trial of labor after cesarean delivery : TOLAC) 症例の後方視的検討  
 ..... 江南厚生病院／原 菜里 他
37. 病態生理に基づいた遺伝子組換えトロンボモデュリン $\alpha$ の産科 DIC に対する有効性の検討  
 ..... トヨタ記念病院 周産期母子医療センター／鶴飼真由 他
38. 産科危機的出血に対してフィブリノゲン製剤を使用し救命し得た 14 例の検討  
 ..... 名古屋第二赤十字病院／佐々木裕子 他
39. 産科領域における迅速 fibrinogen 測定機器導入の有用性と注意点  
 ..... 名古屋大学／今井健史 他
40. 体外受精後妊娠は自己血貯血の対象になりうるか  
 ..... 国立病院機構長良医療センター／安見駿佑 他
41. 経膈分娩後の巨大後腹膜血腫に対して IVR (Interventional radiology) 治療が奏功した一例  
 ..... 名古屋第二赤十字病院／白石佳孝 他

2 日目 3 月 11 日(日)

【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東

○第 8 群 (9:55~10:40) /座長 山本 和重 先生(岐阜市民病院 産婦人科)

42. 当院における開腹移行した腹腔鏡下手術についての検討  
 .....JA 愛知厚生連豊田厚生病院/溝口真以 他
43. 腹腔鏡下手術を施行した閉経後付属器膿瘍の 1 例  
 .....三重県立総合医療センター/脇坂太貴 他
44. 骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下手術 当院における取り組みについて  
 .....高山赤十字病院/桑山太郎 他
45. 腹腔鏡下仙骨膣固定術 (LSC) の短期成績および  
 その導入による骨盤臓器脱手術方法選択の変化について  
 .....JA 愛知厚生連豊田厚生病院/針山由美 他
46. 当院における過去 5 年間の高齢者に対する腹腔鏡手術の検討  
 .....豊橋市民病院/藤田 啓 他

○第 9 群 (10:50~11:45) /座長 森重 健一郎 教授(岐阜大学 産科婦人科学)

47. 腹腔鏡下に後腹膜腫瘍を摘出した一例  
 .....岐阜市民病院/尹 麗梅 他
48. 明細胞腺線維腫の診断から 2 年後に明細胞腺癌として再発した 1 例  
 .....刈谷豊田総合病院/服部 恵 他
49. 胃癌術後 11 年後に顆粒膜細胞腫に再発・転移した胃原発印環細胞癌の 1 例  
 .....岐阜市民病院/桑山太郎 他
50. 19 歳女性に発症した若年型顆粒膜細胞成分を含むギナンドロブラストーマの 1 例  
 .....岐阜県立多治見病院/伊吉祥平 他
51. 当院における卵巣腫瘍に対する術中迅速診断の正診率と、さらなる正診率向上のための検討  
 .....藤田保健衛生大学/秋田絵理 他
52. 当院における若年卵巣粘液性腫瘍症例についての検討  
 .....JA 愛知厚生連豊田厚生病院/南 洋佑 他

○ランチョンセミナー2 (12:10~13:10) /座長 吉川 史隆 教授(名古屋大学 産婦人科)

- LS2. 婦人科悪性腫瘍領域の手術療法～最近の話題と周術期管理～  
 .....愛知県がんセンター中央病院 婦人科部/水野美香  
 共催：テルモ株式会社

2 日目 3 月 11 日(日)

【第 2 会場】1 号館 4F レセプションホール東

## ○第 10 群 (13:20~14:25)

／座長 高橋 雄一郎 先生(独立行政法人 国立病院機構 長良医療センター)

53. 一絨毛膜二羊膜双胎において  
羊水量の逆転を認め一児子宮内胎児死亡となった後に生児を得た一例  
..... 豊橋市民病院／甲木 聡 他
54. 双胎間輸血症候群の受血児に発症した circular shunt physiology の 1 例  
..... 三重大学／栗山萌子 他
55. 双胎妊娠にて帝王切開後、産褥心筋症を発症した 2 例  
..... 名古屋市立西部医療センター／十河千恵 他
56. 産褥 3 か月で発症した周産期心筋症  
..... 中部労災病院／則竹夕真 他
57. 妊娠高血圧症候群における母体の左室拡張機能障害の検討  
..... トヨタ記念病院 周産期母子医療センター／鶴飼真由 他
58. sFlt-1 による妊娠高血圧症候群の重症化予測  
..... 三重大学／永橋裕子 他
59. FGR、HDP 症例に対するタダラフィル母体経口投与における有害事象の検討  
..... 三重大学／真木晋太郎 他

## ○第 11 群 (14:35~15:30) ／座長 梅村 康太 先生(豊橋市民病院 女性内視鏡外科)

60. 大量出血を伴う異所性妊娠での腹腔鏡下手術における術中回収式  
自己血輸血の有用性について  
..... 岐阜市民病院／佐藤香月 他
61. 当院における腹腔鏡下子宮筋腫核出術既往妊娠の検討  
..... 安城更生病院／西野翔吾 他
62. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後の周産期予後  
..... 豊橋市民病院／長尾有佳里 他
63. 腹腔鏡下に診断・治療を行った骨盤腹膜嚢に着床した腹膜妊娠の 1 例  
..... 名古屋第二赤十字病院／波々伯部隆紀 他
64. 二期的に治療した両側卵管同時妊娠の 1 例  
..... 公立西知多総合病院／齋藤 理 他
65. 中期中絶後に胎盤遺残を認め子宮動静脈奇形と診断された 1 例  
..... JA 愛知厚生連豊田厚生病院／神谷知都世 他



# 指導医講習会・共通講習(医療安全)

## **指導医講習会・共通講習(医療安全)について**

**受講確認はe医学会カードで行いますので、必ずご持参ください。**

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。

講演開始後、10分を過ぎますと受付できませんので、ご注意ください。

**なお、平成28年度より受講証の発行は行いません。**

## 医学・医療におけるシミュレーション教育

名古屋大学 クリニカルシミュレーションセンター

藤原 道隆

医学教育におけるシミュレーション訓練は、1960年代に米国で模擬患者（SP）が導入された頃から50年以上の歴史がある。ロールプレイなど、当初は、人が演じるシミュレーションが主であった。手技に関しては、マネキンや臓器モデルに始まり、2000年前後から、救急領域の高機能マネキン型シミュレータや腹腔鏡下手術手技のバーチャル・リアリティ（VR）・シミュレータが実用化された。

ちょうど世紀の変わり目あたりから、医学医療教育におけるシミュレーションの重要性が飛躍的に高まった。その理由はいろいろあるが、まず重要な契機は、米国科学アカデミーの1999年の報告であろう。米国では医療過誤のために年間44000人死亡しており88億ドルの損失を被っているという衝撃的内容で、医療産業は、他のハイリスク産業にくらべて安全管理の取り組みが10年以上遅れており、医療（患者）安全システム構築を強力に進める必要があるとされた。そこで、参考にされたのが、航空機の安全管理システムで、その重要な柱が高性能フライトシミュレータを用いるシミュレーション訓練であった。わが国においては、2002年に起きた慈恵医大青戸病院事件において、手術トレーニングなどの問題点が提起され、この頃より全世界的に、できるだけ患者を練習台にしないで医療トレーニングをすべきという世論が大きくなってきた。

一方、医学生の教育において、医学教育モデル・コア・カリキュラム（2001年）で診療参加型臨床実習の導入がうたわれたが、そのためには実習前の医学生の評価が必要で、共用試験のうち実技試験として2005年よりOSCEが開始された。これに呼応してOSCE前の実技トレーニングとして、各大学にスキルスラボの整備が始まった。こうして、今、全国の大学に何らかの形のスキルスラボが設置されるに至った。

先に述べた1990年代後半から導入が進んだ腹腔鏡下手術は、computer assisted surgery（CAS）と呼ばれ工学系研究者が発展に関与しており、トレーニング法に関しても彼らの興味をひくことになった。2000年前後からdigital surgical trainingやvirtual surgical trainingとしてVR手術シミュレータが開発され、手術トレーニング革新の時代が始まった。

実は、われわれ名古屋大学は、これらの両方の流れを取り入れ、早い時期からスキルスラボの構築に取り組んできた。医学教育系の流れとしては、いち早く米国の教育理論を取り入れるなかで早い時期から基本的手技のシミュレータが導入されていたが、2006年に診療シミュレーション室を包含した総合的なスキルス&ITラボとなった。医工系の流れとしては、ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社の寄附（講座）により、わが国でも最も早い時期にVR手術シミュレータが導入され、やはり2006年に内視鏡下手術トレーニングラボ（NU-ESS）として整備された。医工・産学連携による手術支援、シミュレータの開発研究も行われた。これらの機器を継承し、2013年に大がかりな機器増設が行われ、現在はクリニカルシミュレーションセンターとなり、学外者にも公開する施設となっている。

しかし、スキルトレーニング、ことに手術トレーニングはドライラボだけでは不十分であり、2016年からは脳神経外科を中心にcadaverトレーニングが開始されており（Clinical Anatomy Labo, Nagoya: CALNA）、ドライラボのクリニカルシミュレーションセンターとウェットラボのCALNAが密接に関連しながらトレーニング体制を整えつつあるところである。

【略 歴】	昭和 62 年 3 月	名古屋大学医学部卒業
	昭和 62 年 6 月	一宮市立市民病院 研修医
	昭和 63 年 4 月	一宮市立市民病院 外科医員
	平成 5 年 8 月	名古屋大学医学部附属病院（第2外科）医員
	平成 11 年 1 月	名古屋拘置所医務課（平成12年4月～医務課長）
	（平成11年6月～平成16年3月	名古屋大学医学部 非常勤講師）
	平成 16 年 4 月	名古屋大学医学部 画像情報外科学寄附講座 助教授
	（平成21年9月～	名古屋大学大学院医学系研究科 画像情報外科学 寄附講座准教授）
	平成 23 年 4 月	名古屋大学大学院医学系研究科 消化器外科学 特任准教授
	平成 25 年 4 月	名古屋大学大学院医学系研究科附属クリニカルシミュレーションセンター准教授（副センター長）
	平成 27 年 6 月	名古屋大学大学院医学系研究科 総合医学専攻 准教授 （名古屋大学医学部総合医学教育センター）

## 医療安全管理の全体像～平時と有事の対応～

名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部

長尾 能雅

1999年に発生した重大医療過誤を契機に始まった我が国の医療安全活動であるが、その後15年以上が経過し、ようやくその業務の輪郭が把握されつつある。演者らは平成27・28年度厚労科学研究「医療安全管理部門への医師の関与と医療安全体制向上に関する研究」において、医療安全業務の流れを一枚のシェーマとして整理した(医療安全管理活動のループ図)。シェーマでは、施設内で行われるべき医療安全業務の全体像を、主に「平時の医療安全業務」と「有事の医療安全業務」とに区別して提示している。

「平時の医療安全業務」とは、現場からのインシデント・ヒヤリハット報告の集積やトリアージ、発生原因の分析や課題の抽出、多職種での検討、ルールやマニュアルの見直し、再発防止のための注意喚起や、研修・教育、現場ラウンドといった業務を指す。さらに近年では、質管理の手法を導入し、これらの改善活動の成果を測定することの重要性も指摘されている。

一方、「有事の医療安全業務」とは、患者の原状回復のための部門横断的治療連携、患者へのオープンディスクロージャー、病理部門や放射線部門と連携した死因究明、医療事故調査・支援センターや警察への届け出の必要性の判断、医療事故調査や報告書の作成、調査結果の患者への説明、社会への公表といった業務を指す。昨年医療事故調査制度が施行され、重大事故の検証業務はますます重要性を増している。

このように、医療安全業務の全体像を俯瞰してみると、各医療機関の取り組みに過不足やばらつきがあることが容易に理解できる。また、「平時の業務」と「有事の業務」はそれぞれ独立しているのではなく、相補的に連動していることも理解できる。産婦人科診療は、ハイリスクな行為の連続である。医療安全業務の全体像を踏まえ、これらを基盤とする診療体制を構築することが求められる。

---

【略 歴】	1994.3	群馬大学医学部卒業(土岐(とき)市立総合病院、公立陶生病院にて研修)
	2001.4	名古屋大学医学部 第二内科学教室 医員
	2003.7	名古屋大学医学部附属病院 呼吸器内科 医員
	2004.4	土岐市立総合病院 呼吸器内科 医長
	2005.10	京都大学医学部附属病院 医療安全管理室 室長・助教
	2008.3	同・講師
	2010.4	同・准教授
	2011.4	名古屋大学大学院医学系研究科 総合管理医学講座 医療安全管理学 教授 名古屋大学医学部附属病院 医療の質・安全管理部 教授 兼 病院長補佐
	2012.11	名古屋大学医学部附属病院 副病院長
	2015.4	同・病院質向上推進本部長





# 共催セミナー

(専攻医教育の為にスポンサードセミナー、  
イブニングセミナー、ランチョンセミナー)

## 専攻医教育の為にスポンサードセミナーについて

受講確認はe医学会カードで行いますので、必ずご持参ください。

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。

講演開始後、10分を過ぎますと受付できませんので、ご注意ください。

なお、平成28年度より受講証の発行は行いません。



専攻医教育の為のスパンスードセミナー1(1日目 16:00~17:00)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

共催：大塚製薬株式会社

## SS1. 更年期障害治療を極める～基礎知識から最近の話題まで～

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

高松 潔

平均寿命の延長に伴い、現代の日本人女性は何と人生の三分の一以上を閉経後として過ごすため、中高年女性における QOL の維持・向上は女性医学における重要なテーマの一つである。特に老年期の入り口で遭遇する更年期障害は実感として QOL を阻害することから、その対処は喫緊の課題となっている。

更年期障害は古くから存在しているように思われているが、18 世紀以前には更年期障害という概念はなかったとされている。つまり、更年期障害は古いようで新しい病態であり、卑近な病態であるが、それだけに誤解も少なくはないし、最近では症候群としての更年期障害のプロファイルにも変化が見られる。従来、更年期障害の症状としてはホットフラッシュが有名であるが、多くの日本の報告では、最も頻度が高い症状は易疲労感や肩こりである。また、我々は以前から精神的な症状が多いことを報告してきたが、最近では欧米でもホットフラッシュ以外の症状、特にメンタルヘルスに関連した症状が多いと報告されるようになってきた。また、更年期と定義される閉経後 5 年という期間を超えても症状が持続する例が少なくないという報告は臨床の経験とも一致する。さらに、症状が強くなるリスクファクターも挙げられている。

治療については、消退したエストロゲンを補う理に適った方法であるホルモン補充療法 (HRT) が有効であることはいうまでもない。懸念されていた乳癌リスクについても高くはないことにコンセンサスが得られており、さらにリスクを下げるレジメンについても検討されている。適応の拡大も進んでおり、欧米では閉経後の愁訴にはまず HRT を考慮することが勧められている。日本においても 2017 年 11 月に HRT ガイドライン 2017 年度版が発刊され、安全・安心かつ有効に施行できる状況にある。一方、日本で頻用されている漢方方剤も近年、多施設による RCT の結果が報告されている。また、SSRI や SNRI の有効性も確立しており、薬剤の選択肢が広がってきた。加えてサプリメントとして、大豆イソフラボンの代謝物であるエクオールも日本人における有用性が報告されている。

このように近年、更年期障害にもパラダイムシフトが起こっている現状を踏まえて、本講演では最近の更年期障害に対する考え方と診断方法、さらにそれらに基づく治療法選択の実際についてお話してみたい。明日からの診療のお役に立てれば幸いである。

【略 歴】	昭和 61 年 3 月	慶應義塾大学医学部卒業	
	昭和 61 年 5 月	慶應義塾大学医学部産婦人科学教室入局	
	平成元年 6 月	慶應義塾大学医学部産婦人科学教室助手	
	平成 3 年 10 月	日野市立病院産婦人科医員	
	平成 4 年 7 月	ドイツ国ベーリングベルケ社リサーチラボラトリー留学	
	平成 5 年 10 月	済生会神奈川県病院産婦人科医員	
	平成 7 年 4 月	慶應義塾大学医学部産婦人科学教室診療医長	
	平成 12 年 4 月	東京女子医科大学産婦人科学教室助手	
	平成 12 年 5 月	東京女子医科大学産婦人科学教室講師	
	平成 14 年 4 月	国立成育医療センター第二専門診療部婦人科医長	
	平成 16 年 4 月	東京歯科大学市川総合病院産婦人科講師	
	平成 17 年 8 月	東京歯科大学市川総合病院産婦人科助教授	
	平成 19 年 4 月	東京歯科大学市川総合病院産婦人科教授	(現在まで)
	平成 20 年 4 月	慶應義塾大学医学部客員教授 (産婦人科学) 兼任	(現在まで)

専攻医教育の為のスパンスードセミナー2 (2日目 9:50~10:50)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

共催：中外製薬株式会社

## SS2. 卵巣癌・子宮頸癌の Bevacizumab の実際 —EBM から実臨床の導入へ—

大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学

角 俊幸

近年、卵巣癌治療における薬物療法は、目覚ましい進歩を遂げている。80年代のシスプラチン（CDDP）の登場により治療成績は向上し、90年代にパクリタキセル（PTX）が導入され、2剤併用（TP療法）が標準治療になった。その後、カルボプラチン（CBDCA）とCDDPを比較した試験（GOG158、AGO）で有効性が同等で毒性が低いことから、CBDCAとPTX併用（TC療法）が標準治療となった。

Bevacizumabは血管新生促進因子であるVEGF-Aを阻害する血管新生阻害剤である。GOG0218、ICON-7の両試験において、TC療法に対する上乗せ効果が検証され、主要評価項目である無増悪生存期間（PFS）において、有意にPFSの延長が認められた。また、プラチナ感受性再発卵巣癌、プラチナ抵抗性卵巣癌においても、それぞれ化学療法に対する上乗せ効果が検証され、有効性が確認されている。本邦においても、2013年に保険償還となり、卵巣癌の治療選択の一つとなっている。

一方、子宮頸癌においては、2009年に治療開始した本邦の子宮頸癌進行期別の5年生存率は、IVB期では19.5%と予後不良であり治療の第一選択は全身化学療法である。本邦ではJCOG0505試験より、全生存期間（OS）において、TP療法に対するTC療法の非劣性が証明されている。そして、2014年においてGOG240試験の結果が報告された。本試験は、Bevacizumab併用群と化学療法群を比較した臨床試験であり、結果、奏効率、PFS、OSにおいて、Bevacizumabの優越性が示され、本邦においても2016年に保険償還となった。

以上のように、卵巣癌・子宮頸癌において、Bevacizumabは有効性が確認されている。今回、エビデンスを振り返りつつ、実臨床での使用経験からbevacizumabの位置づけを改めて確認してみる。

【略 歴】	平成 3年	大阪市立大学卒業、産婦人科学教室入局
	平成 10年	同大学院医学研究科修了、医学博士授与
	平成 11年	同大学院医学研究科 女性病態医学 助手（産婦人科）
	平成 16年	同大学院医学研究科 女性病態医学 講師（産婦人科）
	平成 23年	同大学院医学研究科 女性病態医学 准教授（産婦人科）
	平成 25年	同大学院医学研究科 女性病態医学 教授（婦人科腫瘍）
		現在に至る

専攻医教育の為のスポンサーセミナー3(2日目 11:00~12:00)

【第1会場】1号館 4F レセプションホール西

共催：日本化薬株式会社

**SS3. 子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術 (UAE) の実際**

大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室

澤田 健二郎

子宮動脈塞栓術 (UAE) は症候性子宮筋腫に対して、海外では低侵襲で安全な治療法としての地位が確立されている。EU、米国いずれも年間 20000 人以上が UAE による子宮筋腫治療をうけていると推測されており、手技、安全性、治療成績については Level A の Evidence である。治療効果はおおよそサイズの縮小率：50-60%、症状改善率：80-90%、患者満足度：80-90%である。副作用としてそれぞれ数%程度の頻度で卵巣機能不全、筋腫分娩、感染が発生する。再増大などにより約 15%の症例で再治療が必要であり、根治術ではないことに留意する。豊富なエビデンスを背景に、産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編 2017 においても、CQ215 「妊孕性温存の希望・必要がない場合の子宮筋腫の取扱いは？」において、“手術の代替治療として、子宮動脈塞栓術 (UAE) を行う。” (推奨レベル C: 実施することが考慮される) と記載されるに至った。本邦では保険適応がなく長らく自費診療で UAE は行われていたが、2014 年 1 月に至り、エンボスフィアが症候性子宮筋腫に対して特定保険医療材料として保険収載された。また、手技についても K615 血管塞栓術が適応され、UAE を保険診療で実施することが可能になった。今後徐々に症例が蓄積していくものと考えられる。大阪大学医学附属病院においても、抄録作成時点で保険診療による UAE 症例が 50 例を超えるに至った。そこで、本講演では UAE についての Overview および様々な Clinical Question に対するエビデンスを概説するとともに、これまでの我々の治療成績、副作用、合併症に対する対処の経験についても少し触れたい。

---

【略 歴】	1995 年 3 月	大阪大学医学部卒業
	4 月	大阪大学医学部附属病院において臨床補助の研修に従事
	6 月	医員 (研修医) 大阪大学医学部附属病院
	1996 年 6 月	箕面市立病院 産科婦人科医員 (～1998 年 3 月 31 日)
	1998 年 4 月	大阪大学大学院医学系研究科入学
	2002 年 10 月	同上卒業、医学博士取得
	11 月	市立豊中病院 産科婦人科医員 (～2004 年 12 月 31 日)
	2005 年 1 月	シカゴ大学産婦人科リサーチフェロー (～2007 年 4 月 15 日)
	2007 年 4 月	大阪大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター 助教
	2009 年 10 月	大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学 学内講師を兼任
	2012 年 9 月	大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学 講師
		(現在に至る)

## ES1. 流産・早産の病因からみた治療法

富山大学 産科婦人科

齋藤 滋

流産・早産とも産科的に重要な疾患であり、生殖のロスならびに出生した児の死亡やハンディキャップにも繋がる。いずれの疾患も、リスク因子、環境因子などが複雑に関連しているため、単一の治療法では解決しない。すなわち、各症例毎にリスク因子等を理解し、予防策を講じるとともに、各病態にあわせた理論的な治療法が必要となる。流産を繰り返す不育症においては、まずリスク因子（夫婦染色体異常、子宮形態異常、甲状腺機能不全、抗リン脂質抗体、凝固因子異常等）を抽出し、各リスク因子毎の治療計画を立てるとともに、精神的ケア（Tender Loving Care）を同時に行なう必要がある。特にリスク因子不明は不育症の65%を占めるため、精神的ケアは重要となる。多くは、適切な治療を行なう事で次回妊娠時に生児を得る事ができるが、治療が成功しない難治症例も存在し、このような症例に対して大量免疫グロブリン療法のRCTが開始され、現在進行中である。

早産もまた多くの病因があるため、単一の治療方針では解決できない。早産は繰り返す事が多いため、早産に至った場合、その病態を明らかにし、次の妊娠の際に予防策を取る事が必要となる。病態を明らかにするために、胎盤病理を提出し、絨毛膜用膜炎（CAM）の有無を必ず確認して欲しい。特に在胎32週未満の切迫早産については、CAMならびに子宮内感染の評価が必要となる。我々の開発した高感度で偽陽性のないPCR法は、羊水感染の有無を的確に知る事が可能で、適切な抗菌薬治療を行なう事ができ、有用である事が判ってきた。その他、日本でのみ行われている long term tocolysis の有用性について報告は少ないが、我々の成績では軽い子宮内炎症を有する切迫早産には有効であるかもしれない。プロゲステロン治療については、国際的に用いられるようになってきたため、日本でも保険収載するように働きかける必要がある。

---

【略 歴】	昭和 55 年	奈良県立医科大学卒業、産婦人科学教室入局（主任一條元彦教授）
	昭和 59 年	同大学院医学研究科卒業
	昭和 59 年	同大学助手（産婦人科）
	昭和 60 年	奈良県立医科大学医学博士授与
	昭和 61 年 5 月～62 年 7 月	京都大学ウイルス研究所予防治療部に留学 文化勲章受章者の日沼 頼夫 先生のもとでサイトカイン、分子生物学、細胞生物学を学ぶ
	平成 2 年	奈良県立医科大学 講師（産婦人科）
	平成 9 年	奈良県立医科大学 助教授（産婦人科）
	平成 10 年	富山医科薬科大学 教授（産科婦人科学）
	平成 16 年～21 年 3 月、平成 23 年～25 年 3 月	富山医科薬科大学副病院長 *平成 17 年 10 月より、富山医科薬科大学から富山大学に名称変更となる
	平成 21 年 4 月～22 年 11 月	富山大学附属病院周産母子センター長（教授と兼任）
	平成 23 年 4 月～25 年 3 月	富山大学附属病院 副病院長
	平成 25 年 4 月～27 年 3 月	富山大学附属病院手術部部長
	平成 25 年 4 月～富山大学教育研究評議会	評議員
	平成 28 年 3 月～富山大学附属病院	病院長事務取扱（6 日付け）
	平成 28 年 4 月～富山大学附属病院	病院長、副学長

## ES2. 慢性子宮内膜炎のミステリー

滋賀医科大学 産科学婦人科学講座

木村 文則

子宮内膜の最も重要な機能は、胚受容とその後の妊娠維持と考えられる。この機能が障害されると着床不全、習慣流産、早産などの病態を呈すると考えられる。これらの病態に深く関わる疾患として慢性子宮内膜炎（Chronic endometritis：CE）に着目した。CEは、正常の子宮内膜間質には存在しない形質細胞の出現により診断されるが、細菌感染や種々の要因による反応性過程と考えられている。急性子宮内膜炎と異なり、ほとんど無症状であるため臨床的意義については長い間検討されてこなかった。しかし、この数年の間に子宮内膜ポリープ、原因不明不妊、着床障害や習慣流産などとの関連性が報告され、病的意義が提唱されるようになってきた。まず、CEの着床への影響を検討するためヒト凍結融解胚盤胞移植を用い検討した。胚盤胞を凍結した後に組織学的にCEの診断を行ない、子宮内膜採取後60日以内に同一のホルモン補充プロトコールを用い凍結融解胚盤胞移植を行い、CEの有無別に妊娠率、着床率、継続妊娠率を比較検討した。患者の背景や良好胚盤胞率（66.7%（16/24）vs. 61.5%（24/39））には差を認めなかったが、単一凍結胚盤胞移植の臨床妊娠率は、胚盤胞1個あたりの着床率、継続妊娠率は、いずれもCEが存在すると有意に低下していた。CEが、着床障害の原因となることが強く示唆された。CE患者の妊娠予後を追跡調査中であるが、既報告として習慣流産、早産との関連性についても報告されている。

CEの子宮内膜分化への影響を検討するため、不妊症患者の着床期（排卵後7-8日目）の子宮内膜を採取し、estrogen receptor（ER） $\alpha$ 、 $\beta$ 、progesterone receptor（PR）A、Bを免疫染色しH-Scoreを算出し比較したところ、間質細胞では、いずれの受容体もCE群でscoreが高かった。子宮内膜間質細胞（endometrial stromal cell：ESC）培養系を用いCEの脱落膜化への影響を検討したところ、脱落膜化の指標であるプロラクチン（以降PRL）とIGHBP-1の分泌量、産生量およびRNA量はCE群で低下していた。CE子宮内膜では、プロゲステロンへの反応性が変化し、脱落膜化が障害されると考えられた。

以上まとめると、CEが子宮内膜機能を低下させ着床障害となることを示すとともに妊娠維持のため重要な脱落膜化の異常を招くことが示された。

【略 歴】	1993年 4月	滋賀医科大学附属病院 臨床研修生
	1993年 6月	滋賀医科大学附属病院 研修医
	1995年 6月	滋賀医科大学附属病院および関連病院 医員
	1999年 10月	滋賀医科大学附属病院 助手
	2000年 9月	特定医療法人 社団御上会 野洲病院 医長
	2002年 11月	滋賀医科大学 助手・助教
	2007年 9月	University of Massachusetts Amherst Postdoctoral fellow
	2008年 9月	University of Massachusetts Amherst Senior research associate
	2010年 11月	滋賀医科大学附属病院 特任助教
	2011年 4月	国立病院機構滋賀病院（現東近江医療センター）医長
	2011年 10月	滋賀医科大学附属病院 講師
	2015年 7月	滋賀医科大学産科学婦人科学講座 准教授



## LS1. リスクを低減する PCOS 治療

群馬大学大学院医学系研究科産科婦人科学

岩瀬 明

多嚢胞性卵巣症候群 (polycystic ovary syndrome, PCOS) は、生殖年齢女性に比較的高頻度にみられる疾患であり、排卵障害に起因する不妊症の原因となるだけでなく生殖年齢を超える長期間にわたり女性の健康に影響を及ぼしうる疾患である。PCOS の病因・病態は完全には解明されていないが、インスリン抵抗性が深く関与していると考えられており、PCOS 患者の 50-80% にインスリン抵抗性がみとめられると報告されている。その他、脂質異常症、心血管疾患のリスクファクターともなり得る。さらに PCOS においては希発排卵・無排卵を呈する症例が多いが、基礎エストロゲン分泌は保たれるため (unopposed estrogen)、子宮内膜増殖症および子宮体癌のリスクファクターになる。これらの健康リスクについては、妊娠をめざさない場合においても適切な管理を行うことでリスクを低減できる可能性がある。

挙児希望のある PCOS に対する治療戦略については整理されてきた感があるが、治療効果を損なわず、さらなる多胎妊娠と卵巣過剰刺激症候群のリスク低減を目指した治療法の改善・個別化治療などが提案されている。近年、PCOS と周産期合併症の関連についても多くの報告があり、周産期リスクの評価も今後の PCOS 治療戦略に加える必要がある。

---

【略 歴】	1995年 6月 1日	春日井市民病院研修医
	2001年 4月 1日	名古屋大学医学部附属病院産婦人科非常勤医員
	2001年 6月 1日	コーネル大学メディカルカレッジ学位取得後研究員 (留学)
	2003年 2月 16日	名古屋大学大学院医学系研究科・産婦人科助手
	2003年 4月 1日	名古屋大学医学部附属病院周産母子センター助手
	2007年 2月 1日	名古屋大学医学部附属病院周産母子センター講師
	2012年 4月 1日	名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター副センター長
	2012年 8月 1日	名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 生殖周産期部門准教授
	2014年 11月 1日	名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 生殖周産期部門病院教授
	2015年 4月 1日	名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センターセンター長
	2018年 2月 1日	群馬大学大学院医学系研究科産科婦人科学教授

## LS2. 婦人科悪性腫瘍領域の手術療法～最近の話題と周術期管理～

愛知県がんセンター中央病院 婦人科部

水野 美香

がん領域において、ゲノム医療が飛躍的に進歩しています。拾い出された遺伝情報には、未知なるものも多く含まれるが、診断や治療方針に加担しているだけでなく、将来や家族にまで影響をあたえていく重要な因子となっています。もちろん末梢血中の情報のみならず、がん組織から得られる体細胞情報も治療を行っていく上で重要であり、当然の事ではあるが、いかに術前診断を的確に行い、的確な根治手術を行うだけでなく、より品質の良い情報を得るためにも手術検体の取り扱いも十分注意しなければならず、どの過程も疎かにはできないと思います。

ここ数年で、婦人科悪性腫瘍の領域にでも、ロボット手術も含め、腹腔鏡下手術が著しいスピードで展開されています。手術侵襲性が低く、創部の整容性も高く、入院期間も短縮できると女性の患者さんには特に大きな利益があります。また、腹腔鏡下手術の技術習得が若手医師らのがん治療を行っていく上での motivation にもなっていると思われます。今後は、本邦では、比較的歴史の浅い腹腔鏡手術の予後解析を行うことと、腹腔鏡手術と開腹手術の適応を適切に判断する能力を習得することが課題であろうか。

当院では、周辺地域施設より紹介される進行がん症例も多く、拡大手術や骨盤全摘術などもおこなっているが、最近2年の間に、低侵襲性手術として、腹腔鏡手術、ロボット支援下腹腔鏡手術を開始し、順調に症例を集積しております。さらに、リンパ浮腫の予防、減少をめざし、センチネルリンパ節同定臨床試験の取り組みも開始しました。また、遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) の乳房の予防切除に続き、卵巣がんに対する予防的卵管卵巣切除術を行っています。新規手術療法の導入のみならず、周術期管理の一貫として、イレウス予防の癒着防止剤の使用や、DVT/PE 予防のため、術前スクリーニング、術後の早期離床や抗血小板薬も積極的に取り入れております。

本講演では、1) 当院での取り組みを交え、今後の新規手術療法の動向と、2) 新しく開発された噴霧式の癒着防止剤の使用経験や、悪性腫瘍手術のクリニカルパスに組み込んだ低分子ヘパリンを用いた血栓予防とアセトアミノフェンを併用した疼痛管理についてお話をさせていただこうと思います。

---

【略 歴】	1995年 5月～2000年 12月	中部労災病院 産婦人科
	2001年 1月～2002年 9月	名古屋大学医学部附属病院 産婦人科
	2002年 10月～2005年 8月	名古屋第一赤十字病院 産婦人科
	2005年 9月～2010年 3月	愛知県がんセンター中央病院 婦人科医長
	2010年 4月～2015年 3月	名古屋大学医学部 産婦人科助教、講師
	2015年 4月～現在まで	愛知県がんセンター中央病院 婦人科



## 一般演題

---



## 第1群(1日目 14:15~15:20) 第1会場

1. 胎児心不全により  
早産となった胎盤血管腫の1例

岡崎市民病院

今川卓哉、千田康敬、水谷栄介、内田亜津紗、  
田口結加里、曾根原玲菜、渡邊絵里、杉田敦子、  
阪田由美、森田剛文、榊原克巳

【緒言】胎盤血管腫は胎盤に発生する良性腫瘍の中で最も頻度の高い疾患である。その大部分は無症状で経過するが、腫瘍が大きくなると、母体に羊水過多、早産、胎児に胎児水腫、心不全、貧血、DICなどの重篤な合併症を引き起こすことが報告されている。今回我々は胎盤血管腫のために羊水過多、胎児心不全を来した1例を経験した。

【症例】症例は28歳、G1P0。妊娠25週3日に胎盤腫瘍および羊水過多を指摘され、妊娠26週2日に当院へ紹介された。超音波検査およびMRIで胎盤に90×63mm大の豊富な血流を有する腫瘍を認め、胎盤血管腫と診断した。AFI38と著明な羊水過多を認めた。CTARは拡大しており、胎児は高拍出性心不全の状態と推定された。入院の上、嚴重に管理していたが、妊娠26週6日に超音波検査でCTARのさらなる拡大およびMCA-PSVmaxの上昇を認め、軽度の胎児皮下浮腫の所見も出現したため、胎児心不全兆候の悪化と判断し、緊急帝王切開術を施行した。児は出生体重1148g、Apgar Score 4点/5点/7点(1分/5分/10分)であった。Hb9.8g/dlと貧血を認めた。高拍出性心不全で多尿の状態であり、輸血と輸液負荷では改善が乏しかったが、アルブミン製剤とミルリノン投与により改善を認めた。退院時には軽度の拡張障害と僧帽弁閉鎖不全が残るのみとなり、日齢93に退院となった。

【考察】今回我々は嚴重な観察により、胎児心不全兆候の悪化を認めた時点で、速やかに娩出を行い、比較的良好な児の転帰を得た。巨大な胎盤血管腫を認めた場合は、胎児心不全兆候を早期に発見するよう努め、迅速な分娩も含めた適切な対応を行う必要がある。

2. リトドリン塩酸塩錠5mg内服後に  
横紋筋融解症を発症した1例岐阜県総合医療センター<sup>1</sup>、長良医療センター<sup>2</sup>

細江美和<sup>1</sup>、古橋 円<sup>1,2</sup>、相京晋輔<sup>1</sup>、坊本佳優<sup>1</sup>、  
森 崇宏<sup>1</sup>、鈴木真理子<sup>1</sup>、佐藤泰昌<sup>1</sup>、横山康宏<sup>1</sup>、  
山田新尚<sup>1</sup>

産科診療の上で、リトドリン塩酸塩錠は使用頻度の高い薬剤の一つであり、重大な副作用には横紋筋融解症がある。今回リトドリン塩酸塩錠を1錠頓服し、横紋筋融解症を発症した症例を経験したため報告する。症例は27歳、G1P0。既往歴に胆嚢結石、門脈血栓症、子宮内膜症性嚢胞がある。頓服でファモチジンとブチルスコポラミンを内服していた。家族歴に特記事項はなし。

妊娠18週に腹部緊満感が出現したが、切迫流産徴候はないため安静を指示した。妊娠23週になり腹部緊満感が増強したため、リトドリン塩酸塩錠を処方し、翌日に初めて1錠を頓服した。その約1時間後より左大腿、両下腿と右上腕に痛みを自覚し、歩行困難のため当院救急外来を受診した。血液検査でCKは3187 IU/lと高値であった。K値と腎機能は正常であった。諸検査で心・血管疾患は否定的で、横紋筋融解症として当科入院となった。血清、尿中ミオグロビンは共に高値で、CKアイソザイムはMM型が98%であった。翌日CKは11746 IU/lまで上昇するも、十分な補液を継続し順調に低下した。基礎疾患の検索で甲状腺機能検査を行い、甲状腺機能低下症が判明したため、レボチロキシンの内服を開始した。妊娠28週現在、甲状腺ホルモン値は正常化し、CKは500 IU/l台まで低下したが、筋肉痛は残存している。また胎動が乏しいことや、羊水量が多めであることから、筋強直性ジストロフィーなどの筋疾患の可能性が考えられ、神経内科医とともに経過観察中である。

産科医はリトドリン塩酸塩錠の副作用として横紋筋融解症を熟知し、理学所見や既往歴、家族歴に注意を払う必要がある。

### 3. 当院における子宮破裂症例の検討

安城更生病院

松尾聖子、戸田 繁、西野翔吾、廣渡平輔、岩崎 綾、  
藤木宏美、白井香奈子、横山真之祐、菅聡三郎、  
深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘、松澤克治

【緒言】子宮破裂は1000～3000分娩に1の頻度で起こるとされ、母児の生命を脅かす超緊急疾患である。当院では、2006年4月～2017年3月に子宮破裂6例を経験した。リスク因子や症状に重点を置き、文献的考察を加え報告する。【症例】①帝王切開1回既往。26週腹痛で受診。常位胎盤早期剥離もしくは子宮破裂を疑い、緊急帝王切開。帝王切開癒痕部の完全破裂であった。②帝王切開1回既往。帝王切開後経膈分娩試行中に突然の腹痛、その後心音低下を認め、子宮破裂を疑い緊急帝王切開。帝王切開癒痕部の完全破裂であった。③経膈分娩1回既往。15週で予防的頸管縫縮術後。25週で完全破水。陣痛発来したため帝王切開を施行したところ、子宮下部左側に5cmほどの裂傷あり。④帝王切開1回既往。帝王切開から半年経過前に妊娠。37週で陣痛発来し、緊急帝王切開したところ、帝王切開癒痕部に完全破裂を認めた。⑤帝王切開1回既往。36週性器出血あり、その後心音低下も認め緊急帝王切開を施行。帝王切開癒痕部が8×3cm離開しており、不全破裂の状態であった。⑥未産婦。腹腔鏡下子宮筋腫核出術既往。28週腹痛あり、エコーで子宮底部から腹腔内に胎胞の膨隆を認め、子宮破裂を疑い緊急帝王切開。子宮筋腫核出部の完全破裂であった。既往帝王切開はすべて、下部横切開であった。症状としては腹痛を5例に、胎児心音異常を3例に、性器出血を2例に認めた。子宮はすべての症例で温存、輸血は症例①のみ要した。臍帯動脈血pH7未満を2例で認めたが、重篤な後遺症や母児の死亡は認めなかった。【結語】当院の症例は、頸管縫縮も含めるとすべてに既往子宮手術を有していた。既往子宮手術妊娠において、腹痛や胎児心音異常を認めた際には、子宮破裂の可能性を想定すべきと考えられた。子宮破裂の症状やリスク因子を理解し、早期に発見することが重要である。

### 4. 自宅分娩後、急激な経過で妊産婦死亡となった一例

岐阜大学

永田健太郎、志賀友美、溝口冬馬、島岡竜一、古井辰郎、  
森重健一郎

【緒言】近年日本での妊産婦死亡は年間40～50例とその数は横ばいであり、原因解明のため病理解剖の必要性が提言されている。急激な経過で進行し、病理解剖によっても原因が判明しなかった妊産婦死亡を経験したため報告する。

【症例】31歳、G2P1。自然妊娠後、初期より近医で妊婦健診を施行。母体基礎疾患、妊娠合併症なし。妊娠37週4日、自宅で破水後そのまま経膈分娩し救急車で近医へ搬送。搬送時意識清明、下肢脱力感あり。同時に搬送された出生児は2400gで状態安定。分娩から約2時間後血圧が上昇し降圧薬を投与されたが意識障害が出現したため当院へ搬送。来院時JCS300、心拍数140回/分、血圧測定不能、SpO<sub>2</sub>70%、瞳孔散大。気管内からは多量の吐物が吸引された。子宮の収縮は良好で性器出血少量。血液検査では代謝性アシドーシスと凝固線容系の亢進を認めた。CTで頭蓋内に異常所見はなく、重度の肺水腫の所見を認めた。当院到着から45分後心拍数が低下、蘇生処置を行ったが気道内や子宮内から多量に出血し心肺停止に至った。臨床経過から羊水塞栓症を疑ったが血清学的検査ではZn-CP1,STNの上昇はなくC1インヒビター活性の軽度低下のみであった。病理解剖では全身の出血傾向と気管支肺炎、肺うっ血水腫を認めたが、羊水塞栓症を証明する所見は得られず、またその他に直接死因と考えられる所見も認めなかった。

【結語】鑑別すべき疾患の特徴的な所見を認めず、母体死亡に至った原因を一元的に説明することは困難だったものの、そのことは本症例が非典型的で救命が容易ではない経過をたどった可能性を示唆し、それが病理解剖まで実施した結果であることは重要であると思われる。

## 5. Postmortem magnetic resonance imaging を行った 周産期死亡の2症例

愛知医科大学<sup>1</sup>、あいち小児保健医療総合センター<sup>2</sup>

鈴木佳克<sup>1</sup>、山本珠生<sup>1</sup>、松下 宏<sup>1</sup>、渡辺員支<sup>1</sup>、  
若槻明彦<sup>1</sup>、早川博生<sup>2</sup>

周産期死亡の原因探索は、胎児異常を探求し、対策を講じるのに必要である。また、家族が死を納得し、医療に対する不信を回避でき、さらに次の妊娠への不安も軽減する。Postmortem magnetic resonance imaging (PMMRI) は、剖検に比べて侵襲性が低く、家族の受け入れが良好であり、海外では脳神経系奇形、心臓構造異常、肺低形成、腎形成不全、骨格異常に高い診断率が得られると報告されている。我々は、家族の同意を得て PMMRI を行ったので報告する。

症例1:症例の母は、36歳、経産婦。妊娠16週、胎児心奇形の疑いで当院受診された。羊水染色体46,XX正常核型。超音波検査で、両大血管右室起始と無脾症が疑われた。人工妊娠中絶を選択され、20週に死産となった。児は310g。両親に心臓構造異常の診断のためのPMMRIを薦めたところ、同意された。両大動脈右室起始、右心系単心室、両側肝臓が明らかとなった。

症例2:症例の母は22歳、初産婦。14週に胎児頸部嚢胞と皮下浮腫にて、当院受診。羊水染色体、46,XX正常核型。20週、胸腹水出現。胎動は全くなかった。24週、頸部嚢胞と皮下浮腫が増大し、羊膜腔内をほぼ占拠し、時々徐脈が認められた。浮腫部分を除外して求めた推定体重は約450g。胎内死亡となる可能性が高く、出生しても救命の可能性は少ないが、胎内死亡した場合、経膈分娩が困難であることを説明し、24週5日に帝王切開を行った(742g、女児、AP0/0点)。挿管し、酸素投与を行ったが、一度も心拍を確認できなかった。PMMRIは、巨大頸部嚢胞、全身高度皮下浮腫、胸腹水貯留、肺に含気なく、縦隔気腫と胸部の大量の皮下気腫を認めた。両親に巨大な頸部嚢胞による循環不全で、蘇生を試みた奏功せず、肺低形成のため生存は困難であったことを説明し、納得頂いた。

PMMRIは症例1において詳細な心臓の構造異常、症例2において巨大頸部嚢胞による循環不全と肺の低形成を明らかにした。その結果は、家族の死の受け入れと不信・不安の解消に繋がったと考えられる。

## 6. 施設間の協力で救命しえた 分娩型劇症型溶連菌感染症の一例

市立四日市病院<sup>1</sup>、三重大学<sup>2</sup>

榎本尚助<sup>1</sup>、榎本紗也子<sup>1</sup>、岡本幸太<sup>1</sup>、本橋 卓<sup>1</sup>、  
長尾賢治<sup>1</sup>、谷田耕治<sup>1</sup>、三宅良明<sup>1</sup>、真木晋太郎<sup>2</sup>

【緒言】分娩型劇症型溶連菌感染症の母体死亡率は極めて高い。今回我々は三重県北勢地区で発症した本症例に対して、搬送から手術まで迅速に連携し救命することができたので報告する。

【症例】40歳女性、2経妊1経産、37週0日、胎児推定体重は2600g。発熱を主訴に前医を22時頃に受診した。腹部は板状硬。CTGは基線150bpm、基線細変動は減少しており、一過性頻脈はなく繰り返す高度遅発性一過性徐脈を認めた。血液検査で血小板4.4万/ $\mu$ Lを確認した時点(生化学・凝固検査の結果は未着)で常位胎盤早期剥離あるいはHELLP症候群を疑われ、当院への救急搬送を依頼された。23時2分に当院に到着し、23時22分に手術室入室、前医の検査結果はFAXで確認し、23時31分に執刀を開始し、32分に女児を娩出した。出血量は407g(羊水込み)、2674g、臍帯動脈血pH6.994・BE-18.3・pO<sub>2</sub>32.5mmHg・pCO<sub>2</sub>59.9mmHg、Apgar score0/0であった。子宮収縮は良好であったため子宮は温存した。厚生省の診断基準を満たし、劇症型溶連菌感染症と診断し術後は抜管せずICU管理を行った。入院中に血小板輸血110単位・赤血球輸血34単位・新鮮凍結血漿20単位を使用した。血漿交換は7日間施行した。術後6日目に抜管し、一般病棟へ移動した。感染が再度増悪することはなく術後25日目に退院した。

【結語】搬送の連絡から胎盤娩出までが約30分、初回抗菌薬投与まで約1時間であり、三重県北勢地区における関連施設間での強い協力体制、迅速な対応が母体救命に貢献した。



## 第2群(1日目 13:05~14:00) 第2会場

## 7. 当院における遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対する取り組み

名古屋大学 産婦人科<sup>1</sup>、腫瘍外科<sup>2</sup>、乳腺内分泌外科<sup>3</sup>、  
遺伝カウンセリング室<sup>4</sup>

安井啓晃<sup>1</sup>、内海 史<sup>1</sup>、池田芳紀<sup>1</sup>、林祥太郎<sup>1</sup>、  
伊藤由美子<sup>1</sup>、森山佳則<sup>1</sup>、芳川修久<sup>1</sup>、西野公博<sup>1</sup>、  
大須賀智子<sup>1</sup>、新美 薫<sup>1</sup>、鈴木史朗<sup>1</sup>、後藤真紀<sup>1</sup>、  
小谷友美<sup>1</sup>、梶山広明<sup>1</sup>、角田伸行<sup>2</sup>、菊森豊根<sup>3</sup>、  
森川真紀<sup>4</sup>、吉川史隆<sup>1</sup>

【目的】遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)は癌抑制遺伝子である *BRCA1* 及び *BRCA2* の遺伝子変異が主に関与しており、上記遺伝子変異を持つ患者群では遺伝子変異をもたない群と比較し、乳がん及び卵巣がんの発生率が高い。HBOC に対する社会的注目度も高く、当院では2014年8月27日より HBOC 遺伝カウンセリングを開始し、2017年より *BRCA1/2* 遺伝子変異を有する HBOC に対しリスク低減卵管卵巣摘出術(RRSO)を行なっている。本研究では遺伝カウンセリング開始後から現在に至るまでの当院における現状を報告する。

【方法】2014年8月27日から2017年7月31日までに遺伝カウンセリングを実施した症例を後方視的に検討した。また *BRCA* 遺伝学的検査にて陽性となった症例の症例報告を行う。

【結果】遺伝カウンセリングを実施した件数は合計23件であった。クライアントは30代が8例(34.8%)と最も多かった。がん未発症例は2件(8.7%)であった。がん発症例では全例に乳がんを発症しており、乳がん卵巣がんとも既発症は5件(21.7%)であった。受診動機は術式選択が6件(26.1%)、対側乳がん発症リスクおよび卵巣がん発症リスクを心配する、が11件(47.8%)であった。両親から自身へと遺伝しているかどうか心配する、が5件(21.7%)であり、娘への遺伝を心配する、が1件(4.3%)であった。遺伝カウンセリング後、実際に遺伝学的検査を受検したのは13件(56.5%)であり、*BRCA1/2* 遺伝子変異陽性は4件(30.8%)であった。4件のうち1例は卵巣癌術後で経過フォロー中、3件は卵巣卵管を有するクライアントであり、うち2件に対して当院産婦人科にてサーベイランスを実施中である。

【結論】当院における HBOC の取り組みを報告した。症例は現時点では少ないが、今後 RRSO を含めた対策を模索していきたい。

## 8. 遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対しリスク低減手術を施行した6例の検討

名古屋市立大学<sup>1</sup>、名古屋市立東部医療センター<sup>2</sup>

小川紫野<sup>1</sup>、間瀬聖子<sup>1</sup>、西川隆太郎<sup>1</sup>、荒川敦志<sup>1</sup>、  
村上 勇<sup>2</sup>、杉浦真弓<sup>1</sup>

【目的】卵巣がん治療ガイドライン2015年版において、遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)に対するリスク低減手術(RRSO)の有効性は確実となっており、RRSO は各医療施設の倫理委員会の承認を受けた上で実施するよう推奨されている。RRSO 施行に伴う①安全性②卵巣欠落症状③摘出した組織におけるオカルトがんの有無、について評価を行うことを目的として検討をおこなった。

【方法】2014年7月から2017年8月の期間に我々の施設において、倫理委員会の承認のもと RRSO を実施した6例について検討した。安全性については周術期合併症の有無で評価し、卵巣欠落症状の評価には Menopause-Specific Quality of Life Questionnaire (MEN-QOL 質問票)を用いた。

【成績】6例の年齢は35歳から54歳(中央値41.5歳)だった。*BRCA1* 遺伝子変異陽性が3例、*BRCA2* 遺伝子変異陽性が3例であった。乳癌の既往が5例に見られ、未発症が1例であった。術式は全例で内視鏡下手術を行い、2例においては子宮も同時に摘出した。その結果、現在まで重篤な周術期合併症は発生しておらず、安全性の面からは RRSO は容認されると判断している。また、卵巣欠落症状の評価において RRSO 前と RRSO 後6ヶ月では MEN-QOL スコアの著大な増悪はなかった。病理検体においてオカルト癌は見られなかった。

【結論】我々の施設において経験した RRSO 症例においては、安全性は容認できるもので、卵巣摘出による著しい QOL の低下も見られなかった。今後も更なる症例の蓄積が必要である。

## 9. アブスコパル効果 (abscopal effect) と 思われる

### 腫瘍縮小効果を示した腔癌の1例

豊橋市民病院 産婦人科<sup>1</sup>、同女性内視鏡外科<sup>2</sup>、  
同総合生殖医療センター<sup>3</sup>

河合要介<sup>1</sup>、尾瀬武志<sup>1</sup>、窪川芽衣<sup>1</sup>、嶋谷拓真<sup>1</sup>、  
植草良輔<sup>1</sup>、國島温志<sup>1</sup>、甲木 聡<sup>1</sup>、長尾有佳里<sup>1</sup>、  
藤田 啓<sup>1</sup>、矢吹淳司<sup>1</sup>、北見和久<sup>1</sup>、高野みずき<sup>1</sup>、  
梅村康太<sup>2</sup>、岡田真由美<sup>1</sup>、安藤寿夫<sup>3</sup>、河井通泰<sup>1</sup>

【緒言】放射線治療では、アブスコパル効果により抗腫瘍免疫が活性化し、非照射野の癌細胞にも抗腫瘍効果が起こることが知られている。アブスコパル効果と思われる腫瘍縮小効果を示した腔癌症例を経験したので報告する。

【症例】74歳、2経妊2経産。45歳時に子宮筋腫で子宮全摘術が施行されていた。陰部痛と不正出血を主訴に来院した。腔内を充満する腫瘍は外尿道口近傍まで浸潤しており、組織診結果は Squamous cell carcinoma であった。画像検査の結果、腔内に直径60mm大の腫瘍を認め、膀胱への浸潤も疑われた。骨盤、鼠径、傍大動脈リンパ節に多発リンパ節転移を認めた。腫瘍マーカーSCCは14.6と高値であった。以上より腔癌IVB期と診断。治療法として骨盤内臓全摘術もしくは同時化学放射線療法を提案したところ後者を希望された。化学療法に反対があり、放射線療法単独で初回治療を行う方針となった。鼠径リンパ節まで含めた全骨盤照射を合計48.6Gy/27fr施行。続けて傍大動脈リンパ節への追加照射予定であったが、治療中止の希望が強く全骨盤照射のみで治療終了となった。治療後の画像評価では腔腫瘍は著明に縮小し、リンパ節腫大は照射野内だけでなく、照射野外である傍大動脈リンパ節腫大も治療前は短径20mmあったが画像で確認できない程度に縮小していた。現在治療終了後7ヶ月経過しているがリンパ節腫大の再燃はない。

【考察】積極的治療は原発巣への放射線治療のみで、転移巣である傍大動脈リンパ節への照射は施行していないが、腫瘍は縮小傾向でありアブスコパル効果と思われた。このような症例に、今後産婦人科領域にも普及が見込まれている免疫チェックポイント阻害剤を投与することで、抗腫瘍免疫が増強され、放射線治療との相乗効果が期待できる可能性もある。

## 10. 腹腔鏡下に治療し得た 子宮体癌合併子宮留膿症破裂の1例

高山赤十字病院

栞原万友香、矢野竜一郎、桑山太郎、中野 隆

【緒言】子宮留膿症に続発する子宮破裂は予後不良であり、死亡率約40%との報告もある。今回我々は高齢の子宮体癌合併子宮留膿症破裂に対し腹腔鏡下に治療し得た1例を経験したため報告する。

【症例】93歳女性、G4P4。脳梗塞など内科的合併症のため他院通院中であった。不正性器出血のため前医受診、子宮体部腫瘍・子宮留膿症を指摘され当院紹介受診となり、外来にて精査中であった。腹痛・嘔吐のため当院へ救急搬送され、腹部造影CTにて上腹部・子宮内に free air、腹水貯留を認めた。上部消化管穿孔もしくは子宮破裂による汎発性腹膜炎と考えられ、同日緊急腹腔鏡下手術を予定した。腹腔内には泥状の液体貯留を認め、子宮壁は引き伸ばされ菲薄化・暗紫色に変性しており、底部左側に穿孔部を認めた。消化管には異常所見認めず、子宮破裂の診断で腹腔鏡下子宮全摘術＋両側付属器切除術＋腹腔内洗浄を行った。術後病理組織診では、子宮筋層全層性の膿瘍に加え、扁平上皮分化を示す類内膜腺癌 (G3 pT2 ↑ pNX pMX) と診断された。高齢であり、術後補助化学療法は行わない方針となった。術後40日の時点で生存しており、自宅介護が困難との理由で施設入所に向け退院調整中である。

【結語】子宮破裂に対しては開腹手術が選択されることが多いが、腹腔鏡下手術は低侵襲化を可能とする。特に高齢者においては、術後早期から離床を促進でき、術後合併症の予防、ADLの維持につながると思われる。

## 11. 子宮体部性索間質類似腫瘍に対して子宮鏡下子宮内腫瘍切除を行った1例

三重大学

玉石雄也、近藤英司、島田京子、真木晋太郎、金田倫子、二井理文、吉田健太、平田 徹、小林良幸、田畑 務、池田智明

【緒言】子宮体部に発生する性索間質類似腫瘍(Uterine Tumor Resembling Ovarian Sex Cord Tumors:以下 UTROSCT)は非常に稀な腫瘍で、治療法は確立したものは存在せず、通例子宮全摘出術および両側付属器切除術を行う。今回、妊孕性温存の必要があり、子宮鏡下子宮内腫瘍切除術を行った症例を経験したので報告する。

【症例】19歳、未経妊。持続する不正性器出血を主訴に前医を受診し、経腔超音波検査にて子宮内に最大径3cm程度の腫瘍を認め、当院に紹介された。子宮内膜組織診断検査では卵巣性索間質性腫瘍に類似した組織が得られた。MRIでは体部筋層前壁に内腔に突出する3cm程度の類円形腫瘍を認めた。妊孕性温存の観点から子宮鏡下子宮内腫瘍切除術を行う方針となった。手術では子宮鏡下に内腔右側より突出する腫瘍を認め、ループ電極にて切除を行った。腫瘍の病理組織診断はUTROSCTであり、免疫染色はCK-AE1/AE3、 $\alpha$ -SMA、WT1が陽性であった。

【考察】UTROSCTは非常に稀な腫瘍であり、閉経前後の症例が多い。初期治療は単純子宮全摘出術と両側付属器切除術が通例行われるが、確立されたものは存在しない。本症例は若年であり、妊孕性温存が求められたため子宮鏡下子宮内腫瘍切除術が選択された。子宮鏡下子宮内腫瘍切除術にて治療を行った報告は散見されるが、稀に遅発性に転移および再発が認められるため、今後長期の経過観察が必要であると考えられる。

【結語】UTROSCTに対して、子宮鏡下子宮内腫瘍切除術を行った症例を経験した。若年発症の症例には、妊孕性を考慮した治療法の選択が必要であると考えられた。

## 12. 治療に難渋した子宮腺肉腫卵巣転移の一例

名古屋第一赤十字病院

大西主真、坂堂美央子、上田真子、江崎正俊、木村晶子、三澤研人、福原伸彦、猪飼 恵、坂田慶子、夫馬和也、西子裕規、三宅菜月、柵木善旭、栗林ももこ、手塚敦子、齋藤 愛、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

45歳女性、3産。数ヶ月前から腹部膨満を認め、自宅内で動けなくなった状態を知人に発見され救急搬送された。来院時、腹部は品胎妊娠様に膨隆していた。全身状態は保たれていたが、WBC21400/ $\mu$ l、CRP33.5mg/dlと炎症反応高値、Cre1.58mg/dlと腎機能障害、Hb3.1g/dlと重症貧血、凝固障害を認めた。腫瘍マーカーはCA19-91106U/ml、CA1251440U/mlであった。MRI T2強調画像で心窩部にまで及ぶ内部高信号の充実成分を伴う多房性腫瘍を認めた。巨大腫瘍により呼吸状態も不安定で全身状態の改善が見込めなかったため、適宜輸血、抗菌薬投与、胸水・腹水穿刺を施行し全身状態を安定化した後、診断目的、可及的腫瘍減量目的に単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行した。腫瘍は径40cm超の左卵巣腫瘍で周囲臓器と癒着しており、総出血量16,450mlと大量出血をきたし、RCC54単位、FFP45単位、PC40単位、アルブミン24本、フィブリノゲン5本を投与、ガーゼ106枚をパッキングして閉腹とした。各種輸血製剤を投与し、術後2日目に再開腹術を施行しガーゼを抜去した。術後、諸々の全身管理やリハビリで日常生活可能なまでに回復し術後94日目に退院となった。病理診断では子宮腺肉腫卵巣転移ⅡB期であった。予後不良因子である脈管侵襲を伴っていた。術後3年は再発徴候を認めなかったが、術後3年4ヶ月で骨盤内に40mm大の再発腫瘍を認めた。化学療法を推奨したが、治療への同意が得られず術後4年10ヶ月に死亡した。治療に難渋した子宮腺肉腫卵巣転移の一例を経験した。腺肉腫は稀な疾患であり、文献的考察を含めて報告する。

## 第3群(1日目 14:15~15:00) 第2会場

13. 卵巣腫瘍茎捻転の臨床診断で  
緊急腹腔鏡下手術を施行した  
36例の臨床的検討

豊橋市民病院 産婦人科<sup>1</sup>、同女性内視鏡外科<sup>2</sup>、  
同総合生殖医療センター<sup>3</sup>

山田友梨花<sup>1</sup>、河合要介<sup>1</sup>、鈴木邦昭<sup>1</sup>、尾瀬武志<sup>1</sup>、  
窪川芽衣<sup>1</sup>、嶋谷拓真<sup>1</sup>、植草良輔<sup>1</sup>、國島温志<sup>1</sup>、  
甲木 聡<sup>1</sup>、長尾有佳里<sup>1</sup>、藤田 啓<sup>1</sup>、矢吹淳司<sup>1</sup>、  
北見和久<sup>1</sup>、高野みずき<sup>1</sup>、梅村康太<sup>2</sup>、岡田真由美<sup>1</sup>、  
安藤寿夫<sup>3</sup>、河井通泰<sup>1</sup>

【目的】卵巣腫瘍茎捻転は急性腹症をきたし、機能温存のため迅速な診断と治療が重要である。卵巣腫瘍茎捻転症例の臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】2013年7月から2017年10月に卵巣腫瘍茎捻転と診断し腹腔鏡下手術を施行した症例を対象とし、患者背景、腫瘍最大径、手術所見、病理組織型、術前検査結果について検討を行った。

【成績】対象症例は36例であり、年齢中央値(範囲)は35.5歳(14-74)であった。臨床症状は30例(83.3%)が下腹部痛を伴っていたが、心窩部痛、腰痛、鼠径部痛を訴える症例もあった。また11例(30.6%)に嘔気があった。腫瘍最大径の中央値(範囲)は70.5mm(30-166)であった。病側は右側27例、左側9例と右側に多かった。術中に捻転が確認できたのは23例(63.9%)であり、捻転度は180~1440度に分布していた。これらのうち壊死を伴ったものは12例であり、すべてに患側付属器摘出術が施行されていた。捻転が確認できなかった例には、捻転が解除されたと考えられた例の他に出血性黄体嚢胞、卵巣腫瘍破裂の症例があった。捻転のあった23例の病理組織型は成熟嚢胞性奇形腫が8例と最も多く、漿液性嚢胞腺腫、傍卵巣嚢腫、粘液性嚢胞腺腫が4例、チョコレート嚢胞、線維腫、評価困難が1例であった。手術前の白血球数中央値(範囲)は8475/ $\mu$ L(4750-15650)で、壊死を伴う症例において高値となる傾向であった。

【結論】茎捻転を生じる卵巣腫瘍の組織型は多岐にわたっていた。白血球数上昇を認める場合は壊死の存在を示唆する可能性が高く早急な対応が検討されるべきである。捻転解除後の卵巣血色が不良にも関わらず機能温存できた報告もあり、今後壊死を認めた卵巣に対する対応を検討する必要がある。

14. 腹腔鏡下手術を施行し、  
患側卵管を温存した  
小児卵管捻転の一例

刈谷豊田総合病院

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

【緒言】腹腔鏡下手術の進歩に伴い近年小児期の卵巣腫瘍の手術も婦人科で行われることが増えてきた。小児良性付属器腫瘍の外科治療では腫瘍の根治性に加えて患側付属器の温存が求められる。今回、腹腔鏡下手術を行い患側卵管を温存した卵管捻転の1例を経験したため報告する。

【症例】13歳女性。5時間前からの右下腹部痛にて当院救急外来を受診した。CTにて骨盤内に6cm大のう胞を認め、卵巣腫瘍茎捻転の疑いにて産婦人科紹介となった。腫瘍マーカー、炎症反応の上昇は認めなかった。ダイナミックCTでは造影不良等の明らかな捻転所見は認めなかったが、疼痛が持続し改善しなかったため審査腹腔鏡を行うこととした。手術は臍部、恥骨上、左下腹部に5mmポートを3カ所留置し、気腹法で行った。卵巣には異常を認めず、右卵管間膜内に7cm大のう胞を認め、卵管根部を機点に1080度捻転していた。捻転解除後、患側卵管温存を考慮し、う胞壁を穿刺し無色透明の内容液100mlを吸引後にう胞壁を摘出した。捻転解除から25分後、卵管の色調が改善傾向であったため卵管を温存する方針とし手術を終了した。手術時間45分、出血量1g。術後経過良好にて第3病日に退院となった。

【考察】小児の急性腹症における付属器腫瘍茎捻転の診断は困難なことが多く、卵巣腫大を伴う急性腹症では付属器温存の可能性も考慮し可及的速やかに手術を行う必要がある。小児の卵巣腫瘍茎捻転では患側付属器を温存したとの報告も散見され、本症例でも術中に色調の改善を認めたため卵管を温存したが、温存した卵管が正常に機能するかどうかは生殖年齢になった時に再度評価が必要である。また、本症例のように下着に隠れるような目立たない位置にポートを留置することで、より整容性に優れた手術を行うことができる。

## 15. 当院における da Vinci 支援手術の取り組み

三重大学

近藤英司、真木晋太郎、島田京子、金田倫子、吉田健太、平田 徹、田畑 務、池田智明

【目的】当院では院内倫理委員会の承認を得て、2017年3月より da Vinci 支援手術を開始し現在までに7例施行した。子宮牽引法・体位・ドッキング方法・第2助手の位置など当院の取り組みを報告する。

【方法】2017年3月～11月までに CIN 3 4例、子宮頸癌 IA1期(扁平上皮癌)1例、IB1期(扁平上皮癌)1例、IB2期(粘液性癌)1例に対して拡大単純子宮全摘出術(RSH)・準広汎子宮全摘出術(RmRH)・広汎子宮全摘出術(RRH)を施行した。DVSS Si を使用し、12mm ポートを臍上3cmに1本、8mm ポートを右2本、左1本、そして左上腹部に12mm ポートを追加して計5ポート、パラレルドッキング、体位は碎石位、全例 Air seal 使用、RRH には腔カフを形成した。また子宮の牽引には子宮マニピュレーターを使用せず腔パイプを手術開始時から使用した。当初、開脚位も施行したが腔パイプ操作が困難であったため、現在は碎石位とし、レビテーターを使用した。手術時間、出血量、術後の入院期間、合併症、自尿確立時期などを検討した。

【成績】患者背景、年齢中央値は49歳(39~71歳)。手術時間・出血量の平均値はRSH(4例)218分・48ml、RmRH(1例)266分・300ml、RRH(2例)435分・120mlであった。術後の入院期間中央値は5日(5-28日)、2例のRRH骨盤リンパ節摘出個数17/20個。尿道バルーン抜去後に自尿確立はそれぞれ6日と50日であった。合併症として、1例に閉鎖神経障害を認めた。術後治療としてはIB2期に化学療法を施行した。

【結論】まだ術式が確立していないが、腹腔鏡下広汎子宮全摘出術(TLRH)と同様な操作(碎石位)を施行するため腔パイプを手術開始から使用し、現在まで安全に施行できている。当院で施行したTLRHに比べ手術時間は延長するが出血量は少なかった。手術時間の延長には碎石位を用いるためコンパートメント症候群の予防が重要である。

## 16. 腹腔鏡手術における術後鎮痛薬の 選択について ～アセトアミノフェン静注液とNSAIDs 静注液の比較～

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

山本靖子、南 洋佑、溝口真以、村上真由子、新城加奈子、針山由美

【目的】アセトアミノフェンは小児や妊婦にも安全に使用でき、静注液(アセリオ®)の発売以降、腹腔鏡手術の術後鎮痛薬として積極的に使用されている。従来からのNSAIDs静注液(ロピオン®)とアセトアミノフェン静注液(アセリオ®)を比較し、薬剤の特徴を認識する。

【方法】2015年12月から2016年11月までに行われた腹腔鏡手術182例を対象とし、比較臨床試験を行った。術後1日目までの鎮痛薬としてアセリオ®4000mg/日を投与する群と、ロピオン®200mg/日を持続投与する群にわけて鎮痛効果、抗炎症作用、有害事象の有無を比較した。

【成績】VASスケールや頓服鎮痛剤の使用回数、離床遅延の有無、術後CRP値は両群で有意差を認めなかった。アセリオ®群で薬剤性肝障害を疑う肝機能障害が34例(38%)で出現したが、うち33例はGrade1であり術後2週間で正常値への改善を確認した。また、術後胃粘膜障害を示唆する症状が出現し、薬物治療を要した症例がアセリオ®群では2例(2%)、ロピオン®群で7例(8%)確認された。

【結論】腹腔鏡手術においてアセリオ®はロピオン®と同等の鎮痛効果、術後回復を得ることができる。ロピオン®と比較しアセリオ®には抗炎症作用が低いとの報告もあるが腹腔鏡手術においてその影響はないといえる。アセリオ®の使用により薬剤性肝障害が危惧されるがそのほとんどが自然軽快し、適宜採血を行い安全に使用することが可能である。アセリオ®を使用することでNSAIDsの総投与量が減少し、胃粘膜障害などの副作用軽減も期待できる。薬剤の特徴を理解し、マルチモーダルに組み合わせ、高い鎮痛効果と最低限の副作用で術後管理を行うことが重要である。

## 17. 当院での TLH における 卵管切除術の変遷について

岐阜市民病院

加藤雄一郎、山本和重、尹 麗梅、左藤香月、平工由香、  
豊木 廣

【目的】当院では腹腔鏡下子宮全摘術（以下 TLH）は、統一された術式に沿って行われている。しかし卵巣を温存し卵管を切除する際の術式手順は現在も検討中である。これまでの TLH における卵管切除術（以下 BS）の変遷について報告する。

【成績】TLH/BS は、以前は上部靭帯処理の際に卵管を切除した後に下降結腸側溝に一旦留置しておき、経腔的子宫摘出の際に同時に卵管を摘出していた。卵管が鉗子操作の邪魔になることはないが、摘出の際に同時に回収できなかつたり、また留置していた卵管が腹腔内で紛失してしまつたりした事例以降術式を変更した。まず上部靭帯処理の際に卵管子宮側と卵巣固有靭帯を切断する。子宮摘出後に両側卵管を切除し経腔的に回収した。この術式では卵管の紛失はないが膣パイプの抜差しが増える事が煩雑に感じられた。このため現在は①卵管を最初に切断し 5mm ポートから摘出する。あるいは②卵管間膜を切開し子宮に卵管を附属させたまま子宮摘出を行う、の 2 つの方法を検討中である。①の問題点としては、ポートの抜差し回数が増える、卵管が大きい場合には摘出が困難であることが問題となる。②の問題点として、卵管間膜を卵管采方向から切開する必要があるが、鉗子を良い方向から挿入することが困難な場合があること、子宮回収時に卵管が切断されて腹腔内に残存したことがあることが挙げられる。

【結論】いずれの方法にも一長一短があるため、症例を蓄積しながら安全確実に低侵襲な術式を選択する必要があると思われた。

## 18. 細胞診 ASC-US に対する ハイリスク HPV 検査の意義 ～岡崎市 HPV 併用子宮頸がん検診から～

岡崎市市民病院

榊原克己、千田康敬、水谷栄介、今川卓哉、内田亜津紗、  
田口結加里、曾根原玲菜、渡邊絵里、杉田敦子、  
阪田由美、森田剛文

【目的】岡崎市では 2010 年度より対策型子宮がん検診に 20 歳から 49 歳を対象に希望者には HPV 検査併用子宮頸がん検診を取り入れている。今回 2016 年度までの 7 年間のデータより細胞診 ASC-US に対する HPV 検査の意義につき検討した。

【方法】ベセスダ分類に従って診断された 64229 例のうち ASC-US は 813 例 (1.3%) であった。このうち HPV 併用検診対象者 (20-49 歳) は 682 例、HPV 検査を希望した者は 416 例、HPV 陽性であった者は 233 例 (56.0%) であった。HPV 併用検診を選択した 416 例を HPV 陽性群 233 例と陰性群 183 例に分け ASC-US を HPV 検査によりトリアージすることの有効性について検討した。

【成績】ASC-US・HPV 陽性群の精密検査結果では、CIN は 66.5%、CIN2 以上は 20.1% を占めた。これは細胞診 LSIL の精密検査結果とほぼ同等であった。ASC-US・HPV 陽性群を追跡した結果、追跡できた 88 例中、追跡 4 年までに CIN3 以上 9 例をみとめた。一方、ASC-US・HPV 陰性群では追跡できた 62 例の殆どは NILM で、追跡 3 年と 4 年に CIN2 と CIN3 を各々 1 例みとめたのみで、2 年以内には CIN の検出はなかった。更に 20-49 歳 (HPV 併用検診対象年齢) で HPV 検査を希望しなかった群、266 例の詳細を調べた。この群でも HPV 陰性で追跡可能な症例は殆ど NILM であった。それに対し HPV 陽性群からは 2 例の CIN3 を含む多くの CIN をみとめ、追跡症例においても更に 5 例の CIN3 が発見された。以上より HPV 陽性群の追跡からは CIN3 以上 14 例が検出されたが、HPV 陰性群からの CIN3 は 1 例のみであった。

【結論】ASC-US を HPV 検査によりトリアージすることの有効性があらためて示唆された。

## 19. 当院にて腹式広汎子宮頸部摘出術を行った46例の検討

名古屋大学

日比絵里菜、玉内学志、芳川修久、内海 史、鈴木史朗、梶山広明、吉川史隆

【目的】我が国における若年者の子宮頸癌罹患数は近年増加傾向にある。初期の子宮頸癌に対して根治と妊孕性温存の両立を目的として、腹式広汎子宮頸部摘出術(ART)が行われている。当院でARTを施行した症例における腫瘍学および周産期学的予後について検討した。

【方法】検討の対象は、当院で2010年5月から2017年10月までにARTを施行した46症例である。当院ではARTの適応基準を、①IA2期からIB1期の子宮頸癌で腫瘍径2cm以下であること、②原則として16歳以上45歳以下で妊孕性温存希望があること、③術前検査で病変が子宮頸部に限局すること、④術中迅速病理検査でリンパ節転移がなく、子宮側切除断端が5mm以上陰性であること、としている。

【成績】症例の年齢中央値は32(24-38)歳で、臨床進行期はIA2期4例(扁平上皮癌2例、腺癌2例)、IB1期42例(扁平上皮癌35例、腺癌7例)であった。円錐切除標本もしくは摘出標本に脈管侵襲を認めた15例に術後化学療法を施行した。観察期間中央値は42.5(0.6-106.6)ヶ月で、3例(6.5%)の再発例を認め、この内1例の癌死があった。ART後に妊娠を許可した24例のうち、妊娠に至ったのは12例(50.0%)で、合計15件であった。分娩に至ったのは7例7件(満期産3件、中期早産3件、後期早産1件)で、初期流産が6件で中期流産が1件であった。1件は現在妊娠管理中である。

【結論】当院でARTを行った症例では、腫瘍学的にも周産期学的にも過去のARTの報告と遜色ない結果が得られており、ARTは妊孕性温存治療として臨床的に有用と考えられる。一方で、少ないながらも再発例や死亡例が確認されており、慎重な症例選択とフォローアップが必要である。

## 20. 再発から診断へと至った子宮原発 Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) の一例

愛知医科大学

岩崎慶大、櫻田昂大、大脇佑樹、上野大樹、岩崎 愛、篠原康一、若槻明彦

Perivascular epithelioid cell tumor(PEComa)はperivascular epithelioid cell(PEC)の特徴を有する間葉系腫瘍と定義されており、腎臓や肝臓以外のPEComaは稀である。今回我々は、後腹膜に再発した腫瘍性病変を契機に診断に至った子宮原発PEComaを経験したので報告する。症例は43歳、0経妊0経産、2011年に子宮筋腫を開腹で核出し、病理診断はcellular leiomyomaであり経過観察とした。その後、子宮筋腫再発と腺筋症を認めたため、2014年にMRIを撮像したところ、既存の子宮病変以外に骨盤内リンパ節腫脹、後腹膜嚢胞性病変を認めた。悪性疾患も疑いPET・CTを行ったが異常集積は認めなかった。過多月経に伴う貧血もあった事と、これらの経過より2015年に術中迅速病理診断併用で腹式単純子宮全摘出術、後腹膜嚢胞性病変摘出術を施行した。術中病理診断はadenomyosis、leiomyomaであり、術前に腫脹を認めた後腹膜リンパ節の郭清は行わなかった。術後病理診断もadenomyosis、leiomyomaで、後腹膜嚢胞性病変はretroperitoneal cyst of mullerian typeであった。骨盤内リンパ節腫脹の経過観察中、術後2年目のCTで骨盤内リンパ節腫脹の増大と、新たな傍大動脈腫瘍性病変を認めた。傍大動脈腫瘍性病変はCTガイド下穿刺組織診でPEComaと診断され、これを受け2011年と2015年の検体を再度免疫組織染色し検討したところ、これらもPEComaと診断された。2017年にPEComaの再発に対し腫瘍摘出術を施行した。病理診断は骨盤内、傍大動脈腫瘍共にPEComaであった。PEComaはほとんどが良性であるが、臨床的に悪性の経過をたどる症例も報告されており、治療は原発、再発を問わず手術が第一選択と考えられている。後腹膜腫瘍性病変の鑑別において、稀な疾患ではあるがPEComaは鑑別疾患の一つであると考えられた。

## 21. 子宮頸部原発インスリン産生小細胞神経内分泌癌の1例

岡崎市民病院

千田康敬、水谷栄介、今川卓哉、内田亜津紗、田口結加里、曾根原玲菜、渡邊絵里、杉田敦子、阪田由美、森田剛文、榊原克巳

【緒言】子宮頸部原発の神経内分泌腫瘍(NET)は稀であるが、その中でもインスリン産生能を有する小細胞神経内分泌癌(SCNEC)は非常に稀である。今回低血糖発作による意識障害を契機に発見され、治療に難渋したSCNECを経験したため報告する。

【症例】60歳、2妊2産、閉経51歳。原因不明の意識障害で救急搬送された。低血糖発作が原因と判明したが、精査の過程で子宮頸部に6cm大の腫瘍を指摘され当科紹介となった。CT検査では、子宮頸部の他、多発肺、肝、後腹膜リンパ節転移も認めた。以上より子宮頸癌IVB期と診断した。子宮頸部腫瘍からの組織検査結果はSCNECであった。治療は全骨盤照射とEP(エトポシド+シスプラチン)による同時化学放射線療法(CCRT)を選択した。更にインスリン分泌抑制を期待しジアゾキシド、オクトレオチドを併用した。治療により腫瘍は縮小傾向であったが、低血糖の改善効果は乏しかった。しかし間食を増やすなど血糖コントロールに努め治療を継続した。治療開始から5ヶ月後、自宅で倒れているところを発見された。低血糖脳症と診断され入院管理となったが、多臓器不全で死亡された。

【結語】子宮頸部NETは子宮頸部悪性腫瘍の1-6%程度と稀な疾患であるが、なかでも子宮頸部SCNECは極めて予後不良とされている。更に今回はインスリン産生能を有しており、産生されたインスリンにより低血糖発作を起こした症例は検索した限りでは1例の報告があるのみである。治療により腫瘍縮小効果は認められたものの、インスリン産生能は著変無く、血糖コントロールは非常に困難であった。試行錯誤の末、いったんは血糖コントロールが可能となったが、最終的には低血糖脳症のため死亡に至った。今回我々はその診断および治療経過とともに若干の考察を加え報告する。

## 22. 子宮頸癌放射線治療後の局所残存病変に対する子宮全摘術の後方視的検討

岐阜大学

小池大我、牧野 弘、村瀬紗姫、大塚かおり、竹中基記、早崎 容、森重健一郎

### 【目的】

子宮頸癌の治療において放射線治療は手術と並ぶ根治的治療となる。手術適応のない進行期に対してはもちろん、I期やII期に対しても手術と同等の治療効果が得られるとされている。しかし根治的放射線照射後に局所に病変の残存が確認された場合、さらなる治療として手術による子宮全摘か化学療法を選択となる。しかし放射線照射後の子宮全摘は難度も高く、術後合併症も多くなるといわれている。今回当科で根治的放射線治療後の局所残存病変に対して子宮全摘術をおこなった症例を後方視的に検討したので報告する。

### 【方法】

当院で2007年10月より2016年12月までに当院で根治的放射線照射をおこなった全77例を後方視的に検討した。

### 【結果】

根治的放射線照射施行後約3か月の時点で効果判定をおこなった症例のうち、残存ありと判断された症例は21例認められた。このうち追加治療として手術療法が選択された症例は8例であった。8例の選択された手術は単純子宮全摘術が5例、準広汎子宮全摘術が2例、広汎子宮全摘術が1例であった。周術期になんらかの合併症を発症した症例は6例と70%以上にみられた。合併症として膣断端離開が最も多く、3例にみられた。また、術後麻痺性イレウス、骨盤内感染、膀胱腫瘍も2例にみられた。

### 【結語】

根治的放射線治療後の局所残存病変に対して子宮全摘術をおこなうことは術後合併症が高頻度にみられ、合併症によってはその後のQOLが著しく低下する可能性があることが示唆された。そのため適応には慎重な検討と十分な説明が必要であると考えられた。



第5群(2日目 8:40~9:25) 第1会場

23. 経子宮筋層の採卵後に生じた  
子宮仮性動脈瘤からの遅発性出血に対し  
て、N-butyl-2-cyanoacrylate を用いた  
子宮動脈塞栓術による治療が有効であっ  
た1例

岐阜県立多治見病院 産婦人科<sup>1</sup>、同放射線科<sup>2</sup>

藤田和寿<sup>1</sup>、伊吉祥平<sup>1</sup>、柘植志織<sup>1</sup>、柴田真由<sup>1</sup>、  
那須佳枝<sup>1</sup>、篠根早苗<sup>1</sup>、中村浩美<sup>1</sup>、竹田明宏<sup>1</sup>、  
古池 亘<sup>2</sup>

子宮仮性動脈瘤は、稀ではあるが、様々な子宮手術や手術操作に続いて起こり、生命予後に危険を及ぼす可能性のある医原性の疾患である。今回、当科で、経子宮筋層的な採卵後に生じた子宮仮性動脈瘤からの大量出血に対して、N-butyl-2-cyanoacrylate(NBCA)を用いた超選択的な子宮動脈塞栓術による治療が有効であった1例を経験したので報告する。症例は、4回の自然流産既往のある34歳未産婦。特に家族歴や出血性疾患の既往歴は無い。不妊を主訴に近医を受診し、多嚢胞性卵巣症候群と診断された。通常の排卵誘発が困難であったため、GnRH アンタゴニストプロトコールにより、採卵が行われた。この際に、両側卵巣の位置異常を認めたため、左卵巣よりの採卵は、経腹的に、右卵巣よりの採卵は、経子宮筋層的に行われ、53個の卵子が回収された。採卵後1日目に、少量の性器出血を認めたが、自然軽快したため、様子を見ていたところ、7日目に、大量の性器出血があり、当科へ救急搬送となった。搬送時の診察では、子宮口よりの持続性の出血を認めた。超音波カラードプラー法で、子宮頸部筋層内に拍動性の渦巻き様の血流を示す低エコー域を認め、子宮仮性動脈瘤と診断した。3D-CT アンギオグラフィーで、右子宮動脈の分枝に仮性動脈瘤の形成を認め、血管外漏出を伴っていたため、右子宮動脈の分枝に生じた子宮仮性動脈瘤破裂と診断し、緊急子宮動脈塞栓術を行った。責任血管を超選択的に同定した後に、血管径等を考慮して、NBCAによる塞栓術を施行した。出血は、直ちにコントロールされ、その後の経過は良好であった。NBCAによる子宮動脈塞栓術は、経子宮筋層の採卵後に生じた子宮仮性動脈瘤破裂による大量出血に対して、有用な子宮温存治療と考えられた。

24. 当院におけるマイクロ波子宮内膜  
アブレーションの検討  
(再発症例からの適応と要約の再考)

豊川市民病院

後藤崇人、完山紘平、竹内清剛、完山秋子、大森由紀、  
清水孝郎、保條説彦

【目的】 マイクロ波子宮内膜アブレーション(microwave endometrial ablation:MEA)は低侵襲かつ短期間の入院で施行できる過多月経に対する治療法であり、合併症のある患者や子宮全摘を希望しない患者にも有用である。今回我々は、当院で施行した43例について検討を行った。

【方法】平成26年2月より平成29年11月にかけて施行した、子宮鏡手術時にMEAを追加で行った24例(子宮内膜ポリープ14例、粘膜下筋腫10例)と、MEA単独で行った19例(子宮腺筋症4例、筋層内筋腫3例、機能性子宮出血12例)について検討を行った。

【成績】子宮腔長(mean±SD):72.3mm±10.1mm(56~100)、焼灼回数:6.0±0.9回(4~8)であり、術後月経再開は43例中15例(34%)で認めたが、全例で過多月経は改善した。その後、2例については再度症状の増悪を認めたため、1例では子宮全摘を施行し、もう1例についてはGnRHa投与後、ジェノゲスト内服となった。また、術後治療が必要となった2例についてはいずれもMEA単独で施行し、筋層内筋腫を認めた症例であった。

【結論】 MEAの施行により、43例中41例(95.3%)に過多月経の改善を認めており、合併症がある患者や子宮全摘を希望しない患者において有効な治療の選択肢であると考えられた。また、術後症状の増悪を認めた2例については、いずれもMEA単独で施行し筋層内筋腫を認めており、今後の症例選択の際に留意していく。

## 25. バルトリン腺膿瘍切開直後に敗血症前症を繰り返した1例

岐阜県総合医療センター

佐藤泰昌、相京普輔、細江美和、坊本佳優、野老山麗奈、森 崇宏、鈴木真理子、神田智子、横山康宏、山田新尚

【緒言】今回、バルトリン腺膿瘍切開直後に敗血症前症を繰り返した症例を経験した。

【症例】2経妊1経産の48歳女性。右バルトリン腺膿瘍再発4回目のため、近医産婦人科受診。膿瘍切開から約1時間後、激しい悪寒後、39度台の高熱出現したため、当院救急外来に救急搬送。低血圧や頻呼吸など認め当科入院となった。抗菌薬は、スルバクタム・アンピシリン (SBT/ABPC) 12g/日を分4で投与した。あわせて五苓散の内服開始した。翌日より解熱を認めた。血液培養検査にて *E.Coli* と判明した。入院14日目に退院となった。外来再診時、膿瘍再発していたため、切開し簡易な造袋術を施行し、翌日再診を指示した。その1時間後に発熱、悪寒戦慄を主訴に当院救急外来受診。今回は39度の高熱のみで低血圧や頻呼吸を認めなかったが、念のため入院とした。前回同様の抗菌薬点滴と排膿散及湯内服開始とした。血液培養検査にて *E.Coli* と判明した。入院10日目で退院となった。現在半年経過したが、再発を認めていない。

【考察および結語】通常バルトリン腺膿瘍は排膿されれば速やかに治癒に向かうが、本症例のように処置直後に敗血症前症に至ったとの報告はない。バルトリン腺膿瘍の起炎菌は、大半は好気性菌と嫌気性菌およびその混合感染といわれており、内服治療する際は、両者をカバーできる抗菌薬を投与すべきである。生物学的利用能の高いアモキシシリン・クラブラン酸 (AMPC/CVA) が第一選択薬であろう。ただ、副作用で下痢の発生頻度が高いことから、整腸剤の併用が必要である。また、切開創の閉鎖を予防し、抗菌活性もある排膿散及湯を併用するのも一選択肢である。どんな感染症でも敗血症になることを念頭に診断・治療にあたるべきだと思われた。

## 26. 挙児希望のある子宮頸管狭窄症例における子宮頸管拡張術についての検討

名古屋大学 産婦人科<sup>1</sup>、中原クリニック<sup>2</sup>

山中浩史<sup>1</sup>、大須賀智子<sup>1</sup>、中原辰夫<sup>2</sup>、吉田康将<sup>1</sup>、村岡彩子<sup>1</sup>、林祥太郎<sup>1</sup>、清水 顕<sup>1</sup>、邨瀬智彦<sup>1</sup>、中村智子<sup>1</sup>、後藤真紀<sup>1</sup>、岩瀬 明<sup>1</sup>、吉川史隆<sup>1</sup>

【目的】近年の晩婚・晩産化を背景とし、子宮頸癌や子宮頸部異形成に対して、妊孕性温存を目的とした広汎性子宮頸部切除術や子宮頸部円錐切除術の手術数が増加している。これらの術後には一定の頻度で子宮頸管狭窄症が発生する。近年当院においても人工授精や生殖補助医療(ART)における胚移植の際に、子宮頸管狭窄症によりカテーテル挿入が困難な症例に遭遇する頻度が増加している。そこで今回我々は、挙児希望のある子宮頸管狭窄症例に対する子宮頸管拡張術(以下拡張術)の有効性について検討した。

【方法】当院において2008年3月から2017年11月の間に不妊治療希望で受診され、子宮頸管狭窄症を認めた患者16例を対象とした。拡張術施行の有無、不妊治療の内容、妊娠・生産の有無などについて、後方視的検討をおこなった。

【成績】子宮頸管狭窄症をきたした原因の内訳は広汎性子宮頸部切除術後の症例が6例、子宮頸部円錐切除術後の症例が7例、その他の原因が3例であった。この16例のうち拡張術を希望したのは14例であった。妊娠成績は、拡張術施行例で3例4回、未施行例で1例1回であり、生産例はいずれも拡張術施行例で3例3回であった。未施行例の1例はARTによる経子宮筋層胚移植後の妊娠成立だったが稽留流産となった。なお拡張術施行例のうち1例は人工授精により2回妊娠成立し、うち1回が生産であった。

【結論】子宮頸管狭窄症をきたした挙児希望症例では、ARTを用い、経子宮筋層胚移植を行えば妊娠可能であるといえる。しかし拡張術により狭窄解除に成功すれば、一般不妊治療でも妊娠・出産できる可能性があり、患者へのメリットが大きい。また広汎性子宮頸部切除術や子宮頸部円錐切除術後における狭窄予防も重要であると考えられる。

## 27. 多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)女性におけるインスリン抵抗性と その治療成績

成田育成会 成田病院<sup>1</sup>、  
成田育成会 セントソフィアクリニック<sup>2</sup>

松川 泰<sup>1</sup>、川良恭子<sup>1</sup>、水谷栄太<sup>1</sup>、森由紀子<sup>1</sup>、  
小澤明日香<sup>1</sup>、浅野美幸<sup>1</sup>、辰己佳史<sup>1</sup>、佐藤真知子<sup>1</sup>、  
阿部晴美<sup>1</sup>、都築知代<sup>1</sup>、伊藤知華子<sup>2</sup>、山田礼子<sup>1</sup>、  
大沢政巳<sup>1</sup>、成田 収<sup>1</sup>

【目的】多嚢胞性卵巣症候群 polycystic ovary syndrome (PCOS) は月経異常、高アンドロゲン血症などの他、インスリン抵抗性 (IR) を合併することが多く、メタボリックシンドロームのハイリスクとしても知られている。今回、不妊治療を受けているPCOS女性、正常月経周期女性、PCOS以外の排卵障害の女性(非PCOS)(WHOⅡ型)を3群に分類し、糖負荷試験(OGTT)を行いクロミフェン(CC)による排卵誘発効果について比較・検討した。

【方法】PCOS女性36名、正常月経周期女性12名、非PCOS女性19名を対象とした。PCOSの診断基準は、日本産科婦人科学会生殖・内分泌委員会の基準を満たすものとした。空腹時血糖値が正常である女性に75g OGTTを施行し、血糖値(BS)、インスリン分泌値(IRI)を30,60,120分に測定し、CC投与の治療効果を検討した。全ての対象群を、年齢29歳未満、30歳以上35歳未満、35歳以上40歳未満の3群、BMIを肥満学会の基準に従い低体重群、普通体重群、肥満1度群、肥満2度群の4群に分類した。IRI120の64 $\mu$ U/ml以上またはHOMA-Rが2.0以上をIRとした。

【成績】OGTTよりIRI120でIRと診断された症例はPCOS群36例中9例、非PCOS群19例中8例、正常月経群では認めなかった。その内訳をみるとPCOS群では肥満2度群4例(44%)、肥満1度群1例(11%)、普通体重群4例(44%)であった。IRと診断された症例におけるCCの排卵誘発率はPCOS群で35.7%、非PCOS群では52.7%であった。さらに、IRと診断されたPCOS群の約60%がBS120分値140mg/dl以上の耐糖能異常であった。

【結論】PCOS女性にはIRを認め、排卵障害を引き起こす要因となっている。また、IRは糖尿病を含む耐糖能異常に関連しており、将来的に2型糖尿病へ移行する可能性がある。そのため、家系的に糖尿病を認めるなどの肥満女性にはOGTTを行い経過観察する必要がある。

## 28. 妊娠・出産が診断の契機となった 慢性骨髄性白血病(CML)の1例

大同病院 産婦人科<sup>1</sup>、同血液・化学療法内科<sup>2</sup>

中村拓斗<sup>1</sup>、境康太郎<sup>1</sup>、加藤奈緒<sup>1</sup>、伊藤公人<sup>2</sup>

【諸言】慢性骨髄性白血病(CML)は白血病全体の15-20%を占め、毎年10万人あたり1人の割合で発症する疾患だが、妊娠・産褥期に判明することは稀である。CMLは多能性造血幹細胞レベルの細胞に染色体転座t(9;22)(q34;q11.2)が起り、22番染色体上のBCR-ABL融合遺伝子が恒常活性型のチロシンキナーゼとして、過剰な増殖をもたらすことで発症し、近年新規チロシンキナーゼ阻害薬の台頭で寛解率、生存率の向上がみられる。妊婦健診、産後の採血で白血球、血小板の2系統の血球増多を認め精査にてCMLの診断に至った一例を経験したので報告する。

【症例】24歳、初産。既往歴なし。妊娠初期検査の採血上、白血球数13600/mm<sup>3</sup>、ヘモグロビン値14.3g/dl、血小板数56.5万/mm<sup>3</sup>、白血球分画異常なしであった。妊娠経過良好であったが、予定日超過のため41週0日より3日間分娩誘発を行うも分娩進行せず帝王切開術施行した。41週3日、帝王切開直前の採血上、白血球数25800/mm<sup>3</sup>、ヘモグロビン値10.6g/dl、血小板数78.7万/mm<sup>3</sup>であり、術後血液内科紹介とした。術後4日目に血小板数101.1万/mm<sup>3</sup>となり、動脈血栓症予防にアスピリン1錠/日開始した。児には異常を認めず術後7日目退院となった。血液内科精査にて、骨髄過形成、芽球陰性、BCR-ABL融合シグナル51%陽性を認めCML(慢性期疑い)の診断に至りチロシンキナーゼ阻害薬による治療が開始されている。卵子凍結は希望されず、チロシンキナーゼ阻害薬には乳汁移行性も報告されており授乳は中止とした。

【結語】2系統血球増多から血液疾患を疑われたCMLの一例を経験した。我々産婦人科医はヘモグロビン値、血小板値の低下には注意を払うことが多いが、妊娠時の生理的変化や妊娠時に多い鉄欠乏性貧血に伴い反応性に血球増多を認めることもあることから妊娠時の血球増多は見逃されやすい。CML合併妊娠の診断、妊娠中の管理、妊娠後の妊孕性温存に関する情報提供について報告する。

## 29. 妊娠を契機に発見され、母児ともに良好な経過をたどった慢性骨髄性白血病合併双胎妊娠の一症例

公立陶生病院 産婦人科<sup>1</sup>、同血液内科<sup>2</sup>

平田 悠<sup>1</sup>、小島和寿<sup>1</sup>、篠田弥紀<sup>1</sup>、浅井英和<sup>1</sup>、岡田節男<sup>1</sup>、梶口智弘<sup>2</sup>

【緒言】慢性骨髄性白血病(CML)の年間発症率は10万人あたり約1-1.6人でやや男性に多く、発症年齢の中央値はおよそ55歳とされており、CML合併妊娠の頻度はかなり低いと考えられる。今回我々は、妊娠初期採血を契機にCMLと診断され、インターフェロン療法によって安定した状態を保ち分娩に至った症例を経験したので報告する。

【症例】31歳女性、1経妊0経産。既往歴に特記すべき事項はなし。クロミフェン+AIHにより2絨毛膜2羊膜双胎妊娠に至り、妊娠9週1日に当院紹介受診となった。初診時の妊娠初期採血で血小板162万と高値であったため血液内科コンサルト、骨髄穿刺、染色体分析等が行われCMLと診断された。本人、家人とのインフォームドコンセントの結果妊娠継続の方針となり、インターフェロン、アスピリン投与が開始となった。治療経過は良好であり、妊娠30週4日に血小板30万と正常値まで減少した。両児の発育にも異常を認めず妊娠35週1日に管理入院予定であったが、妊娠34週6日に前期破水のため帝王切開術を施行した。児は第1子2058g, Apgar score1 分値8点, 5分値9点であり、第2子1808g, Apgar score1 分値8点, 5分値9点であった。産褥経過は良好であり、分娩10日後よりニルロチニブによる治療に変更し現在は血液内科にて定期的にフォローされている。両児は当院NICU入院となったが経過は良好であり、現在小児科follow中である。

【結語】妊娠初期採血を契機に発見されたCML合併妊娠を経験した。自覚症状のない通常の妊婦の中にも思わぬ疾患が隠れていることがあり、妊娠中における検査の重要性を再認識した。

## 30. Third trimesterで卵巣腫瘍茎捻転により急性腹症をきたした一例

三重大学

奥村亜純、田中博明、古橋美美、二井理文、田中佳世、山口恭平、鳥谷部邦明、大里和広、神元有紀、池田智明

卵巣腫瘍の茎捻転のうち10~20%が妊娠中に発症するとされているが、そのほとんどはfirst trimesterであり、third trimesterに発症することはまれである。third trimesterに発症した卵巣腫瘍茎捻転の1例を報告する。

42歳。2妊0産。1回の自然流産の既往を有する。妊娠経過は良好であったが、妊娠32週4日に左側腹部痛、嘔吐を主訴に受診した。経腹超音波検査で左腎下極に7mm大の結石と左肋骨脊柱角叩打痛を認めため、臨床的に尿路結石として鎮痛、補液を開始した。疼痛は改善せず、33週1日に炎症反応の著明な上昇を認め、尿路結石以外の原因を除外するため、CT検査を施行した。CT検査にて、子宮左背側に内部に石灰化を含む直径10cm大の腫瘤を認め、皮様囊腫が疑われた。腫瘤は子宮に連続し、左卵巣由来と考えられたため、左卵巣腫瘍茎捻転を疑い、開腹下での左付属器切除術を施行した。妊娠により増大した子宮が局在していたため、皮膚を剣状突起下まで縦切開し、子宮を腹膜外に挙上した後に、腫瘤を確認し切除した。術後、切迫徴候なく、腹痛、炎症反応も改善していき、36週2日に退院した。

妊娠期の急性腹症の鑑別として、卵巣腫瘍による茎捻転を念頭に置かなければならないが、third trimesterでの茎捻転は、妊娠子宮の影響で卵巣が変位し可動性に乏しく、稀である。本症例は、稀な時期での茎捻転の発症で、尿路結石の局在もあったが、経時的な観察により確定診断に至った。症状の改善が乏しい場合は、血液検査などを含め慎重な観察が必要である。

## 31. 妊娠中に診断し得た血管輪の一例

名古屋第一赤十字病院

江崎正俊、津田弘之、上田真子、大西和真、村瀬充香、木村晶子、三澤研人、福原伸彦、猪飼 恵、坂田慶子、夫馬和也、西子裕規、三宅菜月、柵木善旭、栗林ももこ、坂堂美央子、手塚敦子、齋藤 愛、廣村勝彦、安藤智子、水野公雄

【諸言】血管輪は1200人に1人と比較的稀な疾患で、胎児期に大動脈弓の発生過程で生じる心外血管構造異常のひとつである。気道と食道が大血管で囲まれ、呼吸障害や嚥下障害が臨床的に問題となる。近年の胎児スクリーニングにおいてthree vessel trachea view (3VTV)の導入により、進歩により報告例は増加しているが依然報告は少ないのが現状である。3VTVでは血管分岐を詳細に観察することで診断及びタイプ分類が可能であり、タイプ分類によって出生後の出現する症状をある程度推定できるため、3VTVによるスクリーニング検査は非常に重要である。今回我々は超音波スクリーニングにおいて血管輪を診断した1例を経験したため報告する。

【症例】34歳、2経妊2経産、既往歴に特記すべき事項なし。自然妊娠し、前医でフォローされていたが、妊娠22週に頸管長短縮を認め当院搬送となった。入院経過は良好で、妊娠32週に退院し外来管理となった。妊娠36週の妊婦健診にて右側大動脈弓と左動脈管による血管輪を疑ったが、血管輪以外は明らかな奇形を認めなかった。妊娠39週5日に陣発し、同日分娩に至った。児は2970gの女児で、Apgar scoreは8/9点(1/5分値)、臍帯動脈血液ガス分析はpH7.283 BE-1.6mmol/Lであった。出生後は血管輪に伴う呼吸障害や嚥下障害を認めず、順調に経過した。出生後1日目の心臓超音波検査では右側大動脈弓と左動脈管で形成された血管輪を認めたが、動脈管は閉鎖傾向で症候性ではないため外来管理方針となり、日齢5日目に退院となった。現在も無症候であり経過観察中である。

【結語】今回、超音波スクリーニングにおいて妊娠中に血管輪を診断した。血管輪は出生後に重篤な呼吸障害をきたすこともあるため出生前診断は重要であり、3VTVを含めた胎児心臓超音波スクリーニングを行うことが重要と考えられた。

## 32. 胎児水腫を呈した胎児小腸閉鎖の1例

愛知医科大学

花井莉菜、山本珠生、鈴木佳克、大脇佑樹、斎藤拓也、吉田敦美、岩崎慶大、篠原康一、若槻明彦

胎児小腸閉鎖は2000～5000に1人程度で発症するとされ、染色体異常などの合併症がなければ、外科手術により予後は良好である。今回我々は、胎児水腫と巨大な腹部嚢胞を認め、胎児機能不全に至り、帝王切開にて児を娩出した胎児小腸閉鎖を報告する。症例の母は、30歳、1回経産。妊娠29週5日、胎児の腹腔内嚢胞のため紹介となった。超音波検査で、男児、腹腔内嚢胞(9×7cm、一部に隔壁を形成)と胃泡を認めたが、十二指腸閉鎖の特徴であるダブルバブルサインとは異なっていた。上半身に皮下浮腫を認めた。AFI 27cm、子宮口2cm開大、管理入院とした。MRI検査にて嚢胞内容は水成分で、壁の一部に石灰化を伴い、腹腔内の液体貯留は認めなかったが、胎便性腹膜炎を疑った。その後、皮下浮腫は全身に拡大し、胎動が減少した。妊娠30週3日、MRI検査にて全身皮下浮腫、回腸閉鎖の特徴である巣状で多数の腸管拡張像を認めた。また、嚢胞内にニボーを形成していたため、嚢胞内出血を疑った。胎児心拍はvariabilityが減少し、胎児機能不全にて帝王切開術施行した(2615g、男児、Apgar 4点/6点、臍帯動脈血ガスpH 7.314、BE 0.8)。人工呼吸器管理を行い、一酸化窒素の投与を行った。日齢1、嚢胞内ドレナージを行った。内容液は徐々に胎便様に変化した。日齢7、造影CTにて小腸閉塞と診断し、開腹手術を行った。回腸が捻転、絞扼、壊死し、口側、肛門側共に断裂し盲端となり、嚢胞を形成していた。壊死腸管を切除し小腸瘻を造設した。日齢12、経口栄養開始したが、短腸症候群のため、絶食とミルク再開を繰り返した。日齢50、人工肛門閉鎖、チューブ腸瘻のみとした。日齢121、小児科病棟に転棟となった。本症例は、超音波検査にて石灰化を伴う腹部嚢腫を認め、小腸穿孔による腸管内容が被膜、石灰化した胎便性腹膜炎による嚢胞化を予想したが、回腸の軸捻転により巨大に拡張した腸管が腹部嚢胞を形成し、循環不全を起こした稀な小腸閉鎖の症例であった。

### 33. Cystic PVL を発症した 3 例の後方視的検討

名古屋市立大学産科婦人科<sup>1</sup>、同小児科<sup>2</sup>

野村佳美<sup>1</sup>、鈴木伸宏<sup>1</sup>、森 亮介<sup>1</sup>、犬塚早紀<sup>1</sup>、  
澤田祐季<sup>1</sup>、北折珠央<sup>1</sup>、杉浦真弓<sup>1</sup>、津田兼之介<sup>2</sup>、  
加藤 晋<sup>2</sup>、戸川貴夫<sup>2</sup>、伊藤孝一<sup>2</sup>、長崎理香<sup>2</sup>、  
岩田幸子<sup>2</sup>、岩田欧介<sup>2</sup>

【緒言】嚢胞性脳室周囲白質軟化症 (cystic PVL) は、  
周産期新生児医療の進歩に伴い、年々減少傾向にあ  
る。今回我々は、妊娠後期に急速遂娩となり児が cystic  
PVL を発症した 3 例について検討した。

【症例 1】21 歳、1 経妊 0 経産。妊娠 27 週 5 日、子  
宮口 1cm 開大し、他院より母体搬送。入院管理して  
いたが、29 週 1 日子宮収縮抑制困難となり高度変動  
一過性徐脈を頻回に認め、緊急帝王切開施行。児は  
男児、1544g、Apgar score (1 分值/5 分值) : 8 点/7 点、  
臍帯動脈血 pH7.384。気管挿管され日齢 1 に抜管。日  
齢 54、頭部 MRI で cystic PVL を認めた。

【症例 2】36 歳、未経妊。2 絨毛膜 2 羊膜双胎妊娠成  
立、妊娠 23 週より切迫早産のため入院管理。29 週 5  
日子宮収縮増強し、30 週 5 日、前期破水のため緊急  
帝王切開施行。第 1 子は女児、1804g、Apgar score : 8  
点/9 点、臍帯動脈血 pH7.377。第 2 子は女児、1768g、  
Apgar score : 9 点/9 点、臍帯動脈血 pH7.289。第 1 子  
は日齢 14 に脳室周囲全周性に嚢胞形成あり、日齢 55  
の頭部 MRI で cystic PVL を認めた。

【症例 3】41 歳、3 経産。妊娠 34 週 2 日より切迫早  
産のため前医入院。34 週 3 日、子宮口開大、骨盤位  
のため母体搬送。到着時、子宮口 9cm 開大しており  
緊急帝王切開施行。児は男児、2062g、Apgar score : 3  
点/9 点、臍帯動脈血 pH7.164。気管挿管され日齢 3 に  
抜管。日齢 21 の頭部 MRI で cystic PVL を認めた。

【考察】Cystic PVL は不可逆性の中枢性病変であり、  
出生後 MRI を撮影することで早期に診断可能となっ  
た。妊娠期にその発症を予防することは困難で、症  
例を蓄積していくことが重要である。

### 34. 胎児発育不全に対する タダラフィル投与における 新生児合併症の検討

三重大学産科婦人科

辻 誠、古橋芙美、真川祥一、島田京子、真木晋太郎、  
金田倫子、二井理文、田中博明、梅川 孝、大里和広、  
神元有紀、池田智明

【目的】タダラフィル第 1 相試験において母体への  
安全性が確認された。本研究は、タダラフィル投与  
群と非投与群を比較し、新生児への安全性を検討す  
ることを目的とした。

【方法】2015 年 3 月から 2016 年 10 月の間に当院で  
出生した新生児のうち、-1.5SD 未満の胎児発育不全  
のため、タダラフィルを経母体投与された新生児 20  
例と、在胎週数・出生体重をマッチした、PDE5 阻害  
薬非投与の母体から出生した新生児 20 例を対象とし  
た。それぞれ、母体背景、新生児所見、NICU 退院ま  
でに発症した新生児合併症について、後方視的に比  
較検討を行った。

【成績】母体背景の検討では、分娩前体重以外に有  
意差を認めなかった。(分娩前体重 : P=0.01、HDP 合  
併 : P=0.12、喫煙 : P=0.16)。新生児所見・新生児合  
併症の発症頻度についても 2 群間に有意差を認めな  
かった。新生児合併症は、一過性多呼吸(投与群、対  
照群 : 20%、15%)、呼吸窮迫症候群(10%、10%)、気  
胸(0%、10%)、症候性動脈管開存症(5%、5%)症、重  
度脳室内出血 (Ⅲ度以上) (0%、0%)、脳室周囲白質  
軟化症(0%、0%)、低酸素性虚血性脳症(0%、0%)、未  
熟児網膜症(10%、0%)、敗血症(0%、0%)、新生児壊  
死性腸炎(0%、0%)、未熟性貧血(30%、40%)、高ビリ  
ルビン血症(55%、45%)、新生児仮死(10%、10%)、新  
生児死亡(0%、0%)であった。

【結論】タダラフィルの経母体投与による新生児合  
併症の発症率に増加は認められず、安全性が示唆さ  
れた。

## 第7群(2日目 8:40~9:45) 第2会場

## 35. 帝王切開後のPDPH発症と麻酔体位、穿刺針の種類および針先の穿刺方向の関連性についての検討

医療法人 清慈会 鈴木病院 産婦人科<sup>1</sup>、同麻酔科<sup>2</sup>鈴木崇浩<sup>1</sup>、荒木ひろみ<sup>2</sup>、高本利奈<sup>1</sup>、斎藤佳実<sup>1</sup>、宮崎泰人<sup>1</sup>、藤井真紀<sup>1</sup>、安江由起<sup>1</sup>、安江 朗<sup>1</sup>、新里康尚<sup>1</sup>、高橋正明<sup>1</sup>、鈴木清明<sup>1</sup>

【目的】PDPH(post dural puncture headache)は、脊髄くも膜下麻酔および硬膜穿刺によって生じる偶発症として、産婦人科手術では比較的遭遇する麻酔合併症のひとつである。当院ではQuinke針を用いて坐位で行う脊髄くも膜下麻酔施行症例においてPDPHが頻発する傾向にあったため、麻酔時の体位・穿刺針の種類および針先の穿刺方向とPDPHの発症に関して検討したので報告する。

【方法】平成28年10月から平成29年2月までに脊髄くも膜下麻酔下に帝王切開術を施行した180例を対象とした。検討1:Quinke針を用いた120例を、麻酔時の体位(坐位または側臥位)と針先の向き(体軸に対し垂直または平行)に関して30例ずつ4群に分けてPDPHの発症率を比較検討した。検討2:Pencil point針を用いた60例を麻酔時の体位(坐位または側臥位)に関して30例ずつ2群に分けてPDPHの発症率を比較検討した。硬膜穿刺後5日以内に発現し、頭高位から坐位・立位で悪化し仰臥位で軽快する頭痛をPDPHと定義した。

【成績】検討1:PDPHの発症率は、坐位で針先を体軸に垂直にした群で53.3%、坐位で針先を平行にした群で13.3%、側臥位で針先を垂直にした群で16.7%、側臥位で針先を平行にした群で10.0%であり、坐位で針先を垂直にした群が他の3群と比較して有意に高く、側臥位で針先を平行にした群が最も低かった。検討2:PDPHは両群ともに発症を認めなかった。

【結論】PDPHの発症予防には体位に関係なくPencil point針を用いることが最も有用であった。またQuinke針を用いる場合は、側臥位にて体軸対し針先を平行に穿刺することでその発症を最小限に抑えられることが示唆された。

## 36. 当院における帝王切開既往妊婦の経膣分娩(trial of labor after cesarean delivery:TOLAC)症例の後方視的検討

江南厚生病院<sup>1</sup>、名古屋市立大学<sup>2</sup>原 茉里<sup>1</sup>、小笠原桜<sup>1</sup>、高松 愛<sup>1</sup>、小崎章子<sup>1</sup>、水野輝子<sup>1</sup>、熊谷恭子<sup>1,2</sup>、若山伸行<sup>1</sup>、木村直美<sup>1</sup>、池内政弘<sup>1</sup>、樋口和宏<sup>1</sup>

【目的】TOLACを希望した45例を后方視的に検討し、TOLACの成功にかかわる因子を明らかにすることを目的とした。

【方法】当院で2013年1月から2017年10月にかけて施行したTOLAC45例について、その成功率と患者背景、分娩経過を后方視的に検討した。

【成績】TOLAC施行45例中、36例(80%)が経膣分娩に成功した(S群)。うち、吸引分娩が4例(11.1%)であった。帝王切開となった症例(F群)が9例(20%)で、超緊急帝王切開を要した症例はなかった。子宮破裂の症例は認めなかった。出産時の母体年齢はS群で31.4±4.2歳、F群で31.8±4.5歳であり、出産時の母体BMIはS群で24.9±3.1kg/m<sup>2</sup>、F群で26.4±2.1kg/m<sup>2</sup>であった。経膣分娩歴を有した症例はS群で13例(36.1%)、F群で1例(11.1%)だった。前回帝王切開からTOLACまでの間隔は、S群で49.6±30.7月、F群で48.9±50.2月であった。分娩週数はS群で39週1日±10.2日、F群で39週5日±17.7日であった。S群の分娩第一期の時間は483.6±334.7分、F群の陣痛発来から帝王切開決定までの時間は543.9±276.6分であった。児の出生体重は、S群で2988.5±349.4g、F群で3077.8±58.8gだった。

【結論】経膣分娩歴のある症例でTOLAC成功率が高かった。また、S群ではF群と比較し、児の体重は軽く、分娩時間は短い傾向があった。文献的に不成功となる因子として、前回帝王切開からTOLACまでの間隔が短いこと、母体年齢が40歳以上であること、肥満(BMI>30)、妊娠41週以降のTOLACなどが挙げられるが、今回の検討ではTOLAC成否への影響は認められなかった。

### 37. 病態生理に基づいた 遺伝子組換えトロンボモデュリン $\alpha$ の産 科DICに対する有効性の検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

鶴飼真由、眞山学徳、山田拓馬、竹田健彦、宇野 枢、  
田野 翔、鈴木徹平、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】DIC 治療薬の遺伝子組換えトロンボモデュリン $\alpha$  (rhTM) はアンチトロンビン (AT-III) と競合してトロンビンと結合することで抗凝固作用、抗線溶作用、抗炎症作用を有する薬剤である。敗血症性 DIC では標準的な治療薬であるが、産科 DIC では確立したエビデンスが存在しないのが現状である。今回我々は、産科 DIC に対する rhTM の有効性を基礎疾患別に検討したので報告する。

【方法】2007 年から 2016 年までに当院で治療を行った常位胎盤早期剥離または DIC 型後産期出血に起因する産科 DIC を発症した 61 例を対象に後方視的検討を行った。産科 DIC の診断は産科 DIC スコア 8 点以上とし、基礎疾患別に治療前後での各種検査値、出血量、各種輸血剤の使用量の差、および産科 DIC による臓器障害の発症率をそれぞれ検討した。

【結果】常位胎盤早期剥離に起因する DIC は 29 例 (rhTM 投与:19 例)、DIC 型後産期出血は 32 例 (rhTM 投与:18 例) であった。それぞれにおいて、rhTM 投与群と非投与群で患者背景、治療前検査値、輸血量に差はなかった。常位胎盤早期剥離に起因する DIC 患者において、rhTM 投与群は非投与群と比べ有意に臓器障害の発症率が低く、DIC 重症度と相関する AT-III 活性は有意に高値であった。DIC 型後産期出血では rhTM 投与による臓器障害の発症率と AT-III 活性で有意差はなかった。また、両疾患において rhTM 投与で出血量が増加することはなかった。

【結論】血中への組織因子の流入と抗凝固因子の消費によって進行する常位胎盤早期剥離に起因する産科 DIC において、rhTM はより有効である可能性が示唆された。

### 38. 産科危機的出血に対して フィブリノゲン製剤を使用し 救命し得た 14 例の検討

名古屋第二赤十字病院 産婦人科

佐々木裕子、加藤紀子、白石佳孝、服部 渉、  
大堀友記子、小川 舞、加賀美帆、伊藤 聡、安田裕香、  
大脇太郎、波々伯部隆紀、丸山万理子、林 和正、  
茶谷順也、山室 理

【目的】産科危機的出血の特徴は、消費性凝固障害と希釈性凝固障害がともに進行し、短期間にフィブリノゲン (Fib) が止血可能域を下回ることである。産科危機的出血に対してフィブリノゲン濃縮製剤 (FC) を使用した症例について検討し報告する。

【方法】2014 年 1 月～2017 年 10 月の期間に、産科危機的出血に対し FC を使用した 14 例を対象とし、原因疾患、出血量、FC 投与前後の血液データ等を検討した。

【成績】原因疾患は、全前置胎盤 4 例、羊水塞栓症 3 例、常位胎盤早期剥離 3 例、弛緩出血 3 例、子宮内反症 1 例で、全前置胎盤 1 例、子宮内反症 1 例には癒着胎盤を併発していた。出血量は平均 4866ml (2020ml-18000ml)、産科 DIC スコアは平均 13.7 点 (8 点-21 点)、産科危機的出血宣言後、平均 218 分 (75 分-600 分) で FC 投与を開始していた。FC 投与前の血中 Fib 値は平均 51.5mg/dl (10mg/dl-128mg/dl)、FC 投与後は 202.3mg/dl (119mg/dl-269mg/dl) であり、FC1g あたりの Fib 上昇値は 31.0mg/dl/g FC であった。しかし、羊水塞栓症に対する Fib 上昇値は 13.8mg/dl/g FC にとどまった。14 例とも生存退院している。

【結語】いずれの症例も迅速な FC 投与により、速やかに Fib 値を回復し救命し得た。産科危機的出血への対応指針 2017 においても、凝固因子、特に Fib の補充が重要であると提言されている一方、多くの施設で産科危機的出血に対する FC 投与は、保険外使用に関する承諾を得たのち使用しているのが現状である。FC の適切な投与により、母体救命率の上昇に寄与する可能性が示唆される。今後 FC 投与のタイミングや投与回数について検討を重ねていきたい。



### 39. 産科領域における 迅速 fibrinogen 測定機器導入の 有用性と注意点

名古屋大学

今井健史、小谷友美、水谷輝之、丹羽優莉、館明日香、野元正崇、飯谷友佳子、三浦麻世、伊藤由美子、森山佳則、牛田貴文、中野知子、吉川史隆

【目的】産科領域、とりわけ産科出血管理における血中 fibrinogen 値の重要性は枚挙にいとまがない。しかし、従来用いられている fibrinogen 測定機器は大型で検査時間が長いため Point of care test (POCT) として用いることができない問題があった。今回我々は、産科疾患に対する迅速 fibrinogen 測定機器導入の有用性と注意点について検討した。

【方法】当院で 2017 年 8 月から 11 月に周産期管理を行った fibrinogen 測定が必要であった妊産婦 15 例、18 回の測定を対象とした。当院中央検査室で採用している測定機器 (CS-5100, シスメックス) を従来法、迅速 fibrinogen 機器 (FibCare, アトムメディカル) を用いた測定を迅速法として測定時間 (採血終了から結果報告まで) および測定結果を比較検討した。なお、当研究は当院倫理委員会の承認を得ている。

【成績】15 例の測定理由は弛緩出血 4 例、前置・癒着胎盤出血 3 例、前期破水 3 例、臨床的羊水塞栓症 1 例、後腹膜血腫 1 例、臍壁血腫 1 例、胎盤早期剥離 1 例、重症妊娠高血圧腎症 1 例であった。弛緩出血の 1 例において、検査者がマイクロピペット使用に成熟しておらず正しく検査を実施出来ない問題があった。この 1 例を除く 14 例、17 回の測定に対する検討では、迅速法の導入により測定に要する時間が平均 36.3 分短縮した (従来法:  $40.7 \pm 24.9$  分, 迅速法:  $4.4 \pm 1.2$  分)。線形回帰分析にて 2 群間に極めて強い相関を認めた ( $r^2 = 0.992, p < 0.0001$ )。一方で、従来法に比して迅速法での fibrinogen 値は有意に高値を示した ( $268.0 \pm 120.2$  vs  $324.0 \pm 150.8, p < 0.0001$ )。

【結論】迅速 fibrinogen 測定機器は、従来の fibrinogen 測定機器に比べて fibrinogen 測定時間を大幅に短縮した。また、迅速法は従来法と比較して若干高値となる傾向にはあるものの極めて高い相関を示したことから、臨床現場で活用できる POCT fibrinogen 測定機器といえる。一方で、検査者のマイクロピペット操作の習熟度が影響を及ぼすため、運用にあたってはトレーニングが重要と考える。

### 40. 体外受精後妊娠は 自己血貯血の対象になりうるか

国立病院機構長良医療センター

安見駿佑、岩垣重紀、高橋雄一郎、千秋里香、永井立平、浅井一彦、小池雅子、桂 大輔、古橋 円

【目的】近年、体外受精が分娩時大量出血のリスクとして指摘されており、当院でも自己血貯血の際に体外受精の有無を考慮している。しかし、現状では体外受精症例を自己血貯血の対象とするか明確な答えはない。今回、体外受精後妊娠における自己血貯血の妥当性を評価した。

【方法】2014 年 1 月から 2016 年 8 月の間に当科で管理した 1176 分娩中、多胎妊娠、前置胎盤・低置胎盤、子宮筋腫合併妊娠を除いた 954 例を対象とした。分娩時出血量、分娩方法、自己血貯血・輸血の有無と体外受精の関連を検討した。

【成績】経陰分娩例において体外受精群が非体外受精群に比べ分娩時出血量が有意に多かった ( $982$  vs  $578$  ml;  $p < 0.001$ )。帝王切開症例に関しても体外受精群が非体外受精群に比べ分娩時出血量が有意に多かった ( $1357$  vs  $988$  ml;  $p < 0.001$ )。体外受精経陰分娩群 57 例中 17 例に自己血貯血を行い返血は 2 例 (11.8%) であった。自己血貯血をしなかった 40 例中 2 例 (5%) に同種血輸血が必要であった。非体外受精経陰分娩群 526 例中 1 例に自己血貯血を行い返血は 0 例であった。自己血貯血を施行しなかった 525 例では輸血を要した症例はなかった。体外受精帝王切開群 39 例中 18 例に自己血貯血を行い返血は 4 例 (22.2%) であった。自己血貯血を施行しなかった 21 例中 5 例 (約 23.8%) で同種血輸血を要した。非体外受精帝王切開群は 332 例中 6 例で自己血貯血を行い返血は 2 例 (33.3%) であった。自己血貯血をしなかった 326 例中 7 例 (約 2.1%) で同種血輸血を要した。

【結論】体外受精経陰群での輸血率は 7% であった一方、体外受精帝王切開群の輸血率は 23% と高率であった。体外受精症例において帝王切開が予想される場合、自己血貯血は選択肢の一つとなりうる。

#### 41. 経膈分娩後の巨大後腹膜血腫に対して IVR (Interventional radiology) 治療が 奏功した一例

名古屋第二赤十字病院

白石佳孝、加藤紀子、服部 渉、大堀友記子、小川 舞、  
加賀美帆、安田裕香、伊藤聡、大脇太郎、佐々木裕子、  
波々伯部隆紀、丸山万理子、林 和正、茶谷順也、  
山室 理

【緒言】今回われわれは経膈分娩後に発症した後腹膜血腫に対し、IVR (Interventional radiology) を施行し良好な経過を得た一例を経験したので報告する。

【症例】31歳初産婦、身長153cm、体重38kg、特記すべき既往歴なし。自然妊娠成立後、近医にて妊娠管理されており、妊娠経過に異常を認め無かった。妊娠38週に陣痛発来し、胎児機能不全にて吸引分娩で分娩に至った。児の出生体重は3300g、分娩時出血は297gであった。分娩1時間後に外陰部血腫が出現した。分娩3時間後に血圧100/54mmHg、脈拍156回/分とショック状態となったため当院へ緊急搬送となった。来院時、性器出血は少量。超音波検査では子宮収縮は良好であったが子宮は左へ偏位しており、腹水は認めなかった。血液検査でHb7.2g/dLで、産科DICスコアは8点であった。造影CT検査では子宮右側に臍高までの後腹膜血腫と、その内部への造影剤の漏出を認めた。血腫による圧排も強く、開腹術での止血は困難と判断し、IVRを選択した。右内腸骨動脈を造影し、外側仙骨動脈からの分枝血管より造影剤流出を認め、ゼラチンスポンジで塞栓術を施行した。IVR後はICU管理とし、産褥4日目に退室とした。総輸血量はRCC18単位、FFP20単位、PC15単位であった。産褥7日目のMRI検査で血腫像の縮小を確認し、産褥18日目に退院とした。

【結論】後腹膜血腫は経膈分娩後の合併症として稀な疾患ではあるが、内出血量が多いため出血量を把握することが困難で、外出血量が少ない割に出血性ショックに至る可能性が高い。治療法は外科的血腫除去術、結紮止血術、IVRがある。本症例のように、巨大後腹膜血腫で開腹下での止血術が困難と予想される症例に対する治療法として、IVR治療の有効性が期待される。

#### 42. 当院における開腹移行した 腹腔鏡下手術についての検討

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

溝口真以、新城加奈子、神谷知都世、南 洋佑、  
山本靖子、村上真由子、針山由美

【目的】当院での腹腔鏡下手術から開腹移行に至った症例の原因を検討した。

【方法】2008年4月から2017年10月までの期間に腹腔鏡下手術から開腹移行した症例を対象とし、開腹移行に至った原因と経緯などについて検討した。

【成績】2008年4月から2017年10月までに施行された腹腔鏡下手術は1464例、開腹移行した腹腔鏡下手術症例はそのうち31例(2.1%)であった。開腹移行した割合は2009年度が一番高く3.9%であったが、近年その割合に変化はなく、2.0%前後で推移している。開腹移行の原因で一番多かったのは癒着で18例(58.1%)であった。癒着の原因で一番多かったのは術式に関わらず内臓症性が9例(50.0%)であり、それに次いで既往手術によるものが5例(27.8%)、炎症性が4例(22.2%)であった。癒着症例のうち、癒着剥離を試みる前に開腹移行した例が多く、13例(72.2%)、認めた。癒着剥離を断念して開腹移行した症例は7例(38.9%)であり、強固な腸管癒着やダグラス窩の癒着を認めた。止血困難で開腹移行した症例は4例(12.9%)で、術中出血量はいずれも1000ml以上であった。開腹移行例のうち2症例を提示する。症例1. 腹腔鏡下内臓症性嚢胞核出術。剥離を進める際に止血困難となり出血量が600mlに達した時点で開腹移行した。症例2. 腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術。術前に注射用リュープロレリン塩酸塩3.75mgを4回投与後に11cmに縮小した子宮筋腫に対し、つり上げ式で腹腔鏡下手術開始。子宮壁に切開を入れたところ、子宮筋層から噴出する静脈性出血を認め、出血コントロール困難で開腹移行した。

【結論】開腹移行の原因は癒着が最も多かった。施設としての腹腔鏡下手術の技術は向上しているにもかかわらず、一定数の開腹移行例が存在しており、腹腔鏡下手術の適応拡大に伴いより高度な技術が要求される症例が増加したと考察する。更なる技術の向上と腹腔鏡下手術適応の適切な判断が必要である。

#### 43. 腹腔鏡下手術を施行した 閉経後付属器膿瘍の1例

三重県立総合医療センター

脇坂太貴、田中浩彦、秋山 登、小田日東美、中野譲子、井澤美穂、朝倉徹夫、谷口晴記

【緒言】付属器膿瘍の閉経後女性における頻度は約1.7%と低い。今回、保存的管理が困難であった同症例に対し実施した腹腔鏡下手術が、治療として有用であったと思われたので報告する。

【症例】症例は56歳。身長162cm、体重104kg、BMI 39.6、妊娠歴無し。当院受診1週間前より発熱があったが、近医外来治療にて改善なく、また熱源不明のため当院を紹介された。精査の骨盤MRI検査にて膿瘍を疑う右付属器の腫大があった。またCT上、同周囲の脂肪織濃度上昇を認め、血液検査結果を含め強い炎症の存在が示唆された。CMZ 4g/日投与したが反応に乏しく発熱持続したため、右付属器膿瘍の診断で腹腔鏡下手術を実施することとした。手術日までCTR 4g/日に変更して加療する予定であったが、CD腸炎を併発したため、MNZ 1.5g/日の内服に変更した。入院第16病日に腹腔鏡下右子宮付属器切除術・卵管周囲癒着剥離術を施行した。子宮は横径16cm、前後径12cmと大きく、内膜症性の癒着を伴い手術は難渋した。また、マニピュレーターは挿入できなかった。術中の検体培養からは、嫌気性のグラム陰性桿菌であるPrevotella属が分離され、CMZに対し感受性があった。術後評価MRIではかなり縮小してはいたが残存膿瘍が認められた。感受性検査に基づく術後の抗生剤投与により臨床症状改善されていたため、退院の上、外来管理とした。

【結果】高度肥満、未妊婦、閉経後にもかかわらず大きな子宮、内膜症性の癒着と子宮の偏位等、手術の条件としては厳しく、操作や術式の選択に難渋した。文献的考察を加え、手術動画と共に症例提示する。

#### 44. 骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下手術 当院 における取り組みについて

高山赤十字病院

桑山太郎、矢野竜一朗、栗原万友香、中野 隆

【緒言】高山赤十字病院は飛騨地域の広大な範囲を管轄する3次医療機関である。高齢者は3割を超え、骨盤臓器脱患者も多く認められる。保存的治療を行う症例もあるが、医療圏が広大であるため外来通院が困難なことが多く手術療法が選択される症例もある。当院における骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下手術の取り組みについて文献的考察を踏まえ報告する。

【方法】当院では骨盤臓器脱の対して行っている術式は経膈手術では膈壁形成術、マンチェスター手術、Le Fort手術を行っており腹腔鏡下手術では腹腔鏡下子宮全摘術・膈断端仙骨子宮靭帯固定術を行っている。腹腔鏡下手術は全身麻酔のもと4孔法で行い、direct法にて5mmトロッカーを挿入後気腹法にて施行している。手術にはsealing deviceを使用し、症例によりEndo Reliefを使用するなど細径鉗子を併用している。手術は定型通りに子宮全摘後、経膈的に回収を行う。膈断端を縫合後に症例により経膈的に前および後膈壁形成を行い、腹腔鏡下に膈断端と仙骨子宮靭帯を縫合する。

【成績】本術式は当院に腹腔鏡手術が導入された2017年5月より施行された。手術時間は術者の習熟度に依存せざるを得ないが、全症例周術期合併症は認めなかった。骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下手術は尿管損傷のリスクが低く強固な靭帯固定が可能と思われる。また、腹腔内癒着症例や卵巣腫瘍合併症例への対応も可能となり、低侵襲であるため入院期間の短縮に寄与する。

【結語】骨盤臓器脱に対する手術療法において、腹腔鏡下子宮全摘術、膈断端仙骨子宮靭帯固定術は低侵襲、安全性、合併症リスク低減の観点から有用な術式の一つと考えられる。しかしながら再発率、長期予後は今後の検討課題であると思われるため、今後も症例の蓄積により術式の有用性を検討していきたい。

#### 45. 腹腔鏡下仙骨膣固定術 (LSC) の短期成績 およびその導入による骨盤臓器脱手術方 法選択の変化について

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

針山由美、南 洋佑、溝口真以、山本靖子、村上真由子、  
新城加奈子

【目的】当院では 2014 年 10 月から骨盤臓器脱に対する手術療法として腹腔鏡下仙骨膣固定術（以下 LSC）導入した。現在までの LSC の手術成績につき報告し、さらにその導入前後での骨盤臓器脱症例に対する手術方法選択の変化について考察する。

【方法】現行の電子カルテで確認できる 2008 年 1 月から 2017 年 10 月までの間に「骨盤臓器脱」またはそれに類する病名で当院を受診した患者 604 名のうち、手術療法を選択した 241 名について後方視的に検討をした。LSC を選択した患者は 40 名であった。

【成績】LSC を行った患者のうち、再発は 1 例でメッシュを入れていない後膣壁に認めた。術中の重篤な合併症として、前膣壁剥離時の膀胱損傷を 1 例、開腹既往があり腹腔内の癒着が著明であった症例で小腸漿膜損傷を認めた。前壁メッシュに加えて後膣壁会陰形成を行った症例のうち、2 例で術後性交障害が認められた。術後尿失禁は 9 例に認めたが、内服治療を要した者は 2 例であり、尿道吊り上げ術が必要となった症例は認めなかった。

LSC 導入前に手術療法を選択した症例のうち、従来法として膣式子宮全摘および膣壁形成術を行った患者は 112 例であり、平均年齢は 65 歳であった。一方 LSC 導入後に従来法が行われた症例は 38 例、平均年齢は 74 歳であった。

【結論】LSC は比較的高度な腹腔鏡下の手技を要する手術とされるが、当院においては許容できる範囲で安全に導入することができ、まだ短期ではあるが術後治療成績も満足できるものであった。また LSC を導入することにより骨盤臓器脱症例に対する手術療法の選択肢が増え、患者の年齢や背景、合併する疾患や状態に合わせてより最適と思われる治療を提案することができるようになった。

#### 46. 当院における過去 5 年間の 高齢者に対する腹腔鏡手術の検討

豊橋市民病院 産婦人科<sup>1</sup>、同女性内視鏡外科<sup>2</sup>、  
同総合生殖医療センター<sup>3</sup>

藤田 啓<sup>1</sup>、河合要介<sup>1</sup>、尾瀬武志<sup>1</sup>、窪川芽衣<sup>1</sup>、  
嶋谷拓真<sup>1</sup>、植草良輔<sup>1</sup>、國島温志<sup>1</sup>、甲木 聡<sup>1</sup>、  
長尾有佳里<sup>1</sup>、矢吹淳司<sup>1</sup>、北見和久<sup>1</sup>、高野みずき<sup>1</sup>、  
梅村康太<sup>2</sup>、岡田真由美<sup>1</sup>、安藤寿夫<sup>3</sup>、河井通泰<sup>1</sup>

【目的】高齢化社会と腹腔鏡下手術の普及に伴い、低侵襲かつ早期離床、退院が可能な腹腔鏡手術を行う機会が増えている。65 歳以上の高齢者に対し行った腹腔鏡手術につき後方視的に検討したため報告する。

【方法】2013 年 7 月から 2017 年 9 月までに当院で 65 歳以上の患者に対して行った腹腔鏡手術について、背景、術式、適応疾患、合併症等を検討した。

【成績】同期間中に悪性疾患を除き腹腔鏡手術を行った 1579 例の内 123 例(7.8%)が 65 歳以上、最高年齢は 87 歳であった。

内科的基礎疾患は高血圧 53 人(43%)、脂質異常症 51 人(41%)、糖尿病 16 人(13%)であった。術式の内約は腹腔鏡下付属器切除術が 50 例(41%)、腹腔鏡下子宮膣上部切除術+仙骨固定術(LSC)が 40 例(33%)、腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)が 32 例(26%)、子宮摘出後の膣断端、仙骨固定術が 1 例であった。TLH の適応になったものは子宮頸部異形成が 12 例(38%)、子宮脱が 5 例(16%)、子宮筋腫が 5 例(16%)、子宮内膜増殖症が 4 例(13%)、子宮腺筋症が 1 例、悪性腫瘍を疑い術中迅速病理診断を行ったものが 5 例(16%)でいずれも術中迅速診断は陰性であった。術後合併症として、周術期合併症は 0 例、退院後ポート挿入部の感染を認めたものが 6 例、細菌性膣炎 1 例、膣断端離開 0 例、腸閉塞が 3 例であった。

【結論】高齢者の腹腔鏡手術において、そのほとんどが内科的基礎疾患を有しているにもかかわらず周術期合併症はなく、比較的 safely 施行できることが分かった。腸閉塞 3 例は LSC 術後に発症しているが、術式を再検討し、その後の発症は認めない。また、術中迅速病理診断の行える施設においては悪性疾患の疑いがある場合の診断、治療としても有用であると考えられた。

47. 腹腔鏡下に  
後腹膜腫瘍を摘出した一例

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、佐藤香月、谷垣佳子、豊木 廣

【緒言】腹腔鏡下に後腹膜腫瘍を摘出した一例を経験したので報告する。

【症例】40代、4妊3産、卵巣腫瘍を指摘され、当科に紹介となった。超音波にて左子宮付属器に64mm大の嚢胞を認め、MRI精査にて両側卵巣確認、ダグラス窩に72mm大の漿液性嚢胞を指摘された。子宮付属器腫瘍あるいはperitoneal inclusion cystの診断で腹腔鏡下腫瘍摘出術の方針となった。術中、後腹膜腫瘍と判明、腫瘍はダグラス窩の後腹膜下に位置していた。後腹膜を切開し、腫瘍を破綻なく剥離して摘出した。腫瘍壁は非常に薄く、腫瘍内部は漿液性内溶液200mlを認めた。手術時間45分、出血量3ml、術後経過は良好だった。病理結果はMullerian cystであった。

【結語】後腹膜腫瘍の摘出において低侵襲な腹腔鏡手術は有用であると思われた。

48. 明細胞腺線維腫の診断から2年後に  
明細胞腺癌として再発した1例

刈谷豊田総合病院 臨床研修センター<sup>1</sup>、産婦人科<sup>2</sup>

服部 恵<sup>1</sup>、長船綾子<sup>2</sup>、青木智英子<sup>2</sup>、小林祐子<sup>2</sup>、  
犬飼加奈<sup>2</sup>、茂木一将<sup>2</sup>、松井純子<sup>2</sup>、梅津朋和<sup>2</sup>、  
山本真一<sup>2</sup>

卵巣明細胞腫瘍はほとんどが悪性であり、良性、境界悪性は明細胞腫瘍の5%以下である。今回我々は明細胞腺線維腫の診断であったが、2年後に明細胞腺癌として再発した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は58歳、G2P2。腹部腫瘍を自覚し近医を受診し超音波検査で右卵巣腫瘍を認めたため、当院紹介となった。経腔超音波検査では8cm大の多房性卵巣腫瘍を認め、MRIで子宮底部右腹側に116x85mm大の多房性嚢胞性腫瘍を認め、境界は比較的明瞭で明らかかな充実成分や壁に結節を認めなかった。CA125:320U/ml、CA19-9:28U/mlであり、PET-CTで卵巣の多房性病変に軽度の集積を認めたため悪性の可能性を考慮し試験開腹術を施行した。術中所見では右卵巣は新生児頭大に腫大し、一部は後腹膜と癒着していた。術中迅速病理診断は漿液性腺線維腫の診断であり、単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。術後病理診断は明細胞腺線維腫であった。初回手術より2年1か月後に1か月間続く腹部膨満感を主訴に当院内科を受診し、CTで多発播種と腹水貯留を指摘され当科依頼となった。造影CTで腹膜および大網に大小不同の多発腫瘍性病変を認めた。CA125:448U/ml、CA19-9:141U/mlであり、腹水細胞診は腺癌であった。前回病理組織標本を再検討した結果、境界悪性以上の可能性があったため、卵巣明細胞腺癌の再発と診断し、TC+Bev療法を3クール施行した。化学療法後のCTで腹膜播種巣の縮小を認めため、腫瘍減量術を施行し、術後病理組織診で明細胞腺癌と診断された。術後はTC+Bev療法5クール、Bev単剤療法12クール施行したが、CTで再発腫瘍を認めたためTC+Bev療法を再開し現在治療中である。

#### 49. 胃癌術後 11 年後に 顆粒膜細胞腫に再発・転移した 胃原発印環細胞癌の 1 例

岐阜市民病院 産婦人科<sup>1</sup>、同病理診断科<sup>2</sup>

桑山太郎<sup>1</sup>、山本和重<sup>1</sup>、豊木 廣<sup>1</sup>、谷垣佳子<sup>1</sup>、  
佐藤香月<sup>1</sup>、加藤雄一郎<sup>1</sup>、柴田万祐子<sup>1</sup>、平工由香<sup>1</sup>、  
田中卓二<sup>2</sup>

【緒言】一つの腫瘍から他の腫瘍に転移する現象を腫瘍-腫瘍間転移 (Tumor-to-tumor Metastasis : TTM) と言い、各領域の腫瘍での稀な現象として報告されている。胃原発の印環細胞癌が正常の卵巣に転移したものは Krukenberg 腫瘍としてよく知られているが、卵巣腫瘍に転移することは非常に稀である。今回我々は顆粒膜細胞腫に胃原発の印環細胞癌が転移した一例を経験したので報告する。

【症例】症例は 50 代、2 経妊 2 経産、11 年前に胃癌の手術既往あり。不正出血を主訴に前医受診し、骨盤内に充実性の腫瘍性病変を認め、採血にてエストラジオール 49pg/ml と上昇を認めたため、ホルモン産生腫瘍の疑いにて当院紹介初診となった。MRI では右付属器領域に 84mm 大の T2 強調画像で高信号を呈する内部構造不正な充実性の腫瘍性病変を認め、左子宮付属器にも転移を疑う所見を認めた。我々は迅速病理組織診断を準備して手術に臨んだ。右子宮付属器を摘出し迅速病理組織診断に提出したところ、顆粒膜細胞腫を第一に考える所見であったため単純子宮全摘術・両側子宮付属器切除術を行い、左外腸骨リンパ節の腫大を認めたため生検を行った。なお、大網は前述の胃癌手術時に摘出済みであった。術後の病理組織診断では HE 染色にて Call-Exner body を認め顆粒膜細胞腫を考える像の中に印環細胞癌の所見を認めた。免疫染色を追加したところ AE1/AE3 や PAS 染色および Mib-1 陽性を示す印環細胞癌を含む低分化腺癌の増殖巣を認めた。病理学的に顆粒膜細胞腫に転移した胃原発の印環細胞癌を疑う像であった。術後 PET-CT を行ったところ、多発骨転移の所見を認めた。当院消化器内科に転科し化学療法・放射線治療を行ったが状態は徐々に悪化し、術後 8 ヶ月で永眠した。

【結語】TTM は稀な現象ではあるが、本症例のように悪性腫瘍の治療歴のある症例では TTM も考慮した管理が望まれる。

#### 50. 19 歳女性に発症した 若年型顆粒膜細胞成分を含む ギナンドロプラストーマの 1 例

岐阜県立多治見病院

伊吉祥平、藤田和寿、柘植志織、柴田真由、那須佳枝、  
篠根早苗、中村浩美、竹田明宏

【緒言】ギナンドロプラストーマ (Gynandroblastoma) は、組織学的に顆粒膜細胞腫とセルトリ細胞腫を含み、卵巣および精巣の組織型ともに模倣する稀な性索間質性腫瘍である。顆粒膜細胞成分としては、成人型の顆粒膜細胞により構成されることが多く、若年型顆粒膜細胞より構成されるものは極めて稀である。今回、若年型顆粒膜細胞より構成されるギナンドロプラストーマの 1 例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

【症例】19 歳未婚女性。思春期発来時期や既往歴に特記すべき事項なし。18 歳時より間欠的な性器出血を主訴に近医を受診し低用量ピル等の処方を受けていたが、19 歳時に腹部腫瘤を指摘され当科紹介となった。腫瘍マーカー値には異常を認めなかったが、画像検査では径 10cm の充実・嚢胞混合パターンを示す右付属器腫瘤を認め、子宮内膜症性嚢胞の可能性が高いが境界悪性・悪性も否定できない右嚢胞性腫瘤との画像診断であった。単孔式腹腔鏡下手術による腫瘍核出術を行い、若年型顆粒膜細胞成分を 70%、セルトリ細胞成分を 30% 含むギナンドロプラストーマ (Stage IC1) との病理診断を得た。術後は境界悪性腫瘍であることを考慮し、顆粒膜細胞腫の治療方針に準じた TC 療法 6 コースを予定したが、3 コース終了した時点で、脱毛等の副作用のため治療中断し、経過観察とした。術後 3 年経過した時点では再発兆候を認めず、その後結婚・妊娠し生児を得ることができた。

【結語】ギナンドロプラストーマに対する腫瘍核出術は、妊孕性温存治療における選択肢として考慮される可能性がある。追加化学療法の要否についても性腺組織への障害を考慮しながら慎重に判断すべきであると思われた。

## 51. 当院における卵巣腫瘍に対する術中迅速診断の正診率と、さらなる正診率向上のための検討

藤田保健衛生大学 産婦人科<sup>1</sup>、同病理診断科<sup>2</sup>

秋田絵理<sup>1</sup>、鳥居 裕<sup>1</sup>、大谷清香<sup>1</sup>、市川亮子<sup>1</sup>、黒田 誠<sup>2</sup>、藤井多久磨<sup>1</sup>

【目的】術中迅速診断は卵巣腫瘍において術式を左右する非常に重要な検査であるが、その結果は必ずしも永久標本の結果と一致しない。一般に、卵巣腫瘍の迅速診断の正診率は90～95%とされているが、境界悪性腫瘍に限れば64～67%と非常に低く、過少もしくは過剰医療につながることも少なくない。そこで当院で行った卵巣に対する迅速診断の正診率を算出し、誤判断の原因およびその対策につき検討した。

【方法】2010年4月から2013年8月までの期間に、当院で卵巣腫瘍に対し術中迅速診断を施行した280症例における迅速診断の正診率を算出した。

また、迅速診断と永久標本の結果に相違があった症例のうち、迅速診断および永久標本がそれぞれ、悪性および境界悪性、良性および悪性、境界悪性および良性であった例について検討した。

【成績】卵巣腫瘍全体における迅速診断の正診率は91.4%であり、良性、境界悪性、悪性に分類するとそれぞれ97.7%、82.0%、89.8%と境界悪性で最も低率であった。また、迅速診断と永久標本の結果に解離があった症例は24例(8.6%)であり、迅速診断された組織採取部位が、永久標本における最悪性度部位でなかった症例が3例認められた。

【結論】当院での卵巣腫瘍における術中迅速診断の正診率は、いずれの悪性度においても比較的高率であった。また、迅速診断における誤判断の原因にはサンプリングエラー、標本作成の不備、病理医によって生じる見解の相違などが考えられるが、婦人科医が最も関与するのはサンプリングエラーである。さらなる正診率の向上のため、術前のMRIで最も採取に適した病変位置をあらかじめ予測したり、婦人科医と病理医の協議のもとで採取部位を決定するなど、検体採取時にはさらに注意を払う必要がある。

## 52. 当院における若年卵巣粘液性腫瘍症例についての検討

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

南 洋佑、溝口真以、山本靖子、村上真由子、新城加奈子、針山由美

【目的】当院における卵巣粘液性腫瘍にて手術施行した症例のうち、若年で再発を来した症例につき検討し、若干の文献的考察を加え報告する。

【方法】2008年1月より2017年11月までの期間に当院で手術を行い、卵巣粘液性腫瘍と診断された110例を対象とし、患者背景、術式、病理組織検査結果などにつき後方視的に検討した。

【成績】110例中、卵巣粘液性腫瘍に対し二度以上の手術を行った症例は7例、いずれも30歳以下の若年者であり、同側の再発であった。また、すべての症例で初回手術時の病理結果は良性の診断であったが、再発手術時に境界悪性腫瘍と診断された症例を2例認めた。

【結論】卵巣粘液性腫瘍の約80%は良性であり、境界悪性腫瘍と腺癌がそれぞれ10%程度を占める。良性腫瘍は若年者で発生する傾向にあり、一方で境界悪性および腺癌は40代以降で好発するため、これら3つは一連のスペクトラムにあると考えられている。若年症例の場合には、妊孕性温存のために腫瘍核出の術式がとられることが多いが、今回の検討でその後の同側再発が少なくないことが示され、また境界悪性の診断となった症例も経験した。若年者における術式の選択については、慎重な対応が必要と考えられる。

## 第 10 群 (2 日目 13:20~14:25) 第 2 会場

## 53. 一絨毛膜二羊膜双胎において羊水量の逆転を認め一児子宮内胎児死亡となった後に生児を得た一例

豊橋市民病院 産婦人科<sup>1</sup>、同女性内視鏡外科<sup>2</sup>、同総合生殖医療センター<sup>3</sup>

甲木 聡<sup>1</sup>、岡田真由美<sup>1</sup>、尾瀬武志<sup>1</sup>、窪川芽衣<sup>1</sup>、嶋谷拓真<sup>1</sup>、植草良輔<sup>1</sup>、國島温志<sup>1</sup>、長尾有佳里<sup>1</sup>、藤田 啓<sup>1</sup>、矢吹淳司<sup>1</sup>、北見和久<sup>1</sup>、河合要介<sup>1</sup>、高野みずき<sup>1</sup>、梅村康太<sup>2</sup>、安藤寿夫<sup>3</sup>、河井通泰<sup>1</sup>

【緒言】一絨毛膜二羊膜双胎(MD 双胎)で双胎間輸血症候群(TTTS)を発症し一児胎内死亡となった場合、生存児の周産期予後は不良であるとされる。今回、体重と羊水量の差を認めていたものの TTTS の診断基準は満たさず、羊水量が逆転し一児胎内死亡となったが生児を得た症例を経験したため報告する。

【症例】31 歳初産婦。前医にて MD 双胎と診断。妊娠 10 週に当院へ紹介。妊娠 16 週より推定体重の差を認め、TTTS の診断基準を満たさないが明らかな羊水差が出現。妊娠 19 週 0 日に管理目的で入院。その時点の推定体重が 184g(-1.4SD)(以下 A 児)と 134g(-2.7SD)(以下 B 児)、羊水最大ポケットが 6.7cm と 3.0cm であった。その後も TTTS の診断基準は満たさず推移し、妊娠 21 週より羊水差が減少した。妊娠 23 週より A 児の中大脳動脈収縮期最高血流速度(MCA-PSV)が上昇し、B 児の羊水量が急激に増加し羊水量の逆転を認めた。既に頻回の子宮収縮を認めており、子宮収縮抑制剤を使用していたことによる副作用を母体に認めていたため、胎内治療はリスクが高く見送った。妊娠 24 週 3 日に A 児の胎内死亡を確認。まもなくして B 児の MCA-PSV の上昇を認め胎児貧血が疑われたが、B 児が高度の子宮内胎児発育遅延であり治療介入による早産となった場合のリスクを考慮し胎内治療は行わずに経過をみたところ、B 児の MCA-PSV は低下していった。B 児の AFI が 40cm 以上あり、妊娠期間延長のため妊娠 27 週 2 日に羊水除去を施行(1400mL 吸引)。子宮収縮は軽減したが、妊娠 28 週 3 日の時点で A 児・B 児間の羊膜の隔膜破綻を認めた。妊娠 31 週 1 日に破水。A 児が先進したため B 児の臍帯脱出のリスクが高いと判断し、緊急帝王切開とした。A 児:女児, 290g, B 児:女児, 1288g, Apgar Score 1 分 8 点 5 分 8 点, Hb 18.5g/dL であった。生存児の頭部 MRI は異常所見を認めず経過良好であり、日齢 64 で退院となった。

## 54. 双胎間輸血症候群の受血児に発症した circular shunt physiology の 1 例

三重大学

栗山萌子、鳥谷部邦明、北村亜紗、真木晋太郎、田中佳世、小林良幸、田中博明、大里和広、神元有紀、池田智明

【目的】動脈管逆流、肺動脈弁逆流、三尖弁逆流により生じる circular shunt physiology(CSP) は、一般的に Ebstein's 奇形、三尖弁異形成に合併することが報告されている。心構築異常のない一絨毛膜二羊膜双胎(MD 双胎)の受血児に CSP を発症した症例について報告する。

【症例】母体は 25 歳、2 妊 1 産。自然妊娠。妊娠初期に MD 双胎と膜性診断された。妊娠 16 週 2 日に羊水差を認め、双胎羊水不均症と診断し、胎児鏡下レーザー手術(FLP)を目的に A 病院に紹介した。同院にて双胎間輸血症候群(TTTS)と診断され、妊娠 18 週 0 日に FLP が施行された。TTTS は改善したが、FLP 後より受血児の CSP が確認された。妊娠 22 週 3 日に当院に転院したが、転院時も CSP の病態が持続していた。妊娠 23 週 5 日に肺動脈弁逆流が消失し、動脈管は両方向性になり、CSP は改善した。CSP は改善したが、三尖弁逆流は残存した。その後、CSP の再発なく経過した。妊娠 33 週 4 日に陣痛発来し、先進児が骨盤位であったため帝王切開にて分娩となった。供血児 1948g、受血児 2138g であった。受血児は出生後の心エコーにて三尖弁逆流を認めたが、心機能は良好であった。3 ヶ月検診の時点で、三尖弁逆流は残存しているのみで、良好な経過を得ている。

【結論】心構築異常のない MD 双胎受血児に発症した CSP を経験した。本症例の CSP は自然軽快したが、CSP の成因について不明な点も多く、症例蓄積による予後、病態解明が必要である。



## 55. 双胎妊娠にて帝王切開後、 産褥心筋症を発症した2例

名古屋市立西部医療センター

十河千恵、西川尚実、柴田春香、早川明子、松浦綾乃、川端俊一、高木七奈、中元永理、尾崎康彦、柴田金光

【緒言】産褥心筋症は妊娠後期から産褥期に発症する心機能障害で、特発性拡張型心筋症類似の左室拡大とびまん性壁運動低下をきたす疾患である。今回、双胎妊娠にて帝王切開で分娩後、産褥心筋症を発症した2例を経験したので報告する。

【症例1】35歳 初産、DD 双胎妊娠。妊娠30週、腹部緊満の訴えありリトドリン塩酸塩内服開始。妊娠35週より浮腫増悪を認めた。妊娠37週0日で予定帝王切開を施行(第1子女児、出生体重2294g、Apgar Score8/9。第2子女児、2456g、Apgar Score8/9。術中出血量1478g)した。術後SpO<sub>2</sub>低下のため造影CT施行。肺水腫と心拡大を認めた。循環器内科医のアドバイスの下、フロセミド投与のみで症状は軽快、産褥7日目に退院。産褥8日目に呼吸苦出現し他救急病院へ搬送され入院。産褥10日目に当院循環器内科へ転院。EF33.5%と収縮能の低下、左室軽度拡大を認めた。フロセミド、エナラプリルマレイン酸塩、カルベジロール投与にて軽快、産褥28日目に退院した。産褥約3か月で内服薬中止となった。

【症例2】35歳、1経産、MD 双胎妊娠。妊娠33週より浮腫増悪を認めた。妊娠37週3日で予定帝王切開を施行(第1子女児、2726g、Apgar Score8/9。第2子女児、2632g、Apgar Score9/9。術中出血量1350g)した。産褥4日目、呼吸苦の訴えあり造影CT施行。心拡大、両側胸水、肺水腫を認めフロセミド投与開始。産褥5日目に循環器内科コンサルト、EF60.7%と収縮能低下は認めなかったが溢水状態のため、フロセミドとエナラプリルマレイン酸塩投与にて軽快、産褥12日目に退院となった。

【結語】産褥心筋症は分娩1300-4000例に1例と比較的まれであるが、高齢・双胎妊娠や切迫早産治療時には本疾患も念頭において周産期管理を行うことが望ましいと考えられた。

## 56. 産褥3か月で発症した周産期心筋症

中部労災病院

則竹夕真、渡部百合子、大岩絢子、菅 もも、藤原多子

周産期心筋症とは、心疾患の既往のない女性が分娩前1か月から分娩後5か月以内に新たに発症する心不全であり、本邦では約2万分娩に1例と稀だが妊産婦死亡の原因として重要な疾患である。今回帝王切開後3か月で周産期心筋症を発症した症例を経験したため報告する。

症例は35歳初産婦。既往歴は子宮筋腫核出術で、家族歴に特記事項なし。BMIは非妊時32、分娩時34と肥満妊婦であった。妊娠30週ごろより収縮期血圧140mmHg台への上昇を認め、妊娠高血圧症候群の診断でヒドララジン塩酸塩750mg/日を内服していた。子宮術後妊娠のため、妊娠37週5日で選択的帝王切開を行い3338gの男児をAp8/9で出生した。術後経過は良好で、産褥2週間後には正常血圧となったため降圧剤を中止した。産褥3か月目に嘔吐、咳嗽、夜間起座呼吸を主訴に近医を受診した。胸部X線写真で心拡大、胸水貯留、肺浸潤影を認め、肺炎の疑いで当院呼吸器内科へ紹介された。炎症反応の上昇は乏しく、画像上心不全が疑われた。血液検査にてBNP2000pg/ml以上、心臓超音波検査にてEF35%と心機能が著明に低下していたため、心不全の診断で当院循環器内科へ入院となり原因検索及び薬物療法を開始した。明らかな心不全の原因は認められず、周産期心筋症と診断された。入院後速やかに利尿が得られ、臨床症状の改善を認めたため第9病日に退院となった。退院2週間後にはBNP33pg/ml、EF51%まで改善を認めた。現在も外来通院中である。

周産期心筋症は帝王切開、高齢妊娠、肥満などが危険因子であるとされており今後発症率が上昇する可能性がある。診断時の心機能が予後に関与するという報告もあるため、早期治療介入が必要である。息切れ、浮腫などの心不全症状は正常妊産婦でも訴える症状であるが、リスクの高い症例の診察においては本疾患を念頭におく必要があると考えられる。

## 57. 妊娠高血圧症候群における 母体の左室拡張機能障害の検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

鵜飼真由、眞山学徳、山田拓馬、竹田健彦、宇野 枢、  
田野 翔、鈴木徹平、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】妊娠高血圧症候群の患者では、分娩後も無症候性の左室拡張機能障害 (LVdD) が残存し、将来的な循環器疾患のリスク因子であるとの報告がある。また非妊婦では、無症候性の LVdD 患者に対して早期介入により、将来的な循環器合併症を低下させることが報告されている。今回我々は、妊娠高血圧症候群の患者における分娩前後の LVdD の頻度とリスク因子について検討を行った。

【方法】拡張早期僧房弁血流速度/僧房弁輪速度比 ( $E/e'$ )  $>15$ 、または  $E/e' >8$  かつ  $BNP >200$  pg/mL を LVdD と定義した。当院で周産期管理を行った妊娠高血圧症候群患者 157 名を対象とし、分娩前後に心臓超音波検査と BNP の測定を行った。2 項ロジスティック回帰分析にて、年齢、妊娠前 BMI、 $BNP >100$  pg/mL、血圧重症度 ( $>160/110$  mmHg) を独立変数として LVdD のリスク因子について検討した。分娩後では出血量  $>1,000$  mL、帝王切開術の有無を独立変数として加え、検討した。

【成績】LVdD の頻度は分娩前で 16.6%、分娩後では 10.8% であり、26.3% の患者が分娩前後のいずれかに LVdD を認めた。分娩前では年齢  $>40$  歳 (オッズ比 (OR) : 4.70、95% 信頼区間 (CI) : 1.24-17.79) と  $BNP >100$  pg/mL (OR : 4.88、95% CI : 1.90-12.54) が有意なリスク因子であり、分娩後では  $BNP >100$  pg/mL (OR : 6.16、95% CI : 1.77-21.44) のみが有意なリスク因子であった。

【結論】妊娠高血圧症候群患者の約 2 割で LVdD が認められた。高齢および BNP 高値が有意なリスク因子であり、ハイリスク患者では心臓超音波検査による心機能評価が必要な可能性が示された。

## 58. sFlt-1 による 妊娠高血圧症候群の重症化予測

三重大学

永橋裕子、田中博明、辻 誠、真木晋太郎、金田倫子、  
田中佳世、渡邊純子、鳥谷部邦明、大里和広、神元有紀、  
池田智明

【目的】妊娠高血圧症候群の重症化を予測することは困難である。Soluble Fms-like Tyrosine Kinase-1 (sFlt-1) が、妊娠高血圧症候群 (HDP) の重症化を予測するか検討することを目的とした。

【方法】2016 年 11 月から 2017 年 10 月の間に当院で早発型 HDP (非重症) と診断された 11 例を対象とし、前方視的に観察にした。HDP の診断は、「妊娠高血圧症候群の診療指針 2015」に基づいた。Termination の基準は一定で管理し、母体適応：HDP の重症化 (血圧  $\geq 180/110$ 、肝機能障害、血小板減少、乏尿、子癇、肺水腫、高度の頭痛、心窩部痛)、胎児適応：臍帯動脈拡張期逆流、Biophysical profile score 4 点以下、胎児心拍数モニタリングでバブル 4 以上が 30 分以上持続のいずれかを認めた場合に Termination とした。sFlt-1 の値と sFlt-1 を測定した日から分娩までの妊娠継続期間との関係について検討した。

【結果】母体年齢の中央値は 35 歳 (28-42 歳)、初産婦は 7 例 (64%)、sFlt-1 を測定した週数の中央値は 27 週 (22-34 週)、sFlt-1 の中央値は 8480 pg/ml (763-22,600 pg/ml)、分娩週数の中央値は 29 週 (26-38 週)、妊娠継続可能期間は 15 日 (0-48 日) であった。11 例のうち 7 例が母体適応での Termination、4 例が胎児適応での Termination であった。sFlt-1 の値と sFlt-1 を測定した日からの妊娠継続期間は有意に相関した ( $R^2 = -0.662$ 、 $p = 0.027$ )。

【結論】sFlt-1 は、HDP 重症化を予測する上で有用である可能性が示唆された。

### 59. FGR、HDP 症例に対する タダラフィル母体経口投与における有害 事象の検討

三重大学

真木晋太郎、辻 誠、古橋美美、真川祥一、島田京子、  
金田倫子、二井理文、田中博明、梅川 孝、大里和広、  
神元有紀、池田智明

【目的】胎児発育不全 (Fetal Growth Restriction:FGR) に対する PDE5 阻害薬であるタダラフィルの経母体投与の有効性および安全性を検討する第Ⅱ相多施設共同研究が進行中である。タダラフィル内服群および従来型治療群のランダム化比較試験で行っているが、両群の有害事象を集計したので報告する。

【方法】2017 年 10 月現在で FGR に対するタダラフィル母体経口投与の有効性・安全性に関する第Ⅱ相多施設共同研究に登録された、FGR と診断された妊娠 20 週以降 34 週未満の単胎妊婦の症例でタダラフィル内服群 (目標症例数 70 例) および従来型治療群 (目標症例数 70 例) の症例の有害事象を評価した。タダラフィル治療群はタダラフィル 20mg を分娩まで内服することとした。有害事象は Common Terminology Criteria for Adverse Event(CTCEA)バージョン 4.0 をもとに、グレード評価した。

【成績】母体有害事象は G3 以上の重篤な有害事象は両群で存在しなかった。母体の有害事象は頭痛が最も多く、タダラフィル内服群および従来型治療群でそれぞれ 14 例中 11 例(78.6%)、8 例中 4 例(50%)で発症した。Hypertensive Disorders of Pregnancy(HDP)を発症した症例はそれぞれ 21 症例中 2 例(9.5%)、17 例中 3 例(17.6%)であったが、タダラフィル内服群では血圧の重症域への悪化は認められなかった。FGR 症例の中で尿蛋白が 2+以上となった症例はそれぞれ 17 例中 1 例(5.9%)、14 例中 4 例(28.6%)であった。

【結語】母体に対して既報通りの安全性が示唆された。またタダラフィル内服群において血圧と蛋白尿の重症化が少ない傾向にあると考えられた。今後さらに症例を蓄積し、検討を行っていく予定である。

### 60. 大量出血を伴う異所性妊娠での 腹腔鏡下手術における術中回収式 自己血輸血の有用性について

岐阜市民病院

佐藤香月、山本和重、平工由香、柴田万祐子、  
加藤雄一郎、谷垣佳子、尹 麗梅、豊木 廣

【目的】当科では 1998 年より術中回収式自己血輸血を導入しており、特に大量出血を伴う異所性妊娠での腹腔鏡下手術で威力を発揮している。今までの症例を調査してその有用性について検討した。

【方法】術中回収式自己血輸血を導入してからの急性腹症での異所性妊娠の腹腔鏡下手術症例について調査した。調査期間は 1998 年 8 月より 2017 年 7 月までの 19 年間とした。調査項目は症例数、腹腔内出血量、返血量、同種血輸血の有無、途中開腹移行の有無、トラブルとした。また同種血輸血を併用した群と非併用群での腹腔内出血量について調査した。それから自己血回収装置使用群と未使用群での術前後の Hb 値の変動の比較をした。さらに白血球除去フィルターの未使用群での術後存続絨毛症の発症の有無について調査した。

【結果】急性腹症での異所性妊娠 154 例のうち 600ml 以上の大量出血症例が 75 例(48.7%) あった。術中回収式自己血輸血は 60 例あり、出血量は 1136 (中央値) ml で、返血量は 775ml。同種血輸血併用が 6 例あったが、途中開腹移行や重篤なトラブルはなかった。同種血輸血を併用した群と非併用群での腹腔内出血量を検討したところ、非併用群 1112ml に比し併用群 3268ml であり、同種血輸血を併用した群で有意に出血量が多かった。自己血回収装置使用群の術後の Hb の低下が 0.8 に対し、未使用群で 3.4 と有意の低下を示した。白血球除去フィルターの未使用群 19 例での術後存続絨毛症の発症は無かった。

【結論】大量出血を伴う異所性妊娠での腹腔鏡下手術における術中回収式自己血輸血は非常に有用である。同種血輸血なしあるいは最少量の同種血輸血での対応が可能であった。また白血球除去フィルターの供給が停止されたが、使用しなくても安全に術中回収式自己血輸血は施行できる。

## 61. 当院における腹腔鏡下子宮筋腫核出術既往妊娠の検討

安城更生病院

西野翔吾、戸田 繁、廣渡平輔、岩崎 綾、藤木宏美、松尾聖子、白井香奈子、横山真之祐、菅聡三郎、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘、松澤克治

【目的】腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (LM) は、腹式筋腫核出術 (AM) と比較して、術後疼痛の軽減、入院期間の短縮等の利点があるが、LM 既往妊娠の予後についての知見は乏しい。今回、当院で経験した LM 既往妊娠につき、後方視的検討を行った。

【方法】2009 年 4 月から 2017 年 3 月までに当院で分娩となった LM 既往妊娠 11 例につき、母体背景ならびに妊娠転帰を検討した。また、同時期に分娩となった AM 既往妊娠 161 例とのあいだで、分娩時出血量、輸血、子宮破裂の有無を比較した。

【成績】11 例の母体年齢中央値は 37 歳 (30-40 歳)、初産婦は 6 例であった。LM はすべて他院で実施され、核出筋腫個数は中央値 3.5 個 (1-10 個)、LM から分娩までの期間は中央値 3 年 (1-5 年) であった。分娩方式は選択的帝王切開が 10 例、緊急帝王切開が 1 例であり、分娩時期は中央値 37 週 (28-38 週) であった。手術所要時間は中央値 41 分 (26-94 分)、分娩時出血量 (羊水含) は中央値 1149mL (625-2140mL) であった。同種血輸血施行症例はなかった。術後の母体入院日数は中央値 7 日 (6-7 日) であった。児の出生体重は中央値 2724g (1315-3154g)、アプガールスコア 5 分値 7 点未満の症例は 1 例、NICU 入院症例は 2 例であった。新生児死亡や児の神経学的後遺症を生じた症例はなかった。1 例に、妊娠 28 週において底部の子宮破裂により緊急帝王切開を実施した症例を経験した (供覧)。AM 既往妊娠については、分娩時出血量は中央値 974mL (200-3004mL)、輸血症例 1 例 (血小板減少症による)、子宮破裂 0 例であり、いずれも LM 既往妊娠群と比べ有意差がなかった。

【結論】LM 既往妊娠の予後は総じて良好であったが、28 週での子宮破裂というまれな重篤な合併症が 1 例生じた。

## 62. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後の周産期予後

豊橋市民病院 産婦人科<sup>1</sup>、女性内視鏡外科<sup>2</sup>、総合生殖医療センター<sup>3</sup>

長尾有佳里<sup>1</sup>、河合要介<sup>1</sup>、尾瀬武志<sup>1</sup>、窪川芽衣<sup>1</sup>、嶋谷拓真<sup>1</sup>、植草良輔<sup>1</sup>、國島温志<sup>1</sup>、甲木 聡<sup>1</sup>、藤田 啓<sup>1</sup>、矢吹淳司<sup>1</sup>、北見和久<sup>1</sup>、高野みずき<sup>1</sup>、梅村康太<sup>2</sup>、岡田真由美<sup>1</sup>、安藤寿夫<sup>3</sup>、河井通泰<sup>1</sup>

【目的】腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (Laparoscopic Myomectomy; LM) は、近年の晩婚化に伴って妊孕能温存手術として広く行われている。LM 後の周産期予後について検討する。

【方法】2013 年 7 月から 2017 年 6 月までに当院で 119 例に LM を行った。避妊期間が終了した 115 例中、積極的な挙児希望があった 57 例を対象とした。妊娠例における出産・流産数、手術から妊娠までの期間、不妊治療の有無、周産期合併症を調査した。また、妊娠成立例と不成立例で患者背景 (手術時年齢、BMI、経産数など) や手術成績 (核出個数、筋腫総重量、筋腫最大径、手術時間、出血量、内膜穿破の有無など) を比較検討した。

【成績】対象 57 例中、妊娠成立 32 例 (のべ 34 例)、妊娠不成立 25 例であった。妊娠例のうち、流産 7 例、出産 19 例 (経膈分娩 2 例、帝王切開術 17 例)、8 例は妊娠中である。妊娠までの期間の中央値 (範囲) は 12.5 (3-38) 月であり、22 例は自然妊娠であったが 12 例で不妊治療を要した (タイミング法 1 例、人工受精 1 例、体外受精・胚移植 10 例)。周産期合併症は 2 例に認め、いずれも前置癒着胎盤のため帝王切開術後に子宮全摘術を行った。1 例のみ筋腫核出部位と胎盤位置が一致していたが、LM 時の内膜穿破はなかった。子宮破裂は 0 例であった。また、妊娠成立例 vs 不成立例の中央値 (範囲)、p 値は、手術時年齢で 34 (28-43) vs 37 (27-44) 歳、 $p=0.0166$  と有意差を認めたが、その他の項目では有意差を認めなかった。

【結論】挙児希望例の半数以上で妊娠が可能であり、流産率も一般的な割合と同等であった。LM 以外のリスク因子の関与も疑われるが、2 例で前置癒着胎盤を合併した。また、LM 後妊娠成立例と不成立例の間には手術時年齢のみ有意差を認めた。

### 63. 腹腔鏡下に診断・治療を行った 骨盤腹膜嚢に着床した腹膜妊娠の1例

名古屋第二赤十字病院

波々伯部隆紀、山室 理、白石佳孝、服部 渉、  
大堀友記子、小川 舞、加賀美帆、安田裕香、伊藤 聡、  
大脇太郎、佐々木裕子、丸山万里子、林 和正、  
茶谷順也、加藤紀子

腹膜妊娠は異所性妊娠の約1%程度の頻度で発生し、腹腔内のあらゆる部位に着床しうるため診断が難しく卵管妊娠の7.7倍死亡率が高いとする報告もある。今回我々は腹膜妊娠の中でもさらに稀と思われる骨盤腹膜嚢に着床した腹膜妊娠を経験したため報告する。症例は32歳1経妊1経産、特記すべき既往はなかった。性器出血にて前医受診し最終月経より妊娠9週0日で子宮内胎嚢を確認できないため異所性妊娠として当院救急外来受診された。経膈超音波検査で子宮内膜厚は13mmだが、胎嚢を認めず、左付属器領域に2cm大の嚢胞を認めた。血中hCG7,886mIU/mlと高値であった。入院後D&C施行し絨毛は認めなかった。異所性妊娠の可能性が高いため腹腔鏡下試験開腹術を施行した。腹腔内に血性腹水を認めた。また、両卵巣や骨盤腹膜には内膜症性病変が散見された。両側付属器に明らかな妊娠部位を認めず、腹腔内をくまなく検索すると右仙骨子宮靱帯内側の骨盤腹膜に裂孔を認め、内部に被覆された胎嚢様構造を確認したため腹腔鏡下に摘出した。病理で摘出部から絨毛組織と子宮内膜組織を認め腹膜妊娠で矛盾はなかった。術後血中HCGは順調に下降し、術後32日目に陰性化したため終診とした。当症例は術前診断が困難であり、さらには術中も病変がまるで隠された様な場所にあったため診断に難渋したが腹腔鏡による入念な腹腔内探索と拡大視野により診断と治療の完遂が可能だった。今症例のような骨盤腹膜嚢の構造は先天性腹膜欠損によるものと子宮内膜症などが原因の癒着で後天的に形成されるとされている。今症例においては内膜症性病変を認めたため病因の一つとなっていた可能性があると思われた。

### 64. 二期的に治療した 両側卵管同時妊娠の1例

公立西知多総合病院

齋藤 理、川地史高、関谷陽子

【緒言】排卵誘発とタイミング法による両側卵管同時妊娠を経験したので報告する。

【症例】33歳 2妊0産 前医にて多嚢胞性卵巣の診断でクロミフェン-rFSH-HMGによる排卵誘発とタイミング法を受けていた。最終月経から5週0日に少量の性器出血を認め、5週6日子宮内に胎嚢認めず血中HCG2188mIU/mlであり異所性妊娠の疑いで6週2日当院に紹介受診した。β-HCGは9156mIU/mlと上昇し子宮内に胎嚢は認めず、両側卵巣は腫大し、ダグラス窩の両卵巣間に不整形腫瘤と少量腹水を認めた。卵管妊娠の疑いで同日審査腹腔鏡施行。術中血性腹水をダグラス窩に認め、左卵管が暗赤色に腫大、出血しており左卵管妊娠と診断。左卵管切除術施行した。右側卵管は全体が浮腫状で軽度腫大していたが経過観察とした。術後1日目にβ-HCG9501mIU/mlと軽度上昇を示し、4日目にはβ-HCG20272mIU/mlと著増し、経膈超音波で右卵巣近傍に胎児心拍を認めた。MRI検査でも右下腹部に径18mmの腫瘤認め、右卵管妊娠の疑いにて同日(6週6日)再手術を行った。術中淡黄色の腹水を骨盤内に認め、右卵管は峡部から膨大部にかけ暗赤色で棍棒状に腫大し、右卵管切除術施行した。β-HCGは翌日に7735mIU/mlと減少し、再手術後5日目に軽快退院した。病理組織検索で左卵管から絨毛を認め、右卵管からも絨毛および胎児成分を認め、両側卵管妊娠と診断した。

【結語】両側卵管妊娠はARTの有無で異なるが稀な病態である。術前診断は難しく、術中に診断される場合もある。両側の卵管の病変であり、卵管温存術などの治療も考慮し治療にあたるべきと考えられた。

## 65. 中期中絶後に胎盤遺残を認め 子宮動静脈奇形と診断された1例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

神谷知都世、南 洋佑、溝口真以、山本靖子、  
村上真由子、新城加奈子、針山由美

【目的】子宮動静脈奇形には、子宮内容除去術や分娩後に後天的に発生するものがある。大量出血や、不正出血を主訴に受診し、時に致死的状态も招く疾患だがその頻度は稀である。今回中期中絶後に不正出血の持続、胎盤遺残を認め、子宮動静脈奇形の診断に至った症例を経験したので報告する。

【症例】41歳、G5P1、帝王切開歴1回（前置胎盤）、自然流産歴4回。IVF-ETにて妊娠成立したが、羊水検査にて染色体異常が指摘され妊娠19週にて人工妊娠中絶を行った。分娩時出血1230ml、胎盤は自然剥離せず超音波ガイド下に胎盤鉗子を用いて娩出した。退院後、外来診察時に血中hCG1017mIU/mlと高値、子宮底部の胎盤遺残を認め、カラードプラーで豊富な血流が確認された。その後大量の出血は認めなかったが、遺残胎盤の消失や血流の縮小を認めず3D-CTにて子宮動静脈奇形の診断となった。妊孕性温存の希望なく、患者との相談のもと全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)を行った。術中出血300ml、子宮300g、摘出子宮には胎盤遺残、癒着胎盤を認め病理組織検査に提出した。

【考察】当院での2008年～2017年までの中期中絶の症例は48例であった。2例で分娩後胎盤ポリープを発症し、4例で胎盤遺残を疑い子宮内容除去術を施行した。後天的に子宮動静脈奇形を発症した場合、胎盤遺残に対して安易に子宮内容除去術を行うと大量出血を伴う可能性があり慎重な対応を要する。出血リスクもありUAEや子宮全摘術が適応である一方、慎重なフォローで自然退縮していく報告もある。本症例ではUAEは施行せず手術療法としたが、腹腔鏡下に子宮動脈を結紮しTLHを行ったことで出血リスクを軽減できたと考察する。また本症例では分娩後のhCGが高く絨毛性疾患の可能性も否定できず組織学的診断も重要であり、病理診断の結果もふまえ本症例を報告する。

---

## 協賛企業・団体 一覧

---

第 138 回東海産科婦人科学会の開催にあたり下記の皆様にご協賛いただきました。  
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第 138 回東海産科婦人科学会  
会長 吉川 史隆

アイクレオ株式会社	有限会社胎児生命科学センター
あすか製薬株式会社	大鵬薬品工業株式会社
アステラス製薬株式会社	中外製薬株式会社
アトムメディカル株式会社	株式会社ツムラ
アレクシオンファーマ合同会社	テルモ株式会社
ウィメンズヘルス・ジャパン株式会社	名古屋八光商事株式会社
エーザイ株式会社	日本化薬株式会社
大塚製薬株式会社	バイエル薬品株式会社
オリンパス株式会社	富士製薬工業株式会社
科研製薬株式会社	メルクセローノ株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社	持田製薬株式会社
協和発酵キリン株式会社	株式会社八神製作所
コヴィディエンジャパン株式会社	株式会社ヤクルト本社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社エチコン事業部	雪印ビーンスターク株式会社

2018 年 1 月 31 日現在  
(敬称略・50 音順)