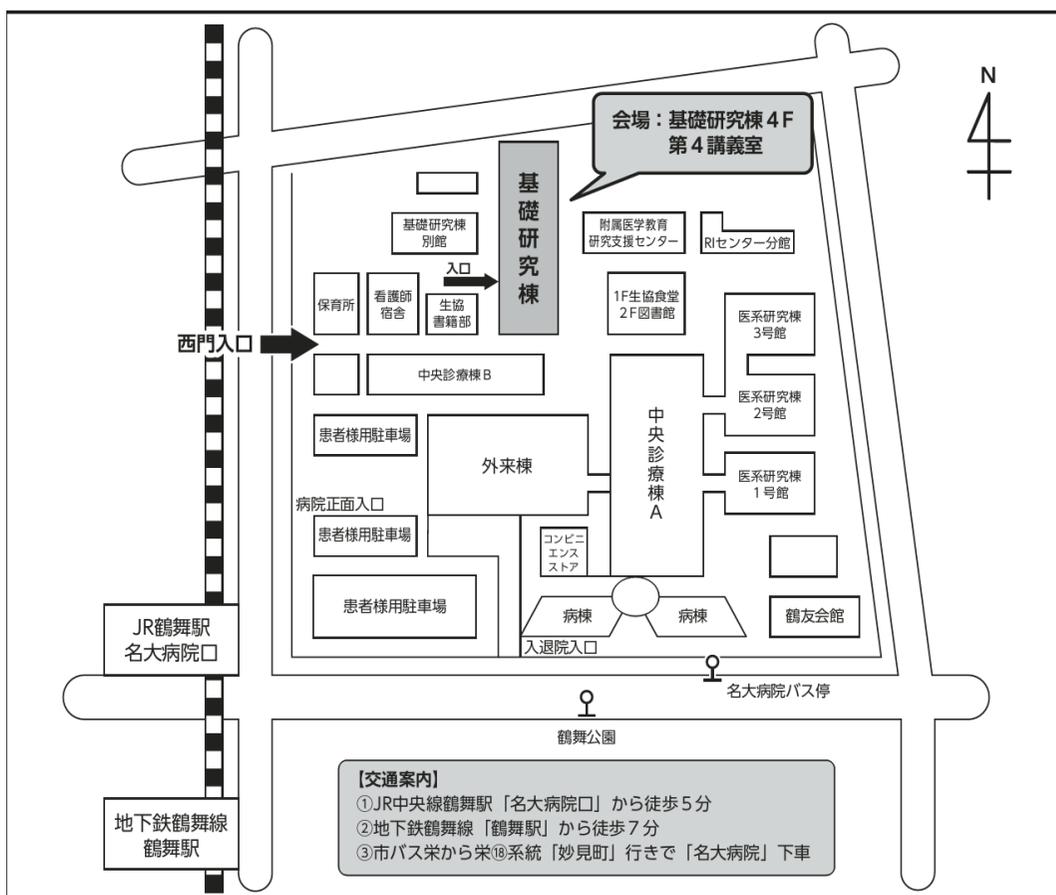


第 122 回 愛知産科婦人科学会

学術講演会 プログラム

日時 令和 7 年 10 月 4 日 (土) 午後 2 時 00 分より
場所 名古屋医学医学部基礎研究棟 4F 第 4 講義室
(名古屋市昭和区鶴舞町 65)



学術講演会会長
日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院
加藤 紀子

第 122 回 愛知産科婦人科学会 次第

- | | |
|------------|-------------------|
| 1. 開 会 式 | 14 : 00 ~ 14 : 03 |
| 2. 一 般 演 題 | 14 : 03 ~ 17 : 20 |

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」が付与されず。
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

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

加藤 紀子 宛

TEL：052-832-1121(代) FAX：052-832-1130

プログラム

一般演題

第Ⅰ群 (14:03~14:38)

座長 坂田 純

1. ロボット支援下子宮全摘術を同日に3例施行した経験と工夫

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター 浅井 大策

2. 腹腔鏡下RRSO施行後に両側卵管癌を偶発的に認めたBRCA1陽性HBOCの1例

名古屋大学医学系研究科 産婦人科 荒木 甫

3. 良性腫瘍が疑われ腹腔鏡下手術を行った後に境界悪性腫瘍と診断された卵巣腫瘍の二例

名古屋大学医学部附属病院 産婦人科 池淵 圭祐

4. 術後21年で腹膜に再発した子宮内膜間質肉腫の1例

江南厚生病院 産婦人科 山田 美咲

5. 手術療法により播種性血管内凝固症候群が改善した卵巣癌の一例

名古屋市立大学病院 産科婦人科 加藤 悠太

第Ⅱ群 (14:40~15:15)

座長 丸山 万理子

6. 23歳女性の子宮頸部明細胞癌の一例

藤田医科大学ばんだね病院 産婦人科 柴田 英之進

7. 術前にGnRH (gonadotropin-releasing hormone) アンタゴニスト療法を行った子宮原発の侵襲性血管粘液腫(AA)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 西田 光希

8. 悪性腫瘍の疑いに対して審査腹腔鏡で早期に診断し治療方針を決定し得た3例

JCHO 中京病院 産婦人科 竹内 智子

9. 子宮癌肉腫が疑われたCastleman病の一例

医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 臨床研修センター 柏木 七海

10. 成熟嚢胞性奇形腫の術前診断にて手術待機中に急速増大した未熟奇形腫の一例

愛知医科大学 産婦人科 大久保 真子

第Ⅲ群 (15:17~15:52)

座長 小川 舞

11. 右腎欠損と子宮奇形が疑われたが術中所見でOHVIRA症候群と診断し得た1例

JA 愛知厚生連 安城更生病院 産婦人科 安達 弥生

12. ホルモン療法抵抗性の慢性骨盤痛に対し、腹腔鏡下に子宮内膜症と確定診断し、治療し得た1例

安城更生病院 臨床研修部 丹羽 智香

13. 深部内膜症に対して腹腔鏡下病巣除去術を施行し症状が改善した1例

JCHO 中京病院 産婦人科 竹内 智子

14. 術前診断に苦慮した子宮粘膜下腫瘤性病変の2例

藤田医科大学医学部 産婦人科学 青木 竜一郎

15. 卵巣腫瘍と鑑別が困難であったびまん性大細胞型B細胞リンパ腫の2例

藤田医科大学ばんだね病院 産婦人科 青木 羽衣

第Ⅳ群 (15:54~16:36)

座長 林 和正

16. 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

安城更生病院 産婦人科 林 有眞

17. 経腔分娩が可能であった一過性大腿骨頭萎縮症合併妊娠の1例

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科 平松 利公

18. 当院における胎児輸血手技の確立までの道のり

名古屋大学 産婦人科 牛田 貴文

19. 子宮頸管妊娠との正所異所同時妊娠において正常妊娠を維持し生児を得た一例

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

20. 妊娠中期に子宮内胎児死亡、敗血症性ショックを認め、母体を救命し得た1例
トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科 下川 浩希

21. NIPT 判定保留を契機に診断した18トリソミーモザイクの一例
安城更生病院 臨床研修部 加藤 舞香

第V群 (16:38~17:20) 座長 今井 健史

22. 産科危機的出血に対して血管内治療で止血が得られず外科的治療を必要とした1例
藤田医科大学医学部 産婦人科学講座 花澤 俊哉

23. 感染性心内膜炎に続発した胎児機能不全の1例
トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科 中川 考一郎

24. 産褥期に発症したGBSによる感染性心内膜炎の一例
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 中島 菜都美

25. 膀胱拡大術後・腎移植後妊娠に対し、右傍腹直筋切開・経後腹膜のアプローチで帝王切開を行った一例
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 水野 翔

26. 帝王切開瘢痕部妊娠に対して子宮動脈塞栓術後に腹腔鏡下瘢痕部妊娠摘出術を施行した1例
トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科 河原 颯

27. 当院で経験した抗HLA抗体陽性の再生不良性貧血合併妊娠の一例
名古屋市立大学病院 産科婦人科 小川 真以

一般演題

1. ロボット支援下子宮全摘術を同日に3例施行した経験と工夫

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

浅井 大策、前島 翼、石橋 朋佳、関 宏一郎、小島 和寿、村上 勇、中山 健太郎

近年、ロボット支援下子宮全摘術(RASH)は、婦人科良性疾患において広く普及し始めている。ロボット手術の場合、腹腔鏡手術と違い、サージョンコンソールまでに一定時間を要する。当院では同日に RASH を 3 例施行したため、その経験と安全性に関して報告する。全例とも子宮筋腫であり、子宮サイズ・手術歴・BMI 等を考慮して術前に同日施行が可能と判断した。スタッフ内で事前にタイムスケジュールを共有し、症例間のインターバル時間の短縮に努めた。手術時間はそれぞれ 68 分、94 分、94 分、出血量は全例少量で輸血を要さなかった。サージョンコンソールまでに要した時間は 7 分、9 分、10 分であり、コンソール時間は、51 分、77 分、78 分であった。術中合併症はなく、症例間のインターバルは平均 23 分であり、全手術の入室から退室含めて予定時間内に終了した。同日 3 例の RASH 施行は、適切な症例選択、タイムスケジュールの共有、機器運用の効率化により安全に実施可能であった。本報告は、婦人科ロボット支援下手術において安全性を確保しつつ手術効率を高める運用モデルの一例と考えられる。

2. 腹腔鏡下 RRSO 施行後に両側卵管癌を偶発的に認めた BRCA1 陽性 HBOC の 1 例

名古屋大学医学系研究科 産婦人科

荒木甫、芳川修久、茂木一将、玉内学志、伊吉祥平、吉田康将、吉原雅人、長尾有佳里、横井暁、新美薫、梶山広明

がんゲノム医療の進展により、遺伝性腫瘍に対する予防的介入の重要性が高まっている。BRCA1/2 病的バリエントを有する HBOC (遺伝性乳癌卵巣癌) 患者にはリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) が推奨されており、早期癌の発見や予後改善に寄与するとされている。今回、HBOC 患者に対する腹腔鏡下 RRSO 施行後、両側卵管にオカルト癌が偶発的に発見された症例を経験したので報告する。症例は 48 歳、2 妊 2 産、トリプルネガティブ乳癌の診断を契機に BRCA1 病的バリエントが判明し、術前化学療法施行後、乳癌根治術と同時に RRSO を希望し当院に紹介された。腹腔鏡下 RRSO 施行し、SEE-FIM プロトコルにて卵管を切り出した結果、右卵管 3mm、左卵管 1mm の小病変を認め、高異型度漿液性癌と診断された。また、右卵管採には STIL (漿液性卵管上皮内病変) も併存していた。画像上、リンパ節転移や遠隔転移を認めず、卵管癌 IB 期と診断し、後日 staging laparotomy を施行した。摘出検体に残存癌は認めず、術後化学療法なしで再発なく経過している。本症例は、進行前の卵管癌を RRSO により偶発的に発見し得た貴重な例であり、SEE-FIM プロトコルを用いた病理検索の重要性を示すものである。当院での RRSO 53 例と既報との比較を通じ、治療戦略の一助とすべく報告する。

3. 良性腫瘍が疑われ腹腔鏡下手術を行った後に境界悪性腫瘍と診断された卵巣腫瘍の二例

名古屋大学医学部附属病院 産婦人科

池淵圭祐、三宅菜月、神谷知都世、上田真子、柴田崇宏、秋田寛佳、古井憲作、河井啓一郎、竹田健彦、関友望、伊吉祥平、曾根原玲菜、村岡彩子、新美薫、中村智子、梶山広明

【緒言】術前診断で良性の可能性が高い卵巣腫瘍に対しては腹腔鏡下手術が選択されることが一般的であるが、術後の病理組織診断において境界悪性腫瘍または悪性腫瘍と判明する症例もある。我々は術前評価で良性卵巣腫瘍を疑い腹腔鏡下手術を施行したものの、術後に境界悪性腫瘍と診断された2症例を経験したため報告する。【症例1】45歳、2妊0産。13cm大の左卵巣腫瘍で前医より紹介された。造影MRI検査では一部拡散制限及び造影効果を認めしたが、積極的には悪性腫瘍を疑わないためレルゴリクス内服を開始した。3か月の内服後に腫瘍の縮小を認めず、腹腔鏡下左付属器摘出術を施行したところ、漿液粘液性境界悪性腫瘍の診断であった。結果を説明し、子宮全摘出・右付属器切除・大網部分切除術を予定している。

【症例2】30歳、0妊。11cmの右卵巣子宮内膜症性嚢胞を疑い、腹腔鏡下腫瘍摘出術を施行したところ漿液粘液性境界悪性腫瘍であった。結果を説明し、妊孕性希望があるため、初回手術から5週間後に右付属器摘出術、大網部分切除術を実施した。残存病変は認めず、経過観察中である。【結語】卵巣腫瘍の治療選択時は、画像や腫瘍マーカーなどの臨床所見を考慮し、慎重な患者説明ならびに術式選択が求められる。

4. 術後21年で腹膜に再発した子宮内膜間質肉腫の1例

江南厚生病院 産婦人科

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

【緒言】子宮内膜間質肉腫（endometrial stromal sarcoma:ESS）は子宮悪性腫瘍の0.2%を占める非常に稀な疾患の一つである。発症頻度が低く、同一組織型であっても多彩な形態を示すため、病理組織学的診断に難渋することが多い。今回21年前の病理組織と比較することで、ESSの転移と診断し得た一例を経験したので報告する。

【症例】69歳、3妊3産。X年6月9日腹部膨満感を契機に受診、画像検査で回盲部に腫瘍性病変（11cm大）がみられ、当院外科で入院となった。腹膜原発性腫瘍なども鑑別に上がったが、X-21年他院でESSに対して子宮全摘+両側付属器摘出の既往があり、術後再発の腹膜播種巣が疑われ、当科へ紹介となった。審査腹腔鏡を施行し播種巣の一部を摘出した。当初本人からは、子宮体癌であったと聞いており、検体を病理組織診へ提出し、複数回免疫染色を繰り返したが、確定診断には至らず、当時の手術時の標本と比較し、ESSの転移であることが判明した。現在IAP療法で治療中である。

【結語】ESSは比較的稀な疾患であるが、まれに今回のような数十年後に転移が見つかる症例もあるため、数十年前であっても病歴の詳細な聴取が必要である。ESSにおいては晩期再発の可能性を念頭に置き、治療にあたることが重要であると考えられた。

5. 手術療法により播種性血管内凝固症候群が改善した卵巢癌の一例

名古屋市立大学病院 産科婦人科

加藤悠太、間瀬聖子、芳金智子、井田千晶、竹中礼、佐藤玲、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】悪性腫瘍患者の9割以上に何らかの凝固異常が存在するとされている。今回卵巢癌により播種性血管内凝固症候群(DIC)を発症し、手術療法によりDICが著明に改善した症例を報告する。

【症例】58歳、1妊1産。左下肢痛を主訴に前医受診した。造影CTで深部静脈血栓症、肺血栓塞栓症、卵巢腫瘍、胃粘膜下腫瘍を指摘され、血栓等のリスクを考慮して胃粘膜下腫瘍の加療と卵巢腫瘍生検の目的ため当院に紹介となった。MRIでは骨盤内に11cm大の充実性卵巢腫瘍と腹膜に播種を疑う小結節を認めた。血液検査では血小板 1.4 万/ μ L、フィブリノゲン(Fib)119mg/dL、FDP 352.2 μ g/mLであった。入院後、濃厚血小板10単位、新鮮凍結血漿(FFP)4~8単位を1週間連日輸血施行するもFib105mg/dLと改善が乏しく、手術のリスクが高いため化学療法を先行する方針となった。TC療法1コース後もFFPを4~8単位連日輸血を要し、化学療法の効果が不十分であったため腫瘍縮小術の方針とした。術前に輸血を充分に行い、単純子宮全摘・両側付属器切除・大網切除術施行。術後は輸血を要することなく、術後9日目に退院となった。術後診断は明細胞癌III B期であった。

【結後】凝固異常が手術療法によって著明に改善した症例を経験した。癌による凝固異常改善のため手術療法を念頭におく必要がある。

6. 23歳女性の子宮頸部明細胞癌の一例

藤田医科大学ばんだね病院 産婦人科¹ 病理診断科²

柴田英之進¹、青木羽衣¹、藤田和寿¹、金尾世里加¹、水谷栄介¹、内海史¹、浦野誠²、柴田清住¹

【背景】子宮頸部明細胞癌は腺癌の4~9%に認められる稀な組織型である。今回、23歳女性の子宮頸部明細胞癌 Stage III C1 期の1例を経験したため報告する。

【症例】23歳、0妊。不正出血のため近医受診、腔鏡と経腔エコーで子宮頸部のポリープ様小腫瘍を認めた。頸部細胞診はAGC、ポリープ切除の病理組織診にて腺癌と診断され精査加療目的に当院を受診した。単純MRI・造影CTでは子宮頸部に径32mm大の腫瘍を認め、子宮傍組織への浸潤は認めず、遠隔転移、リンパ節転移も認めなかった。術前診断ではStage I B2期。若年で強い妊孕性温存希望があり広汎子宮頸部摘出術を予定していたが、リンパ節の術中迅速病理検査を行い、転移陽性であったため広汎子宮全摘術に変更し施行した。病理結果ではHE染色では核の大小不同に富む異系細胞の乳頭状、管状、充実性増殖、Hobnail細胞形態、間質の硝子化傾向を認め、子宮頸部明細胞癌であった。免疫染色ではp16陽性、p53陰性、NapsinA陽性で明細胞癌に矛盾はなかった。術後進行期はpT1b3N1M0、術後補助療法としてTC療法を行っており現在再発は認めていない。

【結語】子宮頸部明細胞癌は稀で予後不良の組織型である。若年の女性の子宮頸部腺癌では明細胞癌も鑑別に挙げるべきであると考えられた。

7. 術前に GnRH (gonadotropin-releasing hormone) アンタゴニスト療法を行った子宮原発の侵襲性血管粘液腫(AA)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

西田光希、荒川敦志、西川尚実、藤村圭吾、大野園果、尾崎馨、時岡礼奈、内藤麻衣、粟生晃司、近藤恵美、濱田春香、林祥太郎、牧野明香里、川端俊一、松本洋介、中元永理

侵襲性血管粘液腫 (aggressive angiomyxoma, AA) は若年女性の外陰、会陰、膣、骨盤内などに発生する術前診断が困難な稀な間葉系腫瘍である。良性腫瘍として扱われているが、血管新生、局所浸潤、局所再発が特徴であり、Estrogen receptor(ER)、Progesterone receptor(PgR)の存在からホルモン療法に反応した報告がある。今回、子宮下部から頸部に発生した AA の1例を経験した。症例は挙児希望がある 28 歳の未経産の女性で、子宮頸部筋腫の精査加療目的で紹介受診となった。MRI 検査を行い、子宮下部から頸部背側の変性筋層内筋腫として術前に GnRH (gonadotropin-releasing hormone) アンタゴニスト療法を4ヶ月間行った。腫瘍の大きさに変化を認めなかった。子宮腫瘍摘出術を行い、腫瘍の病理検査から AA の診断に至った。現在、再発兆候は認めていないが、妊娠中に再発を認めた報告もあり、妊娠期間を含め長期に渡り経過観察を行っていく。本症例は発生部位が非典型的であり、MRI 検査で AA に特徴的な所見を認めず、術前診断は困難であった。また ER、PgR ともに一部でのみ陽性であったことからホルモン療法の感受性が低かったと考察され、ホルモン療法を選択する際に、ER、PgR の陽性率を考慮する必要性が示唆された。術前術後の補助療法を含めた治療方法の確立が必要であり、今後も症例報告でのデータの蓄積が必要であると考える。

8. 悪性腫瘍の疑いに対して審査腹腔鏡で早期に診断し治療方針を決定し得た3例

JCHO 中京病院 産婦人科

竹内智子、渡部百合子、則竹夕真、藤井詩子、可世木聡、齊藤調子

【緒言】審査腹腔鏡は低侵襲かつ組織採取が確実なため、有用性が報告されている。今回審査腹腔鏡を施行し、早期に診断・治療方針を決定し得た悪性腫瘍の3例を経験したので報告する。【症例】1例目：84歳。X-12年、腹式子宮全摘・両側付属器切除術を施行。子宮は類内膜癌 G1,pT1a、卵巣は類内膜癌 G1,pT1aであった。その後異時性発症の両側乳癌に対して手術を施行。X年5月骨盤内腫瘍にて当科紹介。同月、審査腹腔鏡を施行。病理組織検査で類内膜癌の再発と診断し、翌月より TCB 療法を開始した。2例目：55歳。X-16年、開腹左付属器切除し粘液性腺癌と診断。術後 weekly TC3 コース施行し経過観察となった。X年6月腹部膨満のため当科紹介。同月、審査腹腔鏡を施行。病理組織検査で卵巣癌の再発と診断し、翌月より TCB 療法を開始した。3例目：70歳。X-5年濾胞性リンパ腫を治療され寛解。X年6月 CT で 25mm 大の左卵巣腫瘍を指摘され当科紹介。X年7月、審査腹腔鏡にて左付属器を摘出。病理組織検査で濾胞性リンパ腫の再発と診断された。【結語】審査腹腔鏡は開腹術と比べ低侵襲であり、手術時間や入院期間を短縮することができる。また術後早期より化学療法を開始できる点も有用である。

9. 子宮癌肉腫が疑われた Castleman 病の一例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 臨床研修センター¹ 産婦人科²

柏木七海¹、永井孝²、加藤頼香²、竹中実咲²、佐藤亜理奈²、小林真子²、黒田啓太²、鈴木祐子²、長船綾子²、梅津朋和²

【緒言】 Castleman 病（以下、CD）は原因不明のリンパ増殖性疾患であり、身体の一部または全身のリンパ節が腫大する。CD の中でも、リンパ節腫大が 1 か所に限局する単中心性 CD は健診等で偶発的に発見されることが多い。今回、リンパ節腫大から子宮癌肉腫が疑われ手術を施行したところ、CD と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】 48 歳、3 妊 3 産。X 年 1 月に不明熱、高度貧血のため当院内科に紹介された。CT で 9cm 大の子宮腫瘤を認める以外に所見は乏しく、当科紹介受診となった。MRI では変性子宮筋腫であり、レルゴリクスによる治療を開始した。3 か月後に MRI 再検すると子宮筋腫は縮小していたが、左総腸骨領域に 25mm 大のリンパ節腫脹を認め、読影結果は子宮癌肉腫とリンパ節転移の疑いであった。7 月に悪性腫瘍を前提に、子宮全摘術および両側付属器摘出術とリンパ節摘出術を行った。リンパ節は腸間膜リンパ節であり、それぞれ術中迅速病理診に提出したところ leiomyoma と CD であった。最終病理診断も同様であった。

【考察】 子宮癌肉腫が疑われた CD の 1 例を経験した。婦人科悪性腫瘍が疑われリンパ節腫大を認める場合でも診断が確定されていない場合、婦人科疾患以外の可能性を念頭におく必要がある。

10. 成熟嚢胞性奇形腫の術前診断にて手術待機中に急速増大した未熟奇形腫の一例

愛知医科大学 産婦人科

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

未熟奇形腫は、術前に成熟嚢胞性奇形腫(MCT)との鑑別が困難な疾患であるため、疑われた場合、治療方法の適切な選択が重要な疾患である。今回、我々は MCT の手術待機中に腫瘍が急激に増大、未熟奇形腫が疑われるも、術前に MCT との鑑別が困難であった一例を経験したので報告する。【症例】 38 歳、4 妊 3 産。増大する左卵巢腫瘍の精査・加療目的に紹介受診。MRI で左付属器領域に 5cm 大の多房性腫瘤を認め、左 MCT が疑われたため、腹腔鏡下卵巢腫瘍摘出術を予定した。術前の診察で 10cm 大と急速に増大していたため、MRI を再検するも悪性所見は認められず、左 MCT が疑われた。経過からは悪性卵巢腫瘍の可能性も否定できなかったが、患者の卵巢温存の強い希望もあり、インフォームドコンセントを得た上で、左卵巢腫瘍摘出術を施行した。術中迅速病理組織診断にて未熟奇形腫と診断されたため、左付属器摘出術、子宮全摘術、大網切除術を施行した。永久病理組織診断は未熟奇形腫 (Grade 3)、進行期分類 IC 期 (pT1cNxM0) であり、術後補助療法として BEP 療法を施行した。【結語】 未熟奇形腫は、画像所見から MCT と鑑別することは困難であるが、本症例のように腫瘍の急激な増大が認められる場合には、未熟奇形腫を想定した治療戦略を検討することが重要である。

11. 右腎欠損と子宮奇形が疑われたが術中所見で OHVIRA 症候群と診断し得た 1 例

JA 愛知厚生連 安城更生病院 産婦人科

安達弥生、藤田啓、林有眞、上田美南、小山樹音、富田斐月香、石川智仁、西上佑奈、杉原穂乃花、田村優介、松井真実、花谷茉也、傍島綾、中村紀友喜、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘

【症例】43 歳女性、未経妊、未経産。既往歴なし。双頸双角子宮、多発子宮筋腫、左卵巢内膜症性嚢胞を指摘され、手術目的に当科紹介。MRI では子宮体部 2 つ、頸部 1 つで左右の内腔～頸管腺が外子宮口レベルで癒合していると考えられ、内診で明らかな重複腔は認めず、右腎欠損を伴うため双頸双角子宮が疑われた。月経困難、過多月経に対しロボット支援下子宮全摘および左付属器切除を計画した。術中腔断端切開時に、術前に診断されなかった右重複腔が同定され、右頸部閉鎖・右腎欠損を伴う OHVIRA 症候群(Obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly syndrome)と診断した。摘出標本に萎縮した右子宮頸部を認め、病理は多発良性平滑筋腫、重複子宮、左卵巢内膜症性嚢胞で悪性所見なし。

【考察】OHVIRA 症候群は重複子宮、片側腔閉鎖、同側腎欠損を呈し、思春期の月経困難や分娩異常で発見されることが多い。本例は MRI で明らかな閉鎖腔所見を欠き診断は困難であったものの、術中に初めて診断し得た。術前画像で腎奇形や子宮形態異常を認める場合、術中にも解剖学的変異を念頭に置き、切開前の確認と柔軟な対応が重要である。

12. ホルモン療法抵抗性の慢性骨盤痛に対し、腹腔鏡下に子宮内膜症と確定診断し、治療し得た 1 例

安城更生病院 臨床研修部¹ 産婦人科²

丹羽智香¹、藤田啓²、上田美南、林有眞²、小山樹音²、富田斐月香²、西上佑奈²、石川智仁²、田村優介²、杉原穂乃花²、安達弥生²、松井真実²、花谷茉也²、傍島綾²、中村紀友喜²、深津彰子²、菅沼貴康²、鈴木崇弘²

【緒言】子宮内膜症にはホルモン療法が有効だが、抵抗例では外科的治療を要する。今回、ホルモン療法抵抗性の慢性骨盤痛に対し、腹腔鏡下に子宮内膜症と確定診断し、治療し得た 1 例を経験したため報告する。【症例】23 歳女性、0 妊 0 産。月経困難で前医受診、右卵巢腫大も認め子宮内膜症疑いで当院紹介となった。初診時の経膈超音波検査で子宮後屈、8cm 大に右卵巢の腫大を認め、LEP 内服開始した。しかし、1 か月後に右卵巢嚢胞所見は完全に消失し、機能性嚢胞と評価した。LEP 3 か月内服後も症状改善せず、レルゴリクスに変更後も不変。本人、家族は外科的治療を強く希望されたが、画像上子宮、卵巢著変なく、癒着も積極的に疑われない所見であり外科的治療は推奨されないが、審査腹腔鏡となる可能性も入念に IC し腹腔鏡下癒着剥離術を施行した。術中所見ではダグラス窩に深部内膜症を認め、両側卵巢と後葉の癒着、子宮後壁、広間膜にブルーベリースポットがあり、同病巣を切除、焼灼した。術後、骨盤痛は消失した。【結語】慢性骨盤痛を呈し子宮内膜症が疑われたが、画像所見に乏しくホルモン療法にも抵抗性を示す非典型例であった。腹腔鏡下癒着剥離術で確定診断と病巣除去を行い、良好な経過を得た。

13. 深部内膜症に対して腹腔鏡下病巣除去術を施行し症状が改善した1例

JCHO 中京病院 産婦人科¹、岡崎市民病院 産婦人科²

竹内智子¹、齊藤調子¹、則竹夕真¹、藤井詩子¹、可世木聡¹、渡部百合子¹、鈴木徹平²

【緒言】子宮内膜症は疼痛を主症状とする疾患であり不妊とも深く関係している。今回深部子宮内膜症による月経痛、性交痛を認め、腹腔鏡下病巣除去術を施行し症状が改善した1例を経験したので報告する。【症例】28歳、2妊1産。月経痛、性交痛のため前医受診。疼痛強く内膜症性嚢胞も認めたが、挙児希望あり薬物療法が実施できないため当院紹介となった。月経時には腹痛、腰痛が強く嘔気も認めた。また性交痛も強く、性交翌日は寝込む程度であった。前回2回の妊娠は自然妊娠であり、挙児希望はあるものの不妊治療は希望されなかった。MRIでは内膜症性嚢胞15mm程度を認めた。内診では右側の仙骨子宮靭帯に硬結と疼痛を認めた。レルゴリクス内服を開始し性交痛が改善したことから、深部内膜症と判断し、腹腔鏡下での手術の方針とした。右仙骨子宮靭帯の肥厚、周囲の腹膜の発赤を認めた。両側仙骨子宮靭帯と周囲の腹膜を切除、また右卵巣嚢胞を核出した。経過は良好であり術後4日目に退院となった。病理組織検査では明らかな内膜症の所見は認めなかったが、月経痛、性交痛は改善した。【結語】深部内膜症は手術により症状が改善する場合もあり薬物療法が困難な症例に対する選択肢の一つである。

14. 術前診断に苦慮した子宮粘膜下腫瘍性病変の2例

藤田医科大学医学部 産婦人科学¹ 放射線診断学²、藤田医科大学医療科学部 診療画像技術学分野³、藤田医科大学医学部 病理診断学⁴

青木竜一郎¹、大谷清香¹、小谷燦璃古¹、高田恭平¹、大脇晶子¹、市川亮子¹、伊藤真友子¹、清水裕介¹、植田高弘²、小林茂樹³、近藤由佳⁴、續木定智⁴、南口早智子⁴、西澤春紀¹

【緒言】子宮粘膜下腫瘍性病変の多くは良性腫瘍であるが、稀に非上皮性悪性腫瘍も存在することがある。今回、類似する術前検査所見であったが、術後の最終診断が異なる2症例を経験したので報告する。

【症例1】69歳、2妊2産。以前から子宮筋腫の指摘あり。不正性器出血を認め産婦人科を受診した。腔鏡診で腔内に脱出する表面不正な易出血性腫瘍を認め、組織生検では内膜ポリープであった。MRIで多房性嚢胞と隔壁の肥厚を認め、拡散制限はなく、造影効果は子宮筋層と同程度であった。ロボット支援下子宮全摘出術、両側付属器摘出術を施行したところ病理診断は子宮内膜ポリープであった。

【症例2】48歳、2妊2産。子宮鏡下子宮筋腫核出術の既往あり。不正性器出血を認め産婦人科を受診した。腔鏡診で腔内に脱出する軟性の腫瘍を認め、組織生検では平滑筋腫または内膜ポリープの診断であった。MRIで多房性嚢胞を伴い、拡散制限なく造影効果は子宮筋層と同程度であった。ロボット支援下子宮全摘出術、両側卵管摘出術を施行したところ、病理診断は子宮腺肉腫であった。

【結語】子宮粘膜下腫瘍性病変は、術前診断により良性腫瘍と判断されても、悪性腫瘍である可能性があるため、個々の症例に応じた治療方針を検討する必要がある。

15. 卵巣腫瘍と鑑別が困難であったびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の 2 例

藤田医科大学ばんだね病院 産婦人科

青木羽衣、内海史、柴田英之進、藤田和寿、金尾世里加、水谷栄介、杉原一廣、柴田清住

【背景】

びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫(DLBCL)は、臨床所見や画像所見が卵巣腫瘍と酷似している場合があり、術前の診断が困難である。

【症例】

症例 1 は 45 歳、下腹部痛に受診し、画像検査で骨盤内を占拠する内部不均一な充実性腫瘍や右鼠径リンパ節腫大、腹水貯留を認め卵巣癌の疑いで手術を行った。術中迅速病理検査で右付属器と鼠径リンパ節は上皮性腫瘍でないが悪性の診断で、子宮全摘、左付属器切除、大網部分切除術を追加で施行した。術後、DLBCL の診断で、卵巣原発悪性リンパ腫として血液内科へ紹介した。症例 2 は 70 歳、既往歴に子宮筋腫と左卵巣腫瘍に対し子宮全摘、左付属器切除あり。右下腹部痛を認め右卵巣腫瘍破裂の疑いで紹介となり、画像検査で右付属器領域に腫瘍を認めた。手術で付属器は正常、後腹膜腔に発育する腫瘍を認めた。術中迅速病理検査で診断はつかず、術後に DLBCL と診断とされた。

【結語】卵巣腫瘍を疑う骨盤内腫瘍を認めた場合は悪性リンパ腫の鑑別も念頭に入れるべきである。

16. 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

安城更生病院 産婦人科

林有眞、安達弥生、上田美南、小山樹音、富田斐月香、石川智仁、西上佑奈、杉原穂乃花、田村優介、松井真実、花谷茉也、傍島綾、藤田啓、中村紀友喜、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘

【緒言】周産期心筋症は心疾患既往のない女性が妊娠産褥期に心不全を発症する疾患である。当院で経験した 2 例を報告する。

【症例 1】38 歳、初産。二絨毛膜二羊膜双胎のため妊娠 38 週 0 日に帝王切開術を行った。分娩直後に血圧上昇、酸素化不良を認め降圧薬、酸素投与を行った。利尿薬を併用して一時的に酸素化は改善したが、術後 2 日目に呼吸困難が増悪し、肺水腫悪化及び心エコー検査で左室駆出率(EF) 29%の左室壁運動低下を認め周産期心筋症と診断した。非侵襲性陽圧換気(NPPV)での呼吸管理を要したが心不全治療で改善し術後 16 日目に退院した。

【症例 2】28 歳、初産。早発型重症妊娠高血圧腎症で妊娠 28 週 1 日より入院。妊娠 29 週 6 日より咳嗽、呼吸困難、炎症反応上昇があり肺炎を疑い抗菌薬開始。SpO₂ 92%と酸素化不良が増悪し、妊娠 30 週 0 日で緊急帝王切開術とした。分娩直後から胸部エックス線で肺水腫の悪化、心エコー検査で EF 30%の左室壁運動低下を認め周産期心筋症と診断。NPPV 装着および心不全治療で改善し、術後 9 日目に退院した。現在も外来で心機能の経過観察中である。

【考察】本症は稀だが重症例は致死的なこともあり、早期診断・治療が重要である。

17. 経腔分娩が可能であった一過性大腿骨頭萎縮症合併妊娠の1例

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

平松利公、河原 颯、下川浩希、浅田健正、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、稲村達生、柴田崇宏、春原友海、原田統子、松下 宏、田野 翔、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】妊娠中に一過性大腿骨頭萎縮症を発症し、経腔分娩を行った1例を経験したので報告する。【症例】36歳、1妊0産。自然妊娠で妊娠成立し、近医で妊娠管理を受けていた。妊娠28週頃から軽度の右股関節痛を自覚していた。妊娠30週0日に切迫早産のため当院に紹介となった。子宮頸管長は12.8mmと短縮し、頻回の子宮収縮を認めたため入院管理とし、リトドリン塩酸塩点滴を開始した。妊娠33週に歩行時の右股関節痛が出現したため、患部の免荷を行った。妊娠34週5日に右股関節痛が増悪した。MRI検査で右大腿骨頭から頸部にかけてT1強調像で低信号、STIRで高信号であり一過性大腿骨頭萎縮症と診断し、免荷を継続する方針とした。徐々に疼痛は改善し、妊娠36週には分娩体位をとることが可能であった。妊娠36週6日に陣痛が発来し、疼痛なく分娩体位がとれたため経腔分娩となった。児は2,160gの男児で、Apgar scoreは1分値8点、5分値9点であった。産後はリハビリを継続し、産後7日目に退院となった。産後3ヵ月のMRI検査で信号変化の消失を認めた。現在、外来にて経過観察中である。【結語】一過性大腿骨頭萎縮症の症例に対し、早期に診断し介入することで骨折を防ぎ、安全に経腔分娩を行うことができた。

18. 当院における胎児輸血手技の確立までの道のり

名古屋大学 産婦人科¹、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²、浜松医科大学 産婦人科³、岐阜県総合医療センター 胎児診療科⁴

牛田貴文¹、田野翔¹、夫馬和也¹、松尾聖子¹、甲木聡¹、今井健史²、小谷友美³、岩垣重紀⁴、梶山広明¹

当院では2015年に胎児輸血用のマニュアルを作成したが、胎児輸血の経験がなく当院では実施できない状況にあった。2023年3月、前回妊娠時に血液型不適合妊娠による胎児貧血のため計8回胎児輸血を行った女性が妊娠し、今後当院に紹介となる旨の連絡があった。そのため急遽輸血部との打ち合わせを行い、胎児輸血マニュアルの改訂並びに胎児輸血実施に向けた準備を開始した。2023年4月、岐阜県総合医療センター・胎児診療科で胎児輸血を見学し、再度マニュアルの改訂を行った。2023年7月前述の妊婦が当院初診。妊娠17週にMCA-PSV44.0cm/s(2.0MoM)、腔水症を認め、胎児輸血が必要と判断した。2023年8月、岐阜県総合医療センター、岩垣医師の指導のもと、初回の胎児輸血を施行した。臍帯静脈血Hb1.6mg/dL、Hct5.0%でありRh-O型赤血球濃厚液11.8mLを輸血した。同医師の指導の下、計7回施行した。その後約1年半、胎児輸血の適応症例がなかったが2025年6月原因不明の胎児貧血に対して1回施行、2025年7月原因不明の胎児貧血に対して計12回施行(2025年8月21日現在)した。この間5名の産科教員すべてが胎児輸血を複数回実施し、当院における胎児輸血の手技が確立できた。

19. 子宮頸管妊娠との正所異所同時妊娠において正常妊娠を維持し生児を得た一例

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、酒井絢子、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

【緒言】子宮頸管妊娠との正所異所同時妊娠は極めて稀であるが、生殖補助医療の普及に伴い、その割合は増加しているとの報告がある。ただ、その治療法は確立していない。

【症例】34歳、2妊0産、IVF-ET（胚盤胞2個移植）にて妊娠成立した。妊娠7週1日に性器出血を認め、前医を受診し正所異所同時妊娠を疑われ、当院へ搬送となった。子宮内腔と子宮頸管のそれぞれに胎児心拍を認め、子宮頸管妊娠との正所異所同時妊娠と診断した。妊娠7週6日に超音波ガイド下に子宮頸管の胎嚢へ50%ブドウ糖を注入し、胎児心拍の消失を確認した。2日後に胎盤鉗子を用いて子宮頸管の胎嚢を除去した。出血量は970gで、濃厚赤血球2単位の輸血を要したが、子宮頸管を結紮し止血に至った。妊娠22週6日に頸管長短縮があり入院管理とし、妊娠34週2日に自然破水して経膈分娩に至った。児は2238gの女児で、Apgar scoreは1分値8点、5分値8点であった。母体は産褥7日目に退院となった。

【結語】子宮頸管妊娠との正所異所同時妊娠は早期に診断し治療することが大切である。正常妊娠児への影響なく子宮頸管妊娠の治療を先行できれば、生児を得ることができる可能性がある。

20. 妊娠中期に子宮内胎児死亡、敗血症性ショックを認め、母体を救命し得た1例

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

下川浩希、岡田拓大、河原 颯、浅田健正、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、田野 翔、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】妊娠中期に子宮内胎児死亡、敗血症性ショックとなった1例を経験した。【症例】32歳、2妊1産。近医で妊娠管理を受けていた。妊娠14週6日に発熱、飲水困難、下痢を認めた。妊娠15週2日に症状が改善せず前医を受診し、尿ケトン体3+のため入院となった。入院後に子宮内胎児死亡、肝酵素上昇、鼻の紫斑を認め、当院へ搬送となった。当院到着時は血圧86/66 mmHg、心拍数113 bpm、呼吸数20回/分、体温38.6°Cであった。血液検査では肝不全、腎不全、凝固障害を認め、急性期DICスコアは8点であった。咽頭ぬぐい液でのA群β溶連菌抗原検査が陽性であり、劇症型溶血性連鎖球菌感染症（STSS）を念頭に、敗血症性ショック、DIC、多臓器不全として抗菌薬投与、輸血を含めた集学的治療を開始した。入院2日目にゲメプロスト膈錠にて分娩誘導し児を娩出した。血液、尿、羊水の細菌培養検査で有意な菌の検出はなかった。入院8日目にDICが再度増悪し、トロンボモジュリン製剤の投与を開始した。その後の経過は良好で入院21日目に退院となった。総輸血量は赤血球液4単位、濃厚血小板120単位、新鮮凍結血漿28単位であった。【結語】早期からSTSSを疑い、敗血症に対して集学的な治療を行うことで救命できた。

21. NIPT 判定保留を契機に診断した 18トリソミーモザイクの一例

安城更生病院 臨床研修部¹、産婦人科²

加藤舞香¹、中村紀友喜²、白井美希²、林有真²、上田美南²、小山樹音²、富田斐月香²、石川智仁²、西上佑奈²、安達弥生²、杉原穂乃花²、田村優介²、松井真美²、花谷茉也²、傍島綾²、藤田啓²、深津彰子²、菅沼貴康²、鈴木崇弘²

【緒言】 NIPT が判定保留となる原因として、胎児ゲノム率不足、母体肥満、子宮筋腫などの腫瘍性病変や薬剤の影響などが知られている。今回、NIPT 判定保留を契機に 18トリソミーモザイクと診断した一例を経験した。【症例】 40 歳、5 妊 2 産。二絨毛膜二羊膜双胎。体外受精にて妊娠成立。妊娠 11 週 1 日と妊娠 14 週 1 日の NIPT で 18 番染色体の判定保留となった。妊娠 16 週 4 日に羊水染色体検査を行い、二児の G-band はそれぞれ 47, XX,+18[3]/46, XX[17]、46,XX であった。胎児超音波検査で 18トリソミーモザイクの児に胎児発育不全を認めたが明らかな形態異常はなかった。夫婦に遺伝カウンセリングを行った上で妊娠継続の方針とした。妊娠 37 週 3 日に前期破水のため帝王切開にて出生。18トリソミーモザイクの児は 1710g、女児。Apgar score 1 分 8 点/5 分 9 点、臍帯動脈血液ガス pH:7.358。明らかな形態異常は認めなかった。日齢 17 で NICU 退院し 1 カ月健診でも異常を認めなかった。児の末梢血の G-band は 47, XX, +18[29]/46, XX[1] であった。【結語】 18トリソミーモザイクはモザイク率によらず表現型の幅が広く、正常の場合もある。夫婦に胎児の表現型も踏まえた情報提供を行い、慎重に胎児のフォローを行う必要がある。

22. 産科危機的出血に対して血管内治療で止血が得られず外科的治療を必要とした 1 例

藤田医科大学医学部 産婦人科学講座

花澤俊哉、中島葉月、大脇晶子、森山佳則、仲村将光、関谷隆夫、西澤春紀

【緒言】産科危機的出血では、輸液、輸血、およびフィブリノゲン製剤といった補充療法に加え、血管内治療（IVR）や開腹止血といった止血法を適切に選択する必要がある。今回、産科危機的出血に IVR を施行したが止血困難で、再開腹後、止血し得たので報告する。

【症例】 33 歳、1 妊 0 産、生殖補助医療で妊娠後、前医で妊娠 40 週 1 日に児頭骨盤不均衡の適応で帝王切開を施行した。術中・術後出血が 3,000ml 以上で当院へ緊急搬送となった。来院時血圧 95/52mmHg、脈拍 129 回、Hb2.9mg/dL で直後から補充療法を開始した。造影 CT では、遺残組織周囲の動脈性出血が疑われ、IVR を第一選択とした。血管造影では、動脈径が太く止血困難であったため開腹止血術の方針とした。帝王切開創部を開放し、CT 画像に一致した部位の遺残胎盤を用手剥離し、止血した。また、子宮圧迫縫合とバルーンタンポナーデを行った。術後は補充療法に加えて子宮収縮薬を投与し、その後の経過は良好であった。

【考察】産科危機的出血では、出血原因に応じて補充療法、外科的止血、IVR など集学的かつ迅速に対応する必要がある。IVR が施行できない施設では、施行可能な施設への搬送を他の治療より優先することがあるが、産科危機的出血では原因に応じて治療法を選択することが重要である。

23. 感染性心内膜炎に続発した胎児機能不全の1例

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

中川考一郎、岡田拓大、河原 颯、下川浩希、浅田健正、西田裕亮、橋本明璃、柴田莉奈、加藤幹也、村井 健、小島遊明、森将、春原友海、原田統子、松下 宏、田野 翔、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】妊娠中に感染性心内膜炎を発症し、胎児機能不全を続発した症例を経験したので報告する。【症例】20歳、2妊0産。自然妊娠で妊娠成立し、近医で妊娠管理されていた。双極性障害合併妊娠として当院に紹介となった。妊娠35週5日に発熱を主訴に受診した。感冒症状は認めなかった。尿中白血球3+であり、尿路感染症を疑い、セフメタゾールの投与を開始した。翌日に *Staphylococcus aureus* 菌血症が判明した。経胸壁心臓超音波検査で僧帽弁に付着した疣贅および僧帽弁閉鎖不全症を認め、感染性心内膜炎と診断し、抗菌薬をセファゾリンに変更した。頭部および腰部MRI検査では脳梗塞や椎体炎を疑う所見を認めなかった。妊娠36週0日に施行した経食道心臓超音波検査で僧帽弁閉鎖不全症の悪化を認めた。胎児心拍数陣痛図では基線が100 bpmの徐脈と基線細変動の減少を認め、胎児機能不全と診断し、全身麻酔下に緊急帝王切開を施行した。児は2,326 gの男児、Apgar score 1分値8点、5分値9点、臍帯動脈血pHは7.332であった。術後経過は良好で、セファゾリンの投与を継続中である。【結語】妊婦の感染性心内膜炎では母体および胎児の急変リスクが高く、早期の治療開始と慎重なフォローアップが必要である。

24. 産褥期に発症したGBSによる感染性心内膜炎の一例

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

中島菜都美、手塚敦子、藏野真弥、高林詩帆、松原令実、山下恵子、伊藤慧伍、箕浦広大、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、田中梨紗子、寺沢直浩、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】産褥婦における感染性心内膜炎は稀であるが、死亡率は高いことが知られている。今回産褥期に繰り返す発熱で入院し、精査の結果感染性心内膜炎と診断した一例を経験したので報告する。

【症例】37歳、5妊4産。妊娠40週1日で経陰分娩し、産後5日目に退院した。2週間健診で発熱をみとめ、子宮内感染の疑いで抗生剤処方の上帰宅。その後一旦解熱するも再度発熱し、産後29日目に救急外来受診。翌日に血液培養2セットよりグラム陽性連鎖球菌が陽性となり入院した。SBT/ABPC 3g*3/日で治療開始するも、悪寒を伴う弛張熱が継続した。入院4日目に菌種がGBSと判明した。心エコーで僧帽弁に2cm大の疣贅をみとめ感染性心内膜炎の診断となり、同日心臓血管外科にて胸腔鏡下僧帽弁形成術施行。術後も抗生剤点滴を継続し、術後27日目に退院となった。経過より、分娩を契機としたGBSの上行性感染と考えられた。

【結語】産褥熱の原因としては子宮内感染や乳腺炎の頻度が高いが、高熱が続く場合や臨床所見から熱源が明らかでない場合は血液培養を躊躇わず、全身検索を行うことが重要である。

25. 膀胱拡大術後・腎移植後妊娠に対し、右傍腹直筋切開・経後腹膜のアプローチで帝王切開を行った一例

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

水野翔、加藤紀子、山田健太、酒井絢子、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

【緒言】尿路再建術既往や腎移植後妊娠における帝王切開では、解剖構造変化や癒着により通常の手術アプローチが困難な場合がある。今回、切開方法を工夫し安全に帝王切開を完遂した症例を経験したので報告する。

【症例】30歳，1妊0産。二分脊椎症による神経因性膀胱のため小児期に膀胱拡大術を施行後、臍部導尿路より自己導尿を行うも、腎不全進行のため28歳時に生体腎移植を施行した。妊娠成立後は当科で管理し、頸管長短縮のため妊娠25週3日から入院とした。妊娠26週6日強い疼痛を伴う右下肢の腫脹が出現し、右大腿静脈から外腸骨静脈に及ぶ深部静脈血栓症を認めた。移植腎により右側に偏位した妊娠子宮の静脈圧排が原因と考えられ、妊娠継続は困難と判断し帝王切開の方針とした。移植外科・循環器内科と協議し下大静脈フィルターを留置し、既往手術部位を避け右傍腹直筋切開で経後腹膜的に開腹した。癒着により子宮は右円靱帯近傍を除き視認不能であり、同部位を縦切開し1076gの男児を娩出した。手術時間227分，出血量1550gで合併症なく術後14日目に退院した。

【結語】尿路再建術既往や腎移植後妊娠では、術前より他診療科と連携して手術方法や周術期管理の検討を行うことが重要である。

26. 帝王切開癒痕部妊娠に対して子宮動脈塞栓術後に腹腔鏡下癒痕部妊娠摘出術を施行した1例

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

河原颯、岡田拓大、下川浩希、浅田健正、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、田野 翔、岸上靖幸、小口秀紀

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠に対して腹腔鏡下癒痕部妊娠摘出術を行った1例を経験したので報告する。【症例】34歳，3妊2産，2回の帝王切開の既往あり。自然妊娠成立後に前医を受診し、頸管妊娠の疑いで当院に紹介となった。超音波断層法にて、帝王切開癒痕部に胎嚢と胎児を認め、頭殿長から妊娠10週0日と診断した。MRI検査で帝王切開癒痕部から子宮外に発育する胎嚢を認め、帝王切開癒痕部妊娠と診断した。妊娠継続は困難と判断した。妊娠11週0日に両側子宮動脈塞栓術を施行し、翌日に腹腔鏡下手術を施行した。鏡視下に腹腔内を観察すると、子宮前壁の癒痕部左側が膨隆していた。筋層は菲薄化し、胎嚢が透見できた。両側円靱帯を一時的に切断し、後腹膜腔を展開した。尿管を同定後、左子宮動脈、両側卵管と両側卵巢固有靱帯を一時的に結紮した。膀胱子宮窩腹膜を切開し膀胱を鈍的に剥離した。膨隆した癒痕部をモノポーラで切開したところ、胎児が腹腔内に娩出した。胎盤を剥離した。子宮筋層は一部欠損していた。バープ付き縫合糸で筋層を埋没縫合した。胎児と胎盤は組織回収サックに納入し、臍から搬出した。術後経過は良好で、術後7日目に退院となった。【結論】帝王切開癒痕部妊娠に対して腹腔鏡下癒痕部妊娠摘出術が有用であった。

27. 当院で経験した抗 HLA 抗体陽性の再生不良性貧血合併妊娠の一例

名古屋市立大学病院 産科婦人科

小川真以、澤田祐季、杉本隆之、服部昂樹、永井彩香、鬼頭慧子、矢野好隆、野々部恵、小笠原桜、犬塚早紀、伴野千尋、後藤志信、北折珠央、杉浦真弓

【緒言】再生不良性貧血の患者では、約 20~40%に抗 HLA 抗体が検出されると言われている。妊娠、輸血を契機に抗 HLA 抗体陽性となる場合もあり、抗体陽性例では血小板輸血に不応となる。今回、妊娠経過中に抗 HLA 抗体陽性となり、HLA 適合血小板輸血後に帝王切開で分娩に至った再生不良性貧血の症例を経験したので報告する。【症例】35 歳 2 妊 1 産、前回は胎児機能不全のため血小板輸血後に帝王切開での分娩であった。今回妊娠も前医で周産期管理され、血小板は 2~3 万/ μL で推移していた。帝王切開術予定であったため、妊娠 31 週で抗 HLA 抗体陰性であること、妊娠 33 週で血小板輸血し血小板が上昇することを確認されていた。妊娠 37 週 3 日に血小板輸血施行するも治療抵抗性で、予定帝王切開術は延期となり、抗 HLA 抗体陽性であることが確認された。輸血による血小板上昇が見込めず妊娠 37 週 6 日で転院搬送となった。当院搬送時血小板は 2.6 万/ μL であったが妊娠 38 週 0 日で抗 HLA 抗体の型が判明し、妊娠 38 週 3 日に HLA 適合血小板輸血後血小板 6.7 万/ μL と上昇し全身麻酔下にて帝王切開術を施行した。本症例のように本疾患では抗 HLA 抗体が検出されることがあり慎重な周産期管理が必要である。