

2018

Vol.67

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



©mika ninagawa, Courtesy of Tomio Koyama Gallery/Dogo Onsenart 2018

第71回 中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会 プログラム・講演抄録

会期 平成30年9月22日(土)・23日(日)

会場 松山市総合コミュニティセンター

会長 杉山 隆 (愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 教授)



中国四国産科婦人科学会

ご挨拶

この度、第71回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会を愛媛大学が担当させて頂くこととなりました。平成30年9月22日（土）、23日（日）に松山市総合コミュニティセンターにおいて開催させていただきます。

会を開催するにあたり、若手の先生方にも多く集まって頂くことを意識し、プログラムの構成を考えました。具体的には、産科婦人科学における4領域に関する多くの教育セミナーを取り入れました。Plus One セミナーは学生・初期研修医、専攻医を対象として腹腔鏡ハンズオンセミナーを開催いたします。また、若手のみならずベテランの先生方も対象に日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）によるインストラクターおよびベーシックコースの研修も行います。

若手の先生方に参加頂きやすいよう、本学会では初めて託児所を設けます。利用者の方には若干の制限はありますが無料ですので、奮ってご利用ください。

愛媛県での開催は、実に12年ぶりとなります。中国四国産科婦人科学会の益々の発展を祈念し、教室員一同で鋭意準備を進めて参ります。ぜひとも道後温泉や松山観光スポットを満喫頂きたく思います。多くの会員の皆様にご参加頂きますよう、心よりお待ちしております。

平成30年8月吉日

第71回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会
会長 杉 山 隆
(愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 教授)

第71回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会

会 長：杉山 隆（愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 教授）

開 催 日：平成30年9月22日（土）・23日（日）

会 場：松山市総合コミュニティセンター
（〒790-0012 愛媛県松山市湊町七丁目5番地 TEL：089-921-8222）

学 術 委 員 会：9月22日（土） 11：00～11：45 2F 第9会議室

理 事 会：9月22日（土） 11：45～12：30 2F 第9会議室

評 議 員 会：9月23日（日） 7：30～8：20 2F 第8、9会議室

総 会：9月23日（日） 8：30～8：50 第1会場（1F キャンペリアホール）

情 報 交 換 会：9月22日（土） 19：00～20：30 第2会場（3F 大会議室）

【事務局】

〒791-0295 愛媛県東温市志津川

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

第71回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会事務局

TEL：089-960-5379 FAX：089-960-5381

参加者へのご案内

1. 参加受付

日	時間	場所
9月22日(土)	11:00～18:00	総合受付(1F コミュニティプラザ)
9月23日(日)	8:00～14:00	

2. 参加費、プログラム・講演抄録販売など（現金受付のみ）

医師・一般	8,000 円
医学部学生・初期研修医 ※証明書を呈示してください	無料
情報交換会	無料
プログラム・講演抄録	2,000 円

- ・会場内では必ず参加証（兼領収書）に所属・氏名を記入のうえ、携帯してください。
- ・参加証（兼領収書）の再発行はできませんので大切に保管してください。
- ・学会員にはプログラム・講演抄録を事前にお送りいたしますので、忘れずご持参ください。

3. 情報交換会

日 時：9月22日(土) 19:00～20:30

会 場：松山市総合コミュニティセンター 第2会場(3F 大会議室)

参加費：無料

4. 単位取得

第71回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会の参加および専門医研修出席証明には、**e 医学会カード（UMIN カード）**をご使用いただきますので、必ずご持参ください。

当日、本カードをお忘れ等でお持ちでない方は、運転免許証等でご本人確認の上登録を行います。



<専門医資格の単位付与について>

- 1) 日本産科婦人科学会会員の方は、1F 総合受付の「単位受付」にて e 医学会カードをご呈示ください。日本産科婦人科学会専門医研修 10 単位が付与されます。
- 2) 日本産婦人科医会会員の方は、1F 総合受付の「単位受付」にて医会シールをお受け取りください。

<日本専門医機構の単位付与について>

機構専門医の認定講習は、各会場前で対象セッション開始の 10 分前から参加受付を e 医学会カードで行います。開始時間 10 分を過ぎると、聴講いただくことは可能ですが、機構専門医単位付与はされません。ご了承ください。

9月22日(土) ～9月23日(日)	学術集会参加	3単位	—
9月22日(土) 17:45～18:45	専門医共通講習 「指導医講習会」	1単位	特別講演 「産婦人科領域における医療安全」
9月22日(土) 11:45～12:45	産婦人科領域講習	1単位	ランチョンセミナー1 「女性の活躍促進と大豆～スーパーイソフラボン「エクオール」の可能性～」
9月23日(日) 12:00～13:00	産婦人科領域講習	1単位	ランチョンセミナー2 「深部子宮内膜症の早期切除の重要性～癒着を伴う卵巣チョコレート嚢胞の病理からDIEを再考する～」

5. ランチョンセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当をお受け取りください。

6. クローク

場所	受付日時
松山市総合コミュニティセンター 1F コミュニティプラザ	9月22日(土) 8:00～20:45
	9月23日(日) 8:00～17:45

7. 託児室

会期中は託児室を設置いたします(完全予約制)

詳細は大会ホームページをご覧ください。

8. PC 発表データの受付

学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始30分前までに各会場前のPC受付にて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

日時	発表会場	データ受付場所	受付時間
9月22日(土)	第1会場	1F 第1会場前	12:00～17:30
	第2会場	3F 第2会場前	
9月23日(日)	第1会場	1F 第1会場前	8:00～13:30
	第2、3、4会場	3F 第2会場前	

9. 会期中の問い合わせ先

場所：松山市総合コミュニティセンター 1F 総合受付

TEL：090-7136-5222 ※会期中のみ有効です。

10. その他

- 1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。
- 2) 会場内は全館禁煙です。
- 3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

座長・発表者へのご案内

1. 進行情報

セッション	発表	質疑
一般（口演）	5分	3分

- 発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。
円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。
- 舞台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。
演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。

2. 座長の皆さまへ

- 担当セッション開始予定時刻の15分前までに、会場内前方の「次座長席」にご着席ください。

3. 発表者の皆さまへ

I. 利益相反の開示

発表者の皆様は、発表当日に、筆頭演者自身の過去3年間における発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体にかかわる利益相反状態を発表スライドの冒頭部にて開示していただきますようお願いいたします。専用の書式は、学会ホームページよりダウンロードしてください。

※自己申告書の提出は不要です。

II. 口演セッション 試写・発表方法

- 1) 口演発表はすべてPC発表（PowerPoint）のみといたします。
- 2) 発表データは、Windows PowerPoint 2007～2016のバージョンで作成してください。
- 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。

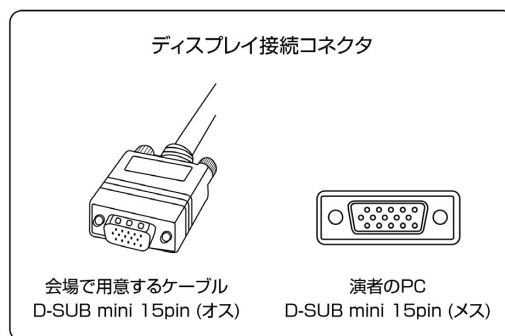
<データ発表の場合>

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

<PC本体持込みによる発表の場合>

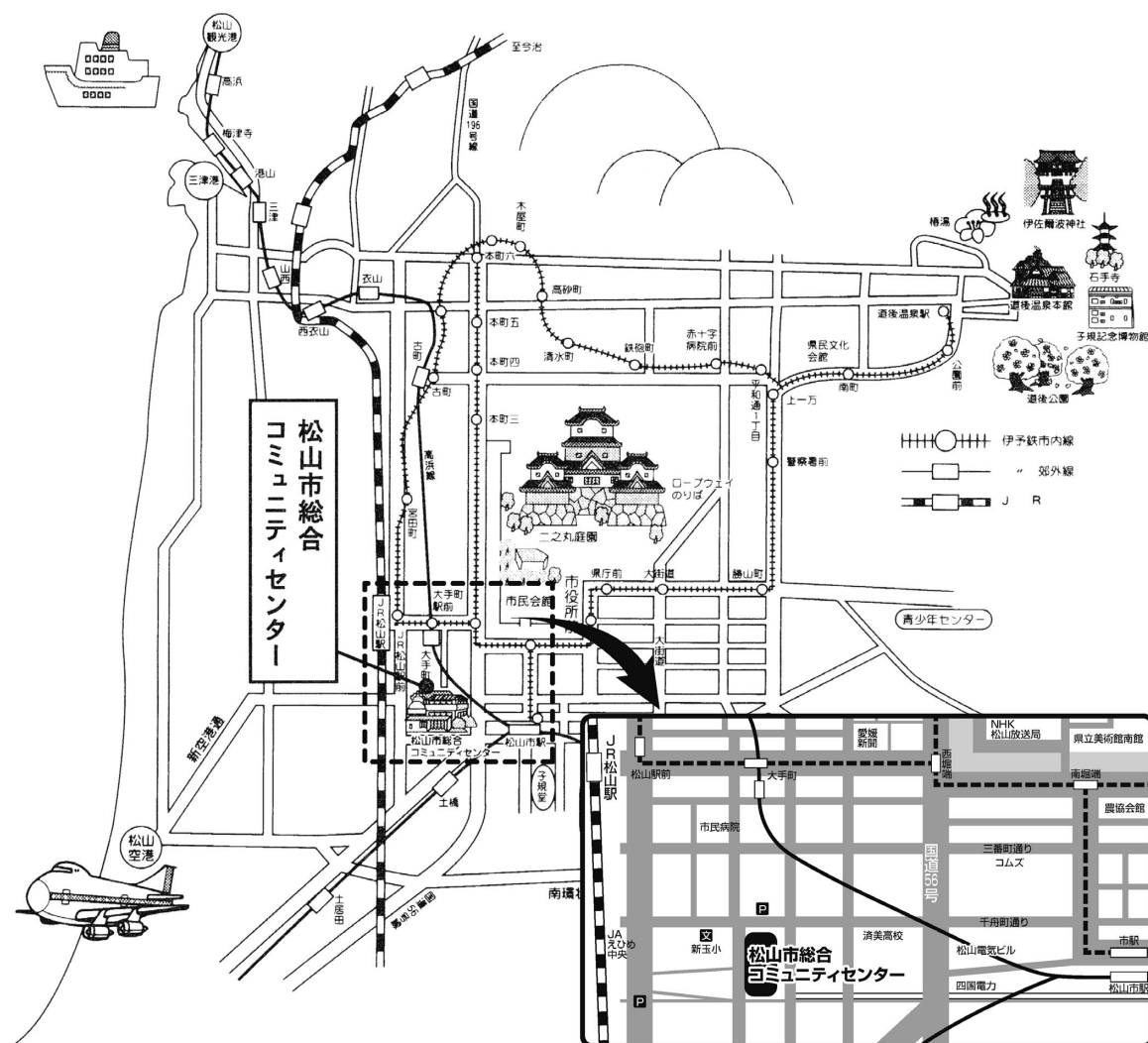
- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、ご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、
D-SUB mini 15pin（図参照）です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。デジタル出力（HDMI）の出力端子しか無いPCはHDMI→D-SUBの変換アダプターも必要です。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。

● D-SUB mini 15pin



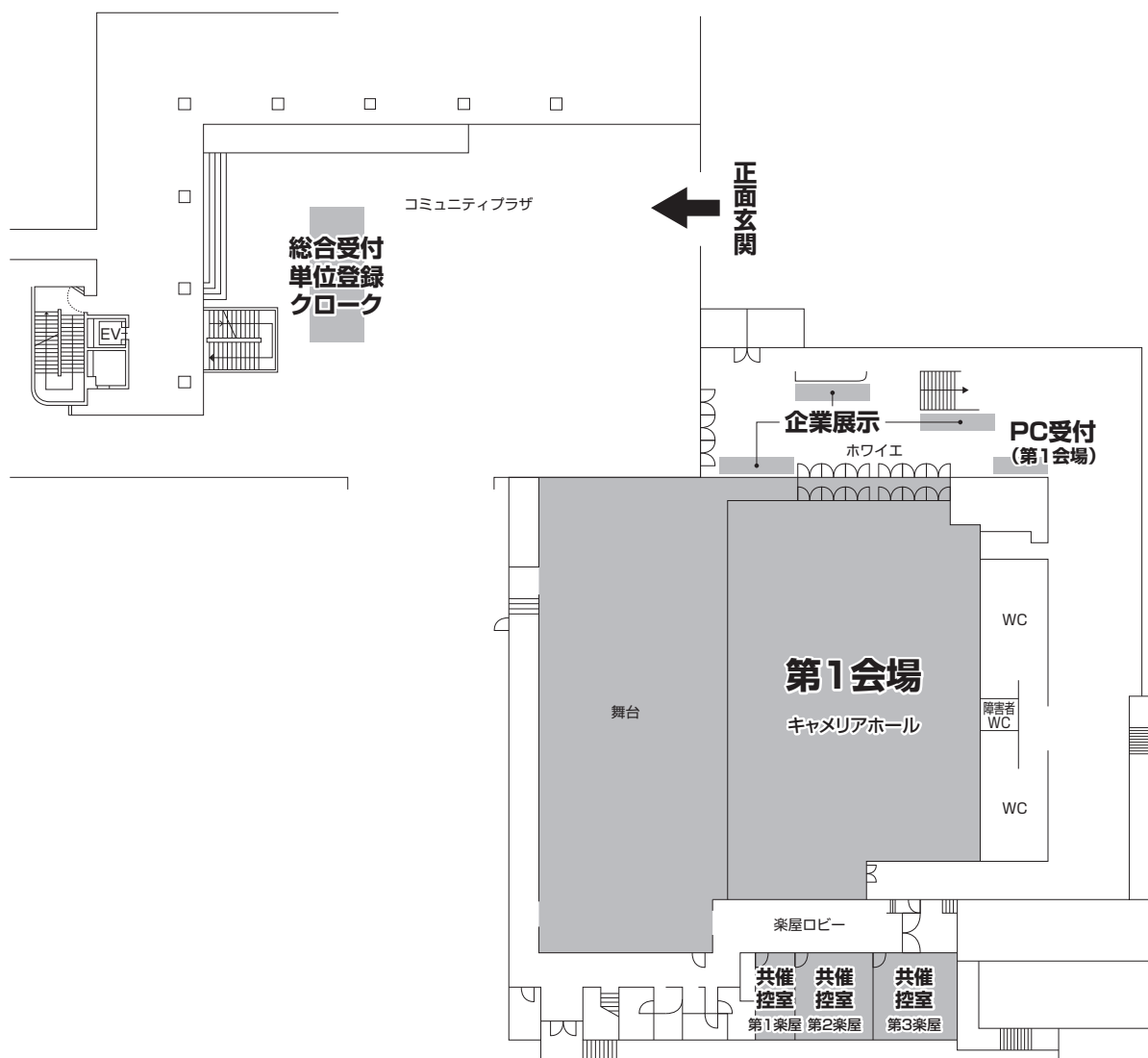
（図）

交通のご案内

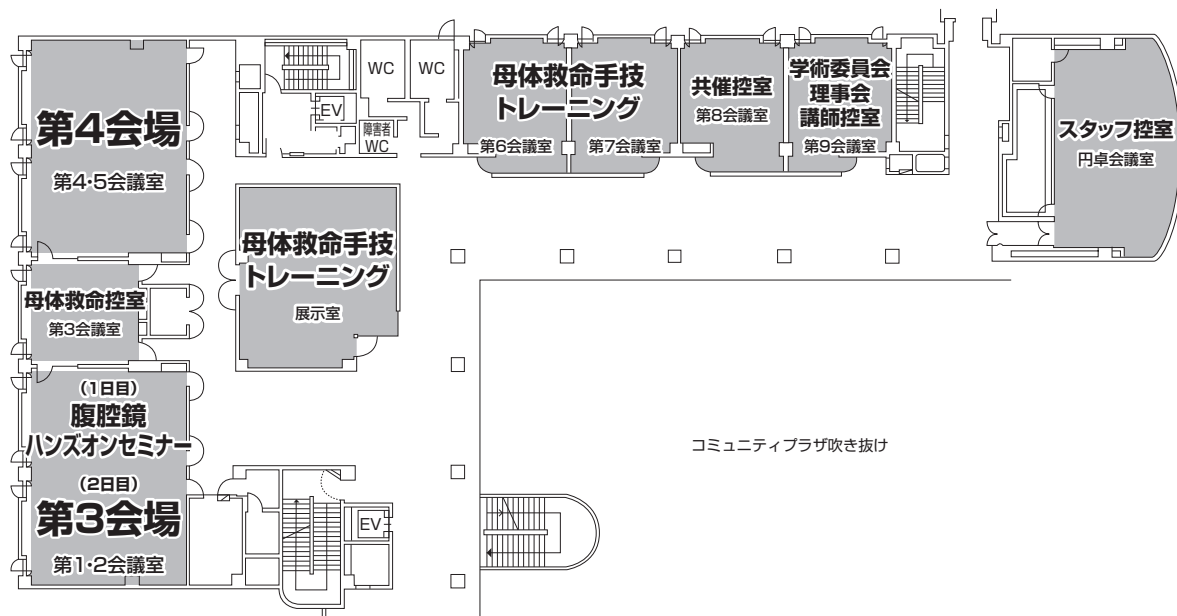


- 道後温泉から
伊予鉄市内電車 道後温泉駅（JR 松山駅前行）〈運賃：160 円〉⇒大手町駅下車 徒歩 3 分
- 全日空ホテル等（一番町）から
伊予鉄市内電車 大街道駅（JR 松山駅前行）〈運賃：160 円〉⇒大手町駅下車 徒歩 3 分
伊予鉄バス 大街道駅 10 番線（津田団地前行 又は JR 松山駅前行）：約 10 分〈運賃：210 円〉⇒松山市総合コミュニティセンター前
- 松山市駅から
伊予鉄バス 10 番線（津田団地前行 又は JR 松山駅前行）：約 3 分〈運賃：160 円〉⇒松山市総合コミュニティセンター前
伊予鉄市内電車 市駅前駅（環状線 JR 松山駅回り）〈運賃：160 円〉⇒大手町駅下車 徒歩 3 分
- JR 松山駅から
徒歩 約 10 分
伊予鉄バス 10 番線（久米駅前行）：約 2 分〈運賃：160 円〉⇒松山市総合コミュニティセンター前
- 松山空港から
伊予鉄空港リムジンバス：約 15 分〈運賃：310 円〉⇒JR 松山駅下車 徒歩 10 分
タクシー（松山市総合コミュニティセンターまで）：約 17 分

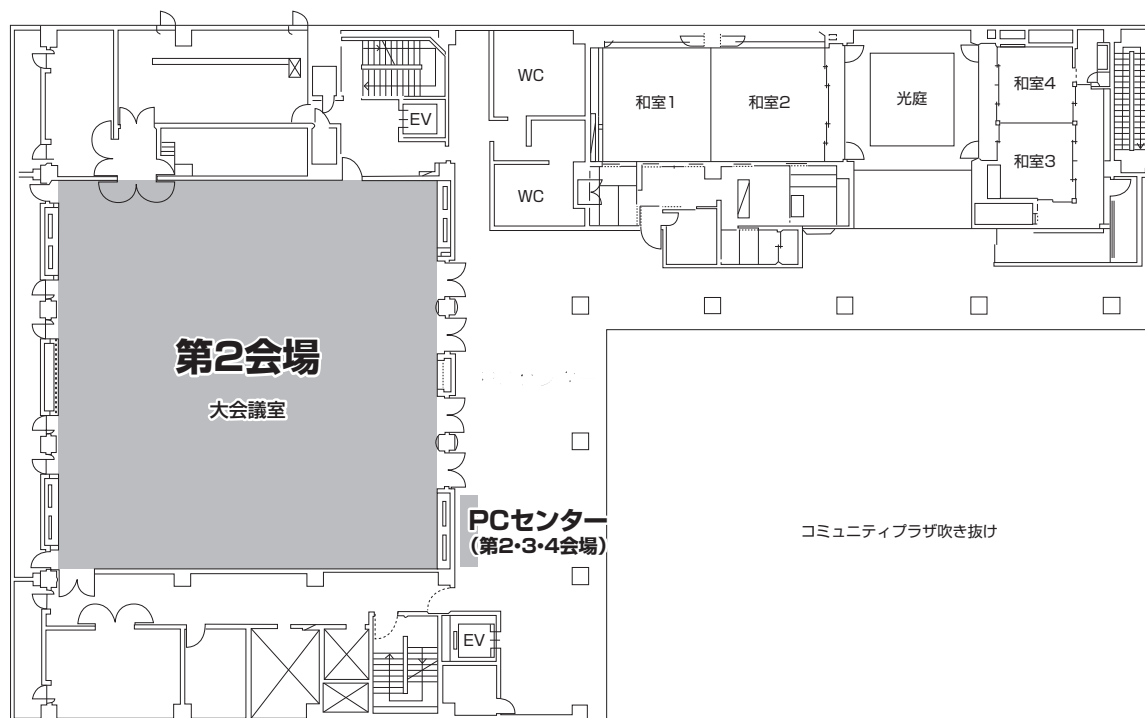
1F



2F



3F



日程表

【1日目】9月22日（土）

松山市総合コミュニティセンター							
第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	母体救命手技トレーニング会場			各種委員会
1F キャメリアホール	3F 大会議室	2F 第1・2会議室	2F 第4・5会議室	2F 第6会議室	2F 第7会議室	2F 展示室	2F 第8・9会議室
8:30							8:30
9:00							9:00
10:00		※学生・初期研修医、専攻医を 対象とした事前申込制※ 9:00～11:30 Plus One セミナー1 腹腔鏡ハンズオンセミナー 「腹腔鏡下手技の基本から応用まで」 講師：藤岡 徹（愛媛大学） 安岡裕晃（愛媛大学）					10:00
11:00				※医師・助産師・看護師を対象とした事前申込制※ 9:00～13:00 Plus One セミナー2-1 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) インストラクターコース	9:00～13:00 Plus One セミナー2-1 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) インストラクターコース	9:00～13:00 Plus One セミナー2-1 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) インストラクターコース	11:00
12:00	11:45～12:45 (P) ランチョンセミナー1 「女性の活躍促進と大豆～スーパーバイ ソフラボン「エクオール」の可能性～」 座長：堀田敦子（香川県立保健医療大学） 演者：武田 卓（近畿大学） 共催：大塚製薬株式会社 ニユートラシューティカルズ事業部						11:00～11:45 学術委員会 【第9会議室】 11:45～12:30 理事会 【第9会議室】
13:00	12:55 開会式 13:00～13:25 公衆臨床研究 「産前産後における保存的治療に関する検討」 座長：京 哲（島根大学） 演者：菅本敏子（島根大学） 13:30～14:10 教育講演1 「診療ガイドライン産科編を育てよう」 座長：増山 寿（岡山大学） 演者：板倉敦夫（順天堂大学） 共催：科研製薬株式会社 14:10～14:50 教育講演2 「DRSP含有LEP 通院後とのベネフィット ～心血管系疾患リスクの観点から考える～」 座長：原田 省（鳥取大学） 演者：若槻明彦（愛知医科大学） 共催：バイエル薬品株式会社 14:50～15:30 教育講演3 「産科危機的出血に対する治療 戦略の新しい展開」 座長：秦 利之（香川大学） 演者：池田智明（三重大学） 共催：アトムメディカル株式会社						13:00
14:00							14:00
15:00				※看護職（医師も含む）を対象とした事前申込制※ 13:30～17:30 Plus One セミナー2-2 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース （看護職中心）	13:30～17:30 Plus One セミナー2-2 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース （看護職中心）	13:30～17:30 Plus One セミナー2-2 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース （看護職中心）	15:00
16:00							16:00
17:00							17:00
18:00	17:45～18:45 (P) 特別講演（指導医講習会） 「産婦人科領域における医療安全」 座長：工藤美樹（広島大学） 演者：相引眞幸（愛媛大学）						18:00
19:00							19:00
20:00	19:00～20:30 情報交換会						20:00
20:30							20:30

(P)：機構専門医の単位付与セッション

【2日目】9月23日（日）

松山市総合コミュニティセンター								
第1会場		第2会場		第3会場		第4会場		母体救命手技トレーニング会場
1F キャメリアホール		3F 大会議室		2F 第1・2会議室		2F 第4・5会議室		各種委員会
								2F 第6会議室
								2F 第7会議室
								2F 展示室
								2F 第8・9会議室
7:30								
8:00								7:30～8:20 評議員会 【第8・9会議室】
9:00	8:30～8:50 総会							
10:00	9:00～9:40 一般講演 第1群 (101-105) 妊娠合併症 座長:松原裕子(愛媛大学)	9:00～9:40 一般講演 第7群 (201-205) 腫瘍(一般1) 座長:平田英司(広島大学)	9:00～9:40 一般講演 第13群 (301-305) 生殖内分泌1 座長:田村博史(山口大学)	9:00～9:40 一般講演 第19群 (401-405) 女性ヘルスケア1 座長:鎌田泰彦(岡山大学)				
11:00	9:40～10:28 一般講演 第2群 (106-111) 産科出血1 座長:阿部恵美子(愛媛県立中央病院)	9:40～10:20 一般講演 第8群 (206-210) 腫瘍(子宮頸部) 座長:末岡幸太郎(山口大学)	9:40～10:12 一般講演 第14群 (306-309) 生殖内分泌2 座長:松崎利也(徳島大学)	9:40～10:20 一般講演 第20群 (406-410) 女性ヘルスケア(その他) 座長:桑原 章(徳島大学)				
	10:28～11:08 一般講演 第3群 (112-116) 産科出血2 座長:林 和俊 (高知医療センター)	10:20～11:00 一般講演 第9群 (211-215) 腫瘍(子宮体部) 座長:竹原和宏 (四国がんセンター)	10:12～10:52 一般講演 第15群 (310-314) 周産期4 座長:佐世正勝 (山口県立総合医療センター)	10:20～11:00 一般講演 第21群 (411-415) 手術1 座長:中村圭一郎(岡山大学)	※看護職(医師も含む)を対象とした事前申込制※			
	11:08～11:40 一般講演 第4群 (117-120) 周産期1 座長:原田 崇(鳥取大学)	11:00～11:40 一般講演 第10群 (216-220) 腫瘍(付属器) 座長:本郷淳司(川崎医科大学)	10:52～11:32 一般講演 第16群 (315-319) 周産期5 座長:前田和寿 (四国こどもととなの医療センター)	11:00～11:40 一般講演 第22群 (416-420) 手術2 座長:横山幹文(松山赤十字病院)	9:00～13:00 Plus One セミナー2-3 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース (看護職中心)	9:00～13:00 Plus One セミナー2-3 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース (看護職中心)	9:00～13:00 Plus One セミナー2-3 日本母体救命 システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース (看護職中心)	
12:00		12:00～13:00 ㊦ ランチョンセミナー2 「深部子宮内膜症の早期切除の重要性 ～癒着を伴う卵巣チョコレート嚢胞の 病理からDIEを再考する～」 座長:前田長正(高知大学) 演者:太田啓明 (倉敷成人病センター) 共催:持田製薬株式会社						
13:00								
14:00	13:10～13:50 一般講演 第5群 (121-125) 周産期2 座長:池上信夫(高知大学)	13:10～13:50 一般講演 第11群 (221-225) 腫瘍(一般2) 座長:松元 隆(愛媛大学)	13:10～13:42 一般講演 第17群 (320-323) 周産期(胎児・先天異常) 座長:田中宏和(香川大学)	13:10～14:14 一般講演 第23群 (421-428) 手術3 座長:中山健太郎(島根大学)				
	13:50～14:30 一般講演 第6群 (126-130) 周産期3 座長:金西賢治(香川大学)	13:50～14:30 一般講演 第12群 (226-230) 子宮内膜症 座長:近藤裕司(愛媛県立中央病院)	13:42～14:22 一般講演 第18群 (324-328) 周産期6 座長:越智 博 (愛媛県立中央病院)					
15:00	14:30～14:35 閉会式							
16:00								
17:00								
18:00								

9月22日（土） 第1日目

第1会場

開会の挨拶

12:55 - 13:00

杉山 隆

公募臨床研究

13:00 - 13:25

座 長：島根大学医学部附属病院 産科婦人科 京 哲

「癒着胎盤における保存的治療に関する検討」

演 者：島根大学 産科婦人科学教室 皆本敏子

教育講演 1

13:30 - 14:10

座 長：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室 増山 寿
共 催：科研製薬株式会社

「診療ガイドライン産科編を育てよう」

演 者：順天堂大学医学部産婦人科学講座・大学院医学研究科産婦人科学 板倉敦夫

教育講演 2

14:10 - 14:50

座 長：鳥取大学器官制御外科学講座 生殖機能医学分野 原田 省
共 催：バイエル薬品株式会社

「DRSP 含有 LEP 連続投与のベネフィット～心血管系疾患リスクの観点から考える～」

演 者：愛知医科大学産婦人科学教室 若槻明彦

教育講演 3

14:50 - 15:30

座 長：香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学 秦 利之
共 催：アトムメディカル株式会社

「産科危機的出血に対する治療戦略の新しい展開」

演 者：三重大学 産科婦人科 池田智明

教育講演 4

15:40 - 16:20

座 長：山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座 杉野法広
共 催：中外製薬株式会社

「婦人科悪性腫瘍術後の HRT の実際」

演 者：弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 横山良仁

教育講演 5

16:20 - 17:00 座 長：徳島大学大学院 医歯薬学研究部 産科婦人科学分野 苛原 稔

「これだけは知っておきたい、不妊外来の進め方」

演 者：兵庫医科大学産科婦人科学講座 柴原浩章

教育講演 6

17:00 - 17:40 座 長：川崎医科大学産婦人科学 1 下屋浩一郎

「高齢社会における骨盤臓器脱の治療戦略」

演 者：大阪市立大学大学院医学研究科 女性生涯医学講座 古山将康

特別講演（指導医講習会）

※機構専門医の単位付与セッション

17:45 - 18:45 座 長：広島大学大学院医歯薬保健学研究院総合健康科学部門 産科婦人科学 工藤美樹

「産婦人科領域における医療安全」

演 者：愛媛大学大学院 医学系研究科 救急医学分野 相引真幸

第2会場

ランチョンセミナー 1

※機構専門医の単位付与セッション

11:45 - 12:45 座 長：香川県立保健医療大学看護学科 塩田敦子

共 催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部

「女性の活躍促進と大豆～スーパーイソフラボン「エクオール」の可能性～」

演 者：近畿大学東洋医学研究所 武田 卓

情報交換会

19:00 - 20:30

第3会場

Plus One セミナー 1

9:00 - 11:30 腹腔鏡ハNZオンセミナー「腹腔鏡下手技の基本から応用まで」

協 賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

講 師：藤岡 徹（愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学）

安岡稔晃（愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学）

母体救命手技トレーニング会場

Plus One セミナー 2-1

2F 第6会議室／第7会議室／展示室

9：00－13：00 日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）インストラクターコース

Plus One セミナー 2-2

2F 第6会議室／第7会議室／展示室

13：30－17：30 日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）ベーシックコース（看護職中心）

第1会場

一般講演 第1群 妊娠合併症

9:00 - 9:40

座長 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 松原裕子

101. 漿液性網膜剥離と診断された重症妊娠高血圧腎症の3例

¹⁾ 松江赤十字病院、²⁾ 鳥取大学産婦人科

曳野耕平¹⁾、小作大賢²⁾、原田 崇²⁾、荒田和也²⁾、経遠孝子²⁾、谷口文紀²⁾、原田 省²⁾

102. 早期診断した臨床的急性妊娠脂肪肝の1例

¹⁾ 岡山赤十字病院、²⁾ 岡山中央病院 産婦人科

渋川昇平¹⁾、三枝資枝²⁾、片山典子¹⁾、楠元理恵¹⁾、檜野千明¹⁾、佐々木佳子¹⁾、大村由紀子¹⁾、林 裕治¹⁾

103. 妊娠性一過性大腿骨頭萎縮症の一例

広島市立広島市民病院

久保倫子、上野尚子、入江恭平、清水かれん、築澤良亮、三島桜子、森川恵司、植田麻衣子、原賀順子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

104. 周産期心筋症を合併した卵巣静脈血栓症の一例

香川大学医学部 周産期女性診療科

森亜優美、山本健太、田中宏和、山下智也、石橋めぐみ、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、金西賢治、秦 利之

105. 妊娠後期に発症した深部静脈血栓症に対し、腎静脈上にIVCフィルターを留置した1例

香川大学医学部 周産期科女性診療科

山下智也、山本健太、森亜優美、石橋めぐみ、眞嶋允人、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、金西賢治、田中宏和、秦 利之

一般講演 第2群 産科出血1

9:40 - 10:28

座長 愛媛県立中央病院 産婦人科 阿部恵美子

106. 人工知能によるクラスタ分類を用いた産後大量出血時の血液凝固障害の概念

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター、²⁾ 三宅おおふくクリニック、³⁾ サン・クリニック

多田克彦¹⁾、宮木康成²⁾、萬 もえ³⁾、吉田瑞穂¹⁾、大岡尚実¹⁾、福井花央¹⁾、塚原紗耶¹⁾、政廣聡子¹⁾、沖本直輝¹⁾、立石洋子¹⁾、熊澤一真¹⁾

107. 妊娠後期のC1 エステラーゼインヒビターは、弛緩出血と関連する

済生会下関総合病院

折田剛志、高崎彰久、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、嶋村勝典、森岡 均

108. 常位胎盤早期剥離による IUFD に対し経膣分娩を行った 4 症例の検討

岡山大学医学部産婦人科

田中奈緒子、大平安希子、谷 和祐、牧 尉太、江口武志、玉田祥子、光井 崇、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

109. 穿通胎盤により多量の血尿を来し、緊急帝王切開及び子宮摘出を施行した一例

JCHO 徳山中央病院

爲久哲郎、平田博子、坂井宜裕、中川達史、山縣芳明、平林 啓、沼 文隆

110. 産科危機的出血に対する止血方法の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

清水真央子、三輪一知郎、清水奈都子、三輪照未、大谷恵子、浅田裕美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

111. 帝切後 13 日目に危機的出血をきたし造影 CT、血管造影にて子宮仮性動脈瘤と診断した一例

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 産婦人科、

²⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 遺伝性がん診療科

花岡美生¹⁾、加藤俊平¹⁾、甲斐一華¹⁾、山本弥寿子²⁾、児玉尚志¹⁾

一般講演 第 3 群 産科出血 2

10:28 - 11:08

座長 高知医療センター 産婦人科 林 和俊

112. 当院で経験した前置血管の 2 症例

市立宇和島病院 産婦人科

青石優子、矢野真理、清村正樹、中橋徳文

113. 警告出血のない前置胎盤症例の分娩時期の検討

国立病院機構岡山医療センター 産婦人科

吉田瑞穂、多田克彦、福井花央、萬 もえ、大岡尚実、塚原紗耶、政廣聡子、沖本直輝、立石洋子、熊澤一真

114. 子宮内にバルーンを留置し二期的に手術を行った前置癒着胎盤の 2 例

¹⁾ 徳島大学産科婦人科、²⁾ 国立病院機構高知病院

武田明日香¹⁾、加地 剛¹⁾、今泉絢貴²⁾、祖川英至¹⁾、吉田あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、西村正人¹⁾、苛原 稔¹⁾

115. 子宮全摘術を要した前置癒着胎盤 11 例の検討

広島市立広島市民病院 産科婦人科

入江恭平、上野尚子、清水かれん、築澤良亮、三島桜子、久保倫子、森川恵司、片山陽介、植田麻衣子、原賀順子、関野 和、依光正枝、中西美恵、石田 理、児玉順一

116. 当院における産科大量出血に対するフィブリノゲン製剤投与症例についての検討

徳島市民病院

福井理仁、立花綾香、鎌田周平、木内理世、山本哲史、古本博孝

一般講演 第4群 周産期1

11:08 - 11:40

座長 鳥取大学医学部 女性診療科 原田 崇

117. 妊娠24週で高度の羊水過少、FGR、NST異常を認めたが、保存的に妊娠継続し正期産児を得た1例

倉敷中央病院

安井みちる、荒武淳一、赤松巧将、黒田亮介、加藤爽子、原 理恵、西川貴史、西村智樹、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

118. 妊娠24週未満で発症した前期破水症例の妊娠継続期間と児の短期予後についての検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

熊澤一真、多田克彦、福井花央、萬 もえ、大岡尚実、吉田瑞穂、政廣聡子、塚原紗耶、沖本直輝、立石洋子

119. 当科における治療的頸管縫縮術の周産期予後

徳山中央病院 産婦人科

中川達史、平林 啓、坂井宜裕、爲久哲郎、平田博子、山縣芳明、沼 文隆

120. 当院周産期センターにおける超多胎（品胎以上）の動向

高知医療センター 産婦人科

南 晋、高橋成彦、脇川晃子、上野晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、林 和俊

一般講演 第5群 周産期2

13:10 - 13:50

座長 高知大学医学部 産科婦人科学講座 池上信夫

121. 本邦のHIV感染妊婦における経膈分娩対応についてーHIV感染妊娠に関する診療ガイドラインの刊行にあたってー

¹⁾ 国立病院機構関門医療センター 産婦人科、²⁾ 国立病院機構九州医療センター 産婦人科、

³⁾ 国立病院機構仙台医療センター 産婦人科、⁴⁾ 河北病院 産婦人科、

⁵⁾ 久留米大学医学部 産婦人科、⁶⁾ 県立奈良総合病院 産婦人科、

⁷⁾ H27～H29年度・厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策事業「HIV感染妊婦に関する全国疫学調査と診療ガイドラインの策定ならびに診療体制の確立」班

林 公一^{1,7)}、蓮尾泰之^{2,7)}、明城光三^{3,7)}、五味渕秀人^{4,7)}、宋 邦夫^{5,7)}、喜多恒一^{6,7)}

122. 当院における帝王切開症例のRobson分類による検討

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

三苫智裕、光井 崇、早田 桂、谷 和祐、牧 尉太、江口武志、玉田祥子、衛藤英理子、増山 寿

123. 当院における超緊急帝王切開術（Grade A カイザー）の検討

倉敷中央病院 産婦人科

原 理恵、清川 晶、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、安井みちる、田中 優、障子章大、黒岩征洋、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

124. 広島県での日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）の取り組み

¹⁾ 広島大学 産科婦人科、²⁾ 広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院、³⁾ 鈴峰今中医院
占部 智¹⁾、寺岡有子¹⁾、小西晴久²⁾、小出千絵¹⁾、河村慎吾³⁾、工藤美樹¹⁾

125. 妊婦の緊急搬送体制改善に向けた院内改革と県下の取り組み～搬送システム OKAYAMA Picss と搬送補助アプリ iPicss App[®]の開発～

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学教室

牧 尉太、早田 桂、大平安希子、谷 和祐、玉田祥子、江口武志、光井 崇、衛藤恵理子、増山 寿

一般講演 第6群 周産期3

13:50 – 14:30

座長 香川大学医学部母子科学講座 金西賢治

126. 母児間輸血症候群により重症胎児貧血となった2例

JA 尾道総合病院 産婦人科

梅木崇寛、佐々木晃、田中教文、坂下知久

127. Rh（D）血液型不適合妊娠に対して二重膜濾過血漿交換分離法 double filtration plasmapheresis（DFPP）を施行した1例

¹⁾ 広島大学 産科婦人科、²⁾ 広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院 産婦人科

佐藤優季¹⁾、山崎友美¹⁾、竹石直子¹⁾、日比野佑美¹⁾、仙波恵樹¹⁾、占部 智¹⁾、田中教文²⁾、兵頭麻希¹⁾、
工藤美樹¹⁾

128. 絨毛膜羊膜炎との鑑別に羊水検査が有用であった妊娠子宮筋腫変性の1例

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産婦人科

黒田亮介、黒岩征洋、赤松功将、荒武淳一、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、
田中 優、障子章大、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

129. 妊娠を契機に尿路結石にて腎後性腎不全となり腎瘻造設を要した1例

広島市立広島市民病院

三島桜子、石田 理、入江恭平、清水かれん、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、
原賀順子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、児玉順一

130. 弛緩出血に対して動脈塞栓術施行後に子宮筋層壊死となり子宮摘出を要した1例

¹⁾ 国立病院機構高知病院 産科婦人科、²⁾ 高知医療センター

今泉絢貴¹⁾、滝川稚也¹⁾、木下宏美¹⁾、南 晋²⁾、福家義雄¹⁾

第2会場

一般講演 第7群 腫瘍（一般1）

9:00 - 9:40

座長 広島大学大学院 産科婦人科学 平田英司

201. 腔に発生した MTX 関連リンパ増殖性疾患の一例

愛媛労災病院

松本 唯、平野真理、南條和也、宮内文久

202. 尿管子宮内膜症の悪性転化と診断した後腹膜腫瘍の一例

鳥取大学 産科婦人科

飯田祐基、小作大賢、澤田真由美、森山真亜子、工藤明子、野中道子、下雅意るり、千酌 潤、佐藤慎也、大石徹郎、原田 省

203. 網羅的がん遺伝子検査による、がんプレジジョンメディシンの実践～がんゲノム医療センター設立に向けて～

島根大学医学部附属病院 産科婦人科

吉村由紀、中山健太郎、澤田希代加、中村秋穂、小野瑠璃子、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、京 哲

204. プラチナ製剤投与にて抗利尿ホルモン不適合分泌（SIADH）をきたした2症例

山口大学医学部 産婦人科

中島健吾、末岡幸太郎、春瀬風香、岡田真希、梶邑匠彌、竹谷俊明、杉野法広

205. 子宮頸部細胞診 AGC と判断された14症例の検討

¹⁾ 高知県立幡多けんみん病院 産婦人科、²⁾ 高知県立幡多けんみん病院 臨床検査科

平川充保¹⁾、泉谷知明¹⁾、河渕 誠²⁾、徳重秀将¹⁾、濱田史昌¹⁾、中川裕可里²⁾、中村寿治²⁾、弘井 誠²⁾、中野祐滋¹⁾

一般講演 第8群 腫瘍（子宮頸部）

9:40 - 10:20

座長 山口大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 末岡幸太郎

206. 当院において LEGH 疑いで手術を行った8症例の検討

姫路赤十字病院 産婦人科

有澤理美、中澤浩志、牛尾友紀、番匠里紗、平田智子、小山美佳、宮原友里、西田友美、河合清日、中山朋子、中務日出輝、小高晃嗣、水谷靖司

207. 不十分な診療情報の伝達のため子宮頸癌早期で治療を開始する機会を失った一例

高知医療センター

山本寄人、高橋成彦、脇川晃子、上野晃子、川瀬史愛、小松淳子、南 晋、林 和俊

208. 妊娠初期に診断され、同時化学放射線療法を施行した妊娠合併子宮頸癌の 1 例

広島市立広島市民病院 産婦人科

築澤良亮、片山陽介、入江恭平、清水かれん、三島桜子、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、原賀順子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

209. 子宮頸部最小偏倚腺癌治療の 4 年後に腹膜癌を発症した 1 例

倉敷成人病センター 産科婦人科

手石方康宏、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、坂手慎太郎、紀平知久、二村 涼、市川冬輝、戸枝 満、吉津照見、濱崎洋一郎、白根 晃、太田啓明、安藤正明

210. 子宮頸癌臨床進行期分類（日産婦 2011）の注意点

四国がんセンター 婦人科

大亀真一、田中圭紀、横山貴紀、友野勝幸、藤本悦子、坂井美佳、竹原和宏

一般講演 第 9 群 腫瘍（子宮体部）

10：20－11：00

座長 四国がんセンター 婦人科 竹原和宏

211. エリブリンにて病勢コントロールが得られた再発子宮平滑筋肉腫の 1 例

山口県立総合医療センター 産婦人科

清水奈都子、三輪一知郎、清水真央子、三輪照未、大谷恵子、浅田裕美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

212. レスバトロールによる子宮肉腫の細胞増殖抑制作用の検討

徳島大学医学部 産科婦人科

峯田あゆか、香川智洋、炬口恵理、阿部彰子、西村正人、苛原 稔

213. 子宮内反症を呈した若年子宮体部癌肉腫の 1 例

県立広島病院 産婦人科

榎園優香、白山裕子、森岡裕彦、上田明子、中島祐美子、児玉美穂、上田克憲、三好博史

214. Eribulin が奏効した子宮平滑筋肉腫の 1 例

四国がんセンター

藤本悦子、竹原和宏、田中圭紀、横山貴紀、友野勝幸、坂井美佳、大亀真一

215. MPA 療法後に自然妊娠にて二児を得た若年子宮体癌の一例

岡山中央病院

三枝資枝、金重恵美子、伊賀美穂、近藤佳子、槇野洋子、木村吉宏、江口勝人

一般講演 第 10 群 腫瘍（付属器）

11：00－11：40

座長 川崎医科大学 産婦人科学 2 本郷淳司

216. 画像での診断が困難であった卵巣ライディッヒ細胞腫の 1 例

島根大学医学部 産科婦人科

折出亜希、金崎春彦、原 友美、京 哲

217. 卵巣甲状腺腫性カルチノイドの 1 例

姫路赤十字病院 産婦人科

牛尾友紀、中務日出輝、有澤理美、番匠里沙、平田智子、小山美佳、宮原有里、中澤浩志、西田友美、河合晴日、中山朋子、小高晃嗣、水谷靖司

218. 卵巣明細胞癌および高異型度漿液性癌におけるホルモン受容体発現の評価

鳥取大学 産婦人科

小作大賢、大石徹郎、澤田真由美、工藤明子、野中道子、下雅意るり、千酌 潤、佐藤慎也、原田 省

219. 粘液性腺癌に悪性転化した卵巣成熟嚢胞性奇形腫の 1 例

¹⁾ 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 産婦人科、

²⁾ 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 病理診断科

山根尚史¹⁾、中村紘子¹⁾、隅井ちひろ¹⁾、佐川麻衣子¹⁾、澤崎 隆¹⁾、水之江知哉¹⁾、倉岡和矢²⁾

220. 術前診断に苦慮した良性 Brenner 腫瘍の 1 例

広島市立安佐市民病院

綱掛 恵、熊谷正俊、河村省吾、佐々木充、向井百合香

ランチョンセミナー 2

12:00 – 13:00

座 長：高知大学医学部 産科婦人科学講座 前田長正

共 催：持田製薬株式会社

「深部子宮内膜症の早期切除の重要性～癒着を伴う卵巣チョコレート嚢胞の病理から DIE を再考する～」

演 者：倉敷成人病センター 産科婦人科 太田啓明

一般講演 第 11 群 腫瘍（一般 2）

13:10 – 13:50

座長 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 松元 隆

221. 子宮内膜細胞診異常を契機に発見された乳癌再発の 1 例

JA 広島総合病院 産婦人科

小西晴久、菅裕美子、佐々木美砂、高本晴子、中西慶喜

222. 非細菌性血栓性心内膜炎を認めたトルソー症候群の 2 症例

¹⁾ 高知大学医学部附属病院、²⁾ 高知県立あき総合病院

大黒太陽¹⁾、牛若昂志¹⁾、樋口やよい²⁾、氏原悠介¹⁾、高田和香¹⁾、池上信夫¹⁾、前田長正¹⁾

223. 後腹膜に発生した巨大 lipoleiomyoma の一例

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

片山沙希、久保光太郎、松岡敬典、依田尚之、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

224. 若年子宮体癌患者におけるリンチ症候群拾い上げにむけて

徳島大学医学部産科婦人科

阿部彰子、峯田あゆか、香川智洋、西村正人、苛原 稔

225. Lynch 症候群関連腫瘍を合併した子宮内膜症関連卵巣癌の検討

- ¹⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科、
²⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科、
³⁾ 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター婦人科、
⁴⁾ 独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター産婦人科、
⁵⁾ 独立行政法人国立病院機構横浜医療センター産婦人科、
⁶⁾ 独立行政法人国立病院機構福山医療センター産婦人科、
⁷⁾ 独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科・臨床遺伝センター、
⁸⁾ 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター婦人科
田中圭紀¹⁾、竹原和宏¹⁾、坂井美佳¹⁾、寺本典弘²⁾、加藤秀則³⁾、水之江知哉⁴⁾、鈴木理絵⁵⁾、早瀬良二⁶⁾、
植木有紗⁷⁾、齋藤俊章⁸⁾

一般講演 第 12 群 子宮内膜症

13 : 50 – 14 : 30 座長 愛媛県立中央病院 産婦人科 近藤裕司

226. 子宮内膜症を合併した筋強直性ジストロフィーの 2 症例

JCHO 徳山中央病院

山縣芳明、坂井宣裕、爲久哲郎、平田博子、中川達史、平林 啓、沼 文隆

227. ノルエチステロン単独投与による卵巣チョコレート嚢胞の治療効果

¹⁾ 鳥取大学 産科婦人科、²⁾ 四季レディースクリニック

佐藤絵理¹⁾、谷口文紀¹⁾、江夏亜希子²⁾、池淵 愛¹⁾、村上二郎¹⁾、森山真亜子¹⁾、山根恵美子¹⁾、東 幸弘¹⁾、
原田 省¹⁾

228. 子宮内膜症モデルマウスにおいてアクチビンの腹腔内投与は子宮内膜症病変の発生を促進する

徳島大学病院 産科婦人科

笠井可菜、門田友里、河北貴子、吉田加奈子、加藤剛志、苛原 稔

229. 腹腔鏡術後瘢痕部に生じた希少部位内膜症の 2 例

倉敷中央病院 産科婦人科

障子章大、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、
田中 優、黒岩征洋、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

230. Mycoplasma hominis による子宮内膜症性嚢胞膿瘍化の 1 例

香川県立中央病院 産婦人科

梶笑美子、堀口育代、矢野友梨、永坂久子、高田雅代、米澤 優

第3会場

一般講演 第13群 生殖内分泌1

9:00 - 9:40

座長 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 田村博史

301. 新しいプロトコールによるFSH低用量漸増療法の排卵誘発治療における効果と安全性の検討

徳島大学大学院産科婦人科学

松崎利也、柳原里江、岩佐 武、MayilaYiliyasi、山本由理、桑原 章、苛原 稔

302. メラトニンの卵巣加齢に対する予防効果および投与開始時期の検討

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座

高木遥香、田村博史、土井結美子、白蓋雄一郎、三原由実子、品川征大、松本真紀、田村 功、竹谷俊明、杉野法広

303. 網羅的遺伝子発現解析による菲薄化子宮内膜における着床障害の発症メカニズムの解明

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科産科婦人科、²⁾ 済生会下関総合病院産婦人科

白蓋雄一郎¹⁾、高崎彰久²⁾、前川 亮¹⁾、土井結美子¹⁾、高木遥香¹⁾、三原由実子¹⁾、品川征大¹⁾、松本真紀¹⁾、田村 功¹⁾、竹谷俊明¹⁾、田村博史¹⁾、杉野法広¹⁾

304. 当院における不育症患者についての検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

三輪照未、中村康彦、清水真央子、清水奈津子、大谷恵子、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝

305. 徳島大学病院における不育症患者に対する染色体検査の実施状況

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、²⁾ 中山産婦人科・小児科

岩佐 武¹⁾、松崎利也¹⁾、谷口友香¹⁾、米谷直人¹⁾、中山聡一郎²⁾、吉田あつ子¹⁾、柳原里江¹⁾、山本由理¹⁾、加地 剛¹⁾、桑原 章¹⁾、苛原 稔¹⁾

一般講演 第14群 生殖内分泌2

9:40 - 10:12

座長 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野 松崎利也

306. 生後早期の免疫ストレスが成長後の雌ラットの性行動に及ぼす影響

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部産科婦人科学分野、²⁾ 公立学校共済組合四国中央病院産婦人科

MayilaYiliyasi¹⁾、松崎利也¹⁾、岩佐 武¹⁾、柳原里江¹⁾、矢野清人^{1,2)}、苛原 稔¹⁾

307. 酸化ストレスは胚発育に影響する

つばきウイメンズクリニック

鍋田基生、大内茉湖、松本綾香、庵原聖未、長谷川麻理、坂井和貴、須賀真美、鵜久森夏世、兵頭慎治、伊木朱有美

308. 当科における子宮腺筋症に対する腹腔鏡下妊孕性温存手術後の妊娠予後

松山赤十字病院

島本久美、勝間慎一郎、大神靖也、久保絢美、林 広典、梶原涼子、東條伸平、本田直利、横山幹文

309. 当院における深部子宮内膜症術後の妊娠に関する比較検討

松山赤十字病院

林 広典、勝間慎一郎、大神靖也、久保絢美、梶原涼子、東條伸平、島本久美、本田直利、横山幹文

一般講演 第15群 周産期4

10:12 - 10:52

座長 山口県立総合医療センター 産婦人科 佐世正勝

310. ABCC8 遺伝子変異による糖尿病合併妊娠の1例

¹⁾ 鳥取県立中央病院 産婦人科、²⁾ 鳥取市立病院

和田郁美¹⁾、上垣 崇¹⁾、竹中泰子¹⁾、木内 誠¹⁾、高橋弘幸¹⁾、早田 裕²⁾

311. 夫婦ともに精神疾患を有する生活保護受給中の高度肥満妊婦に対する当院での取り組み

川崎医科大学附属病院 産婦人科

斎藤 渉、鈴木聡一郎、松本 良、松本桂子、羽間夕紀子、杉原弥香、佐野力哉、石田 剛、村田卓也、中井祐一郎、塩田 充、中村隆文、下屋浩一郎

312. 抗てんかん薬内服中の妊婦が巨赤芽球性貧血を発症した1例

香川大学医学部周産期学婦人科学

山本健太、森亜優美、山下智也、石橋めぐみ、天雲千晶、真嶋允人、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、金西賢治、田中宏和、秦 利之

313. 男性ホルモン投与中に自然妊娠し、女兒を出産した Female to Male の一例

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 国立病院機構 高知病院 産科婦人科

吉田あつ子¹⁾、加地 剛¹⁾、今泉絢貴²⁾、祖川英至¹⁾、米谷直人¹⁾、苛原 稔¹⁾

314. クラミジア感染による妊娠初期流産の一例を経験して

岡山市立市民病院

根津優子、桐野智江、新家朱理、徳毛敬三、平松祐司、小橋勇二

一般講演 第16群 周産期5

10:52 - 11:32

座長 四国こどもとおとなの医療センター 総合周産期母子医療センター 前田和寿

315. 再生不良性貧血合併妊娠に深部静脈血栓症・腎機能障害を合併した一例

島根大学医学部 産科婦人科

中村秋穂、皆本敏子、澤田希代加、吉村由紀、小野瑠璃子、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、中山健太郎、京 哲

316. 合併症なく経陰分娩に至った先天性アンチトロンビンIII欠乏症合併妊娠の1例

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

藤村大志、村田 晋、前川 亮、品川征大、杉野法広

317. 当院における先天性心疾患修復術後妊婦の妊娠転帰の検討

四国こどもとおとなの医療センター

中奥大地、山崎幹雄、近藤朱音、森根幹生、檜尾健二、前田和寿

318. 母体 dry weight による羊水量管理を行い、正期産経膈分娩となった透析妊婦の 1 例

¹⁾ 県立広島病院 産科・婦人科、²⁾ 県立広島病院 腎臓内科

森岡裕彦¹⁾、三好博史¹⁾、榎園優香¹⁾、上田明子¹⁾、中島祐美子¹⁾、児玉美穂¹⁾、白山裕子¹⁾、上田克憲¹⁾、清水優佳²⁾、小川貴彦²⁾

319. 妊娠を契機に成人 Still 病が再発・増悪した 2 例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

今井 統、内倉友香、井上翔太、恩地裕史、吉田文香、宮上 眸、横山真紀、安岡稔晃、高木香津子、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

一般講演 第 17 群 周産期（胎児・先天異常）

13：10－13：42

座長 香川大学医学部母子科学講座 周産期学婦人科学 田中宏和

320. 日本における胎児への化学物質への曝露の現状

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科

前川 亮、三原由実子、品川征大、田村 功、松本真紀、高木遥香、土井結美子、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

321. 胎児期に発症した一過性骨髄異常増殖症の 2 例

鳥取大学

森山真亜子、荒田和也、経遠孝子、原田 崇、谷口文紀、原田 省

322. 正常単胎妊婦における母体血及び臍帯血ビタミン D 濃度の分娩季節による影響

¹⁾ 徳島大学医学部 産科婦人科、²⁾ 四国こどもととなの医療センター

祖川英至¹⁾、加地 剛¹⁾、中山聡一郎¹⁾、吉田あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、前田和寿²⁾、苛原 稔¹⁾

323. 臍帯嚢胞から尿膜管遺残を出生前診断し、出生後に尿膜管瘻摘出術を施行した一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

加藤宏章、阿部恵美子、矢野晶子、小泉誠司、阿南春分、上野 繁、池田朋子、田中寛希、森 美妃、金石 環、近藤裕司、越智 博

一般講演 第 18 群 周産期 6

13：42－14：22

座長 愛媛県立中央病院 産婦人科 越智 博

324. 既往帝王切開妊婦の中期中絶における安全性の検討

高知大学医学部 産科婦人科

森 亮、松島幸生、池上信夫、前田長正

325. 当科で経験した toxic shock syndrome の 3 例

広島市民病院

清水かれん

326. 無痛分娩が実施できない当院における和痛分娩の現状

高知医療センター 産婦人科

高橋成彦、林 和俊、脇川晃子、上野晃子、永井立平、川瀬史愛、山本寄人、小松淳子、南 晋

327. 当院のプロゲステロンによる早産予防治療の検討

倉敷中央病院 産婦人科

荒武淳一、福原 健、赤松巧将、黒田亮介、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、
田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

328. 授乳中の乳腺炎について、Google 検索から母親は有用な情報を引き出せるか？

坂出市立病院

戸田 千

第 4 会場

一般講演 第 19 群 女性ヘルスケア 1

9 : 00 – 9 : 40

座長 岡山大学病院 周産母子センター 鎌田泰彦

401. 低用量ピル服用中に下肢深部静脈血栓症・肺塞栓症を起こした症例の検討

浜田医療センター

小林正幸、李 理華、平野開士

402. 当院での手動真空吸引法（MVA）を用いた子宮内容除去術の有用性の検討

¹⁾ 三宅医院、²⁾ 三宅おおふくクリニック

三宅貴仁^{1,2)}、柴田真紀¹⁾、高吉理子¹⁾、清川麻知子¹⁾、小田隆司¹⁾、小國信嗣¹⁾、宮木康成²⁾、橋本 雅¹⁾、
高田智价¹⁾

403. Swyer 症候群の一例

倉敷成人病センター 産婦人科

戸枝 満、白根 晃、二村 涼、市川冬輝、手石方康弘、濱崎洋一郎、菅野 潔、柳井しおり、
澤田麻里、紀平知久、太田啓明、安藤正明

404. 当院産婦人科における乳癌検診の現状

公立学校共済組合 四国中央病院

林 亜紀、矢野清人、大和幸子、田村貴央、鎌田正晴、濱田信一

405. 夜間勤務が月経痛へ及ぼす影響

愛媛労災病院産婦人科

宮内文久、松本 唯、平野真理、南條和也、松本讓二

一般講演 第20群 女性ヘルスケア（その他）

9：40－10：20

座長 徳島大学 産科婦人科 桑原 章

406. 閉経後高齢者子宮捻転の一例

興生総合病院

藤原美佐保、楠本知行、中村正彦、藤原久子

407. 出産後に多発椎体圧迫骨折を来した産褥骨粗鬆症の1例

徳島大学病院 産科婦人科

門田友里、笠井可菜、河北貴子、吉田加奈子、加藤剛志、苛原 稔

408. 当科で保存的治療により治癒した胎盤ポリープの4症例

高知大学医学部産科婦人科

黒川早紀、都築たまみ、山本慎平、谷口佳代、前田長正

409. 経膈分娩後に卵巣静脈血栓性静脈炎を発症した1例

県立新居浜病院

井上翔太、上野愛実、佐々木容子、矢野直樹

410. 高齢者における腹腔鏡手術は術後合併症を増加させるか

愛媛県立中央病院 産婦人科

阿南春分、矢野晶子、加藤宏章、上野 繁、池田朋子、田中寛希、森 美妃、金石 環、阿部恵美子、近藤裕司、越智 博

一般講演 第21群 手術1

10：20－11：00

座長 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 中村圭一郎

411. 腹腔鏡下筋腫核出術におけるSTRATAFIX®系の有用性

島根大学医学部 産婦人科

澤田希代加、中山健太郎、石橋朋佳、吉村由紀、中村秋穂、小野瑠璃子、中村康平、石川雅子、京 哲

412. 正常卵巣茎捻転の一例

山口大学医学部 産婦人科

岡田真希、梶邑匠彌、藤村大志、中島健吾、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

413. 腹腔鏡下手術における癒着防止に関する考察～AdSpray®を用いて～

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

恩地裕史、松原裕子、松原圭一、藤岡 徹、横山真紀、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、松元 隆、杉山 隆

414. 腹腔鏡下手術で診断し、治療し得た腹膜妊娠の1例

市立三次中央病院 産婦人科

中本康介、岡本 啓、野村奈南、相馬 晶、藤本英夫

415. 腹腔鏡下に卵管捻転を診断・治療した 1 例

広島大学 産科婦人科

竹石直子、関根仁樹、日比野佑美、佐藤優季、仙波恵樹、大森由美子、浦山彩子、野坂 豪、定金貴子、山崎友美、小出千絵、占部 智、古宇家正、兵頭麻希、平田英司、工藤美樹

一般講演 第 22 群 手術 2

11:00 – 11:40

座長 松山赤十字病院 産婦人科 横山幹文

416. 当院で施行した TLH 症例の検討

鳥取大学医学部附属病院

中曾崇也、東 幸弘、池淵 愛、森山真亜子、山根恵美子、佐藤絵理、谷口文紀、原田 省

417. 当院における腹腔鏡補助下腔式子宮全摘術（LAVH）時の工夫と過去 5 年間の成績

¹⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、²⁾ 三宅医院 生殖医療センター、³⁾ 三宅医院 産婦人科

小田隆司^{1,2)}、宮木康成¹⁾、柴田真紀^{2,3)}、高吉理子^{1,3)}、清川麻知子²⁾、小國信嗣^{1,3)}、橋本 雅^{1,3)}、高田智价³⁾、三宅貴仁^{1,3)}

418. 良性疾患に対する単純子宮全摘の術式選択に関する検討

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学、²⁾ 川崎医科大学 産婦人科学 1

佐野力哉¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、齋藤 渉²⁾、松本 良²⁾、松本桂子¹⁾、羽間夕紀子²⁾、杉原弥香²⁾、石田 剛²⁾、村田卓也²⁾、中井祐一郎²⁾、中村隆文¹⁾、下屋浩一郎²⁾、塩田 充¹⁾

419. 当科における TLH の現状と巨大子宮筋腫（摘出重量 1000g 以上）症例の検討

徳島県立中央病院 産婦人科

前川正彦、三谷龍史、宮谷友香

420. 膀胱剥離に難渋した帝切既往のある TLH 症例

徳島赤十字病院

別宮史朗、乾 宏彰、松井寿美佳、牛越賢治郎、名護可容

一般講演 第 23 群 手術 3

13:10 – 14:14

座長 島根大学 産科婦人科／がんゲノム医療センター 中山健太郎

421. ロボット支援腹腔鏡下腔式子宮全摘術（RASH: Robot-assisted Simple Hysterectomy）の導入経験

倉敷成人病センター 産科婦人科

市川冬輝、安藤正明、戸枝 満、手石方康宏、二村 涼、吉津照見、坂手慎太郎、紀平知久、澤田麻里、濱崎洋一郎、菅野 潔、白根 晃、柳井しおり、太田啓明

422. 早期子宮体癌に対する腹腔鏡 vs ロボット支援下手術の短期予後に関する検討

倉敷成人病センター 産科婦人科

菅野 潔、安藤正明、戸枝 満、手石方康宏、二村 涼、市川冬輝、吉津照見、濱崎洋一郎、澤田麻里、坂手慎太郎、紀平知久、白根 晃、柳井しおり、太田啓明

423. 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を施行した婦人科悪性腫瘍の2例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

井上翔太、松元 隆、藤岡 徹、宇佐美知香、今井 統、吉田文香、宮上 眸、横山真紀、安岡稔晃、
内倉友香、高木香津子、松原裕子、松原圭一、杉山 隆

424. 骨盤臓器脱に対し腔式から腹腔鏡下に移行して子宮全摘術を完遂できた1例

徳島赤十字病院 産婦人科

乾 宏彰、松井寿美佳、牛越賢治郎、名護可容、別宮史朗

425. 当院における良性疾患に対する腹腔鏡下子宮全摘術時の経腔的検体回収法

倉敷成人病センター 産科婦人科

濱崎洋一郎、安藤正明、戸枝 満、手石方康宏、市川冬輝、吉津照見、菅野 潔、柳井しおり、
澤田麻里、白根 晃、紀平知久、太田啓明

426. 深部静脈血栓症、肺動脈塞栓症等を合併し、治療・管理に難渋した子宮筋腫の1例

福山医療センター 産婦人科

甲斐憲治、矢野肇子、田中梨沙、田中梓菜、早瀬良二、山本 暖

427. 術中大量出血が危惧される巨大筋腫・頸部筋腫に対して術前UAEを行った4例

¹⁾ 高知大学 産科婦人科、²⁾ 高知大学 放射線科

高田和香¹⁾、牛若昂志¹⁾、谷口佳代¹⁾、池上信夫¹⁾、仰木健太²⁾、吉松梨香²⁾、梶原賢司²⁾、山西伴明²⁾、
南口博紀²⁾、山上卓士²⁾、前田長正¹⁾

428. 骨盤深部子宮内膜症に対する腹腔鏡手術のレジリアンスを高めるための当科での原則的手技

松山赤十字病院 産婦人科

横山幹文、林 広典、勝間慎一郎、大神靖也、久保絢美、梶原涼子、東條伸平、島本久美、本田直利

母体救命手技トレーニング会場

Plus One セミナー 2-3

2F 第6会議室／第7会議室／展示室

9:00 - 13:00 日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）ベーシックコース（看護職中心）

Plus One セミナー 2-4

2F 第6会議室／第7会議室／展示室

13:30 - 17:30 日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）ベーシックコース（医師のみ）

産婦人科領域における医療安全

愛媛大学大学院 医学系研究科 救急医学分野

相引眞幸

産婦人科領域における医療安全の特殊性は、1) 分娩が、一般人には病態として捉え難いこと、2) 胎児の状態によっては、迅速な対応が要求されること、3) 分娩後は、娩出児および分娩後婦の双方の状態監視と維持が必要であること、4) 分娩後の出血の管理など、生命に関わる事象が多く、迅速かつ正確な対応が要求されること等である。今回、講演では、愛媛大学医学部附属病院の医療安全管理部の歴史や現在の体制、これまでの取り組みを紹介する。さらに群馬大学医学部附属病院での内視鏡手術後の死亡例頻発や、東京女子医科大学病院での、禁忌薬使用後の患児死亡などを受け、特に医療安全管理体制の強化や、高難度手術技術の導入や未承認薬品使用時の審査の厳格化などが、特定機能病院の認定要件となり、当院でも急遽対応した経緯なども紹介する。その上で、産婦人科領域の医療安全の確保に向けた対応の現状や、今後の課題について議論し、諸家からの御批判を仰ぎたい。

【略歴】

相引 眞幸（あいびき まゆき）

生年月日：昭和 29 年 2 月 23 日（64 歳）

現職：愛媛大学大学院医学系研究科 救急医学分野 教授

学歴：昭和 53 年 3 月：金沢医科大学医学部卒業

学位：平成 1 年 12 月：信州大学（生理学）医学博士号（482 号）

職歴：

昭和 53 年 4 月 金沢医科大学麻酔科入局

昭和 55 年 4 月 金沢医科大学助手（麻酔科）

昭和 58 年 7 月 香川医科大学附属病院医員（麻酔科）

昭和 58 年 12 月 香川医科大学助手（麻酔・救急医学講座）

昭和 61 年 7 月 信州大学医学部助手（第 2 生理学教室）

昭和 63 年 7 月 香川医科大学助手（麻酔・救急医学講座）

平成 1 年 4 月 香川医科大学附属病院講師（集中治療部主任）

平成 7 年 2 月 香川医科大学附属病院講師（集中治療部副部長）

平成 13 年 6 月 愛媛大学医学部救急医学講座講師

平成 14 年 10 月 愛媛大学医学部救急医学講座助教授

平成 19 年 8 月 愛媛大学大学院医学系研究科救急侵襲制御医学分野 教授

平成 20 年 6 月 愛媛大学大学院医学系研究科救急医学分野（講座名改変） 教授

現在に至る。

診療ガイドライン産科編を育てよう

順天堂大学医学部産婦人科学講座・大学院医学研究科産婦人科学

板倉敦夫

診療ガイドライン産科編は、2008年に創刊され、現在は第4版である2017年版が有効である。対象を産科医療に従事する医師に限定し、その目的を現時点でコンセンサスが得られた適正な標準的産科診断・管理法を示すこととしており、Mindsが示す診療ガイドラインとは趣が異なる特殊なガイドラインといえる。初版は部分的なガイドラインであったが、版を重ねて多くの産科診療の場面への対応ができるようになった。また作成方法も、2017年版ではPubMed、医学中央雑誌からの網羅的な検索によってエビデンスを収集したが、重要度の高い医療行為・判断時への対応を網羅するために十分なエビデンスが収集できない産科診療の場面における推奨は、委員会で慎重に議論しコンセンサスを基にAnswer原案を作成している。システムティックレビューによる客観的なAnswerや推奨レベルの決定が困難なため、推奨レベルはエビデンスの総体評価ではなく、作成委員会のコンセンサスを基に決定している。作成委員は、大学教員から開業医までの混成であり、それぞれの担当CQは必ずしもエキスパートではなく、産婦人科医のプロフェッションとして、Answerの作成および推奨レベルの決定に携わっている。さらに作成委員会は原案を作成した後に、評価委員会、コンセンサスミーティング、パブリック・コメントでの会員の意見を基にAnswerおよび推奨レベルの変更を行いながら、会員のコンセンサスとなるように配慮して完成させた。産科診療における本書の利用頻度は極めて高く、また多くの会員がその推奨に従って診療を行っている。産科医療補償制度の原因分析報告書の基準として利用されることが理由であることに間違いはないが、現在では本書に対する信頼と、会員の安心を生んでいるものと考えられる。

現時点でのコンセンサスが得られた標準的産科診療はここにあるが、これからの産科診療はここにはない。今では、周産期データベースや産科医療補償制度の原因分析報告書が利用可能であり、適切な研究計画を作成すれば、誰でもガイドラインの推奨を形成するエビデンスを作り出すことができる。ガイドラインを基にした診療を行いながら、疑問を持ち仮説を立てて、新しいエビデンス創生のための研究を行っていただきたい。これにより、医療人の育成とともにガイドラインも育ち、わが国の産科診療が発展すると信じている。

【略歴】

板倉 敦夫（いたくら あつお）

1986年 3月 名古屋大学医学部 卒業

1994年 1月 名古屋大学医学部附属病院 分娩部助手

2000年 1月 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科講師

2002年 7月 名古屋大学医学部附属病院 周産母子センター助教授

2006年 1月 埼玉医科大学産科婦人科 教授

2008年 8月 埼玉医科大学病院 病院長補佐

2008年 12月 埼玉医科大学病院 成育医療センター長

2013年 7月 順天堂大学医学部産婦人科学講座 産科教授

2016年 4月 順天堂医院母子医育支援センター 副センター長

2018年 7月 順天堂大学医学部産婦人科学講座・大学院医学研究科産婦人科学 教授

DRSP 含有 LEP 連続投与のベネフィット～心血管系疾患リスクの観点から考える～ 愛知医科大学産婦人科学教室

若槻明彦

子宮内膜症は疼痛や不妊など臨床的に様々な問題点がある一方、炎症性疾患でもある。慢性的炎症は将来の動脈硬化性疾患に発展することがわかっている。内膜症も発症から閉経までの数十年間炎症が持続するため、動脈硬化性疾患のリスクになる可能性がある。血管内皮機能は動脈硬化性疾患に進展する際の最も初期の段階から傷害されることが知られている。我々の検討によると、内膜症女性の血管内皮機能は低下していることが明らかになっている。また Japan Nurses' Health Study や Nurses' Health Study II など内膜症女性は心血管疾患 (CVD) リスクであることが証明されている。

内膜症女性では、月経痛改善目的で低用量エストロゲン・プロゲスチン製剤 (LEP) を使用することが多い。LEP のエチニルエストラジオール (EE) の量は用量依存的に動脈血栓のみならず静脈血栓リスクも増加させることが報告されている。また、黄体ホルモンに含有するアンドロゲン作用がエストロゲンの HDL コレステロール上昇効果や内皮改善作用を相殺することもわかっている。アンドロゲン作用のないドロスピレノン (DRSP) 含有 LEP ではこれらの悪影響のないことも証明されている。実際に Long-Term Active Surveillance Study により、DRSP 含有 OC は第 2 世代やそれ以外の OC と比較して動脈血栓リスクの低いことが報告されている。

プラセボ期間のない連続投与の OC は欧米ではすでにガイドラインで推奨されており、月経痛や慢性骨盤痛、PMS の改善効果、チョコレート嚢胞術後の再発抑制効果などの多くのエビデンスがある。DRSP 含有 LEP を使用した我々の検討では、4 日間の休薬期間で FSH と E2 は上昇傾向にあることや、改善された血管内皮機能は低下傾向にあり、低下した LDL コレステロールは上昇することがわかっている。

本講演では、子宮内膜症女性の CVD 発症予防の観点からみた EE の適正量、黄体ホルモンに含有されるアンドロゲン作用やプラセボ期間の有無が CVD リスクマーカーに与える影響について概説する予定である。

【略歴】

若槻 明彦 (わかつき あきひこ)

昭和 59 年：愛知医科大学卒業

昭和 59 年：高知医科大学医学部附属病院入局 (産婦人科)

平成元年～ 3 年：アメリカ合衆国カリフォルニア州アーバインカリフォルニア大学 リサーチフェロー

平成 7 年：高知医科大学医学部附属病院周産母子センター 講師

平成 13 年：高知医科大学医学部附属病院周産母子センター 助教授・副部長

平成 16 年：高知大学医学部 生体機能・感染制御学講座生殖・加齢病態学教室 助教授

平成 17 年：愛知医科大学 産婦人科学教室 主任教授

平成 23 年：愛知医科大学病院 副院長

平成 26 年：愛知医科大学 副学長

平成 30 年 4 月：愛知医科大学 医学部長・医学研究科長

賞

平成 11 年：第 4 回ノバルティスメノポーズアワード受賞

平成 15 年：第 18 回日本更年期医学会 学会賞受賞

平成 19 年：日本産婦人科学会 best reviewer award 2006
など

学会等役員

日本女性医学学会 (理事長)

日本産科婦人科学会 (代議員)

日本産科婦人科内視鏡学会 (理事)

日本妊娠高血圧学会 (理事)

日本動脈硬化学会 (評議員)

日本性差医療・医療学会 (理事)

日本産科婦人科栄養代謝研究会 (理事)

など

産科危機的出血に対する治療戦略の新しい展開

三重大学 産科婦人科

池田智明

産科危機的出血は、長年に渡り日本における妊産婦死亡原因の第1位であった。2010年より開始された妊産婦死亡登録事業から妊産婦原因を解析すると、2010年で約30%を占めていた産科危機的出血は、徐々に減少し2016年では20%を下回るようになった。脳卒中、心・血管疾患、感染症などが、死亡原因として占める割合が増加しており、欧米での死亡原因の傾向に近づきつつある。一方で、産科危機的出血による妊産婦死亡の減少は、下げ止まっている。産科危機的出血の内訳を分析すると、弛緩出血、前置胎盤、子宮内反症、子宮破裂、産道裂傷が原因として占めていたが、それらの原因は大幅に減少し、現在は子宮型羊水塞栓症が大部分を占めている。産科危機的出血の減少が下げ止まっている原因は、子宮型羊水塞栓症による妊産婦死亡が減少していないためだと考えられる。

これまでの子宮型羊水塞栓症による妊産婦死亡事例を分析すると、発症から短時間でフィブリノゲン値が低下していることが明らかとなった。発症から1時間以内にフィブリノゲン値が測定されている事例でのフィブリノゲン値は、ほとんどの事例で感度以下であった。このことから、子宮型羊水塞栓症による妊産婦死亡を減少させるためには、発症から極めて迅速な集学的な治療を開始されなければならない。子宮型羊水塞栓症に対する治療戦略として最も重要なことは、迅速で、十分な凝固因子の補充である。具体的な治療法は、新鮮凍結血漿・クリオを中心とした輸血療法、フィブリノゲン製剤が中心となる。特にフィブリノゲン製剤は、輸血と異なり、短時間で大量のフィブリノゲン補充が可能である上に、肺水腫などの合併症も少なく、1次施設でも容易に常備できる。しかしながら、フィブリノゲン製剤は後天性の低フィブリノゲン血症に対して保険適応が認められていない。2017年に日本産科婦人科学会、日本輸血・細胞治療学会・日本心臓血管外科学会共同で、フィブリノゲン製剤の保健適応の要望書を提出し、産科領域での保険適応の可能性が出てきている。

本講演では、産科危機的出血による妊産婦死亡の現状や治療方法の新しい展開を中心に概説する。

【略歴】

池田 智明（いけだ ともあき）

昭和58年03月 宮崎医科大学医学部医学科 卒業

昭和58年07月 大阪大学医学部附属病院産婦人科

平成06年08月 カルフォルニア大学アーバイン校産婦人科 研究員 留学

平成08年05月 宮崎医科大学医学部附属病院周産母子センター 助手

平成12年10月 宮崎医科大学医学部附属病院周産母子センター 講師

平成17年08月 独立行政法人国立循環器病研究センター 周産期・婦人科部 部長

平成21年04月 独立行政法人国立循環器病研究センター 研究所 再生治療部 部長（併任）

平成23年09月 三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座 産科婦人科学 教授

平成25年10月 三重大学医学部附属病院 副院長（併任）

婦人科悪性腫瘍術後の HRT の実際

弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座

横山良仁

有経女性で両側卵巣を摘出した場合エストロゲン分泌が急激に消失するため、血管運動神経症状、脂質異常症、骨粗鬆症、心血管系疾患、泌尿生殖器の萎縮などの病態は自然閉経で起こる場合に比べ重症化することが報告されている。子宮体癌や卵巣癌、子宮頸部腺癌が若年者で増加しており、このような surgical menopause (SM) 女性へ HRT で医療介入する機会は増加していると思われる。子宮体癌、卵巣癌、子宮頸癌（扁平上皮癌、腺癌）で SM となった症例の HRT を概説するとともに、最近話題となっている遺伝性乳癌・卵巣癌症候群 Hereditary Breast and Ovarian cancer (HBOC) に対するリスク低減予防的両側卵管卵巣切除術 (RRSO) 後の HRT についても言及する。

子宮体癌：メタ解析では、研究デザイン、ET か EPT かの HRT の種類、HRT の期間、臨床進行期のいずれの因子でも HRT は子宮体癌の再発のリスクを増加させず、オッズ比 (OR) は 0.534 (95% CI 0.297-0.960) と有意に低下するという結論が述べられている。使用薬剤としては、結合型エストロゲン (CEE) が多く使われてきたが、理論上は発癌作用を持つ代謝産物が含まれる可能性が低い 17β -エストラジオール製剤が好ましい。卵巣癌：進行癌も含め術後化学療法を終了した患者を対象とした HRT と再発リスクの関係を調べた研究では、いずれも卵巣癌治療後の HRT は再発リスクを増加させない。卵巣癌では、血栓症のリスクが高く、HRT 施行には十分な注意を要する。

HBOC のリスク低減手術後：RRSO 後 HRT を受けた患者の乳癌発症低減は RRSO を受けなかった女性に比べ有意なままであり (HR=0.37; 95%CI 0.14-0.96)、RRSO を受けた患者の中で比べても HRT は乳癌発症を増加させなかった (HR=1.35; 95%CI 0.16-11.58)。また、この前向きコホート研究では、エストロゲン単独あるいはエストロゲン+プロゲステロン併用療法であっても乳癌発症に影響を与えなかった。

子宮頸部腺癌：臨床進行期 I-II 期の子宮頸癌全体の治療後の HRT の影響を検討したコホート研究では再発や予後に有意差はないという報告がある。

HRT ガイドラインをはじめ、諸外国でも婦人科癌治療後の HRT (特に ET) の使用は積極的に奨められる傾向にある。これは、婦人科悪性腫瘍治療後の早期の HRT は、単に不定愁訴を軽減するためではなく、女性のヘルスケアを長期的にみた場合、脂質異常症、骨粗鬆症、心血管系疾患等の発症のリスクを軽減することにつながるためであることを理解したい。

【略歴】

横山 良仁 (よこやま よしひと)

1988 年 弘前大学医学部卒業、産科婦人科学講座入局

1992 年 弘前大学大学院医学研究科修了

1994 年 文部教官助手 (弘前大学助手医学部附属病院)

2001 年 ケンブリッジ大学婦人科病理部門へ留学 (文部科学省在外研究員)

2003 年 弘前大学医学部産科婦人科学講座講師

2011 年 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座准教授

2016 年 8 月 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座教授

社会活動：日本産科婦人科学会代議員、日本婦人科腫瘍学会理事、婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG) 理事、日本女性医学学会理事、日本産婦人科手術学会理事、日本婦人科ロボット手術学会理事、産婦人科漢方研究会常任世話人

資格：日本産科婦人科学会認定医、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

これだけは知っておきたい、不妊外来の進め方

兵庫医科大学産科婦人科学講座

柴原浩章

現在わが国は深刻な少子化時代にあり、しかも結婚して子供を望むカップルの全てがすぐに妊娠・出産できるとは限らず、生殖医療や周産期医療への期待度は年々増加している。最近では不妊症の定義が見直され、これまでは結婚後2年間で妊娠できなければ不妊症と定義されてきたが、女性の平均初婚年齢が30歳を超え、この晩婚化による影響で「年齢因子」による不妊症が増加したことから、結婚後1年間で妊娠できなければ不妊症とすると改められた。

不妊外来の進め方としては、まず三大原因である「内分泌」「卵管」「男性」を始めとする諸因子に対する基本検査を速やかに行い、必要に応じて二次検査を追加する。不妊治療の原則は判明した原因に基づく最適な手段の提供であるが、必ずしも妊娠できるわけではない。妊娠不成立時のstep upについては、カップル毎に妊娠・分娩歴、年齢、AMH値、不妊原因の重症度等を考慮し、可能性が低い治療法からは早目に撤退する決断を要することがある。

ところでカップルがより安心して検査や治療に立ち向かうにあたり、精神的なケアが必要となる。例えば不妊症の女性は、自分は本当に妊娠できる身体なのかという不安と常に向かい合っている。通院してからまだ間もない時期には、特に女性側はこれまで未経験の検査を受けたり、時にはまさか自分が受けることになるとは思ってもいなかった不妊治療の話が進み、その受け入れに戸惑いが生じる。中には理解に乏しい夫の協力を得にくい、あるいは親族からプレッシャーをかけられることもある。このような精神的・肉体的負担だけでなく、AIHやARTは自費診療であり、経済的な負担も大きい。また治療期間が長期化した場合には、まるで出口のないトンネルの中にいるような感覚に陥るという。

一方生殖医療においては、しばしば倫理的な判断を求められる場面に遭遇する。わが国では法的な規制は存在しないが、日本産科婦人科学会等による会告を遵守するというルールがある。例えば非配偶者間間の不妊治療に関し、現在唯一行われている治療法はAIDだけであるが、その妊娠・分娩率は極めて低い。そこで提供精子によるICSIを行えば多くの希望者が妊娠できることは明白であるが、現状として配偶子や胚の提供によるARTあるいは代理懐胎はわが国では行われていない。時代による価値観の変化や国際的な趨勢にも視点を向け、定期的に議論する必要性はあろうが、会告を無視するスタンスは容認されていない。

【略歴】

柴原 浩章（しばはら ひろあき）

1984年 高知医科大学（現・高知大学）医学部卒業（第1期生）

兵庫医科大学病院 産婦人科研修医

1990年 米国 Eastern Virginia Medical School 生殖免疫学講座 研究員（半年間）

1996年 米国 University of Virginia 細胞生物学講座 助手（1年4カ月間）

1998年 兵庫医科大学 産科婦人科講座 学内講師

1999年 自治医科大学 産科婦人科講座 助教授

2007年 自治医科大学 産科婦人科学講座 教授、同附属病院 生殖医学センター 教授

2013年 兵庫医科大学 産科婦人科学講座 主任教授、同病院 生殖医療センター長

現在に至る

高齢社会における骨盤臓器脱の治療戦略

大阪市立大学大学院医学研究科 女性生涯医学講座

古山将康

日本は人口の27%が65歳以上という超高齢社会となった。骨盤底の弛緩による骨盤臓器脱（POP）は排尿、排便、性機能を障害し、高齢女性のQOLを左右する。POPに対しては機能回復を重視した治療が必要で、骨盤底臓器の解剖学、生理学に基づいた正確な診断と治療が求められる。診断にあたっては腔を3つの区画（前方区画、尖端区画、後方区画）に分けて骨盤底臓器の支持機構の破綻部位を観察する。前方区画の支持欠損では尿道過可動、膀胱瘤が、尖端区画の支持欠損は子宮脱、腔断端脱、小腸瘤、後方区画の欠損は直腸瘤、会陰瘤をきたす。POPの治療目標は脱垂に伴う症状を改善して患者のQOLを向上させることであり、患者のライフスタイルに合う治療法を選択することである。

POPの治療はまず保存的治療から始める。骨盤底筋トレーニング、腔挙上用の器具（ペッサリー）による方法がある。ペッサリーの治療は70%以上のPOP患者に適合させることが可能で、自己着脱によるセルフコントロールを指導する。保存的治療ではコントロールできないPOPには外科的治療を選択する。上部腔管に対する手術療法としては腔式子宮全摘術、上部腔管の補強術式が有効で、native tissue repair（NTR）と呼ばれる。NTRは脆弱組織による修復のため再発（10～25%）も多い。そのためポリプロピレンメッシュを用いたTVM手術が2004年から急速に普及してきた。恥骨頸部筋膜、仙骨子宮靱帯をメッシュで包括的にインプラントする手術で再発率は3～4%程度である。しかし人工素材のため術後の感染症やメッシュの脱落、びらん、硬化による性交痛の問題点がある。米国FDAから経腔メッシュ手術に関するアラートが2011年に出され、欧米では集団訴訟の増加とともにTVM手術件数は激減している。日本では本手術を行うにあたっては日本女性骨盤底医学会、日本骨盤臓器脱手術学会の指定する講習会の受講、合併症登録を義務付けている。TVM手術の減少に伴い、腹式（腹腔鏡）に上部腔管、頸部を仙骨岬に固定する仙骨腔固定手術が耐久性の高い術式として普及し始めている。難易度はやや高いが、若年の骨盤臓器脱や再発腔脱症例には優れた術式である。本術式は性活動のある、比較的若年の骨盤臓器脱や再発腔脱に対して施行される術式であり、適応症例には注意が必要である。高齢者には腔閉鎖手術も有効である。

【略歴】

古山 将康（こやま まさやす）

1980年 大阪大学医学部医学科卒業

1980年 大阪大学医学部附属病院研修医

1981年 市立貝塚病院 産婦人科医員

1983年 大阪府立母子保健総合医療センター 医員

1985年 大阪大学助手医学部（産科学婦人科学教室）

1986年 米国ニューヨーク大学（NYU）医学部研究員

1992年 大阪府立成人病センター（婦人科診療主任）

1996年 兵庫県立西宮病院（産婦人科医長）

1999年 大阪大学講師医学部（器官制御外科学）

2001年 大阪大学助教授医学部（器官制御外科学）

2005年 田附興風会医学研究所北野病院 産婦人科 部長

2013年 大阪市立大学大学院医学研究科 女性生涯医学講座 教授

癒着胎盤における保存的治療に関する検討

島根大学 産科婦人科学教室

皆本敏子、中村秋穂、吉村由紀、澤田希代加、小野瑠璃子、原 友美、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、折出亜希、中山健太郎、金崎春彦、京 哲

【目的】癒着胎盤は母体救命のため慎重な管理を要する。妊孕性温存を目的に保存的治療が以前から提唱されてきているが、本邦では症例報告が散見されるのみである。今回我々は中国・四国地方における癒着胎盤の管理や予後などを後方視的に調査した。【方法】中国・四国地方の病院・医院を対象に2006年1月1日から2016年12月31日に分娩を管理した症例を対象とした。各症例のリスク因子・出生前診断・管理方法・合併症の有無などについて記述式のアンケートで調査を行った。【結果】中国四国地方における分娩施設は243施設であった。このうち回答が得られた施設は137施設（56.4%）であった。このうち癒着胎盤を経験した施設は55施設（40.1%）であり、総合周産期センターは5施設（100%）、地域周産期センターは17施設（77.3%）だった。癒着胎盤と診断された症例は684症例で出生前診断症例は84症例（12.3%）であった。主な診断方法は超音波検査・MRIであり、補助診断として膀胱鏡を行う施設も数施設あった。リスク因子としてリスクなしは160症例、既往帝王切開例46例、婦人科手術既往症例12例、D&C・TCR既往48例、不妊治療59例、前置胎盤15例（重複あり）であった。管理方法が確認しえた667症例のうち用手剥離術は393例、剥離面の縫合・compression suture14例、分娩時子宮全摘術145例、保存的治療は192例であり用手剥離を行ったが遺残した症例も含めた。保存的治療の合併症は24例（12.5%）で主に多量出血・感染であり、母体の生命に影響する重篤な合併症はなかった。保存的治療のうち最終的に子宮摘出を要した症例は25症例（13%）で主な理由は出血のコントロール不良・感染であった。TCR・D&Cを要した症例は5例（2.6%）だった。UAEを要した症例は18例（9.3%）だった。また保存的治療に要した期間は最長で300日であり、完治まで長期間を要する症例もあった。【結語】癒着胎盤が事前に診断された場合は子宮摘出になることも多いが、出血がある程度コントロールされており、妊孕性を温存したい症例に対し保存的治療は有用な治療法と言える。しかし、合併症も多いため、挙児希望やリスク説明など、患者と十分に話し合いのうえ方針を決定すべきであると考えた。今回の発表では症例も交えて報告する。

【略歴】

皆本 敏子（みなもと としこ）

平成 8 年 島根医科大学医学部附属病院産科婦人科

平成 9 年 社会福祉法人聖隷浜松病院産婦人科

平成 11 年 平田市立病院産婦人科

平成 12 年 島根県立中央病院産婦人科

平成 13 年 島根医科大学医学部附属病院産科婦人科

平成 14 年 隠岐広域連合隠岐病院産科婦人科

平成 15 年 社会福祉法人聖隷浜松病院産婦人科

平成 16 年 島根県立中央病院産婦人科

平成 19 年 兵庫県立こども病院産科

平成 20 年 島根県立中央病院産婦人科

平成 27 年 島根大学医学部産科婦人科学教室 助教

専門医等：産婦人科専門医、日本周産期・新生児学会専門医（母体胎児）・指導医、臨床遺伝専門医

女性の活躍促進と大豆～スーパーイソフラボン「エクオール」の可能性～

近畿大学東洋医学研究所

武田 卓

政府の成長戦略の一つとして、「一億総活躍社会の実現」がうたわれており、その中で女性に関しては、「女性の活躍促進」が提唱されている。このような流れをうけて、産婦人科領域の医療政策としては、「女性の包括的健康支援」がスタートしている。女性は月経・妊娠・分娩・閉経といった、劇的な内分泌環境の変化をとげ、そのため男性と比較して心身の不調をきたすことが多い。ホルモンの長期的な変動で問題となるのが更年期障害であり、月経周期のなかの短期的な変動で問題となるのが月経前症候群（PMS）といえる。更年期障害に関しては健康寿命延長からの医療費削減、PMSに関してはパフォーマンス向上といった側面から、「女性の活躍促進」において今まで以上に積極的な対応が必要とされる疾患となってきた。それぞれに対して、ホルモン補充療法と LEP/OC 製剤が標準治療として確立されているが、我が国におけるホルモン製剤に対する一般における受け入れの悪さから、必ずしも普及しているとは言えない。その代りとして、各種様々な代替医療が用いられているのが現状である。これらは、すべてが裏付けのあるものではないが、大豆イソフラボンに関しては、両疾患に対してある程度の有効性を裏付ける多くの検討がなされてきた。イソフラボンが効果を発揮するためには、腸内細菌により活性物質であるエクオールに代謝される必要があり、日本人の約 50% はエクオール非産生者であるため、非産生者ではイソフラボンを摂取しても十分な効果を得ることができない。これに対して、エクオール含有大豆乳酸菌発酵食品（エクエル）はこれまでに、更年期障害・骨代謝・脂質等に関するプラセボ対照二重盲検試験を用いた科学的な有効性が報告されており、エクオール非産生者に対しても摂取すればイソフラボンの効果を十分に発揮することが期待できる。今回の講演では、これまでのイソフラボンやエクオールに関する知見を紹介するとともに、一般患者や女性アスリートにおいて、我々が検討してきた PMS とエクオール産生能との関連性に関する最新の知見についてもご紹介したい。

【略歴】

武田 卓（たけだ たかし）

【学歴】 1987 年 大阪大学医学部卒業

1995 年 大阪大学医学部大学院博士課程修了

【職歴】 1997 年 大阪大学医学部産婦人科助手

1998 年 大阪府立母子保健総合医療センター産科診療主任・医長

2001 年 大阪大学医学部産婦人科助手

2004 年 大阪府立成人病センター婦人科副部長

2007 年 大阪大学医学部産婦人科助教（学内講師）

2008 年 東北大学医学部先進漢方治療医学講座准教授

2012 年 近畿大学東洋医学研究所所長・教授、東北大学産婦人科客員教授

【資格等】 日本女性心身医学会理事、日本思春期学会理事、日本内分泌学会評議員、日本末病学会評議員、日本抗加齢医学会評議員、日本産婦人科学会専門医・指導医、内分泌学会（産婦人科）専門医・指導医、日本女性医学会女性ヘルスケア専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本東洋医学会漢方専門医 等

深部子宮内膜症の早期切除の重要性～癒着を伴う卵巣チョコレート嚢胞の病理からDIEを再考する～

倉敷成人病センター 産科婦人科

太田啓明、戸枝 満、手石方康弘、市川冬輝、吉津照見、澤田麻里、濱崎洋一郎、坂手慎太郎、紀平知久、菅野 潔、白根 晃、柳井しおり、安藤正明

「はじめに」子宮内膜症は卵巣チョコレート嚢胞、腹膜内膜症、deep infiltrating endometriosis (DIE) と大きく3つに分類され、これらのうち最も重症とされるのがDIEである。DIEは慢性骨盤痛や深刻な月経困難症、性交痛、排尿障害などの症状を起こし、生殖年齢の女性のQOLを著しく損なう。またDIEは進行すると疼痛のみならず、尿路狭窄による水腎症や腸管狭窄といった尿路・腸管への機能侵襲を伴う。すなわちDIEは進行とともに他臓器の機能を障害し、その機能不全は子宮卵巣にとどまらない。またDIEには悪性腫瘍に共通する遺伝子変異が報告され、DIEからの癌化も考慮にとどめなくてはならない。しかしDIE切除術は現在著しい疼痛や機能侵襲による臓器の機能不全を認めた場合に行われ、DIE切除に加え、癒着剥離、尿路、腸管の切除・再建が必要とされることもある。これらの再建術は非常に高度な技術が求められ、術者および患者に大きな負担をかける。したがって我々は、初期のDIEの位置を特定し、早期に切除するために、卵巣チョコレート嚢胞の癒着部に着目して、病理学的検討を行った。

「方法」卵巣チョコレート嚢胞の癒着部を十分なマージンを取り、周囲の子宮広間膜後葉腹膜とともに摘出して病理学的に検討し、DIEが存在するかどうかを病理組織診で調査した。また卵巣チョコレート嚢胞の癒着部DIEと嚢胞内腔中皮の病理学的変化をHE染色およびサイトケラチンの免疫染色にて検討した。

「結果」卵巣チョコレート嚢胞癒着部にDIEが認められた。またDIEに連続してInclusionary cystとしてチョコレート嚢胞が形成され、DIEに連続して、チョコレート嚢胞内腔中皮に卵管上皮化生への移行部位が観察された。

「考察」卵巣チョコレート嚢胞の形成はDIEと卵巣表面の癒着からおこる重積が起因する可能性が示された。したがって、卵巣チョコレート嚢胞切除術の際は、嚢胞に癒着部があれば、初期のDIE病変を考慮にいれ、付着部腹膜も十分なマージンを取り切除することが、今後の卵巣チョコレート嚢胞の再発予防、DIEの再発・増悪の予防に有効であると考えられた。

【略歴】

太田 啓明（おおた よしあき）

1999年 日本大学医学部卒業、日本大学産婦人科学教室入局

2005年 日本大学大学院発生殖学卒業、医学博士

2006年 倉敷成人病センター医員

2009年 同医長

2016年4月 同主任部長

資格：日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医

学会：日本産科婦人科内視鏡学会評議員

日本産科婦人科内視鏡学会教育担当代表幹事

日本産科婦人科技術講習会講師

日本外科内視鏡学会教育委員

受賞：2007年・2012年日本産科婦人科内視鏡学会 学会賞（ビデオ部門）

2009年日本内視鏡学会外科カールストルツ賞

2010年European Society for Gynaecological Endoscopy (ESGE) “Lilo Mettler Prize”

2013年日本エンドメトリオーシス学会演題発表賞（臨床部門）

101. 漿液性網膜剥離と診断された重症妊娠高血圧腎症の 3 例

¹⁾ 松江赤十字病院、²⁾ 鳥取大学産婦人科

曳野耕平¹⁾、小作大賢²⁾、原田 崇²⁾、荒田和也²⁾、経遠孝子²⁾、谷口文紀²⁾、原田 省²⁾

【緒言】重症妊娠高血圧腎症（PE）と診断された妊婦の約 25% は視覚障害を自覚し、漿液性網膜剥離を合併する頻度は 1% 未満と報告されている。【症例 1】20 歳の初産婦。妊娠 31 週に PE と診断され入院した。入院時血圧は 160/110mmHg、尿蛋白は 6.8g/日であった。飛蚊症を自覚し眼科を受診した結果から、右漿液性網膜剥離と診断された。網膜剥離が悪化したため、妊娠 32 週 3 日に帝王切開された。術後 6 日目に網膜剥離の治癒を確認された。【症例 2】44 歳の初産婦。妊娠 27 週に PE と診断され入院した。入院時血圧は 161/102mmHg、尿蛋白は 1.2g/日であった。SpO₂ が低下し胸部 X 線検査で胸水貯留を指摘されたため、妊娠 28 週 5 日に緊急帝王切開された。術後 3 日目に複視を訴え眼科を受診し、両側漿液性網膜剥離と診断された。術後 9 日目に網膜剥離の治癒を確認された。【症例 3】38 歳の初産婦。妊娠 29 週に PE と診断され入院した。入院時血圧は 141/100mmHg、尿蛋白は 0.8g/日であった。左胸水が急激に増加したため、妊娠 31 週 2 日に緊急帝王切開された。術後 4 日目に左視力が低下し眼科を受診した結果から、左漿液性網膜剥離と診断された。【結語】重症 PE と漿液性網膜剥離の合併は稀ではない。PE と診断され視覚障害を自覚した症例は、分娩後であっても眼底検査を受けることが望ましいと考えられた。

102. 早期診断した臨床的急性妊娠脂肪肝の 1 例

¹⁾ 岡山赤十字病院、²⁾ 岡山中央病院 産婦人科

渋川昇平¹⁾、三枝資枝²⁾、片山典子¹⁾、楠元理恵¹⁾、樫野千明¹⁾、佐々木佳子¹⁾、大村由紀子¹⁾、林 裕治¹⁾

急性妊婦脂肪肝（AFLP）は、妊娠第 3 三半期あるいは産褥に発症する稀な疾患である。発症すると肝不全、腎不全、DIC へと急速に進行し、母児の予後不良となる。DIC を合併することが多いため、確定診断の肝生検を施行することは容易ではない。国際的コンセンサスが得られた診断基準は確立しておらず、AFLP の診断時には重篤な状態に陥っている場合も多い。今回、症状と血液検査から臨床的 AFLP と早期に診断し、治療した 1 例を経験したので報告する。症例は 29 歳、4 妊 2 産。近医で定期的に妊婦健診を受けていた。妊娠 35 週 0 日に発熱あり近医内科を受診した。インフルエンザの疑いで抗インフルエンザ薬を処方された。妊娠 35 週 4 日に症状の改善ないため近医内科を受診した。肝機能異常を認めたため当院に母体搬送となった。入院時に多飲の症状を認めた。血液検査では、T.bil 1.2mg/dl、AST 278U/l、ALT 276U/l、LDH 346U/l、尿酸 7.6mg/dl、血小板数 $20.3 \times 10^4 / \mu\text{l}$ 、AT 活性 69% であり臨床的 AFLP が疑われた。8 時間後の血液検査で AT 活性は 58% とさらなる低下と貧血の進行と低血糖を認めた。臨床的 AFLP と診断し、全身麻酔下に緊急帝王切開術を施行した。2288g の女児を娩出、術中の出血量は 1220ml であった。術後に DIC への進行なく、術後 5 日目に退院となった。児は日齢 19 に退院した。臨床症状と血液検査で臨床的 AFLP を疑った場合には、短時間で血液検査結果の変化を追うことが重要であると考えられた。

103. 妊娠性一過性大腿骨頭萎縮症の一例

広島市立広島市民病院

久保倫子、上野尚子、入江恭平、清水かれん、築澤良亮、三島桜子、森川恵司、植田麻衣子、原賀順子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

妊娠性一過性大腿骨頭萎縮症とは、妊娠中に起こる稀な疾患である。原因ははっきりと示されていないが、妊娠に伴う骨盤の静脈のうっ滞・凝固機能亢進やホルモンの影響が可能性として挙げられている。今回我々は、妊娠性一過性大腿骨頭萎縮症を経験したので報告する。症例は37歳、3妊1産。身長162.0cm、非妊娠時体重47.9kg（妊娠中9.6kg増加）、BMI18.3kg/m²。既往歴なし。自然妊娠、前医でMD 双胎と診断され妊娠11週時に当科紹介。妊娠経過は特に問題なく経過し、妊娠34週より管理入院を開始した。妊娠35週頃より軽度股関節痛があり、徐々に増悪し跛行を認めた。妊娠37週4日に予定帝王切開術を行った。第1子は2262gの男児、Apgar Score9/9（1分値/5分値）、第2子は2140gの男児、Apgar Score9/9であった。術後、股関節痛が増悪し、歩行不能となったため、整形外科にコンサルトし股関節MRI撮影を行った。T1強調画像で左大腿骨頭から両側大腿骨頭骨幹端にかけて低信号域を、T2強調画像で大腿骨頭から頸部にかけて不均一な高信号域を認め、妊娠一過性大腿骨頭萎縮症と診断された。安静による免荷とリハビリを行い術後12日目に自宅退院となった。退院後もリハビリを継続し、術後3か月時点でのフォローでは、疼痛改善し独歩可能であった。

104. 周産期心筋症を合併した卵巣静脈血栓症の一例

香川大学医学部 周産期女性診療科

森亜優美、山本健太、田中宏和、山下智也、石橋めぐみ、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、金西賢治、秦 利之

【緒言】産褥熱の原因は多岐にわたるが、そのひとつに骨盤静脈血栓症が挙げられる。今回我々は、周産期心筋症を合併した卵巣静脈血栓症の一例を経験したため報告する。

【症例】28歳2妊1産。妊娠経過は特に問題なかった。妊娠38週6日遷延分娩のため前医で緊急帝王切開術となった。術前日より認めた発熱が持続するため、産褥3日目より抗菌薬点滴を開始した。しかし発熱は改善せず、呼吸苦と全身浮腫の増悪を認めたため当院へ救急搬送となった。

当院で行ったCTでは胸腹水貯留、右付属器領域の炎症、卵巣静脈から下大静脈にかけての血栓像を認めた。また心エコーでは、EF=30%と心機能の低下と心嚢液貯留を認めた。同日、開腹下にドレナージ術と右付属器切除術を施行した。術後ICU入室し抗菌薬投与と心不全加療を行うも心機能は改善なかった。その他の急性心不全の原因となるものが否定的であったため周産期心筋症と診断した。卵巣静脈血栓症に対して抗凝固療法、周産期心筋症に対して抗プロラクチン療法を開始したところ、血栓は縮小し、心機能は徐々に改善したため入院2か月後に退院となった。

【結語】抗菌薬に反応しない産褥熱の原因としては卵巣静脈血栓症を鑑別に挙げる必要がある。また、呼吸困難や浮腫をきたした場合には周産期心筋症の可能性を考えることが重要である。

105. 妊娠後期に発症した深部静脈血栓症に対し、腎静脈上にIVCフィルターを留置した1例

香川大学医学部 周産期科女性診療科

山下智也、山本健太、森亜優美、石橋めぐみ、眞嶋允人、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、金西賢治、田中宏和、秦 利之

【緒言】妊娠中は様々な要因が絡み合い深部静脈血栓症（DVT）を発症しやすい。またDVTは妊産婦死亡に繋がる恐れがあるため厳重な管理が必要である。加えて妊娠後期は子宮増大に伴いIVCフィルターの腎静脈

下留置は困難である。今回妊娠後期発症の DVT に対し、2017 年に改訂されたガイドラインを参照し、腎静脈上に IVC フィルターを留置した症例を経験したので報告する。

【症例】30 歳 2 妊 1 産。妊娠経過は順調であった。妊娠 38 週 2 日に左下腿浮腫と疼痛のため前医を受診、DVT を疑われ当院救急搬送となった。下肢静脈エコーで左外腸骨～大腿静脈に血栓を認め、左 DVT の診断となった。同日 Th11/12 に IVC フィルターを留置し、未分画ヘパリンによる抗凝固療法を開始した。妊娠 38 週 5 日、ヘパリン投与を中止。2 時間後よりオキシトシンによる分娩誘発を開始し、7 時間後に経陰分娩に至った。異常出血が無いことを確認し、産後 6 時間でヘパリン投与を再開した。産褥 2 日目の造影 CT で血栓の増悪傾向を認めたため、産褥 14 日目に腎静脈下に IVC フィルターを再留置した。抗凝固療法をワルファリン内服に変更し、産褥 35 日目に IVC フィルター交換を行った。今後は外来通院を継続しながら、血栓が消失するまで定期的に IVC フィルターを交換する方針とし、産褥 36 日目に退院となった。

【考察】新たに改訂されたガイドラインに準じて腎静脈上に IVC フィルターを留置し、肺血栓塞栓症を予防し得る可能性が示唆された。

106. 人工知能によるクラスタ分類を用いた産後大量出血時の血液凝固障害の概念

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター、²⁾ 三宅おおふくクリニック、

³⁾ サン・クリニック

多田克彦¹⁾、宮木康成²⁾、萬 もえ³⁾、吉田瑞穂¹⁾、大岡尚実¹⁾、福井花央¹⁾、塚原紗耶¹⁾、政廣聡子¹⁾、沖本直輝¹⁾、立石洋子¹⁾、熊澤一真¹⁾

【目的】産後大量出血（PPH）で認める播種性血管内凝固症候群（DIC）と希釈性凝固障害（DCP）の2つの凝固障害の概念を、臨床データから説明することを目的とした。【方法】多施設での過去5年間の分娩例を対象に、主に産後出血量 2000 g 以上の症例を PPH とし、臨床データの完全症例 154 例を対象とした。まず人工知能を用いて、疾患の定義に関係なく血液検査データに対する教師なし学習法によるクラスタ化をした（Agglomerate 法）。データ間で多重共線性を確認した結果を元に、それぞれの病態に従いフィブリノゲン（Fbg）値と FDP 値の境界値をそれぞれ 150 mg/dl、30 μg/ml と設定し臨床データを比較した。統計解析には Kruskal-Wallis 法を用いた。【結果】出血速度（g/hr）、Fbg、FDP の3次元データのクラスタ分析にて、出血速度は速くないが FDP が上昇し Fbg が低下するクラスタが指摘された。これは DIC の概念に一致する。また、出血速度が速く FDP が正常で Fbg が低下する別のクラスタが指摘され、これは DCP の概念に一致する。DCP 型クラスタの出血速度は 2200 g/hr で DIC 型クラスタの 933 g/hr より速い傾向だった。DIC スコアは 8 vs 8.5 点で両クラスタ間に有意差はなかった。【結論】DIC とは病態の異なる凝固障害として DCP を認識する必要があるが、DIC スコアでの鑑別はできなかった。Fbg 値と FDP 値を用いた臨床診断分類が PPH における病態概念の理解を助ける。

107. 妊娠後期の C1 エステラーゼインヒビターは、弛緩出血と関連する

済生会下関総合病院

折田剛志、高崎彰久、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、嶋村勝典、森岡 均

【目的】C1 エステラーゼインヒビター（C1INH）は、子宮型羊水塞栓症発症症例で低値となることが報告されている。妊娠後期に C1INH 活性値を測定し、①妊婦における C1INH 活性値の分布を把握すること、② C1INH 活性値に影響を及ぼす因子を同定すること、③ C1INH 活性値と分娩時出血量との関連を検討することを目指し、前向き研究を企画した。【対象および方法】2015 年 11 月から 2017 年 12 月に当院で分娩した妊婦のうち同意が得られた 971 例を対象とし、妊娠後期に C1INH 活性値を測定した。診療録より患者情報を取得し、各項目を検討した。【結果】①妊娠後期の C1INH 活性値は、平均値および中央値がともに 72%、10%ile 値が 59%、90%ile 値が 87% であった。②年齢、体重および BMI と C1INH 活性値との間に、有意な相関関係は

認められなかった。初産または経産、妊娠高血圧症候群の有無、耐糖能異常の有無により C1INH 活性値を比較したが、いずれも有意差は認められなかった。③経膈分娩の症例では、妊娠後期の C1INH 活性値と分娩時出血量との間に有意な負の相関が認められた。経膈分娩の症例では、妊娠後期の C1INH 活性値と止血に要した子宮収縮剤使用量との間に有意な負の相関が認められた。帝王切開の症例では、C1INH 活性値と出血量との間に相関関係はみられなかった。【結論】妊娠後期の C1INH が低い症例では分娩時出血量が多い可能性があり、弛緩出血がその原因となっている可能性が示唆された。

108. 常位胎盤早期剥離による IUFD に対し経膈分娩を行った 4 症例の検討

岡山大学医学部産婦人科

田中奈緒子、大平安希子、谷 和祐、牧 尉太、江口武志、玉田祥子、光井 崇、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【緒言】常位胎盤早期剥離（早剥）による IUFD の分娩方法は、欧米では経膈分娩が推奨される一方で、本邦では帝王切開術が多く行われている。当院では早剥による IUFD に対し基本的に経膈分娩を行っている。今回、当院で過去 2 年間に早剥による IUFD に対し経膈分娩を行った 4 症例について報告する。

【症例】症例 1) 37 歳経産婦。妊娠 35 週、早剥・IUFD に対し誘発開始。IUFD 診断から 15.5h 後に児娩出。全出血量 2758g (羊水込)。全輸血量 RBC16U、FFP16U、PC20U。産後合併症なし。症例 2) 39 歳経産婦、DD 双胎妊娠。妊娠 37 週、2 児早剥・IUFD に対し誘発開始。IUFD 診断から 8h 後に 2 児娩出。全出血量 2348g (羊水込)。全輸血量 RBC12U、FFP10U、PC20U。産後合併症なし。症例 3) 30 歳経産婦。妊娠 38 週、早剥・IUFD に対し抗 DIC 療法と誘発開始。IUFD 診断から 6.5h 後に吸引分娩にて児娩出。全出血量 5427g (羊水込)。全輸血量 RBC10U、FFP10U、PC10U。産後合併症なし。症例 4) 29 歳初産婦。妊娠 34 週、早剥・IUFD に対し誘発開始。IUFD 診断から 5.5h 後に児娩出。全出血量 2240g (羊水込)。全輸血量 RBC18U、FFP18U、PC20U。産後合併症なし。4 症例はいずれもオキシトシンにて誘発を行った。

【結語】今回、早剥による IUFD に対し経膈分娩を行った 4 症例はいずれも大量の輸血が必要であったが、分娩後は重篤な合併症なく退院可能であった。今後分娩時の誘発方法と分娩経過に関して、症例を重ね検討する必要があると考えられた。

109. 穿通胎盤により多量の血尿を来し、緊急帝王切開及び子宮摘出を施行した一例

JCHO 徳山中央病院

爲久哲郎、平田博子、坂井宜裕、中川達史、山縣芳明、平林 啓、沼 文隆

【症例】41 才 【既往歴】子宮筋腫核出術、帝王切開、流産手術 【経過】妊娠 20 週より前壁からの部分前置胎盤認め 26 週より全前置胎盤と診断。妊娠 29 週、警告出血にて入院。膀胱バルン留置、ステロイド投与し tocolysis 開始。MRI にて全前置胎盤、胎盤侵入所見および膀胱壁の菲薄化も認め穿通胎盤も疑われた。妊娠 31 週、少量の血尿を来し膀胱鏡にて三角部後方に一部穿通胎盤を認めた。出血は少量で腎盂バルンに交換し妊娠継続とした。35 週 6 日、再度多量の血尿を来し、妊娠継続は困難と判断し緊急帝王切開および子宮摘出術を施行した。子宮底部横切開にて 2278g の女児を A/S 8/9 で娩出後、切開部を暫定的に縫合し胎盤は剥離せず子宮摘出に移行。膀胱壁を含む胎盤附着部の子宮下部は膨隆し怒張血管が錯綜していた。上部靱帯を処理後、暫定的に膀胱を子宮より剥離するも強出血を来し、膀胱壁も穿孔したが、自己血およびセルセーバーにて初期対応し手術を継続し子宮を摘出した。膀胱剥離面、膈断端縫合部からの oozing は持続していたが、腹部ドレーンを留置し閉腹。術中出血 7420g、RBC 16U、FFP 20U、PC 20U を輸血し、手術は 4 時間 12 分を要した。挿管のまま ICU 入室。抗 DIC 療法、抗生剤投与にて容態は安定し翌日抜管、一般病棟へ転棟。腹腔内血腫と感染に対する治療後、術後 28 日目に退院。【考察】穿通胎盤では娩出時期、娩出法が最も問題となる。今後、IVR 併用や帝王切開後の待機手術も考慮される。

110. 産科危機的出血に対する止血方法の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

清水真央子、三輪一知郎、清水奈都子、三輪照未、大谷恵子、浅田裕美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

【目的】我が国の妊産婦死亡における死因の第1位は産科危機的出血である。今回我々は、当院における産科危機的出血について検討した。

【方法】2012年1月から2017年12月までの間に当院で分娩管理を行った妊婦4187例（単胎4097例、多胎90例）より、産科危機的出血症例（分娩時出血量が90パーセントイル値以上）を抽出し、患者背景および止血方法について後方視的に検討した。

【結果】産科危機的出血は351例（単胎経陰285例、単胎帝切62例、多胎経陰1例、多胎帝切3例）で、その頻度は8.4%であった。原因疾患の内訳は、弛緩出血322例、前置胎盤13例、癒着胎盤5例、常位胎盤早期剥離4例、低置胎盤3例、頸管裂傷3例、腔壁裂傷1例であった。産科危機的出血351例のうち311例（88.6%）は通常の初期治療（子宮マッサージ、双合圧迫、子宮収縮薬投与など）で止血可能であった。通常の初期治療で止血不能であった40例のうち34例（9.7%）はバルーンタンポナーデ法（BT法）で止血可能であった。残りの6例に対して、経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）が2例に、compression sutureが2例に、BT法で止血不能であった2例に対してTAEが1例に、compression sutureが1例に行われた。子宮全摘を行った症例、母体死亡は認めなかった。

【結論】産科危機的出血症例の88%は通常の初期治療で止血可能であり、BT法を加えると、98%の症例が止血可能であった。初期治療およびBT法を習熟することの大切さを再認識できた。

111. 帝切後13日目に危機的出血をきたし造影CT、血管造影にて子宮仮性動脈瘤と診断した一例

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構東広島医療センター 産婦人科、

²⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター 遺伝性がん診療科

花岡美生¹⁾、加藤俊平¹⁾、甲斐一華¹⁾、山本弥寿子²⁾、児玉尚志¹⁾

【緒言】子宮仮性動脈瘤（UAP）は産後危機的出血の一因である。原因は動脈の機械的、物理的損傷と考えられ、経陰分娩後、流産後にもおこりうるといわれる。診断は超音波断層法、造影CT、血管造影で行われ、治療は危機的出血を起こしていれば動脈塞栓術である。今回我々は帝切後13日目に危機的出血をきたし、造影CTと血管造影にてUAPと診断した一例を経験したので報告する。

【症例】42歳 2経妊1経産（帝王切開）近医で融解胚移植にて妊娠成立。妊娠経過特に異常なし。妊娠37週3日陣痛発来にて緊急帝王切開術施行。3038g APS8/8の男児を娩出。術中出血量550g（羊水込）。術後経過異常なく、術後8日に退院した。術後13日に自宅で大量の出血を認め救急受診した。クスコ診にて持続する出血を認めた。経陰超音波では異常血流を同定できなかったが内診台の上でショックとなり、輸液負荷にてバイタル安定化後造影CTを撮影した。子宮内腔へ造影剤漏出とUAPの像を認め、同診断にてIVRの方針とした。血管造影にて右子宮動脈の末梢側にUAPと血管外漏出像を認め、塞栓術を施行し止血に至った。濃厚赤血球4単位を輸血した。塞栓術後7日で退院した。

【考察】UAPは危機的出血の一因でありその場合はIVRが治療となるが、超音波検査などで疑うことにより不要な出血を回避できる可能性もある病態であるため、日常より認識しておきたい病態である。

112. 当院で経験した前置血管の2症例

市立宇和島病院 産婦人科

青石優子、矢野真理、清村正樹、中橋徳文

【緒言】前置血管とは Wharton 膠質に被覆されていない臍帯血管が内子宮口を覆う卵膜上を走行しているものであり、破水等に伴い断裂すると胎児は急速に失血し胎内死亡となり得る疾患である。今回我々は分娩開始前に診断し良好な転帰を得た前置血管の2症例を経験したので報告する。

【症例1】31歳初産婦。妊娠31週0日、切迫早産と臍帯下垂の診断にて当院へ母体搬送され、低置胎盤及び臍帯卵膜付着に伴う前置血管と診断した。子宮収縮抑制困難であり妊娠31週4日に緊急帝王切開術を施行した。

【症例2】35歳2回経産婦。妊娠31週0日、低置胎盤及び前置血管が疑いにて当院を紹介受診し、低置胎盤及び臍帯卵膜付着に伴う前置血管と診断した。管理入院ののち妊娠35週3日に選択的帝王切開術を施行した。

【結語】本疾患は稀ではあるが分娩開始前に診断がなされていないと児の致死率が高い疾患である。リスク因子として、IVF後の妊娠、胎盤位置異常（前置胎盤、低置胎盤）、臍帯卵膜付着、胎盤構造異常（分葉胎盤、副胎盤）、臍帯下垂などが挙げられる。昨今体外受精による妊娠が増加しており、今後前置血管症例は増えることが予想される。妊娠初期よりリスク評価をした上で、経膈超音波検査で前置血管を意識したスクリーニングを行うことが重要であると考えられた。

113. 警告出血のない前置胎盤症例の分娩時期の検討

国立病院機構岡山医療センター 産婦人科

吉田瑞穂、多田克彦、福井花央、萬 もえ、大岡尚実、塚原紗耶、政廣聡子、沖本直輝、立石洋子、熊澤一真

【目的】当科では、有意な警告出血を認めず妊娠継続可能と判断した前置胎盤症例は妊娠38週、前述以外の症例は妊娠37週で選択的帝王切開の方針とし、帝王切開予定日前に娩出が必要と判断した場合は症例ごとに手術時期を決定している。選択的帝王切開の週数について当科での管理方針が妥当か検証した。

【対象・方法】一定の方針で管理するようになった2006年1月から2017年12月に当科で分娩となった単胎の前置胎盤症例を対象とした。前置癒着胎盤症例を除外し、診療録をもとに後方視的に検討した。

【結果】単胎の前置胎盤症例は94例。前期破水など他の原因で分娩となった症例と妊娠36週未満の早産を除外し、妊娠36週以降で分娩となった70例を選択的帝王切開の週数で37週群（21例）、38週群（49例）に分類した。38週群のうち8割以上は妊娠38週以降まで妊娠継続しており、緊急帝王切開率は20.4%であった。分娩時出血量の中央値は37週群で1700g、38週群で1345gであり、これまでの報告と同様であった。Apgar score1 分值の中央値は両群で8、臍帯動脈血 pH の中央値は38週群 7.315、37週群 7.305、新生児科入院率は37週群 19.0%、38週群 6.1%であり、38週群で低い傾向であった。

【結語】有意な警告出血のない前置胎盤症例では、妊娠38週での選択的帝王切開を安全に施行できる可能性がある。結果として母体有害事象を増加させることなく児の短期予後を改善することが示唆された。

114. 子宮内にバルーンを留置し二期的に手術を行った前置癒着胎盤の2例

¹⁾ 徳島大学産科婦人科、²⁾ 国立病院機構高知病院

武田明日香¹⁾、加地 剛¹⁾、今泉絢貴²⁾、祖川英至¹⁾、吉田あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、西村正人¹⁾、苛原 稔¹⁾

前置癒着胎盤では cesarean hysterectomy が必要になることが多いが、約3%の死亡率を伴うと言われている。そのため帝王切開（CS）時には胎盤を温存し、二期的な子宮摘出や保存的治療が試みられているが、胎盤を温存する場合待機中の胎盤剥離が問題となる。今回、胎盤の剥離を防止するために子宮内にバルーンを留置し、

二期的に子宮摘出を行った前置癒着胎盤の2例を経験したので報告する。【症例①】38歳、G6P3（CS3回）、全前置癒着胎盤。34週1日にCSを施行。児を娩出後、胎盤剥離防止のため子宮内にネオメトロ（100ml）を3個留置した後、内腸骨動脈塞栓術を施行した。胎盤は剥離することなく、術後3日目に子宮を摘出した。CS時に比べ子宮は縮小し、子宮下部の血管も退縮していた。しかし、翌日に腹腔内出血のため再開腹し止血術を要した。その後は安定して経過した。【症例②】34歳、G5P4（CS4回）、全前置癒着胎盤。超音波およびMRIにて穿通胎盤が疑われ膀胱への浸潤が懸念された。35週3日に症例①と同様に児を娩出後、子宮内にネオメトロ（100ml）を2個留置し、内腸骨動脈塞栓術を施行した。その後胎盤は剥離することなく術後3日目に子宮を摘出した。膀胱の剥離はほとんど出血することなく行えた。【考察】全前置癒着胎盤に対し二期的に手術を行った2例を経験した。二期的に行ったことで比較的スムーズに子宮摘出を行え、子宮内バルーン留置は胎盤剥離の予防に有用かもしれない。

115. 子宮全摘術を要した前置癒着胎盤11例の検討

広島市立広島市民病院 産科婦人科

入江恭平、上野尚子、清水かれん、築澤良亮、三島桜子、久保倫子、森川恵司、片山陽介、植田麻衣子、原賀順子、関野 和、依光正枝、中西美恵、石田 理、児玉順一

【緒言】前置癒着胎盤は大量出血の危険性が高く、母体生命に関わる疾患である。今回、我々は子宮全摘術を要した当院での前置癒着胎盤の症例を後方視的に検討したので報告する。

【方法】H20年4月からH30年3月に当院で分娩となった前置癒着胎盤症例のうち、子宮全摘術を要した11例について後方視的に検討した。当院では、2013年よりIVRを併用したstrategy、2016年よりハイブリッド手術室の使用を開始している。

【結果】11例のうち10例は既往帝切例で、うち2例は前置胎盤既往であった。5例は非IVR併用下にてCaesarean Hysterectomyとなり、4例は帝王切開術後にUAEを行い計画的に二期的子宮全摘術を施行した。また、2例は総腸骨動脈バルーン留置下にCaesarean Hysterectomyを行い、そのうちの1例ではバルーン拡張を行った。病理組織診断は、楔入胎盤5例、嵌入胎盤6例であった。出血量の中央値は2,700g（1,113-8,640）で、楔入胎盤で2,190g（1,113-8,640）、嵌入胎盤で4,070g（2,340-8,180）であった。UAEを施行した4例で2,470g（1,973-2,700）、非施行で4,761g（1,113-8,640）とUAEを用いた二期的な子宮全摘術を行った群で出血が少ない傾向にあった。

【結語】前置癒着胎盤症例にIVRを併用し二期的な子宮全摘術を行うことで、出血量を低減できる可能性が示唆された。今後も症例数を蓄積し検討していく必要があると共に、ハイブリッド手術室の活用で、より良好な結果がでることが期待される。

116. 当院における産科大量出血に対するフィブリノゲン製剤投与症例についての検討

徳島市民病院

福井理仁、立花綾香、鎌田周平、木内理世、山本哲史、古本博孝

産科大量出血症例においては、極度の血中フィブリノゲン量低下を伴う、消費性凝固障害が特徴的である。特に常位胎盤早期剥離などでは、消費性凝固障害が著明となる。そのような症例に対しては、フィブリノゲン製剤を投与することで、短時間に血中フィブリノゲン値を、止血可能な領域にまで上昇させることが可能である。当院では産科大量出血への、フィブリノゲン製剤投与を倫理委員会にて承認している。今回の症例は45歳、初産婦。妊娠34週0日に、腹痛と子宮出血を発症し来院した。来院時に子宮内胎児死亡を伴う、常位胎盤早期剥離と診断し、ただちに人工破膜を施行した。入院時の血中フィブリノゲン値は、77mg/dLと著明に低下しており、子宮出血も増加していたため、フィブリノゲン製剤3gを投与しつつ、経陰分娩に至った。引き続いて新鮮凍結血漿4単位、赤血球製剤4単位、および血小板製剤10単位の投与も行った。フィブリノゲン製

剤投与後、血中フィブリノゲン値は、短時間で 158 mg/dL まで上昇し、出血も著明に減少した。総出血量は 2100mL であった。

117. 妊娠 24 週で高度の羊水過少、FGR、NST 異常を認めたが、保存的に妊娠継続し正期産児を得た 1 例

倉敷中央病院

安井みちる、荒武淳一、赤松巧将、黒田亮介、加藤爽子、原 理恵、西川貴史、西村智樹、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

【緒言】 超早産児となる週数の場合、妊娠継続により予後改善が期待できる一方で、急変のリスクもあり娩出時期の判断は困難である。妊娠 24 週で無羊水、FGR、NST 異常を認め、早期娩出を考慮したが妊娠継続し正期産児を得た 1 例を経験した。

【症例】 20 歳初産婦。妊娠 23 週から羊水過少と FGR を認め前医で入院管理されていたが、NST で基線細変動の減少と高度の一過性徐脈が頻発し当院へ搬送となった。到着時、ほぼ無羊水 (AFI 2.2cm)、EFW 380g (-3.0SD) 前期破水を疑う所見はなく、膀胱内に尿貯留を確認できた。臍帯動脈、中大脳動脈血流に異常は認めず、エコーと NST で頻繁に評価し妊娠継続の方針とした。FGR に対して精査を行い、臍帯過捻転を疑う所見、CMV-IgM 0.75 と cut off 下限を示した。羊水量は徐々に増加し、妊娠 32 週 5 日 AFI 8.5cm EFW 1215g (-2.4SD) となり外来管理とした。妊娠 34 週 0 日発育停滞し再度入院管理とし、体重はわずかながら増加したため妊娠を継続、妊娠 37 週 1 日 選択的帝王切開とした。胎盤病理では特記すべき所見はなかったが、臍帯過捻転を認めた。児は体重 1674g (-3.16SD) 身長 41.5cm (-2.42SD) 頭囲 30.8cm (-1.3SD) の SGA、全身状態は良好で日齢 32 に 2452g で退院した。児の尿中 CMV-PCR は陰性。

【考察】 本症例では血流異常や破水、感染徴候、児の明らかな形態異常がなかったことから、妊娠継続を選択し正期産児を得た。娩出の判断の指標については症例の蓄積が必要である。

118. 妊娠 24 週未満で発症した前期破水症例の妊娠継続期間と児の短期予後についての検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

熊澤一真、多田克彦、福井花央、萬 もえ、大岡尚実、吉田瑞穂、政廣聡子、塚原紗耶、沖本直輝、立石洋子

【目的】 妊娠 24 週未満で発症した前期破水症例の管理法に一定の見解はないのが現状である。当科では、重症ではない子宮内感染は分娩理由とせず、妊娠 26 週を目標に妊娠継続を原則としている。今回、妊娠 24 週未満に発症した前期破水症例の妊娠継続期間と児の短期予後について検討を行った。

【方法】 2007 年 1 月～2016 年 12 月までに当院で管理を施行した妊娠 24 週未満に発症した単胎の前期破水症例 13 例を対象とし後方視的に検討した。当科での妊娠 22～26 週未満の前期破水の管理法は、妊娠 26 週を目標に塩酸リトドリン、硫酸マグネシウムの持続点滴、抗生剤 (SBT/ABPC) の 3 日間投与、ベタメサゾンの単回投与と、腔洗浄を原則としている。

【結果】 前期破水発症週数は、妊娠 21 週台 1 例、22 週台 7 例、23 週台 5 例で、発症から分娩までの妊娠継続期間の中央値は 18 日 (4-37 日) で、過去の海外の報告に比べ妊娠継続期間が長かった。分娩週数の中央値は妊娠 25 週 3 日 (24 週 0 日 -26 週 4 日) で、全例、妊娠 24 週以降で分娩となっていた。児の短期予後は、NICU 生存退院率が 92% (=12/13)、3 歳児予後まで追跡可能であった 6 例のうち 67% (=4/6) が予後良好で、予後は、在胎週数に依存する傾向にあった。

【結論】 当科における妊娠 24 週未満の前期破水症例では、積極的に子宮収縮抑制剤を投与し徹底的に tocolysis

を行うことで発症から分娩まで 18 日間の妊娠継続期間を認め、妊娠期間の延長を図ることが児の予後に寄与しているものと思われた。

119. 当科における治療的頸管縫縮術の周産期予後

徳山中央病院 産婦人科

中川達史、平林 啓、坂井宜裕、爲久哲郎、平田博子、山縣芳明、沼 文隆

【目的】 妊娠中期の経陰超音波により頸管長の短縮例や頸管開大例に対して緊急頸管縫縮術が行われている。しかし、その適応や効果については一定の見解に至っていない。そこで今回、過去 5 年間に当科で治療的頸管縫縮術を施行した症例について後方視的に検討し、その周産期予後について評価する。【方法】 妊娠 27 週未満で頸管無力症と診断し、緊急頸管縫縮術を施行した 30 例を対象とした。内診所見により頸管長短縮群と頸管開大群に分類した。【成績】 年齢中央値は 32.5 歳、診断時週数の中央値は 22.7 週、手術実施週数は 23.7 週で、母体搬送例は 19 例であった。頸管長短縮群が 17 例、頸管開大群が 13 例（胎胞可視 8 例、胎胞膨隆 5 例）であった。手術から分娩までの日数は頸管長短縮群が 101 日（28-138）、頸管開大群が 38 日（8-146）、分娩週数はそれぞれ 37.7 週（30-41.1）、31.6 週（24.9-40.7）であった。胎胞膨隆 5 例に対する術式はすべて PDS とテフロンテープによる二重 McDonald 法で、実施週数 24.3 週（22.9-26.4）、妊娠延長日数 18 日（11-64）、分娩週数 28.0 週（24.9-33.3）であった。手術未実施の頸管開大 5 例の検討では、診断時週数 23.3 週、子宮収縮持続、子宮内感染等の理由で、いずれも早期に分娩に至った。【結論】 局所の炎症がなく陣痛が起きていない頸管開大例は、治療的頸管縫縮術によって妊娠週数の延長が期待されるため、十分なインフォームド・コンセントのもとにその実施を検討すべきである。

120. 当院周産期センターにおける超多胎（品胎以上）の動向

高知医療センター 産婦人科

南 晋、高橋成彦、脇川晃子、上野晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、林 和俊

【目的】 多胎妊娠の増加は妊娠中に管理を要する母体の増加、早産児などの増加など周産期医療に多大なる影響がある。特に品胎以上の超多胎は早産 Risk がより高く、母体の合併症も多い。そのため、2008 年 4 月に日本産婦人科学会による移植胚の制限に関する見解がだされた。今回、当院周産期センターでの品胎以上の取り扱い症例数の推移とその不妊治療可否に関して検討した。【方法】 当院で、2005 年 4 月より 2017 年 12 月までに出産された妊婦を対象に、2008 年以前と、2009 年以降の品胎以上を比較検討した。【成績】 2005-2008 年に扱った品胎は 14 症例 / 4 年、2009 年以降では 8 症例 / 9 年と減少している。2009 年以降では ART による品胎、3 症例（3 胚移植の TT1 症例 2 胚移植での DT2 症例）、FSH-hCG 排卵周期でのタイミング治療による TT 品胎 3 症例自然妊娠 DT 品胎 2 症例であった。なお、すべての期間での 4 胎以上の症例はなかった。【結論】 2 胚移植による DT 品胎症例 2 症例や学会見解を無視した 3 胚移植による TT 品胎 1 症例があり、さらなる単一胚盤胞移植への移行を関連地域の生殖医療施設に反映させる必要がある。また、FSH-hCG 周期でも step-up 法等、低刺激法等工夫をされてはいるが、排卵数の調節性が必ずしも一定でなく卵胞数が複数個認められた場合 GnRH antagonist を使った採卵し単胚移植に移行する等の工夫を要すると思われた。

121. 本邦の HIV 感染妊婦における経膣分娩対応について—HIV 感染妊娠に関する診療ガイドラインの刊行にあたって—

- ¹⁾ 国立病院機構関門医療センター 産婦人科、²⁾ 国立病院機構九州医療センター 産婦人科、
³⁾ 国立病院機構仙台医療センター 産婦人科、⁴⁾ 河北病院 産婦人科、
⁵⁾ 久留米大学医学部 産婦人科、⁶⁾ 県立奈良総合病院 産婦人科、
⁷⁾ H27～H29 年度・厚生労働科学研究費補助金 エイズ対策事業「HIV 感染妊婦に関する全国疫学調査と診療ガイドラインの策定ならびに診療体制の確立」班
林 公一^{1,7)}、蓮尾泰之^{2,7)}、明城光三^{3,7)}、五味渕秀人^{4,7)}、宋 邦夫^{5,7)}、喜多恒一^{6,7)}

【目的】 HIV 感染妊婦の出産様式に関しては、本邦では従来より帝王切開による出産が推奨されてきたが、新しい HIV 感染妊婦に関する診療ガイドライン（H30.3）により条件付きで経膣分娩による取り扱いが認められるようになった。そこで、現在の HIV 感染妊婦の経膣的分娩業務の現状について調査することを目的とした。

【方法】 HIV 感染妊婦の受け入れを担う HIV 拠点病院および周産期母子センター（564 施設）への事前アンケート調査にて HIV 感染妊婦の経膣分娩に同意が得られた 76 施設に対して、各施設での業務実施の可否や問題点、モデル病院としての登録の可否等について再調査をアンケートにて実施した。（診療ガイドライン作成のための調査）

【成績】 調査した 76 施設からは、64 施設より回答があり（有効回答率：84.2%）、“条件付き”を含め自施設での経膣分娩可能である施設は 40 施設認められた（現状でも可：6 施設。条件付きで可：34 施設）。また、回答のあった 40 施設のうちモデル病院として登録可能な施設は 24 施設であったが、北海道地方や北陸地方では自施設での経膣分娩可能である施設は認められなかった。

【結論】 本邦でも HIV 感染妊婦に対して経膣分娩が可能な施設があることが判明した。今後、新しい診療ガイドラインにより、HIV 感染妊婦について経膣的分娩も出産様式の選択肢となるが、施設数等も非常に限定されているため、今後の経過について、さらなる調査が必要と思われる。

122. 当院における帝王切開症例の Robson 分類による検討

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

三苫智裕、光井 崇、早田 桂、谷 和祐、牧 尉太、江口武志、玉田祥子、衛藤英理子、増山 寿

【緒言】 今日、世界的に帝王切開率は上昇傾向にあり、世界保健機構は帝王切開術が施行された症例を分娩歴、分娩開始、胎位、胎数、妊娠週数により 10 グループに分類する Robson 分類を用いて検討することを推奨している。今回、当院の帝王切開症例を Robson 分類を用いて検討したため、報告する。

【方法】 2017 年に当院で分娩した 420 例を対象とした。Robson 分類に従って分類し、各グループの帝王切開数及び帝王切開率を後方視的に検討した。

【結果】 2017 年の当院の帝王切開率は全体で 33.8%（142/420 例）であり、既往帝王切開症例（グループ 5）の帝王切開数が 46 例、全分娩数の 10.7% と最も多かった。帝王切開後経膣分娩の適応があるも、予定帝王切開術を選択した症例は 68.7%（11/16 例）であった。また、グループ 1 とグループ 2 を合計した TSCN（term, single, cephalic, nulliparous）の帝王切開数は 36 例と全分娩数の 8.6% であり、2 番目に多かった。

【考察】 当院では、既往帝王切開症例及び TSCN 症例の帝王切開数が全分娩数に占める割合が高く、帝王切開後経膣分娩の適応症例及び初産婦への慎重な帝王切開の選択により今後の帝王切開率を減少させることが期待できるのではないかと考えられた。Robson 分類は帝王切開率に対する改善点を抽出でき、有用であった。

123. 当院における超緊急帝王切開術（Grade A カイザー）の検討

倉敷中央病院 産婦人科

原 理恵、清川 晶、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、安井みちる、田中 優、障子章大、黒岩征洋、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

【目的】超緊急帝王切開術（Grade A カイザー）とは、方針決定後、他の要件を一切考えず、迅速に手術を行い一刻も早い児の娩出を図る術式のことである。今回、当院で行われた Grade A カイザーと児の短期予後について検討することを目的とした。

【方法】2013 年 1 月から 2017 年 12 月までに、当院で施行した Grade A カイザー症例 61 例について、手術決定から児娩出までの時間（Decision to delivery interval; DDI）、出生児の Apgar Score、臍帯動脈血 pH について χ^2 検定と student t 検定を用いて後方視的に検討した。

【結果】5 年間で 61 例の Grade A カイザー症例があった。勤務帯別では、日勤帯 15 例、夜間休日帯 46 例であった。DDI は、中央値で日勤帯 19 分に比較し夜間休日帯 21 分と時間を要する傾向にあった。臍帯動脈血 pH（平均値）は日勤帯で 7.24、夜間休日帯 7.18 と低い傾向にあった。なお、発生場所別では院内発生 22 分に比較し院外発生 18.5 分と有意に早いものの、臍帯血動脈 pH では院内発生 7.226 と比較し院外発生 7.116 と有意に低かった（ $p<0.05$ ）。

【考察】今後更なる児の予後改善のためには手術の場所やシステムの再検討が必要と考えられる。また院外発生症例では常位胎盤早期剥離が多く、より一層の患者教育が重要と考えられた。

124. 広島県での日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）の取り組み

¹⁾ 広島大学 産科婦人科、²⁾ 広島県厚生農業協同組合連合会 広島総合病院、³⁾ 鈴峰今中医院
占部 智¹⁾、寺岡有子¹⁾、小西晴久²⁾、小出千絵¹⁾、河村慎吾³⁾、工藤美樹¹⁾

【はじめに】日本母体救命システム普及協議会（Japan Council for Implementation of Maternal Emergency Life Saving System : J-CIMELS）は、妊産婦死亡数の更なる減少を目指すために設立され、母体救命コースを開催している。広島県では広島県産婦人科医会を主体として広島産科婦人科学会等関連諸団体の協力のもとに昨年の 9 月より「J-CIMELS 広島」を設立し、これまでに母体救命コースを 3 回開催している。【目的】これまでの活動の成果を検討し受講者テストやアンケート結果から評価を行った。【結果】コース受講者総数は 222 名（医師：139、助産師：78、看護師 4、救命士：1）、延べコース開催数は 10 回（ベーシックコース 8、ベーシック・インストラクターコース 2）であった。県内のインストラクターは 1 年間で 2 名から 32 名（産婦人科医：21、救急医：5、助産師：6）となった。受講者テスト（8 点満点）では、プレテストの平均点が 6.8、ポストテストの平均点が 7.8 と有意に上昇していた。また受講者アンケートの結果は、受講者の 99% が受講に満足（大変満足：92%、満足：7%）しており、受講者の 99% が同僚に受講を勧めたい（是非勧めたい：94%、勧めたい：5%）という回答を得た。【結語】受講者テストやアンケート結果より、高い学習効果を認め、講習内容も好評であったことから有意義な母体救命コースが行えていると考えられた。現状から考えられる課題から今後行うべき取り組みについても報告する。

125. 妊婦の緊急搬送体制改善に向けた院内改革と県下の取り組み～搬送システム OKAYAMA Picss と搬送補助アプリ iPicss App[®]の開発～

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学教室

牧 尉太、早田 桂、大平安希子、谷 和祐、玉田祥子、江口武志、光井 崇、衛藤恵理子、増山 寿

【目的】 妊産婦超緊急搬送例の時間短縮に向け院内連携と搬送円滑化を促す新システムをご紹介します。

【方法】 搬送体系では、学会・医会の賛同の下、緊急搬送の円滑化を目的に紹介状となる「母体搬送シート」を用いた“OKAYAMA Picss(OP)”を2016年4月に開始。院内関連部署とFaxを用いシートで情報共有を行った(旧OP)が、さらに効率良く、簡便なインターネット回線を利用する搬送補助アプリ iPicss App[®]を開発し、2017年4月に完成(新OP)。同年8月から当院への搬送症例に対し pilot study を開始した。2011年以降の旧OP期間と新OP期間の比較と、各々の使用評価に関する質問紙調査を分娩施設と当院関連部署へ行った。

【結果】 期間中の当院超緊急帝王切開例は28例、緊急宣言～娩出時間まで30分未満例が有意に増加($P<0.05$)。OP開始後は平均15.0分の短縮を認めた。最新の院外搬送早剥例では到着後11分で児娩出が可能であった。次に調査により院内連携における旧OPは70%が役立つと回答、第3回調査で iPicss App[®]を用いる新OPは100%役立つという回答に改善された($P<0.05$)。また1次施設では iPicss App[®]を用いた新OPは旧OPに比し使いやすいという回答が97%に達した。

【考察】 本検討から、周産期緊急搬送補助システム iPicss App[®]への評価が得られたので、来年度より母児の予後改善に向けた県全域及び県外での新OPシステムの普及と有用性を前向きに検討する方針である。

126. 母児間輸血症候群により重症胎児貧血となった2例

JA 尾道総合病院 産婦人科

梅木崇寛、佐々木晃、田中教文、坂下知久

母児間輸血症候群(FMT)は胎盤のバリア機構が破綻することで、胎児血が胎盤を介して母体血へ移行し、胎児貧血をきたす疾患で、重症例では胎児水腫や胎児死亡に至る。

予後の異なる重症のFMTを2例経験した。

症例1は30歳、3妊1産。妊娠33週、胎動減少を自覚した2日後に前医受診、胎児徐脈のため母体搬送された。胎児心拍は80～90 bpmまで低下を認め、超緊急帝王切開術を行った。児は2218 g、女児、Apgar score 0/0、臍帯動脈血 pH 6.881、Hb 1.5 g/dLであった。母体血 HbF 1.98%、AFP 27636 ng/mLでFMTと診断した。赤血球製剤輸血を行い生後30分で児の心拍は再開した。自発呼吸を認めず、日齢52で気管切開し、日齢152の現在も入院中である。

症例2は32歳、2妊0産。妊娠29週に胎動減少を自覚、翌日前医を受診し、胎児機能不全のため母体搬送となった。到着時に高度遷延一過性徐脈を認め、超緊急帝王切開術を施行した。児は1323 g、男児、Apgar score 1/3、臍帯動脈血 pH 6.869、Hb 1.6 g/dLであった。母体血 HbF 1.36%、AFP 30227 ng/mLでFMTと診断した。児は循環血漿量減少性ショック、心不全、新生児遷延性肺高血圧症に対して加療し、日齢10で抜管、呼吸状態も安定したため日齢84で退院した。

推定失血量が症例1で102 mL (46.2 mL/kg)、症例2で50 mL (37.4 mL/kg)と重症例であった。

pH、Hbは同程度であったが、推定失血が多い症例1がより重症な転帰であり、推定失血量の差が重症度に相関していた。

127. Rh (D) 血液型不適合妊娠に対して二重膜濾過血漿交換分離法 double filtration plasmapheresis (DFPP) を施行した 1 例

¹⁾ 広島大学 産科婦人科、²⁾ 広島県厚生農業協同組合連合会 尾道総合病院 産婦人科
佐藤優季¹⁾、山崎友美¹⁾、竹石直子¹⁾、日比野佑美¹⁾、仙波恵樹¹⁾、占部 智¹⁾、田中教文²⁾、
兵頭麻希¹⁾、工藤美樹¹⁾

【緒言】抗 Rh (D) 抗体価が高値であった Rh (D) 血液型不適合妊娠に対し二重膜濾過血漿交換分離法 double filtration plasmapheresis (DFPP) を行い慎重に周産期管理ができた症例を経験したので報告する。

【症例】29 歳、2 妊 1 産。前回妊娠時は妊娠 28 週および正常経陰分娩後に抗 D 免疫グロブリン注射を施行された。児は新生児溶血性黄疸のため光線療法、免疫グロブリン大量静注療法を施行された。今回妊娠 8 週時の抗 Rh (D) 抗体 512 倍と高値のため当院紹介となった。初診の妊娠 13 週時は抗 Rh (D) 抗体 1024 倍とさらに上昇を認め、重症血液型不適合妊娠として妊娠 15 週より計 15 回の DFPP を施行した。妊娠中の超音波検査で胎児中大脳動脈収縮期最高血流速度 MCA-PSV の上昇はなく、胎児輸血は施行しなかった。妊娠 36 週 2 日に男児を正常経陰分娩し、2,190g、Apgar Score 9 点 (1 分値) 10 点 (5 分値)、臍帯動脈血 pH 7.38、Hb 12.6 g/dL、直接 Coombs 陽性であった。新生児溶血性黄疸のため交換輸血、免疫グロブリン大量静注療法、光線療法による治療を要したが経過良好で日齢 15 に退院した。DFPP に伴う母児への合併症は認めなかった。

【結語】抗 Rh (D) 抗体価が高値の重症血液型不適合妊娠に対して DFPP を施行し、妊娠中に児の胎児貧血を疑う所見はなく妊娠経過は良好であった。

128. 絨毛膜羊膜炎との鑑別に羊水検査が有用であった妊娠子宮筋腫変性の 1 例

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産婦人科
黒田亮介、黒岩征洋、赤松功将、荒武淳一、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、
安井みちる、田中 優、障子章大、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、
長谷川雅明

【緒言】妊娠が子宮筋腫に及ぼす影響として筋腫変性がある。筋腫自体が硝子様変性や嚢胞性変性を起こし、壊死に陥って、自発痛や圧痛、炎症反応の上昇、発熱を伴うことがある。

【症例】35 歳、子宮体部前壁と後壁にそれぞれ 70mm と 60mm の子宮筋腫があり当院へ通院していた。通院中に妊娠し、当院での管理となった。

妊娠 24 週から下腹部痛と発熱が出現し、増悪したため妊娠 25 週に受診した。精査の目的に入院となった。入院時、38 度台の母体発熱および胎児頻脈、頻回の子宮収縮、炎症反応が高値であり絨毛膜羊膜炎の診断で抗菌薬を投与したが羊水検査の結果、絨毛膜羊膜炎は否定的であった。その他、子宮前壁の胎盤付着部の直下に液状変性した 90mm の子宮筋腫を認めた。

抗生剤投与を継続し 1 週間が経過するも 38 度を超える弛張熱が続くため、液状変性した筋腫を穿刺したが筋腫感染も否定的であった。諸症状の原因として筋腫変性と診断し妊娠管理を行った。その後、下腹部痛は消失し解熱も認めたが胎児発育不全のため入院管理を続けた。

妊娠 35 週 2 日、破水あり、足位のため緊急帝王切開術となった。変性した筋腫核出術も同時に施行した。

【考察】子宮筋腫の変性は感染と類似の症状を呈することがあり絨毛膜羊膜炎との鑑別を要する。妊娠継続の可否に与するので適切な診断と慎重な管理が求められる。

129. 妊娠を契機に尿路結石にて腎後性腎不全となり腎瘻造設を要した 1 例

広島市立広島市民病院

三島桜子、石田 理、入江恭平、清水かれん、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、原賀順子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、児玉順一

妊娠による腹部増大にて尿路狭窄を生じ水腎症を呈する妊婦はまれではないが、今回我々は妊娠を契機に尿路結石を生じ、腎後性腎不全となり腎瘻造設にて妊娠継続を行った 1 例を経験したので報告する。症例は 36 歳、2 妊 1 産。第 1 子妊娠中に右尿路結石の既往あり。凍結融解胚移植にて妊娠成立し前医にて妊婦健診中であった。妊娠 16 週 1 日、左側背部痛にて前医受診され、左水腎症を認め、抗生剤投与し入院管理開始された。その後徐々に腎機能の低下を認め、17 週 4 日、当院に救急搬送された。搬送時、BUN 46mg/dL、Cre 9.30mg/dL、eGFR 4ml/min. と高度腎機能障害を認め、UA 8.1mg/dL、K 7.3mEq/L と高尿酸血症、高 K 血症あり。救急外来にて GI 療法施行された。精査の結果、右腎萎縮＋軽度水腎症、左尿管結石＋水腎症 Grade2 の診断あり。緊急両側尿管ステント留置術を施行され ICU 管理となった。その後状態安定し術後 7 日目に退院され外来管理を行った。妊娠 29 週 5 日深夜に再度左腰背部痛出現し、腎盂腎炎・腎機能増悪にて再入院された。尿管ステント交換を試みられたが結石で固定され不可能であり、経皮的腎瘻造設を施行された。その後入院管理継続し腎機能増悪なく経過した。児の発育は問題なく、妊娠 37 週 4 日、選択的帝王切開にて 2570g の女児を出産された。Apgar Score 9/10 であった。経過良好にて術後 5 日目に退院され、今後泌尿器科にて結石破碎術施行予定である。

130. 弛緩出血に対して動脈塞栓術施行後に子宮筋層壊死となり子宮摘出を要した 1 例

¹⁾ 国立病院機構高知病院 産科婦人科、²⁾ 高知医療センター

今泉絢貴¹⁾、滝川稚也¹⁾、木下宏美¹⁾、南 晋²⁾、福家義雄¹⁾

分娩時異常出血に対して子宮収縮薬投与でも改善しない場合は子宮動脈塞栓術（UAE）が考慮される。UAE の止血成功率は 75-100% と報告されており、子宮摘出の回避に有効と考えられる。しかし、6-7% の割合で合併症が生じており、子宮壊死の報告も数例ある。今回、弛緩出血に対して UAE を施行。その後に子宮筋層壊死となり、子宮摘出を要した 1 例を経験したので報告する。

【症例】35 歳、G2P1。当科で妊婦健診施行し、妊娠 39 週 4 日に経膈分娩となった。産後、弛緩出血となり、子宮収縮薬投与でも改善せず、合計 3600ml 出血した。一旦は落ち着いたが、少量の出血が持続し、分娩後 1 日経過しても改善しないため他院で UAE 施行。施行 2 日後より再度当科で管理。感染予防のため抗生剤投与を行うも、発熱・炎症が持続した。造影 CT と子宮鏡検査で子宮筋層の壊死が疑われ、本人と相談し、子宮全摘術を施行した。病理診断では子宮筋層の壊死（血管に多数の塞栓物質あり）であった。

【考察】UAE により子宮筋層が壊死した症例の原因としては小径 PVA（50-250 μ m）を使用したためと推察されるものがあり、小さすぎる塞栓物質は避けるべきであると考えられる。今回の症例はセレスキューを裁断して使用していたが、セレスキューでも過去に子宮・膀胱壊死の報告もみられるため、UAE 施行後の筋層壊死に注意が必要である。

201. 腔に発生した MTX 関連リンパ増殖性疾患の一例

愛媛労災病院

松本 唯、平野真理、南條和也、宮内文久

症例は 75 歳女性。平成 20 年 3 月に関節リウマチ (RA) と診断され、メトトレキサート (MTX) 内服治療中であった。平成 30 年 1 月、不正出血の症状が出現し腔壁に腫瘤を認めた。全身検索では腔以外に明らかな腫瘍性病変、リンパ節腫大は認めなかった。腔式手術により腫瘍を摘出し、病理組織検査でびまん性大細胞型 B 細胞性リン

パ腫（diffuse large B-cell lymphoma: DLBCL）と診断された。MTX 内服中の RA 患者に発生した DLBCL であり、MTX 関連リンパ増殖性疾患（methotrexate-associated lymphoproliferative disorders : MTX-LPD）の可能性も考慮し、まずは MTX を休薬して経過観察を行った。MTX の中止により腔病変の改善を認め、本症例は MTX-LPD と診断された。

202. 尿管子宮内膜症の悪性転化と診断した後腹膜腫瘍の一例

鳥取大学 産科婦人科

飯田祐基、小作大賢、澤田真由美、森山真亜子、工藤明子、野中道子、下雅意るり、千酌 潤、佐藤慎也、大石徹郎、原田 省

【緒言】尿管子宮内膜症は稀少部位子宮内膜症に分類され、悪性転化の報告はほとんどない。今回、尿管子宮内膜症の悪性転化と診断した一例を経験したので報告する。【症例】52 歳、1 妊 1 産、閉経 51 歳。X 年 12 月に左腰背部痛を主訴に前医を受診した。CT 検査で左水腎・水尿管、左外腸骨領域に腫瘤形成を認めた。精査を行なったが原発巣の同定には至らず、X + 1 年 4 月に両側付属器摘出術および後腹膜腫瘍切除術を施行した。病理組織検査で腫瘍は類内膜癌の診断であり、両側付属器に悪性所見はなかった。子宮内膜全面搔爬術を施行したが、異常所見を認めなかった。同年 7 月、原発不明癌の診断で当科に紹介となった。パクリタキセル / カルボプラチン併用療法を 3 サイクル施行したが腫瘍縮小を認めず、ドキソルビシン / シスプラチン併用療法に変更後、4 サイクル施行し、28% の腫瘍縮小を得た。X + 2 年 2 月に腫瘍減量術を施行した。左総腸骨血管分岐部に腫瘍を認め、周囲臓器と強固に癒着していた。腫瘍および左尿管の一部を合併切除し、Psoas hitch 法および Boari flap 法を用いて膀胱尿管新吻合を施行した。その他、子宮全摘出術、左骨盤リンパ節郭清術、大網全切除術を施行した。病理組織検査で左尿管周囲から類内膜癌と子宮内膜症病変が近接する領域を認め尿管子宮内膜症の悪性転化と診断した。【考察】原発不明癌の鑑別時には、稀少部位子宮内膜症の悪性転化を考慮する必要がある。

203. 網羅的がん遺伝子検査による、がんプレジジョンメディシンの実践～がんゲノム医療センター設立に向けて～

島根大学医学部附属病院 産科婦人科

吉村由紀、中山健太郎、澤田希代加、中村秋穂、小野瑠璃子、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、京 哲

近年ゲノム研究が進歩し、個々の患者におけるがん組織の遺伝子変異を解析することで、最適な治療方法を分析・選択する precision medicine が実臨床でも広がりつつある。当院では 2018 年 3 月より、山陰では初めてとなる網羅的がん関連遺伝子変異パネル検査（PleSSision™）を自費診療として導入している。2018 年 5 月現在までの 2 か月間で婦人科腫瘍 7 症例に対して本検査を実施し、遺伝子検査結果に基づいた自費診療での治療を開始した。

当院では、得られた検査結果を Web カンファレンスに提示し、当院の婦人科医、病理医、臨床遺伝専門医のみならず、慶応大学をはじめとする他病院の病理医、腫瘍内科医、遺伝子解析担当者等と協議し、遺伝子プロフィールと治療歴に基づいた推奨治療法について検討を行う。未承認薬の提示だけでなく、治験エントリー情報の提示や標準治療内での治療法のバリエーションも増やすことができ、今後ゲノム情報に基づく precision medicine が果たす役割は大きくなると予想される。また 2018 年 6 月より院内にがんゲノム医療センターが設立されることが決定した。今後、婦人科領域だけでなく他科領域の悪性腫瘍患者においても、ドライバー遺伝子変異に基づくがん種横断的な個別化治療を提供することを目指し、チーム医療体制を構築し整備していく。実際の症例を提示し、当院での取り組みについて紹介する。

204. プラチナ製剤投与にて抗利尿ホルモン不適合分泌 (SIADH) をきたした 2 症例

山口大学医学部 産婦人科

中島健吾、末岡幸太郎、春瀬風香、岡田真希、梶邑匠彌、竹谷俊明、杉野法広

抗利尿ホルモン (anti-diuretic hormone: ADH) 不適合分泌症候群 (SIADH) は、ADH の分泌異常により希釈性の低 Na 血症に至る症候群である。SIADH は悪性腫瘍を含む様々な疾患との関連や、稀ではあるが抗腫瘍薬投与に続発することが報告されており、今回プラチナ製剤投与によると思われる 2 症例を経験したため報告する。症例 1: 65 歳。子宮頸癌 (SCC) Stage IIIB の診断で同時化学放射線療法 (CCRT) を開始した。CCRT 3 コース目のシスプラチン (CDDP) 投与翌日に意識消失発作を認め、Na 114 mmol/l と著明に低値であり、治療を開始した。諸検査の結果、SIADH と判断し、原因薬剤と考えられた CDDP を中止し、放射線療法単独で治療完遂となった。症例 2: 84 歳。子宮体癌 Stage IVB に対して単純子宮全摘 + 両側付属器切除 + 大網部分切除術を施行。術後に化学療法としてパクリタキセル・カルボプラチン (TC) 療法を施行した。TC 療法 1 コース目の Day7 より食思不振、下痢がみられ意識障害、転倒を起こした。採血にて Na 117 mmol/l と著明に低下しており、Na 補充を行った。諸検査の結果、SIADH と診断し、その後は化学療法を中止し、BSC の方針とした。抗腫瘍薬、特にプラチナ製剤投与中に低 Na 血症を認めた場合には SIADH を鑑別診断に挙げるべきと考える。

205. 子宮頸部細胞診 AGC と判断された 14 症例の検討

¹⁾ 高知県立幡多けんみん病院 産婦人科、²⁾ 高知県立幡多けんみん病院 臨床検査科

平川充保¹⁾、泉谷知明¹⁾、河渕 誠²⁾、徳重秀将¹⁾、濱田史昌¹⁾、中川裕可里²⁾、中村寿治²⁾、弘井 誠²⁾、中野祐滋¹⁾

【目的】AGC (atypical glandular cells) は頻度が低いこと、また生検等での組織診断が正常から悪性までと幅広いことから、取扱いについての明確な指針は定まっていない。今回、AGC の取扱いを考察する目的で下記の検討を行った。

【方法】2010 年 4 月から 2018 年 4 月の期間に当院で AGC と診断された 14 例を対象とし、組織診断および臨床経過を後方視的に検討した。

【成績】上記期間に頸部細胞診は 14,998 件行われており、細胞診異常と診断されたものは 1,546 件、このうち AGC は 14 件 (AGC 検出率: 全体 0.09%、細胞診異常中では 0.9%) であった。さらに AGC は、AGC not otherwise specified (AGC-NOS) と AGC favor neoplastic (AGC-FN) に分類されるが、各々 11 件と 3 件であった。14 例中 10 例に組織診断が行われ、良・悪性を含め何らかの病変を 9 例 (頸部 6 例、体部 3 例) に認めた (AGC-NOS: 頸部腺癌 1 例、体癌 1 例、CIN2 1 例、CIN1 1 例、頸部異型腺管 1 例、筋腫 2 例、AGC-FN: CIN3 1 例、CIN2 1 例)。組織診断が未施行であった 4 例は、全例再検の結果は NILM であり、再検後 1 年以上 NILM が持続していることを確認していた。

【結論】今回の検討では、AGC 症例の最終組織診断は正常から浸潤癌までと多様で、半数は CIN 以上であった。AGC に対する精査には、コルポスコピー・生検は必須であり、さらに画像検査や内膜の評価も加えた慎重な取扱いが求められると考える。

206. 当院において LEGH 疑いで手術を行った 8 症例の検討

姫路赤十字病院 産婦人科

有澤理美、中澤浩志、牛尾友紀、番匠里紗、平田智子、小山美佳、宮原友里、西田友美、河合清日、中山朋子、中務日出輝、小高晃嗣、水谷靖司

【目的】子宮頸部嚢胞性病変の鑑別疾患として、悪性腺腫や最小偏倚腺癌等の悪性病変、分葉状子宮頸部腺過形成 (Lobular endocervical glandular hyperplasia, 以下 LEGH)、ナボット嚢胞等の良性病変がある。治療及

び予後は大きく異なり、正確な術前診断及び適切な医療介入が重要である。当科の症例を要約し、今後の管理指針について検討する。

【方法】当科において2013年1月から2017年12月までの過去5年間に、LEGH疑いの術前診断で手術した症例を検討した。

【結果】症例は8例で、年齢の中央値は49.5歳（範囲41-62歳）。8症例のうち、最終診断はナボット嚢胞4例、LEGH4例であった。LEGH4例うち1例には子宮頸部腺癌合併を認めた。水様性帯下の主訴は3例、その他の症例では明らかな臨床症状は認めなかった。MRI所見は、全例において悪性所見は積極的に疑わないもののLEGHの可能性はありうるとされた。子宮頸部擦過細胞診ではナボット嚢胞4例中2例がNILM、1例がAGC-Favor neoplastic、1例がAGC-NOSであった。また、LEGH4例中2例がAGC-NOS、1例がAGC、1例がHSILであった。

【考察】子宮頸部嚢胞性病変において臨床症状や子宮頸部擦過細胞診、画像所見では診断困難なことが多いと考えられた。診断成績向上のために、最近の文献的考察を踏まえ検討する。

【結論】診断基準及び治療方針の確立において更なる症例の集積をし、適切な術前評価により過剰治療や過小評価を避けるための慎重な検討が必要である。

207. 不十分な診療情報の伝達のため子宮頸癌早期で治療を開始する機会を失った一例 高知医療センター

山本寄人、高橋成彦、脇川晃子、上野晃子、川瀬史愛、小松淳子、南 晋、林 和俊

【緒言】子宮頸癌は20歳代からの若年発症がみられ、30歳代で急激に増加している。妊娠して初めて産婦人科を受診する人も多く、子宮頸癌検査は平成21年度から妊婦健診の必須項目になっている。不十分な診療情報の伝達のため子宮頸癌早期で治療を開始する機会を失った症例を経験したので報告する。

【症例】38歳、3妊2産。34歳時、第2子妊娠をA病院で確認し、妊娠初期検査の細胞診でHSILを認めていた。A病院は分娩を取り扱っておらず、妊娠15週時にB病院へ紹介となった。B病院での妊婦健診中に血圧上昇を認め、妊娠32週時にC病院へ紹介となり、妊娠37週時に妊娠高血圧症候群のため帝王切開となった。妊娠中に細胞診再検、組織診などは行われず、産後も特に細胞診異常の説明は無くがん検診も受けていなかった。3ヶ月前より不正出血・腰痛を認めるためD病院を受診した。子宮腔部細胞診SCC、左鎖骨下に腫瘤を認め当科に紹介受診となった。子宮腔部に腫瘤形成、CTで両側頸部・鎖骨窩、縦隔、腹部大動脈～腸骨動脈周囲、子宮周囲のリンパ節に転移と思われる腫大を認めた。組織診は扁平上皮癌であり子宮頸癌IVB期と診断し、現在抗がん剤治療を行っている。【結語】診療情報はその都度本人へ伝える。転院時は、重要事項は転院先にはっきりと伝えると共に、再度本人に説明する必要がある。不十分な情報の伝達はどの場面でも起こりうる。すべての医療機関で注意喚起すべき症例として報告する。

208. 妊娠初期に診断され、同時化学放射線療法を施行した妊娠合併子宮頸癌の1例 広島市立広島市民病院 産婦人科

築澤良亮、片山陽介、入江恭平、清水かれん、三島桜子、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、原賀順子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

【症例】30歳7妊4産【既往歴】自然流産2回

【現病歴】6年前に頸部細胞診ASC-US、HPV high risk type 陽性であったが、その後受診なかった。今回不正性器出血を認め前医を受診し、妊娠初期、進行子宮頸癌疑いのため当科紹介となった。なお妊娠継続希望はなかった。子宮内にGSを認め妊娠8週相当、コルポスコピーにて子宮腔部に腔壁浸潤を疑う腫瘤を認め、直腸診にて左骨盤壁に達する腫瘤、組織診SCC、腫瘍マーカーSCC 66.6ng/mL、MRIにて48mm大の腫瘤を認め、有意なリンパ節腫大は認めなかった。PET-CTにて遠隔転移を疑う異常集積は認めなかった。膀胱鏡にて膀胱

頸部に腫瘍の露出を認めた。【診断】妊娠8週、子宮頸癌ⅣA期 SCC (T4N0M0) 【入院後経過】同時化学放射線療法の方針となり、weekly CDDP 40mg/m²療法、全骨盤照射を開始した。第21病日、wCDDP 3コース、RT19.8Gy 終了時点で胎児心拍消失、第39病日に自然流産となった。腫瘍は縮小傾向であり腫瘍マーカーは第50病日に陰性化した。第51病日にwCDDP 6コース、RT計60.4Gy 終了し第52病日に退院となった。MRIにて頸部腫瘍の消失を認め、CRを得られた。治療後5ヶ月が経過したが、再発を疑う所見なく経過している。【考察】本症例は子宮頸癌ⅣA期であり、妊娠継続希望を認めなかったため同時化学放射線療法を施行し、CRを得られた。妊娠合併子宮頸癌の治療方針は子宮頸癌の進行期、妊娠週数、挙児希望などを考慮して決定することが必要である。

209. 子宮頸部最小偏倚腺癌治療の4年後に腹膜癌を発症した1例

倉敷成人病センター 産科婦人科

石手方康宏、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、坂手慎太郎、紀平知久、二村 涼、市川冬輝、戸枝 満、吉津照見、濱崎洋一郎、白根 晃、太田啓明、安藤正明

【緒言】最小偏倚腺癌 (MDA; minimal deviation adenocarcinoma) は高分化型子宮頸部粘液性癌であり、胃型粘液性癌に分類される。MDA は、消化管ポリポースと色素沈着を特徴とする Peuts-Jeghers 症候群 (PJS) との関連性を指摘されている。一方、腹膜癌は卵管采遠位端の卵管上皮内癌を起源とする説が提唱されている。今回、PJS を示唆する MDA 患者が、重複癌として腹膜癌を発症した一例を経験したので報告する。

【症例】45歳。幼少時より口唇・眼周囲に色素沈着を認め、家族性ポリポース (胃・大腸) の治療歴があった。41歳時に AGC、LEGH の疑いで腹腔鏡下子宮全摘術を施行したが、病理組織検査で MDA と診断された。追加手術として腹腔鏡下広汎基靱帯切除術+両側付属器切除術+骨盤内リンパ節郭清を行い pT1b1N0M0 であった。その後は追加治療なく無病生存であったが、初回治療から4年半経過時点で CEA、CA125 の急激な上昇、CT で多発腹膜播種と左水腎症を認めた。MDA の再発が疑われたが、播種病巣内に石灰化を認める部分があり粘液性癌としては非典型的であり、腹腔鏡下生検により腹膜癌 (serous carcinoma, stage III c) の診断に至った。現在 TC 療法施行中である。

【結語】MDA は予後不良な疾患であり、腹膜播種、リンパ節転移、腹腔内・骨盤内再発の頻度が高いと考えられているが、本症例は MDA の再発ではなかった。卵管切除後の腹膜癌発生であり、発生起源の点からも興味深い稀な症例であると考えられる。

210. 子宮頸癌臨床進行期分類 (日産婦 2011) の注意点

四国がんセンター 婦人科

大亀真一、田中圭紀、横山貴紀、友野勝幸、藤本悦子、坂井美佳、竹原和宏

【はじめに】昨年5月発刊の日産婦誌で改めて「子宮頸癌臨床進行期分類の考え方」が提示された。進行期診断は、悪性腫瘍の治療方針を検討する際に必要であるだけでなく、予後などの情報を的確に示すためにも、正確でなければならない。しかし、子宮頸癌における傍大動脈リンパ節 (PAN) 転移症例は所属外リンパ節であることと、TNM 分類では M1 となることから、臨床進行期ⅣB期と誤りやすい。

【方法】2005年から2015年に当科で初回治療を施行した子宮頸癌症例のうち、正確に分類したⅣB期 (ⅣB群) と PAN 転移などⅣB期と誤りやすい症例を含んだ間違ったⅣB期 (false-ⅣB群) の治療成績を比較した。

【結果】PAN 転移症例は29例 (扁平上皮癌21例、非扁平上皮癌8例、T1:8, T2:13, T3:7, T4:1) で年齢中央値は52歳、ⅣB群は35例 (扁平上皮癌21例、非扁平上皮癌14例、T1:5, T2:7, T3:17, T4:6) で年齢中央値は58歳であった。false-ⅣB群 vs. ⅣB群の PFS 中央値は11.3か月 vs. 8.2か月、3年 PFS は29.3% vs. 8.6% (P = 0.0033), OS 中央値は29.1か月 vs. 17.0か月、5年 OS は36.9% vs. 18.3% (P = 0.035) であった。

【まとめ】傍大動脈リンパ節転移などをⅣB期と診断することは、ⅣB期の予後が不正確になることが示され、

臨床進行期分類には注意を要する。

211. エリブリンにて病勢コントロールが得られた再発子宮平滑筋肉腫の1例

山口県立総合医療センター 産婦人科

清水奈都子、三輪一知郎、清水真央子、三輪照未、大谷恵子、浅田裕美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

【緒言】子宮平滑筋肉腫は稀な疾患であり、再発症例に対する標準治療は確立していない。今回我々は、2016年2月に悪性軟部腫瘍に対して効能追加されたエリブリンを用い、良好な治療効果を得た1例を経験したので報告する。【症例】77歳、1妊1産。腹部膨満感を主訴に当院外来受診。MRIで多発子宮筋腫が疑われたため、腹式単純子宮全摘術および両側付属器切除術を施行した。病理組織診断は子宮平滑筋肉腫であり、進行期はIB期(pT1bN0M0)であった。術後化学療法として、ドセタキセル+ゲムシタビン(DG)療法を6コース施行し、治療後のCTで異常所見は認めなかった。術後3年4か月、前治療終了後2年8か月のCTで左肺転移を認めたため、化学療法を行う方針となった。DG療法、アドリマイシン、トラベクテジン、パゾパニブ、エリブリンを検討した結果、エリブリンを選択した。エリブリン3コース施行後のRECIST評価はSDのため同レジメンを継続、エリブリン6コース施行後のRECIST評価もSDであった。有害事象としては、G4の好中球減少を認めるのみであり、現在も同レジメンを継続している。【考察】本症例は、エリブリンにより、4か月にわたる病勢コントロールが得られた。今後、その効果と安全性に関して、症例の集積が望まれる。

212. レスベラトロールによる子宮肉腫の細胞増殖抑制作用の検討

徳島大学医学部 産科婦人科

峯田あゆか、香川智洋、炬口恵理、阿部彰子、西村正人、苛原 稔

【目的】子宮肉腫は難治性の疾患で、我々はこれまでPGJ2の肉腫への抗腫瘍効果とメカニズムを報告してきた。赤ワインに多く含まれるレスベラトロールはPGJ2と同様に様々なシグナル伝達系を調節することで、様々な癌において細胞増殖抑制効果を示すことが報告されている。今回我々は子宮肉腫細胞株において細胞増殖抑制効果と作用機序について検討した。

【方法】ヒト子宮肉腫由来の細胞(MES-SA)を用い、レスベラトロールを10、20、40 μ g/mlの濃度で加え、24、48、72時間毎にWST-1アッセイを用いて細胞増殖を確認した。アポトーシスの有無はAnnexin V-FITC Kitを用いてフローサイトメーターで測定した。MAPK経路、AKT経路のタンパク、およびwntシグナルを介して活性化される β カテニン、C-mycの動きをウエスタンブロットで確認した。

【成績】レスベラトロール濃度が20 μ g/ml以上で有意な細胞増殖抑制効果を認めた。またそのメカニズムとしてはアポトーシス細胞が増加していた。MAPK経路、AKT経路ではERK、MEK、AKTのリン酸化がそれぞれ抑制されていた。一方、 β カテニン、C-mycはその発現が低下していた。

【結論】レスベラトロールは子宮肉腫において細胞増殖抑制効果を認め、そのメカニズムはMAPK、AKT経路の抑制と、wntシグナルの両方を抑制することによりアポトーシスが誘導された。子宮肉腫に対する新たな治療の選択肢となりうる可能性が示唆された。

213. 子宮内反症を呈した若年子宮体部癌肉腫の1例

県立広島病院 産婦人科

榎園優香、白山裕子、森岡裕彦、上田明子、中島祐美子、児玉美穂、上田克憲、三好博史

【緒言】非産褥期の子宮内反症は稀であり、さらに悪性腫瘍に伴うものは極めて稀である。子宮体部癌肉腫に伴う子宮内反症を呈した症例を報告する。【症例】27歳、0妊。持続する不正性器出血を主訴に救急搬送となった。内診と陰鏡診で腔内に充満する不整形腫瘍があり、出血を伴い、経腹超音波断層法で子宮内反症が疑われた。造影CT検査では腔内に7cm大の腫瘍があり、子宮底部壁の陥凹がみられた。また、右腎に6cm大の内部不均一な腫瘍があり、右腎と肝の間に20mm大の腫瘍がみられた。腹痛の増強と多量の持続出血のため緊急手術を施行した。開腹すると子宮底部は内反し、ダグラス窩に20mm大の腫瘍があり播種が疑われた。腫瘍は脆く、経腔的に可能な範囲で摘出した。子宮内反を整復し、子宮前壁を切開して底部に残存した腫瘍を切除し、ダグラス窩腫瘍は生検した。肉眼的には悪性腫瘍が疑われたが、若年、未婚、未妊であることから子宮摘出は行わず手術を終了した。病理組織検査では癌肉腫であった。造影MRI検査で子宮壁外へ浸潤はなく、PET-CT検査でリンパ節転移や遠隔転移はなかった。再手術にて単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清、大網部分切除を行った。子宮体癌IIIA期癌肉腫の診断で現在化学療法中である。また右腎腫瘍は泌尿器科で手術予定である。【結語】若年の子宮内反症であっても悪性腫瘍を考慮する必要がある。

214. Eribulin が奏効した子宮平滑筋肉腫の1例

四国がんセンター

藤本悦子、竹原和宏、田中圭紀、横山貴紀、友野勝幸、坂井美佳、大亀真一

【緒言】子宮平滑筋肉腫は子宮悪性腫瘍の約1-2%と稀な疾患であるため、治療法の確立に難渋している。しかし、ここ数年間で新規薬剤3剤が承認され、治療効果が期待される場所である。今回はEribulinが奏効した子宮平滑筋肉腫の1例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。【症例】57歳。下腹部痛を主訴に前医を受診し、子宮内膜組織診でleiomyosarcomaと診断され、精査加療目的で紹介となった。MRIで体部～頸部前壁に76mm大の造影不整な腫瘍を認めたが、PET-CTで遠隔転移やリンパ節転移を疑う所見は認めなかった。腫瘍は右尿管へ浸潤していたため一部残存したが、腹式子宮全摘術と両側付属器摘出術を施行し、子宮平滑筋肉腫IIB期(pT2bcN0cM0)と診断した。術後化学療法の1stラインとしてGemcitabine+Docetaxel併用療法3サイクル、2ndラインとしてTrabectedin 2サイクル、3rdラインとしてPazopanib 6サイクル投与したが、いずれもPDとなった。4thラインとしてEribulinを投与し、4サイクル後には一旦奏効が得られたものの、腫瘍は次第に増大し8サイクル後にPDとなった。有害事象は好中球減少Grade2のみで、G-CSF製剤の使用や薬剤の減量、延期することなく外来で施行可能であった。【結語】4thラインとして投与したEribulinで奏効が得られ、QOLを維持した治療が可能であった。悪性軟部腫瘍に対し新規薬剤が承認されたことで、それぞれの薬剤の特徴や病状を考慮した治療が望まれる。

215. MPA療法後に自然妊娠にて二児を得た若年子宮体癌の一例

岡山中央病院

三枝資枝、金重恵美子、伊賀美穂、近藤佳子、槇野洋子、木村吉宏、江口勝人

症例：40歳 4妊1産

X年5月、子宮内膜癌(1a期, G2)と診断。未産であり挙児希望強く、MPA(高用量プロゲステロン)療法を9か月間施行し寛解となった。生殖補助医療の希望がなく自然経過観察していたところ、(X+2)年に自然妊娠が成立したが妊娠9週で子宮内胎児死亡となった。その3か月後に再度自然妊娠成立。妊娠経過良好であっ

た。ご本人の強い希望により（X+3）年7月、妊娠38週2日に選択的帝王切開にて2550gの男児を出産された。産後の内膜細胞診は陰性であった。その後（X+5）年8月に再度妊娠したが妊娠8週で稽留流産となった。さらに（X+6）年8月に4回目の自然妊娠が成立した。胎児発育良好であったが、妊娠19週時に子宮頸管長25mmと短縮を認めた。細菌性膣症の治療を行ったところ、妊娠23週以降は頸管長30mmと回復しその後は経過良好であった。既往帝王切開後妊娠のため、（X+7）年5月に選択的帝王切開の予定である。

若年子宮体癌に対するMPA療法後の再発率は約50%と高いため、治療後早期の妊娠が望ましいとの考えから積極的な生殖補助医療が行われることが多い。本症例はご本人及びご家族の強い希望により、リスクを十分説明した上で自然経過観察したところ、結果的に4回の自然妊娠が成立し2児を得ることができた。MPA療法後に自然妊娠にて生児を得た例は文献的にも極めて少なく、経過を報告する。

216. 画像での診断が困難であった卵巢ライディッヒ細胞腫の1例

島根大学医学部 産科婦人科

折出亜希、金崎春彦、原 友美、京 哲

【緒言】高アンドロゲン血症の原因として、多嚢胞性卵巢症候群、副腎疾患などが多くみられる。今回、画像検査での診断が困難であったため、選択的静脈サンプリングを行い局在診断をすることができた高テストステロン血症の1例を経験したので報告する。【症例】39歳、1経産婦。6年前より月経不順のためLEP製剤を処方されていた。約2年前より多毛を認めるようになった。転居に伴い6ヶ月前に前医を受診し、テストステロン高値のため当科紹介となった。初診時多毛、低い声、陰核肥大を認め、テストステロン11.1 ng/mL、LH < 0.2 mIU/mL、FSH 1.9 mIU/mLと高テストステロン血症を認めたが、経膣超音波検査、骨盤部MRI検査では多嚢胞性卵巢や腫瘍性病変は認めなかった。DHEASは基準値内であり、CT検査では副腎腫瘍は否定的であった。ホルモン産生の局在診断のため選択的静脈サンプリングを行ったところ、テストステロン値が右卵巢静脈で391 ng/mLと異常高値であったため、腹腔鏡下右付属器切除術を施行した。病理組織診断はライディッヒ細胞腫であり、術後1日目でテストステロン値は0.3ng/mLと速やかに低下した。【結語】卵巢ライディッヒ細胞腫は全卵巢腫瘍の0.1%未満である稀な疾患であり、更に腫瘍径が小さい場合には画像診断が困難なことがある。著明な高アンドロゲン血症を認めるが、ホルモン産生の局在が不明な場合は、選択的静脈サンプリングが有用であると考えられた。

217. 卵巢甲状腺腫性カルチノイドの1例

姫路赤十字病院 産婦人科

牛尾友紀、中務日出輝、有澤理美、番匠里沙、平田智子、小山美佳、宮原有里、中澤浩志、西田友美、河合晴日、中山朋子、小高晃嗣、水谷靖司

卵巢原発カルチノイドは、全カルチノイドの約0.5～1.7%と言われ、また卵巢腫瘍全体の0.1%以下と非常に稀な卵巢腫瘍である。今回我々は、卵巢甲状腺腫性カルチノイドの1例を経験したので報告する。

症例は76歳、2妊2産の女性で、上腹部違和感を主訴に近医を受診し、CA19-9高値（167U/ml）、腹部超音波検査にて8cm大の卵巢腫瘍を指摘され、当院紹介となった。骨盤部MRIでは左卵巢由来の最大径11cm大のステンドグラスパターンを示す嚢胞性腫瘍を認めた。T2WIで均一な強い低信号を示す房がありまた造影効果も認めたことから、卵巢甲状腺腫を疑った。しかし、拡散強調像において高信号を認め、ADCmapにて低信号を呈し、卵巢甲状腺腫の一部悪性転化も考慮し、開腹にて両側付属器切除術を行った。術後病理では、肉眼的コロイド様部位にて卵巢甲状腺腫の像を示していた。また、結節性の部位では甲状腺腫性カルチノイドの組織像を認めた。本症例では術後追加治療は行わず、現在外来にて経過観察中である。

甲状腺腫性カルチノイドの15%は単独の組織型として発生するが、85%は成熟嚢胞性奇形腫や卵巢甲状腺腫などの他の奇形腫成分に合併する。卵巢腫瘍で造影効果が良好であるにも関わらず、拡散の低下を伴わない場合

は良性腫瘍を疑う。しかし、本症例のように拡散強調像で高信号を認め、ADCmapにて低信号を認めた場合、本疾患を考慮する必要があると考えられた。

218. 卵巣明細胞癌および高異型度漿液性癌におけるホルモン受容体発現の評価

鳥取大学 産婦人科

小作大賢、大石徹郎、澤田真由美、工藤明子、野中道子、下雅意、千酌 潤、佐藤慎也、
原田 省

【背景】卵巣明細胞癌（CCC）では高異型度漿液性癌（HGSC）と異なり、ER α 発現を認めないことが知られている。ER には、他に ER β および G-protein-coupled estrogen receptor-1（GPER-1）が存在する。CCC および HGSC における ER β および GPER-1 発現の臨床的意義を明らかにすることを目的として以下の検討を行った。

【方法】2006-2014 年に初回治療を行い、文書による同意の得られた上皮性卵巣癌 138 例のうち HGSC44 例および CCC41 例対象とし、パラフィン包埋組織検体を用いて ER α 、ER β および GPER-1 蛋白発現を免疫組織化学により検索した。各蛋白発現を組織型別に解析し、臨床病理学的因子および予後との関連について検討した。

【成績】年齢の中央値は 60 歳、HGSC は I-II 期 6 例、III-IV 期 38 例であり、CCC は I-II 期 26 例、III-IV 期 15 例であった。観察期間の中央値は 1432 日（7-4223）であった。

ER α の陽性率は HGSC が 76% と、CCC の 3.7% に比して有意に高かった。ER β の陽性率は HGSC が 80% であったのに対し、CCC で 94% と高かった。GPER-1 の陽性率は HGSC、CCC とともに 80% であり、差を認めなかった。

HGSC では GPER-1 陰性例で全生存期間が有意に短かったが、CCC では GPER-1 発現の有無によって予後に差を認めなかった。

【結論】ER β は CCC で高率に発現していた。GPER-1 は HGSC と CCC で発現に差を認めなかった。HGSC において GPER-1 陰性例は予後不良である可能性が示唆された。

219. 粘液性腺癌に悪性転化した卵巣成熟嚢胞性奇形腫の 1 例

¹⁾ 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 産婦人科、

²⁾ 独立行政法人 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 病理診断科

山根尚史¹⁾、中村絃子¹⁾、隅井ちひろ¹⁾、佐川麻衣子¹⁾、澤崎 隆¹⁾、水之江知哉¹⁾、
倉岡和矢²⁾

卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は 0.2 ～ 2% とされ、その約 80% が扁平上皮癌で腺癌はまれである。今回我々は、粘液性腺癌に悪性転化した卵巣成熟嚢胞性奇形腫の 1 例を経験したので報告する。

症例は 71 歳。既往歴は虫垂炎、糖尿病。家族歴はなし。約 1 年前より食思不振、1 ヶ月前より腹部膨満感を自覚し、症状が持続するため近医を受診した。中等量の腹水を指摘され当科紹介となった。診察では臍高におよぶ硬い腫瘤を触知し、CT で卵巣成熟嚢胞性奇形腫が疑われ、SCC、CEA、CA19-9、CA125 の上昇を認めたが、MRI では悪性所見は明らかでなかった。開腹手術を施行したところ、成人頭大の左卵巣腫瘍を認め、被膜は一部破綻しており、周辺臓器と高度に癒着していた。術中迅速病理検査で悪性と診断されたため、単純子宮全摘出術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術、大網部分切除術を施行した。術後病理組織診断は粘液性腺癌で、卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化と診断された。臨床進行期は IC2 期で、現在 TC 療法を施行している。

卵巣成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化を術前に診断することは困難であるが、年齢、腫瘍径、SCC 値、CEA 値が有意に高かったとする報告も見られる。本症例では術前に画像検査での診断は困難であったが、悪性転化例では多臓器への浸潤も伴いやすいとの報告もあり、早期の診断治療が重要であると考えられた。

220. 術前診断に苦慮した良性 Brenner 腫瘍の 1 例

広島市立安佐市民病院

綱掛 恵、熊谷正俊、河村省吾、佐々木充、向井百合香

Brenner 腫瘍は全卵巣腫瘍のうち 2～3%であり、閉経後の女性に発生する比較的まれな腫瘍である。画像所見で卵巣癌が疑われ、術後病理診断で良性 Brenner 腫瘍と判明した症例を経験したので報告する。症例は 84 歳、経産婦。右下腹部痛、発熱を主訴に近医を受診し、造影 CT で石灰化を伴う約 15cm 大の充実性腫瘍と中等量の腹水を認め、当科へ紹介された。腫瘍マーカーは CA125 が高値で、骨盤造影 MRI では造影効果を伴う充実性腫瘍があり右卵巣癌が疑われたため、開腹し両側付属器摘出術を施行した。病理組織所見では、右卵巣腫瘍は広範囲に石灰沈着を伴う線維性間質の増生を背景に尿路上皮型細胞が島状に散在する腫瘍であり、良性 Brenner 腫瘍と診断された。腫瘍は広範囲な出血性梗塞像を伴い、地図状の壊死性変化を来していた。良性 Brenner 腫瘍は半数以上において 2cm 以下であり、1/3 は顕微鏡のみで発見され、10cm 以上はまれとされる。組織学的には線維腫様の間質に移行上皮型細胞が胞巣を形成する像が特徴的であり、顕著な硝子化を有する場合では広範な石灰化を呈することがある。CT では充実部に不整形の広範な石灰化が描出されることが多く、診断の一助となる。MRI では T1、T2 強調像ともに低信号を示し、造影後は充実部が均一に中等度濃染する。本症例は腫瘍の大きさと MRI での造影効果が不均一であった点が非典型的であり、術前の評価が困難であった。

221. 子宮内膜細胞診異常を契機に発見された乳癌再発の 1 例

JA 広島総合病院 産婦人科

小西晴久、菅裕美子、佐々木美砂、高本晴子、中西慶喜

【緒言】乳癌のホルモン療法により子宮内膜癌のリスクが増加するため、長期間の子宮内膜細胞診フォローアップの必要性はよく知られるようになってきた。今回、子宮内膜細胞診異常を契機に乳癌の再発を診断し、治療再開につなげることができた 1 例を経験したので報告する。

【症例】55 歳、1 妊 1 産、閉経 49 歳。既往歴に 48 歳時発症の左乳癌 T2N3cM0 stage IIIC T2N3M0 invasive ductal carcinoma (ER 陽性、PgR 陽性、HER2 陽性)があった。化学療法、手術、放射線療法後のホルモン療法(タモキシフェン 2 年半、レトロゾール 2 年半)を終了後 1 年経過し、再発なく経過観察中であった。当科には子宮粘膜下筋腫と乳癌術後ホルモン療法後の子宮内膜細胞診フォローアップのため受診された。不正性器出血は認めず、経腔超音波断層法では子宮内膜肥厚は認めなかった。子宮頸部細胞診は class III AGC、子宮内膜細胞診は class IV 陽性で、細胞質内小腺腔や粘液を有する細胞を認め乳癌の転移の可能性が考えられた。子宮内膜は萎縮しており内膜組織は採取不可能であった。骨盤造影 MRI では子宮には以前と同様の粘膜下筋腫を認めるのみであったが、脊椎への多発骨転移の所見を認めた。FDG-PET/CT では脊椎、右肋骨、胃小弯に FDG の異常集積を認めた。子宮への異常集積は認めなかった。上部消化管内視鏡検査での幽門付近の II a 様病変に対する生検で転移性乳癌が考えられた。乳癌の再発と診断し、現在再発治療中である。

222. 非細菌性血栓性心内膜炎を認めたトルソー症候群の 2 症例

¹⁾ 高知大学医学部附属病院、²⁾ 高知県立あき総合病院

大黒太陽¹⁾、牛若昂志¹⁾、樋口やよい²⁾、氏原悠介¹⁾、高田和香¹⁾、池上信夫¹⁾、前田長正¹⁾

【緒言】トルソー症候群は悪性腫瘍に伴う全身性血液凝固異常を生じる病態で、DIC や非細菌性血栓性心内膜炎(NBTE)など致命的合併症を併発することもある。今回、NBTE を認めたトルソー症候群 2 症例を経験したので報告する。

【症例】症例 1: 26 歳 1 妊 0 産、腔原発明細胞癌に対し他院で手術療法を受けた。術後リンパ節再発で化学療

法を施行され、その後当院管理していた。下肢の腫脹と急激なDダイマー上昇を認め、多発静脈血栓・心内血栓を認めた。開胸心内血栓除去術を施行し、ワーファリンで抗凝固療法を行ったが、抵抗性でDIC・無症候性肺塞栓を生じた。ヘパリン持続皮下注を開始しDICは改善したが、原疾患が進行し原癌死に至った。症例2：42歳2妊2産、前医より卵巣癌に伴うトルソー症候群疑いで紹介された。DIC・肺塞栓症・NBTEを認め、ヘパリン開始し開胸心内血栓除去術を施行した。DICをコントロールし、原発巣に対し腹式単純子宮全摘術・両側付属器切除・大網切除を行った。卵巣癌ⅠA期（T1aN0M0）類内膜癌G1と診断し、現在再発なく経過している。

【考察】トルソー症候群の治療は原疾患の治療が重要である。NBTEは心内血栓除去術により致死的な肺塞栓は回避できた。ヘパリンはトルソー症候群によるDICに有用であった。

【結語】NBTEは稀であるが重篤な病態であり、原発巣の治療成績と集学的治療で予後が決定され则认为る。

223. 後腹膜に発生した巨大 lipoleiomyoma の一例

岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

片山沙希、久保光太郎、松岡敬典、依田尚之、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

【緒言】平滑筋腫は多様な組織型があり、時に悪性腫瘍との鑑別が困難である。今回我々は鑑別に苦慮した lipoleiomyoma の症例を経験した。

【症例】58歳女性、1か月前より急速に進行する腹部膨満感を主訴に前医を受診した。CTとMRIにて、腹腔内を占める30cm超の巨大腫瘍を指摘された。卵巣癌が疑われ、当院を紹介受診された。当院で画像を再読影し、画像所見から子宮筋腫変性が第一に疑われたが発生由来臓器は特定できなかった。治療と診断目的にて開腹手術の方針となった。術中損傷の可能性を考慮し術前に両側尿管ステントを挿入した。開腹すると腹壁直下に平滑な軟らかい腫瘍を認め、周囲臓器への癒着は認めなかった。視野確保困難のため腫瘍内容を穿刺し脂肪様の液体を吸引した。縮小した腫瘍を反転させ挙上すると、右後腹膜腔に発育していた。腫瘍は腹膜から剥離し摘出、重量は内溶液を含め11kgであった。子宮と両側付属器は肉眼的に異常所見を認めなかったが、腫瘍が子宮由来である可能性も考慮し、子宮全摘出術と両側付属器切除を施行した。術後病理検査では lipoleiomyoma であり、患者は経過良好である。

【結語】lipoleiomyomaは稀な平滑筋腫で、画像検査では悪性腫瘍との鑑別が困難であり開腹しなければ発生部位が分からないこともある。急速に増大を認める報告もあり、今回のような場合には当疾患も鑑別において、適切な準備の後に手術を選択する必要がある。

224. 若年子宮体癌患者におけるリンチ症候群拾い上げにむけて

徳島大学医学部産科婦人科

阿部彰子、峯田あゆか、香川智洋、西村正人、苛原 稔

【目的】子宮体癌の一部は家族性腫瘍であるリンチ症候群に関連している。リンチ症候群はミスマッチ修復（DNA mismatch repair; MMR）遺伝子の生殖細胞系列変異を原因とする常染色体優性遺伝症候群である。また、子宮体癌の20-30%はMMRの機能が欠失、そのうち3-5%は生殖細胞系列変異を有することが知られている。今回、若年子宮体癌症例（異型内膜増殖症含む）のMMR蛋白の発現について検討した。

【方法】2009年から2014年の間に当科で初回治療を行った40歳以下の子宮体癌および異型内膜増殖症18症例を対象とし、MLH1, MSH2, MSH6, PMS2蛋白の免疫染色を行った。

【成績と考察】治療開始時年齢中央値は34歳（27-40歳）、BMI中央値24.15（18.2-52）、未産婦15人、経産婦3人であった。組織型は、異型内膜増殖症8例、類内膜腺癌G1 9例、G2 2例であった。FIGO stageは、Ⅰa期9例、Ⅱ期1例、Ⅲc2期1例であった。MMR関連蛋白の発現消失率はMLH1 7例、PMS2 4例、MSH2 1例、MSH6 1例であった。7例（38.8%）に少なくとも1種類の蛋白の欠失を認めた。MMR蛋白発現欠失の有無と、

年齢やBMIには有意差は認められなかった。また、アムステルダム基準を満たす者はなかったが、リンチ症候群に関連した家族歴をもつものは3症例、さらに卵巣癌を家族歴または既往歴にもつものは2症例で認められた。今後、若年子宮体癌症例において、マイクロサテライト不安定性検査の解析も行う予定である。

225. Lynch 症候群関連腫瘍を合併した子宮内膜症関連卵巣癌の検討

- ¹⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター婦人科、
- ²⁾ 独立行政法人国立病院機構四国がんセンター病理科、
- ³⁾ 独立行政法人国立病院機構北海道がんセンター婦人科、
- ⁴⁾ 独立行政法人国立病院機構呉医療センター中国がんセンター産婦人科、
- ⁵⁾ 独立行政法人国立病院機構横浜医療センター産婦人科、
- ⁶⁾ 独立行政法人国立病院機構福山医療センター産婦人科、
- ⁷⁾ 独立行政法人国立病院機構東京医療センター産婦人科・臨床遺伝センター、
- ⁸⁾ 独立行政法人国立病院機構九州がんセンター婦人科

田中圭紀¹⁾、竹原和宏¹⁾、坂井美佳¹⁾、寺本典弘²⁾、加藤秀則³⁾、水之江知哉⁴⁾、鈴木理絵⁵⁾、早瀬良二⁶⁾、植木有紗⁷⁾、齋藤俊章⁸⁾

【背景】卵巣癌、子宮体癌はリンチ症候群（LS）関連腫瘍であり、日常臨床ではしばしば同時発生例に遭遇する。このような症例では類内膜癌（EC）、明細胞癌（CCC）などの子宮内膜症関連卵巣癌の組織型が多いとの報告があるが、EC、CCCとLSとの関連について調べた研究は少ない。

【方法】2006-2015年にECまたはCCCと診断された卵巣癌のうちLS関連腫瘍（大腸癌、子宮体癌など）を合併した24例を対象として臨床像を検討した。また、手術摘出標本を用いてLS原因遺伝子であるミスマッチ修復（MMR）遺伝子関連蛋白に関する免疫組織染色（IHC）を行い、腫瘍組織における蛋白発現を調べた。

【結果】年齢中央値は49歳（30-71歳）。卵巣癌進行期はI期14例（58%）、II期6例（25%）、III期4例（17%）。24例中子宮体癌合併は21例、大腸癌合併は1例、子宮体癌および大腸癌合併は2例であった。LS関連腫瘍の家族歴は24例中5例（21%）に見られた。IHCの結果、卵巣癌組織での蛋白発現異常は6例（25%）に見られ、そのうち4例で卵巣癌組織と卵巣癌以外の腫瘍組織におけるMMR蛋白発現消失のパターンが一致していた。

【結論】子宮内膜症関連卵巣癌にLS関連腫瘍を重複した症例において25%でMMR関連蛋白の発現消失が見られ、MMR遺伝子の機能異常が発癌に関与している可能性が示唆された。

226. 子宮内膜症を合併した筋強直性ジストロフィーの2症例

JCHO 徳山中央病院

山縣芳明、坂井宣裕、爲久哲郎、平田博子、中川達史、平林 啓、沼 文隆

【目的】筋強直性ジストロフィー（MD）は筋症状の他にも多彩な病態を合併する遺伝病である。DMPK遺伝子診断でMDと診断され、卵巣子宮内膜症性嚢胞を発症し、治療を行った2症例を報告する。【症例】症例1は33歳。21歳時に左卵巣子宮内膜症性嚢胞（OEC）に対し、嚢腫摘出術を受けた。その後、不妊治療中に右OECを発症し、同部位の腫大と充実部分を認め、OECに合併した卵巣悪性腫瘍が疑われた。開腹術を施行し、右OEC内部に境界型卵巣悪性腫瘍を認め、右付属器摘出術、大網摘出術を行った。術後1日目に軽度の誤嚥を起こしたが、その他術後経過は概ね良好であった。術後1年までに再発を認めていない。症例2は17歳。月経困難症のため受診し、両側OEC（右4cm、左10cm）を認めた。腹腔鏡下左卵巣嚢腫摘出術、右卵巣嚢腫開窓術を行い、術後経過は良好であった。病理組織診断もOECであった。術後内膜症再発予防目的にLEP投与を行ったが、右卵巣にOEC再発を認めた。【結語】MDでは悪性腫瘍を合併するリスクが若干高くなることが知られている。子宮内膜症発症リスク上昇についてはこれまで報告はないが、高頻度に月経困難症を伴うことが知られている。また子宮内膜組織ではDMPKが筋組織と同等に高発現であり（The Human Protein

Atras)、MD 患者の子宮内膜症発症に関与している可能性がある。性成熟期女性 MD 患者の管理においては子宮内膜症の合併も念頭に置く必要がある。

227. ノルエチステロン単独投与による卵巣チョコレート嚢胞の治療効果

¹⁾ 鳥取大学 産科婦人科、²⁾ 四季レディースクリニック

佐藤絵理¹⁾、谷口文紀¹⁾、江夏亜希子²⁾、池淵 愛¹⁾、村上二郎¹⁾、森山真亜子¹⁾、山根恵美子¹⁾、東 幸弘¹⁾、原田 省¹⁾

【目的】子宮内膜症や月経困難症に対して用いられる、低用量エストロゲン・プロゲスチン配合剤（OC/LEP）の血栓症リスクを回避するために、黄体ホルモン製剤の有用性が期待されている。ノルエチステロン（NET：ノアルテン[®]）は安価で、月経困難症・過多月経・月経周期異常に保険適応を有する黄体ホルモン製剤である。NET の卵巣チョコレート嚢胞に対する治療効果について検討した。

【方法】2014 年から 2017 年 8 月までに、月経痛や過多月経を主訴とし、卵巣チョコレート嚢胞を認めた患者のうち、薬物療法を希望した 7 例を対象とした。月経周期 5 日目より、1 日 1 錠の NET を連続投与し、治療前後の卵巣チョコレート嚢胞の容積と疼痛の程度を VAS（Visual analogue scale）で検討した。

【成績】治療前の患者年齢は 41.6 ± 5.8 歳であり、VAS は 64.0 ± 18.9 であった。NET 投与期間は 18.0 ± 9.8 ヶ月であった。卵巣チョコレート嚢胞の容積は、初診時の $73.0 \pm 99.7 \text{ cm}^3$ から、6 ヶ月後には $35.2 \pm 46.2 \text{ cm}^3$ と縮小傾向を認めた。投与期間中に増大を示す症例はなかった。すべての症例で投与初期に不正子宮出血がみられたが、いずれも 6 ヶ月以内に無月経となり疼痛は消失した。NET による有害事象は認められなかった。

【結論】卵巣チョコレート嚢胞患者において、NET は安全性が高く、長期投与可能な黄体ホルモン製剤であり、子宮内膜症に対する薬物療法の選択肢の一つとなりうることが示唆された。

228. 子宮内膜症モデルマウスにおいてアクチビンの腹腔内投与は子宮内膜症病変の発生を促進する

徳島大学病院 産科婦人科

笠井可菜、門田友里、河北貴子、吉田加奈子、加藤剛志、苛原 稔

【目的】子宮内膜症の発生機序として月経血逆流説が広く支持されているが、月経血の逆流のほか、慢性炎症など腹腔内の環境因子が関与していると考えられている。今回我々は卵胞液中に含まれ、炎症のメディエーターとしても知られるアクチビンに着目した。子宮内膜症モデルマウスを用いて、アクチビンの腹腔内投与が子宮内膜症の発生に与える影響を検討した。

【方法】C57BL/6J の 7-8 週齢のレシピエントマウスにドナーマウスから採取した子宮内膜組織と血液を腹腔内に投与して子宮内膜症モデルマウスを作成した。その後アクチビン群にはアクチビン $400 \mu\text{g}$ を 5 日間腹腔内投与した。腹腔内の内膜症病変を対照群と比較した。また洗浄腹水を採取し、IL-6 および TNF- α の濃度を ELISA 法で測定した。

【結果】すべての個体で子宮内膜症病変が確認された。アクチビン群は対照群に比べて子宮内膜症病変 1 個当たりの最大径が有意に大きく、また病変の合計面積も有意に増大していた。さらに洗浄腹水中の IL-6 と TNF- α の濃度は、いずれもアクチビン群の方が有意に上昇していた。

【結論】アクチビンは子宮内膜症の発生を促進させた。一方でアクチビン投与により炎症性サイトカインが上昇しており、それらが内膜症の進展に寄与している可能性が示唆された。

229. 腹腔鏡術後癒痕部に生じた希少部位内膜症の2例

倉敷中央病院 産科婦人科

障子章大、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、田中 優、黒岩征洋、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

子宮内膜症とは、子宮内膜組織が異所性に存在、増殖する疾患であり、卵巣や腹膜、骨盤といった場所に好発し、稀に腸管や腹壁などに発生する希少部位子宮内膜症が散見される。今回我々は、腹腔鏡術後の癒痕部に発生した希少部位子宮内膜症を2例経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例1. 33歳女性。6年前に腹腔鏡下内膜症性嚢胞核出術を施行され、左ポート刺入痕付近の腹痛を時々自覚されていた。MRI検査にて、左下腹部皮下の希少部位内膜症が疑われた。皮下腫瘍摘出術を施行し、内膜症組織を確認した。

症例2. 44歳女性。19年前に腹腔鏡下内膜症性嚢胞核出術を施行され、月経困難のため当院を受診した。月経時に臍の激痛を認めており、MRI検査で左内膜症性嚢胞と臍部の希少部位内膜症が疑われた。腹腔鏡下子宮全摘術、左内膜症性嚢胞核出術を施行し、同時に形成外科により臍切除術と再建術を施行した。病理結果では左卵巣と臍のいずれからも内膜症組織を確認した。

手術癒痕部に生じた希少部位内膜症は、帝王切開の術後癒痕部に生じた報告が多いが、本症例のような内膜症性嚢胞の術後はもとより、虫垂切除や胆嚢摘出術などでも報告されている。手術操作により子宮内膜組織が腹壁などに機械的に移行することによって生じるものと思われるが、腹腔内操作を伴う手術の際には、術後に希少部位内膜症を発生する可能性があることを説明する必要性があると認識した。

230. Mycoplasma hominis による子宮内膜症性嚢胞膿瘍化の1例

香川県立中央病院 産婦人科

梶笑美子、堀口育代、矢野友梨、永坂久子、高田雅代、米澤 優

症例は42歳。3経産。8cm大の右子宮内膜症性嚢胞の診断にて手術予定であった。発熱を主訴に受診。下腹部の圧痛と右子宮内膜症性嚢胞の増大を認め、血液検査ではWBC 16800/ μ l、CRP 24.27mg/dlであった。子宮内膜症性嚢胞の膿瘍化を疑い、CTRXとMTZの投与を開始した。38度以上の発熱を反復したため、入院8日目に腹式右付属器切除術を施行した。腫瘍内容の細菌培養検査でMycoplasma hominisの感染が示唆されたため、術後2日目より抗菌薬をSBT/ABPCとMINOに変更した。以降、解熱が得られ、術後4日目よりMFLX内服に切り替え、術後7日目に退院となった。子宮内膜症性嚢胞は卵巣・卵管膿瘍を併発するリスクが高く、起因菌はEscherichia coliが最も多いとされている。本症例で検出されたMycoplasma hominisは女性の20-50%が腔内に保有しているが、ときに骨盤内感染を生じることがある。しかし、培養でコロニー形成するのに時間を要するため、診断がつきにくく、また β -ラクタム系抗菌薬に抵抗性であるため、婦人科領域で通常投与される抗菌薬は無効なことが多い。従って、骨盤内感染の管理中に治療抵抗性の発熱や、炎症反応高値が遷延する際にはMycoplasma hominisの感染も念頭において治療にあたる必要がある。

301. 新しいプロトコールによるFSH低用量漸増療法の排卵誘発治療における効果と安全性の検討

徳島大学大学院産科婦人科学

松崎利也、柳原里江、岩佐 武、MayilaYiliyasi、山本由理、桑原 章、苛原 稔

【目的】近年のFSH自己注射用デバイスは投与量を細かく設定できるようになっている。今回我々は、FSH低用量漸増療法において増量を12.5IUに設定し、初期投与量をBMIにより個別化した新プロトコールを考案し、

排卵誘発における効果と安全性を検討した。

【方法】WHO グループ2の排卵障害患者29例（多嚢胞性卵巣症候群20例を含む）に対し、自己注射によるFSH低用量漸増療法を各症例1周期実施した。初期投与量はBMI20未満の患者（BMI<20群、n=5）では50IU、BMI20以上の患者（BMI>20群、n=22）では62.5IUとし、月経周期3～6日目から自己注射にて連日皮下投与した。投与7日目と、それ以降は2～4日毎に超音波検査を行い、平均卵胞径が18mmに達した時点でhCG5,000単位を投与した。10mm以上の卵胞が見られない場合は、1週間に1回、FSHの1日投与量を12.5IU増量した（増量回数の上限4回）。

【成績】排卵率はBMI<20群で100%、BMI>20群で90.9%であった。卵胞が4個以上発育した周期はなく、単一卵胞発育率はBMI<20群で80%（4/5）、BMI≥20群で77.3%（17/22）または88.5%（17/20）（卵胞発育例）であった。妊娠率はBMI<20群が60%（3/5）、BMI≥20群が18.2%（4/22）で、多胎、OHSS（軽症以上）の発生はなかった。

【結論】FSH低用量漸増療法の新プロトコールは、効果と安全性を高い水準で両立する極めて有用な排卵誘発法である。本法は安全に実施でき、本法では多胎妊娠の発生が少ないことが期待される。

302. メラトニンの卵巣加齢に対する予防効果および投与開始時期の検討

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座

高木遥香、田村博史、土井結美子、白蓋雄一郎、三原由実子、品川征大、松本真紀、田村 功、竹谷俊明、杉野法広

【目的】我々はメラトニンが卵胞液中に存在し、その抗酸化作用で卵子を保護していることを報告してきた。今回メラトニン長期投与による卵巣加齢の予防効果、投与開始時期による違いを検討した。

【方法】①13週齢雌ICRマウスに43週までメラトニン水（100μg/ml）を飲水させたメラトニン群（M群）とコントロール群（C群）で排卵数、体外受精の受精率、胚盤胞到達率、卵巣の卵胞数を計測した。それぞれの卵巣におけるゲノムワイド遺伝子発現をマイクロアレイ法で検討した。②投与開始時期の影響を見るため23週（M23群）または33週（M33群）から43週まで投与して検討を行った。

【結果】①M群では、排卵数、受精率、胚盤胞到達率、各発育段階の卵胞数は、C群に比較して多かった。加齢に伴い発現が低下し、かつメラトニン投与でその低下が阻止される遺伝子群には、リボゾームのタンパク合成、抗酸化機構、DNA修復、autophagyに関与するものが含まれていた。また加齢による長寿遺伝子（Sirtuin）の発現低下もM群で阻止された。②M23群では排卵数、受精率、胚盤胞到達率はC群に比較し多かったが、M33群では差は認めなかった。

【結論】メラトニンの長期投与によって卵巣の加齢が予防できた。メラトニンは抗酸化作用だけでなく多様な機序を介して卵巣加齢の予防に関与している。また、メラトニン投与による卵巣加齢の予防には、なるべく早期からの長期投与が望ましいと考えられた。

303. 網羅的遺伝子発現解析による菲薄化子宮内膜における着床障害の発症メカニズムの解明

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科産科婦人科、²⁾ 済生会下関総合病院産婦人科

白蓋雄一郎¹⁾、高崎彰久²⁾、前川 亮¹⁾、土井結美子¹⁾、高木遥香¹⁾、三原由実子¹⁾、品川征大¹⁾、松本真紀¹⁾、田村 功¹⁾、竹谷俊明¹⁾、田村博史¹⁾、杉野法広¹⁾

【目的】子宮内膜血流異常に伴う子宮内膜菲薄化は着床障害の原因になると報告されているが、その発症メカニズムは明らかにされていない。我々は網羅的遺伝子発現解析により、発症メカニズムについて検討した。

【方法】子宮筋腫、子宮内膜症などが除外された原因不明の不妊症症例6例を対象とし、子宮放射状動脈血流インピーダンスが正常（<0.81）且つ正常子宮内膜厚（≥8mm）の正常群3例と、高インピーダンス（≥0.81）

且つ菲薄化子宮内膜厚（＜8 mm）の菲薄群 3 例を得た。両群間で年齢、月経周期、血中 E2 値・P 値に差は認めなかった。両群において網羅的遺伝子発現解析を行い、両群間で 2 倍以上の発現差があり、且つ false discovery rate <0.05 であった遺伝子について、Gene Ontology 解析と KEGG 解析を行った。

【結果】正常群と比較して菲薄群で高発現の 318 遺伝子と低発現の 322 遺伝子を認めた。高発現遺伝子では細胞性免疫や免疫制御など、免疫機構に関与する遺伝子が有意に多く、炎症サイトカイン（INF- γ ）や、細胞障害性 T 細胞（Th1）のタンパク分解酵素（GZMA/GZMB）の発現、TNF- α により誘導される遺伝子（TNFAIP2/TNFAIP6）の発現が有意に上昇していた。一方、低発現遺伝子では抗酸化作用を有する遺伝子（XDH、CBR3、IDH1、CPT1）が有意に多かった。

【結論】菲薄化子宮内膜における着床障害には、細胞性免疫の亢進や酸化ストレスに対する防御機構の低下が関与していることが推察された。

304. 当院における不育症患者についての検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

三輪照未、中村康彦、清水真央子、清水奈津子、大谷恵子、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝

【目的】当院の不育症患者について検討する。

【方法】2007 年 1 月から 2016 年 12 月までに当院不妊外来を受診した不育症患者 116 例を対象とし、不育症の原因、周産期成績について検討した。

【成績】116 例のうち、反復流産は 58 例、3 回以上の流産は 58 例であった。不育症因子別では、子宮形態異常 8 例、内分泌因子 2 例、抗リン脂質抗体異常 22 例、凝固系異常 5 例、自己抗体陽性 9 例、不妊内分泌異常 21 例、原因不明 59 例（50.9%）であった。妊娠症例 94 例と非妊娠症例 22 例で平均年齢に有意差を認めなかった。妊娠症例の不育症因子としては抗リン脂質抗体陽性・不妊内分泌異常が多く、子宮形態異常の妊娠率は不良であった。原因不明の 59 例の 46 例（80.0%）が妊娠していた。妊娠症例に対して行われていた治療は、低用量アスピリン 44 例（40.7%）、低用量アスピリン＋ヘパリン療法 20 例（18.5%）が多く、手術施行症例は 2 例であり、34 例（31.5%）は特に加療を行っていなかった。周産期成績は、流産 28 例（29.8%）、絨毛膜下血腫 6 例、切迫早産 7 例、胎児発育不全 2 例、妊娠高血圧症候群 1 例、妊娠糖尿病 2 例、早産 3 例であり、81 例（69.8%）は生児を獲得していた。

【結論】当院の不育症患者において、原因を特定可能であった症例は約半数であった。初回治療後の流産率は約 3 割と高率であったが、最終的な生児獲得率は約 7 割であった。

305. 徳島大学病院における不育症患者に対する染色体検査の実施状況

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、²⁾ 中山産婦人科・小児科

岩佐 武¹⁾、松崎利也¹⁾、谷口友香¹⁾、米谷直人¹⁾、中山聡一郎²⁾、吉田あつ子¹⁾、柳原里江¹⁾、山本由理¹⁾、加地 剛¹⁾、桑原 章¹⁾、苛原 稔¹⁾

【目的】不育症に対して夫婦（カップル）の染色体検査が推奨されているが、その施行率は半数程度にとどまるとされている。徳島大学病院で不育症検査を行った症例を対象として、染色体検査の実施状況について後方視的に検討した。

【方法】2012 年 1 月から 2017 年 6 月の間に不育症を主訴に徳島大学病院を受診した患者（カップル）のうち、2 回以上の流産歴を有する 62 組を対象とした。対象カップルにおける染色体検査（G 分染法）の施行率、および染色体検査を受けるか否かの意思決定に影響を及ぼす要因について検討した。

【成績】対象とした症例のうち、53.2%（33/62 例）は男性・女性ともに染色体検査を希望し、3.2%（2/62 例）は女性のみ検査を希望した。43.6%（27/62 例）の症例は男女ともに検査を希望しなかった。少なくとも男女の

一方が染色体検査を希望した症例と、男女ともに希望しなかった症例で、女性の年齢、過去の流産回数、生児の数および生児を有する割合に有意差を認めなかった。また、すでに生児を得ている症例と生児を得ていない症例で、染色体検査の施行率に有意差を認めなかった。

【結論】不育症患者において染色体検査を希望する割合は約 50% と低く、遺伝情報を含む本検査がハードルの高いものであることがうかがえた。今後、染色体検査に対する患者の考えや、検査結果が患者および家族に及ぼす影響についてさらなる検討が必要と思われた。

306. 生後早期の免疫ストレスが成長後の雌ラットの性行動に及ぼす影響

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部産科婦人科学分野、²⁾ 公立学校共済組合四国中央病院産婦人科 Mayila Yiliyasi¹⁾、松崎利也¹⁾、岩佐 武¹⁾、柳原里江¹⁾、矢野清人^{1,2)}、苛原 稔¹⁾

【目的】今回我々は、生後早期に受けた免疫ストレスが、雌ラットの成長後の性行動に及ぼす影響について検討した。

【方法】生後早期の SD 系雌ラットを用い、control 群、PND10LPS 群、PND25LPS 群に分けて、PND10LPS 群は日齢 10 日に、PND25LPS 群は日齢 25 日に LPS (100 μ g/kg) を腹腔内に投与した。性成熟の指標として日齢 28～38 日の間は腔開口 (VO) を観察した。また、生後 8 週から 10 週の間、性周期を観察した。9 週齢で卵巣を摘出し、生後 11 週齢で性行動を観察し、血中 LH 濃度を検討した。

【成績】PND10LPS 群の VO 日は control 群よりも遅く、性情周期は長かった。VO が見られた日の体重は 3 群間で有意差がなかった。LPS 投与群の性行動は抑制されていた：①パートナー雄の mount 行動は PND10LPS 群と PND25LPS 群が control 群よりも少なかった。雌の lordosis 行動は PND10LPS 群と PND25LPS 群が control 群よりも少なかった。②求交尾性；ear wiggling は PND10LPS 群が、control 群および PND25LPS 群よりも少なく、hops/darts は PND10LPS 群が control 群よりも少なかった。③受容性；lordosis quotient (LQ) は PND10LPS 群が control 群よりも低かった。lordosis rating (LR) は PND10LPS 群が control 群よりも低かった。血中 LH 濃度は 3 群間で有意差がなかった。

【結論】生後早期の免疫ストレスは成長後の雌ラットの性行動を減弱させた。正常な性機能の発達のために、生後早期は各種ストレスを避けることが望ましいと思われる。

307. 酸化ストレスは胚発育に影響する

つばきウイメンズクリニック

鍋田基生、大内茉湖、松本綾香、庵原聖未、長谷川麻理、坂井和貴、須賀真美、鶴久森夏世、兵頭慎治、伊木朱有美

【目的】酸化ストレスは多くの疾患形成や老化促進と関連するが、不妊症との関連は明確ではない。近年、血清中の酸化ストレス値 (d-ROMs) および抗酸化力値 (BAP) が簡便に測定できるようになり、当院でも不妊症患者に対し酸化ストレスの評価を行っている。今回、酸化ストレスと受精および胚発育との関連について検討した。【対象と方法】2016 年 1 月から 2017 年 12 月までに当院で採卵した 125 症例、201 周期を対象とした。回収卵は Conventional-IVF (c-IVF) または ICSI を行った。d-ROMs / BAP $\times$ 100 の値を酸化ストレス度 (Oxidation Stress Index : OSI) とし、13.0 未満を正常・軽度、13.0～18.0 未満を中等度、18.0 以上を強度の酸化ストレス状態と仮定し、受精率・初期胚形成率・胚盤胞到達率を比較した。【結果】OSI が「正常・軽度」、「中等度」、「強度」における c-IVF での正常受精率は各 63.6%、59.9%、56.7%、ICSI では各 77.8%、78.4%、78.7%、初期胚形成率は各 98.3%、94.7%、95.0% であり、いずれも有意差は認めなかった。胚盤胞到達率は各 58.5%、46.9%、45.8% であり、「正常・軽度」に比べ「強度」において有意に低下した。良好胚盤胞到達率は各 25.5%、20.7%、15.0% であり、OSI が高くなるにつれて低下傾向であった。【考察】OSI が高い 2 群において、胚盤胞および良好胚盤胞到達率が低下したことから、酸化ストレスは胚発育に影響する可能性が示唆された。

308. 当科における子宮腺筋症に対する腹腔鏡下妊孕性温存手術後の妊娠予後

松山赤十字病院

島本久美、勝間慎一郎、大神靖也、久保絢美、林 広典、梶原涼子、東條伸平、本田直利、横山幹文

【目的】当科での子宮腺筋症に対する腹腔鏡下子宮腺筋症切除術後の妊娠予後を検討することを目的とした。【方法】2012年1月から2016年12月までに子宮腺筋症に対して妊孕性温存手術を希望された24症例を検討対象とした。以下の中央値は年齢32.5歳(27-40)、経妊経産回数は、経妊1回(0-5)、経産0回(0-1)、流産回数0回(0-1)、手術適応は限局型腺筋症で最大径5cm以下とした。術式は3フラップ法とした。検討項目は自然妊娠率、ARTによる妊娠率、6ヶ月避妊後の妊娠までの期間、選択的帝王切開率、緊急帝王切開率、その適応とした。【結果】術後妊娠した症例は10例(41.7%)で内2例は2回妊娠した。自然妊娠率は45.4%、ARTによる妊娠率は36.4%、排卵誘発による妊娠率は18.2%であった。6ヶ月避妊後の妊娠までの期間は6ヶ月(0-27)であった。選択的帝王切開率58.3%、緊急帝王切開率33.3%で、適応は前期破水1例、胎児機能不全1例、前置胎盤警告出血1例、1例は他院での分娩であった。1例は現在妊娠中である。切除部位と着床部位に関して、同側の症例は5例で、癒着胎盤例は1例に認められた。【結論】腹腔鏡下子宮腺筋症後の子宮破裂症例はなかったものの、切除部位と着床部位が同側であった症例で20%に癒着胎盤を認めた。腺筋症術後の妊娠分娩はハイリスクと考えられ、慎重に管理する必要があると考えられた。

309. 当院における深部子宮内膜症術後の妊娠に関する比較検討

松山赤十字病院

林 広典、勝間慎一郎、大神靖也、久保絢美、梶原涼子、東條伸平、島本久美、本田直利、横山幹文

【目的】骨盤深部子宮内膜症に対する腹腔鏡手術は癒着剥離のみの場合や広範な内膜症病変切除など術式が標準化されていない。さらに標準的な術式が確立していない深部子宮内膜症手術の術後妊娠率に対する影響は明らかではない。そこで深部子宮内膜症手術の術式による術後妊娠率を後方視的に比較検討することを目的とした。

【方法】2013年1月から2016年12月までに当院で施行した深部子宮内膜症手術は広範切除実施例39例(腸管切除例2例を含む)と癒着剥離のみ実施例10例であった。全例r-ASRM分類stage4で、その内術後挙児希望症例は25例、5例でそれぞれA群、B群とした。各群の年齢の中央値はA群31歳(24-36歳)、B群32歳(25-38歳)、妊娠までの期間の平均値はA群18.9カ月、B群は10カ月であった。

【成績】A群、B群での自然妊娠率は各々20%(5/25例)、20%(1/5例)であった。生殖補助医療(ART)後妊娠率は各々40%(10/25例)、20%(1/5例)であった。総妊娠率は各群60%、40%で統計学的有意差はなかった($P=0.20$)。

【結論】深部子宮内膜症は症例毎に病巣の範囲が様々であり、また施設により病巣除去の範囲が異なるため術後妊娠率を一概に比較することは難しい。しかし、広範囲切除により主目的となる疼痛緩和をなし得たうえで、術後の妊娠率を改善する可能性がある。今後も症例の集積と検討が必要である。

310. ABCC8 遺伝子変異による糖尿病合併妊娠の1例

¹⁾ 鳥取県立中央病院 産婦人科、²⁾ 鳥取市立病院

和田郁美¹⁾、上垣 崇¹⁾、竹中泰子¹⁾、木内 誠¹⁾、高橋弘幸¹⁾、早田 裕²⁾

ABCC8 遺伝子の変異は K_{ATP} チャネル閉鎖障害により膵 β 細胞機能低下を引き起こし、インスリン分泌を抑制することで糖尿病を発症する。遺伝形式は常染色体優性遺伝であり、90,000 人に1人とされる新生児糖尿病

の10%程度に認められる。

今回、第1子が新生児糖尿病を発症したことを契機に母子ともにABCC8遺伝子変異が判明し、第2子も同様の遺伝子変異を認めた症例を経験したので報告する。

＜症例＞

25歳、G2P1。13歳時に2型糖尿病と診断され、インスリン療法を行っていた。第1子は妊娠35週にケトosisによる胎児機能不全を認め、緊急帝王切開により出生した。新生児糖尿病を発症し、原因検索目的に施行された遺伝子検査で母子ともにABCC8遺伝子の変異が判明した。

今回、第2子を自然妊娠。妊娠前より糖尿病腎症による蛋白尿を認めていた。妊娠初期のHbA1cは7.7%であった。妊娠24週に妊娠高血圧症候群（HDP）のため入院管理とした。血糖コントロールが困難であり、低血糖時には胎児徐脈を認めた。妊娠31週0日HDP、糖尿病腎症を背景にした急性肺水腫のため緊急帝王切開術を施行した。術後は利尿薬と降圧薬により症状改善し術後9日目に退院となった。児は新生児糖尿病を発症し、ABCC8遺伝子変異に起因する糖尿病と診断された。

ABCC8遺伝子変異による糖尿病は稀な疾患であるが、今回のように重大な妊娠合併症を生じる場合があり、より厳重な注意が必要となる。

311. 夫婦ともに精神疾患を有する生活保護受給中の高度肥満妊婦に対する当院での取り組み

川崎医科大学附属病院 産婦人科

斎藤 渉、鈴木聡一郎、松本 良、松本桂子、羽間夕紀子、杉原弥香、佐野力哉、石田 剛、村田卓也、中井祐一郎、塩田 充、中村隆文、下屋浩一郎

【緒言】近年生活保護受給者が増加する中で妊娠出産、育児を行う者も増加している。当院ではそのような女性の周産期管理を行う一方、育児期を見据えた行政による支援のために協力している。今回夫婦共に精神疾患を有する妊婦の一例を経験した。

【症例】30歳、4経妊0経産。既往歴として19歳で解離性障害を発症、生活保護受給にて生計を立てていた。精神疾患ならびに発達障害はあるものの日常生活に支障はない程度であった。自然妊娠成立後、当科にて妊婦健診施行するもBMI62.8と高度肥満のため腹部超音波での胎児ならびに付属器の観察は困難を極めた。経過中、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病と診断されたが降圧剤内服と食事療法のみで管理。腹部緊満感ならびに近隣からの騒音に対するストレスのため安眠できないと訴え入院管理となる。高度肥満に伴うリスクを加味した上で分娩方法について夫婦、妊婦の実父、医師、助産師、ソーシャルワーカー、保健師で検討。37週0日、テーピングにて視野確保の上で帝王切開にて男児3563g AS8/9を出産した。産後血栓や創部離解は認めず、助産師の指導で育児手技を獲得した。

【考察】今回我々は夫婦共に精神疾患を有する妊婦の一例を経験した。分娩方法の選択や産後の子育てについて本人の自己決定権は尊重されなければならないが、理解度に合わせて自己決定の支援は必要であり、多職種でのサポートが重要である。

312. 抗てんかん薬内服中の妊婦が巨赤芽球性貧血を発症した1例

香川大学医学部周産期学婦人科学

山本健太、森亜優美、山下智也、石橋めぐみ、天雲千晶、真嶋允人、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、金西賢治、田中宏和、秦 利之

【緒言】妊娠中は葉酸の需要が増加する。また、一部の抗てんかん薬は血中葉酸濃度を低下させることが知られている。今回我々は、抗てんかん薬内服中の妊婦が、妊娠後期に葉酸欠乏に合併したと考えられる巨赤芽球性貧血を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】41歳3妊2産。てんかん治療のため、妊娠前からカルバマゼピン、クロナゼパムを内服していた。妊娠経過は順調であったが、妊娠34週6日右母指屈筋腱炎のため当院整形外科入院となった。入院時の血液検査でHb7.0g/dlと著明な貧血進行を認めた。また血小板減少(5.9万/ μl)、LDH上昇(1,696U/ ℓ)も認めため、白血病を含めた血液疾患の可能性を考慮し、同日骨髓穿刺検査を施行した。骨髓中には多数の巨赤芽球を認め、巨赤芽球性貧血と診断し、葉酸およびビタミンB12投与を開始した。しかしながら妊娠35週1日の血液検査でHb5.0g/dlまで低下したため、葉酸およびビタミン補充のみでは貧血改善に時間を要すると判断し、濃厚赤血球輸血2単位を投与した。その後、貧血は改善し妊娠38週4日自然経膈分娩となった。分娩経過は特に問題なかった。また新生児に神経管閉鎖障害などの異常は認めなかった。

【結語】抗てんかん薬内服中の妊婦が重度の貧血を呈した場合は、葉酸欠乏による巨赤芽球性貧血を鑑別に挙げる必要があると考えられる。

313. 男性ホルモン投与中に自然妊娠し、女兒を出産した Female to Male の一例

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 国立病院機構 高知病院 産科婦人科

吉田あつ子¹⁾、加地 剛¹⁾、今泉絢貴²⁾、祖川英至¹⁾、米谷直人¹⁾、苛原 稔¹⁾

【背景】Female to Male (FTM) は身体の性は女性だが心の性は男性であるトランスジェンダーを示す。多くは女性愛者で、男性ホルモン投与で身体の男性化を図ることも稀ではない。我々はホルモン治療中に自然妊娠し、女兒を出産したFTMを報告する。【症例】25歳、未経妊女性。幼少期から自身の性に違和感を抱き、高校生時にFTMと診断された。ホルモン治療で身体は男性化し概ね無月経であったが、治療間隔によっては時に月経を認めていた。将来的には性適合手術や戸籍変更を検討していた。性指向は女性愛者であったが、偶発的な男性との性交渉があった数ヶ月後、腹部膨満や乳房増大を認め妊娠反応陽性を確認した。最終月経より起算し妊娠22週に産婦人科を受診、中絶を希望したが実施できず当院で妊娠管理を行う方針となった。38週で経膈分娩にて女兒を出産した。児の性器に明らかな異常は認めず、その他の合併症も認めなかった。児は養子縁組により里親夫婦の子となった。【考察】男性ホルモン投与中のFTMの妊娠例を経験した。ホルモン療法中は無月経となるが、男性との性交渉を行った場合、妊娠の可能性がある。トランスジェンダーの妊娠は本人の精神的身体的負担のみならず、ホルモン治療の児への影響や育児の環境整備、戸籍変更への弊害、など様々な問題が生じる。FTMはホルモン療法中も妊娠の可能性があることを念頭に置いた管理が必要である。

314. クラミジア感染による妊娠初期流産の一例を経験して

岡山市立市民病院

根津優子、桐野智江、新家朱理、徳毛敬三、平松祐司、小橋勇二

【緒言】胎児心拍確認後に流産へ至る症例は5%以下といわれているが、子宮内感染が原因とされる症例の報告は少ない。今回、妊娠11週で子宮内感染を契機に進行流産へ至り、後日クラミジア感染が判明した症例を経験したので報告する。【症例】19歳、1妊0産、未婚。妊娠11週に勤務中に突然腹痛を自覚し前医受診後、発熱、WBC 20700/ μl 上昇を認めた。抗生剤治療が開始されたが制御できず、同日精査加療のため当院搬送となった。PIDの診断で治療開始するも翌日流産に至った。後日クラミジアPCR陽性が判明した。【考察】そこで当院での妊婦のクラミジア罹患患者数を検討した。2015年～2017年当院で施行した妊娠初期の妊婦のクラミジアPCR陽性数は明らかに増加しており、2017年の罹患率は12%だった。

【結語】本症例では、感染性流産の原因にクラミジア感染の関連が示唆された。一時期下火になったと思われていたクラミジア感染だが最近増加傾向にある可能性があり、症例を選んで妊娠初期からクラミジア検査をした方がよいと考える。

315. 再生不良性貧血合併妊娠に深部静脈血栓症・腎機能障害を合併した一例

島根大学医学部 産科婦人科

中村秋穂、皆本敏子、澤田希代加、吉村由紀、小野瑠璃子、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、中山健太郎、京 哲

【緒言】再生不良性貧血合併妊娠が深部静脈血栓症（DVT）と腎機能障害を合併した症例を経験したので報告する。【症例】43歳、1妊0産、23歳時に再生不良性貧血と診断され蛋白同化ステロイド剤にて加療、薬剤性腎機能障害を発症した。その後輸血依存性となり、週に一回程度の輸血を要していた。42歳で結婚後自然妊娠成立し、Hb7g/dl、PLT1.5万/μl、24hCcrは64ml/min程度であった。妊娠20週で左下肢DVTを認めたため未分画ヘパリン持続点滴を開始した。妊娠後腎機能は徐々に増悪し、eGFR63ml/min/1.73m²から30ml/min/1.73m²まで低下したが、蛋白尿増加・高血圧・子宮内胎児発育遅延等を認めず経過した。妊娠35週に血小板が1万/μlへ低下し、出血傾向を認めたため、緊急帝王切開術を施行し、2738gの女児を出産した。術後は経過良好であった。【考察】再生不良性貧血ではDVTの発生率が増加する。本症例では血小板低値で出血リスクが極めて高いため、血栓コントロールに苦慮したが出血性合併症を認めることなく管理できた。また多段階的な腎機能悪化に対し明確な termination 基準が存在せず、主に尿量と全身状態を指標として管理を行った。【結語】再生不良性貧血合併妊娠を主体とし様々な合併症を伴う症例を経験した。複雑な病態に対して明確な termination 基準はなかったが全身状態を総合的に判断し管理し得た。

316. 合併症なく経膈分娩に至った先天性アンチトロンビンⅢ欠乏症合併妊娠の1例

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

藤村大志、村田 晋、前川 亮、品川征大、杉野法広

【緒言】先天性アンチトロンビン（AT）Ⅲ欠乏症合併妊娠は、血栓傾向により母体血栓塞栓症、流産などの重篤な転帰を辿ることがあり、妊娠初期からの慎重な管理が必要である。今回、妊娠初期からの未分画ヘパリン自己注射による抗凝固療法と分娩前後のATⅢ補充療法を行い、合併症なく経膈分娩に至った症例を経験した。【症例】35歳1妊0産。父親が先天性ATⅢ欠乏症であり、本人も同症と診断されていた。前医にて未分画ヘパリン20,000単位/日の自己注射を施行され、ATⅢ活性は30%前後で推移していた。妊娠34週に里帰り分娩目的に当科外来紹介受診した。妊娠35週からATⅢ活性50%以上を目標にATⅢ3,000単位/週でATⅢ補充を開始した。妊娠38週からの計画分娩の方針とし、妊娠37週2日から入院管理として、直ちにヘパリン持続点滴を開始した。さらにATⅢ活性を70%前後に維持するため、ATⅢ9,000単位/週で補充した。妊娠38週2日から頸管拡張を開始。38週4日に分娩誘発を行い、同日経膈分娩に至った。分娩6時間後からヘパリン持続点滴（20,000単位/日）を再開し、翌日からワーファリン内服調整を行った。退院後もワーファリン6mg/日内服を継続している。

【結語】一般的に先天性ATⅢ欠乏症合併妊娠は自己注射を用いた抗凝固療法とATⅢ補充療法とで管理される。本症例の経験からも、妊娠初期からの抗凝固療法と分娩前後の十分なATⅢ補充療法はATⅢ欠乏症妊婦に対する有用な管理法と考えられた。

317. 当院における先天性心疾患修復術後妊婦の妊娠転帰の検討

四国こどもとおとなの医療センター

中奥大地、山崎幹雄、近藤朱音、森根幹生、檜尾健二、前田和寿

【目的】先天性心疾患の修復術を受けた女性が妊娠・分娩を経験する年代に達しているが、その周産期予後は明らかになっていない。今回、先天性心疾患修復術後妊婦の妊娠転帰を検討した。

【対象と方法】2006年4月から2016年12月まで当院で妊娠、分娩管理を行った先天性心疾患合併妊娠39例の

うち、修復術を行った14例について、診療録を用いた後方視的検討を行った。

【結果】症例の内訳は、心室中隔欠損5例、心房中隔欠損2例、ファロー四徴症4例、僧帽弁置換術1例、Fontan手術2例である。比較的単純な左右短絡疾患（心房中隔欠損症や心室中隔欠損症）では、胎児発育不全（-1.7SD）、予定日超過の適応で分娩誘発を行った1例と妊娠35週前期破水で早産となった1例を除いては産科合併症なく正期産で経膈分娩となった。僧帽弁置換術後は自然妊娠し、妊娠30週より入院管理、妊娠31週0日母体心負荷増強認めたため、全身麻酔下緊急帝王切開で分娩となった。Fontan術後はいずれも自然妊娠し、切迫早産のため入院管理を行った。1例は塩酸リトドリン内服・点滴で tocolysis を行い、もう1例は硫酸マグネシウム点滴・黄体ホルモン筋注で tocolysis を行った。しかしながら、それぞれ妊娠25週、28週で陣痛発来し、急速に分娩進行、怒責なく経膈分娩となった。

【結論】Fontan術後症例では、無症候性に頸管長短縮が進行し、陣痛発来後は急速に分娩となる可能性がある。

318. 母体 dry weight による羊水量管理を行い、正期産経膈分娩となった透析妊婦の1例

1) 県立広島病院 産科・婦人科、2) 県立広島病院 腎臓内科

森岡裕彦¹⁾、三好博史¹⁾、榎園優香¹⁾、上田明子¹⁾、中島祐美子¹⁾、児玉美穂¹⁾、白山裕子¹⁾、上田克憲¹⁾、清水優佳²⁾、小川貴彦²⁾

【緒言】透析患者の妊娠例は、最近の透析療法の進歩により増加傾向にあるが、妊娠中の適切な体液量の調節は容易ではなく報告例は少ない。流早産や羊水過多、高血圧などの合併症が多く、早産率は8割程度とされている。今回、嚴重に母体の dry weight（透析後の体重）を管理することで、正期産経膈分娩に至った透析患者の1例を経験したので報告する。【症例】41歳、初産婦。IgA腎症、慢性腎不全に対して、31歳で血液透析を導入となった。41歳で妊娠が判明し、近医で妊娠管理を行いながら、透析回数を5時間×週3回から4時間×週5回に変更した。妊娠20週頃より頸管長短縮を認め、前医で入院管理となった。妊娠22週から透析を4時間×週6回に変更していたが、子宮収縮の増強を認めたため、妊娠23週5日に当院に母体搬送された。入院時の羊水量はAFI:21で、子宮収縮を頻回に認めていたため、dry weightの増量を400g/週から200g/週に変更した。羊水量は減少し、子宮収縮も減弱した。胎児発育は良好で、妊娠35週からdry weightの増量を300g/週とし、妊娠38週2日に自然陣発し経膈分娩に至った。児は2470g、Apgar score8/9、母子ともに経過良好であった。分娩翌日から週3回での透析を再開した。【結語】透析患者の妊娠症例の管理においては、dry weightの調節により嚴重に羊水量管理を行うことが重要である。

319. 妊娠を契機に成人 Still 病が再発・増悪した2例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

今井 統、内倉友香、井上翔太、恩地裕史、吉田文香、宮上 眸、横山真紀、安岡稔晃、高木香津子、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

【緒言】成人 Still 病（AOSD）は、発熱、関節炎、皮疹を主徴とする原因不明の炎症性疾患であり、妊娠に関連する報告は稀である。今回我々は妊娠経過中に AOSD が再燃・増悪した2例を経験したので報告する。

【症例】（症例1）29歳、初産婦、24歳時に発熱、頸部リンパ節腫脹、発熱時の四肢紅斑を主訴に AOSD の診断でプレドニン 30mg 内服を開始。漸減・中止後、長期寛解を維持していたが、妊娠19週に発熱、関節痛、皮疹を発症し再燃。プレドニン 20mg 内服を再開し、症状は改善。プレドニンは漸減され、増悪は認めなかった。妊娠38週時に前期破水、子宮内感染のため緊急帝王切開術を施行された。

（症例2）29歳、初産婦、28歳時に AOSD の診断で TCZ + Tac にて治療開始。一時寛解となったが、妊娠後治療中断し、再燃を認めたためプレドニン + Tac 内服で低疾患活動性となっていた。妊娠35週時に発熱を伴う皮疹の増悪、破水感、性器出血を認め、当科紹介され、前期破水の診断で入院。当科入院時、肝酵素の著明

な上昇と好中球優位の白血球上昇を認め、AOSDの増悪と考えられ緊急帝王切開術を施行した。
いずれの症例も妊娠終了とともに症状は改善した。

【結語】成人Still病は、他のリウマチ疾患と同様に産褥期に活動性が亢進することが多いと報告されているが、妊娠中の経過は様々である。寛解状態にあっても妊娠を契機に再燃する可能性があり、妊娠終了を含め慎重な管理が必要である。

320. 日本における胎児への化学物質への曝露の現状

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科

前川 亮、三原由実子、品川征大、田村 功、松本真紀、高木遥香、土井結美子、竹谷俊明、
田村博史、杉野法広

【目的】環境中には多種多様な化学物質が放出されており、母体を介した胎児期の化学物質への曝露は将来の疾患の発症に関与することが知られている。しかし、胎児がどの程度曝露されているのかはまだ不明である。今回、妊産婦より採取した検体を用いて胎児期の化学物質への曝露状況について検討した。

【方法】日本在住の145人の妊産婦から採取した母体血、母体尿、臍帯血、羊水において、フタル酸エステル(DEHP/MEHP)、有機フッ素化合物(PFCs; PFHxS/PFOS/PFNA/PFOA)、ピレスロイド系(3-PBA)および有機リン系農薬(DMP/DMTP/DEP/DETP)、ビスフェノールA(BSA)、ニコチン代謝物(NIC/NNIC/COT/NCOT/HCOT)の濃度を、また母乳においてポリ臭素化ジフェニルエーテル(PBDEs; BDE28~209の10種)濃度を計測した。

【結果】フタル酸エステルは母体血(21.1/34.7%)、臍帯血(14.3/20.4%)と比較して羊水(51.2/65.9%)で高頻度に検出された。PFCsは母体血(97.5~100%)、臍帯血(95~100%)ともに高頻度に検出された。有機リン系農薬は母体血(33.3~83.3%)、臍帯血(16.7~66.7%)、母体尿(45.2~78.6%)で比較的高頻度に検出された。ピレスロイド系農薬(0~26.2%)ニコチン代謝物(0~22.5%)、ビスフェノールA(0%)の検出率は比較的低かった。PBDEsは母乳中に高頻度(64.4~100%)に検出された。

【考察】本検討により日本の妊産婦・胎児が多種類の化学物質に曝露されていることが明らかとなった。

321. 胎児期に発症した一過性骨髄異常増殖症の2例

鳥取大学

森山真亜子、荒田和也、経遠孝子、原田 崇、谷口文紀、原田 省

【緒言】一過性骨髄異常増殖症(transient abnormal myelopoiesis:TAM)は芽球が末梢血や肝臓で一過性に異常増殖する疾患で、21トリソミーの約10%に合併する。新生児期に発症し、自然軽快することが多いとされていたが、近年、予後の悪い疾患であることが示され始めている。今回我々は、胎児期に発症したTAMの2例を経験したため報告する。【症例1】40歳の経産婦。妊娠29週6日、胎児腹腔内臍帯静脈瘤を認めた。その後、肝脾腫を認め、21トリソミーならびにTAMを疑った。妊娠36週2日、胎児徐脈を認め、緊急帝王切開術を施行した。児は、出生直後よりDIC治療を要したが、多臓器不全への進展は認めず、日齢50に退院した。【症例2】42歳の初産婦。妊娠30週5日、胎児右胸水のため紹介となった。肝腫大を認めたことから、21トリソミーならびにTAMを疑った。胸水は乳糜胸水であり、羊水染色体検査で21トリソミーと診断した。妊娠36週5日、胎児機能不全のため緊急帝王切開術を施行した。児は、輸血やステロイド治療を要したが、多臓器不全への進展は認めず、日齢118に退院した。【結論】肝腫大を契機にTAMを疑った2例を経験した。いずれの症例も胎児機能不全を来しており、TAMを疑う症例では厳重に周産期管理を行うことが必要と考えられた。

322. 正常単胎妊婦における母体血及び臍帯血ビタミン D 濃度の分娩季節による影響

¹⁾ 徳島大学医学部 産科婦人科、²⁾ 四国こどもとおとなの医療センター

祖川英至¹⁾、加地 剛¹⁾、中山聡一郎¹⁾、吉田あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、前田和寿²⁾、苛原 稔¹⁾

【目的】近年妊婦のビタミン D 欠乏は母児に様々な影響を与えることが報告されている。単胎妊婦において、母体血及び臍帯血ビタミン D 濃度の分娩季節による影響について検討した。【方法】2012 年から 2015 年までに、当院で 36 週以降に分娩となった 256 人の正常単胎妊婦を対象とし、分娩季節により、春（3 月～5 月）、夏（6 月～8 月）、秋（9 月～11 月）、冬（12 月～2 月）の 4 群に分けた。各季節群の妊娠後期母体血（35 週～36 週）及び臍帯血（分娩時）の血清 25（OH）D 濃度を比較した。

【結果】全平均母体血 25（OH）D 濃度は 18.8 ± 7.0 ng/mL、各季節群の平均母体血 25（OH）D 濃度は、春： 18.0 ± 6.7 ng/mL、夏： 17.1 ± 5.1 ng/mL、秋： 21.6 ± 8.0 ng/mL、冬： 16.0 ± 5.1 ng/mL であった。各季節群の平均臍帯血 25（OH）D 濃度は、春： 8.8 ± 3.6 ng/mL、夏： 8.6 ± 2.6 ng/mL、秋： 10.7 ± 3.5 ng/mL、冬： 8.6 ± 2.1 ng/mL であった。秋分娩群では他の季節群に比べ、母体血、臍帯血ともに 25（OH）D 濃度が有意に高値であった。ビタミン D 欠乏（25（OH）D < 20 ng/mL）の状態であった妊婦の割合は、全体で 56.4%、春：59.6%、夏：70.1%、秋：40.2%、冬：84.4% であった。

【結論】母体血及び臍帯血ビタミン D 濃度は分娩季節の影響を受ける。いずれも秋分娩群で、他の季節群に比べ有意に高値であったが、秋分娩群においても約 4 割の妊婦がビタミン D 欠乏の状態であった。さらに、冬分娩群では約 8 割の妊婦がビタミン D 欠乏の状態であった。

323. 臍帯嚢胞から尿膜管遺残を出生前診断し、出生後に尿膜管瘻摘出術を施行した一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

加藤宏章、阿部恵美子、矢野晶子、小泉誠司、阿南春分、上野 繁、池田朋子、田中寛希、森 美妃、金石 環、近藤裕司、越智 博

【緒言】臍帯嚢胞は超音波断層検査で容易に診断しうるが、近年、尿膜管遺残との関連が指摘されている。今回、妊娠中に指摘された臍帯嚢胞から尿膜管遺残を出生前診断しえた症例を経験したので報告する。

【症例】25 歳、G1P0。自然妊娠成立後、近医で妊娠 12 週と 15 週に臍帯嚢胞と胎児腹部嚢胞を指摘され、妊娠 16 週 4 日に当科紹介受診した。超音波断層検査で臍帯基部と、胎児腹部正中に嚢胞を認め、腹部嚢胞は血管の走行から膀胱と診断した。妊娠 17 週 4 日に膀胱と臍帯嚢胞間の交通より尿膜管遺残と診断し妊娠継続となった。妊娠 26 週 4 日に臍帯嚢胞の破裂が疑われ入院管理開始としたが、胎児 well-being に異常は無く妊娠 27 週 6 日に退院とした。妊娠 31 週 4 日に切迫早産のため再入院し tocolysis を開始した。胎児所見に変化を認めず羊水量も正常であった。妊娠 30 週 4 日に胎児 MRI を撮影したが超音波断層検査と同様の診断であった。妊娠 36 週 2 日に選択的帝王切開術を施行し、体重 2161g、身長 43cm、Apgar score 8 点／9 点（1 分／5 分）の男児を分娩した。出生後、児は臍部から尿流出を認め、日齢 1 の尿路造影検査で尿膜管瘻と確定診断され、日齢 5 に尿膜管瘻摘出術を施行した。術後、異常所見を認めず、経過良好で日齢 27 に退院とした。

【考察】臍帯嚢胞を認めた場合は本疾患も念頭におき、出生前、出生後に慎重な評価が必要である。

324. 既往帝王切開妊婦の中期中絶における安全性の検討

高知大学医学部 産科婦人科

森 亮、松島幸生、池上信夫、前田長正

【緒言】近年、妊婦の高齢化や社会的適応により帝王切開率が上昇し、中期中絶において既往帝王切開症例が相対的に増加していると考えられる。既往帝王切開妊婦の中期中絶は、子宮破裂や大量出血、癒着胎盤などの

危険性が増すとの報告がある。今回、当院における過去 10 年間の中期中絶例について、既往帝王切開の影響を後方視的に検討した。【方法】2008 年 3 月から 2018 年 5 月の 10 年間、当院で施行された単胎の中期中絶 37 例（既往帝切群 7 例、非帝切群 30 例）を対象とした。2 群において母体年齢、分娩週数、出生児体重、ゲメプロスト腔坐薬使用から娩出までの時間、出血量を比較検討した。【結果】中期中絶の適応には、IUFD、胎児形態異常、染色体異常、合併疾患の増悪、産科合併症、社会的要因があり、その比率は 2 群間で有意差を認めなかった。また、母体年齢、分娩週数、出生児体重、娩出までの時間についても 2 群間で有意差は認めなかった。一方、出血量においては、既往帝切群が有意に多量（既往帝切群 $385.9 \pm 306.2\text{g}$ vs 非帝切群 $189.9 \pm 163.0\text{g}$; $p < 0.05$ ）であった。この既往帝切群の中には、児の娩出が困難で子宮内容除去術を施行した例が存在した。【結語】今回の検討から、既往帝切群では中期中絶の出血量が有意に多いことが示され、その処置においては緊急対応が可能な高次医療機関での管理が必要と考えられた。

325. 当科で経験した toxic shock syndrome の 3 例

広島市民病院

清水かれん

【緒言】Toxic shock syndrome (TSS) とは、黄色ブドウ球菌が産生する外毒素 (TSST-1) によって T 細胞が活性化し、様々な多臓器機能不全症候群を引き起こしている状態で、発熱と紅斑が特徴的である。今回、当院にて経験した TSS 3 症例について報告する。

【症例 1】30 歳。1 妊 1 産。産褥 1 日目に発熱、下腹部痛あり前医を受診、全身の紅斑、炎症反応高値で産褥熱として抗生剤加療を行ったが、第 2 病日 40.4℃の発熱、血圧低下もきたし敗血症性ショックが疑われ当院へ救急搬送された。身体所見より TSS を疑い VCM と CLDM 投与で症状改善したが、第 14 病日に再燃、抗生剤を LZD に変更し改善した。【症例 2】34 歳。2 妊 1 産。産褥 1 日目に発熱、炎症反応高値、血小板減少のため当院へ救急搬送された。全身紅斑を認め、TSS を念頭に VCM と CLDM 投与開始し改善した。【症例 3】44 歳 1 妊 1 産。発症 4 日前から月経発来しタンポン使用していた。発熱・嘔吐出現の 2 日後に腰痛悪化で救急搬送された。同日に当科紹介となり、全身紅斑、粘膜症状を認めたため TSS を疑い、ABPC/SBT と CLDM 投与開始し、改善した。

【考察・結語】産婦人科領域での TSS はタンポン長期使用者での報告が有名であるが、分娩後にも発症しうる。発熱と皮膚症状を呈した場合には本疾患を念頭におき適切な抗菌薬使用と集学的治療を行うことが重要である。今回経験した症例はいずれも後日血清から TSST-1 が検出され、確定診断に至った。

326. 無痛分娩が実施できない当院における和痛分娩の現状

高知医療センター 産婦人科

高橋成彦、林 和俊、脇川晃子、上野晃子、永井立平、川瀬史愛、山本寄人、小松淳子、南 晋

【緒言】厚生省研究班によると 2016 年度無痛分娩実施率は 6.1% で増加傾向にあるが、無痛分娩は施設によっては実施できないのが現状である。当院では無痛分娩を行える体制にないため、妊婦のニーズに応じ傍頸管または陰部神経ブロックによる和痛分娩を実施している。【目的】当院における和痛分娩の現状を検討する。【方法】2016 年 11 月から 2018 年 3 月までの 17 か月間に実施した和痛分娩 89 症例を診療録から後方視的に①妊婦背景②和痛方法③和痛開始時期④効果⑤有害事象を検討した。また、助産師に和痛分娩に関するアンケート調査を実施した。【結果】①平均年齢 33.1 歳、初産率 94%②傍頸管ブロックのみ：39 人、陰部神経ブロックのみ：38 人、両ブロック：14 人③和痛開始時期は分娩第 2 期の陰部神経ブロックのみの症例もあったが、第 1 期では子宮口平均 6.2cm 開大④明らかに分娩時疼痛が軽減したのは 55 人 (61%) で VAS は平均 6.55 に減少した。分娩様式は自然経陰分娩 45 例、吸引分娩 23 例、帝王切開 21 例であった。⑤有害事象：ブロックが原因と考え

られる NRFS や母体症状は認めなかった。和痛分娩を担当した助産師 (19 人) にアンケート実施したところ「有効」9 人、「症例により異なる」10 人で、「無効」との回答はなかった。【結論】無痛分娩の普及にはまだ多くの問題が残されている。産科医自身が安全に実施できる神経ブロックによる和痛分娩は鎮痛効果のある有用な手技であることが確認できた。

327. 当院のプロゲステロンによる早産予防治療の検討

倉敷中央病院 産婦人科

荒武淳一、福原 健、赤松巧将、黒田亮介、加藤爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

【目的】プロゲステロンによる早産予防は、適応や至適な投与方法はまだ確立されていない。当院では特に早産リスクが高い症例 (主に 28 週未満の自然早産既往又は複数回の自然早産既往のある症例) を適応としている。同治療についての使用状況および治療成績を検討した。

【対象と方法】過去 6 年間に当院で早産予防としてプロゲステロン製剤 (カプロン酸ヒドロキシプロゲステロン (OHP) 250 mg 筋注週 1 回又は天然プロゲステロン膣錠 200 mg 連日投与 (VP)) を投与した 40 例 (OHP 群 25 例、VP 群 15 例) を分娩週数から A (37 週以降)・B (34 週～36 週)・C (28 週～33 週)・D (27 週以前) の 4 群に分類し、剤型および投与終了時期による治療成績について検討した。

【結果】OHP 群は A 16 例・B 6 例・C 2 例・D 1 例、VP 群は A 9 例・B 3 例・C 0 例・D 3 例であった。OHP 群では D 4 % (1/25 例) に対し VP 群では D 20 % (3/15 例) と超早産が多い傾向があった。OHP 群の内、35 週以降まで継続したものでは正期産が 79 % (11/14 例) に対し、患者希望などの理由で 34 週までに注射終了したものでは 50 % (5/10 例) と早産が多い傾向があった。

【考察】プロゲステロンの剤形や終了時期による治療効果の違いが示唆された。今後、さらなる検討が必要である。

328. 授乳中の乳腺炎について、Google 検索から母親は有用な情報を引き出せるか？

坂出市立病院

戸田 千

【緒言】授乳婦の 3-20% が授乳中に乳腺炎に罹患する。強い痛み、発熱で急に授乳を止める原因の 1 つでもある。授乳中の乳腺炎の発症原因で科学的根拠のあるものは母乳が乳房外に出ないことだけだが、本邦では飲み方の改善より脂肪制限が乳腺炎予防・対策として普及している。現在、スマートフォンが普及し母親が困った時に利用しやすいネット情報の信頼性について検討した。【調査対象】H30 年 5 月に safari のプライベートウィンドウをブラウザとして利用し Google にて A 群：「乳腺炎」と B 群：「乳腺炎 授乳 姿勢」で検索した。ヒット以外・辞書・本の紹介等は除外した上位 70 例ずつを対象とした。授乳婦の食事の脂肪制限の有無・飲ませ方の具体的な内容の有無・著者名の有無・母子が口にするものの宣伝の有無を計数した。【調査結果】回答に触れていない記事もあり、A 群では対象の除外例が 1/4 に及んだ。脂肪制限有は A 群：B 群 = 25 例：26 例。脂肪制限無は 6 例：15 例。具体的な授乳姿勢情報有は A 群：B 群 = 5 例：33 例。授乳姿勢の情報無は A 群：B 群 = 21 例：34 例だった。著者名有は A 群：B 群 = 35 例：33 例。宣伝無は 29 例：20 例。【結論】多くの乳腺炎がセルフケアで重症化を防げるが、「乳腺炎」の一言で検索した場合には有効な授乳姿勢を工夫する情報に辿り着きにくかった。出産前教育で乳腺炎の情報提供と、あらかじめネット情報利用には注意が必要なことを伝えておくことも授乳中の QOL を守るのに必要である。

401. 低用量ピル服用中に下肢深部静脈血栓症・肺塞栓症を起こした症例の検討

浜田医療センター

小林正幸、李 理華、平野開士

【緒言】ピルによる血栓症リスクは従来より報告されている。今回低用量ピル服用中に下肢深部静脈血栓症・肺塞栓症を起こした症例を経験し、血栓・塞栓症の診断治療について検討した。

【症例】症例は33歳女性。月経困難症とPMSの治療目的で低用量ピルを服用開始後、2ヶ月半程度で右足の腫脹疼痛を認め、下肢深部静脈血栓症の診断にて当院、心臓血管外科に入院した。入院後ヘパリン、イグザレルト®の抗凝固療法が開始されたが、同日呼吸苦を訴え造影CTを行ったところ、右肺動脈の塞栓が発見されたが重症ではなく、まずは保存的に管理された。入院3日目になっても下肢の血栓の消褪が進まず、ウロキナーゼ点滴にて血栓溶解が行われた。治療にて右肺動脈の塞栓はほぼ消褪したが、新たに左肺動脈塞栓が見つかった。その後IVCフィルター挿入し抗凝固療法が続けられたが、症状は改善しているものの3か月を経過してまだ下肢の血栓は認められる状態である。

【考察】ピル服用中の血栓症の発見には下肢の腫脹発赤、Dダイマー高値、下肢静脈エコーなどが有用であり、必要に応じて造影CTを撮ることが肝要である。急性期には弾力包帯は禁忌となることがあり、当該科と連携して抗凝固療法、血栓溶解療法を行うが、肺塞栓ハイリスク症例には適切な時期にIVCフィルター装着も考慮されるべきである。

402. 当院での手動真空吸引法（MVA）を用いた子宮内容除去術の有用性の検討

1) 三宅医院、2) 三宅おおふくクリニック

三宅貴仁^{1,2)}、柴田真紀¹⁾、高吉理子¹⁾、清川麻知子¹⁾、小田隆司¹⁾、小國信嗣¹⁾、宮木康成²⁾、橋本 雅¹⁾、高田智价¹⁾

【背景】わが国では稽留流産や人工妊娠中絶の際に鋭匙を用いた搔爬術が広く用いられてきたが、搔爬術は吸引法に比べて子宮穿孔や子宮内膜の損傷によるAsherman症候群の頻度が増加すると報告されており、WHOからは外科的中絶には搔爬術ではなく吸引法を用いるべきであるとの提言が出された。当院では2017年8月より人工妊娠中絶に対してMVAを用いた子宮内容除去術を導入しており、これまでのところ良好な結果を得ている。今回当院でのMVA使用症例を検討しその有用性について報告する。【対象と方法】2017年8月から2018年4月までに三宅医院で人工妊娠中絶を施行した妊娠5週から10週までの60例を対象とした。静脈麻酔下にMVAキット（ウイメンズヘルス・ジャパン社）を使用した。年齢、初経産、妊娠週数、術時間、吸引管を用いた吸引の有無、合併症の有無を診療録から後方視的に検討した。本研究は院内の倫理委員会により承認された。【結果】対象症例の年齢（中央値）は26歳、未経妊症例は33例（55%）であった。妊娠週数（中央値）は8週、術時間（中央値）は9分、吸引管による吸引を必要とした症例は9例（15%）であった。多量出血や子宮穿孔などの合併症は認めなかった。【結論】子宮内容除去術においてMVAは有用であった。術時間や吸引回数、吸引管による吸引は経験数に応じて改善する傾向にあり、器具の使用法を熟知することがトラブル無く処置を行うために必須であると考えられた。

403. Swyer 症候群の一例

倉敷成人病センター 産婦人科

戸枝 満、白根 晃、二村 涼、市川冬輝、手石方康弘、濱崎洋一郎、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、紀平知久、太田啓明、安藤正明

【緒言】性分化疾患であるSwyer症候群は出生1/20000で出現する稀な疾患であり、SRY遺伝子の欠失・変異により染色体がXY型にもかかわらず内外性器は女性型を示すものである。子宮・性腺は存在するも痕跡状

(streak gonad) を呈することが多い。また遺残した性腺は約 30% が悪性化するとされ、その病理所見は多様な像を呈す。今回我々は診断に苦慮した Swyer 症候群の 1 例を経験したので報告する。【症例】16 歳で無月経を主訴に前医を受診し、外陰部は正常、経腹部超音波断層法で子宮を認めたため、原発性無月経の診断でプロゲステロン投与したが、消体出血は得られなかった。18 歳時に無月経で再受診され、MRI 施行し痕跡状の子宮と両側卵巢を認めた。採血では E2 <5pg/mL、FSH 180IU、LH 51IU、testosterone 0.32ng/mL、PRL 6.93ng/mL、染色体検査では XY 型であり、精査加療目的に紹介された。当院 MRI でも同様の所見が得られ Swyer 症候群を疑い、審査腹腔鏡及び悪性化のリスク予防目的で腹腔鏡下両側付属器切除術を施行した。鏡視下では子宮は萎縮し、卵巢様性腺を両側に認めた。病理では両側卵管と微小な性腺が確認できた。術後 Kauffman 療法により消体出血が得られている。【結語】無月経を主訴に来院し、染色体検査、MRI、腹腔鏡で Swyer 症候群の診断に至った症例を経験した。本疾患は性腺の悪性化が高率で起こるため早期診断治療は大切だが、性分化疾患は非典型例も少なくなく、慎重な診断が重要となる。

404. 当院産婦人科における乳癌検診の現状

公立学校共済組合 四国中央病院

林 亜紀、矢野清人、大和幸子、田村貴央、鎌田正晴、濱田信一

【緒言】日本における乳癌患者数は増加傾向であり、乳癌の罹患患者数は子宮癌(子宮頸癌+子宮体癌)の約 3.3 倍、卵巢癌の約 7.8 倍に及ぶ。今回当院の産婦人科医が施行した乳癌検診について検討した。

【対象と方法】2013 年 10 月から 2018 年 3 月までに当院産婦人科外来で施行した乳癌検診 963 例において、受診理由(症状の有無、無症状の場合は検診目的・HRT 施行中・妊娠/産褥期に分類)、年齢、マンモグラフィ(以下 MG) カテゴリー、乳房超音波実施の有無について後方視的に検討した。

【結果】乳癌検診件数は 2013 年(10-12 月)24 例、2014 年 91 例、2015 年 168 例、2016 年 272 例、2017 年 335 例、2018 年(1-3 月)73 例であり、年々増加傾向であった。受診理由には有症状が 103 例(10.7%)、無症状が 860 例(89.3%)であり、無症状のうち検診目的が 603 例(70.1%)、HRT 施行中が 148 例(17.2%)、妊娠/産褥期が 109 例(12.7%)であった。年齢は 40 歳代が 251 例(26%)と最も多く 40 歳代と 50 歳代で約半数を占めた。214 例が MG のみ施行、640 例が MG と乳房超音波の両方を施行されていた。残りの 109 例は妊娠/産褥期のため乳房超音波のみ施行されていた。MG 施行例のうち C-3 以上は 79 例(9.3%)であり、このうち乳癌が 11 例(乳癌発見率:11.4%)であった。

【結語】当院では MG・乳房超音波の読影資格を取得した産婦人科医が増え、産婦人科外来で施行する乳癌検診は年々増加している。今後もさらなる啓発と検診を推奨していく必要があると考えられた。

405. 夜間勤務が月経痛へ及ぼす影響

愛媛労災病院産婦人科

宮内文久、松本 唯、平野真理、南條和也、松本讓二

【はじめに】人口の長寿化と高齢化とによって、夜間に働く医療従事者の負担は増大している。今回は夜間勤務の有無と月経に関連する様々な症状について、検討を加えた。

【方法と対象】愛媛労災病院の倫理委員会の承認を得て、2015 年 6 月に全国の労災病院の看護師に質問用紙を配布した。2015 年 8 月までに回答のあった 3714 名から、昼間勤務にも夜間勤務にも従事している 2500 名(夜間勤務有り群)と夜間勤務に従事せず昼間勤務だけの 1073 名(夜間勤務無し群)を検討対象とした。夜間勤務有り群は夜間勤務無し群に比較して、7.1 歳若く、6.6 年間勤務年数が短く、常勤者が多いのが特徴であった。なお、両群ともに夜間勤務に従事した年数はほぼ同じであった。統計学的有意差は平均値の比較には t 検定を用いて、分布度の比較は χ^2 自乗検定を用いて行った。

【結果】夜間勤務有り群では、月経痛・月経過多の出現頻度が高く、また月経関連症状の出現率も高値であった。

夜間勤務有り群では月経痛の出現頻度ばかりでなく、月経痛の重症度（2.0% vs 1.5%）も強く、鎮痛剤の服用率も高頻度であった。さらに、夜間勤務有り群では不規則な月経周期の出現率も高頻度であった。

【考察】 今回の検討により、夜間勤務は睡眠不足を介して月経痛や腰痛を増強させている可能性を示した。

406. 閉経後高齢者子宮捻転の一例

興生総合病院

藤原美佐保、楠本知行、中村正彦、藤原久子

子宮捻転は稀な疾患で、その症状は非特異的である。今回、閉経後高齢者の子宮捻転を経験したので報告する。症例は90歳、2経産、高血圧、めまい症にて服薬あり。73歳頃に他院産婦人科にて子宮筋腫を指摘され手術の説明も受けたが、腹部腫瘤感以外は自覚症状なく様子観察としていた。2018年3月下旬より腹部膨満感悪化、腹痛出現あり。かかりつけ内科より他院外科紹介、CTにて約20cm大の骨盤内腫瘍をみとめ当科紹介となる。初診時、発熱38.5℃、貧血と炎症反応上昇あり、MRIでは子宮頭側に位置する腫瘍内に出血を伴う液体貯留腔様の像がみられ、これまでの既往より漿膜下筋腫の捻転が疑われた。抗菌薬による保存的加療を開始し炎症所見は改善傾向であったが、腹痛や食欲低下など腫瘍圧迫に伴う症状は持続していた。入院直前まで一人暮らしをされておられ、ADL改善を見込んだ開腹腫瘍切除に同意された。開腹時、筋腫を有する体部全体が頸～峡部付近で時計回りに360度きつく捻転しており、捻転解除後、子宮上部切断術とした。術後せん妄等はなく、離床は順調であった。未婚未産女性の増加もあり、かなり大きな筋腫であっても経過観察を希望する例が少なからず見受けられる。過去の報告では、子宮捻転は閉経後女性の発症例が比較的多く、本症例のような経過もあり得ることを念頭に閉経後女性の診察を配慮したい。

407. 出産後に多発椎体圧迫骨折を来した産褥骨粗鬆症の1例

徳島大学病院 産科婦人科

門田友里、笠井可菜、河北貴子、吉田加奈子、加藤剛志、苛原 稔

産褥骨粗鬆症はまれな疾患であり、発症についても不明な点が多い。産後に腰痛を訴える症例は多いが、症状が強い、もしくは長引く場合には、骨粗鬆症を疑い精査を行う必要がある。今回我々は圧迫椎体骨折を来した産褥骨粗鬆症の一例を経験したので報告する。

【症例】 34歳、2経産婦。162cm, 53kg, BMI 20.2。【家族歴】 祖母に大腿骨骨折の家族歴あり。【現病歴】 29歳で第1子を分娩。産褥3か月に腰痛が出現し、腰椎圧迫骨折を1か所認めた。コルセットの装着とカルシウム摂取の励行を行い、症状は軽快した。産褥10か月で月経が再来し、2年間授乳も継続した。その間、整形外科などでの定期フォローは行われなかった。33歳で第2子を分娩。産褥3か月に腰痛が出現した。近医整形外科で精査された結果、2か所の腰椎圧迫骨折を認めたほか、骨密度は腰椎（L2-4）でYAM値56%と減少していた。妊娠、出産関連の骨粗鬆症が疑われ、当科を紹介となった。当科で測定したTRACP-5bは711 mU/dLと著明に上昇し、骨吸収が亢進している状態であった。当科精査中にも新たな腰椎圧迫骨折を認めた。内分泌的な精査も必要と考え、当院内分泌代謝内科へ紹介した。内科精査では明らかな異常は認めず、産褥骨粗鬆症が最も疑われた。断乳を行った上で、ビスフォスフォネート製剤とビタミンD製剤が開始され、現在も治療を継続している。

408. 当科で保存的治療により治癒した胎盤ポリープの 4 症例

高知大学医学部産科婦人科

黒川早紀、都築たまみ、山本槇平、谷口佳代、前田長正

【緒言】胎盤ポリープは比較的稀な疾患であるが、治療として動脈塞栓術や子宮全摘術等が行われることが多く、挙児希望を有する症例では治療に苦慮する。今回胎盤ポリープと診断し、保存的管理で治癒した 4 症例について報告する。【症例】症例 1、2、3 はそれぞれ妊娠 8 週、9 週、10 週で IUFD となり、症例 1 は子宮内容除去術を施行され、症例 2 と 3 は自然流産となった。手術および流産から 8 週、5 週、4 週後に子宮内腔に経腔超音波カラードプラで血流を伴うそれぞれ 15、18、25mm 大の腫瘍を認めた。症例 4 は、経腔分娩の 5 週後に子宮腔内に 22mm の血流を伴う腫瘍を認めた。診断時の血中 hCG 値 (mIU/mL) は、298 (症例 1)、4.4 (同 2)、4.5 (同 3)、14.8 (同 4) で、MRI でも子宮内腫瘍に造影効果を認め、胎盤ポリープと診断した。全例で挙児希望があり、症例 1、2 は無症状、症例 3、4 は少量の性器出血であったため、全て保存的な管理とした。【結果】いずれの症例も外来で経過観察中、血中 hCG 値は徐々に低下し、感度以下となった。この時点で経腔超音波上、胎盤ポリープは消失した。症例 1 と 2 ではその後妊娠が成立している。【結語】胎盤ポリープの治療方針にはコンセンサスが得られていないが、自然治癒が得られる症例もあり、とくに妊孕性温存を希望する症例では十分な IC のもと保存的に管理することも検討すべきと考えられた。

409. 経腔分娩後に卵巣静脈血栓性静脈炎を発症した 1 例

県立新居浜病院

井上翔太、上野愛実、佐々木容子、矢野直樹

産褥期卵巣静脈血栓症 (Postpartum ovarian vein thrombosis: POVT) は、全出産の 0.02~0.18% に合併し、13~25% に肺塞栓症を合併する注意すべき合併症である。帝王切開術後の 1~2% に発症するとの報告があるが、経腔分娩後の症例は非常に稀である。今回、経腔分娩後に右卵巣静脈血栓症を認めた症例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

症例：31 歳女性、妊娠分娩歴：G2P2 (第 1 子、第 2 子：切迫早産のため入院加療) 第 2 子経腔分娩後、産褥 5 日目に 39 度台の発熱、右下腹部に局限する圧痛が出現し、急性虫垂炎疑いにて近医より紹介となった。経腔超音波検査では明らかな下腹部痛の原因は特定できなかったが、造影 CT では右卵巣静脈~下大静脈合流部、右腎静脈内の陰影欠損、右卵巣静脈壁の造影効果や周囲の液貯留を認めた。右卵巣静脈血栓症、血栓性静脈炎と診断し、抗凝固療法、抗菌薬投与を開始した。治療開始 2 日目に解熱、症状は徐々に改善し、産褥 16 日目に退院となった。抗凝固療法を継続し、発症 1 ヶ月後の造影 CT では血栓は消失した。

産褥期に右下腹部痛、発熱を認めた場合は POVT の可能性を考慮し、CT や MRI で早期に診断することが望ましい。

410. 高齢者における腹腔鏡手術は術後合併症を増加させるか

愛媛県立中央病院 産婦人科

阿南春分、矢野晶子、加藤宏章、上野 繁、池田朋子、田中寛希、森 美妃、金石 環、阿部恵美子、近藤裕司、越智 博

【目的】高齢者は加齢に伴う身体機能・予備能力の低下や、種々の併存基礎疾患を抱える特徴を有しており、慎重な手術適応、術式、周術期管理が要求される。高齢化に伴い、高齢者に対して腹腔鏡手術を行う機会は増加しているが、腹腔鏡手術により術後合併症は増加するのか、高齢者の良性疾患に対する開腹群と腹腔鏡群を比較し、術後合併症と患者背景について後方視的に検討を行った。患者背景の既往歴は、慢性疾患の合併に基づいて患者の短期的な死亡リスクを予想するために開発された加重スコアリングシステムである Charlson

Comorbidity Index (CCI) を用いて評価した。【方法】2011 年 1 月～2017 年 12 月の期間において、当院にて施行した 60 歳以上の腹腔鏡手術症例：126 例、開腹手術症例：52 例、計 178 例を対象。悪性腫瘍や膿瘍、高度癒着症例は除外した。年齢、BMI、CCI、術後合併症について検討を行った。【成績】年齢、BMI、CCI は両群間に有意差を認めず、術後合併症発症数は腹腔鏡群が有意差をもって低かった。患者背景と術後合併症発症の検討では、CCI と術後合併症に正の相関を認めた。【結論】年齢増加と術後合併症に関しては関連性を認めなかったが、CCI と術後合併症とに関連が示唆された。腔鏡群では術後合併症が有意に低く、また CCI 高値の症例でも術後合併症の発症が少なく、今回の検討では高齢者における腹腔鏡手術が術後合併症を増加させる要因を指摘できなかった。

411. 腹腔鏡下筋腫核出術における STRATAFIX[®]糸の有用性

島根大学医学部 産婦人科

澤田希代加、中山健太郎、石橋朋佳、吉村由紀、中村秋穂、小野瑠璃子、中村康平、石川雅子、
京 哲

はじめに：腹腔鏡下筋腫核出術において、筋腫核出後の切開創の縫合は迅速で正確な縫合を要し、術者の高度なテクニックが必要である。当科では筋腫摘出後の切開創の縫合をより容易にする工夫として、2017 年から有棘縫合糸である STRATAFIX[®]糸を用いた術式に取り組んでいる。今回、腹腔鏡下子宮筋腫核出術における STRATAFIX[®]糸の有用性について検討した。

方法：当院にて 2015 年 6 月から 2017 年 9 月に行った腹腔鏡下筋腫核出術 20 症例（筋腫最大径 5-10cm の筋層内筋腫）を対象とした。STRATAFIX[®]糸を用いた群（n=10）、従来法の群（n=10）の 2 群にわけ、手術時間、術中出血量、術後ヘモグロビン値について比較検討した。

結果：STRATAFIX[®]糸を用いた群と従来法の群において、術後ヘモグロビン値は 2 群間で有意差は認めなかった。手術時間は STRATAFIX[®]糸を用いた群で平均 120.9 分、従来法の群で 198.8 分であり有意に短縮した（ $P=0.0134$ ）。出血量は STRATAFIX[®]糸を用いた群で平均 153ml、従来法の群で 424ml と有意に減量した（ $P=0.0395$ ）。

考察：STRATAFIX[®]糸は縫合操作の必要性がないため、閉創時間が短縮でき、出血量の減少、手術時間の短縮につながった。また長期にわたり抗張力を維持できるため、筋腫核出後にも有効と考える。今回の結果から STRATAFIX[®]糸を用いることで、腹腔鏡手術に修練した医師のみでなく経験の少ない医師でもより容易に行えると考えられる。

412. 正常卵巢茎捻転の一例

山口大学医学部 産婦人科

岡田真希、梶邑匠彌、藤村大志、中島健吾、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

【緒言】卵巢茎捻転は頻繁に遭遇する婦人科救急疾患の一つであるが、その多くは腫瘍性病変を伴っており、正常卵巢の茎捻転は稀である。小児、妊婦での報告が散見されるが、特異的な所見に乏しく診断に苦慮することが多い。今回、正常卵巢茎捻転をきたし、急性腹症を起こした症例を経験したので報告する。

【症例】20 歳女性、妊娠歴なし。夜間突然の下腹部痛が出現し前医へ救急搬送。妊娠反応陰性、Douglas 窩腹水を指摘され当院へ紹介となった。当院での CT 検査でも Douglas 窩に腹水を認めた。明らかな血腫は認めず、その他臓器の明らかな異常所見も認めなかった。翌朝原因検索のため当科紹介。右下腹部に圧痛を認めるものの腹膜刺激症状は乏しく、経膈超音波検査上、右卵巢は約 5cm 大で隣接する血腫様の腫瘤像を認め、Douglas 窩・膀胱子宮窩に腹水を認めた。卵巢出血を疑い、まずは経過観察としたが、同日夕方下腹部痛の増悪を認め、原因検索目的で緊急腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内は淡黄色のやや血液が混じった腹水が少量貯留しており、右付属器は子宮基部で一回転の捻転をきたし、全体にうっ血して軽度腫大していた。捻転を解除して手術を終

了した。術後経過は順調で5日目に退院となった。

【考察】本症例は急性腹症の原因として正常卵巢茎捻転をきたしていた。卵巢茎捻転のうち約5%と稀ではあるが、生殖年齢女性の急性腹症では、正常卵巢の茎捻転の可能性も念頭に管理を行う必要がある。

413. 腹腔鏡下手術における癒着防止に関する考察～ AdSpray[®]を用いて～

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

恩地裕史、松原裕子、松原圭一、藤岡 徹、横山真紀、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、松元 隆、杉山 隆

開腹手術を受けた患者の6割以上に腸管の癒着が生じることが知られており、高度になると腸閉塞のために絶飲食による保存的治療や侵襲的な手術操作が必要になることがある。現在までに様々な方法によって癒着防止が試みられてきたが、未だに完全に防ぐことはできていない。また、腹腔鏡手術では癒着が起こる頻度は減少するものの、一部では高度な癒着を伴うこともある。小腸閉塞による穿孔が生じると緊急手術が必要であり、卵管周囲の膜状癒着では不妊症が生じる可能性がある。このような癒着を防ぐには、手術を最小限にし、腹腔内をよく洗浄し、癒着防止材を使用することが勧められる。

今回我々は、新しく発売された AdSpray[®]を使用したものでその経験について考察を加えて報告する。本製品に関する国内での臨床研究では優れた癒着防止効果を発揮し、当院における使用例においても現在までに癒着によるトラブルを起こしていない。コストパフォーマンスの点ではデメリットはあるものの、単孔式手術や広汎子宮全摘術などにおいて有効であると考えられた。今後、使用法が簡易であること、癒着防止効果が高いことなどから広く用いられるようになると思われる。

414. 腹腔鏡下手術で診断し、治療し得た腹膜妊娠の1例

市立三次中央病院 産婦人科

中本康介、岡本 啓、野村奈南、相馬 晶、藤本英夫

症例は38歳、G2P0（1回自然流産）。併存症として子宮筋腫と子宮内膜症、手術歴としてX-11ヶ月に子宮内膜ポリープに対してTCRを施行していた。挙児希望あり、近医でIVF-ETを施行するも妊娠に至らなかった。2017年12月X日、近医より自然排卵周期で、尿中hCG高値、最終月経より妊娠5-6週相当であるが、子宮内に胎嚢を認めないため、精査加療目的に当科紹介となった。超音波で右卵管内に2.8 cm大の血腫を伴うeco free spaceを認めたが、その内腔に胎芽・心拍を確認できなかった。腹水は少量認めるのみであった。右卵管妊娠の流産と考え、経過観察とし、X+3日にhCGを再検した。腹痛や性器出血などは認めず、hCGは31716 mIU/mlから23265 mIU/mlに減少傾向であるが、依然高値であることから、手術適応であると考え、治療目的に腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内所見は、右側の卵巢に内膜症性嚢胞を認めるも、両側卵管は正常所見であった。ダグラス窩に暗赤色の鶏卵大腫瘤を認め、妊娠部位と考えられた。子宮後方、右卵巢、直腸前面、S状結腸との間が比較的強固に癒着していた。癒着を剥離し、妊娠部位周囲の腹膜を含めて摘出した。術後経過は良好であり、術後4日目に退院した。その後、外来管理で血中のhCG値の陰性化を確認した。異所性妊娠の治療として、外科治療と保存的治療がある。今回我々は事前に腹膜妊娠と診断できていなかったが、腹腔鏡下手術により診断・治療ができた1例を経験したので報告する。

415. 腹腔鏡下に卵管捻転を診断・治療した 1 例

広島大学 産科婦人科

竹石直子、関根仁樹、日比野佑美、佐藤優季、仙波恵樹、大森由美子、浦山彩子、野坂 豪、定金貴子、山崎友美、小出千絵、占部 智、古宇家正、兵頭麻希、平田英司、工藤美樹

【緒言】卵管捻転は稀な疾患とされているが、近年腹腔鏡での治療例を中心に症例報告が散見される。今回、卵巣腫瘍茎捻転を疑い腹腔鏡下手術を施行し、卵管捻転と診断した 1 例を経験したので報告する。

【症例】15 歳、未経妊未経産。下腹部痛が出現し同日近医救急外来を受診し、腹部超音波検査、腹部 CT 検査を施行されたが、疼痛の原因となる様な異常は指摘されなかった。症状が改善しないため近医産婦人科を受診したところ、超音波検査で 6cm 大の右付属器腫瘍を認め卵巣腫瘍茎捻転を疑われ当科に紹介となった。来院時、37.4℃の発熱と炎症反応の上昇（WBC 13630/Ml、CRP 11.78mg/dL）、圧痛を伴う持続的な強い右下腹部痛を認めた。造影 MRI 検査で右付属器に単房性嚢胞性病変と同部の捻転を疑う所見を認め卵巣腫瘍茎捻転を疑い腹腔鏡手術を施行した。ダグラス窩に暗赤色の腫瘍性病変を認め、周囲と炎症性の癒着を認めた。卵巣には異常は認められず、右卵管捻転と診断し右卵管切除術を施行した。病理組織診断の結果より、傍卵管嚢腫を伴う卵管捻転と診断した。

【結語】卵管捻転は術前の診断が難しい疾患であるが、低侵襲な腹腔鏡下手術はその診断や治療に有用であった。急性腹症で付属器の腫大が認められた場合には、鑑別疾患として卵管捻転を考慮する必要があることを再認識した。

416. 当院で施行した TLH 症例の検討

鳥取大学医学部附属病院

中曾崇也、東 幸弘、池淵 愛、森山真亜子、山根恵美子、佐藤絵理、谷口文紀、原田 省

【目的】近年は全腹腔鏡下子宮摘出術（TLH）が普及しているが、手術を安全に完遂するためには修練を要する。本研究では、当院でこれまでに施行した TLH の手術成績について後方視的に検討した。【方法】2009 年 3 月から 2018 年 3 月までの期間に当院で施行した TLH400 例の周術期データを解析し、手術時間、出血量および合併症の発生に影響を与える因子について検討した。【成績】手術時間、術中出血量および摘出子宮重量の中央値は、それぞれ 155 分、50ml、270g であった。周術期合併症の発生頻度は術後感染が 4.3%（17/400 例）と最も高かったが、全例抗生剤で治癒した。尿管損傷および腔断端離開の発生率はそれぞれ 1%（4/400 例）、0.5%（2/400 例）であった。分娩歴、出血量、子宮重量およびダグラス窩閉鎖の有無は、手術時間に影響を与える因子であった。多変量解析の結果、子宮重量が 300g 以上の症例では、出血量が多くなる傾向にあった。前半期と後半期を比較すると、手術時間に差はなかったが、後半期では出血量および合併症の発生頻度は有意に減少した。【結論】子宮重量は、手術時間と術中出血量の両者に影響を及ぼす因子であった。TLH の経験数を重ねることで、術中出血量は減少し周術期合併症の発生率は低下した。

417. 当院における腹腔鏡補助下腔式子宮全摘術（LAVH）時の工夫と過去 5 年間の成績

¹⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、²⁾ 三宅医院 生殖医療センター、³⁾ 三宅医院 産婦人科
小田隆司^{1,2)}、宮木康成¹⁾、柴田真紀^{2,3)}、高吉理子^{1,3)}、清川麻知子²⁾、小國信嗣^{1,3)}、
橋本 雅^{1,3)}、高田智价³⁾、三宅貴仁^{1,3)}

当院は女性医療に特化した医療グループで、2007 年 1 月に良性疾患に対する婦人科手術部門を開設し今日に至る。本年 4 月末日までに 3249 件の全身麻酔手術が施され 86.4%にあたる 2808 件は鏡視下手術（腹腔鏡手

術 1992 件、TCR 816 件）あり、このうち 636 件の子宮摘出が行われたが、その 81% に相当する 513 件は LAVH であった。そこで LAVH について直近の 5 年間（2014 年 5 月から 2018 年 4 月）の手術成績を検討したので報告する。なお我々の LAVH 手技は 1) 子宮周囲の癒着を完全に剥離した状態で手術操作を開始し尿管の走行確認は目視に留め後腹膜を展開しない、2) 膀胱子宮中隔切除までを行い腔管開放しない（前方操作）、3) 子宮マニピレーターのヒンジを参考に後腔円蓋部を限局性に開放する（後方操作）、という特徴がある。LAVH 件数は 266 件だった（うち 25 名は未経腔分娩）。中央値では、年齢 45 歳、BMI 22、手術時間 56 分、出血量 82g、摘出組織重量 173g だった。輸血症例は 1 例だった。また重篤な合併症は認めなかった。我々の行っている手技は手術時間を短縮するだけでなく経腔操作を容易かつ安全に行うことができると考えている。

418. 良性疾患に対する単純子宮全摘の術式選択に関する検討

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学、²⁾ 川崎医科大学 産婦人科学 1

佐野力哉¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、齋藤 渉²⁾、松本 良²⁾、松本桂子¹⁾、羽間夕紀子²⁾、杉原弥香²⁾、石田 剛²⁾、村田卓也²⁾、中井祐一郎²⁾、中村隆文¹⁾、下屋浩一郎²⁾、塩田 充¹⁾

【背景】単純子宮全摘術は婦人科領域の基本手術であるが、腹腔鏡下に行われることが多くなっている。当科では良性婦人科疾患に対するほとんどの治療が腹腔鏡下に行われる。その中で 2014 年より全腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）を開始した。従来から行っている腹腔鏡補助下腔式子宮全摘（LAVH）、腹式単純子宮全摘術（TAH）と合わせて手術成績を検討することにより TLH の安全性、手術適応を検討した。【方法】2014 年 4 月から 2018 年 3 月まで当教室で施行した子宮良性疾患手術のうち腹腔鏡手術（TLH 74 症例、LAVH 10 症例）と TAH 4 症例を含む計 88 症例を後方視的に検討した。【結果】88 症例のうち腹腔鏡手術を行ったのは 84 例（95%）で開腹移行した症例は 7 例（8.3%）であった。手術時間（分）は中央値で 167 vs 129.5 vs 144（TLH vs LAVH vs TAH）であり TLH は有意に長かった。出血量（ml）は 200 vs 252.5 vs 345 で TLH は有意に少なかった。摘出子宮重量（g）は 300 vs 217.5 vs 1150 で TAH が有意に重かった。開腹移行した 7 症例の成績は中央値で手術時間 149 分、出血量 560ml、子宮重量 1050g であった。LAVH に比べ TLH は未産が有意に多かった。偶発症は TLH の 4 症例（6%）に認めた。【結論】TLH は開腹手術に比べ出血量を減少させたが、1kg を超えると開腹移行のリスクが上昇する。腔式操作がないため LAVH に比し未産患者でも可能であり、悪性を疑わない疾患であればほとんどの症例で選択しうる術式である。

419. 当科における TLH の現状と巨大子宮筋腫（摘出重量 1000g 以上）症例の検討

徳島県立中央病院 産婦人科

前川正彦、三谷龍史、宮谷友香

【緒言】我々は平成 20 年から TLH を開始したが、ATH の割合を小さくするためにダグラス窩閉鎖例や巨大子宮筋腫症例に適応を拡大してきた。今回、TLH 症例の現状と摘出子宮重量 1000g 以上の症例の手術成績について検討したので報告する。

【方法】平成 23 年 1 月から平成 30 年 4 月までに子宮筋腫などの良性疾患で子宮を摘出した 301 例（TLH:285 例、ATH への変更例:3 例、ATH:13 例）を対象とした。TLH はダイヤモンド型にトロッカーを配置し、できる限りニューモオクルーダーを装着した子宮マニピュレーターと Koh カップを使用した。子宮動脈は側臍靱帯から逆行性に同定し結紮した。ATH の割合、摘出子宮重量、手術時間、出血量、子宮回収方法を検討した。

【成績】ATH の割合は平成 23 年:13.3%、平成 24 年:11.1%、平成 25 年:5.1%、平成 26 年:6.5%、平成 27 年:6.8%、平成 28 年:2.1%、平成 29 年:0%、平成 30 年:0% であった。摘出子宮重量 1000g 以上の症例は 21 例あった。子宮回収方法は平成 25 年まで電動式モルセレーター（7 例）を用いていたが、平成 26 年 4 月の FDA による安全性通知以降は下腹部横切開創（8 例）から搬出していた。平均重量は 1532g（1010-3815）、手術時間は 251 分（158-420）、出血量は 383ml（20-1200）であった。4 例に自己血輸血を行ったが、同種血輸血症例はなかった。

【考察】術野の展開を工夫することによって 3000g を超える巨大子宮まで TLH が可能であった。今後も TLH の手術手技の向上に努めたい。

420. 膀胱剥離に難渋した帝切既往のある TLH 症例

徳島赤十字病院

別宮史朗、乾 宏彰、松井寿美佳、牛越賢治郎、名護可容

【緒言】子宮全摘術を行う場合、どの術式であっても子宮からの膀胱剥離は重要な操作ポイントである。特に帝王切開術の既往が複数回の場合、子宮と膀胱癒着が強固となり、剥離時に膀胱損傷の危険性もある。今回帝王切開 2 回既往症例における TLH で、膀胱剥離が困難と判断して膈上部切断を行ったところ、剥離層が判明し TLH が遂行できた症例を経験したので報告する。

【症例】37 歳 2 経産で 2 回とも他院での帝王切開術の既往あり。過多月経と月経困難症の症状が強いため近医より手術目的に紹介された。初診時の超音波検査では、子宮前壁が厚く子宮は 96.2×59mm と腫大し子宮腺筋症が疑われた。MRI でも子宮腺筋症と診断された。挙児希望はなく子宮全摘を希望されたため、腹腔鏡下子宮全摘（TLH）を予定した。

【手術所見】膀胱子宮窩は癒着が広範囲に認められたため、まずは子宮支持靱帯処理と子宮動脈の結紮を行った。その後膀胱子宮窩の剥離を開始したが、剥離層がわからず、生食での膀胱充満や側方からアプローチでも境界を判明することはできなかった。膈上部での切断も考慮して子宮頸部で切断した。子宮体部がないため視野が広くなり、膈パイプ操作も行いやすく、後方および左右側方からのアプローチが容易になった。残った子宮膈部を切除して子宮全摘が遂行できた。

【まとめ】TLH 時に膀胱と子宮の癒着が強固で剥離困難な場合、子宮頸部で切断することで膀胱剥離部位が容易にわかることもある。

421. ロボット支援腹腔鏡下腔式子宮全摘術（RASH: Robot-assisted Simple Hysterectomy）の導入経験

倉敷成人病センター 産科婦人科

市川冬輝、安藤正明、戸枝 満、手石方康宏、二村 涼、吉津照見、坂手慎太郎、紀平知久、澤田麻里、濱崎洋一郎、菅野 潔、白根 晃、柳井しおり、太田啓明

本邦における良性子宮疾患に対する手術としてロボット支援腹腔鏡下腔式子宮全摘術（以下 RASH とする）が 2018 年 4 月より保険収載された。当院では 2013 年に悪性子宮疾患に対するロボット支援下手術を開始し、2018 年 3 月までに 266 例の経験を有する。このたびの保険適応を受け RASH を開始したので報告する。

【方法】RASH 開始 1 例目は粘膜下筋腫に対し、da Vinci Si を用い単純子宮全摘術を行った。碎石位で子宮マニピュレータを使用し、患者右側からのサイドドッキングで手術を行った。カメラは臍部 12mm トロッカーより挿入し、同じレベルで左右 8cm 外側にダビンチ用 8mm トロッカーを配置した。補助トロッカー 12mm を患者左側上腹部におき、計 4 点のポートとした。アシスタントは右手で補助操作を行いながら、左手でマニピュレータ操作を行った。手術手技は当院での腹腔鏡下子宮全摘術を再現する形で行った。

【成績】手術時間 85 分、コンソール時間 61 分、出血量少量で、合併症なく手術は終了した。ロボット支援下手術の特長である立体かつ精細な視野や自由度の高い鉗子操作により、尿管の剥離などの繊細な操作が必要な場面で有利であると考えられた。またコスト面を考慮してロボットアームの使用本数を 1 本減らしエナジーデバイスを使用しなかったが、問題なく手術を完遂しえた。

【結論】良性子宮疾患に対し安全に RASH を行うことができた。今後大型子宮や癒着症例に適応を拡大し有効性を探っていきたい。

422. 早期子宮体癌に対する腹腔鏡 vs ロボット支援下手術の短期予後に関する検討

倉敷成人病センター 産科婦人科

菅野 潔、安藤正明、戸枝 満、手石方康宏、二村 涼、市川冬輝、吉津照見、濱崎洋一郎、澤田麻里、坂手慎太郎、紀平知久、白根 晃、柳井しおり、太田啓明

【目的】早期子宮体癌に対する従来の腹腔鏡下手術（CLS）と RAS の短期周術期予後を比較し、RAS の導入に伴う technical feasibility について評価を行うことを目的とした。

【方法】2013 年 10 月～2017 年 12 月に行われた子宮体癌に対する鏡視下子宮体癌根治術 255 例のうち、術式として子宮全摘＋両側付属器切除＋後腹膜リンパ節郭清を行った FIGO Stage IA、IB の 172 例（CLS 群 90 例、RAS 群 82 例）を対象に、手術時間、出血量、摘出リンパ節個数、術後在院日数、周術期合併症について後方視的に比較・検討を行った。尚、傍大動脈リンパ節郭清は CLS 群 /RAS 群共にロボットを使用しない従来通りの後腹膜鏡下手術（R-PAND）で施行したため、R-PAND に関する手術時間、出血量等は除算し、骨盤内操作のみでの検討とした。

【成績】CLS 群 /RAS 群での手術成績 Mean±SD 値は、手術時間（分） $137 \pm 29 / 185 \pm 40$ ($p < 0.01$)、出血量（mL） $193 \pm 130 / 217 \pm 117$ ($p = 0.21$)、摘出リンパ節個数（個） $43 \pm 15 / 42 \pm 16$ ($p = 0.70$)、術後在院日数（日） $9.0 \pm 3.0 / 8.2 \pm 3.0$ ($p = 0.07$)、Clavien-Dindo 分類 Grade III 以上の合併症発生率（%）は $0 / 1.2$ ($p = 0.29$) であった。両群共に輸血例は無かったが、RAS 群で開腹移行を 1 例に認めた。

【結論】早期子宮体癌に対する RAS は CLS と比較して手術時間は延長したが、その他は同等であり、technical feasibility は担保されるものと考えられた。Oncological outcome については更なる検討が必要である。

423. 腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を施行した婦人科悪性腫瘍の 2 例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

井上翔太、松元 隆、藤岡 徹、宇佐美知香、今井 統、吉田文香、宮上 眸、横山真紀、安岡稔晃、内倉友香、高木香津子、松原裕子、松原圭一、杉山 隆

【緒言】周囲臓器に浸潤した婦人科悪性腫瘍を完全切除しようとする場合、周囲臓器を含めた広範な切除術である骨盤内臓全摘術が必要となる。骨盤内臓全摘術は術後合併症も多いため過大侵襲な手術と認識されるが、近年腹腔鏡下に行われることも多くなり、低侵襲性の視点よりその有用性が報告されている。当院で腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を施行した 2 例について報告する。

【成績】＜症例 1＞70 歳、腔断端癌。35 歳時に子宮内膜症にて子宮全摘術の既往あり。腔断端に腫瘤を認め、組織診にて類内膜癌 Grade I と診断された。放射線治療、ホルモン療法、化学療法を施行するが奏功せず、腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を行った。腔会陰・直腸切除、膀胱尿道全摘、回腸導管・結腸人工肛門造設を行い腫瘍を完全切除した。手術時間 8 時間 45 分、出血量 190ml、術後経過良好で術後 28 日目に退院した。＜症例 2＞29 歳、腔悪性黒色腫 stage 2C。腔円蓋より腔前庭まで広がる腫瘍に対し腹腔鏡下前方骨盤内臓全摘術を行った。本人の直腸温存の希望が強く、腔会陰切除、子宮・付属器・膀胱尿道全摘、回腸導管造設を行った。直腸側は切除 margin が 1mm 程度であったが腫瘍の完全切除は得られた。手術時間 8 時間、出血量 760ml、術後経過良好で術後 19 日目に退院した。

【結語】2 例とも術後合併症を認めず、開腹術と比較し術後経過が良好であることが示唆された。今後も症例を適切に選択し積極的に腹腔鏡下骨盤内臓全摘術を実施していきたい。

424. 骨盤臓器脱に対し腔式から腹腔鏡下に移行して子宮全摘術を完遂できた 1 例

徳島赤十字病院 産婦人科

乾 宏彰、松井寿美佳、牛越賢治郎、名護可容、別宮史朗

【症例】75歳、3経妊3経産。2型糖尿病と脂質異常症に対して内服加療中。数十年前に両側卵管結紮術の既往あり。2か月前から外陰部に腫瘤感があり、かかりつけの近医内科より当科紹介受診した。

【初診時所見】内診でPOP-Q（Pelvic Organ Prolapse Quantification）stage IVの骨盤臓器脱を認めた。子宮頸部および内膜細胞診では異常は認めなかった。排尿困難を伴っていたことから希望により手術加療、術式は腔式子宮全摘術および前後陰壁形成術を選択した。

【手術時所見】膀胱を剥離し、左右傍子宮組織の処理を行った。Douglas 窩および膀胱子宮窩腹膜を開放したが子宮体部の下降が不良で子宮底部が触診で確認できず、子宮体部と腸管あるいは腹壁との癒着が疑われた。腹腔鏡下に観察したところ、左腹壁と大網が広範囲に癒着し、子宮底部と大網が強固に癒着していた。それらの癒着を鏡視下に剥離した。そのまま鏡視下に手術を続行し、左右の子宮円靱帯および上部靱帯を処理し子宮を切離、腔から回収した。再度腔式手術に移行し、前後陰壁形成術を施行し手術を終了した。摘出子宮を確認したところ、子宮頸部は約7cmと著明に延長していた。

【まとめ】今回、子宮とその周囲に広範囲に癒着を伴っていた骨盤臓器脱を経験した。骨盤腔内の癒着が疑われ腔式手術が困難と推測される症例には鏡視下の観察が有効な手段の1つであると考えられた。

425. 当院における良性疾患に対する腹腔鏡下子宮全摘術時の経腔的検体回収法

倉敷成人病センター 産科婦人科

濱崎洋一郎、安藤正明、戸枝 満、手石方康宏、市川冬輝、吉津照見、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、白根 晃、紀平知久、太田啓明

（緒言）低侵襲手術である腹腔鏡下子宮全摘術（Total laparoscopic hysterectomy 以下 TLH）における体外搬出経路は、経腔、経トロッカー、小切開の3つである。小切開は安全性が担保されるのであれば避けたい手技である。当院では良性疾患に対する TLH 時に、創追加切開を避けるため全例で経腔回収を行っている。手術動画を供覧し、当院の経腔回収法について手順を述べ、必要不可欠な coring technique についてモデルを用いて説明する。（手順）（1）検体を腔管に誘導。検体が大きく誘導できない時は、腹腔内で長柄メスを用いて検体を細切・変形させた後に誘導。（2）視野確保のため側板を0時方向、腸ペラを5時方向に腔から腹腔内まで挿入し、膀胱、腔壁及び直腸を保護。（3）経腔的に検体を明石式双鉤鉗子で把持・牽引し、患者左側で側板と腸ペラの間のみで、長身の剪刀を用いて切断し回収。この際に必要なのが coring technique である。coring technique とは、検体を牽引・回転させながら剪刀で螺旋状に押し切ることで、最終的に細長く線状にするものである。（成績）2017年9月～12月までの良性疾患に対する TLH100例において、摘出検体重量、回収時間の平均値は488.4g（60-4400g）、5.0分（0.1-132分）。全例で経腔回収時の合併症は認めなかった。（結語）当院の TLH における経腔的検体回収法を述べた。腔は有用な回収経路であり、工夫により大きさの制限が少なくなり、様々な検体の回収も可能である。

426. 深部静脈血栓症、肺動脈塞栓症等を合併し、治療・管理に難渋した子宮筋腫の1例

福山医療センター 産婦人科

甲斐憲治、矢野肇子、田中梨沙、田中梓菜、早瀬良二、山本 暖

【緒言】血栓症を合併した子宮筋腫の症例報告は多く散見されるが、血栓症治療のため、抗凝固薬の投与中に分娩筋腫による性器出血が持続し、治療・管理に難渋した症例を経験したので報告する。【症例】40代女性。3

経妊1経産。主訴：身倦怠感、食欲低下、動悸。A病院にて貧血と子宮筋腫を指摘され、呼吸困難にてB病院を経てC病院で脳梗塞、深部静脈血栓症、肺動脈血栓症、肝動脈血栓症と診断され、tPA製剤投与、下大静脈フィルター留置がなされた。長期安静と子宮筋腫による血栓症が疑われた。以後ヘパリン、ワーファリンで治療継続されたが、発熱と炎症反応上昇のため、当院へ紹介となった。重度の貧血をみとめ、MRIで筋腫分娩と変性も伴う筋層内多発子宮筋腫をみとめた。入院後、抗凝固剤はヘパリン投与に変更し、性器出血による貧血と感染兆候の治療目的で分娩筋腫を経腔的に摘出した。性器出血は減少し、感染兆候も治まった。その後、リユープリン投与で筋腫の縮小を図り、抗血栓剤の投与で血栓も著しく減少した時点で、腹式子宮全摘術を施行した。術後に大きな有害事象もなく経過良好であった。【結語】血栓合併の子宮筋腫症例の治療に当たり、1期的に分娩筋腫を切除したことが、病状の回復に大きく寄与したと思われた。また、筋腫の縮小・貧血の改善・血栓の減少を行ったのちに、2期的に子宮全摘術を施行したことが順調な経過に繋がったと考えられた。

427. 術中大量出血が危惧される巨大筋腫・頸部筋腫に対して術前UAEを行った4例

1) 高知大学 産科婦人科、2) 高知大学 放射線科

高田和香¹⁾、牛若昂志¹⁾、谷口佳代¹⁾、池上信夫¹⁾、仰木健太²⁾、吉松梨香²⁾、梶原賢司²⁾、山西伴明²⁾、南口博紀²⁾、山上卓士²⁾、前田長正¹⁾

【緒言】子宮筋腫に対するUAEは保険収載され、その件数も増加している。しかし、巨大子宮筋腫に対するUAEは治療反応性が乏しく、子宮摘出術や筋腫核出術などの手術療法が勧められている。一方、筋腫核出術前のUAEの有用性については術中出血量低下などのメリットも報告されている。今回、巨大筋腫や頸部筋腫など術中大量出血が予測される4症例に術前UAEを行ったので、その有用性について報告する。

【症例】症例は、平均最大径20cmの巨大筋腫3例と8cm大の靱帯内筋腫を伴う子宮癌肉腫1例。手術前々日に硬膜外麻酔を留置、手術前日にエンボスフィアを用いてUAEを行い、手術を行った。筋腫に対しては、単純子宮全摘・両側卵管切除、癌肉腫に対しては単純子宮全摘・両側付属器切除・骨盤リンパ節郭清を行った。術中大量の動脈性出血はなく、平均手術時間は192.75分、出血量345mlで他家血輸血は不要であった。UAEに伴う有害事象は腰痛が1例であったが鎮痛剤追加で対応可能であった。

【考察】UAE施行前に硬膜外麻酔を留置することで疼痛コントロールは良好であった。術前UAEを行うことで他家血輸血を必要とせず子宮摘出可能であった。長期的な卵巣機能低下に関しては今後検討する必要がある。

【結語】巨大筋腫・頸部筋腫など術中大量出血が予測される子宮摘出術において、術前UAEは出血量低下など安全に手術を施行する上で有用な手技であると考えられた。

428. 骨盤深部子宮内膜症に対する腹腔鏡手術のレジリアンスを高めるための当科での原則的手技

松山赤十字病院 産婦人科

横山幹文、林 広典、勝間慎一郎、大神靖也、久保絢美、梶原涼子、東條伸平、島本久美、本田直利

【目的】骨盤深部子宮内膜症（DIE）に対する腹腔鏡手術のレジリアンスを高めるには、DIEの複雑な骨盤内解剖の偏位に対する柔軟な適応型技能が必要である。そこで当科で行うDIEのダグラス窩閉鎖病変に対する側方アプローチの原則的手技を供覧することを目的とした。【方法】原則1まず癒着のない側方の尿管をランドマークとして尿管上縁に沿って骨盤腹膜を尾側に切開し尿管を分離する。病変切除範囲により尿管トンネル付近まで分離する。原則2左右の直腸側腔を試掘する。癒着のない直腸側方腹膜（仙骨子宮靱帯内側）を切開し、直腸プローブを用いて直腸側壁の走行を確認しながら、直腸側腔を試掘し直腸の走行を確認する。その際、内膜症性病変を伴う仙骨子宮靱帯は尿管との関係に注意しながら切除する。原則3子宮背側の癒着病変を残し

たまま、癒着病変の直腸前壁ラインを直腸プローブで確認しつつアーチ状に左右の腹膜切開ラインを合流させる。直腸プローブによる前壁、側壁および子宮マニピレータのヒンジ部分との関係性を確認しつつ、ダグラス窩閉鎖を開放する。原則4DIE病変は剥離したままにせず、可及的に子宮後壁あるいは直腸前壁より切除する。最後に遅発性直腸穿孔予防のための縫合を行い、リークテストを行う。【結論】以上の原則的手技を教示しながら後進の術者に適応型技能を徐々に習得させレジリアンスを高めることとしている。

Plus One セミナーについて

会期中に Plus One セミナーを開催いたします。学生・初期研修医、専攻医を対象として「腹腔鏡ハンズオンセミナー」、若手のみならずベテランの先生方を対象として「日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）」によるインストラクターおよびベーシックコースの研修も行います。今回の企画が、皆様にとって産婦人科診療に対する興味を高め、若手産婦人科医師の確保に繋がればと期待しております。

なお、Plus One セミナーは本会ホームページより事前申込み制とさせていただきます。

■Plus One セミナー 1

腹腔鏡ハンズオンセミナー

「腹腔鏡下手技の基本から応用まで」

日 時：9月22日（土）9：00-11：30

会 場：2F 第1・2会議室（第3会場）

対 象：大学・臨床研修病院の学生、初期研修医、専攻医

※上記を優先させていただきますが、参加枠に余裕があればどなたでもご参加いただけます。

参加費：無料

講 師：藤岡 徹、安岡稔晃（愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学）

協 賛：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

■Plus One セミナー 2-1

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS） インストラクターコース

日 時：9月22日（土）9：00-13：00

会 場：2F 第6会議室・第7会議室・展示室

対 象：医師・助産師・看護師

参加費：10,000 円

■Plus One セミナー 2-2

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS） ベーシックコース（看護職中心）

日 時：9月22日（土）13：30-17：30

会 場：2F 第6会議室・第7会議室・展示室

対 象：看護職中心（医師も含む）

参加費：15,000 円

■Plus One セミナー 2-3

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS） ベーシックコース（看護職中心）

日 時：9月23日（日）9：00-13：00

会 場：2F 第6会議室・第7会議室・展示室

対 象：看護職中心（医師も含む）

参加費：15,000 円

■Plus One セミナー 2-4

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS） ベーシックコース（医師のみ）

日 時：9月23日（日）13：30-17：30

会 場：2F 第6会議室・第7会議室・展示室

対 象：医師

参加費：15,000 円

■参加受付

参加者には受講票を事前にお送りいたします。当日は、プリントアウトした受講票をお持ちいただき、腹腔鏡ハンズオンセミナーまたは、日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）の会場前に設置いたします参加受付デスクにご提示ください。

企業展示・ドリンクコーナーのご案内

会期中に企業展示を開催いたしますので、是非お立ち寄りください。

【1F ロビー（第1会場前）】

企業展示

日時：9月22日（土）11：00～19：00／9月23日（日）8：00～14：30

出展社名

キヤノンメディカルシステムズ株式会社

コニカミノルタジャパン株式会社

テルモ株式会社

トーイツ株式会社

【1F ロビー（第1会場前）】

ドリンクコーナー

日時：9月22日（土）11：00～19：00／9月23日（日）8：00～14：30

アイクレオ株式会社

アイクレオ株式会社
アトムメディカル株式会社
エム・シー・メディカル株式会社
大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部
科研製薬株式会社
株式会社カワニシ
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
共和医理器株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社
株式会社サンメディカル
四国新薬会
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
中外製薬株式会社
テルモ株式会社
トーイツ株式会社
日本イーライリリー株式会社
バイエル薬品株式会社
富士製薬工業株式会社
持田製薬株式会社
雪印ビーンスターク株式会社

2018年6月13日現在

ポリマー製ロック式結紮クリップ

Vesolock™

結紮システム



販売業者:  エム・シー・メディカル株式会社

www.mcmed.co.jp

本社: 〒108-0075 東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー12階 TEL: 03(5715)2813(代表) FAX: 03(5715)2816



**カワニシグループは、
医療・ライフサイエンス・介護の
分野で総合的なサービスを
提供します。**

最新の医療情報を、毎月お届けします。
市場動向、医療技術、新製品、治験承認、M&A、病院マネジメント、
品質管理、医療訴訟リスク管理...



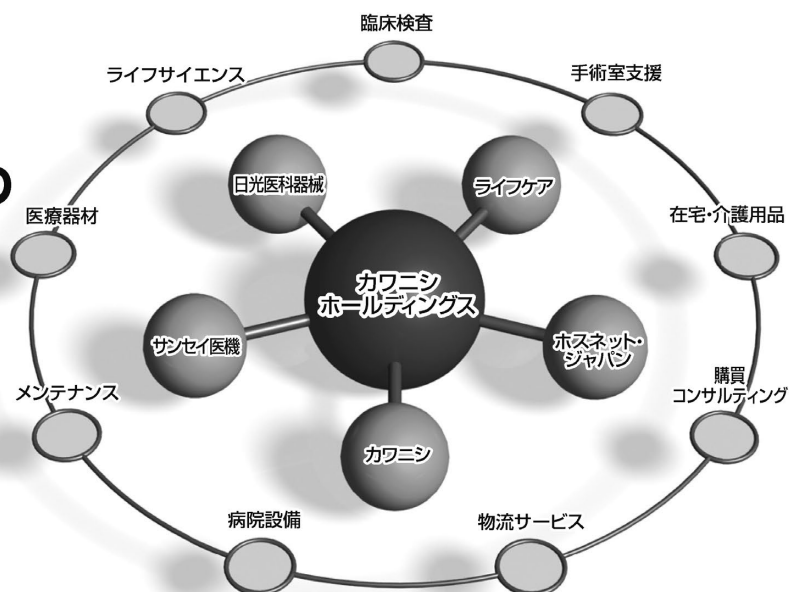
年費
46,800円
(税別)

海外の医療デバイスの最新情報を
ピックアップ。ダイジェストで毎月
お届けします。
バックナンバーも含めて、ホーム
ページからいつでもダウンロード
して読めます。

購読のお申し込みはこちらから!

<http://www.kawanishi-md.co.jp/mg/>

毎月15日発行、1号20頁、年12号発行



株式会社カワニシホールディングス 〒700-0907 岡山県岡山市北区下石井1-1-3 日本生命岡山第二ビル8階 TEL:086-236-1112 URL:<http://www.kawanishi-md.co.jp>

株式会社カワニシ
サンセイ医機株式会社
日光医科器械株式会社

〒700-8528 岡山県岡山市北区今1-4-31
〒963-8822 福島県郡山市昭和2-11-5
〒581-0018 大阪府八尾市青山町4-10-22

TEL:086-241-1112
TEL:024-944-1157
TEL:072-999-1411

株式会社ホスネット・ジャパン
株式会社ライフケア

〒700-0975 岡山県岡山市北区今1-3-19
〒700-0971 岡山県岡山市北区野田3-11-38

TEL:086-246-5501
TEL:086-805-4500

医療機器、理化学機器の総合商社

明日を拓き、夢をはぐくむ。

私たちは、健康文化の創造、発展のためいつも挑戦を続けています。



KYOWA

共和医理器株式会社



FS516014/ISO 9001:2015
MD516015/ISO13485:2016

本社
福岡
支店
山形
支店
松山
支店
岡山
支店
山形
支店
松山
支店
岡山
支店
山形
支店
松山
支店
岡山

〒721-0961
〒721-0961
〒733-0833
〒791-1102
〒791-1102
〒794-0823
〒700-0975
〒733-0833

広島県福山市明神町二丁目12番15号
広島県福山市明神町二丁目12番15号
広島県福山市明神町二丁目12番15号
愛媛県松山市来住町1277-1
愛媛県松山市来住町1277-1
愛媛県今治市郷本町一丁目3番58
岡山市北区今8丁目13-13
広島県福山市明神町二丁目12番15号

TEL 084-924-3108
TEL 084-924-3108
TEL 082-270-1520
TEL 089-990-8890
TEL 089-990-8890
TEL 0898-34-3350
TEL 086-246-6311
TEL 082-270-1510

FAX 084-924-3749
FAX 084-924-3749
FAX 082-270-1553
FAX 089-990-8891
FAX 089-990-8891
FAX 0898-34-3351
FAX 086-246-6310
FAX 082-277-1665



手術支援ロボット
ダヴィンチ
da Vinci Xi

詳細に関しては取扱説明書または添付文書等でご確認ください。
販売名 da Vinci Xi システム
承認番号 227000200110000
© Intuitive Surgical, Inc.

数年先の
スタンダードを創る。



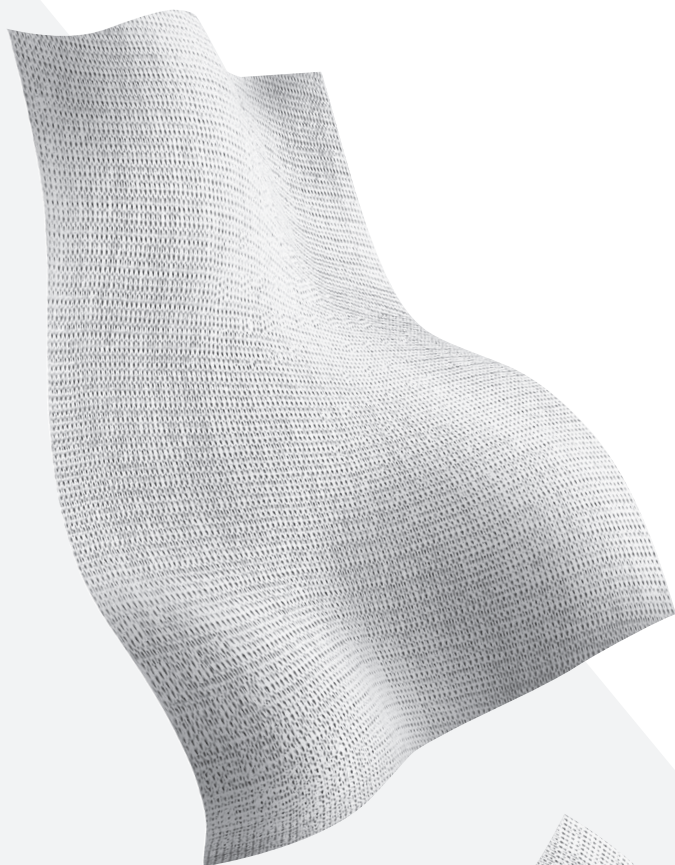
医療機器、医療材料、医薬品、介護商品の販売

株式会社 **サンメディカル**

宇和島 松山 西条 今治 高知
<http://www.sunmedical-e.co.jp>

ETHICON

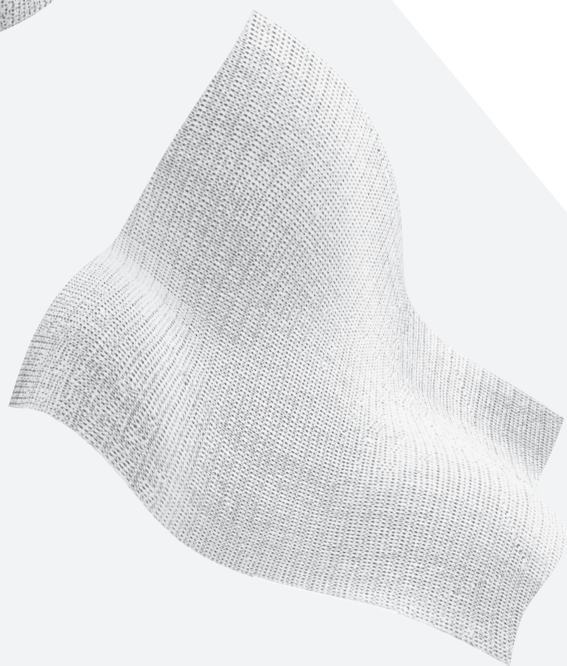
PART OF THE *Johnson & Johnson* FAMILY OF COMPANIES



INTERCEED*

Absorbable Adhesion Barrier

酸化再生セルロース・合成吸収性癒着防止材



HARMONIC® HD 1000i

日本の外科医の理想を追求しました



一般の方・患者様向け

日本イーライリリー医薬情報問合せ窓口
リリーアンサーズ

Lilly Answers

0120-245-970
078-242-3499

※1 ※1 通話料は無料です。携帯電話、PHSからでもご利用いただけます。
※2 ※2 フリーダイヤルでの接続が出来ない場合、このお電話番号にお掛けください。尚、通話料はお客様負担となります。

0:00 8:45 22:00 24:00

月	音声ガイダンスに よる対応	オペレーターに よる対応	音声ガイダンスに よる対応
火			
水			
木			
金			
土			
日			

音声ガイダンスによる対応

製品に関するお問合せも受け付けております。月曜日から金曜日 8:45～17:30

リリーの サポートプログラム

必要なとき、
必要な情報を。



お電話でも…

Webでも…

一般の方・患者様向け

糖尿病
情報提供サイト

Diabetes.co.jp
www.diabetes.co.jp

糖尿病情報提供サイト
Diabetes.co.jpは
患者様とご家族を
応援する情報を
多数ご用意しております。



日本イーライリリー株式会社

〒651-0086 神戸市中央区磯上通7丁目1番5号

INS-A026 (R3)
2018年4月作成

 FujiPharma

天然型黄体ホルモン製剤

薬価基準未収載

ウトロゲスタン[®] 腔用カプセル200mg

UTROGESTAN[®] vaginal capsules 200mg

プロゲステロン腔用カプセル

処方箋医薬品 (注意 — 医師等の処方箋により使用すること)

® : 登録商標 (BESINS HEALTHCARE LUXEMBOURG S.A.R.L. 所有)

「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、添付文書をご参照ください。

(資料請求先)
 富士製薬工業株式会社
富山県富山市水橋辻ヶ堂1515番地
<http://www.fujiipharma.jp>



2017年2月作成

すこやかな笑顔のために

雪印ビーンスターク株式会社

めざしているのは、母乳そのもの。

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

雪印ビーンスタークは1960年日本初の全国規模の母乳調査を行って以来、現在にいたるまで母乳の成分、そのはたらき(機能)に加え、母親の生活環境も調査対象に入れ母乳研究を続けています。

「ビーンスターク すこやかM1」は母乳が足りないときや与えられないときに、母乳の代わりにお使いいただくためにつくられた最新のミルクです。

BeanStalk 

公式サイト
<http://www.beanstalksnow.co.jp/>

育児情報のコミュニティサイト
まめこみ <http://www.mamecomi.jp/>



BeanStalk  は、大塚製薬株式会社の商標です。

