

第 118 回 愛知産科婦人科学会 次第

1. 理 事 会	12 : 40 ~ 13 : 20
2. 評 議 員 会	13 : 20 ~ 14 : 00
3. 総 会	14 : 00 ~ 14 : 10
4. 一 般 演 題	14 : 10 ~ 16 : 51

演者へのお願い

- (1)一般演題の発表は PC による発表のみです。
- (2)一般演題の発表時間は 1 題 5 分間、討論時間は 1 題 2 分間です。時間厳守でお願いします。
- (3)発表は PC によるプレゼンテーションで行います。アプリケーションは Windows 版 PowerPoint 2019 以降を使用し、フォントは「MS ゴシック」「MS 明朝」でお願いいたします。動画対応可能です。音楽などの出力には対応いたしません。
- (4)保存ファイル名は「演題番号 演者名」としてください。
- (5)メディアを介したウイルス感染の事例がありますので、最新のウイルス駆除ソフトでチェックしてください。
- (6)発表スライドデータは、当日、会場にて受付いたします。USB にてファイルをご持参いただき、ご自身の発表の 30 分前までにスライド受付にご提出ください。受付 PC の数には限りがありますので、時間に余裕をもってお越しください。入稿後のスライド修正はご遠慮ください。
- (7)Mac での作成ファイルおよび動画を含む発表の場合は、HDMI アダプターと一緒にご自身の PC を当日ご持参ください。
- (8)スライド操作は演者ご自身で行っていただきます。
- (9)新型コロナウイルス感染拡大防止の為、状況によっては Web 開催への変更となる場合もございます。この場合は Windows 版 PowerPoint 2019 以降、音声付きでの提出をお願いすることがあります。ご案内内容を変更する場合は追ってお知らせいたします。

託児所について

※当日は託児所を開設いたします。(お子様お一人1時間につき2,000円)
ご利用を予定される先生は、2023年10月6日(金)17時まで下記委託業者へ
お申してください。

申込 URL : <https://forms.gle/ubZ3WTSffT7WbByR8>

- 10月6日(金)17時以降のキャンセルは別途キャンセル料が生じますので
ご了承ください。
- 新型コロナウイルス感染症の状況により中止とさせていただく場合も
ございます。

【問合先】(株)ポピンズファミリーケア

TEL : 052-541-2100 (土日祝を除く平日のみ9:00-17:00)

E-mail : takuji-yoyaku@poppins.co.jp (担当 轟木)



申込フォーム

学会参加者へのお願い

- (1)体調不良、発熱、感冒様症状、下痢などの症状がある方のご来場はご遠慮
ください。
- (2)演者の体調不良などで交替される場合は、事前に下記へご連絡いただくか、
当日受付でお申し出ください。

学会参加単位について

「日本専門医機構 参加1単位」、「日本産科婦人科学会専門医 10単位」、「日本
産婦人科医会研修参加証シール」が付与されます。

JSOG カードまたは JSOG アプリのデジタル会員証をご持参ください。

Web 開催となった場合は、認定条件も変更があります。

※「日本産婦人科医会研修参加証シール」については、シール現物の配布をしますが、
必要な場合は、日本産科婦人科学会「会員ポータル」より「単位情報」を出力するこ
とで代用が可能です。

お問い合わせ、連絡先

E-mail : obgyn@aichi-med-u.ac.jp

愛知医科大学 産婦人科学講座 渡辺員支 宛

TEL : 0561-62-3311 FAX : 0561-62-2991

プログラム

一般演題

第I群 (14:10 ~ 14:52)

座長 篠原 康一

1. 外科的治療を要した下大静脈に至る静脈内筋腫の1例

…………… 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科
杉原穂乃花、吉田康将、國島温志、吉原雅人、玉内学志、清水裕介、
横井 暁、池田芳紀、芳川修久、新美 薫、梶山広明

2. 卵管膨大部妊娠に対する腹腔鏡下卵管切除術の既往があり、同側間質部妊娠破裂をきたした症例の手術動画を振り返る

…………… 日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 産婦人科
黒柳雅文、坂堂美央子、近藤友宏、成田佑一郎、林 紗由、森永崇文、
岡見ゆりか、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、告野絵里、中村侑実、
荒木 甫、正橋佳樹、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、手塚敦子、
斎藤 愛、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

3. 帝王切開癒痕部妊娠に対して、子宮内容除去術後に子宮動脈塞栓術を要した一例

…………… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
林 和正、加藤紀子、酒井絢子、鈴木敬子、鈴木智太郎、波入友香里、
梶健太郎、白石佳孝、服部 渉、小川 舞、丸山万理子、坂田 純、
茶谷順也、山室 理

4. CTガイド下ドレナージで寛解した癒着防止材に起因する化学性腹膜炎と考えられた1例

…………… 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 産婦人科^{*1}、放射線診断科^{*2}
倉本泰葉^{*1}、小島和寿^{*1}、近藤好美^{*1}、佐藤 玲^{*1}、倉兼さとみ^{*1}、
関宏一郎^{*1}、小久保佳真^{*2}、廣島希彦^{*2}、村上 勇^{*1}

5. 卵管卵巣膿瘍に対し経腔超音波ガイド下穿刺ドレナージ・アルコール固定術を施行し妊孕性を温存できた1例

…………… トヨタ記念病院 産婦人科
加藤幹也、渡邊美優、柴田莉奈、村井 健、小鳥遊明、森 将、
稲村達生、柴田崇宏、竹田健彦、田野 翔、鶴飼真由、原田統子、
岸上靖幸、小口秀紀

6. 尿生殖洞遺残合併妊婦から生児を獲得した一例

…………… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院産婦人科
成田佑一郎、伊藤由美子、近藤友宏、林 紗由、森永崇文、岡見ゆりか、
白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、荒木 甫、黒柳雅文、正橋佳樹、
鈴木美帆、福原伸彦、手塚敦子、齋藤 愛、坂堂美央子、廣村勝彦、
津田弘之、安藤智子、水野公雄

第Ⅱ群 (14:52 ~ 15:27)

座 長 松 下 宏

7. エペロリムスを投与した卵巢原発カルチノイド腫瘍再発の一例

…………… 一宮市立市民病院 産婦人科
神谷将臣、小川真似、小島真央、久保祐子、水野克彦、林 萌、
佐々治紀

8. 当院における免疫チェックポイント阻害薬の使用経験について

…………… 名古屋大学医学部附属病院^{*1}、春日井市民病院^{*2}
齋藤 舞^{*1,2}、芳川修久^{*1}、吉田康将^{*1}、吉原雅人^{*1}、玉内学志^{*1}、
清水裕介^{*1}、横井 暁^{*1}、池田芳紀^{*1}、新美 薫^{*1}、梶山広明^{*1}

9. 再発子宮頸癌に対するペムブロリズマブ単独療法中に発症した劇症1型糖尿病の1例

…………… 名古屋市立大学病院 産婦人科
高木佳苗、塩澤文子、村上真風、浅井大策、後藤崇人、篠田弥紀、
小川紫野、間瀬聖子、松本洋介、西川隆太郎、佐藤 剛、杉浦真弓

10. 子宮肉腫完全切除例における再発因子の検討

…………… 名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科
長尾有佳里、横井 暁、吉田康将、吉原雅人、玉内学志、清水裕介、
池田芳紀、芳川修久、梶山広明

11. 右卵巢膿瘍の術前診断で手術を施行した膿瘍形成性虫垂炎の1例

…………… トヨタ記念病院 産婦人科
渡邊美優、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小鳥遊明、森 将、
稲村達生、柴田崇宏、竹田健彦、田野 翔、鶴飼真由、原田統子、
岸上靖幸、小口秀紀

12. 妊娠高血圧腎症における産後蛋白尿の診断基準に関する検討

…………… 愛知医科大学 産婦人科

杉浦一優、渡辺員支、齋藤拓也、岡本知士、若槻明彦

13. 子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離において経腔分娩を行った1例

…………… 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科

鈴木佑奈、田野 翔、松尾聖子、牛田貴文、今井健史、小谷友美、
梶山広明

14. 同名半盲にて、産褥期に脳梗塞を発症した1例

…………… 総合大雄会病院 産婦人科

嶋津光真、服部慎之介、岡崎友里、今永弓子、南谷智之、西川有紀子、
坂井啓造、岡 京子、中村真弓、中北武男

15. 発作性夜間ヘモグロビン尿症 (PNH) 合併妊娠に対しエクリズマブを使用し生児を得た2例

…………… 日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 産婦人科

近藤友宏、手塚敦子、成田佑一郎、林 紗由、森永崇文、岡見ゆりか、
白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、告野絵里、中村侑実、黒柳雅文、
荒木 甫、正橋佳樹、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、齋藤 愛、
坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

16. 分娩直後に可逆性脳血管攣縮症候群を発症した1例

…………… 名古屋市立大学

川合政輝、足尾 陽、熊谷円香、内村優太、野村佳美、小笠原桜、
大谷綾乃、伴野千尋、澤田祐季、後藤志信、北折珠央、鈴木伸宏、
杉浦真弓

17. 産褥期に発症した脳皮質静脈血栓症の1例

…………… トヨタ記念病院 産婦人科

柴田崇宏、渡邊美優、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小鳥遊明、
森 将、稲村達生、竹田健彦、田野 翔、鶴飼真由、原田統子、
岸上靖幸、小口秀紀

18. 妊娠中に診断した再生不良性貧血合併妊娠の1例

…………… 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 産婦人科
鈴木智太郎、加藤紀子、酒井絢子、水野 翔、波入友香里、梶健太郎、
白石佳孝、服部 渉、小川 舞、丸山万理子、坂田 純、林 和正、
茶谷順也、山室 理

19. 硬膜外麻酔下の経膈分娩に関する検討

…………… 吹上マタニティクリニック
鈴木佳克、山本珠生、杉浦里穂

20. 早発卵巣不全で診断に至ったX染色体に構造変化がみられたターナー症候群の2例

…………… 名古屋大学 産婦人科^{*1}、名古屋大学医学部附属病院 ゲノム医療
センター遺伝カウンセリング部門^{*2}、岡崎市民病院 産婦人科^{*3}
可世木聡^{*1}、三宅菜月^{*1}、畠山未来^{*2}、菱川里沙^{*1}、窪川芽衣^{*1}、
加藤彬人^{*1}、宮本絵美里^{*1}、竹田健彦^{*1}、安井裕子^{*1}、関 友望^{*1}、
田中秀明^{*1}、矢吹淳司^{*1}、曾根原玲菜^{*1}、村岡彩子^{*1}、中村智子^{*1}、
大須賀智子^{*1}、後藤真紀^{*3}、梶山広明^{*1}

21. 胎児頻脈性不整脈に対する経胎盤的抗不整脈薬投与が奏功した1例

…………… 愛知医科大学病院 産婦人科^{*1}、総合大雄会病院 産婦人科^{*2}
藤盛允章^{*1}、吉田敦美^{*1}、服部慎之介^{*2}、岡本知士^{*1}、森 稔高^{*1}、
松下 宏^{*1}、若槻明彦^{*1}

22. 同時に両側子宮に頸部腺系病変を認めたOHVIRA症候群の1例

…………… 藤田医科大学医学部産婦人科学講座
内藤佳奈、小林 新、小谷燦璃古、高田恭平、大脇晶子、伊藤真友子、
市川亮子、野村弘行、西澤春紀

23. 当院におけるプロウペス膈用剤(PGE2)使用症例の検討

…………… 江南厚生病院
永井彩華、水野輝子、加藤悠太、山内桂花、柴田茉里、松川 泰、
熊谷恭子、木村直美、池内政弘、樋口和宏

一般演題

1 外科的治療を要した下大静脈に至る静脈内筋腫の1例

名古屋大学医学部附属病院 産婦人科

杉原穂乃花、吉田康将、國島温志、吉原雅人、玉内学志、清水裕介、横井 暁、池田芳紀、芳川修久、新美 薫、梶山広明

静脈内平滑筋腫は、平滑筋腫が静脈内に進展した稀な疾患である。今回、静脈内平滑筋腫を外科との合同手術にて摘出した症例を経験したので報告する。

患者は58歳、2妊2産。4年前に前医にて、巨大子宮筋腫に対して腹腔鏡下子宮全摘術、左付属器摘出術、右卵管摘出術を行った。病理診断は、子宮筋腫であったが、左卵管への浸潤所見を指摘されていた。術後に左閉鎖リンパ節腫大を認め、定期的にCT撮影が行われていた。約1年前に転居に伴い当院初診となり、CTにて左閉鎖リンパ節腫大に加え左腎静脈から下大静脈にかけて腫瘤陰影を認めた。自覚症状なく経過観察としていたが、腫瘤陰影の増大を認め、腹部外科、血管外科、心臓外科に相談し、手術の方針とした。手術は、万一の腫瘍塞栓に備え、予め胸骨縦切開を行い、体外循環を準備した。腹部も剣状突起から下腹部まで正中切開し、必要な血管を十分に露出させて遮断した後、左腎静脈切開し、左卵巣静脈より生じた腫瘤を摘出した。左閉鎖リンパ節、右卵巣、傍大動脈リンパ節も併せて摘出した。術後経過は良好であった。病理診断では、摘出した腫瘤と左閉鎖リンパ節は平滑筋腫であった。

静脈内平滑筋腫は報告数が少なく、最善の管理のために更なる報告が待たれる。

2 卵管膨大部妊娠に対する腹腔鏡下卵管切除術の既往があり、同側間質部妊娠破裂をきたした症例の手術動画を振り返る

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 産婦人科

黒柳雅文、坂堂美央子、近藤友宏、成田佑一郎、林 紗由、森永崇文、岡見ゆりか、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、告野絵里、中村侑実、荒木 甫、正橋佳樹、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、手塚敦子、斎藤 愛、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

異所性妊娠における卵管切除術施行後の同側間質部妊娠の発症頻度は0.3～4.2%とされ、その発症機序として外遊走説と内遊走説がいられている。当院では卵管切除時に子宮側切除断面に熱凝固を追加して外遊走説を予防している。このたび内遊走説と思われる間質部妊娠を来した症例を経験した。手術動画を振り返るとともに、その発症機序と対策について検討した。症例40歳、1妊、0産。既往歴・性感染症歴・喫煙歴なし。37歳時に自然妊娠するも、妊娠6週相当（血中hCG16300mIU/ml）の左卵管膨大部妊娠の診断で、腹腔鏡下左卵管切除術を施行した。可及的に子宮間質部に近いラインで卵管切除を行い、切除断面は熱凝固した。40歳時に自然妊娠。最終月経からは妊娠6週相当。血中hCG50100mIU/mlと高値だが、子宮内にGSを認めなかった。経膈超音波にて健常卵管側の右卵巣に黄体嚢胞を認めたが、右卵管内にも妊娠所見を認めず、MRIにて左間質部妊娠の診断に至った。即時に予定した緊急手術待機中に間質部破裂をきたし、ショック状態で手術施行した。1500mlの腹腔内出血を認め、間質部のGS成分を切除・熱凝固後に手術終了した。内遊走説による間質部妊娠の対策は困難であるが、発症機序への十分な理解と患者説明が重要と考える。

3 帝王切開癒痕部妊娠に対して、子宮内容除去術後に子宮動脈塞栓術を要した一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院

林 和正、加藤紀子、酒井絢子、鈴木敬子、鈴木智太郎、波入友香里、梶健太郎、白石佳孝、服部 渉、小川 舞、丸山万理子、坂田 純、茶谷順也、山室 理

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠（cesarean scar pregnancy：CSP）は帝王切開後の妊娠に生じる稀な異所性妊娠の1つである。帝王切開率の上昇に伴い、今後遭遇する頻度が高くなると予想される。CSPは大量出血のリスクがあり、確立した治療方法はなく、症例ごとの対応が必要となる。今回、子宮内容除去術の実施後に大量出血を来し、子宮動脈塞栓術を要した一例を経験したため報告する。

【症例】41歳、4妊1産。38歳時、骨盤位で妊娠38週に帝王切開術の既往あり。前医でホルモン補充周期の凍結融解胚移植で妊娠成立した。妊娠5週にCSP疑いで当院へ紹介となった。超音波検査所見からCSPと診断し、黄体ホルモン剤の内服は中止した。妊娠8週で胎児心拍陰性を確認し、翌日に血管内治療対応可能な環境下で子宮内容除去術を実施した。処置時に短時のうちに大量出血（1950ml）あり、処置後も出血多く、造影CTで子宮内腔への造影剤流出を認め、両側子宮動脈塞栓術を実施し、止血を得た。総輸血量はMAP6単位・FFP6単位を要した。

【考察】本症例では妊孕性温存の希望が強く、子宮内容除去術を先行して行った。CSPに対する子宮内容除去術では予期せぬ大量出血が起こる可能性もあり、輸血や緊急子宮動脈塞栓術が可能な施設での対応が望ましい。

4 CTガイド下ドレナージで寛解した癒着防止材に起因する化学性腹膜炎と考えられた1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 産婦人科^{*1}、放射線診断科^{*2}

倉本泰葉^{*1}、小島和寿^{*1}、近藤好美^{*1}、佐藤 玲^{*1}、倉兼さとみ^{*1}、関宏一郎^{*1}、小久保佳真^{*2}、廣島希彦^{*2}、村上 勇^{*1}

【症例】37歳、2妊2産、腹腔鏡下子宮筋腫核出術と帝王切開術の既往あり。妊娠経過は順調、既往帝切後妊娠のため妊娠38週1日に選択帝王切開術を施行した。手術は順調に終了し経過良好と思われたが、術後6日目に38.5度の発熱と腹痛があり、超音波検査で子宮創部に4cm大の低輝度腫瘤陰影を認めた。血液検査はWBC9800/μL、CRP11.72mg/μLと炎症反応の上昇を認め、創部血腫および術後感染を疑い抗生剤CEX内服を開始した。その後も症状は改善せず、術後9日目の造影CT検査で子宮創部付近に膿瘍形成が疑われたため、CTR点滴とMNZ内服に変更した。翌10日目にCTガイド下腹腔穿刺ドレナージを施行、淡黄色で漿液性の液体が確認され、その後も抗生剤治療とドレナージを継続した。液体の細菌培養検査は陰性だった。術後20日目に炎症反応の改善を確認できたため退院となった。

【結語】ドレナージされた液体の性状と細菌培養検査結果から腹腔膿瘍や血腫は否定的となり、癒着防止材による化学性腹膜炎と考えられた。術後に発生した膿瘍や炎症を伴う血腫に対しては再手術を考慮するが、本症例のように術中に使用した癒着防止材による化学性腹膜炎の場合もあり、より低侵襲なドレナージ治療も選択肢と考えられる。

5 卵管卵巣膿瘍に対し経腔超音波ガイド下穿刺ドレナージ・アルコール固定術を施行し妊孕性を温存できた1例

トヨタ記念病院 産婦人科

加藤幹也、渡邊美優、柴田莉奈、村井 健、小鳥遊明、森 将、稲村達生、柴田崇宏、竹田健彦、田野 翔、鷗飼真由、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】今回我々は、卵管卵巣膿瘍に対し、経腔超音波ガイド下穿刺ドレナージ・アルコール固定術（transvaginal ultrasound guided drainage and alcohol sclerotherapy : VUGDAS）が有用であった1例を経験したので報告する。

【症例】26歳、0妊0産、両側卵巣子宮内膜症性嚢胞の既往あり。不妊治療目的の採卵を行った2週間後、発熱および腹痛を主訴に当院救急外来を受診した。体温39.2℃で、内診では左付属器領域に圧痛を伴う腫瘤を触知した。血液検査では、白血球数11,900/ μ L、CRP20.2mg/dLであった。経腔超音波断層法にて、9.42×6.52cmの多房性の左卵巣腫瘤および周囲の卵管拡張を認めた。左卵管卵巣膿瘍と診断し、入院、抗菌薬治療を開始し、翌日、VUGDASを施行した。経腔超音波ガイド下に左卵管卵巣膿瘍を穿刺し、内容液を回収、膿瘍腔を生理食塩水で洗浄、無水エタノールで固定した。手術時間は42分であった。合併症は特になく、術後3日目に退院となった。術後1年で体外受精、凍結融解胚盤胞移植にて妊娠成立し、38週0日に経腔分娩となった。

【結語】VUGDASは簡便に行える上に、妊孕性温存の観点でも優れている可能性がある。

6 尿生殖洞遺残合併妊婦から生児を獲得した一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院産婦人科

成田佑一郎、伊藤由美子、近藤友宏、林 紗由、森永崇文、岡見ゆりか、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、荒木 甫、黒柳雅文、正橋佳樹、鈴木美帆、福原伸彦、手塚敦子、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】尿生殖洞遺残は、尿道と膣が遺残した尿生殖洞に合流して外陰に開口する稀な病態である。今回我々は生児を獲得できた尿生殖洞遺残合併妊婦を経験したので報告する。

【症例】32歳、1妊0産。幼少期より反復膀胱炎あり。X-5年に性交障害で前医受診、MRIで膣低形成・単角子宮指摘、挙児希望あり今後の治療目的に当院紹介。膣造影で尿道から膀胱にかけての造影を認め、前医MRIでも膣・膀胱間交通が疑われていたことから尿生殖洞遺残と診断。X-4年に手術目的で他院泌尿器科紹介、膣形成術施行するも性交障害は続いた。X-2年より当院不妊治療再開、疼痛強く経腔操作が非常に困難で、静脈麻酔下にAIH試みるも子宮内注入困難のため妊娠成立せず、以後受診自己中断。その後他院にてAIH8回目で妊娠成立し、周産期管理目的に当院紹介。膣鏡診・経腔超音波は実施困難で頸管長測定も難渋したが、切迫早産の徴候は認めず外来通院とした。妊娠31週0日より管理入院。妊娠33週の超音波時に羊水腔減少認め、IGFBP-1陽性で破水と診断。翌日帝王切開施行、2022gの女児を獲得した。

【結語】非常に稀な病態であり、妊娠成立後も感染・破水が懸念されるハイリスクな状況であったが、周産期管理上で特に大きな合併症を起こさず生児を獲得できた。

7 エベロリムスを投与した卵巣原発カルチノイド腫瘍再発の一例

一宮市立市民病院 産婦人科

神谷将臣、小川真似、小島真央、久保祐子、水野克彦、林 萌、佐々治紀

【緒言】カルチノイドは主に消化管、膵臓より発生し、卵巣原発カルチノイドは稀である。今回、卵巣カルチノイド再発にて、エベロリムスを投与した症例を経験したため報告する。

【症例】77歳。子宮脱にて膣式子宮全摘術の既往あり。2016年12月に巨大卵巣腫瘍にて両側付属器切除術、大網摘出術、虫垂切除術、右外腸骨リンパ節生検施行した。病理診断は卵巣カルチノイド(Trabecular type)であった。気管支鏡検査、上部下部消化管精査にて原発巣を指摘できず、卵巣原発カルチノイドと診断した。無治療経過観察していたが、2021年12月より傍大動脈リンパ節腫大を認め、徐々に増大傾向を認めた。2023年4月より、卵巣カルチノイド再発にてエベロリムス投与を開始した。内服開始43日目に発熱、咳嗽を認め、胸部CTにて両側肺野のスリガラス様陰影を認め、薬剤性の間質性肺炎と診断した。エベロリムスの投与を中止し、プレドニゾロン40mgの投与を開始した。徐々に症状改善し、現在はプレドニゾロンを漸減中である。

【結語】卵巣原発カルチノイド再発の報告例はあるものの、治療について確立されたものはなく、今後の治療法について検討が必要である。

8 当院における免疫チェックポイント阻害薬の使用経験について

名古屋大学医学部附属病院^{*1}、春日井市民病院^{*2}

齋藤 舞^{*1,2}、芳川修久^{*1}、吉田康将^{*1}、吉原雅人^{*1}、玉内学志^{*1}、清水裕介^{*1}、横井 暁^{*1}、池田芳紀^{*1}、新美 薫^{*1}、梶山広明^{*1}

【目的】本研究の目的は、当院での免疫チェックポイント阻害薬(ICI)の使用経験および症例提示を通じて、ICI使用の要点を明らかとすることである。

【方法】2023年5月31日までに当院でICIを使用した31症例につき、診療録から情報を取得し後方視的解析を行った。

【結果】ICI導入時の平均年齢は54.1±12.2歳、子宮頸癌19例、子宮体癌11例(卵巣癌2例の重複癌を含む)、絨毛癌1例であった。レジメンはペムプロリズマブ(PEM)単剤6例、レンパチニブ+PEM6例、TCまたはTP(±ベバシズマブ)+PEM16例、セミプリマブ3例であった。ICI投与サイクル数の中央値は4サイクル(1-33)、無増悪生存期間は4.18ヶ月(0.33-23.2)、全生存期間は5.73ヶ月(0.33-23.2)であった。irAE(全グレード)と判断した有害事象は皮膚病変2例(6.4%)、肝障害1例(3.2%)、甲状腺機能異常8例(25.6%)、肺炎1例(3.2%)、副腎皮質機能低下症2例(6.4%)、好酸球増多症1例(3.2%)、腸炎1例(3.2%)で、G3以上のirAEは皮膚障害1例(3.2%)のみであった。ICI初回投与の効果判定ではPR14/31例(45.1%)であり、irAEを発症した症例ではPR8/13例(61.5%)となり、irAE発症症例において奏効率が高くなった。

【結論】irAE発症率と奏効率の関連を示した既報もあり、適切なirAEのマネジメントはICIの長期投与を可能とし、予後改善に繋がる可能性があると考えられた。

9 再発子宮頸癌に対するペムブロリズマブ単独療法中に発症した劇症1型糖尿病の1例

名古屋市立大学病院 産婦人科

高木佳苗、塩澤文子、村上真凧、浅井大策、後藤崇人、篠田弥紀、小川紫野、間瀬聖子、松本洋介、西川隆太郎、佐藤 剛、杉浦真弓

【緒言】 ペムブロリズマブの免疫関連有害事象（以下 irAE）は主に肝機能障害、甲状腺機能障害、間質性肺炎、大腸炎等挙げられるが、1型糖尿病の発症率は0.3%と非常に稀である。今回再発子宮頸癌の薬物療法としてペムブロリズマブ使用中に劇症1型糖尿病を発症した一例を経験したので報告する。

【症例】 55歳女性、子宮頸癌ⅣA期に対し同時化学放射線療法5コース施行したが、初回治療終了後3ヶ月で多発肺転移、腹膜播種を認めた。再発治療にTC療法6コース施行したが肺転移、腹膜播種は増大傾向であり、遺伝子パネル検査にてTMB-highを認めたためペムブロリズマブ単剤療法に変更した。ペムブロリズマブ3コース施行後に気分不快、嘔吐、腹痛あり救急外来受診した。採血にてpH7.096、Glu1060mg/dL、尿ケトン3+を認め糖尿病性ケトアシドーシスとしてICU管理入院となった。糖尿病既往なく、発症経過からirAEによる劇症1型糖尿病と診断され、インスリン療法が開始された。その後良好な血糖コントロールが得られた時点でペムブロリズマブ治療が再開された。

【結語】 抗PD-1抗体投与後の1型糖尿病は稀なirAEだが、適切な治療が行われない場合致命的となりうる。このため抗PD-1抗体使用時は1型糖尿病の発症を念頭に管理し、早期発見に努める必要がある。

10 子宮肉腫完全切除例における再発因子の検討

名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科

長尾有佳里、横井 暁、吉田康将、吉原雅人、玉内学志、清水裕介、池田芳紀、芳川修久、梶山広明

【目的】 子宮肉腫は婦人科悪性腫瘍の中でも特に予後不良であり、完全切除例においても再発率が高い。子宮肉腫の特徴を調査し、完全切除例における再発リスク因子を検討することを目的とした。

【方法】 2007年1月から2023年6月に当院で診療した子宮肉腫症例97例のうち、癌肉腫、特殊型、組織型確定困難、子宮頸部原発を除外した子宮平滑筋肉腫（ULMS）、低・高異型度子宮内膜間質肉腫（LG/HG-ESS）、腺肉腫、悪性度不明な平滑筋腫瘍（STUMP）、計55例について後方視的に検討した。

【結果】 対象55例の年齢中央値は48歳、初発症状は腹痛または腹部腫瘤感が27.5%と最も多かったが、33.3%は無症状であった。腫瘍径中央値は9.7cm、64.8%がI期であり、組織型内訳はULMS28例（50.9%）、LG-ESS13例（23.6%）、STUMP8例（14.5%）、HG-ESS5例（9.1%）、腺肉腫1例（1.8%）であった。ULMS I期の再発率は81.3%、再発までの期間の中央値は377日、LG-ESS I期は30%、1250日であった。また、再発群で卵巣温存、脈管侵襲、MIB-1陽性、核分裂などが多い傾向を認めた。

【結論】 ULMS、LG-ESS完全切除例において、術式や病理所見が再発リスク上昇に寄与する傾向が見られた。今後は多施設共同にて更に多数例で検討する。

11 右卵巢膿瘍の術前診断で手術を施行した膿瘍形成性虫垂炎の1例

トヨタ記念病院 産婦人科

渡邊美優、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小鳥遊明、森 将、稲村達生、柴田崇宏、竹田健彦、田野 翔、鷗飼真由、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】骨盤内腫瘍の原発は、子宮、付属器、腸管、膀胱、尿管、骨、筋肉など多岐に渡る。今回我々は、右卵巢膿瘍の術前診断で手術を施行し膿瘍形成性虫垂炎と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】66歳、4妊3産、閉経58歳。倦怠感を主訴に救急外来を受診し、糖尿病性ケトアシドーシスと診断された。腹部CTで骨盤内正中に11.7×9.5cmの腫瘍を認めた。内診では、臍高に達する可動性良好な圧痛のない硬い腫瘍を触れた。血液検査はWBC16,600/ μ L、CRP31.65mg/dLであった。入院にて血糖コントロールおよび抗菌薬加療を実施した後、診断目的に腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内の癒着が広範囲で子宮、両側付属器は同定できず、開腹手術に移行した。腫瘍と腸管の癒着を処理した際、腫瘍が破裂し、約900mLの膿瘍液が流出した。膿瘍腔の切除、剥離を行うと先端が破綻している虫垂との連続が確認でき、膿瘍形成性虫垂炎と診断した。炎症は子宮、両側付属器にも広がっていたため子宮全摘出術、両側付属器摘出術を追加した。経過は良好で術後8日目で退院となった。

【結語】骨盤内腫瘍の鑑別として、膿瘍形成性虫垂炎も考慮すべきである。

12 妊娠高血圧腎症における産後蛋白尿の診断基準に関する検討

愛知医科大学 産婦人科

杉浦一優、渡辺員支、齋藤拓也、岡本知士、若槻明彦

【緒言】妊娠高血圧腎症（PE）妊婦は将来的に慢性腎臓病（CKD）を発症するリスクが高い。現在PE妊婦の産後蛋白尿管理は産褥1か月に尿蛋白0.30g/gCr未満でフォロー終了となっているが、内科の判定基準は0.15g/gCr以上を陽性としている。これは妊娠中の生理的尿中蛋白排泄量増加によるものであるが、産後も同じ基準のままである。今回、当院のPE妊婦を妊娠の影響がなくなる産褥3か月まで追跡し、産後蛋白尿の診断基準について検討した。

【方法】当院で分娩したPE妊婦30例を産褥1か月に尿蛋白0.15g/gCr未満の15例（A群）、0.15g/gCr以上0.30g/gCr未満の5例（B群）、0.30g/gCr以上の10例（C群）に分別し、各群における産褥3か月の尿中蛋白量について検証した。

【結果】A群およびB群では、全例で産褥3か月の尿蛋白が0.15g/gCr未満であった。一方C群では、産褥3か月の尿蛋白が1例で0.15g/gCr未満、3例で0.15g/gCr以上0.30g/gCr未満、6例で0.30g/gCr以上であった。

【結語】C群のうち産褥3か月で尿蛋白0.15g/gCr以上0.30g/gCr未満であった3例が、CKDリスクがあるにも関わらずフォロー終了となることが明らかになった。今回の検討から、PE妊婦の産後蛋白尿の診断基準を、産褥1か月で0.30g/gCr以上、3か月で0.15g/gCr以上を陽性とすれば、将来のリスク因子を見逃すことはないと考えられた。

13 子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離において経膣分娩を行った1例

名古屋大学医学部附属病院 産婦人科

鈴木佑奈、田野 翔、松尾聖子、牛田貴文、今井健史、小谷友美、梶山広明

【緒言】 子宮内胎児死亡（IUFD）を伴う常位胎盤早期剥離（早剥）の分娩様式は、欧米では人工破膜やオキシトシンを使用した経膣分娩が推奨されているが、本邦では帝王切開が多く行われてきた。今回、IUFDを伴う早剥で分娩誘導によって経膣分娩を完遂した症例を経験したので報告する。

【症例】 28歳の初産婦。妊娠36週6日に強い腹痛を主訴に前医を受診し、遷延一過性徐脈と早剥の所見あり、当院へ救急搬送となった。搬送中に破水し、当院到着時はIUFDであった。母体は血圧102/69mmHg、脈拍87bpm、Plt19.7万/μL、フィブリノゲン178mg/dL、Dダイマー51.2μg/mLであった。子宮口は2cm開大し、早剥特有の子宮収縮を認めた。DICの評価及び輸血療法を行いながらオキシトシンで分娩誘導を行い、約5.5時間で分娩となった。分娩時出血量は374gで、母体は合併症なく退院した。

【結語】 経膣分娩は帝王切開よりも時間を要するが、IUFDを伴う早剥症例においては早期娩出より適切な補液とDICの管理が重要である。本邦でも経膣分娩を選択する施設が増えているが、実施においては早剥特有の子宮収縮と有効陣痛を見極め、慎重なモニタリングが必要である。

14 同名半盲にて、産褥期に脳梗塞を発症した1例

総合大雄会病院 産婦人科

嶋津光真、服部慎之介、岡崎友里、今永弓子、南谷智之、西川有紀子、坂井啓造、岡 京子、中村真弓、中北武男

【緒言】 妊娠・出産に伴う脳血管障害は若年性脳卒中です。特に妊娠に伴う脳卒中は子癇との鑑別が必要であり、臨床上重要です。今回我々は産褥17日目で、同名半盲を主訴に脳梗塞を発症した1例を経験したので報告します。

【症例】 30歳女性 1妊0産 既往歴：卵巣腫瘍（チョコレート嚢腫）を前医にて診断、自然妊娠成立し当院紹介となった。妊娠22週MRIで右側卵巣チョコレート嚢腫と診断した。妊娠は順調に経過した。妊娠38週6日2956g男児Apgar score 8/9で経膣分娩になった。産後は経過良好で産褥4日目で退院となった。産褥17日目に視覚障害を訴えた。頭部MRI左大脳動脈終末領域に高信号を認めた。左後頭葉梗塞 右側同名半盲と診断となった。T-PA施行となり、出血合併症は認めなかった。血栓性の素因も無く明らかな脳梗塞の原因は認めなかった。入院4日目にバイアスピリンを開始した。右側同名半盲は残存を認めるが、MRI左後大脳動脈は開通拡張していた。入院13日目で退院し外来管理となった。

【考察】 妊産婦が新たな神経学的症候を呈した際は産科、脳神経外科を含め、集学的な診断と治療が望ましいと考えます。

15 発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）合併妊娠に対しエクリズマブを使用し生児を得た2例

日本赤十字社愛知医療センター 名古屋第一病院 産婦人科

近藤友宏、手塚敦子、成田佑一郎、林 紗由、森永崇文、岡見ゆりか、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、告野絵里、中村侑実、黒柳雅文、荒木 甫、正橋佳樹、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、齋藤 愛、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）は溶血、血栓症などを特徴とする血液疾患であるが、妊娠によりそれらのリスク上昇が報告されており周産期管理には注意を要す。近年エクリズマブの使用により良好な結果が報告されており当院でも大きな母体合併症なく生児を得た PNH 合併妊娠の 2 例を経験したため報告する。

【症例 1】 28 歳 G1P0 20 歳時に PNH の診断をうけ当院血液内科にてラブリズマブにて治療中。自然妊娠し、妊娠 10 週時にエクリズマブに切り替えを行った。妊娠経過は概ね問題なし。誘導分娩にて 39 週 1 日に 2890g、Apgar score9/10（1 分値 /5 分値）、臍帯動脈血 pH7.305 の児の分娩に至った。産後 2 日目の採血では軽度溶血所見を認めたと経過観察にて軽快。産後は抗凝固療法を行い退院となった。

【症例 2】 27 歳 G2POSA1 24 歳時に PNH の診断をうけ、ラブリズマブにて治療中。自然妊娠し 6 週時よりエクリズマブへ変更。妊娠経過は概ね問題なかったが、妊娠 32 週時に完全破水。児は骨盤位でありベタメタゾンを投与を待って予定帝王切開の方針となった。手術前日にエクリズマブの投与を行い、帝王切開にて 32 週 5 日に 1588g、Apgar score6/9、pH7.395 の児の分娩に至った。術後に溶血や凝固亢進を認めず、抗凝固療法を行い退院となった。

16 分娩直後に可逆性脳血管攣縮症候群を発症した 1 例

名古屋市立大学

川合政輝、足尾 陽、熊谷円香、内村優太、野村佳美、小笠原桜、大谷綾乃、伴野千尋、澤田祐季、後藤志信、北折珠央、鈴森伸宏、杉浦真弓

【緒言】 可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS）は雷鳴頭痛と多巣性脳血管攣縮特徴とする疾患で、妊産婦では産褥期に好発し誘発因子として女性ホルモンの変化や循環血流量の変化、 α 交感神経刺激薬などの薬剤等が挙げられる。今回我々は硬膜外麻酔下で経陰分娩後に RCVS を発症した 1 例を経験したため報告する。

【症例】 30 歳、2 妊 1 産、自然妊娠成立後、当院にて妊婦健診施行。外来経過は異常なく、40 週 4 日に前期破水で入院。脊髄くも膜下硬膜外併用麻酔導入後、経陰分娩に至った。分娩経過中は数回血圧低下を認めエフェドリン塩酸塩を投与した。分娩 4 時間後から激しい頭痛を認め頭部 CT、MRI 検査施行した所明らかな異常所見は認めず、硬膜穿刺後頭痛疑いとして、カフェイン、五苓散を投与し、産褥 4 日目に退院となった。しかし退院 3 日後激しい頭痛のために再入院となり、頭部 MRI で右後大脳動脈と左前大脳動脈に狭窄像が認められた。臨床経過と画像所見より RCVS の診断となり、ロメリジン塩酸塩を開始した。内服開始後頭痛は軽快し、産褥 13 日目で退院となった。

【結語】 分娩直後に RCVS を発症した症例を経験した。発症時の MRI では多発性の脳血管攣縮が確認できないことが多く、診断には頭痛の原因となりうる他の疾患の除外が重要となる。

17 産褥期に発症した脳皮質静脈血栓症の1例

トヨタ記念病院 産婦人科

柴田崇宏、渡邊美優、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小鳥遊明、森 将、稲村達生、竹田健彦、田野 翔、鷗飼真由、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】脳静脈血栓症（cerebral venous thrombosis：CVT）は脳静脈洞や脳静脈の閉塞によって生じる脳血管障害であり、頭蓋内圧亢進による頭痛や痙攣などの症状を呈する。今回我々は産褥7日目に痙攣で発症したCVTの1例を経験したので報告する。

【症例】39歳、2妊0産。自然妊娠成立後、前医にて妊娠管理されていた。妊娠26週6日に血圧146/93mmHg、胎児発育不全（FGR）を認め、妊娠高血圧腎症の診断で緊急母体搬送となった。推定胎児体重685g（-2.3SD）のFGR、臍帯動脈拡張期逆流を認め、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開を施行した。児は692gの男児でApgar Scoreは1分値2点、5分値6点、早産のためNICUへ入院となった。母体は産褥7日目に退院となった。退院日の帰路で全般性痙攣が出現し、再度当院に入院となった。頭部MRIにて、左頭頂部の皮質静脈の拡張がみられ脳皮質静脈血栓症と診断した。血栓性素因は認めず、ワルファリンの投与を開始し、症状が軽快し、退院となった。ワルファリンを6ヵ月間内服し、症状再燃や頭部MRIでの異常所見は認めず、終診となった。

【結論】妊娠、産褥期の痙攣では、脳皮質静脈血栓症も鑑別に挙げる必要がある。

18 妊娠中に診断した再生不良性貧血合併妊娠の1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 産婦人科

鈴木智太郎、加藤紀子、酒井絢子、水野 翔、波入友香里、梶健太郎、白石佳孝、服部 渉、小川 舞、丸山万理子、坂田 純、林 和正、茶谷順也、山室 理

再生不良性貧血（AA）は妊娠に合併することは稀だが妊娠を契機に診断されることもある。今回、妊娠中に診断したAA合併妊娠を報告する。症例は30歳、1妊0産、円錐切除術の既往があるがその他既往や家族歴なし。妊娠9週の初期検査でPLT：9.1万/ μ Lであったが出血傾向なく経過観察とした。妊娠12週に性器出血があり絨毛膜下血腫と切迫流産にて入院し、入院時Hb：11.2g/dL、PLT：7.1万/ μ Lであった。入院中PLT：8万/ μ L程度が継続したため血液内科に相談し、特発性血小板減少性紫斑病が疑われた。入院後性器出血は減少し妊娠22週に自宅退院したが、妊娠29週に頸管長短縮あり切迫早産にて再入院となった。入院時Hb：9.9g/dL、MCV：116/fLと大球性貧血の進行を認め、椎体MRI検査と胸骨から骨髓穿刺を施行しAAと診断した。重症度分類はStage1であった。妊娠34週にWBC：3,100/ μ L、RBC：207万/ μ L、Hb：7.9g/dL、sPLT：5.7万/ μ Lと汎血球減少となり、頸管長短縮と子宮収縮抑制困難のため妊娠35週0日に血小板20単位を投与し翌日に全身麻酔下で帝王切開術を施行した。術中出血量は690mLで赤血球濃厚液4単位を投与した。術後経過は良好で、血液内科でのフォローを継続して行っている。

19 硬膜外麻酔下の経膈分娩に関する検討

吹上マタニティクリニック

鈴木佳克、山本珠生、杉浦里穂

近年、無痛分娩として硬膜外麻酔下の分娩が行われている。当院では、陣痛発来後、硬膜外チューブを留置し、レボプロピバカインを自動間欠型ボラス法にて投与している。今回、硬膜外麻酔の分娩進行への影響を検討した。本研究は院内倫理委員会の承認を得た。対象は同一助産師が分娩を担当し、経膈分娩に至った妊婦 15 名(初産 9 名、経産 6 名)で、後方視的に子宮口開大、児頭下降を経時的にプロットし、Friedman 曲線と比較した。児頭の下降や回旋は経会陰超音波でも評価した。また、無痛分娩中に分娩停止のため、帝王切開となった 6 名の児頭の回旋を検討した。初産では子宮口開大 3～5cm で、麻酔が導入され、開始後 2～6 時間で子宮口は全開大した。その時点での児頭は station 0～+1 で、横径や斜径であった。子宮口開大度曲線は、S 状を示す Friedman 曲線に対して、はじめはなだらかで途中から急峻に立ち上がり、下凸の曲線を示した。経産婦では時間経過が半分程度で同様な結果であった。分娩停止例では児頭が Station-1 より上方や経会陰超音波で陣痛発来時に軽い怒責や圧出で、児頭が骨盤誘導線方向に 2cm 以上の下降を認めなかった。硬膜麻酔は Friedman 曲線に変化を及ぼすが、経膈分娩の成否は児頭の回旋異常が関係すると考えられる。

20 早発卵巣不全で診断に至った X 染色体に構造変化がみられたターナー症候群の 2 例

名古屋大学 産婦人科^{*1}、名古屋大学医学部附属病院 ゲノム医療センター遺伝カウンセリング部門^{*2}、岡崎市民病院 産婦人科^{*3}

可世木聡^{*1}、三宅菜月^{*1}、畠山未来^{*2}、菱川里沙^{*1}、窪川芽衣^{*1}、加藤彬人^{*1}、宮本絵美里^{*1}、竹田健彦^{*1}、安井裕子^{*1}、関 友望^{*1}、田中秀明^{*1}、矢吹淳司^{*1}、曾根原玲菜^{*1}、村岡彩子^{*1}、中村智子^{*1}、大須賀智子^{*1}、後藤真紀^{*3}、梶山広明^{*1}

【緒言】ターナー症候群 (TS) は、卵巣機能不全、低身長、先天性心疾患、内分泌疾患などを併発する先天性の性染色体数的変化による症候群である。TS 全体の約半数が 45,X 以外の核型であり、これらは 45,X に比べ低身長が顕著ではなく第二次性徴や月経周期の発現頻度が高い為、診断が成人期以降になることがある。今回早発卵巣不全 (POI) で診断に至った X 染色体に構造変化がみられた TS を 2 例経験した為、文献的考察を含めて報告する。

【症例 1】34 歳、146cm、52kg、0 妊。既往歴は糖尿病・脂肪肝。それまで 2-3 か月毎に月経を認めたが半年来の無月経のため前医受診。子宮萎縮を認め、FSH 高値のため当院紹介。

【症例 2】24 歳、145cm、46kg、0 妊。既往歴は特記すべきことなし。3 年来の続発性無月経にてカウフマン療法を施行していたが E2 低値、FSH 高値のため当院紹介。

2 例とも染色体検査を希望され TS と診断、遺伝カウンセリング及び内科的疾患の検索を予定している。

【結語】近年卵子凍結により生児をえた TS 症例が報告された。内科疾患のサーベイランスも必要であるため、適切な時期での染色体検査及び遺伝カウンセリングは今後より一層重要になると考えられる。

21 胎児頻脈性不整脈に対する経胎盤的抗不整脈薬投与が奏功した1例

愛知医科大学病院 産婦人科^{*1}、総合大雄会病院 産婦人科^{*2}

藤盛允章^{*1}、吉田敦美^{*1}、服部慎之介^{*2}、岡本知士^{*1}、森 稔高^{*1}、松下 宏^{*1}、若槻明彦^{*1}

【緒言】胎児不整脈は適切な治療が行われない場合、心不全により胎児水腫へと移行し、胎児死亡に至る可能性がある。今回、発作性上室性頻拍症に対し、経胎盤的にジゴキシンとソタロール塩酸塩を投与し、正期産での経陰分娩が可能であった症例を経験したので報告する。

【症例】24歳、2妊1産。妊娠32週5日の妊婦健診時、腹緊を認めNST施行したところ、散発的ではあるものの頻回に基線が210bpm以上となる所見を認めた。腹部超音波では胎児発育は良好で、胎児水腫や心奇形は認めなかった。小児循環器科医と検討し母体にジゴキシン投与を開始したところ、一時的に頻脈の頻度が減少したが、再度増悪を認めたため、妊娠33週1日よりソタロール塩酸塩を併用投与した。その後、頻脈は消失したため、外来にて慎重に経過観察を行うも頻脈は認めず、妊娠40週0日に経陰分娩した。出生後も児の不整脈は認めず、経過良好である。

【考察】本症例では、胎児不整脈に対し、経胎盤的抗不整脈薬投与の安全性に関する臨床試験のプロトコールに基づいて薬剤を投与し、良好な転帰を得た。胎児頻脈性不整脈は胎内治療の適応、抗不整脈薬の選択、分娩の方法、分娩のタイミングなど妊娠管理に苦慮することも多いが、個々の症例に合わせて慎重に治療方針を決定することにより良好な転帰が得られるものと思われる。

22 同時に両側子宮に頸部腺系病変を認めた OHVIRA 症候群の1例

藤田医科大学医学部産婦人科学講座

内藤佳奈、小林 新、小谷燦璃古、高田恭平、大脇晶子、伊藤真友子、市川亮子、野村弘行、西澤春紀

【緒言】OHVIRA 症候群は、重複子宮、重複腔の一側腔閉鎖、同側腎欠損を合併し、閉鎖側腔壁に子宮頸管腺由来の重層扁平上皮を認める稀な疾患である。今回、OHVIRA 症候群の両側子宮に同時に頸部腺系病変を認めた1例を経験したので報告する。

【症例】42歳、女性。0妊0産。子宮筋腫核出術、右卵巢腫瘍核出術、腔開窓術の既往あり。今回、検診にて子宮頸部細胞診異常の指摘あり精査を行った。左右子宮より別個に採取した細胞診では、両側とも AGC の判定であった。コルポ診下生検では、右側の子宮頸部に Adenocarcinoma, HPV-associated の病変を認めたが、左側は外子宮口の確認はできるものの子宮腔部の形態はなく病変は不明であった。MRI では子宮頸部に粗大病変はなく、右側子宮に対して診断的円錐切除術を施行したところ間質浸潤4mmの病巣を認めた。準広汎子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清を施行し、病理検査では右側子宮は残存病変なし、左側子宮は AIS であった。進行期は IA2 期であり、術後補助療法なく経過観察とした。

【結語】ミューラー管奇形をともなう場合、子宮粘膜病変の正確な評価が困難であることが多いが、両側子宮の病変の存在も念頭においた画像評価や病理学的評価が重要である。

23 当院におけるプロウペス腫用剤（PGE2）使用症例の検討

江南厚生病院

永井彩華、水野輝子、加藤悠太、山内桂花、柴田茉里、松川 泰、熊谷恭子、木村直美、池内政弘、樋口和宏

子宮頸管熟化剤としてPGE2の投与が開始され3年以上が経過し、使用頻度が増加しつつある。今回我々はPGE2の有用性について後方視的に検討した。

当院で2022年4月から2023年3月までにPGE2を用いて子宮頸管熟化不全における熟化促進を行った症例の、PGE2挿入から分娩に至るまでの時間、挿入時間、挿入前後でのBishop scoreの変化、帝王切開率について器械的頸管拡張群と比較検討を行った。PGE2挿入時間は平均8時間27分、抜去理由としては陣痛発来52%、破水12%、自然脱落12%、胎児心音異常12%であった。Bishop scoreの上昇率はPGE2群の方が器械的頸管拡張群より高かった。帝王切開率は器械的頸管拡張群よりPGE2群の方が低かった。また帝王切開となった原因は両群とも分娩停止が最も多く、次いで胎児機能不全であった。

本検討で挿入から分娩に至るまでの時間はPGE2群の方が器械的頸管拡張群より短く、帝王切開率もPGE2群においてより低いことからPGE2の子宮頸管熟化作用における優越性が示唆された。

白