

ご 挨拶

第67回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会

会長 吉田好雄

(福井大学医学部附属病院 産婦人科 教授)

第67回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会にむけて

福井市で、伝統ある第67回北日本産科婦人科学会を開催させていただき、大変、感謝しております。福井に皆さまをお迎えすべく、医局員一同、「おもてなし」の気持ちで大会の成功に向けて準備をさせていただき所存です。北日本産科婦人科学会は、北海道、東北、北陸の産婦人科医で構成され、非常に多くの先生方が多方面から参加して、日頃の研究成果を発表する学会です。このように大変立派な学会になったのも先人の御尽力のおかげであることに感謝し、この由緒ある学会を運営させていただき所存です。どうぞよろしく申し上げます。

福井大学は、旧福井医科大学時に富永敏朗初代教授が、1991年、第39回をフェニックスプラザで、二代目小辻文和二代目教授が、2005年、第53回を自治会館で開催させていただきました。今回は、2022年北陸新幹線福井先行開業に向けて改修工事が進む福井城周辺の福井中央公園に隣接する「ザ・グランユアーズフクイ」で開催予定です。招請講演として福井大学医学部産科婦人科と長年の共同研究を実施しているオタワ大学の Benjamin Tsang 教授をお願いしております。2001年からの Canada-Japan bilateral workshop on hormone reproduction & reproductive biology の成果や最近のトランスレーショナルリサーチの最先端の内容をご講演していただく予定です。その他、指導医講習・専門医必須講習など盛りだくさんの内容を企画しています。学会場の近くには、松平藩主の別邸で江戸時代に作られた名勝「養浩館庭園」もあり、学術講演会で疲れた頭を「くつろぎの空間」で癒していただけたと思います。また、福井最大の歓楽街「片町」も徒歩五分で行けますので、夜は十分に日中の疲れをいやしていただけたと思います。

本学会は、北日本産科婦人科学会に所属する先生方の懇親を深めていただくという、もう一つの重要な役割があります。懇親会には、福井の有名な地酒や秋の味覚を楽しんでいただけたと思います。さらに、懇親会の目玉として、福井が世界に誇れる「チア☆ダン～女子高生がチアダンスで全米制覇しちゃったホントの話～」(2017年3月公開の日本映画で主演は広瀬すず)、2018年TBS金曜ドラマで『チア☆ダン』(主演は土屋太鳳)の舞台になった福井県立福井商業高校「JETS」のOGメンバーによる本場の演技を堪能していただく予定です。

野球大会、懇親会も含めると3日間の長丁場となりますが、知識を深めるとともに、ぜひとも懇親を深めていただきたいと思います。皆様と福井でお会いできますことを楽しみにしております。

第67回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会のご案内

■ 会 期

2019年9月28日（土）・29日（日）

■ 会 場

ザ・グランユアーズフクイ（ホテルフジタ内）

〒910-0005 福井市大手3丁目12-20

TEL：0776-24-3200

第一会場 天山の間① 3階

第二会場 天山の間② 3階

第三会場 瑞雲の間 3階

第四会場 栄の間 4階

企業展示 3階

葵の間 3階

■ 参加登録受付

第1日目 2019年9月28日（土）7：30から17：00

第2日目 2019年9月29日（日）7：10から12：30

■ 参加費

学術講演会 12,000円

総懇親会 無料

※初期研修医・学生の学術講演会の参加は無料です。

※研修医・学生の方は受付でお申し出ください。参加証を発行します。

■ 参加者へのお願いとご注意

第67回北日本産科婦人科学会学術講演会の専門医研修出席証明（従来の研修出席証明シールに相当）には、e医学会カード（UMINカード）をご使用いただきますので、研修出席証明シールの配布はありません。必ずご持参いただきますようお願い申し上げます。



次頁の「1. 学術講演会参加申込みについて」と「2. 研修出席証明について」をご確認いただきますようお願い申し上げます。

1. 学術講演会参加について

1. 第67回北日本産科婦人科学会学術講演会では、当日受付のみとなり、事前登録は行いません。
2. 受付にて参加費をお支払いいただき、受付スタッフより参加証をお受け取りください。
3. 専門医研修出席証明の受付はe医学会カード(UMINカード)に印字されたバーコードをご利用いただけます。受付にて、バーコードリーダーで認証を行います。
4. e医学会カード(UMINカード)にて参加登録をいただいた方には、専門医研修出席証明(10単位)が自動的に付与されます。
5. 当日、本会会員でe医学会カード(UMINカード)をお忘れ・お持ちでない方は、手動登録にて受付いたします。専用の受付にて、お手続きをさせていただきます。
6. 参加証はホルダーに入れ、会場内では必ず着用してください。

2. 研修出席証明について

1. e医学会カード(UMINカード)による専門医研修出席証明について
本学術集会では、「e医学会カード」による専門医研修出席証明(上記)を行います。
また、指導医講習会等の機構専門医の認定講習においても、各会場で「e医学会カード」による参加受付を行います。会員の皆様は「e医学会カード」をご持参ください。

- e医学会カードをご持参の会員の方は・・・

e医学会カード(UMINカード)にて参加登録いただいた方は、専門医研修出席証明が自動的に付与されます。

- e医学会カードをお忘れ等でお持ちでない会員の方は・・・

お手元がない場合は手動登録にて受付いたしますので、受付スタッフへお申しつけください。

2. 機構専門医の認定講習の参加受付方法

今回の学術講演会で開催される指導医講習会などの機構専門医の認定講習の参加受付をe医学会カードで行います。ご出席の先生は各講習会場でe医学会カードのバーコードを読み取ることで参加受付を行います。なお、講習開始の10分前から参加受付を開始します。また開演時間15分を過ぎた場合、聴講は可能ですが、機構専門医単位付与はされません。ご了承ください。

◇指導医講習会の参加履歴は、日本産科婦人科学会の指導医資格取得の資格要件にもなっております。

■ 北日本産科婦人科学会役員会

日時：2019年9月29日（日） 7：10～8：00

会場：ザ・グランユアーズフクイ（ホテルフジタ内） 3階 葵の間

■ 北日本産科婦人科学会総会

日時：2019年9月29日（日） 12：20～12：35

会場：ザ・グランユアーズフクイ（ホテルフジタ内） 3階 天山の間①

■ 総懇親会

日時：2019年9月28日（土） 18：00～19：30

会場：ザ・グランユアーズフクイ（ホテルフジタ内） 3階 天山の間①

■ 講演発表

1. 座長へのお願い

1. 座長は担当される20分前までにセッション会場にお越しください。また、セッション開始10分前までに会場内次座長席へご着席ください。
2. プログラムに定められた時間内に終了するよう、時間厳守にご協力をお願いいたします。

2. 演者の方々へのお願い

1. 一般演題はすべて口頭発表です。発表時間は、7分（口演時間5分、討論時間2分）になります。
2. プレゼンテーションファイルの作成について
 - 講演会場のPCのOSはWindows 10です。
 - Microsoft PowerPoint(2007以降のバージョン／Windows 版)で作成してください。
 - Windowsに標準搭載されているフォントをご使用ください。それ以外のフォントの場合、会場PC上でレイアウト崩れが発生する可能性があります。
 - プロジェクタの解像度は1024×768ピクセル(4:3)です。PowerPoint2013 以降はデフォルトで16:9 のため、そのまま作成されますとスクリーンには小さく表示されますのでご注意ください。
 - 動画などがリンクされている場合は全てのデータを同じフォルダに入れてください。
Windows 10(OS)およびWindows Media Player 12の初期状態に含まれるコーデックで再生できる動画ファイルをお持ちください。動画ファイルについてはMP4形式を推奨します。PowerPoint 2010以降で動画を挿入した場合はデータ自身に動画ファイルが埋め込まれますが、保存時に「PowerPoint 97-2003」形式を選択されると埋め込みが解除されますのでご注意ください。
 - ファイルには、演題番号と筆頭演者名を入れてください。(例：O-01_北日本太郎)
 - 発表者ツールは使用出来ませんので、発表原稿が必要な方は、あらかじめプリントアウトをお持ちください。会場ではプリントアウトできません。

3. 記録メディアおよびデータ持ち込みで発表される方

- USBメモリ(推奨)をご使用ください。念のため、メディアへの記録に使用されたPC以外での読み込み確認をお願いします。
- ウイルス定義データを最新のものに更新された状態のセキュリティソフトでメディアの安全を確認しておいてください。
- 発表開始の30分前までにPC受付までお持ちください。
- 2日目以降のご発表データも1日目から登録できます。
- 登壇されましたら、ご発表データの1枚目をスライドショー状態でスクリーンに映写いたしますので、舞台上のキーボードまたはマウスで操作を行ってください。
- 動画や音声をご使用になる場合は、PC受付にてお知らせ下さい。
- 登録したファイルは、本学術講演会終了後に消去いたします。

4. ノートパソコンの持ち込みについて

- Macintoshをご利用の場合は、パソコン本体をお持ちください。
- パソコン本体についてはminiD-sub15pin、及びHDMI(タイプA)のモニター出力端子が必要となります。この端子が無いPCをお持ち込みの場合には、変換コネクタを必ずご用意ください。※ Mini DisplayPort や MiniHDMI、MicroHDMI など上記以外の接続はお受けできません。
- 発表時間の1時間前までにPC受付までお持ちください。試写用モニターにて外部出力の確認、キーパッド・マウスの接続と動作チェックをしてください。
miniD-sub15pin、及びHDMI(タイプA)のケーブルはご用意いたします。
- 画面解像度を1024×768ピクセルに設定し、スクリーンセーバ、省電力モード、パスワード設定(Macはホットコーナーも)を解除しておいてください。
- バッテリーに余力がある場合でも電源アダプターをお持ちください。ご発表予定時間の30分前まで(講演中でも構いません)に会場内左手前方演台付近のオペレーションデスクまでお越しの上、スタッフにパソコンをお渡しください。
スタッフがケーブルを接続し、外部出力の確認を行います。
- 発表者ツールは使用出来ませんので、ご発表は演台にセットされているモニター(ミラーリングされている)およびキーボード、マウスをご使用ください。
- 念の為、バックアップデータ(USB 推奨)をお持ちください。
- 発表後はパソコンを預けたオペレーションデスクでパソコンをご返却致します。オペレーションデスクのスペースに限りがございますので、発表が終了しましたら出来るだけ速やかにパソコンのお引き取りをお願いします。

5. 演者は口演開始 10 分前までに会場内「次演者席」へご着席ください。

■ 招請講演について

開催日時：2019年9月28日（土） 13：35～14：35

会 場：第1会場 3階 天山の間

受付は13：25から開始し、13：50の終了いたします。講演開始後15分を過ぎますと受講確認が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 会場前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、会場前受付スタッフにて手動で登録いたします。受付スタッフより登録用紙をお渡しいたしますので、受講前に用紙にご記入のうえ、受付スタッフへお渡しくださいますようお願い申し上げます。

受付スタッフにお渡し忘れた場合や、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。

■ 感染講習会（専門医共通講習：感染対策）について

開催日時：2019年9月29日（日） 9：05～10：05

会 場：第1会場 3階 天山の間

受付は8：55から開始し、9：20の終了いたします。講演開始後15分を過ぎますと受講確認が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 会場前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、会場前受付スタッフにて手動で登録いたします。受付スタッフより登録用紙をお渡しいたしますので、受講前に用紙にご記入のうえ、受付スタッフへお渡しくださいますようお願い申し上げます。

受付スタッフにお渡し忘れた場合や、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。

■ 指導医講習会（産婦人科領域講習）について

開催日時：2019年9月29日（日） 12：50～13：50

会 場：第1会場 3階 天山の間

受付は12：40から開始し、13：05の終了いたします。講演開始後15分を過ぎますと受講確認が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 会場前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、会場前受付スタッフにて手動で登録いたします。受付スタッフより登録用紙をお渡しいたしますので、受講前に用紙にご記入のうえ、受付スタッフへお渡しくださいますようお願い申し上げます。

受付スタッフにお渡し忘れた場合や、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。

■ TGCU (Tohoku Gynecologic Cancer Unit) 招待講演会

開催日時：2019年9月28日（土） 8：00～8：50

会 場：ザ・グランユアーズフクイ（ホテルフジタ内 4階 栄の間）

■ クロークのご案内

下記の時間、3階 クロークにて手荷物をお預かりいたします。
貴重品はお預かりできませんので、あらかじめご了承ください。

日 程	受付時間
9月28日(土)	8:00～20:00
9月29日(日)	7:30～13:30

■ 優秀演題の表彰

一般演題の中から優秀演題を選びます。表彰は9月28日(土)18:00より3階 天山の間にて行われます総懇親会にて行います。

■ 託児所のご案内

第67回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会の下記時間におきまして、学会場ホテル内に託児所の併設を予定しております。

ご利用を希望される方は申込書にご記入の上、FAXにてお申し込みください。

なお、学会の財政上、有料となります点をご了承ください。

(お子様の年齢や人数などにより託児業者に支払う金額が変わってきますので、金額は決まり次第、個々に連絡させていただきます)

託児時間帯 9月28日(土)8:30～17:30

9月29日(日)8:00～15:00

託児会場 3階 葵の間

託児委託業者 ベビーシッターサービス きらきらぼし(福井市)

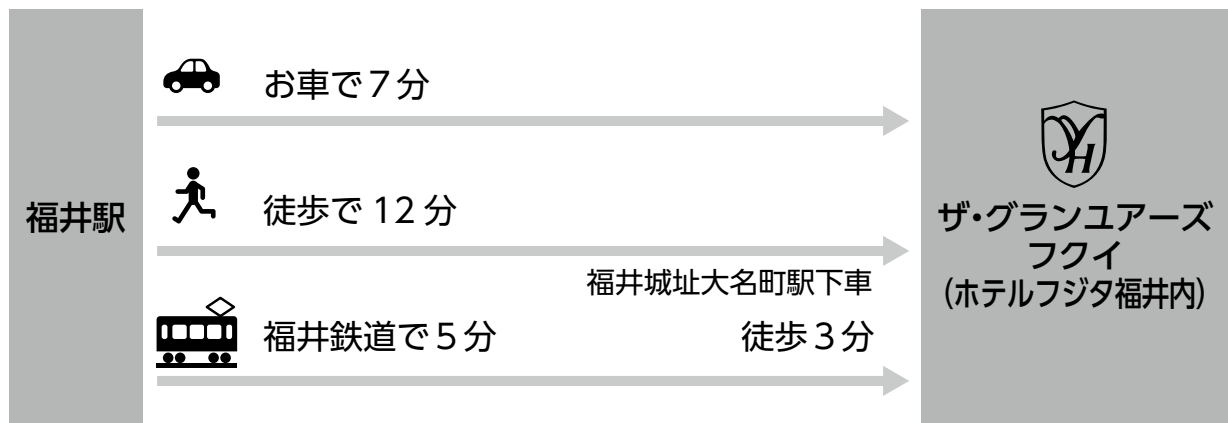
■ 学会事務局

福井大学医学部 産科婦人科

〒910-1193 福井県吉田郡永平寺町松岡下合月23-3

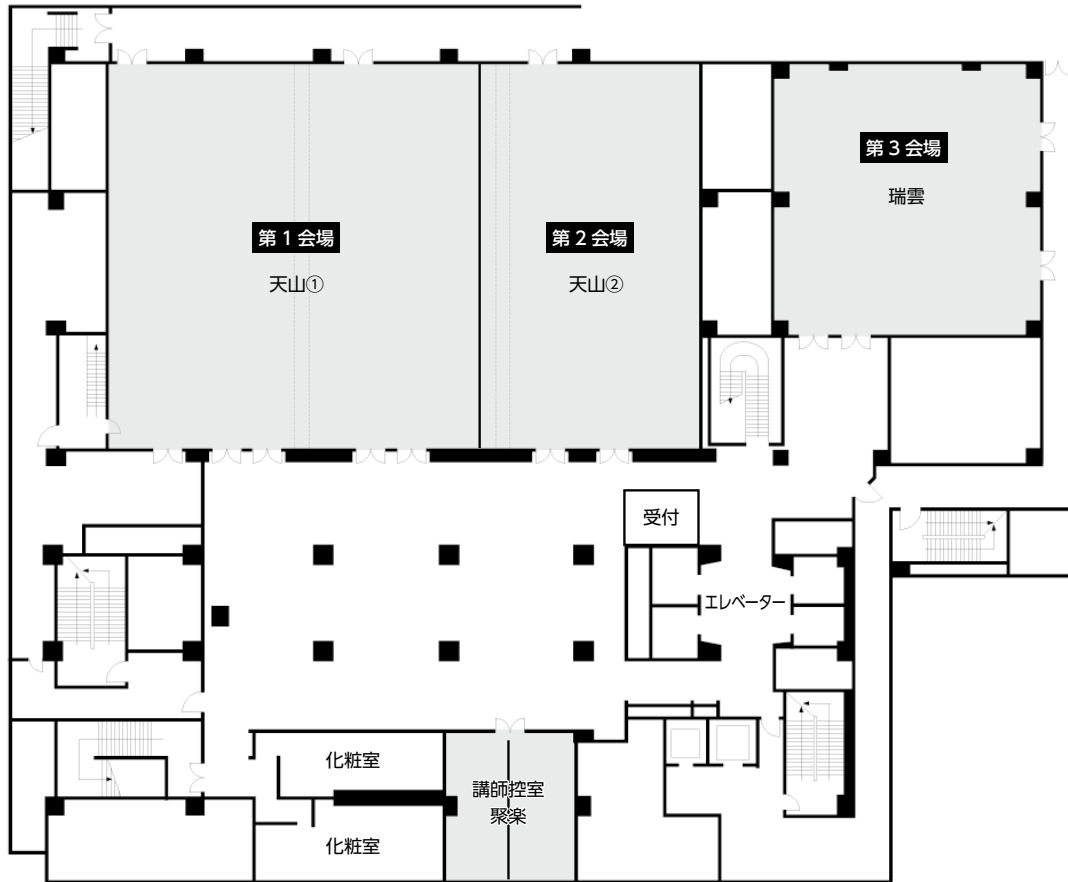
Tel. 0776-61-8392 Fax. 0776-61-8117

会場までのアクセス

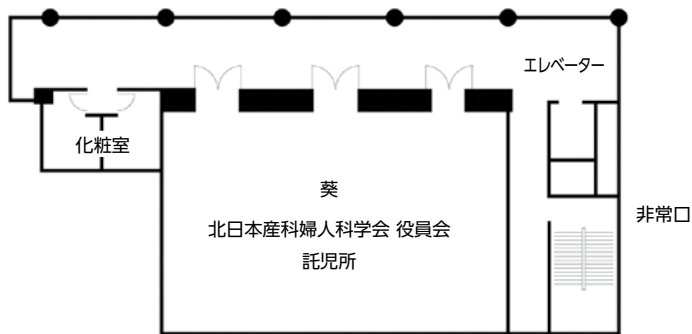


会場案内図

3F

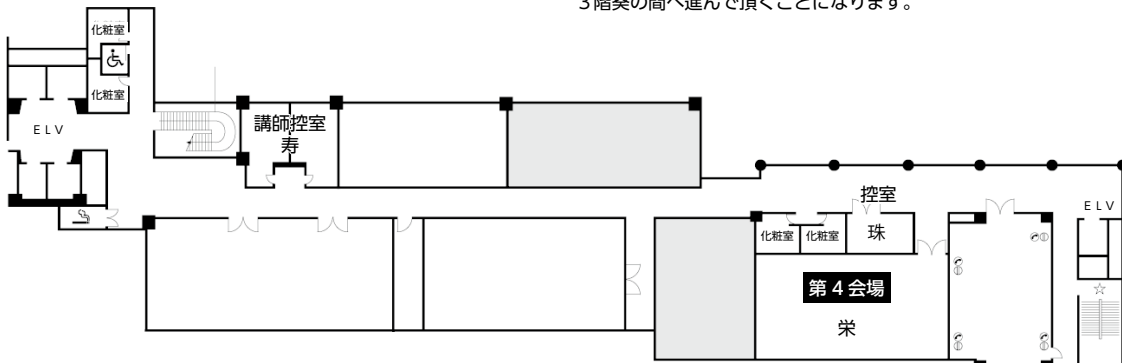


3F

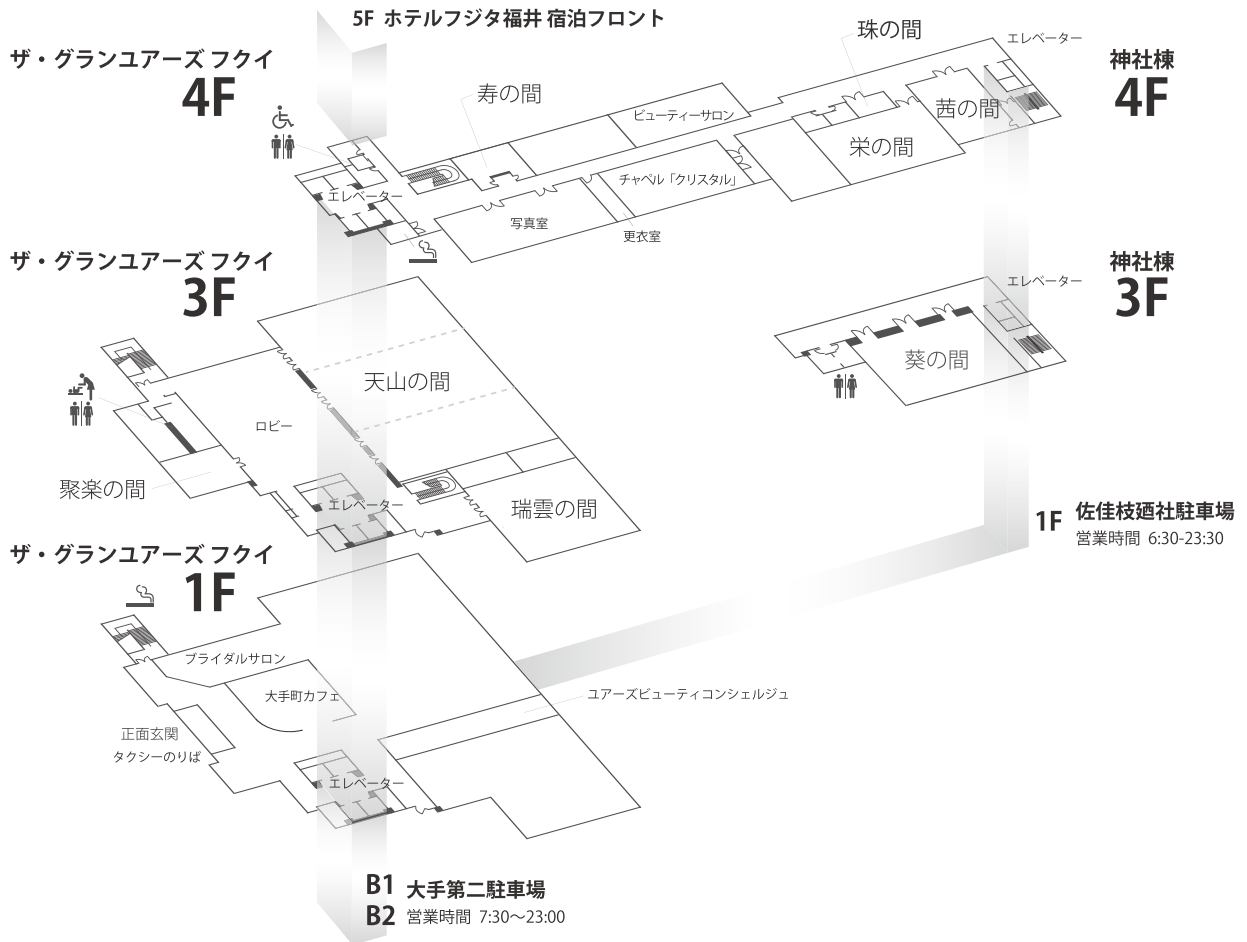


4F

※ 4階でEVを降り、神社棟通路突き当たりエレベーターをご利用いただき
3階葵の間へ進んで頂くことになります。



会場案内図(フロア立体図)



学会プログラム

第1日目 9月28日(土)

	第1会場 天山の間①	第2会場 天山の間②	第3会場 瑞雲の間	第4会場 栄の間
7時				東北婦人科腫瘍研究会 7:00~8:00 世話人会 会場: 葵の間(3階)
8時	8:20~ 開会式			東北婦人科腫瘍研究会 8:00~8:50 演者: 寺井義人(神戸大学) 座長: 横山良仁(弘前大学) 会場: 栄の間(4階)
9時	8:30~11:20 一般演題 【優秀演題群】 座長: 折坂誠(福井大) 【産科合併症Ⅰ】 座長: 金井麻子(旭川医大)	8:30~11:20 一般演題 【合併症妊娠Ⅰ】 座長: 馬詰武(北海道大) 【合併症妊娠Ⅱ】 座長: 下田勇輝(秋田大)	8:30~11:10 一般演題 【異所性妊娠Ⅰ】 座長: 渡辺正(東北医薬大) 【異所性妊娠Ⅱ】 座長: 佐藤亘(秋田大)	9:00~11:10 一般演題 【子宮体部悪性腫瘍Ⅰ】 座長: 金野陽輔(北海道大)
10時	【産科合併症Ⅱ】 座長: 経塚標(福島県立医大) 【卵巣悪性腫瘍Ⅰ】 座長: 加藤育民(旭川医大)	【合併症妊娠Ⅲ】 座長: 酒井啓治(東北医薬大) 【生殖・内分泌・女性医学】 座長: 立花眞仁(東北大)	【産科合併症Ⅲ】 座長: 松尾幸城(山形大) 【産科合併症Ⅳ】 座長: 古川茂宜(福島県立医大) 【産科合併症Ⅴ】 座長: 竹原功(山形大)	【卵巣悪性腫瘍Ⅱ】 座長: 西川伸道(新潟大) 【卵巣悪性腫瘍Ⅲ】 座長: 郷久晴朗(札幌医大)
11時				
12時	11:30~12:20 ランチョンセミナー1 演者: 善方裕美(横浜市大) 座長: 横山良仁(弘前大) 共催: 大塚製薬株式会社	11:30~12:20 ランチョンセミナー2 演者: 島田宗昭(東北大) 座長: 榎本隆之(新潟大) 共催: 持田製薬株式会社		
13時	12:30~13:20 ランチョンセミナー3 演者: 渡利英道(北海道大) 座長: 八重樫伸生(東北大) 共催: 中外製薬株式会社	12:30~13:20 ランチョンセミナー4 演者: 馬場長(岩手医大) 座長: 齋藤豪(札幌医大) 共催: テルモ株式会社		
14時	13:35~14:35 招請講演 演者: Benjamin K. Tsang, Ph.D. 座長: 吉田好雄(福井大)			
15時	14:45~15:25 特別講演Ⅰ 演者: 津吉秀昭(福井大) 座長: 寺田幸弘(秋田大)			
16時	15:35~16:15 特別講演Ⅱ 演者: 坂本人一(金沢医大) 座長: 藤森敬也(福島医大)			
17時	16:25~17:05 特別講演Ⅲ 演者: 郷久晴朗(札幌医大) 座長: 永瀬智(山形大)			
18時	18:00~ 総懇親会			

単位

第2日目 9月29日(日)

	第1会場 天山の間①	第2会場 天山の間②	第3会場 瑞雲の間	第4会場 栄の間
7時				
				北日本産科婦人科学会役員会 7:10~8:00 会場：葵の間(3階)
8時	8:00~8:45 一般演題 【産科合併症Ⅵ】 座長：羽場巖(岩手医大)	8:00~9:00 一般演題 【婦人科良性Ⅰ】 座長：松浦基樹(札幌医大)	8:10~8:50 モーニングセミナー インストラクター 田嶋公久(福井赤十字病院) 大沼利通(福井大) 進行：黒川哲司(福井大) 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	8:00~9:00 一般演題 【子宮体部悪性腫瘍Ⅱ】 座長：辻圭太(東北大)
9時	9:05~10:05 感染講習会 単位 演者：齋藤滋(富山大) 座長：吉田好雄(福井大)			
10時				
	10:10~11:15 一般演題 【産科合併症Ⅶ】 座長：米田哲(富山大)	10:10~11:15 一般演題 【婦人科良性Ⅱ】 座長：高木弘明(金沢医大)	10:10~11:15 一般演題 【胎児、新生児Ⅰ】 座長：山口雅幸(新潟大)	10:10~11:15 一般演題 【子宮頸部、膣、外陰部悪性腫瘍Ⅰ】 座長：中島彰俊(富山大)
11時				
	11:20~12:10 ランチョンセミナー5 演者：黒川哲司(福井大) 座長：千石一雄(旭川医大) 共催：ロシュ・ダイアグノスティック株式会社	11:20~12:10 ランチョンセミナー6 演者：渡部洋(東北医大) 座長：藤原浩(金沢大) 共催：アストラゼネカ株式会社		
12時	12:20~ 総会			
		12:45~13:25 一般演題 【婦人科良性Ⅲ】 座長：高倉正博(金沢医大)	12:45~13:25 一般演題 【胎児、新生児Ⅱ】 座長：川村裕士(福井大)	
13時	12:50~13:50 指導医講習会 単位 演者：折坂誠(福井大) 座長：山本宝(福井県産婦人科医師連合)			
14時	14:00~ 閉会式			
15時				
16時				
17時				
18時				

第1日目 9月28日(土)

招請講演 (産婦人科領域講習)

第1会場 天山の間①

13:35 ~ 14:35

座長：吉田好雄 (福井大学 産科婦人科)

Ovarian Cancer in an Era of Precision Medicine:
From Mechanistic Insight to Early Diagnosis and Therapeutic Strategy

Prof. Benjamin K. Tsang

Ottawa Hospital Research Institute

特別講演

特別講演Ⅰ

会場 天山の間①

14:45 ~ 15:25

座長：寺田幸弘 (秋田大学 産婦人科)

子宮体癌における分子イメージングを用いた新たな治療戦略の開発

津吉秀昭

福井大学 産科婦人科

特別講演Ⅱ

会場 天山の間①

15:35 ~ 16:15

座長：藤森敬也 (福島県立医科大学 産婦人科)

子宮頸がん検診・治療のアルゴリズム構築のための網羅的 HPV 解析

坂本人一

金沢医科大学 産科婦人科

特別講演Ⅲ

会場 天山の間①

16:25 ~ 17:05

座長：永瀬智 (山形大学 産婦人科)

タイト結合による子宮内膜の悪性化制御機序

郷久晴朗

札幌医科大学 産科婦人科

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 1 会場 天山の間① 11:30 ~ 12:20

座長：横山良仁（弘前大学 産科婦人科学講座）

「乳癌患者のヘルスケア」～内分泌療法と Bone Health～

善方裕美

横浜市立大学 産婦人科

共催：大塚製薬株式会社

ランチョンセミナー 2 会場 天山の間② 11:30 ~ 12:20

座長：榎本隆之（新潟大学 産科婦人科学）

難治性卵巣癌の治療戦略－現況と今後の展望－

島田宗昭

東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野

共催：持田製薬株式会社

ランチョンセミナー 3 会場 天山の間① 12:30 ~ 13:20

座長：八重樫伸生（東北大学 産婦人科）

卵巣癌治療アップデート

渡利英道

北海道大学 産科婦人科

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー 4 会場 天山の間② 12:30 ~ 13:20

座長：齋藤豪（札幌医科大学 産婦人科）

鏡視下婦人科悪性手術のこれから－患者・医療者にやさしい手術とは－

馬場長

岩手医科大学 産科婦人科

共催：テルモ株式会社

第2日目 9月29日(日)

感染講習会 (専門医共通講習 感染対策)

第1会場 天山の間①

9:05 ~ 10:05

座長：吉田好雄 (福井大学 産科婦人科)

産婦人科が知っておくべき妊娠時の感染の母子への悪影響ならびにその対策

齋藤滋

富山大学 産科婦人科

指導医講習会 (産婦人科領域講習)

第1会場 天山の間①

12:50 ~ 13:50

座長：山本宝 (福井県産婦人科医師連合)

名著に学ぶこれからのリーダーシップ

折坂誠

福井大学 産科婦人科

モーニングセミナー

第3会場 瑞雲の間

8:10 ~ 8:50

進行：黒川哲司 (福井大学 産科婦人科)

ハンズオンセミナー 婦人科手術と合併症：抑えるべきトラブルシューティング

インストラクター 田嶋公久 福井赤十字病院 産婦人科

大沼利通 福井大学 産科婦人科

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー 5

会場 天山の間①

11:20 ~ 12:10

座長：千石一雄 (旭川医科大学 産婦人科)

子宮頸がん検診における HPV16/18 型個別判定の意義
～福井県における HPV 併用検診導入に向けた 3 年間の試みから～

黒川哲司

福井大学 産科婦人科

共催：ロシュ・ダイアグノスティック株式会社

ランチョンセミナー 6

会場 天山の間②

11:20 ~ 12:10

座長：藤原浩 (金沢大学 産科婦人科)

再発卵巣癌治療を再考する

渡部洋

東北医科薬科大学 産婦人科学

共催：アストラゼネカ株式会社

一般演題

第1日目 9月28日(土)

第1会場 天山の間①

8:30～11:20

座長：折坂誠（福井大学）

【優秀演題群】 8:30～9:30

1. 成人先天性心疾患（ACHD）を有する妊婦の周産期予後の検討
竹内麻優子（富山大学産科婦人科）
2. 当院における HDP フォローアップ外来の現状と課題
黒瀧紗希（弘前大学医学部附属病院 産科婦人科）
3. 母体救急搬送時における IoT 胎児モニターの使用経験
千葉洋平（岩手県立大船渡病院 産婦人科）
4. 子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術の有効性に関する検討
黒川絵里加（岩手医科大学 産婦人科学講座）
5. サルコペニアから卵巣癌患者における予後を予測することは可能か
今田冴紀（北海道医療センター 婦人科）
6. 子宮頸癌進行期分類 FIGO2018 の検証：IB3 期（FIGO2018）の臨床病理学的検討
萩原達也（東北大学病院 産婦人科）
7. L1CAM は surgical staging を受けた進行子宮体癌症例の独立予後不良因子である
奥聡（北海道大学大学院 産婦人科学教室）
8. 高齢者婦人科がんの治療と現状～福井県がん登録データベースの解析～
山本真（福井大学産科婦人科）

休憩（5分間）

【産科合併症 I】 9:35～10:08

座長：金井麻子（旭川医科大学）

9. 産後の心不全を予測して対応したものの周産期心筋症の発症に至った一例：心筋トロポニンIの活用
高桑佑佳（北海道大学医学部医学科）
10. HELLP 症候群、周産期心筋症と急性腎不全を併発した搬送妊婦に速やかな心後負荷除去が著効した一例
松井優祐（北海道大学医学部医学科）
11. 月経困難症既往は妊娠高血圧発症のリスク因子となる
中山みどり（金沢大学産科婦人科学）
12. 妊娠から分娩まで正常血圧であったが、産後子癇発作及び HELLP 症候群を発症した症例
佐藤綾香（気仙沼市立病院）

座長：経塚標（福島県立医科大学）

【産科合併症Ⅱ】 10:08～10:48

13. 胎児発育不全を合併した双胎妊娠の管理中に急性腎障害を発症した1例
加藤優里（福井大学医学部府附属病院 産科婦人科）
14. 2018年度の当院における早産症例の検討
金森正紘（国立弘前病院）
15. 新規切迫早産治療薬の開発を目指した urinary trypsin inhibitor の糖鎖組み換え
田中誠悟（青森市民病院 産婦人科）
16. 繰り返す脱落膜ポリープの管理に苦慮するも生児を得た1例
倉ありさ（社会医療法人 母恋 日鋼記念病院 産婦人科）
17. 単胎妊娠における子宮頸管長短縮のみを適応とした頸管縫縮術の意義について
新谷万智子（公立小浜病院）

座長：加藤育民（旭川医科大学）

【卵巣悪性腫瘍Ⅰ】 10:48～11:20

18. 当科における Olaparib の短期使用経験 -Bevasizumab による維持療法と比較して優位性はあるか
金川明功（王子総合病院）
19. Bevacizumab を用いた術前補助化学療法中に小腸穿孔を起こした進行卵巣癌の一例
高橋靖乃（東北大学 産婦人科）
20. 子宮内膜細胞診異常を契機に発見された、漿液性上皮内癌を伴う高異型度漿液性卵巣癌の1例
佐藤友里恵（大崎市民病院 産婦人科）
21. 卵巣明細胞癌における actionable 遺伝子異常の検討
朝野拓史（北海道大学）

第2会場 天山の間②

8:30～11:20

座長：馬詰武（北海道大学）

【合併症妊娠Ⅰ】 8:30～9:10

22. 産褥6日に可逆性脳血管攣縮症候群を発症した一例
伊藤友理（山形済生病院 産婦人科）
23. 下大静脈フィルター抜去困難にて開腹手術が必要となった産褥期卵巣静脈血栓症の一例
秋江惟能（北海道大学病院 産科）
24. Alagille 症候群合併妊娠の一例
才津義亮（富山大学附属病院 産科婦人科学教室）
25. 精神疾患合併妊娠で精神科や地域との連携に苦慮した一例
前田寿里亜（弘前大学医学部附属病院 産科婦人科）
26. 当院における高齢妊娠症例の検討
川浪真里（厚生連長岡中央総合病院 産婦人科）

座長：下田勇輝（秋田大学）

【合併症妊娠Ⅱ】 9:10～9:50

27. 頭蓋咽頭腫術後に発症した汎下垂体機能低下症合併妊娠の管理経験
下田勇輝（秋田大学 産婦人科）
28. 心房細動合併妊娠の一例
鴻地由大（福島県立医科大学産科婦人科学講座）
29. 発作性夜間血色素尿症合併妊娠の1例：HELLP症候群・血栓性血小板減少性紫斑病との鑑別
赤羽慧一郎（北海道大学病院 産婦人科）
30. 産褥3日目に急激な精神病症状を来した産褥期精神病の1例
大西拓人（福井大学医学部附属病院）
31. 耳下腺癌術後11年経過後の妊娠中に急速進展する多発骨転移を来した1例
渡邊健史（寿泉堂総合病院 産婦人科）

休憩（5分間）

座長：酒井啓治（東北医科薬科大学）

【合併症妊娠Ⅲ】 9:55～10:35

32. 妊娠関連乳癌28例の検討 妊娠関連乳癌早期発見を目指して
加藤栄一（坂井市立三国病院 産婦人科）
33. 両側卵巣腫大を認め Hyperreactio Luteinalis（黄体化過剰反応）が疑われた双胎妊娠
良川大晃（市立札幌病院 産婦人科）
34. 妊婦健診未受診により正期産に至り生児を得た副角妊娠の一例
松倉大輔（弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座）
35. 血球減少、蛋白尿にて発覚したSLE合併妊娠の一例
竹ノ子健一（大館市立総合病院）
36. 帝王切開術後にクリーゼをきたした重症筋無力症合併妊娠の1例
三坂琴美（帯広厚生病院 産婦人科）

座長：立花眞仁（東北大学）

【生殖・内分泌・女性医学】 10:35～11:20

37. 当院における胎盤ポリープの管理方法についての検討
高橋新（東北大学病院 産婦人科）
38. E2値に相関しない重症卵巣過剰刺激症候群の一例
田中恵子（東北大学）
39. 当院における拳児希望患者に対する子宮内膜ポリープ治療の有効性の検討
久野貴司（東北大学産婦人科）
40. 当科および関連1施設におけるHRT施行261例の検討
水無瀬学（旭川医科大学 産婦人科）
41. 凍結融解胚移植における、エストロゲン補充期間と治療成績の比較
松尾幸城（山形大学医学部 産科婦人科学講座）

42. 山形県不妊相談センターの現状
酒井一嘉（山形大学医学部 産科婦人科学講座）

第3会場 瑞雲の間

8:30～11:10

【異所性妊娠Ⅰ】 8:30～9:00

座長：渡辺正（東北医科薬科大学）

43. 妊娠11週で急性腹症を呈し判明しえた子宮内外同時妊娠の1例
杉田元気（福井県立病院 産婦人科）
44. 帝王切開癒痕部妊娠に対し子宮動脈塞栓術施行後、妊娠・分娩に至った1例
加茂矩士（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）
45. 腹腔鏡下手術に直腸プローベが有用であった腹膜妊娠の1例
平賀裕章（東北医科薬科大学若林病院 産婦人科）
46. 卵管切除後の同側卵管妊娠破裂の一例
久木元詩央香（秋田大学 産婦人科）

【異所性妊娠Ⅱ】 9:00～9:30

座長：佐藤亘（秋田大学）

47. 緊急時の腹腔鏡下異所性妊娠手術
尾山量子（石川県立中央病院）
48. 血中hCG低値で卵管破裂に至った卵管妊娠の2例
安藤宏輔（仙台赤十字病院 産婦人科）
49. ショックバイタルを来した稀な卵巣妊娠の一例
浅井聡子（医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 産婦人科）
50. 単孔式腹腔鏡下手術により診断治療をおこなった腹膜妊娠の1例
菊池琴佳（岩手県立大船渡病院 産婦人科）

休憩（5分間）

【産科合併症Ⅲ】 9:35～10:05

座長：松尾幸城（山形大学）

51. 帝王切開後にLactobacillus菌血症のため加療が必要となった1例
櫻井愛美（函館中央病院）
52. G群溶連菌による会陰切開縫合創の感染からフルニエ壊疽をきたした1例
石田久美子（旭川医科大学病院 周産母子センター）
53. ABPC耐性大腸菌による早発型敗血症のため新生児死亡に至ったpreterm PROMの1例
田中智子（富山大学 産科婦人科）
54. 当院におけるGBS感染妊婦の薬剤耐性に関する検討
竹内肇（旭川厚生病院）

座長：古川茂宜（福島県立医科大学）

【産科合併症Ⅳ】 10:05～10:35

55. 発症後早期の抗生剤治療が救命につながった激症分娩型 A 群連鎖球菌感染症
石堂茉泉（日鋼記念病院 産婦人科）
56. 妊婦の劇症型溶血性レンサ球菌感染症による急性呼吸窮迫症候群を救命し得た症例
江渡恒（岩手医科大学 産婦人科学講座）
57. A 群β溶血性連鎖球菌による敗血症をきたした稽留流産の一例
小針諄也（大崎市民病院）
58. 妊娠 28 週 A 群溶血性レンサ球菌感染症に対して緊急帝王切開を施行した 1 例
永嶋美華子（山形大学医学部附属病院 産科婦人科）

座長：竹原功（山形大学）

【産科合併症Ⅴ】 10:35～11:10

59. 卵巣癌を否定できなかった内膜症性嚢胞合併妊娠の一例
菖野悠里子（長岡赤十字病院）
60. 絨毛膜瘤 (chorionic bump) の 2 例
金井麻子（旭川医科大学 産婦人科）
61. 当院における妊娠 11 週未満の流産手術に対する MVA の有用性の検討
早坂美紗（市立稚内病院 産婦人科）
62. 卵巣過剰刺激症候群の茎捻転に対して術中 volume reduction が有効であった 1 例
竹原功（山形大学）
63. 50 歳代に発症した全胎状奇胎の一例
奥隅沙紀（仙台市立病院）

第 4 会場 栄の間

9:00～11:10

座長：金野陽輔（北海道大学）

【子宮体部悪性腫瘍Ⅰ】 9:00～9:54

64. MSI-High 子宮体癌再発症例に対するペムブロリズマブの使用経験
石川雄大（旭川医科大学 産婦人科）
65. 抗 PD-1 抗体薬を使用した 2 例
福田冬馬（福島県立医科大学 産科婦人科）
66. 当院におけるマイクロサテライト不安定性検査結果とペムブロリズマブの使用経験
奥井陽介（山形大学）
67. 子宮体部原発の大細胞神経内分泌腫瘍 (Large cell neuroendocrine carcinoma) の一例
小川葉（王子総合病院）
68. 当院で経験したadenosarcomaの6例
後藤豪（石川県立中央病院 産婦人科）

69. 経頸管的針生検が診断に有用であった悪性リンパ腫子宮転移の1例
工藤ありさ (JA 北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科)
70. 子宮体部原発悪性リンパ腫の一例
坂井友哉 (金沢医療センター)

休憩 (5分間)

【卵巣悪性腫瘍Ⅱ】 10:00～10:33

座長：西川伸道 (新潟大学)

71. pseudo-Meigs 症候群を合併した卵巣類内膜癌および子宮類内膜癌の重複悪性腫瘍の1例
蛸谷由真 (北見赤十字病院 産婦人科)
72. 当院におけるがん関連血栓症、特にトルソー症候群についての検討
三浦理絵 (弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座)
73. 15歳女兒に発症した卵巣セルトリ・ライディッヒ細胞腫
門ノ沢結花 (弘前大学医学部産科婦人科学教室)
74. 初診時に卵巣癌が疑われ、開腹手術施行後に虫垂癌と診断された腹膜偽粘液腫の二例
橋本亮平 (宮城厚生協会坂総合病院 産婦人科)

【卵巣悪性腫瘍Ⅲ】 10:33～11:10

座長：郷久晴朗 (札幌医科大学)

75. 消化器病センター制導入病院における婦人科の役割
田中綾一 (国家公務員共済組合連合会 斗南病院 婦人科)
76. FDG-PET にて傍大動脈リンパ節および腋窩リンパ節偽陽性を呈した卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例
酒井美穂 (旭川医科大学 産婦人科)
77. Female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO) の1症例
熊坂諒大 (青森県立中央病院 産婦人科)
78. 卵巣漿液粘液性腫瘍の臨床病理学的特徴
伊藤翼 (斗南病院 婦人科・生殖内分泌科)
79. 成熟嚢胞奇形腫に合併したカルチノイド卵巣腫瘍の一例
森田裕子 (金沢医科大学 産科婦人科学)

一般演題

第2日目 9月29日(日)

第1会場 天山の間①

8:00～8:45

座長：羽場巖（岩手医科大学）

【産科合併症Ⅵ】

80. 前置癒着胎盤の疑いに対して底部横切開を施行した2例
萬和馬（市立釧路総合病院 産婦人科）
81. 当院における癒着胎盤の分娩前画像診断についての検討
福長健史（山形大学医学部 産科婦人科学講座）
82. 胎盤剥離困難にて産科危機的出血をきたした7例の検討
斉藤公仁（市立釧路総合病院 産婦人科）
83. 当院における過去5年間の前置癒着胎盤症例の検討
泉聖也（東北大学病院 産婦人科）
84. ハイブリッド手術室を有効活用した前置癒着胎盤の治療戦略
山内諒子（福井大学医学部附属病院 産科婦人科）

第2会場 天山の間②

8:00～9:00

座長：松浦基樹（札幌医科大学）

【婦人科良性Ⅰ】

85. 子宮中隔裂傷による大量出血で子宮全摘術を施行した一例
張賀晃（むつ総合病院 産婦人科）
86. 正中臍索を子宮円靱帯と見誤り膀胱損傷をきたした一例
寶田健平（旭川医科大学 女性医学科）
87. 帝王切開癒着部にアミロイド沈着を認めた1例
津村垂依（名寄市立総合病院 産婦人科）
88. 当院における子宮鏡下子宮筋腫核出術の現況
和田渚（NTT 東日本札幌病院 産婦人科）
89. 当院での腹腔鏡下仙骨腔固定術
玉城良（王子総合病院）
90. 膀胱鏡併用腹腔鏡下膀胱部分切除を行った稀少部位子宮内膜症の一例
飯沼洋一郎（JA 北海道厚生連旭川厚生病院 産婦人科）
91. 全腹腔鏡下子宮全摘術で膀胱損傷を経験して
市川さおり（石巻赤十字病院 産婦人科）

【子宮体部悪性腫瘍Ⅱ】

座長：辻圭太（東北大学）

92. 子宮体部漿液癌の診断経過の検討
川村拓斗（北海道大学医学部）
93. 腋窩リンパ節転移を契機に発見された子宮体癌の一例
安宅真名美（製鉄記念室蘭病院 産婦人科）
94. 子宮体癌細胞に対するスルファサラジンおよびシスプラチンの併用効果の検討
太田剛（山形大学）
95. 超高齢再発子宮体癌症例に対して施行した medroxyprogesterone acetate (MPA) 療法
佐藤直人（八戸市立市民病院）
96. ロボット支援下手術におけるロールインからコンソールまでの定型化の必要性
西村庸子（札幌医科大学産婦人科学講座）
97. 当科における腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清術について
岡本修平（旭川医科大学産婦人科）
98. コンパートメント症候群の予防を目的とした腹腔鏡下手術における載石位での下肢固定の工夫
小幡武司（金沢大学産婦人科）

【産科合併症Ⅶ】

座長：米田哲（富山大学）

99. 北海道産婦人科医療と北海道の現状－平成30年の推移と今後の展望もあわせ－
加藤育民（旭川医科大学 産婦人科）
100. 当院における超緊急帝王切開（NICE分類カテゴリー1）の母児転帰に関する検討
新開翔太（札幌医科大学付属病院）
101. 超緊急帝王切開（GradeA）に対する当院の経験と取り組み
山本竜太郎（JA北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科）
102. 高エネルギー外傷受傷5日後に発症した常位胎盤早期剥離の1例
鈴木聡（太田西ノ内病院 産婦人科）
103. 帝王切開後産科危機的出血に対して母体救命目的に子宮摘出を要した3症例の検討
佐藤由梨（札幌医科大学 産婦人科）
104. 当科において作成した産科DIC治療指針の検討
麴澤章太郎（JA北海道厚生連旭川厚生病院）

座長：高木弘明（金沢医科大学）

【婦人科良性Ⅱ】

105. 腫瘍内に上皮内癌を伴った卵巢成熟嚢胞性奇形腫の一例
田上和磨（八戸市立市民病院）
106. 卵管結紮術後に生じた右卵管留水腫茎捻転の1例
鹿内智史（北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科）
107. 腹腔鏡下手術を施行した抗 NMDA 受容体脳炎についての検討
高林杏奈（弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座）
108. 術中に診断に至ったが、腹腔鏡下に摘出し得た遊離卵巢嚢腫の一例
水沼慎人（大館市立総合病院 産婦人科）
109. 播種性血管内凝固症候群を発症した子宮腺筋症の一例
對馬立人（青森県立中央病院）
110. 高度な静脈圧迫により深部静脈血栓症を術前発症し、下大静脈フィルターのリレー置換により周術期管理した巨大卵巢腫瘍の1例
小野有紀（秋田大学医学部附属病院 産婦人科）
111. 腔内異物を原因として膀胱腔癭、巨大結石を発症した1例の治療経験 ～我々はこうして巨大結石を摘出した～
小島学（福島県立医科大学 産婦人科）

座長：山口雅幸（新潟大学）

【胎児、新生児Ⅰ】

112. バセドウ病合併妊娠に胎児甲状腺腫を認め、母体の治療薬調整により胎児甲状腺腫の縮小を認めた1例
有明千賀（秋田大学医学部附属病院）
113. TRAb 高値のバセドウ病で甲状腺垂全摘後の妊娠に対しプロピルチオウラシルを用いて行った胎児治療
堀川翔太（山形県立中央病院 産婦人科）
114. 胎児左心低形成症候群と出生前診断され、治療を望まずに新生児の看取りを行った1例
和賀正人（由利組合総合病院 産婦人科）
115. 出生後に診断された気管無形成症の1例
佐藤貴紀（岩手医科大学 産婦人科）
116. 臨床検査技師による胎児超音波スクリーニング検査の導入
杉山沙織（北海道 JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科）
117. 心拡大で発見された胎児卵円孔狭窄の一例
霜鳥真（新潟大学地域医療教育センター魚沼基幹病院）
118. 胎児水腎症を合併した胎児腹腔内臍帯静脈瘤（FIUV varix）の一例
浅野拓也（市立函館病院 産婦人科）

座長：中島彰俊（富山大学）

【子宮頸部、膣、外陰部悪性腫瘍】

119. 若年女性に発症した外陰部 Bowen 病の一例
太田未咲（札幌医科大学附属病院 産婦人科）
120. 切除不能腔原発悪性黒色腫に対して長期のニボルマブ投与を含む治療後にダカルバジンが著効した1例
安藤里沙（北海道大学病院 産婦人科）
121. LEGH を疑い当院で全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した3例に関する検討
栃木実佳子（仙台市立病院 産婦人科）
122. 腫瘍破綻から汎発性腹膜炎を呈した子宮頸癌の1例
井上大輔（福井赤十字病院）
123. 子宮頸部円錐切除後の頸管狭窄症例の検討
坂口太一（市立秋田総合病院 産婦人科）
124. 子宮頸部原発悪性黒色腫に対して免疫チェックポイント阻害剤を使用した1例
加茂矩士（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）
125. 細胞診による定期検診で発見できなかった子宮頸部浸潤癌症例
山之内僚（金沢医科大学 産科婦人科）

座長：高倉正博（金沢医科大学）

【婦人科良性Ⅲ】

126. 当科で経験した卵巣出血33例の臨床的検討
須田尚美（高岡市民病院 産婦人科）
127. 骨盤子宮内膜症を合併した子宮頸部閉鎖を伴う Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome の1例
宮崎有美子（福井大学医学部附属病院 産婦人科）
128. 当科における BMI \geq 30 症例に対する腹腔鏡下子宮全摘出術への取り組み
西郡高志（富山大学 産科婦人科）
129. 子宮筋腫の In-bag モルセレーション法の比較検討
高倉正博（金沢医大 産科婦人科）
130. 当院で経験した卵管発生の成熟嚢胞性奇形腫2症例
飯藤弘光（福井県立病院）

座長：川村裕士（福井大学）

【胎児、新生児Ⅱ】

131. クリニックにおける胎児心エコー検査
中村香織（つねファミリークリニック）
132. 子宮内羊水量を ml 単位で測定すると何が見えて来るのか。
本保喜康（金沢赤十字病院 産婦人科）
133. 胎児貧血を伴った胎盤腫瘍の一例
田中良明（福井愛育病院産婦人科）
134. 看取りが選択された先天性上気道閉塞症候群の1例
飯塚崇（金沢大学附属病院 産科婦人科）
135. 妊娠末期に急激に増悪した胎児期水頭症の1例
坂野陽通（石川県立中央病院）

招 請 講 演

Ovarian Cancer in an Era of Precision Medicine: From Mechanistic Insight to Early Diagnosis and Therapeutic Strategy

Benjamin K. Tsang, PhD

Director, Reproductive Biology Unit,

Professor Emeritus, University of Ottawa (uOttawa)

Professor of Obstetrics & Gynecology, Cellular & Molecular Medicine, and Health Sciences, uOttawa

Emeritus Senior Scientist, Ottawa Hospital Research Institute (OHRI)

Senior Scientist, Chronic Disease Program, OHRI

Abstract

Ovarian cancer (OVCA) is the most lethal gynecological cancer, due mainly to late diagnosis, recurrence and chemoresistance. Although combined cytoreductive surgery and chemotherapy is initially a successful treatment, chemoresistance remains a major hurdle for long term therapeutic success. OVCA is considered a cold tumor and has poor immune cell infiltration, rendering immunotherapy ineffective to date.

In this lecture, Professor Tsang will elaborate on the role of plasma gelsolin (pGSN), a calcium-dependent actin-binding protein, in the molecular and cellular basis of chemoresistance in OVCA.

Specifically, pGSN secretion is involved in exosome-mediated signaling in the ovarian tumor microenvironment, resulting in subtype-specific T cell anergy, apoptosis and chemoresistance. The clinical significance of his studies is pGSN could serve as a new biomarker for diagnosis of stage I disease, in the prognostication in residual disease and a possible target for immunomodulation in chemoresistant OVCA patients.

Biographic sketch

Dr. Ben Tsang completed his undergraduate training at Bemidji State University (chemistry), received MSc (Biochemistry) from the University of Iowa, and Ph.D. (Pharmacology) from the University of Ottawa. In 1980, Dr. Tsang joined the University of Ottawa as the Director, Reproductive Biology Unit and initiated a research-intensive academic program in the Department of Obstetrics and Gynaecology. He served as Associate Chair (Research) of the Department, and developed a multi-disciplinary reproductive health research program in Ottawa. As the Director of Research of the Ottawa Civic Hospital, he played a central role in research development at the Loeb Research Institute, now one of the top health research institutions in Canada and subsequently renamed the Ottawa Hospital Research Institute.

Professor Tsang is an internationally recognized ovarian biologist, who has successfully developed a translational research program in women's health. His team of basic scientists and clinical investigators address important health issues, including female infertility, ovarian cancer and pregnancy complications. Dr. Tsang's research program covers the broad area of cell fate regulation in women's reproductive health.

He and his team are examining the cell signaling pathways involved in the regulation of ovarian cell survival and apoptosis and have defined the basic mechanisms governing normal ovarian follicular growth and offered important insights into the pathophysiology of polycystic ovarian syndrome. In addition, his research on the molecular and cellular basis of chemoresistance in ovarian cancer has provided key information for the development of new therapy for chemoresistant ovarian cancer, a most lethal cancer in women.

The success of Professor Tsang's research program is also reflected by his ability to secure continuous funding from MRC/CIHR during the past 37 years, as well as support from other peer-review funding agencies, government departments, private foundations and industries. To date, he has contributed over 220 full-length original publications and 20 reviews/book chapters and issued 4 US patents. Professor Tsang is a successful mentor to many graduate and postgraduate trainees, many of them have been award/scholarship recipients and are with academic and research appointments.

Professor Tsang has received many honors and awards, including the Award of Excellence in Reproductive Medicine from the Canadian Fertility and Andrology Society, The OCRI Research Award from the Ottawa Centre for Research and Innovations, Angel Award for cancer research excellence from the Ottawa Regional Cancer Foundation, "Outstanding Alumnus" of Bemidji State University (Minnesota), the J David Grimes Research Career Achievement Award at the Ottawa Hospital Research Institute, the University of Ottawa Faculty of Medicine Award of Excellence (Research) and the Recognition Award (Medical Education). He served as President of the Canadian Fertility and Andrology Society and as a member of the Board of Directors of the Society for the Study of Reproduction and is a member of the Executive Committee of the International Society of Precision Cancer Medicine. He served on the Advisory Committee of the Cancer Research Institute, Seoul National University.

He holds honorary professorship at the Chinese Academy of Sciences, Jinan University, Nanjing Medical University and Taipei Medical University, as well as appointed World Class University Professor of Biomodulation, Seoul National University. He is Co-Editor-in-Chief of the Journal of Ovarian Research, Associate Editor of Journal of Molecular Carcinogenesis, Journal of Cancer Prevention and Journal of Obstetrics and Gynecology Canada, and served on the Editorial Board of Biology of Reproduction, Endocrinology, Reproduction and Adaptive Medicine.

Professor Tsang is the Co-chair of the Canada-Japan Bilateral Program on Women's Health Research and the China-Canada Bilateral Program on Reproductive Health and, in these capacities, promotes international research partnerships and academic exchanges.

特別講演

子宮体癌における分子イメージングを用いた新たな治療戦略の開発

津吉 秀昭

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

子宮体癌は近年増加傾向にあり、多くは早期に診断、治療が行われるものの、進行再発例に対する確立した治療戦略はいまだ存在しない。また若年子宮体癌患者も増加しており、妊孕性温存も重要な課題となっている。これらの症例に対する適切な治療戦略の開発は、個々の患者に応じた最適な治療選択につながる。

当科は、併設する高エネルギー医学研究センターと共同し分子イメージングを用いた様々な研究を行ってきた。特に女性ホルモン受容体イメージング PET 製剤である 16α - ^{18}F -fluoro- 17β -estradiol (FES) を用いた FES-PET 検査が、エストロゲン依存性腫瘍である子宮筋腫や子宮肉腫における診断や予後予測に有用であることを報告してきた。また同じエストロゲン依存性腫瘍である乳癌では、ホルモン治療の効果予測への応用も報告されている。すなわち従来の病理組織学的評価とは異なり、非侵襲的にかつ腫瘍全体を評価することが可能な FES-PET は、エストロゲン依存性腫瘍に対する新たな治療戦略となる可能性を秘めている。

現在子宮体癌では、術後の病理組織学的所見にもとづき再発リスク分類が行われているが、術前に再発や予後を予測するバイオマーカーは存在しない。また若年患者において妊孕性温存ホルモン治療の効果判定で行われる子宮内膜搔刮が妊娠率低下を招くことも報告されている。そこで FES-PET を、糖代謝を反映する ^{18}F -fluorodeoxyglucose (FDG) -PET と組み合わせることによって、子宮体癌の予後や治療効果予測に应用できるか否かを検討した。また手術検体より得られた癌の遺伝子情報と、術前 PET 画像との相関を検証することで、将来的に PET 検査による遺伝子異常の予測、更には分子標的治療薬の適応症例の同定を目指した研究も行っており、これら分子イメージングのアプローチの有用性について報告する。

【学歴】

2002年 福井医科大学医学部医学科卒

2018年 福井大学大学院医学系研究科先端応用医学専攻博士課程卒

【職歴】

2002年 福井医科大学医学部附属病院 産科婦人科医員(研修医)

2003年 京丹後市立弥栄病院 産科婦人科医員

2004年 福井愛育病院 産科婦人科医員

2007年 木沢記念病院 産科婦人科医員

2009年 福井大学医学部附属病院 産科婦人科助教

2014年 カナダオタワ大学 研究員

2016年 福井大学医学部附属病院 産科婦人科助教

【所属学会】

日本産科婦人科学会 日本婦人科腫瘍学会 日本癌治療学会

日本産科婦人科内視鏡学会 日本東洋医学会

【専門医】

日本産科婦人科学会産科婦人科専門医 日本産科婦人科学会専門医制度指導医

母体保護法指定医 日本がん治療認定医機構がん治療認定医

座長：藤森敬也（福島県立医科大学 産婦人科）

子宮頸がん検診・治療のアルゴリズム構築のための網羅的 HPV 解析

坂本 人一

金沢医科大学 産婦人科

数ある悪性腫瘍の中で子宮頸癌はその自然史が明らかであるため、感染予防ワクチンと検診の併用で撲滅が可能な癌種になりつつあるが、本邦の子宮頸癌罹患率・死亡率は増加傾向にある。これを克服するためには、政府による HPV 感染予防ワクチンの勧奨再開はもとより、検診受診率や検診精度の向上が重要な課題と考えられる。

子宮頸がん検診の精度と効率を上げるため、細胞診から Primary HPV 検診への移行が世界的な流れになっているが、その前提として HPV 検査でほとんどの子宮頸癌やその前がん病変を検出できるということが重要である。世界中で公認された高リスク型 HPV は 13 タイプあり、我々の試算ではこれらの HPV 型の検出により日本の子宮頸癌と CIN3 の約 90% がカバーされる。したがって、早期に前がん状態で発見すれば浸潤癌発生は防止され、さらに非侵襲的治療により妊孕性温存も可能となる。

浸潤癌から検出される HPV の分布には明らかな地域差があるため、高リスク HPV 型以外の HPV 型が多数浸潤癌から検出される国が存在する可能性がある。また、市販の HPV 検査は様々であり、欧米で開発された HPV 検査が日本においてすべて有効であるという保証はない。実際に我々は Cobas4800 では、日本に多い HPV52 型の前がん病変が見逃されることを報告している。原点に戻って、日本における真の高リスク HPV を同定すること、感度、特異度ともに高い HPV 検査法の樹立、HPV 感染から癌化の自然史を明らかにすることによって効率的な検診アルゴリズム構築を目指す必要に迫られている。

我々はこの 13 種類の高リスク HPV 型を含む 31 タイプを検出する Genosearch-31 を用いて CIN2/3 (HSIL), AIS, 扁平上皮癌 (SCC), 腺癌 (ADC) 患者の子宮頸部擦過細胞検体から HPV 型判定を行い、各 HPV 型の分布と傾向を調査してきた。ところが浸潤癌の 10%、前癌病変の 40% 程度には複数の HPV 型が検出されることが判明した。そこで単独型感染の症例のみを解析したところ、HPV16, 18 型は SCC, ADC の両方から検出されるが、HPV16 型以外の HPV16 型グループ型 (Alpha-9), HPV51 型 (Alpha-5), HPV56 型 (Alpha-6) グループの HPV 型は SCC から検出され、HPV16 型と HPV18 型以外の HPV18 グループ (Alpha-7) の HPV45 型は ADC に関連することを明らかにした。その過程で 2 例の若年 SCC は HPV 陰性であったため、我々は、高リスク型 13 タイプと 10 タイプの高リスク候補型 HPV すべての E6/E7 遺伝子を検出する UniplexE6-E7 PCR 法を開発して解析したところ、1 例は HPV16 型、もう 1 例は大細胞型神経内分泌腫瘍が疑われた。現在、癌誘発 HPV 型を明らかにするため、この検査法と組織マイクロディセクション法を用い HPV 陰性癌や多重型感染 CIN2/3 症例に対する網羅的解析を実施中である。

【経歴】

平成26年 金沢医科大学産婦人科助教

タイト結合による子宮内膜の悪性化制御機序

郷久晴朗¹、嶋田浩志¹、岩崎雅宏¹、染谷真行¹、金野匠²、菊池真³、
幸野貴之²、玉手雅人¹、松浦基樹¹、小島隆²、齋藤豪¹

¹ 札幌医科大学医学部産婦人科学講座

² 札幌医科大学医学部附属フロンティア医学研究所細胞科学部門

³ 札幌医科大学医学部解剖第一講座

脂質代謝関連因子 LSR は 3 細胞間で ASPP2 と複合体を形成し子宮内膜の悪性化の抑制に関与する

タイト結合は細胞接着装置の最も内腔側に位置し、細胞間通過物質を選択的に制御するバリア機能と細胞の極性を司るフェンス機能を有し、生体の恒常性を維持するのに不可欠である。近年、タイト結合分子の発現異常が様々な癌腫で報告されている。さらに癌の浸潤転移に非常に重要な細胞集団運動 (collective cell migration) が一部 3 細胞間分子により調節されていることが分かってきた。また肥満は子宮内膜癌発症の危険因子である。脂質代謝関連因子である LSR (lipolysis-stimulated lipoprotein receptor) は、最近上皮細胞の 3 細胞間に局在する膜蛋白として再発見され、癌細胞の浸潤および遊走に関与することが報告された。一方、癌抑制遺伝子 p53 の細胞死誘導を担い、上皮細胞極性分子 (PAR3) との会合がみられる apoptosis stimulating proteins of p53 (ASPP) family である ASPP2 は、子宮内膜癌での発現低下が報告され、LSR と同様に癌細胞の遊走と浸潤への関与が考えられている。

そこで我々は、ヒト正常子宮内膜上皮細胞、子宮内膜癌組織および癌細胞株を用いて、LSR/ASPP2 の発現低下による癌細胞の悪性化機序を多面的に解析した。

LSR は、ヒト子宮内膜症から局在・発現が変化し、癌組織で悪性度とともに変化が増強した。子宮内膜癌細胞株において、LSR の発現は、leptin で減少、adiponectin で増加がみられ、LSR の siRNA 処置により、癌細胞の浸潤、遊走の亢進がみられ、一部タイト結合分子である claudin-1 の発現の増加を介した MMP の関与を認めた。さらに、増殖、浸潤、遊走に密接な関連をもつ増殖因子 AREG の有意な増加がみられ、Hippo pathway (YAP/AMOT/merlin) と関与していた。

ASPP2 は癌細胞株において、2 および 3 細胞間にも局在がみられ、LSR、YAP および PAR3 との結合がみられた。ASPP2 の siRNA 処置により、LSR の発現低下、2 細胞間タイト結合分子 claudins の発現増加、YAP のリン酸化亢進、癌細胞の浸潤・遊走の亢進がみられた。

正常子宮内膜上皮細胞において、LSR は ASPP2 とともに 3 細胞間に共局在し、それぞれの発現低下で claudins の発現増加がみられた。

以上より、LSR/ASPP2 は様々な分子と複合体を形成し、細胞集団運動を調節することにより子宮体癌の悪性化の抑制に関与している可能性が考えられた。本研究の LSR/ASPP2 の正常および癌細胞における役割の解明は、新しいアプローチであり、今まで解明されていなかった脂質代謝と正常上皮バリアおよび癌の悪性化の関係を明確にし、さらに臨床的診断・分子標的治療に繋がる可能性がある。

【勤務歴】

平成12年 札幌医科大学医学部 卒業

平成17年 札幌医科大学大学院医学専攻 修了

平成17年 北見赤十字病院産婦人科 医師

平成19年 小樽協会病院産婦人科 医長

平成22年 University of California Irvine, Department of Obstetrics & Gynecology, Postdoctoral Fellow

平成24年 帯広協会病院産婦人科 主任医長

平成25年 札幌医科大学産婦人科 助教

平成26年 札幌医科大学産婦人科 講師

【所属学会】

日本臨床細胞学会(評議員)、日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会

日本産科婦人科内視鏡学会、日本産婦人科手術学会

日本癌学会、日本癌治療学会、日本婦人科がん検診学会、日本周産期・新生児医学会

【専門医】

1. 日本産科婦人科学会産婦人科専門医

2. 日本臨床細胞学会細胞診専門医

3. 日本がん治療認定医機構がん治療認定医

4. 日本婦人科腫瘍学会腫瘍専門医

共催セミナー

「乳癌患者のヘルスケア」～内分泌療法と Bone Health ～

善方 裕美

横浜市立大学 産婦人科

乳がんは本邦の 2017 年女性のがん罹患数第 1 位であり、罹患率は上昇している。一方、治療の進歩により生存率は向上し、乳がんサバイバーは増加傾向にある。

近年、がん治療は患者の QOL を考慮した包括的治療が求められているが、乳がんは好発年齢が 40～50 歳代にあり、術後内分泌療法で長期にわたって低エストロゲン状態となるため、更年期障害や脂質代謝異常に加えて、骨粗しょう症や骨折の発症リスクが高まる。Cancer treatment-induced bone loss (CTIBL) といわれるがん治療の有害事象に加えて、乳がんは骨へ転移しやすく、疼痛、骨折、高カルシウム血症などの骨関連事象 (SRE) の対策も必要であり、乳がんサバイバーのヘルスケアとして Bone Health は重要な課題となっている。

乳がん治療では、乳腺外科による治療とともに、形成外科、緩和ケア、婦人科によるヘルスケアなど、複数の診療科に連携により行う。産婦人科においては、エストロゲン欠落への対策、Bone Health、がん・生殖医療の連携、遺伝性乳がん・卵巣がん (HBOC) 検査、TAM 服用中の子宮体がん検査などのヘルスケアが中心となる。エストロゲン受容体陽性乳がんの場合には、HRT は使用できないため、カウンセリングや食事・生活指導、漢方療法、SSRI のほか、エクオール含有食品の摂取を中心とした代替療法を取り入れている。

当院では、婦人科ヘルスケア外来において、乳腺外科からの併診で受診してもらう形で連携しており、骨密度や骨代謝マーカーの測定、ライフスタイルや家族歴、更年期症状などを聴取した上で、食事・生活習慣改善などの指導、骨粗しょう症治療薬の投与、管理などを行っている。また、定期的な乳腺外科との合同ミーティングをおこない、診療情報の共有、意見交換によって、スムーズな連携に取り組んでいる。

ここでは、乳がん患者に対する女性医学的アプローチとしての Bone Health と治療、取組みについて新しい知見を交えて述べさせていただきたいと思う。

【略歴】

- 1993年 高知医科大学卒業
- 同 年 横浜市立大学研修医
- 1995年 横浜市立大学附属病院産婦人科勤務
- 1998年 横浜市立大学産婦人科研究員
- 同 年 更年期・骨粗しょう症専門外来として附属病院婦人科で女性健康外来を担当
- 同 年 よしかた産婦人科副院長
- 2015年 横浜市立大学附属市民総合医療センターに『乳がん患者の女性ヘルスケア外来』を開設

【資格・所属学会など】

- | | |
|----------------------|---------------|
| 日本産婦人科学会 専門医 | 日本産婦人科乳腺医学会 |
| 日本女性ヘルスケア認定医 | 日本骨代謝学会 |
| 日本骨粗鬆症学会認定医・評議員 | 日本栄養改善学会 |
| マンモグラフィ読影認定医 | 日本内分泌学会 |
| NCPR/J-MELS インストラクター | 日本産婦人科栄養代謝研究会 |

【受賞歴】

- 2014年 日本女性医学学会 優秀演題賞

難治性卵巣癌の治療戦略－現況と今後の展望－

島田 宗昭

東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野

日本（GOG Japan）からも参画したGOG218試験の結果に基づき、2013年11月24日、抗VEGFヒト化モノクローナル抗体ベバシズマブ（BEV）が婦人科がんに対して初めての分子標的治療薬として卵巣癌に対する保険収載を得た。5年以上の年月を経て、BEVは卵巣癌のみならず、進行・再発子宮頸癌に対する保険収載も得て、婦人科悪性腫瘍の日常診療で広く用いられている分子標的治療薬となった。2018年1月には再発卵巣癌に対する維持療法としてPARP阻害剤、2018年12月には高頻度マイクロサテライト不安定性を有する固形がんに対する免疫チェックポイント阻害薬（pembrolizumab:PD-1抗体）が保険収載され、難治性卵巣癌に対する新たな治療選択肢が増えた。

2019年6月には次世代シーケンサーを用いた遺伝子変異解析プログラムである「がん遺伝子パネル検査：FoundationOne CDx」も保険収載され、今年度より遺伝子パネル検査システムを用いたがんゲノム医療（個別化医療）が実装される。婦人科悪性腫瘍においても体細胞あるいは生殖細胞系列のDNA変異がバイオマーカーに基づいた分子標的治療薬の薬剤選択（治療戦略）が求められる。

一方、分子標的治療薬の併用に際して、予期せぬ合併症が生じる可能性もあり、臨床現場では適切かつ迅速な対応をとれる体制を整備しなければならない。また、医療経済が逼迫する現況において、高額な分子標的治療薬を適切な症例に至適な時期に用いることも考えなければならない。さらに、治療選択肢が増える現況において、治療に難渋する症例に対する「治療中止の決断」はこれまで以上に重要な意義をもつ。本セッションが、がんゲノム医療が実装される現況における課題を皆様と見つめ直す機会となれば幸いである。

【略歴】

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

【専門医・その他】

日本産科婦人科学会（専門医、指導医）、日本婦人科腫瘍学会（専門医、指導医）
日本がん治療学会認定医機構 がん治療認定医
日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）
日本婦人科腫瘍学会 副幹事長、専門医制度委員会主幹事
特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）
卵巣がん委員会（委員長）、TR委員会（委員）
日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）卵巣がん委員会（委員）

卵巣癌治療アップデート

渡利 英道

北海道大学大学院医学研究院産婦人科学教室科

上皮性卵巣癌に対しては、完全摘出を目指した最大限の腫瘍減量手術とともに薬物療法（化学療法、分子標的薬）の奏効が患者の予後に大きく関与する。卵巣癌患者の予後は改善傾向にあるものの、一連の初回治療により一旦寛解が得られても特に進行卵巣癌患者ではしばしば再発を来して二次治療へ移行する。そのため、再発卵巣癌の長期予後は依然として不良である。再発卵巣癌の予後を改善するためには、再発腫瘍の完全切除が見込める手術療法が適応となる患者の適確な抽出と完全摘出が必須である。薬物療法においては、プラチナフリー期間の概念を考慮しつつ有効な薬剤を適切に使用することが求められる。さらに、再発卵巣癌に対する新規有効薬剤の開発にあたっては、再発卵巣癌を対象に行われている臨床試験や治験に積極的に参加していくことが大変重要である。加えて、特に進行癌に対しては初回治療の薬物治療強度を上げることで無再発を目指す方向性が今後益々重要となってきた状況であるといえる。本講演では主に、卵巣癌に対して保険適応されている分子標的薬である、ベバシズマブ、オラパリブに関する最近の臨床試験のエビデンスを中心に紹介するとともに、それらの薬剤を有効に活用した卵巣癌の初回治療、再発治療に関する治療戦略について私見も交えながら概説したい。

【略歴】

平成元年6月 帯広厚生病院 産婦人科 研修医
平成元年12月 北海道大学医学部附属病院 医員(研修医)
平成2年6月 深川市立病院 産婦人科 医師
平成4年2月 北海道大学医学部附属病院 医員
平成5年8月 北海道対がん協会細胞診センター 医師
平成7年4月 芦別市立病院 産婦人科 医長
平成8年4月 富良野協会病院 産婦人科 医長
平成8年10月 米国ペンシルバニア大学 産婦人科 research fellow
平成12年4月 札幌マタニティウイメンズホスピタル 医師
平成13年11月 北海道大学病院 婦人科 助教
平成18年4月 北海道大学病院 婦人科 講師
平成20年5月 北海道大学病院 婦人科 診療准教授(併任)
平成27年10月 北海道大学病院 婦人科 准教授
平成30年3月 北海道大学大学院医学研究院 産婦人科学教室 教授

【受賞歴】

北海道産科婦人科学会 大野学術奨励賞「再発卵巣癌の治療－長期生存を目指して－」

【学会活動】

日本産科婦人科学会代議員、日本婦人科腫瘍学会評議員、子宮体がん治療ガイドライン改訂委員、産婦人科内視鏡手術ガイドライン改訂委員、厚生労働省後援リンパ浮腫専門研修委員会委員、北海道産科婦人科学会理事、日本臨床細胞学会会員、日本癌治療学会会員、日本臨床腫瘍学会会員、日本婦人科癌検診学会会員、日本がんサポーターイブケア学会会員、日本産婦人科手術学会会員、日本産婦人科内視鏡学会会員、日本女性医学会会員、日本胎盤学会会員、日本思春期学会会員、日本産婦人科乳腺医学会会員、日本産科婦人科遺伝診療学会会員、日本遺伝カウンセリング学会会員、日本再生医療学会会員

【臨床試験関連活動】

日本婦人科悪性腫瘍研究機構(JGOG)理事、NRG Oncology Japan 運営委員会委員、日本臨床腫瘍研究グループ(JCOG)1412 研究代表者

座長：齋藤豪（札幌医科大学 産婦人科）

鏡視下婦人科悪性手術のこれから—患者・医療者にやさしい手術とは—

馬場 長

岩手医科大学 産科婦人科

2008年に子宮体癌に対して腹腔鏡下に子宮全摘を行うことが先進医療として認可されてからはや10年以上が経過した。同術式は2014年に初期子宮体癌に対して行うことが保険適用となり（K879-2）、2018年にはロボット手術で行うことも可能となった。さらにK879-2は腫瘍径の小さな初期子宮頸癌に対しても保険適用となった。本年夏に先進医療Bの患者集積が済んだこともあり、今後は子宮頸癌に対するロボット手術もK879-2に組み込まれることが期待される。5年前までは医育機関など一部の施設で行われていたK879-2が一気に適用拡大されつつある今、本邦の産婦人科診療は大きな転機を迎えている。

初期病変に限られるとはいえ、子宮がんに対する鏡視下手術が保険適用となったことのインパクトは大きい。「鏡視下手術＝患者にやさしい手術？

の検証が進み、施設や術者に満たすべき要件が様々に設けられた。特にロボット手術では誰がどこでいつ、どのような症例に行い、治療転帰はどうであったか、をレジストリ登録することが求められている。これは、保険術式、自費術式の区別なく、レジストリ登録下に健全な運用がなされているか、治療成績が期待された通りであるか、学会としてのガバナンスを利かすことが求められているわけであり、医療者の自由裁量が入り込む余地が少なくなっている。これだけだと「医療者にとってやさしくない手術」とも言えそうだが、ロボット手術はその特性と限界を理解して運用すれば極めて学習効率が高いため、標準的な術式であれば「患者・医療者ともにやさしい手術」となり得る。さらに、初期病変では治療後の長期生命予後が見込まれるため、術後合併症予防が大きなインパクトを持つ。腸閉塞、感染、リンパ浮腫を起こさないよう、癒着防止、洗浄、閉創まで腐心することも、「患者・医療者にやさしい手術」には欠かせない。

一つの術式が標準治療として確立するには安全性と根治性と普遍性が必要となるが、5年後、10年後はロボット手術と、それから派生した手術手技が産婦人科に定着することが見込まれる。本セッションでは他国や他科の流れを見て悪性鏡視下手術の現時点での立ち位置を確認すると共に、その強みと今後の取り組み方について概説する。とはいえ未だ本邦で運用体系が十分に確立された手術ではないため、会場の先生方から多くの意見を仰げれば幸いである。

【略歴】

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

日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医(腹腔鏡)、日本がん治療認定医、日本ロボット外科学会専門医

座長：吉田好雄（福井大学 産科婦人科）

産婦人科が知っておくべき妊娠時の感染の母子への悪影響 ならびにその対策

齋藤 滋

富山大学 産科婦人科

妊娠時には、異物である胎児を許容するため、細胞性免疫が低下する。そのため、ウイルス排除やリステリア感染等の細胞内寄生体の排除が不十分となり、重篤となる。加えて循環血漿量の増加による心負荷、腫大した子宮の圧迫による肺機能低下により、インフルエンザ感染は重篤となる。従って、抗インフルエンザワクチンの接種ならびに、インフルエンザ患者と濃厚接触した際の、抗インフルエンザウイルス薬の予防投与、発症後早期の抗インフルエンザ薬の投与が勧められる。

最近のトピックスとして妊娠中の母体の炎症は胎児脳発達障害の原因となる事が判ってきた。例えば、妊娠中のインフルエンザ感染例では、子供の統合失調症は最大20%に認められる。

その他、母子感染により、流産、先天奇形が生じたり、児に重篤な感染症を引き起こしたりするため、妊娠期の母子感染対策は極めて重要となる。妊娠時の感染有無を的確にスクリーニングし、感染例に対する有効な母子感染予防策を講じる事が、母子の健康に繋がる。

妊娠中期の子宮内感染は早産の要因にもなる。我々の開発した、偽陽性がなく、測定感度の高いPCR法を用いた検討では、子宮内感染例は在胎27週以前の早産例に多く、ウレアプラズマと一般細菌の重複陽性が高い子宮内炎症を引き起こす事も判明した。これら感染例に対する抗菌薬使用は妊娠期間を延長するが、非感染例に対する菌薬作用は逆に妊娠期間を短縮した。

分娩時期の子宮内感染は重症脳性麻痺のリスクである事が判っている。産科医療補償制度再発防止に関する報告書では脳性麻痺319例中63例(19.7%)に子宮内感染が認められている。これらの症例では母体発熱、母体頻脈、末梢血白血球15,000/ml以上の例が多く、基線細変動の乏しい胎児頻脈(170bpm以上)を認めている。このため胎児心拍数が140bpmまで低下しても、胎児徐脈と認識されない。その後、突発的に100bpm以下の持続性の徐脈を生じ、急連遂娩したものの、脳性麻痺を生じてしまう事がある。従って母体感染症徴候があった場合、いつもより注意して分娩管理する必要がある。

【略歴】

昭和55年 奈良県立医科大学卒業、産婦人科学教室入局(主任一條元彦教授)
昭和59年 同大学院医学研究科卒業
昭和59年 同大学助手(産婦人科)
昭和60年 奈良県立医科大学医学博士授与
昭和61年5月~62年7月 京都大学ウイルス研究所予防治療部に留学
文化勲章受章者の日沼 頼夫先生のもとでサイトカイン、分子生物学、細胞生物学を学ぶ
平成2年 奈良県立医科大学 講師 (産婦人科)
平成9年 奈良県立医科大学 助教授(産婦人科)
平成10年4月~平成31年3月 富山医科薬科大学 教授 (産科婦人科学)
平成16年~21年3月、平成23年~25年3月 富山医科薬科大学副病院長
*平成17年10月より、富山医科薬科大学から富山大学に名称変更となる
平成21年4月~平成22年11月 富山大学附属病院周産母子センター長(教授と併任)
平成23年4月~平成25年3月 富山大学附属病院 副病院長
平成25年4月~平成27年3月 富山大学附属病院手術部部長
平成25年4月~平成31年3月 富山大学教育研究評議会評議員
平成28年3月 富山大学附属病院 病院長事務取扱(6日付け)
平成28年4月~平成31年3月 富山大学附属病院 病院長、副学長
平成31年4月~ 富山大学 学長

【専門分野】

サイトカイン、生殖免疫学、母子感染、妊娠高血圧症候群の病因胎盤の増殖・分化ならびにアポトーシス、早産の発症メカニズム

【学会及び社会活動】

- ・富山県産科婦人科学会 会長
- ・日本生殖免疫学会 常任理事(2016.12-) 理事長(2012.12-2016.11)
- ・日本妊娠高血圧学会 常任理事(2018.4-) 理事長(2014.4-2018.3)
- ・日本周産期・新生児医学会 理事(2012-)、副理事長(2014.6-2016.6) 周産期シンポジウム委員長(2010-2012)

- ・日本産科婦人科学会 常務理事、広報委員長(2015.6-2017.6)、代議員(1998.4-2015.6)、特任理事(2013.4-2015.6) 周産期委員会委員長(2009-2011) 若手育成委員会(サマースクール・スプリングフォーラム担当)委員長(2007-2015)
- ・産婦人科漢方研究会 代表世話人
- ・日本胎盤学会 常務理事
- ・日本産婦人科・新生児血液学会 理事
- ・日本産科婦人科栄養・代謝研究会 理事
- ・腎と妊娠研究会 理事
- ・Journal of Reproductive Immunology : Editor-in-Chief (2003 - 2019.3)
- ・American Journal of Reproductive Immunology : Editorial Board(1998 - 2005)
- ・米国生殖免疫学会 Vice President (2002.7 - 2004.6)
- ・国際胎盤学会(IFPA) Council member (2002 - 2014)
- ・国際生殖免疫学会(ISIR) Council member (2004.10 -2010) Treasurer (2010-) President (2016.6-)
- ・Pregnancy Hypertension : Editorial Board (2012-)
- ・日本婦人科腫瘍学会 代議員
- ・日本糖尿病・妊娠学会 評議員
- ・日本絨毛性疾患研究会 世話人
- ・厚生労働省 子ども家庭総合研究事業 「不育症治療に関する再評価と新たな治療法の開発に関する研究」 代表研究者 (2008-2010)
- ・厚生労働省 特別研究 (2009)HTLV-Iの母子感染予防に関する研究 代表研究者
- ・厚生労働省 難治性疾患等政策研究事業「関節リウマチ(RA)や炎症性腸疾患(IBD)罹患」 「女性患者の妊娠、出産を考えた治療指針の作成」 研究代表者 (2016-2017)
- ・日本医療研究開発機構(AMED)成育疾患克服等 次世代育成基盤研究事業 「不育症の原因解明、予防治療に関する研究」研究開発代表者(2016-2018)

名著に学ぶこれからのリーダーシップ

折坂 誠

福井大学 産科婦人科

一般企業に勤めるビジネスパーソンは、様々な機会を通じて、「リーダーシップとは何か」や「キャリアデザインの描き方」について学んでいます。一方で、私たち医師は、日常診療に追われるあまり、こういったビジネスマンの常識を学ぶ機会が乏しかったように思います。本講演では、演者が個人的に選定した名著を紹介しながら、次世代を担う中堅・若手医師をターゲットに、これからのリーダーシップについて、一緒に考えてみたいと思います。

【略歴】

昭和62年 富山県立富山中部高等学校 卒業
平成5年 福井医科大学 卒業
直ちに、福井医科大学・産科婦人科学教室に入局
平成11年～ 福井医科大学・産科婦人科学 助手
平成15年～17年 文部科学省在外研究員としてカナダ・オタワ大学に留学
平成20年～ 福井大学医学部附属病院・産科婦人科 講師

【専門領域】

生殖内分泌学、不妊症・不育症、産科学

【主な学会活動】

日本産科婦人科学会 産婦人科専門医、日本生殖医学会 生殖医療専門医
日本生殖医学会 代議員、日本生殖内分泌学会 評議員
日本生殖発生医学会 理事、福井県産婦人科医師連合 理事
Society for the Study of Reproduction (SSR), A member of the Membership Committee
Journal of Ovarian Research, Associate Editor

【主な受賞歴】

平成18年 カナダ・オタワ大学, Outstanding Research Contributions as Postdoctoral Fellow
平成20年 第60回日本産科婦人科学会, Good Presentation 賞
平成21年 The International Ovarian Conference 2009, Poster Award
平成23年 日本生殖内分泌学会, 学術奨励賞
平成24年 カナダ・オタワ大学, Excellent Research Contributions as Postdoctoral Fellow

腹腔鏡下手術ハンズオンセミナー 腹腔鏡下手術の合併症を回避するためのトラブルシューティング法

現在大部分の婦人科疾患に対し腹腔鏡下手術が行われている。このため産婦人科後期研修医や産婦人科を志望する初期研修医にとって、腹腔鏡下手術の技術を習得することは必須となりつつある。しかし、実地の手術においては、初心者にとっては対処が難しい状況に直面することがある。そこで、本セミナーでは腹腔鏡の初心者が陥りがちな困難な状況に対し、どの様に対処することが望ましいかをテーマに講演を行う。

産婦人科内視鏡手術の中で、TLHは初心者が目標とすべき術式である。また内視鏡技術認定医習得に際しても習熟すべきである。本セミナーでは、TLHにおいて必要な腔断端縫合のコツについても解説を行う。さらにノットフリー縫合糸を用いた腔断端縫合のハンズオントレーニングを行う。本セミナーの参加者には自宅や病院で練習可能な腔断端モデルを無料で配布予定である。

*腔断端モデルは数に限りがあります。参加された方全員へ差し上げられない可能性もありますことをご了承下さい。

インストラクター

田嶋 公久 福井赤十字病院 産婦人科部長

【略歴】

平成3年 福井医科大学医学部卒業

【専門医・資格】

日本産婦人科学会 産婦人科専門医

日本産科婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医

大沼 利通 福井大学医学部 産科婦人科助教

【略歴】

平成16年 福井医科大学医学部卒業

【専門医・資格】

日本産科婦人科学会 産婦人科専門医

日本産科婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医

日本臨床細胞学会 細胞診専門医

日本女性医学学会 女性ヘルスケア専門医

日本癌治療認定医機構 がん治療認定医

座長：千石一雄（旭川医科大学 産婦人科）

子宮頸がん検診における HPV16/18 型個別判定の意義 ～福井県におけるHPV併用検診導入に向けた3年間の試みから～

黒川哲司¹、大沼利通¹、品川明子¹、知野陽子¹、小林基弘²、吉田好雄¹¹ 福井大学医学部 産科婦人科、² 福井大学医学部 腫瘍病理学講座

日本の子宮頸がんの罹患率は上昇傾向にある。特に、若年者の死亡率の上昇は社会的問題となっている。そのため、子宮頸がんの2つの予防法であるワクチンと検診は、注目されている。しかし、ワクチンでは接種率の低さ、子宮頸がん検診では感度と受診率の低さという問題点を抱えている。このような状況下で、福井大学産科婦人科教室は、“子宮頸癌0（ゼロ）への取り組み（福井県モデルの構築）”を目指し、2つの臨床研究を施行し、1つの臨床研究を開始予定である。施行中の研究は、HPV 併用検診の有効性を検討する FCCS study（Fukui Cervical Cancer Screening study）と未受診者に対する自己採取 HPV 検査の効果を検証する Fukui U-WISH study（Fukui Unscreened Women Investigation for Self-collected HPV testing Study）で、2019年9月から予定している研究は成人女性に対する HPV ワクチンの効果を確認する HAKUOH study である。その中で、今回の講演では、FCCS study を紹介する。

本 study は、2015年度から、福井大学産科婦人科学教室を中心に、福井県（17市町）の8市町の7,585の住民の協力を得て、対策型子宮頸がん検診に導入し行われた。その目的は、細胞診の精度（感度・特異度）と HPV 検査同時併用検診の有効性を検討することである。

本研究の特徴は、大きく3つである。一つは、NILM で HPV 陽性者を3年間細胞診・HPV 検査・コルポスコピー・生検を施行し追跡した点。二つ目は、NILM で HPV 陰性者の一部も同様に3年間細胞診・HPV 検査・コルポスコピー・生検を施行したこと。三つ目は、再現性の低い前がん病変の病理診断を中央病理診断で行った点である。

既に、細胞診検診の予測感度・特異度が、それぞれ70.9%・97.8%で、HPV 検査同時併用検診の予測感度・特異度は、それぞれ100.0%・94.1%であることを報告してきた。

さらに、今回の講演では、HPV16/18型個別判定の意義を、FCCS Study の3年間のデータから検討したので報告する。

【略歴学歴・職歴】

1993年 福井医科大学(現 福井大学)卒業
2005年 医学博士号取得
2006年 米国MDアンダーソン癌センターに留学
2008年 米国より帰国
2014年 福井大学医学部附属病院産科婦人科准教授 現在に至る

【学位・免許・資格】

日本産科婦人科学会専門医 日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医 日本臨床細胞学会細胞診専門医
母体保護法指定医

【学会活動】

JOGRのAssociate Editor 日本婦人科腫瘍学会代議員 日本臨床細胞学会評議員
2017年子宮頸がん治療ガイドライン作成委員

【所属学会】

日本産科婦人科学 日本臨床細胞学会 日本婦人科腫瘍学会 日本癌治療学会
日本臨床腫瘍学会 日本婦人科検診学会

座長：藤原浩（金沢大学 産科婦人科）

再発卵巣癌治療を再考する

渡部 洋

東北医科薬科大学 産婦人科学

再発卵巣癌に対する有効な治療戦略の確立は、卵巣癌患者の長期予後改善のための重要な課題である。周知のごとく再発卵巣癌治療の成否は platinum-free interval と密接に関与していることから、プラチナ感受性再発には platinum doublet の re-challenge、一方プラチナ抵抗性再発には抗腫瘍薬単剤化学療法の有効性を主体とした検証が行われてきた。しかし近年、poly (ADP-ribose) polymerase 阻害薬であるオラパリブ、抗 vascular endothelial growth factor 薬であるベバシズマブ、および免疫チェックポイント阻害剤であるペムブロリズマブといった分子標的薬剤が相次いで保険承認がなされ、さらに再発卵巣癌に対する外科的介入効果の検証など、その治療戦略は新たなパラダイムシフトを迎えている。そこで本講演においては、再発卵巣癌治療の現在・過去・未来について、国内外の臨床研究成績、これまでに実施してきた施設内臨床研究成績、および症例の治療経過の検討成績などから、総合的な解説を試みたい。

【略歴】

- 1983年 近畿大学医学部医学科 卒業
- 1984年 近畿大学医学部産科婦人科学教室 助手
- 1998年 米国 National Institutes of Environmental Health & Sciences
Laboratory of Molecular Carcinogenesis 留学
- 1999年 近畿大学医学部産科婦人科学教室 講師
- 2007年 近畿大学医学部産科婦人科学教室 准教授
- 2013年 東北大学病院臨床研究推進センター 特任教授
- 2016年 東北医科薬科大学産婦人科学 教授
- 2019年 東北医科薬科大学臨床研究推進センター長

- | | |
|-------------|--------------|
| 日本産科婦人科学会 | 産婦人科指導医・専門医 |
| 日本婦人科腫瘍学会 | 婦人科腫瘍指導医・専門医 |
| 日本がん治療専門医機構 | がん治療専門医 |
| 日本がん治療学会 | 臨床試験登録医 |
| 日本臨床細胞学会 | 細胞診指導医・専門医 |

- | | |
|-------------|------|
| 日本婦人科腫瘍学会 | 常務理事 |
| 日本産科婦人科学会 | 代議員 |
| 日本臨床細胞学会 | 代議員 |
| 日本婦人科がん検診学会 | 評議員 |
| 婦人科悪性腫瘍研究機構 | 理事 |

一般演題 第1日目
9月28日(土)

1. 成人先天性心疾患 (ACHD) を有する妊婦の周産期予後の検討

○竹内麻優子¹、米田徳子¹、草開妙¹、才津義亮¹、津田さやか¹、伊藤実香¹、米田哲¹、塩崎有宏¹、齋藤滋²

¹富山大学産科婦人科、²富山大学

【目的】成人先天性心疾患 (ACHD) は現在約 50 万人と言われており、ACHD を有する妊婦 (ACHD 妊婦) は今後増加してくると考えられる。先進国における周産期死亡率は 1% 以下であるが、ACHD 妊婦では 4 倍に増加するという報告がある。今回、当院での ACHD 妊婦の分娩転帰をまとめ、母体や新生児の周産期予後を明らかにすることを目的とした。【方法】過去 10 年間の ACHD 妊婦 18 分娩 (13 症例) について母体背景、周産期の心機能、分娩転帰、新生児予後などを後方視的に評価した。【結果】ACHD の内訳は、TOF 術後 4 例、CoA 術後 1 例、VSD 合併 2 例、TAPVR 術後、PDA コイル塞栓術後、VSD 術後、ASD 術後、ASD 合併、PS 術後が各 1 例ずつであり、妊娠前の心機能は全症例 NYHA I 度であった。分娩週数の中央値は 38 週 (26 - 41 週) であり、分娩方針は帝王切開 9 例 (早産 3 例、母体心機能低下 1 例、前置胎盤 1 例、既往帝王切開後妊娠 2 例、骨盤位 1 例、CPD1 例) であった。早産は 4 例で、自然早産 3 例 (子宮内炎症 2 例、胎胎形成 1 例) と人工早産 1 例 (前置胎盤) であり、分娩週数は 26 週から 30 週だった。自然早産のうち 2 例は各々中等度の大動脈弁閉鎖不全症、CoA 術後再狭窄の残存病変を有していた。前置胎盤症例は、TOF 術後で中等度肺動脈弁逆流症が残存しており、塩酸リトドリンの催不整脈作用を考慮し、マグセントによる tocolysis を行っていたが、母体の徐脈と胎児肺成熟目的のステロイド投与後の心負荷から右心不全を発症した。早産となった 4 例とも児は NICU 入院となり、出生体重の中央値は 1137g (885 - 1400g)、1 例に手術を要する壊死性腸炎を認めた。【結論】NYHA I 度の妊娠転帰は良好とされているが、母体に心負荷がかかりやすい妊娠 28 週から 30 週では注意が必要となる。今回の検討から、母体心血管系に残存病変のある症例や自然早産のリスクがある症例では、特に慎重な管理が必要であると考えられた。

3. 母体救急搬送時における IoT 胎児モニターの使用経験

○千葉洋平、菊池琴佳、田中詩乃、菅原千裕、金杉知宣、小笠原敏浩

岩手県立大船渡病院産婦人科

【目的】母体救急搬送時における IoT (Internet of things) 胎児モニター (分娩監視装置 iCTG®) の有用性を検討すること。

【方法】2018 年 8 月から 2019 年 5 月までに、連携病院から地域周産期母子医療センターである当院に救急搬送された妊娠 36 週から 41 週の妊婦 15 例を対象に、IoT デバイスである分娩監視装置 iCTG® の超音波ドップラーセンサーを装着し、iPad® での波形受信状況、胎児心拍数陣痛波形の判読、および搬送後の臨床転帰について評価した。なお本検討は院内倫理委員会の承認を得て実施した。

【結果】・超音波ドップラーセンサーの装着

救急車内での助産師による超音波ドップラーセンサーの装着により、全例で胎児心拍数および子宮収縮圧を計測しグラフ化することができた。機器等のトラブルは認めなかった。

・波形の送受信

全例で移動している救急車内から胎児心拍数および子宮収縮圧波形データをリアルタイムに送受信できた。

・胎児心拍数陣痛波形の判読

受信した胎児心拍数陣痛波形は、院内で使用している従来の分娩監視装置と同様に再生でき、15 例すべてにおいて胎児心拍数波形のレベル分類による判定が可能であった。

・臨床転帰

当院に搬送された全 15 例中、7 例が緊急帝王切開術、4 例が吸引分娩、2 例が陣痛促進、2 例が自然分娩により分娩に至っており、母児ともに予後は良好であった。

【結論】今回の試用期間内では、移動中の救急車内から機器トラブルもなく全例で胎児心拍数陣痛波形を送受信することができた。IoT 胎児モニターを装着することで、母体救急搬送中も連続した胎児心拍数陣痛波形の監視が可能となり、搬送先医療機関での治療方針決定に有用であると考えた。

2. 当院における HDP フォローアップ外来の現状と課題

○黒瀧紗希、伊東麻美、前田寿里亜、横山美奈子、赤石麻美、大石舞香、松倉大輔、田中幹二、横山良仁

弘前大学医学部附属病院 産科婦人科

【目的】妊娠高血圧症候群 (HDP) や妊娠糖尿病 (GDM) に罹患した女性は、将来的に高血圧や脳血管障害、虚血性心疾患、糖尿病等の生活習慣病を発症しやすいことが知られている。また本学の位置する青森県は日本一の短命県として知られ、4 人に 3 人が生活習慣病関連疾患で死亡し、昨年の人口動態統計でも糖尿病死亡率全国最下位であった。こうした状況改善に資するべく当院では 5 年前より GDM / HDP フォローアップ外来を立ち上げ長期的なフォローを行っている。このうち今回は HDP フォロー外来のこれまでのデータを分析すると共に今後の課題について検討した。

【方法】2014 年 4 月～2019 年 5 月に HDP フォロー外来を受診した HDP 既往女性 90 名を対象とし、患者背景や検査結果、内科的疾患の発症等について検討した。

【結果】分娩時の平均年齢は 34.8 歳であり、平均 BMI 23.7、平均分娩週数 38.0 週、児の平均出生体重 2760.9 g であった。これまでに 1 年以上フォローしている女性は 60 名で、平均観察期間 26.1 ヶ月であった。採血データの平均は、総コレステロール 184.2 ± 36.9 mg/dL、HDL コレステロール 60.6 ± 15.2 mg/dL、LDL コレステロール 106.8 ± 32.2 mg/dL、LDL/HDL 比 1.9 ± 0.7、血糖 99.1 ± 17.4 mg/dL であった。また、その中でこれまでに高血圧 8 名、糖尿病 3 名、脂質異常症 11 名が発症し、脂質異常症疑いも 13 名にのぼった。全症例中、フォローが中断あるいは終了した症例は 26 名 (転居 4 名、内科紹介 6 名、妊娠中 9 名、未来院 5 名、その他 2 例) であった。

【結論】今回の観察期間中、既に高血圧、糖尿病を発症した症例が存在していた他、疑い例も含めて脂質異常例が多く存在していた。今後も HDP 患者に対しては妊娠中より将来の生活習慣病発症に対する情報提供を行うなどして可能な限りフォロー脱落者を少なくするための介入を行っていく必要があると思われる。今後も生活習慣病発症者を減らすため、内科側とも連携しながら当外来で適切な生活指導や医療介入を行っていきたい。

4. 子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術の有効性に関する検討

○黒川絵里加¹、尾上洋樹¹、南瑛久²、佐藤千絵¹、池田真妃¹、馬場長¹

¹岩手医科大学産婦人科学講座 ²岩手医科大学医学部

【目的】子宮内膜ポリープは不妊治療中の女性の約 2 割に認められる、比較的頻度の高い疾患である。しかしながら、手術適応についての明確な基準は定められていない。当科では、不妊症女性に子宮内膜ポリープを認めた場合、積極的に手術療法を行っている。そこで、不妊症患者における子宮内膜ポリープ切除の有効性について検討した。

【方法】当院に通院中の不妊症患者のうち、経膈超音波検査にて子宮内膜ポリープと診断し、2016 年 4 月から 2018 年 6 月の間に子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を施行した 55 例を対象として、妊娠予後などを後方視的に検討した。

【成績】術後妊娠率は 49.1% であった。妊娠例 (n=27) と非妊娠例 (n=28) では患者背景 (年齢、BMI、不妊期間、不妊因子) に差を認めなかった。ポリープの個数については、多発例と比較して単発例のほうが有意に切除後の妊娠例が多かった (P < 0.05)。ポリープの大きさについては有意差を認めなかった。

また、妊娠例についての検討では、妊娠方法は一般不妊治療 (タイミング法もしくは人工授精) が 10 例、体外受精が 17 例であった。切除後から妊娠成立までの平均日数は 213.96 ± 189.83 日だったが、一般不妊治療妊娠に限ると 125.5 ± 77.5 日であり、比較的術後早期に妊娠している傾向を認めた。

【結論】子宮内膜ポリープの中でも、特に単発のポリープは切除する事で妊娠予後に良い影響を及ぼすと考えられた。

5. サルコペニアから卵巣癌患者における予後を予測することは可能か

○今田冴紀、内田亜紀子、大隅大介、木村広幸、齋藤裕司
北海道医療センター 婦人科

【目的】サルコペニアとは、筋肉量の低下に筋力または身体機能の低下を伴う病態である。加齢のほか癌などの疾病に伴い進行するとされ、近年癌治療における術後合併症や化学療法による有害事象のほか、予後との関連性についても注目されている。特に消化器癌において、サルコペニアに注目した栄養介入やリハビリテーションによって治療成績が改善したという報告を多く認めているが、婦人科癌ではサルコペニア関連の報告はほとんどない。今回卵巣癌において、サルコペニアと化学療法後の有害事象や予後との関連性が認められるか否かを検討したので報告する。【方法】2010年4月から2017年6月までに初回治療を開始した卵巣癌患者のうち、TC療法(dose dense TC療法、DC療法を含む)を6コース以上施行した58例を対象とした。サルコペニアの判定は、CTにてL3レベルの左右大腰筋断面積(cm²)÷身長²(m²)から計算したPsoas muscle index (PMI)を用いて、治療開始前PMI値および6コース終了後のPMI値推移と予後との関連について検討した。【結果】治療開始前PMI値3以下のサルコペニア群では有意にoverall survivalが低下していた。【結論】婦人科癌においてもサルコペニアが予後判定因子になる可能性が示唆された。

6. 子宮頸癌進行期分類FIGO2018の検証：IB3期(FIGO2018)の臨床病理学的検討

○萩原達也¹、島田宗昭¹、辻圭太¹、徳永英樹¹、児玉省二²、齋藤豪³、藤堂幸治⁴、榎本隆之⁵、八重樫伸生¹

¹東北大学、²新潟南病院、³札幌医科大学、⁴北海道がんセンター、⁵新潟大学

【目的】腫瘍径によるIB期の細分類、リンパ節転移陽性例のIIIC期への変更を含む子宮頸癌進行期分類FIGO2018が公表された。本研究ではIB3期(FIGO2018)の臨床病理学的特徴を明らかにすることを目的とした。

【方法】婦人科悪性腫瘍研究機構(JGOG)のネットワークにて集積した広汎子宮全摘出術を行った子宮頸癌IB2期(FIGO2008)493例(腫瘍径4cmを含む)は、術後病理診断結果によりFIGO2018分類では、IB3期へ244例、IIA2期へ24例、IIB期:33例、IIIC1期:168例、IIIC2期:11例に分類され、13例が進行期不明であった。IB3期(FIGO2018)と診断された244例を対象とし、臨床病理学的検討を行った。

【結果】IB3期に分類された244例のうち、扁平上皮癌(SCC)が160例、非扁平上皮癌(nSCC)は84例であった。再発中リスク因子である深部間質浸潤(DSI)と脈管侵襲(LVSI)はnSCCに比してSCCで有意に高率であった(DSI:57.1% vs. 70.5%, p=0.0452, LVSI:42.7% vs. 68.5%, p=0.0001)。一方、nSCCの腹腔細胞診陽性率はSCCに比して有意に高率であった(11.5% vs. 0.25%)。体部浸潤と卵巣転移率に組織型による明らかな差はなかった。術後療法は両組織型で同程度追加されていた(nSCC:77.4% vs. SCC:74.7%, p=0.6418)。IB3期(FIGO2018)の組織型別5年無増悪生存率はnSCCで83.2%、SCCで84.0%【HR:0.9212(95%CI:0.4604-1.843), p=0.8166】、5年全生存率はnSCCで95.2%、SCCで92.6%であり【HR:0.7976(95%CI:0.3544-1.795), p=0.5847】、有意な差はみられなかった。

【結語】IB3(FIGO2018)期では再発中リスク因子(DSI, LVSI)はnSCCに比してSCCで有意に高率であったものの、組織型による生存成績の差はなく、手術療法により比較的良好な予後が期待できる。

7. L1CAMはsurgical stagingを受けた進行子宮体癌症例の独立予後不良因子である

○奥聡^{1,2}、朝野拓史^{1,2}、畑中佳奈子^{3,6}、松岡亮介⁴、加藤達矢²、金野陽輔²、三田村卓²、井平圭²、野崎綾子²、武田真人²、小林範子²、工藤正尊²、松野吉宏⁵、畑中豊⁶、渡利英道^{1,2}

¹北海道大学大学院 産婦人科学教室、²北海道大学病院婦人科、³北海道大学病院臨床研究開発センター、⁴国際医療福祉大学三田病院病理部、⁵北海道大学病院病理部、⁶北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門

【緒言】L1 cell adhesion molecule (L1CAM)は悪性腫瘍の浸潤、転移に関与するとされる膜貫通蛋白で、先行研究では早期子宮体癌の予後不良因子との報告が散見される。我々は系統的リンパ節郭清を含むstaging手術を受けた子宮体癌症例においてL1CAMが予後不良因子となるか後方視的に検討した。

【方法】病理学的に進行期が確定された子宮体癌185症例の原発巣からtissue microarray (TMA)を作成し免疫組織学的にL1CAMの発現を評価した。L1CAMを含む臨床病理学的因子に関してCox回帰モデルを用いた多変量解析を行った。

【結果】3年以上の追跡期間を有する169症例中53例(31%)がL1CAM陽性であり、L1CAM陽性は非類内膜癌(p<0.0001)、癌肉腫(p=0.0008)、腹水細胞診陽性(p=0.0005)、p53陽性(p<0.0001)と有意に相関した。L1CAM陽性患者では遠隔転移再発(11/14(79%) vs 5/16(32%), p=0.036)が有意に多く、L1CAM陽性は進行癌症例における予後不良因子であった(5年生存率:49% vs 88%, p=0.0008, PFS:36% vs 76%, p=0.0026)が、早期癌症例においてはL1CAMによる有意な予後の差異を認めなかった(5年生存率:100% vs 99%, p=0.35, PFS:83% vs 93%, p=0.21)。多変量解析の結果、手術進行期とL1CAM陽性が独立予後不良因子であることが明らかとなり二因子の組み合わせにより予後の層別化が可能であった。

【結論】L1CAMは系統的リンパ節郭清を含むstaging手術を受けた進行子宮体癌患者において独立予後不良因子であることが示された。今後、L1CAM陽性子宮体癌に対する新規治療戦略の開発が急務である。

8. 高齢者婦人科がんの治療と現状～福井県がん登録データベースの解析～

○山本真、山田しず佳、津吉秀昭、知野陽子、黒川哲司、吉田好雄

福井大学産科婦人科

【目的】高齢化に伴い婦人科がんにおいても高齢者が増加している。しかし、婦人科がん標準治療のエビデンスには高齢がん症例は含まれておらず、高齢者における治療方針決定は施設毎の裁量による。高齢者の適切な治療のエビデンスを蓄積する基礎として、福井県のがん登録データを用い福井県における高齢者の現状を明らかにする。【方法】平成28年からがん登録推進法が施行された。そのデータベースに基づいて福井県の65歳以上の婦人科がんの患者数や罹患率、生存率、治療効果の現状を解析した。【成績】平成28年から6年間で子宮頸がん、子宮体がん、卵巣がんで計1685例の登録があり、65歳以上は452例(26.8%)であった。65歳未満と65歳以上で治療が行われなかった割合はそれぞれ4.1%、20.4%であった。どのがんにおいても、年齢階級別で見ると年齢の上昇に伴い未治療の割合は上昇し、75歳以上で顕著であった。高齢卵巣がん患者において手術療法及び化学療法を行った群は行わなかった群に比較して予後不良であった。【結論】福井県がん登録データベースの解析において、高齢者は治療を行わない割合が増加し、高齢が原因で必要な治療が行われていない可能性が示唆された。しかしフレイルな高齢者に対し治療前の評価を行わず治療を開始する事は、有害事象を増加させQOLを低下させる可能性がある。婦人科がんにおいて、どの高齢者に対し治療を施行するかの指標となるツールはまだ無い。今回得られた知見を基に治療前に予後予測が可能となる高齢者評価ツールの開発を行いたい。

9. 産後の心不全を予測して対応したものの周産期心筋症の発症に至った一例:心筋トロポニンIの活用

○高桑佑佳¹、馬詰武²、眞山学徳²、齋藤良玄²、中川絹子²、千葉健太郎²、河口哲²、森川守²、渡利英道²

¹北海道大学医学部医学科、²北海道大学産婦人科

【緒言】周産期心筋症とは、心疾患の既往のない女性が妊娠・産褥期に心不全を発症し、拡張型心不全に類似した病態を示す特異な心筋症である。産後は退院すると医療者との接点が少なくなり、その時期の心不全を予測し未然に防ぐことが重要である。

【症例】20代、3経妊0経産。一絨毛膜二羊膜双胎のため、妊娠8週に紹介となった。妊娠32週3日で、5kg/週の体重増加、切迫早産の所見を認め入院となり、塩酸リトドリンの経口投与で経過観察していた。34週5日で妊娠高血圧腎症となり、さらに脳性ヒト利尿ペプチド(BNP)520 pg/mL、心筋トロポニンI(TnI)17.0 pg/mL、心エコー検査において左室拡張末期径(LVDd)の拡大と左室駆出率(LVEF)の51%への低下、肺高血圧の所見を認め、周産期心筋症発症が危惧された。上記所見を総合的に判断し同日に帝王切開を行った。術後の酸素化不良に備えて術中補液は160mlに制限し、術後は速やかにニトログリセリンの経静脈投与を開始し、適宜利尿薬を使用した。術後7日目にBNP111 pg/mLへ低下していたが、心エコー検査でLVDd52mmへの拡大とLVEFの低下を認め、周産期心筋症と診断された。アンギオテンシン変換酵素阻害薬も開始し術後20日目にはLVEF55%に改善し、術後25日目に退院となった。

【考察】心筋の壁応力の指標であるBNPとともに心筋障害の程度をあらわすTnIは心不全の予後予測因子として重要である。本症例では帝王切開前にBNP・TnIともに高値を示したため術後心不全を予測して対応したにもかかわらず、産後7日目には周産期心筋症を発症するに至った。心不全は妊娠30週前後と産後に多いと報告されているが、産後の心不全が多い一因として間質の水分の移動による循環血液量の増加があると考えられる。浮腫、動悸、易疲労感といった産後の生理的な症状は心不全の症状との鑑別が難しく、周産期心筋症に気づかれずに死亡することもある。BNPやTnIの値から心不全を予測し、妊娠特有の循環動態の変化を想定して対応していくことが必要である。

11. 月経困難症既往は妊娠高血圧発症のリスク因子となる

○中山みどり¹、飯塚崇¹、小幡武司¹、折坂俊介¹、舌野靖¹、山崎玲奈¹、鏡真美²、毎田佳子²、小野政徳¹、藤原浩¹

¹金沢大学 産科婦人科学、²金沢大学 医薬保健研究域保健学系

【目的】妊娠高血圧症候群(Hypertensive Disorders of Pregnancy:HDP)は、全妊娠の1.3%に発症し、母体および胎児死亡の原因となる重篤な疾患である。これまでHDPのリスク因子として母体年齢、肥満や多胎、腎疾患などの母体合併症が報告されている。一方で非妊娠時の高血圧には食事や身体活動などの生活習慣との間に密接な関係があることが知られている。今回我々は生活習慣や月経とHDP発症との関連を検証する目的で質問紙と診療録を用いた後方視的研究を行った。

【方法】2018年7月から2019年5月に当院に入院した産科患者に対して、生活習慣や月経に関して質問紙調査を行い、診療録を用いた周産期アウトカムとの関連について、統計分析を行った。当研究は、本学倫理委員会の承認ならびに参加者の同意を得て行った。

【結果】172例のデータを収集し流産例等を除外した162例について検討した。162例のうちHDPは23例であり、発症時期が34週未満の早発型は8例、発症時期が34週以降の遅発型は15例であった。母体年齢は、HDP群36.96(±1.54)歳、non-HDP群33.94(±0.80)歳で、有意にHDP群が高齢であった(p<0.01)。妊娠および分娩前のBody Mass Indexでは有意差を認めなかった。母体合併症や妊娠中の喫煙や飲酒も有意差は認めなかった。HDPと妊娠前の月経困難症(p=0.19)では有意差を認めなかったが、20歳前後の月経困難症があると、有意にHDPが多いという結果であった(HDP群16例(69.5%)vs non-HDP群55例(39.5%) p<0.01)。20歳前後の月経困難症の有無と母体年齢に相関関係は認めなかった。

【結論】今回の検討で月経困難症既往がある群では有意にHDP発症リスクが高いことがわかった。

10. HELLP症候群、周産期心筋症と急性腎不全を併発した搬送妊婦に速やかな後負荷除去が著効した一例

○松井優祐¹、馬詰武²、眞山学徳²、齋藤良玄²、中川絹子²、千葉健太郎²、河口哲²、森川守²、渡利英道²

¹北海道大学医学部医学科、²北海道大学産婦人科

【緒言】HELLP症候群と2万分の1の発症率とされる周産期心筋症に加えて急性腎不全を呈した場合の管理の報告は稀である。

【症例】40歳代、1妊0産。31週に初診した前医で子宮内胎児死亡、HELLP症候群と診断され搬送された。入院時血圧174/119mmHg、心拍数130bpmで胸部X線写真の心胸郭比59%であったため心不全を疑い母体心臓超音波検査を実施したところ左室駆出率(LVEF)10%台であった。血液検査で血小板数3.2万/μL、AST743U/L、ALT1109U/L、LDH1949U/L、推定GFR17.3mL/min、カリウム5.7mEq/L、BNP1572pg/mLであったためHELLP症候群+周産期心筋症+急性腎不全の診断となった。血液製剤の投与と同時にニトログリセリン、ニカルジピン、フロセミドで後負荷除去を中心に心不全治療を速やかにを行い、2時間でLVEF30%台へ改善したため血小板輸血を行いながら帝王切開を行った。術後12時間で肝機能の改善傾向とLVEF40%台への改善を認めたが推定GFRは16.2mL/minと腎機能低下が遷延したため、心不全治療から急性腎不全の治療に優先度を変更した。術後24時間で350mL/hの利尿を認めたため急性腎障害の回復期と判断し尿量と同程度の補液を行ったが、この判断が術後28時間以後負荷不適合に伴う急性心不全を惹起した。その後は利尿中心の心不全治療に再度変更し、アンジオテンシン変換酵素阻害薬の開始、降圧薬の調整を行った。術後9日目の心臓超音波検査でLVEF31%と低下したが、うっ血心の指標とされる左室拡張末期径を反映する左房容積、拡張早期左室流入流速/拡張早期僧帽弁輪移動速度、肺動脈圧が低下傾向を示したことから左室機能が改善されたと判断し、術後13日に退院した。

【考察】拡張型心筋症と類似する周産期心筋症に起因した心不全では数時間単位の速やかな左室機能改善は困難とされる。しかし、後負荷が高まる分娩時期には後負荷不適合による心不全ともなり得るため、これを鑑別し後負荷除去を実施することで速やかな左室機能改善が得られることが確認された。また、周産期の急性腎不全に非妊娠時に準じた治療を行うと心不全を惹起することがあり留意すべきと考えられた。

12. 妊娠から分娩まで正常血圧であったが、産後子癇発作及びHELLP症候群を発症した症例

○佐藤綾香、太田真理子、齋藤彩、齋藤彰治

気仙沼市立病院

【緒言】子癇およびHELLP症候群は、妊娠高血圧症候群に合併して発症することが多い。子癇の発症頻度は0.029-0.05%、HELLP症候群の発症頻度は全妊婦の0.2-0.6%との報告がある。本邦において子癇の発症時期は妊娠中19%、分娩時37%、産褥期44%との報告があり、産褥期が最も子癇の好発時期であるといえる。今回、妊娠・分娩経過は正常血圧であったが、分娩14時間後に子癇を発症し、その後HELLP症候群との診断に至った症例を経験したため報告する。

【症例】31歳 6妊4産(自然分娩4回、人工中絶1回)。妊娠30週3日、腹部緊満感の増強あり、切迫早産の診断で入院となった。入院後、安静と塩酸リトドリンの点滴にて加療し、経過は良好であった。妊娠37週0日に塩酸リトドリンの点滴を終了し、翌日に退院となった。妊娠37週3日に陣痛発来し入院後順調に分娩進行、出産に至った。産後2時間で心窩部の違和感を訴えたが、肝機能や血小板の値及び血圧は正常であった。その後も心窩部痛が続いたため、産後12時間の時点でも精査を施行。肝逸脱酵素・LDHの上昇認め、partialHELLP症候群を考え、血圧は正常値であったが慎重管理としていた。その2時間後に突然の血圧上昇と痙攣発作を発症した。発症後直ちにジアゼパムと硫酸マグネシウム、降圧薬にて加療を行った。頭部CTにて脳出血が否定されたためHELLP症候群とそれに伴う子癇発作が疑われた。翌日施行したMRIでも後頭葉の浮腫・ASLによる血流の低下を認め、子癇発作として矛盾ない所見であった。その後は痙攣発作の再燃なく、諸検査でも値の改善を認めたため、産褥14日目に退院となった。

【考察】妊娠中及び分娩中は血圧正常であったが、産褥子癇および産褥HELLP症候群を発症した症例を経験した。血圧が正常で経過していた妊婦でも産褥子癇・産褥HELLP症候群をきたす可能性を常に考慮し、注意する必要がある。

13.胎児発育不全を合併した双胎妊娠の管理中に急性腎障害を発症した1例

○加藤優里、川村裕士、玉村千代、折坂誠、黒川哲司、吉田好雄
福井大学医学部附属病院 産科婦人科

【緒言】 妊娠関連の急性腎障害は、母体死亡や周産期死亡と関連する重篤な母体合併症である。妊娠高血圧症候群（HDP）に併発する頻度が多いが、HDPに合併しない場合、その発症は予測困難な場合もある。今回、FGRを合併した二絨毛膜二羊膜双胎妊娠の管理中に、急性腎障害を発症した1例につき報告する。

【症例】 32歳、2妊0産。内科疾患の既往歴なし。体外受精・凍結胚移植で妊娠成立。初期に二絨毛膜二羊膜双胎と膜性診断され、前医でフォローされていた。妊娠25週1日の健診で、推定体重:562g(-2.0SD)/661g(-1.1SD)と一児発育不全を認め、妊娠25週5日に当院紹介となった。妊娠29週2日には両児発育不全を認めた。妊娠31週3日、両下腿の圧痕性浮腫が出現した。尿蛋白は陰性で、高血圧は認めなかった。妊娠32週2日の時点で1.6kg/6日の体重増加があり、蛋白尿1+であったため、同日より管理入院とした。入院後も全身性の浮腫による体重増加は増悪した。妊娠33週2日より蛋白尿の増悪と、急激な尿量減少を認めた。妊娠33週5日の採血で血清Crが0.89mg/dlと高値であり、乏尿傾向と合わせ急性腎障害の発症と判断した。また、胸部レントゲンで両側胸水の出現を認めた。妊娠34週1日、母体適応で帝王切開術を施行した。同日の尿蛋白は6.5g/日であった。第一子は1744g、第二子は1666gで、両児ともNICU管理となった。術後は乏尿、心不全状態に対してアルブミン製剤および利尿薬を投与した。徐々に全身性浮腫の改善、体重減少、胸水貯留の改善を認めた。分娩後、蛋白尿が遷延したが、1ヶ月健診で陰性化を確認した。

【結語】 胎児発育不全を合併した双胎妊娠を管理する際、有意な血圧上昇や蛋白尿を認めない場合でも、母体の浮腫および体重増加が著しい場合は、その後の急性腎障害の発症を念頭において慎重に管理を行うことが望ましい。

14.2018年度の当院における早産症例の検討

○金森正紘、丹藤伴江、飯野香理、松村由紀子、追切裕江
独立行政法人国立病院機構弘前病院産婦人科

【目的】 2018年度に当院の母子医療センターで妊娠30週以降の早産となった54例について、児の短期的予後も含めて後方視的に検討したので報告する。

【方法】 当院における早産症例の特徴を確認するため、早産54例の母体背景因子、妊娠・分娩情報、絨毛膜羊膜炎の有無、出生児の短期的予後を検討した。早産症例のうち破水や陣痛発来による帝王切開術、経陰分娩の症例を自然早産と判定し、その他の早産症例と絨毛膜羊膜炎や母体の早産リスク、児の短期的予後について比較を行った。

【結果】 母体背景因子として、早産リスクである早産既往は5例(9.3%)、円錐切除術既往は4例(7.4%)、双胎は5例(9.3%)であった。分娩方法は、自然早産が35例(64.8%)、胎盤早期剥離や前置胎盤、低置胎盤などのその他の早産は19例(35.2%)であった。病理診断で絨毛膜羊膜炎と判定された症例は10例(18.5%)であり、自然早産とその他の早産の2群間の比較では絨毛膜羊膜炎の有無のみが有意に差があり、その他の早産で1例であったのに対して自然早産で9例と多かった。また、絨毛膜羊膜炎と判定された10例のうち児が先天感染症と判定されたのは2例(3.7%)のみであった。

【結論】 感染が早産に関与する割合は従来想定されていたより少ないとされているが、感染が胎児に波及すると新生児予後を著しく悪化させるため、切迫早産の実臨床において子宮内感染症と判定することは極めて重要である。今回の検討においても絨毛膜羊膜炎が自然早産に少なからず関与していることが示唆されたが、児が先天感染症と診断されたのは2例のみであり、組織学的絨毛膜羊膜炎が必ずしも感染を反映しているのではないと考えられた。感染が関与しない組織学的絨毛膜羊膜炎の原因については母児のストレスや免疫機構の異常、遺伝的要因などが示唆されているがまだ不明な部分が多く、今後の早産研究の進展が期待される。

15.新規切迫早産治療薬の開発を目指した urinary trypsin inhibitorの糖鎖組み換え

○田中誠悟¹、柿崎育子³、田中幹二²、小玉都萌²、伊東麻美²、横山 良仁²

¹青森市民病院 産婦人科、²弘前大学医学部附属病院 産科婦人科
³弘前大学大学院医学研究科 附属高度先進医学研究センター 糖鎖工学講座

【目的】 Urinary trypsin inhibitor (UTI) はエラスターゼなどのプロテアーゼやIL-8等のサイトカインを低下させ、子宮頸管の炎症、熟化を抑制するとともに、子宮収縮抑制作用があることが知られており、切迫早産治療薬として使用されている。しかし、UTIによっても抑制できず早産に至る症例が存在するのが現状である。UTIは1本のコアタンパクの10番目のセリン残基に低硫酸化コンドロイチン4-硫酸鎖が1本結合したプロテオグリカンである。UTIの抗炎症作用はコアタンパク部分のプロテアーゼ阻害反応に基づくと考えられているが、分子の30%近くを占めるグリコサミノグリカン (GAG) 糖鎖部分の機能は充分には明らかにされていない。本研究では、UTIにおける糖鎖部分の役割を明らかにすることで、より効果のある新規切迫早産治療薬を開発することを目的とする。

【方法】 加水分解反応により、元のUTI (native UTI) からGAG糖鎖を欠損させたUTI (linkage-UTI) を調整した。次にlinkage-UTIをアクセプター、ヒアルロン酸 (HA) もしくはコンドロイチン4-硫酸 (Ch4S) をドナーとして糖転移反応を行い、糖鎖組み換えUTI (HA-linkage-UTI、Ch4S-linkage-UTI) を調整した。さらに、native UTIをアクセプターとしてHA hybrid-UTI及びCh4S hybrid-UTIを調整した。これらをヒト子宮頸管線維芽細胞 (UCFs) に添加し、lipopolysaccharide (LPS) で刺激後にIL-8、IL-6、MMP-8、MMP-9を測定した。

【結果】 native UTIは、GAG糖鎖を欠損させたlinkage-UTIより強くIL-8を抑制した。MMP-8とMMP-9は、linkage-UTIで、より強く抑制された。特にCh4Sを含むGAG糖鎖を持つUTIで強い効果を示した。

【結論】 切迫早産における頸管熟化において、MMP-8、MMP-9は頸管のコラーゲン分解に関与し、IL-8はさらにヒアルロン酸産生促進にも大きく関わる。今回、UTIにおけるGAG糖鎖は、頸管熟化におけるHAなどGAG増加を抑制する一方、コラーゲン分解は抑制しない可能性が示唆された。本研究はUTIの作用におけるGAG糖鎖部分の役割の一端を示した初の研究である。本研究により、今後より有効な新規切迫早産治療薬の開発につながる可能性が示唆された。

16.繰り返し脱落膜ポリープの管理に苦慮するも生児を得た1例

○倉ありさ¹、藤部佑哉¹、石堂茉泉¹、鹿内智史²、野藤五沙²、嶋田浩志¹、石岡伸一²、齋藤豪²

¹社会医療法人 母恋 日鋼記念病院 産婦人科、
²札幌医科大学附属病院 産婦人科学教室

【緒言】 妊娠に合併する脱落膜ポリープは流早産との関連が指摘されているが、妊娠中の明確な管理方針がなく臨床対応に苦慮する疾患である。また、同一症例での脱落膜ポリープの再発報告はない。今回我々は、第1子妊娠時に脱落膜ポリープを合併し妊娠23週で死産となり、第2子でも同疾患を合併したが妊娠35週で生児を得た1例を経験したため報告する。

【症例】 38歳、1妊0産。既往に特記事項なし。第1子を自然妊娠したが、妊娠11週より性器出血を認めていた。妊娠18週に子宮頸管内より突出する表面平滑な白色腫瘍性病変を認めた。MRI検査では胎盤より連続するT1 low、T2 highの境界明瞭な3cmの病変を頸管内に認めた。組織生検では脱落膜ポリープの診断となったため切除せず、管理入院の元、子宮収縮剤投与で経過を見ていた。しかし徐々に性器出血が増量し、妊娠23週1日に完全破水し490gの女児を死産された。胎盤病理で異常所見を認めず、産後ポリープは消失した。出生後6ヶ月で第2子を自然妊娠したが、妊娠12週に脱落膜ポリープが再度出現した。不正出血が続いたため妊娠13週より管理入院し子宮収縮抑制剤を投与した。妊娠23週頃から子宮収縮が頻回増強し、頸管長5-6mmまで短縮したため頸管縫縮術も検討されたが、施行されなかった。子宮収縮を抑制しながら正期産での分娩を目指したが、妊娠35週6日に陣痛発来し2310gの男児を経陰分娩した。脱落膜ポリープは産後消失し、胎盤に病理学的所見を認めなかった。母児ともに経過は良好である。

【考察】 脱落膜ポリープは流早産率が60-70%と非常に高く、ポリープ切除例では前期破水のリスクが上がる事が報告されているが、明確な管理方針は定まっていない。罹患率は不明であり、本症例のような再発例の報告はないようである。今後症例の蓄積が待たれるが、脱落膜ポリープの既往には注意が必要である。

17. 単胎妊娠における子宮頸管長短縮のみを適応とした頸管縫縮術の意義について

○新谷万智子、川村裕士、黒川哲司、玉村千代、折坂誠、吉田好雄
公立小浜病院、福井大学医学部付属病院

【目的】流早産歴のない単胎妊娠において、妊娠第2-3半期に無症候性に子宮頸管長短縮を認めた場合の頸管縫縮術（以下縫縮術）の早産予防効果は不明である。本検討は、頸管短縮のみを適応とした縫縮術の早産率、入院期間との関連および縫縮術の有害事象について検証し、頸管短縮のみを適応とした縫縮術の妥当性を証明することを目的として行った。

【方法】2007年1月～2019年3月に当院で管理した単胎妊娠のうち、妊娠第2-3半期に有意な自覚症状なく頸管短縮（頸管長 ≤ 25 mm）が確認された45例を対象とし、診療録を用いて後方視的に検討した。妊娠中期の自然流早産既往、羊水過多は除外した。縫縮術を行った群をA群、行わなかった群をB群とし、両群で妊娠予後を比較した。妊娠34週未満の自然早産を主要評価項目、妊娠34週以降37週未満の自然早産、入院期間、分娩前退院率および縫縮術後の有害事象を副次評価項目とした。統計解析はFisher直接確率検定、Mann-Whitney U検定を用いた。

【結果】A群は22例、B群は16例であった。両群で母体背景に有意差はなかった。頸管短縮を確認した週数の中央値（範囲）は、それぞれ19（17-25）週、22.5（19-27）週で、A群の縫縮術施行週数は、21（17-25）週だった。全例で子宮収縮抑制薬の点滴投与が行われた。34週未満の自然早産は、それぞれ2例（9%）／2例（13%）であり（ $P=0.57$ ）、妊娠34週以降37週未満の自然早産は、それぞれ3例（15%）／5例（35%）であった（ $P=0.18$ ）。分娩前退院率はA群19例（86%）、B群6例（32%）で、有意にA群で高く（ $P=0.02$ ）、入院日数はA群24（5-142）日、B群82（37-131）日であり、A群で有意に短かった（ $P<0.01$ ）。当該妊娠において縫縮術に伴う重篤な合併症はなかった。

【結論】本検討では、頸管短縮のみを適応とした単胎妊娠に対する頸管縫縮術による早産予防効果は示されなかった。ただし、縫縮術により長期の子宮収縮抑制薬投与を回避でき、主治医が安心して外来管理を行えるという利点があるものと考えられた。

19. Bevacizumabを用いた術前補助化学療法中に小腸穿孔を起こした進行卵巣癌の1例

○高橋靖乃、宮原周子、齋藤淳一、重田昌吾、辻圭太、徳永英樹、島田宗昭、八重樫伸生
東北大学産婦人科

【緒言】初回手術（PDS）でcompleteまたはoptimal surgeryが困難と予想される進行卵巣癌に対し、化学療法先行後の腫瘍減量術（NAC+IDS）が選択肢として奨められている。最近、NAC+IDSにおける完全切除率、生存成績の更なる改善を期して、Bevacizumab（BEV）導入が検証されているものの、PDSが不可能な進行卵巣癌症例ではBEVの重篤な有害事象である腸管穿孔のリスクも高率となる。

【症例】35歳 G2P2、下腹部の違和感で前医受診。両側卵巣腫瘍を指摘され、腹痛・発熱を認め当院へ救急搬送された。卵巣癌及び腫瘍の微小破綻による腹膜炎が疑われ、緊急で両側付属器切除および大網・腹膜生検を施行した。病理組織検査にて、卵巣粘液性癌 IIIA2期 pT3aNXM0の診断となった。組織型や進行期を考慮し、BEVを用いたNAC（paclitaxel/carboplatin/BEV併用療法）3コース後にIDSの方針とした。2コース目終了時、急激に左側腹部痛が出現、CT検査で小腸穿孔が疑われた。緊急手術では空腸に輪状の潰瘍と穿孔部を認め、小腸部分切除を施行した。病理組織検査では腫瘍は腸管壁全層に浸潤していた。後方視的にみると初回手術前の造影CT検査では同部位の小腸壁は全周性に肥厚しており、全層性浸潤を示唆する所見を呈していた。

【考察】NACへのBEV導入の効果が期待されるものの、重篤な有害事象である消化管穿孔は死亡率も高く、治療の中断を来すことから、NACへのBEV導入に際しては腹腔内の肉眼的および画像評価が重要となる。本症例のように、腸管壁の肥厚を認め、全層性浸潤が疑われる症例には極めて慎重な判断が求められる。

18. 当科におけるOlaparibの短期使用経験 -Bevasizumabによる維持療法と比較して優位性はあるか

○金川明功、野村英司、玉城良、田中理恵子、勘野真紀
王子総合病院

【緒言】PARP阻害剤であるOlaparibはBRCA遺伝子変異陽性腫瘍に対して合成致死をもたらし、本邦においてはBRCA遺伝子変異を有する卵巣癌症例は全体の7.4%程度とされる。本邦では2018年にBRCA遺伝子変異の有無にかかわらずプラチナ感受性再発卵巣癌症例に対して使用承認された。当科ではこれまでに13症例にOlaparib投与を行った。今回我々はその短期的な効果について後方視的に検討を行い、Bevacizumabによる維持療法と比較してOlaparibに優位性は存在するかどうかを検討した。

【対象、方法】対象は2018年1月から12月までにオラパリブ内服開始した13症例であり、対象は上皮性卵巣癌および腹膜癌でBevacizumabによる維持療法をおこなった36症例の延べ50回の維持療法とした。維持療法の有効性はPFSの中央値をKaplan-Meier法で算出して評価し、交絡因子の補正法として傾向スコア分析のinverse probability of treatment weighting（IPTW）法にて行った。

【結果】全Bevacizumab治療群およびOlaparib群のIPTWによる補正前の中央値はそれぞれPFS中央値はそれぞれ51weeks、28weeksであり有意にBebasizumab群にPFSの延長を認めた。しかしながら傾向スコアIPTW法にて母集団の交絡因子を補正するとPFS中央値はそれぞれ40weeks、38weeksとなりほぼ同等の結果となった。【結論】再発卵巣癌患者に対するOlaparibによる維持療法の効果はBevasizumabによる維持療法とPFS期間に有意差はなく同等であった。文献的考察を加えて報告する。

20. 子宮内膜細胞診異常を契機に発見された、漿液性上皮内癌を伴う高異型度漿液性卵巣癌の1例

○佐藤友里恵、櫻田尚子、小針諄也、鈴木一誠、宮野菊子、松本大樹、我妻理重
大崎市民病院産婦人科

【緒言】卵巣・腹膜の高異型度漿液性癌（high-grade serous carcinoma: HGSC）の発生は、漿液性卵管上皮内癌（serous tubal intraepithelial carcinoma: STIC）との関連が指摘されている。今回我々は、内膜細胞診で腺癌が疑われ、画像上明らかな病巣を見いだせず、術後STICを伴うHGSCの診断に至った1例を経験したので報告する。

【症例】56歳、3G3P、閉経53歳。家族歴：特記事項なし。9年前から近医で子宮内膜増殖症の疑いで内膜細胞診を行い、経過観察をされていた。2年前、子宮内膜細胞診陽性にて精査加療目的に当科紹介となった。

内膜組織診では悪性所見を認めなかった。初診から9ヶ月後の子宮内膜細胞診では再度陽性にて、MRI・CTなど施行したが病巣となるような異常所見は認めなかった。手術を提示したが経過観察を希望、月1回の内膜細胞診を継続した。内膜細胞診で陽性が持続するため、初診から17ヶ月後、開腹子宮全摘+両側付属器切除を施行した。肉眼的には子宮・両側付属器は正常であった。病理診断で、子宮内膜に異型細胞は認めなかった。両側卵巣表面に高異型度な癌の所見を認めた。免疫染色でp53（+）、WT-1（+）で高異型度漿液性癌と診断した。左卵管腔内にも同様の所見を認めた。また右卵管采の上皮表面にも異型細胞を認めた。洗浄腹水細胞診陽性、卵巣表面の病変が最大であり、高異型度漿液性卵巣癌I C3期と診断した。術後施行したCT上明らかなリンパ節腫大や遠隔転移は認めず、補助治療としてTC療法を施行中である。

【結語】HGSC症例で、STICの頻度は50-60%程度とされている。しかし、HGSCの半数以上は進行期症例で、初期段階でSTICを捉えることは稀である。今回我々は、内膜細胞診の異常を契機に偶発的に発見されたSTICを伴うHGSCの1例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

21. 卵巣明細胞癌におけるactionable遺伝子異常の検討

○朝野拓史¹、畑中佳奈子^{2,3}、天野虎次²、遠藤大介¹、武田真人¹、加藤達矢¹、金野陽輔¹、三田村卓¹、井平圭¹、野崎綾子¹、奥聡¹、安藤里沙¹、松野吉宏⁴、畑中豊³、渡利英道¹

¹北海道大学病院婦人科、²北海道大学病院臨床研究開発センター、³北海道大学病院ゲノム・コンパニオン診断研究部門、⁴北海道大学病院病理部

【目的】卵巣明細胞癌(OCCC)はしばしば化学療法抵抗性を示す予後不良な組織型であり、腫瘍の特徴解析に基づく新たな治療戦略の検討が必要である。本研究では、OCCCにおけるactionable遺伝子異常の特徴を解析した。

【方法】当科で治療を行ったOCCC症例69例を対象に、原発巣のホルマリン固定パラフィン包埋(FFPE)検体を用いDNAの抽出および組織マイクロアレイの作成を行った。SNV解析にはGeneReader NGS platform, the Actionable Insight Tumour Panel (Qiagen)を、CNV解析のsurrogateとして免疫組織化学法(IHC)を用いて検討した。

【結果】観察期間の中央値は46(0-271)ヶ月で、進行期(FIGO2014)は、I期43例(62%)、II期3例(4%)、III期19例(28%)、IV期4例(6%)だった。NGSは61例(88%)で解析可能で、検出された遺伝子変異とその頻度は、PIK3CA, 33例(54%)；KRAS, 12例(20%)；ERBB3, 4例(6.6%)；EGFR, 4例(6.6%)；BRAF, 3例(4.9%)；RAF1, 1例(1.6%)；ERBB2, 1例(1.6%)で、COSMIC databaseと比較しPIK3CA, KRAS, BRAF変異の頻度が有意に高かった。PIK3CA変異は予後と相関を認めなかったが、KRAS変異を認めた症例の再発後全生存期間は変異のない症例より有意に短かく(5ヶ月 vs 31ヶ月, $p=0.0274$)、METおよびHER3の過剰発現、AKTリン酸化との相関を認めた。

【結論】今回deep sequencingにより古いFFPE検体を含めactionable遺伝子変異を良好に検出でき、薬剤選択に有用な解析手法になりうると考えられた。

23. 下大静脈フィルター抜去困難にて開腹手術が必要となった産褥期卵巣静脈血栓症の一例

○秋江惟能¹、眞山学徳¹、細川亜美¹、山口正博¹、中川絹子¹、千葉健太郎¹、馬詰武¹、河口哲¹、森川守¹、渡利英道¹、中郷賢二郎²

¹北海道大学病院 産科、²江別市立病院 産婦人科

【緒言】深部静脈および下大静脈(IVC)血栓症に対するフィルター留置に関して、近年その有用性が議論されており、周産期においても明確な適応はない。今回我々は産褥期右卵巣静脈血栓症でIVCフィルターを留置するもその後抜去できず開腹手術を要した1例を経験したので報告する。

【症例】23歳、2妊2産。近医で妊娠39週2日に問題なく経陰分娩となった。産褥1日目に39℃の発熱、CRP20.9 mg/dLへの上昇、右下腹部の圧痛が出現し、虫垂炎疑いで産褥3日目に前医へ搬送された。CTを撮像し同様の診断で抗生剤投与が継続された。一時的に改善した右下腹部痛が増悪しCTを再読影したところ右卵巣静脈血栓症が判明した。循環器内科に紹介し、未分画ヘパリンが開始された。産褥11日目のCTで下大静脈に右腎静脈合流部付近まで増大した血栓を認め、血栓性静脈炎の診断となった。高次病院での管理を要すると判断し、右内頸静脈から一時留置型IVCフィルター(商品名:東レニューハウスプロテクトSE)を挿入後に当院へ搬送となった。その後抗凝固療法に時間を要し、産褥41日目にIVCフィルター抜去を試みるも、フィルターが固着し抜去不能であった。その後産褥50日目に血管外科、放射線科、消化器外科が介入して開腹手術で抜去した。術後6日目よりワルファリン内服に変更、術後10日目にヘパリンの投与を終了し、術後13日目に退院となった。

【考察】IVCフィルターの留置は肺塞栓症を予防する一方で、抗凝固療法のみでの群と肺塞栓症による致死率に有意差がないという報告がある。また抜去困難例も報告されており適応について慎重に判断する必要がある。本症例では、血栓が巨大であるため致命的と考え留置を継続し、経過観察中のCTではフィルターには捕捉された血栓も認められた。しかし、一時留置型であるにもかかわらず抜去のタイミングが適切に判断できなかった可能性があり、検討が必要である。

22. 産褥6日に可逆性脳血管攣縮症候群を発症した一例

○伊藤友理¹、岩間英範¹、竹村直²、山内敬子¹、大貫毅¹、阪西通夫¹、金杉浩¹

¹済生会山形済生病院 産婦人科、²脳神経外科

【緒言】可逆性脳血管攣縮症候群(reversible cerebral vasoconstriction syndrome; RCVS)は、雷鳴頭痛と呼ばれる激しい頭痛で急性発症し、多発性かつ可逆性の脳血管攣縮を伴う症候群である。20~40歳の女性に好発し、産褥期が危険因子といわれている。今回、産褥6日に発症したRCVSを早期発見し、脳神経外科と共同管理の上、良好な経過を得た症例を経験したので報告する。

【症例】39歳、1妊0産。特記すべき既往歴、家族歴なし。妊娠経過に特記すべき異常なし。妊娠40週0日に胎児機能不全の診断で緊急帝王切開術を施行。産褥6日に突然の激しい頭痛と180/90 mmHgの血圧上昇が出現。意識消失、痙攣発作、四肢麻痺、構音障害などの神経学的異常所見を認めず。ニフェジピンの血管内投与で血圧は速やかに正常化し、頭痛も軽快。産褥7日にも同様の症状が出現し、ニフェジピン投与で軽快。同日頭部CTでは明らかな異常所見を認めず。産褥8日のMRAで末梢血管を中心とした多発性の脳血管狭窄を認めRCVSと診断し、脳神経外科と共同管理を開始。ニフェジピンで血圧コントロールを継続しながら、MRAを経時的に撮影し、血管攣縮の改善を認めた。頭痛や高血圧の再発もなく産褥22日に後遺症なく退院。現在、脳神経外科外来で定期的にMRAを撮影しながら経過観察中であるが、症状の再発なく経過している。

【考察】RCVSは病名の通り、基本的には可逆性の症候群だが、くも膜下出血や脳梗塞を併発する場合もあり、その場合は不可逆性の経過となり得る。2007年に提唱された新しい概念であり、産科領域で周知されているとは言い難い。早期診断と適切な対応で、可逆性の病態として管理しきるためにも、本疾患の周知が重要であると考えられる。

24. Alagille症候群合併妊娠の一例

○才津義亮、津田さやか、竹内麻優子、草開妙、米田徳子、伊藤実香、塩崎有宏、米田哲

富山大学附属病院産科婦人科学教室

【緒言】Alagille症候群では胆汁鬱滞や心血管奇形、椎体異常などが見られる。原因遺伝子としてJAG1とNotch2が同定されており、常染色体優性遺伝の疾患である。2回の妊娠を経験したAlagille症候群の1例から、妊娠管理ならびに遺伝カウンセリングに関する示唆を得たため報告する。

【症例】34歳、G2P1。Alagille症候群の心病変(肺動脈弁狭窄術後)と肝内胆管低形成に対して内科でフォロー中であった。第1子は妊娠高血圧腎症のため37週で帝王切開により分娩、Alagille症候群の臨床的特徴はなかった。第1子妊娠中に遺伝カウンセリングと妊娠リスクの説明を行っていた。遺伝子検査は希望しなかった。第2子妊娠希望のため当院内科受診し、NYHA 1度であり妊娠許可された。自然妊娠し、妊娠22週3日当科初診となった。心機能は保たれており、著しい体重増加はなかったが妊娠35週にBNP1125pg/mLと上昇した。妊娠35週5日胎児発育停止のため帝王切開を施行した。児は1880g(-1.8SD)、Apgar score 1分8点、5分9点であった。大動脈弁二尖弁、肺動脈弁狭窄、心房中隔欠損、椎体異常を認め、Alagille症候群が疑われたため両親と児の遺伝子検査を施行した(結果未着)。遺伝カウンセリングを受けていたことから両親の児の受け入れは良好であった。母体は術後3日目に胸水貯留、BNP177.4pg/mLと上昇あり心不全としてトラセミド4mgを開始した。術後11日目に改善したため退院とした。

【考察】本症例ではBNPが妊娠後期に上昇し、分娩後は心不全が出現した。BNPは妊娠中の心負荷を反映しうするため、臨床症状と合わせて継続的な測定が望ましい。また常染色体優性遺伝の疾患であり、第2子妊娠前の遺伝カウンセリングが児疾患の理解に有用であったと考えられた。

25.精神疾患合併妊娠で精神科や地域との連携に苦慮した一例

○前田寿里亜、伊東麻美、黒瀧紗希、横山美奈子、赤石麻美、松倉大輔、田中幹二、横山良仁

弘前大学医学部附属病院 産科婦人科

【緒言】統合失調症や境界性パーソナリティ障害など精神疾患を合併する妊婦は少なくない。こうした症例では、妊娠中の生理的、精神的変化によりさらなる精神的変調を来しやすく、妊娠中から産褥期を通して医療、福祉の両面からの支援が必須である。今回、境界性パーソナリティ障害を合併し、精神科側や地域との連携に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】30歳、1妊0産。21歳より統合失調症または非定型精神病の診断で加療を受けていた。自然妊娠成立し、居住地の総合病院産科を受診。かかりつけ精神科医より同病院精神科を紹介されたが、妊娠21週に大量服薬をして同病院へ救急搬送となった。その後入院可能な精神科病棟のある当院へ搬送となったが、当院精神科は入院加療不要として数日で退院となった。その後、精神科主治医異動に伴い精神状態の悪化を認めるようになり、25週で本人の強い希望により精神科入院となった。しかし、精神科の新たな主治医と口論を繰り返し、希望退院となった。精神科としては今後の対応は不可能であるとして、また患者側も当院精神科でのフォローは希望せず、産科側が転院調整を行い26週に他院転院となり現在も妊娠継続中である。

【考察】精神疾患のある妊婦は、妊娠中のみならず産褥期にも精神症状の急激な増悪をみるリスクが高く、産科側と精神科側との密な連携は必須である。本症例では保健師や院内の医療ソーシャルワーカーの介入も行ったが、結局転院せざるを得ない状況となった。転院調整に至る過程では、担当する精神科医が不在となった期間もあり、精神症状増悪時に産科医が対応せざるを得ず大変苦慮した。多職種連携による情報共有やコミュニケーションの重要性を再認識させられる症例となったが、具体的な対応策が思いつかないのが現状である。こうした社会的ハイリスク症例では児童虐待も懸念されることから、産後も絶え間のない支援が母児を守る術となると考えられる。

27.頭蓋咽頭腫術後に発症した汎下垂体機能低下症合併妊娠の管理経験

○下田勇輝、三浦広志、有明千賀、藤島明子、亀山沙恵子、佐藤朗、寺田幸弘

秋田大学 産婦人科

【緒言】頭蓋咽頭腫は脳下垂体腫瘍の80%超を占める良性腫瘍であるが、治療の第一選択は腫瘍摘出術である。このため、当該手術後には汎下垂体機能低下に対する加療が必要となることが多い。今回我々は、12歳時に上記手術を実施し、その後補充療法を要したが、解凍胚移植により妊娠が成立し、生児を得た症例を経験したので報告する。

【症例】34歳0経妊0経産、12歳時に突然の頭痛を発症し、精査の結果頭蓋咽頭腫と診断された。発育停止(146cm)、体重増加、視力低下、視野障害が出現し、小児科で補充療法を行いながら脳神経外科管理の下で腫瘍の完全摘出術が行われた。術後は小児科が中心となって補充療法を行い、16歳までに最終身長は155cmとなった。その後、婦人科が診療に加わりカウフマン療法を実施して月経管理を行った。25歳時に結婚し、27歳からFSH療法を実施。28歳にIVFに切り替え、29歳時、30歳時、32歳時、33歳時にそれぞれ2回の移植を実施し妊娠が成立した(妊娠まで合計8回の移植)。妊娠初期は黄体ホルモン補充を実施、他の補充療法に関しては、他科と併診管理し、30週からチラーゼンを増量したが、他のステロイド補充量、デスマプレシンの必要量は変更しなかった。妊娠38週から羊水過少傾向のため管理入院し、39週での分娩誘発を行ったところ、妊娠39週6日で2856gの児を自然分娩した。分娩前にプロラクチン分泌は廃絶されておらず、乳房の腫大も認めていたことから母乳育児の可能性も期待していたが、十分量の分泌に至らなかった。

【考察】頭蓋咽頭腫の長期生存率は80-90%とされる。しかしながら本症例のような内分泌障害例の生殖に関する報告は著しく少ない。本症例においては投与薬剤量の大幅な変更なしに良好な経過を得たが、妊娠状態においての変化は個人差が大きいことも予測される。今後も症例の蓄積が重要と考える。

26.当院における高齢妊娠症例の検討

○川浪真里、戸田紀夫、横田有紀、古俣大、加勢宏明

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

【目的】以前から高齢出産では周産期合併症の発生頻度が高くなる指摘されている。今回、当院での40歳以上の高齢出産について周産期合併症や周産期予後について検討した。

【方法】2016年1月から2017年12月の2年間に当院で分娩となった2028例のうち、死産や人工中絶となった63例を除く1965例を対象とした。40歳未満と40歳以上に分け比較検討し、さらに20歳代と40歳以上とでも検討をくわえた。

【結果】(1)年齢別で、10歳代12例、20歳代725例、30歳代1142例、40歳以上86例(4.4%)であった。(2)双胎に差はなかったが、ART後の妊娠は40歳未満110例(5.9%)に比し、40歳以上は19例(22.0%)と有意に多かった。(3)非妊娠時BMI、妊娠中の体重増加量、HDPの有無、妊娠合併糖尿病・GDMの有無は有意差はなかった。しかしHDPは、20歳代と比較すると、20歳代12例(1.7%)に対し、40歳以上は5例(5.8%)と有意に多かった(p=0.011)。

(4)帝王切開例は、40歳未満256例(14%)に対し、40歳以上31例(36%)と有意に多く(p<0.001)。緊急帝王切開のみでも、40歳未満107例(6.2%)に対し、40歳以上13例(19.1%)と有意に多かった(p<0.001)。前置胎盤は40歳未満7例(0.4%)に対して40歳以上は4例(4.7%)と有意に多かった(p=0.025)。常位胎盤早期剥離は、40歳未満との比較で差はなかったが、20歳代と比較すると、20歳代の4例(0.6%)に比し、40歳以上で3例(3.5%)と有意に多かった(p=0.05)。(5)在胎週数は40歳未満の39.0±1.4週に比し、40歳以上で38.5±1.8週と有意に短かく(p=0.025)、新生児体重は40歳未満の3024±409gに比し、40歳以上で2934±414gと有意に少なかった(p=0.049)。

【結論】40歳以上の分娩では帝王切開や胎盤位置異常が多く、また緊急帝王切開となる症例も多いため、より慎重な管理が必要であることがあらためて認識された。

28.心房細動合併妊娠の一例

○鴻地由大¹、村田強志¹、大越千弘¹、和田茉莉奈¹、加茂矩士¹、菅野亜矢¹、経塚標¹、山口明子¹、神保正利²、藤森敬也¹

¹福島県立医科大学産科婦人科学講座、

²ふくしま子ども・女性医療支援センター

【緒言】心房細動合併妊娠は稀であり、定まった管理法はない。大血管転位症術後の母体が妊娠中に心房細動を呈した一例を経験したので報告する。

【症例】25歳、2妊1産(帝王切開)、生後10ヶ月で完全大血管転位症に対しSenning手術を施行された既往がある。第1子妊娠時に発作性心房細動が出現し、β遮断薬内服を投与された。特変なく妊娠経過したが、妊娠39週時に胎児機能不全のため帝王切開となった。その後不整脈は出現しなかったが、第2子妊娠後、妊娠29週時に動悸が出現し、心房細動の診断に至った。経食道心エコーで心内血栓を認めず、β遮断薬による母体心拍数管理およびヘパリンカルシウム自己注射による抗凝固療法を行った。妊娠34週より胎児発育不全となり、妊娠36週5日に胎児機能不全のため帝王切開術を施行、児は男児、1944g、Apgar score 8点/9点であった。術後2日目よりワルファリン内服による抗凝固療法を行った。母児共に経過良好で術後8日目に退院した。

【考察】心房細動合併妊娠の最も重篤な合併症は心不全と血栓症である。今回、胎児発育不全、胎児機能不全を呈したものの抗不整脈薬および抗凝固療法により重篤な母児合併症を生じることなく妊娠管理できたため、文献的考察を加えて報告する。

29.発作性夜間血色素尿症合併妊娠の1例： HELLP症候群・血栓性血小板減少性紫斑病 との鑑別

○赤羽慧一郎^{1,2}、秋江惟能¹、奥聡²、眞山学徳¹、齊藤良玄¹、
中川絹子¹、馬詰武¹、千葉健太郎¹、河口哲¹、森川守¹、
片岡宙門²、渡利英道¹

¹北海道大学病院産婦人科、²函館中央病院産婦人科

【緒言】発作性夜間血色素尿症 (PNH) は、補体による血管内溶血、骨髄不全および血栓症を主徴とする血液疾患である。日本での推定有病者数は100万人あたり3.6人と稀な疾患だが、症状は多様で、妊娠中・産褥期の血栓症を誘発し、母体死亡のリスクを伴う。アンカー蛋白の不具合で、補体機能から血球を守る血球表面のCD55、59が安定して存在できず血球が破壊されることが病因とされる。近年、補体系の上流に位置するC5の機能を抑制することで血球破壊を抑制する治療が行われるが、一方で補体系の抑制による易感染性が問題となり髄膜炎菌による死亡例も報告されている。

【症例】35歳、1妊0産、自然妊娠。妊娠初期より近医で妊娠管理され、妊娠28週0日から肉眼的尿尿を認め出血性膀胱炎と診断されていた。妊娠28週3日、眼瞼結膜の黄染を自覚し再診、血小板減少と肝機能障害を認めHELLP症候群の疑いで搬送となった。血中に破碎赤血球を認めたことから血栓性血小板減少性紫斑病 (TTP) を疑い、血漿交換開始を要するため当院へ航空搬送となった。フローサイトメトリーで赤血球表面のCD55/CD59の発現低下を認めPNHの診断となり、ただちにヘパリン10000単位/日投与を開始し、妊娠32週0日よりエクリズマブ600mg/body/weekを開始した。妊娠32週4日にネフローゼ症候群となり妊娠34週0日には血圧上昇傾向を認め、妊娠34週4日胎児機能不全で緊急帝王切開を施行した。術後は感染に注意して加療し、術後10日目退院となった。

【考察】C5モノクローナル抗体エクリズマブの導入により、PNHを合併した妊産婦の死亡率や出生率、早産率は改善を認めている。妊娠高血圧症候群 (HDP) では抗血管内皮増殖因子による血管内皮障害により諸症状を呈すが、PNHでは補体による血管内皮障害が発端となりHDPとよく似た症状を呈す。HELLP症候群やTTPが鑑別となるが、それぞれ治療方針が異なるため、これらの疾患を念頭に病因に沿った適切な対応が求められる。

31.耳下腺癌術後11年経過後の妊娠中に急速 進展する多発骨転移を来した1例

○渡邊健史¹、大和田真人¹、山田仁²、三浦 秀樹¹、鈴木和夫¹、
鈴木 博志¹

¹寿泉堂総合病院 産婦人科、²寿泉堂総合病院 整形外科

【緒言】腺様嚢胞癌 (ACC: Adeno Cystic Carcinoma) は主に頭頸部の唾液腺に好発する稀な悪性腫瘍である。その発育は緩徐であり短期予後は比較的良好とされる。今回、耳下腺 ACC 既往妊婦が妊娠中に急速に進展する再発・多発骨転移を来した症例を経験したので報告する。

【症例】35才、2妊0産 (自然流産1回)。23才時右耳下腺 ACC 発症し、右耳下腺部分切除術行され10年間のフォローアップにて再発なく終診となる。その1年後に妊娠し、当科にて初期より妊婦健診施行。妊娠16週に後頸部痛の訴えあるも経過観察しその後軽快。妊娠31週に腰部痛、その後右股関節痛、左下肢の痺れ等の症状が次々と出現し、妊娠35週に歩行困難となり入院管理となる。

MRI画像より、体幹部に多発する骨融像、および多発脊椎圧迫骨折を認め、転移性多発骨腫瘍が疑われた。母体早期治療開始のため妊娠36週3日帝王切開にて男児2684g、Apgar 9/9 娩出、同時に施行した腸管生検にてACCの診断。術後施行したPET/CTにて骨転移部への集積認めるも多臓器、耳下腺局所再発は認めなかった。産後はオピオイドを用いた疼痛コントロールを開始し、現在、大学病院に転院のうえ化学療法施行中である。

【考察】進行が緩徐とされるACCと妊娠の関係を述べた文献は見当たらなかったが、他種癌において妊娠を契機に急速な進行をとげた症例報告は散見される。妊娠がACC再発・急速進展の直接的なトリガーとなったという確証は得られていないが、妊娠期間中の高い骨代謝回転、免疫寛容などの関連が示唆された。また、妊娠自体の体調変化や体部痛により、ACCの再発症状がマスクされ、診断が遅れた可能性も考えられた。今回の症例を通し、悪性腫瘍既往妊婦に対しては種類や術後経過年数に関わらず、腫瘍の再発、転移の有無に十分注意を払う必要があると考えられた。

30.産褥3日目に急激な精神病症状を来した産 褥期精神病の1例

○大西拓人¹、白藤文¹、玉村千代¹、神谷拓²、三崎真寛²、
折坂誠¹、黒川哲司¹、吉田好雄¹

¹福井大学医学部附属病院 産科婦人科、²神経科精神科

【緒言】産褥期精神病の発症頻度は0.1～0.2%と稀であり、病態や診療の在り方についてはいまだ統一見解の得られていない部分が多い。当院では、産褥3日目から急激な発症転移を辿り、精神科と連携して迅速な対応を必要とした1例を経験した。

【症例】45歳女性。初産婦。自然妊娠。子宮筋腫合併妊娠であり、妊娠18週5日に当院紹介受診。妊娠経過に異常は認めなかった。妊娠39週2日、自然陣痛発来し入院。妊娠39週3日に3777gの女児を経産分娩で出産。児のApgarスコアは9点(1分)8点(5分)で、弛緩出血のため分娩時出血量は羊水込みで1734mlであった。産褥3日目から落ち着きのない様子や、独語や空笑を認めた。産褥4日目、支離滅裂な言動や、診察の拒否や看護師に対しての暴言などの行為を認め、無断離棟を試みるなどの問題行動が出現した。当院精神科に紹介し、精神科閉鎖病棟に母児別室で医療保護入院での転床となった。産褥5日目、リスベリドン1.0mg/日の内服を開始したが、産褥8日目には易刺激性が目立ち、内服継続や検査の協力が得られないため、体幹・四肢の身体拘束を行った。リスベリドン2.5mg/日まで増量し、産褥14日目には徐々に落ち着きが認められたため体幹抑制のみに変更した。児は病状が安定するまで乳児院へ入所する方針となり、産褥28日目に転所した。リスベリドンは2.0mg/日に漸減し、任意入院へ切り替えて開放病棟へ転出。経過良好となり産褥39日目に自宅退院した。

【考察】本症例は精神病症状が固定化されるまで数日と急激であったため、精神科との連携を取りつつ早急な対応を必要とした。産褥期精神病の発症予想は困難であるが、産婦人科医は産褥期精神障害の発症リスクのスクリーニングを行い、高齢出産や精神科疾患の既往などのリスクの高い妊婦には精神科との協力を事前に行い、診断・治療に早期に介入できる体制を築くことが望ましい。

32.妊娠関連乳癌28例の検討 妊娠関連乳癌 早期発見を目指して

○加藤栄一¹、塚尾麻由¹、折坂誠²、伊藤正裕³、久保真⁴、
笠原善郎⁵、堀田幸次郎⁵、前田浩幸⁶、田中文恵⁷、大田浩司⁸、
田嶋公久⁹、杉田元気¹⁰、堀芳秋¹⁰

¹坂井市立三国病院・産婦人科、²福井大学・産科婦人科
³東北公済病院・乳腺外科、⁴九州大学病院・乳腺外科
⁵福井県済生会病院・乳腺外科、⁶福井大学・第1外科
⁷福井赤十字病院・乳腺外科、⁸福井県立病院・乳腺外科
⁹福井赤十字病院・産婦人科、¹⁰福井県立病院・産婦人科

【目的】妊娠関連乳癌の予後改善のために産婦人科医師が知っておいの方がよい事項を明らかにする。

【方法】2006年から2017年に、診断・治療された妊娠関連性乳癌28例 (福井県内4施設16例、九州大学病院4例、東北公済病院8例) について年齢、発見時期、病期、腫瘍の大きさと触知の有無・リンパ節転移の有無の関係、病期期間、マンモグラフィ (MMG) および超音波 (US) のカテゴリー分類等を、検討した。

【結果】患者年齢は24～42歳 (平均34.7歳) であり、30歳代が21例 (74%) を占めていた。発見時期は妊娠期12例、産褥期16例であった。病期は、0期2例、I期5例、IIA期8例、IIB期5例、IIIA期2例、IIIB期1例、IIIC期4例、IV期1例であり、II期以上の進行癌が21例 (75%) を占めていた。発見動機は、腫瘍自覚ありが22例でそのうち19例がII期以上であった。腫瘍の大きさから、(触知可能数・リンパ節転移あり数) の結果は、1cm以下1例 (0・0)、1.1～1.5cm3例 (1・1)、1.6～2cmは7例 (6・6)、2.1cm以上はすべて触知可能であった。早期7例のうち、腫瘍自覚ありが2例、血性分泌ありが2例、張りが1例、痛みが1例、超音波検診発見が1例であった。この検診で、触診でわからない0.8cmの腫瘍が病期Iで見つかった。病期期間は、症状自覚より3か月以上放置されていたケースが36%存在した。家族歴ありが6例、なしが17例、不明が5例であった。MMG実施24例のうち5例が所見なし19例が所見ありであった。US実施28例全例が有所見であった。

【結論】妊娠関連乳癌は、腫瘍自覚後受診し進行癌の状態で見つかるものが多く病期が長いものが多かった。妊娠関連乳癌の予後改善のためには、早期発見が大切であり、妊婦への啓発教育と、妊娠初期の乳房超音波検査が大切であると考えられる。

33. 両側卵巣腫大を認めHyperreactio Luteinalis (黄体化過剰反応) が疑われた双胎妊娠

○良川大晃、菅原照夫、平山恵美、田中星人、川端公輔、早貸幸辰、首藤聡子、奥山和彦
市立札幌病院 産婦人科

【緒言】 Hyperreactio Luteinalis (黄体化過剰反応: HL) は多胎妊娠、胞状奇胎、絨毛癌などの高 hCG (human Chorionic Gonadotropin) 刺激や、hCG に対する過剰な感受性により莢膜黄体嚢胞が多発・腫大した状態で、卵巣過剰刺激症候群 (ovarian hyperstimulation syndrome: OHSS) 様の著明な卵巣腫大を呈する稀な疾患である。hCG が低下すれば半年以内に正常大に戻るため、経過観察が望ましいとされる。今回我々は双胎妊娠中に HL を疑い卵巣を温存し得た 1 例を経験したので報告する。

【症例】 27 歳、初妊婦。既往・合併症はなし。自然妊娠。近医にて二絨毛膜二羊膜双胎と診断された。妊娠 20 週に右卵巣に 8 × 5cm の多房性嚢胞を初めて指摘された。妊娠 25 週に頸管長短縮と子宮収縮があり切迫早産の診断で前医に入院管理となった。リトドリンが開始され、妊娠 26 週には硫酸マグネシウムが併用された。妊娠 29 週 5 日の超音波検査にて右卵巣 19cm、左卵巣 21cm と増大していた。翌日に MRI 撮像され OHSS が疑われた。急速な卵巣の増大と腹痛増悪のため、早期娩出の可能性が危惧され当院に母体搬送された。搬送時には上腹部痛を訴え、子宮口の展退・開大を認めたため、妊娠 29 週 6 日、緊急帝王切開術を実施した。児は 1496g/1353g で共に男児、ApS8/9 (1 分/5 分) であった。両側卵巣は腫大しており多房性嚢胞を認めた。経過と肉眼所見から OHSS または HL を疑っており付属器切除術は実施しなかった。また術当日の血中 hCG は 211500 m IU/L、テストステロンは 21.7ng/ml であり高値を示していた。産後は問題なく経過し 1 週間で退院となった。産後 2 週間で左卵巣は 10 × 6cm、右卵巣は 8 × 4cm まで縮小し、血中 hCG も 91.6mIU/L まで低下した。

【考察】 両側卵巣が多房性に腫大した双胎妊娠の 1 例を経験した。術前に HL を疑ったことにより不必要な外科的切除を避けることができた。

35. 血球減少、蛋白尿にて発覚した SLE 合併妊娠の一例

○竹ノ子健一¹、水沼慎人²、平川威夫²、田村良介²、山谷文乃²、佐藤麻希子²

¹大館市立総合病院 研修医、²大館市立総合病院 産婦人科

【緒言】 全身性エリテマトーデス (以下 SLE) は自己抗体・免疫複合体により細胞傷害、組織障害が全身に及ぶ疾患であり、重篤な SLE 合併妊娠は流産・死産の原因となるだけでなく、妊娠中の母体死亡を引き起こしうる。今回妊娠中の血球減少を契機に SLE の診断となった症例を経験したため報告する。

【症例】 症例は 33 歳。妊娠分娩歴は 3 妊 2 産で 2 児目に 36 週の早産歴があるが、既往歴には特記事項なし。自然妊娠後、最終月経から分娩予定日を決定した。妊娠 12 週時の採血検査で WBC2000/ μ L、Hb9.9g/dL と白血球減少と貧血を認め、鉄剤投与開始となった。

その後妊娠 22 週時に子宮頸管長短縮を認めたためリトドリン塩酸塩の内服が開始となった。妊娠 24 週時から尿 TP/Cre0.5 と軽度尿蛋白を認め、26 週時に子宮頸管長短縮と持続蛋白尿のため安静および精査目的に入院となった。入院時採血にて WBC2600/ μ L、Hb8.1g/dL と白血球減少が続いており、貧血も増悪を認めた。また、低補体血症 (CH50<12/ml, C3:42mg/dl, C4:5mg/dl)、抗 DNA 抗体陽性、抗核抗体陽性、ループスアンチコアグラント陽性の結果となり、妊娠 29 週時に SLE の診断となった。SLE に対してプレドニゾン、貧血に対し輸血、血栓症予防を行い、現在妊娠継続中である。

【考察】 SLE の診断は口腔内潰瘍、関節炎などの臨床症状、腎臓変などの臓器障害、あるいは白血球減少や特異的抗体が出現する免疫症状など多彩な症状を呈し、その診断もこれらを総合的に判断して行われている。本症例は臨床症状を呈さず、白血球減少や貧血のみを呈していたために診断に時間を要した症例であった。SLE は妊娠や分娩を契機に再燃・増悪する可能性があるため、妊娠中の母児合併症に注意するだけでなく、分娩後にも注意深く加療する必要があると思われる。

34. 妊婦健診未受診により正期産に至り生児を得た副角妊娠の一例

○松倉大輔¹、二神真行¹、金森正紘⁵、田中誠悟⁴、水沼慎人³、赤石麻美¹、石原佳奈²、大澤有姫¹、武田愛紗²、三浦理絵¹、伊東麻美¹、田中幹二¹、横山良仁¹

¹弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座

²むつ総合病院 産婦人科、³大館市立総合病院 産婦人科

⁴青森市民病院 産婦人科、⁵国立病院機構弘前病院

【緒言】 副角妊娠は 76,000-150,000 妊娠に 1 例と非常に稀である。多くは初期で診断され手術治療により妊娠が終了される。一方、見逃された場合は妊娠中期までに 90% 破裂し、正期産に至ることはほとんどない。今回、妊婦健診未受診のため診断機会なく正期産に至った副角妊娠を経験したので報告する。

【症例】 36 歳、1 妊 0 産。無月経にて近医受診し妊娠 10 週の診断となった。子宮筋腫合併妊娠のため総合病院での妊婦健診を勧められたが受診せず、保健師介入により妊娠 38 週に総合病院を受診した。胎児発育は良好で異常所見は無かった。また経陰超音波検査で子宮頸部は正常の画像所見で確認された。妊娠 40 週で分娩誘発試みるも子宮頸部は強く左側偏位しており経陰分娩困難と判断され緊急帝王切開となった。子宮体部前壁と思われた部位は胎児が透見できるほど薄くなっていた。児は 2,958g の女児で、Ap.9/9 であった。子宮頸管が確認できず子宮内腔と思われた部位から後腹腔にドレーンを置いた。総出血量 4,793g だった。術翌日には著明な炎症反応高値があり、腹腔内感染部として当院へ産褥搬送となった。保存的加療は困難と判断し緊急開腹としたが、腹腔内は子宮底部の筋腫を中心に高度に癒着していた。子宮切開創の縫合糸を除去すると妊娠腔が認められ、ドレーン先端があった。子宮全摘術を施行し、摘出子宮を展開したところ子宮内腔に切開は及んでいなかった。妊娠腔と子宮内腔には肉眼的にも組織学的にも交通性は認められず、副角妊娠の診断に至った。

【考察】 副角妊娠の超音波診断感度は 26% に過ぎず、妊娠が進むにつれ診断は困難となる。子宮底部に長径 10cm 大の筋腫があったことやその後の妊婦健診未受診により発見できなかった可能性もあるが、本症例において副角妊娠が発見できたことすれば、やはり初期の経陰超音波時が最も可能性が高かったと思われる。副角妊娠発見のためには、妊娠初期に頸管から胎嚢への連続性があることを注意深く観察する必要がある。

36. 帝王切開術後にクリーゼをきたした重症筋無力症合併妊娠の 1 例

○三坂琴美

帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】 重症筋無力症は神経筋接合部の抗アセチルコリンレセプター抗体による自己免疫疾患であり、20/30 歳代の妊娠・出産可能年齢の女性に好発する。産褥期に重症筋無力症のクリーゼをきたした胸腺摘出術後の重症筋無力症患者の一例を経験した。

【症例】 31 歳女性、1 妊 0 産。自然妊娠の二絨毛膜二羊膜双胎として妊娠初期から周産期管理を行った。妊娠経過は異常なく、妊娠 37 週 3 日に選択的帝王切開術を施行した。児は第 1 子 女児 2588g、Apgar score 1 分値 8 点、5 分値 9 点、第 2 子 女児 2294g、Apgar score 1 分値 6 点、5 分値 9 点で出生となった。術後 4 日目より脱力感を訴えたため、重症筋無力症の再燃を疑い、免疫グロブリン大量静注療法を施行した。治療開始 3 日後に、呼吸症状も出現したため、免疫吸着療法に変更、治療開始後 7 日目に残存する複視の症状に対してタクロリムス水和物 3mg 内服を追加した。免疫吸着療法を 2 週間施行し、残存した複視と右眼瞼下垂に対して、ステロイドパルス療法を開始した。術後 32 日目に再度呼吸不全が出現し、免疫吸着療法を 2 週間再施行した。術後 50 日目に PSL15mg/日 内服で自宅退院となった。

【考察】 重症筋無力症の妊娠中の変化は増悪・寛解・不変のいずれの場合もあるが、分娩時・産褥期には、増悪をきたす症例が多いとの報告もある。本症例では、妊娠中は無症状で経過したもの、産後に増悪を認めた。産褥期は心身のストレスが多く、症状の増悪をきたす因子となりうることから、患者の訴えに注意を払うことが重要である。産褥期の増悪は予測しがたいが、呼吸不全を伴うクリーゼを生じる場合もあり、神経内科医を含めた他科との連携体制を整えたうえで周産期管理を行うことが必要である。

37. 当院における胎盤ポリープの管理方法についての検討

○高橋新、只川真理、岩間憲之、渡邊善、星合哲郎、齋藤昌利、八重樫伸生

東北大学病院産婦人科

【目的】胎盤ポリープとは、分娩または流産後の妊娠組織の遺残に血管浸潤及びフィブリン沈着により腫瘍が増大し、ポリープ状になったものである。発生頻度は稀だが大量出血を来すことがある。近年は子宮動脈塞栓術（以下 UAE）や子宮鏡下手術（以下 TCR）、待機療法による子宮温存療法が治療の中心となっているが、その管理方法は未だ確立されたものはない。そこで、当院で経験した胎盤ポリープ症例を解析し管理方法などを検討した。

【方法】当院において2014年4月から2019年3月までに経験した胎盤ポリープを対象とし症例集積研究を行った。不妊治療の有無、腫瘍径、輸血の有無、消失期間などについて検討した。本研究は東北大学病院倫理委員会の承認を得て行なった。

【結果】対象症例は26例でIVF妊娠は9例（35%）あった。治療方法としては待機療法が14例（54%）、UAEのみが3例（11%）、TCRのみが2例（8%）、UAE後にTCRを併用した症例が7例（27%）あった。子宮摘出症例はなかった。輸血を要した症例は待機療法中1例（7%）、UAEのみで2例（6%）、UAE+TCR中3例（43%）あった。消失期間の中央値（範囲）は待機療法が17週（9-35週）、UAEのみが5週（2-28週）、TCRのみは12週と16週、UAE+TCRが6週（2-17週）であった。今回の検討では腫瘍の大きさによる治療方法や治療期間の明らかな傾向は示されなかった。

【結論】今回検討した症例ではIVF妊娠の割合が高い傾向にあった。腫瘍径が大きくても待機療法で治療可能であった症例もあり、出血がコントロールされている場合は待機療法の選択も可能と考えられた。一方、UAE使用症例では輸血量が多かったが、治療期間が短い傾向にあった。胎盤ポリープでは、出血の程度、次回妊娠や早期治療の希望などを考慮し、治療法を選択するのが最適であると考えられた。

39. 当院における挙児希望患者に対する子宮内膜ポリープ治療の有効性の検討

○久野貴司、立花眞仁、井ヶ田小緒里、田中恵子、藤峯絢子、横山絵美、石橋ますみ、志賀尚美、渡邊善、大澤稔、鈴木吉也、菅原準一、八重樫伸生

東北大学 産婦人科

【目的】子宮内膜ポリープは着床障害の原因となり不妊症の原因となる疾患の1つである。手術適応であり子宮鏡下手術が主流であるが、治療適応や治療方法について明確な基準はない。今回我々は当院における過去4年間の挙児希望患者に対する子宮内膜ポリープ治療の成績を検討したので報告する。

【方法】当院において2014年4月から2018年3月までの4年間で挙児希望があり、子宮内膜ポリープを疑われて外科的治療を行い、病理組織学的検査で子宮内膜ポリープの診断がついた症例22例について、手術時年齢、妊娠歴、治療方法、術後妊娠率、妊娠方法、妊娠転帰について検討した。

【結果】手術時年齢の中央値は37（28-44）歳、原発性不妊症15例、続発性不妊症7例であった。治療方法は全身麻酔下での子宮鏡下ポリープ切除が7例で、静脈麻酔下において軟性鏡での確認後の掻爬術が3例、外来での意識下での手術が12例（うち10例はLINスネア-八光社製を用いた内膜ポリープ除去術）であった。術後妊娠率（のべ症例あたり）は54.5%、妊娠例はのべ12例あり、自然妊娠7例、ART5例であった。妊娠転帰は自然分娩3例、帝王切開6例、死産1例、異所性妊娠1例、不明1例であった。現在3例が当院または他院で治療継続中である。

【結論】当院では不妊症例、不育症例に対して全例スクリーニングとして子宮鏡検査を行っている。その際、経膈超音波検査では検出が難しいポリープを発見することがある。そのような挙児希望患者における子宮内膜ポリープに対しては盲目的な掻爬手術でなく、愛護的な鏡視下での手術が勧められる。適応を選択する必要はあるが、全身麻酔下での子宮鏡下ポリープ切除に比べ、外来での意識下での手術は侵襲も少なく入院の必要もないため、メリットが大きい。今回の我々の検討では術後妊娠率にも大きな差はなかった（57.1%/53.3%）ため適応症例には積極的に勧められる。他、文献的考察を交えて報告する。

38. E2値に相関しない重症卵巣過剰刺激症候群の一例

○田中恵子、立花眞仁、井ヶ田小緒里、藤峯絢子、久野貴司、横山絵美、石橋ますみ、志賀尚美、渡邊善、八重樫伸生

東北大学

【緒言】卵巣過剰刺激症候群（OHSS）は生殖補助医療において重大な合併症であるが、近年は低刺激法や全胚凍結などの予防の発達から重症例を経験することは稀となっている。今回、我々は、低E2かつ予防処置を行ったにも関わらず重症OHSSを呈した一例を経験した。

【症例】29歳女性、BMI 19、未経産であり、多嚢胞性卵巣症候群と診断され前医で不妊治療を行っていた。アンタゴニスト法で誘発を行い、rFSHを17日で2400単位投与し、アロマターゼ阻害薬（AI）を併用していた。hCGを10000単位投与して20日目に採卵され、hCG投与2日前のpeak E2は2108 pg/mlで、同日のP4が18.4ng/mlだった。採卵日より腹部膨満感、腹痛、呼吸苦、乏尿を自覚していた。3日後に症状が悪化し当院へ救急搬送された。

来院時バイタルは、JCS 1、ショックバイタルで呼吸苦、腹満と圧痛が強く反跳痛を認めた。CTでは右胸水による肺の虚脱と上腹部に至る卵巣腫大と黄体内出血を呈していた。採卵所見はWBC 21000 /ul、Hb 7.4 g/dl、Ht 20.4%、Alb 1.9 g/dl、BUN 66、Cre 4.17であり、重症OHSSとして入院ICU管理を行った。

入院後はカベルゴリンとAI継続のうえ、アンタゴニスト、ヘパリンナトリウム投与と輸血、胸腔ドレーン留置、CART、アルブミン投与、利尿剤投与など集中治療を開始した。徐々に改善を認めていたが、入院15日後に心不全による呼吸苦を認め挿管管理を要した。入院後43日に全身状態良好のため退院した。経過中に血栓や卵巣捻転は認めなかった。

【考察】本症例ではE2が経過中も含め2169 pg/mlまでしか上昇せず、まれな経過をたどった。改善傾向を認める中で挿管管理を要し、OHSSの予測、治療の困難さを再確認する症例であった。

40. 当科および関連1施設におけるHRT施行261例の検討

○水無瀬学¹、加藤育民¹、北村晋逸²、千石一雄¹

¹旭川医科大学 産婦人科、²名寄市立総合病院 産婦人科

【目的】エストロゲン欠乏に伴う更年期症状の有効な治療法としてHRTが用いられる。患者の背景にあるリスクと卵巣欠落における諸症状を改善する効果とのバランスを考慮した上で開始すれば、HRTは女性の健康増進に大いに寄与する。適切な使用のためには、様々な因子を的確に評価し、個々の症例ごとに薬剤を勧告して選択することが重要である。今回我々は、当院および関連病院でHRT施行中の女性を対象に個別因子との関連を検討した。【方法】2018年4月から2019年3月までに当院及び関連病院の更年期外来を受診し、HRT施行中の261人を対象に治療経過などを後方視的に検討した。また、治療に関する状況をアンケートにより確認し、HRT使用の意識調査を行った。

【結果】全症例の平均年齢は56.8歳（44～79歳）、治療開始年齢は50.2歳（36～70歳）、HRTの施行期間は5年未満で92例、5年以上10年未満で112例、10年以上は57例であった。製剤別では経皮剤使用者が185例、経口剤使用者が62例、経皮剤と経口剤の併用使用者が14例であった。薬剤の変更例があったのは88例であり、漢方薬を併用していた症例は120例であった。【結論】HRT施行10年以上の症例が21%と高い影響もあり、使用者の平均年齢は56.8歳と高齢であった。経皮剤から経口剤への変更は33%で主な理由は貼付による皮膚搔痒であった。また、漢方を併用している症例が46%と高率であった。当院での更年期障害治療は、HRTを主体に漢方薬などを取り入れながら患者に応じた個別医療を行っている。個別医療は臨床上難しい側面もあるが、今後も治療効果を上げる様々な工夫をし、女性の健康維持のために活動していきたい。

41.凍結融解胚移植における、エストロゲン補充期間と治療成績の比較

○松尾幸城 酒井一嘉 高橋杏子 竹原功 西美智 川越淳 永瀬智

山形大学医学部 産科婦人科学講座

【目的】凍結胚移植のための内膜の調節法については、いまだ議論がなされている。当院では主にホルモン補充周期で内膜発育を促している。14日間のホルモン補充を行い、内膜発育が不十分な場合はエストロゲンの補充を7日間延長している。子宮内膜が8mmに達したら融解胚移植を決定するが、約21日間のホルモン補充をして内膜が薄い場合は、治療をキャンセルしている。しかし、子宮内膜発育が不良な場合に、ホルモン補充を延長させることが有効か否かについては明らかではない。

そこで14日間のエストロゲン補充で子宮内膜が8mmを超えた群(D14決定群)と、内膜発育が不良のためさらに7日間のエストロゲン補充を要した群(D21決定群)との間で、凍結胚移植による妊娠治療成績に差があるかどうかを明らかにすること、子宮内膜の発育が不良な場合にエストロゲンの追加補充が有効かどうか検討することを目的とした。

【方法】2016年11月から2019年3月までに当院で凍結胚移植を行った治療周期のうち、ホルモン補充周期で後期胚移植を行った303周期を対象とし、後方視的解析を行った。D14決定群(267周期)とD21決定群(36周期)について、患者背景と治療成績を比較、検討した。

【結果】D21決定群とD14決定群の間で、年齢、移植胚の質に差を認めず。臨床的妊娠率はD21決定群では11.1%でありD14決定群の22.1%と比較して低かったが、有意差はなかった($p=0.187$)。流産率はD21決定群では50.0%でありD14決定群の18.6%と比較して高かったが、有意差はなかった($p=0.186$)。D21決定群と治療キャンセル例では、子宮内操作の既往は約40%、慢性子宮内膜炎は約16%に認められた。

【結論】内膜発育に時間を要する場合、妊娠治療成績が低い傾向がみられたが、有意差はなく、エストロゲン補充を延長する意義はありと考えられる。

43.妊娠11週で急性腹痛を呈し判明しえた子宮内外同時妊娠の1例

○杉田元氣、荒木皓光、飯藤弘光、小林寛人、堀芳秋、加藤じゅん、田中政彰、加藤三典、土田達

福井県立病院 産婦人科

【緒言】子宮内外同時妊娠は、子宮内に胎嚢を確認できるため子宮外病変を見逃ししやすい。また、不正性器出血が欠如する症例も多く、診断が遅れる要因となっている。今回我々は、当初正常妊娠と診断していたが、妊娠11週で急性腹痛を呈し子宮内外同時妊娠と判明しえた1例を経験したので報告する。

【症例】40歳、1妊0産。他院でクエン酸クロミフェン+hCG投与後にAIH施行され、妊娠成立した。妊娠9週6日に当院紹介となり、その時点の診察では子宮内に週数相当の胎嚢および胎児が確認され、正常妊娠と判断した。妊娠11週1日に下腹部痛を主訴に救急外来を受診し、経腹超音波検査で子宮内とは別に、右下腹部に週数相当の胎嚢および胎児が確認された。腹腔内出血も疑われ、子宮内外同時妊娠の診断で、同日緊急で腹腔鏡下手術を施行した。右卵管膨大部妊娠の所見を認め、腹腔鏡下右卵管切除を行った。腹腔内には約400gの出血が貯留していた。術後経過は良好で性器出血も認めず、術後4日目に退院された。現在、外来妊娠管理中で経過順調である。

【考察】子宮内外同時妊娠は稀な疾患であるが、排卵誘発剤使用周期では自然周期と比較し頻度が上昇するため、子宮内に胎嚢を認めた場合でも付属器領域を注意深く観察することが重要である。本症例のように、妊娠初期を過ぎると子宮外病変は経腹超音波検査では指摘しえないこともあり、経腹からの観察も必要であると考えられた。

42.山形県不妊相談センターの現状

○酒井一嘉、松尾幸城、佐藤裕子、高橋杏子、竹原功、西美智、永瀬智

山形大学医学部 産科婦人科学講座

【目的】山形県より委託され山形大学産科婦人科に「山形県不妊専門相談センター」を設置し、不妊で悩む方の不妊相談を行なっている。センターの相談内容の多くがARTの説明であったことから2018年10月よりARTの説明を合同説明会の形態で導入した。導入前後の実績を集計することによって今後の運用に役立てることを目的とした。

【方法】センターの1)過去5年分(2014年度から2018年度)の患者背景と実施内容、2)合同説明会導入後の件数・相談時間・不妊相談時の年齢と不妊期間を集計した。

【結果】不妊相談件数は375件(2014年度71件、2015年度72件、2016年度83件、2017年69件、2018年度59件)、平均年齢は女性36.6(22-47)歳、男性38.0(24-65)歳であった。妻の妊娠歴は、経産婦が242人、未経産婦が131人、不明が1人で、平均不妊期間は3.6年(0ヶ月-15.0年)であった。居住地域は、村山地方320人、置賜地方29人、最上地方20人、庄内地方4人、県外1人であった。医療機関の受診歴があったのは98.7%で当院患者が62.9%を占めた。相談方法は98.3%が面接で平均相談時間は50.8(15-120)分であった。不妊相談後、当院で治療を行ったのは318人で、治療内容はAIH61件、ART393件、手術49件であった。

合同説明会導入前後の月ごとの件数は6.8件から2.5件へと減少したが相談時間は変わらなかった。不妊相談時の妻の平均年齢は36.7歳から34.7歳、夫の平均年齢は38.2歳から34.4歳と若年化し、不妊相談時の不妊期間も3.7年から2.4年と短縮した。合同説明会導入後に参加したのは、46件で7.7件/月であった。

【結論】センターの現状と合同説明会導入後の状況が把握できた。合同説明会を導入することによりセンターの件数は減少したものの、本来の役割である一般市民からの相談を広く受けることができている可能性がある。合同説明会導入後も相談件数を減らさないようにするには、一般市民へのセンターの情報を周知する必要がある。

44.帝王切開癒痕部妊娠に対し子宮動脈塞栓術施行後、妊娠・分娩に至った1例

○加茂矩士¹、本多つよし²、経塚標¹、添田周¹、平岩幹¹、村田強志¹、岡部慈子¹、山口明子¹、西山浩²、三瓶稔²、藤森敬也¹

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座

²いわき市医療センター 産婦人科

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠(Cesarean Scar Pregnancy : CSP)は、大量出血をきたす症例であり、子宮温存術が大きな課題となっているが、治療方法は確率されていない。CSPの子宮温存療法として化学療法併用子宮動脈塞栓術(Uterine arterial embolization : UAE)があるが、その後妊娠報告例は少ない。今回CSPに対しmethotrexate (MTX)投与後に大量出血となったためUAEにて妊孕性温存し、その後妊娠・分娩に至った1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。【症例】症例は35歳、3妊1産で、前回帝王切開を施行されている。既往歴、家族歴に特記事項はない。自然妊娠し、7週0日CSP疑われ近医より紹介となった。超音波検査で子宮峡部前壁筋層は6mmと菲薄化し、同部位に長径40mm大の胎嚢と周囲の豊富な血流を認めたためCSPと診断した。妊孕性温存希望されMTX全身投与を2回(50mg/m² × day1,day8)施行し、血清hCG値は低下した。Day17に多量の性器出血をきたした。造影CT検査で帝王切開癒痕部からの出血と診断し、更なる妊孕性温存術のため術総合周産期センターに緊急搬送となりUAE施行し止血を得た。術後4週で血清hCGは陰性化した。術後1年で自然妊娠し、帝王切開創部菲薄化等の問題なく妊娠経過良好で38週3日帝王切開術施行。2784g、女児、Apgar score 8/9(1分値/5分値)。胎盤は自然に剝離し異常出血は認めず術後7日目に経過良好にて退院した。

45. 腹腔鏡下手術に直腸プローベが有用であった腹膜妊娠の1例

○平賀裕章¹、渡辺正¹、黒澤大樹¹、中西透²、酒井啓治²、渡部洋²

¹東北医科薬科大学若林病院 産婦人科
²東北医科薬科大学病院 産婦人科

【緒言】 腹膜妊娠は比較的稀な異所性妊娠であるが、着床部位によっては尿管、膀胱、直腸といった隣接臓器の損傷を回避するための対策が必要となる。今回、我々は右仙骨子宮韌帯内側に着床した腹膜妊娠に対する腹腔鏡下手術において直腸プローベが有用であった1例を経験したので報告する。

【症例】 31歳、妊娠6週異所性妊娠疑いで当院紹介となった。血中hCG値は1369 mIU/mL、経膈超音波検査で子宮内に胎嚢を認めず、子宮の背側右側に嚢胞を認めた。子宮内流産、あるいは異所性妊娠と考えられ、翌日に診断目的に子宮内容除去術を行った。術後3日目に肛門奥の鈍痛あり。子宮の背側右側の嚢胞の周囲に血腫形成を認めたため、異所性妊娠疑いで腹腔鏡を施行した。右仙骨子宮韌帯内側におよそ3X2cmの膨隆を認め、着床部と診断した。着床部位は直腸と近接しており腸管損傷に十分注意を払う必要があると考えられた。そのため、直腸プローベを使用して直腸の輪郭を明らかにした後に、希釈パソプレシンを着床部周囲に局注した。ついで超音波メスで膨隆部に切開を行うと、血腫、および胎嚢が露出した。直腸プローベの深さ、角度を調整することにより、直腸との距離を保ちながら吸引注水管を使用して、少しずつ妊卵組織を剥離、搬出した。着床部周囲にMTX 50 mgを局注し、直腸診で異常のないことを確認して手術を終了した。術後経過は良好で順調に血中hCG値は下降した。

【考察】 腹膜妊娠では、着床部位、および周囲との位置関係を見極めながら安全な手術手技を考えながら行うことが重要である。直腸に近接した腹膜妊娠に対する腹腔鏡下手術に直腸プローベは非常に有益であると考えられた。

47. 緊急時の腹腔鏡下異所性妊娠手術

○尾山量子、平吹信弥、西村俊哉、桑原陽祐、坂野陽通、大塚かおり、中尾光資郎、佐々木博正、干場勉

石川県立中央病院

【緒言】 異所性妊娠の多くに腹腔鏡下手術が行われる施設が増えてきている。しかし、母体が有症状で全身状態が悪化している場合、開腹手術が選択されている施設も多い。当院で最近経験した多量腹腔内出血、ショック症例を提示するとともに、当院で出血症例を振り返り考察する。

【症例】 34歳、2妊1産。急な腹痛と下痢で発症、数時間後に我慢できなくなり、自分で救急車を呼び来院した。腹痛出現の3日前には近医で流産手術を受けていた。救急外来で救急医の診察時には、意識朦朧、橈骨動脈触知不可能、収縮期血圧60mmHg、心拍数80/分、顔面貧血様であった。腹部超音波検査で腹腔内出血を疑われ当科へ連絡があった。末梢ルート確保が困難にて、救急医によりCVC挿入、輸血を開始した。来院後90分で手術開始。腹腔内には肝前面までに及ぶ出血が貯留しており、右卵管峡部が破裂し出血を認めた。同部位をリガシユアにて切除し、回収袋に入れて右卵管を回収した。腹腔内の貯留血液は約2500mlで手術時間は35分であった。術後経過は良好で術後3日で退院した。

【考察】 当院で異所性妊娠の手術は2009年1月以降2019年4月まで231例あり、全て腹腔鏡下手術を行なった。20例は腹腔内に800ml以上の出血、うち6例は2000ml以上の出血、緊急輸血症例は7例あったが、全て腹腔鏡下に行った。

麻酔科医、救急医との連携、迅速な輸血によりバイタルの安定化、腹腔鏡下手術の定型化と準備の迅速化を図れば、本例のようなショック状態においても安全に完遂できる。

46. 「卵管切除後の同側卵管妊娠破裂の一例」

○久木元詩央香、熊澤由紀代、尾野夏紀、富樫嘉津恵、白澤弘光、佐藤亘、寺田幸弘

秋田大学 産婦人科

【緒言】 異所性妊娠は全妊娠の約1~2%である。その多くは卵管膨大部に発生するとされており、卵管切除後に同側残存卵管に妊娠することはまれである。今回、卵管妊娠に対して卵管切除後に、同側の卵管間質部妊娠をきたした症例を経験したため報告する。

【症例】 26歳、4G1P、25歳時に右卵管妊娠に対し、腹腔鏡下右卵管切除術の既往がある。

妊娠5週1日、妊娠反応陽性のため近医を受診し、経膈超音波検査にて子宮内に胎嚢が認められた。同日夜間、突然の下腹部痛があり当院救急外来を受診した。搬送時、バイタルサインは安定していたが、経膈超音波検査では右卵巣付近に胎嚢様の構造が認められた。その後、ショックバイタルとなり、超音波検査でモリソン窩まで至る血液貯留が認められた。妊娠部位の正確な同定は困難であったが、診断と止血のために緊急腹腔鏡手術の方針となった。腹腔内には2L以上の出血を認め、残存卵管周囲の腫大と持続性の出血が見られた。右卵管角を切除、縫合を行い止血を得た。術中赤血球輸血6単位を行ったものの、その後の経過は良好であった。その後、自然妊娠が成立し、現在当院にて周産期管理中である。

【考察】 卵管切除後に同側残存卵管妊娠をきたし、腹腔鏡下に治療を施行した症例を経験した。初回の異所性妊娠の際に、卵管角切除を行うことで同側残存卵管妊娠の発生が減少するといった意見がある一方で、卵管間質部妊娠を減らすことはなく、むしろ子宮破裂や癒着胎盤の原因となるため有用でないという意見もある。そのため予防は難しく、卵管切除後の異所性妊娠を疑う場合には早期から同側残存卵管の妊娠を念頭におく必要がある。また、卵管切除断端部の妊娠の場合、妊娠5週といった早い週数での子宮破裂、大量出血をきたす症例が報告されている。本症例でも妊娠5週相当で破裂しており、週数や血中hCG値にとらわれることなく緊急手術や輸血を想定した準備が重要である。

48. 【血中hCG低値で卵管破裂に至った卵管妊娠の2例】

○安藤宏輔、齊藤裕也、笠原祥子、水室裕美、柳田純子、齋藤美帆、太田恭子、中里浩樹、佐藤多代、千坂泰、鈴木久也

仙台赤十字病院 産婦人科

【緒言】 異所性妊娠の発症頻度はおよそ1.0%程度と言われており、近年は診断技術が向上し無症状のうちに診断・治療されることも多くなってきたが、依然として産科救急疾患として対応を求められる。

今回戻り妊娠反応弱陽性もしくは血中hCGが低値であるにもかかわらず卵管破裂に至り、緊急手術を要した2例を経験したので報告する。

【症例1】 28歳、3妊2産、月経周期は26日、最終月経から妊娠4週0日。右下腹部痛のため救急外来受診。尿妊娠反応陽性、血圧：132/82mmHg、脈拍：85/分、CRP：0.03mg/dL、WBC：10.13 × 10³/μL、Hb：12.7g/dL。経膈超音波検査で子宮内に胎嚢様の所見を認め、異所性妊娠の可能性は低いと判断。身体診察から虫垂炎疑いで入院管理となった。その後腹痛増強し収縮期血圧が80mmHg台まで低下、血中hCG：440IU/Lと低値であったが、Hb：9.0g/dL、経膈超音波検査でダグラス窩に液体貯留を認めたため、緊急開腹手術を施行。左卵管峡部妊娠破裂の診断となった。

【症例2】 19歳、1妊0産、月経不順、最終月経から妊娠4週3日。夜間下腹部痛持続、性器出血認め当院に救急搬送となった。来院時、尿妊娠反応弱陽性、血圧：113/79mmHg、脈拍：102/分、Hb：11.5g/dL、血中hCG：584IU/L。経膈超音波検査で腹腔内液体貯留の増加所見を認めたため開腹手術を施行。左卵管峡部妊娠破裂の診断となった。

【考察】 超音波検査で胎嚢が検出可能となる血中hCG値は概ね1000~2000IU/Lとされ、血中hCG値が2000IU/L以上で子宮内に胎嚢を認めない場合は異所性妊娠を疑うべきという報告がある。また、卵管妊娠破裂の好発週数は妊娠7~8週の時期とされている。しかし今回の2例はどちらも血中hCG値は400~500IU/L台と低値であり、本症例以外にも血中hCG低値で卵管破裂を認めた症例が報告されている。このことから、急性腹症の女性の診察に際し、妊娠の有無を確認し、血中hCGが低値であっても異所性妊娠の可能性が否定出来ないため、超音波検査による腹腔内の精査を進めていく必要がある。

49. ショックバイタルを来した稀な卵巣妊娠の一例

○浅井聡子、今井一章、鳥袋朋乃、辰巳賢多、松本沙知子、西村真唯、加藤慧、小野洋輔、滝本可奈子、都築陽欧子、太田創、中島亜矢子、福土義将、和田真一郎、藤野敬史

医療法人漢仁会 手稲漢仁会病院 産婦人科

【緒言】異所性妊娠の95%は卵管妊娠であり、卵巣妊娠は異所性妊娠の約1%と非常に稀な疾患である。今回我々は、ショックバイタル、腹腔内出血を呈した左卵巣妊娠に対して腹腔鏡下手術を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】症例は35歳、2経妊1経産。妊娠分娩歴に分娩停止による帝王切開の既往あり。自然妊娠にて成立後、最終月経から妊娠6週3日に急激な下腹部痛を主訴に当院救急搬送となった。経陰超音波検査にて子宮内に胎嚢認めず、左付属器領域に血腫様構造を認めた。また、肝表面、モリソン窩、ダグラス窩のecho free spaceの所見より、腹腔内大量出血を来しており、ショックバイタル(SI=1.4)の状態であった。以上より、血清hCG 9190mIU/mlと高値にも関わらず、子宮内に胎嚢を認めず、左付属器に明らかな所見を認めなかったことから左卵管妊娠破裂疑い、出血性ショックの診断にて緊急腹腔鏡手術を施行した。術中所見は、腹腔内に1800mlの血液貯留を認めた。左付属器周囲の血腫を除去すると左卵巣から膨隆した組織から持続的に出血していた。異所性妊娠の責任病変を確認したところ、両側卵管に異常なく、大網や腹膜に明らかな所見を認めなかったことから、左卵巣妊娠が最も疑われ、左付属器摘出術を施行した。病理組織検査にて卵巣内に絨毛組織が見られ、臨床病理学的に左卵巣妊娠で矛盾しなかった。術後2日目の血清hCG1825 mIU/mlと減少、術後40日目に月経発来した。

【考察】今回我々は、異所性妊娠の中でも稀な卵巣妊娠を経験した。卵巣妊娠などの希少な異所性妊娠は、術中所見で診断されることが多いが、腹腔鏡による入念な観察が必要である。また妊娠週数の比較的早い異所性妊娠の中で、ショックバイタルを来す腹腔内出血を認めた際には、卵巣妊娠を念頭に置くことが必要である。

50. 単孔式腹腔鏡下手術により診断治療をおこなった腹膜妊娠の1例

○菊池琴佳、千葉洋平、田中詩乃、菅原千裕、金杉知宣、小笠原敏浩

岩手県立大船渡病院産婦人科

【緒言】異所性妊娠は全妊娠の約1.0%と報告されており、中でも特に腹膜妊娠は全妊娠の約0.01%～0.02%と稀で、診断が難しいとされている。今回、血中hCGおよび画像検査から異所性妊娠を疑い、単孔式腹腔鏡下手術で腹膜妊娠と診断し、治療し得た1例を経験したので報告する。

【症例】27歳1妊0産。当院にてhMG+hCGによる排卵誘発をおこない、後日妊娠が成立したため受診した。最終月経より5週2日、経陰超音波断層法で子宮内に胎嚢を認めず、右付属器周囲に9mm大のwhite ringを伴う胎嚢様エコー像を認めた。胎心拍は陰性で、血中hCG値は3,323mIU/mLであった。骨盤部造影MRI検査では、右卵管周囲に胎嚢様構造を認めたものの妊娠部位の特定には至らず、単孔式腹腔鏡下手術を行った。腹腔内を観察すると、両側付属器には明らかな異常を認めず、右円靭帯周囲の腹膜に少量の出血を伴う隆起性病変が確認された。病変を摘出し肉眼的に絨毛様組織を認めたため、同部位の凝固止血を行い、手術を終了した。出血量45g、手術時間78分。術後の経過は良好で、術後5日目に自宅退院した。血中hCG値は術翌日から順調に低下し、術後37日目には陰性化したため、経過観察を終了した。病理組織検査で病変内に絨毛が確認され、最終的に腹膜妊娠と診断した。

【考察】異所性妊娠は、超音波断層法やMRI検査などの進歩により未破裂での早期診断が可能となってきているが、本症例のように希少部位の妊娠が疑われた場合には、腹腔鏡下手術による肉眼的観察が診断に有用である。整容性に優れた単孔式腹腔鏡下手術が未破裂腹膜妊娠の診断治療における選択肢となりうることが示唆された。

51. 帝王切開後にLactobacillus菌血症のため加療が必要となった1例

○櫻井愛美¹、齊藤良玄²、宮城正太³、山下陽一郎³、津田加都哉³、武田直毅³

¹函館中央病院、²北海道大学病院、³砂川市立病院

【緒言】Lactobacillus (Lac) 属は腔内、消化管内に生息し、一般的には人体には有益に働く菌として認識されていることが多いが、稀に血液感染の原因菌となり、敗血症に至ると重篤になることが多いと報告されている。今回、帝王切開後に発熱を認め、血液培養でLac菌血症の診断となり加療を要した症例を経験したので報告する。

【症例】26歳女性、1妊0産。当院にて妊婦健診を行い経過は順調であったが、妊娠38週の妊婦健診の際の胎児心拍数モニタリング(CTG)で軽度変動一過性徐脈が散見されたため、同日より分娩誘発開始となった。入院時のCTGでは異常は認めなかった。誘発2日目、メトロイリントルを使用し誘発を開始した。開始後4時間頃から母体発熱と胎児頻脈の持続を認めたため、子宮内感染を疑いメトロイリントルを抜去した。抜去後5分後より高度遅発一過性徐脈を認めるようになり、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開施行となった。術後2日目より発熱を認め炎症反応の上昇も認めため、原因検索を行いながら抗生剤治療を行った。超音波検査で子宮切開創に膿瘍形成を疑う所見を認めた。血液培養でLacの発育を認め、質量分析を追加したが同様の結果であった。抗生剤治療のみで炎症反応の低下と膿瘍の縮小を認め、術後18日目に炎症反応の陰性化を確認した。

【考察】Lac属は腔内によく認める菌であるため、本症例ではどのタイミングで菌血症の原因となったかは不明である。Lac属の感染症として、歯科治療からの感染性心内膜炎や消化管穿孔等からの腹膜炎の原因菌となることが報告されているが、産婦人科分野での報告は調べた限りは認められない。産褥熱の起因菌としては、一般的にブドウ球菌や腸内細菌が多く、普段Lac属を想起することはないと考えられる。しかし、他科では稀ではあるが感染の原因菌として報告されており、今後産婦人科領域でも報告されることは十分あると考えられ、起因菌の一つとして覚えておく必要があると考える。

52. G群溶連菌による会陰切開縫合創の感染からフルニエ壊疽をきたした1例

○石田久美子¹、十川佳苗¹、吉澤明希子¹、金井麻子¹、横浜祐子¹、千石一雄¹、林圭²、飯沼晋²

¹旭川医科大学病院 周産母子センター

²旭川医科大学病院 皮膚科

【緒言】フルニエ壊疽とは会陰肛門部の壊死性筋膜炎である。糖尿病などの基礎疾患をもつ中高年男性に多く妊産婦での発症は稀だが、今回我々は分娩後にフルニエ壊疽を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】32歳、2妊2産。前医で妊婦健診を行い、妊娠糖尿病などの異常所見は認めなかった。妊娠後期の臨産検査でG群溶連菌が検出されていた。妊娠38週2日に陣痛発来し、会陰切開後に経陰分娩となった。産褥4日目に会陰切開部の発赤と腫脹と周辺表皮の剥離が出現し、白血球数とCRPの増加、血小板減少と肝機能障害、腎機能障害を認めた。産褥5日目に症状の増悪のため、精査加療目的で当科に救急搬送となった。腔口を中心に恥骨部～臀部まで広範囲に表皮剥離があり、会陰創部より膿汁の流出を認めた。敗血症を疑い救急部で全身管理を行い、皮膚科で局所の切開排膿を行った。前医搬送前の会陰創部拭い液のグラム染色でグラム陽性球菌の貪食像の報告があり、原因菌としてG群溶連菌を想定しペニシリンGとクリンダマイシンを投与した。産褥7日目に全身麻酔下に皮膚切開・デブリードマンを施行し、壊死性筋膜炎の診断となった。開放創は連日洗浄を行い、全身状態は速やかに改善した。産褥21日目に創部の縫縮術を行い、産褥33日目に退院した。【考察】フルニエ壊疽のリスク因子には糖尿病、アルコール依存症、高血圧、腎疾患、肝疾患、肥満、喫煙などがあるが、妊娠・産褥期も免疫抑制状態にあり発症リスクは増加する可能性がある。また近年、A群以外のG群・C群溶連菌によって壊死性筋膜炎などをきたす劇症型溶連菌感染症を発症した報告が増加しており、死亡率も高い。本症例のように速やかな抗菌薬投与とデブリードマンが救命のために重要で、他科とも連携した治療が必要である。

53. ABPC耐性大腸菌による早発型敗血症のため新生児死亡に至ったpreterm PROMの1例

○田中智子¹、米田徳子¹、山田清貴¹、長岡貢秀²、田村賢太郎²、草開妙¹、津田さやか¹、伊藤実香¹、米田哲¹、塩崎有宏¹、吉田丈俊²、齋藤滋¹

¹富山大学産科婦人科、²同小児科

【緒言】 周産期の感染症は、新生児敗血症ならびに死亡のリスクがある。その原因菌は、大腸菌などのグラム陰性菌が最も多く、近年増加している ABPC 耐性大腸菌が問題となっている。今回、ABPC 耐性大腸菌の垂直感染により早発型敗血症を引き起こし新生児死亡に至った preterm PROM 症例を経験した。当院における pPROM の羊水中病原微生物の検討も加えて報告する。

【症例】 40 歳 G2P1。切迫早産のため妊娠 26 週に当院に母体搬送となり、Tocolysis と黄体ホルモン投与を行った。羊水 PCR 検査で細菌陽性（大腸菌陰性）のため、CMZ3g/day1 週間投与し陰性化を確認し、妊娠 31 週に前医に逆搬送したが、33 週 preterm PROM のため、再搬送となった。母体の炎症徴候は認めなかったため、抗菌薬（ABPC+AZM）、ステロイド投与の上待機したが、破水後 6 時間で NRFS（variability 減少、軽度遷延一過性徐脈）のため緊急帝王切開となった。男児、2160g、Apgar score 7/9、UApH 7.314、WBC 9060、CRP 0.01、IgM 11。新生児一過性多呼吸のため、NICU 入院となり SIPAP による呼吸補助を行ったが、酸素需要量の増加を認めたため、STA 投与、生後 5 時間で気管内挿管となった。感染予防のため ABPC 治療していたが、発熱のため抗菌薬を MEPM+AMK に変更した。出生時の血液培養でグラム陰性桿菌が検出された。敗血症性ショックとなり強心剤、IVIg、抗真菌薬、NO 吸入療法を併用したが、生後 20 時間で死亡した。母体血液培養（術後 1 日目）、羊水、臍帯血すべてに ABPC 耐性大腸菌が検出され、垂直感染による早発型敗血症により死亡に至ったと考えられた。

【考察】 早発型敗血症の原因としては GBS や大腸菌があるが、GBS は破水時の ABPC 投与がガイドラインで推奨されており、GBS の早発型敗血症は減少している。一方、ABPC 耐性大腸菌による早発型敗血症の報告が増加している。当院の過去 3 年間の pPROM44 例のうち、羊水中に大腸菌が検出されたのは 4 例で、ABPC 耐性菌は本症例も含め 2 例だった。pPROM の第一選択抗菌薬は ABPC だが、各施設における大腸菌の抗菌薬耐性パターンを把握し、抗菌薬の選択を検討する必要がある。

55. 発症後早期の抗生剤治療が救命につながった激症分娩型 A 群連鎖球菌感染症

○石堂茉京、嶋田浩志、倉ありさ、藤部佑哉、鈴木美紀、長尾沙智子、新開翔太、真里谷奨、染谷真行、森下美幸、馬場剛、石岡伸一、横田伸一、齋藤豪

日鋼記念病院 産婦人科、札幌医科大学附属病院 産科周産期科
札幌医科大学医学部 微生物学講座

【緒言】 劇症型 A 群連鎖球菌感染症（以下 STSS）は発症後急速に進行し、DIC から多臓器不全に陥る予後不良の疾患である。なかでも妊娠に伴う劇症型 STSS は経過がより激烈であり、母体死亡率は 30% を超える。発症早期に迅速かつ適切な治療を行うことが救命率を改善する。今回我々は妊娠 14 週の STSS に対して、後遺症なく母体救命に至った症例を経験したので報告する。

【症例】 症例は 24 歳、2 妊 1 産、自然妊娠後経過は順調であった。妊娠 13 週 6 日に突然 37 度台の発熱、頭痛が出現、その後 40 度を超える発熱と下腹部痛、生殖器出血を認めたため、妊娠 14 週 0 日に当院受診となった。受診時にはすでに子宮内胎児死亡および肉眼的血尿を呈しており、血液検査で著明な溶血を認め、胎盤分泌グラム染色でグラム陽性球菌が検出された。以上から劇症型 STSS の可能性を考慮して、MEPM 3000mg、CDLM 2400mg を開始した。また感染源の除去のため同日に胎児・胎盤を娩出した。qSOFA スコア 2 点であり、尿量減少を認めたため、敗血症性ショックと判断し高次医療機関への搬送となった。その後は集学的な治療が奏功し、軽度の腎障害のみで第 21 病日に退院となった。後日血液培養、胎盤分泌物培養検査から Streptococcus pyogenes が検出され STSS の診断となった。遺伝子検査において検出され菌は emm1.0 型、speA、speB を保有する菌株であり、血液培養、胎盤培養検査共に同一菌株であることが判明した。

【考察】 妊娠中の STSS は急激に進行し致死的となりうるため迅速な診断・治療が必要となる。しかし、特異的な症状がないため診断が難しい。臨床症状から敗血症であることを早期に診断し、一刻も早く治療を開始することが救命につながる。今回我々は当初から臨床症状より劇症型 STSS を疑うことで、早期に抗生剤を開始でき、感染巣である子宮内容の除去を完了させ、速やかに高次医療施設へ搬送したことが救命につながったと考えられた。

54. 当院における GBS 感染妊婦の薬剤耐性に関する検討

○竹内肇

旭川厚生病院

【目的】 B 群溶連菌（Group B Streptococcus ; GBS）は成人とくに高齢者などに重症肺炎を引き起こす起因菌である。周産期では、母子間で垂直感染し新生児に敗血症や髄膜炎などの重篤な感染症を引き起こすことが知られている。近年、成人の GBS 感染症において、アンピシリン（ABPC）耐性菌に関する報告が増加している。また産科領域においても、ABPC 耐性 GBS に関する報告が散見される。ABPC 耐性を初めとした薬剤耐性菌の存在は、新生児 GBS 感染症を予防する上で重要な問題である。当院で分娩した妊婦の GBS 陽性率と、その薬剤感受性を明らかにすることを目的に、当院の過去 1 年分の分娩について検討した。

【方法】 2018 年 4 月から 2019 年 3 月までに当院で分娩した妊婦 815 人について、妊婦健診時の陰分泌物培養における GBS 陽性率と、その薬剤感受性を調査した。

【結果】 GBS 陽性妊婦は 115 人で、GBS 陽性率は 14% であった。そのうち薬剤耐性を認めたのは、アジスロマイシン（AZM）23%、エリスロマイシン（EM）27%、ミノマイシン（MINO）39%、レボフロキサシン（LVFX）17%、クリンダマイシン（CLDM）7%、クロラムフェニコール（CP）10% であった。また、AZM と CLDM 両方に耐性をもつ GBS が 6% 存在した。ABPC、およびセフェム系抗生薬には耐性菌を認めなかった。

【結論】 本検討では ABPC 耐性菌は検出されなかった。このことから、GBS 垂直感染予防のためガイドライン上推奨される ABPC の使用は、現時点では妥当であると考えられた。一方で、ペニシリンアレルギーなど ABPC 使用不能な妊婦の場合、ガイドライン上では CLDM や AZM の使用が検討されるが、多剤耐性 GBS の可能性があることを念頭に置き治療する必要があると考えられた。

56. 妊婦の劇症型溶血性レンサ球菌感染症による急性呼吸窮迫症候群を救命し得た症例

○江渡恒、黒川絵里加、小山理恵、岩動ちず子、佐々木由利、畑山伸弥、羽場巖、川村花恵、寺田幸、黒川絵里加、佐藤貴紀、馬場良

岩手医科大学産婦人科学講座

【緒言】 妊娠中の劇症型溶血性レンサ球菌感染症（STSS）とは妊娠・産褥期の血液に入った A 群溶血性レンサ球菌（GAS）が、子宮筋層炎、敗血症、肝不全、腎不全、急性呼吸窮迫症候群（ARDS）、播種性血管内凝固症候群（DIC）等を発症する母体死亡率 58% と極めて高い感染症である。我々は、GAS が原因による ARDS を救命し得た症例を報告する。

【症例】 37 歳、妊娠 32 週 4 日。

主訴は咽頭痛、熱感。妊娠分娩歴：5 妊 3 産。既往歴：WPW 症候群、慢性甲状腺炎（チラーゼン内服）。現病歴：32 週 1 日。咽頭痛、体温 39℃ のためかかりつけ医を受診し、塩酸リトドリン、マキシピーム投与を受けた。前医での咽頭培養と血液培養で A 群レンサ球菌が検出された。母体敗血症疑いと胎児遅発性一過性徐脈当科へ搬送となる。現症：体温 37.1℃、BP 104/41、P 154、SpO2 98%（酸素マスク 6L）。咽頭腫脹。抗菌薬をピペラシリンへ変更し、追加治療として PIPC+CLDM にグロブリン併用。ノルアドレナリン（ α 1）、ドブタミン（ β 1）を用いた。胎児機能不全のため緊急帝王切開術施行。出血量 832g、2320g 男児出生。APGAR Score 3 点（1 分値）、臍帯血 PH 7.28（UA）、7.19（UV）、産科 DIC Score 3 点

術後 3 日目に呼吸状態悪化し造影 CT 施行し ARDS と診断。4 日目から NHF 開始し、その後呼吸状態改善し 17 日目に退院となった。【考察】 (1) 敗血症の早期治療によって救命し得た。(2) ARDS の呼吸管理・治療の修得と実践が必要である。(3) 今後は、溶血性レンサ球菌の M 蛋白型と遺伝子検査を検討する。(4) 日本では、年間約 50 人の妊婦死亡の内 1～2 人が STSS と考えられている。

57. A群β溶血性連鎖球菌による敗血症をきたした稽留流産の一例

○小針諄也、鈴木一誠、佐藤友里恵、宮野菊子、櫻田尚子、松本大樹、我妻理重

大崎市民病院

【緒言】 A群β溶血性連鎖球菌（以下 GAS）は、上気道炎や蜂窩織炎など感染臓器によって多種多様な症状を生じる臨床的重要な細菌である。近年、急速に進行する敗血症性ショックを引き起こす劇症型 A群溶血性連鎖球菌感染症の起炎菌として注目されており、その致死率は約30%と言われている。今回、我々は感冒症状の後、妊娠9週で稽留流産となり、GAS感染症によるショック、DIC、敗血症となった一例を経験したので、報告する。

【症例】 39歳、3妊2産（第1子、第2子ともにFGRのため帝王切開）。開腹子宮筋腫核出術の既往を認めた。入院1週間前に上気道症状を認めたものの受診はしていなかった。入院1日前に39度の発熱を認め近医受診し、上気道炎と診断され帰宅となった。翌日に40度の発熱を認め、腹痛・性器出血が出現したため当院受診。血圧低下、心拍数上昇、白血球とCRPの高値を認め、敗血症と診断し入院となった。急速補液を行い、A群β溶血性連鎖球菌迅速検査が陽性であったことから、アンピシリン・スルバクタム 12g/day、クリンダマイシン 1800mg/dayの投与を開始した。経陰超音波検査で子宮内胎児死亡を確認し、同日子宮内容除去術を施行、ICU管理に移行した。術後1日目には解熱が見られ、バイタルサインも安定しICU管理を離脱した。血液培養、腔培養からはA群β溶血性連鎖球菌が検出された。その後は安定して経過し、術後5日目にクリンダマイシンの投与を中止した。術後7日目にはアンピシリン・スルバクタムを内服に変更し、退院となった。

【考察】 妊婦に発症する GAS 感染症は、妊娠後期から産褥期に発症することが多く、妊娠初期に発症することは稀である。本症例は咽頭迅速検査が陽性であり、早急に抗生剤投与を行うことで劇症化を防ぐことができた。発熱、上気道症状を訴える妊婦に対して、積極的に溶連菌検査を行うことが早期診断に役立つと考えられる。

59. 卵巣癌を否定できなかった内膜症性嚢胞合併妊娠の一例

○菖野悠里子、南川高廣、廣川哲太郎、佐藤彩恵子、齋藤宏美、横尾朋和、安田雅子

長岡赤十字病院

【緒言】 妊娠中に卵巣腫瘍を指摘される頻度は0.2～2%であり多くは良性腫瘍である。MRIは鑑別に有用であるが、妊娠中に手術療法となる報告も多い。今回、妊娠中に卵巣癌を否定できず手術を施行した結果、内膜症性嚢胞と診断した症例を経験したので文献的考察を加え報告する。【症例】 36歳、2妊0産。自然妊娠後、妊娠10週で前医にて70mm大の充実部を含む左卵巣腫瘍を指摘された。妊娠11週で精査目的に当科受診し、MRI検査で左卵巣に44*74mm大の単房性嚢胞状腫瘍を認め、内部はT2強調画像で著名な高信号を呈し、拡散強調画像で高信号を呈する壁を結節を含んでいた。左卵巣癌を否定できず妊娠13週で左付属器切除術および大網部分切除術を施行した。病理結果は著名な脱落膜反応を伴ったEndometriosisであった。【考察】 本症例のMRI画像を後方視的に検討すると、壁に結節は高いADC値、胎盤と等信号を呈しており、内膜症性嚢胞の脱落膜化であるとより疑うことは可能であった。妊娠中に充実部を含む卵巣腫瘍がみられた場合、卵巣癌を疑う一方で脱落膜変化を念頭に置く必要がある。妊娠中の内膜症性嚢胞の脱落膜化と悪性腫瘍の鑑別は困難であるが、ADC値の測定と、MRIにおける胎盤と壁に結節が等信号であることは、良悪性の鑑別において一助になると考えられた。

58. 妊娠28週A群溶血性レンサ球菌感染症に対して緊急帝王切開を施行した1例

○永嶋美華子、渡邊憲和、奥井陽介、深瀬実加、高橋可菜子、堤誠司、永瀬智

山形大学医学部附属病院 産科婦人科

【緒言】 A群溶血性レンサ球菌（group A streptococcus, GAS）による劇症型 A群溶血性レンサ球菌感染症（streptococcus toxic shock syndrome, STSS）は、突発的に発症し、急速に多臓器不全に進行する敗血症性ショック病態であり、きわめて致死率の高い感染症である。妊産婦における STSS の臨床像は特に激しい経過をとる傾向がある。今回、妊娠中に GAS が起炎菌と思われる仙腸関節炎を発症した例を経験したため報告する。

【症例】 32歳、2妊1産。関節リウマチの合併があり、セルトリズマブペゴル皮下注で低疾患活動性を維持されていた。妊娠28週3日、激しい臀部痛と発熱を主訴に当院へ救急搬送された。右臀部に運動で増悪する疼痛を認め、MRIで右仙腸関節にSTIR高信号の像を認めた。右化膿性仙腸関節炎として当院整形外科に入院し、抗菌薬点滴を開始された。同日夜間より胎動減少の自覚あり、胎児エコーで羊水量正常、臍帯の血流異常は認めなかったが、胎児心拍185bpmと頻脈を認めた。入院翌日に血液培養からGASが検出され、母体のGAS感染症、胎児機能不全に対して緊急帝王切開を行った。児は1,286g、女児、Apgar score 1分値3点、5分値7点。気管挿管の上NICU管理となった。母体はHCU管理となり抗菌薬点滴を継続された。術後1日目に肺うっ血が出現し、非侵襲的陽圧換気療法が開始されたが、術後2日目に呼吸状態改善し終了した。術後3日目、全身状態が安定したため、整形外科へ転科となった。

【考察】 GASは健康なヒトの常在細菌の一種であるが、時に咽頭炎、肺炎、皮膚感染症など多くの疾患を引き起こす。今回、妊娠中に GAS が起炎菌と思われる仙腸関節炎を発症した例を経験したが、今までに妊婦が GAS による仙腸関節炎を起こした症例報告はない。周産期に発症する STSS は分娩型として分類されており、子宮や胎盤への感染により重篤な転帰をとることが知られている。本症例では、GASによる菌血症をきたしていたが、すみやかな児娩出により、分娩型 STSS 発症を回避できたと考えられる。

60. 絨毛膜瘤（chorionic bump）の2例

○金井麻子、横浜祐子、吉澤明希子、十川佳苗、石田久美子、千石一雄

旭川医科大学 産婦人科

【緒言】 絨毛膜瘤（chorionic bump）は妊娠初期にみられる胎囊内へ突出する絨毛膜の不整な隆起で、流産の危険因子であり生児を得る率は5割程度と報告されている。今回、妊娠初期に絨毛膜瘤を認めたが、経過中に確認されなくなり生児を得た2症例を経験したので報告する。

【症例1】 24歳の2妊0産の女性で、部分胎状奇胎の術後20週の定期受診の際に妊娠が判明した。妊娠8週の初診時から胎囊内に突出する腫瘤を認め、絨毛膜瘤が疑われた。絨毛膜瘤は絨毛の臍帯付着部の隆起として確認されるようになっていたが、妊娠15週を最後に確認されなくなった。その後の妊娠経過は順調で、妊娠40週5日に自然分娩となった。2825gの女児でApgar score 1分値8点、5分値9点であった。胎盤重量は440gで肉眼的、胎盤病理検査で異常を認めなかった。

【症例2】 36歳の2妊1産の女性で、前医にて妊娠8週のとくに子宮内腔に腫瘤を指摘され当院に紹介となった。胎囊の卵膜と絨毛膜の間に絨毛膜から突出する径1cm大の腫瘤性病変を認め絨毛膜瘤が疑われたが、1週間後には確認できなくなった。その後の妊娠経過は順調であったが、妊娠34週4日に自然早産となった。児は2185g、女児、Apgar score 1分値9点、5分値9点であった。胎盤剥離徴候がなく、胎盤用手剥離を要した。胎盤重量は352gで肉眼的、胎盤病理でも異常を認めなかった。

【考察】 絨毛膜瘤は絨毛構造と脱落膜間の血腫であり、胎盤病理検査で古い血液からなる血腫であることが確認された症例の報告がある。約半数で流産に至るとされているが、今回の2症例では妊娠経過中に超音波検査で確認出来なくなり、胎盤病理検査でも血腫を認めなかったため、妊娠予後が良好であったと考えられる。

61. 当院における妊娠11週未満の流産手術に対するMVAの有用性の検討

○早坂美紗、西脇邦彦、村上幸治
市立稚内病院 産婦人科

【目的】 本邦では2018年4月より妊娠初期流産に対する手術として手動真空吸引法 (Manual vacuum aspiration: MVA) が保険収載となった。当院では2018年4月よりMVAによる流産手術を導入している。当院で従来施行していた掻爬術 (Dilatation and Curettage: D&C) と比較検討しMVAの有用性について報告する。

【方法】 2017年4月から2019年5月までに当院で妊娠11週未満の流産手術を実施した67症例を対象とした。MVAを実施した25症例をMVA群、D&Cを実施した42症例をD&C群として、診療録を用い後方的に検討した。

【結果】 2群間の年齢、初経産回数に有意差はなかった。妊娠週数 (中央値) はMVA群: 9週、D&C群: 8週とMVA群で有意に高い結果となった (P=0.02)。手術時間 (平均) はMVA群・D&C群ともに10分、術中出血量も両群間で有意差はなかった。術中合併症として50mLを超える出血はMVA群: 0例、D&C群: 6例 (14%) でみとめたが、その他子宮穿孔、頸管裂傷などは両群ともにみとめなかった。また術後外来受診や入院を必要とする子宮内感染、出血などの合併症はMVA群: 0例、D&C群: 6例 (14%)、遺残による再手術はMVA群: 0例、D&C群: 2例 (4.7%) であった。術中子宮収縮剤を使用した症例はMVA群: 13例 (52%)、D&C群: 35例 (83%) と有意差をもってMVA群で少ない結果となった (P=0.01)。MVA群では吸引回数 (平均): 3.59回、使用したカニューレは7-9mm、胎盤鉗子併用: 8例 (32%) であった。

【結論】 従来の報告同様、当院での流産手術においてもD&Cに比べMVAは手術時間、出血量を増加させず、合併症頻度も低いことがわかった。また今回の検討からMVAでは手術中の子宮収縮剤使用を減らすことができる可能性が示唆された。

62. 卵巣過剰刺激症候群の莖捻転に対して術中volume reductionが有効であった1例

○竹原功、松尾幸城、高橋杏子、西美智、太田剛、永瀬智
山形大学

【緒言】 ゴナドトロピン製剤による卵巣刺激での一般不妊治療では、多胎妊娠や卵巣過剰刺激症候群 (OHSS) などが増加する。またOHSSは妊娠が成立すると増悪し重症化する。さらに、腫大した卵巣は莖捻転を生じることがあるが、その治療において術式については一定の見解がない。今回、重症OHSSおよび品胎妊娠となり、さらに両側の卵巣が莖捻転した症例を経験した。腹腔鏡手術で捻転を解除した際に両側卵巣のvolume reductionをしたところ、術後速やかな病状の改善傾向を示したので報告する。

【症例】 25歳未妊妊。挙児希望で前医を受診し、クロミフェン治療に抵抗性のためゴナドトロピンにより卵巣刺激された。ゴナドトロピン低用量漸増療法により18mm大に発育した主な卵胞2個を対象に、hCGを投与されタイミングを指導された。その周期で妊娠が成立したが、両側卵巣が10cm大に腫大し、モリソン窩におよぶ腹水をみとめ、白血球数が17,700 / μ lで重症OHSSと診断された。同日当院へ紹介となり入院し、補液やアルブミン補充、昇圧性利尿薬投与などで一時安定していた。しかし、入院中突然の左下腹部痛が出現し、卵巣莖捻転が強く疑われ緊急手術の方針となった。腹腔鏡で確認すると両側の付属器が莖捻転していたため、捻転の解除と同時にvolume reductionを行った。術後、両側卵巣は速やかに縮小傾向となり、腹水も著明に減少した。妊娠経過は、6週で胎嚢を3つ確認し品胎の診断であったが、そのうち1つには胎児心拍が出現せず、双胎妊娠として順調に妊娠継続中である。

【考察】 重症OHSSにおける10cm超の両側卵巣莖捻転を、腹腔鏡下にvolume reductionしたうえで捻転解除した。術後は速やかに諸症状が改善し、妊娠は順調に経過している。OHSSで莖捻転した場合には、術中のvolume reductionは有効な可能性がある。

63. 50歳代に発症した全胎状奇胎の一例

○奥隅沙紀、仲野靖弘、栃木実佳子、宮副美奈子、笹瀬亜弥、赤石美穂、平山亜由子、宇賀神智久、羽根田健、今井紀昭、早坂篤、大槻健郎
仙台市立病院

【緒言】 胎状奇胎の自覚症状は妊娠初期からの不正性器出血、妊娠早期より生じる妊娠高血圧様症状、正常妊娠と比べて重症化する妊娠悪阻が特徴とされる。今回、52歳と高齢女性に発症した全胎状奇胎の一例を経験したので報告する。

【症例】 52歳、1妊1産。腹部膨満感と嘔気を主訴に前医内科を受診し、腹部超音波にて長径108mmの内部に小嚢胞を多数含む腫瘍性病変を認めため、婦人科疾患を疑われ精査目的に当科紹介となった。最終月経は当科初診日の約19週前であり、年齢的にも不規則月経となっていたことから患者は閉経を自覚していた。診察時、子宮は超新生児頭大で子宮口より新鮮血の流出があり、経膈超音波では子宮内に153x135mmの胎状構造の腫瘍を認めた。血中hCGは795607 mIU/mlと異常高値を認め、絨毛性疾患が疑われた。MRI検査では子宮内部にT2WI高信号/T1WI低信号を示す多数の嚢胞からなる腫瘍で、拡散制限は指摘できず、子宮筋層との境界は明瞭であった。胎児成分を示唆する構造は指摘できず、全胎状奇胎が疑われた。CT検査では明らかな腫大リンパ節、遠隔転移は認められなかった。子宮内容除去術による治療は大量出血の危険性が高く、腹式子宮全摘術+両側付属器摘出術の方針とした。摘出標本は1890g、術中出血100cc、手術時間1時間55分。術後1日目にhCGは233352 mIU/mlに低下し、術後5日目に退院した。術後5週目にhCG 91 mIU/ml、8週目に14 mIU/ml、12週目に6 mIU/ml、16週目に陰性化した。病理診断は全胎状奇胎であり現在外来経過観察中である。

【考察】 胎状奇胎の一部は侵入奇胎、絨毛癌を続発する症例があり、特に高齢の場合はその頻度が上昇すると報告されている。高齢の場合でも妊娠の可能性を考慮し、本疾患を念頭におく必要がある。

64. MSI-High子宮体癌再発症例に対するペムブロリズマブの使用経験

○石川雄大、片山英人、水崎恵、岡本修平、寶田健平、北香、市川英俊、高橋知昭、加藤育民、千石一雄
旭川医科大学 産婦人科

【緒言】 2018年12月の適応拡大により、ペムブロリズマブは、化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌に対して、癌種横断的に使用可能となった。婦人科悪性腫瘍においては、他の癌種に比べてミスマッチ修復欠損癌の割合が比較的高いとされ、新たな治療オプションの1つとして期待される。今回我々は、子宮体癌再発に対し、ペムブロリズマブの投与を行った1例について、その使用経験を報告する。

【症例】 64歳、未経産、閉経45歳。前医にて、11年前に腹式単子宮全摘+両側付属器摘出+骨盤リンパ節郭清+大網部分切除を施行し、子宮体癌 stage IIIA 期 (卵巣転移) の診断。術後TC療法6コース施行し、経過観察を行っていた。初回手術から7年後に不正出血あり、断端再発の診断。同部位に放射線照射し、TC療法を追加したが、その1年4か月後に直腸および腹腔内再発となった。TC療法を再開したが、カルボプラチンショックあり、AP療法に変更した。しかしAP療法3コース後のCTで骨盤内左側の再発腫瘍増大を認め、当科へセカンドオピニオンとなった。前医手術検体によるMSI検査にてMSI-Highが判明し、ペムブロリズマブを投与開始。現在に至るまで計3コース施行した。3コース目終了後のCTで腫瘍縮小効果あり (PR)。2019年6月現在、間質性肺炎や甲状腺機能障害をはじめ、治療継続困難となる有害事象は起こっていない。

【考察】 子宮体癌に使用可能な抗悪性腫瘍剤は限られており、卵巣癌や子宮頸癌に比して治療オプションが少ない。多数回の前治療を受けている本症例でもペムブロリズマブが比較的 safely に使用可能であり、効果も認めている。MSI検査の実施時期は非常にデリケートであり注意を要するが、これまで治療オプションのない症例に対して有用な治療法になり得る。

65.抗PD-1抗体薬を使用した2例

○福田冬馬、植田牧子、遠藤雄大、小島学、古川茂宜、添田周、渡邊尚文、藤森敬也

福島県立医科大学 産科婦人科

【緒言】近年、免疫チェックポイント阻害薬の悪性腫瘍に対する有効性が示唆されている。抗PD-1抗体薬であるPembrolizumab（キイトルーダ®）は、MSI（microsatellite instability）-highを有する進行・再発固形癌に適応を有し、今後婦人科領域での使用数増加が予想される。しかし、抗PD-1抗体薬には、従来の殺細胞性抗腫瘍薬にはない免疫関連副作用（irAE: immune related adverse effect）の出現が報告されている。当科で抗PD-1抗体薬を使用した2例について報告する。

【症例】症例1は52歳。子宮体癌 stage I A, endometrioid carcinoma G2+clear cell carcinoma に対して、術後AP療法を施行した。骨盤内再発に対してTC療法を行うも病勢は増悪したため再発腫瘍切除術を施行した。切除した腫瘍標本においてMSI-highが確認され、術後化学療法としてPembrolizumabを使用した。現在3コースまで使用しているが、治療効果はSDであり、明らかな有害事象は認めない。症例2は65歳、子宮体部癌肉腫 stage IV B に対してTC療法後に再発腫瘍切除術を施行した。術後3レジメンの化学療法を行うも病勢は増悪しており、腫瘍標本でMSI-highが確認され、Pembrolizumabを導入した。1コース目使用後16日より構音障害や見当識障害を認めた。当初はせん妄や腫瘍の脳転移、腫瘍随伴性脳炎などを考慮していたが、腫瘍内科医や神経内科医と連携して精査を進めたところいずれも否定的であり、irAEによる脳炎が疑われた。また、ストーマから持続的に血便を認め、irAEによる大腸炎も疑った。Pembrolizumabの投与を中止しプレドニゾロン50mgによる治療を開始したところ、症状の改善を認めた。

【考察】抗PD-1阻害薬では、私たちが普通の殺細胞性抗癌剤の使用で経験することの少ない多様なirAEが起こりうる。irAEの発症を見逃さず適切に対処するためには、十分な知識に加えて、小さな変化を見逃さないようにするためのより綿密な問診や一般診察が肝要である。加えて、免疫チェックポイント阻害薬の使用に精通した腫瘍内科医や薬剤師など多職種との協力を得て診療にあたる必要がある。

67.子宮体部原発の大細胞神経内分泌腫瘍 (Large cell neuroendocrine carcinoma) の一例

○小川栗、野村英司、金川明功、玉城良、田中理恵子、勘野真紀
王子総合病院

【緒言】神経内分泌細胞はホルモンやペプチドを分泌する細胞であり全身に分布する。神経内分泌腫瘍とはこれら内分泌細胞に由来する腫瘍であり全身の臓器に発生するが、消化器に発生するものが約60%、肺や気管支に発生するものが約30%といわれる。細胞形より小細胞腫瘍と大細胞神経内分泌腫瘍に分別され、子宮原発大細胞神経内分泌腫瘍は極めてまれとされ予後不良である。今回我々は子宮体部原発の大細胞神経内分泌腫瘍を経験したので報告する。

【症例】症例は72歳、3妊3産。他院より子宮腫大、貧血を主訴に当科紹介。診察および検査データ上より完全子宮脱、子宮留膿腫、骨盤腹膜炎の診断であった。しかしながら子宮内膜細胞診にて、やや大型の核と腫大した核小体をもつ異型細胞を散在性に認め、子宮頸部細胞診でも同様の細胞が認められ、低分化なcarcinoma疑いとされた。CA125が72.3 U/mlと中等度上昇している他は腫瘍マーカーは正常であった。当科入院にて連日腔内洗浄していたが、CRP上昇、腹痛および腹満感の増強を認め子宮穿孔を疑い緊急手術となった。単純子宮全摘、両付属器切除、大網切除、S状結腸間膜播種病巣切除を施行した。手術所見として子宮前面に穿孔を認め、膀胱漿膜に播種病変を認めた。術後病理診断は子宮体部原発大細胞神経内分泌腫瘍 (Large cell neuroendocrine carcinoma:LCNEC) であった。術後イレウスが遷延したが、TC療法4クール施行し現在初回治療より10ヶ月無病生存中である。文献的考察を加えて報告する。

66.当院におけるマイクロサテライト不安定性検査結果とペンブロリズマブの使用経験

○奥井陽介、清野学、鈴木百合子、須藤毅、太田剛、永瀬智
山形大学

【目的】2018年12月にがん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌に対してペンブロリズマブが保険適応となった。MSI-Highの頻度は子宮体癌に多いことが知られており、婦人科でペンブロリズマブを使用することが増えてくることが予想される。当院で行ったMSI検査結果およびペンブロリズマブ使用例について検討することを目的とした。

【方法】山形大学医学部附属病院産科婦人科において2019年1月～2019年5月までにMSI検査を施行した9名の検査結果および臨床経過を診療録から抽出し後方視的に検討した。

【結果】婦人科癌9名でMSI検査を施行した。疾患の内訳は、子宮体癌4例、子宮頸癌1例、卵巣・卵管癌3名、子宮平滑筋肉腫1例であった。そのうちMSI-Highだった症例は、子宮体癌の2例であった。MSI-High症例1：子宮体癌II期（類内膜癌）術後に骨盤内再発をきたし再発の診断となった。ドセタキセル・カルボプラチン併用化学療法を施行したがPDとなった。骨盤内再発腫瘍がS状結腸を巻き込みイレウスとなったため人工肛門増設術施行。その後ペンブロリズマブを導入し3コースで骨盤内病変の著明な縮小を認めた。症例2：子宮体癌IA期（類内膜癌）術後、骨盤および傍大動脈リンパ節転移に対してパクリタキセルおよびカルボプラチン療法を施行したが、PDとなった。ペンブロリズマブ開始となり現在5コース経過している。現時点で2例ともペンブロリズマブによる有害事象は認めず、急激な病勢悪化は見られていない。なお2例とも当院の遺伝カウンセリングを受診されている。

【結論】ペンブロリズマブはMSI-High固形癌に有効であることが示されている。治療選択肢を広げるために、再発子宮体癌に対してMSI検査は積極的に行うべきと考えられた。

68.当院で経験したadenosarcomaの6例

○後藤豪、坂野陽通、尾山量子、西村俊哉、桑原陽祐、大塚かおり、中尾光資郎、平吹信弥、佐々木博正、干場勉

石川県立中央病院産婦人科

【緒言】adenosarcomaは、多くは子宮内膜から発生し、良性腺上皮と肉腫成分から構成される混合腫瘍で、子宮内腔に平均で5-6cm程度の葉状のポリープ様隆起性病変を形成することが知られている。腫瘍は軟性な組織から硬性な組織まで存在し、画像所見では明らかな占拠性病変を骨盤内に認め、その腫瘍が子宮頸部から突出し腔内へ筋腫分塊様で脱出することもある。もっとも頻度の高い症状として不正性器出血がある。今回は筋腫分塊様に腫瘍を腔内に認め、病理組織検査からadenosarcomaと診断した1例を経験した。当院で経験したadenosarcomaについて報告する。

【症例】過去11年間の当院全科病理データ84486件中6件にadenosarcomaが含まれ、全例とも子宮からの発生であった。発見時年齢の中央値は、59.3歳（47～78歳）であり、自覚症状は不正性器出血が一番多く、3例で認めた。その他、無症状で検診時に発見された症例が2例、食欲低下・体重減少で発見された症例が1例であった。6例のうち2例で筋腫分塊様の腫瘍が認められた。adenosarcomaでは全例で子宮全摘術+付属器切除術が施行されており、術前に病理組織診断でadenosarcomaの診断に至った契機の内訳は、ポリープ状隆起切除術2例、筋腫捻除1例、子宮内膜全面掻爬1例、子宮鏡下筋腫分塊摘出術1例、子宮内容除去術1例となっている。予後は6例のうち2例で肺転移を認めたが、転移巣切除後は全例無病生存している。

【考察】これまでの報告されている通り、今回の6例も予後良好であった。risk factorとして子宮内膜症やタモキシフェン内服が報告されているが、今回の6例で該当するものはなかった。術前のMRI所見や筋腫分塊様の腫瘍は鑑別に有用であった。文献的考察を交えて報告する。

69.経頸管的針生検が診断に有用であった悪性リンパ腫子宮転移の1例

○工藤ありさ¹、黒須博之¹、森脇征史¹、三坂琴美¹、鈴木裕太郎¹、山崎博之¹、吉井一樹¹、齋藤祐美花²、菊地慶介³、服部理史¹

¹JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 産婦人科
²JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 血液内科
³JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 病理診断科

【緒言】悪性リンパ腫の子宮転移はびまん性腫瘍の形態をとることが多く、子宮原発癌のような頸部・内膜生検法での診断確定が通常は困難である。子宮筋層のびまん性腫瘍に対して経頸管的針生検を施行し、悪性リンパ腫の子宮転移と診断した1例を報告する。

【症例】70歳、3妊3産、閉経56歳。関節リウマチに対してメトトレキサート (MTX) 投与中に全身のリンパ節腫脹、脾腫、汎血球減少が出現し、骨髄生検でびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) と診断した。R-CHOP 療法を開始し、中枢神経浸潤をきたしたため集学的治療を追加した。その後の PET-CT でリンパ節病変はほぼ消失したが、子宮体部への異常集積が増大し当科紹介となった。造影 MRI で子宮体部後壁筋層内に 40mm 大のほぼ均一な造影効果を示す充実性腫瘍を認めた。悪性リンパ腫の子宮転移を疑い、経頸管的針生検を施行した。病理組織所見では子宮筋層内に大型異型リンパ球のびまん性浸潤を認め、異型リンパ球は CD20 陽性、CD3 陰性を示し、DLBCL 子宮転移と診断した。

【考察】悪性リンパ腫の女性生殖器への転移は節外病変を有する女性患者の 1.6% と稀で、子宮体部への転移はさらに稀である。組織型としては DLBCL が最も多く、画像所見では内腔に露出することなくびまん性に浸潤する均一な腫瘍として認識され、内膜組織診での検出感度は低い。本症例も DLBCL の治療経過中に残存した子宮体部病変で典型的な画像所見を呈し、悪性リンパ腫の子宮転移を疑った。経頸管的針生検は低侵襲に組織検査が可能で、診断確定後の速やかな治療導入が可能であり、画像から悪性リンパ腫が疑われた場合には有用な検査方法と考える。

70.子宮体部原発悪性リンパ腫の一例

○坂井友哉、岩木友希菜、井村紗江、石丸美保、野島俊二
金沢医療センター

【緒言】悪性リンパ腫の約 25% は節外性に発生し、子宮原発悪性リンパ腫は節外性リンパ腫の約 0.5% と極めて稀な疾患である。今回、子宮体部原発びまん性大細胞性 B 細胞リンパ腫 (DLBCL) の一例を経験したので報告する。

【症例】82歳 G4P2SA2 閉経 58 歳。来院 12 日前に左側腹部痛で前医泌尿器科受診し、CT、MRI で後腹膜へ進展する子宮体部腫瘍と左水腎症を指摘された。進行子宮体部癌が疑われ当科紹介受診となった。子宮は頸部、体部共に腫大し、骨盤壁に固着し可動性不良であった。子宮長径は 112mm で、子宮内腔に 56mm の腫瘍を認めた。頸部細胞診 NILM、内膜細胞診 class III であり、内膜組織診で DLBCL の診断となり、当院血液内科紹介となった。PET-CT 施行予定であったが、全身状態が悪化し、来院 14 日後より入院となり、同日より THP-COP 療法開始した。また急性腎不全を認めたため血液透析を開始した。治療開始 4 日目に透析離脱し、疼痛・腎機能障害の改善を認めた。治療開始 22 日目に施行した CT で子宮内腔腫瘍は消失し、2 コース目以降は外来で化学療法を施行した。THP-COP6 コース (3 コース目からリツキシマブ追加) 施行し、6 コース施行後の PET-CT で FDG 集積を認めず、以後 3 年間寛解を維持している。

【考察】DLBCL は週から月単位で病状が進行する中悪性度のリンパ腫であり、本症例も精査中に急速に病状が進行し緊急入院の上、化学療法が必要であった。子宮原発悪性リンパ腫は子宮悪性腫瘍として手術が施行され、診断されることが多いが、本症例では子宮内膜組織診で診断が付き、速やかに化学療法を開始することが出来た。悪性リンパ腫は化学療法感受性の高い腫瘍であり、急速に進行する子宮原発腫瘍では、本疾患を念頭におき、細胞診、組織診で正確な診断を行うことが重要である。

X2015

子宮長径 112mm、
内膜細胞診 class III (上皮性結合不明、間質細胞との鑑別困難)、
vimentin 陽性、CD10 一部陽性。MIB-1 陽性、p53 陰性。AE1/3、
chromogranin A、synaptophysin、CD56、ER 陰性。
B 細胞マーカー (CD20、CD79a)
THP (ピラルピシン) C (シクロフォスファミド) O (ピンクリスチン) P (ブレドニン)
リツキサン (100%)
(CPA50% その他 75% ②からすべて 50%)

71.pseudo-Meigs症候群を合併した卵巣類内膜癌および子宮類内膜癌の重複悪性腫瘍の1例

○蛭谷由真¹、金美善¹、梅本美菜¹、新開翔太²、根岸秀明¹、水沼正弘¹、齋藤豪²

¹北見赤十字病院産婦人科、²札幌医科大学産婦人科学講座

【緒言】胸腹水を伴う良性卵巣腫瘍で腫瘍摘出により胸腹水が消失し再貯留しないものを Meigs 症候群というが、特定の組織型以外のもは pseudo-Meigs 症候群とされる。今回、卵巣および子宮悪性腫瘍に伴う難治性胸水が pseudo-Meigs 症候群によるものと考えられた 1 例を経験したので報告する。

【症例】40 歳代、GPO。胃もたれを主訴に近医内科受診し、骨盤内腫瘍を指摘され精査加療目的に当科紹介。単純 CT で骨盤内に 15cm の充実部分を伴う腫瘍と腹水および縦隔が偏移するほどの右大量胸水を認め、呼吸苦を伴うため胸水ドレナージを開始した。胸水細胞診で悪性所見は認めなかった。卵巣癌と診断し、腹腔転移、右肺転移が疑われたため術前化学療法の方針とした。TC 療法 1 コース施行後も再度の胸水増加を認め、腫瘍マーカーの減少もないため pseudo-Meigs 症候群の可能性を考慮し開腹術を行った。開腹時、表面に破綻のある右卵巣腫瘍を認め、子宮全摘、両側付属器摘出、大網切除術を施行した。卵巣類内膜癌 (G1) および子宮類内膜癌の術後病理診断であった。術後数日で胸水は著明に改善し、その後も胸腹水の再貯留は認めなかった。現在、術後補助化学療法中である。

【考察】Meigs 症候群は、① fibroma、thecoma、granulosa cell tumor、Brenner tumor 等を原発とし、②腹水を伴い、③胸水を伴う、④腫瘍摘出により胸腹水が消失し再貯留しないものと定義される。組織型が①以外のものは pseudo-Meigs 症候群とされる。本症例は当初、画像検索で肺転移も疑われ、大量胸水を伴う Stage IV の卵巣癌と考えられた。胸水は難治性であり化学療法開始後も減少は認めなかったにもかかわらず、腫瘍摘出術後、即座に消失したことより pseudo-Meigs 症候群と診断した。多量の胸腹水を伴う進行期卵巣悪性腫瘍を疑う症例であっても、手術により著明な改善を得られる pseudo-Meigs 症候群の可能性も考慮し、治療方針を決定するべきであると考えられた。卵巣類内膜癌による pseudo-Meigs 症候群の報告は少なく、かつ本症例は子宮類内膜癌との重複癌でもあり、非常にまれな症例と考えられた。

72.当院におけるがん関連血栓症、特にトルソー症候群についての検討

三浦理絵、二神真行、門之沢結花、小玉都萌、大石舞香、大澤有姫、横山良仁

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座

【目的】悪性腫瘍患者の増加、高齢化、治療の多様化に伴い、がん関連血栓症 (cancer associated thrombosis: CAT) が注目されている。当院における CAT 及びトルソー症候群の現状について報告する。

【方法】過去 10 年間に当科で治療した婦人科悪性腫瘍患者 1018 名の中から CAT 症例を抽出した。静脈血栓塞栓症例 (以下 VTE 群) と、トルソー症候群 (以下トルソー群) に分けて、臨床的背景や血栓症の治療、転帰等について後視的に検討した。

【結果】CAT は 56 例 (5.6%)、トルソー群 19 例 (1.9%) であった。トルソー群と VTE 群で年齢や BMI に差はなかった。トルソー群で卵巣癌が 79% と多く、組織型は明細胞癌が 63% を占めており、多くがⅢ期以上の進行癌であった。一方 VTE 群では卵巣癌が 57%、ついで子宮体癌が 35% で病期は様々であった。トルソー群の発症時期は初発時と再発後で原疾患が悪化した時期が多く、トルソー群は VTE 群に比べ有意に OS が短かった。抗血栓療法に関しては、トルソー群で発症時に半数の症例でヘパリンの持続点滴が行われて、手術予定例では下大静脈フィルター留置例も認めた。一方 VTE 群ではワルファリンもしくは直接型経口抗凝固薬 (DOAC) を導入している症例が多かった。またこれらの内服中にトルソー症候群を発症した症例を 9 例に (トルソー群の 48%) 認めた。トルソー症候群で発症し病態が安定した場合に、DOAC への切り替えを行った症例では、その後問題なく経過した症例が多かった。トルソー群発症前後の血液検査では、血小板数が発症 2 週間前と比較して有意に低下していた。

【結論】トルソー症候群は予後不良の病態である。原疾患 (特に卵巣明細胞癌) が悪化した時期に血小板低下をきたした場合にはその発症に注意が必要である。DOAC によるトルソー発症予防のエビデンスはなく、現時点ではヘパリンの使用が望ましい可能性がある。

73.15歳女児に発症した卵巣セルトリ・ライディッヒ細胞腫

○門ノ沢結花、二神真行、小玉都萌、大石舞香、大澤有姫、三浦理絵、横山良仁

弘前大学医学部産科婦人科学教室

【緒言】セルトリ・ライディッヒ細胞腫は主に若年者に発症するまれな卵巣性索間質性腫瘍である。今回腹部膨満、急性腹痛を契機に発見された心窩部まで達する卵巣セルトリ・ライディッヒ細胞腫の1例を経験したので報告する。

【症例】15歳女児、0妊。初経13歳。2ヶ月前からの腹部膨満を主訴に前医を受診。腹部超音波検査で心窩部まで達する腫瘍を認めた。卵巣腫瘍として当科紹介。初診時の採血検査では血清AFP 138 ng/mL (基準値0~7 ng/mL)、CA125 219 U/mL (基準値0~35 U/mL)の上昇を認めた。初診翌日に下腹部痛を訴え当科に緊急入院となった。造影CT検査で長径26cmの多房性腫瘍を認めたが、捻転や腫瘍破裂は認めなかった。骨盤MRI検査では未分化胚細胞腫が疑われた。増強する下腹部痛のため入院翌日に手術を行った。腫瘍は左卵巣由来で充実部分及び囊胞部分の混在する腫瘍であった。子宮と右卵巣は正常で、腹腔内に播種巣は認めなかった。左付属器切除及び大網部分切除術を行った。腹水細胞診は陰性で、病理組織検査では低分化型セルトリ・ライディッヒ細胞腫の診断であった。術後腫瘍マーカーは基準内に下降した。低分化型のため術後再発予防目的にBEP療法を3クール施行する予定である。

【考察】セルトリ・ライディッヒ細胞腫は全卵巣腫瘍の0.5%以下と稀である。低分化型セルトリ・ライディッヒ細胞腫は悪性腫瘍に分類される。そのため再発予防目的に術後化学療法を行うことが一般的である。若年者の卵巣腫瘍では胚細胞腫瘍を考慮することが多いが、セルトリ・ライディッヒ細胞腫も鑑別の一つに入れることが重要である。

74.初診時に卵巣癌が疑われ、開腹手術施行後に虫垂癌と診断された腹膜偽粘液腫の二例

○橋本亮平、藤本久美子、片平敦子、後藤恵、佐藤孝洋、船山由有子

坂総合病院 産婦人科

【緒言】腹膜偽粘液腫(pseudomyxoma peritonei: PMP)は、原発部位や悪性度に関わらず、腹腔内にゼリー状の腹水貯留や粘液性腫瘍を伴う病態を示したものである。発生率は50-100万人に1人と稀な疾患であり、殆どが虫垂原発と言われている。今回、当初卵巣癌疑いと診断し、開腹手術にてゼリー状腹水と虫垂腫大を認め、組織学的に虫垂原発癌と診断された症例を二例経験したためここに報告する。

【症例1】64歳、3経妊2経産。排尿困難を主訴に近医を受診し、右卵巣腫瘍を疑われ当科紹介。CEA: 2.0、CA19-9: 6、CA125: 22.3。MRIで骨盤腔内に12cm大の充実成分を伴った囊胞性腫瘍あり。卵巣癌疑いで開腹手術施行したところ、腹腔内に多量のゼリー状粘液貯留と、子宮背側に葡萄の房のように枝からゼリー状腫瘍が発生する腫瘍を認めた。両側付属器に肉眼的異常なし。虫垂腫大を認めたため、両側付属器摘出術、外科医師による虫垂切除を施行した。組織学的診断で虫垂癌、両側卵管転移であった。

【症例2】63歳、0経妊0経産。発熱、腹痛、嘔気・嘔吐を主訴に救急外来を受診。採血でCRP29と高値、CTにて腹水と下腹部の25cm大の多房性囊胞性腫瘍を認め、卵巣腫瘍破裂、汎発性腹膜炎疑いで当科紹介。CEA: 188、CA19-9: 341、CA125: 324.9。準緊急的に開腹手術施行したところ、腹腔内に多量のゼリー状粘液貯留と左卵巣腫瘍を認めた。虫垂腫大も認めたため、両側付属器摘出術、外科医師による虫垂切除術を施行した。組織学的診断で虫垂癌、左卵巣転移であった。

【考察】骨盤内に多房性腫瘍が認められた場合、卵巣腫瘍を疑って婦人科で診断治療する機会が多い。術前の画像診断で予測がつけば、術前から外科と連携して治療に当たることが可能と考えられる。今回の症例を踏まえ、PMPの診断について文献的考察を加えて報告する。

75.消化器病センター制導入病院における婦人科の役割

○田中綾一¹、伊藤翼¹、川井まりえ¹、清水亜由美¹、池田詩子¹、逸見博文¹、齋藤豪²

¹国家公務員共済組合連合会 斗南病院 婦人科

²札幌医科大学 産婦人科

【目的】当院は消化器病疾患に対して診断から治療まで一貫して行うため消化器病センター制を導入し、腫瘍内科、消化器内科、消化器外科を中心に、場合により婦人科、泌尿器科も関わり治療成績向上に努めている。当院は腫瘍内科医5名、消化器内科医14名、消化器外科医9名が在籍し、2018年度の胃癌内視鏡治療数151例、腹腔鏡下低位前方切除術50例と道内でも有数の消化器癌の実績数が多い病院である。一方婦人科は常勤医2名、非常勤医2名、他病院所属で当科へ研修の医師2名で構成されマンパワー不足が否めない。消化器病センター制導入病院における婦人科の役割について検討した。

【方法】2018年6月から2019年5月までの1年間で婦人科が手術に関わった消化器癌の症例数、QOLの改善度等について検討した。また当院では外科または婦人科癌手術症例に対する化学療法は腫瘍内科にて行っておりその有用性についても検討した。

【結果】胃癌からの転移性卵巣腫瘍5例は主に腫瘍内科より再発症例として依頼され、姑息的手術として腹腔鏡による付属器摘出術を行い4例でQOLの改善が確認された。一方大腸癌からの婦人科臓器転移は膣1例、卵巣3例、子宮2例、うち腹腔鏡手術は各部位1例ずつの計3例、婦人科単独手術2例、外科合同手術4例と大腸癌に関しては術式が多岐にわたった。婦人科原発悪性腫瘍手術症例における化学療法依頼数は子宮頸癌7例中4例、子宮体癌12例中5例、卵巣癌14例中13例で卵巣癌のうち2例で大腸切除を依頼した。

【結論】消化器病センター制導入病院における婦人科の存在意義は十分にあった。他科へ貢献は逆に他科への依頼のハードルを下げる効果があり、また化学療法を腫瘍内科へ依頼することにより専門性の高い治療ができると共に婦人科医の負担を軽減させた。他科との良質な連携を保つために頻回のカンファレンスと信頼関係の維持は必要であると考えられる。

76.FDG-PETにて傍大動脈リンパ節および腋窩リンパ節偽陽性を呈した卵巣漿液性境界悪性腫瘍の一例

○酒井美穂、片山英人、石川雄大、水崎恵、岡本修平、寶田健平、北香、市川英俊、高橋知昭、加藤育民、千石一雄

旭川医科大学 産婦人科

【緒言】FDG-PETはCTやMRIなどと異なり病変の形態や大きさではなく、代謝活性に基づいて診断するので、CTやMRIよりも高い診断精度を示す場合が多く、適用要件の縛りはあるが、悪性腫瘍の治療前の病期診断や、転移・再発を疑う臨床的徴候、検査所見がある場合の診断に際し極めて有用である。今回、我々は子宮腫瘍の悪性度鑑別目的に実施したFDG-PET検査で腋窩リンパ節、傍大動脈リンパ節に異常集積を認め、その評価に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は33歳女性。3年前に子宮筋腫核出術を行い、病理診断はcellular leiomyomaであった。外来経過観察中に腫瘍の増大を認めたため、MRI検査を実施したところcellular leiomyoma再発と考えられたが、相談の上、経過観察とした。その後も更に増大するため、悪性腫瘍の存在も否定できないと考え、MRI検査後にFDG-PET検査を実施したところ、傍大動脈リンパ節および両側腋窩リンパ節腫大とFDG集積を認めた。過年の病理スライドの再評価ではサンプリング範囲には明らかな悪性所見を認めなかったため、まず、右腋窩リンパ節生検を実施するも悪性所見認めなかった。本人、家族とも十分話し合った上で、筋腫核出術+右付属器摘出術+傍大動脈リンパ節サンプリングを行った。病理診断では、右付属器にserous borderline tumorを認めたが、子宮腫瘍はleiomyomaであり、膨大動脈リンパ節にも悪性細胞は認めなかった。

【考察】FDGは正常では糖代謝の活発な脳および排泄経路である腎臓・尿管・膀胱などの尿路系は高集積を示すことが知られ、心筋、肺門部、骨髄にも生理的集積を認めることがある。まれに、頸部〜鎖骨上窩、傍椎体領域などの褐色脂肪組織に高集積を示すことがあり、炎症等と同様に偽陽性の一因とされる。

FDG-PET検査の解釈においては、偽陽性による過大評価の可能性も常に意識し、症例によっては術中生検などの組織学的検索を行った上で、適切な治療方針や手術術式を決定すべきと考える。

77. Female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO) の1症例

○熊坂諒大、對馬立人、淵之上康平、松下容子、重藤龍比古、尾崎浩士

青森県立中央病院

【緒言】Female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO) は Wolff 管由来の組織に発生する非常に稀な腫瘍で、女性付属器領域にみられる。今回左付属器腫瘍の診断にて手術の方針となり、病理検査にて FATWO と診断されるも、妊孕性温存のため術後追加治療を施行せず経過観察を行っている1例を経験したので報告する。

【症例】41歳、未経妊未経産で、既往歴や家族歴に特記事項なし。近医受診時に骨盤内腫瘍を指摘され前医受診。前医の超音波にて多発子宮筋腫ならびに4cm大の充実成分を伴う左付属器腫瘍を指摘。腫瘍マーカーは正常であったが、MRIでは多発子宮筋腫のほか、左付属器腫瘍の充実成分に造影効果を認め、境界悪性腫瘍もしくは悪性腫瘍疑いの診断。またPET-CTでもSUV4.7の陽性集積を認めたため当院紹介となり手術の方針。

手術は開腹下に行ったが、左卵管や左卵巣は正常であり、腫瘍は左卵管間膜に発育し、表面平滑で充実性の腫瘍であった。左卵管間膜腫瘍のみを摘出し、子宮筋腫核出術も施行したのち手術を終了した。術後病理検査で発生部位と特徴的な形態、免疫染色の所見からFATWOの診断に至った。

再発のリスクの可能性も否定できないため、追加の左付属器切除術を提案したが、妊孕性温存の強い希望があるため経過観察の方針としたが、現在のところ再発所見は認めていない。

【考察】FATWOは現在までに約80例の症例報告しか認められず、術前診断に難渋する。またFATWOは多くの症例で良性の経過をたどるが、約10%に悪性転化し再発したとの報告も認められるため、厳重な経過観察が必要である。また再発予防として子宮及び両側もしくは患側付属器切除術が望ましいとの報告も認められる。本症例では妊孕性温存の強い希望があり、追加手術は施行せず経過観察しているが、現在のところ術後1年5ヶ月経過したが再発徴候は認めていない。

FATWOの術前診断は発生頻度の低さから難渋するが、子宮広間膜や卵管間膜に発生した充実性腫瘍を認めた場合、FATWOを鑑別として考慮すべきである。

79. 成熟嚢胞奇形腫に合併したカルチノイド 卵巣腫瘍の一例

○森田裕子、高田笑、高倉正博、大阪康宏、佐伯吉彦、山之内僚、鯉川彩絵、山田堇、坂本一人、藤田智子、高木弘明、笹川寿之、金沢医科大学 産科婦人科学

【緒言】カルチノイド腫瘍に対する卵巣カルチノイド腫瘍は約1%といわれ、そのうち約60%に成熟嚢胞奇形腫が合併するとされる。今回我々は成熟嚢胞奇形腫に合併した卵巣カルチノイド腫瘍を経験したため報告する。

【症例】68歳、2妊2産。左乳房腫瘍を自覚し前医受診、精査の結果左乳癌、骨盤内腫瘍を指摘され当院乳腺外科、当科に紹介となった。単純CTで右卵巣に一部石灰化を呈した腫瘍があり、骨を含む成熟嚢胞奇形腫が考えられた。MRIより右卵巣粘液性嚢胞腫瘍、またCA19-9:215.6 (U/mL)、CA125:140.1 (U/mL)と高値であった。FDG-PETでは右卵巣腫瘍に集積はみられなかった。まずは左乳癌の治療を優先し、左乳腺悪性腫瘍手術施行後に右卵巣腫瘍の治療を行う方針となった。右卵巣腫瘍は小児頭大、周囲に癒着なくスムーズに摘出できた。内容物は粘液性淡黄色であり、腫瘍隔壁は軟骨様だった。また上行結腸、横行結腸に便塊が多量に貯留していた。術中病理検査の結果、成熟嚢胞奇形腫の腺癌への悪性転化が疑われたため、腹式単純子宮全摘術+両側付属器摘出術+大網切除術を施行した。術後3日目に多量の排便あり、以降便秘は解消された。術後病理では一部に黄土色の充実部を伴い、同部位からロゼット構造、索状構造を呈する増殖が目立ち、またsynaptophysin、chromogranin A、CD56が陽性、TTF-1陰性であり成熟嚢胞奇形腫に合併した索状カルチノイド腫瘍と診断した。

【考察】本症例は強固な便秘の症状に加え、ロゼット構造と索状構造を呈し、TTF-1陰性で、4種類のカルチノイド腫瘍のうち比較的まれな索状の一例であったと考えられる。手術前は投薬に反応しなかった便秘が手術後に解消されたこともこれを支持する。

78. 卵巣漿液粘液性腫瘍の臨床病理学的特徴

○伊藤翼、田中綾一、清水亜由美、池田詩子、逸見博文
斗南病院 婦人科・生殖内分泌科

【緒言】卵巣漿液粘液性腫瘍は2014年に刊行されたWHO分類第4版に新たな分類として加えられ、国内では2016年7年の卵巣腫瘍・卵管癌・腹膜癌取り扱い規約病理編第1版で上皮性腫瘍の一つに分類されている。中でも漿液粘液性癌は著しく頻度が低いため、臨床病理学的、疫学的に關しての十分な情報が得られていないのが現状である。今回境界悪性、悪性合わせ計4例の漿液粘液性腫瘍症例を経験したので臨床病理学的特徴について報告する。

【症例】症例は境界悪性3例、悪性1例。悪性症例は40代女性、画像上直徑約30cmの単房性卵巣腫瘍をみとめ血清腫瘍マーカーはCA125が678U/mL、CA19-9が6038U/mL、CEAが63.3ng/mLと高値を示した。術中所見は、広範囲の腹膜播種を認め、摘出物肉眼所見は巨大卵巣腫瘍は単房性で充実性部分を認めず、病理組織学的所見は卵巣上皮は粘液性および非粘液性異型上皮で構成され、篩状構造や索状構造および間質浸潤をみとめ卵巣漿液粘液性癌、FIGO進行期分類IIIB期と診断した。境界悪性腫瘍症例は平均年齢40.0(27-53)歳、腫瘍マーカー値は正常範囲内が1例、2例で高値を示した。病理組織学的所見は1例で頸管腺型の粘液性上皮、漿液性、類内膜性といった多彩な異型上皮を形成し、2例に子宮内膜症を伴っていた。悪性症例の1例は1年6ヶ月現病死に至ったが、境界悪性症例の3例では観察期間6ヶ月-22ヶ月で再発の所見は認めていない。

【考察】病理組織学的所見で3例に子宮内膜症をみとめ、発生母地となる可能性が示唆されている報告もあり診断の一助となると考えられ、また多彩な組織像を示す症例も認めた。腫瘍マーカーは境界悪性腫瘍にもかかわらず3例中2例に高値を示した。漿液粘液性腫瘍は比較的新しい分類であり、今後臨床組織学的所見等の蓄積が必要と考えられた。

一般演題 第2日目
9月29日(日)

80.前置癒着胎盤の疑いに対して底部横切開を施行した2例

○萬和馬¹、山下美貴子¹、斉藤公仁¹、鈴木利理¹、田淵雄大¹、岡村直樹¹、玉手雅人²、斎藤豪²

¹市立釧路総合病院 産婦人科、²札幌医科大学 産婦人科

【緒言】子宮底部横切開法は前置癒着胎盤など、分娩時に多量出血のリスクが高いと疑われる場合に有用とされる。今回癒着が疑わしい前置胎盤の診断で、選択的帝王切開術を底部切開法にて施行した2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1：34歳、2妊1産、既往帝王切開術後の自然妊娠。前回の帝王切開創を広く覆う前置胎盤であり、術前評価にて癒着が疑われていた。37週0日に底部横切開法にて男児2836gを分娩した。術中出血1500ml（自己血1050ml返血）であった。症例2：27歳、2妊1産、自然妊娠。部分前置胎盤で、胎盤は子宮前壁を広く覆い、術前のMRI検査では癒着の可能性が指摘されていた。37週1日に底部横切開法にて男児2985gを分娩した。術中出血800ml（自己血700ml返血）であった。

2症例とも術前に麻酔科にて大動脈閉塞バルーンを留置していた。胎盤剥離直前には、ネラトンチューブによる子宮下端の駆血を併用し、剥離時の多量出血に備えた。実際には明らかな癒着は認めず、胎盤は正常に剥離され、出血は許容範囲内で自己血のみで対応可能であった。母児共に術後経過は良好で、術後7日目に退院となり、現在外来にて定期的に経過観察している。

【考察】底部横切開法は、胎盤を避けて筋層を切開でき、目視下で胎盤剥離が行えるなどの利点があり、総じて母児にとって安全で、術者にとってもストレスの少ない術式であるといえる。しかし腹壁切開が大きくなることや、次回妊娠時の癒着胎盤や子宮破裂などのリスクについては不明な点が多いなどの問題点もある。術後は厳重な経過観察の継続が必要であり、今後更なる症例の集積が求められる。

82.胎盤剥離困難にて産科危機的出血をきたした7例の検討

○斉藤公仁¹、鈴木利理¹、岡田匡氷¹、山下美貴子¹、田淵雄大¹、岡村直樹¹、斎藤豪²

¹市立釧路総合病院産婦人科、²札幌医科大学産婦人科学講座

【目的】周産期管理の進歩によってかつて妊産婦死亡の約40%をしめていた産科危機的出血は半減してきたものの、いまだ妊産婦死亡原因の第一位である。産科出血は一般手術などの出血と比較して急速に全身状態の悪化を招きやすく、容易に産科的DICを併発しやすい特徴がある。今回我々が経験した、基礎疾患のない妊婦で、経膈分娩後の胎盤娩出困難による大量出血を来し、癒着胎盤を疑い胎盤用手剥離を施行した症例について検討した。

【方法】2017年3月～2019年3月に当院で分娩した症例（自然妊娠3例、凍結胚移植4例）のうち、胎盤剥離困難にて産科危機的出血をきたした7症例について輸血の使用開始、胎盤用手剥離、ショックインデックス（SI） ≥ 1 に達した時期、出血量、輸血使用量、癒着胎盤の有無、産科的DICスコア、不妊治療の有無について後方視的に検討した。

【結果】胎児娩出後、輸血開始は1時間59分後（1:16-5:19）、胎盤用手剥離は1時間52分後（0:09-3:43）、SI ≥ 1 は40分後（0:04-1:32）、出血量は2700.5ml（1727-3500ml）であった。RBC、FFPの使用量はそれぞれ8.29（2-16）単位、7.17（0-22）単位、DICスコアは9.14（4-15）点で実際に産科的DICと診断されたのは5症例であった。自然妊娠群・不妊治療群間には出血量に差は認めなかった。病理的に癒着胎盤が証明されたのは1症例であり、絨毛膜羊膜炎（Stage1-2）が3症例に認められた。

【結論】当院の産科危機的出血において輸血製剤の使用のタイミングは、出血状態、バイタルの推移などを加味し、その都度患者に合わせた適切な対応であった。胎盤用手剥離も麻酔科や手術室との迅速な連携により迅速な対応が可能であった。統計的に優位な差は認めなかったが、症例の半数以上が凍結胚移植症例であり、分娩時には胎盤剥離困難を想定した準備をする所存である。

81.当院における癒着胎盤の分娩前画像診断についての検討

○福長健史、渡邊憲和、出井麗、深瀬実加、高橋可菜子、堤誠司、永瀬智

山形大学医学部 産科婦人科学講座

【緒言】癒着胎盤のリスク因子として前置胎盤、既往帝王切開、子宮手術既往などが知られている。リスク因子をもつ症例に対しては、超音波検査やMRIにより分娩前診断が行われ、癒着胎盤のリスクが高いと判断された症例では入念な準備が必要である。その一方で、超音波検査やMRIでの異常所見はすべての前置胎盤症例で認めるわけではなく、分娩前に癒着胎盤と診断することが困難な症例もある。本研究では、癒着胎盤の分娩前診断について、当院における超音波検査とMRIそれぞれの感度・特異度を明らかにすることを目的とした。

【方法】2011年1月から2018年7月に当院で分娩した症例すべてを対象とした。その中で、前置胎盤または子宮手術既往で子宮瘢痕部に胎盤が付着している症例を癒着胎盤ハイリスク症例として、診療録を後方視的に調査した。分娩後の臨床的癒着胎盤または病理学的癒着胎盤をもって癒着胎盤の確定診断とし、分娩前の画像所見の感度、特異度、陽性・陰性的中率を算出した。

【結果】癒着胎盤ハイリスク症例は38例で、前置胎盤27例、子宮手術既往20例を含んでいた。分娩後に癒着胎盤と診断されたのは7例であり、そのうち6例は帝王切開と同時に子宮を摘出していた。38例のうち超音波で癒着胎盤の所見を認めたのは9例、MRIで癒着胎盤の所見を認めたのは8例であった。当院における超音波検査の感度は85.7%、特異度は90.3%、陽性的中率は66.7%、陰性的中率は96.6%、MRIの感度は83.3%、特異度は78.6%、陽性的中率は62.5%、陰性的中率は91.7%であった。

【結論】癒着胎盤の診断に関するmeta-analysisでは、超音波検査の感度は85.7%、特異度は88.6%、MRIの感度は90.2%、特異度は88.2%と報告されているが、当院における癒着胎盤の画像診断の感度・特異度は同等であった。当院の術前画像診断は多くの症例で有効に活用できていた。

83.当院における過去5年間の前置癒着胎盤症例の検討

○泉聖也、岩間憲之、桃野友太、只川真理、倉片三千代、星合哲郎、齋藤昌利、八重樫伸生

東北大学病院 産婦人科

【目的】前置癒着胎盤は母体死亡の原因となりうる産科合併症の一つであり、その頻度は増加傾向との報告がある。しかし、前置癒着胎盤の確実な術前診断は比較的困難であり、管理方法に関しても一定のコンセンサスが得られていない。そこで、当院における前置癒着胎盤症例の臨床的特徴を検討した。

【方法】2014年5月-2019年5月の間に当院で管理された、前置癒着胎盤疑いの症例20例について症例集積研究を行った。本研究は東北大学病院倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】超音波検査でplacental lacunaeを16例（84%）、MRIでT2 dark bandを15例（78%）に認めた。術前診断は、19例が全前置癒着胎盤、1例が辺縁前置癒着胎盤の疑いであった。術中診断は、20例中19例（95%）が前置癒着胎盤であり、いずれも子宮全摘術が施行されていた。1例（5%）は癒着胎盤ではなく、子宮全摘術は施行しなかった。病理診断は楔入胎盤7例（37%）、楔入胎盤8例（42%）、穿通胎盤4例（21%）であった。

癒着胎盤であった19例全例に帝王切開術の既往があり、12例（63%）で1回、7例（37%）で2回の帝王切開術既往があった。緊急帝王切開術を要した症例は4例（20%）あり、手術時の妊娠週数の中央値（範囲）は妊娠29週（27週-32週）であった。

術中出血量の中央値（範囲）は1557g（530g-5700g）であった。同種血輸血を要した症例は5例（25%）で、8例（40%）は自己血輸血のみで対応できた。2例（10%）で手術合併症があり、その内訳は膀胱損傷1例、膀胱陰痿1例であった。母体死亡例はなかった。

【結論】超音波検査とMRI検査で特徴的な所見を捉えることで前置癒着胎盤を比較的確に術前診断可能であり、大量出血に対する術前準備を強化することで母体死亡を始め重篤な合併症を回避できているものと思われた。

84.ハイブリッド手術室を有効活用した前置癒着胎盤の治療戦略

○山内諒子、川村裕士、白藤文、品川明子、折坂誠、黒川哲司、吉田好雄

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

【緒言】前置癒着胎盤による産科危機的出血に対して、一次的な子宮摘出術を行う際総腸骨動脈バルーン閉塞（CIABO）併用療法の有用性が報告されている。しかしながらCIABO施行時の最大のリスクは、バルーンの外腸骨動脈迷入に伴う下肢の完全虚血や閉塞不完全による出血軽減不成功である。ハイブリッド手術室は、手術室の機能に加えて血管造影検査のためのX線撮影装置とそれらを制御する操作室が組み合わされている。今回我々は、ハイブリッド手術室で前置癒着胎盤の帝王切開を計画し、安全にCIABO併用下の一次的子宮摘出を行えた1例を経験したので報告する。

【症例】36歳、2妊1産。全前置胎盤で帝王切開術の既往あり。自然妊娠成立し、初期より前医で健診されていた。妊娠22週に子宮頸管短縮のため紹介となり、妊娠27週より管理入院とした。超音波検査で前置癒着胎盤が疑われ、度重なる警告出血を認めたため、妊娠34週での帝王切開術を予定した。妊娠34週1日、ハイブリッド手術室において、両側尿管ステント留置およびCIABOの準備を行った後に、帝王切開術を開始した。開腹時の肉眼的所見で癒着胎盤と判断した。児を娩出後に腔からの出血が1500mlと多量で、SI1.7のため、CIABO併用下の一次的子宮摘出の方針とした。術中にバルーン的位置を透視下に確認し、15分拡張後5分間のインターバルで下肢虚血を防いだ。バルーン拡張後は多量出血を認めず、子宮摘出術を完遂した。術中総出血量は3,335mlで、赤血球および新鮮凍結血漿を12単位ずつ輸血し手術を終了した。

【考察】CIABO併用で前置癒着胎盤の帝王切開術と子宮摘出術を安全に施行出来た。バルーンの迷入によるトラブル回避のためには、患者を移動させないこと、拡張直前にバルーン的位置を確認することは重要と考えられ、前置癒着胎盤の手術の際はハイブリッド手術室を積極的に活用すべきである。

86.正中臍索を子宮円靱帯と見誤り膀胱損傷をきたした一例

○竇田健平、石川雄太、水崎恵、岡本修平、北香、市川英俊、高橋知昭、加藤育民、片山英人、千石一雄

旭川医科大学 女性医学科

【緒言】正中臍索は、胎生期に膀胱頂部と臍をつないでいた尿管が出生後に閉鎖して線維化したものである。今回、腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）施行中に正中臍索を子宮円靱帯と見誤り膀胱損傷をきたした一例を経験したので報告する。

【症例】37歳。4妊3産（帝王切開3回）。

既往歴は、19歳時に左卵巣腫瘍で開腹左付属器摘出術（LSO）、36歳時に右卵管結紮術。

過多月経で近医産婦人科を受診。貧血と子宮筋腫の診断となり、手術を希望され当科紹介となった。骨盤MRIでは子宮体部前壁～左側壁に6cm大の筋層内筋腫を1つ認めた。1年前の帝王切開の手術記録では癒着軽度と記載ありTLHの方針となった。カメラは5mm軟性鏡を用い、術者は患者の左側に立ち、ポート配置は臍にラッププロテクター+EZアクセス+EZトロッカー（5mm）、下腹部左右と正中に5mmトロッカーの4孔（ダイヤモンド型配置）とした。子宮は双手拳大に腫大しており、子宮マニピュレーター（9cm）を設置していたが、子宮の可動性は不良であった。左側壁側腹膜に大網が帯状に癒着していたためこれを剥離し、右円靱帯を確認した。その後、正中臍索を左円靱帯と誤認し切断、膀胱頂部の漿膜と筋層を損傷した。子宮+右卵管（424g）を腔から細切して摘出した後、泌尿器科医の指示のもと膀胱損傷部を縫合修復した。執刀は技術認定を取得していない13年目の医師（内視鏡手術71症例目、TLH19症例目）が行い、第一助手は医師12年目の内視鏡技術認定医であった。術後経過は良好で膀胱造影検査で異常ないことを確認した後、術後8日目で退院となった。

【考察】子宮腫大がある場合、軟性鏡で横から回り込むようにして視野を確保すると、正中臍索が円靱帯のような位置で見えてしまう可能性がある。本症例のように側臍帯・円靱帯周囲に癒着がある場合は正中臍索を円靱帯と見誤る可能性がさらに高くなり、膀胱損傷をきたす可能性があるため注意が必要である。

85.子宮中隔裂傷による大量出血で子宮全摘術を施行した一例

○張賀冕、小山文望恵、石原佳奈、武田愛紗

むつ総合病院産婦人科

【緒言】中隔子宮は子宮奇形の1つであり、完全型と部分型に分類され、筆者が検索した限りでは、外的な刺激により中隔裂傷を起した報告は見つからなかった。今回我々は、サーベックスブラシを用いた子宮頸癌検診を契機に、子宮中隔裂傷を起したと思われる一例を経験したので報告する。

【症例】47歳、重複子宮にて2回帝王切開術の既往がある。その他既往歴や家族歴に特記事項はない。受診日の4日前に近医にて子宮頸癌検診を受けた。その際に今まで経験したことのない激痛があり、その後、小血腫を伴った性器出血を繰り返していた。受診日午前8時より性器出血多量となり、14時半に当院救急外来を受診した。診察時、持続性の性器出血はなく、経陰超音波では子宮体部を充満する腫瘍を認め、子宮体癌を疑った。バイタルは安定しており、血液検査で貧血や凝固機能異常を認めず、休日であったため精査は翌日に行う方針とした。しかし同日19時より大量の性器出血が持続したため緊急で単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網部分切除術を行った。子宮は正常大で、左卵管血腫を認めた。子宮腔内に肉眼的腫瘍を認めず、子宮頸部中隔に亀裂を認め、出血源と思われる。術後経過は良好であり、10日目に退院、今後は病理結果を確認し方針を決定する予定である。

【考察】本症例は、完全型中隔子宮であり、サーベックスブラシを用いた子宮頸癌検診を契機に、子宮中隔裂傷を起した稀な症例である。性器出血で受診した患者については、患者背景を考慮した上で鑑別を考え、診断、治療を進めていくことが重要と考える。

87.帝王切開癒着部にアミロイド沈着を認めた1例

○津村亜依¹、宇津野泰弘¹、小野方正¹、大石由利子¹、野澤明美¹、北村晋逸¹、及川賢輔²

¹名寄市立総合病院 産婦人科、²旭川医科大学 看護学講座

【緒言】近年帝王切開術後の合併症として不正性器出血や過長月経、続発性不妊などの症状を呈するものを帝王切開癒着症候群（CSS: Cesarean Scar Syndrome）と称して注目されるようになってきた。今回我々は、帝王切開後に過長月経を呈し、帝王切開癒着部にアミロイドの沈着を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】33歳女性。3妊3産（帝王切開3回）。最後の帝王切開後に月経再開してから過長月経を繰り返しており、前医で低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬の投与が開始されたが、不正出血が継続するため手術的に当科を紹介受診した。画像では帝王切開創部に子宮筋層の非薄化を認めた。持続する不正出血に対して腹腔鏡下単純子宮全摘を施行した。病理組織診断では帝王切開の癒着部に中心に血管周囲間質にアミロイドの沈着を認めた。

【考察】本症例の不正出血はアミロイド沈着による血管障害に起因していると考えられた。CSSの概念を初めて提唱した病理医のMorrisは、帝王切開癒着部に肉眼的に充血した内膜が薄い、腺筋症の所見がみられるなどの特徴を挙げているが、アミロイドの沈着については述べていない。PubMedで「uterine amyloidosis」と検索した範囲内で帝王切開癒着部にアミロイド沈着を認めた報告はなかったが、本症例からアミロイド沈着がCSSの一因である可能性が示唆された。今後、さらに帝王切開癒着部の病理組織所見について症例の蓄積をしていきたい。

88. 当院における子宮鏡下子宮筋腫核出術の現況

○和田渚¹、寺本瑞絵¹、水柿祐子¹、馬場敦司¹、山中郁仁¹、二瓶岳人¹、西川鑑²、斎藤豪³

¹NTT 東日本札幌病院 産婦人科、²にしかわウイメンズヘルスクリニック、³札幌医科大学産婦人科学講座

【目的】当院では粘膜下筋腫に対し、2011年よりバイポーラシステムを用いた子宮鏡下手術を施行している。バイポーラシステムでは、還流液に生理食塩水を用いることができ、また、切除や凝固が確実であるとされる。当科における子宮鏡下子宮筋腫核出手術の検討により、現況把握、問題点抽出を行ったので報告する。

【方法】2016年4月～2018年3月の3年間に、バイポーラシステムを用い、子宮筋腫核出術を行った65症例を対象とし、年齢・妊娠出産回数・主訴等の患者背景、術前治療の有無、子宮筋腫摘出重量、出血量や手術時間、術後合併症などについて後方視的に検討を行った。

【結果】全65例の平均年齢は41.5歳(26～65歳)、平均妊娠/分娩回数は0.7回(0～5回)/0.5回(0/3回)。主訴は過多月経が最も多く、次いで不正出血、過長月経、挙児希望の順であった。初診時平均Hb 10.9(4.5～14.9)であり、術前に偽閉経療法を16例(24.6%)に施行した。摘出子宮筋腫重量は中央値8.8g(1～50g)。出血量は正確な計測は困難であるが、中央値は少量(0～200g)であった。平均手術時間は23分(3～69分)。また、術者による差はあるものの、子宮筋腫摘出重量と手術時間に正の相関を認めた。術中子宮穿孔は認めなかったが、止血困難にて子宮内に小児用バルーン留置を1例施行した。術後、股関節痛を生じた症例を1例認めたが、水中毒等の合併症は認めなかった。

【結論】当科における子宮鏡下手術の現況を報告した。当科では挙児希望より過多月経に施行する割合が多く、手術時年齢もやや高齢であった。バイポーラシステム導入により、長時間手術例においても水中毒の発生は見られなかった。今回の検討により、筋腫摘出重量と、手術時間に正の相関が認められ、術前治療の必要性が示唆された。

90. 膀胱鏡併用腹腔鏡下膀胱部分切除を行った稀少部位子宮内膜症の一例

○飯沼洋一郎¹、小田切哲二¹、山本竜太郎¹、越澤章太郎¹、竹内肇¹、杉山沙織¹、箱山聖子¹、吉田俊明¹、光部兼六郎¹、石崎淳司²

¹JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科、²同 泌尿器科

【緒言】膀胱子宮内膜症は子宮内膜症の約1%と稀な疾患で、稀少部位子宮内膜症のひとつである。下部尿路症状を主訴とすることが多く、血尿をきたす症例もある。月経周期や畜尿時に症状が増悪する。治療は薬物療法が第一選択であるが、薬物療法が無効な場合や、挙児希望がある場合には手術療法が選択される。手術療法の際には病変の発症部位・範囲により、膀胱容量の減少や排尿障害などが問題となってくる。今回、膀胱三角部に及ぶ稀少部位子宮内膜症に対し、GnRH アゴニストにて病変縮小させ、膀胱鏡併用腹腔鏡下膀胱部分切除を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】27歳女性、妊娠出産歴なし。月経周期に一致した排尿時痛、下腹部痛を主訴に当科初診となった。経膈超音波検査では膀胱子宮窩に2cm大の腫瘍が確認され、内診上は圧痛を伴う硬結として触知された。血清CA125値は47.9IU/mLと軽度高値を示した。MRI検査ではT1、T2強調画像ともに高信号を示し、膀胱筋層への浸潤が疑われた。当院泌尿器科に依頼し、膀胱鏡検査を施行したところ、粘膜下病変が確認され、膀胱三角部に及ぶものであった。組織生検にて膀胱子宮内膜症と診断され、挙児希望があり、手術療法の方針となった。先行治療としてGnRH アゴニストを6か月投与し、MRI検査と膀胱鏡検査にて病変の縮小を確認した。膀胱鏡併用手術切除部位を確認し、腹腔鏡下膀胱部分切除を行った。術後、排尿時痛は改善し、排尿障害は認められなかった。術後一年間が経過し、現在まで再発を認めていない。

【考察】膀胱三角部に及ぶ稀少部位子宮内膜症に対し、GnRH アゴニストを術前に投与し、病変を縮小させ、排尿障害を発症することなく膀胱部分切除を行うことができた。また、膀胱鏡併用腹腔鏡手術は病変の完全切除を行うために有用であると考えられた。

89. 当院での腹腔鏡下仙骨腔固定術

○玉城良、金川明功、田中理恵子、勘野真紀、野村英司
王子総合病院

【目的】骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨腔固定術(Laparoscopic sacrocolpopexy: LSC)は低侵襲で再発率が少ない手術として近年、本邦でも普及してきており、当院でもこれまで23症例を施行した。手術導入当初は前後壁のダブルメッシュLSCであったが、メッシュ露出などの合併症予防のために2016年からは前壁のみのシングルメッシュLSCを施行している。今回、当院におけるLSCについて検討を行った。

【方法】2013年7月から2018年12月までにLSCを施行した18例を対象とし、患者背景、周術期成績、合併症、再発の有無などについてそれぞれ検討した。

【結果】平均年齢は63.2歳で、BMIは24.6、手術前のPOP-Q分類はstage IIが1例、stage IIIが14例、stage IVが3例だった。またダブルメッシュLSCは7例、シングルメッシュLSCは11例であった。手術時間平均値は226(168-300)分、出血量中央値は21.5(0-243)mlであった。周術期合併症は術中膀胱損傷が1例あり、子宮全摘後の症例だった。観察期間は31.8(5-70)ヶ月でPOP-Q分類stage II以上の再発は2例認められたが、自覚症状の訴えなく追加治療は要さなかった。なおシングルメッシュとダブルメッシュでは合併症の発現や再発率に違いは認められなかった。

【結論】当院でのLSCは重篤な合併症なく施行されていたが、子宮全摘後の症例では膀胱・尿管損傷の危険性があり注意が必要である。またシングルメッシュLSCはダブルメッシュと比較しても安全性が高い有用な術式と考えられた。

91. 全腹腔鏡下子宮全摘術で膀胱損傷を経験して

○市川さおり、豊島将文、松原美紀、佐藤壯樹、工藤理永、吉田祐司

石巻赤十字病院産婦人科

【緒言】当院では2015年11月から全腹腔鏡下子宮全摘術に取り組み始めたが、今回術中膀胱損傷を生じ開腹による膀胱修復術を行った症例を経験したため、反省も含めて報告する。

【症例】45歳女性。BMI24.6。3産(全て経膈分娩)。開腹歴なし。過多月経、月経困難症に対し過去2回GnRH アゴニストの点鼻薬を半年間使用するも症状改善乏しく治療希望で当科受診。MRIでは後壁主体の子宮腫大があり腫大した筋層内には微小なT2WI高信号を散見し子宮腺筋症の診断、他に多発子宮筋腫も認められた。レポノルゲストレルを挿入し経血のコントロールを図るも症状改善が図れずGnRH アゴニストを計6コース投与し手術の方針となる。手術前の超音波では子宮長径112mmで後壁に子宮腺筋症を認めた。膀胱鏡も抵抗なく子宮頸部の把持は可能と判断。腹腔鏡下子宮全摘術を施行。子宮と膀胱の離断まで2時間10分、子宮回収に56分要した。子宮重量は500gで子宮腺筋症のため子宮は非常に硬かった。腔式作業から腹腔鏡に戻った際、腔断端が見づらいため導尿を促す目的で尿道カテーテルバックの位置を変えたところバック内に多量のairが流入。ここで初めて膀胱損傷を疑い確認したところバルーン先端を鏡視下に認め膀胱損傷を確認した。腹腔鏡下での修復も検討したが確実性をとり開腹に変更し腔断端縫合と膀胱修復術を行った。約1ヶ月間の尿道カテーテル留置を余儀なくされた。

【考察】2015年11月から2019年5月までの3年7ヶ月で全腹腔鏡下子宮全摘術は100件で大きな術中合併症はこの1症例であった。本症例では腔より子宮を回収する際に膀胱・直腸を保護するため側板を用いたが①子宮が大きき視野展開が困難であった②子宮腺筋症部分で硬く切り進むのに難渋したことが術中合併症の要因と考えられる。腔操作で子宮回収に難渋する場合、よい方法・工夫がないか検討する。

92.子宮体部漿液癌の診断経過の検討

○川村拓斗¹、佐藤知哉¹、大河内教允¹、武田真人²、奥聡²、朝野拓史²、小林由佳子²、野崎綾子²、井平圭²、三田村卓²、金野陽輔²、加藤達矢²、渡利英道²

¹北海道大学医学部、²北海道大学産婦人科

【目的】子宮体部の漿液癌における術前の組織診の正確さや、画像検査の有用性について検討した。

【方法】2007～2017年に当科で術前にMRI撮影を施行し、子宮全摘により組織学的に漿液癌と診断された20〔うち類内膜癌との混合：3-明細胞癌との混合：2、stageはIa:8-Ib:1-III-III:3-IV:7、発症年齢は40-50代:3-60代:11-70代:5-80代:1〕例について、術前の組織診断やMRIのType2体癌の特徴的所見である強い造影効果或いはdynamic studyの早期濃染像の有無等について検討した。

【結果】外来受診時などの組織診で特徴的な所見（乳頭状増殖、スリット状構造、floating等）により11例が漿液癌、1例は併存する明細胞癌と診断された。類内膜癌或いは腺癌の診断に留まったI-II期の3例とIII-IV期の6例中5例は免疫染色（P53等）や麻酔下の内膜全面搔爬による組織診で漿液癌の診断を得た。MRIの陽性所見はI-II期10例中4例III-IV期の9例が認められた。初回の組織診で漿液癌の診断が得られなかったIa期の3例中2例、III-IV期の6例中4例にMRIの陽性所見を得た。子宮摘出により初めて漿液癌の診断を得たのはIV期の1例のみであった。

【結論】初回の手術法の選択が問題となる初期の例は、組織の形態的特徴のみで診断し得なかった例は少なくなく（30%）、可及的な組織の採取や免疫染色などによる診断が必要である。MRIは筋層浸潤が僅かなような小サイズの例ではさほど有効ではないが全体的には、Type2の体癌の特徴的所見が得られ、診断の一助になるものと考えられた。

94.子宮体癌細胞に対するスルファサラジンおよびシスプラチンの併用効果の検討

○太田剛、高橋可菜子、清野学、山谷日鶴、永瀬智
山形大学

【目的】癌細胞の化学療法耐性メカニズムのひとつにグルタチオン経路が知られている。グルタチオンはシステイン、グリシン、グルタミン酸で構成される。システインの構成成分であるシスチンは細胞膜にあるシスチントランスポーターにより細胞内に取り込まれるが、シスチントランスポーターの阻害薬としてスルファサラジンがある。スルファサラジンは潰瘍性大腸炎の治療薬であり、近年癌治療への応用に注目されている。そこで我々は、子宮体癌細胞株に対するスルファサラジンの抗腫瘍効果とシスプラチンとの併用効果を検討することを目的とした。

【方法】子宮体癌細胞株HEC1A、HEC59、HEC265、Ishikawa、HHUA、USPC-1、SPAC細胞を用いて研究を行った。それぞれの細胞株の細胞内グルタチオン濃度を測定し、スルファサラジンの抗腫瘍効果をMTS assayを用いて検討した。さらにそれぞれの細胞株でスルファサラジンおよびシスプラチンの併用効果についてMTS assayで検討した。

【結果】子宮体癌細胞における細胞内グルタチオン濃度は、USPC-1、SPAC、Ishikawa細胞で高い傾向にあった。USPC-1、SPAC細胞は子宮体部漿液性癌由来の細胞株、その他の細胞株は類内膜癌由来の細胞株であり、類内膜癌細胞に比べ漿液性癌細胞でグルタチオン濃度が高い傾向にあった。また各細胞株のスルファサラジンに対するIC50を算出したところ、類内膜癌に比べ漿液性癌でIC50が小さいことが分かった。さらにスルファサラジンとシスプラチンの併用効果を検討したところ、類内膜癌細胞では併用効果を認めなかったが、漿液性癌ではスルファサラジンを併用することでシスプラチンの抗腫瘍効果を増強させた。

【結論】スルファサラジンは子宮体部漿液性癌に有効である可能性が示唆され、今後子宮体部漿液性癌の新たな治療選択となりうることが明らかとなった。

93.腋窩リンパ節転移を契機に発見された子宮体癌の一例

○安宅真名美¹、恐神博行¹、山崎智子¹、松浦基樹²、齋藤豪²
1 製鉄記念室蘭病院 産婦人科、2 札幌医科大学 産婦人科

【緒言】子宮体癌の腋窩リンパ節への転移は稀である。今回我々は、左腋窩リンパ節転移を契機に発見された子宮体癌の一例を経験したので報告する。【症例】47歳女性、性交渉歴なし、左腋窩のしこりと痛みを主訴に当院外科受診した。左腋窩に圧痛を伴う3cm大の腫瘤を認め、針生検施行した結果、子宮体癌または卵巣癌からの転移が疑われたため当科紹介受診となった。頸部細胞診はNILMであり、内膜細胞診は施行できなかった。骨盤MRIでは、多発子宮筋腫、左卵巣内膜症性嚢胞を認めた。腫瘍マーカーはCEAが5.4 ng/mL、CA19-9が409.0 U/mL、CA125が278.6 U/mLといずれも上昇を認めた。消化管内視鏡検査を施行したが悪性所見は認めなかった。子宮体癌または卵巣癌疑いで単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行した。術中所見としては腹腔内に明らかな播種は認めず、摘出検体は肉眼的に子宮内膜癌の所見であった。術後病理診断で類内膜癌（G2）を認め、腹水細胞診はadenocarcinomaを認めた。左腋窩リンパ節の摘出も考慮したが、術後CTにて血管や神経への浸潤が疑われたため摘出は困難と判断し、化学療法の方針となった。また、同CTにて下大静脈血栓を認めたため、抗凝固薬の内服を開始した。TC療法（PTX + CBDCA）を3コース施行後、CTで左腋窩リンパ節が8cmと増大しており、PDと判断した。皮膚浸潤も出現し、左腋窩に放射線照射を行った。60Gy/30Frの放射線照射終了後、腫瘍マーカーは正常化、左腋窩リンパ節は5.5cmと縮小を認め、経過観察の方針となった。照射終了1ヶ月後より徐々に腫瘍増大を認め、現在BSCの方針となっている。【考察】今回我々は、極めてめづらしい経過をたどった症例を経験した。文献的考察を踏まえて報告する。

95.超高齢再発子宮体癌症例に対して施行したmedroxyprogesterone acetate (MPA)療法

○佐藤直人、田中創太、田上和磨、長谷川祐子、吉田瑤子、湊純子、湊敬廣、末永香緒里、葛西亜希子、葛西剛一郎、河野順子
八戸市立市民病院

【緒言】日本老年医学会は2017年に高齢者を75～89歳、超高齢者を90歳以上と定義した。再発子宮体癌に対するMPA療法は、類内膜腺癌G1あるいはエストロゲン受容体・プロゲステロン受容体陽性の症例に考慮される。今回、MPA療法が長期間奏効している超高齢者の再発子宮体癌症例を経験したので報告する。

【症例】88歳時に子宮体癌IB期（類内膜腺癌G1）の診断で放射線療法を施行。治療効果判定は完全奏効（CR）だったが、治療後に通院を自己中断した。初回治療から約8年経過した96歳の時、不正性器出血を主訴に前医を受診。子宮体癌の診断で当科に紹介。前医、当院ともに内膜組織診は類内膜腺癌、G1の診断であった。MRI検査で子宮体部病変の再発、子宮頸部、傍結合織、骨盤壁への浸潤、CT検査では鎖骨上窩のリンパ節転移が疑われた。非常に高齢であったが歩行可能でADLが良かった。御本人、御家族と話し合い、MPA療法を開始した。治療開始後3か月後のCT検査で、再発病変の縮小を認め、部分奏効（PR）が得られた。その後も増悪なく現在まで1年9か月間、MPA療法を継続出来ている。

【考察】再発子宮体癌に対する薬物療法は化学療法がまず行われるが、薬剤の選択肢が少なく、高齢者や全身状態の低下した患者には投与が困難なケースもある。最近MSI陽性の再発子宮体癌症例に抗PD-1抗体が使用できるようになったが、免疫関連の合併症のリスクを考慮するとこれから増加する高齢または超高齢患者には投与しにくい。その他アロマターゼ阻害薬、選択的ER調整薬、mTOR阻害薬を使用した報告もある。本邦で古くから行われてきたMPA療法は血栓症以外に毒性がほとんどなく高齢者に使用しやすい。超高齢者でも長期に渡って特に有害事象なく治療が可能であった。

96.ロボット支援下手術におけるロールインからコンソールまでの定型化の必要性

○西村庸子、松浦基樹、黒川晶子、玉手雅人、寺田倫子、郷久晴朗、岩崎雅宏、齋藤豪

札幌医科大学産婦人科学講座

【緒言】ロボット支援下手術は2018年4月より早期子宮体癌と良性疾患に対する子宮摘出術が保険取載となり手術件数が増加している。しかし腹腔鏡手術と比較し、執刀開始からコンソールまでの準備に時間を要するという欠点がある。【方法】当院で2018年6月より早期子宮体癌に対しロボット支援下手術+両側副属器切除術(RASH+BSO)を施行した計17症例においてコンソールまでの準備時間を検討した。

【結果】平均年齢57(38-84)歳、BMI 23.2(17.0-30.6)、ロールインからコンソールまでの準備時間は平均11.7分(7-20分)であった。

【考察】コンソール時間は症例により変化するが執刀開始からコンソール開始までの操作を定型化しスムーズに行うことで、ロボット支援下手術を安全に施行できることに繋がると考えられる。ロールインからコンソールまでの定型化を行うにあたり、執刀医・助手・器械出し看護師が行うことを言語化することで次の操作を予測することが可能である。また、手術を導入するにあたり執刀医と助手を同じメンバーで行なった後、他の医師へ指導することにより定型化を図ることが可能である。今回、当院で行っているコンソールまでの取り組みを動画供覧しながら報告する。

97.当科における腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清術について 開腹と同程度の郭清範囲、郭清度合いを求めて

○岡本修平、石川雄大、水崎恵、寶田健平、市川英俊、高橋知昭、加藤育民、片山英人、千石一雄

旭川医科大学産婦人科

【目的】当科では子宮体癌、子宮頸癌、卵巣癌などの開腹悪性腫瘍手術において、骨盤リンパ節郭清を施行する際には、総腸骨節～閉鎖節は一塊にして摘出する en bloc 郭清を行っており、同時に仙骨節の郭清も同時に行う事を心掛けている。当科でも早期子宮体癌に対して積極的に腹腔鏡手術を取り入れており、骨盤リンパ節郭清を施行している。しかし、腹腔鏡では鉗子の可動制限や視野の問題があり、開腹手術と同等に手術を行うのは困難と考えている。今回我々は、開腹手術と同様のクオリティに少しでも近付ける為の工夫を報告する。

【方法】臍部に12mm、両側、正中下腹部に5mmトロッカーを挿入するダイヤモンド方式を採用している。まずS状結腸、回盲部を十分に授動し、Latzkoの直腸側腔を展開し直腸を仙骨から剥離する。その後膀胱側腔を側腸靭帯に沿って、骨盤底筋が見えるまで展開する。仙骨～内腸骨節の内側が十分視認できる様に綿テープで直腸を腹壁に吊り上げる。

リンパ節は血管から血管鞘ごとリンパ節を剥離する意識で、出血のリスクが高い場所以外はモノポラを用いて鋭切開を心掛け、閉鎖動脈と共にリンパ節を一塊に摘出している。

【結果】同一術者が施行した6例の検討において、手術時間の中央値は424分(324-452)、視野展開時間は93.5分(65-110)、郭清時間は112.5分(94-144)、摘出リンパ節個数は35.5個(19-85)であった。

【結論】開腹手術よりも制限が多い腹腔鏡手術において、郭清前の十分な視野展開は非常に重要であり、これにより、安全で且つ開腹手術に近いクオリティで郭清を行う事が出来ると考えられる。しかし、現行の方法では、S状結腸の圧排が足りず、左総腸骨節の頭側の郭清が不十分である点、肥満症例では展開自体が困難になり、長時間になる傾向があり、ポート追加やカメラポートの位置変更などの更なる改良が必要である。

98.コンパートメント症候群の予防を目的とした腹腔鏡下手術における載石位での下肢固定の工夫

○小幡武司¹、明星須晴²、水本泰成¹、松本多圭夫¹、折坂俊介¹、岩垂純平¹、小野政徳¹、中村充宏¹、藤原浩¹

¹金沢大学産婦人科、²浅ノ川総合病院産婦人科

【目的】コンパートメント症候群は筋肉組織などの腫脹によりその区画内圧が上昇することで血管、神経などが圧迫され、循環不全のため壊死や神経麻痺を起こす疾患である。載石位での長時間手術はコンパートメント症候群の発症に十分な注意が必要である。我々の施設での子宮悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術では、下肢はフットポンプを装着した上で載石位および頭低位で体位を取り、術中は3時間ごとに除圧および頭低位解除を行っている。今回我々は、子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後に発症したコンパートメント症候群の症例を経験したことを教訓に、その原因と対策について考察した。

【方法】体格の異なる複数の当科の医師を被検者として、手術台の上で検証を行った。実際の腹腔鏡下手術時と同様に、下腿にフットポンプを装着した上で、レベテータを用いて載石位を取った。最後に頭低位で体位を保持し、実際に下肢の圧迫や疼痛が認められるかを検証した。

【結果】全ての被検者は、フットポンプによって下腿が圧迫される痛みを自覚しなかった。しかし、被検者の中には下腿外側にレベテータによる圧迫を自覚する者がいた。さらに、股関節の外転角度が上がれば上がるほど圧迫症状は強くなっていった。そこで、レベテータの角度を調整し、下腿の周囲に隙間を作るように固定すると下腿の圧迫症状は解除された。これらの点に留意して1年以上手術を行ってきたが、良性疾患だけでなく悪性疾患においても腹腔鏡下手術後にコンパートメント症候群を発症した症例は実際にゼロである。

【結論】載石位での腹腔鏡下手術において、コンパートメント症候群の予防にはレベテータによる股関節の角度、そして下腿周囲に隙間を作ることが重要であることが示唆された。

99.北海道産婦人科医療と北海道の現状－平成30年の推移と今後の展望もあわせ－

○加藤育民、千石一雄

旭川医科大学 産婦人科

【目的】産婦人科医療の厳しさが表面化し長い年月が経過しているが、残念ながら有効な解決手段が見つかっていない。その間にも、医療技術の進歩、女性医師の増加、専門医機構、働き方改革など様々な状況が出現している。安心・安全な産婦人科医療の提供のため医療環境の厳しさを優しさに変える様々な対策が増える必要がある。対策への基本情報として、産婦人科医療ならびに地域における現状と予想を知ることが必要である。

【方法】北海道関連の人口統計資料、日本産婦人科学会および日本産婦人科医会資料、北海道産婦人科医会および北海道産婦人科学会名簿をもとに、平成30年間の人口推移、出生数推移、産婦人科医療機関状況、期間別の産婦人科医師数推移、並びに令和10年ころの予想産婦人科医師数等を検討してみた。

【結果】北海道(概算人口、出生数)は、平成2年(564万人、5.4万人)であり、平成30年(534万人、3.4万人)と人口減少、少子化の状況が進んでいる。特に、札幌と旭川以外の地域における出生数は、極端に減少している。出生数の減少に伴い、分娩対応施設数の減少も認めている(R=0.9)。産婦人科医師登録数は、平成2年度559名(男性527名、女性32名)であり、平成30年度562名(男性418名、女性144名)で総人数では増減は認められていなかった。35歳以下(推定)の産婦人科医師数は、平成10年ごろまで170～180名であり、平成20年以降は、100名前後と減少している。詳細な検討結果は、本学術集会で報告させていただく。

【結論】北海道医療への影響として、面積、気候、交通の脆弱があげられ、産婦人科医療にも多大な影響がある。更に、産婦人科医療と地域の維持は切ることができない問題と推察する。将来の産婦人科医療(臨床、研究、教育、地域医療)を維持するためにも、現状把握および予測が重要と思われる。北海道の産婦人科医療従事者の労働環境改善と、医師数の確保につながることを願って報告する。

100. 当院における超緊急帝王切開 (NICE分類 カテゴリー1) の母児転帰に関する検討

○新開翔太、真里谷奨、長尾沙智子、染谷真行、森下美幸、馬場剛、石岡伸一、齋藤豪

札幌医科大学付属病院

【目的】 当科では母児に生命の危険が差し迫る緊急度の高い帝王切開を要した際、可及的迅速に対応すべく帝王切開用手術室の常時確保や、関係者一斉呼出用のコール番号の設定等、院内の産科緊急時体制を構築している。今回我々は、当院で施行された超緊急帝王切開について母児周産期転帰を確認すべく臨床経過を後方視的に検討した。

【方法】 2013年4月から2018年3月までに当院で超緊急帝王切開 (NICE 分類カテゴリー1) を施行した症例について分類を行った。カテゴリー1に分類された超緊急帝王切開に関して手術適応、手術決定から娩出までの所要時間、周産期合併症および児転帰等について後方視的に検討した。

【結果】 対象期間内に施行した超緊急帝王切開は31例であった。適応の内訳としては胎児心拍数異常が15例 (48.4%)、常位胎盤早期剥離12例 (38.7%)、臍帯脱出2例 (6.4%)、児上肢脱出1例および前置胎盤出血が1例であった。麻酔方法は全例が全身麻酔で行われていた。平均分娩週数は36.0 ± 4.5週、出生児体重は2354.8 ± 805.1gであった。手術決定から児の娩出までの平均時間は27.6 ± 14.6分であった。新生児仮死は18例 (58.0%) と高率であり、仮死症例の平均臍帯動脈血 pH は7.11 ± 0.17 と低値であった。出生児のうち15例 (48.4%) がNICUでの集中治療を要した。術中合併症は1000ml以上の多量出血を6例 (19.4%)、膀胱損傷を1例に認めた。術後創部感染は4例 (12.9%) と比較的高率に認められた。

【考察】 超緊急帝王切開において最も重要なのは母児予後改善のための迅速な執刀開始および娩出である。帝王切開決定から娩出まで30分以上を要した症例も決して少なくはなく、緊急時対応体制の更なる改善が求められると考えられた。

101. 超緊急帝王切開 (GradeA) に対する当院の経験と取り組み

○山本竜太郎、小田切哲二、越澤章太郎、竹内肇、飯沼洋一郎、箱山聖子、杉山沙織、中嶋えりか、吉田俊明、光部兼六郎

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

【目的】 当院はハイリスク分娩を扱う地域周産期母子センターを有し、道北地域の周産期中核病院としての役割を担っている。常勤医9名 (産婦人科専門医6名)・助産師37名であり、さらにNICU12床・GCU16床を有している。当院の産科診療の中でGradeAの超緊急帝王切開 (以下Aカイザー) は年間に5例ほど起きているが、頻度は稀なため対策を立てるのに苦慮してきた。そこで当院での経験を振り返り今後の課題について検討する。

【方法】 Aカイザーを決定してから児の娩出までの時間 (Decision to Delivery Interval: 以下DDI) は一般的に30分以内を目標としてきた。当院での過去3年間の15例のAカイザーに対して、①DDIを算出し、②DDIの勤務帯 (平日日勤と夜間休日) での差や、③DDIと臍帯血ガス所見の関連性、④Aカイザーの原因について調べた。

【結果】 ①DDIは平均27分 (14~50) であった。②DDIは平日日勤では平均188分であったが、夜間休日では平均32分であった。臍帯血pHが7以下の症例が2例あった。③DDIと児の臍帯血pH・児の後遺症との関連性は明らかではなかった。④Aカイザー発生原因の内訳としては常位胎盤早期剥離が最も多く8例 (53%) であった。

【結論】 DDIは平日日勤と比較し夜間休日で長くなる傾向がある。当院は地域周産期母子センターであるが麻酔科医・手術室看護師が夜間休日は院外待機であるなどの病院のシステム上の理由が挙げられる。各施設での現状に合わせた最適な対応を検討する必要がある。現在当院では、病棟看護師、助産師が手術室の準備を行う訓練に取り組んでいる。この取り組みの中で、各部署との連携強化が重要であり、産科医がリーダーシップをとる必要があると考えられた。

102. 高エネルギー外傷受傷5日後に発症した常位胎盤早期剥離の1例

○鈴木聡、岡部慈子、今泉花梨、青木千津、野村泰久

太田西ノ内病院 産婦人科

【諸言】 交通事故は妊婦の外傷の原因の約80%を占め、約50人に1人の妊婦が交通事故に遭うと試算されている。外傷は常位胎盤早期剥離や子宮破裂、胎児損傷など重篤な結果を招くことも多い。今回交通外傷受傷後5日後に常位胎盤早期剥離を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】 23歳 G1P0

妊娠34週2日、近医で妊婦健診を受診後、帰宅途中で自家用車を運転中、交差点で左側から時速60km/h程で進入してきた普通乗用車に左側面から衝突され、自車は右側に90度横転した。シートベルト装着あり、エアバック作動あり。高エネルギー外傷として当院に搬送された。

受傷直後一時的な意識消失はあったものの、当院搬送時は意識清明、バイタルサインに異常なし。左大腿付け根にシートベルト痕と思われる打撲痕を認める以外、有意な外傷は認めなかった。産科的には性器出血、破水は認めず、経腹超音波でも胎児損傷、胎盤後血腫などは認めなかった。MRI検査でも子宮、胎盤、胎児に異常を認めなかった。

経過観察目的に入院となったが、異常なく翌日退院となった。

妊娠35週0日 (受傷5日目) 性器出血、子宮収縮を認め再度当院に搬送となった。エコー上、胎盤前に凝血塊を認め常位胎盤早期剥離の診断で緊急帝王切開を施行され、2497g、Apgarスコア1分7点、5分7点、臍帯動脈血pH7.346の児を娩出した。

母体は経過良好で産褥5日目に退院、児も日齢14日に退院しその後の発達に異常を認めていない。

【考察】 外傷性常位胎盤早期剥離は受傷後比較的早期に発症し、多くは24時間以内に発症するとされるが、本症例は受傷5日後に発症した。幸い母児ともに後遺症なく救命が可能であったが、外傷を受傷後の妊婦を診察する場合には厳重な観察と、患者、家族への十分な説明が必要と考えられた。

103. 帝王切開後産科危機的出血に対して母体救命目的に子宮摘出を要した3症例の検討

○佐藤由梨、長尾沙智子、新開翔太、真里谷奨、森下美幸、馬場剛、石岡伸一、齋藤豪

札幌医科大学 産婦人科

【緒言】 生命を脅かすような分娩時大量出血は妊産婦300人に約1人の頻度で発生すると言われ、産科危機的出血は妊産婦死亡原因で最多の23%を占める。今回我々の施設で子宮摘出によって救命し得た産科危機的出血の3症例を経験したので報告する。

【症例1】 前医で分娩停止にて帝王切開術施行。術後陰道出血および血圧低下にて高次施設での加療目的に当院へ搬送された。バルーンタンポナーデ施行するも十分な止血得られず出血量5000mlを超えた時点で、子宮摘出術へ移行した。【症例2】 既往帝王切開、陣痛発来にて前医で帝王切開術施行。術後ショックバイタル持続し精査加療目的に当院へ搬送となった。経腹エコーにて腹腔内出血を認め、追加CT精査準備中に血圧測定不能となり、緊急開腹術へ移行した。右子宮動脈損傷を認め、肝背側に至る広範囲の後腹膜血腫を形成していた。術中IVRにて両側内腸骨動脈塞栓術施行し、出血の減弱を確認した上で膈上部摘出術施行。脆弱組織からの止血困難で術中出血10000mlを超えたため、ダメージコントロール目的にガーゼパッキングにて閉腹した。集中管理後に翌日再開腹し、止血を確認した。

【症例3】 前医で分娩停止にて帝王切開術施行。術後血圧低下し精査加療目的に当院へ搬送となった。腹腔内出血と血圧低下から外科的処置が必要と考え、開腹止血術決定となった。左広間膜内血腫を除去し、膈上部切開術施行。帰室後に大量陰道出血を認め血圧低下、再開腹し残存子宮頸部を摘出した。膈後壁の深い裂傷をこの段階で確認し、追加修復止血を得た。

【考察】 産後出血コントロール困難な場合にはIVRや開腹手術を含む外科的治療に移行する判断が重要である。今回はいずれも搬送症例であり出血持続と全身状態の悪化を認め、子宮摘出による確実な止血が必要と判断した。病院連携および関連医師、関連部署と連携した速やかな対応が母体救命・予後改善に繋がると考えられた。

104. 当科において作成した産科DIC治療指針の検討

○ 越澤章太郎、小田切哲二、山本竜太郎、竹内肇、杉山沙織、中嶋えりか、箱山聖子、飯沼洋一郎、吉田俊明、光部兼六郎

JA 北海道厚生連旭川厚生病院

【目的】近年 DIC の概念は大きく見直され、各病態に合わせたガイドラインが整備されつつある。しかし、現在の産科診療ガイドラインでは、産科 DIC に対する明確な治療指針は定められていない。また、リコンビナントトロンボモジュリン (rTM) は、DIC 治療薬として承認された新規薬剤であり、産科 DIC に対する第Ⅲ相試験で有効性と安全性が評価された。当院では産科 DIC 治療指針を作成し産科 DIC に rTM を 2016 年から導入し、2017 年に指針を一部改変して運用を継続している。その指針運用後の成績、指針の妥当性について検討を行う。

【方法】2016 年 4 月から 2018 年 4 月までの、産科 DIC に移行する危険性が高いと判断した症例 (常位胎盤早期剥離、低凝固性出血を伴う弛緩出血など) 33 症例に対し指針を適用し、当科治療指針に基づく治療成績について検討した。

【結果】産科 DIC と診断された症例 (DIC 群) は 9 例あり、輸血及び DIC 治療薬による治療により全症例が DIC から離脱できた。そのうち 1 例は rTM の投与のみで DIC から離脱した。産科 DIC 基準を満たさない症例 (非 DIC 群) は 24 症例あり、そのうち 9 症例に出血の持続を認め rTM を使用し、そのうち 1 例においては追加治療を必要としなかった。アンチトロンビン (ATⅢ) 製剤使用症例は 9 例あり、そのうち 6 例は DIC 群で 3 例は非 DIC 群であった。新鮮凍結血漿輸血量は 14 例ありそのうち 7 例は DIC 群で、7 例は非 DIC 群であった。

【結論】全症例において、DIC から速やかに離脱または DIC への移行を予防でき、当院の治療指針は妥当であると考えられた。非 DIC 群に対しても DIC 治療薬の投与が有効と考えられる症例があった。指針運用による治療成績について今後も症例を蓄積し検討を行っていく。

106. 卵管結紮術後に生じた右卵管留水腫莖捻転の 1 例

○ 鹿内智史¹、神末央奈¹、伊野善彦¹、鈴木将裕¹、齋藤豪²

1 北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科
2 札幌医科大学産婦人科学講座

【緒言】卵管留水腫の発生原因として卵管の機械的閉塞や炎症の波及による閉塞が挙げられ、卵管結紮術の既往もしばしば原因となりうる。一方、卵管留水腫の莖捻転は稀な疾患であり術前診断は困難であるとされている。今回、卵管結紮術後に右卵管留水腫莖捻転を発生し、腹腔鏡手術で治療し得た症例を経験したため報告する。

【症例】45 歳女性、3 妊 3 産。28 歳で出産後に卵管結紮術を受けていた。右下腹部痛を主訴に前医を受診し、単純 CT 検査で右卵巣腫瘍が疑われ当科紹介受診となった。血液検査で炎症反応の上昇を認めず、CT 検査の所見からも虫垂炎は否定的であった。造影 MRI 検査で右卵巣は同定可能であり、右卵巣に近接して管腔構造を呈する直径 5cm 大の腫瘤を認めた。また、骨盤内左側にも同様の所見を呈する直径 2cm 大の腫瘤を認めた。画像所見から両側卵管留水腫と診断し、臨床経過から右卵管留水腫の莖捻転を強く疑い腹腔鏡手術を施行した。腹腔鏡にて両側卵管留水腫を認め、右卵管は 180 度捻転していた。腹腔鏡下両側卵管切除術を行い、症状は改善した。術後経過は良好であり、術後 4 日目に退院とした。

【考察】卵管留水腫の莖捻転は稀な疾患であり、医学中央雑誌の検索では過去 10 年間で 5 例の報告があるのみである。卵管結紮術後であることを踏まえるとその報告例は 2 例に留まる。過去の報告によると卵管留水腫の莖捻転は術前診断が困難であることが多いとされている。本症例においては卵管結紮術後であること、虫垂炎は否定的であったことに加え、造影 MRI 検査における腫大した管腔構造より卵管留水腫と診断し、下腹部痛の原因としてその莖捻転を念頭に手術を行うことができた。

卵管結紮術後の成人女性の右下腹部痛においては、卵管留水腫の可能性も考え検査及び治療を行うべきである。また、卵管結紮術は術後に卵管留水腫を生じる可能性があることを理解した上で行う必要がある。

105. 腫瘍内に上皮内癌を伴った卵巣成熟嚢胞性奇形腫の一例

○ 田上和磨、田中創太、佐藤直人、長谷川裕子、吉田瑠子、湊純子、湊敬廣、末永香緒里、河野順子、葛西亜希子、葛西剛一郎

八戸市立市民病院

【緒言】卵巣成熟嚢胞性奇形腫が稀に悪性転化することは広く知られている。悪性転化した組織型のほとんどは扁平上皮癌 (SCC) であり、上皮内扁平上皮癌 (CIS) のみを伴うことは極めて稀である。今回我々は卵巣腫瘍核出術後の病理診断で、成熟嚢胞性奇形腫由来の CIS を認める症例を経験したので報告する。

【症例】34 歳、1 経産、既往歴に特記事項なし。月経不順で前医を受診した際に右卵巣腫瘍を指摘され、当院紹介となった。経膈超音波検査にて 9cm 大の右卵巣腫瘍を認め、一部に高エコー領域を認めた。血液検査で腫瘍マーカー値の上昇は認めなかった。骨盤 MRI 検査で右卵巣腫瘍内に脂肪成分と hair ball を認め、右卵巣成熟嚢胞性奇形腫と診断し、腹腔鏡下右卵巣腫瘍核出術を施行した。術後病理診断は、腫瘍内の皮膚扁平上皮に CIS を伴った右卵巣成熟嚢胞性奇形腫であった。腫瘍内には皮膚、皮膚付属器、平滑筋、骨組織を認め、未熟成分は認めなかった。扁平上皮病変について浸潤の有無を精査する目的で追加切り出しを行ったが、同様に CIS を認めるのみで明らかな浸潤は認めなかった。速やかに CT 検査を行い、遠隔転移やリンパ節転移を疑う所見が無いことを確認した。治療方針を決めるため文献を検索したが、同様の症例はこれまでに 8 症例しか認めなかった。これらの症例報告をもとに卵巣境界悪性腫瘍に準じた治療方針を提示した。本人より妊孕性温存希望があったため、追加治療として腹腔鏡下右付属器切除術を施行した。術後の病理診断で成熟嚢胞性奇形腫を含めた腫瘍組織の残存は認めなかった。追加治療なく、現在慎重に経過観察を行っている。

【考察】卵巣成熟嚢胞性奇形腫に CIS を伴う症例の報告は極めて稀であり、術前の診断方法や治療方法は確立されていない。これまでの報告では再発症例はないが、病理学的に再発や再発後に悪性転化を生じる可能性はあると思われ、慎重なフォローが必要と考えられる。

107. 腹腔鏡下手術を施行した抗 NMDA 受容体脳炎についての検討

○ 高林杏奈、福原理恵、石原佳奈、松本麻未、小山文望恵、横田恵、横山良仁

弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座

【目的・方法】抗 NMDA 受容体脳炎は、卵巣成熟奇形腫を合併することがあり、腫瘍の摘出が寛解までの期間短縮に寄与するとされる。当科では 2011 年から 2018 年までに 5 例の抗 NMDA 受容体脳炎を経験し、全例に腹腔鏡手術を施行した。これらについて後方視的に検討し、そのうち典型的な 1 例について報告する。

【結果】5 例の発症時平均年齢は 30 歳 (22-41 歳) であった。全例手術前に抗 NMDA 受容体脳炎の診断がなされていたか、疑われていた。症状発現から手術までの平均期間は 162 日 (30-940 日) であった。5 例中 4 例は術前の画像検査で卵巣成熟奇形腫が疑われ、患側卵巣腫瘍核出術が行われた。術前の画像検査での平均腫瘍径は 50mm (32-73mm) であった。残り 1 例は画像上、卵巣腫瘍は指摘されなかったが抗 NMDA 受容体抗体陽性のため、主治医とも相談の上で両側付属器切除術を行った。卵巣の病理検査では通常卵巣組織であり腫瘍は認めなかった。この症例は意識障害が遷延し、気管切開、胃瘻造設の上りハビリテーション目的に転院となった。

＜症例＞33 歳の女性で発症 2 ヶ月前に他院で帝王切開術を受けていた。妊娠中から卵巣腫瘍が指摘されていた。当院紹介 2 週間前に発熱、頭痛等の症状があり、他院産婦人科受診時に突然意識消失し、当院神経内科に紹介となった。ステロイドパルス療法、血漿交換療法が行われ、経過中に抗 NMDA 受容体抗体陽性が判明し、卵巣腫瘍検索のために当科紹介となった。画像検査で左卵巣腫瘍を認め、成熟奇形腫が疑われた。腹腔鏡補助下卵巣腫瘍核出術を施行した。術後経過は良好で、精神症状も軽快し退院となった。

【結論】抗 NMDA 受容体脳炎が疑われる卵巣腫瘍は、早期の腫瘍摘出術を行うことが有効であり、神経内科のみならず産婦人科でも当疾患についての認識を深め、適切な情報提供がなされることが重要であると思われた。

108.術中に診断に至ったが、腹腔鏡下に摘出し得た遊離卵巣嚢腫の一例

○水沼慎人、田村良介、平川威夫、山谷文乃、佐藤麻希子
大館市立総合病院産婦人科

【緒言】卵巣嚢腫は日常的に遭遇する機会の多い疾患ではあるが、嚢腫病変が正常卵巣から遊離して腹腔内に認める遊離卵巣嚢腫は非常にまれである。今回我々は成熟嚢胞奇形腫が茎捻転後に autoamputation し、腹腔内へ遊離したと思われる、遊離卵巣嚢腫を腹腔鏡下手術にて診断・摘出し得た一例を経験したので報告する。

【症例】38歳、4妊3産（自然分娩3回、自然流産1回）。31歳時に右卵巣成熟嚢胞奇形腫のため腹腔鏡補助下卵巣嚢腫核出術を行った既往がある。

前医にて妊娠41週1日に自然分娩したが、妊娠初期より卵巣嚢腫を指摘されていた。産褥1ヶ月健診でも同様に卵巣嚢腫を認めるため、精査加療目的に当科を紹介受診した。骨盤MRI検査ではダグラス窩に7cm大の卵巣嚢腫を認めた。成熟嚢胞性奇形腫所見であり、悪性所見は認めなかった。嚢腫病変とは別に正常右卵巣が描出されていたため、左卵巣由来と考えられた。良性卵巣嚢腫として腹腔鏡下手術を行った。

【手術所見】骨盤内を観察すると両側付属器とも嚢腫病変は認めなかった。左卵巣は小さく痕跡状であった。右仙骨子宮靭帯近傍に両側付属器と連続性の無い鶏卵大の嚢腫病変を認め、遊離卵巣嚢腫と診断した。嚢腫は周囲腹膜と線維性癒着を形成するのみで腸管等の周囲臓器とも連続性はなかった。周囲との線維性癒着を解除するのみで嚢腫は破綻なく摘出され、組織回収袋を用いて体外に搬出した。病理診断は成熟嚢胞性奇形腫であった。

【考察・結語】本症例では、無症候ではあるが、左卵巣由来の卵巣嚢腫が、茎捻転を契機に卵巣から autoamputation したものと考えられた。遊離卵巣嚢腫の診断は術前には困難であり、最終的には手術時の診断となるが、腹腔鏡下手術で治療し得るものと思われた。

110.高度な静脈圧迫により深部静脈血栓症を術前発症し、下大静脈フィルターのリレー置換により周術期管理した巨大卵巣腫瘍の1例

○小野有紀、菅原多恵、三浦康子、佐藤敏治、清水大、佐藤直樹、寺田幸弘
秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】深部静脈血栓症（DVT）は婦人科腫瘍にしばしば合併し、ときに重篤な肺塞栓症の原因となる。術前の未分画ヘパリン（UFH）療法で血栓溶解が得られず、高度な下大静脈静脈圧迫により下大静脈フィルター（IVCF）留置にも困難を伴ったDVT合併巨大卵巣腫瘍の1例を報告する。【症例】54歳、3妊2産（2回帝切）。45歳時の右被殻出血の既往による左片麻痺あり。数年前から下腹部膨満感を自覚しており、症状が増強したため近医を受診した。卵巣腫瘍疑いで当科を紹介され、充実性構造を伴う約30cmの多房性腹腔内腫瘍と下肢の浮腫が認められた。卵巣癌が疑われ手術検討されたが、Dダイマー値6.49 $\mu\text{g/ml}$ あり、造影CTで左総腸骨静脈内から左大腿静脈内に連続する血栓が検出された。術前のIVCF留置について院内検討したが、下大静脈の高度圧迫により適度での安定留置は困難との判断となり、UFH持続静注による血栓溶解を試みた。UFH開始後12日目、18日目のCTで血栓像の縮小は認められず、DVTの術前治療は困難と考えられた。手術当日に内頸静脈より一時留置型IVCFを挿入した。手術時には腫瘍内容液の吸引除去によりIVCFが適度で自律拡張しているのを確認し、基本手術を完遂した。術直後には低分子ヘパリンによる抗凝固療法を実施したが、術後2日目の造影CTでDVTの縮小や移動は認められず、リバーロキサパンに切り替えた。術後5日目に永久留置型IVCFに置換して、術後9日目に退院した。【考察】本例は巨大卵巣腫瘍による腹腔内圧上昇と片麻痺の併存があり、DVTのハイリスクであった。下大静脈の高度な圧迫により術前の永久型IVCF留置が困難で、血栓溶解療法に制約や限界を認める場合には、一時留置型IVCFを術前適用した早期の手術療法が有効と考えた。

109.播種性血管内凝固症候群を発症した子宮腺筋症の一例

○對馬立人、熊坂諒大、淵之上康平、松下容子、尾崎浩士、重藤龍比古
青森県立中央病院

【緒言】子宮腺筋症を原因として播種性血管内凝固症候群（DIC）を発症することは稀である。今回我々は子宮腺筋症を背景として、黄体・卵胞ホルモン配合剤内服後の消退出血にて急激なDICをきたした一例を経験したので報告する。

【症例】39歳女性、2018年に近医受診し、子宮腺筋症と貧血を認め当科紹介。当初は経過観察していたが本人の希望もあり、初診から12ヶ月後にノルエチステロン開始。内服後18日目に下腹部痛および中等量の性器出血のため救急搬送され当科入院。補液、止血剤、ノルゲストレルで症状の改善が得られ一時退院するも、内服終了後8日目に大量性器出血および下腹部痛のため救急搬送。搬送後も性器出血が持続し、止血困難な状態。造影CTで活動性出血を認めたため、子宮動脈塞栓術を施行。採血でHb 7.0 g/dlと低下。D-dimer 415.8 $\mu\text{g/ml}$ 、FDP 2864.8 $\mu\text{g/ml}$ と凝固系異常あり、DICが疑われたためRBC計14単位、FFP計14単位、アンチトロンピンγ 1800単位/日、ナファモスタットメシル酸塩120mg/日、トロンボモデュリンα 6400単位/日で加療。DICは徐々に脱離し、4日目にはD-dimer 2.6 $\mu\text{g/ml}$ 、FDP 5.4 $\mu\text{g/ml}$ と改善。また、造影CTで深部静脈血栓症は認めないが肺塞栓を認めていたため、当日よりヘパリンNa10000単位、4日目から15000単位で加療し、7日目よりエドキサバントシル酸塩にて加療。その後Hb 11.5 g/dl、D-dimer 1.7 $\mu\text{g/ml}$ 、FDP < 5.00 $\mu\text{g/ml}$ と貧血および凝固系の改善がみられ、12日目に退院。3日目にリニュープロレリン酢酸塩3.75mg投与。退院後性器出血は認めず、53日目に単純子宮全摘術および両側卵管切除術を施行し、術後経過は良好。

【考察】子宮腺筋症を原因としたDICの報告は現在の所15例と少ない。本症例はノルゲストレル内服による血栓形成傾向があり、消退出血をきっかけに急激なDICに至ったと考えられるが、さらに文献的考察を加えた上で報告する。

111.腔内異物を原因として膀胱腔瘻、巨大結石を発症した1例の治療経験～我々はこうして巨大結石を摘出した～

○小島学¹、添田周¹、古川茂宜¹、鴻地由大¹、白岩彰¹、福田冬馬¹、植田牧子¹、遠藤雄大¹、渡辺尚文¹、藤森敬也¹、神保正利²、西郡秀和²、高橋俊文²、水沼英樹²、片岡政雄³

¹ 福島県立医科大学 産婦人科
² 同 ふくしま子ども・女性医療支援センター、³ 同 泌尿器科

【緒言】腔内異物による膀胱腔瘻ではしばしば異物の周囲に石灰化を来し結石となるが、結石が大きくなると単純な牽引による摘出は困難を極める。そのため巨大結石に対しては破碎が必要となるが、その方法論を詳細に示した報告はまだない。我々は腔内異物のプラスチック製キャップから膀胱腔瘻、巨大結石を発症した1例を経験したので、摘出方法についての具体的な治療戦略を含め報告する。

【症例】28歳。18歳時に外傷で撮影された画像で下腹部の石灰化病変を指摘。A病院産婦人科を紹介されるもその後の通院を自己中断。その後、膀胱炎を繰り返していたが症状が悪化しB病院泌尿器科を受診。CTにて腔内に10.3×10.2cmの長靴型をした石灰化病変と水腎症を指摘。石灰化病変の内部には3.5×3.5cmの円筒状の構造が含まれていた。病変は膀胱にも一部及んでおり、内診では腔内に硬く触れる結石と腔内からの尿の流出が確認され、腔内異物を原因とする結石および膀胱腔瘻と診断。直腸粘膜への進展なし。当科へ紹介。診査腹腔鏡を行うと繰り返した骨盤内炎症による内性器周囲の癒着がみられた。腹腔内への結石の露出なし。後日、経腔的結石摘出術が施行され、ノミとハンマーを用いて結石をコアリングしていくと異物に到達、後は結石を腔内で回転させながら破碎する手順を繰り返す。異物と結石を搬出した（手術時間4h57m）。4ヶ月後に膀胱鏡検査を行うと膀胱頸部から三角部に1cm程度の瘻孔が残存していた。今後は膀胱腔瘻閉鎖術が施行される予定となっている。

【考察】結石は複雑な形状をしており単純な牽引による経腔的回収は困難であった。ただ、細かい砂を層状に硬く押し固めたような性状で、鋭匙で削れるほどの強度であったため、経腔的に結石を破碎して搬出する計画となった。巨大結石の摘出は経験がなかったが、診査腹腔鏡などによる評価や道具の選択などの準備を丁寧に行ったことが摘出成功の要因となったと考えている。

112.バセドウ病合併妊娠に胎児甲状腺腫を認め、母体の治療薬調整により胎児甲状腺腫の縮小を認めた1例

○有明千賀、藤嶋明子、亀山沙恵子、下田勇輝、三浦広志、佐藤朗、寺田幸弘

秋田大学医学部附属病院

【緒言】胎児甲状腺腫はきわめてまれな疾患であり、出生1/3,000～5,000に発症する。今回、バセドウ病合併妊娠に胎児甲状腺腫を認め、母体の治療薬調整により胎児甲状腺腫の縮小を認めた1例を経験したので報告する。【症例】31歳1妊0産。16歳時にバセドウ病と診断、内服治療されたが、自己中断していた。不妊症のため当院を受診し、バセドウ病を認めたためプロピルチオウラシル（PTU）内服が開始された。自然妊娠が成立し、当院で妊婦健診を受けていたが、妊娠34週0日羊水過多と切迫早産を認めたため、管理目的に入院となった。羊水過多の精査のため施行した胎児超音波検査により横径5.9cmに腫大した胎児甲状腺を認めた。妊娠13週のTRAbは43.6 IU/Lと高値であったが、母体の甲状腺ホルモンが長期に渡り低値でコントロールされていたこと、胎児頰脈を認めないことから、PTUの胎盤通過による胎児甲状腺機能低下症が胎児甲状腺腫の原因と判断した。PTUを減量し、レボチロキシンを投与したところ、甲状腺の若干の縮小と羊水量の正常化を認めた。妊娠36週5日、甲状腺腫大による気道確保困難を考慮し、新生児科・小児外科の立会いの下、帝王切開術を施行した。児は2871g、Apgar Score8/9、頸部は軽度腫大がみられたが、明らかな呼吸障害はみられなかった。出生直後は甲状腺機能に異常を認めなかったが、日齢5から甲状腺機能亢進へと移行したため抗甲状腺薬内服を開始した。状態は安定し、日齢18で退院した。【考察】バセドウ病合併妊娠では母体の抗甲状腺抗体による胎児の甲状腺機能亢進症を来す場合と、母体の抗甲状腺薬により甲状腺機能低下症を来す場合があり、両者とも胎児甲状腺腫の原因となり得る。その鑑別の方法として臍帯穿刺があるが、1～2%の胎児死亡の危険性がある。今回の症例では保存的療法による効果が認められたが、今後の症例の蓄積により、バセドウ病合併妊娠の胎児甲状腺腫の診断・治療基準がより明確になることを期待したい。

114.胎児左心低形成症候群と出生前診断され、治療を望まずに新生児の看取りを行った1例

○和賀正人¹、齋藤史子¹、高須賀緑¹、金森勝裕¹、軽部彰宏¹、小林壮²、佐藤姫子²、小山田遼²

¹由利組合総合病院産婦人科、²由利組合総合病院小児科

【緒言】胎児心臓病診断が普及し、先天性心疾患の出生前診断が可能になってきた。今回、出生前に胎児左心低形成症候群と診断され、両親が積極的な治療を望まなかったことから倫理委員会で審議を行い、分娩後に新生児の看取りをした症例を経験したので報告する。

【症例】38歳 4妊3産

妊娠初期より当科で妊婦健診を施行されていた。父親は妊娠継続について消極的であり、母親の希望で妊娠を継続していた。妊娠31週の妊婦健診の超音波検査で4 chamber viewと3 vessel viewの異常から胎児心奇形が疑われ、小児科医により左心低形成症候群と診断された。両親は経済的な理由で新生児の積極的な治療を希望されなかった。妊娠33週に外部委員を含めた倫理委員会が当院で開催された。審議の結果、両親が希望した看取り分娩が承認された。妊娠38週2日に自然分娩となり、新生児は2414g、Apgar score 8/9であった。出生後の超音波検査で左心低形成症候群（大動脈弁閉鎖、僧帽弁閉鎖）、心室中隔欠損症、心房中隔欠損症、大動脈縮窄と診断された。可能な限り母子同室としながら経過観察された。児は医療介入として補液のみ行われ、日齢8日に死亡した。

【考察】胎児左心低形成症候群と出生前診断され、倫理委員会で承認の上、新生児の看取りを行った症例を経験した。先天性心奇形に対する両親の心理的動揺は計り知れないが、出生前に診断することで、十分な情報提供の元で両親の意思を明確にし、意見を尊重する医療を行うことができた。

113. TRAb高値のバセドウ病で甲状腺全摘後の妊娠に対しプロピルチオウラシルを用いて行った胎児治療

○堀川翔太¹、丸山真弓¹、小幡美由紀¹、小篠隆広¹、中原健次¹、阿部祐也¹、京谷琢治²、室月淳²、國井周太郎³

¹山形県立中央病院 産婦人科、²宮城県立こども病院 産科
³国井クリニック

【緒言】胎児は母体のTSH受容体抗体（TRAb）と抗甲状腺薬の影響を受けるため、胎児の甲状腺機能を推測することは難しい。前回妊娠時に母体のTRAbが高値で、胎児が甲状腺機能亢進による心不全を発症したため、今回はプロピルチオウラシル（PTU）を用いた胎児治療を行った症例を報告する。

【症例】28歳、1妊0産（初回妊娠時）。バセドウ病に対し甲状腺全摘を行い、術後の甲状腺機能低下に対してレボチロキシン（T4-Na）75 μg/日を内服しながら、euthyroidで妊娠した。TRAbは40.1 IU/Lと高値であった。妊娠32週に胎児頰脈、胎児心拡大、中大脳動脈最高血流速度（MCA-PSV）の上昇および遷延一過性徐脈を認め、緊急帝王切開を行った。新生児に遊離T3 4.84 pg/ml、遊離T4 5.46 ng/dl、TSH < 0.01 μIU/mlと甲状腺機能亢進および心不全を認めた。

30歳、2妊1産（今回妊娠時）。T4-Na 75 μg/日を内服しながら euthyroidで妊娠した。TRAbが33.1 IU/Lと高値であったことから、妊娠10週よりPTU 150 mg/日を内服し、T4-Naを100 μg/日に増量した。しかし、妊娠31週でMCA-PSVの上昇と胎児甲状腺腫大（周囲径7.3 cm > 95% tile）を認めた。胎児甲状腺機能測定のために臍帯穿刺を検討したが、既に児の成熟が見込める時期であったため、妊娠33週5日に帝王切開を施行した。臍帯血はeuthyroidで心不全は認めなかったが、日齢3に遊離T3 8.12 pg/ml、遊離T4 > 5.00 ng/dl、TSH 0.12 μIU/mlと甲状腺機能亢進を呈した。

【考察】TRAbが高値の症例は胎児甲状腺機能異常を起こす可能性が高い。胎児心拍数や超音波所見を参考に、必要に応じて臍帯穿刺による胎児甲状腺機能の評価を行うなど、新生児期まで慎重な管理が必要である。

115.出生後に診断された気管無形成症の1例

○佐藤貴紀¹、佐々木由梨¹、畑山伸弥¹、羽場徹¹、江渡恒¹、金杉知宜²、川村花恵¹、寺田幸¹、岩動ちず子¹、千葉淳美¹、小山理恵¹、馬場長¹

¹岩手医科大学産婦人科、²岩手県立大船渡病院

【緒言】気管無形成症は、声門下の頸部気管が無形成で存在せず、遠位側で気管ないし気管支が食道と交通した先天異常である。出生直後の気道確保が問題となり、救命が極めて困難な疾患である。今回、先天性上気道閉塞症候群を疑い、分娩時臍帯非切断下気道確保（EXIT）を試みたが、気管無形成症のため気道確保不能となった症例を経験したので報告する。

【症例】29歳1妊0産、妊娠30週までの妊婦健診では異常は指摘されていなかった。33週に羊水過多が出現し、34週で胎児心奇形が疑われたため、35週に当院に紹介となった。初診時所見はAFI32cmと羊水過多を認め、胎児心奇形は三心房心が疑われた。さらに、超音波検査・MRIではいずれも喉頭から気管分岐部までの気道の連続性が確認できず、上気道閉塞症候群を疑った。出生後に気道確保が困難となるのが予想されたため、37週にEXITを併用した選択的帝王切開術を施行した。臍帯非切断下に気管挿管を試みたが、喉頭は盲端であり挿管困難であったため、気管切開を開始した。しかし、喉頭直下から胸腔内までの気管が欠損しており、気管切開も不能であった。気管切開中より児の高度徐脈が持続したため、臍帯を切断した（EXIT時間39分）。その後食道挿管による換気を試みたが換気はできず、生後28分で永眠となった。喉頭は盲端で、気管はほぼ全長にわたり欠損しており、気管分岐部付近で気管食道瘻を形成していたため気管無形成症と診断した。なお、心臓を含めその他の奇形は認めなかった。

【考察】先天性上気道閉塞症候群には緊急気管切開が有効な気道確保手段であるのに対し、本症では不可能である。本症例を救命するには、精密な胎児診断を前提として、食道挿管を有効な換気ルートにする工夫や体外膜型酸素付加装置（ECMO）の準備が必要であったと考える。

116.臨床検査技師による胎児超音波スクリーニング検査の導入

○杉山沙織¹、箱山聖子¹、中野雅世²、最上美和²、山本竜太郎¹、
麩澤章太郎¹、竹内肇¹、中嶋えりか¹、飯沼洋一郎¹、小田切哲二¹、
吉田俊明¹、光部兼六郎¹

¹JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科、
²JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 臨床検査科

【目的】特に出生直後に治療が必要な疾患に対して、胎児超音波検査による出生前診断の重要性は高まっている。産婦人科診療ガイドライン 2017 では、スクリーニングの推奨時期は妊娠 18～20 週、28～31 週頃とされている。当院産婦人科では 2014 年より胎児超音波スクリーニング検査を行っているが、人員不足により医師への負担が大きく、また診療までの待ち時間も長く患者負担も大きかった。そこで 2017 年 4 月より、臨床検査技師による胎児超音波スクリーニング検査を開始した。現状と問題点を明らかにして、今後さらに出生前診断率を向上させるために検討を行ったので報告する。

【方法】当院では 20 週と 30 週前後で計 2 回、スクリーニングを行い、20 週でのスクリーニングは全員産婦人科医師が行っている。その際に異常がみられず、ハイリスク妊娠ではない症例に対し、技師 2 名がチェックリストを用いて超音波検査を行っている。2017 年 4 月から 2019 年 3 月までの 2 年間に技師がスクリーニングを行った 240 例を対象とした。

【結果】超音波で検出できなかった症例は、口唇が 16%、小脳が 15%、腎 11%、頭蓋内 8% と頭部の項目が多かった。一方、心スクリーニングでは 3 vessels view が 7% と最も多く、未描出例は比較的少なかった。240 例中 3 例に胎児の軽度水腎症を認め、そのうち 1 例が水腎症の他に口蓋裂、右足 2、3 合趾症と診断された。大槽拡大を 2 例に認めたが、その後医師による精査では異常を認めず、出生後にも明らかな異常は認めなかった。その他、出生後に形態異常を認めた症例はなかった。

【結論】技師による胎児超音波スクリーニング検査導入により、医師の業務負担の軽減へつながっている。また重篤な胎児形態異常の見落としはみられていなかった。今後検査の精度や診断率の向上を目指し、さらに症例を増やし検討していく。

118.胎児水腎症を合併した胎児腹腔内臍帯静脈瘤 (FIUV varix) の一例

○浅野拓也、秋元太志、伊藤崇博、山下剛
市立函館病院 産婦人科

【緒言】胎児腹腔内臍帯静脈瘤 (fetal intra-abdominal umbilical vein varix, FIUV varix) は 0.3-2.8/1000 妊娠の頻度で生じる比較的に稀な疾患で、胎児腹腔内の臍帯静脈が臍帯附着付近で局所的な拡張を呈するものと定義される。今回我々は胎児水腎症を合併した FIUV varix の 1 例を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】25 歳女性、1 妊 0 産。里帰り出産希望のため妊娠 33 週 3 日で当科を初診された。自然妊娠で妊娠中の服用歴、放射線暴露歴なく、家族歴に染色体異常、先天性疾患なし。初診時の胎児超音波検査で腹壁直下の臍帯静脈に 15.5mm 径の嚢胞状の拡張を認めた。カラードップラーでも臍帯静脈と連続するわずかな乱流を伴う血流を認め、FIUV varix と診断した。また、胎児左腎盂 8mm の拡張を認め左水腎症と診断した。その後 FIUV varix は血栓形成や増大なく経過し、胎児は週数相当の発育を認め、妊娠経過中の cardiotocography (CTG)、胎児血流測定においても non-reassuring fetal status (NRFS) を示唆する所見はなかった。妊娠 40 週 3 日で陣痛誘発、吸引分娩で男児分娩し、3775g、Apgar score 9-9、臍帯動脈血 pH7.339 で仮死なく出生した。分娩後 FIUV varix は自然消失し、2 度左水腎症のみ経過観察となった。

【考察】FIUV varix は 9.6-15.5% にその他の胎児奇形を合併し、0.2-8% に胎児染色体異常を合併する。また、子宮内胎児死亡が 0.8-3.2% の頻度で生じ、分娩時期・分娩方法や胎児モニタリングの頻度など妊娠分娩管理方針に一定の見解が定まっていない。孤発例の FIUV varix では予後良好との報告があるが、今回の症例では左胎児水腎症を合併していたため管理方針を熟慮し、本人・家族への入念なインフォームドコンセントが必要であった。

117.心拡大で発見された胎児卵円孔狭窄の一例

○霜島真、長谷川順紀、甲田有嘉子、佐藤ひとみ、加嶋克則、
鈴木美奈、本多啓輔、風間芳樹、小嶋絹子、鈴木博

新潟大学地域医療教育センター
魚沼基幹病院 産婦人科 新生児科

【緒言】胎児卵円孔狭窄とは胎児期に卵円孔が狭窄する疾患で、循環動態に変化をきたす。卵円孔狭窄の時期や程度の違いにより、無症候性の場合から胎児死亡や新生児死亡に至る場合もある。

【症例】28 歳女性。既往歴・家族歴に特記事項なし。妊娠分娩歴は 1 妊 0 産。妊娠成立後、近医で妊婦健診を行い、妊娠経過に異常は指摘されていなかった。妊娠 34 週に里帰り分娩目的に当院を受診した。胎児エコーで心拡大と心嚢液貯留を指摘され、精査で心左右差、卵円孔壁のフラップ様運動の低下があり、胎児卵円孔狭窄と診断された。Non Stress Test (NST) では Reassuring Fetal Status (RFS) の所見が得られ、経過観察目的に入院した。入院翌日の NST で基線細変動減少と高度変動一過性徐脈が出現し、Non Reassuring Fetal Status (NRFS) の診断で緊急帝王切開術を行った。児は体重 2007g、Apgar score 1 分値 7 点、5 分値 7 点だった。陥没呼吸、全身チアノーゼ、心収縮期雑音がみられ呼吸と循環の管理目的に Neonatal Intensive Care Unit (NICU) に入院した。持続陽圧呼吸と 40%酸素投与で管理を開始し、日齢 5 日までに状態は改善した。

【考察】海外の単一高次施設で行われた大規模後方視試験では、本疾患の多くは予後良好とされ、本疾患のみによる新生児死亡例はなかった。しかしながら、国内外において、本疾患による複数の胎児死亡や新生児死亡の症例報告がみられた。本症例では胎児卵円孔狭窄の診断後、約 15 時間で NRFS となった。入院管理をしていたことで、急激な状態の悪化に早期に対応し良好な結果を得ることができた。仮に、受診の遅れや入院の見送りにより、早期対応ができなかったとしたら、生命の危険にさらされた可能性が考えられる。胎児卵円孔狭窄を診断または疑う場合は、慎重に経時的評価を行い、適切な娩出時期や方法を決定する必要がある。

119.若年女性に発症した外陰部Bowen病の一例

○太田未咲、郷久晴朗、岩崎雅宏、小川万梨絵、常松梨紗、
阿部秀悦、野呂薫、黒川晶子、西村庸子、玉手雅人、磯山響子、
寺田倫子、松浦基樹、齋藤豪

札幌医科大学附属病院 産婦人科

【緒言】Bowen 病は病理組織学的に過角化や不全角化、異常角化および多核細胞からなる異型細胞が表皮全層に渡って増殖する squamous cell carcinoma in situ である。典型的臨床像は、緩徐に増大する境界明瞭、辺縁不整、鱗屑や痂皮を伴う淡紅色～褐色の薄い局面とされる。中年以降の発症が多く、若年発症は極めて稀である。今回、我々は 20 代女性に発症した外陰部の Bowen 病を経験したので報告する。

【症例】27 歳、女性、未婚。外陰部の小さな腫瘤に気づき、近医産婦人科を受診し、膣入口部に小さな隆起性病変を認めた。同部位から生検し、High grade squamous intraepithelial lesion (VIN2/3 相当 Bowenoid dysplasia) の結果となり精査加療目的に当科紹介となった。外陰部下縁に 5mm 程度の扁平褐色な腫瘍の集簇を認めた。コロポスコープ上は子宮頸部に明らかな異常を認めなかった。その際の子宮頸部擦過細胞診では NILM、HPV 16 陽性であった。手術の方針となり、外陰部腫瘍局所切除術を施行した。病理組織学的所見では、表皮内に核クロマチンの粗造な基底細胞様の N/C 比の高い細胞増殖と核の大小不同を認めた。以上より Bowen 病と診断した。水平断面および深部断面は陰性であった。術後は現在まで、切除部位からの再発や新規病変の出現なく経過している。

【考察】Bowen 病のはっきりとした原因は不明であるが、紫外線やヒトパピローマウイルスが関与するとされている。HPV16 は子宮頸癌の主な原因であるが、外陰部や手指の Bowen 病に検出されることがある。

Bowen 病の 35% において有棘細胞癌に発展するので、確実に診断、治療する必要がある。

若年者においては、高齢者よりも余命が長いことより確実な診断が求められる。Bowen 病の若年発症は極めて稀であるが、外陰部に淡紅色～褐色の薄い局面を呈し、HPV 陽性例では Bowen 病を鑑別に挙げるべきであると考えられる。

120. 切除不能腔原発悪性黒色腫に対して長期のニボルマブ投与を含む治療後にダカルバジンが著効した1例

○安藤里沙¹、朝野拓史¹、奥聡¹、小林由佳子¹、野崎綾子¹、井平圭¹、三田村卓¹、金野陽輔¹、加藤達矢¹、小林範子¹、武田真人¹、秦洋郎²、渡利英道¹

¹北海道大学病院産婦人科、²北海道大学病院皮膚科

【緒言】腔原発悪性黒色腫は全悪性黒色腫中0.3%未満、全腔悪性腫瘍中3%未満と非常に稀であり、5年生存率は18%と極めて予後不良な疾患であり、切除不能例や再発例での治療法は確立されていない。今回、切除不能腔原発悪性黒色腫に対し、長期のニボルマブ投与を含む治療の後にダカルバジンが著効した症例を経験したので報告する。

【症例】患者は67歳、G0の女性で、不正性器出血を主訴に前医を受診した。腔内に子宮頸部由来を疑う3cm大の腫瘍性病変を認め、子宮頸癌I B1期と診断し、広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行した。病理で腔壁由来の悪性黒色腫(Amelanotic Melanoma)であり、希少癌のため当科紹介となった。腔外病変はなくAJCC分類pT4aN0M0とした。初診時の腔断端細胞診・組織診で腫瘍の残存を認めたが、追加切除困難と判断し、薬物療法の方針とした。BRAF変異陰性のためニボルマブ単剤療法(3mg/kg、2週間毎)を開始したが、術後7か月に骨盤内播種病変、16か月に肺転移、20か月に肝転移、右副腎転移が出現した。途中、イピリムマブ療法(3mg/kg、3週間毎)4コース、骨盤内病変に対する局所照射(30Gy/10回)、ドセタキセル/カルボプラチン併用療法(75mg/m²、AUC5、4週間毎)2コースを施行、再投与を含めニボルマブ合計34コースで病変制御をはかった。ニボルマブでの結膜・口腔粘膜障害のためダカルバジン療法(250mg/m²×5日間、4週間毎)に変更後3コースで再発病変は全て著明に縮小し、現在術後37ヶ月の時点で治療を継続している。

【考察】切除不能BRAF変異陰性悪性黒色腫症例では免疫チェックポイント阻害薬を中心に治療が行われるが、奏効率は20%程度に過ぎない。免疫チェックポイント阻害薬投与後には種々の治療効果が増強することが知られている。ダカルバジンには抗腫瘍効果の他に腫瘍局所のCD8陽性T細胞を増加させる作用が報告されており、ニボルマブ投与後にダカルバジンを投与することで抗腫瘍効果が増強した可能性が考えられた。

122. 腫瘍破綻から汎発性腹膜炎を呈した子宮頸癌の1例

○井上大輔、佐藤久美子、服部克成、福田真、辻隆博、田嶋久久、福井赤十字病院

【緒言】初発子宮頸癌の破綻により子宮穿孔が生じ、汎発性腹膜炎へ発展した稀な病態に対する診療経験を報告する。

【症例】48歳、2妊2産、激しい下腹痛と性器出血を主訴に夜間救急外来を受診。CTで腹腔内気腫を認め消化管穿孔が疑われ外科に入院となり、抗菌薬治療が開始された。その後、性器出血の精査のため当科紹介となった。肉眼的に子宮腔部に発育する腫瘍があり、子宮口からは血性膿の排出を認めた。再度CTとMRIを行い子宮体頸部の腫大と、子宮後壁穿孔を示唆する所見を認めた。39度台の発熱、腹膜刺激徴候、血液検査で高度貧血、炎症反応上昇とSCC高値を認め、臨床的に子宮頸癌の破綻による汎発性腹膜炎と判断し、救命のために開腹止血・ドレナージ術を行った。腹腔内には血性腹水と膿の貯留を認め、子宮頸部～体下部は腫瘍に置換され後壁が破綻、穿孔していた。腫瘍は傍組織に浸潤しており周囲との癒着も高度であったため、可及的な腫瘍切除を試みたが、術式としては子宮全摘と両側付属器切除にとどまり、骨盤底には腫瘍が残存する結果となった。術中出血量は1320g、RBC8単位、FFP4単位の輸血を要した。術後は抗菌薬投与を継続し、臨床症状はすみやかに改善した。病理結果はSquamous cell carcinoma, keratinizing type, pT2b以上であった。術後画像検査で骨盤底に3cm大の残存腫瘍を認め、シスプラチンを用いた同時化学放射線療法(CCRT)を開始したところ腫瘍の消失を認めた。治療期間中に目立った有害事象はみられなかった。再発徴候なく経過観察中である。

【考察】本例のように腫瘍破綻による汎発性腹膜炎、腹腔内出血がみられる場合には十分な術前検索ができず緊急手術が避けられないが、感染巣の除去と可及的な腫瘍減量を行いCCRTにつなげる治療戦略が有効であった。

121. LEGHを疑い当院で全腹腔鏡下子宮全摘術を施行した3例に関する検討

○栃木実佳子、奥隅沙紀、仲野靖弘、宮副美奈子、笹瀬亜弥、赤石美穂、平山亜由子、宇賀神智久、羽根田健、今井紀昭、早坂篤、大槻健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】分葉状頸管腺過形成(LEGH: lobular endocervical hyperplasia)は子宮頸部に嚢胞性病変を呈する、頸管腺の増殖性良性疾患である。その症状や組織学的特徴は、内頸部腺癌の特殊型である最小偏倚腺癌(MDA: minimal deviation adenocarcinoma)と類似しているが、これらの鑑別が困難であるために対応に苦慮することがある。今回LEGH疑いのため当院で全腹腔鏡下子宮全摘術(以下TLH)を施行した3症例を報告する。

【症例】症例①50歳、2妊1産(自然分娩1回)。X年5月、検診で内膜ポリープ、子宮筋腫を指摘され近医を受診した。頸部細胞診、内膜細胞診はいずれも陰性であり経過観察となったが、X+1年7月、多発頸部嚢胞を認め、MRI撮影したところLEGH疑いのため当科紹介となった。経腔超音波で子宮頸部後壁に最大22×12mm大の嚢胞、子宮内膜の軽度肥厚を認めた。頸管細胞診、内膜細胞診はいずれも陰性であった。手術希望あり、X+2年3月TLHを施行した。病理結果でMDAが疑われ、追加検査を施行予定である。症例②49歳、3妊3産。Y年1月腹痛あり近医受診し、多発頸部嚢胞を認めMRIを撮影したところLEGHが疑われた。頸部細胞診AGC、頸管細胞診NILM、頸部組織診悪性所見なしであった。手術希望あり、Y年4月当院紹介となり、Y年5月TLHを施行した。病理結果は、ナボット嚢胞、悪性所見なしであった。症例③45歳、1妊0産。子宮筋腫のためZ年より近医経過観察中、超音波にて筋腫の増大傾向を認めMRIを撮影したところ多発頸部嚢胞を認め、LEGH疑いのためZ+5年10月当科紹介となった。頸部細胞診NILM、頸管細胞診は細胞数少なく判定不能。手術希望あり、Z+6年5月TLHを施行した。病理結果はナボット嚢胞、トンネルクラスター、幽門腺化生であった。

【考察】子宮頸部嚢胞性病変の鑑別として、LEGH、ナボット嚢胞のほか頸部腺癌、MDAなどの悪性疾患も挙げられるが、その術前診断は容易ではない。当院で経験したLEGH疑いの症例を通して文献的に考察したので報告する。

123. 子宮頸部円錐切除後の頸管狭窄症例の検討

○坂口太一、福田淳、高橋和江、軽部裕子、高橋道市、市立秋田総合病院 産婦人科

【目的】子宮頸部上皮内病変は子宮頸癌の前段階である。近年、子宮頸部上皮内病変は若年者で増加しており、診断および治療的に子宮頸部円錐切除術が施行される症例も増加傾向である。今回我々は術後合併症のひとつである頸管狭窄に関して検討を行ったので報告する。

【方法】2009年4月から2019年3月までの11年間に当院で円錐切除術を施行した195例を対象とした。当院では全例入院による超音波電気メス手術を行っている。頸管狭窄の評価は月経時の症状、経腔超音波検査所見、ゾンデ診などを用いて行った。

【結果】頸管狭窄は3例(1.5%)に認められた。3例中2例はCIN3で断端陰性、1例は異形を認めなかった。分娩後1年以内に手術を施行した症例は34例で、そのうち2例(5.9%)に頸管狭窄を認めた。未経産婦は41例でそのうち1例(2.4%)に頸管狭窄を認めた。

治療は脊椎麻酔下でヘガール拡張器を用いて行った。治療例のうち1例(未経産婦例)に拡張術後7か月で再狭窄を認めた。再度拡張術を行い、外来にて1週間毎計4回頸管拡張を行った。その後再燃なく経過していたが、4年後に再度狭窄を認めたため3回目の拡張術を施行され、現在経過観察中である。

【結論】子宮頸部円錐切除術後の頸管狭窄は1-5%に発症すると報告されている。今回の検討では分娩後早期の施行例で頸管狭窄症が高率に認められた。

124.子宮頸部原発悪性黒色腫に対して免疫チェックポイント阻害剤を使用した1例

○加茂矩士、古川茂宜、佐藤哲、植田牧子、遠藤雄大、小島学、野村真司、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】婦人科領域の悪性黒色腫は大部分が外陰、陰原発であり子宮原発悪性黒色腫は非常に稀であり、さらに治療に Nivolumab を使用した報告は極めて少ない。今回子宮頸部原発の悪性黒色腫に対し Nivolumab と放射線治療を併用した集学的治療を行った経験を報告する。【症例】74歳、2妊2産、甲状腺腫大既往がある。不正性器出血を主訴に来院した。腔鏡診で子宮頸部に易出血性の直径50mm大の腫瘍性病変を認め、腔壁に進展していた。子宮頸部細胞診では、胞体に茶褐色の顆粒を有する、核小体明瞭で核細胞比の大きい類円形の異型細胞を認めた。一部の細胞で核内封入体様構造も認められた。以上より other malignant neoplasms と診断された。病理組織診断では HE 像で細胞接着性に乏しく核細胞比の大きい腫瘍細胞が壊死を伴い充実性に増殖し、メラニン顆粒を認めた。免疫染色では Vimentin、HMB45、Melan A がほぼ全ての細胞で陽性、一部の細胞で S100 蛋白陽性、AE1/3 は陰性であった。以上から悪性黒色腫と診断された。Ki67 陽性率は約 40% であった。PET-MRI 検査で仙骨部に集積を認めたが、その他転移を示唆するような所見は認めなかった。腫瘍組織の PD-L1 発現陰性、BRAF 遺伝子変異 (V600E、V600K) 陰性であった。子宮頸部原発悪性黒色腫、FIGO4 期と診断し、病変部に対し放射線療法 (31.5 Gy/7f) と Nivolumab (240 mg/2 週間隔) による治療が開始された。Nivolumab 1 コース後に TSH 上昇、freeT3、freeT4 の低下を認め、破壊性甲状腺炎を発生し、甲状腺機能低下症と診断された。以後甲状腺製剤投薬し治療継続した。3ヶ月後、性器出血はほぼ消失し、フォローアップ CT で子宮頸部原発巣、腔病変の縮小認めたが、新たに骨盤リンパ節転移が出現した。新規病変に対し放射線療法併用し Nivolumab 投与を継続している。【結語】子宮頸部原発悪性黒色腫の進行症例において、Nivolumab を含む集学的治療により原発巣縮小と症状コントロールを得た。しかし新たにリンパ節転移を認めたため Nivolumab の有害事象に留意しながら今後も加療を継続する必要があると考えられた。

126.当科で経験した卵巣出血33例の臨床的検討

○須田尚美、山川義寛、牛島倫世、山崎悠紀、脇博樹

高岡市民病院 産婦人科

【目的】卵巣出血は急性腹症をきたし、腹腔内出血の程度や症状によっては緊急手術が必要になる場合がある。しかし、診断や重症度、治療方針に明確な基準はなく、手術が必要かどうかは症例ごとに判断せざるを得ない。今回、当科で経験した卵巣出血の臨床的特徴および治療方針を解析し、今後の管理方針について検討した。

【方法】2008年1月から2019年5月までに当院で卵巣出血と診断された33例を対象とした。年齢、BMI、月経開始日からの日数、画像検査、治療経過などを診療録より後方視的に検討した。まず手術症例において画像所見より腹腔内出血の体積を算出し、実際の出血量との相関を検討した。推定腹腔内出血の体積 (以下、推定体積) は楕円体と見立て、経腔超音波画像と CT 画像をもとに近似楕円体体積を算出した。次に手術群と非手術群の2群に分け、患者背景、受診時所見、推定体積、入院期間などを比較検討した。

【結果】年齢の中央値 (範囲) は 25 (17-35)、BMI は 19.3 (16.1-27.3)、月経開始日からの日数は 24 (3-91) だった。手術群は 12 例、非手術群は 21 例、手術は全例腹腔鏡下手術であった。手術時間は 70 (50-90) 分、出血量は 600 (300-2400) g であった。術前画像による推定体積は実際の出血量と強い正の相関があった (相関係数: 0.79)。手術群と非手術群の推定体積はそれぞれ 610 (258-1282)、195 (33-692) ml で手術群が有意に大きかった (P=0.002)。入院期間は 7.3 (5-10) 日、4.9 (2-11) 日で非手術群が有意に短かった (P=0.0006)。

【結論】超音波検査、CT 検査をもとに算出した推定体積により腹腔内出血量を推測できると考えられた。症状が軽い場合や貧血がない場合など手術の必要性について迷う症例では、画像所見から腹腔内出血を推定することが方針決定に有用である。

125.細胞診による定期検診で発見できなかった子宮頸部浸潤癌症例

○山之内僚¹、齋藤まゆみ¹、坂本一人¹、大阪康宏¹、藤田智子¹、高倉正博¹、高木弘明¹、塩谷晃広^{2,3}、山下学²、高田笑¹、山田董¹、佐伯吉彦¹、鯉川彩絵¹、森田裕子¹、高田麻央²、寺内利恵²、山田壮亮^{2,3}、笹川寿之¹

¹金沢医科大学 産科婦人科、²同 病院病理部、³同 臨床病理

【目的】定期的細胞診で発見できなかった子宮頸癌 4 例について再評価し、検診法を考える。

【方法】病歴や細胞診を再評価し、LBC 細胞及び組織検体中の HPV 型を判定した。

【結果】年齢は 38 歳から 48 歳。1 例目は他院で 2 回の円錐切除術後 13 年で再発 (角化型扁平上皮癌 1B2 期)。2 例目は SCC 1A 期で円錐状切除術、妊娠希望があり子宮温存。その後 HPV 検査・細胞診ともに陰性化し 1 年 8 ヶ月の間に 1 回産産、再妊娠、妊娠 21 週から切迫流産で入院、妊娠 30 週で約 4cm の癌発生、妊娠 34 週で帝王切開術+広汎性子宮全摘術施行 (非角化型扁平上皮癌 1B2 期)。3 例目は細胞診 Class4 で紹介されたがその後は正常、9 年後に AGC-FN 出現、生検で CIN2+AGC となり単純子宮全摘術施行 (腺癌 1A2 期)。4 例目は Class-3a で紹介され生検で CIN2 のため薬物焼灼法を実施し一旦正常化した後に CIN2、さらに 1 ヶ月半後に AGC-FN が出現。生検で AIS となり単純子宮全摘術を施行 (腺癌 1A2 期)。細胞診の再評価で症例 1、2 は、それぞれ 3 年前と 4 ヶ月前から ASCUS の所見あり、症例 3、4 では、それぞれ 6 年前、1 年 9 ヶ月前から AGC がみられたが、発見直前まで癌細胞は出ていない。病歴から症例 1 は円錐状切除術による頸管狭窄があったと思われる、症例 2 は妊婦のため細胞採取に綿棒を用いていた。HPV 検査の結果、すべてに HPV16 または HPV18 型が陽性であった。

【結論】円錐切除術後の追跡では頸管狭窄に注意すべきであり、妊婦であってもブラシ使用が必要かもしれない。細胞診に限界があり、特に HPV16,18 型陽性例は注意を要する。HPV 検査の併用が有用かもしれない。

127.骨盤子宮内膜症を合併した子宮頸部閉鎖を伴う Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome の 1 例

○宮崎有美子、西野千尋、大沼利通、折坂誠、黒川哲司、吉田 好雄

福井大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome (以下 HWWs) は、重複子宮、片側腔閉鎖、同側の腎無形成を 3 徴とする先天奇形である。子宮頸部の閉鎖を伴うケースは HWWs 全体の 4.5% と稀であり未だ報告例は少ない。今回我々は、骨盤子宮内膜症を合併した、子宮頸部の閉鎖を伴う HWWs を経験したので報告する。

【症例】20 歳、未経妊。左下腹部痛を主訴に受診。毎月強い月経痛を自覚していた。既往歴や家族歴に特記事項なし。来院時、二次性徴は年齢相当であり、外性器および陰に異常所見を認めなかった。内診にて左骨盤内に嚢胞性腫瘍を触知した。MRI にて、骨盤内に子宮体部を 2 つ認め、左子宮は頸部およびそれに連続する腔を欠損していた。9cm 大の左卵巣チョコレート嚢胞と左卵管留腫を認めた。CT にて左腎を欠損しており、子宮頸部閉鎖を伴った HWWs と診断した。腹腔鏡下左卵巣嚢腫摘出術 (rASRM stage 4)、術後 GnRHα 療法を 3 コース行い、その後にジェノゲスト投与を開始した。術後 6 ヶ月経過し、子宮内膜症の再発を認めていない。

【考察】HWWs は子宮内膜症を合併することが稀ではなく、早期診断と早期治療により子宮内膜症の発症と進展を予防することが重要であると考えられる。GnRHα とジェノゲストによるホルモン療法は、特に HWWs の子宮温存症例において、子宮内膜症の発症および進展の予防に有効である可能性がある。

128.当科におけるBMI \geq 30症例に対する腹腔鏡下子宮全摘出術への取り組み

○西郡高志¹、竹村京子¹、須田尚美²、谷英理¹、伊東雅美¹、島友子¹、中島彰俊¹、齋藤滋³

1 富山大学 産科婦人科、2 高岡市民病院 産婦人科、3 富山大学

【目的】腹腔鏡下手術は低侵襲手術で術後の回復が早いというメリットがあるが、高度肥満症例では術中体位に伴う換気障害やコンパートメント症候群などのリスクが伴う。そこで当科ではそれらの合併症を軽減するための工夫を実施しており、その有用性と安全性について後方視的に検討した。【方法】当院において2012年10月から2018年9月までの6年間に子宮全摘出術を施行した症例は209例であった。そのうちBMI \geq 30kg/m²以上の肥満症例は16例であり、6例は腹腔鏡下手術、10例は腹式手術を施行した。2群を比較し、手術時間、出血量、術後入院日数、術後合併症について評価した。【結果】高度肥満症例に対する腹腔鏡下手術の工夫として、換気量の低下がないことを確認し頭低位の角度を決定、1時間毎に頭低位から正常位に戻し碎石位用支脚器と足のずれを補正、無侵襲混合血酸素飽和度監視システムで下肢血流の低下がないことを確認しながら手術を行った。腹腔鏡下手術群と腹式手術群（結果はこの順で示す）でBMI平均値は39.33kg/m²、35.60kg/m² (p=0.353)であった。手術時間平均値は248分、200分 (p=0.114)、出血量平均値は125g、499g (p=0.017)、術後入院日数平均値は5.3日、10.8日 (p=0.043)であり、腹腔鏡下手術は腹式手術に比較し手術時間は延長せず、出血量、術後日数において有意な改善を認めた。また、腹式手術群で創部離開が2例、皮膚びらんを4例に認めたが、腹腔鏡下手術群ではそれらの皮膚トラブルは認めなかった。【結論】今回、腹腔鏡下手術群では手術時間の有意な延長はなく、出血量の減少と術後入院日数の短縮を認めた。高度肥満症例では糖尿病合併率が高いが、腹腔鏡下手術群では皮膚トラブルを1例も認めなかった。高度肥満症例に対しても術中管理の工夫により腹腔鏡下手術は有用性と安全性が担保されると考えられた。

130.当院で経験した卵管発生の成熟嚢胞性奇形腫2症例

○飯藤弘光、堀芳秋、荒木皓光、杉田元気、小林寛人、加藤じゅん、田中政彰、加藤三典、土田達

福井県立病院

【緒言】成熟嚢胞性奇形腫は2胚葉から3胚葉の体細胞組織から発生する胚細胞腫瘍である。性腺外発生の奇形腫は、原始胚細胞が卵黄嚢から生殖原基に移動する際に、卵巣に達することができなかった胚細胞から発生すると考えられており、卵管発生の成熟奇形腫は稀である。

【症例1】21歳の未婚、未経妊の女性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。右下腹部痛を主訴に近医受診し超音波検査で16 x 12 cm大の腫瘍を認め手術を勧められた。当科紹介受診となり造影MRI検査で長径17cm、嚢胞が集簇した形態で隔壁様構造に一致した濃染を認めた。患者は腹腔鏡手術を希望したが悪性腫瘍の可能性もあるため開腹手術となった。右卵管采と連続する小児頭大の腫瘍を切除し術中病理組織診で悪性像は認めなかった。大網と右卵管に米粒大の嚢胞あり切除した。子宮、対側付属器には著変なかった。術後永久病理標本で右卵管成熟奇形腫の診断となった。

【症例2】28歳の既婚、未経妊の女性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。右下腹部痛を主訴に当院救急受診した。造影CT検査で長径12cmの巨大な骨盤内腫瘍を認め右卵巣成熟奇形腫を疑われた。腫瘍マーカーは正常範囲内であった。痛みが強く緊急開腹手術となった。腫瘍は新生児頭大で右卵管に連続していた。内容を吸引、縮小させ腫瘍摘出した。術後永久病理標本で右卵管成熟奇形腫の診断となった。

【考察】本邦の卵管奇形腫の報告は9症例あり、発生年齢は24歳から51歳であった。卵管内発生型が6例で、外向発生型が3例であった。卵管内発生では腫瘍径が4 cm未満で、偶発的な発見や不妊症を伴う症例であった。一方、外向発生型は腫瘍径が9 cm以上であった。全例で術前診断されておらず術中に診断されていた。本症例は非常に稀な外向発生型の巨大卵巣成熟奇形腫であった。

129.子宮筋腫のIn-bag モルセレーション法の比較検討

○高倉正博、大坂康宏、高田笑、佐伯吉彦、山田堇、藤田智子、坂本人一、鯉川彩絵、森田裕子、山之内僚、高木弘明、笹川寿之
金沢医科大学 産科婦人科

【目的】2014年のFDA勧告以降、腹腔鏡下子宮筋腫核出術(LM)や腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)の検体の体外搬出時には腫瘍細胞の腹腔内散布を防ぐためにIn-bagモルセレーションが選択されることが多い。我々は自動モルセレーター用のMorSafe[®]と手用のモルセレーション用のAlexis[®] Contained Extraction System(CTS)を使用しており、今回両者の使用結果について報告する。

【方法】2017年7月より2019年5月に子宮筋腫に対してLMもしくはTLHを施行し、MorSafe[®]またはAlexis[®] CTSを用いてIn-bagモルセレーションを行った症例を対象とした。両者の選択は特に基準は設けず、術者の裁量とした。摘出検体重量(重量)、腹腔内での展開および検体収納までに要した時間(E time)、モルセレーションに要した時間(M time)を比較した。

【結果】MorSafe[®]群は9例(LM 8、TLH 1)、Alexis[®] CTS群は4例(LM 3、TLH 1)。重量は310 ± 217g vs. 204 ± 153g(有意差なし)、E time 39 ± 21 min vs. 10 ± 5.0 min (p=0.02)、M time 51 ± 28 min vs. 41 ± 22 min(有意差なし)であった。重量とM timeの回帰分析では、MorSafe[®]群でM time=0.147 × 重量(相関係数R=0.96)、Alexis[®] CTS群でM time=0.181 × 重量(相関係数R=0.97)と両者とも強い相関を認めた。全症例においてモルセレーションに関連した有害事象は認められなかった。

【結論】MorSafe[®]はAlexis[®] CTSと比べて展開と検体収納の時間は長い検体重量あたりのモルセレーション時間は短かった。理論値として検体重量が850g以上の場合はMorSafe[®]が、それ以下の場合はAlexis[®] CTSで総所要時間が短くなると計算され、モルセレーション法選択の一助になると考えられた。

131.クリニックにおける胎児心エコー検査

○中村香織、中村常之

つねファミリークリニック

【緒言】日本胎児心臓病学会が認定する胎児心エコー認定医制度が始まり、現在全国で100名超の認定医が登録されている。多くは総合病院あるいは大学病院の医師であり、クリニックレベルでの認定医は当クリニックを含め3名である。クリニックでの胎児心エコー検査は、特別な外来枠を設けず、通常の診療時間内に産婦人科専門医および小児循環器専門医の2人で診断する。他院からの紹介あるいは妊婦の希望で、初回胎児心エコーの時間は約30分である。異常所見が見られた場合は後日改めて検査を実施する。【症例1】「胎児診断」左心低形成症候群(僧帽弁狭窄、大動脈弁閉鎖)、上室性期外収縮。「説明および患者家族からの要望」疾患の詳細・予後、通常の治療経過、北陸での治療成績について説明を行った。北陸の大学病院と他県の病院の2つを紹介してほしいとの希望があった。「最終方針」他県のこども病院を選択し、出産前にその地に転居することになった。【症例2】「胎児診断」無脾症候群、右室型単心室、総肺静脈還流異常症(上心臓型)。「説明および妊婦家族からの要望」疾患の詳細・予後、通常の治療経過、北陸での治療成績について説明を行った。複雑な家庭環境のため、当初は児の心臓病治療を希望されなかった。「最終方針」数回の検査および説明を経て、手術を行う方針で北陸の大学病院を希望され、紹介受診となった。【考察】クリニックでの胎児心エコー検査は、時間的な制約があることや、入院管理が行えないことなどが問題である。しかし、当クリニックでは、高次施設と連携しながら産婦人科専門医および小児循環器専門医の2名で検査を行うことで、一定レベルの診断精度を保ち、患者及びその家族が最善の選択をできるように努めている。

132.子宮内羊水量をml単位で測定すると何が見えて来るのか

本保喜康¹、中村勝治²

¹金沢赤十字病院産婦人科、²金沢大学医薬保険学総合研究科(修士課程)環境生態医学公衆衛生学教室

【目的】通常の超音波診断装置で子宮内羊水量をml単位で推定(EAFV: estimated amniotic fluid volume)する方法を以前に報告した。この方法で得られたEAFVを検討した。

【方法】妊娠16週から出産まで5286人の単胎妊婦から得た45750のEAFVを分析の対象とし、妊婦個々のEAFV最大値とそれ以降のEAFV推移をZ score (±0.6SD)を用いて分類した。即ちEAFV最大値731ml以上をカテゴリーI、731-493mlをII、493ml未満をIII、さらに最終推定羊水量/EAFV最大値比0.698以上をタイプI、0.698-0.424をII、0.424未満をIIIと分類し、分散分析を行った。【結果】EAFVが多めに推移すると新生児体重(NBW:g)及び胎盤重量(PLW:g)の平均値が有意に(各々 $P < 3 \times 10^{-25}$, $P < 1.1 \times 10^{-17}$)重くなり、出生時週数の平均値が有意に($P < 3.3 \times 10^{-13}$)短くなった。これらの結果を踏まえさらにデータの分析を進めた結果、次の2点に分かった。①妊娠子宮内の容積V(cm³)を胎児体重(FBW:g)、胎盤重量(PLW:g)、羊水量(AFV:cm³)の和とし、その形状を球に想定する。この時妊娠子宮へ供給されるエネルギー量(Ew:Kcal)は子宮内表面積Svに関連し、子宮内表面積1cm²当たりのエネルギー供給量をEn(Kcal)とおけば、 $Ew = En \cdot Sv$ と表わされる。②Enは妊娠週数(W)が進むにつれてゆっくり増加する。子宮内羊水圧Pin(mmHg)の標準的な式 $Pin = \exp(0.000145W^3 - 0.01W^2 + 0.227W + 0.12) - 1$ と組み合わせると $En = 0.97EXP(0.0423W) / Pin$ という式が得られた。①、②とエネルギーの保存則を組み合わせると、V(cm³)、FBW(g)、PLW(g)の週別推移を記述する微分方程式が得られた。この式に妊婦・胎児の個体差及び妊娠中の変動を乱数で表現した項を追加することでAFV(ml)、FBW(g)、PLW(g)のモンテカルロシミュレーション(MS)が可能となった。MSによる計算結果は実測値と良く一致した。さらに方程式に含まれる係数を変化させたところ、羊水過少(過多)症、potter's症候群、DM合併妊娠、双胎妊娠などもうまくシミュレーションできた。

【結論】羊水量をml単位で測定することで、AFV(ml)、FBW(g)、PLW(g)の推移を記述する数理モデルが見えてきた。このモデルを用いると各種病態のシミュレーションが可能である。さらに子宮内羊水圧Pinを周期的に変化させることで陣痛発来から分娩までのシミュレーションも可能と思われる。

134.看取りが選択された先天性上気道閉塞症候群の1例

○飯塚崇¹、小野政徳¹、山崎玲奈¹、三谷祐介²、酒井清祥³、山本剛史⁴、吉田耕太郎⁵、小幡武司¹、折坂俊介¹、舌野靖¹、中山みどり¹、藤原浩¹

¹金沢大学附属病院産科婦人科、²小児科、³小児外科、⁴麻酔蘇生科、⁵放射線科

【緒言】先天性上気道閉塞症候群(congenital high airway obstruction syndrome: CHAOS)は、上気道の閉塞・高度狭窄によって発症する稀な疾患群であり予後不良だったが、近年は胎児診断症例でextero intrapartum treatment(EXIT)の実施により救命可能となってきている。一方、染色体異常、多発奇形を認める例では予後不良という報告もある。今回我々はCHAOS、先天性心疾患、上部消化管閉鎖と胎児診断され、ご家族が看取りを希望された症例を経験した。ご家族の選択に至るまでの経過および医療側の対応について振り返り報告する。

【症例】症例は29歳、2妊1産、自然妊娠。前医の妊娠18週の妊婦健診で胎児腹水が認められ、経過で増悪したため妊娠21週3日に当院紹介された。超音波およびMRI検査で胎児腹水、皮下浮腫、両側肺の過膨張と気管の拡張が認められ先天性上気道閉塞症候群が疑われた。また合併奇形として肺動脈閉鎖と心室中隔欠損症、上部消化管閉鎖が疑われた。ご両親は染色体検査を希望されなかった。我々はEXITによる分娩を提案したが、ご家族は看取りを希望された。多職種による検討およびご家族を交えた相談を複数回行い、臨床倫理部への審査も依頼し、最終的にご家族の希望に沿う形で対応することとなった。羊水過多症のため妊娠35週2日に誘発分娩が行われ、新生児は骨盤位経陰分娩で娩出され同日永眠となった。病理解剖で喉頭閉鎖、肺動脈閉鎖と心室中隔欠損、空腸閉鎖、鎖肛、停留精巣が認められた。

【考察】本症例では、周産期センターのスタッフ間で意志の疎通を十分に行い、ご両親への十分なインフォームド・コンセントを実施し最終的な方針が選択され、なおかつ院内の臨床倫理部にも相談を行い方針の妥当性が評価された。胎児診断症例では方針決定に際して倫理的な問題が生じることがあり、本症例では特に配慮する必要があったが適切に対応することができたと考えられた。

133.胎児貧血を伴った胎盤腫瘍の一例

○田中良明、伊藤太郎、富士井杏子、岡秀明、鈴木秀文
福井愛育病院 産婦人科

【緒言】胎盤絨毛血管腫は絨毛膜の絨毛血管から発生する良性の腫瘍である。発生頻度としては、全分娩の約1%を占めるとされているが、腫瘍径が5cmを超えるものは3,500~9,000分娩に1例と極めて稀である。腫瘍径が5cm以上になると、腫瘍内シャントにより、心不全や胎児水腫、子宮内胎児死亡、胎児貧血、羊水過多などをきたすことが知られている。今回我々は、胎盤絨毛血管腫を合併し、胎児貧血の進行が疑われ、NRFSの診断で妊娠35週に帝王切開を行い生児を得た一例を経験したので報告する。

【症例】26歳、1妊0産、家族歴・既往歴に特記事項なし。里帰り分娩のため妊娠18週までは他県で妊婦健診を受診されており、発覚時期は不明だが前医では胎盤腫瘍を血腫として経過観察されていた。妊娠20週より県内の前医に里帰りされ、その後腫瘍内に血流を認めることから胎盤血管腫を疑い当院に紹介され、妊娠29週に当院当科転院となった。当院受診時の腫瘍径は3×7cmでlow-echoに描出され、腫瘍内部に血流を認めた。胎児発育は概ね週数相当であり、明らかな胎児機能不全を疑う所見を認めなかったことから、週1回の外来通院管理とした。妊娠34週5日の妊婦健診で胎動が乏しいとの訴えがあり、MCA-PSVも高値であったことから同日入院管理とした。妊娠35週0日のNSTモニターでsinusoidal patternを認め、基線は170bpmと高く、MCA-PSVが80.9cm/sと上昇していたことから胎児貧血の進行と判断した。同日、NRFSの診断で緊急帝王切開を行った。児はApgar score6/8、体重2588gの女児。出生直後の採血で、Hb11.8g/dlと明らかな貧血を認め、全身浮腫も認めた。

【考察】直径8cmの巨大な胎盤血管腫を合併した症例の妊娠管理にあたり、慎重な外来管理と早期の入院管理により胎児貧血の進行を発見し生児を得られた1例であった。胎盤腫瘍合併症例では本症例のように胎児の容態が急変する可能性があり、より慎重な周産期管理が求められる。

135.妊娠末期に急激に増悪した胎児期水頭症の1例

○坂野陽通、平吹信弥、尾山量子、西村俊哉、桑原陽祐、大塚かおり、中尾光資郎、佐々木博正、干場勉
石川県立中央病院

【緒言】先天性水頭症は10000人出生当たり38人であり、胎児期に診断された方は21人であった。胎児エコーにて脳室拡大を示す疾患はいくつかある。疾患の種類によっては分娩方法を考慮しなければいけない場合や、新生児期に早急に手術が必要な場合がある。そのため妊婦健診では早期に発見しフォローが必要となる、今回38週時に急激に脳室拡大を認めた1例を経験したため報告する。

【症例】29歳 5妊3産 前医で妊娠38週時の妊婦健診にて側脳室の拡大を認めたため当科に紹介となった。当科初診時の超音波で両側の側脳室が13-18mmと拡大を認め、そのほかの胎児奇形は認めなかった。胎児MRIを追加したが明らかな異常は指摘認めなかった。1週間経過後に胎児エコーをするとBPD91mmではあるが、脳室が15-25mmと拡大していたため、早期の経陰分娩が必要と判断した。妊娠39週6日に自然に陣痛発来し、経陰分娩となった。児は3002g、身長48cm、頭圍35cm、ApgarScore 9点/10点(1分値/5分値)、出生後すぐに第1啼泣を認めた。

出生当日の夜に無呼吸発作を認めたため、NICU管理となった。頭蓋内圧亢進を示唆する所見はみられないが、CT・MRIで精査したところ松果体に腫瘍を認めた。児は確定診断および治療のため、手術が可能である高次医療施設へ新生児搬送となった。

【考察】水頭症は中期から出現するものや今回のように急激に増悪する場合もある。その中で治療を要する病態を早期に診断することが大事である。また胎児MRIだけで出生前に診断を確定するのは難しい可能性があるため、高次医療施設での分娩が望ましいと考えられる。

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和28	1	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	篠田 糺	東北大学 北海道大学 新潟大学	貴家 寛而 田畑 武夫 中山 栄之助
昭和29	2	北海道大学 (北大附属病院大講堂)	大野 精七	福島県立医科大学 新潟大学 札幌医科大学	鈴木 泰三 小坂 清石 明石 勝英
昭和30	3	東北大学 (東北大学医学部東講堂)	篠田 糺	弘前大学 北海道大学	品川 信良 松田 正二
昭和31	4	岩手医大 (岩手県教育会館)	秦 良麿	岩手医科大学 札幌医科大学	石浜 淳美 赤石 勝英
昭和32	5	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	東北大学 新潟大学	鈴木 雅洲 野口 正
昭和33	6	新潟大学 (大和デパートホール)	中山 栄之助	東北大学 北海道大学	山口 竜二 小国 親久
昭和34	7	札幌医大 (札幌医大講堂)	赤石 勝英	札幌医科大学 東北大学 日母会 長	小六 義久 野田起一郎 矢口彌三郎
昭和35	8	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	北海道大学 旭川赤十字病院 東北大学 新潟大学	一戸喜兵衛 松田 禎夫 吉崎 宏 中山 栄之助
昭和36	9	福島医大 (福島県蚕糸会館)	貴家 寛而	福島県立医科大学 札幌医科大学 弘前大学 東北大学	秋山 精治 橋本 正淑 真木 正博 安達 寿夫
昭和37	10	北海道大学 (クラーク会館)	小川 玄一	新潟大学 岩手医科大学 小樽市	鈴木 正彦 佐藤 友義 石井 碩
昭和38	11	岩手医大 (盛岡市県産業会館)	秦 良麿	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	森 和郷 菊池 岩雄 一 條 元彦
昭和39	12	弘前大学 (十和田市観光ホテルホール)	品川 信良	北海道大学 新潟大学 福島県立医科大学	林 義夫 渡辺 重雄 大川 知之
昭和40	13	新潟大学 (新潟市東映ホテル)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	小森 昭 永山 正剛 長谷川直義
昭和41	14	札幌医大 (札幌医大大講堂, 北海新聞社ホール)	明石 勝英	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	飯田 肇 関塚 正昭 清水 哲也
昭和42	15	東北大学 (東北大記念講堂)	九嶋 勝司	東北大学 弘前大学 福島県立医科大学 札幌医科大学	福島 峰子 長沢 一磨 森田 恒之 小森 昭人
昭和43	16	福島医大 (飯坂 東亜栄養講堂)	貴家 寛而	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	国本 恵吉 岡田 正俊 福島 務
昭和44	17	北海道大学 (クラーク会館)	松田 正二	弘前大学	高野 敦
昭和45	18	岩手医大 (岩手医大臨床講堂)	秦 良麿	札幌医科大学 東北大学	佐竹 実篤 村中 啓
昭和46	19	弘前大学 (ホテル青森)	品川 信良	新潟大学 岩手医科大学	本多 啓 利部 輝雄
昭和47	20	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	北海道大学 福島県立医科大学	西谷 巖 関本 昭治
昭和48	21	秋田大学 (秋田教育会館)	九嶋 勝司	弘前大学 札幌医科大学	高沢 哲也 川瀬 哲彦
昭和49	22	札幌医大 (札幌医師会館)	橋本 正淑	東北大学 秋田大学	高橋 克幸 齋藤 良治
昭和50	23	福島医大 (福島文化センター)	福島 務	新潟大学 岩手医科大学 福島県立医科大学	布川 修 西島 光彦 加藤 敬三

(敬称略)

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和51	24	東北大学 (仙台市民会館)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 北海道大学 山形大学	工藤 隆一 藤本 征一郎 広井 正彦
昭和52	25	北海道大学 (札幌教育文化会館)	一戸 喜兵衛	旭川医科大学 金沢大学 弘前大学	芳賀 宏光 赤祖父 一知 齋藤 勝
昭和53	26	岩手医大 (盛岡県民会館)	秦 良麿	金沢医科大学 東北大学 秋田大学	桑原 惣隆 東岩井 久 樋口 誠一
昭和54	27	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	岩手医科大学 福島県立医科大学 新潟大学	小見 克夫 武市 和之 高橋 威
昭和55	28	弘前大学 (パレス瑞祥)	品川 信良	北海道大学 札幌医科大学 山形大学 金沢大学 北海道大学 東北大学	鈴木 重統 田中 昭一 千村 哲朗 西田 悦郎 一戸喜兵衛 鈴木 雅洲
昭和56	29	札幌医大 (札幌教育文化会館)	橋本 正淑	富山医科薬科大学 旭川医科大学 弘前大学	柳沼 恣 石川 睦男 佐藤 重美
昭和57	30	秋田大学 (秋田文化会館)	真木 正博	秋田大学 東北大学 金沢大学	曾我 賢次 佐藤 章 山田 光興
昭和58	31	金沢大学 (金沢文化ホール)	西田 悦郎	金沢医科大学 岩手医科大学 福島県立医科大学 新潟大学	杉浦 幸一 井筒 俊彦 本田 任 小幡 憲郎
昭和59	32	山形大学 (ホテルキャッスル)	広井 正彦	山形大学 弘前大学 札幌医科大学 北海道大学	川越 慎之助 野村 雪光 郷久 鉦二 杵沢 武
昭和60	33	旭川医科大 (ニュー北海ホテル)	清水 哲也	東北大学 秋田大学 富山医科薬科大学 旭川医科大学	古橋 信晃 平野 秀人 長阪 恒樹 山下 幸紀
昭和61	34	金沢医科大学 (教育自治会館)	桑原 惣隆	金沢大学 新潟大学 岩手医科大学 福井医科大学	寺田 督 吉沢 浩志 善積 昇 富永 敏朗
昭和62	35	東北大学 (戦災復興記念館)	矢嶋 聰	金沢医科大学 弘前大学 福島県立医科大学 北海道大学	高林 晴夫 鍵谷 昭文 星 和彦 田中 俊誠
昭和63	36	富山医科薬科大学 (名鉄トヤマホテル)	泉 陸一	東北大学 秋田大学 山形大学 札幌医科大学	岡村 州博 設楽 芳宏 斉藤 康 福島 道夫
平成元年	37	福島県立医科大 (グリーンパレス)	佐藤 章	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	本間 滋 西島 光茂 千石 一雄 新居 隆
平成 2	38	北海道大学 (グリーンホテル札幌)	藤本 征一郎	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	遠藤 力 小辻 文和 中村 幸夫 橋本 茂
平成 3	39	福井医科大学 (フェニックスプラザ)	富永 敏朗	札幌医科大学 北海道大学 金沢医科大学 山形大学	伊東 英樹 牧野田 知 井浦 俊彦 斉藤 英和

(敬称略)

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成4	40	岩手医科大学 (岩手県民会館)	西谷 巖	旭川医科大学 秋田大学 東北大学 岩手医科大学	笠茂光範 後藤薫 深谷孝夫 松田壮正
平成5	41	新潟大学 (ホテル新潟)	田中 憲一	富山医科薬科大学 福島県立医科大学 新潟大学 福井医科大学	岡 秀明 柳田 薫 児玉 省二 紙谷 尚之
平成6	42	弘前大学 (弘前市文化センター)	齋藤 良治	金沢医科大学 北海道大学 弘前大学	生水真紀夫 国部 久也 佐川 正俊 丸山 英俊
平成7	43	札幌医科大学 (厚生年金会館)	工藤 隆一	東北大学 札幌医科大学 山形大学 秋田大学	上原 茂樹 寒河江 悟 平山 寿雄 児玉 英也
平成8	44	秋田大学 (秋田ビューホテル)	田中 俊誠	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	吉崎 徳夫 高橋 陽一 玉手 健一 伏木 弘
平成9	45	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	片寄 治男 後藤 健次 佐藤 秀平 笹川 寿之
平成10	46	山形大学 (山形市中央公民館)	廣井 正彦	北海道大学 金沢医科大学 秋田大学 山形大学	櫻木 範明 金子 利朗 高橋 道広 手塚 尚広
平成11	47	旭川医科大学 (旭川市大雪クリスタルホール)	石川 睦男	東北大学 新潟大学 札幌医科大学 旭川医科大学	今野 良一 高桑 好生 小泉 基博 林 章
平成12	48	金沢医科大学 (ホテル日航金沢・金沢市アートホール)	牧野田 知	岩手医科大学 福島県立医科大学 富山医科薬科大学 福井医科大学	福島 明宗 大川 敏昭 藤村 正樹 細川 久美子
平成13	49	東北大学 (勝山館)	岡村 州博	秋田大学 弘前大学 金沢大学 金沢医科大学	福田 淳 藤井 俊策 村上 弘一 吉田 勝彦
平成14	50	富山医科薬科大学 (富山国際会議場(大手町フォーラム))	齋藤 滋	北海道大学 札幌医科大学 東北大学 山形大学	山田 秀人 斉藤 豪 伊藤 潔 中原 健次
平成15	51	福島県立医科大学 (福島県文化センター)	佐藤 章	富山医科薬科大学 新潟大学 福井医科大学 旭川医科大学	酒井 正利 青木 陽一 吉田 好雄 山下 剛
平成16	52	北海道大学 (ロイトン札幌)	水上 尚典	秋田大学 金沢大学 福島県立医科大学 岩手医科大学	佐藤 宏和 田中 政彰 藤森 敬也 小山 理恵
平成17	53	福井大学 (福井県自治会館)	小辻 文和	弘前大学 北海道大学 山形大学 金沢医科大学	横山 良仁 工藤 正尊 高橋 一広 藤井 亮太
平成18	54	岩手医科大学 (ホテルメトロポリタン盛岡 NEW WING)	杉山 徹	札幌医科大学 東北大学 富山大学 旭川医科大学	林 卓宏 新倉 仁 中村 隆文 田熊 直之
平成19	55	新潟大学 (新潟コンベンションセンター 「朱鷺メッセ」)	田中 憲一	金沢大学 福井大学 秋田大学 新潟大学	高倉 正博 田嶋 公久 藤本 俊郎 藤田 和之

(敬称略)

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成20	56	弘前大学 (弘前文化センター)	水沼 英樹	岩手医科大学 福島県立医科大学 北海道大学 山形大学	西郡 秀和 高橋 秀憲 森川 守 高橋 俊文
平成21	57	札幌医科大学 (札幌市教育文化会館)	齋藤 豪	旭川医科大学 金沢医科大学 東北大学 弘前大学	宮本 敏伸 宮澤 英樹 室月 淳 福井 淳史
平成22	58	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	札幌医科大学 富山大学 金沢大学	鈴木 孝浩 日高 隆雄 中村 充宏
平成23	59	秋田大学 (秋田キャッスルホテル)	寺田 幸弘	秋田大学 新潟大学 福井大学	熊谷 仁 八幡 哲郎 折坂 誠
平成24	60	山形大学 (山形テルサ)	倉智 博久	山形大学 岩手医科大学 北海道大学	堤 誠司 利部 正裕 金内 優典
平成25	61	旭川医科大学 (旭川グランドホテル)	千石 一雄	福島県立医科大学 東北大学 旭川医科大学	渡辺 尚文 宇都宮 裕貴 片山 英人
平成26	62	金沢医科大学 (金沢市アートホール, ホテル金沢)	牧野田 知	金沢医科大学 弘前大学 札幌医科大学	高木 弘明 田中 幹二 岩崎 雅宏
平成27	63	福島県立医科大学 (ザ・セレクトン福島)	藤森 敬也	金沢大学 富山大学 福井大学	水本 泰成 中島 彰俊 黒川 哲司
平成28	64	北海道大学 (ロイトン札幌)	櫻木 範明	秋田大学 新潟大学 岩手医科大学	佐藤 直樹 関根 正幸 金杉 知宣
平成29	65	東北大学 (仙台国際センター)	八重樫 伸生	北海道大学 山形大学 福島県立医科大学	渡利 英道 川越 淳 菅沼 亮太
平成30	66	富山大学 (ANAクラウンプラザホテル富山)	齋藤 滋	旭川医科大学 東北大学 弘前大学	加藤 育民 島田 宗昭 二神 真行
平成31	67	福井大学 (ザ・グランユアーズフクイ)	吉田 好雄	福井大学 金沢医科大学 札幌医科大学	津吉 秀昭 坂本 一人 郷久 晴朗
平成32	68	新潟大学	榎本 隆之		未定
平成33	69	岩手医科大学			
平成34	70				
平成35	71				
平成36	72				
平成37	73				
平成38	74				
平成39	75				

(敬称略)

北日本産科婦人科学会会則

(名称)

1. 本会は、北日本産科婦人科学会と称する。

(事務局等)

2. 本会は、事務局を東北大学医学部産科学婦人科学教室に置く。

(目的)

3. 本会は、産科婦人科学の進歩発展、国民の健康と福祉に貢献し、会員の親睦を図ることを目的とする。

(事業)

4. 本会は、学術集会を開催する。
5. 本会は、他の学会・研究会と連合して学会を開催することができる。

(会員)

6. 本会の会員は、北海道、東北6県、北陸4県の産科婦人科学会員とする。
7. 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の名誉会員は、本学会の名誉会員とする。
8. 前項の他に本会役員会の推薦により名誉会員を置くことができる。
9. 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の功労会員は、本会の功労会員とする。

(役員)

10. 本会には、次の役員をおく。
学術集会長 1名
委員 若干名
幹事 若干名
11. 学術集会長は、役員会で決定し、任期は次回総会までとする。
12. 委員は、北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会役員（理事、監事、名誉会員、功労会員、代議員、幹事）および医系大学産婦人科教授等、本会の名誉会員とする。
13. 幹事は、東北大学産科学婦人科学教室員の中から同教室教授が若干名指名する。

(役員会)

14. 役員会は、以下の事項について議決する。
 - (1) 次期学術集会長
 - (2) 次期特別講演者
 - (3) 会則の変更
 - (4) 名誉会員の推薦
 - (5) その他運営に関する重要事項
 - (6) 議決は出席者の過半数以上の議決をもって決する。

(総会)

15. 総会は、役員会での議決事項の報告などを行う。

(学術集会)

16. 本会は、毎年1回学術集会を開く。

17. 学術集会では、研究発表や調査報告などを行う。

18. 学術集会開催費および総会開催費、各種事務経費は、開催道県の産科婦人科学会が負担する。

平成元年9月30日改定

平成24年9月9日改定

共催企業

モーニングセミナー		ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ランチョンセミナー	1	大塚製薬株式会社
ランチョンセミナー	2	持田製薬株式会社
ランチョンセミナー	3	中外製薬株式会社
ランチョンセミナー	4	テルモ株式会社
ランチョンセミナー	5	ロシュ・ダイアグノスティック株式会社
ランチョンセミナー	6	アストラゼネカ株式会社

展示出展企業

大塚製薬株式会社
アトムメディカル株式会社
トーイツ株式会社
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
科研製薬株式会社
ジョンソン・エンドジョンソン株式会社

広告掲載企業

アストラゼネカ株式会社
バイエル薬品株式会社
平野純薬株式会社
アステラス製薬株式会社
エーザイ株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
あすか製薬株式会社 金沢営業所
MSD製薬株式会社

MediChannel

欲しい情報がお好きな時にお手元に!
日常診療にお役立て頂ける幅広い情報をご提供。
是非ご登録下さい。

探しやすい製品情報

添付文書やインタビューフォームなどの製品情報に加え、よくあるご質問を製品Q&Aとしてご紹介。簡単に目的の情報にたどりつくことができます。



疾患領域ごとのコンテンツを強化

各疾患領域ごとに素材やツールを数多く準備。日々の診療や、院内勉強会・学会発表などに幅広くご利用いただけます。



オンライン講演会

先生方で自身のPCやスマートフォンにてシンポジウムをリアルタイムでご視聴頂けるサービスも展開中!
(事前登録制)



AZ-Live

患者さんへの診療に役立つ情報を提供

インフォームドコンセント資料や患者指導用資料が充実。日常診療でお使いいただけるツールや患者さんとのコミュニケーションで役立つ情報をご紹介します。



アストラゼネカ製品のよくあるご質問にお答え!

アストラゼネカ製品のよくある質問について、簡単な操作で解決できます!
メディカルインフォメーションセンターにいただく、上位のお問い合わせをカバーしています。

AZpedia
—アズペディア—

会員登録 下記URLからお申し込みいただけます。

AZ医療情報

検索

<http://med.astrazeneca.co.jp/>

アストラゼネカ株式会社

2018年7月作成

医療サポート



薬価基準収載



子宮内膜症に伴う疼痛改善剤・月経困難症治療剤

ヤーズフレックス®

YazFlex. 配合錠

ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠

処方箋医薬品^注 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

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

資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

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

L.JP.MKT.WH.02.2018.1369

2018年2月作成

処方箋医薬品^注
子宮内黄体ホルモン放出システム

薬価基準収載



ミレーナ®

52mg

レボノルゲストレル放出子宮内システム
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

Mirena®



効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等につきましては、製品添付文書をご参照ください。



Bayer

資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

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

(2018年10月作成)

PP-MIR-JP-0050-10-10



人と人とのふれあいを
大切にせる企業であり続けたい。



平野純薬株式会社
Creative Power & Technical Innovation

〔福井本社〕 福井市下馬2丁目1420番地

TEL.0776-37-4890

FAX.0776-50-1707

〔金沢支店〕 金沢市割出町15番3

TEL.076-239-0758

FAX.076-239-0753

〔富山支店〕 富山市石坂1117番1

TEL.076-442-4890

FAX.076-442-1707

平野純薬



<http://www.hirano-j.co.jp/>

まだないくすりを 創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/



hvc
human health care

患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



AFUTURE OF LIFE
Global

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



機能的ディスベプシア (FD) 治療剤 薬価基準収載

アコファイト[®]錠 100mg

アコチアミド塩酸塩水和物錠 処方箋医薬品
(注意—医師等の処方箋により使用すること)

H₂ 受容体拮抗剤 薬価基準収載

アシノン[®]錠 75mg / 150mg

ニザチジン 錠剤

亜鉛含有胃潰瘍治療剤 薬価基準収載

プロマック[®]D 錠 75mg / 顆粒 15%

ポラプレソク口腔内崩壊錠・顆粒

(プロモーション提供)

抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 薬価基準収載

インフリキシマブ[®]BS 点滴静注用 100mg「日医工」

インフリキシマブ(遺伝子組換え)[インフリキシマブ後統2]製剤
生物由来製品、制剤、処方箋医薬品
(注意—医師等の処方箋により使用すること)

潰瘍性大腸炎治療剤 薬価基準収載

アサコール[®]錠 400mg

メサラジン錠 処方箋医薬品
(注意—医師等の処方箋により使用すること)

クローン病治療剤 薬価基準収載

センタコート[®]カプセル 3mg

ブデソニド腸溶性顆粒充填カプセル、処方箋医薬品
(注意—医師等の処方箋により使用すること)

経口腸管洗浄剤 薬価基準収載

ビジクリア[®]配合錠

処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

便秘治療剤 薬価基準収載

新レシカルボン[®]坐剤

炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム配合剤

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

消化器領域オンライン

消化器領域におけるお役立ちポータルサイト

<http://zeria-online.com/>



〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11

ゼリア新薬工業株式会社

(資料請求先) お客様相談室 ☎03(3661)0277

2018年4月作成



R

RELUMINA

GnRH^{注1)}アンタゴニスト

劇薬 処方箋医薬品^{注2)}

レルミナ[®]錠 40mg

RELUMINA[®] Tablets 40mg (レルゴリクス)

注1) GnRH: 性腺刺激ホルモン放出ホルモン
注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

新発売

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

製造販売元
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

発売元(資料請求先)
あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦二丁目5番1号

2019年3月作成



がんに勝ちたい、もっと。

家族と一緒にいたい、もっと。

患者さんを笑顔にしたい、もっと。

革新的な薬を届けたい、もっと。

がんと向き合う 一人ひとりの想いに 応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を
開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに
届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER

MSD株式会社

〒102-8667 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>

MEMO

MEMO
