

2017

Vol.66

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第70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29年9月23日(土・祝)・24日(日)

会場 広島県医師会館

会長 工藤 美樹 (広島大学医学部産科婦人科学教室 教授)

 中国四国産科婦人科学会

ご挨拶

このたび、第70回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会を広島市で開催させていただくことになりました。平成29年9月23日、24日を会期として、広島駅の北口に新築移転された広島県医師会館で開催いたします。伝統ある本会を担当させていただきますこと、大変名誉なことと存知、関係の先生方に心から御礼申し上げます。

特別講演では、大阪大学の木村 正教授に「ハイリスク帝王切開におけるいくつかの工夫」のタイトルでご講演をいただきます。帝王切開時の産科危機的出血への対処法としてバルーン挿入、子宮圧迫縫合法、IVR、子宮全摘などの処置を各施設で個別に判断し施行しているのが現状ですが、このようなハイリスク帝王切開に対して様々な工夫を凝らした対応で良好な成績を収めておられる木村先生の貴重なご講演になると存じます。また、岡山大学の増山 寿先生には教授就任講演をお願いしてあります。さらに教育講演として、広島大学の疫学・病態制御学の田中 純子教授に「ウイルス肝炎の疫学動向」というタイトルでご講演をいただきます。2016年より全ての出生児を対象としたHBワクチンが開始され、術前検査、輸血時、妊娠中のスクリーニング検査等で産婦人科も深く関わるウイルス肝炎について必見の知見を御教示いただきます。シンポジウムでは各大学の医局で医師確保に深く携わっている人事・入局担当の先生にお集まりいただき、「中国四国地区における将来を見据えた産婦人科医師の人材確保について」と題して、今後の産婦人科医療を支えていくために必要な医師確保を行うための打開策を見出したいと考えております。

学術講演会は、若手産婦人科医師に聴講者としてのみではなく発表者としても勉強の機会を与える役割を果たしてきました。一般演題は93題の応募をいただきました。時間の許す限り多くの若手医師に口演発表をしていただき、討論時間も持てるようにプログラムの調整を行いました。産婦人科医療を取り巻く環境が大きく変化し、学術活動を継続することが難しい状況であることは分かっておりますが、ぜひ頑張ってくださいようお願いいたします。初日の昼間のプログラム終了後は、懇親会を準備しますが、広島の街も楽しんでいただきたいと思いますと思っております。

本学術講演会が会員の先生方にとって実りの多いものになりますことを確信いたし、初秋の広島で、先生方のご参加を心よりお待ちしております。

第70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 工藤美樹

(広島大学医学部産科婦人科学教室 教授)

第70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：工藤 美樹（広島大学医学部産科婦人科学教室 教授）

開 催 日：2017年9月23日（土・祝）～24日（日）

会 場：広島県医師会館
（〒732-0057 広島県広島市東区二葉の里3-2-3）

学 術 委 員 会：9月23日（土・祝） 11：00～11：45 501会議室

理 事 会：9月23日（土・祝） 11：45～12：40 501会議室

評 議 員 会：9月24日（日） 12：30～13：30 303会議室

総 会：9月24日（日） 13：35～14：05 ホール

懇 親 会：9月23日（土・祝） 18：00～20：00 201会議室

【大会事務局】

広島大学医学部産科婦人科学教室

〒734-8551 広島県広島市南区霞1-2-3 臨床研究棟3F

TEL：082-257-5262

FAX：082-257-5264

【運営事務局】

株式会社コングレ

〒541-0047 大阪府大阪市中央区淡路町3-6-13

TEL：06-6229-2561

FAX：06-6229-2556

Email：cs-jsog2017@congre.co.jp

参加者へのご案内

1. 参加受付

日にち	時間	場所
9月23日(土・祝)	10:30～18:30	総合受付(1F ホワイエ)
9月24日(日)	8:00～15:00	

2. 参加費、プログラム・講演抄録販売など(現金受付のみ)

医師・一般	8,000円
医学部学生・初期研修医 ※証明書をご提示ください	無料
懇親会	無料
プログラム・講演抄録	2,000円

- 会場内では必ず参加証に所属・氏名を記入の上、携帯してください。
- 参加証の再発行はできませんので大切に保管してください。
- プログラム・講演抄録は学会員の方に事前にお送りいたしますので、忘れずご持参ください。

3. 懇親会

日時: 9月23日(土・祝) 18:00～20:00

会場: 広島県医師会館 2F 201 会議室

4. 単位取得

第70回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会の参加および専門医研修出席証明には、**e医学会カード(UMINカード)**をご使用いただきますので、**必ずご持参ください。**

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



<専門医資格の単位付与について>

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

<日本専門医機構の認定講習について>

日本専門医機構の認定講習は、各会場前で参加受付をe医学会カードで行います。**e医学会カードをご使用いただきますので、必ずご持参ください。**開始時間10分を過ぎると、聴講いただくことは可能ですが、日本専門医機構単位付与はございません。ご了承ください。

9月23日(土・祝) ～9月24日(日)	学術集会参加	3単位	—
9月23日(土・祝) 13:00～14:00 〈第1会場〉	専門医共通講習 「指導医講習会」	1単位	教育講演 「ウイルス肝炎の疫学動向」
9月24日(日) 11:25～12:25 〈第1会場〉	産婦人科領域講習	1単位	特別講演 「ハイリスク帝王切開におけるいくつかの工夫」

※「参加証」を携帯されていない方は上記の受講登録はできません。

必ず1Fホワイエの受付にて参加受付をお済ませの上、**e医学会カードを持参し**、各会場にお越しください。

5. ランチョンセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当をお受け取りください。

6. クローク

場所	受付日時
広島県医師会館 1F ロビー	9月23日(土・祝) 10:30～20:00
	9月24日(日) 8:00～16:00

7. 会期中の問合せ先

運営本部 広島県医師会館 4F 401 会議室
TEL: 090-5257-6566 (会期中のみ)

8. その他

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

座長・発表者へのご案内

1. 進行情報

セッション	発表	質疑
一般講演	5分	3分

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

2. 座長の皆さまへ

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

3. 発表者の皆さまへ（試写方法のご案内）

I. PC 発表（PowerPoint）データ持込みによる発表の場合

- 1) すべてPC 発表（PowerPoint）のみといたします。
- 2) 発表データは、PowerPoint 2003・2007・2010・2013・2016のバージョンで作成してください。また、作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリまたはCD-Rにてご持参ください。
- 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。
- 4) フォントは特殊なものではなく、OS標準フォントをご使用ください。

<データの作成環境>

フォント（日本語）：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝

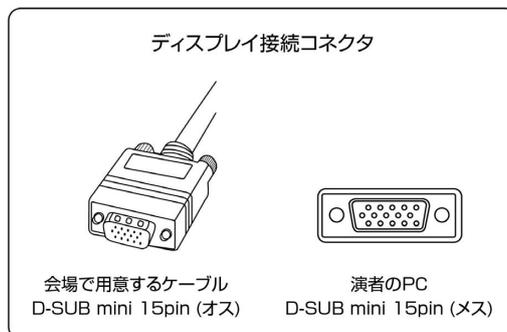
（英語）：Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman

- 5) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

II. PC 本体持込みによる発表の場合

- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、必ずご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、D-SUB mini 15pin（図参照）です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。HDMIの出力端子しかないPCは、HDMI→D-SUBの変換アダプターも必要です。

● D-SUB mini 15pin



(図)

- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。

- 6) コンセント用電源アダプターを必ずご持参ください。
- 7) 発表者ツール（演台モニターにスピーチ原稿を映す）は使用できません。

4. PC センター

下記、PCセンターを設けますので、講演開始60分前まで(朝1番目のセッションは30分前までに)、メディア媒体をPC受付にお持ちになり試写を行ってください。

【設置場所】 広島県医師会館 1F ホワイエ

【受付日時】 9月23日(土・祝) 12:00～18:15

9月24日(日) 8:00～14:30

5. 利益相反の開示について

学術講演会における演題発表時の利益相反状態開示方法は以下の通りとします。

I. 開示しなくてはならない筆頭演者

臨床研究に関するすべての発表において、利益相反状態の有無にかかわらず開示しなくてはなりません。

II. 口演発表における開示方法

演題名・演者名・所属のスライドの次のスライド(第2スライド)に、以下に示すひな形に準じたスライドを呈示した上で、利益相反状態の有無を述べてください。演題名・演者名・所属のスライドがない場合は、このスライドが第1スライドとなります。

<利益相反状態にある場合のひな形>

<p style="text-align: center;">第70回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会 利益相反状態の開示</p> <p style="text-align: center;">筆頭演者氏名：○○ ○○ 所 属：△△△△産婦人科</p>
<p style="text-align: center;">私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態は以下のとおりです。</p> <p style="text-align: center;">役員・顧問職/寄付講座所属 ○○製薬株式会社 講演料など □□製薬株式会社 研究費/奨学寄付金 株式会社××ファーマ</p>

<利益相反状態にない場合のひな形>

<p style="text-align: center;">第70回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会 利益相反状態の開示</p> <p style="text-align: center;">筆頭演者氏名：○○ ○○ 所 属：△△△△産婦人科</p>
<p style="text-align: center;">私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。</p>

※前頁のひな形（PowerPoint97-2004 プレゼンテーション）は学術講演会ホームページ演題募集の頁からダウンロードできます。

※開示する利益相反状態は、学術講演会については学会誌抄録号に掲載される抄録（もしくは講演要旨）提出前3年間のもの、その他については演題応募もしくは抄録提出前3年間のものとします。なお、演題応募および抄録提出のいずれも行わない講演発表については、発表前3年間のものとします。ただし、各々の開示すべき事項について、以下の基準を超える場合に自己申告してください。

※利益相反状態の有無の基準は本学会の「利益相反に関する指針」運用細則に則り、以下の通りです。

- (1) 企業や営利を目的とした団体の役員、顧問職、寄付講座に所属する者については、1つの企業または団体からの報酬額が年間100万円。
- (2) 研究に関連した企業の株式の保有については、1つの企業について1年間の株式による利益（配当、売却益の総和）が100万円、または当該企業の全株式の5%。
- (3) 研究に関連した企業、団体からの特許権使用料については、1つの特許権使用料収入が年間100万円。
- (4) 研究に関連した企業、団体から、会議の出席（発表）に対し、研究者を拘束した時間・労力に対して支払われた日当・講演料・座長料などやパンフレットなどの執筆に対して支払われた原稿料については、1つの企業または団体からの年間の日当および原稿料が合計50万円。
- (5) 研究に関連した企業、団体から提供された研究費については、1つの医学研究に対して支払われた総額が年間100万円。奨学寄付金（奨励寄付金）については、1つの企業または団体から1名の研究代表者に支払われた総額が年間100万円。
- (6) その他の報酬（研究とは直接無関係な旅行、贈答品など）については、1つの企業または団体から受けた報酬が年間5万円。
- (7) 前各号に定める金員については交通費は除くものとする。

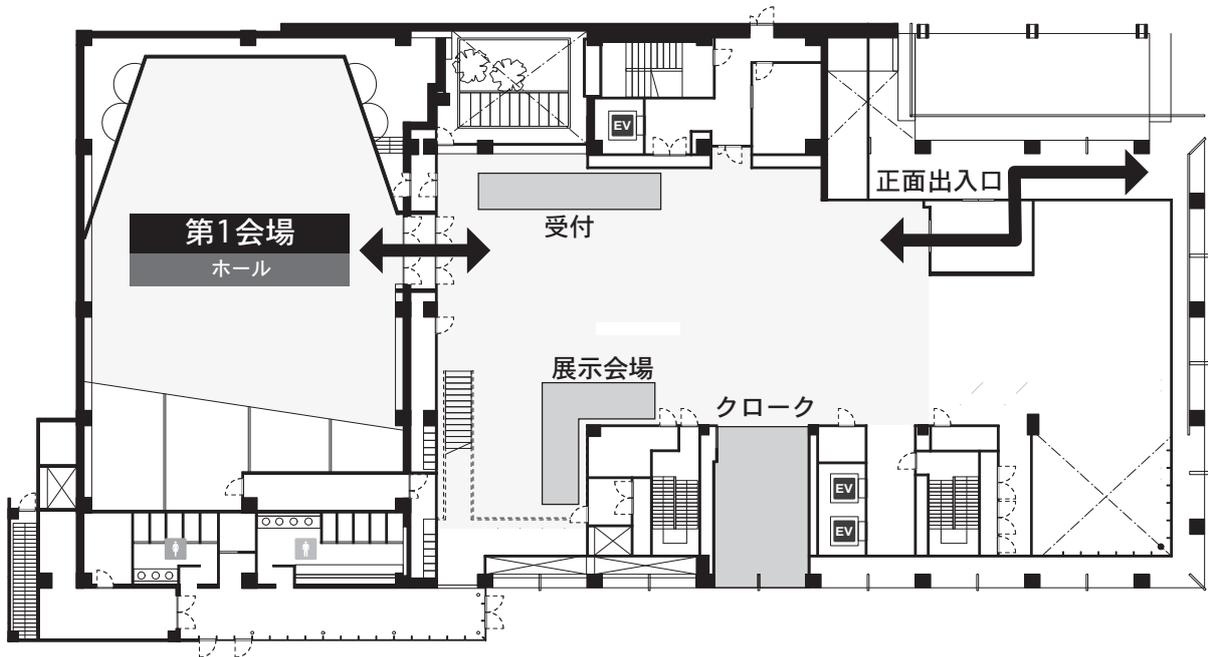
交通のご案内



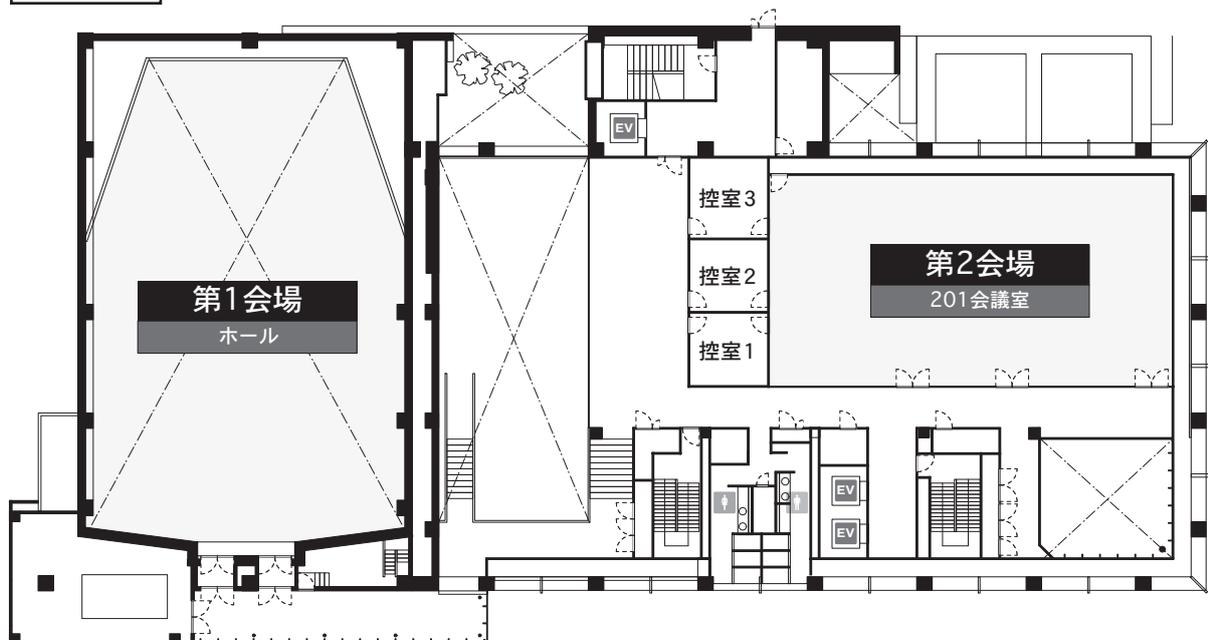
- JR広島駅・新幹線口から徒歩約5分
(JR広島駅・新幹線口から西方面、駅西高架(北)信号右折、二葉山方面へ約100m先右側)

会場案内図

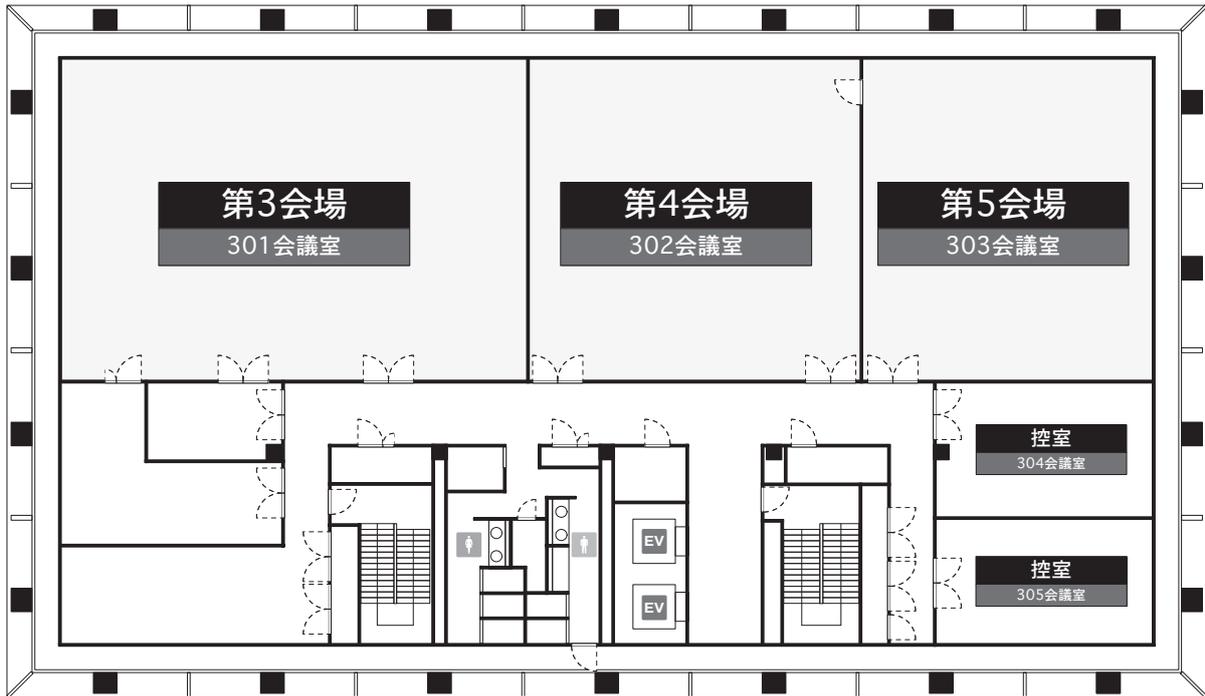
1F



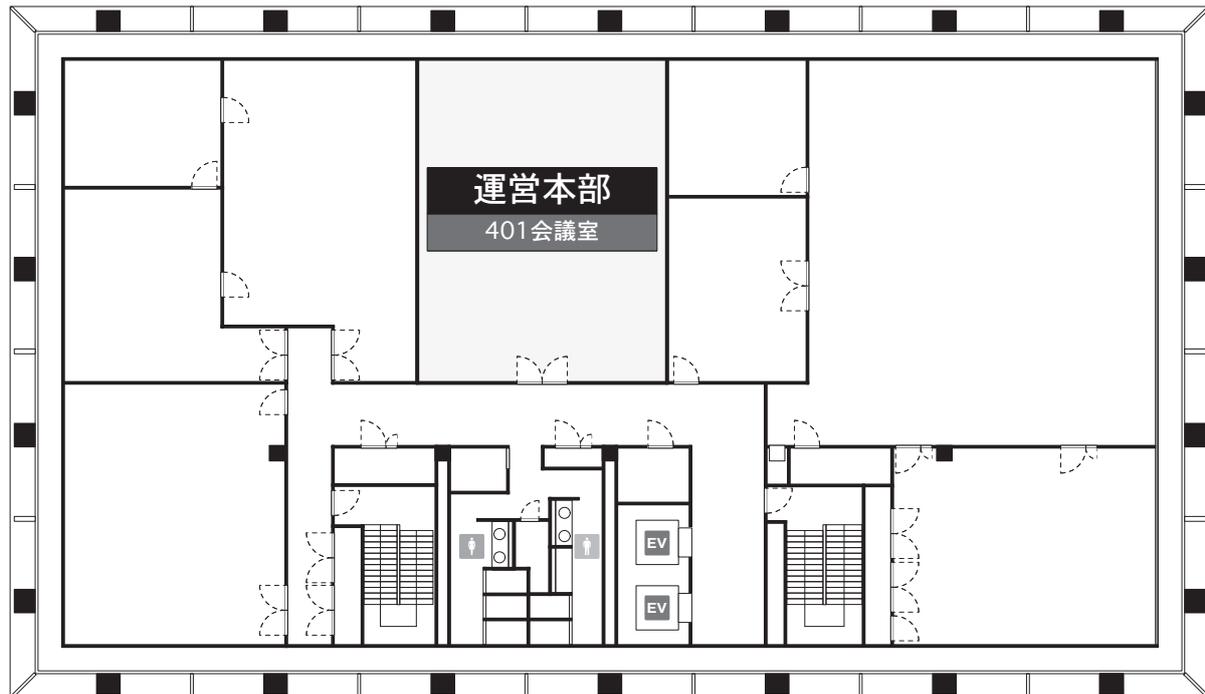
2F



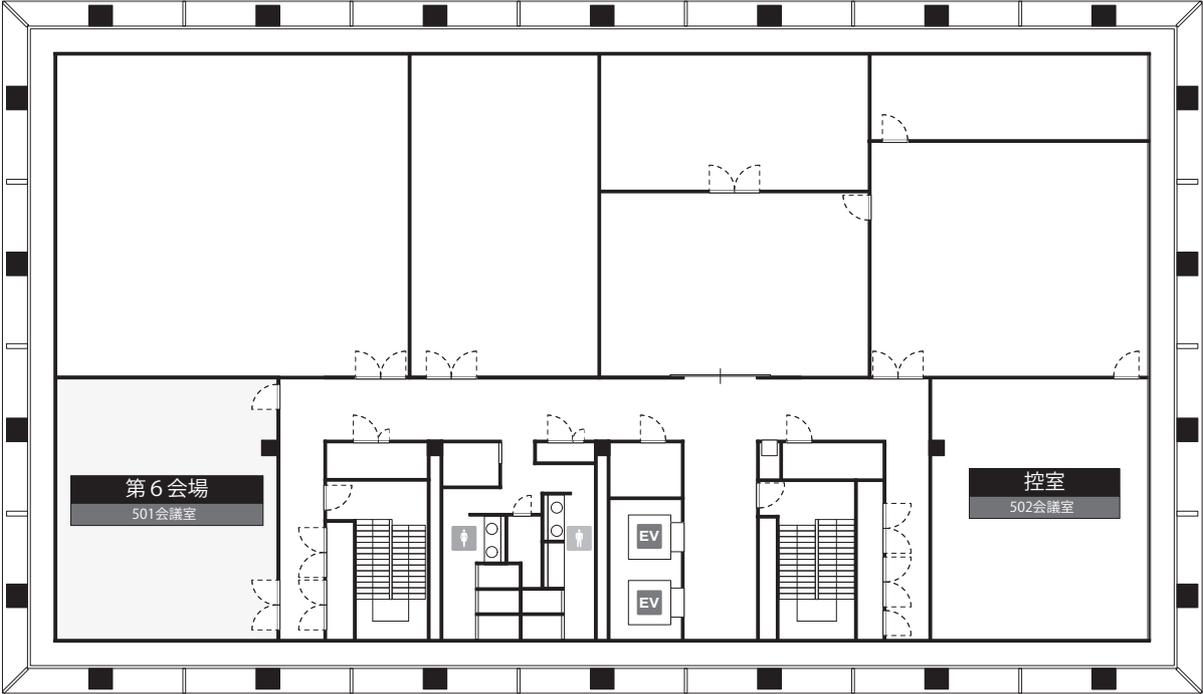
3 F



4 F



5 F



日程表

【1日目】9月23日(土・祝)

広島県医師会館						
第1会場 1F ホール	第2会場 2F 201会議室	第3会場 3F 301会議室	第4会場 3F 302会議室	第5会場 3F 303会議室	展示会場 1F ホワイエ	
12:00						12:00
12:55						
13:00						13:00
13:00~14:00 教育講演 「ウイルス肝炎の疫学動向」 演者：田中 純子 (広島大学) 座長：杉山 隆 (愛媛大学) 指導医講習会						
14:00						14:00
14:00~14:45 教授就任講演 「これまで歩んできた道、 これから歩むべき道」 演者：増山 寿 (岡山大学) 座長：平松 祐司 (岡山大学)	第1会場 中継会場					
15:00						15:00
14:45~15:15 公募臨床研究 「帝王切開産後部転産に関する多施設共同研究」 演者：光井 崇 (岡山大学) 座長：増山 寿 (岡山大学)		第1会場 中継会場		13:00~17:30 Plus One セミナー 2 腹腔鏡ハンズオンセミナー (対象：初期研修医、 事前申込制)	13:00~17:30 Plus One セミナー 1 J-CIMELS ベーシックコース (対象：初期研修医、 事前申込制)	13:00~ 17:30 展示
15:20~15:50 DVD上映						
16:00						16:00
16:00~17:30 シンポジウム 「中国四国地区における将 来を見据えた産婦人科医 師の人材確保について」 座長：田中 教文 (広島大学)						
17:00						17:00
18:00						18:00
19:00	18:00~20:00 懇親会					19:00
20:00						20:00

【2日目】9月24日(日)

広島県医師会館							
第1会場 1F ホール	第2会場 2F 201会議室	第3会場 3F 301会議室	第4会場 3F 302会議室	第5会場 3F 303会議室	第6会場 5F 501会議室	展示会場 1F ホワイエ	
8:00							8:00
8:40~9:28 一般講演 第1群 (101~106) 合併症妊娠1 座長:田村 博史 (山口大学)	8:40~9:28 一般講演 第5群 (201~206) 胎児先天異常 座長:田中 宏和 (香川大学)	8:40~9:36 一般講演 第9群 (301~307) 腫瘍1 座長:藤岡 徹 (愛媛大学)	8:40~9:28 一般講演 第13群 (401~406) 生殖内分泌 座長:桑原 章 (徳島大学)		8:40~10:40 腹腔鏡ハンズ オンセミナー (事前申込不要、 学会参加者を対 象としたフリー トレーニング)		8:40~ 14:30 展示
9:28~10:16 一般講演 第2群 (107~112) 合併症妊娠2 座長:谷口 文紀 (鳥取大学)	9:28~10:24 一般講演 第6群 (207~213) 手術 座長:中山 健太郎 (鳥根大学)	9:36~10:24 一般講演 第10群 (308~313) 腫瘍2 座長:末岡 幸太郎 (山口大学)	9:28~10:16 一般講演 第14群 (407~412) 女性ヘルスケア1 座長:鎌田 泰彦 (岡山大学)				
10:16~11:12 一般講演 第3群 (113~119) 妊娠合併症 座長:金崎 春彦 (鳥根大学)	10:24~11:04 一般講演 第7群 (214~218) 女性ヘルスケア2 座長:松崎 利也(徳島大学)	10:24~11:04 一般講演 第11群 (314~318) 腫瘍3 座長:村田 卓也(川崎医科大学)	10:16~11:04 一般講演 第15群 (413~418) 出生前診断 座長:池上 信夫 (高知大学)				
11:25~12:25 特別講演 「ハイリスク帝王切開に おけるいくつかの工夫」 演者:木村 正 (大阪大学) 座長:下屋 浩一郎 (川崎医科大学) 産婦人科領域講習	第1会場 中継会場	第1会場 中継会場					
13:00	12:30~13:30 ランチョンセミナー1 「若年あるいは妊娠中の頸 がん患者に対する広汎子 宮頸部摘出術の光と影」 座長:竹原 和宏(四国がんセンター) 共催:中外製薬株式会社 演者:小林 裕明(鹿児島大学)	12:30~13:30 ランチョンセミナー2 「子宮内膜症・子宮腺筋症 update ~手術とジェノゲス トをどう使い分けるか~」 座長:京 哲(鳥根大学) 共催:持田製薬株式会社 演者:明樂 重夫(日本医科大学)	12:30~13:30 ランチョンセミナー3 「女性の不定愁訴と漢方薬」 座長:内藤 博之 (県立広島病院) 共催:株式会社ソムラ 演者:飯塚 徳男(広島大学)	評議員会			
13:35~14:05 総会							
14:10~14:50 一般講演 第4群 (120~124) 周産期管理その他1 座長:児玉 順一(広島市民病院)	14:10~14:50 一般講演 第8群 (219~223) 化学療法 座長:平田 英司(広島大学)	14:10~14:50 一般講演 第12群 (319~323) 腫瘍4 座長:本郷 淳司(川崎医科大学)	14:10~14:50 一般講演 第16群 (419~423) 周産期管理その他2 座長:山本 暖(福山医療センター)				
14:50 閉会式							
15:00							15:00
16:00							16:00
17:00							17:00

9月23日（土・祝） 第1日目

第1会場

開会の挨拶

12:55 - 13:00 工藤美樹 会長

教育講演

13:00 - 14:00 座長：愛媛大学 杉山 隆 先生

「ウイルス肝炎の疫学動向」

演者：広島大学大学院医歯薬保健学研究科疫学・疾病制御学 田中純子 先生

教授就任講演

14:00 - 14:45 座長：岡山大学 名誉教授 平松祐司 先生

「これまで歩んできた道、これから歩むべき道」

演者：岡山大学 増山 寿 先生

公募臨床研究

14:45 - 15:15 座長：岡山大学 増山 寿 先生

「帝王切開瘢痕部妊娠に関する多施設共同研究」

演者：岡山大学 光井 崇 先生

シンポジウム

16:00 - 17:30 座長：広島大学 田中教文 先生

「中国四国地区における将来を見据えた産婦人科医師の人材確保について」

シンポジスト：愛媛大学 藤岡 徹 先生
岡山大学 鎌田泰彦 先生
香川大学 金西賢治 先生
川崎医科大学 村田卓也 先生
高知大学 泉谷知明 先生
島根大学 石川雅子 先生
徳島大学 加藤剛志 先生
鳥取大学 佐藤慎也 先生
広島大学 田中教文 先生
山口大学 竹谷俊明 先生

第4会場

Plus One セミナー2

腹腔鏡ハンズオンセミナー

(対象：初期研修医、事前申込制)

13：00-17：30 Plus One セミナー2 プログラム

- 13：00 - 13：15 受付
- 13：15 - 13：20 開会挨拶
- 13：20 - 13：40 イントロダクション (20min)
- 14：00 - 15：20 ハンズオン1 「縫合、結紮など」 (80min)
- 15：30 - 17：00 ハンズオン2 「チーム対抗戦：Surgical battle」 (90min)
- 17：00 - 17：30 表彰式、記念撮影、アンケートなど

第5会場

Plus One セミナー1

日本母体救命システム普及協議会 (J-CIMELS) ベーシックコース

(対象：初期研修医、事前申込制)

13：00 - 17：30 Plus One セミナー1 プログラム

- 13：00 - 13：15 受付
- 13：15 - 14：15 レクチャータイム
 - 13：15 オリエンテーション (10min)
 - 13：25 デモ「急変現場の振り返り」 (10min)
 - 13：35 講義「産科急変対応プロトコール概説」 (20min)
 - 13：55 スキルトレーニング「BLSの基本手技」 (20min)
- 14：15 - 14：25 休憩・移動
- 14：25 - 17：15 シナリオ実習
 - 14：25 シナリオ実習Ⅰ (50min)
 - 15：25 シナリオ実習Ⅱ (50min)
 - 16：25 シナリオ実習Ⅲ (50min)
- 17：15 - 17：30 アンケート・質疑応答 解散

9月24日（日） 第2日目

第1会場

一般講演 第1群 合併症妊娠1

8:40 - 9:28 座長 山口大学 田村博史 先生

101. 妊娠中に発症した急性リンパ性白血病の1症例

広島大学

荒木ゆみ、田中教文、定金貴子、占部 智、三好博史、工藤美樹

102. 当院における精神疾患合併妊娠の検討

山口県立総合医療センター

三輪照未、佐世正勝、藤村大志、中島博予、大谷恵子、三輪一知郎、讃井裕美、中村康彦、上田一之

103. 管理に苦慮した特発性血小板減少性紫斑病合併妊娠の一例

山口大学

清水奈都子、李 理華、鷹巣 剛、爲久哲郎、品川征大、前川 亮、杉野法広

104. 救命し得た激症型A群連鎖球菌感染症「分娩型」の一例

山口県済生会下関総合病院

岡田真希、高崎彰久、折田剛志、田邊 学、丸山祥子、嶋村勝典、森岡 均

105. 当院で特定妊婦として介入し、産後早期に乳児院管理を要した2例

愛媛大学

吉田文香、松原裕子、上野愛実、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、松元 隆、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

106. 胎児貧血の発症機序として赤血球造血抑制が示唆された血液型不適合妊娠の1例

徳島大学

米谷直人、加地 剛、林 亜紀、七條あつ子、苛原 稔

一般講演 第2群 合併症妊娠2

9:28 - 10:16 座長 鳥取大学 谷口文紀 先生

107. 頻回透析とバイアスピリン内服にて3児の出産に至った末期腎不全合併妊娠の一例

¹⁾ 広島市立広島市民病院、²⁾ 岩国医療センター

久保倫子¹⁾、杉井裕和¹⁾、森川恵司¹⁾、片山陽介¹⁾、植田麻衣子¹⁾、関野 和¹⁾、小松玲奈¹⁾、依光正枝¹⁾、上野尚子¹⁾、中西美恵¹⁾、石田 理¹⁾、野間 純¹⁾、児玉順一¹⁾、野田清史²⁾

108. 子宮下部巨大筋腫合併妊娠の一例

岡山大学

谷村吏香、衛藤英理子、玉田祥子、光井 崇、牧 尉太、早田 桂、増山 寿

109. 妊娠中に急速増大した乳癌に対して手術・化学療法を施行した1例

¹⁾ 川崎医科大学産婦人科、²⁾ 川崎医科大学病理部、³⁾ 川崎医科大学乳腺外科

齋藤 渉¹⁾、羽間夕紀子¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、松本桂子¹⁾、松本 良¹⁾、杉原弥香¹⁾、佐野力哉¹⁾、石田 剛¹⁾、
村田 晋¹⁾、中井祐一郎¹⁾、村田卓也¹⁾、塩田 充¹⁾、中村隆文¹⁾、森谷卓也²⁾、紅林淳一³⁾、下屋浩一郎¹⁾

110. 子宮頸部円錐切除後妊娠の周産期予後に関する検討

徳山中央病院

土井結美子、山縣芳明、平田博子、中川達史、伊藤 淳、平林 啓、沼 文隆

111. 円錐切除後子宮頸管閉塞を来とし、経腹的頸管形成術を要し生児を得た一例

徳島大学

新垣亮輔、加地 剛、笠井可菜、七條あつ子、米谷直人、阿部彰子、加藤剛志、桑原 章、苛原 稔

112. 診断に苦慮した両側卵巣漿液性境界悪性腫瘍合併双胎妊娠の1例

高知大学

黒川早紀、牛若昂志、樋口やよい、山本慎平、池上信夫、前田長正

一般講演 第3群 妊娠合併症

10:16 - 11:12

座長 島根大学 金崎春彦 先生

113. 速やかに治療介入が可能であった院内発生の産後硬膜下血腫の1例

広島市立広島市民病院

野村直史、依光正枝、杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、
上野尚子、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

114. 双胎妊娠に発症した臨床的急性妊娠脂肪肝の一例

広島市立広島市民病院

築澤良亮、上野尚子、中西美恵、杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、
小松玲奈、依光正枝、石田 理、野間 純、児玉順一

115. 妊娠中期に子宮筋腫核出術による嵌頓子宮の整復を行った一例

県立広島病院

大森由里子、上田克憲、増田ちひろ、森岡裕彦、濱崎 晶、中島祐美子、児玉美穂、熊谷正俊、
内藤博之

116. 前置血管の2例

JA 尾道総合病院

綱掛 恵、山下通教、向井百合香、坂下知久、佐々木克

117. 当院の低置胎盤症例における分娩様式と自己血貯血の検討

倉敷中央病院

高口梨沙、福原 健、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、井上彩美、稲葉 優、障子章大、
黒岩征洋、上田あかね、清川 晶、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

118. 妊娠後期に発症した羊水腔内母体出血の一例

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

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

119. 当院における 40 歳以上の高齢妊娠の周産期予後の検討

高知大学

松浦拓也、松島幸生、森田聡美、泉谷知明、池上信夫、前田長正

特別講演

11：25 - 12：25 座 長：川崎医科大学 下屋浩一郎 先生

「ハイリスク帝王切開におけるいくつかの工夫」

演 者：大阪大学 木村 正 先生

一般講演 第 4 群 周産期管理その他 1

14：10 - 14：50 座長 広島市立広島市民病院 児玉順一 先生

120. 当院における妊娠 41 週以降妊婦の周産期予後の検討

高知医療センター

林 和俊、今西博治、脇川晃子、渡邊理史、上野晃子、國見祐輔、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋

121. 非侵襲的連続心拍出量モニターを利用した帝王切開時の循環評価

徳島大学

七條あつ子、加地 剛、米谷直人、苛原 稔

122. OKAYAMA 搬送シート運用から 1 年 振り返りと今後～県内母体搬送システムの構築に向けた活動～

¹⁾ 岡山大学産婦人科、²⁾ 岡山大学産科婦人科特命教授 岡山産科婦人科学会会長

牧 尉太¹⁾、早田 桂¹⁾、谷 和祐¹⁾、江口武志¹⁾、玉田祥子¹⁾、光井 崇¹⁾、衛藤英理子¹⁾、増山 寿¹⁾、平松祐司²⁾

123. 静脈血栓塞栓症（VTE）予防における分娩後抗凝固療法の有無と、D-dimer 値の関係について

岡山大学病院

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

124. 黄体ホルモンは慢性炎症早産モデルマウスにおいてオキシトシン受容体の発現を抑制する

広島大学

小西晴久、寺岡有子、占部 智、三好博史、工藤美樹

第2会場

一般講演 第5群 胎児先天異常

8:40 - 9:28 座長 香川大学 田中宏和 先生

201. 胎児脳室拡大の原因は胎児エコーで鑑別できるか

国立病院機構 岡山医療センター

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

202. 先天性心ブロック発症ハイリスク症例の妊娠管理について

¹⁾ 岡山医療センター、²⁾ 岡山大福クリニック

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

203. 出生前診断が可能であった先天性食道裂孔ヘルニアの一例

岡山医療センター

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

204. 同胞内発生した左心低形成症候群の1症例

山口大学

品川征大、前川 亮、李 理華、田村博史、杉野法広

205. 胎児心異常を契機に発見された Kasabach-Merritt 症候群を伴ったカポジ肉腫様血管内皮腫の一例

愛媛県立中央病院

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

206. 胎児心房粗動の1例

鳥取県立中央病院産婦人科

中曾崇也、木内 誠、竹中泰子、岡田 誠、高橋弘幸

一般講演 第6群 手術

9:28 - 10:24 座長 島根大学 中山健太郎 先生

207. 安全に TLH を行うために ～当科における術式定型化～

広島市立広島市民病院

森川恵司、杉井裕和、久保倫子、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

208. 擬態法とバスタブ法を併用した腹腔鏡下成熟嚢胞性奇形腫摘出術

東広島医療センター

甲斐一華、関根仁樹、坂手慎太郎、花岡美生、兒玉尚志

209. 腹腔鏡下子宮全摘出術における経膈 in bag morcellation の試み

愛媛県立中央病院

阿南春分、田中寛希、加藤宏章、南条 眸、小泉誠司、島田京子、上野 繁、池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司、越智 博

210. 子宮体癌における腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術の実際と治療成績

島根大学

山下 瞳、中山健太郎、笹森博貴、小野瑠璃子、佐貫 薫、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、皆本敏子、京 哲

211. 当科における腹腔鏡下子宮枝温存広汎子宮頸部摘出術

島根大学

佐貫 薫、中山健太郎、皆本敏子、石川雅子、石橋朋佳、中村康平、山下 瞳、小野瑠璃子、笹森博貴、京 哲

212. 腹腔鏡下子宮体がん根治術の治療成績および超高齢者・高度肥満症例への対応

島根大学

笹森博貴、中山健太郎、石橋朋佳、石川雅子、中村康平、山下 瞳、佐貫 薫、皆本敏子、小野瑠璃子、京 哲

213. 広間膜内発育子宮筋腫の TLH2 症例

徳島赤十字病院

別宮史朗、湊 沙希、木内理世、牛越賢治郎、名護可容

一般講演 第7群 女性ヘルスケア 2

10:24 - 11:04

座長 徳島大学 松崎利也 先生

214. 子宮内膜症保存手術後の疼痛再発抑制に関するジェノゲスト錠と GnRH アゴニストの比較検討
広島大学

木谷由希絵、山本弥寿子、兵頭麻希、平田英二、工藤美樹

215. 神経温存を意識した腹腔鏡下深部内膜症切除、排尿障害を減らすために

倉敷成人病センター

柳井しおり、安藤正明、二村 涼、市川冬輝、吉津照見、松本剛史、小島龍司、尾山恵亮、濱崎洋一郎、菅野 潔、白根 晃、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明

216. 複数区域に渡る腸管子宮内膜症に対する腹腔鏡下腸管 2 区域同時切除の成績

¹⁾ 倉敷成人病センター 産科婦人科、²⁾ 倉敷成人病センター 外科

市川冬輝¹⁾、安藤正明¹⁾、二村 涼¹⁾、吉津照見¹⁾、松本剛史¹⁾、小島龍司¹⁾、尾山恵亮¹⁾、濱崎洋一郎¹⁾、菅野 潔¹⁾、白根 晃¹⁾、柳井しおり¹⁾、中島紗織¹⁾、海老沢桂子¹⁾、羽田智則¹⁾、太田啓明¹⁾、松本剛昌²⁾

217. 子宮腺筋症患者における術前 MRI による深部子宮内膜症の評価

徳島大学

吉田加奈子、門田友里、笠井可菜、松井寿美佳、加藤剛志、苛原 稔

218. 深部子宮内膜症病巣切除術の月経痛改善効果に関する検討

徳島大学

笠井可菜、加藤剛志、門田友里、松井寿美佳、吉田加奈子、苛原 稔

ランチョンセミナー 1

12:30 - 13:30

座長：四国がんセンター 竹原和宏 先生

共催：中外製薬株式会社

「若年あるいは妊娠中の頸がん患者に対する広汎子宮頸部摘出術の光と影」

演者：鹿児島大学 小林裕明 先生

一般講演 第8群 化学療法

14:10 - 14:50

座長 広島大学 平田英司 先生

219. 中等度催吐性リスク化学療法である TC 療法に対する支持療法の検討

¹⁾ 鳥取大学、²⁾ 山口赤十字病院、³⁾ 東北大学

工藤明子¹⁾、小作大賢¹⁾、小松宏彰²⁾、野中道子¹⁾、千酌 潤¹⁾、佐藤慎也¹⁾、島田宗昭³⁾、大石徹郎¹⁾、原田 省¹⁾

220. Bevacizumab 投与中および投与中止後にも消化管穿孔を繰り返した再発卵巣癌の 1 例

¹⁾ 鳥取大学、²⁾ 東北大学

小作大賢¹⁾、野中道子¹⁾、工藤明子¹⁾、千酌 潤¹⁾、佐藤慎也¹⁾、島田宗昭²⁾、大石徹郎¹⁾、原田 省¹⁾

221. ベバシズマブはいつまで投与すればよいのか？

愛媛大学

上野愛実、松元 隆、宇佐美知香、安岡稔晃、吉田文香、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

222. 治療関連急性骨髄性白血病を発症した卵管癌の 1 例

倉敷成人病センター

吉津照見、菅野 潔、市川冬樹、二村 涼、松本剛史、濱崎洋一郎、尾山恵亮、小島龍司、白根 晃、柳井しおり、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明、安藤正明

223. 当院における婦人科癌に対するアバスチン使用症例の検討

広島大学

加藤俊平、古宇家正、田中教文、平田英司、工藤美樹

第3会場

一般講演 第9群 腫瘍1

8:40 - 9:36

座長 愛媛大学 藤岡 徹 先生

301. 両側卵巢腫瘍を契機として発見された若年（16歳）進行胃癌の1例

県立広島病院

増田ちひろ、児玉美穂、濱崎 晶、森岡裕彦、大森由里子、中島祐美子、熊谷正俊、上田克憲、内藤博之

302. 腹腔鏡下手術時に診断された若年型顆粒膜細胞腫の一例

呉医療センター・中国がんセンター 産婦人科

本田 裕、三浦聡美、仙波憲樹、高畑敬之、友野勝幸、澤崎 隆、水之江知哉

303. 腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）における卵巢癌リスク低減卵管摘出術（RRS：Risk-reducing salpingectomy）に関する取組み

倉敷成人病センター 産科婦人科

菅野 潔、安藤正明、二村 涼、市川冬輝、吉津照見、松本剛史、尾山恵亮、小島龍司、濱崎洋一郎、白根 晃、柳井しおり、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明

304. ゲムシタピン+ドセタキセル併用療法が奏功した卵巢癌肉腫の一例

倉敷中央病院

稲葉 優、福原 健、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、井上彩美、高口梨沙、障子章大、黒岩征洋、上田あかね、清川 晶、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

305. 脳梗塞の発症により発見された卵巢明細胞癌による Trousseau 症候群の一例

山口大学

坂井宜裕、末岡幸太郎、高木遥香、中島健吾、梶邑匠彌、岡田真紀、竹谷俊明、杉野法広

306. 腹水細胞診陽性を伴った卵巢漿液性境界悪性腫瘍

四国がんセンター

大亀真一、横山貴紀、友野勝幸、藤本悦子、坂井美佳、横山 隆、竹原和宏

307. 性腺外胚細胞性腫瘍としての後腹膜成熟嚢胞性奇形腫の1例

徳島赤十字病院 産婦人科

湊 沙希、牛越賢治郎、木内理世、名護可容、別宮史朗

一般講演 第10群 腫瘍2

9:36 - 10:24

座長 山口大学 末岡幸太郎 先生

308. 当院における子宮頸部小細胞癌の3症例

呉医療センター・中国がんセンター

仙波憲樹、友野勝幸、三浦聡美、高畑敬之、中村絃子、本田 裕、澤崎 隆、水之江知哉

309. 子宮頸癌と鑑別を要したメソトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

岡山大学病院

西田 傑、中村圭一郎、依田尚之、西條昌之、大道千晶、原賀順子、小川千加子、楠本知行、増山 寿

310. 人工知能機械学習によるコルポスコピー診断法の開発

¹⁾ 岡山大福クリニック、²⁾ 三宅医院

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

311. 巨大子宮頸部扁平上皮癌 T2b,MA 症例に対して集学的治療を行い腫瘍を完全制御できた1例

川崎医科大学

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

**312. 当院で経験した子宮頸部神経内分泌腫瘍（Neuroendocrine carcinoma：NEC）3症例の検討
倉敷成人病センター**

二村 涼、菅野 潔、市川冬輝、吉津照美、松本剛史、尾山恵亮、小島龍司、濱崎洋一郎、白根 晃、柳井しおり、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明、安藤正明

313. HDliveFlow を用いた進行子宮頸癌の診断

香川大学

田中圭紀、金西賢治、秦 利之

一般講演 第11群 腫瘍3

10：24 - 11：04

座長 川崎医科大学 村田卓也 先生

314. 当院での悪性腫瘍手術における希釈式自己血輸血の現状

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科、²⁾ 岡山済生会総合病院

大平安希子¹⁾、原賀順子¹⁾、関 典子²⁾、依田尚之¹⁾、西條昌之¹⁾、大道千晶¹⁾、西田 傑¹⁾、小川千加子¹⁾、楠本知行¹⁾、中村圭一郎¹⁾、増山 寿¹⁾

315. PSTT (placental site trophoblastic tumor) が疑われ、治療方針に苦慮した1例

¹⁾ 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科、

³⁾ 岡山市立病院

久保光太郎¹⁾、宮原友里¹⁾、藤田志保¹⁾、長谷川徹¹⁾、酒本あい¹⁾、小谷早葉子¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾、平松祐司³⁾

316. MLH1 germline mutation と MLH1 promoter hypermethylation が同時に確認された Lynch 症候群関連子宮内膜癌

四国がんセンター

横山貴紀、竹原和宏、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一、白山裕子、横山 隆

317. 当院で経験した Li-Fraumeni 症候群の1家系

¹⁾ 徳島大学 産婦人科、²⁾ 徳島大学 乳腺外科、³⁾ 徳島大学 臨床遺伝診療部

阿部彰子¹⁾、桑原 章¹⁾、森本雅美²⁾、宮本容子³⁾、井本逸勢³⁾、苛原 稔¹⁾

- 318.** 術前診断に FDG-PET/CT 検査が有用であった骨盤内充実性腫瘍の 3 例
高知大学
堅田千晶、牛若昂志、黒川早紀、樋口やよい、山田るり子、前田長正

ランチョンセミナー 2

12:30 - 13:30 座長：島根大学 京 哲 先生
共催：持田製薬株式会社

「子宮内膜症・子宮腺筋症 update ～手術とジエノゲストをどう使い分けるか～」
演者：日本医科大学 明樂重夫 先生

一般講演 第 12 群 腫瘍 4

14:10 - 14:50 座長 川崎医科大学総合医療センター 本郷淳司 先生

- 319.** 子宮体癌に対する MPA 療法後にポリープ状異型腺筋腫 (APAM) から再発を認めた一例
高知大学
平川充保、都築たまみ、樋口やよい、牛若昂志、谷口佳代、山田るりこ、泉谷知明、前田長正

- 320.** 15d-PGJ2 と分子標的治療薬の併用療法による子宮肉腫の細胞増殖抑制効果の検討
徳島大学
河北貴子、峯田あゆか、阿部彰子、西村正人、苛原 稔

- 321.** 子宮体部に発生した Central Nerve System Primitive Neuroectodermal Tumor (CNS-PNET) の 1 例
¹⁾ 徳島県鳴門病院 産婦人科、²⁾ 徳島県鳴門病院 病理
村上雅博¹⁾、山田正代¹⁾、漆川敬治¹⁾、四宮禎雄²⁾

- 322.** 脱分化型子宮体癌と免疫チェックポイント阻害剤の有効性の検討
島根大学

小野瑠璃子、中山健太郎、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、山下 瞳、佐貫 薫、笹森博貴、岡田裕枝、
原 友美、折出亜希、皆本敏子、金崎春彦、京 哲

- 323.** 減量手術後に子宮全摘出術を施行した局所再発子宮体癌の 1 例
¹⁾ 広島大学、²⁾ 広島大学病院 栄養管理部
定金貴子¹⁾、平田英司¹⁾、三好博史¹⁾、長尾晶子²⁾、工藤美樹¹⁾

第4会場

一般講演 第13群 生殖内分泌

8:40 - 9:28 座長 徳島大学 桑原 章 先生

401. 若年血液腫瘍患者に対する妊孕性温存療法の経験

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科
酒本あい¹⁾、宮原友里¹⁾、松岡敬典¹⁾、藤田志保¹⁾、久保光太郎¹⁾、小谷早葉子¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、
増山 寿¹⁾

402. 血中抗ミューラー管ホルモン低値不妊症例の妊娠成績に関する検討

山口県立総合医療センター
大谷恵子、中村康彦、藤村大志、中島博代、三輪照未、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、上田一之

403. 体外受精における胚盤胞到達率に関与する因子の検討 ～卵子の個別培養の成績から～

山口大学
高木遥香、浅田裕美、白蓋雄一郎、三原由実子、品川征大、岡田真紀、李 理華、田村 功、前川 亮、
竹谷俊明、田村博史、杉野法広

404. 卵巣チョコレート嚢胞摘出術後のAMH低下と妊娠予後に関する検討

鳥取大学
谷口文紀、池淵 愛、森山真亜子、山根恵美子、東 幸弘、上垣 崇、原田 省

405. 幼若期の母仔分離が雄雌ラットの性成熟に及ぼす影響

徳島大学
矢野清人、松崎利也、岩佐 武、Yiliyasi Mayila、柳原里江、苛原 稔

406. 生後早期の感染ストレスが成長後の雄ラットの性行動に及ぼす影響の検討

徳島大学
Yiliyasi Mayila、松崎利也、岩佐 武、矢野清人、柳原里江、苛原 稔

一般講演 第14群 女性ヘルスケア1

9:28 - 10:16 座長 岡山大学 鎌田泰彦 先生

407. 治療に難渋したElsberg症候群の1例

広島市立広島市民病院
杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、依光正枝、上野尚子、
中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

408. 多嚢胞性卵巣症候群が原因と考えられた若年無月経症例

地域医療機能推進機構 徳山中央病院
山縣芳明、土井結美子、平田博子、中川達史、伊藤 淳、平林 啓、沼 文隆

409. Clostridium perfringens による子宮内感染から重篤な敗血症を発症し治療により救命しえた一例

¹⁾ 山口大学医学部産科婦人科、²⁾ 山口県立総合医療センター産婦人科
白蓋雄一郎¹⁾、竹谷俊明¹⁾、中島博予²⁾、中島健吾¹⁾、梶邑匠彌¹⁾、末岡幸太郎¹⁾、杉野法広¹⁾

410. HDliveFlow を用いた uterineEMV/AVMs の観察

香川大学
天雲千晶、山本健太、AboEllail Mohamed、石橋めぐみ、森 信博、花岡有為子、田中宏和、
秦 利之

411. 当科で経験した両側停留卵巣の 2 例

島根大学
岡田裕枝、金崎春彦、折出亜希、原 友美、京 哲

412. 当院における子宮内膜アブレーションと LNG-IUS の現況

鳥取大学
山根恵美子、上垣 崇、森山真亜子、池淵 愛、東 幸弘、谷口文紀、原田 省

一般講演 第 15 群 出生前診断

10 : 16 – 11 : 04 座長 高知大学 池上信夫 先生

413. 妊娠 12 週の胎児頭部形態異常から診断した Limb-body wall complex の一例

中国労災病院
菅裕美子、信実孝洋、楠本真也、佐川麻衣子、卜部理恵、勝部泰裕、藤原久也

414. 多職種カンファレンスを重ね積極的治療を行った 18 trisomy の 1 例

倉敷中央病院
原 理恵、西川貴史、西村智樹、安井みちる、稲葉 優、井上彩美、高口梨紗、障子章大、黒岩征洋、
上田あかね、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

415. 当院で分娩となった染色体異常児における胎児超音波所見の検討

独立行政法人地域医療推進機構 徳山中央病院
平田博子、土井結美子、中川達史、山縣芳明、伊藤 淳、平林 啓、沼 文隆

416. 胎児の正常肛門エコー像 ‘target’ サイン ‘を描出する 一高位鎖肛のスクリーニングにむけて一

¹⁾ 赤堀病院、²⁾ 橋本産婦人科医院、³⁾ オークスマタニティクリニック、⁴⁾ 井上医院、⁵⁾ 丹羽病院、
⁶⁾ 岡山医療センター
赤堀洋一郎¹⁾、橋本一郎²⁾、楠目智章³⁾、井上誠司⁴⁾、丹羽家泰⁵⁾、多田克彦⁶⁾

417. 子宮卵管造影検査によるヨウ素過剰曝露が原因と考えられた胎児甲状腺腫に対し、胎児治療を行った一例

鳥取大学
荒田和也、経遠孝子、原田 崇、谷口文紀、原田 省

418. 原因不明不妊・ART 反復不成功を伴う 45, X/46, XX 低頻度モザイクの 1 例

¹⁾ 徳島大学病院、²⁾ 四国こどもとおとなの医療センター

立花綾香¹⁾、谷口友香¹⁾、山本由里¹⁾、岩佐 武¹⁾、檜尾健二²⁾、正木理恵¹⁾、七條あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、加地 剛¹⁾、桑原 章¹⁾、苛原 稔¹⁾

ランチオンセミナー 3

12:30 – 13:30 座 長：県立広島病院 内藤博之 先生

共 催：株式会社ツムラ

「女性の不定愁訴と漢方薬」

演 者：広島大学大学院医歯薬保健学研究科漢方診療学 飯塚徳男 先生

一般講演 第 16 群 周産期管理その 2

14:10 – 14:50 座長 福山医療センター 山本 暖 先生

419. 特異な画像所見を呈した帝王切開瘢痕部妊娠の一例

山口大学医学部附属病院産婦人科

爲久哲郎、浅田裕美、高木遥香、白蓋雄一郎、三原由実子、品川征大、岡田真紀、田村 功、前川 亮、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

420. 経過観察が可能であった胎盤ポリープ症例の検討

山口県立総合医療センター

藤村大志、三輪照未、三輪一知郎、中島博予、大谷恵子、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦、上田一之

421. 診断に苦慮した帝王切開瘢痕部妊娠の 1 例

福山医療センター

檜野千明、甲斐憲治、田中梓菜、早瀬良二、山本 暖

422. 甲状腺機能亢進症と心不全をきたした全胎状奇胎の一例

広島赤十字・原爆病院

井上清歌、阿部由実子、伊達健二郎

423. 帝王切開後 8 年目に瘢痕部からの動脈性出血のため子宮全摘を要した一例

広島市立広島市民病院

早川奈緒子、片山陽介、上野尚子、杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、関野 和、小松玲奈、依光正枝、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

第6会場

腹腔鏡ハンズオンセミナー

腹腔鏡ハンズオンセミナー

(対象：学会参加者 事前申込不要)

8：40－10：40 フリートレーニング

参加費：無料

ハイリスク帝王切開におけるいくつかの工夫

大阪大学

木村 正、松崎慎哉、味村和哉

帝王切開に際して産科危機的出血が予測下（癒着胎盤・前置胎盤）に、あるいは突発的（弛緩出血）に発生した場合、子宮摘出術、バルーンの挿入あるいは子宮圧迫縫合法（Compression suture, 以下CS）が行われ、本邦ではIVRなども動員されることが多い。子宮全摘は尿管損傷などのリスクも高く難易度が高い。バクリバルーンやB-Lynch縫合は実際に行ってみると時間がかかり、人手や、運針の難しさなどの問題がある。IVRは透視による被爆を考えると安易な予防的使用に抵抗感がある。今回は帝切後の子宮全摘、子宮温存のための圧迫止血法、ならびに全開大後の帝切につき我々の工夫を紹介する。

帝王切開後子宮摘出法：癒着胎盤などあらかじめ全摘が予想される場合には開腹後ただちに膀胱を子宮頸部が露出するレベルまで剥離する。児の娩出前に電気メスなどを使い頸部前唇の子宮頸癌に対する広汎子宮全摘と同様にゆっくり丁寧に行う。前置胎盤の場合は胎盤を損傷しないように子宮底部横切開を用いて胎児を臀部から娩出する。臍帯を軽くけん引し剥離兆候がないことを確認した上で創部を一層で閉鎖、万能鉗子を用いて子宮側方組織と子宮を十分頭側にけん引しつつ4回の切断で子宮動脈の高さまで処理して、その後Aldridge法に準拠して頸部まで摘出する。本法で摘出決定時間～摘出終了までが短縮し、予防的IVRを行う必要がなくなった。

子宮圧迫止血法（CS）：前置胎盤などの子宮下節からの出血にはvertical CS（VCS）が、弛緩出血など子宮体部の出血にはB-Lynch法が用いられてきた。いずれも厚みのある子宮筋層を穿通させる適切な針糸がなく、手間取ると出血が増える、などの欠点があった。そこで我々は先端が超鈍針の直針+吸収糸の専用針糸を開発した。これにより、膀胱を十分に剥離したあとの子宮下節に対するVCSや体部へのCSは格段に容易、かつ迅速に行うことが可能となった。術中1,500ml以上の出血の際に使用し前置胎盤（36例）・弛緩出血（10例）全例で子宮を温存した。術後感染率を比較検討すると緊急帝切における子宮内膜炎発症率が有意に高く（IJGO 2017 in press）、出血が少ない段階での予防的な施行は禁止している。

全開大後の帝切：頸管や膣を切開し大量出血を起こしやすく、膀胱回転部のやや頭側を切開し頭位の児を足から娩出することで膣から児頭を押し上げる必要なくスムーズな娩出が可能である。

着任当初はこのような病態に対して母体死亡のリスクもあり木村が手術を行っていたが、術式の進歩はなかった。中堅助産師層に対応を一任したところさまざまな工夫が行われ、術式の改良や器具の開発が進み、安全性が向上してさらに多くの症例が集積し、経験を深めることができた。今回はデータとビデオを供覧し参加者諸兄のご批判を仰ぎたい。

【略歴】

木村 正（きむら ただし）

職歴	昭和60年	大阪大学卒業、大阪大学医学部附属病院、大阪労災病院で初期研修
	昭和63年	大阪大学にて後期研修
	平成3年	大阪大学助手
	平成7年	ハンブルグ大学（ドイツ）内分泌・生殖研究所客員研究員
	平成9年	大阪大学助手
	平成13年	大阪府立成人病センター 婦人科医長
	平成14年	大阪大学助手
	平成17年	大阪大学講師
	平成18年	大阪大学教授
	平成26年～	大阪大学医学部附属病院副病院長（兼任）
	平成27年～	国立大学法人大阪大学副理事（兼任）

学会役務

日本産科婦人科学会 副理事長（平成 27 年～）
日本生殖医学会 学術担当常任理事（平成 28 年～）
日本婦人科腫瘍学会 理事（平成 20 年～）
日本周産期・新生児医学会 評議員 A（産科）領域（平成 26 年～）
FIGO（国際産科婦人科連合） 日本代表理事（平成 23～29 年）
Scientific Committee Member for the XXII World Congress of FIGO, 2018（平成 28 年～）
Constitution Review Committee Member（平成 28 年～）
AOCOG（アジア・オセアニア産科婦人科連合）日本代表評議員（平成 23～29 年）

資格

産婦人科専門医
生殖医療専門医
婦人科腫瘍専門医
がん治療認定医
周産期専門医（産科）暫定指導医
産婦人科専門医指導医
婦人科腫瘍専門医指導医

ウイルス肝炎の疫学動向

広島大学 大学院医歯薬保健学研究科 疫学・疾病制御学

田中純子

わが国では、1980年代から、B型肝炎ウイルス（Hepatitis B virus: HBV）母子感染防止対策事業（1986年）や輸血用血液のスクリーニングへのC型肝炎ウイルス（Hepatitis C virus: HCV）抗体検査導入をはじめとする感染予防対策をいち早く導入してきました。1989年にHCVが世界で初めてクローニングされると同時に1990年代にはHCV関連測定系の開発が急速に進められました。その結果、肝炎ウイルス検査による診断と肝炎ウイルス持続感染者に対する治療が急速に広がり、大規模な疫学研究や臨床病理学的研究が多々報告されました。肝炎ウイルス持続感染と肝臓がんとの関係、肝炎ウイルス持続感染者のnatural course、肝炎ウイルスの新規感染の頻度等がつきつぎに明らかとなり、特に、HCV持続感染者は自覚症状がないまま肝病態が進行することにより、肝臓を高率に発症することが多くの臨床研究で指摘されました。

2000年代に入ると、肝炎ウイルス検査の方法や検査手順が整理されたこと、抗ウイルス療法等の治療法や診断技術が進歩したこと等を背景に、病因論に基づく肝炎肝臓がん対策の一步である「診断」としての肝炎ウイルス検査（節目・節目外検診）が40歳以上の住民を対象に実施されました。2002年度から5年間で40歳以上の住民約800万人がB型肝炎ウイルス検査・C型肝炎ウイルス検査を受け、2007年度以後も引き続き保健所での検査や健康増進法による検査等、公費補助を伴った検査が現在もなお継続して行われています。

世界に類をみない「肝炎対策基本法」が2010年から施行され、肝炎ウイルス無料検査や医療費助成制度の運用をはじめ、すべての都道府県に肝炎拠点病院が設置されるなど、【検査、診断、治療】を見据えた肝炎・肝臓がん対策が進められています。さらに2016年10月からはすべての出生児を対象としたHBワクチンも開始されています。

これまでに行われてきた疫学的調査や研究から得られた成績に基づいて、疫学的視点からみたウイルス肝炎の疫学動向、また、HCV、HBVキャリア数の動向や将来予測、これからの課題について紹介したいと思います。

【略歴】

田中 純子（たなか じゅんこ） 広島大学 大学院医歯薬保健学研究科 疫学・疾病制御学

○学歴・職歴

- 1980年 お茶の水女子大学 理学部 数学科卒
- 1981年 広島大学 医学部 助手（衛生学）
- 1989年 医学博士（広島大学）
- 1991年 米国ミネソタ大学 客員助教授（School of Public Health, Division of Biostatistics, Minnesota Univ.）
- 1995年～ 広島大学 医学部 講師、助教授・准教授を経て
- 2009年 広島大学 大学院医歯薬学総合研究科 教授（疫学・疾病制御学、旧：衛生学）
- 2010年 広島大学 医学部長補佐
- 2012年 広島大学 肝炎・肝臓対策プロジェクト研究センター センター長（併任）
- 2014年 広島大学 医学部医学科長
- 2015年 Senior program officer/program officer (JSPS)
- 2016年 国立国際医療研究センター 肝炎・免疫研究センター センター長補佐

日本肝臓学会評議員、日本肝臓学会欧文誌編集委員、日本肝臓学会男女共同参画委員
日本疫学会 評議員、日本衛生学会 評議員、欧文誌編集委員など
(公益) ウイルス肝炎研究財団 評議員

○主な学外委員

- 厚生労働省 肝炎対策推進協議会 委員
- 厚生労働省 医薬食品局 薬事・食品衛生審議会 専門委員

これまで歩んできた道、これから歩むべき道

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

増山 寿

岡山大学を卒業ののち大学、広島、松山での臨床研修を経て、大学院にて胎児発育・代謝に関する研究をすすめ、「ラット胎児肺成熟へのレチノイドの影響」で学位を授与された。レチノイドなどの脂溶性ビタミンや性ステロイドホルモンは核内受容体を介してそれぞれの標的遺伝子を制御することからそのメカニズムに興味を持ち米国に留学した。ちょうど分子内分泌学花盛りのころで、考え方や研究手技を持ち帰り教室内の研究体制を整備した。文部科学省在外研究員として再度米国に留学しながら、核内受容体の生殖生理での役割、特に妊娠、ホルモン依存性腫瘍、抗癌剤耐性、内分泌攪乱物質の作用機序などの研究を進めた。

また周産期合併症として重要な妊娠高血圧症候群は胎盤から産生される血管新生因子の不均衡による血管内皮障害が病態の本質であることを示し、肥満妊婦ではアディポサイトカイン分泌異常、インスリン抵抗性の亢進が発症に深く関与することから二つの異なる病態が存在することを初めて報告した。最近では胎児・新生児期に起こる環境と遺伝子の相互作用により生じた変化が生涯にわたり存続し環境因子が加わり将来の生活習慣病など様々な疾患発症に関与するという生活習慣病胎児期発症起源説のメカニズムを特に代謝エピゲノムの観点から解明してきた。今後は生活習慣病発症への早期介入・予防による先制医療展開に向け研究を発展させたい。

30代は、自分のやりたいことを追求することができて、つらいことも多かったが充実した本当に楽しい時期であった。40代は、産科病棟医長、医局長、周産母子センターの立ち上げから副センター長そして第64回日本産科婦人科学会をはじめさまざまな主催学会の事務局長として、24時間365日張り付きで臨床に携わる時期と事務作業に追われる時期が交互に時に同時に来る中間管理職として試練の日々であった。またこの頃は初期研修制度導入や産婦人科、特に周産期医療に逆風が吹いた時期でもあり、教室員が減少し大学院生が少なくなり、臨床や事務作業の合間に研究の火を消さないように自分自身で手を動かし、時間がいくらあっても足りなかった。

入局者が少し増えて中堅スタッフが育ち大学院にもたくさんの若い先生が入り、病棟や研究室もずいぶんと賑やかになった。まさにこれから発展していこうとしている教室の舵取りを任された責任の重さに身の引き締まる思いである。岡山大学だけでなく中国四国地方そして日本全体の産婦人科医療が持続可能でさらに発展していく体制を構築するため、大学の垣根を越えて手を携え若者を募り育てていきたい。

私にとって自分のしたいことに没頭できた30代の楽しさが全てのエネルギー源となっている。若い先生方にも、是非この楽しさを味わって欲しい。頑張っているひとの夢をひとつでも多く叶えるために全力でサポートする、これが私のこれから歩むべき道と考えている。

【略歴】

増山 寿（ますやま ひさし）

昭和62年 岡山大学医学部医学科卒業

昭和62年－平成3年 臨床研修

平成3－7年 岡山大学大学院医学研究科（医学博士授与）

平成7－9年 米国セントルイス大学客員研究員

平成10年 鹿児島市立病院医員（NICU研修）

平成11－13年 岡山大学医学部附属病院産科婦人科助手、外来医長

平成12－13年 文部科学省在外研究員（米国ケースウエスタンリザーブ大学）

平成13－17年 岡山大学医学部附属病院産科病棟医長

平成17－20年 岡山大学医学部産科婦人科学教室医局長

平成18－20年 岡山大学医学部・歯学部附属病院講師

平成 20 - 24 年 岡山大学病院准教授, 周産母子センター副センター長
平成 24 - 29 年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室 准教授
平成 29 年 - 現在 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室 教授
平成 29 年 - 現在 岡山大学病院周産母子センター センター長

資格：

日本産科婦人科学会専門医／指導医、日本周産期新生児学会母体・胎児専門医／周産期専門医（母体・胎児）
指導医、日本臨床栄養学会認定臨床栄養指導医、日本がん治療認定医機構暫定教育医／がん治療認定医、日本
婦人科腫瘍学会腫瘍専門医、母体保護法指定医、厚生労働省臨床修練指導医

学会賞：

平成 9 年 Young Investigator Award (10th Workshop on Vitamin D, France)
平成 13 年 Young Investigator Award (The Endocrine Society's 83rd Annual Meeting, USA)
平成 16 年 林原賞 (岡山大学医学賞)
平成 16 年 八木賞 (日本産科婦人科学会中国四国合同地方部会学会賞)
平成 17 年 結城賞 (岡山医学会賞)
平成 24 年 岡山県保健福祉学会会長賞
平成 28 年 APSselect Award (The American Physiology Society 優秀論文賞)

帝王切開癒痕部妊娠に関する多施設共同研究

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

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

【目的】帝王切開の子宮切開創癒痕部に着床した“帝王切開癒痕部妊娠”（Caesarian scar pregnancy; CSP）は、帝王切開の頻度上昇に伴い、遭遇する機会が増えたが、その管理方法に関して一定の見解はない。本研究は、中国四国地方の周産期施設で診断・治療した CSP 症例を検討し、管理指針作成の基礎データを得ることを目的とした。

【方法】協力の得られた 22 施設で 2006 年 1 月から 2015 年 12 月までの 10 年間に CSP と診断・治療された 57 例を対象とした。各施設の倫理審査委員会の承認のもとに症例を集積し、後方視的に検討を行った。

【成績】CSP と診断され、治療を受けた症例は 57 例であり、妊娠を終了した症例は 48 例（84.2%）、妊娠を継続した症例は 9 例（15.8%）であった。妊娠を終了した 48 例中 13 例（27.0%）が初回治療として腹式単純子宮全摘術（Total abdominal hysterectomy; TAH）を施行されていた。残りの 35 例（72.9%）では、薬物療法を初回治療として選択された症例が 26 例あり、その内、輸血を施行された症例は 3 例（14.3%）で、最終的に TAH を施行された症例は 2 例（9.5%）であった。さらに、薬物療法を初回治療として選択された症例 26 例の内、初回治療以外の追加治療を行なった 17 例（65.3%）と追加治療を行わなかった 9 例（34.7%）を比較検討したところ、診断時の週数、血中ヒト絨毛性ゴナドトロピン（Human chorionic gonadotropin; hCG）の値などには有意差を認めなかったが、追加治療を行なった群において胎児心拍陽性例が有意に多かった。非薬物療法を初回治療として選択された 9 例では、3 例（33.3%）で輸血を必要とし、3 例（33.3%）で TAH を施行されていた。初回治療として薬物療法を選択された 26 例と非薬物療法を選択された 9 例の比較において、治療経過中の輸血の有無に関しては有意差を認めなかったが、最終的に TAH を施行された症例は非薬物療法を選択された症例に多かった。癒痕部妊娠を継続した 9 例で生児を得ることができたのは 6 例（66.6%）で、9 例全例で TAH を必要とした。また、妊娠経過中に子宮破裂を発症した症例は 9 例中 2 例（22.2%）あり、妊娠 17 週と妊娠 24 週の妊娠中期に子宮破裂を発症していた。

【結語】これらの結果を踏まえた上で治療指針を策定したところ、CSP 症例で妊孕性の温存を希望する場合、MTX などの薬物療法を先行すべきと考えられた。また、癒痕部妊娠に対して子宮内容除去術は安易に行うべきではなく、薬物療法を先行させ、hCG が十分に低下し、妊娠部の血流が減少した場合や子宮動脈塞栓術後に行うべきではないかと考えられた。大量出血防止と妊孕性温存の両方を目標として早期診断と治療戦略の確立が求められる。

【略歴】

光井 崇（みつい たかし）

平成 21 年 3 月 川崎医科大学医学部医学科 卒業

平成 21 年 4 月～ 国立病院機構岡山医療センター 初期研修医

平成 23 年 4 月～ 岡山大学病院 産科・婦人科学 後期研修医

平成 23 年 10 月～ 香川労災病院 産婦人科

平成 24 年 10 月～ 中国中央病院 産婦人科

平成 25 年 10 月～ 岡山大学病院 産科・婦人科学 医員

平成 26 年 4 月～ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 入学

中国四国地区における将来を見据えた産婦人科医師の人材確保について

¹⁾ 愛媛大学、²⁾ 岡山大学、³⁾ 香川大学、⁴⁾ 川崎医科大学、⁵⁾ 高知大学、⁶⁾ 島根大学、⁷⁾ 徳島大学、⁸⁾ 鳥取大学、⁹⁾ 広島大学、¹⁰⁾ 山口大学

藤岡 徹¹⁾、鎌田泰彦²⁾、金西賢治³⁾、村田卓也⁴⁾、泉谷知明⁵⁾、石川雅子⁶⁾、加藤剛志⁷⁾、佐藤慎也⁸⁾、田中教文⁹⁾、竹谷俊明¹⁰⁾

産婦人科医師の確保は今後の産婦人科医療を支えていくために解決すべき最重要課題のひとつである。2004年から新医師臨床研修制度が導入され、産婦人科医師の減少は現実のものとなった。その後、日本産科婦人科学会では年間の新規入会者数500名を目標としてサマースクール、Plus One事業などを実施してきたが、新規入会者数は2010年の491名をピークに減少に転じており、また新規入会者数には地域格差が大きく、地方の医局でより深刻な問題となっていることも周知の事実である。

このような状況下で、日本産科婦人科学会では「産婦人科医療改革グランドデザイン2015」を策定し、今後の行動の基本的な方向性を示しているが、各地域でこれをそのまま適応することは困難であり、各医局においても懸念される産婦人科医師不足に対応していくための対策を個々で行っている。施設により直面している問題や状況は異なるが、解決が必要な問題の中には、知識を共有し、協働することで解決に近づくことが可能となる事項があると考えた。

そこで、現状を把握し、よりよい産婦人科医療の未来を創るためのなんらかの打開策を見出すことを目的とし、医師確保に深く携わっている医局長または人事・入局担当者による公開討論を興すこととした。

各医局の医局長または人事・入局担当者を対象として得られた事前アンケートの結果、医師確保についてはやはり様々な問題があり、対応に難渋している問題も含まれていた。また、医局員数の多寡により、抱えている問題の内容に一定の傾向を認め、医局員数別に議論を進めることで、より問題が明確化すると考えた。

シンポジウムでは、まずアンケート結果を提示し、医局員数別に分けた3グループから、各々で抱えている問題やその解決策についての発表を行う。そして、その後に討論を行い、今後の産婦人科医師の人材確保に向けた対応策を見出したい。

101. 妊娠中に発症した急性リンパ性白血病の1症例

広島大学

荒木ゆみ、田中教文、定金貴子、占部 智、三好博史、工藤美樹

【緒言】妊娠中の急性リンパ性白血病（ALL）発症は極めて稀であるが、母体救命のためには遅滞なく治療を行う必要がある。今回我々は、妊娠32週でALLを発症した1例を経験したため報告する。

【症例】33歳、0経妊。妊娠32週0日に頭痛、白血球著増のため前医総合病院へ紹介された。白血球数38.4万/ μ l、ヘモグロビン4.9g/dl、血小板数1.8万/ μ l、頭部CTで頭蓋内点状出血を認め、白血病の疑いで当院へ搬送となり、精査の結果ALLと診断した。ステロイドで腫瘍細胞数を減少させた後に化学療法を行う方針とし、帝王切開術は腫瘍塞栓リスクとなるため細胞数減少後の施行を計画した。しかし、ステロイド先行治療（ベタメタゾン）開始2日後（妊娠32週2日）の時点で白血球数33.3万/ μ lと反応不良であり、早期の化学療法への移行が必要と考えられたため、terminationとした。全身麻酔下で帝王切開術を施行し、1,530gの女児をApgar Score 1分値8点、5分値9点で娩出した。術後経過は腫瘍塞栓の発症もなく、良好であった。術翌日よりステロイド（プレドニゾロン）を再開し、術後4日目より化学療法（Hyper CVAD療法）を開始し、化学療法開始後21日目に完全寛解に到達した。

【結語】ALLは診断後の迅速な治療開始が肝要であり、妊娠中の発症例では個々の症例毎に適切な分娩時期や治療方針を決定することが重要である。

102. 当院における精神疾患合併妊娠の検討

山口県立総合医療センター

三輪照未、佐世正勝、藤村大志、中島博予、大谷恵子、三輪一知郎、讃井裕美、中村康彦、上田一之

【目的】精神疾患合併妊娠はハイリスク妊娠としての周産期管理が必要であり、精神疾患の病状と周産期予後について明らかにすることは重要である。【方法】2013年1月～2016年12月に当院で周産期管理を行った120例の精神疾患合併単胎妊娠を対象とし、精神疾患の病状および周産期予後について後方視的に検討した。精神疾患の診断はICD-10に基づき分類した。【成績】精神疾患はF2：統合失調症14例、F3：気分（感情）障害23例、F4：神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害49例、F6：成人の人格及び行動の障害3例、F7：精神遅滞2例、G40：てんかん19例、G47：睡眠障害3例、診断名の重複は7例であった。病状悪化は29例（妊娠中25例、分娩中2例、産褥期2例）、精神疾患管理入院6例、授乳について36例が断乳であった。妊娠前から薬物療法ありは70例、妊娠を契機に減量・中断は26例、そのうち病状が悪化したのは10例（38%）であった。薬物療法継続の44例うち病状が悪化したのは7例（16%）であった（OR 3.30, 95%CI:1.06 - 10.23）。当院で出生した新生児119例のうちNICU入院は27例、薬物離脱症候群5例、早産・低出生体重児7例、その他呼吸障害等であった。【結論】精神疾患は妊娠に伴い病状が悪化する可能性があり、特に妊娠に伴う治療の減量・中断は有意に病状の悪化を引き起こすため注意が必要と考えられた。各診療科・部署が連携し、母児の両面から周産期管理を行う必要があると考えられた。

103. 管理に苦慮した特発性血小板減少性紫斑病合併妊娠の一例

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

清水奈都子、李 理華、鷹巢 剛、爲久哲郎、品川征大、前川 亮、杉野法広

【緒言】特発性血小板減少性紫斑病（ITP）は出血のリスクが高く慎重な周産期管理を必要とする。治療抵抗性を示し管理に苦慮した ITP 合併妊娠を経験した。

【症例】30 歳、0 経妊 0 経産。既往歴、家族歴特記なし。前医 A で妊娠と診断され、以後管理されていた。妊娠 16 週に紫斑、血尿を認め、B 病院を紹介となったが、血小板 0.1 万 / μ l 未満のため精査治療目的のため当院へ搬送され入院となった。口腔内に血腫と点状出血、四肢に多数の紫斑を認め、精査の結果 ITP と診断された。血小板輸血、副腎皮質ステロイド内服、免疫グロブリン大量療法を行ったが、治療抵抗性で妊娠 25 週 6 日に脾臓摘出術施行、一時的に血小板増加が認められたが、その後再び低値となりコントロール困難なため、免疫グロブリン療法、血小板輸血併用で妊娠 34 週 2 日に選択的帝王切開術施行した。術中術後経過は良好であり、妊娠終了後に血小板は正常域まで増加した。児は出生時血小板減少を認め免疫グロブリン投与を行い、血小板は徐々に増加した。経過中明らかな頭蓋内出血は認めなかった。

【結語】今回、他科との連携のもと集学的治療を行ったにもかかわらず、治療抵抗性を示した ITP 重症症例を経験した。本症例は妊娠の終了のみが ITP に対する唯一の有効な手段であった。このような重症症例に対しては、児の未熟性を加味しつつ、早期の妊娠終了を考慮することが必要であると考えられた。

104. 救命し得た激症型 A 群連鎖球菌感染症「分娩型」の一例

山口県済生会下関総合病院

岡田真希、高崎彰久、折田剛志、田邊 学、丸山祥子、嶋村勝典、森岡 均

【緒言】激症型 A 群連鎖球菌感染症（以下 GAS）「分娩型」は血行性子宮筋層感染により発症し、陣痛を誘発させるとともに、急激に敗血症性ショックが進行して高率に胎児、母体の死亡をもたらす病態と定義される。今回、子宮全摘術と抗菌薬多量投与にて救命し得た GAS「分娩型」の一例を経験したので報告する。【症例】35 歳、3 回経妊 2 回経産婦。妊娠 29 週 3 日夕方頃から悪寒、倦怠感を認め、20 時頃 38℃の発熱、関節痛、腰痛も出現し救急受診。経口抗菌薬投与し一旦帰宅したが、妊娠 29 週 4 日朝強い腰背部痛、下腹部痛を認め再度受診。頻回の子宮収縮と CTG にて繰り返す遅発一過性徐脈を認め、緊急帝王切開術施行。1390g の男児を Apgar Score 1 分値 1 点、5 分値 3 点、UA-pH 6.620 にて娩出した。術後約 1 時間半より急激にショックとなりほぼ同時に弛緩出血、DIC を発症した。輸血、AT-III 製剤投与を行いながら子宮収縮剤を投与するも子宮収縮が得られず子宮全摘術を施行、術後は ICU での集学的治療を行った。入院時の血液培養より A 群連鎖球菌が検出され、術後 1 日目に GAS と診断した。抗菌薬大量投与及び集学的治療の継続により、徐々に全身状態は改善し、母体は術後 23 日目に退院となった。【結語】GAS は急激に重症化するため、早期診断・治療開始以外に予後を改善する因子はない。このため、発熱、腹痛に伴い頻回の子宮収縮、CTG 異常所見を認める際には本疾患を念頭において診療にあたることが重要であると考えられる。

105. 当院で特定妊婦として介入し、産後早期に乳児院管理を要した 2 例

愛媛大学

吉田文香、松原裕子、上野愛実、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、松元 隆、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

【緒言】妊娠、出産は母体の精神面にも影響を与え、精神的問題を介して育児に障害を来すこともあり、その結果子ども虐待につながるリスクが指摘されている。今回我々は、精神疾患合併妊婦で妊娠出産は比較的問題なく経過したが、出産後乳児院管理が必要となった症例を経験したので報告する。

【症例1】28歳、5回経妊2回経産。自然妊娠し、精神疾患合併妊娠（不安障害）のため、妊娠20週当院に紹介受診となった。妊娠経過は良好で、妊娠39週に正常経膈分娩となった。母児同室も問題なく行え、分娩後8日で母児共に退院した。退院後8日目頃に母より子育てが限界であるとの訴えがあり、退院後14日で乳児院管理となった。

【症例2】23歳、0回経妊0回経産。自然妊娠し、精神疾患合併妊娠（人格障害）のため、妊娠36週5日当院に紹介受診となった。妊娠38週、骨盤位のため選択的帝王切開とした。母児同室も問題なく行え、分娩後9日で母児共に退院した。退院後19日目、保健師が訪問した際に夫を殴る蹴る等の行為が見られた他、児の口をふさぐ行為があったとの事で乳児院管理となった。

【結語】2症例とも特定妊婦として、妊娠中から精神科医師、助産師、保健師、臨床サポートセンター、行政など多職種への介入を行い、産後も速やかに対応できた症例であった。妊娠中に妊婦の社会的背景、環境などを把握し、後方支援につなげる事は産婦人科医療機関として重要な役割であると考えられた。

106. 胎児貧血の発症機序として赤血球造血抑制が示唆された血液型不適合妊娠の1例

徳島大学

米谷直人、加地 剛、林 亜紀、七條あつ子、苛原 稔

【緒言】血液型不適合妊娠では、児赤血球抗原に対する抗体が経胎盤的に児に移行することで、児が溶血性貧血を発症する。今回、溶血の所見は乏しく、胎児貧血の発症機序として造血抑制が示唆された血液型不適合妊娠の1例を経験した。

【症例】34歳、1経妊0経産。O型Rh(+)、輸血歴なし。不規則抗体陽性を指摘されて妊娠19週に当院を紹介受診し、抗Jr^a抗体陽性が判明した。抗体価（間接クーモス法）は256倍で推移した。妊娠31週1日、胎児超音波検査で103cm/s(2.43MoM)と中大脳動脈収縮期最高血流速度の上昇を認め、同時に遷延一過性徐脈を認めた。臍帯穿刺によりHb 7.9g/dLと胎児貧血が確認され、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開術を施行した。児は1608g(-0.3SD)の男児、Apgar score 4/9、Hb 8.3g/dL、T-bil 1.9mg/dL、O型Rh(+), Jr^a抗原陰性、直接クーモス陰性であった。日齢1にJr(a-)赤血球24mlを輸血した。日齢12にT-bil 11.4mg/dLと上昇を認めたが、光線療法により低下した。日齢8、18、32の抗Jr^a抗体価は64倍、8倍、8倍未満と低下し、Jr^a陽性赤血球割合は同6.0%、8.3%、25.5%と増加した。遺伝子解析の結果、児はJr(a-)/Jr(a+)のヘテロ接合体であった。

【考察】血液型不適合による胎児貧血を発症したものの、溶血を示す所見は乏しかった。抗Kell抗体による血液型不適合では赤血球造血抑制による胎児貧血が起こることが報告されており、本症例も同様の機序が働いたことが示唆された。

107. 頻回透析とバイアスピリン内服にて3児の出産に至った末期腎不全合併妊娠の一例

¹⁾ 広島市立広島市民病院、²⁾ 独立行政法人国立病院機構岩国医療センター

久保倫子¹⁾、杉井裕和¹⁾、森川恵司¹⁾、片山陽介¹⁾、植田麻衣子¹⁾、関野 和¹⁾、小松玲奈¹⁾、依光正枝¹⁾、上野尚子¹⁾、中西美恵¹⁾、石田 理¹⁾、野間 純¹⁾、児玉順一¹⁾、野田清史²⁾

【緒言】管理向上により透析患者が妊娠・出産できるようになってきている。末期腎不全患者が頻回透析導入とバイアスピリン内服による管理にて3児を出産した1例を報告する。

【症例】36歳、4経妊2経産（流産2回）、既往歴は、27歳時にIgA腎症と診断、29歳血液透析導入（週3回の維持透析）。妊娠歴：第1子自然妊娠後、前医受診。17週より血液透析を24時間/週に増加し20週より入院管理。同時期よりFGRを認め妊娠27週0日NRFSのため緊急CS施行。児は555gで出生、NICU管理となっ

たが、4歳の時点で発達良好である。12ヶ月後に第2子を自然妊娠し前医受診、バイアスピリン内服を開始。19週より血液透析を24時間/週に増加し29週より入院管理。35週頃より胎児発育の停滞を認め、37週3日に選択的CS施行。児は2038gで出生し、2歳現在の時点で発達良好である。臨床経過：第2子分娩12ヶ月後に第3子を自然妊娠し前医受診、前医の受け入れ困難なため当院へ紹介。バイアスピリン内服と20時間/週の血液透析を開始。28週より入院の予定であったが希望あり32週より入院、血液透析を24時間/週に増加した。同時期よりFGRを呈し、36週2日に術前血液透析の上、選択的CSと卵管結紮術施行。術後はICUへ収容、術翌日volume overとなりICUにて緊急透析を施行。以降は12時間/週の血液透析で状態安定しており、術後6日目に退院した。児は1750g(-2.7SD), ApgarScore7/8で出生しNICU管理となったが、10ヶ月時点で発達良好である。

108. 子宮下部巨大筋腫合併妊娠の一例

岡山大学

谷村吏香、衛藤英理子、玉田祥子、光井 崇、牧 尉太、早田 桂、増山 寿

子宮筋腫合併妊娠の頻度は0.3 - 2.6%程度であり、変性痛、流産、胎盤早期剥離などを起こすことがあるので一般にハイリスク妊婦としての管理が必要とされる。分娩に関しても筋腫の大きさと存在部位が与える影響は大きく、特に子宮下部の大きな筋腫は悪露滞留のリスクとなり前壁に存在すると帝王切開時の筋層切開の妨げにもなり得る。今回、子宮下部巨大筋腫合併妊娠の症例を経験したので報告する。症例は31歳、3経妊1経産。自然妊娠成立し初期から近医で妊娠管理されていた。妊娠25週5日に性器出血を認め、翌日前医へ母体搬送となった。子宮頸部筋腫および辺縁前置胎盤と診断され、周産期管理目的に妊娠26週4日当院へ転院となった。初診時の経膈超音波検査では子宮前壁の頸部から体下部にかけて14cm径の子宮筋腫を認め、子宮頸管は圧迫により強く引き延ばされていた。経腹超音波検査では胎児は横位で推定体重970g(+0.04SD)であった。胎盤は子宮後壁に付着し、上縁は子宮底部、下縁は筋腫上端の高さに位置していた。1年前、第1子分娩時には同部位の子宮筋腫が4cm径であったため選択帝王切開術を施行されており、今回の妊娠初期に受診した際には10cm径に増大していたとの情報を得た。その後の妊娠分娩経過と当院で過去に経験した筋腫合併妊娠症例をあわせて報告する。

109. 妊娠中に急速増大した乳癌に対して手術・化学療法を施行した1例

¹⁾ 川崎医科大学産婦人科、²⁾ 川崎医科大学病理部、³⁾ 川崎医科大学乳腺外科

齋藤 渉¹⁾、羽間夕紀子¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、松本桂子¹⁾、松本 良¹⁾、杉原弥香¹⁾、佐野力哉¹⁾、石田 剛¹⁾、村田 晋¹⁾、中井祐一郎¹⁾、村田卓也¹⁾、塩田 充¹⁾、中村隆文¹⁾、森谷卓也²⁾、紅林淳一³⁾、下屋浩一郎¹⁾

妊娠中の乳癌は増加傾向にある。我々は妊娠後期に乳癌と診断、妊娠中に画像検査および手術、化学療法を施行した症例を経験したので報告する。

症例は、33歳、2回経妊1回経産。自然妊娠し特に異常の指摘なし。妊娠28週で右乳房腫瘍を自覚し当院乳腺外科に紹介受診。右乳房AC領域に約1.7cmの腫瘍性病変を認め、右乳癌と診断。妊娠33週0日に胸筋温存左乳房切除術+左腋窩リンパ節郭清術施行(pT2N3aM0, Stage III C, ER陰性, PgR陰性, HRE2陽性)。術後造影CT検査にて転移なしを確認。補助化学療法、術後13日目(妊娠35週)にEC療法1コース目。妊娠36週5日に自然経膈分娩。児は2587g男児、Apgar score 9点(1分)、9点(5分)。胎児臍帯血液ガス分析に異常を認めず。産後4日目、対側の左乳房腫瘍を自覚。針生検にてinvasive ductal carcinoma, ER陰性, PR陰性, HER2陽性, Ki-67 38.4%。EC療法後、右乳房切除術後照射予定であったがPTX+HER療法を先行する方針となった。現在、PTX+HER療法4コース目施行中である。

妊娠期乳癌は妊娠後期の診断が多いが、妊娠の時期に関わらず外科的治療を考慮するのが原則である。妊娠

中の化学療法は、妊娠中期以降は児への影響が比較的少なく安全に施行できると考えられる。

110. 子宮頸部円錐切除後妊娠の周産期予後に関する検討

徳山中央病院

土井結美子、山縣芳明、平田博子、中川達史、伊藤 淳、平林 啓、沼 文隆

【目的】子宮頸癌及び子宮頸部異形成症例の若年化に伴い、子宮頸部円錐切除既往のある妊娠症例が増加している。円錐切除後妊娠は流産のリスク因子となりうるが、その妊娠管理についての一定の見解はない。過去5年間に当科で分娩に至った円錐切除後妊娠の周産期予後について検討した。【方法】2012年1月から2016年12月までに当科で分娩に至った円錐切除既往のある妊婦83例を対象とし、妊娠管理方法、周産期予後等について検討した。【結果】予防的頸管縫縮術が16例(19.3%)に施行されていた。分娩時期は早産17例(20.5%)、正期産66例(79.5%)であった。早産症例+入院を要した切迫早産症例は23例(27.7%)であった。分娩方法は経陰分娩56例、帝王切開27例(選択的17例、緊急10例)であった。予防的頸管縫縮術実施と早産+入院を要した切迫早産の発症には有意差を認めなかった。早産に至ったpreterm PROM症例は13例(15.7%)であり、うち7例は絨毛膜羊膜炎を合併していた。【結論】一般集団における早産率は5%程度であり、本研究における円錐切除後妊娠症例では早産率の上昇が認められた。円錐切除による頸管長の短縮に伴う子宮頸管機能の低下が、preterm PROMや絨毛膜羊膜炎の原因となる可能性が示唆された。円錐切除既往妊婦に関しては感染対策を含む慎重な周産期管理が必要であると考えられた。

111. 円錐切除後子宮頸管閉塞を来し、経腹的頸管形成術を要し生児を得た一例

徳島大学

新垣亮輔、加地 剛、笠井可菜、七條あつ子、米谷直人、阿部彰子、加藤剛志、桑原 章、苛原 稔

【緒言】子宮頸部円錐切除術後の合併症として流産、子宮頸管狭窄/閉塞を来すことがある。今回われわれは円錐切除後子宮頸管閉塞を来し、経腹的に頸管形成術を行い生児を得た症例を経験したので報告する。【現病歴】31歳時CISのため円錐切除術を施行し、術後子宮頸管閉塞、月経モリミナを来した。このため32歳時経腹的に子宮頸管形成術を行い、以降ネラトンチューブを留置した。[1回目妊娠]凍結胚移植で妊娠に至った。妊娠15週で胎胞可視となり、シロッカー縫縮術施行した。妊娠18週で破水後IUIDとなり、プレグランディンにて分娩誘発をするも子宮口は開大せず子宮内容除去術を行った。術後再度月経モリミナとなり、開腹下に子宮頸管形成術と頸管縫縮術を行った。[2回目妊娠]12週から35週までプロゲステロン療法を行った。妊娠37週に帝王切開術を行った。子宮頸管は閉鎖しており、頸管を開通させドレーンを留置した。ドレーン抜去後頸管狭窄をきたし、定期的に拡大術を行った。[3回目妊娠]凍結胚移植で妊娠し、プロゲステロン療法を行った。切迫早産の徴候はなく妊娠経過順調であった。妊娠37週帝王切開術を行い頸管にドレーンを留置した。【結語】子宮頸部円錐切除後に子宮頸管閉塞をきたした一例を経験した。経腹的に形成した頸管は正しい位置にうまく作成できておらず、経腹的頸管形成術施行したが再び閉塞した一例を経験した。

112. 診断に苦慮した両側卵巣漿液性境界悪性腫瘍合併双胎妊娠の1例

高知大学

黒川早紀、牛若昂志、樋口やよい、山本楨平、池上信夫、前田長正

【緒言】卵巣腫瘍合併妊娠は全妊娠の0.15～5.7%で、その0.8～13%が悪性とされている。今回、両側卵巣境界悪性腫瘍を合併した双胎妊娠例を経験したので報告する。【症例】30歳、MD双胎初産婦。自然妊娠成立時、

両側卵巣腫瘍を指摘された。CA125 と CA19-9 が著明高値のため当科紹介となった。初診時、超音波で両側卵巣に壁在結節を伴う 5cm 大の単房性嚢胞を認めた。第 2 三半期に腫瘍マーカーは正常化した。MRI 上右卵巣に優位の DWI 高信号の壁在結節を認めた。境界悪性以上を疑い、妊娠 15 週に右付属器切除術を施行した。術中迅速病理は卵巣漿液性境界悪性腫瘍であった。左側も同様の病変の可能性が考えられたが、妊娠継続の方針となった。妊娠 36 週に MD 双胎のため選択的帝王切開術を施行した。産褥 1 か月目に改めて MRI・PET-CT を行い、左卵巣腫瘍を確認した。卵巣以外に所見は認めなかった。産褥 2 か月目に根治手術を行った。病理検査は左卵巣漿液性境界悪性腫瘍、骨盤内と大網への浸潤性インプラントを認め、卵巣漿液性境界悪性腫瘍Ⅲ B 期 (T3bNxM0) と診断した。【考察】腫瘍マーカーは、妊娠初期に上昇を認めることが多い。本症例も妊娠初期に高値を示し、経過中正常化した。最終的には MRI 所見で悪性を疑い方針を決定した。【結語】両側卵巣漿液性境界悪性腫瘍合併双胎妊娠の 1 例を経験した。MRI 検査がその診断と方針決定に有用と考えられた。

113. 速やかに治療介入が可能であった院内発生の産後硬膜下血腫の 1 例

広島市立広島市民病院

野村直史、依光正枝、杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、上野尚子、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

妊産婦脳卒中は妊産婦死亡の主原因の一つであり、現在その対応が問題となっている。妊産婦は基本的に若く健康であることが多い。妊娠中および産褥の脳出血は過小評価されがちで対応が遅れることが多い。当院では院内発生の脳卒中に対し、脳神経外科と脳神経内科が治療チームを作り対応する仕組みが発動し、迅速に対応できるようになった。症例) 34 歳 1 経妊 0 経産。体外受精にて妊娠成立され紹介となった。妊娠経過は良好であった。39 週 5 日に前期破水にて入院されたが、翌日母体発熱と羊水混濁が出現。有効陣痛が得られず帝王切開となった。術後 2 日目に強い頭痛の後痙攣発作が出現、その後意識レベルの低下を認めた。院内脳卒中 PHS にコールし、応援を要請し検査を行ったところ急性硬膜下血腫と診断され緊急開頭血腫除去術となった。痙攣後 CT 検査まで 13 分、救命センター移動まで 20 分、手術室入室まで 38 分であった。その後患者は徐々に回復し、開頭術後 44 日目に転院された。このシステムは院内発生の脳卒中を対象としており、脳梗塞の場合発見から t-PA 投与を遅くとも 45 分以内、カテ室入室を遅くとも 60 分以内を目標としており速やかな対応が可能となっている。このシステムを利用することで他科や他病棟とスムーズに連携することができ適切な治療を行うことができた。

114. 双胎妊娠に発症した臨床的急性妊娠脂肪肝の一例

広島市立広島市民病院

築澤良亮、上野尚子、中西美恵、杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、依光正枝、石田 理、野間 純、児玉順一

急性妊娠脂肪肝 (AFLP) は、妊娠後期に発症し、発症後早期に肝不全、DIC へ進行する母児共に予後不良な疾患である。発症頻度は 15000 例に 1 例と稀ではあるが、今回、双胎妊娠に発症した臨床的 AFLP の一例を経験したので報告する。症例は、36 歳、0 経妊 0 経産、排卵誘発剤にて妊娠成立、DD 双胎の診断で前医にて妊婦健診開始された。24 週より切迫早産のため入院、数日前から倦怠感、嘔気出現、血液検査にて肝腎機能障害を認めたため、33 週 3 日当院へ母体搬送となった。入院時、意識清明、黄疸を認め、血液検査では、T-bil3.4mg/dl、AST169U/l、ALT171U/l、LDH316U/l、ALP1182U/l、PLT $20.2 \times 10^4/\mu\text{l}$ 、Cr1.58mg/dl、AT-Ⅲ 17%、Fib82mg/dl であり、臨床的 AFLP、産科 DIC (産科 DIC スコア 9 点) と判断した。FFP 投与しながら全身麻酔下に緊急帝王切開施行、術中止血が困難で出血約 2500ml となり、術前術中に FFP20U、RBC2U を投与した。術後 ICU へ収容、術後 1 日目まで輸血追加を要し、計 FFP40U、RBC6U を投与した。

術後2日目全身状態改善し抜管，産科病棟へ転棟となった。術後も黄疸は持続し，術後5日目T-bil8.1mg/dlまで上昇したが，以後低下し術後10日目に退院となった。児は1812g/1800gにて出生，RDSありNICU入院管理となった。

115. 妊娠中期に子宮筋腫核出術による嵌頓子宮の整復を行った一例

県立広島病院

大森由里子、上田克憲、増田ちひろ、森岡裕彦、濱崎 晶、中島祐美子、児玉美穂、熊谷正俊、内藤博之

【緒言】嵌頓子宮とは、子宮後屈のため妊娠により増大した子宮体部がダグラス窩にとどまり、子宮頸管の延長や膀胱の挙上をきたす状態である。今回、双角子宮、子宮筋腫合併妊娠から嵌頓子宮、尿閉となったため、妊娠17週で開腹手術により筋腫核出術と嵌頓子宮の整復を行った一例を経験したので報告する。【症例】42歳、初産婦。自然妊娠後、妊娠7週から当科で妊娠管理を行った。高度な双角子宮の右側に妊娠しており、左右それぞれの子宮前壁に漿膜下筋腫を認めていた。妊娠15週頃から尿量減少と膀胱炎症状が出現し、妊娠16週0日には尿閉となったため、入院の上、膀胱バルン留置を行った。超音波検査とMRI検査より、嵌頓子宮のため尿道が著しく引き伸ばされ尿閉となっており、左側子宮の筋腫が右側子宮を頭側から圧迫していることが判明した。開腹手術により左側子宮の最大15cmの筋腫を始め3個の筋腫を核出したところ、右側子宮の嵌頓は容易に用手的に整復できた。術後、尿閉は消失し術後2週間で退院した。退院後の経過は良好であったが、子宮収縮の増強のため妊娠34週より切迫早産に対して入院管理を行い、妊娠36週6日に帝王切開術で分娩となった。【考察】妊娠中の嵌頓子宮整復の報告は多くなく、その方法も様々である。本症例では、積極的に筋腫核出術を行うことにより、嵌頓子宮を整復し症状を改善させることができた。

116. 前置血管の2例

JA 尾道総合病院

綱掛 恵、山下通教、向井百合香、坂下知久、佐々木克

前置血管はワルトン膠質に被覆されていない血管が卵膜上に存在し、内子宮口付近を走行している状態である。分娩時の胎胞形成や破水により、血管の断裂を起こすと胎児機能不全や胎児死亡につながるため、出生前診断が重要である。今回、前置血管の2症例を経験したので報告する。【症例1】25歳、0経妊0経産。自然妊娠。妊娠中期より胎盤は低置であり、臍帯の卵膜付着が疑われた。妊娠30週時に胎盤は低位付着であり、内子宮口に近接する血管をみとめ、前置血管と診断し入院管理とした。妊娠34週4日に選択的帝王切開術を施行し、2070gの男児をApgar score 8/9点で娩出した。臍帯は卵膜付着で、Type Iの前置血管だった。【症例2】42歳、2経妊0経産。体外受精胚移植で妊娠した。妊娠19週の経膈超音波検査で内子宮口にかかる血管を確認した。低置胎盤であり臍帯は卵膜付着で、妊娠22週時に前置血管と診断し、妊娠29週に入院管理とした。妊娠34週1日に選択的帝王切開術を施行し、2078gの女児をApgar score 9/9点で娩出した。臍帯は卵膜付着で卵膜上の血管が内子宮口をまたいでおり、Type Iの前置血管だった。前置血管のリスク因子として胎盤位置異常、臍帯卵膜付着、胎盤構造異常、体外受精後妊娠、双胎妊娠が挙げられる。経験した2例とも胎盤位置異常、臍帯卵膜付着が見られた。妊娠中期までに胎盤や臍帯付着部位を確認し、前置血管と診断した場合には早期の入院と帝王切開術が必要である。

117. 当院の低置胎盤症例における分娩様式と自己血貯血の検討

倉敷中央病院

高口梨沙、福原 健、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、井上彩美、稲葉 優、障子章大、黒岩征洋、上田あかね、清川 晶、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

【目的】 当院の低置胎盤（LLP）症例の分娩方法と出血量、自己血や輸血の使用状況を明らかにする。【方法】 当院では胎盤辺縁から内子宮口の距離（P-OS） $\leq 20\text{mm}$ のとき LLP の疑いとして、36 週を目安に自己血貯血を行い、個々のリスクや患者希望を考慮して分娩様式を決定している。過去 6 年間に正期産 LLP35 例を対象として、後方視的研究を行った。【結果】 試験経膈分娩（TOL）は、P-OS $\geq 15\text{mm}$ かつ他のリスク因子がない 15 例のうち 8 例（53%）で選択され、TOL 成功は 4 例（50%）だった。TOL 不成功の原因は、出血 1 例、胎児機能不全 2 例、CPD1 例だった。分娩時出血量は中央値 TOL561.5ml(113-1441ml)、選択的帝王切開（ELCS）1266ml(467-3550ml)と有意差を認め、P-OS $\geq 15\text{mm}$ に限った検討でも同様だった。自己血貯血は 26 例（74%）で行われ、貯血量は概ね 400ml だった。貯血週数は TOL36 週 2 日（34 週 1 日 - 37 週 1 日）、ELCS36 週 0 日（32 週 5 日 - 37 週 1 日）で全例が自己血の有効期限内の分娩で、返血は ELCS 15 例で行われていた。同種血輸血は弛緩出血となった ELCS 1 例だった。【結論】 当院の LLP は概ね安全に管理されており、自己血貯血も適正に行われていると思われた。TOL が出血減少に寄与する可能性があり、今後は適応拡大について検討したい。

118. 妊娠後期に発症した羊水腔内母体出血の一例

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

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

羊水腔内母体出血（Intra-Amniotic Maternal Hemorrhage）は、分娩開始前に羊水腔内に母体由来の出血がみられる非常に稀な病態である。今回妊娠後期に発症した一例を経験した。症例は 40 歳初産婦。妊娠 36 週の妊婦健診まで経過は概ね順調であったが、妊娠 37 週 1 日、気分不良を訴え救急外来受診。来院時母体は意識清明でバイタル異常なし。CTG で頻回の子宮収縮がみられ、胎児心拍基線細変動減少と一過性頻脈の欠如が観察された。経腹超音波検査では、後血腫等の胎盤異常は認めなかったが、羊水腔に可動性の高エコー域を認めた。臍帯血流異常はなかったが、児の三尖弁逆流の所見を認めた。また入院時の母体血液検査で、貧血（Hb-8.7g/dl）が確認された。その後、軽度遅発一過性徐脈が出現し、胎児機能不全にて緊急帝王切開を施行した。術中所見で子宮腔内から血性羊水と大量の血腫が確認された。新生児は、体重 2730g、Apgar score2 点（1 分）、4 点（5 分）、臍帯動脈 pH6.975 で新生児仮死で NICU 入院となった。胎盤は、辺縁部の卵膜が一部破綻しており、絨毛間腔からの出血が、卵膜を破って羊水腔内に出血したと推測された。新生児は、経過良好で生後 20 日に軽快退院した。妊娠中に子宮腔内の異常 Echo と急激な母体の貧血症状を確認した場合、稀ではあるが羊水腔内母体出血の可能性を考慮する必要がある。

119. 当院における 40 歳以上の高齢妊娠の周産期予後の検討

高知大学

松浦拓也、松島幸生、森田聡美、泉谷知明、池上信夫、前田長正

【目的】 近年、晩婚化に伴い高年妊娠が増加している。高年妊娠では周産期合併症が多く、ハイリスク妊娠として産科管理することが多い。今回、当院における 40 歳以上の高年妊娠の周産期予後について、40 歳未満と比較しハイリスク因子の抽出を目的とした。【対象・方法】 2012 年 1 月から 2016 年 12 月に当院で 22 週以降に分娩となった単胎妊婦 1063 例を対象とした。40 歳以上は 81 例で、これを 20 代 306 例、30 代 586 例と比較検

討した。因子は生殖補助医療、母体合併症（妊娠高血圧症候群（HDP）、妊娠糖尿病（GDM）、胎盤位置異常、胎児発育不全（FGR）、分娩時合併症（早産、微弱陣痛、緊急帝王切）で後方視的に検討した。【結果】高年妊婦における各因子の頻度は、生殖補助医療後 20 例（24.6%）、HDP7 例（8.6%）、GDM10 例（12.3%）、FGR17 例（20.9%）、微弱陣痛 13 例（16%）、緊急帝王切 26 例（32%）であった。20 代との比較では、高年妊婦で生殖補助医療、GDM、FGR、緊急帝王切率が有意に高く、他は有意差を認めなかった。また 30 代との比較では、生殖補助医療、GDM、FGR が有意に高く、他は有意差を認めなかった。【結論】高年妊娠においては、GDM や FGR などの周産期合併症が多く、妊娠初期からハイリスク妊娠として厳重な管理が必要と考えられた。また、そのリスクについて妊婦自身や家族に指導し共有することも必要と考えられる。他は有意差を認めなかった。

120. 当院における妊娠 41 週以降妊婦の周産期予後の検討

高知医療センター

林 和俊、今西博治、脇川晃子、渡邊理史、上野晃子、國見祐輔、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋

【緒言】過期妊娠のリスクファクターに肥満や高年齢などが挙げられる。当院でも高齢妊娠は増加しており、40 歳以上妊婦の割合は 2006 年 2.4% から 2016 年 12.5% となった。当院の 41 週以降の分娩割合は 2006 ~ 2008 年まで（7.4%）と 2013 ~ 2015 年まで（9.6%）を比較すると有意に増加（ $p < 0.05$ ）していた。妊娠 41 週以降の妊婦の現状を検討する。尚、当院では原則 41 週以後は入院し分娩誘発としている。【方法】2013 年 1 月から 2015 年 12 月の分娩 2003 名のうち 41 週以降の妊婦 192 名を対象とし診療録から後方視的に妊婦の背景、分娩方法、児の予後を評価した。【結果】年齢 32.9 ± 5.4 歳、初産婦 63.5%、分娩方法は自然経膣 46.4%、帝王切 19.8%、分娩誘発 17.2%、吸引分娩 17.2%。Late-term (L) 群 ($n=182$) と Post-term (P) 群 ($n=10$) で比較すると年齢 ($L32.9 \pm 5.5$; $P33.7 \pm 5.4$)、初産婦 ($L61\%$; $P90\%$)、自然経膣 ($L48\%$; P なし)、帝王切 ($L17\%$; $P70\%$)、羊水混濁 ($L29\%$; $P50\%$)、児入院 ($L13\%$; $P20\%$) で、児体重、臍帯動脈血 PH も含め両群に統計学的有意差は認めなかった。P 群で 43 週以降の症例はなく、帝王切の適応は分娩停止と NRFS だった。【結論】41 週以降でも約半数は自然経膣分娩が期待できるが、分娩誘発を行っても 42 週となる症例は高率に帝王切開が選択された。42 週以降では羊水混濁が高頻度だが児の短期予後に影響は見られなかった。

121. 非侵襲的連続心拍出量モニターを利用した帝王切開時の循環評価

徳島大学

七條あつ子、加地 剛、米谷直人、苛原 稔

【目的】妊婦の循環動態の変化は大きく、特に心拍出量は妊娠中に増加し分娩時には子宮収縮や怒責により大きく変動する。我々は先行研究で経膣分娩（VD）時の心拍出量は分娩時に著増し、その後 2 時間は高心拍出状態が持続することを確認した。対して帝王切開（CS）における循環動態は麻酔などにより VD と全く異なる経過が予測される。しかしその変動を連続評価した報告はない。そこで、電気的速度測定法を利用した非侵襲的連続心拍出量モニター（エスクロンミニ）を用いて CS における分娩時の循環動態を連続評価し、その変動について検討した。【方法】当院で CS を行った健康な妊婦 10 名を対象とした。手術前よりエスクロンミニを装着し、児娩出時から分娩後 2 時間までの 1 回心拍出量、心拍数、分時心拍出量の推移を検討した。分娩時多量出血や妊娠高血圧症例は除外した。解析は正規性を評価し、 t 検定で VD15 症例と比較した。【成績】CS 時の分時心拍出量は VD と比較し児娩出時が有意に低いものの ($p=0.003$) 児娩出後 15 分では VD より高い傾向であった ($p=0.07$)。児娩出時の心拍数は両群差を認めなかったが ($p=0.22$)、1 回心拍出量は CS が有意に低く ($p=0.004$)、分時心拍出量低値への影響が考えられた。【結論】VD で高心拍出状態となる児娩出時は CS では分時心拍出量の増加を認めたが少なかった。VD 同様に CS においても、非侵襲的連続心拍出量モニターによる細かな観察が可能であった。

122. OKAYAMA 搬送シート運用から 1 年 振り返りと今後～県内母体搬送システムの構築に向けた活動～

¹⁾ 岡山大学産婦人科、²⁾ 岡山大学産科婦人科特命教授 岡山産科婦人科学会会長

牧 尉太¹⁾、早田 桂¹⁾、谷 和祐¹⁾、江口武志¹⁾、玉田祥子¹⁾、光井 崇¹⁾、衛藤英理子¹⁾、増山 寿¹⁾、平松祐司²⁾

【目的】 早剥や臍帯脱出など特に緊急性の高い超緊急対応症例の体制構築の手段である「OKAYAMA Picss (OP)」の運用を 2016 年 4 月に開始した。運用後の状況の報告と超緊急対応症例の母児の転帰、院内の現状を検討した。**【方法】** 搬送体系では「母体搬送シート」を 2016 年 4 月に開始。当院超緊急対応搬送症例に関し検討。早剥例は院内例も含め詳細に検討した。**【結果】** 全期間の当院 Grade A 例は 28 例、Grade A 宣言～娩出時間まで 30 分未満例が OP 期は有意に増加 ($P < 0.05$)。さらに OP 後は平均 10.8 分の短縮を認めた。OP 期間中、搬送シート使用率は前半が 42%、後半で 75% と増加。搬送産後出血例は OP 期以降、例年に比べ 75% 減少、塞栓例は 85% 減少した。早剥例の使用率 100%。早剥例は全 25 例、IUFD 例は全例院外で 7 例 (28%) (搬送中 1 例)、前医処置後の母体 CPA 搬送が 1 例。Grade A 例は 12 例 (48%)。OP 運用以降の Grade A 早剥例は認めず。児の発達障害は 32 週未満では全例認められ、32 週以降では全例異常なく経過していた ($P < 0.05$)。**【考察】** 本検討から、当院への搬送時には OKAYAMA Picss 使用が徐々に定着してきているが、大幅に簡略化した搬送シートと、従来の Fax 通信からインターネット回線を利用する搬送シート支援アプリ “iPicss App” が完成した。2018 年 3 月から県下全体での使用開始予定である。今後県下の搬送システム改善が緊急対応例の母児の予後や時短にどう影響を与えるかを前向きに検討したい。

123. 静脈血栓塞栓症 (VTE) 予防における分娩後抗凝固療法の有無と、D-dimer 値の関係について

岡山大学病院

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

【目的】 分娩後の静脈血栓塞栓症 (VTE) 危険因子群に対し、分娩後抗凝固療法を行うことが推奨されているが、血栓の指標とされる D-dimer 測定が有用であるか否かは、依然議論の余地がある。そこで、当院で分娩した全症例を対象として産褥期に D-dimer 測定を行い、抗凝固療法の有用性と、D-dimer が VTE 早期発見の指標となり得るか否かを明らかにすることを目的とした。**【方法】** ACCP2012 を参考に、分娩後 VTE 危険因子該当例に対して抗凝固療法を行った。2016 年 4 月から 2016 年 12 月に当院で分娩した 276 例につき、経膈分娩は産褥 3 日目、帝王切開は産褥 5 日目に D-dimer 測定し、 $15\mu\text{g/ml}$ 以上に造影 CT 施行を行い、VTE の有無を検索した。**【成績】** 期間中、経膈分娩 174 例 (63%)、帝王切開 102 例 (37%) であった。産後 D-dimer 値 $15\mu\text{g/ml}$ 以上は、帝王切開抗凝固あり群は 1/58 例、経膈分娩抗凝固あり群は 1/48 例で、2 例とも造影 CT で VTE は認めなかった。一方、帝王切開抗凝固なし群は 9/44 例、うち 2 例に造影 CT で VTE を認めた。経膈分娩抗凝固なし群は 10/126 例、うち 1 例に VTE を認めた。VTE 3 例は門脈血栓症 1 例、微小肺塞栓血栓症 2 例であり、全例ワルファリンで加療した。**【結論】** 産褥期の D-dimer 測定が VTE 発症予知に有用であるとは言われてはいないが、リスク該当例に抗凝固療法を施行した場合、D-dimer 上昇は抑制された。リスク該当なし 3 例に VTE を認めており、抗凝固療法適応例の再検討を要する結果となった。

124. 黄体ホルモンは慢性炎症早産モデルマウスにおいてオキシトシン受容体の発現を抑制する

広島大学

小西晴久、寺岡有子、占部 智、三好博史、工藤美樹

【目的】黄体ホルモンは切迫早産の予防薬として提唱されているがその作用は不明な点が多い。これまで我々は、歯周病原菌の一つである *Porphyromonas gingivalis* (*P.g*) 菌性感染マウスが、妊娠 18 日目で子宮収縮関連蛋白の発現亢進ならびにオキシトシン (OT) 感受性の亢進に伴う子宮収縮の増強を認め、慢性炎症性早産モデルとしての有用性を報告した (平均妊娠期間: 正常妊娠群 20.5 日、*P.g* 群 18.3 日)。このモデルを用いて黄体ホルモンによるオキシトシン受容体 (OTR) の発現変化及び OT 感受性の変化を検討した。【方法】*P.g* 群に妊娠 15 から 17 日目まで P4 (1mg/day) または 17-hydroxyprogesterone-caproate (2mg/day) を皮下投与しそれぞれ P4 群 (n=8), 17P 群 (n=4) とした。マグヌス実験装置を用いて妊娠 18 日目の子宮収縮力を測定し OT 感受性を検討した。OTR の mRNA の発現はリアルタイム RT-PCR 法で測定し比較検討を行った。【結果】*P.g* 群に比べ P4 群、17P 群は子宮平滑筋の自発性収縮を 32、23% 抑制するとともにいずれも OT 感受性の低下を認めた。OTR の発現は、P4 群、17P 群で 73、49% 低下した。【結論】黄体ホルモンは慢性炎症早産モデルマウスにおいて、OTR の発現亢進を抑制することにより、子宮収縮亢進を抑制していた。

201. 胎児脳室拡大の原因は胎児エコーで鑑別できるか

国立病院機構 岡山医療センター

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

胎児脳室拡大は水頭症、脳実質の菲薄化、脳梁欠損などに起因するが、出生前の正確な診断は一般的に難易度が高い。今回我々は羊水過多症と胎児水頭症疑いで妊娠 31 週に紹介され、進行性の頭囲拡大のため妊娠 34 週で帝王切開術による人工早産とし、出生後ピルビン酸脱水素酵素複合体欠損症 (PDHC 欠損症) と診断した症例を経験したので報告する。

症例は 38 歳、2 経妊 2 経産。既往歴など特記事項なし。自然妊娠で妊娠成立、近医で妊婦健診していた。妊娠 28 週 6 日で羊水過多を認め、2 週間後さらに増悪、胎児脳室拡大も出現したため妊娠 31 週 2 日に精査目的に当科紹介された。胎児エコーでは両側側脳室は約 3cm 拡大し、脳実質の菲薄化を認めたが、閉塞機転は不明であった。その他全身に形態異常を認めず。妊娠 32 週 4 日の超音波検査で脳室と頭囲は更に拡大していた。羊水検査で染色体異常のないことを確認し、脳外科、新生児科と協議の上、母体ステロイド投与後に妊娠 34 週 0 日で帝王切開術による人工早産とし、出生後脳室シャントを行う方針とした。出生時体重 1822g, Apgar Score 1/6 (1 分値 /5 分値) で出生。出生後の血液検査でピルビン酸・乳酸高値を認めたことから代謝性疾患を疑い、精査により PDHC 欠損症の診断に至った。

胎児脳室拡大は原因により妊娠管理が異なり、出生前評価が重要である。本症例は胎児水頭症との鑑別に苦慮したため、胎児エコーによる脳室拡大の評価について文献的考察を行った。

202. 先天性心ブロック発症ハイリスク症例の妊娠管理について

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター、²⁾ 岡山大福クリニック

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

先天性心ブロック (congenital heart block; CHB) は先天性心疾患に伴うものを除けば、胎盤を移行した母体の抗 SS-A 抗体が関与しており、その抗体価が高いほどリスクが高まる傾向がある。今回我々は、妊娠 24 週 4

日の妊婦健診で初めて胎児の徐脈、心嚢液貯留を指摘され、出生後に完全房室ブロックと診断された症例を経験した。児の心臓に形態異常はなく、原因精査の母体血液検査にて抗 SS-A 抗体が 64 倍と上昇を認めた。本症例では母体に基礎疾患はなく、CHB 発症ハイリスクと認識されていなかった。CHB は妊娠 18-24 週で好発するため、リスクが高い症例ではこの時期に胎児超音波検査を繰り返し行い早期発見に努めることが必要とされる。当科では抗 SS-A 抗体陽性の CHB 発症ハイリスク例に対して妊娠 16 週頃から胎児超音波検査にて定期的に房室伝導時間を測定している。測定中に CHB を発症した症例はなかったが、CHB 非発症の抗 SS-A 抗体陽性母体胎児でも正常胎児と比較すると、房室伝導時間は延長することが示された。今回の症例では母体に症状がなく抗 SS-A 抗体陽性であることも認知されていなかったため、通常の妊娠管理しか行われていなかった。抗 SS-A 抗体保有率は 1% 前後と決して低くなく、ハイリスクと認識されていない妊婦も存在するため、このような対象をどのように管理するかは今後の課題である。

203. 出生前診断が可能であった先天性食道裂孔ヘルニアの一例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

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

食道裂孔ヘルニアの出生前診断の報告例は少ない。先天性横隔膜ヘルニア (CDH) 疑いで紹介となり、当院での超音波精査にて先天性食道裂孔ヘルニアと出生前診断が可能であった症例を報告する。症例:30 歳, 初産婦, 妊娠 35 週に CDH の疑いのため胎児精査目的に紹介となった。初診時の経腹超音波では心臓後方に嚢胞を認め、腹部断面では胃泡像を認めず、嚢胞像は胃泡と推定された。肝臓の胸腔内陥入はなし。心臓は前方に軽度偏位を認め、両側の肺は比較的明瞭に描出されたため、胃泡の胸腔内ではなく縦隔内への陥入を疑った。36 週 2 日に施行した胎児 MRI では下行大動脈の右側に嚢胞性構造を認め、横隔膜の高さは正常、肺の容量減少も軽度であり、食道裂孔ヘルニアの疑いと診断された。妊娠 36 週 5 日の超音波では、胃泡の位置が初診時と比して下方に位置しており、生後胃泡の位置が浮動する食道裂孔ヘルニアとして矛盾しなかった。妊娠 39 週 1 日に 2944 g の男児が経膈分娩となり、出生直後より啼泣を認め呼吸管理は必要としなかった。出生後に確定診断され、日齢 3 日に経腹的食道裂孔ヘルニア根治術が施行された。本症例において、CDH ではなく先天性食道裂孔ヘルニアを疑った超音波所見は、胸腔内臓器の偏位や圧排が認められなかった点である。CDH を疑った場合には、裂孔部位を推定することが正確な出生前診断に重要である。

204. 同胞内発生した左心低形成症候群の 1 症例

山口大学

品川征大、前川 亮、李 理華、田村博史、杉野法広

【緒言】 左心低形成症候群 (Hypoplastic left heart syndrome; HLHS) は出生あたり 0.01-0.02%、先天性心疾患の約 9% で発生し、最重症疾患の 1 つである。今回、第 2 子、第 3 子ともに HLHS と診断された症例を経験した。

【症例】 初診時、1 経妊 1 経産。第 1 子は心室中隔欠損症 (VSD) を有する。第 2 子の妊娠中、近医で妊娠 18 週に胎児先天性心疾患を疑われ、精査目的に当科外来を紹介受診。精査にて HLHS (僧帽弁閉鎖 / 大動脈弁閉鎖) と診断された。希望により人工妊娠中絶となった。

9 ヶ月後、第 3 子を妊娠し、妊娠 18 週の妊婦健診時のスクリーニングで先天性心疾患を疑われた。精査にて HLHS (僧帽弁狭窄 / 大動脈弁狭窄)、VSD、大動脈縮窄症 (CoA) と診断。妊娠継続を希望され、当科で妊娠管理後に分娩目的で小児循環器外科手術可能な施設へ紹介した。妊娠 40 週で自然経膈分娩となり、出生後に HLHS (僧帽弁閉鎖 / 大動脈弁狭窄)、VSD、CoA の診断が確定した。

【結語】 HLHS の遺伝性に関する報告は少ないが、同胞内発生率は約 2% とされ、通常の発生率に比較すると高い。本例では第 1 子に VSD も認めていた。先天性心疾患の同胞内発生は一般の発生率 (0.1%) より高い (2~6%)

ことが知られる。同胞に先天性心疾患がある場合には、次回妊娠時に綿密な心スクリーニングが不可欠であると考えられた。

205. 胎児心異常を契機に発見された Kasabach-Merritt 症候群を伴ったカポジ肉腫様血管内皮腫の一例

愛媛県立中央病院

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

【緒言】カポジ肉腫様血管内皮腫は浸潤性に発育する中間悪性の血管性腫瘍で自然退縮が期待できず Kasabach-Merritt 症候群を高率に合併することが知られている。今回、胎児心異常を観察中に左下腿腫大を認め、Kasabach-Merritt 症候群を伴ったカポジ肉腫様血管内皮腫と診断された症例を経験したので報告する。【症例】21 歳、1 回経妊 1 回経産。自然妊娠成立後、近医で妊婦健診を受けていたが、単一臍帯動脈と肺動脈拡大を認め、29 週 1 日に当科紹介となった。心拡大は認めなかったが、肺動脈拡大、心室中隔欠損 (VSD) を認めた。35 週 3 日左大腿部腫大を認め、胎児 MRI では血管奇形が疑われたが、血管腫との鑑別は困難であった。37 週 3 日に帝王切開術により 3017g Apgar score 8/9 点の男児を娩出した。児は出生時より左大腿部腫大を認め、血小板低下・凝固異常を認めた。超音波断層検査では VSD・心房中隔欠損 (ASD) を確認され、日齢 2 の造影 MRI で Kasabach-Merritt 症候群を伴うカポジ様血管内腫と診断され、日齢 4 より β 遮断薬を投与開始し、日齢 5 に血小板輸血を施行された。VSD・ASD・動脈管閉存のため心不全が進行したため外科治療目的に日齢 15 に転院となった。血管腫に対しては放射線照射を行い血小板低下・凝固異常は軽快した。【結語】胎児心異常がある場合、心臓に着目するだけでなく心臓以外の疾患によって心異常が増悪している可能性があるため、あらゆる可能性を想定した胎児超音波精査が必要である。

206. 胎児心房粗動の 1 例

鳥取県立中央病院産婦人科

中曾崇也、木内 誠、竹中泰子、岡田 誠、高橋弘幸

【緒言】胎児頻脈の原因の多くは母体発熱・子宮内感染あるいは胎児低酸素症であり、頻脈性不整脈はまれである。頻脈性不整脈は上室性頻拍が最も多く、次いで心房粗動と報告されている。今回、胎児心房粗動と胎内診断し得た一例を経験したので報告する。【症例】29 歳の初産婦、近医で定期的に健診を受けていた。37 週 3 日の健診で胎児頻脈を指摘され当院に緊急紹介となった。胎動は自覚しており、発熱もなかった。NST で約 200bpm の頻脈を認めた。超音波検査 M モードおよびドプラー血流計測では心房収縮 400bpm に対し心室収縮は約 200bpm と 2:1 伝導を呈しており、胎児心房粗動と診断した。なお心臓の構造異常や胎児水腫は認めなかった。胎児心拍数図による分娩監視が困難であると考え、同日、緊急帝王切開を施行し 2643g の男児を Apgar score 8/8 で娩出した。出生後も頻脈は持続しており ATP 急速静注すると心電図上 F 波が確認されたため、心房粗動と確定診断した。直流除細動によりすみやかに洞調律に復帰し、その後再発もなく経過良好である。【考察】本疾患は同調律に復帰すれば予後良好であるが、胎児水腫あるいは胎内死亡に陥る危険性もあり適切な診断・管理が重要である。本症例は胎児機能不全の評価が困難であったことから帝王切開術が選択された。今後、胎内治療が確立されれば、胎児期に洞調律に復帰させることにより、人工早産の回避や帝王切開術率の減少を可能にすることが期待される。

207. 安全に TLH を行うために ～当科における術式定型化～

広島市立広島市民病院

森川恵司、杉井裕和、久保倫子、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

TLH (total laparoscopic hysterectomy) は産婦人科内視鏡手術において基本術式のひとつとなりつつあり、当科でも症例数は年々増加傾向である。導入当初は内視鏡技術認定医により安全に施行可能な術式を試行錯誤していたが、近年術式はほぼ定型化され、成績は安定してきている。当科の TLH 術式①ウテリンマニピュレーター (V-Care) を留置。Open 法で 1st トロッカーを臍部に挿入し、トロッカー配置は Parallel 法②円靱帯を切断し、前方/側方アプローチで子宮動脈および尿管を同定、子宮動脈を切断③上部靱帯切断 (骨盤漏斗靱帯あるいは固有卵巣索)、広間膜後葉～ Douglas 窩腹膜の処理④膀胱子宮窩腹膜切開、膀胱剥離 ⑤parametrium を vessel sealing system で処理 ⑥モノポーラーで陰管を切開し子宮切離、経陰回収 ⑦陰断端を 2 層縫合 (2 層目は腹膜を含む) ⑧洗浄、止血、尿管確認後に癒着防止剤を貼付し終了 当科では積極的に後期研修医も腹腔鏡下手術に取り組んでおり、TLH に関しては、第 2 助手より開始し、ドライボックスでのトレーニング、卵巣手術を主とした腹腔鏡下手術執刀後に、第一助手を経て、TLH 執刀を行う。2015 年～2016 年の後期研修医執刀の TLH 29 症例では手術時間 102 (68-165) 分、出血量 25 (0-510) ml、摘出重量 153 (53-349) g であった。合併症として感染症に伴う退院延期を 1 例に認めた。TLH 術式を定型化することで、手術の安全性を高め、専攻医教育が可能となっていると考えられた。

208. 擬態法とバスタブ法を併用した腹腔鏡下成熟嚢胞性奇形腫摘出術

東広島医療センター

甲斐一華、関根仁樹、坂手慎太郎、花岡美生、児玉尚志

卵巣成熟嚢胞性奇形腫に対して腹腔鏡下手術が広く行われている。この手術の問題点の一つは腫瘍内容の腹腔内漏出とそれに引き続く化学性腹膜炎であり、この対策として、腫瘍摘出をダグラス窩から挿入した回収用バックの上で行うバスタブ法が報告されている。今回我々は、トロッカーを意図的に非幾何学的に配置することで傷を目立たなくさせる擬態法とバスタブ法を併用して腹腔鏡下成熟嚢胞性奇形腫摘出術を行ったので報告する。症例は 22 歳、0 回経妊、既往歴なし、左卵巣に 5cm 大の成熟嚢胞性奇形腫を認めた。体位は碎石位とし子宮マニピュレーターを挿入した。臍底部と左下腹部に 5mm 径トロッカーを挿入しこの 2 ポートを術者の手術操作に用いた。右腋中線上の肋骨下縁より 2 横指下の位置に 5mm 径トロッカーを留置し、同部より 5mm フレキシブルカメラを挿入、擬態法のトロッカー配置とした。次いで後陰円蓋よりダグラス窩に 12mm 径 15cm トロッカーと同部よりエンドパウチ[®]を挿入した。このパウチ内で腫瘍摘出を行うことで内容液の腹腔内への漏出を予防した。腫瘍は経腔的に腹腔外へ回収した。手術時間 118 分、出血量は少量で術後合併症は認めなかった。手術創部は腹部を正中から見て 2 か所、右脇に 1 か所と美容面に優れ患者満足度が高かった。成熟嚢胞性奇形腫に対する手術方法として擬態法とバスタブ法の併用は美容面と安全性に配慮した一つの良い方法である。

209. 腹腔鏡下子宮全摘出術における経腔 in bag morcellation の試み

愛媛県立中央病院

阿南春分、田中寛希、加藤宏章、南条 眸、小泉誠司、島田京子、上野 繁、池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司、越智 博

【緒言】腹腔鏡手術における摘出物の細切において、power morcellation は有用な手段である。power morcellation を施行する際に腹壁のポート孔を拡大することが多いが、審美面、疼痛面で改善の余地があると

考えた。また経腔的に回収を行う際にも、しばしば腔狭小や、巨大摘出物のため難渋する事がある。今回我々は、子宮筋腫および巨大充実性卵巣腫瘍を合併した症例において、腹腔鏡下に子宮全摘出術および両側付属器摘出術を行い、経腔的に in bag morcellation を行ったのでこれを報告する。【症例】54 歳、臍部に達する骨盤内腫瘤を指摘され近医より紹介。MRI で最大径 4.6cm を中心とした多発性筋腫と、径 15cm 大の右卵巣充実性腫瘍を認めた。腫瘍は線維腫あるいは莢膜細胞腫を疑った。腹腔鏡下子宮全摘出術および骨盤内腫瘤摘出術を施行し、アイソレーションバッグを経腔的に展開しウインドリトラクターで固定した。経腔 in bag morcellation を行い、腹腔内に腫瘍を飛散することなく手術を完遂できた。最終病理診断は子宮平滑筋腫と右卵巣線維腫であり悪性所見を認めなかった。また、周術期合併症は認めなかった。【結語】腹腔鏡手術において経腔 in bag morcellation は、狭い腔や巨大な摘出物の際に、低侵襲で安全な選択肢のひとつである。

210. 子宮体癌における腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術の実際と治療成績

島根大学

山下 瞳、中山健太郎、笹森博貴、小野瑠璃子、佐貫 薫、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、皆本敏子、京 哲

当院では 2014 年 7 月より良性疾患に対する全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) を開始し、現在では子宮体癌・子宮頸癌に対する悪性腫瘍手術でも腹腔鏡下手術が過半数を占めている。子宮体癌においてはこれまで I A 期の症例で腹腔鏡下手術を行っており、開腹手術との治療成績を比較検討した。腹腔鏡下手術では開腹術に比べて、有意に出血量が少なく入院日数が短い結果であった。リンパ節摘出回数については 2 群間で有意差はみられず、腹腔鏡下手術では根治性も担保されていると考えられた。そのため子宮体癌 I B 期以上の症例における腹腔鏡下手術の適応拡大を目指し、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術を臨床研究として開始した。当科独自の腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術の工夫としては (1) 腹膜 3 点固定でのつりあげ (2) 左尿管・左腎静脈の同定のポイントについて (3) ミラーイメージをなくすためのカメラポートの配置等が挙げられる。上記の当科独自のアプローチを取り入れた腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術について動画を供覧しながら解説していきたい。これまで 3 例の腹腔鏡下傍大動脈リンパ節を施行した。3 例全て、出血量は少量で、リンパ節摘出回数も多く良好な結果を得た。今後、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術の先進医療、さらに保険収載にむけて、症例を蓄積し、安全性、有効性について検証を進めていく予定である。

211. 当科における腹腔鏡下子宮枝温存広汎子宮頸部摘出術

島根大学

佐貫 薫、中山健太郎、皆本敏子、石川雅子、石橋朋佳、中村康平、山下 瞳、小野瑠璃子、笹森博貴、京 哲

【諸言】若年者の子宮頸癌罹患率の上昇に伴い、広汎子宮頸部摘出術が開発されたが妊孕性は低いことが報告されている。当科ではこれまで骨盤神経叢子宮枝を温存した腹式子宮枝温存広汎子宮頸部摘出術を世界で初めて報告した。今回、子宮枝温存腹腔鏡下広汎子宮頸部摘出術の適応、子宮枝温存方法、頸部切除法、子宮頸部再建法について動画を供覧しながら解説する。【症例】子宮頸部円錐切除後、子宮頸癌 microinvasive SCC の診断で当院紹介受診。患者の妊孕性温存希望により腹腔鏡補助下子宮枝温存広汎子宮頸部摘出術を施行した。術中、下腹神経を同定、遊離して taping した。また膀胱子宮靭帯後層処理時には上膀胱静脈をメルクマールとし、その下縁で切断することで膀胱枝を外側に受動させた。子宮枝に対しては鉗子による剥離及び taping の牽引によってより安全に子宮枝の遊離を行った。子宮頸部は腹腔内にて超音波を用いて内子宮口から 1cm 以上残して切断を行った。子宮頸管は小開腹にてヘガール拡張器の 7 号を挿入し、子宮頸管縫縮術を行った。neocervix を形成し、腹腔鏡下にて子宮を腔管に縫合した。術後経過は良好であり、今後は術後 6 か月を目安に妊娠を試み、妊娠困難であれば早期から不妊治療を開始する。【結論】今回我々は子宮枝温存腹腔鏡下広汎

子宮頸部摘出術を2例行い、腹腔鏡下の拡大視野により子宮枝の温存がより容易になり、妊娠率の向上が期待できる。

212. 腹腔鏡下子宮体がん根治術の治療成績および超高齢者・高度肥満症例への対応 島根大学

笹森博貴、中山健太郎、石橋朋佳、石川雅子、中村康平、山下 瞳、佐貫 薫、皆本敏子、小野瑠璃子、京 哲

はじめに：当科で行った腹腔鏡下子宮体がん根治術46例について、その治療成績および高齢者・高度肥満症例に対する工夫について報告する。方法：腹腔鏡下子宮体がん根治術の適応としてStage IAで、MRIで明らかな筋層浸潤がないものはTLH+BSO、筋層浸潤があればTLmRH+BSO+PLNDとした。当科で行った腹腔鏡下準広汎子宮全摘術+骨盤リンパ節郭清術40例について、従来の開腹準広汎子宮全摘術+骨盤リンパ節郭清術65例と手術時間、出血量、リンパ節郭清個数、術後入院日数を比較検討した。さらに、カプランマイヤー法を用いて両者の予後について検討した。結果：開腹手術に比べて腹腔鏡下手術では、出血量、入院日数の明らかな減少を認めた。手術時間、摘出リンパ節郭清個数については両者で有意差はなかった。開腹移行率は0% (0/46)であった。開腹準広汎子宮全摘術と比較して、腹腔鏡下準広汎子宮全摘術ではPFS、OSとも有意差はなく同等であった。大型の子宮に対しては、インバック+小切開での摘出、超高齢者症例に対しては頭低位制限を行い、短時間での手術を心掛けた。結語：腹腔鏡下子宮体がん根治術は低侵襲かつ根治性も十分担保できていると考えられた。現在、Stage IB以上の症例に対しては腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清の臨床試験を開始している。

213. 広間膜内発育子宮筋腫のTLH2症例

徳島赤十字病院

別宮史朗、湊 沙希、木内理世、牛越賢治郎、名護可容

【はじめに】子宮筋腫のTLHでは、巨大筋腫、頸部筋腫や広間膜内発育の筋腫症例で難易度が高く、子宮の可動性が悪い上に子宮動脈や尿管の確認が困難な場合もあり手術に難渋することもある。今回10cmを超える広間膜内発育筋腫のTLHを2例経験したので報告する。【症例1】51才4経妊2経産（経陰分娩）、近医にて巨大筋腫を指摘され手術目的に紹介された。MRIでは104×145×139mmの変性筋腫と診断。Gn-RHa5クール使用後に自己血4IUを準備しTLHを行った。子宮筋腫は子宮体部下部の左側から発生し、尾側は膀胱近傍から左側広間膜内、骨盤漏斗靭帯下方まで発育した筋腫であった。摘出子宮重量：525g【症例2】47才0経妊0経産、卵巣嚢腫摘出と子宮筋腫核出の腹式手術既往あり。多量の性器出血と気分不良とフラツキがあり当院救急外来へ搬送された。近医で子宮筋腫と貧血を指摘され手術を勧められていた。MRIでは60×87×120mmの漿膜下筋腫と他にも粘膜下筋腫、筋層内筋腫も認めた。Gn-RHa4クール使用後に自己血4IUを準備しTLHを行った。漿膜下筋腫と思われたのは、子宮体部右側から右円靭帯下に発育した子宮筋腫であった。摘出子宮重量：450g【まとめ】10cm以上の筋腫が広間膜内で発育したTLHを2例経験した。広間膜内発育の大きな筋腫の場合、正しい層での剥離を進めながら出血を最小限にして筋腫核出を先行することが、TLHを完遂するには重要であると思われた。

214. 子宮内膜症保存手術後の疼痛再発抑制に関するジェノゲスト錠と GnRH アゴニストの比較検討

広島大学

木谷由希絵、山本弥寿子、兵頭麻希、平田英二、工藤美樹

【緒言】 子宮内膜症は根治が困難な慢性疾患で、保存手術後の再発も多い。保存手術後の GnRH アゴニスト投与は、再発までの期間を延長する事は既知であるが、長期使用は認められていない。一方、ジェノゲストは近年長期投与が可能となってきたが、術後再発抑制効果に関する報告が少ない。子宮内膜症に対する保存手術後症例にジェノゲストまたは GnRH アゴニストいずれかの投与を行い、術後疼痛再発抑制効果についての多施設共同研究で比較検討を行った。**【方法】** 子宮内膜症の診断のもと手術が予定された患者を無作為に以下の2群（A 群：術後 48 週間ジェノゲスト投与、B 群：術後 24 週間 GnRH アゴニスト投与）に分け、SF-36 質問票を用いた健康関連 QOL 調査により疼痛再発抑制効果を検討した。28 例（A 群 14 例、B 群 14 例）について、PF（身体機能）、RP（日常役割機能）、BP（体の痛み）、GH（全体的健康感）、VT（活力）、SF（社会生活機能）、RE（日常役割機能）、MH（心の健康）の各項目を術後、投与開始 24 週、開始 48 週の時点で調査した。本研究は広島大学倫理審査委員会による承認を得ている。**【結果】** A 群、B 群ともに PF、RP、BP のスコアが術後に比し 48 週の時点で有意に改善し、またその他の項目も改善傾向を認めた。術後から 48 週のスコア変化量は A 群、B 群の間に有意差を認めなかった。**【結論】** ジェノゲストは GnRH アゴニストと同等の内膜症保存手術後疼痛の再発抑制効果があると考えられた。

215. 神経温存を意識した腹腔鏡下深部内膜症切除、排尿障害を減らすために

倉敷成人病センター

柳井しおり、安藤正明、二村 涼、市川冬輝、吉津照見、松本剛史、小島龍司、尾山恵亮、濱崎洋一郎、菅野 潔、白根 晃、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明

【背景】 内膜症手術の目的の一つに月経困難や慢性骨盤痛などの症状改善がある。内膜症に侵された仙骨子宮靭帯を切除することでそれら疼痛が改善される可能性は文献的に示されている。しかし、腹腔鏡下深部内膜症切除後に一定割合排尿障害が生じている現実があり、QOL 改善目的の低侵襲手術の結果としてはあまりに代償が大きい。今回、当院での経験を踏まえ、排尿障害を減らすための神経温存手術の重要性について提示する。**【対象】** 2012 年から 2015 年の 4 年間に腹腔鏡下内膜症手術において仙骨子宮靭帯切除を行った 465 例に対し、術後排尿障害を検討した。**【結果】** 10/465 例（2%）で術後排尿障害を認めた。そのうち 4 例は自己導尿を必要とし、6 例は尿意低下のみであった。9 例は半年以内に症状改善し、1 例は改善までに 14 ヶ月を要した。**【考察】** 文献的には深部内膜症切除後の排尿障害の頻度は 3-15% 程度とされ、当院では神経温存を意識することで比較的 low rate に抑えられていると考える。排尿に関わる自律神経として、副交感神経である骨盤内臓神経と混合神経である骨盤神経叢が重要である。線維化し拘縮した仙骨子宮靭帯切除を energy device により深く切除することで近傍を走行する骨盤神経叢に対する熱損傷が生じ、これが排尿障害の原因となる可能性がある。骨盤内自律神経解剖を熟知し、手術の際にも「深く取りすぎない」仙骨子宮靭帯切除を意識して可能な限り術後排尿障害を減らすことが肝要である。

216. 複数区域に渡る腸管子宮内膜症に対する腹腔鏡下腸管2区域同時切除の成績

1) 倉敷成人病センター 産科婦人科、2) 倉敷成人病センター 外科

市川冬輝¹⁾、安藤正明¹⁾、二村 涼¹⁾、吉津照見¹⁾、松本剛史¹⁾、小島龍司¹⁾、尾山恵亮¹⁾、濱崎洋一郎¹⁾、菅野 潔¹⁾、白根 晃¹⁾、柳井しおり¹⁾、中島紗織¹⁾、海老沢桂子¹⁾、羽田智則¹⁾、太田啓明¹⁾、松本剛昌²⁾

【はじめに】腸管子宮内膜症は直腸やS状結腸に好発し、まれに小腸にも発生する。ときに腸管子宮内膜症は直腸と小腸など複数の腸区域に渡って発生することがある。今回、複数区域に渡る腸管子宮内膜症に対し腹腔鏡下腸管2区域同時切除を行ったのでその成績を発表する。

【方法】2006年1月から2017年4月までの期間に、80例の直腸子宮内膜症に対し腹腔鏡下直腸部分切除術を施行した。そのうち10例は複数区域に渡る腸管子宮内膜症を認め、腹腔鏡下腸管2区域同時切除術を施行した。今回、直腸部分切除を行った群と腸管複数区域切除を行った群に対し、手術時間、出血量、入院期間、合併症に関して後方視的に比較を行った。

【結果】腸管複数区域切除を行った10例の切除区域は、直腸+回盲部が5例、直腸+S状結腸が4例、直腸+下行結腸が1例であった。全ての症例において腸管複数区域切除は腹腔鏡下に一期的に行われ、開腹手術に移行した症例はなかった。手術成績は、手術時間、出血量、入院期間に関しては2群の間に差を認めなかった。直腸部分切除を行った群では、術後合併症として2例の縫合不全を認めた。腸管複数区域切除を行った群では術後縫合不全は認めなかった。

【まとめ】複数区域に渡る腸管子宮内膜症に対する腹腔鏡下腸管2区域同時切除を、縫合不全などの大きな合併症を経験することなく施行することができた。

217. 子宮腺筋症患者における術前MRIによる深部子宮内膜症の評価

徳島大学

吉田加奈子、門田友里、笠井可菜、松井寿美佳、加藤剛志、苛原 稔

【目的】子宮内膜症の手術においては、術前に深部子宮内膜症病変 deeply infiltrating endometriosis (DIE) の評価が手術難易度の予測を行うために重要である。術前MRIでどの程度DIEを予測可能か検討した。【方法】対象は2008年から2016年まで当院で全腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)を施行した子宮腺筋症患者54例である。術前のMRI矢状断画像を、子宮後屈、後腔円蓋の挙上、腸管の子宮への牽引、子宮と腸管との間の線維性索状構造、子宮後壁漿膜面の線維化・線維性結節の5つの所見についてスコア化し、術中に観察されたDIE病変と比較した。【成績】仙骨子宮靭帯や直腸などにDIE病変を認めた症例は22例、認めなかった症例は32例であった。5つの所見のうち、腸管の牽引所見と子宮と腸管の索状構造は感度が73%、特異度は91-100%であった。子宮後屈は病変の予測には寄与しなかった。後腔円蓋の挙上と子宮後壁漿膜面の結節については、感度は46-59%と低いものの、特異度は84-91%と高かった。術中に深部病変を認めた22症例は術前MRIにて子宮後屈以外の4つの所見のいずれかを認めた。【結論】今回検討した5つの所見のうち、子宮後屈以外の4つの所見はDIEの検出に有用であった。特に腸管の牽引像や子宮後壁の結節像を認める症例には、術前に十分な説明と準備が必要と思われる。

218. 深部子宮内膜症病巣切除術の月経痛改善効果に関する検討

徳島大学

笠井可菜、加藤剛志、門田友里、松井寿美佳、吉田加奈子、苛原 稔

【目的】子宮内膜症による月経痛に対する治療には、鎮痛剤による対症療法のほか、ホルモン療法と手術療法がある。月経痛の改善を目的とした手術療法では、深部子宮内膜症を含めて徹底した病巣切除を行うことが多

い。一方で深部子宮内膜症除去術では通常よりも臓器損傷のリスクが高く、適応は慎重に検討する必要がある。当科では、深部子宮内膜症病巣切除術はホルモン療法の効果が乏しい症例を対象として実施している。当科で深部子宮内膜症切除術を実施した症例における術後の月経痛改善効果について後方視的に検討した。【方法】当科で2010年1月以降、2014年4月までに深部子宮内膜症病巣切除を実施し、術後に当科で1年以上経過観察した19例を対象として、術後の月経痛改善効果についてVASスコアを用いた問診により確認した。【結果】対象症例において、臓器損傷や大量出血などの手術合併症は認めなかった。術後にVASスコアが50%未満に低下した症例は、19例中15例(75%)であった。術後ホルモン療法を実施している症例では8例中6例(75%)、術後自然経過症例では11例中2例()であった。【結論】深部子宮内膜症病巣切除術は、一定の月経痛の改善効果を認めた。一方で、月経痛の改善が乏しい症例もあるほか、術後ホルモン療法を実施しても疼痛が持続することもあり、保存手術を実施する際には術前に十分な理解を得ておく必要がある。

219. 中等度催吐性リスク化学療法である TC 療法に対する支持療法の検討

¹⁾ 鳥取大学、²⁾ 山口赤十字病院、³⁾ 東北大学

工藤明子¹⁾、小作大賢¹⁾、小松宏彰²⁾、野中道子¹⁾、千酌 潤¹⁾、佐藤慎也¹⁾、島田宗昭³⁾、大石徹郎¹⁾、原田 省¹⁾

【目的】制吐薬適正使用ガイドラインでは、催吐性リスクに応じた制吐療法が推奨されている。中等度催吐性リスクに分類される PTX/CBDCA 併用療法 (TC 療法) において制吐療法の効果を検討した結果、遅発期の悪心制御率および食事摂取量は良好とはいえなかった。そこで、TC 療法に対して高催吐性リスクに準じた支持療法を開始し、悪心制御率および摂食状況の改善について検討した。【方法】2008年6月から2016年5月の間に、当院で初回の TC 療法を受けた婦人科がん患者 192 例を対象とした。デカドロンとグラニセトロンを使用した群を標準支持療法群 (標準群) とし、2014年6月以降、デカドロン、パロノセトロン、アプレピタントの3剤を併用した群を支持療法強化群 (強化群) とした。悪心制御率と摂食状況を急性期 (Day1) と遅発期 (Day2, 3) で評価し、両群間で検討した。悪心は CTCAE Ver. 3.0 を用いて、摂食状況は看護記録に基づいて評価した。【成績】標準群と強化群の悪心制御率は Day1 で 89.0% vs. 98.5%、Day2 で 74.8% vs. 96.9%、Day3 で 57.5% vs. 96.4% であり、悪心制御率は強化群において有意に改善した。食事摂取量が治療前の 50% 未満に減少した症例の割合は、標準群と強化群で Day1 で 4.8% vs. 3.1%、Day2 で 11.1% vs. 1.6%、Day3 で 32.5% vs. 10.7% であった。Day1 では有意差はないものの、Day2-3 では強化群の摂食状況は有意に良好であった。【結論】TC 療法における3剤併用制吐療法の有効性が示唆された。

220. Bevacizumab 投与中および投与中止後にも消化管穿孔を繰り返した再発卵巣癌の1例

¹⁾ 鳥取大学、²⁾ 東北大学

小作大賢¹⁾、野中道子¹⁾、工藤明子¹⁾、千酌 潤¹⁾、佐藤慎也¹⁾、島田宗昭²⁾、大石徹郎¹⁾、原田 省¹⁾

【はじめに】再発卵巣癌に対する Bevacizumab (Bev) 併用化学療法中に横行結腸穿孔を来し、単剤化学療法に変更した3か月後、再び横行結腸穿孔を認めた1例を経験したので報告する。【症例】55歳、2妊2産。卵巣明細胞癌 IIC 期に対し、Primary debulking surgery および5サイクルの Paclitaxel (PTX) +Carboplatin (CBDCA) 療法を行った。初回治療終了後11か月で縦隔リンパ節に再発を認め、Pegylated liposomal doxorubicin+CBDCA 療法3サイクル、二次化学療法として weekly PTX+Bev を26サイクル施行の後、三次化学療法として Nogitecan (NGT) +Bev を開始した。3サイクル目の Day6 に右下腹部痛が出現したが、腹部単純 X 線撮影で明らかな free air を認めなかった。翌日も症状が持続し、CT 検査の結果、消化管穿孔と診断して緊急手術を施行した。腹腔内に播種病変はみられず、横行結腸に数ミリ大の穿孔を認め、修復を行った。

以後はBev投与を中止してNGT単剤療法を継続した。NGT投与7サイクル目のDay5に左下腹部痛が出現し、直ちにCT検査を施行した。消化管穿孔を認め、同日緊急手術となった。横行結腸の前回と異なる部位に穿孔を認め、修復した。播種病変はみられず、病理組織所見でも穿孔部には虚血性変化のみを認めた。術後経過は良好であり、現在NGT単剤療法を継続している。【結語】Bev使用中だけでなく、中止後にも消化管穿孔のリスクがあり、穿孔を念頭に置いた慎重な管理と迅速な対応が必要と考える。

221. ベバシズマブはいつまで投与すればよいのか？

愛媛大学

上野愛実、松元 隆、宇佐美知香、安岡稔晃、吉田文香、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

【目的】ICON7 およびGOG218 試験におけるベバシズマブ (Bev) の投与期間は、それぞれ18サイクル (1年間) と21サイクル (1年2ヶ月) であり、その後、ICON7 とほぼ同じ対象に実施された単アームの前向き試験であるROSiA 試験により36サイクル (2年間) のBev投与の安全性が確認された。本試験ではICON7 試験とは異なり術前化学療法が許容されており、より進行した症例群を対象にしているにもかかわらず、無増悪生存 (PFS) の中央値はICON7 試験を凌駕していた (25.5ヶ月 vs 19.3ヶ月)。今回、卵巣癌日本人症例におけるBev長期投与の安全性を検証した。【方法】卵巣癌初回治療におけるBev維持療法が計21サイクル終了した時点で、患者・家族と相談し、継続投与を希望した4症例における有効性および安全性を解析した。【成績】[症例1] 60歳 / III期。Bev : 40サイクル (2年5ヶ月)。降圧剤 : 2剤。蛋白尿 : 2回延期。[症例2] 64歳 / III期。Bev : 37サイクル (2年5ヶ月)。降圧剤 : 1剤。蛋白尿 : 2回延期。[症例3] 75歳 / IV期。Bev : 33サイクル (1年11ヶ月)。降圧剤 : 2剤。蛋白尿 : 休薬なし。[症例4] 66歳 / III期。Bev : 22サイクル (1年4ヶ月)。再発なし。降圧剤 : 1剤。蛋白尿 : 2回延期。4例とも再発なし。【結論】卵巣癌日本人症例における長期Bev投与は、高血圧および蛋白尿を適切に管理すれば、安全に実施可能である。

222. 治療関連急性骨髄性白血病を発症した卵管癌の1例

倉敷成人病センター

吉津照見、菅野 潔、市川冬樹、二村 涼、松本剛史、濱崎洋一郎、尾山恵亮、小島龍司、白根 晃、柳井しおり、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明、安藤正明

【緒言】悪性腫瘍に対する化学療法の頻回施行や治療による生存期間の延長により治療関連骨髄異形成性症候群 / 白血病の報告が近年散見され、婦人科領域では卵巣癌に多いとされる。今回、卵管癌の化学療法後に治療関連急性骨髄性白血病と診断された1例を経験したので報告する。【症例】69歳、2経妊2経産。卵管癌Ⅲc期の疑いで診断目的に腹式両側付属器切除術を施行し、卵管癌 (漿液性腺癌) と診断された。術後TC療法を3コース施行し、IDSとして後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節郭清・腹腔鏡下子宮全摘術・大網切除術・骨盤リンパ節郭清・虫垂切除術・直腸部分切除術を施行した。更に後療法としてTC療法2コース、DC療法1コース施行した。その後左下内深頸リンパ節に再発・転移を認めたが、転移リンパ節摘出およびGC療法を6コース施行し完全寛解が得られた。その後は再発兆候なく経過していたが、初回化学療法投与より3年後に頭痛・倦怠感を主訴に受診され、貧血および末梢血への芽球の出現を認め、骨髄検査で急性骨髄性白血病と診断された。白血病に対しCAG (Ara-C・ACR・G-CSF) 療法等を施行したが治療効果は不良であり、現在はBSCへと移行している。【結語】治療関連白血病は非常に稀な疾患ではあるが、化学療法の最も重篤な合併症の1つであり、その予後は極めて不良である。治療の進歩に伴い今後の発症頻度は高くなる可能性があり、発症予防や発症した場合の治療法についての研究が期待される。

223. 当院における婦人科癌に対するアバスチン使用症例の検討

広島大学

加藤俊平、古宇家正、田中教文、平田英司、工藤美樹

【目的】 アバスチンは、血管新生阻害剤である抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体である。本邦の婦人科領域では、2013 年 11 月に卵巣癌、2016 年 5 月に進行又は再発の子宮頸癌に対して承認された。現在、進行卵巣癌症例に対しての使用が増加しており、初回でも再発でも有効性が報告されているが、本邦における使用実績、副作用の検討は引き続き必要な状況である。そこで、当院における婦人科癌に対するアバスチンの使用経験を検討、報告する。【方法】 対象は 2011 年 4 月～2017 年 3 月までの 6 年間にアバスチンを使用した卵巣癌、子宮頸癌の症例において、アバスチンの有効性と副作用を検討する。【成績】 卵巣癌は 27 例で、組織型では漿液性腺癌が最も多かったが、本邦で比較的多い明細胞腺癌は 5 例であった。初回治療は 5 例、再発治療は 22 例であった。副作用での投与中止を 10 例認めた。高血圧 5 例、尿蛋白の増悪 3 例、末梢神経障害 1 例、消化管の潰瘍 1 例、腸閉塞 1 例、全身浮腫 1 例、粘膜障害 1 例、握力低下 1 例であった。アバスチン単独での維持投与できたのは 7 例であった。一方、子宮頸癌は 3 例で、すべて再発症例であった。放射線治療既往は 2 例に認めた。1 例は原癌死したが、他の 2 例は現在のところ投与中止となる副作用や瘻孔を認めていない。【結論】 婦人科領域においてアバスチンの適応拡大が治療選択の幅を広げたが、症例の選択や副作用管理について引き続き検討する必要がある。

301. 両側卵巣腫瘍を契機として発見された若年（16 歳）進行胃癌の 1 例

県立広島病院

増田ちひろ、児玉美穂、濱崎 晶、森岡裕彦、大森由里子、中島祐美子、熊谷正俊、上田克憲、内藤博之

【緒言】 10～20 歳代の悪性卵巣腫瘍は胚細胞腫瘍が多いが 95% は片側性であり、両側性の場合には未分化胚細胞腫瘍や転移性卵巣腫瘍を考慮する必要がある。転移性卵巣腫瘍の原発巣としては胃癌が最も多く一般的な罹患率は 40 歳代後半以降で高くなるとされており、29 歳以下に発生する若年者胃癌は非常に少なく中でも 19 歳以下の症例は極めて稀である。今回われわれは Krukenberg 腫瘍を契機として発見された 16 歳の進行胃癌の 1 例を経験したので報告する。【症例】 16 歳、未妊。腹部膨満感、腹痛を主訴に当院内科を受診し CT で大量の腹水と腹腔内腫瘍を指摘され卵巣癌が疑われ当科紹介となった。MRI では嚢胞部分と充実成分の混在した両側卵巣腫瘍（両側とも長径約 9cm）を認め、造影 CT では虫垂転移、腹膜播種、縦郭転移、傍胸骨リンパ節転移も疑われた。年齢を考慮し悪性胚細胞腫瘍を疑ったが、両側性であったこと、腹水細胞診で上皮性悪性腫瘍（腺癌）が疑われたこと、 α FP: 16ng/ml と軽度上昇のみであったことから消化管精査が必要と考え上部下部内視鏡検査を行った。その結果、潰瘍を伴う腫瘍性病変（3 型進行胃癌）を認め、生検では低分化型腺癌の結果であった。現在、全身化学療法中（mFOLFOX6 療法）である。【考察】 本症例のように転移性卵巣腫瘍から 10 歳代で進行胃癌が診断されることは極めて稀であるが、両側卵巣腫瘍を認めた場合には消化管精査の必要性を再確認した。

302. 腹腔鏡下手術時に診断された若年型顆粒膜細胞腫の一例

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

本田 裕、三浦聡美、仙波憲樹、高畑敬之、友野勝幸、澤崎 隆、水之江知哉

【緒言】 顆粒膜細胞腫は悪性卵巣腫瘍の数%を占めるに過ぎず、特徴的な画像所見を示さないことから術前に診断されることは稀である。今回、腹腔鏡下手術時に若年型顆粒膜細胞腫と診断された症例を経験したので報告する。【症例】 44 歳、2 経妊 2 経産。月経困難症を主訴として他院を受診した際、超音波検査で右卵巣の嚢

胞性腫大（9.3cm径）を認め、MRI 検査で右卵巣子宮内膜症性嚢胞と診断された。腫瘍マーカーの上昇はなく術前までジェノゲスト内服を行ったが、右卵巣の縮小は認められなかった。2ヶ月後、腹腔鏡下に右付属器摘出した。摘出の際、嚢胞内容液を吸引したがチョコレート状ではなく褐色漿液性であり、右卵巣と周囲臓器に癒着はなかった。右付属器を回収バックに収容し腹腔外で細切し摘出した。病理組織検査では、嚢胞壁に異型の乏しい顆粒膜細胞の充実性増生や淡好酸性粘液を容れる小濾胞の混在を認めたが核溝や Call-Exner 小体を認めず、若年型顆粒膜細胞腫と診断された。【考察】特徴的な臨床症状や画像所見を欠くため顆粒膜細胞腫の術前診断は困難であるが、腫瘍内に出血を伴うことがあるため本症例のように術前に卵巣子宮内膜症性嚢胞と診断され腹腔鏡下手術がなされている症例が散見される。嚢胞径が大きくまたは充実成分を伴っている卵巣子宮内膜症性嚢胞の腹腔鏡下手術では、顆粒膜細胞腫の可能性があることも念頭に置いて対処する必要がある。

303. 腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）における卵巣癌リスク低減卵管摘出術（RRS：Risk-reducing salpingectomy）に関する取組み

倉敷成人病センター 産科婦人科

菅野 潔、安藤正明、二村 涼、市川冬輝、吉津照見、松本剛史、尾山恵亮、小島龍司、濱崎洋一郎、白根 晃、柳井しおり、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明

【緒言】卵巣漿液性癌は卵管上皮から発生するという卵管起源説が提唱され、これらを受けて婦人科腫瘍学会（SGO）や米国産婦人科学会（ACOG）は卵巣癌のリスク低減を目的とした両側卵管摘出術を子宮全摘術や骨盤内手術等の際に行う事を推奨し、これにより実施する国や施設が増加傾向にあるものと想定される。しかし、2017年の日本産科婦人科学会（JSOG）によるアンケート調査報告によると、本邦における実施率は回答施設の54.0%と低率であり、これはRRSが保険診療適応外であることも一要因として挙げられると思われる。

【方法】当科では、当院倫理委員会承認の下、臨床研究区分「未承認医療技術評価」として、患者に十分なICを行い文書による同意が得られた場合にのみ、患者の追加費用負担なく、RRSを併せて行っている。

【結果】良性疾患に対するTLH時におけるRRS導入前後の500例（TLH群：250例、TLH+RRS群：250例）を後方視的に比較・検討した結果、手術時間・出血量・術後在院期間・周術期合併症率に有意差は認められず、TLH+RRS群において術後ホルモン補充療法が必要となった症例も認められなかった。RRSの月別実施率（TLH+RRSに加え、片側付属器切除術±片側/両側卵巣嚢腫核出術を行なった症例を含む）は98.3-100.0%であった。

【結語】文献的考察を踏まえても、RRSは簡便かつ有用な卵巣癌一次予防法であり、今後本邦においても更に浸透していくことが望ましいと思われる。

304. ゲムシタビン+ドセタキセル併用療法が奏功した卵巣癌肉腫の一例

倉敷中央病院

稲葉 優、福原 健、西川貴史、西村智樹、原 理恵、安井みちる、井上彩美、高口梨沙、障子章大、黒岩征洋、上田あかね、清川 晶、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

卵巣癌肉腫は卵巣悪性腫瘍の中でもまれな疾患であり、最適な治療法は確立されておらず、予後は不良とされている。今回、術前補助化学療法、手術の後に、ゲムシタビン+ドセタキセル併用療法（以下GD療法）を行い、寛解に至った症例を経験したため報告する。症例は58歳女性、未経妊。腹部膨満感の精査により骨盤内腫瘍、胸腹水貯留、肺塞栓症、内頸静脈血栓症を認めた。MRIと大網播種生検結果より卵巣癌肉腫を疑い手術を予定したが、胸腹水の急速な増加、左内頸静脈血栓の増大、呼吸状態の悪化を認め、手術のリスクが高いと判断し、化学療法を先行する方針とした。カルボプラチン+パクリタキセル併用療法を開始し、胸水は消失して呼吸状態は安定したが、腹水貯留は改善しなかった。5コース終了後に開腹子宮腔上部切断術、両側付属器切除術、

大網部分切除術、腹膜播種切除術を行った。腸管表面や腹膜に多発播種結節を認め、suboptimal surgery に留まった。病理組織診にて右卵巢には癌肉腫の所見を、左卵巢表面、大網、腹膜の播種結節には肉腫の所見を認めた。残存腫瘍に対してGD療法を開始し、腹水の再貯留なく経過した。12コース投与後にはCT上で腹膜播種は消滅し、PET-CTでも異常集積を認めず、投与終了した。GD療法終了後4ヵ月の時点で再発所見なく経過している。婦人科領域においてGD療法は平滑筋肉腫に対する有効性が報告されているが、癌肉腫にも有効である可能性が示唆された。

305. 脳梗塞の発症により発見された卵巢明細胞癌による Trousseau 症候群の一例

山口大学

坂井宜裕、末岡幸太郎、高木遥香、中島健吾、梶邑匠彌、岡田真紀、竹谷俊明、杉野法広

Trousseau 症候群は悪性腫瘍により血液凝固亢進状態となり、脳梗塞、肺梗塞、腎梗塞等の全身性血栓塞栓症を合併する腫瘍随伴症候群の一つである。今回、多発脳梗塞の発症を契機として発見された卵巢明細胞癌による Trousseau 症候群を経験したので報告する。症例は44歳。視野障害、嘔吐を主訴に前医を受診され、MRIで多発性脳梗塞を指摘された。心エコーにて僧房弁前線に疣贅をみとめたため、当初は感染性心内膜炎に伴う多発脳梗塞と診断され、外科にて僧房弁置換術を施行された。しかし、術後1日目に新規脳梗塞巣の出現を認めた。摘出弁疣贅と血液培養からは菌は検出されず、下肢エコーでも血栓症は指摘されなかった。術前のCTで卵巢腫瘍の指摘があったことから、卵巢腫瘍による Trousseau 症候群を疑われて当科紹介となった。MRIで9cm大の左卵巢腫瘍をみとめ、内部に一部造影効果を有する充実部を伴っており、悪性を疑う所見であった。ヘパリンカルシウムによる抗凝固療法を行った後に試験開腹術を行った。術中迅速病理検査で左卵巢明細胞腺癌の結果であったため、単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網切除術を行った。病理診断は卵巢明細胞癌Ic期(T1c NX M0)であった。術後はヘパリンカルシウムからワーファリンカリウムへの置換を進め、全身状態が安定した後に術後補助療法としてdose-dence TC療法を開始した。現在まで3コースまで終了したが、新規脳梗塞巣の出現や再発はみとめていない。

306. 腹水細胞診陽性を伴った卵巢漿液性境界悪性腫瘍

四国がんセンター

大亀真一、横山貴紀、友野勝幸、藤本悦子、坂井美佳、横山 隆、竹原和宏

卵巢漿液性境界悪性腫瘍 非浸潤性低異型度漿液性癌 (Serous borderline tumor-micropapillary variant/Non-invasive low-grade serous carcinoma, 以下 SBT, niLGSC) は、2014年に改訂されたWHO病理組織分類に記載された SBT の約10%を占める一亜型である。LGSCの前段階の病変と考えられ、両者の細胞像は類似している。niLGSCと診断した症例の腹水細胞像について検討した。症例は35歳、検診時の経膈超音波検査で卵巢腫瘍を疑い、精査を施行した。MRIで SBT あるいは卵巢癌が疑われ、手術を施行した。肉眼的所見では右卵巢から外向性に発育する乳頭状腫瘍で卵巢は正常に保たれていた。組織診では、硝子化を伴う腫瘍間質を乳頭状の漿液性上皮が覆い、間質の破壊はみられなかった。免疫組織化学染色では MIB1 index が低く、p53 も sporadic な染色形態であり、niLGSC と診断した。腹水細胞診では、砂粒体を伴う小乳頭状集塊が多く観察され、細胞質は淡く空胞も認められる。核の大小不同はなく、クロマチンは細顆粒状で核小体は小さく、異型に乏しい核が観察され、高異型度漿液性癌の細胞像とは異なる像が観察された。より詳細な検討のために、LGSCを含めた多数例の細胞像の検討が必要である。

307. 性腺外胚細胞性腫瘍としての後腹膜成熟嚢胞性奇形腫の1例

徳島赤十字病院 産婦人科

湊 沙希、牛越賢治郎、木内理世、名護可容、別宮史朗

【緒言】成熟嚢胞性奇形腫は卵巢腫瘍の中では発症頻度の高い腫瘍である。しかし、稀に異所性卵巢由来や、性腺外胚細胞性腫瘍としての成熟嚢胞性奇形腫として発見されることがある。今回、卵巢成熟嚢胞性奇形腫の診断にて腹腔鏡下手術を施行したが、性腺外成熟嚢胞性奇形腫であった1症例を経験したため報告する。【症例】38歳の未婚女性、0経妊0経産、婦人科検診で右卵巢嚢腫を指摘され精査加療目的で当院を受診した。骨盤MRI検査でダグラス窩右側に約4cmの成熟嚢胞性奇形腫と思われる腫瘍を認めた。右卵巢成熟嚢胞性奇形腫の診断にて腹腔鏡下卵巢嚢腫摘出術を行う方針としたが、腹腔鏡所見では両側卵巢卵管は正常にみられ、腹腔内には明らかな腫瘍を認めなかった。しかし、ダグラス窩右側の後腹膜に僅かな膨隆を認め、後腹膜腔内腫瘍の可能性を疑った。直腸間膜右側を切開し後腹膜腔を展開すると境界明瞭な腫瘍が確認され、これを周囲組織より剥離し摘出した。腫瘍内には毛髪を含む脂肪組織を認めた。病理学的診断は成熟嚢胞性奇形腫であり、腫瘍に卵胞や卵巢間質組織は認められなかった。【考察】今回の症例は、病理学的診断で腫瘍に卵巢成分を認めないことより性腺外成熟嚢胞性奇形腫と診断した。術前に卵巢嚢腫を疑い、術中所見として卵巢に術前画像診断相当の病変を認めない場合は、異所性卵巢や性腺外胚細胞腫瘍の可能性を考慮し、入念な術中検索が必要と考えられた。

308. 当院における子宮頸部小細胞癌の3症例

呉医療センター・中国がんセンター

仙波恵樹、友野勝幸、三浦聡美、高畑敬之、中村紘子、本田 裕、澤崎 隆、水之江知哉

【緒言】子宮頸部小細胞癌は、急速に全身性の転移をきたす予後不良な癌腫で子宮頸部悪性腫瘍全体の1-5%と稀な疾患である。当院で子宮頸部小細胞癌3例を経験したので報告する。【症例1】44歳。4ヶ月前より続く不正出血で当科受診した。子宮頸部から体部にかけて12cm大の腫瘍を認めた。多発肝転移と膀胱浸潤を認めため、子宮頸部小細胞癌 stageIVB期 (T4N1M1) と診断した。CPT-11+5-FU療法を開始するも、1サイクル終了後には腫瘍の急速増大を認め、初診時から3ヶ月で永眠された。【症例2】31歳。不正出血を主訴に当科受診した。子宮頸部に4cm大の腫瘍を認め、子宮頸部小細胞癌 II B期と診断した。術前化学療法としてCDDP動注後に広汎子宮全摘術を施行した (ypT1b2N0M0)。術後補助療法として、CDDP単剤を3コース施行した。初回治療から5年間、無病生存されている。【症例3】24歳、不正出血を主訴に前医を受診し、子宮頸部に母指頭大の腫瘍を認めた。当科初診時には腫瘍は急速増大しており、腫瘍径は6cmとなっていた。子宮頸部小細胞癌 I B2期と診断し、広汎子宮全摘術を施行した (pT2a2N0M0)。現在術後療法を検討中である。【考察】子宮頸部小細胞癌は進行が早く予後不良とされるが、長期生存例もみられた。日単位で腫瘍径・進行期が変わりうる本疾患では治療の機会を逸する可能性もあるため、可能な限り迅速に治療を開始することが重要と考えた。

309. 子宮頸癌と鑑別を要したメソトレキサート関連リンパ増殖性疾患の1例

岡山大学病院

西田 傑、中村圭一郎、依田尚之、西條昌之、大道千晶、原賀順子、小川千加子、楠本知行、増山 寿

【緒言】メソトレキサートは関節リウマチなどの治療薬として重要な治療薬であるが、まれにリンパ腫と鑑別を要すリンパ増殖性疾患を引き起こす場合がある。今回、子宮頸癌が疑われ、上記と診断された症例を経験し

たので報告する。【症例】63歳2経妊2経産。不正出血を主訴に前医を受診、精査加療のため当院紹介。肉眼的に陰壁浸潤を認める子宮頸癌を疑う像であり、MRIでは子宮傍組織浸潤を認める35mm子宮頸部腫瘤を認め、PET/CTでは子宮頸部と肺に高集積を指摘され、子宮頸癌 4B期 (T2bN0M1) を疑い精査を行った。組織検査では肉芽組織を認めるのみであった。精査経過中、肺転移は縮小し、組織診断や臨床経過にて悪性疾患の診断に至らず、本人と相談後経過観察を選択した。経過とともに頸部腫瘤も著明に縮小し、ほぼ正常となった。悪性腫瘍は否定的で、鑑別のため再度詳細に問診すると、当院初診するまで関節リウマチに対してメソトレキサートを内服していたことが判明し、メソトレキサート関連リンパ増殖性疾患が疑われた。後日上咽頭生検施行された際、組織学的に上記疾患と確定診断された。【結語】本疾患は問診を詳細に行わない限り診断は不可能であり、問診の重要性を痛感する1症例を経験した。

310. 人工知能機械学習によるコルポスコピー診断法の開発

1) 岡山大福クリニック、2) 三宅医院

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

【目的】人工知能の発達には医療を大きく変える可能性がある。その中でも画像解析能力は、人間に認知できない情報を探してパターン判断する可能性がある。そこで、人工知能における supervised 機械学習を用いて、画像の人工知能診断を行うシステムを開発したので報告する。今回はコルポスコピー所見について検討した。

【方法】病理組織診断が実施された酢酸加工後コルポスコピー所見画像を用いた。頸管炎と軽度・中等度・高度の異形成から得たそれぞれ4種類の画像を用意し、学習・テストデータの評価は leave-one-out 法とし、パターン認識のために Logistic Regression 法、Naive Bayes 法、Nearest Neighbors 法、Neural Network 法、Random Forest 法の5種類の supervised 機械学習を行うプログラムを作成した。

【成績】5種類の解析方法のそれぞれで、コルポスコピー所見の推定病理分類を示すことができた。正診率を求めパターン認識法の比較ができた。

【結論】人工知能によってコルポスコピー所見の自動診断を可能とするプログラムを開発し人工知能によるコルポ診断の可能性が開けた。今後は学習用画像データの収集、画像のサイズ・解像度・撮像範囲などの検討が必要であり、これらの量と質が十分であれば診断精度の向上が期待できる。

311. 巨大子宮頸部扁平上皮癌 T2b,MA 症例に対して集学的治療を行い腫瘍を完全制御できた1例

川崎医科大学産婦人科

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

進行子宮頸癌は治療抵抗性の場合が多くしばしば治療に難渋する。今回我々は、傍大動脈リンパ節転移を伴った新生児頭大の巨大子宮頸部扁平上皮癌に集学的治療を行い、腫瘍を完全に制御できた症例を経験したので報告する。

症例は69歳、4回経妊2回経産。2015年10月ごろから頻尿あったが、経過観察していた。2016年1月近医受診し、膀胱炎の治療を行った。2016年2月、前医にてCT撮影し、子宮筋腫の診断。子宮筋腫と頻尿について前産婦人科紹介初診となる。診察にて巨大子宮頸癌。経膈超音波後に出血止まらなくなり、2016年2月29日当院紹介初診。子宮頸部に新生児頭大の子宮頸癌を認め、直腸診にてT2b。CTにて骨盤および傍大動脈リンパ節腫大認め、cT2bN1MA、SCC 120と著明に上昇。3月7日から4月7日、放射線化学療法。全骨盤+PAN 45Gy。化学療法はネダプラチン 45mg/m²/week を5回。4月19日から3日間、転移リンパ節に追加照射計18Gy。4月15日、22日、26日の3回、組織内照射+腔内照射計18Gy。6月28日、子宮付属器摘出術。

癌細胞の病理学的残存を認め、9月14日から2017年2月21日までTP + Bevacizumab 6コース施行。現在、腫瘍の再発なく外来管理中である。

巨大子宮頸癌は、放射線治療、化学療法に加えて手術療法も含めた集学的治療が必要であると考えられた。

312. 当院で経験した子宮頸部神経内分泌腫瘍 (Neuroendocrine carcinoma : NEC) 3症例の検討

倉敷成人病センター

二村 涼、菅野 潔、市川冬輝、吉津照美、松本剛史、尾山恵亮、小島龍司、濱崎洋一郎、白根 晃、柳井しおり、中島紗織、海老沢桂子、羽田智則、太田啓明、安藤正明

【諸言】子宮頸部 NEC は確立された治療法がなく予後不良な疾患である。今回当院で治療した子宮頸部 NEC の3例について報告する。【症例1】55歳。子宮頸癌 1B2期の診断で腹式広汎子宮全摘術を施行した。病理診断で子宮頸部小細胞癌、pT1b2N0M0であり、TC療法6コース施行し治療開始後3年で再発なし。【症例2】37歳。子宮腔部円錐切除により子宮頸部小細胞癌 1B1期の病理診断で腹腔鏡下広汎子宮全摘術を施行した。pT1b1N1M0、TC療法6コース施行し治療開始後3年6か月で再発なし。【症例3】31歳。子宮頸管ポリープの疑いで切除した所、病理組織は大細胞神経内分泌癌の診断であった。1B1期でありロボット支援腹腔鏡下広汎子宮全摘術を施行した。pT1b1N1M0、CPT-11 + CDDP療法6コース施行し治療開始後2年6ヶ月で再発なし。免疫染色は、症例1・2はCD56が陽性、症例3はCD56/synaptophysin/chromograninAが陽性であった。NSE等の神経腫瘍マーカーは3例とも陰性であった。【考察・結語】子宮頸部 NEC は子宮頸癌全体の1~6%と稀な疾患で有効な治療法は確立していないが、3例とも広汎子宮全摘術および術後化学療法としてプラチナ製剤を含む多剤併用療法が行われた。観察期間は長くはないが、リンパ節転移陽性例においても再発所見を認めず、治療選択肢の1つと考えられる。

313. HDliveFlow を用いた進行子宮頸癌の診断

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、金西賢治、秦 利之

【目的】HDliveFlowは血管分布をより立体的に描出することができる検査法であり、腫瘍の血管ネットワークをより明確に構築することができる。進行子宮頸癌の4例において、本法を用いて腫瘍血管を描出することを試みた。【方法】進行子宮頸癌の4例において、HDliveFlowを用いて腫瘍血管を描出した。【成績】症例1)子宮頸癌 IVB期 (T3bN1M1)の患者においてvascular-ring-patternとして腫瘍を取り巻く血流と腫瘍内部の豊富な血流が描出された。症例2)子宮頸癌 IIB期 (T2bN1M0)、症例3)子宮頸癌 IVB期 (T3bN1M1)、症例4)子宮頸癌 IVB期 (T2bN1M1)の患者においても症例1と同様に腫瘍辺縁にリング状に豊富な血流が取り巻いている所見を認めた。また、症例3と4ではCCRT前後での血流の比較を行なったところ、症例3では腫瘍内部の血流は著しく減少していたが、腫瘍周囲のリング状血流は維持されていた。症例4ではリング状の血流は保たれ、腫瘍内部の血流はさほど減少が見られなかった。局所の治療効果は症例3ではCR、症例4ではPDであった。【結論】進行子宮頸癌の4症例においてHDliveFlow画像で共通した血管走行の特徴(vascular-ring-appearance)を認めた。また、血管分布の変化を治療前後で観察することは治療効果判定にも役立つ可能性がある。

314. 当院での悪性腫瘍手術における希釈式自己血輸血の現状

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科、²⁾ 岡山済生会総合病院

大平安希子¹⁾、原賀順子¹⁾、関典子²⁾、依田尚之¹⁾、西條昌之¹⁾、大道千晶¹⁾、西田 傑¹⁾、小川千加子¹⁾、楠本知行¹⁾、中村圭一郎¹⁾、増山 寿¹⁾

当科では、悪性腫瘍手術に対し貯血式自己血輸血（以下貯血式）を行い同種血輸血回避に努めてきた。近年術式や機器の進歩により出血量は減少傾向にあり、自己血廃棄例も少なからず存在する。2016年4月より希釈式自己血輸血（以下希釈式）が保険収載されたことを契機とし、当院では悪性腫瘍手術に対する自己血輸血を従来の貯血式から希釈式に変更した。今回導入後1年間における希釈式の現状について報告する。2016年4月1日～2017年3月31日に当科で行った132例の悪性腫瘍手術のうち、術中多量出血が予測される広汎子宮全摘術及び後腹膜リンパ節郭清を行った61例について貯血方法、術式、手術時間、出血量、同種血輸血使用の有無等につき後方視的に比較検討した。子宮頸癌13例、子宮体癌26例、卵巣癌22例で、51例に希釈式（1例に貯血式併用）、8例に同種血輸血が行われ、そのうち4例は希釈式と同種血輸血を併用しており、輸血非施行例が6例であった。希釈式貯血に伴う有害事象は特に認められなかった。尚、同様の術式において希釈式導入以前の過去1年間での自己血貯血症例は28例であり、のべ貯血量111単位のうち47単位（42%）が廃棄されていたが、希釈式導入後の1年では廃棄例はなかった。貯血式から希釈式への変更は、外来業務の減少、患者負担の減少が得られ、かつ安全に施行できると考えられた。今後適応術式や患者選択などさらなる検討を重ね、効率的な実施を目指していく予定である。

315. PSTT (placental site trophoblastic tumor) が疑われ、治療方針に苦慮した1例

¹⁾ 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科、³⁾ 岡山市立病院

久保光太郎¹⁾、宮原友里¹⁾、藤田志保¹⁾、長谷川徹¹⁾、酒本あい¹⁾、小谷早葉子¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾、平松祐司³⁾

PSTT (placental site trophoblastic tumor) は胎盤着床部の中間型栄養膜細胞由来の細胞増殖により子宮内に腫瘍を形成する疾患であり、胞状奇胎や絨毛癌に比べて血中hCG値が低いことが特徴である。PSTTが疑われ子宮摘出も考慮されたが本人の希望もあり経過観察とし、挙児の得られた症例を経験したので報告する。症例は33歳、3経妊1経産。生化学的妊娠の後に無月経となり前医を受診。子宮内に腫瘍影を認め、hCG値が21.4mIU/mlと軽度上昇しており絨毛性疾患が疑われ紹介となった。MRIで子宮底部に浸潤した長径3.5cmの血流豊富な腫瘍を認めた。PSTTが疑われ当院で子宮摘出術まで考慮されたが、本人の希望もありセカンドオピニオンを受診した。子宮温存を強く希望され、経過観察の方針となった。その後hCG値は漸減し腫瘍の血流も減少、受診から3か月後のMRIで病変は消失していた。その後自然妊娠成立、妊娠37週で経膈分娩となった。胎盤は癒着しており娩出に難渋したが、最終的に遺残なく排出された。PSTTの治療の基本は子宮摘出術であり、化学療法や放射線療法の有効性に関しては否定的な報告が多い。しかし特異的な画像所見に乏しく、胎盤遺残との鑑別が難しいため治療方針に苦慮するケースも少なくない。性成熟女性に多く発生する疾患であり子宮温存を希望する症例も多く、治療方針に関しては慎重な検討が必要である。

316. MLH1 germline mutation と MLH1 promoter hypermethylation が同時に確認された Lynch 症候群関連子宮内膜癌

四国がんセンター

横山貴紀、竹原和宏、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一、白山裕子、横山 隆

Lynch 症候群のユニバーサル・スクリーニングとして MSI (microsatellite instability) 検査やミスマッチ修復蛋白に対する免疫染色 (IHC) の有用性が報告されている。IHC で MLH1 および PMS2 蛋白の消失が認められた場合、散発性の子宮内膜癌と鑑別するために、*MLH1* promoter methylation 解析が行われる。IHC で MLH1 および PMS2 蛋白が消失した子宮内膜癌において *MLH1* promoter hypermethylation と *MLH1* germline mutation を同時に認めた症例を経験した。症例は 49 歳の子宮内膜癌患者で第 1 度近親者に 52 歳発症の大腸癌、第 2 度近親者に発症年齢不明の胃癌を認めた。子宮内膜癌組織の IHC で MLH1 および PMS2 蛋白の消失を認めた。子宮内膜癌の腫瘍組織で、*MLH1* promoter hypermethylation を認め、散発性の子宮内膜癌が疑われた。しかし、若年発症であることや家族歴から Lynch 症候群の可能性があると考え、遺伝カウンセリングを行い、末梢血の *MLH1* promoter methylation 検査とミスマッチ修復遺伝子の遺伝学的検査を追加した。末梢血で *MLH1* promoter methylation は認めなかった。一方、遺伝学的検査で *MLH1* の Exon5 の大欠失を認め、Lynch 症候群と診断した。MLH1 および PMS2 蛋白の消失した症例においても *MLH1* germline mutation と *MLH1* promoter hypermethylation を同時に認める場合があるので、家族歴などから Lynch 症候群が疑われる場合は遺伝学的検査を考慮すべきである。

317. 当院で経験した Li-Fraumeni 症候群の 1 家系

¹⁾ 徳島大学 産婦人科、²⁾ 徳島大学 乳腺外科、³⁾ 徳島大学 臨床遺伝診療部

阿部彰子¹⁾、桑原 章¹⁾、森本雅美²⁾、宮本容子³⁾、井本逸勢³⁾、苛原 稔¹⁾

【目的】 Li-Fraumeni 症候群 (LFS) は、TP53 遺伝子の異常により多様な悪性腫瘍を発症する常染色体優性遺伝形式の遺伝性腫瘍である。若年乳癌を発症することも多く、また表現促進現象を認めることが知られている。最近経験した LFS の 1 家系について報告する。【症例】 発見契機となった患者は 34 歳、1 経妊 1 経産、乳癌再発に対する抗癌剤治療前の胚凍結保存目的に乳腺外科から当科に紹介となった。既往歴に 25 歳時に初回右乳癌、26 歳で左乳癌の重複癌がある。31 歳自然妊娠し、妊娠 39 週で女兒を分娩、この時点ではまだ LFS の診断には至っていない。同時期に実姉 (32 歳) が膠芽腫のため原病死され、LFS の可能性が疑われた。33 歳時には Bowen 病を認め切除治療が行われた。現在は乳癌再発に対して乳房切除が行われ、術後抗癌剤治療 (EC+DTX) が予定されている。抗癌剤治療前に胚凍結保存の希望があり、当科受診となった。紹介後 18 日目に 5 個採卵するも、受精には至らなかった。また、その間に LFS の遺伝学的検査を行い、c.857A>G (pGlu286Gly) の結果であった。そこで改めて家系調査を行うと、実母は三重癌 (47 歳乳癌、60 歳軟部腫瘍、62 歳 Bowen 病)、祖母は重複癌 (乳癌、Bowen 病) の既往が確認された。【考察】 特に若年腫瘍については診療科を超えて横断的に他科と連携することで遺伝性腫瘍の早期の「きづき」につながる可能性が示唆された。

318. 術前診断に FDG-PET/CT 検査が有用であった骨盤内充実性腫瘍の 3 例

高知大学

堅田千晶、牛若昂志、黒川早紀、樋口やよい、山田るり子、前田長正

【緒言】 骨盤内充実性腫瘍の診断には MRI が汎用されるが、その良悪性評価に苦慮することがある。今回、MRI に加え FDG-PET/CT (以下 PET) を行うことで術前評価が有用であった骨盤内充実性腫瘍の 3 例を経験したので報告する。【症例】 症例 1: 73 歳。MRI で右骨盤底に T1 低信号、T2 淡い高信号の 7cm 大の腫瘍を認めた。PET では SUVmax27.7 で腫瘍内は均一な FDG 集積を認めたことから悪性リンパ腫を強く疑った。腹

腔鏡下に腫瘍生検し、子宮原発悪性リンパ腫と診断した。症例2：70歳。MRIで子宮と膣の後方、直腸右側にT1低信号、T2等～高信号、内部が不均一に造影される辺縁平滑な10.5cm大の充実性腫瘍を認め、漿膜下子宮筋腫や消化管由来悪性腫瘍が考えられた。PETでSUVmax7.7の不均一なFDG集積を認め、GISTや肉腫を強く疑った。後方骨盤内臓器除臓術を行い、病理検査により直腸原発GISTと診断した。症例3：47歳。MRIで子宮前壁に15cm大の巨大子宮筋腫を認めた。しかし腫瘍が巨大であり、下肢血栓症を併発していたことから悪性も考慮し、PETを施行した。PETではSUVmax19.5とFDG集積を認めたが、集積は均一であり、MRIと合わせて浮腫性変化を伴う子宮筋腫と診断した。摘出子宮の病理検査では子宮平滑筋腫で悪性所見は認めなかった。【結語】良悪性評価に苦慮する骨盤内充実性腫瘍では、MRIとともにPETを行うことで、より詳細な術前診断を得て手術に臨むことが可能と考えられた。

319. 子宮体癌に対するMPA療法後にポリープ状異型腺筋腫（APAM）から再発を認めた一例

高知大学

平川充保、都築たまみ、樋口やよい、牛若昂志、谷口佳代、山田るりこ、泉谷知明、前田長正

【緒言】近年の晩産化により妊孕性温存を希望する子宮体癌症例が増加している。今回、妊孕性温存目的にMPA療法を行い、寛解後の経過中APAM（atypical polypoid adenomyoma）を契機に診断した子宮体癌再発症例を経験したので報告する。【症例】35歳。既婚未経妊。他院で不妊治療中に子宮内膜肥厚を認め当科紹介となった。子宮内膜組織診と画像検査から子宮体癌 Endometrioid adenocarcinoma, G1, IA期相当と診断した。挙児希望のためMPA療法を6ヶ月間行い寛解を得た。その後OC6周期中に再発のないことを確認し妊娠許可とした。Timing療法・人工授精で妊娠に至らなかったがそれ以上のstep upは希望しなかった。OC終了2年2ヶ月後に超音波検査で子宮内膜後壁に10mm大の隆起性病変を認めた。内膜細胞診は陰性であったが内膜掻爬組織診でAPAMと診断された。この時点で本人の強い希望で体外受精を行ったが妊娠に至らず、根治手術となった。摘出組織はEndometrioid adenocarcinoma, G1, IA期（pT1aN0M0）の診断でAPAMからの発生と推察された。【結語】今回、MPA療法後にAPAMを契機として子宮体癌再発を診断できたことから、細胞診と共に超音波検査による内膜所見の変化は重要と考える。また、MPA療法後の不妊治療については明確な方針はないが、本症例では再発を考慮し早期のstep upを勧めるべきであったと思われる。

320. 15d-PGJ2と分子標的治療薬の併用療法による子宮肉腫の細胞増殖抑制効果の検討

徳島大学

河北貴子、峯田あゆか、阿部彰子、西村正人、苛原 稔

【目的】15-Deoxy- Δ -12, 14-prostaglandin J2（15d-PGJ2）はperoxisome proliferator receptor（PPAR γ ）agonist作用を持ち、腫瘍細胞やウイルスに対する強力な増殖抑制作用や、平滑筋細胞の増殖抑制および分化誘導作用があることが報告されている。以前我々は、15d-PGJ2に子宮肉腫細胞増殖抑制効果があることを報告したが、その効果は限局的であった。そこで今回は分子標的薬を用いた併用療法の可能性について検討した。【方法】子宮肉腫細胞株（MES-SA, MES-SA/Dx5）を用いて、10 μ M/Lの15d-PGJ2を添加し、その上に様々な濃度のDasatinib, Gefitinibを添加し細胞増殖抑制について検討した。増殖抑制効果はMTTアッセイを用いて検討し、タンパク質の発現はウェスタンブロットを用いて検討した。【成績】MES-SA, MES-SA/Dx5いずれの群においてもDasatinib併用療法で細胞増殖抑制効果を認め、作用時間も短縮した。さらに、Gefitinib単独では、細胞増殖抑制効果は認めなかったが、併用療法においてはAKT経路、ERK経路ともにリン酸化が抑制されていた。【結論】併用療法としてはGefitinib, Dasatinibともに効果が期待できるが、Dasatinibとの併用

療法の方が作用時間、抗腫瘍効果ともに相乗効果を認めた。子宮肉腫に対し抗腫瘍効果を認め新たな治療戦略の一つになりうる可能性が示唆された。

321. 子宮体部に発生した Central Nerve System Primitive Neuroectodermal Tumor (CNS-PNET) の1例

¹⁾ 徳島県鳴門病院 産婦人科、²⁾ 徳島県鳴門病院 病理

村上雅博¹⁾、山田正代¹⁾、漆川敬治¹⁾、四宮禎雄²⁾

原始神経外胚葉腫瘍（primitive neuroectodermal tumor : PNET）は中枢神経系に発生する Central Nerve System (CNS) - PNET とそれ以外に発生する末梢性 PNET に分類される小児期に発生する疾患である。近年子宮でも稀に発生することが報告されている。今回我々は術前に診断困難であった子宮体部腫瘍で術後に CNS-PNET と診断した症例を経験したので報告する。症例は72歳、2経産、性器出血にて近医受診した。超音波にて子宮筋層に約5cmの腫瘍を認めた。子宮頸部、体部細胞診に異常は無かったが、腫瘍の精査目的に当院紹介となった。MRIでは腫瘍境界が不明瞭であった。子宮内膜組織検査では子宮肉腫の疑いであった。CTでは右骨盤リンパ節（RPLN）と傍大動脈リンパ節の腫脹と肺転移が疑われた。腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節生検を実施した。血性腹水であったが細胞診は陰性であった。腫瘍は子宮内腔から漿膜面、頸部に浸潤していた。卵巣に異常を認めなかった。RPLNは腫大し血管に固着していた。病理検査は小円形細胞がびまん性に増殖しニューロピルと真性ロゼットに富んでいた。免疫染色で腫瘍細胞間の線維状基質が Synaptophysin 陽性であった。また GFAP, NeuN, neurofilament 陽性細胞が散見された。以上から子宮体部に発生した CNS-PNET と診断した。術後化学療法として BEP 療法を開始したが、骨髄抑制のため2コース目から EP 療法に変更している。

322. 脱分化型子宮体癌と免疫チェックポイント阻害剤の有効性の検討

島根大学

小野瑠璃子、中山健太郎、中村康平、石橋朋佳、石川雅子、山下 瞳、佐貫 薫、笹森博貴、岡田裕枝、原 友美、折出亜希、皆本敏子、金崎春彦、京 哲

【目的】脱分化型子宮体癌（DEAC）は未分化癌に低悪性度類内膜腺癌が共存する、まれな組織型である。高悪性度類内膜腺癌と比較して予後不良であるが、マイクロサテライト不安定性（MSI）型子宮体癌のようにミスマッチ修復蛋白（MMR）欠損を認める頻度が高いと報告されている。また、近年 MMR 欠損腫瘍は PD-1/PD-L1 阻害剤などの免疫チェックポイント阻害剤の有効性が示唆されており、今回 DEAC6 例において MMR 欠損と PD-1/PD-L1 発現の関連性を検討したので報告する。【方法】同意を得た DEAC6 症例の手術検体のパラフィンブロックから未分化部位（UC）、高分化部位（EMC）を含む切片を免疫染色により MMR（MLH1, PMS2, MSH2, MSH6）のうち1つでもタンパク発現欠失を認めたものを MSI とし、PD-L1 抗体、PD-1 抗体は5%以上の染色を陽性とした。【結果】3/6 例（50%）が MMR 欠損、うち1例は UC のみ欠損していた。PD-L1 は4/6 例（67%）陽性であり、全例 UC のみであった。PD-1 は全例陰性であった。MSI と PD-L1 発現の一致率は2/6 例（33%）であった。【結論】DEAC において MMR 欠損と PD-L1 発現の一致率からは免疫チェックポイント阻害剤の有効性を示唆する所見とは言い難いが、UC と EMC の部位を区別して免疫組織学的な特徴を検討した報告はなく、同一症例の DEAC でも UC と EMC で PD-L1 発現が異なっている事が明らかとなり、腫瘍内へテロ不均一性が免疫チェックポイント阻害剤の有効性に影響を与える事が示唆された。

323. 減量手術後に子宮全摘出術を施行した局所再発子宮体癌の1例

¹⁾ 広島大学、²⁾ 広島大学病院 栄養管理部

定金貴子¹⁾、平田英司¹⁾、三好博史¹⁾、長尾晶子²⁾、工藤美樹¹⁾

【諸言】子宮体癌において肥満は危険因子であるが、手術が困難な高度肥満にもしばしば遭遇する。肥満に対する減量手術は本邦でも2014年4月より保険適応となり普及しつつある。今回、我々は高度肥満を合併する子宮体癌放射線療法後の再発に対し、減量手術後に根治術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】48歳、女性、1経妊0経産。身長157.4 cm、体重128 kg、BMI 51.9 kg/m²。子宮体癌I A期（類内膜腺癌、粘液性腺癌の混合癌）に対し、高度肥満による手術難易度や周術期の合併症を考慮し、根治的放射線単独治療を選択した。治療終了後7ヶ月で子宮体部に局所再発を認め、減量手術を併用後に根治術の方針とした。多職種肥満対策チームMCU（Metabolic care unit）介入のもと、20 kg減量した後に腹腔鏡下スリーブ状胃切除術を施行し、術後更に12 kgの減量に成功した。体重95 kgとなった時点で腹式子宮全摘出術、両側付属器摘出術を施行し、周術期に合併症を認めず経過良好である。最終的に体重減少率26.0%、超過体重減少率45.1%と良好な減量が得られた。また減量により高血圧が改善し、降圧薬の減量も可能となった。【結語】高度肥満を合併する子宮体癌患者において、減量手術や多職種介入による減量は、周術期合併症を軽減し、肥満による合併症の改善も期待できる有効な手段であると考えられる。

401. 若年血液腫瘍患者に対する妊孕性温存療法の経験

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科

酒本あい¹⁾、宮原友里¹⁾、松岡敬典¹⁾、藤田志保¹⁾、久保光太郎¹⁾、小谷早葉子¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

集学的治療の進歩により、がんサバイバーは増加している。若年女性患者では、がん治療により卵巣機能不全および妊孕性の喪失が生じる可能性があり、配偶子の凍結保存による妊孕性温存が注目されている。当院でも若年の各種がん患者に対し妊孕性温存を行っており、血液腫瘍では6例に対して配偶子凍結を実施してきた。患者の年齢は、22.5（16-27）歳（median, range）。原疾患は、急性リンパ性白血病3例、縦隔ホジキンリンパ腫1例、骨髄異形成症候群2例であった。初診から採卵までの日数は、31.5（11-121）日、初診時のAMHは1.50（<0.1-2.54）ng/ml、凍結卵子数は10（0-21）個であった。多くは化学療法後、造血幹細胞移植の前処置までの期間で採卵を実施しており、血小板減少のため血小板輸血を要した症例、白血球減少のためG-CSFの使用が必要であった症例が存在した。また、原疾患治療中の静脈血栓症のためワルファリンを使用していた例では、ヘパリン化を行った。5例に造血幹細胞移植が行われ、完了した3例は全例卵巣機能不全となり、現在ホルモン補充療法を施行している。血液腫瘍では、妊孕性温存に利用できる時間的猶予が短い場合が多く、さらに原疾患のため全身状態が万全でない場合も多いため、リスクについて十分考慮・対策する必要がある。妊孕性温存療法を安全で効率的に遂行するためには、原疾患治療医と生殖医療医の密な連携が必須であり、今後もネットワークの拡大と充実が求められる。

402. 血中抗ミュラー管ホルモン低値不妊症例の妊娠成績に関する検討

山口県立総合医療センター

大谷恵子、中村康彦、藤村大志、中島博代、三輪照未、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、上田一之

【目的】近年、卵巣予備能の指標として抗ミュラー管ホルモン（AMH）値測定が有用とされているが、この値が低い症例は難治性不妊なのかは明らかでない。本研究ではAMH低値症例に注目して治療成績を検討した。【方法】血中AMH値測定（GEN II assay）を開始した2014年1月～2015年6月に受診し、これまでに3周

期以上の治療を受けた 211 名を対象として、下記 3 群に分類して妊娠率を中心に検討を行った。【成績】1 群 ($0.1 \leq \text{AMH} < 2 \text{ ng/ml}$; $n=53$): 37.0 ± 4.5 才, 2 群 ($\text{AMH} \geq 2 \text{ ng/ml}$; $n=147$): 33.5 ± 4.3 才, 3 群 ($\text{AMH} < \text{測定感度}$ (0.1 ng/ml); $n=11$): 40.5 ± 4.2 才と 1 群と 2 群間には有意な年齢差を認めた。妊娠率は, 1 群: 52.8%, 2 群: 71.4%, 3 群: 0% と 1 群と 2 群間には有意な差を認めた。1 群で妊娠群 ($n=28$) と非妊娠群 ($n=25$) の年齢・AMH 値を比較すると, 前群: 36.4 ± 3.9 才, 1.09 ± 0.51 , 後群: 37.7 ± 5.1 才, 0.94 ± 0.53 と, 有意差は無いが妊娠群で若い傾向にあった。2 群で妊娠群 ($n=105$) と非妊娠群 ($n=42$) の年齢・AMH 値を比較すると, 前群: 33.4 ± 4.5 才, 6.32 ± 3.85 , 後群: 33.8 ± 3.8 才, 7.36 ± 6.04 と, 有意差は無かった。1 群と 2 群で治療が ART まで進んでいる症例はそれぞれ 31 例 (58.5%), 70 例 (48.3%) と 1 群で多い傾向にあった。【結論】血中 AMH 値が低い不妊患者でも十分に満足できる妊娠率が得られているが, 治療のステップ・アップが早く, 医師の治療方針に影響を与えている可能性が示唆された。

403. 体外受精における胚盤胞到達率に関与する因子の検討 ～卵子の個別培養の成績から～

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学

高木遥香、浅田裕美、白蓋雄一郎、三原由実子、品川征大、岡田真紀、李 理華、田村 功、前川 亮、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

【目的】体外受精-胚移植 (IVF-ET) では, 胚盤胞移植は分割期胚移植より高い着床率が期待できるが, 胚盤胞に到達するかどうかの判断に難渋する。今回, 胚盤胞到達率にどのような因子が関与するか検討した。【対象】当院で 2014 年 6 月～2016 年 12 月の期間に, 卵子個別培養の上で施行した IVF-ET 症例を対象とし, 採卵時に各卵胞を個別に穿刺, 吸引し卵子を回収した。卵子を個別に培養・媒精し, 受精の有無, 分割期胚の形態, 胚盤胞到達の有無を観察した。1. 分割期胚の形態, 2. 卵胞径, 3. 年齢, 4. 合併症 (子宮内膜症, PCOS) の項目と胚盤胞到達率との関係について検討した。【成績】1. 培養後 2 日目の分割期胚における Grade との関係は, G1: 71.4%, G2: 77.0%, G3: 59.6%, G4: 37.4%, G5: 0% と G1～3 で高い胚盤胞到達率を示した。2. 卵胞径が大 ($\geq 18\text{mm}$), 中 ($13\text{--}17\text{mm}$), 小 ($\leq 12\text{mm}$) から採取された卵子の胚盤胞到達率は 44.9%, 44.0%, 48.9% であり, 卵胞径による差は認めなかった。3. 40 歳以上では胚盤胞到達率は 22.4% と低値であった。40 歳以上では G1, 2, 3 の胚盤胞到達率も 32.5% と低値であった。4. 子宮内膜症・PCOS の有無で胚盤胞到達率に差は認めなかった。【結論】卵子の個別培養により胚盤胞到達には分割期胚の形態, 年齢が重要な因子であることが明らかとなった。小卵胞由来の分割卵における胚盤胞到達率も大中卵胞由来の分割卵と同等の結果であった。これらの情報と胚数を考慮して胚移植時期を総合的に判断する必要がある。

404. 卵巣チョコレート嚢胞摘出術後の AMH 低下と妊娠予後に関する検討

鳥取大学

谷口文紀、池淵 愛、森山真亜子、山根恵美子、東 幸弘、上垣 崇、原田 省

【目的】卵巣チョコレート嚢胞に対する腹腔鏡下嚢胞摘出術では, 術後の卵巣予備能低下が懸念される。術前後の抗ミュラー管ホルモン (AMH) 値と妊娠予後について後方視的に検討した。【方法】2011 年から 2013 年までに腹腔鏡下嚢胞摘出術を行った患者のうち, 40 歳未満の 56 例を対象とした。付属器周囲の癒着剥離, 卵巣チョコレート嚢胞摘出および腹膜病変の焼灼を基本術式とした。卵巣予備能は, チョコレート嚢胞 (C 群: $n=24$) とそれ以外の良性卵巣腫瘍 (非チョコレート嚢胞; non-C 群: $n=16$) を対象とし, 嚢胞摘出術における術前後の血清 AMH 値により評価した。【成績】術後観察期間の中央値は 18 ヶ月であり, 累積妊娠率は 40% であった。不妊患者 28 例中 11 例で妊娠が成立し, 5 例は自然妊娠, 6 例は ART による妊娠であった。術前に不妊の訴えがなかった 12 例のうち, 5 例が自然妊娠した。C 群では, non-C 群に比して術前 AMH 値が低く (2.4 vs. 4.6 ng/ml), 35 歳以上の症例では特に低値であった。AMH 値の低下した割合は, 術後 6 ヶ月 (63 vs. 24%)

および1年(46 vs. 21%)でC群で大きかった。C群においては、術後1年時にAMH値の回復がみられた症例は35歳以上で少なかった。【結語】 卵巣チョコレート嚢胞に対する腹腔鏡下嚢胞摘出術は有用な術式であるが、卵巣予備能低下を防ぐための対応が必要であると考えられた。

405. 幼若期の母仔分離が雄雌ラットの性成熟に及ぼす影響

徳島大学

矢野清人、松崎利也、岩佐 武、Yiliyasi Mayila、柳原里江、苛原 稔

【目的】 幼少期の種々のストレスは、生活習慣病の罹患リスクを上昇させることなどが報告されている。今回我々は幼少期の精神的ストレスが性成熟に与える影響についてラットを用いて検討した。【方法】 SD系ラットを用い、雄ラットをコントロール群(C群、n=20)、隔離(maternal separation)群(MS群、n=23)に、雌ラットをC群(n=24)、MS群(n=24)に分けた。MS群は日齢2~11日の間、4時間/日、母と隔離した。全ての群で週1回体重測定を行った。日齢28に雄C群(n=10)、雄MS群(n=11)を断頭し、血中テストステロン(T)を測定した。日齢29-40に雄ラットの包皮分離、雌ラット腔開口を観察した。【成績】 雄ラットの体重は日齢21、28ではMS群はC群と比べ有意に軽かった($p < 0.05$)。雌ラットでは日齢14のみMS群がC群と比べ有意に軽かった($p < 0.05$)。雄ラットの包皮分離は、C群(36.60 ± 2.32 日、平均 \pm 標準偏差)に比べ、MS群(34.83 ± 2.33)で有意に早かった($p < 0.05$)。雌ラットの腔開口は、C群(33.00 ± 1.95 日)とMS群(33.05 ± 1.53)の間に有意差はなかった。雄ラットの血中Tは、C群: 0.27 ± 0.39 ng/ml、MS群: 0.70 ± 0.65 ng/mlと、有意差は無かった。【結論】 生後早期の母仔隔離により、雄ラットで性成熟が促進された。幼少期の精神的ストレスは特に雄/男性において性成熟に影響を及ぼす可能性が示唆された。

406. 生後早期の感染ストレスが成長後の雄ラットの性行動に及ぼす影響の検討

徳島大学

Yiliyasi Mayila、松崎利也、岩佐 武、矢野清人、柳原里江、苛原 稔

【目的】 生後早期に受けた感染ストレスが、成長後の雄ラットの性行動に及ぼす影響について検討した。【方法】 SD系雄ラットを用い、control群(n=17)、PND10LPS群(n=31)、PND25LPS群(n=16)に振り分けた。PND10LPS群は日齢10日に、PND25LPS群は日齢25日にLPS(100 μ g/kg)をそれぞれ腹腔内に投与した。性行動は、生後10~12週間に交配用雌ラットと1対1で同居させ、ビデオ録画し30分間のmount(交尾)、intromission(挿入)、ejaculation(射精)を観察した。また、血中テストステロン(T)濃度を検討した。その後、生後16週に精巣を取り除き、生後17週に後頸部皮下にテストステロン(T)を入れたシリコンチューブを留置し持続的T補充を行った。生後18週に性行動の観察を30分間行った。【成績】 control群よりもPND10群の性行動は有意に少なかった。PND10LPS群、PND25LPS群の血中T濃度はcontrol群よりも有意に低かった。T補充後、血中T濃度は3群間で有意に差はなかったが、PND10LPS群、PND25LPS群の性行動はcontrol群よりも有意に少なかった。【結論】 出生後早期の感染ストレスは、雄ラットにおいて思春期発来を遅らせ、成長後のテストステロン産生を低下させ、さらに性行動を減弱させた。思春期発来の遅延はTの産生低下によることが示唆された。一方、性行動の減弱は血中T濃度の低下と関係なく起きていることがわかった。

407. 治療に難渋した Elsberg 症候群の 1 例

広島市立広島市民病院 産科婦人科

杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、小松玲奈、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

Elsberg 症候群とは無菌性髄膜炎に伴い排尿障害を来す疾患であり、産婦人科領域では性器ヘルペスの初感染時に問題となる。今回我々は Elsberg 症候群で治療に難渋した症例を経験したので報告する。

31 歳、0 経妊 0 経産。陰部搔痒感、疼痛を自覚し近医受診、膀胱炎と診断され LVFX を 1 週間内服していた。その後鼠径部から大腿部の痺れと頭痛が出現。頭痛は増悪傾向、歩行困難になり当院救急外来を受診した。当院初診時、38.1℃ の発熱と項部硬直あり髄膜炎が疑われた。外陰部に水疱性病変があることから当科コンサルトとなった。現病歴、症状経過から単純ヘルペスウイルスによる髄膜炎の可能性が高いと判断した。髄液所見では蛋白数増加、糖減少、細胞数増加があり細菌性髄膜炎も否定できない所見であったため、ACV250mg × 3/day、CTRX2g × 2/day で加療開始した。水疱性病変より HSV 抗原検査を提出したが陰性であった。髄液検査所見、髄膜刺激徴候は徐々に改善を認めたが、第 9 病日より尿閉が出現し Elsberg 症候群が考えられた為、ステロイドパルスを 2クール施行。排尿障害の著明な改善を認めた。髄液検査後の頭痛も経過とともに改善し、自宅での経過観察可能と判断し第 26 病日に退院となった。

性器ヘルペスの臨床症状は多彩であり、末梢神経障害としての排尿障害や大腿の違和感など神経障害が唯一の症状のこともある。日常診療では典型的な症状がなくてもこの疾患を鑑別に挙げる必要があると思われた。

408. 多嚢胞性卵巣症候群が原因と考えられた若年無月経症例

地域医療機能推進機構 徳山中央病院

山縣芳明、土井結美子、平田博子、中川達史、伊藤 淳、平林 啓、沼 文隆

【目的】多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）は原発性無月経の原因としては比較的稀である。当院で診療を行った若年無月経を呈した PCOS 症例を報告する。【症例】症例 1 は 16 歳、身長 162cm、体重 51kg。2 次性徴は正常発達で、両側卵巣に PCO 所見を認めた。ホルモン値は、E2: 31.2 pg/ml, LH: 7.5 mIU/ml, FSH: 4.2 mIU/ml, T: 46.4 ng/dl (10.8 ~ 56.9) であった。HOMA-IR: 3.10 であり、インシュリン抵抗性を認めた。脂質代謝異常は認めなかった。腰椎骨密度: 0.712 g/cm³ (YAM: 70%) であり、骨量減少を認めた。プロゲステロン投与で消退性出血を認め、ホルモン補充療法 (EPT) 施行中である。症例 2 は 25 歳、身長 163cm、体重 52kg。18 歳時に他院で EPT を施行され、消退性出血を認めた。EPT 中断するも自然月経発来しないため、当科を受診した。2 次性徴は正常発達で、ざ瘡を認めた。両側卵巣に PCO 所見を認めた。E2: 22.5 pg/ml, LH: 23.1 mIU/ml, FSH: 6.3 mIU/ml, T: 60.0 ng/dl と高アンドロゲン血症を認めた。糖脂質代謝異常、インシュリン抵抗性は認めなかった。腰椎骨密度: 0.809 g/cm³ (YAM: 80%) であった。EPT 施行中である。【結語】本邦では、原発性無月経は「18 歳までに月経を認めない状態」と定義されているが、思春期若年性の無月経に対しては、2 次性徴誘導、骨塩量獲得のために 18 歳よりも早い時期からの EPT 開始が必要である。さらに PCOS ではやはり早期からの糖脂質代謝に対する診療、生活指導が重要である。

409. Clostridium perfringens による子宮内感染から重篤な敗血症を発症し治療により救命しえた一例

¹⁾ 山口大学医学部産科婦人科、²⁾ 山口県立総合医療センター産婦人科

白蓋雄一郎¹⁾、竹谷俊明¹⁾、中島博予²⁾、中島健吾¹⁾、梶邑匠彌¹⁾、末岡幸太郎¹⁾、杉野法広¹⁾

【緒言】Clostridium perfringens による敗血症は、広範な血管内溶血を伴う極めて予後不良な疾患である。今回、Clostridium perfringens による子宮内感染から重篤な敗血症を来したが、治療により救命しえた症例を経

験したので報告する。【症例】44歳，未妊。多量の性器出血と下腹部痛あり近医受診，単純CTにてガス産生を伴う子宮腫大を認め，当科搬送となった。来院時検査所見はBT 38.4度，PR 117 bpm，BP 120/79 mmHg，WBC 36150 / μ l，Hb 9.4 g/dl，PLT 18.1×10^4 / μ l，CRP 7.87 mg/dl，PCT 41.95 mg/dl，LDH 3795 mg/dl，BUN 23 mg/dl，Cre 1.73 mg/dl，eGFR 26.6 ml/min/m²，PT-INR 1.68，APTT 59.2 秒，D-D 170.2 μ g/ml，AT-III 52.8%，超音波検査では子宮は腫大し高エコー・低エコー像が混在していた。MRIでは子宮内にairの集簇を伴う不均一な信号を認め，子宮筋層は菲薄化し一部造影されなかった。子宮内感染による敗血症・DICと判断し，原因除去のため緊急で腹式単純子宮全摘術を施行した。子宮は新生児頭大に腫大，子宮内腔や筋層は融解していた。術後に血液培養からClostridium perfringensが検出されたため，抗生剤多剤投与を開始した。DICに対して抗DIC療法を施行，急性腎不全に対して透析を施行し，術後15日目にICUより病棟へ帰棟した。術後病理診断はendometrioid adenocarcinoma, G1の診断であった。【結語】Clostridium perfringensによる敗血症は予後不良だが，早急に治療を開始することで救命しえたと考えられた。

410. HDliveFlowを用いたuterineEMV/AVMsの観察

香川大学

天雲千晶、山本健太、AboEllail Mohamed、石橋めぐみ、森 信博、花岡有為子、田中宏和、秦 利之

【諸言】Uterine enhanced myometrial vascularity/arteriovenous malformations (以下EMV/AVMs)は，子宮内動脈静脈間の不完全な短絡路形成のために発生する異常血流のことを指し，超音波ドプラ法で子宮内異常血流網として観察される。子宮手術後や妊娠，感染などを契機に形成される後天的なものである。診断には超音波，CT，MRA，血管造影などを用いるが特に超音波ドプラ法が簡便で低侵襲でありよく行われている。今回我々は従来の超音波法に加えHDliveFlowを用いて観察した。【症例1】40歳，1経産婦。妊娠9週で自然流産。4週後に性器出血あり紹介となった。子宮筋層内に不整な嚢胞とドプラ法で嚢胞周囲に大きな血流塊を認めた。鋸歯状血流の最高速度は70.8cm/sだった。HDliveFlowでは血管が複雑に纏れたような腫瘤を認めた。血管造影検査ではAVMの診断に至らなかった。止血目的に子宮動脈塞栓術施行し，以後の経過は良好である。【症例2】33歳，1経産婦。稽留流産に対して子宮内容除去術後8週で性器出血あり紹介となった。子宮筋層内にエコー輝度不均一で血流豊富な腫瘤を認めた。鋸歯状血流の最高速度は50.7cm/sだった。HDliveFlowでは血管が隆々と拡張し集簇した腫瘤である様子が観察された。血管造影検査で子宮動静脈奇形と診断，子宮動脈塞栓術を施行し経過は良好である。【考察】HDliveFlowを併用するとEMV/AVMsの立体的なイメージ構築が可能となり視覚的に把握しやすくなるため，有用なツールになると考えられる。

411. 当科で経験した両側停留卵巣の2例

島根大学

岡田裕枝、金崎春彦、折出亜希、原 友美、京 哲

【緒言】停留卵巣は総腸骨動静脈より頭側に卵巣が位置する状態と定義されている。停留卵巣はまれな疾患であるが，不妊症患者の腹腔鏡検査の際に偶然発見されることもある。ミューラー管の発生異常に伴う奇形を合併することが多い。今回両側停留卵巣の2症例を経験したので報告する。【症例1】22歳，0経妊。不妊症の検査目的に近医を受診した。HSGにて卵管閉鎖を疑われ，腹腔鏡検査目的に当科に紹介となった。診察上膈中隔を認め，右側の膈管は処女膜不全閉鎖と中隔子宮，重複頸管を認めた。腹腔鏡では両側卵巣は総腸骨動静脈より頭側に位置し，左卵管は膨大部付近で断裂しており，両側卵巣固有靭帯は欠損していた。処女膜切開術，膈中隔切除術，左卵管形成術を施行した。【症例2】39歳，0経妊。右下腹部痛を主訴に近医を受診し，精査加療目的に当科紹介となった。経膈超音波では両側卵巣を確認できず，MRIにて停留卵巣が疑われた。腹腔鏡では両側卵巣が総腸骨動静脈より頭側に位置していた。左付属器は癒着を認めなかったが，右付属器は壁側腹壁に

癒着をしていた。右卵巣には子宮内膜症性嚢胞を認め、周囲の腹膜にはブルーベリースポットが散在していた。癒着剥離術、子宮内膜症性病巣焼灼術を施行した。【考察】背景のことなる停留卵巣の2症例を経験した。症例2は停留卵巣に子宮内膜症を発症した可能性が考えられ、停留卵巣及び子宮内膜症の発生について、文献的考察を加え報告する。

412. 当院における子宮内膜アブレーションと LNG-IUS の現況

鳥取大学

山根恵美子、上垣 崇、森山真亜子、池淵 愛、東 幸弘、谷口文紀、原田 省

【緒言】マイクロ波子宮内膜アブレーション (MEA) は、子宮内膜および筋層を凝固・壊死させる。レボノルゲストレル放出子宮内システム (LNG-IUS: ミレナ[®]) は黄体ホルモンを子宮内に持続的に放出し、内膜を分泌期像に変化させる。当院における両治療法の成績について報告する。【対象と方法】2012年より2016年までに当院で過多月経、月経困難症に対してMEAあるいはLNG-IUSによる治療を施行した各30例を対象とした。対象の器質的疾患は子宮筋腫、子宮腺筋症および子宮内膜症等であった。治療前後の月経痛は、NRS (Numerical rating scale) を用いて評価した。経血量は治療前を100%とした自己評価法により比較した。追加治療を要した症例について、器質的病変および子宮形態について評価した。【結果】MEA群ではLNG-IUS群に比して、治療後にNRSおよび経血量の有意な減少を認めた。症状の持続や再燃により治療後6ヶ月以内に薬物療法などの追加治療を要した症例は、MEAで6例、LNG-IUSで12例であった。MEA施行後に追加治療を必要とした症例では、多発筋腫や厚い子宮筋層を持つ症例など子宮体積の大きな症例であった。【結論】MEAはLNG-IUSに比して、月経困難症および過多月経に対して高い治療効果を示した。子宮に器質的異常がある場合でも、多くの症例がMEAにより治療可能である。

413. 妊娠12週の胎児頭部形態異常から診断したLimb-body wall complexの一例

中国労災病院

菅裕美子、信実孝洋、楠本真也、佐川麻衣子、卜部理恵、勝部泰裕、藤原久也

＜緒言＞Limb-body wall complex (LBWC) は体茎奇形の一つで、顔裂を伴う脳脱出や脳瘤、腹壁破裂、手足の欠損のうち2つが存在するもので、致命的な状態とされている。今回、妊娠初期の胎児頭部形態異常からLBWCの診断にいたった症例を経験したので報告する。＜症例＞26歳、1経産婦。他院で妊婦健診、妊娠12週0日の妊婦健診にて胎児頭部に嚢胞様構造物を認めたため妊娠12週5日に当院紹介受診となった。受診時の超音波検査では、胎児後頭部と側頭部に頭蓋冠から突出した脳瘤があり、CRL確認の際に脊椎の強度側弯を認め、体幹から横向きになった下肢を確認できた。さらに左上肢欠損、腹壁破裂など多発奇形があるため、原因や次子への影響を評価するため胎児奇形について再評価を行うこととし、妊娠14週に再診した。初診時の所見に加え、口唇裂、浮遊した羊膜様構造物が胎児頭部などに付着している像や単一臍動脈の所見がありLBWCと出生前診断した。本人と夫に対し、致命的であるが遺伝的には散発的で次子への影響はないと考えられることなど遺伝カウンセリングを行い、妊娠中断を決断された。妊娠15週4日60gの児を死産、出生前の超音波所見と合致した所見があり、右手や母趾に羊膜バンド構造が付着してその先端は絞扼されていた。＜結語＞胎児奇形について妊婦と家族の理解を得るためには視覚的な情報が有用であり、通常超音波検査でも妊娠12週でLBWCに特徴的な画像所見を提示できる。

414. 多職種カンファレンスを重ね積極的治療を行った 18 trisomy の 1 例

倉敷中央病院

原 理恵、西川貴史、西村智樹、安井みちる、稲葉 優、井上彩美、高口梨紗、障子章大、黒岩征洋、上田あかね、清川 晶、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、高橋 晃、長谷川雅明

【緒言】 18 trisomy は予後不良な染色体異常であるが、近年は積極的治療を行った報告も増えている。当院では過去 5 年間で 18 trisomy と出生前に診断された症例は 9 例あり、そのうち本例を除くと 4 例は中絶、2 例は子宮内胎児死亡、2 例は出生に至ったが児の積極的治療は希望されなかった。今回、児に心室中隔欠損症や脊髄髄膜瘤を認めるも積極的な治療を希望され多職種カンファレンスを重ねた後、脊髄髄膜瘤に対して選択的帝王切開で出産した症例を経験したので報告する。【症例】 43 歳女性。0 経妊 0 経産。当院 IVF で妊娠成立シクアトロク検査陽性で羊水検査を施行され 20 週に 18 trisomy の診断に至った。妊娠継続を希望され、27 週に脊髄髄膜瘤も確認された。産科医、小児科医、脳外科医、遺伝診療科専門医、助産師、NICU 看護師、ソーシャルワーカー、臨床心理士でカンファレンスを重ねて、出生前より分娩場所や分娩方法、出生後の流れを検討し、児の予後を考慮して、37 週で小児科医、脳外科医立会いのもと予定帝王切開とした。出生後全身状態は安定しており、予定の脊髄髄膜瘤の手術も施行され、両親の受け入れは良好であった。【結語】 18 trisomy のような予後不良な染色体異常に対して両親への十分な情報提供を行い家族の希望にも沿った個別方針を検討し、適切な周産期管理を行うことが重要である。

415. 当院で分娩となった染色体異常児における胎児超音波所見の検討

独立行政法人地域医療推進機構 徳山中央病院

平田博子、土井結美子、中川達史、山縣芳明、伊藤 淳、平林 啓、沼 文隆

【目的】 当院で分娩となった染色体異常児について、妊娠中の超音波所見を検討する。【方法】 2012 年 4 月から 2017 年 3 月の 5 年間に当院で 22 週以降に出生した児のうち、妊娠中または出生後に染色体検査で異常を指摘された 18 例について、診療録をもとに後方視的に検討した。【成績】 母体年齢は 35 歳以上が 7 例、体外受精による妊娠は 1 例で、妊娠初期から当科で妊娠管理を行った症例は 6 例、他院からの紹介は 12 例であった。妊娠中または出生後に児が 21 トリソミーと診断された症例が 13 例、18 トリソミーが 4 例、5p 短腕欠損が 1 例であった。18 トリソミー症例と 5p 短腕欠損症例は、全例が胎児期に染色体検査が施行され、出生前に診断されていた。21 トリソミーのうち 6 例は妊娠中に確定診断または疑いがもたれていたが、出生後に初めて異常を指摘されたものが 7 例あった。出生後に診断された 21 トリソミー症例は VSD または ASD 合併のみの症例が 6 例であったが、ファロー四徴症を合併していた症例も 1 例存在した。【結論】 妊娠中に異常を指摘できなかった 21 トリソミーの 7 例も、NT 肥厚や四肢短縮などから異常の疑いを持つことが可能であった症例が多く存在した。今後さらなる診断精度の向上が必要であると考えられた。

416. 胎児の正常肛門エコー像 ‘target’ サイン ‘を描出する —高位鎖肛のスクリーニングにむけて—

¹⁾ 赤堀病院、²⁾ 橋本産婦人科医院、³⁾ オークスマタニティクリニック、⁴⁾ 井上医院、⁵⁾ 丹羽病院、

⁶⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター

赤堀洋一郎¹⁾、橋本一郎²⁾、楠目智章³⁾、井上誠司⁴⁾、丹羽家泰⁵⁾、多田克彦⁶⁾

【目的】 超音波装置の進歩により直腸粘膜および肛門括約筋が描出できるようになり、高位鎖肛の直接的な診断が可能になってきた。肛門括約筋の特徴的なエコー像は ‘target’ サイン (TS) と称される。胎児スクリーニングとして TS 描出を行うことの労力を検査時期・描出率・描出時間から検討することを目的とした。【方

法】産科一次施設5施設で行った。TSとは会陰肛門レベルの水平断像で肛門括約筋がリング状の低エコー域として描出され、その内部が直腸粘膜に相当し高輝度エコーとして円形に描出されるエコー像である。TS描出を20 ± 2週および30 ± 2週に各施設30例ずつ試みた。TSが描出可能であった場合は描出時間を記録し、60秒を限度に観察した。描出できない場合は描出不能とした。各妊娠時期での描出率・描出時間を検討した。統計解析にはFisherの直接確率検定とWilcoxonの順位和検定を用い、5%の危険率をもって有意とした。【成績】TS描出率は20週では74%、30週では97%で、描出時間は20週で中央値20秒(4-50秒)、30週で10秒(3-60秒)であった。20週に比べ30週で描出率は有意に上がり、描出時間は有意に短縮した。30週では50%が10秒以内に描出可能であった。【結論】20週頃からTS描出は可能だが、30週頃の方がTS描出には効率的である。

417. 子宮卵管造影検査によるヨウ素過剰曝露が原因と考えられた胎児甲状腺腫に対し、胎児治療を行った一例

鳥取大学

荒田和也、経遠孝子、原田 崇、谷口文紀、原田 省

【緒言】子宮卵管造影検査(HSG)後の妊娠では、胎児及び新生児期に甲状腺腫と甲状腺機能低下症を来す場合があることが報告されている。今回、HSGによるヨウ素過剰曝露が原因と考えられた胎児甲状腺腫に対し、胎児治療を行った症例を経験した。【症例】31歳の1経産婦。続発性不妊のためHSGを施行し、同一周期に人工授精により妊娠成立した。妊娠25週5日、切迫早産のため入院し、胎児甲状腺腫と羊水過多傾向を指摘された。妊娠28週5日、周産期管理目的に当院に紹介となった。超音波とMRI検査により胎児甲状腺腫と診断した。気道閉塞所見は認めなかった。尿中ヨウ素排泄量は高値であり、ヨウ素過剰曝露に伴う母体と胎児の甲状腺機能低下症を疑った。その後、甲状腺腫は増大し、母体のヨウ素排泄量は減少しなかった。妊娠32週6日、羊水内にレボサイロキシンの注入を行った。15 μ /kg/日 \times 7日分のレボサイロキシンを1週間毎に計5回注入した。胎児甲状腺腫は縮小し、妊娠37週5日、選択的帝王切開術を施行した。術後の腹部レントゲン検査にて腹腔内に造影剤の残留を認めた。児に呼吸障害はなく、出生直後の尿中ヨウ素排泄量は高値であったが漸減した。【結論】レボサイロキシンの羊水内投与は胎児甲状腺機能低下症に伴う胎児甲状腺腫に対し有効であった。HSG直後の妊娠では母体の甲状腺機能を経時的に評価し、胎児甲状腺腫や羊水量に注意して管理することが望ましいと考えられた。

418. 原因不明不妊・ART反復不成功を伴う45, X/46, XX低頻度モザイクの1例

¹⁾ 徳島大学病院、²⁾ 四国こどもとおとなの医療センター

立花綾香¹⁾、谷口友香¹⁾、山本由里¹⁾、岩佐 武¹⁾、檜尾健二²⁾、正木理恵¹⁾、七條あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、加地 剛¹⁾、桑原 章¹⁾、苛原 稔¹⁾

原因不明不妊・ART反復不成功のため染色体検査を行った結果、45, X/46, XX低頻度モザイクであり、ART治療中、妊娠中および分娩後に慎重なカウンセリングを要した症例を経験したので報告する。【症例】37歳G1P0。24歳結婚、不妊を主訴に28歳で近医受診。原因不明不妊としてART(採卵7回、移植21回、妊娠1回、妊娠は流産となるが流産絨毛染色体検査は実施せず)を行っていた。36歳で当院へ転院し、原因不明不妊としてART続行となった。当院でのART治療中の経過(採卵2回実施、採卵個数/受精個数は5/0, 1/0)からART反復不成功・卵巢機能低下を認めため、染色体検査を施行し、妻に45, X/46, XXモザイク(30細胞中1細胞が45, X, 3.3%の低頻度モザイク)を認めた。45, X/46, XXモザイクは偶発所見と考えられ、治療経過との関連性は少ないことを説明した後、当院3回目の採卵を実施。採卵5個、受精4個(2個凍結)HRT-FETにて妊娠が成立。妊娠37週1日に自然分娩(2198g, -1.2SD, 女児)となったが、妊娠中から児は多脾症が疑われ、出生後の染色体検査は46, XX、多脾症候群と診断され、現在も当院小児科で経過観察中である。【結語】一般に45, X/46, XX低頻度モザイクは生理的現象とされ、不妊、卵巢機能低下、児の所見との関連は否定的

であるが、今回、治療継続、妊娠、分娩に至る過程で、遺伝及び生殖、周産期の専門医によるカウンセリングが必要となり、総合的な対応が必要であった。

419. 特異な画像所見を呈した帝王切開癒痕部妊娠の一例

山口大学医学部附属病院産婦人科

爲久哲郎、浅田裕美、高木遥香、白蓋雄一郎、三原由実子、品川征大、岡田真紀、田村 功、前川 亮、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

今回、特異な画像所見を呈した帝王切開癒痕部妊娠の一例を経験したため報告する。症例は39歳女性。1経妊、1経産、9年前に帝王切開を施行された。月経は不順であった。最終月経は12月末で、2月6日より少量の性器出血を認めた。出血が持続したため3月15日に近医産婦人科を受診した。妊娠反応陽性（血中HCG 1400IU/L）で、エコーにて子宮内に胎嚢を認めず、子宮体下部に7cm大の一部嚢胞を伴った境界明瞭で血流豊富な腫瘤を認めた。同腫瘤はMRIにてT1WIで一部高信号域を伴う低信号、T2WIでflow voidを伴う不均一な高信号を呈していた。CTでは遠隔転移を疑う所見は認めなかった。精査・加療目的で、3月22日（最終月経より妊娠11週）に当科紹介となった。画像所見から絨毛癌も念頭におき、挙児希望がなかったため、3月27日に腹式単純子宮全摘術を施行した。病理組織検査では帝王切開癒痕部に嵌入胎盤の所見を認めたが、奇胎絨毛や腫瘍細胞は認めなかったため、帝王切開癒痕部の異所性妊娠と診断した。本症例は、画像所見から絨毛癌との鑑別を要した。近年、帝王切開癒痕部妊娠が増加しており、帝王切開癒痕部妊娠には特異な画像所見を呈する症例もあることを念頭におく必要がある。

420. 経過観察が可能であった胎盤ポリープ症例の検討

山口県立総合医療センター

藤村大志、三輪照未、三輪一知郎、中島博予、大谷恵子、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦、上田一之

【目的】胎盤ポリープは大量出血を引き起こす可能性のある疾患であり、子宮動脈塞栓術や子宮鏡下手術等による積極的な治療の報告が散見されるが、自然経過に関する報告は少ない。今回我々は積極的な治療を必要とせず、経過観察が可能であった胎盤ポリープ症例を経験したので、臨床経過について報告する。【方法】2015年1月～2017年5月に当科で管理した胎盤ポリープ8症例のうち、子宮動脈塞栓術および子宮鏡下手術を施行した1例を除き、経過観察を行った7症例について、診療録をもとに臨床経過を後方視的に検討した。値は中央値（最小値－最大値）で記載した。【成績】初産婦3例、経産婦4例、中期中絶後3例、正期産経膈分娩後4例であった。分娩時に胎盤遺残と診断された症例が5例、弛緩出血と診断された症例が1例、明らかな異常を認めなかった症例が1例であった。胎盤ポリープ最大径は2.3 cm（1.2－5.3 cm）、産褥出血が止血した時期は139日（87－186日）、血中HCG陰性を確認した時期は58日（49－89日）、月経再開時期は130日（65－382日）であった。胎盤ポリープが自然消失したのは3例で、消失した時期は163日（112－375日）であった。【結論】胎盤ポリープ症例のうち、積極的な治療を必要とせず、経過観察可能な症例は少なくないと思われた。胎盤ポリープ症例に対して、大量出血に留意しつつ、経過観察をすることも選択肢の一つであると考えられた。

421. 診断に苦慮した帝王切開癒痕部妊娠の1例

福山医療センター

檜野千明、甲斐憲治、田中梓菜、早瀬良二、山本 暖

帝王切開癒痕部妊娠は異所性妊娠の1つであり、発生頻度は分娩10,000件に対して2.7～4.5例、帝王切開

10,000 件に対して 15.0 ~ 19.0 例と報告されている。また、癒着胎盤の危険因子であり、胎盤付着面の床脱落膜の形成の欠如あるいは子宮壁の癒着組織による脱落膜の発育不全により、絨毛浸潤の抑制ができないために発生すると考えられており、嵌入胎盤、穿通胎盤となることもある。今回、診断に苦慮した帝王切開癒着部妊娠の 1 例を経験したので報告する。

症例は、31 歳、8 経妊 3 経産（2 回流産、3 回人工妊娠中絶、3 回帝王切開）で、自然妊娠にて妊娠初期に前医を受診し胎嚢を確認された。人工妊娠中絶希望のため当院へ紹介となった。前医受診時より継続する下腹部痛と性器出血を認めており、当院初診時の経膈超音波検査では子宮前壁が菲薄化し、胎嚢はなく子宮内腔に多数の嚢胞を認め絨毛性疾患も疑われたが、血中 HCG は 26200.12mIU/ml であった。骨盤 MRI では子宮頸部から体部前壁を主体に腫瘤を認め、内部には拡張した栄養血管と思われる flow void があり胎盤組織が主体と考えられた。大量出血のリスクが高く、妊孕性温存の希望がないことより腹式子宮全摘術を施行した。摘出した子宮は子宮峡部が膨隆し、病理検査結果では Placenta increta であり、不全流産後の帝王切開癒着部妊娠と診断された。

422. 甲状腺機能亢進症と心不全をきたした全胎状奇胎の一例

広島赤十字・原爆病院

井上清歌、阿部由実子、伊達健二郎

【諸言】ヒト絨毛性ゴナドトロピン（以下 hCG）は甲状腺刺激作用を持つため、絨毛性疾患患者に二次性甲状腺機能亢進症を引き起こすことがある。今回、甲状腺機能亢進症と心不全を呈した胎状奇胎の症例を経験した。

【症例】35 歳、4 経妊 3 経産。最終月経から 2 週間にわたり性器出血が続き、受診 2 週間前頃より下腹部膨満感を自覚していた。呼吸困難感を主訴に前医受診。高血圧と頰脈を認め、胸部レントゲン写真で心拡大を認めため心不全を疑われ当院循環器内科に紹介入院した。甲状腺機能が亢進状態にあり内分泌・代謝内科に紹介され、血中 hCG 2,059,437 mIU/ml と異常高値のため当科紹介となった。子宮底は臍高に達し、超音波検査で子宮内に充満する 16cm 大の多嚢胞性腫瘤を認め、胎状奇胎を強く疑った。心機能は耐術不能と考えられたが β 遮断薬への反応乏しく、早期の原因除去が必要と判断し、2 日後に胎状奇胎除去術を実施した。子宮内容物は 950g で、病理組織検査で全胎状奇胎と診断した。術後は β 遮断薬と利尿薬の投与で心機能が改善し、初回手術後 17 日目に再掻爬術を実施した。初回手術後 5 週目に血中 hCG 値が再上昇し、造影 CT で両肺野に多発する結節影を認め、臨床的侵入奇胎と診断した。現在メソトレキサート療法を行っている。【結語】絨毛性疾患患者においては、甲状腺機能や心機能についても評価が必要である。

423. 帝王切開後 8 年目に癒着部からの動脈性出血のため子宮全摘を要した一例

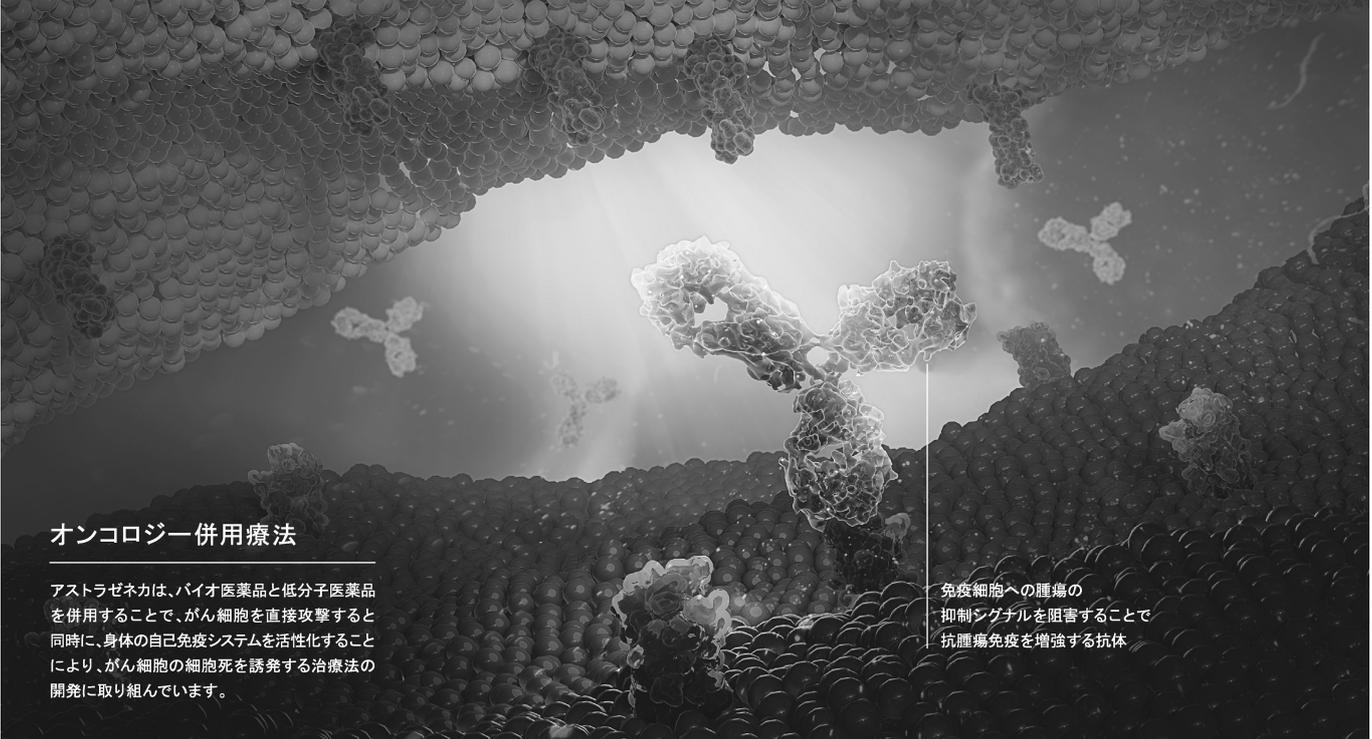
広島市立広島市民病院

早川奈緒子、片山陽介、上野尚子、杉井裕和、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、関野 和、小松玲奈、依光正枝、中西美恵、石田 理、野間 純、児玉順一

近年帝王切開率の上昇に伴い、癒着部妊娠や帝王切開癒着部症候群等の癒着部に関わる続発症が問題視されるようになってきている。今回我々は、帝王切開後 8 年目に癒着部からの動脈性出血のため子宮全摘を要した一例を経験したので報告する。症例は 44 歳、3 経妊 3 経産、全て帝王切開分娩（他院）であり、最終帝王切開は 8 年前であった。既往歴は 13 年前に筋腫核出術施行（他院）。従来、過多月経、不正出血はなかったが、今回月経 3 日目より出血増量したため近医産婦人科受診、止血剤の処方を受けるも改善はなかった。月経 6 日目、意識消失、多量性器出血のため当院救急外来へ救急搬送となった。搬入時、ショックバイタルであり、血液検査にて Hb7.5g/dl、60 分後には 4.6g/dl まで下降、救急外来で RBC4U、FFP4U 開始した。膈鏡診で子宮内よりさらさらした出血を多量に認めた。経膈超音波検査にて、帝王切開癒着部が嚢胞化しており、左側に動脈性の血流を確認、同部位からの出血と考えられた。出血持続しており、止血目的で尿道バルーンを留置した。造

影 CT 上も、帝王切開癒痕部左側から癒痕部内に向かう extravasion を認めた。同日緊急開腹にて腹式単純子宮全摘術施行、術中出血量は 660ml であり、術中にも RBC4U、FFP4U を投与した。帰室時には、Hb8.8g/dl まで改善、術後経過に問題なく術後 9 日目に退院となった。

What science can do



オンコロジー併用療法

アストラゼネカは、バイオ医薬品と低分子医薬品を併用することで、がん細胞を直接攻撃すると同時に、身体の自己免疫システムを活性化することにより、がん細胞の細胞死を誘発する治療法の開発に取り組んでいます。

免疫細胞への腫瘍の抑制シグナルを阻害することで抗腫瘍免疫を増強する抗体

アストラゼネカ株式会社

〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号 グランフロント大阪タワーB
www.astrazeneca.co.jp/



子宮内膜症治療剤・子宮腺筋症に伴う疼痛改善治療剤 薬価基準収載
処方箋医薬品[※]

ディナゲスト錠 1mg
DINAGEST Tab.1mg

ジエノゲスト・フィルムコーティング錠
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。

製造販売元
〈資料請求先〉  **持田製薬株式会社**
東京都新宿区四谷1丁目7番地
☎ 0120-189-522 (くすり相談窓口)

2016年11月作成 (N8)

LH-RH^{注1)} 誘導体 マイクロカプセル型徐放性製剤 注1) LH-RH: 黄体形成ホルモン放出ホルモン
 劇薬・処方箋医薬品^{注2)} 注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

リュープロレリン酢酸塩注射用キット

1.88mg・3.75mg「あすか」

(注射用リュープロレリン酢酸塩)



●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意については、添付文書をご参照ください。



製造販売元(資料請求先)
あすか製薬株式会社
 東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売
武田薬品工業株式会社
 大阪府中央区道修町四丁目1番1号

2016年7月

新時代の医薬を考える 帝人ファーマ

一人ひとりの Quality of Life の向上。それが帝人ファーマの使命です。

薬価基準収載

骨・関節

劇薬・処方箋医薬品^{注)}

骨粗鬆症治療剤

ボナロン® 点滴静注バッグ 900µg
 【アレンドロン酸ナトリウム水和物注射液】

劇薬・処方箋医薬品^{注)}

骨粗鬆症治療剤

ボナロン® 経口ゼリー 35mg
 【アレンドロン酸ナトリウム水和物経口ゼリー剤】

劇薬・処方箋医薬品^{注)}

骨粗鬆症治療剤

日本薬局方 アレンドロン酸ナトリウム錠
ボナロン® 錠 35mg

劇薬・処方箋医薬品^{注)}

骨粗鬆症治療剤

日本薬局方 アレンドロン酸ナトリウム錠
ボナロン® 錠 5mg

商標: ボナロン®/Bonolon® is the registered trademark of Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA.

劇薬

活性型ビタミンD₃製剤

ワンアルファ®
 【アルファカルシドール製剤】

処方箋医薬品^{注)}

ヒアルロン酸ナトリウム架橋体製剤

サイビスクティスポ® 関節注2mL
 【ヒアルロン酸ナトリウム架橋処理ポリマー及びヒアルロン酸ナトリウム架橋処理ポリマーピニル硫酸ナトリウム架橋体内注射剤】

商標: サイビスクティスポ®/aglyc® is the registered trademark of Genzyme Corporation.



代謝・循環器

処方箋医薬品^{注)}

非アリン型選択的キサンチンオキシダーゼ阻害剤

高尿酸血症治療剤



フェブリク® 錠
 【フェブキソスタット製剤】

劇薬・処方箋医薬品^{注)}

持続性ソマトスタチンアナログ徐放性製剤

ソマチュリン® 皮下注
 【ランレオチド酢酸塩徐放性製剤】

商標: ソマチュリン®/Somatulin® is the registered trademark of Ipsen Pharma, Paris, France.

処方箋医薬品^{注)}

高脂血症治療剤



トライコア® 錠 53.3mg
 【フェノフィブラート剤】

pH依存崩壊型EPA製剤

ソルミラン® 顆粒状カプセル600mg
 【イコサペント酸エチル・顆粒状軟カプセル剤】



血液

特定生物由来製剤・処方箋医薬品^{注)}

血漿分画製剤・静注用免疫グロブリン製剤^① 献血

600mg
 1000mg
 2500mg
 5000mg



献血ベニロン®-I 静注用

生物学的製剤基準
 【乾燥スルホ化人免疫グロブリン】

呼吸器

処方箋医薬品^{注)}

吸入ステロイド喘息治療剤



オルベスコ®
 【シクレソニド吸入剤】

商標: オルベスコ® is a registered trademark of Teijin GmbH.

徐放性気道潤滑去痰剤

ムコソルバン® L錠 45mg
 【アンプロキシソール塩酸塩製剤】

気道潤滑去痰剤

ムコソルバン® 錠 15mg
 内用液 0.75% DS 3%

小児用ムコソルバン® DS 1.5%
 【アンプロキシソール塩酸塩製剤】



その他

緩下剤: 錠

高剤型緩下剤・大腸検査前処置用下剤: 液



ラクソベロン® 錠 2.5mg
 内用液 0.75%
 【ピコスルファートナトリウム水和物製剤】

劇薬・処方箋医薬品^{注)}

活性型VD₃尋常性乾癬治療剤

日本薬局方 タカルシトール軟膏

日本薬局方 タカルシトールローション

ボンアルファ® ハイ軟膏 20mg/枚

【タカルシトール水和物製剤】



注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

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

TEIJIN 帝人ファーマ株式会社

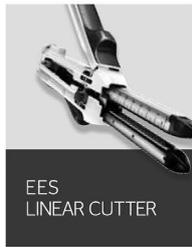
〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号
 資料請求先: メディカル情報グループ ☎0120-189-315



ENSEAL® G2
Articulating



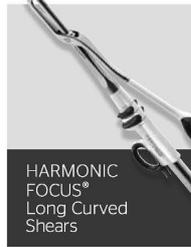
PDS PLUS®
モノフィラメント抗菌縫合糸
COATED
VICRYL PLUS®
プレイド抗菌縫合糸



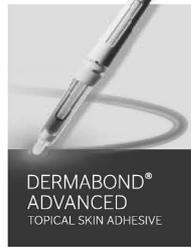
EES
LINEAR CUTTER



Generator
GEN11



HARMONIC
FOCUS®
Long Curved
Shears



DERMABOND®
ADVANCED
TOPICAL SKIN ADHESIVE

Shaping the future of surgery



ENDOPATH®
XCEL
OPTIVIEW®



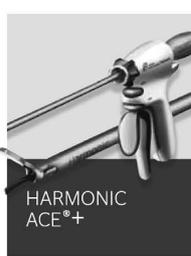
SURGICEL®
Absorbable Hemostat



Powered
ECHELON FLEX®
GST System



PROXIMATE® ILS



HARMONIC
ACE+®



J-VAC®
SUCTION RESERVOIR
blake®
SILICONE DRAINS

ETHICON
PART OF THE JOHNSON-JOHNSON FAMILY OF COMPANIES

製造販売業者：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカルカンパニー 本社 〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号

一般医療機器 販売名：ダーマボンド アドバンスド
管理医療機器 販売名：J-VAC ドレナージ システム
管理医療機器 販売名：エンドパス トロカールシステム
管理医療機器 販売名：EES リニナー カッター ステイプラー
管理医療機器 販売名：エンドスチックパワーリニナーカッター

届出番号：13B1X00204ME0008
承認番号：202008ZY00540000
承認番号：219008ZX00882000
届出番号：223AA8ZX00075000
承認番号：225008ZX00396000

高度管理医療機器 販売名：バイクリル プラス
高度管理医療機器 販売名：PDS プラス
高度管理医療機器 販売名：プロキシミイト ILS
高度管理医療機器 販売名：エシナル G2 ティッシュシーラー
処方薬 販売名：サージカル・アンチヘルペスヘモスタット

承認番号：220008ZX01652000
承認番号：223008ZX00333000
承認番号：219008ZX00879000
承認番号：225008ZX00547000
承認番号：14700AMY00205000

高度管理医療機器 販売名：GST カートリッジ
高度管理医療機器 販売名：EESジェネレーター
高度管理医療機器 販売名：ハーモニック ACE プラス
高度管理医療機器 販売名：ハーモニック スカールベル II
高度管理医療機器 販売名：ハーモニック FOCUS

承認番号：227008ZX00155000
承認番号：225008ZX00119000
承認番号：226008ZX00425000
承認番号：213008ZY00662000
承認番号：221008ZX00832000

ETH00021-02-201512 ©J&J.K 2015



多くの大学・施設での哺育試験による 裏付けを得たミルクです。

- 母乳代替ミルクとして栄養学的に有用
- アレルギー素因を有する乳児においても、牛乳特異IgE抗体の産生が低く、免疫学的に有用と考えられる

「E赤ちゃん」の特長

- ①すべての牛乳たんぱく質を酵素消化し、ペプチドとして、免疫原性を低減
- ②苦みの少ない良好な風味
- ③成分組成は母乳に近く、森永「はぐくみ」とほぼ同等
- ④乳清たんぱく質とカゼインとの比率も母乳と同等で母乳に近いアミノ酸バランス
- ⑤乳糖主体の糖組成で、浸透圧も母乳と同等
- ⑥乳児用調製粉乳として消費者庁認可

森永 E赤ちゃん

*本品はすべての牛乳たんぱく質を消化してありますが、ミルクアレルギー疾患用ではありません。

●妊娠・育児情報ホームページ「はぐくみ」 <http://www.hagukumi.ne.jp>



森永乳業

人も地球も健康に Yakult



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤(イリノテカン塩酸塩水和物)
劇薬・処方箋医薬品※

カンプト® 点滴静注 40mg
100mg

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤(ゲムシタピン塩酸塩)
劇薬・処方箋医薬品※

ゲムシタピン 点滴静注用 200mg 「ヤクルト」
1

抗悪性腫瘍剤/チロンキナーゼインヒビター(イマチニブメシル酸塩)
劇薬・処方箋医薬品※

イマチニブ錠 200mg
200mg 「ヤクルト」

活性型葉酸製剤(レボホリナートカルシウム)
処方箋医薬品※

レボホリナート 点滴静注用 160mg 「ヤクルト」

抗悪性腫瘍剤(オキサリプラチン)
毒薬・処方箋医薬品※

エルプラット® 点滴静注液 50mg
100mg
200mg

タキソイド系抗悪性腫瘍剤(ドセタキセル)
毒薬・処方箋医薬品※

ドセタキセル 点滴静注 20mg/1mL
80mg/4mL 「ヤクルト」

アロマターゼ阻害剤、閉経後乳癌治療剤(レトロゾール)
劇薬・処方箋医薬品※

レトロゾール錠 2.5mg 「ヤクルト」

前立腺癌治療剤(フルタミド)
劇薬・処方箋医薬品※

フルタミド錠 125 「KN」

遺伝子組換えヒトG-CSF誘導体製剤(ナルトグラスチム(遺伝子組換え))
処方箋医薬品※

ノイアップ® 注 25 100
50 250

抗悪性腫瘍剤(シスプラチン)
毒薬・処方箋医薬品※

シスプラチン 点滴静注 10mg
25mg 「マルコ」
50mg

骨吸収抑制剤(ゾレドロン酸水和物)
劇薬・処方箋医薬品※

ゾレドロン酸 点滴静注 4mg/100mL 1kg
4mg/5mL 「ヤクルト」

副腎癌化学療法剤、副腎皮質ホルモン合成阻害剤(ミトタン)
劇薬・処方箋医薬品※

オペプリム®

※注意—医師等の処方箋により使用すること

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

〈資料請求先〉

株式会社ヤクルト本社

〒104-0061 東京都中央区銀座7-16-21 銀座木挽ビル
☎ 0120-589601 (医薬学術部 くすり相談室)

2017年7月作成