

第140回

東海産科婦人科学会 プログラム

〔会 期〕 2020年3月14日(土)・15日(日)

〔場 所〕 愛知県産業労働センター
ウインクあいち

〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-4-38
電話 052-571-6131

〔事務局〕 愛知医科大学 産婦人科学講座

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1
E-mail: obgytokai140@cs-oto.com

〔会 長〕 若槻 明彦

〔事務局長〕 篠原 康一

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

※学会参加費¥5,000を当日いただきます。
(評議員の先生は昼食代¥1,000を当日いただきます)

すべての革新は患者さんのために



中外製薬

Roche A member of the Roche group

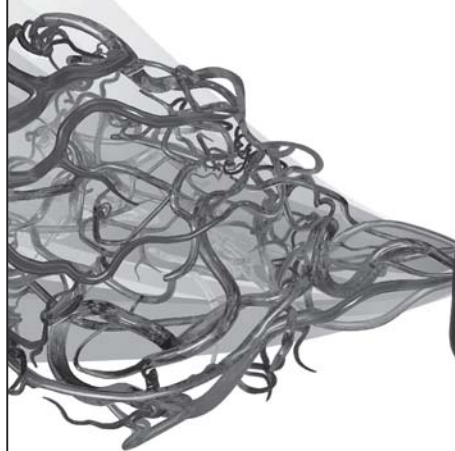


at the Front Line
CHUGAI ONCOLOGY



AVASTIN®

bevacizumab



日本標準商品分類番号 874291

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注1)}ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注2)}

薬価基準収載

アバスタチン® 点滴静注用 **100mg/4mL**
400mg/16mL



ベバシズマブ(遺伝子組換え) 注

注1) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor(血管内皮増殖因子)

注2) 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、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等は製品添付文書をご参照ください。

(資料請求先)

製造販売元 中外製薬株式会社 〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

ホームページで中外製薬の企業・製品情報をご覧ください。
<https://www.chugai-pharm.co.jp/>

2017年11月作成

第140回

東海産科婦人科学会 プログラム

〔会 期〕 2020年3月14日(土)・15日(日)

〔場 所〕 愛知県産業労働センター
ウインクあいち

〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-4-38
電話 052-571-6131

【事務局】 愛知医科大学 産婦人科学講座

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1
E-mail: obgytokai140@cs-oto.com

〔会 長〕 若槻 明彦

〔事務局長〕 篠原 康一

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

ご挨拶



愛知医科大学 産婦人科 教授
若槻 明彦

この度、第140回東海産科婦人科学会を2020年3月14日（土）～15日（日）に、愛知県名古屋市ウインクあいちで開催させていただくこととなりました。今回の学術集会は、令和になって初めての記念すべき東海産科婦人科学会となります。

特別講演としては、木村正 日本産科婦人科学会理事長先生より『働き方改革時代の医療』を御講演頂く予定です。働き方改革において、産婦人科医師がこれからどうあるべきか、また歩むべき道筋について知る貴重な機会になることと期待しております。

日本専門医機構の共通単位の「医療安全の講習会」と「倫理の講習会」を企画しており、産婦人科専門医取得・更新のために必要な単位を取得できるようにも工夫いたしました。

また、セミナーなど5社、企業ランチョン2社、ハンズオンセミナー3社と多数のご支援を賜りましたこと、この場を借りて御礼申し上げます。セミナーやランチョンでは、最先端の情報をご講演頂く予定で、ハンズオンセミナーでは周産期超音波診断・腹腔鏡下手術と子宮鏡下手術の3つのテーマで開催します。一人でも多くの若手専攻医の参加を期待しています。また初期研修医のリクルートなどに利用していただければ幸いです。

会期中の託児所開設は勿論ですが、お子様連れの方でも他の出席者に気兼ねしなくて良いように、本学会では初めて専用の小会場を9F 905会議室にて準備しております。2日間とも第1会場の中継をいたします。同会場にても日本専門医機構単位付与プログラムの中継もいたしますのでご利用ください。

初日の3月14日（土）夜には情報交換会も準備しております。まだ肌寒い時期ですので、場所の移動なく会場内で行います。東海6大学の先生方や地域の先生方が、大学の枠を超えて懇親できる貴重な機会です。参加費も無料ですので是非ご参加ください。

令和の幕開けにふさわしい盛大な学術集会となることを期待しております。

交通案内



愛知県産業労働センター(ウインクあいち)

〒450-0002 名古屋市中村区名駅4-4-38 TEL:052-571-6131 (代)

愛知県産業労働センター(ウインクあいち)へのアクセス



電車を ご利用の場合

- JR名古屋駅桜通口から…ミッドランドスクエア方面 徒歩5分
各線地下鉄名古屋駅から…ユニモール地下街 5番出口 徒歩2分
※名駅地下街サンロードからミッドランドスクエア、マルケイ観光ビル、
名古屋クロスコートタワーを経由 徒歩8分
- JR(東海道新幹線)をご利用の場合
◎東京…約100分 ◎新大阪…約50分



お車を ご利用の場合

名古屋高速都心環状線「錦橋」出口より約6分
駐車場…収容台数123台

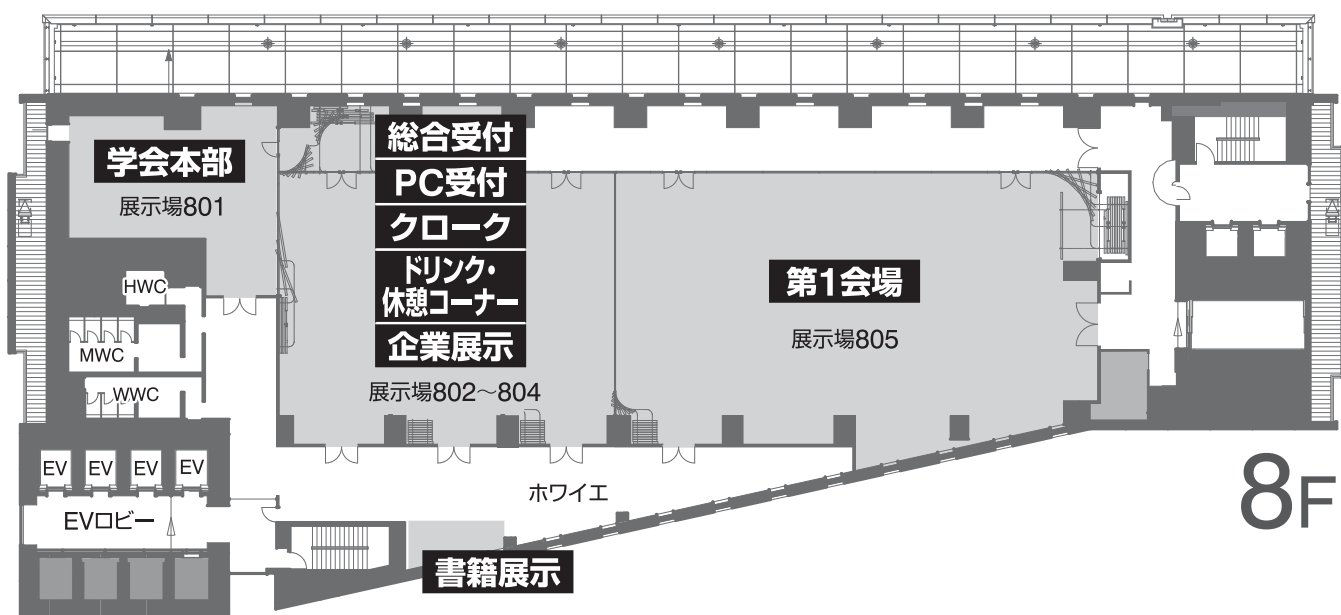
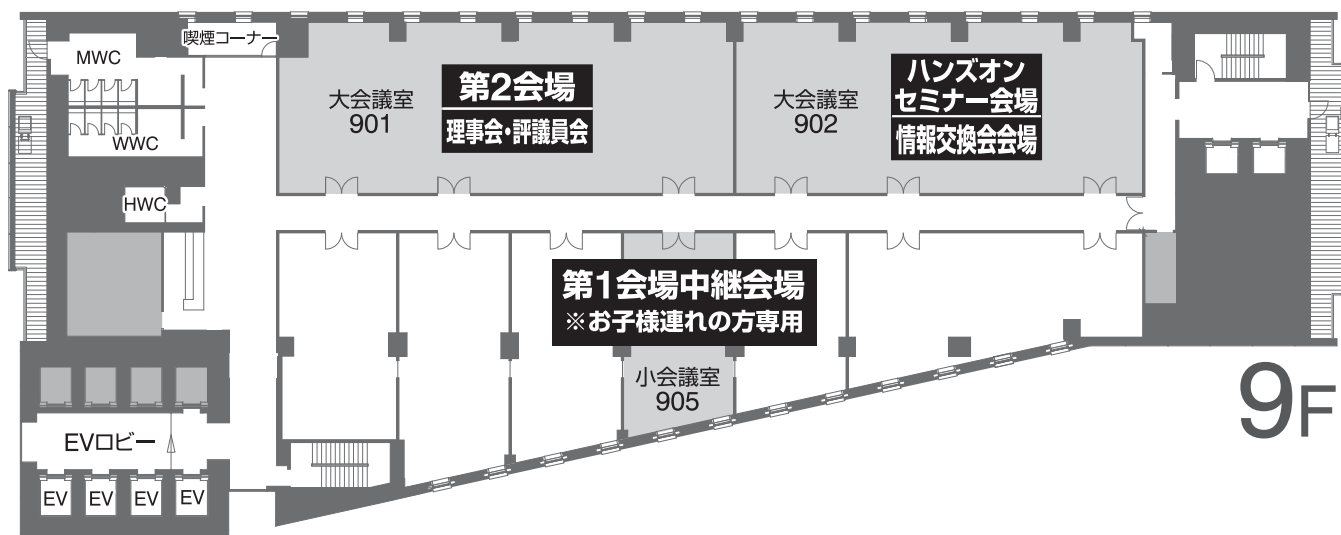


飛行機を ご利用の場合

- 中部国際空港(セントレア)から…約30分(名鉄空港特急利用、名鉄名古屋駅まで)
- 県営名古屋空港から…約20分(高速バス利用、ミッドランドスクエア前バス停まで)

会場案内

愛知県産業労働センター「ウィンクあいち」			
第1会場	8F 展示場805	企業展示	8F 展示場802~804
第2会場	9F 大会議室901	総合受付	
理事会・評議員会		PC受付	
ハンズオンセミナー会場	9F 大会議室902	クローク	
情報交換会会場		休憩・ドリンクコーナー	
書籍展示	8F ホワイエ	学会本部	8F 展示場801
第1会場中継会場 ※お子様連れの方専用	9F 小会議室905		



日程表 3月14日(土)

	第1会場	第2会場 / 理事会・評議員会	ハンズオン セミナー会場	企業展示
11:00	8F 展示場805	9F 大会議室901	9F 大会議室902	8F 展示場802~804
		11:30-12:00 理事会		
12:00		12:10-12:40 評議員会		
	12:55-13:00 開会式			
13:00	13:00-14:00 共通講習1 (医療安全) 医療安全からみた医療現場 杉本 郁夫 【尾崎 康彦】	13:00-13:40 第1群 演題: 1~5 【西澤 春紀】		
14:00	14:10-15:00 第2群 演題: 6~11 【高橋 雄一郎】	14:00-15:00 スポンサードセミナー1 (領域講習) Expertから学ぶ骨盤手術 ~婦人科・大腸外科~ 近藤 英司 / 上原 圭 【吉川 史隆】 共催: コヴィディエンジャパン株式会社		
15:00	15:10-15:50 第3群 演題: 12~16 【古井 辰郎】	15:05-15:20 総会		13:00-18:00 企業展示
16:00	16:00-17:00 スポンサードセミナー2 (領域講習) 婦人科悪性腫瘍手術における トラブルシューティング 田畑 務 【柴田 清住】 共催: テルモ株式会社	15:20-16:10 第4群 演題: 17~22 【安藤 智子】		
17:00	17:10-18:10 イブニングセミナー1 (領域講習) 子宮内膜症の管理に関するトピックス 谷口 文紀 【若槻 明彦】 共催: バイエル薬品株式会社	16:20-17:20 イブニングセミナー2 (領域講習) 卵巣癌治療の今 伊藤 公彦 【梶山 広明】 共催: アストラゼネカ株式会社		
18:00			情報交換会 18:20~20:00 9F 大会議室902	

日程表 3月15日(日)

第1会場	第2会場 理事会・評議員会	ハンズオンセミナー会場				企業展示
8F 展示場805	9F 大会議室901	9F 大会議室902				8F 展示場802~804
9:00-10:00 単位 特別講演 (指導医講習) 働き方改革時代の医療 木村 正 【若槻 明彦】						9:00
	9:50-10:40 第5群 演題: 23~28 【村上 勇】	10:00-13:00	10:00-13:00			10:00
10:40-11:40 単位 スポンサーセミナー3 (領域講習) 内視鏡で解き明かす臨床の謎 -Fasciaの美しい構造とその崩壊- 谷村 悟 【池田 智明】 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	10:40-11:30 第6群 演題: 29~34 【加藤 紀子】			11:00-13:00	11:00-13:00	11:00
11:50-12:50 ランチョンセミナー1 Abnormal Uterine Bleeding (AUB)、 これからの診断と治療 岩瀬 明 【森重 健一郎】 共催: あすか製薬株式会社	11:50-12:50 ランチョンセミナー2 乳房の健康と 術後のQOL向上を目指して ~エクオールの可能性~ 土井 卓子 【杉浦 真弓】 共催: 大塚製薬株式会社	ハンズオンセミナー機器展示				12:00
						9:00-16:00 企業展示
13:00-14:00 第7群 演題: 35~41 【早川 博生】	13:00-14:00 第8群 演題: 42~48 【梅村 康太】	13:00-16:00	13:00-16:00	13:00-16:00	13:00-16:00	13:00
14:10-15:10 単位 共通講習2 (倫理) 出生前診断と医療倫理 鈴森 伸宏 【渡辺 員支】		超音波 ハンズオン セミナー 共催: GEヘルスケア・ ジャパン株式会社	子宮鏡 ハンズオン セミナー1 共催: カールストルツ・ エンドスコピー・ ジャパン株式会社	子宮鏡 ハンズオン セミナー2 共催: オリンパス 株式会社	腹腔鏡 ハンズオン セミナー 共催: オリンパス 株式会社	14:00
	15:00-16:00 第10群 演題: 53~59 【野村 弘行】					15:00
15:20-16:00 第9群 演題: 49~52 【小谷 友美】						16:00
16:00-16:05 閉会式						

【 】は座長です

参加者の皆様へ

1. 参加受付

ウインクあいち 8F 展示場 802～804 にて行います。

学会参加単位および単位対象受講確認は、e 医学会カードで行います。お忘れないようご持参ください。

受 付 : 3月14日(土)11:00～17:30(役員・評議員の受付も11:00より開始)

3月15日(日)8:00～15:00

参 加 費 : 5,000 円

学生・初期研修医は参加費無料です(プログラムは有料となります)。

プログラム: 当日受付をされた方に、1人1冊お渡しさせていただきます。プログラムが複数冊必要な場合は当日受付にて1冊2,000円で販売いたします。

2. PC 受付

ウインクあいち 8F 展示場 802～804 にて行います。発表30分前までにデータ受付をお済ませください。

受 付 : 3月14日(土)12:00～17:30

3月15日(日)8:00～15:00

3. クローク

手荷物のお預けはクローク(ウインクあいち 8F 展示場 802～804)をご利用ください。

貴重品のお預かりはできませんので、予めご了承ください。

開 設 : 3月14日(土)11:00～18:30

3月15日(日)8:00～16:30

※情報交換会開催時は、会場内に荷物台を設置致します。

クロークのお荷物をお引き取りの上、会場内荷物台をご利用ください。

4. 企業展示

ウインクあいち 8F 展示場 802～804 にて企業展示を行います。

開 設 : 3月14日(土)13:00～18:00

3月15日(日)9:00～14:30

5. お子様連れの方へのお知らせ

期間中会場内に①託児室(部屋番号は予約の方のみお知らせします)と②ママさん専用会場『9F905』が設置されます。

①託児室:申し込み:要

第140回東海産科婦人科学会 参加者のお子様に限ります。1歳から小学校6年生まで。

※0歳児のお子様につきましてもご相談に応じます。

希望される方は託児室利用規定および下記の注意事項をご確認の上、2月26日(水)までにメールでお申し込みください。

開 設 : 3月14日(土)12:00~18:30

3月15日(日)8:30~16:00

費 用 : 2,000円/1日

申込方法: HP に事前に「利用規定」をご覧いただき、内容にご同意いただいた上で「利用申込書」の必要事項をご記入の上、株式会社ポピンズ(takuji-yoyaku@poppins.co.jp)までメールでお申し込みください。

②ママさん専用会場:申し込み不要(対象は小学校低学年程度までとお考えください)

託児室に1日中預けるほどではないが、セミナーもランチョンも聴きたいし、機構のポイントもとりたいけど、赤ちゃんがぐずったら迷惑がかかるとご心配のママさんに朗報です。会期中、お子様連れでも他の会員に気兼ねなく聴講できる専用の会場を「9F 905」にてご準備しております。終日第1会場の中継をいたします。第1会場の日本専門医機構単位付とプログラムの中継もいたしますので、ご利用ください。なお、本会場ご利用の方はこちらの会場前で講習参加受付を行いますので、e医学会カードをご持参ください。

(ベビーカーごと入場し、聴講できるように椅子のとなりに広くスペースをとっています。他の参加者に迷惑のかからぬよう、お子様の安全管理に各自で留意おねがいします。またランチョンの食事やイブニングの軽食は、会員様分しかご用意ありませんのでご了承ください。)

6. 情報交換会(参加費無料)

日 時 : 3月14日(土)18:20~20:00

場 所 : ウィンクあいち 9F 大会議室 902

7. その他

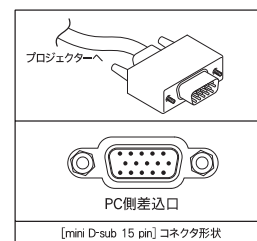
- ・会期中は必ず参加証を見える場所につけて会場にお入りください。
- ・原則として会場内での呼び出しはいたしません。
- ・お車でお越しの際は、ウィンクあいちの駐車場をご利用ください。無料券、割引券の取り扱いは行っておりません。なお、駐車スペースには限りがありますのと混雑緩和のため、できるだけ公共交通機関をご利用いただきますようご協力をお願いいたします。
- ・館内はすべて禁煙となっております。喫煙される場合は、指定場所をお願いします。
- ・講演会場におきましては、写真撮影・ビデオ撮影・録音等は、著作権保護および個人情報保護の観点から全面的に禁止させていただきます。ただし、事前に学会本部へ申請され許可を得た方に限っては、撮影等を認めることもあります。許可なく撮影、録音を行っている方へは、係の者がお声を掛けさせていただくことがあります。
- ・会場内では携帯電話の電源をお切りになるか、マナーモードに設定してください。場内での通話は禁止させていただきます。
- ・学会本部に直通電話はございません。ウィンクあいち(TEL:052-571-6131)にお電話いただき、「第140回東海産科婦人科学会 学会本部(8F 展示場 801)」とご依頼ください。

座長の皆様へ

1. 総合受付に座長・指定演者受付を設けておりますので、参加受付の際、お立ち寄りください。ご担当セッションの開始 10 分前までに会場内右側前方の次座長席にご着席ください。
2. スムーズな進行のため、時間厳守にご協力ください。

演者の皆様へ

1. 一般演題の講演時間は **1 題 5 分間**、**討論時間は 1 題 2 分間**です。時間厳守をお願いします。
※演台上に計時装置が設置してあります。発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯いたします。時間厳守にご協力ください。
2. 会場には液晶プロジェクターと発表用 PC (Windows10) を設置しております。スライド操作はご自身で行っていただきます。
3. 発表 30 分前までに「PC 受付」にてデータ受付をお済ませください。
4. 発表は PC によるプレゼンテーションで行います。アプリケーションは Windows 版のみ、PowerPoint2013/2016 とさせていただきます。発表者ツールはご利用いただけません。
5. フォントは OS 標準のもののみご用意いたします。「MS ゴシック」「MS 明朝」をお薦めします。特殊なフォントの場合、表示のずれ、文字化けが生じることがありますのでご注意ください。
6. 動画データ利用のご発表の場合:
ご自身のコンピューターを使用してのご発表をおすすめいたします。
USB メモリでデータをお持ちいただく際には、以下を遵守してください。
 - a. 動画ファイルは wmv 形式のみ受け付けます。その他の形式では再生できません。音楽などの出力にも対応いたしません。
 - b. Power Point とのリンク状態を保つため、使用動画データも同じフォルダと一緒に保存してください。
 - c. 動画を含む発表データを USB メモリにて持ち込む場合には、バックアップ用としてご自身の PC もご持参ください。
7. Macintosh の場合はご自身の PC 本体をご持参いただくか、事前に Windows データに変換し、Windows での動作・フォント・枠組みなどをご確認の上、USB メモリでご持参ください。
8. PC 本体お持ち込みの場合:
一般的な外部出力端子 (Mini D-Sub15pin) での接続となります。
音声出力には対応できません。
Macintosh、一部の Windows PC では変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。会場内での準備はございません。AC アダプターを必ずご持参ください。また、念のため USB メモリでバックアップデータをご持参ください。スリープ機能やスクリーンセーバーの設定は事前に解除してください。PC 本体の返却は発表終了後、オペレーター
9. 発表 10 分前までに会場内左側前方の次演者席にご着席ください。
10. コピーした発表データは学会終了後、事務局にて責任を持って破棄させていただきます。
11. 演題発表時の利益相反状態開示方法について:
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。
【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。
【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、次ページ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>第140回東海産科婦人科学会 利益相反状態の開示</p> <p>筆頭演者氏名: ○○ ○○ 所 属: △△△産婦人科</p> <p>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>役員・顧問/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/奨学金付金 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>第140回東海産科婦人科学会 利益相反状態の開示</p> <p>筆頭演者氏名: ○○ ○○ 所 属: △△△産婦人科</p> <p>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>
--

各種会議

1. 理事会

2020年3月14日(土)11:30~12:00 【第2会場】9F 大会議室 901

2. 評議員会

2020年3月14日(土)12:10~12:40 【第2会場】9F 大会議室 901

3. 総会

2020年3月14日(土)15:05~15:20 【第2会場】9F 大会議室 901

専門医機構単位講習一覧

	分類	セッション名	日時	会場
1.	共通講習	共通講習 1 (医療安全)	3月14日(土) 13:00~14:00	第1会場 8F 展示場 805
2.	領域講習	スポンサードセミナー1	3月14日(土) 14:00~15:00	第2会場 9F 大会議室 901
3.	領域講習	スポンサードセミナー2	3月14日(土) 16:00~17:00	第1会場 8F 展示場 805
4.	領域講習	イブニングセミナー2	3月14日(土) 16:20~17:20	第2会場 9F 大会議室 901
5.	領域講習	イブニングセミナー1	3月14日(土) 17:10~18:10	第1会場 8F 展示場 805
6.	共通講習	特別講演 (指導医講習会)	3月15日(日) 9:00~10:00	第1会場 8F 展示場 805
7.	領域講習	スポンサードセミナー 3	3月15日(日) 10:40~11:40	第1会場 8F 展示場 805
8.	共通講習	共通講習 2 (倫理)	3月15日(日) 14:10~15:10	第1会場 8F 展示場 805

※学会参加単位は、受付にて付与いたします。

※学会参加単位および上記講演の受講確認は、e 医学会カードで行います。

お忘れのないよう必ずご持参ください。

※上記講演の受講確認は、会場入口にて行います。また、講演開始後 10 分を過ぎますと受付はできませんので、ご留意ください。

※同一時間帯の複数のプログラムの単位の取得はできません。

プログラム

プログラム (1日目)

1 日目 3 月 14 日 (土)

【第 1 会場】8F 展示場 805

■ 開会式 (12:55~13:00)

○ 共通講習 1 (医療安全) (13:00~14:00)

単位

／座長 尾崎 康彦 教授 (名古屋市立大学大学院医学研究科産科婦人科学)

医療安全からみた医療現場

.....愛知医科大学医療安全管理室／杉本郁夫

○ 第 2 群 (14:10~15:00)

／座長 高橋 雄一郎 先生 (岐阜県総合医療センター)

6. 妊娠 34 週で劇症 1 型糖尿病を発症し緊急帝王切開術を施行した一例

.....名古屋市立西部医療センター 産婦人科／粟生晃司 他

7. やせ妊婦の至適体重増加量を探る ～LFD 発生に焦点を当てて～

清慈会 鈴木病院／山田英由美 他

8. 愛知県内における重症先天性心疾患胎児診断率の現状と課題

.....あいち小児保健医療総合センター／森本美仁 他

9. 出生前に周産期型低ホスファターゼ症が疑われた 2 症例

.....豊橋市民病院 産婦人科／野崎雄揮 他

10. 一絨毛膜一羊膜双胎 5 症例の検討

.....名古屋市立大学産科婦人科／佐藤 玲 他

11. 診断に苦慮した総排泄腔遺残の一例

.....あいち小児保健医療総合センター 産科／仲川裕子 他

○ 第 3 群 (15:10~15:50)

／座長 古井 辰郎 教授 (岐阜大学大学院医学系研究科 産婦人科学分野)

12. 妊娠中に疱疹状膿痂疹を合併した症例

.....藤田医科大学産婦人科／三谷武司 他

13. 胎盤用手剥離術を要した固着胎盤や癒着胎盤についての検討

.....名古屋市立大学産科婦人科／野村佳美 他

14. 当院の羊水注入・灌流の近況

.....名古屋第一赤十字病院 産婦人科／朝比奈録央 他

15. 当院における HIV 感染妊娠 51 例の臨床的検討

.....国立病院機構 名古屋医療センター／熊澤詔子 他

16. 産前腔分泌物培養にて MRSA 陽性であり、産褥期に同菌により toxic shock syndrome (TSS) を発症した 1 例

.....大同病院／高橋千晶 他

○ スポンサーセミナー 2 (16:00~17:00)

単位

／座長 柴田 清住 教授 (藤田医科大学ばんだね病院 産婦人科)

SS2. 婦人科悪性腫瘍手術におけるトラブルシューティング

.....東京女子医科大学 産婦人科／田畑 務

共催：テルモ株式会社

○ イブニングセミナー 1 (17:10~18:10)

単位

／座長 若槻 明彦 教授 (愛知医科大学 産婦人科学講座)

ES1. 子宮内膜症の管理に関するトピックス

.....鳥取大学医学部 産科婦人科学／谷口文紀

共催：バイエル薬品株式会社

1 日目 3 月 14 日(土)

【第 2 会場】9F 大会議室 901

○ 第 1 群 (13:00~13:40) /座長 西澤 春紀 教授 (藤田医科大学産婦人科学教室)

1. 外陰部腺様嚢胞癌の 1 症例
..... 大垣市民病院 産婦人科/重山宗久 他
2. 新生児低血糖に影響を及ぼすリスク因子について
..... 岐阜県総合医療センター 産婦人科/永田健太郎 他
3. 小腸クローン病穿通により卵巣膿瘍を発症した 1 例
..... 名古屋市立東部医療センター/神谷将臣 他
4. 卒後 6 年目の産婦人科医が「性に関する教育」の講義をしてみた
..... 名古屋掖済会病院 産婦人科/橋本悠平 他
5. 卵巣広汎性浮腫の 1 例
..... 名古屋市立西部医療センター/川村祐司 他

○ スポンサーセミナー1 (14:00~15:00) **単位**

/座長 吉川 史隆 教授 (名古屋大学 医学部産婦人科)

Expert から学ぶ骨盤手術 ~婦人科・大腸外科~

- SS1-1. 進行卵巣がんに対する骨盤・傍大動脈リンパ節郭清の意義
..... 三重大学医学部産科婦人科学教室/近藤英司
- SS1-2. Extended pelvic surgery -from the view point of colorectal surgeon-
..... 名古屋大学医学部 腫瘍外科/上原 圭
共催：コヴィディエンジャパン株式会社

■ 総 会 (15:05~15:20)

○ 第 4 群 (15:20~16:10) /座長 安藤 智子 先生 (名古屋第一赤十字病院)

17. 子宮内膜症・高度骨盤内癒着症例に対するロボット支援下手術の適応拡大
..... 豊橋市民病院 産婦人科/河合要介 他
18. 回盲部に発生した腸管子宮内膜症の 1 例
..... 名古屋掖済会病院 臨床研修センター/姜真以乃 他
19. 月経時に播種性血管内凝固症候群を反復した子宮腺筋症の 1 例
..... 愛知医科大学/岩崎 愛 他
20. 妊孕性温存手術における深部子宮内膜症の手術戦略
..... 常滑市民病院/黒土升蔵
21. 子宮内膜症における疼痛症状への対応
-オプションとしての腹腔鏡下前仙骨神経切断術-
..... 常滑市民病院/黒土升蔵
22. 高齢女性の生殖補助医療 (ART) の現状と課題
-高齢女性はいつまで治療を続けるべきか-
..... 医療法人成田育成会 成田産婦人科/佐藤真知子 他

○ イブニングセミナー2 (16:20~17:20) **単位**

/座長 梶山 広明 准教授 (名古屋大学 医学部 産婦人科)

- ES2. 卵巣癌治療の今
..... 関西労災病院 産婦人科/伊藤公彦
共催：アストラゼネカ株式会社

プログラム (2日目)

2 日目 3 月 15 日 (日)

【第 1 会場】8F 展示場 805

○特別講演(指導医講習) (9:00~10:00)

単位

／座長 若槻 明彦 教授 (愛知医科大学 産婦人科学講座)

働き方改革時代の医療

…………… 大阪大学大学院 医学系研究科産科学婦人科学教室／木村 正

○スポンサードセミナー3 (10:40~11:40)

単位

／座長 池田 智明 教授 (三重大学大学院医学系研究科 臨床医学系講座 産科婦人科学)

SS3. 内視鏡で解き明かす臨床の謎 -Fascia の美しい構造とその崩壊-

…………… 富山県立中央病院 産婦人科／谷村 悟

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

○ランチョンセミナー1 (11:50~12:50)

／座長 森重 健一郎 教授 (岐阜大学 産科婦人科学教室)

LS1. Abnormal Uterine Bleeding (AUB)、これからの診断と治療

…………… 群馬大学大学院 医学系研究科産科婦人科学／岩瀬 明

共催：あすか製薬株式会社

○第 7 群 (13:00~14:00)

／座長 早川 博生 先生 (あいち小児保健医療総合センター 産科)

35. 肝梗塞を発症した抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の 1 例

…………… 岡崎市民病院 産婦人科／服部 恵 他

36. 筋腫合併妊娠において子宮捻転を引き起こした 2 症例

…………… 小牧市民病院／関 友望 他

37. 診断に苦慮した筋強直性ジストロフィー合併妊娠の一例

…………… 大垣市民病院 産婦人科／中尾優里 他

38. Rastelli 術後妊娠の 1 症例

…………… 三重大学医学部附属病院／戸枝 満 他

39. 愛知県下における精神疾患合併妊娠に対するアンケート調査

…………… 名古屋大学／藤田 啓 他

40. 甲状腺機能亢進症を伴う重症妊娠悪阻によって判明し PMD と鑑別を要した前置胎盤合併部分胎奇胎の一例

…………… ジュンレディースクリニック安城／前田和則 他

41. 一過性大腿骨頭萎縮症合併妊娠の一例

…………… 名古屋第二赤十字病院／近藤友香里 他

○共通講習 2 (倫理) (14:10~15:10)

単位

／座長 渡辺 員支 教授 (愛知医科大学 産婦人科学講座)

出生前診断と医療倫理

…………… 名古屋市立大学大学院医学研究科産科婦人科／鈴木伸宏

○第 9 群 (15:20~16:00)

／座長 小谷 友美 准教授 (名古屋大学 医学部 産婦人科)

49. 後産期出血 (PPH) に対してバルーンタンポナーデを行ったうえで母体搬送された症例の検討

…………… 安城更生病院／板東真有子 他

50. 当院で帝王切開術中に予防的 B-Lynch 縫合を行った 18 例の後方視的検討

…………… 岐阜県総合医療センター 産婦人科 胎児診療科／栗原万友香 他

51. 経膈分娩後の産科危機的出血に対して子宮を温存し救命した常位癒着胎盤の 1 例

…………… 名古屋第二赤十字病院／梶健太郎 他

52. 帝王切開術後に発症した重症骨盤腹膜炎に対して腹腔鏡下ドレナージが奏効した一例

…………… 高山赤十字病院 産婦人科／上村小雪 他

■ 閉会式 (16:00~16:05)

2 日目 3 月 15 日(日)

【第 2 会場】9F 大会議室 901

○ 第 5 群 (9:50~10:40)

／座長 村上 勇 先生 (名古屋市立東部医療センター 産婦人科)

23. 当院における GnRH アンタゴニスト製剤の使用経験について
 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院／黒田啓太 他
24. 腹腔鏡下单純子宮全摘術後に SIADH を発症した 1 例
 三重県立総合医療センター／井澤美穂 他
25. 腹腔鏡下手術における臍縦切開による創の満足度の評価
 安城更生病院／松尾聖子 他
26. 当院での異所性妊娠の管理についての検討-診断から腹腔鏡手術までの流れを中心に-
 岡崎市民病院 産婦人科／水谷栄介 他
27. 当院の腫大子宮に対する鏡視下子宮全摘術の検討
 藤田医科大学産科婦人科学教室／三木通保 他
28. 新しい子宮鏡手術機器「Intrauterine BIGATTI Shaver (IBS[®])」の使用経験
 常滑市民病院／黒土升蔵

○ 第 6 群 (10:40~11:30)

／座長 加藤 紀子 先生 (名古屋第二赤十字病院 第二産婦人科)

29. 子宮動静脈奇形の 1 例
 聖霊病院／足立 学 他
30. 血管内治療による止血術で開腹手術を回避できた症例についての検討
 江南厚生病院／亀谷美聡 他
31. 帝王切開癒痕部妊娠に対し子宮温存治療後に妊娠分娩に至った 2 例
 名古屋第一赤十字病院／黒柳雅文
32. 初潮前に発見された自律性反復性卵巣嚢胞の 1 例
 中部労災病院 産婦人科／佐野友里子 他
33. 残存虫垂炎による骨盤内膿瘍が婦人科臓器に波及し、子宮穿孔による急性腹症を来した 1 症例
 大雄会総合病院 産婦人科／岡崎友里 他
34. 頸管拡張操作による子宮穿孔後、経膈分娩に至った一例
 名古屋大学／渡邊絵里 他

○ ランチョンセミナー2 (11:50~12:50)

／座長 杉浦 真弓 教授 (名古屋市立大学大学院 医学研究科 産科婦人科学)

- LS2. 乳房の健康と術後の QOL 向上を目指して～エクオールの可能性～
 湘南記念病院乳がんセンター／土井卓子
 共催：大塚製薬株式会社

○第 8 群 (13:00~14:00)

／座長 梅村 康太 先生 (豊橋市民病院 女性内視鏡外科・産婦人科)

42. 脳梗塞治療中に発見された子宮体癌の一例
 中部ろうさい病院／風岡幸希 他
43. 卵巣腫瘍と術前診断した液体成分を主体とする巨大子宮平滑筋肉腫の 1 例
 春日井市民病院／玉木修作 他
44. 腹腔内播種を伴い悪性腫瘍との鑑別を要した卵巣漿液性腺線維腫の一例
 藤田医科大学ばんだね病院産婦人科／藤田和寿 他
45. ミオクロームスを発端として診断した腹膜がんおよび傍腫瘍性神経症候群に対し、全身化学療法が著効した 1 例
 名古屋市立大学／後藤崇人 他
46. 卵管原発癌肉腫 (heterologous) の 1 例
 豊橋市民病院産婦人科／宮本絵美里 他
47. 卵巣腫瘍との鑑別診断が困難であった虫垂原発腹膜偽粘液腫の一例
 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 臨床研修センター／寺沢直浩 他
48. 当院で経験した卵巣悪性ブレンナー腫瘍の 1 例
 岐阜県総合医療センター 産婦人科／東松明恵 他

○第 10 群 (15:00~16:00)

／座長 野村 弘行 准教授 (藤田医科大学医学部 産婦人科学講座)

53. ベバシツマブ併用化学療法が奏効した子宮頸癌 IVB 期の一例
 藤田医科大学 医学部 産婦人科学講座／等々力彩 他
54. Fetus in utero で化学療法を行った子宮頸部腺癌合併双胎妊娠の一例
 三重大学／加藤麻耶 他
55. R-CHOP 療法にて奏効を認めた悪性リンパ腫に合併した子宮頸癌の 1 例
 藤田医科大学医学部産婦人科／金尾世里加 他
56. 脳転移に対して定位放射線照射 (リニアックおよびγナイフ) を行い著効した、子宮体部癌肉腫の一例
 名古屋記念病院産婦人科／尾瀬武志 他
57. 免疫チェックポイント阻害薬投与により急速に退縮した高頻度のマイクロサテライト不安定性を示す PD-L1 陰性再発子宮内膜癌の 1 例
 岐阜県立多治見病院産婦人科／竹田明宏 他
58. 当院におけるペムプロリズマブ (キイトルーダ®) の使用経験
 高山赤十字病院／相京晋輔 他
59. 当院での再発子宮肉腫の治療経験 ～パゾパニブ塩酸塩を使用した 5 症例～
 岐阜大学医学部附属病院／森重健一郎 他

○超音波ハンズオンセミナー (13:00~16:00)

共催：GE ヘルスケア・ジャパン株式会社

○腹腔鏡ハンズオンセミナー (13:00~16:00)

共催：オリンパス株式会社

○子宮鏡ハンズオンセミナー1 (13:00~16:00)

共催：カールストルツ・エンドスコーピー・ジャパン株式会社

○子宮鏡ハンズオンセミナー2 (13:00~16:00)

共催：オリンパス株式会社

特別講演(指導医講習)
共通講習1(医療安全)
共通講習2(倫理)

**特別講演(指導医講習)・共通講習1(医療安全)・
共通講習2(倫理)について**

受講確認はe医学会カードで行いますので、必ずご持参ください。

第1会場受付でe医学会カードをご提示いただきバーコードを読み込みます。

講演開始後、10分を過ぎますと受付できませんので、ご注意ください。

なお、平成28年度より受講証の発行は行いません。

働き方改革時代の医療

大阪大学大学院 医学系研究科産科学婦人科学教室

木村 正

2018年6月に労働基準法が改正され、いわゆる働き方改革が始まった。医師はその業務の特殊性から、一般業務とは異なる残業時間が議論され、その実施も2024年4月から、と猶予期間が置かれた。また、医師の働き方改革の必要性はあくまで医療安全のためであり、労働者だからではない、と言うことに注意が払われている(この辺りの微妙なニュアンスは講演で述べることにする)。現在縷々議論中の残業時間を何時間に設定しようと、勤務間インターバルを最低9時間おき、連続勤務を28時間に制限し、現在の当直業務に対して、当直許可が下りない、と言うことになると、分娩施設では単純計算でもフル夜勤可能人員が7人いないと勤務を組むことができない。

日本産科婦人科学会ではこの問題を以前より重視し、病院(診療所ではない)の重点化を主張してきた。しかし、その実現には程遠い。私が注目しているのは今回の法改正により、労基法を守っていない組織の管理者(病院長)に刑事罰を科すことができる点である。現体制のまま分娩を取り扱って実刑判決を受ける(当然医道審議会にかかり、人生の晩節を汚すことになる)リスクを感じつつ、それでも分娩を続けよう、と言ってくれる病院長がいるとはとても思えず、この事態が迫った時に無秩序に分娩取扱病院が産婦人科をやめてしまうことを強く恐れている。従来の医療改革委員会をサステナブル産婦人科医療体制確立委員会、としたのは、妊婦の皆さんの分娩体制が、変化はしても持続可能な体制ではあり続けたい、と言う願いを込めている。この委員会で検討されたことの一部を今回紹介させていただきたい。諸外国ではすでに20世紀末までに妊婦の居住地から分娩施設が離れる事態が生じている。その周産期事象への影響をまとめたいくつかの論文によると、おおよそ1時間、45km圏内に分娩施設があれば予後の悪化はない、と考えられる。

日本人は主治医との個人的関係に慣れ親しんでいるので、担当者が時間で交代する、と言うことへの抵抗感には十分注意を払う必要がある。また、諸外国と異なり、教員により医療がなされている大学病院においては、その教育研究に割く時間や、兼業の時間管理など一般病院よりさらに問題点が多い。法律が再改正されない限り残された時間はあと4年、まず全貌を掴んでいただき、どうすれば軟着陸できるかを一緒に考えるきっかけとしていただきたい。

【略 歴】	昭和60年7月1日	医員(研修医)(大阪大学医学部附属病院)
	昭和61年7月1日	大阪労災病院 産婦人科医員
	昭和63年7月1日	大阪大学医学部産科婦人科教室 研究生
	平成3年6月1日	大阪大学医学部附属病院 産婦人科医員
	平成3年8月16日	大阪大学助手医学部(産科学婦人科学講座)
	平成7年10月1日	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11月1日	大阪大学助手医学部(産科学婦人科学講座)
	平成13年1月1日	大阪府立成人病センター 婦人科医長
	平成13年4月1日	大阪府立成人病センター参事兼婦人科医長
	平成14年10月1日	大阪大学助手大学院医学系研究科(産科学婦人科学講座)
	平成17年10月16日	大阪大学講師大学院医学系研究科(産科学婦人科学講座)
	平成18年9月1日	大阪大学教授大学院医学系研究科(産科学婦人科学講座)
	平成22年4月1日	医学部附属病院総合周産期母子医療センター長(兼任)
	平成24年4月1日	医学部附属病院長補佐(兼任)
	平成26年4月1日	医学部附属病院副病院長(兼任)
	平成27年9月10日~	国立大学法人大阪大学副理事(兼任)
	平成29年8月25日	
	平成30年4月1日	医学部附属病院長(兼任)

医療安全からみた医療現場

愛知医科大学医療安全管理室

杉本 郁夫

1912年にUS steel社のElbert Henry Garyが「Safety First」を提唱し、本邦では1915年に足尾銅山の小田川全之が「全専一」を、1917年に通信官僚の内田嘉吉が「安全第一」を取り入れたとされています。このように鉱工業界100年以上前から労働災害に対する安全意識がありました。一方、医療安全の歴史は浅く、西暦2000年前後に始めて注目されるようになりました。1999年に米国医療の質に関する委員会が「TO ERR IS HUMAN:人は誰で違える」を発表し、その中で米国の医療事故死亡者数は年間44,000人(別調査では98,000人)と驚くべき数値されました。改めて医療の危険性や不安定性が認識されるようになりました。本邦では1999年に横浜市立大学(患者取り違い)や都立広尾事件(消毒液静脈内投与)といった大きな医療事故が発生し、その後も連日のよう医療事故報道がされたことは記憶に新しいと思います。国もこの事態を重く見て、2001年「患者安全推進年」制定、年「医療安全支援センター」、「医療に係る事故報告範囲検討委員会」設置、2004年「事例検討作業部会」設置、年「産科医療保障制度運用」開始、2015年「医療事故調査制度」施行といくつかの対策が進められました。ここ数年、交通事故や自然災害などにおいて「防ぎ得た〇〇」という表現を聞くことがあります。これは医療界でも同じで、多くの医療問題を分析すると様々の要因で発生していることがわかります。単にヒューマンエラーといっても内容は様々で、防ぎ得るものも少なくはありません。ヒューマンエラーの背景にはシステムの欠落や不備があり、システムの改善により医療問題の減少や、発生しても軽微な障害にとどめることができると考えられています。長年安定した(と思っている)医療をしていても、医療技術・環境の変化、患者の意識の変化に追従できていないことも少なくありません。これまで経験した実疾患(周術期静脈血栓塞栓症)も含めて話を進めていきたいと思っています。

【略 歴】	昭和59年3月31日	愛知医科大学医学部医学科卒業
	昭和60年5月1日 - 昭和61年3月31日	愛知医科大学第二外科学講座にて研修
	昭和61年4月1日 - 昭和62年11月30日	岐阜県厚生連高山組合病院外科
	昭和62年12月1日 - 平成元年3月31日	静岡県袋井市民病院外科
	平成元年4月1日 - 平成5年3月31日	愛知医科大学大学院入学
	平成5年3月	博士(医学)学位取得
	平成5年4月1日	愛知医科大学第二外科学講座医員助手
	平成5年7月1日 - 平成6年8月31日	海外留学 Aggertal Clinic (Prof. H. Rieger) Engelskirchen, ドイツ
	平成6年9月1日	愛知医科大学第二外科学講座助手
	平成12年4月 - 平成12年5月	海外留学 Hoechst Municipal Hospital (Prof. W. J. Stelter) Hoechst, ドイツ
	平成15年6月1日 - 平成19年3月31日	愛知医科大学外科学講座血管外科 講師
	平成19年4月1日 - 平成23年12月31日	同准教授(特任)
	平成24年1月1日 - 平成26年3月31日	同准教授
	平成26年4月1日 - 平成29年12月31日	同教授(特任)
	平成30年1月1日 - 平成31年3月31日	愛知医科大学病院医療安全管理室 教授(特任)
	平成31年4月1日 -	同教授

出生前診断と医療倫理

名古屋市立大学大学院医学研究科 産科婦人科

鈴木 伸宏

出生前診断には、生殖に関わる問題、診断とその解釈、さまざまな選択肢など社会的・倫理的課題が多く、慎重な対応が求められている。1970年代より超音波診断法が普及し、1989年に着床前診断が実施され、2011年に無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT）が開始され、それらの診断精度は急速に発展し、全世界へその技法は広まってきた。

2011年2月に日本医学会から「医療における遺伝学的検査・診断に関するガイドライン」が出され、出生前診断を目的して行われる遺伝学的検査は、事前に適切な遺伝カウンセリングを実施したうえで行うとされている。出生前遺伝学的検査は、妊娠中に胎児が何らかの疾患に罹患していると思われる場合や、胎児の異常は明らかではないが何らかの理由で胎児が疾患を有する可能性が高くなっていると考えられる場合に、その正確な病態を知る目的で診断を行うことであり、倫理的に留意すべき課題が多くある。

出生前診断で判明した胎児疾患を理由とした人工妊娠中絶は母体保護法において認められていない。しかし、母体保護法が適用される「母体の健康を著しく害する」に該当すると解釈されて実施されている。この解釈は出生前診断の有無に係わらず、国内で行われている人工妊娠中絶のほとんどで用いられている。出生前診断の倫理的問題は、選択的な中絶が社会の中で障害をもつ者が存在することを否定し、排除するような優生思想につながる可能性が否定できないことにある。したがって、遺伝カウンセリングでは、情報提供だけではなく、患者・被検者等の自律的選択が可能となるような心理的社会的支援が重要である。

今後、NIPTなど非確定的検査がより広く行われ、超音波診断もより早期に、より正確に行われるようになると推察される。ここでは、出生前診断と医療倫理について述べる。

【略 歴】	1993年	三重大学医学部卒業、国立病院機構名古屋医療センター
	2000年	名古屋市立大学大学院修了、医学博士
	2000年	ベイラー医科大学（ヒューストン）病理学 助手
	2002年	名古屋市立大学 産科婦人科学 助手、
	2007年	同講師
	2010年	同准教授
	2017年	同病院教授

共催セミナー

(スポンサードセミナー、イブニングセミナー、ランチョンセミナー)

単位認定のあるスポンサードセミナー、 イブニングセミナーについて

受講確認はe医学会カードで行いますので、必ずご持参ください。

各会場前の受付でe医学会カードをご提示いただきバーコードを読み込みます。

講演開始後、10分を過ぎますと受付できませんので、ご注意ください。

なお、平成28年度より受講証の発行は行いません。

LS1. Abnormal Uterine Bleeding (AUB)、これからの診断と治療

群馬大学大学院医学系研究科産科婦人科学

岩瀬 明

日本産科婦人科学会では月経の正常・異常を定義している。月経の異常には、月経の開始と閉止に関するもの、月経周期と経血量に関するもの、随伴症状に関するものがある。このうち月経周期と経血量に関して、現在の定義は昭和 63 年の委員会提案に基づいており、平成の時代には 1 回も見直されることがなかった。昭和 63 年の委員会提案の根拠となったデータは、群馬大学産婦人科学教室の松本清一教授（当時）の研究結果によるところが大きい。月経周期と経血量の異常は、産婦人科医にとって最もよく遭遇する主訴の一つであり、FIGO では 2000 年代に入ってから専門家らが月経周期と経血量の異常について、abnormal uterine bleeding (AUB: 異常子宮出血) の名称のもとに用語と定義、原因別分類法を新たに定めている。日本産科婦人科学会では、FIGO の定義に則った我が国の月経異常に関する用語と定義の見直しを行っている（「月経異常診断の標準化と実態調査に関する小委員会」小委員長 岩瀬 明）。

AUB をきたす疾患には、子宮筋腫や子宮腺筋症などが含まれるが、子宮筋腫の治療薬としては長らく GnRH アゴニストが主流であった。leuprolide のデポ製剤が世界で発売開始になったのは 1989 年であり、今から約 30 年前であるが、本製剤により 4 週 1 回投与が可能となり GnRH アゴニスト製剤の普及を後押しした。また体外受精治療周期の排卵抑制のため、2000 年代以降、GnRH アンタゴニストが用いられるようになって久しい。多彩な GnRH アナログ製剤の登場は、1970 年代のシャリーらによる GnRH のアミノ酸構造決定直後より、本ホルモンが製薬のターゲットとなったことを示している。昨年、非ペプチドで GnRH アンタゴニスト作用を発揮する relugolix が、子宮筋腫に基づく過多月経、下腹痛などの諸症状の改善を適応として我が国で発売開始となった。GnRH アゴニストの作用発揮には、下垂体 GnRH レセプターの脱感作（ダウンレギュレーション）が必要であるが、本剤はアンタゴニストとして作用するため効果発現が早いというメリットがある。約 30 年という時を経て、子宮筋腫治療薬に新たな選択肢が加わったことになる。今回の講演では、変わりゆく AUB の診断と治療についてレビューする。

【略 歴】	1995 年 6 月 1 日	春日井市民病院研修医
	2001 年 4 月 1 日	名古屋大学医学部附属病院産婦人科非常勤医員
	2001 年 6 月 1 日	コーネル大学メディカルカレッジ学位取得後研究員（留学）
	2003 年 2 月 16 日	名古屋大学大学院医学系研究科・産婦人科助手
	2003 年 4 月 1 日	同医学部附属病院周産母子センター助手
	2007 年 2 月 1 日	同講師
	2012 年 8 月 1 日	同総合周産期母子医療センター生殖周産期部門准教授
	2014 年 11 月 1 日	同病院教授
	2015 年 4 月 1 日	名古屋大学医学部附属病院総合周産期母子医療センターセンター長
	2018 年 2 月 1 日	群馬大学大学院医学系研究科産科婦人科学教授

LS2. 乳房の健康と術後の QOL 向上を目指して ～エクオールの可能性～

湘南記念病院乳がんセンター

土井 卓子

わが国では年間 9 万人が乳癌に罹患するが、早期に発見することで根治できるため、治療成績も向上している。それにも関わらず、死亡者数は年々増加している。

その背景には、日本人女性の成長の早期化、閉経後の肥満化、少ない出産・授乳、月経のある期間の長期化、閉経後の長寿などが挙げられると言われている。

乳癌の治療成績を向上させるためのポイントは 2 つあると考える。1 つは確実な外科的切除、もう 1 つは薬物療法の完遂である。

確実な外科的切除は、私たち外科医の仕事であり、また薬物療法では、分子標的薬やホルモン剤があり、ホルモン療法では 5~7 年、なかには 10 年間続けることもある。

こうした長期間の薬物療法を完遂するためには、患者自身の副作用対策やモチベーション維持が欠かせない。近年話題になっているエクオールは、乳房の生理的疼痛や乳癌治療による副作用症状の緩和に寄与し、患者の苦痛を軽減することが期待されている。

治療が患者にとって「苦行」ではなく少しでも快適にできるように、運動療法や当院の取組みと合わせて紹介したい。

【略 歴】	1984 年 6 月～1986 年 3 月	横浜市立大学医学部附属病院で研修
	1986 年 4 月～1990 年 3 月	同大学院在籍、卒業、学位取得
	1990 年 6 月～1993 年 5 月	済生会横浜市南部病院勤務
	1993 年 6 月～1995 年 3 月	横須賀共済病院勤務
	1995 年 4 月～2008 年 7 月	独立行政法人国立病院機構横浜医療センター勤務
	2008 年 8 月～	湘南記念病院勤務

ES1. 子宮内膜症の管理に関するトピックス

鳥取大学医学部 産科婦人科学

谷口 文紀

子宮内膜症の管理においては、さまざまなライフステージにある患者の QOL 向上を考慮した治療法を選択する必要があるが、その取り扱いが単純ではない。また、個々の症状やライフスタイルに応じた適切な治療選択が女性の reproductive health の維持に重要である。子宮内膜症と癌化、産科合併症、および心血管疾患との関連を示唆する成績も散見されており、生涯の健康を見据えた管理が必要である。本講演では、子宮内膜症の管理に関するトピックスについて解説する。

妊孕性温存を希望する子宮内膜症患者が増加しているが、手術療法および薬物療法のいずれも単独で根治させることは難しい。子宮内膜症合併不妊患者においては、待機療法、ART を含む不妊治療、あるいは手術療法の選択は単純ではなく、治療に難渋する症例にしばしば遭遇する。現状では、画一的な治療方針を示すことは難しいが、ART への移行時期を逸しないように留意する。疼痛が強い場合には、卵巣チョコレート嚢胞摘出術などの手術療法がよい適応と考えられる。その場合にも、正常卵巣組織への侵襲による卵巣予備能低下や再発リスクが懸念される。手術適応については、特に年齢因子を考慮して対応する。なお、将来の不妊を避けるためには、若年期からのホルモン療法が有効であると考えられている。最近では、長期連続投与が可能な OC/LEP が保険収載され、薬物療法の選択肢が増している。子宮内膜症患者に危惧される産科合併症の発症リスクや子宮内膜症の癌化リスクに関する研究成果についても解説したい。

【略 歴】	昭和 61 年	京都府立西舞鶴高校卒業
	平成 5 年	鳥取大学医学部卒業
	平成 5 年	同附属病院 研修医
	平成 10 年	同大学院修了
	平成 11 年	同医学部附属病院 助手
	平成 16 年	米国 NIEHS/NIH (国立環境保健科学研究所)
	平成 19 年	鳥取大学医学部 講師
	平成 27 年	同 准教授

ES2. 卵巣癌治療の今

関西労災病院 産婦人科

伊藤 公彦

卵巣癌の治療の根幹が、手術とプラチナ製剤を基本とした薬物療法にあることはこの30数年来不変であるが、最近の知見によって分子標的治療薬、PARP阻害薬、免疫チェックポイント阻害薬などが近年、臨床の現場で使用可能になり、治療のパラダイムシフトが起きている。

初回治療については、手術と薬物療法の役割、PDSとNAC-IDSの使い分け、IDSのタイミング、olaparibやbevacizumabによる維持療法の意義について考えたい。PARP阻害薬の知見も、olaparibの他にniraparib, veliparibの報告が加わり、今後はこれらをどう使い分けるかの検討も必要である。

再発治療については、プラチナ感受性再発に対する手術の適応、プラチナ併用化学療法のレジメン選択、olaparibやbevacizumabによる維持療法について、さらにプラチナ抵抗性再発に対する薬物療法についても考えたい。

約1%と頻度は少ないながらMSI-highの卵巣癌も存在するため、pembrolizumabのコンパニオン診断をどの段階で組み入れるかも検討が必要であろう。

また、「がん遺伝子パネル検査」が昨年に保険収載され、中核拠点病院、拠点病院、連携病院でようやく実装化されつつある。しかしながら、最適な薬剤到達まで至る頻度は約1割程度とされ、さらには薬剤が見つかったとしても、治験に参加できなければ実質は使用不可能な現状がある。この現状を打破するための患者申出療養制度の整備も急務である。

これら「卵巣癌治療の今」を、皆様とともに整理して考えてみたい。

【略 歴】	昭和 58 年 3 月	奈良県立医科大学 卒業
	昭和 58 年 4 月	同産婦人科教室（一條元彦教授）入局
	昭和 59 年 4 月	同大学院 入学（生化学専攻）
	昭和 63 年 3 月	同 卒業
	昭和 63 年 4 月	兵庫県立西宮病院 産婦人科勤務
	平成 14 年 4 月	関西労災病院 産婦人科部長
	平成 29 年 4 月	同病院 副院長兼務
	平成 30 年 5 月～	同病院 遺伝子診療科部長兼務

SS1-1. 進行卵巣がんに対する骨盤・傍大動脈リンパ節郭清の意義

三重大学医学部産科婦人科学教室

近藤 英司

本邦における卵巣がん患者は年々増加しており、2014年の厚生労働省の発表によると、罹患数は10,011人と調査以来、初めて1万人を超え、死亡数は4,840人であった。卵巣がんの生涯がん罹患リスクは1%、78人に1人と報告されている。卵巣がんは早期発見が難しく、診断時に約70%がⅢ・Ⅳ期の進行がんで発見される。治療法としては手術療法と化学療法を組み合わせた集学的治療が必要である。近年、進行卵巣がん（FIGO分類ⅡB~Ⅳ期）に対して、肉眼的完全切除を受け、術前・術中共にリンパ節腫大を認めなかった患者をリンパ節郭清非施行群と施行群に無作為に割り付けた Randomized Trial ; LION trial (Harter P, et al. N Eng J Med, 2019) の結果が報告された。その結果では、リンパ節郭清非施行群と郭清群の全生存期間はそれぞれ69.2カ月と65.5カ月

(HR1.06, 95%CI 0.83-1.34, p=0.65) であり、無増悪生存期間も両者25.5カ月 (HR 1.11, 95%CI 0.92-1.34, p=0.29) であり、術前・術中共にリンパ節腫大を認めず、肉眼的に腫瘍が完全切除された進行卵巣がん患者の後腹膜リンパ節郭清を含めた staging laparotomy は必要ないと結論付けている。しかし、この結果は卵巣がん患者の中で high grade serous carcinoma が多数を占める海外と、clear cell carcinoma が25%以上をしめる本邦とでは、患者背景が違うことを考慮して慎重に対応しなければならない。今回の研究では術前・術中にリンパ節腫大を認めない群での報告であり、術前にリンパ節が腫大している患者に対する後腹膜リンパ節郭清の意義はまだ不明である。我々は、肉眼的に完全切除が可能な進行卵巣がん症例に対して、後腹膜リンパ節郭清を施行してきた。LION trial では重篤な術後合併症が増加すると報告があるが、適切なエネルギーデバイスを用いて施行することにより、出血量や術後合併症は軽減できる。

今回初回治療前から傍大動脈リンパ節腫大が指摘され、術前化学療法 Paclitaxel/ Carboplatin (TC) 療法を施行後、後腹膜リンパ節郭清も施行した Interval debulking surgery 卵巣がん進行期ⅢB (ypT3bN1bM0) の手術動画を供覧し、術式の注意点、エネルギーデバイスの使用方法などを説明する。

【略 歴】	1996年3月	山口大学医学部卒業
	1996年4月	三重大学医学部附属病院 医員
	2003年3月	同大学院医学研究科単位取得満期退学
	2004年7月	医学博士
	2005年4月	三重大学医学部附属病院 助手・助教
	2013年4月	同婦人科病棟医長
	2013年10月	がん研有明病院 婦人科 医長 病棟医長
	2016年7月	三重大学医学部附属病院 助教 婦人科病棟医長
	2017年7月	同講師 医局長
	2019年4月	同大学院医学系研究科 産科婦人科学 准教授 医局長

スポンサーセミナー1 (1日目 14:00~15:00)

【第2会場】9F 大会議室 901

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

SS1-2. Extended pelvic surgery -from the view point of colorectal surgeon-

名古屋大学医学部 腫瘍外科

上原 圭

As a result of early diagnosis, introduction of neoadjuvant therapy, and improvement in surgical technique, avoiding extended surgery, preserving the function and adjacent organs, and introduction of minimally invasive surgery are current mainstream in the treatment of pelvic malignancies. However, extended surgery remains an essential surgical procedure for some patients with highly advanced or recurrent pelvic malignancies. Pelvic exenteration is a maximum invasive and complicated procedure among pelvic extended surgeries.

Open surgery for pelvic disease requires special technique in the deep and narrow pelvis. Although this surgical skill should be handed down the next generation, it is difficult to see, learn, and copy such skill. On the other hand, laparoscopic pelvic surgery requires highly skilled surgical manipulation. However, development of instruments and improvement in the visual field enabled us to achieve highly accurate surgery and provided refined knowledge of pelvic anatomy. Moreover, the technical details can be shared through the video among all surgeons. We are moving to the era of laparoscopic surgery. However, can laparoscopic surgery be indicated for extended pelvic surgery? I will show the video of extended pelvic surgery including pelvic exenteration.

【略 歴】	H 元年 3 月 :	名古屋市立向陽高等学校卒業
	H8 年 3 月 :	名古屋大学医学部卒業
	H8 年 4 月 :	名古屋第二赤十字病院 研修医
	H10 年 4 月 :	同一般外科
	H13 年 4 月 :	名古屋大学 第一外科 医員
	H13 年 6 月 :	国立がんセンター中央病院 外科レジデント
	H16 年 4 月~H19 年 3 月	(名古屋大学大学院 医学研究科卒業 (短期終了))
	H16 年 6 月 :	国立がんセンター中央病院 がん専門修練医 (大腸外科)
	H18 年 4 月 :	名古屋大学大学院 腫瘍外科 医員
	H19 年 4 月 :	名古屋第二赤十字病院 一般外科
	H19 年 10 月 :	名古屋大学医学部附属病院 消化器外科 1 病院助教 (大腸・骨盤外科グループチーフ)
	H22 年 6 月 :	同助教
	H25 年 4 月 :	同消化器外科 1 病院講師

SS2. 婦人科悪性腫瘍手術におけるトラブルシューティング

東京女子医科大学 産婦人科

田畑 務

手術では、「手術の流れ」が大切です。特に婦人科悪性腫瘍手術では、予期せぬ出血や癒着に遭遇した場合、手術の流れが滞ることも多いと思います。術中に一旦トラブルが起こってしまうと、そのまま悪い流れになることが多いようです。トラブルが起こった時、いかにそのトラブルを修復して良い手術の流れに戻していくかが重要です。本セッションでは、演者がこれまでに撮りためた手術ビデオの中から、トラブルシューティングの映像と共に、どのように修復してきたかを解説いたします。しかし、手術の際にはトラブルを起こさないことが最も重要です。血管の anomaly などがあると、リンパ節郭清術の難度が上がってしまいます。トラブルを回避するためにも、術前より anomaly があるという認識、また、術前の画像診断も大切です。そこで、これまで演者が経験した血管の anomaly についても、話を加えます。これからの、婦人科悪性腫瘍手術のお役に立てれば幸いです。

【略 歴】	1986年3月	三重大学医学部卒業 山田赤十字病院、新宮市民病院、尾鷲総合病院に勤務
	1998年4月	癌研究会附属病院
	2001年4月	三重大学医学部・産科婦人科・助手
	2002年7月	同講師
	2003年7月	同准教授
	2019年2月1日	東京女子医科大学 産婦人科教授・講座主任

スポンサーセミナー3(2日目 10:40~11:40)

【第1会場】8F 展示場 805

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

SS3. 内視鏡で解き明かす臨床の謎 -Fasciaの美しい構造とその崩壊-

富山県立中央病院 産婦人科

谷村 悟

内視鏡の著しい進歩により、今まで見えなかった構造が見えるようになり、新たな病態の理解と術式の変化をもたらしつつある。

帝王切開による続発性不妊の原因は明らかにされていなかったが、私たちは外来子宮鏡により癒痕部からの出血が本態であり子宮腺筋症と類似していることを示してきた。この過程を経験し、「見ようとしないと見えない」ものがあることに気づかされた。

さらに骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨脛固定術(LSC)の開始も転機となった。LSCは産婦人科が従来行ってこなかった椎体前や膀胱・直腸深部まで安全に剥離する必要があるため、いかに出血させないかが肝要である。そのためには神経や膀胱・直腸周囲の微細な構造が「見えないと始まらない」と分かってきた。

これらの経験はなぜ膀胱剥離が難しい場合があるのか？なぜ子宮内膜症の剥離は難しいのか？などの課題に取り組む契機となっていた。癒着のないダグラス窩深部を剥離したことがないのに、深部内膜症の手術はできない。

次に見えてきたものは臓器間の fascia という構造であった。ここで述べる fascia は筋膜ではなく、ネットワーク機能を有する目視可能な線維構成体と定義される。膜という手術での構造はなぜできるのか？Fasciaの構造変化は原因不明とされてきた各種痛みと関係があるのか？

内視鏡の美しい拡大画像を基に臨床の謎について想像していく。ホルマリン固定による解剖では観察できない「内視鏡生体解剖学」ともいべき分野が今まさに始まろうとしている。

【略 歴】	1990年	自治医科大学卒業 僻地診療所など富山県内で内科、産婦人科診療に従事
	2006年	富山県立中央病院産婦人科 医長
	2010年	同部長
	2019年	現職

一般演題

第1群(1日目 13:00~13:40) 第2会場

1. 外陰部腺様嚢胞癌の1症例

大垣市民病院 産婦人科

重山宗久、石井美佳、中尾優里、市田啓介、江坂有希恵、
勅使河原利哉、古井俊光

【緒言】

外陰癌は婦人科癌の2~4%を占めている。その中でも腺様嚢胞癌は稀な疾患である。

今回、外陰部腫瘍摘出術を行い病理検査にて腺様嚢胞癌と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】

74歳、1妊1産。3~4年前から右外陰部腫瘍に気づき、徐々に増大しているとのことから近医より当院へ紹介受診。右大陰唇皮下に29x28x19mmの円形の弾性硬な腫瘍を認め、CTにて子宮頸部から膣へと連続している腫瘍影を認めた。MRIでは外陰部腫瘍・バルトリン腺腫瘍疑いであり、生検では粘液嚢胞を認めるのみであった。外陰部腫瘍摘出術を予定、膣壁や肛門括約筋に一部浸潤する約3cm大の腫瘍を認め摘出した。病理組織所見では、腫瘍細胞が腺管構造や胞巣、特に粘液を貯留する篩状の構造を形成して増殖している所見を認めたため、腺様嚢胞癌の診断となった。追加の検査により遠隔転移はなかったが、断端陽性であったためCCRT追加となった。

【考察】

腺様嚢胞癌は、唾液腺に最もよくみられる腺癌で、乳腺、気管支、副鼻腔、バルトリン腺、子宮頸部などにも発生する。進行は緩徐であるが局所再発や遠隔転移を来しやすいとされている。

治療は手術による完全摘出が重要であるとされているが、特に外陰部の腺様嚢胞癌は極めて稀であるため、その治療法は確立されていない。

本症例では断端陽性であったため、追加の外科的切除術を提案したが、患者本人の意向により追加手術は行わず、CCRTを行うこととなった。

【結語】今回、腺様嚢胞癌と診断された外陰部腫瘍の1症例を経験したので報告する。

2. 新生児低血糖に影響を及ぼすリスク因子について

岐阜県総合医療センター¹産婦人科、²同胎児診療科

永田健太郎¹、高橋雄一郎²、東松明恵¹、栗原万友香¹、
野老山麗奈¹、桑山太郎¹、森 崇宏¹、鈴木真理子¹、
浅井一彦²、千秋里香²、岩垣重紀²、佐藤泰昌¹、
神田智子¹、横山康宏¹

目的：妊娠36週以降の新生児低血糖による入院は病床の圧迫などの点でも回避できると望ましい。そこで今回、そのリスク因子の解析を行った。

方法：2019年1月から2019年6月までの36週以降に出産となった217例を対象とした。臍帯血での血糖値50mg/dl未満の児と、分娩前の補液の有無との関連、背景因子としては母体年齢、糖代謝異常の合併の有無、分娩時週数、分娩方法、多胎、新生児体重、Apgarスコアなどの新生児低血糖(<50mg/dl未満)に関連する項目を抽出し、多変量解析を行った。

結果：新生児低血糖(50mg/dl以下)は56例あり、12例で低血糖での入院管理が必要となった。(5.5% 12/217) 単変量解析では、新生児低血糖の発症率に有意な因子は分娩時年齢40歳以上、GDM、36週台の分娩、双胎妊娠であり、分娩前補液の有無は有意差を認めなかった。また4つの項目について多項ロジスティック解析を施行したところ、リスク因子としては36週台の分娩(oddsx7.7)、多胎妊娠(x2.3)、GDM(X 0.08)が独立したリスク因子と判明した。

考察：今回の調査では、妊娠36週台の出生、多胎妊娠がリスク因子であるとともに、GDMがある場合にはルーチンの低血糖チェックなどによる早期介入が入院管理を予防している可能性が示唆された。

3. 小腸クローン病穿通により卵巣膿瘍を 発症した1例

名古屋市立東部医療センター

神谷将臣、小島和寿、犬塚早紀、倉兼さとみ、関宏一郎、村上 勇

虫垂炎による消化管穿通に伴う卵巣膿瘍の報告は散見されるが、小腸穿通に伴うものはまれである。今回、我々は小腸クローン病穿通に伴う卵巣膿瘍を経験したため報告する。症例は24歳、G0、既往歴、手術歴はなし。X日に右下腹部痛、発熱にて前医受診。CTにて右付属器腫大を認め、右付属器炎と診断され抗生剤治療を開始した。X+8日に症状軽快し退院するもX+13日に症状再燃し外科的治療を考慮され当院に紹介となった。MRIでは右卵巣に膿瘍を認め、虫垂が病変に向かって連続しており、虫垂炎穿孔による膿瘍形成が考えられた。X+14日に外科と合同で腹腔鏡下手術を施行。右卵巣に膿瘍を形成し、虫垂、小腸が強固に癒着しており虫垂炎穿孔による卵巣膿瘍と考えられた。小腸と卵巣の癒着を剥離した際に、小腸の穿孔を認めたため、開腹手術に移行し小腸切除と虫垂切除を施行した。肉眼的に切除小腸に縦走潰瘍が多発しており、クローン病が示唆され、病理検査にてクローン病と確定診断した。卵巣膿瘍の原因として、子宮内膜症性嚢胞の感染が主な原因としてあげられるが、本症例では子宮内膜症の既往は明らかではなく、CTにて膿瘍内にAirの存在があったことから腸管由来の膿瘍形成が十分に考えられた。クローン病などの炎症性腸疾患は腸管穿孔、穿通のリスクがあり卵巣膿瘍の原因となり得る疾患である。本症例を通じて、原因不明の卵巣膿瘍に対し、消化管穿孔、穿通の可能性を考え早期の外科的治療を考慮することが重要であると考えられた。

4. 卒後6年目の産婦人科医が「性に関する 教育」の講義をしてみた

名古屋掖済会病院 産婦人科

橋本悠平、篠田真実、鈴木邦明、野崎雄揮、安藤万恵、清水 顕、藤掛佳代、高橋典子、三澤俊哉

【緒言】性を取り巻く環境は時代により変化しつつあり、その教育の重要性が認識されてはいるものの「性に関する教育」を行っている産婦人科医はまだ少ない。産婦人科医としてはまだ経験の浅い私が看護学生に対して「性に関する教育」の講義を行う貴重な機会があったので報告する。

【方法】対象は1から3学年の看護専門学生121人、タイトルは「Sexuality Education の実際」とし、講義時間は90分、主な講義内容は「性教育の概要」、「セックス」や「性交」という言葉を明確に用いた教育法、「避妊」、「中絶」、「ハラスメント」、「性の多様性」として、講義終了後に無記名のアンケート調査を行った。

【成績】前述の講義内容に関して、各々91%、87%、92%、91%、92%、84%が「良かった」と評価した。また、全学生が「講義内容が自分のためになった」、「性教育の印象は良くなった」と回答しており、「過去の学校教育における性教育」について、不十分だと答えたのは76%であった。自らが教える側となるケースを想定した質問では、「将来、青少年の性教育に関わりたい」と答えたのは53%で、「家庭内教育で性について親から子に教えるべきか」については、83%が賛成であった。

【結論】対象が看護学生だったこともあり、内容に対し良好な理解が得られた。「性に関する教育」は予防医学の観点だけでなく、現代社会においては情報リテラシーの教育という側面もあり、未就学児や小中高生への教育は課題である。その前段階として成人への再教育は、市民にその教育の重要性を理解してもらうために有意義であると考えられる。産婦人科医が「性に関する教育」に参加することは公衆衛生的・社会的に必要である。

5. 卵巣広汎性浮腫の 1 例

名古屋市立西部医療センター

川村祐司、倉本泰葉、栗生晃司、早川明子、十河千恵、牧野明香里、田尻佐和子、中元永理、青山和史、西川尚実、尾崎康彦、荒川敦志

【緒言】卵巣広汎性浮腫 (massive ovarian edema ; 以下 MOE) は、卵巣間質の浮腫性変化によって生じる稀な病態であり、卵巣は腫大し約半数は茎捻転を伴うとされている腫瘍様病変の一つである。我々は卵巣茎捻転の診断で手術を施行し、開腹所見で MOE と診断した 1 例を経験した。【症例】13 歳、初経未初来。左下腹部痛のため前医受診し、腹部 CT 検査で左付属器領域の腫瘍と骨盤内の腹水貯留を認めた。鎮痛コントロール不良であり、卵巣茎捻転の疑いのため当院に救急搬送された。MRI 検査では左卵巣茎捻転を疑う螺旋状構造を認めた。また、卵巣には MOE に特徴的な多数の小嚢胞構造 (ネックレスサイン) を認め、MOE も術前診断の候補の一つに挙げられた。術中所見では左卵巣は 6×4 cm 大の楕円形に腫大し、反時計回りに 1080 度捻転していた。やや黒色に変色していたが、捻転解除後はほぼ正常色調となり、血流が再開したものと思われた。また、全体を軽く圧迫すると浸出液がみられ卵巣はやや縮小した。これらの所見から MOE と診断し、卵巣生検のみとし、卵巣を温存して手術を終了した。術後経過は良好であり、術後 4 日で退院となった。病理所見では卵巣間質の浮腫やうっ血といった捻転に伴う反応性変化を認めるのみであった。【結語】MOE は腫瘍性疾患ではないことから腫瘍成分の摘出が不要であり、早期に捻転を解除できれば卵巣温存が可能となる場合がある。そのため若年の急性腹症で卵巣茎捻転、ネックレスサインを認めた場合、本疾患も鑑別診断の候補に置く必要がある。

6. 妊娠 34 週で劇症 1 型糖尿病を発症し緊急帝王切開術を施行した一例

名古屋市立西部医療センター 産婦人科

栗生晃司、中元永理、川村祐司、倉本泰葉、早川明子、十河千恵、牧野明香里、田尻佐和子、青山和史、西川尚実、尾崎康彦、荒川敦志

【緒言】妊娠中に劇症 1 型糖尿病、および糖尿病ケトアシドーシス (DKA) を発症すると母児の予後が悪いと言われている。今回妊娠 34 週に DKA を発症し、緊急帝王切開術により生児を娩出した症例を経験したので報告する。

【症例】28 歳で 2 妊 1 産。妊娠中期の糖質負荷試験は正常。妊娠 34 週 1 日、嘔吐と破水感を訴え前医受診。血液検査で血糖高値であり同日当院へ母体搬送となる。当院検査で GLU:322mg/dl、HbA1c:6.0%、P-AMY:145IU/L、抗 GAD 抗体:6.4U/ml、血清 C ペプチド:0.5ng/ml、動脈血ガス pH:7.278、BE:-13.4、尿糖 (4+)、尿ケトン (3+) であり、劇症 1 型糖尿病および糖尿病ケトアシドーシス (DKA) と診断した。CTG モニタリングで胎児頻脈、基線細変動減少、遅発一過性徐脈を認め、胎児機能不全と診断した。緊急帝王切開術を施行する予定とし、まず血糖値を下げるため生理食塩液 500ml/h の急速輸液およびインスリン持続点滴を行った。GLU:173mg/dl まで低下したため手術可能と判断し、手術施行した。2016g 女児。Apgar6/8/7、UApH:7.228、BE:-9.3 であった。早産児のため NICU へ入院となった。1 型糖尿病の治療は継続し、インスリン持続点滴から強化インスリン療法へ切り替えた。血糖値安定化し、経過良好のため術後 11 日で退院した。

【結語】妊娠中に劇症 1 型糖尿病を発症したが母児とも良好な経過が得られた。早期診断に基づき治療介入することの重要性が示唆された。

7. やせ妊婦の至適体重増加量を探る ～LFD発生に焦点を当てて～

清慈会 鈴木病院

山田芙由美、藤井真紀、高本利奈、齋藤佳実、岩崎慶大、安江由起、鈴木崇浩、安江 朗、久野 敦、新里康尚、高橋正明、鈴木清明

【緒言】日本は OECD34 か国の中で最も低出生体重児の割合が多く、その原因としてやせ女性の多さ、妊娠中の体重増加不良があげられる。やせ女性の至適体重増加量を明らかにすることを目的にその妊娠経過を検討した。

【方法】2013-2018年に当院で出産した単胎・正期産 9600例中、BMI18.5未満のやせ妊婦 1876例における妊娠中体重増加量（以下 GWG：gestational weight gain）と出生体重、Light for dates 児（以下 LFD）、Heavy for dates 児（以下 HFD）、妊娠高血圧症候群（以下 HDP）、妊娠糖尿病（以下 GDM）、異常分娩の発生率について検討した。ガイドラインに基き 9~12kg の体重増加となるように指導した。

【結果】やせ妊婦は全体の 19.5%であった。GWG は 10.2（±2.9）kg、出生体重は 2950（±338）g、LFD は 210 例（11.2%）、HFD は 103 例（5.5%）、HDP は 34 例（1.8%）、GDM は 24 例（1.3%）であった。GWG と LFD 発生率を検討すると、GWG<6kg では 22.8%、6~9kg では 13.0%、9~12kg では 10.2%、12~15kg では 8.0%、15~18kg では 6.3%、>18kg では 7.1%であり、GWG15~18kg の群が最も LFD 発生率が少なかった。GWG が多くても HDP、GDM や異常分娩の発生率は増加しなかった。

【考察】やせ妊婦に対してガイドラインに従い GWG を指導したが、正期産で LFD 発生率が 11.2% と多かった。やせ妊婦においては GWG を 9~12kg よりも多く管理することで、GDM、HDP、異常分娩を増やさずに、LFD 発生率を減少させる可能性がある。

8. 愛知県内における重症先天性心疾患胎児診断率の現状と課題

あいち小児保健医療総合センター

森本美仁、仲川裕子、野坂麗奈、早川博生

【背景・目的】

愛知県は三大都市圏の一つであり、出生数は 4 番目に多い県であるが、当地域における重症先天性心疾患（CCHD：生後 1 ヶ月以内に手術もしくは内科治療が必要であった CHD）の胎児診断率に関する報告は少ない。愛知県内 2 つの心臓病センターに入院した CCHD 児の胎児診断率について解析し、当地域における胎児診断の現状を理解し、今後の課題を検討する。

【方法】

2012年1月から2019年12月までに入院した CCHD を対象に後方視的に解析した。また医療圏を名古屋市・尾張・西三河・東三河・海部知多・県外に分類し、地域毎に比較・検討を行った。

【結果】

対象症例は 532 例。胎児診断率は、年度毎に有意差はなく、250/532 例（47%）であった。医療圏別の胎児診断率は、名古屋市 42.3%、尾張 49.5%、西三河 55.6%、東三河 33.3%、海部知多 51.7%、県外 36.5% であり、都心部である名古屋市と東三河の胎児診断率が低く、西三河の胎児診断率が最も高かった。疾患別の比較では、総肺静脈還流異常症の出生前診断は 43 例中 1 例（2%）のみであり、大動脈離断症/大動脈縮窄症 79 例中 26 例（33%）、完全大血管転位症 62 例中 26 例（42%）、単心室疾患 146 例中 106 例（73%）であった。

【考察】

他自治体既報告と比較して本県の胎児診断率は低かった。また既報告では都心部の胎児診断率は郊外よりも高かったが、都心部である名古屋市の胎児診断率は愛知県内の他医療圏よりも低かった。本県の胎児診断はまだまだ発展途中にあるが、出生後に CCHD が診断されることは、患児・両親・医療機関ともに負担は計り知れないものであり、当施設を含めた小児心臓手術を行える中核施設と連携した上で胎児診断率を上げていくことが急務である。

9. 出生前に周産期型低ホスファターゼ症が疑われた2症例

¹豊橋市民病院産婦人科, ²同総合生殖医療センター

野崎雄揮¹, 岡田真由美¹, 古井憲作¹, 宮本絵美里¹, 山田友梨花¹, 窪川芽衣¹, 植草良輔¹, 國島温志¹, 長尾有佳里¹, 矢吹淳司¹, 河合要介¹, 永井智之¹, 梅村康太¹, 安藤寿夫², 河井通泰¹

【緒言】低ホスファターゼ症(Hypophosphatasia:HPP)はALP活性低下により全身の骨の石灰化障害をきたす代謝性遺伝疾患であり、周産期型の症例では特に重篤な予後をきたす。今回、出生前からHPPを疑い出生後に治療を開始した2症例を報告する。

【症例1】31歳。妊娠28週目に大腿骨短縮を指摘され、当院紹介受診。両側の胎児大腿骨に-3.0SDの短縮と彎曲を認めた。在胎39週0日に骨盤位のために選択的帝王切開術にて出生。2884gの男児、Ap 8/9、出生時血清ALP 302IU/Lと低値であった。全身骨レントゲンでは大腿骨の彎曲を認め、胸郭の形成には明らかな異常はなく、呼吸状態は安定していた。上記、大腿骨の変形と血清ALP低値からHPPと診断し、日齢6より酵素補充療法を開始した。経過良好で日齢19に退院とした。遺伝子解析の結果、HPPではなく骨形成不全症と確定診断した。【症例2】30歳。妊娠30週目に大腿骨短縮を指摘され、当院紹介受診となった。大腿骨は-3.6SDの短縮と彎曲、頭蓋骨のプロローベ圧排による変形を認めた。胎児CT検査施行し、頭蓋骨の骨化不良と大腿骨骨端のcuppingを認め、HPPが強く疑われた。38週2日に頭蓋骨損傷のリスクを考慮し、選択的帝王切開術を施行。2760gの女児、Ap 6/9、出生時血清ALP値10IU/Lと異常低値、レントゲン検査にて胸郭低形成、全身の骨の低形成認めた。挿管管理下、HPPと臨床診断し出生直後から酵素補充療法を開始した。日齢7日に抜管、日齢98に在宅呼吸器を導入し退院とした。遺伝子解析にてHPPと確定診断した。【考察】早期からの治療導入を考える上で、出生前に骨系統疾患の中からHPPを鑑別することが重要である。超音波検査に加えて、3D-CT検査、両親血清ALP値が出生前の診断補助となりうる。治療方針の決定と次子のリスク算定のためには遺伝子解析が必要である。

10. 一絨毛膜一羊膜双胎5症例の検討

名古屋市立大学産科婦人科

佐藤 玲、後藤志信、野村佳美、大谷綾乃、吉原紘行、伴野千尋、澤田祐季、北折珠央、鈴木伸宏、杉浦真弓

一絨毛膜一羊膜性双胎(MM双胎)は双胎妊娠の1%と稀であり、管理方法は施設によって様々である。当院で過去4年間に経験したMM双胎5症例を文献学的考察と共に報告する。

症例①: 32歳 G2P0SA1、自然妊娠し妊娠11週に当院紹介、20週に管理入院。順調に経過し、32週3日前期破水で緊急帝王切開術施行。児は1440g、1504gで1歳8ヶ月まで発育良好。

症例②: 30歳 G3P1SA1。タイミング指導で妊娠、22週から管理入院。両児の発育遅延(FGR)と軽度発育差は認めるものの明らかな双胎間輸血症候群はなく、33週3日に選択的帝王切開術を施行。児は1692g、1768gで2歳までの発達は概ね良好。

症例③: 33歳 G2P0SA1、絨毛膜羊膜炎(CAM)Ⅲ度による12週子宮内胎児死亡(IUFD)既往あり。融解胚盤胞移植で妊娠し、妊娠11週に当院紹介。CAM既往のため腔洗浄とプロゲステロン筋注をしていたが、15週に性器出血で入院。20週以降両児の発育差を認め始め、26週1日前期破水、翌日感染兆候あり緊急帝王切開術施行。第1子は761gで1歳まで発育良好、第2子は419gで生後6日目に死亡。

症例④: 34歳 G2P1。自然妊娠し、妊娠12週に当院紹介。妊娠初期から1児に臍帯ヘルニアを認め、20週以降-3.0SD以上のFGRが進行。29週0日前期破水となり、翌日緊急帝王切開術施行。第1子は1091g、半年まで発育良好。第2子は臍帯ヘルニアと胸郭低形成を認めbody stalk anomalyと診断、同日死亡となった。

症例⑤: 36歳 G2P1。IVFで妊娠後、妊娠11週4日に当院紹介。13週3日に両児IUFDとなり、ゲメプロスト腔坐剤による誘発で13週5日に分娩。染色体検査は未実施、胎盤病理検査からIUFDの原因は特定できず。

11. 診断に苦慮した総排泄腔遺残の一例

あいち小児保健医療総合センター 産科

仲川裕子、早川博生、野坂麗奈

【緒言】総排泄腔遺残は、尿道、膣、直腸が共通管に合流し、共通管が会陰部に開口する特殊稀少難治性疾患である。発生頻度は10万に1人で、ヒトでの詳細な発症機序は不明である。今回我々は出生直後より治療を要する稀な疾患を経験したため、画像所見を提示し報告する。【症例】29歳女性、2妊1産。身長161cm、体重95kg。妊娠32週3日、妊婦健診時に胎児腹水、単一臍帯動脈を指摘され当院へ紹介受診した。EFW2305g (1.9SD), AC303mm (2.2SD), AFI14cm, 腹水あり、腸管拡張を認め、胎便性腹膜炎を疑い慎重に経過観察とした。妊娠35週4日、腹水なし、腸管cystを1個確認した。新たに両側腎盂拡張が出現したが、羊水減少なく腎機能は保っていると判断した。妊娠36週4日、腎盂は著明に拡張し羊水腔はなくなった。早期娩出を要すると判断し、37週0日陣痛誘発にて分娩に至った(3228g, 女児, アプガースコア1/5)。腸管と思われたcystは著明に拡張した水腔と判明した。水腔をドレナージすると膀胱内にバルーンを挿入できた。生後1日目に人工肛門造設術、膀胱鏡下に総排泄腔cut back術を施行した。術後上部尿管の拡張は改善せず、生後1か月まで抗コリン薬を内服し改善した。生後4か月、導尿を継続している。【考察】総排泄腔遺残の約3割に水腔症が発症するとの報告がある。腔内に貯留した尿や胎便が逆行性に腹腔内に流入し腹水や腸管拡張などを来す場合があり、胎便性腹膜炎との鑑別に苦慮した。水腔による下部尿路障害に伴い膀胱内圧の上昇と膀胱壁の肥厚を来とし、膀胱尿管移行部の通過障害を発症したため上部尿管の拡張改善に時間を要したと考えられる。MRIにて骨盤内構造や直腸内胎便の有無を確認することは診断の助けとなるだろう。

12. 妊娠中に疱疹状膿痂疹を合併した症例

¹藤田医科大学産婦人科、²同皮膚科三谷武司¹、水野雄介¹、高田恭平¹、宮村浩徳¹、西澤春紀¹、関谷隆夫¹、藤井多久磨¹、福島英彦²、杉浦一充²

疱疹状膿痂疹とは妊娠中期から後期に発症する全身性の無菌性膿疱性疾患であり、膿疱性乾癬(汎発型)の一亜型とされている。母体のみならず胎児死亡を引き起こす重篤な疾患とされ、慎重な周産期管理が必要である。今回、妊娠中に疱疹状膿痂疹を発症した稀な症例を経験したので報告する。症例は35歳、3妊1産、妊娠19週頃から両下腿に掻痒感を伴う紅斑と膿疱が出現した為に前医を受診し、皮膚組織の病理検査にてKagojiの海綿状膿疱を認め、疱疹状膿痂疹と診断された。プレドニゾロン(PSL)30mgの内服および外用剤にて皮膚症状の改善を認めるも、再度、紅斑の範囲が体幹部まで拡大した為、妊娠27週から顆粒球単球吸着療法(GMA療法)、アダリムマブ40mgの内服を開始するとともに当院に紹介された。その後の経過においても、皮疹や炎症反応の改善は乏しく、掻痒等の自覚症状も強いためターミネーションも考慮されたが、妊娠30週からシクロスポリン(CyA)を併用し症状のコントロールが可能となった。妊娠37週5日に選択的帝王切開術を実施し、児は2395g、アプガースコアは9/9点(1/5分値)で明らかな外表奇形は認めなかった。分娩後、皮疹の消退傾向に伴いPSL、CyAの減量を行い、現在、皮膚症状は寛解し外来にて経過観察中である。妊娠中の薬剤使用には胎児への影響や有益性を考慮した慎重な選択が必要とされるが、本症例のように疱疹状膿痂疹を発症した妊婦においてはステロイドに加えて免疫療法、GMA療法、TNF α 阻害剤などの多剤を組み合わせ適切な全身管理を行うことで、妊娠期間の継続と周産期予後の改善が可能となる。

13. 胎盤用手剥離術を要した固着胎盤や癒着胎盤についての検討

名古屋市立大学産科婦人科

野村佳美、澤田祐季、佐藤 玲、吉原紘行、川端俊一、伴野千尋、後藤志信、北折珠央、鈴森伸宏、杉浦真弓

【目的】当院で経膈分娩後に胎盤用手剥離を施行した症例の臨床像を明らかにする。

【方法】2014年1月から2018年12月までの5年間で経膈分娩後に胎盤用手剥離術を施行した31例について、母体年齢、経妊数、子宮内操作既往の有無、不妊治療の有無、分娩週数、分娩第3期の所要時間、出血量、輸血・子宮摘出・IVRの有無、癒着胎盤の有無を後方視的に調べた。

【結果】当院5年間の経膈分娩は1436例あり、胎盤用手剥離術施行は31例(2.2%)であった。母体平均年齢37.0歳、初産婦15例(48.3%)、子宮内操作既往歴は13例(44.8%)、子宮内容除去術12例、帝王切開術1例、子宮鏡下手術1例)、不妊治療での妊娠21例(67.7%)、凍結融解胚移植20例、新鮮胚移植1例)、平均分娩週数40週0日、分娩第3期平均16.2分、平均出血量931ml、輸血症例は1例のみで子宮摘出例はなかった。癒着胎盤4例(12.9%)のうち、病理組織学的診断での癒着胎盤が1例、胎盤遺残のため産褥1か月以降も経過観察を行い自然退縮した例が2例、産褥2か月で胎盤遺残のため子宮動脈塞栓術IVRおよび子宮鏡下手術を施行した例が1例あった。

【結論】胎盤用手剥離術を行った症例は不妊治療による妊娠例が多く、分娩時出血量が多いため、輸血や緊急手術に対応できる施設で行う事が望ましい。固着胎盤および癒着胎盤は、子宮内操作既往歴や凍結融解胚移植での妊娠が多く、妊娠中の詳細な病歴聴取と緊急時に対応できる体制を整えておくことが重要である。

14. 当院の羊水注入・灌流の近況

名古屋第一赤十字病院 産婦人科

朝比奈録央、津田弘之、浅野早織、荒木 甫、黒柳雅文、正橋佳樹、江崎正俊、奥原充香、溝口真以、木村晶子、夫馬和也、西子裕規、栗林ももこ、手塚敦子、斎藤 愛、坂堂美央子、廣村勝彦、安藤智子、水野公雄

【目的】当院では前期破水(PROM)・慢性早剥症候群(CAOS)といった胎盤機能不全により著明な羊水過少となった患者に対し、羊水注入・灌流を実施している。羊水過少により臍帯圧迫・四肢拘縮・肺低形成といった合併症が広く知られている。羊水注入・灌流により合併症の軽減が期待され、またPROM症例では灌流により子宮内の細菌や炎症性サイトカインを洗い流す事で妊娠継続効果が期待される。当院の羊水注入・灌流の近況について検討した。

【方法】羊水注入・灌流は、当院では18-24週を対象として実施している。2017年7月以降に当院で羊水注入・灌流を実施した患者のデータを診療録より抽出した。PROM群と、CAOS・絨毛膜下血腫(SCH)群(以下CAOS群)にわけ比較検討した。

【成績】上記期間に羊水注入・灌流を実施した患者は12例であり、PROM群が9例、CAOS群が3例だった。穿刺実施時の平均週数は21.6週(20-24週)であった。PROM群の多くは、羊水検査所見より著明な子宮内感染が示唆されていた。羊水注入・灌流実施から分娩までの日数はPROM群では平均11.4日(1-30日)であり、CAOS群では全例が穿刺当日に緊満増強し分娩に至った。PROM群の娩出理由は、陣発5例・clinical CAM3例・NRFS1例であった。新生児予後は、新生児死亡2例・慢性肺疾患6例・脳室内出血2例・PVE2例を認めた。

【結論】PROM群では、羊水注入・灌流による妊娠延長期間が平均11.4日であり、一定の効果が得られたと考えられる。SCH・CAOSといった子宮内に血腫を伴う症例では、穿刺により緊満増強を引き起こす可能性が示唆された。

15. 当院における HIV 感染妊娠 51 例の臨床的検討

国立病院機構 名古屋医療センター

熊澤詔子、東真規子、稲葉智子、中西 豊

【目的】本邦の HIV/AIDS 年間報告数は、2013 年の 1590 件をピークに横這いからやや減少傾向だが、依然として 2006 年以降 1300 件を超えている。感染者の大半は男性だが、女性の感染も認められ、HIV 感染妊娠、母子感染予防が重要な問題となっている。【方法】2006 年から 2018 年に当院で経験した HIV 感染妊娠 51 例について後方視的に臨床的検討を行った。【成績】複数回妊娠 13 名 31 妊娠を含む 33 名、延べ 51 例だった。33 名のうち日本人が 15 名で最多だった。全例、性交渉による感染が疑われ、自然妊娠により妊娠しており、妊娠によって HIV が発覚した症例も多く認めた。当院分娩が 28 例、妊婦健診のみ又は母体搬送が 7 例、流産・人工妊娠中絶が 16 例だった。当院分娩症例は全例帝王切開で出産、36 週で前期破水となった 1 例以外は選択的帝王切開を施行した。全例で妊娠中に cART (combination anti-retroviral therapy) を施行し、分娩前の血中 HIV RNA 量は検出感度以下となった。ガイドラインが変更された 2018 年以前は、分娩直前に AZT (ジドブシン) 経静脈投与を施行されていた。全例、児への AZT 投与、断乳を施行した。母児感染例はなかったが、当院分娩児に心房心室中隔欠損症、高位鎖肛、搬送例に多発奇形を各 1 例ずつ認めた。また、切迫早産入院 5 例、前期破水 1 例、絨毛膜羊膜炎による搬送例 1 例を認めた。【結論】当院で経験例では母児感染は認めなかったが、多様な国際情勢もあり、今後も HIV 感染妊娠は減ることはなく、母児感染予防対策を継続していく必要がある。

16. 産前腔分泌物培養にて MRSA 陽性であり、産褥期に同菌により toxic shock syndrome (TSS) を発症した 1 例

¹大同病院, ²同総合内科

高橋千晶¹、加藤奈緒¹、服部友香¹、境康太郎¹、加藤佑季²

[諸言]妊婦健診での後期腔分泌物培養スクリーニング検査で、MRSA (メチシリン耐性黄色ブドウ球菌) が検出されることは時折見受けられるが、特別な処置を行うことなく、通常の周産期管理を行っている。今回我々は、腔分泌物培養検査で MRSA 陽性を指摘され、産褥に同菌症により、toxic shock syndrome (TSS) を発症した症例を経験したため報告する。[症例]29 歳 1 妊 0 産。自然妊娠成立後、妊娠経過には異常を認めなかった。40 週 2 日に前期破水のため入院。40 週 3 日よりオキシトシン製剤にて分娩誘発を開始した。変動一過性徐脈が出現し、羊水混濁を認めたため、鉗子分娩にて児を娩出した。児は 3486g 男児、Apgar score 9 点 (1 分) / 10 点 (5 分) であった。会陰部 II 度裂傷に対し、縫合処置を施行した。分娩 24 時間後より発熱、全身性紅斑、頻脈、炎症反応上昇および血小板減少を認めたため、血液培養採取し、セフメタゾール投与開始。分娩 30 時間後には乏尿傾向、血圧低下、頻脈とショックバイタルを呈したため、外液負荷と昇圧剤投与を開始した。産前の腔分泌物培養検査にて MRSA 陽性であり、バンコマイシンを併用投与開始した。分娩 48 時間後には、体温のさらなる上昇と咽頭痛が出現。敗血症性ショックによる急性腎前性腎不全を伴った。分娩 80 時間後 (産褥 4 日目) には全身状態は改善傾向となり、産褥 6 日目には解熱した。産褥 9-15 日目までバンコマイシンをダブトマイシンへ変更投与後に退院となった。産褥の腔分泌物培養からは MRSA が検出され、血液培養は陰性であった。児は生後 1 日目に炎症反応上昇あり、入院管理となったが、いずれの培養検査でも有意菌の検出はなく、抗生物質投与で軽快した。[結語]腔培養スクリーニング検査で MRSA 保菌を指摘された場合は、周産期的処置や経過に留意して管理すべきであると考えた。文献的考察および当院で経験した MRSA 保菌妊婦 10 例の周産期経過と合わせて検討する。

第4群(1日目 15:20~16:10) 第2会場

17. 子宮内膜症・高度骨盤内癒着症例に対するロボット支援下手術の適応拡大

¹豊橋市民病院 産婦人科、²同総合生殖医療センター

河合要介¹、古井憲作¹、宮本絵美里¹、野崎雄揮¹、山田友梨花¹、窪川芽衣¹、植草良輔¹、國島温志¹、長尾有佳里¹、矢吹淳司¹、永井智之¹、梅村康太¹、岡田真由美¹、安藤寿夫²、河井通泰¹

【目的】

2018年4月に婦人科領域にロボット支援下手術が保険収載され、当院においても本格的に導入し約140例に本術式を施行した。当初は安全に導入するため症例を選択したが、最近では高難度症例に対しても徐々に適応拡大している。骨盤内癒着症例に対するロボット支援下手術の妥当性を明らかにするため、手術手技に関する検討を行った。

【方法】

da Vinci Si システムを用い右サイドドッキング法で、右手にモノポーラー鉗鉗子、左手にバイポーラー把持鉗子を基本としている。癒着によりポート設置困難な場合、挿入可能なポート部のみ設置しドッキングして剥離操作を行っている。

【成績】

癒着の有無は既往歴や術前画像よりある程度推測できるが、程度や範囲は正確に予測できない場合も多い。ロボット支援下手術特有の近接した視野にて、剥離する組織や層の確認が容易となる。その際、モーションスケールの対比を変更するとより精緻な操作ができ、手ぶれ防止機能の為、腸管に近接した処理をストレスなく施行可能である。把持鉗子の特性を認識し、腸管の圧排や把持は力の弱いインストゥルメントを用い、フットスイッチの踏み間違えには注意する。牽引力の強さを利用した剥離は出血を助長し視野が悪化するため避けるべきである。ロボット手術は感覚が無い為、術野の状況から牽引力を把握する必要があり、その感覚は腹腔鏡手術の経験が役立つ。手術精度、術野確保、出血コントロールにおいてアドバンテージがあるのみならず、施術者の肉体的負担軽減の可能性もある。

【結論】

高難度症例に対する安全なロボット手術の適応拡大には、基本的な技術を十分取得した上で、個人個人違うラーニングカーブを理解し、自分の技術を客観的に評価することが重要である。施設毎の適応と限界を明確にし、慎重な適応拡大をするべきである。

18. 回盲部に発生した腸管子宮内膜症の1例

¹名古屋掖済会病院 臨床研修センター、²同産婦人科

姜真以乃¹、橋本悠平²、篠田真実²、野崎雄揮²、鈴木邦明²、安藤万恵²、清水 颯²、藤掛佳代²、高橋典子²、三澤俊哉²

【緒言】繰り返す小腸イレウスを契機に発見された回盲部の腸管子宮内膜症の1例を経験したので報告する。【症例】36歳女性。0妊、既往なし。X-55日、月経3日目に腹痛・嘔吐で当院救急外来受診、CTより回盲部の腸管壁の肥厚を認め、口側の腸管拡張あり。MRIで両側卵巣に内膜症性嚢胞を認め、内診痛なし。小腸イレウスで消化器内科に入院となり、保存的治療で軽快しX-39日に退院した。その後、X日に月経3日目で同様の症状で来院し、小腸イレウスの再発で再入院、X+5日にイレウス管造影検査で回腸末端に狭窄を認め、X+8日の大腸内視鏡検査で回腸末端部の狭窄性病変を認めた。同部位の生検で異常所見はなかったが、クローン病が疑われたためX+19日に外科にて腹腔鏡下回盲部切除を行った。摘出した標本の肉眼所見では、回腸末端部と虫垂が癒着して一塊となっており、病理組織所見では、虫垂と回腸末端部の筋層内に子宮粘膜、間質組織に類似した組織が認められ、腸管子宮内膜症と診断された。癒着した漿膜に子宮内膜症の所見は認めなかった。術後経過は良好でX+25日に退院した。術後再発予防として、月経発来後よりリュープロレリン塩酸塩投与を開始し、今後はジェノゲスト内服に移行する予定である。【考察】腸管子宮内膜症は骨盤底部に近いほど発生頻度が高く、S状結腸から直腸70%、小腸7%、盲腸4%、虫垂3%という報告がある。初期には無症状のことが多いが、進行すると顕在化し、18-40%は月経周期に伴って増悪と軽快を繰り返す特徴がある。術前に腸管子宮内膜症と診断できることは困難で、炎症性腸疾患などとの鑑別に苦慮する場合が少なくないが、術前の時点で本疾患を考慮して外科と連携して手術を行ったという報告もあり、月経周期に連動した腸閉塞は腸管子宮内膜症を念頭に置き診療を進めるべきであると考えられる。

19. 月経時に播種性血管内凝固症候群を反復した子宮腺筋症の1例

愛知医科大学

岩崎 愛、松下 宏、岡本知士、守田紀子、吉田敦美、橘 理香、若槻明彦

子宮腺筋症は性成熟期の約 20%の女性に認められ、月経異常や不妊症の原因となる。一方、ごく稀ではあるものの、月経時に凝固線溶系が亢進し、播種性血管内凝固症候群 (DIC) を合併する症例が報告されており、腺筋症組織内でのフィブリン血栓形成の誘導がその発症に深く関与すると推測されている。今回我々は、月経時に DIC を繰り返して発症した症例を経験したので報告する。症例は 50 才、0 経妊、以前より子宮腺筋症の診断にて近医で外来経過観察されていた。2019 年 6 月の月経開始に伴い、腹痛と嘔吐、下痢を認め、前医へ救急搬送されたが対応困難にて、翌日当院へ転院搬送となった。血液検査では WBC20200/ μ L、Hb6.9g/dL、Plt8.5 万/ μ L、CRP14.7mg/dL、凝固系検査では、PT は延長し、FDP297 μ g/mL、D ダイマー110 μ g/mL と著明な上昇を、フィブリノーゲン、ATⅢは低下を認めた。また、高度な脱水と急性腎不全 (BUN38.6mg/dl、Cre3.43mg/dl) も認めたものの、血液培養を含め、各種培養検査で原因菌は検出されなかった。骨盤 MRI 検査では子宮前壁に大きな腺筋症の所見を認め、月経を契機に DIC を合併した子宮腺筋症と診断した。RBC 輸血、抗菌剤投与、補液にて全身状態は徐々に改善し、入院 14 日目には炎症所見や凝固系、腎機能は正常化した。子宮全摘術も考慮したが、本人と相談のうえ、GnRHa 療法後に子宮全摘術を予定して退院した。しかし、翌月の月経開始とともに同様の症状が出現し、炎症反応上昇、軽度の血小板低下と凝固系の異常を認め再入院した。抗菌剤と補液で全身管理を行い、病態の改善後、腹式単純子宮全摘術を行った。摘出子宮は 522g、病理組織検査で子宮腺筋症と診断されたが、炎症細胞の浸潤はなく、腹水培養と腺筋症剖面の培養も陰性で感染の所見は認めなかった。本症例のように、月経時に凝固線溶系の異常を伴う腺筋症症例は、月経開始とともに急激な病態の悪化を引き起こす可能性があり、慎重な管理が必要であると考えられた。

20. 妊孕性温存手術における深部子宮内膜症の手術戦略

常滑市民病院

黒土升蔵

[目的] 深部子宮内膜症 (deep infiltrating endometriosis: DIE) は、月経困難症や慢性骨盤痛、性交時痛など疼痛諸症状や不妊症との関連が指摘されている。DIE の摘出にあたっては、挙児希望症例では病変を可及的に摘出するとともに臓器を温存することが求められ、これにより①解剖学的歪みを矯正し臓器の可動性を良好にするとともに、②妊孕性に関わる子宮や付属器、排泄に関わる直腸や膀胱など、各臓器が担う機能が保持され、患者の QOL を保つことができる。

[方法] 当科では、ダグラス窩完全閉塞をきたしている DIE に対しては、系統的な摘出術を実践し標準化している。

[成績] その行程は、①尿管の同定、②岡林の直腸側腔を展開、③仙骨子宮靭帯の外側から尿管を分離、④直腸の大まかな輪郭の推定、⑤直腸腔間隙の側方部分の展開、⑥仙骨子宮靭帯の内側から、直腸を分離。ここまでの行程により、直腸の輪郭が明瞭化されると同時に、病変が中央の強い癒着部として残されるため、この病変を DIE と考えて、子宮後頸部に残してくるよう病変と直腸の間を鉗子で剥離しダグラス窩を開放。病変は仙骨子宮靭帯と子宮後頸部に集約されることとなり、術後の膀胱障害を避けるため、可能な限り仙骨子宮靭帯の外側で下腹神経叢を同定しその上縁で仙骨子宮靭帯、および子宮後頸部病変を切除する。臓器損傷、特に損傷リスクの高い直腸は、示指による直腸診とリークテストを必ず行い、損傷が確認された場合は、縫合修復しドレーンを留置する。

[結論] 本講演では、当院で行っている手術法についてビデオを供覧し詳細に報告する。

21. 子宮内膜症における疼痛症状への対応 -オプションとしての腹腔鏡下前仙骨 神経切断術-

常滑市民病院

黒土升蔵

【目的】腹腔鏡下前仙骨神経切断術（LPSN）は、月経困難症や慢性骨盤痛に対して実施される術式があるが、その有効性と合併症については controversial な側面があり、さらに本邦においては詳細なデータが少ない。

【方法】当院では、月経痛や慢性骨盤痛など疼痛症状が顕著でありながら、内診や経膈超音波検査、MRI などの画像診断において、ダグラス窩閉鎖などの重症な子宮内膜症所見を伴わない症例において、オプションとして LPSN を患者に提示している。

【成績】LPSN を行うに際しては、骨盤内の十分な解剖の理解が必要であり、また当科では切断する神経組織を採取して病理検査を行って確認を行っている。

【結論】本発表では当科で行っている LPSN について実際の手術映像を供覧して報告する。症例によっては本術式が極めて有効な場合があるため、本術式の症例を集積して、本邦において今後も議論する必要があると考えられた。

22. 高齢女性の生殖補助医療（ART）の現状 と課題 -高齢女性はいつまで治療を 続けるべきか-

医療法人成田育成会 成田産婦人科

佐藤真知子、石橋由妃、小澤明日香、浅野美幸、阿部晴美、辰巳佳史、伊藤知華子、大沢政巳、成田 収

【目的】近年女性の社会進出に伴い晩婚化が進み、40 歳以上の高齢女性の不妊治療が増加する傾向にある。わが国において、平成 29 年では、年間 448,210 周期の ART が施行され、そのうち 40 歳以上の治療周期数は、187,314 周期（41.8%）を占め、年々増加傾向にある。しかし、その生産分娩率は極めて低く、満足すべきものではない。今回我々は、当院における ART 治療を行った 40 歳以上の高齢女性について、治療総数、流産、生産分娩について検討を行った。

【方法】平成 27 年から平成 29 年の 3 年間に、40 歳以上で妊娠し出産した 181 症例を対象とし、妊娠出産に到達するまでの治療総数、流産、生産分娩等について検討した。

【成績】40 歳以上の採卵回数は、総数 2566 回、最多 28 回、平均 2.97 回であった。また、胚移植回数は、総数 2235 回、最多 21 回、平均 3.35 回であった。採卵回数、胚移植回数は 43 歳以上から急増し、平均採卵回数は 5.36 回、平均胚移植回数は 6.76 回であった。流産回数に関しては、40 歳以上では最多 8 回、平均 0.72 回であった。流産回数も同様に、43 歳以上で急増し、平均 1.08 回であった。

【結論】40 歳以上であっても、少ない採卵回数、胚移植回数で生産分娩に到達した人は多かった。しかしながら、年齢が上がるにつれて生産分娩に至るまでの総治療回数は増加傾向にあるため、なるべく早く ART を始めることが重要と考えられた。また、43 歳以上においては、生産分娩例はあるが、総治療回数や流産回数が大きく増加するため、治療前の十分な説明がより重要になると思われた。

第5群(2日目 9:50~10:40) 第2会場

23. 当院における GnRH アンタゴニスト製剤の使用経験について

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

黒田啓太、長船綾子、西野翔吾、鈴木祐子、可世木聡、松井純子、山本真一、梅津朋和

【緒言】子宮筋腫の内分泌療法には GnRH アゴニスト製剤が用いられていたが、一過性の E2 分泌亢進（フレアアップ）が問題とされていた。GnRH アンタゴニスト製剤は GnRH 受容体を直接拮抗することでフレアアップを回避することができるため、子宮筋腫に対する新たな治療薬として期待されており、当院でも 2019 年 4 月より使用可能となった。2019 年 4 月から 11 月の間に子宮筋腫に対して GnRH アンタゴニスト製剤を使用した症例の年齢、体重・BMI、症状、筋腫位置・大きさ・個数、基礎疾患や内服期間などにつき、止血を得られた症例（A 群）と得られなかった症例（B 群）について検討した。

【結果】症例は 32 症例、年齢は中央値 46（35-52）歳、A 群は 20 例、B 群は 5 例であった。7 例は処方中断となった。抗凝固薬を内服している症例は 3 例存在したがいずれも止血が得られた。A 群のうち 15 例は投与時の月経以降は出血を認めなかったが、5 例は投与後約 1 か月間少量出血が続いた。B 群は全例粘膜下子宮筋腫であり、大きさは中央値 45（27-88）mm であった。B 群のうち肺塞栓および全身血栓症がありヘパリン持続点滴を行っていた 1 例は粘膜下筋腫も 88mm と大きく多量出血が続いたため外科的治療介入を要した。残りの 4 例では、多量ではないが出血が持続し、2 例は出血が少量であるため内服を継続し、2 例は GnRH アゴニスト製剤に変更した。

【考察】本検討では重症貧血や粘膜下筋腫などのフレアアップによる多量出血を避けたい症例では有用であった。抗凝固薬を内服している症例でも止血には影響がなかった。

GnRH アンタゴニスト製剤は、粘膜下筋腫に使用しても多量出血はなくほとんどの症例で止血が得られるが、稀に出血が持続することがあり、そのような症例では薬剤の変更も検討される。

24. 腹腔鏡下单純子宮全摘術後に SIADH を発症した 1 例

三重県立総合医療センター

井澤美穂、田中浩彦、脇坂太貴、秋山 登、小田日東美、中野譲子、朝倉徹夫、谷口晴記

症例報告：今回我々は腹腔鏡下单純子宮全摘術後に SIADH（Syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone）発症した 1 例を経験した。症例は 70 才女性、153cm、51kg、3 経産婦。既往歴特記事項なし。高血圧症にて降圧剤内服中で不正出血を主訴に当科受診し経膈超音波で子宮内膜肥厚 20mm、骨盤造影 MRI で子宮内腔内に増強される腫瘤を認め、子宮体癌の疑いの診断。子宮内膜全面搔爬施行し子宮内膜増殖症の診断となった。不正出血も持続するため根治術として腹腔鏡下单純子宮全摘術を X 日に施行。手術時間 1 時間 59 分、出血量 16g。X+1 日目 全身状態、バイタルは安定も吐き気持続し食事摂取が少量であった。X+2 日目 バイタル著変なしで意思疎通もとれるが、全身倦怠感、口渇と四肢の筋力低下、震戦が出現。症状持続するため X+3 日目採血施行したところ血清 Na 濃度が 110mEq/L で重症低 Na 血症の状態であった。このため精査・加療を開始し尿透圧 570mOsm/kg、血漿浸透圧 223mOsm/kg、尿 Na 濃度 184mEq/L、IVC15mm で呼吸性変動認め、脱水所見を認めず。SIADH の診断基準を満たし、水分制限および Na 補正を開始。徐々に血清 Na は正常値まで回復するとともに症状改善し X+9 日目に退院。腹腔鏡下手術は低侵襲と言われているが、高齢者においては手術が SIADH 発症の契機となり得るため血清電解質検査を含めた症状精査・早急な対応が必要と考えられた。若干の文献的考察をふまえて、SIADH 症例につき報告する。

25. 腹腔鏡下手術における臍縦切開による創の満足度の評価

安城更生病院

松尾聖子、戸田 繁、板東真由子、松井真実、
神谷知都世、角 真徳、花谷菜也、中村拓斗、廣渡平輔、
傍島 綾、藤木宏美、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘

〔目的〕腹腔鏡下手術において臍縦切開は普及しているが、臍縦切開の整容性や満足度に関する研究は少ない。臍縦切開による創の満足度を調査することを目的とした。

〔方法〕2019年3月1日から2019年7月15日までに当院で腹腔鏡下手術を施行した患者を対象とした。第1トロッカーはすべて臍縦切開にてセミオープン法で挿入した。術翌日に疼痛の最強点、NRS (Numerical Rating Scale) を問診し、術後約3ヶ月で創に関するアンケート調査を施行した。

〔結果〕外科と合同手術をした1例を除外し、対象症例は15例であった。第1トロッカー挿入までの時間は 162 ± 140 秒、手術時間は 123 ± 56 分であった。疼痛の最強点は1人を除いて臍部であり、NRSの中央値は5(2~10)であった。3ヶ月後のアンケート調査では、臍の形が変化したと回答した患者が4名(26.7%)、創の満足度に関してどちらともいえない~不満と回答した患者が3名(20.0%)であった。創部の見た目に点数(10点満点)をつけていただいたところ、中央値8点(1点~10点)であり、7点未満の患者は4名(26.7%)であった。1点の患者1名と3点の患者1名を認めた。

〔結論〕臍の形が変化したと回答した患者が予想より多く、また満足でない、ないし点数が低い患者も多かった。腹腔鏡下手術は開腹手術よりは整容性にすぐれるという報告が多いが、評価は予想より低く、切開法について検討、変更が考慮される。

26. 当院での異所性妊娠の管理についての検討 -診断から腹腔鏡手術までの流れを中心に-

岡崎市民病院 産婦人科

水谷栄介、森田剛文、角 朝美、近田琴美、服部 恵、
今川卓哉、内田亜津紗、野坂和外、榎原克巳

(背景)異所性妊娠は日常診療においてしばしば遭遇する比較的若年者に多い疾患であり、時に緊急性を呈するが、超音波検査と血中hCG値だけでは確定診断に至らないことも多い悩ましい疾患でもある。当科では積極的にMRIを行い術前に妊娠部位を同定する努力を行うとともに、より低侵襲な腹腔鏡手術(3mm鉗子やreduced port)を提供することで患者負担を軽減するように努めている。今回当科における異所性妊娠に関する症例を後方視的に検討し、その管理内容を検証した。

(方法)2014年4月から2019年10月までに当院で異所性妊娠の疑いと診断され入院管理となった症例のうち、MRIの有無、子宮内容除去術の有無、血中hCGの推移、手術療法の有無(腹腔鏡下手術もしくは開腹手術)につき後方視的に検討した。

(結果)調査における約5年間で、異所性妊娠疑いの診断で入院となった症例は147例であった。そのうち88例(59.9%)で腹腔鏡下手術、27例(18.4%)で開腹手術を行った。MRIを撮像した症例は83例(56.5%)であり、その診断率は84.3%であった。診断のために子宮内容除去術を先行して行った例は8例(5.4%)で、そのうちの2例でその後に腹腔鏡下手術を行った。また、腹腔鏡検査を1例で行った。緊急手術となった症例のなかには腹腔内大量出血を認め輸血を施行したものもあったが、全ての症例で血中hCG値の陰性化を確認し、重大な合併症を生じた症例は認めなかった。

(考察)異所性妊娠は診断が難しく、緊急度の高い状態を起こしうる疾患でもある。症状の比較的安定した症例に対してはMRIや血中hCG値、子宮内容除去術などの検査結果と、低侵襲かつ骨盤内観察力に優れた腹腔鏡下手術を組み合わせることで、診断の難しい異所性妊娠による腹腔内大量出血などを、未然に回避した安全な管理が行えると考える。

27. 当院の腫大子宮に対する鏡視下子宮全摘術の検討

藤田医科大学産科婦人科学教室

三木通保、西澤春紀、大脇晶子、金尾世里加、伊藤真友子、市川亮子、鳥居 裕、宮村浩徳、大谷清香、野村弘行、西尾永司、廣田 穰、藤井多久磨

【目的】

近年、全科的にロボット支援下手術も含めた鏡視下手術が普及して来ている。産婦人科領域においても以前の生殖領域のみならず、良性疾患から悪性疾患まで、鏡視下手術が順次、保険収載され、全国で施行されている。一方で良性疾患において、特に腫瘍性増殖のサイズが他科領域よりも大きい婦人科腫瘍では、鏡視下手術の適応が困難である場合も多く、現在も施設によって手術適応が異なり、今なお問題となっている。

今回、サイズの大きい良性婦人科腫瘍（主に子宮筋腫）に対する子宮全摘術について、当科での経験例を含め、検討した。

【方法】

当院及び関連病院で2010年04月から2019年11月までに施行した鏡視下子宮全摘術を対象に、手術時間及び出血量、合併症について検討した。具体的には摘出子宮重量（40g～1650g）を500g以下（350例）と500g以上（115例）の2群に分類し、手術成績を比較検討した。

【成績】

500g以下の群では平均手術時間は210.3分、平均出血量は80.4ml、平均重量は266.1gであった。500g以上の群では平均手術時間は245.9分、平均出血量は189.5ml、平均重量は713.8gであった。合併症は両群間で差を認めなかった。

【結論】

既報の通り、摘出子宮重量の増加は出血量の増量や手術時間の延長につながると考える。一方で合併症の増加も無く、手術適応として問題無いと考える。当院の腫大子宮の摘出の工夫や文献的考察も併せて提示する。

28. 新しい子宮鏡手術機器「Intrauterine BIGATTI Shaver (IBS®)」の使用経験

常滑市民病院

黒土升蔵

[症例] 新しい子宮鏡手術機器「Intrauterine BIGATTI Shaver (IBS : カールストルツ社)」は、先端の外筒と内筒の回転により、表面から隆起する腫瘍をシェーピングするように切除吸引するものであり、従来のバイポーラやモノポーラと異なり子宮内膜に熱損傷を与えることなく切除可能であることが最大の特色といえる。先端径は6.3ミリと細く、子宮頸管の拡張を要さずに使用することも可能である。子宮内圧を監視する灌流装置の元で、安全に執刀を行うことができる。使用する灌流液も安価な生理食塩水であり経済的である。

当院では、IBSを臨床応用し検討を行っているが、とりわけ子宮内腔癒着に対して有効であった症例を通してIBSの使用経験について報告する。

[結論] 子宮鏡手術のラインナップとして、IBSは普及していくと考えられ、特に子宮内膜に熱損傷を与えないという愛護的な観点から、今後生殖医療における有用性が示唆され、その治療成績の検討が求められる。

第 6 群 (2 日目 10:40~11:30) 第 2 会場

29. 子宮動静脈奇形の 1 例

¹ 聖霊病院、² 飯田レディースクリニック、
³ 名古屋市立大学病理

足立 学¹、吉田誠哉¹、荒木雅子¹、千原 啓¹、
飯田忠史²、稲垣 宏³

【序文】子宮血管病変は稀であり、鑑別診断が比較的困難で、確定した治療ガイドラインも存在しない。今回我々は最終的に子宮動静脈奇形と診断したが、診断にやや苦慮した症例を経験したので若干の文献的考察を交えて発表する。【症例】症例は 40 歳 G (4) P (2) AA x 2 既婚。既往は甲状腺機能亢進症 (他院内科でのチアマゾール 10mg/日でコントロール良好)、ピリン系に薬剤アレルギーあり、特記すべき家族歴無し。徐々に悪化する過多月経と月経痛を主訴に近医を受診し、子宮底の豊富な血流を指摘 (以前の妊娠中のエコーでは異常無し)。LEP 処方開始されて月経痛症状は軽快したが、過多月経は時に貧血に陥りコントロール良好と言えず。精査目的で 2017 年 5 月当院紹介されたが自己都合でなかなか受診せず、2019 年 5 月になり漸く当院初診。当院でのエコーにても豊富な血流を確認。造影 MRI にて動脈相での拡張した血管を指摘。静脈相では血流目立たず。年齢より LEP の長期投与は不向きで挙児希望もない事から、症状軽減目的、鑑別診断と、万一この血流豊富な血管が破綻した場合の大出血のリスクを考慮し子宮摘出を薦め同意を得たので、入院し LAVH 施行。子宮のサイズの割に血流が豊富でその対処に術中やや苦慮した。経過良好で約 1 週後退院。以後の経過は順調。摘出した子宮は底部筋層切断面に肉眼ではっきり同定できるほどの直径 (2mm 程度) の血管を認めた。病理検査では子宮底部のみ動脈が豊富で断面積が正常を大きく超えて拡大していたが、内皮細胞に異常なし。同部位の静脈の拡張を認め動静脈奇形と診断して矛盾しない所見だった。【結語】子宮血管病変は鑑別診断が困難で、必ずしも侵襲的治療の必要もない。よって症状・年齢・挙児希望有無等で個別に治療法を本人と相談し決定するしかないと思われた。

30. 血管内治療による止血術で開腹手術を回避できた症例についての検討

¹ 江南厚生病院、² 同放射線科

亀谷美聡¹、神谷幸余¹、近藤恵美¹、小笠原桜¹、
小崎章子¹、水野輝子¹、松川 泰¹、熊谷恭子¹、
木村直美¹、池内政弘¹、樋口和宏¹、高石 拓²、
坂東勇弥²、鈴木啓史²

【目的】当院では、2017 年 1 月から放射線科常勤医が複数在籍し積極的に interventional radiology (IVR) による血管内治療を開始した。産婦人科大量出血への止血術は、血管内治療と手術の 2 つの選択肢があるが、当院で血管内治療を行い、手術を回避できた症例を多数経験したので、その適応と治療効果について検討した。【方法】産婦人科大量出血に対する血管内治療は、出血に対する動脈塞栓術による止血、出血を予防するバルーン閉塞術の 2 つに分けられる。2017 年以降に当院産婦人科で IVR を行った症例は計 22 件あり、そのうち分娩後大量出血などの産科疾患が 8 件、子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術 6 件、婦人科術後の腹腔内出血が 1 件、大動脈遮断カテーテル下での帝王切開が 5 件であった。これらの症例の IVR 開始までの時間、IVR 前後の出血や合併症、輸血の有無について分析した。【成績】いずれの症例でも IVR 後の出血コントロールは良好であり、IVR 後に手術に移行した症例は無く、開腹での血腫除去術や子宮摘出を回避することができた。合併症は軽度の皮下出血や腹痛のみであり、大きな合併症を認めなかった。【結論】産科出血は持続すると DIC に移行し重篤化する危険性が高いため、動脈塞栓・手術いずれの治療も適応となり得る場合は、迅速に確実に止血可能な手技を選択する必要がある。今回の検討で、症例によっては手術と比較し IVR は合併症が少なく迅速性や侵襲性の面で優れていると考えられ、また繰り返し施行できる可能性があることも利点として考えられた。出血に対して迅速に対応できるよう、普段から大量出血時のプロトコルの作成と周知を行い、IVR が無効だった場合は迅速に開腹術に切り替えられるよう、放射線科と産科、麻酔科との連携が重要である。

31. 帝王切開癒痕部妊娠に対し子宮温存治療後に妊娠分娩に至った2例

名古屋第一赤十字病院

黒柳雅文、齋藤 愛、荒木 甫、浅野早織、朝比奈録央、正橋佳樹、江崎正俊、奥原充香、溝口真以、木村晶子、夫馬和也、西子裕規、栗林ももこ、手塚敦子、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

【緒言】近年、帝王切開癒痕部妊娠 (cesarian scar pregnancy:CSP) は出産年齢の高齢化に伴う帝王切開率の上昇のため、増加傾向にあると言われている。本疾患に対する子宮温存治療の報告も散見されるが、標準的な治療方法は確立していない。また CSP 治療後の妊娠出産報告は少なく、各治療法その後の妊娠へのリスクも明らかではない。今回我々は 2010 年から 2019 年の期間で 9 例の CSP に子宮温存治療を行い、異なる治療法後に自然妊娠し、予定帝王切開にて分娩に至った 2 例を経験したので報告する。【症例】症例 1: 37 歳、第 1 子を帝王切開で分娩。2 回目は 24 週 IUFD の診断で TOLAC 施行し、癒着胎盤を認めた。3 回目は帝王切開で分娩。4 回目の妊娠 9 週時に血中 hCG 3350mIU/ml とすでに低下傾向ではあったが、CSP の診断で当院紹介。膀胱側筋層の菲薄化が著明で、血流も豊富であり両側子宮動脈塞栓術を施行。1 ヶ月後に子宮動脈からの再開通を認め GnRHα を併用して経過フォローし、血腫の消失を確認した。1 年後に自然妊娠に至るも、子宮下部妊娠であり胎囊辺縁は癒痕部に接していた。子宮破裂のリスクが高く妊娠 26 週より管理入院とした。妊娠 28 週時の MRI で胎盤が前回切開創を覆っていないことを確認し、妊娠 36 週に帝王切開にて分娩となった。症例 2: 34 歳、第 1 子を帝王切開で分娩。2 回目の妊娠 6 週時に血中 hCG 77100 mIU/ml、CSP の診断で当院紹介。メソトレキセート (MTX) 50mg/m² をエコーガイド下に局所注射し、day 8 に同量を全身投与した。1 年後に自然妊娠に至り、癒痕部から離れた正所性妊娠の診断。順調な経過が得られ、妊娠 38 週に帝王切開にて分娩となった。【結論】CSP に対する子宮温存治療後の妊娠においては、着床部位の診断と帝王切開癒痕部の筋層の評価が重要であり、慎重な周産期管理が必要である。

32. 初潮前に発見された自律性反復性卵巣嚢胞の1例

中部労災病院 産婦人科

佐野友里子、橋本茉莉、日比絵里菜、大岩絢子、関谷敦史、渡部百合子、藤原多子

【緒言】自律性反復性卵巣嚢胞はホルモン産生疾患であり、思春期早発症を引き起こす原因の 1 つである。今回我々は乳頭痛を契機に発見された自律性反復性卵巣嚢胞の 1 例を経験したため報告する。

【症例】症例は 6 歳 8 か月の女兒。2 週間前からの乳頭痛を主訴に当院を紹介受診された。両側乳頭は腫大し、Tanner 2 度であった。その他の身体所見に異常は認めず、活気も良好であった。初潮は未発来であった。血液検査所見では LH 0.02mIU/ml、FSH < 0.05 mIU/ml と低値であり、E2 712.0pg/ml の異常高値を認めた。E2 によるネガティブフィードバックによって LH、FSH がともに抑制されていると考えられ、また身長増加促進や骨年齢促進もないため、二次性思春期早発症と診断された。腹部超音波検査では子宮はやや小さめで、右卵巣に 40mm の単卵性嚢胞を認めた。以上の所見より自律性反復性卵巣嚢胞を強く疑い、経過観察とした。2 か月後には卵巣嚢腫は消失し、ホルモン値は正常化し、乳房腫大も消失した。現在まで再発なく経過している。

【考察】前思春期年齢の女兒の乳頭痛の多くは生理的な乳房発達に伴う変化であり、特に問題にならないことが多い。しかし 7 歳 6 か月未満で乳房発達を認める場合は思春期早発症などのホルモン異常を伴う可能性があるため、精査が必要である。自律性反復性卵巣嚢胞は、本症例のように自然消失することが多いが、エストロゲン分泌亢進の反復により中枢の成熟を早めゴナドトロピン依存性思春期早発症に移行することもあるため、今後も慎重にフォローを続けていく必要がある。

33. 残存虫垂炎による骨盤内膿瘍が婦人科臓器に波及し、子宮穿孔による急性腹症を来した1症例

¹大雄会総合病院 産婦人科、
²愛知医科大学 産婦人科学講座

岡崎友里¹、櫻田昂大²、嶋津光真¹、今永弓子¹、
南谷智之¹、岡 京子¹、中村真弓¹、西川有紀子¹、
坂井啓造¹、中北武男¹

【緒言】残存虫垂炎による子宮穿孔というまれな病態を経験したため報告をする。

【症例】70歳女性。2妊2産（帝王切開歴あり）、14歳時に急性虫垂炎にて虫垂切除術の既往あり。コントロール不良な糖尿病があったが、治療アドヒアランス不良であった。1か月前頃より下腹部痛を自覚していた。症状増悪したため救急車で当院救急外来に搬送され、初診となった。造影CT検査にて虫垂に膿瘍性病変を認めたため外科コンサルトとなったが、虫垂切除の既往があるため虫垂膿瘍は否定的との判断となり、卵巣膿瘍を疑われて当科コンサルトされた。【経過】骨盤内炎症性疾患として、同日当科へ緊急入院となった。HbA1c 14.9%と血糖コントロールが不良なこともあり、まず抗生剤による保存的加療を行う方針となった。入院後7日目には解熱、14日目には下腹部症状も軽度となり、食事摂取良好、入院時CRP16mg/dlから0.79mg/dlへ低下し、血糖コントロールも良好となったため、根治目的の開腹手術となった。開腹所見は大網、子宮前壁、右骨盤腔が癒着で一塊となっており、癒着剥離中に嚢胞内から黄白色内容液が流出し、膿瘍と考えられた。左付属器は正常大であった。子宮及び両側付属器摘出を行い、子宮を観察すると体部筋層に穿孔を認めた。回腸・盲腸・大網の癒着について外科応援を依頼し、残存虫垂根部の膿瘍形成による癒着、その炎症波及による子宮穿孔と診断した。外科医師により癒着剥離術、残存虫垂切除術施行され、手術終了となった。病理組織診断は、急性虫垂炎及び膿瘍形成、子宮、両側付属器への炎症波及による膿瘍形成との結果であった。術後経過は良好で、術後7日目に血糖コントロールのため当院内分泌内科へ転科となった。

34. 頸管拡張操作による子宮穿孔後、経膈分娩に至った一例

名古屋大学

渡邊絵里、中村智子、邨瀬智彦、大須賀智子、後藤真紀、
今井健史、吉川史隆

【諸言】頸管拡張は日常臨床で行われることの多い操作である。今回、頸管拡張時の子宮穿孔後自然妊娠した1経産婦で、帝王切開が予定であったが、偶発的に経膈分娩に至った症例を経験したため、報告する。

【症例】29歳、G1P1（NVD）

【既往歴】メニエール病

【現病歴】右卵巣に5×3及び3×2cmの二房性子宮内膜症性嚢胞を認め、当院紹介となった。2か月間ジェノゲスト内服後、腹腔鏡下卵巣腫瘍核出術を施行した。術中、マニピュレーター挿入のため、ヘガールにより子宮頸管拡張を行っていた際に、右卵管間質部付近の子宮後壁に穿孔を認めた。卵巣嚢胞核出後に穿孔部位を単結紮2回で縫合し、手術を終了した。術後本人、家族に術中所見及び、6か月間の避妊、次回分娩時には帝王切開が推奨されることを説明した。術後のフォローでは、穿孔部位に筋層の欠損などは認めなかった。手術13か月後、妊娠反応陽性のため当院を受診された。受診時妊娠6週であったが、診察時、および以降の健診でも子宮に異常所見を認めず、分娩様式は帝王切開とすることで同意を得ていた。妊娠37週6日選択的帝王切開術予定のため入院したが、翌日未明に陣痛が発来、急速に進行し、経膈分娩となった。児は女児で、出生体重3340g、APS8/9であった。分娩経過中胎児心音低下は認めず、超音波検査上、腹水増加や筋層の異常は指摘できなかった。産褥7日目に施行したMRI検査で、穿孔部位の同定は困難であった。

【考察・結語】子宮穿孔後に経膈分娩に至った症例を経験した。子宮内処置に伴う子宮穿孔後の分娩様式は、子宮破裂予防の観点から、帝王切開術が選択されることが多いが、子宮破裂の原因としては帝王切開や子宮筋腫核出術が多く、器械操作による子宮穿孔後の子宮破裂の報告は非常に少ない。子宮穿孔後の妊娠における分娩を含めた管理について、文献的考察をふまえ報告する。

第7群(2日目 13:00~14:00) 第1会場

35. 肝梗塞を発症した抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の1例

岡崎市民病院 産婦人科

服部 恵、角 朝美、近田琴美、水谷栄介、今川卓哉、内田亜津紗、野坂和外、森田剛文、榊原克巳

〔諸語〕抗リン脂質抗体症候群 (APS) は抗リン脂質抗体 (aPL) に起因する自己免疫性疾患で、しばしば動脈血栓症、習慣流産、妊娠高血圧症候群を契機に発見される。周産期の標準治療は低用量アスピリン+未分画ヘパリン療法とされているが反応性は様々で、妊娠経過中に子宮内胎児死亡、胎児機能不全、重症妊娠高血圧症候群などを発症することがある。特に aPL の 3 種陽性例、ループスアンチコアグラント (LAC) 陽性例、全身性エリテマトーデス合併例では HELLP 症候群や全身性血栓症を発症し重症化することがあり、より慎重な周産期管理が必要となる。今回我々は妊娠経過中に肝梗塞を発症した APS 合併妊娠の 1 例を経験したため報告する。〔症例〕31 歳, G1P0. aPL の 3 種陽性, LAC 陽性の APS であったが血栓症の既往もなく当院血液内科で定期通院となっていた。自然妊娠され当科へコンサルトとなり初期より低用量アスピリン+未分画ヘパリン療法が開始となった。単一臍帯動脈を認めたが妊娠経過に異常は認めなかった。1 週間前より背部痛を自覚し、増悪してきたため妊娠 32 週 6 日に受診された。血液検査で AST 341U/L, ALT 586U/L, LDH537U/L, 血小板 $9.5 \text{ 万}/\mu\text{L}$ を認め、HELLP 症候群疑いで緊急帝王切開となった。術直後の造影 CT 検査で広範な肝梗塞を認め、抗凝固療法が開始された。AST/ALT, 血小板減少は自然経過で軽快し肝梗塞巣も拡大を認めなかった。現在はワーファリンの内服で外来通院となっている。〔結語〕APS 合併妊娠は時に重症化し HELLP 症候群や全身性の血栓症などを発症することがある。全身性の血栓症では脳血管障害、心筋梗塞、腸間膜動脈血栓症、深部静脈血栓症などの発症が報告されており慎重な周産期管理が必要となる。

36. 筋腫合併妊娠において子宮捻転を引き起こした 2 症例

小牧市民病院

関 友望、伊藤由美子、秋田寛佳、千田康敬、藤井詩子、池田沙矢子、佐野美保、森川重彦

〔緒言〕子宮捻転は子宮が長軸に沿って 45 度以上回転した状態と定義され、比較的稀な疾患であり妊娠末期におこりやすいとされる。帝王切開時に判明した筋腫合併妊娠の子宮捻転を 2 例経験したため報告する。

〔症例 1〕34 歳, 1 妊 0 産。妊娠初期より 11cm 大の子宮筋腫を指摘。妊娠 31 週以降骨盤位不変のため、妊娠 38 週 4 日予定帝王切開術を施行。開腹後、子宮が約 180 度捻転していることが発覚。子宮体下部後壁を横切開し児を娩出。術後経過は良好で退院後に MRI 検査を施行。最大 12cm の多発子宮筋腫を認めた。分娩から 2 年 3 ヶ月後、妊娠反応陽性で受診。前壁に 7cm 大の子宮筋腫を指摘。妊娠 37 週 0 日、予定帝王切開術を施行。子宮の捻転は認めなかった。筋腫は自然に 5cm 大まで縮小。その後受診をされていない。

〔症例 2〕36 歳, 1 妊 0 産。体外受精-胚移植法で妊娠成立し帰省分娩のため妊娠 19 週で当院へ紹介。経腹超音波で左底部に $8 \times 10 \text{ cm}$ 大の子宮筋腫を指摘。再診時は妊娠 33 週、左側壁に 8cm 強の子宮筋腫を認めた。児頭骨盤不均衡のため、妊娠 41 週 0 日に帝王切開術を施行。開腹後に子宮が約 135 度捻転していることが発覚。視野が確保できる範囲で子宮体右下部後壁を逆 J 字型に切開し児を娩出。帝王切開後、母子ともに経過良好で術後 6 日目に退院。子宮筋腫は今後外来フォロー予定となっている。

〔結語〕貴重な症例 2 例となったが、特異的な自覚症状も認めず、術前に子宮捻転を予測するのはかなり困難であった。妊娠初期に 10cm 前後の子宮筋腫が認められた場合は、子宮との位置関係を把握し妊娠経過を追っていくことが重要と考えられる。

37. 診断に苦慮した筋強直性ジストロフィー合併妊娠の一例

大垣市民病院 産婦人科

中尾優里、勅使河原利哉、重山宗久、市田啓佑、
江坂有希恵、石井美佳、古井俊光

【緒言】筋強直性ジストロフィー（MD）とは成人で最も頻度の高い筋ジストロフィー症であり、筋強直および筋萎縮を特徴とする。現在、切迫早産の治療として広く使用されているリトドリン塩酸塩は、MDの患者に使用した場合横紋筋融解を起こす可能性があり、それを契機に診断に至る症例が報告されているが、当院では2018年以降リトドリンによるlong tocolysisを行っていない。今回、切迫早産で入院中、CK上昇を契機にMDの診断に至った一例を経験したので報告する。【現病歴】28歳女性。1経妊0経産。既往に甲状腺機能低下症あり。初診時よりチラージン50 μ g/日を定期内服していた。妊娠26週0日、腹部緊満感あり受診。経膈超音波にて頸管長21mmと短縮傾向を認め、胎児心拍モニタリングでは不規則な子宮収縮を認めた。羊水過多は認めなかった。母体血液検査にてCK927IU/lと上昇を認めた。プロゲステロン膈錠200mg/日およびニフェジピン40mg/日にて入院管理を開始した。CK上昇について甲状腺機能低下症の影響を考え、チラージン50 μ gから100 μ gに増量したところ、CK58IU/lまで低下を認めた。しかし、その後羊水過多及び再度CKの上昇を認めたため、MD合併妊娠の可能性を考えながら、母体にMDを疑う兆候は認めなかった。妊娠30週0日、子宮口開大及び規則的な子宮収縮を認めたため、骨盤位の適応で緊急帝王切開術を施行した。児は1459g、apgar score3/7、出生時より筋緊張、自発呼吸弱く、NICUに入院となった。遺伝子解析により母児共にMDと診断された。【考察】MDは羊水過多やリトドリンの使用による横紋筋融解症などで妊娠中に初めて診断される場合が多く報告されているが、母体に特徴的な症状を認めない場合でもCK上昇を認めた場合は鑑別診断に入れる必要があると考えられる。

38. Rastelli 術後妊娠の1症例

三重大学医学部附属病院

戸枝 満、榎本紗也子、古橋芙美、高倉 翔、
二井理文、田中佳世、鳥谷部邦明、田中博明、池田智明

【目的】Fallot 四徴症のうち、肺動脈閉鎖を伴う場合は極型 Fallot 四徴症と呼ばれる。極型 Fallot 四徴症は、心内修復術に加えて、人工導管を用いて、右室流路である主肺動脈の再建が必要である。Rastelli 術後の妊娠では、心内修復術後であることに加え、人工導管を用いた血栓のリスクなど特有の合併症の危険を有する。Rastelli 術後妊娠の1症例を経験したので、妊娠・分娩・産褥管理について報告する。【症例】31歳、初産婦。極型 Fallot 四徴症に対して4歳時に Rastelli 術を施行されていた。また、持続性心室頻拍の適応で、27歳で植え込み型除細動器植え込みも施行された。31歳に自然妊娠した。動脈血栓予防のため、アスピリンを妊娠時から36週まで内服を継続した。妊娠27週より入院管理とし、心エコー、ホルター心電図による心機能の評価を行い妊娠継続した。妊娠期間中はソタロール、メキシレチンの抗不整脈薬の投与を継続し行い、妊娠28週よりBNPの上昇、下肢浮腫が出現したため、スピロラクトン、アゾセミドの内服を開始した。妊娠後期の右心不全兆候は、心エコー上のTRPGは36-46mmHgで推移していた。硬膜外麻酔併用での分娩を予定し、自然陣痛発来を待機していたが、妊娠38週に胎児の高度徐脈を認め、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開での娩出となった。その後の産褥経過では下肢浮腫の増悪、体重の増加を認めたため利尿薬の調整を行ったが、心エコー上は心機能の増悪を認めず経過した。【結論】本症例は、特に肺動脈弁(人工弁)逆流による右心不全と不整脈の増加、人工導管部の血栓形成に留意しながら、重大な心血管イベントなく経過した。先天性心疾患術後妊娠は、疾患特性・術後の心機能状態が様々であり、個別に管理のための設定が必要である。今後、医療進歩により、増加することが予想される先天性心疾患術後妊娠の更なる症例蓄積が必要である。

39. 愛知県下における精神疾患合併妊娠に対するアンケート調査

名古屋大学

藤田 啓、森山佳則、牛田貴文、今井健史、小林知子、小谷友美、吉川史隆

【目的】妊産婦死亡や児の虐待などに対する社会的関心も高まり、「地域における切れ目のない支援」体制の構築が求められている。国の指針としては周産期母子医療センターでの精神疾患合併妊娠の管理となっているが、愛知県では精神疾患合併妊娠の入院受け入れ可能な施設は大学病院等に限られ、周産期母子医療センターの大半で精神科病棟を併設していないのが現状である。今回我々は愛知県下の精神疾患合併妊娠の管理の実態、問題点を明らかにすることを目的とした。【方法】愛知県内の分娩施設、NICU 併設小児科施設、不妊治療施設を対象に平成 28 年 4 月 1 日から平成 31 年 3 月 31 日の 3 年間に於いてアンケート調査を行った。【成績】分娩 128 施設中回答が得られたのは 119 施設 (93%)。期間中の愛知県全体の 180222 分娩の半数以上 (56.6%) が開業医であった。地域周産期でも精神科や SW が不在の施設があった。精神科が無い施設において大学病院に紹介する施設が多いが、症状や内服の有無で判断し自施設で管理する施設も多数みられた。精神科入院となった患者数は 3 年間で 82 人 (0.05%) であった。また、精神疾患合併妊娠で NICU 入院となった児は 126 人 (0.07%) であった。不妊治療施設においては精神科通院中の患者であれば全施設で精神科施設と連携するが、精神疾患既往のみでは精神科と連携しない施設が 22% 見られた。その他、各施設のコメントにて患者の精神科受診拒否、近医精神科との連携困難の意見が挙がった。【結論】精神疾患合併妊婦は多職種による連携が望ましいが、併設する施設数に限界があり、現場で対応が苦慮されている実態が明らかとなった。今後はより具体的な数を把握するために前方視的調査が必要と考えられるため、本結果を行政、精神科と共有しながら、愛知県下においてより適切な体制構築について検討していく予定である。

40. 甲状腺機能亢進症を伴う重症妊娠悪阻によって判明し PMD と鑑別を要した前置胎盤合併部分胎奇胎の一例

¹ジュンレディークリニック安城、

²京都山城総合医療センター

前田和則¹、川俣まり²、澤田重成²、北岡由衣²

[緒言]部分胎奇胎は妊娠初期に稽留流産の転帰となることが多く中期まで生存することは希である。今回我々は甲状腺機能亢進症を伴う重症妊娠悪阻にて近医より紹介され胎児の全身の皮下浮腫を認め PMD (間質性異形成胎盤との鑑別を要した前置胎盤合併部分胎奇胎を経験したので報告する。[症例]35 歳 1P、体外受精にて妊娠し 9 週で近医産科クリニックを受診、悪阻症状の増悪および甲状腺機能亢進症、肝機能上昇を認め総合病院へ紹介となった。初診時(12 週 6 日)血中 HCG671462mIU/ml、AST105IU/l、ALT137IU/l、F-T3 22.6pg/ml、F-T4 7.55ng/dl と上昇し胎児エコーで全身の皮下浮腫を認めた。内科併診入院とし輸液およびポピドンヨード投与等の治療により症状が軽快してきたため胎児染色体異常の精査目的に初期胎児診断専門クリニックに対診した。エコーでは NT5.6mm の全身の浮腫および尾骨低形成、三尖弁逆流(+)、前置胎盤、胎盤全域にわたっての嚢胞を認め CVS を実施、三倍体 (Triploidy) の診断を得て部分胎奇胎と診断した。母体の健康を考慮し中絶を希望された為 RBC6 単位を準備の上 15 週 4 日で Termination を実施し多量の出血と RBC2 単位の輸血を要したが無事退院した。その後 HCG、甲状腺機能、肝機能は軽快し HCG も順調に低下した。

[結論] 甲状腺機能亢進症を伴う重症妊娠悪阻によって紹介され妊娠中期まで継続した部分胎奇胎を経験した。間質性異形成胎盤および双胎一胎奇胎との鑑別には CVS およびエコーによる胎盤の観察が有用と考えられた。

41. 一過性大腿骨頭萎縮症合併妊娠の一例

名古屋第二赤十字病院

近藤友香里、加藤紀子、梶健太郎、服部 渉、白石佳孝、鈴木美帆、小川 舞、波々伯部隆紀、林 和正、茶谷順也、山室 理

【緒言】一過性大腿骨頭萎縮症は妊娠後期に一過性の股関節痛と骨萎縮が出現する疾患である。今回我々は、鼠径部痛を主訴に来院し、産後に症状と骨萎縮の改善を認めた一例を経験したので報告する。【症例】35歳、1妊0産。妊娠30週頃より、右鼠径部痛が出現。妊娠32週0日に痛みが増強し歩行困難となり、前医に入院した。疼痛が改善せず、妊娠32週3日に近医整形外科を受診しMRI検査を行ったところ、一過性大腿骨頭萎縮症が疑われ当院に搬送となった。免荷で疼痛なく股関節の屈曲は可能であった。超音波検査で児は骨盤位、発育は週数相当で、明らかな形態異常は認めなかった。レントゲン検査では骨折等の所見なし。MRI検査では両側大腿骨頭から骨幹端、近位骨幹部の骨髄にT1強調画像で低信号、T2強調画像脂肪抑制で高信号を呈し、一過性大腿骨頭萎縮症と診断した。整形外科と協議し、骨折予防のため床上安静で管理とした。妊娠37週に帝王切開術を予定していたが、床上安静による母体ストレスと不眠が徐々に増悪し、うつ症状が出現したため妊娠36週1日に選択的帝王切開術となった。児は早産児、低出生体重児のためNICUに入院となった。産後はオランザピンを使用し、術後1日目から松葉杖歩行を開始し、術後8日目にリハビリ転院となった。産褥1ヶ月では自立歩行可能であった。【結論】一過性大腿骨頭萎縮症の原因は、現在のところ定説がない。妊娠女性では、妊娠子宮による骨盤部の静脈血管の物理的圧迫で還流異常が起これ、骨髄浮腫となることが一因と考えられている。治療は免荷などの保存療法のみで数ヶ月で自然治癒することが多く、本症例も産後5ヶ月で撮影したMRI検査で大腿骨頭萎縮は改善していた。妊娠中に股関節痛を訴えた際は、本疾患を念頭に置き、他科との綿密な連携を図り、診断及び治療方針を決定することが必要である。

42. 脳梗塞治療中に発見された子宮体癌の一例

中部ろうさい病院

風岡幸希、橋本茉莉、日比絵里菜、関谷敦史、渡部百合子、藤原多子

【緒言】Trousseau 症候群とは悪性腫瘍に合併する凝固亢進状態あるいは汎発性血管内凝固症候群とそれに伴う遊走性静脈炎のことである。しばしば脳梗塞発症を契機に悪性腫瘍が発見されることがあり、婦人科悪性腫瘍が原因であることも多い。今回我々は、脳梗塞治療中に発見された子宮体癌で Trousseau 症候群と鑑別を要した1例を経験した。

【症例】58歳0妊0産。閉経55歳。身長167cm、体重70kg、BMI=25.1 kg/m²。既往に統合失調症あり。1年ほど前から不正性器出血があったが、未受診のまま経過していた。X月に右中大脳動脈領域に脳梗塞を発症し、当院神経内科に入院した。同時に未治療の糖尿病(HbA1c 13%)と高血圧症、高脂血症の治療も開始された。1ヶ月後に同血管領域の脳梗塞を再発した。入院中も不正性器出血が持続していたため、当科にコンサルトとなった。経腔超音波検査では子宮は13cm大に腫大し著明な内膜肥厚を認めた。子宮内膜組織診で類内膜癌(G1)であり、画像からIB期と診断した。脳梗塞再発のリスクが高く抗血小板薬の休薬は最低限にするためリンパ節郭清は省略し、単純子宮全摘術+両側付属器摘出術を施行した。術後診断は類内膜癌(G2) pT1bNXM0であった。術後補助化学療法は本人の強い拒否があり施行せずに経過観察の方針となった。現時点では明らかな再発は認めていない。【考察】脳梗塞の成因には心原性やアテローム血栓性の他に悪性腫瘍に合併する Trousseau 症候群がある。Trousseau 症候群による脳梗塞の特徴は、しばしば多発性、両側性で一つの血管領域にとどまらないことである。癌腫は固形腺癌やムチン産生腺癌での頻度が多く、婦人科領域では卵巣癌での報告が多い。

【結語】本症例は、未治療の重症糖尿病や脂質異常症を合併していたことや、脳梗塞巣が血管支配領域に一致し多発性、両側性でなかったことから、Trousseau 症候群ではなくアテローム血栓性脳梗塞であると考えられた。

43. 卵巣腫瘍と術前診断した液体成分を主体とする巨大子宮平滑筋肉腫の1例

春日井市民病院

玉木修作、佐藤麻美子、高村志麻、田中秀明、
前田千花子、伊藤充彰

[緒言]子宮平滑筋肉腫は子宮体部悪性腫瘍全体の約2~3%を占める比較的稀な疾患である。我々は卵巣腫瘍と術前診断した液体成分が主体の巨大子宮平滑筋肉腫を経験したので文献的考察を加えて報告する。[症例]44歳G0P0の女性。30代後半より下腹部膨満感を自覚していたが医療機関の受診はなかった。発熱のため近医を受診し腹部超音波検査で巨大腹腔内腫瘍を指摘され当院に紹介となった。全身状態は不良で同日より入院管理し精査を進めた。CT検査では腹腔内を占拠するsolid & cysticな巨大腫瘍を認め、その尿路圧迫が発熱の原因と考えられた。画像所見からは卵巣腫瘍を強く疑ったため、全身状態改善後に手術を予定した。手術は麻酔の安全性を考え術前に腫瘍内容液5600mlを除去してから開始した。術中所見では両側卵巣は正常で腫瘍は子宮由来と判明した。腸管・横隔膜・尿管とは広範囲に癒着していたため、術中も適宜腫瘍内容液を除去しつつ手術操作を進め、子宮全摘+両側付属器切除を行った。摘出子宮は5246g、腫瘍内容液は15000ml、大部分が内容液であった出血は5850gであり、最大想定腫瘍重量は約26kgだった。術後経過は良好で術後7日目に合併症なく退院となった。術後病理は子宮平滑筋肉腫、stage 1bであった。追加治療が考慮されたが本人の強い希望もあって外来経過観察となっている。[結語]本例のように液体成分が主体の子宮平滑筋肉腫で卵巣腫瘍との鑑別に苦慮した本邦での報告症例は9例のみであった。そしていずれも本例よりも小さく横隔膜へと達した症例の報告はない。術前の画像所見は典型的な卵巣腫瘍の様相だったため子宮由来の腫瘍は想定できず術前診断には至らなかった。しかし液体成分が中心の巨大骨盤内腫瘍でも子宮由来の可能性も念頭に置く必要がある。

44. 腹腔内播種を伴い悪性腫瘍との鑑別を要した卵巣漿液性腺線維腫の一例

藤田医科大学ばんだね病院産婦人科

藤田和寿、松川哲也、小川千紗、内海 史、酒向隆博、
塚田和彦、柴田清住

卵巣漿液性腺線維腫は卵巣良性上皮性腫瘍に分類される漿液性嚢胞腺腫の比較的稀な亜型である。今回我々は、これまでに非常に報告の少ない腹腔内播種を伴う漿液性腺線維腫を経験したので報告する。症例は22歳、0妊0産。無月経治療で近医通院中、増大傾向ある卵巣腫瘍を認めた。MRIにて両側卵巣線維腫症および新規に微小壁在結節を伴う嚢胞性腫瘍が出現し、悪性腫瘍を否定できないとのことで当院紹介となった。診断的腹腔鏡下手術を施行したところ、両側卵巣に大小無数の硬い黄白色充実性腫瘍を認め、卵管采や腹膜、大網にも腫瘍の播種を認めた。右卵巣には2cm大の嚢胞状腫瘍を認めた。正常様卵巣組織は肉眼的には認められなかった。卵巣腫瘍を有茎性の部分を主体にできるだけ摘出し、播種巣もできるだけ摘出した。術中迅速組織診では良性腫瘍であったため腫瘍摘出のみで手術終了とした。術後病理組織学的検査では、正常卵胞とともに、一部に嚢胞状の変化を伴う漿液性乳頭状腺線維腫の所見を認めた。腹膜や大網の播種巣も同様の所見であった。悪性像は認めなかった。術後経過に問題はない。卵巣漿液性腺線維腫は術前画像検査での良悪性の鑑別が困難である上、本症例のように腹腔内播種を伴い悪性腫瘍を疑う術中肉眼所見を認めることがある。しかし良性疾患であるため、とくに若年例では妊孕性温存を考慮した慎重な取扱いが必要となる。

45. ミオクローヌスを発端として診断した腹膜がんおよび傍腫瘍性神経症候群に対し、全身化学療法が著効した1例

名古屋市立大学

後藤崇人、水野克彦、小川紫野、間瀬聖子、西川隆太郎、杉浦真弓

〔目的〕今回、ミオクローヌスにて発症した傍腫瘍性神経症候群に対して、TC療法が著効した1例を経験したため、報告する。

〔症例〕71歳2妊2産、特記すべき既往なし、近医にて高血圧に対して降圧薬内服開始後から、動作の緩慢、振戦を認めるようになった。内服中止も症状改善せず、当院神経内科受診。薬剤性パーキンソン症候群を疑い抗コリン薬など開始となったが、徐々に振戦は増悪。全身性のミオクローヌスを呈する様になり、意識レベルの低下と誤嚥により緊急入院となった。悪性腫瘍検索にて血清CA125 180U/mlと高値、骨盤MRIで右卵巢腫大を認め、傍腫瘍性神経症候群の疑いで当科紹介となった。受診時発語は困難で、全身性のミオクローヌスを認めた。卵巢腫大は26mm大と軽度であったが、傍腫瘍性神経症候群を念頭に十分な説明同意を得て、腹腔鏡下試験切除術を行った。術中所見では腹腔内全体に粟粒状の播種性病変を認め、子宮および付属器は腸管に埋没しており確認できなかった。腹膜病変の病理学的検査で腺癌を認めたため、腹膜癌ⅢB期の診断でTC療法を開始した。3クール施行後より、徐々に振戦は改善し、うなずきなどでの意思疎通が可能となり、4クール目を施行する段階では、会話・自力歩行も可能となり一時退院も可能となった。TC療法は計6クール行い、その後にIDSを施行した。術中所見で腹腔内に播種病変は認めず、開腹術に移行し子宮付属器摘出術および大網切除術を行った。現在経過は良好である。

〔結論〕傍腫瘍性神経症候群は全悪性腫瘍の約1%程度に認めるとされ、何らかの神経症状を呈する頻度は0.01%との報告がある。本症例は重篤な神経症状を呈していたが、治療により劇的に改善したことから、全身状態不良な症例であっても積極的な治療が奏功する場合があることを留意すべきと言えよう。

46. 卵管原発癌肉腫 (heterologous) の1例

¹豊橋市民病院産婦人科、²同女性内視鏡外科、³同総合生殖医療センター

宮本絵美里¹、河合要介¹、古井憲作¹、野崎雄揮¹、山田友梨花¹、窪川芽衣¹、植草良輔¹、國島温志¹、長尾友佳里¹、矢吹淳司¹、永井智之¹、梅村康太^{1,2}、岡田真由美¹、安藤寿夫³、河井通泰¹

【緒言】

卵管原発の癌肉腫は非常に稀で、卵管悪性腫瘍の2%を占めると言われる。卵巢癌を疑い外科的治療を施行した結果、免疫組織学的検索で右卵管に発生した癌肉腫と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】

64歳、0経妊。右乳癌の既往があり経過観察のため施行したCTにて、骨盤内に37mm大の腫瘍性病変、30mm大に腫大した傍大動脈リンパ節を認め、精査目的で産婦人科紹介となった。CA125は92.7U/mL、CA19-9は141.2U/mLと上昇を認め、卵巢癌疑いで手術を施行した。開腹すると両側卵巢は正常所見であり、子宮右側に卵管を置換するように発育する直径80mmの腫瘍を認めた。腫瘍は周囲に浸潤しておらず、子宮全摘術、両側付属器切除術、大網切除術を行った。下大静脈と腹部大動脈の間に60mm大、大動脈左側に40mm大に腫大したリンパ節を認め、どちらも大血管へ強固に癒着していたが合併症なく摘出することができ、引き続き系統的リンパ節郭清を施行した。残存腫瘍はなくoptimal surgeryを達成できた。病理所見では右卵管内にとどまる腫瘍で、異形円柱上皮の乳頭状増殖や間質での異形紡錘形細胞の錯綜状増殖を認めた。異形紡錘形細胞には横紋が見られ免疫染色でデスミン陽性であり、横紋筋肉腫と考えられた。原発巣には癌腫成分が約30%、肉腫成分が約70%含まれており、傍大動脈リンパ節転移は腺癌であった。以上の経過より、右卵管原発癌肉腫 (heterologous)、手術進行期ⅢA1 (ii)期 (pT2aN1M0)と診断した。現在化学療法施行中である。

【考察】

本症例では病変が急速に増大したことより、付属器悪性腫瘍を疑う場合は早急な手術をするべきである。癌肉腫は一般的に予後が悪いとされ、積極的な腫瘍切除を行うことが重要である。

47. 卵巣腫瘍との鑑別診断が困難であった虫垂原発腹膜偽粘液腫の一例

¹ 医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 臨床研修センター、
² 同産婦人科

寺沢直浩¹、長船綾子²、鈴木祐子²、黒田啓太²、
西野翔吾²、可世木聡²、松井純子²、山本真一²、
梅津朋和²

腹膜偽粘液腫は腹腔内に広範囲にゼラチン様物質が貯留した疾患であり、原発巣としては虫垂が多い。画像診断では卵巣腫瘍に類似しているため、術前の鑑別診断が困難であることが多い。今回我々は卵巣腫瘍の術前診断であったが、術後に虫垂原発性腹膜偽粘液腫と診断された症例を経験したため報告する。症例は81歳、女性。X年5月上旬頃から便秘、腹部膨満感、嘔気があり近医受診した。精査目的に当院消化器内科に紹介受診となった。上下腹部単純CT、単純MRIにて骨盤腔内から腹腔内にかけて200×140mm大の多房性腫瘍が認められた。卵巣腫瘍の疑いにて当院産婦人科に紹介となった。腹膜偽粘液腫も考慮し上下腹部造影CTを撮影したが、虫垂と多房性腫瘍は離れていたことから腫瘍は左卵巣由来の可能性が高いと考えられ、当科で手術を行う方針とした。手術所見では腹腔内に黄色ゼリー状の粘液の充満を認め、卵巣腫瘍は同様の粘液で満たされており左付属器切除術を行った。大網表面に粘液の付着がみられた。虫垂は小指頭大であったが、虫垂原発腹膜偽粘液腫も考慮し、大網切除術および虫垂切除も行った。デキストラン8000mlで洗浄し手術を終了とした。病理組織学的に虫垂と左卵巣腫瘍にはそれぞれ粘液性腫瘍がみられたが、免疫組織学的に下部消化管原発性腫瘍と考えられ虫垂原発腹膜偽粘液腫と診断された。術後経過は良好であり、術後8日目に退院となった。術後4か月経過しているが再発は認めていない。

腹膜偽粘液腫は、術前検査や術中所見からどの臓器由来か確定するには困難であり、そのため術前に卵巣腫瘍の診断であっても原発巣の診断のために虫垂切除術も必要であると考えられる。

48. 当院で経験した卵巣悪性ブレンナー腫瘍の1例

岐阜県総合医療センター 産婦人科

東松明恵、鈴木真理子、栗原万友香、永田健太郎、
桑山太郎、野老山麗奈、森 崇宏、神田智子、佐藤泰昌、
横山康宏

ブレンナー腫瘍は上皮性卵巣腫瘍に分類され、卵巣腫瘍全体の1%を占める。大半は良性ブレンナー腫瘍であり、悪性ブレンナー腫瘍はその中の5%以下の発生頻度とされる。当院で卵巣悪性ブレンナー腫瘍の1例を経験したため、文献学的考察を加え報告する。症例は44歳女性、G2P2（経陰分娩1回、帝王切開1回）。第2子妊娠中のX-4年2月（妊娠32週）に右乳房腫瘍と血性乳頭分泌で乳腺外科を受診し、妊娠期右乳癌と診断され、同年3月妊娠34週に帝王切開術にて妊娠終了した。同側の所属リンパ節転移を伴っており、術前化学療法を行った後に右乳房全摘術+腋窩リンパ節郭清術を行った。術後病理組織診では Invasive ductal carcinoma (Nuclear atypia2、Mitotic counts2)、Ki-67 陽性細胞:20-50%、ER 陽性細胞:50%以上、PgR 陽性細胞:50%以上、HER2/neu:2+、HER2 遺伝子:増幅あり、pT3N1M0 IIIA 期の診断となり、術後ホルモン治療を行い経過観察されていた。X-1年11月にCA15-3の上昇を認め、全身精査のPET-CTにて骨盤内臓器への異常集積を指摘され同年12月当科紹介となった。腹水貯留と左卵巣の充実性腫瘍を認め、卵巣癌疑いでX年1月に手術の方針となった。左付属器切除を行い、迅速病理診断では乳癌の転移よりも卵巣原発悪性腫瘍を疑う所見であり、卵巣癌根治術を行った（単純子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術+骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術）。術後病理組織診では悪性ブレンナー腫瘍 pT1aN0 腹水細胞診:陰性であり、IA 期の診断となった。術後補助化学療法は行わず、乳腺外科でホルモン療法継続の方針となった。悪性ブレンナー腫瘍は稀な腫瘍であり、治療方針についての明確な指針は存在していない。腫瘍が卵巣に限局している場合の5年生存率は94.5%と報告されており、比較的予後良好と考えられる。BRCA 遺伝子変異との関連についても報告されており、再発時には遺伝学的検査も考慮される。

第9群(2日目 15:20~16:00) 第1会場

49. 後産期出血 (PPH) に対してバルーンタンポナーデを行ったうえで母体搬送された症例の検討

安城更生病院

板東眞有子、戸田 繁、松井真実、神谷知都世、角 真徳、花谷茉也、中村拓斗、廣渡平輔、傍島 綾、藤木宏美、松尾聖子、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘

【目的】後産期出血 (postpartum hemorrhage, PPH) による母体搬送では、搬送先施設への到着時にすでに母体の全身状態が不良であるケースが多い。近年、搬送元施設で子宮腔内バルーンタンポナーデ (BT) を行ったうえで当院に搬送される例が増加傾向にある。これらの症例につき後方視的検討を行った。【方法】2010年4月~2019年3月の9年間に PPH にて当院に搬送された 97 例のうち、搬送元で BT 実施後に搬送された 9 例につき、母体背景、分娩経過、当院での管理を検討した。また、この 9 例 (BT 群) と、搬送元で BT を施行されなかった 88 例 (従来群) との間で、搬送時の母体の状態ならびに搬送後の転帰を比較した。【成績】搬送元での分娩方式は経膈分娩が 3 例、帝王切開が 6 例であった。当院到着時の Shock index が 1 以上の症例は 2 例、Hb<7 g/dL の症例は 3 例、フィブリノゲン<150 mg/dL の症例は 3 例であった。3 例に対し搬送後にバルーンの再挿入を行った。輸血は 6 例に施行され、うち大量輸血例 (RBC または FFP を 10 単位以上輸血) は 3 例であった。追加的な止血処置を行ったのは子宮動脈塞栓術の 1 例のみであり、開腹手術や ICU 管理を要した症例はなかった。BT 群と従来群との比較では、到着時 Hb・フィブリノゲン、輸血、総出血量、入院日数に差はなかったが、到着時の Shock index は BT 群で低い傾向がみられた (0.81 vs 0.98, p=0.166)。【結論】PPH に対して、侵襲が少なく迅速・簡便に実施できる子宮腔内 BT を搬送元施設で行ったうえで母体搬送することにより、搬送先施設への到着までの全身状態の悪化を遅らせ、搬送後の治療侵襲の軽減ならびに予後を向上につながる可能性があると思われた。

50. 当院で帝王切開術中に予防的 B-Lynch 縫合を行った 18 例の後方視的検討

¹岐阜県総合医療センター 産婦人科 ²同胎児診療科

¹栗原万友香、²高橋雄一郎、¹東松明恵、¹永田健太郎、¹桑山太郎、¹野老山麗奈、¹森 崇宏、²浅井一彦、²松井雅子、²千秋里香、²岩垣重紀、¹横山康宏

【目的】B-Lynch 縫合は 1997 年に発表された子宮圧迫縫合法である。当院では 2019 年より帝王切開術中に出血コントロールのため B-Lynch 縫合を行っており、その症例背景や臨床経過について評価することを目的とした。

【方法】2019 年 1 月 1 日から 10 月 31 日までに当院で帝王切開術中に B-Lynch 縫合を行った 18 例について、診療録を使用して後方視的に検討を行った。

【成績】年齢の中央値は 37.6 歳 (26-43 歳) であり、非妊娠時の Body Mass Index は 23.1 (19.2-41.9) であった。凍結胚移植での妊娠が 9 例であった。子宮筋腫もしくは腺筋症合併が 4 例、既往子宮手術後が 4 例、双胎が 2 例、全前置胎盤、辺縁前置胎盤が各 1 例、低置胎盤が 3 例、妊娠高血圧症候群 6 例、常位胎盤早期剥離は 1 例であった。HELLP 症候群や羊水塞栓症は認めなかったが、重症妊娠高血圧症候群の 1 例で血小板低下を認めていた。妊娠週数は 37 週 (28-38 週) であった。10 例は緊急帝王切開術であり、5 例では癒着胎盤のため用手剥離術を行った。14 例では B-Lynch 縫合に加えその他の子宮圧迫縫合を併用し、14 例では術直後に腔内にヨードホルムガーゼを挿入した。術中出血量 (羊水込み) の中央値は 2360 ml (845-3615 ml) であり、12 例で術中に輸血を行った。術後 2 時間までの出血量は 16 例で 0 ml であり、術後に輸血を行ったのは 4 例のみであった。術後追加の止血処置を要した症例は認められなかった。術後に子宮筋層縫合部の血腫形成が 1 例、感染が 3 例、腸閉塞が 2 例に認められた。術後入院期間の中央値は 6 日間 (5-13 日間) であり、術後 1 か月診察では 1 例で子宮復古不全を認めた以外には合併症を認めなかった。

【結論】予防的 B-Lynch 縫合を行うことにより、出血リスクが高い症例においても重篤な合併症なく術後出血が良好にコントロールされ、追加の止血処置や輸血を回避できる可能性が示唆された。

51. 経膈分娩後の産科危機的出血に対して子宮を温存し救命した常位癒着胎盤の1例

名古屋第二赤十字病院

梶健太郎、加藤紀子、白石佳孝、服部 渉、小川 舞、鈴木美帆、波々伯部隆紀、林 和正、茶谷順也、山室 理

【緒言】癒着胎盤は産科危機的出血の原因となる重大な産科合併症である。今回我々は、経膈分娩後の産科危機的出血に対して子宮を温存し救命した常位癒着胎盤の1例を経験したため報告する。

【症例】患者は35歳で1妊0産、既往なし。前医での凍結受精卵融解胚移植で妊娠が成立し、妊娠初期に当院初診となった。妊娠経過中は胎盤位置異常を含めた明らかな異常なく、妊娠40週5日にオキシトシン点滴による分娩誘発と吸引分娩で男児を娩出した。分娩直後から持続的な性器出血と子宮収縮不良を認め、胎盤剥離徴候を認めなかったため胎盤を用手剥離した。しかし出血が持続しショックインデックス (SI) >2 となり意識障害も認められたため、ポンピングにて輸血して SI<1 となったことを確認した後に造影 CT 検査を施行した。後腹膜や腹腔内、子宮内腔への明らかな造影剤漏出を認めなかったが、輸血後も出血の持続を認め、再度 SI>1.5 となり意識障害を認めた。集中治療医に応援を要請し昇圧剤を使用した。収縮期血圧が 78mmHg、脈拍 135 回/分となり、産科 DIC スコア 18 点であった。全身麻酔下で出血源検索を行い、少量の遺残胎盤を認め除去したが、子宮内からの出血を制御できなかったため、開腹して子宮体部を圧迫縫合して止血を得た。分娩時からの合計出血量は 5970g であり、赤血球濃厚液 20 単位・新鮮凍結血漿 14 単位・濃厚血小板 15 単位・フィブリノゲン製剤 5g を使用した。患者は産褥 16 日目に退院し再出血なく経過した。

【結論】帝王切開既往や前置胎盤は癒着胎盤の主要なリスク因子であるが、体外受精胚移植もリスク因子として近年指摘されており、そのような症例の経膈分娩時には緊急処置が必要となる可能性が通常より高いことに留意する必要がある。また、子宮の圧迫縫合は、血管内治療が困難な症例においても子宮温存を図ることが出来る有用な止血方法である。

52. 帝王切開術後に発症した重症骨盤腹膜炎に対して腹腔鏡下ドレナージが奏効した一例

高山赤十字病院 産婦人科

上村小雪、齋竹健彰、相京晋輔、安見駿佑、矢野竜一朗

【緒言】帝王切開術後に発症した重症骨盤腹膜炎に対して腹腔鏡下ドレナージが奏効した一例を経験したため報告する。

【症例】24歳、初産婦。妊娠40週にて陣発入院後、破水・NRFSにて緊急帝王切開術を施行した。術中所見では、子宮筋層および腹壁からの出血が多く、止血にやや難渋した。術中出血は1370g、手術時間は86分であった。術後より発熱・右側腹部痛を認め、血液検査では炎症反応の異常高値が継続した。重症骨盤腹膜炎の診断にて広域抗生剤の使用および子宮内容除去術を施行するも病状改善せず、術後10病日目に緊急腹腔鏡下精査を行なった。腹腔内所見では、大網・子宮～腹壁間などに炎症性の癒着が認められ、白苔が腹腔内の広範囲に付着していた。膀胱子宮窩・ダグラス窩には膿汁が貯留し、帝王切開創部(骨盤腹膜縫合部)の壊死・離開を認めた。可能な限りの癒着剥離、白苔・壊死組織の除去、膿汁吸引を行い、腹腔内を十分に洗浄しドレーンを留置して手術終了とした。術後より症状は軽快の一途を辿り、血液検査では炎症反応の著明な改善を認めた。経過良好で腹腔鏡手術後7病日目に当科退院となった。

【結語】帝王切開術後の骨盤腹膜炎は時として薬物治療のみでは治癒し得ない場合がある。再開腹による感染巣除去は患者負担が大きく、創治癒遅延も発生し得る。その治療として腹腔鏡下精査およびドレナージ施行は低侵襲・精密性の観点から有用であると思われた。

53. ベバシツマブ併用化学療法が奏効した子宮頸癌IVB 期の一例

藤田医科大学 医学部 産婦人科学講座

等々力彩、川原莉奈、成宮由貴、三谷武司、金尾世里加、市川亮子、鳥居 裕、三木通保、宮村浩徳、野村弘行、西澤春紀、関谷隆夫、藤井多久磨

【緒言】GOG240 試験の結果より、進行子宮頸癌に対する治療の一つとしてベバシツマブ併用化学療法が選択可能となった。我々は子宮頸癌IVB 期に対しベバシツマブ併用化学療法を施行し、完全奏効を得た症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】49 歳、0 妊 0 産。子宮筋腫のため通院中、不正出血を認めたため子宮頸部組織診が施行され、非角化型扁平上皮癌を認めたため当院紹介受診となった。CT 画像検査所見では左卵巣転移、多発リンパ節転移、Virchow 転移を認めたため、子宮頸癌IVB 期と診断した。腫瘍マーカーは CEA37.7 (ng/ml)、SCC26.1 (ng/ml) であった。血栓症などの合併症はなく、PS が良好に保たれていたことから、パクリタキセル+シスプラチン+ベバシツマブ併用療法を施行した。治療開始直後から Virchow 転移の縮小を認め、6 サイクル施行後には子宮頸部に扁平上皮癌組織を認めず、CT 画像検査ではすべての転移性病変の縮小を認め、完全奏効 (CR) を得られた。計 9 サイクル投与後も G3 以上の有害事象は認めず、CR を維持できていた。子宮頸癌に対する維持化学療法については確立されていないことを説明し、インフォームドコンセントを得て経過観察することとした。現在治療開始から 9 ヶ月経過しているが、再発は認めていない。

【結語】ベバシツマブ併用化学療法により、進行子宮頸癌であったが良好な経過を得た一例を経験した。このような症例に対する適切な化学療法投与回数については今後も議論が必要と思われる。

54. Fetus in utero で化学療法を行った子宮頸部腺癌合併双胎妊娠の一例

三重大学

加藤麻耶、吉田健太、綿重直樹、萩元美季、二村 涼、榎本紗也子、榎本尚助、志村真由子、真木晋太郎、金田倫子、二井理文、西岡美喜子、鳥谷部邦明、千田時弘、田中博明、近藤英司、池田智明

【緒言】子宮頸癌合併妊娠は上皮内癌・微小浸潤癌が多く、IB 1 期以上は 10,000 人に 1 人の頻度と稀である。子宮頸癌治療ガイドライン 2017 年度版では、IB 期以上では妊娠継続の可否について症例ごとの対応となり、ESMO2018 の婦人科悪性腫瘍合併妊娠コンセンサスミーティングでは、子宮頸癌 stage1B1、リンパ節腫大なしの症例では fetus in utero での化学療法も選択肢になる。今回、妊娠 18 週の子宮頸部腺癌 IB 1 期双胎妊娠に対して、fetus in utero の化学療法を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】31 歳。2 妊 1 産。自然妊娠成立し、二絨毛膜二羊膜双胎と診断した。妊婦健診初期検査の子宮頸部細胞診にて AGC を指摘され、前医産婦人科を受診した。組織診にて glassy cell carcinoma、MRI にて最大径 31mm の stage1B1 (リンパ節腫大なし) と診断した。妊娠継続には慎重な検討を要したが、夫婦の強い妊娠継続希望により、fetus in utero での化学療法の経験のある当院に紹介受診となった。当院での病理再検査では腺癌、NOS と診断したが、妊娠継続に再度話し合いを重ねた。当院の医療と質・倫理委員会の承認のもと、妊娠 18 週より化学療法 (PTX 175mg/m² + CBDCA AUC 5) を開始した。妊娠 21 週に超音波検査にて腫瘍の縮小 (31mm→24mm) を認め、妊娠継続の方針となった。TC2 コース終了後の MRI で PR (31mm→20mm) と判定した。計 4 コースを施行し、現在も妊娠継続中である。

【結語】子宮頸癌合併双胎妊娠に対して、fetus in utero での化学療法を施行した。本症例は発表時に経過について詳細に報告する。

55. R-CHOP 療法にて奏効を認めた悪性リンパ腫に合併した子宮頸癌の 1 例

¹藤田医科大学医学部産婦人科、²同血液内科

金尾世里加¹、三木通保¹、川原莉奈¹、大谷清香¹、市川亮子¹、鳥居 裕¹、野村弘行¹、藤井多久磨¹、徳田倍将²、富田章裕²

【緒言】複数の悪性腫瘍が同時に発生する重複がんでは、それぞれの腫瘍の進行期や、治療の優先順位など治療計画、一方の腫瘍に対する治療が他方の腫瘍に与える影響など臨床的な取扱いの判断が難しい場合がある。今回我々は、悪性リンパ腫と子宮頸癌を合併した症例を経験したため文献的考察とともに報告する。

【症例】62 歳。6 妊 2 産。頸部リンパ節腫大を自覚し精査目的に紹介受診となった。頸部リンパ節生検により濾胞性リンパ腫の診断に至った。病変の評価目的に撮影した PET-CT で頸部、縦隔から骨盤内、鼠径部まで多数のリンパ節に病的集積を認め Ann Arbor 分類 IV 期と診断された。また子宮にも強い集積が認められ、子宮頸部組織診を行ったところ扁平上皮癌の診断であった。骨盤 MRI で子宮頸部に 39mm 大の不整形腫瘍と傍組織浸潤を認め子宮頸癌 IIB 期と診断された。前述のように骨盤リンパ節含む多数のリンパ節腫大を認めるも、リンパ腫病変か子宮頸癌の転移かの評価は困難であった。血清 SCC は 10.6ng/ml と上昇していた。リンパ腫治療と子宮頸癌治療の優先順位や治療内容につき協議を行い、より予後への影響が大きいと考えられたリンパ腫の治療を先行する方針とした。R-CHOP 療法を 2 サイクル施行後の CT 検査で、リンパ腫病変である多発リンパ節病変はいずれも縮小傾向で子宮頸部腫瘍も約 14mm 大の瘢痕様と約 64% の縮小を認めた。血清 SCC は正常範囲内まで低下していた。引き続きリンパ腫に対する治療を継続する方針とし、現在子宮頸癌に関しては子宮頸部細胞診、コルポ診等で慎重なフォローを行っている。

【結語】悪性リンパ腫に対する化学療法が子宮頸癌に対しても奏効した症例を経験した。重複がん症例に対する治療計画では、各病態を慎重に評価し個別化した対応が求められる。

56. 脳転移に対して定位放射線照射（リニアックおよびγナイフ）を行い著効した、子宮体部癌肉腫の一例

名古屋記念病院産婦人科

尾瀬武志、神谷典男、高木春菜、佐藤静香、小田川寛子、廣中昌恵、石川尚武

【緒言】婦人科悪性腫瘍の脳転移の頻度は低い。子宮体癌で脳転移を発症した患者の割合は 0.7% との報告があり発症頻度は低い。そして脳転移と診断された後の生存期間中間値は 1-2 ヶ月との報告があり、非常に予後が悪い。今回我々は子宮の悪性新生物のうちでも高悪性度である子宮体部癌肉腫によって多発性転移性脳腫瘍を発症し、定位放射線照射（リニアック、γナイフ）を行い著効した 1 例を経験したため報告する。【方法】本症例について、2015 年 5 月から 2019 年 9 月までの臨床経過を診療録にて後方視的に検討した。【症例】症例は 59 歳、2 妊 2 産、不整性器出血、子宮腫大にて当科紹介。子宮体癌の診断で拡大子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節・傍大動脈リンパ節郭を行った。病理結果は Carcinosarcom、傍大動脈リンパ節転移も認め、術後診断は IIIc2 期であった。術後放射線及び TC 療法を施行した。術後腫瘍転移を 2 回認めそれぞれ外科的切除、放射線及び TC 療法を行った。その後多発性転移性脳腫瘍も発症したため、定位放射線照射（リニアック、γナイフ）を施行し著効した。定位放射線療法後再燃を疑う所見なく 13 ヶ月経過している。【結論】子宮体部癌肉腫による多発性転移性脳腫瘍であっても、診断後早期に定位放射線療法を行うことで、生存期間を延長することができた症例であった。子宮体部癌肉腫の脳転移に対する治療法は確立しておらず、実際の治療は放射線科、脳神経外科とで決定されるが、脳転移した病変を評価し、リニアックおよびγナイフを組み合わせることも治療法のひとつとなりえると考えられた。

57. 免疫チェックポイント阻害薬投与により急速に退縮した高頻度のマイクロサテライト不安定性を示す PD-L1 陰性再発子宮内膜癌の 1 例

岐阜県立多治見病院産婦人科

竹田明宏、柘植志織、柴田真由、永井 孝、篠根早苗、中村浩美

免疫チェックポイント阻害薬は、既存の癌治療法に加わる新しい治療法として注目を集めているが、婦人科癌における適応や治療効果についての報告は少ない。抗 PD-1 抗体製剤のペムブロリズマブ（キイトルーダ®）は、2018 年 12 月より、「がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形がん（標準的な治療が困難な場合に限る）」を効能効果として新たに保険収載された。今回、当科でペムブロリズマブ投与により急速に退縮した高頻度のマイクロサテライト不安定性を示す PD-L1 陰性の再発子宮内膜癌の 1 例を経験したので報告する。症例は、G4P2。30 歳時に、侵入奇胎に対して化学療法を受けた既往がある。53 歳時に、子宮内膜癌にて、子宮全摘術+両側付属器摘出術+骨盤内リンパ節廓清術を施行し、pT1aN0M0、FIGO IA と診断された。病理組織学的に、G3 類内膜癌と診断されたため、再発ハイリスク群として、タキソール+カルボプラチンによる化学療法を開始したが、4 コースを施行したところで、本人希望により治療を中止した。術後 10 ヶ月目に膣断端左側近傍に再発を認めた。骨盤部に 50Gy の外照射を行い、腫瘍は退縮したが、PET/CT では、18F-FDG の弱い集積を認めたことから、一部、活動性の腫瘍細胞の残存が示唆された。術後 24 ヶ月目頃より、腫瘍の再増大を認めた。PD-L1 は陰性であったが、マイクロサテライト不安定性を検査したところ、MSI-High であったことから、ペムブロリズマブ投与を開始した。2 コース施行した頃から、急速な腫瘍の退縮が確認出来るようになり、治療を継続中である。免疫反応活性化による重篤な薬剤障害は経験していないが、PET/CT で自己免疫性副腎炎の可能性があり、慎重に経過観察中である。以上より、標準治療後に再発した子宮内膜癌において、MSI 検査が陽性であれば、ペムブロリズマブが有用である可能性が示唆された。

58. 当院におけるペムブロリズマブ（キイトルーダ®）の使用経験

高山赤十字病院

相京晋輔、上村小雪、齋竹健彰、安見駿佑、矢野竜一郎

【背景】標準的ながん化学療法が困難となった進行・再発の固形癌において Microsatellite instability（以下 MSI）-High を有している場合には、抗 PD-1 抗体/抗悪性腫瘍剤ペムブロリズマブ（キイトルーダ®）の単剤使用が 2018 年 12 月より薬事承認された。今回我々は TC 療法中に骨転移をきたした子宮体癌に対してペムブロリズマブを使用し良好な治療経過を辿った症例を経験したため報告する。【症例】54 歳、G2P1AA1、子宮腺筋症で他院通院中に不正性器出血で Hb:4 台の貧血をきたし当科初診となる。その後の精査で子宮体癌、多発リンパ節転移の診断にて腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除、骨盤内リンパ節廓清を施行した。術後病理は Endometrioid carcinoma, G2, pT4, pN1, pMX, CY1 で術後化学療法として TC 療法を開始した。TC 療法 3 コース後に虫垂播種に伴う急性虫垂炎で虫垂切除を、4 コース後脊椎転移に対し RT 療法を行った。その後、腹膜播種による腸管壁外圧迫でサブイレウスとなり入院管理を行った。人工肛門造設を検討したが、外科より適応外と判断されたため絶食補液管理を行った。TC 療法効果としては PD と判断し second line を検討し、MSI 検査を提出し High との結果を受けペムブロリズマブの投与を開始した。3 コース投与し目立った副作用はなく画像検査で腹腔内播種、リンパ節腫大の縮小、腫瘍マーカーの正常化を認めた。4 コース施行前の CT で副作用と考える Grade1 の間質性肺炎を認めるも、2 コース休薬後に改善を認めたため、現在再開の方針としている。【考察】本例のように子宮体癌術後化学療法として TC 療法で PD を認めた場合は second line として投与する薬剤に苦慮することが多い。ペムブロリズマブはそのような症例に対しても副作用に注意しながら投与することで病状の改善が期待でき、今後標準治療が困難となった症例に対して、条件が合えば選択肢の 1 つになると思われた。

59. 当院での再発子宮肉腫の治療経験 ～パゾパニブ塩酸塩を使用した 5 症例～

岐阜大学医学部附属病院

森重健一郎、青島友維、上田陽子、林 佳奈、村瀬紗姫、
森美奈子、寺澤恵子、竹中基記、早崎 容、古井辰郎、

[緒言]子宮肉腫は、予後不良な稀少疾患である。一部には染色体転座の関与が指摘されているが、疾患の発生機序等、未だ不明な点が多い。治療においても、稀少であるがゆえに前向き大規模臨床試験が容易でなく、標準治療が確立していない。昨年 6 月より公的保険での実施が開始されたがんゲノム医療の普及に伴い、個々の遺伝子特性に基づいた分子標的治療が次世代の治療の中心となる可能性がある。[症例]当院で、2012 年 12 月から 2020 年 2 月までに、再発子宮肉腫に対して、マルチキナーゼ阻害剤 パゾパニブ塩酸塩を使用した 5 症例について検討した。子宮平滑筋肉腫 (leiomyosarcoma: LMS) 3 例、高異型度子宮内膜間質肉腫 (high grade endometrial stromal sarcoma : HG-ESS) 2 例。転移臓器は、肺・肝・腎・筋・骨への血行性転移、リンパ節転移、腹膜播種であった。パゾパニブ塩酸塩の投与開始以前には、1-3 レジメンの先行する化学療法が行われており、一部には腫瘍摘出術・ラジオ波焼灼術も施行されていた。治療効果は、2 例が SD で、他 3 例は PD となった。1-6 ヶ月の観察期間のうち、PFS 中央値 2 ヶ月、OS 中央値 4.5 ヶ月であった。このうち、パゾパニブによる最良の治療効果を得た HG-ESS 例では、OncoGuide™ NCC オンコパネルシステムによるがんゲノムプロファイリング検査を実施し、5 つの癌関連遺伝子に変異が確認され、そのうち KIT 及び PDGFRA は、パゾパニブ塩酸塩の標的遺伝子と一致していた。[結語]当院での再発子宮肉腫に対するパゾパニブ塩酸塩による治療経験を報告した。一部の症例では、腫瘍の遺伝子背景を照合することにより、遺伝子標的治療の臨床的意義を裏付けるものとなった。

協賛企業・団体 一覧

第 140 回東海産科婦人科学会の開催にあたり下記の皆様にご協賛いただきました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第 140 回東海産科婦人科学会
会長 若槻 明彦

あすか製薬株式会社	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
アストラゼネカ株式会社	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
アトムメディカル株式会社	有限会社胎児生命科学センター
ウイメンズヘルス・ジャパン株式会社	中外製薬株式会社
江崎グリコ株式会社	株式会社ツムラ
MSD 株式会社	テルモ株式会社
エム・シー・メディカル株式会社	トーイツ株式会社
大塚製薬株式会社	ノーベルファーマ株式会社
オリンパス株式会社	バイエル薬品株式会社
カールストルツ・エンドスコープ・ジャパン株式会社	富士製薬工業株式会社
科研製薬株式会社	株式会社ミトラ
株式会社ガリバー	メルスモン製薬株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社	メロディ・インターナショナル株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社	雪印ビーンスターク株式会社

2020 年 2 月 20 日現在
(敬称略・50 音順)



月経困難症治療剤

薬価基準収載

ジェミーナ[®]配合錠

レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール配合製剤

Jemina[®] tablets 処方箋医薬品(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)

Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

〒104-0033 東京都中央区新川1-17-24

提携



あすか製薬株式会社

〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号

2019年9月作成



緊急避妊剤

薬価基準未収載

レボノルゲストレル錠1.5mg「F」

処方箋医薬品^{注)}

LEVONORGESTREL tablets

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

(レボノルゲストレル錠)

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

製造販売元(資料請求先)



富士製薬工業株式会社

〒939-3515 富山県富山市水橋辻ヶ堂1515番地
<https://www.fujipharma.jp/>

2019年2月作成

あすか製薬 産婦人科領域医薬品



処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準収載

月経困難症治療剤
フリウェル[®]配合錠
LD・ULD「あすか」
(ノルエステロン・エチニルエストラジオール配合製剤)

処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準収載

子宮内膜症治療剤
ジエノゲストOD錠1mg「KN」
(ジエノゲスト口腔内崩壊錠)

劇薬、処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準収載

LH-RH^{注2)}誘導体マイクロカプセル型徐放性製剤
リュプロレリン酢酸塩
注射用キット**1.88mg・3.75mg「あすか」**
(注射用リュプロレリン酢酸塩)

処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準未収載

黄体ホルモン製剤
ルテウム[®]腔用坐剤400mg
(プロゲステロン製剤)

処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準未収載

緊急避妊剤
ノルレボ[®]錠 1.5mg
(レボノルゲステレル錠)

処方箋医薬品^{注3)} 薬価基準未収載

経口避妊剤
アンジュ[®] 21錠・28錠
(レボノルゲステレル・エチニルエストラジオール錠)

生物由来製品、処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準収載

HMG筋注用
75単位・150単位「あすか」
(ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン剤)

生物由来製品、処方箋医薬品^{注1)} 薬価基準収載

卵胞成熟ホルモン(FSH)製剤
uFSH注用**75単位・150単位「あすか」**
(精製下垂体性性腺刺激ホルモン)

注1) 注意—医師等の処方箋により使用すること
注2) LH-RH:黄体形成ホルモン放出ホルモン
注3) 注意—医師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、原則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[文献請求先及び問い合わせ先]
あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦三丁目5番1号

販売
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2019年12月作成

迅速なフィブリノゲン測定が簡単になります。

試薬「ドライヘマト Fib-HS II」により、無希釈での全血測定が可能になりました。



ドライヘマト Fib-HS II
2020年4月発売予定

フィブリノゲン
測定
最長**5分**



ドライヘマト Fib-HS II / 届出番号:14E1X80001FIB004

血液凝固分析装置

FibCare

POCT フィブリノゲン分析装置

血液凝固分析装置 FibCare/ 届出番号:14B3X000010000KP

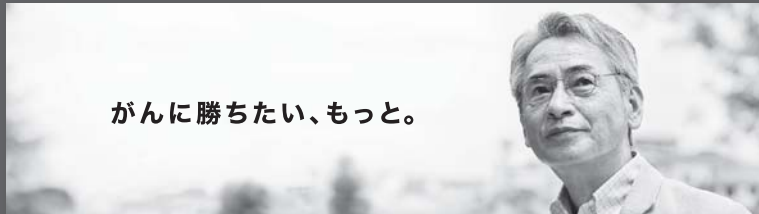
アトムメディカル株式会社
ATOM

本社:〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-15
<https://www.atomed.co.jp>

お問い合わせ総合窓口【カスタマーサポート】
☎ **0800-111-6050** 受付時間 平日9:00~17:00
03-6388-9887



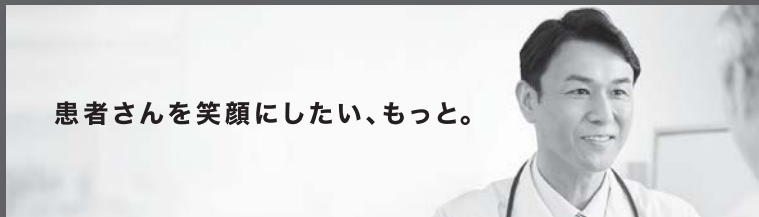
がんに勝ちたい、もっと。



家族と一緒にいたい、もっと。



患者さんを笑顔にしたい、もっと。



革新的な薬を届けたい、もっと。



がんと向き合う
一人ひとりの想いに
応えたい。

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

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER

MSD株式会社

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



KONICA MINOLTA

もっと寄り添うかたちへ

SONOVISTA GX30

コンパクトとユーザビリティを追求した女性診療用の新スタンダードエコー、誕生。



C ompact design

快適な診療空間を演出するコンパクトボディ

U sability

使いやすさを追求したユーザーインターフェース

S uperior image quality

より鮮明により正確に 的確で効率的な診断をサポート



Giving Shape to Ideas

- 改良のため、仕様および外観は予告なく変更する場合がございます。
- ご使用の際は添付文書および取扱説明書を必ずお読みください。
- KONICA MINOLTA ロゴ、シンボルマークは、日本及びその他の国におけるコニカミノルタ株式会社の登録商標です。
- 「SONOVISTA」「ソノビスタ」は、日本におけるコニカミノルタ株式会社の登録商標または商標です。
- Dual Sonic は、日本およびその他におけるコニカミノルタ株式会社の登録商標または商標です。

製造販売元
コニカミノルタ株式会社
販売元
コニカミノルタ ジャパン株式会社
105-0023 東京都港区芝浦1-1-1
<https://www.konicaminolta.jp/healthcare>

漢方は、自然から。

漢方は、たくさんの人の手と想いを経て生まれます。

長い年月をかけて、樹木が豊かな山を育み、その山で水が蓄えられる。

山で磨かれた水が、生薬をつくるための畑に注がれ、
生産農家のみなさんによって大切に育てられる。

人が本来持っている自然治癒力を高め、生きる力を引き出すことを目的とした
漢方にとって、「自然」はいのちを強くする力そのものです。

その力をそこなうことなく、すべての人が受け取れる形にして届けたい。
そして健康に役立ててほしい。

100年以上、自然と向き合いつづけてきた私たちツムラの願いです。

自然と健康を科学する。漢方のツムラです。



www.tsumura.co.jp

資料請求・お問い合わせは、お客様相談窓口まで。

[医療関係者の皆様] 0120-329-970 [患者様・一般のお客様] 0120-329-930

受付時間 9:00～17:30(土・日・祝日は除く)

(2019年5月制作)RSCAb01-D[®]

めざしているのは、母乳そのもの。

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

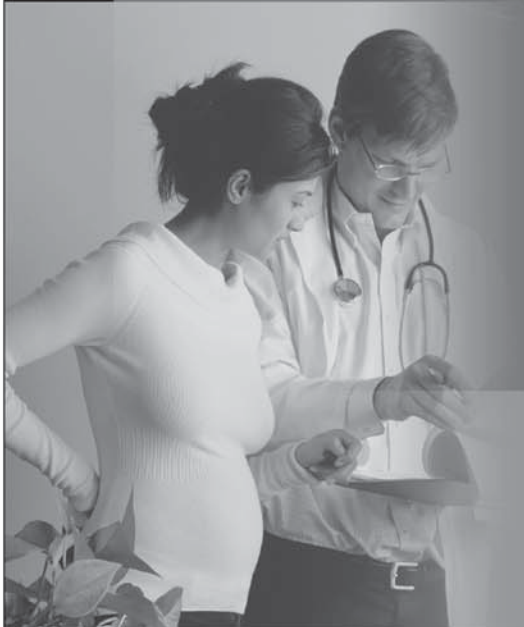
雪印ビーンスタークは1960年日本初の全国規模の母乳調査を行って以来、現在にいたるまで母乳の成分、そのはたらき(機能)に加え、母親の生活環境も調査対象に入れ母乳研究を続けています。

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



BeanStalk

Fresh Thinking in Prenatal Care



出生前染色体検査(羊水等)
流死産絨毛胎児組織染色体検査
SNPマイクロアレイ検査
NIPT(母体血による
胎児染色体検査)

FLSCO
Fetal Life Science Center

詳しくはWebサイトへ 

<http://www.flsc.jp>

検索 

FLSCO
Fetal Life Science Center

有限会社胎児生命科学センター

〒464-0073 名古屋市千種区高見1丁目3番1号

TEL (052)715-6356(代) FAX (052)715-6359 <http://www.flsc.jp>