

第143回

東北連合

産科婦人科学会

総会・学術講演会

プログラム・抄録集

心を込めて! Maternal & Child Healthcare

2017年

開催日 **6月17日** 土 ▶ **18日** 日

開催日

会場

ホテルメトロポリタン秋田

〒010-8530 秋田市中通7-2-1 TEL:018-831-2222

大会長

児玉 英也

事務局

秋田大学医学部産婦人科学講座

〒010-8543 秋田市本道1-1-1 TEL:018-884-6163 FAX:018-884-6447



ご挨拶



第143回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会

会長 兒玉 英也

(秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 専攻長)

第143回東北連合産科婦人科学会を平成29年6月17日(土)～18日(日)の2日間、秋田市(ホテルメトロポリタン秋田)にて開催させて頂くことになりました。伝統ある本学会を担当させて頂くことを、深く感謝申し上げます。

さて、今回の学会を主催するにあたって、秋田大学産婦人科学講座の寺田教授並びに医局の皆様からもご助言いただきながら、何か皆様に喜んでもらえる企画はないかと、思案いたしました。現代の周産期医療は、単に安全に妊娠・分娩を終えるという目的にとどまらず、健全な次世代を育成するための取り組みが、以前にも増して求められています。近年の妊産婦のメンタルヘルスや完全母乳哺育、カンガルーケアへの関心の高まりには、そのような背景があります。また、胎内環境と児の将来の生活習慣病発症との関連についての疫学的知見は、健全な次世代育成における妊産婦ケアの重要性を改めて認識させられました。そこで今回、本学会のキャッチコピーを「心をこめて! Maternal & Child Healthcare」とし、皆様と一緒に妊産婦と生まれてくる子供達の健康問題を思考してみようと考えました。

学会の特別講演に、オーストラリアから素敵なお夫婦をお招きする予定です。ご主人のAndrew先生は、妊婦の心理的ストレスが胎盤のステロイド代謝にどのような影響を与えるのかを研究しており、胎内環境のエピジェネティックな影響を判り易く説明して下さいます。奥さんのMegan先生は、妊産婦のメンタルヘルスの専門家で最近書籍も出版しており、オーストラリアの臨床的な課題と取り組みについて、興味深いお話が聞けると思います。

もちろん本学会は東北地方の産婦人科診療に携わる皆様が一堂に会する学会であり、東北地方の産婦人科医療の未来ビジョンを思考する場でもあります。周産期医療だけではなく、他の領域の内容や研修企画も取り入れ、産婦人科医療の様々な分野に携わる皆様に有益となる学会になりますよう、企画してまいります。例年の様に、一般演題を募集致しますので、ふるってご登録くださいますようお願い申し上げます。

6月は秋田のもっとも気候のよい季節です。多数の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

心を込めて! Maternal & Child Healthcare

第143回東北連合産科婦人科学会 総会・学術講演会のご案内

● 会 期

2017年6月17日(土)・18日(日)

● 会 場

ホテルメトロポリタン秋田 3階

〒010-8530 秋田市中通 7-2-1

TEL 018-831-2222 FAX 018-831-2290

第1会場・・・3階グランデ A

第2会場・・・3階グランデ B

総懇親会会場・・・3階グランデ A

学会本部・・・3階こまち

製品・機器展示・3階ジュエル A/B

● 参加登録受付

3階ロビー

第1日目・・・6月17日(土)8:30～17:30

第2日目・・・6月18日(日)8:00～15:00

● 参加費

学術講演会 12,000円(参加者の総懇親会費を含む)

※初期研修医・学生の学術講演会及び総懇親会への参加は無料です。

※初期研修医・学生の方は参加受付でお申し出ください。参加証を発行します。

● 参加者へのお願い

事前登録制ではありません。当日、参加受付で登録をお願いいたします。

参加者には領収書兼用の学会参加証をお渡しします。ネームホルダーは参加受付にてお渡しいたします。

会場内では参加証に所属、氏名をご記入のうえ、ネームホルダーに入れ必ず着用をお願いいたします。

専門医研修出席証明は全てe医学会カードで行います。

e医学会カードをお忘れの場合は、会場入口受付の用紙にご記入の上、第1会場出口に設置する『受講確認回収箱』に入れてください。

● 託児所について

学会期間中、託児所を開設しております。

ご希望の方は学会HP(<http://143tohoku-jsog.jp/daycare.html>)より、5月26日(金)までにお申込ください。

なお、定員になり次第、締切いたしますので予めご了承ください。

● 総懇親会

2017年6月17日(土) 18:00 開宴

会場：ホテルメトロポリタン秋田 3階グランデ A

● 役員会および総会

○東北連合産科婦人科学会役員会および東北地区産科婦人科学会・医会連絡会

日時：2017年6月18日(日)7:30～8:30

会場：ホテルメトロポリタン秋田 4階ルーチェ

○東北連合産科婦人科学会総会・若手奨励賞表彰式

日時：2017年6月18日(日)13:10～13:30

会場：ホテルメトロポリタン秋田 3階グランデA

● 関連委員会および研究会

○第14回東北産婦人科専攻医会

日時：2017年6月17日(土)8:50～10:05

会場：ホテルメトロポリタン秋田 3階グランデA

○東北生殖医療研究会(TURM)

日時：2017年6月17日(土)

会場：ホテルメトロポリタン秋田

世話人会 8:00～8:45 4階さくら

特別講演 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 講師 廣田 泰 9:00～10:00 3階グランデB

○TGCU 世話人会・幹事会

日時：2017年6月17日(土)9:10～10:00

会場：ホテルメトロポリタン秋田 4階さくら

● 講演発表

1. 座長へのお願い

(1)3階ロビーの座長受付にお越しく下さい。

(2)座長は担当されるセッションの**開始10分前まで**に会場内次座長席へご着席ください。

(3)プログラムに定められた時間内に終了するよう、時間厳守に努めてください。

2. 演者へのお願い

(1)一般演題は全て口頭発表で、口演時間5分、討論時間3分です。

(2)本学術講演会の発表は、PC受付を設けております。ご自身の**講演開始30分前まで**に発表データ収録メディア(USBメモリ、CD-R、ご自身のPC)をご持参の上、受付と動作確認を行ってください。

なお、2日目の発表データも1日目に受付可能です。

演者は**口演開始10分前まで**に会場内の次演者席へご着席ください。

【データ持参の場合】

(1)会場に準備するPCはWindows7 PowerPoint2013をインストールしております。

動画ファイルをご使用の場合は演者ご自身のPCもご持参ください。

(2)Mac OSのPowerPointで作成されたデータをご持参の場合は、Windows版のPowerPointで試写・確認したデータをお持ちください。

(3)発表データ(PowerPointデータ)のファイル名は「演題番号(半角)+筆頭演者名」としてください。

(4)フォントはOS標準のものをご使用ください。

(5)画面の解像度はXGA(1024×768)でお願いします。

【PC持参の場合】

(1)故障・不具合時のバックアップとして必ず収録メディアもご持参ください。

(2)画面の解像度はXGA(1024×768)でお願いします。

- (3) PC 受付にてモニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
- (4) スクリーンセイバーの設定は OFF に、省電力設定を無しにしてください。
- (5) プロジェクターとの接続ケーブルはミニ d-sub15 ピン (VGA) です。持込の PC によっては専用の出力アダプターが必要になりますので、必ずご持参ください。
- (6) 電源アダプターは必ずご持参ください。
- (7) 発表用 PC は発表開始 **15 分前まで**に会場内オペレーター席へ演者ご本人がお持ち込みください。

● 指導医講習会

○教育講演 3

日時：2017 年 6 月 18 日(日)8:55～9:55

会場：ホテルメトロポリタン秋田 3 階グランデ A

受講確認は、会場前にて開始 20 分前 (8 : 35) から開始し、講演開始 15 分を過ぎますと受講確認できませんのでご注意ください。

受講確認は e 医学会カードで行いますので、第 1 会場受付にご持参ください。

e 医学会カードをご持参されていない場合は、会場入口受付の用紙に所属医療機関名、氏名をご記入のうえ、第 1 会場出口に設置する『受講確認回収箱』に入れてください。回収箱に入れ忘れた場合や所属医療機関名や氏名が記入されていない場合には受講したことが確認できませんのでご注意ください。

○専門医ポイント講習 日本専門医機構単位付与講習は下記のとおりです。

分類	プログラム	日付	会場	時間
領域講習	教育講演 2 「婦人科が関わる遺伝性腫瘍疾患 (Lynch 症候群を中心に)」	6月17日(土)	第 1 会場 グランデ A	11:10～12:10
共通講習 (指導医講習会)	教育講演 3 「最近話題の細菌 5 種、傾向と対策」	6月18日(日)	第 1 会場 グランデ A	8:55～9:55
領域講習	教育講演 4 「病理診断学の新展開 ～婦人科領域を軸に～」	6月18日(日)	第 1 会場 グランデ A	10:00～11:00

● ランチョンセミナー

各日、ランチョンセミナーにてお弁当が配布されます。

○ランチョンセミナー 1、2

日時：2017 年 6 月 17 日(土)12:15～13:15

○ランチョンセミナー 3、4

日時：2017 年 6 月 18 日(日)12:00～13:00

● 事務局

秋田大学医学部産婦人科学講座

第 143 回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会事務局

担当：佐藤 朗

〒010-8543 秋田市本道 1-1-1

TEL:018-884-6163

FAX:018-884-6447

Email : obgyn@med.akita-u.ac.jp

● 運営事務局

株式会社秋田ステージ

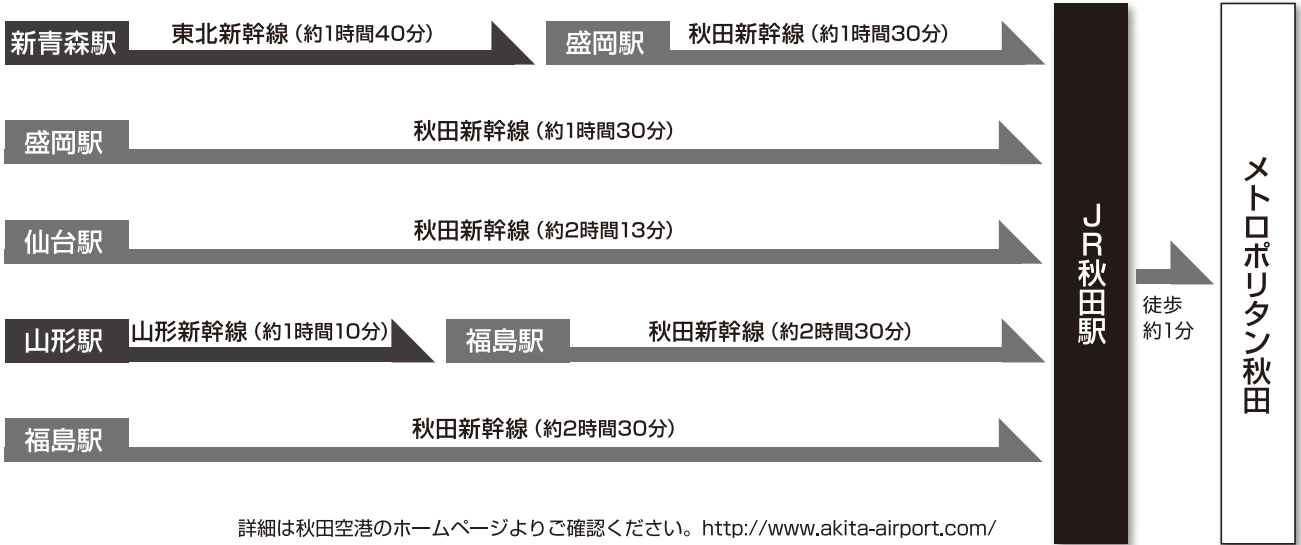
〒011-0951 秋田市土崎港相染町字中谷地 67-1

TEL:018-845-2266

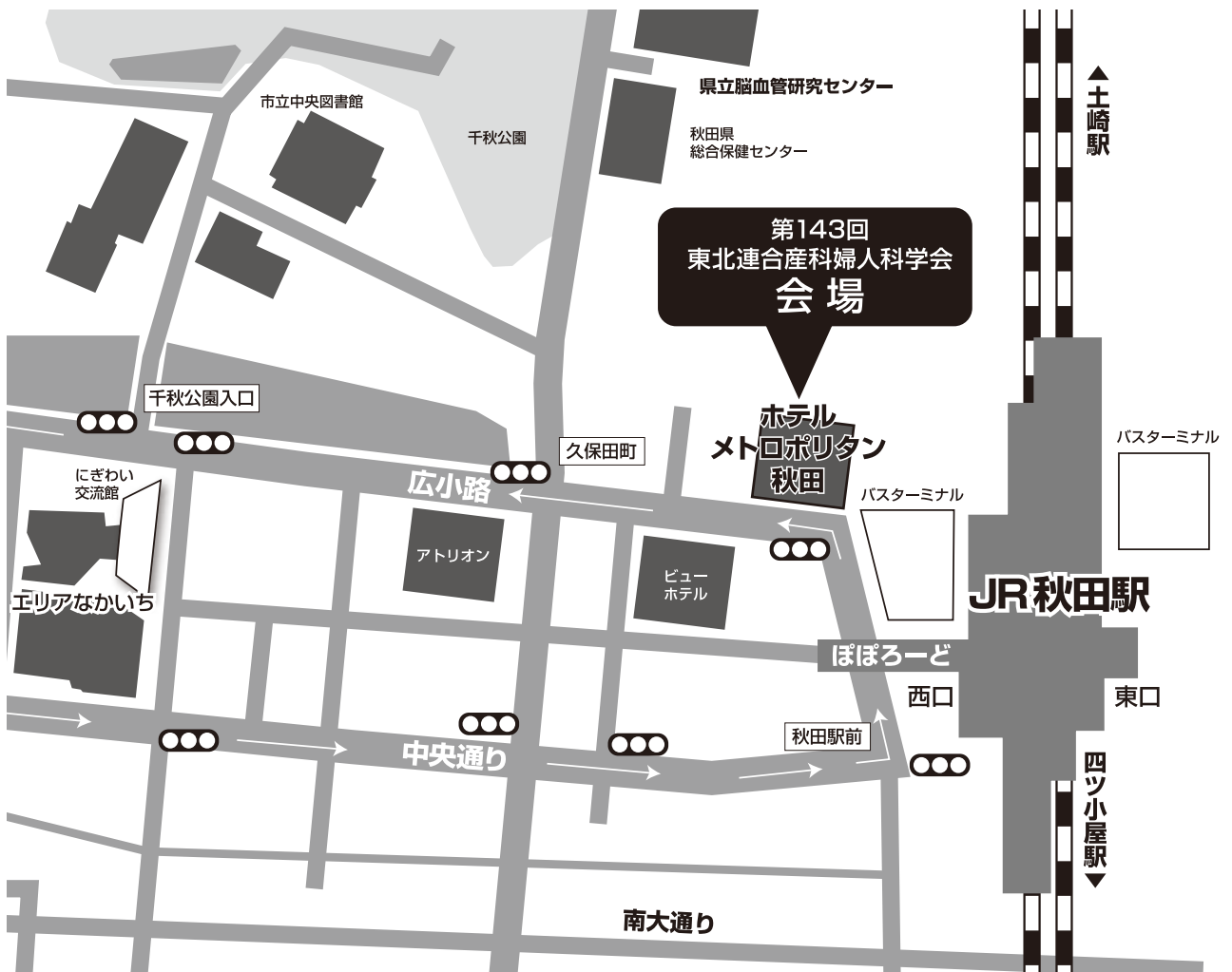
FAX:018-845-2202

Email : 143tohoku-jsog@akita-stage.com

会場までの交通機関



会場および周辺マップ



学会プログラム(第1日目)

第1日目 6月17日(土)					
8:00	第1会場(グランデA) / 第2会場(グランデB)				
	受付開始(8:30~)				
9:00	第14回東北産婦人科専攻医会(08:50~10:05) (日本産婦人科学会Plus Oneプロジェクト)				
10:00	開会式・会長挨拶(10:05~10:10)				
11:00	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 教育講演1(10:10~11:10) ライプセルイメーシングが見せる卵子形成、受精、初期発生の神秘 講師:山縣 一夫(近畿大学) 座長:寺田 幸弘(秋田大学) </td> <td style="vertical-align: top;"> 一般演題 第1群 1~6(10:10~10:58) 座長:金杉 知宣(岩手医科大学) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 教育講演2(11:10~12:10) 婦人科が関わる遺伝性腫瘍疾患(Lynch症候群を中心に) 講師:中島 健(国立がん研究センター) 座長:永瀬 智(山形大学) </td> <td style="vertical-align: top;"> 一般演題 第2群 7~13(11:00~11:56) 座長:経塚 標(福島県立医科大学) </td> </tr> </table>	教育講演1(10:10~11:10) ライプセルイメーシングが見せる卵子形成、受精、初期発生の神秘 講師:山縣 一夫(近畿大学) 座長:寺田 幸弘(秋田大学)	一般演題 第1群 1~6(10:10~10:58) 座長:金杉 知宣(岩手医科大学)	教育講演2(11:10~12:10) 婦人科が関わる遺伝性腫瘍疾患(Lynch症候群を中心に) 講師:中島 健(国立がん研究センター) 座長:永瀬 智(山形大学)	一般演題 第2群 7~13(11:00~11:56) 座長:経塚 標(福島県立医科大学)
教育講演1(10:10~11:10) ライプセルイメーシングが見せる卵子形成、受精、初期発生の神秘 講師:山縣 一夫(近畿大学) 座長:寺田 幸弘(秋田大学)	一般演題 第1群 1~6(10:10~10:58) 座長:金杉 知宣(岩手医科大学)				
教育講演2(11:10~12:10) 婦人科が関わる遺伝性腫瘍疾患(Lynch症候群を中心に) 講師:中島 健(国立がん研究センター) 座長:永瀬 智(山形大学)	一般演題 第2群 7~13(11:00~11:56) 座長:経塚 標(福島県立医科大学)				
12:00					
13:00	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> ランチョンセミナー1(12:15~13:15) 子宮内膜症、その謎に迫る一免疫アプローチから臨床へー 演者:前田 長正(高知大学) 座長:八重樫 伸生(東北大学) 共催:持田製薬株式会社 </td> <td style="vertical-align: top;"> ランチョンセミナー2(12:15~13:15) 明日からの産科診療に役立つ超音波診断 一産婦人科診療ガイドライン産科編2017に基づいて 演者:亀井 良政(埼玉医科大学) 座長:藤森 敬也(福島県立医科大学) 共催:GEヘルスケア・ジャパン株式会社 </td> </tr> </table>	ランチョンセミナー1(12:15~13:15) 子宮内膜症、その謎に迫る一免疫アプローチから臨床へー 演者:前田 長正(高知大学) 座長:八重樫 伸生(東北大学) 共催:持田製薬株式会社	ランチョンセミナー2(12:15~13:15) 明日からの産科診療に役立つ超音波診断 一産婦人科診療ガイドライン産科編2017に基づいて 演者:亀井 良政(埼玉医科大学) 座長:藤森 敬也(福島県立医科大学) 共催:GEヘルスケア・ジャパン株式会社		
ランチョンセミナー1(12:15~13:15) 子宮内膜症、その謎に迫る一免疫アプローチから臨床へー 演者:前田 長正(高知大学) 座長:八重樫 伸生(東北大学) 共催:持田製薬株式会社	ランチョンセミナー2(12:15~13:15) 明日からの産科診療に役立つ超音波診断 一産婦人科診療ガイドライン産科編2017に基づいて 演者:亀井 良政(埼玉医科大学) 座長:藤森 敬也(福島県立医科大学) 共催:GEヘルスケア・ジャパン株式会社				
14:00	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 特別講演1(13:20~14:10) Early developmental programming effect of maternal depression in pregnancy 講師:Andrew Lewis (Murdoch University) 座長:兒玉 英也(秋田大学) </td> <td rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 特別講演2(14:15~15:05) 胎児・乳児のストレス緩和、微笑について 講師:川上 清文(聖心女子大学) 座長:蓮尾 豊(青森県産婦人科医会) </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 特別講演3(15:10~16:00) お産する母親の安心感とスタッフの継続的な情緒的支援が母子愛を育む ~すべての母子に「心のプロバイオティクス」を~ 講師:北島 博之(大阪府立母子保健総合医療センター) 座長:和田 裕一(宮城県産婦人科医会) </td> </tr> </table>	特別講演1(13:20~14:10) Early developmental programming effect of maternal depression in pregnancy 講師:Andrew Lewis (Murdoch University) 座長:兒玉 英也(秋田大学)		特別講演2(14:15~15:05) 胎児・乳児のストレス緩和、微笑について 講師:川上 清文(聖心女子大学) 座長:蓮尾 豊(青森県産婦人科医会)	特別講演3(15:10~16:00) お産する母親の安心感とスタッフの継続的な情緒的支援が母子愛を育む ~すべての母子に「心のプロバイオティクス」を~ 講師:北島 博之(大阪府立母子保健総合医療センター) 座長:和田 裕一(宮城県産婦人科医会)
特別講演1(13:20~14:10) Early developmental programming effect of maternal depression in pregnancy 講師:Andrew Lewis (Murdoch University) 座長:兒玉 英也(秋田大学)					
特別講演2(14:15~15:05) 胎児・乳児のストレス緩和、微笑について 講師:川上 清文(聖心女子大学) 座長:蓮尾 豊(青森県産婦人科医会)					
特別講演3(15:10~16:00) お産する母親の安心感とスタッフの継続的な情緒的支援が母子愛を育む ~すべての母子に「心のプロバイオティクス」を~ 講師:北島 博之(大阪府立母子保健総合医療センター) 座長:和田 裕一(宮城県産婦人科医会)					
15:00					
16:00	<table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 一般演題 第3群 14~19(16:05~16:53) 座長:永沢 崇幸(岩手医科大学) </td> <td style="vertical-align: top;"> 一般演題 第4群 20~25(16:05~16:53) 座長:福原 理恵(弘前大学) </td> </tr> </table>	一般演題 第3群 14~19(16:05~16:53) 座長:永沢 崇幸(岩手医科大学)	一般演題 第4群 20~25(16:05~16:53) 座長:福原 理恵(弘前大学)		
一般演題 第3群 14~19(16:05~16:53) 座長:永沢 崇幸(岩手医科大学)	一般演題 第4群 20~25(16:05~16:53) 座長:福原 理恵(弘前大学)				
17:00	<table border="0"> <tr> <td></td> <td style="vertical-align: top;"> 一般演題 第5群 26~30(16:55~17:35) 座長:伊東 麻美(弘前大学) </td> </tr> </table>		一般演題 第5群 26~30(16:55~17:35) 座長:伊東 麻美(弘前大学)		
	一般演題 第5群 26~30(16:55~17:35) 座長:伊東 麻美(弘前大学)				
18:00	総懇親会(18:00~)				

●機器展示 3階ジュエルAB 10:00~17:40

●関連委員会および研究会

○第14回東北産婦人科専攻医会

日時:2017年6月17日(土)8:50~10:05

会場:ホテルメトロポリタン秋田 3階グランデA

○東北生殖医療研究会(TURM)(共催:日本新薬株式会社)

日時:2017年6月17日(土)

会場:ホテルメトロポリタン秋田

世話人会 8:00~8:45 4階さくら

特別講演 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 講師 廣田 泰 9:00~10:00 3階グランデB

○TGCU 世話人会・幹事会

日時:2017年6月17日(土)9:10~10:00

会場:ホテルメトロポリタン秋田 4階さくら

学会プログラム(第2日目)

第2日目 6月18日(日)	
第1会場(グランデA)	第2会場(グランデB)
8:00	受付開始(8:00~)
9:00	一般演題 第7群 38~42(8:30~9:10) 座長:利部 徳子(中通総合病院)
教育講演3 指導医講習会(08:55~9:55) 最近話題の細菌5種、傾向と対策 講師:奥山 慎(秋田大学血液内科) 座長:横山 良仁(弘前大学)	一般演題 第8群 43~48(9:12~10:00) 座長:星合 哲郎(東北大学)
10:00	一般演題 第9群 49~54(10:02~10:50) 座長:山口 明子(福島県立医科大学)
教育講演4(10:00~11:00) 病理診断学の新展開 ~婦人科領域を軸に~ 講師:前田 大地(秋田大学病理部) 座長:渡部 洋(東北医科薬科大学)	一般演題 第10群 55~61(10:52~11:48) 座長:松尾 幸城(山形大学)
11:00	一般演題 第6群 31~37(11:00~11:56) 座長:豊島 将文(東北大学)
12:00	ランチョンセミナー3(12:00~13:00) ペパシズマブの登場で変わった婦人科がん治療 演者:松元 隆(愛媛大学) 座長:杉山 徹(岩手医科大学) 共催:中外製薬株式会社
13:00	ランチョンセミナー4(12:00~13:00) たかが帝切、されど帝切 演者:谷垣 伸治(国立成育医療研究センター) 座長:高橋 道(秋田県産婦人科医会) 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
14:00	総会・表彰式(13:10~13:30)
招請講演(13:30~14:20) Managing Maternal Mental Disorders in Pregnancy: opportunities for improving maternal, fetal and child outcomes 講師:Megan Galbally(Murdoch University) 座長:兒玉 英也(秋田大学)	
15:00	ワークショップ(14:25~15:25) 東北一丸となった臨床研究体制の構築 演者:井上 彰(東北大学)、西郡 秀和(東北大学) 利部 正裕(岩手医科大学)、佐藤 亘(秋田大学) 座長:高野 忠夫(東北大学)、井上 彰(東北大学)
16:00	閉会式(15:30~15:35)

●機器展示 3階ジュエルAB 8:30~15:30

●役員会および総会

○東北連合産科婦人科学会および

東北地区産科婦人科学会・医会連絡会

日時:2017年6月18日(日)7:30~8:30

会場:ホテルメトロポリタン秋田 4階ルーチェ

○東北連合産科婦人科学会総会・若手奨励賞表彰式

日時:2017年6月18日(日)13:10~13:30

会場:ホテルメトロポリタン秋田 3階グランデA

第14回東北産婦人科専攻医会

(日本産科婦人科学会 プロジェクト“Plus One”産婦人科セミナー)

第1日目 6月17日(土) 会場：グランデA	
08:50-08:55	開会挨拶 第143回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会 会長 児玉 英也
08:55-09:25	第1部 東北における高齢出産の現状
09:25-09:30	質疑応答
09:30-10:00	第2部 「お前はまだギネを知らない～産婦人科専攻医の日常～」
10:00-10:05	閉会挨拶 第14回東北産婦人科専攻医会 主幹事 高橋 玄徳

専攻医特別プログラム『今日から始めるラパロ』

日時：平成29年6月16日(金) 15:00～17:30

会場：秋田大学医学部附属病院シミュレーション教育センター1階 TV セミナー室

講師：秋田大学 熊澤由紀代 先生

※定員：30名程度

※対象：学生・初期研修医・専攻医

※申込：学会事務局まで。当日申込みできます。

※ドライボックスを用いた実技演習を行います。

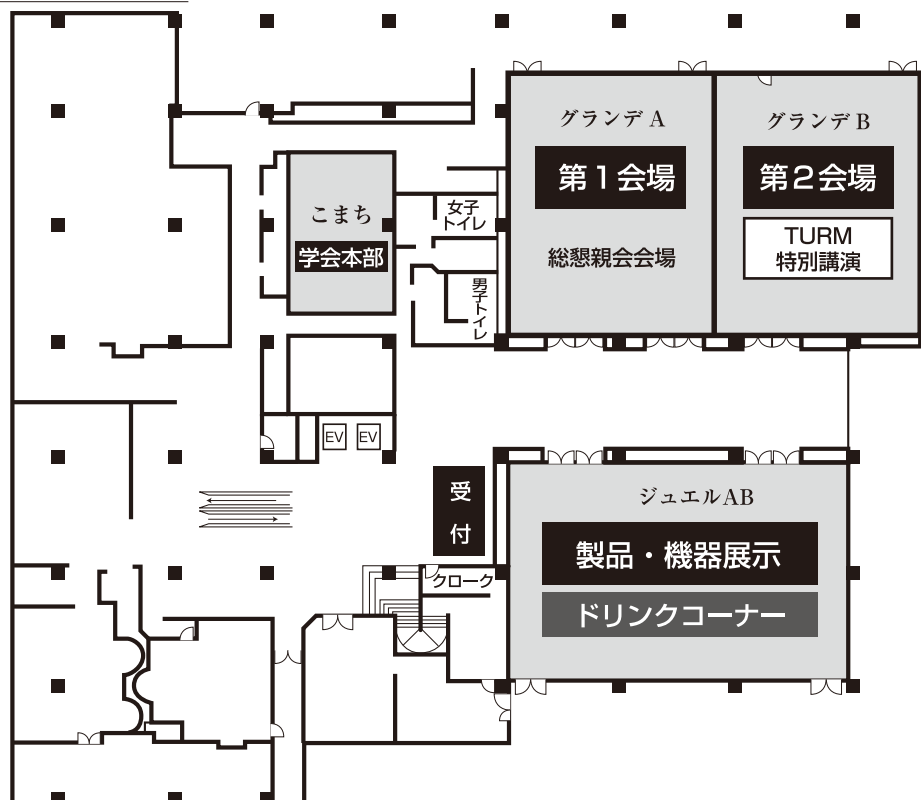
会場案内図

●ホテルメトロポリタン秋田 3階

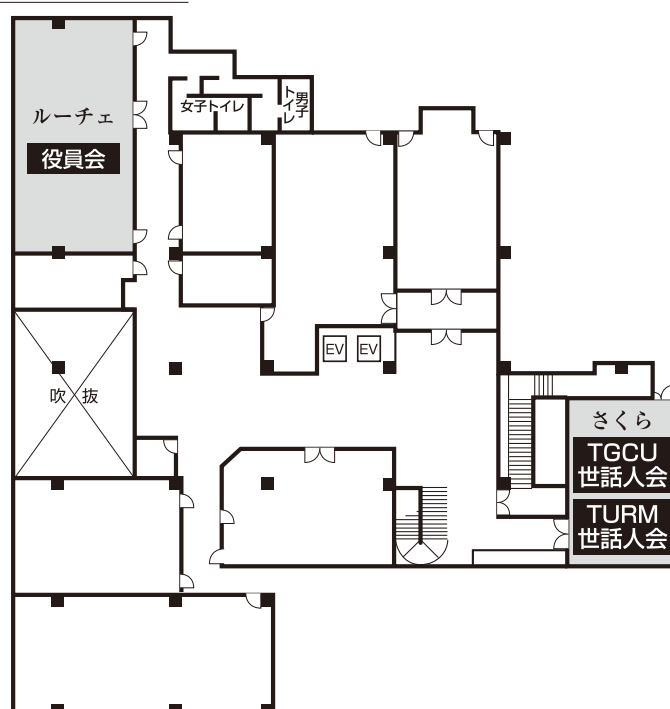
〒010-8530 秋田市中通 7-2-1

TEL 018-831-2222 FAX 018-831-2290

3F



4F



招請講演

第2日目 6月18日(日) 第1会場 13:30～14:20

Managing Maternal Mental Disorders in Pregnancy: opportunities for improving maternal, fetal and child outcomes

演者: Murdoch University

Megan Galbally

座長: 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 専攻長

兒玉 英也

特別講演

特別講演 1

第1日目 6月17日(土) 第1会場 13:20～14:10

Early developmental programming effect of maternal depression in pregnancy

演者: Murdoch University

Andrew Lewis

座長: 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 専攻長

兒玉 英也

特別講演 2

第1日目 6月17日(土) 第1会場 14:15～15:05

胎児・乳児のストレス緩和、微笑について

演者: 聖心女子大学文学部心理学科 教授

川上 清文

座長: 青森県産婦人科医会 会長

蓮尾 豊

特別講演 3

第1日目 6月17日(土) 第1会場 15:10～16:00

お産する母親の安心感とスタッフの継続的な情緒的支援が母子愛を育む ～すべての母子に「心のプロバイオティクス」を～

演者: 大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科

北島 博之

座長: 宮城県産婦人科医会 会長

和田 裕一

教育講演

教育講演 1

第1日目 6月17日(土) 第1会場 10:10～11:10

ライブセルイメージングが見せる 卵子形成、受精、初期発生の神秘

演者：近畿大学生物理工学部 准教授

山縣 一夫

座長：秋田大学産婦人科 教授

寺田 幸弘

教育講演 2

第1日目 6月17日(土) 第1会場 11:10～12:10

婦人科が関わる遺伝性腫瘍疾患(Lynch 症候群を中心に)

演者：国立がん研究センター中央病院 内視鏡科・遺伝子診療部門併任

中島 健

座長：山形大学産婦人科 教授

永瀬 智

教育講演 3 指導医講習会

第2日目 6月18日(日) 第1会場 08:55～9:55

最近話題の細菌 5 種、傾向と対策

演者：秋田大学医学部血液・腎臓・膠原病内科 病院准教授

奥山 慎

座長：弘前大学産婦人科 教授

横山 良仁

教育講演 4

第2日目 6月18日(日) 第1会場 10:00～11:00

病理診断学の新展開 ～婦人科領域を軸に～

演者：秋田大学大学院器官病態学講座 准教授

前田 大地

座長：東北医科薬科大学産婦人科 教授

渡部 洋

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

第1日目 6月17日(土) 第1会場 12:15～13:15

子宮内膜症、その謎に迫る—免疫アプローチから臨床へ—

演者：高知大学産婦人科 教授

前田 長正

座長：東北大学産婦人科 教授

八重樫 伸生

共催：持田製薬株式会社

ランチョンセミナー2

第1日目 6月17日(土) 第2会場 12:15～13:15

明日からの産科診療に役立つ超音波診断 —産婦人科診療ガイドライン産科編 2017に基づいて

演者：埼玉医科大学病院産婦人科 教授

亀井 良政

座長：福島県立医科大学産婦人科 教授

藤森 敬也

共催：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

ランチョンセミナー3

第2日目 6月18日(日) 第1会場 12:00～13:00

ベバシズマブの登場で変わった婦人科がん治療

演者：愛媛大学医学部産婦人科

松元 隆

座長：岩手医科大学産婦人科 教授

杉山 徹

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー4

第2日目 6月18日(日) 第2会場 12:00～13:00

たかが帝切、されど帝切

演者：国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 産科

谷垣 伸治

座長：秋田県産婦人科医会 会長

高橋 道

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ワークショップ

第2日目 6月18日(日) 第1会場 14:25～15:25

「東北一丸となった臨床研究体制の構築」

座長：東北大学臨床研究推進センター

高野 忠夫

東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野

井上 彰

● 肺癌領域での経験から

演者：東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野

井上 彰

● 周産期分野

演者：東北大学産婦人科

西郡 秀和

● 東北婦人科腫瘍研究会について

演者：岩手医科大学産婦人科

利部 正裕

● TURM の現況と未来

演者：秋田大学産婦人科

佐藤 亘

一般演題

第1日目 6月17日(土)

第2会場(グランデB)

第1群 (10:10～10:58)

座長：岩手医科大学産婦人科

金杉 知宣

1. 当院で経験した前置血管の2例

仙台赤十字病院

柳田 純子、藤峯 絢子、水室 裕美、太田 恭子、斎藤 美帆、
中里 浩樹、鈴木 久也、谷川原 真吾

2. 胎盤位置異常症例における画像診断による後方視的検討

秋田大学 産婦人科

今野 めぐみ、高須賀 緑、三浦 康子、三浦 広志、佐藤 朗、
寺田 幸弘

3. 当院にて5年間で経験した癒着胎盤16症例についての検討

¹ 太田西ノ内病院

小元 敬大¹、野村 泰久¹、大和田 重矢¹、田中 幹夫¹、

² 福島県立医科大学

山口 明子²

4. 帝王切開癒着部妊娠に対して子宮動脈化学塞栓術を施行した一例の経験

福島県立医科大学

植田 牧子、加茂 矩士、平岩 幹、巖 美希、鈴木 聡、山口 明子、
添田 周、藤森 敬也

5. 帝王切開癒着部妊娠の1例

大崎市民病院 産婦人科

熊谷 奈津美、齋藤 淳一、鏡 友理恵、熊谷 裕作、宮野 菊子、
岩間 憲之、松本 大樹、我妻 理重

6. 当科で経験した腹膜妊娠の1例

山形大学医学部附属病院

松川 淳、松尾 幸城、鈴木 聡子、渡邊 憲和、山谷 日鶴、
川越 淳、堤 誠司、永瀬 智

第2群 (11:00～11:56)

座長：福島県立医科大学産婦人科

経塚 標

7. 帝王切開術後に心不全となった、MD 双胎妊娠の1例

能代厚生医療センター

亀田 優里菜、木藤 正彦、柴田 悟史、松井 俊彦

8. 急性妊娠脂肪肝が疑われた尿崩症を合併した双胎妊娠の一例

秋田赤十字病院

富樫 嘉津恵、真田 広行、細谷 直子、高橋 玄德

9. 妊娠中に血中肝酵素と胆汁酸の上昇を認め、 原発性胆汁性肝硬変が疑われた症例

岩手医科大学産婦人科

羽場 徹、千田 英之、佐々木 由梨、金杉 知宜、岩動 ちず子、
小山 理恵、菊池 昭彦、杉山 徹

10. 妊娠 26 週時に未知の脳動静脈奇形破裂による脳出血を発症し、 救命することができた妊婦の一例

八戸市立市民病院産婦人科

田邊 昌平、末永 香緒里、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、
河野 順子、会田 剛史、今井 紀昭

11. 妊娠中の Crohn 病増悪に対し、インフリキシマブ投与を行った一例

市立秋田総合病院 産婦人科

岡部 基成、藤島 綾香、設楽 明宏、菅原 多恵、軽部 裕子、
福田 淳、高橋 道

12. 分娩後に全身性エリテマトーデスの診断に至った 妊娠19週 HELLP 症候群の一例

東北大学病院産婦人科

富田 美弥、齋藤 昌利、高橋 聡太、黒澤 靖大、大塩 清佳、
星合 哲郎、西郡 秀和、八重樫 伸生

13. 帝王切開術と脳神経外科手術を必要とした 下垂体腫瘍合併妊娠の 1 症例

八戸市立市民病院

高橋 新、吉田 瑤子、末永 香緒里、葛西 剛一郎、葛西 亜希子、
會田 剛史、河野 順子、今井 紀昭

第 1 会場(グランデ A)

第 3 群 (16:05 ~ 16:53)

座長：岩手医科大学産婦人科

永沢 崇幸

14. 卵巣癌に対する化学療法中にニューモシスチス肺炎を発症した一例

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

高田 めぐみ、日黒 啓予、小島 学、野村 真司、経塚 標、
添田 周、渡辺 尚文、藤森 敬也

15. 診断に難渋した結核性腹膜炎の一例

¹白河厚生総合病院 産婦人科 遠藤 雄大¹、斎藤 史子¹、古川 茂宜¹、中村 聡一¹、
²獨協医科大学産科婦人科学教室 山内 隆治¹、長谷川 清志²

16. 性器結核による重度の骨盤内、及び子宮腔内癒着を呈した一例

東北大学病院 産婦人科 久野 貴司、立花 眞仁、田中 恵子、石橋 ますみ、志賀 尚美、
渡邊 善、井原 基公、八重樫 伸生

17. 胎児性遺残構造への感染が疑われた後腹膜膿瘍の1例

坂総合病院産婦人科 萩原 達也、佐藤 孝洋、上原 知子、藤本 久美子、片平 敦子、
高津 政臣、船山 由有子

18. 当院における梅毒感染妊娠の経験

中通総合病院産婦人科 佐藤 恵、小西 祥朝、利部 徳子

19.GBS 陰性母体から出生した正期産児が GBS 髄膜炎を発症した1例

仙台市立病院 吉田 悠人、田邊 康次郎、早坂 篤、大槻 健郎

第2会場(グランデ B)

第4群 (16:05 ~ 16:53)

座長：弘前大学産婦人科 福原 理恵

20. 地方病院の腹腔鏡下手術件数から見てくるもの

～年間50件を目指して～

¹大館市立総合病院 當麻 絢子¹、田村 良介¹、水沼 慎人¹、湯澤 映¹、高橋 秀身¹、
²大曲厚生医療センター 長尾 大輔²、平川 威夫²、山本 博毅²

21. 腹腔鏡下手術における逆針での縫合結紮手技の有用性

¹大曲厚生医療センター 産婦人科 長尾 大輔¹、平川 威夫¹、山本 博毅¹、黒澤 大樹²、
²東北医科薬科大学若林病院 産婦人科 宇賀神 智久²、渡辺 正²

22.TLHにおける助手の役割～アシスト操作の具体化～

大曲厚生医療センター 産婦人科 平川 威夫、長尾 大輔、山本 博毅

23.TLHにおける2Dと3D内視鏡システムによる手術成績の比較検討

福島赤十字病院産婦人科

和田 茉莉奈、伊藤 史浩、矢澤 浩之

24. 進行卵巣癌における審査腹腔鏡の経験

東北大学病院 婦人科

徳永 英樹、島田 宗昭、永井 智之、橋本 千明、田中 恵子、
井原 基公、新倉 仁、八重樫 伸生

25. 異所性妊娠の腹腔内出血量、開腹 / 腹腔鏡手術での止血完了時間についての検討

石巻赤十字病院産婦人科

佐々木 恵、辻 圭太、仁田原 憲太、平賀 裕章、市川 さおり、
吉田 祐司

第5群 (16:55 ~ 17:35)

座長：弘前大学産婦人科

伊東 麻美

26. 超音波ガイド下ラジオ波焼灼術による無心体双胎の治療

¹ 東北大学医学系研究科先進成育医学講座

永岡 晋一^{1,2}、小堀 周作^{1,2}、室本 仁²、室月 淳^{1,2}、

² 宮城県立こども病院 産科

八重樫 伸生³

³ 東北大学 産婦人科

27. 妊婦健診時のCTG異常で発見された母児間輸血症候群の1例

岩手県立中央病院 産婦人科

土屋 繁一郎、海道 義隆、三浦 史晴、葛西 真由美、鈴木 博

28. 母児間輸血症候群の4症例

八戸市立市民病院

平賀 裕章、高橋 司、吉田 瑤子、末永 香緒里、葛西 剛一郎、
今井 紀昭

29. 当院で経験した筋緊張性ジストロフィー合併妊娠12例について

秋田大学産婦人科

三浦 広志、高須賀 緑、高橋 和江、今野 めぐみ、三浦 康子、
佐藤 朗、寺田 幸弘

30. 当院における早産症例99例とその新生児予後についての検討

八戸市立市民病院 産婦人科

高橋 司、末永 香緒里、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、
会田 剛史、今井 紀昭

第2日目 6月18日(日)

第1会場(グランデA)

第6群 (11:00～11:56)

座長：東北大学産婦人科

豊島 将文

31. 漿液性卵管上皮内癌の一例：卵管摘出・病理検索の必要性¹平鹿総合病院 ²秋田赤十字病院畠山 佑子¹、小原 幹隆¹、齊藤 昌宏¹、高橋 玄德²、佐藤 直樹³、³秋田大学医学部附属病院田村 大輔³、清水 大³、寺田 幸弘³**32. 卵巣明細胞癌に対する Aurora kinase A を標的とした
新規治療法の開発**

岩手医科大学

千葉 洋平、佐藤 誠也、板持 広明、千葉 淳美、吉野 直人、

村木 靖、菅井 有、杉山 徹

33. 松果体への孤発性脳転移を来した再発卵巣漿液性癌の一例¹岩手医科大学 産婦人科学講座菅 安寿子¹、深川 大輔^{1,2}、永沢 崇幸¹、利部 正裕¹、石田 和之²、²岩手医科大学 病理診断学講座板持 広明¹、菅井 有²、杉山 徹¹**34. 術後早期にリンパ節転移を来した
子宮体部神経内分泌性小細胞癌の一症例**

秋田厚生医療センター

藤嶋 明子、吉岡 知己、木戸 直子、谷川 秀郎、齋藤 寛

35. 子宮体癌からの皮膚転移の一例¹国立病院機構弘前病院松村 由紀子¹、淵之上 康平¹、田中 加奈子¹、阿部 和弘¹、²つがる総合病院谷口 綾亮²、丹藤 伴江¹**36. Bevacizumab 使用中に小腸穿孔を認め、開腹修復術を要した
再発卵巣癌の一例**

弘前大学

田中 誠悟、二神 真行、飯野 香理、山内 愛紗、横山 良仁

**37. 子宮体癌術後続発性左下肢リンパ浮腫の治療を
中断した症例からの検討**

石巻赤十字病院プレストセンター

阿部 千代子、辻 和子、古田 昭彦

第2会場(グランデB)

第7群 (8:30～9:10)

座長：中通総合病院産婦人科

利部 徳子

38. 肥満妊婦の周産期予後：肥満度による合併症リスクの比較

石巻赤十字病院

仁田原 憲太、佐々木 恵、遠藤 俊、田上 可桜、市川 さおり、
辻 圭太、目時 弘仁、吉田 祐司

39. 分娩の経過に影響を与えた子宮筋腫合併妊娠の2症例

¹ 国立病院機構弘前病院産婦人科、淵之上 康平¹、松村 由紀子¹、田中 加奈子¹、阿部 和弘¹、² 国立病院機構弘前病院放射線科、丹藤 伴江¹、佐々木 幸雄²、八木橋 法登³³ 国立病院機構弘前病院研究検査科

40. 当院における精神疾患合併妊娠に対する産後の支援に関する検討

山形大学

杉山 晶子、渡邊 憲和、深瀬 実加、小幡 美由紀、堤 誠司、
永瀬 智

41. 当院における特定妊婦の現状と検討

岩手医科大学

小山 理恵、岩動 ちず子、佐々木 由梨、千田 英之、千葉 淳美、
杉山 徹42. 精神的、社会的ハイリスク妊婦症例を通じた
周産期メンタルヘルスについての考察

弘前大学医学部附属病院 産婦人科

小山 文望恵、熊坂 諒大、重藤 龍比古、田中 幹二、
横山 良仁

第8群 (9:12～10:00)

座長：東北大学産婦人科

星合 哲郎

43. 当院で経験した腎移植後妊娠症例～経時的モニタリングによる
児への免疫抑制剤移行の検討～¹ 秋田大学医学部附属病院 産婦人科三浦 康子¹、高須賀 緑¹、吉川 諒子¹、今野 めぐみ¹、² 秋田大学医学部附属病院 腎疾患先端医療センター三浦 広志¹、佐藤 朗¹、寺田 幸弘¹、藤山 信弘²

44. 胎児心不全をきたした母体甲状腺機能亢進症

山形県立中央病院 産婦人科

齋藤 彩、齋藤 彰治、小篠 隆広、阿部 祐也

45. 胎児期に臍帯嚢胞を指摘され、嚢胞破裂後に胎児機能不全を来した尿膜管開存症の1例

山形大学

佐藤 藍、深瀬 実加、渡辺 憲和、杉山 晶子、小幡 美由紀、堤 誠司、永瀬 智

46. 胎児超音波検査にて動脈管早期収縮と診断された1例

岩手医科大学医学部産婦人科学教室

三浦 雄吉、羽場 巖、佐々木 由梨、金杉 知宣、岩動 ちず子、小山 理恵、菊池 昭彦、杉山 徹

47. 妊娠後期のレイボスティー摂取による胎児動脈管早期収縮が推定された一例

東北大学病院 周産母子センター

宮副 美奈子、濱田 裕貴、田中 宏典、只川 真理、星合 哲郎、斎藤 昌利、西郡 秀和、八重樫 伸生

48. 肝腫大を契機に発見された胎内発症のTAMの1例

¹ 国立病院機構 福島病院 産婦人科加茂 矩士¹、安田 俊¹、植田 牧子²、平岩 幹²、巖 美希²、² 福島県立医科大学 産科婦人科学講座鈴木 聡²、山口 明子²、藤森 敬也²

第9群 (10:02 ~ 10:50)

座長：福島県立医科大学産婦人科

山口 明子

49. 卵管から発生した成熟奇形腫の1例

大崎市民病院 産婦人科

白井 友梨、齋藤 淳一、鏡 友理絵 宮野 菊子、熊谷 祐作、岩間 憲之、松本 大樹、我妻 理重

50. 若年者に発症した卵巢成熟嚢胞奇形腫悪性転化の3例

山形大学

鈴木 百合子、清野 学、榊 宏論、須藤 毅、太田 剛、永瀬 智

51. 妊娠中に良悪性の鑑別に苦慮した内膜症性嚢胞の3症例の検討

仙台医療センター 産婦人科

佐藤 友里恵、吉永 浩介、石垣 展子、松浦 類、柏館 直子、横山 絵美、宮原 周子、武山 陽一

52. 巨大卵巢腫瘍に合併した深部静脈血栓症の診断に術中超音波検査が有用であった一例

市立秋田総合病院 産婦人科

藤島 綾香、岡部 基成、設楽 明宏、菅原 多恵、軽部 裕子、福田 淳、高橋 道

53. 当院におけるロキタンスキー症候群に対する 低侵襲造腔術 (Vecchietti 法) の導入

東北大学病院 産婦人科

田中 恵子、立花 眞仁、久野 貴司、石橋 ますみ、志賀 尚美、
渡辺 善、新倉 仁、八重樫 伸生

54. 当院における TVM 手術導入 5 年間の臨床的検討

南相馬市立総合病院 産婦人科

安部 宏

第 10 群 (10:52 ~ 11:48)

座長：山形大学産婦人科

松尾 幸城

55. 子宮腺筋症融解術 (TCMAM) 併用マイクロ波子宮内膜アブレーション (MEA) による過多月経を伴う子宮腺筋症に対する治療

山王レディースクリニック

津田 晃

56. 当院での子宮筋腫に対する UAE 治療成績の検討

¹ 会津中央病院産婦人科

滝口 薫¹、菊池 賢²、嶋原 武志²、高梨子 篤浩¹、飯澤 禎之¹、

² 会津中央病院放射線画像診断科

武市 和之¹

57. 子宮鏡下に支持鉗子を用いて搬出に成功した IUD 抜去困難の 2 症例

東北医科薬科大学若林病院

黒澤 大樹、渡辺 正、宇賀神 智久、長尾 大輔、喜多川 亮、
中西 透、深谷 孝夫、渡部 洋

58. 子宮内膜ポリープの発生部位が妊娠に与える影響についての検討

岩手医科大学産婦人科

尾上 洋樹、竹下 真妃、熊谷 仁、杉山 徹

59. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に発生し腸管合併切除を要した parasitic myoma の 1 例

弘前大学医学部附属病院 産科婦人科

大石 舞香、福原 理恵、三浦 理絵、船水 文乃、飯野 香理、
重藤 龍比古、二神 真行、横山 良仁

60. 子宮内膜異型増殖症の診断でTLH施行後、 子宮内膜癌と診断された1例

岩手医科大学産婦人科

尾上 洋樹、小見 英夫、深川 智之、菅 安寿子、永沢 崇幸、
利部 正裕、熊谷 仁、杉山 徹

61. 高濃度乳腺と子宮内膜厚との関連

¹一般財団法人医療と育成のための研究所清明会鳴海病院健康管理センター

大橋 正俊¹、

²国立大学法人弘前大学医学部附属病院産婦人科

二神 真行²、横山 良仁²、

³一般財団法人医療と育成のための研究所清明会鳴海病院

淀野 啓³

招 請 講 演

特 別 講 演

教 育 講 演

座長：兒玉 英也（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 専攻長）

Managing Maternal Mental Disorders in Pregnancy: opportunities for improving maternal, fetal and child outcomes

演者：Megan Galbally (Murdoch University)

This talk will outline the current recommendations for managing maternal mental disorders in pregnancy. This will be considered in the context of research findings that examine both maternal but also fetal outcomes in relation to treatments for maternal mental disorders.

With the recognition of the importance of antenatal mental health for maternal and fetal outcomes there has followed an emphasis on the importance of adequate treatment of mental health in pregnancy. For some women treatment is predominantly psychological therapy but for others this may include the maintenance or commencement of psychotropic medications. (e.g. antidepressants) The increased understanding by clinicians of the importance of maternal mental health may explain the significant rise in rates of use of these agents in pregnancy including rises in antidepressant rates in pregnancy across Australia, USA, Canada and the Netherlands. As rates of use of these agents in pregnancy increase it makes understanding the risks and benefits of these agents for women and offspring important information for all clinicians managing women in pregnancy. This includes obstetric and midwifery management of women with mental disorders.

This talk will give an overview of a range of key mental disorders and their management in pregnancy including depression and anxiety, psychotic disorders, bipolar disorder and postpartum psychosis. An overview will be provided of the risks of these disorders in pregnancy, treatments including medication and also supporting the mother infant relationship. An outline will be given of models of antenatal care being developed in Australia for women with serious mental disorders in collaboration with obstetrics and midwives. In addition, there will be discussion of a model of postpartum inpatient care: mother-baby units, where mothers and babies are managed together while women received treatment for their mental health. This model was first developed in the U.K but now available in France, Netherlands, USA and Australia. Finally, there will be a discussion of future directions for both research and clinical practice to ensure there is an ongoing focus on both maternal and fetal wellbeing in managing women with mental disorders.

Megan Galbally (Murdoch University)

Professor Megan Galbally is a Consultant Psychiatrist and Foundation Chair in Perinatal Psychiatry an appointment across Murdoch University, University of Notre Dame and Fiona Stanley Hospital. Megan is a board member of the International Marce Society and Section Chair of the Perinatal and Infant Psychiatry Section within Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Megan currently heads the development of perinatal mental services at Fiona Stanley Hospital including the newest Mother-Baby Unit in Australia. Megan is the Chief Investigator of two longitudinal, prospective studies examining the effects of maternal depression and antidepressant treatment on child developmental outcomes. Megan has also developed specific services in perinatal mental health including an Antenatal clinic for Women with Schizophrenia and Bipolar at Mercy Hospital for Women. Megan is Editor of “Psychopharmacology and Pregnancy - Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines” published by Springer in 2014.

座長：兒玉 英也（秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻 専攻長）

Early developmental programming effect of maternal depression in pregnancy

演者：Andrew Lewis (Murdoch University)

Studies of the course of depression show a sharp rise in prevalence over adolescence and a pervasive influence over the adult life course with those showing vulnerability often subject to repeated depressive episodes coinciding with major life events or psychosocial challenge. Females show higher vulnerability to depression in most studies and pregnancy and early parenting are periods of high vulnerability associated with the additional stressors of child bearing and this period of major life transition. There is a substantial weight of good quality evidence showing that maternal depression in the perinatal period is a substantive influence on child development. However the effects of severity, course and the timing of exposure require further examination and teasing apart the impact of antenatal and postnatal depression requires carefully designed studies. Above and beyond a purely genetic inheritance, pregnancy may well be a critical period in which effects of maternal depression are transmitted to offspring, influencing the course of child development and possibly inducing vulnerability in turn to future mental health problems. Here we report our recent findings from a large pregnancy cohort study, MPEWS, conducted in Melbourne, Australia, and we focus on vascular, growth, epigenetic and endocrine factors in fetal development associated with maternal depression in pregnancy. We compare our findings to others to draw conclusions about the likely mechanisms whereby maternal depression in pregnancy influences early childhood development.

Andrew Lewis (Murdoch University)

Andrew Lewis is a Clinical Psychologist and an Associate Professor in the School of Psychology and Exercise Science at Murdoch University. He is the Director of the Clinical Psychology Program at Murdoch. In 2001 he completed a Ph.D in the School of Psychology, Psychological Medicine and Psychiatry at Monash University. From 2007 to 2015 he was a Research Academic in Clinical Psychology based at Deakin University. Andrew has over two decades of clinical experience and has worked clinically at the Royal Childrens Hospital and the Centre for Young People' s Mental Health (now Orygen Youth Health) in perinatal, child and adolescent mental health. Andrew has published over 100 refereed journal publications and contributed over 20 book chapters. He is an editor of two books: *Integrative Assessment in Clinical Psychology* (Australian Academic Press, 2011) and *Psychopharmacology and Pregnancy: Treatment Efficacy, Risks, and Guidelines* (Springer, 2014). He has been awarded research funding from the NMHRC, ARC and Beyond Blue. He has published on developmental aspects of depressive and psychotic disorders as well as perinatal and adolescent mental health. He has also undertaken clinical research developing and evaluating parenting and family based interventions by designing cohort studies and running clinical trials. Andrew has a strong interest in the interface between biological systems and the psycho-social environment as early determinants of mental disorders.

座長：蓮尾 豊（青森県産婦人科医会 会長）

胎児・乳児のストレス緩和、微笑について

演者：川上 清文（聖心女子大学文学部心理学科 教授）

私たちが行ってきた、乳児のストレス緩和に関する研究と胎児・乳児の微笑に関する研究について報告する（文献に関しては別紙の川上略歴参照）。

1. ストレス緩和

発表者は、米国において、乳児が予防注射を受ける場面の日米比較研究を行った。日本人の乳児は米国人の乳児に比べ、泣かないがストレス・ホルモンの分泌が多いという結果であった。この研究に基づき、日本で新生児の採血場面で様々な刺激を呈示する実験を試みた。呈示したのは音刺激、匂い刺激、触刺激であったが、最も有効なのが音刺激（特にホワイトノイズ）で、泣きもストレス・ホルモンも有意に減少した。結果の考察として、注意が痛みではないものに向くためではないか、というアテンション仮説を呈示している。イギリスの小児病院などで実践されている注射時のストレス緩和法と通じるものである。

2. 胎児・乳児の微笑（進化の観点も含めて）

レム睡眠時に表れる自発的微笑は、新生児期のヒトにしか観察されないとされてきた。私たちはニホンザルの新生児にも、それが見られることを明らかにした。ヒトの胎児の自発的微笑のデータも示した。さらにヒトの 1 歳児にも観察されることを実証した。

従来、微笑と笑いの定義は明確ではない。私たちは微笑に発声が伴えば、笑いと定義した。自発的微笑が生後すぐに見られた。また継続時間は自発的微笑よりも自発的笑いの方が長かった。ヒトは生後 4 か月ころから笑うという定説は誤りであり、微笑と笑いは始めから異なるといえる。

チンパンジーは進化的にみて私たちに極めて近いが、そのチンパンジーも子どもをあやす時、あまり笑わないことがわかった。ヒトは微笑や笑いを発達させた地球上で稀な存在なのである。

謝辞

私たちの研究は多くの子どもたちとその両親、病院や保育現場の方々のご協力のおかげで成り立っている。心から感謝したい。また内外の共同研究者にもお礼を申し上げたい。特に Michael Lewis、Doug Ramsay、矢内原巧、清水幸子、鈴木真、岡井崇、友永雅己、鈴木樹理の各氏に。今回発表の機会を下さった兒玉英也教授には学問分野の壁を越えての学恩に感謝申し上げる。また、今学会のために様々な形でお力添え下さっている方々にも、謝意を表したい。

発表者：川上清文（かわかみ・きよぶみ）

1979年3月 慶應義塾大学大学院社会学研究科博士課程教育学専攻満期退学

1987年2月 教育学博士（慶應義塾大学）

1997年4月 聖心女子大学文学部教授（至・現在）

共同研究者：川上文人（かわかみ・ふみと）

2011年12月 東京工業大学大学院社会理工学研究科価値システム専攻博士後期課程修了（博士（学術））

2016年12月 京都大学野生動物研究センター特定助教（至・現在）

共同研究者：高井清子（たかい・きよこ）

1976年3月 日本女子大学大学院家政学研究科児童学専攻修士課程修了

1996年6月 博士（医学、昭和大学）

2016年4月 日本女子大学名誉教授（至・現在）

今回の発表に関する主な文献**乳児のストレス緩和について**

- ・川上清文、高井一川上清子(2003) 乳児のストレス緩和仮説 川島書店
- ・川上清文、高井清子、清水幸子、矢内原巧（1998）母親の心音で赤ちゃんは安心するか 日経サイエンス ,4,72-78
- ・Kawakami,K. et al.(1996) The effect of sounds on newborn infants under stress. Infant Behavior & Development,19,375-379.
- ・Kawakami,K. et al.(1997) The effect of odors on human newborn infants under stress. Infant Behavior & Development,20,531-535.

微笑、笑いについて

- ・川上清文、高井清子、川上文人(2012) ヒトはなぜほほえむのか 新曜社
- ・川上文人（2014）笑顔の進化と発達 往住彰文（監）村井源（編）量から質に迫る 新曜社、Pp.177-199
- ・高井清子（2005）自発的微笑・自発的笑いの発達：生後6日目～6か月までの事例を通して 日本周産期・新生児医学会雑誌 ,41,552-556.
- ・川上文人ほか（2015）チンパンジーに学ぶヒトの笑顔の意味 科学 ,85,606-607.
- ・Kawakami,K. et al.(2006) Origins of smile and laughter: A preliminary study. Early Human Development,82,61-66.
- ・Kawakami,F. et al.(2017) The first smile: Spontaneous smiles in newborn Japanese macaques (Macaca fuscata). Primates,58,93-101.

座長：和田 裕一（宮城県産婦人科医会 会長）

お産する母親の安心感とスタッフの継続的な情緒的支援が母子愛を育む ～すべての母子に「心のプロバイオティクス」を～

演者：北島 博之（大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科）

周産期医療に携わる中で、母子から多くのことを教わってきた。その一つは、生まれて最初に定着した菌は、生涯に亘りその人の健康に多くの影響を与えるということ。「腸内フローラのバランスを改善することにより人に有益な作用をもたらす微生物」は「プロバイオティクス」と定義され、「善玉菌」とも呼ばれる。産道を通る時に母から赤ちゃんに渡された「善玉菌」ビフィズス菌は、成人になってもその子の身体に有益な影響を与え続ける（“probiotics”は、ラテン語 pro (for) とギリシャ語 biotikos (life) の意味で「命のため」に、私たちの健康のために重要な作用をするという意味です）。

私はこれと同じことが母子の心にも起こっていると考える。産む最中に、母の心にも善玉菌の種をまくことができれば、その後の母の「母としての自己肯定感」に有益な影響を与え続ける。ここでいう善玉菌は、微生物ではなく、周囲の支援者による「母親がするような温かい心遣い」を指す。今まで感じたことのないほどの強い痛みとそれがいつ終わるか分からない不安の中、「もうだめ」と弱音を吐いてしまった時に、「お母さんになるんでしょ! しっかりしなさい!」と介助者に叱咤されたら、「自分は母として失格なんだ」と思い、自己肯定感が低くなる。「痛いよね、辛いよね。」と共感が示され、背中や手をさすり「大丈夫だよ、私がいるよ。」と安心感を与えてくれる介助者がずっとついていてくれて、弱い自分もありのまま受け容れてもらえたら、自分の限界以上の力を出すことができ、自己達成感と肯定感が高まる。これこそが「母親がするような温かい心遣い」であり、「エモーショナル・サポート（情緒的支援）」の効果である。これによって母にもたらされた「母としての自己肯定感」は、今度は赤ちゃんの心の善玉菌となり、その子が成人しても良い影響を与え続ける。母が持つ自己肯定感を傍らにいる赤ちゃんはしっかり感じとり、強い自己を持つ子になる。母が自己肯定感を持たずに不安に苛まれていたら、赤ちゃんはそれを感じとって不安になり、その不安が成人期まで続く。

「心のプロバイオティクス」の効果を可視化し実証するためには、周産期医療に関わる多くの人による母子の心の動きの追体験と、長期間に亘る観察研究の2つが必要である。お産に継続的に付き添い、「母親がするような温かい心遣い」で支援することで、母の気持ちを理解することができる。そんな母の強い達成感や肯定感を感じとる赤ちゃんを長期間観察することで見への効果が実証される。例えばフィンランドの6000人の母子を妊娠中から18年間フォローした研究で、「貴方がいることが嬉しい」と伝えられた子どもが一番しっかりと育っていた、という結果が得られつつある。

日本でも母子の心の動きを追体験するような実習と、「心のプロバイオティクス」の効果を確認するための研究を発展させよう。これによって母子関係が更に良くなり、母子共に自信が付き、そしてその子達が大きくなって作る世の中がさらに良くなることを願って。

北島 博之 (きたじま ひろゆき) 昭和26年8月31日生まれ

大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科主任部長

昭和51年3月 大阪大学医学部卒業

昭和51年4月 淀川キリスト教病院レジデント

昭和52年4月 大阪大学医学部病理系博士課程入学 専攻：細菌学

昭和56年4月 大阪大学医学部付属病院シニア非常勤講師

昭和56年11月 大阪府立母子保健総合医療センター 周産期第2部（新生児科）医員

平成12年4月 大阪府立母子保健総合医療センター 新生児科主任部長

平成19年4月 大阪大学医学部臨床教授

平成20年2月 未熟児新生児学会 理事

平成24年7月 周産期・新生児医学会 監事

平成28年12月 新生児成育医学会 監事 現在に至る

主な論文

- 1) Kitajima H, Hirano S: Safety of Bifidobacterium breve (BBG-01) in preterm infants Pediatrics International. Version of Record online : 17 NOV 2016, DOI: 10.1111/ped.13123
- 2) Kitajima H, Kanazawa T, et al: Long-term alpha-Tocopherol supplements may improve mental development in extremely low birth weight infants. Acta Paediatrica 2015 104(2);e82-e89.
- 3) 北島博之. 全国の総合病院における産科混合病棟と母子同室の状況について. 日本周産期・新生児医学会雑誌 2012,48 巻 :661-8.
- 4) 北島博之. わが国の多くの総合病院における産科混合病棟と MRSA による新生児院内感染との関係 環境感染誌 2008 23 : 129-134.
- 5) Namba F, Kitajima H et al: Anti-annexin A2 IgM antibody in preterm infants: its association with chorioamnionitis. Pediatr Res. 2006 60:699-704.
- 6) 北島博之, 近藤 乾, 志賀清悟, 他: 新生児集中治療室 (NICU) における院内感染対策サーベイランス項目の検討 日本未熟児新生児学会雑誌 2005 17 : 89-97.
- 7) Kitajima H: Prevention of methicillin-resistant Staphylococcus aureus infections in neonates. Pediatrics International, 2003 45:238-45.
- 8) Kitajima H, Ida S, Fujimura M: Daily bowel movements and Escherichia coli O157 infection. Arch Dis Child 2002 87:337-338.
- 9) Kitajima H, Sumida Y et al. Early administration of Bifidobacterium breve to preterm infants: randomised controlled trial. Arch Dis Child, 1997 76:F101-107.
- 10) Kitajima H, Fujimura M et al. Effect of amnionitis on the complement system of preterm infants. Early Hum Dev, 1990 21:59-69.
- 11) 北島博之, 竹内 徹, 知識千佳子, 他. 大腸菌 K1 株による新生児 敗血症・髄膜炎, 新生児誌, 1987 23:317-326.
- 12) 北島博之, 大腸菌 K1 抗原の性状について, 大阪大学医学雑誌, 1981 32:95-100.

座長：寺田 幸弘(秋田大学産婦人科 教授)

ライブセルイメージングが見せる 卵子形成、受精、初期発生の神秘

演者：山縣 一夫 (近畿大学生物理工学部 准教授)

国立社会保障・人口問題研究所の調査によると、日本において 2015 年時点で不妊に悩み、実際に何らかの治療を受けている夫婦は 5.5 組に 1 組にのぼる(「第 15 回出生動向基本調査(結婚と出産に関する全国調査)」。一方、生殖補助医療技術が進歩しているにも関わらずその成功率は 20% 前後であり、むしろ近年は減少傾向にある(日本産科婦人科学会「倫理委員会・登録・調査小委員会報告」)。その主たる原因として、母体の高齢化や外的環境ストレスによる卵子の質の低下が想定されている。つまり、妊娠率を向上させるためには卵子を保存する、維持するという対策に加え、より積極的に改善する、育てる、作るという技術開発が考えられる。いずれの方法論を検討するにしても、卵子や得られた胚の質の実体を科学的知見によって理解し、正確かつ定量的に評価する手立てが重要になるであろう。

我々は、胚にダメージを与えずにさまざまな現象を3次元的に継時観察できるライブセルイメージング技術を開発し、胚の評価につなげることを目的として研究を行っている。これまでに、顕微鏡システムや蛍光プローブの開発、画像解析技術に基づいた定量化法の確立などを行ってきた。さらに最近では、マウス胚のみならず、ウサギ、ウシ、ヒト胚を用いた検討や、卵胞培養中の卵子形成や成熟過程のライブセルイメージングを行っている。合わせて、得られた顕微鏡画像をもとにさまざまな画像処理技術を用いて受精卵を3Dプリンターで造形化する試みを行っている。本講演では、これまで行ってきた取り組みについて改めてレビューするのに加えて、最近のトピックスについてムービーを多数お見せしながらアラカルト的に紹介したい。

山縣 一夫

平成 12 年 博士（農学）（筑波大学）取得

平成 12 年 日本学術振興会特別研究員（筑波大学応用生物化学系）

平成 13 年 日本学術振興会特別研究員（大阪大学遺伝情報実験センター）

平成 15 年 筑波大学 生命環境科学研究科 講師

平成 19 年 理化学研究所 発生・再生科学総合研究センター 研究員

平成 23 年 大阪大学 微生物病研究所 特任准教授

平成 27 年 近畿大学 生物理工学部 准教授

座長：永瀬 智(山形大学産婦人科 教授)

婦人科が関わる遺伝性腫瘍疾患(Lynch 症候群を中心に)

演者：中島 健(国立がん研究センター中央病院 内視鏡科・遺伝子診療部門併任)

リンチ症候群は遺伝性大腸癌の一つであり、大腸癌のみならず子宮内膜癌、胃癌等の浸透率が高い疾患である。生殖細胞系列でのミスマッチ修復(Mismatch repair: MMR) 遺伝子変異が原因で、常染色体優性遺伝形式をとる。2012 年に大腸癌研究会家族性大腸癌委員会より「遺伝性大腸癌診療ガイドライン(以下 GL)」が刊行され、臨床的な対応法が明示された。2016 年秋に改訂されたが、本 GL では大腸癌罹患患者に対して、遺伝カウンセリングをもとに家族歴を基づいた拾い上げ基準(改訂ベセスダ基準等)を満たした場合(第一次スクリーニング)にマイクロサテライト不安定性(MSI)検査または MMR 蛋白質の IHC 検査(第二次スクリーニング)の実施を、そして、陽性所見を認めた場合に MMR 遺伝子の遺伝学的検査(確定診断)が推奨されている。また一方で、欧米の GL では家族歴に頼らず広く大腸癌患者を拾い上げる方法(Universal tumor screening: UTS)の有用性も示されている。当院では 2013 年より研究にて、2016 年より診療にて 70 歳未満の大腸癌患者に限定して UTS を実施してきた。また本 GL では婦人科癌に対する対応として、クリニカルクエスチョン(CQ)19 を設定されており、「子宮内膜癌・卵巣癌に対するサーベイランス法は確立されていない。子宮内膜癌では子宮内膜細胞診または子宮内膜組織診、および経膈超音波断層法を行うことが専門家により提案されている。(推奨カテゴリー:C)」と掲載されている。また「卵巣癌ではリスク低減手術が現時点でもっとも効果が高い一次予防法である。」と記載があるが、リンチ症候群と同様に卵巣癌を発症する遺伝性乳癌卵巣癌(hereditary breast and ovarian cancer: HBOC)症候群においては本邦でも自費診療の形式で実施可能であるが、リンチ症候群の患者に対する予防的な子宮全摘出術と両側付属器摘出術は未実施であるのが現状である。

「また大腸癌発症者においては大腸癌の手術時に子宮・卵巣を同時に摘出するというオプションを示すことができる。」とあるが、発端者におけるリンチ症候群の診断は大腸癌術後であることがほとんどであり、現実的には実施が困難な現状である。本講演では、GL の確認後、当院の症例も呈示し、御参加の婦人科腫瘍専門医の先生方と今後の方向性についても討議したい。

中島 健（なかじま たけし）

平成 9 年 横浜市立大学医学部卒業, 横浜市立大学医学部附属病院研修医
平成 11 年 4 月 横浜市立大学第二内科入局
平成 11 年 6 月 横須賀北部共済病院 第一内科
平成 13 年 6 月 国立がんセンター中央病院 レジデント
平成 16 年 6 月 同内視鏡部チーフレジデント
平成 18 年 4 月 国立がんセンター研究所 発がん研究部リサーチレジデント
平成 19 年 6 月 国立がんセンター中央病院 内視鏡部 医員
平成 25 年 2 月 遺伝相談外来担当（併任）
平成 27 年 4 月 内視鏡科 外来医長
平成 27 年 11 月 遺伝子診療部門設立に伴い併任
平成 29 年 4 月 日本研究開発法人 日本医療開発機構（AMED）へ出向

所属学会

日本内科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会、日本消化管学会、日本癌学会、日本家族性腫瘍学会、日本大腸肛門病学会、日本人類遺伝学会

資格

平成 9 年 医師免許取得
平成 13 年 日本内科学会認定医
平成 18 年 日本消化器内視鏡学会認定医
(平成 22 年関東支部会評議員、平成 27 年 学術評議員、平成 27 年 指導医)、
平成 19 年 日本消化器病学会認定医
平成 24 年 日本家族性腫瘍学会 評議員
平成 27 年 日本家族性腫瘍学会 家族性腫瘍コーディネーター
平成 28 年 日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医

賞罰

平成 19 年 3 月 日本胃癌学会 西記念賞 (名古屋)
平成 23 年 5 月 日本消化器病学会奨励賞 (新宿)
平成 23 年 10 月 欧州消化器病学会週間 Top Abstract Prize

その他

平成 27 年 日本家族性腫瘍学会・第 18 回前期家族性腫瘍セミナー実行委員長

座長：横山 良仁(弘前大学産婦人科 教授)

最近話題の細菌 5 種、傾向と対策

演者：奥山 慎(秋田大学医学部血液・腎臓・膠原病内科 病院准教授)

どの病院でも耐性菌が検出されるのが当たり前の時代である。そんな中でも話題に事欠かない耐性菌が 5 種類ある。メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)、多剤耐性緑膿菌(MDRP)、ESBL 産生菌、多剤耐性アシネトバクター(MDRA)、そしてカルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)である。

MRSA はかつての寝たきり老人や施設由来のものだけではなく、市中型 MRSA(CA-MRSA) が増えてきた。健康なスポーツマンが CA-MRSA を保菌し、皮膚の接触で感染する。中学高校の部活動で注意しなければならない時代は近い。さらに家畜由来の MRSA も無視できなくなっている。

緑膿菌は湿気を好む。スーパーで販売されている瑞々しい野菜にも一定の確率で付いている。そして、抗菌薬が長期投与されると自分一人の力で耐性を獲得できる。多剤耐性緑膿菌は、カルバペネム、アミノグリコシド、ニューキノロンの 3 種類に耐性を獲得した緑膿菌であるが、2 種類に耐性になったら要注意である。

ESBL はカルバペネム抗菌薬しか効かなくなる困った「能力」である。そして、ESBL 産生菌が別の菌と接触すると、ESBL 能力が菌種を超えて移行する。この ESBL 産生菌はここ数年で東北地方でもかなり増えている。増えている原因は人間のみならず家畜にもある。

アシネトバクターは温度にも乾燥にも強い菌である。通常のアシネトバクターはたいいていの抗菌薬が効いてくれるが、最近が多剤耐性アシネトバクター(MDRA)も散見する。MDRA は抗菌薬が効かないばかりか、壁やカーテン、医療従事者、医療機器に付くとなかなか消えない。

カルバペネム耐性腸内細菌科細菌(CRE)はアメリカで「悪夢の耐性菌」と呼ばれた。現時点で CRE に対する有効な治療は存在しない。さらに、CRE は一見するとイミペネム(チエナム®)感性に見えることがあり、気付かずにいると院内感染が拡大する。

これら 5 種類の「お騒がせな」菌について、特徴と傾向と対策について述べる。

略 歴

奥山 慎 (おくやま しん)

出身 秋田県潟上市

学歴

1998年3月 秋田大学医学部卒業

2005年3月 秋田大学大学院医学課程卒業, 医学博士

職歴

1998年5月 秋田大学医学部附属病院第三内科研修医

2006年12月 同院助手

2007年4月 由利組合総合病院内科

2009年1月 秋田大学医学部附属病院助教

2013年11月 秋田大学医学部附属病院・腎疾患先端医療センター特任准教授

2014年4月 秋田大学医学部附属病院・感染制御部副部長 (兼任)

2017年4月 秋田大学医学部 血液・腎臓・膠原病内科 病院准教授

現在に至る

所属学会

日本内科学会 (総合内科専門医, 指導医)

日本腎臓学会 (腎臓専門医, 指導医, 評議員)

日本リウマチ学会 (リウマチ専門医)

日本感染症学会 (感染症専門医, 指導医, ICD [感染制御医師])

日本高血圧学会

日本化学療法学会

日本腎移植学会

座長：渡部 洋(東北医科薬科大学産婦人科 教授)

病理診断学の新展開 ～婦人科領域を軸に～

演者：前田 大地(秋田大学大学院器官病態学講座 准教授)

病理学研究のトレンドを紐解くと電顕全盛期から免疫組織化学全盛期を経て、現在はゲノム全盛期にあると言えよう。病理診断の現場において HE 染色ベースの形態観察が根幹である状況は揺らがないものの、次世代シーケンサーによる研究成果を含め、様々な腫瘍の背景遺伝子異常が明らかになってきた過程で、ゲノムデータを反映した病理診断を下すニーズが高まりつつある。

本講演では、まず卵巣腫瘍、子宮腫瘍の遺伝子異常について概説する。特に次世代シーケンサー導入後に得られた知見、組織亜型分類の変遷に影響を与えた知見に重きを置く。その上で、「婦人科腫瘍の病理診断に役立つゲノムデータは何なのか」という点について論を進める。プラクティカルな面からは、免疫染色で評価可能な遺伝子異常、ホルマリン固定検体からでも解析可能な遺伝子異常、凍結組織がないと検出不能な遺伝子異常の区別に言及する。最終的には「婦人科腫瘍の領域において、病理医・臨床医はどこまでゲノム異常を探すべきなのか」という難しい議論にも踏み込みたいと考えている。

さて、我々病理医は過去約 150 年間にわたって連綿と「ホルマリン固定標本を薄切し、HE 染色を施した上で、人間の眼で観察する」アプローチを取り続けてきた。実際のところ、病理診断のトレーニングというのは、いまだに 2 次元 × 2 色の世界で蓄積された知見を人間から人間へと伝承する（先輩が「これが癌だよ」と教えてくれた組織形態が後輩の中でも「癌」となる）様式で行われている。しかし、未来永劫このようなアナログな方法が取り続けられるだろうか？現状の病理診断の限界とは何なのか？古典的な病理診断法にとってかわるような革新的な技術は生まれているのか？ゲノミクスは当然その一つの候補だが、他にも質量分析法の応用、組織透明化による三次元再構築、人工知能による画像解析など、多様なアプローチが考案されてきている。本講演の後半では、これらの新技術を紹介しつつ、病理診断学の今後の展開について議論したいと考えている。

前田 大地

【学歴】

2004 年：東京大学医学部医学科卒業

2010 年：東京大学大学院医学系研究科博士課程修了

【職歴】

2004 年：東京大学医学部附属病院にて初期臨床研修

2005 年：社会福祉法人三井記念病院にて初期臨床研修

2010 年：東京大学大学院医学系研究科 人体病理学・病理診断学分野 助教

2012 年：東京大学医学部附属病院 病理部 助教

2014 年：秋田大学大学院医学系研究科器官病態学講座 准教授

【所属学会】

日本病理学会

国際病理アカデミー日本支部

日本婦人科病理学会

日本臨床細胞学会

秋田県臨床細胞学会

日本間質性膀胱炎研究会

【専門医等】

病理専門医

ランチョンセミナー

ワークショップ

座長：八重樫 伸生(東北大学産婦人科 教授)

子宮内膜症、その謎に迫る ー免疫アプローチから臨床へー

演者：前田 長正(高知大学産婦人科 教授)

子宮内膜症(内膜症)は、「子宮内膜および類似組織が子宮内膜層以外の骨盤内臓器で増殖する疾患」と定義されている(「子宮内膜症取り扱い規約 第1部 1993)。腹腔内病変の増殖・進展により、疼痛・不妊・卵巣がん発生リスクなど、女性のQOLは著しく低下する。とくに近年、晩婚・晩産・少産少子化とともに増加傾向にある疾患である。

その発症機序には不明な点が多いが、腹腔の免疫応答の低下が注目されている。有経婦人の腹腔には基本的に逆流経血を排除する免疫監視機構が存在している。とくにNK細胞は走化性と細胞傷害能を有するエフェクター細胞で、排除の中心的役割を果たすと考えられている。しかし内膜症では、腹腔NK細胞やマクロファージの機能低下が報告されている。教室では、抑制型NK細胞増加やマクロファージの抗原提示能低下などその機序を解析してきたが、これまで腹腔免疫細胞の動態を直視下に観察した検討はない。われわれは、倫理委員会で承認を受け被験者の承諾を得た腹腔鏡下手術時の腹腔細胞をタイムラプス撮影し、客観的に解析するシステムを開発した。健常群(非内膜症)では、月経期の腹腔内逆流内膜細胞は、NK細胞による傷害で消失したが、内膜症群ではその傷害は弱く、内膜細胞の遺残した(細胞傷害能低下)。また、内膜症群のNK細胞の平均移動速度は、非内膜症群の空く1/2程度に低下していた(走化性低下)。

本システムにより、内膜症婦人ではNK細胞の逆流内膜細胞への走化性と細胞傷害能が共に低下していることが初めて示された。この免疫学的脆弱性が、その発症に関与していると考えられる。

今後、更なる病態の解明により、新しい診断法・治療法が開発され、内膜症の予防と治療に寄与できることを期待している。

略 歴

前田 長正（まえだ ながまさ） 昭和 35 年 9 月 27 日生まれ

高知大学医学部産科婦人科 教授

職歴

昭和 60 年 3 月 高知医科大学医学部卒業

昭和 60 年 4 月 同 産婦人科入局

昭和 60 年 4 月 同 大学院 免疫学教室

平成 2 年 4 月 同 附属病院 助手

平成 7 年 10 月 大阪大学理学部有機化学教室 国内留学

平成 9 年 4 月 高知医科大学医学部附属病院 講師

平成 16 年 5 月 同 助教授

平成 19 年 4 月 同 産科婦人科准教授

平成 24 年 4 月 同 先端医療学推進センター再生部門臍帯血研究 班長

平成 26 年 7 月 高知大学産科婦人科教授

所属学会

日本産科婦人科学会 代議員

日本母性保護医協会会員

日本生殖医学会 理事

日本癌治療学会会員

日本生殖免疫学会 理事

日本産科婦人科内視鏡学会 理事

日本エンドメトリオーシス学会 理事

活動

平成 23 年度 第 63 回日本産科婦人科学会学術講演会 教育講演

演題：「子宮内膜症の謎を探る」

平成 26 年度 第 66 回日本産科婦人科学会学術講演会 シンポジウム

演題：「子宮内膜症の病因・病態解明と治療戦略」

座長：藤森 敬也(福島県立医科大学産婦人科 教授)

明日からの産科診療に役立つ超音波診断 —産婦人科診療ガイドライン産科編 2017に基づいて

演者：亀井 良政(埼玉医科大学病院産婦人科 教授)

産科診療において超音波検査は必須の検査手法であることは言を待たない。2008年より産婦人科診療ガイドラインが刊行され、今回2017年版が発行された。

本ランチョンセミナーでは、今回刊行されたガイドラインを紹介しながら、海外のガイドラインも俯瞰しつつ、以下の項目について概説したい。

1. 異所性妊娠

診断と治療 (MTX 薬物療法も含めて)

2. NT 肥厚

測定方法と遺伝カウンセリング

3. 胎盤付着部の異常

診断と分娩時の管理

4. 胎児発育不全

診断と管理、特に integrated antenatal surveillance について

本セミナーが日常の臨床に少しでも役立てば幸いである。

略 歴

亀井 良政 (埼玉医科大学病院 産婦人科教授)

学歴

昭和 60 年 3 月 東京大学医学部医学科 卒業

略歴

昭和 60 年 6 月 東京大学医学部附属病院 産科婦人科 研修医

(恩) 愛育病院、国立霞ヶ浦病院、長野赤十字病院産科婦人科 各医員を経て

平成 03 年 7 月 東京大学医学部附属病院 産科婦人科 助手

平成 06 年 4 月 (財) 東京都老人総合研究所 神経生理部門 主任研究員

平成 10 年 2 月 東京大学医学部附属病院 産科婦人科 助手

平成 11 年 9 月 Case Western Reserve University 医学部 Neurosciences 部門
主任研究員 (アメリカ合衆国オハイオ州クリーブランド)

平成 14 年 4 月 社会保険中央総合病院産科婦人科 医員

平成 16 年 9 月 東京大学医学部附属病院 周産母子診療部 助手

平成 18 年 9 月 (同上) 特任講師

平成 20 年 7 月 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 講師 / 病棟医長

平成 25 年 2 月 埼玉医科大学病院 産婦人科 教授

平成 25 年 7 月 埼玉医科大学病院 成育医療センター長 併任

平成 26 年 8 月 埼玉医科大学病院 院長補佐 併任 現在に至る

資格

(社) 日本産婦人科学会 認定医

(社) 日本超音波医学会 超音波専門医

臨床遺伝専門医制度専門医

(社) 日本周産期・新生児医学会 周産期 (母体・胎児) 専門医

主たる所属学会

日本産科婦人科学会 (評議員・ガイドライン産科編委員会委員)

日本周産期・新生児医学会 (評議員・施設認定委員会委員長)

日本超音波医学会 日本人類遺伝学会

日本遺伝カウンセリング学会 (監事) 日本母体胎児医学会

日本胎児治療学会 日本胎児心臓病学会 (理事)

日本妊娠高血圧学会 (理事)

日本内分泌学会 日本生化学会

Society for Neuroscience (SFN)

American Society of Human Genetics (ASHG)

International Society for Prenatal Diagnosis (ISPD)

International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology (ISUOG)

座長：杉山 徹(岩手医科大学産婦人科 教授)

ベバシズマブの登場で変わった婦人科がん治療

演者：松元 隆(愛媛大学医学部産婦人科)

【はじめに】 進行卵巣癌の予後は不良であり、その状況を打破すべく、新規治療の開発が進められてきた。その打開策の一つとして分子標的治療薬が挙げられるが、VEGF をターゲットとするベバシズマブは、勝俣範之先生(当時、国立がん研究センター中央病院)らが中心となり、医師主導治験としてGOG-218 試験に参加し、本邦では 2013 年に卵巣癌で承認され、婦人科がん領域で初めて使用可能となる分子標的治療薬となった。さらに、2016 年にはGOG-240 試験およびJO29569 試験の結果を受け、子宮頸癌へも適応拡大がなされた。

【卵巣癌】 現在、ベバシズマブは進行卵巣癌治療のすべての治療の段階(初回治療・プラチナ製剤 [Pt] 感受性再発・Pt 抵抗性再発)において有効性が証明されており、愛媛大学でも、初回治療 25 例・Pt 感受性再発 10 例・Pt 抵抗性再発 15 例と積極的にベバシズマブを使用している。使用経験を重ねていくと、ベバシズマブを併用することで『従来の TC 療法のみではあり得ない』経過をたどる症例を経験するようになった。これらの自験例の経過を踏まえ、ベバシズマブ併用の意義、さらには維持療法の至適期間などについて言及する。

【子宮頸癌】 GOG-240 試験により進行・再発子宮頸癌に対するベバシズマブの有効性が証明され、日本人症例 7 例におけるベバシズマブの有効性・安全性を検証したJO29569 試験を経て、2016 年子宮頸癌へも適応拡大された。愛媛大学では適応拡大前より、他に治療法の無い再発子宮頸癌 3 例に IRB 承認・IC 取得後、ベバシズマブを使用しており、適応拡大後も積極的に投与し、現在 15 例の使用経験を持つ。それらの症例経過を踏まえ、子宮頸癌症例におけるベバシズマブの有効性・安全性について言及する。

【おわりに】 ベバシズマブが使用可能となったこの 3 年間で、進行卵巣癌治療は大きく変貌した。また、ベバシズマブの子宮頸癌への適応拡大は、進行・再発子宮頸癌患者さんにとって大きな福音となった。現在、ベバシズマブに関連した婦人科がんの種々の臨床試験が全世界において実施・計画されており、さらなるエビデンスの集積が待望される。

松元 隆 (まつもと たかし)

履歴

昭和62年 旭川医科大学・卒業
 昭和62年 愛媛大学医学部・産婦人科・研修医
 平成元年 国立病院四国がんセンター・産婦人科・レジデント
 平成4年 愛媛大学大学院・入学(分子病理学・平成8年修了)
 平成8年 松山市民病院・産婦人科・医長
 平成12年 MD アンダーソンがんセンター・分子腫瘍発生学・ポストドクトラルフェロー
 平成14年 愛媛大学医学部・産婦人科・助手
 平成17年 国立病院機構四国がんセンター・婦人科・医師
 平成23年 国立病院機構四国がんセンター・臨床研究センター・がん診断/治療開発部・がん治療開発室・室長
 平成24年 国立病院機構四国がんセンター・婦人科・医長 併任
 平成25年10月 愛媛大学医学部・産婦人科・講師

資格

日本産科婦人科学会・専門医および指導医
 日本婦人科腫瘍学会・婦人科腫瘍専門医および指導医
 日本がん治療認定医機構・がん治療認定医
 日本臨床細胞学会・細胞診専門医
 死体解剖資格認定(病理解剖)
 母体保護両指定医

学会・その他の活動

<臨床試験グループ>
 婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)・GOG-Japan 委員会・委員
 平成19年 1月 1日 ~ 平成25年 9月30日
 婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)・卵巣がん委員会・委員
 平成19年 1月 1日 ~ 平成20年12月31日
 婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)・子宮頸がん委員会・委員
 平成21年 1月 1日 ~ 平成24年12月31日
 婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)・理事
 平成28年12月 2日 ~ 現在
 日本臨床腫瘍研究グループ (JCOG)・婦人科腫瘍グループ・子宮体癌プロトコル委員会・委員
 平成24年 4月 1日 ~ 平成25年 9月30日
 三海婦人科癌スタディグループ (SGSG)・プロトコル委員会・委員
 平成23年 4月 1日 ~ 平成27年 7月10日
 三海婦人科癌スタディグループ (SGSG)・理事
 平成23年 7月11日 ~ 現在

<学会>

日本臨床細胞学会・評議員
 平成19年 4月 1日 ~ 現在
 日本臨床細胞学会・編集委員会・査読委員
 平成23年 4月 1日 ~ 平成27年 3月31日
 日本臨床細胞学会・地域連絡委員会・幹事
 平成19年 4月 1日 ~ 平成23年 3月31日
 日本臨床細胞学会・地域連絡委員会・委員
 平成25年 4月 1日 ~ 平成27年 3月31日
 日本婦人科腫瘍学会・代議員
 平成26年 4月 1日 ~ 現在

Publications

1. Takashi Matsumoto, Shinichi Murao, Katsumi Kito, Toshimasa Kihana, Shumpei Matsuura, Norifumi Ueda. Modulation of S-100 genes response to growth conditions in human epithelial tumor cells. *Pathol Int* 47:339-346, 1997.
2. Takashi Matsumoto, Mutsumasa Nishi, Miyuki Yokota, Masaharu Ito. Laparoscopic treatment of uterine prolapse during pregnancy. *Obstet Gynecol* 93:849, 1999.
3. Kaoru Kiguchi, Steve Carbajal, Keith Chan, Linda Beltrán, Lynnsie Ruffino, Jianjun Shen, Takashi Matsumoto, Naoki Yoshimi, John DiGiovanni. Constitutive expression of ErbB-2 in gallbladder epithelium results in development of adenocarcinoma. *Cancer Res* 61:6971-6976, 2001.
4. Takashi Matsumoto, Jianghong Jiang, Kaoru Kiguchi, Steve Carbajal, Okkyung Rho, Irma Gimenez-Conti, Linda Beltrán, John DiGiovanni. Overexpression of a constitutively active form of c-src in skin epidermis increases sensitivity to tumor promotion by 12-O-tetradecanoylphorbol-13-acetate. *Mol Carcinog* 33:146-155, 2002.
5. Thomas R Berton, Takashi Matsumoto, Angustias Page, Claudio J Conti, Chu-Xia, Deng, José L Jorcano, David G Johnson. Tumor formation in mice with conditional inactivation of Brca1 in epithelial tissues. *Oncogene* 22:5415-5426, 2003.
6. Takashi Matsumoto, Jianghong Jiang, Kaoru Kiguchi, Lynnsie Ruffino, Steve Carbajal, Linda Beltran, David Bol, Michael P Rosenberg, John DiGiovanni. Overexpression of c-src in epidermal basal cells of transgenic mice leads to enhanced skin tumor promotion, malignant progression, and metastasis. *Cancer Res* 63:4819-4828, 2003.
7. Tomihiro Katayama, Akari Tanaka-Shiraishi, Masaki Kiyomura, Takashi Matsumoto, Yasuki Kusanagi, Masaharu Ito. Effects of oxidized low-density lipoprotein on leukocyte-endothelial interactions in the rat mesenteric microcirculation during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 191:322-327, 2004.
8. Takashi Matsumoto, Kaoru Kiguchi, Jianghong Jiang, Steve Carbajal, Lynnsie Ruffino, Linda Beltran, Xiao-Jing Wang, Dennis R Roop, John DiGiovanni. Development of transgenic mice that inducibly express an active form of c-Src in the epidermis. *Mol Carcinog* 40:189-200, 2004.
9. Sachiko Onishi, Nobumasa Hojo, Ikuya Sakai, Takashi Matsumoto, Akihito Watanabe, Tatsuhiko Miyazaki, Mitsuko R Ito, Masato Nose, Shigeru Fujita S. Secondary amyloidosis and eosinophilia in a patient with uterine leiomyosarcoma. *Jpn J Clin Oncol* 35:617-621, 2005.
10. Norihiro Teramoto, Rieko Nishimura, Koichi Mandai K, Takashi Matsumoto, Takayoshi Nogawa, Masamichi Hiura. The importance of precise pT diagnosis for prognostic prediction of uterine cervical cancer—a single institutional report at a Japanese comprehensive cancer hospital. *Virchows Arch* 455:307-313, 2009.
11. Masamichi Hiura, Takayoshi Nogawa, Takashi Matsumoto, Takashi Yokoyama, Yuko Shiroyama, Junko Wroblewski. Long-term survival in patients with para-aortic lymph node metastasis with systematic retroperitoneal lymphadenectomy followed by adjuvant chemotherapy in endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 20:1000-1005, 2010.
12. Takashi Matsumoto, Masamichi Hiura, Tsukasa Baba, Osamu Ishiko, Tanri Shiozawa, Nobuo Yaegashi, Hiroaki Kobayashi, Hiroyuki Yoshikawa, Naoki Kawamura, Tsunehisa Kaku. Clinical Management of Atypical Polypoid Adenomyoma of the Uterus. A Clinicopathological Review of 29 Cases. *Gynecol Oncol* 129:54-57, 2013.
13. Mikio Mikami, Yoichi Aoki, Masaru Sakamoto, Muneaki Shimada, Nobuhiro Takeshima, Hisaya Fujiwara, Takashi Matsumoto, Tunekazu Kita, Ken Takizawa, and Disease Committee of Uterine Cervical and Vulvar Cancer, Japanese Gynecologic Oncology Group. Current Surgical Principle for Uterine Cervical Cancer of Stages Ia2, Ib1, and IIa1 in Japan: A Survey of the Japanese Gynecologic Oncology Group. *Int J Gynecol Cancer* 23:1655-1662, 2013.
14. Tadao Takano, Takeo Otsuki, Hideki Tokunaga, Masafumi Toyoshima, Hiroki Utsunomiya, Satoru Nagase, Hitoshi Niikura, Kiyoshi Ito, Nobuo Yaegashi, Hidekazu Yamada, Kenji Nakahara, Hirohisa Kurachi, Yoshihito Yokoyama, Hideki Mizunuma, Shu Soeda, Hiroshi Nishiyama, Takashi Matsumoto, Shinya Sato, Muneaki Shimada, Junzo Kigawa. Paclitaxel-carboplatin for advanced or recurrent carcinosarcoma of the uterus: the Japan Uterine Sarcoma Group and Tohoku Gynecologic Cancer Unit Study. *Int J Clin Oncol* 19, 2014.
15. Mikio Mikami, Yoichi Aoki, Masaru Sakamoto, Muneaki Shimada, Nobuhiro Takeshima, Hisaya Fujiwara, Takashi Matsumoto, Tunekazu Kita, Ken Takizawa. Surgical Principles for Managing Stage IB2, IIA2, and IIB Uterine Cervical Cancer (Bulky Tumors) in Japan: A Survey of the Japanese Gynecologic Oncology Group. *Int J Gynecol Cancer* 24:1333-40, 2014.
16. Shoji Nagao, Shin Nishio, Satoshi Okada, Takeo Otsuki, Kiyoshi Fujiwara, Hiroshi Tanabe, Masashi Takano, Yoko Hasumi, Yuji Takei, Tetsuya Hasegawa, Takashi Matsumoto, Keiichi Fujiwara, Munetaka Takekuma, Kazuto Nakamura, Muneaki Shimada, Mitsuaki Suzuki, Junzo Kigawa. What is an appropriate second-line regimen for recurrent endometrial cancer? Ancillary analysis of the SGSG012/GOTIC004/Intergroup study. *Cancer Chemother Pharmacol* 76:335-342, 2015.
17. Miki Mori, Keiichi Matsubara, Yuko Matsubara, Yuka Uchikura, Hisashi Hashimoto, Toru Fujioka, Takashi Matsumoto. Stromal Cell-Derived Factor-1 α Plays a Crucial Role Based on Neuroprotective Role in Neonatal Brain Injury in Rats. *Int J Mol Sci* 16:18018-18032, 2015.
18. Keiichi Matsubara, Yuko Matsubara, Miki Mori, Yuka Uchikura, Katsuyuki Hamada, Toru Fujioka, Hisashi Hashimoto, Takashi Matsumoto. Immune activation during the implantation phase causes preclampsia-like symptoms via the CD40-CD40 ligand pathway in pregnant mice. *Hypertens Res*, 39:407-414, 2016.
19. Koji Koizumi, Toru Fujioka, Toshiaki Yasuoka, Aya Inoue, Yuka Uchikura, Hiroki Tanaka, Katsuko Takagi, Miki Mori, Masae Koizumi, Hisashi Hashimoto, Takashi Matsumoto, Yuko Matsubara, Keiichi Matsubara, Akihiro Nawa. Clinical investigation of the safety and efficacy of a cervical intraepithelial neoplasia treatment using a hyperthermia device that uses heat induced by alternating magnetic fields. *Mol Clin Oncol* 13:310-316, 2016.

座長：高橋 道(秋田県産婦人科医会 会長)

たかが帝切、されど帝切

演者：谷垣 伸治(国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター 産科)

4月に入局した皆さん、新しい環境に慣れましたか。オペも前立ちから術者になり、ここ掘れワンワンから、自分の意思でメスを入れたいようになってきたと思います。そこで、本セミナーでは産科医にとって最初に、そして最も多く経験する帝王切開について我々の科の取り組みや若手との手術にあたって意識している点を紹介しようと思います。紹介内容がお勧めという訳ではありません。時代錯誤や今さらの手技も入るかもしれませんが、皆さんのヒントになればと思います。ベテランの先生方におかれましては、若手教育の一助になればと思います。

1. 樋口式で開腹する

当センターでは、研修の一環として樋口式横切開法で開腹している。樋口式の利点は、皮膚切開部位を Pfannenstiel 切開より数 cm 下方、誤解を恐れずにいえば恥骨上切開も可能であることにつける。腹直筋膜を T 字切開することが特徴であり、子宮頸部の操作を容易とする。開腹方法は、美容面のみから決めるものではないが、限られた施設でのみ行われている本手技を紹介する。

2. 子宮筋層を縫う

子宮筋層縫合における問題点は、陥凹性瘢痕の形成である。陥凹形成に影響する因子として、縫合方法自体と運針方向、結紮力がある。

縫合方法はまず、1層縫合とするのか2層縫合にするかを決定し、ついで各層の縫合手技を決定する。また、縫合は全層縫合するのか深層のみの縫合とするのかも決めなくてはならない。これらを組み合わせ縫合方法が決定される。運針方向は、子宮筋層の切開方向と子宮筋層の収縮率の違いを意識することが大切である。結紮力は、強いほどいいのか。糸は子宮収縮により必ず緩む。これらについて実験結果を報告する。

3. 腹膜と癒着

腹膜の縫合は、壁側腹膜及び臓側腹膜(漿膜)の縫合の有無により、4通りの考え方がある。癒着防止剤が汎用される今日のエビデンスを探りたい。

4. CSP

帝王切開瘢痕部妊娠(以下 Caesarian Scar Pregnancy; CSP)は、既往帝王切開妊娠の0.15%に認められ、帝王切開の増加に伴い増加している。子宮破裂や大量出血をきたすおそれがあるも、確立した治療法がない。妊孕性温存を希望した CSP 例の治療低侵襲化への試みを報告する。

帝王切開は、皆さんにとっては入門の手術でも、必ず次回手術があると考えねばならない。新人であろうとも、次のことを考えた手術が求められる。

谷垣 伸治 昭和 45 年 3 月 11 日生まれ

学歴：平成 6 年慶應義塾大学医学部卒業

職歴：平成 6 年慶應義塾大学産科婦人科学教室入局

平成 19 年杏林大学医学部産婦人科講師

平成 25 年国立成育医療研究センター 周産期病態研究部共同研究員

平成 26 年国立成育医療研究センター 周産期・母性診療センター産科医長

平成 27 年国立成育医療研究センター 教育研修部（併任）

専門：周産期医学、医学教育

学位：平成 17 年 博士（医学）

資格：産婦人科 専門医・指導医

日本超音波医学会 専門医・指導医

日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医

日本周産期・新生児医学会 周産期専門医（母体・胎児）・指導医

新生児蘇生法専門コースインストラクター

Advanced Life Support in Obstetrics (ALSO) 認定インストラクター

日本母体救命システム普及協議会 (J-CIMELS) インストラクター

公職：日本医療機能評価機構（産科医療保障制度運営部）客員研究員

座右の銘：「裾上げずして、山高まらず」

産科の楽しさ、すばらしさを広め、仲間を増やしたい。

また、産科を学ぶ若手への希望でもあります。幅広い見識があつてこそ学問は先鋭化する。

専門に限らず何でも興味をもつスケベ心と体での学びが大切だとおもっています。

賞罰：2010 年 杏林大学医学部附属病院マイ・ベスト指導医

2011 年 杏林大学医学部附属病院マイ・ベスト指導医

2012 年 杏林大学医学部附属病院マイ・ベスト指導医

2011 年 日本産科婦人科学会ボランティア特別賞

近年の活動：学生や助産師、若手向けへの著作

妊婦健診に一步差がつく産科超音波検査

現場でチラ見 産婦人科エコー

クイックレビュー臨床発生学（米国医師国家試験用テキストの翻訳）

産婦人科を発信

小児科医に対する産科シミュレーション教育

文系女子大生や小学校 5 年生への産科医の仕事について授業

座長：高野 忠夫（東北大学臨床研究推進センター）

井上 彰（東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野）

「東北一丸となった臨床研究体制の構築」

肺癌領域での経験から

演者：井上 彰（東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野）

質の高いエビデンスを生み出すには多施設共同研究による臨床試験が欠かせないが、日本でそのような多施設研究を成功させてきたのは JCOG などの限られた老舗グループであり、東北地方が中心となった「価値のある」臨床研究は極めて少ない。

演者は、国立がんセンター中央病院でレジデント研修をしていたころ上司に言われた「東北にはまともな肺癌治療医がない」との厳しい言葉を胸に刻み、東北大学に戻った 2002 年から進行肺癌を主とした呼吸器腫瘍に対する臨床研究を行う自主研究グループ「東北肺癌臨床研究会」を立ち上げ、関連施設の協力を得ながら小規模な（かつ初期には比較的容易な）臨床試験を地道に展開してきた。同グループは間もなく北海道大学とその関連病院とも連携して「北日本肺癌臨床研究会（NJLCG）」となり、その頃には無作為化第Ⅱ相試験程度が行える施設数と症例集積力となった。そして、その後の肺癌治療を大きく変えることになった EGFR 遺伝子変異の発見と、それに基づく EGFR-TKI の個別化治療の臨床試験をきっかけに日本医科大学や埼玉医科大学の臨床研究グループとも連携して、北東日本研究機構（NEJSG）を結成し、EGFR-TKI ゲフィチニブと標準化学療法を比較する第Ⅲ相試験（NEJ002）を 2006 年より開始した。本試験参加施設の大部分は JCOG に参加出来ない「格下」と見なされており、当時全国規模で行われていた企業治験や老舗グループの臨床試験（WJTOG3405）に対抗する形での実施となった。

果たして外野の冷ややかな評価をよそに、NEJ002 は予想した以上のペースで症例登録が進み、2009 年に前述の 2 試験とはほぼ時期を同じくして終了し、NEJM 誌への論文掲載も勝ち取ることが出来た。全症例の約 3 分の 2 は東北・北海道地区からの登録であり、背景には NJLCG 時代から培われていた臨床研究への「慣れ」があったことは間違いない。NEJSG はその後もコンスタントに重要な臨床試験を企画し、今では国内外から一目置かれる存在と自負している。当然ながら試験の大きさだけが重要なのではなく、数十例規模の第Ⅱ相試験でも価値あるものは診療ガイドラインで取り上げられる。地方の自主研究グループとしては、そのような「小規模でも価値ある臨床試験」をいかに企画するかが重要と考える。

倫理指針の改正や厳格な法制化により、十分な研究資金が得られない自主研究グループによる臨床試験の実施は年々厳しくなっている状況だが、オリジナリティに優る企画が日の目を見ないことはあり得ないと演者は信じており、これからも志を同じくする仲間とともに地道に臨床研究を続けていく所存である。

座長：高野 忠夫（東北大学臨床研究推進センター）

井上 彰（東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野）

「東北一丸となった臨床研究体制の構築」

周産期分野

演者：西郡 秀和（東北大学産婦人科）

東北地方の年間出生数は約 64,200 人（総務省平成 26 年）である。このことは、多施設共同の臨床研究が行われた場合、インパクトのある独自の臨床研究成果を創出できる可能性があることを示している。各大学からは臨床研究テーマ案として、下記等が挙げられた。

周産期死亡に関する調査

有効な超音波胎児スクリーニング体制・遠隔診断の構築

母体胎児救急搬送システムづくりー特に県境においてー

母体搬送システムや妊婦健診システムの比較（飛び込み分娩等）

自然早産・妊娠高血圧症候群と血液・腸内細菌・腔内細菌の遺伝子解析

自然早産・妊娠高血圧症候群と食生活

早産予防体制の確立

切迫早産管理に関する RCT

胎児発育不全の娩出時期とその指標

周産期メンタルヘルスに関する調査

各大学においてそれぞれ臨床研究が遂行されており、例えば東北大学では臨床研究として、子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）、東北メディカル・メガバンク、胎児心電図多施設共同研究、さとめんこ事業（宮城県児極低出生体重児発達の長期予後）等に参加あるいは主導している。これらの経験を通して、臨床研究のノウハウは蓄積されている一方、その改善点や limitation などが明らかになってきている。

本ワークショップを契機として、各大学の経験を生かした東北一丸となった周産期分野の臨床研究体制構築に向けて、何ができるのかを議論できるとよいと考えている。

座長：高野 忠夫（東北大学臨床研究推進センター）

井上 彰（東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野）

「東北一丸となった臨床研究体制の構築」

東北婦人科腫瘍研究会について

演者：利部 正裕（岩手医科大学産婦人科）

Evidence-based medicine(EBM)は1990年代に提唱され、欧米で推進されたのちに1995年頃より日本医療に広まってきた。その後 Evidence に基づく治療が日本でも浸透し始めたが、その Evidence は欧米で行われる大規模な prospective randomized study の結果を輸入したものであった。その原因は、我が国における臨床試験は施設ごとに行われたため症例数が少なく国際的評価は低く、日本独自の Evidence を発信できずにいた。そのような現状を打破し国内で質の高い多施設共同研究を行い日本発の Evidence を発信するため、婦人科悪性腫瘍研究機構(JGOG)や日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)が組織され活動が開始された。そのような中で、東北地区の臨床試験の理解と裾野を広げるという目的で、2004年に東北婦人科腫瘍研究会(TGCU)の活動を開始した。TGCU発足時の参加施設は、弘前大学、秋田大学、岩手医科大学、東北大学、山形大学、福島県立医科大学、宮城がんセンターの7施設で開始され、昨年より東北医科薬科大学を加え現在8施設が参加している。途中、悪性腫瘍だけではなく生殖内分泌領域でも共同研究体制がTGCU内に組織され、東北生殖医療研究会として独立した。今回はTGCU発足から現在までの活動および成果を報告する。

座長：高野 忠夫（東北大学臨床研究推進センター）

井上 彰（東北大学大学院医学系研究科 緩和医療学分野）

「東北一丸となった臨床研究体制の構築」

TURM の現況と未来

演者：佐藤 亘（秋田大学産婦人科）

TURM とは、東北生殖医療研究会（Tohoku Clinical Research Unit for Reproductive Medicine）の略称で、「東北 6 県における生殖医療と子宮内膜症治療に関する臨床研究を通じて発展させることを目的とする」Unit である。2015 年 4 月に発足した歴史の浅い研究会であり、まだ皆様には馴染みの少ない研究会であろう。この研究会は、元来 TGCU（東北婦人科腫瘍研究会）の良性疾患に対する Unit として分派した研究会であり、現在、7 名の世話人の先生方と 12 名の幹事により構成されており、年 2 回の研究会と年 1 回の TGCU との合同連絡会を行っている。

現在までには、「胚呼吸量測定装置開発プロジェクト」（Hum Reprod 2016）や「卵巣チョコレート嚢胞保存手術後の再発に関するリスク因子の検討」（日本産科婦人科学会 2016）などを行い、論文発表等を行ってきた。現在は、「子宮腺筋症が ART outcome に及ぼす影響」について詳細な検討を行っており、今後、学会や論文を通じて成果を発表していく予定である。

また昨今、がん・生殖医療（Oncofertility）分野において、生殖年齢またはそれ以下の癌患者に対する生殖機能の温存が注目されている。具体的には、原疾患に対する加療前に卵子凍結、受精卵凍結、卵巣組織凍結や精子凍結などが行われている。この分野に対する東北 6 県の取り組みやその成果についても、今後検討していく必要がある。

最後に、「東北 6 県における生殖医療と子宮内膜症治療に関する臨床研究を通じて発展させることを目的とする」Unit である TURM の取り組みを理解して頂き、データ収集やアンケートにご協力いただければ幸いです。ご協力いただいた内容は論文発表等を通じて、今後の皆様の臨床や研究に寄与できるよう、邁進してまいります。

一般演題

1. 当院で経験した前置血管の2例

○柳田 純子、藤峯 絢子、氷室 裕美、太田 恭子、斎藤 美帆、中里 浩樹、鈴木 久也、谷川原 真吾
仙台赤十字病院

前置血管は2,500分娩に1例と非常にまれであるが、出生前診断されていない場合の周産期死亡率は50%以上と非常に予後の悪い産科合併症である。当院で1年間に2例の前置血管を経験したため報告する。

症例1は、40才2経妊2経産。自然妊娠し、妊娠8週時に近医より紹介となった。前2回の早産歴があり、妊娠12週にMcDonald式子宮頸管縫縮術を施行した。妊娠21週時の経膈超音波検査にて前置血管が疑われていた。妊娠23週0日子宮収縮と子宮頸管長の短縮を認め、切迫早産のため入院。妊娠24週5日、少量の性器出血と高位破水を認め、緊急帝王切開術を決定した。胎盤が前壁であること、超早産児であることから失血のリスクが高いと判断し、子宮底部横切開にて児を娩出した。胎盤は分離胎盤、臍帯は辺縁付着であった。

症例2は、39才0経妊0経産。凍結胚盤胞移植にて妊娠成立し、妊娠10週時に当院に紹介となった。妊娠17週時に切迫流産にて入院。低置胎盤および胎盤辺縁から内子宮口を覆う血腫を認めた。性器出血は消失したものの、内子宮口を覆う血腫は徐々に増大。血腫内部に著明な動脈性血流を認め、妊娠23週6日に再度管理入院となった。性器出血なく経過し、内子宮口を覆う血腫は徐々に縮小したが、血腫付近を走行する胎児血管を認め、前置血管が疑われた。妊娠35週2日に選択的帝王切開術を施行。子宮下部横切開にて児を娩出した。胎盤は分葉胎盤、臍帯は卵膜付着であった。

異なる臨床経過をたどった2例の前置血管症例を経験した。診断および管理方針の決定には経膈カラードプラ法が有用であった。

2. 胎盤位置異常症例における画像診断による後方視的検討

○今野 めぐみ、高須賀 緑、三浦 康子、三浦 広志、佐藤 朗、寺田 幸弘
秋田大学 産婦人科

【目的】胎盤位置異常症例において、癒着胎盤の術前診断に画像検査による評価が有用であるかを検討することを目的とした。

【方法】2005年4月から2016年7月までの期間に、当院で周産期管理を行った胎盤位置異常症例143例を対象とした。超音波断層法およびMRI画像診断による術前評価について検討した。またMRI画像検査所見については、後方視的に以下6項目、①子宮筋層菲薄化・断裂、②膀胱への浸潤、③異常子宮膨隆、④胎盤内不均一性、⑤胎盤内異常血管拡張、⑥T2 dark bandについて検討した。

【結果】胎盤位置異常症例143例中、前置胎盤は105例、低置胎盤は38例であった。胎盤位置異常症例143例のうち、術後癒着胎盤と診断されたのは28例、病理組織学的に診断されたのは22例であった。癒着胎盤症例28例のうち、23例は既往帝王切開後妊娠であった。胎盤位置異常症例における超音波断層法による癒着胎盤の術前診断は、所見不明例を除き、感度91.7%、特異度93.2%、陽性的中率84.6%、陰性的中率96.5%であった。同様にMRI検査による癒着胎盤の術前診断は、感度77.8%、特異度90.5%、陽性的中率87.5%、陰性的中率82.6%であった。特に前置胎盤、胎盤が子宮背側壁主体付着の64例では超音波断層法による術前診断不可例が25例であった。同64例中MRI診断を実施したのは44例だった。後方視的にMRI検査所見6項目について検討し、それぞれの感度/特異度は、①子宮筋層菲薄化・断裂83.3%/83.1%、②膀胱への浸潤28.0%/98.7%、④胎盤内不均一性25.0%/96.1%、⑤胎盤内異常血管拡張41.7%/94.8%、⑥T2 dark band70.8%/81.2%であった。

【結論】胎盤位置異常症例における超音波断層法による術前診断困難例では、MRI画像診断を積極的に併用することで、癒着胎盤ハイリスク症例の抽出を行える可能性がある。

3. 当院にて5年間で経験した癒着胎盤16症例についての検討

○小元 敬大¹、野村 泰久¹、大和田 亜矢¹、田中 幹夫¹、山口 明子²

¹太田西ノ内病院 ²福島県立医科大学

当院は MFICU を有する地域周産期センターである。周産期ハイリスク症例を数多く扱っており、癒着胎盤症例をしばしば経験する。当院で 2012～2016 年の 5 年間で扱った癒着胎盤 16 例について後方視的に検討を行った。平均年齢は 33.4 歳。年別にみると、2016 年 7 件、2015 年 2 件、2014 年 4 件、2013 年 2 件、2012 年 1 件で近年増加傾向にある。当院での分娩症例が 12 例 (75%)、分娩後搬送が 4 例 (25%) であった。臨床的に癒着胎盤と診断し子宮全摘を施行したのが 12 例 (75%)、子宮動脈塞栓術 (以下 UAE) 単独が 1 例 (6.3%)、胎盤遺残のため外来フォロー中)、子宮鏡下手術 (以下 TCR) 単独が 1 例 (6.3%)、UAE・TCR 併用が 2 例 (12.5%) であった。子宮全摘とした 12 例のうち病理学的に癒着胎盤と確定診断がついたのは 7 例 (58.3%) で、7 例いずれも病理診断は placenta accreta であった。既往帝王切開が 7 例 (43.8%)、そのうち 6 例 (37.5%) が前置癒着胎盤であった。生殖補助医療で妊娠した症例は 5 例 (31.3%) で ICSI 2 例 (12.5%)・IVF-ET 3 例 (18.8%)、5 例いずれも常位癒着胎盤であった。分娩後の転機については、全症例での出血量平均 2619ml、輸血は RCC8.5U、FFP8.8U、PC3.1U、自己血 200ml であった。術前に危険因子と超音波所見から癒着胎盤の可能性を想定していた 8 例 (50%) では出血量平均 1954ml、輸血は RCC6U、FFP6U、PC なし、自己血 400ml であったのに対し、分娩前に癒着胎盤が疑われていなかった 8 例 (50%) では出血量平均 3285ml、輸血は RCC11U、FFP11.5U、PC6.3U であり、出血量・輸血量ともに分娩前に癒着胎盤を疑った症例のほうが少ない傾向にあった。自己血貯血と迅速な対応が可能であった点が要因と思われ、分娩前の疑い症例抽出が予後改善に寄与すると考えられた。文献的考察も加えて報告する。

4. 帝王切開癒着胎盤部妊娠に対して子宮動脈化学塞栓術を施行した一例の経験

○植田 牧子、加茂 矩士、平岩 幹、巖 美希、鈴木 聡、山口 明子、添田 周、藤森 敬也

福島県立医科大学

【症例】24 歳、2 経産 (20 歳：自然分娩、23 歳：帝王切開)。【臨床経過】今回、自然妊娠成立したが、妊娠 5 週相当で子宮下部に胎嚢が認められていた。妊娠 6 週相当で下腹部痛と性器出血を伴い、当院へ救急搬送された。MRI 検査にて、子宮下部筋層の菲薄部への胎嚢陥入像が認められ、帝王切開癒着胎盤部妊娠 (CSP) と診断された。血中 hCG:53796 mIU/ml、胎児心拍陽性であった。種々の治療法の中から子宮動脈化学塞栓術 (UACE) が選択され、両側子宮動脈よりメソトレキセート (MTX)25mg ずつ動注した後、ゼラチンスポンジにて塞栓した。その後、胎児心拍は消失し、血中 hCG も徐々に低下した (術後 30 日で 5236 mIU/ml)。術後 34 日に性器出血が増量した。造影 CT 検査にて癒着胎盤部に濃染を伴う血腫像が認められた。CSP の不全流産による大量出血との診断にて、緊急子宮内容除去術が施行された。絨毛組織の排出後、balloon tamponade にて止血された。【考察】CSP の発生頻度は稀だが、帝王切開施行率の上昇により、今後増加が見込まれる疾患である。しかし、その治療法に関しては一定の見解が示されていない。その中で、妊娠進行の制御と大量出血の予防を同時に図れる UACE の有効性が報告されてきている。しかし、我々は UACE 後の CSP 消退を待機している期間に大量出血を経験した。子宮動脈の塞栓は開通している時期での出来事であった。【結語】CSP に対する UACE は有効と考えられているが、塞栓後早期に妊娠内容除去術を追加することで、更に良好な経過が見込まれると考えられた。

5. 帝王切開癒痕部妊娠の1例

○熊谷 奈津美、齋藤 淳一、鏡 友理恵、熊谷 裕作、宮野 菊子、岩間 憲之、松本 大樹、我妻 理重
大崎市民病院 産婦人科

近年、帝王切開数の上昇に伴い、帝王切開癒痕部妊娠 (Cesarean scar pregnancy; CSP) の症例が増加している。CSP は帝王切開癒痕部に着床した異所性妊娠であり、大量出血や子宮破裂のリスクが増大し母体死亡につながりうる疾患である。今回我々は CSP の1例を経験した。過去6年間に当科で経験した3例と共に文献的考察を加えて報告する。症例は36歳女性。2経妊1経産。自然流産で流産手術を1回、帝王切開を1回施行されていた。近医でCSPを疑われ妊娠7週3日で当科紹介となった。初診時、菲薄化した子宮前壁筋層にGSを認め、胎児心拍はなく、hCG 42,500 mIU/mLであった。造影MRIでもGSが菲薄化した子宮体部下前壁の癒痕部に接しており、CSPの診断となった。今後の挙児希望があったため、子宮内容除去術 (Dilatation and Curettage; D&C) を検討したが、出血のリスクを考慮し、まず両側子宮動脈にMTXを注入し、同時に塞栓術を施行した。hCG値は順調に低下し、待機的にD&Cを行う予定でいたところ、術後15日目にGSが自然排出された。術後22日目にはhCG値はほぼ正常化した。

CSPの治療法は未だ確立されていないが、文献や当科での治療経験からは複数の治療の組み合わせにより成功する症例が多い。当科ではhCG値と胎児心拍の有無で大まかに治療法を決定しているが、出血、疼痛、挙児希望の有無により、個々の症例ごとの判断が必要である。

6. 当科で経験した腹膜妊娠の1例

○松川 淳、松尾 幸城、鈴木 聡子、渡邊 憲和、山谷 日鶴、川越 淳、堤 誠司、永瀬 智
山形大学医学部附属病院

【緒言】腹膜妊娠は、全異所性妊娠の1%以下の頻度であり、比較的まれな疾患である。一般的に腹膜妊娠は術前の診断が難しく、詳細な腹腔内の観察が可能な腹腔鏡下手術は優れた術式である。今回我々は腹膜妊娠に対し腹腔鏡下手術で治療し得た1症例を経験したので報告する。【症例】22歳、1経妊1経産、最終月経より4週3日に妊娠反応陽性、5週6日に腹痛を認め前医を受診した。超音波検査で左付属器付近に胎嚢様の構造とダグラス窩にエコーフリースペースを認め、異所性妊娠の疑いで当院に救急搬送となった。血液検査でhCGは778 mIU/mlであった。左卵管妊娠破裂の疑いで緊急腹腔鏡下手術を行った。腹腔内に血性腹水を認めたが、左右卵管に異常所見を認めなかった。ダグラス窩に血腫の付着があり、除去すると腹膜に埋没するような絨毛様の組織を認めた。同組織を剥離し肉眼的に残存なく摘出した。左卵巣の腫大があり切開したが、肉眼的に黄体と思われた。摘出標本の病理組織診でchorionic villiを認め、腹膜妊娠の診断に至った。術後4日で退院となり、術後33日の血液検査でhCGは検出感度以下となった。【結語】腹膜妊娠に対する治療目的としての腹腔鏡下手術の適応条件についてはまだ十分な議論はされていないが、過去の報告では、妊娠週数や病巣の大きさ、着床部位により適応を検討するべきとされている。止血が困難になり開腹術への変更や輸血が必要となる可能性を念頭に置かなければならないが、診断とともに処置が可能であり低侵襲な腹腔鏡下手術が腹膜妊娠に対する外科的治療の第一選択と考えられる。

7. 帝王切開術後に心不全となった、MD 双胎妊娠の1例

○亀田 優里菜、木藤 正彦、柴田 悟史、松井 俊彦

能代厚生医療センター

心疾患合併妊娠は、総妊娠数の 0.5～1%とされている。妊娠中は母体の生理学的変化も大きく、心疾患合併妊娠では心不全や血圧上昇などに注意が必要である。今回、心疾患既往はなかったが、帝王切開術後に僧帽弁逆流症による心不全となった 1 例を経験した。症例は 1 経妊 1 経産。パセドー病の既往があり、プロピルウラシルを内服していた。パセドー病のコントロールは良好であった。これまで、心雑音や不整脈の指摘はなし。自然妊娠し、前医で MD 双胎と診断された。妊娠 26 週で里帰りのため、当院へ紹介された。32 週より、双胎管理目的に入院管理となった。妊娠 37 週 0 日、選択的帝王切開術を施行した。帰室後より、酸素投与するも SpO₂ の低下を認めた。胸部レントゲンで肺水腫を認め、心エコーで僧帽弁逆流症 (Ⅲ度) による心不全と診断された。利尿薬と ACE 阻害剤で内科的治療を施行され、僧帽弁逆流症は I 度まで改善した。妊娠可能な年齢の女性において、心疾患や甲状腺疾患、膠原病などを合併していることがあり、中には疾患を指摘されていない症例もある。妊娠・分娩を契機に原疾患が増悪する可能性もあり、他科と連携しながら迅速に対応していくことが求められる。

8. 急性妊娠脂肪肝が疑われた尿崩症を合併した双胎妊娠の一例

○富樫 嘉津恵、真田 広行、細谷 直子、高橋 玄德

秋田赤十字病院

緒言：妊娠に合併する尿崩症は肝障害に伴い血中 vasopressinase 濃度が上昇し尿崩症となる機序が推定されるが、未だ不明な点が多い。今回我々は急性妊娠脂肪肝が疑われた尿崩症を合併した双胎妊娠を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

症例：37 歳 2 経妊 0 経産

妊娠経過：排卵誘発剤を使用して双胎妊娠が成立し、妊娠 26 週 0 日帰省分娩のため前医を受診した際に子宮頸管長短縮を認め管理入院した。塩酸リトリン持続投与で頸管長短縮が進行し、妊娠 27 週 1 日当院へ母体搬送された。妊娠 30 週以降に 1 日尿量が 3000-5380ml と口渇、顔面紅潮が出現した。自由飲水で血圧 110/80mmHg 台、脈拍 60 回 / 分、尿蛋白陰性で羊水過少や胎児徐脈、児の発育異常を認めなかったが妊娠 32 週 2 日全身倦怠感が出現した。

検査：WBC8700/ μ l, Hb13.3g/dl, Ht40.2%, Plt21.5/ μ l, AST219U/l, ALT236U/l, LDH606U/l, UA7.6mg/dl,

BUN11.4mg/dl, Cr0.94mg/dl, PT-INR0.90, APTT28.6sec, AT-Ⅲ90%, D-dimer9.12 μ g/ml, Mg7.9mg/dl

経過：急性妊娠性脂肪肝を疑い termination の方針とした。硬膜外麻酔下に頸管開大・熟化処置、人工破膜とオキシトシン投与による分娩誘発を行い、1786g、1748g の児を Ap8/9、Ap7/8、臍帯動脈 pH=7.349、7.260 で娩出した。肝腎機能は速やかに軽快したが 1 日尿量 5000ml 前後で経過した。産褥 16 日一過性尿崩症と診断した。

9. 妊娠中に血中肝酵素と胆汁酸の上昇を認め、 原発性胆汁性肝硬変が疑われた症例

○羽場 巖、千田 英之、佐々木 由梨、金杉 知宜、岩動 ちず子、小山 理恵、菊池 昭彦、杉山 徹
岩手医科大学産婦人科

原発性胆汁性肝硬変 (PBC) は慢性非化膿性破壊性胆管炎 (chronic non-suppurative destructive cholangitis, CNSDC) を特徴とする自己免疫疾患である。中年の女性に好発し、妊娠中に発症した PBC に関する報告は少ない。我々は妊娠中に血中の肝酵素と胆汁酸の上昇を認め、PBC が疑われる疾患を発症した症例を経験した。症例は 33 歳女性、2 妊 2 産、妊娠、分娩歴に特記事項はない。妊娠 20 週より血中肝酵素の上昇を認め、その後肝酵素は低下してきたが TBA の上昇を認めた。CT、超音波、MRCP、肝生検を行ったが原因の特定には至らなかった。その後肝酵素は低下してきたが、血中ビリルビンと胆汁酸の上昇、黄疸、皮膚掻痒感を認めるようになったため妊娠 28 週で当院に紹介となった。当院で行った検査では T-Bil、TBA、PIVKA-II が高値であり、抗ミトコンドリア抗体が陽性であったため PBC が疑われた。28 週より menatetrenone と ursodeoxycholic acid (UDCA) の投与を行ったが TBA と PIVKA-II の改善を認めなかった。皮膚掻痒に対しては diphenhydramine を皮膚に塗布した。TBA が高値で推移していたため、胎児の突然死のリスクもあると判断し、妊娠 33 週に帝王切開術で児を娩出した。羊水の色は濃い黄色で透明であった。帝王切開時の羊水と臍帯血の生化学所見は T-bil と TBA は高値であった。分娩後母体に行った肝生検では限局性結節性過形成や特発性門脈圧亢進症を示唆する所見は認めしたが、CNSDC は認めなかった。分娩後も UDCA 内服を継続し、TBA、PIVKA-II ともに高値を維持していたが、分娩後 1 か月ほどで T-bil は低下してきて、現在も同水準で推移している。児は出生直後 PIVKA-II がやや高値であったが、出血傾向もなく経過し、分娩後一か月で正常範囲となった。分娩後 52 日目に母とともに退院となった。出生後 3 か月の段階で児の成長、発達に異常は認めていない。

10. 妊娠 26 週時に未知の脳動静脈奇形破裂による脳出血を発症し、 救命することができた妊婦の一例

○田邊 昌平、末永 香緒里、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、河野 順子、会田 剛史、今井 紀昭
八戸市立市民病院産婦人科

【諸言】我が国において、脳出血は産科危機的出血や羊水塞栓症について多い妊産婦死亡原因とされる。今回我々は未知の脳動静脈奇形が破裂した妊婦症例を経験し、迅速に各科が協力することで救命できたので、ここに報告する。

【症例】26 歳女性。0 経妊 0 経産。既往歴・家族歴に特記事項なし。自然妊娠され初期から当院で健診を行い、順調に経過していた。妊娠 26 週 1 日、起床時から頭痛が出現しその後失神した。母親が救急要請し、当院に救急搬送となった。来院時現症：BP106/74mmHg, HR90/min, RR28/min, BT36.1℃, JCS-1、瞳孔不同、右共同偏視、左半身麻痺を認めた。来院 30 分後に撮影した頭部 CT では右前頭葉に 66×39×40mm 大の出血、CT-angio で同部位に異常血管を認め、脳動静脈奇形が疑われた。CT 撮影後 JCS-100 までレベル低下を認めたため挿管管理し、来院 1 時間後脳外科によって緊急開頭血腫除去術が施行された。脳外科と産婦人科で協議した結果、再出血予防のため血圧管理目的に産婦人科で入院継続し、分娩様式は帝王切開で分娩を行う方針となった。また再出血時には母体救命のため緊急帝王切開術を行う方針となった。術後 6 日目に血管造影を行い脳動静脈奇形と診断した。入院中は後遺症なく経過し、妊娠 37 週 3 日に予定帝王切開で出産した。児は 2584g、Apgar score 8/9 だった。術後経過は良好で、術後 7 日目にフォローの血管造影を行い病変部に変化が無いことを確認して自宅退院となった。今後は待機的に根治術を行う方針である。

【結語】産科救急において脳出血は致命的な病態だが、迅速に救命科・脳外科と協議し対応することで後遺症なく順調に経過することができた。

11. 妊娠中の Crohn 病増悪に対し、インフリキシマブ投与を行った一例

○岡部 基成、藤島 綾香、設楽 明宏、菅原 多恵、軽部 裕子、福田 淳、高橋 道
市立秋田総合病院 産婦人科

【はじめに】 Crohn 病などの炎症性腸疾患に対する抗 TNF α 抗体製剤などの生物学的製剤は有効性が示されており、その使用率は増加している。抗 TNF α 抗体製剤は、胎盤を通過し胎児に移行する。催奇形性はないが、出生後に児の免疫抑制のため重症感染症のリスクが上がるとされている。当院で経験した妊娠中にインフリキシマブ投与を行った一例を文献的考察も含め報告する。【症例】26 歳、未経産。23 歳から腹痛や下痢の増悪寛解を繰り返し、25 歳時 Crohn 病と診断された。インフリキシマブによる治療を開始され、症状改善後は食事療法を行っていた。自然排卵にて妊娠成立し、当科に通院していた。妊娠 26 週 1 日に Crohn 病の増悪を認め、26 週 5 日、28 週 5 日の計二回インフリキシマブを投与され緩解した。39 週 2 日、児頭骨盤不均衡のため帝王切開術を施行された。児出生体重 3136g、Apgar score 8/9 点で、臍帯血インフリキシマブ血中濃度は 6.21 $\mu\text{g/ml}$ であった。経過良好で術後 8 日目に母児ともに退院した。【考察】本邦の文献では Crohn 病合併妊婦への抗 TNF α 抗体製剤投与は、妊娠 30 週までとされている。本患者においても最終投与は 28 週 5 日としたが、臍帯血インフリキシマブ血中濃度は生物学的活性 ($>0.5\mu\text{g/ml}$) を上回っていた。2015 年の ECCO (European Crohn's and Colitis Organisation) ガイドラインによると、妊娠中に Crohn 病が増悪した場合の抗 TNF α 抗体製剤の投与は妊娠 26 週までにとどめておくことが推奨されている。妊娠中の抗 TNF α 抗体製剤の使用や、臍帯血血中濃度の測定に関する報告は少なく、今回当院で経験した症例を、ECCO ガイドラインと共に考察する。

12. 分娩後に全身性エリテマトーデスの診断に至った 妊娠 19 週 HELLP 症候群の一例

○富田 美弥、齋藤 昌利、高橋 聡太、黒澤 靖大、大塩 清佳、星合 哲郎、西郡 秀和、八重樫 伸生
東北大学病院産婦人科

【症例】38 歳、女性 【既往歴】特記事項なし 【妊娠分娩歴】2 妊 0 産(自然流産 2 回)
【現病歴】続発性不妊症のため不妊専門クリニックに通院、抗核抗体 80 倍を指摘されたが自覚症状がなく経過観察となっていた。その後体外受精 - 胚移植にて妊娠成立し、総合病院で妊婦健診を受けていた。妊娠 19 週 0 日に心窩部痛を主訴に前医を受診し、HELLP 症候群を疑われ当院へ救急搬送された。血小板減少(80000/ μl)・肝機能障害 (AST 151U/l, ALT 68U/l)・溶血 (LDH 498U/l) を認めた。Sibai の診断基準は満たさないが HELLP 症候群に準ずる病態と診断した。緊急帝王切開による妊娠中断を行い、191g(-1.5SD) の男児を死産した。妊娠終了後に血液検査所見は改善したが、高血圧が持続し降圧薬での加療を要した。妊娠中期での HELLP 症候群発症であり、妊娠前に抗核抗体陽性であったことから自己免疫疾患を疑い血液免疫科で精査を行った。顔面と手指に円板状皮疹を認め、血液検査上白血球減少・抗 DNA 抗体陽性・抗核抗体陽性(1280 倍)・補体低値の所見であり全身性エリテマトーデス (SLE) と診断された。今後ステロイドで加療予定である。

【考察】本症例は妊娠中に SLE を発症して急性増悪し、HELLP 症候群へ進展したと考えられる。文献的に SLE 合併 HELLP 症候群の報告は数多くあり、妊娠中期に発症した報告も散見される。

【結語】早発型の妊娠高血圧症候群や HELLP 症候群は自己免疫疾患を合併している可能性があり、産後に可能な限り精査すべきである。妊娠前の抗核抗体陽性例はその後の自己免疫疾患発症に注意すべきである。

13. 帝王切開術と脳神経外科手術を必要とした 下垂体腫瘍合併妊娠の1症例

○高橋 新、吉田 瑤子、末永 香緒里、葛西 剛一郎、葛西 亜希子、會田 剛史、河野 順子、今井 紀昭
八戸市立市民病院

【緒言】妊娠中の脳腫瘍合併頻度は10000例に1例程度であり、そのうち下垂体腫瘍は約15%を占めている。下垂体腫瘍のうち約30%がプロラクチン産生腫瘍である。症状としては月経不順や無月経、乳汁分泌などが見られるため産婦人科を受診することが多い。【症例】36歳、女性、1経妊1経産【既往歴】26歳、32歳のときに両側乳腺線維腫手術【経過】挙児希望のため前医受診、高プロラクチン血症を認め、テルグリド内服を開始し妊娠が成立した。妊娠11週から当院で健診を行っていた。妊娠33週5日から切迫早産のため当院入院となった。妊娠32週頃から左視野の霧視を認め、増悪傾向あり妊娠35週2日に眼科受診し、視野検査で両耳側半盲を認め視交叉病変が疑われた。妊娠36週1日脳外科紹介しMRI検査でトルコ鞍部腫瘍が判明した。怒責による脳圧亢進や下垂体卒中を防ぐため、妊娠36週3日に麻酔科と脳外科立ち会いのもと帝王切開術を行った。児は出生体重2656g、Apgar score 8/9、男児であった。術後3日目に造影MRIで評価し下垂体腺腫が疑われた。脳外科専門病院へ転院し手術を行う方針となり、術後19日目に脳腫瘍摘出術を行った。腫瘍はプロラクチン産生下垂体腫瘍であった。脳神経外科手術後27日目に退院した。当科で産後健診を行い、経過良好であった。現在プロラクチン産生下垂体腫瘍に関しては、当院脳神経外科でフォローされている。【結語】高プロラクチン血症の原因検索として下垂体腫瘍を鑑別に入れる必要がある。また、下垂体腫瘍は妊娠を契機に増大することがあり、視野障害の症状を認めた場合には精査を行うことが早期発見につながる。

14. 卵巣癌に対する化学療法中にニューモシスチス肺炎を発症した一例

○高田 めぐみ、目黒 啓予、小島 学、野村 真司、経塚 標、添田 周、渡辺 尚文、藤森 敬也
福島県立医科大学 産科婦人科学講座

【緒言】ニューモシスチス肺炎(PCP)はHIV感染症、悪性腫瘍の治療中や臓器移植後などで細胞性免疫が低下している患者に起こる場合が多いとされるが、婦人科領域での発症は稀であり、本邦における報告は少数である。再発卵巣癌に対する化学療法中にPCPを発症した一例を経験したため報告する。

【症例】47歳。X-4年、卵巣腫大と腹水貯留、CA125の高値を認め、卵巣癌stageⅢcの診断で術前化学療法後に初回手術を施行、病理組織診断で左卵巣漿液性腺癌であった。化学療法を継続しCRとなったがX年3月に骨盤腔内に再発、以後TPをトータル7コース施行。その後耐性となり2nd lineとしてPLD+Bevによる化学療法を開始された。5コース終了後12月に発熱、感冒症状が出現。症状強く入院管理となった。胸部X線写真、CTで両肺野スリガラス陰影、 β -D-グルカンの上昇があり、PCPの疑いで気管支鏡検査を施行された。肺胞洗浄液のPCRでニューモシスチスが検出され診断となった。ST合剤投与、ステロイドパルスを行い軽快した。以後ST合剤の予防投与をしながら治療継続中である。

【考察】本症例は化学療法を繰り返してきた患者であり、骨髄抑制が起きている最中に日和見感染を起こした。担癌患者などでのPCP発症はHIV感染症患者よりも予後不良であるため、早期の発見、治療と原疾患のコントロール、免疫状態の改善が重要となる。化学療法の進展、多様化に伴い細胞性免疫低下をみる患者は増えていくと考えられる。PCPの知識はあっても稀であるがために、実際に化学療法を行っている患者で感冒、肺炎がみられた場合に本疾患を留意する必要がある。

15. 診断に難渋した結核性腹膜炎の一例

○遠藤 雄大¹、斎藤 史子¹、古川 茂宜¹、中村 聡一¹、山内 隆治¹、長谷川 清志²

¹白河厚生総合病院 産婦人科 ²獨協医科大学産科婦人科学教室

結核性腹膜炎は、特異的な臨床兆候や所見に乏しいため、診断が困難な場合がある。今回、腹膜癌との鑑別を要した結核性腹膜炎の1例を経験したため報告する。症例は82歳、3経妊2経産。既往に糖尿病、関節リウマチ、胸膜炎がある。食欲不振、腹痛、38℃の発熱を認め、当院を受診した。炎症反応上昇及び胸腹骨盤部CTで大量腹水を認め、精査加療目的に入院となった。上下部消化管内視鏡検査で異常を認めず、CA125が1754 U/mLと高値であり、腹膜癌が疑われた。診察上、子宮、卵巣に明らかな腫瘍性病変を認めなかった。子宮頸部細胞診はNILM、子宮内膜細胞診は陰性、腹水細胞診を2回施行するも陰性であった。悪性疾患を否定できず、原発検索のためPET-CTを施行した。腹膜、両側卵巣、肝表面にFDGの集積を認めた。腹膜癌、癌性腹膜炎の疑いで試験開腹術を施行した。骨盤内、腸間膜を中心に粟粒大の結節性病変を広範に認めた。胸膜炎の既往があり、結核性腹膜炎を疑った。両側付属器にFDGの集積を認めており、腹膜生検、両側付属器摘出術を施行した。病理組織診断はGranulomaであった。乾酪壊死を認めず、Ziehl-Neelsen染色で抗酸菌を認めなかった。腹水・血液・喀痰・胃液の抗酸菌培養(4週時点)、塗抹、PCR、T-SPOT、ツベルクリン反応いずれも陰性であり、結核の診断には至らなかった。腹水ADA 54.9 U/Lと高値であり、術後12日目に診断的治療として抗結核薬を開始し、腹水の減少、ADLの改善を認めた。治療開始2ヵ月後にCA125も68 U/mLと低下した。後に腹水培養8週時点で1コロニーの増殖を認め、Mycobacterium tuberculosis complexと同定された。現在も抗結核薬による治療を継続中である。結核性腹膜炎が疑われる場合には確定診断に拘泥せず、早期に治療を開始することが肝要と考える。

16. 性器結核による重度の骨盤内、及び子宮腔内癒着を呈した一例

○久野 貴司、立花 眞仁、田中 恵子、石橋 ますみ、志賀 尚美、渡邊 善、井原 基公、八重樫 伸生

東北大学病院 産婦人科

性器結核感染症が不妊症の原因となることは知られているが、日常診療で遭遇することは稀である。我々は、性器結核による高度の骨盤内炎症から卵管瘤膿症と子宮腔内癒着を呈した症例を経験したので報告する。

症例は35歳、0妊0産。25歳時に急性腹症にて前医を初診。腹腔鏡下に癒着剥離術を行った。その後続発性無月経を呈し、カウフマン療法を施行されたが反応しなかった。子宮性無月経を疑い、子宮内膜生検を行ったところ乾酪壊死を伴う子宮結核の診断となった。抗結核薬による治療後、27歳で子宮性無月経の精査加療目的に当科初診。エストラジオール貼付剤による治療を開始したが、自然に月経が発来し通院を自己中断。32歳時に挙児希望あり当科再診した。高度の子宮腔癒着と両側卵管閉塞、卵管瘤水腫を認め、ART治療以外での妊娠は困難と思われた。35歳で結婚を期に不妊治療を開始。ART治療による胚の確保先行の方針となり、IVFにて凍結胚を1つ獲得した。同年腹腔鏡下両側卵管切除術、子宮鏡下子宮腔癒着剥離術を施行。腹腔内は高度癒着にて骨盤内は腸管を巻き込んで閉鎖しており、両側卵管には陳旧性の結核病変と思われる白色の膿が充満していた。卵管内貯留物の抗酸菌培養、PCRともに陰性であり、現在ホルモン補充周期での凍結胚移植を検討中である。

本症例は肺結核の既往なく、原発性の性器結核も考えられる稀なケースであった。近年罹患率の低下を認めるものの、未だ年間約1万9千人の新規結核患者が登録されており、諸家の報告では、卵管性不妊の3%程度に結核性を認めるとされる。重度の骨盤内炎症による卵管性不妊の場合には、当疾患も念頭においた精査が必要と考えられる。

17. 胎児性遺残構造への感染が疑われた後腹膜膿瘍の1例

○萩原 達也、佐藤 孝洋、上原 知子、藤本 久美子、片平 敦子、高津 政臣、船山 由有子
坂総合病院産婦人科

【緒言】後腹膜膿瘍の原因として腸管穿孔、開腹術による後腹膜腔の汚染、感染巣となる臓器の存在、宿主側の免疫力の低下、腸管の感染防御機構の破壊が挙げられるが、原因不明の後腹膜膿瘍の症例報告は少ない。その中でも今回、外科的処置歴・外傷歴・性交歴の無い、胎児遺残構造への感染が疑われた骨盤内後腹膜膿瘍の症例を経験したので報告する。

【症例】25歳、0妊0産、既往歴に特記事項なし。1週間前から37℃～38℃の発熱を認め、3日前から左単徑部、尾骨周囲の疼痛が出現したため前医を受診した。炎症反応高度上昇、腹部造影CT検査で左卵巢付近の腫瘤を指摘され、精査加療目的に当院当科に紹介、救急搬送された。腹部造影MRI検査で腔壁から後腹膜にかけて膿瘍形成を認め、CMZ3g/day点滴静注を開始、ドレナージ術を検討していたが、day2に腔壁から膿瘍が自壊したために、洗浄に加えてCMZ継続で経過を見る方針とした。炎症反応は改善傾向にあり腔内洗浄を継続した。病理細胞診の結果は膿瘍内に重層扁平上皮成分の存在が確認されており、Gartner管嚢胞由来で扁平上皮化生を起こしたものである可能性も示唆された。その後の臨床経過は順調でありday9に膿瘍腔微小化が確認されたのでAMPC750mg/day内服に切り替え、day10に退院となった。

【結語】病理結果、病変局在から本症例では胎児性遺残構造への感染が疑われたが、原発不明の後腹膜膿瘍の場合、悪性腫瘍の合併の可能性もあることより、組織学的な検索も含め、慎重に加療を行うこと重要である。今回、胎児性遺残構造への感染が疑われた後腹膜膿瘍の1例を経験したので、文献的な考察も含め報告する。

18. 当院における梅毒感染妊娠の経験

○佐藤 恵、小西 祥朝、利部 徳子
中通総合病院産婦人科

近年梅毒の発生状況は増加傾向であり、それに伴い先天梅毒の報告数も増加している。

妊娠中の梅毒は、妊娠初期検査において、カルジオリピンを抗原とする非特異的検査とT.pallidumを抗原とする特異的検査を組み合わせスクリーニングされている。

当院においても、TPHAとRPR法の組み合わせでスクリーニング検査を行っているが、RPR法が倍数希釈法から自動化法へと移行するにあたり、産科ガイドラインに基づきプロトコルを作成した。現在、そのプロトコルをもとに、妊娠中の梅毒診断と治療を内科、皮膚科と連携して行っている。

本発表では、具体的な症例を提示して、当院での先天梅毒予防の取り組みについて検討する。

症例1 32歳0妊0産 妊娠初期検査にてTPHA陽性、RPR陽性であったため、梅毒感染を疑われ近医より紹介となった。12週で施行したFTA-ABS陽性、RPR定量値4IUであった。不顕性梅毒感染の診断でアモキシシリン1500mgの投与を開始し、妊娠16週でのTPHAは70.8、RPR3.2であった。児は、TPHA1280 RPR(-)FTA-ABS IgG陽性で、母体からの移行抗体が考えられたが、予防的に抗生剤の投与を行った。生後6日目にFTA-ABS IgM陰性を確認したため、抗生剤の投与は中止となった。

症例2 26歳0妊0産 妊娠初期検査でTPHA陽性、RPR陰性であった。治療歴なく、無症状であり、梅毒既往、陳旧性梅毒の診断で通常管理とした。

先天梅毒は、妊娠中に早期診断・治療をすることで発生を防ぎうる疾患である。プロトコルを作成することで、迅速かつ確かな治療の実践に役立つと考える。

19.GBS 陰性母体から出生した正期産児が GBS 髄膜炎を発症した 1 例

○吉田 悠人、田邊 康次郎、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院

症例は 36 歳女性で、既往歴、家族歴に特記事項のない 1 経妊 1 経産(自然分娩、GBS 検査は陰性)の妊婦である。妊娠初期より母児ともに異常を認めず経過していた。妊娠 34 週 0 日に腔口部～肛門表面にかけて採取した GBS 培養検査は陰性だった。妊娠 38 週 2 日に前期破水し、その後分娩進行し 38 週 4 日に女兒を自然分娩した。破水から分娩までは 45 時間経過していた。経過中、母体発熱や炎症所見を認めなかったため予防的抗菌薬投与は行わなかった。母体は分娩後も異常なく経過し分娩 5 日後退院となったが、児は日齢 0 より発熱、活気不良を認め、日齢 1 に腰椎穿刺施行し GBS 髄膜炎の診断とされ NICU 管理となった。日齢 28 で退院となりその後も大きな後遺症なく経過している。本症例では妊娠 34 週に施行した GBS 培養検査が偽陰性であった可能性がある。保科らによる国内最大規模の調査により、GBS 検査では偽陰性率は 33% と低いことが知られている。GBS 感染に対しては偽陰性を減らすこと、偽陰性を想定した対応をとることが重要と考える。そこでわれわれは GBS 培養検査の偽陰性率を減少させる方法として検体の採取時期、採取部位、培養法について、また偽陰性を想定した対応として予防的抗菌薬投与の適応について考察した。GBS 培養検査の偽陰性率を減少させる方法として、検体採取時期を妊娠 34 週前後ではなく妊娠 36 週前後とすること、検体採取部位は腔口部～肛門周囲だけでなく肛門内までとすること、培養法は選択培地を用いた直接法を用いることが考えられた。偽陰性を想定した対応として、破水から時間が経過した妊婦に対しては GBS 感染の有無または感染兆候の有無に関わらず、予防的抗菌薬投与をすることが考えられた。当院では破水から 24 時間経過後に全例予防的抗菌薬投与をすることとした。

20. 地方病院の腹腔鏡下手術件数から見えてくるもの ～年間 50 件を目指して～

○當麻 絢子¹、田村 良介¹、水沼 楨人¹、湯澤 映¹、高橋 秀身¹、長尾 大輔²、平川 威夫²、山本 博毅²

¹大館市立総合病院 ²大曲厚生医療センター

【緒言】日本産科婦人科内視鏡学会では認定研修施設を置いているが、東北地方ではこの数は充足しているとは言い難い。認定研修施設数の増加が望まれるが、この認定を受ける基準の一つとして腹腔鏡下手術が年間 50 件以上行われていることが挙げられる。今回、秋田県内の比較的類似した医療状況にある地方病院の腹腔鏡下手術件数を比較し、地方病院においていかに年間 50 件以上の腹腔鏡下手術を行うかについて検討した。

【方法】A 病院は秋田県大館市(人口約 75000 人)、B 病院は秋田県大仙市(人口約 83000 人)に所在し、それぞれ所在市と近隣医療圏の産婦人科医療を担っている。両施設とも所在市内に婦人科腹腔鏡下手術を行う他の医療施設は存在しない。この 2 施設間において平成 26 年 4 月から平成 29 年 3 月までの 3 年間における婦人科良性疾患に対する腹腔鏡下手術件数を各年度毎に集計し比較した。

【結果】腹腔鏡下手術件数は A 病院では平成 26 年度 85 件(子宮全摘術(以下、子)34 件、付属器手術(以下、付)33 件)、平成 27 年度 42 件(子 5 件、付 29 件)、平成 28 年度 50 件(子 14 件、付 26 件)であった。同様に B 病院では平成 26 年度 10 件(子 0 件、付 10 件)、平成 27 年度 21 件(子 0 件、付 17 件)、平成 28 年度 63 件(子 15 件、付 41 件)であった。

【考察・結語】両施設とも、ほぼ全ての年度において付属器手術が最多であったが、付属器手術単独で年間 50 件を越える年度は無かった。両施設に共通して腹腔鏡下手術件数が 50 件を越える年度は子宮全摘術が一定件数以上行われており、地方病院において年間 50 件以上の腹腔鏡下手術件数を達成するには、安定して腹腔鏡下子宮全摘術を行いうる体制が必要と思われた。

21. 腹腔鏡下手術における逆針での縫合結紮手技の有用性

○長尾 大輔¹、平川 威夫¹、山本 博毅¹、黒澤 大樹²、宇賀神 智久²、渡辺 正²

¹大曲厚生医療センター 産婦人科 ²東北医科薬科大学若林病院 産婦人科

腹腔鏡下手術において体腔内での縫合結紮の技術は筋腫核出術、子宮全摘術などで必要となる手技の一つである。通常体腔内での縫合結紮手技はモニター中央に縫合したい対象物を持ってきた上で良好な視野下で行うのが望ましい。

左パラレル配置での場合を例にとると、利き手が右手の人であれば持針器を右手に持ち、左手は鉗子で縫合結紮したい対象物を動かし、運針は針を下から上へ振り上げるように行うのが、順針となるためスムーズである。しかし実際の手術では、多発子宮筋腫で様々な部位に筋腫があり核出をしなければいけない場合や、前後左右の筋腫の位置関係によっても縫合結紮を行なう部位、方向は多種多様である。

その場合でも我々は子宮をマニピレートし、縫合部位をモニター中央に移動して手技的には慣れている順針での運針で手術を行っている。しかししばしば針を上から下へ振り下ろす逆針の方が縫合結紮を容易に行える場面に遭遇する。

利き手をなくし、左手に持針器、右手に鉗子へと持ち替えて順針で行えばよいことであるが、鉗子の出し入れや、左手での運針のため初心者には難易度が高くタイムロスが生じやすい。今回我々は逆針での運針が有効であると考えられた縫合場面を経験したので実際に逆針での運針を行った症例を提示し、その有用性に関して報告する。

22.TLH における助手の役割～アシスト操作の具体化～

○平川 威夫、長尾 大輔、山本 博毅

大曲厚生医療センター 産婦人科

【緒言】

当院では2016年度より全腹腔鏡下子宮全摘術 (Total Laparoscopic Hysterectomy ; TLH、以下 TLH) を導入した。当院には技術認定医がない為、他の認定施設での手術動画を参考に手術を開始した。腹腔鏡手術での視野は開腹手術の視野と全く異なるため、導入にあたり手術動画を繰り返し見ることによって術野風景に慣れていった。術者と同様に助手も腹腔鏡初心者であるため、スムーズに術者をアシストするためには的確な操作が必須となる。そのため TLH におけるアシスト操作の方法を具体化し毎回同じ術野風景を作ること目指した。実際の操作手順を報告する。

【操作手順】

当院での TLH の流れを以下の9ステップに分けた。1. 尿管の確認。2. 膀胱子宮窩腹膜切開。3. 卵管、卵巢固有靭帯の処理。4. 円靭帯の処理。5. 広間膜後葉切開。6. 膀胱剥離。7. 基靭帯血管の結紮縫合。8. 脛管切開。9. 膣断端縫合。この9ステップに対してアシスト操作を具体化した。

【結語】

TLH を施行する上で、助手のアシスト鉗子の操作によって良好な術野を作ることが重要な要素となる。今回具体化した各ステップをより的確に行っていくことで、手術をより安全に遂行できるものと考えられた。

23. TLH における 2D と 3D 内視鏡システムによる手術成績の比較検討

○和田 茉莉奈、伊藤 史浩、矢澤 浩之
福島赤十字病院産婦人科

【緒言】腹腔鏡下手術は低侵襲で患者の QOL を向上させる術式として普及してきているが、触覚と立体視の欠如が弱点として挙げられる。3D 腹腔鏡は立体視を補う技術とされており当院では 2014 年 11 月より導入して TLH を行っている。その手術成績を導入前の 2D 腹腔鏡での手術成績と比較検討した。【方法】当院での TLH は、全例で前方あるいは後方アプローチで尿管の同定、子宮動脈の単結紮切断をし、基靭帯を結紮切断して腔壁を切断し経腔的に子宮を回収している。2015 年 12 月までの間に行った同一術者による 3D-TLH47 件とそれ以前に行った 2D-TLH47 件について手術成績、合併症の発生について比較した。【結果】2015 年 12 月までの TLH の症例は 2D、3D 合わせて 135 件であり 91 件目以降は 3D 腹腔鏡で行った。2D—TLH および 3D—TLH の平均摘出標本の重量 (G) は 292 ± 138 、 273 ± 138 、出血量 (ml) は 192 ± 174 、 161 ± 147 、手術時間 (分) は 137 ± 20 、 119 ± 20 であり 2D に比べて 3D は手術時間が短縮し出血量も減少する傾向であった。【考察】最近の RCT でも子宮悪性腫瘍手術において 2D に比べて 3D 腹腔鏡による手術の方が手術時間は優位に短縮するとの報告がある。3D 腹腔鏡の立体視効果により正確な視野展開の向上や繊細な操作が可能となり、腹腔鏡手術の安全性の向上とより質の高い手術の進行が期待できると考える。

24. 進行卵巣癌における審査腹腔鏡の経験

○徳永 英樹、島田 宗昭、永井 智之、橋本 千明、田中 恵子、井原 基公、新倉 仁、八重樫 伸生
東北大学病院 婦人科

進行卵巣癌において手術完遂度は最も重要な予後因子の一つであるものの、癌性腹膜炎を伴う進行がん症例では腫瘍の完全切除に多臓器合併切除を要することも少なくない。全身状態が不良で、速やかな治療開始が望まれる症例に対して、迅速かつ完全切除可能な手術を提供することは容易ではない。卵巣がん治療ガイドライン 2015 年版では、化学療法先行後の腫瘍減量術が治療選択肢として推奨されており (グレード B)、その組織学的診断確定には、主として開腹手術が選択されてきた。

最近の手術関連機器の発展により、進行がん症例の腹腔内観察、組織採取を目的とした腹腔鏡下手術も選択肢として考慮されてきた (グレード C1)。一般に、腹腔鏡手術による診断確定は手術侵襲が軽微であることが多く、術前化学療法の円滑な導入が期待できる。また、下腹部正中切開では不十分となる上腹部の観察が可能となる利点なども勘案し、当科では症例を選択して腹腔鏡による試験開腹・生検術を開始した。これまでの自験例を提示し、文献的考察を加えて発表する。

25. 異所性妊娠の腹腔内出血量、開腹 / 腹腔鏡手術での止血完了時間についての検討

○佐々木 恵、辻 圭太、仁田原 憲太、平賀 裕章、市川 さおり、吉田 祐司

石巻赤十字病院産婦人科

【目的】異所性妊娠は、無症状からショックとなるものまで様々で、管理に注意を要する。出血量に影響を与える因子の把握と、大量出血症例に開腹手術と腹腔鏡手術で出血部位の止血に要する時間に差があるかを検討することを目的にカルテ記載と手術動画から後方視的に調査した。

【方法】2013年1月から2016年12月までの4年間で、当院で施行した異所性妊娠手術43例について、腹腔内出血量が800ml以上(多量群)と800ml未満(少量群)の2群に分けて、影響を及ぼす因子について検討した。また多量群を開腹群と腹腔鏡群に分けて止血完了までに要した時間を比較検討した。検定にはt検定、Wilcoxon検定、 χ^2 乗検定を用いた。

【成績】43例中多量群は14例、少量群は29例で、年齢、血中hCG値、手術時の妊娠週数、初発症状からの日数、異所性妊娠既往、妊娠部位などに関しては有意差を認めず、経膈超音波での腫瘍径は多量群68.9mm、少量群38.6mm($p=0.0003$)、腹痛での発症が64.3%と20.7%($p=0.0076$)、突然の腹痛が92.9%と37.9%($p=0.0008$)と有意差を認めた。また、多量群の中では開腹群3例、腹腔鏡群11例(うち1例は開腹に移行)で、手術開始から止血完了までの時間は平均で開腹群15分、腹腔鏡群25.7分、麻酔開始から止血完了までの時間は、34.7分と52.9分でいずれも有意差を認めなかった。

【結論】子宮外妊娠の大量腹腔内出血に、経膈超音波での腫瘍径や腹痛での発症、突然の腹痛が関連することが示唆された。今回の検討では開腹群と腹腔鏡群で止血完了までの時間に有意差を認めなかった。

26. 超音波ガイド下ラジオ波焼灼術による無心体双胎の治療

○永岡 晋一^{1,2}、小堀 周作^{1,2}、室本 仁²、室月 淳^{1,2}、八重樫 伸生³

¹東北大学医学系研究科先進成育医学講座 ²宮城県立こども病院 産科 ³東北大学 産婦人科

【目的】無心体双胎(TRAP sequence)は35,000分婉に1例とまれな疾患であり、健児(ポンプ児)から血管吻合を通じて無心体に逆行性に栄養されている、ポンプ児は高拍出性心不全から最終的に子宮内胎児死亡に陥る予後不良な疾患である。当科ではTRAP sequenceの胎児治療として超音波ガイド下ラジオ波焼灼術(RFA)を行っており、今回その治療成績をまとめた。

【方法】2001～2016年におこなわれたTRAP sequence 11例にたいする12回のRFAを後方視的に検討した。妊娠28週未満で胎児奇形や染色体異常がなく、未破水で早産徴候がない症例を治療対象とした。

【結果】紹介時の在胎週数は 19.7 ± 4.2 週(12.6～27.6週)で、すべて一絨毛膜二羊膜性双胎で、無心体児への逆行性臍帯動脈血流を認めた。無心体は無頭無心体が9例(82%)。全身無心体が2例(13%)であった。治療時の在胎週数は 20.8 ± 3.1 週(17.8～27.7週)で、全例で無心体の増大を認めそのうち2例は羊水過多も合併していた。平均通電時間は 10.1 ± 6.3 分(3.5～25分)であった。治療後の生存率は64%(7/11例)であった。生存児7例のうち1例は33週で前期破水となり早産になったが残りの6例は正期産での分娩であった。7例全てで新生児期の合併症は認めなかった。また1例はRFA治療後に無心体への血流が再開したため術後4日目に再焼灼を行った。子宮内胎児死亡(IUFD)に至った5例のうち3例は術後1日目にIUFDを確認した。他の1例は術後5日目に前期破水をみとめそのまま陣痛発来し流産となった。さらに1例はRFA治療後に前医に戻ったが26週で原因不明のIUFDとなった。

【結論】当施設でのRFAの治療成績は64%であり、86%が正期産での分娩であった。RFAはTRAP sequenceに対して有効な胎児治療と考えられる。

27. 妊婦健診時の CTG 異常で発見された母児間輸血症候群の 1 例

○土屋 繁一郎、海道 義隆、三浦 史晴、葛西 真由美、鈴木 博
岩手県立中央病院 産婦人科

【はじめに】母児間輸血症候群 (fetomaternal hemorrhage: FMH) は、妊娠中や分娩中に胎児血が胎盤を通して母体循環に流入し、胎児貧血をきたす疾患である。胎児血が母体血中に流入するのは、少量のものも含めると妊娠のほぼ全例で発生しているが、妊娠週数が進むにつれ母体循環中の胎児血の量が増え、胎児水腫や胎児死亡の原因にもなる。発症のリスク因子は、母体外傷後、前置胎盤、羊水穿刺や外回転術後などが挙げられるが、80% 以上は原因が特定されていない。今回我々は、妊娠 36 週の妊婦健診で、CTG の異常がみられた症例が特発性 FMH であった症例を経験したので報告する。【症例】26 歳の 1 経産婦。某医の妊娠 36 週の健診で行った CTG で細変動の減少を認め、その後徐脈が出現したため当院へ緊急母体搬送となった。来院時、超音波検査では、羊水過多であり、胎動は少なく、眼球・嚙下運動みられなかった。CTG にて細変動減少、高度変動一過性徐脈を認めたため、緊急帝王切開術を施行した。児は 2878g の男児、全身蒼白、末梢浮腫著明で、自発呼吸弱いためマスク & バッグで蘇生した。Apgar score は 6/8。臍帯動脈血液ガスで pH 7.303、Hb 3.4g/dL、Ht 10% と重症貧血を認めた。同日の母体血液所見は HbF 2.4%、血清 AFP 3119ng/mL と高値を示し、母児間輸血症候群が疑われた。児は DPAP を装着し、血液検査所見では Hb 3.6g/dL と低値のため、出生後 5 時間から日齢 3 まで輸血した。日齢 3 には Hb12g/dL 台まで回復した。その後の児の経過は良好で、神経学的異常も認めず、日齢 23 日に 2446g で退院となった。【まとめ】FMH は発症の予測が困難である。母体の胎動自覚のみではなく、発見の手段として妊娠後期の定期的な CTG が必要と考えられる。

28. 母児間輸血症候群の 4 症例

○平賀 裕章、高橋 司、吉田 瑤子、末永 香緒里、葛西 剛一郎、今井 紀昭
八戸市立市民病院

【緒言】母児間輸血症候群は、児の神経学的後遺症、死産、新生児死亡をもたらしうる重篤な症候群である。我々は、母児間輸血症候群の 4 症例を経験したので報告する。

【症例 1】妊娠 36 週 6 日昼から胎動減少を自覚し、晩に受診した。CTG で基線細変動消失、遅発一過性徐脈、一過性頻脈消失を認め、緊急帝王切開術を施行した。Ap 1/2 点 (1/5 分)；臍帯動脈血ガス pH 6.87, Hb 3.8 g/dl；母体 AFP 4458 ng/mL, HbF 1.7% であった。

【症例 2】妊娠 34 週 4 日晩から胎動減少を自覚した。翌日前医受診し、胎児機能不全のため当院搬送となった。高度変動一過性徐脈、高度遷延一過性徐脈、エコーで MCA-PSV 92 cm/s > 1.5 MoM (multiple of the median) を認める一方、常位胎盤早期剥離は否定的で、母児間輸血症候群が疑われた。緊急帝王切開術を施行した。Ap 3/6 点 (1/5 分)；臍帯動脈血ガス pH 7.25, Hb 3.4 g/dl；母体 AFP 5929 ng/mL, HbF 3% であった。

【症例 3】DD 双胎。妊娠 37 週 2 日に陣痛発来した。Ⅱ児は変動一過性徐脈が散発していたものの基線細変動は保たれていた。同日中に自然分娩となり、Ⅱ児 Ap 3/3 (1/5 分)；臍帯動脈血ガス pH 7.14, Hb 3.3 g/dl であった。母児間輸血症候群の疑いとなった。母体 AFP 8934 ng/mL, HbF 5.1 ~ 12% であった。

【症例 4】妊娠 33 週 3 日、2 日前からの胎動減少を主訴に前医を受診した。胎児機能不全のため当院搬送となった。基線細変動減少、遅発一過性徐脈、一過性頻脈消失、MCA-PSV 91 cm/s > 1.5 MoM、母体血ガス HbF 11% を認め、母児間輸血症候群の疑いとなった。胎児機能不全のため緊急帝王切開術を施行した。Ap 4/6 点 (1/5 分)；臍帯動脈血ガス pH 7.26, Hb 3.2 g/dl；母体 AFP 13341 ng/mL であった。

【結語】母児間輸血症候群の 80% 以上は原因不明と言われており、出生前診断や管理は未だ難しく不完全である。病態や管理の方針について考察したい。

29. 当院で経験した筋緊張性ジストロフィー合併妊娠 12 例について

○三浦 広志、高須賀 緑、高橋 和江、今野 めぐみ、三浦 康子、佐藤 朗、寺田 幸弘

秋田大学産婦人科

【緒言】筋緊張性ジストロフィー (以下 MD) の遺伝形式は常染色体優性であり、MD 合併母体から半数の児に遺伝する。また、トリプレットリピート病であるため、継代することにより早く発症、重症化する。胎児が先天性に MD を発症した場合、羊水嚥下できず羊水過多となりうる。原因の特定できない CK 上昇や羊水過多があり、妊娠中に母体の診断がつくことも少なくない。

【方法・結果】1996 年 1 月から 2016 年 12 月まで、当院にて精査加療した MD 合併妊婦を集積した。妊婦 11 人、のべ 12 例の MD 合併妊娠例が抽出された。3 例が PIH 合併、3 例が不妊加療を受けていた。ほぼ全例で CK 上昇を認め、特に塩酸リトドリン投与例で著明な増加が見られた。妊娠前に MD と診断されていたのは 5 例、妊娠中ないし産後に診断がついたものは 7 例だった。7 例中、1 例のみが妊娠前から筋力低下を自覚しており、他 6 例は症状がなかった。また、7 例中 2 例が前医で MD が疑われていたが、5 例は当院へ紹介されるまで MD を鑑別されていなかった。新生児に関して、1 例は胎児の MD 診断を契機に人工妊娠中絶されていた。生産児 11 中 7 は先天性 MD と考えられ、全例に羊水過多を伴い、3 は新生児死亡していた。

【考察】羊水過多、CK 上昇、弛緩した顔貌や四肢の筋力低下は MD 合併妊娠を疑うサインとなる。妊娠中にのみ症状を認める症例も多く、非妊時の母体の診断は困難なように考えられたが、斧様顔貌、若年性白内障、同胞内発症の家族歴など、MD を疑う手がかりのある症例も多くあった。妊娠に際し、あらかじめ患者・家族が遺伝カウンセリングを受け母児の予後を理解・受容することが望ましい。

30. 当院における早産症例 99 例とその新生児予後についての検討

○高橋 司、末永 香緒里、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、会田 剛史、今井 紀昭

八戸市立市民病院 産婦人科

【目的】早産児の新生児予後は分娩週数や早産の原因により様々である。今回当院における 35 週未満の早産を対象に、早産の原因と新生児予後の関係性について検討する。【方法】診療録より後方視的に検討した。2014 年 4 月から 2017 年 1 月までの 4413 分娩を対象とし、28 週から 34 週に分娩になった早産を抽出した。双胎妊娠、異所性妊娠、染色体異常を除外した。早産の原因を破水・陣発によるもの、妊娠高血圧症によるもの、前置胎盤によるもの、子宮内胎児発育不全によるもの、胎児機能不全によるものに大別した。【結果】早産症例は 99 例みられた。破水・陣発が原因となるものが 62 例、妊娠高血圧症が 15 例、前置胎盤が 9 例、子宮内胎児発育不全が 5 例、胎児機能不全が 7 例であった。いずれも平均分娩週数は 32 週であった。破水・陣発が原因の症例のうち MRI にて PVL が見られるものが 3 例 (分娩週数 28 週、31 週、32 週)、うち前者 2 例が脳性麻痺に至った。妊娠高血圧症、子宮内胎児発育不全が原因だった症例は全例予後良好であった。前置胎盤が原因である症例のうち 8 例が母体の性器出血を原因とし、MRI で PVL は 2 例 (分娩週数 32 週、34 週)、後者で脳性麻痺を認めた。また壊死性腸炎が 1 例 (分娩週数 29 週) 見られた。胎児機能不全が原因である 7 例のうち 1 例は 34 週母児間輸血症候群のため早産となり MRI で陳旧性脳梗塞を認めたが予後は良好、もう 1 例は 30 週常位胎盤早期剥離が原因であり MRI で PVL が見られたが予後は良好であった。【結論】今回の検討で新生児の 7% に頭部 MRI で有意な所見があり、3% に脳性麻痺を認めた。特に前置胎盤での出血は新生児予後不良因子となりうるため、早産期の警告出血には慎重な管理が必要である。

31. 漿液性卵管上皮内癌の一例：卵管摘出・病理検索の必要性

○畠山 佑子¹、小原 幹隆¹、齊藤 昌宏¹、高橋 玄德²、佐藤 直樹³、田村 大輔³、清水 大³、寺田 幸弘³

¹平鹿総合病院 ²秋田赤十字病院 ³秋田大学医学部附属病院

【緒言】子宮筋腫に対する子宮全摘術に併行した卵管切除で発見された漿液性卵管上皮内癌 (serous tubal intraepithelial carcinoma;STIC) の一例を経験したので報告する。【症例】48歳、2妊2産。多発筋腫による過多月経のため、腹式子宮全摘術を施行し、子宮および両側卵管を切除した。病理診断にて右卵管采より径1mm大のSTICが検出された。追加で施行したMRI、CT、FDG-PET検査では有意な病変を認めなかった。追加治療の要否に苦慮したため、秋田大学へ紹介し、年齢から閉経が近いと考えられること、STICの病態として早期に卵巣や腹膜への播種をきたすおそれが否定できなかったことから、初回手術から2か月後に両側卵巣および大網切除術を追加した。卵巣、大網および洗浄腹水には悪性所見を認めなかった。以後、当科で経膈超音波検査およびCA125値にてフォローアップを行っているが、追加手術から6か月後の時点で再発を認めていない。【結語】STICは卵巣癌の約半数を占める高異型度漿液性腺癌の前駆病変として近年注目されている。卵巣・腹膜の漿液性腺癌や、予防的卵管卵巣切除術において切除された卵管に認められるほか、本症例のように良性疾患の検体で偶然発見されることもある。現時点でSTICと診断後に追加手術および化学療法の有無についてはコンセンサスが得られていない。しかし、卵巣癌・腹膜の漿液性腺癌が卵管を起源とすることは確立された概念となっているため、良性疾患および卵管不妊手術の際には両側卵管を切除することにより、将来の卵巣癌を減少させられる可能性がある。

32. 卵巣明細胞癌に対する Aurora kinase A を標的とした新規治療法の開発

○千葉 洋平、佐藤 誠也、板持 広明、千葉 淳美、吉野 直人、村木 靖、菅井 有、杉山 徹
岩手医科大学

【目的】Aurora kinase A (Aurora-A) は細胞周期の分裂期を制御しており、その発現と上皮性卵巣癌の予後との関連が示唆されている。本研究では、卵巣明細胞癌 (OCCC) に対する Aurora-A 阻害剤と抗がん剤との併用療法の有効性を明らかにしようとした。【方法】OCCC 由来細胞株 6 株を用いて、Aurora-A 阻害剤である ENMD-2076 (ENMD) と、シスプラチン (CDDP)、パクリタキセル (PTX)、ドキシソルピシン (DXR) および SN-38 との併用効果を median effect 法で検索した。薬剤添加後の細胞周期の変化およびアポトーシスを flow cytometry で解析した。次に、2009 年から 2015 年に当院で初回治療を行った OCCC 患者のうち、文書による同意が得られた 56 例を対象に、腫瘍組織中の Aurora-A 蛋白発現を免疫組織化学で検討した。累積生存率は Kaplan-Meier 法で、有意差は log-rank 法を用いて検討した。また、Cox の比例ハザードモデルを用いて予後因子解析を行った。【成績】ENMD との併用では CDDP と SN-38 で 6 株中 4 株に、DXR で 3 株に相乗効果が得られたものの、PTX では 4 株で拮抗作用がみられた。ENMD と CDDP との併用添加により、G2/M 期細胞比率が増加するとともに、著明なアポトーシスが誘導された。腫瘍組織検体を用いた検討では、96% に Aurora-A 蛋白発現がみられ、75% では中等度以上の発現が観察された。Aurora-A 蛋白の中および高発現群では、陰性または弱発現群に比して予後不良の傾向がみられた。特に、FIGO 進行期 IC3 期-IV 期例の累積 5 年生存率は、Aurora-A 蛋白の中および高発現群では 21% であり、陰性または弱発現群の 77% に比して有意に低かった。多変量解析の結果、Aurora-A 蛋白染色強度は残存腫瘍径とともに独立予後因子であった。【結論】Aurora-A 蛋白発現は有望な予後予測マーカーとなり得ることが示されるとともに、OCCC に対する ENMD と CDDP との併用療法の有効性が示唆された。

33. 松果体への孤発性脳転移を来した再発卵巣漿液性癌の一例

○菅 安寿子¹、深川 大輔^{1,2}、永沢 崇幸¹、利部 正裕¹、石田 和之²、板持 広明¹、菅井 有²、杉山 徹¹
¹岩手医科大学 産婦人科学講座 ²岩手医科大学 病理診断学講座

【はじめに】卵巣癌において脳転移の頻度は2%程度とされている。その多くは脳実質に多発性に発生し、神経学的症状の出現が契機となり発見される。一方、卵巣癌の松果体への孤発性転移は極めて稀である。今回、松果体への孤発性脳転移を来した症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例】57歳、女性。平成19年に卵巣漿液性癌IIIC期の診断でSecondary debulking surgeryを含む初回治療を施行した。平成19年と平成22年、平成23年、平成25年、平成26年に骨盤内再発を繰り返し、再発腫瘍の切除および化学療法、放射線療治療を施行した。平成28年に施行したPET-CT検査にて、骨盤内の多発リンパ節転移と癌性腹膜炎を認めため、化学療法目的に入院した。入院時にふらつきや転倒、軽度健忘症状の訴えがあり、頭部CTおよびMRI検査を施行した。その結果、松果体に造影効果を示す腫瘍を認め、松果体芽腫が疑われた。また、脳室拡大もみられ軽度の水頭症を呈していた。同年12月、内視鏡下腫瘍生検術および脳室開窓術を行い、健忘症状は軽減した。生検腫瘍の組織学的検索では腺癌であり、免疫組織化学では、CK7(+), CK20(-), CA125(+), WT-1(+))であり、卵巣癌の転移と診断した。シスプラチン(75mg/m²)の投与および、頭部への、定位放射線療法を施行した。現在、神経学的症状は軽快している。【まとめ】転移性脳腫瘍に対する治療としては、通常定位放射線療法が選択される。患者のQOL改善のためにも、可及的早期に脳転移を発見することが重要と考えられた。

34. 術後早期にリンパ節転移を来した 子宮体部神経内分泌性小細胞癌の一症例

○藤嶋 明子、吉岡 知己、木戸 直子、谷川 秀郎、齋藤 寛
 秋田厚生医療センター

子宮体部原発の神経内分泌性小細胞癌の1例を経験したので報告する。症例は78歳、3妊2産。S状結腸癌術後のフォローアップで施行されたCT検査において、子宮に腫瘍が認められたため当科に紹介された。画像診断では5cm大の腫瘍が子宮内腔を占拠していたが、筋層浸潤は明らかではなかった。リンパ節腫大および遠隔転移は認められなかった。子宮内膜細胞診は陽性で非上皮性の悪性腫瘍が推定された。生検組織診においてシート状の増殖を示す類円形ないしは短紡錘形の異型細胞が認められ、免疫組織化学においてクロモグラニンA、シナプトフィジンおよびCD56が陽性であったため、神経内分泌性小細胞癌と診断された。子宮全摘術および両側付属器摘出術を施行したが、手術標本の組織診においては、子宮内腔の腫瘍は有茎性の粘膜下筋腫様に子宮後壁から発育し、小細胞癌と類内膜腺癌G1が衝突するように増殖した腫瘍であった。漿膜下には1cm大の腫瘍が多発し、それらはすべて小細胞癌の子宮内転移と診断された。術後5か月のCT検査で傍大動脈リンパ節に腫大が認められたため、リンパ節転移と考え化学療法を開始した。子宮体部の神経内分泌性小細胞癌は極めて稀な疾患であり、その頻度は子宮内膜原発悪性腫瘍の0.8%と言われている。早期に転移・再発を来すため予後不良で、5年以上生存する症例は稀であると報告されている。本症例においても術後5か月でリンパ節転移を来したと考えられ、高い悪性度が想定された。標準治療が確立されていないので、予後の改善のためには更なる症例の蓄積が必要と考えられた。

35. 子宮体癌からの皮膚転移の一例

○松村 由紀子¹、淵之上 康平¹、田中 加奈子¹、阿部 和弘¹、谷口綾亮²、丹藤 伴江¹

¹ 国立病院機構弘前病院 ² つがる総合病院

【緒言】婦人科疾患からの皮膚転移の報告は少ない。今回我々は子宮体癌術後に多発皮膚転移を認め、治療に苦慮した症例を経験したので報告する。【症例】64歳、2経妊2経産。既往歴に特記事項なし。子宮体癌の診断で子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節郭清術、傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。病理組織検査で endometrioid adenocarcinoma with squamous differentiation G2、pT2aN0M0の診断だった。術後 TC 療法、DC 療法を行っていたが腔断端細胞診で classV (adenocarcinoma) を認め放射線療法を施行した。術後より約2年後から腸閉塞を繰り返すようになった。原因として放射線療法後の麻痺性イレウスと考えられた。術後より約4年後に外陰部、肛門、下腹部皮膚に腫瘍性病変が出現し、組織診を行ったところ SCC の診断だった。手術時の病理組織と比較し子宮体癌からの皮膚転移が考えられた。皮膚転移に対して放射線療法を施行し、その後 AP 療法を施行したが肺転移の出現や皮膚転移の増大を認めた。その後2回の放射線療法を行い一旦は皮膚転移巣の縮小を認めたが全身に広がるようになった。術後より約6年後、皮膚転移出現から約2年後に永眠された。【考察】子宮体癌からの転移部位は腔などの骨盤内局所再発や、肺、肝臓などが好発部位となっているが、皮膚転移の報告は極めて稀である。本症例は最終的に肺や肝転移を認めたが、先行して皮膚多発転移が出現した。全身化学療法や放射線療法を行ったが病変の制御には至らなかった。

36. Bevacizumab 使用中に小腸穿孔を認め、開腹修復術を要した再発卵巣癌の一例

○田中 誠悟、二神 真行、飯野 香理、山内 愛紗、横山 良仁

弘前大学

【緒言】血管内皮増殖因子 (VEGF) に対するモノクローナル抗体である Bevacizumab (以下 BV) は、卵巣癌に対する保険収載後その有効性のため多くの症例で使用されている。有害事象の一つとして消化管穿孔が知られているが、本邦における実際の頻度は不明である。今回我々は、BV 使用中に小腸穿孔を認め、開腹術を要した再発卵巣癌の一例を経験したので報告する。【症例】54歳、2経妊2経産、44歳時に子宮筋腫、左卵巣嚢腫に対し、単純子宮全摘術、左付属器切除術の既往がある。2年前卵巣癌疑いとして右付属器切除術、大網切除術が施行された。病理診断で粘液性腺癌 IC3 期の診断となったため、TC 療法3クールを施行。1年後に腹腔内播種、癌性腹膜炎として再発した。CT 検査で腸管に食い込むような播種性病巣がないことを確認した上で、weekly Paclitaxel+BV 療法を開始した。1回目の化学療法開始5日後、腹痛を主訴に救急外来を受診。腹部レントゲン検査で free air を認めなかったため、イレウス疑いとして緊急入院となった。3日後より発熱が出現した。CT 検査を施行したところ free air を認め、消化管穿孔疑いとして開腹術が施行された。小腸にピンホール状の穿孔部位を認め、洗浄の上縫合修復した。術後は癌性腹膜炎によると考えられるイレウスが遷延し、再度 TC 療法をしたが改善せず、緩和医療目的に他院へ転院し原病死となった。【考察】これまで16例の卵巣癌症例に対して BV を使用したが、消化管穿孔はこの1例のみである。腸閉塞の有無、先行レジメン数、使用前の CT 画像所見などに注意していても、常に消化管穿孔の可能性に留意して診療する必要があると思われた。

37. 子宮体癌術後続発性左下肢リンパ浮腫の治療を 中断した症例からの検討

○阿部 千代子、辻 和子、古田 昭彦
石巻赤十字病院プレストセンター

【はじめに】続発性リンパ浮腫は、手術や放射線治療により、リンパ管の障害によって起こる癌治療の後遺症である。リンパ浮腫の治療には、複合的理学療法や手術療法がある。今回、双方の治療を行ったが症状が悪化し、治療を中断した症例を通して、リンパ浮腫指導や治療のあり方について検討したので報告する。【症例】48 才、女性。既往歴：左水腎症があり経過観察中。平成 12 年 A 病院で子宮頸癌広範子宮全摘術施行。その後、徐々に左下肢に浮腫が出現。平成 18 年 B 大学病院でリンパ管静脈吻合術施行するが、術後の自己管理不足と、期待した結果が出なかったことから「どうせよくなるまい」と治療を中断。平成 26 年 A 病院より当院リンパ浮腫外来に紹介。ISL 分類Ⅲ期。圧痕は無く、下肢の変形、象皮症を呈していた。月 1、2 回の受診で複合的理学療法を開始したが、明らかな症状の改善がなかったことから、手術療法や入院治療できる施設の提供をした。平成 27 年 10 月 2 週間程度 C 病院に入院治療し、体重・サイズの減少や下肢の柔軟性がみられた。その後、当院で治療を継続していたが、平成 28 年 7 月父が死亡。治療中断となった。【考察】リンパ浮腫は発症すると、一生付き合わなければならない。その為、早期発見・早期治療が必要だ。今回の症例は、父の死亡から 2 度目の治療中断となった。その背景には、「どうせよくなるまい」の思いがあると思われる。リンパ浮腫指導管理料 100 点が入院中 1 回、退院後 1 回加算が取れる。その為、術前からリンパ浮腫のリスクの説明を行い、入院中にリンパ浮腫予防の説明と理解を得、退院後の外来でも症状の確認や発症時に早期にリンパ浮腫治療を開始することが重症化を防ぐ。また、セラピストは、複合的理学療法に関わる適した物品の選択や、手術療法等の新しい情報の提供を行い、患者が希望を失う事がないように支えていく必要がある。

38. 肥満妊婦の周産期予後：肥満度による合併症リスクの比較

○仁田原 憲太、佐々木 恵、遠藤 俊、田上 可桜、市川 さおり、辻 圭太、目時 弘仁、吉田 祐司
石巻赤十字病院

【背景】日本人若年女性において近年 BMI 増加が指摘されている。肥満妊婦はさまざまな周産期合併症発生頻度が高くハイリスクと考えられるが、海外と比較して日本人の BMI30 を超える高度肥満妊婦の周産期予後についての検証は少ない。

【目的】非妊娠時の肥満度ごとの周産期予後を比較し、肥満妊婦の適切なリスク評価につなげる。

【方法】2012 年 10 月から 2016 年 9 月に石巻赤十字病院産婦人科で分娩した 2799 人の妊婦を対象とした。非妊娠時の BMI によって対象妊婦を BMI25 未満、BMI25 以上 30 未満、BMI30 以上 35 未満、BMI35 以上の 4 群に分類し、各群の周産期合併症（妊娠糖尿病、妊娠高血圧症、緊急帝王切開率、出生体重 3500 グラム以上）発生率の Odds Ratio (or) を求めた。

検定はロジスティック回帰分析を用いて年齢、妊娠中の体重増減を調整因子として加え結果を求めた。

【結果】妊娠糖尿病発症率、妊娠高血圧症発症率、3500 グラム以上の出生体重児の割合は BMI25 未満に対し、BMI25 以上 30 未満、BMI30 以上 35 未満、BMI35 以上で有意に高く、また BMI 高値の群ほど顕著な OR 上昇を認めた。

緊急帝王切開率に関しては BMI35 以上では有意にリスクが高かった。

【考察】肥満妊婦において周産期合併症のリスクが高く、高度肥満ほどそのリスクが高いことが示された。基準等の違いから単純比較できないが、海外の文献と比較して高度肥満におけるそれらの OR 上昇が大きい。非妊娠時の体重管理が日本人では特に重要であることが示唆される。

【結語】非妊娠時の肥満度は上記の周産期合併症のリスクと相関する。

39. 分娩の経過に影響を与えた子宮筋腫合併妊娠の2症例

○淵之上 康平¹、松村 由紀子¹、田中 加奈子¹、阿部 和弘¹、丹藤 伴江¹、佐々木 幸雄²、八木橋 法登³

¹ 国立病院機構弘前病院産婦人科、² 国立病院機構弘前病院放射線科、³ 国立病院機構弘前病院研究検査科

【緒言】子宮筋腫は婦人科腫瘍疾患のなかでも最も高頻度の疾患であり、30歳以上の女性では20～30%に見られ、妊娠に子宮筋腫が合併する頻度は0.5～2.0%程度と報告されている。今回、子宮筋腫が分娩の経過に影響を与えた症例を経験したので報告する。【症例1】36歳、1経産。前医にて妊婦健診施行されており、初期に直径40mmの粘膜下筋腫を指摘された他は特記事項なく経過。37週5日、同医にて自然分娩となった。分娩後から出血が持続するため当科へ救急搬送となった。経腹超音波で子宮前壁発生の粘膜下筋腫があり、筋腫から頸管内にかけて血腫の貯留があった。分娩後7時間経過し総出血量2000gとなったため選択的子宮動脈塞栓術を施行し止血できた。その後貧血となったが徐々に軽快し、産褥10日目に退院となった。【症例2】31歳、初産。初期より当科で妊婦健診施行されていた。12週時に子宮後壁に直径25mmの筋層内筋腫を認めた。28週時、36週時に軽度の貧血を認め鉄剤が処方されたが、その他は特記事項なく経過。38週4日に自然分娩となった。分娩後30分経過したが胎盤が娩出されないため、経腹超音波で確認しながら用手剥離した。一部遺残したためこれらも摘出したところ、子宮筋腫様のものが摘出された。摘出物を病理検査へ提出したところ、癒着胎盤及び子宮筋腫と診断された。総出血量は81gであった。分娩後3日目に軽度の貧血を認めたが鉄剤処方し、分娩後5日目に退院となった。【考察】子宮筋腫合併妊娠の取り扱いについて決まった方針は示されていないため、今後症例の蓄積が必要と考えられる。

40. 当院における精神疾患合併妊娠に対する産後の支援に関する検討

○杉山 晶子、渡邊 憲和、深瀬 実加、小幡 美由紀、堤 誠司、永瀬 智

山形大学

【目的】妊娠中に精神疾患を合併する頻度は本邦で約2.5%とされる。精神疾患合併妊娠では出産後の社会的支援を要することも多い。当院では医療者または妊婦・家族が育児に不安を感じる場合に市町村に妊産婦連絡票を送付し保健師等による支援を依頼している。本研究では、当院で管理した精神疾患合併妊娠で産後の支援を要した症例の特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】2014年1月から2016年8月に妊娠22週以降に当院で分娩した精神疾患合併妊娠を対象とし、診療録を後方視的に調査した。年齢、妊娠歴、分娩様式、分娩週数、児の先天性疾患、精神疾患の診断名、薬剤投与歴、生活保護の受給、妊娠中のソーシャルワーカー(SW)の介入、特定妊婦について調査し、妊産婦連絡票の有無で各項目を比較した。

【結果】該当症例は52例(52/695例、7.4%)で精神疾患の内訳は統合失調症10例(19.2%)、てんかん10例(19.2%)、パニック障害9例(17.3%)、うつ病7例(13.4%)、双極性障害7例(13.4%)、強迫性障害2例(3.8%)、その他8例(15.3%、重複あり)であり、39例(75.0%)で妊娠中の向精神薬投与を要した。生活保護受給者は1例(1.9%)、特定妊婦は5例(9.6%)、妊娠中のSWの介入は7例(13.4%)で、妊産婦連絡票は31例(59.6%)で使用した。妊産婦連絡票を使用した群では統合失調症、双極性障害、妊娠中のSWの介入が有意に多かった。

【結論】特に統合失調症、双極性障害合併妊娠では医療者や妊婦・家族が育児に不安を感じ、地域における産後の支援を求めることが多かった。今後は支援を要する症例の抽出方法や介入を行った後のフィードバックの方法などを整備し、支援体制のシステム構築を目指したい。

41. 当院における特定妊婦の現状と検討

○小山 理恵、岩動 ちず子、佐々木 由梨、千田 英之、千葉 淳美、杉山 徹
岩手医科大学

【緒言】平成 28 年 5 月、うつ病などで治療や精神面のケアが必要な妊婦が 4 万人 / 年おり 1551 人 (4%) で治療やケアが必要と厚生労働省が発表した。そこで、当科に於ける精神疾患合併妊娠について検討した。【方法】2013 年 1 月から 2016 年 5 月、対象は当院で分娩した精神疾患合併妊婦。ドメスティックバイオレンス (以下 DV) の経験を持つ DV 群と経験のない非 DV 群の 2 群に分類した。群間の年齢、相手の年齢、結婚、分娩時週数、児体重と分娩時出血量を検討した。解析は Man-Whitney U test を行い $p < 0.05$ を有意とした。【成績】総分娩数は 1631 例であり精神疾患合併妊婦 27 例 (1.7%)。DV 群が 8 例 (30%) で非 DV 群は 19 例 (70%) であった。病名は解離性障害が 7 例、うつ病と統合失調症が各 5 例。他は強迫性障害 3 例、双極性障害、知的障害と不安障害が各 2 例、持続性気分障害が 1 例であった。DV 群と非 DV 群の妊婦年齢は 30.7 ± 8.0 と 30.3 ± 6.2 。相手の年齢は 35.0 ± 11.0 と 31.0 ± 7.0 。分娩時週数は 37.3 ± 4.0 と 37.3 ± 4.0 。出生児体重 (g) は 3153.8 ± 598 と 2549.1 ± 821 。分娩時出血量 (g) は 790.8 ± 359 と 808.0 ± 624.1 、これらは全て有意差なし。結婚について DV 群では既婚 5 (63%) 例、非 DV 群は既婚 15 (74%) 例。DV 群での産後のケアは精神科フォローが 26 例であり積極的に支援施設が介入した症例は 1 例であった。【結論】特に、精神疾患合併妊婦に対する産後のフォロー支援体制の問題点が浮き彫りとなった。

42. 精神的、社会的ハイリスク妊婦症例を通じた 周産期メンタルヘルスについての考察

○小山 文望恵、熊坂 諒大、重藤 龍比古、田中 幹二、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】東京都における周産期死亡の原因として自殺が産科出血などの病死の約 2 倍にのぼることが報告された (第 68 回日本産科婦人科学会学術講演会)。妊産褥婦のメンタルヘルスケア充実が急務であり、本年改訂の産婦人科診療ガイドラインでも初期の妊産婦のメンタルヘルスに関する項目が加えられた。我々が経験した精神的、社会的ハイリスク妊婦の症例を通じ、今後こうした症例に対し我々産科医が如何に関わっていくべきかについて考察する。

【症例】症例 1 : 44 歳、1 妊 1 産で、前回は妊娠 34 週相当で近医初診し高血圧緊急症で即日緊急帝王切開。既往歴として慢性高血圧を指摘されていたが未治療。今回人工中絶希望で近医受診するも明らかに中絶不可能な週数と思われた。血圧 203/124 mm Hg、尿蛋白 4+ であり重症妊娠高血圧症候群疑いとして当院救急搬送の上、即日緊急帝王切開術となった。児は 1,640 g だったが成熟度判定法では 37 週相当だった。本人に育児意思がなく、退院後乳児院へ入所となった。症例 2 : 41 歳、0 妊 0 産。既往歴 : うつ病 (近医で内服加療中)。IVF-ET 反復不成功にて当科紹介となり、FET で妊娠。28 週より内服薬を自己中断。34 週の妊婦健診時、突然「墮ろしたい」と叫び出し、夫同意のもと当院精神科に医療保護入院となった。35 週で陣痛発来し吸引分娩となったが、分娩直後から不穏行動あり再度医療保護入院となった。家族にも育児の意思なく、児は退院後乳児院へ入所となった。

【考察】精神的、社会的ハイリスク妊婦に対しては、産科医を中心として多職種が連携の上情報共有し、包括的に支援していくことが重要である。

43. 当院で経験した腎移植後妊娠症例～経時的モニタリングによる 児への免疫抑制剤移行の検討～

○三浦 康子¹、高須賀 緑¹、吉川 諒子¹、今野 めぐみ¹、三浦 広志¹、佐藤 朗¹、寺田 幸弘¹、藤山 信弘²

¹秋田大学医学部附属病院 産婦人科 ²秋田大学医学部附属病院 腎疾患先端医療センター

【緒言】本邦での腎移植は年々増加しており、それに伴い腎移植後の妊娠・分娩も増加傾向にある。当院で生体腎移植を施行され妊娠に至った3症例4妊娠について報告する。

【結果】1.2例目の原疾患は病理診断未施行の慢性腎不全で、生体腎移植から10年以上経過し腎機能も良好であった。妊娠経過中の腎機能障害は認めず、産科合併症も来すことなく正期産となった。3例目の原疾患は間接性腎炎で、移植から8年後、妊娠許可から1年半後に妊娠成立した。妊娠前の移植腎機能は良好であった。血圧上昇傾向を認め妊娠20週から入院管理とされた。入院後の血圧・腎機能は比較的安定していたが、妊娠30週より切迫早産徴候を認め、妊娠35週に前期破水し自然早産となった。母体血、臍帯血、児血、母乳中のタクロリムス濃度を経時的にモニタリングしたが、生後3週目には児の血中タクロリムスは消失しており、免疫抑制剤内服中の授乳は回避しなくてもよいという意見を支持する結果となった。4例目の原疾患はIgA腎症であり、移植から4年後、妊娠を希望し免疫抑制剤と降圧剤を変更したところ蛋白尿の出現を認めた。妊娠不可、薬剤再変更の方針としたところ、自然妊娠が判明した。移植腎機能廃絶のリスクを踏まえ、妊娠9週で人工妊娠中絶を施行された。その後ステロイド療法を施行され、腎機能は回復されている。

【結語】

妊娠前の腎機能が良好であれば母児の予後は比較的良好であることが再認識された。また、免疫抑制剤内服中の母乳育児の安全性を支持する結果が得られた。今後も各科との連携を強化し、腎移植後症例の至適な周産期管理に努めたい。

44. 胎児心不全をきたした母体甲状腺機能亢進症

○齋藤 彩、齋藤 彰治、小篠 隆広、阿部 祐也

山形県立中央病院 産婦人科

【諸言】甲状腺機能亢進症は妊娠の約0.2%に合併する。未治療の甲状腺機能亢進症では、流早産、死産、低出生体重児、妊娠高血圧症候群、心不全などの発症リスクが高まる。また、手術あるいは放射性ヨード治療によって寛解しているバセドウ病患者でも、母体の甲状腺機能が正常あるいは低下しているながら、胎児が甲状腺機能亢進症に罹患していることがある。今回バセドウ病の治療後に妊娠し、妊娠32週に胎児頻脈と胎児心不全をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】27歳、0妊0産。バセドウ病で甲状腺亜全摘術後に甲状腺機能低下となりレボチロキシンを内服していた。甲状腺機能は正常化し、手術6か月後に自然妊娠した。妊娠中TRAbは40IU/Lと高値で経過していた。妊娠32週の妊婦健診で胎児の心拡大とTR、MRを認め胎児心不全の疑いで入院した。MCA-PSV:81cm/sであり胎児貧血も疑われた。胎児心拍モニタリングはReassuringであったが基線は180bpmと頻脈であった。新生児科や小児循環器科との精査後に娩出を予定していたが、同日夜間にlate decelerationを繰り返し胎児機能不全で緊急帝王切開をした。児は1720gの女児で、Apgar scoreは1分値2点、5分値7点であった。臍帯動脈pHは7.204であった。母体の産褥経過は順調であったが、児の右心負荷が強く抗心不全療法を開始した。胎児貧血は認めなかった。児の心拍は170-220/分であり、fT3:4.84pg/ml、fT4:5.46ng/dl、TSH<0.01μIU/ml、TRAb:88.8%と新生児甲状腺機能亢進症であった。児はヨード剤とプロピルチオウラシルの内服を行った。日齢49日に退院し、現在新生児科に通院中である。

【考察】甲状腺機能亢進症の既往患者では、治療後も新生児甲状腺機能亢進症を発症するリスクがある。母体の甲状腺機能と胎児の状態を把握し慎重に管理する必要があると考えた。

45. 胎児期に臍帯嚢胞を指摘され、嚢胞破裂後に胎児機能不全を来した尿膜管開存症の1例

○佐藤 藍、深瀬 実加、渡辺 憲和、杉山 晶子、小幡 美由紀、堤 誠司、永瀬 智
山形大学

【緒言】臍帯嚢胞や臍帯浮腫は尿膜管開存症との関連がみられる稀な先天異常である。出生前に臍帯嚢胞を認め、経過中に胎児機能不全を来した尿膜管開存症の1例を経験したので報告する。

【症例】32歳、未経産。妊娠初期に胎児腹部嚢胞の指摘があり妊娠15週のMRIで尿膜管嚢胞と臍帯嚢胞が疑われた。妊娠28週、里帰り分娩目的に前医受診、妊娠30週で尿膜管嚢胞の消失を認め破裂が疑われた。妊娠32週で当院紹介、管理入院となった。妊娠33週に高度遷延一過性徐脈、繰り返す変動一過性徐脈を認め、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開術を施行した。児は1,748gの男児で、Apgar score 8/9点、臍帯動脈血 pH 7.241であった。臍帯に嚢胞を認め、臍帯基部では破裂した嚢胞様所見を認めた。

児は日齢0に膀胱造影を施行し尿膜管開存症、臍ヘルニアと診断され、尿膜管切除と臍形成術を施行した。

【考察】臍帯嚢胞は稀な異常であり、様々な胎児奇形との関連性が指摘される。臍帯嚢胞や臍帯浮腫は、臍帯血流の障害をもたらす可能性も示唆されている。分娩様式は報告により様々だが、分娩時の圧迫による胎児心拍異常や子宮内胎児死亡例も報告されているため、帝王切開を選択する施設もある。本症例の胎児心拍異常は、臍帯圧迫が原因であると考えられた。

【結語】臍帯嚢胞を伴う症例では、胎児心拍異常が出現することがあるため、注意深いモニタリングと選択的帝王切開が考慮される。

46. 胎児超音波検査にて動脈管早期収縮と診断された1例

○三浦 雄吉、羽場 巖、佐々木 由梨、金杉 知宣、岩動 ちず子、小山 理恵、菊池 昭彦、杉山 徹
岩手医科大学医学部産婦人科学教室

【はじめに】動脈管早期収縮とは、様々な原因により胎児の動脈管が完全閉鎖もしくは狭窄をおこす病態である。今回我々は妊娠中期に胎児超音波検査にて動脈管早期収縮の診断となった一例を経験したので報告する。【症例】37歳、3経妊3経産。妊娠27週3日に持続する腹痛と切迫早産のため前医より母体搬送となった。診察上、胎盤早期剥離やHELLP症候群は否定的であり、3回開腹歴と腹部レントゲン写真から癒着性イレウスの診断となった。切迫症状に対しては子宮収縮抑制剤持続点滴、イレウスに対しては絶飲食管理を行い、アセトアミノフェンやペンタジンを使用して疼痛コントロールを行っていた。妊娠28週0日、ノンストレステストで短時間のサイナソイダルパターン様の波形を認め、胎児超音波を施行したところ動脈管早期収縮の診断となる。薬剤性の可能性も考え、子宮収縮抑制剤以外の使用薬剤を中止しモニターでの監視を行いつつ慎重に管理した。その後、イレウス症状は改善し、胎児超音波上の動脈管収縮も改善傾向となった。37週1日に退院。38週3日に陣痛発来のため入院し自然分娩となった。出生児は、軽度三尖弁逆流を認めるものの明らかな心臓異常は認めなかった。【結語】胎児超音波で動脈管早期収縮を認めた1例を経験した。イレウスに対して使用した薬剤による早期動脈管収縮の可能性が示唆された。

47. 妊娠後期のルイボスティー摂取による胎児動脈管早期収縮が推定された一例

○宮副 美奈子、濱田 裕貴、田中 宏典、只川 真理、星合 哲郎、斎藤 昌利、西郡 秀和、八重樫 伸生
東北大学病院 周産母子センター

【緒言】

胎児動脈管早期収縮 (premature constriction of the ductus arteriosus : PCDA) は妊娠後期のプロスタグランジン (PG)E2 合成抑制や受容体拮抗等により引き起こされる。ポリフェノールには PG 合成阻害作用があり、妊娠後期の多量摂取による胎児 PCDA が報告されている。我々は、ルイボスティー摂取により胎児 PCDA を発症したと推定される症例を経験したので報告する。

【症例】

36 歳、3 妊 2 産。既往歴なし。自然妊娠成立後、妊娠初期より前医にて管理されていた。妊娠 24 週 2 日に切迫早産で当科搬送入院となった。塩酸リトドリン点滴と膣炎の加療を行っていたが、妊娠 28 週 4 日に胎児右心系拡大を認め、妊娠 30 週 5 日に三尖弁逆流と動脈管収縮を認めた。明らかな心奇形は認めなかった。詳細な問診の結果、妊娠中にルイボスティーを頻回に摂取していることが判明した。ポリフェノール摂取制限指導後は胎児 PCDA 悪化を認めず、現在妊娠継続中である。

【考察】

ルイボスティーに含まれるポリフェノールには PG 合成阻害作用があり、妊娠後期に多量摂取すると胎児 PCDA を発症するリスクがある。しかし、そのリスクは周知されておらず、むしろカフェインを含まないため積極的に摂取する妊婦も少なくない。胎児 PCDA では、妊婦のポリフェノール含有飲食物等も念頭に問診し、その摂取制限を指導する必要がある。一方で、ポリフェノールによる胎児 PCDA は可逆的であり、摂取制限により改善するという報告があり、本症例も胎児 PCDA 悪化を認めることなく妊娠継続中である。妊婦のポリフェノール摂取に関して、今後更なる啓蒙が期待される。

48. 肝腫大を契機に発見された胎内発症の TAM の 1 例

○加茂 矩士¹、安田 俊¹、植田 牧子²、平岩 幹²、巖 美希²、鈴木 聡²、山口 明子²、藤森 敬也²

¹ 国立病院機構 福島病院 産婦人科 ² 福島県立医科大学 産科婦人科学講座

【緒言】Transient abnormal myelopoiesis (TAM) とは、21 trisomy の約 10 %に見られる末梢血における一過性の白血球増加と芽球出現を特徴とする骨髄増殖性の病態である。従来は予後良好な疾患とされてきたが、胎児期に胎児水腫を合併するハイリスク症例や死産児に見つかる例も報告されている。肝腫大を呈し生後に胎内発症の TAM と診断された 1 例を経験したので報告する。【症例】5 経妊 2 経産、40 歳。自然妊娠後、当院で妊婦健康診査を実施していた。胎児染色体検査は希望がないことが確認されていた。妊娠 34 週の経腹超音波検査で FTA (fetal trunk cross section area) + 2.0 SD と腹囲の拡大が認められた。明らかな形態異常は認められなかった。妊娠 36 週、経腹超音波検査で FTA +4.0 SD、低輝度均一で腫大した肝臓を認められた。胎児 MRI 検査で皮下浮腫と腫大した肝臓が認められた。胎内感染を疑う結果は得られなかった。画像所見や母体高年齢より胎内発症の TAM を疑った。新生児血液疾患を治療可能な大学病院に搬送し、肝腫大や皮下浮腫の進行が認められたため妊娠 37 週 4 日に分娩誘発を行い、同日男児 (出生体重 3378 g, Apgar score 6 / 8 点) を娩出した。児には白血球増多 (173800 / μ l ; 芽球 86 %)、多血 (Hb 18.0 g/dl) が認められた。身体所見、骨髄検査結果から TAM の胎内発症例と考えられ、日齢 4 ~ 10 に少量シタラピン療法施行し、約 2 週間で血液検査所見は正常化した。染色体検査は 21 trisomy であった。【考察】本症例は胎児肝腫大、皮下浮腫のみが 21 トリソミーを示唆する所見であった症例であり、肝腫大は TAM を鑑別に入れ、出生児が治療可能である医療機関での管理が必要と考えられた。

49. 卵管から発生した成熟奇形腫の1例

○白井 友梨、齋藤 淳一、鏡 友理絵 宮野 菊子、熊谷 祐作、岩間 憲之、松本 大樹、我妻 理重
大崎市民病院 産婦人科

【緒言】卵管発生の奇形腫は2013年の時点で74例しか報告されておらず、非常に稀な疾患である。今回、卵管から発生した成熟奇形腫の1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。【症例】35歳女性、2経妊2経産。既往歴や内服歴に特記事項はなし。月経不順を主訴に前医受診し、経膈超音波検査で骨盤内に7×5cm大の腫瘤を認めたため、精査目的に当院紹介となった。月経周期は40-45日で月経不順あり。腹部自発痛や圧痛はなく、妊娠反応は陰性で、子宮頸部および体部細胞診は異常を認めなかった。採血検査ではCA125の上昇を認めた。CT・MRIで子宮腹側に10cm大の脂肪成分や石灰化を含む腫瘤を認め、成熟奇形腫が考えられたが、画像上、両側卵巣は正常な形として認められた。骨盤内腫瘍の診断で開腹術を施行した。腫瘍は右卵管漏斗部付近から発生しており、腫瘍子宮側の卵管捻転による卵管の浮腫状変化を認めた。その後の病理結果で成熟した2胚葉成分を含んでおり、卵管から発生した成熟奇形腫の診断となった。また、腫瘍は卵管内に突出していた。【考察】奇形腫が卵管から発生することは非常に稀であり、術前に診断することは難しく、術中や術後に診断されることが多い。画像診断で正常卵巣が確認できる骨盤内腫瘍を認めた場合は、卵管奇形腫も鑑別診断として考える必要がある。

50. 若年者に発症した卵巣成熟嚢胞奇形腫悪性転化の3例

○鈴木 百合子、清野 学、柿 宏論、須藤 毅、太田 剛、永瀬 智
山形大学

【緒言】卵巣成熟嚢胞奇形腫は全卵巣腫瘍の10-20%を占める腫瘍であり、1-2%の確率で悪性転化をきたすと言われている。発症の平均年齢は55歳と報告され、その多くは閉経後である。当科で経験した若年で悪性転化に至った卵巣成熟嚢胞奇形腫の3例を検討した。

【症例】症例1は42歳、未経妊。腹部膨満感を主訴に前医を受診し、骨盤に脂肪成分と充実成分を伴う多房性嚢胞性腫瘍を認め、卵巣成熟奇形腫の悪性転化が疑われた。癌性腹膜炎を併発しており、左付属器摘出術を施行したが、腫瘍の完全摘出はできなかった。病理検査で扁平上皮癌と診断し、術後パクリタキセル/シスプラチン療法を施行したが奏功せず死亡した。症例2は30歳、未経妊。下腹部重苦感を主訴に前医受診。骨盤内に脂肪成分と充実成分を伴う嚢胞性腫瘍を認めた。腹膜播種、傍大動脈リンパ節転移を認めたが二期的手術によりoptimal surgeryを施行することができた。病理検査で扁平上皮癌と診断し、術後パクリタキセル/カルボプラチン/ペバシズマブを投与し現在寛解を維持している。症例3は30歳、1妊1産。下腹部痛を主訴に前医受診。術前に両側成熟嚢胞奇形腫の診断となり、当科で腹腔鏡補助下卵巣腫瘍摘出術を施行した。摘出標本に充実成分を認め、病理検査で成熟嚢胞奇形腫から発生した神経芽腫の診断であった。二期的に卵巣癌根治術を施行し、術後にエトポシド/シスプラチンを施行し現在再発なく経過中である。

【結果】若年で卵巣成熟嚢胞奇形腫の悪性転化を来した3症例を経験した。進行例では予後不良のことが多く、治療が確立されていないため、今後さらなる検討が必要である。

51. 妊娠中に良悪性の鑑別に苦慮した内膜症性嚢胞の3症例の検討

○佐藤 友里恵、吉永 浩介、石垣 展子、松浦 類、柏館 直子、横山 絵美、宮原 周子、武山 陽一
 仙台医療センター 産婦人科

【諸言】内膜症性嚢胞は生殖年齢の女性にも発生し、悪性転化を来すこともある。今回妊娠中に内膜症性嚢胞の悪性転化が疑われ、当院で開腹術を施行した3症例について報告する。【症例1】32歳、0経妊0経産。2年前に右卵巢腫瘍(内膜症性嚢胞)を指摘されていた。妊娠10週に前医で施行した経陰超音波で60mm大の右卵巢腫瘍に24mm×10mm大の結節を伴ったため、精査治療目的に当院紹介受診。悪性を否定できず、妊娠14週に開腹右卵巢腫瘍摘出術施行。術後の病理検査で内膜症性嚢胞の診断となった。【症例2】26歳、0経妊0経産。2年前に両側卵巢腫瘍(内膜症性嚢胞)を指摘されていた。転居に伴い当科受診。卵巢腫瘍フォローしていたが左卵巢腫瘍60mm大、右卵巢腫瘍70mm大と増大傾向で腹腔鏡下両側卵巢腫瘍核出術予定だった。しかし施行前に妊娠発覚した。妊娠後に撮影した単純MRIで両側卵巢腫瘍ともに50mm大であり充実成分を認めた。悪性の可能性が否定できず妊娠18週に開腹右付属器切除+左卵巢腫瘍核出術施行した。病理検査で内膜症性嚢胞の診断となった。【症例3】24歳、0経妊0経産。以前から片側卵巢腫瘍(内膜症性嚢胞)を指摘されていた。妊娠発覚し前医から当院に紹介。当院初診時に90mm大の多房性の卵巢腫瘍みられた。妊娠11週に施行した単純MRIで充実成分を認め悪性が疑われ、妊娠13週に開腹右付属器切除術施行。病理検査で内膜症性嚢胞の診断となった。【考察】妊娠中に内膜症性嚢胞内の異所性子宮内膜組織は脱落膜化を起し嚢胞壁が乳頭状に突出することがある。妊娠後の画像所見では悪性との鑑別が困難である。挙児希望のある患者では妊娠許可前に積極的な画像評価が必要と考えられる。

52. 巨大卵巢腫瘍に合併した深部静脈血栓症の診断に術中超音波検査が有用であった一例

○藤島 綾香、岡部 基成、設楽 明宏、菅原 多恵、軽部 裕子、福田 淳、高橋 道
 市立秋田総合病院 産婦人科

【はじめに】周術期や周産期には深部静脈血栓症(DVT)が発症しやすいことが知られており、婦人科疾患においては術前にDVTが約2.6%存在すると言われている。今回、巨大卵巢腫瘍に合併したDVTに術中超音波検査が有用であった一例を経験したので、報告する。

【症例】26歳、未経妊。左下肢の腫脹を自覚し、当院循環器内科を受診した。造影CTで巨大卵巢腫瘍を指摘され、卵巢腫瘍による左総腸骨静脈起始部の圧迫が疑われ、当科を紹介された。

入院時の造影CTで左総腸骨静脈に血栓を疑う所見がみられたため、ヘパリンの持続静注を開始した。入院翌日に左付属器摘出術を施行した。腹腔内を占拠する巨大卵巢腫瘍あり、内容液は漿液性で7650mlであった。術中に開腹下で血管超音波検査を施行したところ、左総腸骨静脈～内外腸骨静脈のほぼ全ての範囲に血栓を認め、血流が途絶していた。循環器内科にコンサルトし、閉腹後に全身麻酔下のまま透視室に移動し、下大静脈フィルターを留置した。術後3日目の下肢静脈超音波検査では血栓の増悪を認めたが、抗凝固療法を継続し徐々に血栓は縮小した。術後経過は良好で、術後8日目に当科退院し、術後18日目で終診とした。その後も循環器内科でDVTの加療を継続している。

【考察】骨盤内に巨大腫瘍を認める例では、超音波検査での骨盤内静脈の血栓の評価は困難となるが、静脈が著明に圧排されている症例では、CTでの血栓評価も不十分な場合がある。術中超音波検査は各分野の手術で有用とされており、術前検査で血栓の評価が不十分な場合にも有用である可能性がある。

53. 当院におけるロキタンスキー症候群に対する 低侵襲造陰術(Vecchietti 法)の導入

○田中 恵子、立花 眞仁、久野 貴司、石橋 ますみ、志賀 尚美、渡辺 善、新倉 仁、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【目的】

Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser syndrome (MRKHs) に対する造陰術は QOL 向上の点において極めて意義の大きい手術である。当院においてより低侵襲造陰術として Vecchietti 法を導入した。現在までに 3 例症例を経験しており、周術期管理と手術法の紹介とともに現在の結果を報告する。

【方法】

平成 23 年 11 月～現在までに、当院における MRKHs の 3 症例に対して、KARL STORZ 社製の Neovagina Set を用いた Vecchietti 法を行った。Neovagina Set は新生陰内に留置する Pluggable Segmented Dummy、陰前庭より穿刺する Thread Guide (Straight)、牽引糸の腹膜直下の誘導に用いる Thread Guide (large curvature, bendable)、および腹壁上で糸を牽引する Traction Device から成る。全例で術後疼痛管理目的に硬膜外麻酔を併用し、術中膀胱皮膚瘻を造設した。デバイスの特性や手術手技の実際を紹介し、症例毎の手術結果や術後経過を検討する。

【結果】

症例の平均年齢は 21.7 歳 (20-24 歳)、術前のフランク法指導は症例 2、3 で行い、症例 1 は dimple が分かりやすく十分な長さが確保されていたために施行しなかった。フランク法開始もしくは手術検討から手術までの平均待機期間は 80.7 日であった。術前の陰長は、それぞれ、症例 1、2、3 で 3cm、1.5cm、4cm であった。手術時間は平均 112 分、出血量はすべて少量であった。術後の平均ダミー留置期間は 7.3 日で、平均在院期間は 14.3 日であった。術中および周術期合併症は認めなかった。術後の新生陰長は、それぞれ、症例 1、2、3 で 8cm、5cm、9cm であり、症例 2 においては陰長不十分のため再手術を検討している

【結論】

Vecchietti 法は痕跡子宮の大きさと、新生陰の作成方向によっては陰長が十分確保できない可能性があるが、合併症も少なく簡便な術式として、造陰術の経験の浅い施設における導入手術としては適していると考えられる。今後も症例蓄積によりさらなる検討を行っていく。

54. 当院における TVM 手術導入 5 年間の臨床的検討

○安部 宏

南相馬市立総合病院 産婦人科

(目的) 東日本大震災から 1 年後の 2012 年 4 月に当院の産婦人科は診療を再開した。再開に合わせて、当院でもメッシュを使用した TVM 手術を導入した結果を報告する。

(方法) 2017 年 3 月までの 5 年間の TVM 手術の内容、患者背景、手術時間、合併症、出血量などの成績比較を試みた。

(結果) 5 年間の件数は 105 件で、平均年齢は 68 歳であった。

手術症例は、すべて POP-Q STAGE2 以上とした。術式は開始当初は Prolift 型 TVM であったが、FDA の警告を受けて、小型メッシュへ移行し、5 年目は全例 Elevate(Uphold) 型 TVM であった。手術時間、出血量は導入 3 年は横ばいであったが、4 年、5 年は短縮・減少した。

合併症は、再発 1 例、膀胱損傷 1 例で、メッシュ露出は認めなかった。メッシュ過テンションによる排尿・排便障害も 1 例ずつ認めた。

(考察) 骨盤臓器脱に対する TVM 手術は、術後再発は少なく、治療効果が高かった。適切な症例選択と手術操作により重篤な合併症はなく TVM を安全に導入できた。導入には指導医の密な指導が必要である。今後 Elevate(Uphold) 型 TVM が主流となるが、過テンションに注意が必要と考えられた。

55. 子宮腺筋症融解術 (TCMAM) 併用マイクロ波子宮内膜アブレーション (MEA) による過多月経を伴う子宮腺筋症に対する治療

○津田 晃

山王レディースクリニック

【目的】過多月経を伴う子宮腺筋症に対してマイクロ波子宮内膜アブレーション (MEA) と経頸管的マイクロ波腺筋症融解術 (transcervical microwave adenomyolysis : TCMAM) の併用治療が、office gynecology における日帰り治療として有用か否かについて検討した。【対象】子宮腺筋症による過多月経と診断され、当院で MEA に TCMAM を併用したマイクロ波治療を受けた 34 例 (平均年齢 44.3 歳) を対象にした。マイクロ波アプリーケーター先端を円錐形に加工し、経腹超音波ガイド下にアダプターを用いて TCMAM を行った。TCMAM 施行に際しては患者の同意を文書で得て行った。麻酔は硬膜外麻酔を行い、全例日帰り手術で行った。【成績】平均手術時間は 27.5 分であった。MEA の照射時間は先端 40W で平均 425 秒、TCMAM は平均 365 秒であった。貧血は術後 3 ヶ月で有意に改善した (10.2 ± 2.8 vs 13.0 ± 1.3 g/dl ; $p < 0.001$)。腺筋症病変の経時的収縮率は、3 ヶ月で平均 70.9%、6 ヶ月以上で 78.7%であった。術後 3 ヶ月で月経量・月経痛が VAS score $10 \rightarrow \leq 3$ に減少した症例は、それぞれ 32/34(94%)、28/34(82%) であった。また、満足度 (VAS 満点 10) は平均 9.7 であった。【結論】子宮腺筋症に対して TCMAM を併用した MEA は過多月経には 9 割、月経痛には 8 割が有効であり、閉経周辺期の過多月経患者の子宮摘出術の代替療法となり得ると考えられた。また、office gynecology における日帰り治療が可能であると考えられた。

56. 当院での子宮筋腫に対する UAE 治療成績の検討

○滝口 薫¹、菊池 賢²、嶋原 武志²、高梨子 篤浩¹、飯澤 禎之¹、武市 和之¹

¹ 会津中央病院産婦人科 ² 会津中央病院放射線画像診断科

【緒言】当院では子宮筋腫に対する低侵襲手術として 2006 年より子宮動脈塞栓術 (uterine artery embolization:UAE) を積極的に行っており、年々症例数が増加している。当初は塞栓物質としてゼラチンスポンジ (以下 GS) を用いていたが、2014 年に球状塞栓物質エンボスフィア® (以下 ES) が子宮筋腫に保険適応となり、当院においても 2016 年より ES の使用を開始した。当院での UAE の治療成績について報告する。

【方法】2016 年 9 月～2017 年 1 月の期間に当院で UAE を行った子宮筋腫 9 症例に関して、子宮体積の測定および副作用に関して検討した。子宮体積は子宮を楕円体と見立て MRI T2 強調像横断像・矢状断像にて計測される左右 (x 軸)、前後 (y 軸)、頭尾方向 (z 軸) の最大径から半径をそれぞれ a,b,c とし、 $V=4/3 \pi abc$ として計算した。

【結果】年齢の中央値は 42.75 歳 (39-48 歳)。使用した塞栓物質は 6 例が ES 単剤、3 例が ES+GS の併用であった。平均在院日数は 7.85 日 (6-15 日)、1 週間後、1 か月後、3 か月後にフォローを行った。1 例は退院後追跡不可であった。術前の子宮体積を 100 %とすると、1 か月後の MRI にて子宮体積は平均で -24.3 %の縮小を認めた。月経痛と過多月経を Numeric rating scale : NRS で評価したところ月経痛に関しては 5 / 7 人、過多月経に関しては 4 / 7 人に改善を認めた。副作用としては術中に血管迷走神経反射を起こしたものが 1 例、高血圧症の増悪が 1 例であった。重篤な合併症の出現は認めなかった。

【考察】海外と比較し本邦では UAE の普及率が低い。しかし女性の社会進出が目覚ましい昨今、小さい侵襲で子宮筋腫の治療効果を得ることができる UAE は非常に有用な治療法であると考えられる。

57. 子宮鏡下に支持鉗子を用いて搬出に成功した IUD 抜去困難の 2 症例

○黒澤 大樹、渡辺 正、宇賀神 智久、長尾 大輔、喜多川 亮、中西 透、深谷 孝夫、渡部 洋
東北医科薬科大学若林病院

【緒言】子宮内避妊具(intrauterine device; IUD)は、長期間留置に伴い癒着や糸の断裂などで抜去困難に陥るケースがある。ペアン鉗子や胎盤鉗子等による子宮内操作は、直視下でないため子宮損傷を生じる危険性がある。支持鉗子は、先端が単独鉤のような形状の器具で、子宮鏡観察下に把持、牽引することができる。今回、IUD 抜去困難の 2 例に対し、子宮鏡下に KARL STORZ 社製の支持鉗子を用いて抜去を行ったので報告する。

【症例①】59 歳、5 妊 1 産、20 年前に IUD を挿入。近医で IUD 抜去の際に糸が断裂したため当科紹介。経膈超音波上、子宮内に IUD を確認した。全身麻酔下に子宮鏡下 IUD 抜去の方針とした。頸管拡張後、KARL STORZ 社製の 26Fr ヒステロレゼクトスコープを挿入し、IUD の一部を確認。支持鉗子を用いて把持・牽引し、S 字型の IUD (Lippes loop) を破損することなく抜去した(手術時間 13 分)。

【症例②】50 歳、0 妊 0 産、30 年前に IUD を挿入。IUD 抜去の際に糸が断裂し、当科紹介。経膈超音波上、FD-1® と思われる構造物を認めた。外来での子宮ファイバーでは子宮内腔が高度に癒着し、IUD 先端のみを確認した。子宮鏡下に支持鉗子を用いて IUD を破損することなくスムーズに抜去した(手術時間 12 分)。

【考察】2 症例とも子宮内癒着で IUD のほとんどが埋もれていたが、支持鉗子の鉤の部分で IUD 先端を正確に把持・牽引することで癒着剥離を行わずに IUD 本体を破損することなく抜去できた。

【結語】IUD 抜去困難例において、支持鉗子は簡便で安全性に優れた有用なツールである。

58. 子宮内膜ポリープの発生部位が妊娠に与える影響についての検討

○尾上 洋樹、竹下 真妃、熊谷 仁、杉山 徹
岩手医科大学産婦人科

【目的】子宮内膜ポリープの存在は着床に影響を与えていると言われているが不明な点が多い。今回我々は当科を挙児希望で来院した不妊症新患症例全例に子宮鏡検査を行い、子宮内膜ポリープの発生部位が妊娠に与える影響について検討する事を目的とした。【方法】2011 年 4 月から 2016 年 3 月までの 5 年間に挙児希望を主訴に来院した 657 例の中の 96.7% に当たる 635 例にスクリーニング検査として子宮鏡検査を施行した。うち子宮内膜ポリープは 117 例 (18.4%) に認めた。子宮内膜ポリープ症例の中で 40 歳以上と高度男性因子のある症例を除いた 99 例のうち、切除せずに経過をみた症例が 83 例であった。内膜ポリープがあるまま不妊治療を行った 83 例の発生部位と妊娠率との関係について後方視的に検討した。

【成績】ポリープ発生部位別の妊娠率は前壁 11.1%(1/9)、後壁 27.8%(5/18)、側壁 20%(1/5)、卵管口 58.3%(7/12)、多発 35.9%(14/39)であった。卵管口付近に発生したポリープ症例はその他の部位に比べ妊娠率が有意に高かった ($P<0.05$)。

【結論】子宮内膜ポリープの発生部位により妊娠に与える影響が異なる可能性がある事が示唆された。

59. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に発生し腸管合併切除を要した parasitic myoma の1例

○大石 舞香、福原 理恵、三浦 理絵、船水 文乃、飯野 香理、重藤 龍比古、二神 真行、横山 良仁
弘前大学医学部附属病院 産科婦人科

緒言： parasitic myoma は子宮と連続性をもたず、他臓器から血流をえて発育する異所性平滑筋腫であり、比較的稀な疾患である。しかし、腹腔鏡下手術の増加に伴い、腹腔鏡下筋腫核出術 (LM) 後に発生する医原性の parasitic myoma の報告が近年増加している。今回我々は、LM 後に発生し、腸管合併切除を要した parasitic myoma の症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

症例：31歳女性、0経妊0経産。28歳時に当院でLMの既往がある。術後2年6カ月で、後壁筋層内筋腫と子宮前壁に10cm程度の漿膜下筋腫を疑う所見をみとめた。子宮筋腫の診断で、GNRHアゴニストにより筋腫の縮小を図り、LM目的に腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内を観察すると、前壁発生の漿膜下筋腫と術前に考えていた腫瘍は子宮と連続性がなく、S状結腸と連続していた。さらにS状結腸や腸間膜とつながる腫瘍も多数観察された。術中に消化器外科医とも協議の上、GISTなどの可能性もあり、観察にとどめて精査後に再度手術を行うこととした。術後の下部消化管検査では腸管外側からの圧排性病変を認め、生検を行うも確定診断には至らなかった。骨盤内腫瘍に対して、外科・産婦人科合同で開腹術を施行した。S状結腸から連続して発生した充実性腫瘍とともにS状結腸を部分切除し、腸間膜にも播種状にみとめた充実性腫瘍も摘出し、子宮後壁の筋層内筋腫も核出した。摘出腫瘍の病理検査結果はLEIOMYOMAで、parasitic myomaの診断となった。術後経過は良好で、現在は再発なく経過している。

考察：モルセレーターを使用したLMのあとに発生した parasitic myoma の1例を経験した。今後、医原性の parasitic myoma の発生予防や、また術後のフォローアップ、発生時の治療等について留意する必要があると考えられた。

60. 子宮内膜異型増殖症の診断でTLH施行後、子宮内膜癌と診断された1例

○尾上 洋樹、小見 英夫、深川 智之、菅 安寿子、永沢 崇幸、利部 正裕、熊谷 仁、杉山 徹
岩手医科大学産婦人科

腹腔鏡下子宮体癌手術は2014年4月に保険収載され今後症例が増加すると思われる。癌の確定診断となれば当院では開腹手術を選択するが、子宮内膜増殖症症例はTLHを選択することが多い。術前に子宮内膜異型増殖症と診断された場合もTLHとしているが、文献では摘出子宮の最終診断では27~43%で癌の共存があると報告されている。術前診断は術式を決定する上で重要である上に、癌であれば予後を左右する因子になりかねないことから慎重であるべきと考える。

我々は術前に子宮内膜異型増殖症と診断されTLHを施行、摘出子宮の最終診断で子宮内膜癌と診断された1例を経験したので、術前診断の改善点の検討を含めて報告する。【症例】44歳2妊2産、既往歴、家族歴に特記事項なし。【現病歴】過多月経を主訴に前医受診、子宮内膜組織診にて子宮内膜異型増殖症を認め治療目的に当科紹介となった。MRIにて子宮内膜は20mm junctional zoneは保たれていた。腫瘍マーカー正常値、当院の子宮内膜組織診でも子宮内膜異型増殖症の診断であった。

【治療】患者への十分な説明のもとTLH+BSの方針とし、患者の希望で卵巣温存術式となった。【術後病理組織診断】endometrioid adenocarcinoma G1 脈管侵襲なし、pT1a pNx pM0 FIGO stage Ia期【経過】術後経過は良好で術後5病日に退院となった。術後補助療法は行わず外来経過観察とし、現在術後1年経過し再発は認めていない。

【考察】腹腔鏡下の手術においては安全性とともに悪性であれば予後も視野に入れた術式の選択が重要であるが、子宮内膜異型増殖症では術前の病理組織学的診断を明確にした上での術式選択が望まれる、子宮内膜全面搔爬などの組織診断を必須として術式を決定する必要があると思われた。

61. 高濃度乳腺と子宮内膜厚との関連

○大橋 正俊¹、二神 真行²、横山 良仁²、淀野 啓³

¹一般財団法人医療と育成のための研究所清明会鳴海病院健康管理センター ² 国立大学法人弘前大学医学部附属病院産婦人科 ³ 一般財団法人医療と育成のための研究所清明会鳴海病院

「目的」

がん検診の個別化検診への道が議論されており、婦人科検診でも、子宮頸がんや HPV 感染、遺伝性乳癌卵巣癌症候群など、リスクに応じた婦人科検診のあり方が話題になっている。

今回子宮体がん検診の重要な指標の一つである子宮内膜肥厚と、乳がん検診の高濃度乳腺に注目し、子宮体がんの個別化検診への道を探るうえで参考になるかと検討した。

「対象と方法」

2016 年 4 月より同年 11 月まで当科を乳がん検診で受診した 50 代以降の閉経女性 361 名を対象とした。MMG (マンモグラフィ) で乳腺濃度を、脂肪性と乳腺散在性 (以下 non dense breast 群)、不均一高濃度と高濃度 (以下 dense breast 群) と 2 群に分類した。dense breast が 102 名 (26.3%)、non dense breast が 159 名 (73.7%) であった。

閉経女性では、子宮内膜厚が 5 mm 以上の場合に子宮体癌の可能性が高いといわれており、当科を受診した 50 代以降の閉経女性 87 名を対象にして dense breast 群と non dense breast 群で子宮内膜肥厚について検討した。

「結果」

子宮内膜厚は中央値 4.58 ± 3.11 mm で、dense breast 群ではその中央値が 6.78 ± 2.34 mm、non dense breast 群では 2.11 ± 1.68 mm であった。dense breast 群では子宮内膜 5 mm 以上の肥厚群が non dense breast 群に比べ有意に多かった。(P<0.001)

「結論」

50 代以降の閉経女性の、dense breast の存在は、子宮内膜肥厚の可能性が高く、子宮体がん個別化検診のあり方として参考になることが期待された。今後症例数を増やし検討したい。