

2008

Vol.57

# 現代産婦人科

No.2

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第61回 日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会  
プログラム・講演抄録

会期 2008年9月20日(土)・21日(日)

会場 サンポートホール高松・かがわ国際会議場

会長 秦 利之(香川大学)



日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会

## ご 挨拶

このたび、第 61 回日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会を私どもの香川地方部会並びに香川大学が担当させて頂き、高松市で開催できることをたいへん光栄なことに感謝しております。

本学術講演会の第一の目的は、やはり中四国の産婦人科医のレベルの向上ではないでしょうか。それにはその内容をいかによいものにするか、言い換えれば、いかに面白いものにするかではないでしょうか。そこで、特別講演を 2 題企画いたしました。まず、米国 William Beaumont Hospital の Wesley Lee 先生に最新の 3 次元 4 次元超音波について講演して頂きます。Lee 先生は、3 次元 4 次元超音波で現在最もアクティブに研究を行っている先生のお一人で最新の情報を得ることができるものと思います。もう 1 題は、順天堂大学医学部病理学講座の樋野興夫先生にがん哲学外来という新しい試みについて講演して頂きます。樋野先生は、発癌のメカニズムとして有名なツーヒット理論のクヌッドソン教授の愛弟子ですが、今回がん哲学外来という耳慣れないがん患者のための新しい試みについて興味深いお話をして頂けるものと思います。また、教育講演として、京都府立医科大学産婦人科の北脇 城先生に子宮内膜症の治療のお話を、さらには中四国のエキスパートの先生方に卒後研修プログラム並びに生涯研修プログラムの講演をして頂く予定です。今回、一般演題として 85 題のご応募を頂きました。中四国の産婦人科医のアクティビティの高さを示して頂きますよう活発な討論を期待しております。

その他、従来通り、学会賞受賞講演、そして昨年からは始まった若手医師による研修医コーナーも行う予定です。さらに、今回初めてプリングレスランチョンセミナーとして鹿児島市立病院総合周産期母子医療センター新生児科の茨聡先生に RS ウイルス感染症のホットな話題を提供して頂きます。2 日目のランチョンセミナーでは、名古屋市立大学臨床検査医学講座の岡嶋研二先生に最新の DIC に関するお話を、そして国立循環器病センター周産期治療科の池田智明先生に分娩時の胎児モニタリングのお話を頂く予定です。

以上のように、盛りだくさんの内容を企画しておりますので、しっかり勉強して頂けたらと思います。実り多い学会とするため、教室員一同、皆一丸となって鋭意準備を進めております。会員の皆様には奮ってご参加下さいますようお願い申し上げます。なお、学生および初期研修医の学会および懇親会への参加は無料とさせて頂いておりますので、多数出席して頂きますようご高配お願い申し上げます。

第 61 回日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会  
会長 秦 利之

第 61 回 日本産科婦人科学会中国・四国合同地方部会総会  
ならびに学術講演会

会 長 香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学 教授 秦 利之

会 期 平成 20 年 9 月 20 日 (土) ~ 21 日 (日)

会 場 サンポートホール高松・かがわ国際会議場  
〒760-0019 高松市サンポート 2-1  
TEL 087-825-5000

学術委員会 9 月 20 日 (土) 10:30~11:30 5 階 55 会議室

理 事 会 9 月 20 日 (土) 11:30~13:00 5 階 55 会議室

評議員会 9 月 21 日 (日) 12:00~13:00 6 階 62 会議室

総 会 9 月 21 日 (日) 13:30~14:00 第 1 会場

会員懇親会 9 月 20 日 (土) 講演会終了後 (19:00~)  
場所: 全日空ホテルクレメント高松 3F 飛天

事 務 局 〒761-0793 香川県木田郡三木町池戸 1750-1  
香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学内  
第 61 回日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会事務局  
TEL 087-891-2174 FAX 087-891-2175  
学会 HP <http://www.med-gakkai.com/jsog-cs61/>

## 学会参加者へのお知らせ

### 学会参加の方へ

1. 受付：総合受付にて、第1日目（9月20日）は午前11時より、第2日目（9月21日）は午前8時10分より行います。
2. 学会参加費：8,000円は当日お支払い下さい。**なお、学生および初期研修医は参加費無料です。受付にて学生および初期研修医であることを証明できるもの（学生証等）を提示して下さい。**また、学会場内では参加証を必ず着用下さい。
3. 日産婦学会専門医シールおよび日産婦医会シールは参加証を持参の上、シール交付受付にてお受け取り下さい。

### 演者の方へ

口演は、PCでの発表のみとさせていただきます。

#### 【研修医コーナー、学会賞受賞講演、卒後研修プログラム、生涯研修プログラム】

1. 発表データはメディア（CD-RまたはUSBメモリ）でご持参の上、講演開始30分前までに第1会場前のPC受付にて動作確認をお済ませ下さい。
2. ご発表データにつきましては、Windows MS PowerPoint（2000以上）で作成したものをお持ち下さい。
3. 動画を含む場合、もしくはMacintoshで作成のデータを使用される場合は恐れ入りますがPC本体をご持参下さい。
4. お持ちになるPCの出力端子はD-sub 15pinに限ります。専用アダプタが必要な方は必ずご持参下さい。また、電源ケーブルも合わせてご持参下さい。

#### 【一般講演】

1. 一般講演の講演時間は5分、討論時間は3分です。講演時間は厳守して下さい。次演者は指定された席にお着き下さい。
2. スライド枚数に制限はありませんが時間内でのご発表をお願いします。
3. 発表データはメディア（CD-RまたはUSBメモリ）でご持参の上、**第1日目（9月20日）の14時～17時の間に、ご自身のご発表会場前のPC受付にて動作確認をお済ませ下さい。**
4. ご発表データにつきましては、Windows MS PowerPoint（2000以上）で作成したものをお持ち下さい。Macintoshでデータを作成される方は、フォントによる不具合が生じる場合がございますので、予めWindowsにて動作確認を行った上でお持ち下さい。
5. 動画は原則としてご遠慮願います。どうしても必要な場合には、事前に事務局までご連絡をお願いします。

### 座長の先生の方へ

1. 座長の先生は、各会場の受付にお立ち寄り下さい。連絡事項等ございましたらお伝えいたします。
2. 座長の先生は、セッション開始 10 分前には次座長席にお着き下さい。

### 会員懇親会について

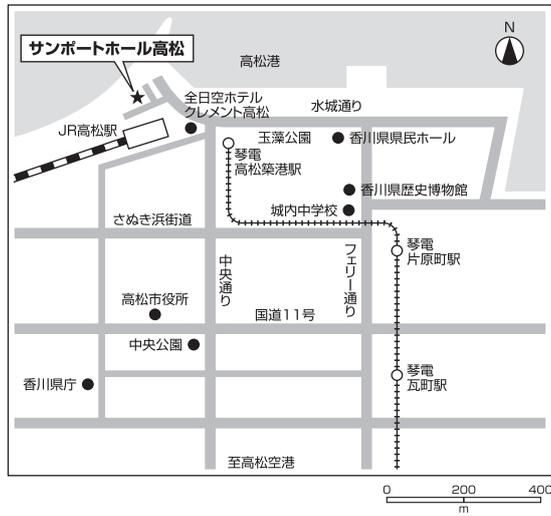
第 1 日目（9 月 20 日）講演終了後 19 時頃より、全日空ホテルクレメント高松 3 階「飛天」におきまして会員懇親会を行います。**参加は無料です。**

サンポートホールからホテルへは、**2 階の連絡通路を**通って移動をお願いします。多数の先生方のご参加をお待ちしています。

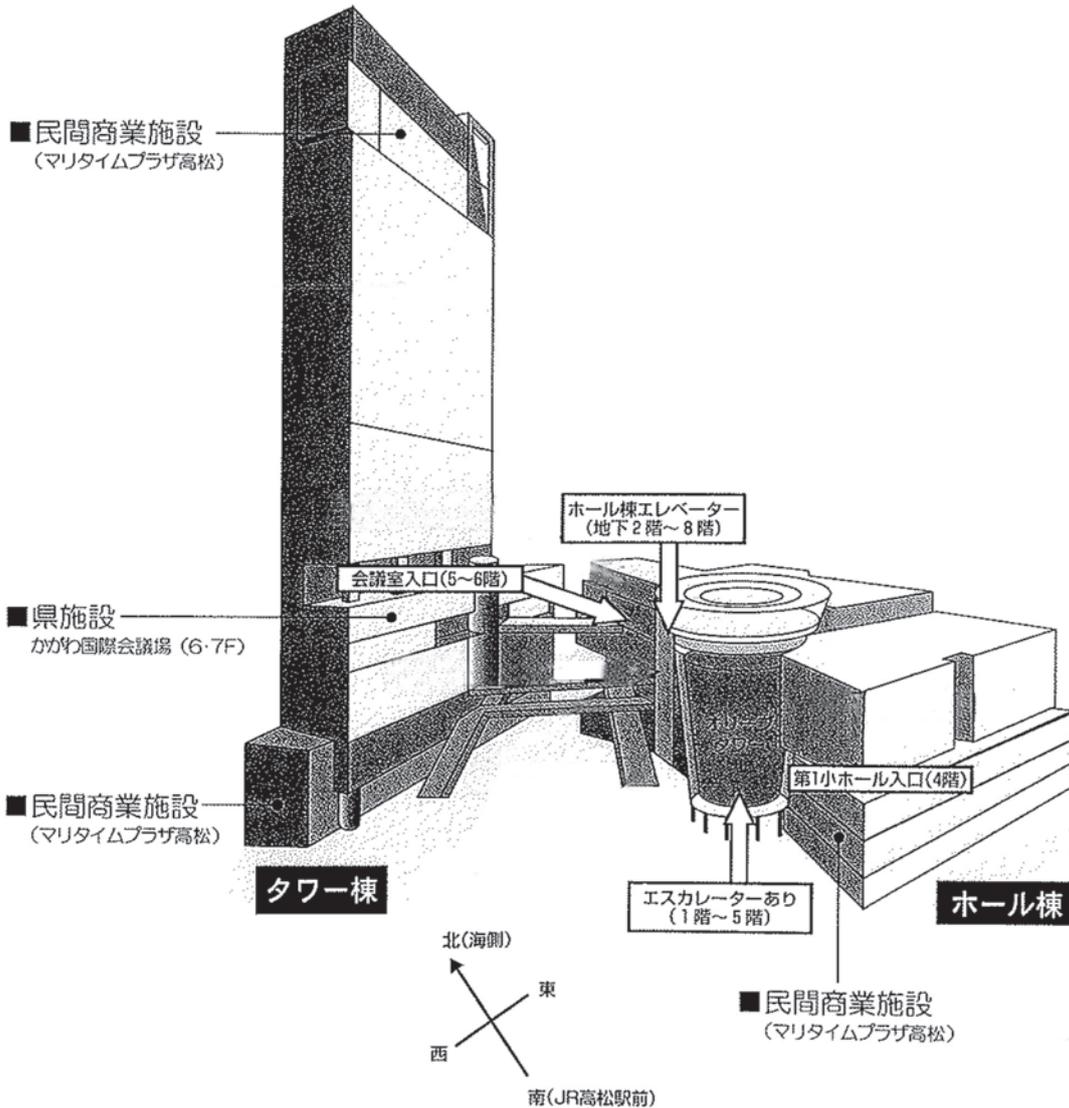
### ランチョンセミナーについて

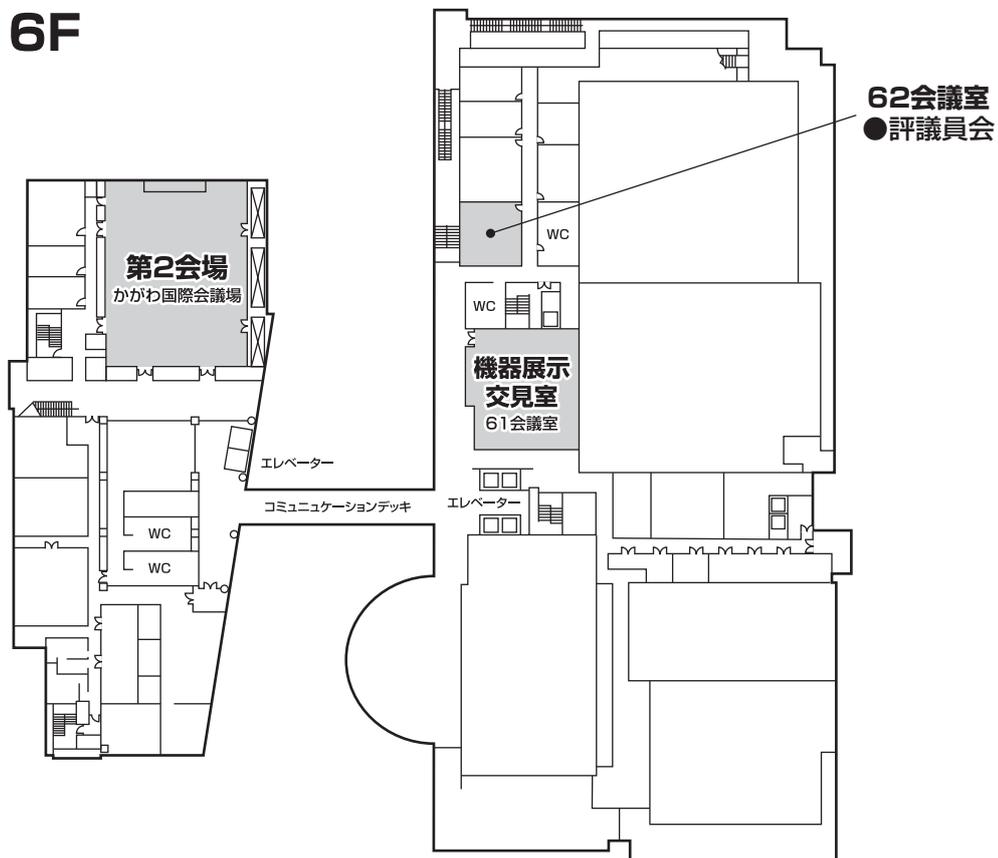
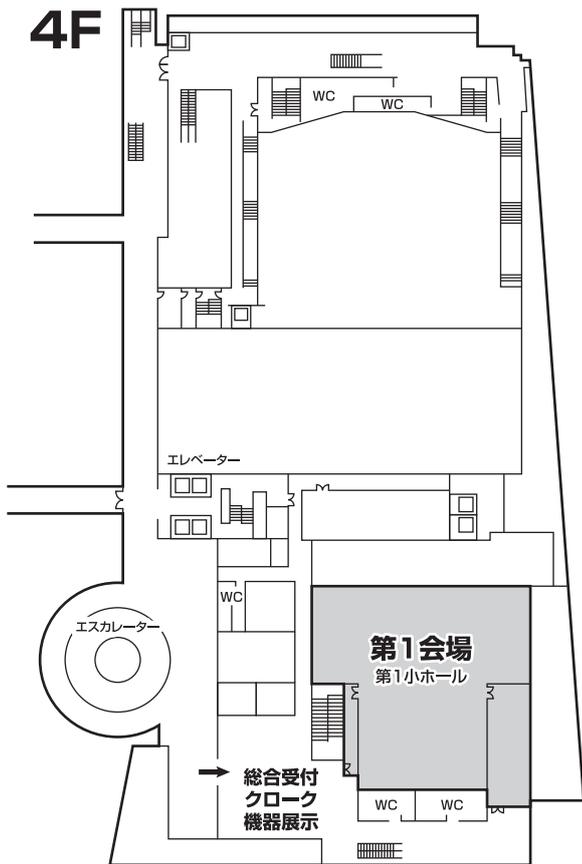
1. 第 1 日目（9 月 20 日）12 時より第 2 会場におきまして、プリコンGRES ランチョンセミナー、また第 2 日目（9 月 21 日）12 時 30 分より第 2・第 3 会場におきましてランチョンセミナーを予定しております。
2. お弁当は十分な数をご用意しておりますが、参加者多数により万が一不足が生じた際は、何卒ご容赦下さいますようお願い申し上げます。

# 会場案内図



JR高松駅より 徒歩3分  
 琴電築港駅より 徒歩5分  
 高松空港より 車で40分





## 第 61 回日本産科婦人科学会中国・四国合同地方部会

総会ならびに学術講演会プログラム

# 9月20日（土）第一日

## 第2会場

12:00	<b>プリコングレスランチオンセミナー</b> （共催 アボットジャパン） 「Near Term児をRSウイルス感染症から守る～産婦人科医の役割と責務～」 演者 鹿児島市立病院 茨 聡 先生 座長 香川大学 原 量宏 先生
13:00	

## 第1会場

13:25	<b>開会の挨拶</b> 秦 利之 会長
13:30	<b>研修医コーナー</b> 1. 会陰切開 あなたはどうしていますか？ 2. 子宮外妊娠 これまでに経験したなかで印象的な症例は？ どのような治療をしていますか？
14:50	<b>卒後研修プログラム</b> I. 「女性と漢方」 演者 香川大学 塩田 敦子 先生 座長 徳島大学 苛原 稔 教授 II. 「知っておきたい婦人科悪性腫瘍の治療」 演者 岡山大学 児玉 順一 先生 座長 山口大学 杉野 法広 教授
15:30	<b>スポンサー教育講演</b> （共催 持田製薬） 「子宮内膜症の治療 -手術療法か薬物療法か？-」 演者 京都府立大学 北脇 城 教授 座長 高知大学 深谷 孝夫 教授
16:10	<b>学会賞受賞講演</b> 「NY-ESO-1/疎水化多糖プルラン複合体を利用した NY-ESO-1特異的CD4及びCD8T細胞の誘導」 演者 ペンシルバニア大学 長谷川幸清 先生 座長 岡山大学 平松 祐司 教授
16:30	<b>スポンサー特別講演 I</b> （共催 GE横河メディカルシステム） 「3D/4D Fetal Ultrasonography - What Have We Learned ?」 演者 William Beaumont Hospital Dr. Wesley Lee 座長 広島大学 工藤 美樹 教授
17:30	<b>スポンサー特別講演 II</b> （共催 中外製薬） 「がん哲学外来 -がん医療の隙間-」 演者 順天堂大学 樋野 興夫 教授 座長 島根大学 宮崎 康二 教授
18:30	

## 懇親会場

19:00	<b>会 員 懇 親 会</b>
-------	------------------

## 9月21日（日）第二日 午前

### 第1会場

8:30	第1群 (101-105) 周産期Ⅰ 愛媛大学 松原 圭一 先生
9:10	第2群 (106-110) 周産期Ⅱ 広島大学 三好 博史 先生
9:50	第3群 (111-115) 周産期Ⅲ 愛媛大学 片山 富博 先生
10:30	第4群 (116-119) 周産期Ⅳ 山口大学 中田 雅彦 先生
11:02	第5群 (120-124) 周産期Ⅴ 岡山大学 増山 寿 先生
11:42	第6群 (125-129) 周産期Ⅵ 高知大学 池上 信夫 先生
12:22	

### 第2会場

8:30	第7群 (201-205) 腫瘍Ⅰ 徳島大学 古本 博孝 先生
9:10	第8群 (206-209) 腫瘍Ⅱ 広島大学 藤原 久也 先生
9:42	第9群 (210-214) 腫瘍Ⅲ 高知大学 前田 長正 先生
10:22	第10群 (215-219) 腫瘍Ⅳ 山口大学 縄田 修吾 先生
11:02	第11群 (220-224) 腫瘍Ⅴ 鳥取大学 板持 広明 先生
11:42	第12群 (225-228) その他 島根大学 中山健太郎 先生
12:14	

### 第3会場

8:30	第13群 (301-304) 周産期Ⅶ 鳥取大学 岩部 富夫 先生
9:02	第14群 (305-309) 周産期Ⅷ 徳島大学 前田 和寿 先生
9:42	第15群 (310-314) 不妊・内分泌Ⅰ 徳島大学 松崎 利也 先生
10:22	第16群 (315-319) 不妊・内分泌Ⅱ 高知大学 泉谷 知明 先生
11:02	第17群 (320-324) 手術Ⅰ 岡山大学 本郷 淳司 先生
11:42	第18群 (325-328) 手術Ⅱ 川崎医科大学 中村 隆文 先生
12:14	

12:30	<p>ランチョンセミナーⅠ (共催 日本製薬) 「アンチトロンビンの 新しい生物活性とその DIC治療の応用」</p> <p>演者 名古屋市立大学 岡嶋 研二 教授</p> <p>座長 愛媛大学 伊藤 昌春 教授</p>
13:30	

12:30	<p>ランチョンセミナーⅡ (共催 トーイツ) 「分娩時における胎児 心拍数パターンに基づ いた対応 ～日産婦2008年版～」</p> <p>演者 国立循環器病 センター 池田 智明 先生</p> <p>座長 川崎医科大学 下屋 浩一郎 教授</p>
13:30	

9月21日（日）第二日 午後

第1会場

13:30	総会
14:00	<b>生涯研修プログラム</b> Ⅰ. 「卵巢チョコレート嚢胞の取り扱いと問題点：不妊症と悪性化」 演者 鳥取大学 原田 省 先生 座長 岡山大学 中塚 幹也 先生  Ⅱ. 「産科領域における危険回避のための超音波診断法」 演者 島根大学 青木 昭和 先生 座長 香川大学 柳原 敏宏 先生
15:20	閉会の挨拶 秦 利之 会長
15:25	

## 9月20日(土) 第1日目

### 第2会場

プリコンGRESS ランチョンセミナー (共催：アボットジャパン株式会社) 12:00～13:00

「Near Term 児をRSウイルス感染症から守る～産婦人科医の役割と責務～」

座長 香川大学 原 量宏 教授

演者 鹿児島市立病院 茨 聡 先生

### 第1会場

研修医コーナー 13:30～14:50

総合司会 森 信博 (香川大学医学部、H17 卒)

請田絵美子 (香川県立中央病院、H17 卒)

#### 1. 会陰切開 — あなたはどうしていますか？

発表者 岸本 佳子 (岡山大学、H14 卒)

中山 聡一郎 (徳島大学、H14 卒)

谷口 憲 (山口大学、H15 卒)

片桐 敦子 (島根大学、H15 卒)

三好 剛一 (広島大学病院、H15 卒)

池田 朋子 (愛媛県立今治病院、H17 卒)

清家 杏 (愛媛県立中央病院、H17 卒)

#### 2. 子宮外妊娠 — これまでに経験したなかで印象的な症例は？

どのような治療をしていますか？

発表者 村上 隆介 (中国労災病院、H15 卒)

池田 綾子 (鳥取大学、H14 卒)

渡邊 彩子 (鳥取大学、H14 卒)

浦田 陽子 (岡山大学、H15 卒)

菅 麻里 (高知大学、H14 卒)

水口 雅博 (徳島大学、H15 卒)

石橋 雅子 (島根大学、H15 卒)

卒後研修プログラム 14:50~15:30

I. 「女性と漢方」

座長 徳島大学 苛原 稔 教授

演者 香川大学 塩田 敦子 先生

II. 「知っておきたい婦人科悪性腫瘍の治療」

座長 山口大学 杉野 法広 教授

演者 岡山大学 児玉 順一 先生

スポンサー教育講演 (共催: 持田製薬株式会社) 15:30~16:10

「子宮内膜症の治療 - 手術療法か薬物療法か? -」

座長 高知大学 深谷 孝夫 教授

演者 京都府立大学 北脇 城 教授

学会賞受賞講演 16:10~16:30

「NY-ESO-1 / 疎水化多糖プルラン複合体を利用した

NY-ESO-1 特異的 CD4 及び CD8T 細胞の誘導」

座長 岡山大学 平松 祐司 教授

演者 ペンシルバニア大学 長谷川幸清 先生

スポンサー特別講演 I (共催: GE 横河メディカルシステム株式会社) 16:30~17:30

「3D/4D Fetal Ultrasonography - What Have We Learned?」

座長 広島大学 工藤 美樹 教授

演者 William Beaumont Hospital Wesley Lee, M.D.

スポンサー特別講演 II (共催: 中外製薬株式会社) 17:30~18:30

「がん哲学外来 - がん医療の隙間 -」

座長 鳥根大学 宮崎 康二 教授

演者 順天堂大学 樋野 興夫 教授

## 9月21日(日) 第2日目

### 第1・2・3会場

一般演題 8：30～12：22

### 第2会場

ランチョンセミナーⅠ（共催：日本製薬株式会社）12：30～13：30

「アンチトロンビンの新しい生物活性とそのDIC治療の応用」

座長 愛媛大学 伊藤 昌春 教授

演者 名古屋市立大学 岡嶋 研二 教授

### 第3会場

ランチョンセミナーⅡ（共催：トーイツ株式会社）12：30～13：30

「分娩時における胎児心拍数パターンに基づいた対応 ～日産婦2008年版～」

座長 川崎医科大学 下屋 浩一郎 教授

演者 国立循環器病センター 池田 智明 先生

### 第1会場

生涯研修プログラム 14：00～15：20

I. 「卵巣チョコレート嚢胞の取り扱いと問題点：不妊症と悪性化」

座長 岡山大学 中塚 幹也 先生

演者 鳥取大学 原田 省 先生

II. 「産科領域における危険回避のための超音波診断法」

座長 香川大学 柳原 敏宏 先生

演者 島根大学 青木 昭和 先生

# 一 般 演 題

## 第 1 会 場

第1群 周産期Ⅰ 8:30-9:10

座長 愛媛大学 松原 圭一 先生

101 当院における胎児鏡下レーザー凝固術の治療成績および児の予後に関する検討

山口大学

住江正大, 中田雅彦, 田邊 学, 村田 晋, 杉野法広

102 胎盤肥厚と周産期予後ならびに胎盤肉眼所見に関する検討

山口県立総合医療センター

安澤彩子, 佐世正勝, 中島優子, 吉富恵子, 鳥居麻由美, 讃井裕美,  
古谷信三, 中村康彦, 上田一之

103 羊水混濁と胎児低酸素状態の検討

J A広島総合病院

中川朗子, 中村紘子, 藤本英夫, 中西慶喜, 内藤博之

104 4次元超音波を用いた妊娠初期双胎妊娠における胎児接触の観察

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学<sup>1</sup>

香川大学医学部母性看護学<sup>2</sup>

佐々木睦子<sup>1, 2</sup>, 柳原敏宏<sup>1</sup>, 内藤直子<sup>2</sup>, 秦 利之<sup>1</sup>

105 3Dパワードプラ法を用いた超音波生検による胎盤血流の評価

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学<sup>1</sup>

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科<sup>2</sup>

野口純子<sup>1, 2</sup>, 田中宏和<sup>1</sup>, 秦 幸吉<sup>2</sup>, 犬走英介<sup>1</sup>, 柳原敏宏<sup>1</sup>,  
秦 利之<sup>1</sup>

第2群 周産期Ⅱ 9:10-9:50

座長 広島大学 三好 博史 先生

106 当科における心疾患合併妊婦の周産期管理と妊娠予後

岡山大学

定本麻里, 守屋聡子, 井上誠司, 舛本明生, 住田由美, 瀬川友功,  
増山 寿, 平松祐司

107 妊娠中に心不全を発症し周産期心筋症と考えられた2例

総合病院山口赤十字病院

高橋弘幸, 庄司孝子, 申神正子, 金森康展, 谷川正浩, 辰村正人

108 拡張型心筋症合併妊娠の2例

広島大学

谷川美穂, 坂下知久, 三好博史, 小出千絵, 信実孝洋, 藤東猶也,  
兵頭麻希, 工藤美樹

109 母児ともに救命し得た急性大動脈解離の一例

鳥取大学

木山智義, 荒田和也, 周防加奈, 池田綾子, 佐藤誠也, 浪花 潤,  
堀江さや子, 月原 悟, 片桐千恵子, 岩部富夫, 原田 省, 寺川直樹

110 Aplastic crisis を契機に診断された遺伝性球状赤血球症合併妊娠の1例

広島大学

山本弥寿子, 三好博史, 信実孝洋, 藤東猶也, 兵頭麻希, 坂下知久,  
藤原久也, 工藤美樹

第3群 周産期Ⅲ 9:50-10:30

座長 愛媛大学 片山 富博 先生

111 妊娠中に発症したくも膜下出血の3症例

山口大学

木塚文恵, 住江正大, 田邊 学, 村田 晋, 中田雅彦, 杉野法広

112 分娩進行中にRPLSを発症した一例

高知大学

京谷琢治, 永井立平, 池上信夫, 前田長正, 深谷孝夫

113 横紋筋融解症を契機に診断された筋緊張性ジストロフィー合併妊娠の一例

高松赤十字病院

岩見州一郎, 後藤真樹, 佐藤美樹, 小西陽子, 松本美奈子,  
野々垣多加史

114 極長鎖脂肪酸アシル CoA 脱水素酵素欠損症合併妊娠の一例

愛媛大学

岡本温美, 松原裕子, 片山富博, 兵頭慎治, 小泉幸司, 藤岡 徹,  
松原圭一, 伊藤昌春

115 妊娠高血圧症候群を呈した若年発症成人型糖尿病合併妊娠の一例

高知大学

永井立平, 京谷琢治, 池上信夫, 林 和俊, 深谷孝夫

第4群 周産期Ⅳ 10:30-11:02

座長 山口大学 中田 雅彦 先生

116 救命できた劇症型A群溶連菌感染症（分娩型）の一例

倉敷中央病院

前田綾子，森本明美，堀川直城，宇佐美知香，川崎 薫，内田崇史，  
中堀 隆，本田徹郎，高橋 晃，長谷川雅明

117 新生児期の手術既往のため妊娠を契機に癒着性イレウスを発症し妊娠継続に難渋した  
双胎妊娠の1例

国立病院機構岡山医療センター

片山典子，小平雄一，桑原良奈，塚原紗耶，熊澤一真，高田雅代，  
中西美恵，多田克彦

118 頭位臍帯下垂を生じ選択的帝王切開術を施行した synechia の1例

松山赤十字病院

高木香津子，妹尾大作，東條伸平，弓削乃利人，大下裕子，本田直利，  
横山幹文

119 既往帝切子宮癒痕部菲薄化を繰り返した反復帝王切開の1例

岡山大学

丹羽家泰，瀬川友功，赤堀洋一郎，中務日出輝，井上誠司，舛本明生，  
住田由美，増山 寿，平松祐司

第5群 周産期V 11:02-11:42

座長 岡山大学 増山 寿 先生

120 帝王切開後に発症した全前置胎盤の1例

香川県立中央病院

齋藤 央, 請田絵美子, 堀口育代, 林 良宣, 露木佳子, 米澤 優,  
川田清弥

121 癒着胎盤に対し子宮動脈塞栓術を用い同種血輸血を回避しながら胎盤用手剥離し得た1例

愛媛県立中央病院

田中寛希, 阿部恵美子, 清家 杏, 森 美妃, 小塚良哲, 立石洋子,  
近藤裕司, 越智 博, 野田清史

122 当科において Interventional vascular radiology (IVR) を施行した7例の臨床的検討

島根大学

青木昭和, 石橋雅子, 片桐敦子, 今村加代, 山上育子, 折出亜希,  
原田 崇, 中山健太郎, 金崎春彦, 宮崎康二

123 妊娠継続が可能であった初妊婦における妊娠中期の部分子宮破裂の一例

松江赤十字病院

藤脇律人, 真鍋 敦, 木瀬照康, 吉賀 峻, 澤田康治

124 周産期の大量出血によって子宮摘出を余儀なくされた8症例の臨床的検討

国立呉医療センター・中国がんセンター

江川美砂, 佐村 修, 花岡美生, 川上洋介, 熊谷正俊, 竹原和宏,  
水之江知哉, 佐治文隆

第6群 周産期VI 11:42-12:22

座長 高知大学 池上 信夫 先生

125 胎児・新生児溶血性疾患を来たした抗Jr<sup>a</sup>抗体陽性妊娠の1症例

岡山大学

舛本明生, 赤堀洋一郎, 中務日出輝, 井上誠司, 住田由美, 瀬川友功,  
増山 寿, 平松祐司

126 当科における胎児心臓腫瘍症例における検討

香川大学

花岡有為子, 森 信博, 犬走英介, 金西賢治, 山城千珠, 田中宏和,  
塩田敦子, 柳原敏宏, 秦 利之

127 フレカイニドの経胎盤的治療が奏効した胎児上室性頻拍の1例

広島市立広島市民病院産婦人科<sup>1</sup>

広島市立広島市民病院小児循環器科<sup>2</sup>

香川玲奈<sup>1</sup>, 早田 桂<sup>1</sup>, 西川忠暁<sup>1</sup>, 岡田朋美<sup>1</sup>, 辰本幸子<sup>1</sup>,  
依光正枝<sup>1</sup>, 小坂由起子<sup>1</sup>, 伊藤裕徳<sup>1</sup>, 石田 理<sup>1</sup>, 野間 純<sup>1</sup>,  
吉田信隆<sup>1</sup>, 鎌田政博<sup>2</sup>

128 過去3年間に当センターで加療を行った新生児外科症例の検討

山口県立総合医療センター

中島優子, 佐世正勝, 吉富恵子, 安澤彩子, 鳥居麻由美, 讃井裕美,  
古谷信三, 中村康彦, 上田一之

129 穿刺吸引後に経膈分娩し得た胎児腋窩嚢胞性リンパ管腫の1例

広島大学

松山 聖, 信実孝洋, 谷川美穂, 藤東猶也, 坂下知久, 三好博史,  
工藤美樹

## 第 2 会 場

### 第 7 群 腫瘍 I 8 : 30-9 : 10

座長 徳島大学 古本 博孝 先生

- 201 子宮頸癌における Hepatocyte growth factor activator inhibitor-1(HAI-1) の検討

岡山大学

中村圭一郎, 本郷淳司, 関 典子, 児玉順一, 平松祐司

- 202 多発肝転移巣に対し放射線療法が奏効した進行子宮頸部小細胞癌の 2 例

広島大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科婦人科学<sup>1</sup>

広島大学病院 放射線治療部<sup>2</sup>

平田英司<sup>1</sup>, 藤原久也<sup>1</sup>, 松山 聖<sup>1</sup>, 山本弥寿子<sup>1</sup>, 三好博史<sup>1</sup>,  
兼安祐子<sup>2</sup>, 工藤美樹<sup>1</sup>

- 203 Stage IB2-III 期の子宮頸癌に対する術前化学療法は生存率の向上には寄与しない

徳島大学

河北貴子, 西村正人, 吉田加奈子, 古本博孝, 苛原 稔

- 204 妊娠中に細胞診異常を認め、分娩後に子宮頸部腺癌 1b 期であることが判明した 1 症例

高知大学

山田るりこ, 小栗啓義, 前田長正, 深谷孝夫

- 205 CPT-11/MMC 併用療法を施行した進行・再発子宮頸癌の 4 例

四国がんセンター

横山 隆, 白山裕子, ウロブレスキ順子, 松元 隆, 野河孝充,  
日浦昌道

第8群 腫瘍Ⅱ 9:10-9:42

座長 広島大学 藤原 久也 先生

- 206 病理学的に子宮体癌との鑑別が困難であった卵巣精索腫瘍類似子宮腫瘍 TypeII の症例

川崎医科大学産婦人科<sup>1</sup>

川崎医科大学付属病院病理部<sup>2</sup>

石田 剛<sup>1</sup>, 中村隆文<sup>1</sup>, 潮田至央<sup>1</sup>, 潮田まり子<sup>1</sup>, 宋 美玄<sup>1</sup>,  
下屋浩一郎<sup>1</sup>, 小塚祐司<sup>2</sup>, 森谷卓也<sup>2</sup>

- 207 当科における低悪性度子宮内膜間質肉腫の3例

香川労災病院

木下敏史, 大倉磯治, 川田昭徳

- 208 ドセタキセル・ゲムシタビン療法が有効であった再発子宮平滑筋肉腫の一例

三原赤十字病院

高橋正国, 山内延広, 竹内裕一郎

- 209 稀な組織型を示した子宮体癌の2症例

香川労災病院

大倉磯治, 木下敏史, 川田昭徳

第9群 腫瘍Ⅲ 9:42-10:22

座長 高知大学 前田 長正 先生

210 術前診断が困難であった卵巣腫瘍の一例

岡山大学

小幡 綾, 菊池由加子, 中村圭一郎, 関 典子, 本郷淳司, 児玉順一,  
平松祐司

211 悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫の3症例

社会保険徳山中央病院

伊藤 淳, 沼 文隆, 三輪照未, 安澤彩子, 後 賢, 平林 啓,  
伊東武久

212 重症便秘を合併した卵巣甲状腺腫性カルチノイドの1例

島根県立中央病院

岸本聡子, 泉 陽子, 片桐 浩, 高橋也尚, 倉田和巳, 上田敏子,  
吉野直樹, 栗岡裕子, 森山政司, 岩成 治

213 成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化の2症例

島根大学医学部産科婦人科<sup>1</sup>

島根大学医学部卒後臨床研修センター<sup>2</sup>

石橋雅子<sup>1</sup>, 中山健太郎<sup>1</sup>, 片桐敦子<sup>1</sup>, 今村加代<sup>1</sup>, 折出亜希<sup>1</sup>,  
原田 崇<sup>1</sup>, 金崎春彦<sup>1</sup>, 青木昭和<sup>1</sup>, 波里瑤子<sup>2</sup>, 斉藤とも子<sup>2</sup>,  
宮崎康二<sup>1</sup>

214 胚細胞腫瘍の3例

山口県立総合医療センター

古谷信三, 中村康彦, 中島優子, 吉富恵子, 鳥居真由美, 佐世正勝,  
上田一之

第10群 腫瘍Ⅳ 10:22-11:02

座長 山口大学 縄田 修吾 先生

215 腫瘍マーカー高値を認めた良性～境界悪性卵巣腫瘍の2例

島根県立中央病院

片桐 浩, 泉 陽子, 岸本聡子, 倉田和巳, 高橋也尚, 上田敏子,  
吉野直樹, 栗岡裕子, 森山政司, 岩成 治

216 卵巣LCNEC (Large cell neuroendocrine carcinoma) 4症例の臨床病理学的検討

広島市立安佐市民病院

大下孝史, 谷本博利, 佐野祥子, 永井宣隆, 三田尾賢

217 卵巣原発大細胞神経内分泌癌の一例

県立広島病院産婦人科<sup>1</sup>

県立広島病院臨床研究検査科<sup>2</sup>

木谷由希絵<sup>1</sup>, 藤東淳也<sup>1</sup>, 原 香織<sup>1</sup>, 向井百合香<sup>1</sup>, 頼 英美<sup>1</sup>,  
吉本真奈美<sup>1</sup>, 西阪 隆<sup>2</sup>, 伊達健二郎<sup>1</sup>, 上田克憲<sup>1</sup>, 占部 武<sup>1</sup>,  
大濱紘三<sup>1</sup>

218 TC療法が奏効した卵巣malignant mixed Mullerian tumorの一例

高松赤十字病院

小西陽子, 佐藤美樹, 岩見州一郎, 松本美奈子, 後藤真樹,  
野々垣多加史

219 再発卵巣癌の難治性癌性腹水に対して Triamcinolone acetonide (ケナコルト A) の  
腹腔内投与が有効と考えられた一例

中国労災病院

村上隆介, 澤崎 隆, 北島光泰, 廣岡由実子, 槇野洋子, 勝部泰裕

第11群 腫瘍V 11:02-11:42

座長 鳥取大学 板持 広明 先生

220 婦人科悪性腫瘍の脳転移症例についての検討

山口大学

福島千加子, 村上明弘, 折田剛志, 末岡幸太郎, 縄田修吾, 杉野法広

221 卵巣粘液性腺癌の至適化学療法に関する基礎的検討

鳥取大学

佐藤誠也, 板持広明, 野中道子, 上垣憲雅, 浪花 潤, 佐藤慎也,  
島田宗昭, 大石徹郎, 紀川純三, 寺川直樹

222 卵巣明細胞腺癌の予後因子解析

香川大学<sup>1</sup>

香川県立保健医療大学<sup>2</sup>

犬走英介<sup>1</sup>, 金西賢治<sup>1</sup>, 塩田敦子<sup>1</sup>, 秦 幸吉<sup>2</sup>, 秦 利之<sup>1</sup>

223 子宮内膜症性嚢胞に続発した卵巣癌症例についての検討

香川県立中央病院

請田絵美子, 堀口育代, 林 良宣, 露木佳子, 齋藤 央, 川田清彌,  
米澤 優

224 骨盤内炎症性疾患における子宮内膜症の臨床的検討

広島大学

小出千絵, 藤原久也, 山本弥寿子, 平田英司, 三好博史, 工藤美樹

第12群 その他 11:42-12:14

座長 島根大学 中山 健太郎 先生

225 卵巣腫瘍を疑われた巨大動静脈奇形の一例

愛媛大学

小島淳美, 池田朋子, 片山富博, 藤岡 徹, 草薙康城, 伊藤昌春

226 腔血管奇形の一例

鳥取大学

浪花 潤, 野中道子, 佐藤誠也, 上垣憲雅, 佐藤慎也, 島田宗昭,  
板持広明, 紀川純三, 寺川直樹

227 淋菌性骨盤炎症性疾患の1例

中国電力株式会社中電病院

加藤 薫, 坂手慎太郎, 豊福 彩, 三春範夫, 長谷川康貴

228 貯留嚢胞の2症例

住友別子病院

多賀茂樹, 角 健司, 松尾 環

## 第 3 会 場

### 第 13 群 周産期Ⅶ 8 : 30-9 : 02

座長 鳥取大学 岩部 富夫 先生

301 子宮内胎児発育遅延に臍帯動脈拡張期逆流波を合併した一例

香川大学

森 信博, 柳原敏宏, 犬走英介, 花岡有為子, 金西賢治, 山城千珠,  
田中宏和, 塩田敦子, 秦 利之

302 当科で経験した分娩経過の異なる双胎妊娠 3 症例についての検討

岡山大学

瀬川友功, 丹羽家泰, 赤堀洋一郎, 中務日出輝, 井上誠司, 舛本明生,  
住田由美, 増山 寿, 平松祐司

303 当院で管理した IUGR の周産期臨床像

～最近経験した症例の報告と併せて～

岡山大学

石原佳代, 井上誠司, 赤堀洋一郎, 中務日出輝, 舛本明生, 住田由美,  
瀬川友功, 増山 寿, 平松祐司

304 当院における極・超低出生体重児の分娩方法と短期新生児予後に関する検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

塚原紗耶, 多田克彦, 桑原良奈, 小平雄一, 片山典子, 熊澤一真,  
高田雅代, 中西美恵

第14群 周産期Ⅷ 9:02-9:42

座長 徳島大学 前田 和寿 先生

- 305 出血を伴う症例の破水診断でのヒトインスリン様成長因子結合タンパク1型（IGFBP-1）定性検査の有効性について

倉敷中央病院

川崎 薫, 堀川直城, 森本明美, 宇佐美知香, 前田綾子, 内田崇史,  
中堀 隆, 本田徹郎, 長谷川雅明, 高橋 晃

- 306 当科における40歳以上の妊産婦の現況

県立広島病院

向井百合香, 上田克憲, 木谷由希絵, 原 香織, 頼 英美, 藤東淳也,  
吉本真奈美, 伊達健二郎, 占部 武, 大濱紘三

- 307 妊婦の体格からみた妊娠中の骨評価とライフスタイルの検討

香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科<sup>1</sup>

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学<sup>2</sup>

榮 玲子<sup>1</sup>, 野口純子<sup>1</sup>, 植村裕子<sup>1</sup>, 竹内美由紀<sup>1</sup>, 宮本政子<sup>1</sup>,  
松村恵子<sup>1</sup>, 秦 幸吉<sup>1</sup>, 花岡有為子<sup>2</sup>, 山城千珠<sup>2</sup>, 田中宏和<sup>2</sup>  
柳原敏宏<sup>2</sup>, 秦 利之<sup>2</sup>

- 308 当センターでの18トリソミー児の出生前診断と児・家族への対応について

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

高田雅代, 杉生良奈, 小平雄一, 片山典子, 塚原紗耶, 熊澤一真,  
中西美恵, 多田克彦

- 309 塩酸リトドリンによる切迫早産管理についての検討

徳島大学病院 周産母子センター

三谷龍史, 中山聡一郎, 加地 剛, 前田和寿, 安井敏之, 苛原 稔

第15群 不妊・内分泌 I 9:42-10:22

座長 徳島大学 松崎 利也 先生

310 IVF-ETにおける単胚移植の成績

厚仁病院

松山毅彦, 坂井和貴, 中澤留美, 竹中亜希, 河戸朋子, 立石真弓

311 当科における不妊症例に対する子宮筋腫核出術の検討

愛媛大学

兵頭由紀, 小泉幸司, 岡本温美, 兵頭慎治, 藤岡 徹, 片山富博,  
松原圭一, 伊藤昌春

312 体外受精一胚移植後に骨盤膿瘍を来した1例

高知大学医学部 産科婦人科<sup>1</sup>

JA 高知病院<sup>2</sup>

高知医療センター<sup>3</sup>

宇賀神奈月<sup>1</sup>, 菅 麻里<sup>1</sup>, 川島将彰<sup>2</sup>, 泉谷知明<sup>1</sup>, 林 和俊<sup>3</sup>  
前田長正<sup>1</sup>, 深谷孝夫<sup>1</sup>

313 正所性子宮内膜における heat shock protein70 および HLA-G 発現の月経周期による変動

高知大学

谷口佳代, 菅 麻里, 宇賀神奈月, 川島将彰, 泉谷知明, 林 和俊  
前田長正, 深谷孝夫

314 抗癌剤毒性と卵巣保護 : GnRH アゴニストが有用であると考えられた一例

鳥取大学

池田綾子, 周防加奈, 田頭由紀子, 渡邊彩子, 片桐千恵子, 谷口文紀,  
岩部富夫, 原田 省, 寺川直樹

第16群 不妊・内分泌Ⅱ 10:22-11:02

座長 高知大学 泉谷 知明 先生

315 正所性および異所性子宮内膜間質細胞におけるアポトーシス感受性

鳥取大学医学部産婦人科<sup>1</sup>

生命科学科生体情報学<sup>2</sup>

渡邊彩子<sup>1</sup>, 谷口文紀<sup>1</sup>, 池田綾子<sup>1</sup>, 田頭由紀子<sup>1</sup>, 竹中泰子<sup>1</sup>,  
片桐千恵子<sup>1</sup>, 岩部富夫<sup>1</sup>, 原田 省<sup>1</sup>, 寺川直樹<sup>1</sup>, 伊澤正郎<sup>2</sup>

316 メラトニンは卵胞内で卵と顆粒膜細胞を酸化ストレスから護る

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学<sup>1</sup>

済生会下関総合病院産婦人科<sup>2</sup>

田村博史<sup>1</sup>, 竹谷俊明<sup>1</sup>, 木塚文恵<sup>1</sup>, 李 理華<sup>1</sup>, 田村 功<sup>1</sup>,  
谷口 憲<sup>1</sup>, 浅田裕美<sup>1</sup>, 松岡亜希<sup>1</sup>, 畠中祥子<sup>2</sup>, 嶋村勝典<sup>2</sup>,  
高崎彰久<sup>2</sup>, 森岡 均<sup>2</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

317 GnIH ホモログ RFRP-3 の卵巣摘出雌ラットにおけるゴナドトロピン分泌に対する作用の検討

徳島大学

村上雅博, 松崎利也, 岩佐 武, 木内理世, 苛原 稔

318 機能的黄体退縮における COX-2-PGF2 $\alpha$  系の関与

山口大学

谷口 憲, 松岡亜希, 李 理華, 木塚文恵, 田村 功, 前川 亮,  
浅田ひろみ, 竹谷俊明, 山縣芳明, 田村博史, 杉野法広

319 下垂体前葉細胞におけるフォリスタチン発現に関する検討

島根大学

金崎春彦, 折出亜希, Purwana Indri, 宮崎康二

第17群 手術I 11:02-11:42

座長 岡山大学 本郷 淳司 先生

- 320 マイクロ波子宮内膜アブレーション(Microwave Endometrial Ablation: MEA) 療法が奏効した過多月経の2症例

島根大学

中山健太郎, 石橋雅子, 片桐敦子, 今村加代, 折出亜紀, 原田 崇,  
飯田幸司, 金崎春彦, 青木昭和, 宮崎康二

- 321 過去6年間の子宮外妊娠146症例の検討～(1)手術療法について

倉敷中央病院

宇佐美知香, 本田徹郎, 堀川直城, 森本明美, 前田綾子, 川崎 薫,  
内田崇史, 中堀 隆, 高橋 晃, 長谷川雅明

- 322 過去6年間の子宮外妊娠146症例の検討～(2)薬物療法について

倉敷中央病院

本田徹郎, 宇佐美知香, 堀川直城, 森本明美, 前田綾子, 川崎 薫,  
内田崇史, 中堀 隆, 高橋 晃, 長谷川雅明

- 323 子宮体癌根治術後に乳糜漏を合併した一例

山口大学

末岡幸太郎, 松岡亜希, 折田剛志, 福島千加子, 村上明弘, 縄田修吾,  
杉野法広

- 324 慎重な周術期管理を要した巨大結腸症合併子宮頸癌の一例

岡山大学

國宗和歌菜, 関 典子, 中村圭一郎, 本郷淳司, 児玉順一, 平松祐司

第18群 手術Ⅱ 11:42-12:14

座長 川崎医科大学 中村 隆文 先生

325 胎盤ポリープの3例

岡山赤十字病院

小島洋二郎, 田淵和宏, 井上朋子, 小國信嗣, 林 裕治, 江尻孝平

326 当科で経験した胎盤ポリープ症例の検討

鳥取市立病院

今福紀章, 延本悦子, 長治 誠, 伊原直美, 清水健治

327 妊娠に伴う体部下部長変の二例

鳥取市立病院

延本悦子, 大廻あゆみ (初期研修医), 今福紀章, 長治 誠, 伊原直美,  
清水健治

328 後膣円蓋部T字切開法による膣式手術について

高瀬第一病院産婦人科<sup>1</sup>

国際貢献大学校 メディカルクリニック<sup>2</sup>

サカタ産婦人科<sup>3</sup>

藤田卓男<sup>1, 2</sup>, 河相淳一郎<sup>2</sup>, 坂田圭司<sup>3</sup>



## スポンサード 特別講演 I

(共催：GE 横河メディカルシステム株式会社)

### 3D/4D Fetal Ultrasonography – What Have We Learned?

Wesley Lee, M.D.

Division of Fetal Imaging

William Beaumont Hospital

Three-dimensional ultrasonography (3DUS) can be combined with conventional 2D imaging for the evaluation of fetal anatomy. Development of cost-effective high performance computers and sophisticated image analysis software now makes it practical for 3DUS to be conveniently used with standard diagnostic imaging equipment.

#### *Key Points*

1. Use 2D ultrasonography for the initial diagnostic impression
2. Match the 3DUS technique with a specific clinical question
3. Do not estimate the diagnostic value of 3D multi-planar imaging
4. Good 2DUS is likely to translate into versatile 3DUS acquisitions

Today's presentation will review several imaging analysis techniques for volume sonography. They include 3D multi-planar imaging, surface and volume rendering, volume contrast imaging, tomographic imaging, inversion mode, spatio-temporal image correlation (STIC), b-flow, and 3D power/color Doppler ultrasonography. Specific examples will be described for agenesis of the corpus callosum, cleft lip and palate, spina bifida, microgathia, interrupted inferior vena cava, transposition of the great arteries, and vasa previa. The role of 3DUS for soft tissue assessment will also be discussed in regards to fetal weight estimation, growth, and nutritional status – especially as it relates to the fetal origins of adult disease (Barker Hypothesis). A new soft tissue parameter, fractional limb volume, is introduced as a new way to evaluate the generalized nutritional state of the fetus. Matrix array transducers will offer new capabilities for real-time processing of the moving fetus and heart. Micro-fabrication techniques will allow engineers to make smaller matrix transducer arrays to the extent that they will fit within a catheter that can be fed through a blood vessel. It may be practical to review 3D volume data sets within a virtual environment to improve depth perception and to encourage interactive exploration of this information for clinical problem solving, remote consultation, teaching, and research applications. Three-dimensional ultrasonography is still in its infancy as software tools become more sophisticated and we begin to apply these novel capabilities for a wide variety of clinical problems. Health care providers should be aware of these emerging capabilities and their potential applications.

## スポンサード 特別講演 II

(共催：中外製薬株式会社)

### 『がん哲学外来』 — がん医療の隙間 —

順天堂大学医学部病理・腫瘍学

樋野 興夫

順天堂医院で試作で始めた『がん哲学外来』は、すぐに予約で埋まってしまった。遠く県外からもある。大きな驚きである。既存の「がん相談」や「セカンドオピニオン相談」とは異なる“ニッチ（すき間）”なのであろうか。

『がん哲学外来』は相談が基本である。多くは、再発・転移している患者である。家族同伴も多い。一組の相談に30～60分を費やす。セカンドオピニオン外来を紹介したりもする。それだけでも、患者さんの表情は明るくなる。いかに医師の対応に不満を持っているかである。主治医が自分と真剣に向き合ってくれていないという憤りのような感情さえある。

病状の進行を非常に知的に、かつ冷静に受け止め、残された時間をどう使うか、家族に何を残すかということまで決めて来る患者もいる。しかし、そう人間は単純じゃない。自分の考えを誰かに伝えたい思いがある。その思いを受け止めてくれる医師はいないものかと見回した時、変わった看板を掲げている『がん哲学外来』は、心惹かれる存在として映るのであろうか。

病理学は顕微鏡を覗きながら、大局観を持つことが求められる分野でもある（『がん哲学』）。「がん細胞に起こることは、人間社会にも必ず起こる」（病理学者・吉田富三）。病理診断科の標榜が医療施設に認められることが決まっている。外来に出る病理専門医が増えると予想される。

『がん哲学外来』は、生きることの根源的な意味を考えようとする患者と、がん細胞の発生と成長に哲学的な意味を見出そうとする「陣営の外」に出る病理学者の出会いの場でもある。

- ① 人生いばらの道にもかかわらず宴会
- ② 「曖昧なことは曖昧に答えるのが科学的」
- ③ 「勇ましく高尚なる生涯」

面談時間は30分から1時間。このわずかな時間でさえ、満足し、快活な笑顔を取り戻した患者も少なくない。その姿に接し、『がん哲学外来』の時代的要請を痛感する。『がん哲学外来』が全国のがん診療拠点病院などに広がり、がん対策基本法や基本計画が掲げる「患者主体の医療」の「事前の舵取り」になれば幸いである。

死を目前にした患者を目の前にすると、自分はなんて未熟者なんだろうと思う。がん患者を尊敬できない医師に良い医療の提供なんて出来ないであろう。

## スポンサード 教育講演

(共催：持田製薬株式会社)

子宮内膜症の治療 —手術療法か薬物療法か—

京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学  
北脇 城

子宮内膜症は、月経痛や慢性骨盤痛などの疼痛、不妊、さらに卵巣チョコレート嚢胞の悪性転化という多彩な症状を呈する慢性疾患である。治療方針を決定するにあたって考慮すべき要因は、①不妊、②卵巣チョコレート嚢胞、③疼痛の3項目にほぼ集約され、これらが単独または重複して適応となりうる。これらを評価したうえで、対症療法、薬物療法、手術療法、あるいは生殖補助技術(ART)を選択する。

①子宮内膜症性不妊の対策：内分泌療法は、妊孕性の改善に対しては有意な効果は得られていない。一方、腹腔鏡下手術は妊孕性改善に有効であり、体外受精-胚移植法も有効である。

②卵巣チョコレート嚢胞の対策：悪性転化の頻度は約0.7%である。嚢胞が10cm以上であれば手術療法の絶対的適応であり、逆に4cm未満であれば経過観察可能である。4~10cmであれば、他の諸因子を総合して治療方針を決定する。

③子宮内膜症性疼痛の対策：月経痛、慢性骨盤痛、性交痛の3種類に分類して評価する。薬物療法は内分泌療法が主体であり、GnRHアゴニスト(GnRHa)、ダナゾール、ジエノゲスト、中用量/低用量経口避妊剤(OC)がある。内分泌療法はもっぱら疼痛に対してのみ効果がある。月経痛だけの症例にはOCを選択し、慢性骨盤痛や性交痛を伴う症例にはGnRHaまたはジエノゲストを選択すべきである。腹腔鏡下手術による病巣の焼灼、切除は疼痛の緩和に有効であり、術後に内分泌療法を追加することは疼痛の抑制、再発予防にとって有効である。しかし、内分泌療法終了後には多くが再発する。GnRHa投与後に引き続き、低用量のダナゾール、あるいはOCを長期間にわたって投与し続けることにより、少ない副作用発生を保ちながら長期間にわたって再発を抑制維持しうる。

子宮内膜症の治療にあたっては、まず正確な臨床子宮内膜症の診断のもとに、3項目の治療要因を分析し、最も適切な治療方針を患者との十分な協議により選択する。

## 学会賞受賞講演

NY-ESO-1/疎水化多糖プルラン複合体を利用した NY-ESO-1 特異的 CD4 及び CD8 T 細胞の誘導

ペンシルバニア大学 卵巣癌センター  
長谷川 幸清

近年がん免疫療法のターゲットとしてその免疫学的特異性から癌・精巣抗原に対する注目が高まっている。NY-ESO-1 は癌・精巣抗原のなかでも特に免疫原性の高い抗原のひとつであり、さまざまながんにおいてその発現が確認されている。NY-ESO-1 は約 40% の卵巣癌患者にも発現が認められ、卵巣癌に対する免疫療法のターゲットとしても有用であると考えられている。これまでの免疫療法の多くは単一 CD8T 細胞エピトープを用いたペプチドワクチンであった。しかし、より強力な抗腫瘍効果を得るためには CD8 のみならず CD4T 細胞を誘導することが重要であると考えられる。われわれはより効率的な NY-ESO-1 タンパクを利用したがんワクチンを開発するうえでナノゲルといわれる疎水化多糖プルランとの複合体 (CHP/ESO) を合成し、*in vitro* で自家樹状細胞 (DC) に取り込ませることによって特異的 CD4、CD8T 細胞の誘導を試みた。健常人末梢血単核細胞から T 細胞を分離した。特異的 T 細胞の解析は自家 EBV-B 細胞に NY-ESO-1 発現あるいは野生型ワクシニアウイルスを感染させたものを標的細胞として利用し、IFN  $\gamma$  ELISPOT 法にて解析を行った。CHP/ESO を取り込んだ DC を用いて T 細胞を刺激することにより NY-ESO-1 タンパク単体を用いた場合よりも効率的に特異的 CD4 および CD8T 細胞を誘導することができた。この特異的 CD8T 細胞は既知の HLA-A2 拘束性エピトープを認識した。また誘導された CD4T 細胞は細胞性免疫を増強させる Th1 タイプであった。さらにこのシステムを用いて新規 HLA-DR15 拘束性エピトープ NY-ESO-1<sub>37-50</sub> を同定することができた。このことから CHP/ESO を利用したがん免疫療法は NY-ESO-1 発現がんにたいして非常に有望であると考えられた。

## 卒後研修プログラム (I)

### 女性と漢方

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学  
塩田 敦子

近年女性の社会進出、少子高齢化、核家族化など女性を取り巻く社会環境が大きく変わり、女性自身の価値観やライフスタイルも変化するなか、今までにない多大なストレスを受けている。こういった状況に漢方の「心身一如」という考えはよく適合する。

また女性は思春期、初経にはじまり、妊娠、出産、更年期と、女性ホルモンの影響を受ける。それにともなって身体やこころの状態も変化し、さまざまな症状がでる。それらの症状のなかには西洋医学的には検査で異常が認められず、「不定愁訴」「自律神経失調症」といわれるものが多く含まれ、治療に難渋することが多い。しかし漢方には不定愁訴という概念はなく、訴えはむしろ身体やこころの状態を知るよい手がかりとして重視される。EBM 偏重の医療から性差、個性、社会的背景、生活環境、QOL を重視した NBM (Narrative based medicine)、性差医療といった選択肢が選ばれる場面も増え、その中で漢方の果たす役割は大きい。

ただ漢方処方にあたっては授業で学んできた西洋医学と成り立ちが違い、難しいといったイメージがある。漢方病態把握のものさしである八綱弁証（虚・実、表・裏、寒・熱、陰・陽）、病態把握（診断）の方法である気・血・水（生体の恒常性を維持する三要素）の考え方、「証」を決めるための診察方法（四診：問診、望診（舌診等）、聞診（音声等）、切診（腹診、脈診等））は、たいへん理論的でおもしろいがやはり一朝一夕では習得しにくい。それらに触れながら、より簡便に漢方処方を選択できるようなポイントを、症例を示しながら簡単に解説してみたい。

漢方薬は劇的に効くことも多く、長期間飲まなくてはいけないわけでもない。副作用もないわけではないが、妊婦さんにも安全なことが多い。何より日常診療で「検査所見に異常ありません。ですからお薬はありません。」と患者さんを返すことがない。症状があれば処方がある。女性を生涯にわたってエンパワーメントできるような漢方薬の力について概説したいと考えている。

## 卒後研修プログラム (Ⅱ)

知っておきたい婦人科悪性腫瘍の治療

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科・婦人科学講座

児玉 順一

医療は現在 **EBM** の潮流の渦の中にある。本邦においては、日本婦人科腫瘍学会より卵巣がん治療ガイドライン (2007 年版)、子宮体癌治療ガイドライン (2006 年版) および子宮頸癌治療ガイドライン (2007 年版) が刊行されている。さて、多くの症例は治療ガイドラインの治療フローチャートに当てはめて治療を行えば良いわけであるが、症例によっては、治療方針決定に苦慮する事も少なくない。本講演では、婦人科悪性腫瘍の治療に関するいくつかの話題を提供する。

### ① 子宮頸癌

妊娠合併子宮頸癌に遭遇する機会が増えている。0 期までの場合には、妊娠中は経過観察が可能であるが、細胞診、コルポスコピーなどを定期的に行い厳重な管理が不可欠である。ただし、1a 期が疑われる場合には円錐切除を躊躇すべきではなく、MRI の撮影も考慮すべきである。Ia2 期以上の場合には、個別に対応する。

### ② 子宮体癌

黄体ホルモン療法が妊孕性温存療法として広く行われるようになってきたが、進行・再発症例にも有効な症例がある。血栓症以外に重篤な副作用もなく、ガイドラインにも記載されているようにぜひ試みられるべき治療法のひとつである。

### ③ 卵巣がん

再発卵巣がんの治療に関しては、初回化学療法終了後から再発までの期間が 6 ヶ月以上か 6 ヶ月未満かによって治療方針が大きく変わる。2006 年 4 月に婦人科領域の癌に PET/CT 検査が保険適用となり、2007 年度版の卵巣がん治療ガイドラインには、初回治療後の経過観察中に必要に応じて適宜 FDG-PET を施行するとなっている。PET/CT により再発卵巣癌患者の治療方針が、約 6 割の患者で変更になったとの報告もあり、secondary debulking surgery の適応を含め再発癌の治療方針を決定する際には必須の検査となっている。

## 生涯研修プログラム (I)

卵巣チョコレート嚢胞の取り扱いと問題点：不妊症と悪性化

鳥取大学医学部生殖機能医学

原田 省

子宮内膜症は生殖年齢女性のおよそ 10%に発生し、月経痛と不妊を引き起こし、現代女性の QOL を著しく損なう疾患である。本症患者の 9 割に月経痛があり、その半数近くが不妊を訴えている。女性のライフスタイルの変化によって晩婚化や少子化が進み、生殖年齢の女性が妊娠に至るまでの期間や妊娠していない期間が長くなっている。この結果、月経の回数が増加し月経血が逆流する回数も多くなり、内膜症発生の機会が増えると考えられる。

子宮内膜症は、子宮後面やダグラス窩に好発し、微小な腹膜病変、卵巣チョコレート嚢胞そして臓器癒着によってダグラス窩が完全に閉鎖される凍結骨盤といった多彩な病変を呈することが特徴である。子宮内膜症患者の 17~44%が卵巣チョコレート嚢胞を合併する。治療としては腹腔鏡下手術が推奨されているが、正常卵巣も損なわれ妊孕能低下に結びつくとの危惧もある。卵巣チョコレート嚢胞は機能性腫瘍に分類され良性と考えられてきたが、最近では悪性化も少なくないことがわかり、悪性腫瘍の発生母地として慎重な取り扱いが求められている。本講演では、不妊に合併した場合や悪性化の観点から卵巣チョコレート嚢胞の取り扱いとその問題点について考察する。

## 生涯研修プログラム (Ⅱ)

産科領域における危険回避のための超音波診断法

島根大学医学部産婦人科

青木 昭和

日本産科婦人科学会周産期委員会の2007年の報告では妊産婦の250例に1例の割合で死に至る危険があるとされる。特に分娩後出血 (postpartum hemorrhage; PPH) は直接産科的死亡の原因の20.4%を占め、産科的塞栓、高血圧性障害を超え、第1位である。今回、生涯研修プログラムの一環として、日頃の診療で頻繁に使用する超音波検査を最大限活用し、産科の危機的状況を早期に予想・診断し回避する方法について微力ではあるが考えてみたい。内容的としては、今までの自験例の中で教訓的なものを中心に紹介し、画像を多く供覧しながら解説する。特に産後の母体出血、癒着胎盤、後腹膜血腫、早剥、辺縁静脈洞破裂、VBAC管理への応用ないし子宮破裂の早期発見の試み、さらに臍帯下垂・脱、臍帯巻絡の判断、また卵巣腫瘍茎捻転や腹部大動脈瘤、卵巣牽引痛などについても言及したい。同時に、文献による最近の知見も紹介し、臨床現場で早期診断に役立つような実践的な側面で話を進めたい。

## 研修医コーナー

企画担当 香川大学医学部 周産期学婦人科学 森 信博  
香川県立中央病院 産婦人科 請田絵美子

昨年の若手産婦人科医師による討論会が盛況であったことをうけて、今年も若い先生を対象にしたコーナーを企画しました。研修医コーナーと題していますが後期臨床研修中の先生だけでなく、臨床研修を終えて逆に指導する立場になったり、症例によっては任されるようになったりするような学年の皆さんに集まっていたらどう思いお願いしましたところ、各地方部会より合計 16 名の先生をご推薦いただきました。日頃の努力や経験、疑問に思うことなどの意見交換の場となるように、若手の先生が中心になって診療することが多い症例や手技を取り上げてみました。

演題は

- ① 会陰切開 あなたはどうしていますか？
- ② 子宮外妊娠 これまでに経験したなかで印象的な症例は？  
どのような治療をしていますか？

上記の演題について施設ごとに治療法や治療方針を紹介していただき、そのメリットやデメリットなどについてご討論いただきます。

治療方針は施設によってしばしば異なりますがどの治療方針にも正否はないと思います。一方で他大学・他施設での治療内容には皆さん興味があることと思います。このコーナーではそのような興味や同年代だから訊けるようなちょっとした疑問などを気楽に質問していただき、明日からの診療の糧になればと思います。発表者だけでなく、なるべくたくさん同年代の先生がフロアにお集まりくださるよう、お待ちしております。

最後に、我々若手医師がこのコーナーを企画・運営するにあたりご指導・ご協力くださいました先生にお礼申し上げます。

## 当院における胎児鏡下レーザー凝固術の治療成績および児の予後に関する検討

<sup>1</sup> 山口大学

○住江正大<sup>1</sup>, 中田雅彦<sup>1</sup>, 田邊 学<sup>1</sup>, 村田 晋<sup>1</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

【目的】当院で施行した胎児鏡下レーザー凝固術(FLP)の治療成績を検討する。

【方法】平成19年12月までにFLPを施行した80症例の治療成績および合併症をまとめた。

【成績】適応症例の内訳は一絨毛膜二羊膜性双胎(MD twin)のTTTSが76例, reversal of TTTS 2例, 二絨毛膜三羊膜性品胎におけるTTTS 1例, TRAP sequence 1例で, MD twinのTTTS 2例を除く78例(97.5%)で治療が完遂できた。FLP導入以前の山口県におけるTTTS症例の予後は, 二児生存率は52%(intact survivalは22.2%), 一児生存率7.4%であり, 少なくとも一児生存児を得ることができたのは59.2%と非常に予後不良であったが, 今回検討したFLPによる治療成績としては二児生存率が73.8%, 一児生存率23.8%であり, 78例(97.5%)が少なくとも一児生存児を得ることができた。受血児の82.5%, 供血児の77.5%は現時点でintact survivalを得ている。術中合併症はunintentional septostomyが3例(4.0%)に, レーザー凝固中の血管破綻による胎児死亡が2例(2.7%)に, 術中破水が1例(1.3%)に起こった。治療が完遂できなかった2例のうちの1例は母体全身状態不良のため人工妊娠中絶の転帰をとり, 他の1例は血性羊水による急性腹症のため, 緊急帝王切開を余儀なくされた。児の神経学的予後に関しては, 1歳までのfollow upがなされている56例中の5例/6児(8.9%)に脳性麻痺を認めている。

【結論】神経学的後遺症に関しては今後も長期間の追跡調査を要するが, FLPは胎盤吻合血管が原因となる一絨毛膜性双胎の合併症に対して非常に有用な治療法である。しかし, 術中の合併症や児の神経学的後遺症も決して少なくなく, 引き続き今後も慎重な対応が要求される。

## 胎盤肥厚と周産期予後ならびに胎盤肉眼所見に関する検討

<sup>1</sup> 山口県立総合医療センター産婦人科

○安澤彩子<sup>1</sup>, 佐世正勝<sup>1</sup>, 中島優子<sup>1</sup>, 吉富恵子<sup>1</sup>, 鳥居麻由美<sup>1</sup>, 讃井裕美<sup>1</sup>, 古谷信三<sup>1</sup>, 中村康彦<sup>1</sup>, 上田一之<sup>1</sup>

【目的】胎盤は子宮内における胎児の生命維持装置として極めて重要な臓器である。しかし, 妊娠中の臨床的な評価は, 付着部位やgradeに関する検討を除きほとんどなされていない。今回我々は, 超音波検査により検出された胎盤肥厚と周産期予後の関連ならびに胎盤肉眼所見について検討を行った。

【対象】平成17年4月1日から平成20年2月29日までに当院で妊娠分娩管理を行った単胎妊婦1782名を対象とした。

【方法】妊娠16週から妊娠40週の間少なくとも1回は超音波専門医によるスクリーニング検査を行い, 胎盤肥厚を少なくとも1回以上認めた場合に胎盤肥厚ありと判定した。周産期予後(分娩週数, 出生体重, CTG異常出現率, 緊急帝王切開率, Apgarスコア1分値・5分値, 臍帯動脈pH, NICU入院率)の比較検討を行った。胎盤肥厚症例において胎盤肥厚を認めた時あるいは最も近傍の時期の子宮動脈RI値(左右平均値)と臍帯動脈RI値を計測し比較検討を行った。また胎盤の肉眼所見についてコントロール群と比較した。検討にはMann-WhitneyのU-testと $\chi^2$ 検定を用い, 危険率5%未満を有意差ありとした。

【結果】91例(5.1%)胎盤肥厚を認めた。胎盤肥厚群ではCTG異常所見出現率, 緊急帝王切開率, 出生児のNICU入院率が有意に高かった。娩出された胎盤の厚さおよび体積, 重量は胎盤肥厚群で有意に大きかった。分娩週数, 出生体重, Apgar score1分値, 5分値, 臍帯動脈pH, 子宮動脈RI値, 臍帯動脈RI値に有意差はみられなかった。

【結論】胎盤肥厚症例では, 妊娠分娩経過の異常を有意に多く認め, 胎盤肥厚は周産期予後を予測する早期の指標となる可能性が示唆された。また胎盤肥厚症例では肉眼的胎盤肥大を認め, 何らかの器質的変化が起こっている可能性が示唆された。

## 羊水混濁と胎児低酸素状態の検討

<sup>1</sup>JA広島総合病院 産婦人科

○中川朗子<sup>1</sup>, 中村紘子<sup>1</sup>, 藤本英夫<sup>1</sup>, 中西慶喜<sup>1</sup>, 内藤博之<sup>1</sup>

胎児が子宮内で胎便を排出して起こる羊水混濁は6~25%もの分娩で認められる。羊水混濁は胎児の低酸素状態が腸管の蠕動運動を亢進し、肛門括約筋の弛緩を起こし発生すると考えられていた。しかし、羊水混濁の多くは胎児成熟を反映したものであり、低酸素によるものは極めて少ないと考えられる様になってきた。【目的】羊水混濁の程度と児の低酸素状態との関連について調査し、羊水混濁時の対応について検討した。【方法】2005年4月1日から2007年3月31日の分娩を対象とし、羊水混濁の程度を高度、軽度および混濁無しの3群にわけ、周産期事象を調査し比較検討した。【成績】全分娩1215例のうち、羊水混濁高度は23例(1.89%)、軽度は126例(10.37%)であった。羊水混濁と分娩週数を比較すると、35週以前に羊水混濁はなく、各週の羊水混濁例の割合は、36週(3.33%)、37週(1.47%)、38週(4.25%)、39週(8.80%)、40週(20.74%)、41週(23.73%)、42週(33.33%)であり妊娠週数が進むにつれ増加傾向であった。羊水混濁の程度と児の低酸素状態との関係は以下の様に正の相関を示した。Apgar score 1分6点以下—高度(21.74%)、軽度(3.97%)、混濁無し(1.03%)。Apgar score 5分6点以下—高度(8.70%)、軽度(0.01%)、混濁無し(0%)。臍帯動脈血 pH7.10以下—高度(13.04%)、軽度(2.38%)、混濁無し(1.03%)。BE-12以下—高度(4.35%)、軽度(1.59%)、混濁無し(0.84%)。【結論】羊水混濁は35週以前にはなく妊娠週数が進むにつれ増加傾向であり、ほとんどの症例では胎児機能不全がないことより、児の成熟と何らかの関係があることが示唆された。羊水混濁の程度と低酸素血症例の割合は相関しており、羊水混濁の有無に注意が必要である。しかし、羊水混濁が高度であっても必ずしも仮死状態を示すわけではなく、児の評価には胎児心拍数パターンの評価や出生直後の新生児の評価が重要である。

## 4次元超音波を用いた妊娠初期双胎妊娠における胎児接触の観察

<sup>1</sup>香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学, <sup>2</sup>香川大学医学部母性看護学

○佐々木睦子<sup>1,2</sup>, 柳原敏宏<sup>1</sup>, 内藤直子<sup>2</sup>, 秦利之<sup>1</sup>

## 【背景・目的】

胎児の行動の変化は神経系発達を表す指標として考えられている。また、双胎児の子宮内相互接触は将来の発達に影響しているとの報告もある。4次元超音波(4D)による胎児の全身行動や胎児間接触の観察は2Dより優れた評価が可能となった。本研究の目的は、4Dを用いて妊娠10~13週の双胎児の接触行動を観察し二絨毛膜性二羊膜双胎(Dichorionic Diamniotic:DD)と一絨毛膜性二羊膜双胎(Monochorionic Diamniotic:MD)の違いについて比較分析することである。

## 【方法】

当院で妊婦健診を受けている妊娠10~13週のDD妊婦8名とMD妊婦6名で、同意が得られたものを対象とした。母体合併症や産科異常は除いた。本研究は本学倫理委員会の承認を得て行った。4DはVoluson730 Expertにより経腹的に30分間連続的にビデオテープに記録した後、双胎児の接触行動を検出した。分析は妊娠10~11週と妊娠12~13週のDDとMDそれぞれの総接触数と、Head to Head(HH), Head to Arm(HA), Head to Trunk(HT), Head to Leg(HL), Arm to Arm(AA), Arm to Trunk(AT), Arm to Leg(AL), Trunk to Trunk(TT), Trunk to Leg(TL), Leg to Leg(LL)の10パターンで検討した。統計処理はSPSSを用いて $p < 0.05$ を有意差ありとした。

## 【結果】

- 1.DD10-11wの接触10パターンの頻度と各パターン間では、HLとALの頻度が他に比べて有意に多かった。
- 2.DD12-13w, MD10-11w, MD12-13wの接触10パターンの頻度と各パターン間では有意差はみられなかった。
- 3.各接触について検討すると、HAはDD10-11w, DD12-13w, MD10-11w, MD12-13wの全てで有意差がみられた。
- 4.HT, AA, およびATでは、DD10-11wとDD12-13w, MD10-11w, MD12-13wで、および、MD10-11wとMD12-13wで有意差がみられた。

## 【結論】

4次元超音波は妊娠初期双胎妊娠における胎児接触行動を評価する方法として有用である可能性が示された。

## 3Dパワードプラ法を用いた超音波生検による胎盤血流の評価

<sup>1</sup>香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学, <sup>2</sup>香川県立保健医療大学保健医療学部看護学科  
○野口純子<sup>1,2</sup>, 田中宏和<sup>1</sup>, 秦 幸吉<sup>2</sup>, 犬走英介<sup>1</sup>, 柳原敏宏<sup>1</sup>, 秦 利之<sup>1</sup>

## 【背景・目的】

子宮内胎児発育遅延や妊娠高血圧症候群では、胎盤の Vascularity や血流量の減少が報告されている。また、3Dパワードプラ法を用いた胎盤の血流評価の報告も散見される。本研究の目的は、3Dパワードプラ法を用いた超音波生検により胎盤実質内の血流評価を行い、正常妊娠における胎盤の Vascularity の変化を検討することである。

## 【方法】

対象は、妊娠 12 週～40 週の子宮前壁付着胎盤の正常単胎妊娠 190 例である。

超音波検査は、Volson 730 Expert (GE Medical Systems, Milwaukee, WI, USA) を使用した。胎盤の Volume データを取得した後、解析ソフトの VOCAL システムを用いて超音波生検を行い、Vascularization index (VI), Flow index (FI), Vascularization Flow index (VFI) を求めた。

統計的分析は、SPSS 15.0J for Windows を用いて行い、 $P < 0.05$  を有意差ありとした。検者内と検者間の再現性の検討は、Bland-Altman 法を用いた。

## 【結果】

妊娠週数と VI との相関は  $y = 2.935 + 0.154x$  ( $r = 0.268$ ,  $P < 0.001$ )、妊娠週数と FI との相関は  $y = 28.305 + 0.132x$  ( $r = 0.153$ ,  $P < 0.035$ )、妊娠週数と VFI との相関は  $y = 0.867 + 0.061x$  ( $r = 0.249$ ,  $P < 0.001$ )、であった。検者内と検者間の再現性は、良好であった。

## 【結論】

正常妊娠においては、妊娠週数と胎盤の Vascularty を評価するパラメーター (VI, FI, VFI) が弱い正の相関を示すことが明らかとなった。3Dパワードプラ法を用いた超音波生検は、胎盤血流の Vascularity を評価する新しい診断法となり得る可能性が示された。

## 当科における心疾患合併妊婦の周産期管理と妊娠予後

<sup>1</sup>岡山大学大学院医歯薬学総合研究科産科婦人科学教室

○定本麻里<sup>1</sup>, 守屋聡子<sup>1</sup>, 井上誠司<sup>1</sup>, 舛本明生<sup>1</sup>, 住田由美<sup>1</sup>, 瀬川友功<sup>1</sup>, 増山 寿<sup>1</sup>, 平松祐司<sup>1</sup>

## 【緒言】

心疾患合併妊娠は全分娩の約 1% を占め、妊産婦死亡率や周産期死亡率が高く、周産期管理が重要となってくる。

## 【対象】

2004 年 1 月 20 から 08 年 6 月までの 4 年間で当科にて分娩した心疾患合併妊娠 27 例 (25 人) について、その妊娠管理や分娩方法、周産期予後などについて後方視的に検討した。

## 【結果】

妊婦の年齢は  $27.6 \pm 4.9$  歳 (mean  $\pm$  S.D.)、心疾患の内訳はチアノーゼ性の先天性心疾患 9 例 (全症例とも術後)、非チアノーゼ性の先天性心疾患 14 例 (うち術後 10 例)、弁膜症 4 例 (うち術後 1 例) で、すべて妊娠前の NYHA 心機能分類 class I、左心機能低下例は認めず、内服治療が 2 例に行われていた。不整脈合併が 9 例 (うち抗不整脈薬内服治療 1 例、ペースメーカー挿入 1 例)、妊娠時に抗凝固療法を行われていた症例は認めなかった。

分娩に至った 27 例中、早産は 4 例 (14.8%)、IUGR が 1 例あった。6 例に産科的適応で帝王切開を行い、経膈分娩 21 例中 10 例に硬膜外麻酔を使用し、疼痛コントロールを行った。妊娠中、産後ともに心不全のため治療を要した症例は認めず、感染性心内膜炎を発症した例も認めなかった。SFD 児は 2/26 例 (7.7%) で、先天性心疾患合併妊婦から出生した 23 児中 5 児 (21.7%) に先天性心奇形 (TAPVR 1 例、Ebstein 奇形 1 例、VSD 3 例) を認めた。

## 【結語】

NYHA class I の心疾患合併妊娠 27 例において、妊娠中、産後に心不全のため治療を要した症例は認めず、原因不明の IUGR 1 例以外は、母児ともに妊娠経過は良好であった。母体心機能低下のために帝王切開が必要となった症例はなく、症例により硬膜外麻酔による疼痛コントロールを行うことで経膈分娩が可能であった。また、先天性心疾患合併妊娠中 5 例 (21.7%) と高率に児の心奇形を認めており、母体に先天性心疾患がある場合は、周産期管理として妊娠中の母体の心機能評価に加えて、胎児心スクリーニングも重要であると思われる。

## 妊娠中に心不全を発症し周産期心筋症と考えられた2例

<sup>1</sup> 総合病院 山口赤十字病院 産婦人科

○高橋弘幸<sup>1</sup>, 庄司孝子<sup>1</sup>, 申伸正子<sup>1</sup>, 金森康展<sup>1</sup>, 谷川正浩<sup>1</sup>, 辰村正人<sup>1</sup>

周産期(産褥)心筋症は妊娠中に発症した心不全で 1)妊娠最終月から分娩後 5ヶ月までに発症 2)原因が不明 3)心疾患既往がない等に該当する疾患である。我々は 27 週と 33 週に心不全を発症した 2 例を経験した。

【症例 1】32 才, G3・P0. 25 週 5 日, リトドリン 3 錠/日開始. 27 週 0 日, 動悸・咳のため立ち上がれなくなり, 脈拍 200/分と上室性頻拍症の診断で緊急母体搬送. 胸部 XP:CTR 58%. 心電図:頻拍性心房細動(脈拍 151/分). 心エコー:LV-EF 33%, MR3 度, TR2 度, PR2 度. 硫酸 Mg 持続静注, ジゴキシン・ワソラン・アプレズリン内服. 32 週 4 日, 心房細動(持続時間約 5 時)再発あり, 32 週 6 日, 帝王切開 1998g の男児を Apgar8/9 で出産. 術後, ドブタミン 5 $\gamma$  + hANP 持続静注. 術後 1 日, アーチスト 2.5mg/日. 術後 2 日, レニベース 2.5mg/日. 術後 17 日退院.

【症例 2】23 才, G0・P0. 30 週 3 日, 蛋白尿, 単一臍帯動脈, FGR のため紹介. 初診時, EFBW:1054g(-2.52SD), 単一臍帯動脈, 臍帯・子宮動脈の RI・PI 高値. 蛋白尿は 3.9~5.9g/日. 32 週 0 日, 血圧 160/100 アルドメット内服. 33 週 0 日“入院前から咳が出て横になるとしんどい”との訴えあり, 胸部 XP:CTR 57%, 心エコー:LV-EF 63%, MR3 度, AR1 度, TR1 度, PR2 度, 心嚢液の中等量貯留. 33 週 3 日, 帝王切開 1160g の女児を Apgar7/9 で出産. 術後 1 日, 心拡大と腹水貯留あり, 心不全の悪化と考えラシックス静注, hANP 持続静注. プロプレス 4mg/日内服. 術後 4 日, 夜間呼吸困難と歩行時の息切れが続くので低アルブミン血症に対し 25%アルブミンを 3 日間投与. 利尿が付き, 心嚢液は減少, 症状軽減. 術後 19 日退院.

## 拡張型心筋症合併妊娠の 2 例

<sup>1</sup> 広島大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学

○谷川美穂<sup>1</sup>, 坂下知久<sup>1</sup>, 三好博史<sup>1</sup>, 小出千絵<sup>1</sup>, 信実孝洋<sup>1</sup>, 藤東猶也<sup>1</sup>, 兵頭麻希<sup>1</sup>, 工藤美樹<sup>1</sup>

拡張型心筋症は心筋収縮力低下による心不全を呈する疾患で、妊娠中・後期には循環血液量の増加による心負荷の増大によりその合併妊娠は嚴重な周産期管理が必要である。拡張型心筋症合併妊娠 2 例を経験した。

【症例 1】20 歳, 0 経妊 0 経産. 2 歳時に白血病のため化学療法施行, 10 歳時に化学療法続発性の拡張型心筋症と診断. 妊娠前は ACE 阻害剤内服しており NYHA:class1. 心エコー, ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)測定を指標として妊娠管理を行い妊娠 27 週より周産期管理目的で入院. 妊娠 30 週, 左室駆出率(EF)56%, 左室拡張末期径(LVDd)36mm と低下したため  $\beta$  ブロッカー開始. 妊娠 32 週, EF:50%, LVDd:48mm, BNP:93.1pg/ml となり利尿剤開始した. その後心エコーで心機能著変なく, BNP:50~80 で推移, 自覚症状も認めなかった. 分娩時の急激な循環動態の変化を考慮し妊娠 36 週 1 日, 硬膜外麻酔による無痛分娩で分娩とした. 痛みの訴えはなくバイタルも変化なく経過し 2474g の児を Apgar Score 9 点/10 点, 臍帯動脈血 pH:7.288 で分娩. 分娩所要時間 6 時間 17 分, 分娩第 2 期は 39 分. 産褥期は ACE 阻害剤再開し心エコーで心機能は著変なく(EF:50%, LVDd:51mm), BNP は最高値 132.1 であったが自覚症状なく経過良好で産褥 11 日退院となった.

【症例 2】25 歳, 1 経妊 0 経産. 1 歳時に拡張型心筋症と診断. 妊娠前投薬なく NYHA:class1. 妊娠 26 週より周産期管理目的で入院し心エコー, BNP 測定を指標として妊娠管理. 妊娠 30 週現在, EF:56%, LVDd:54mm, BNP:16.4 (最高値 26.6) と妊娠初期と比べ著変なく経過しており自覚症状も認めていない.

【結語】妊娠中に心エコーや BNP を指標に管理し良好な経過をたどった拡張型心筋症合併妊娠症例を経験した. 心疾患合併妊娠は経膈分娩が原則であり, 症例 1 でも無痛分娩により経膈分娩を行い現在のところ原疾患の悪化なく経過している. 症例 2 も嚴重に経過観察し硬膜外麻酔による無痛分娩の予定である.

## 母児ともに救命し得た急性大動脈解離の一例

<sup>1</sup>鳥取大学医学部附属病院女性診療科

○木山智義<sup>1</sup>, 荒田和也<sup>1</sup>, 周防加奈<sup>1</sup>, 池田綾子<sup>1</sup>, 佐藤誠也<sup>1</sup>, 浪花潤<sup>1</sup>, 堀江さや子<sup>1</sup>, 月原 悟<sup>1</sup>,  
片桐千恵子<sup>1</sup>, 岩部富夫<sup>1</sup>, 原田 省<sup>1</sup>, 寺川直樹<sup>1</sup>

妊娠中の胸痛発作をきたす疾患には肺動脈塞栓症, 羊水塞栓症および狭心症などが鑑別診断として挙げられる。今回, 頻度としては稀である妊娠中の急性大動脈解離の一例を経験したので報告する。症例は, 身長 164cm, 30 代の 2 経妊 1 経産婦。既往歴として胎盤遺残による輸血歴があった。妊娠 19 週より子宮内胎児発育遅延と高血圧が出現し,  $\alpha$  メチルドーパの内服を開始した。妊娠 22 週に抗 PE IgM 抗体の高値が確認され, 子宮内胎児発育遅延が増悪していることからインフォームドコンセントののち, 低用量アスピリンと未分画ヘパリン投与を開始した。妊娠 33 週 5 日, 自宅にて安静時に突然胸痛発作が出現した。来院時の酸素飽和度は 98%, D-Dimer は  $1.3 \mu\text{g/ml}$  と軽度上昇していた。その他, 血液検査データならびに心電図に異常は認めなかった。胸部レントゲンにて右第 1 弓の突出と, 心エコーにて軽度の大動脈弁逆流を認めた。MRI にて上行大動脈から腹部大動脈にかけて大動脈解離を認め, DeBakey I 型解離と診断した。全身麻酔下に帝王切開術を施行し, 1135g の男児を Apgar score 3/6 点で娩出した。既往歴より癒着胎盤の可能性も否定できず, 体外循環時の出血コントロールのため, 同時に子宮を摘出した。止血を確認した後に, 上行大動脈置換術を施行した。摘出した大動脈血管壁には Marfan 症候群に特徴的な弾性線維の脆弱性はなかった。児の経過は良好で日齢 47 に体重 2328g で退院した。母体は術後に微小脳梗塞を認め, 右手の軽度麻痺が残存したものの軽快傾向にある。急性大動脈解離は比較的稀ではあるものの, 40 歳以下の若年女性における発症例の約 50% は妊娠中に起こるといわれている。今回, 妊娠中に発症した急性大動脈解離に対し, 早期に確定診断を行うことで, 母児ともに救命することができた。

## Aplastic crisis を契機に診断された遺伝性球状赤血球症合併妊娠の 1 例

<sup>1</sup>広島大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学

○山本弥寿子<sup>1</sup>, 三好博史<sup>1</sup>, 信実孝洋<sup>1</sup>, 藤東猶也<sup>1</sup>, 兵頭麻希<sup>1</sup>, 坂下知久<sup>1</sup>, 藤原久也<sup>1</sup>, 工藤美樹<sup>1</sup>

【緒言】遺伝性球状赤血球症 (hereditary spherocytosis、以下 HS) は本邦の先天性溶血性貧血の中では最も頻度が高いが重症度は様々である。今回、妊娠中にヒトパルボウイルス B19 (B19) に感染し aplastic crisis を来したことで HS と診断された症例を経験したので報告する。【症例】19 歳、0 経妊 0 経産。既往歴は特記なし。家族歴として、実母が貧血および球状赤血球を指摘されたエピソードがあるが確定診断には至っていない。妊娠 4 週 4 日に前医で妊娠確認、妊娠 7 週 6 日に 1 絨毛膜 2 羊膜双胎と診断、また同時期より妊娠悪阻のため点滴加療を受けていた。妊娠 8 週 6 日、悪阻症状の憎悪および貧血 (Hb6.8g/dl) を認めたため精査加療目的に当院紹介された。初診時 Hb4.0 g/dl と重症貧血を呈し、間接ビリルビンの上昇やハプトグロビン低下から溶血性貧血を疑った。入院時血清検査で B19 IgM 抗体及び DNA が共に陽性、末梢血塗抹標本で球状赤血球を認めたこと、家族歴から、B19 感染を契機とした HS の aplastic crisis と診断した。濃厚赤血球輸血により貧血は改善、それに伴い全身状態は軽快した。母子感染の危険性について納得のうえ、妊娠の継続希望のため外来管理に移行した。妊娠 13 週 6 日、一児が子宮内胎児死亡となり、さらに 14 週 6 日にもう一児の胎内死亡も確認、妊娠 15 週 5 日、流産に至った。両児とも水腫、外表奇形はなかったが全身蒼白であった。胎盤の病理組織検査で特記すべき異常は認めず、胎児死亡と B19 感染との関連および児の HS 罹患については不明であった。【考察】HS の多くは常染色体優性遺伝の形式をとり、児が罹患した場合、溶血により貧血、黄疸を来しやすく、母児ともに周産期管理には注意を要する。今後の妊娠、出産に際しては慎重な管理が必要と思われた。

## 妊娠中に発症したくも膜下出血の3症例

<sup>1</sup>山口大学○木塚文恵<sup>1</sup>, 住江正大<sup>1</sup>, 田邊 学<sup>1</sup>, 村田 晋<sup>1</sup>, 中田雅彦<sup>1</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

【はじめに】妊娠中のくも膜下出血(SAH)の頻度は10,000~15,000症例に1例と比較的稀であるが、発症すると死亡率は35~40%と報告されており、妊産婦死亡の原因の4.3~10%を占める重篤な合併症の一つである。今回我々は、3例のSAHを経験したので報告する。

【症例1】36才 経産婦。既往歴として特発性門脈圧亢進症による食道静脈瘤あり。妊娠21週時に近医を初診し、その数日後に突然の意識消失あり。JCS 200であり直ちに気管内挿管、心肺蘇生が行われた。CTにてSAHと診断され当院へ搬送となった。右中大脳動脈瘤破裂の診断にて直ちに全身麻酔下に開頭クリッピングが施行された。既往疾患のため人工妊娠中絶を勧められており、家族との相談の上クリッピング術後に帝王切開術による人工妊娠中絶を施行した。重症に分類されるgrade5の症例であったが、左片麻痺が一時的に出現した以外は母体の術後経過は良好であり、4週間後には神経症状も認めず軽快退院となった。【症例2】32才の経産婦。妊娠32週2日に突然の頭痛を認め、鎮痛剤を処方されたが軽快せず、近医へ搬送された。CTでSAHと診断され当院へ搬送となった。前交通動脈の動脈瘤破裂の診断にて同日全身麻酔下に帝王切開術を施行し、続いて開頭クリッピング術を施行した。術後25日目に神経症状も認めず退院となった。【症例3】26才初産婦。妊娠33週0日に突然の頭痛を認め、CTでSAHと診断され当院へ搬送となった。右中大脳動脈瘤破裂の診断で、同日全身麻酔下に緊急帝王切開術を施行し、引き続き開頭クリッピング術を施行した。術後低ナトリウム血症による痙攣発作を認めたが、以後の経過は良好であり37日目に軽快退院となった。

【まとめ】くも膜下出血は妊娠中に起こり得る重篤な疾患であり、迅速な診断と脳神経外科・麻酔科との連携による迅速な対応が重要であると考えられた。

## 分娩進行中にRPLSを発症した一例

<sup>1</sup>高知大学医学部 産科婦人科○京谷琢治<sup>1</sup>, 永井立平<sup>1</sup>, 池上信夫<sup>1</sup>, 前田長正<sup>1</sup>, 深谷孝夫<sup>1</sup>

【緒言】RPLS(Reversible Posterior Leukoencephalopathy Syndrome)は1996年にHincheyらにより提唱された病態で、「痙攣・頭痛・意識障害・視野障害などで発症し、画像上後頭葉皮質下白質の可逆性浮腫性病変を伴う症候群」とされ、高血圧脳症、子癇、腎不全、尿毒症、免疫抑制剤や抗癌剤使用などを原疾患として発症する。今回我々は、分娩進行中にRPLSを発症した一例を経験したので報告する。【症例】当院での体外受精により妊娠した39歳の高齢初産婦で、妊娠経過は順調であった。妊娠39週3日に陣痛発来で入院となり、分娩は順調に進行した。しかし、児娩出直前に、四肢痙攣・両眼球右上方固定・右頬部~口角の引き攣れを認め、呼名にも返答がえられなかった。各科医師を緊急招集し、初期対応を行った後、ICUへ移送した。その後のCT・頭部MRI・心電図/心エコーなどから、RPLSおよびカテコラミン(逆たこつぼ型)心筋症と診断した。抗痙攣・抗浮腫治療、アドレナリン作動薬や利尿剤の投与などにより病状は順調に改善し、産褥3日目には産科病棟へ転棟となり、産褥16日目には母子ともに退院となった。現在母体の後遺症はみられず、MRIの所見も消失している。【考察】本症例では妊娠高血圧症候群の合併はなかったものの、分娩時怒責による一過性の急激な血圧上昇から分娩子癇を発症した結果のRPLSと考えられた。【まとめ】分娩進行中に発症したRPLSを経験した。当院の(1)分娩時の産科医2名の立ち会い(2)全科当直体制(麻酔科医、脳外科医、循環器内科医の待機)(3)緊急MRIが可能な体制により、迅速な対応が可能であった。

## 横紋筋融解症を契機に診断された筋緊張性ジストロフィー合併妊娠の一例

<sup>1</sup>高松赤十字病院産婦人科

○岩見州一郎<sup>1</sup>, 後藤真樹<sup>1</sup>, 佐藤美樹<sup>1</sup>, 小西陽子<sup>1</sup>, 松本美奈子<sup>1</sup>, 野々垣多加史<sup>1</sup>

筋緊張性ジストロフィーは、進行性の筋萎縮と筋力低下を主症状とする常染色体優性遺伝の疾患である。妊娠中に筋症状の悪化をみることが多く、流産・胎児死亡・新生児死亡が高率に発生するため、母児の管理に注意を要する。また、塩酸リドリン等のβ刺激剤を投与すると健常人に比べ高率に横紋筋融解症が発生するため、切迫流産の管理には注意を要する。今回、我々は横紋筋融解症を契機に診断された筋緊張性ジストロフィー合併妊娠の一例を経験したので報告する。症例は30歳、4経妊2経産(2回早産、2回流産)の経産婦。2回の早産既往があるため、妊娠13週に予防的頸管縫縮術を施行した。妊娠20週より切迫流産の管理目的で入院となった。塩酸リドリンによる治療を開始したところ、筋酵素(AST・ALT・LDH・CPK)の上昇を認め、塩酸リドリンによる横紋筋融解症と考えられた。塩酸リドリン投与を中止し硫酸テルブタリンに変更したところ、筋酵素の上昇は更に悪化し、著明な筋肉痛も認められた。そこで、塩酸イソクスブリン・硫酸マグネシウムで治療を行った。神経内科で神経学的検査を施行し、筋緊張性ジストロフィーと診断された。妊娠28週5日子宮収縮抑制不良となり、骨盤位のために緊急帝王切開術を施行した。出生児は1098gの女児でApgar scoreは1/2(1分/5分)であり、floppy infantであった。児は19番染色体長腕19q13.3に位置するミオトニンキナーゼ遺伝子の第15エキソン3'非翻訳領域にCTG反復配列の異常増幅が認められたため、先天性筋緊張性ジストロフィーと診断された。母は検査を拒否されたため施行していない。塩酸リドリン等のβ刺激剤の投与で横紋筋融解症が出現した場合には、筋緊張性ジストロフィーを念頭に置き、注意深い妊娠・分娩管理を行う必要があると思われた。

## 極長鎖脂肪酸アシル CoA 脱水素酵素欠損症合併妊娠の一例

<sup>1</sup>愛媛大学大学院医学系研究科

○岡本温美<sup>1</sup>, 松原裕子<sup>1</sup>, 片山富博<sup>1</sup>, 兵頭慎治<sup>1</sup>, 小泉幸司<sup>1</sup>, 藤岡 徹<sup>1</sup>, 松原圭一<sup>1</sup>, 伊藤昌春<sup>1</sup>

【緒言】極長鎖脂肪酸アシル CoA 脱水素酵素(very-long-chain acyl-CoA dehydrogenase:以下 VLCAD)は、脂肪酸ミトコンドリアβ酸化に関わる4つの酵素のうちの一つである。この脂肪酸β酸化系はブドウ糖からのエネルギー供給が低下した際の重要なエネルギー源であり、VLCAD欠損症では、肝臓での脂肪酸酸化障害による飢餓時の低血糖と、筋での脂肪酸酸化障害による筋力低下、筋痛が主な症状である。一般検査では筋由来CPKの上昇がみられ、飢餓や運動負荷により増悪し、横紋筋融解症を発症する。本疾患は、非常にまれな疾患で、1993年に初めて報告されて以来、本邦では21例が報告されている。タンデムマスによる新生児スクリーニング対象疾患であり、約15万新生児に1人との報告がある。今回我々は、VLCAD欠損症合併妊娠の一例を経験したので報告する。

【症例】31歳、0回経妊0回経産。筋生検により26歳時にVLCAD欠損症と診断された。挙児希望にて当院を受診し、IVF-ETにて妊娠成立した。妊娠24週、全身倦怠感と軽度のCPK上昇を認めたが安静により自然軽快した。妊娠35週、切迫早産にて入院管理となった。塩酸リドリン点滴開始後、CPKの上昇を認めたため中止したところ、速やかにCPKは低下した。妊娠38週4日、母体適応にて帝王切開術を施行し、体重2894g、Apgar Score8/9、女児を出産した。術後CPKの上昇がみられたが、本人の自覚症状は軽度の脱力感のみであり、術後10日目に経過良好で退院となった。

【考察】VLCAD欠損症合併妊娠では、長期間の絶食を避け、血糖値やCPK値を適宜測定することが重要である。

## 妊娠高血圧症候群を呈した若年発症成人型糖尿病合併妊娠の一例

<sup>1</sup>高知大学医学部 産科婦人科

○永井立平<sup>1</sup>, 京谷琢治<sup>1</sup>, 池上信夫<sup>1</sup>, 林 和俊<sup>1</sup>, 深谷孝夫<sup>1</sup>

【はじめに】糖尿病合併妊娠において、通常の妊娠管理下で糖尿病をコントロールされている場合には腎性高血圧を来す症例は少ない。今回、糖尿病コントロール不良にもかかわらず妊娠成立し、妊娠高血圧症候群を発症した若年発症成人型糖尿病合併妊娠の症例を経験したので報告する。

【症例】24歳女性、初産婦。17歳時に口渇感を自覚し近医受診した際、HbA1c15.6%、空腹時血糖365mg/dlと異常高値を指摘され、若年発症成人型糖尿病と診断された。近医内科で教育入院、インスリン治療を開始したが、病識に乏しく定期受診をしていなかった。今回妊娠成立時も血糖コントロール、血圧管理、腎機能評価は全くされていなかった。妊婦健診も未受診であり、妊娠27週頃(推定)に初めて近医産婦人科受診し、高血圧を指摘され当院へ紹介受診となった。来院時血圧200/130mmHgであり、血清クレアチニン値2.21mg/dl、BUN28mg/dlと腎機能障害を認めためたため妊娠継続は困難と判断し、同日緊急帝王切開分娩にて630gの女児を娩出した。術後硫酸マグネシウム1g/hr、ニカルジピン(50mg)3ml/hr持続点滴を行ったが血圧下降を認めなかった。血清Mgの急激な上昇を認めためクレアチニンクリアランスを測定したところ、23.3ml/minと著しい腎機能低下を認めた。糖尿病性腎症および腎性高血圧と診断し、現在腎・糖尿病内科でコントロール中である。

【考察】妊娠高血圧症候群症例において、産褥期に治療抵抗性の高血圧を認める場合には、糖尿病性腎症による腎性高血圧も念頭に置く必要があると考えられた。

## 救命できた劇症型A群溶連菌感染症(分娩型)の一例

<sup>1</sup>倉敷中央病院 産婦人科

○前田綾子<sup>1</sup>, 森本明美<sup>1</sup>, 堀川直城<sup>1</sup>, 宇佐美知香<sup>1</sup>, 川崎 薫<sup>1</sup>, 内田崇史<sup>1</sup>, 中堀 隆<sup>1</sup>, 本田徹郎<sup>1</sup>, 高橋 晃<sup>1</sup>, 長谷川雅明<sup>1</sup>

劇症型A群溶連菌感染症(toxic shock-like syndrome; TSLS)は急速な経過でショック、多臓器不全を呈する疾患で死亡率は30~70%に及ぶといわれている。今回分娩後もDICと腎不全が遷延したが、長期の集中治療ののち救命できた一例を経験したので報告する。

症例は32週経産婦。他院で健診を受け異常を指摘されていなかった。受診前日の夜より咽頭痛が出現し、深夜になって腹痛が出現したため前医を受診し39℃の発熱と1分間隔の子宮収縮、胎児徐脈を認めた。重症子宮内感染症(敗血症)疑いで当院に緊急母体搬送となったが到着時には胎内死亡となっていた。母体低血圧、黒色尿、血液凝固異常をみとめたため、ICUで全身管理をおこないながら経陰分娩した。その後弛緩出血のため子宮動脈塞栓術を施行し、呼吸窮迫症候群(adult respiratory distress syndrome; ARDS)にて人工呼吸管理を要した。入院時に採取した咽頭培養、帯下培養、娩出胎盤からA群溶連菌が検出された。

産後に血圧が安定した後も無尿と38度台の発熱、白血球数20,000/μl以上が続き抗生剤(IPM/CS+CLDM)、免疫グロブリン投与、血液透析を要した。治療開始後はA群溶連菌の検出なく耐性菌も出現しなかったが、抗生剤投与にもかかわらず炎症所見の改善が乏しかった。産後の子宮復古不良もあり、産後21日目から子宮内洗浄を開始したところ収縮良好となり、産後30日ではじめて解熱した。急性腎不全は無尿期間が20日間続いた後、徐々に尿量増加し産後27日目に血液透析を離脱でき、産後43日目に自宅退院した。

その後4ヶ月で月経が再開した。腎機能はCre1.0mg/dl前後でカリウム制限等の食事療法を要する状態ではあるが、日常生活は問題なく経過している。

## 新生児期の手術既往のため妊娠を契機に癒着性イレウスを発症し妊娠継続に難渋した双胎妊娠の1例

<sup>1</sup>国立病院機構岡山医療センター

○片山典子<sup>1</sup>, 小平雄一<sup>1</sup>, 桑原 良奈<sup>1</sup>, 塚原紗耶<sup>1</sup>, 熊澤一真<sup>1</sup>, 高田雅代<sup>1</sup>, 中西美恵<sup>1</sup>, 多田克彦<sup>1</sup>

【はじめに】周産期医療・医学の進歩により合併症を持った児が元気に育つ時代となり、そのような児が妊娠、出産を迎える機会も多くなっている。新生児期に巨大結腸症の根治術を受け、妊娠を契機に癒着性イレウスを発症し、妊娠継続に難渋した双胎妊娠例を経験したので報告する。【症例】33歳女性。0経妊、0経産。新生児期に巨大結腸症の根治術を施行されている。IVF-ETにて双胎を妊娠したが、妊娠初期から悪心・嘔吐が出現し増悪したため妊娠16週より入院管理となった。腹部には縦横に大きな手術痕があり、腹腔内の癒着は容易に想像できる状態であった。入院後、イレウスと診断しIVH管理とイレウス管の挿入を必要とした。さらに、妊娠22週には両側尿路通過障害を原因とする両側水腎症が出現し、腎機能が悪化したため両側尿管ステントを留置した。その後、妊娠子宮の増大に伴いイレウス症状が再燃、悪化し、妊娠24週には保存的治療は限界となり小腸ろう増設術を施行した。妊娠27週頃には、ステント留置不全がないにもかかわらず、両側水腎症の悪化による高度の腰痛が出現し、子宮の増大が原因と考えられた。これに加え、長期間にわたる悪心・嘔吐、不眠を原因とする精神的苦痛は相当であり、精神科医の面談を必要とした。妊娠のterminationの絶対的適応はなかったが、身体的・精神的苦痛により患者がこれ以上の妊娠の継続を受け入れられない状況となり、妊娠28週2日に帝王切開術を施行した。諸症状は順調に改善し、術後24日目に退院となった。両児(男児:938g、女児:938g)は順調に経過し日齢88、修正40週(2450g、2312g)で退院となった。【まとめ】様々な合併症を持った児が、妊娠・出産を迎える機会は今後ますます増えてくると考えられ、各々の既往歴に合わせた妊娠・出産計画を考える必要がある。

## 頭位臍帯下垂を生じ選択的帝王切開術を施行した synechia の1例

<sup>1</sup>松山赤十字病院 成育医療センター産婦人科

○高木香津子<sup>1</sup>, 妹尾大作<sup>1</sup>, 東條伸平<sup>1</sup>, 弓削乃利人<sup>1</sup>, 大下裕子<sup>1</sup>, 本田直利<sup>1</sup>, 横山幹文<sup>1</sup>

【緒言】Synechiaとは癒着症を総称するものであるが、産科領域においては妊娠に合併した子宮腔内癒着病変を意味する。多くの場合、synechiaの癒着部は妊娠の進行に伴って引き伸ばされながら菲薄化し、膜状となってやがて消失するが、時に分娩時まで残存し、横位や骨盤位などの胎位異常、あるいは臍帯下垂などの原因となる。今回、頭位であったにもかかわらず、synechiaによる臍帯下垂を生じ、選択的帝王切開術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】42歳、8回経妊5回経産。近医にて妊娠管理をされていたが、妊娠25週時、当科に転院。初診時、経腹超音波断層法にて、双胎の隔膜を思わせるような、子宮下部右側壁より突出する明瞭な膜様構造物を認め、synechiaと診断した。児は骨盤位を呈していた。妊娠29週時、骨盤位のままで臍帯下垂を生じていたため、胸膝位を指導したが、その後も変化は認められなかった。妊娠32週時、外回転術を施行したところ、頭位となり臍帯下垂も改善した。しかしながら、妊娠32週時、頭位で再び臍帯下垂を生じており、以後も同様に経過した。経腹超音波断層法にて、児頭の子宮口寄りに残存するsynechiaの膜状構造物が明瞭に描出され、カラーおよびパルスドプラ法、並びに3Dパワードプラ法で、前羊水腔に蝸局を巻く臍帯が詳細に観察されたことより、synechiaに起因する臍帯下垂であると診断した。妊娠37週時、選択的帝王切開術を施行し、術中所見として、児頭を被覆するように密着する厚い膜状組織と、前羊水腔に蝸局を巻く臍帯を確認した。病理組織診断にて、synechiaの膜状組織は折り返った卵膜構造を呈していることが判明。一方で臍帯過長も伴っていた。

【結語】妊娠初期にsynechiaを認めた際は、その後の経過を注意深く観察していくことも必要であると考えられた。

## 既往帝切子宮癒痕部菲薄化を繰り返した反復帝王切開の1例

<sup>1</sup> 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室

○丹羽家泰<sup>1</sup>, 瀬川友功<sup>1</sup>, 赤堀洋一郎<sup>1</sup>, 中務日出輝<sup>1</sup>, 井上誠司<sup>1</sup>, 舛本明生<sup>1</sup>, 住田由美<sup>1</sup>, 増山 寿<sup>1</sup>, 平松祐司<sup>1</sup>

緒言: 子宮破裂は突発的に出血性ショックを起こす産科救急疾患である。母体死亡率は2~5%、胎児死亡率は20~80%であり、既往帝切癒痕部破裂が最も多い。以前に我々は、既往帝切癒痕部菲薄化のため選択的帝王切開を施行した症例を経験した。今回、同一妊婦において、再び癒痕部菲薄化を認め、妊娠中期より入院管理とし、選択的帝王切開にて子宮破裂を起こすことなく生児を得た。しかし、分娩時期や手術手技について苦慮したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例: 36歳、3経妊2経産。3回帝切既往がある。前回、34歳時、癒痕部菲薄化を認め妊娠37週で選択的帝王切開を施行した。術中、癒痕部の高度菲薄化を認め、子宮切開部の縫合に苦慮した。今回、妊娠14週より癒痕部が3mmと菲薄化を認め、菲薄化が進行するため、妊娠22週に管理目的で入院とした。安静と塩酸リドリン投与にて子宮収縮予防を図り、超音波検査にて経時的に癒痕部を観察した。癒痕部菲薄化は徐々に進行し、妊娠29週に1mm前後となった。胎児成熟と子宮破裂の危険を考慮し、児肺成熟を促すため、母体へステロイド投与後、妊娠32週に選択的帝王切開を施行した。術中超音波検査を行い、菲薄化していない部分のみ膀胱剥離を行った。また、胎盤は子宮前壁下部付着であり、胎盤下縁より約2cm下方で菲薄化していない部分にマーキングを行い、横切開にて児を娩出した。児は1670gでApgar Score 1分後8点、5分後9点であった。子宮創は問題なく閉創でき、両側卵管結紮後閉腹した。経過は順調で術後8日目に退院とした。

考察: 既往帝切癒痕部菲薄化を認める妊婦において、分娩時期や手術手技の選択には苦慮する事が多い。術中超音波検査が菲薄部の確認と切開位置の決定に有用であった。また、今後、妊娠を望まない患者において、菲薄部を避けた切開が妥当な方法であると考えられた。

## 帝王切開後に発症した全前置胎盤の1例

<sup>1</sup> 香川県立中央病院産婦人科

○斎藤 央<sup>1</sup>, 請田絵美子<sup>1</sup>, 堀口育代<sup>1</sup>, 林 良宣<sup>1</sup>, 露木佳子<sup>1</sup>, 米澤 優<sup>1</sup>, 川田清弥<sup>1</sup>

前置胎盤は日常的に遭遇する産婦人科医を苦悩させる困難な症例の1つである。現在係争中である既往帝王切開術後の全前置胎盤の症例は、産婦人科医療の行方にもかかわる社会的問題にまで発展している。われわれも2回の帝王切開分娩の後発症した全前置胎盤で癒着胎盤の症例を経験した。この症例をとおして、妊娠中および入院中の管理、患者とその家族への対応、癒着胎盤の診断、想定される出血に対する評価と準備、麻酔科との連携、術式の選択など多くの問題点が浮き彫りになった。前置胎盤はこれからも変わらず経験する症例である。不幸な転帰をとらせないためにも今回の症例から得られた問題点を考察した。

## 癒着胎盤に対し子宮動脈塞栓術を用い同種血輸血を回避しながら胎盤用手剥離し得た1例

<sup>1</sup>愛媛県立中央病院 総合周産期母子医療センター・産婦人科

○田中寛希<sup>1</sup>, 阿部恵美子<sup>1</sup>, 清家 杏<sup>1</sup>, 森 美妃<sup>1</sup>, 小塚良哲<sup>1</sup>, 立石洋子<sup>1</sup>, 近藤裕司<sup>1</sup>, 越智 博<sup>1</sup>, 野田清史<sup>1</sup>

癒着胎盤は胎盤用手剥離に伴い、大出血や子宮穿孔、子宮内反をきたし、出血性ショックや DIC となり、子宮全摘を必要としたり、ときには母体死亡をおこすことがある。そのため、患者が妊孕能温存を希望した場合、その治療法に苦渋する事が多い。今回、我々は、第二子分娩時に癒着胎盤と診断され、子宮動脈塞栓法を併用し、同種血輸血を回避しながら胎盤用手剥離を行い、子宮を温存しえた症例を経験したので報告する。症例は、29 歳、第一子分娩時に胎盤用手剥離の既往がある。妊娠 39 週 2 日、3025g の女児を正常経陰分娩したが、胎盤娩出されず、胎盤用手剥離行っても胎盤組織を一部摘出できたのみであったため、癒着胎盤が疑われ、当科へ緊急母体搬送となった。来院時、子宮内に約 7×6cm 大の腫瘤を認め、子宮筋層は菲薄化していた。静脈麻酔下に胎盤用手剥離を試みるも、出血が多量になることが予想されたため中止した。造影 MRI では、嵌入胎盤が疑われた。患者が妊孕能温存を希望されたことと、前医への早期の転院の希望もあったため、子宮動脈塞栓術を施行後、全身麻酔下に胎盤用手剥離術を施行することとした。右子宮動脈上行枝にゼルフォームにて塞栓を行い、その 4 時間後に全身麻酔下に胎盤用手剥離術を施行した。胎盤は、肉眼・超音波上はほとんど遺残なく剥離行うことができ、摘出胎盤は 240g、術中出血量は約 50g であった。術後出血は 80g/日であり、子宮収縮も良好で、同種血輸血を回避することができ、術翌日に前医へ転院となった。癒着胎盤は胎盤用手剥離に伴い、出血多量となり、同種血輸血や子宮全摘術を必要とすることが多い。癒着胎盤における胎盤用手剥離において、出血量をコントロールしながら妊孕能を温存するために、子宮動脈塞栓術が有用である可能性が示唆された。

## 当科において Interventional vascular radiology (IVR) を施行した 7 例の臨床的検討

<sup>1</sup>島根大学医学部産科婦人科

○青木昭和<sup>1</sup>, 石橋雅子<sup>1</sup>, 片桐敦子<sup>1</sup>, 今村加代<sup>1</sup>, 山上育子<sup>1</sup>, 折出亜希<sup>1</sup>, 原田 崇<sup>1</sup>, 中山健太郎<sup>1</sup>, 金崎春彦<sup>1</sup>, 宮崎康二<sup>1</sup>

【目的】分娩後出血は直接産科的死亡の 20.4% を占め、産科的塞栓、高血圧性障害を超え第 1 位である。当科でも内腸骨動脈閉塞バルーンカテーテル (IIABO) や経カテーテル的動脈塞栓術 (TAE) による選択的子宮動脈塞栓術 (UAE) などの IVR 手技を取り入れ産科出血に対応してきた。今回その臨床経過について検討した。【方法】2005 年 1 月から 2008 年 5 月の間に、産科出血対策として当科で行った IVR 7 例について検討した。【成績】IVR として TAE を 6 例 (前置胎盤術後出血、左仮性子宮動脈瘤、経陰分娩後羊水塞栓症、子宮動静脈奇形、経陰分娩後右後腹膜血腫、頸管妊娠の各 1 例)、IIABO を 1 例 (全前置胎盤+癒着胎盤疑い) に施行した。TAE 終了までの平均出血量は 2457g、TAE 決定から造影室入室までの平均時間は 83.8 分、TAE 開始から塞栓完了までの平均時間は 68.5 分であった。TAE 例の塞栓部位は、3 例で左右内腸骨動脈、2 例で左右子宮動脈、1 例で左内腸骨動脈のみであった。塞栓物質は全例でスポンゼルを使用した。1 例は死亡確認となり、剖検から羊水塞栓症と診断されたが、その他 6 例では満足いく止血効果が得られ、再出血を認めなかった。後腹膜血腫の 1 例では造影 CT スキャンにて出血部位が推定できたため、開腹手術ではなく TAE での止血を試み成功した。頸管妊娠の 1 例では少量の持続性の性器出血を認めたため、直ちに UAE を行い、出血コントロール後に MTX の病巣部局注をおこなった。IIABO の 1 例は術前に癒着胎盤が強く疑われたため児娩出直後にバルーンにて内腸骨動脈の阻血を試み、術中の出血量減少に成功した。【結論】子宮出血や、後腹膜血腫では TAE が有効と思われた。また IIABO は術中出血をコントロールするのに有効であった。しかし羊水塞栓症などの急性 DIC では TAE 決定のタイミングや術中の全身管理にさらなる検討が求められた。

## 妊娠継続が可能であった初妊婦における妊娠中期の部分子宮破裂の一例

<sup>1</sup> 松江赤十字病院産婦人科

○藤脇律人<sup>1</sup>, 真鍋 敦<sup>1</sup>, 木瀬照康<sup>1</sup>, 吉賀 峻<sup>1</sup>, 澤田康治<sup>1</sup>

子宮破裂の頻度は稀であるが、最も重篤な産科合併症の一つである。ただし子宮破裂のほとんどは陣発後におこり、その多くが子宮手術の既往や多産婦などのリスクを持っている。今回我々は、初妊婦の妊娠中期におこった子宮破裂という稀な症例を経験したため、その臨床経過を提示する。症例は、30歳、0妊0産、既往歴に特記事項なし、妊娠24週2日、夜中に急激な下腹痛が出現したため、他院より急性腹症の診断で当院救急外来に紹介となった。来院時すでに汎腹膜炎の状態子宮上部から上腹部まで腹腔内に血液の貯留を認めた。ショック状態となったため腹壁または消化管からの腹腔内出血の診断で開腹術を行った。開腹時、胎盤直下の子宮底部右後壁が約3cmさけており、また表在血管も2本切れ静脈性に出血していた。腹腔内出血は約2200gであった。縫合による止血を試みたが完全止血は困難であったため、ガーゼによる創部の圧迫後タココンプ貼付により止血した。術後速やかに患者の状態は改善し、子宮収縮もほとんど認めなかったが、術後23日目に子宮頸管が3cm開大したためマクドナルド頸管縫縮術を行った。妊娠35週2日、2612g、Ap9/9の児を帝王切開分娩とし、母児ともに問題は認めなかった。妊娠中期での子宮破裂に対し妊娠継続しえた例は、PubMedで検索した限り我々の症例を含めて4例報告されている。本症例から、リスクファクターが無い初妊婦においても妊娠中期に自然子宮破裂がおこりえる事、適切な子宮修復および妊娠管理を行い妊娠を継続させることにより胎児予後を改善できる可能性がある事が考えられた。

## 周産期の大量出血によって子宮摘出を余儀なくされた8症例の臨床的検討

<sup>1</sup> 国立呉医療センター・中国がんセンター

○江川美砂<sup>1</sup>, 佐村 修<sup>1</sup>, 花岡美生<sup>1</sup>, 川上洋介<sup>1</sup>, 熊谷正俊<sup>1</sup>, 竹原和宏<sup>1</sup>, 水之江知哉<sup>1</sup>, 佐治文隆<sup>1</sup>

**【目的】**産科的出血は近年においても妊産婦死亡の原因の多くをしめる重篤な病態である。当院において周産期の大量出血により子宮摘出を余儀なくされた8症例について検討したので報告する。**【方法】**当院において2001年4月から2008年1月まで分娩時に子宮摘出を行った8症例を対象とし、妊娠背景、出血量、輸血量、大量出血の原因、児・母体の予後などについて検討した。**【成績】**対象期間中の当院の分娩数は4134例であった。検討した8症例のうち当院での分娩症例は4例で、分娩後に救急搬送された症例が4例であった。平均分娩週数は38週(33週～41週)で、児の平均体重は2841±525gであった。妊娠分娩歴は初産が2例、経産が6例であった。分娩方法は自然経膈分娩2例、誘発後経膈分娩2例、吸引分娩1例、緊急帝王切開2例、選択帝王切開1例であった。このうち1例は2回の帝王切開の既往があり、術前に癒着胎盤を強く疑い選択帝王切開後に胎盤を剥離せず子宮摘出を行った。この症例を除く7例の術前の出血量は2470±2020g、手術直前のHbが8.3±1.4g/dlであった。全症例で自己血輸血を含む輸血を施行し、平均輸血量はRCC 9±6単位 FFP 7±8単位 PC 11±16単位であった。大量出血の原因としては癒着胎盤3例、弛緩出血2例、産道裂傷2例、胎盤遺残1例であった。術後経過は全ての症例で良好で、母児共に術後8日から19日で退院となった。輸血後の合併症も特に認めなかった。

**【結論】**今回の検討では母体死亡はなく、子宮摘出を行うことで術後重篤な後遺障害を残さずに済んだものと考えられた。産後の大量出血は大多数が予測不可能で、このような症例に対して止血困難とされた場合、今後は骨盤内血管の塞栓療法なども考慮されるべきであるが、状況により子宮摘出を早急に判断する必要があると考えられた。

胎児・新生児溶血性疾患を来たした抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体陽性妊娠の 1 症例

<sup>1</sup>岡山大学医学部・歯学部附属病院 産科婦人科

○舛本明生<sup>1</sup>, 赤堀洋一郎<sup>1</sup>, 中務日出輝<sup>1</sup>, 井上誠司<sup>1</sup>, 住田由美<sup>1</sup>, 瀬川友功<sup>1</sup>, 増山 寿<sup>1</sup>, 平松祐司<sup>1</sup>

【序論】抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体陽性妊娠は比較的まれで輸血用血液の確保に注意が必要であり、血液型不適合による胎児・新生児溶血性疾患を起こすことはまれとされている。今回我々は新生児貧血を伴った抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体陽性妊娠の 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 20 歳初産婦で 17 歳時に人工妊娠中絶の既往があり、妊娠初期検査で抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体が同定された。妊娠 33 週に切迫早産のため入院管理し、33 週より子宮内胎児発育遅延が認められた。また、33 週より胎児の中大脳動脈最高血流速度の上昇が認められ胎児の中等度異常の貧血が疑われ羊水穿刺を行い羊水の ΔOD<sub>450</sub> 測定を行ったところ、胎児の貧血は軽度と思われ、経過観察を行った。その後は胎児の中大脳動脈最高血流速度は同程度であり、児の推定体重は-2.0SD 程度を推移した。J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗原陰性はまれな血液型のため、血液センターに凍結 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗原陰性血液製剤を確保し、妊娠 36 週 0 日と 37 週 0 日に自己血貯血を行った。37 週 2 日に経膈分娩となり、児は女兒で 2136g、分娩時の出血は 130g と少量で準備していた血液は使用しなかった。児は抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体陽性で出生直後の Hgb 値は 11.5g/dl であり鉄剤内服するも日齢 26 に 7.5g/dl まで低下したため、エリスロポエチン剤を開始、その後は徐々に改善した。児は日齢 26 に直接クームス陽性であり児の赤血球に IgG 抗体が認められ、母体由来の抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体による溶血性貧血と考えられた。

【考察】抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体陽性妊娠は胎児・新生児溶血性疾患に関与しないとされてきたが、抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体によると思われる免疫性胎児水腫の報告もあり本症例でも新生児溶血性貧血を認めており、胎児・新生児溶血性疾患に注意が必要と思われた。また、J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗原陰性はまれな血液型で輸血用製剤の確保が困難であり、時間的余裕がある抗 J<sub>r</sub><sup>a</sup> 抗体陽性妊娠では分娩前の自己血貯血が望ましいと考えられた。

## 当科における胎児心臓腫瘍症例における検討

<sup>1</sup>香川大学医学部 周産期学婦人科学

○花岡有為子<sup>1</sup>, 森 信博<sup>1</sup>, 犬走英介<sup>1</sup>, 金西賢治<sup>1</sup>, 山城千珠<sup>1</sup>, 田中宏和<sup>1</sup>, 塩田敦子<sup>1</sup>, 柳原敏宏<sup>1</sup>, 秦 利之<sup>1</sup>

## 【はじめに】

胎児期に発見される心臓腫瘍は稀でありその多くは良性腫瘍である。しかし腫瘍の発生部位や大きさ、腫瘍による心機能障害や不整脈の有無などにより生命予後は異なる。当科にて経験した胎児心臓腫瘍症例について検討したので報告する。

【症例 1】27 歳、1 経妊 1 経産。17 歳で心室性期外収縮を指摘され、26 歳～橋本病のためチラーヂン S 1T 内服している。家族歴は特記事項なし。妊娠 33 週 3 日、胎児心不全・腹水のため当科紹介となり精査加療目的に入院となる。超音波断層法では児の推定体重 2821g、臍帯動脈と中大脳動脈の血流異常なし、胸水と胸腔内に 5×4×3cm の腫瘍を認め、著明な腹水貯留と全身の皮下浮腫を認める。CTG では baseline が 70～75bpm、variability もほとんど認められず。胸腔内の腫瘍による心不全状態と診断、翌日の選択的帝王切開の予定としたが未明に胎児心拍数がさらに徐脈となり緊急帝王切開とした。新生児は 2348g の男児、Apgar score 2(1') 5(5')、外表奇形はなく全身の浮腫が著明であった。NICU にて救命試みるも生後 13 時間で永眠される。剖検にて横紋筋腫が確認された。

【症例 2】40 歳、5 経妊 3 経産、既往歴・家族歴は特記事項なし。胎児心臓腫瘍疑いのため妊娠 37 週時に当科紹介となった。胎児発育は良好で、臍帯動脈と中大脳動脈の血流異常なし。右房内、心室中隔、左右の心室内に 3～13mm の多発する腫瘍を認めた。分娩に至るまで腫瘍の大きさは変わらず、不整脈や心不全徴候も見られなかった。妊娠 40 週 0 日で管理入院とし、妊娠 40 週 2 日に陣痛発来し正常経膈分娩となった。新生児は 3202g の女兒、Apgar score 8(1') 9(5')、外表奇形はみられなかった。心エコーにより左室に 18.4×6.3mm、右房に 8.4×5.5mm、右室に数個の小さい腫瘍が確認された。その後の精査にて、頭部 MRI 異常なく、心臓腫瘍による流入・流出障害見られないこと、腫瘍塞栓の危険性も低いとのことにて外来経過観察となった。

## フレカイニドの経胎盤的治療が奏効した胎児上室性頻拍の1例

<sup>1</sup>広島市立広島市民病院 産婦人科, <sup>2</sup>広島市立広島市民病院 小児循環器科

○香川玲奈<sup>1</sup>, 早田 桂<sup>1</sup>, 西川忠暁<sup>1</sup>, 岡田朋美<sup>1</sup>, 辰本幸子<sup>1</sup>, 依光正枝<sup>1</sup>, 小坂由起子<sup>1</sup>, 伊藤裕徳<sup>1</sup>, 石田 理<sup>1</sup>, 野間 純<sup>1</sup>, 吉田信隆<sup>1</sup>, 鎌田政博<sup>2</sup>

胎児期に心房粗動または上室性頻拍と診断しフレカイニドによる経胎盤的治療が奏効し経膈分娩可能であった上室性頻拍の1例を経験したので報告する。

**【症例】**22歳 1経妊1経産 妊娠38週5日 近医にて胎児不整脈(心室性頻拍疑い)を指摘され、同日当科紹介初診。胎児超音波検査にて心構築異常を含め胎児に明らかな奇形を認めなかったが、胎児心エコー検査にて240-270bpmの頻脈発作を認めた。心房心室は1:1伝導で、心房粗動または上室性頻拍と考えた。胎児心拍モニタリングでは頻脈時はダブルカウントしており判定が困難であった。胎児水腫はなかった。以上より経胎盤的治療の適応と考え、十分なインフォームドコンセントのもと母体へのジゴキシン経口投与を開始した。ジゴキシン投与後まもなく胎児頻脈の持続時間は50%未満に減少したが母体に嘔吐などの中毒症状が出現するとともに胎児頻脈が再び増加したため、妊娠39週1日にジゴキシンを中止しフレカイニドの経口投与(フレカイニド200mg 2×)に変更した。1回の内服のみで胎児頻脈は著明に減少した。その後母体は陣痛発来し胎児心拍モニタリングは可能な状態となり、妊娠39週2日2982gの男児をAS9で経膈分娩した。児は出生後も1:1伝導の頻脈発作が持続、ATP静注にてF波を認めず上室性頻拍と診断されフレカイニド内服を開始し小児循環器科外来に通院中である。

**【まとめ】**胎児頻脈性不整脈は胎内治療が有効な疾患として知られているが、その診断・治療および周産期管理を正確に行うことが重要であると考えた。

## 過去3年間に当センターで加療を行った新生児外科症例の検討

<sup>1</sup>山口県立総合医療センター産婦人科

○中島優子<sup>1</sup>, 佐世正勝<sup>1</sup>, 吉富恵子<sup>1</sup>, 安澤彩子<sup>1</sup>, 鳥居麻由美<sup>1</sup>, 讃井裕美<sup>1</sup>, 古谷信三<sup>1</sup>, 中村康彦<sup>1</sup>, 上田一之<sup>1</sup>

**【目的】**胎児に外科的異常を疑った場合や新生児に異常を認めた場合には外科治療可能な施設に紹介を行う。しかし、紹介した児がどのような治療経過をたどっているかを十分に知っているとは言い難い。今回、母体紹介あるいは新生児紹介により当センターに入院し、小児外科による治療を受けた症例の経過について検討を行った。

**【対象および方法】**2004年4月～2008年3月の間に当センターで管理を行った新生児外科症例52例を対象とし、出生前および出生後の経過について検討を行った。

**【結果】**疾患の内訳は、消化管閉鎖症16例、ヒルシュスプリング病・横隔膜ヘルニア4例、腎疾患3例、胆道閉鎖症・腸回転異常・臍帯ヘルニア・臍腸管遺残症・先天性嚢胞状腺腫様奇形2例、その他11例であった。26例で出生前診断がなされていた。出生前診断された症例は、羊水過多を来した消化器疾患11例、嚢胞および縦隔変位を呈する呼吸器疾患5例、嚢胞所見を示す腎疾患3例、その他7例であった。消化管閉鎖では妊娠30週前後から羊水過多を来す症例が多かった。出生前診断されなかった26症例の中には、消化管閉鎖や腹壁破裂、横隔膜ヘルニアなど出生前診断の可能性のある疾患9例が含まれていた。しかし、半数以上は鎖肛やヒルシュスプリング病のように出生前診断が困難な疾患であった。出生前からの治療が必要な喉頭閉鎖例が、exutero intrapartum treatment (EXIT)により救命が可能であった。消化管閉鎖では、十二指腸閉鎖のように一次的な手術が可能な疾患から、鎖肛のように人工肛門増設後に児の発育を待って根治術を行うものがあつた。腸回転異常は早期新生児期の胆汁性嘔吐から診断され緊急手術が施行されていた。

**【結論】**出生前診断は出生後の円滑な治療のために重要であった。また、新生児期の慎重な観察により診断・救命し得た症例があつた。

## 穿刺吸引後に経膈分娩し得た胎児腋窩嚢胞性リンパ管腫の1例

<sup>1</sup>広島大学医歯薬総合研究科 産科婦人科学

○松山 聖<sup>1</sup>, 信実孝洋<sup>1</sup>, 谷川美穂<sup>1</sup>, 藤東猶也<sup>1</sup>, 坂下知久<sup>1</sup>, 三好博史<sup>1</sup>, 工藤美樹<sup>1</sup>

**【緒言】**胎児リンパ管腫は良性の先天奇形で、ほぼすべての場所に発生しうる。最も頻度が高いのが、頸部に発生する cystic hygroma であり高率に染色体異常を合併するが、頸部以外のリンパ管腫では染色体異常の合併は稀で、生命および神経学的予後は比較的良好である。今回、腋窩リンパ管腫に対し、嚢胞穿刺をおこない経膈分娩し得た症例を経験したので報告する。**【症例】**27歳、1経妊1経産、妊娠27週時に前医で胎児の右腋窩嚢胞を指摘され、妊娠28週に当科紹介。MRIによる精査で右腋窩に長径43mmの多房性嚢胞性腫瘤を認め、リンパ管腫と判断された。外来経過観察していたが、妊娠30週5日、子宮頸管長短縮を認め、切迫早産にて入院管理とした。リドリン投与により切迫徴候は安定した。嚢胞は発育に伴い最大65×45×70mmまで徐々に増大した。嚢胞部を含めた胸囲最大長は頭囲と同等となり、肩甲難産の可能性を考慮し、インフォームドコンセントの上で、分娩前に嚢胞の穿刺吸引をおこなった後での経膈分娩の方針とした。妊娠36週6日、超音波ガイド下に経胎盤的に嚢胞を穿刺吸引し、淡血性70mlの内容液を除去した。嚢胞は34×30×52mmに縮小、胸囲も35cmから31cmに縮小した。妊娠37週0日、嚢胞の再増大がないことを確認したのち、オキシトシンで分娩誘発し、肩甲難産になることなく2668gの男児を分娩した。Apgar score 9/10、臍帯動脈血 pH 7.282だった。出生直後の嚢胞は33×55mmで、他に外表奇形を認めなかった。翌日には60×72mmまで増大したが、その後さらに増大することなく、退院後の1ヶ月健診時では40×50mmだった。現在も外来経過観察中であるが、嚢胞は無治療で縮小傾向にある。**【結語】**胎児リンパ管腫で経膈分娩を試みる際には、胎位、胎向、嚢胞の発生部位、大きさなどからの十分な検討が必要である。穿刺した場合には再増大することもあり、今回のように分娩直前での穿刺吸引が有効と考えられた。

## 子宮頸癌における Hepatocyte growth factor activator inhibitor-1(HAI-1)の検討

<sup>1</sup>岡山大学医学部産婦人科

○中村圭一郎<sup>1</sup>, 本郷淳司<sup>1</sup>, 関典子<sup>1</sup>, 児玉順一<sup>1</sup>, 平松祐司<sup>1</sup>

**【目的】**子宮頸癌は現在治療法として手術、放射線療法等を行っているが、しかしながら再発・再燃症例も多く、一刻も早い分子標的等の治療法が望まれている。そこで我々は細胞マトリックスのプロテアーゼインヒビターの Hepatocyte growth factor activator inhibitor-1 (HAI-1)に着目し、子宮頸癌患者での検討を行なうとともにその作用機序においても遂行した。

**【方法】**子宮頸癌手術を施行した StageIb-IIb 91名の同意の得られた患者組織を用い、HAI-1免疫染色を行い、その解析を行うとともに、HAI-1 cDNAを用い、SiHa(HPV16 type)と Hela (HPV 18type)の細胞株遺伝子導入を行い、その作用機序や抗腫瘍効果抑制能について、基礎検討も行なった。

**【成績】**HAI-1は進行期(p=0.040)、間質浸潤(p<0.001)、脈管浸潤(p<0.001)に有意差を認め、HAI-1高発現群は低発現群と比較し、無病生存率(p=0.0023)、生存率(p=0.0059)においても有意差を認め、その分子作用機序は標的酵素 Matriptase 及び hepsin には関与し、intracellular interaction や early apoptosis にも作用し、PDZである MUPP-1・MAGI-3 や anti-apoptotic の Bcl-2, Bcl-xL を介し、抗腫瘍効果抑制効果を認めた。

**【結論】**子宮頸癌における HAI-1 は診断・治療法に役立つ1つの標的遺伝子として期待される。

## 多発肝転移巣に対し放射線療法が奏効した進行子宮頸部小細胞癌の2例

<sup>1</sup>広島大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科婦人科学, <sup>2</sup>広島大学病院 放射線治療部  
○平田英司<sup>1</sup>, 藤原久也<sup>1</sup>, 松山 聖<sup>1</sup>, 山本弥寿子<sup>1</sup>, 三好博史<sup>1</sup>, 兼安祐子<sup>2</sup>, 工藤美樹<sup>1</sup>

【緒言】子宮頸部小細胞癌は稀な腫瘍で、初回治療(放射線療法、化学療法)に奏効した後も再燃時には急速な増悪をするため予後不良である。今回、子宮頸部小細胞癌の多発肝転移巣に対し、全肝外照射療法が奏効した2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1は36歳、3経妊1経産。肝を含む多発転移を認めた進行期IVb期で、骨盤外照射により子宮病巣は消失した。化学療法(CPT/CDDP)1コース後はPRとなったが、2コース直後に肝転移巣のみが増大した。2nd line (ETP/CBDCA)1コース施行したがPDであり、著明な肝腫大を生じた。血清NSE:232ng/ml、肝腫大は下腹部に及び著明な呼吸困難感が発現した。全身状態の悪化と、照射野内の病巣は制御されていることを考慮し、全肝外照射(非対向二門分割照射 2160cGy/12回)を施行した。肝臓は35%縮小し、NSE:59ng/mlに下降し、有害事象は認めなかった。その後、新たに頭頂骨転移もみとめ、外照射を施行し縮小した。

症例2は46歳、2経妊2経産。進行期IIIb期。化学療法(CPT/CDDP)2コース後、放射線療法(全骨盤外照射、傍大動脈リンパ節外照射)を施行し16ヶ月間無病であったが、CTで肝多発転移を認めた。その後2ヶ月間治療を希望されず、肝腫大は下腹部に及び、NSE:247ng/ml、T.Bil:9.4mg/dlと高度の黄疸を認めた。全肝外照射(三門分割照射 2100cGy/14回)を施行した。肝臓は約20%縮小しNSE:27.2ng/ml、T.Bil:2.7mg/dlまで低下し、有害事象は認めなかった。

【結論】子宮頸部小細胞癌の肝多発転移2症例に放射線療法が奏効し、全身状態不良の肝転移例に対する治療法として、全肝外照射の有用性が示唆された。

## Stage IB2-III 期の子宮頸癌に対する術前化学療法は生存率の向上には寄与しない

<sup>1</sup>徳島大学 産科婦人科  
○河北貴子<sup>1</sup>, 西村正人<sup>1</sup>, 吉田加奈子<sup>1</sup>, 古本博孝<sup>1</sup>, 苛原 稔<sup>1</sup>

【目的】局所進行子宮頸癌の予後の改善を目的として導入された、術前化学療法(NAC)が生存率を改善させているかどうかを明らかにすること。【方法】子宮頸部に4cm以上の腫瘍を形成した子宮頸癌に対して、1994-2003(group A)の間はCDDPとタキサン以外の薬剤の併用療法、2003-2007(group B)の間はタキサンとCBDCAの併用療法を術前に1-3コース施行した。化学療法に引き続き広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節廓清術を施行し、必要な症例には傍大動脈リンパ節廓清も施行した。骨盤リンパ節転移や基靭帯への浸潤を認める症例には術後放射線治療を施行した。【成績】56例に対してNACを施行した。奏功率はGroup Aで28/41(68%)、group Bで11/15(73%)と両群間で差を認めなかった。NAC奏功群での5生率は62%、無効群では58%と化学療法の奏功の違いでは差を認めなかった。全症例において、骨盤リンパ節転移陽性群の5生率は32%で陰性群の84%と比較して有意に予後不良であった( $P < 0.0001$ )。また、NACが奏功した場合でも骨盤リンパ節転移を認める症例の予後は極めて不良であり、予後は改善されていなかった。NAC奏功群の中央生存期間は34ヶ月と無効群の20ヶ月よりやや長かった。NACを3コース行なった症例の遠隔再発は3/16(19%)に認めた。【結論】NACの奏功の状態に関わらず、生存率に差を認めないことや、奏功した例でもリンパ節転移を認めた場合の予後が極めて不良であることから、NACのみでは生存率の向上には寄与していないと考えられた。3コース程度の化学療法の追加では遠隔転移が制御できない可能性があり、局所進行子宮頸癌における治療戦略の再考が必要と考えられる。

## 妊娠中に細胞診異常を認め、分娩後に子宮頸部腺癌 1b 期であることが判明した 1 症例

<sup>1</sup>高知大学医学部 産科婦人科○山田るり<sup>1</sup>, 小栗啓義<sup>1</sup>, 前田長正<sup>1</sup>, 深谷孝夫<sup>1</sup>

【緒言】近年、頸癌発生の若年化により、妊娠中に子宮頸癌が発見される機会が多くなっている。また、子宮頸部腺癌が増加傾向にあることが報告されているが、子宮頸部腺癌は扁平上皮癌と異なり、特有のコルポスコープ所見を示さないことが多い。【症例】33 歳。主訴：頸部細胞診異常の指摘、家族歴：特記事項なし、既往歴：11 歳 急性虫垂炎手術、月経歴：初経 13 歳 28 日周期整順、妊娠分娩歴：3 経妊 3 経産、現病歴：近医で妊娠 3 ヶ月に施行した子宮頸部細胞診で、核腫大とクロマチンの増量を示す中層から深層の扁平上皮が散見され、class3 の診断であったがその後は経過観察となっていた。経膈分娩後 1 ヶ月に施行した頸部細胞診で、N/C 比が極めて高くクロマチンが増量した扁平上皮系と考える異型細胞が集塊で出現し、class4 の診断であったため精査加療目的に当科紹介受診となった。経過：当科で初診時に施行した頸部細胞診では、核の腫大と濃染を示す扁平上皮細胞集団を多数認め、反応性増殖や核分裂像、細胞の大小不同、粗なクロマチンを示す異型細胞が出現しており、class3b の診断であった。コルポスコープ検査ではとくに異常所見は認めなかったが、易出血性のびらん部分からの狙い組織診で、adenocarcinoma が検出された。子宮頸部腺癌 1b1 期として広汎子宮全摘＋両側付属器切除術を施行した。病理診断は uterine cervical cancer, adenocarcinoma1b1 期、腔断端・基靭帯断端陰性、リンパ節転移(-)、脈管侵襲(-)であった。カルボプラチン療法を 1 コース施行後治療終了し、現在外来管理中である。【考察】妊娠中であっても非妊時と同様に細胞診異常の取り扱いには注意が必要であり、細胞診で異形成以上の病変と判断された場合には、コルポスコープ検査、狙い組織診を含む注意深い観察が必要である。

## CPT-11/MMC 併用療法を施行した進行・再発子宮頸癌の 4 例

<sup>1</sup>四国がんセンター 婦人科・臨床研究部○横山 隆<sup>1</sup>, 白山裕子<sup>1</sup>, ウロブレスキ順子<sup>1</sup>, 松元 隆<sup>1</sup>, 野河孝充<sup>1</sup>, 日浦昌道<sup>1</sup>

子宮頸癌の標準的化学療法はいまだ確立されていない。JGOG の第 II 相試験で進行・再発子宮頸部扁平上皮癌に対するイリノテカン/マイトマイシン C 療法の有効性と安全性が示された。2005 年以降に CPT-11 と MMC の併用療法を行った進行・再発子宮頸癌 4 例を経験したので報告する。[症例 1]66 歳、Ib1 期扁平上皮癌の診断で広汎子宮全摘術と術後 CCRT を施行した。術後 10 カ月で照射野内の骨盤壁再発を認め、PTX/CDDP、PTX/CBDCA、DOC/CPT-11 療法施行後に CPT-11 (80mg/m<sup>2</sup>) と MMC (5mg/m<sup>2</sup>) の隔週投与法を 4 コース行ったが PD、9 カ月で原病死。[症例 2]62 歳、IIa 期腺扁平上皮癌の診断で広汎子宮全摘術と術後照射を施行した。術後 23 カ月で両側肺転移を認め PTX/CDDP、PTX/CBDCA 療法を施行、その後末梢神経障害のため CPT-11 (60mg/m<sup>2</sup>) と MMC (4mg/m<sup>2</sup>) の 3 週投与法を 4 コース施行し PR、26 カ月で担癌生存。[症例 3]43 歳、IIIb 期扁平上皮癌の診断で根治的放射線療法を施行した。放射線治療開始後 9 カ月で肺・肝転移を認め PTX/CBDCA 療法後に CPT-11 (60mg/m<sup>2</sup>) と MMC (4mg/m<sup>2</sup>) の 3 週投与法を 2 コース行ったが PD、8 カ月で原病死。[症例 4]69 歳、IVb 期扁平上皮癌、遠隔リンパ節転移。前医で子宮留膿腫の穿孔のため子宮腔上部切断術を施行後、残存子宮頸部病変に対し姑息的放射線療法と CDDP 併用療法を施行した。腎機能低下のため、リンパ節転移に対し CPT-11 (50mg/m<sup>2</sup>) と MMC (2.5mg/m<sup>2</sup>) の 3 週投与法を 10 コース終了し CR、11 カ月で無病生存。4 例中 2 例の奏効例を認め、全奏効期間は 20 週と 41 週であった。血液毒性は G3/4 の好中球減少症が 0/2 例、G3/4 の血小板減少症が 0/0 例に、非血液毒性では G3/4 の下痢はみられなかったが、G2 の消化管イレウスを 2 例に認めた。CPT-11/MMC 併用療法は腎機能低下例や末梢神経障害例に使用可能であり、前治療にタキサンやプラチナ製剤が用いられた症例においても効果が期待できる。

## 病理学的に子宮体癌との鑑別が困難であった卵巢精索腫瘍類似子宮腫瘍 TypeII の症例

<sup>1</sup>川崎医科大学産婦人科, <sup>2</sup>川崎医科大学付属病院病理部

○石田 剛<sup>1</sup>, 中村隆文<sup>1</sup>, 潮田至央<sup>1</sup>, 潮田まり子<sup>1</sup>, 宋 美玄<sup>1</sup>, 下屋浩一郎<sup>1</sup>, 小塚祐司<sup>2</sup>, 森谷卓也<sup>2</sup>

術後永久病理診断において卵巢精索腫瘍類似子宮腫瘍 TypeII と診断されるに至った症例を経験したので報告する。症例は 59 歳、G5P3、平成 19 年 11 月 24 日から不正出血あり近医受診、子宮内に腫瘍性病変を認め当科に紹介受診となる。内診、超音波所見、及びで子宮体部に 65×64mm 大の腫瘍性病変を認めた。ブラシ診にて頸部 classI、体部細胞は充分採取されなかった。12 月 18 日全身麻酔下に子宮内膜搔爬術施行したところ、病理診断で類内膜腺癌と診断された為、2008 年 1 月 8 日単純子宮全摘＋両側付属器切除術施行。肉眼的に子宮内腔に突出する、黄色調を呈する充実性の腫瘍を認めた。術中迅速病理診断にては一部 myxoid や cystic な部位を認め、内膜搔爬時の病理組織と同様の悪性腫瘍で筋層内にも浸潤を認めるとの報告を受け、骨盤内リンパ節郭清を行った。術後の永久病理診断では免疫染色も併用して腫瘍は卵巢精索腫瘍類似子宮腫瘍 TypeII と診断された。この腫瘍は特異的な免疫組織学的マーカーがなく、腺肉腫、癌肉腫、類上皮平滑筋肉腫との鑑別を要し、強い核異型、多形性の欠如、h-カルデスモン陰性、α-インヒビリンや女性ホルモンレセプタ等の所見から総合的に診断される疾患である。子宮内膜間質腫瘍由来の腫瘍で多くは良性の経過をたどるとされるが、まれに転移や再発例もある為、潜在悪性、悪性度不明の腫瘍と考えられている。この症例においては術後経過も良好であり、現在のところ再発を認めることなく外来にて経過観察中である。

## 当科における低悪性度子宮内膜間質肉腫の 3 例

<sup>1</sup>香川労災病院 産婦人科

○木下敏史<sup>1</sup>, 大倉磯治<sup>1</sup>, 川田昭徳<sup>1</sup>

子宮内膜間質肉腫は子宮悪性腫瘍の 1%以下、子宮肉腫の約 7～15%といわれ、低悪性度内膜間質肉腫(LESS)と高悪性度内膜間質肉腫(HESS)に分類される。LESS は 3～10 年で 30～50%再発し、HESS は 2 年以内に再発するとされている。今回 LESS の 3 例を経験した。(症例1)33 歳女性。過長月経で前医受診し約 3cm の子宮内腫瘍あり紹介となる。エコー上血流豊富な子宮内腫瘍あり、Hb7.7 の貧血を認めた。腫瘍マーカー、子宮腔部、体部細胞診も正常であった。H19/10 子宮全摘術施行し、LESS を認め、リンパ管内に腫瘍成分がある‘endolymphatic stromal myosis’の所見をみた。両側卵巢摘出＋骨盤リンパ節郭清を追加し、黄体ホルモン療法中である。(症例2)45 歳女性。他院にて子宮筋腫の増大あり、MRI 上変性筋腫、肉腫等を疑われ紹介となる。エコー上多胞性の隔壁一部に血流がある子宮内腫瘍を認めた。腫瘍マーカー、子宮腔部、体部細胞診は正常であった。H20/5 子宮全摘術施行した際に LESS との診断で、両側付属器切除＋大網切除術を追加した。現在黄体ホルモン療法中である。(症例3)56 歳女性。H5 他院にて子宮筋腫で子宮全摘術施行するも、LESS で H9 多発性肺転移を認め、化学療法、黄体ホルモン療法施行した。以後受診なく、H17/11 腹部膨満感あり、当科受診。骨盤から上腹部に達する一部実質部分をもつ嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍摘出術(左卵巢腫瘍)施行し、再び LESS の診断となった。後療法希望せず、2 年後右骨盤壁に充実性の再発性腫瘍を認めた。IVC 内への腫瘍の進展もあり、治療継続中である。(考察)手術には付属器切除が必須と考えられた。後療法はいまだ確立していないが、当科では黄体ホルモン療法が選択されていた。LESS は高率に再発を認め、長期の経過観察が必要と考えられた。

## ドセタキセル・ゲムシタビン療法が有効であった再発子宮平滑筋肉腫の一例

<sup>1</sup>三原赤十字病院○高橋正国<sup>1</sup>, 山内延広<sup>1</sup>, 竹内裕一郎<sup>1</sup>

ドセタキセル, ゲムシタビン療法(DG療法)が有効であった再発子宮平滑筋肉腫症例を経験したので報告する。症例は63歳, 子宮全摘術および両側付属器切除術を行い, 術後病理組織診で子宮平滑筋肉腫と診断されたため, 化学療法(エトポシド, シスプラチン)を追加し経過観察をしていた。7年後に骨盤内及び肝臓に再発腫瘍を認めたため, 骨盤内腫瘍切除術およびIFOVADIC療法(イフォスファミド, ビンクリスチン, アドリアマイシン, ダカルバジン)を6コース行った。しかしながら, 肝転移巣は不変であった。その後は患者に希望もあり経過観察をしていたが, 3ヶ月後に新谷多発肺転移を認めたため, DG療法を開始した。DG療法開始後, 腫瘍は縮小しないものの増大もせず, また副作用も軽度であった。DG療法開始後8カ月が経過したが, 増悪傾向は認めず健在である。

子宮平滑筋肉腫の再発に対して, ドセタキセル, ゲムシタビン併用療法が有用である可能性が示唆された。

## 稀な組織型を示した子宮体癌の2症例

<sup>1</sup>香川労災病院産婦人科○大倉磯治<sup>1</sup>, 木下敏史<sup>1</sup>, 川田昭徳<sup>1</sup>

【緒言】子宮体癌の組織型別頻度は類内膜腺癌が85%と大部分を占めているが, 類内膜腺癌以外の組織型を示す特殊型子宮体癌がある。この特殊型子宮体癌はエストロゲン非依存性であり, エストロゲン依存性の高・中分化の類内膜腺癌に比べ予後不良と言われている。特殊型子宮体癌のうちでも扁平上皮癌は子宮体癌の0.2~0.3%と極めて稀である。今回, 扁平上皮癌と混合癌の特殊型子宮体癌症例を経験したので報告する。

【扁平上皮癌症例】82歳, 3妊2産, 平成19年11月不正性器出血を主訴に当科受診し, 子宮体部に著明に腫大した腫瘍を認めた。子宮内膜生検で扁平上皮癌を認めた。腹水細胞診陽性ではあったが, PET-CT等の術前画像診断と開腹時所見で子宮外への転移所見が認められなかったのと高齢であった為, 12月子宮全摘+両側付属器切除に留めた手術を行った。術後診断は子宮体部原発扁平上皮癌の臨床進行期IIIa期であった。術後化学療法としてPTXとCBDCAによるTC療法を行っていたが, 平成20年4月にダグラス窩と骨盤リンパ節に再発腫瘍を認めた。その後放射線化学療法を行うも再発腫瘍は急速に増大し, 癌性腹膜炎の増悪により6月永眠された。

【混合癌症例】54歳, 1妊1産, 平成19年1月不正性器出血を主訴に来院した近医より子宮腫瘍で紹介され当科受診し, 子宮体部から頸部にかけての腫瘍を認めた。子宮内膜生検で小細胞癌を認めた。2月子宮全摘+両側付属器切除+大網切除+骨盤・傍大動脈リンパ節郭清手術を行った。術後診断は小細胞癌と子宮内膜に類似する腺扁平上皮癌の混合癌で臨床進行期IIb期であった。術後化学療法としてTC療法を7コース施行後, 現在経過良好である。

## 術前診断が困難であった卵巣腫瘍の一例

<sup>1</sup>岡山大学医学部産科婦人科

○小幡 綾<sup>1</sup>, 菊池由加子<sup>1</sup>, 中村圭一郎<sup>1</sup>, 関 典子<sup>1</sup>, 本郷淳司<sup>1</sup>, 児玉順一<sup>1</sup>, 平松祐司<sup>1</sup>

卵巣癌は原発性と転移性に分類されるが、転移性卵巣癌は消化器由来であることも多く、その術前診断は困難であることが多い。今回画像所見や腫瘍マーカーより原発性卵巣癌を疑われたが、術後病理診断にて虫垂原発癌・転移性卵巣癌と診断された症例を経験したので報告する。【症例】58歳、1経妊0経産。幼少期に虫垂切除既往あり。3ヶ月前より下腹部痛、腹部腫瘤の自覚あり、次第に呼吸困難が出現し前医受診。CTで腹膜播種を伴う骨盤内腫瘤と胸水を認め当科紹介入院となった。CEA:5.24ng/mlと軽度上昇、血中CA125:576.5IU/ml、胸水中CA125:1680IU/mlといずれも高値だが胸水細胞診はclass2であった。MRIでは多房性の嚢胞部分と不整形充実部分や隔壁肥厚を呈する約20cmの腫瘤をみとめ卵巣明細胞腺癌が疑われた。原発性卵巣癌の診断でweekly TC療法(Paclitaxel:80mg/m<sup>2</sup>, Carboplatin:AUC 2)を開始した。3コース後40℃台の発熱、血圧低下を認め敗血症性ショックとなった。CTにて卵巣腫瘍内にfree airを認め消化管穿孔の疑いで開腹手術となった。腹腔内は膿汁が充満、右卵巣腫瘍と腸管が広範囲に一塊となっており、卵巣腫瘍と回腸～上行結腸一部、S状結腸～直腸一部の合併切除術を施行した。上行結腸粘膜に潰瘍を認め、同部位と卵巣腫瘍が穿通し腫瘍内の膿汁が腹腔内へ漏出し汎発性腹膜炎を発症したと考えられた。卵巣腫瘍内には充実部分を認めず、虫垂切除断端部に約2cmの隆起をみとめた。病理診断にてその虫垂隆起部分より腺癌を認め、またCytokeratin7陰性、Cytokeratin20陽性であることより虫垂原発粘液性腺癌の卵巣転移の診断となった。以後外科転科し化学療法中である。【考察】大腸癌は2～10%で卵巣へ転移し、また虫垂癌の1/3では卵巣腫瘍を契機に発見されるとの報告もある。原発性卵巣癌との鑑別はCytokeratin7や20による免疫染色が有効である。

## 悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫の3症例

<sup>1</sup>社会保険徳山中央病院 産婦人科

○伊藤 淳<sup>1</sup>, 沼 文隆<sup>1</sup>, 三輪照未<sup>1</sup>, 安澤彩子<sup>1</sup>, 後 賢<sup>1</sup>, 平林 啓<sup>1</sup>, 伊東武久<sup>1</sup>

今回、我々は悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫の3例を経験したので報告する。症例1は、76歳、右下腹部痛で受診、臍下に達する腫瘤があり12cm径の卵巣腫瘍を認めた。MRIで鏡面像を呈しており一部充実成分もみられた。マーカーはCEA 88 U/ml, SCC2.8 U/ml, CA19-9 152.3 U/mlと上昇していた。腹腔内は腫瘍が子宮前面、膀胱に強固に癒着しており子宮全摘、両側付属器切除をおこなった。病理検査では悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫(扁平上皮癌)で臨床進行期IIbであった。術後、化学療法を含めた集学的治療を行ったが腔断端に再発し12ヶ月後に死亡した。症例2は51歳、下腹部痛のため当院受診。CT検査で子宮前面に境界不明瞭で不整形陰影な腫瘍が認められた。CA125 123 U/ml, CA602 413 U/mlとマーカーの上昇を認めた。術中迅速病理検査で悪性のため子宮全摘、両側付属器摘出、大網切除、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清をおこなった。最終病理診断は悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫(悪性黒色腫)で臨床進行期Iaであった。以後、8年間再発を認めていない。症例3は69歳、腹部膨満感で近医受診し両側卵巣腫瘍を指摘され紹介となる。超音波検査で8cm大で一部充実性で乳頭状腫瘤が見られた。CA546 24.6 U/ml CA72-4 7.5 U/mlと上昇。術中迅速病理検査で左側の卵巣腫瘍は境界悪性、右側は成熟嚢胞性奇形腫であり子宮全摘術、両側付属器摘出施行した。最終病理結果では右側は悪性転化を伴う成熟嚢胞性奇形腫(基底細胞癌)で臨床進行期Iaであった。以後一年間通院されるが、その後は通院されていない。卵巣皮様嚢腫の悪性転化は1～2%の頻度でおこるとされている。扁平上皮癌が大部分であるが悪性黒色腫や基底細胞癌のこともありそのときにはマーカーは必ずしも有用ではない。画像診断を含めた総合的な判断が必要である。

## 重症便秘を合併した卵巣甲状腺腫性カルチノイドの1例

<sup>1</sup>島根県立中央病院 産婦人科○岸本聡子<sup>1</sup>, 泉 陽子<sup>1</sup>, 片桐 浩<sup>1</sup>, 高橋也尚<sup>1</sup>, 倉田和巳<sup>1</sup>, 上田敏子<sup>1</sup>, 吉野直樹<sup>1</sup>, 栗岡裕子<sup>1</sup>, 森山政司<sup>1</sup>, 岩成 治<sup>1</sup>

【緒言】卵巣原発性のカルチノイド腫瘍は比較的稀で、ポリペプチドを産生し種々の症状を呈する。腫瘍の産生するPYY(peptide YY)により便秘が出現したと考えられる、卵巣甲状腺腫性カルチノイドを経験したので報告する。【症例】68歳, 1経妊1経産, 閉経55歳。既往歴:10年前に高血圧症・脳出血のため左片麻痺あり。現病歴:便秘で3年前から自力排便困難なため数日に1回の排便を受けていた。数日前から腹部膨隆あり近医受診。腹部腫瘤を指摘され当科紹介。超音波検査にて隔壁と充実性部分を有する腹腔内腫瘤を診断。MRI検査にて骨盤腔内の25cm大の腫瘤, 多房性でかつGdで造影される充実性部分を認め, 卵巣奇形腫の悪性転化を疑い, 両側子宮付属器摘出術を施行。腹水細胞診は陰性, 卵巣の被膜破綻なし, 播種所見なし。病理所見では卵巣嚢胞性奇形腫成分の卵巣甲状腺から生じたカルチノイド腫瘍で, 免疫組織染色でPYY陽性細胞を認めた。PYYは腸管蠕動運動を抑制し便秘を引き起こすことが知られており, 今症例では腫瘍摘出後, 便秘は速やかに改善し自力排便が可能となった。【結語】卵巣腫瘍を合併した重症便秘症では, PYYを産生する卵巣カルチノイドを鑑別する必要がある。

## 成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化の2症例

<sup>1</sup>島根大学医学部産科婦人科, <sup>2</sup>島根大学医学部卒後臨床研修センター○石橋雅子<sup>1</sup>, 中山健太郎<sup>1</sup>, 片桐敦子<sup>1</sup>, 今村加代<sup>1</sup>, 折出亜希<sup>1</sup>, 原田 崇<sup>1</sup>, 金崎春彦<sup>1</sup>, 青木昭和<sup>1</sup>, 波里瑠子<sup>2</sup>, 斉藤とも子<sup>2</sup>, 宮崎康二<sup>1</sup>

## 概要

成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は、進行例、再発例では腫瘍の進展により急激な転帰を迎えることも多く標準的治療が確立されていない。我々は1c期の再発2症例を経験し、症例2に対して施行した動注療法が奏効しており、治療の選択肢となりうると考えた。症例1は78歳女性。術後TC療法6コース施行したが、直後より傍大動脈リンパ節腫大を認めた。本人、家族の希望で経過観察としたが治療後4か月で腹腔内播種による再発を認めた。再発後、PEC(PEP/VP-16/CBDCA)療法を開始したが、治療中に見当識障害が出現し、その後緩和ケアとなり、初発から9ヶ月、再発後2か月で死亡した。症例2は60歳女性、乳癌3期術後、再発肝転移で、化学療法中に卵巣の増大傾向を認め手術施行した。上記診断にて乳癌治療と同時にTC療法を施行したが、肝転移病変増悪のため5回で終了した。その5か月後、腹腔内再発を認め腸閉塞となった。人工肛門造設の後、CDDP動注を行い、腫瘍は約30%の縮小を認めPRを示した。しかし経過中に、乳癌の肝転移病変の、卵巣腫瘍初発から12か月、再発から3か月で死亡となった。

## 胚細胞腫瘍の3例

<sup>1</sup>山口県立総合医療センター 産婦人科

○古谷信三<sup>1</sup>, 中村康彦<sup>1</sup>, 中島優子<sup>1</sup>, 吉富恵子<sup>1</sup>, 鳥居真由美<sup>1</sup>, 佐世正勝<sup>1</sup>, 上田一之<sup>1</sup>

【はじめに】胚細胞腫瘍は全卵巣癌の5%に満たない稀な組織型であるが、10～20歳代の若年者に好発するため、妊孕性の温存が必要となる症例が多い。今回我々が経験した胚細胞腫瘍について報告する。【症例1】31歳 G0P0 下腹部痛、腹部傍満感、便秘があり前医を受診、下腹部に約10cm大の腫瘤を触知し、当科を紹介受診した。CA125:106.2U/mL、AFP:13421.3ng/mL MRIで造影効果のある充実成分を認め、境界悪性もしくは悪性腫瘍が疑われた。術中迅速検査で胚細胞腫瘍と診断し、妊孕性を温存するため左付属器切除術を行った。【症例2】36歳 G2P2 強い腹満感と腹痛を主訴に前医を受診、著明な腹水と骨盤内腫瘤を認め当科を紹介受診した。CA125:85.9U/mL、術中迅速検査で左卵巣の低分化癌もしくは胚細胞腫瘍が疑われたが、組織は循環不全が強く、鑑別困難であった。挙児希望はなく、根治手術を施行した。術前の保存血でAFPは4975.9ng/mLと高値であった。最終的な病理診断は胚細胞腫瘍であった。【症例3】24歳 G0P0 便秘と腹部腫瘤を主訴に前医を受診、下腹部正中に小児頭大の腫瘤を認め当科を紹介受診した。MRIで強い造影効果を示す充実部と粘稠な嚢胞部分を認め、粘液性腫瘍を疑ったが、AFPは71737.0ng/mLと高値であった。術中迅速検査で胚細胞腫瘍と診断、妊孕性を温存するため左付属器切除術を行った。【まとめ】当科で経験した胚細胞腫瘍の3例を報告した。胚細胞腫瘍は若年者に好発する疾患であるが、胚細胞腫瘍は30才代の悪性卵巣腫瘍症例の10%程度に認められており30才以上でも鑑別疾患として念頭に置く必要があると考えられた。

## 腫瘍マーカー高値を認めた良性～境界悪性卵巣腫瘍の2例

<sup>1</sup>島根県立中央病院 産婦人科

○片桐 浩<sup>1</sup>, 泉 陽子<sup>1</sup>, 岸本聡子<sup>1</sup>, 倉田和巳<sup>1</sup>, 高橋也尚<sup>1</sup>, 上田敏子<sup>1</sup>, 吉野直樹<sup>1</sup>, 栗岡裕子<sup>1</sup>, 森山政司<sup>1</sup>, 岩成 治<sup>1</sup>

腫瘍マーカーの著明な上昇を認めたため悪性卵巣腫瘍を疑い手術を施行したが、術中迅速で悪性を認めず、永久標本でも同様の結果であった症例を経験した。

症例1 60歳、前医を腹痛のため受診。一部充実性の左卵巣腫瘍を認め翌日当科紹介となった。MRIにて約5cmの一部充実性、Gd-DTPAにて濃染する卵巣腫瘍あり、CA19-9 5436 U/ml、CA125 1200 U/ml、STN 81.8 U/mlと高値であった。悪性卵巣腫瘍を強く疑い手術施行。腹水細胞診は陰性。迅速検査で良性～境界悪性のため左子宮付属器切除術のみで手術終了とした。病理検査結果は漿液性腺腫(一部境界悪性)であった。その後、経過観察にてCA19-9は順調に低下。1年後の診察でも腫瘍マーカーの上昇は認めていない。

症例2 34歳 下腹部不快感にて前医受診。MRI検査を勧められ当科紹介となった。MRI、CT、エコーで9cm大の皮様嚢腫を疑う骨盤内腫瘤あり。画像上は悪性を疑う所見は乏しいがCEA 756 U/mlと高値であった。消化管疾患を否定した上で手術施行。小児頭大の右卵巣腫瘍を認め、右子宮付属器切除術施行。術中迅速検査で皮様嚢腫(一部内膜症性嚢胞)の診断であり手術は終了。術後CEAは陰性化し経過良好である。

## 卵巣 LCNEC (Large cell neuroendocrine carcinoma) 4 症例の臨床病理学的検討

<sup>1</sup> 広島市立安佐市民病院 産婦人科

○大下孝史<sup>1</sup>, 谷本博利<sup>1</sup>, 佐野祥子<sup>1</sup>, 永井宣隆<sup>1</sup>, 三田尾賢<sup>1</sup>

【緒言】LCNEC は神経内分泌腫瘍への分化傾向が見られる大型の核を有する腫瘍と定義され、WHO 分類では「Miscellaneous tumours」に分類されている。一般的には上皮性悪性腫瘍との混合癌として認められることが多く、その LCNEC 成分が早期に転移を来し、予後不良とされる。最近当院で経験した LCNEC 4 症例について、臨床病理学的検討を加え報告する。【症例】症例 1: IV 期、76 歳。多発性肺転移、腔壁転移にて紹介され、未分化癌の診断。骨盤内腫瘍の存在から臨床的に卵巣癌と診断され、その後 TC 療法、IDS 施行するも寛解せず。初回治療から 17 ヶ月後脳転移を来し、手術摘出標本より LCNEC の診断となった。症例 2: IIc(1) 期、81 歳。骨盤内腫瘍として紹介され、標準手術、術後 TC 療法 6 コース施行。7 ヶ月経過した現在再発兆候なし。症例 3: Ic(a) 期、65 歳。持続する下腹部痛が続き、卵巣腫瘍として紹介。両側付属器摘出、子宮摘出術施行するも、術後 2 週間で骨盤内再発、肝転移を来した。TC 療法の効果もなく 2 ヶ月で癌死。症例 4: IIIb 期、42 歳。下腹部腫瘍感にて受診、卵巣腫瘍として紹介され、原発巣摘出を含む腫瘍減量手術を施行。今後 TC 療法施行の予定である。【病理組織所見】いずれにおいても、広範な壊死を周囲、中心に伴う充実性胞巣が主体であり、分化は低い。不明瞭なロゼット様配列も認められ、核分裂像も多数認める。それぞれの症例には、一部に類内膜腺癌、明細胞腺癌、粘液性腺癌等を認めるが、症例 1、4 の転移巣はいずれも LCNEC 成分であった。【免疫染色所見】LCNEC の部分では、CD56: 3 例、synaptophysin: 0 例、chromogranin A: 2 例で陽性であった。【結論】いずれの症例においても、今後も慎重な経過観察が必要である。婦人科医には馴染みの少ない疾患名であり、形態学のみならず、免疫染色を含めた本腫瘍の診断基準の確立が望まれる。

## 卵巣原発大細胞神経内分泌癌の一例

<sup>1</sup> 県立広島病院 産婦人科, <sup>2</sup> 県立広島病院臨床研究検査科

○木谷由希絵<sup>1</sup>, 藤東淳也<sup>1</sup>, 原 香織<sup>1</sup>, 向井百合香<sup>1</sup>, 頼 英美<sup>1</sup>, 吉本真奈美<sup>1</sup>, 西阪 隆<sup>2</sup>, 伊達健二郎<sup>1</sup>, 上田克憲<sup>1</sup>, 占部 武<sup>1</sup>, 大濱紘三<sup>1</sup>

卵巣の大細胞神経内分泌癌は稀な腫瘍で表層上皮性を発生母地とすると考えられている。今回我々は、卵巣原発の大細胞神経内分泌癌の 1 例を経験したので報告する。症例は 32 才。約 4 ヶ月前より、左下腹部に違和感を認め、約 2 ヶ月前から疼痛が持続した。近医で両側卵巣腫瘍を指摘され、本院婦人科を受診した。画像診断では、骨盤内に 12×11cm 大の一部小嚢胞を伴った充実性腫瘍を認め、複数のリンパ節腫大と、肝臓と両肺に多発結節像が認められた。CEA、CA19-9、SCC は正常範囲で、CA125 は 189U/ml であった。卵巣悪性腫瘍の疑いで手術を施行した。腫瘍は左卵巣より発生し、約 18×15×12cm 大で、重量 1375g、充実性部分と嚢胞性部分からなり、充実性部分は淡黄灰白色で、壊死や出血巣を伴っていた。嚢胞部分には内腔に暗褐色の内容液が認められ、壁には変性物が付着していた。組織学的に、腫瘍は異型の強い多角形細胞がびまん性に大小のシート状胞巣を形成して増殖し、腫瘍細胞には多数の核分裂像が観察された。一部にロゼット形成を認め、免疫組織化学的に cytokeratin(AE1/AE3, CAM5.2), CD56, synaptophysin, bcl-2 陽性所見を認めた。High grade の non-small cell neuroendocrine carcinoma の像に相当し、卵巣原発大細胞神経内分泌癌 IV 期と診断された。術後、パクリタキセル＋カルボプラチン療法を行ったところ、肝臓と肺病巣の縮小は認められたが、多発性骨転移が出現したため、現在、放射線治療を併用し経過を観察している。卵巣原発の稀な腫瘍である大細胞神経内分泌癌を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

## TC 療法が奏効した卵巣 malignant mixed Mullerian tumor の一例

<sup>1</sup>高松赤十字病院 産婦人科

○小西陽子<sup>1</sup>, 佐藤美樹<sup>1</sup>, 岩見州一郎<sup>1</sup>, 松本美奈子<sup>1</sup>, 後藤真樹<sup>1</sup>, 野々垣多加史<sup>1</sup>

卵巣 malignant mixed Mullerian tumor (MMMT) は卵巣悪性腫瘍の 1% 以下のまれな腫瘍であり、病理学的には悪性の上皮成分と間質成分が混在しているのが特徴である。未経妊の閉経後女性に好発し、median survival range は 6~12 か月で、70% 以上が 1 年以内に死亡する予後の悪い疾患である。今回卵巣 MMT と診断され、初回化学療法として TC 療法が奏効した一例を経験したので報告する。

症例は 57 歳、未経妊、未経産。既往歴として 27 歳時より乳癌にて手術、Co 照射、Tamoxifen 投与を受けた。52 歳ごろ閉経。腹痛を主訴に当科受診。画像検査にて卵巣がんと診断された。CA125 が 968.2 U/ml と著明に上昇していたがその他の検査では特記すべき異常を認めなかった。単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網部分切除術を施行。腹腔内に多数の播種病変を残存したまま手術を終了した。術後の病理検査では、左卵巣に serous papillary adenocarcinoma の部分と横紋筋への分化を示す肉腫様の腫瘍細胞が混在しており、また、子宮、右卵巣、大網には adenocarcinoma の浸潤を認め、左卵巣 malignant mixed Mullerian tumor、Stage3c、pT3cNXM0 と診断した。

初回化学療法として Paclitaxel、Carboplatin を用いた weekly TC 療法を 6 コース施行し、CA125 は速やかに正常化した。また TC 療法 6 コース終了後施行した PET-CT にても明らかな異常集積は認めず、complete response と考えられた。現在術後 13 か月経過しているが、明らかな再発所見は認めていない。

## 再発卵巣癌の難治性癌性腹水に対して Triamcinolone acetonide (ケナコルト A) の腹腔内投与が有効と考えられた一例

<sup>1</sup>中国労災病院 産婦人科

○村上隆介<sup>1</sup>, 澤崎 隆<sup>1</sup>, 北島光泰<sup>1</sup>, 廣岡由実子<sup>1</sup>, 槇野洋子<sup>1</sup>, 勝部泰裕<sup>1</sup>

婦人科癌の進行例や末期での癌性腹膜炎に伴う腹水貯留は制御困難である。また頻回の腹水穿刺はリスクを伴い QOL を低下させる可能性がある。近年 Triamcinolone acetonide (TA、ケナコルト A) の腹腔内投与により、腹腔穿刺間隔の延長が可能であったとされる報告が散見される。今回再発卵巣癌の難治性癌性腹膜炎に対して TA の腹腔内投与が有効であったと考えられる一例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。症例は 59 歳卵巣癌 IIIc 期 (明細胞腺癌) 術後全身化学療法後の再発症例で 2nd line 3rd line の化学療法に抵抗性を示し、癌性腹水による腹部膨満感、経口摂取不能などを主訴に入院となった。入院時 performance status は 4 で自力での歩行も不能であった。入院初日に腹水 2800cc を穿刺排液、除去された腹水を濾過還元し 800ml を経静脈的に投与、十分なインフォームドコンセントの後、腹腔内に TA400mg を生理食塩水に溶解し投与した。腹水は淡血性から黄色調で腹水細胞診より悪性細胞を認めた。翌日より経口摂取、自力歩行が可能となった。TA 投与後 14 日目よりしだいに腹満感増強し、食事摂取困難となったため再度腹水を穿刺排液し TA400mg を再度腹腔内に投与した。2 回目の TA 投与から 22 日目に癌死されるまで腹水を穿刺排液することなく最期まで QOL を維持することができた。今後もさらに検討を積み重ねる予定である。

## 婦人科悪性腫瘍の脳転移症例についての検討

<sup>1</sup>山口大学大学院 医学系研究科 産科婦人科○福島千加子<sup>1</sup>, 村上明弘<sup>1</sup>, 折田剛志<sup>1</sup>, 末岡幸太郎<sup>1</sup>, 縄田修吾<sup>1</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

【目的】婦人科腫瘍の脳転移は非常に稀であるといわれていたが、長期生存例の増加と画像診断の精度向上により、近年増加傾向にあるといわれている。当科における脳転移症例について臨床的検討を行った。【方法】10年間に当科で治療した婦人科悪性腫瘍のうち脳転移をきたした8症例について、臨床経過、予後について後方視的検討を行った。【成績】脳転移症例は8例(子宮頸癌2例(Ib期1例、IIb期1例)、子宮体癌4例(II期1例、III期3例)、卵巣癌2例(IIIc期1例、IV期1例))であった。脳転移率はそれぞれ0.82%(2/245)、3.8%(4/106)、2.5%(2/81)であった。脳転移病巣数と予後に関連性は認められなかった。初回治療から脳転移出現までの期間は平均721日(82-1267日)であった。症状は頭痛、しびれ、運動障害の他、突然の意識レベルの低下をきたした症例が3例あった。他病巣が無い症例は4例で、その内2例は神経学的症状が発見契機となり、他の2例は神経学的所見は軽微であったが腫瘍マーカーの上昇がみられPET/CTで確定診断した。治療は4例に放射線治療が行われ3例に著効した。6例が死亡し、脳転移後の平均生存期間は182日(2-906)であった。他臓器への転移が無い治療後で病変の残存が無く、神経学的症状が軽度で脳外科的治療ができた2例では脳転移後200日以上生存を得ることができた。一方、意識レベルの低下を来した症例は著しく予後不良で、1ヶ月以内の死亡となった。【結語】婦人科悪性腫瘍の脳転移の発生頻度は子宮体癌と卵巣癌において諸家の報告より高率であった。脳転移症例は一般的に予後不良であるが、他臓器病変が無い場合でも、神経学的所見が軽微でもあれば脳転移を疑い、早期発見し積極的に治療を行うことによって、脳転移の個数に関係なく生存期間の延長につながると考えられた。

## 卵巣粘液性腺癌の至適化学療法に関する基礎的検討

<sup>1</sup>鳥取大学医学部産科婦人科○佐藤誠也<sup>1</sup>, 板持広明<sup>1</sup>, 野中道子<sup>1</sup>, 上垣憲雅<sup>1</sup>, 浪花潤<sup>1</sup>, 佐藤慎也<sup>1</sup>, 島田宗昭<sup>1</sup>, 大石徹郎<sup>1</sup>, 紀川純三<sup>1</sup>, 寺川直樹<sup>1</sup>

【目的】卵巣粘液性腺癌(MAC)は化学療法に低感受性で、その予後は不良である。MACに対する有効な化学療法について検討した。

【方法】MAC由来細胞株5株(MN-1, OMC-1, RMUG-L, RMUG-S, TU-OM-1)を用いて、シスプラチン(CDDP), オキサリプラチン(L-OHP), パクリタキセル(PTX), 5-フルオロウラシル(5FU), エトポシド(VP16)およびイリノテカンの活性体であるSN38に対する感受性をMTT assayで検討した。薬剤感受性の有無をAssay AUCで判定するとともに、併用療法の効果をMedian effect法にて判定した。リン酸化(p)Akt, pMEK, Bcl-2, Bcl-XL, ERCC1, XPFおよびXRCC1の蛋白発現をWestern blot法で検索した。ヌードマウスを用いてMAC癌性腹膜炎モデルを作成し、移植5日目からL-OHPおよび5FUを腹腔内投与した。累積生存率をKaplan-Meier法により算出した。

【成績】薬剤感受性は細胞株により大きく異なった。L-OHPは5株中3株, 5FUおよびVP16は2株に感受性を認めた。CDDPとPTXは全ての細胞株で無効であった。L-OHPと5FUとの併用で4株に相以上の効果を認めた。各種抗癌剤の感受性とpAkt, pMEK, Bcl2, Bcl-XL, XPFおよびXRCC1蛋白発現量との間に関連はみられなかった。一方, ERCC1蛋白発現量はオキサリプラチンの感受性株では低かった。また, 低感受性株では5FU添加により, ERCC1蛋白発現が抑制された。癌性腹膜炎モデルにおいても, L-OHPと5FU併用投与群の生存率は著明に良好であった。

【結論】卵巣粘液性腺癌に対してL-OHPと5FUとの併用療法が有効である可能性が示唆された。

## 卵巣明細胞腺癌の予後因子解析

<sup>1</sup>香川大学, <sup>2</sup>香川県立保健医療大学

○犬走英介<sup>1</sup>, 金西賢治<sup>1</sup>, 塩田敦子<sup>1</sup>, 秦 幸吉<sup>2</sup>, 秦 利之<sup>1</sup>

[はじめに] 我が国において近年、卵巣明細胞腺癌は増加傾向にあり、上皮性卵巣癌の20%を占めるに至っていることが報告されている。卵巣明細胞腺癌は、他の組織型と比較し予後不良であり、明細胞腺癌予後の改善は上皮性卵巣癌全体の予後を考える上で非常に重要な問題といえる。今回我々は当科で治療管理した卵巣明細胞腺癌の予後因子について解析した。

[方法] 1985年より2008年6月まで治療管理した卵巣明細胞腺癌37例を対象とした。年齢、分娩数、内膜症並びに不妊症の有無、進行期、残存腫瘍の大きさ、リンパ節転移の有無、performance status、化学療法のレジメン(Docetaxel+carboplatin+CPT-11(DC-CPT-11)、others)、の各項目についてCox regression analysisを行なった。

[結果] univariate Cox regression analysisにより、分娩数、内膜症の有無、残存腫瘍の大きさ(1cm未満、1cm以上)、化学療法のレジメン(DC-CPT-11、others)についてmultivariate Cox regression analysisを行なった。分娩数のHazard ratio 1.880、95%confidence interval(CI) 0.5671-6.236、P=0.3022であった。内膜症を有する場合はHazard ratio 12.95、95%CI 0.4861-344.7、P=0.1263であった。残存腫瘍の大きさ1cm以上の場合はHazard ratio 54.17、95%CI 1.070-2744、P=0.04621であった。DC-CPT-11以外のレジメンではHazard ratio 29.05、95%CI 1.097-769.5、P=0.0440であった。以上結果より残存腫瘍の大きさ1cm未満のOptimal debulkingを行なうこと、及び術後の化学療法としてDC-CPT療法を行なうことで予後改善が図れる可能性が示唆された。

## 子宮内膜症性嚢胞に続発した卵巣癌症例についての検討

<sup>1</sup>香川県立中央病院産婦人科

○請田絵美子<sup>1</sup>, 堀口育代<sup>1</sup>, 林 良宣<sup>1</sup>, 露木佳子<sup>1</sup>, 齋藤 央<sup>1</sup>, 川田清彌<sup>1</sup>, 米澤 優<sup>1</sup>

子宮内膜症は近年増加傾向にあり、保存的治療を行っている症例が多い。しかし、子宮内膜症性嚢胞から約0.72%で卵巣癌が発生するとの報告があり、慎重にfollowする必要がある。当院で子宮内膜症性嚢胞から癌化した2症例を経験したので報告する。症例1、36歳、未妊。6年間の不妊を主訴に近医を受診し、3cmの左卵巣嚢腫を指摘された。不妊治療を行うも妊娠成立せず、11カ月後の超音波検査にて6cmに増大したため当院に紹介となった。MRIで嚢胞内に造影効果を認める充実性病変を認め、悪性が疑われた。腫瘍が左卵巣に局限、腹水細胞診陰性、妊孕性温存希望があり、左付属器切除・右卵巣部分切除術を施行した。術中迅速病理結果は、左卵巣腫瘍は類内膜腺癌、右卵巣は悪性所見を認めなかった。今後は体外受精を行い、受精卵を凍結保存した後、化学療法を開始する方針である。症例2、47歳、3回経妊2回経産。30歳に子宮内膜症性左卵巣嚢腫核出術を施行。月経困難症状に対して、GnRHアナログ、低用量ピルを使用して定期的にfollowしていた。初診時から8年後に右卵巣が7cmに増大し、内部に乳頭状の隆起を認めたため、悪性を考慮して開腹子宮全摘出術・右付属器摘除術を施行した。術中迅速病理で、右卵巣腫瘍が悪性であると断定できなかったため、家族との話し合いで閉腹。病理結果は明細胞腺癌で、後日、大網切除・骨盤内リンパ節郭清術を施行した。子宮内膜症性嚢胞を有する場合、腫瘍径の増大、充実性部分の出現の有無について慎重にfollowしていく必要がある。閉経周辺期に増大する場合はサイズによらず、若年で嚢胞の最大径が10cm以上の場合には、悪性を考慮して手術を行う必要がある。また、当院における過去10年間の卵巣癌患者に占める子宮内膜症合併の頻度についても検討したので報告する。

## 骨盤内炎症性疾患における子宮内膜症の臨床的検討

<sup>1</sup>広島大学大学院医歯薬学総合研究科産科婦人科学

○小出千絵<sup>1</sup>, 藤原久也<sup>1</sup>, 山本弥寿子<sup>1</sup>, 平田英司<sup>1</sup>, 三好博史<sup>1</sup>, 工藤美樹<sup>1</sup>

【目的】疼痛と不妊を主症状とする子宮内膜症は、好発年齢が生殖年齢と重なり QOL を損なう原因として重要である。不妊症の原因となる骨盤内炎症性疾患 (PID) の発症に、子宮内膜症が関与しているかについて臨床的検討を行った。

【方法】広島大学病院で、5年5か月間に入院加療を行った婦人科疾患 2526 例を対象とした。臨床的に PID (骨盤腹膜炎・付属器膿瘍) と診断された症例、手術により子宮内膜症と診断された症例、その r-ASRM 分類、臨床経過を検討した。

【成績】婦人科疾患 2526 例中、27 例 (1.1%) が PID、102 例 (4.0%) が子宮内膜症と診断された。PID の 27 例中、11 例に手術を施行し、16 例には保存的治療を行った。手術を施行した PID の 11 例中で、内膜症の合併は 7 例 (63.6%) であった。この 7 例の r-ASRM 分類は、stage 2 が 1 例、stage 3 が 3 例、stage 4 が 3 症例と、stage 3 以上が 85.7% であった。また、1 例には卵巣癌 (類内膜型腺癌) の合併を認めた。保存的な加療を行った 16 例中には、内膜症の既往例はみられなかったが、3 例が内膜症のため後日 (1 年後 2 例、2 年後 1 例) 手術を施行した。手術により子宮内膜症と診断した 102 例のうち、PID を手術時に合併していた例は 5 例で、3 例が保存的治療を行なった既往 (1 年から 2 年前) があり、術後 (2 ヶ月、9 年後) に 2 例が PID を発症したため手術を施行し、この時点でも内膜症が確認された。内膜症全体のうち 10 例 (9.8%) に PID がみられた。

【結論】手術を必要とした PID には高度な内膜症の合併が多く、内膜症の約 10% に PID をみとめた。子宮内膜症が、PID 発症の一因である可能性が示唆された。

## 卵巣腫瘍を疑われた巨大動静脈奇形の一例

<sup>1</sup>愛媛大学大学院医学系研究科 生殖病態外科

○小島淳美<sup>1</sup>, 池田朋子<sup>1</sup>, 片山富博<sup>1</sup>, 藤岡 徹<sup>1</sup>, 草薙康城<sup>1</sup>, 伊藤昌春<sup>1</sup>

動静脈奇形は、全身のどの部位にもできうる血管異常であり、毛細管床をもたずに動脈と静脈が吻合することでシャント効果によって同部の血流増加を来す。今回、我々は、卵巣腫瘍を疑われた巨大動静脈奇形の一例を経験したので報告する。症例は 76 歳。前医にて、右乳癌と診断され、術前の CT にて子宮背側に腫瘍を認めた。MRI では、T1WI、T2WI ともに low intensity な径 5cm の腫瘍として描出されたため、子宮筋腫や夾膜細胞腫などを疑われて、当科に紹介受診された。当科初診時、双合診にて、子宮は超鶏卵大で両側付属器は触知せず。直腸診では、子宮右背側に腫瘍感があるも指が届かず詳細は不明であったが、明らかな充実性腫瘍は触知されなかった。経膈超音波断層法では子宮右背側に嚢胞性とも思われる径 5cm 大の hypoechoic な病変を認めた。これらの所見をもとに MRI の再読影を行うと、腫瘍は表面が凹凸であり、血管の流入像から動静脈奇形が鑑別にあがり、カラードプラー法を施行すると、異常な血流信号が認められた。また、3D-CT では子宮右側に拡張・蛇行した異常血管の集簇を認め、子宮動静脈奇形と診断した。Feeder は右内腸骨動脈、drainer は右卵巣静脈が主であり、この卵巣静脈の蛇行・拡張像を腫瘍としてとらえていたものと考えられた。症状は有さなかったため経過観察とし、乳癌術後に腹骨盤血管造影を施行した。シャント血流の多い状態であったが、心血管イベントは観察されていない。子宮動静脈奇形においても、drainer が目立つ場合には T1WI、T2WI ともに low intensity な腫瘍として描出される可能性があり、非侵襲的な診断法として 3D-CT が有用であると考えられた。

## 腔血管奇形の一例

<sup>1</sup>鳥取大学医学部 産科婦人科

○浪花 潤<sup>1</sup>, 野中道子<sup>1</sup>, 佐藤誠也<sup>1</sup>, 上垣憲雅<sup>1</sup>, 佐藤慎也<sup>1</sup>, 島田宗昭<sup>1</sup>, 板持広明<sup>1</sup>, 紀川純三<sup>1</sup>, 寺川直樹<sup>1</sup>

【はじめに】静脈性血管奇形は全身に発生するが、腔壁に発生するものは極めて稀である。生下時から存在し、成長にあわせて緩徐に大きくなるが、外傷、出血、および妊娠出産を契機に急に増大することもある。今回、腔壁に発生した静脈性血管奇形の一例を経験したので報告する。【症例】53歳，5経妊4経産。1年前から腔の痛み，重だるさや軽度の性交時出血を認めていた。腰痛と発熱を認めたため近医を受診した。MRI検査にて腔腫瘍を指摘され，当科紹介・受診した。腔壁は入口部から子宮腔部にかけて，全周性に青から紫色を呈した。MRI検査では，腔は上2/3がびまん性に腫大しており，静脈の石灰化(静脈石)を認めた。悪性疾患との鑑別が困難であったため，子宮腔部の生検を行った結果，拡張した静脈の増生を認めた。超音波ドップラー検査で，病変部の動脈性血流がないことを確認した。局所静脈造影検査では，スポンジ状(海綿状)あるいはのう胞状の拡張した血管腔を認め，静脈性血管奇形と診断した。本例では症状も乏しかったため，経過観察となった。【まとめ】腔血管奇形は外観上，悪性疾患との鑑別は比較的困難であり，その診断にはMRI検査や超音波検査等の画像検査および静脈造影検査が有用であった。

## 淋菌性骨盤炎症性疾患の1例

<sup>1</sup>中国電力株式会社 中電病院

○加藤 薫<sup>1</sup>, 坂手慎太郎<sup>1</sup>, 豊福 彩<sup>1</sup>, 三春範夫<sup>1</sup>, 長谷川康貴<sup>1</sup>

近年，国内の淋菌感染症症例数は次第に増加傾向にある。女性の場合は子宮頸管炎だけでなく重症化すると骨盤内炎症性疾患や肝周囲炎を呈することもあるが，重症の淋菌感染症の報告例は国内ではまだ少ない。また多剤耐性菌も顕著であり感受性のある抗生剤を適切に投与することが必要である。今回我々は多剤耐性の淋菌により重症の骨盤内炎症性疾患を呈し，治療に苦慮した症例を経験したのでここに報告する。症例は23歳，未経妊。近医にて淋菌陽性であったため Levofloxacin(LVFX)を処方。再診時も陰性化しておらず Sparfloxacin(SPFX)を処方され服用後であった。3ヵ月後に突然の腹痛と39度の発熱あり翌日前医を受診。腹膜炎が疑われたため同日当科紹介され白血球20000，CRP28と著名な炎症所見認めため，腹膜炎疑いにて入院管理となった。入院当日から Flomoxef(FMOX)2g/dayを開始し，翌日には淋菌をターゲットに Spectinomycin(SPCM)2g/day投与。自覚症状は改善し，白血球も7000まで低下したが，発熱軽快せず，第3病日にCTを施行したところ明らかな膿瘍は認めなかった。第3病日にはSPCM4gの追加投与と，第5病日からは混合感染も考慮しFMOXから Imipenem(IPM/CS)2g投与に変更した。発熱続くため第7病日にダグラス窩穿刺をおこなったが，排液は淡黄色で細菌は認めなかった。第8病日からは Ceftriaxone(CTRX)1gを連日投与するも，再び白血球上昇を認めため，第11病日に腹腔鏡下洗浄ドレナージをおこなった。術後経過は良好で8日目に軽快退院した。

## 貯留嚢胞の2症例

<sup>1</sup>住友別子病院○多賀茂樹<sup>1</sup>, 角 健司<sup>1</sup>, 松尾 環<sup>1</sup>

【緒言】貯留嚢胞の2症例を経験したので検討を行なった。【症例1】35歳。1妊0産。34歳の時、子宮内膜症にてGnRH療法を受け、6か月前に開腹にて両側卵巢子宮内膜症病巣除去術を受けていた。1週間前から腹満感あり、当科を受診した。内診所見は子宮前屈正常大で付属器は左右不明、嚢胞状で抵抗あり、可動性不良であった。子宮頸部細胞診class1、クラミジア抗原(-)、CA125は6.7U/mlでCA72-4は3.0U/ml以下、CA19-919U/mlであった。超音波検査で子宮後方に84×79×70mmの嚢胞を認めた。骨盤MRIでは子宮左背側に嚢胞性腫瘍が見られ、薄い隔壁があり卵巣嚢腫が疑われた。開腹手術を行った結果、貯留嚢胞で子宮、付属器が強固に癒着しており、貯留嚢胞除去術を行なった。【症例2】30歳。未婚。1妊0産。19歳の時卵巣嚢腫の手術を受けている。左下腹部痛にて近医を受診し、超音波検査で卵巣嚢腫があり一部充実性の疑いで当科に紹介された。内診では子宮前屈正常大。左付属器が小鶯卵大、嚢胞状であった。検査所見はCA125が15.6U/mlでCA72-4<3.0U/ml、SCC1.1ng/ml、CA19-9<2U/ml、AFP3.5ng/ml、CRP0.1mg/dl。超音波検査で73×59の嚢胞で一部充実性部分が見られた。MRIでは子宮の左に長径8cmの嚢胞が見られ、その内腔後側には三日月状の内容成分の異なる蛋白か血性の嚢胞が見られた。その右側に造影効果を伴う実質成分が疑われたが壁の肥厚した嚢胞にも見え、嚢胞性腺腫か腺腫が疑われた。開腹手術時を行ったところ、左貯留嚢胞で内容吸引を行い閉腹した。【結語】月経周期を有し、骨盤内手術の既往がある患者で骨盤内に辺縁不整の嚢胞性腫瘍が見られた場合、貯留嚢胞を念頭に置いて画像所見を検討すべきである。

## 301

## 子宮内胎児発育遅延に臍帯動脈拡張期逆流波を合併した一例

<sup>1</sup>香川大学医学部 母子科学講座周産期学婦人科学○森 信博<sup>1</sup>, 柳原敏宏<sup>1</sup>, 犬走英介<sup>1</sup>, 花岡有為子<sup>1</sup>, 金西賢治<sup>1</sup>, 山城千珠<sup>1</sup>, 田中宏和<sup>1</sup>, 塩田敦子<sup>1</sup>, 秦 利之<sup>1</sup>

緒言: 子宮内胎児発育遅延は日常診療でよくみかける疾患であるが、臍帯動脈(UA)拡張末期血流の逆流を合併すると数週間以内に子宮内胎児死亡を起こす可能性が高いといわれている。今回我々はUA拡張末期血流の途絶、逆流をみとめながら患者のコンプライアンス不良によりなかなか急速逐娩できなかったが、児の予後は良好だった一例を経験したので報告する。

症例: 32歳、2経妊2経産

既往妊娠分娩歴: 2経妊2経産 前2回帝王切開

家族歴: 母 精神疾患 父 自殺 夫 家庭内暴力

今回妊娠分娩経過: 妊娠27週3日、当院初診。一度前医を受診以後、妊婦健診を受けていなかった。来院時所見としては特に異常をみとめなかったが、妊娠32週0日、超音波検査にてUA拡張末期血流の途絶、MCAPI1.44と低値をみとめた。入院を勧めるが家庭の事情により困難とのことで入院はできなかった。妊娠32週4日、UAにやはり途絶を認め、MCAPI0.98と低値であった。その後一度外来受診した後はしばらく来院しなかった。36週3日、来院時UA血流波形は拡張期途絶したままの状態であった。緊急入院を勧めるも家庭の事情によりやはり入院拒否された。38週0日、緊急入院。UA血流波形に逆流波がみられ、NST上頻発する遅発一過性徐脈がみられたため non-reassuring fetal status と診断し、同日緊急帝王切開を施行した。

新生児所見: 1524g、40.5cm、男児、Apgar score3-6、UApH7.088、であった。胎盤重量は225gで臍帯辺縁付着を認めた。NICU入院となったが児の経過は現在良好である。

結語: 今回、患者の家庭の事情によりUA血流速度波形拡張期途絶を認めながら、厳重な周産期管理を行うことができなかったにもかかわらず幸いにも健常児を得ることができた一例を経験した。

## 当科で経験した分娩経過の異なる双胎妊娠 3 症例についての検討

<sup>1</sup> 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室

○瀬川友功<sup>1</sup>, 丹羽家泰<sup>1</sup>, 赤堀洋一郎<sup>1</sup>, 中務日出輝<sup>1</sup>, 井上誠司<sup>1</sup>, 舛本明生<sup>1</sup>, 住田由美<sup>1</sup>, 増山 寿<sup>1</sup>,  
平松祐司<sup>1</sup>

【緒言】双胎妊娠で両児とも頭位の場合に経膈群と予定帝王切群を比較した検討で、経膈群で若干新生児死亡が増加したという報告もあり、分娩方法に関して定説はない。今回、我々は分娩経過の異なる双胎妊娠 3 例を経験したので報告する。

【症例 1】29 歳、1 妊 0 産。IVF-ET で妊娠、DDtwin であった。両児とも頭位で経膈分娩予定とした。前期破水で陣痛誘発を行い、妊娠 37 週 3 日、経膈分娩となった。第 1 児は、2542g、Apgar score 8/9、臍帯血 pH は 7.294 であり、第 2 児は、2372g、Apgar score 8/9、臍帯血 pH は 7.315 であった。娩出間隔は 6 分、出血量は 830g であった。

【症例 2】36 歳、4 妊 3 産。自然妊娠、DDtwin であった。両児とも頭位であったが希望で帝王切開予定とした。妊娠 37 週 5 日、帝王切開を施行した。第 1 児は、2392g、Apgar score 8/9、臍帯血 pH は 7.316 であり、第 2 児は、2334g、Apgar score 8/9、臍帯血 pH は 7.3 であった。娩出間隔は 1 分、出血量は 3450g であった。

【症例 3】42 歳、4 妊 4 産。自然妊娠、MDtwin であった。両児とも頭位で経膈分娩予定とした。前期破水で陣痛誘発を行い、妊娠 36 週 4 日、分娩となった。第 1 児は経膈分娩で、2512g、Apgar score 9/9、臍帯血 pH は 7.354 であった。第 1 児娩出後、第 2 児の臍帯脱出を認め、緊急帝王切開とした。第 2 児は、2470g、Apgar score 6/9、臍帯血 pH は 7.337 であった。娩出間隔は 34 分、出血量は 3500g であった。

【結論】文献的に両児とも頭位の双胎妊娠で経膈分娩を行った場合、第 2 児が緊急帝王切開となる確率は約 7%といわれており、経膈分娩をトライする場合、十分なインフォームド Consent と、緊急対応のできる環境が必要であると考えられた。

当院で管理した IUGR の周産期臨床像  
～最近経験した症例の報告と併せて～

<sup>1</sup> 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科

○石原佳代<sup>1</sup>, 井上誠司<sup>1</sup>, 赤堀洋一郎<sup>1</sup>, 中務日出輝<sup>1</sup>, 舛本明生<sup>1</sup>, 住田由美<sup>1</sup>, 瀬川友功<sup>1</sup>, 増山 寿<sup>1</sup>,  
平松祐司<sup>1</sup>

子宮内胎児発育遅延 (intrauterine growth restriction ; IUGR) は正常児に比べ周産期死亡率や罹患率は依然として高く、娩出時期の決定を主眼とした周産期管理のあり方がクローズアップされている。IUGR に対する有効な胎児治療がない現在、胎児心拍モニタリングや超音波検査などにより胎児の状態を正確に把握し、適切な時期に胎外治療に切り替えることが重要である。特に早産 IUGR では、その未熟性により娩出のタイミングの決定に苦慮することがしばしば経験される。1996 年 1 月から 2007 年 12 月までに当科にて出生した単胎 2810 例のうち、出生時体重が出生時体格基準値 (厚生省研究班、1998) の 10%tile (-1.28S.D.) 未満である light for dates 児は 277 例であったが、このうち染色体異常、先天奇形といった胎児因子が考えられた 41 例は除外した 236 例の周産期事象について後方視的に検討した。早産症例 (24 週～36 週) は正期産症例 (37 週～41 週) に比べ、超音波検査による羊水過少、あるいはパルスドプラー法による臍帯動脈、中大脳動脈の血流異常を認めた症例が多く、早産せざるを得ない劣悪な子宮内環境を反映していると考えられた。児娩出理由は胎児心拍モニター異常 (non-reassuring fetal status 以下 NRFS) が 33 例、妊娠高血圧症候群 (pregnancy induced hypertension 以下 PIH) に伴うものが 27 例、児の発育停止 (growth arrest) が 14 例、前期破水 12 例、常位胎盤早期剥離 9 例であった (重複あり)。とくに NRFS, growth arrest のような胎児適応で娩出となった症例では、前述した血流異常や羊水過少といった所見が多く認められ、胎児血流計測や羊水量の評価が、NST と併せて胎児 well being の評価において重要な役割を果たしていると考えられた。また最近 IUGR で、管理方法、娩出のタイミングの決定に苦慮した症例を最近いくつか経験したので併せて報告する予定である。

## 当院における極・超低出生体重児の分娩方法と短期新生児予後に関する検討

<sup>1</sup> 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

○塚原紗耶<sup>1</sup>, 多田克彦<sup>1</sup>, 桑原良奈<sup>1</sup>, 小平雄一<sup>1</sup>, 片山典子<sup>1</sup>, 熊澤一真<sup>1</sup>, 高田雅代<sup>1</sup>, 中西美恵<sup>1</sup>

【目的】当院では極(VLBW)・超低出生体重児(ELBW)でも頭位で分娩進行が順調であれば経膈分娩を行っている。分娩方法の違いが短期新生児予後に影響を与えるかどうかを検討した。【方法】2001年4月から2006年12月までに、当院において生産となったVLBW110例、ELBW88例中、多胎、胎児奇形・染色体異常、IUGR、PIH症例を除くVLBW31例、ELBW39例を対象に分娩方法と脳室内出血(IVH)、脳室周囲白質軟化症(PVL)、壊死性腸炎(NEC)などの短期新生児予後との関連について検討を行った。妊娠22・23週例は原則経膈分娩としているため除外した。両群の比較はt検定、 $\chi^2$ 検定を用いて行い、 $p < .05$ を有意とした。【成績】VLBWの67.7%、ELBWの48.7%が経膈分娩にて出生していた。VLBW、ELBWそれぞれにおける経膈群と帝切群の平均在胎週数、出生体重、Apgar score5分値に有意差はなかった。VLBWにおいて臍動脈血pH(経膈群 $7.35 \pm 0.06$ 、帝切群 $7.28 \pm 0.08$ )に有意差を認めたが、臨床的に問題となる値ではなかった。VLBWにIVH、PVL、NECの発生は認めなかった。ELBWのIVH(経膈群10.5%、帝切群10.0%)、PVL(経膈群5.3%、帝切群5.0%)、NEC(経膈群10.5%、帝切群0%)の発生率に有意差はなかった。胎児機能不全はVLBW(経膈群4.8%、帝切群40.0%)、ELBW(経膈群5.3%、帝切群40.0%)でどちらも帝切群の方が有意に多く、これは胎児機能不全そのものが帝王切開の適応となっているためと思われたが、ELBWにおける胎児機能不全例でIVH、PVL、NECを発生したものはなかった。【結論】極・超低出生体重児において経膈分娩と帝王切開による新生児予後の違いは認められず、頭位で分娩進行が順調であれば経膈分娩も可能であると思われた。

## 出血を伴う症例の破水診断でのヒトインスリン様成長因子結合タンパク1型(IGFBP-1)定性検査の有効性について

<sup>1</sup> 倉敷中央病院

○川崎 薫<sup>1</sup>, 堀川直城<sup>1</sup>, 森本明美<sup>1</sup>, 宇佐美知香<sup>1</sup>, 前田綾子<sup>1</sup>, 内田崇史<sup>1</sup>, 中堀 隆<sup>1</sup>, 本田徹郎<sup>1</sup>, 長谷川雅明<sup>1</sup>, 高橋 晃<sup>1</sup>

【緒言】ヒトインスリン様成長因子結合タンパク1型(IGFBP-1)は羊水中に高濃度に存在するが、正常妊婦の腔内には極微量しか存在せず破水診断に用いられている。IGFBP-1定性キットにて破水と診断された症例中には、持続羊水流出を認めず満期までの妊娠継続が可能であり臨床的破水と診断し難い例も存在する。IGFBP-1は母体脱落膜中にも含まれ、診断時の出血の有無により結果が左右される可能性もある。今回破水診断にIGFBP-1定性キットを用いた症例に対し、出血の有無による予後の差につき検討した。

【対象】当院では、視診にて明らかに破水と診断される症例以外にIGFBP-1定性キット(チェックプロム)を用いた破水診断を行っている。2006年1月から2008年3月にチェックプロムを使用し陽性となった妊娠14週から31週の計19例を、診断時に出血を伴う群(12例)と伴わない群(7例)にわけその予後を検討した。

【結果】出血を伴う12例のうち6例は妊娠継続が可能であった。うち5例は満期産であった。1例は羊水減少を認めなかったが子宮内胎児発育遅延にて4週間後に帝王切開術施行となった。妊娠継続が不可能であった6例中3例は臨床的に前期破水と診断された。残り3例中1例は胎胞脱出症例であり2例は絨毛膜羊膜炎を疑う症例であった。

出血を伴わない7例のうち満期まで妊娠継続が可能であった症例は1例であった。妊娠継続が不可能であった6例のうち4例は臨床的破水症例、2例は胎胞脱出症例であった。

【考察】出血を伴う症例の50%(12例中6例)は羊水減少を認めず妊娠継続が可能であり、臨床的破水症例は25%(12例中3例)にすぎなかった。症例数が少なく今後の検討が必要であるが、出血を伴うチェックプロム陽性群は出血を伴わないチェックプロム陽性群に比して予後の良い症例が多く、チェックプロム偽陽性例も含まれる可能性が示唆された。

## 当科における 40 歳以上の妊産婦の現況

<sup>1</sup> 県立広島病院○向井百合香<sup>1</sup>, 上田克憲<sup>1</sup>, 木谷由希絵<sup>1</sup>, 原 香織<sup>1</sup>, 頼 英美<sup>1</sup>, 藤東淳也<sup>1</sup>, 吉本真奈美<sup>1</sup>, 伊達健二郎<sup>1</sup>, 占部 武<sup>1</sup>, 大濱絃三<sup>1</sup>

【目的】近年、出産年齢の高齢化に伴い 40 歳以上の妊産婦が増加している。ハイリスク妊娠として 35 歳以上の妊産婦を対象とした報告は少なくないが、40 歳以上の妊産婦に限って検討した報告はほとんどみあたらない。そこで、総合周産期母子医療センターである当科における 40 歳以上の妊産婦の現状を検討した。【対象と方法】2001 年から 07 年までの 7 年間の総分娩患者 4,316 例を対象として、40 歳以上の妊産婦の年次推移を検討した。次に、40 歳以上の分娩患者 111 例(高年群)と 39 歳以下の分娩患者 4,205 例(対照群)の二群に区分し、不妊治療率(初産婦)、多胎率、および単胎例での妊娠異常(妊娠糖尿病/糖尿病合併妊娠、高血圧合併妊娠、妊娠高血圧症候群、前置胎盤、常位胎盤早期剥離)、早産率、初産・経産別の分娩異常(分娩様式、経膈分娩時の 500g 以上の異常出血)を比較検討した。

【結果】40 歳以上の高年妊産婦の割合は 01 年の 1.9%から 07 年の 3.6%まで増加していた。高年群での不妊治療率は 23.2%で対照群(15.7%)と比較して高率ではあったが有意差はなく、多胎率にも差がなかった。検討した妊娠異常のうち、高年群では妊娠糖尿病/糖尿病合併妊娠が 6.5%(対照群、1.4%)、高血圧合併妊娠が 4.6%(対照群、0.9%)と有意に高率であったが、妊娠高血圧症候群の発症には有意差はなかった。早産率は両群間で差がなかった。分娩異常のうち、高年群では初産婦での吸引分娩率が 35.3%(対照群、7.7%)、また帝王切開率が 58.5%(対照群、30.0%)と、この二項目が有意に高率であったが、経産婦の分娩異常には差がなかった。【結論】40 歳以上の妊婦では妊娠糖尿病/糖尿病合併妊娠、高血圧合併妊娠が増加していた。分娩異常としては初産婦での吸引分娩と帝王切開分娩の増加が認められた。

## 妊婦の体格からみた妊娠中の骨評価とライフスタイルの検討

<sup>1</sup>香川県立保健医療大学保健医療学部 看護学科, <sup>2</sup>香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学○榮 玲子<sup>1</sup>, 野口純子<sup>1</sup>, 植村裕子<sup>1</sup>, 竹内美由紀<sup>1</sup>, 宮本政子<sup>1</sup>, 松村恵子<sup>1</sup>, 秦 幸吉<sup>1</sup>, 花岡有為子<sup>2</sup>, 山城千珠<sup>2</sup>, 田中宏和<sup>2</sup>, 柳原敏宏<sup>2</sup>, 秦 利之<sup>2</sup>

## 【目的】

妊娠期にある女性の健康支援のために、妊婦の体格からみた妊娠中の骨評価とライフスタイルの関連について検討した。

## 【方法】

妊娠 9~37 週の妊婦 113 名(年齢 23~38 歳, 中央値 30 歳)を対象とした。妊娠中の特性(年齢, 妊娠週数, 身長, 体重, Body Mass Index(BMI)), 踵骨乾式超音波法を用いた骨評価および日本版健康増進ライフスタイルプロフィール II(日本版 HPLPII)によるライフスタイル調査を行った。

## 【結果】

骨評価値と体重, BMI との有意な正の相関が認められた。日本産科婦人科学会栄養問題委員会の妊娠週数別 BMI をもとに、対象をやせ群 37 名(32.7%), 標準群 62 名(54.9%), 肥満群 14 名(12.4%)に分類した。骨評価値と同年齢の骨評価値から算出される Z-score を検討した結果、やせ群と標準および肥満群との間に有意差を認め、やせ群 37 名のうち 24 名(64.9%)が Z-score100%未満であった。やせ群の Z-score100%未満と 100%以上で身体活動と栄養に関するライフスタイルをみると、100%未満のやせ群妊婦は、計画的な運動や軽い・適度な運動を全くあるいはあまりしない割合が高く、過去の運動経験割合が低かった。また、1 日の果物や乳製品摂取が 0~1 回程度と少なかった。

## 【結論】

やせ妊婦の割合は約 3 割で、そのライフスタイルは、適度な運動や栄養摂取が十分とはいえず、一般的に実施されている肥満予防のための健康教育だけでなく、やせ妊婦に対する個別的な支援の必要性が示唆された。

## 当センターでの 18トリソミー児の出生前診断と児・家族への対応について

<sup>1</sup>独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

○高田雅代<sup>1</sup>, 杉生良奈<sup>1</sup>, 小平雄一<sup>1</sup>, 片山典子<sup>1</sup>, 塚原紗耶<sup>1</sup>, 熊澤一真<sup>1</sup>, 中西美恵<sup>1</sup>, 多田克彦<sup>1</sup>

18トリソミーは生後1年以内に約90%が死亡する致死性染色体異常症である。近年、積極的治療介入により長期生存や在宅管理の報告が認められるようになってきた。当センターでは18トリソミー症候群と判明した場合、両親にインフォームドコンセントを施行後、原則帝王切開は回避し、児と両親のかかわりの時間を優先した緩和的医療を行うこととしている。2000年4月から2008年5月の間に当センター産科に紹介となった18トリソミーは15例で、母体紹介理由は羊水過多、子宮内胎児発育遅延が多く、その他心奇形、脈絡叢嚢胞、髄膜瘤、大きい児頭大横径などであった。胎児水腫、妊娠33週での陣痛発来は2例は出生前診断が行えなかった。特徴的な超音波所見で染色体異常を疑った場合は、夫同席の上で時間をかけて超音波所見、染色体検査の必要性について説明後、染色体検査を行っている。18トリソミーと判明したら、新生児科医より児の予後について詳細に説明、対応を両親と相談していく。CTGで胎児心拍異常を認めることが多いが、帝王切開については手術に伴う副作用の軽減を目的に、胎内死亡、分娩中死亡があることも十分理解して頂いた上で、原則行っていない。現在まで全例経膈分娩であり帝王切開を希望された両親はいない。22週未満に診断された3例は人工流産となった。胎内死亡は12例中4例、分娩中死亡が2例であった。生児は6例で早期新生児死亡が3例、乳児期死亡2例。1例は前回帝王切開であったがCTG異常を認めることなくVBACに成功し、児に食道閉鎖がなく、人工呼吸管理を行うことで家族と過ごせる時間が長くできるのでは、との新生児科医の提案に両親が同意され、現在入院中である。18トリソミー症候群の出生前診断は、その後の分娩管理方針や、それぞれの児の状態に応じた、家族とのかかわりを優先した新生児管理の方向性を話し合うためにも重要であると考えている。

## 塩酸リトドリンによる切迫早産管理についての検討

<sup>1</sup>徳島大学病院 周産母子センター

○三谷龍史<sup>1</sup>, 中山聡一郎<sup>1</sup>, 加地 剛<sup>1</sup>, 前田和寿<sup>1</sup>, 安井敏之<sup>1</sup>, 苛原 稔<sup>1</sup>

**【目的】**切迫早産の治療として塩酸リトドリン(以下リトドリン)点滴投与が代表的だが、その長期投与の有効性について疑問視されている。一方、リトドリン中止後早期に陣痛発来し、分娩に至る症例も多く、治療中止の時期に苦慮する。どの症例がリトドリンが無効であるか(研究1)、長期投与症例では、投与中止後早期の陣痛発来の予測因子の有無を検討した(研究2)

**【対象・方法】**(研究1)平成13年1月から平成18年12月までに当センターにて切迫早産にてリトドリンを投与した163症例。リトドリン点滴開始後7日以内に分娩に至った群を無効群、8日以降の分娩群を有効群とし、各々を患者背景、tocolysisの状態、頸管長、分泌物検査について検討した。P<0.05をもって有意差ありとした。(研究2)研究1の有効群の内、母体・胎児適応による妊娠終了、陣痛発来にてリトドリンを中止した症例を除く85例を対象とした。分娩時期が点滴中止後7日以内の群をA群、8日目を以降の群をB群とした。検討、検定は研究1と同様にした。

**【成績】**(研究1)頸管長は両群間に差は認めなかった。内診所見は無効群では開始時 Bishop score が有効群より有意に進んでいた。癌胎児性フィブロネクチン陽性例が無効群で有意に多く、白血球数も有意に上昇していた。(研究2)内診所見は Bishop score には有意差は認めなかったが、A群では点滴中止時の頸管開大度が有意に進んでいた。A群ではリトドリン最大投与濃度、使用総量が有意に多かった。

**【結論】**癌胎児性フィブロネクチン陽性及び子宮内感染症例、診断時 Bishop score の進行症例は tocolysis 無効であった。長期投与例において、中止後早期に陣痛発来を予測する因子は認めなかったが、陣発症例では内診所見が進行している傾向を認め、内診所見進行例には注意が必要と思われた。使用総量、最大濃度の差より、治療時の症状が深刻な程、症状が安定して点滴を中止しても早期に陣痛が発来する可能性が高いことが示唆された。

## IVF-ET における単胚移植の成績

<sup>1</sup>厚仁病院産婦人科○松山毅彦<sup>1</sup>, 坂井和貴<sup>1</sup>, 中澤留美<sup>1</sup>, 竹中亜希<sup>1</sup>, 河戸朋子<sup>1</sup>, 立石真弓<sup>1</sup>

IVF-ET においては多胎率の減少を目的として単胚移植を行う事もあるが、従来からの初期胚の単胚移植の場合は、その妊娠率が低い事が問題であった。しかし、sequential media の流通などもあり、胚盤胞移植が胚移植の方法論の一つとして確立されたものとなってきており、また胚盤胞の一胚移植でそれなりの妊娠率を確保できることもいわれてきている。当院においても数年前より、単一胚盤胞移植を移植の基本法として、多胎防止に努めて来た。今回は単胚移植の成績について報告する。【対象と方法】2005年1月～2007年12月の間に胚移植を行った1099周期のうち単胚移植を行った943周期を対象とした。これらを移植日別に分類し、それぞれの妊娠率、流産率等を比較検討した。【結果】単胚移植943周期のうち妊娠周期は382周期あり、妊娠率は40.5%であった。流産は49周期あり、流産率は12.8%であった。その内訳は、2日目胚移植周期は7周期あり、妊娠は1周期、妊娠率は14.0%で、生児を得ている。3日目胚移植周期は38周期あり、妊娠は5周期で、妊娠率は13.0%で、流産周期はなかった。4日目胚移植周期は2周期あったが、妊娠周期はなかった。胚盤胞移植周期は878周期あり、妊娠は375周期で、妊娠率は42.7%と比較的良好であった。また、流産周期は49周期あり、流産率は13.1%であり、初期胚移植群と同等の流産率であった。その他の周期は16周期あるが、妊娠周期はなかった。【結語】以上より単胚移植においては、胚盤胞移植が初期胚移植と比較して妊娠率が高く、流産率も同等であることから、多胎の発生率を減少させる目的からも有益な方法と考えられた。従来からのIVF-ETの方法論では、胚を複数個移植する事により妊娠率の向上を目指していたが、それは同時に多胎発生率の上昇にもつながっていた。今回の結果より、単一胚盤胞移植を胚移植の基本法とすれば、妊娠率を下げずに多胎発生を抑制する事が可能であることが示唆された。

## 当科における不妊症例に対する子宮筋腫核出術の検討

<sup>1</sup>愛媛大学大学院医学系研究科○兵頭由紀<sup>1</sup>, 小泉幸司<sup>1</sup>, 岡本温美<sup>1</sup>, 兵頭慎治<sup>1</sup>, 藤岡 徹<sup>1</sup>, 片山富博<sup>1</sup>, 松原圭一<sup>1</sup>, 伊藤昌春<sup>1</sup>

【目的】近年の晩婚化や初回分娩の高齢化に伴い、子宮筋腫を有する不妊患者が増加している。子宮筋腫による不妊の原因として粘膜下筋腫や筋層内筋腫による子宮内腔変形による着床障害が考えられているが、内腔に変形のない機能性不妊症例に対しても子宮筋腫核出後の妊娠例を時に経験する。今回、開腹術に比較し術後癒着が少なく妊孕性温存に有利な腹腔鏡下筋腫核出術を行った不妊症例における術後の妊娠率等について、同時期に施行した開腹子宮筋腫核出術と比較検討した。【方法】平成16年1月から平成19年6月までに当科で施行した腹腔鏡下子宮筋腫核出術および開腹子宮筋腫核出術70例のうち、12ヵ月以上の経過観察が可能であった不妊症患者18名を対象とし、術式・術後妊娠率などを検討した。なお、対象は子宮筋腫のみで他の不妊因子が明らかでないものとした。【結果】18例のうち、6例(33.3%)が自然妊娠成立した。6例のうち、腹腔鏡手術が5例(83.3%)で開腹術が1例(16.7%)であった。【考察】子宮筋腫以外に不妊原因が明らかでない症例に対し、子宮筋腫核出術が有効である症例が存在することから、一定期間の外来不妊治療で妊娠に至らない筋腫合併不妊症に対して、積極的に子宮筋腫核出術を行う意義があると考えられる。

## 体外受精—胚移植後に骨盤膿瘍を来した1例

<sup>1</sup>高知大学医学部 産科婦人科, <sup>2</sup>JA 高知病院, <sup>3</sup>高知医療センター

○宇賀神奈月<sup>1</sup>, 菅 麻里<sup>1</sup>, 川島将彰<sup>2</sup>, 泉谷知明<sup>1</sup>, 林 和俊<sup>3</sup>, 前田長正<sup>1</sup>, 深谷孝夫<sup>1</sup>

子宮内膜症婦人の体外受精後に骨盤膿瘍を発症することは稀であるが報告されている。今回、チョコレート嚢胞合併不妊女性に体外受精—胚移植を行ったところ、卵巣周囲膿瘍を来したが、診断に苦慮した1例を経験したので報告する。【症例】37歳、ネパール人、未妊。結婚後6ヶ月経過しても妊娠成立せず、自国の産婦人科を受診した際、両側卵巣にチョコレート嚢胞を指摘された。排卵誘発、人工授精を受けたが妊娠成立しなかった。その後夫の留学に伴い来日し当科受診となった。MRI検査で右卵巣に10mm大のチョコレート嚢胞を2個認めた。ホルモン検査、子宮卵管造影、精液検査では異常を認めず、クロミフェン+人工授精を3回施行した。妊娠成立しないため、体外受精—胚移植を施行。妊娠5週6日(採卵後27日)に子宮内に胎嚢を確認。しかしその後、胎嚢発育を認めず、自然排出を期待し外来管理を行っていた。妊娠10週5日(採卵後61日)に腹痛のため受診し、子宮内容の排出を認めた。その3日後、発熱と左下腹痛を訴え当科受診。WBCおよびCRPの上昇を認め、また血中hCG値1258mIU/mlで、子宮内容排出物には組織学的検査で絨毛組織は認めなかったことから、PIDおよび子宮外妊娠の疑いで入院となった。抗生剤投与を行ったが、WBC、CRPはさらに上昇し腹膜炎症状も増強したため、緊急開腹手術となった。骨盤内は子宮内膜症による凍結骨盤であり、左卵巣周囲に膿瘍を認めた。左付属器炎と考へ、左付属器切除術と子宮内容清掃術を施行した。組織診断は不全流産と左卵巣炎であった。【結語】症例は日本語・英語を理解せず意思疎通が困難であり、また不全流産を合併していたことから、PIDと診断するのに大変苦慮した。子宮内膜症合併不妊症例では採卵後長期間経過していても、腹痛が持続する場合はPID発症を念頭においた対応が必要と考へる。

## 正所性子宮内膜におけるheat shock protein70およびHLA-G発現の月経周期による変動

<sup>1</sup>高知大学医学部産婦人科

○谷口佳代<sup>1</sup>, 菅 麻里<sup>1</sup>, 宇賀神奈月<sup>1</sup>, 川島将彰<sup>1</sup>, 泉谷知明<sup>1</sup>, 林 和俊<sup>1</sup>, 前田長正<sup>1</sup>, 深谷孝夫<sup>1</sup>

【目的】子宮内膜症(内膜症)では免疫系の異常、とくにNK細胞の機能低下が認められているが、NK細胞が認識する抗原は未だ同定されていない。われわれは、NKレセプターKIR2DL4のリガンドであるHLA-Gが月経期にのみ正所性子宮内膜に発現し、腹腔内に逆流していることを明らかにし、内膜症の発生に関与する抗原である可能性を示した。このHLA-Gは、ストレス蛋白であるheat shock protein(Hsp)によって誘導されることが報告されている。今回、HLA-GとHspの関連を明らかにするために、正所性子宮内膜におけるHLA-GならびにHsp70発現を月経周期別に検討した。【対象と方法】対象は過去5年間に開腹もしくは腹腔鏡下に子宮を摘出した有経婦人(内膜症16例、非内膜症24例)で、全て同意を得て研究に供した。免疫染色で子宮内膜組織のHsp70とHLA-Gを検出し、月経周期別に検討した。それぞれの染色性は定性的に、またNIH imageで発現強度を定量化して検討した。【結果】HLA-Gは月経期にのみ子宮内膜上皮に発現し、増殖期・分泌期(非月経期)には発現していなかった。同じ内膜上皮でのHsp70の検討では、月経期が非月経期と比較し有意に強い発現を認めた。以上の結果は内膜症群・非内膜症群ともに同様で群間差を認めなかった。またHLA-GとHsp70の間には有意の正相関を認めた。【結語】正所性子宮内膜では、月経期に生じる内膜へのストレスによってHsp70が発現し、HLA-Gが誘導されていると考えられる。このHLA-Gが逆流経血により腹腔内に流入し、KIR2DL4の標的抗原となり、NK細胞機能調節をおこなっている可能性が示された。

## 抗癌剤毒性と卵巣保護: GnRH アゴニストが有用であると考えられた一例

<sup>1</sup>鳥取大学医学部 産科婦人科

○池田綾子<sup>1</sup>, 周防加奈<sup>1</sup>, 田頭由紀子<sup>1</sup>, 渡邊彩子<sup>1</sup>, 片桐千恵子<sup>1</sup>, 谷口文紀<sup>1</sup>, 岩部富夫<sup>1</sup>, 原田 省<sup>1</sup>, 寺川直樹<sup>1</sup>

生殖年齢患者への抗癌剤治療では、その卵巣毒性が危惧される。特に悪性リンパ腫の治療に用いられるアルキル化剤は、性腺に対して強い毒性があるため、投与後に早発閉経となることが多い。卵巣機能保護を目的に GnRH アゴニスト療法を行った症例を経験したので報告する。

症例は 30 歳女性、未経妊、月経周期は順調であった。2005 年 9 月 近医で行った乳房穿刺吸引細胞診にて悪性リンパ腫と診断され、2005 年 11 月から当院血液内科で抗癌剤治療を開始した。治療前の CT で右卵巣腫瘍を認め、抗癌剤治療開始後の同年 12 月に当科紹介となった。右卵巣腫瘍は悪性を示唆する所見はなかったため、経過観察とした。同時期より卵巣機能保護の目的に、GnRH アゴニスト療法を開始した。2006 年 6 月まで R-CHOP 6 コース・MTX/AraC 髄注 4 コース施行され、その間 GnRH アゴニストを 7 回投与した。治療終了 2 ヶ月後には月経の再開をみた。2007 年 8 月 腹腔鏡下左卵巣皮様嚢腫摘出術を施行した。右卵巣は正常大で、術後 2 ヶ月で卵胞発育を認めた。現在、挙児希望のため卵巣モニタリングを行っている。

抗癌剤治療による卵巣毒性の予防に、GnRH アゴニスト療法が有用と考えられた。

## 正所性および異所性子宮内膜間質細胞におけるアポトーシス感受性

<sup>1</sup>鳥取大学医学部 産婦人科, <sup>2</sup>生命科学科生体情報学

○渡邊彩子<sup>1</sup>, 谷口文紀<sup>1</sup>, 池田綾子<sup>1</sup>, 田頭由紀子<sup>1</sup>, 竹中泰子<sup>1</sup>, 片桐千恵子<sup>1</sup>, 岩部富夫<sup>1</sup>, 原田 省<sup>1</sup>, 寺川直樹<sup>1</sup>, 伊澤正郎<sup>2</sup>

**【目的】**異所性子宮内膜間質細胞(ectopic endometrial stromal cells; ectopic ESC)は、正所性子宮内膜間質細胞(endometrial stromal cells; ESC)に比べて薬剤誘導性アポトーシスに対する抵抗性が高いが、その機序については明らかでない。本研究では、抗アポトーシス因子として注目されている BIRC family 遺伝子発現を解析し、両細胞間で比較検討した。

**【対象】**患者の同意を得て、手術時に採取した卵巣チョコレート嚢胞壁から ectopic ESC を、子宮筋腫患者の内膜から ESC を分離培養した。

**【方法】**Staurosporine(SS)刺激によりアポトーシスを誘導し、WST-8 assay で生細胞数を測定した。SS 添加とアポトーシス関連遺伝子の発現について、Apoptosis gene array を用いて検索した。BIRC -2, -3, -4, -5 の遺伝子発現量を Real time RT-PCR で、BIRC の下流にある Caspase-3 および-7 蛋白発現について Western blotting で検討した。BIRC-5 siRNA を ectopic ESC に導入して SS 刺激後の生細胞数を測定した。

**【結果】**SS 添加後の生細胞数は、ESC では添加前の約 50%であったが、ectopic ESC では約 70%とアポトーシス感受性低下を示した。Apoptosis gene array では、ectopic ESC で BIRC-5 遺伝子の強発現を認めた。SS 添加後には、ESC で BIRC-5 遺伝子発現が増強したが、ESC では減弱した。Real-time RT-PCR で、SS 添加による BIRC-5 の発現が ectopic ESC で有意に増強した。BIRC-2, -3, -4 遺伝子発現においては SS 添加による変化は見られなかった。ESC では ectopic ESC に比して、SS 添加による Caspase-3 および-7 蛋白の強い活性化がみられた。BIRC-5 siRNA の導入により、SS 添加後の ectopic ESC の生細胞数は減少した。

**【結論】**ectopic ESC は ESC に比して、薬剤誘導性アポトーシス感受性が低いことが確認された。ectopic ESC のアポトーシス抵抗性には BIRC-5 が関与している可能性が示唆された。

## メラトニンは卵胞内で卵と顆粒膜細胞を酸化ストレスから護る

<sup>1</sup>山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学, <sup>2</sup>済生会下関総合病院産婦人科

○田村博史<sup>1</sup>, 竹谷俊明<sup>1</sup>, 木塚文恵<sup>1</sup>, 李 理華<sup>1</sup>, 田村 功<sup>1</sup>, 谷口 憲<sup>1</sup>, 浅田裕美<sup>1</sup>, 松岡亜希<sup>1</sup>, 畠中祥子<sup>2</sup>, 嶋村勝典<sup>2</sup>, 高崎彰久<sup>2</sup>, 森岡 均<sup>2</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

【目的】松果体ホルモンであるメラトニンは卵胞液中に高濃度に存在しているが、その意義は明らかにされていない。近年、メラトニンは活性酸素の強力なスカベンジャーとしての働きが証明され注目されている。我々は卵胞液中のメラトニンと酸化ストレスに注目し、卵の質や顆粒膜細胞の黄体化との関係について検討した。【方法】(1) 同意のもと IVF-ET 患者 56 症例 56 周期において、採卵時に採取した卵胞液中のメラトニン、性ステロイドホルモン濃度と酸化ストレスとして 8-hydroxy-2-deoxyguanosine (8-OHdG) を測定した。(2) 3 週齢雌 ICR マウスに PMSG 20IU を投与、48 時間後に卵を採取し H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (100-500 μM) を添加し培養を行い 12 時間培養後の第一極体放出の割合を観察した。また、300 μM H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> と同時にメラトニン (0.1, 1, 10ng/ml) を添加し第一極体放出の割合を観察した。(3) 同意のもと IVF-ET 患者より採卵時に得られた卵胞液中より黄体化顆粒膜細胞を分離後、メラトニンまたは H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> を添加し培養を行い、培養液中の progesterone (P) 濃度を測定した。【成績】(1) 卵胞液中の P 濃度とメラトニン濃度との間には有意の正の相関を認め、メラトニン濃度と 8-OHdG 濃度との間、P 濃度と 8-OHdG 濃度との間には負の相関を認めた。(2) H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> (200 μM 以上) 添加により第一極体の放出が有意に抑制された。H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> で抑制された第一極体の放出はメラトニン添加により有意に改善した。(3) H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> 添加 (30-50 μM) にて P 産生は抑制され、この抑制作用はメラトニン (10-100 μg/ml) 同時添加にて阻止された。尚、症例によっては阻止されない場合もあった。【結論】卵胞内でメラトニンは酸化ストレスを抑制して、卵の質や顆粒膜細胞の黄体化を保護している可能性がある。

## GnIH ホモログ RFRP-3 の卵巢摘出雌ラットにおけるゴナドトロピン分泌に対する作用の検討

<sup>1</sup>徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部産科婦人科学分野

○村上雅博<sup>1</sup>, 松崎利也<sup>1</sup>, 岩佐 武<sup>1</sup>, 木内理世<sup>1</sup>, 苛原 稔<sup>1</sup>

【目的】哺乳類における Gonadotropin inhibitory hormone (GnIH) ホモログのひとつ、RF-related peptide (RFRP)-3 が同定され、雄ラットで LH 分泌抑制作用が報告されている。今回我々は、雌ラットにおいて RFRP-3 が LH 分泌を抑制するのか、また、その作用が視床下部、下垂体のいずれの部位で起きているのかを検討した。【方法】Wistar 系成熟雌ラットを用い、8 週齢で両側卵巢を摘出し、9 週齢で静脈内カテーテルを留置した。その翌日、RFRP-3 (1 μg) または生食を静脈内に投与した。投与前および投与後 30、60、120 分に採血し、LH 濃度を RIA にて測定した。次に、8 週齢で両側卵巢摘出を行い、9 週齢で脳室内投与針及び静脈内カテーテルを留置し、その翌日 RFRP-3 (500ng) または生食を脳室内に投与し、6 分おきに 120 分間にわたり連続採血を行い、GnRH パルス状分泌の指標として LH パルス状分泌を検討した。また、雌ラット下垂体細胞培養系を用い、GnRH (10<sup>-9</sup>M) 存在下で、RFRP-3 (10<sup>-12</sup>, 10<sup>-14</sup>, 10<sup>-16</sup>M) を添加して 24 時間培養を行い、上清中の LH 濃度を検討した。【結果】RFRP-3 静脈内投与 120 分後の血中 LH 濃度 (4.15 ± 0.46 ng/ml, 平均 ± 標準誤差) は、投与前 (6.31 ± 0.46) および生食群の 120 分値 (7.42 ± 1.38) に比べそれぞれ有意に低値であった ( $P < 0.05$ ,  $P < 0.05$ )。RFRP-3 脳室内投与後の LH パルス状分泌の頻度 (4.2 ± 0.2 回/2 時間) は、生食群 (4.6 ± 0.25) と差が無かった。下垂体細胞培養系で、RFRP-3 は GnRH 存在下で濃度依存性に LH 分泌を抑制した。【結論】RFRP-3 は視床下部 GnRH パルス状分泌に対する抑制作用は無く、下垂体門脈系を介し、下垂体レベルで LH 分泌を抑制することが示唆された。

機能的黄体退縮における COX-2-PGF2 $\alpha$  系の関与<sup>1</sup> 山口大学医学部 産科婦人科○谷口 憲<sup>1</sup>, 松岡亜希<sup>1</sup>, 李 理華<sup>1</sup>, 木塚文恵<sup>1</sup>, 田村 功<sup>1</sup>, 前川 亮<sup>1</sup>, 浅田ひろみ<sup>1</sup>, 竹谷俊明<sup>1</sup>, 山縣芳明<sup>1</sup>, 田村博史<sup>1</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

【目的】機能的黄体退縮における Prostaglandin F2 $\alpha$  (PGF2 $\alpha$ ) の関与が知られている。今回、機能的黄体退縮における cyclooxygenase-2 (COX-2)-PGF2 $\alpha$  系の関与を偽妊娠ラットの黄体退縮において検討した。【方法】1) 偽妊娠ラットでの自然黄体退縮過程における COX-2、PGF2 $\alpha$  の経時的変化を検討した。SD 系雌ラットを用い、子宮頸管刺激にて偽妊娠を誘導し、黄体期初期(3、5 日目)、中期(7、9 日目)、退縮期(11、13 日目)の黄体を採取し、血中プロゲステロン濃度、黄体内 PGF2 $\alpha$  濃度、COX-2 mRNA 発現を測定した。2) PGF2 $\alpha$  投与により機能的黄体退縮を誘導した偽妊娠ラットでの COX-2、PGF2 $\alpha$  の変化を検討した。偽妊娠 7 日目に PGF2 $\alpha$  (3 mg/kg body) を皮下投与し、投与後 2、6、24 時間後の黄体を採取し、血中プロゲステロン濃度、黄体内の PGF2 $\alpha$  濃度、COX-2 mRNA 発現を測定した。control として PBS を投与した。【結果】1) 黄体内 PGF2 $\alpha$  濃度は、偽妊娠の 3 日目以後漸増し、13 日目に最も高値を示した。COX-2 mRNA は、偽妊娠 13 日目に有意な増加を認めた。2) PGF2 $\alpha$  投与により、黄体内 COX-2 mRNA 発現は 2 時間後に有意に増加し、黄体内 PGF2 $\alpha$  濃度は 24 時間後に有意に増加した。【結論】黄体退縮期において、黄体内の COX-2 発現と PGF2 $\alpha$  濃度の増加がみられた。PGF2 $\alpha$  投与により COX-2 発現と PGF2 $\alpha$  濃度の増加がひきおこされたことから、機能的黄体退縮における PGF2 $\alpha$  の産生には、PGF2 $\alpha$  による COX-2 を介した PGF2 $\alpha$  産生増加という機序が関与していることが考えられた。

## 下垂体前葉細胞におけるフォリスタチン発現に関する検討

<sup>1</sup> 島根大学医学部産科婦人科○金崎春彦<sup>1</sup>, 折出亜希<sup>1</sup>, Purwana Indri<sup>1</sup>, 宮崎康二<sup>1</sup>

フォリスタチンはアクチビン作用を阻害し、アクチビンによる FSH 分泌を抑制する。アクチビン、フォリスタチンは下垂体前葉細胞においても合成され、ゴナドトロピン産生細胞からの LH、FSH 特異的合成に関与する可能性がある。今回我々は下垂体ゴナドトロピン産生細胞及びプロラクチン産生細胞におけるフォリスタチン発現及びその役割について検討した。

ゴナドトロピン産生細胞株 L $\beta$ T2 細胞及びプロラクチン産生細胞株 GH3 細胞を用いた。L $\beta$ T2 細胞においては高頻度 GnRH パルス状刺激で LH $\beta$  が優位に発現し、GnRH 低頻度パルス状刺激では FSH $\beta$  がそれぞれ優位に増加したが、この時、高頻度 GnRH 刺激でのみフォリスタチン発現増加を認めた。GnRH は細胞内で Extracellular signal-regulated kinase (ERK) 活性及び cAMP の上昇をもたらすが、恒常活性化型 MEKK 及び恒常活性化型 PKA の細胞内への導入でフォリスタチンプロモーター活性は共に増加し、ERK 及び PKA 特異的阻害剤で GnRH によるフォリスタチン発現は抑制された。GnRH パルス状刺激においては高頻度 GnRH パルス状刺激でのみ有意に細胞内 cAMP が増加した。GnRH による FSH $\beta$  発現はフォリスタチン存在下で影響を受けなかったが、アクチビンによる FSH $\beta$  発現はフォリスタチンにて抑制された。一方プロラクチン産生 GH3 細胞においては TRH 刺激でフォリスタチンが増加、この増加は MEK 阻害剤で抑制された。TRH によるプロラクチン発現の増加に対し、フォリスタチンは影響を与えなかった。

これらの結果より、ゴナドトロピン産生細胞とプロラクチン産生細胞はフォリスタチンを介したクロストークを持ち、ゴナドトロピン特異的産生に関与する可能性が示された。

## マイクロ波子宮内膜アブレーション(Microwave Endometrial Ablation: MEA)療法が奏効した過多月経の2症例

<sup>1</sup> 島根大学医学部産婦人科

○中山健太郎<sup>1</sup>, 石橋雅子<sup>1</sup>, 片桐敦子<sup>1</sup>, 今村加代<sup>1</sup>, 折出亜紀<sup>1</sup>, 原田 崇<sup>1</sup>, 飯田幸司<sup>1</sup>, 金崎春彦<sup>1</sup>, 青木昭和<sup>1</sup>, 宮崎康二<sup>1</sup>

近年、過多月経の治療法として子宮全摘に変わり、より侵襲の少ない Microwave Endometrial Ablation (以下 MEA) が注目されている。Microwave とは、組織へのマイクロ波照射によって生じる組織誘電加熱を利用したタンパク凝固装置で、マイクロ波によって子宮内膜基底層も含めて破壊し、その機能を低下させる治療法であり、その結果、月経血の減少もしくは無月経に移行することを目的としている。MEA はレゼクトスコープによる子宮内膜焼灼術に比べて安全性、簡易性、効果の面で優れている事から現在、海外では広く普及している。今回、我々は過多月経に対して MEA を施行し有効であった 2 症例を経験したので報告する。症例1は 40 歳、3 経妊 3 経産、子宮筋腫のため過多月経であった。合併症として高血圧症、高血圧性脳症、高血圧性腎硬化症、高度肥満、脳梗塞、心房細動を認めたため開腹手術は困難と判断し、低侵襲な MEA を施行した。手術時間 21 分で出血は極少量であった。術後、過多月経は顕著に改善した。症例2は 51 歳、4 経妊 4 経産、過多月経、重症貧血、出血性ショックのため近医より救急搬送となった。経膈超音波検査で粘膜下子宮筋腫の存在を確認した。十分なインフォームドコンセントを得てから、緊急 MEA を施行した。手術時間 30 分で出血 90ml であった。症例2も術後、過多月経は顕著に改善した。以上より MEA は低侵襲のうえ短時間で安全に子宮内膜を凝固させる事が可能である事が判明した。現在、当科では症例数を増加し有効性について、さらに検討中である。

## 過去 6 年間の子宮外妊娠 146 症例の検討～(1)手術療法について

<sup>1</sup> 倉敷中央病院 産婦人科

○宇佐美知香<sup>1</sup>, 本田徹郎<sup>1</sup>, 堀川直城<sup>1</sup>, 森本明美<sup>1</sup>, 前田綾子<sup>1</sup>, 川崎 薫<sup>1</sup>, 内田崇史<sup>1</sup>, 中堀 隆<sup>1</sup>, 高橋 晃<sup>1</sup>, 長谷川雅明<sup>1</sup>

### 【緒言】

子宮外妊娠の治療には、手術療法、薬物療法、経過観察などがある。妊娠部位、血清 HCG 値の推移、循環動態、挙児希望の有無、患者のコンプライアンスなどから治療法が選択されるが、いまだにその明確な基準はない。今回当科の子宮外妊娠治療について、後方視的検討をした。

### 【対象】

2002 年 1 月～2007 年 12 月の 6 年間に、子宮外妊娠の診断にて当科で入院した 151 症例のうち、頸部妊娠 3 例と帝切癒痕部妊娠 2 例を除く 146 例(卵管 64%、間質部 7.9%、卵巣 3.3%、腹膜 2.0%、内外同時 0.7%、外外同時 0.7%、不明 18%)。

### 【結果】

【1】初期に選択された治療は、前半 3 年間(n=74)では観察のみ 18%、MTX15%、腹腔鏡 50%、開腹 18%で、後半 3 年間(n=72)では観察のみ 5.6%、MTX33%、腹腔鏡 40%、開腹 21%で、MTX 群が有意に増加していた。

【2】腹腔鏡か開腹か; 初期治療で手術を選択した 94 例中、腹腔鏡で完了 71%、腹腔鏡では困難で開腹したもの 8.5%、最初から開腹 20%であった。最初から開腹した理由では、「ショック状態であった(15/19, 79%)」が最多であった。

【3】ショック症例では腹腔鏡か開腹か; 出血量 500g 以上の 26 症例中、腹腔鏡で完了 38%、腹腔鏡から開腹に移行 3.8%、最初から開腹 58%であった。腹腔鏡で施行した 10 例中 5 例(50%)は出血量が 2000g 以上であった。輸血例は、腹腔鏡群で 1/10、開腹群で 4/15 であった。

【4】卵管切除か切開か; 卵管妊娠 75 例中、切除 87%、切開 13%であった。切除の理由としては、出血多量で止血を優先した 21%、切開を試みたが止血困難 21%、両側卵管周囲癒着著明で温存意義なし 12%、家庭に乳幼児がおり早期解決を希望 9.3%などが多かった。

(次演題に続きます)。

## 過去 6 年間の子宮外妊娠 146 症例の検討～(2)薬物療法について

<sup>1</sup>倉敷中央病院 産婦人科

○本田徹郎<sup>1</sup>, 宇佐美知香<sup>1</sup>, 堀川 直<sup>1</sup>, 森本明美<sup>1</sup>, 前田綾子<sup>1</sup>, 川崎 薫<sup>1</sup>, 内田崇史<sup>1</sup>, 中堀 隆<sup>1</sup>, 高橋 晃<sup>1</sup>, 長谷川雅明<sup>1</sup>

(抄録は前演題から続いています)

## 【方法】

続いて MTX 治療について検討した。投与法はシングル法である。また MTX 治療群のうち、2006 年米生殖医療学会にて MTX 不成功率が高いと分類された基準のうち、HCG 値に関する基準、すなわち、治療前 HCG > 5,000 IU/L、治療前の HCG 急上昇 (>50% / 48h)、治療後の HCG 急上昇 (>50% / 48h) のいずれかを満たす症例に MTX 治療を試みたものを「MTX チャレンジ群」と定義した。

## 【結果】

【5】MTX 療法の成功率(薬物療法単独で治療を終了できたもの)は、一般の MTX 群(n=26)では 96%、MTX チャレンジ群(n=9)では 67%であった。一般の MTX 群での不成功理由は患者のコンプライアンスの問題であった。

【6】MTX チャレンジ群において、HCG 値の推移と治療成否に相関が認められなかった。投与 4 日後に HCG 値が低下した 3 例では成功率 100%、上昇した 6 例では成功率 50%であり、治療成否の指標となる可能性が示唆された。

## 【考察】

子宮外妊娠治療では、病態と患者の希望によって治療法が選択されるが、MTX チャレンジ群の成功率が 67%であったことから、治療期間が長期になっても積極的に妊孕性温存を希望する症例では、HCG 値にかかわらず MTX 治療を試みてよいと考えられた。また手術においてはより低侵襲の術式を選択すべきであることは言うまでもない。出血多量例に対する腹腔鏡手術でも、凝血が少なければセルセーバーを利用して大多数の症例で輸血が回避されており、麻酔科的マンパワー・輸血対応の迅速性などが整った条件ではショック症例においても腹腔鏡を試みることは可能であると考えられた。一方、卵管手術例において切除例が多く切開例が少ないことは当科の今後の課題である。

## 子宮体癌根治術後に乳糜漏を合併した一例

<sup>1</sup>山口大学医学部 産科婦人科

○末岡幸太郎<sup>1</sup>, 松岡亜希<sup>1</sup>, 折田剛志<sup>1</sup>, 福島千加子<sup>1</sup>, 村上明弘<sup>1</sup>, 縄田修吾<sup>1</sup>, 杉野法広<sup>1</sup>

今回我々は傍大動脈リンパ節郭清を含む子宮体癌根治術後に、乳糜漏を認め、保存的治療で軽快した症例を経験したので報告する。

症例は 59 歳で不正性器出血を主訴に近医を受診し子宮体癌と診断され、当科紹介、入院となった。腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、傍大動脈及び骨盤内リンパ節郭清術を行い、後腹膜腔にドレンを留置した。術後ドレンからの排液は 600 ml から 650 ml と多めであったが、術後 3 日目まで淡黄色透明であった。術後 4 日目から淡黄色白濁調となり、術後 5 日目のドレン排液中のコレステロールが 64 mg/dl、トリグリセリドが 318 mg/dl と高値であり、乳糜漏と診断した。食事を低脂肪食へ変更し、ソマスタチン受容体を介して腸管からの脂肪吸収を抑え、リンパ液の産生を抑制すると考えられている酢酸オクトレオチド 200 μg/日の皮下注射を開始した。ドレン排液は術後 6 日目には 100 ml 以下と著明に減少し、術後 7 日目には淡黄色透明となり、術後 8 日目には排液中のコレステロールは 32 mg/dl、トリグリセリドは 9 mg/dl に低下した。術後 12 日目にドレン抜去し、その後の経過は順調で退院となった。乳糜漏は乳糜槽を損傷した際に起こるとされ、通常の傍大動脈リンパ節郭清時にはほとんど起こらない合併症である。本症例では乳糜槽への流入経路である腸リンパ管の損傷により生じたと考えている。乳糜漏は重症となった場合は栄養不良や免疫能の低下をきたすこともあるとされており注意を要する。保存的治療で軽快することも多いので、早期の診断、治療が重要であると思われる。

## 慎重な周術期管理を要した巨大結腸症合併子宮頸癌の一例

<sup>1</sup>岡山大学医学部 産科婦人科

○國宗和歌菜<sup>1</sup>, 関 典子<sup>1</sup>, 中村圭一郎<sup>1</sup>, 本郷淳司<sup>1</sup>, 児玉順一<sup>1</sup>, 平松祐司<sup>1</sup>

【はじめに】巨大結腸症は異常な腸管拡張から腸閉塞や腸管穿孔などを起こすことのある消化器系疾患の一つであり、本症例を合併した開腹手術での周術期管理は慎重に行う必要がある。今回、巨大結腸症合併子宮頸癌で広汎子宮全摘術を施行し、術後腸捻転、腸閉塞を発症した一症例を経験したので報告する。【症例】57歳、女性。【既往歴】14歳、虫垂炎手術。49歳、肺癌手術。56歳、巨大結腸症による腸閉塞のため内視鏡下脱気処置施行。【現病歴】不正出血を主訴に前医受診し、子宮頸部細胞診異常にて精査加療目的で当科紹介となった。【診断および入院後経過】子宮頸部腺癌 1b1期の診断で手術予定で入院となったが、手術予定前日に突然意識消失発作を認め、手術延期して原因精査された。しかし、明らかな器質的疾患は認められず、一時的な迷走神経発作との診断で後日広汎子宮全摘術および骨盤リンパ節郭清術を施行した。【術中所見】横行結腸が10cm径に拡張し、内腔が透見できるほど菲薄化していたが、術中操作には特に支障は認められなかった。【術後経過】術翌日より無症候性低酸素症を認め、原因精査したところ腹部の著明な膨隆と腸管拡張、横隔膜挙上を認めたため巨大結腸による胸部圧迫が原因と考えられ、保存療法にて経過観察となった。血栓症などの明らかな呼吸器系・循環器系疾患は認められなかった。術後8日目、腹部膨満感の増悪および腸閉塞も発症したため、緊急内視鏡下脱気処置施行したところ症状の著明な改善を認め、経過順調のため退院となった。【術後病理診断】類内膜腺癌、pT1b1N0M0。【退院後経過】術後1ヶ月半後より嘔吐、腹満再出現したため、当院再受診。横行結腸軸捻転のため、再度緊急内視鏡下脱気処置施行され自覚症状は改善したが、消化器外科とも相談の上、根治的横行結腸切除術を施行された。術後経過は良好で現在外来にて経過観察中である。

## 胎盤ポリープの3例

<sup>1</sup>岡山赤十字病院

○小島洋二郎<sup>1</sup>, 田淵和宏<sup>1</sup>, 井上朋子<sup>1</sup>, 小國信嗣<sup>1</sup>, 林 裕治<sup>1</sup>, 江尻孝平<sup>1</sup>

胎盤ポリープは分娩または流産後遺残した胎盤組織が変性及び器質化してポリープを形成したものである。十分な診断や準備をせずに無理に除去を行うと大出血をおこし救命のため子宮摘出すら必要になる危険な疾患で取り扱いには慎重を要する。いずれも人工妊娠中絶後胎盤ポリープを発症するも今後挙児希望があり子宮温存目的のために子宮動脈塞栓術(TAE)と経頸管的切除術(TCR)を併用した3症例につき報告する。

症例は平成19年10月から平成20年5月の間当院で診断及び治療された3例。中絶後胎盤ポリープの診断が確定するまでの期間は、最短で23日であり残り2例は9週、12週であった。初診時全症例で子宮腔内に2~3cmの腫瘤と液体貯留があり、カラードプラ検査にて腫瘤内に不均一で高輝度な拍動性の血流を認めた。術前検査での血中β-HCGは2.0mIU/ml以下、7.9mIU/ml、40.4mIU/mlと様々で、その値が病態を反映しないとす以前からの報告と同様であった。造影CTを行い、スポンゼルにて両側子宮動脈を選択的に塞栓した。塞栓から手術までの期間は3日、4日、6日であった。手術は低侵襲の無通電cutting loopによる除去及び摘出すべき遺残腫瘤が多いときは胎盤鉗子で搔爬を行った。実際ポリープ組織は崩れ落ちるように容易に取り除け、正常な筋層を必要以上に損傷することは無かった。術中出血量は3例ともごく少量で、翌日には退院可能であった。摘出物の病理結果は壊死部分が多いが、一部に絨毛や栄養膜を認め胎盤ポリープとして矛盾しなかった。6ヶ月以上経過確認できている最初の症例では術後異常出血は消失し、月経周期も順調に推移している。また子宮内膜は均一で以前のポリープの部位に他との違いを認めなかった。

更に症例を検討していく必要があるが、胎盤ポリープの治療の選択肢としてTAEとTCRの組み合わせは有用と思われる。

## 当科で経験した胎盤ポリープ症例の検討

<sup>1</sup>鳥取市立病院 産婦人科

○今福紀章<sup>1</sup>, 延本悦子<sup>1</sup>, 長治 誠<sup>1</sup>, 伊原直美<sup>1</sup>, 清水健治<sup>1</sup>

胎盤ポリープは分娩や流産後に遺残した胎盤または絨毛組織が器質化した状態で、産褥期または流産後出血の原因疾患の一つである。当院において平成15年4月から20年6月までに胎盤ポリープの診断により治療し、病理学的に確定した15例を対象として検討した。

年齢は15歳から39歳(平均30.3歳)で、産褥期8例、流産または中絶後が7例であった。不正出血が診断の契機となったものは13例(86.7%)であった。診断は経膈超音波検査、MRI(5例)、hCG測定(9例)で行った。画像所見上腫瘍径は最大50mm、最小8mm(平均30.1mm)であった。典型的な症例では不均一な超音波腫瘍像を呈し、11例中7例(63.6%)に子宮筋層からの豊富な血流が観察された。MRIではT1ではlowからiso、T2ではhighの信号を示し、造影効果が認められた。尿中hCG値は9例中3例で陽性であった。

治療としては子宮鏡下手術(TCR)を行ったものが分娩後7例、流産または中絶後6例の計13例、子宮内容除去術を行ったものは流産または中絶後の2例(13.3%)であった。TCRの実施時期は分娩後の症例で平均産褥10週、流産または中絶後症例で平均6.7週後であった。TCRでは、胎盤ポリープ病巣は正常子宮内膜とは明らかに色調が異なり、境界の識別および切除は容易であった。TCRの術中出血量は平均40ml(最大450ml)で輸血を必要とした症例は認めなかった。TCRを行った1例に子宮穿孔を認めたため開腹による修復術を行ったが、それ以外の術中合併症は認めなかった。TCRを用いた胎盤ポリープの切除は、直視下で正確な病巣の切除が可能であり、治療法として非常に有用であると考えられる。しかし、出血量の正確な把握が困難であり、合併症には十分な注意が必要であると考えられた。

## 妊娠に伴う体部下病変の二例

<sup>1</sup>鳥取市立病院 産婦人科

○延本悦子<sup>1</sup>, 大廻あゆみ(初期研修医)<sup>1</sup>, 今福紀章<sup>1</sup>, 長治 誠<sup>1</sup>, 伊原直美<sup>1</sup>, 清水健治<sup>1</sup>

妊娠に伴う体部下病変においては頸管への波及を認めることも多く、大量出血・止血困難等により手術的治療が必要となることも多い。今回当科において、子宮全摘を余儀なくされた子宮体部下病変の一例と、子宮鏡下手術で治療し得た分娩後の胎盤ポリープの一例を経験したので報告する。

症例1は29歳、4経妊3経産で2回の帝王切開術の既往があった。妊娠の診断、出血のため当科を受診し、超音波検査にて内子宮口近傍に胎嚢を認めた。その後、胎児心拍が確認できず、流産手術を施行した。前日に挿入したラミナリアを抜去したところ、大量の出血を認め、掻爬による内容除去を試みたが、出血が減少せずヨードホルムガーゼによる圧迫止血を行った。超音波検査・MRIにて体部下部に血流を伴う血腫および残存絨毛、筋層の菲薄化が認められた。子宮温存も考慮しながら開腹手術を行ったが、体部下部の強度の菲薄化および頸部に波及する膿瘍・血腫形成のため子宮全摘を余儀なくされた。病理組織検査では膿瘍と侵入胎盤を認めた。

症例2は35歳、流産1回の既往があった。妊娠39週1日の前期破水後、吸引分娩となった。胎盤は一塊に自然娩出したが、2000mlの後出血を認めた。胎盤には明らかな欠損を認めず、分娩直後の超音波検査でも胎盤遺残像は認めなかったが、産褥6日目の経膈超音波で子宮頸管内に50mm大の高輝度エコー像を認め、胎盤遺残が疑われた。産褥22日目以降、出血を反復し、MRIにて胎盤ポリープと診断、産褥66日目に子宮鏡下胎盤ポリープ切除を施行した。術後経過は良好であった。

妊娠に伴う体部下病変または頸管の病的変化には種々の病態が存在し、筋層浸潤・菲薄化・豊富な血流・子宮温存希望などにより治療に苦慮することが多い。最近では制癌剤治療や子宮動脈塞栓術などによる温存治療が可能となったが、危険性の回避には十分な治療前評価が必要と考えられる。

## 後膣円蓋部T字切開法による膣式手術について

<sup>1</sup>高瀬第一病院 産婦人科, <sup>2</sup>国際貢献大学校 メディカルクリニック, <sup>3</sup>サカタ産婦人科  
○藤田卓男<sup>1,2</sup>, 河相淳一郎<sup>2</sup>, 坂田圭司<sup>3</sup>

子宮筋腫や卵巣嚢腫は婦人科外来において、しばしば見られる頻度の高い疾患である。いずれも良性腫瘍であるため治療法は限定されない。これには近年、腹腔鏡手術が盛んに行われるようになり、機器の進歩と技術の向上によって目覚ましい成果を上げている。しかし、症例によっては操作が困難であったり、手術時間が長いなどの問題点が言われている。一方、婦人科独特の術式である膣式手術も報告されている。これは手術時間が比較的短く、低侵襲・経済的で腹壁痕を残さないという利点を持ち、時には腹腔鏡下では困難な症例に対しても有用なことがある。

しかし、colpotomy anterior にしても posterior にしても、切開創が狭く症例によっては限界があることも否定できない。今回、我々は colpotomy posterior に工夫を加え、広い手術野でより簡便に手術操作が行えるよう試みた。その手技は、従来通り後膣円蓋部を横切開しダグラス窩を開放した後、さらに切開創の直腸側中央部を縦に切開する方法(T字切開)である。すなわち、まず横切開創の直腸側中央から腹腔側の腹膜を2~4cm 縦切開すると同時に、その反対側の膣壁も2~4cm 縦切開する。次に直腸周囲の疎な結合織を軽く剥離する。この操作により切開創が広がり、かなり広い術野が確保されることになる。そして容易に子宮筋腫や卵巣嚢腫を摘出することが可能になる。

以上、この術式により施行した手術症例を報告する。

Biotherapies for Life™ **CSL Behring**



シート状生物学的組織接着・閉鎖剤 **薬価基準収載**

特定生物由来製品  
指定医薬品  
処方せん医薬品<sup>注)</sup>

# タココンブ®

**TachoComb®** <sup>注)</sup> 注意—医師等の処方せんにより使用すること

提携 **NYCOMED**

★「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については  
現品添付文書をご参照ください。

資料請求先：  
CSL ベーリング株式会社  
ファーマコビジランス部 くすり相談窓口  
☎ 0120 (534) 587 FAX 03(3534)5861

製造販売：  
**CSLベーリング株式会社**  
〒104-0054 東京都中央区勝どき一丁目13番1号

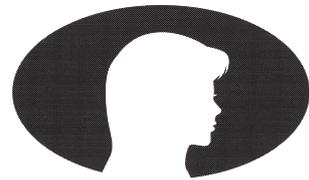
2007年4月作成

女性へのやさしさをみつめて。



ET-2000 A 回転R

優れた機能性とやさしい座り心地で、  
患者さん本位の診療をサポートします。



megujoy

メグジョイ

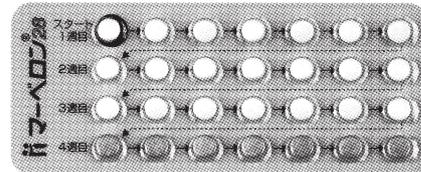
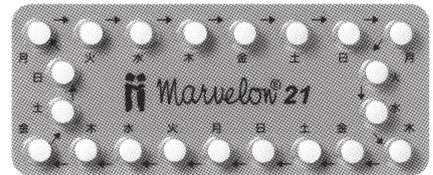
## アトム検診台 ET-2000

回転 R スライド S 固定

**アトムメディカル株式会社**

東京都文京区本郷 3-18-15 ☎03(3815)2311大代表

<http://www.atomed.co.jp>



経口避妊剤

薬価基準未収載

**マーベロン<sup>®</sup>21**  
**マーベロン<sup>®</sup>28**

(デソゲストレル・エチニルエストラジオール錠)

指定医薬品、処方せん医薬品 注意 — 医師の処方せんにより使用すること

※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覧ください。

製造販売元

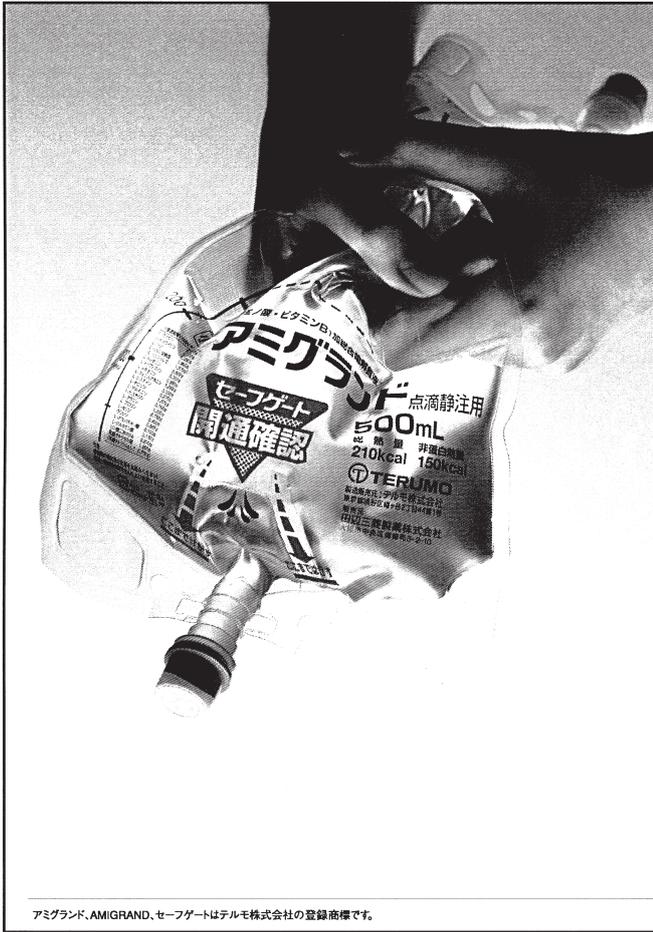
**シュering・プラウ株式会社**

〒541-0046 大阪市中央区平野町2-3-7

<http://www.schering-plough.co.jp/>

[資料請求先] 医薬情報室 TEL:03-6901-1284

〒163-1033 東京都新宿区西新宿3-7-1



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

アミノ酸・ビタミンB1加総合電解質液 薬価基準収載

# アミグラント® 点滴静注用

## AMIGRAND®

指定医薬品 処方せん医薬品<sup>注)</sup>

注) 処方せん医薬品; 注意—医師等の処方せんにより使用すること

製造販売元(資料請求先)  
**TERUMO®**  
 テルモ株式会社  
 東京都渋谷区幡ヶ谷2丁目44番1号  
<http://www.terumo.co.jp/>

販売元(資料請求先)  
**田辺三菱製薬株式会社**  
 大阪府中央区道修町3-2-10

アミグラント、AMIGRAND、セーフゲートはテルモ株式会社の登録商標です。

2007年12月作成

薬価基準収載

ラクトミン、酪酸菌、糖化菌製剤

# ビオスリー®散

# ビオスリー®錠



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

2007年12月作成

発売元 **東亜新薬株式会社**  
 資料請求先

〒151-0073 東京都渋谷区笹塚 2-1-11  
 TEL 03(3375)0770 FAX 03(3375)0655  
<http://www.toashinyaku.co.jp>

製造販売元 **東亜薬品工業株式会社**  
 販売元 **鳥居薬品株式会社**

# がん制圧への挑戦

Extending and Enhancing Human Life.  
Bristol-Myers K.K.

ブリistol・マイヤーズは、医療に携わる皆様と共にかん制圧を目指します。



ブリistol・マイヤーズ株式会社

資料請求先 ブリistol・マイヤーズ株式会社 学術情報支援室  
〒163-1328 東京都新宿区西新宿6-5-1 Tel:03(5323)8346

**POLA  
PHARMA**

新発売

指定医薬品・処方せん医薬品(注意-医師等の処方せんにより使用すること)

経皮吸収エストロジオール製剤

**ディビゲル® 1mg**

DIVIGEL® 1mg

エストロジオール軟膏(ゲル)剤

\* 効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等は添付文書を参照してください。

薬価基準収載

製造販売元：株式会社 ポーラファルマ  
東京都品川区西五反田 8-9-5

資料請求先：株式会社ポーラファルマ 学術  
東京都品川区西五反田7-22-17

2008年5月作成

財団法人 高松観光コンベンション・ビューロー  
(補助事業)

