
第139回

東海産科婦人科学会 プログラム

[会 期] 2019年3月9日(土)・10日(日)

[場 所] ウィンクあいち

(愛知県産業労働センター)

〒450-0002 愛知県名古屋市中村区名駅4丁目4-38

電話052-571-6131

【事務局】 三重大学医学部産科婦人科

〒514-8507 三重県津市江戸橋2丁目174

E-mail: tokaiobgy139@c-linkage.co.jp

[会 長] 池田 智明

[事務局長] 近藤 英司

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

ご挨拶

三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科
池田 智明

この度、2019年3月9日（土）～10日（日）の日程で愛知県名古屋市ウインクあいちを会場に第139回東海産科婦人科学会を開催させていただくこととなりました。

本学術集会は平成最後の東海産科婦人科学会となります。平成を締めくくる意味でも、大いに議論し、これからの新時代へ繋がる有意義な集会になればと考えております。

平成時代は1.57ショックといった少子化問題が大きく取り沙汰されるようになって始まり、産婦人科・小児科領域に社会の注目が強く集まるようになった時代の一つでした。また、平成は、日本が周産期死亡率で世界トップレベルとなった時代でもありました。減少の続いていた合計特殊出生率は、近年になり依然低水準ではあるものの、徐々に微増傾向となり、産婦人科としての社会的期待に応えつつある現状は誇らしくあります。しかし、医学会を取り巻く環境は、女性医師キャリアの問題や医学部受験に関する問題など複雑な問題を含み、女性と子供の守護者たる産婦人科医として果たすべき役割はこれまで以上に重く幅広いと言えます。本学会教育セミナーでは少子化対策・子育て支援についての内閣官房参与を務められる吉村泰典先生より「生殖医療の未来を考えるー生殖医学の進歩の中でー」として、御講演頂く予定です。まさに、産婦人科医療の平成から新時代への移り変わりこれから歩むべき道筋を知る、貴重な機会になることと楽しみにしております。

新時代の幕開けにふさわしい盛大な学術集会となることを期待しております。

交通案内



電車をご利用の場合

- (JR・地下鉄・名鉄・近鉄)名古屋駅より
 - JR名古屋駅桜通口から
ミッドランドスクエア方面 徒歩 5 分
 - ユニモール地下街 5 番出口 徒歩 2 分
- JR(東海道新幹線)をご利用の場合
 - 東京…約 97 分
 - 新大阪…約 51 分



お車をご利用の場合

- 名古屋高速都心環状線「錦橋」出口より約 6 分
- 駐車場…収容台数 123 台
西側(ミッドランドスクエア側)よりご入場ください。



飛行機をご利用の場合

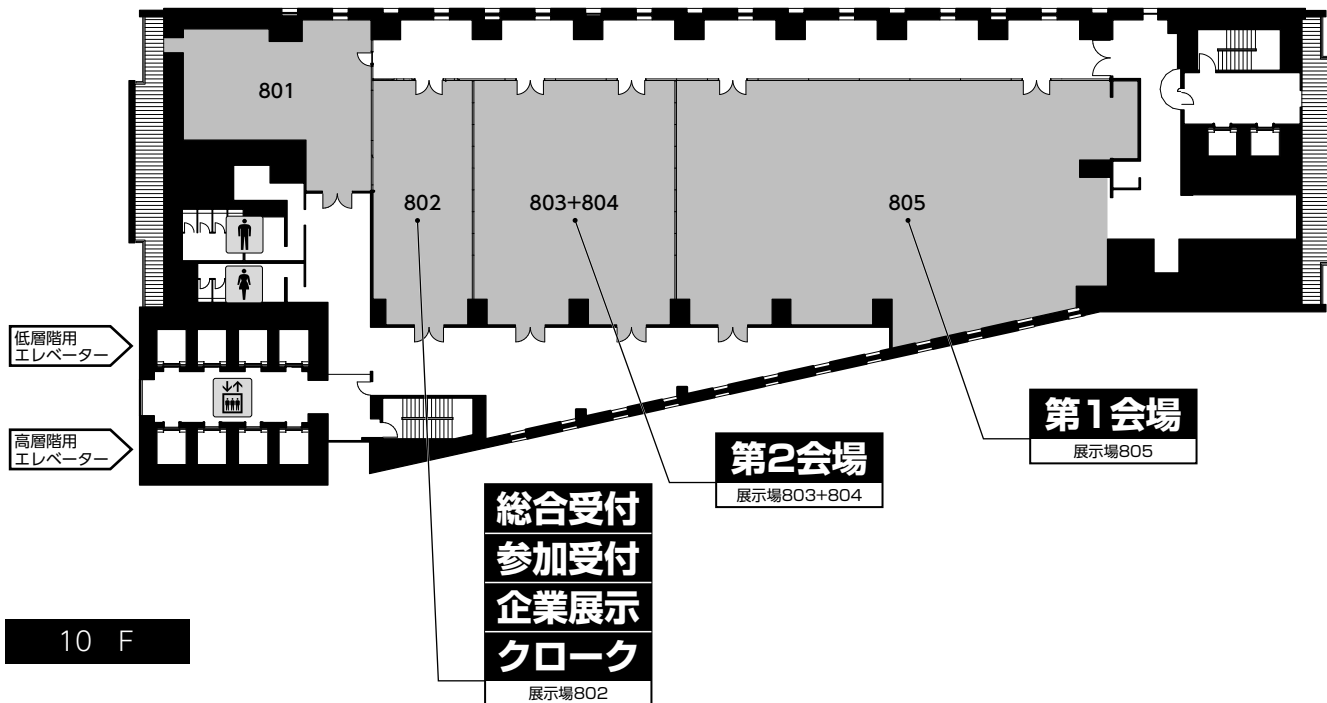
中部国際空港(セントレア)…約 28 分
(名鉄空港特急利用)

※名古屋駅発各駅への所要時間は、乗り換え・待ち時間を含みません。また、時間帯により多少異なります。

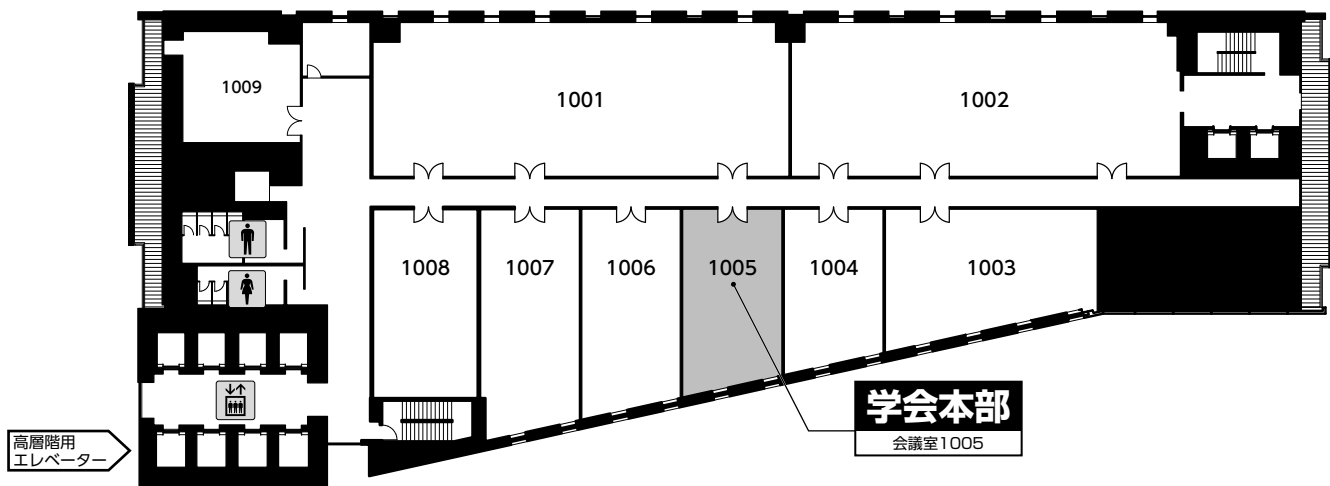
- 名古屋駅からは、地下の名駅地下街サンロードからミッドランドスクエア、マルケイ観光ビル、名古屋クロスコートタワーを経由しても来場できます。(徒歩 8 分)

会場案内

8 F



10 F



ウイंकあいち

第1会場	8F 展示場805
第2会場	8F 展示場803+804
総合受付	8F 展示場802
参加受付	
企業展示	
クローク	
学会本部	10F 会議室1005
情報交換会	東天紅 名古屋国際センタービル店

日程表 3月9日(土)

	第1会場	第2会場	企業展示
	展示場805	展示場803+804	展示場802
11:00		11:00-11:30 理事会	
		11:40-12:10 評議員会	
12:00		12:20-12:40 代議員会	
	12:55-13:00 開会式		
13:00	13:00-14:00 指導医講習会 感染症対策の最近の動向 田辺 正樹 【尾崎 康彦】	13:00-14:05 第2群 演題: 8~14 【関谷 隆夫】	
14:00	14:10-15:15 第1群 演題: 1~7 【梶山 広明】	14:10-15:15 第3群 演題: 15~21 【鈴木 伸宏】	10:30-18:00 企業展示
15:00	15:20-15:35 総会		
16:00	15:50-16:50 スポンサードセミナー1 本邦の婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術の現状と展望 寺井 義人 【田畑 務】 共催: テルモ株式会社	15:50-16:55 第4群 演題: 22~28 【小谷 友美】	
17:00	17:00-18:00 イブニングセミナー1 産科出血に関するトピックス -産科領域でのフィブリノゲン製剤の今後- 牧野 真太郎 【若槻 明彦】 共催: アトムメディカル株式会社	17:00-18:00 イブニングセミナー2 再発卵巣癌の治療戦略 矢内原 臨 【藤井 多久磨】 共催: アストラゼネカ株式会社・MSD株式会社	
18:00			情報交換会 18:30~20:30 東天紅 名古屋国際センタービル店

日程表 3月10日(日)

	第1会場	第2会場	企業展示
8:00	展示場805	展示場803+804	展示場802
8:30-9:25	第5群 演題:29~34 【渡辺 員支】	8:30-9:35	
9:00		第8群 演題:51~57 【古井 辰郎】	
9:40-10:45	第6群 演題:35~41 【篠原 康一】	9:40-10:45	
10:00		第9群 演題:58~64 【梅村 康太】	
11:00	10:50-11:50 スポンサードセミナー2 単位 婦人科領域における鏡視下手術: どう使う?これからどうなる? 馬場 長 【近藤 英司】 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	10:50-11:50 スポンサードセミナー3 閉経後女性のホルモン補充療法を考える ~エクオールの最新情報とHRTの使い分け~ 若槻 明彦 【吉川 史隆】 共催:大塚製薬株式会社	
12:00	12:00-13:00 ランチョンセミナー1 子宮内膜症の薬物療法2019:LEP新製剤を加えて 北脇 城 【古井 辰郎】 共催:あすか製薬株式会社	12:00-13:00 ランチョンセミナー2 卵巣癌治療におけるBevacizumabの意義を再考する 島田 宗昭 【森重 健一郎】 共催:中外製薬株式会社	8:00-16:00 企業展示
13:00	13:10-14:10 教育セミナー 単位 生殖医療の未来を考えるー生殖医学の進歩の中でー 吉村 泰典 【池田 智明】		
14:00			
15:00	14:20-15:45 第7群 演題:42~50 【村上 勇】	14:20-15:45 第10群 演題:65~73 【高橋 雄一郎】	
16:00	15:50-16:00 閉会式		

総合受付 8F 展示場802	
9日(土)	10:30~17:30
10日(日)	8:00~14:30

【 】は座長です

参加者の皆様へ

1. 参加受付

ウインクあいち8F 展示場802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9日(土)10:30～17:30(役員・評議員の受付も10:30より開始)
3月10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(ウインクあいち8F 展示場802)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9日(土)10:30～18:30
3月10日(日) 8:00～16:00

3. 企業展示

ウインクあいち8F 展示場802にて企業展示を行います。

開 設： 3月9日(土)10:30～18:00
3月10日(日) 8:30～16:00

4. 情報交換会(参加費無料)

日 時： 3月9日(土)18:30～20:30

場 所： 東天紅 名古屋国際センタービル店
名古屋市中村区那古野1-47-1 名古屋国際センタービル25F
TEL：052-562-1015

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、ウインクあいちの駐車場をご利用ください。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ございますので混雑緩和のため、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、指定場所をお願いいたします。
- ・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。ウインクあいち(TEL：052-571-6131)にお電話いただき、「第139回東海産科婦人科学会 学会本部(10F 1005)」とご依頼ください。

座長の皆様へ

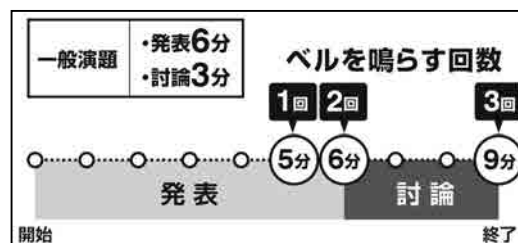
1. 総合受付に座長・指定演者受付を設けておりますので、参加受付の際、お立ち寄りください。担当セッションの開始10分前までに会場内の次座長席にご着席ください。
2. スムーズな進行のため、時間厳守にご協力ください。

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. 発表について

・発表データ受付:発表の30分前までに「PC受付」にてデータ受付をお済ませください。

・発表方法

1. 本学会での口演発表は、すべてPC発表となっております。35mmスライドやOHP、ビデオテープでの発表はできません。
2. あらかじめご自身の発表会場をご確認ください。
3. 登壇と同時にスライドショーの1ページ目を主催者側で表示いたします。プレゼンテーションは、舞台上のマウスを使用して、発表者ご自身で操作してください。画面は舞台上のモニターでも確認できます。
4. 質疑応答は、座長の判断により一括での討論となる場合があります。

・データ作成方法

1. プレゼンテーション作成ソフトは、Windows版PowerPoint(バージョン2003以降)を使用してください。文字フォントは、Windows標準のものをご使用ください。これ以外の文字フォントを使用した場合は、文字、段落のくずれ、文字化け、表示されないなどのトラブルが発生する可能性があります。
2. 動画の解像度は、XGA(1024×768)です。解像度がこれより大きい場合は、画面の周囲が切れてしまうことがありますのでご注意ください。
3. お持ち込みいただけるメディアは、CD-R(CD-RW不可)、もしくはUSBフラッシュメモリーです。
4. CD-Rへの書き込みの際は、ファイナライズ(使用したファイルを閉じる)作業を必ず行ってください。この作業が行われなかった場合は、データを作成したPC以外で開くことができなくなることがあります。あらかじめ、CD-Rを作成したPC以外でもデータを開くことができることをご確認ください。
5. メディアには、当日発表されるデータ以外のデータは入れないようにしてください。データのファイル名には、演題番号(半角)に続き、発表者の氏名(漢字)を必ず入れてください。
6. 動画をご使用の場合は、PowerPointとのリンク状態を保つため、動画ファイルも同じフォルダに保存してください。ファイル形式は、Windows Media Playerで動作するファイル形式(推奨:WMV形式)をご使用ください。(AVI形式はCODECによって再生できない場合があります)動画をご使用の場合は、ご自身のPCをお持ち込みいただくことをお勧めいたします。また、音声はご使用できません。
7. 不意のアクシデントに備え、必ずバックアップデータをご持参ください。PCに取り込んだ発表データは、主催者で責任をもって消去いたします。
8. Macintoshでプレゼンテーションデータを作成される方は、ご自身のPCをお持ち込みください。
9. PCをご持参される方は、外部出力ディスプレイが可能であることを必ずご確認ください。また、バッテリー切れを防ぐため、電源アダプターをご持参ください。お持ち込みPCの外部モニター出力端子の形状を必ず確認し、必要な場合は、接続用の端子をご持参ください。接続は、Mini D-sub15ピン3列コネクタ(通常のモニター端子)となります。

3. 進行について

前の演者の方の発表が始まりましたら「次演者席」にて待機してください。
座長の進行により、発表・討論を行ってください。

各種会議

1. 理事会

2019年3月9日(土)11:00～11:30【第2会場】8F 展示場803+804

2. 評議員会

2019年3月9日(土)11:40～12:10【第2会場】8F 展示場803+804

3. 代議員会

2019年3月9日(土)12:20～12:40【第2会場】8F 展示場803+804

4. 総会

2019年3月9日(土)15:20～15:35【第1会場】8F 展示場805

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9日(土) 13:00～14:00	第1会場 8F 展示場805
2.	領域講習	スポンサードセミナー1	3月9日(土) 15:50～16:50	第1会場 8F 展示場805
3.	領域講習	イブニングセミナー1	3月9日(土) 17:00～18:00	第1会場 8F 展示場805
4.	領域講習	スポンサードセミナー2	3月10日(日) 10:50～11:50	第1会場 8F 展示場805
5.	共通講習	教育セミナー	3月10日(日) 13:10～14:10	第1会場 8F 展示場805

※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、ご注意ください。

プログラム

プログラム（1日目）

1日目:3月9日(土)

【第1会場】8F 展示場805

■開 会 式（12:55～13:00）

○指導医講習会（13:00～14:00）

単位

／座長 尾崎 康彦 教授（名古屋市立大学大学院 医学研究科高度医療教育研究センター
産科婦人科学）

感染症対策の最近の動向

……………三重大学医学部附属病院 感染制御部長／田辺正樹

○第 1 群（14:10～15:15）

／座長 梶山 広明 准教授（名古屋大学 産婦人科）

1. 治療に先立ち診断的腹腔鏡手術を行った進行卵巣癌の1例
……………蒲郡市民病院 産婦人科／大久保大孝 他
2. Sister Mary Joseph's Noduleが契機となり、腹腔鏡手術により卵管原発と診断できた1例
……………岡崎市民病院／田口結加里 他
3. 急速な転帰をたどり死亡にいたったG-CSF産生卵巣がんの1例
……………名古屋市立東部医療センター 産婦人科／関宏一郎 他
4. 成熟嚢胞性奇形腫の茎捻転による緊急手術後、3ヵ月で卵黄嚢腫瘍を再発した症例
……………名古屋市立大学病院 産科婦人科教室／近藤恵美 他
5. 当施設における上皮性卵巣癌に対するオラパリブ適応の検討
……………藤田医科大学／高橋龍之介 他
6. 当院での再発卵巣癌におけるオラパリブ使用・有害事象についての検討
……………岐阜大学医学部附属病院／栗原万友香 他
7. 術後6年に手術創から離れた孤立性腹壁再発を来した卵巣癌の1例
……………トヨタ記念病院 産婦人科／李 麗佳 他

■総 会（15:20～15:35）

○スポンサードセミナー1（15:50～16:50）

単位

／座長 田畑 務 教授（東京女子医科大学 産婦人科）

SS1. 本邦の婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術の現状と展望

……………神戸大学医学部外科系講座産科婦人科学分野 婦人科先端医療学部門
教授／寺井義人
共催：テルモ株式会社

○イブニングセミナー1（17:00～18:00）

単位

／座長 若槻 明彦 教授（愛知医科大学医学部 産婦人科学講座）

ES1. 産科出血に関するトピックス -産科領域でのフィブリノゲン製剤の今後-

……………順天堂大学医学部 産婦人科学講座 准教授／牧野真太郎
共催：アトムメディカル株式会社

1日目:3月9日(土)

【第2会場】8F 展示場803+804

○第 2 群 (13:00~14:05)

／座長 関谷 隆夫 教授 (藤田医科大学)

8. 当院で経験した急性妊娠脂肪肝の二例
.....名古屋市立西部医療センター 産婦人科/野々部恵 他
9. 妊娠28週に妊娠高血圧症候群が増悪したと搬送され、緊急帝王切開を要した筋強直性ジストロフィー合併妊娠の1例
.....岐阜県立多治見病院/柴田真由 他
10. 重篤な合併症を有する脊髄性筋萎縮症2型合併妊娠の一例
.....名古屋第二赤十字病院 産婦人科/白石佳孝 他
11. 当院における梅毒感染妊婦3例と母体背景について
.....大同病院/加藤奈緒 他
12. 帝王切開を機に診断された結核性腹膜炎1例
.....木沢記念病院/丹羽堅太郎 他
13. 男性医師拒否のイスラム教妊婦に対する対応の検討
..... JA愛知厚生連海南病院/牧野明香里 他
14. 6年次産婦人科選択実習生を増やすためのクリニカル・クラークシップにおける分娩見学の意義と学生背景の解析
.....岐阜大学医学部附属病院 成育医療・女性科/島岡竜一 他

○第 3 群 (14:10~15:15)

／座長 鈴森 伸宏 教授 (名古屋市立大学大学院医学研究科 産科婦人科)

15. 重症妊娠悪阻に対する漢方治療について
.....岐阜県総合医療センター/永田健太郎 他
16. 肝機能異常の原因鑑別に苦慮した重症妊娠悪阻の一例
.....中部労災病院/則竹夕真 他
17. 母体の摂食障害からVitK欠乏症をきたし胎内で脳出血をきたした児の1例
.....愛知医科大学病院 産婦人科/吉田敦美 他
18. MRI検査にて出生前診断を行った慢性に経過する常位胎盤早期剥離診断の一例
.....大垣市民病院 産婦人科/中尾優里 他
19. 妊娠後期に自然破裂した肝細胞腺腫合併妊娠の1例
.....名古屋大学/橋本茉莉 他
20. 先天性総胆管嚢胞の1例
.....愛知医科大学 産婦人科/花井莉菜 他
21. 妊娠第三半期に胎児心ブロックを発症し、児娩出後に母体抗SS-A/Ro抗体陽性が判明した一例
.....名古屋第一赤十字病院/朝比奈録央 他

1日目:3月9日(土)

【第2会場】8F 展示場803+804

○第 4 群 (15:50~16:55)

／座長 小谷 友美 准教授 (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)

22. 当院で管理した無脾症候群 (右側相同) の臨床経過を後方視的に振り返る
あいち小児保健医療総合センター 産科/早川博生 他
23. 胎児先天性心疾患で紹介され、出生後に歌舞伎症候群と診断された1例
あいち小児保健医療総合センター/野坂麗奈 他
24. 臍帯潰瘍からの出血のために子宮内胎児死亡に至った胎児十二指腸閉鎖の1例
国立病院機構長良医療センター/松井雅子 他
25. 当院で経験した Retained products of conception (RPOC) 14例の検討
藤田医科大学 医学部 産婦人科/溝上和加 他
26. 当院における臨床的胎盤ポリープ8例の検討
一宮市立市民病院/水野克彦 他
27. 産褥2週間に大量出血をきたした3症例の検討
済生会松阪総合病院/小高紗季 他
28. 脊髄くも膜下麻酔による帝王切開術後に急性硬膜下血腫を発症した1例
大垣市民病院/市田啓佑 他

○イブニングセミナー2 (17:00~18:00)

／座長 藤井 多久磨 教授 (藤田医科大学 産婦人科)

ES2. 再発卵巣癌の治療戦略

.....東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座 准教授/矢内原臨
 共催: アストラゼネカ株式会社・MSD株式会社

プログラム (2日目)

2日目:3月10日(日)

【第1会場】8F 展示場805

○第 5 群 (8:30~9:25)

／座長 渡辺 員支 教授 (愛知医科大学周産期母子医療センター)

- 29. 広靱帯内筋腫に対する腹腔鏡下手術の工夫について
.....岐阜市民病院 産婦人科／加藤雄一郎 他
- 30. 当科における反復卵管妊娠症例の帰結について
.....岐阜市民病院 産婦人科／齋竹健彰 他
- 31. 当院における帝王切開痕部妊娠9例の治療法についての検討
.....名古屋大学附属病院／仲西菜月 他
- 32. Hemorrhagic shock caused by ruptured ectopic pregnancy with a negative urine pregnancy test
..... Kasugai Municipal Hospital／Hiroki Fujimoto 他
- 33. LDH異常高値を示した子宮筋腫の一症例
.....蒲郡市民病院 産婦人科／大久保大孝 他
- 34. 全腹腔鏡下単純子宮全摘術後に発生した付属器茎捻転の1例
.....三重県立総合医療センター 産婦人科／佐藤友紀 他

○第 6 群 (9:40~10:45)

／座長 篠原 康一 教授 (愛知医科大学 産婦人科)

- 35. 下肢深部静脈血栓を合併した、子宮筋腫による過多月経、重症貧血に対し、下大静脈フィルターを留置して早期に手術を施行した一例
.....名古屋記念病院／廣中昌恵 他
- 36. 子宮内膜症性嚢胞破裂症例に対し洗浄ドレナージ施行後も治療に難渋した1例
.....医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 産婦人科／安藤万恵 他
- 37. 癒着性腸閉塞を来し、外科的治療を要した卵巣卵管膿瘍の一例
.....岐阜県総合医療センター 産婦人科／坊本佳優 他
- 38. 卵管卵巣膿瘍に対する経腔穿刺排膿術の有用性
.....名古屋第一赤十字病院 産婦人科／奥原充香 他
- 39. 卵管奇形腫の一例
.....済生会松阪総合病院／辻 尚也 他
- 40. 難症例に対する腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) — 巨大子宮筋腫 —
.....常滑市民病院 婦人科／黒土升蔵
- 41. 難症例に対する腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) — 深部子宮内膜症 —
.....常滑市民病院 婦人科／黒土升蔵

○スポンサーセミナー2 (10:50~11:50) **単位**

／座長 近藤 英司 講師 (三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科)

- SS2. 婦人科領域における鏡視下手術：どう使う？これからどうなる？
.....岩手医科大学 産婦人科 教授／馬場 長
共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

○ランチョンセミナー1 (12:00~13:00)

／座長 古井 辰郎 教授 (岐阜大学大学院医学系研究科 産科婦人科学分野)

- LS1. 子宮内膜症の薬物療法2019：LEP新製剤を加えて
.....京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 教授／北脇 城
共催：あすか製薬株式会社

2日目:3月10日(日)

【第1会場】8F 展示場805

○教育セミナー (13:10～14:10)

単位

／座長 池田 智明 教授 (三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科)

生殖医療の未来を考える—生殖医学の進歩の中で—

…………… 慶應義塾大学名誉教授/福島県立医科大学副学長/吉村泰典

○第 7 群 (14:20～15:45)

／座長 村上 勇 院長代行 (名古屋市立東部医療センター)

42. 子宮体癌発症をきっかけにLynch症候群を強く疑った一例
……………名古屋第二赤十字病院 産婦人科/仲川裕子 他
43. 全身のリンパ節転移を疑わせた梅毒合併子宮体癌の1例
……………岡崎市民病院 産婦人科/千田康敬 他
44. 早期対応可能であった子宮体部原発脱分化癌の1例
……………高山赤十字病院/林 佳奈 他
45. 子宮内膜細胞診疑陽性例の転帰に関する検討
……………名古屋市立大学 産科婦人科教室/加藤綾美 他
46. 卵管捻転により判明した卵管境界悪性腫瘍の一例
……………藤田医科大学 ばんたね病院 産婦人科/小川千紗 他
47. 成熟嚢胞性奇形腫に伴う卵巣原発カルチノイドの一例
……………津島市民病院/岩田愛美 他
48. 若年性上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍において年齢は独立した予後予測因子となるか
～東海卵巣腫瘍研究会583例の解析より～
……………名古屋大学医学部附属病院/花谷菜也 他
49. 子宮摘出後のParasitic myomaのため診断に苦慮した卵巣原発HGESSの一例
……………名古屋第一赤十字病院 産婦人科/三澤研人 他
50. 腹腔鏡下子宮全摘術後に仙骨子宮靭帯からの出血により再開腹が必要となった一例
……………市立恵那病院 産婦人科/小谷倫子 他

■閉 会 式 (15:50～16:00)

2日目:3月10日(日)

【第2会場】8F 展示場803+804

○第 8 群 (8:30~9:35)

／座長 古井 辰郎 教授 (岐阜大学大学院医学系研究科 産科婦人科学分野)

51. 水腎症を契機に発見されたデスモイド腫瘍の1例
 済生会松阪総合病院 / 小林奈津子 他
52. 外陰症状を認めず悪性腫瘍様頸部腫大を示した性器ヘルペス感染症の2例
 西知多総合病院 / 齋藤 理 他
53. 当院における細径子宮鏡の導入
 JA愛知厚生連 豊田厚生病院 産婦人科 / 神谷知都世 他
54. 子宮腺筋症を合併した不妊患者に対する不妊治療の成績と周産期予後の検討
 トヨタ記念病院 産婦人科 / 岩井健朗 他
55. リスク・ベネフィットバランスを考慮したジエノゲストの使用法
 ~当院におけるジエノゲスト処方状況より~
 豊橋市民病院 産婦人科 / 河合要介 他
56. 産科新規開設後の一次施設における周産期管理の妥当性の検討
 市立恵那病院 産婦人科 / 小谷倫子 他
57. 早発卵巣不全症における卵胞刺激ホルモン (FSH)、抗ミュラー管ホルモン分泌値と治療成績
 成田育成会 成田病院 / 辰己佳史 他

○第 9 群 (9:40~10:45)

／座長 梅村 康太 部長 (豊橋市民病院 産婦人科)

58. 子宮頸部原発の神経内分泌性大細胞癌にTC+ペバシヅマブ療法が著効した1例
 愛知医科大学 / 櫻田昂大 他
59. 続発性下肢リンパ浮腫発症期間に関する検討
 トヨタ記念病院 産婦人科 / 上野真帆 他
60. 子宮頸部原発の神経内分泌癌に対し、ペバシヅマブを併用した化学療法を行った2例
 高山赤十字病院 / 桑山太郎 他
61. 子宮留膿腫の穿孔を来した子宮頸癌の1例
 江南厚生病院 / 小笠原桜 他
62. 子宮頸がん治療中に発症した脳梗塞の1例
 名古屋市立西部医療センター 産婦人科 / 高木七奈 他
63. 当院で経験した外陰悪性黒色腫の4例
 名古屋大学 / 水谷栄介 他
64. 膣平滑筋腫の1例
 刈谷豊田総合病院 産婦人科 / 黒田啓太 他

○スポンサードセミナー3 (10:50~11:50)

／座長 吉川 史隆 教授 (名古屋大学大学院医学系研究科 総合医学専攻
 発育・加齢医学講座 産婦人科学)

- SS3. 閉経後女性のホルモン補充療法を考える~エクオール最新情報とHRTの使い分け~
 愛知医科大学 産婦人科教室 教授 / 若槻明彦
 共催: 大塚製薬株式会社

2日目:3月10日(日)

【第2会場】8F 展示場803+804

○ランチセミナー2 (12:00~13:00)

／座長 森重 健一郎 教授 (岐阜大学大学院医学系研究科 産科婦人科学分野)

LS2. 卵巣癌治療における Bevacizumab の意義を再考する

…………… 東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野 准教授／島田宗昭

共催：中外製薬株式会社

○第 10 群 (14:20~15:45)

／座長 高橋 雄一郎 部長 (岐阜総合医療センター 胎児診療科)

65. 早産マーカーとしての癌胎児性フィブロネクチン定量検査の有用性
…………… 名古屋大学 産婦人科／今井健史 他
66. 妊娠初期のGBS検出と早産の関連性についての検討
…………… トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科／柴田崇宏 他
67. 早産症例に腔内のウレアプラズマとマイコプラズマの存在する割合が高いかどうかの検討
…………… 三重中央医療センター／大阪 優 他
68. 当院における一絨毛膜二羊膜双胎、二絨毛膜二羊膜双胎の比較検討
…………… 一宮市立市民病院／外山文子 他
69. 非常に膜性診断に苦慮したMM双胎の2症例
…………… 長良医療センター／安見駿佑 他
70. 当院における臍帯脱出症例の検討
…………… 安城更生病院／片山高明 他
71. 胎児スクリーニングとしての胎児中大脳動脈最大血流速度の有用性についての検討
…………… トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科／上野琢史 他
72. 経膈分娩が可能であった子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離8例の検討
…………… 岐阜県立多治見病院 産婦人科／北見和久 他
73. 当院で経験した母児間輸血症候群の3例
…………… 名古屋市立大学／平田 悠 他

Robotic Battle のご案内

下記の要領にて Robotic Battle を開催いたします。

予 選：2019年3月9日(土)13:00～16:00

決 勝：(上位2チーム)2019年3月9日(土)18:30～20:30

会 場：予選 展示会場(802)「株式会社アダチ」のブース

決勝 情報交換会会場(東天紅 名古屋国際センタービル店)

人 数：各大学2名

参加資格：卒業後、3年から5年の医師

備 考：予選に参加された方は必ず情報交換会に参加して頂けますようお願いいたします。

指導医講習会・教育セミナー

指導医講習会・教育セミナーについて

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。

感染症対策の最近の動向

三重大学医学部附属病院 感染制御部長

田辺 正樹

他の医療分野と同様に、感染症領域も、ここ10年で大きく様変わりしてきた。平成19年に医療安全対策と並び院内感染対策が医療法で規定され、個々の取り組みから病院全体での取り組みへ方針転換された。平成24年の診療報酬改定にて、感染防止対策加算が改訂・感染防止対策地域連携加算が新設され、感染対策の地域連携が開始された。また、薬剤耐性（AMR）が世界的な問題となってきたことを受け、平成28年に薬剤耐性（AMR）対策アクションプランが策定された。感染対策の質向上のためには、院内感染対策（耐性菌を広げないこと）に加え、抗菌薬適正使用（耐性菌を作らないこと）が重要であり、抗菌薬適正使用を推進するためのチーム（AST）活動を評価する抗菌薬適正使用支援加算が平成30年に開始された。

院内感染対策やAMR対策に加え、新興・再興感染症の対策強化も進められている。平成25年、新型インフルエンザや新感染症発生時の対応強化のため新型インフルエンザ等対策特別措置法が施行、政府行動計画・ガイドラインが策定された。最近では、西アフリカでエボラ出血熱、中東や韓国でMERS、南米でジカウイルスの流行などが見られた。日本でも、麻しん・風しんの流行、また梅毒患者の増加などが問題となっている。

本講演では、最近の感染症対策の動向について概説する。

【略 歴】

〔現職〕

三重大学医学部附属病院 感染制御部長（病院教授）感染症内科長

〔略歴〕

平成9年3月 三重大学医学部 卒業

平成9年5月 国立国際医療センター 内科研修

平成11年5月 三重大学医学部附属病院 第一内科（循環器内科）入局

平成17年7月 米国 ピッツバーグ大学医学部 心エコーラボ

平成19年4月 三重大学医学部附属病院 感染制御部 副部長

平成23年4月 厚生労働省医政局指導課 医療確保対策専門官

平成24年4月 厚生労働省健康局結核感染症課 新型インフルエンザ対策推進室長補佐

平成25年4月 三重大学医学部附属病院 医療安全・感染管理部 副部長

平成29年4月 三重大学医学部附属病院 感染制御部 部長

生殖医療の未来を考える—生殖医学の進歩の中で—

慶應義塾大学名誉教授/福島県立医科大学副学長

吉村 泰典

生殖医療の進歩にはめざましいものがあり、生殖現象の解明のみならず、ヒトの生殖現象を操作する新しい技術も開発されている。しかし、生殖補助医療は受精・着床といった生命現象の分化メカニズムの解明を待つことなく、臨床現場の不妊症に悩む夫婦からの切実な訴えに支えられることによって、実験的医療とも考えられる数々の試みが実施されてきた。しかしながら、生殖医療において忘れてはならないことは、クライアントが希望し、医療者が施術を提供できれば医療行為は成立するが、他の医療とまったく異なり、新しい生命の誕生があることである。たとえ自己決定に基づく生殖医療であっても、生まれてくる子どもの同意を得ることはできないことを、クライアントも医療提供者も十分に認識しておく必要がある。現在、生殖医療に求められる最重要課題は生まれた子どもの長期追跡体制を確立することであり、その検証は生殖医療に携わるものの責務である。

細胞凍結保存技術の進歩により、精子や生殖補助医療で作られた胚の凍結保存は既に古くから臨床応用されており、良好な妊娠成績が得られている。さらに今世紀に入り、がん患者において卵巣の凍結保存も実施されるようになり、融解後の卵巣組織の移植による妊娠例が報告されるようになってきた。このように新たな妊孕性温存のための医療技術が開発されており、がん・生殖医療が新たな医療領域として確立しつつある。また2014年スウェーデンにおいて、26歳の女性が子宮移植後1年で胚移植を受け、妊娠し、健康な男児を出産している。しかしながら、子宮移植の臨床応用にあたりは、レシピエント、ドナー、生まれてくる子に与える負担やリスクなど検討を要する医学的、倫理的、社会的なさまざまな課題が残されている。

再生医学の生殖医療への応用を考えた場合、無精子症や早発月経のような絶対不妊などの生殖機能障害を持つ個人から、ヒトES細胞、iPS細胞を樹立し、配偶子へ分化させることが可能となれば、精子や卵子の提供を受けることなく、子どもを持てる時代が到来するかもしれない。ヒトiPS細胞の作製と生殖細胞への分化誘導は、ヒト胚の廃棄を伴わないという点においてヒトES細胞のもつ倫理的課題を回避しており、免疫拒絶が起こらず、同一人物や同性に由来する配偶子を用いて受精させることが可能である利点を有している。しかし、他臓器の再生医療と異なり世代の継承に関与しており、個体にとどまらないという特殊性をもっていることを忘れてはならない。

今後、生殖医療をどのように発展させていくかは、人間の智慧が問われるところである。

【略歴】	【学歴】	1975年	慶應義塾大学医学部卒業
	【職歴】	1983年	米国ペンシルバニア病院 research fellow
		1984年	米国ジョンスホプキンス大学 instructor
		1995年	慶應義塾大学医学部産婦人科教授
		2013年	内閣官房参与 (少子化対策・子育て支援担当)
		2014年	慶應義塾大学 名誉教授
		2015年	福島県立医科大学 副学長 (業務担当)

共催セミナー

(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)

単位認定のあるスポンサードセミナー、イブニングセミナーについて
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、ご留意ください。
なお、平成28年度より受講証の発行は行いません。

スポンサーセミナー1(1日目 15:50~16:50)

【第1会場】8F 展示場805

共催：テルモ株式会社

SS1. 本邦の婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術の現状と展望

神戸大学医学部外科系講座産科婦人科学分野 婦人科先端医療学部門 教授

寺井 義人

腹腔鏡下手術は、低侵襲であり、拡大視野によってより精緻な操作ができるなどメリットも大きいですが、その適応や術式の標準化など課題は多い。本邦における婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術は、2014年に早期子宮体癌に対して骨盤リンパ節郭清術までが保険適用になり、2017年に先進医療Aの下で腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術が開始された。また、2018年に子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘出術と早期子宮体癌に対するロボット支援下手術が保険適用となった。このように婦人科悪性腫瘍に対する鏡視下手術は広がりを見せつつあるが、一方で婦人科腫瘍専門医の中で鏡視下手術は未だ普及していない。我々は、前任地で2010年から先進医療の下で早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術を導入し、子宮体癌に対する腹腔鏡下手術をはじめ広汎子宮全摘出術、ロボット支援下手術などを行ってきた。本講演では、婦人科悪性腫瘍に対する鏡視下手術の取り組みの現状と展望を考えていきたい。

【略 歴】	昭和60年 3月	滋賀県立彦根東高等学校普通科 卒業
	平成 4年 3月	福井大学医学部 卒業
	平成 4年 6月	大阪医科大学附属病院にて臨床研修開始
	平成 6年 6月	大阪医科大学 助手 (産婦人科学教室)
	平成 9年 4月	大阪医科大学大学院医学研究科博士課程に入学
	平成10年 4月~平成11年10月	東北大学加齢医学研究所腫瘍循環分野に国内留学 (血管新生を研究)
	平成15年 3月	大阪医科大学 学内講師 (産婦人科学教室)
	平成16年10月~平成17年10月	米国コロラド州立大学病理学教室留学 (Wilbur教授の下で、婦人科癌におけるEGFRの遺伝子変異について研究)
	平成18年 6月	大阪医科大学 講師 (産婦人科学教室)
	平成24年 4月	大阪医科大学 診療准教授 (産婦人科学教室)
	平成26年 7月	大阪医科大学准教授 (産婦人科学教室)、産科・生殖医学科科長
	平成30年12月16日~	神戸大学医学部産科婦人科学分野婦人科先端医療学部門 特命教授
	現在に至る。	

SS2. 婦人科領域における鏡視下手術：どう使う？これからどうなる？

岩手医科大学 産婦人科 教授

馬場 長

2018年に本邦の産婦人科診療は大きな転機を迎えた。すなわち、以前より保険適用となっていた初期子宮体癌に対する鏡視下子宮悪性腫瘍手術（K879-2）が、ロボット支援下手術で行うことも腫瘍径の小さな初期子宮頸癌に対して行うことも保険適用となった。施設や術者に満たすべき要件はあるものの、K879-2は日本全国どこでも患者に提供されることが求められるようになった。その一方、海外から子宮頸癌に対する腹腔鏡手術やロボット支援下手術の根治性に問題があるとする報告が相次ぎ、本術式を積極的に推進すべきかどうか国内外に大きな混乱を招いている。

2019年は2020年の保険改訂にあわせて、どの術式が保険適用となるのかを要望する仕上げの一年となる。K879-2の適用拡大を受けて当初、産婦人科関連学会は現在執り行われている2つの先進医療術式、①初期子宮頸癌に対するロボット支援下での広汎子宮全摘術と②中リスクの子宮体癌に対する傍大動脈リンパ節郭清を含めた腹腔鏡手術、および②についてはロボット支援下手術まで一気に申請することを予定していた。子宮頸癌手術に対する厳しい視線と、ロボット支援下手術の前向き登録事業の義務化を受け、学会は軌道修正を余儀なくされている。

一つの術式が標準治療として確立するには通常、安全性と根治性と普遍性が必要となる。2018年は婦人科領域の鏡視下手術を今後、いかに進めるべきかを産婦人科全体で考える機会になった。本セミナーでも今一度、この3点を満たす鏡視下手術運用とは何か、有効なエネルギーデバイスの使用法とはどういったものか、術式を広く伝えていくにはどうすべきか、将来的な展望はどうか、会場の先生方と共に確認する予定である。

【略 歴】	平成10年	京都大学医学部卒業、京都大学産科婦人科入局
	平成18年	Duke大学婦人科腫瘍学 研究員
	平成19年	京都大学大学院医学研究科卒業、学位取得
	平成20年	京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学 助教
	平成25年	同 講師
	平成29年	同 准教授
	平成30年	岩手医科大学産婦人科 主任教授

スポンサーセミナー3(2日目 10:50~11:50)

【第2会場】8F 展示場803+804

共催：大塚製薬株式会社

SS3. 閉経後女性のホルモン補充療法を考える ～エクオールの最新情報とHRTの使い分け～

愛知医科大学 産婦人科教室 教授

若槻 明彦

ホルモン補充療法（HRT）は以前、冠動脈疾患など心血管疾患（CVD）の予防に効果的との研究から米国では40%以上の閉経後女性が使用していた。しかし、Women's Health Initiativeの報告により、これまでとは逆にCVDリスクが上昇すると指摘されたため、HRTには否定的な考えになった。しかし、その後多くの研究により、HRTの開始年齢や投与期間、エストロゲンの種類や投与経路、黄体ホルモンの種類によってCVDリスクに対する影響は大きく異なることがわかってきた。HRTを50才代か、閉経後10年以内に開始することでCVDリスクはむしろ低下する傾向が示されており、その効果は5年間以後で顕著となる。また、動脈・静脈血栓リスクにおいて、経口エストロゲンに比較して経皮エストロゲンのメリットが示されている。黄体ホルモンに関しては、従来の合成型プロゲステンに比較して、天然型プロゲステロンは動脈血栓リスクや乳がんリスクのないこともわかっている。このようにエストロゲンや黄体ホルモンの種類や投与方法を考慮することにより、HRTの有害事象をかなり低減することが可能になってきた。

一方、漢方療法に関しても頭痛、血管運動神経症状、抑うつ症状、不眠などに効果的であることも証明されている。また、大豆イソフラボン（ダイゼイン）の代謝物であるエクオールはエストロゲンと類似した骨格を持ち、更年期症状をはじめ、骨代謝、脂質代謝、血圧などに多くの有益効果のあることも数多く報告されている。

本学会では、HRT投与の時期や期間、投与経路の違いがCVDリスクに与える影響、さらには黄体ホルモンの種類によるCVDや乳がんリスクに与える影響の差異について解説する。さらに漢方療法のエビデンスや、エクオールの有する様々な有益効果とエクオールが適応される症例についても紹介する予定である。

【略 歴】 職歴

昭和59年：愛知医科大学卒業
 昭和59年：高知医科大学医学部附属病院研修医（産婦人科）
 昭和61年：高知医科大学医学部附属病院助手（産婦人科）
 平成元年～3年：アメリカ合衆国カリフォルニア州
 アーバインカリフォルニア大学 リサーチフェロー
 平成7年：高知医科大学医学部附属病院周産母子センター 講師
 平成13年：高知医科大学医学部附属病院周産母子センター 助教授・副部長
 平成16年：高知大学医学部 生体機能・感染制御学講座
 生殖・加齢病態学教室 助教授
 平成17年：愛知医科大学 産婦人科学教室 主任教授
 平成23年～30年：愛知医科大学病院 副院長
 平成25年：学校法人愛知医科大学 評議員
 平成26年：愛知医科大学 副学長
 平成28年：学校法人愛知医科大学 理事
 平成30年：愛知医科大学 医学部長・医学研究科長

ES1. 産科出血に関するトピックス -産科領域でのフィブリノゲン製剤の今後-

順天堂大学医学部 産婦人科学講座 准教授

牧野 真太郎

フィブリノゲンは種々の凝固関連因子の中で大量出血時に最初に危機的レベルを下回ることから、産科出血においても失われたフィブリノゲンを早期に補充し、止血可能な血中濃度に戻すことは、臨床的に極めて重要であると考えられる。海外では産科出血に対してクリオプレシピテートやフィブリノゲン濃縮製剤の使用が推奨されている。近年本邦においても産科危機的出血に対するフィブリノゲン濃縮製剤使用の報告が増えつつあり、日本人患者においても海外と同様の有用性が期待できる結果が得られている。欧州のガイドラインでは、大量出血時の血中フィブリノゲン濃度が150~200mg/dLを下回る場合は3~4gのフィブリノゲン濃縮製剤の投与を推奨している。また、日本産科婦人科学会が実施した、フィブリノゲン濃縮製剤の国内における使用実態調査においても1回あたりの投与量の中央値は3gであり、効果不十分な場合は繰り返し投与がなされていた。産科危機的出血対応指針2017では、産科危機的出血と診断したら輸血を開始すること、産科出血はDICに移行しやすいので赤血球製剤だけでなく新鮮凍結血漿を投与することが推奨されている。

わが国でも日本産科婦人科学会により使用実態調査が行われ、また松永らにより後方視的ながらもフィブリノゲン製剤の使用の有無2群間比較が行われその有効性が有意であることが示されている。これは産科危機的出血重症例に対するフィブリノゲン製剤の有効性に関する現実的なエビデンスとなると考えられる。倫理的な側面から、重症例でのプラセボ対照無作為化二重盲検比較試験の実施は困難であるが、今後の使用実態の追加調査などの新たな知見が必要と判断された場合には、日本産科婦人科学会としての協力体制を整えていく必要がある。

【略 歴】	平成13年 3月	順天堂大学医学部卒業
	13年 4月	順天堂大学医学部附属順天堂医院 産婦人科 臨床研修医
	17年 6月	カナダ アルバータ大学 産婦人科 留学 (PhD student)
	~18年10月	
	20年 4月	順天堂大学医学部産婦人学講座 助教
	23年 1月	順天堂大学医学部附属順天堂医院 産科病棟医長
	24年 1月	順天堂大学医学部産婦人科学講座 准教授
	30年11月	順天堂大学医学部産婦人科学講座 前任准教授
		現在に至る

イブニングセミナー2(1日目 17:00~18:00)

【第2会場】8F 展示場803+804

共催：アストラゼネカ株式会社・MSD 株式会社

ES2. 再発卵巣癌の治療戦略

東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座 准教授

矢内原 臨

近年の目覚ましい分子標的治療薬の開発に伴い、再発卵巣癌の治療戦略は大きな変換期を迎えている。従来、再発卵巣癌の治療方針は、初回化学療法終了後から半年以上経過したプラチナ製剤感受性再発と半年以内に再発したプラチナ製剤抵抗性再発とに分けて検討されているが、特にプラチナ製剤感受性再発に対する治療に関して、2010年以降、国際共同大規模臨床試験の結果が相次いで報告されている。血管新生阻害剤（ベパシズマブ）及びPARP阻害剤（オラパリブ）を用いた薬物療法に限らず、再発腫瘍に対する手術療法に関してもエビデンスが蓄積され治療の選択肢が広がった。その一方で、真に各々の患者に有効となる治療法の選択が困難となったとも考えられる。本セミナーでは、昨年、薬事承認されたオラパリブの実臨床における自験例を含めて、再発卵巣癌、特にプラチナ製剤感受性再発に対する治療戦略について検討したい。

【略 歴】 平成 8 年 3 月 東京慈恵会医科大学医学部卒業
平成12年 4 月 国立がんセンター研究所生物学部リサーチレジデント
平成14年 4 月 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座助教
平成16年 1 月 東京慈恵会医科大学大学院医学博士受領
平成16年 5 月 米国国立衛生局国立がん研究所ヒト発ガン研究部客員研究員
平成24年 2 月 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座講師
平成30年12月 東京慈恵会医科大学産婦人科学講座准教授
現在に至る

LS1. 子宮内膜症の薬物療法2019：LEP新製剤を加えて

京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 教授

北脇 城

Low dose estrogen progestin配合剤 (LEP製剤) が発売されてからはや10年が経過した。LEPは、従来避妊目的に使用され自費薬である低用量経口避妊薬 (oral contraceptive; OC) と区別するために、月経困難症を適応症とした保険薬として、組成そのままにこのように呼ばれることが慣例となっている。しかし、OCとLEPはいずれも低用量のエストロゲンとプロゲステロゲンの配合剤であり、基本的には作用機序も異ならない。LEPは日本固有の呼称であり、世界的にはOCの範疇に含まれている。LEP製剤は、OCとともに基本的に副作用が少なく安全な薬剤であることから、思春期から閉経まで長期間にわたり使用することができる。

わが国で発売されているOC・LEP製剤に含有されているエストロゲンはすべてエチニルエストラジオールである。LEP製剤の最も注意すべき副作用である深部静脈血栓症の発症がエストロゲンの用量依存性に高くなることもあり、現在では超低用量である20 μ gのものも多く使用されている。LEP製剤に含有されているプロゲステロゲンにはノルエチステロンとドロスピレノンの2種類があったが、2018年10月に第2世代のレボノルゲストレル90 μ gを含有する第3のLEP製剤が上市された。本剤においてはcyclic regimenとtri-cyclic regimenの2種類の投与法の選択が可能である。第3相臨床試験では、この2種類のregimenの二重盲検比較試験が世界で初めて行われ、cyclicよりtri-cyclicの方がVASおよび月経困難症スコアにおいて有意に改善効果が高いことが証明されている。したがって、cyclic regimenで月経困難症に対して十分な効果が得られなかった症例に対して、tri-cyclic regimenはさらに次のステップであるジェノゲストやGnRHアゴニスト、あるいは手術療法に移行する前に考慮すべき選択肢である。

レボノルゲストレルはプロゲステロン活性と同時にアンドロゲン活性も強いのが特徴である。単剤では、内服薬は緊急避妊薬として使用されており、子宮内避妊器具に薬剤が添加されたものは避妊薬および過多月経と月経困難症の治療に用いられている。またエストロゲンとの配合剤では、光学異性体であるノルゲストレルを含有した配合剤が、消退出血をもたらす目的、機能性子宮出血の治療、カウフマン療法などに対して汎用されている。さらに、三相性のOCやエストラジオールとの配合貼付剤は、ホルモン補充療法および閉経後骨粗鬆症に保険適応がある。

LEP製剤は、単に機能性および器質性月経困難症の治療だけではなく、子宮内膜症の疼痛管理の第一選択薬の1つとして広く使用されている。さらに、子宮内膜症の再発予防や重症化の予防薬としてもひろく使用されている。これらのエビデンスも着実に蓄積してきている。新しいLEP製剤が加わったことで治療の選択肢はさらに広がった。各製剤の特性を理解したうえで、患者のニーズに合わせた適切な製剤を適正に使用することが求められる。

【略 歴】	1981年	京都府立医科大学医学部医学科卒業
	1986年	米国バッフアロー医学財団研究所内分泌生化学部門リサーチフェロー
	1993年	社会保険京都病院産婦人科部長
	2008年	京都府立医科大学教授
	2017年	京都府立医科大学副学長、附属病院長

ランチョンセミナー2(2日目 12:00~13:00)

【第2会場】8F 展示場803+804

共催：中外製薬株式会社

LS2. 卵巣癌治療における Bevacizumab の意義を再考する

東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野 准教授

島田 宗昭

日本（GOG Japan）からも参画したGOG218試験の結果に基づき、2013年11月22日、抗VEGFヒト化モノクローナル抗体ベバシズマブ（BEV）が婦人科がんに対して初めての分子標的治療薬として卵巣癌に対する保険収載を得た。5年以上の年月を経て、BEVは卵巣癌のみならず、進行・再発子宮頸癌に対する保険収載も得て、婦人科悪性腫瘍の日常診療で広く用いられている分子標的治療薬となった。2018年1月には再発卵巣癌に対してPARP阻害剤が保険承認され、免疫チェックポイント阻害薬の治験も活発に行われ、進行・再発卵巣癌に対する治療選択肢が増えることが期待されている。

卵巣癌に対するBEVの使用用途は、①進行症例に対する初回治療、②再発症例（プラチナ製剤感受性、プラチナ製剤抵抗性）に対する薬物療法、③PDSが困難な進行症例に対する術前化学療法に大別される。①に関してはGOG218試験、ICON7試験、ROSiA試験、②に関しては、OCEANS試験、GOG213試験、MITO16B試験、AGO-OVAR2.21試験、AURELIA試験、③についてはANTHALYA試験などが報告されている。最近、JGOG3022試験が発表され、本邦におけるBEVの有害事象と効果が明らかとなった。

本セッションでは承認から5年を経たBEVの卵巣癌に対する臨床試験の結果を確認し、会場の皆様と卵巣癌治療におけるBEVの意義を再考したい。

【略 歴】	平成 7 年3月	鳥取大学医学部医学科卒業
	平成 7 年4月	鳥取大学医学部附属病院 産婦人科
	平成12年9月	鳥取大学大学院医学系研究科博士課程修了 医学博士取得
	平成15年1月	鳥取大学医学部附属病院 助手
	平成27年2月	鳥取大学医学部産婦人科学教室 講師
	平成28年8月	東北大学病院 婦人科 准教授
	平成30年7月	東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野 准教授 東北大学病院 婦人科長、特命教授

一般演題

第1群(1日目 14:10~15:15) 第1会場

1. 治療に先立ち診断的腹腔鏡手術を行った進行卵巣癌の一例

蒲郡市民病院 産婦人科

大久保大孝、奈倉祐貴、浅井里依香、藤井裕子、石川賀子、田村栄男、大橋正宏

【目的】卵巣癌は発見時には既に進行期であることが多い疾患であり、治療法選択に苦渋するケースが少なくない。今回我々は、画像だけでは検索しえない肉眼的な所見をもとに治療に取り組んだ卵巣癌Ⅲc期の1症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

【方法】75歳女性、2経妊2経産、既往歴・家族歴共に特記すべきことなし。腹部膨満感主訴にて近医受診。大量胸腹水、及び下腹部腫瘍認めため、精査加療目的に当院紹介受診。上下部消化管精査で異常なく、画像上卵巣原発の悪性腫瘍が疑われた。

【成績】完全手術困難な進行期卵巣癌を疑い、まず診断的腹腔鏡手術施行。術中所見は、大量の漿液性腹水、12cm径の右付属器腫瘍、無数の播種病変を認めたがほぼ小骨盤腔に局限。右付属器の生検を施行、病理診断はserous adenocarcinoma of right ovary。S状結腸から直腸にかけ浸潤を否定できない所見あり、消化管穿孔のリスクを考慮し、初回化学療法にはBevacizumabを除外する方針とした。TC療法2クール終了後、胸腹水の消失、腫瘍の著明な縮小効果が得られたため、腹式子宮全摘+両側付属器切除+骨盤内~傍大動脈リンパ節廓清+大網切除術施行。初回見られた肉眼的播種病変は消失していた。最終病理診断は、serous adenocarcinoma pTⅢc pN1 pMoであった。術後TC+Bevacizumab療法4クール施行。現在Bevacizumab維持療法中であるが明らかな再発兆候を認めていない。

【結論】進行期卵巣癌症例に対しては、診断的腹腔鏡手術を行うことで病態のより詳細な把握に繋がりが、結果として周術期のみならず治療全般における合併症の軽減に寄与する可能性が示唆された。

2. Sister Mary Joseph's Noduleが契機となり、腹腔鏡手術により卵管原発と診断できた1例

岡崎市民病院¹、同 病理診断科²田口結加里¹、角 朝美¹、近田琴美¹、千田康敬¹、今川卓哉¹、内田亜津紗¹、曾根原玲菜¹、阪田由美¹、森田剛文¹、榊原克巳¹、小沢広明²

【諸言】Sister Mary Joseph's Nodule (以下SMJN)は悪性腫瘍の臍転移の総称であり、予後不良の兆候とされる。今回、SMJNを認め、原発として卵巣・卵管が疑われるものの、画像検査などでは原発巣が不明であったため、腹腔鏡下手術で卵管原発と確定できた症例を経験したので報告する。【症例】64歳、3妊1産、既往は高血圧、甲状腺機能低下症。臍部の発赤と出血のため当院外科を受診。臍炎の疑いで治療を行うも、症状の改善なく、左鼠径リンパ節腫大も認めるようになった。精査目的で臍部の生検を施行し、転移性腺癌と診断され、原発として卵巣・卵管が疑われた。CT、MRI等の画像検査では卵巣・卵管に明らかな所見は認めず、PET-CT検査でも臍部、右腋窩リンパ節、左鼠径リンパ節に異常集積を認めたが、卵巣・卵管には原発を疑う所見は指摘されなかった。患者への十分なICの後、原発巣の確定診断と腫瘍減量術を目的として臍部、右腋窩、両側鼠径部病変の摘出と腹腔鏡下での両側付属器切除術と腹腔内観察を行った。術中所見では明らかな付属器腫大や腹膜、大網播種病変は認めなかった。病理組織検査で肉眼所見では正常と思われた右卵管採にhigh-grade serous carcinomaの所見を認め、臍部、右腋窩リンパ節、左鼠径リンパ節にも同様のhigh-grade serous carcinomaの所見を認めた。卵管癌ⅣB期の診断で、DC+Bev療法(docetaxal 70 mg/m², carboplatin AUC5, bevacizumab 15 mg/kg)を6サイクル施行し、その後は再発を認めず、ベバシズマブ単剤での維持療法を継続中である。【考察】SMJNの原発巣としては消化器癌や女性では卵巣癌が多いとされるが、本症例の様に明らかな腹腔内播種が無いにも関わらずSMJNを呈した卵管癌は非常に稀である。本症例では術前の精査では原発巣が特定できなかったが、腹腔鏡下手術により低侵襲に原発巣を確定できた。また、原発巣の確定によって治療をすみやかに行うことが出来、良好な経過を得ている。

3. 急速な転帰をたどり死亡にいたった G-CSF産生卵巣がんの1例

名古屋市立東部医療センター 産婦人科

関宏一郎、神谷将臣、犬塚早紀、倉兼さとみ、村上 勇

G-CSF産生腫瘍の報告は肺癌で多くみられ予後不良因子とされるが、婦人科がんの報告は少ない。今回我々は入院後急速な経過をたどり、11日目に死亡したG-CSF産生卵巣がんの1例を経験したので報告する。

症例は42歳G0、2週間前からの性器出血と体動困難を主訴として救急要請し当院に搬送された。搬送中60台の血圧低下を認めたが来院時回復していた。腹部CT、MRIで充実性の骨盤内腫瘍、多量の腹水貯留をみとめ卵巣がんとそれに伴う腹水貯留を疑った。入院時の白血球数40710であった。入院1日目頻脈と尿量低下、呼吸窮迫の悪化をみとめICU入室となった。入室後胸部造影CT撮影し肺塞栓症を認め経口アピキサバン、静注ヘパリン療法開始した。入院3日目腹部膨隆に対して腹水穿刺除去を行った。白血球数83910であった。入院4日目下肢超音波検査で下肢静脈血栓を認めた。入院8日目呼吸窮迫進行しNPPV開始。左胸水量の増加によりさらに呼吸状態悪化し、入院10日目気管内挿管とし人工呼吸器管理となった。同時に胸腔ドレナージも施行した。入院11日目血圧低下をきたし心肺蘇生を行ったが、蘇生に対する反応乏しく肺塞栓症により死亡した。経過中に採取提出した2回の腹水細胞診、胸水細胞診はすべて陰性で卵巣腫瘍の組織診断が行えなかったことから、死亡後剖検として卵巣腫瘍の摘出のみ同意をえて病理組織検査を行った。免疫染色によりG-CSF染色陽性部分ありG-CSF産生漿液性腺癌と診断された。症例経過に考察を加えて報告する。

4. 成熟嚢胞性奇形腫の茎捻転による 緊急手術後、3ヵ月で卵黄嚢腫瘍を 再発した症例

名古屋市立大学病院 産科婦人科教室

近藤恵美、加藤綾美、小島龍司、小川紫野、松本洋介、
間瀬聖子、西川隆太郎、佐藤 剛、荒川敦志

【緒言】卵黄嚢腫瘍は悪性卵巣胚細胞腫瘍の約26%を占め、悪性度の高い腫瘍である。今回、初回の病理組織診では成熟嚢胞性奇形腫と診断されたが、短時間で急速に再発し、改めて卵黄嚢腫瘍と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】21歳 0妊 特記すべき既往歴無し。突然の腹痛にて夜間救急外来を受診した。CTにて左12cm、右8cm大の両側卵巣腫瘍を認め、卵巣腫瘍茎捻転の診断で緊急腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術を行い、正常卵巣は温存することができた。この時点の病理組織診は成熟嚢胞性奇形腫であり、術後5日目に退院となった。退院1週間後の外来診察時には異常所見を認めず、その後は1年毎の婦人科受診で経過観察する方針となった。退院3か月後、発熱と下腹部痛を認めたため他院婦人科を受診し、骨盤内膿瘍の疑いで当院へ紹介となった。造影CT、MRI検査にて骨盤内、腹腔内に腫瘍が多発しており、AFP 111260.2 ng/mlと著明な上昇を認めたことから卵巣胚細胞性腫瘍と腹腔内播種を疑った。腹部表面からは約10cmの圧痛を伴う腫瘍を触知し、症状緩和と診断目的に腫瘍摘出術を行った。病理組織診では卵黄嚢腫瘍の診断であり、直ちにBEP療法を開始、現在も治療継続中である。また、初回手術時の病理組織検体を別切片で追加検査したところ、成熟嚢胞性奇形腫の中に卵黄嚢腫瘍と未熟嚢胞性奇形腫Grade1の所見を認めたことから、混合型胚細胞腫瘍であったことが判明した。

【結論】緊急手術を必要とするような症例は、術前の腫瘍学的評価が十分ではない場合が多々ある。正確な組織診断のために、病理検査部との連携を図り十分な数の組織切片を切り出してもらうことや、外来でのフォローを慎重に行うことなど、術後の対応について十分な検討が必要である。

5. 当施設における上皮性卵巣癌に対する オラパリブ適応の検討

藤田医科大学

高橋龍之介、市川亮子、溝上和加、大脇晶子、宮崎 純、
坂部慶子、伊藤真友子、大谷清香、鳥居 裕、宮村浩徳、
西尾永司、西澤春紀、関谷隆夫、藤井多久磨

【目的】白金製剤感受性再発卵巣癌に対してPARP阻害剤であるオラパリブが2018年1月より保険収載にされた。当院で治療を行なった卵巣癌患者について後方視的に検討し、オラパリブ適応症例の概数の把握と、その期待される効果について検討する。**【方法】**2011年1月から2015年12月までに、当施設にて初回治療を行った上皮性卵巣癌症例について、オラパリブの適応の有無と従来の治療の転帰について後方視的に検討した。**【成績】**対象の上皮性卵巣癌症例は107例（年齢中央値54歳）で、ほとんどの症例が手術と白金製剤を含む治療が行われており、再発症例は35例であった。再発症例のうち、白金製剤感受性再発は21例、再発後白金製剤を含む化学療法に奏功した症例は12例であった。白金製剤感受性再発後、白金製剤を含む治療により完全奏効した症例は10例で、そのうち再々発した症例は8例であった。再発までの無増悪期間（以下PFS）は中央値で15（6-73）ヶ月であったが、再発に対する白金製剤最終投与完了後から再々発まで期間は中央値で6ヶ月であった。オラパリブの適応と考えられる症例は上皮性卵巣癌症例の11.2%（12/107例）、再発症例のうち27.3%（12/44例）であった。**【結論】**全上皮性卵巣癌症例107例のうちおよそ3割で一度は完全奏功となるも、その後再発していた。その再発例の3割程、全症例の1割がオラパリブ適応となることが分かった。再発までのPFSの中央値は15ヶ月に対し、再々発までは6ヶ月と短縮していた。オラパリブは、この再々発までの期間を延長することが期待される。

6. 当院での再発卵巣癌におけるオラパリブ 使用・有害事象についての検討

岐阜大学医学部附属病院

栞原万友香、早崎 容、村瀬紗姫、上田陽子、森美奈子、
森重健一郎

【目的】PARP阻害剤であるオラパリブは、2018年1月より白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法として使用可能となった。長期内服継続のためには有害事象への適切な対応が必要であり、当院のオラパリブ使用症例の現状について検討した。

【方法】当院で2018年1月1日から11月30日までにオラパリブを投与された症例において、患者背景（年齢、PSなど）、治療経過（病期、組織型、原発巣、投与レジメンなど）、オラパリブ投与状況と有害事象について後方視的に検討した。

【成績】該当症例は8例であり、最長投与期間は5か月であった。投与開始時の年齢の中央値は62歳（43-74歳）であり、PS 0が5例（62.5%）、PS 1が3例（37.5%）であった。病期・組織型は8例全例でⅢ期の漿液性癌であり、原発巣は卵巣が6例（75%）、卵管が2例（25%）であった。全例でオラパリブの前治療としてパクリタキセル+カルボプラチンが投与されており、8例中5例（62.5%）ではベバシズマブが併用されていた。有害事象は全例で生じ、悪心（6例、75%）、倦怠感（5例、62.5%）、口内炎（3例、37.5%）、貧血（3例、37.5%）、好中球減少（2例、25%）などが認められた。悪心や倦怠感は投与開始後1週間前後から出現し、制吐剤を併用し投与継続されていた。貧血は9週以降に出現していた。8例中3例（37.5%）は休薬を要し、2例はGrade 3の貧血（ヘモグロビン<8.0 g/dl）、1例はGrade 3の好中球減少（好中球数 500-1000 /mm³）が原因となった。貧血による休薬例は2例とも投与再開できた。1例（12.5%）は投与開始後1.5か月で病変の進行を認め投与中止となった。

【結論】8例全例で有害事象を認めたが、悪心については制吐剤の併用、貧血については休薬にて治療継続可能であった。オラパリブ特有の有害事象について、発症時期も考慮しながらマネジメントする必要がある。

7. 術後6年に手術創から離れた 孤立性腹壁再発を来した卵巣癌の1例

トヨタ記念病院 産婦人科

李 麗佳、柴田崇宏、上野琢史、山田拓馬、竹田健彦、
宇野 枢、田野 翔、鵜飼真由、鈴木徹平、原田統子、
上野真帆、岩井健朗、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】卵巣癌の再発部位は腹腔内が最も多い。腹壁への再発は少なく、特に開腹手術創や腹腔鏡下手術時のポートサイト以外の腹壁への再発は極めてまれである。今回我々は、初回治療から6年後に、手術創から離れた腹壁に再発した卵巣癌の症例を経験したので報告する。【症例】46歳、未妊。卵巣癌に対して、子宮全摘出術、両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清を施行しendometrioid carcinoma, Grade3 (pT1cNOM0)の診断で、術後化学療法として、パクリタキセル、カルボプラチン併用化学療法を行った。その後は再発徴候なく経過していたが、術後5年頃より、右下肢の浮腫が増悪し、当院リンパ浮腫外来で治療していた。術後6年目に下肢蜂窩織炎を発症した際に撮影した腹部造影CTにて右下腹部に腫瘤像を認めた。血清CA125は6 U/mLと正常範囲内であったが、PET/CTにて同部位にFDGの異常集積を認めた。診断目的に腹腔鏡下手術にて腫瘤を摘出し、卵巣癌の腹壁再発と診断した。術前の造影CTを再評価したところ、右下腹壁動脈から腫瘍へ流入する栄養血管が同定され、腹壁再発を示唆する所見であった。術後はパクリタキセル、カルボプラチン、ペバシズマブ併用化学療法と、ペバシズマブ維持療法を完遂し、術後1年9ヵ月経過した現在、再発徴候なく経過観察を継続中である。【結論】腫瘍細胞の直接の移植によらない卵巣癌の腹壁再発を経験した。画像所見から血行性の腫瘍細胞の転移による再発を示唆するものだが、同様の再発症例は極めて少なく、腹壁再発の機序の解明や経過観察期間については今後の症例の蓄積が必要である。

8. 当院で経験した急性妊娠脂肪肝の二例

名古屋市立西部医療センター 産婦人科

野々部恵、西川尚実、柴田春香、早川明子、十河千恵、
川端俊一、高木七奈、田尻佐和子、中元永理、尾崎康彦、
柴田金光

【緒言】今回我々は急性妊娠脂肪肝の二例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例1】22歳、G1P0。妊娠28週0日に性器出血と持続的な腹部緊満感を主訴に受診した。超音波検査では子宮内胎児死亡と胎盤後血腫を、採血では著明な肝機能異常と凝固系異常を認め、常位胎盤早期剥離を合併した急性妊娠脂肪肝であると判断した。緊急帝王切開を予定したが、分娩が急速に進行し幸帽児で経陰的に児娩出に至った。児とともに血腫の付着した胎盤も娩出した。産後母体に対してはDIC治療を行い産褥5日目に軽快し退院となった。

【症例2】33歳、G2P1。妊娠38週頃より感冒のため体調不良あり。妊娠39週5日、5分間隔の子宮収縮と性器出血を主訴に受診した。CTG上基線細変動は減少しており、管理入院となった。採血で著明な肝機能異常と凝固系異常を認め、黄疸が強くていことから急性妊娠脂肪肝である可能性が高いと判断され緊急帝王切開となった。児は3080g、男児、Apgar1/1点(1分/5分)であった。重症新生児仮死のためNICU入院となり脳低温療法を施行され、日齢27に退院となった。産後母体に対してはDIC治療を行い経過は良好であり、術後8日目に退院となった。

【結語】いずれの症例も母体はDICを合併し、児の状態も良好とはいえないものであった。母児ともに急速に重篤な経過を辿りうる状態と判断し母体のDICを念頭において速やかにターミネーションを行う必要があると考えられた。

9. 妊娠28週に妊娠高血圧症候群が増悪したと搬送され、緊急帝王切開を要した筋強直性ジストロフィー合併妊娠の1例

岐阜県立多治見病院

柴田真由、中村浩美、藤田和寿、柘植志織、北見和久、篠根早苗、竹田明宏

【緒言】筋強直性ジストロフィー (myotonic dystrophy : DM) は常染色体優性遺伝の筋疾患である。妊娠中に筋症状悪化・羊水過多・胎動減少・切迫流産をみとめるなど周産期管理上注意すべきことも多い。今回、DMの家族歴があったにも関わらず適切な説明がなされず不妊治療が施行され、妊娠28週に妊娠高血圧症候群増悪の疑いで搬送後、全身麻酔下に緊急帝王切開を要した1例を経験したため報告する。【症例】30歳、G1P0。体外受精にて妊娠。経過に問題はなかったが、妊娠28週1日の検診にて血圧上昇、尿蛋白陽性となったため妊娠高血圧症候群増悪の疑いとして当科紹介となった。入院後実施した血液検査では、肝酵素の逸脱、腎機能の悪化と妊娠高血圧症候群の増悪を疑う結果に加えて高CPK血症を認めた。5時間後に再検を行ったところ、高CPK血症はさらに増悪しており、再度詳細に問診をしたところ筋強直性ジストロフィーの家族歴が判明した。妊娠28週2日、夜間より無尿となり、酸素化も不良となったため、緊急帝王切開を実施した。1030gの女児、Apgarスコア1/2点で気管内挿管をし、NICU管理となった。母は術後2日目まで集中治療室で挿管管理を要したが、以降の経過は良好で、術後9日目に退院となった。退院後、神経内科にて行った遺伝子検査にて、DMの確定診断がなされた。【考察】本症例は家族歴が明らかであったにも関わらず、本人・家族にはDMによる妊娠中の合併症や児への遺伝の可能性につき適切な説明がなされていなかった。DMは親が患者である場合、子は50%の確率で遺伝子変異を受け継ぐ。母が患者の場合、子の50%が正常、約30%が通常のDM、約20%が先天性のDMとなることが知られており、先天性DM児の予後は不良である。DMが疑われる場合、妊娠前に本人・家族を含め、神経内科医・小児科医とも連携し丁寧なカウンセリングが必要である。

10. 重篤な合併症を有する脊髄性筋萎縮症2型合併妊娠の一例

名古屋第二赤十字病院 産婦人科

白石佳孝、加藤紀子、河井啓一郎、服部 渉、大堀友記子、小川 舞、鈴木美帆、伊藤 聡、大脇太郎、仲川裕子、波々伯部隆紀、丸山万理子、林 和正、茶谷順也、山室 理

【緒言】脊髄性筋萎縮症 (spinal muscular atrophy: SMA) は、進行性の運動ニューロンの変性および筋力低下を特徴とする、常染色体劣性遺伝性の神経筋疾患である。今回、乳児期に診断したSMA2型患者が自然妊娠し、側弯症や慢性呼吸機能不全といった重篤な合併症を有しながらも、多職種での連携により母体の全身状態を保ちつつ、妊娠27週で生児を得た1例を経験したため報告する。【症例】症例は31歳1妊0産、乳児期に脊髄性筋萎縮症と診断され、当院神経内科で外来管理していた。定額は認め、手指が微かに動く程度であり、日常生活には全介助が必要であった。側弯症、慢性呼吸機能不全を合併し、在宅非侵襲的陽圧換気療法 (NPPV) を夜間のみ使用していた。自然妊娠で妊娠成立し、妊娠8週で当科受診した。非妊娠時の身長145cm、体重19kg (BMI:9) であり、呼吸機能検査で%VC16.4%と慢性呼吸不全を認めた。妊娠21週より常時NPPVを使用するようになり、妊娠24週で管理入院とした。入院後の全身検索で、CT検査より母体の気管偏位を認め、挿管困難が予想された。NPPV装着下でも呼吸症状増悪を認め、母体限界が近いと考え、新生児科を含む他科と分娩時期を検討し、妊娠27週2日に全身麻酔下で帝王切開術を施行した。出生児は776g、Apgar score1点/7点 (1分値/5分値) で明らかな外表奇形は認めなかった。術後、母体は集中治療室へ入室し、同日抜管してNPPVへ変更した。術後経過は良好で、術後9日目に自宅退院した。児は経過良好で日齢107に自宅退院となった。【結論】本症例はSMA2型合併妊娠患者の中でも重症度が高く、過去の症例報告でも例を見ない、極めて稀な症例である。妊娠・分娩管理では、呼吸状態や生命の危機も考慮しての管理が必要であり、分娩時期の検討や分娩前後の管理も含め、各科との連携が重要となる。

11. 当院における梅毒感染妊婦3例と母体背景について

大同病院

加藤奈緒、服部友香、高橋千晶、境康太郎

【諸言】2017年の年間梅毒報告数は5820件と急増しており、2013年以降、20代を中心とした女性の梅毒報告数が増加している。それに伴い、2012年に先天梅毒4人、妊婦梅毒3人だったが、2016年にはそれぞれ14人、33人に増加している。今回、当院において2017年から1年経たずして梅毒感染妊婦を3例経験し、その母体背景を含めて報告する。【症例1】16歳、2妊0産、未婚、妊娠20週で妊婦健診を初めて受け、妊娠初期検査でTPHA陽性、RPR7.9倍。クラミジアおよび淋菌感染症を合併。無症候性梅毒にてコンプライアンス不良、妊娠32週より内服治療開始。妊娠37週に尖圭コンジローマを合併し、妊娠38週で分娩。児に先天梅毒所見を認めず。パートナーは受診勧奨するも診断・治療状況不明。産後に生活保護を受給。【症例2】22歳、2妊0産、既婚だが別居中。稽留流産後に梅毒が判明し内服治療した。妊娠初期検査でTPHA陽性、RPR6.6倍。他の性感染症合併なし。パートナーは離婚歴2回あり、梅毒の診断・治療状況は不明。現時点では児に先天梅毒を疑う所見は認めず。【症例3】38歳、2妊、1産、既婚。既存症にてんかん、知的障害あり。性産業従事者であり、職場の定期検査より梅毒感染を指摘された。妊娠初期検査でTP定量8150倍、RPR600倍と高値を認めた。クラミジア、トリコモナス感染症を合併。内服治療開始するもコンプライアンス不良。父親は無職で経済的問題あり。【考察】当院での3症例は、若年妊娠、未婚、他の性感染症の合併、経済的困窮、性産業従事歴等の背景があり、既報と同様、先天梅毒発生のリスクに関連した要因をもっていた。梅毒拡大の阻止、先天梅毒発生予防のためにはリスク因子の把握も必要であると考えられた。

12. 帝王切開を機に診断された結核性腹膜炎1例

木沢記念病院¹、同病理²

丹羽堅太郎¹、天谷優介¹、高橋 望¹、藤原清香¹、杉山誠治²、山田鉄也²

【緒言】肺外結核は症状、臓器が多彩で診断は簡単ではない。その中で結核性腹膜炎は全結核中の0.5%以下という大変稀な疾患である。今回、帝王切開を機に診断され、その後の治療に長期を要した例を経験した。

【症例】フィリピン国籍の経産婦で、今回の妊娠中は原因不明の発熱や疼痛、腹水貯留は認めなかった。家族歴として長男の肺結核があったが、本人はその際に胸部レントゲンとIGRA検査で陰性であった。陣痛発来で入院後、高度変動一過性徐脈を認め、緊急帝王切開を施行した。腹腔内は癒着が高度で、少量の腹水、腹膜の肥厚と膀胱子宮窩腹膜に多数の結節を認めた。術後、38度台の発熱が続き、術中に生検した腹腔内の結節から抗酸菌が検出され、結核性腹膜炎と診断した。

抗結核剤4剤同時内服を開始し、その後順調に解熱したが、術後5ヶ月、創部から排膿あり、膿から結核菌が検出された。子宮後面から下腹部創まで連続した膿瘍を形成していた。創の洗浄を続けたが膿瘍は縮小せず、再手術を施行した。子宮、膿瘍との境界が不明瞭で、挙示希望がなかったため、子宮と両側卵管を摘出した。術後経過は良好で、現在も抗結核薬の2剤内服を継続しているが、再発は認めていない。

【考察】結核は過去の疾患、高齢者の疾患というイメージがあるが、日本の結核罹患率は先進国の中では比較的高い。特にアジアからの輸入感染症としての結核が目立つ。当院は、周辺に大きな工場が多いことから、患者の約1割が外国籍であり、このような地域の特性に沿った診療が求められている。

13. 男性医師拒否のイスラム教妊婦に対する対応の検討

JA 愛知厚生連海南病院

牧野明香里、山田里佳、浪崎景加、遠藤理砂、星野沙樹、和田鉄也、鷺見 整

【目的】 女性医師希望のイスラム教徒の妊婦が、妊婦健診および分娩を当院で希望したときは、分娩時および緊急時には男性医師が対応する場合があることを了承して頂いた上で診療をしている。しかし、なかなか納得されない患者も存在する。今回対応に苦慮した症例もあったため、今後の対応につき検討した。

【症例1】 1経産の27歳外国籍イスラム教徒 妊娠初期より当院にて妊婦健診しており、男性医師対応可能と口頭で許可をもらっていた。陣痛発来し入院した時点で当日夜間当直が男性医師であることを伝えたと、拒否された。分娩までの間に当直の男性医師より説明し、何とか納得されたが、女性医師に連絡し間に合ったため、女性医師立ち合いで分娩となった。

【症例2】 4経産の29歳外国籍イスラム教徒 1か月前に来日、妊娠初期に診断書を希望され当院を受診。男性医師の診察は拒否され、近医へ紹介するもその後受診されず。妊娠24週頃、腰痛で当院救急外来を受診し女性医師が対応し予定日を決定した。当院の対応を再度説明、ご自身で対応可能な病院を探すとこのことで、その後受診されていない。

【考察】 症例1のような例もあったため、当院では男性医師拒否の患者に対する院内マニュアルと日本語・英語・アラビア語の説明書および同意書を作成した。妊婦健診等の予約診療や、夜間であっても女性医師が対応できる場合は、なるべく患者の要望に沿えるように配慮している。しかし、夜間の救急外来受診時や症例2のような頑なに男性医師を拒否される患者は、対応できないのが現状である。症例2ではその後来院されず帰国されたのか他院で分娩となったのか不明であるが、そのような患者が陣発時に突然受診される可能性もあり、今後近隣の周産期母子センターとの協力体制等も必要と思われた。

14. 6年次産婦人科選択実習生を増やすためのクリニカル・クラークシップにおける分娩見学の意義と学生背景の解析

岐阜大学医学部附属病院 産科医療・女性科

島岡竜一、溝口冬馬、榎原万友香、相京晋輔、久松真央、小池大我、村瀬紗姫、上田陽子、菊野享子、森美奈子、山本志緒理、寺澤恵子、竹中基紀、志賀友美、早崎 容、古井辰郎、森重健一郎

【目的】 近年産婦人科医師不足が指摘され、産婦人科医療の担い手を増やすことが未来の患者予後改善に期待される。一方で研修医の産婦人科研修が非必修化され、学生に対する情報提供・勧誘など、より早期介入が必要になってきている。そこで5年次クリニカルクラークシップにおける実習内容・満足度が6年次の実習選択に与える影響を検討する。

【方法】 2018年1月から2018年12月まで産婦人科ポリクリ終了時にポストアンケート施行。アンケートには性格（体力、真面目さ、勤勉さ、コミュニケーション）、実習（分娩見学、癌手術見学、雰囲気、多忙感）、背景（性別、部活動、外科志望）の各要素を含めた。主成分分析を用いて分娩見学の意義を解釈し、6年次産婦人科実習選択の可能性を主要評価項目として実習選択に影響する要因について二項ロジスティック解析を用いて検討した。

【結果】 70人（男子52人、女子18人）が対象。第一主成分は全体、男子、女子のいずれにおいても分娩見学回数の負荷量が最大だった。第二主成分は全体と女子では体力、勤勉さ、真面目さの負荷量が高く、男子では体力のみの負荷量が高かった。分娩見学機会が多いこと、体力に自信があることが婦人科実習選択の可能性が高いと解釈できた。

実習内容・学生背景のうち、雰囲気（OR 8.48, $p<0.01$ ）と外科志望（OR 10.2, $p<0.01$ ）であることが産婦人科実習選択に独立して影響する因子として抽出された。

【考察】 ポリクリにおける分娩見学機会は、6年次の産婦人科実習選択の可能性を広げるために有意義であることが示唆された。

第3群(1日目 14:10~15:15) 第2会場

15. 重症妊娠悪阻に対する漢方治療について

岐阜県総合医療センター

永田健太郎、佐藤泰昌、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

【緒言】重症妊娠悪阻のため入院が必要になることは少なくないが、治療は原則補液のみで、自然軽快を待つしかないのが現状である。

【症例】2妊1産。妊娠15週。重症妊娠悪阻のため前医に入院中であったが、「IVH管理も必要となる状況」のため当科に母体搬送となった。入院時は電解質異常ないが、尿ケトン体4+。嘔気のため常に臥床している状態であった。五苓散2.5gを少量のお湯に溶き冷やしたものを、スプーンで少しずつ内服を開始した(一日3回)。補液は継続した。翌日には尿ケトン体は2+に改善。入院5日目に尿ケトン体は陰性化した。入院14日目には食事はほとんど摂取でき嘔気も軽快、体重も入院時より1.2kg増加したため、当科退院となった。

その他、五苓散が効果的であった重症妊娠悪阻の十症例前後についても報告する。

【考察】産婦人科診療ガイドラインによると、妊娠悪阻の治療は、少量頻回の食事摂取と水分補給を促し、脱水には十分の輸液が推奨されている。嘔気・嘔吐が持続する場合は、制吐剤の使用を考慮するとしているが、妊婦への投与禁忌や有効性、副作用などの問題があり、なおかつ制吐剤では根本治療にはならない。五苓散には制吐作用があり、水毒(水の偏在)を改善する効果も併せ持っている。原典の『傷寒論』では、五苓散は浮腫ではなく(血管内)脱水に使用されていたため、脱水という深部静脈血栓のハイリスク因子の予防効果も期待できる。さらには、補液過多による浮腫も改善可能である。ただし症状が持続し、改善の徴候が見られないようなら、悪心・嘔吐をきたす他の疾患(胃・十二指腸潰瘍、胃がん、脳腫瘍など)の検索は必要であると考える。

【結語】重症妊娠悪阻に遭遇した場合は、補液ともに五苓散を投与するのが効果的と考えられた。

16. 肝機能異常の原因鑑別に苦慮した重症妊娠悪阻の一例

中部労災病院

則竹夕真、渡部百合子、落合尚美、大岩絢子、関谷敦史、
藤原多子

【緒言】妊婦が肝機能異常をきたす割合は約3%とされる。その原因は妊娠に関連するものから、妊娠中に偶然発症した肝疾患まで様々である。今回我々は妊娠初期に肝機能障害を認めたと、自然軽快し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】27歳2妊1産(帝王切開)。妊娠初期より妊娠悪阻のために経口摂取が不良であり、外来で補液を行い経過観察としていた。妊娠14週を過ぎても悪阻症状が続くため本人の希望もあり、入院管理とし補液による対症療法を行った。入院時の血液検査でAST・ALT、 γ -GTPの軽度上昇を認めた。ウイルス性肝炎や自己免疫性肝炎は否定的で、腹部超音波検査でも異常所見は認めなかった。使用している薬剤は制吐剤のメトクロプラミドとビタミンB群であり、薬剤性肝機能障害を積極的に疑うことはできなかった。また、急性妊娠脂肪肝やHELLP症候群は発症時期から否定的であったため、血液検査による経過観察とした。悪阻症状は入院後速やかに改善し、経口摂取良好となったため妊娠15週6日には退院となった。肝酵素は妊娠16週1日にAST:213U/L、ALT:472U/L、 γ -GTP:115U/L、T-Bil:1.1mg/dLまで上昇したが、16週5日にはAST:60U/L、ALT:159U/L、T-Bil:0.5mg/dLまで改善を認めた。

【考察】妊婦が肝機能異常を呈する原因は様々であるが、妊娠に関連した肝障害の場合、鑑別診断には妊娠のどの時期で発症したかが重要となる。妊娠悪阻患者の半数で肝障害を呈するとする報告もあるが、大半はトランスアミナーゼの上昇は軽度にとどまるとされる。本症例のように正常上限の十倍以上に上昇する例は稀であるが、急性肝炎や慢性肝疾患等その他の原因が除外されれば、経過観察が可能であると考えられた。

17. 母体の摂食障害からVitK欠乏症をきたし胎内で脳出血をきたした児の1例

愛知医科大学病院 産婦人科

吉田敦美、篠原康一、大脇佑樹、齊藤拓也、鈴木佳克、若槻明彦

【緒言】妊娠中の脂溶性ビタミンの過剰摂取は推奨されておらず、VitKは多くの食物に含有することが知られている。妊娠中期から摂食障害による嘔吐を繰り返しており、VitK欠乏症をきたし胎内で脳出血を発症した症例を経験したので報告する。【症例】38歳、2妊1産。切迫早産と里帰り分娩のため妊娠30週5日に前医受診、妊娠31週5日で頸管長短縮を認め入院にて塩酸リトドリン点滴施行されていた。入院時より食事摂取後に嘔吐を繰り返し、妊娠初期45kgの体重が38.2kgまで減少、嘔吐が治まらないため妊娠32週3日で当院転院搬送となった。当院入院時は子宮口が2cm開大、頸管長は13mmでfunnelingを認めたため、塩酸リトドリンとマグネシウム製剤を点滴投与した。食事摂取は可能であったが嘔吐が続いていたため、栄養チームに相談しVitBを含むカロリー輸液を施行、また、周産期サポートチームと連携し、精神科医、臨床心理士と共に経過観察していた。入院後よりNSTで一過性頻脈に乏しい所見を認めることがあったため、NSTモニターと超音波検査を頻回に施行し血流や児の状態を観察していた。妊娠35週3日のNSTで基線細変動の消失を認めたため超音波施行したところMCAの逆流を認め、新生児科医立ち会いのもと緊急帝王切開術施行となった。児は女兒2178g、Ap2/4点、臍帯血ガスpH7.353、BE2.4だった。自発呼吸なく筋緊張が弱かったため新生児科により挿管管理となった。出生後の採血で貧血と凝固系の亢進、超音波にて頭蓋内出血を認め、母児共にPIVKA-IIの上昇も認めたためVitK欠乏による凝固異常から胎内で脳出血をきたしたと考えられた。【考察】母体の凝固系異常がなくても摂食障害を認める場合はVitK欠乏に注意する必要があることが考えられた。

18. MRI検査にて出生前診断を行った慢性に経過する常位胎盤早期剥離診断の一例

大垣市民病院 産婦人科¹、名古屋大学医学部 産婦人科²

中尾優里¹、古井俊光¹、市田啓佑¹、大塚直紀¹、江坂有希恵¹、石井美佳¹、勅使河原利哉¹、木下吉登¹、水谷輝之²

【症例】24歳女性

【妊娠歴】1経妊0経産

【現病歴】自然妊娠。前医にて妊娠管理を行っていた。妊娠28週0日、妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育制限にて当院紹介となる。

【臨床経過】入院時、血圧161/99mmHg、経腹超音波検査にて胎盤は肥厚し胎盤後壁に低輝度領域を認めた。頭大横径6.52cm (-2.1SD)、胎児推定体重769g (-3.1SD)と子宮内胎児発育制限を認めた。母体血液検査では明らかな異常なし、胎児心拍モニタリングはreassuring patternを示した。尿検査では蛋白/クレアチニン比0.5以上、24時間尿中蛋白量は2.8gであった。リトドリン点滴、ヒドララジン内服し、安静にて入院管理を行った。妊娠28週6日に胎盤後壁の低輝度領域の診断目的にMRI検査を施行した。同部位は子宮筋層と胎盤の間に位置し、T2WI高信号、T1WI高信号、DWI高信号、T2*WIにて低信号を示し、1週間以上経過した胎盤後血腫、慢性早剥と診断した。重症妊娠高血圧症候群の適応で緊急帝王切開を行った。肉眼的に胎盤後面に暗赤色の血腫が付着しており、胎盤後血腫と診断した。術後経過良好で第7日目に退院となった。

【考察】常位胎盤早期剥離の中には、胎児のwell-beingと母体健康が障害されず慢性に経過する常位胎盤早期剥離が存在するがその管理に関しては一定の見解がない。また、臨床症状に乏しく、MRI検査や胎盤娩出時に初めて確定診断される場合がある。今回、MRI検査にて出生前に慢性早剥と診断し、重症妊娠高血圧症候群の適応で緊急帝王切開に至った症例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

19. 妊娠後期に自然破裂した肝細胞腺腫合併妊娠の1例

名古屋大学

橋本茉莉、牛田貴文、水谷輝之、森山佳則、今井健史、
中野知子、小谷友美、吉川史隆

【緒言】肝細胞腺腫は稀な良性の上皮性肝腫瘍で、欧米では若年女性の発症頻度が高く、経口避妊薬の長期使用者の報告例が多いが、本邦での報告は少ない。今回我々は妊娠後期に自然破裂した肝細胞腺腫合併妊娠の1例を経験したので報告する。【症例】26歳G1P0。16歳から25歳まで経口避妊薬の内服歴がある。24歳時に2～5cm大の多発肝腫瘍を指摘され、造影MRIより肝細胞腺腫が疑われ経過観察していた。妊娠21週、双胎妊娠のため当院紹介となり、妊娠29週に切迫早産のため入院管理。妊娠30週に経腹超音波検査にて肝腫瘍の増大は認めなかった。妊娠36週2日に突然の上腹部痛が生じ、常位胎盤早期剥離の疑いで緊急帝王切開を施行した。術中、常位胎盤早期剥離の所見はなく、術後の造影CTで肝腫瘍破裂と診断し、緊急で肝動脈塞栓術(TAE)を施行した。一時的に腹痛は改善したが、翌日に腹痛が再燃したため、再度造影CTを施行した。腫瘍からの出血が持続していたため再度TAEやドレナージ術を施行したが、肝挫滅が広範であり感染コントロールも困難であったため、破裂から5日後に肝右葉切除術を施行した。術後の経過は良好で、術後21日目に母児共に退院した。病理組織検査により肝細胞腺腫と診断された。現在残存した肝細胞腺腫の経過観察中である。【考察】肝細胞腺腫は非常に稀な疾患であるが、経口避妊薬の長期使用により発症リスクが高まる。また、肝細胞腺腫は5cm以上になると破裂の危険性が増すことが知られており、妊娠中の破裂による母体死亡例も報告されている。近年本邦でも経口避妊薬内服患者は増加しており、肝機能障害や突然の上腹部痛の鑑別として、肝細胞腺腫の発症も念頭に置いて診療に臨む必要がある。

20. 先天性総胆管嚢胞の1例

愛知医科大学 産婦人科

花井莉菜、山本珠生、鈴木佳克、森 稔高、若槻明彦

先天性総胆管嚢胞は、出生10000～20000に1人に発症する稀な胆道の形成異常である。総胆管を含む肝外胆管が限局性に拡張し、膵・胆管合流異常を合併し、重症化すると胆道系の閉鎖を伴い、肝障害や黄疸がおこるため外科治療が必要となる。胎児超音波検査では上腹部に肝臓と連続した嚢胞像として認識される。今回我々は、胎児期に先天性総胆管嚢胞を疑った症例を報告する。

症例の母は、36歳、初産婦。凍結胚移植で妊娠。妊娠27週0日、超音波検査にて胎児の上腹部に嚢胞を認め、28週0日、当院紹介となった。当院の超音波検査で、性別は女兒、上腹部に肝臓に隣接してダブルバブルサインや、卵巣腫瘍とも異なる嚢胞像(25×19×13mm)を認めた。MRI検査にて嚢胞内容は水成分で、壁の石灰化や内部の出血、腹腔内の液体貯留もなかった。羊水過多もなく、皮下浮腫などの心不全徴候も認めなかった。その後、嚢胞のサイズの変化はなかった。

39週3日、妊娠高血圧腎症を発症し、管理入院となった。40週6日、自然陣痛発来し、吸引分娩にて女兒を分娩した(女兒、3294g、Apgar 9点/10点、臍帯動脈血ガスpH 7.250、BE -8)。日齢2にT. Bil 12.6mg/dl、肝酵素の上昇なし、CRP 6.02mg/dLのため、GCU管理となった。超音波検査で嚢胞は肝内胆管の拡張(4×3cm)と診断した。嚢胞内に胆泥の蓄積は認めず、経過観察とした。生後2ヶ月ごろより、嚢胞内に胆泥の蓄積を認め、胆道系酵素が上昇(T. Bil 1.25 mg/dL、D. Bil 0.33mg/dL、AST 108 U/L、ALT 65 U/L、 γ -GTP 1329 U/L、ALP 1450 U/L)した。逆行性膵管造影にて、嚢胞が巨大化し、肝内胆管の拡張も認めた。生後3ヶ月、胆管の狭小部での肝外胆道切除、右肝管のpin hole状の膜様狭窄の切開を行った。

本症例は、超音波検査にて上腹部嚢腫を認め、MRIによる精査を行い、先天性総胆管嚢胞を疑い、小児外科とともに経過観察した。出生直後は異常を認めず、生後3ヶ月に嚢胞のサイズが増加し、黄疸や胆道系酵素が上昇したため、外科治療を行い、適切な治療が出来た。

第4群(1日目 15:50~16:55) 第2会場

21. 妊娠第三半期に胎児心ブロックを
発症し、児娩出後に母体抗SS-A/Ro
抗体陽性が判明した一例

名古屋第一赤十字病院

朝比奈録央、手塚敦子、正橋佳樹、上田真子、大西主真、溝口真以、奥原充香、江崎正俊、木村晶子、三澤研人、猪飼 恵、夫馬和也、西子裕規、栗林ももこ、齋藤 愛、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

【緒言】妊娠第三半期に持続する胎児徐脈に遭遇した場合、多くは胎児機能不全が危惧される。今回我々は妊娠34週に突然胎児徐脈を認め、胎児機能不全を疑い緊急帝王切開を施行したのちに胎児心ブロックと診断された一例を経験した。

【症例】31歳、1妊0産、既往歴に特記すべき事項なし。妊娠経過良好であったが、妊娠34週1日に胎動減少を主訴に予約外受診した。産婦人科外来で診察前に胎児心拍モニタリング装着を行ったところ70bpm台の徐脈であり、簡易超音波にて同様の胎児徐脈が確認されたためストレッチャーで病棟まで搬送し、再度超音波にて80bpm前後の胎児徐脈が確認されたため直ちに手術室へ移動し全身麻酔下に緊急帝王切開を施行した。外来での徐脈確認から児娩出までの時間は約16分、児は2,190g、女児、臍帯動脈血pH 7.399、BE-0.3であった。出生直後は100bpmと心拍上昇したが、まもなく70-80bpmの持続徐脈となり高度房室ブロックと診断された。術後の採血で母児共に抗SS-A/Ro抗体陽性であった。

【考察】胎児心ブロックの約半数は自己抗体である抗SS-A/Ro抗体や抗SS-B/La抗体と関連し、その診断週数は主に妊娠16週から24週であり妊娠第三半期に診断されることは稀である。本症例では母体に膠原病の臨床症状を有さず妊娠中に抗SS-A抗体の保有が不明であったこと、また胎動減少を主訴としており妊娠34週であったことから胎児心ブロックの発症は我々にとって想定外であった。若干の文献的考察を加えて報告する。

22. 当院で管理した無脾症候群(右側相同)
の臨床経過を後方視的に振り返る

あいち小児保健医療総合センター 産科

早川博生、野坂麗奈

【目的】無脾症候群は脾臓の形成異常と臓器の錯位、複合心奇形が合併する疾患で、左右の分化障害が原因と考えられている。様々な合併異常のため、出生後の治療も長期間に渡り、生命予後も必ずしも良いわけではないことから、胎児期の病態説明には多くの困難を伴う。当院でも胎児期に無脾症候群を疑い管理した症例を複数経験したため、診断から出生後治療までの短期的経過を振り返ることにした。

【方法】当院に産科が開設された2016年11月から2018年12月までの2年間で、胎児期に無脾症候群を疑って管理した6症例を対象とし、診断時期、周産期経過と合併症、児の予後について後方視的に検討した。

【結果】すべての症例が心臓の形態異常を契機に診断されていた。22週未満での診断は3例、29週前後での診断が3例あり、そのうち1例は人工妊娠中絶を選択した。いずれの症例も小児循環器科医師の超音波検査を施行後に、病態および予後について説明を行った。出産に至った4例中2例が経膈分娩、2例が緊急帝王切開となった。児の出生直後から初回退院までの平均入院期間は155日、総肺静脈還流異常症に加えて消化器系の疾患を合併している症例では治療に難渋していた。2例では合併症に伴う心停止のエピソードがあり一時的にECMOが導入された。

【結論】無脾症候群は、比較的早期に診断可能な心疾患を持つため、出生後の治療戦略を両親に理解してもらう時間的余裕ができ、胎児診断は有益であると考えられる。しかし、短期的には心疾患のみならず消化器系合併症の存在が予後に与える影響も大きく、プレネイタルの時点で家族にどう伝えていくかは今後の課題である。

23. 胎児先天性心疾患で紹介され、出生後に歌舞伎症候群と診断された1例

あいち小児保健医療総合センター

野坂麗奈、早川博生

【目的】 歌舞伎症候群は、1981年に日本人により報告された先天異常症候群である。眼周囲の特徴が歌舞伎役者の隈取りに似ているために歌舞伎症候群と命名された。罹患率は1/32,000で、ほとんど全てが孤発例である。約30～55%にCHDを、約25%に腎尿路系奇形を伴い、多系統に渡る形態異常、機能異常と成長障害を合併するが、通常子宮内胎児発育不全は伴わず、新生児期に気づかれない症例も多い。今回我々は、CHDで紹介され、出生後に歌舞伎症候群と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】 33歳、2妊1産、妊娠25週5日にCHDの疑いで当院紹介された。精査入院を行い左心低形成(HLHS)と大動脈縮窄と診断した。その他に明らか形態異常は認めなかった。随時血糖が高値のため75gOGTTを施行したが異常を認めなかった。既往帝王切開のため、37週4日に帝王切開で2480g、Apgar score 8/8点、女児を出生した。出生後、特有の顔貌、心奇形、左腎低形成から、臨床的に歌舞伎症候群と診断された。遺伝カウンセリングを行ったが、遺伝学的検査は希望されず施行しなかった。生後3ヶ月でHLHSに対しNorwood手術を行い、1歳5ヶ月現在、身長66.4cm (-3.9SD)、体重5.5Kg (-3.8SD)となった。現在、循環器科、心臓外科、遺伝科、耳鼻科、眼科等各科と連携して診療を行っている。

【結語】 CHDを契機に紹介され、歌舞伎症候群と診断された症例を経験した。CHDと診断された19.1%、HLHSでは4～5%に染色体異常を認めたという報告もあり、CHDと診断されたら心臓以外の異常も念頭に精査する必要がある。胎児期の形態異常を契機に、遺伝性疾患や先天異常症候群が疑われることがあるので、注意深い検索と説明が重要である。

24. 臍帯潰瘍からの出血のために子宮内胎児死亡に至った胎児十二指腸閉鎖の1例

国立病院機構長良医療センター

松井雅子、岩垣重紀、浅井一彦、桂 大輔、安見駿佑、古橋 円

十二指腸閉鎖を含めた上部消化管閉鎖では臍帯潰瘍を合併することがあり、その破綻の予知が困難であるために児の救命や厳しい予後の症例が少なからず存在する。今回我々は胎児十二指腸閉鎖と診断し臍帯潰瘍を考慮しながらも救命できなかった症例を経験したので報告する。症例は33才の初産婦で、家族歴・既往歴に特記すべきことはなかった。体外受精で妊娠が成立し、近医で妊娠管理されていたが妊娠31週に十二指腸閉鎖が疑われたため当科に紹介された。妊娠31週4日に当科を受診され、児は推定体重1849g (+0.56SD)、AFI26cm、ダブルバブルサイン陽性であった。前医で妊娠12週と25週に施行された75gOGTTはいずれも陰性であった。外来で慎重に妊娠管理を継続していたが妊娠34週1日にAFI33cmの羊水過多、腹部膨満感のため不眠と呼吸困難感が認められたため、同日羊水除去術を施行した。淡黄色透明の羊水を1500ml除去したのちに症状は改善した。翌妊娠34週2日に超音波検査で胎児の粗大運動の減少を認めたがCTGではreassuringであり経過観察とした。さらに翌日(妊娠34週3日)の超音波検査、CTGでは異常所見は認められず退院した。妊娠34週5日に前日からの胎動減少を主訴に受診し、子宮内胎児死亡と診断した。胎盤肥厚や後血腫像、臍帯巻絡等の所見はなく、羊水腔中に高輝度の浮遊物が認められた。診断翌日から頸管拡張を開始し陣痛誘発の上、経膈分娩した。羊水は暗赤色で、児は2372gの女児、明らかな外表奇形は認められなかった。臍帯は一部の血管に表面の破綻と血液の付着を認め、臍帯からの出血による子宮内胎児死亡の可能性が考えられた。救命できなかった胎児十二指腸閉鎖の症例は当科では初めてであり管理方法について再考させられた一例であった。

25. 当院で経験したRetained products of conception (RPOC) 14例の検討

藤田医科大学 医学部 産婦人科

溝上和加、野田佳照、関谷隆夫、高橋龍之介、高田恭平、吉澤ひかり、猿田莉奈、宮村浩徳、西尾永司、西澤春紀、藤井多久磨

【目的】 Retained products of conception (RPOC) とは、妊娠終了後に妊娠組織が残存した状態で、産褥晩期出血の一因となるが、本邦では診断基準に混乱もあり、管理方法も確立されていないのが現状である。今回我々は、RPOCの14例を経験し、転帰について検討した。

【方法】 院内倫理審査委員会の承認のもと、2012年2月から2018年10月に当院で経験したRPOC14例に対して、病歴、血液検査所見、超音波検査やMRI検査所見（残存腫瘍径や腫瘍内血流の有無）等の臨床所見について後方視的に比較検討した。また、癒着胎盤など分娩後から子宮内遺残が明らかな症例は除外した。値は中央値で記載し、統計はMann-Whitney検定で行い、 $P < 0.05$ を有意差ありとした。

【成績】 全14例の年齢は36歳（29-42）、診断日は産褥25日目（1-49）、子宮内容除去術の既往は4例、生殖補助医療による妊娠は5例であった。分娩は正期産6例、早産2例、流産（中絶含む）6例で、分娩様式は経膈分娩4例、帝王切開術4例、子宮内容除去術6例であった。転帰は、自然退縮3例、子宮内容除去術8例、子宮鏡手術2例、子宮全摘出術1例で、処置前に子宮動脈塞栓術（UAE）を併用した症例は5例あり、その全てに腫瘍内血流を認めた。腫瘍内血流を認めた10例中9例で外科的介入が必要であった。大量出血によって緊急対応が必要となった3例は処置前にUAEを併用したが、1例は子宮全摘出術となった。大量出血した3例の腫瘍最大径は、それ以外の11例に比して有意に大きかった（70mm vs 30mm）（ $p < 0.05$ ）。

【結論】 RPOCの病態は未だ明らかとは言えないが、その診断と治療法の選択には、画像診断による腫瘍像の大きさや血流像の検出所見が有用である。

26. 当院における臨床的胎盤ポリープ8例の検討

一宮市立市民病院

水野克彦、外山文子、上原有貴、林 萌、浅野恵理子、竹下 奨、佐々治紀

【緒言】 胎盤ポリープは分娩後などに子宮内に遺残した胎盤が変性などに伴い器質化しポリープ状に増大したものである。稀な疾患だが、時に大量出血を起こす原因となる。ほとんどは病理診断を行わずに画像にて臨床的胎盤ポリープと診断し、治療を開始する。しかし治療方法は明確ではない。今回当院で経験した臨床的胎盤ポリープをまとめ、治療方針に関して検討した。【方法】 当院にて2013年1月から2018年11月まで臨床的胎盤ポリープと診断された8例においてサイズ、血流の有無、経過、治療方法、出血量、合併症などに関して検討した。【結果】 初産婦が2例、経産婦が6例であり、子宮内容除去術（以下D&C）などの子宮内手術既往は5例であった。先行妊娠は稽留流産や人工妊娠中絶によるD&Cが5例、経膈分娩が2例、帝王切開が1例であった。超音波や画像にて血流を認めたものは7例あり、多くの例で大量出血を来す可能性があった。治療方法は子宮鏡下手術（以下TCR）が5件、子宮全摘術が2例であり、1例はD&Cを施行した。TCRのうち2例は塞栓術を併用していた。D&Cの症例は頸管拡張器にて子宮穿孔を来したが、その後は保存的治療にて病変は消失した。いずれの症例も出血量は0~200gと少なく、大量出血起こした症例はなかった。【結論】 臨床的胎盤ポリープは大量出血を起こす可能性があるが、頻度は少ない。子宮温存の希望がない場合には子宮全摘術が考慮されるが、自然排出される例も多く、患者に同意を得れば待機的管理は侵襲のない最善の治療となる。しかし施設によっては大量出血時に緊急の対応できなく、その場合には予防的に侵襲的な治療が選択される。盲目的なD&Cは子宮穿孔や大量出血などの合併症が懸念されるため、子宮温存を希望した場合には子宮鏡下で観察できるTCRが有用である。

27. 産褥2週間に大量出血をきたした 3症例の検討

済生会松阪総合病院

小高紗季、小林奈津子、高倉 翔、南 元人、竹内茂人、
菅谷 健、高倉哲司

【緒言】産褥期の悪露は通常約6週間で治まるが、時に異常出血をきたすことがある。当院で過去3年間に経膈分娩後に産褥約5日で退院になるも産褥2週間に多量の性器出血を認め、緊急入院を要した3症例を経験したので報告する。【症例】症例1：35歳、2妊1産、IVF-ETで妊娠成立。経膈分娩後17日目に出血増加し、当院受診。造影CTで両側子宮動脈に仮性動脈瘤を認め、両側の子宮動脈に対し塞栓術施行。輸血なく、子宮収縮剤のみで対応可能であった。症例2：30歳、1妊1産、IVF-ETで妊娠成立。吸引分娩後18日目に出血増加し、受診。子宮収縮剤、止血剤を投与し、一旦出血は落ち着くも、分娩後21日目に再度出血増加し、造影CT施行。左子宮動脈末梢の仮性動脈瘤を指摘されたため、両側子宮動脈に対し塞栓術施行した。症例3：25歳、3妊3産、自然妊娠成立。経膈分娩後12日目に出血増加した為、前医で子宮内容除去術を施行するも、術中700mlの出血を認め、当院へ緊急搬送となった。造影CT、MRIで仮性動脈瘤や胎盤遺残は指摘されなかったものの、多量の持続する出血を認め、輸血(RBC10単位、FFP14単位)、子宮収縮剤、止血剤投与に加え、オパタメトロ挿入し圧迫術施行し止血を得た。【結語】経膈分娩の産褥期に悪露が持続する場合は、子宮復古の遅延、胎盤遺残、子宮内感染、産道裂傷部の再出血、直腸腔瘻の形成過程での出血、子宮内仮性動脈瘤、過大着床部、胎盤部トロホプラスト腫瘍(placental site trophoblastic tumor)などの可能性を考慮し、早期原因検索、早期治療介入にあたるべきである。また、中でも子宮内仮性動脈瘤は経膈分娩後にもみられる為、安易な子宮内容除去術は大量出血をきたすことがあり、避けることが望ましい。

28. 脊髄くも膜下麻酔による帝王切開術後に 急性硬膜下血腫を発症した1例

大垣市民病院

市田啓佑、江坂有希恵、大塚直紀、勅使河原利哉、
木下吉登、古井俊光

【はじめに】脊髄くも膜下麻酔(以下、脊椎麻酔)後の頭蓋内硬膜下血腫は、非常に稀な合併症であるが、致命率の高い危険な合併症である。今回分娩後2日目に本症と考えられる症例を経験したので報告する。

【症例】38歳女性、初産婦(1妊0産)。自然妊娠、二絨毛膜二羊膜双胎、子宮筋腫合併妊娠。既往歴は特記事項無く、生来健康であった。妊娠28週まで近医受診し、分娩管理目的にて当院紹介受診となった。妊娠37週0日で脊椎麻酔による予定帝王切開となった。脊椎麻酔の穿刺は1回で、穿刺時の出血、神経症状はみられず、術中バイタルサインは安定していた。術後1日目に離床、術後2日目の朝より頭痛の訴えがあった。硬膜穿刺後頭痛と考え、安静かつ対症療法にて経過観察とした。その直後に痙攣を伴う意識障害が出現し、さらに除脳硬直を伴っていたため頭部CTを施行し、硬膜下血腫と診断した。midline shiftが認められたため、緊急開頭血腫除去術及び減圧術となった。脳外科手術24日目に頭蓋形成術施行され、現在、短下肢装具着用にて歩行可能で児を抱っこ出来る程度まで回復し、経過良好である。

【考察】脳動静脈奇形による急性硬膜下血腫の可能性もある為、術後精査したが脳動静脈奇形は認められず、また明らかな頭部外傷歴もなかった。今回の急性硬膜下血腫は、髄液の漏出による脳脊髄圧の低下により、頭蓋内血管(架橋静脈)が牽引・破綻したために生じた可能性がある。脊椎麻酔後の頭痛の合併は稀ではないが、本合併症は致命率の高い危険な合併症であり、脳外科的処置が必要となる場合も多い。脊椎麻酔を行う機会の多い我々産婦人科医にとっても注意すべき術後合併症であり、常に念頭に置いて診療に当たる必要があると考えられた。

第5群(2日目 8:30~9:25)

第1会場

29. 広靭帯内筋腫に対する腹腔鏡下手術の工夫について

岐阜市民病院 産婦人科

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

【目的】広靭帯内発育筋腫は、子宮動脈や尿管の偏移を来し、周囲の血管発育が豊富であることから手術難易度は高い。症例は、広靭帯内発育筋腫に対して腹腔鏡下腔式子宮全摘術（TLH）を試みたが、術式に改善の余地があると思われた。【症例】51歳、G3P3、既往歴：虫垂炎。現病歴：下腹部膨満感にて近医受診し、子宮筋腫を指摘され当科紹介された。初診時は左漿膜下筋腫と思われ、129mm大であった。GnRHaを6コース投与し筋腫は105mm大に縮小した。手術は全身麻酔下に気腹法行い、ポートは5mm4孔法ダイヤモンド配置とした。筋腫は左広靭帯内に発育しており、円靭帯を切除し広間膜を切開したところで表在血管から強出血を認めstratafix®にて止血した。尿管を確認後に卵巣堤索を切断し、筋腫の剥離を進めたが再び出血を認めstratafix®にて止血した。出血量が多くセルセーバーを導入し、外側から筋腫の剥離を進めたが、視野の確保が困難となったため子宮と筋腫をリガシユアにて離断した。左右の尿管、子宮動脈を同定しTLHを行った。子宮重量は680g、出血量1900ml、回収血1721ml、自己血返血量は842mlであった。術後貧血を認めず同種血輸血を要さなかった。術後経過良好にて4日目に退院となった。【結論】広靭帯内筋腫の手術の際には、1：大量出血に対し回収自己血輸血が有効であった。2：表在血管が怒張している場合には、広間膜から切開するのではなく、卵巣堤索を切断してから筋腫を核出し子宮摘出する方が良いと思われた。ただし付属器切除が必要になるデメリットはある。3：筋腫からの強出血の止血には結紮が省略できるstratafix®による縫合止血が有効であった。

30. 当科における反復卵管妊娠症例の帰結について

岐阜市民病院 産婦人科

齋竹健彰、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、尹 麗梅、豊木 廣

【緒言】当科における反復卵管妊娠症例の帰結について検討したので報告する。【方法】調査期間は1994年10月から2018年9月までの24年間とした。当科での初回手術時に挙児希望ありの症例に限定し、他院での初回手術例は対象外とした。また初回手術後に子宮内妊娠し、再び卵管妊娠に至った症例も対象外とし、狭義の反復卵管妊娠症例を対象とした。調査項目は帰結（当科で把握できている妊娠、存続子宮外妊娠を含む反復卵管妊娠の有無）とした。また初回卵管温存手術と卵管切除術での反復卵管妊娠率に有意差があるか検討した。【結果】調査期間での異所性妊娠は809例、初回手術時挙児希望ありの卵管妊娠は548例だった。そのうち狭義の反復卵管妊娠は77例（うち存続子宮外妊娠21例）14.1%だった。その後子宮内妊娠（IVF妊娠3例除く）16例20.8%、再度反復卵管妊娠17例22.1%だった。3回反復後の子宮内妊娠例は3回目が存続子宮外妊娠の1例のみであった。初回卵管温存356例での反復卵管妊娠は59例16.6%で、その後子宮内妊娠94例（IVF妊娠7例除く）26.4%だった。初回卵管切除192例での反復卵管妊娠は18例9.4%で、その後子宮内妊娠33例（IVF妊娠6例除く）17.2%だった。卵管切除後の同側間質部妊娠は8例あった。初回卵管温存手術と卵管切除術での反復卵管妊娠率は各々16.6%、9.4%で、卵管温存手術で有意に高かった。【結論】初回卵管妊娠手術の約1割5分が反復し、2回目の約2割がさらに反復し、3回目以降の反復症例での自然妊娠の確率は低いと思われた。初回卵管温存手術は、最低でも術後4人に1人の子宮内妊娠を期待できるが、卵管切除術に比し有意に反復卵管妊娠を来すため、インフォームドコンセントを十分にした上で術式に迷う症例では頑張って温存するより切除を勧めたい。但し卵管切除術後の同側間質部妊娠には注意を要すると思われた。

31. 当院における帝王切開癒痕部妊娠9例の治療法についての検討

名古屋大学附属病院

仲西菜月、三宅菜月、村上真由子、林祥太郎、村岡彩子、吉田沙矢子、笠原幸代、永井 孝、郵瀬智彦、中村智子、大須賀智子、後藤真紀、吉川史隆

【目的】近年の帝王切開率の上昇に伴い、癒痕部妊娠は増加している。しかしその治療法の選択に関しては現在でも確立された指針はない。今回我々は当院で治療を行なった癒痕部妊娠の9症例について治療法を検討した。

【方法】対象は2008年から2018年に当院で治療を行なった癒痕部妊娠の9症例である。診断時の妊娠週数、胎児心拍の有無、臨床症状、 β hCG値、輸血の有無、治療法、治療後の合併症、hCG陰性化までの日数、治療後の妊娠の有無について評価した。保険適応外使用については、当院の薬事委員会申請後、患者の同意を得て施行した。

【成績】診断時の妊娠週数は6-7週、胎児心拍は5例で認められた。治療法はD&C (dilatation&curettage) + TCR (transcervical resection) が1例、子宮動脈塞栓術 (uterine artery embolization :UAE) + D&C が2例、UAE + MVA (manual vacuum aspiration) が3例、子宮動脈塞栓化学療法 (transcatheter arterial chemoembolization :TACE) + D&C が2例、TACE + D&C + TCR + 腹腔鏡併用が1例であった。腹腔鏡を併用した症例は経膈エコーにて胎嚢と膀胱との距離が近かったため、D&C施行時に腹腔内を確認するために使用した。治療後は全症例で月経を認め、その後の妊娠を当院でフォローできた症例に関しては1例の満期出産、1例の流産を経験した。

【結論】今回、全ての症例で合併症や追加処置を行うことなく、治療を終了し得た。また子宮内容除去術に関して最近の症例ではMVAを使用し、簡便で安全に手術を行うことができた。治療法については今後も症例ごとに適切な選択をすることが必要である。

32. Hemorrhagic shock caused by ruptured ectopic pregnancy with a negative urine pregnancy test

Kasugai Municipal Hospital

Hiroki Fujimoto, Shima Takamura, Hideaki Tanaka, Chikako Maeda, Atsuko Okumura, Yuji Shimomura, Mitsuaki Ito

Introduction: A ruptured ectopic pregnancy (EP) and resulting hemorrhage is one of the leading causes of maternal mortality and morbidity in the first trimester. We present a rare case of hemorrhagic shock due to a ruptured EP with a negative human chorionic gonadotropin (hCG) test. **Case presentation:** A 34-year-old gravida 1 para 1 female with a recent history of fertility treatment consisting of timing therapy and clomiphene therapy. She was admitted to a hospital complaining of acute right lower abdominal pain and vaginal bleeding lasting two days at six weeks after her last menstrual period. She had a negative urine hCG test. An abdominal CT scan and ultrasonography detected massive intraperitoneal hemorrhage. She was referred to our hospital for suspected gynecologic emergency. On examination, she appeared sluggish and pale. Her blood pressure was 96/64mmHg and her heart rate was 115bpm. A negative urine hCG test was confirmed again at our hospital. The serum hCG level was 3.5mIU/mL, which was a contradictory finding of gestation. A contrast-enhanced CT scan depicted a left ovarian cyst and right adnexal hemorrhage. An emergency laparotomy was performed. Her abdominal cavity was filled with more than 2000mL of blood. The right fallopian tube was found ruptured with active bleeding and it was excised. The histopathological examination of the right fallopian tube revealed the presence of chorionic villi. The postoperative level of serum hCG was below the lower limit of detection. **Conclusion:** Although EPs with negative urine hCG tests are extremely rare, fertile females complaining of acute abdominal pain without positive hCG test could have EPs. A careful radiologic examination and an urgent surgical procedure should be considered especially for hemodynamically unstable patients.

33. LDH異常高値を示した子宮筋腫の一症例

蒲郡市民病院 産婦人科

大久保大孝、奈倉祐貴、浅井里依香、藤井裕子、石川賀子、田村栄男、大橋正宏

【目的】LDHとは細胞内で糖がエネルギーに変わる時に働く酵素で、様々な組織や臓器に広く存在している。LDHが含まれている臓器が傷害・破壊を受けると、細胞外に放出されて高値となる。LDH高値となる疾患は、主に肝臓疾患、心疾患、腎臓疾患、進行性筋ジストロフィー・多発性筋炎・皮膚筋炎などの筋肉の破壊を伴う病気や、血液疾患等が挙げられる。産婦人科領域では、子宮肉腫の鑑別診断の指標となることが広く知られている。今回我々は、術前にLDH異常高値を示した子宮筋腫が、術後すみやかに正常化した症例を経験したので文献的考察を加えここに報告する。

【方法】46歳女性、1経妊0経産、既往歴、家族歴、運動歴、外傷の有無、薬剤投与歴なし。重症貧血及び子宮筋腫の治療目的に、近医より紹介受診。受診時WBC:4100/ μ 、Hb:9.3g/dl、PLT36.1万/ μ l、AST:37U/l、ALT:44U/l、LDH:393U/l、CK611U/l、凝固系に異常なし。子宮頸部体部細胞診に異常認めず。CTでは他の臓器に腫瘍影認めず。MRIでは6cmの粘膜下筋腫1個、1cm大の漿膜下筋腫2個を認めた。画像診断は多発性子宮筋腫であり、変性壊死等の悪性を疑わせる所見は認めなかった。

【成績】初診時以降もLDHの高値持続を認めたため、貧血の治療及び組織学的検索のため腫瘍摘出術を計画。患者側の強い希望により、インフォームド Consentのもと腹腔鏡下子宮筋腫核出術施行。回収はインバッグモルセレーション法で行った。最終病理診断はleiomyoma, no malignancy。術後半年経過するが、再発兆候なし。

【結論】LDHの異常高値持続をきたした子宮筋腫症例を経験した。診断及び治療方針の決定は、慎重かつ柔軟に行う必要があることを再認識した。

34. 全腹腔鏡下单純子宮全摘術後に発生した付属器茎捻転の1例

三重県立総合医療センター 産婦人科

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

子宮全摘術は付属器茎捻転の危険因子ではないが、子宮全摘術後の付属器茎捻転の発生は約0.8%との報告がある。術式による差異について論じた報告はないが、これまでの症例報告の数は腹式手術後のものは1例報告の1編しかなく、腹腔鏡下手術後の方が多い印象がある。当科では2006年10月より腹腔鏡下手術を開始し、現在年間約170件の全腹腔鏡下单純子宮全摘術（以下TLH）を施行しているが、今回TLH後に付属器茎捻転を生じた症例を初めて経験した。

患者は41歳。初診時の3年前に子宮筋腫の診断により当科でTLHを受けた既往がある（子宮重量727g、右広間膜内発育）。下腹痛、嘔吐を主訴として当科受診。精査により左付属器茎捻転が疑われたため、腹腔鏡下手術を施行した。術中所見として左付属器を取り囲むように癒着が見られたが、そのほとんどは容易に鈍的剥離可能であり、TLH後に形成された癒着というよりは、今回の病態発生後に形成された比較的新しいものの可能性を考えた。それ以外、右付属器周囲を含む骨盤腹膜内に癒着は見られなかった。左卵巣はわずかに腫大して暗赤色であり、茎捻転の様相を呈していた。手術は左付属器切除術を実施した。病理組織検査結果は壊死組織であり、明らかな新生物の所見は見られなかった。症状改善し、術後4日目で退院した。

腹式手術に比してTLH後に卵巣茎捻転の発生が多い理由として、術後癒着の少なさ、腹膜の損傷やそれに伴う炎症の発生の少なさに関連するかもしれないと言われる。また、後間膜の広い展開も、その発生に関係するかもしれないとも言われている。文献的考察を加えて、これを報告する。

第6群(2日目 9:40~10:45) 第1会場

35. 下肢深部静脈血栓を合併した、子宮筋腫による過多月経、重症貧血に対し、下大静脈フィルターを留置して早期に手術を施行した一例

名古屋記念病院

廣中昌恵、高木春菜、佐藤静香、小田川寛子、神谷典男、石川尚武

患者は3経産、50歳。子宮粘膜下筋腫と過多月経に対してGnRHα療法後、月経再開してきたため手術目的に紹介受診となった。受診2日後に右下肢深部静脈血栓症を発症し、近医よりイグザレルト30mgを処方され、内服開始したところ、もともと続いていた月経の出血が増加し、Hb3.8の重症貧血となり、入院となった。輸血4単位施行し、抗凝固剤をリクシアナ30mgに変更し、出血は落ち着いて、Hb7.2と回復した。血栓は右膝窩静脈より遠位のものに局限しており、線維化認め、塞栓症のリスクは低いと判断されたが、抗凝固療法による出血のリスク、血栓の長期化のリスクを考慮し、早期の手術を施行した。前々日よりリクシアナ中止してヘパリン点滴とし、前日に下大静脈フィルターを挿入して腹腔鏡下子宮全摘術を施行。子宮は238gで、4.5センチの粘膜下筋腫ほか、多発筋腫を認めた。手術時間128分、出血10mlであった。翌日フィルター抜去してクレキサン開始。離床も開始した。1週後のクレキサン終了と同時にリクシアナ60mg内服を再開し、経過良好にて術後6日目に退院となった。もとより喫煙、家族歴などのリスクは認めず、深部静脈血栓の発症原因は不明であった。

深部静脈血栓症に対しては、急性期からの経口薬による抗凝固療法が可能となってきているが、出血のリスクは高く、筋腫による過多月経の憎悪が起こりうる。本患者は抗凝固療法開始後に多量出血をきたして重症貧血となり、全身管理を要した。血栓症の合併により周術期管理に苦慮したが、非永久留置型下大静脈の挿入等、循環器内科による適切なサポートにより、出血源に対しての根治療法を行うことが可能となった。また、腹腔鏡手術と静脈血栓症のリスクについても、若干の文献的考察を交えて報告する。

36. 子宮内膜症性嚢胞破裂症例に対し洗浄ドレナージ施行後も治療に難渋した1例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 産婦人科

安藤万恵、長船綾子、服部 恵、小林祐子、犬飼加奈、茂木一将、松井純子、梅津朋和、山本真一

【緒言】子宮内膜症性嚢胞はしばしば破裂や感染をきたすことがあり、外科的治療を要することがある。今回我々は子宮内膜症性嚢胞破裂症例に対し洗浄ドレナージを施行後も治療に難渋した1例を経験したので報告する。【症例】46歳 P1。既往は子宮内膜症、両側子宮内膜症性嚢胞であり、ディナゲスト内服中であった。下腹部痛のため当院救急外来受診し、造影CTで左子宮内膜症性嚢胞の破裂の所見を認めたため入院した。入院翌日、37.2℃、WBC 4200/μl、CRP 6.3mg/dlだったが、腹部触診で上腹部まで筋性防御、反跳痛が出現していた。子宮内膜症性嚢胞破裂による汎発性腹膜炎と診断し、腹腔鏡下洗浄ドレナージ術を行った。腹腔内は中等量茶褐色の腹水があり細菌培養検査に提出し、左子宮内膜症性嚢胞が破裂していたため左付属器摘出後、温生食4000mlで洗浄を行った。術後2日目、37.2℃、腹部膨満感が出現し、腹部が膨隆し、上腹部まで反跳痛を認め、腸管損傷などの合併症を疑い造影CT施行した。膿瘍形成は認めなかったが、腹膜炎、麻痺性イレウスの所見を認め、術中提出した腹水の細菌培養結果はE.coli 2+であった。左子宮内膜症性嚢胞の感染・破裂により発症した細菌性腹膜炎と診断し、CMZ 4g/dayで治療を開始した。炎症反応低下していたが、術後6日目、37.7℃、腹部症状悪化を認めWBC 6700/μl、CRP 11.04mg/dlと炎症反応が再上昇した。造影CTを行ったところ腹腔内の多発膿瘍形成が疑われ、遺残膿瘍の診断にてMEPM 3g/dayに変更した。その後解熱、腹部症状改善、炎症反応は低下し術後13日目に退院となった。【考察】本症例は、手術施行時は子宮内膜症性嚢胞感染を疑っておらず、洗浄ドレナージが不十分であったためその後の治療に難渋した。子宮内膜症性嚢胞の破裂時は感染を合併していることも考慮し、十分に洗浄ドレナージを行うべきと考えられた。

37. 癒着性腸閉塞を来し、外科的治療を要した卵巣卵管膿瘍の一例

岐阜県総合医療センター 産婦人科¹、外科²

坊本佳優¹、永田健太郎¹、野老山麗奈¹、森 崇宏¹、
神田智子¹、鈴木真理子¹、佐藤泰昌¹、横山康宏¹、
前田健一²、杉本琢哉²

症例は18歳、未経妊。既往歴に特記事項はなし。月経終了後から、発熱症状、下腹部痛を認め、疼痛増悪傾向のため当院救急外来を受診した。下腹部圧痛が高度であり、採血上、WBC12200/ μ L、CRP 4.74mg/dLと炎症反応の上昇を認めた。造影CT検査を施行したところ、右卵巣と接する箇所の小腸の狭窄、口側腸管の拡張を認めた。腸管拡張が高度であり、癒着による腸管閉塞が疑われたため緊急腹腔鏡下精査の方針となった。術中所見はDouglas窩に拡張小腸が陥入しており、右付属器、右広間膜後葉と広範囲に癒着していた。吸引管を用いて鈍的に剝離している時に左右卵管采、右卵巣より黄白色の膿の排出を認めた。以上より、卵巣卵管膿瘍、骨盤内炎症性疾患 (pelvic inflammatory disease;PID) により、炎症性の癒着を来し、小腸イレウスを引き起こしたと考えられた。若年であることから付属器、卵管切除等は施行せず、イレウス解除後は可及的に膿をドレナージし、洗浄するまでに留めた。術中に採取した子宮頸管粘液PCR検査からは淋菌が検出され、術後はセフトリアキソン点滴による抗生剤治療を行った。術後経過は良好であり、第2病日より飲水、第5病日より食事開始となった。発熱症状及び炎症反応も改善したため退院となり、現在外来管理中である。若年のイレウスを認め、閉塞機転が骨盤内の可能性がある場合、内膜症性の癒着だけでなく、卵巣卵管膿瘍を始めとしたPIDによる癒着性イレウスを鑑別に挙げるべきである。

38. 卵管卵巣膿瘍に対する経腔穿刺排膿術の有用性

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

奥原充香、安藤智子、朝比奈録央、正橋佳樹、上田真子、大西主真、江崎正俊、溝口真以、木村晶子、三澤研人、猪飼 恵、夫馬和也、西子裕規、栗林ももこ、手塚敦子、坂堂美央子、齋藤 愛、廣村勝彦、津田弘之、水野公雄

【目的】卵管卵巣膿瘍 (TOA) は抗生剤による保存治療に抵抗を示すことが多い。当院では保存治療のみでは治療困難と思われる症例に対して、経腔超音波下の穿刺排膿術を選択肢として提示している。今回その有用性について後方視的に検討した。【方法】2009年4月より2018年8月までにTOAと診断され、経腔超音波ガイド下の穿刺排膿術を施行した症例を対象とした。適応は穿刺可能な大きさで、入院加療が必要な症状や検査所見を示し、穿刺の同意が得られることとした。発症年齢、基礎疾患、長径、原因菌、穿刺後の経緯について検討した。対照は同期間にTOAに対して手術療法を選択した症例とした。【結果】経腔穿刺排膿術は23-51歳 (中央値44歳) の13例に施行され、長径は40-120mm (中央値70mm) で、うち7例が内膜症を合併していた。内膜症合併の2例は1週間後、卵管膿瘍の1例は3週間後に再燃し、手術療法 (開腹手術2例、腹腔鏡下手術1例) を施行した。穿刺排膿術が有効であった10例では、穿刺から1-18日 (中央値5.5日) 後に退院が可能であった。同期間にTOAに対する手術療法を選択した症例は15例で、2例は術前に敗血症ショックをきたしていた。他の13例中9例は開腹手術で、4例で術後腸閉塞や創部離開をきたした。12例の手術から退院までの日数は3-29日 (中央値10.5日) であった。【考察】当院でのTOAに対する経腔穿刺排膿術は、10/13例 (76.9%) に有効であった。TOAに対する外科的手術は難易度が高く、術後合併症の確率も高い。原因菌の精査も兼ねてまず経腔穿刺排膿術を試みることは有用であると思われる。

39. 卵管奇形腫の一例

済生会松阪総合病院

辻 尚也、小高紗季、小林奈津子、高倉 翔、南 元人、
竹内茂人、菅谷 健、高倉哲司

【諸言】 卵管奇形腫は性腺外奇形腫の一種であり、その成因としては胎生期において卵巣嚢から性腺までの遊走の過程で迷入遺残した原始胚細胞が発生母地と考えられている。産婦人科領域においては子宮頸部、子宮体部、円靭帯、広間膜、卵管などに発生し、中でも卵管に生じる奇形腫は稀であるとされている。今回、我々は術中に卵管奇形腫と診断し術式の変更を要した一例を経験したので報告する。【症例】 31歳、1妊1産。子宮頸癌検診の経腔超音波検査で左卵巣に単房性充実性腫瘤があることを指摘され当科紹介受診。CT検査ではリンパ節腫大や遠隔転移を疑う所見はなかったが、単純MRIで左卵巣の近傍に、4cm大の類円形の境界明瞭な充実性腫瘤で、造影効果は認めないもののT2高信号、T1等信号でDWI高信号、ADC低信号を呈しており、悪性腫瘍の可能性も否定できなかったため、開腹での左卵巣腫瘍核出術を予定した。術中所見としては左正常卵巣から離れた左卵管内あるいは卵管間膜内に約5cm大の腫瘤が存在し、一部毛髪が露出していた。また腹水は少量のみであったため、洗浄腹水細胞診を施行し、結果は陰性であった。これらの結果より術式を左卵管切除術に変更し、術中迅速病理検査では未熟成分は伴わない成熟奇形腫の診断であった。術後の病理検査でも左卵管成熟奇形腫と診断され、術後追加治療を要することなく、その後の経過は良好である。【結語】 卵管奇形腫は非常に稀な疾患であり、また術前診断は困難であるため、術中に術式の変更を要する場合もあるが、その術式には卵管切除術や付属器切除術の根治手術か、卵管切開術や卵管腫瘍摘出術による温存手術が考えられる。しかしながら、妊孕性温存など個々の症例に応じて慎重に判断する必要があり、術前のインフォームド・コンセントを含め注意を要する。

40. 難症例に対する腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) — 巨大子宮筋腫 —

常滑市民病院 婦人科

黒土升蔵

一般的に子宮重量が800～1000gを超える子宮筋腫では、TLHの難易度が増すといわれる。その要因として、第一に、surgical spaceの確保が挙げられる。これには、助手の果たす役割が重要である。手術が円滑に進行できるよう、助手はカメラと鉗子を活用してsurgical spaceを作るが、カメラワークや鉗子による臓器の押さえ方や把持すべき組織の部位などは同一の術式であればどの症例の手術でも決まった動きがあり、定型的であるといえる。例えば、膀胱子宮窩腹膜の切開剥離では、通常助手は子宮前面を鉗子先端で後方に押さえてsurgical spaceを作るが、巨大子宮筋腫の場合は、さらに鉗子を強めに圧迫し時には硬性カメラの柄の部分を使って、子宮を後方に強く押し下げてsurgical spaceを展開する。第二に、巨大子宮筋腫では解剖学的偏倚が起りやすく、とりわけ尿管の偏倚が問題となる。そこで、手術の最初の段階で、前方、側方、後方のいずれかの方法にてアプローチし、尿管を同定し子宮動脈を処理する。これにより、思いがけない尿管損傷を回避することができるとともに、子宮動脈の結紮切離によりその後の術中出血量の軽減にも役立つ。第三に、子宮の回収が挙げられる。当科では巨大子宮筋腫の場合には、回収に先立ち下腹部正中トロッカー孔より長柄メスを挿入し腹腔内で子宮に割を入れ骨盤内に誘導してから経腔的に回収している。すべてを経腔操作のみで回収するのは困難であり、長柄メスによる経腹的な操作を併用することにより手術時間の短縮に役立つ。以上に留意することで適応拡大は可能であると考えられるが、執刀にあたっては十分な修練と経験を積むことが肝要である。本報告では、当科で行っている巨大子宮筋腫に対するTLHの手術映像を供覧し、適応拡大に必要なポイントについて述べる。

41. 難症例に対する腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) — 深部子宮内膜症 —

常滑市民病院 婦人科

黒土升蔵

骨盤内深部子宮内膜症病変では、月経困難症や慢性骨盤痛、不妊症との関連性が指摘され、病変の摘出切除により疼痛改善や再発予防に効果があることがエビデンスとして認識されつつあり、妊孕性においても、術後のART治療成績の向上を示唆する報告もある。系統的な深部病変切除術の行程は、①尿管の同定。尿管を透見できる場合は腹膜を切開し後腹膜を展開し直接尿管を同定するが、広範囲に腹膜が肥厚拘縮して透見できない場合は、内膜症の影響の少ない頭側に移動し卵巣堤索付近よりアプローチする。②岡林の直腸側腔を展開し、仙骨子宮靭帯の外側から尿管を分離する。③直腸を鉗子で頭側に牽引することにより、直腸の大まかな輪郭を推定し、直腸漿膜の側方寄りに直腸の長軸に沿って切開を入れ直腸腔間隙の側方部分を展開する。内膜症による強固な骨盤内癒着があっても、経験的に直腸側方は比較的容易に展開できることが多い。これにより、仙骨子宮靭帯の内側から、直腸を分離し、さらに直腸側面を展開していくことにより、直腸の輪郭が明瞭化されると同時に、病変が中央の強い癒着部として残される。④直腸を牽引しながら、この病変を子宮後頸部に残してくるように病変と直腸の間を鉗子で剥離していきダグラス窩が開放される。この段階で、病変は仙骨子宮靭帯と子宮後頸部に集約され切除が可能となるが、その際術後の膀胱障害を避けるため、可能な限り仙骨子宮靭帯の外側で下腹神経叢を同定し、この上縁で仙骨子宮靭帯を切除するように心がける。⑤臓器損傷、特に損傷のリスクの高い直腸は、示指による直腸診とリークテストを必ず行う。

こうした深部病変の完全切除を目指して可及的に病変を切除することは、骨盤内の解剖学的歪みの矯正とともに、子宮内膜症の消失あるいは削減された骨盤内環境をもたらし、疼痛や不妊に対して有効であると考えられる。

42. 子宮体癌発症をきっかけにLynch症候群を強く疑った一例

名古屋第二赤十字病院 産婦人科

仲川裕子、加藤紀子、河井啓一郎、白石佳孝、服部 渉、大堀友記子、小川 舞、鈴木美帆、伊藤 聡、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

【緒言】当院は平成29年度に臨床遺伝診療科を開設し、診療科の垣根を越えて多岐にわたり診療を担っている。【症例】46歳女性，0妊。月経不順と月経過多を自覚し，近医で子宮内膜肥厚を指摘され当院へ紹介となった。既往歴は横行結腸癌（41歳），右半結腸切除術後，化学療法を経て5年間のフォローを終了した。横行結腸癌治療中に遺伝性腫瘍症候群について指摘されたことはない。家族歴は，母が大腸癌（40歳・50歳・70歳）子宮体癌（70歳），叔父が大腸癌（40歳代），叔母が大腸癌（70歳代），祖父が胃癌（58歳），アムステルダム基準Ⅱを満たさず，改訂ベセスダガイドラインを満たした。患者と夫に遺伝カウンセリングを施行した。1回目はLynch症候群の概要や診断方法，補助診断と確定診断の違いについて，診断により個々に合わせた管理が可能になること，血縁者や次世代への影響について説明した。夫婦間や血縁者と話し合う期間を十分設けた上で，2回目に夫婦よりマイクロサテライト不安定性検査（MSI）の受検意思を確認した。広汎子宮全摘術を施行し，Endometrioid carcinoma, G2, Ly/V (+), pT1b, FIGO stage IIIC2, pN2 (2/43) と診断した。同時にMSIを行い，高頻度のMSI (MSI-H) であった (NR-21, BAT-26, BAT-25, NR-24, MONO-27いずれも陽性)。術後，3回目カウンセリングでMSI検査結果とその解釈，確定診断について説明した。夫婦で再度相談の上，遺伝子検査の希望はなかった。MSI-Hであり慎重に経過観察していく。【結語】当院では，遺伝カウンセリングを臨床遺伝専門医と主科担当医の2名で行い，より正確な知識と情報の提供に努めている。本症例も繰り返しカウンセリングを行うことで，患者が主体的に意思決定を行い，治療に前向きに取り組むことができている。

43. 全身のリンパ節転移を疑わせた 梅毒合併子宮体癌の1例

岡崎市民病院 産婦人科

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

【緒言】梅毒はスピロヘータ目に属する梅毒トレポネーマにより生じる性感染症で、2010年以降増加傾向に転じている。今回われわれは、全身のリンパ節腫脹を伴う子宮体癌に遭遇し、精査の結果、梅毒性リンパ節炎の合併と診断できた1例を経験したため報告する。【症例】51歳、0妊、閉経48歳。外陰部の搔痒で近医受診し、子宮内膜細胞診で異型内膜細胞を認めたため当科紹介受診された。内膜組織診ではG1相当の類内膜癌であり、MRI検査では筋層浸潤は軽度にもかかわらず、造影CT検査では左鎖骨上窩、傍大動脈、骨盤内、鼠径リンパ節等、多発リンパ節転移が疑われた。術前スクリーニングの血液検査でTP抗体陽性であり、リンパ節腫脹の原因として梅毒性リンパ節炎を疑い鼠径リンパ節生検を施行したところ、梅毒性リンパ節炎と診断された。手術は準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節郭清術を施行し、病理組織検査の結果、癌のリンパ節転移は認めず、梅毒性リンパ節炎を合併した子宮体癌IA期との診断に至った。【結語】近年、梅毒感染は増加傾向であり、今後益々梅毒が増加する可能性は十分に考えられる。梅毒の臨床像は多彩であり診断されていないこともある。本症例では組織診でG1相当の類内膜癌であり、更に画像上IA期を疑う所見であったため、全身のリンパ節腫脹が転移以外の疾患の可能性を検討することができた。今後梅毒がさらに増加する可能性があるため、リンパ節腫脹の鑑別として他臓器原発の悪性腫瘍の他に、梅毒性リンパ節炎を考慮する必要がある。

44. 早期対応可能であった子宮体部原発脱 分化癌の1例

高山赤十字病院¹、同 病理組織診断²

林 佳奈¹、矢野竜一郎¹、桑山太郎¹、細江美和¹、
岡本清尚²

【緒言】子宮体部原発の脱分化癌とは、類内膜腺癌が一部で脱分化をきたし病理組織診断としては未分化癌へ転じたものであり、予後不良と知られている。しかし症例数が少なく、標準的な治療が確立されていない稀な病理形態である。今回術後の病理診断にて脱分化癌と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】64歳、2経妊2経産、閉経52歳。不正性器出血を主訴に、前医より紹介受診となった。MRIでは子宮癌肉腫を疑う腫瘍を認めたが、内膜細胞診は陰性、2度の部分搔爬による子宮内膜組織診は壊死組織のみであり、悪性像は認めなかった。手術検討していたが、待機期間中に性器出血が増悪したため出血コントロール及び診断目的に、緊急で腹式単純子宮全摘術・両側付属器摘出術を施行した。術後経過は良好であり、退院となった。子宮は超手拳大で、右前側壁から境界明瞭な有茎性腫瘍が内腔を占めていた。術後病理は子宮体部脱分化癌、臨床進行期IA期(pT1aNXM0)と診断された。全身造影CTでは有意なリンパ節腫脹はなく、全身転移は認めなかったため、術後追加後腹膜リンパ節郭清は本人の希望もあり施行せずとした。術後補助化学療法としてパクリタキセル+カルボプラチンの多剤併用療法を6コース完遂し、現在再発なく経過観察中である。

【結語】子宮体部原発の脱分化癌は悪性度が非常に高く、有茎性腫瘍を呈することが多いと言われている。今症例では有茎性腫瘍阻血部分の壊死による不正性器出血によって早期介入が可能であったが、一方で壊死組織であるがゆえに術前の組織診断が困難であった。今回、出血コントロールと診断目的に外科的切除を早期に行うことができ、結果的に生命予後の改善に寄与する可能性があると考えられた。

45. 子宮内膜細胞診疑陽性例の転帰に関する検討

名古屋市立大学 産科婦人科教室

加藤綾美、小川紫野、間瀬聖子、西川隆太郎、荒川敦志、杉浦真弓

【目的】 子宮内膜細胞診は、子宮内膜増殖症や子宮体癌の初回検出法として頻用されているが、その精度については未だ評価が定まっていない。さらに、各施設により採取法、検体処理法が異なっており、診断医によっても診断にばらつきがある。疑陽性と判定されることもまれではなく、しばしば取り扱いに苦慮することがある。今回当院における内膜細胞診疑陽性例の転帰について考察した。

【方法】 2012年4月から2013年3月に当院で施行した子宮内膜細胞診で疑陽性と判定した40例のうち、組織診と対比が得られた29例について、診療録を用いて後方視的にその経過や転帰を調査した。

【成績】 内膜細胞診疑陽性40例の平均年齢は56歳(31~84歳)、平均BMIは22.3であった。内膜細胞診疑陽性40例中、組織診を行った症例は29例(70%)あり、うち23例は内膜細胞診の再検査を行わずに組織診を選択した。組織診を行った29例中、悪性所見なしが10例(35.7%)、子宮内膜増殖症が2例(7.1%)、子宮内膜異型増殖症が4例(14.2%)、子宮体癌が11例(39.2%)、判定不能が1例(3.5%)であった。子宮摘出症例は22例あり、子宮体癌は17例(類内膜癌16例、混合癌1例)、子宮内膜異型増殖症1例、子宮頸癌3例、悪性所見なしが1例であった。子宮体癌は、内膜細胞診疑陽性例の42.5%に発見された。子宮体癌17例のうち12例はIa期であり、またGradel・2は14例、Grade3は3例であった。子宮体癌症例においては、初回内膜細胞診疑陽性から手術までの平均観察期間は171.5日(中央値99日)であった。

【考察】 子宮内膜細胞診が疑陽性の場合、子宮体癌である可能性を十分に考慮して、組織診を含めた精査を必ず行うべきと考えられた。子宮内膜増殖症の診断から1年以上の経過観察を経て子宮体癌が発見された例もあり、長期の観察は悪性の否定に重要である。

46. 卵管捻転により判明した卵管境界悪性腫瘍の一例

藤田医科大学 ばんだね病院 産婦人科

小川千紗、南 洋佑、松川哲也、酒向隆博、内海 史、塚田和彦、柴田清住

【緒言】 卵管の境界悪性腫瘍は稀な腫瘍とされており、本邦、海外でも報告は少ない。また、卵管留水症は卵管捻転の発生要因の1つとされているが、性交経験のない若年症例は稀である。今回我々は、性交経験のない若年者の卵管留水症による卵管捻転に対し卵管温存術を行ったが卵管留水症が再発し、再捻転を来したため卵管切除を施行したところ境界悪性腫瘍を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】 20歳、0経妊、性交歴なし、既往歴なし。3年前に右卵管留水症の捻転で緊急手術(卵管水腫穿刺+捻転解除)を行ったが、術後5ヶ月で同側の留水症が再発。徐々に増大傾向であったため手術計画をしていたが、急性腹痛で受診。CTで104×69mmの右卵管留水症を認める以外には急性腹痛の原因となる所見は認めなかった。炎症反応はWBC 10000、CRP 0.3、腫瘍マーカーはCEA 1.3 ng/ml、CA125 14.2 U/ml、CA19-9 6.3 U/mlと全て陰性であった。疼痛は右卵管に一致しており、右卵管水腫の再捻転を疑い緊急手術を行った。腹腔鏡下で観察を行ったところ右卵管は時計回りに720度捻転、鬱血し青紫色に変色していた。捻転解除後も色調は戻らず、再捻転の症例であったため右卵管切除とした。右卵管を穿刺吸引、右卵巢と卵管の間に膜様癒着を認めたため、癒着剥離し右卵管切除施行。摘出標本で卵管内に充実部を認めたため、卵巢-卵管癒着部は焼灼し腹腔内を十分に洗浄した。最終病理結果は漿液性境界悪性腫瘍であった。**【考察】** 本症例は性行歴なく手術歴もない、性感染症検査も陰性であり卵管留水症の明らかな原因は不明であった。若年者であり初回手術時は卵管温存としたが、再捻転を起こしたため卵管切除を行ったところ境界悪性腫瘍を認めた。原因不明の卵管留水症の場合、稀ではあるが境界悪性腫瘍や悪性腫瘍を認めることがあるため、取り扱いには十分注意が必要である。

47. 成熟嚢胞性奇形腫に伴う卵巣原発カルチノイドの一例

津島市民病院

岩田愛美、櫛原貴恵、柴田大二郎

【緒言】 卵巣原発カルチノイドは胚細胞腫瘍の境界悪性腫瘍に分類され、悪性卵巣腫瘍の0.1%以下、カルチノイド全体の1.3%と非常に稀である。卵巣カルチノイドはしばしば他の腫瘍と混在することが報告されており、その多くは成熟嚢胞性奇形腫である。今回、成熟嚢胞性奇形腫の術前診断で卵巣腫瘍摘出術施行後に卵巣原発カルチノイドと診断された症例を経験したので報告する。

【症例】 38歳、0妊0産。健診で貧血、便潜血を指摘され、近医内科受診。鉄欠乏性貧血及び過多月経にて当科紹介となった。MRIにて6cm大の左卵巣腫瘍を認め、画像所見からは成熟嚢胞性奇形腫と考えられ、卵巣腫瘍摘出術を施行した。術中に一部被膜破綻するも腹腔内への漏出はなかった。術後の病理組織検査にて成熟嚢胞性奇形腫に伴う卵巣カルチノイドと診断された。洗浄腹水細胞診は陰性であり、IC1期と診断した。卵巣カルチノイドは境界悪性腫瘍に分類されるが、比較的予後良好であること、術中所見及び術後に施行した造影CTにて浸潤性腹膜インプラントを認めなかったことより、再手術は施行せず、現在嚴重に経過観察している。

【考察】 卵巣原発カルチノイドは稀な疾患であり、成熟嚢胞性奇形腫との合併が多い。無症状であることが多いが、強固な便秘症状を伴う例もしばしば見られる。特徴的な画像所見や特異的な腫瘍マーカーがないため術前診断は非常に困難であり、本症例のように縮小手術となった報告が多く見受けられる。術前に良性腫瘍の診断であっても腹水細胞診を施行すること、術中の被膜破綻を極力なくすことの重要性を改めて認識した症例であった。今後症例が蓄積され、追加治療法や経過観察法など管理方法が確立されることが望まれる。

48. 若年性上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍において年齢は独立した予後予測因子となるか～東海卵巣腫瘍研究会583例の解析より～

名古屋大学医学部附属病院

花谷茉也、芳川修久、館明日香、藤掛佳代、池田芳紀、西野公博、内海 史、新美 薫、鈴木史朗、梶山広明、吉川史隆

【目的】 若年に発症する上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍（以下、若年性上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍）の患者への妊孕性温存手術を行う場合には、本人・家族に対する適切な情報提供が重要であるが、40歳以下が一括りにされることが多い。妊孕性が加齢により低下することを考慮すると、卵巣腫瘍も年齢に応じてその特徴を変えると考えられる。本研究の目的は、若年性上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍患者における年齢因子が予後等に与える影響を考察することである。【方法】 当施設と関連病院からなる東海卵巣腫瘍研究会のデータベースから、1986年-2018年までに診断された40歳以下の上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍患者を抽出し、年齢を層別化し、stage、組織型、悪性度、術式等の予後に影響を与えうる臨床病理学的因子について解析した。【成績】 対象患者は583例で、20歳以下（I群）が33例、21-30歳以下（II群）が165例、31-40歳以下（III群）が385例であった。各群における5年生存率はI群90.5%、II群91.0%、III群82.6%であり、III群に比較してI・II群の予後が有意に良好であった。多変量解析においても、病期、組織型、腹水細胞診、残存腫瘍の有無に加えて、年齢は独立した予後因子となった。【結論】 若年性上皮性悪性・境界悪性卵巣腫瘍患者の中でも、30歳以下では有意に予後が良好であった。本知見は、妊孕性温存を求める患者に対して提供すべき情報となりうると考えられた。

49. 子宮摘出後のParasitic myomaのため 診断に苦慮した卵巣原発HGESSの 一例

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

三澤研人、廣村勝彦、朝比奈録央、正橋佳樹、上田真子、大西主真、江崎正俊、奥原充香、木村晶子、猪飼 恵、夫馬和也、西子裕規、栗林ももこ、手塚敦子、斎藤 愛、坂堂美央子、津田弘之、安藤智子、水野公雄

【緒言】 卵巣原発の子宮内膜間質肉腫 (ESS) は、卵巣腫瘍のうち間葉系腫瘍に分類される。卵巣原発ESSは低悪性度 (LGESS) と高悪性度 (HGESS) が存在し、卵巣原発LGESSは症例報告等が散見されるが、卵巣原発HGESSは極めて稀な病態である。今回我々は、子宮摘出後のParasitic myomaのため診断に苦慮した卵巣原発HGESSの一例を経験したので報告する。**【症例】** 50歳。1産。41歳時に他院にて腔式子宮全摘術を施行 (両側卵巣温存)。手術直後より腔断端部に腫瘤を認め筋腫遺残と判断し、本人と相談の結果経過観察となっていた。術後9年目に下腹部痛で近医受診し、骨盤内腫瘤のため当科紹介された。画像検査にて、左下腹部に約10cmの筋腫と、右下腹部に右卵巣静脈に還流する変性壊死を伴う約12cmの腫瘤が認められた。右下腹部の腫瘤は、左と同様に筋腫の残存なのか、右卵巣悪性腫瘍の合併かは術前診断が困難であった。手術直前の診察では、右下腹部の腫瘤は約20cmに増大しており、悪性がより疑わしいと考えた。開腹所見は10cm大の大網に生着した筋腫 (parasitic myoma) と、20cm大の右卵巣腫瘍であった。右卵巣腫瘍は小腸や骨盤壁に癒着を認め、剥離の際に腫瘍破綻し、1700mlの腫瘍内容が流出した。左卵巣は肉眼的に正常であった。術中病理診断で、右卵巣悪性腫瘍を推測するが、組織型の判断は困難であった。大網部分切除+両側付属器切除を行い、腹腔内に遺残のないことを確認し終了した。術後病理診断は、HGESS, pT1c1NXMXと大網から血流をうけたparasitic myomaであった。術後化学療法を行い、術後4年を経過した現在まで再発徴候は認めない。**【結語】** 卵巣原発HGESSの臨床的特徴は明らかではなく、今後の症例の蓄積が重要であると思われる。

50. 腹腔鏡下子宮全摘術後に仙骨子宮靭帯 からの出血により再開腹が必要となった 一例

市立恵那病院 産婦人科¹、大村市民病院²

小谷倫子¹、松口一道²、伊藤雄二¹

症例は39歳、6経妊4経産で過多月経を主訴に来院。臍下2横指にまで及ぶ筋層内子宮筋腫あり、GnRHa4クール施行した後、腹腔鏡下子宮全摘術 (以下TLH) を施行した。我々の手術は、1.臍に12mmトロッカーをオープン法にて挿入、左右側腹部・臍靭骨中央部に5mmトロッカーを挿入。2.膀胱子宮窩腹膜、後腹膜腔を展開。側臍靭帯より子宮動脈を単結紮離。3.上部靭帯を凝固切断。尿管の走向を確認、後腹膜を仙骨子宮靭帯付近まで切開。4.左右基靭帯を凝固切開。5.バギパイプを挿入し、子宮を切除し経腔的に回収。6.腔断端両側を単結紮縫合し、その間を連続縫合して腔を閉鎖。出血ないことを確認し、腹膜を腔断端部のみ連続縫合。以上のような手順で行い、子宮の形状大きさ、癒着の程度により随時手順の変更を加えている。帰室2時間後、ドレーンからの持続出血を認め、緊急開腹手術を決定した。腔断端左側からの出血あり、腹膜の縫合糸を切断し腔断端を確認したところ、仙骨子宮靭帯切断部位からの出血と判断した。**【考察】** 今回、仙骨子宮靭帯からの出血により再開腹が必要となった一例を経験した。TLHにおける出血では一般的に仙骨子宮靭帯からの出血の報告は稀であるとされる。術後に出血したのは気腹圧の解除や血栓の剥離による物理的な圧迫が解除された可能性や術後の血圧上昇などの影響があったのかもしれない。今後の工夫として、仙骨子宮靭帯を超音波凝固装置にて確実にシーリングして切断するなど、確実に止血を得られる方法を取ることも考慮される。我々術者に、常に解剖を意識しながら一つ一つの止血操作を確実にこなしていく必要があることを肝に銘じさせる教訓的な症例であった。

51. 水腎症を契機に発見されたデスモイド腫瘍の1例

済生会松阪総合病院

小林奈津子、小高紗季、高倉 翔、南 元人、竹内茂人、菅谷 健、高倉哲司

【緒言】デスモイド腫瘍は分化した線維芽細胞が浸潤性発育を示す腫瘍であり、悪性所見や転移巣を認めない比較的稀な疾患である。今回我々は、尿管浸潤をきたしたデスモイド腫瘍の1例を経験したので報告する。

【症例】39歳、未産婦。37歳時に子宮腺筋腫のため子宮全摘と両側卵管切除術が施行されていた。2日前からの下腹部痛があり、CT検査で左水腎症を認め、左尿管は卵巣近傍で腫瘍に巻き込まれて狭窄しており、婦人科疾患が疑われ当科紹介となった。MRI検査で径26mm大のT2高信号を示す充実性腫瘍を認め、腫瘍マーカーはCA125:45.1U/mlの軽度上昇のみであった。PET-CT検査では左卵巣と腫瘍に集積を認め、異所性内膜症や卵管癌、卵巣癌を疑った。左腎瘻造設後に開腹手術を行うこととし、両側付属器切除と腫瘍切除術、左尿管端々吻合術を施行した。迅速病理検査では悪性像は認めず、永久標本では周囲に炎症細胞浸潤を伴った線維性組織と筋線維芽細胞の増生を認めた。免疫染色ではsmooth muscle actin (SMA)・desminは陰性、 β -cateninは陽性であり、デスモイド腫瘍と診断した。術後1年が経過しているが再発所見は認めず、経過観察中である。

【結語】デスモイド腫瘍は全臓器腫瘍の0.03-0.1%と稀な疾患であり、好発年齢は20-30歳代でその70-80%を女性が占めるとされる。 β -catenin遺伝子のmutationによる過剰発現が関わりとされ、外傷や手術、内分泌因子(エストロゲン変化)などがその発生に関与しているともされる。治療としては完全切除が重要とされ本症例でも完全切除することはできたが、局所再発率は10%以上、腹腔内デスモイド腫瘍の死亡率は30%とも報告されており、今後の嚴重な経過観察が重要と考えられる。

52. 外陰症状を認めず悪性腫瘍様頸部腫大を示した性器ヘルペス感染症の2例

西知多総合病院

齋藤 理、川地史高、関谷陽子

【緒言】性器ヘルペス感染症では、典型的な外陰の水疱、潰瘍形成を示すものから、外陰症状を認めず膿性帯下を伴う頸管炎や尿道炎、尿閉を示すものまで多様な臨床症状を認める。今回外陰症状を認めず、悪性腫瘍を思わせる潰瘍形成を伴う子宮頸部腫大で発症した性器ヘルペス感染を2例経験したので報告する。【症例】① 30歳。4妊4産。1週間前からの多量帯下と熱発にて受診。子宮頸部は腫大し易出血性の潰瘍を認めた。子宮頸部組織診では壊死を伴う軽度異型腺管を認めた。入院後2日で自然解熱し退院。9日後受診時には帯下も減量していた。頸管内搔爬でも悪性細胞を認めなかった。5週間後の他院組織診でも悪性細胞を認めないため経過観察となり、9週間後当院再診。HSV IgM陽性から、ヘルペス初感染による頸管炎と診断。3か月後子宮頸部腫大を認めず、子宮頸部細胞診はNILMであった。② 38歳。3妊2産。4日前からの40度の熱発。着色帯下を認め近医から腎盂炎の診断にて当院紹介。子宮頸部は軽度腫大し白苔をともなう潰瘍を認めた。入院管理したが熱発軽減せず、肝機能障害や白血球減少も認めた。ウイルス感染と診断し抗ウイルス薬投与により解熱、全身状態改善し退院。MRIでは子宮頸部の軽度腫大を認め、子宮頸部組織診では悪性細胞認めなかった。入院中採血でHSV IgM陽性でありヘルペス初感染による頸管炎と診断した。【結語】外陰症状を認めず子宮頸部に限局した性器ヘルペスでは、頸部腫大、潰瘍形成や帯下多量分泌など子宮頸癌に類似した症状を示す場合がある。画像診断でも鑑別が難しく、血清診断を含めた総合的な検索が必要であると考えられた。

53. 当院における細径子宮鏡の導入

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院 産婦人科

神谷知都世、山本靖子、安井裕子、新城加奈子、針山由美

【目的】今回我々は外来診療において細径硬性子宮鏡 (KARL STORZ BETTOCCHI/径5.0mm、同CAMPO/径4.4mm) を導入し、頸管拡張なしで無麻酔による子宮鏡下の観察、生検、病変切除術の実施が可能となった。導入方法、運用、従来の子宮鏡検査/手術と比較しての利点欠点について報告する。【方法】2018年6月より細径硬性子宮鏡を導入し11月までに26例で実施した。最初の2例は手術室で実施し無麻酔での子宮鏡検査・生検が可能であることを確認した。以後は外来で頸管拡張なし、麻酔なしで子宮鏡検査・生検・手術を実施した。【成績】検査実施目的は内膜病変の精査17例、すでに指摘されているポリープ病変のフォローアップ5例、不妊精査3例、子宮内デバイス抜去1例だった。有害事象の発生した症例はなく、23例で目的とする子宮内腔病変の観察が可能であったが3例で実施困難であった。症候性かつ内膜隆起性病変が確認された8例のうち、6例は広基性病変や多発病変のため後日入院手術としたが、2例で外来での内膜ポリープ切除術を実施し完遂した。【結論】細径子宮鏡導入の利点として、外来生検が可能となり内腔病変の狙い組織診を行えるようになったこと、外来手術が可能となったことが挙げられる。欠点として従来子宮鏡より難易度が高く習熟までに時間を要すること、一部症例では実施困難なことが挙げられ、今後適応症例の選定方法の構築が必要と考えられた。

54. 子宮腺筋症を合併した不妊患者に対する不妊治療の成績と周産期予後の検討

トヨタ記念病院 産婦人科

岩井健朗、柴田崇宏、上野琢史、山田拓馬、竹田健彦、宇野 枢、田野 翔、鈴木徹平、原田統子、上野真帆、李 麗佳、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】子宮腺筋症は子宮内膜が筋層内で異所性に増殖して月経困難症や過多月経などの症状をきたす疾患である。30歳代後半から40歳以降の女性に多く認められ、近年の晩婚化や若年発症の重症例の増加から妊孕性への影響が問題となっている。子宮腺筋症を有する女性では妊娠率が低いとする報告があるが、不妊治療の成績やその後の周産期予後について示された報告は少ない。今回我々は当院不妊治療センターにおいて子宮腺筋症を有する不妊患者の治療成績とその後の周産期予後について後方視的に検討したので報告する。【方法】2007年1月から2017年3月までに当院不妊治療センターを受診し治療を行った患者のうち子宮腺筋症を有する46例(子宮腺筋症群)を対象とした。対照群として年齢を調整した子宮腺筋症を有さない不妊患者92例を抽出した。両群間で年齢、ART施行率、妊娠率を比較検討した。また、周産期予後については、子宮腺筋症群のうち不妊治療後に妊娠成立し、当院にて周産期管理を行った10例における、分娩週数、出生児体重、分娩時出血量、産科合併症について検討した。【成績】子宮腺筋症群の平均年齢は37.4歳であった。対照群と比較してART施行率は高い傾向にあり(59.6% vs 44.6%, $p=0.256$)、妊娠率は低い傾向にあったが(37.0% vs 51.1%, $p=0.138$)、有意差は認めなかった。また、周産期予後については10例中、流産が2例、早産が2例、切迫流産が2例、切迫早産が2例、胎児発育不全(FGR)が1例、1,000gを超える大量出血が1例に認められた。【結論】子宮腺筋症を合併した不妊患者ではARTに至る割合が高く、妊娠率が低い傾向にあったが有意差は認めなかった。妊娠成立後の周産期管理では流早産やFGR、分娩時大量出血に注意する必要があると考えられた。

55. リスク・ベネフィットバランスを考慮したジェノゲストの使用法～当院におけるジェノゲスト処方状況より～

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

河合要介¹、古井憲作¹、山下絵美里¹、鈴木邦昭¹、
山田友梨花¹、尾瀬武志¹、窪川芽衣¹、嶋谷拓真¹、植草良輔¹、
國島温志¹、甲木 聡¹、長尾有佳里¹、藤田 啓¹、矢吹淳司¹、
永井智之¹、梅村康太²、岡田真由美¹、安藤寿夫³、河井通泰¹

【目的】

ジェノゲストは2008年1月の発売開始後10年以上経過し、子宮内膜症に対する長期投与の有効性や安全性などベネフィットに関する報告は多い。2016年12月に子宮腺筋症に伴う疼痛の改善が適応追加され、今後は子宮腺筋症に対する処方の増加も予想される。当院における重篤な有害事象発生例よりリスクについて再考した。

【方法】

2010年5月～2018年9月のジェノゲスト処方状況を解析した。子宮腺筋症の合併、手術の有無なども検討した。重篤な有害事象として輸血を要する大量の不正出血を認めたため、症例の詳細な経過をまとめた。

【成績】

期間内に544例が処方開始となっており、のべ処方回数は3619回であった。年齢中央値は38歳(14-54)であり、子宮腺筋症は89例(16.4%)で合併していた。手術は74例(13.6%)に施行されていた。重篤な有害事象として輸血を要する不正出血が2例(0.37%)あった。症例1は43歳、左卵巣に直径50mm大の子宮内膜症性嚢胞と子宮後壁に局限した厚さ40mmの子宮腺筋症を認めた。内服開始後3ヶ月より不正出血増加し、来院時はHb:3.5g/dlであり赤血球濃厚液14単位の輸血を要した。症例2は31歳、右卵巣に直径60mm大の子宮内膜症性嚢胞と子宮後壁に局限した厚さ55mmの子宮腺筋症を認めた。内服開始後4年より不正出血増加し、来院時はHb:5.3g/dlであり赤血球濃厚液4単位の輸血を要した。2症例ともジェノゲスト中止後にGnRHα療法を施行し最終的に手術を行った。

【結論】

ジェノゲスト投与の注意事項に、『高度の子宮腫大』または『重度の貧血』とあるが、子宮腺筋症を合併している場合は、重症度を適切に評価し、少量の不正出血を認めた場合でも早期にかつ慎重に対応する必要がある。

56. 産科新規開設後の一次施設における周産期管理の妥当性の検討

市立恵那病院 産婦人科

小谷倫子、伊藤雄二

当院は、2017年11月より一次分娩施設として分娩を再開して以来、2018年11月までの1年1ヶ月での出産数は166、うち正期産は163、35週以降の早産は3、また6例は高次医療施設へ搬送が必要であった。35週以降で重篤な呼吸障害がない場合、当院での分娩および新生児管理可能としている。当院での切迫早産管理について示す。

- ①外来で頸管長短縮(30mm未満)を認めた場合は癌胎児性フィブロネクチン(以下、fFN)の結果と合わせて管理方針を検討し、fFN陽性、頸管長短縮が持続する場合には高次医療機関へ搬送する。
- ②頸管長短縮が見られるが、持続せず、fFN陰性の場合には相談の上外来フォローも可能。
- ③子宮収縮抑制薬は内服投与を行わず、高次医療機関までの搬送とステロイドの効果発現を期待する意味で48時間以内の点滴投与にとどめ、時間を延長することで母児の状態が悪化しないかを常に確認する。

【目的】上記期間に早産となった3例、および高次医療機関へ搬送となった6例について検討し、妥当性を検証する。

【結果】早産となった3例のうち、病理学的に絨毛膜羊膜炎であったものは1例のみであったが、全例において頸管長短縮は認めなかった。また高次医療施設への搬送例の検討では、35週に陣痛発来で搬送した2例はともに常位胎盤早期剥離が疑われた。35週未満の搬送例では、感染疑い1例、頸管無力症1例、陣痛発来2例であったがいずれも外来にて頸管長短縮は認められず子宮収縮抑制薬投与やfFNは施行していなかった。

【考察】当院では早産リスクをスクリーニングし、比較的リスクの低い例を中心に管理しているが、頸管長短縮例に対してfFNを併用することで不必要な子宮収縮抑制薬の投与を回避できる可能性が考えられた。搬送例のうち、感染は予防可能であるが、頸管長短縮等の前兆を認めないものに対する介入は根拠に乏しく、今後も管理の妥当性ととも検討を続けたい。

57. 早発卵巣不全症における卵胞刺激ホルモン (FSH)、抗ミュラー管ホルモン分泌値と治療成績

成田育成会 成田病院¹、セントソフィアクリニック²

辰己佳史¹、菅聡三郎¹、松川 泰¹、石橋由妃¹、小澤明日香¹、浅野美幸¹、阿部晴美¹、佐藤真知子¹、都築知代¹、伊藤知華子²、山田礼子¹、大沢政巳¹、成田 収¹

【目的】早発卵巣不全 (Premature ovarian insufficiency: POI) は40歳未満で高ゴナドトロピンと低エストロゲンを伴う無月経、希発月経を示す症候群である。今回、我々はPOIとその移行期にあると考える卵巣機能不全 (Transitional ovarian insufficiency: TOI) におけるFSH、抗ミュラー管ホルモン分泌値 (AMH) とホルモン治療成績との関連を検討した。【方法】当院にて過去5年間に挙児希望で受診した女性をFSH分泌値より移行期卵巣機能不全 (TOI ;FSH20mIU/ml以上40mIU/ml未満) 35症例と早発卵巣不全 (POI; FSH40mIU/ml以上) 45症例に分類し、各群における治療成績 (卵胞発育、排卵、妊娠成立の有無) を検討した。【成績】TOI群の平均年齢は36.2歳、POI群は34.7歳であった。TOI群のAMH分泌値は平均0.37ng/ml (0.05~0.73)、POI群は0.15ng/ml (0.02~0.50) と共に低値であった。これら両群にエストロゲン投与を中心としたカウフマン療法、クロミフェン療法などを行い、卵胞発育、排卵を認めた群には人工授精、体外受精を実施し、TOI群で14症例、POI群では3症例の妊娠成立をみた。【結論】TOIおよびPOIの不妊女性の治療成績はFSHとAMH分泌値との間に関連を認めたが、卵胞発育、排卵、妊娠などの治療予後の予測は困難であった。しかし本症例に対しては長期にわたって、卵胞発育や排卵のモニタリングを行い、積極的に人工授精や体外受精を計画し治療することが大切であると考えられる。

58. 子宮頸部原発の神経内分泌性大細胞癌にTC+ベバシズマブ療法が著効した1例

愛知医科大学

櫻田昂大、上野大樹、松下 宏、藪下廣光、若槻明彦

【緒言】子宮頸部の神経内分泌腫瘍は、子宮頸部悪性腫瘍の5%以下と非常に稀な腫瘍であり、中でも大細胞性神経内分泌癌 (large cell neuroendocrine cancer, LCNEC) は子宮頸癌の0.5%と稀で、予後不良とされている。今回、子宮頸部原発のLCNECにTC+ベバシズマブ療法が著効した症例を経験したので報告する。

【症例】48歳。G2P2、性交時出血を主訴に前医を受診し、子宮頸部にびらんを認めたため、子宮頸部、体部の細胞診を2回ずつ施行され、いずれも頸部細胞診はNILM、体部は疑陽性であった。精査目的に当院紹介受診となり、子宮頸部に肉眼的に浸潤癌を疑う所見を認めたため組織診を施行した。組織診の結果は子宮頸部の粘液性腺癌と扁平上皮癌の混合癌であり、子宮頸癌 I B2期の診断で広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術を施行した。術後病理診断は大細胞性神経内分泌癌と粘液性腺癌の混合癌、pT1b1, pN0, pM0であり、術後化学療法としてCPT11+CDDPを6クール施行し、CRとして初回治療終了とした。6か月後再発 (腎転移・膵臓転移・脳転移) し、腎転移にサイバーナイフ治療、膵臓転移に強度変調回転放射線治療 (VMAT)、脳転移に定位放射線治療を施行。その後新たに脳転移の増大と多発肺転移を認めた。脳転移に対しガンマナイフ治療を施行し縮小を認め、その後TC+ベバシズマブ療法を7クール施行したところ、肺転移は縮小しPRとなった。今後はベバシズマブ単剤維持療法を継続する予定である。

【結語】予後不良であり、治療法の確立されていない子宮頸部原発の神経内分泌性大細胞癌に対し、TC+ベバシズマブが著効した1例を経験した。Bev併用療法は、今後の治療の選択肢となりうると思われた。

59. 続発性下肢リンパ浮腫発症期間に関する検討

トヨタ記念病院 産婦人科¹、
名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科²

上野真帆¹、吉原雅人²、柴田崇宏¹、上野琢史¹、
山田拓馬¹、竹田健彦¹、宇野 枢¹、田野 翔¹、
鵜飼真由¹、鈴木徹平¹、原田統子¹、岸上靖幸¹、
梶山広明²、小口秀紀¹

【緒言】 婦人科がん術後の続発性下肢リンパ浮腫は早期診断と治療が予後改善に繋がると考えられているが、発症までの期間は幅広く、10年を超えて発症する症例も報告されている。今回我々は、婦人科がん術後のリンパ浮腫発症までの期間と各種因子との関連を検討した。【方法】 婦人科がん術後にリンパ浮腫を発症した患者を対象とし、婦人科がん術後から発症までの期間を集計した。発症期間に関連する因子として、年齢、BMI、がん種（子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がん）、放射線照射、リンパ節郭清領域（骨盤、骨盤及び傍大動脈）を選択した。発症期間の遅延に関連する独立因子を同定するため、重回帰分析、ロジスティック回帰分析を含む多変量解析を行った。【成績】 対象患者は711例であり、発症期間中央値は術後5.04年であった。5年、10年を超えて発症したものが、それぞれ全体の50.5%、29.4%を占めていた。がん種による発症期間の中央値では、子宮頸がん7.24年、子宮体がん3.78年、卵巣がん2.72年（ $p < 0.001$ ）と有意に相違を認めた。発症期間の遅延に関連する独立因子として、年齢 [correlation coefficient (CC) ; -0.344, $p < 0.001$]、放射線照射 (CC; 0.178, $p = 0.004$) が同定された。更に、その中でも5年を超えて発症するリンパ浮腫に寄与する独立因子としては、年齢 [odds ratio (OR) ; 0.953, $p < 0.001$]、放射線照射 (OR; 1.749, $p = 0.011$)、子宮頸がん (OR; 1.732, $p = 0.007$) が独立したリスク因子として同定された。【結論】 婦人科がん術後のリンパ浮腫の晩期発症に寄与する因子として若年、放射線照射、子宮頸がんがあり、これらの因子を有する患者集団では、原疾患治療への経過観察終了後も、続発性リンパ浮腫発症ハイリスク群として指導管理する必要がある。

60. 子宮頸部原発の神経内分泌癌に対し、ペバシズマブを併用した化学療法を行った2例

高山赤十字病院¹、同病理診断科²

桑山太郎¹、矢野竜一郎¹、林 佳奈¹、細江美和¹、
岡本清尚²

【緒言】 神経内分泌癌は、稀な組織型であり悪性度が高く予後不良なことが知られている。子宮頸癌に対しペバシズマブ (BEV) が保険適応となったが、神経内分泌細胞癌に対する使用経験は乏しい。今回子宮頸部原発の神経内分泌細胞癌2例に対しBEVを使用したため、その有効性について検討した。

【症例1】 39歳.0経産.自然妊娠成立後に近医に受診したところ、子宮腔部に腫瘍性病変認め当院紹介となった。組織診断では非角化型扁平上皮癌の所見であった。子宮頸癌 I B1期と診断し妊娠16週6日に帝王切開術の後、広汎子宮全摘術・両側卵管切除術・骨盤内リンパ節郭清術を行った。術後病理組織診断では大細胞神経内分泌癌の所見であった。術後補助化学療法としてトポテシン・シスプラチンを6コース行ったが、その後の経過観察中に骨盤底部に再発を認めた。再発部位に放射線化学療法を行ったが、治療後に多発骨転移をみとめた。パクリタキセル・カルボプラチン・BEVによる多剤併用療法の方針とした。9コース行ったところ、転移巣が制御されていたためさらに3コース追加したところ、新たな骨転移が出現した。

【症例2】 42歳.2経妊2経産.性交時出血主訴に受診した。子宮腔部な腫瘍性病変を認め、生検を行ったところ非角化型扁平上皮癌の所見であった。子宮頸癌 IB1期と診断し広汎子宮全摘術・両側卵管切除術・骨盤内リンパ節郭清術を行った。術後病理組織診断は高異型度神経内分泌癌の所見であった。術後の補助化学療法として、パクリタキセル・カルボプラチン・BEVを6コース行い現在、BEV単剤投与を行っているが再発なく経過している。

【結語】 子宮原発の神経内分泌癌に対しBEV併用した化学療法を行った2例を経験した。再発例に対しては予後を延長する効果が期待でき、また初回治療後の維持療法としても有効である可能性がある。

61. 子宮留膿腫の穿孔を来した子宮頸癌の1例

江南厚生病院

小笠原桜、神谷幸余、原 菜里、高松 愛、小崎章子、水野輝子、熊谷恭子、木村直美、樋口和宏、池内政弘

我々は、子宮留膿腫の穿孔を来した子宮頸癌の1例を経験したので報告する。症例は68歳、3妊2産、不正出血を主訴に来院した。内診にて子宮頸部から腔壁下1/3まで腫瘤を触れ、傍子宮組織への浸潤がみとめられた。病理組織診断では扁平上皮癌がみられた。PET-CTでは他臓器転移はみられず、右内腸骨リンパ節、傍大動脈リンパ節に転移が疑われた。以上より、子宮頸癌ⅢA期、T3aN1M0と診断した。MRIでは、子宮内腔は不整に拡大し液体貯留をみとめ、子宮留膿腫が疑われた。外来通院中にHb 6.0g/dlとなったため、輸血目的で入院となった。入院5日目に38.2度の発熱あり、血液検査にてWBC 22800/ μ 、CRP 41.1mg/dlと著明な上昇を認めた。CTにて子宮内、子宮筋層にガス像、腹腔内にfree airを認めたため、子宮穿孔、消化管穿孔の疑いにて開腹術を施行した。消化管穿孔は認めず、子宮下部前壁に穿孔を認めた。腹腔内には灰白色の膿汁を認め、汎発性腹膜炎となっていた。子宮穿孔部、ダグラス窩にドレーンを留置し、毎日洗浄ドレナージを行った。術後24日目より放射線治療を開始し、術後87日目に退院となった。術後121日目より化学療法を行ったが、腫瘍は増大傾向であり、術後499日目に死亡した。子宮頸癌に伴う子宮留膿腫の穿孔は比較的まれな疾患である。子宮穿孔、腹膜炎により原疾患の治療が遅延する可能性があり、慎重な管理が必要と考えられる。

62. 子宮頸がん治療中に発症した脳梗塞の1例

名古屋市立西部医療センター 産婦人科

高木七奈、中元永理、川村祐司、倉本泰葉、野々部恵、早川明子、十河千恵、川端俊一、西川尚実、尾崎康彦、柴田金光

46歳女性 3経3産 特記すべき既往歴なし、妹が子宮頸がんで治療歴あり
X年9月に不正性器出血で近医受診したところ、子宮頸がんの可能性を指摘されて当院紹介受診した。各種検査の結果子宮頸部腺扁平上皮癌IIB (T2bN0M0) と診断し、同時化学放射線療法を開始した。治療14日目に頭痛、左下半身と唇のしびれを自覚し、頭部MRIを施行、右後大脳動脈領域に急性期脳梗塞像を認め、その他にも両側の大脳小脳に小梗塞が多数散在していた。同日ヘパリンナトリウム静注療法等の脳梗塞治療を開始したが、3週間後に新たな脳梗塞の発症が認められた。頭痛やしびれ等の症状は徐々に改善を認め、ワルファリンカリウムの内服へ変更した。化学療法は脳梗塞発症後に中止したため2クールのみ施行し、以降は全骨盤照射のみ行っていた。照射終了の2週間後に全身倦怠感を主訴に受診し、黄疸を認めた。採血でも肝機能、腎機能の著明な悪化を認めCT施行したところ、腫瘍の胆管浸潤および腎静脈浸潤を認めた。左外腸骨動脈にも血栓を認めたため化学療法の再開は困難と判断し、診断から4か月で原疾患により死亡となった。
婦人科癌において血栓塞栓症の合併はしばしばみられるが、治療方針に大きな影響を及ぼすこともあるため、慎重な診断と管理が必要である。

63. 当院で経験した外陰悪性黒色腫の4例

名古屋大学

水谷栄介、西野公博、池田芳紀、芳川修久、藤掛佳代、内海 史、新美 薫、鈴木史朗、梶山広明、吉川史隆

【背景】悪性黒色腫は皮膚のメラノサイトが悪性化した疾患であり、四肢末端に発生することが多く、外陰部に発生することは稀である。また、外陰部腫瘍全体としてみても、扁平上皮癌が8～9割でほとんどを占め、乳房外Paget病がそれに続き、悪性黒色腫は1～数%と、婦人科の日常臨床ではほとんど経験されない。一方、悪性黒色腫は高齢者に多く発生し、腫瘍の局所浸潤性が強く、診断時にすでに腔、尿道、直腸など他臓器に浸潤していることもあるため、画一的に術式決定を行うことはできず、患者の希望、年齢、予後、根治性（局所制御）、臓器機能温存、整容面などを勘案し、関係各科と術前に綿密な評価を行い、慎重な術式決定を下す必要がある。今回、当院において2018年4月～10月に外陰悪性黒色腫を4例経験し、その術式が妥当であったかを検討した。【症例①】35歳 病変部：小陰唇に限局 術式：SLNB（センチネルリンパ節生検）、外陰部腫瘍切除術 Surgical margin：陰性 SLNB：陰性 術後追加治療：なし【症例②】67歳 病変部：腔入口部と外尿道口2箇所に及ぶ 術式：SLNB、腔外陰全摘、子宮全摘、尿道摘出、膀胱頸部閉鎖、膀胱瘻造設 Surgical margin：陰性 SLNB：陽性、骨盤内リンパ節郭清施行せず 術後追加治療：PD-1阻害薬【症例③】70歳 病変部：外尿道口と大小陰唇から腔後壁に及ぶ 術式：SLNB、膀胱全摘、腔全摘、回腸導管造設 Surgical margin：陰性 SLNB：陰性 術後追加治療：PD-1阻害薬【症例④】80歳 病変部：小陰唇と外尿道口に及ぶ 術式：SLNB、子宮・腔全摘、尿道摘出、膀胱瘻造設 Surgical margin：陰性 SLNB：陽性・本人希望により術後追加治療なし【考察】今回非常に稀な外陰悪性黒色腫をわずか半年間で4例経験し、うち3例が外尿道口にまで浸潤していた。いずれの3例も高齢であったが、尿路変更を伴う拡大手術を施行し、局所制御が可能であった。

64. 腔平滑筋腫の1例

刈谷豊田総合病院 産婦人科

黒田啓太、松井純子、長船綾子、服部 恵、安藤万恵、小林祐子、犬飼加奈、茂木一将、梅津朋和、山本真一

腔平滑筋腫は婦人科手術症例の中でも報告数が少ないが、症状を有する例や増大例では核出術が考慮される。今回、我々は腔平滑筋腫の1例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。症例は45歳、G2P1、1年前からの腔壁腫瘤感を主訴に近医受診し、当科紹介となった。視診では右腔壁に筋腫様の腫瘤を認め、MRIにて右腔壁に38×29mm大の充実性腫瘤を認めた。本人の希望にて経過観察となったが、その後通院を自己中断した。初診より8年後に腔壁腫瘤の増大を自覚し再診したところ、内診にて腔右前壁より発生する5cm大の表面平滑で分葉状の腫瘤を認め、尿道口は左側に圧排されていた。MRIにてT2強調画像で低信号、T1強調画像は等信号の47×46×66mm大の腫瘤を認め平滑筋腫が疑われたが、尿道との位置関係は不明であった。多発子宮筋腫と右卵巣嚢胞も存在していたため、酢酸リユープロレリンを6回投与後に、腔式腫瘍核出術、腹腔鏡下子宮全摘術、右付属器切除術を行うこととした。全身麻酔導入後に膀胱鏡を行い、尿道および膀胱への浸潤は認められず、腫瘤摘出後に膀胱腔中隔、腔壁をそれぞれ縫合し、尿道損傷なく手術を終了した。術後病理診断は平滑筋腫であった。術後経過は良好であり、術後3日で退院した。腔平滑筋腫は前壁発生が69-85%と報告されている。画像診断では尿道との位置関係が不明であったが、膀胱鏡、尿道鏡検査にて隣接臓器との位置関係を精査しておくことにより安全に手術を実施することができると考えられた。

第10群(2日目 14:20~15:45) 第2会場

65. 早産マーカーとしての癌胎児性
フィブロネクチン定量検査の有用性

名古屋大学 産婦人科

今井健史、青木智英子、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、小谷友美、吉川史隆

【目的】現在、早産マーカーとして普及している頸管粘液中癌胎児性フィブロネクチン検査は50ng/mLをCut-Off値とした定性検査であり、特に2週間以内の早産に対する陰性的中率が高いことが知られている。今回我々は、定量的な癌胎児性フィブロネクチン検査が早産予測の改善に与える有用性を検討した。

【方法】当院で癌胎児性フィブロネクチンを定量的に評価した妊娠24週~34週妊婦に関して、その分娩転帰を後方視的に検討した。統計解析はFisher's exact testを用いて実施した。前置胎盤、羊水過多、胎児染色体異常や性器出血を有する症例などは除外した。なお、当研究は当院倫理委員会の承認を得て実施した。

【成績】対象は83症例、検査回数223回。従来の報告どおり癌胎児性フィブロネクチン50ng/mLをCut-Off値とした場合、2週間以内の早産率は陰性群が4.2%、陽性群が約32%であった ($p < 0.001$)。陽性群において、定量的なフィブロネクチン評価は早産予測の向上に寄与しなかったが、子宮頸管長を加えた解析を実施すると、頸管長 ≥ 25 mmまたは < 25 mmとで2週間以内の早産率はそれぞれ10.0%と30.8%と大きな差を認めた ($p = 0.143$)。陰性群において、定量的評価に子宮頸管長を加えた解析を実施すると、癌胎児性フィブロネクチン ≥ 20 ng/mLかつ頸管長 < 15 mmの症例では2週間以内の早産率が30.8%であったのに対して、これを満たさない陰性群の症例は早産率が1.9%であった ($p < 0.001$)。

【結論】従来の定性的な評価に比して、癌胎児性フィブロネクチン値の定量的な評価は、早産予知精度の向上に貢献し得ると考えられた。

66. 妊娠初期のGBS検出と早産の関連性について
の検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

柴田崇宏、上野琢史、山田拓馬、竹田健彦、宇野 枢、
田野 翔、鈴木徹平、原田統子、上野真帆、李 麗佳、
岩井健朗、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】B群溶連菌(GBS)陽性妊婦では、新生児への感染のリスクから妊娠中のスクリーニングと分娩時の抗菌薬投与が推奨されているが、早産との関連性についての報告はない。【方法】2009年から2017年の間に当院で周産期管理を行い、妊娠14週に細菌性膣症(BV)のスクリーニングを行った妊婦1058人を対象に、BV(Nugent score > 7)と検出菌の頻度、早産、および分娩転機について検討を行った。【成績】平均年齢は34.0歳、BVは74例(7.0%)で、検出率が高かった菌種はカンジダ属89例(8.4%)、GBS 61例(5.8%)であった。平均分娩週数は38.3週で、37週未満の早産は119例(11.2%)でそのうち34週未満は40例(3.8%)であった。妊娠初期のBVの有無と早産率に有意差はなかったが、GBS陽性群で有意に早産率が高かった(37週未満:21.3% vs 10.6%, $p=0.01$ 、34週未満:13.1% vs 3.2%, $p<0.01$)。また、早産群ではGBS検出率が有意に高く(37週未満:27.1% vs 11.9%, $p=0.01$ 、34週未満:15.1% vs 3.3%, $p<0.01$)、高齢妊婦(35.4歳 vs 34.0歳, $p=0.03$)、妊娠高血圧症候群(HDP)(16.4% vs 7.2%, $p<0.01$)が有意に多かった。二項ロジスティック回帰分析でGBS検出、年齢、HDPを独立変数として早産のリスク因子について検討した結果、GBS検出は独立したリスク因子であった(37週未満:OR 2.127, $p=0.03$ 、34週未満:OR 4.185, $p<0.01$)。【結論】妊娠初期BVスクリーニングでのGBS検出は早産のリスクであると考えられた。

67. 早産症例に腔内のウレアプラズマとマイコプラズマの存在する割合が高いかどうかの検討

三重中央医療センター¹、三重大学産科婦人科教室²

大阪 優¹、大里和広¹、柏原優花¹、永橋裕子¹、
二村 涼¹、山口恭平¹、神元有紀¹、前川有香¹、
日下秀人¹、吉村公一¹、前田 眞¹、池田智明²

【目的】 子宮内のウレアプラズマやマイコプラズマ感染症は早産の原因の一部を占める。

早産と腔内のウレアプラズマやマイコプラズマの存在と化学的早産マーカー陽性の組み合わせが早産症例に多く認められるかを検討する。

【方法】 2015年1月から2016年12月に当院で切迫早産の診断で入院した妊婦102人について症例対照研究を行なった。切迫早産で入院時に全例にウレアプラズマ、マイコプラズマDNAのPCRと腔内のフィブロネクチンと顆粒球エラスターゼのテストを行った。アウトカムは36週未満の早産の有無とし、腔内のウレアプラズマまたはマイコプラズマDNAのPCRが陽性かつ腔内のフィブロネクチンまたは顆粒球エラスターゼが陽性である症例の割合を比較した。年齢と早産歴、多胎を説明変数としてロジスティック回帰解析を行った。

【結果】 データが欠損した6例を除いた96例で検討した。腔内ウレアプラズマまたはマイコプラズマDNAのPCRが陽性かつ腔内のフィブロネクチンまたは顆粒球エラスターゼが陽性である症例の割合は36週未満の早産の症例で明らかに多かった(13例(36%) (OR 3.02, 95%CI 1.06-8.63, p=0.028) vs 10例(19.2%))

【結論】 切迫早産入院時にウレアプラズマやマイコプラズマが腔内に存在しかつ卵膜の脆弱性や感染を示唆する所見がある場合には早産に至る可能性が高くなることが示唆された。

68. 当院における一絨毛膜二羊膜双胎、二絨毛膜二羊膜双胎の比較検討

一宮市立市民病院

外山文子、水野克彦、上原有貴、林 萌、浅野恵理子、
竹下 奨、佐々治紀

【目的】 近年、高齢妊娠、生殖補助医療の進歩により多胎妊娠の頻度は増加している。そこで、当院における双胎妊娠の周産期予後について一絨毛膜二羊膜双胎(以下MD双胎)、二絨毛膜二羊膜双胎(以下DD双胎)で比較検討した。【方法】 2013年4月から2018年3月の期間、当院にて分娩となった双胎妊娠症例を対象とし、診療録を基に母体年齢、分娩時期、母体合併症、分娩様式、分娩時出血量、出生児NICU入院率などを後方視的に検討した。【成績】 全症例数163例、MD双胎52例(31.9%)、DD双胎110例(67.5%)、膜性不明1例(0.6%)のうち、不明1例を除いた162例のMD/DD双胎において比較検討した。母体平均年齢は31.3歳/32.4歳、平均分娩週数は34.7週/35.8週であり、37週以降の分娩は18例(34.6%) /48例(43.6%)、37週未満での分娩は34例(65.4%) /62例(56.4%)、入院管理が必要な切迫早産は22例(81.5%) /33例(73.3%)であった。帝王切開率は38例(73.1%) /101例(91.8%)、そのうち緊急帝王切開は11例(28.9%) /15例(14.6%)であった。分娩時平均出血量は1324.7ml/1121.6ml、経腔分娩での平均出血量は1037.5ml/342.3ml、帝王切開での平均出血量は1423.0ml/1169.6mlであった。HDP発症は4例(7.7%) /15例(13.6%)、GDM発症は1例(1.9%) /3例(2.7%)であった。出生児のNICU入院率は36例(69.2%) /85例(77.3%)であった。これらのうち、有意差を認めたのは分娩時平均出血量のみであった。【結論】 当院における双胎妊娠において、膜性によってHDP、GDM発症率、早産率、切迫早産による入院管理率、緊急帝王切開率、出生児のNICU入院率など周産期予後に大きな差は認めなかったが、分娩時出血量はMD双胎の方が有意に多かった。今回の検討では、MD双胎での分娩時出血量により注意が必要であると考えられた。

69. 非常に膜性診断に苦慮したMM双胎の2症例

長良医療センター¹、同病理²、岐阜県総合医療センター³

安見駿佑¹、岩垣重紀¹、千秋里香¹、浅井一彦¹、
小池雅子¹、桂 大輔¹、古橋 円¹、原 明²、
高橋雄一郎³

【緒言】一絨毛膜一羊膜双胎（MM双胎）は一絨毛膜二羊膜性双胎（MD双胎）と比較し予後不良な症例が多く、周産期管理を左右する膜性診断は非常に重要である。当科で妊娠初期にMD双胎と診断したがその後MM双胎と判明した膜性診断に苦慮した2症例を経験したので報告する。

【症例1】近医でMD双胎と診断され妊娠10週1日当科紹介初診となる。初診時子宮内に胎嚢は1個、隔壁を確認し当科でもMD双胎と診断した。その後妊娠13週2日の超音波時に両児の臍帯間が近接していた。妊娠18週4日隔壁が途中までしか確認できず臍帯相互巻絡を認めたためMD双胎、中隔穿破と診断し以降はMM双胎に準じて管理した。両児とも発育差、血流異常は認めず経過し妊娠27週1日より管理入院となった。入院後は順調に経過し妊娠34週0日選択的帝王切開術を施行した。両児は同一腔内に存在し臍帯相互巻絡は認めなかった。羊膜がひだ状に隆起した部分を認めこれを中隔と診断したと考えられた。

【症例2】凍結胚移植で妊娠成立し近医でMD双胎と診断され妊娠8週6日当科紹介となった。初診時は子宮腔内に胎嚢は1個で経膈超音波で中隔と考えられる膜を確認したためMD双胎と診断した。妊娠10週6日両児が接するほど近接しており、妊娠12週6日両児が同一羊膜内に存在するためMM双胎と診断した。妊娠16週6日1児の胎児死亡を確認し、妊娠19週6日健児の胎児死亡を確認したため誘発分娩を行い妊娠20週4日分娩となった。

【結語】一絨毛膜双胎の膜性診断は悩ましい症例もあり今回のようにMD双胎と診断したが後にMM双胎と判明する症例も存在する。特に両児が非常に近接する場合は膜性診断を一度だけではなく何度か確認することが大事である。

70. 当院における臍帯脱出症例の検討

安城更生病院

片山高明、戸田 繁、角 真徳、中村拓斗、西野翔吾、
廣渡平輔、傍島 綾、藤木宏美、松尾聖子、白井香奈子、
深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘、松澤克治

【目的】臍帯脱出は、胎児・新生児死亡や重篤な後遺症に直結するため、迅速な対応が求められる産科救急疾患である。当院にて経験した臍帯脱出症例につき、後方視的検討を行った。【方法】2006年4月から2018年3月までの13年間に当院で分娩となった臍帯脱出症例7例につき、母体背景・臨床経過・分娩管理・児の予後を検討した。【成績】対象期間の総分娩数は17,357例であり、臍帯脱出の発生率は0.04%であった。母体年齢の中央値は31歳（18-41歳）で、初産婦は3例であった。分娩週数は26週以下が3例、38週以降が4例であった。臍帯脱出の発生場所は、当院が4例、他院が2例、母体搬送中（推定）が1例であった。臍帯脱出診断の契機は、胎児心音異常が4例、内診が2例、視診が1例であった。胎位は、頭位が3例、殿位が3例、足位が1例であった。診断後、5例に対し胎児先進部挙上操作が行われた。分娩方式は帝王切開が5例（うち全身麻酔4例）、鉗子分娩が1例、自然経膈分娩が1例であった。臍帯脱出の診断から児娩出までの時間の中央値は、当院での診断例で12分（10-27分）、他院での診断例で63分（62-64分）であった。アプガールスコア5分値7点未満の症例は3例、臍帯動脈血pH<7.15の症例は2例、NICU入院症例は5例であった。児の予後不良例は、壊死性腸炎による乳児死亡症例、および慢性肺疾患による在宅酸素症例の2例で、それぞれ在胎23週、24週での出生例であった。【結論】当院での臍帯脱出症例における児の予後は総じて良好であり、臍帯脱出に直接起因すると考えられる児の予後不良症例はなかった。診断後の速やかな児娩出、ならびに施設間の緊密な連携が肝要であると考えられた。

71. 胎児スクリーニングとしての胎児中大脳動脈最大血流速度の有用性についての検討

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

上野琢史、柴田崇宏、山田拓馬、竹田健彦、宇野 枢、
田野 翔、鈴木徹平、原田統子、上野真帆、李 麗佳、
岩井健朗、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】胎児中大脳動脈最大血流速度 (MCA-PSV) は胎児貧血の診断に有用とされているが、胎児貧血以外での多数例の報告は少ないため、今回検討を行った。**【方法】**2008年6月から2016年12月までに当院でMCA-PSVを測定した胎児を対象とした。MCA-PSVが各妊娠週数における中央値の1.5倍以上 (1.5 MoM) の場合をMCA-PSV高値とし、MCA-PSVのスクリーニングとしての有用性を後方視的に検討した。**【成績】**MCA-PSVを測定した胎児は2719例で測定回数は9576回であった。測定週数は14週から42週で、平均は32.3週であった。MCA-PSV高値は全体の5.7%であった。正常妊娠でもMCA-PSV高値は6.1%に認められたが、胎児発育不全 (FGR) や妊娠高血圧症候群の症例ではその頻度は9.9%と高い結果であった。分娩転帰に関して、全体ではMCA-PSV高値群と正常群では、母体年齢、分娩週数、出生体重、緊急帝王切開率、Apgar score、NICU入院率に有意差を認めなかった。しかし、FGRの症例ではMCA-PSV高値群 (26例) は正常群 (230例) と比較して推定体重の標準偏差には有意差はなかったが (-2.43 vs -2.21, $p=0.170$)、有意に分娩週数は早く (35.0週 vs 37.0週, $p=0.003$)、出生体重は小さく (1686 g vs 2106 g, $p=0.001$)、緊急帝王切開率は高く (61.5% vs 27.8%, $p=0.001$)、Apgar scoreは低く (1分値: 5.9 vs 7.3, $p=0.006$ 、5分値: 7.9 vs 8.9, $p=0.013$)、NICU入院率も高かった (88.5% vs 60.1%, $p=0.005$)。**【結論】**FGRの症例において、MCA-PSVは臨床的に有用な指標となる可能性が示唆された。

72. 経膈分娩が可能であった子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離8例の検討

岐阜県立多治見病院 産婦人科

北見和久、藤田和寿、柘植志織、柴田真由、篠根早苗、
中村浩美、竹田明宏

【目的】

子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離症例 (早剥IUF D症例) の分娩様式は、欧米では経膈分娩が推奨されているが、本邦では帝王切開を選択する施設が多い。早剥IUF D症例における経膈分娩の有用性について検討したので報告する。

【方法】

2009年から2018年に当科で経験した、経膈分娩が可能であった早剥IUF D症例8例について、診療録を用いて後方視的に検討した。

【成績】

年齢中央値は34 (31-42) 歳、未産婦3例、経産婦5例、分娩回数中央値は1 (1-7) 回であり、既往帝王切開症例は認めなかった。妊娠週数中央値は37 (30-38) 週、入院時の子宮口開大は中央値3 (1-5) cmであり、2例にショックバイタルを認めた。入院時の採血所見中央値は、ヘモグロビン (Hb) : 9.4 (6.4-13.0) g/dL、血小板 (PLT) : $12.5 (2.3-22.5) \times 10^4/\mu\text{L}$ であり、フィブリノーゲンは4例が低値のため測定不能であった。分娩誘発を6例で施行し、メトロインテルを6例で使用した。入院から分娩までの所要時間は中央値390 (77-614) 分、総出血量中央値は3330 (520-7000) mLであった。6例で輸血を要し、輸血量の中央値は、RBC: 15 (0-24) 単位、FFP: 26 (0-42) 単位、PC: 20 (0-50) 単位であった。子宮動脈塞栓術や子宮摘出を要した症例はなかった。産後入院期間中央値は4 (2-6) 日間、母体に重篤な合併症、後遺症を認めた症例はなかった。

【結論】

少数例での検討ではあるが、IUF Dを伴う早剥症例は、嚴重に輸血や補液などの全身管理、DIC治療を行うことで、経膈分娩が可能と考えられた。

73. 当院で経験した母児間輸血症候群の3例

名古屋市立大学

平田 悠、北折珠央、近藤恵美、野村佳美、森 亮介、
大谷綾乃、吉原紘行、澤田祐季、伴野千尋、鈴森伸宏、
杉浦真弓

【緒言】母児間輸血症候群（FMT）は、分娩前や分娩中に胎児の血液が母体に流入することにより生じ、胎児の重度貧血、神経学的後遺症、子宮内胎児死亡、新生児死亡の原因となる。今回当院で経験した3症例を報告する。【症例】症例1:34歳,1妊0産,40週4日の健診時にNSTにて変動一過性徐脈を認め、当日緊急帝王切開を施行した。児は2984g,Apgar score 7（5分値）であり、採血にてHb 6.2g/dlと貧血を認め輸血を施行した。胎児貧血の原因としてFMTが疑われ母体HbF,AFPを検査し1.2%,2917ng/mlと高値でありFMTの診断となった。症例2:31歳,1妊0産,妊娠35週3日に胎動減少にて近医受診し,NSTにてsinusoidal patternを認め入院管理となった。その後3日間継続して同所見が認められ当院救急搬送された。MCA-PSVは60.17cm/secと軽度上昇を認め緊急帝王切開を施行した。児は2729g,Apgar score 4/8でありHb 2.9g/dlと重度貧血を認めた。母体採血ではHbFは0.1%と上昇を認めなかったが,AFPは10045ng/mlと高値でありFMTの診断となった。児は輸血を施行し現在良好な経過である。症例3:17歳,2妊1産,妊娠34週1日の近医健診時のNSTにてsinusoidal patternを認めた。高次施設へ搬送されるも心拡大も認めためたため当院搬送された。MCA-PSVは61.28cm/secと軽度上昇を認め緊急帝王切開を施行した。児は2252g,Apgar score 2/5であり,Hb 3.2g/dlと重度貧血を認め輸血を施行した。日齢21に両側PVLを認め現在経過観察中である。母体採血でHbF1.3%,AFP2917ng/mlと高値でありFMTの診断となった。【結語】FMTは胎動減少を主訴に発見されることもあるが,自覚症状に乏しい場合も多い。FMTの診断にMCA-PSVや母体のHbF,AFPが診断の補助となり,NSTにて異常所見が認められた場合はMCA-PSV測定,心不全徴候の有無など確認し適切な施設で管理できるよう対応する必要がある

協賛企業・団体 一覧

第 139 回東海産科婦人科学会

第 139 回東海産科婦人科学会

会長 池田 智明

あすか製薬株式会社

アストラゼネカ株式会社

株式会社アダチ

アトムメディカル株式会社

江崎グリコ株式会社

MSD 株式会社

大塚製薬株式会社

科研製薬株式会社

株式会社ガリバー

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

有限会社胎児生命科学センター

中外製薬株式会社

テルモ株式会社

日本化薬株式会社

日本製薬株式会社

バイエル薬品株式会社

メルクセローノ株式会社

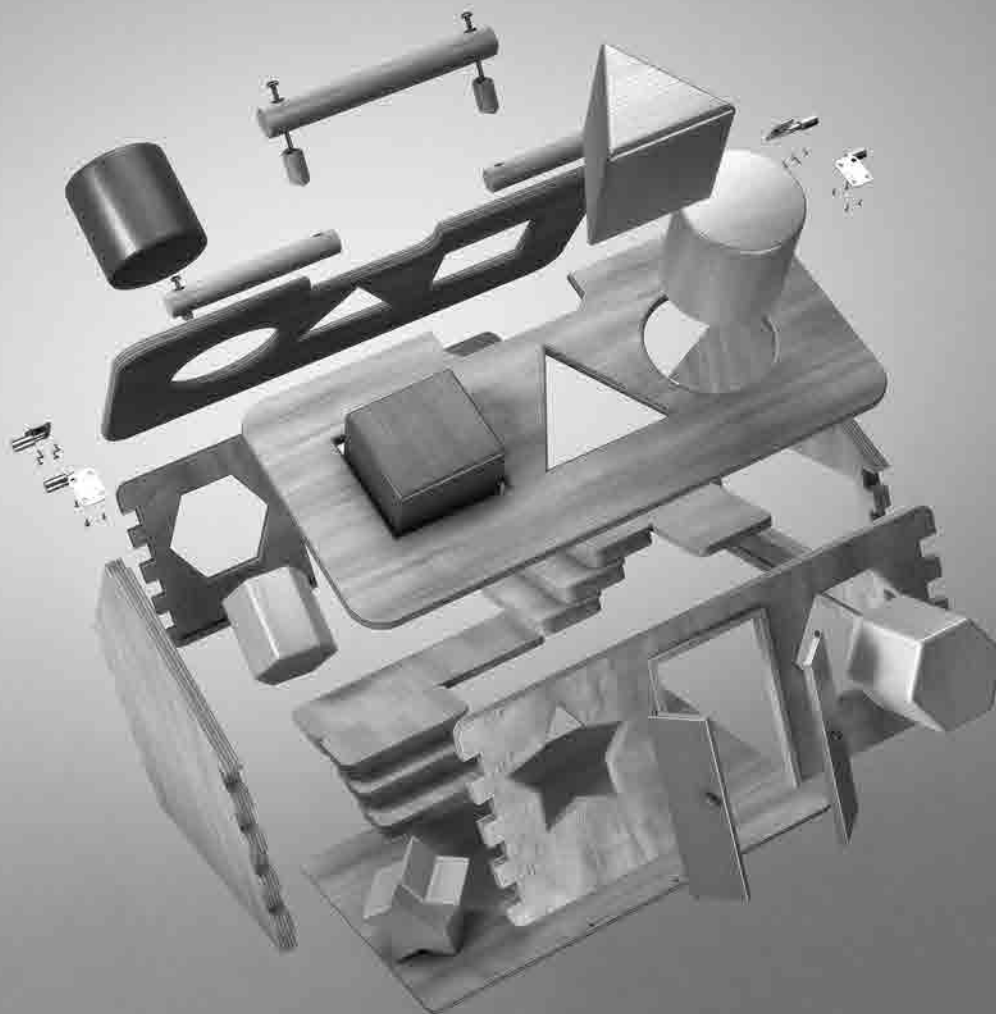
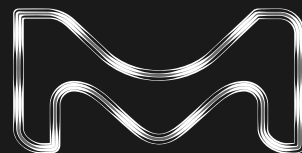
メルスモン製薬株式会社

持田製薬株式会社

2019年2月15日現在

(敬称略・50音順)

DETAIL 希望は、その細部に宿る。



生物由来製品 処方箋医薬品^注

遺伝子組換えヒト絨毛性性腺刺激ホルモン(r-hCG)製剤 <薬価基準収載>

オビドレル[®]皮下注シリンジ250 μ g

コリオゴナドトロピン アルファ (遺伝子組換え) 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

VIDREL[®] PreFilled Syringe
(choriogonadotropin alfa injection)

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、添付文書をご参照ください。

製造販売元 (資料請求先) :メルクセローノ株式会社 東京都目黒区下目黒1-8-1アルコタワー メディカル・インフォメーション 0120-870-088

VIDREL[®] PreFilled Syringe
(choriogonadotropin alfa injection)

MERCK

血漿分画製剤(血液凝固阻止剤)

薬価基準収載

特定生物由来製品・処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)


献血 ノンスロン[®] 500注射用 1500注射用

生物学的製剤基準〈乾燥濃縮人アンチトロンビンⅢ〉



■ 効能・効果、用法・用量、
使用上の注意(禁忌)等
については、添付文書を
ご参照ください。——

製造販売元(資料請求先)

 **日本製薬株式会社**
〒104-0044 東京都中央区明石町8番1号

販売

 **武田薬品工業株式会社**
〒540-8645 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2016年9月作成(K)

新発売



処方箋医薬品:注意-医師等の処方箋により使用すること

慢性便秘症治療薬

薬価基準収載


モビコール[®] 配合内用剤

MOVICOL[®]


「モビコール」及び MOVICOL は、Norgineグループの登録商標です。

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

製造販売元

 **EAファーマ株式会社**
東京都中央区入船二丁目1番1号

販売<資料請求先>

 **持田製薬株式会社**
東京都新宿区四谷1丁目7番地
TEL 0120-189-522(くすり相談窓口)

2018年11月作成(N4)



薬価基準収載

子宮内膜症に伴う疼痛改善剤・月経困難症治療剤

ヤーズフレックス® YazFlex® 配合錠

ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠

処方箋医薬品[※] 注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果, 用法・用量, 警告・禁忌を含む
使用上の注意につきましては製品添付文書
をご参照ください。

資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<http://byl.bayer.co.jp/>

L.JP.MKT.WH.02.2018.1369

2018年2月作成

アストラゼネカ株式会社

抗悪性腫瘍剤 / ポリアデニン5' ニリン酸リボースポリメラーゼ (PARP) 阻害剤

リムパーザ®錠

100mg
150mg
(オラパリブ錠)

薬価基準収載

劇薬 処方箋医薬品 (注意-医師等の処方箋により使用すること)

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

製造販売元 [資料請求先]

アストラゼネカ株式会社

大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

(問い合わせフリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

2018年10月作成

承認番号:22500BZX00269000

材料価格基準収載

高度管理医療機器 35449004
中心循環系血管内塞栓促進用補綴材
エンボスフィア[®]
EMBOSPHERE[®]

製造販売元
(資料請求先)

 **日本化薬株式会社**
東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

18.1作成

※使用目的又は効果、使用方法等、警告、禁忌、禁止を含む使用上の注意等は添付文書をご参照ください。

産科危機的出血および止血モニタリング指標等に、
ご活用いただけます。

フィブリノゲン
測定
約2分

血液凝固分析装置

FibCare

POCT フィブリノゲン分析装置



アトムメディカル株式会社

本社:〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-15
<https://www.atomed.co.jp>

お問い合わせ総合窓口【カスタマーサポート】

☎ 0800-111-6050

03-6388-9887

受付時間 平日9:00~17:00

高度管理医療機器 保険適用

sepra/film®
ADHESION BARRIER



癒着防止吸収性バリア
セプラ/フィルム®

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 禁忌・禁止を含む使用上の注意等については
添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) **サノフィ株式会社**
〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 SAJP.SEP.16.03.0570

発売元
[資料請求先]  **科研製薬株式会社**

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8
医薬品情報サービス室

SPF03CP
(2016年4月作成)