2013
Vol.62
Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology

第66回 中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会

プログラム・講演抄録

会期　平成25年9月21日（土）・22日（日）

会場　ザ クラウンパレス新阪急高知

会長　深谷　孝夫（高知大学医学部産科婦人科学講座　教授）

中国四国産科婦人科学会

ご 挨 拶

第66回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会を、平成25年9月21日（土）、22日（日）の２日間にわたり、高知市の「ザ クラウンパレス新阪急高知」にて開催させて頂きます。

前回は島根県出雲市でございましたので、一気に山を越え、海を越え、また山を越え太平洋を背に開催することになりました。前回の中国四国産科婦人科学会が高知で開催されてから10年近く経過しておりますので、しばらくぶりに高知にご出席頂く会員も大勢いらっしゃると存じます。南国土佐において、中国四国産科婦人科学会会員が一堂に会し、臨床症例や研究成果を報告と討論、さらには同じ地域での密接な交流と親睦をはかる貴重な機会でございますので、是非、多数の会員のご出席を心からお待ち申し上げます。

現在決定している企画としては、特別講演として小西郁生日本産科婦人科学会理事長、片渕秀隆熊本大学産科婦人科教授、遠藤隆俊高知大学教育学部長（中国史特に宋時代の専門家）にお願いし、異なった角度からの興味あるお話を頂戴する予定です。また、学会賞受賞講演、中四公募臨床研究報告もそれぞれ披露して頂くことにしております。なお、今回は、若手医師企画プログラムを開催しない方向で計画しておりますが、会の全体のコンセプトは臨床・研究に資する＂How To＂と思っております。

９月の高知はまだまだ暑い日々が続くと思われます。幸いなことに9月23日の月曜日は振替休日ですので、学会終了後は暑い高知でしか味わえない「食」、「自然」をゆっくりとご堪能頂ければと考えております。

多数の会員のご参加ならびにご発表をお待ちしております。

第 66 回中国四国産科婦人科学会
会長　　深谷　孝夫
（高知大学産科婦人科学講座教授）

第 66 回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会

会　　長：高知大学医学部産科婦人科学講座
　　教授　深谷　孝夫

開　催　日：平成 25 年 9 月 21 日（土）～22 日（日）

会　　場：ザ　クラウンパレス新阪急高知
　　（高知県高知市本町 4-2-50　TEL：　088-873-1111）

学術委員会：9 月 21 日（土）　11：00～11：45　3 階　薔薇の間

理　事　会：9 月 21 日（土）　11：45～13：00　3 階　薔薇の間

評 議 員 会：9 月 22 日（日）　10：45～11：45　4 階　フローラ

総　　会：9 月 22 日（日）　13：00～13：30　3 階　第 1 会場

情報交換会：9 月 21 日（土）　講演会終了後（18：30～）
　　ザ　クラウンパレス新阪急高知　4 階　フローラ

事　務　局：〒783-8505　高知県南国市岡豊町小蓮
　　高知大学医学部産科婦人科学講座
　　第 66 回中国四国産科婦人科学会事務局
　　Tel：088-880-2383　Fax：088-880-2384
　　E-mail：chuushi-sanfu@kochi-u.ac.jp

学会参加者へのお知らせ

学会参加の方へ

1. 受付は3階受付にて第1日目は午前10時30分、第2日目は午前8時より行います。
2. 学会参加費8,000円を当日お支払ください。領収書兼用の参加章をお渡ししますので、所属・氏名をご記入のうえ、参加章ホルダーに入れて携帯してください。※学生、初期研修医は参加費無料です。受付で学生、初期研修医を証明できるものを提示してください。
3. 当日はクールビズを実施します。ネクタイは着用せず軽装でお越しください。

演者の方へ

1. 講演時間は発表6分、質疑応答3分（計9分）です。時間厳守をお願いします。
2. 発表形式はPC発表です。スライドやビデオは使用できません。
3. 講演発表には、ご自身のPC（Windows・Macintosh）またはメディア（CD-R・USBフラッシュメモリ/Windowsのみ）をご持参ください。動画や音声をご使用になる場合はご自身のPCをご持参ください。
4. PC受付時間帯
   （PC受付開始時間：第1日目　午前11時30分から、第2日目　午前8時から）
   第1日目発表：発表セッション開始60分前までにPC受付へお越しください。
   第2日目発表：午前8時30分開始のセッションと9時15分開始のセッション発表の演者は、前日（第1日目9月21日）の18時までにPC受付へお越しください。
   それ以外の演者は発表セッション開始60分前までにPC受付へお越しください。
5. 発表会場でデータの修正は原則できません。
6. メディア（CD-R・USBフラッシュメモリ/Windowsのみ）を持参される方
   ・メディアでの受付はWindowsで作成されたデータのみとなります。
   ・アプリケーションは下記のものをご用意いたします。
   Windows版　PowerPoint2010（2003、2007のデータも使用可能です。）
   ・USBフラッシュメモリは事前にウィルスチェックをお願いします。
7. ご自身のPCを持参される方
   ・必ずPC受付にお立ち寄りいただき、ご自身のPCを試写用モニターに接続して発表データの確認を行ってください。その際PCをお預かりし、ご発表終了時に返却いたします。
   ・必ず電源ケーブルとディスプレイ接続コネクタ「D-SUBmini15pin」をご持参ください。

   ・スクリーンセーバー、省電力設定、起動時のパスワード設定は事前に解除してください。
   ・発表会場でデータの修正はできません。

・万が一、会場で用意したプロジェクターと接続できない場合に備え、バックアップ（USB または CD-R）もご持参ください。

座長の先生へ

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ください。

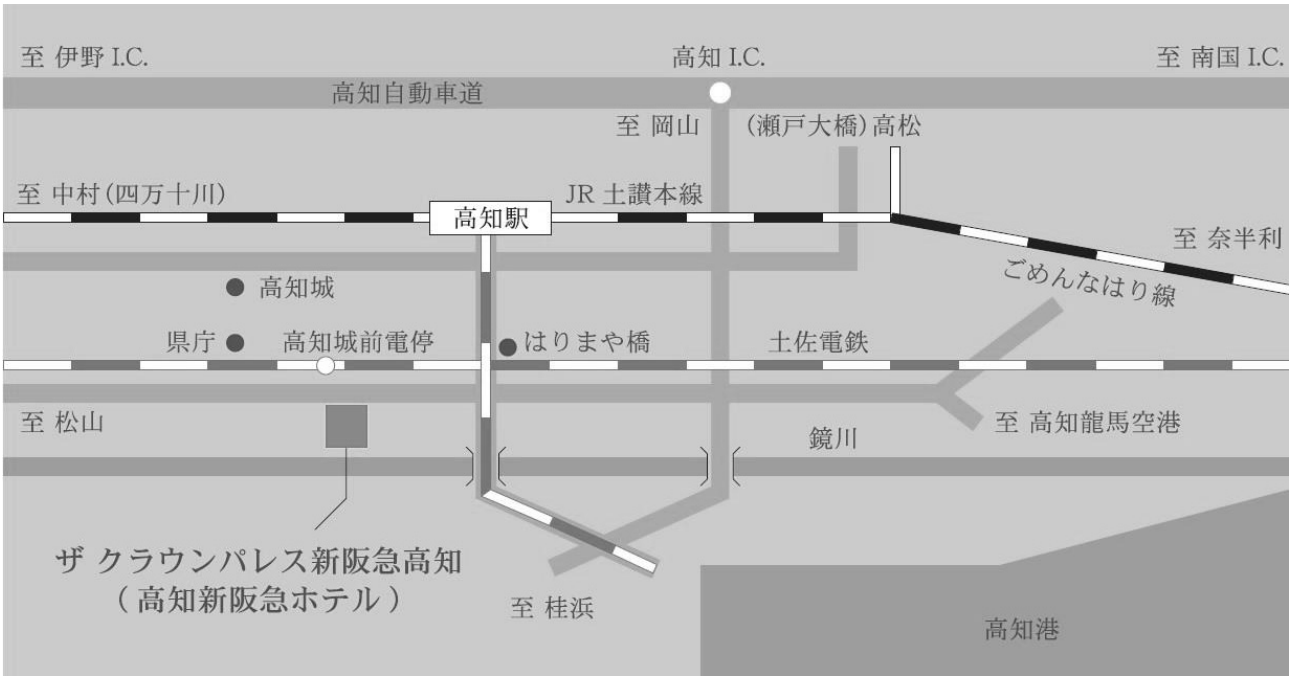
ランチョンセミナー

第 2 日目のお昼 12 時からのランチョンセミナー（第 1 会場）ではお弁当を用意しています。お食事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ました際には、何卒ご容赦くださいますようお願い申し上げます。

情報交換会について

第 1 日目講演終了後、18 時 30 分からザ　クラウンパレス新阪急高知 4 階「フローラ」にて情報交換会を行います。参加費は無料です。多数のご参加をお待ちしております。

会場案内図



【交通のご案内】

≪飛行機の場合≫　高知龍馬空港から車で 30 分
　　空港連絡バスで県庁前まで 45 分

≪電車の場合≫　JR 高知駅から車で 5 分

≪車 の 場 合≫　高知自動車道 高知 IC.から車で 15 分

会場周辺駐車場案内

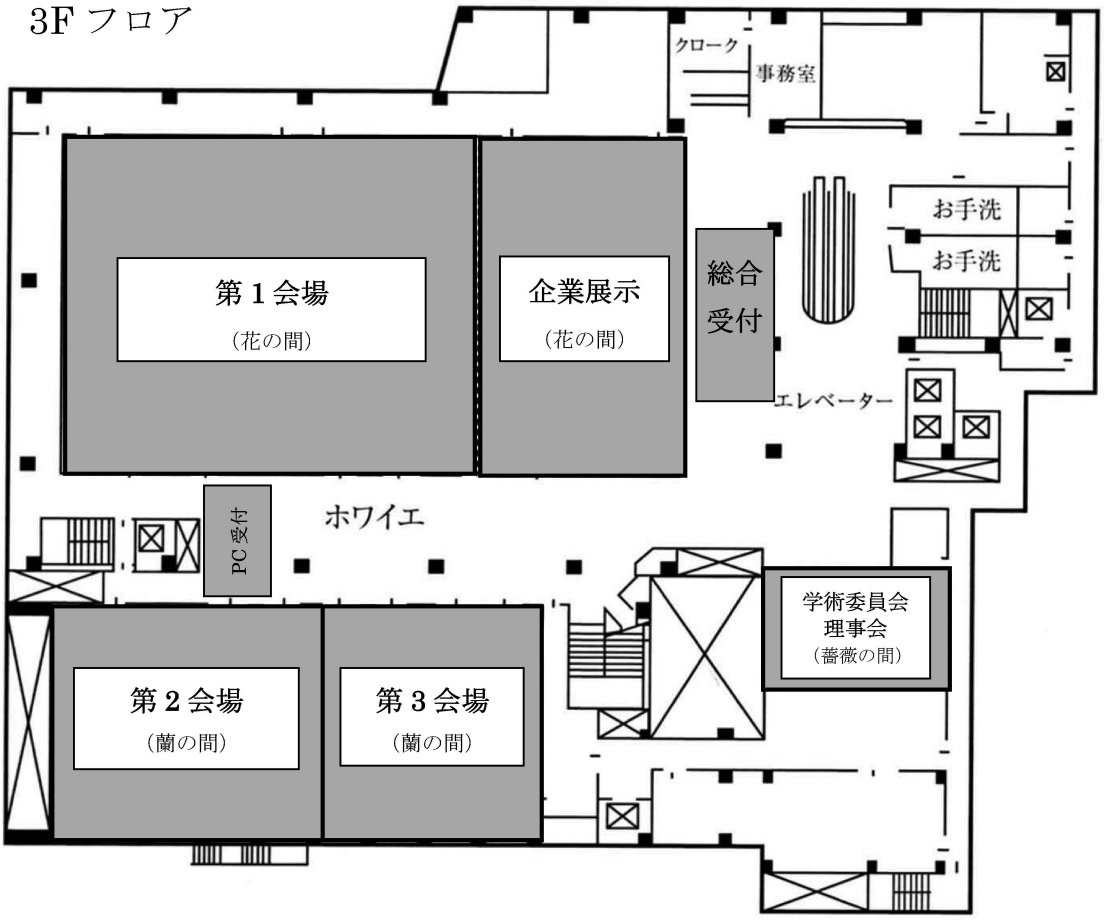
≪駐車場のご案内≫　ホテル内立体駐車場　64 台

（料金は 1 時間 600 円（消費税込）、延長 30 分毎に 300 円（消費税込）が加算されます。ご宿泊のお客様は 1 泊 525 円（消費税込）でご利用いただけます。）

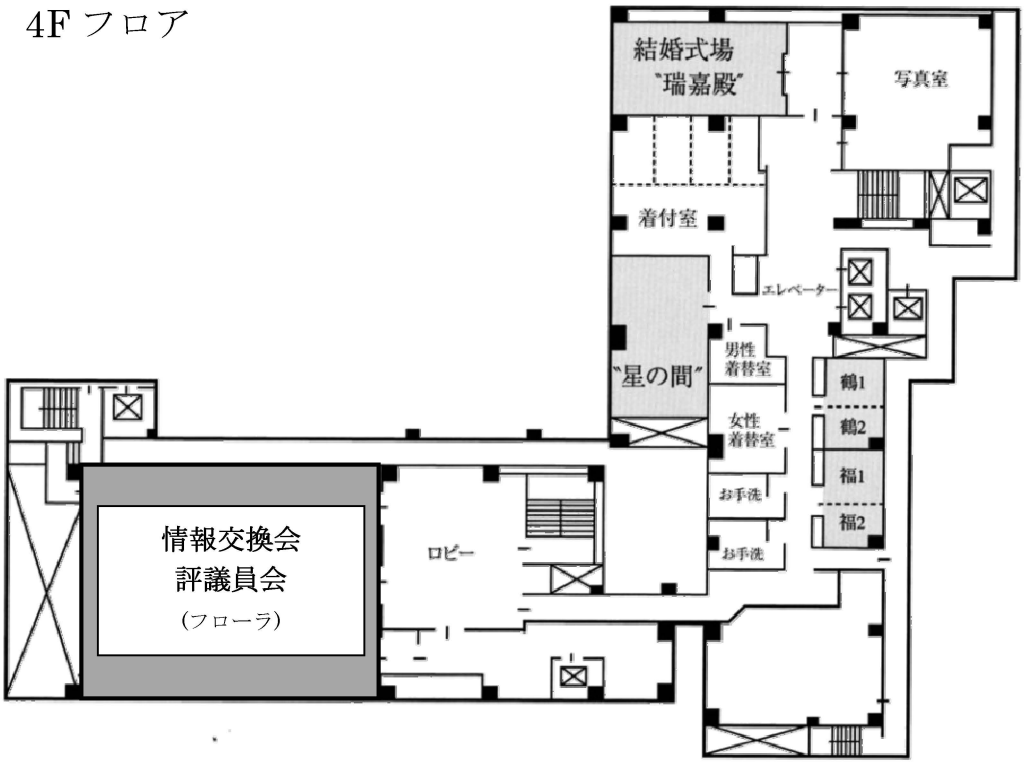
※周辺のコインパーキング及び県庁前通り地下駐車場をご利用ください。

会場見取り図

3F フロア



4F フロア



第 66 回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会プログラム

第 1 日目（9 月 21 日 土）

11：00～11：45　学術委員会　3 階　薔薇の間

11：45～13：00　理事会　　3 階　薔薇の間

	第 1 会場	第 2 会場	第 3 会場
13:10	開会の挨拶		
13:15	一般講演 第 1 群(101～105) 周産期 1 座長 坂下知久 先生(広島大学)	第 3 群(201～205) 腫瘍 1 座長 濱田雄行 先生 （愛媛大学）	第 5 群(301～305) 生殖 座長 田村博史 先生 （山口大学）
14:00	第 2 群(106～110) 周産期 2 座長 岩部富夫 先生(鳥取大学)	第 4 群(206～211) 腫瘍 2 座長 金西賢治 先生 （香川大学）	第 6 群(306～310) 子宮内膜症 座長 中塚幹也 先生 （岡山大学）
14:45			
14:55	公募臨床研究 「高リスク子宮頸癌に対する術後療法の現況、 治療成績と有害事象についての多施設による後方視的研究」 座長 山口大学 杉野法広 教授 演者 山口大学 村上明弘 先生		
15:25	学会賞受賞講演 「プロテオーム解析を応用した 新たな子宮内膜症血清マーカーに関する検討」 座長 愛媛大学 那波明宏 教授		
15:45	演者 愛媛大学 鍋田基生 先生		
15:50	特別講演 1 「子宮平滑筋腫瘍の深淵に臨んで」 座長 徳島大学 苛原 稔 教授 演者 京都大学 小西郁生 教授		
16:35	特別講演 2 「書籍の道 BOOK ROAD －土佐の漢籍と東アジア海域交流－」 座長 高知大学 深谷孝夫 教授 演者 高知大学 遠藤隆俊 教授		
17:20	イブニングセミナー （共催：MSD 株式会社） 「周産期医療から見た生殖医療の現状と問題点」 座長 岡山大学 平松祐司 教授 演者 国立成育医療研究センター 久保隆彦 先生 広島 HART クリニック 向田哲規 先生		
18:20			
18:30	情報交換会 4 階フローラ		

第 2 日目（9 月 22 日　日）

10：45～11：45　評議員会　4 階フローラ

第 1 会場

8:00　開場

8:30　第 7 群(111～115) 周産期 3
座長　田中宏和　先生(香川大学)

9:15　第 8 群(116～120) 周産期 4
座長　池上信夫　先生(高知大学)

10:00　第 9 群(121～125) 周産期 5
座長　増山　寿　先生(岡山大学)

10:45　第 10 群(126～129) 周産期 6
座長　松原圭一　先生(愛媛大学)

11:21

12:00　ランチョンセミナー
（共催：持田製薬株式会社）
「ここまでわかってきた子宮内膜症の病態」
座長　山口大学　杉野法広　教授
演者　東京大学　大須賀　穣　教授

13:00　総会

13:30　スポンサードレクチャー
（共催：協和発酵キリン株式会社）
「専攻医・指導医のための産婦人科病理診断
子宮付属器腫瘍のマクロとミクロ」
座長　広島大学　工藤美樹　教授
演者　熊本大学　片渕秀隆　教授

14:30　閉会の挨拶

第 2 会場

8:30　第 11 群(212～217) 腫瘍 3
座長　縄田修吾　先生
（山口大学）

9:24　第 12 群(218～222) 腫瘍 4
座長　中村隆文　先生
（川崎医科大学）

10:09　第 13 群(223～227) 腫瘍 5
座長　中山健太郎　先生
（島根大学）

10:54　第 14 群(228～233) 感染症ほか
座長　板持広明　先生
（鳥取大学）

11:48

第 3 会場

8:30　第 15 群(311～316)
良性疾患・手術 1
座長　塩田　充　先生
（川崎医科大学）

9:24　第 16 群(317～322)
良性疾患・手術 2
座長　平田英司　先生
（広島大学）

10:18　第 17 群(323～328)
良性疾患・手術 3
座長　松崎利也　先生
（徳島大学）

11:12　第 18 群(130～134) 周産期 7
座長　林　和俊　先生
（高知医療センター）

11:57

企業展示会場

10:00　ハンズオンセミナー
（共催：ジョンソン・エンド・
ジョンソン株式会社）
「形成外科医に学ぶ
下腹部創閉鎖完全マスター」
講師　高知大学　栗山元根　先生

11:30

※午前中に開催いたします

9月21日（土）第1日目

【第1会場】

開会の挨拶（13：10－13：15）深谷　孝夫　会長

一般講演　第1群　周産期1　（13：15－14：00）　　座長　広島大学　坂下知久　先生

101. 体外受精による妊娠で広範囲な穿通胎盤となった初産婦の1例
鳥取大学
柳楽　慶、荒田和也、經遠孝子、原田　崇、岩部富夫、原田　省

102. 卵子提供による妊娠・分娩の3症例
高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
徳重秀将、林　和俊、永井立平、山本寄人、小松淳子、松本光弘、木下宏実、南　晋

103. 子宮体癌の妊孕性温存療法後、生殖補助医療により妊娠し癒着胎盤のため子宮全摘出術を行った1例
県立広島病院 産科[1)]、婦人科[2)]、生殖医療科[3)]
及川奈緒子[1)]、熊谷正俊[2)]、藤本悦子[2)]、數佐淑恵[1)]、広岡由実子[1)]、中島祐美子[1)]、
児玉美穂[1)]、兒玉尚志[3)]、原鐵　晃[3)]、上田克憲[1)]、内藤博之[2)]

104. 羊水中IL-6測定による子宮内感染の重症度予測に基づいた娩出時期の検討について
倉敷中央病院
桐野智江、重田　護、大石さやか、矢内晶太、伊尾紳吾、上田あかね、村上幸祐、大塚由有子、
内田崇史、福原　健、中堀　隆、高橋　晃、長谷川雅明

105. 免疫不全マウスによる低酸素性虚血性脳症モデルの作成
広島大学[1)]、東広島医療センター[2)]
木谷由希絵[1)]、田中教文[2)]、古宇家正[1)]、坂手慎太郎[1)]、信實孝洋[1)]、向井百合香[1)]、
兵頭麻希[1)]、平田英司[1)]、坂下知久[1)]、工藤美樹[1)]

一般講演　第2群　周産期2　（14：00－14：45）　　座長　鳥取大学　岩部富夫　先生

106. 1児にBody Stalk Anomalyを認めた一絨毛膜二羊膜性双胎の1例
高知医療センター[1)]、同小児科[2)]
永井立平[1)]、木下宏実[1)]、山本寄人[1)]、小松淳子[1)]、松本光弘[1)]、南　晋[1)]、林　和俊[1)]、
岩崎由佳[2)]、丸山秀彦[2)]

107. 二絨毛膜二羊膜双胎において両児間の discordancy を来たし、胎盤の血管吻合を認めた一例
四国こどもとおとなの医療センター
柴田真紀、森根幹生、毛山　薫、村上雅博、檜尾健二、前田和寿

108. 肺静脈の観察から胎児診断に至った先天性両側横隔膜弛緩症の一例
徳島大学
乾　宏彰、加地　剛、米谷直人、中山聡一朗、前田和寿、苛原　稔

109. 胎児裂脳症をきたした先天性サイトメガロウイルス感染症の１例
松江赤十字病院
石橋朋佳、真鍋　敦、池野屋美智子、藤脇律人、川上伸兒、澤田康治

110. 羊水過多を合併した胎盤血管腫の１例
高知大学
山本槙平、松島幸生、森田聡美、氏原悠介、牛若昂志、都築たまみ、國見祐輔、谷口佳代、泉谷知明、池上信夫、前田長正、深谷孝夫

公募臨床研究（14：55－15：25）　　座長　山口大学　杉野法広　教授

「高リスク子宮頸癌に対する術後療法の現況、治療成績と有害事象についての多施設による後方視的研究」
演者　山口大学　村上明弘　先生

学会賞受賞講演（15：25－15：45）　　座長　愛媛大学　那波明宏　教授

「プロテオーム解析を応用した新たな子宮内膜症血清マーカーに関する検討」
演者　愛媛大学　鍋田基生　先生

特別講演１（15：50－16：35）　　座長　徳島大学　苛原　稔　教授

「子宮平滑筋腫瘍の深淵に臨んで」
演者　京都大学　小西郁生　教授

特別講演２（16：35－17：20）　　座長　高知大学　深谷孝夫　教授

「書籍の道　BOOK ROAD　―土佐の漢籍と東アジア海域交流―」
演者　高知大学　遠藤隆俊　教授

イブニングセミナー（17：20－18：20）　　**座長　岡山大学　平松祐司　教授**

（共催：MSD 株式会社）

「周産期医療から見た生殖医療の現状と問題点」

演者　国立成育医療研究センター　久保隆彦　先生

広島 HART クリニック　　向田哲規　先生

【第 2 会場】

一般講演　第 3 群　腫瘍 1　（13：15－14：00）　　**座長　愛媛大学　濱田雄行　先生**

201. 当院における HPV ワクチンの接種順守及び接種完遂率の検討

川崎医科大学

羽間夕紀子、杉原弥香、佐野力也、石田　剛、宋　美玄、福家信二、村田卓也、冨松拓治、中井祐一郎、中村隆文、下屋浩一郎

202. 子宮頸癌心臓転移の一例

岡山大学

岡本和浩、楠本知行、安藤まり、依田尚之、樫野千明、西條昌之、谷　和祐、春間朋子、福島千加子、関　典子、中村圭一郎、増山　寿、平松祐司

203. 子宮頸癌IVa 期症例の検討

NHO 福山医療センター

多賀茂樹、原賀順子、澤田麻里、永井あや、山本　暖、早瀬良二

204. 3 回の salvage surgery を施行した子宮平滑筋肉腫の 1 例

香川労災病院

大道千晶、清水美幸、木下敏史、大倉磯治、川田昭徳

205. 子宮肉腫肝再発に対し TAE を施行した 1 例

徳島大学

香川智洋、河北貴子、吉田加奈子、西村正人、苛原　稔

一般講演　第 4 群　腫瘍 2　（14：00－14：54）　　**座長　香川大学　金西賢治　先生**

206. 上皮性卵巣癌における Interval debulking surgery （ IDS ） の意義

鳥取大学[1)]、松江市立病院[2)]

佐藤誠也[1)]、島田宗昭[1)]、浪花　潤[1)]、工藤明子[1)]、佐藤慎也[1)]、大石徹郎[1)]、板持広明[1)]、紀川純三[2)]、原田　省[1)]

207. 当科における上皮性卵巣癌に対する salvage chemotherapy の検討
広島大学
濵﨑　晶、信實孝洋、平田英司、工藤美樹

208. 卵巣明細胞腺癌のプラチナ製剤抵抗性再発に CPT－11＋PTX 療法が奏功した 1 例
国立病院機構四国がんセンター
小西晴久、竹原和宏、大亀真一、小島淳美、白山裕子、松元　隆、横山　隆、野河孝充

209. Microcystic stromal tumor の 1 例
高知医療センター、同病理診断科 1)
木下宏実、徳重秀将、永井立平、山本寄人、松本光弘、小松淳子、南　晋、林　和俊、
岩田　純 1)

210. 性器出血を契機に発見された境界悪性型卵巣明細胞腫瘍の一例
松江市立病院 1)、同臨床検査科 2)
木山智義 1)、吉田　学 2)、平川絵莉子 1)、田頭由紀子 1)、田代稚惠 1)、入江　隆 1)、紀川純三 1)

211. 異なる経過をたどった卵黄嚢腫瘍の 2 症例
岡山赤十字病院
大村由紀子、尾嶋真由子、小國信嗣、林　裕治、江尻孝平

【第 3 会場】

一般講演　第 5 群　生殖　（13：15－14：00）　　座長　山口大学　田村博史　先生

301. 多嚢胞性卵巣症候群モデルラットにおける LH 分泌異常の中枢機構の検討
徳島大学
松崎利也、岩佐　武、Ganbat Gereltsetseg、Munkhsaihan Munkhzaya、
Altankhuu Tungalagsuvd、苛原　稔

302. 異好抗体が原因と考えられた性ステロイドホルモン（E2, P）持続高値を示した 1 例
山口大学
白蓋雄一郎、岡田真紀、田村　功、浅田裕美、山縣芳明、田村博史、杉野法広

303. ART 採卵前に急性腹症を呈した一例
徳島大学
桑原　章、白河　綾、谷口友香、山崎幹雄、田中　優、苛原　稔

304. ART 実施施設を対象とした全国多胎調査の結果報告 2012 年版
徳島大学
山崎幹雄、桑原　章、谷口友香、岩佐　武、松崎利也、苛原　稔

305. 特定不妊治療費助成制度の変更が及ぼす当院 ART 患者への影響について
山口県立総合医療センター
中村康彦、鈴川彩子、藤田麻美、品川征大、坂本優香、鳥居麻由美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、上田一之

一般講演　第 6 群　子宮内膜症　（14：00－14：45）　　座長　岡山大学　中塚幹也　先生

306. 偶発的に発見された子宮内膜症病変に関する後方視的検討
徳島大学
谷　杏奈、加藤剛志、松井寿美佳、苛原　稔

307. 当院における薄い子宮内膜症例の原因とその対策
済生会下関総合病院
高崎彰久、梶邑匠彌、水本久美子、丸山祥子、菊田恭子、坂口優子、嶋村勝典、森岡　均

308. 鼠径部に発生した異所性子宮内膜症の 3 例
広島大学
川本千絵、野坂　豪、平田英司、坂下知久、工藤美樹

309. 子宮内膜症を合併していた卵巣がん症例の検討
高知大学
都築たまみ、泉谷知明、松島幸生、谷口佳代、前田長正、深谷孝夫

310. 卵巣チョコレート嚢胞癌化における原因遺伝子の探索
鳥取大学
谷口文紀、板持広明、寺川直樹、原田　省

9 月 22 日（日）　第 2 日目

【第 1 会場】

一般講演　第 7 群　周産期 3　（8：30－9：15）　　座長　香川大学　田中宏和　先生

111. 当院の胎児超音波スクリーニングの現状と問題点
山口大学
三原由実子、村田　晋、折田剛志、李　理華、田村博史、杉野法広

112. 3D　HDlive モードで嚢胞性ヒグローマを描出しえた３例

香川大学

田中圭紀、石橋めぐみ、天雲千晶、真嶋允人、伊藤　恵、森　信博、請田絵美子、花岡有為子、金西賢治、田中宏和、秦　利之

113. HD live による First trimester での TRAP sequence の一例

香川大学[1)]、安藤レディースクリニック[2)]

天雲千晶[1)]、田中宏和[1)]、伊藤　恵[1)]、新田絵美子[1)]、森信　博[1)]、花岡有為子[1)]、金西賢治[1)]、安藤雅章[2)]、秦　利之[1)]

114. 胎児診断に至った Criss-cross heart の一例

徳島大学

白河　綾、加地　剛、米谷直人、中山聡一朗、前田和寿、苛原　稔

115. 当院における羊水染色体検査の現状

岡山大学

依田尚之、早田　桂、衛藤英理子、延本悦子、瀬川友功、増山　寿、平松祐司

一般演題　第８群　周産期４　（9：15－10：00）　　座長　高知大学　池上信夫　先生

116. 待期的管理を試みた前置癒着胎盤の１例

倉敷中央病院

上田あかね、重田　護、大石さやか、矢内晶太、伊尾紳吾、桐野智江、村上幸祐、大塚由有子、内田崇史、福原　健、中堀　隆、高橋　晃、長谷川雅明

117. 当院における帝王切開術既往の前置胎盤症例の検討

鳥取県立中央病院

上垣憲雅、野中道子、竹中泰子、大畠順恵、岡田　誠、皆川幸久

118. 当院で経験した前置胎盤についての検討

高知県立幡多けんみん病院

森　亮、渡邊理史、濱田史昌、中野祐滋

119. 低置胎盤症例における分娩様式と分娩時出血量との関係

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

山下聡美、多田克彦、萬 もえ、片山典子、塚原紗耶、立石洋子、熊澤一真、中西美恵

120. MRI 検査が有用であった前置血管の１例

広島市立安佐市民病院

本田　裕、山下通教、秋本由美子、谷本博利、寺本三枝、寺本秀樹

一般講演　第 9 群　周産期 5　（10：00－10：45）　　座長　岡山大学　増山　寿　先生

121. リステリア菌血症を来たした SLE 合併妊娠の一例
愛媛大学
安岡稔晃、高木香津子、松原圭一、松原裕子、内倉友香、森　美妃、井上　彩、近藤恵美、田中寛希、橋本　尚、鍋田基生、濱田雄行、藤岡　徹、那波明宏

122. 頚管縫縮時の脊髄クモ膜下麻酔が原因と考えられる、両側慢性硬膜下血腫を発症した妊婦の一例
JA 尾道総合病院 1)、同脳神経外科 2)
寺岡有子 1)、佐村　修 1)、頼　英美 1)、佐々木　克 1)、上田　猛 2)

123. 妊娠中にインフルエンザ罹患後重症化を認め分娩に至った 1 例
広島鉄道病院
松岡直樹、高本晴子、藤本英夫

124. 切迫早産管理中に肺水腫を認めた 8 例の検討
山口大学
折田剛志、村田　晋、三原由実子、李　理華、田村博史、杉野法広

125. 当院で経験した子宮破裂症例の臨床的検討
独立行政法人国立病院機構岡山医療センター
萬　もえ、多田克彦、山下聡美、片山典子、塚原紗耶、立石洋子、熊澤一真、中西美恵

一般講演　第 10 群　周産期 6　（10：45－11：21）　　座長　愛媛大学　松原圭一　先生

126. 経腹カテーテル留置による反復羊水注入が有効であった前期破水の一例
公益財団法人大原記念倉敷中央機構倉敷中央病院
伊尾紳吾、重田　護、矢内晶太、大石さやか、桐野智江、村上幸祐、上田あかね、大塚由有子、内田崇史、福原　健、中堀　隆、高橋　晃、長谷川雅明

127. 重症妊娠高血圧腎症を発症した Charcot-Marie-Tooth 病合併妊娠の 1 例
川崎医科大学 1)、同神経内科 2)
杉原弥香 1)、羽間夕紀子 1)、佐野力哉 1)、村田卓也 1)、福家信二 1)、冨松拓治 1)、中井祐一郎 1)、中村隆文 1)、下屋浩一郎 1)、村上龍文 2)、砂田芳秀 2)

128. 妊娠 39 週に急性心筋梗塞を発症した一例
鳥取大学
東　幸弘、荒田和也、経遠孝子、原田　崇、岩部富夫、原田　省

129. 先天性第Ⅴ因子欠乏症合併妊娠の一例

岡山大学[1)]、地域医療支援病院社会医療法人鴻仁会岡山中央病院[2)]
安藤まり[1)]、瀬川友功[1)]、佐藤麻夕子[1)]、衛藤英理子[1)]、延本悦子[1)]、早田　桂[1)]、木村吉宏[2)]、増山　寿[1)]、平松祐司[1)]

ランチョンセミナー（12：00－13：00）　　**座長　山口大学　杉野法広　教授**

（共催：持田製薬株式会社）

「ここまでわかってきた子宮内膜症の病態」

演者　東京大学　大須賀　穣　教授

総会（13：00－13：30）

スポンサードレクチャー（13：30－14：30）　　**座長　広島大学　工藤美樹　教授**

（共催：協和発酵キリン株式会社）

「専攻医・指導医のための産婦人科病理診断　子宮付属器腫瘍のマクロとミクロ」

演者　熊本大学　片渕秀隆　教授

閉会の挨拶（14：30－14：35）　深谷　孝夫　会長

【第 2 会場】

一般講演　第 11 群　腫瘍 3　（8：30－9：24）　　**座長　山口大学　縄田修吾　先生**

212. 卵巣粘液性腺癌における PI3K/mTOR 阻害剤 NVP-BEZ235 の有効性の検討

鳥取大学[1)]、松江市立病院[2)]
工藤明子[1)]、大石徹郎[1)]、板持広明[1)]、佐藤誠也[1)]、浪花　潤[1)]、佐藤慎也[1)]、島田宗昭[1)]、紀川純三[2)]、原田　省[1)]

213. 卵巣粘液性腺癌における CDX2 と MDR1 蛋白の発現

広島大学
古宇家正、平田英司、木谷由希絵、坂手慎太郎、信実孝洋、向井百合香、兵頭麻希、坂下知久、工藤美樹

214. 当院で開始した遺伝性乳がん・卵巣がん（HBOC）症候群に対するリスク低減卵巣卵管摘出術について

国立病院機構四国がんセンター
竹原和宏、小西晴久、大亀真一、小島淳美、白山裕子、松元　隆、横山　隆、野河孝充

215. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）が疑われる卵管癌症例
独立行政法人国立病院機構浜田医療センター
小林正幸、塚尾麻由、吉冨恵子、平野開士

216. 卵巣腫瘍の術前診断における CT、MRI、PET/CT 検査の有用性の検討
広島大学
坂手慎太郎、平田英司、信實孝洋、向井百合香、兵頭麻希、坂下知久、工藤美樹

217. 当院で経験した卵管癌の 2 例
中電病院
浦山彩子、三春範夫、正路貴代、山本弥寿子、長谷川康貴

一般講演　第 12 群　腫瘍 4　（9：24－10：09）　　座長　川崎医科大学　中村隆文　先生

218. 子宮腺筋症より発生したと考えられる子宮体部類内膜腺癌の一例
山口県立総合医療センター
品川征大、三輪一知郎、坂本優香、鈴川彩子、鳥居麻由美、藤田麻美、讃井裕美、
佐世正勝、中村康彦、上田一之

219. 急速な転帰を辿った子宮体部低分化型腺癌の 1 例
市立三次中央病院 1)、県立奈良医科大学病理分子学 2)
岡本　啓 1)、大下孝史 1)、勝部貴子 1)、赤木武文 1)、國安弘基 2)

220. 当院における子宮体癌 type2 症例に関する予後の検討
高知大学
氏原悠介、森田聡美、山本槙平、牛若昂志、都築たまみ、國見祐輔、松島幸生、谷口佳代、
泉谷知明、池上信夫、前田長正、深谷孝夫

221. 病理診断に苦慮した子宮内膜間質結節の症例
高知赤十字病院
髙橋洋平、平野浩紀、甲斐由佳、七條あつ子

222. 子宮底部より発生した子宮癌肉腫により非産褥期子宮内反症を呈した 1 例
広島大学
勝部貴子、信實孝洋、平田英司、工藤美樹

一般講演　第 13 群　腫瘍 5　（10：09－10：54）　　座長　島根大学　中山健太郎　先生

223. 後腹膜 desmoid 腫瘍の 1 症例
岡山大学[1)]、同消化器外科[2)]
西條昌之[1)]、中村圭一郎[1)]、春間朋子[1)]、福島千加子[1)]、楠本知行[1)]、関　典子[1)]、平松祐司[1)]、佃　和憲[2)]

224. 帝王切開創部に異型栄養膜細胞を認めた臨床的絨毛癌の 1 例
東広島医療センター
田中教文、井上清歌、三好博史

225. 乳房外 Paget 病との鑑別診断に苦慮した膀胱癌局所進展の一例
山口大学
矢壁和之、縄田修吾、西本裕喜、村上明弘、杉野法広

226. 婦人科癌日本人女性に対するカルボプラチン投与量について、薬物濃度からの検討
広島大学
信実孝洋、平田英司、工藤美樹

227. 婦人科癌大量胸腹水に対して利尿剤の大量投与が有効であった 2 症例
姫路聖マリア病院[1)]、岡山大学[2)]、同緩和医療科[3)]
谷川真奈美[1)]、関　典子[2)]、春間朋子[2)]、福島千加子[2)]、楠本知行[2)]、中村圭一郎[2)]、平松祐司[2)]、市原英基[3)]、松岡順治[3)]

一般講演　第 14 群　感染症ほか　（10：54－11：48）　　座長　鳥取大学　板持広明　先生

228. 咽頭における *Chlamydia trachomatis* および *Neisseria gonorrhoeae* 陽性率の検討
川崎医科大学附属川崎病院
藤原道久、近藤佳子

229. IUD 長期装着が誘因と考えられる骨盤内放線菌症で子宮悪性腫瘍を疑った 1 例
香川大学
真嶋允人、金西賢治、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、伊藤　恵、西澤知佳、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、田中宏和、秦　利之

230. 当院での病院内緊急要請の症例について
広島市立広島市民病院
西田　傑、片山陽介、横山麻衣子、玉田祥子、浅野令子、関野　和、舛本佳代、香川幸子、依光正枝、洲脇尚子、石田　理、野間　純、児玉順一

231. 夜間労働時の血液中 cortisol、cortisone 濃度比の変化
独立行政法人労働者健康福祉機構愛媛労災病院
宮内文久、平野真理、木村慶子、南條和也、大塚恭一

232. 偽性 Bartter 症候群による腎不全を合併した無月経の 2 症例
岡山大学、同保健学研究科 1)
樫野千明、酒本あい、松田美和、清水恵子、鎌田泰彦、平松祐司、中塚幹也 1)

233. 治療に難渋した放射線性腸炎の 2 例
愛媛大学
井上　彩、安岡稔晃、森　美妃、高木香津子、田中宏希、橋本　尚、近藤恵美、鍋田基生、
松原裕子、濱田雄行、藤岡　徹、松原圭一、那波明宏

【第 3 会場】

一般講演　第 15 群　良性疾患・手術 1　（8：30－9：24 ）

座長　川崎医科大学　塩田　充　先生

311. 当科で腹腔鏡下手術を施行された成熟嚢胞性奇形腫症例の検討
岡山済生会総合病院
根津優子、平野由紀夫、乃美志保、三枝資枝、小池浩文、坂口幸吉

312. 当科で経験した EZ アクセスを用いた単孔体外式卵巣嚢腫核出術の検討
山口県立総合医療センター
讃井裕美、藤田麻美、中村康彦、品川征大、坂本優香、鈴川彩子、鳥居麻由美、三輪一知郎、
佐世正勝、上田一之

313. 子宮鏡下手術を安全かつ円滑に手術するための工夫
香川県立中央病院
斎藤　央、渋川昇平、藤川麻衣、高田雅代、本郷淳司、露木佳子、米澤　優

314. 過多月経に対してマイクロ波子宮内膜アブレーションを施行した 2 症例
鳥取大学
高井絵理、谷口文紀、東　幸弘、上垣　崇、出浦伊万里、岩部富夫、原田　省

315. 当院でマイクロ波子宮内膜アブレーション（MEA）を施行した 6 例
岡山大学
松岡敬典、鎌田泰彦、酒本あい、松田美和、清水恵子、中塚幹也、平松祐司

316. 当院で施行したロボット手術 7 例の成績

徳島大学

三宅すずか、吉田加奈子、加藤剛志、西村正人、桑原　章、苛原　稔

一般講演　第 16 群　良性疾患・手術 2　（9：24－10：18）

座長　広島大学　平田英司　先生

317. TVM 手術施行後の腹圧性尿失禁に関する検討

島根大学

折出亜希、金崎春彦、満尾友美、宮崎康二

318. 肺血栓塞栓症を合併した巨大子宮筋腫の 1 例

JA 広島総合病院

佐々木　充、中西慶喜、楠本真也、佐々木美砂、佐野祥子、中前里香子

319. 卵巣腫瘍の術後にヘパリン起因性血小板減少症を来した 1 症例

山口大学

西本裕喜、矢壁和之、村上明弘、縄田修吾、杉野法広

320. 治療に難渋した帝王切開瘢痕部妊娠の 2 例

山口大学 [1)]、下関市立豊浦病院 [2)]

中島健吾 [1)]、村田　晋 [1)]、岡田真紀 [1)]、折田剛志 [1)]、山縣芳明 [1)]、田村博史 [1)]、杉野法広 [1)]、岡田　理 [2)]

321. 当科における子宮外妊娠症例の検討

総合病院社会保険徳山中央病院

平田博子、鷹野真由実、中川達史、伊藤　淳、平林　啓、沼　文隆

322. 当院産婦人科における自己血貯血の適応と有効性の検討

広島市立広島市民病院

片山陽介、横山麻衣子、玉田祥子、浅野令子、西田　傑、関野　和、舛本佳代、香川幸子、沖本直輝、依光正枝、洲脇尚子、小坂由紀子、石田　理、野間　純、児玉順一

一般講演　第 17 群　良性疾患・手術 3　（10：18－11：12）

座長　徳島大学　松崎利也　先生

323. エリスロポエチン産生子宮筋腫の 1 例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター

横山貴紀、中村紘子、佐々木　晃、山崎友美、中野正明、澤崎　隆、水之江知哉

324. 当科で経験した子宮動静脈奇形の１例

福山市民病院

今福紀章、青江尚志、中山雅人

325. 子宮動静脈奇形に対するダナゾールの効果判定に超音波ドップラーが有効であった一例

高知大学

森田聡美、國見祐輔、前田長正、山本槙平、氏原悠介、牛若昂志、都築たまみ、松島幸生、谷口佳代、山田るりこ、泉谷知明、池上信夫、深谷孝夫

326. 当院で経験した子宮留膿腫破裂の検討

津山中央病院[1)]、赤堀病院[2)]

江口武志[1)]、杉山和歌菜[1)]、小古山　学[1)]、赤堀洋一郎[2)]、河原義文[1)]

327. 良性転移性肺平滑筋腫の１例

中国労災病院

佐川麻衣子、藤原久也、中島貴美、花岡美生、槙野洋子、勝部泰裕

328. 子宮筋腫術後に肺と後腹膜腔に発生した良性転移性平滑筋腫の一例

国立病院機構福山医療センター

原賀順子、澤田麻里、永井あや、多賀茂樹、山本　暖、早瀬良二

一般講演　第 18 群　周産期 7　（11：12－11：57）　　座長　高知医療センター　林　和俊　先生

130. 母乳育児に影響を及ぼす因子の検討

倉敷中央病院[1)]、同看護部[2)]

大塚由有子[1)]、重田　護[1)]、大石さやか[1)]、矢内晶太[1)]、伊尾紳吾[1)]、桐野智江[1)]、上田あかね[1)]、村上幸祐[1)]、内田崇史[1)]、福原　健[1)]、中堀　隆[1)]、高橋　晃[1)]、長谷川雅明[1)]、瀬田恵子[2)]、中川牧子[2)]、西尾衣理[2)]、堀　愛美[2)]、南　早矢香[2)]

131. 当院で経験した過去 4 年間の飛び込み分娩 9 症例の報告

津山中央病院

大平安希子、江口武志、杉山和歌菜、小古山　学、河原義文

132. 頭部 MRI で PRES を認め神経学的に予後良好であった子癇の一例

高知赤十字病院

髙橋洋平、平野浩紀、甲斐由佳、七條あつ子

133. 当科で経験した多脾症候群の 4 例

岡山大学

谷　和祐、延本悦子、衛藤英里子、早田　桂、瀬川友功、増山　寿、平松祐司

134. 救命し得た子宮型羊水塞栓症の２症例

山口県済生会下関総合病院

梶邑匠彌、水本久美子、丸山祥子、菊田恭子、坂口優子、嶋村勝典　高崎彰久、森岡　均

【企業展示会場】

ハンズオンセミナー（10：00－11：30 ）

（共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社）

「形成外科医に学ぶ下腹部創閉鎖完全マスター」

講師　高知大学　栗山元根　先生

特別講演 1

子宮平滑筋腫瘍の深淵に臨んで

京都大学　小西　郁生

小西　郁生（コニシ　イクオ）
生年月日　昭和 27 年 1 月 8 日　香川県、小豆島
〈略歴〉
昭和 51 年 3 月　　京都大学医学部　卒業
昭和 51 年 7 月　　京都大学医学部婦人科学産科学教室　入局
昭和 53 年 7 月　　倉敷中央病院　産婦人科医員
昭和 56 年 4 月　　京都大学大学院医学研究科　入学
昭和 61 年 10 月　京都大学医学部 婦人科学産科学 助手
　　婦人科病棟医長、産科病棟医長を担当
平成 4 年 1 月　　米国アーカンソー医科大学　留学
平成 5 年 1 月　　京都大学医学部 婦人科学産科学 講師
　　産科婦人科外来医長、医局長を担当
平成 11 年 1 月　　信州大学医学部　産科婦人科学 教授
平成 15 年 7 月　　同 附属病院副病院長、医療安全管理室長、卒後研修センター長
平成 19 年 10 月　京都大学大学院医学研究科 婦人科学産科学 教授
平成 20 年 4 月　　同　医学部附属病院　副病院長（診療担当、23 年 3 月まで）

〈専門分野〉
婦人科腫瘍学、病理学

〈所属学会〉
日本産科婦人科学会（理事長）、
日本癌治療学会（理事、学会誌編集委員長）、日本癌学会（評議員）、
日本婦人科腫瘍学会（理事）、日本分子形態学会（理事）、日本胎盤学会（理事）
日本周産期・新生児学会（評議員）
日本内分泌学会、日本生殖医学会、日本臨床細胞学会
International Gynecological Cancer Society (Member, Program Committee)
International Society of Gynecological Pathologists (Member)
American Association for Cancer Research (Member)
American Society for Reproductive Medicine (Member)

特別講演 2

書籍の道　BOOK ROAD　－土佐の漢籍と東アジア海域交流－

高知大学　遠藤　隆俊

遠藤　隆俊（エンドウ　タカトシ）

〈略歴〉

1960 年　福島県いわき市生まれ
1979 年　福島県立磐城高等学校卒業
1980 年　東北大学文学部入学
1984 年　同大学卒業、大学院博士前期課程進学、次いで後期課程修了
1997 年　東北大学助手から高知大学助教授、次いで准教授、教授
2007 年　高知大学副学長
2010 年　高知大学教育学部長

〈専門分野〉

東洋史学

〈所属学会〉

東方学会、東洋史研究会、中国文史哲研究会、中国社会文化学会、中国史学会、日本歴史学協会、
東北史学会、高知海南史学会、宋代史研究会、中国四国歴史学地理学協会

公募臨床研究

高リスク子宮頸癌に対する術後療法の現況、

治療成績と有害事象についての多施設による後方視的研究

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科　村上 明弘

【目的】リンパ節転移陽性あるいは子宮傍結合織浸潤陽性を有する再発高リスク症例に対しては、欧米では同時的化学放射線療法（CCRT）が標準治療と考えられているが、本邦ではその治療効果を評価する一方、手術後の CCRT による有害事象は十分に検討されていない。また、リスク因子の数による術後補助療法の個別化の必要性も指摘されており、一定の見解がないのが現状である。よって、再発高リスク子宮頸癌の術後治療についての現況と治療成績および有害事象を後方視的研究で調査した。

【方法】中国四国地方の日本産科婦人科学会研修指定病院を中心とした過去 5 年間の再発高リスク子宮頸癌患者を対象とし、組織型、リンパ節転移部位、子宮傍結合織浸潤の有無、実施した術後治療法（CCRT、RT 単独、CT 単独、sequential RT-CT：sRT-CT）、無再発期間・全生存期間、再発部位、治療完遂率および発生有害事象についてアンケート調査にて後方視的な調査を行い評価した。

【成績】症例は 240 例（I 期 111 例、II 期 129 例）、年齢の中央値は 49 歳であった。組織型は SCC 62.9%、nonSCC 37.1%で、リンパ節転移陽性 82.9%、子宮傍結合織浸潤は 41.7%であった。術後治療は CCRT 40.8%、CT 25.0%、RT 25.4%、sCT-RT 8.8%であった。組織型では nonSCC は SCC と比較して、PFS（$p<0.001$）、OS（$p<0.001$）ともに不良であった。リンパ節転移陽性の場合は SCC では転移なしと 1 部位では予後に差を認めないが、2 部位以上では予後不良であった。nonSCC ではリンパ節転移がなくても 2 部位の転移を有する SCC 症例と同等の予後しか得られず、1 部位でも転移があれば極めて予後不良であった。子宮傍結合織浸潤の有無では予後に差はないが、nonSCC で陽性症例は極めて予後不良であった。SCC ではリンパ節転移 1 部位±子宮傍結合織浸潤陽性では CT の優位性が示されたが、リンパ節転移が 2 部位以上では治療間の優位性はなかった。nonSCC では再発高リスク症例では治療間の優位性はなく、いかなる治療を行っても予後は不良であった。有害事象は G3 以上の腸炎は CCRT 8.2%、CT 0%、RT 4.9%、sRT-CT 14.2%認められ、手術を要する腸閉塞は CCRT で 1 例、sRT-CT で 2 例認められた。

【結論】今回の検討では再発高リスク因子を有する症例では CCRT の優位性を認めず、特に SCC では CT 単独でも CCRT と同等かそれ以上の成績を示した。nonSCC では SCC と同様の治療では予後は改善せず、現在の治療法では限界があり、早急に新たな治療法の開発が望まれる。

村上　明弘（ムラカミ　アキヒロ）

〈略歴〉

平成 5 年　山口大学医学部卒業、同産科婦人科学教室入局

平成 7 年　山口大学大学院入学

平成 11 年　山口大学大学院単位取得終了、小野田市民病院産婦人科勤務

平成 13 年　宇部興産中央病院産婦人科勤務

平成 15 年　山口大学医学部附属病院勤務　　現在に至る

学会賞受賞講演

プロテオーム解析を応用した新たな子宮内膜症血清マーカーに関する検討

愛媛大学医学部附属病院産婦人科　鍋田　基生

【目的】子宮内膜症の診断は、腹腔鏡または開腹による視診と組織診での確定診断が推奨されているが、外科的侵襲を伴うため患者の負担となる。既存の血清マーカーである CA125 は感度が 40%程度と低く、初期病変および軽症の子宮内膜症を非侵襲的に診断することは一般的に困難である。簡便かつ高精度な子宮内膜症診断方法の確立を目指し、患者血清中に発現する自己抗体性血清診断マーカーを開発している。

【方法】ヒト悪性胸膜中皮腫由来細胞株およびヒト線維芽細胞株を用いて２次元電気泳動及び Western blotting を行い、子宮内膜症患者と健常者の血清中に存在する自己抗体を検索した。患者血清に特異的に反応したスポットを MALDI TOF-MS を用い PMF 法にて解析し、抗原タンパク質を同定した。大腸菌発現系を用いてリコンビナントタンパク質を精製し、血中自己抗体検出のための ELISA 法を確立した。免疫組織染色にて抗原タンパク質の組織発現性を解析した。本研究は倫理委員会の承認と informed consent を得て行った。

【成績】子宮内膜症に特異的な数種の自己抗体を同定した。ELISA 法で解析すると、抗α-enolase 自己抗体価、抗 PDIK1L 自己抗体価、抗 syntaxin 5 自己抗体価は、健常者群および疾患対照群と比較して子宮内膜症群で有意に高値であった。血清抗α-enolase 自己抗体、抗 PDIK1L 自己抗体、抗 syntaxin 5 自己抗体の感度と特異度は、感度が各々36.9%, 59.4%, 53.6%、特異度が 91.4%, 84.1%, 87.8%であった。抗α-enolase 自己抗体の感度は血清 CA125 とほぼ同等であったが、抗 PDIK1L 自己抗体、抗 syntaxin 5 自己抗体の感度は血清 CA125 に対し明らかに優れていた。更にそれぞれの自己抗体と CA125 を組み合わせることで、子宮内膜症の診断感度を 73.9%まで高めることが可能であった。免疫組織染色にて解析すると、子宮内膜症組織において PDIK1L の発現が強く認められ、子宮内膜症症例の 94.7% に発現していた。

【結論】本研究において、特に血清抗 PDIK1L 自己抗体および抗 syntaxin 5 自己抗体が子宮内膜症の新規血清マーカーとなる可能性を有することが示唆された。

鍋田　基生（ナベタ　モトオ）

〈略歴〉

平成 13 年 3 月　久留米大学医学部医学科卒業
平成 13 年 6 月　愛媛大学医学部附属病院医員（研修医）
平成 16 年 4 月　市立八幡浜総合病院医員
平成 22 年 3 月　愛媛大学大学院医学系研究科博士課程修了
平成 22 年 4 月　愛媛大学医学部附属病院　助教　生殖医療部門チーフ
平成 22 年 6 月　愛媛大学医学部附属病院　講師
平成 23 年 12 月　愛媛大学医学部附属病院　産婦人科副病棟医長
平成 25 年 3 月　愛媛大学医学部附属病院　産婦人科外来医長

〈学位・資格等〉

平成22年 3月　博士（医学）
平成18年10月　日本産科婦人科学会認定　産婦人科専門医
平成23年 4月　日本東洋医学会認定　漢方専門医
平成24年 4月　日本生殖医学会認定　生殖医療専門医
平成24年 5月　日本哺乳動物卵子学会認定
　生殖補助医療管理胚培養士
平成25年 5月　日本卵子学会代議員

〈賞罰〉

平成 21 年 12 月　愛媛県ジュニアドベンチャー選手権最優秀賞
平成 22 年 1 月　第１回愛媛医学会奨励賞
平成 22 年 11 月　日本生殖医学会学術奨励賞
平成 23 年 1 月　第 19 回愛媛医学会賞
平成 24 年 9 月　中四国産科婦人科学会学術奨励賞（八木賞）

イブニングセミナー

周産期医療から見た生殖医療の現状と問題点

国立成育医療研究センター周産期センター　久保　隆彦

25 年間で日本の分娩数は約 36 万人減少したが、35 歳以上の母体は 15 万人増加し 25 万人を突破した。高齢女性の妊娠は生殖医療に依存するが、老化に伴い種々の疾病が母児に影響を与える。たとえば、子宮筋腫合併は 50 倍、妊娠糖尿病は 5 倍、妊娠高血圧症候群、前置胎盤、常位胎盤早期剥離は 3 倍、早産は 1.5 倍、帝王切開は 3 倍となる。妊産婦死亡率も 20 代に比較し 40 才以上では 10 倍にも増加する。新生児異常も染色体異常だけではなく、形態異常も明らかに多い。特に、我が国では禁止されている卵子提供の高齢妊娠も増加し、分娩時大量出血・子宮摘出を高頻度に合併する。したがって、こうした高齢妊娠の危険性に関する情報を不妊治療開始前に十分に説明し、ご夫婦の覚悟を得て置く必要がある。あるいは、35 才までに妊娠分娩を終了する不妊治療を今後模索すべきであろう。

妊娠時のワクチンで予防可能な感染が母児に影響を与える。たとえば、風疹、水痘、麻疹、おたふくかぜなどである。抗体未保有あるいは低抗体者には妊娠前にワクチン接種をしておくことで多くのトラブルは回避できる。

妊娠中に増悪する合併症の多くは妊娠に耐えるだけの状態に適切に管理されていないことが多い。不妊治療実施医師は最低限家族歴に加え合併症の有無を問診し、もし合併症を有しているなら治療開始前にその合併症が妊娠に耐えられるか否かの評価あるいは専門家の管理をしておく必要がある。

このように、不妊治療を行う医師は妊娠させた母児の予後のキャスティングボードを握っていると言って良い。したがって、女性の全人生を考えた不妊治療を行って欲しい。

久保　隆彦（クボ　タカヒコ）

〈略歴〉

1979 年　岡山大学医学部卒、聖隷浜松病院未熟児センター新生児科研修医

1981 年　高知医科大学産科婦人科学教室入局、助手、外来医長、分娩育児部副部長、講師、産科病棟医長、
高知医科大学周産母子センター助教授

1999 年　国立大蔵病院産科医長

2002 年　国立成育医療センター周産期診療部産科医長

2011 年　独立行政法人国立成育医療研究センター周産期センター産科医長

〈学会活動〉

日本産科婦人科学会専門医、「周産期委員会」親委員、「広報委員会」委員

「震災対策・復興委員会」委員、日本産科婦人科学会・日本小児科学会合同委員会委員

日本周産期・新生児医学会評議員、理事、副理事長、母体・胎児専門医：暫定指導医、専門医制度施設認定委員会委員長、
専門医制度委員会委員、専門医制度試験委員会（母体・胎児）試験委員、震災対策委員会副本部長、学会あり方委員会委員長、周産期医療危機打開策検討委員会委員、国際交流・学術振興基金検討委員会委員、社会保険委員会副委員長、外保連委員、
周産期医療におけるチーム医療検討 WG 委員、早期母子接触安全実施 WG 委員長、妊産褥婦の蘇生法 WG 委員長

日本母体・胎児医学会 幹事、日本産科麻酔学会　幹事、日本輸血・細胞治療学会　学会認定輸血看護師協議会委員、
日本自己血輸血学会 評議員、国際周産期学会　アジア・オセアニア周産期学会　日本未熟児新生児学会　日本母性衛生学会
日本胎児治療学会

〈立案したガイドラインなど〉

「産科危機的出血の対応ガイドライン」（作成委員）、「産科危機的出血に対する IVR 施行医のためのガイドライン 2012」（作成委員）、「早期母子接触の留意点」（作成委員長）、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2008」（評価委員）、「産婦人科診療ガイドライン産科編 2011」（評価委員）

イブニングセミナー

周産期医療から見た生殖医療の現状と問題点

広島 HART クリニック　向田　哲規

近年、体外受精、顕微授精、凍結胚移植などの生殖補助医療（ART）は科学技術の進歩に伴い目覚ましく発展し、晩婚化、挙児希望年齢の上昇に伴ってその治療周期数は毎年増加し、2003 年には 10 万周期程度であったが、2012 年は 30 万周期を超える状況になっている。また治療周期に占める 40 歳以上の患者の割合も 2010 年には 35%を超え、その割合はさらに高くなっている。このため不妊治療による 40 歳以上の高齢患者の妊娠数の増加によるハイリスク妊娠管理が周産期医療の現場に少なからず負担となっており、産科担当医と生殖医療の医師との連携が必ずしも緊密とは言えない事象がみられる。生殖医療と産科医療においては以前多胎の発生・管理において考え方の相違がみられたが、日本産婦人科学会の移植胚数制限についての会告、着床に向けた治療技術の進歩もあり、現在単一胚移植が治療周期の 70%以上で行われるようになったため、ART 治療における多胎発生率は 5%以下まで低下し、品胎以上はほとんど見られなくなっている。今後は 40 歳以上の不妊治療患者には、高齢妊娠出産のリスクを妊娠可能性の EBM とともに十分説明し、不妊治療前からハイリスク妊娠管理を行う産科医と連携することで、医療現場・患者・生まれる子の福祉にとって望ましい医療となると思われる。その上、産婦人科医全体が卵の老化や挙児年齢の高齢化により直面する不妊についての啓蒙活動を、学校教育の段階から行い、自然の摂理からも 30 歳までの挙児が望ましいという正しい知識を女性全体に理解してもらうことに努めるべきと思われる。日本人として誇りを持ち正しく行動できる若い世代が増えるよう産婦人科医として努力する姿勢が重要である。

向田　哲規（ムカイダ　テツノリ）

〈略歴〉

1985 年（昭和 60 年）高知医科大学医学部医学科　卒業
1985 年（昭和 60 年）第 79 回医師国家試験合格
1985 年（昭和 60 年）高知医科大学医学部産科婦人科学教室　入局
1988 年（昭和 63 年）マイアミ大学医学部生化学教室と生殖医学教室へ留学
　排卵機構の研究および体外受精(IVF)の基礎と臨床の知識習得
1989 年（平成元年）　帰国し、高知医科大学医学部産科婦人科助手として勤務
1990 年（平成 2 年）　ダイヤモンド不妊研究所へ留学（Diamond Institute for Infertility, New Jersey, USA）生殖補助医療のラボディレクターとして勤務し、IVF, ICSI, TESE のプログラムを管理し、臨床研究も行う。
1995 年（平成 7 年）5 年間の留学研修の後帰国し、広島 HART クリニックに勤務。副院長として年間約 900 周期程度の IVF, ICSI,TESE、ガラス化胚盤胞融解移植の症例を管理し、基礎・臨床研究にも従事
2011 年（平成 23 年）広島 HART ｸﾘﾆｯｸ　院長に就任し、施設管理責任者となる。

日本産婦人科学会認定　専門医、(社)日本生殖医学会　生殖医療専門医

〈受賞・表彰・特別職　履歴〉

2002年　第 20 回　**日本受精着床学会、世界体外受精会議記念賞**
“超急速ガラス化法（Ultra-rapid Vitrification:Cryoloop 法）を用いた胚盤胞ガラス化保存の臨床成績“　平成 14 年 10 月 5 日
2003 年　第 21 回　**日本受精着床学会、世界体外受精会議記念賞**
“超急速ガラス化法により保存された胚盤胞の融解時に Assisted Hatching 法を加え着床率の改善を試みた臨床成績“　平成 15 年 10 月 3 日
2005年　第 61 回　**アメリカ生殖医学会**(61st ASRM/CFAS annual meeting, Montreal, Quebec, Canada)ﾋﾞﾃﾞｵﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ, “Ultra-rapid Vitrification Using a cryoloop Technique for Human Blastocyst Cryopreservation.“ が**優秀賞受賞（Honorable mention）**
2009 年　生殖医療関係医学雑誌「Human Reprodcution」より、2008 年の **Best Reviewer** (Top10%)として表彰される。資料1）Received；Certificate of Excellent Reviewer.doc
2009年　生殖医療関係医学雑誌「Reproductive BioMedicine Online」の **Editorial Board のメンバーの一人**として、論文の Review に従事

ランチョンセミナー

ここまでわかってきた子宮内膜症の病態

東京大学　大須賀　穣

子宮内膜症は産婦人科においてもっとも頻度の高い疾患の一つであるが、その病態はいまだ謎に包まれている。しかし、最近の我々の研究によると炎症、免疫、内分泌がネットワークとして機能することにより子宮内膜症を増悪させることがわかってきた。本講演の前半では、免疫を中心としてこのネットワークについて解説する。後半では、現在の薬物療法について病態との観点から解説する。

ヘルパーT(Th)細胞は多くの疾患において重要な役割を果たしている。Th 細胞には Th1,Th2,Th17 の 3 種類が存在するが、我々は子宮内膜症を Th2,Th17 関連疾患としてとらえている。我々の得た知見は以下のようなものである。Th2,Th17 ともに子宮内膜症組織に多数存在し、Th2 特異的サイトカインの IL-4 と Th17 特異的サイトカインの IL-17A はともに子宮内膜症間質細胞の増殖を促進する。また、IL-4 はプロスタグランディン E2 と相乗的に作用して、子宮内膜症間質細胞からのエストロゲンの産生を増加させる。子宮内膜症で増加する炎症性サイトカイン IL-1βは子宮内膜症間質細胞において Th2 の分化を誘導する thymic stromal lymphopoietin (TSLP)の産生を増加させる。また、IL-1βは tryptophan 2,3-dioxygenase の発現を刺激して tryptophan 代謝を亢進することにより Th2 優位に導くことが示唆された。

近年の子宮内膜症に対する新たな治療薬の登場により、子宮内膜症治療は新たな時代に入っている。ディナゲストは GnRH アナログと同等の疼痛に対する抑制効果を示すが、GnRH アナログと異なりエストロゲンを低下させない。ディナゲストは直接的に子宮内膜症の増殖を抑制するほか、種々の間接的な作用によっても子宮内膜症を抑制すると考えられている。ディナゲストにより排卵や子宮収縮が抑制されるが、これらは炎症の抑制などを介して子宮内膜症を軽快させると考えられる。

大須賀　穣（オオスガ　ユタカ）
東京大学大学院　医学系研究科　産婦人科学講座　教授　　主たる専門　生殖内分泌学ならびに産婦人科内視鏡手術学
〈略歴〉
昭和 60 年　東京大学医学部卒
昭和 60 年～　東京大学医学部産科婦人科学教室で研修
途中、日立総合病院、稲田登戸病院、社会保険中央総合病院、東京日立病院に出張
平成 7 年　医学博士（東京大学）
平成 7 年～9 年　米国スタンフォード大学産婦人科に留学
平成 16 年 11 月　東京大学医学部附属病院女性診療科・産科　講師
平成 23 年 10 月　東京大学大学院医学系研究科　産婦人科学講座　准教授
平成 25 年 5 月 16 日　同上　教授
〈役職〉
日本産科婦人科学会　代議員、日本産科婦人科内視鏡学会　幹事長・ガイドライン委員、日本内視鏡外科学会　評議員・編集委員、
東京産科婦人科学会　評議員、関東連合産科婦人科学会　代議員、日本内分泌学会　代議員、日本生殖医学会　代議員、日本生殖免疫学会　評議員、日本生殖内分泌学会　評議員、日本女性医学学会　評議員、日本子宮内膜症啓発会議　実行委員、JAPN ENDOMETRIOSIS FORUM 世話人、プロゲスチン研究会　世話人、婦人科ホルモン依存性疾患研究会　世話人、東京低侵襲婦人科手術研究会　世話人、
Reproductive Sciences　Associate Editor、Current Women's Health Reviews　Editorial Board Member
〈専門医〉
日本産科婦人科学会専門医、日本生殖医学会生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、
日本内視鏡外科学会技術認定医（産科婦人科）、日本抗加齢医学会専門医
〈業績〉英文原著　約 150 編、和文総説・教科書執筆など　多数

スポンサードレクチャー

専攻医・指導医のための産婦人科病理診断

子宮付属器腫瘍のマクロとミクロ

熊本大学大学院生命科学研究部産科婦人科学　片渕　秀隆

女性生殖臓器の重要な構成臓器である卵巣と卵管は、子宮の両側に対を成し、両者に由来する腫瘍は臨床的に「子宮付属器腫瘍」と一括して呼ばれる。しかし、卵巣に発生する腫瘍は組織学的に多種多彩で、且つ良性、境界悪性、悪性に分類され、他の臓器には類を見ない鑑別が求められる。一方、卵管に発生する腫瘍は卵巣に比較して少ないが、卵巣腫瘍や卵管の非腫瘍性疾患との鑑別が臨床上、特に性成熟期女性において重要である。本レクチャーでは、卵巣と卵管の組織学的構築と腫瘍細胞の性格の観点から、臨床診断と治療に直結する子宮付属器腫瘍のマクロとミクロを総括する。

卵巣腫瘍の分類の難解さは、次の２つのことに因る。ひとつは、卵巣が他の婦人科臓器の様に上皮と間質という単純な組織構築をとらず、表層上皮、白膜、皮質、髄質によって構成され、皮質には生殖臓器としての卵子、内分泌臓器としての卵胞壁が存在し、それぞれから胚細胞腫瘍と性索間質性腫瘍が発生する。もうひとつは、卵巣腫瘍の６割を占める上皮性腫瘍の由来が、卵巣を包む一層の細胞で卵巣全体の 1%にも満たない卵巣表層上皮とされ、これは腹腔内の諸臓器を被覆する体腔上皮由来の腹膜中皮と起源を同じくし、ミューラー管もこの体腔上皮から発生する。このことから、ミューラー管に由来する卵管、子宮体部、子宮頸部、腟の構成上皮のそれぞれに形態学的類似性を示す漿液性、類内膜と明細胞、粘液性、重層扁平上皮（移行上皮）の腫瘍が発生する。そして、各々の上皮の性格からマクロでは、単房性あるいは多房性で、漿液性、粘液性、血性の液体を容れ、その結果としてサイズも異なってくる。性索間質性腫瘍では、性索である顆粒膜細胞あるいは精細管、間質である莢膜細胞や線維芽細胞、ライデッヒ細胞のいずれか、または両者を模倣する細胞からなる腫瘍で、腫瘍細胞の性格から性ステロイドを産生する。胚細胞腫瘍の８割は卵巣あるいは精巣に発生するが、その他に、卵黄嚢から未分化性腺原基に遊走する過程で始原生殖細胞が脱落した部位、すなわち身体の正中部あるいは傍正中部（尾仙部、後腹膜腔、縦隔、松果体など）にも発生する。胚細胞腫瘍は、胎児胚の分化段階から、未分化なディスジャーミノーマ、発生初期の胎芽性癌、未熟奇形腫、そして分化した成熟奇形腫、さらに胎児付属物である卵黄嚢と胎盤に由来する卵黄嚢腫瘍と絨毛癌に大別される（Teilum G, 1965）。

解剖学的に女性が男性と大きく異なる点のひとつが、卵管を経由して腹腔内と体外が連絡していることである。この特徴によって精子と卵子が受精する生命発生の場になる一方で、炎症性疾患を惹起することにもなり、卵管の腫大では、この炎症性疾患と腫瘍を鑑別することが重要となる。中でも卵管癌は、婦人科悪性腫瘍の約 1%と稀な腫瘍で、40 歳～60 歳代を好発年齢とする。その解剖学的位置や上皮・間質・平滑筋層の組織構築から、卵巣癌に比べると不正性器出血や下腹部痛（時に疝痛）の出現頻度が高く、水様帯下は卵管癌に特徴的である。肉眼的には、腸詰め様の腫大の中に充実性と嚢胞性が混在し、卵巣癌と同様に漿液性腺癌が最も多い７割を占め、最近では serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC)が卵巣癌の起源のひとつであることが指摘されている。

卵巣と卵管に発生する腫瘍の正しい理解のためには、発生学、組織学、解剖学の基礎知識を動員することが正鵠を射ており、このことによって臨床上の正しい診断と適切な治療へと導かれることは論を俟たない。

片渕　秀隆（カタブチ　ヒデタカ）　昭和 30 年 11 月 30 日生、本籍　佐賀県

熊本大学大学院生命科学研究部産科婦人科学分野　教授、熊本大学医学部附属病院成育医療部門　部門長、熊本大学医学部附属病院地域医療連携センター　センター長、熊本県「私のカルテ」がん連携センター　センター長、愛媛大学・大分大学・島根大学・長崎大学　非常勤講師

〈略歴〉

昭和 57 年 3 月　熊本大学医学部専門課程卒業（医師免許登録第 265658 号）

昭和 57 年 6 月　熊本大学医学部附属病院産科婦人科　研修医

昭和 58 年 6 月　九州厚生年金病院産科婦人科新生児科　研修医

昭和 63 年 3 月　熊本大学大学院医学研究科博士課程（第 2 病理学教室）

昭和 63 年 4 月　熊本大学医学部附属病院産科婦人科　医員

平成元年 12 月　熊本大学医学部附属病院産科婦人科　助手

平成 5 年 7 月　Johns Hopkins 大学医学部病理学（R.J.Kurman 教授）　研究員

平成 7 年 4 月　熊本大学医学部産科婦人科学講座　助手

平成 9 年 1 月　熊本大学医学部産科婦人科学講座　講師

平成 15 年 3 月　熊本大学医学部産科婦人科学講座　助教授

平成 16 年 9 月　熊本大学大学院医学薬学研究部　婦人科学分野　教授

平成 18 年 4 月　熊本大学医学部附属病院地域医療連携センター長（継続）

平成 21 年 4 月　熊本大学医学部附属病院副病院長、同総合臨床研修センター長、同地域医療支援センター長（至平成 23 年 3 月）

平成 22 年 1 月　（改組）熊本大学大学院生命科学研究部婦人科学分野　教授

平成 22 年 10 月　（改組）熊本大学大学院生命科学研究部　産科婦人科学分野, 教授

平成 22 年 12 月　熊本県「私のカルテ」がん連携センター長（継続）

平成 24 年 4 月　熊本大学医学部附属病院成育医療部門長

〈賞罰〉

熊本大学医学部産科婦人科学教室同窓会平成 6 年度、平成 15 年度学術奨励賞、日本臨床電子顕微鏡学会平成 11 年度奨励賞、日本臨床電子顕微鏡学会平成 16 年度論文賞、平成 24 年度熊本大学特別表彰

〈所属学会・研究会〉

日本産科婦人科学会（理事）、日本婦人科腫瘍学会（常務理事）、婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 JGOG（理事）、日本婦人科がん検診学会（常務理事）、日本産婦人科手術学会（理事）、日本臨床分子形態学会（常務理事）、日本婦人科病理学会（理事）、日本胎盤学会（理事）、日本生殖免疫学会（理事）、日本妊娠高血圧学会（理事）、日本癌学会（評議員）、日本癌治療学会（評議員）、日本がん検診学会（評議員）、日本エンドメトリオーシス学会（世話人）、日本婦人科分子標的研究会（世話人）、日本絨毛性疾患研究会（世話人）、JSAWI（世話人）、日本産婦人科栄養・代謝研究会（理事）、日本ソフロロジー研究会（理事）、熊本産科婦人科学会（会長）、熊本県母性衛生学会（理事長）、熊本県産婦人科医会（理事）、熊本医学会（監事）

American Association for Cancer Research(AACR), American Society of Clinical Oncology(ASCO)
International Society of Gynecological Pathologists(ISGO), International Gynecologic Cancer Society(IGCS),
International Federation of Placental Association(IFPA), Asia-Oceania Research Organisation in Genital Infection and Neoplasia(AOGIN:Board,Research Committee Chair), The Johns Hopkins Medical and Surgical Association

〈Editorial Board〉

International Cancer Conference Journal(Editor), Current Obstetrics and Gynecology Reports(Section Editor),
International Journal of Clinical Oncology, Reproductive Biology and Endocrinology, Journal of Experimental and Clinical Cancer Research, Journal of Ovarian Research, Trophoblastic Research

〈免許〉

日本産科婦人科学会専門医（第 820273-N-8702 号）、死体解剖資格認定（第 5406 号）、熊本県母体保護法指定医師（第 043-02-04-0113 号）、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医（第 070061 号）、日本がん治療認定医機構がん治療認定医（第 07180010 号）

一　般　講　演

101. 体外受精による妊娠で広範囲な穿通胎盤となった初産婦の１例

鳥取大学医学部産科婦人科
柳楽　慶、荒田和也、經遠孝子、原田　崇、岩部富夫、原田　省

近年、帝王切開術の増加に伴い癒着胎盤の頻度は増加し、帝王切開術をはじめとした子宮手術既往や前置胎盤が癒着胎盤のリスクファクターであることが知られている。今回、体外受精による妊娠で広範囲な穿通胎盤となった初産婦の1例を経験したので報告する。

症例は38歳女性、未経妊であり、他院でIVF-ETにより妊娠し、妊娠22週1日、里帰り分娩目的に当院を紹介受診した。胎盤は底部から前壁にかけて付着し、胎盤付着部の子宮外に低輝度領域を一部分認めた。また、胎盤と低輝度領域の間に異常血流が確認されたが、妊娠30週には低輝度領域は消失していた。妊娠38週0日、前期破水のため入院し、妊娠38週1日より陣痛誘発を開始した。陣痛誘発を行うも子宮収縮は認めず、妊娠38週3日、子宮内感染の診断で緊急帝王切開術を施行した。子宮前壁に一部胎盤が露出しており、穿通胎盤と診断した。子宮下部横切開にて児を娩出し、引き続き子宮摘出を行った。児は2965g、Apgar score 8/9、出血量は2350g、濃厚赤血球と新鮮凍結血漿を10単位輸血した。病理組織検査でも穿通胎盤と診断された。

癒着胎盤のリスクファクターである子宮手術既往や前置胎盤は認めず、体外受精による妊娠で穿通胎盤となった症例を経験した。ARTによる妊娠では、癒着胎盤の可能性を念頭に置くことが必要と考えられた。

102. 卵子提供による妊娠・分娩の３症例

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター
徳重秀将、林　和俊、永井立平、山本寄人、小松淳子、松本光弘、木下宏実、南　晋

【緒言】近年海外での卵子提供妊娠が増加しているといわれているが、その全容は明らかではない。当院で経験した卵子提供妊娠・分娩の３症例を報告する。【症例１】４８歳、既往歴なし。体外受精で流産を反復し渡米、日本人女性（２０歳代後半）から卵子提供を受け凍結融解胚移植で妊娠。妊娠経過は良好だったが、妊娠４０週で頚管熟化が不良で陣痛誘発したが分娩進行せず、選択帝王切開術を施行した。【症例２】３４歳、ターナー症候群、甲状腺機能低下症、双角子宮を合併。挙児希望が強く渡米し２５歳のアジア人から卵子提供を受け妊娠。妊娠６週で切迫流産のため一時的に入院。合併症を早期発見するため母体心エコーを反復した。妊娠３０週で胎児発育不全（-2.0SD）があり入院管理し、児頭骨盤不均衡を確認し妊娠３７週で選択帝王切開術を施行。【症例３】３９歳、早発閉経のため国内の病院で従姉妹の卵子提供を受け体外受精で妊娠。妊娠経過は特に問題なく、妊娠４０週で陣痛発来し経膣分娩された。【結語】適応の異なる３症例の卵子提供妊娠・分娩を経験した。今後も海外での卵子提供妊娠例の増加が予想されるが、本来妊娠分娩可能でない状態であることを認識し妊娠分娩管理にあたる必要がある。

103. 子宮体癌の妊孕性温存療法後、生殖補助医療により妊娠し癒着胎盤のため子宮全摘出術を行った１例

県立広島病院　産科[1)]、婦人科[2)]、生殖医療科[3)]
及川奈緒子[1)]、熊谷正俊[2)]、藤本悦子[2)]、數佐淑恵[1)]、広岡由実子[1)]、中島祐美子[1)]、児玉美穂[1)]、兒玉尚志[3)]、原鐵　晃[3)]、上田克憲[1)]、内藤博之[2)]

子宮体癌に対し妊孕性温存療法を行い長期間経過観察した後、生殖補助医療により妊娠し、妊娠36週に癒着胎盤のため帝王切開術後に子宮全摘出術を施行した１例を経験したので報告する。症例は41歳、未経妊未経産。既往歴・家族歴に特記なし。31歳時に子宮体癌ＩＡ期と診断され高用量黄体ホルモン療法を行い経過観察していたが、34歳時に再発した。高用量黄体ホルモン療法を再度行い、以降は再発なく39歳時に結婚し挙児希望のため当院を紹介受診した。高度の子宮内腔癒着を認めたため子宮鏡下に剥離術を行い、４回目の凍結胚移植により妊娠成立した。妊娠中期より前置胎盤が疑われ帝王切開予定としていたが、妊娠31週に警告出血を認め入院管理とした。複数回の子宮内膜掻爬と子宮内腔癒着剥離術の既往から癒着胎盤を疑い、骨盤部MRI検査でも癒着胎盤が示唆された。自己血1200gを貯血し、癒着胎盤の場合子宮全摘出術となることに同意を得たうえで、妊娠36週に低置胎盤の適応で帝王切開術を施行した。

胎盤は剥離困難であり、子宮全摘出術・両側付属器摘出術へ移行した。出血量は羊水込みで 988g、自己血 600g を輸血し術後は貧血なく経過良好であった。病理組織診断は Placenta accreta で、子宮内膜・両側付属器ともに悪性所見を認めなかった。若干の文献的考察を加えて報告する。

104. 羊水中 IL-6 測定による子宮内感染の重症度予測に基づいた娩出時期の検討について

倉敷中央病院　産婦人科
桐野智江、重田　護、大石さやか、矢内晶太、伊尾紳吾、上田あかね、村上幸祐、大塚由有子、内田崇史、福原　健、中堀　隆、高橋　晃、長谷川雅明

【目的】子宮内感染は新生児予後に関係し、その診断は周産期管理の上で重要である。当院では 2010 年より、子宮内感染が疑われる症例に対して羊水中の IL-6 を測定している。IL-6 による子宮内感染の重症度予測が、組織学的絨毛膜羊膜炎(CAM)と相関し娩出の指標となるかどうかについて検討した。
【方法】2010 年 4 月から 2013 年 4 月に羊水中の IL-6 を測定した妊娠 20 週以上 29 週未満の 38 症例 53 回の測定を対象とした。IL-6 16000pg/ml 以上の A 群と 16000pg/ml 未満の B 群に分け、組織学的 CAM の Blanc 分類の傾向と妊娠延長期間について後方視的に検討した。複数回測定した症例は最後の測定値で解析した。
【結果】A 群 18 例のうち 15 例が翌日までの娩出であった。B 群 20 例では、11 例で 29 週以降まで妊娠期間を延長でき、5 例の戻り搬送・転院と 2 例の 36 週以降の娩出が含まれた。組織学的 CAM については、A 群で CAM なし 3 例、1 度 2 例、2 度 6 例、3 度 6 例と、1 例は後胎盤膿瘍であり、B 群で CAM なし 7 例、1 度 2 例、2 度 0 例、3 度 2 例であった。A 群では早期の娩出が妥当であり、B 群では妊娠延長が可能で CAM の重症度も低く、IL-6 が管理の参考となると考えられた。
【考察】羊水中 IL-6 は組織学的 CAM と相関しており、周産期管理において子宮内感染の有用な予測マーカーであると示唆された。

105. 免疫不全マウスによる低酸素性虚血性脳症モデルの作成

広島大学　産科婦人科[1)]、東広島医療センター　産婦人科[2)]
木谷由希絵[1)]、田中教文[2)]、古宇家正[1)]、坂手慎太郎[1)]、信實孝洋[1)]、向井百合香[1)]、兵頭麻希[1)]、平田英司[1)]、坂下知久[1)]、工藤美樹[1)]

【目的】低酸素性虚血性脳症（HIE）に対し幹細胞等を用いた治療法の開発が研究されている。ヒト臍帯血由来血管内皮前駆細胞（$CD133^+$細胞）は虚血性病変の再生を促し、HIE 治療への応用が期待される。これまで *in vitro* で脳脊髄器官共存培養法を用いて、低酸素障害を受けた脳組織へ $CD133^+$細胞を投与すると軸索伸長が改善することを報告してきた。続いて、*in vivo* で $CD133^+$細胞の HIE に対する効果を確認するためモデルを作成することを目的とした。【方法】7 生日の免疫不全マウスの左頸動脈を結紮後、低酸素に曝露しモデルを作成した。対照群（C 群）(n=9)、低酸素虚血群（HI 群）(n=47)に対し、56 生日の体重、大脳障害の程度(左脳/右脳)、運動機能評価である Rotarod 試験を行った。8 生日の本モデルに $CD133^+$細胞を腹腔内投与し、抗 HLA-DR 抗体で免疫組織化学染色を行い大脳への移行の有無を確認した。【成績】C 群、HI 群の体重は 21.2±0.67 g（平均値±標準誤差）、18.9±0.56 g で HI 群は有意に発育不良であった（P=0.046）。大脳の左右比は C 群 1.05±0.02、HI 群 0.84±0.04 で、HI 群で有意に患側脳は縮小した（P<0.01）。Rotarod 試験の持久時間は C 群 69.3±10.36 秒、HI 群 22.0±3.26 秒で、HI 群で有意に運動能力が低下した（P<0.01）。また大脳組織に抗 HLA-DR 抗体で陽性を示す細胞を確認できた。【結論】免疫不全マウスを用いて HIE モデルを作成した。本モデルに腹腔内投与した $CD133^+$細胞は大脳への移行していた。今後は本モデルを用いて HIE に対する $CD133^+$細胞の効果を検討する予定である。

106. 1 児に Body Stalk Anomaly を認めた一絨毛膜二羊膜性双胎の 1 例

高知医療センター産科[1)]、小児科[2)]
永井立平[1)]、木下宏実[1)]、山本寄人[1)]、小松淳子[1)]、松本光弘[1)]、南　晋[1)]、林　和俊[1)]、岩崎由佳[2)]、丸山秀彦[2)]

【はじめに】Body Stalk Anomaly(BSA)は、14000～42000 妊娠に 1 例発症する、広範な腹膜破裂を来す致死的な疾患である。一絨毛膜二羊膜性(MD)双胎の 1 児に BSA を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】32 歳 1 回経産婦、MD 双胎、妊娠初期胎児超音波検査で 1 児に多発奇形（側湾、胸郭低形成、腹壁破裂、単一臍帯動脈）を認め BSA を疑った。両児間は短い臍帯で繋がっており、嚢胞状の臍帯とそれを取り囲む臍帯血管を認め胎盤への付着部位は 1 カ所のみだった。Co-twin に明らかな形態異常は認めなかった。妊娠 31 週 2 日に Co-twin の胎児機能不全により緊急帝王切開分娩とした。第 1 子(Co-twin)は鎖肛を認め開腹術を施行、小腸が臍の裏側に入り込むように癒着し小腸閉鎖を認め、大腸は欠損していた。第 2 児は腹壁欠損、肺低形成、脊椎側湾、短臍帯、羊膜と腹壁の癒着を認め BSA と診断した。また、重複腸管を疑う所見を認め、病理検査では一部が小腸、途中から大腸構造を示しており、第 1 子の腸管が第 2 子の腸管に癒合している事が推測された。
【考察】BSA の発生原因として、妊娠初期の胚盤形成異常説、血管破綻説、羊膜破綻説が提唱されている。近年では多胎妊娠による BSA の報告も散見され、一卵性双胎においては受精卵の不分割説が提唱されているが、本症例それを支持するものと考えられた。

107. 二絨毛膜二羊膜双胎において両児間の discordancy を来たし、胎盤の血管吻合を認めた一例

四国こどもとおとなの医療センター　産婦人科
柴田真紀、森根幹生、毛山　薫、村上雅博、檜尾健二、前田和寿

妊娠初期から子宮内胎児発育不全及び両児間の discordance を認め、娩出後の胎盤において血管吻合を認めた症例を経験した。
症例は 34 歳、経妊 1 回経産 0 回。自然妊娠し初期の膜性診断にて二絨毛膜二羊膜双胎と診断された。妊娠 23 週に里帰り分娩希望にて当院受診時、第一子-1.5SD、第二子-2.8SD の子宮内胎児発育不全及び両児間の discordancy を認めた。
妊娠 32 週より入院管理となり、入院後も二児の growth は認めていたが 35 週で血圧上昇を認め、重症妊娠高血圧症候群として緊急帝王切開となった。
第一子は体重 1648g (-1.45SD) で Apgar score5/8、第二子は 1142g(-2.7SD)で Apgar score7/9、両児間の discordant rate は 30%であった。
胎盤はほぼ中央で分かれており、臍帯は第一子中央付着、第二子は辺縁～卵膜付着で胎盤間に A-V 吻合が見られた。
二絨毛膜二羊膜双胎の Discordance の原因としては胎児奇形、臍帯胎盤因子などが主な原因と言われているが、血管吻合の報告もある。また二絨毛膜二羊膜双胎で双胎間輸血症候群に至った症例も報告されている。
二絨毛膜二羊膜双胎であっても両児間の discordance を認める症例では原因検索を行い、その一つとして血管吻合があり双胎間輸血症候群の発症の可能性もあるとして慎重に経過を追う必要があると考えられる。

108. 肺静脈の観察から胎児診断に至った先天性両側横隔膜弛緩症の一例

徳島大学　産科婦人科
乾　宏彰、加地　剛、米谷直人、中山聡一朗、前田和寿、苛原　稔

胎児超音波で肺静脈の観察が診断の契機となった両側性横隔膜弛緩症の一例を経験したので報告する。【症例】32 歳、G1P1、自然妊娠。妊娠 12 週 NT の増大があり 14 週 2 日当科に紹介となった。初診時 NT は 6.0㎜と増大しており、17 週に羊水検査を行い正常核型であった。以後の超音波において、四腔断面像で心臓の左右への偏位は認められず心臓の位置は正常であった。一方肺静脈は 4 本ともに描出できなかった。妊娠 25 週、通常下肺静脈が描出される高さに肝静脈が描出されたことから、心臓の左右には肺ではなく挙上した肝臓が占拠していると考えられた。その後超音波及び MRI にて肺肝境界は保たれていること、高度な肝臓挙上があることが確認され横隔膜弛緩症が疑われた。37 週 6 日に管理目的にて誘発分娩を行った。児は 2510g の男児、Apgar2/3、呼吸管理を行ったが生後約 3 時間で換気不全のため死亡となった。解剖では両側横隔膜は菲薄化し、両側の腹部臓器は均等に挙上していた。両側肺も高度低形成であり、両側性横隔膜弛緩症及び高度肺低形成の診断が確認された。
【考察】横隔膜ヘルニアなど横隔膜の異常は心臓の左右への偏位が診断の契機となることが多い。しかしながら本症例では両側横隔膜が弛緩し、腹部臓器が均等に挙上したため心臓の左右への偏位がなかった。今回は肺静脈が描出困難で肝静脈が通常より高い位置で認めたことが診断の契機となった。

109. 胎児裂脳症をきたした先天性サイトメガロウイルス感染症の１例

松江赤十字病院産婦人科
石橋朋佳、真鍋　敦、池野屋美智子、藤脇律人、川上伸兒、澤田康治

【はじめに】サイトメガロウイルス(CMV))は、経胎盤感染により児に神経学的後障害を引き起こすとされており、近年、本邦妊婦の CMV 抗体保有率の低下により、妊娠中の初感染による先天性 CMV 感染が問題となっている。今回我々は、胎児裂脳症をきたした先天性 CMV 感染の１例を経験したので報告する。【症例】症例は 26 歳、１経産婦。近医での超音波検査で、胎児片側脳室拡大と胎児発育不全と診断され、妊娠 30 週０日に紹介となった。MRI 検査では、左大脳半球から右側脳室に達する裂隙がみられ、裂脳症(open lip type)と診断された。血液検査で CMV 抗体 IgG、IgM 共に陽性で、羊水中の CMV DNA も陽性であった。先天性 CMV 感染による胎児裂脳症と診断し、出生後の治療方針について説明を行った。妊娠 39 週１日、正常経膣分娩となり、出生時体重：2660g、身長：48cm、Apgar score：8/9 であった。児は NICU での管理となり、血液検査、尿検査で先天性 CMV 感染症と確定診断され、抗ウイルス剤による治療により CMV DNA が陰性化し、日齢 22 日に退院となった。現在、生後 10 ヶ月になるが、発達遅滞、症候性てんかんが認められる。【おわりに】胎児裂脳症をきたした先天性 CMV 感染症を経験した。免疫グロブリンを用いた胎児治療も試みられており、今後有用なスクリーニング方法と医療介入方法の確立が望まれる。

110. 羊水過多を合併した胎盤血管腫の１例

高知大学　産科婦人科
山本槙平、松島幸生、森田聡美、氏原悠介、牛若昂志、都築たまみ、國見祐輔、谷口佳代、泉谷知明、池上信夫、前田長正、深谷孝夫

【緒言】胎盤血管腫は胎盤に発生する良性の腫瘍の中で最も頻度が高い。多くは合併症を呈することなく経過するが、腫瘍径の大きなものは羊水過多、胎児心不全や非免疫性胎児水腫などの周産期合併症を引き起こすことが報告されている。今回、著明な羊水過多を伴った胎盤血管腫の症例を経験したので報告する。
【症例】30 歳。経産婦。前回妊娠は特に異常は指摘されず、経腟分娩している。近医で妊婦健診を受けていたが、妊娠 28 週２日、羊水過多による子宮収縮増加による切迫早産管理目的に当科へ緊急母体搬送となった。超音波所見では胎盤に 5.0×6.0×3.7cm の血流を有する腫瘤を認め、胎盤血管腫を疑った。また、羊水ポケットは 12cm、AFI は 34 であった。胎児に明らかな奇形は認めなかった。切迫早産に対して塩酸リトドリン及び硫酸マグネシウムの持続点滴を行ったが、子宮収縮抑制が難しく、羊水穿刺による羊水の減量を行い管理した。羊水穿刺時には染色体検査も行ったが正常核形であった。経過中、胎盤腫瘤の増大や胎児心不全徴候は認めなかった。妊娠 33 週３日、破水のため緊急帝王切開術を施行し、1506g の女児を Apgar score 8 点(1 分)9 点(5 分)で分娩した。胎盤腫瘤は病理学的に hemangioma であった。
【結語】羊水過多を認めた場合、胎児奇形や神経系疾患のみならず、胎盤血管腫も鑑別すべきと考えられた。胎盤血管腫を認めた場合、胎児循環障害などに留意して周産期管理を行う必要があると考えられた。

111. 当院の胎児超音波スクリーニングの現状と問題点

山口大
三原由実子、村田　晋、折田剛志、李　理華、田村博史、杉野法広

【緒言】近年の周産期医療において, 形態異常を有する児を適切に治療するため, 産科医による出生前診断が重要である事は言うまでもない. しかし, 100%近い診断率と言われている頭頸部異常に比べ, 心血管系を含む胸部や腹部の出生前診断率は 50%前後と低いのが国内の現状である. よって今回, 山口大学で実施している胎児超音波スクリーニングの現状を提示し, 問題点について考察した. 【対象】2010 年４月から 2013 年３月まで当院で胎児超音波スクリーニングを施行した 1563 例. 【検討項目】1. 出生前に診断できた形態異常数, 2. 出生前に診断できなかった形態異常数, 3. 形態異常における出生前診断と出生後診断の正診率の３点について検討した. 【結果】1. 頭頸部 16 例、胸部８例、腹部 25 例であった. 2. 胸部６例（DORV, TOF+PA, VSD, AVSD, PS, 気管閉鎖各１例ずつ）と, 腹部１例（結腸閉鎖）が診断できなかった. 3, 1-2 の結果, 頭頸部は正診率 100%, 胸部 57%(8/14), 腹部 96%(25/26)となった. なお胸部疾患２例（Ebstein 奇形, IAA typeA）は出生前診断の結果, 小児心臓外科手術が対応可能な施設へ母体紹介となった. 【考察】今回, 当院の出生前診断の現状が明

らかとなった. 正診率は他施設と同等かそれ以上の成績であった. しかし流出路や房室弁疾患の検出は不十分であり, 今後の課題と考える.

112. 3D HDlive モードで嚢胞性ヒグローマを描出しえた3例

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学
田中圭紀、石橋めぐみ、天雲千晶、真嶋允人、伊藤 恵、森 信博、請田絵美子、花岡有為子、金西賢治、田中宏和、秦 利之

【緒言】3D HDlive モードにより胎児嚢胞性ヒグローマを描出しえた三例を経験した。
【症例】一例目は 28 歳、1 経妊 0 経産。妊娠 11 週 2 日の妊婦健診時に二次元超音波で NT 肥厚を認め、3D HDlive モードにて項部を描出した。その後嚢胞は 13 週に消失し、38 週 5 日に 2830g の女児を経膣分娩した。児に異常所見はみられなかった。
二例目は 31 歳、3 経妊 1 経産。妊娠 17 週 6 日に皮下浮腫のため紹介され、2次元超音波および3D HDlive モードで嚢胞性ヒグローマの描出をはかった。18 週に羊水穿刺を行い、partial 13 monosomy & partial 18 trisomy との結果を得た。21 週 0 日に 260g の女児を人工妊娠中絶した。児には耳介低位と全身浮腫、鎖肛が見られた。
三例目は 36 歳､3 経妊 2 経産｡妊娠 11 週 3 日の妊婦健診時に2次元超音波で嚢胞性ヒグローマが疑われ､3D HDlive モードに項部の描出をはかった。13 週 2 日に子宮内胎児死亡となり、13 週 4 日に 24g の児を流産した。
【考察】胎児嚢胞性ヒグローマを3D HDlive モードを用いて描出することで従来の3D 画像より自然かつリアルに構造を理解することができると考える。このことは嚢胞性ヒグローマを診断し、また患者に説明する際にも非常に有用であると考える。

113. HD live による First trimester での TRAP sequence の一例

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学[1)] 、安藤レディースクリニック[2)]
天雲千晶[1)]、田中宏和[1)]、伊藤 恵[1)]、新田絵美子[1)]、森信 博[1)]、花岡有為子[1)]、金西賢治[1)]、安藤雅章[2)]、秦 利之[1)]

Twin-reversed arterial perfusion (TRAP) sequence は心臓の形成不全または無形成である無心体に健常児から血管吻合を介して逆流性還流する疾患で予後不良である.これまでにTRAP sequence を3次元超音波検査で出生前診断した報告は2例のみであり、HDlive を用いての出生前診断の報告は未だない.
症例は 33 歳の1経妊0経産婦. TRAP sequence を疑われ、妊娠 11 週 6 日に当科紹介された. 2次元超音波と3次元超音波検査で正常な pump twin と、頭蓋、心臓、両上肢の欠損した無心体児を確認した. pump twin の頭臀長は 43.3mm で週数相当であり、特記すべき異常はみられなかった. 無心体児の長軸方向の長さは 27.6mm だった.
妊娠 13 週 1 日には､無心体児の単一臍帯動脈が観察された. pump twin は臍帯動脈拡張期逆流波形が認められ、妊娠 14 週で IUFD となったため、人工流産とした. pump twin は 11g で無心体児は 2 g だった.
HDlive を使用するとよりリアリティのある像が得られ、TRAP sequence の診断により詳細な情報を提供してくれることが示された. また、pump twin においても first trimester での臍帯動脈拡張期逆流波は予後不良の指標となることが示唆された.

114. 胎児診断に至った Criss-cross heart の一例

徳島大学 産科婦人科
白河 綾、加地 剛、米谷直人、中山聡一朗、前田和寿、苛原 稔

Criss-cross heart は2つの心房ー心室の経路が立体的に交叉しているため、四腔が存在するにもかかわらず四腔断面が描出できない稀な先天性心奇形である。今回胎児期に診断しえた一例を経験したので報告する。
【症例】23 歳 経妊 1 回 経産 1 回。自然妊娠し近医にて健診を受けていたが、胎児超音波検査にて四腔断面が描出できないため 33w4d 当科に紹介となった。初診時の超音波検査にて四腔断面の描出を試みたところ左右の心房および右室は描出されたが、左室が描出できなかった。また右室は水平断で流入路と流出路が同時に描出された。四腔断面が

描出できないことからCriss-cross heartや僧帽弁閉鎖が疑われた。34w2d右室の右下に小さい左室を認め、僧帽弁も確認できた。また右房－右室と左房－左室の２つの経路が交叉していることが確認されCriss-cross heartと診断した。両大血管右室起始症、心室中隔欠損、左室低形成、大動脈縮窄も認めた。39w0d誘発分娩を行った。児は2790gの男児で、心エコーおよびCT検査にて胎児診断が確認され、日齢9に大動脈縮窄修復術、PA bandingを施行した。
【結論】Criss-cross heartは四腔断面が描出できないため、疾患の存在を知らないと診断に難渋する。四腔断面が描出できないときは念頭に置いておくべき疾患である。

115. 当院における羊水染色体検査の現状

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　産科・婦人科学教室
依田尚之、早田　桂、衛藤英理子、延本悦子、瀬川友功、増山　寿、平松祐司

【緒言】当院での羊水染色体検査の現状につき報告する。
【方法】2009年1月から2013年4月に羊水検査を施行した123症例につき検討した。
【結果】全123例中，染色体正常群101例,異常群22例。正常群の検査適応は高齢妊娠54例,胎児超音波検査異常41例（NT肥厚14例,心構築異常9例,胎児水腫6例,中枢神経系異常4例,胎児発育不全3例,複合奇形2例,ヒグローマ1例,羊水過多1例，胞状奇胎疑い1例）,染色体異常児分娩既往2例・家族歴2例,母親の均衡型転座1例，血清マーカー異常1例であった。異常群の検査適応は,高齢妊娠3例,胎児超音波検査異常19例（18トリソミー疑い8例,多発奇形4例,21トリソミー疑い2例，NT肥厚(9㎜)2例,ヒグローマ2例，胎児両側胸水1例）であった。
高齢妊娠適応での染色体異常は,Klinefelter症候群2例と由来不明の染色体異常1例であった。胎児超音波検査異常適応での染色体異常は,18トリソミー 12例,21トリソミー 5例,5p症候群1例,不均衡型転座1例であった。18トリソミー疑い8例は全例18トリソミーであった。羊水検査の合併症は子宮内感染による流産1例であった。
【結論】高齢妊娠適応での羊水検査異常症例は慎重な遺伝カウンセリングを要する症例であった。18トリソミーは超音波検査で染色体異常を強く疑い,確定診断として羊水検査を施行する傾向にある。

116. 待期的管理を試みた前置癒着胎盤の1例

倉敷中央病院産婦人科
上田あかね、重田　護、大石さやか、矢内晶太、伊尾紳吾、桐野智江、村上幸祐、大塚由有子、内田崇史、
福原　健、中堀　隆、高橋　晃、長谷川雅明

【はじめに】帝王切開の増加などにより前置癒着胎盤の頻度は上昇しているが、未だ確立された管理方針はない。今回、前置癒着胎盤に対し待期的管理を試みた1例を経験したので報告する。
【症例】35歳、初産婦。2回の子宮筋腫核出術の既往歴あり。前医でIVF-ETで妊娠成立。当科を32週で初診、全前置胎盤であり、Grade 3のplacental lacunaeを認め癒着胎盤を疑った。妊娠期間に性器出血は認めなかった。子宮温存希望があり、癒着胎盤であれば待期的管理の方針とした。自己血貯血を行い、37週0日に両側尿管ステント留置の上、底部横切開で帝王切開術施行した。胎盤は剥離できず癒着胎盤と診断した。また子宮と両側付属器、腸管に強固な癒着を認めた。術中出血は羊水込みで590ml、外子宮口からの出血は全くなかった。術当日に子宮動脈塞栓術を施行、その後も出血は認めず術後8日目に退院した。術後1ヶ月頃より腹痛と子宮内血腫を認め、子宮全摘術の方針に変更したが、術後53日目に大量の性器出血があり緊急で子宮全摘術を施行した。術中出血は3065gで同種血輸血を行なった。病理所見はplacenta increta であった。
【結語】待期的管理により、子宮温存を試みたが、突然の大量性器出血により緊急手術を余儀なくされた。前置癒着胎盤の管理方法に関し今後検討を重ね、アウトカム向上につなげていきたい。

117. 当院における帝王切開術既往の前置胎盤症例の検討

鳥取県立中央病院　産婦人科
上垣憲雅、野中道子、竹中泰子、大畠順恵、岡田　誠、皆川幸久

【目的】帝王切開術既往のある前置胎盤症例のうち、子宮摘出に至った症例について検討すること。

【対象】2007 年から 2012 年までの間に、前置胎盤の診断で 37 症例に帝王切開術を施行した。その内、帝王切開術既往があり子宮摘出に至った 4 症例を対象とした。
【結果】前置胎盤症例の平均年齢は 33.8 歳、分娩歴は初産 18 例、経産 19 例、平均妊娠週数は 36 週 2 日であった。その内、帝王切開術既往があり、胎盤付着部位が切開創に及んでいた 4 例では、全例で帝王切開時に子宮摘出を要した。内 3 例では血流パターン解析を含む超音波検査および MRI 検査で癒着胎盤の存在が想定されたため、自己血貯血に加え、内腸骨動脈バルーン留置、尿管ステント留置、セルセーバー設置とし、胎児娩出後に子宮摘出を行った。手術出血量は 1700 - 3800g であった。一例で placenta accreta が、一例で placenta percreta が組織学的に確認された。一方、術前の画像診断で癒着胎盤を想定できなかった一例では、帝王切開時に多量出血(8900g)となり結果的に子宮摘出を要した。本症例は組織学的には placenta accreta が確認された。
【まとめ】帝王切開術既往のある前置胎盤症例において、癒着胎盤の有無の評価は画像診断では必ずしも十分ではないことが示唆された。そのため、癒着胎盤の存在と子宮摘出を想定した周到な準備が必要と考えられた。

118. 当院で経験した前置胎盤についての検討
高知県立幡多けんみん病院
森　亮、渡邊理史、濱田史昌、中野祐滋

【緒言】前置胎盤は妊娠中に大量出血となり，輸血や子宮摘出を余儀なくされるハイリスク疾患である．我々は当院で経験した前置胎盤症例について検討を行った．【方法】2008 年 1 月から 2013 年 5 月の間に当院で経験した 9 症例について検討した．【結果】該当期間の分娩 1802 例中，本疾患は 9 例 (0.5%)で，平均年齢は 34.4 歳，初産 4 例，経産 5 例，子宮手術既往例は 3 例であった．平均分娩週数は 34 週 6 日，平均児体重は 2070g，平均 Aps は 7 点(1 分)，8 点(5 分)であった．全例帝王切開で予定 5 例，緊急 4 例であり，緊急手術の適応は全例対応困難な出血であった．胎盤付着部位は前壁 2 例，後壁 7 例，全は 5 例，部分 0 例，辺縁 4 例で，2 例に癒着胎盤を認めた．平均手術時間は 71 分，子宮摘出例は 1 例，平均出血量は 1690g であった．1 例に大量出血に伴う産科 DIC を発症した．2009 年から内腸骨動脈バルーン留置を導入し，全前置胎盤前壁付着の 2 例に使用した．2 例とも出血量は 2500g で，1 例は子宮全摘術が必要となった．文献的には，緊急子宮摘出例の出血量は 3000～5000g であることから，内腸骨バルーン使用は出血軽減に寄与したと考える．【結語】当院で経験した前置胎盤について検討した．内腸骨動脈バルーン留置は出血量軽減に有用であった．出血量軽減の工夫を緊急時を含め，他科と連携することが重要であると考えた．

119. 低置胎盤症例における分娩様式と分娩時出血量との関係
独立行政法人国立病院機構岡山医療センター産婦人科
山下聡美、多田克彦、萬　もえ、片山典子、塚原紗耶、立石洋子、熊澤一真、中西美恵

【目的】低置胎盤症例において分娩時出血量の観点から経腟分娩の安全性を検討した。【方法】2004 年 1 月～2011 年 12 月に管理した低置胎盤 39 症例を対象とし，分娩方法別に出血量を後方視的に検討した。本研究では，胎盤辺縁～内子宮口距離(Placental edge to internal os distance:Pl-iOS)が 4cm 未満のものを低置胎盤と定義した。当院における低置胎盤症例の経腟分娩トライ基準は，警告出血がない，患者の同意が得られている，自己血貯血ができていることが望ましい，Pl-iOS は考慮しない，である。【成績】経腟分娩率は Pl-iOS の違いによる差はなかった (0-2cm 群 73.3%，2-4cm 群 71.4%)。Pl-iOS が 0-2cm 群における分娩時出血量の中央値と範囲は，選択帝切群 (n=7)：1300mL (910-3160)，緊急帝切群 (n=9)：1300mL (510-2316)，経腟群 (n=11)：570mL (151-1180) であり，経腟群が他の 2 群に比べ低値であった (P<0.01)。経腟群では Pl-iOS の違いによる出血量の差はなかった(0-2cm 群 570mL，2-4cm 群 500mL)。経腟分娩進行中に緊急帝切となった群 (n=6) の出血量は 975mL で，選択帝切群 (n=10) の出血量 1200mL と差はなかった。【結論】警告出血のない低置胎盤症例に関しては，Pl-iOS に関係なく経腟分娩を考慮しても良い。

120. MRI 検査が有用であった前置血管の 1 例
広島市立安佐市民病院産婦人科
本田　裕、山下通教、秋本由美子、谷本博利、寺本三枝、寺本秀樹

【緒言】前置血管は出生前に診断されなければ新生児死亡率は60% にも達するため、出生前診断が児の予後に極めて大きな意味をもつが、その診断は必ずしも容易ではない。診断は主として超音波断層法や超音波カラードップラー法でなされるが、臍帯血管の走行を把握するのが困難な場合もある。我々は，出生前に超音波検査で前置血管と診断し，MRI 検査でその走行を正確に描出・把握できた症例を経験したので報告する。【症例】34 歳，1 経産。既往歴：胎児徐脈にて帝王切開。現病歴：ART にて妊娠し他院で妊婦健診を受けていたが、当科での分娩を希望し妊娠 32 週で紹介となった。初診時、超音波検査で低置胎盤および内子宮口付近に臍帯血管を認め、前置血管と診断した。翌日入院し、床上安静と塩酸リトドリン持続点滴を開始した。超音波検査では臍帯血管の走行は把握困難であったため、MRI 検査を行った。これにて、臍帯血管が胎盤下縁から内子宮に向けて走行し内子宮口をかすめるようにループを形成し胎児に向けて走行するのが確認できた。妊娠 36 週、選択的帝王切開術により 2305g の女児をアプガースコア 10/10 にて娩出した。【考察】前置血管の診断自体は超音波検査で十分であるが、臍帯血管の走行を立体的に把握するのには適していない。MRI 検査では臍帯血管の走行を容易にかつ正確に把握することができるため、前置血管の補助診断として有用であると思われた。

121. リステリア菌血症を来たした SLE 合併妊娠の一例

愛媛大学大学院医学系研究科病因・病態領域　産科婦人科学講座
安岡稔晃、高木香津子、松原圭一、松原裕子、内倉友香、森　美妃、井上　彩、近藤恵美、田中寛希、橋本　尚、鍋田基生、濱田雄行、藤岡　徹、那波明宏

【諸言】リステリア菌感染症は人畜共通の食品媒介性感染症であり、妊婦や高齢者、免疫不全患者に発症しやすい。妊娠中に感染した場合、不顕性感染もしくは軽症ですむ場合もあるが、菌血症などの重篤な経過をたどることもあり、胎児敗血症、胎児肉芽腫症、膿腫が原因となり早産、死産、新生児死亡の原因となる。今回我々は SLE 合併妊婦にリステリア菌血症を呈した症例を経験したので報告する。
【症例】31 歳の初産婦。当院内科にて SLE と診断されフォローアップされていたが自然妊娠成立し、当科で妊婦健診を施行していた。35 週 4 日に発熱と鼻出血を認め緊急入院した。血小板: 9000 / μl と低下しており SLE の再燃と考え、副腎皮質ステロイドの増量、γ-グロブリン大量療法、セフェム系抗生剤の投与および血小板輸血を施行し、発熱および血液検査における炎症反応は改善したが、血液培養から入院後 5 日目にリステリア菌が検出された。そのため抗生剤を感受性のある ABPC に変更した。NST および超音波所見上、異常所見を認めなかったが、胎内感染のリスクを考慮し、同日妊娠 36 週 2 日に緊急帝王切開を施行し、2132g の男児を Apgar スコア：8/9、臍帯動脈血 pH：7.376 で娩出した。出生後、児に感染徴候は認めず、分娩後も母体は臨床症状の増悪なく経過している。
【結語】SLE を合併し、副腎皮質ステロイドを投与されている妊婦の発熱時は、リステリアなどの重篤な感染症の可能性を念頭に置いた対応が必要である。

122. 頚管縫縮時の脊髄クモ膜下麻酔が原因と考えられる,両側慢性硬膜下血腫を発症した妊婦の一例

JA 尾道総合病院 産婦人科[1)]、JA 尾道総合病院 脳神経外科[2)]
寺岡有子[1)]、佐村　修[1)]、頼　英美[1)]、佐々木　克[1)]、上田　猛[2)]

【緒言】妊娠中に慢性硬膜下血腫を発症することはまれである. 今回,頚管縫縮術後に慢性硬膜下血腫を発症したと考えられる症例を経験したので報告する.
【症例】36 歳女性,1 経産,DD 双胎,既往歴なし,妊娠 24 週で頚管長短縮と胎胞形成を認め高次施設へ搬送となった. 25G 針を用いた脊髄クモ膜下麻酔下に頚管縫縮術を施行され,約 2 週間後から起立時の頭痛を自覚していた. 妊娠 30 週で逆搬送となり切迫早産管理を継続した.入院時より頭痛の訴えがあり,アセトアミノフェン頓用と硫酸マグネシウム,塩酸リトドリンの減量で症状は一旦軽減した. しかし妊娠 33 週に頭痛と手指振戦の増悪,嘔吐を認めたため収縮抑制剤のさらなる減量を行ったが症状は改善せず,不随意運動を伴う振戦を認めるようになり,さらに血液検査で CK 797 U/L と著明な上昇を認めたため緊急帝王切開を行った. 術後 1 日目に意思疎通が困難となり頭痛が持続していたため,頭部 CT,MRI 検査を行った. mid line shift を伴う両側慢性硬膜下血腫を認め,妊娠中外傷の既往がないことから,頚管縫縮時の麻酔が原因と考えられた. 同日穿頭洗浄術を行い術後 14 日目に軽快退院した.
【まとめ】脊髄クモ膜下麻酔は産科手術の際よく行われている手技であるが,合併症としてまれに硬膜下血腫をきたすことがあるため,術後に持続する頭痛や嘔吐を認める場合は本症を鑑別に入れる必要があると考えられた.

123. 妊娠中にインフルエンザ罹患後重症化を認め分娩に至った 1 例

広島鉄道病院　産婦人科
松岡直樹、高本晴子、藤本英夫

妊婦は非妊婦に対してインフルエンザに罹患した場合に重症化するリスクが高く、予防のためワクチン接種が勧められる。当科で妊娠管理中のワクチン接種後の妊婦が妊娠 38 週にインフルエンザ罹患しオセルタミビル内服したが重症化し、その後分娩に至った症例を経験したので報告する。患者は 35 歳の 1 回経産であり、インフルエンザワクチン接種済みで胎児成長など妊娠経過に問題なかった。妊娠 37 週 5 日に感冒様症状が出現し、翌日 38 度以上の発熱を認めた。インフルエンザ検査にて A 型陽性を認めたため、同日オセルタミビル内服を開始したが解熱せず咳嗽が増悪した。第 3 病日（妊娠 38 週 1 日）に胸部レントゲン像にて胸水貯留を認め、血液検査結果と併せて胸膜炎と診断し入院管理とした。オセルタミビル投与継続し、抗生剤（ABPC/SBT）および解熱剤（アセトアミノフェン）、鎮咳薬（ペントキシベリンクエン酸塩）投与により解熱・鎮咳傾向となり、呼吸状態安定していた。第 6 病日（妊娠 38 週 4 日）に前期破水を認めたが、発熱なく胸膜炎は改善傾向であったことから自然陣痛発来を期待し待機した。第 9 病日（妊娠 39 週 0 日）まで陣痛発来を認めなかったため、オキシトシンによる分娩誘発を施行し女児娩出となった。経過は母児ともに良好で産褥 5 日目に退院となった。妊娠中にインフルエンザ罹患後重症化した場合、母体および分娩そして新生児管理に十分な注意が必要と言える。

124. 切迫早産管理中に肺水腫を認めた 8 例の検討

山口大
折田剛志、村田　晋、三原由実子、李　理華、田村博史、杉野法広

【目的】切迫早産管理中に肺水腫を発症した症例の特徴を検討した。【対象】過去 3 年間に切迫早産治療を行い、肺水腫を合併した 8 例。【検討内容】入院時年齢、発症時期、発症時の薬剤投与量や、合併症の有無等を検討した。【結果】年齢は 31.7±4.7 歳（平均値±標準偏差）、初産婦 3 例、経産婦 5 例（うち双胎 1 例）であった。PIH を合併した症例は認めなかった。発症週数は 27.6±3.4 週であった。肺水腫発症時、8 例全例で塩酸リトドリン(R) 及びニフェジピン(N) が投与され、うち 5 例に硫酸マグネシウム(M) も投与されていた。発症時の R 投与速度は 110-200 μg/分で、8 例中 5 例は 150 μg/分以上であった。N 投与量は、160mg/日が 4 例、80mg/日が 3 例、60mg/日が 1 例であった。M 投与速度は、1.8g/時が 2 例、1.3g/時が 1 例、1.0g/時が 2 例であった。ベタメタゾン(12mg×2 回)が投与された 6 例は全例で投与後 3 日以内に肺水腫を発症した。8 例中 7 例は血液検査にて CRP 陽性であった。肺水腫の診断後、全例で子宮収縮抑制剤を中止／減量し、5 例が直後に分娩となった。【考察】複数の子宮収縮抑制剤を併用して切迫早産管理を行っている症例で、炎症が背景にある症例やベタメタゾン使用後には肺水腫の発症の危険性が高いと考えられた。

125. 当院で経験した子宮破裂症例の臨床的検討

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター産婦人科
萬　もえ、多田克彦、山下聡美、片山典子、塚原紗耶、立石洋子、熊澤一真、中西美恵

【目的】わが国における 2011 年の妊産婦死亡原因の 1 位は産科的危機的出血であり，子宮破裂は産科的出血を来す基礎疾患の 2 位に位置づけられた重要な病態である。当院で経験した子宮破裂症例を後方視的に検討し，臨床的特徴を明らかにすることを目的とした。【方法】2001 年 1 月～2012 年 12 月までに当院で経験した子宮破裂症例 7 例を対象とし，診療録を用いて後方視的に検討を行った。【成績】子宮破裂は全例院外発生の経産婦症例で，全て分娩前後に起こった。全子宮破裂は 5 例に認め，このうち 2 例に妊産婦死亡を認めたが新生児予後は良好であった。妊産婦死亡例の 1 例に古典的羊水塞栓症が合併し，もう 1 例は大量出血に伴う多臓器不全後死亡に至った。さらに，全子宮破裂例の中で胎児死亡例と重症新生児仮死例を 1 例ずつ認めた。不全子宮破裂の 2 例では母児の予後は良好であった。子宮破裂の原因として，帝王切開を含め子宮手術を原因とした瘢痕性子宮破裂は認めず，陣痛促進剤の使用例が 4 例（うち 3 例が全子宮破裂でこのうち 2 例が妊産婦死亡，1 例が重症新生児仮死）で，自然子宮破裂が 3 例であった。前壁が破裂した例はなく，全例側壁の破裂であった。不全子宮破裂ではカラードプラ法で子宮頸管内に噴出する動脈性の出血を認め，診断の補助となった。【結論】全子宮破裂の母児の予後は悪かった。不全子宮破裂の診断にカラードプラ法は有用であった。

126. 経腹カテーテル留置による反復羊水注入が有効であった前期破水の一例

公益財団法人大原記念倉敷中央機構　倉敷中央病院　産婦人科
伊尾紳吾、重田　護、矢内晶太、大石さやか、桐野智江、村上幸祐、上田あかね、大塚由有子、内田崇史、
福原　健、中堀　隆、高橋　晃、長谷川雅明

【緒言】Pre-term の前期破水の管理は、胎児機能不全や感染兆候がなければ妊娠継続を行う。しかし、羊水過少が持続する場合は胎児肺低形成、臍帯圧迫から胎児機能不全を生じる危険性がある。妊娠 22 週前期破水に伴う羊水過少症に対して、経腹カテーテルを留置して反復羊水注入を行い、妊娠 30 週まで妊娠期間を延長し得た症例を報告する。
【症例】39 歳初産婦。自然妊娠成立後、妊娠初期より近医で健診を受けていた。妊娠 22 週時に前期破水を認め、当院へ紹介となった。初診時 AFI は 10cm であったが、持続羊水流出に伴う羊水過少を妊娠 23 週に認め、経腹的に羊水注入を開始した。人工羊水としてウリナスタチン混注生理食塩水を使用した。4 日程度で羊水過少となるため、経腹カテーテルを留置し、連日 250ml-1000ml を 32 日間注入した。胎児の状態は安定し、良好な体重増加を認めた。妊娠 30 週時に常位胎盤早期剥離を発症し、緊急帝王切開術を施行した。出生児は 1628g、Apgar score5/5/8(1 分/5 分/14 分)、臍帯動脈血 pH7.257 であった。胎盤は 517g で、絨毛羊膜炎・臍帯炎は認めなかった。出生児は呼吸器管理に難渋することなく、修正妊娠 33 週に人工呼吸器を離脱し、修正妊娠 38 週 6 日 2408g で退院となった。
【考察】妊娠中期の前期破水に対する反復羊水注入法は児の予後を改善する可能性が示唆された。反復羊水注入を要する場合は、経腹カテーテル留置が有用であった。

127. 重症妊娠高血圧腎症を発症した Charcot-Marie-Tooth 病合併妊娠の 1 例

川崎医科大学病院　産婦人科[1)]　神経内科[2)]
杉原弥香[1)]、羽間夕紀子[1)]、佐野力哉[1)]、村田卓也[1)]、福家信二[1)]、冨松拓治[1)]、中井祐一郎[1)]、中村隆文[1)]、
下屋浩一郎[1)]、村上龍文[2)]、砂田芳秀[2)]

【緒言】今回我々は稀な遺伝子異常である Charcot-Marie-Tooth 病（CMT 病）合併妊娠で重症妊娠高血圧腎症を発症した 1 例を経験したのでここに報告する。
【症例】35 歳、2 経妊 0 経産。既往歴として常染色体劣性遺伝である CMT 病あり。自然妊娠後、CRL より分娩予定日を決定し妊婦健診施行。CMT 病に関しては無治療で経過観察を行っていた。妊娠 23 週の時点で子宮動脈の notch を認め、妊娠高血圧症候群の指標と考え注意して経過を追っていた。妊娠 27 週頃より BP 120/85mmHg と軽度の血圧上昇と FGR 傾向を認めていた。妊娠 33 週 5 日 BP 155/88mmHg と上昇あり、浮腫と胸部不快感を認めたため管理入院。入院後血圧上昇、尿蛋白 3.5g/day となり重症妊娠高血圧腎症（Lo-hP）と診断、誘発分娩予定としていた。妊娠 34 週 3 日、突然の下腹部痛があり遅発一過性徐脈の出現後、FHB 90bpm 台の遷延徐脈が持続。常位胎盤早期剥離が疑われ緊急帝王切開となる。女児 1707g、AS 7/8、臍帯血ガス pH 7.116　PaO_2 16.3mmHg　$PaCO_2$ 69.3mmHg　BE -6.8mmol/L にて娩出。分娩後、母体は一時的な血圧上昇、胸水貯留と尿酸上昇を認めたが徐々に改善、経過良好で退院となった。
【考察】今回我々は CMT 病合併妊娠で重症妊娠高血圧腎症を発症した 1 例を経験した。CMT 病が妊娠に影響を及ぼすという報告は少ない。また妊娠高血圧症候群を発症しやすいとの報告も見られない。しかし本症例において重症妊娠高血圧腎症、常位胎盤早期剥離との経過を辿ったことから、子宮動脈の notch の観察は妊娠高血圧症候群の予知に有用かと思われた。

128. 妊娠 39 週に急性心筋梗塞を発症した一例

鳥取大学産科婦人科
東　幸弘、荒田和也、経遠孝子、原田　崇、岩部富夫、原田　省

【緒言】妊婦の急性心筋梗塞の発症率は約 0.007～0.062%で、妊娠後期および分娩後に発症しやすいと言われている。我々は妊娠 39 週に急性心筋梗塞を発症し、母児ともに経過良好であった一例を経験したので報告する。
【症例】30 歳、初産婦。近医で妊娠初期より管理され、妊娠経過は順調であった。妊娠 39 週 3 日に突然胸痛を発症し、当院へ緊急搬送となった。心電図で V3～5 誘導に ST 上昇、心エコーで前壁の壁運動障害を認めた。胎児心拍は正常であった。slow VT や心室性期外収縮が散発するようになり、心筋逸脱酵素の上昇を認めた。造影 CT で冠動脈攣縮に伴

う急性心筋梗塞と診断した。自然破水後に子宮収縮は陣痛様となり、循環器内科医と協議し、同日緊急帝王切開術を施行した。Apgar score 8/9、臍帯動脈血 pH7.230 で、児の出生後の経過は良好であった。ニトログリセリン等の投与で治療し、心筋逸脱酵素は次第に正常化した。リハビリの後、術後 16 日目に退院となった。
【考察】妊娠中の心筋梗塞発症例の報告では、経腟分娩を選択されることが多い。本症例では非持続性心室頻拍を認め、経腟分娩のストレスを避けるために母体適応で緊急帝王切開術を選択した。
【結語】妊娠中の胸痛発症例では、頻度は少ないが急性心筋梗塞も鑑別に挙げられる。急性心筋梗塞と診断した場合は、各専門科と協議し、母体の治療方針ならびに娩出の時期と方法を慎重に決定することが望ましい。

129. 先天性第Ⅴ因子欠乏症合併妊娠の一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　産科・婦人科学教室(1)
地域医療支援病院　社会医療法人鴻仁会　岡山中央病院(2)
安藤まり(1)、瀬川友功(1)、佐藤麻夕子(1)、衛藤英理子(1)、延本悦子(1)、早田　桂(1)、木村吉宏(2)、増山　寿(1)、
平松祐司(1)

【はじめに】先天性第Ⅴ因子欠乏症は、発症頻度 100 万人に 1 人といわれる稀な疾患である。今回、術前検査の凝固能異常から本疾患が判明した症例を経験したので報告する。
【症例】38 歳女性、1 経妊 1 経産。出血傾向の既往や家族歴なし。自然妊娠後、経過順調であったが、骨盤位のため選択的帝王切開術とした。術前検査で凝固能異常を認め、妊娠 36 週時に精査加療目的で血液内科に紹介となった。初診時、プロトロンビン時間（PT）48%(正常値：80～120)、活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）47 秒(正常値：25～36)と延長していた。凝固因子検査で第Ⅴ因子活性が３％未満と低値で、先天性第Ⅴ因子欠乏症と診断された。術前日から FFP15 単位を投与し、術直前は PT77%、APTT31.9 秒に改善した。39 週 3 日に凝固能異常があるため全身麻酔下で予定帝王切開術を施行した。術中出血量は子宮収縮不良もあり、羊水込みで約 2000mL であったが、創部の止血や悪露の排出量に異常はなかった。FFP は術直後から 5 日間かけて 43 単位を漸減しながら投与した。期間中に出血傾向を認めず FFP の追加補充を行うことなく、経過良好で術後 7 日目に退院となった。
【考察】先天性第Ⅴ因子欠乏症は、臨床症状が軽微なことから未診断の症例があるとされており、術前スクリーニングで凝固機能異常を認めた場合には本疾患を念頭において精査する必要がある。

130. 母乳育児に影響を及ぼす因子の検討

倉敷中央病院　産婦人科 1)　看護部 2)
大塚由有子 1)、重田　護 1)、大石さやか 1)、矢内晶太 1)、伊尾紳吾 1)、桐野智江 1)、上田あかね 1)、村上幸祐 1)、
内田崇史 1)、福原　健 1)、中堀　隆 1)、高橋　晃 1)、長谷川雅明 1)、瀬田恵子 2)、中川牧子 2)、西尾衣理 2)、
堀　愛美 2)、南　早矢香 2)

【目的】当院は総合周産期センターとして年間約 1200 件の分娩を取り扱い重症例や緊急例も多い。その中で母乳のケアまで十分に手が回せていない。そこで当院の現状を分析し介入できる問題点はないかを探った。
【方法】2012 年 5 月から 2013 年 4 月に当院で出産し分娩翌日までに母児同室できた 751 例を対象とした。退院時、1 ヶ月健診時における母乳率と母乳率に影響を及ぼしうる因子として年齢、経産の有無、分娩様式、総出血量、分娩の時間帯、分娩後 24 時間の授乳回数、児の最大体重減少率、搾乳の有無について多変量解析を施行した。1 ヶ月健診時には入院中のミルク補足の有無も検討因子に加えた。
【結果】母乳率は退院時 54.9%、1 ヶ月健診時 56.5%であった。
退院時の母乳率はまず年齢で有意差を認めた（29 歳以下 69.1%、30～34 歳 54.5%、35 歳以上 39.4%）。更に 29 歳以下の群では搾乳の有無で有意差を認め、30～34 歳の群及び 35 歳以上の群では経産の有無で有意差を認めた。
1 ヶ月健診では入院中のミルク補足の有無（有 49.1%VS 無 90%）で有意差があり、更に補足有の群では年齢で有意差を認めた（29 歳以下 65.3%、30～34 歳 47.9%、35 歳以上 33.7%）。更に 29 歳以下の群では経産の有無で有意差を認めた。ミルクの補足は平均で生後 1.56 日目に施行しており、その際の体重減少率の平均は 5.74%であった。
【結論】当院の母乳率は低く今後介入の余地が十分にあると考えられた。特に有意な因子である入院中のミルク補足が早い段階でなされており、補足基準を守っていく必要があると思われた。

131. 当院で経験した過去4年間の飛び込み分娩9症例の報告

津山中央病院　産婦人科
大平安希子、江口武志、杉山和歌菜、小古山　学、河原義文

【目的】2009年1月から2012年12月までの4年間に9症例の飛び込み分娩を経験した.その背景や経過について報告する.
【方法】飛び込み分娩の定義は,妊婦健診を未受診もしくは2回以内しか受けていない状態での当院受診,または分娩後の当院受診とした.
年齢,分娩歴,飛び込み理由,児の体重,児の予後などについて後方視的に比較検討した.
【結果】対象期間の当院の総分娩数828件に対する飛び込み分娩の割合は1.09%（9件）であった.
年齢は16歳から37歳（平均年齢29.5歳）,経産婦4症例・初産婦5症例であり,飛び込み理由は経済的事情・妊娠未自覚・周囲への妊娠未告知などであった.児の体重は低出生体重児1症例,正常児8症例であり比較的出生時の経過は良好であった.しかし母体リスクとしては予期せず帝王切開後の経腟分娩となった症例や弛緩出血の症例があり,児のリスクとしては前期破水による早産症例や,その後の消息不明症例,里親に預けられた症例,若年出産の為現在も小児科定期受診を要する症例などがあった.パートナー不在や,喫煙者が多い傾向にあった.
【結論】飛び込み分娩症例は周産期合併症や社会的な問題の発生頻度が高く,ハイリスク分娩となる可能性が高い.飛び込み分娩後の母子における長期的な実態調査を行い,今後の母子のフォローアップと,ハイリスク分娩減少のための対応・対策を協議することが必要である.

132. 頭部MRIでPRESを認め神経学的に予後良好であった子癇の一例

高知赤十字病院
髙橋洋平、平野浩紀、甲斐由佳、七條あつ子

妊娠38週0日で分娩子癇を発症した1例を経験した。症例は31歳、0経妊0経産。前医にて外来血圧の上昇と蛋白尿の出現を指摘され、分娩誘発を実施されたが血圧上昇を認めたため、妊娠37週4日に当院に母体搬送となった。当院入院時、母体血圧は安定、自覚症状の出現なく、血液検査結果も良好なため、評価を行った。妊娠37週6日時、重症型妊娠高血圧腎症と診断され、分娩誘発目的で子宮頚管拡張を実施した。同日、自然破水となった。妊娠38週0日、陣痛発来し分娩進行を認めたが、突如、血圧の上昇とともに子癇発作を発症した。鎮静、人工呼吸下に頭部CTを撮影し、頭蓋内出血性病変がないことを確認し、全身麻酔下に緊急帝王切開術を実施した。術直後、頭部MRIでPRESと思われる所見を認めた。集中治療室にて鎮静、鎮痛、抗痙攣療法を行い、血圧管理の上、48時間の人工呼吸管理とした。抜管後、血圧の上昇なく母体経過は良好であった。術後11日目の頭部MRIではPRESの所見が消失し、母体の神経脱落症状を認めなかった。母体は術後12日目に退院となった。子癇発作時の母体の神経学的予後の評価にMRIが有用であると思われた。

133. 当科で経験した多脾症候群の4例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　産科・婦人科学教室
谷　和祐、延本悦子、衛藤英里子、早田　桂、瀬川友功、増山　寿、平松祐司

【緒言】臓器の左右分化障害である心房内臓錯位症候群は無脾・多脾症候群を包括する概念である。多脾症候群は両側左側構造で、合併奇形は無脾症候群と比較し少ない。今回我々は2008年5月から2013年5月までの5年間の間に多脾症候群と診断された4例について検討した。
【症例】症例1：33歳、G2P2、妊娠25週で診断。単心房、単心室、総動脈幹症、下大静脈欠損症、完全房室ブロックを認め、妊娠38週に完全房室ブロックのため帝王切開にて分娩。症例2：40歳、G2P2、妊娠28週で診断。完全大血管転位症Ⅱ型、肺動脈狭窄症、下大静脈欠損症、胎児徐脈を認め、妊娠37週に分娩停止のため緊急帝王切開にて分娩。症例3：23歳、G3P2、妊娠34週で診断。両大血管右室起始症、心室中隔欠損症、肺動脈狭窄症、胎児徐脈を認め、妊娠39週に経腟分娩にて分娩。症例4：32歳、G2P1、妊娠28週で診断。心奇形・不整脈なく、上部消化管閉鎖を認め、前期破水のため妊娠36週に経腟分娩にて分娩。全4例中、下大静脈欠損は2例、不整脈は3例、1例では心内奇形を認めなかった。

【考察】本疾患は非常に稀な疾患であるが、胎児超音波によって心奇形や内臓の位置異常、刺激伝導系の異常から出生前から診断が可能である。胎児期の的確な診断のもと小児科・心臓外科との連携を行うことで、出生直後の新生児の急変や搬送を回避することも可能である。

134. 救命し得た子宮型羊水塞栓症の２症例

山口県済生会下関総合病院　産婦人科
梶邑匠彌、水本久美子、丸山祥子、菊田恭子、坂口優子、嶋村勝典　高崎彰久、森岡　均

近年、弛緩出血と考えられてきた症例の中に、弛緩出血とは病態が異なる子宮型羊水塞栓症の存在が報告されている。今回、救命し得た子宮型羊水塞栓症を２症例経験した。

【症例１】

40 歳初産婦、特記すべき既往歴、家族歴なし。妊娠 39 週、前期破水を認め、誘発分娩開始したが胎児心拍機能不全を認め、緊急帝王切開となった。術後、性器出血持続し、子宮収縮剤投与でも改善は認められなかった。fibrinogen の減少、血小板の減少、凝固能の異常を認めたため、子宮型羊水塞栓症を疑い、新鮮凍結血漿の輸血を行ったが出血持続し、fibrinogen の著しい低下を認めた為、子宮全摘術施行した。

【症例２】

29 歳１経産婦。経膣分娩後４時間で 1500ml を超える弛緩出血を認め、当院救急搬送となった。入院後、子宮収縮剤の大量投与を行ったが改善せず、fibrinogen の減少、凝固能の低下を認めたため、子宮型羊水塞栓症を疑い、新鮮凍結血漿の投与を行った。しかし出血持続し、分娩後８時間には歯肉、口唇出血を認めたため、子宮全摘出術施行した。

両症例とも術後経過は良好であった。

病理検査では、両症例とも子宮静脈中に alcian blue 陽性所見、C5a-receptor 発現細胞の増加を認め、子宮型羊水塞栓症の診断であった。

子宮収縮剤が無効で DIC 症状が改善しなかった子宮型羊水塞栓症例 2 例を経験し、子宮を摘出することによって救命できた。

201. 当院における HPV ワクチンの接種順守及び接種完遂率の検討

川崎医科大学附属病院産婦人科教室
羽間夕紀子、杉原弥香、佐野力也、石田　剛、宋　美玄、福家信二、村田卓也、冨松拓治、中井祐一郎、
中村隆文、下屋浩一郎

緒言

HPV ワクチンが本邦で導入されたが 15 歳以上のキャッチアップ接種は任意とされ、その普及は進んでいない。

接種間隔および 3 回接種完遂率のデータはまだ少なく、キャッチアップ接種の問題点を把握することは重要である。

方法

当院において 2 価ワクチン接種者 719 人および 4 価ワクチン接種者 227 人を対象に, 施行状況を後方視的に検討した。

尚、本研究は当院倫理委員会の承認を得て行った。

結果

対象は医療関係者 8%、医療系大学生 76%であった。2 価ワクチンと 4 価ワクチンを併せた 946 人の接種完遂率は 77.2%だった。2 価ワクチン 83.7%、4 価ワクチン 56.4%であり両者に有意差が認められた。2 価ワクチン接種者および 4 価ワクチン接種者の 1 回接種後脱落率は 4.5%、12.3%、2 回接種後脱落率は 14.3%、31.7%であった。2 価ワクチン接種者の 1～2 回目の接種間隔は 40.0±34.9 日、1～3 回目の接種間隔は 197.0±30.7 日。4 価ワクチン接種者の 1～2 回目の接種間隔は 72.2±23.3 日、1～3 回目の接種間隔は 200.5±23.9 日であった。

考察

対象が問題意識の高い集団の検討であるが、接種完遂率は 80%弱に留まった。2 価ワクチン接種の方が有意に接種完遂率が高かった理由については不明だが、接種間隔が要因となっている可能性がある。接種率の向上に向けて更なるアプローチが必要である。

202. 子宮頸癌心臓転移の一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　産科・婦人科学教室
岡本和浩、楠本知行、安藤まり、依田尚之、樫野千明、西條昌之、谷　和祐、春間朋子、福島千加子、関　典子、中村圭一郎、増山　寿、平松祐司

子宮頸部扁平上皮癌の治療経過中に心臓転移が確認された一例を経験した。

症例は２７歳経産婦、妊娠反応陽性にて近医を受診し、子宮頚部浸潤癌疑いにて紹介され、子宮頚癌 1b1 期の診断となった。妊娠 19 週 0 日に広汎子宮全摘及び骨盤内リンパ節郭清を施行した。

術後 PET-CT にて傍大動脈リンパ節、肝臓、肺への転移が疑われた。後療法としては本人、家族の希望にて外来通院可能な化学療法(taxol+nedaplatin)を開始し、転移はほぼ消失した。術後 6 ヶ月の PET-CT にて骨盤内リンパ節再発が疑われ、追加治療として放射線治療を行い、腫瘍縮小を認めた。その後、腫瘍マーカー上昇を認めるも、胸腹部の造影 CT では腫瘍の新たな再発・増悪を認めなかった。

放射線治療終了の約 7 ヶ月後に血小板 3.2 万/μl と著明な減少を認め、さらに D-dimer 上昇を認めたため Multi Detector CT を施行し、右心系に腫瘤を認めた。開心術による腫瘤摘出は、ご本人、ご家族とも希望されなかった。心臓内腫瘤確認から約 3 週間後に永眠された。病理解剖にて、右房から肺動脈に至る、10×6×5cm の転移性腫瘍を認め、心臓内腫瘍及び肺末梢の腫瘍塞栓、梗塞が死因と考えられた。

子宮頸癌の心臓転移は無症状で、剖検時に始めて確認されることが多い。生前に発見することは非常に稀である子宮頸癌心臓転移の症例を経験したので、文献的考察を踏まえて報告する。

203. 子宮頸癌IVa 期症例の検討

NHO　福山医療センター産婦人科
多賀茂樹、原賀順子、澤田麻里、永井あや、山本　暖、早瀬良二

【目的】子宮頸癌のIVa 期の治療内容について検討する。【方法】2004 年から 2012 年まで当科で治療を行なった子宮頸癌IVa 期 19 例について検討した。【成績】組織型は扁平上皮癌が 13 例，腺癌 5 例，腺扁平上皮癌 1 例であった。浸潤の部位は，膀胱・直腸が 1 例（5%），膀胱のみが 16 例（82%），直腸のみが 2 例（11%）であった。水腎症が見られたのは 11 例（58%）で，両側 4 例（21%），左 4 例（21%），右 3 例（16%）であった。直腸浸潤のある 3 例のうち 1 例で直腸腟瘻がみられた。また，治療経過を通じて腎瘻造設したのは両側水腎症を認めた 4 例（21%），尿管ステント挿入したのは 1 例（5%）であった。腎瘻造設 4 例中 3 例は初回治療時に，1 例は再燃時に行った。膀胱腟瘻に対して回腸導管造設し，途中直腸腟瘻となり人工肛門造設したのが 1 例あった。初回治療内容は CCRT が 11 例，放射線療法のみが 5 例，化学療法後放射線療法を行ったのが 3 例であった。治療成績は，19 例中無病生存 7 例，有病生存 2 例，原病死 10 例である。【結語】子宮頸癌IVa 期では無病生存は 19 例中 7 例と予後不良であり，6 例で泌尿器科的・外科的な処置を要した。

204. 3 回の salvage surgery を施行した子宮平滑筋肉腫の 1 例

香川労災病院産婦人科
大道千晶、清水美幸、木下敏史、大倉磯治、川田昭徳

子宮平滑筋肉腫は婦人科悪性腫瘍の中でも特に予後不良な疾患であり、唯一有効な治療法は早期完全摘出とされている。当院にて 3 回の salvage surgery を施行した子宮平滑筋肉種の 1 例に併せて、当院で過去 10 年間に経験した平滑筋肉腫症例の後方視的検討を報告する。

症例は 46 歳、3 妊 3 産、下腹部腫瘤にて近医より紹介、MRI で漿膜下筋腫疑いであるも悪性を否定できず、X 年 1 月開腹手術となる。迅速診断で子宮平滑筋肉腫であり単純子宮全摘＋両側付属器切除＋大網切除を施行。その後 GEM、DTX 併用の化学療法 6 コース施行し経過観察していたが X+1 年 12 月右肺下葉転移再発に対して、胸腔鏡下右肺下葉切除＋横隔膜合併切除施行。術後 1 ヶ月で骨盤内再発を認め、X+2 年 2 月骨盤内腫瘍摘出＋膀胱部分切除＋Hartmann 手術を施行した。その後化学療法予定だったが本人の希望で免疫療法施行。X+2 年 8 月に骨盤内再々発を認め、骨盤内再発腫瘤切除＋右骨盤リンパ節生検を施行した。X+2 年 10 月多発肺転移を認め IFM、ADR 併用の化学療法 4 コース

施行、肺転移は消失した。初回手術から 41 ヶ月経過するも 3 回の salvage surgery と化学療法により、現在無病生存と考えられる。

205. 子宮肉腫肝再発に対し TAE を施行した 1 例

徳島大学病院産科婦人科
香川智洋、河北貴子、吉田加奈子、西村正人、苛原　稔

症例：49 歳、女性、0 経妊　既往歴：甲状腺機能低下症　家族歴：特記なし　H18.11 前医で子宮肉腫に対し ATH+BSO 施行。術後 IAP（イホスファミド、アドリアマイシン、シスプラチン）3 コース施行。以後、3 ヶ月毎にフォローされていた。H23.春 8mm 大の肺結節、7～8mm 大の肝内結節を指摘された。PET-CT では異常なし。H24.3 肺結節影は著変なし。肝内結節は 2.5 cm大に増大し肉腫の再発と考えられた（針生検は本人が拒否）。今後の治療は地元の徳島を希望され、当院紹介となった。H24.5～Doc/GEM3 コース施行。H24.7 CT で肺結節著変なし。肝転移は PD。消化器内科紹介するも RFA は適応外。H24.9～IA 療法 3 コース。H24.11～ CT では PD。H24.12～ ヴォトリエント 800 mg/day 内服開始。H25.1 CT では PD。全身化学療法再開予定であったが、肝胆道系酵素の上昇（GOT109, GPT115, γ-GTP103）を認めたため全身化学療法は困難と判断した。放射線科にコンサルトし、TAE を 3 回施行した。TAE レジメ：MMC8 mg/body、CDDP100 mg/body。CT にて、複数個ある肝転移巣は全て縮小傾向であり、このうち最大径の病変は 70→57mm に縮小を認めた。TAE 施行後、肝胆道系酵素の上昇（GOT165, GPT265, γ-GTP264）を認めたが、自然経過で軽快した。考察：子宮肉腫の多発肝転移に対し TAE が奏効した。文献的には子宮肉腫転移例に対し塞栓術を施行し、効果を認めたという報告がある。多剤耐性の肝転移症例に対し、TAE は治療方針として考慮してもよいと思われる。

206. 上皮性卵巣癌における Interval debulking surgery （ IDS ） の意義

鳥取大学医学部産科婦人科[1]、松江市立病院[2]
佐藤誠也[1]、島田宗昭[1]、浪花　潤[1]、工藤明子[1]、佐藤慎也[1]、大石徹郎[1]、板持広明[1]、紀川純三[2]、原田　省[1]

【背景】2000 年以降、上皮性卵巣癌の初回治療時に人工肛門造設術または 3 カ所以上の腸管合併切除が必要な症例に対しては、Interval debulking surgery （IDS）を行ってきた。
【目的】IDS の治療成績を検証し、その意義を明らかにすること。
【方法】卵巣癌根治術を施行した進行卵巣癌患者 103 例（III 期 80 例、IV 期 23 例）を対象として、Primary debulking surgery (PDS) を施行した 40 例と IDS を施行した 63 例に分けて後方視的に比較検討した。
【成績】両群間で患者背景（年齢、進行期および組織型）に差を認めなかった。出血量、手術時間、輸血施行率に差はみられなかったが、腸管切除率と術後創部感染の発生率は IDS 群で高かった（5.0% vs. 25.4%, P=0.0078、2.5% vs. 15.8%, P=0.047）。手術完遂度に差はみられなかった。PDS および IDS 日を起点とした術後無増悪生存期間を手術完遂度別に比較すると、suboptimal 症例においては IDS 群で有意に短かった（中央値：445 日 vs. 300 日、P=0.0318）。IDS 群では初回治療中に 7 回以上の化学療法を施行した症例が 92.1%（58/63）を占め、治療期間が有意に長かった（中央値：130 日 vs. 250 日, P=0.0001）。一方、治療開始日を起点とした無増悪生存期間および全生存期間に差はなかった（3 年無増悪生存率：38.3% vs. 29.3%, 3 年生存率：66.3% vs. 60.5%）。
【結論】IDS 群では PDS 群に比して初回治療期間が長かったものの、予後に差を認めなかったことから、IDS の有効性が示された。

207. 当科における上皮性卵巣癌に対する salvage chemotherapy の検討

広島大学　産科婦人科
濵﨑　晶、信實孝洋、平田英司、工藤美樹

【目的】再発・進行上皮性卵巣癌の salvage chemotherapy は、生存期間の延長と QOL の改善、症状の緩和を目的としている。またゲムシタビン（GEM）・リポソーム化ドキソルビシン（PLD）もこの目的で使用可能となった。今回我々は当科での再発・進行上皮性卵巣癌に対する salvage chemotherapy について検討した。

【対象と方法】平成15年1月から平成25年4月までの当院での上皮性卵巣癌156症例を後方視的に検討した。初回治療のみで再発のない92例、初回化学療法のみでPDとなり癌死した10例を除く再発・進行症例のうち、経過が追跡できた37例における二次化学療法以降の化学療法について検討した。
【結果】臨床病期はⅠ期が8例、Ⅱ期が3例、Ⅲ期が16例、Ⅳ期が10例であり、組織型による病期の偏りはなかった。GEMは9例17サイクル、PLDは18例68サイクル投与していた。初回化学療法終了後からの再発までの無病生存期間の中央値は5ヶ月で、再発後の生存期間の中央値は18カ月で、全生存期間の中央値は30ヶ月であった。また、二次化学療法終了後からの無増悪期間が6ヶ月以上であった6例（16.2%）中、他病死した1例を除き全例が再発後18ヶ月以上生存していた。
【結論】再発・進行卵巣癌に対するsalvage chemotherapyは、二次化学療法後からの無増悪期間が6ヶ月以上であれば再発後生存期間が中央値より延長されていた。

208. 卵巣明細胞腺癌のプラチナ製剤抵抗性再発にCPT-11＋PTX療法が奏功した1例

国立病院機構四国がんセンター　婦人科・臨床研究センター
小西晴久、竹原和宏、大亀真一、小島淳美、白山裕子、松元　隆、横山　隆、野河孝充

初回化学療法終了後から6ヶ月未満の再発卵巣癌症例をプラチナ製剤抵抗性として取扱い、推奨されるレジメンは定まっていない。また、卵巣明細胞腺癌は化学療法の感受性が低く、現在化学療法について検討されている。今回、卵巣明細胞腺癌のプラチナ製剤抵抗性再発に、セカンドライン治療として行った塩酸イリノテカン（CPT-11）＋パクリタキセル(PTX)併用療法が奏功した1例を経験したので報告する。
症例は40歳。腹部膨満感を主訴に近医受診し、画像検査で卵巣癌が疑われ当科受診となった。CT、MRIで壁在結節を伴う右卵巣腫瘍と腹膜播種、胸腹水を認め、胸水細胞診で腺癌細胞を認めた。開腹時、20cm大の右卵巣腫瘍と子宮、直腸は強固に癒着しており、子宮は摘出困難であった。右横隔膜下に4cm、大網に1cmの播種巣を認めた。Primary debulking surgeryとして両側付属器摘出術を行った。病理組織学的に卵巣明細胞腺癌Ⅳ期と診断し、術後化学療法として、PTX＋カルボプラチン（CBDCA）＋テムシロリムス併用療法を開始した。テムシロリムスの維持療法中に血清CA125値が上昇し、右横隔膜下病変の増大を認めたため増悪と判断した。CBDCA最終投与から5ヶ月での再発であるためプラチナ製剤抵抗性と考え、CPT-11+PTX療法に変更した。現在5サイクル施行後であるが、右横隔膜下病変は縮小し奏功を得ている。
卵巣明細胞腺癌のプラチナ製剤抵抗性再発症例にCPT-11+PTX療法は検討すべきレジメンと考えられる。

209. Microcystic stromal tumorの1例

高知医療センター　婦人科　病理診断科[1)]
木下宏実、徳重秀将、永井立平、山本寄人、松本光弘、小松淳子、南　晋、林　和俊、岩田　純[1)]

Microcystic stromal tumor(MCST)は2009年に提唱された新しい概念の卵巣性索間質性腫瘍系の卵巣充実性腫瘍である。今回この非常に稀な卵巣腫瘍の1例を経験したので病理学的特徴も含め報告する。症例は30歳、未婚未産婦。腹痛を主訴に前医を受診し骨盤内腫瘍にて紹介された。超音波検査にて子宮の右側に8cmのやや高輝度な充実性卵巣腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはいずれも正常範囲でMRI検査でもT1でlow、T2でhigh、内部はやや不均一で表面平滑な腫瘍を認めた。開腹所見では右卵巣から隆起するような形の卵巣腫瘍で周囲癒着を認めなかった。まず嚢腫核出術を行い迅速病理組織検査に提出したが腺癌との返答を得たため右側付属器切除術を追加したが未産婦であり保存的手術に留めた。腫瘍の割面は出血壊死を伴った黄色充実性組織で、病理学的に微少嚢胞を形成する腫瘍細胞と分葉構造を形成する繊維性隔壁を認め、免疫染色にてvimentin陽性、WT1陽性、β-catenin陽性であることよりMCSTと診断された。MCSTは比較的若い年齢に発症することが多く、迅速病理組織で境界悪性腫瘍の診断がなされた例も報告されている。特徴ある病理組織像であるため認知されていると診断は容易とのことであるが、そうでない例では過度な治療が行われる可能性があり迅速病理組織の取り扱いは慎重に行うべきだと考えられた。

210. 性器出血を契機に発見された境界悪性型卵巣明細胞腫瘍の一例

松江市立病院　産婦人科[1)]、臨床検査科[2)]
木山智義[1)]、吉田　学[2)]、平川絵莉子[1)]、田頭由紀子[1)]、田代稚惠[1)]、入江　隆[1)]、紀川純三[1)]

【はじめに】卵巣明細胞腫瘍のほとんどは悪性腫瘍であり、境界悪性腫瘍は約5%程度とまれである。今回われわれは、境界悪性型卵巣明細胞腫瘍の一例を経験したので報告する。
【症例】53歳、2経妊0経産婦。以前より子宮筋腫を指摘され、他院にて経過観察されていた。2カ月前からの体重増加と性器出血を主訴に前医を受診され、超音波検査にて卵巣腫瘍を認めたため、当科紹介となった。MRIにて20cm大の左卵巣腫瘍を認め、腫瘍の一部に7cm大の充実性病変がみられた。腫瘍マーカーはCA125：39.4U/mlと軽度上昇、子宮内膜細胞診は陰性であった。開腹術を行い、術中迅速病理検査にて卵巣明細胞腺癌の疑いと診断されたため、卵巣癌根治術を行った。永久標本でも淡明細胞がhobnail状の大小拡張した腺管を形成し増生する明細胞腫瘍の所見であったが、結節部では腫瘍腺管の増生と共に間質細胞が増生する腺線維腫パターンをとっており、明らかな間質浸潤の所見を認めなかったため、境界悪性型卵巣明細胞腫瘍と診断された。術後進行期はIc期で、現在、術後TC療法を3コース施行中である。
【結論】境界悪性型卵巣明細胞腫瘍の予後は比較的良好とされている。本症例のように、詳細な病理学的検索を行うことが今後の臨床的な予後推定に役立つ可能性が示唆された。

211. 異なる経過をたどった卵黄嚢腫瘍の2症例

岡山赤十字病院　産婦人科
大村由紀子、尾嶋真由子、小國信嗣、林　裕治、江尻孝平

【諸言】悪性胚細胞腫瘍は、全悪性卵巣腫瘍の約 3～5%であり上皮性卵巣癌に比較して稀な腫瘍である。当院で経験した卵黄嚢腫瘍2例を報告する。
【症例1】30歳　1経妊0経産。1か月前からの腹部膨満感を主訴に受診。MRI上右卵巣;粘液性嚢胞性腫瘍(長径11cm)、左卵巣；成熟奇形腫（長径12cm）が疑われた。開腹にて右付属器切除、左卵巣嚢腫核出術施行。病理診断は右；卵黄嚢腫瘍、左；成熟奇形腫、進行期はstage Ic であった。手術翌日のAFPは15500ng/mlと高値であったが術後BEP療法3コース施行しAFPは正常化した。術後5年経過し、再発兆候は認めていない。
【症例2】28歳　0経妊0経産。1か月前からの腹部膨満感を主訴に受診。MRIにて、長径20cmに及ぶ多結節状の腫瘤を認め、卵黄嚢腫瘍が疑われた。AFPは50000ng/ml以上の高値を示した。開腹にて新生児頭大の右卵巣と、その側方に大動脈、下行結腸を巻き込む巨大な播種病変を認め、右卵巣摘出、播腫病変部分切除施行。病理診断は卵黄嚢腫瘍、進行期はstageⅢcであった。術後BEP療法開始するが、癒着性イレウス発症し、人工肛門造設術施行。6コース終了後残存腫瘍摘出術＋ストーマ閉鎖術・腸切除術施行。AFPは正常範囲となった。しかし術後約1年で再発あり、再手術、化学療法追加したものの肝転移、肺転移を認め、また脳転移も明らかとなり、初回手術より3年7か月で永眠された。
【考察】若年性で増大の早い卵巣腫瘍を認めた場合、悪性胚細胞腫瘍を考える必要があると思われた。化学療法に高感受性ではあるが、進行例(不完全摘出例)では寛解導入できたとしても、至適投与コース数については今後の検討課題と考えられた。

212. 卵巣粘液性腺癌におけるPI3K/mTOR阻害剤NVP-BEZ235の有効性の検討

鳥取大学[1]、松江市立病院[2]
工藤明子[1]、大石徹郎[1]、板持広明[1]、佐藤誠也[1]、浪花　潤[1]、佐藤慎也[1]、島田宗昭[1]、紀川純三[2]、原田　省[1]

【目的】卵巣粘液性腺癌（MAC）において、EGFRファミリーとその下流の生存シグナル伝達経路の活性化がしばしば観察され、治療標的として注目されている。本研究では、PI3K/Akt/mTOR経路に着目し、PI3KおよびmTORの阻害剤であるNVP-BEZ235（BEZ235）の有効性を知ろうとした。【方法】MAC由来細胞株7株を用いて、BEZ235に対する感受性をWST-8 assayにより検討した。KRAS、EGFRおよびPIK3CA遺伝子変異の有無はdirect sequence法で判定した。薬剤曝露前後のAkt、p70S6K、4E-BP1および各々のリン酸化蛋白、cleaved PARP、cleaved caspase-9蛋白発現をWestern blot法により検索した。また、細胞周期の変化をFlow cytometryにより解析し、アポトーシスをAnnexin V染色により検索した。次に、RMUG-SおよびOMC-1をヌードマウス皮下に注入し、MAC皮下移植モデルを作成した。【成績】BEZ235に対するIC_{50}は13-328 nMと低値であった。一方、いずれの細胞株においてもEGFR遺伝子変異はみられなかったものの、KRASでは1株に、PIK3CAでは2株に変異を認めた。BEZ235の曝露により、

pAkt、pp70s6K および p4E-BP1 蛋白発現の低下が観察されるとともに、G1 期細胞比率の増加がみられた。また、cleaved PARP および cleaved caspase-9 蛋白発現が増加するとともに、Annexin V 陽性細胞比率が増加し、アポトーシスの誘導が観察された。MAC 皮下移植モデルにおいて、BEZ235 投与により腫瘍発育は有意に抑制された。【結論】MAC に対する BEZ235 の有効性が示唆されるとともに、PI3K/Akt/mTOR 経路が治療標的となりうる可能性が示された。

213. 卵巣粘液性腺癌における CDX2 と MDR1 蛋白の発現

広島大学　産科婦人科
古宇家正、平田英司、木谷由希絵、坂手慎太郎、信実孝洋、向井百合香、兵頭麻希、坂下知久、工藤美樹

【目的】卵巣癌の治療では、初回より化学療法に抵抗性を示す症例や、再発例では治療に抵抗性を示すことが多い。*Multidrug Resistance 1 (MDR1)* 遺伝子は薬剤耐性細胞で過剰発現し、その産物、P-糖タンパク質は、薬剤耐性に重要な役割を果たしている。一方、CDX2 ホメオボックス転写因子は腸の発生、分化、および腸の表現型の維持に重要な機能を持っている。大腸癌においては、CDX2 が *MDR1* の発現を調節していることが示されている。そこで、卵巣癌、特に卵巣粘液性腺癌における CDX2 と MDR1 蛋白の発現を検討した。
【方法】臨床検体において免疫組織化学染色法を用い、組織型及び分化度と CDX2, MDR1 の発現量との間の相関性について検討した。また、Western blot 法を行い、卵巣癌における CDX2 の発現量を検討した。
【成績】卵巣粘液性腺癌で CDX2 の高発現を認め、他の組織型ではほとんど発現を認めなかった。また、粘液性腺癌においては、高分化なものほど発現し、低分化なものは発現が乏しく、分化度と発現量に相関性を認めた。
【結論】卵巣癌において、特に粘液性腺癌では、分化度によって CDX2 と MDR1 の発現量に違いが認められ、薬剤耐性の一因である可能性が考えられた。

214. 当院で開始した遺伝性乳がん・卵巣がん（HBOC）症候群に対するリスク低減卵巣卵管摘出術について

国立病院機構四国がんセンター　婦人科・臨床研究センター
竹原和宏、小西晴久、大亀真一、小島淳美、白山裕子、松元　隆、横山　隆、野河孝充

遺伝性乳がん・卵巣がん（HBOC）症候群とは、同系家族内の世代間で継承される乳がんおよび卵巣がんのことで、HBOC と確定した場合、NCCN ガイドラインでは Surveillance、化学的予防、リスク低減手術が示されている。リスク低減卵巣卵管摘出術（RRSO）は卵巣がんの発症リスクを低下させるが、本邦では治療後の影響や保険制度上の問題で一般的な診療の選択肢の一つになっていない。今回我々は HBOC に対し腹腔鏡下に RRSO を行った 1 例について報告する。
症例は 61 歳女性で、既往歴は乳がん、糖尿病、高血圧症。家族歴として父親が 60 歳時、次女が 33 歳時に乳がんを発症。今回次女の乳がん治療時に HBOC が疑われ、次女の遺伝カウンセリングの際に娘 2 人とカウンセリングを受けられた。HBOC の疾患概念や *BRCA1/2* の変異を有する場合の乳がん、卵巣がん発症リスク、検診プログラムなどを説明したところ遺伝子検査を希望された。遺伝子検査の結果、本人と娘 2 人ともに *BRCA 2* の病的変異を認めた。本人より RRSO の希望あり、当院初の症例のため倫理審査委員会の承認を得て腹腔鏡下両側付属器切除術を実施した。摘出病理検査で両側卵巣、卵管に悪性所見は認められなかった。今回の手術を契機に娘 2 人も今後の乳がん、卵巣がんのサーベイランスの継続と、将来的にはリスク低減手術を受けることを考えている。
HBOC に対するリスク低減腹腔鏡下両側卵巣/卵管切除は低侵襲かつ容易であることより、本邦においても実施体制の整備が望まれる。

215. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）が疑われる卵管癌症例

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター
小林正幸、塚尾麻由、吉冨恵子、平野開士

遺伝性乳癌卵巣癌症候群は BRCA1/2 遺伝子の病的変異により乳癌、卵管癌、卵巣癌など発症する遺伝性疾患であるが、今回我々は異時両側発症乳癌、卵管癌、卵巣癌を発症した症例を経験したので報告する。症例は 61 歳の女性であり、50 歳、52 歳の時乳癌を発症した既往がある。閉経後不正性器出血が続き紹介となり、細胞診、超音波などでは診断がつかず、PET-CT にて悪性腫瘍が疑われ、開腹手術が施行された。手術結果にて右卵管癌

（移行上皮癌）が主体で右卵巣癌（腺癌）が合併した症例と判明した。傍大動脈リンパ節に移行上皮癌の摘出不可能な転移があり、手術後 CCRT を施行し著効であった。現在 TC 療法施行中である。

BRCA1/2 遺伝子は検査可能であるが、当院はまだ契約を結んでおらず、本症例でも測定していないが、経緯から陽性の可能性が高いと思われる。その遺伝子は 1/2 の確立で遺伝する為、患者家族にも注意が必要である。

今後婦人科疾患にも癌遺伝子の存在を念頭におく必要性を感じた症例であった。

216. 卵巣腫瘍の術前診断における CT、MRI、PET/CT 検査の有用性の検討

広島大学
坂手慎太郎、平田英司、信實孝洋、向井百合香、兵頭麻希、坂下知久、工藤美樹

PET/CT は、卵巣癌のリンパ節転移、遠隔転移および再発診断に有用である。一方、卵巣腫瘍の良悪性の鑑別には PET/CT より MRI の方が優れるとの報告がある。卵巣腫瘍に対する CT 、MRI、PET/CT の診断精度から、術前診断におけるそれぞれの有用性について検討した。

2011 年 10 月から 2013 年 3 月までに、卵巣腫瘍の術前に PET/CT を施行した 20 例および施行しなかった 23 例を対象とし、CT、MRI、PET/CT での感度、特異度、正診率を検討した。

PET/CT 施行例では CT、MRI、PET/CT で感度はいずれも 100%、特異度は 50%、73%、100%、正診率は 88%、84%、100%であった。これより、PET/CT の診断精度は極めて高く、卵巣腫瘍の術前診断に有用と考えられた。また、PET/CT 非施行例では CT、MRI で感度はいずれも 100%、特異度は 100%、95%、正診率は 100%、96%であった。CT、MRI での診断精度も高く、卵巣腫瘍の良悪性の鑑別に有用であった。しかし、術前に CT、MRI にて腫瘍壁肥厚や腫瘍壁不整像から悪性と診断されたが、PET/CT では FDG の異常集積を認めず、術後病理組織検査でも良性であった症例を 3 例認めた。これより、CT、MRI 検査に PET/CT を追加することで診断精度を高め得ると考えられた。

217. 当院で経験した卵管癌の 2 例

中電病院　産婦人科
浦山彩子、三春範夫、正路貴代、山本弥寿子、長谷川康貴

【緒言】卵管癌は婦人科悪性腫瘍の 1%前後とまれで，早期発見が困難といわれている。今回，検診異常を契機に発見された卵管癌の 2 例を経験した。【症例 1】66 歳，4 経妊 3 経産。既往歴に胃癌，乳癌。乳癌術後のフォローアップで PET-CT を施行し，腹水内に集積亢進を認めた。他に異常集積を認めず，原発不明癌として当科紹介された。腹膜癌を疑い，両側付属器切除術，大網切除術を施行。病理組織学的検査にて，卵管癌Ⅲa 期　pT3aNxM0，serous adenocarcinoma と診断し，現在，初回化学療法として TC 療法を施行している。【症例 2】74 歳，3 経妊 2 経産。人間ドックで CA125 高値を指摘され当科受診。画像検査は，PET-CT で腹水内の集積亢進を認めるのみであった。子宮内膜細胞診は陽性。子宮体癌を疑い，単純子宮全摘術，両側付属器切除術，大網切除術，骨盤リンパ節生検を施行した。病理組織学的検査で卵管癌Ⅲc 期　pT3cN0M0，serous adenocarcinoma と診断した。【結語】今回経験した 2 症例は，無症状であったが，いずれも発見時にはⅢ期と進行していた。その後の経過，および文献的考察を含め報告する。

218. 子宮腺筋症より発生したと考えられる子宮体部類内膜腺癌の一例

山口県立総合医療センター
品川征大、三輪一知郎、坂本優香、鈴川彩子、鳥居麻由美、藤田麻美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦、
上田一之

【はじめに】近年、卵巣チョコレート嚢腫の悪性化は広く知られるようになったが、子宮腺筋症の悪性化は非常に稀であり、報告例も散見されるのみである。今回我々は、子宮腺筋症より発生したと考えられる子宮体部類内膜腺癌の一例を経験したので報告する。【症例】63 歳、2 回経妊 2 回経産。熱中症に伴う急性腎不全のため当院内科入院。入院中に施行した CT で子宮腫瘤を指摘されたため当科紹介となった。子宮右側に 85mm 大の充実性腫瘤を認め、CA125、CA19-9 が上昇していたが、LDH は正常で、子宮内膜細胞診は陰性であった。子宮筋腫の可能性が高いが悪性腫瘍も否定出来ないため、単純子宮全摘術および両側付属器切除術を行った。術後病理組織診断は endometrioid adenocarcinoma, G2 であった。子宮内膜に悪性所見はなく、子宮腺筋症を認めたので、子宮腺筋症の悪性化と診断し

た。現在 ddTC 療法施行中で、再発所見は認めていない。【考察】子宮腺筋症の悪性化では、病変と子宮内膜との連続性がない場合、細胞診では悪性所見が認められず、術前診断は困難である。非常に稀ではあるが、子宮腺筋症の悪性化を念頭において診療にあたる必要がある。

219. 急速な転帰を辿った子宮体部低分化型腺癌の 1 例

市立三次中央病院　産婦人科(1)、県立奈良医科大学　病理分子学(2)
岡本　啓(1)、大下孝史(1)、勝部貴子(1)、赤木武文(1)、國安弘基(2)

【緒言】子宮体癌の基靭帯浸潤は少なく、進行症例においても子宮摘出を含めた手術療法が可能である場合が多い。今回、術前に急速に進行した子宮体癌の症例を経験した。【症例】60 歳、2 経産婦。10 年前から更年期障害に対して近医でホルモン療法を受けていた。2 週間持続する不正性器出血を主訴に当科を受診し、経腟超音波検査で内膜肥厚を認めた。子宮内膜細胞診は ClassⅤ、組織診で低分化型腺癌の診断であった。腹部 CT 検査では骨盤リンパ節腫大を認めたが、遠隔転移は認めず、骨盤部 MRI 検査では頸部間質浸潤および漿膜浸潤が認められた。術前内診にて左基靭帯浸潤が疑われたが、子宮摘出可能と判断し手術を予定した。開腹時に子宮左側は腫瘍浸潤により左外腸骨血管と強固に癒着し、膀胱への浸潤も認められた。腫瘍の完全摘出は不可能と判断し腫瘍を削る形で子宮を摘出した。術後病理組織診断では扁平上皮化生を伴う低分化型腺癌であり、新 FIGO 進行期ⅢIb 期(pT3bNxM0)と診断した。術後 TC(PTX/CBDCA)療法を行ったが、2 コース終了後に癌性疼痛の増悪を認め、CT 検査で局所腫瘍径の増大、傍大動脈リンパ節腫大、肺転移を認めた。以後 BSC を行い、術後 100 日目に腫瘍死した。【結語】非常に急速な経過であり、現在免疫染色等により病理組織を再検討中である。本例のような進行子宮体癌において、腫瘍残存が予測される状況であっても腫瘍減量手術を行うことの治療的意義について、文献的考察を含めて検討した。

220. 当院における子宮体癌 type2 症例に関する予後の検討

高知大学　産科婦人科
氏原悠介、森田聡美、山本槙平、牛若昂志、都築たまみ、國見祐輔、松島幸生、谷口佳代、泉谷知明、池上信夫、前田長正、深谷孝夫

【緒言】子宮体癌は Type1（高分化型類内膜腺癌）と Type2（低分化型類内膜腺癌や漿液性腺癌など）に分類される。両者は臨床的に予後が大きく異なり、Type2 は高齢者に多く予後不良なものが多いと言われている。今回我々は当科で 2005 年 1 月から 2012 年 12 月までに治療した子宮体癌 84 症例に関して Type1 と Type2 で治療成績を比較検討したので報告する。
【症例】上記 84 症例のうち Type1：66 症例（Ⅰ期 55 症例、Ⅱ期 4 症例、Ⅲ期 7 症例）、type2：18 症例（Ⅰ期 12 症例、Ⅲ期 4 症例、Ⅳ期 2 症例）であった。
生存期間の検討では、原癌死は Type1 で 2 症例、Type2 で 4 症例であり、両群間に有意差を認めた（5 年生存率 90.3%、68.2%、p=0.006）。
また、Type1、Type2 ともに、死亡例はすべて定型手術を行えなかった症例（初回治療として放射線療法または化学療法、その両者）であり、定型手術を行った症例はすべて生存が確認された。
手術不能例は Type2 症例が Type1 症例に比して有意に多かった（Type1：2 症例、Type2：5 症例、p=0.004）。
【結語】子宮体癌はⅠ～Ⅱ期で診断されることが多く、婦人科癌の中では比較的予後良好な疾患ではあるが、Type2 症例は Type1 症例と比較して明らかに予後不良と考えられた。Type2 では手術不能例が多く、予後増悪因子に関与していると考えられた。

221. 病理診断に苦慮した子宮内膜間質結節の症例

高知赤十字病院
髙橋洋平、平野浩紀、甲斐由佳、七條あつ子

子宮内膜間質結節の症例を経験した。症例は 42 歳、１経妊１経産。前医にて筋腫分娩を指摘され、当科に紹介受診となった。分娩筋腫表面の細胞診は classⅡ、骨盤部単純 MRI にて筋腫分娩が指摘された。性器出血は目立たず、貧血も認めなかった。筋腫分娩摘除術を実施した。分娩筋腫の病理検査では子宮内膜間質結節と子宮内膜間質肉腫との鑑別が

困難であるとの結果であった。骨盤部造影 MRI、頚部から骨盤部までの造影 CT を実施するが、残存子宮筋層への浸潤性病変などの悪性所見や転移病変を認めなかった。患者と相談し、病理学的診断のため腹式単純子宮全摘術を追加実施した。子宮内膜には表層近くで間質細胞の増殖が疑われた。壊死や出血像は認めず、腫瘍の子宮筋層内への浸潤を認めなかった。総合的に判断し、子宮内膜間質結節と診断された。ただし、子宮内膜間質肉腫の可能性を完全に否定できないため、画像、血液検査での定期診察を実施することとなった。現在、子宮摘出後、5ヶ月が経過するが、血清 LDH の上昇なく、造影 CT で再発、転移病変を認めず経過良好である。

222. 子宮底部より発生した子宮癌肉腫により非産褥期子宮内反症を呈した 1 例

広島大学　産科婦人科
勝部貴子、信實孝洋、平田英司、工藤美樹

緒言：子宮内反症の多くは産褥期に発症し、非産褥期子宮内反症の報告は少ない。子宮体部癌肉腫に伴う非産褥期子宮内反症を経験したので報告する。
症例：症例は 63 歳、3 経妊 2 経産、不正性器出血を主訴に子宮筋腫を疑われ紹介受診となった。下腹部に新生児頭大の腫瘤があり、腟内には超鵞卵大の壊死性組織が充満していた。MRI で子宮底部の内反所見を認め、腫瘍生検で肉腫を認めた。以上より、子宮底部より発生する子宮肉腫により子宮内反と診断した。
開腹時、子宮底部は陥凹しており、両側付属器は子宮底部とともに引き込まれていた。内反子宮および小骨盤内を占拠する腟内腫瘍のため、子宮側方は視野が狭く処理が困難であった。子宮および腫瘍の主たる栄養血管と術前に判断していた左卵巣動静脈を結紮切断した後、腟内に充満した約 300g の壊死性腫瘍を経腟的に排出し腫瘍減量することで、子宮内反の整復が可能となった。同処置による出血は少量で、その後単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行できた。術後病理組織診断は子宮体部癌肉腫であった。肉腫は底部腫瘍にとどまっていたが、癌腫の子宮頸部浸潤を認め臨床進行期Ⅱ期と判断され、現在化学療法中である。
結語：悪性腫瘍による非産褥期子宮内反症では、MRI などによる術前の骨盤内評価と術式の工夫が、安全な手術の遂行において重要であると考える。

223. 後腹膜 desmoid 腫瘍の 1 症例

岡山大学病院　産科婦人科(1)、消化器外科(2)
西條昌之(1)、中村圭一郎(1)、春間朋子(1)、福島千加子(1)、楠本知行(1)、関　典子(1)、平松祐司(1)、佃　和憲(2)

【緒言】Desmoid 腫瘍は 100 万人あたり 2.4～4.3 例の稀な疾患で，線維腺症の 1 種の良性疾患であるが，周囲に浸潤性増殖しやすく，根治術を行っても局所再発を繰り返す難治性疾患であることが知られている．今回後腹膜 desmoid 腫瘍の 1 症例を経験したので報告する．
【症例】22 歳，0 経妊 0 経産．4 月某日に軽度の悪心・嘔吐を主訴に近医受診し，巨大骨盤内腫瘤を指摘，精査加療目的に当科紹介された．MRI では多房性で一部充実部分を伴った 26×24cm の腫瘤を認め，悪性腫瘍も危惧されたため，5 月某日に開腹術を施行した．子宮・卵巣は正常であり，腫瘍は後腹膜由来で，回盲部を含め，横行結腸や脾臓下極に浸潤しており，腫瘍摘出とともに横行結腸部分切除吻合，脾臓の部分切除を行った．摘出した腫瘍は 2980g で，内容は血性混濁液が存在し，総重量は 5kg に達した．病理組織検査にて Desmoid type fibromatosis と診断された．術後経過は良好で，手術後 13 日目に退院した．
【結語】本症例のように画像上骨盤腫瘍を認めた場合，後腹膜 desmoid 腫瘍も念頭において手術に臨むべきであり，今後局所再発に留意し，より慎重に follow up する必要性がある．

224. 帝王切開創部に異型栄養膜細胞を認めた臨床的絨毛癌の 1 例

東広島医療センター　産婦人科
田中教文、井上清歌、三好博史

絨毛性疾患は化学療法の奏効率が高いため、初回治療として化学療法が行われることが多い。そのため、充分な病理組織学的な検索ができずに臨床所見による診断に留まることも多く、その中には多彩な病態が含まれている可能性がある。また、帝王切開創部妊娠では絨毛性疾患と同様に化学療法が有効であり、治療に利用されている。創部妊娠の稽留流産

あるいは臨床的絨毛癌を考えて治療を行った絨毛性疾患症例について報告する。35 歳、3 経妊 2 経産。2 回の帝王切開既往あり、最終妊娠は 4 年前の人工妊娠中絶であった。月経周期は整、最終月経開始から 14 日目の不正出血のため前医受診。内膜生検で断片化した合胞体栄養膜細胞を認め、尿中 hCG 値が 73451 mIU/ml と高値を示したため、当科紹介となった。経腟超音波検査では子宮内の帝王切開創部付近に不整な嚢胞を有する血流豊富な病変を認め、MRI でも絨毛癌に矛盾しない所見であり、絨毛癌診断スコアは 13 点と臨床的絨毛癌の範疇であった。しかし、子宮内組織の生検では正常絨毛組織を認め、CT 上転移は認めず、血中 hCG 値が 2 週間で 366000 から 179917mIU/ml に自然に漸減したため、創部妊娠の稽留流産も考えられた。患者とも相談を行い、メトトレキサートによる化学療法（20mg/body、Day1～5、2 週毎）を開始、6 サイクル施行後に血中 hCG はカットオフ値以下に低下し、2 サイクル追加施行後に子宮摘出を行った。摘出子宮では帝王切開創部に異型栄養膜細胞を認めた。術後 3 ヶ月現在、再発兆候なく経過している。

225. 乳房外 Paget 病との鑑別診断に苦慮した膀胱癌局所進展の一例

山口大学
矢壁和之、縄田修吾、西本裕喜、村上明弘、杉野法広

乳房外 Paget 病との鑑別診断に苦慮した膀胱癌の局所進展を認めた一例を経験したので報告する。患者は 76 歳。2 経妊 2 経産。4 年前に膀胱癌(移行上皮癌、pT3bN0M0)に対し根治的膀胱全摘術、回腸新膀胱造設術、術後補助化学療法が施行された。その後、泌尿器科で経過観察されていた。今回、膀胱鏡下の生検で尿道に膀胱癌の再発が認められた。その際に、外陰部の発赤と半年前から持続する外陰部掻痒感の精査加療目的で前医産婦人科を受診された。外陰部、子宮頸部の生検を施行したところ、扁平上皮内に Paget 細胞を認めたため、精査加療目的で当科を紹介受診された。外陰部、子宮頸部の免疫組織染色ではサイトケラチン(CK)20 および CK 7 が陽性、Gross Cystic Disease Fluid Protein(GCDFP)15 が陰性であり、膀胱癌の局所進展による Paget 現象の診断となった。Paget 現象とは、皮膚に隣接する臓器の癌が上皮内を移動して表皮へ到達し、表皮内癌の所見を呈することをいい、Paget 現象は内臓癌そのものとして治療される。そのため、乳房外 Paget 病と Paget 現象の鑑別は治療方針を決定する上でも重要である。しかし、通常の HE 染色では両者の鑑別は困難であり、外陰部や子宮頸部に Paget 細胞を認めた場合は、CK 7、CK 20、GCDFP 15 の免疫組織染色により両者を鑑別する必要がある。

226. 婦人科癌日本人女性に対するカルボプラチン投与量について、薬物濃度からの検討

広島大学　産科婦人科
信実孝洋、平田英司、工藤美樹

【背景】カルボプラチンは、血中遊離プラチナの AUC に基づいた投与量計算が行われており、通常 GFR 推定式を用いた Calvert 式により算出される。日本腎臓学会から日本人の GFR 推定計算式（eGFR）が公表され臨床応用されるようになったが、カルボプラチン血中濃度測定に基づいた日本人女性における GFR 推定式を評価した報告は少ない。HPLC 法によるカルボプラチン血中濃度測定を利用し、適正投与量選択に関する検討を行ったので報告する。
【方法】倫理委員会の承認を得たのち、同意を得た婦人科癌患者 26 症例を対象とした。カルボプラチン投与終了 1、2、3、5、9 時間後の計 5 回採血を行い、HPLC 法により血中遊離カルボプラチン濃度を測定して実測 AUC を 2 コンパートメントモデルにより解析した。実測 AUC を基に得られた GFR を 24 時間クレアチニンクレアランス(24hCcr) および Cockcroft、Jelliffe、Chatelute、eGFR による推定式で得られた値と比較検討した。
【結果】腹水貯留症例をのぞいた 21 症例において、GFR 推定式と実測 AUC から得られた GFR との比は、Cockcroft 95.9±5.91%、Jelliffe 98.1±4.7%、Chatelute 98.7±4.1%、eGFR 75.5±3.4%、24hCcr 123.1±6.2%であった。（平均値±S.E.）
【結語】今回の検討では Cockcroft、Jelliffe、Chatelute 推定式は実測値との整合性が良好であった。さらに検討を加えて報告する。

227. 婦人科癌大量胸腹水に対して利尿剤の大量投与が有効であった 2 症例

姫路聖マリア病院　産婦人科[1)]、岡山大学病院　産婦人科[2)]、岡山大学病院　緩和医療科[3)]
谷川真奈美[1)]、関　典子[2)]、春間朋子[2)]、福島千加子[2)]、楠本知行[2)]、中村圭一郎[2)]、平松祐司[2)]、市原英基[3)]、松岡順治[3)]

【緒言】婦人科進行癌における癌性腹膜炎や癌性胸膜炎による大量胸腹水は、患者のQOLを著しく損なうため、頻回の穿刺あるいは胸腔ドレナージなど侵襲的処置を行わざるを得ないことも多い。近年、緩和ケアの分野ではこれらに対して利尿剤の大量投与が普及しているが、非侵襲的な方法にも関わらず、いまだ一般産婦人科医の間では普及していない。【方法】今回、当院における大量腹水あるいは大量胸水を伴った婦人科癌患者に対して利尿剤を大量に投与することで、穿刺回数が減少し、患者のQOL向上に有用であった症例を経験したので代表的な2症例について報告する。【対象】症例1は36歳、卵巣癌再発、癌性腹膜炎による大量腹水。フロセミド（ラシックス®60 mg/日）とスピロノラクトン（アルダクトン®300mg/日）の併用により、腹水穿刺間隔は3-4日間隔から31日間隔に延長した。症例2は69歳、子宮頸癌再発、癌性胸膜炎による大量胸水。フロセミド（ラシックス®80mg/日）とスピロノラクトン（アルダクトン®200mg/日）の併用により、腹水穿刺間隔は7-14日間隔から21-56日間隔に延長した。【結論】婦人科癌の大量腹水あるいは大量胸水に対する利尿剤の大量投与は、侵襲の少ない保存的緩和治療の一つであり、副作用に注意すれば、一般産婦人科医も施行可能な治療の一つと考えられた。

228. 咽頭における *Chlamydia trachomatis* および *Neisseria gonorrhoeae* 陽性率の検討

川崎医科大学附属川崎病院　産婦人科
藤原道久、近藤佳子

[目的]近年の性風俗の多様化に伴い、性活動の活発な若年者を中心に咽頭からの *Chlamydia trachomatis* (CT)や *Neisseria gonorrhoeae* (NG)検出の報告が散見される。今回、子宮頚管および咽頭よりのCTおよびNGの同時検索を行い、それぞれの感染状況を検討したので報告する。[対象と方法]2004年5月から2013年4月までの9年間に当科を受診した患者で、STIが疑われたまたはSTI検索希望の355例を対象とした。なお、症例の大部分は咽頭症状を認めていない。子宮頚管および咽頭擦過スワブを用い、CTおよび子宮頚管NGはPCRまたはリアルタイムPCR法で、咽頭NGは培養法またはTMA法を用いて行った。[成績]CTおよびNG陽性率は、子宮頚管でそれぞれ16.1%、6.8%、咽頭では5.6%、7.0%で、子宮頚管および咽頭の双方からCTおよびNGの検出率はそれぞれ3.7%、2.8%であり、子宮頚管のみからは12.4%、3.9%、咽頭のみからは2.0%、4.2%であった。子宮頚管CTおよびNG陽性例での咽頭陽性率はそれぞれ22.8%、41.7%であった。咽頭CTおよびNG陽性例での子宮頚管陽性率は65.0%、40.0%であり、全症例におけるCTおよびNGの咽頭のみ陽性率はそれぞれ20.%、4.2%であった。[考察]子宮頚管CTおよびNG陽性例のそれぞれ22.8%、41.7%で咽頭から検出されており、また全症例の2.0%ではCT、4.2%ではNGが咽頭のみから検出されていることより、咽頭症状のない場合でも咽頭CTおよびNGの検索が必要と考える。

229. IUD長期装着が誘因と考えられる骨盤内放線菌症で子宮悪性腫瘍を疑った1例

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学
真嶋允人、金西賢治、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、伊藤　恵、西澤知佳、新田絵美子、森 信博、
花岡有為子、田中宏和、秦　利之

放線菌症とは、*Actiomyces israelii* などの放線菌によって引き起こされる慢性肉芽腫性疾患であり、婦人科領域では大多数がIUD装着に伴うものである。今回我々は、IUD長期装着が原因と考えられる骨盤内放線菌症で、術前に強く悪性腫瘍を疑った症例を経験したので報告する。患者は62歳女性、以前から時々不正出血を認めていたが放置していた。IUDは30歳代から留置したままとのことであった。性器出血が多量にみられるとのことで当科を受診した。内診上、子宮は手拳大に腫大し、圧痛を伴っていた。MRI、造影CTなどによる精査の結果、左水腎症を伴う悪性腫瘍の可能性を指摘された。子宮悪性腫瘍の診断で腹式子宮全摘、両側付属器切除を行ったが、術後病理検査では悪性所見は見られず、放線菌の菌塊が証明され子宮放線菌症と診断された。

230. 当院での病院内緊急要請の症例について

広島市立広島市民病院
西田　傑、片山陽介、横山麻衣子、玉田祥子、浅野令子、関野　和、舛本佳代、香川幸子、依光正枝、洲脇尚子、
石田　理、野間　純、児玉順一

当院では様々な重症妊婦が搬送となるが、まれに院内でも急変する場合がある。2006年4月より当産婦人科でICU入室症例は54例、うち帝王切開後出血が15例であったが、その中でも入院後に急変し治療を要した症例を4例経験したので紹介する。1例目：35歳1経妊0経産、DD双胎。妊娠38週で予定帝王切開。帰室後ショックとなり緊急要請、ICU入室。弛緩出血でのDICとなり、単純子宮全摘術を施行。ICU入室からの出血は14000ml。術後経過は良好で、病理検査にて子宮型羊水塞栓と診断された。2例目：61歳。卵巣癌3c期術後、補助化学療法後に再発、外来化学療法中。カルボプラチンによる軽いアレルギー既往あり。再度TC療法行ったが、2クール目のカルボプラチン投与中、喘鳴を伴う呼吸困難、ショックとなり緊急要請、ICU入室。入室後呼吸状態改善した。3例目：30歳0経妊0経産。hMG-hCG療法にて不妊治療後、OHSSを発症し当院入院。歩行中転倒、ショックからCPAとなり、緊急要請。蘇生後ICU入室。後遺症なく退院。臨床的肺塞栓が疑われた。4例目：29歳0経妊0経産。妊娠36週FGRにて紹介、緊急帝王切開を施行。手術翌日、呼吸苦、意識消失、痙攣出現し緊急要請、ICU入室。喀痰による気管支閉塞を認めた。呼吸状態改善し退院。退院後てんかんと診断された。産科的危機的大出血のみならず、産婦人科のみでは対応しきれない症例は存在する。産婦人科にも救急対応の知識は必要と考えられた。

231. 夜間労働時の血液中cortisol、cortisone濃度比の変化

独立行政法人労働者健康福祉機構愛媛労災病院産婦人科
宮内文久、平野真理、木村慶子、南條和也、大塚恭一

［目的］夜間労働がホルモン環境におよぼす影響を、今回は血中cortisol、cortisone濃度を指標とし、検討することとした。
［対象・方法］昼間・準夜・深夜勤務の勤務前と後に血液を採取し、勤務前後比（勤務後濃度／勤務前濃度）を算出した。また、看護師の休日に8時から翌日の8時まで2時間毎と17時に採血し、対照群とした。なお、血中濃度はLS-MS/MS法で測定した。
［結果］昼間勤務における比はcortisolは0.51±0.16（vs 対照群0.52±0.11）、cortisoneは0.75±0.12（vs 0.81±0.17）であり、対照群とに差を認めなかった。準夜勤務では0.56±0.12（vs. 0.43±0.09）、0.66±0.10（vs. 0.58±0.15）であり、対照群とに差を認めなかった。一方、深夜勤務1日目ではそれぞれ3.52±0.63（vs. 6.72±1.48）、1.72±1.37（vs. 2.81±0.53）であり、深夜勤務2日目では1.41±0.51 、2.03±0.41であり、cortisolのみ有意に低値を示した。
［独創点］労働が血中cortisol濃度におよぼす影響を血中濃度ばかりでなく、勤務後／勤務前比でも検討可能であり、この濃度比は労働の影響を判定する極めて有用な指標と考えられる。

232. 偽性Bartter症候群による腎不全を合併した無月経の2症例

岡山大学、岡山大学保健学研究科(1)
樫野千明、酒本あい、松田美和、清水恵子、鎌田泰彦、平松祐司、中塚幹也(1)

偽性Bartter症候群とは，ループ利尿剤や下剤の濫用により低カリウム血症・代謝性アシドーシスなどを呈す疾患であり，長期化すると低カリウム性慢性間質性腎炎による腎機能低下に至る．今回われわれは，偽性Bartter症候群を発症した神経性食思不振症（AN）に対し無月経の管理を行った2症例を経験したので報告する．
症例1　32歳，未婚，未経妊未経産．17歳より摂食障害のため精神科受診，ANと診断された．24歳時に利尿剤・下剤の濫用を契機に腎機能が悪化し，31歳時に慢性腎不全の診断で腹膜透析導入となった．なお患者は，20歳より無月経であったが，27歳時に精査加療目的で当科紹介された．現在は，患者希望もありカウフマン療法を行っている．
症例2　40歳，1経妊1経産．高校生の頃に摂食障害のため精神科受診，ANと診断された．22歳で出産したが，以後無月経となった．32歳時に腎機能低下を指摘されたが，その後も自己誘発性嘔吐や緩下剤使用を反復していた．38歳時に腎不全の急性増悪があり，血液透析を3回施行，その後改善した．38歳時に無月経の精査加療目的で当科紹介されたが，腎性貧血のため稀発月経として現在管理を行っている．
ANの症状は，るい痩や無月経だけでなく多岐にわたる．そのためANの婦人科的管理に際しては，全身状態の評価および治療法について個別に対応する必要がある．

233. 治療に難渋した放射線性腸炎の2例

愛媛大学医学研究科　病因・病態領域　産科婦人科学講座

井上　彩、安岡稔晃、森　美妃、高木香津子、田中宏希、橋本　尚、近藤恵美、鍋田基生、松原裕子、濱田雄行、藤岡　徹、松原圭一、那波明宏

子宮頸癌Ⅰｂ期以降の術後補助療法として、子宮頸癌ガイドラインにおいても化学療法併用放射線療法（CCRT）が推奨されている。今回、比較的若年者の子宮頸癌術後 CCRT 施行後に保存的加療が困難な放射線性腸炎を発症し治療に難渋した症例を 2 例経験したため、報告する。【症例 1】41 歳、子宮頸癌Ⅱｂ期に対して術前化学療法施行後に広汎子宮全摘術・両側付属器摘出術を施行。術後 CCRT として、weekly CDDP+1.8Gy×28 回全骨盤照射施行。CCRT 終了後 3 か月後よりイレウス症状出現し、イレウス管留置・在宅中心静脈栄養管理を行い一旦はイレウス症状軽快するも、その後イレウス症状再燃。内科・外科と協議の上、現在胃瘻留置による減圧処置を行っている。【症例 2】36 歳、子宮頸癌Ⅱa 期に対して、広汎子宮全摘術・両側付属器摘出術・傍大動脈リンパ節郭清施行。術後 CCRT として、FP+1.8Gy×25 回全骨盤照射施行。CCRT 終了後 5 か月後、TP 療法追加加療中にイレウス症状出現。小腸狭窄部を認め保存的加療困難であり、外科にて小腸切除を施行し症状改善を認めた。

301. 多嚢胞性卵巣症候群モデルラットにおける LH 分泌異常の中枢機構の検討

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
松崎利也、岩佐　武、Ganbat Gereltsetseg、Munkhsaihan Munkhzaya、Altankhuu Tungalagsuvd、苛原　稔

【目的】多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)における LH 過剰分泌の神経内分泌的機序について、レトロゾール誘発 PCOS モデルラットで検討した。
【方法】Wistar 系成熟雌ラットを用い、3 週齢にレトロゾール除放ペレット (0.4mg/日で溶出) (L 群、n=9)、またはコントロールペレット(C 群、n=10mg)を背部皮下に留置した。連日の膣スメア、体重推移を検討し、12 週齢で卵巣および子宮重量、卵巣組織、血中ホルモン、視床下部 *Kiss1* mRNA 発現を検討した。
【結果】①発情周期：C 群は 4～5 週齢で最初の発情期が見られ、6～7 週齢以降は 4～5 日の規則的な発情周期を示した。L 群は、発情が休止を維持していた。②体重:L 群は、6 週齢以降体重が有意に重かった。③卵巣および子宮重量:L 群の卵巣は有意に重く、子宮は有意に軽かった。④卵巣形態:L 群では多数の嚢胞性の卵胞が見られ、顆粒膜層は薄く、黄体は見られなかった。⑤血中ホルモン:L 群では T、レプチンが有意に高く、E は有意に低かった。また、LH が有意に高く、FSH は C 群と有意差がなかった。⑥視床下部 *Kiss1* mRNA 発現:前方ブロックでは C 群と差がなく、後方ブロックでは有意に高かった。
【結論】レトロゾール誘発 PCOS モデルラットでは、LH 過剰分泌に弓状核 KNDy ニューロンにおけるキスペプチンの発現亢進が関与していることが示唆された。

302. 異好抗体が原因と考えられた性ステロイドホルモン（E2, P）持続高値を示した 1 例

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学
白蓋雄一郎、岡田真紀、田村　功、浅田裕美、山縣芳明、田村博史、杉野法広

異好抗体は種々の動物抗体と結合する内在性抗体であり、動物を免疫して作成された抗体を利用した測定系において非特異的反応のため測定値に影響を与える。今回、異好抗体が原因と考えられたエストラジオール（E2）、プロゲステロン（P）値の持続高値を呈した症例を経験した。
症例は 35 歳の女性で、早発卵巣不全の診断（LH 40mIU/ml, FSH 90mIU/ml, E2 25pg/ml 未満）で他院より紹介。挙児希望のためエストロゲン療法（プレマリン 2 錠/日）による排卵誘発を開始した。卵胞発育は認めないが E2 400-500pg/ml、P 2 ng/ml を呈していた。エストロゲン療法 3 周期目に卵胞発育を認め、E2 値上昇（1343pg/ml）を認めたが、P 値（31.4ng/ml）も上昇したため排卵後と考え経過観察とした。以後、40 日以上に渡り、E2, P 値が高値を呈した。MRI によりホルモン産生卵巣腫瘍、内分泌検査により副腎系の異常は否定的であった。測定系異常の可能性を考え血清をポリエチレングリコール（PEG）処理後に測定すると E2, P とも低値を示した。E2, P の測定系はいずれもウサギの抗体を使用しており、患者血清中の異好抗体（ウサギ）の影響が E2, P 持続高値の原因と考えられた。測定値と臨床経過が乖離する場合は、異好抗体を介した非特異的反応が測定系に影響している可能性に注意する必要がある。

303. ART 採卵前に急性腹症を呈した一例

徳島大学
桑原　章、白河　綾、谷口友香、山崎幹雄、田中　優、苛原　稔

ART 治療中に OHSS、卵巣茎捻転、異所性妊娠などの急性腹症をしばしば経験するが採卵前の発生は希である。今回、採卵前日に発症し診断に苦慮した急性腹症の 1 例を経験したので報告する。症例：38 歳、両側卵管閉塞。初回は GnRHa long 法 FSH 刺激し 9 個採卵、7 個受精、胚盤胞 3 個を得た。新鮮胚移植で妊娠、流産（染色体検査：45X）となり、凍結融解胚移植 2 回は妊娠しなかった。2 回目の採卵を同じプロトコルで行い採卵決定（予定採卵数 10 個）した。採卵決定日に早期黄体化は認めていない。HCG 投与 13 時間後、朝執務中に激しい右下腹部痛を訴え右卵巣茎捻転疑いにて入院した。痛みは右卵巣周囲に限局し抑制困難であった。緊急 CT,MRI で卵巣造影効果に左右差は無く、右卵巣 6cm 腫大し卵胞内部に出血を伴っていた。左卵巣 5cm、採卵前日の通常形態であった。E2 3110pg/ml, P4 8.0ng/ml, LH0.1mIU/ml と LH 上昇は無いが、黄体化が進んでいる印象であった。典型的な茎捻転とは印象が異なり、手術は困難を伴い、採卵前の急性腹症はあまり報告が無いなど、判断に苦慮し保存的に経過観察したところ症状の軽度改善をみた。右卵巣のみの破裂（排卵）も考慮し、卵巣サイズ縮小と成熟卵確保を目的に翌日（当初予定採卵より 3 時間早く）採卵を実施した。左卵巣から通常通り 6 個採卵した（受精 3、胚盤胞 2 個凍結）。右卵巣は血腫のため吸引不能であった。採卵後、痛みはほぼ自制内となり、発症後 3 日目の CRP も上昇しなかった。入院 8 日目に退院、月経発来後症状が消失した。現在、月経順調、左右卵巣正常大、FSH6.8mIU/ml AMH1.53ng/ml（採卵前 2.14ng/ml）と卵巣機能に変化無く、現在凍結融解胚移植に向けて準備中である。

GnRH アナログを用いた卵巣刺激により安定、安全に ART 採卵できることが殆どであるが、今回 HCG 投与に発症し、卵巣形態にも明らかな左右差を認め、経過から考えると右卵巣のみの破裂、排卵にともなう急性腹症の可能性がある非常に希な状態を経験した。

304. ART 実施施設を対象とした全国多胎調査の結果報告 2012 年版

徳島大学
山崎幹雄、桑原　章、谷口友香、岩佐　武、松崎利也、苛原　稔

不妊治療による多胎発生・経過を調査するため日産婦 ART 登録施設 570 施設を対象に、2009 年から 2011 年に発生した ART 多胎、排卵誘発多胎の総数調査と 3 胎以上の個別調査表による調査を行い 234 施設から回答を得た。報告された多胎は双胎 3980 例、品胎 200 例、4 胎以上 17 例で、過去の調査と比較し多胎総数の減少、特に ART 多胎の減少による 3 胎以上の減少を認める一方、排卵誘発多胎は総数に変化を認めなかった。ART 多胎は 3 胚以上の移植が原因である 28 例とは別に、一卵性多胎成分を含む 48 例が含まれていた。減数手術は継続妊娠となった 3 胎以上の 68/136 例（4 胎以上の全例）で実施されていた。減数手術後の流・死産率は 4.4%であるが、減数手術後の分娩週数、出生児体重は自然妊娠と差が無かった。【まとめ】ART 多胎は減少しているが、今後も注意が必要であり、特に周産期管理上問題が大きい一卵性多胎に関する注意が必要と考えられた。卵胞を単一にすることが困難な排卵誘発では、排卵誘発法や HCG 投与中止基準の工夫によりさらに多胎を減少させることは可能であるが、治療周期数が多く、ART 登録施設以外でも実施されているため、多胎予防には一定の限界があることが示唆された。4 胎以上の多胎はほぼ全例が減数の対象となるなど極めて憂慮され、ART 実施施設を含む治療施設に注意を喚起する必要があると考えられた。

305. 特定不妊治療費助成制度の変更が及ぼす当院 ART 患者への影響について

山口県立総合医療センター　産婦人科
中村康彦、鈴川彩子、藤田麻美、品川征大、坂本優香、鳥居麻由美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、
上田一之

【目的】高齢女性の ART 成績は不良であり、膨らむ特定不妊治療費助成金の問題に対して年齢制限が設けられようとしている。当院のような地方の中規模病院において、この助成制度の変更がもたらす問題点を当院の現況を検討することで考察した。【方法】2011 年 1 月～2012 年 12 月に当院で ART 治療を受けた 175 人 330 治療周期（2 年間ののべ成績）につき、～34 才、35～39 才、40 才以上に分けて、治療成績および特定不妊治療費を受け取っている割合について検討し助成事業の影響について考察した。【成績】妊娠率・流産率・生産率および助成金を受けている割合は、～34

才、35～39 才、40 才以上で 39.7%・12%・33.3%・87.3%、23.2%・25%・17.4%・87.0%、11.6%・20%・9.3%・72.1%であった。40 才以上の成績をサブ解析すると、43 歳以上の妊娠例は無く、生産率は 40 才 1/10 例（10%）、41 才 2/10 例（20%）、42 才 1/11 例（9.1%）であり、41 才の 1 例を除く 3 例は助成制度を利用していた。【結論】当院では 40 才未満では 87%以上が、さらに 40 才以上でも 70%以上の患者が助成制度を利用している。過去 5 年間の 40 才での生産率（患者実数）は 3/9 例（33.3%）であり、助成制度の対象年齢を 40 才未満とすることの是非が問われる現状である。

306. 偶発的に発見された子宮内膜症病変に関する後方視的検討

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部産婦人科
谷　杏奈、加藤剛志、松井寿美佳、苛原　稔

［諸言］今回我々は腹腔鏡下手術時に偶発的に発見された子宮内膜症病変を有する患者について後方視的に検討を行ったので報告する。［方法］2011 年 1 月から 2012 年 12 月の間に当院で腹腔鏡下手術を行い、術前には子宮内膜症と診断されていなかったが術中に子宮内膜症病変を認めた 24 例を対象とした。［結果］術前診断は不妊症 12 例、卵巣腫瘍 12 例、子宮筋腫 6 例、異所性妊娠 2 例であった。子宮内膜症病変を認めた部位はダグラス窩 9 例、子宮漿膜 8 例、骨盤腹膜 8 例、卵巣・卵管 4 例、仙骨子宮靭帯 4 例、膀胱子宮窩 1 例であった。月経痛のある患者は 19 例であったが、そのうち毎日鎮痛剤を使用するものが 4 例、鎮痛剤を使用しなくても我慢できる程度のものが 9 例であった。月経中に鎮痛剤を使用する 9 例のうち、5 例がダグラス窩に子宮内膜症病変を認めた。子宮内膜症病変に対し焼灼などの処置を行ったものは 10 例あり、うち不妊症患者は 8 例であった。不妊症患者のうち術後に妊娠した例は 5 例あったが 2 例は自然流産であった。［結語］子宮内膜症は不妊の原因となる他にも、月経痛や慢性骨盤痛等により QOL を低下させる疾患である。今回の検討では、術前に月経痛を自覚している症例が多く、微小な子宮内膜症病変であっても何らかの対応が必要であると思われた。また術後もフォローアップを行い、疼痛の増強や内膜症病変の増大がないかを確認する必要性もあると考えられた。

307. 当院における薄い子宮内膜症例の原因とその対策

済生会下関総合病院産婦人科
高崎彰久、梶邑匠彌、水本久美子、丸山祥子、菊田恭子、坂口優子、嶋村勝典、森岡　均

当院不妊外来を受診した患者の内、480 人を対象とし、クロミフェン使用症例（CL 群）、子宮腺筋症症例（AD 群）、子宮内容掻爬術既往症例（D&C 群）、及び正常子宮を有する症例（N 群）の 4 群に分類し、それぞれの子宮内膜厚（EM）及び子宮放射状動脈血管抵抗値（RA-RI 値）を測定し比較検討した。
対象の内訳は、CL 群が 125 例、AD 群が 27 例、D&C 群が 87 例、N 群が 241 例であった。なお、重複例は除外した。
全体で 104 例が薄い子宮内膜を認めた。
各群内において、薄い子宮内膜を認める頻度は、CL 群で 41.0%、AD 群で 29.6%、D&C 群で 27.9%、N 群で 8.5%であり、すべての群で N 群より有意に高かった。
また、各群内の子宮内膜菲薄化を認める症例において、子宮内膜血流障害を認める割合は、CL 群では 11.1%、AD 群で 75.0%、D&C 群で 15.4%、N 群で 90.0%であり、AD 群および N 群で有意に高かった。
薄い子宮内膜を認めた 104 例の内訳は CL 群で 49.3%と最も多く、次いで D&C 群(23.3%)、N 群（19.3%）、AD 群（7.7%）の順であった。
過去におこなった薄い子宮内膜に対する治療の検討では、CL による薄い子宮内膜に対しては 90.5%が改善でき、子宮内膜血流不全症例に対しては 92%が改善できた。しかしながら、AD 群および D&C 群の治療に関しては今後の課題であると考えられた。

308. 鼠径部に発生した異所性子宮内膜症の 3 例

広島大学　産科婦人科
川本千絵、野坂　豪、平田英司、坂下知久、工藤美樹

【目的】異所性子宮内膜症の発生部位や発育様式は多彩で、鼠径部に発生するものは稀である。鼠径部に発生した異所性子宮内膜症の3例を経験したので報告する。
【症例】症例は42歳2経妊2経産、43歳2経妊2経産、39歳未妊婦。いずれも月経時に疼痛を生じる鼠径部の境界明瞭で可動性不良な皮下腫瘤を認めた。骨盤部MRIでは鼠径部にT2強調像で高信号、T1強調像で低信号を呈する腫瘤を認め、うち2例では円靭帯にも鼠径部から連続した腫瘤を認めた。1例のみ術前に鼠径部の腫瘤生検で子宮内膜症と診断した。全例に開腹と鼠径部切開による摘出術を施行した。1例では、腹腔側で腫脹した円靭帯を子宮から切断し、内鼠径輪を解放した後、鼠径部側で鼠径管を解放し、鼠径部の腫瘤とともに円靭帯を引き抜き一塊に摘出した。1例では、円靭帯には異常所見がなく、鼠径部皮下の腫瘤のみを摘出した。全例とも腫瘤摘出後に、鼠径管にポリプロピレンメッシュを留置し補強した。術後病理診断はいずれも子宮内膜症であった。
【結語】鼠径部に腫瘤を認めた場合には、症状と月経周期との関連を把握し、異所性子宮内膜症の鑑別診断を行うべきである。その際には骨盤部MRIが有効である。

309. 子宮内膜症を合併していた卵巣がん症例の検討

高知大学
都築たまみ、泉谷知明、松島幸生、谷口佳代、前田長正、深谷孝夫

【目的】子宮内膜症の管理において，疼痛および不妊ならび卵巣チョコレート嚢胞の悪性化も重要な問題の1つとなる．今回，内膜症の長期的管理を考察する目的で，当科で管理した卵巣がん症例において，内膜症合併の有無による差違について検討した．
【対象・方法】1999年1月から2013年5月の間に，当科で診断および初回治療を行った卵巣がん症例を対象とし，内膜症合併の有無で分け，発症年齢・組織型・進行期分類・予後について後方視的に比較・検討した．
【結果】上記期間に当科で診断・治療を行った卵巣がん症例は 107 例で，このうち内膜症を合併していたのは 21 例(19.6%)であった．診断時の平均年齢は内膜症合併例 52.2 歳，非合併例 59.3 歳で，閉経後症例の占める割合は合併例で 52.4%，非合併例は 80.0%だった．各組織型別の内膜症合併頻度は，明細胞腺癌 8 例/17 例(47.1%)，類内膜腺癌 3/13(23.1%)，漿液性腺癌 7/48(14.6%)，粘液性腺癌 1/12(8.3%)，その他 1/17(5.9%)であった．進行期は，Ⅰ期：10 例/38 例(合併/非合併)，Ⅱ期：4/9，Ⅲ期：6/40，Ⅳ期;1/20 と合併例で早期の症例が多かった．再発率は合併例が 15.8%，非合併例 42.6%であり，5年生存率は各々85.7%，77.1%であった．
【結語】卵巣癌の早期診断により，良好な予後が得られることは明白である．内膜症自体は閉経により寛解するが，内膜症を合併した卵巣がんの半数が閉経後の発症であったことから，チョコレート嚢胞を有する症例においては早期発見のために閉経後も定期的な検診が必要である．

310. 卵巣チョコレート嚢胞癌化における原因遺伝子の探索

鳥取大学医学部産科婦人科
谷口文紀、板持広明、寺川直樹、原田 省

【目的】卵巣チョコレート嚢胞の癌化例の多くは明細胞腺癌と類内膜腺癌である。明細胞腺癌の頻度は欧米に比して本邦で高い。しかしながら、子宮内膜症病変から明細胞腺癌が発生する過程に関わる遺伝子に関する情報は乏しい。本研究では、cDNAマイクロアレイによる網羅的解析を行い、卵巣チョコレート嚢胞癌化におけるキーファクターを探索した。
【方法】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(Choco)、明細胞腺癌に共存する卵巣チョコレート嚢胞(Ca-Choco)、および明細胞腺癌(Ca)の新鮮凍結組織切片を検体とした。レーザーマイクロダイセクション法にて上皮細胞を選択的に採取したのち、total RNAを抽出した。Gene Chip Expression Arrayを用いて、3種の上皮細胞のうち、いずれの2群間においても2倍以上の発現差を有する遺伝子群を54675プローブから抽出した。蛋白発現は免疫組織化学染色で確認した。
【結果】Ca/Choco、Ca/Ca-ChocoおよびCa-Choco/Choco の比較解析において、発現比が全て2倍以上の86遺伝子を抽出した。そのうち4倍以上のCa/Choco発現比を有するものは8遺伝子あり、中でもFibroblast growth factor receptor

2 (FGFR2)は3種類のプローブで同様の発現増強パターンを示した。Choco、Ca-ChocoおよびCaの全ての上皮組織でFGFR2蛋白の発現を確認した。
【結論】FGFR2 発現が、卵巣チョコレート嚢胞癌化の過程で重要な役割を有する可能性がはじめて示された。

311. 当科で腹腔鏡下手術を施行された成熟嚢胞性奇形腫症例の検討

岡山済生会総合病院　産婦人科
根津優子、平野由紀夫、乃美志保、三枝資枝、小池浩文、坂口幸吉

（目的）成熟嚢胞性奇形腫に対する腹腔鏡下手術は、術前で悪性腫瘍の可能性を否定できている症例を適応としている。また術中は腫瘍皮膜破綻を起こさないことが望ましい。そこで当科で施行された腹腔鏡下手術症例の術中皮膜破綻率、術前の腫瘍マーカーを後方視的に検討した。
（方法）2005 年 10 月 - 2013 年 3 月までに当科で施行された同疾患に対する腹腔鏡下手術 89 症例を対象とした。体外法・体内法での腫瘍核出術、付属器切除術の 3 群に分け、各術式による術中腫瘍皮膜破綻率、術前の腫瘍マーカーと卵巣腫瘍径、術中破綻率の関連を検討した。
（結果）術中腫瘍皮膜破綻率は、体外法・体内法での腫瘍核出術 12.5% (1/8)・43% (21/49)、付属器切除術 6% (2/32) であった。術後病理組織で全症例が良性腫瘍と診断された。術前に腫瘍マーカーが測定されていた症例における平均 SCC 値 1.1、平均 CA125 値 19.5、平均 CA19-9 値 141.3 であった。また CA19-9 値が正常上限値以上であった症例は 51%であった。CA19-9 値と腫瘍破綻率、腫瘍マーカーと腫瘍径に相関は認めなかった。10 ㎝以上の腫瘍の体内法では術中破綻がやや多かった。
（結論）腹腔内での腫瘍摘出術症例における術中皮膜破綻率が大きかったが、CA19-9 値との関連はなかった。CA19-9 が正常上限値以上の症例でも良性腫瘍が多く存在することが示された。

312. 当科で経験したEZアクセスを用いた単孔体外式卵巣嚢腫核出術の検討

山口県立総合医療センター
讃井裕美、藤田麻美、中村康彦、品川征大、坂本優香、鈴川彩子、鳥居麻由美、三輪一知郎、佐世正勝、上田一之

【目的】良性卵巣腫瘍の核出に対して、安易で美容的なメリットも大きい臍部単孔体外式腹腔鏡下手術の経験をしたので報告する
【方法】臍に約５ｃｍの縦切開を加え、ラッププロテクター、EZ アクセスを装着し、腹腔内を観察した後、卵巣腫瘍を臍下まで引き上げた。ラッププロテクターから直視下に卵巣嚢腫を穿刺、吸引、縮小させ、体外式に嚢腫を核出しつつ卵巣を引き出し、止血、縫合して骨盤内にもどした。【結果】ポートの追加なしに手術可能であった症例は１１/１４例であった。経産婦の単胞性嚢腫では容易に安全に手術を行うことができた（手術時間中央値 59 分）。１０ｃｍ以上の腫瘍ではポートから出し難く時間を要した。未産婦の多胞性卵巣腫瘍の場合は臍まで腫瘍を引き出せず、体外法で行うのは困難であった。【考察】内視鏡手術初心者が卵巣嚢腫を体内法で行う際、腫瘍の体内破たんによる内容物の流出が問題となる。特に大きな卵巣嚢腫では困難を伴う。また恥骨上に小切開を加える体外法では、術後の疼痛も多い。今回の EZ アクセスを使用した臍からの体外法では、体内への内容物の飛散も少なく、術後の創痛も軽度で、美容的にも満足を得られた。

313. 子宮鏡下手術を安全かつ円滑に手術するための工夫

香川県立中央病院産婦人科
斎藤　央、渋川昇平、藤川麻衣、高田雅代、本郷淳司、露木佳子、米澤　優

【緒言】子宮鏡下手術（TCR）は侵襲の少ない手術であり、有用な手術法である。しかし、手術に伴う合併症も多く、TCR の普及を妨げる一因となっている。今回われわれは、術前処置と手術操作の検討および手術機材の工夫で、合併症を最小限にする努力をしているので、紹介した。【方法】2005 年から 2012 年の 243 症例（子宮筋腫：94 例 35.9%、子宮内膜ポリープ：143 例 61.4%、癒着胎盤、胎盤ポリープ：6 例 2.7%）を検討した。当院では、2005 年から TCR を導入した。当初はモノポーラー電極を使用していたが、出力、潅流液の問題から、2010 年よりバイポーラー電極の TCR 装

置に変更した。潅流液が糖液から生食になり、長時間の手術で懸念される水中毒の発症が抑えられた。また、装置に接続される5本のラインの整理、TCR専用子宮把持鉗子の作成、経腹超音波による術野のモニターなどにより、手術操作が格段に安全かつ円滑になった。【考察】子宮内病変の治療法の選択肢にTCRは、重要な位置を占める。特に、出血の予想される症例では、術前にIVRを併用することで、TCRの威力を遺憾なく発揮できる。当院では、243症例のTCRを経験したが、幸いなことに1例の合併症も経験しなかった。TCRの手術操作の煩雑さは、細かい問題の競合したものである。個々の問題を解決していく事で、TCRはより安全かつ円滑に実施できると考える。

314. 過多月経に対してマイクロ波子宮内膜アブレーションを施行した2症例

鳥取大学医学部産科婦人科
高井絵理、谷口文紀、東　幸弘、上垣　崇、出浦伊万里、岩部富夫、原田　省

【緒言】過多月経に対するマイクロ波子宮内膜アブレーション(Microwave Endometrial Ablation: MEA)は、基底層を含む子宮内膜および近傍の子宮筋層組織を凝固・壊死させることで、月経血の減少あるいは無月経へ移行させることを目的とする低侵襲で新しい治療法である。当科では、2012年8月より本治療法を導入した。過多月経に対して薬物療法では十分な効果が得られない患者、あるいは高度肥満や全身性の合併症のために腹腔鏡下手術が困難であると判断した患者4名に対してMEAを施行し、全例に良好な結果を得た。その中で代表的な2症例に関して、画像所見から考察する。
【症例1】44歳、2経産。重症B型肝炎で加療中であったが、過多月経による貧血(Hb 8.6g/dl)を主訴に当科紹介となった。術前の画像検査では小筋腫を認めるのみであり、2カ月間のGnRHa治療後にMEAを施行した。術後は無月経となり、貧血は改善した。
【症例2】40歳、未経産。2型糖尿病と高血圧を合併し，高度肥満(BMI:43.3)であった。以前より、近医にて子宮筋腫による不正子宮出血を指摘されていた。内科受診時に貧血(Hb:6.5ｇ/dl)を認め、当科紹介となった。直径6cm大の粘膜下筋腫を認めたが、高度肥満のため腹腔鏡手術を回避した。3カ月のGnRHa治療後にMEAを施行した。術後1ヶ月で月経は再開したが、経血は激減した。術前にみられた月経痛も著明に改善した。
【考察】MEAは安全で簡易な治療法であり、過多月経に対する薬物療法や腹腔鏡手術の代替治療法として有用であると考えられた。

315. 当院でマイクロ波子宮内膜アブレーション（MEA）を施行した６例

岡山大
松岡敬典、鎌田泰彦、酒本あい、松田美和、清水恵子、中塚幹也、平松祐司

【緒言】過多月経に対するマイクロ波子宮内膜アブレーション（Microwave Endometrial Ablation; MEA）は，平成24年4月に保険収載され，本邦においても急速に普及しつつある．平成24年8月から平成25年6月にかけて当院で施行したMEAの6例につき後方視的に検討したので報告する．【症例】対象症例は，時間的制約のため子宮全摘術を希望されなかった群と，合併症のため子宮全摘術の施行が躊躇された群の2群に大別できた．前者の3例はいずれも医療機関初診時にHb 8g/dl未満の高度貧血を呈していた．通院による鉄剤投与にて貧血は軽快したものの，治療のための1週間以上の入院は困難との理由でMEAを選択された．いずれも入院期間は4日間であり，手術翌日に退院された．後者の3例はいずれも子宮内腔の拡張はなく，機能性過多月経と診断された．そしてMEA自体は問題なく施行されたが，心疾患や内分泌疾患などの合併症のため，長期間の入院および通院を余儀なくされた．【結論】MEAは子宮摘出術や筋腫核出術に比し低侵襲な術式であり，手技的にも簡便である．またマイクロターゼ®（アルフレッサファーマ株式会社）の使用により，安全かつ確実な手技を遂行することが可能となった．本検討によりMEAが第一選択となりうる症例群が呈示され，それらの治療法として今後認知されていくものと考えられた．

316. 当院で施行したロボット手術7例の成績

徳島大学産科婦人科学教室
三宅すずか、吉田加奈子、加藤剛志、西村正人、桑原　章、苛原　稔

【目的】当科では2012年9月からロボット支援手術を導入している。適応とする術式は子宮全摘術と骨盤リンパ節郭清術とし、これらを要する良性または悪性疾患を対象としている。導入当初は単純子宮全摘術のみの症例を選択し、現在まで7例のrobotic assisted total laparoscopic hysterectomy(RA-TLH)を実施した。当科のRA-TLHの特徴として、腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)を基に手順を構成していること、助手操作の超音波凝固切開装置を使用していることが挙げられる。これまでの成績をもとに、当科で行っている手術手順の妥当性について検討した。
【方法】2012年9月～2013年5月にRA-TLHを施行した7例と同時期にTLHを施行した７例を対象として、手術時間、出血量、術後経過などを比較検討した。
【結果】手術手順は、前方アプローチで子宮動脈を単離結紮し、尿管を確認した後、骨盤漏斗靭帯を切離し、前後腟壁を開放して基靭帯を切離して子宮を摘出している。手術時間は、RA-TLH群：3時間43分(うちセットアップ時間13.7分、da Vinci使用時間2時間28分)、TLH群：2時間24分であった。出血量はどちらの群も少量であった。入院期間は、RA-TLH群：5.0日間、TLH群：5.4日間であり、いずれも差を認めなかった。
【結論】当科で実施したRA-TLHは、手術時間、出血量、術後経過において、TLHと同等であり、導入初期としては良好な成績であった。RA-TLHの手術手順として、TLHを基に構成することは妥当であると考えている。

317. TVM 手術施行後の腹圧性尿失禁に関する検討

島根大学医学部産科婦人科
折出亜希、金崎春彦、満尾友美、宮崎康二

骨盤臓器脱に対する Tension free vaginal mesh (TVM)手術は従来法に代わる術式として婦人科医の間でも普及している。従来法に比べて再発率が低く低侵襲であるが、術中の臓器損傷や術後メッシュ糜爛や尿失禁が副作用として挙げられる。当科で TVM 手術を施行した骨盤臓器脱患者を後方視的に解析し、TVM 手術と腹圧性尿失禁（stress urinary incontinence）について検討した。ＴVM手術後６か月以上術後経過を観察できた 105 名を対象とした。TVM 手術を受けた患者のうち約半数に術前に腹圧性尿失禁を認めていた。患者の年齢、POP-Q 分類、主病変の違いで、術前の腹圧性尿失禁の出現頻度に違いは認めなかった。術前に腹圧性失禁を認めた患者 50 名中 14 名（28.0%）で TVM 手術後に腹圧性尿失禁が消失した。TVM 手術施行後、術前腹圧性尿失禁の無かった患者 55 名のうち 26 名（47.3%）で新たな腹圧性尿失禁が出現した。術後腹圧性尿失禁が出現した患者のうち約半数は術後 6 か月以内に腹圧性尿失禁が消失あるいは軽快した。術前の残尿量の多さは、術後尿失禁の有無に関連しなかった。TVM 手術は従来法に代わる骨盤臓器脱に対する有用な手術方法であるが、術後腹圧性尿失禁の発症に関しては十分なインフォームドコンセントが必要であると思われる。

318. 肺血栓塞栓症を合併した巨大子宮筋腫の 1 例

JA 広島総合病院産婦人科
佐々木　充、中西慶喜、楠本真也、佐々木美砂、佐野祥子、中前里香子

【緒言】肺血栓塞栓症（以下 PTE）は種々の原因で発症するが、重篤な例では急死に至ることもあり、早期の診断と適切な治療が必要となる。今回、PTE を発症し抗凝固療法を開始し、血栓の消失後に単純子宮全摘術を施行した巨大子宮筋腫の 1 例を経験したので報告する。【症例】47 才、2 経妊 2 経産で 5 年前より子宮筋腫を指摘されていたが放置していた。半年前より過多月経、全身倦怠感を自覚したため当院受診となった。臍高に達する子宮筋腫を触知し、超音波検査では最大径が 12cm の多発子宮筋腫を認めた。血中 Hb 値は 6.7g/dl と高度の貧血を認めた。鉄剤処方にて一旦帰宅としたが全身倦怠感が増強したため 4 日後に救急外来を受診した。下腿浮腫を認め、胸部レントゲンで心陰影拡大、肺鬱血所見を認めた。血中 D ダイマー値は 8.7μg/ml と高値であり、造影 CT 検査で両側肺動脈に血栓を認めたため、PTE と診断した。抗凝固療法を開始し、3 か月後の造影 CT 検査で両側肺動脈の血栓の消失を確認した。貧血加療、筋腫縮小目的に GnRH アゴニストを 3 回施行後に単純子宮全摘術を施行した。術後経過良好であり術後 8 日目に退院となった。以後 PTE の再発なく経過している。【結語】巨大な骨盤内腫瘤を認める場合には血中 D ダイマー値などにより血栓症の評価を行い、必要に応じて下肢造影 CT、下肢脈管エコーなどで下肢静脈血栓症の検索を行うことが重要と考えられた。

319. 卵巣腫瘍の術後にヘパリン起因性血小板減少症を来した 1 症例

山口大学医学部附属病院産婦人科

西本裕喜、矢壁和之、村上明弘、縄田修吾、杉野法広

ヘパリン起因性血小板減少症（Heparin-induced thrombocytopenia:HIT）の認知が我が国でも急速に進んでいる。適切な診断、 治療が行われなければ、25-50%に血栓塞栓症を認め、その死亡率は約 5%と報告されている。今回、卵巣腫瘍術後に HIT をきたした症例を経験したので報告する。患者は 47 歳、0 経妊 0 経産。既往歴、家族歴は特記事項なし。腹部膨満感を主訴に近医産婦人科を受診したところ、骨盤内に巨大腫瘍を指摘されたため、精査加療目的に当科紹介となった。画像検査にて骨盤内に 24cm 大の多房性の腫瘤を認め、悪性も否定できなかった。D-dimer が 1.1mg/l と上昇していたため、血栓症の精査を行ったところ、両側のヒラメ静脈に器質化血栓を認めた。このため、術前にヘパリンによる抗凝固療法を行い、試験開腹術を施行した。術中迅速病理の結果が境界悪性腫瘍であり、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術を行った。術後 1 日目よりヘパリンを再開し、術後 3 日目よりワーファリンへの変更を予定していたが、同日の血液検査で急激な血小板の減少(6.6 万/μl)を認めた。臨床経過より HIT が疑われ、血液検査を施行したところ、抗 PF4/ヘパリン抗体の上昇を認め、HIT と診断された。ヘパリンを中止したところ、血小板減少は改善し、術後 2 週間で正常化した。ヘパリンを使用する際に、急激な血小板の減少を認めた場合は、HIT を念頭におく必要がある。

320. 治療に難渋した帝王切開瘢痕部妊娠の 2 例

山口大(1)、下関市立豊浦病院(2)
中島健吾(1)、村田　晋(1)、岡田真紀(1)、折田剛志(1)、山縣芳明(1)、田村博史(1)、杉野法広(1)、岡田　理(2)

【緒言】近年の帝王切開率の上昇に伴い、帝王切開瘢痕部妊娠（Cesarean scar pregnancy：以下 CSP）の増加が問題となっているが、その治療法に一定の見解は無い。今回 CSP に対し MTX 全身投与を行ったが効果無く、子宮動脈塞栓術と MTX 局所投与を行い、子宮を温存し得た 2 例を経験したので報告する。【症例 1】31 歳、1 経妊 1 経産、骨盤位に対し帝王切開の既往がある。妊娠 7 週、CSP と診断され、胎児心拍を認めた。血中 hCG は 13 万 mIU/ml であり、MTX 全身投与（1mg/kg 1,3,5,7 日）を 2 コース投与したが血中 hCG は 7,500mIU/ml から低下せず、胎児心拍も消失しなかった。引き続き MTX 動注療法（50mg）と子宮動脈塞栓術を併用したが、血中 hCG の低下は認めなかった。そこで MTX(50mg)と KCL を局所投与した結果、胎児心拍は消失し、血中 hCG は低下した。治療後少量の性器出血が暫く持続したが、5 か月後に血中 hCG は陰性化した。【症例 2】23 歳、2 経妊 2 経産、2 回帝王切開の既往がある。妊娠 8 週で CSP と診断され、胎児心拍は認めなかった。血中 hCG は 17 万 mIU/ml であった。症例 1 と同様 MTX 全身投与と動注療法、子宮動脈塞栓術を施行したが効果は乏しく、2 回の MTX 局所投与を行い、約 4 か月後に血中 hCG は陰性化した。

321. 当科における子宮外妊娠症例の検討

総合病院社会保険徳山中央病院　産婦人科
平田博子、鷹野真由実、中川達史、伊藤　淳、平林　啓、沼　文隆

【目的】当科における子宮外妊娠症例の診断，治療法について後方視的に検討した．【対象】平成 22 年 1 月から平成 24 年 12 月までの 3 年間に当科で子宮外妊娠と診断し，加療を行った 49 症例．【結果】49 症例のうち，手術を施行した症例は 47 例 で，全例腹腔鏡下手術が可能であった．47 例のうち子宮外妊娠症例が 46 例，1 例は卵巣嚢腫のみを認め術後の D&C で子宮内妊娠流産が確認された．2 例は MTX 投与のみで加療した．超音波検査所見は，付属器領域に腫瘤を認めるものが 39 例，多量の腹水を認めるものが 6 例，2 例は HCG 陽性であるが明らかな所見を認めなかった．妊娠部位，診断時週数，血中β-HCG 値についても検討を行った．術式は、卵管切除術が最も多く，卵管温存の希望があれば，卵管温存手術も施行した．腹腔内出血を多量に認める症例では，術中回収式自己血輸血装置の使用を行っており，2000ml 以上腹腔内出血のあった症例でも同種血輸血を必要とした症例はなかった．卵管切除例と，卵管保存例の術前・術後 3 日目の HCG 値推移は両者に有意な差はなかったが，卵管保存例では 11 例中 2 例に絨毛遺残を認め，術後に MTX 投与を行った，【結語】腹腔内出血を認める症例においても，腹腔鏡による手術が可能で，術中回収式自己血輸血装置を用いることによって，同種血輸血を回避することができ，より低侵襲な治療が可能であった．

322. 当院産婦人科における自己血貯血の適応と有効性の検討

広島市立広島市民病院　産婦人科

片山陽介、横山麻衣子、玉田祥子、浅野令子、西田　傑、関野　和、舛本佳代、香川幸子、沖本直輝、依光正枝、洲脇尚子、小坂由紀子、石田　理、野間　純、児玉順一

近年、同種血輸血の合併症を防ぐため、自己血貯血が行われている。しかし、症例の選択には明確な基準はなく、施設ごとに基準が設けられ、当科でも輸血のリスクが高いと考えられる場合には自己血貯血を行っている。今回、当科で2012年に施行された産婦人科手術症例1229例のうち自己血貯血を行った83例を対象に手術内容、廃棄率などについて検討した。貯血を行った83症例の内訳は、帝王切開術26例、悪性腫瘍手術15例、筋腫核出術31例（開腹14例、腹腔鏡17例）、その他11例であった。貯血を行った全症例の出血量中央値は515ml(10-8640ml)、返血した症例の出血量中央値は985ml(105-8640ml)であった。貯血全量を破棄した症例は41例(49%)であった。帝王切開術26例の中で前置・低置胎盤が理由となったのは23例（全前置胎盤は13例、部分前置胎盤は2例、辺縁前置胎盤は6例、低置胎盤2例)で出血量の中央値1144ml(295-8640ml)、廃棄率は35%であった。悪性腫瘍手術の出血量中央値は785ml(310-1700ml)、廃棄率は20%であった。筋腫核出術全体の出血量中央値は100ml(10-980ml)、破棄率は74%であった。開腹症例での出血量中央値は150ml(20-980ml)、廃棄率64%、腹腔鏡症例では50ml(10-590ml)、廃棄率82%であった。前置胎盤での帝王切開術および悪性腫瘍手術では自己血貯血が有用であったが、筋腫核出術では廃棄率が高く、自己血貯血が必要な症例を再検討する必要があると思われた。

323. エリスロポエチン産生子宮筋腫の1例

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター産婦人科
横山貴紀、中村紘子、佐々木　晃、山崎友美、中野正明、澤崎　隆、水之江知哉

[諸言]エリスロポエチン産生腫瘍は腎細胞癌、肝細胞癌といった悪性腫瘍について多く報告されているが、子宮筋腫での報告は少ない。今回我々は、免疫染色でエリスロポエチン産生子宮筋腫と診断された1例を経験したので報告する。[症例]30歳、0経妊0経産。既往歴、家族歴に特記事項なし。下腹部痛にて近医を受診し、小児頭大の骨盤内腫瘤を指摘され、当院に紹介となった。超音波、MRI検査にて子宮後面に16cm大の腫瘍を認めた。血液検査で、Hgb17.2mg/dlと多血症を認めたためエリスロポエチン産生腫瘍を疑い、血清エリスロポエチンを測定したところ、14.3IU/mlと正常範囲内であった。腫瘍マーカー（LDH、CA125、CA19-9、AFP）は正常範囲内であった。開腹手術を施行したところ、腫瘍は表面平滑、新生児頭大で、子宮後壁から発生し、後腹膜内にむかって発育していた。病理検査では子宮筋腫と診断され、免疫染色でエリスロポエチン産生腫瘍と診断された。術後経過は良好で、術後 84 日目の血液検査ではHb13.5g/dlと多血症は認められなかった。[結語]子宮筋腫摘出術により多血症が改善したエリスロポエチン産生腫瘍の1例を経験した。子宮筋腫にて多血症を認めた場合、エリスロポエチン産生子宮筋腫も念頭に置く必要性があると考えられた。

324. 当科で経験した子宮動静脈奇形の1例

福山市民病院　産婦人科
今福紀章、青江尚志、中山雅人

閉経後の女性において不正性器出血をきたす疾患としては子宮頚がん・体がんなどの悪性腫瘍が一般的である。その他のものとして、比較的稀ではあるが子宮動静脈奇形といった血管系病変の存在が指摘されている。今回我々は子宮動静脈奇形の症例を経験したので報告する。
症例は64歳、不正性器出血を主訴に受診した。来院時の頚管・内膜細胞診は陰性。経腟超音波検査にて体部後壁に2.5cm程度の腫瘤病変を認め、カラードプラー法にて同病変はモザイク状の血流パターンを示していた。MRI・造影dynamicCTにて子宮内に不均一腫瘤と骨盤内血管の著明な拡張像とを認めたため子宮動静脈奇形を疑い、骨盤内血管造影を行った。同検査にて子宮動静脈奇形と確定診断し、両側子宮動脈、左卵巣動脈が強く関与していた。根治治療として子宮全摘術を予定し、術前に両側内腸骨動脈へバルーンカテーテルを挿入併用し手術に臨んだ。最初に流入動脈である左右子宮動脈・左骨盤漏斗靭帯より処理し、最後に右骨盤漏斗靭帯を処理することで問題なく手術を遂行することが可能であった。手術時間は2時間32分、術中出血量は150ｇであった。術後病理検査にて体部後壁に多数の血管病変を伴っており子宮動静脈奇形の診断であった。
不正性器出血を生じる疾患として今回のような子宮の血管病変も念頭に入れて診療に当たる必要があると考えられた。

325. 子宮動静脈奇形に対するダナゾールの効果判定に超音波ドップラーが有効であった一例

高知大学医学部附属病院産科婦人科
森田聡美、國見祐輔、前田長正、山本槙平、氏原悠介、牛若昂志、都築たまみ、松島幸生、谷口佳代、
山田るりこ、泉谷知明、池上信夫、深谷孝夫

【緒言】子宮動静脈奇形(UAVM)は異常な血管を介して子宮内で動脈と静脈が短絡する極めて稀な疾患である。子宮内容除去術や妊娠などを契機に異常血管が形成され、過多月経や不正性器出血の原因となり、突然の多量出血を引き起こす場合もある。今回 UAVM 症例に対してダナゾールを投与し、造影 MRI と超音波ドップラーにより診断と治療効果判定が有効であった 1 症例を経験したので報告する。

【症例】39 歳女性 2 経妊 0 経産、2 回とも子宮内胎児死亡のため子宮内容除去術を前医で施行されている。挙児希望にて精査加療目的で当科紹介となった。当科受診時、術後から 1 ヶ月間持続する少量の性器出血を認めていた。超音波ドップラーで子宮筋層内底部後壁に豊富な血流像を認めた。造影 MRI で同部に集簇する異常血管を認め、UAVM と診断した。

本人の強い妊孕性温存の希望があり、ダナゾールを投与開始した。定期的に超音波ドップラーで異常血管の血流と子宮動脈の Pulsatility Index（PI）値を評価した。ダナゾール治療前は右子宮動脈の PI 値は低下しており、左右差を認めた（右 1.06、左 1.84）。

ダナゾール投与 15 週間後に施行した造影 MRI 及び超音波ドップラーでは、子宮筋層内に異常血管を認めず、また PI 値は左右同レベルまで回復し（右 1.67、左 1.83）、UAVM は消失したと考えられた。

【結語】UAVM の評価及び治療効果判定としては造影 MRI が一般的であるが、より簡便な方法として超音波ドップラーと子宮動脈の PI 値の推移がその指標となる可能性がある。

326. 当院で経験した子宮留膿腫破裂の検討

津山中央病院　産婦人科[1)]、赤堀病院　産婦人科[2)]
江口武志[1)]、杉山和歌菜[1)]、小古山　学[1)]、赤堀洋一郎[2)]、河原義文[1)]

子宮留膿腫は産婦人科医が日常診療で遭遇する common disease の一つであり、子宮内ドレナージ、抗菌薬投与で大部分が改善するが、子宮留膿腫破裂の治療報告は稀である。当院で経験した 8 例は、急性腹症、意識障害もしくはショックで他科より紹介され子宮留膿腫破裂に敗血症性ショック、播種性血管内凝固を合併して手術を含めた包括的治療を行った。 7 例は子宮穿孔・破裂であり、1 例は潜在性子宮破裂で子宮漿膜と後腹膜の癒着で子宮内容液の腹腔内流出を妨げていた。前者は緊急手術の方針としたが、後者は子宮感染による敗血症性ショック、播種性血管内凝固と診断して局所的治療を先行させ子宮内ドレナージ、抗生剤で改善し、待機的に手術の方針とした。手術中、癒着剥離時に少量の子宮内容液が腹腔内へ流出した。発症年齢は、全症例で高齢者（超高齢者；5 例、後期高齢者；2 例、前期高齢者；1 例）であり、糖尿病、ステロイド内服、ADL の低下など感染を助長する基礎疾患を認めた。全症例に広域抗菌薬を使用した敗血症治療と播種性血管内凝固治療を ICU 医師と併診で行ったが、1 例は感染が再燃して術後 1 ヶ月で死亡した。昨今、超高齢化社会に伴い子宮留膿腫の患者数が増加しているが、それに伴い重症化する患者数も増加している。初診時は他科受診がほとんどであり他科を含めた医師の本病態に対する認識が重要であり早期診断・早期治療で予後改善に寄与する。

327. 良性転移性肺平滑筋腫の 1 例

中国労災病院　産婦人科
佐川麻衣子、藤原久也、中島貴美、花岡美生、槙野洋子、勝部泰裕

良性転移性肺平滑筋腫（benign metastasizing leiomyoma：BML）は，子宮筋腫の既往を有する女性において，組織学的には良性所見を示す平滑筋腫が肺に多発する稀な疾患である。子宮筋腫術後 11 年で診断した BML の症例を報告する。

症例は 53 歳，3 経妊 3 経産。42 歳時に子宮筋腫にて腹式単純子宮全摘出術の既往がある。51 歳時，症状はなかったが健康診断の胸部 X 線で異常陰影を指摘され，胸部 CT で両肺に多発する小結節影と，左肺 S10 に 2cm 大の結節影を

認めた。PET-CT で異常集積はなく，各種腫瘍マーカーの上昇も認めなかったため，半年毎の CT で経過観察となった。2 年後に左肺 S10 の結節影が 3cm に増大し，その他の小結節影も軽度増大を認めたため，診断目的に VATS が行われた。腫瘍は境界明瞭で，組織学的には異型性の乏しい紡錘形細胞の索状配列より成り，免疫染色では SMA とエストロゲンレセプターに強陽性であり，平滑筋腫と考えられた。子宮筋腫の既往より BML と診断した。病変は両肺に多発しており，外科的切除は困難なためホルモン療法として GnRH アゴニスト療法を 7 クール施行した。現在までに腫瘍の増大は認めていない。子宮筋腫術後の症例で肺に多発結節影を認めた場合，悪性腫瘍の肺転移とともに BML の可能性も考えて精査を進める必要がある。

328. 子宮筋腫術後に肺と後腹膜腔に発生した良性転移性平滑筋腫の一例

国立病院機構福山医療センター　産科・婦人科
原賀順子、澤田麻里、永井あや、多賀茂樹、山本　暖、早瀬良二

【緒言】子宮筋腫には良性転移性平滑筋腫、静脈内平滑筋腫、腹膜播種性平滑筋腫症などの稀な進展様式が存在する。今回我々は、子宮筋腫手術 4 年後、肺と後腹膜腔に発生した良性転移性平滑筋腫の一例を経験したので報告する。【症例】47 歳、2 経妊 2 経産。4 年前に子宮筋腫に対し他院で腹式単純子宮全摘術を施行した既往あり。健診で胸部 Xp で異常陰影を認め、CT で左肺の腫瘤影と、右水腎・水尿管症と骨盤内腫瘤を指摘され、当科へ紹介となった。MRI では骨盤内右側に 4cm 大、左側に 1cm 大の辺縁平滑な腫瘤を認めた。卵巣腫瘍を疑ったが、悪性腫瘍や尿管腫瘍も考慮した。手術所見は両側卵巣は正常、腫瘤は後腹膜腔に存在し、尿管に癒着していた。右腎尿管全摘と左後腹膜腫瘍切除を行った。病理組織所見では腫瘍は良性の平滑筋腫瘍で、免疫染色から子宮由来であると考えられた。前医のプレパラートを再検鏡すると、静脈内平滑筋腫の所見を認めた。肺腫瘍は生検は行っていないが平滑筋腫の転移と推測している。後療法は行わず経過観察としている。【結語】良性転移性平滑筋腫は稀な病態であり、発生機序や治療法は未だ確立していない。本症例では診断に苦慮したが、子宮筋腫の既往がある症例では本疾患を鑑別として考慮する必要があると考えられた。

YAZ®

経口黄体ホルモン・卵胞ホルモン混合
月経困難症治療剤〈薬価基準収載〉

ヤーズ®配合錠

(ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠)

処方せん医薬品注)　注)注意—医師等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, 添付文書をご参照ください.

資料請求先
バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001
http://www.bayer.co.jp/byl

2011年9月作成　YAZ-11-4011

中外製薬
ロシュ グループ

がんに立ち向かう患者さんに
希望をお届けするのも、私たちの仕事です。

ONCOLOGY（オンコロジー）は、腫瘍学・がん研究を表す言葉です。

すべては、患者さんが希望をもってがんに立ち向かえるがん医療の実現のために。
私たち中外製薬は、革新的な医薬品の研究開発・生産・情報提供はもとより、
患者さんやご家族、医療関係者に向けたセミナーの開催、最新がん医療の紹介
など、さまざまな支援活動を行っています。

がん医療の最前線で、ともに。中外オンコロジー

がん情報ガイド　検索　http://gan-guide.jp

at the Front Line
CHUGAI ONCOLOGY

ウイルスワクチン類　　薬価基準：適用外

劇薬	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）

ガーダシル®　水性懸濁筋注シリンジ
水性懸濁筋注

GARDASIL®　組換え沈降4価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン（酵母由来）

「効能・効果」、「用法・用量」、「効能・効果に関連する接種上の注意」、「用法・用量に関連する接種上の注意」、「接種不適当者を含む接種上の注意」など詳細については、製品添付文書をご参照ください。

MSD

製造販売元［資料請求先］
MSD株式会社
〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
http://www.msd.co.jp/

2012年7月作成 GRD12AD058-0417

astellas

骨粗鬆症治療剤（ミノドロン酸水和物錠）　薬価基準収載

ボノテオ®錠50mg

劇薬、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）

Bonoteo®

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

製造販売　アステラス製薬株式会社
東京都板橋区蓮根3-17-1
［資料請求先］本社／東京都中央区日本橋本町2-5-1

2013/04作成.A41/2.B.01

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

製造販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

提携
AMGEN®

2013年6月作成

〔資料請求先〕
武田薬品工業株式会社 医薬営業本部
〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

ウイルスワクチン類　薬価基準未収載

生物由来製品 | 劇薬 | 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)

サーバリックス®

Cervarix® 組換え沈降2価ヒトパピローマウイルス様粒子ワクチン
(イラクサギンウワバ細胞由来)

※「効能・効果」、「用法・用量」、「接種不適当者を含む接種上の注意」、「効能・効果に関連する接種上の注意」、「用法・用量に関連する接種上の注意」等につきましては、添付文書をご参照ください。

販売提携(資料請求先)
ジャパンワクチン株式会社
東京都千代田区四番町6

製造販売元(輸入)
グラクソ・スミスクライン株式会社
〒151-8566　東京都渋谷区千駄ヶ谷 4－6－15

2012年7月作成

年齢や役割とともに変化する、女性の心とからだ。
それぞれの悩みに苦しむ女性や彼女たちを支える家族、そして医療スタッフなど、
みんなで心からのスマイルを交わせる明日に向かって――
私たちはこれからも皆さまの声に耳を傾け、同じ目標をともに持ち続けていきます。

心とからだにスマイル。

ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン剤 薬価基準収載
生物由来製品・処方せん医薬品注)
注射用ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン
HMG筋注用75単位「F」
HMG筋注用150単位「F」

卵胞成熟ホルモン(FSH)製剤 薬価基準収載
生物由来製品・処方せん医薬品注)
フォリルモン®P注75
フォリルモン®P注150

Gn-RH誘導体製剤 薬価基準収載
処方せん医薬品注)
ブセレリン酢酸塩製剤
ブセレキュア®点鼻液 0.15%

Gn-RH誘導体製剤 薬価基準収載
劇薬・処方せん医薬品注)
酢酸ナファレリン点鼻液
ナファレリール®点鼻液0.2%

選択的ドパミン作動薬 薬価基準収載
劇薬・処方せん医薬品注)
テルグリド錠
テルグリド錠0.5「F」

注) 注意－医師等の処方せんにより使用すること。■効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む使用上の注意につきましては添付文書をご参照下さい。

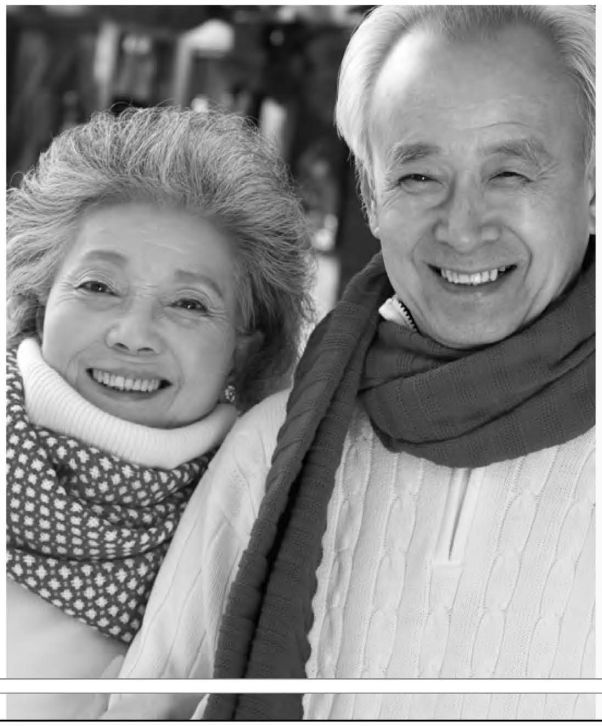
ひとりひとりの笑顔に応えたい。

富士製薬工業株式会社
〒102-0075 東京都千代田区三番町5番地7
http://www.fujipharma.jp

2011年6月作成

ヤンセンファーマ株式会社
URL:http://www.janssen.co.jp

janssen



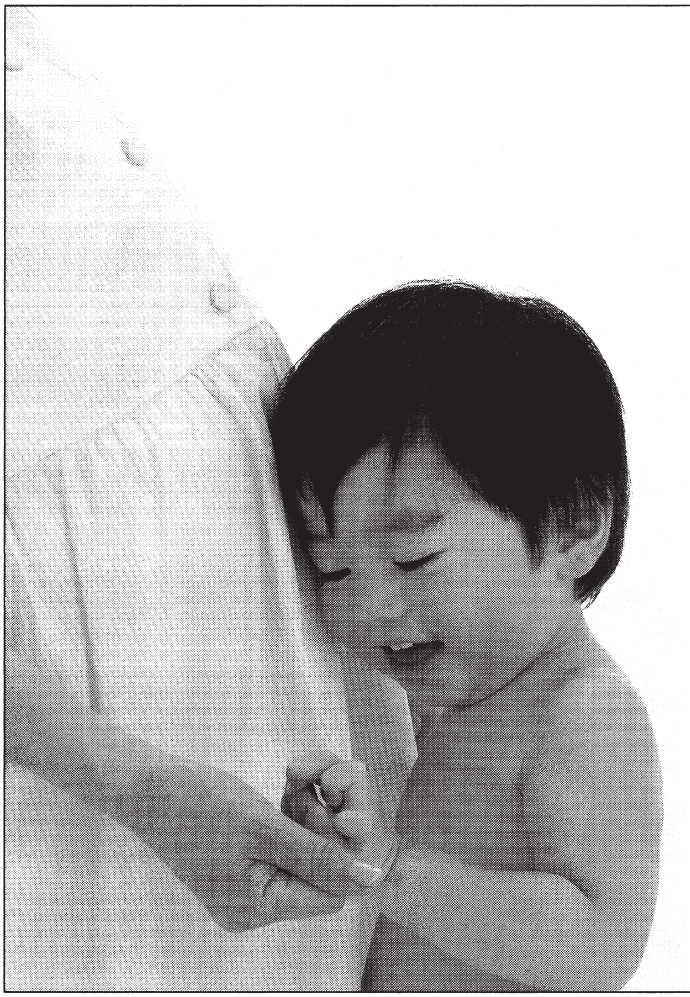
私たちが目指すもの：
それは、違いをもたらすこと

私たちの大きな使命。それは、今なお応えきれず、
患者さんたちが切望する課題に取り組み、
これを解決することです。

ヤンセンがとりわけ注力しているのは、
5つの大きな治療領域—神経科学、感染症、腫瘍（がん）、
免疫疾患および疼痛—です。
さらに、当社の製品ポートフォリオは、
その他の重要な領域についても扱っています。

私たちは「人を助ける人」でありたい。
—統合された知識と資源を使いこなし、卓越した科学の力と
可能性に投資して、世界中の人々の寿命とQOLを向上させるために
全社一体となって取り組んでいます。

ヤンセンの名のもとに、私たちはあらゆる患者さんのために
全力で科学を追求します。



切迫流・早産治療剤

ウテメリン®注50mg

劇薬，処方せん医薬品注）　リトドリン塩酸塩注射液　薬価基準収載
注）注意－医師等の処方せんにより使用すること。

日本薬局方リトドリン塩酸塩錠

ウテメリン®錠5mg

処方せん医薬品注）　薬価基準収載
注）注意－医師等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、製品添付文書をご参照ください。

製造販売元
キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号　http://www.kissei.co.jp/
資料請求先:
製品情報部　東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号
Tel. 03-3279-2304

UT022BN
2009年6月作成