

第 121 回 愛知産科婦人科学会

学術講演会 プログラム

日時 令和 7 年 7 月 5 日（土）午後 2 時 00 分より
場所 豊橋市商工会議所 3F ホール
（豊橋市花田町字石塚 42-1）



豊橋駅東口ペDESTロリアンデッキ（5 番階段）から大橋通りを北へ徒歩約 8 分

学術講演会会長
豊橋市民病院 岡田真由美

第 121 回 愛知産科婦人科学会 次第

- | | |
|------------|-------------------|
| 1. 開 会 式 | 14 : 00 ～ 14 : 05 |
| 2. 一 般 演 題 | 14 : 05 ～ 16 : 38 |

演者の皆様へのお願い

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。

学会参加の皆様へのお願い

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」、「日本産婦人科医会単位」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。

【学会参加単位についてのお問合せ先】

愛知県産婦人科医会事務局

TEL : 052-228-3521 FAX : 052-228-3523

E-mail : office@aaog.jp

お問い合わせ・連絡先

E-mail: aisanfu@toyohashi-mh.jp

豊橋市民病院 産婦人科 岡田真由美 宛

TEL : 0532-33-6111(代) FAX : 0532-33-6177

学会当日：豊橋商工会議所 TEL : 0532-53-721(代)

プ ロ グ ラ ム

一般演題

第 I 群 (14:05~14:54)

座長 梅村 康太

1. 子宮頸部および子宮内膜細胞診で腫瘍細胞を検出した卵管高異型度漿液性癌の1例

トヨタ記念病院 産婦人科 岡田 拓大

2. DUO-E レジメンによる進行・再発子宮体癌の治療経験

名古屋大学 産婦人科 松山 泰寛

3. 再発治療を要した POLE-ultramutated 子宮体癌の1例

藤田医科大学 医学部 産婦人科 姜智蓮

4. 卵巣静脈内に再発した低異型度子宮内膜間質肉腫の1例

愛知医科大学病院 産婦人科 松井 悠太

5. 両側卵巣と子宮転移を認めた膵臓神経内分泌腫瘍の1例

トヨタ記念病院 産婦人科 下川 浩希

6. 大腸癌の卵巣転移に対して症状緩和目的に腹腔鏡下手術を行った1例

トヨタ記念病院 産婦人科 河原 颯

7. ロボット支援下子宮全摘術後に発症した 8mm ポートサイトヘルニアの1例

名古屋市立大学産科婦人科学教室 芳金 智子

第 II 群 (14:57~15:46)

座長 安藤 寿夫

8. 周術期管理に苦慮した巨大卵巣腫瘍の1例

名古屋市立大学病院附属東部医療センター 産婦人科 近藤 好美

9. 思春期に発症した OHVIRA 症候群の1例

社会医療法人宏潤会大同病院 須保 舞子

10. がん・生殖医療に対する当院の取り組み

名古屋大学産婦人科 三宅 菜月

11. 逆T字切開後の妊娠時、妊娠 34 週で子宮破裂したが母子ともに救命しえた 1 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 藏野 真弥

12. 巨大子宮筋腫合併妊娠に対し子宮体部切開による帝王切開術後に子宮内感染を認めた 1 例

名古屋市立大学病院 産科婦人科 服部 昂樹

13. 免疫抑制療法中の経膈分娩時陰裂傷に緑膿菌単独感染を生じた 1 例

藤田医科大学 医学部 産婦人科 佐藤杏奈

14. 帝王切開時に大腿骨顆部骨折を来した妊娠後骨粗鬆症の一例

豊橋市民病院 産婦人科 伊藤 圭佑

第 III 群 (15:49~16:38)

座長 岡田 真由美

15. クリステレル胎児圧出法による外傷性腹腔内出血のために緊急開腹術を要した1例

名古屋大学医学部附属病院 産科婦人科 幡野 菜穂

16. 深夜帯にも関わらず複数診療科の協力のもと母児ともに救命し得た羊水塞栓症の 1 例

一宮市立市民病院 産婦人科 小野田 麻友子

17. 癒着胎盤による分娩後異常出血に対して開腹による compression suture を実施し子宮温存が可能であった 2 例

豊橋市民病院 産婦人科 笹野 眞世

18. 流産期に発症した加重型妊娠高血圧腎症 (SPE) に対し妊娠を継続し生児を得た 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 山田 健太

19. 低エコー領域を伴う胎盤所見と周産期予後についての検討

江南厚生病院 産婦人科 高木 佳苗

20. 出生前に茎捻転を起こしたと考えられる胎児卵巢嚢胞の 1 例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 産婦人科 藤村 圭悟

21. 認可外施設 NIPT で 22q11.2 領域が判定不能とされた 1 症例

あいち小児保健医療総合センター 内田 亜津紗

一般演題

1. 子宮頸部および子宮内膜細胞診で腫瘍細胞を検出した卵管高異型度漿液性癌の1例 トヨタ記念病院 産婦人科

岡田拓大、河原 颯、下川浩希、浅田健正、上岡翔輝、野村春香、西田裕亮、
橋本明璃、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小鳥遊明、森 将、春原友海、
原田統子、松下 宏、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】卵管癌では子宮頸部細胞診や子宮内膜細胞診で腫瘍細胞が検出されることがある。

【症例】56歳、2妊1産、閉経52歳。呼吸困難を主訴に前医を受診し、胸水貯留を認め当院内科に紹介となった。胸水細胞診は adenocarcinoma の細胞診断であり、原発巣検索のため当科受診となった。経腔超音波断層法にて子宮内膜の肥厚や子宮腫瘍は認めなかった。左付属器領域に2.6×1.8 cmの充実性腫瘍を認めた。腹水貯留はなかった。骨盤MRI検査では原発巣を疑う腫瘍は指摘できなかった。子宮頸部細胞診、子宮内膜細胞診は adenocarcinoma の細胞診断であったが、腫瘍性背景や出血性背景はなかった。卵巣癌 / 卵管癌 / 腹膜癌の術前診断で、診断目的に腹腔鏡下手術を施行した。大網に結節を認め、術中迅速組織診断は adenocarcinoma であった。腹腔鏡下子宮全摘出術、両側付属器摘出術、大網切除術を施行した。病理組織診で右卵管に漿液性卵管上皮内癌を、左卵巣と大網に高異型度漿液性癌の播種を認めた。Stage IVA 右卵管高異型度漿液性癌と診断した。現在、術後化学療法を施行中である。

【結語】卵管癌において子宮頸部細胞診および子宮内膜細胞診が原発巣の推定に有用であった。

2. DUO-E レジメンによる進行・再発子宮体癌の治療経験

名古屋大学 産婦人科

松山 泰寛、新美 薫、茂木 一将、吉田 康将、吉原 雅人、長尾 有佳里、
玉内 学志、横井 暁、芳川 修久、梶山広明

【緒言】2024年11月、進行・再発子宮体癌に対するパクリタキセル＋カルボプラチン(TC)療法に、デュルバルマブの併用および維持療法、さらにミスマッチ修復機能正常(pMMR)症例にはオラパリブの併用維持療法が保険承認された。今後、一次治療として DUO-E レジメンを用いる症例の増加が予想される。そこで当院で本レジメンを施行した症例について、その有効性と安全性を検討した。

【方法】2024年12月から2025年4月に当院で TC+デュルバルマブ療法を施行した子宮体癌12例について、年齢、初回診断時 進行期、組織型、MMR ステータス、有害事象、治療効果を後方視的に検討した。

【結果】年齢中央値は61歳で、初発7例、再発5例であった。初回診断時の進行期はII期までが3例、III期5例、IV期8例であった。組織型は類内膜癌7例、漿液性癌3例、癌肉腫2例で、全例pMMRであった。主な有害事象は全例に好中球減少を認め、1例にirAE 皮膚障害 Grade1 を認めた。現時点で10例に奏効を確認しており(2例は評価前)、全例治療継続中である。

3. 再発治療を要した POLE-ultramutated 子宮体癌の 1 例

藤田医科大学 医学部 産婦人科

姜智蓮、市川亮子、高木淳一、高田恭平、大脇晶子、伊藤真友子、大谷清香、清水裕介、西澤春紀

【緒言】子宮体癌は分子遺伝学的に 4 つに分類され、POLE-ultramutated は最も予後がよいとされている。われわれは、進行子宮体癌かつ再発治療を要した POLE-ultramutated の症例を経験したので報告する。

【症例】53 歳、0 産。不正出血を契機に精査を行ったところ、子宮内膜組織診で類内膜癌 G3、画像検査で大腿骨転移の所見を認め、子宮体癌 stageIVB 期と診断した。術前化学療法後に子宮および両側付属器摘出術を行なったが、術後の化学療法施行中に骨転移の骨折を発症したため人工骨頭置換術を要し、化学療法から 2 ヶ月後に肺転移、腹腔内播種を認め再発と診断した。2nd line としてレンパチニブおよびペムプロリズマブ療法を行ったところ、PR が得られ、外来経過観察中である。同意を得た上で摘出した子宮腫瘍を用いて PleSSision-Rapid-Neo がんパネル検査を施行したところ、POLE にホットスポット変異である A456P バリエーションを認め、TMB101.9Muts/Mb と高値を認めた。

【結語】POLE-ultramutated 子宮体癌は殺細胞性化学療法に抵抗性を示し、免疫チェックポイント阻害薬に奏効を示した

4. 卵巣静脈内に再発した低異型度子宮内膜間質肉腫の 1 例

愛知医科大学病院 産婦人科

松井悠太、岡本知士、西子裕規、本村理子、藤盛允章、梶優太、杉浦一優、岡本宜士、藤本裕基、松川哲也、仲西菜月、幸村友季子、篠原康一、大須賀智子、渡辺員支

【緒言】子宮内膜間質肉腫(endometrial stromal sarcoma: ESS)は子宮肉腫全体の約 10%を占め、低異型度(low-grade: LG)と高異型度(high-grade: HG)に分類される。低異型度子宮内膜間質肉腫(LG-ESS)は、子宮肉腫の中でも良好な経過をたどることが多い。今回、LG-ESS と診断された 2 年後に、右卵巣静脈内に再発した症例を経験したので報告する。

【症例】50 歳、1 妊 1 産、変性筋腫の精査目的に紹介となった。画像検査で子宮肉腫(8cm 大)の可能性を指摘されたため、開腹子宮全摘を行った。診断は、LG-ESS、Stage: I B であった。卵巣浸潤は認めず、断端陰性であった。術後 2 年の CT 検査で右卵巣静脈内に長径 10cm の腫瘤を認めた。静脈内血栓と思われたが、過去画像と比較したところ、1 年前から増大傾向を認め、転移を疑った。下大静脈分岐部近傍まで腫瘍がおよび、腫瘍塞栓となる可能性を危惧し開腹右卵巣静脈摘出術を施行した。病理診断は LG-ESS であった。切除断端は陰性であり、R0 と診断された。術後 10 ヶ月現在、再発無く経過している。

【考察】LG-ESS はホルモン療法に対する感受性が高く、再発治療にはホルモン療法が選択されることが多い。本症例では腫瘍塞栓の可能性を危惧し、ホルモン療法ではなく外科的切除を選択した。完全切除を達成することができ、長期的な予後改善に寄与したと考えられる。

5. 両側卵巣と子宮転移を認めた膵臓神経内分泌腫瘍の1例

トヨタ記念病院 産婦人科

下川浩希、岡田拓人、河原 颯、上岡翔輝、浅田健正、野村春香、西田裕亮、橋本明璃、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小鳥遊明、森 将、春原友海、松下 宏、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】今回我々は、両側卵巣と子宮筋層への転移が認められた膵臓神経内分泌腫瘍（PNET）の1例を経験したので報告する。

【症例】54歳、1妊1産、閉経51歳。8年前に他院にてPNET、肝・傍大動脈リンパ節転移と診断され、膵頭十二指腸切除術を施行された。前医での化学療法中、CT検査で右卵巣腫瘍を認め、右卵巣への転移が疑われ当院へ紹介となった。CT検査では2.5×1.9 cmの右卵巣成熟奇形腫に接して6.8×4.4 cmの充実部のある右卵巣嚢胞性腫瘍を認め、2.7×1.6 cmの左卵巣腫瘍と2.9×2.3 cmの子宮筋腫を認めた。4ヵ月後転移巣は縮小したが、右卵巣腫瘍が11.2×9.7 cm、左卵巣腫瘍が3.0×2.1 cmに増大し、PET/CT検査で同部位にFDGの異常集積を認めた。右卵巣腫瘍による圧迫症状があり、小開腹併用腹腔鏡下両側付属器摘出術、子宮全摘術を施行した。腹水細胞診は陰性であった。病理組織診断は両側卵巣のmetastatic neuroendocrine tumor, G2であり、子宮の筋層内にも転移を認めた。術後3ヵ月が経過した現在、経過良好で、前医で化学療法を継続中である。

【結論】PNETの卵巣、子宮転移は稀であるが、鑑別に入れて治療方針を決定する必要がある。

6. 大腸癌の卵巣転移に対して症状緩和目的に腹腔鏡下手術を行った1例

トヨタ記念病院 産婦人科

河原 颯、岡田拓大、下川浩希、浅田健正、上岡翔輝、野村春香、西田裕亮、橋本明璃、柴田莉奈、加藤幹也、村井健、小鳥遊明、森 将、春原友海、原田統子、松下 宏、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】今回我々は、転移性卵巣腫瘍に対して症状緩和目的に腹腔鏡下手術を行った1例を経験したので報告する。

【症例】73歳、4妊3産。前医にてStage IV直腸癌に対し腹腔鏡下高位前方切除術を施行し、術後はFOLFOX療法を施行していた。術後1年8ヵ月より腹部膨満感を認め、performance status (PS)は0から2に低下し、治療継続が困難となった。CT検査で15 cm大の骨盤内腫瘍と腹水貯留を認め、当院へ紹介となった。腹部は著明に膨満しており、臍高に達する腹部腫瘤を触知した。経腹超音波断層法では隔壁 肥厚や壁在結節を伴う血流豊富な14.0×13.0×9.0 cmの多房性腫瘤を認めた。診断、症状緩和を目的に腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内の癒着は軽度で、血性腹水と右卵巣腫瘍を認め、腹腔鏡下子宮全摘出術、両側 付属器摘出術を施行した。病理組織診断はadenocarcinomaで、直腸癌による転移性卵巣腫瘍と診断した。術後PSは0まで回復し、化学療法を再開した。術後2年2ヵ月は化学療法を継続したが、その後はprogressive diseaseのためbest supportive careの方針となった。

【結論】癌性腹膜炎を伴う転移性卵巣腫瘍であっても、手術療法が症状緩和や予後延長に有効な可能性がある。

7. ロボット支援下子宮全摘術後に発症した 8mm ポートサイトヘルニアの 1 例

名古屋市立大学産科婦人科学教室

芳金智子、間瀬聖子、井田千晶、加藤悠太、内村優太、塩澤文子・神谷将臣、小島龍司、西川隆太郎、佐藤剛、杉浦真弓

【緒言】ポートサイトヘルニアは腹腔鏡下手術に特有の稀な合併症で、腸管閉塞や壊死を伴うと緊急開腹手術を要する。今回我々は、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術後に 8 mm ポートからの腸管嵌頓が生じ、小腸切除を要した一例を報告する。

【症例】83 歳女性。子宮体癌 IA 期に対し da Vinci Xi™を用いてロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術を施行。術後 4 日目に経過良好で退院したが、翌日に嘔吐・下腹部痛・右下腹部腫瘤を認め再来院。CT で 8 mm ポート部の小腸嵌頓を確認し、開腹下に腸管壊死を認め小腸切除が必要となった。

【考察】8 mm 孔でも腹膜・筋膜の不完全閉鎖や抜去時の壁裂傷が原因となり、早期に嵌頓や腸閉塞を来す危険がある。特に高齢者や肥満例では創傷治癒能の低下があり、ポート抜去時の筋膜縫合や創部の確認を徹底すべきである。

【結語】8 mm ポートサイトヘルニアは稀ながら重篤化し得るため、閉鎖法や術後のフォローアップを徹底し、早期発見と適切な外科的介入で合併症を最小限に抑えることが重要である。高リスク症例では術後の早期症状に留意し、疑わしい場合は迅速な画像検査を行う姿勢が求められる。

8. 周術期管理に苦慮した巨大卵巣腫瘍の 1 例

名古屋市立大学病院附属東部医療センター 産婦人科

近藤好美、石橋朋佳、前島翼、浅井大策、関宏一郎、小島和寿、村上勇、中山健太郎

巨大卵巣腫瘍の治療は術中の循環動態の変動や、術後の再膨張性肺水腫や廃用に伴う呼吸不全等の周術期合併症に留意する必要がある。症例は 27 歳女性、1 妊 1 産。2 年前より卵巣癌を疑われていたが、極度の先端恐怖症のため他院で温熱療法を施行していた。徐々に腹部膨満が強くなり、体動困難となったため当院紹介となった。来院時腹囲 136cm、CT で横隔膜を挙上する 34*40*48cm の多房性腫瘍を認めた。術前の精査で軽度の心機能低下、胸水貯留がみられ、術前に麻酔科、循環器内科、呼吸器内科、理学療法士を含めカンファレンスを行い治療方針を決定した。呼吸筋力低下の可能性があったため術前より呼吸リハビリテーション介入を行った。手術は、局所麻酔下に下腹部小切開し、40l/時間を越えないよう緩徐にドレナージを施行後全身麻酔を導入し、付属器摘出+大網部分切除を施行した。腫瘍内容は粘液性の液体であり、総腫瘍重量は 38kg であった。術後は挿管下に ICU 入室し、同日抜管。危惧されていた肺水腫は来さず一般病棟へ転棟した。術後病理結果は卵巣粘液性癌であった。第 3 病日に離床し、現在退院に向けリハビリ中である。

9. 思春期に発症した OHVIRA 症候群の 1 例

社会医療法人宏潤会大同病院

須保舞子,高村志麻,小島由衣,服部友香,高橋千晶,境康太郎

【緒言】OHVIRA 症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly) は, Muller 管の癒合障害で, 重複子宮, 重複膣, 片側膣閉鎖と, その同側の腎欠損を伴う先天奇形である. 思春期に急性腹症で発見されることが多く, 診断や治療が遅れると子宮内膜症による不妊や骨盤内感染症を続発することがある. 今回, 思春期の下腹部痛及び外陰部痛を契機に診断された OHVIRA 症候群を経験したので報告する.

【症例】14 歳, 月経は規則的, 発症 10 日前に最終月経. 37 度台の発熱が出現し, その 3 日後に外陰部痛及び間欠的下腹部痛を認め, ER を受診. 腹部 CT で右膣留血症及び右腎欠損を疑われ, 当科を受診した. 骨盤 MRI では左右に分離した重複子宮と膣, 右膣閉鎖に伴う右膣留血症及び右腎欠損を認めた. 両側卵巣及び卵管腫大は認めなかった. 翌日, 経腹超音波下で左膣壁より膨隆した膣血腫を穿刺し 100ml 程度排液後, 2cm 大に切開した. 術後外陰部痛, 腹痛及び微熱は消失し退院した.

【結語】OHVIRA 症候群は, 患側と対側の子宮あるいは膣との交通の有無により発症時期や様式は異なるが, 思春期における下腹部痛の鑑別として念頭におく必要がある. また, 女兒の片腎例では, 生殖器の奇形の可能性を考慮して診療を行うことも必要である.

10. がん・生殖医療に対する当院の取り組み

名古屋大学産婦人科

三宅菜月 柴田崇宏 秋田寛佳 神谷知都世 古井憲作 河井啓一郎 上田真子

竹田健彦 関友望 伊吉祥平 曾根原玲菜 村岡彩子 中村智子 梶山広明

【背景】がん医療の進歩により, がん・生殖医療ならびに医学的適応による妊孕性温存の重要性は高まっている. 当院における医学的適応による妊孕性温存療法の実施状況について報告する.

【方法】2009 年 (精子)、2011 年 (未受精卵子・胚)、2015 年 (卵巣組織) から 2025 年 4 月までに、当院で妊孕性温存療法を実施した患者を対象とし、妊孕性温存療法の方法、凍結組織の使用、原疾患の予後について後方視的に検討した。

【結果】精子凍結を 196 症例、未受精卵子・胚凍結を 120 症例、卵巣組織凍結を 31 症例に対して行った。当院にて凍結組織を使用した生殖補助医療を行った症例は精子 11 例、未受精卵子・胚 19 例であった。また、確認可能な範囲で精子 25 例、未受精卵子・胚 9 例の死亡が確認されている。卵巣組織凍結に関しては、自家移植した症例、死亡した症例はおらず、1 例が残存卵巣に対する生殖補助医療での妊娠・出産に至り、1 例が凍結組織を破棄している。

【結語】生殖補助医療を実施した症例は 30 例 (8.6%) であるが、原疾患治療が継続されている例もあり、今後も長期間の観察が必要である。医学的適応による妊孕性温存は、通常の不妊治療と比較して長期の検体保存が前提となるため、長期保存に対する管理体制の構築も重要である。

11. 逆 T 字切開後の妊娠時、妊娠 34 週で子宮破裂したが母子ともに救命しえた 1 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

藏野真弥、手塚敦子、松原令実、高林詩帆、山下恵子、伊藤慧伍、中島菜都美、箕浦広大、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、寺沢直浩、田中梨紗子、告野絵里、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

【緒言】帝王切開術や筋腫核出術などの子宮手術既往は子宮破裂のリスクを高める。今回、逆 T 字切開と筋腫核出術の既往がある妊婦で子宮破裂をきたした一例を経験したので報告する。

【症例】40 歳、2 妊 1 産。第 1 子は妊娠 31 週時前期破水かつ横位のため緊急帝王切開術を施行。児娩出に難渋し逆 T 字切開・筋腫核出術を行った。今回の妊娠は順調であったが、34 週 5 日に腹部緊満感と血圧上昇で受診。胎児心拍数 80bpm 台の遷延一過性徐脈、胎盤肥厚と血腫が疑われ、常位胎盤早期剥離として緊急帝王切開を決定。移動中に急激な腹痛の訴えと共にショックバイタルとなった。全身麻酔下で開腹後、腹腔内出血あり子宮破裂と考えた。しかし視野に破裂部は確認できず、体下部の横切開とした。内腔に到達も児は確認できず、左上腹部に腹腔内に脱出していた児を発見し娩出。子宮は前壁～後壁にかけて縦方向に破裂しており温存困難と判断し、子宮全摘を行った。出血量 3960ml、輸血を施行し術後は順調に経過。児は 2424g、Apgar score 1 分値 3 点、5 分値 6 点で、新生児科入院も後遺症なく経過している。

【結語】逆 T 字切開既往がある妊婦は子宮破裂のリスクが高く注意が必要である。

12. 巨大子宮筋腫合併妊娠に対し子宮体部切開による帝王切開術後に子宮内感染を認めた 1 例

名古屋市立大学病院 産科婦人科

服部昂樹、杉本隆之、永井彩華、小川真以、鬼頭慧子、矢野好隆、篠田弥紀、小笠原桜、犬塚早紀、伴野千尋、澤田祐季、後藤志信、北折珠央、佐藤剛、杉浦真弓

【諸言】子宮筋腫合併妊娠は大きさ・位置によって経腔分娩が困難であり帝王切開術を必要とする場合がある。今回、巨大子宮筋腫合併妊娠に対し子宮体部切開による帝王切開術を施行し、術後子宮内感染を認めた症例を経験した。

【症例】32 歳、1 妊 0 産。巨大子宮筋腫合併、筋腫の位置から経腔分娩は困難、また胎盤が前壁付着であることから手術時大量出血が予想されるため当院へ紹介となった。MRI 検査では最大 14cm の多発子宮筋腫を認めた。術前 MRI 画像及び術中超音波検査で子宮筋腫及び胎盤位置を確認後、切開部位を子宮体部下右側に位置する子宮筋腫から 3cm 離して体部を斜めに切開し児を娩出した。術後経過は良好であり一度退院したが、術後 15 日目で発熱の訴えがあり、採血で炎症反応高値を認め術後子宮内感染の診断で入院。抗生剤及び経路ドレナージによる治療で改善し、再入院後 12 日目で退院した。

【結語】巨大子宮筋腫合併妊娠における児の娩出ルートに関しては術前 MRI 検査と術中超音波検査を併用することでより安全な手術が可能になる。今回、術後子宮内にドレーンを留置することで悪露排出が容易となり、子宮内感染を予防できた可能性もあったと思われた。

13. 免疫抑制療法中の経膈分娩時陰裂傷に緑膿菌単独感染を生じた 1 例

藤田医科大学 医学部 産婦人科

佐藤杏奈、森山佳則、磯村くるみ、坂部慶子、仲村将光、関谷隆夫、西澤春紀

【緒言】経膈分娩時陰裂傷の細菌感染は散見されるが、緑膿菌感染は極めて稀で単独感染の報告はない。

【症例】36 歳、2 妊 0 産。22 歳時に T 細胞大顆粒リンパ球性白血病を発症し、化学療法のうち CyA による維持療法が行われ汎血球減少状態であった。APS 疑いで内科通院中。自然妊娠し、妊娠 9 週に LDA 内服と LMWH 皮下注を開始。経過は概ね良好で、計画無痛分娩のため妊娠 39 週 5 日に陣痛誘発開始。39 週 6 日に前期破水。40 週 0 日に 2,920g の男児を経膈分娩した。正中側切開に伴う陰裂傷 2 度裂傷を認め 2-0 VICRYL rapide®で縫合した。分娩直後に発熱、白血球増多と CRP 上昇を認めたため、子宮内感染を疑い CMZ 投与を開始。産褥 3 日に微熱と悪寒を生じたため診察すると陰裂傷部に発赤と腫脹を認め、細菌感染を疑い連日の開放洗浄と CEZ 投与を開始。産褥 8 日に創部膿培養結果が緑膿菌単独と判明し、CPFX 内服に変更、創部を縫合閉鎖し、産褥 11 日に退院。産褥 1 か月健診にて経過良好で終診。

【考察】陰裂傷の緑膿菌感染の報告は壊死性筋膜炎等の重症感染例でいずれも混合感染である。本症例は免疫抑制療法中で汎血球減少状態だったために緑膿菌単独感染が生じたと考えられる。このような症例では分娩時に緑膿菌をカバーする抗菌薬の予防投与を考慮する必要がある。

14. 帝王切開時に大腿骨顆部骨折を来した妊娠後骨粗鬆症の 1 例

豊橋市民病院 産婦人科¹、整形外科²

伊藤圭佑¹、安井啓晃¹、姜真以乃¹、笹野眞世¹、鬼頭舞帆¹、菅沼寛明¹、簗田章¹、古井達人¹、堂山瑤¹、鈴木敬子¹、黒柳雅文¹、諸井條太郎¹、梅村康太¹、竹本元大²、山内健一²、岡田真由美¹

【緒言】妊娠後骨粗鬆症（PLO）は妊娠後期から産褥期に主に腰椎圧迫骨折を発症する疾患である。PLO を背景に、分娩時に右大腿骨顆部骨折をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】患者は 18 歳時に一過性大腿骨頭萎縮症の既往のある 30 代初産婦で、妊娠前より骨粗鬆症と診断されていた。妊娠 29 週時に歩行困難なほどの股関節・膝関節の疼痛を認め、入院管理となった。入院中の核磁気共鳴画像法を含めた股関節・膝関節の精査で骨折は認めず、以降も臨床的に骨折を疑う所見を認めなかった。骨盤位のため妊娠 37 週 4 日に選択的帝王切開による分娩となった。帝王切開同日に右膝関節の疼痛と腫脹を認めたため、翌日コンピュータ断層撮影を行い、右大腿骨顆部骨折と診断した。帝王切開術 3 日目に骨折観血的手術を施行し、帝王切開術後 23 日目に退院した。

【考察】帝王切開時の尿道カテーテル留置の際に、開脚位をとった状態での荷重が骨折の受傷機転と診断した。脊椎麻酔により患者が疼痛を感じなかったことが、骨折に至るほどの過負荷となった原因として考えられた。

【結語】今回 PLO の分娩時骨折の症例を経験した。患者は今後の挙児希望があり、次回妊娠時に骨折に至らない周産期管理を模索していきたい。

15. クリステレル胎児圧出法による外傷性腹腔内出血のために緊急開腹術を要した 1例

名古屋大学医学部附属病院 産科婦人科

幡野菜穂 夫馬和也 田野翔 松尾聖子 甲木聡 牛田貴文 梶山広明

【緒言】 クリステレル胎児圧出法は急速遂娩を補完するための手技として広く実施されている一方、重篤な有害事象も存在する。今回、緊急開腹術を要した症例を経験したため発表する。

【症例】 27歳女性、初産、自然妊娠。子宮内膜症を含め、腹腔内癒着を疑う既往歴の指摘はなかった。37週2日に陣痛発来のため入院した。発露後に胎児徐脈が遷延したため急速遂娩を決定し、クリステレル胎児圧出法を併用した吸引分娩を1回行い児を娩出した。分娩時の出血は410ml。産直後に頻脈がみられたが、補液後はShock index <1程度で推移した。分娩2時間後、離床開始時に左季肋部痛と顔色不良あり。エコーで肝下縁に2cmの腹水貯留を認め、腹腔内出血を疑った。造影CTでは出血源を特定できなかったが、CT後に140/分以上の著明な頻脈が継続したため腹腔内出血による出血性ショックと判断し、輸血および緊急試験開腹術を施行した。腹腔内に1.2Lの血液貯留を認めた他、左卵管角付近の内膜症性病変に3×5cmのコアグラが固着していたことから、同部から外傷性に出血したものと判断した。タコシールを貼付し閉腹した。

【結語】 クリステレル胎児圧出法は想定外の腹腔内出血をきたす場合があり、適応を慎重に判断する必要がある。

16. 深夜帯にも関わらず複数診療科の協力のもと母児ともに救命し得た羊水塞栓症の 1例

一宮市立市民病院 産婦人科

小野田麻友子, 佐々治紀, 岩瀬桃子, 川村裕司, 林 萌, 小川紫野

【緒言】 羊水塞栓症は、羊水の母体進入を契機に播種性血管内凝固症候群や心肺虚脱をきたし、周産期母体死亡の原因となりうる疾患である。今回、分娩中に羊水塞栓症により心肺停止に至ったが、集学的治療にて救命し、退院し得た症例を経験したため報告する。

【症例】 32歳、4妊1産。33週で切迫早産の治療歴あり。36週0日で分娩開始し、順調に進行していた。深夜帯に分娩第2期に至り、発露を呈した際に突然母体の意識消失をきたした。その際、胎児遷延一過性徐脈を認めたため、急速遂娩が必要と判断し、吸引分娩にて児を娩出した。Apgar scoreは生後1分1点、生後5分6点、生後10分9点であった。その後、母体は心肺停止となり循環器内科医師の応援のもと心肺蘇生、気管内挿管を行い、自己心拍再開した。自己心拍再開後のCTにて脳出血や肺塞栓を認めず、臨床的羊水塞栓症と診断し、ICUにて凝固障害に対する治療を行った。第5病日に覚醒を確認し、第6病日に抜管を行った。抜管後から会話可能であり、高次機能障害に対してリハビリを行い、第22病日、独歩にて自宅退院された。

【考察】 羊水塞栓症は極めて稀な疾患であるが、予後不良な疾患である。本症例では複数科による迅速な判断、処置により救命しえたと考えられる。

17. 癒着胎盤による分娩後異常出血に対して開腹による compression suture を実施し子宮温存が可能であった 2 例

豊橋市民病院 産婦人科

笹野 眞世、安井 啓晃、伊藤 圭佑、鬼頭 舞帆、菅沼 寛明、鈴木 敬子、堂山 瑤、古井 達人、
簗田 章、姜 真以乃、黒柳 雅文、諸井 條太郎、梅村 康太、岡田 真由美

【緒言】癒着胎盤は、分娩後多量出血の原因となり時に子宮全摘や子宮動脈塞栓を必要とする。癒着胎盤分娩後の多量出血に対して、開腹による compression suture を行うことで子宮温存が可能となった 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】既往に胞状奇胎に対する子宮内膜掻爬術があり、経膈分娩後の癒着胎盤にて当院搬送となった。核磁気共鳴画像にて穿通胎盤を認めず、hybrid 手術室にて開腹後に胎盤用手剥離を試みた。剥離は可能で、癒着部位の非薄化した筋層に compression suture を行うことで止血した。

【症例 2】重症妊娠高血圧腎症に対する帝王切開後の持続する出血で当院搬送となった。造影コンピュータ断層撮影にて胎盤遺残を疑う所見と造影剤の extravasation を認め、hybrid 手術室で開腹し compression suture を行い止血した。閉腹後に子宮動脈造影を行ったが、子宮動脈塞栓は必要としなかった。

【考察】今回の症例では術中に出血コントロール不能となった場合に備え、緊急子宮動脈塞栓術と子宮全摘への術式変更が可能な hybrid 手術室で開腹手術を行った。胎盤剥離面からの出血に対して compression suture を実施することで、子宮温存が可能であった。

【結語】癒着胎盤分娩後多量出血に対して compression suture を行うことで止血した 2 症例を経験した。今後はどの症例で同術式を選択可能であるかが検討課題である。

18. 流産期に発症した加重型妊娠高血圧腎症（SPE）に対し妊娠を継続し生児を得た 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

山田健太、加藤紀子、酒井綾子、水野翔、石原理絵、鈴木智太郎、波入友香里、梶健太郎、服部渉、小川舞、丸山万理子、坂田純、今井健史、林和正

症例は 41 歳、3 妊 0 産、168cm、59kg。甲状腺機能低下症以外は既往歴なし。凍結融解胚移植で妊娠成立し妊娠 10 週より当院で妊娠管理を開始した。妊娠 18 週に顔面浮腫を自覚し、妊娠 19 週 6 日に高血圧、蛋白尿、肝障害、子宮内胎児発育遅延を合併し SPE の診断となり、入院し降圧薬内服を開始した。妊娠 21 週 3 日に両側胸水が出現し、妊娠 22 週 3 日に蛋白尿/尿クレアチニン比 5.98g/gCr、Alb2.16g/dL でネフローゼ症候群と診断した。腎臓内科と連携し妊娠 22 週 4 日より高張 Alb 製剤とフロセミド投与を行い胸水量、浮腫は増悪傾向なく経過した。妊娠 23 週 4 日に血圧管理困難、腎機能増悪、胎児発育の停止及び臍帯動脈血流の拡張期途絶を認め、帝王切開分娩で妊娠終結した。児は 324g の男児、Apgar score1 分値 5 点、5 分値 7 点であり現在日齢 100 で体重 1300g を超え NICU 入院を継続している。母体は術後 15 日目に自宅退院し、術後 12 週で軽度蛋白尿の残存があるが腎障害は認めない。妊娠高血圧腎症において胸水やネフローゼ症候群は基本的には妊娠終結を考慮するが、他科との連携を含めた全身状態の厳重な管理により妊娠期間延長の可能性がある。

19. 低エコー領域を伴う胎盤所見と周産期予後についての検討

江南厚生病院 産婦人科

高木佳苗、熊谷恭子、山田美咲、大鹿茜、山森玲奈、村上真風、山内桂花、柴田茉里、水野輝子、樋口和宏、池内政弘、木村直美、松川泰

【目的】超音波検査で胎盤に低エコー領域を伴う所見を有する場合、多くは正常所見の範疇とされるが、一定の見解は得られていない。今回これらの所見と周産期予後について検討した。

【方法】2019年1月1日から2023年12月31日に胎児超音波スクリーニング検査にて胎盤に低エコー領域を認めた35症例を対象群(P群)、2023年1月1日から2023年12月31日に同検査にて胎盤に低エコー領域を認めなかった244症例をコントロール群(C群)として母体は分娩時出血量、胎盤重量、分娩様式等、児は出生体重、Apgarスコア、NICU/GCU入室率について後方視的に検討した。

【結果】母体周産期所見はいずれの項目も両群間で有意差は認めなかったが、胎盤重量はP群でやや小さい傾向を示した。(510g±131g、C群 587g±165g、 $P=0.92$)分娩様式は緊急帝王切開率がP群でやや多い傾向を認めた(P群 68.8%、C群 37.4%)。出生児周産期予後はいずれの項目で有意差は認めなかったが、2000g未満の新生児はP群でやや多い傾向を示した。(P群 11.4%、C群 5.2%)

【結論】低エコー領域を伴う胎盤所見を認める場合、緊急帝王切開率が高くなる傾向があり、胎盤重量はやや小さく、出生体重 2000g 未満がやや多くなる可能性が示唆され、これらのリスクを踏まえた周産期管理を行う必要があると考えられた。

20. 出生前に茎捻転を起こしたと考えられる胎児卵巣嚢胞の1例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター 産婦人科^{*1} 小児外科^{*2}

藤村圭悟^{*1}、栗生晃司^{*1}、大野園果^{*1}、尾崎 馨^{*1}、時岡礼奈^{*1}、内藤麻衣^{*1}、西田光希^{*1}、近藤恵美^{*1}、濱田春香^{*1}、林祥太郎^{*1}、牧野明香里^{*1}、川端俊一^{*1}、松本洋介^{*1}、中元永理^{*1}、西川尚実^{*1}、荒川敦志^{*1}、佐藤陽子^{*2}

【緒言】胎児卵巣嚢胞は、胎児腹腔内嚢胞の中で最も頻度が多いとされるが、発生頻度は約2600出生に1例と稀な疾患である。多くは出生後に自然消失するが時に茎捻転や破裂を生じることがある。今回、出生前に茎捻転を起こしたと考えられる1例を経験したので報告する。

【症例】37歳、4妊3産、妊娠7週2日に当院初診、妊娠経過に問題はなかった。妊娠30週3日に超音波検査で37×36mm大の胎児腹腔内嚢胞を認め、卵巣由来が疑われた。その後径50mm大前後まで嚢胞増大みられるも以降は著変なく経過した。妊娠38週0日に前期破水のため入院、同日の超音波検査で嚢胞は53×35mm大と著変ないが、液面形成を認めたため茎捻転を疑った。妊娠38週1日に陣痛発来するも高血圧緊急症、子癇発作のため緊急帝王切開を施行した。児は3364g、女児、Apgar score1 分值8点、5 分值9点、管理目的にNICU入院となった。児の超音波検査とCTで左下腹部に液面形成を伴う50×42mm大の嚢胞を認め、左卵巣嚢胞茎捻転と診断した。日齢2に開腹し、血流障害が強く左付属器摘出術を施行した。児は日齢11に退院となった。

【結論】卵巣嚢胞の液面形成を伴う変化は茎捻転を示唆するものである。30-40mm大以上の胎児卵巣嚢胞では茎捻転の可能性を考慮した管理が望ましい。

21. 認可外施設 NIPT で 22q11.2 領域が判定不能とされた 1 症例

あいち小児保健医療総合センター

内田亜津紗、野崎雄揮、早川博生

【緒言】NIPT は胎児染色体異常の非確定検査として広く用いられるが、認可外施設での検査は、検査後の遺伝カウンセリングや専門機関との連携体制が不十分な場合があり、患者対応に課題が残る。

【症例】27 歳、1 妊 0 産。妊娠 13 週に認可外施設で NIPT を受検、「22q11.2 欠失症候群（DiGeorge 症候群）は判定不能」との結果を受け、羊水検査を勧められ当院に紹介された。当院で遺伝カウンセリングを行い、妊娠 15 週 6 日に羊水検査（G-band 法＋FISH）を実施した。22q11.2 領域の FISH プローブで 100 細胞中 80 細胞に 3 個のシグナル、20 細胞に 2 個のシグナルを認めた。FISH の特性上、2 個のシグナルは 3 個分が重なって見えている可能性もあり、22q11.2 重複症候群が疑われた。超音波所見では明らかな異常を認めず、遺伝カウンセリングおよび臨床心理士面談等を行ったが、最終的に中期人工妊娠中絶を選択された。21 週 3 日にプレグランディン投与のうえ分娩に至った。児に外表異常は認めなかった。

【結語】認可外施設の NIPT では、多数の染色体異常が検査可能とされる一方、結果の説明や対応が不十分なまま、専門機関に判断が委ねられることも少なくない。得られる情報が多いことが必ずしも有益とは限らず、妊婦側がその限界やリスクを理解した上で慎重に検討できるよう、啓発と情報共有を進めていくことが重要である。



牛乳たんぱく質の消化負担を 母乳に近づけた 「母乳のようにやさしいミルク」です。

全国13大学20施設で大規模な哺育試験を実施し、
栄養学的な有用性を確認しています。

「E赤ちゃん」の特長

- ① すべての牛乳たんぱく質をペプチドとすることで、ミルクのアレルゲン性を低減し、乳幼児の消化負担に配慮。
- ② 当社独自の製造方法により、風味良好なペプチドを配合。
- ③ 母乳に含まれるラクトフェリン(消化物)、ルテイン、3種類のオリゴ糖など、母乳に近づけた成分組成。※「森永はぐくみ」と同等
- ④ 乳清たんぱく質とカゼインとの比率を母乳と同等とし、母乳に近いアミノ酸バランスを実現。
- ⑤ 乳糖主体の糖組成で、浸透圧も母乳と同等。

ママたちの投票で
選ばれました /
☆2016年マザーズ
セレクション大賞受賞☆



大缶 800g



エコらくパックつめかえ用
800(400g×2個)

森永 E赤ちゃん 0ヵ月~1歳頃まで

*本品はすべての牛乳たんぱく質を消化してありますが、ミルクアレルギー疾患用ではありません。

妊娠・育児情報サイト「はぐくみ」 <https://ssl.hagukumi.ne.jp>

森永乳業