

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.68 No.2 2016

研 究

■原 著

当院で経験した巨大卵巣腫瘍28症例の検討	矢船 順也他	61
切迫早産入院管理の結果、妊娠29週未満で早産となった児の予後に関連する因子の検討	宇治田直也他	69
胎児/早期新生児死亡の剖検50症例の臨床病理学的解析	垓 貴司他	75

■症例報告

再発卵巣癌に対する化学療法中に骨髄異形成症候群を発症した1例	寺田 信一他	82
総排泄腔遺残症に子宮頸部形成不全を伴った1症例	三谷 尚弘他	88
Klippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の1例	奥 幸樹他	93
強い腰痛をきたした妊娠合併びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例	池田亜貴子他	99
加重型妊娠高血圧腎症と重症胎児発育不全を合併したhyperreactio luteinalisの1例	太田沙緒里他	106
絨毛性疾患との鑑別を要した子宮漿膜下腹膜妊娠の1例	丸尾 原義他	112
非妊娠性卵巣絨毛癌の1例	辻 あゆみ他	118
卵巣癌と子宮内膜癌の異時性重複癌に対して妊孕性温存療法後、妊娠・分娩に至った1例	公森 摩耶他	126

臨 床

■臨床の広場

子宮肉腫の薬物治療	井上 佳代, 鏑本 浩志	131
-----------	--------------	-----

■今日の問題

妊娠中のアルコール摂取に関する最近の話題	富松 拓治	137
----------------------	-------	-----

■会員質問コーナー

②76 出生前診断における母体血胎児染色体検査 (NIPT) について	回答／上田 真子	140
②77 前置血管について	回答／岩橋 尚幸	141

学 会

■会 告

母体急変時の初期対応セミナーのご案内 1/母体救命ベーシックコースのご案内 2/第135回学術集会 3/腫瘍研究部会 4/周産期研究部会 5/生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 6/日本産婦人科医会委員会ワークショップ 7/演題応募方法 8/著作権ポリシーについて他 9/構成・原稿締切 10

■投稿規定他	142
--------	-----

第134回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会プログラム・講演抄録

会期：平成28年6月4, 5日 会場：メルパルク京都

プログラム	149
一般講演抄録	173

THE OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL SOCIETY OF KINKI DISTRICT JAPAN

近 畿 産 科 婦 人 科 学 会

Adv Obstet Gynecol

産 婦 の 進 歩

第68巻2号(通巻372号)
2016年5月1日発行

定 価／2,700円(本体) + 税

発行所／「産婦人科の進歩」編集室
〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル
知人社内 TEL. 075-771-1373 FAX. 075-771-1510 sanpu-sinpo@chijin.co.jp
郵便振替口座／01030 3 55931

オンラインジャーナル
(ONLINE ISSN 1347-6742)

J-STAGE
Medical Online

http://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/~char/ja
http://www.medicalonline.jp/

■ORIGINAL

Giant ovarian tumor: an evaluation of 28 cases in our hospital

Junya YAFUNE et al. 61

Prognostic factors of outcome in neonates born at less than 29 weeks of gestation because of threatened premature labor

Naoya UJITA et al. 69

Clinicopathological analysis of 50 autopsy cases of fetal and early neonatal death

Takashi YURI et al. 75

■CASE REPORT

Occurrence of myelodysplastic syndrome during chemotherapy in a patient with recurrent ovarian cancer: case report

Shinichi TERADA et al. 82

A case of cloacal malformation with cervical dysgenesis of the uterus

Takahiro MITANI et al. 88

A case report of a pregnant woman with Klippel-Trenaunay-Weber syndrome

Koki OKU et al. 93

Diffuse large B-cell lymphoma with a strong low back pain during pregnancy

Akiko IKEDA et al. 99

Hyperreactio luteinalis with severe preeclampsia and fetal growth restriction

Saori OHTA et al. 106

A case of an ectopic pregnancy that occurred in the uterine subserosa, which had to distinguish from trophoblastic disease

Motoyoshi MARUO et al. 112

Nongestational ovarian choriocarcinoma : a case report

Ayumi TSUJI et al. 118

Fertility-sparing treatment for heterochronous primary ovarian and endometrial cancer that resulted in pregnancy and normal delivery: a case report

Maya KOMORI et al. 126

～学会へのお問合わせ先～

近畿産科婦人科学会事務局

〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル

TEL : 075-751-6354 FAX : 075-771-1510

URL : <http://www.kinsanpu.jp>

E-mail : kinsanpu@chijin.co.jp



学会について

学術集会・研究部会

学会誌

学会賞

関連団体

お問い合わせ

〒606-8305
京都市左京区吉田河原町14
近畿地方発明センタービル8
TEL: 075-751-6354
FAX: 075-771-1510
Email: kinsanpu@chijin.co.jp

産科学・婦人科学の
進歩発展とともに



○お知らせ

- 第132回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会ご案内

近畿産科婦人科学会の
ホームページ

<http://www.kinsanpu.jp>

**第134回近畿産科婦人科学会
研修医対象企画PLUS ONEセミナー：
母体急変時の初期対応のための実践的実技セミナーのご案内**

今回第134回近畿産科婦人科学会学術集会内で開催するトレーニングコースでは、妊産婦・褥婦の病態の特殊性を考慮した救命蘇生法等についてシミュレーションで実習を行います。その内容は書籍『母体急変時の初期対応』に基づいた実践的なトレーニングで、日本母体救命システム普及協議会認定のベーシックコースの内容を研修医の方のためにアレンジしたものです。

周産期医療に興味がある方なら、経験のない方でも産婦人科を専攻しない方でも、楽しく受講していただけます。

記

日 時：2016年6月4日（土）13：00～17：00

会 場：メルパルク京都

対 象：研修医2年目を優先しますが、研修医1年目、6学年の参加も可能です。

参 加 費：無料

受 講 証：本コースを受講された方には受講証を発行します（無料）。

募集人数：18名

申込方法：①氏名（ふりがな）、②連絡先（メールアドレス、電話等）、③所属施設、④学年、を明記のうえ、京都府立医科大学産婦人科学教室「実技セミナー」まで申し込んでください。

aoi@koto.kpu-m.ac.jp

FAX 075-212-1265

申込締切：2016年5月9日（月曜）必着

日本母体救命システム普及協議会公認 母体救命ベーシックコースのご案内

今回第134回近畿産科婦人科学会学術集会内で開催するトレーニングコースでは、妊産婦・褥婦の病態の特殊性を考慮した心肺蘇生法等について実習できます。母体救命ベーシックコースは書籍『母体急変時の初期対応』に基づいた実践的なトレーニング（産後の出血性ショック、肺塞栓症、脳血管障害などの場面を設定し、各疾患での母体の救命処置の実技等）を行います。今回開催するプログラムは、日本母体救命システム普及協議会認定のコースです。ぜひご参加ください。

産婦人科専門医資格を取っていない方でも受講可です。

記

日 時：2016年6月5日（日）

会 場：メルパルク京都

主 催：日本母体救命システム普及協議会

午前の部 9：00～12：40

午後の部 13：20～17：00

参 加 費：15,000円

募集人数：午前・午後ともに18名

申込方法：お名前、所属、連絡先（メールアドレス、電話等）を明記のうえ

jnaka@jaog.or.jp に申し込んでください。

申込締切：2016年5月16日（月曜）24：00まで

準 備：受講される方は前もって参考資料の『母体急変時の初期対応』（メディカ出版）、『日本の妊産婦を救うために2015』（東京医学社）をご一読ください。

受講証：本コースを受講された方には受講証を発行します（無料）。ただし、この証明は1年で期限が切れます。

認定証：認定証（カード）は、日本母体救命システム普及協議会（7団体）が母体救命研修の終了を認定するもので、今後、各学会等が認定する資格を得るための必須条件となる可能性があります。認定料や登録方法については、受講時にご案内いたします。

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）：妊産婦死亡の更なる減少を目指し、産科医療に関連する医療者に救命処置などを普及するために、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本麻酔科学会、日本臨床救急医学会、京都産婦人科救急診療研究会、妊産婦死亡症例検討評価委員会が共同で設立した組織です。

第135回近畿産科婦人科学会学術集会ご案内 (第1回予告)

第135回近畿産科婦人科学会学術集会について、下記のとおりご案内申し上げます。

今回、メインテーマを「女性ヘルスケア向上をさらに推進する」としました。思春期や更年期の諸問題について、特別講演や招請講演もいただきつつ、シンポジウムで集中的に議論いたします。また、各研究部会の発表は午後からを予定いたしております。

なお、新たな専門医研修制度による専門医の更新には、「医療安全」「院内感染対策」「医療倫理」の3つの講習会受講が必須となります。したがって、今回それを提供する良い機会と考えました。プログラムが多くなりました関係上、その一部を前日の22日（土）の夕方に開催させていただきます。受講証明を得る貴重な機会となりますので、土曜日からぜひご出席ください。

それでは多数のみなさまの参加をお待ち申し上げます。

平成28年度近畿産科婦人科学会 会長 田村 秀子
学術集会長 小西 郁生

記

会 期：平成28年10月23日（日）

会 場：メルパルク京都

〒600-6216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13（JR京都駅前）

TEL：075-352-7444（代）FAX：075-352-7390

連絡先：〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学

担当：松村 謙臣

TEL：075-751-3269

FAX：075-761-3967

第135回近畿産科婦人科学会学術集会
102回腫瘍研究部会ご案内
(第1回予告)

代表世話人：小林 浩

当番世話人：川村 直樹

記

会 期：平成28年10月23日（日）

会 場：メルパルク京都

〒600-8216

京都府京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13（JR京都駅前）

TEL：075-352-7444（代） FAX：075-352-7390

テーマ：「実践「リンパ浮腫」—治療から連携まで—」

婦人科悪性腫瘍の治療後に発症する下肢リンパ浮腫は患者のQOLを低下させ、婦人科医にとって残された大きな問題の1つであります。平成20年の診療報酬改定では、リンパ浮腫を発症する可能性のある手術を行った患者さんに対して、リンパ浮腫指導管理料が設定され、リンパ浮腫治療のための弾性着衣に係る療養費が支給されることになりました。今回の腫瘍研究部会では、婦人科悪性腫瘍治療後のリンパ浮腫をテーマに、演題を広く募集するとともに、ワークショップ(演者指定)も同時に開催する予定です。

演題申込締切日：平成28年7月22日（金）

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの 演題募集要項 は5月1日～7月22日まで公開。

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録送付は、本学会のホームページから行ってください。

詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

*演題申込・抄録送付先アドレス、演題募集締切日は各研究部会で異なっておりますのでご注意ください。

腫瘍研究部会演題申込先： 〒634-8522 奈良県橿原市四条町840
奈良県立医科大学産科婦人科学教室
担当：川口 龍二
Tel：0744-29-8877
Fax：0744-23-6557
E-mail：kawaryu@naramed-u.ac.jp

(申込・抄録の送付アドレスです)

第135回近畿産科婦人科学会学術集会
周産期研究部会ご案内
(第1回予告)

代表世話人：木村 正
当番世話人：小林 浩

記

会 期：平成28年10月23日（日）

会 場：メルパルク京都

〒600-8216

京都府京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13（JR京都駅前）

TEL：075-352-7444（代） FAX：075-352-7390

テーマ：「羊水塞栓症～母体死亡を防ぐために～」

羊水塞栓症をめぐる諸問題につき、広く演題を募集します。母体死亡に至った確定羊水塞栓症のみならず、母体死亡のニアミス例である原因不明な大量出血など、いわゆる臨床的羊水塞栓症の経験もぜひご発表ください。また、研究部会として近畿圏内の分娩取り扱い施設にアンケート調査を行い、その結果についても報告する予定です。活発なご討論をお待ちしております。

※症例が係争中などのため、発表施設名などについて抄録上秘匿されたい先生におかれましては配慮いたしますので、直接ご相談ください。

演題申込締切日：平成28年7月22日（金）

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの 演題募集要項 は5月1日～7月22日まで公開。

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録送付は、本学会のホームページから行ってください。
詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

* 演題申込・抄録送付先アドレス、演題募集締切日は各研究部会で異なっておりますのでご注意ください。

周産期研究部会演題申込先：〒634-8522 奈良県橿原市四条町840

奈良県立医科大学産科婦人科学教室

担当：成瀬 勝彦

Tel：0744-29-8877

Fax：0744-23-6557

E-mail：naruse@naramed-uac.jp

（申込・抄録の送付アドレスです）

第135回近畿産科婦人科学会学術集会
生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会ご案内
(第1回予告)

代表世話人：柴原 浩章

当番世話人：井篁 一彦

記

会 期：平成28年10月23日（日）

会 場：メルパルク京都

〒600-8216

京都府京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13（JR京都駅前）

TEL：075-352-7444(代) FAX：075-352-7390

テーマ：「閉経周辺期の諸問題（早発卵巣不全POIを含む）」

演題申込締切日：平成28年7月22日（金）

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月1日～7月22日まで公開。

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録送付は、本学会のホームページから行ってください。
詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

*演題申込・抄録送付先アドレス、演題募集締切日は各研究部会で異なっておりますのでご注意ください。

生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会演題申込先：

〒641-8509 和歌山市紀三井寺811番地1

和歌山県立医科大学産科婦人科学教室

担当：南 佐和子

TEL：073-441-0631

FAX：073-445-1161

E-mail：obgyjimu@wakayama-med.ac.jp

(申込・抄録の送付アドレスです)

**第135回近畿産科婦人科学会学術集会
日本産婦人科医会委員会ワークショップご案内
(第1回予告)**

日本産婦人科医会委員会研修部会 部会長：原田 直哉

記

会 期：平成28年10月23日（日）

会 場：メルパルク京都

〒600-8216 京都府京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13（JR京都駅前）

TEL：075-352-7444(代) FAX：075-352-7390

講演内容（4題を予定，順序は未定，演題名などは変更の可能性あり，敬称略）：

「2015年度版 OC・LEPガイドライン」京都府立医科大学 岩佐 弘一

「子宮内膜病変や家族性腫瘍（Lynch症候群，遺伝性乳癌卵巣癌症候群など）」
京都大学 馬場 長

「がん患者に対する精子凍結，卵子凍結，そして卵巣組織凍結」
滋賀医科大学 木村 文則

「(仮題) 保険診療に関する最近の話題」演者未定

連絡先：〒630-8305 奈良市東紀寺町1丁目50-1

市立奈良病院産婦人科

担当：原田 直哉

TEL：0742-24-1251

FAX：0742-22-2478

E-mail: harada@nara-jadecom.jp

＜演題応募方法について＞

1. 本学会のホームページ, <http://www.kinsanpu.jp>
の学術集会・研究部会にある **演題募集要項** をクリックする。
2. 演題募集要項を熟読のうえ, **一般演題申込用紙** **腫瘍研究部会演題申込用紙** **周産期研究部
会演題申込用紙** **生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会演題申込用紙** のいずれかをクリック
する。
3. 「演題申込用紙」をダウンロードする。
4. ダウンロードした「演題申込用紙」に必要事項を入力する。
(記入例を参考ください)
5. 学術集会案内ページにて送り先を確認し, メール添付で送信する。

＜演題応募にあたっての留意点＞

1. OSおよびソフトについて
 - ・「演題申込用紙」への入力にあたっては, Microsoft Word が必要です。
Mac ユーザーでMac OS用Microsoft Wordをお持ちでない方は, フリーのオフィスソフトである
NeoOffice (<http://www.neooffice.org/neojava/ja/index.php>) をご使用ください。この際文書の
保存は, 「Word形式」にしてください。
なお, Wordと完全に同じ表示が再現されるとは限りませんので, その場合は再度ご依頼する
こともあります。
 - ・Word 2007 (Win), Word2008 (Mac) をご使用の方も使用可能です。
2. 文字の大きさ, および書体について
 - ・「演題申込用紙」への入力にあたっては, 文字の大きさは9ポイント, 書体はMS明朝としてくだ
さい。
3. 入力内容について
 - ・氏名は, 演者を筆頭にしてください。
 - ・産婦人科所属の方は, 所属欄に施設名のみ入力してください。
 - ・学術集会担当者より, 演題受領確認のメールおよび後日に演題発表時間の通知メールをお送りし
ますので, それぞれの受信メールアドレスを当該箇所に入力してください。
4. 文字数と入力位置
 - ・文字数は, 演題名・所属・氏名の合計で最大215字 (43字×5行) です。
講演要旨は, 最大432字 (48字×9行) です。433字以上は省略されてしまいますのでご注意ください。
なお, 演題名・所属・氏名欄に5行以上使用の場合は, 増加行数分を講演要旨行数から少なく
してください。
 - ・入力位置は, 演題名は2行目から始めて左右中央に, 所属・氏名は左6文字目から始めてください。

 スペースには入力しないでください。
枠内の書式は一切変更しないようお願いいたします。
5. 個人情報について
 - ・個人を識別できる可能性がある情報については, 「個人情報の保護に関する法律」施行に関連す
るお知らせを参考ください。

【近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて】

会員各位

近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて、編集委員会で審議し理事会の承認を経て下記の通り決定しましたのでご報告いたします。

近畿産科婦人科学会は、著作者本人が出典表示を明記することにより、査読後論文を機関リポジトリを通じてインターネット上で公開することを認める。

近畿産科婦人科学会
編集委員会
委員長 小林 浩

【著作物への複写権等委託済表示】

本誌は複写に関する権利を一般社団法人学術著作権協会（JAC）に委託しています。

著作権法で定められた例外を除き、本誌の無断複製は禁止されています。複写を希望される場合は事前にJACの許諾を受けてください。

一般社団法人学術著作権協会（JAC）
〒107-0052東京都港区赤坂9-6-41乃木坂ビル
Fax：03-3475-5619 Email：info@jaacc.jp

公益社団法人日本複製権センターと包括複写許諾契約を締結している企業等法人の場合、社内利用を目的とした複写については許諾を得る必要はありませんが、社外頒布を目的とした複写については許諾が必要です。

ただし、転載・翻訳等に関しては、直接「産婦人科の進歩」編集室へお問い合わせください。

近畿産科婦人科学会
編集委員会
委員長 小林 浩

〈第68巻 2016年〉

「産婦人科の進歩」誌 構成・原稿締切日等のご案内

	1号 (2月1日号)	2号 (5月1日号) ・春期学術集会プログラム ・ラム・抄録	3号 (8月1日号) ・前年度秋期学術集会 講演記録(研究部会)	4号 (10月1日号) ・学会賞論文公募 ・総会記録 ・秋期学術集会プログラム ・ラム・抄録 ・医会報告 ・巻総目次
会 告	12月10日	3月10日	6月10日	8月10日
投稿論文(審査有)	8月10日	11月10日	2月10日	4月10日
学術集会記録 研究部会記録 座談会記録 他	10月末日	1月末日	4月末日	7月末日
「臨床の広場」 「今日の問題」 「会員質問コーナー」	10月20日	1月20日	4月21日	6月27日
学術集会 プログラム抄録		2月末日		7月末日
常任編集委員会 開催日	10月下旬	1月下旬	4月下旬	6月下旬

※投稿論文の締切日は目安です。

内容によっては審査に時間がかかり、掲載が遅れる可能性があることをご了承ください。

【原 著】

当院で経験した巨大卵巣腫瘍28症例の検討

矢 船 順 也, 木 下 弾, 立 山 彩 子, 浜 崎 新
森 龍 雄, 三 橋 玉 枝, 中 川 昌 子, 山 崎 則 行

府中病院産婦人科

(受付日 2015/7/8)

概要 巨大卵巣腫瘍には術前より合併症を有し、良悪性の病理診断が困難な例があり、周術期管理に難渋する場合がある。今回われわれは画像診断で最大径20cm以上のものを巨大卵巣腫瘍として、2005年1月1日から2014年12月31日までの10年間に当院で管理した28症例について、年齢、body mass index (BMI)、腫瘍径、画像所見、腫瘍マーカー、組織型、進行期を後方視的に検討した。年齢では、40～50歳代が17例と多く、また40～50歳代では、境界悪性、悪性の割合が高かった。術前の画像所見では、多房性が23例 (82%) とほとんどを占めていた。術前、呼吸障害、深部静脈血栓症や蜂窩織炎など7例に合併症が認められ、うち2例は呼吸機能の改善のために術前の腫瘍内容液ドレナージが必要であった。組織型でみると、良性、境界悪性、悪性ではそれぞれ、粘液性嚢胞腺腫が8例 (67%)、粘液性境界悪性腫瘍が5例 (83%)、粘液性腺癌が4例 (40%) と、3群のいずれも粘液性が最多であった。腫瘍径、腫瘍マーカーと良悪性の関係性は指摘できなかった。境界悪性、悪性の進行期についてみると、境界悪性6例のうち5例 (83%)、悪性10例のうち7例 (70%) がⅠ期であった。結論として巨大卵巣腫瘍は過半数が境界悪性や悪性であるが、それらのほとんどがⅠ期であり、周術期合併症の管理を適切に行えば、比較的予後がよいものと考えられる。〔産婦の進歩68 (2) : 61-68, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード：巨大卵巣腫瘍、周術期合併症、粘液性腫瘍

[ORIGINAL]

Giant ovarian tumor: an evaluation of 28 cases in our hospital

Junya YAFUNE, Dan KINOSHITA, Ayako TATEYAMA, Shin HAMASAKI
Tatsuo MORI, Tamae MITSUHASHI, Shoko NAKAGAWA and Noriyuki YAMASAKI

Department of Obstetrics and Gynecology, Fuchu Hospital

(Received 2015/7/8)

Synopsis Perioperative management of giant ovarian tumors may be complicated by the development of preoperative complications and difficulties in pathologically distinguishing benign from malignant tumors. In this study, we retrospectively evaluated age, body mass index (BMI), tumor diameter, imaging findings, tumor markers, and the histological tumor type and stage in 28 patients who had giant ovarian tumors, defined as those with a maximum diameter of 20 cm or more based on diagnostic imaging, who were managed in our hospital during the 10-year period between 1 January 2005 and 31 December 2014. As to the evaluation of age, giant ovarian tumors were observed in a large number of patients in their 40s and 50s (17 patients), among whom borderline malignancies and malignancies were most common. Preoperative imaging findings showed that 23 giant ovarian tumors (82%) were multilocular, which accounted for a large portion of all tumors evaluated herein. Among seven patients with preoperative complications such as respiratory disorders, deep venous thrombosis and cellulitis, two required preoperative drainage of tumor fluid to improve respiratory function. As to the evaluation of histological types of giant ovarian tumors, eight benign tumors were mucinous cystadenomas (67% of all benign tumors), five borderline malignancies were mucinous borderline tumors (83% of all borderline malignancies), and four malignancies were mucinous adenocarcinomas (40% of all malignancies); the mucinous type was the most predominant in each of the three groups. Neither

tumor diameter nor tumor markers were related to whether the tumor was malignant or benign. As to the evaluation of stages of giant ovarian tumors, 5 of 6 (83%) borderline malignant tumors and 7 of 10 (70%) malignant tumors were stage I. In conclusion, over half of giant ovarian tumors were borderline malignant or malignant but the majority of these tumors were stage I. This suggests that appropriate management of peri-operative complications can provide relatively favorable outcomes for patients with giant ovarian tumors. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 61-68, 2016(H28.5)]

Key words : giant ovarian tumor, perioperative complications, mucinous tumor

緒 言

卵巣腫瘍は代表的な婦人科疾患の1つであるが、腹骨盤腔を占拠し、胸腔、腹腔を圧排するような巨大な卵巣腫瘍は、循環、呼吸動態に大きな変化を与え、周術期において肺水腫や静脈血栓塞栓症などを合併する場合がある。また腹腔内を占拠する巨大な腫瘍に圧排されることから、体位が制限され検査が十分に行えない場合があり、診断、管理に難渋する¹⁾。巨大卵巣腫瘍について、患者背景、病理や予後などを十分に系統立てた文献的検討はない。今回われわれは巨大卵巣腫瘍の疫学的特徴を明確にするために、年齢、body mass index (BMI)、腫瘍径、画像所見、組織型、周術期の合併症などを後方視的に検討した。

研究方法

2005年1月1日から2014年12月31日までの10年間にmagnetic resonance imaging (MRI)、computed tomography (CT)などの画像診断で、最大径20cm以上を示した卵巣腫瘍28症例(表1)を対象とし、診療録より年齢、BMI、腫瘍径、画像所見、腫瘍マーカー、術式、術中迅速病理組織診断の有無、出血量、合併症、腫瘍内容物のドレナージ、組織型、FIGO 1988進行期を後方視的に検討した。なお、巨大卵巣腫瘍の定義として腫瘍重量が体重比20%以上、腫瘍重量が10kg以上、腫瘍内容が20L以上、妊娠8カ月の子宮以上のものなど提案されているが、はっきりした定義はされていない²⁻⁵⁾。腫瘍に対して吸引を術前に行う症例などもあることから、重量に関して正確な評価は困難であると考えられる。今回われわれは巨大卵巣腫瘍を剣状突起まで達する程度の大きさと仮定し、腫瘍最大径20cm以上を示すものと定義した。BMIは、補正前と

して初診時の体重より算出したが、巨大な腫瘍が存在する状態では、肥満度を正確に反映していないと考えられる。補正後として腫瘍内容量を質量1g/mlとして初診時の体重より減じた値より算出し、卵巣腫瘍の巨大化と肥満との関係を調べた。画像所見については、MRI、CTで造影を行っているものは造影効果のある腫瘍を充実部分とし、造影を行っていないものは辺縁不整などが認められる腫瘍を充実部分と判定して良性悪性との関連について検討した。腫瘍マーカーは術前の血清を評価に用いた。統計学的手法には統計解析ソフトRを用い、フィッシャーの正確確率検定で有意差を判定した。相関係数にはスピアマンの順位相関係数を使用した。術前のドレナージは経腹的にを行い、術中のドレナージは小切開またはサンドバルーンカテーテルなどを用いて行った。研究を行うにあたって倫理的観点から十分に配慮し、当院の倫理委員会の審議を経て了承を得た。

結 果

患者背景、術前画像検査、腫瘍マーカー

年齢は、16歳から84歳(平均 48.3 ± 3.4 歳)であった(図1)。腫瘍径は20~25cm未満が11例、25~30cm未満が10例、30cm以上が7例であった(図2)。腫瘍は大部分が片側性で、右側が11例(39%)、左側が14例(50%)であった。両側に認めたものは3例(11%)であった(表1)。BMIについてみると、補正前のBMI 18.5未満は8%(2/26)、18.5以上25未満は58%(15/26)で、BMI 25以上は35%(9/26)であった。卵巣腫瘍内容液量にて補正を行った場合は、BMI 18.5未満は25%(6/24)、18.5以上25未満は58%(14/24)で、BMI 25以上は17%(4/24)であった(表2)。術前MRI検査の結果、単房性5例

表1 巨大卵巣腫瘍28症例

番号	年齢 (歳)	患側	腫瘍径 (cm)	術式	術中迅速	病理(進行期)	出血量 (ml)	術前合併症
1	17	左	36	LSO	なし	粘液性嚢胞腺腫	20	なし
2	43	左>右	40以上	LSO, 右嚢腫摘出	なし	粘液性境界悪性腫瘍(Ⅰc)	3500	拘束性肺障害等
3	47	左	40以上	LSO	なし	未分化癌(Ⅳ)	900	ARDS等
4	58	右	27	ATH+RSO+OMT	悪性	粘液性腺癌(Ⅰc)	160	なし
5	79	右	20	RSO	なし	粘漿液性境界悪性腫瘍(Ⅰa)	少量	なし
6	59	左	25	LSO	なし	粘液性嚢胞腺腫	50	なし
7	53	右	20	RSO	悪性	明細胞腺癌(Ⅲc)	1200	DVT
8	23	右	30	RSO	なし	粘液性腺癌(Ⅰc)	200	なし
9	52	左	24	ATH+BSO+OMT	悪性	粘液性腺癌(Ⅰc)	275	なし
10	58	右	27	ATH+BSO+OMT	悪性	明細胞腺癌(Ⅰa)	506	なし
11	49	右>左	20	BSO+OMT	悪性	頰内膜腺癌(Ⅰc)	1575	なし
12	54	左	22	ATH+BSO+OMT	悪性疑い	明細胞腺癌(Ⅰa)	1000	なし
13	66	左	29	LSO	良性	粘漿液性嚢胞腺腫	少量	なし
14	84	左>右	21	BSO	良性	粘液性嚢胞腺腫	80	なし
15	36	左	20	LSO	なし	粘液性嚢胞腺腫	少量	なし
16	79	右	20	RSO	なし	漿液性嚢胞腺腫	少量	水腎症
17	16	左	28	RSO	なし	粘液性嚢胞腺腫	230	なし
18	41	右	21	RSO	なし	粘液性嚢胞腺腫	10	なし
19	64	右	21	RSO	良性	卵巣甲状腺腫	20	なし
20	20	左	25	LSO+OMT	なし	粘液性腺癌(Ⅲc)	125	なし
21	18	右	28	RSO	なし	粘液性境界悪性腫瘍(Ⅰa)	少量	なし
22	55	左	34	LSO	なし	粘液性境界悪性腫瘍(Ⅰa)	50	なし
23	59	左	30	ATH+BSO+OMT	悪性疑い	粘液性境界悪性腫瘍(Ⅲb)	1600	蜂窩織炎等
24	45	右	24	RSO	なし	漿液性嚢胞腺腫	少量	なし
25	45	右	25	ATH+RSO	良性	粘液性嚢胞腺腫	90	なし
26	47	左	29	LSO	悪性	分類不能の腺癌(Ⅰa)	200	拘束性肺障害
27	40	左	30	LSO	なし	粘液性嚢胞腺腫	少量	なし
28	44	左	28	LSO	なし	粘液性境界悪性腫瘍(Ⅰa)	230	蜂窩織炎

RSO (右付属器摘出術), LSO (左付属器摘出術), ATH (腹式単純子宮全摘術), OMT (大網部分切除術)
ARDS (急性呼吸促進症候群), DVT (深部静脈血栓症)

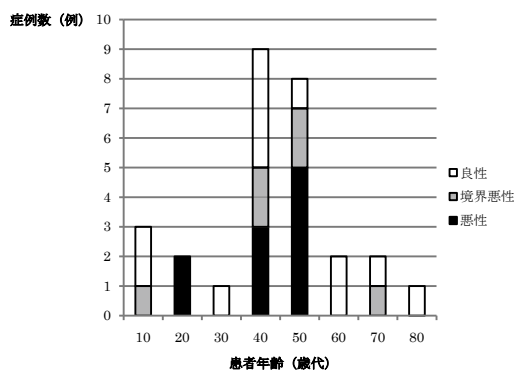


図1 年齢分布

患者年齢ごとの、良性、境界悪性、悪性腫瘍の症例数を提示した。

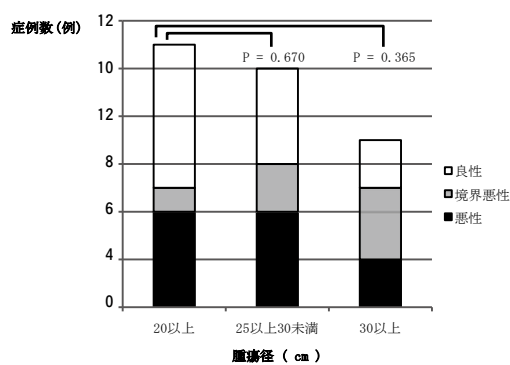


図2 腫瘍最大径の分布

腫瘍径20cm以上のものを、良性、境界悪性、悪性との関連について提示した。良性群と境界悪性、悪性群の関連性をフィッシャーの正確確率検定 (両側検定) にて評価した。P<0.05を有意とした。

(18%), 多房性23例(82%)と多房性がほとんどを占めており, 充実部分なし12例(43%), 充実部分あり16例(57%)であった(表3). 腫瘍マーカーはCEA, CA19-9, CA125の異常高値であったものは18例, すべて正常基準値内であったものは10例であった(表4).

合併症および周術期管理

術前の合併症は呼吸障害, 深部静脈血栓症や蜂窩織炎など7例に認めた(表1). とくに症例2, 3は40cmを超える腫瘍を認め, 座位にても呼吸障害が生じており術前管理が必要であった. 症例2では7日間かけて約70Lの腫瘍内容液

のドレナージを行い, 呼吸機能を改善した. 症例3ではARDS(急性呼吸促迫症候群), 胸水貯留を認め, 挿管にて呼吸管理を行いながら入院後5日間かけて約30Lの腫瘍内容液のドレナージを行った. 手術時の麻酔方法は全身麻酔26例, 脊髄くも膜下麻酔2例であった. 術中に腫瘍内容液のドレナージを行った症例は25例で, 術中破綻した症例は腫瘍と周囲組織との強い癒着を認めた1例(症例7)であった. 術中出血量はごく少量から3500mlまでの範囲で, 中央値は107.5mlであった. 悪性腫瘍では出血量が増加する傾向にあったが, 腫瘍径と出血量の間で

表2 BMI

BMI	補正前 (n=26)	補正後 (n=24)
18.5未満(やせ)	2	6
18.5以上25未満(標準)	15	14
25以上30未満(肥満)	6	3
30以上(高度肥満)	3	1
(不明2例)		
補正前:初診時のBMI		
補正後:内容液量を減じて計算		

表3 画像診断と悪性度

	充実部分なし(n=12)	充実部分あり(n=16)
単房性(n=5)	2(67%) / 1(33%) / 0(0%)	0(0%) / 1(50%) / 1(50%)
多房性(n=23)	7(78%) / 1(11%) / 1(11%)	3(21%) / 3(21%) / 8(57%)
順に良性/境界悪性/悪性の症例数および比率		

表4 腫瘍マーカーと良悪性

マーカー(基準値)	陽性	陰性	良性	境界悪性, 悪性	
CEA(>5.0ng/ml)	0	12	0	13	P=0.238
CA19-9(>37U/ml)	2	10	7	9	P=0.223
CA125(>35U/ml)	5	7	10	6	P=0.445
いずれか陽性	7	5	11	5	P=0.698
すべて陰性	5	7	5	5	

良性群と境界悪性, 悪性群の関連性をフィッシャーの正確確率検定(両側検定)にて評価した. $P<0.05$ を有意とした.

は相関係数は0.22と関連を認めなかった(表1). 術後の重篤な合併症は再開腹によるドレナージを要した腹腔内膿瘍1例(症例23)のみであった.

術中迅速病理診断と手術術式

術中迅速病理診断を行ったものは12例(表1)あり, 良性4例, 悪性6例は最終病理診断と一致した. 悪性疑いとされた2症例の最終病理診断は, 1例が粘液性境界悪性腫瘍(症例23), 他の1例が明細胞腺癌(症例12)であった. 術中迅速病理診断にて悪性疑いあるいは悪性と診断された8例のうち5例に基本術式(単純子宮全摘出術, 両側付属摘出術, 大網部分切除術)を行った. 妊孕性の温存を希望する若年症例(症例8, 20)では, 術前に悪性が疑われても術中迅速病理診断を行わず, 最終病理診断により治療法の決定を行った. 術中迅速病理診断で悪性とされ患側の付属器摘出術のみを行った症例は2例であった(症例7, 26). 症例7は初回手術では腫瘍の癒着と播種病巣の存在のため完全摘出は困難であったため, 寛解導入化学療法の後, Interval debulking surgery (IDS)を行った. 症例26は腫瘍が巨大であったため術前の消化器などの検索が不十分であった症例で, 術中迅速病理診断にて転移性卵巣腫瘍の可能性を指摘された. 症状緩和を優先し付属器摘出術のみを行い, 術後に原発巣の検索を行い, 永久標本の病理診断結果を併せて治療方針を決定した.

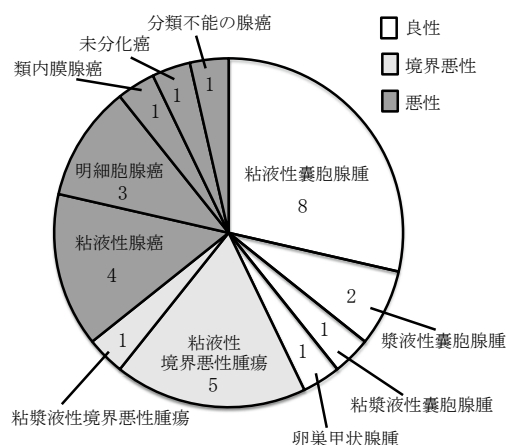


図3 組織型

組織型を, 良性, 境界悪性, 悪性に分けて提示した.

病理組織診断および良悪性と相関する因子

摘出した腫瘍の組織型を図3に示す. 良性, 境界悪性, 悪性でそれぞれ, 粘液性囊胞腺腫が8例(67%), 粘液性境界悪性腫瘍が5例(83%), 粘液性腺癌が4例(40%)と3群のいずれも粘液性腫瘍が最多であった. 表層上皮性・間質性腫瘍が27例であり, 胚細胞性腫瘍(卵巣甲状腺腫)が1例であった. 症例2は両側の境界悪性腫瘍であった. 症例11は両側の子宮内膜症性囊胞であり, 巨大化したものに類内膜腺癌を認めた. 症例14は巨大な側が粘液性囊胞腺腫であり, 対側は漿液性囊胞腺腫であった. 年齢と良悪性の関連をみると, 統計学的に有意ではないものの, 40~50歳代では境界悪性, 悪性の頻度が高く, 60歳代以降では良性の頻度が高かった(図1). また統計学的に有意ではなかったが, 腫瘍径と良悪性の関連をみると, 腫瘍径の増大に伴い境界悪性, 悪性の比率が高まる傾向を認めた(図2). 術前の画像所見で充実部分を認めた16例中13例(81%)が境界悪性, 悪性であり, 充実部分を認める症例において有意に境界悪性, 悪性が多かった($p=0.006$)(表3). 腫瘍マーカーは良性群と境界悪性, 悪性群の比較において, CEA, CA19-9, CA125いずれも関連性を認めなかった(表4).

境界悪性・悪性症例の進行期と予後

境界悪性, 悪性16例の進行期についてみると(表5), I期12例(75%), II期0例, III期3例(19%), IV期1例(6%)とI期が多かった. 境界悪性のうち5例(83%), 悪性のうち7例(70%)がI期であった. 治療から5年以上経過した悪性症例8例の転帰は, 無病生存が6例, 原病死が1例, 不明が1例であった(表6). 不明症例は約4年半の無病生存を確認後來院しなかった(症例4). 治療から5年未満の症例は2例であり, 無病生存が1例, 原病死が1例であった. I期の症例は不明を除き全て無病生存であった. III期, IV期の症例は術前の画像診断にて悪性が疑われていたが, 初回手術では腫瘍の癒着や播種病巣の存在などのため完全摘出は困難であった. 術後化学療法を行いIDSを行った症例(症

表5 境界悪性, 悪性症例の進行期

進行期 (FIGO1988)	境界悪性 (n=6)	悪性 (n=10)	合計 (n=16)
I	5 (83.3%)	7 (70%)	12 (75%)
II	0	0	0
III	1 (16.7%)	2 (20%)	3 (18.75%)
IV	0	1 (10%)	1 (6.25%)

表6 悪性症例の予後

	番号	術式	進行期	組織型	術後経過	転帰
術後5年以上経過した症例	3	LSO	IV	未分化癌	化学療法	DOD
	4	ATH+RSO+OMT	I c	粘液性腺癌	化学療法	不明
	7	RSO	III c	明細胞腺癌	化学療法, IDS	NED
	8	RSO	I c	粘液性腺癌	化学療法	NED
	9	ATH+BSO+OMT	I c	粘液性腺癌	化学療法	NED
	10	ATH+BSO+OMT	I a	明細胞腺癌	化学療法	NED
	11	BSO+OMT	I c	類内膜腺癌	化学療法	NED
術後5年未満	12	ATH+BSO+OMT	I a	明細胞腺癌	化学療法	NED
	20	LSO+OMT	III c	粘液性腺癌	化学療法	DOD
	26	LSO	I a	分類不能の腺癌	化学療法	NED

IDS (Interval debulking surgery), NED (No evidence of disease), DOD (Dead of disease)
 症例26は初回手術の後, staging laparotomyにて進行期を決定

例7)は無病生存であるが, 化学療法が無効で, PD (progressive disease) となった2症例 (症例3, 20) は原病死した。

考 察

今回定義した最大径が20cmを超えるような巨大卵巣腫瘍の報告は古くからあり, 1922年にLynchらが190例, 1929年にKehrerらが100例報告している³⁾。また1988年にDottersが20例⁶⁾, 1994年にOttesenが20kg以上の20症例の報告⁷⁾を行っている。しかし, 巨大卵巣腫瘍について, 系統立てた検討は十分ではなく, 管理に苦慮することも多い。巨大卵巣腫瘍と肥満との関連性については, 過去には肥満のために卵巣腫瘍に気づかずに巨大化したとの報告もある⁸⁾。今回の検討では, BMI 25以上の症例は35% (9例/26例)であったが, 初診時の体重から, 腫瘍内容量を引きBMIを計算した場合は, BMI 25以上の症例は17% (4例/24例)に過ぎなかった。これは平成25年の国民健康・栄養調査の20歳以上女性でBMI 25以上の割合が20%とする報告⁹⁾と大きく差はなく, 巨大卵巣腫瘍の多くは非肥満症例であり肥満が卵巣腫瘍の巨大化を覆い隠すとはいえない。腹部膨満が太ったこと

で生じていると思い込み, 受診が遅れた症例も存在すると考えられる。

巨大卵巣腫瘍を管理する際, 術中術後に呼吸器系, 循環器系の合併症を起こす危険があり注意が必要である。呼吸器系として, 術前では, 腫瘍の圧迫, 横隔膜挙上による呼吸障害, 術後では肺の急激な膨張, 循環血流量の変化による肺水腫の危険がある。循環器系としては, 急激な減圧による下大静脈および腹腔内臓器からの静脈環流量の増加, または減少による循環不全の危険がある。これらを回避するために術前または術中の腫瘍内容液のドレナージが有用であるとされている¹⁾。今回はほとんどの症例で術前あるいは術中に内容液のドレナージを行っており, 肺水腫などの合併症を起こした症例はなかった。内容液が腹腔内へ漏出するリスクは考えられるが, ドレナージすることにより肺の急激な膨張, 循環血液動態の変化を最小限にし, 合併症のリスクを減少させることができるのではないかと考えられる。他の合併症としては4例において, DVT (深部静脈血栓症), 水腎症, 蜂窩織炎などを認めた。DVTを合併した症例はDダイマー測定によるスクリーニングを行い,

下肢静脈エコーにより診断を行った。抗凝固療法を行うことによって肺塞栓などの重篤な障害は生じなかった。巨大卵巣腫瘍において、Dダイマー測定による血栓のスクリーニングは必須であると考えられる。

関場らは卵巣腫瘍における境界悪性、悪性の頻度は28%（45例/158例）であり、卵巣腫瘍は腫瘍径の増大とともに悪性である頻度が増加すると報告している¹⁰⁾。今回は巨大卵巣腫瘍のみを対象としており、やはり境界悪性、悪性の頻度は57%と高かった。40～50歳代では境界悪性、悪性の割合が71%と高く、その多くは粘液性腫瘍であった。これは境界悪性、悪性の卵巣粘液性腫瘍が40～50歳代に好発するという報告¹¹⁾と一致した結果である。卵巣腫瘍とくに粘液性腫瘍の良悪性の判定において、腫瘍マーカーの診断的意義は低いとされているが¹²⁾、今回の検討においても腫瘍マーカー値と良性、境界悪性、悪性との明らかな関連性は指摘できなかった。画像所見で多房性が82%とほとんどを占めていたのは、粘液性腫瘍が多かったためであると考えられる。充実部分を伴わない場合の境界悪性、悪性腫瘍の可能性は3%以下であるとされている¹³⁾が、今回の検討では単房性、多房性双方で充実部分を認めなかった12例のうち3例（25%）が境界悪性、悪性であった。術前の画像評価で充実部分を認めなかった症例でも、術中、術後に肉眼的に充実部分を認める症例もあり、卵巣腫瘍が巨大であることから充実部分を十分評価できていない可能性が示唆される。また粘液性腫瘍では、組織学的に壁や隔壁に沿った腫瘍の広がり为主体であり、嚢胞の内腔に突出するような壁在結節の形態はあまりみられないため、悪性であっても術前の画像診断で明らかな充実部分が指摘できないことが知られている¹⁴⁾。一方で、充実部分を伴う場合は約50～70%で境界悪性、悪性であると報告されており¹³⁾、今回、単房性、多房性双方で充実部分を認めた16例のうち、13例（81%）が境界悪性、悪性であった結果と一致していた。

巨大卵巣腫瘍の組織型の過去の報告で

Ottesenらは、良性の粘液性・漿液性腫瘍が多く、境界悪性、悪性の占める割合は24%と少なく、その多くは境界悪性であり、悪性であっても転移を認めた症例はない⁷⁾としている。また本邦における報告でも、粘液性腫瘍の割合が多い。武内らによると12例中7例が粘液性嚢胞腺腫であり¹⁵⁾、西川らの報告では摘出標本が2kg以上であった症例において、良性腫瘍17例、悪性腫瘍8例のうち、粘液性腫瘍であったものがそれぞれ13例、5例であった¹⁶⁾。また原らの7例の検討では、組織型はすべて粘液性腫瘍であり、境界悪性、悪性の進行期の多くはI期で、肉眼的に腫瘍の卵巣外進展を認めた例は1例のみであった¹⁷⁾と報告している。以上より、巨大卵巣腫瘍は粘液性腫瘍が多く、境界悪性、悪性では進行例は少なく、多くはI期であり、おおむね予後良好であるとされている。卵巣癌のうち粘液性腺癌の占める割合は2～10%と低いとされている¹¹⁾が、巨大卵巣腫瘍においては粘液性腺癌の割合が高い理由として、粘液性腫瘍の多くが低悪性度であり、緩徐に成長し、卵巣外進展せず巨大な腫瘍を形成することが可能であるためと考えられる。一方で、漿液性腺癌はde novoに発生し、急速に大きくなり、早期発見が難しく、診断される時にはIII期以上に進行していることが多い¹⁸⁾。おそらく、急激に増大、進行するような悪性度の高い腫瘍は腹膜炎など他の症状を起し、巨大化する前に診断されているものと推測される。今回の検討においても粘液性腫瘍が17例（61%）と多く、境界悪性、悪性症例のほとんどがI期であり、その予後も良好であった。

結 論

巨大卵巣腫瘍の治療においては、周術期の呼吸器系、循環器系などの合併症管理が重要である。そして境界悪性や悪性の頻度が高いが、巨大であるため充実部分ありと正確に診断できない場合もあり、慎重な管理が必要である。しかし、巨大卵巣腫瘍はI期の粘液性腫瘍が多く、周術期管理を適切に行えば良好な予後が得られると考えられる。

参考文献

- 1) 鈴木裕香, 葛谷和夫, 中西 透, 他: 巨大卵巣腫瘍の術中・術後の管理. 産と婦, 7: 949-953, 2001.
- 2) Spohn E: Multicystic ovarian tumor weighing 328 lb. *Tex Med J*, 1: 273, 1905.
- 3) 小畑直子, 神谷典男: 巨大卵巣嚢腫の1症例. 産婦の実際, 50: 1033-1037, 2001.
- 4) 秦清三郎: 卵巣腫瘍の手術術式. 産婦の世界, 4: 425-433, 1952.
- 5) Hori M, Imai A, Sugiyama T, et al.: Massive ovarian serous cystadenoma with uneventful postoperative recovery. *Gynecol Obstet Invest*, 32: 245-246, 1991.
- 6) Dotters DJ, Katz VL, Currie J, et al.: Massive ovarian cyst: a comprehensive surgical approach. *Obstet Gynecol Surv*, 43: 191-196, 1988.
- 7) Ottesen M, Rose M: Giant ovarian tumor masked by obesity. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 73: 349-351, 1994.
- 8) Yanazume Y, Yoshinaga M, Yanazume S, et al.: Giant ovarian cancer weighing 100kg with poor prognosis. *J Obstet Gynaecol Res*, 33: 91-94, 2007.
- 9) 厚生労働省: 平成25年国民健康・栄養調査報告. p34, 2013.
- 10) 関場 香, 福本 悟, 赤松信雄, 他: 卵巣腫瘍のエコーパターン分析 (3). 悪性度推定のための重みづけスコアリング. 日超医論文集, 38: 495-496, 1981.
- 11) 三上芳喜: 卵巣粘液性腫瘍. 病理と臨, 29: 820-829, 2011.
- 12) 長谷川清志, 宇田川康博: 女性性器がんと腫瘍マーカー. 産婦治療, 89: 273-278, 2004.
- 13) 日本超音波医学会用語・診断基準委員会: 卵巣腫瘍のエコーパターン分類. *J Med Ultrasonic*, 7: 912-914, 2000.
- 14) 三森天人, 松原伸一郎, 道家哲哉, 他: 付属器良性疾病. 臨床画像, 22: 380-388, 2006.
- 15) 武内正伸, 桑島宏充: 巨大卵巣嚢腫の1例. 産と婦, 27: 959, 1960.
- 16) 西川義雄, 平岡克忠, 山上恵三, 他: 巨大卵巣腫瘍3例の経験. 産と婦, 4: 553-557, 1993.
- 17) 原 知史, 奥野健太郎, 倉垣千恵, 他: 当科において過去1年半に経験した巨大卵巣腫瘍7例の検討. 産婦の進歩, 58: 296, 2006.
- 18) 松村謙臣, 岡本尊子, 万代昌紀, 他: 粘液性卵巣腫瘍の臨床. 産婦治療, 101: 230-238, 2010.

【原 著】

切迫早産入院管理の結果、妊娠29週未満で早産となった児の
予後に関連する因子の検討宇 治 田 直 也¹⁾, 谷 村 憲 司¹⁾, 平 久 進 也¹⁾, 前 澤 陽 子¹⁾
森 實 真 由 美¹⁾, 出 口 雅 士¹⁾, 森 岡 一 朗²⁾, 山 田 秀 人¹⁾

1) 神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科

2) 同小児科

(受付日 2015/7/15)

概要 [目的] 切迫早産のために妊娠29週未満で早産となった児の予後不良に関連する因子を明らかにすることを目的とした。[方法] 2005年1月から約10年間に切迫早産のために当科で入院管理の末、妊娠29週未満で早産となった出生児43例（多胎および胎児異常を除く）を対象とし、児の予後不良に関連する因子を後方視的に検討した。全対象症例を予後良好群（後遺症なし生存）28例と予後不良群（後遺症あり生存ないし死亡）15例の2群に分類した。検討因子として、分娩週数、破水の有無、妊娠中の母体血清CRP最高値2.0 mg/dl以上、妊娠中の母体白血球数最高値15000/ μ l以上、妊娠中の母体体温最高値37.5℃以上、母体ステロイド投与あり、児性別が男、児の出生体重の標準偏差値、胎盤病理でBlanc分類Ⅱ度以上を検討因子とした。児の予後不良に関連する因子をステップワイズ方式でロジスティック回帰分析を用いて決定した。[成績] 単変量ロジスティック回帰分析の結果、分娩週数（オッズ比 [95%信頼区間], p値）(0.6 [0.4-0.9], p=0.02), 破水あり (2.2 [0.5-9.8], p=0.29), 妊娠中の母体白血球数最高値15000/ μ l以上 (0.5 [0.1-1.8], p=0.29), 妊娠中の母体体温最高値37.5℃以上 (3.0 [0.7-13.6], p=0.2), 母体ステロイド投与あり (2.1 [0.6-7.4], p=0.27) が選択された。これらの因子について多変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、分娩週数のみが児の予後不良に関連する因子として選択された (0.5 [0.3-0.9], p=0.03)。[結論] 切迫早産から妊娠29週未満で早産に至る児の予後に分娩週数が強く関連することが明らかになった。児の予後改善のためには、より早い週数での早産を避けることが重要であると考えられた。[産婦の進歩68 (2): 69-74, 2016 (平成28年5月)]

キーワード: 切迫早産, 早産児, 予後関連因子, 分娩週数

[ORIGINAL]

Prognostic factors of outcome in neonates born at less than 29 weeks of gestation
because of threatened premature laborNaoya UJITA¹⁾, Kenji TANIMURA¹⁾, Sinya TAIRAKU¹⁾, Yoko MAESAWA¹⁾
Mayumi MORIZANE¹⁾, Masashi DEGUCHI¹⁾, Ichiro MORIOKA²⁾ and Hideto YAMADA¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Kobe University Graduate School of Medicine

2) Department of Pediatrics, Kobe University Graduate School of Medicine

(Received 2015/7/15)

Synopsis Objective: We aimed to evaluate prognostic factors of outcome in neonates born at less than 29 weeks of gestation (GW) because of threatened premature labor. **Patients and Methods:** This was a retrospective study including 43 neonates who were born in our hospital between 2005 and 2014. These neonates were divided into two groups according to the outcome: good (healthy) and poor (handicapped or dead). We examined the following factors: GW at delivery, the presence of rupture of the membranes, maximum maternal leukocyte count $\geq 15000/\mu$ l and serum CRP level ≥ 2.0 mg/dl, highest maternal body temperature ≥ 37.5 degrees, maternal steroid administration, male sex, standard deviation of birthweight, and stage of chorioamnionitis $\geq$ grade 2. The prognostic factors for poor outcome were determined by uni- and multivar-

iate logistic regression analyses. **Results:** Logistic regression analyses showed that GW at delivery was an independent prognostic factor of outcome of neonates (OR, 0.5; 95% CI, 0.3-0.9; $p=0.03$). **Conclusions:** This study suggests that the prognosis of neonates who are born at less than 29 GW because of threatened premature labor is associated with earlier GW at delivery. [Adv Obstet Gynecol, 68(2): 69-74, 2016 (H28.5)]

Key words : gestational weeks at delivery, premature labor, prognostic factor, threatened premature labor

緒 言

近年、周産期医療の進歩により早産児の長期予後は改善されている¹⁾。しかし、児の予後不良が危惧される1000g未満の超低出生体重児の出生数が近年増加したことにより、神経学的障害をもつ児の頻度は低下しておらず問題となっている^{2,3)}。早産は、切迫早産から早産に至る場合と、母体合併症等の増悪のために人工早産する場合に大別される。前者のうち子宮内感染が原因となっている場合には、妊娠期間延長によって児にFetal inflammatory response syndrome (FIRS)などを引き起こし、かえって児の予後を悪くする危険性もあるために、適切な分娩時期の決定が重要であり、周産期医療における重要課題の1つである。その課題解決の糸口の1つとして、早産児の予後規定因子に関する報告が数多くある⁴⁻⁶⁾。しかし、国や地域によって周産期医療レベルに格差があるため、それらの結果が世界的にみても周産期医療レベルが最高水準といわれる本邦でもあてはまるとは限らない。そこでわれわれは切迫早産に起因する早産児に焦点をあて、当院において切迫早産のために入院管理され、妊娠29週未満で早産となった児の予後不良に関連する因子を検討した。

研究方法

2005年1月～2014年8月の約10年間に切迫早産のために当科で入院管理の末、妊娠29週未満で早産となった出生児のうちで多胎と胎児異常を除いた43例を対象とし、児の予後不良に関連する因子について後方視的に検討した。なお、対象症例全員に対して、本研究におけるデータ使用について文書での同意を得ている。全対象症例を児の予後別に予後良好群(後遺症なし生存)28例と予後不良群(後遺症あり生存ないし新生児死亡)15例の2群に分類した。

本検討における後遺症は、①脳室内出血 (IVH) 3度以上、②嚢胞性脳室周囲白質軟化症 (Cystic PVL)、③癲癇、④脳性麻痺 (CP) (修正1.5歳時に麻痺のために独歩不可能な状態)、⑤在宅酸素療法 (HOT) を要する、⑥失明 (硝子体手術を施行)、⑦精神発達遅滞 (MR) (修正1.5歳時もしくは3歳時の新版K式発達検査による発達指数 (DQ) 70未満) と定義した。

本検討において、児の予後不良に関連する因子として、①分娩週数、②破水の有無、③妊娠中の母体血清CRP最高値2.0 mg/dl以上、④妊娠中の母体血白血球数最高値15000/ μ l以上、⑤妊娠中の母体体温最高値37.5℃以上、⑥肺成熟を目的とした母体へのステロイド投与あり、⑦帝王切開分娩、⑧児性別が男、⑨児の出生体重の標準偏差 (SD) 値、⑩Apgar score 1 分値、⑪Apgar score 5 分値、⑫絨毛膜羊膜炎 (CAM) Blanc分類⁷⁾ II 度以上 (I 度: 母体白血球浸潤が絨毛膜下に留まる。II 度: 母体白血球浸潤が絨毛膜に達する。III 度: 母体白血球浸潤が羊膜まで達する。) の12項目を検討因子とした。予後良好群と予後不良群の2群間の比較には、Mann-WhitneyのU検定、Fisherの直接確率検定、もしくは χ^2 乗検定を用い、 p 値<0.05を有意とした。また児の予後不良に関連する因子の決定には、ステップワイズ方式でロジスティック回帰分析を行った。すなわち、これらの検討項目につき単変量ロジスティック回帰分析を行い、 p 値<0.3であった因子を多変量ロジスティック回帰分析に供した。多変量ロジスティック回帰分析で p 値<0.05の因子を児の予後不良に関連する独立因子とした。全ての統計解析にはSAS software バージョン9.1 (SAS Institute Inc, Cary, NC, USA) を使用した。

表1 予後良好群と予後不良群の臨床背景の比較

	予後良好群 (n=28)	予後不良群 (n=15)	p値
年齢(歳)	32[19-41]	31[23-40]	N. S.
経産回数	0[0-5]	1[0-2]	N. S.
分娩週数	26[23-28]	24[23-27]	<0. 05
破水有り	64%(18)	80%(12)	N. S.
母体血清CRP最高値 2. 0mg/dl以上	60%(17)	46%(7)	N. S.
母体白血球数最高値 15, 000/ μ l以上	33%(9)	50%(7)	N. S.
母体体温最高値 37. 5℃以上	33%(9)	14%(2)	N. S.
母体ステロイド投与 有り	36%(10)	53%(8)	N. S.
帝王切開分娩	76%(21)	73%(11)	N. S.
児が男児	71%(20)	73%(11)	N. S.
児出生体重の 標準偏差値	+0. 02[-1. 45-+0. 56]	+0. 16[-1. 02-+0. 67]	N. S.
Apgar score 1分値 (点)	5[1-8]	4[0-9]	N. S.
Apgar score 5分値 (点)	7[2-9]	7[1-9]	N. S.
Blanc分類II度以上	53%(15)	61%(9)	N. S.

年齢、経産回数、分娩週数、児修正体重の標準偏差値、Apgar score1分値と5分値については中央値[範囲]で表記し、Mann-WhitneyのU検定を用いて2群間比較を行った。その他の項目については、パーセンテージと括弧内に症例数を記載し、Fisherの直接確率検定、もしくは χ^2 乗検定を用いて2群間比較を行った。

略語：N.S., not significant.

結 果

予後良好群と予後不良群の臨床背景の比較を表1に示す。予後不良群では予後良好群と比較して有意に分娩週数が早かったが、それ以外の項目に関しては、両群間に有意差を認めなかった。

児の予後不良に関連する因子を決定するための単変量ロジスティック回帰分析の結果、分娩週数(オッズ比[95%信頼区間], p値)(0.6[0.4-0.9], $p=0.02$), 破水あり(2.2[0.5-9.8], $p=0.29$), 妊娠中の母体血白血球数最高値15000/ μ l以上(0.5[0.1-1.8], $p=0.29$), 妊娠中の母体体温最高値37.5℃以上(3.0[0.7-13.6], $p=0.2$), 母体ステロイド投与あり(2.1[0.6-7.4], $p=0.27$)の5つの因子が選択された(表2)。この5つの因子について多変量ロジスティック回帰分析を行ったところ、分娩週数のみが児の予後不良に関連

する独立因子として選択された(0.5[0.3-0.9], $p=0.03$)(表2)。一方、妊娠中の母体血清CRP最高値2.0 mg/dl以上、帝王切開分娩、児性別が男、児出生体重の標準偏差値、Apgar score 1分値と5分値、Blanc分II度以上については児の予後不良と関連性を認めなかった。

図1に分娩週数ごとの児の予後別症例数を示した。本研究期間中において妊娠22週に早産となった症例はなかった。生存率は、分娩週数が妊娠23週では71.4%, 妊娠24週で85.7%, 妊娠25週で88.9%, 妊娠26週以降は100%に達した。一方、生存児中の後遺症なし生存児の割合は、分娩週数が妊娠23週では40%, 妊娠24週では66.7%, 妊娠25週以降は75%以上となり、妊娠28週では100%であった。

表2 児の予後不良に関連する因子を決定するためのロジスティック回帰分析の結果

	単変量ロジスティック回帰		多変量ロジスティック回帰	
	p値	オッズ比 (95%信頼区間)	p値	オッズ比 (95%信頼区間)
分娩週数	0.02	0.6(0.4-0.9)	0.03	0.5(0.3-0.9)
破水有り	0.29	2.2(0.5-9.8)	0.3	2.3(0.4-12.9)
母体血清CRP最高値2.0mg/dl以上	0.4	1.7(0.5-6.2)		
母体白血球数最高値15,000/ μ l以上	0.29	0.5(0.1-1.8)	0.2	0.3(0.1-1.6)
母体体温最高値37.5℃以上	0.2	3.0(0.7-13.6)	0.1	4.9(0.7-33.3)
母体ステロイド投与有り	0.27	2.1(0.6-7.4)	0.1	4.4(0.8-24.7)
帝王切開分娩	0.5	0.6(0.1-2.4)		
児が男児	0.9	1.1(0.3-4.5)		
児出生体重の標準偏差値	0.5	1.7(0.4-6.9)		
Apgar score 1分值 (点)	0.9	1.0(0.7-1.3)		
Apgar score 5分值 (点)	0.4	0.9(0.7-1.2)		
Blanc分類II度以上	0.6	0.7(0.2-2.6)		

検討項目12因子をステップワイズ方式でロジスティック回帰分析を行った。単変量ロジスティック回帰分析において、 p 値 <0.3 であった因子を、多変量ロジスティック回帰分析に供した。多変量ロジスティック回帰分析で p 値 <0.05 の因子を児の予後不良に関連する独立因子とした。分娩週数のみが児の予後不良に関連する独立した因子として選択された。

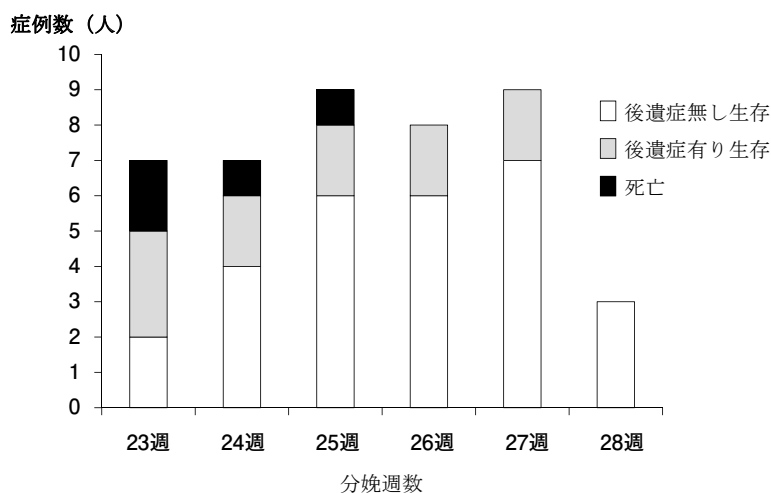


図1 分娩週数ごとの児の予後別症例数

分娩週数ごとの出生児の予後別症例数を示した。白棒グラフは後遺症なし生存例、灰色棒グラフは後遺症あり生存例、黒色棒グラフは死亡例を示す。生存率は分娩週数が妊娠23週で71.4%、分娩週数が遅くなるほど上昇し、妊娠26週以降は100%に達した。一方、生存児中の後遺症なし生存児の割合は分娩週数が妊娠23週で40%、分娩週数が遅くなるほど上昇し、妊娠25週以降は75%以上となった。

考 察

近年、日本における新生児の生存率および予後は周産期医療の進歩により著しく向上しているが、それでも予後不良例は少なからず存在する。早産児では正常産児に比較して死亡のみならず脳性麻痺のリスクが依然として高く、そのリスク因子の1つに妊娠32週未満の早産児であることが挙げられている⁸⁾。われわれの施設では、完全破水例に対して子宮内感染を疑わせる所見がない場合、妊娠継続するか?それとも人工早産するか?の臨界点を原則、在胎28週としている。本研究ではその臨界点である在胎28週0日から28週6日までの早産児の予後および予後規定因子も検討したいと考え、対象を分娩週数29週未満の切迫早産症例とした。また正常産と早産とでは、子宮収縮、頸管開大、破水という分娩に至る過程は同じであるが、正常産ではそれらの過程が生理的に起こるのに対して、早産ではさまざまな病的状況に起因して起こり、Preterm Labor Syndromeという概念が提唱されている⁹⁾。

これまでに報告された関連項目として、妊娠23週未満の脳性麻痺の発症に分娩週数と児が男児であること⁴⁾、超早産児において正常発達に在胎週数の延長とApgar score 5分値高値⁵⁾、新生児脳障害に子宮内胎児発育遅延 (FGR)⁶⁾が関連するとの報告がある。また出生前7日以内の母体ステロイド投与が児の死亡率を減らす可能性が大規模スタディにより示されている¹⁰⁻¹²⁾。一方、早産症例の胎盤を検索すると50~60%に絨毛膜羊膜炎 (CAM) が認められるとの報告があり¹³⁾、さらにCAMによってサイトカイン産生、プロスタグランジン活性化などが惹起されることで児の脳障害が生じると考えられている^{14,15)}。本検討における検討項目12因子は、これら過去の報告において予後との関連が示された項目を参考にして選択した^{4,7,10-12,14,15)}。しかし、本検討において多変量ロジスティック回帰分析により分娩週数のみが児の予後不良と関連する独立因子として選択され、過去の報告にみられるような分娩週数以外の因子は選択されなかつ

た。児の性別については、本検討では男児の割合が予後良好群71%、予後不良群73.3%と両群において男児の割合が同程度に高かったことによると考えられる。また本期間中にFGR症例は認められず、児出生体重のSD値で検討したが、関連因子としては選択されなかった。一方、過去の報告^{14,15)}からCAMの重症度が児の予後に影響することが予測されたが、今回の検討では、単変量ロジスティック回帰分析において、児の予後不良に関連する因子としては選択されなかった。Blanc分類Ⅱ度以上のCAMの割合は予後不良群で61%であり、予後良好群の53%より高率であった。しかし、分娩週数24週以後の症例に限定するとBlanc分類Ⅱ度以上のCAM割合は、予後不良群で40% (4/10例) であり、予後良好群で58% (15/26例) と予後良好群で高率となっており、対象症例数が少ないことも一因と考えられるが、今回の検討では、Blanc分類Ⅱ度以上のCAMの存在よりも分娩週数が予後不良に強く関連したためと考えられる。母体ステロイド投与の有無については、本検討では統計学的有意差はなかったが、母体ステロイド投与ありの児の予後不良に対するオッズ比は2.1でこれまでの報告と相反する結果であったが、より重症の切迫早産症例にステロイド投与が行われ、より妊娠週数が進んでいる症例では、ステロイド投与よりも早期娩出が優先される傾向がバイアスとなった可能性がある。

結 論

本検討には、症例数が少ない、後方視的検討であるなどの限界があるが、切迫早産から早産に至る児の予後不良に在胎週数が関連することは、過去の報告と一致するものであった。本検討期間内で管理が不適切であったと考えられる症例はなく、本邦の高水準な周産期医療レベルを考えれば、余程の画期的な戦略が開発されない限り、これ以上の早産児の予後改善は望めないかもしれない。一方で、在胎週数26週以降で生存率100%、24週以降では生存児中の2/3以上で後遺症のない生存児が得られていることより、切迫早産が発症してから管理では

なく、今後は妊娠初期からの細菌性陰症の治療によるCAMの予防や子宮頸管長測定による頸管短縮症例の早期発見と治療、切迫流早産症状に対する早期の医療介入などの少なくとも妊娠24週以前の早産を未然に予防するための方策が重要になってくると考えられる。

参考文献

- 1) 日本小児科学会新生児委員会新生児医療調査小委員会：わが国の主要医療施設におけるハイリスク新生児医療の現状（2001年1月）と新生児期死亡率（2000年1～12月）。日小児会誌，106：603-613，2002。
- 2) 上谷良行，藤村正哲：2000年出生の超低出生体重児3歳時予後の全国調査。厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）。アウトカムを指標としたベンチャーマーク手法を用いた質の高いケアを提供する「周産期母子医療センターネットワーク」の構築に関する研究（主任研究者 藤村正哲）平成17年度報告書。119-129，2006。
- 3) Wilson-Costero D, Friedman H, Minich N, et al. : Improved survival rates with increased neurodevelopmental disability for extremely low birth weight infants in the 1990s. *Pediatrics*, 115 : 997-1003, 2005.
- 4) Hintz SR, Kendrick DE, Wilson-Costello DE, et al. : Early-Childhood neurodevelopmental outcomes are not improving for infants born at <25 weeks' gestational age. *Pediatrics*, 127 : 62-70, 2011.
- 5) 福原 健，大石さやか，矢内晶太：当院で出生した超早産児の長期予後と関連因子の解析—3歳時検診を中心に—。現代産婦人科，61：145-149，2012。
- 6) Badawi N, Kurinczuk JJ, Keogh JM, et al. : Intrapartum risk factors for newborn encephalopathy : the Western Australian casecontrol study. *BMJ*, 317 : 1544-1558, 1998.
- 7) Blanc WA : Pathology of the placenta, membranes, and umbilical cord in bacterial, fungal, and viral infections in man . *Monogr Pathol*, 22 : 67-132, 1981.
- 8) Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ : Williams Obstetrics 21st. p1049, McGraw Hill, New York, 2001
- 9) Romero R, Mazor M, Munoz H, et al. : The Preterm Labor Syndrome. *Ann N Y Acad Sci*, 734 : 414-429, 1994.
- 10) Roberts D, Dalziel S : Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. *Cochrane Database Syst Rev*, 3 : CD004454, 2006.
- 11) Tyson JE, Parikh NA, Langer J, et al. : Intensive care for extreme prematurity-moving beyond gestational age. *N Engl J Med*, 358 : 1672-1681, 2008.
- 12) Manktelow BN, Lal MK, Field DJ, et al. : Antenatal corticosteroids and neonatal outcomes according to gestational age : a cohort study. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed*, 95 : F95-98, 2010.
- 13) Salafia CM, Vogel CA, Vintzileos AM, et al. : Placental pathologic findings in preterm birth. *Am J Obstet Gynecol*, 165 : 934-938, 1991.
- 14) Andrews WW, Hauth JC, Goldenberg RL, et al. : Amniotic fluid interleukin-6 : correlation with upper genital tract microbial colonization and gestational age in women delivered after spontaneous labor versus indicated delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 173 : 606-612, 1995.
- 15) Yoon BH, Romero R, Park JS, et al. : Fetal exposure to an Intra-amniotic Inflammation and the development of cerebral palsy at the age of three years. *Am J Obstet Gynecol*, 182 : 675-681, 2000.

【原 著】

胎児/早期新生児死亡の剖検50症例の臨床病理学的解析

垠 貴司¹⁾, 江川 宏征²⁾, 李 重煥²⁾, 岡野 公明²⁾
 螺 良愛郎¹⁾

1) 関西医科大学病理学第二講座

2) 同病理解剖

(受付日 2015/8/25)

概要 当院で取り扱った胎児/早期新生児死亡の剖検50症例を解析した。剖検主診断による疾患の分類では先天異常が27例と最も多く、次いで臍帯の捻転など臍帯の異常が8例あった。先天異常の診断で剖検を行われた症例にはPotter症候群と胎児水腫の症例が8例ずつ含まれていたが、このうちPotter症候群は全例、胎児水腫は2例に肺低形成を合併していた。対象とした50症例のうち9例(18%)は剖検を行っても死因を同定しえなかった。このうち6例は浸軟を伴っており、うち3例は児の体重が500g以下であった。先天異常と臍帯の異常、死因不明以外を主診断とした残りの6症例は、胎盤の異常(2症例)、子宮内感染症(2症例)、胎便吸引症候群(1症例)、双胎間胎児発育不均衡(1症例)であった。剖検は児の異常や子宮内胎児死亡の原因を病理学的に同定する有力な検索手段になると考えられた。〔産婦の進歩68(2):75-81, 2016(平成28年5月)〕

キーワード: 病理解剖, 子宮内胎児死亡, 先天異常

[ORIGINAL]

Clinicopathological analysis of 50 autopsy cases of fetal and early neonatal death

Takashi YURI¹⁾, Hiroyuki EGAWA²⁾, Joong Hwan LEE²⁾, Kimiaki OKANO²⁾
 and Airo TSUBURA¹⁾

1) Department of Pathology 2, Kansai Medical University

2) Division of Moribund Anatomy, Kansai Medical University

(Received 2015/8/25)

Synopsis We analyzed 50 autopsy cases of fetal and early neonatal death that were requested by obstetricians at Kansai Medical University. Twenty-seven cases were diagnosed as congenital anomalies, and eight cases were diagnosed as intrauterine fetal death caused by abnormalities of the umbilical cord, such as umbilical cord torsion. Among the congenital anomaly cases, there were eight cases each of Potter syndrome and fetal hydrops. Of these Potter syndrome and fetal hydrops cases, 10 cases were complicated by lung hypoplasia. In 9 of the 50 autopsy cases (18%), the cause of death was unexplained; these cases included macerated fetuses (n=3), macerated and small body weight (under 500g) fetuses (n=3), and cases which were neither macerated nor small body weight fetuses (n=3). The remaining six cases included abnormalities of placenta (n=2), intrauterine infections (n=2), meconium aspiration syndrome (n=1), and discordant twin (n=1). Moribund anatomy has been recognized as a valuable tool in identifying fetal abnormalities and cause of fetal death. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 75-81, 2016(H28.5)]

Key words : moribund anatomy, intrauterine fetal death, congenital anomaly

緒 言

胎児の異常ならびに予期せぬ子宮内胎児死亡は、これから親になるという希望や期待を胸に抱いていた両親に強い不安や喪失感をもたらす。

児の剖検を行い、これらの原因をできるかぎり同定することは、胎児の病状および死因について深く理解してもらうことにつながり、両親の精神的ケアに大きく貢献するとともに、次回の

妊娠にむけた新たな情報を提供してくれる。

近年、本邦では自然死産・人工死産とも緩やかな減少傾向にあり¹⁾、死産率の低下にはわが国における周産期医療の進歩が大きく関わっている。しかし、母体の年齢が高くなるにつれて死産率が上昇するため²⁾、初産時の年齢が上昇している本邦では、原因を解明すべき死産症例が増加し、客観的に病態を評価することができる剖検の重要性は今後高まっていくと予想される。

本稿では過去9年間に当院で取り扱った胎児/早期新生児死亡の剖検症例の臨床病理学的特徴をまとめ、産婦人科医師がどのような症例の剖検を依頼しているか、また剖検主診断から分類した各症例の特徴を述べるとともに、近年の胎児の剖検に関わる諸問題についての私見も考察に加えた。

対象と方法

当院が開院した2006年3月から2014年12月までの期間に執刀された剖検症例のうち、産婦人科から依頼された児の剖検は51症例あり、剖検記録ならびに診療記録を参照することができた50症例を本検討の対象とした。対象とした剖検症例には胎児死亡が47例、早期新生児死亡が3例あった。今回検討した胎児死亡症例には人工死産症例も14例含まれており、これらの症例は妊娠経過中に指摘された胎児の異常を精査する目的で剖検を依頼されている。なお、対象とした50症例は全て執刀前に家族に署名していただく病理解剖に関する承諾書により、症例を医学・学術研究へ使用することに対する同意を得ている。

本学における胎児の剖検手技として、身体計測ならびに外表所見の観察を行った後、胸・腹部の主要臓器を摘出し、大きさや湿重量の計測を行うとともに、摘出した全ての臓器から組織標本を作成し、病理組織学的評価を行った。胎盤・臍帯については症例によっては別途病理診断科に病理検査が依頼され、染色体分析は胎盤の絨毛から細胞を採取し、外部の検査センターで培養して解析を行った。開頭・中枢神経系の

病理学的検索については、執刀前に同意が得られた症例のみで施行した。また組織の免疫組織化学的検討や培養検査、電子顕微鏡を用いた組織の微細構造の観察は、個々の症例で必要に応じて施行した。剖検を施行した症例は全例、産婦人科担当医、関連諸科の臨床医ならびに病理医が出席する臨床病理検討会（CPC：clinico-pathological conference）で十分な検討を行った後に剖検診断が付され、後日、産婦人科担当医が遺族に結果説明を行った。

症例の主診断名については剖検記録を参照し、母体年齢や在胎週数および症例の臨床背景については診療記録を参照した。児の死亡から剖検までの時間に関しても診療記録を参照し、超音波検査により児の心拍停止が確認された時点を見の死亡として算出した。胎児死亡の原因については剖検主診断に記録されている疾患をWigglesworthの分類³⁾を参考にして、先天異常、臍帯および胎盤の異常、子宮内感染症、その他、原因不明のいずれかに分類した。剖検診断書に診断名が複数記録されていた症例については、執刀医が推察した直接死因の考察を検証し最も重要な診断名を採用した。なお、平均在胎週数と母体平均年齢は平均値±標準誤差で表した。また剖検主診断で分類した平均在胎週数ならびに母体平均年齢の比較にはMann-WhitneyのU検定を用い、p値が0.05以下で有意差ありとした。

結 果

対象とした期間中の成人の症例を含む全剖検数は331症例であり、産婦人科から依頼された児の剖検51症例は全体の15%に相当した。剖検を行った児の在胎週数と児の体重の分布を、それぞれ図1A、Bに示す。対象とした50症例のうち在胎22週未満の剖検症例が19例であったが、そのうち14例は人工死産症例であった。また剖検時における児の体重が500g以下のきわめて小さい児の剖検症例が24例も執刀されていたが、うち21例は剖検診断が可能であった。

剖検記録を参照し、各症例の死因に最も関連した疾患を分類し、それぞれの症例数を表1に

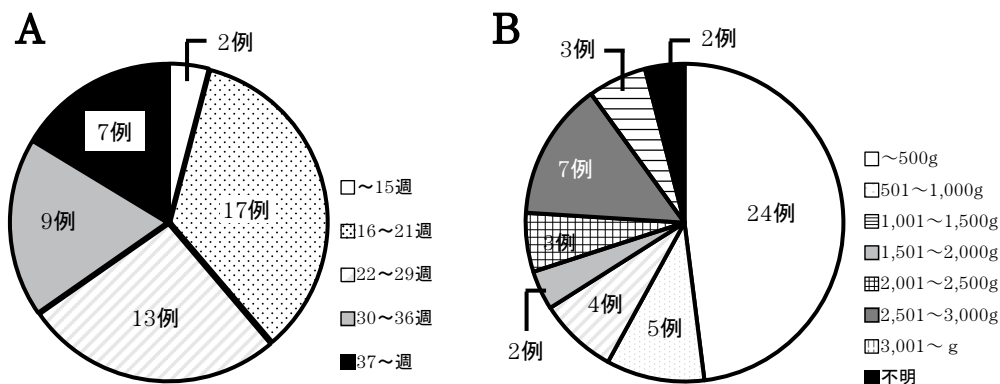


図1 児の在胎週数 (A) と剖検時の体重 (B)

表1 剖検主診断の分類

剖検主診断	症例数 (人工死産症例)
先天異常	27 (13)
臍帯の異常	8
胎盤の異常	2
子宮内感染症	2 (1)
その他	2
死因不明	9

示す。先天異常に分類される症例が最も数多く執刀されており、全体の半数以上 (27/50) を占めたが、母体の平均年齢は 33.9 ± 1.2 歳であり、他に分類された症例の 33.8 ± 1.3 歳と有意差を認めなかった。また先天異常に分類された症例の平均在胎週数は 24.6 ± 1.4 週であり、他に分類された症例の 30.0 ± 1.5 週よりも短い傾向がみられたが有意差はなかった。先天異常に次いで多かったのは臍帯の異常による子宮内胎児死亡の8症例であり、そのうち臍帯過捻転を主診断としたものが6例と最も多く、他の2症例は臍帯の付着部位の異常を剖検診断としていた。胎盤の異常による子宮内胎児死亡は2症例あり、うち1例は妊娠26週時の胎盤早期剥離による子宮内胎児死亡の症例であり、もう1例は妊娠27週時に前

置胎盤・切迫早産により大量出血をきたし、子宮内胎児死亡をきたした症例であった。子宮内感染症の剖検は2例執刀されており、1例は連鎖球菌を起因菌とした急性の絨毛膜羊膜炎により児が死亡した妊娠25週の症例であり、もう1例は妊娠3カ月時に母体がサイトメガロウイルスに初感染し、胎児の諸臓器 (大脳、肝、肺) に巨細胞封入体を組織学的に証明した症例であった。剖検主診断をその他に分類した2症例は、2絨毛膜2羊膜双胎妊娠の胎児発育不均衡の症例で、児の推定体重に50%以上の不均衡を認め1児が死亡した症例と、妊娠40週で胎便吸引症候群および急性肺うっ血により児が死亡した1症例である。なお、今回対象とした50症例のうち、9症例は剖検を行っても死因を解明しえなかった。

先天異常を主診断とした剖検症例の内訳、ならびに各先天異常の症例に記録されていた主な剖検診断を表2に示す。各疾患分類間で、母体の平均年齢に有意差はみられなかった。先天異常症例のうち、Potter症候群と胎児水腫が8例ずつあり、この2疾患が先天異常の剖検症例の最多を占めた。Potter症候群の診断で剖検が行われた症例の全例に肺の低形成を合併していた。胎児水腫の剖検8症例には母児間輸血症候群を原因とした症例はなく、うち3症例は在胎22週以降に子宮内胎児死亡となった症例であった。在胎35週に胎児水腫の診断で子宮内胎児死亡となった症例には先天性筋疾患 (congenital fiber

type disproportion) の診断が付されており、前回の妊娠においても同様の胎児の異常が認められたため、家族が羊水の染色体検査とともに死産児の剖検を希望した症例であった。胎児水腫をきたした死産症例には、肺にcongenital cystic adenomatoid malformation (CCAM) を合併している症例も1例あった。染色体異常の4症例には、18トリソミーが2例、一過性骨髄異常増殖症を合併した21トリソミーが1例、総動脈管症・食道閉鎖を合併した8トリソミーの

症例が1例あった。先天異常の症例うち、上記以外に分類した5症例には、横隔膜ヘルニアにより両肺の低形成を認めた症例や全前脳胞症などの剖検症例が含まれていた。他に、妊娠経過中の胎児超音波検査で脳腫瘍による脳室拡大が疑われ、その精査中に子宮内胎児死亡をきたし、剖検により児の脳腫瘍が未熟奇形腫と診断された1症例があった。

剖検を行っても児の死因を同定しえなかった9症例の剖検時の状況や母体の合併症をまとめ

表2 先天異常症例の内訳

疾患名	症例数 (人工死産症例)	平均母体年齢 (歳)	主な合併症 (症例数)
Potter症候群	8 (4)	30.4	肺低形成 (8), 食道閉鎖 (1) 頭蓋骨欠損 (1), 肝線維症 (1)
胎児水腫	8 (3)	37.7	肺低形成 (2), 口唇口蓋裂 (1) 先天性筋疾患 (1), CCAM* (1)
染色体異常	4 (2)	38.0	心・大血管奇形 (2), 口唇口蓋裂 (1) 一過性骨髄異常増殖症 (1), 食道閉鎖 (1)
腹壁欠損症	2	42.0	単一臍帯動脈 (1), 胸壁欠損 (1) 単眼症 (1), 口蓋裂 (1)
上記以外	5 (4)	29.2	横隔膜ヘルニア (1), 全前脳胞症 (1) CCAM (1), 脳腫瘍 (1)

* CCAM; congenital cystic adenomatoid malformation

表3 剖検を行っても死因を特定できなかった症例

No.	在胎週数 (週)	剖検時体重 (g)	心停止発見から剖検までに要した時間 (時間)	母体の主な合併症
1*	17	26	120	心房中隔欠損症術後
2*	17	110	72	(一)
3*	22	200	95	(一)
4*	28	840	163	子宮頸部円錐切除後
5*	36	2,980	144	子宮平滑筋腫
6	39	2,950	57	妊娠高血圧症候群
7	40	3,130	48	(一)
8	41	2,865	6	(一)
9*	41	3,354	72	(一)

* 浸軟をともなっていた症例

表3に示す。これらの症例は全て胎盤・臍帯についても病理学的検索が行われており、いずれも胎児の死に関係する異常を指摘されていない。死因を同定できなかった症例は児の心停止発見後、平均86時間が経過してから執刀が開始されており、死後3日間以上が経過し、児に浸軟をともなっていた剖検症例が6例（No.1～5, 9）あった。今回対象とした50症例のうち、児の心停止5日（120時間）以上が経過してから剖検が行われている症例は6例あったが、3例は剖検診断が可能であった。しかし3例は剖検を行っても死因を同定することができず、死後5日以上が経過した剖検症例は5日未満で執刀されている症例と比較し、診断確定率が低下する傾向にあった。また死因不明の9症例のうち剖検時の児の体重が2500g以下の症例は4例（No.1～4）あったが、児の体重が2500g以上あるにもかかわらず死因を同定しえなかった症例（No.5～9）は、いずれも妊娠中の胎児の発育は正常と評価されていた。これらのうち2症例（No.8,9）は、予定日超過により陣痛誘発を行っている最中に子宮内胎児死亡と診断された症例であったが、剖検を行っても諸臓器のうっ血や腎尿細管の変性などの急性循環不全を裏付ける病理学的変化が証明されなかった症例である。妊娠高血圧症候群に合併した子宮内胎児死亡の剖検症例（No.6）は、臨床的には胎盤早期剥離による循環不全が胎児の死因として疑われていたが、病理学的検索で胎盤に血腫を同定しえず、臍帯ならびに胎児にも異常がみられなかった症例であった。

考 察

われわれが剖検を行ったのは子宮内胎児死亡あるいは妊娠中のさまざまな異常経過により妊娠を中断せざるをえなかった症例である。本解析の対象となった児の剖検症例では、染色体異常などの先天異常を主診断としたものが最も多く、他の周産期専門施設での剖検症例を解析した報告⁴⁾と同様の傾向がみられた。他に臍帯の異常を主診断とした症例が8例あり、先天異常を除いた疾患分類のなかでは最多を占めた（表1）。子宮内胎児死亡の原因を同定するう

えて臍帯や胎盤の病理学的検索はとくに重要であり、これらの検索を行うことができなかった症例は死因を同定することが困難になると報告されている⁵⁾。しかし、臍帯に子宮内胎児死亡の原因があったとしても、全身をくまなく検索したうえで他に原因がなかったかを確認する必要がある。臍帯の異常を胎児の死因と結論づけるためにも剖検を行う必要がある。したがって、原因不明の子宮内胎児死亡に対して臍帯を含めた胎盤の組織学的検索を行うとともに、児の全身を観察することができる剖検も行うべきである⁶⁾。子宮内胎児死亡の原因を検索した報告をみると、胎盤早期剥離が原因として最多であり、母体が妊娠高血圧症候群を合併している妊娠に子宮内胎児死亡が多い⁵⁾。しかし、われわれが対象とした症例で胎盤の異常を主診断としたものは2例にすぎず、うち1例は胎盤の位置異常であり、妊娠高血圧症候群に早期剥離を合併した子宮内胎児死亡の症例は1例のみであった。われわれが児の剖検を行っていない他の胎盤早期剥離の症例は、超音波検査や胎盤の病理学的検索で血腫の存在が同定されたため、臨床医が剖検を依頼しなかったと推察される。

先天異常を主診断とした児の剖検症例では、Potter症候群と胎児水腫が8例ずつあり、染色体異常と診断された症例は4例あった（表2）。剖検を行ったPotter症候群の8症例は全例に肺低形成を合併していたが、うち1例は経陰分娩にて出生11分後に呼吸不全により死亡した早期新生児死亡の剖検例であった。当院は総合周産期母子医療センターに指定されており、新生児科医師により昼夜を問わず病児の集中管理が行われているが、Potter症候群は呼吸不全や腎不全により出生直後から生命維持が困難となるため、産婦人科から剖検を依頼されたと考えられる。われわれが経験した胎児水腫の剖検8症例には、バルボウイルスと単純ヘルペスウイルス感染症が1例ずつあり、免疫性胎児水腫の症例はなかった。剖検が行われた非免疫性胎児水腫の症例には染色体分析が施行されていないが、何らかの染色体異常が疑われた症例と先天

性筋疾患やCCAMが胎児水腫の原因として否定しえない症例が1例ずつ含まれていた。胎児水腫の原因には、血液型不適合妊娠による免疫性のものが多く、パルボウイルスなどによる子宮内感染症、染色体異常や心・血管系異常の他に、原因不明の特発性のものが20～30%を占めるとされている⁷⁾。胎児の諸臓器を詳細に観察でき、病理学的異常を同定しえた症例を蓄積すれば、いまだ明らかにされていない非免疫性胎児水腫に関連する胎児の異常を同定することができるため、先天異常を原因とした死産例に対しても剖検の意義を見いだすことができる。

対象とした50症例のうち、9例は剖検を行っても死因を同定することができなかった。病理解剖を行った子宮内胎児死亡の症例を検討した過去の報告では、病理解剖を行っても死因を明らかにできなかった症例が全体のおよそ50%近くを占めるとされているが⁸⁾、われわれの検討では50症例中9例（18%）であり、児の死後時間が経過すると診断確定率が低下する傾向にあった（表3）。剖検を行っても死因が同定できない症例の80%以上は死後時間の経過による浸軟をとまうと報告されているが⁵⁾、胎児の死後経過時間と剖検診断確定率との関係については明確にされていない。胎盤早期剥離以外の子宮内胎児死亡では、産婦人科医が超音波検査を行って児の心停止を確認後、両親への説明・同意のうえ子宮頸管拡張を行い、分娩誘発を行って児を娩出しなければならず、成人の剖検と異なり死亡から剖検の依頼までに長時間を要する。死後時間が経過した遺体は浸軟を伴い、死因を推察するうえで重要な臓器に変性が加わると詳細な観察が困難となり、胎児・新生児死亡の8%の症例は高度の浸軟のため剖検が行われていないという報告もある⁹⁾。しかし、臨床的に原因が明らかではなかった子宮内胎児死亡の症例で浸軟をとまなっているにもかかわらず、剖検を行うことにより65%の症例は死因が明らかにされ⁴⁾、また臨床診断がなされていた症例の半数以上に新たな情報が得られると報告されている¹⁰⁾。さらに、死後時間が経過した胎児の症例においても、

胎児付属物の病理学的検索をあわせて行うことにより剖検診断率が向上するとされているが⁴⁾、われわれが死因を同定することができなかった9症例全てに臍帯や胎盤に死亡の原因となる異常を認めていない。英国の胎児・新生児に対する剖検手技と診断率に関する検討では、諸臓器の病理学的検索に加えて培養や全身の画像検索を追加して行くと診断率が向上すると報告されている¹¹⁾。しかし、病理解剖に保険適用がない本邦では、病理診断を補足する各種検査項目について、個々の症例に応じて適宜行われているのが実状であろう。

死産を経験した患者に対して担当医が剖検結果を含めたカウンセリングを行うことは、医療の満足度を著明に向上させると報告されている¹²⁾。しかし、症例を受け持つ産科医が剖検の現場やCPCに立ち会い十分な意見交換を行うためには、その時間に病棟・外来で行われている医療現場から離れなければならない。今後産婦人科領域の剖検率を向上させるためには、遺族への説明を行う医師が剖検の意義を再認識する必要があることは他の臨床科と同じであるが、近年専攻医が減少し、いずれの施設においても過酷な勤務環境下にある本邦の産婦人科臨床の現況について、剖検を行う病理医側も理解を示すべきである。

総 括

本解析の対象となった児の剖検症例では、先天異常が最も多く、次いで臍帯の異常を主診断とした症例が多かった。多くの剖検症例は依頼時の臨床診断と剖検診断の一致をみたが、対象となった症例の18%は剖検を行っても死因を同定することができなかった。剖検は組織学的評価から病態を客観的に評価することができるため、多くの産科症例では臨床医に有用な情報を提供しうる検索手段であることが本解析でも示されたが、死後時間が長く経過した症例では剖検診断確定率が低下する点には注意が必要である。

参考文献

- 1) 厚生労働省：平成27年我が国の人口動態（平成25年までの動向）<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl81-1a2.pdf>
- 2) 佐藤昌司：日本の死産の疫学 ―日本産科婦人科学会周産期登録データベースから。産と婦，75：413-417，2008.
- 3) Wigglesworth JS：Monitoring perinatal mortality. A pathophysiological approach. *Lancet*, 27：684-686, 1980.
- 4) 竹内 真，中山雅弘：周産期死亡の原因 ―死産の原因はどこまで明らかにできるか― *Neonatal Care*, 15：27-33，2002.
- 5) Horn LC, Langner A, Stiehl P, et al.：Identification of the causes of intrauterine death during 310 consecutive autopsies. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 113：134-138, 2004.
- 6) Incerpi MH, Miller DA, Samadi R, et al.：Stillbirth evaluation：What tests are needed？*Am J Obstet Gynecol*, 178：1121-1125, 1998.
- 7) 松岡 隆，市塚清健，大槻克文，他：胎児水腫―定義・頻度・原因疾患。周産期医，34：145-148，2004.
- 8) 原 浩一，瓦林達比古，蜂須賀徹，他：当科における子宮内胎児死亡の臨床病理学的検討。周産期医，20：1383-1387，1990.
- 9) de Wals P, Borlee I, Vincotte-Mols M, et al.：Frequency and value of autopsy in perinatal death. *Arch Fr Pediatr*, 43：643-647, 1986.
- 10) 竹内 真，中山雅弘：胎児死亡における臨床病理学的検討―胎盤以外からわかること。日周産期・新生児会誌，43：945-948，2007.
- 11) Vujanic GM, Cartlidge PHT, Stewart JH, et al.：Perinatal and infant postmortem examinations：how well are we doing？*J Clin Pathol*, 48：998-1001, 1995.
- 12) Doyle LW：Effects of perinatal necropsy on counseling. *Lancet*, 355：2093, 2000.

【症例報告】

再発卵巣癌に対する化学療法中に骨髓異形成症候群を発症した1例

寺田 信一¹⁾, 田中 智人¹⁾, 丸岡 寛¹⁾, 中村 路彦¹⁾
 岩井 恵美¹⁾, 前田 裕弘²⁾, 神田 隆善¹⁾

1) 国立病院機構大阪南医療センター産婦人科

2) 同血液内科

(受付日 2015/8/7)

概要 婦人科悪性腫瘍は化学療法の治療成績の向上に伴い長期生存が可能となる症例があるが、一方で化学療法の長期投与による有害事象も多数認められる。今回われわれは再発卵巣癌に対する化学療法長期継続中に発症した骨髓異形成症候群を経験したので報告する。症例は72歳、1経妊1経産。卵巣癌の診断の下、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清術、大網部分切除術を施行した。最終診断は左卵巣漿液性腺癌stage IIC期 (FIGO2010) であった。術後化学療法として腹腔内化学療法 (cisplatin : 80 mg/body, etoposide : 400 mg/body) を2コース、cyclophosphamide/therarubicin/carboplatin 療法を6コース施行した。以降再発と寛解を繰り返し、dose-dense paclitaxel/carboplatin (ddTC) 療法を6コース、weekly CPT-11療法を6コース施行した。術後11年後、ddTC療法を開始したが、1コース後に遷延する好中球低下や血球異常が出現した。骨髓液検査にて骨髓異形成症候群と診断されたが、対症療法を行いながらddTC療法を継続した。再発卵巣癌はddTC療法6コース終了後完全に退縮したが急性骨髓性白血病へ移行し、その後敗血症、脳出血を発症し死亡した。〔産婦の進歩68 (2) : 82-87, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード : 卵巣癌, 化学療法, 治療関連骨髓異形成症候群, 治療関連白血病

[CASE REPORT]

Occurrence of myelodysplastic syndrome during chemotherapy in a patient
 with recurrent ovarian cancer: case report

Shinichi TERADA¹⁾, Tomohito TANAKA¹⁾, Hiroshi MARUOKA¹⁾, Michihiko NAKAMURA¹⁾
 Emi Iwai¹⁾, Yasuhiro MAEDA²⁾ and Takayoshi KANDA¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, National Hospital Organization Osaka Minami Medical Center

2) Department of Hematology, National Hospital Organization Osaka Minami Medical Center

(Received 2015/8/7)

Synopsis Recent developments in chemotherapy have improved the prognosis of patients with cancer. However, affected patients may still experience long-term chemotherapy-induced complications. We herein report a case that developed myelodysplastic syndrome (MDS) after undergoing long-term chemotherapy for ovarian cancer. A 72-year-old female (gravid 1, para 1) diagnosed with ovarian cancer was treated with total abdominal hysterectomy, bilateral salpingo-oophorectomy, pelvic lymphadenectomy, and partial omentectomy. The histopathological diagnosis was ovarian serous carcinoma of stage IIC. The patient received two courses of intraperitoneal chemotherapy and six courses of cyclophosphamide, therarubicin and carboplatin as adjuvant chemotherapy. The patient also received six courses of dose-dense TC (carboplatin and paclitaxel), and six courses involving the weekly administration of irinotecan for disease recurrence. Eleven years after the primary surgery, a blood examination revealed anemia and neutropenia under dose-dense TC therapy and a bone marrow examination showed MDS. After sixth course of dose-dense TC, however, the patient developed acute myeloid leukemia and died of sepsis and cerebral hemorrhage. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) , 82-87, 2016 (H28.5)]

Key words : ovarian cancer, chemotherapy, therapy-related myelodysplastic syndrome, therapy-related acute myeloid leukemia

緒 言

近年、化学療法の治療成績の向上に伴い長期生存する症例が増加している。一方で白金製剤などの長期投与による二次性白血病の発症には注意が必要である。今回、再発卵巣癌に対する化学療法長期継続中に骨髓異形成症候群 (myelodysplastic syndrome ; MDS) を発症し、その後急性白血病に進行した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例は72歳、1経妊1経産。初経は16歳で、52歳で閉経している。家族歴に特記すべきことはなく、既往歴に虫垂炎手術、痔核手術があった。60歳時、近医にて子宮筋腫を指摘され、当院へ紹介された。内診では下腹部に充実性腫瘤を触知し、MRIでは子宮左側に約9cm大の充実成分を含む卵巣腫瘍を認め、左卵巣癌を疑い単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤リンパ節郭清術、大網部分切除術 (optimal surgery) を施行した。最終診断は左卵巣漿液性腺癌IIC期 (FIGO2010), pT2c N0 M0であった。術後化学療法として腹腔内化学療法 (cisplatin (CDDP) : 80 mg/body, etoposide (ETP) : 400 mg/body) を2コース、

cyclophosphamide (CPA) /therarubicin (THP) /carboplatin (CBDCA) 療法 (CPA : 400 mg/body, THP : 60 mg/body, CBDCA : 400 mg/body) を6コース施行した。術後8年11ヵ月後に再発を認め、dose-dense paclitaxel (PTX) /carboplatin療法 (ddTC療法) (PTX : 80 mg/m² day1,8,15, CBDCA : AUC5 day1) を6コース、weekly CPT-11療法 (day1, 8, 15 : 100 mg/m²) を6コース施行し、再発と寛解を繰り返していた (図1)。化学療法終了より9ヵ月後、左鎖骨上窩リンパ節腫大、傍大動脈リンパ節腫大、多発肺転移ならびにCA125 : 103.5 U/mlの上昇を認め、再発と診断しddTC療法を開始した。1コース目終了後より貧血と好中球減少が持続し、末梢血において大小不同赤血球、破碎赤血球、巨大血小板といった血球異常を認めたため (表1)、骨髓穿刺を施行した。骨髓芽球は2.8%、染色体検査は [46, XX, der (5) t (5 : 14) (q11.2 : q11.2), der (7) (q?) , +8, -14], メイ・ギムザ染色ではさまざまな形態異常 (表2, 図2~4) を認め、骨髓異形成症候群 (RCMD : WHO分類) の診断となった。治療関連MDSの診断で化学療法中止とした。抗癌剤の総投与量はPTX : 2241 mg, CTP-11 :

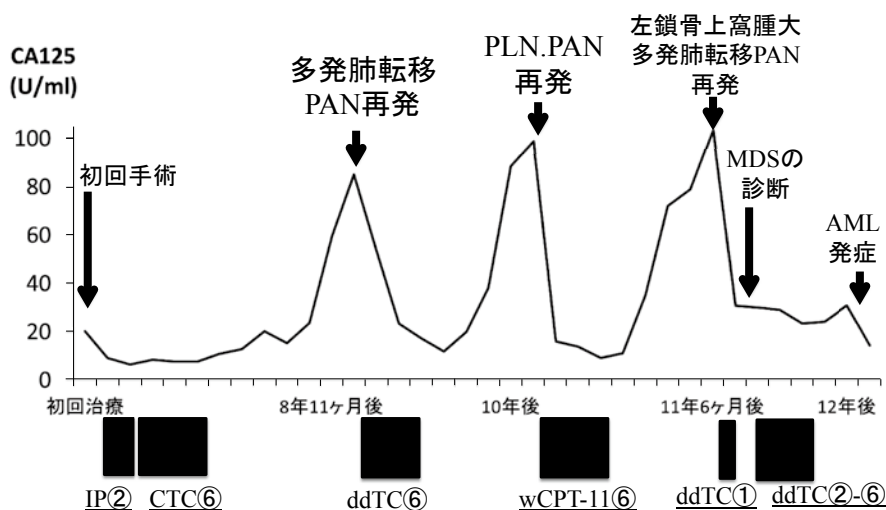


図1 治療経過 (CA125推移)

IP : intraperitoneal chemotherapy (CDDP+ETP)

CTC : cyclophosphamide+therarubicin+carboplatin

wCPT-11 : weekly CPT-11

表1 血液検査所見

Hb	7.3 mg/dl
WBC	4160 / μ l
plt	16.7×10^4 / μ l
Neut	20 %
Lymph	52.60 %
Mono	5.80 %
Eos	3.30 %
Baso	5.00 %
骨髓球	4.20 %
後骨髓球	3.30 %
血球異常	大小不同赤血球
	破碎赤血球
	巨大血小板

表2 骨髓検査

骨髓芽球	2.8 %
全骨髓球	2.6 %
骨髓球	2.4 %
後骨髓球	2.8 %
桿状核球	3.0 %
分葉核球	4.4 %
好塩基球	3.8 %
リンパ球	31.4 %
単球	3.8 %
形質細胞	0.2 %
巨核球	0.2 %
赤芽球	38.8 %

2382 mg, CBDCA : 5505 mg, CDDP : 160 mg, THP : 360 mg, ETP : 800 mg, CPA : 2400 mgであった。ddTC療法1コース後のCTにて再発病変の著明な縮小を認めていた(図5)。MDSに対してメテロノン酢酸エステルにて加療を行い、約2カ月後よりddTC療法を再開し、輸血やG-CSFを投与しながら6コース施行した。6コース後には寛解となった。その後卵巣癌の再発は認めなかったがMDSから急性白血病(AML)へ移行した(図6)。加療を行うも感染性腸炎、肺炎から敗血症、DICとなり、その後脳出血を発症しMDSの発症から約8カ月後に死亡した(図6)。

考 察

MDSは造血細胞の異常な増殖とアポトーシスによって特徴づけられる単クローン性の疾患で、未熟な造血細胞に生じた異常が原因であると考えられている。単一あるいは複数系統の血球減少、形態学的異型性、骨髓における無効造血、急性白血病転化のリスクを特徴としている¹⁾。悪性腫瘍に対する化学療法や放射線療法を施行した後に白血病やMDSを発症することがあり、治療関連白血病(therapy-related acute myeloid leukemia : 以下t-AML)、治療関連MDS(therapy-related MDS : 以下t-MDS)と

呼ばれ、卵巣癌患者の0.17%で発症し²⁾、急性骨髓性白血病においてt-AMLは10~30%を占める³⁾。また予後は非常に悪く、t-MDSの生存期間中央値は8カ月³⁾、t-AMLは3カ月²⁾、両者の5年生存率は10%、完全寛解率は10%と報告されている³⁾。

t-AML/t-MDSは化学療法や放射線療法によるDNA切断、遺伝子欠損、遺伝子再構成などが発癌に関与するとされる^{4, 5)}。t-AML/t-MDSの起因薬剤として、アルキル化剤や白金製剤、トポイソメラーゼII阻害剤が挙げられ⁶⁾、アルキル化剤、白金製剤投与からt-AML/t-MDS発症までの期間は5~7年^{6, 7, 8)}、トポイソメラーゼII阻害剤は2~3年で発症するといわれる^{7, 9)}。婦人科悪性腫瘍に対する重要な薬剤である白金製剤による化学療法では、二次性白血病の発症のリスクが4.0倍(CDDP : 3.3倍, CBDCA : 6.5倍)あり、累積投与量(1000 mg以上で7.6倍)、投与期間(12カ月以上で7倍)、さらに放射線治療が加わると増加するとされる¹⁰⁾。さらにアルキル化剤、白金製剤を投与後の発症は5番、7番染色体の欠損が70~100%で起こる^{7, 11)}。婦人科で頻用されるPTXに関しては二次性白血病の誘因となり、CBDCA併用にてリスクの増大があるという報告もあるが^{5, 7)}、実際には単一の薬

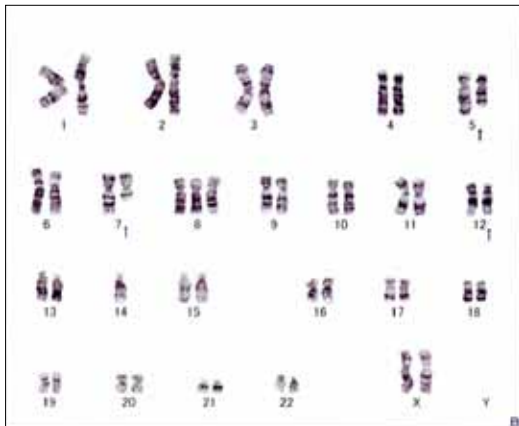


図2 染色体検査 (G-band法)
[46, XX, der (5)t (5 : 14) (q11.2 : q11.2),
der (7) (q?), +8, -14]

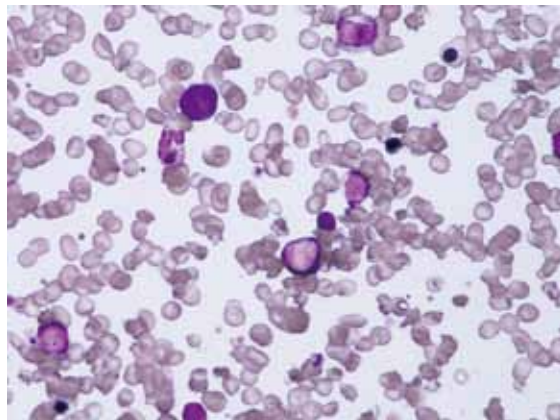


図3 骨髓塗抹標本メイ・ギムザ染色 400倍率
やや低形成骨髓であり，血球3系統（顆粒球系，赤芽球系，巨核球系）の細胞に種々の形態異常を認める．芽球の比率は5%未満である．

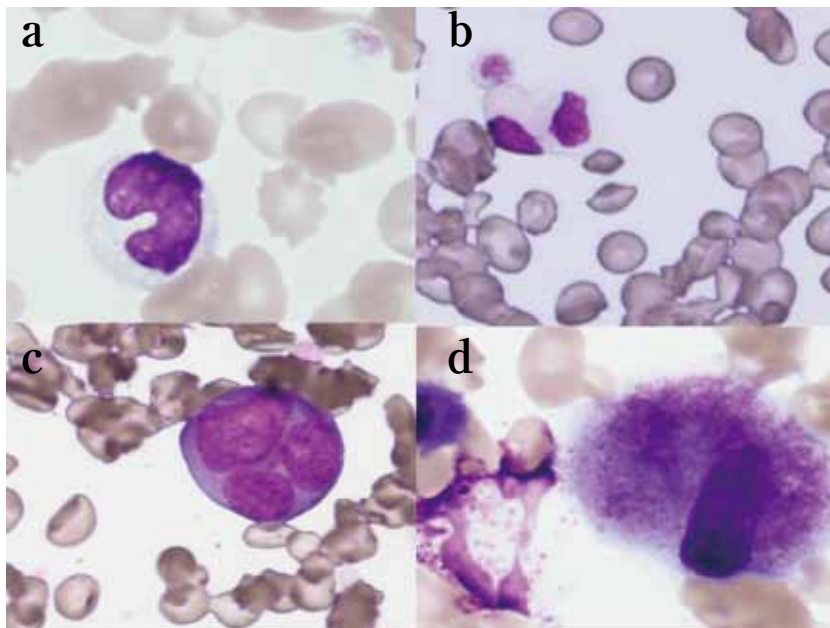


図4 骨髓塗抹標本メイ・ギムザ染色 400倍率
a: 顆粒球系の形態異常で脱顆粒を認める.
b: 顆粒球の形態異常で偽ベルゲル核異常を認める.
c: 赤芽球系の形態異常で多核赤芽球認める.
d: 巨核球系の形態異常で微小巨核球を認める.

剤を使用している症例は少なく判断は困難なことが多い^{3,9)}。t-MDSの治療はリスクに応じて保存的治療や、免疫抑制療法、同種造血幹細胞移植などが挙げられる。

過去の報告ではt-MDS/t-AMLは化学療法中に3~4週間にわたる汎血球減少の持続や悪化、それとともに末梢血での血球異常の出現や抗生剤に反応しない発熱を認めたことが発見の契機となっていた^{3-5,8,9)}。自験例では3週間以上にわ

たって好中球減少が改善せず、末梢血より血球異常を認めたことで骨髓穿刺を行い、MDSの診断に至った。

また化学療法の総投与量は高用量に及んでおり、経過からもt-MDSと診断し、いったんは化学療法を中止した。過去のt-MDS症例の報告ではt-MDSの発症後は化学療法を継続する報告は少ないが、MDSの加療を行えば長期生存可能な症例も存在する^{4-6, 8,9)}。今回の症例ではddTC

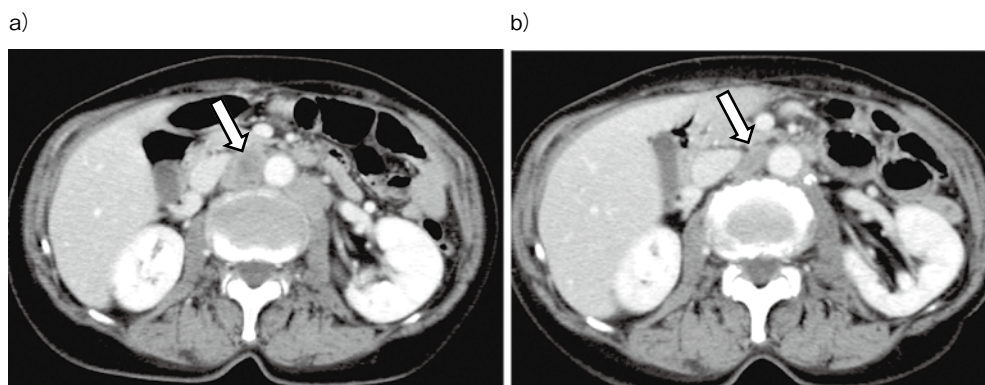


図5 CT検査 (a: 化学療法前, b: ddTC療法1コース後)
再発病変は約15mm→10mmと著明な縮小を認めた(矢印)

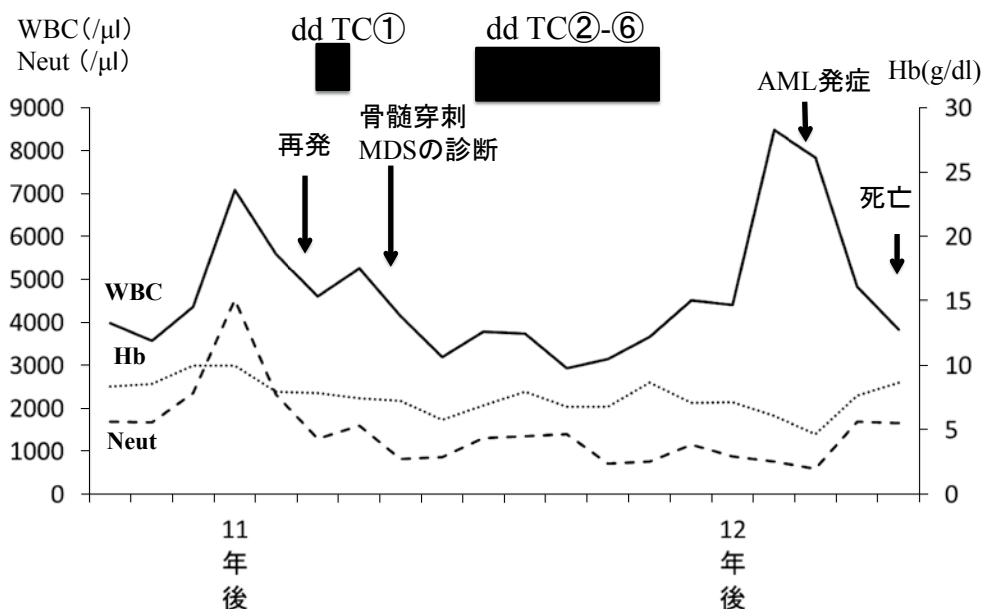


図6 治療経過 (血液検査推移)

療法1コースにより再発病巣の著明な縮小を認め、MDSの分類ではRCMDの診断で低リスクであり、本人の強い希望もあることからMDSの加療を行い、再発卵巣癌に対し化学療法の継続を選択した。化学療法は完遂することができたが、t-MDSは化学療法終了後の約2カ月後にt-AMLへ進行した。t-MDS発症後の化学療法に関する方針は一定の見解が得られておらず、治療方針の決定には今後も十分な検討が必要と考えられた。

結 語

近年の婦人科悪性腫瘍は集学的治療の発達によって治療成績は向上し、その予後も改善されているが、長期化学療法が必要となる症例も増加してきている。それとともに長期化学療法後のt-MDSやt-AMLの報告は多数みられるようになり、今後も増加が予想される。長期の治療が必要な場合、t-MDSやt-AMLの発症に注意するとともに、十分なインフォームドコンセントを行うことは重要である。また長期化学療法後のt-MDSやt-AMLは予後が不良な症例も多く、血液内科との連携の下治療方針を十分考慮し検討することが必要である。

参考文献

- 1) 日本血液学会編：造血器腫瘍診療ガイドライン 2013年版。p117-127, 金原出版。東京。2013。
- 2) Vay A, Kumar S, Seward S, et al. : Therapy-related myeloid leukemia after treatment for epithelial ovarian carcinoma : An epidemiological analysis. *Gynecol Oncol*, 123 : 456-460, 2011.
- 3) Yeasmin S, Nakayama K, Ishibashi M, et al. : Ther-

apy-related myelodysplasia and acute myeloid leukemia following paclitaxel- and carboplatin-based chemotherapy in an ovarian cancer patient : a case report and literature review. *Int J Gynecol Cancer*, 8 : 1371-1376, 2008.

- 4) 阿部彰子, 井川 洋, 六車博昭, 他 : 卵巣癌に対する化学療法中に発症した治療関連骨髄異形成症候群の2例。癌と化療, 35 : 1795-1798, 2008.
- 5) Takagi H, Ichigo S, Matsunami K, et al. : Occurrence of myelodysplastic syndrome during paclitaxel- and carboplatin-based chemotherapy for recurrent ovarian cancer : Case report. *Open J Obstet Gynecol*, 3 : 232-234, 2013.
- 6) 坂手慎太郎, 大下孝史, 大亀真一, 他 : 卵巣癌に対する化学療法により発症した骨髄異形成症候群の1例。現代産婦人科, 57 : 7-11, 2008.
- 7) Christoulas D, Matsouka C, Chatzinikolaou I, et al. : Relapse of ovarian cancer with bone marrow infiltration and concurrent emergence of therapy-related Acute myeloid leukemia: A case report. *J Clin Oncol*, 29 : 295-296, 2011.
- 8) 村上雅博, 井川 洋 : 卵巣癌に対する化学療法（パクリタキセル/カルボプラチン）より短期間で骨髄異形成症候群を発症した1例。日農村医学会誌, 57 : 873-877, 2009.
- 9) See HT, Thomas DA, Bueso-Ramos C, et al. : Secondary leukemia after treatment with paclitaxel and carboplatin in a patient with recurrent ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 16 : 236-240, 2006.
- 10) Travis LB, Holowaty EJ, Bergfeldt K, et al. : Risk of leukemia after platinum based chemotherapy for ovarian cancer. *N Engl J Med*, 340 : 351-357, 1999.
- 11) Smith SM, Le Beau MM, Huo D, et al. : Clinical-cytogenetic associations in 306 patients with therapy-related myelodysplasia and myeloid leukemia: the University of Chicago series. *Blood*, 102 : 43-52, 2003.

【症例報告】

総排泄腔遺残症に子宮頸部形成不全を伴った1症例

三谷 尚弘, 南佐和子, 城 道久, 太田 菜美
馬淵 泰士, 八木 重孝, 井 篁 一彦

和歌山県立医科大学産科婦人科学教室

(受付日 2015/9/16)

概要 総排泄腔遺残症は直腸, 膣, 尿路が分離されない先天性疾患で, 子宮および尿路系にも多くの形態異常を合併する. 出生2~5万に対して1例とまれな疾患であり, その病型もさまざま, 治療に難渋すること多い. 今回, 下腹部痛にて受診し, 精査の結果, 子宮頸部形成不全による子宮・卵管留血腫を合併した総排泄腔遺残症を経験した. 症例は16歳の高校生で, 12歳で初経を認め, 数年前から増強する月経困難症を訴えていた. 総排泄腔遺残およびそれに合併した尿路奇形(骨盤癒合腎, 尿管異所開口等)のため, 人工肛門造設術, その後の肛門形成術や左腎盂回腸膀胱新吻合術等多数の手術歴があった. CTにて左下腹部に嚢胞性病変を認め卵巣腫瘍疑いにて当科に紹介となった. MRIでは重複子宮を認め, 左側子宮および卵管留血腫が疑われた. 左側子宮頸管はMRIでは描出不能であり, 左側子宮頸管形成不全による左側子宮および卵管留血腫と診断し開腹手術を施行した. 左側子宮およびそれに続く嚢胞性病変を摘出し手術を終了した. 病理組織結果から嚢胞壁は卵管と卵巣であり, 結果的に左側の子宮と付属器を摘出したことになった. 術後, 月経周期は順調であり月経困難症は消失した. [産婦の進歩68 (2): 88-92, 2016 (平成28年5月)]

キーワード: 総排泄腔遺残症, 重複子宮, 子宮留血腫, 子宮頸管形成不全

[CASE REPORT]

A case of cloacal malformation with cervical dysgenesis of the uterus

Takahiro MITANI, Sawako MINAMI, Michihisa SHIRO, Nami OTA
Yasushi MABUCHI, Shigetaka YAGI and Kazuhiko INO

Department of Obstetrics and Gynecology, Wakayama Medical University

(Received 2015/9/16)

Synopsis Persistent cloaca is a complex malformation in which the rectum, vagina, and urinary tract share a common channel. It is a rare condition with an incidence of 1 in 20000 to 50000 live births. As it is a complex malformation with a wide spectrum of severity, we are faced with great difficulties in treatment. We report a case of persistent cloaca with uterus didelphys, including a hypoplastic single-sided cervix after reconstruction of an imperforate anus, an ectopic ureter opening, and a vesicorectal fistula. A 16-year-old girl, menarche at 12 years old, showed dysmenorrhea for several years. A large cystic tumor was found by computed tomography and uterus didelphys was detected by magnetic resonance imaging (MRI). Her left uterine cervix was not observed by MRI. She was suspected to have hematometra and hematosalpinx because of dysgenesis of the uterine cervix. She had a laparotomy to remove the cystic tumor and left uterus. We did not locate the left ovary during surgery. A part of the cystic tumor was found to be a left ovary after surgery. She has regular menstruation without menstrual cramps. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2), 88-92, 2016 (H28.5)]

Key words: persistent cloaca, uterus didelphys, hematometra, hypoplastic single-sided cervix

緒 言

正常な発生過程では、尿膜と後腸が合流し総排泄腔が形成される。胎生4～6週で尿膜と後腸がつくる角に発生する尿直腸膜は尾側に発育し、総排泄腔膜と癒合し、総排泄腔を尿生殖洞と直腸肛門管とに分離する。この過程が阻害されることにより総排泄腔遺残症が発生する¹⁾。典型例では出生時陰部に単一の開口部があり、腔口や肛門が確認できず外性器は不明瞭である。生殖器の異常も多く認められる。本症例も出生時に鎖肛および外陰部の異常で気づかれた。泌尿生殖器系の奇形が複雑であり、頻回に尿路感染を起こし、修復術が数回にわたり必要であった。子宮に関する評価はなされていなかったが、今回月経モリミナを契機に片側子宮頸部形成不全を伴う重複子宮と診断された。総排泄腔遺残症に子宮頸部形成不全を伴った1例について文献的考察を加え報告する。

症 例

16歳，0経妊0経産。初経は12歳で月経周期は28日型で整であった。数年前から増強する月経困難症を訴えていた。生下時に総排泄腔遺残およびそれに合併した尿路奇形（骨盤癒合腎，尿管異所開口等）のため計5回の修復術が施されていた。総排泄腔に尿道が開口しており尿道

括約筋は不明瞭で完全尿失禁の状態であったが、生殖器に関しては評価されてはいなかった。当院泌尿器科に通院中であり、同科にて撮影されたCTで左下腹部に嚢胞性病変を認め、卵巣腫瘍疑いにて当科に紹介となった（図1）。

当院で施行した経腹超音波検査では、癒合骨盤腎および子宮左腹側に10 cm大の嚢胞性病変を認めた（図2）。内部に明らかな充実性部分を認めなかった。血液検査ではCr 1.6 mg/dl，CCr41.83 ml/minと腎機能低下を認めた。CRPは正常範囲で炎症はなく、腫瘍マーカーはCEA 0.6 ng/ml，CA125 29.0 U/ml，CA19-9 13.4 U/mlで正常範囲内であった。MRIでは重複子宮を認め左側子宮頸部は画像上確認できなかった。左側子宮の内腔は拡張しており、嚢胞は一部拡張し管状であった。嚢胞内はT2強調画像で高信号，T1強調画像でも高信号であり血液貯留が疑われた（図3）。右側子宮に異常は認めず、右付属器は左側と同様に血液貯留が疑われたが3 cm大の軽度腫大のみであった。これより左側子宮頸管形成不全による左側子宮および卵管留血腫が疑われ、手術の方針となった。

腹腔内は計5回の手術により非常に強固な癒着を認めた。壁側腹膜は欠損し、筋膜の切開とともに腸管が露出した。腹部全体に腹壁と腸管、

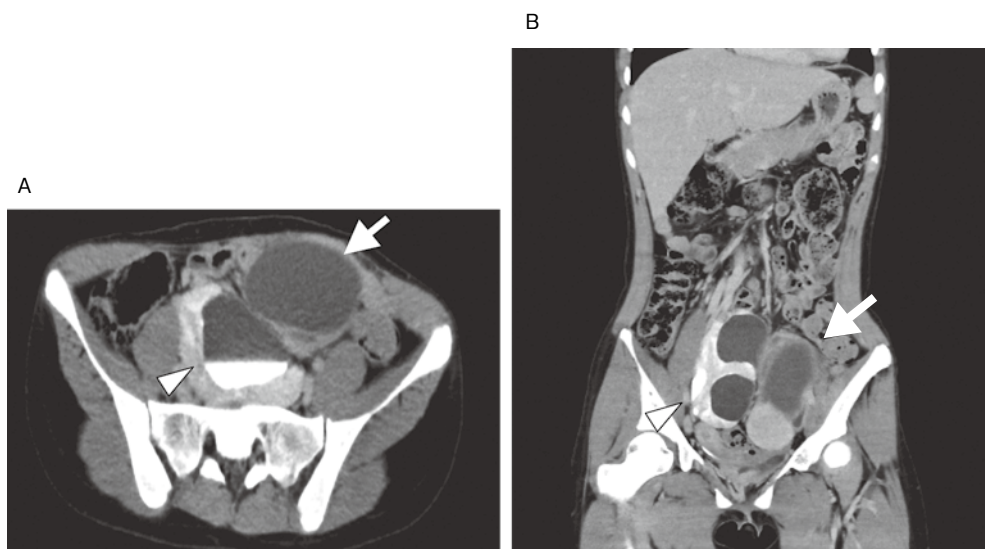


図1 造影CT検査所見

水平断（A）および冠状断（B）を示す。癒合骨盤腎（矢頭）と骨盤内嚢胞性病変（矢印）を認める。

さらに腸管同士の癒着を認めた。この時点では両側子宮および付属器の同定は困難であった。癒着を剥離しつつ嚢胞および左側子宮を同定した。子宮は索状物で腔とつながっているのみであった。左側卵巣は同定できず、左側子宮およびそれに続く嚢胞性病変を摘出し手術を終了した(図4)。右側子宮および右付属器は強固な癒着のために同定できなかった。病理組織結果から嚢胞は腫大した卵管であり、嚢胞壁の一部に

引き伸ばされた正常卵巣組織を認め、卵管と一体化した状態であった。結果的に左側の子宮と付属器を摘出したことになった(図5)。前回の手術の際に腎盂と誤って卵巣内に切開を入れたという記載があり、その際の修復と癒着が卵巣と卵管が一体化した原因ではないかと考えられた。嚢胞内および子宮内腔の貯留液は血性であったが内膜症所見はなかった。術後、月経周期は順調であり月経困難症は消失した。

考 察

総排泄腔遺残症は、尿路、腔、直腸が共通の管腔を有する状態である。泌尿器系の合併症の頻度は約60%と高く、腎障害の程度が長期予後を左右するといわれている²⁾。胎児期に尿の総排泄管からの流出障害があるような症例では、腔に尿が逆流する水腔症を認め、胎便も同様に逆流し、子宮・卵管を充満し腹腔内への逆流もみられる。一方、生殖器の奇形もvariatoinが多く、それぞれの症状に合わせた治療が行われる。総排泄管の長さや尿路、腔、直腸の3管の合流部位については出生後の造影検査や内視鏡検査等で診断される²⁾。総排泄管の長さが長くなるほど機能的予後は不良であるといわれている³⁾。

本疾患の治療の最終目標は排便機能、排尿機能の確立と生殖能力の獲得である。出生直

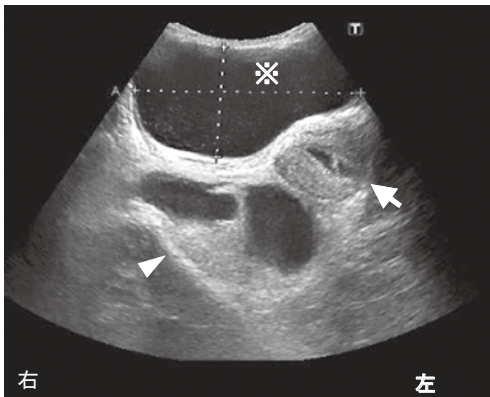


図2 経腹超音波検査所見

左側子宮の内腔(矢印)はやや拡大しており、液体貯留が疑われる。子宮の腹側に約10cm大の嚢胞性病変を認める(※印)。明らかな充実性部分は認められない。嚢胞性病変の背側に癒合骨盤腎を認める(矢頭)。

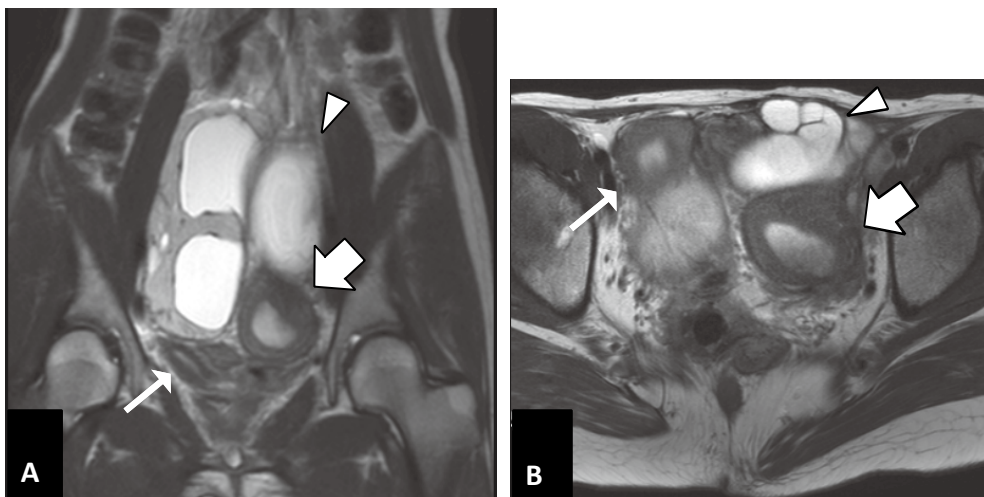


図3 MRI検査所見(T2強調画像)

冠状断(A)および水平断(B)を示す。重複子宮を認め、左側の子宮留血腫(太い矢印)、卵管留血腫(矢頭)を認める。細い矢印は右側の子宮を示す。左側の子宮頸管はMRIでは描出不能であった。

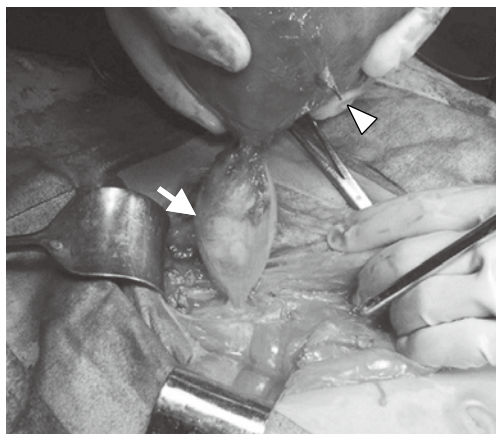


図4 術中所見

左側子宮 (矢印) に連続して嚢胞性病変 (矢頭) を認める。左側子宮の尾側は細く索状となっていた。

後には人工肛門を造設し、消化管と尿路を分離することが必須である。次いで尿路と生殖器に対する根治術が施行される。根治術を行う時期は決まっておらず、総排泄管の長さや合併奇形などにより症例ごとに決定されるが、通常は肛門形成術と同時に行われる。現在行われている3管を分離する根治術には、尿道と腔を分離し、そのまま腔を引き下ろすpull through法、腸管を腔として利用する腸管間置法、会陰部6時方向に逆U字切開を行い、その皮弁と腔後壁を縫合するskin-flap法、腔と尿道を分離せずに共通管を全周剥離して引き下ろすPUM/TUM (partial urogenital mobilization/total urogenital mobilization) などが挙げられる⁴⁾。幼少期に腔形成を行い成人期に腔狭窄を呈する症例は比較的多く、問題となっている⁵⁾。本症例では合併奇形として癒合骨盤腎、尿管異所開口、水腎症を認め、肛門形成術後も頻回に腎盂腎炎を起こしていた。左の尿管閉塞と診断され9歳時に回腸を用いて腎盂と膀胱をつなぐ手術がなされている。その後も腎盂腎炎を頻発しており腎機能は決して良好ではない。今回も付属器の腫大により腎機能は術前Cr 2.02 mg/dl, CCr 34.06 ml/minと初診時よりも一時的に悪化した。術後にはCr 1.49 mg/dl, CCr 46.18 ml/minと若干の改善を認めたが、尿道は腔管と分

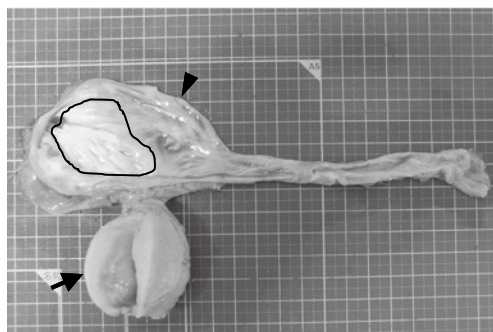


図5 摘出物 (左側子宮 (矢印) および左付属器 (矢頭)) 嚢胞性病変 (矢頭) を切開すると、内腔から壁の一部は白色で肉眼的に卵巣様 (囲み部分) であることが確認でき、病理組織学的にも正常卵巣組織であることが証明された。それ以外の部分は卵管組織であった。

離はされておらず完全尿失禁の状態である。今後も尿路感染による腎機能の低下が懸念されるため泌尿器科からは今後の方針として膀胱瘻の造設が提案されているが、本人の同意が得られていない。また本例では尿路と生殖器の分離手術はされていないが、比較的総排泄腔は広く性交は可能ではないかと考えている。卵管を含め妊娠能の評価については今後の課題と考えている。

子宮頸管形成不全はミューラー管の垂直方向の癒合が阻害された状態でありまれな奇形である⁶⁾。左右の癒合不全は重複子宮を引き起こす。総排泄腔遺残症では約60%で腔および子宮の左右の癒合不全がみられ、約40%で子宮あるいは腔の閉塞がみられたと報告されている^{2,7)}。その原因で最も多いのは残存する泌尿生殖洞の狭窄であり、子宮頸管形成不全によるものはまれである。本症例のように重複子宮と片側の子宮頸管不全が合併した場合、健側からの月経血の流出がみられるため、初経の時期に病態に気づかれることは非常に少ないと思われる。重複子宮で健側の子宮の機能が正常であれば患側の子宮体部を摘出する選択がなされるのが一般的である。今回の症例でも、右側の子宮は正常であり月経もみられたため疾患に気づかれることはなかった。初経から4年後に増強する月経困難症

で初めて診断された。本症例では数回にわたる手術の影響で左側の子宮および付属器周囲には強度の癒着があり、卵管采も閉塞しており、症状を強くした可能性が示唆される。月経血の流出障害を伴うミュラー管奇形がある場合には子宮内膜症のリスクが上がると報告されている⁸⁾が、本症例では内膜症所見はみられなかった。これは卵管采の閉塞で腹腔内に月経血が漏れることはなかったことも要因の1つと考えられた。

結 語

今回、重複子宮の片側に子宮頸管形成不全を伴った総排泄管遺残症を経験した。総排泄管遺残症に合併する奇形はさまざまであり個別の対応が望まれる。生殖器の異常については思春期までは症状を呈することはない。しかし、その合併率の高さから、思春期以前に婦人科と連携して対応することで将来の生殖能力の維持および獲得につなげていくことが必要と考えられた。

参考文献

- 1) Moore P : ムーア人体発生学. 原著第8版, 訳 瀬口春道, 小林俊博, Eva GS, p233-270, 医歯薬出版株式会社, 東京, 2013.
- 2) Warne SA, Hiorns MP, Curry J, et al. : Understanding cloacal anomalies. *Arch Dis Child*, 96 : 1072-1076, 2011.
- 3) 広部誠一, 鎌形正一郎, 渕本康史 : 総排泄腔異常症のQOLの問題. *小児外科*, 34 : 927-933, 2002.
- 4) 川島弘之, 多田 実, 佐藤亜耶, 他 : 総排泄腔に対する腔造設術 (skin-flap法, pull-through法, 腸管間置法). *小児外科*, 46 : 459-464, 2014.
- 5) Warne SA, Wilcox DT, Creighton S, et al. : Long-term gynecological outcome of patients with persistent cloaca. *J Urol*, 170 : 1493-1496, 2003.
- 6) Rock JA, Breech LL : Surgery for anomalies of the Müllerian ducts. "TeLinde's Operative Gynecology" 10th ed. Ed by Rock JA, Jones III HW. p539-584, Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer business, Philadelphia, 2008.
- 7) Levitt MA, Stein DM, Pena A : Gynecologic concerns in the treatment of teenagers with cloaca. *J Pediatr Surg*, 33 : 188-193, 1998.
- 8) 岡村佳則, 伊藤史子, 本田智子, 他 : 月経血流出障害を伴うミュラー管奇形と子宮内膜症. *日エンドメトリオーシス会誌*, 31 : 199-202, 2010.

【症例報告】

Klippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の1例

奥 幸 樹, 谷 村 憲 司, 平 久 進 也, 前 澤 陽 子
森 實 真 由 美, 森 本 規 之, 出 口 雅 士, 山 田 秀 人

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野

(受付日 2015/9/18)

概要 Klippel-Trenaunay-Weber症候群 (KTWS) はまれな疾患で、広範囲にわたる皮膚の血管奇形や血管腫、静脈瘤、軟部組織または骨の肥大を特徴とする。今回われわれは、KTWS合併妊娠を経験したので報告する。症例は23歳、1回経妊0回経産、自然流産1回。自然妊娠成立後、KTWS合併妊娠のため当科紹介受診となった。妊娠初期から低用量アスピリン内服とヘパリンカルシウム皮下注射による抗凝固療法を行った。妊娠27週に骨盤および脊椎MRIにより血管腫の評価を行い、分娩方法は帝王切開、麻酔方法は脊椎麻酔の方針としていた。しかし、妊娠35週に再度施行したMRIにより腰背部の皮下と脊椎付近に新たな血管腫の出現を認めたため、麻酔方法を全身麻酔の方針に切り替えた。全身麻酔の施行に際しては気管支内視鏡検査を施行し、挿管時に損傷する可能性のある血管腫がないことを確認した。妊娠37週2日に帝王切開術を施行した。術中に経腹超音波検査で腹壁内血管腫の位置を確認し、血管腫を傷つけることなく腹壁切開を行い、子宮表面の怒張した静脈叢を避け子宮切開を行った。産後6週間のヘパリンカルシウム皮下注射による抗凝固療法を行うことにより血栓症の発症は認めなかった。KTWS合併妊娠においては、妊娠中および分娩後の抗凝固療法による血栓予防、さらに、妊娠中の複数回の画像検査や気管支鏡検査による血管腫の評価により適切な分娩方法、帝王切開時の切開法、麻酔方法を選択することで安全に周産期管理することが可能であると考えられた。〔産婦の進歩68 (2) : 93-98, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード：抗凝固療法、血管腫、Klippel-Trenaunay-Weber症候群、MRI、妊娠

[CASE REPORT]

A case report of a pregnant woman with Klippel-Trenaunay-Weber syndrome

Koki OKU, Kenji TANIMURA, Sinya TAIRAKU, Yoko MAESAWA
Mayumi MORIZANE, Noriyuki MORIMOTO, Masashi DEGUCHI and Hideto YAMADA

Department of Obstetrics and Gynecology, Kobe University Graduate School of Medicine

(Received 2015/9/18)

Synopsis Klippel-Trenaunay-Weber syndrome (KTWS) is a rare disorder characterized by extensive cutaneous vascular malformation, venous varicosities, hemangiomas, and hypertrophy of soft or bony tissue. We herein report a case of a pregnant woman complicated with KTWS. A 23-year-old woman (gravida 1, para 0) underwent anticoagulation therapy with low-dose aspirin and unfractionated heparin from the first trimester because of the presence of hemangiomas. We assessed the location of the hemangiomas by pelvic and spinal magnetic resonance imaging (MRI) at gestational age (GA) of 27 and 35 weeks. A cesarean delivery with spinal anesthesia was supposed to be done based on the initial assessment of hemangiomas at GA of 27 weeks. However, MRI at GA at 35 weeks revealed hemangiomas developed newly around the lumbar. We therefore performed a cesarean delivery under general anesthesia at GA at 37 weeks. During the operation, we examined the location of the hemangiomas in abdominal wall by transabdominal ultrasound and avoided injuring the hemangiomas. The patient delivered a 2518g healthy female infant and received anticoagulation therapy for six weeks after delivery, preventing thrombosis and embolism. In conclusion, anticoagulation therapy and decision of style and method of parturient based on the assessment of the location of hemangio-

mas by MRI, ultrasonography and bronchoscopy may enable safer perinatal management for pregnancies complicated by KTWS. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 93-98, 2016 (H28.5)]

Key words : anticoagulation therapy, hemangioma, Klippel-Trenaunay-Weber syndrome, magnetic resonance imaging, pregnancy

緒 言

Klippel-Trenaunay-Weber症候群 (KTWS) はまれな疾患で、広範囲にわたる皮膚の血管奇形や血管腫、静脈瘤、軟部組織または骨の肥大を特徴とする¹⁾。KTWS合併妊娠を管理した報告は散見されるが、妊娠管理方法や分娩方法に関して確立された指針はない。まれな症例であるため分娩までに診断がついておらず分娩後大量出血をきたした報告²⁾や妊娠中に血栓を認め抗凝固療法を要したとの報告も散見される^{3,4)}。今回われわれは、妊娠前よりKTWSと診断されていた症例を安全に周産期管理できたので報告する。

症 例

23歳女性、1回経妊0回経産、自然流産1回。出生時より体幹から下肢にかけて広範囲に血管腫を認め、日齢18日目に全身麻酔下に体表血管腫の生検によりVenous type hemangioma (cavernous type) と診断された。生後1カ月で表在血管腫の増大、貧血の増悪のため輸血を施行されている。血管腫は、視診上、主に左側の胸腹部、臀部、会陰部、下肢に認められ、CT、MRIにより後縦隔、後腹膜腔、骨盤内に深在性の血管腫も確認されていた。8歳時に形成外科で両下肢の表在血管腫の減量手術と血栓性硬結部の摘出術が施行されている。その後、外来にて疼痛コントロールや腔壁の血管腫からの出血、血尿による貧血に対する治療を受けていた。14～17歳の間に無菌性の蜂窩織炎のため計5回の入院加療を要した。18歳時、当院形成外科に紹介となり、CT検査等の画像診断により、左半身の腹部皮下脂肪織内、両側の臀筋～臀部の軟部組織内、直腸周囲の骨盤内、前縦隔、後横隔膜脚腔、脾臓内、腓尾部に血管腫を認め、KTWSと診断された。21歳時、トリコモナス腔炎で当科初診し、その際、陰核周辺に血管腫

を認めていた。23歳時、自然妊娠し妊娠6週に当科を紹介受診となった。この際、臀部の血管腫は、非妊娠時より増大していた。妊娠10週4日にDダイマー 11.1 $\mu\text{g/ml}$ と高値を認めたため、下肢静脈超音波検査を施行したが明らかな血栓は認めなかった。血管腫内に微小血栓が存在している可能性が高いと考え、血栓予防目的に妊娠10週から28週までアスピリン100 mg/日の内服投与と妊娠13週1日からヘパリンカルシウム10000単位/日の皮下注射による投与を分娩まで行う方針とした。妊娠14週1日にDダイマーは、3.2 $\mu\text{g/ml}$ まで低下した。妊娠15週2日にDダイマーが6.0 $\mu\text{g/ml}$ と再上昇したため、ヘパリンカルシウムを15000単位/日に増量した。妊娠24週5日に陰核周辺と下肢の血管腫部に疼痛を認めCRP 3.0 mg/dlと炎症反応の上昇も認めたため、血管腫内血栓の進展や感染を疑い入院管理とした。入院時に両臀部と腔壁に血管腫を認めた (図1 a, b)。入院後、抗凝固療法の継続とともに抗生剤と鎮痛薬投与を行った。早産期での分娩の可能性もあり、分娩様式、帝王切開となる場合の腹壁および子宮切開法、麻酔法を決定するため、妊娠27週0日に骨盤・脊椎MRIを施行した。両側臀部から後腹膜腔・左腹壁に血管腫を認め (図2 a, b)、分娩時に腔・会陰部の血管腫破綻による多量出血の危険性が高いと考え、帝王切開が適切であると判断した。またこの時点では第4腰椎より頭側の脊椎付近に血管腫を認めなかったため、脊椎硬膜外麻酔可能と判断していた。その後症状が軽快したため妊娠28週0日に退院となった。妊娠31週ごろから臀部、小陰唇の血管腫が増大傾向を認め、他部位の血管腫の増大や進展も推察されるため妊娠35週6日に骨盤・脊椎MRIを再度施行した。また全身麻酔が必要となった場合に備え、気管支内視鏡検査により気道内血管腫や静脈瘤の有無

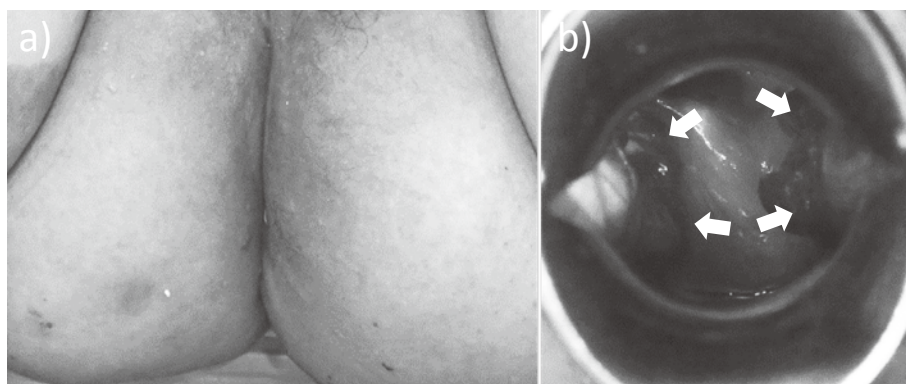


図1 a) 臀部の血管腫：臀部全体に血管腫を認め、臀部全体が腫脹している。
b) 腔壁の血管腫（妊娠15週時）：左右の腔壁に突出した血管腫（矢印）を認める。

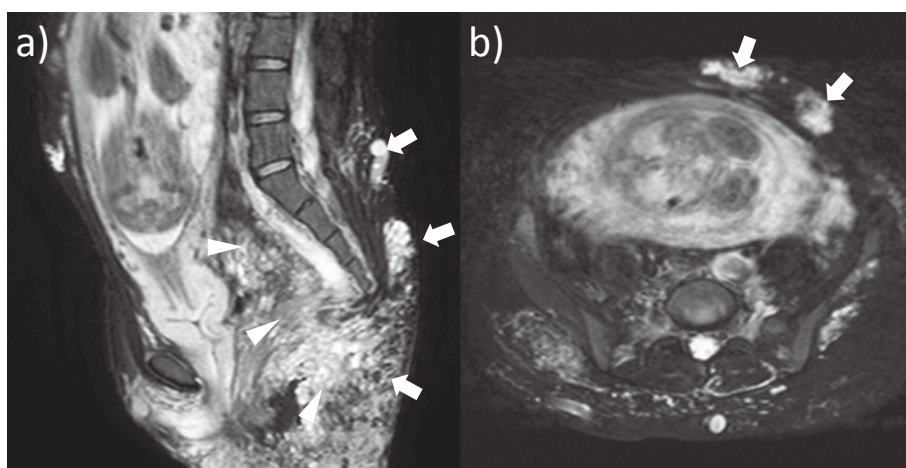


図2 骨盤MRI検査（T2強調画像）
a) 矢状断：臀部から腰背部（矢印）および後腹膜腔（矢頭）にT2強調画像でhigh intensityな血管腫を認める。
b) 水平断（妊娠27週時）：左腹壁にT2強調画像でhigh intensityな血管腫（矢印）を認める。

の検索を行った。さらに、深部静脈血栓の有無を確認するため下肢静脈超音波検査を行った。骨盤MRIでは以前から認めていた腹壁左側の血管腫を認めた（図3 a）。脊椎MRI検査では、腰背部の皮下の第2から第4腰椎のレベルに妊娠27週時の脊椎MRIでは認めなかった血管腫を認めた（図3 b）。脊椎硬膜外麻酔時の脊椎内血腫形成による脊髄麻痺のリスクを考慮し、麻酔方法を脊椎硬膜外麻酔から全身麻酔に変更した。気管支内視鏡検査で喉咽頭に血管腫や静脈瘤を認めなかった。また下肢静脈エコー検査では、明

らかな血栓は認めなかった。手術前日よりヘパリンナトリウム15000単位/日の経静脈的持続投与に変更した。執刀4時間前にヘパリン投与を終了し、妊娠37週2日に選択的帝王切開術を施行した。術中に腹壁の超音波検査で皮下の血管腫の位置を確認し、血管腫を避けるように皮膚切開部位を決定した。手術中に膀胱表面と子宮表面に血管腫と高度に怒張した静脈叢を認めたため（図4）、その血管を避けるように子宮体部前壁中央を上向きの凸型に切開を加えた。児は2518gの女児でアプガースコア1分値8点、5分

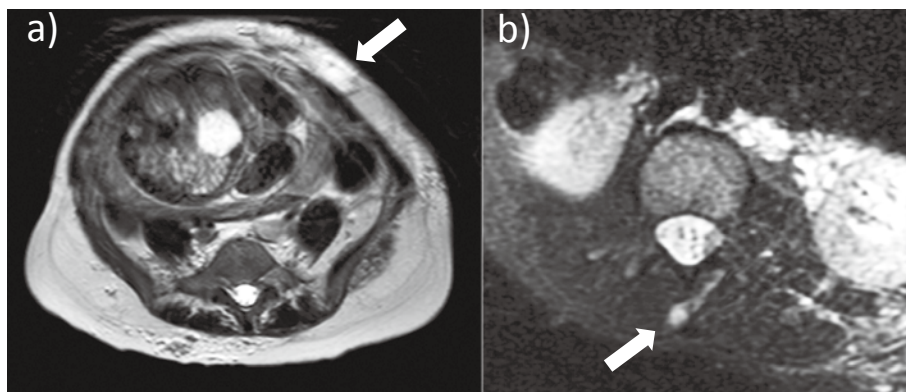


図3 a) 骨盤MRI検査(T2強調画像) 水平断：左腹壁にT2強調画像でhigh intensityな血管腫(矢印)を認める。
b) 脊椎MRI検査(T2強調画像) 水平断(妊娠35週時)：脊柱近傍に妊娠27週時のMRI検査では認めていなかったL2/3レベルでの神経根付近まで伸びる新たな血管腫(矢印)の出現を認める。

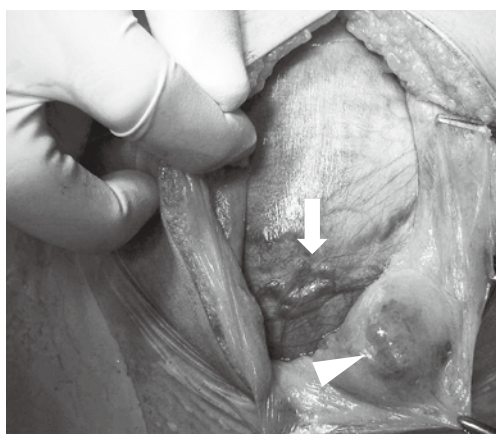


図4 術中開腹所見
膀胱表面(矢頭)と子宮表面(矢印)に血管腫と高度に怒張した静脈叢を認める。

値9点であった。術中出血量は650 ml(羊水込み)であり、手術時間は1時間43分であった。術後1日目にヘパリンカルシウム15000単位/日の皮下注射を再開した。

術後の経過は順調であり、術後6日目に当科退院となった。分娩後6週間でヘパリンカルシウム皮下注を終了したが、産後10週間後の下肢静脈超音波検査にて血栓を認めなかった。

考 察

KTWSはまれな先天性疾患で広範囲にわたる皮膚の血管奇形や血管腫、静脈瘤、患側の軟

部組織または骨の肥大を特徴とする疾患である¹⁾。弧発性に発症するが、遺伝性を示唆する報告もある⁵⁾。KTWS合併妊娠は、Steinらのレビューでは1989年から2006年までには13例の症例報告のみであった⁵⁾。このようにKTWS合併妊娠の予後や管理方法に関して情報は少ないが、非妊娠時においても出血や血栓症のリスクが高いとされ、妊娠中は循環血液量の増加や凝固機能の亢進が認められるため、血管腫からの出血や血栓症にさらに注意する必要がある⁶⁾。

骨盤内の異常血管の破綻による分娩時・分娩後の多量出血のリスクがあること⁷⁻¹⁰⁾、また巨大血管腫に起因するKasabach-Merritt症候群による播種性血管内凝固症候群(DIC)発症や中枢神経系に動静脈瘻を生じた場合には脳内出血のリスクもあるとされる¹¹⁾。そのため、分娩前に産道に大量出血の原因になり得る巨大血管腫や中枢神経系に動静脈瘻を認められる場合は、帝王切開が望ましいと報告されている³⁾。本症例も、産道の血管腫破綻による多量出血のリスクを考慮し帝王切開を選択した。帝王切開に際しても、膀胱子宮窩腹膜の異常に怒張した静脈叢の存在により通常の子宮下部横切開が不可能な場合¹²⁾や脊柱内の動静脈瘻や腰背部皮下血管腫の存在により脊椎麻酔が不可能となる場合もあり、その施行にあたっては十分注意する必

要がある¹³⁻¹⁵⁾。KTWSを有する非妊婦の8~22%で静脈血栓を認めるとの報告や肺塞栓発症の報告もあり^{3,4,16)}、血液凝固能が亢進する妊娠中・産後では抗凝固療法の必要性が増すと考えられる^{3,4)}。今回われわれが経験した症例では、妊娠10週から産後6週間後まで抗凝固療法を行うことにより深部静脈血栓や肺塞栓症を予防できたと考えている。

麻酔方法としては妊娠中期の脊椎MRIによる評価では脊椎硬膜外麻酔可能と考えられていたが、妊娠末期に再び行った脊椎MRIにより腰背部の皮下や神経根付近に至る新たな血管腫を認めたことから全身麻酔に変更となった。今回のように妊娠経過中に血管腫の増大が認められる場合は、分娩直前に再度MRIを施行し分娩方法や麻酔方法を検討することは重要であると考えられた。また妊娠中ではないが、KTWS患者において咽頭に血管腫を認めた症例の報告もある¹⁷⁾ことから、分娩前、とくに帝王切開施行予定者においては気管支内視鏡での精査を行い、気管内挿管による気道の血管腫の損傷を回避することは重要であると考ええる。

今回われわれが経験した症例のように、KTWS合併妊娠では妊娠週数が進むにつれて新たな血管腫が出現する場合もあり、分娩方法や麻酔方法の再検討が必要になる可能性を十分に念頭に置く必要がある。また本疾患はあらゆる部位に血管腫が存在する可能性があり、分娩や麻酔時に問題となりそうな血管腫の存在を分娩前に把握しておくことは非常に重要であると考えられる。さらに、KTWSに合併する凝固機能障害や胎児機能不全などによって早産期に分娩しなければならない場合も想定し、妊娠中に複数回の画像検査を施行し、その時点で最も安全な分娩・麻酔方法を検討しておくことが必要であると考えられた。

結 論

KTWS合併妊娠において、妊娠中および分娩後の抗凝固療法による血栓予防、さらに妊娠中の複数回の画像検査等により血管腫の状態を把握し、分娩方法、帝王切開時の腹壁および子

宮切開法、麻酔方法を十分に検討することで安全に周産期管理を行うことができた。本症候群は非常にまれな疾患であり確立した治療指針はないが、これらの点に留意することにより安全な妊娠・分娩管理が可能であると考えられた。

参考文献

- 1) Gimeno PP, Pérez MP, López-Pisón J, et al. : Klippel-Trenaunay syndrome : report of 3 new cases, *An Esp Pediatr*, 53 : 350-354, 2000.
- 2) 上村綾女, 白石義人, 酒井碯澄美子, 他 : 正常分娩後に重篤な播種性血管内凝固 (DIC) となった Klippel-Trenaunay-Weber 症候群の1症例. 静岡総合病医誌, 11 : 29, 1995.
- 3) Rebarber A, Roman AS, Roshan D, et al. : Obsteric Management of Kippel-Trenaunay syndrome. *Obstet Gynecol*, 104 : 1205-1208, 2004.
- 4) Yamada T, Ohba T, Yamamoto T, et al. : A 17-year-old girl with Klippel-Weber syndrome complicated with a pulmonary thromboembolism and RV thrombus. *Inern Med*, 52 : 1337-1340, 2013.
- 5) Stein SR, Perlow JH, Sawai SK : Klippel-Trenaunay-type syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*, 61 : 194-206, 2006.
- 6) 橘 大介, 本久智賀, 西原里香, 他 : Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の1例, 産と婦, 4 : 113-116, 2007.
- 7) Neubert AG, Golden MA, Rose NC : Kasabach-Merritt coagulopathy complicating Klippel-Trenaunay-Weber syndrome in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 85 : 831-833, 1995.
- 8) Sperandeo MP, Ungaro P, Vernucci M, et al. : Relaxation of insulin-like growth factor 2 imprinting and discordant methylation at KvDM1 in two first cousins affected by Beckwith-Wiedemann and Klippel-Trenaunay-Weber syndromes. *Am J Hum Genet*, 66 : 841-847, 2000.
- 9) Pack GT, Tabah EJ : Primary retroperitoneal tumors : a study of 120 cases. *Int Abstr Surg*, 99 : 209-231, 313-341, 1954.
- 10) Pollack RN, Quance DR, Shatz RM : Klippel-Trénaunay-Weber syndrome associated with fetal growth restriction. *Hum Reprod*, 11 : 2544-2545, 1996.
- 11) Koch A, Aïssi G, Gaudineau A, et al. : Klippel-Trenaunay syndrome and pregnancy : difficult choice of delivery from a case and a review of the literature. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 43 : 483-487, 2014.
- 12) Watermeyer SR : The Klippel-Trenaunay syndrome in pregnancy. *BJOG*, 109 : 1301, 2002.
- 13) de Leon-Casasola OA, Lema MJ : Anesthesia for

- patients with Sturge-Weber disease and Klippel-Trenaunay syndrome. *J Clin Anesth*, 3 : 409-413, 1991.
- 14) Gaiser RR, Cheek GT, Gutsche BB : Major conduction anesthesia in a patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *J Clin Anesth*, 7 : 316-319, 1995.
- 15) Dobbs P, Caunt A, Alderson TJ : Epidural analgesia in an obstetric patient with Klippel-Trenaunay syndrome. *Br J Anaesth*, 82 : 144, 1999.
- 16) Oduber CE, van Beers EJ, Bresser P, et al. : Venous thromboembolism and prothrombotic parameters in Klippel-Trenaunay syndrome. *Neth J Med*, 71 : 246-252, 2013.
- 17) 高橋宏尚, 暁 清文, 岡田昌浩 : 高度の睡眠時無呼吸を呈し, 治療に苦慮したKlippel-Trenaunay症候群の1例. 日扁桃研会誌, 24 : 349, 2011.

【症例報告】

強い腰痛をきたした妊娠合併びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫の1例

池田 亜貴子¹⁾, 川島 直逸¹⁾, 徳重 悠¹⁾, 高松 士朗¹⁾
邨田 裕子¹⁾, 吉水 美嶺¹⁾, 野々垣 多加史¹⁾, 新宅 雅幸²⁾

1) 大阪赤十字病院産婦人科

2) 同病理診断科

(受付日 2015/10/23)

概要 妊娠中に診断される悪性リンパ腫は6000～10000妊娠に1例とまれである。今回難治性の腰背部痛を契機に妊娠36週で診断された子宮筋層浸潤を伴う悪性リンパ腫症例を経験したので報告する。症例は38歳初産婦、妊娠35週ごろより右腰背部痛が出現した。鎮痛薬に抵抗性で急速に症状が増悪したためCTを施行したところ、腹部に多数のリンパ節腫大を認め、悪性リンパ腫が強く疑われた。児を娩出してから治療を開始する方針とし、妊娠36週5日に帝王切開術および骨盤内リンパ節ならびに子宮体下部腫瘍生検を行った。病理組織診ではびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (diffuse large B-cell lymphoma) で、子宮筋層への浸潤を認め臨床病期分類はIV期であった。産褥12日目からR-CHOP療法を6コース施行し、現在寛解状態を維持している。児は生後1歳6カ月時点までとくに問題は指摘されていない。妊娠合併悪性リンパ腫は浸潤する臓器によって症状が多彩であり、妊娠による諸症状とオーバーラップしていたり、画像検査がためらわれたりするため、進行した状態で診断されることも多い。本例も進行例ではあったが、初発症状出現後速やかにCTで悪性リンパ腫を強く疑い診療を開始することができた。妊娠中の腰背部痛はよくみられる症状だが、とくに症状が強い場合は悪性腫瘍も鑑別に入れて積極的に画像検索を行うべきである。〔産婦の進歩68 (2) : 99-105, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード : びまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (DLBCL), 妊娠合併悪性リンパ腫, 妊娠中の腰背部痛

[CASE REPORT]

Diffuse large B-cell lymphoma with a strong low back pain during pregnancy

Akiko IKEDA¹⁾, Naotoshi KAWASHIMA¹⁾, Yu TOKUSHIGE¹⁾, Shiro TAKAMATSU¹⁾
Hiroko MURATA¹⁾, Mirei YOSHIMIZU¹⁾, Takafumi NONOGAKI¹⁾ and Masayuki SHINTAKU²⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Red Cross Hospital

2) Department of Pathology, Osaka Red Cross Hospital

(Received 2015/10/23)

Synopsis The frequency of malignant lymphoma is approximately 1 in 6000～10000 pregnant women. A malignant lymphoma involving the myometrium was diagnosed at 35 weeks of gestation in a 38-year-old woman (gravid 1, para 0) who presented to our hospital with rapidly worsening refractory lower back pain that was resistant to analgesics. Computed tomography (CT) revealed, a large number of swollen lymph nodes, which led us to suspect a malignant lymphoma. We planned to start therapy as soon as possible after delivery, therefore, we performed a caesarean section at 36 weeks and five days of gestation, during which intrapelvic lymph node and myometrium tumour biopsy specimens were obtained. The final pathological diagnosis was a diffuse large B-cell lymphoma of clinical stage IV and a malignant lymphoma involving the myometrium. The patient received six cycles of R-CHOP therapy starting from postpartum day 12. At the time of writing, the patient was healthy with no evidence of recurrence 1.5 years after chemotherapy, and her child had no developmental disorders. Diagnosis of malignant lymphoma in pregnant women is challenging, because of an overlap of the disease with gestation-related symptoms and hesitation to perform CT during pregnancy. As a result, malignant lymphoma is often diagnosed late and at an advanced stage. Though the present case was diagnosed at an advanced stage, CT findings were obtained early, which allowed us to sus-

pect malignant lymphoma, we were able to promptly treat the primary disease. The low back pain during pregnancy is popular symptom. Especially if symptom is strong, we should performe actively imaging studies to distinguish malignant tumor. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2), 99-105, 2016 (H28.5)]

Key words : diffuse large B-cell lymphoma (DLBCL), pregnancy-associated malignant lymphoma, low back pain during pregnancy

緒 言

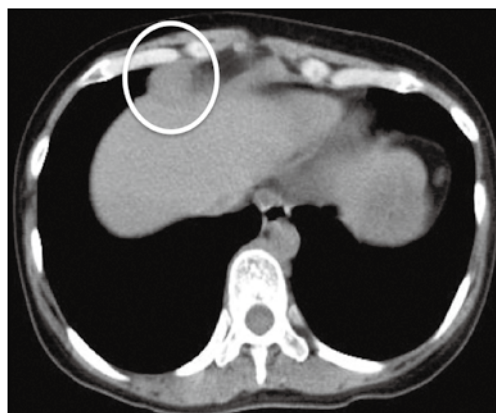
妊娠中に悪性腫瘍が診断される頻度は約1000妊娠に1例で、子宮頸癌、乳癌、悪性黒色腫、悪性リンパ腫の順で多いとされる¹⁾。妊娠合併悪性リンパ腫は6000～10000妊娠に1例程度である^{2,3)}。今回われわれは妊娠に合併する子宮筋層浸潤をきたしたびまん性大細胞型B細胞性リンパ腫 (diffuse large B-cell lymphoma 以下DLBCL) 症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例

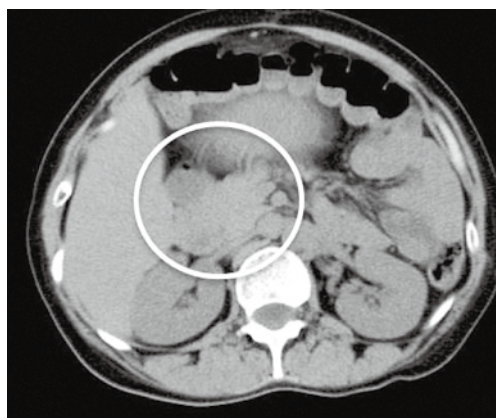
症例は38歳、初産婦、うつ病にて内服加療中であった。自然妊娠成立後、当科で妊婦健診を施行していたところ、妊娠35週ごろより右腰背部痛を自覚するようになった。時間経過とともに症状の増悪を認め、妊娠36週3日には座位が保てないほどとなったため、精査目的に入院とした。入院時、著明な右腰背部叩打痛を認めたがバイタルサインに異常所見は認めず、産科的所見としては子宮口は閉鎖しており子宮収縮も認めなかった。経腹エコーで水腎症を認めず、児はappropriate for date infant、CTGは

Reassuring patternであった。血液検査でCRPやWBCなど炎症反応を示す値の上昇は認めず、その他ではLDHのみ330U/Lと軽度上昇していた。尿沈渣でも異常所見は認めなかった。以上より、腰背部痛の原因として産科的または泌尿器科的なものは否定的であり、器質的腰痛の原因になりうる疾患の可能性を考慮して腹部全体に対する原因検索のために腹部単純CTを施行した (図1)。CTでは横隔膜上、傍大動脈、骨盤内に多発融合するリンパ節と考えられる腫瘍

(a)



(b)



(c)

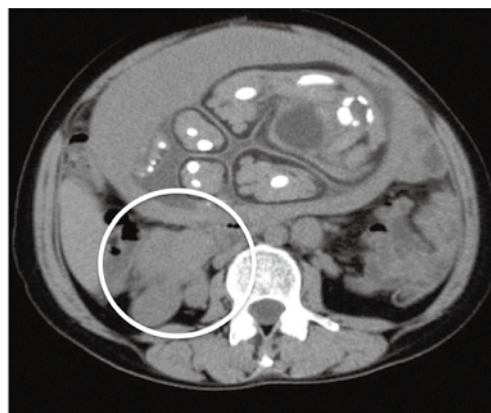


図1 腹部単純CT
横隔膜上 (a)、傍大動脈 (b)、骨盤内 (c) に多発融合するリンパ節と考えられる腫瘍を認めた。

を認め、悪性リンパ腫が強く疑われた。妊娠36週とlate pretermであるので可及的早期に妊娠終了し、原疾患の確定診断を行ったうえで治療を開始する方針とした。分娩様式としては、腰背部痛が著明であること、また初産婦で頸管熟化しておらず速やかな経陰分娩は困難と判断し、帝王切開術とし同時に骨盤内リンパ節生検を行う方針とした。妊娠36週5日に帝王切開術で2040gの女児をApgar score 8点(1分値)/9点(5分値)で娩出した。

開腹所見は骨盤内の腹膜全体が肥厚し、子宮漿膜面も含む腹膜表面に紅色の軟で扁平な隆起性病変が多発し(図2-左)、また子宮体下部後壁に約1cmの白色で硬な隆起性病変を認めた(図2-右)。リンパ節は触知する限りでは右外鼠径上節、左閉鎖節が母指頭大に腫大していた。児娩出後、標本として右外鼠径上節、骨盤腹膜病変の1つ、子宮体下部腫瘤を子宮筋層を含めて摘出した。病理結果では、いずれの標本からもHE染色で大型類円形空胞状の核と少量の細胞質を有する中心芽球の増生を認め(図3-1-a)、免疫染色ではCD20陽性、CD3陰性(図3-1-b, c)、フローサイトメトリーの表面マーカーのCD10、CD19、CD20いずれも陽性であり、DLBCLの診断であった。また子宮体下部筋層への悪性リンパ腫細胞のびまん性浸潤を認めるため(図3-2)、臨床病期分類(Ann Arbor分類)

はIV期とされた。術後も腰背部痛が持続しており術後7日目に改めて造影CTを施行したところ単純CTでは指摘しきれなかった腫大リンパ節による右Th11神経根の圧迫が判明し、これが原因と考えられた(図4)。

産褥12日目からR-CHOP療法(リツキシマブ+シクロホスファミド+ドキソルビシン+ビンクリスチン+プレドニゾロン)を開始した。R-CHOP療法を6コース施行後、現在は寛解状態を維持し、痛みも改善している。児は生後1歳6カ月時点まで発達に問題は指摘されていない。

考 察

悪性リンパ腫のうち非ホジキンリンパ腫は90～95%と大多数を占め、非ホジキンリンパ腫のうちDLBCLは最も頻度が高く30～40%を占める⁴⁾。DLBCLの好発年齢は50～60歳代で、最多症状は持続性かつ無痛性の表在リンパ節の腫大である。40%に胃腸、肺、肝、脾、頭頸部などに節外病変を認める⁵⁾。抗CD20モノクローナル抗体であるリツキシマブ導入後は、全年齢層、全リスク群の初発進行期DLBCLに対してR-CHOP療法 6～8コース施行することが標準治療としてコンセンサスが得られている⁶⁾。

非ホジキンリンパ腫の予後予測には国際予後指標(International Prognostic Index: IPI)が用いられ、年齢、血清LDH、臨床病期、節外病変数およびperformance status (PS) の5

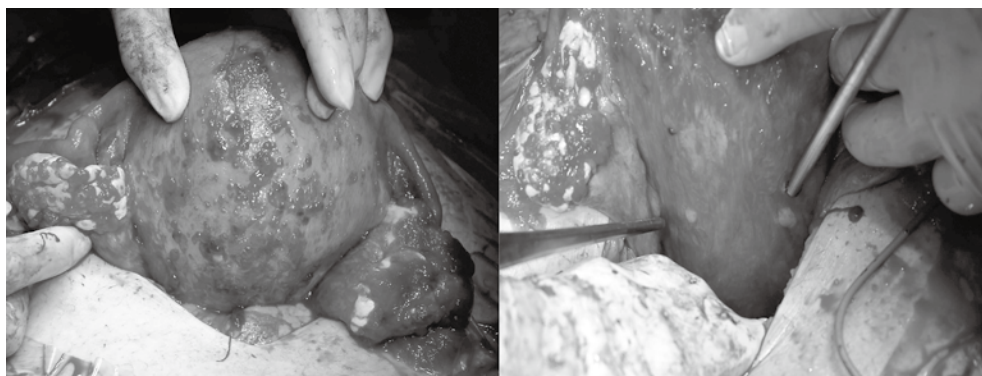


図2 手術所見

左：子宮漿膜面も含む腹膜表面に、紅色の軟で扁平な隆起性病変が多発していた。
右：子宮体下部後壁に約1cmの白色で硬な隆起性病変を認めた。

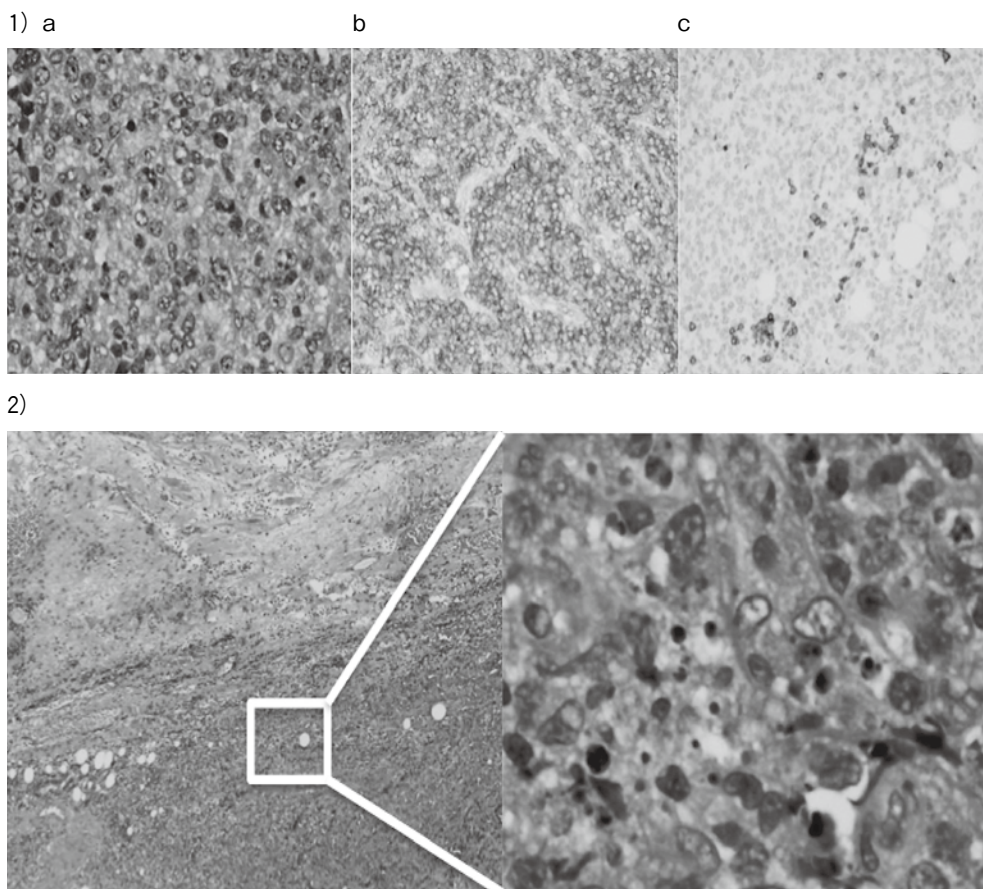


図3

- 1) 右外鼠径上節の病理所見
 a : 大型類円形空胞状の核と少量の細胞質を有する中心芽球の増生を認めた.
 HE染色×200倍 b : CD20 (+) ×100倍 c : CD3 (-) ×100倍
- 2) 子宮体下部後壁の病理所見
 DLBCLの子宮筋層内浸潤を認めた.
 左 : HE染色×40倍 右 : HE染色×400倍

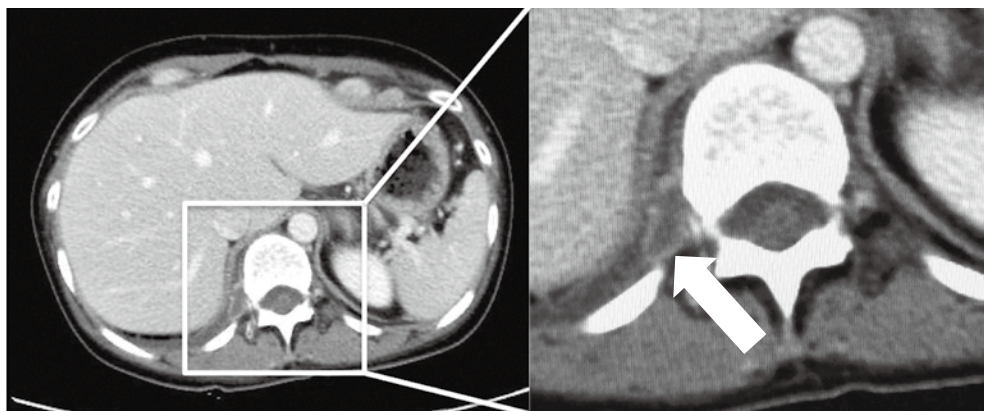


図4 腹部造影CT
 腫大リンパ節による右Th11神経根の圧迫所見を認める。

表1 Revised-IPI ⁴⁾

リスクグループ	予後因子の数	4年PFS	4年OS
Very Good	0	94%	94%
Good	1, 2	80%	79%
Poor	3, 4, 5	53%	55%

因子が該当する数によりリスク分類される。リツキシマブ導入後は5因子のいくつが陽性であるかによってVery Good, Good, Poorの3段階のリスクに分類するRevised-IPIが報告されている(表1)⁷⁾。本症例をRevised-IPIに当てはめると、予後因子としては臨床病期IV期と血清LDH高値の2項目のみが該当し、予後良好群(Good)に相当し、4年PFS 80%, OS 79%が期待される⁷⁾。

妊娠との合併に関しては、ホジキンリンパ腫が若年層に好発するためホジキンリンパ腫の方が非ホジキンリンパ腫よりも多く、妊娠合併非ホジキンリンパ腫はこれまで100例程度の報告にとどまる¹⁾。そのなかではDLBCLが56%と最多で、平均年齢は32歳、third trimesterで発見されることが42%と多い⁸⁾。妊娠合併非ホジキンリンパ腫の予後は組織型で大きく異なるが、本例のような妊娠合併DLBCLでは診断時Stage III-IV期が54%と進行した状態で診断されることが多いため、3年PFSは約55%、非妊時も含めたDLBCL全体での3年PFSが約70%であるのと比較すると悪い^{7, 8)}。

妊娠合併悪性リンパ腫が進行した状態で発見される理由としては、妊娠による免疫不全状態や妊娠中の性ホルモン濃度の増加が悪性リンパ腫の進行を助長するからともいわれ⁹⁾、また節外病変による悪性リンパ腫の症状が非典型的であること、悪性リンパ腫の症状が妊娠に伴う発汗や息切れなど種々の症状とオーバーラップして診断が遅れるためと考えられている⁹⁾。

また妊娠合併非ホジキンリンパ腫は、26%が1つ以上の節外病変をもち⁸⁾、非妊時のものに比して乳腺、卵巣、子宮、胎盤といった生殖臓器への浸潤が有意に高いとされている^{1, 9)}。この機序については十分に解明されていないが、妊娠によって性ホルモン濃度が増加し、悪性リ

ンパ球の性ホルモン受容体が過剰発現や活性化してこれが生殖臓器に働くという説⁹⁾や妊娠によってもともとこれらの生殖臓器に存在した腫瘍がホルモン依存性に過増殖したという説がある¹⁾。このことは性ホルモンと妊娠合併非ホジキンリンパ腫の進展が潜在的に関連しているかもしれないことを示唆している。

本邦で報告されている妊娠合併非ホジキンリンパ腫の症例はここ30年間で検索しうる限りでは本例を含めて16例あり、これらを表2にまとめた。これによると、診断時期として臨床病期IV期が12例と進行して発見されたものが多いことがわかり、それぞれの症例は腫大したリンパ節や浸潤臓器により多彩な症状を示している。また生殖臓器への浸潤は本例を含めて5例で認めたが、子宮筋層浸潤はここ30年間では他に報告されていない。

妊娠合併悪性リンパ腫の治療については、妊娠初期から中期にかけて発見された場合は妊娠中に抗がん剤加療を先行させることがある。いくつかの研究では、器官形成期以後、抗がん剤の影響は妊娠週数と逆の相関を示し、first, second, third trimesterで先天性奇形の割合はそれぞれ16%, 8%, 6%で、可能な限り抗がん剤の導入はthird trimesterに遅らせるべきだともいわれている³⁾。本例ではlate pretermで発見されたために治療は即座のtermination後、速やかにR-CHOP療法を開始することができた。

妊娠合併非ホジキンリンパ腫は多彩な症状を呈し、また妊娠に伴う症状とオーバーラップするために診断が困難なことも多い。本例では難治性の腰背部痛を認めたために妊娠中に画像検査を行い、悪性リンパ腫を発見し、速やかに治療し得た。妊娠後期の腰背部痛はよくみられる症状だが、とくに症状が強い場合は悪性リンパ腫など悪性疾患による神経圧迫も鑑別に入れて、積極的な画像検索を考慮すべきであろう。

結 語

妊娠36週に難治性の腰背部痛を契機に診断され、帝王切開後に化学療法で寛解を得た子宮筋層浸潤をきたしたびまん性大細胞型B細胞性リ

表2 本邦で報告されている妊娠合併非ホジキンリンパ腫症例

報告者	報告年	年齢	診断週数	症状	病変部位	病期
玉井 ¹⁰⁾	1987	29	産褥期	右乳腺腫瘍	右乳腺	III
Toki H ¹¹⁾	1990	29	27	右頸部, 鼠径リンパ節腫大	右頸部・鼠径リンパ節	III
Tsunoda T ¹²⁾	1990	26	中期	両側乳腺腫瘍	両側乳腺・右腋窩リンパ節	IV
後 ¹³⁾	1994	28	産褥3週間	発熱, 腹水	全身リンパ節	III or IV
岡田 ¹⁴⁾	1998	25	産褥6日	発熱, 腹痛, 悪心, 下血	胃潰瘍性病変	IV
西 ¹⁵⁾	1998	30	33	呼吸困難感, 心タンポナーデ	前縦隔, 胎盤	IV
武谷 ¹⁶⁾	2000	36	34	頸部リンパ節腫脹	頸部リンパ節	IV
武谷 ¹⁶⁾	2000	39	27	右頸部腫瘍	右頸部リンパ節, 左卵巣腫瘍	IV
益弘 ¹⁷⁾	2001	29	23	呼吸困難感	右頸部, 前縦隔, 両側肺門部リンパ節	II
杉山 ¹⁸⁾	2005	26	31	歯肉出血, 歯肉腫脹	歯肉	IV
桂 ¹⁹⁾	2010	27	36	労作時呼吸困難感	心臓, 縦隔	IV
大里 ²⁰⁾	2010	34	28	心窩部痛, イレウス症状	十二指腸	IV
東上 ²¹⁾	2011	28	29	不明	小脳	IV
森岡 ²²⁾	2014	36	36	全身倦怠感	肺, 肝臓	IV
水無瀬 ²³⁾	2015	32	20	腰背部痛	脾臓	II
本例	2015	38	36	腰背部痛	横隔膜上・腹部リンパ節, 子宮体下部筋層	IV

ンパ腫の1例を経験した。妊娠中増悪する強い腰痛を認める際は悪性リンパ腫など悪性腫瘍を鑑別に入れて画像検索を行うべきである。

参考文献

- 1) Pavlidis NA : Coexistence of pregnancy and malignancy. *Oncologist*, 7 : 279-287, 2002.
- 2) Brenner B, Avivi I, Lishner M : Haematological cancers in pregnancy. *Lancet*, 379 : 580-587, 2012.
- 3) Salani R, Billingsley CC, Crafton SM : Cancer and pregnancy : an overview for obstetricians and gynecologist. *Am J Obstet Gynecol*, 211 : 7-14, 2013.
- 4) Lymphoma Study Group of Japanese Pathologists : The world health organization classification of malignant lymphomas in Japan: incidence of recently recognized entities. *Pathol Int*, 50 : 696, 2000.
- 5) Castillo JJ, Winer ES, et al. : Sites of extranodal involvement are prognostic in patients with diffuse large B-cell lymphoma in the rituximab era. *Am J Hematol*, 89, 2014.
- 6) Pfreundschuh M, Kuhnt E, Trumper L, et al. : CHOP-like chemotherapy with or without rituximab in young patients with good-prognosis diffuse large-B-cell lymphoma: 6-year results of an open-label randomized study of the MabThera International Trial (MInT) Group. *Lancet Oncol*, 12 : 1013-1022, 2011.
- 7) Sehn LH, Berry B, Chhanabhai M, et al. : The revised International Prognostic Index (R-IPI) is a better predictor of outcome than the standard IPI for patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with R-CHOP. *Blood*, 109 : 1857-1861, 2007.
- 8) Evens AM, Advani R, Press OW, et al. : Lymphoma occurring during pregnancy: antenatal therapy, complication, and maternal survival in a multi-center analysis. *J Clin Oncol*, 31 : 4132-4139, 2013.
- 9) Horowitz NA, Benyamini N, Wohlfart K, et al. : Reproductive organ involvement in non-Hodgkin lymphoma during pregnancy : a systematic review. *Lancet Oncol*, 14 : 275-282, 2013.

- 10) 玉井誠一, 里 梯子, 関口 進: 妊娠中に腫瘤を形成し出産後著明な縮小を示した乳腺悪性リンパ腫と思われる1症例. 病院病理, 5: 10, 1987.
- 11) Toki H, Okabe K, Kamei H, et al.: Successful chemotherapy on a pregnant non-Hodgkin's lymphoma patient. *Acta Med Okayama*, 44: 321-323, 1990.
- 12) Tsunoda T, Furui J, Maeda H, et al.: Primary malignant lymphoma of the breast A case report and review of the Japanese literature. *Acta Med Nagasaki*, 35: 137-141, 1990.
- 13) 後 賢, 上坊敏子, 大河原聡, 他: 産褥3週間で腹水貯留を初発症状に発症した悪性リンパ腫の1例. 日臨細胞会誌, 33: 279, 1994.
- 14) 岡田貴彦, 杉浦 立, 田島秀郎, 他: 診断に苦慮した妊娠に合併したMalignant Lymphomaの1例. 日産婦埼玉会誌, 28: 122, 1998.
- 15) 西 弥生, 大坪保雄, 市川雅男, 他: 妊娠33週に心タンポナーデをきたした悪性リンパ腫合併妊娠の1例. 日産婦関東連会報, 35: 201, 1998.
- 16) 武谷千晶, 永石匡司, 島田 薫, 他: 悪性リンパ腫合併妊娠の2例. 日産婦関東連会報, 37: 161, 2000.
- 17) 益弘和雄, 小林克弥, 松本公一, 他: 妊娠25週から抗癌剤治療し, 生児を得た悪性リンパ腫合併妊娠の1症例. 産婦の進歩, 53: 323-328, 2001.
- 18) 杉山真理子, 野島美知夫, 國井優衣子, 他: 悪性リンパ腫合併妊娠の1例. 日周産期・新生児会誌, 41: 59-62, 2005.
- 19) 桂 大輔, 林 香里, 望月昭彦, 他: 妊娠中の呼吸不全を契機に発見された悪性リンパ腫の1症例. 産婦の進歩, 62: 213, 2010.
- 20) 大里文乃, 志鎌あゆみ, 細川さつき, 他: イレウス症状から発見された悪性リンパ腫合併妊娠の1例. 日産婦東京会誌, 59: 384-388, 2010.
- 21) 東上加波, 小林康祐, 鶴岡みずほ, 他: 小脳に再発を認めたために妊娠29週でterminationを余儀なくされた中枢原発の悪性リンパ腫合併妊娠の1例. 日産婦千葉会誌, 4: 88, 2011.
- 22) 森岡佐知子, 中村春樹, 伊東史学, 他: 悪性リンパ腫合併妊娠の2例. 産婦の進歩, 66: 314-317, 2014.
- 23) 水無瀬学, 西野共子, 上田寛人, 他: 妊娠20週にびまん性大細胞性悪性リンパ腫と診断され, 化学療法を行い, 生児を得た1例. 北海道産婦会誌, 59: 27-32, 2015.

【症例報告】

加重型妊娠高血圧腎症と重症胎児発育不全を合併した
hyperreactio luteinalisの1例太田 沙緒里, 林 篤史, 岡本 敦子, 佐野 匠
神吉 一良, 鈴木 裕介, 藤田 太輔, 寺井 義人, 大道 正英

大阪医科大学産婦人科学教室

(受付日 2015/10/19)

概要 Hyperreactio luteinalis (HL) は両側卵巣に莢膜黄体化嚢胞が多発し、卵巣過剰刺激症候群様の卵巣腫大を呈するまれな疾患である。絨毛性疾患にみられるほか、多胎妊娠や正常単胎妊娠にもみられることがある。症例は45歳、3経妊0経産の女性で、本態性高血圧合併妊娠の診断で、当科を紹介受診した。妊娠19週時に両側卵巣の多房性腫大を認め、血中hCG値は583153 IU/Lと高値であり、MRI検査等からHLと診断した。また児の予想体重は171g (−2.0SD) であり、胎児発育不全と診断した。妊娠21週時に高血圧性心肥大による心不全および肺水腫を発症し、ICUでの管理を要した。妊娠22週時には高血圧症の悪化と尿蛋白を認め、重症妊娠高血圧腎症、胎児発育不全と診断した。妊娠25週時には超音波検査で臍動脈血流の途絶を認めた。妊娠27週1日、胎児機能不全および胎児発育停止の診断で緊急帝王切開術を施行し、426gの女児をApgar scoreは6/8点 (1分/5分値) で娩出した。術中に卵巣の一部を生検し、病理結果は黄体嚢胞であった。術後経過は良好で、両側卵巣は徐々に縮小を認め、産褥2カ月で正常大となった。HLは高hCG状態に関連して妊娠高血圧腎症や胎児発育不全を伴うことがあり、それらの疾患の発症を念頭に置いて妊娠管理を行う必要がある。また悪性疾患と誤診されて卵巣摘出術が施行されるケースが少なくないため、臨床経過や画像所見による鑑別診断が重要である。〔産婦の進歩68 (2) : 106-111, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード : hyperreactio luteinalis, 妊娠高血圧腎症, 血中hCG値, MRI

[CASE REPORT]

Hyperreactio luteinalis with severe preeclampsia and fetal growth restriction

Saori OHTA, Atsushi HAYASHI, Atsuko OKAMOTO, Takumi SANO
Kazuyoshi KANKI, Yusuke SUZUKI, Daisuke FUJITA, Yoshito TERAJ
and Masahide OHMACHI

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical College

(Received 2015/10/19)

Synopsis Hyperreactio luteinalis (HL) is a condition associated with bilateral ovarian enlargement due to theca lutein cysts. It occurs commonly in pregnant patients with trophoblastic disease, occasionally in multiple pregnancies, and rarely in normal singleton pregnancy. We present an unusual case in which a 45-year-old nulliparous patient was found to have bilateral multicystic adnexal masses at 19 weeks of gestation. Due to severe preeclampsia and fetal growth restriction, she delivered by cesarean section. The ovaries had an anaplastic appearance, and a biopsy was taken during the cesarean section. Pathology revealed multiple benign theca lutein cysts. As a rare benign disease, HL is usually self-limited. However, some cases are diagnosed by unnecessary operation. Accordingly, it is important to exclude these from the differential diagnosis via magnetic resonance imaging and wedge biopsy in to avoid unnecessary surgical excision. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 106-111, 2016 (H28.5)]

Key words : hyperreactio luteinalis, preeclampsia, fetal growth restriction, magnetic resonance imaging

緒 言

Hyperreactio luteinalis (黄体化過剰反応；以下HL)は、高ヒト絨毛性ゴナドトロピン(hCG)状態に対する卵巢の高感受性状態が関連し、両側卵巢に莢膜黄体化嚢胞が多発し、卵巢過剰刺激症候群様の卵巢腫大を呈するまれな疾患である¹⁾。絨毛癌や胎状奇胎などの絨毛性疾患にみられることが多いが、妊娠中にも発症する。妊娠中のHLは無症状のことが多く、超音波検査で偶発的に発見されることが多い。帝王切開施行時に発見されることもある。妊娠初期には同様の超音波像を示す卵巢過剰刺激症候群(ovarian hyperstimulation syndrome；OHSS)や悪性腫瘍との鑑別が重要となる。OHSSは主に排卵誘発剤使用時に発症し、自然発症例はごくまれである。今回、本態性高血圧合併妊娠の管理中にHLを発症した症例を経験したので報告する。

症 例

患者は45歳の女性、3経妊0経産(3回自然流産)である。既往歴として38歳時より本態性高血圧症(無投薬)、40歳時より潜在性甲状腺機能低下症(チラーゼン内服中)があり、家族歴として父、母、弟のいずれにも本態性高血圧がある。月経周期は28日型で整、自然妊娠にて妊娠成立し、前医を受診した。習慣性流産については精査の結果原因不明とされ、妊娠7週時より抗凝固療法を、また潜在性甲状腺機能低下症のためチラーゼンの内服を行っていた。妊娠10週時に妊娠管理目的で当科を紹介受診した。初診時の血圧は145/91 mmHgで、本態性高血圧合併妊娠と診断した。また両側卵巢超音波所見は正常であった。妊娠19週1日、妊婦検診時に腹部超音波検査にて両側卵巢多房性嚢胞性腫大を認め(図1-a)、血中hCG値は583153 IU/Lと高値であった。骨盤MRI検査では両側卵巢は拡大した卵

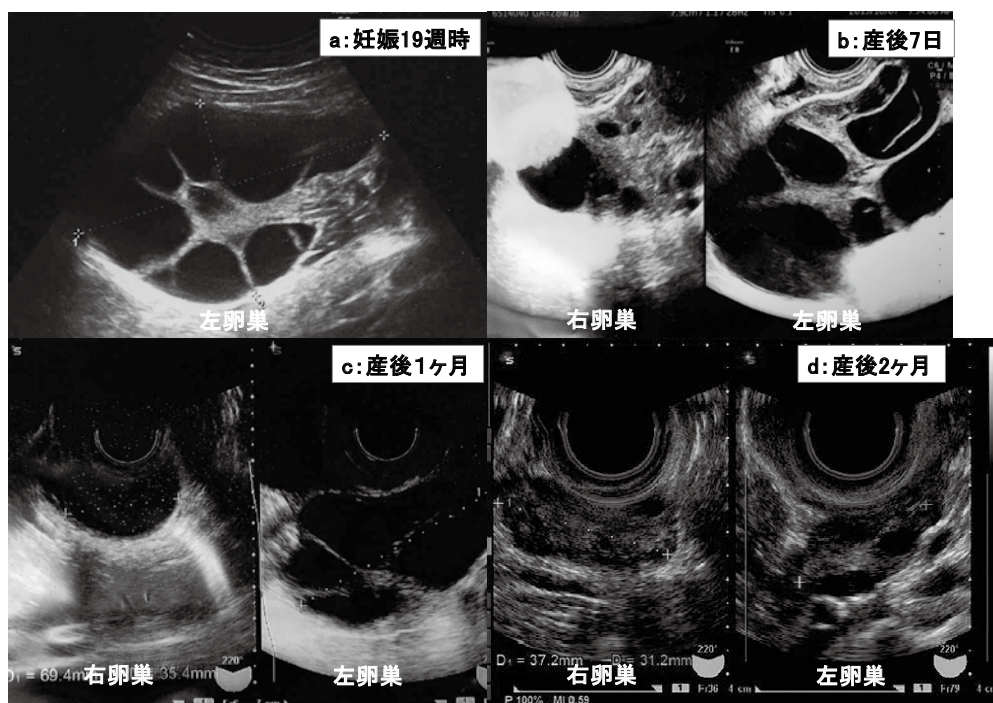


図1 超音波所見

- a: 妊娠19週1日時、卵巢の多房性嚢胞性腫大を認めた。
- b: 退院時、卵巢は右5.2 cm、左9.0 cmと軽度の縮小を認めた。
- c: 産褥1カ月時、右卵巢3.5 cm、左卵巢6.9 cmとさらに縮小傾向を認めた。
- d: 産後2カ月時、両側卵巢は正常大に復した。

胞により多房性に腫大し、間質の肥厚を認めず、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）様の所見を呈していた。また充実部分は認められなかった（図2）。画像所見と血中hCGが高値であったこと、ゴナドトロピン製剤の使用歴がなかったことよりHLと診断し、保存的に経過観察することとした。児の予想体重は171g（-2.0 SD）であり、胎児発育不全と診断した。また血圧の上昇（172/110 mmHg台）を認めたためメチルドパの内服を開始した。妊娠19週1日の時点で甲状腺機能を評価したが、血清TSH値、FT4値ともに正常範囲内であった。

妊娠21週3日、頻回の下痢および発熱症状が出現し、感染性腸炎の診断で入院となった。妊娠21週4日に急激な動悸および呼吸困難感が出現し、心電図モニターで発作性上室性頻拍（PSVT）を認めた。また経皮的動脈血酸素飽和度が91%へ低下し、胸部単純写真で胸水貯留

を認めたため、酸素投与を開始した。胸部CT検査では両側肺野に胸水貯留、肺水腫の状態であり、心臓超音波検査では左室肥大と軽度僧帽弁逆流の所見を認めた。甲状腺機能に関しては血性TSH値は正常範囲内であったが、FT4値は0.80 ng/dlと軽度低下していた。高血圧性心肥大による心不全および肺水腫を発症した状態であると判断し、ICUにて全身管理を行った。ICU入室後、ネーザルハイフロー60%45Lにて呼吸管理を行った。翌日には経皮的動脈血酸素飽和度は96%以上を保ち、徐々に酸素流量を減量していった。降圧を行い、輸液にて利尿を保ち心不全徴候は改善を認めた。自覚症状も軽快し、妊娠22週1日にICU管理は終了したが、同日尿蛋白高値（870 mg/日）を認め、加重型妊娠高血圧腎症と診断し、子癇発作予防目的に硫酸マグネシウムの投与を開始した。妊娠23週2日、腹部超音波検査で子宮動脈のnotchを認め、児

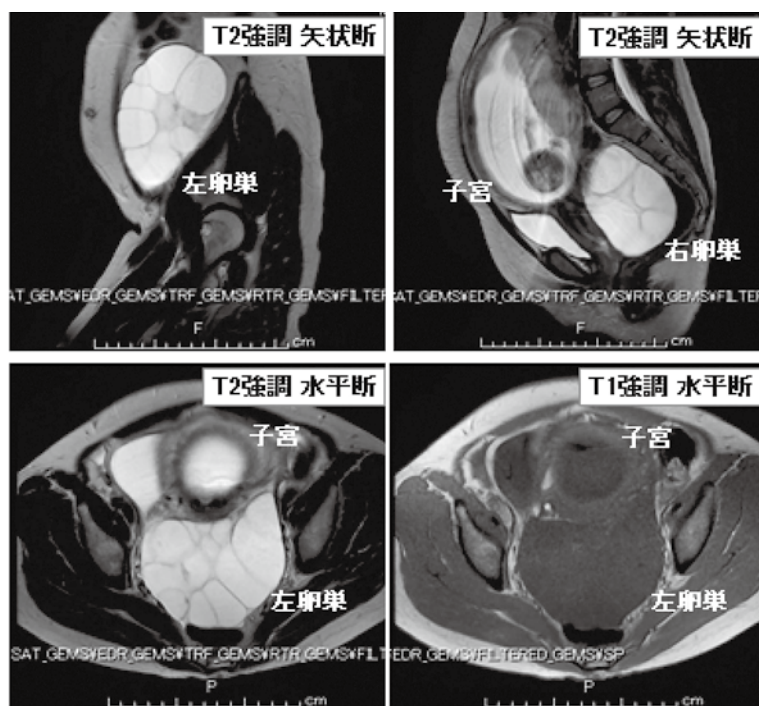


図2 骨盤MRI所見

両側卵巣は拡大した卵胞により多房性に腫大し、充実部分は認めなかった。内容液はT1強調増で低信号、T2強調像で高信号を呈し、間質の肥厚を認めず、卵巣過剰刺激症候群（OHSS）様の所見を呈していた。

の予想体重は334g (-3.0 SD)であった。妊娠25週0日、臍帯動脈血流の途絶を認め、児の予想体重は393g (-3.4 SD)と、重度の胎児発育不全 (symmetrical) と診断した。

以降も血圧は上昇なく経過していたが臍帯動脈血流はなお途絶を認めており、また胎児発育も不良 (455g, -3.9 SD) となったため胎児機能不全および胎児発育停止と判断し、妊娠27週1日に緊急帝王切開術を施行した。手術時間は1時間25分、出血量は470 ml (羊水込み) であり、児は女児で、出生時体重は426g, Apgar scoreは出生後1分後と5分後でそれぞれ6/8点、臍帯動脈血液ガス所見はpH 7.301, BE -3.1 で出生し、当院NICUへ入院となった。胎盤重量は205gで、胎児発育不全の原因として、臍帯の異常所見や児の先天奇形、子宮内感染の所見は認められなかった。両側卵巣は左右対称性に腫大しており、表面は白色で平滑であった (図3)。嚢胞を穿刺して採取した内容液の細胞診は陰性で、卵巣組織を一部生検した。病理結果は黄体嚢胞であった。術後1日目の血中hCGは29933 IU/Lと依然高値であった。血圧は手術当日からニカルジピンの持続静脈内投与にてコントロールし、術後2日目に血圧140/80 mmHg台へ低下したため、ニカルジピンの内服へ変更した。同日より歩行可能となり、以降は問題なく経過し術後7日目に軽快退院となった。退院時の卵巣は右5.2 cm, 左9.0 cmと軽度の縮小を認めた



図3 帝王切開時の所見
両側卵巣は多房性に腫大し、周囲との癒着は認めなかった。

(図1-b)。産褥1カ月の超音波所見では右卵巣3.5 cm, 左卵巣6.9 cmとさらに縮小傾向を認め (図1-c)、産褥2カ月半で両側とも正常大となった (図1-d)。血中hCGは産褥1カ月には13.5 IU/Lと著明な低下認めており、産褥2カ月半で陰転化している。児は出生後、気管内挿管のうえサーファクタントを投与し人工呼吸器管理となった。児の染色体検査結果は正常核型であった。胎盤病理所見では梗塞像と合体体結節の増加を認め、絨毛は週数に比して未熟であることから、胎盤形成不全による胎児発育不全が考えられた。日齢21日目までは著変なく経過していたが、日齢22日目より腹部膨満や採血上の炎症所見、腹部単純写真で腸管拡張を認め、壊死性腸炎が疑われた。日齢25日目に壊死性腸炎に対する治療目的に他院へと搬送になった。現在、出生後2年3カ月であるが後遺症なく経過している。

考 察

HLは両側の卵巣が多数の黄体化卵胞嚢胞により腫大するまれな疾患である。HLの発症には高hCG状態やhCGに対する卵巣の高感受性状態が関与すると考えられており¹⁾、甲状腺機能低下、多嚢胞性卵胞症候群 (PCOS) の妊娠症例、FSHまたはLHレセプターの異常など特定の条件下で発症する^{2,3)}。HL症例の報告のうち、半数以上は正常単胎妊娠例であるが、妊娠糖尿病や多胎妊娠、胎児水腫に合併することもある⁴⁾。高hCG状態から発症までの詳細な機序は不明である。症状は無症状のことが多いが、高アンドロゲン血症を伴い男性化徴候を示すこともある。また高hCG状態に関する合併症が出現することもあり、妊娠悪阻、甲状腺機能亢進症、子宮内胎児発育不全、妊娠高血圧症候群、HELLP症候群など多彩である。妊娠高血圧症候群や子宮内胎児発育不全については、高hCG状態による胎盤形成不全が原因とされている^{4,8)}。本症例においても潜在性甲状腺機能亢進症を合併しており、加重型妊娠高血圧腎症、子宮内胎児発育不全の発症を認めた。潜在性甲状腺機能低下症に関してはHLの発症のリスクとなったと考えられるが、HL発症による潜在性甲状腺機能低

下症の病態変化は認められなかった。

Cavorettoらは2014年に過去に報告された96例のHL症例をレビューして報告している。それによるとHL症例の平均年齢は28歳、平均診断妊娠週数は20週で、うち6例は分娩後に診断されている。多胎妊娠は全体の22%を占め、8%は生殖補助医療技術（ART）を用いた不妊治療後の妊娠であった⁴⁾。HLのうち約16%が妊娠初期で診断されるが、OHSS様の多嚢胞性卵巣腫大を呈することからOHSSとの鑑別が重要である。OHSSは過剰腹水などの症状を伴い、排卵誘発剤使用後であったり、FSHまたはLHレセプターの異常など特定の条件下で発症するため、その発症機転からも鑑別は可能である。今回の症例も自然妊娠であること、腹水貯留を認めないことからOHSSは除外診断した。

HLは自然軽快する一過性の卵巣腫大であるため、無症状の場合は手術等の侵襲的処置を必要としない⁸⁾。しかし、Cavorettoらのレビューによると、過去に報告された65例のHL症例のうち、手術が施行された症例は35例と、約47%にのぼる⁴⁾。これは術前に卵巣悪性腫瘍と誤って診断されたり、HLと診断がつかずに不必要な手術を施行されているためであり、HLの診療を行うにあたり、術前の画像診断は非常に重要である。超音波所見では卵巣が多嚢胞性で隔壁が薄いことから「spoke wheel（車輪）sign」として報告されていたり⁹⁾、多数の卵胞が同時に発達した病態のため正常卵巣の輪郭を残していないことから、3D超音波所見で「bunch of grape（ブドウの房）appearance」とも報告されている¹⁰⁾。いずれにしても卵巣の腫大が両側性であり、個々の嚢胞の大きさがよく揃っている場合には本疾患を疑う必要があり、鑑別診断として念頭に置いていれば診断は容易である。本症例の画像検査も典型的であった。

また今回の症例のように、妊娠高血圧腎症や胎児発育不全を合併したHLの報告が散見される。Cavorettoらによると過去のHL症例のうち、妊娠高血圧腎症を合併した割合は24%（19/80）、胎児発育不全を合併した割合は12%（6/49）で

あった⁴⁾。妊娠初期のhCG異常高値は胎盤形成異常のサインであり、胎盤形成異常は妊娠高血圧腎症や胎児発育不全、HELLP症候群を引き起こす。hCGは妊娠中の酸化ストレスマーカーであり、hCGは妊娠高血圧腎症のような血管収縮状態に反作用的な役割をもつと報告されている^{11,12)}。またHLも高hCG状態に関連した疾患であることを考えると、妊娠高血圧腎症などの胎盤形成不全に伴った疾患群（ischemic placental disease）を合併することも理解しやすい。HLを発症した場合には、これらの産科合併症の併発を念頭において注意深く経過観察することが望ましい。

結 語

今回、高血圧合併妊娠の管理中にHLを発症し、加重型妊娠高血圧腎症と重症胎児発育不全を合併した症例を経験した。本症例も他の要因（臍帯異常、胎児因子、子宮内感染）を認めなかったため、HLの本態である高hCG血症による胎盤形成不全が原因であったと考えられる。HLは類腫瘍疾患であるため手術適応がなく、出産後自然退縮していくため保存的に管理する必要がある。そのためにHLの診断を正確に行うことが重要である。

参考文献

- 1) Bidus MA, Ries A, Magann EF, et al. : Markedly elevated beta-hCG levels in a normal singleton gestation with hyperreactio luteinalis. *Obstet Gynecol*, 99 : 958-961, 2002.
- 2) Foulk RA, Martin MC, Jerkins GL, et al. : Hyperreactio luteinalis differentiated from severe ovarian hyperstimulation syndrome in a spontaneously conceived pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 176 : 1302-1304, 1997.
- 3) Haimov-Kochman R, Yanai N, Yagel S, et al. : Spontaneous ovarian hyperstimulation syndrome and hyperreactio luteinalis are entities in continuum. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 24 : 675-678, 2004.
- 4) Cavoretto P, Giorgione V, Sigismondi C, et al. : Hyperreactio luteinalis : timely diagnosis minimizes the risk of oophorectomy and alerts clinicians to the associated risk of placental insufficiency. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 176 : 10-16, 2014.
- 5) Haq AN : Hyperreactio luteinalis associated with pregnancy induced hypertension. *J Coll Physi-*

- cians Surg Pak*, 20 : 137-139, 2010.
- 6) Atis A, Cifci F, Aydin Y, et al. : Hyperreactio luteinialis with preeclampsia. *J Emerg Trauma Shock*, 3 : 298, 2010.
 - 7) Grgic O, Radakovic B, Barisic D : Hyperreactio luteinialis could be a risk factor for development of HELLP syndrome : case report. *Fertil Steril*, 90 : 13-16, 2008.
 - 8) Lynn KN, Steinkeler JA, Wilkins-Haug LE, et al. : Hyperreactio luteinialis (enlarged ovaries) during the second and third trimesters of pregnancy : common clinical associations. *J Ultrasound Med*, 32 : 1285-1289, 2013.
 - 9) Ghossain MA, Buy JN, Ruiz A : Hyperreactio luteinialis in a normal pregnancy : sonographic and MRI findings. *J Magn Reson Imaging*, 8 : 1203-1206, 1998.
 - 10) Takeuchi M, Matsuzaki K, Nishitani H : Manifestations of the female reproductive organs on MR images : changes induced by various physiologic states. *Radiographics*, 30 : 1147, 2010.
 - 11) Kharfi A, Giguère Y, De Grandpré P, et al. : Human chorionic gonadotropin (hCG) may be a marker of systemic oxidative stress in normotensive and preeclamptic term pregnancies. *Clin Biochem*, 38 : 717-721, 2005.
 - 12) Toth P, Lukacs H, Gimes G, et al. : Clinical importance of vascular LH/hCG receptors--a review. *Reprod Biol*, 1 : 5-11, 2001.

【症例報告】

絨毛性疾患との鑑別を要した子宮漿膜下腹膜妊娠の1例

丸尾原義, 黄 豊羽, 中島由貴, 新谷 潔

兵庫県立柏原病院産婦人科

(受付日 2015/10/28)

概要 腹膜妊娠は非常にまれな疾患であるが、他の異所性妊娠と比較して初期の症状に乏しく早期診断が困難である。今回われわれは近医で流産と診断された後のフォローアップ中に尿中hCG値上昇を認めたため紹介された、子宮後壁漿膜に着床した腹膜妊娠の1例を経験した。症例は30歳の1回経産婦で、最終月経より8週6日に子宮口より脱落膜様の組織排出を認め、不全流産の診断の下、子宮内容除去術が行われた。しかし、その後も性器出血が継続し、尿中hCG値の上昇(1092 mIU/mlから9日間で3224 mIU/ml)を認めたため当院紹介となった。当院初診時、超音波検査で子宮後壁に約2cmの嚢腫様病変を認め、この部位はカラードップラー法で豊富な血流を認め、造影CT検査でもこの腫瘤壁に沿って動脈相早期より造影された。MRI検査ではT2強調画像にて高信号を示す腫瘤を認めたが、はっきりした胎嚢像は認めなかった。そのため、臨床的侵入奇胎あるいは異所性妊娠の両方の可能性を考え、初診時点で性器出血症状を認めず、超音波検査でDouglas窩に腹腔内出血を疑う所見も認めないことから、保存的に化学療法を行う方針とした。15週2日よりMethotrexate (MTX) 17.5 mg/body×5日間の治療を行ったが、口内炎、消化器症状などの副作用が強く出現し、また腫瘤も軽微ながら増大傾向を認め、血中hCG値も上昇したため、開腹手術による治療へ切り替えた。16週6日に開腹手術を行い、周囲筋層を含めた腫瘤の摘出術を行った。摘出病理では化学療法治療修飾によると考えられる変性を認めたため判断に苦慮したが、中間型栄養膜細胞が主体であり有意な筋層浸潤を認めないこと、および臨床経過と血中hCG値の推移の状況も考え合わせ異所性妊娠と診断した。術後血中hCG値はしだいに低下し、術後3カ月に子宮卵管造影を行ったところ両側卵管通過性に異常を認めなかった。〔産婦の進歩68(2): 112-117, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード: 異所性妊娠, 腹膜妊娠, 絨毛性疾患

[CASE REPORT]

A case of an ectopic pregnancy that occurred in the uterine subserosa, which had to distinguish from trophoblastic disease

Motoyoshi MARUO, Houu KHO, Yuki NAKASHIMA and Kiyoshi NIIYA

Department of Obstetrics and Gynecology, Hyogo Prefectural Kaibara Hospital

(Received 2015/10/28)

Synopsis An intraperitoneal pregnancy is an extremely rare condition, and its early diagnosis is difficult due to subtle early symptoms compared with those of ectopic pregnancies in other locations. We encountered a woman with an intraperitoneal pregnancy that occurred in the serosa of the posterior uterine wall. She was referred to our hospital for investigation of an increase in the urinary hCG level after a diagnosis of a miscarriage at another hospital. A 30-year-old para one woman had discharged pieces of deciduous membrane eight weeks and six days after the last menstrual period, and subsequently underwent evacuation of the uterus after a diagnosis of incomplete abortion was made. However, due to persisting genital bleeding and an increase of urinary hCG level (from 1092 mIU/ml to 3224 mIU/ml in nine days), she was referred to our hospital. On initial examination, ultrasound showed an approximately 2cm cystoid-like lesion in the uterine posterior wall. Color Doppler confirmed blood circulation in this site, and CT demonstrated enhancement along the tumor wall at the early stage of the arterial phase. MRI T2-weighted image confirmed a tumor of high-signal intensity, but a clear image of a gestational sac could not be observed. Because the initial exami-

nation did not detect genital bleeding and sign of the abdominal cavity hemorrhage, we opted for conservative chemotherapy (MTX 17.5 mg/body $\times$ 5 days) to treat a possible clinical invasive mole or a ectopic pregnancy, at 15 weeks and two days after the last menstrual period. However, the treatment strategy was altered because of severe adverse reactions such as stomatitis and digestive symptoms and an increase in serum hCG. As there was a slight increase in tumor size, open surgery was performed 16 weeks and six days after the last menstrual period. Although the morphological effect of chemotherapy made the judgment difficult, pathological examination of the surgical specimen showed the prominent presence of intermediate trophoblasts and the absence of marked invasion into the muscle layer. Based on these findings combined with the clinical course and changes in serum hCG levels, the diagnosis of an ectopic pregnancy was reached. The serum hCG levels dropped gradually after surgery and hysterosalpingography performed three months after surgery did not reveal any abnormalities in the passage through both tubes. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 112-117, 2016 (H28.5)]

Key words : ectopic pregnancy, intraperitoneal pregnancy, trophoblastic disease

緒 言

異所性妊娠は全妊娠の1%程度の頻度で発生するが、その大部分は卵管妊娠であり、腹腔妊娠に至っては異所性妊娠中約1%にすぎない。腹腔妊娠の初期は下腹部痛などの自覚症状に乏しく、画像上妊娠を示唆する明らかな胎嚢像が認められなければ、異所性妊娠の確定診断に苦慮する。今回われわれは絨毛性疾患と鑑別を要した子宮後壁漿膜下に着床したと考えられる腹腔妊娠の1例を経験したので報告する。

症 例

症例は 30 歳の 1 回経妊 1 回経産婦で 27 歳時に正常経腔分娩の既往がある以外に、特記すべき既往歴、アレルギー歴、家族歴を認めなかった。月経周期 30 日型整であり、最終月経より 7 週 0 日に妊娠反応陽性であったため近医 A を受

診した。8 週 6 日に性器出血に伴い子宮口より脱落膜様組織の排出を認め不全流産の診断の下、子宮内容除去術を受けた。その後、出血が持続するため 9 週 6 日より estrogen- progesterone 合剤投与を受け、いったん消退出血を認めた。しかし、その後も不正出血が持続するため 12 週 3 日に近医 B 受診し、尿中 hCG 値 1092 mIU/ml を指摘され 13 週 5 日には尿中 hCG 値 3224 mIU/ml と上昇を認めたため、近医 B より 14 週 2 日に当院へ紹介初診となった。

初診時、子宮は正常大、性器出血は認めなかった。経腔超音波検査で子宮底部後壁に約 20mm の腫瘤を認め、パルスドップラー法でこの部位に一致して血流を認めた (図 1)。両側の付属器に異常所見なく、子宮内膜の肥厚認めず、ダグラス窩に有意な貯留液を示す所見はなかつ

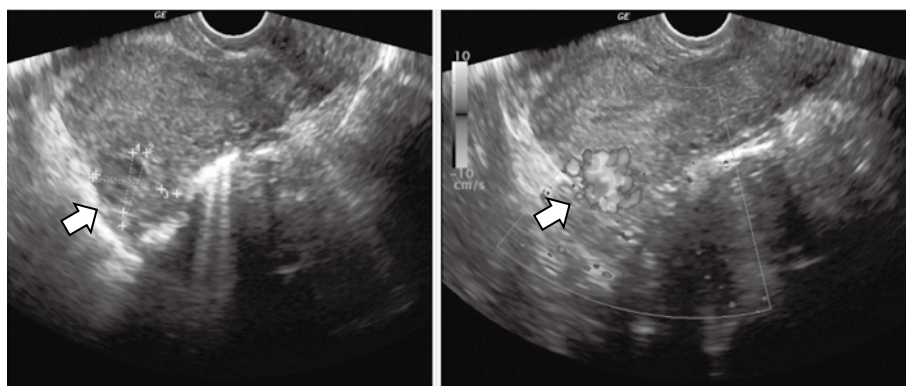


図1 初診時超音波検査

子宮内に胎嚢みられず、腹水所見を認めない。子宮底部後方に腫瘤が認められるが、この部位にも胎嚢の所見は認めない。腫瘤に一致してパルスドップラー法にて豊富な血流を認める。

たが、血中hCG値は3684 mIU/mlと異常値であった。子宮内容除去術を行った近医Aに病理検査について問い合わせたところ、子宮内容病理組織検査では絨毛組織や胞状奇胎は認めなかったとの報告を受けた。造影CT検査にてこの腫瘤壁に動脈相早期より強い造影効果を認めるも(図2)、肺病変や遠隔転移を示す病変は描出されなかった。MRI検査でも同様に子宮後壁に嚢胞性腫瘤を認める以外の特記すべき所見は認めなかった(図3)。画像診断上で明瞭な胎嚢所見を認めなかったことより臨床的侵入奇胎もしくは異所性妊娠遺残の可能性を考え、多量の腹腔内出血が否定的であることより保存療法の方針とし、15週2日より Methotrexate (MTX) に

よる化学療法(17.5 mg/body [0.4 mg/kg] × 5日間)を開始した。1コース終了直後のhCGが5134 mIU/mlと上昇し、また化学療法の有害事象による食欲不振や口内炎症状が強く、子宮体部の腫瘤血流も微増傾向を認めたため、開腹手術による腫瘤切除の方針へ変更し16週6日に入院、翌日全身麻酔下を開腹手術を施行した。

開腹時、腹腔内に少量の淡黄色腹水を認めるも腹腔内出血は認めなかった。子宮は正常大、両側付属器にも異常所見を認めなかった。子宮後壁右上部卵管角よりも後方で卵管と少し離れた部位に約2 cmの中心部表面に血腫様の所見を呈する腫瘤を認めた(図4)。手術は200倍バソプレシンを腫瘤周囲に合計13 mlの局所注入

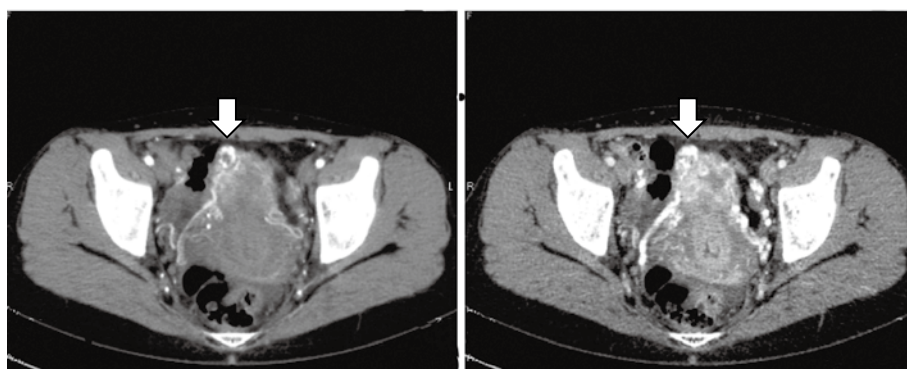


図2 造影CT検査所見
腫瘍壁に強い造影効果を認める(矢印)。



図3 骨盤MRI所見 (T2強調画像)
子宮後壁にT2強調画像で高信号を呈する(矢印)、約2cmの嚢腫様病変を認める。

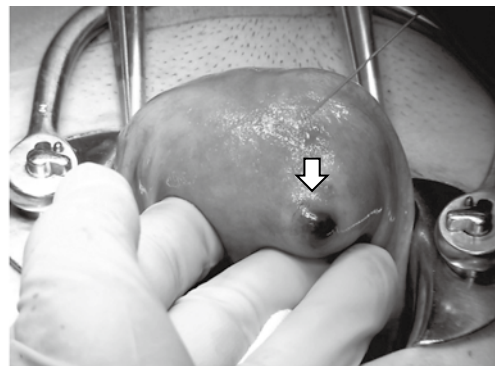


図4 手術肉眼所見
腫瘤は右卵管付着部位よりも後方約2cm後方の漿膜下に存在し(矢印)、中央表面に血腫を認めた。

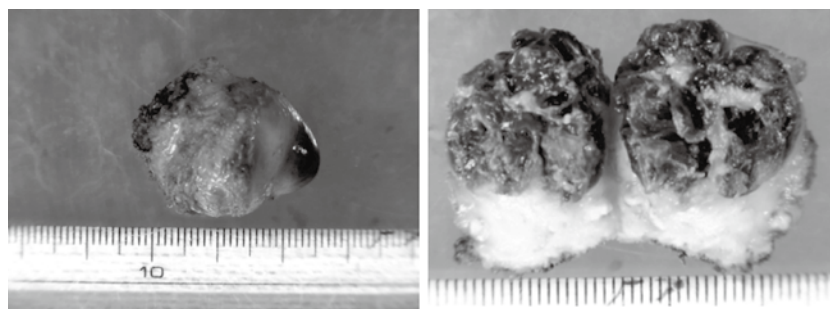


図5 摘出標本
腫瘍は周囲の筋層を含め一塊に摘出された。切断面で肉眼的に腫瘍と筋層の境界は明瞭であった。

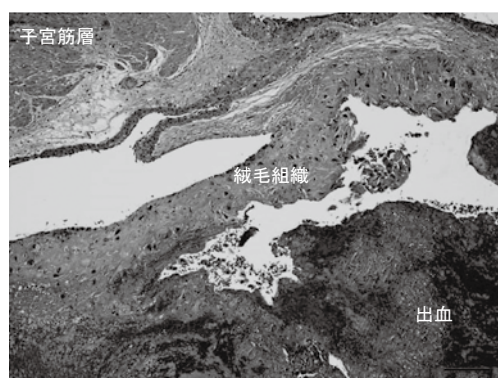


図6 腫瘍の組織像 (HE染色 100倍)
中間型栄養膜細胞を主体とした絨毛組織が確認され、子宮筋層に有意な浸潤像を認めなかった。

後に周囲筋層を含めた腫瘍の摘出を行った。摘出標本の切開で内部は出血を伴う変性した組織であり肉眼的には筋層内の浸潤は認めず、また明らかな絨毛構造も確認できなかった(図5)。病理所見は中心部に出血とその周囲に平滑筋を認め、出血周囲および内部には中間型栄養膜細胞を主体とした栄養細胞膜細胞の残存を認めた(図6)。一部異型・多型を示し合胞体栄養膜細胞との鑑別を要したが免疫組織学的にhPL強陽性、hCG陰性であり中間型栄養膜細胞と判断した。また組織上も絨毛癌やplacental site trophoblastic tumor (以下PSTT)に特徴的な筋層内への浸潤所見は認めなかった。異所性妊娠と絨毛性疾患の組織学的な鑑別が困難であり、絨毛性疾患であった場合、先行妊娠となり得る8週時点での近医A子宮内容除去術組織標本を確認のため自施設に取り寄せたが、その標本内

に絨毛組織および胞状奇胎は含まれていなかった。

術後血中hCG値は、術後7日には231 mIU/mlと減少したため、術後8日で退院、以後外来で経過を観察した(図7)。術後101日には測定感度未満となり、以後再上昇を認めていない。術後3カ月に子宮卵管造影検査を行ったが、両側の卵管通過性に異常なく子宮形態にも異常を認めなかった。患者はその後、術後10カ月に自然妊娠が成立した。

考 察

腹膜妊娠は異所性妊娠のなかでも非常にまれな疾患で、その頻度は10万出生に対して10.9例、1000例の異所性妊娠のうち9.2例と報告されている¹⁾。腹膜妊娠の成因は受精卵が直接着床する原発性のもとの卵管などの他の部位から二次的に腹膜面に着床する続発性の2種類があるとされている。原発性腹膜妊娠の診断基準として、①両側卵巣卵管が正常であり損傷を認めない、②子宮腔腹膜間に瘻孔を認めない、③着床部が腹膜に局限し、なおかつ卵管着床からの二次性移植を除外できる早期であることが挙げられている²⁾。着床部位としてはダグラス窩腹膜、膀胱子宮窩腹膜の報告が多く、本邦の腹腔鏡治療報告例をまとめた報告では35例中、仙骨子宮靱帯着床9例、ダグラス窩腹膜7例、膀胱子宮窩8例、大網4例であった³⁾。異所性妊娠の診断は、超音波検査で子宮腔内に妊娠成分を認めないことと尿中あるいは血中のhCG値を測定することなどから行われるが、腹膜妊娠では初期の症状

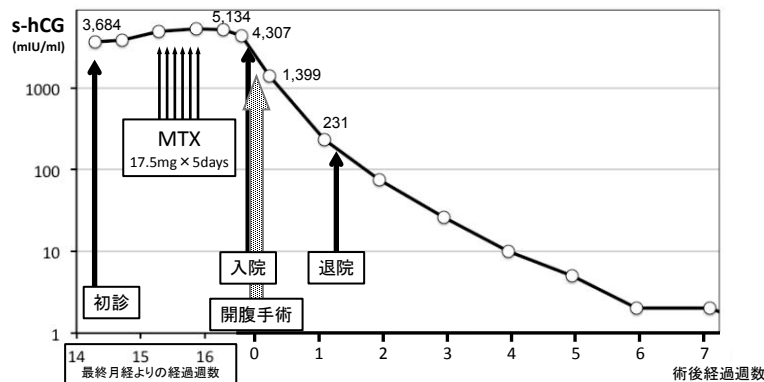


図7 当院での治療と血清hCGの推移

入院時の血清hCGは3684mIU/mlであった。術後の減衰は鈍ではあるが、術前の4307mIU/mlから術後1週間で231mIU/ml、術後4週間では10mIU/mlまで低下した。

に乏しいことが多く、画像診断においてもその局在を特定することが困難な場合が多い。診断は超音波断層法ではカラードップラー法にて腫瘍組織周囲の絨毛組織が血流豊富のために出現するring of fire signが認められると報告されており⁴⁾、またMRI検査で血流豊富な絨毛に囲まれた胎嚢の描出を確認するのも有用である⁵⁾。しかしながら、実際には手術所見で初めて局在診断されるものも多く⁶⁾、診断が遅れることで出血量が増加し出血性ショックなどの重篤な状態となる可能性がある。治療は手術療法が基本となるが、出血を認めない症例ではMTXによる保存的療法が選択される場合もある。治療法選択においてはさまざまなパラメータを用いてもその基準の確立は難しく、個々の症例に応じて決定されることになる⁷⁾。

今回の症例は、両側の卵巣卵管に異常を認めず子宮腔腹膜間癒孔は否定的で着床部位も局限していたが、妊娠診断からの経過が長く卵管流産由来の絨毛の一部が子宮後壁漿膜に着床し病巣形成に至った続発性の腹膜妊娠であると推測した。術前に、卵管外異所性妊娠の場合も明らかな胎嚢像を認めれば確定診断は可能であるが、本症例ではその病変部が子宮後壁に位置し、また腫瘍内に明らかな胎嚢像は認めなかったため他の絨毛性疾患との鑑別診断を要した。臨床経過より検討すると今回の流産を先行妊娠と考え

れば絨毛癌診断スコアは3点で臨床的侵入奇胎となる。また臨床的絨毛癌と診断するのであれば先行妊娠は既往の分娩であったと考えられる。しかし血清学的には、血中のhCG値は臨床的絨毛癌を疑うには低値であったために絨毛性疾患は否定的と考えた。画像上、臨床的侵入奇胎の場合では造影dynamic CT早期相で子宮筋層に濃染する腫瘍を認め、PSTTや絨毛癌ではMRI検査のT2強調画像で境界不鮮明な高信号を呈するなどの所見が認められる⁵⁾。この症例では超音波上豊富な血流像、造影CT検査上腫瘍周囲に動脈相早期からの造影所見を認めたため、臨床的侵入奇胎を疑ったが、造影効果が子宮筋層へ浸潤する所見は認めず、またMRI検査所見でも比較的病変部の境界が明瞭であったため、異所性妊娠の可能性も高いと考えた。治療は異所性妊娠であっても腹腔内に明らかな出血の所見を認めていなかったことより、臨床的侵入奇胎の治療に準じ5-day MTX療法(0.4 mg/kgを5日間筋肉内投与)による化学療法を選択した⁸⁾。1コース終了時点で有害事象症状が強く出現したため治療の継続が困難になったこと、この時点での腫瘍の縮小が認められていなかったことより手術療法に切り替えた。手術は浸潤性の疾患の可能性も考慮し周囲筋層を含めた摘出を行ったが、この時、病変部周囲の出血を制御す

る目的で、術前の患者説明にて同意済みの、バソプレシン局所注射⁹⁾を先行させた。また今回、同注射の血圧低下、心停止、肺水腫などの重篤な有害事象を避ける目的で200倍希釈法¹⁰⁾で行った。病理標本では正常な絨毛構造は失われており、組織像は中間型栄養膜細胞主体で中心部に出血を認め、PSTT、侵入奇胎、絨毛癌などの疾患との鑑別が必要であった。PSTTは基本的に筋層内に浸潤する病巣を形成することが多いが、この標本には特徴的な腫瘤を形成する細胞が筋層へ浸潤する所見はみられなかった。また侵入奇胎では合胞体栄養膜細胞の増殖が主体であることが多いがこの標本にそのような所見に乏しく、それが化学療法の影響によるものであると考えても術前の血中hCG値の上昇が軽度であったことから、絨毛性疾患よりも異所性妊娠遺残絨毛の治療修飾である可能性が高く、今回の子宮漿膜下腹膜妊娠の診断に至った。本症例において手術により肉眼的に確認できる病変部は完全に切除したにもかかわらず、血中hCG値の減衰には時間を要している。この理由として、病理学的に確認されなかったが、続発性腹膜妊娠の一次着床部に絨毛組織が残存しこれが化学療法により衰退したため、血中hCG値が測定感度以下になるまでに期間を要した可能性がある。異所性妊娠保存療法適応と考え治療を開始しても、本症例のように経過によっては手術治療へ方針を転換する必要に迫られる場合もあるが、化学療法を先行させたことで治療修飾により病理判断を難しいものにした可能性もあると考えた。

結 語

子宮漿膜下腹膜妊娠の1例を経験した。腹膜妊娠初期の診断は難しく、とくに画像診断で胎囊などの妊娠所見が確認できなければ、その局

在診断や絨毛性疾患との鑑別が困難となる。今回の症例ではまず保存療法を選択したが、化学療法を先行させることによって、治療修飾の影響から病理診断を難しくする可能性があると考えられた。治療経過を注意深く観察しながら、適宜治療法を考慮していく必要がある症例であった。

参考文献

- 1) Atrash HK, Friede A, Hogue CJR : Abdominal pregnancy in the United States frequency and maternal mortality. *Obstet Gynecol*, 69 : 333-337, 1987.
- 2) Studdiford WE : Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 44 : 487-491, 1942.
- 3) 山本奈理, 竹内麗子, 井植大介, 他 : 腹腔鏡下に治療し得た腹膜妊娠の4症例. *日産内視鏡誌*, 29 : 141-147, 2013.
- 4) Lin EP, Bhatt S, Dogra VS : Diagnostic clues to ectopic pregnancy. *Radiographics*, 28 : 1661-1671, 2008.
- 5) Sumi Y, Ozaki Y, Shindoh N, et al. : Placental site trophoblastic tumor: imaging findings. *Radiat Med*, 17 : 427-430, 1999.
- 6) Shan N, Dong D, Deng W, et al. : Unusual ectopic pregnancies : A retrospective analysis of 65 cases. *J Obstet Gynaecol Res*, 40 : 147-154, 2014.
- 7) Poole A, Haas D, Magann EF : Early abdominal ectopic pregnancies : a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*, 74 : 249-260, 2012.
- 8) 日本婦人科腫瘍学会 : 侵入奇胎, 臨床的侵入奇胎および奇胎後hCG持続症に対して推奨される化学療法は? “子宮体がん治療ガイドライン2013年版”. p186-188, 金原出版, 東京, 2013.
- 9) Fletcher H, Frederick J, Hardie M, et al. : A randomized comparison of vasopressin and tourniquet as hemostatic agents during myomectomy. *Obstet Gynecol*, 87 : 1014-1018, 1996.
- 10) 佐伯 愛, 棚瀬康仁, 奥 久仁, 他 : 腹腔鏡下卵巣チョコレート嚢胞核出術における希釈バソプレシン注入法 (Vasopressin Injection Technique ; VIT) —本法と通常法とのランダム比較検討からの有用性について—. *エンドメトリオーシス研究会誌*, 29 : 69-71, 2008.

【症例報告】

非妊娠性卵巣絨毛癌の1例

辻 あゆみ¹⁾, 山田 有紀²⁾, 西岡 和弘¹⁾, 野口 武俊¹⁾梶原 宏貴¹⁾, 大井 豪一³⁾, 堀江 清繁¹⁾

1) 大和高田市立病院産婦人科

2) 奈良県立医科大学産科婦人科学教室

3) 近畿大学医学部奈良病院産婦人科

(受付日 2015/11/3)

概要 非妊娠性卵巣絨毛癌は、悪性胚細胞腫瘍のなかでも非常にまれな疾患であり、その多くは他の悪性胚細胞腫瘍と合併する混合型である。今回われわれは、他の悪性胚細胞腫瘍を認めない非妊娠性卵巣絨毛癌の1例を経験したので報告する。症例は17歳、性交経験はない。2カ月間持続する不正性器出血を主訴に当院を受診した。MR検査では左付属器に一部充実性部分を有する140×90mmの多房性嚢胞性腫瘍を、右付属器にも径30mmの嚢胞性腫瘍を認めた。両側卵巣成熟嚢胞性奇形腫を疑い、腹腔鏡下手術を開始したが、悪性腫瘍が疑われたため、開腹術に変更した。左付属器摘出術に加え、右卵巣腫瘍摘出術とダグラス窩に認めた腫瘍の摘出術を行った。病理組織検査結果は、成熟嚢胞性奇形腫を合併した非妊娠性絨毛癌であった。ダグラス窩腫瘍は絨毛癌の転移であった。術後検査で、血中hCG値は1211 mIU/mlと高値で、CT検査にて多発性肺転移を認めた。最終的に、非妊娠性卵巣絨毛癌の臨床進行期IV期と診断した。術後全身化学療法として、MEA療法を5サイクル施行し寛解が得られたかにみえたが、術後1年以内に子宮の再発病変と多発肺転移巣がみられた。BEP療法を4サイクル試みたが効果なく、子宮全摘術および胸腔鏡下肺部分切除を行った。その後、複数の化学療法を施行したが、肺転移巣の増大に伴い呼吸状態が悪化し初回手術より3年5カ月で死亡の転帰をとった。〔産婦の進歩68 (2) : 118-125, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード：非妊娠性卵巣絨毛癌，成熟嚢胞性奇形腫，肺転移，MEA療法

[CASE REPORT]

Nongestational ovarian choriocarcinoma : a case report

Ayumi TSUJI¹⁾, Yuki YAMADA²⁾, Kazuhiro NISHIOKA¹⁾, Taketoshi NOGUUCHI¹⁾Hirotaka KAJIHARA¹⁾, Hidekazu OI³⁾ and Kiyoshige HORIE¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Yamato Takada Municipal Hospital

2) Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

3) Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Hospital Kinki University Faculty of Medicine

(Received 2015/11/3)

Synopsis Nongestational ovarian choriocarcinoma (NGOC) is a very rare germ cell tumor that normally appears alongside other malignant germ cell tumors. We present a case of NGOC that occurred in the absence of any other malignant germ cell tumor. A 17-year-old virgin girl was referred to our hospital after experiencing atypical genital bleeding for two months. Magnetic resonance imaging revealed a 140×90 mm multilocular cystic mass with a partly solid portion in the left adnexal region, as well as a cystic mass, 30 mm in diameter, in the right adnexal region. Laparotomy was performed after the preliminary diagnosis of a bilateral mature cystic teratoma of the ovaries, and included a left salpingo-oophorectomy, right cystectomy, and resection of a mass in the pouch of Douglas. Histological examination of the tumor confirmed an ovarian choriocarcinoma, with no other malignant germ cell tumor, coexisting with a mature cystic teratoma. The mass in the pouch of Douglas was a metastatic tumor arising from the choriocarcinoma. After surgery, the patient's serum human chorionic gonadotropin (hCG) level showed 1211 mIU/mL and computed tomography (CT) revealed multiple lung metastases. The final postoperative diagnosis was made as NGOC, stage IV. A

combination chemotherapy regimen of methotrexate, etoposide, and actinomycin-D (MEA) was administered five times. After the second course, serum hCG level dropped to within normal range. CT after completion of chemotherapy showed that the lung metastases had disappeared. Tumor recurrence in the uterus and multiple lung metastases were detected one year later. Four cycles of chemotherapy with bleomycin, etoposide, and cisplatin (BEP) were administered, but were ineffective. Thoracoscopic partial lung resection for the lung metastases, as well as total abdominal hysterectomy, were performed. Afterwards, adjuvant chemotherapy regimen was administered; however, the patient died 43 months after her initial presentation because of diffuse lung metastases. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 118-125, 2016 (H28.5)]

Key words : nongestational ovarian choriocarcinoma, mature teratoma, lung metastases, MEA therapy

緒 言

絨毛癌は妊娠性絨毛癌と非妊娠性絨毛癌からなる。非妊娠性絨毛癌は妊娠に由来しないものをいい、胚細胞腫瘍としての絨毛癌と他癌の分化異常による絨毛癌に分けられる。

悪性胚細胞腫瘍は全卵巣悪性腫瘍の1~2%にすぎない¹⁾。そのなかでも非妊娠性絨毛癌は、ほとんどが未熟奇形腫、卵黄嚢腫瘍、胎芽性癌、未分化胚細胞腫などの他の胚細胞腫瘍と合併す

る混合型胚細胞腫瘍であり¹⁾、他の悪性胚細胞腫瘍成分を認めない非妊娠性絨毛癌は世界的にも40例程度の報告²⁾しかなく、そのため治療法も確立していない。

今回、われわれは絨毛癌以外に悪性胚細胞腫瘍成分を認めない非妊娠性卵巣絨毛癌を経験したので、診断と治療に関して文献的考察を含め報告する。

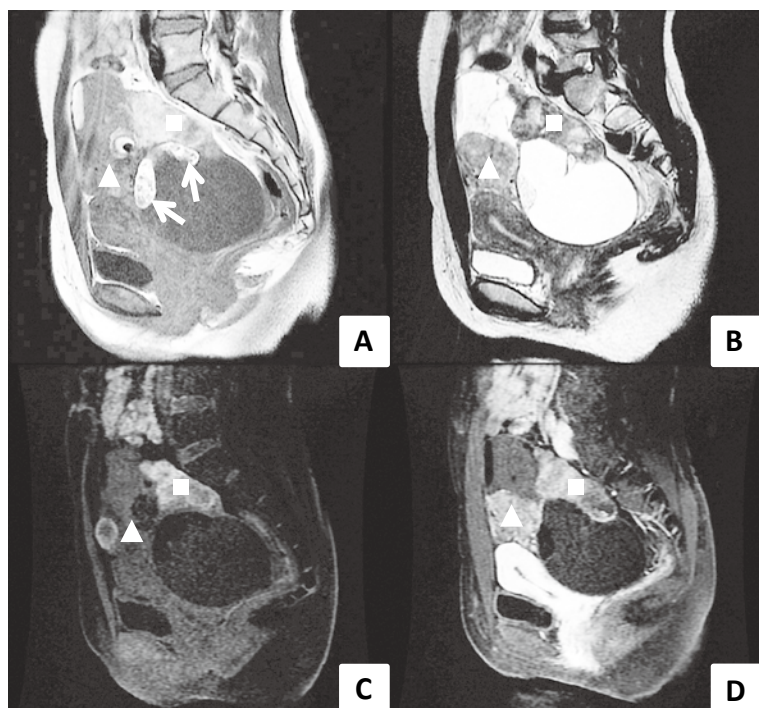


図1 骨盤MRI (矢状断)

A : T1強調画像 B : T2強調画像 C : 脂肪抑制T1強調画像 D : 造影T1強調画像
骨盤内に多房性嚢胞性腫瘍を認める。出血成分を含む部分 (□) 脂肪抑制される嚢胞性部分 (矢印)、造影効果を呈する部分 (□ △) を認める。

症 例

症例は17歳女性。性交経験はなく、また家族歴・既往歴に特記事項を認めなかった。初経は12歳で、当科初診の2カ月前までは月経周期は正順であったが、2カ月持続する下腹部痛を伴わない不正性器出血のため当科を受診した。

診察では、下腹部に弾性軟、圧痛を伴わない可動性不良の腫瘍を触知した。経陰超音波検査にて120×85mmの嚢胞性および充実性部分を含む腫瘍を認めた。血液一般検査ではLDH値が256 IU/L（基準値：104～211）と軽度上昇している以外に異常はなかった。腫瘍マーカーはCA125値30 U/ml（基準値<35）、CEA値1.98 ng/ml（基準値<5.00）、AFP値1.73 ng/ml（基準値<13.40）、SCC値1.4 ng/ml（基準値<1.5）と異常値を認めず、CA19-9値のみが144 ng/ml（基準値<37）と上昇を認めた。初回検査の時点で胸部X線画像には明らかな異常を認めなかった。

MR検査では、左卵巣には140×90mmの腫瘍を認め、T1強調像にて高信号を呈し、脂肪抑制法にて信号低下の見られる部分や、T2強調像にて高信号を呈する嚢胞性部分、また一部造影効果を呈する充実性部分が混在していた。右卵巣には径3cm大の腫瘍も同時に見られた。いずれもさまざまな信号を呈し、成熟嚢胞性奇形腫を疑った。子宮の異常陰影、腹水やリンパ節腫大は認めなかった（図1）。

腹腔鏡下に手術を開始し腹腔内を観察したところ表面平滑の嚢胞性部分と暗赤色で一部出血、壊死を疑わせる充実性部分があり（図2-1）、肉眼的に悪性腫瘍が疑われたため、開腹手術に変更した。左付属器摘出術および右卵巣腫瘍摘出術を施行した（図2-2）。骨盤底に貯留していた血性腹水は腹水細胞診に提出した。ダグラス窩に小さな腫瘍性病変を認めたため、これを摘出した（図2-3）。他に腹腔内播種を疑わせるような所見はみられなかった。

病理組織学的検査では、主病変である左卵巣腫瘍の充実性部分には、出血・壊死を伴い、淡明な細胞質と粗大顆粒状の核を有した異型

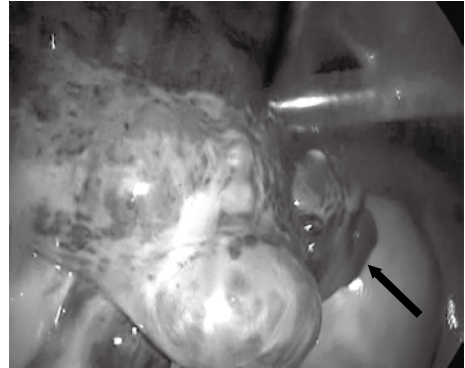


図2-1 腹腔鏡所見
表面平滑の嚢胞性部分と、暗赤色で一部出血、壊死を疑わせる充実性部分を認めた（矢印）。



図2-2 開腹所見
左卵巣に多房性嚢胞性腫瘍を認めた。

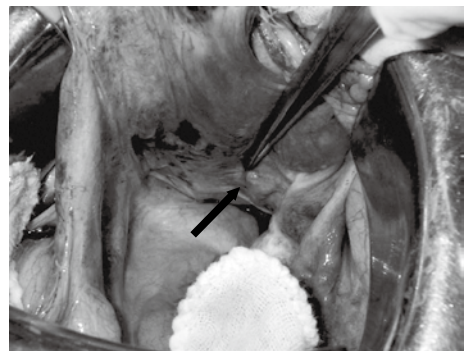


図2-3 開腹所見
ダグラス窩に播種を疑う腫瘍を認めた（矢印）。

cytotrophoblastと多核でエオジン好性の豊富な細胞質を有した異型syncytiotrophoblastが混在する特徴的なtwo cell patternを認めた(図3-A)。さらに、免疫組織学的所見にてhCGが強陽性に染色され(図3-B)、ケラチン陽性、ビメンチン陰性、AFP陰性であったことより絨毛癌と診断した。

絨毛癌を示した部分は腫瘍全体の20~30%を占め、残りの成分は表皮・脂腺・汗腺・線毛円柱上皮を有した成熟嚢胞性奇形腫の所見であり(図3-C)、他の悪性胚細胞腫瘍成分はみられなかった。また右卵巣に見られた小腫瘍は、同様の成分を有する成熟嚢胞性奇形腫であった。ダグラス窩から摘出した腫瘍は絨毛癌の組織型を呈しており、転移と考えられた。腹水細胞診は陰性であった。

術前に絨毛癌を疑っておらず、術後9日目に初めて血中hCG値を測定し、1211 mIU/mlと高

値を認めた。また術後12日目に体幹CTを施行し、左肺尖部や左肺下葉を主とする多発性肺転移を確認した。それ以外には異常陰影は認めなかった。以上より絨毛癌IV期と診断した。

術後18日目より全身化学療法としてMEA(methotrexate 450 mg/body : day1, etoposide 100 mg/body : day1~4, actinomycin-D 0.5 mg/body : day1~4)療法を3週毎に施行した。2サイクル後には血中hCG値は陰転化し(図4)、計5サイクル終了後に施行したCT検査にて、全ての肺転移巣の消失を確認した。

術後は β -hCG値を治療指標としたが、術後8カ月ごろより感度以下から0.2 ng/mlと上昇がみられ、その後緩徐に上昇した。画像検索にて子宮後面から筋層内に4 cm大の再発病変と(図5)、MEA療法以前にみられた左肺尖部や左肺下葉を含む多発肺転移巣を認めた。この時点でhCG値は3158 mIU/mlと上昇しており、以後

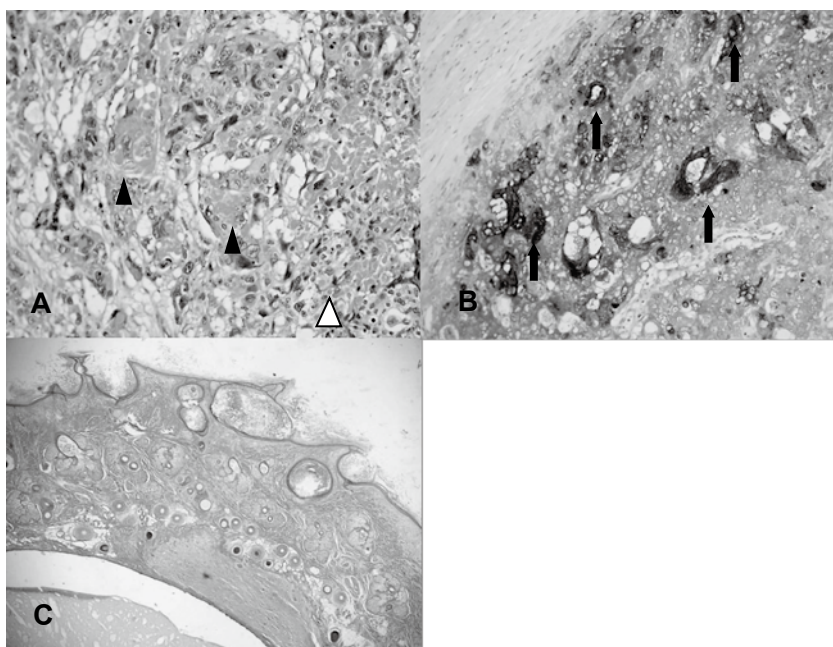


図3

- A : (HE染色 200倍) 出血、壊死を伴い、淡明な細胞質と粗大顆粒状の核を有した異型cytotrophoblast (△) と多核でエオジン好性の豊富な細胞質を有した異型syncytiotrophoblast (▲) が混在する特徴的なtwo cell patternを認める。
 B : (hCG 200倍) 免疫組織学的所見にて、hCGが強陽性に染色される (矢印)。
 C : (HE染色 20倍) 表皮、脂腺、汗腺、線毛円柱上皮を有した成熟奇形腫の所見を認める。

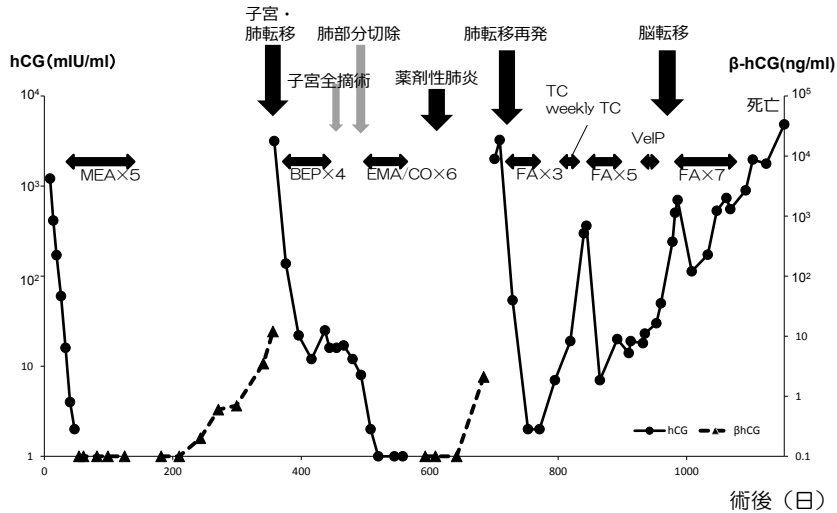


図4 治療経過とhCGの推移 (実線: hCG, 点線: β -hCG)

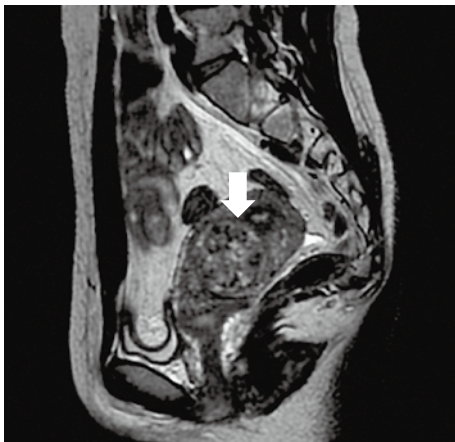


図5 骨盤MR (矢状断) T2強調像
子宮への再発巣を認める (矢印)

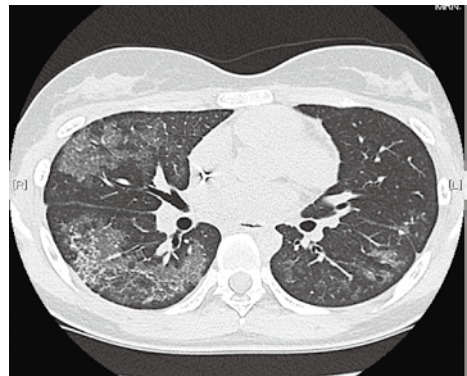


図6 胸部CT 薬剤性肺炎

はhCG値を基準にした。再発に対し、胚細胞腫瘍の第一選択治療法であるBEP (bleomycin 30 mg/day : day2・9・16, etoposide 150 mg/body : day1~5, cisplatin 30 mg/body : day1~5) 療法を試みたところ、hCG値は4サイクル終了時点で12 mIU/mlまで低下したが、肺転移巣は消失せず、その後hCG値は再上昇し、子宮転移巣も縮小しないため、子宮全摘術を施行した。

その後、呼吸器外科と協議し、化学療法抵抗性の肺転移巣と思われる2カ所の転移巣に対し、さらに胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。子宮・肺病巣の病理組織学的検査結果は、ともに絨毛癌

の結果であった。残存転移巣に対する追加化学療法としてEMA/CO (etoposide, methotrexate, actinomycin-D/ cyclophosphamide, vincristine) 療法を行った。3サイクル目時点でhCG値は陰転化がみられ、さらに3サイクル追加した。全6サイクル終了後、化学療法の治療効果判定のため撮像したCTにて肺転移巣は消失していたが、間質性肺炎を認めた(図6)。薬剤リンパ球刺激試験(DLST)など原因検索にてmethotrexate (以下MTX) による薬剤性肺炎と判明し、ステロイド加療を行い治癒までに2カ月を要した。薬剤性肺炎の治癒後、初回手術から2年目の時点で新たな肺転移巣が出現し、さらにEMA/CO療法前にみられ

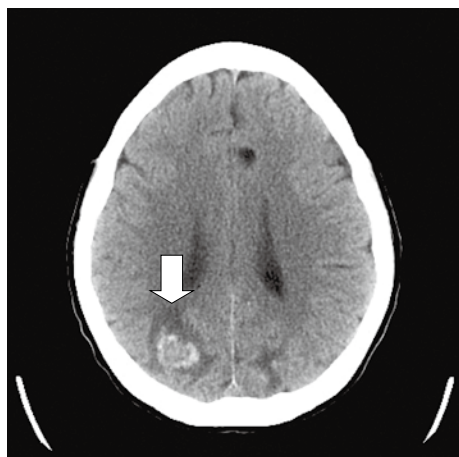


図7 頭部CT 脳転移 (矢印)

た肺転移の再燃を疑う病巣を認めた。MTXを用いるレジメンを使用できないため、通常のFA (5-fluorouracil, actinomycin-D) 療法やTC (paclitaxel, carboplatin) 療法, weekly TC療法, VeIP (vinblastine, ifosfamide, cisplatin) 療法を行い、その都度hCG値は低下がみられたが(図4)、肺転移巣は消失せず、さらに脳転移も出現し(図7)、肺転移巣の急激な増加・増大に伴い呼吸状態も悪化がみられ、初回手術より3年5カ月で死亡した。

考 察

絨毛癌は異型性を示す栄養膜細胞の異常増殖からなる悪性腫瘍である。卵巣絨毛癌は妊娠性と非妊娠性絨毛癌に分類される。妊娠性絨毛癌には子宮発生絨毛癌の卵巣転移によるものと卵巣妊娠から発生したものがあり、非妊娠性絨毛癌には胚細胞腫瘍の一種として発生したもの、他の組織より脱分化にて発生したものがある³⁾。卵巣の妊娠性絨毛癌の頻度は3億6900万～3億9200万回の妊娠に1回の割合とする報告があり、非妊娠性絨毛癌は妊娠性絨毛癌よりもさらにまれとされているが、実際の頻度は不明である⁴⁾。

非妊娠性絨毛癌と妊娠性絨毛癌の鑑別は、初経前や性交経験がない場合は容易であるが、分娩、妊娠歴がある場合は鑑別が困難なことが多い。妊娠性絨毛癌を否定するためには、初経以前であるか、他の胚細胞腫瘍成分を認めること

などが挙げられてきたが、近年ではDNA分析にて腫瘍が患者由来のゲノムのみで構成されていることを証明することにより可能とされる⁵⁻⁷⁾。妊娠性絨毛癌の場合、先行妊娠が正常分娩や流産であれば腫瘍に両親由来の染色体がみられ、全胎状奇胎の場合では父親由来の染色体のみが、部分胎状奇胎では三倍体がみられるからである。本症例では患者に性交経験がなく非妊娠性絨毛癌と考えられる。

卵巣胚細胞性腫瘍の発生に関してはTeilumの仮説⁸⁾が一般に受け入れられている。未熟な胚細胞が腫瘍化したものが未分化胚細胞性腫瘍であるが、それとは別に未熟な胚細胞から多分化能を有するtotipotent tumorを経て胎芽性癌が発生する。さらにembryonicな方向へ分化し、embrioid bodyに類似した構造を多数認めるものが多胎芽腫、未熟な胎児性成分を認めるのが未熟奇形腫、最もよく分化したものが成熟奇形腫となる。一方、extraembryonicの方向への分化を示すと絨毛癌や卵黄囊腫瘍となる⁹⁾。

混合胚細胞性腫瘍における各腫瘍成分の出現頻度は未分化胚細胞性腫瘍が69～80%と最も高く、次いで卵黄囊腫瘍70%、奇形腫53%、絨毛癌20%、胎芽性癌16%となっており、このなかで未分化胚細胞性腫瘍と卵黄囊腫瘍、および卵黄囊腫瘍と未熟奇形腫の組み合わせが多い¹⁾。本症例はembryonic (奇形腫) およびextraembryonic (絨毛癌) の両方向への分化がみられた。

混合性胚細胞性腫瘍の予後因子としては腫瘍長径および構成成分が重要であり、腫瘍長径が10 cm以上、および絨毛癌、卵黄囊腫瘍、grade IIIの未熟奇形腫のいずれかの成分が存在し、それらの腫瘍中に占める割合が1/3以上の場合予後不良とされる^{1,10)}。このため、摘出標本から数多くの組織切片を作成し詳細な病理学的検索を行うことが化学療法の選択のうえで非常に重要である。本症例では、絨毛癌成分は容積的に腫瘍全体の20～30%を占めており、残りの成分は表皮や脂腺・汗腺・線毛円柱上皮を有する成熟嚢胞性奇形腫の所見で、他の悪性胚

細胞腫瘍成分は認めなかった。文献を検索し得た限りでは、成熟奇形腫のみを合併した非妊娠性卵巣絨毛癌は、反対側に成熟奇形腫を合併した1例のみであり¹¹⁾、絨毛癌と同側に成熟奇形腫の成分が存在した症例は見あたらなかった。

絨毛癌を含む悪性胚細胞腫瘍は若年者に好発し、手術に際しては根治性とともな妊娠性の温存を考慮する必要がある症例が多い。さらに、非妊娠性絨毛癌は他の悪性胚細胞腫瘍を合併していることが多いため、妊娠性絨毛癌に比較して予後が悪いと考えられている⁷⁾。また妊娠性絨毛癌が主に血行性に広がることに比べ、非妊娠性絨毛癌は血行性と同程度にリンパ行性転移や腹腔内への直接浸潤を認めることも予後が悪い理由の1つに挙げられる。したがって、早期に診断し治療を開始されることが望ましいが、実際には診断に至るまでに時間を要することが多いと推察される。

非妊娠性卵巣絨毛癌のMR画像所見に言及した報告はみられなかったが、絨毛癌の肉眼的特徴は広範な壊死と出血であるとされており¹⁾、画像検査にも壊死や出血を反映した所見を認めると考えられる。

非妊娠性卵巣絨毛癌の初発症状として一番多いのは下腹部痛で、他に不正性器出血、下腹部腫瘍感、無月経、嘔気、体重減少、圧迫症状としての頻尿などがあるとされ¹¹⁾、本症例も不正性器出血を主訴に来院された。臨床症状はいずれも非特異的な症状であるが、臨床症状にマーカー測定や画像所見を加えることで診断の一助となると考えられた。

妊娠性・非妊娠性問わず、絨毛癌の主要な治療法は手術療法と多剤併用化学療法である。本症例では、本人およびその家族に妊娠性温存の希望があったこと、術後多発肺転移を認めたことから、患側付属器摘出術と腹腔内病変の可及的摘出を行った初回手術の直後に追加手術は行わず、術後補助化学療法を行うこととした。混合性胚細胞腫瘍では、絨毛癌以外の悪性胚細胞腫瘍を合併する場合には、現在の胚細胞腫瘍の標準治療であるBEP療法 (bleomycin,

etoposide, cisplatin) を選択することになる。本症例は成熟嚢胞性奇形腫のみの合併であり、その他に悪性胚細胞腫瘍成分を認めなかったため純粋型非妊娠性絨毛癌に類すると判断したが、純粋型非妊娠性絨毛癌に確立された治療法がないため、妊娠性絨毛癌に準じて治療を行うこととした。

非妊娠性絨毛癌38例についての検討では、6カ月後の生存率で比較すると手術療法のための生存率が33.3%であったのに対し、cisplatinを用いた7例では100%、MTXを用いた16例では86.1%と有用であったとの報告がみられる²⁾。また妊娠性絨毛癌ではmethotrexate, actinomycin-D, etoposideの3剤を含む多剤併用療法が基本とされている。現在のファーストラインの標準治療はEMA/CO療法であり初回寛解率78~84%とされる^{3, 12, 13)}。MEA療法も初回治療に用いられEMA/CO療法と同等の寛解率が報告されている^{3, 14)}。寛解率では差がみられないこと、患者が学生であり治療と学生生活との両立を考慮した結果、今回われわれはファーストライン化学療法として3週ごと投与が可能なレジメンであるMEA療法を選択した。MEA投与2サイクルでhCG値は陰転化し、3サイクルを追加投与後に肺転移巣の消失もみられたが、8カ月の経過で子宮と肺に再発転移病変を認めた。多発肺転移巣のうち、左肺尖部と左下葉は以前みられた病巣と同じ部位であり、MEA療法と薬剤成分の重なるEMA/CO療法では薬剤耐性の可能性が考えられたため、悪性胚細胞腫瘍の治療としてファーストラインであるBEP療法を本症例のセカンドライン化学療法として4サイクル施行した。これによりhCG値は低下がみられ、肺転移巣の新規病変については縮小・消失したが、子宮病巣や左肺尖部と左下葉の肺転移巣は縮小なく残存した。このため、転移病変は化学療法に対し抵抗性を獲得していると考えた。化学療法抵抗性絨毛癌の孤立性肺転移巣に対しては肺転移巣の摘出も有効とされるが¹⁵⁾、本症例では肺転移巣の制御に有効と思われる方法が他になく、外科的治療を試みるこ

とし、子宮全摘術を行った後に、肺転移巣に対して胸腔鏡下肺部分切除術を施行した。病理組織学的診断にて、いずれも絨毛癌の成分のみであったため、術後はEMA/CO療法を試みた。3サイクル目終了時点でhCG値は陰転化がみられ、さらに3サイクル追加した。薬剤性肺炎後に多発肺転移巣の再発がみられてからはMTXを含まないレジメンで治療を継続したが、全治療期間を通し、化学療法を行うことでhCG値の低下や陰転化はみられたものの(図4)、肺転移巣の制御が困難となり、最終的に肺転移巣の急激な増悪による呼吸状態悪化から死に至った。

非妊娠性卵巣絨毛癌に確立された治療法はなく、とくに再発時に妊娠性絨毛癌に準じた化学療法を継続するか、悪性胚細胞腫瘍に準じた化学療法に変更するか苦慮した。確立された治療法がないこと、診断時すでにIV期であったことから、良好な結果を得られなかったと考えられた。

結 語

他の悪性胚細胞腫瘍を認めない非妊娠性卵巣絨毛癌の1例を経験した。悪性胚細胞腫瘍は若年者に好発する疾患であり、進行も早いいため、術前・術後の可及的速やかな診断と、手術・化学療法の適切な選択が重要と考えられる。非妊娠性卵巣絨毛癌では症例数の少なさから有効な治療法が確立されておらず、本症例も再発に加えMTXによる薬剤性肺炎の併発も重なり再発・転移巣のコントロールに苦慮した1例であった。まれな疾患であるため、今後の症例の集積による最適な治療法の確立が望まれる。

参考文献

- 1) Kurman RJ, Norris HJ : Malignant mixed germ cell tumors of the ovary. *Hum Pathol*, 8 : 551-564, 1977.
- 2) Bao K, Yong JT, Wei WZ, et al. : A pure nongestational ovarian choriocarcinoma in a 10-year-old girl : case report and literature review. *J Obstet*

Gynaecol Res, 35 : 574-578, 2009.

- 3) 日本産科婦人科学会・日本病理学会編：絨毛性疾患取り扱い規約。第3版。p22-70, 金原出版, 東京, 2011.
- 4) Breen JL, Maxson WS : Ovarian tumors in children and adolescents. *Clin Obstet Gynecol*, 20 : 607-623, 1977.
- 5) Tsujioka H, Hamada H, Miyakawa T, et al. : A pure nongestational choriocarcinoma of the ovary diagnosed with DNA polymorphism analysis. *Gynecol Oncol*, 89 : 540-542, 2003.
- 6) Yamamoto E, Ino K, Sugiyama S, et al. : A pure nongestational choriocarcinoma of the ovary diagnosed with short tandem repeat analysis: case report and review of the literature. *Int J Gynecol Cancer*, 17 : 254-258, 2007.
- 7) Fisher RA, Newlands ES, Jeffreys AJ, et al. : Gestational and non-gestational trophoblastic tumors distinguished by DNA analysis. *Cancer*, 69 : 839-845, 1992.
- 8) Teilum G : Special tumors of ovary, testis and related extragonadal lesion. In "Comparative Pathology and Histological Identification". p.60, Philadelphia, J.B. Lippincott Company, 1971.
- 9) Talerma A : Germ cell tumors of ovary. "Blaustein's pathology of the female genital tract" Ed. by Kurman, R. J. p849, Springer-Verlag, New York, 1994.
- 10) 日本婦人科腫瘍学会編：卵巣がん治療ガイドライン。2010年版, p127-143, 金原出版, 東京, 2010.
- 11) Deepti G, Kamla S, Vijay Z, et al. : Nongestational pure ovarian choriocarcinoma with contralateral teratoma. *Gynecol Oncol*, 80 : 262-266, 2001.
- 12) Bower M, Newlands ES, Holden L, et al. : EMA/CO for high-risk gestational trophoblastic tumors : results from a cohort of 272 patients. *J Clin Oncol*, 15 : 2636-2643, 1997.
- 13) Lurain JR : Management of high-risk gestational trophoblastic disease. *J Reprod Med*, 43 : 44-52, 1998.
- 14) Matsui H, Suzuka K, Iitsuka Y, et al. : Combination chemotherapy with methotrexate, etoposide, and actinomycin D for high-risk gestational trophoblastic tumors. *Gynecol Oncol*, 78 : 28-31, 2000.
- 15) Tomoda Y, Arii Y, Kaseki S, et al. : Surgical indications for resection in pulmonary metastasis of choriocarcinoma. *Cancer*, 46 : 2723-2730, 1980.

【症例報告】

**卵巣癌と子宮内膜癌の異時性重複癌に対して妊孕性温存療法後、
妊娠・分娩に至った1例**

公 森 摩 耶, 北 山 利 江, 和 田 夏 子, 徳 山 治
深 山 雅 人, 川 村 直 樹

大阪市立総合医療センター婦人科

(受付日 2015/11/10)

概要 卵巣癌と子宮内膜癌は若年者において合併しやすいとされている。今回、両者の異時性重複癌に対して妊孕性温存療法後、妊娠・分娩に至った1例を経験した。症例は33歳、既婚、未婚妊、家族歴として、兄が白血病に15歳時に罹患し16歳で原疾患死、伯父が大腸癌、祖父が胃癌を罹患していた。28歳時、前医で卵巣癌Ia期（類内膜腺癌, grade 2）に対して、左付属器切除+右卵巣部分切除+骨盤リンパ節郭清術、ならびに術後初回化学療法としてpaclitaxel・carboplatin併用療法6コースを受けていた。治療終了直後より不妊治療を開始したが、4年4か月後、子宮頸管ボリープを切除したところ類内膜腺癌（Grade 1）が判明した。強い妊孕性温存希望があり、精査治療目的で当院に紹介受診となる。MRIでは病巣は明らかではなかったが、内膜全面搔爬にて子宮内膜癌（類内膜腺癌Grade 1）と診断した。高用量黄体ホルモン療法を6か月間実施しCRとなる。2か月後に顕微授精・胚移植にて妊娠成立し、妊娠38週で自然経腔分娩に至った。分娩後1年3か月で断乳するも月経再開せず、ホルムストルム療法を行っている。現在、分娩後2年9か月経過しているが再発徴候は認めていない。本例は第2子の希望があるが、分娩後も子宮内膜癌再発の可能性があることに加え、卵巣癌再発ならびに残存卵巣の新規発癌の可能性も通常よりも高いことが想定され、また卵巣癌早期発見のスクリーニング検査法も確立していないことから、標準的治療である単純子宮全摘術+右付属器切除術を受けるよう強く勧めている。〔産婦の進歩68 (2) : 126-130, 2016 (平成28年5月)〕

キーワード：子宮内膜癌、卵巣癌、重複癌、妊孕性温存、分娩

[CASE REPORT]

**Fertility-sparing treatment for heterochronous primary ovarian and endometrial cancer
that resulted in pregnancy and normal delivery: a case report**

Maya KOMORI, Rie KITAYAMA, Natsuko WADA, Osamu TOKUYAMA
Masato MIYAMA and Naoki KAWAMURA

Department of Gynecology, Osaka City General Hospital

(Received 2015/11/10)

Synopsis The coexistence of ovarian and endometrial cancer in young women is not uncommon. We herein report a case of fertility-sparing treatment for heterochronous primary ovarian and endometrial malignant tumors that resulted in a pregnancy and normal delivery. A 33-year-old married nullipara was referred to our hospital for fertility-sparing treatment for endometrial cancer. Her older brother had died of leukemia at 16 years of age. When the patient was 28 years old, she was diagnosed with stage Ia endometrioid grade 2 adenocarcinoma of the ovary. She underwent six cycles of chemotherapy after left adnexectomy, right ovarian segmental resection, and pelvic lymphadenectomy at a previous hospital. She started infertility therapy immediately after completion of the chemotherapy, but she did not become pregnant. Four years and four months later, a cervical polyp was resected and pathological examination revealed an endometrioid Grade 1 adenocarcinoma. She strongly desired fertility preservation and was referred to our hospital. Myometrial invasion of tumor was not detected by magnetic resonance imaging, but dilatation and curettage revealed en-

dometrioid Grade 1 adenocarcinoma. She underwent high-dose progesterone therapy for six months and achieved a pathological complete response. Two months later, she became pregnant with in vitro fertilization-embryo transfer and had a normal vaginal delivery at 38 weeks of gestation. She received Holmstrom therapy because of postpartum amenorrhea for one year and three months. There was no evidence of recurrence for two years and nine months after delivery. She desired another child, but we recommended that she receive standard therapy for the following reasons: 1) recurrence of endometrial cancer after delivery, recurrence of ovarian cancer, and new carcinogenesis of the opposite ovary are not rare; 2) a screening test for early detection of ovarian cancer has not been established. [Adv Obstet Gynecol, 68 (2) : 126-130, 2016 (H28.5)]

Key words : endometrial cancer, ovarian cancer, synchronous primary cancer, fertility-sparing, delivery

緒 言

若年かつ未経産の婦人科癌症例では、妊孕性を犠牲にする標準治療ではなく温存治療を希望・選択される場合がしばしばみられる。若年者の子宮内膜癌と卵巣癌は合併しやすく臨床的I期子宮内膜癌の卵巣癌の合併は約5%とされる。45歳以下の若年に限れば7~30%とさらに高率であり、また転移よりも重複癌が2~7倍高いとの報告がある¹⁾。しかし、われわれが検索した限りでは、この婦人科重複癌治療後症例で生児を得たとする報告は同時性重複癌の1例のみである²⁾。今回、この異時性重複癌に対して、それぞれ妊孕性温存療法を行い、その後妊娠し生児を得た1例を経験した。治療ガイドラインでは言及されていない婦人科重複癌の妊孕性温存治療について考察した。

症 例

33歳、既婚（夫は総合内科医）、未経妊で、家族歴として、兄が白血病に15歳時に罹患し16歳で原疾患死、伯父が大腸癌、祖父が胃癌を罹患していた。

28歳時、左卵巣癌 Ia期で妊孕性温存手術を受け、永久標本で類内膜腺癌 grade 3と診断され、当科にセカンドオピニオンを求め受診した。当院病理部での再鏡検では類内膜腺癌 grade 2とされたが、当時の治療ガイドラインでは「妊孕性温存治療はコンセンサスが得られていない」³⁾と記載されていたため、妊孕性温存治療と標準治療（子宮ならびに右付属器の追加切除）の再発率の違いを提示、説明した。結果、前者を選択され、その後前医でpaclitaxel・carboplatin併用による術後初回化学療法を6コ

ース受けた。化学療法終了直後より直ちに不妊治療を開始し継続されていたが、妊娠は成立しなかった。術後4年4カ月目の定期検診時に、子宮入口部のポリープ様病変からの出血が認められ切除したところ類内膜腺癌Grade 1が判明し、精査目的で再度紹介となった。当科外来受診時、婦人科的理学所見、血液生化学検査に特記すべきことはなかった。MRIでは、内膜の肥厚が認められるも筋層浸潤は明らかでなかった（図1）。子宮内膜全面搔爬による生検の病理組織像は、内膜腺は密に増殖し、異型増殖症との鑑別を要するが類内膜腺癌Grade 1と診断された（図2）。CTでは後腹膜リンパ節腫大や遠隔転移は認められなかった。異時性重複癌であり標準治療を勧めたが、強い挙児希望があるため、本人および総合内科医である夫に対して繰り返しリスクを説明した。再発リスクを理解したうえでmedroxyprogesterone acetate (MPA)を用いた高用量黄体ホルモン療法による妊孕性温

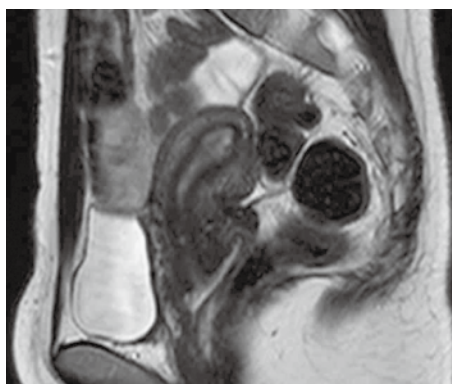


図1 治療前MRI所見（T2強調画像、矢状断）
子宮内膜の肥厚が認められるも筋層浸潤は明らかではない。

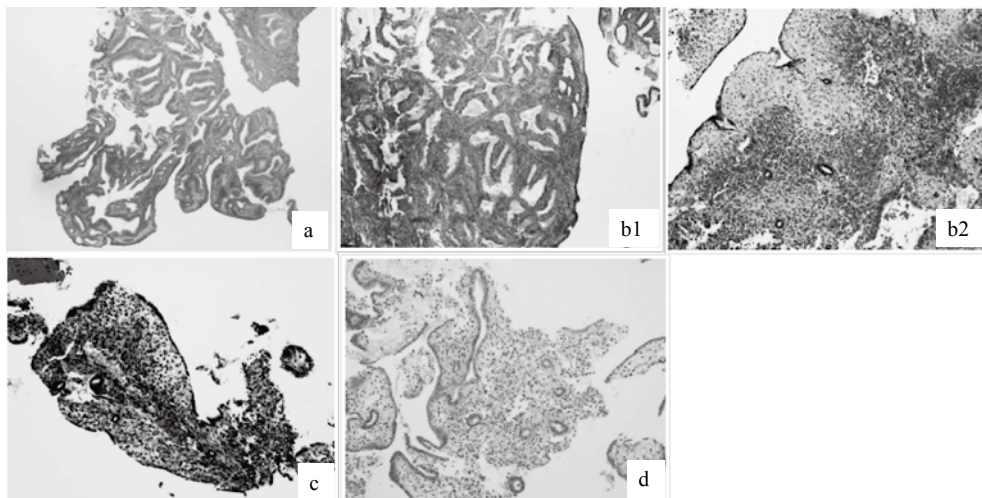


図2 子宮内膜生検（内膜全面搔爬）所見とMPA療法に伴う経時的变化（いずれもHE染色，対物×4）
子宮内膜腺は密に増殖し，異型増殖症との鑑別を要するが類内膜腺癌Grade 1と診断された（a）。
Medroxyprogesterone acetate（MPA）投与8週目では，内膜腺の密な増殖は認められたが（b1）内
膜間質は脱着膜化し（b2），16週目では内膜腺の萎縮が確認でき（c）pathological CRと判定した。
24週目も内膜腺の再増殖は認められていない（d）。

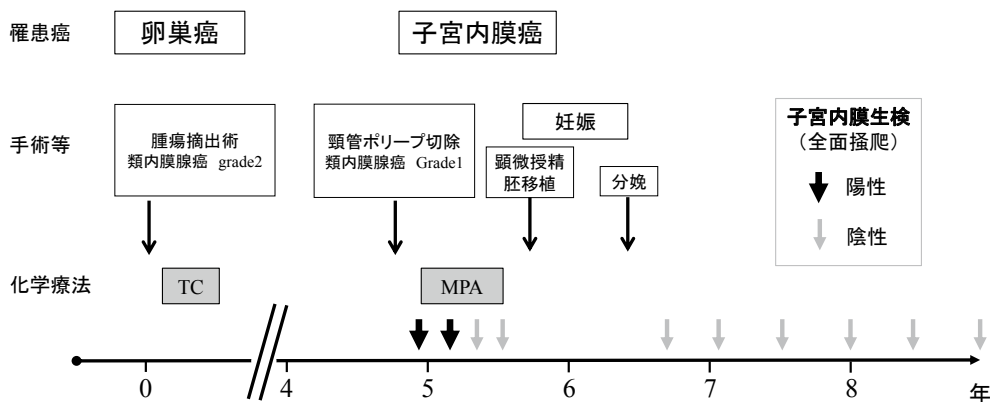


図3 本症例（異時性重複癌）の経過
TC：paclitaxel・carboplatin併用療法
MPA：medroxyprogesterone acetate

存治療を選択され，子宮内膜全面搔爬術後8日
目より600mg/日の経口投与で開始した．MPA
投与8週目の内膜全面搔爬では，内膜腺の密な
増殖は認められたが内膜間質は脱着膜化し，16
週目では内膜腺の萎縮が確認でき，この時点で
pathological CRと判定した（図2）．6カ月間の
高用量黄体ホルモン療法完了後，2カ月目に顕

微授精・胚移植にて妊娠が成立し，妊娠38週で
自然経膈分娩に至った．分娩後1年3カ月で断
乳するも月経再開しないため，ホルムスホルム
療法を適宜施行，この間3～4カ月ごとに外来で
経膈超音波検査と適宜内膜生検を行っているが，
分娩後2年9カ月目まで再発徴候は認めていない
（図3）．分娩後にも標準的治療である単純子宮

全摘術ならびに右付属器切除術を受けるよう繰り返し勧めているが、第2子目を希望し現時点までその同意が得られていない。現在、他院にて不妊症治療を行っている。

考 察

子宮内膜癌の妊孕性温存治療の適否を決定するに際し、本症例独自の問題点として、卵巣癌の重複と、生児を得た後も妊孕性温存を希望しているという2点が挙げられる。

悪性腫瘍の治療において、もっとも優先されることは患者の生命であり、リスク・ベネフィットを勘案し最良のものが標準治療とされている。妊孕性温存治療は、標準治療と比較すると再発リスクが高いが、文字どおり妊孕性が温存されるベネフィットがあるため、一定の条件を満たしていれば治療ガイドライン上も許容されている。しかし、前述の2点はこのリスクを上げ、ベネフィットを下げる要因であり、本症例の治療方針を決定するにあたり、診療の節目ごとにリスクの説明と意思確認のための面談を繰り返す必要があった。

妊孕性温存治療が許容される条件は、腫瘍側条件（病理組織学的条件）と宿主側条件（臨床的条件）に分けられる。腫瘍側条件は、子宮内膜癌は内膜限局の類内膜腺癌Grade 1、卵巣癌は進行期Ia期の非明細胞腺癌（grade 1/2）で、いずれも早期かつ低悪性度の症例に限定されている。この場合の子宮内膜癌について、14論文126症例の検討では高容量MPA療法によるCR率は71%と高く、妊娠率も34%であるが、再発率は48%と約半数にのぼる⁴⁾。また卵巣癌については7論文の集計から再発率はgrade 1は5%であるが、grade 2は20%と高く⁵⁾、後者は当時の卵巣がん治療ガイドラインでは妊孕性温存治療のコンセンサスが得られていないとされていた³⁾。一方、宿主側条件は、患者本人が妊娠への強い希望をもち妊娠可能な年齢であること、患者と家族が妊孕性温存治療、再発の可能性について十分理解していること、治療後の長期にわたる厳重な経過観察に同意していること、などが挙げられる。

しかし、本症例のように重複癌の場合は内膜癌の再発リスクに卵巣癌の再発リスクが加算され、腫瘍側条件が許容レベルを超える怖れがある。さらに、両者は重複しやすいことが知られていて¹⁾、とくに若年発症の重複癌はLynch症候群などの遺伝的要因を有する可能性もあり、散発的な若年発症の卵巣癌と比較すると残存卵巣の新規発がんリスクも高いことが想定される。つまり、既往卵巣癌再発の相加的リスクに加え、残存卵巣の新規発癌という相乗的リスクが加わる。しかし、一方で早期診断法について、子宮内膜癌には内膜生検という比較的精度の高い検査法があることに対して、卵巣癌は経膈超音波検査や腫瘍マーカーCA125測定による検診が実地臨床では行われているものの、大規模臨床試験の結果、死亡率低下のエビデンスはないとされていることも⁶⁾、本症例の妊孕性温存を許容しにくくする理由になる。なお、この症例ではLynch症候群の可能性も考慮に入れ、家族歴などの聴取を行ったが、アムステルダム基準IIまたは改定ベセスダ基準を満たしておらず⁷⁾、本人もLynch症候群関連遺伝子の検索を希望していないため、現在まで遺伝子検査は実施していない。

次に、宿主側条件の変化、すなわち治療後1児を得たあとの妊孕性温存治療の継続に関し、児が1人もいない場合は、妊孕性温存に対する本人・夫および親族における切実性が高いが、生児を得た後はそのウエイトは低下する。加えて、患者は児の母親という新しい役割が加わり、より患者生命を重く考えなければならない背景も生じている。この点、本邦の治療ガイドラインでは「黄体ホルモン療法が奏効し、妊娠・分娩が終了した後は再発徴候がなくとも計画的に子宮全摘出術を行うべきという意見もある」という記述にとどまっている⁸⁾。

以上より、各治療法のリスク・ベネフィットの軽重は、個々の患者・家族の価値観・背景によって異なり、画一的に決定できるものではない。しかし、医療者側としては、再発リスクが重なり無視できないことと残存卵巣の新規癌発

生の早期診断は困難であることを繰り返し説明し、標準的治療を患者に勧めるのが妥当と判断される。

結 語

卵巣癌、子宮内膜癌の異時性重複癌に対して、それぞれ妊孕性温存療法を行い、その後妊娠し生児を得た1例を経験した。重複癌の妊孕性温存について、また妊孕性温存療法にて児を得た後の管理について、症例が限られているため確立したガイドラインはない。本症例（妊孕性温存治療後、第1子出産・第2子挙児希望）は妊孕性温存の継続を希望しているが、その場合でも今後も両癌の再発や対側卵巣新規発癌の可能性が低いこと、卵巣癌の早期発見は必ずしも容易でないことを本人ならびに家族に繰り返し説明し、標準的治療を勧めていくべきと考える。

参考文献

- 1) 牛嶋公生：子宮体癌に対する卵巣温存の適応と限界。日産婦誌，58：320-324，2006。
- 2) Atallah D, Safi J, El Kassis N, et al. : Simultaneous early ovarian and endometrial cancer treated conservatively with spontaneous pregnancy. *J Ovarian Res*, 2013 ; PMID : 23965544 (on line)。
- 3) 日本婦人科腫瘍学会編：卵巣がん治療ガイドライン 2010年版，p44-45，金原出版，東京，2010。
- 4) 日本婦人科腫瘍学会編：子宮体がん治療ガイドライン 2013年版，p150-151，金原出版，東京，2013。
- 5) 日本婦人科腫瘍学会編：卵巣がん治療ガイドライン 2015年版，p65-67，金原出版，東京，2015。
- 6) American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Gynecologic Practice : Committee Opinion No. 477 : the role of the obstetrician-gynecologist in the early detection of epithelial ovarian cancer. *Obstet Gynecol*, 742-746, 2011。
- 7) Vasen HF, Möslin G, Alonso A, et al. : Guidelines for the clinical management of Lynch syndrome (hereditary non-polyposis cancer). *J Med Genet*, 44 : 353-362, 2007。
- 8) 日本婦人科腫瘍学会編：子宮体がん治療ガイドライン 2013年版，p155-156，金原出版，東京，2013。

臨床の広場

子宮肉腫の薬物治療

井上佳代, 鏑本浩志

兵庫医科大学産科婦人科学講座

はじめに

子宮肉腫はまれな腫瘍であり子宮悪性腫瘍の約5%を占める。子宮肉腫の組織型は、最新のWHO分類（2014）では、平滑筋肉腫（leiomyosarcoma：LMS）、悪性度不明な平滑筋腫瘍（smooth muscle tumor of uncertain malignant potential：STUMP）、低悪性度子宮内膜間質肉腫（low-grade endometrial stromal sarcoma：LG-ESS）、高悪性度子宮内膜間質肉腫（high-grade endometrial stromal sarcoma：HG-ESS）、未分化間質肉腫（undifferentiated stromal sarcoma）、腺肉腫（adenosarcoma：AS）、癌肉腫（carcinosarcoma：CS）に分けられる。子宮内膜間質肉腫の病理分類は変遷しており、過去の文献を読む際に注意が必要である。それぞれの病理学的特徴、予後などについて、表1（文献1-4から引用）にまとめた¹⁻⁴⁾。

子宮肉腫は、**低悪性度で比較的緩徐に進行する予後が良いもの**と、**高悪性度で進行が速く再発リスクの高い予後の悪いもの**に大きく分けることができる。前者はLG-ESS, AS, STUMPで、後者はLMS, CS, HG-ESS, undifferentiated stromal sarcoma, 肉腫成分の過剰増殖（sarcomatous overgrowth）を伴うASである。低悪性度の子宮肉腫は子宮に局限している腫瘍であれば手術で治癒することも多く、ホルモ

ン感受性があれば進行例や再発例でもホルモン治療で病勢のコントロールが可能なこともある。一方、高悪性度の子宮肉腫は進行が非常に速く、完全摘出しても再発率が高く、術後補助療法も生存率の改善に寄与する確立した方法はなく、切除不能の再発・進行例における全身化学療法や分子標的治療でさまざまな治療の有効性の検証が行われている^{2,3)}。このように病理組織型によって予後や治療法、薬物療法の効果が異なるため、専門性の高い病理組織学的診断が重要である。

癌肉腫は術前組織生検で悪性成分を検出することが可能であるが、その他の組織型は術前診断が困難である。良性（多くは子宮筋腫）の診断で行った手術で摘出標本の最終病理診断で悪性と診断されることも多く、低侵襲手術における細切により播種を起こすこともある。

本稿では、true sarcomaで比較的症例が多いLG-ESSとLMSについて記載する。

低悪性度子宮内膜間質肉腫（low-grade endometrial stromal sarcoma：LG-ESS）

LG-ESSは子宮悪性腫瘍の0.2%とまれな腫瘍である。軽度の核異型を示す高分化な子宮内膜間質細胞からなる腫瘍で、子宮筋層に浸潤し筋層の脈管侵襲を伴う。免疫染色ではCD10, estrogen receptor (ER), progesterone

◆ Clinical view ◆

Treatment options for uterine sarcoma

Kayo INOUE, Hiroshi TSUBAMOTO

Department of Obstetrics and Gynecology, Hyogo College of Medicine

表1 子宮肉腫 各組織型の特徴

		Leiomyosarcoma (LMS)	STUMP	Endometrial stromal tumor			Adenosarcoma (AS)	Carcinosarcoma (CS)
				Low-grade ESS (LG-ESS)	High-grade ESS (HG-ESS)	Undifferentiated endometrial sarcoma		
病理組織		高度の細胞異型を伴う平滑筋腫瘍 壊死・出血	軽度核異型や核分裂を伴うがLMSの診断基準を満たさない	軽度核異型を伴う高分化内膜間質腫瘍細胞 筋層浸潤 (+) 脈管侵襲 (+)	高悪性度の円形細胞 壊死・出血	高度核異型を伴い、平滑筋や内膜間質への分化に欠く 壊死・出血	良性腺上皮と低悪性度内膜間質肉腫の混合 ポリープ状発生	悪性上皮成分 (漿液性腺癌や類内膜腺癌) と悪性間質成分の混合
核分裂像 /10HPF		10~15以上	10以下	5~10以下	10以上	10~20以上	—	—
免疫染色など	ER・PR陽性率	30~40%	50~70%	陽性	陰性	陰性	—	—
	その他	desmin(+) SMA(+) CD10(+) EMA(+)	P16,p53の過剰発現があるものは再発しやすい	CD10 (+) SMA (+) desmin (30%) FISH: JAZF1-SUZ12	CD10 (-) Cyclin D1 (+) c-Kit (+) FISH: YWHAE-FAM22	—	CD10 (+)	—
再発	再発率	53~70%	10% 晩期再発	I 期で36-56% 晩期再発	1年以内	—	25~30%	—
	好発部位	肺	—	骨盤・腹腔内	—	—	腔、骨盤内	肺 (上皮成分)
予後		poor		favorable			Favorable	poor
	I期 5年生存率	25~50%	favorable	5年生存率 60~90%	intermediate	very poor	sarcomatous overgrowthは poor	I期 5年生存率 50%

receptor (PR) が陽性である。smooth-muscle actinやdesminに陽性を示すこともあるが、h-caldesmonは陰性である。7番と17番の染色体転座t (7; 17) (p15; q21) によるJAZF1とSUZ12の融合が検出されている。これに対し、予後の不良なHG-ESSは大型核の高度異型円形細胞、高い核分裂指数、壊死、LG-ESSより高度な脈管侵襲がみられ、免疫染色ではCD10、ER、PRは陰性、cyclinD1とc-kitに陽性のことが多く、t (10; 17) (q22; p13) によるWYHAE-FAM22の遺伝子融合が検出されている^{1,3,4)}。

LG-ESSの進行は緩徐で予後は良いが晩期再発が多い。I期であっても36~56%が再発するため長期経過観察が必要である。再発部位は骨盤内や腹腔内、肺、腔に多い。5年生存率はI、II期であれば90%、III、IV期は50%である²⁾。

初回治療の基本は子宮全摘出および両側付属器摘出術である。子宮に限局したLG-ESSで完全摘出した場合は、術後補助療法を支持するデ

ータはなく経過観察が推奨される。初回治療で卵巣を温存しても生存率は悪化しないとされているが、再発率は高くなるとも報告されている⁵⁾。再発手術の際は卵巣摘出を行うべきである⁶⁾。卵巣摘出後のホルモン補充療法については予後を悪化させたという報告はないが、I期においても1/3が再発すること、ホルモン感受性が高いことから控えるべきである。

リンパ節転移は10%未満~33%と報告されているが、積極的にリンパ節を摘出し病理学的検索を実施すると頻度は高くなる。また肉眼的子宮外病変、高度な筋層浸潤および脈管侵襲があればリンパ節転移の可能性が高いと報告されている。腫大したリンパ節は腫瘍減量術の一環として摘出する⁷⁾。

LG-ESSは緩徐に進行することから殺細胞性化学療法の有効性は乏しく、進行・再発例ではプロゲステロン製剤、GnRH製剤、アロマターゼ阻害剤などによるホルモン治療が試みられてきた。当科では再発腫瘍の摘出・生検を積極

表2 当科の再発・進行LG-ESS症例のまとめ

症例	年齢	進行期 (FIGO 2009)	初回手術	再発部位	腫瘍径 (cm)	再発手術 または生検	再発腫瘍の免疫染色			現状/ 診断時か らの期間 (月)
							ER	PR	Ki-67	
1	40	IIIC	TAH/BSO, PEL, PAN	閉鎖節	6	PEL	0	80	10	NED 61
2	31	IA	TAH/BSO	骨盤内	6	腫瘍摘出	80	100	10	NED 248
3	25	IA	TCR	骨盤内	14	腫瘍摘出	0	0	20	DOD 125
4	40	IB	TAH	左卵巣	6	BSO	20	50	10	AWD 277
5	26	IA	LAM	子宮	2	TAH/BSO, PEL	10	70	<5	NED 172
6	55	IB	LAVH/BSO, PEL	腸管浸潤	4	内視鏡下 生検	50	50	<5	AWD 189
7	40	IVB	TAH/BSO	閉鎖節	5.6	腫瘍摘出	10	0	<5	AWD 256
8	39	IA	TLH	肺	0.5	腫瘍摘出	70	80	<5	AWD 80
9	43	IA	SCH/RSO	腔壁	1	腫瘍摘出	90	80	<5	AWD 204

AWD: alive with disease, BSO: bilateral salpingo-oophorectomy, DOD: dead of disease, ER: estrogen receptor, FIGO: International Federation of Gynecology and Obstetrics, PAN: para-aortic lymphadenectomy, PEL: pelvic lymphadenectomy, LAM: laparoscopic assisted myomectomy, LAVH: laparoscopic assisted vaginal hysterectomy, NED: no evidence of disease, PR: progesterone receptor, RSO: right salpingo-oophorectomy, SCH: supracervical hysterectomy, TAH: total abdominal hysterectomy, TCR: transcervical resection, TLH: total laparoscopic hysterectomy

的に行いホルモンレセプターの有無を確認している。摘出不可能な進行、再発例に対しては副作用の少ないホルモン治療を試み、効果が乏しければ殺細胞性抗がん剤に切り替えている。以前はMPAやleuprolerin（倫理審査 662号, UMIN R000001887, 2008）を試みていたが、現在はletrozoleを第一選択としている。LG-ESSに対するletrozoleの奏効率をreviewすると77%（complete response, 25%, partial response, 52%）である。Letrozoleは抗癌剤治療に比べ薬剤費は安価で副作用も少なくQOLも維持できることから有益と思われるが、適応外使用のため自由診療で投与せざるを得ないのが問題である。孤発再発例では手術による摘出が有効である。しかしながら、再発手術を繰り返すうちに完全摘出が不可能になることは珍しくなく、当初LG-ESSと診断された腫瘍がHG-ESSへ移行しホルモン治療が無効となることもある。

2006年から2015年までの15年間に当科で加療したLG-ESSは15名である。そのうち進行・再発症例は9例で2例（症例1, 3）を除き他院で再発を確認後に紹介されている。当科での進行・再発症例の一覧を表2（文献8より改変）に示す⁸⁾。

症例3は初回手術摘出組織でホルモンレセプター陽性であったが、再発を繰り返すうちにホルモンレセプター陰性でHG-ESSの形態を示した。Docetaxel/gemcitabine, doxorubicin/ifosfamide 抵抗性となり、免疫染色でc-kit陽性であったことからimatinib投与について検討した⁹⁾。摘出腫瘍のc-kitおよび PDGFR- α 遺伝子解析を行い、non-responderと判断し投与しなかった¹⁰⁾。また本症例は初回治療にて妊娠性温存治療が試みられた。当時は妊娠性温存治療の成功例のみがいくつか報告されていたが、2009年Koskasらにより警笛を鳴らす報告がされた¹¹⁾。妊娠性温存治療によってどの程度生命

予後が悪化するのか不明だが控えるべきであろう⁶⁾。ただし、本患者が亡くなる直前に本人と夫に初回妊孕性温存治療について別々に尋ねたところ、2人とも「あの時の治療は感謝しています」と語られた。

症例8は子宮筋腫の術前診断で腹腔鏡下子宮全摘術後（両側卵巣温存）にLG-ESSと病理診断され、肺転移後に当院へ紹介された。肺転移病巣摘出後に腹腔鏡で腹腔内観察したところ、粟粒大の骨盤腹膜播種を認め両側付属器摘出を行った。6カ月後にsecond-lookの腹腔鏡審査で腹膜病変の完全消失を確認した¹²⁾。これはLG-ESSに対する腹腔鏡下細切操作が腹膜播種を生じえること、卵巣摘出のみでもLG-ESSが完全寛解することを示している。

症例9は複数回の摘出手術により大腸人工肛門および回腸導管によるダブルストーマになっており、腸管癒着のため再開腹手術が困難で腔断端腔壁の局所再発であるが完全摘出ができていない。当科ではitraconazoleのwindow of opportunity試験を行っている（倫ヒ282号, UMIN000018388, 2015）¹³⁾。2週間の短期投与を行い、免疫組織学的検討によりnon-responderと判断して中止した。

平滑筋肉腫 (leiomyosarcoma : LMS)

LMSは子宮悪性腫瘍の1~2%、子宮平滑筋腫瘍の800分の1である。腫瘍径は平均10cmと大きく、壊死・出血を伴う。細胞密度が高く核異型が高度で核分裂指数の高い平滑筋腫瘍である。免疫染色では平滑筋マーカーのdesmin, h-caldesmon, smooth muscle actinなどが陽性で、CD10やEMAにも陽性を示すことが多い。30~40%でERやPRが陽性である。良性平滑筋腫瘍との鑑別にはp16, p53, ki-67が有用である。免疫染色でc-kitが陽性の報告はあるがc-kit遺伝子変異は確認されていない^{1,3,4)}。LMSの予後は子宮に局限していたとしても不良であり、完全摘出しても3年以内に約50%が再発する。初回

再発部位は骨盤内よりも肺に多い²⁾。

初回治療は子宮全摘・両側付属器摘出術である。子宮に局限し完全摘出した場合、術後補助療法により無再発期間は改善しても全生存率は改善せず、標準的には経過観察が選択される。進行・再発例の治療目的は症状緩和やQOLの維持である。doxorubicinは奏効率(25%)と副作用のバランスが良く、gemcitabineも単剤またはdocetaxelとの併用で有効であるが併用療法は毒性が強い²⁾。community standardとしてはgemcitabine/docetaxel やifosfamide/doxorubicinであるが、Hensleyらの報告以降、gemcitabine/docetaxelが第一選択とされることが多い¹⁴⁾。Hensleyらのレジメンは、gemcitabine 900 mg/m²を薬物動態的有効性が期待された90分fixed-dose rate (10 mg/m²/min) で投与するもので、docetaxelは100 mg/m²と本邦の投与量に比べて高用量である。また予防的にG-CSFが投与されているが、G-CSF適正使用ガイドライン (2013年版ver.2) では発熱性好中球減少症が10%未満のレジメンに対してはG-CSFの一次予防的投与は推奨されていない。現行の子宮体がん治療ガイドライン(2013年版)では本邦における投与量の検討は記載されていないが、2014年にTakanoらが本邦での安全かつ有効なレジメンとして、G-CSFの一次予防的投与をしないgemcitabine 900 mg/m² 90分 d1, d8 ; docetaxel 70 mg/m² d8, q21dを提唱している¹⁵⁾。当科の院内登録プロトコルでは、レベル1 : gemcitabine 800 mg/m² 30分, d1, d8 ; docetaxel 70 mg/m² d8から増量規定を設けている。レベル2がTakanoらの提唱レジメンで、レベル4がHensleyらのレジメンとなっているが、現在のところレベル2を超える増量は経験していない。症状改善やQOLを維持しながらの延命を前提とすると、Hensleyらのレジメンを本邦で実施するのは毒性が強いに思われる。

LMSのなかには比較的緩徐に進行するものもあり、無再発期間が6カ月以上の孤発再発例であれば、肺病変、肺外病変ともに手術療法による切除が予後の改善につながるとされている^{16,17)}。緩徐進行性のLMSにはホルモン受容体陽性例もあり、再発時の摘出腫瘍のホルモン受容体を確認したうえで、アロマターゼ阻害剤などのホルモン療法が施行された報告もある²⁾。ただし、当科では有効な症例は経験していない。

分子標的治療はさまざまな試験が行われてきているが、sunitinib, sorafenib, 抗癌剤と bevacizumab の併用では有効性が示されなかった¹⁸⁾。Pazopanibはマルチターゲットのチロシンキナーゼ阻害剤である。転移進行病変を有する悪性軟部腫瘍に対する pazopanib の第Ⅲ相試験 (PALETTE) では、placebo に対する有意な無増悪生存期間の延長が認められた¹⁹⁾。アルカロイドである trabectedin は殺細胞性だけでなく免疫修飾や血管新生阻害にも働くと考えられており、効果が長続きすることが期待されている¹⁸⁾。Demetri らの第Ⅲ相試験では、dacarbazine に対する有意な無増悪生存期間の延長が認められたが、登録された患者の41%が子宮平滑筋肉腫であった²⁰⁾。婦人科にとって魅力的な薬剤であるが、24時間持続投与が必要であること、高頻度の肝機能障害に加えてG3/G4の黄紋筋融解症が、Demetri らの報告では1.2% (4/345)、本邦の報告では32例中1例に発症しており注意が必要である²¹⁾。当科では pazopanib や trabectedin については新規薬剤で症例も限られていることから、当科受診同日に薬剤師外来も受診してもらうようにしている。

当科で治療中のLMS症例を紹介する。48歳で子宮筋腫の術前診断で開腹子宮全摘術を施行したところLMSと診断され当科に紹介された。術後PET-CT検査で転移は認めず、経過観察した。4年後肺転移が出現し胸腔鏡下手術で摘出した。その後骨盤骨転移があり、gemcitabine/

docetaxel療法6サイクルと骨転移の疼痛に対して放射線治療を行った。2年後、頭痛、半身麻痺、失語を呈し、孤発性脳転移と診断した。手術摘出により症状は急速に改善し、術後 pazopanib (800 mg/day内服) を投与した。15カ月经過するが脳転移病巣の再燃はない。旧来の殺細胞性抗癌剤や trabectedin は脳血液関門を通過しにくく脳転移への効果が乏しいと考えられており、脳転移症例へ pazopanib は治療選択肢となるかもしれない。

最後に

ホルモン感受性の高いLG-ESSは進行が緩徐であるが晩期再発が多く、再発例ではホルモン療法が有効で、手術療法も選択肢である。手術回数が増えるにつれ手術合併症が高くなる。一方、LMSは進行が速く早期再発例は再発腫瘍の完全摘出が不可能なことが多い。治療は緩和的な化学療法が主体となる。無再発期間が長い症例では手術による摘出も有効である。また放射線照射やIVRによる加療も有効な場合がある。最近では、薬剤溶出性ビーズを用いた経カテーテル的動脈化学塞栓術を併用するなど、個々の症例ごとに適切な治療法を組み合わせることで加療している。rare tumor の治療は最新の情報収集に加えて経験も必要で、診断や治療に難渋した際には経験のある先生に助言を求めるとよい。われわれも論文に掲載されたメールアドレスに連絡したり、国内外の学会で直接教を請い、日々の臨床に役立てている。

参考文献

- 1) Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, et al. : WHO classification of tumors of female reproductive organs. 4th ed. IARC Press, Lyon, 2014.
- 2) Amant F, Coosemans A, Debiec-Rychter M, et al. : Clinical management of uterine sarcomas. *Lancet Oncol*, 10 : 1188-1198, 2009.
- 3) Prat J, Mbatani N : Uterine sarcomas. *Int J Gynaecol Obstet*, 131 : S105-110, 2015.
- 4) Conklin C, Longacre T : Endometrial stromal tumors : the new WHO classification. *Adv Anat*

- Pathol*, 21 : 383-393, 2014.
- 5) Beck TL, Singhal PK, Ehrenberg HM, et al. : Endometrial stromal sarcoma : analysis of recurrence following adjuvant treatment. *Gynecol Oncol*, 125 : 141-144, 2012.
 - 6) Amant F, Floquet A, Friedlander M, et al. : Gynecological Cancer Inter Group (GCIG) consensus review for endometrial stromal sarcoma. *Int J Gynecol Cancer*, 24 : s67-72, 2014.
 - 7) Riopel J, Plante M, Renaud M, et al. : Lymph node metastases in low-grade endometrial stromal sarcoma. *Gynecol Oncol*, 96 : 402-406, 2005.
 - 8) Inoue K, Tsubamoto H, Kawata S, et al. : 18F-Fluorodeoxyglucose uptake and clinicopathological features of recurrent or metastatic endometrial stromal sarcoma. *J Obstet Gynaecol Res*, 40 : 576-582, 2014.
 - 9) Kalender ME, Sevinc A, Yilmaz M, et al. : Detection of complete response to imatinib mesylate (Glivec/Gleevec) with 18F-FDG PET/CT for low-grade endometrial stromal sarcoma. *Cancer Chemother Pharmacol*, 63 : 555-559, 2009.
 - 10) Morimoto A, Tsubamoto H, Inoue K, et al. : Fatal case of multiple recurrences of endometrial stromal sarcoma after fertility-sparing management. *J Obstet Gynaecol Res*, 41 : 162-166, 2015.
 - 11) Koskas M, Morice P, Yazbeck C, et al. : Conservative management of low-grade endometrial stromal sarcoma followed by pregnancy and severe recurrence. *Anticancer Res*, 29 : 4147-4150, 2009.
 - 12) Inoue K, Tsubamoto H, Oku H, et al. : Complete remission achieved by oophorectomy for recurrent endometrial stromal sarcoma after laparoscopic morcellation. *Gynecol Oncol Rep*, 11 : 1-3, 2014.
 - 13) Inoue K, Tsubamoto H, Sakane R, et al. : Expression of hedgehog signals and growth inhibition by itraconazole in endometrial cancer. *Anticancer Res*, 36 : 149-153, 2016.
 - 14) Hensley ML, Maki R, Venkatraman E, et al. : Gemcitabine and docetaxel in patients with unresectable leiomyosarcoma : results of a phase II trial. *J Clin Oncol*, 20 : 2824-2831, 2002.
 - 15) Takano T, Niikura H, Ito K, et al. : Feasibility study of gemcitabine plus docetaxel in advanced or recurrent uterine leiomyosarcoma and undifferentiated endometrial sarcoma in Japan. *Int J Clin Oncol*, 19 : 897-905, 2014.
 - 16) Leitao MM, Brennan MF, Hensley M, et al. : Surgical resection of pulmonary and extrapulmonary recurrences of uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol*, 87 : 287-294, 2002.
 - 17) Giuntoli RL 2nd, Garrett-Mayer E, Bristow RE, et al. : Secondary cytoreduction in the management of recurrent uterine leiomyosarcoma. *Gynecol Oncol*, 106 : 82-88, 2007.
 - 18) Amant F, Lorusso D, Mustea A, et al. : Management strategies in advanced uterine leiomyosarcoma: focus on trabectedin. *Sarcoma* : Article ID 704124, 2015.
 - 19) Van der Graaf W, Blay J, Chawla SP, et al. : Pazopanib for metastatic soft-tissue sarcoma (PALLETTE) : a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial. *Lancet*, 379 : 1879-1886, 2012.
 - 20) Demetri GD, von Mehren M, Jones RL, et al. : Efficacy and Safety of Trabectedin or Dacarbazine for Metastatic Liposarcoma or Leiomyosarcoma After Failure of Conventional Chemotherapy : Results of a Phase III Randomized Multicenter Clinical Trial. *J Clin Oncol*, 2015 Online first.
 - 21) Kawai A, Araki N, Sugiura H, et al. : Trabectedin monotherapy after standard chemotherapy versus best supportive care in patients with advanced, translocation-related sarcoma : a randomised, open-label, phase 2 study. *Lancet Oncol*, 16 : 406-416, 2015.

今日の問題

妊娠中のアルコール摂取に関する最近の話題

大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学産科学婦人科学 富松 拓治

アルコールは強力な催奇形物質である。さらに、胎児期のアルコール暴露と中枢神経系の異常（神経発達障害など）との関連は数多くの報告で確認されている。またこれらの影響は完全に予防可能である点からも、妊娠中のアルコール摂取が周産期医療において非常に重要な問題であることは論を待たない。しかし、本邦においては妊娠中のアルコール摂取に関して比較的寛容であった（とくに妊娠中の喫煙と比較して）と感じるのは筆者だけであろうか。酒造メーカー団体の自主規制で、アルコール飲料に妊婦・授乳婦向けの注意表示がなされたのも2004年になってからである（米国では1981年より表示が義務づけられている）。厚生労働省の調査によると本邦の女性の飲酒習慣者（週3日以上、清酒に換算し1日1合以上飲酒する者）の割合は20代で6.8%、30代で13.2%（平成17年度国民健康・栄養調査）であった。つまり20～30代の女性の約10%は常習的に飲酒をしていることとなる。本邦での予期しない妊娠の頻度を調べた報告は少ないが、山形県のデータでは46.2%もの女性が予期しない妊娠を経験しているとの調査結果があり¹⁾、妊娠中のアルコール摂取は、妊娠を意識していない妊娠初期のものも含めるとかなりの頻度になると考えられる。本稿では妊娠中のアルコール摂取に関する諸問題について簡単に述べてみたい。

妊娠中のアルコール摂取が胎児に影響を与えることは、古くは1800年代より認識されてい

るようである。1973年に胎児アルコール症候群（Fetal alcohol syndrome；FAS）が報告されてからはさらに広く認識されるようになった。胎児アルコール症候群（FAS）はアルコールが胎児に与える影響の最重症例とされ、特徴的な顔貌（小さい眼瞼裂、薄い上唇、浅い人中（鼻の下にあるくぼみ）図1）に中枢神経系の異常（小頭症、てんかんなどの神経学的異常、認識障害、精神発達障害など）、成長障害があり、胎内でのアルコール暴露が明らかであるものと定義されている。米国における頻度は出生1000に対し0.5～2と報告されているが、本邦での頻

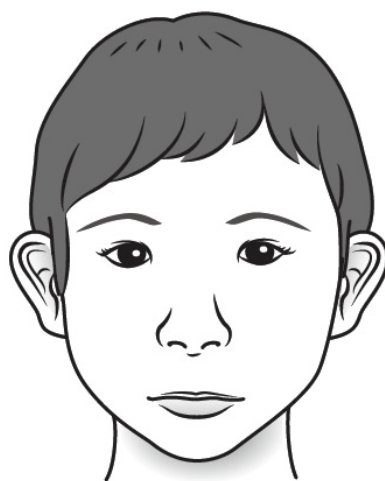


図1 胎児アルコール症候群（FAS）における特徴的な顔貌。小さい眼瞼裂、薄い上唇、浅い人中（鼻の下にあるくぼみ）を示す。

◆Current topic◆

Alcohol intake during pregnancy

Takuji TOMIMATSU

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka University Graduate School of Medicine

度は不明である。最近はこれらの基準をすべて満たさない場合でも、胎内でのアルコール暴露が明らかであれば**部分胎児アルコール症候群** (Partial fetal alcohol syndrome : pFAS : 顔貌所見2つと成長障害か中枢神経系の異常のどちらかを認めるもの) や **アルコール関連神経発達障害** (Neurobehavioral disorder associated with prenatal alcohol exposure : ND-PAE : 中枢神経系の異常所見があり、胎内でのアルコール暴露が明らかであるもの。特徴的な顔貌の有無は問わない) として、これら3つの疾患群を大きくまとめて**胎児アルコールスペクトラム障害** (Fetal Alcohol Spectrum Disorder : FASD) と呼ぶ概念が提唱されている。これはアルコールに暴露された胎児に起こりうる影響 (神経発達障害、奇形、成長障害など) を広くまとめたものである²⁾。

ヒトにおいて大多数の臓器 (中枢神経系を除く) の器官形成期は胎生3週から8週 (妊娠5週から10週) であり、ほとんどの奇形はこの時期に起こる。器官形成期のアルコール暴露は特徴的な顔貌だけではなく多臓器に奇形を来すことが知られており、**アルコール関連奇形** (Alcohol-related birth defect) と呼ばれている。心奇形 (心房中隔欠損、心室中隔欠損、大血管奇形など)、骨格系 (橈尺骨癒合症、関節拘縮、脊柱側彎症など)、泌尿器系 (腎低形成、腎異形成、馬蹄腎、重複尿管など)、眼 (斜視、眼瞼下垂、網膜や視神経の低形成など)、その他、難聴などもアルコール関連奇形として報告されている。これに対して、ヒトの中枢神経系はあらゆる臓器のうちで最も早く形成が開始するが、完成するのが非常に遅いのが特徴で、軸索の髄鞘化が本格化するのは出生後になってからである。**中枢神経系の器官形成期が妊娠初期のみならず妊娠全期間、さらには出生後にまで及んでいることを認識することが、アルコールの胎児中枢神経系への影響を考えるうえで非常に重要である。**

母体に吸収されたアルコールは胎盤を自由に

通過し、約2時間で胎児の血中濃度は母体の血中濃度とほぼ同じになる。胎児におけるアルコール代謝率は母体の3~4%に過ぎないので、胎児のアルコールはほぼ母体によって代謝され则认为てよい。胎児に移行したアルコールは胎児尿や肺液の分泌を通して羊水中に蓄積することが知られている。羊水がアルコールの“リザーバー”となるため、胎児へのアルコール暴露が遷延すると考えられている。また喫煙によって胎児から母体へのアルコールの移行が障害されることも示されており、喫煙もアルコール暴露を遷延させる要因の1つと考えられている³⁾。現時点では、研究の評価の難しさもあり、アルコール摂取量に関してどの量のまでなら安全という量、すなわち安全閾値は知られていない。胎児のアルコールに対する感受性については、アルコール量だけではなく、暴露時期、遺伝的な要因など複数の要因が影響を与えていると考えられており単純ではない。

アルコールは中枢神経に与える影響が大きく、成人においても大脳皮質の活動低下 (判断力の低下)、小脳機能低下 (運動失調)、海馬機能低下 (記憶力低下) など一般に酩酊状態をいわれるような状態をきたす。母体と胎児の血液中のアルコール濃度が同じになることを考えると、妊娠中の過度の飲酒が、器官形成期にある胎児の中枢神経系に与える影響は少なくないことは想像に難くない。われわれ産婦人科医の役割として、アルコール摂取の妊娠に与える影響を広く一般に知らせていくこと、また“妊娠中でも禁酒をすれば胎児に与える影響が少なくなる”ことが報告⁴⁾されており、妊娠中の女性にはアルコール摂取をすぐに中止させることが重要である。また“過度ではないアルコールの妊娠初期から中期までの摂取では児の神経発達に影響を及ぼさない”とする報告⁵⁾も複数あり、妊娠初期の少量のアルコール摂取は妊娠中絶の適応ではないことをアドバイスすることも同時に重要であると考ええる。

参考文献

- 1) Goto A, Yasumura S, Reich MR, et al. : Factors associated with unintended pregnancy in Yamagata. *Japan Soc Sci Med*, 2002 ; 54 : 1065-1079, 2002.
- 2) Heller M, Burd L : Review of ethanol dispersion, distribution, and elimination from the fetal compartment. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol*, 100 : 277-283, 2014.
- 3) Williams JF, Smith VC : COMMITTEE ON SUBSTANCE ABUSE. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*, 136 : e1395-1406, 2015.
- 4) Coles CD, Smith IE, Lancaster JS : Persistence over the first month of neurobehavioral differences in infants exposed to alcohol prenatally. *Infant Behav Dev*, 10 : 23, 1987.
- 5) Skogerboe Å, Kesmodel US, Denny CH, et al. : The effects of low to moderate alcohol consumption and binge drinking in early pregnancy on behaviour in 5-year-old children: a prospective cohort study on 1628 children. *BJOG*, 120 : 1042-1050, 2013.

会員質問コーナー Q&A

②76 出生前診断における母体血胎児染色体検査（NIPT）について

回答／上田 真子

Q: 最近NIPTを希望する妊婦が増えています。どのように案内すればよいか教えてください。（兵庫県 Y.N.）

A: 無侵襲的出生前遺伝学的検査（non-invasive prenatal testing；NIPT）は妊娠10週以降で母体血を採取し、血液中のDNA断片を定量または分析することで特定の染色体異常（21トリソミー・18トリソミー・13トリソミー）の有無を判定するスクリーニング検査です。この検査は臨床研究の一環として実施され、**対象妊婦の条件および実施医療機関が日本産科婦人科学会と日本医学会により厳密に定められています**。対象条件は高年妊娠（NIPTコンソーシアム基準では分娩予定日に35歳以上であること）、対象染色体異常（21トリソミー・18トリソミー・13トリソミー）の胎児を妊娠または出産した既往があること、胎児が対象染色体異常に罹患している可能性が通常より高まる場合（超音波検査ソフトマーカーや母体血清マーカー検査の結果が陽性であったり、両親のどちらかに13、18、21の関連する均衡型ロバートソン転座がある場合）で、これらのいずれかに該当すれば検査を受けることができます。

NIPTは簡便かつ非侵襲的に
兵庫県立医科大学産科婦人科学講座。

実施できる検査であるため、妊婦がその意義や検査結果の解釈に十分な認識をもたずに希望する場合があります。注意が必要です。**NIPTについて相談を受けた場合には以下の点に留意してご説明していただければよいと思います。**

①NIPTは21トリソミー・18トリソミー・13トリソミーの3疾患に限られ、その他の染色体異常や遺伝子疾患、胎児の身体形成過程の異常などは検査の対象とならないこと。

②陽性的中率（検査が陽性の場合に本当に胎児が罹患している確率）および陰性的中率（検査が陰性の場合に本当に胎児が罹患していない確率）が高い検査（母体年齢により差がある）ではあるが、あくまで非確定検査であること。

③結果が陰性であれば対象となる染色体異常を有する可能性はきわめて低い、ないことの確定にはならないこと。

④検査が陽性の場合には偽陽性（母体年齢が若いほど高くなる）の可能性があるため、確定診断として侵襲を伴う検査（絨毛検査や羊水検査）が必要となること。

⑤検査結果が判定保留となる場合があること。

そのうえで検査の希望があれ

ば、実施医療機関への受診手続きを行ってください。主な実施医療機関はNIPTコンソーシアムホームページ（<http://www.nipt.jp/index.html>）に掲載されており、各医療機関へのリンクがなされています。医療機関によって受診方法や検査費用は異なりますので、その詳細を確認してください。

なお、実施医療機関では臨床遺伝専門医や認定遺伝カウンセラー等により十分な説明と遺伝カウンセリングが行われています。そのため通常診療とは異なり、必ずしも妊婦が希望する週数や希望する施設での受診ができる体制ではありません。NIPTについて相談を受けられ、検査の希望が確認されましたらすみやかに受診手続きを行っていただく必要があります。

②77 前置血管について

回答／岩橋尚幸

Q: 前置血管の診断・管理について教えてください。(和歌山県 S.K.)

A: 前置血管とは胎児血管がワルトン膠質に被覆されず卵膜上を走行し、内子宮口を横切るものである。発生頻度は約2500分娩に1例と比較的まれな疾患である。

前置血管は通常の胎盤に臍帯卵膜附着を伴い、卵膜上を走行する血管が前置血管となったもの(Type I)と分葉胎盤または副胎盤をつなぐ卵膜附着血管が内子宮口を横切るもの(Type II)の2種類に分類されている。リスク因子として、低置胎盤や前置胎盤、分葉胎盤や副胎盤、臍帯卵膜附着、多胎妊娠、体外受精などが挙げられている。

出生前に診断されないまま経陰分娩に至ると、胎児先進部が血管を圧迫すると胎児心拍異常を起し、また破水時に前置血管が破綻すると胎児の失血から急激な循環不全となり児の死亡を招く。前置血管155例の報告で、児の死亡率は出生前診断された群では3%であったのに対し、されなかった群では56%であり、生存児の輸血率はそれぞれ3.4%と58.5%であったとされている¹⁾。分娩様式の選択が大きく児の予後を左右することに

なり、出生前に診断し破水前に帝王切開術を行うことが最良の治療法となる。

経腹超音波検査および経陰超音波検査によるスクリーニングが出生前診断として重要である。妊娠16~20週ごろに経腹超音波検査で胎盤の位置と臍帯の附着部を確認することが必要である。経陰超音波検査では内子宮口付近の卵膜上を線状に走行する血管を認めることで診断される。線状や管状の構造物を認めればカラーおよびパルスドプラを併用し確定診断を行う。内子宮口付近に存在するフリーの臍帯血管とは、ワルトン膠質を認めないこと、母体の腹部圧迫などを行っても位置が移動しないことから診断できる。母体血管とは血流ドプラにて鑑別可能である。

近年、前置血管の評価にmagnetic resonance imaging (MRI)の有用性を示す症例報告が散見されている²⁾。われわれは術前にMRIに加え、magnetic resonance angiography (MRA)により立体的に前置血管の走行を把握したうえで、帝王切開に臨んだ症例を報告した³⁾。胎児血管の三次元構造をMRA所見よりイメージすることで、適切な子宮筋切開部位を決定でき、血管損傷

による急激な失血を防ぐことが可能であった。

分娩時期については児の成熟と切迫早産徴候の有無により決定されるが、前期破水時には緊急に対処できるようにしておかなければならない。安静と子宮収縮抑制目的に入院管理し、妊娠35~36週に帝王切開での娩出をはかるのが一般的とされている。

前置血管はまれではあるが新生児死亡に直結する疾患である。出生前診断が重要となるため妊婦健診では前置血管の存在を意識し、経腹超音波検査で妊娠早期に胎盤形態異常の有無、位置、臍帯附着部を確認し、経陰超音波検査で内子宮口を観察し評価しておくことが重要である。

参考文献

- 1) Oyelese Y, Catanzarite V, Prefumo F, et al.: Vasa previa: the impact of prenatal diagnosis on outcomes. *Obstet Gynecol*, 103: 937-942, 2014.
- 2) Kikuchi A, Uemura R, Serikawa T, et al.: Clinical significances of magnetic resonance imaging in prenatal diagnosis of vasa previa in a woman with bilobed placentas. *J Obstet Gynaecol Res*, 37: 75-78, 2011.
- 3) Iwahashi N, Minami S, Ino K, et al.: Vasa previa evaluated by non-contrast time-of-flight magnetic resonance angiography. *Taiwan J Obstet Gynecol*, In Press.

投稿規定

論文投稿の際の必要書類は近畿産科婦人科学会のホームページにも掲載 (<http://www.kinsanpu.jp>)

1. 投稿資格

原則として本会会員に限る。ただし会員以外のもので、編集委員会で承認され、所定の掲載料を支払ったものは受けつける。

2. 投稿内容

本誌は産科学、婦人科学、これらと関連のある領域ならびに本会に関係のある原稿を広く受けつける。

- ・投稿原稿の種類：原著（臨床研究・基礎研究他）、症例報告、総説、短報、手紙、内外文献紹介、学会ならびに各府県医学会の事項、学術集会シンポジウム記録、研究部会二次抄録、一般演題抄録および記事、座談会、随筆、その他。

- ・査読対象原稿：原著（臨床研究・基礎研究他）、症例報告、総説、短報、手紙、を査読の対象原稿とする。

なお、これらは倫理的観点から十分考慮されたものでなければならない。倫理的に注意すべき点がある場合、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照し、各著者の所属する大学・病院等での倫理委員会等の審査を受けなければならない。なお、編集委員会よりその証明を請求される場合がある。

論文について開示すべき利益相反があるときは、投稿時にその内容を明記する。利益相反状態の有無の基準は、公益社団法人日本産科婦人科学会の「利益相反に関する指針」(http://jsog.umin.ac.jp/COI_1.pdf)運用細則による。

3. 論文の受理

他誌に未発表の論文で、その原稿は以下に述べる投稿規定を満足し、直ちに印刷できる状態にあるものでなければならない。論文の採否は査読のうえ、常任編集委員会で決定する。

4. 論文の著作権について

論文の著作権は、近畿産科婦人科学会に所属する。

5. 論文の掲載

論文は印刷雑誌およびオンラインジャーナルに掲載する。論文の掲載は受理順によるが、速やかな掲載を希望するときは、特別掲載として取り扱う。希望者はその旨朱書すること。

6. 論文作成

論文は和文または英文とする。

論文作成には次の諸点に留意されたい。

1) 和文論文の場合

- a. 記載事項：表題、著者名（筆頭著者を含め8名までとする）、所属、緒言、研究（実験）方法、結果（成績）、考案、総括または結論、参考文献、付図・表説明の順に記載し、別に図表と、800字以内の和文抄録および和文キーワード（5語以内）を付す。また英語にて、表題（文頭のみ大文字とする）、

著者名、所属を表記し、1000語以内の英文抄録および英文Key words（5語以内）を付す。

英文抄録は、医学系の英語Native Speakerの校閲を受け、その校閲者の署名を、本誌巻末の英文校閲確認書に明記して提出する。

また、症例について記載する際には、プライバシー保護の観点から必要最小限の情報のみを記載すること（来院日や手術日などの具体的な記述はしない等）。
b. 体裁：当用漢字、現代かなづかいで、横書きとする。原稿の長さは原則として、本誌20頁以内（1頁約1600字）とする。文字原稿作成にはMicrosoft Wordを用いて、A4用紙で出力する。

2) 英文論文の場合

- a. 記載項目：表題、著者名（筆頭著者を含め8名までとする）、所属（公式に定められた英訳名）、Abstract（200語以内）、Key words（5語以内）、Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, References, Figure Legends, Table Legendsの順に記載し、別に図表と800字以内の和文抄録を同時に提出すること。

- b. 体裁：原稿の長さは原則として、本誌10頁以内とする。文字原稿はMicrosoft Wordを用いて作成し、A4用紙に出力する。

- c. 必ず医学系の英語Native Speakerの校閲を受け、その校閲者の署名を、本誌巻末の英文校閲確認書に明記して提出する。

- 3) 学術用語：日本医学会の所定に従い、動物名はカタカナで（例：ラット、モルモット）、化学物質名、薬品名は原語を活字体またはカタカナで、外国の人名、地名は原語のまま活字体で書くこと。なお、治療薬の表記は、原則として一般名で表現すること。また、利益相反の問題に十分配慮すること。

- 4) 単位、記号：メートル法または公式の略語を用いる。例：m, cm, mm, g, mg, μ g, ng, pg, l, ml, $^{\circ}$ C, pH, M, IU, cpmなど。

- 5) 参考文献：本文中では、参考箇所の上付きで出典順に番号を打って記載する（例：1）1-5）1, 5）。篇末には出典順に次の要領でまとめる。

- a. 雑誌：雑誌名は、和文誌は医学中央雑誌略名（医学中央雑誌刊行会編）、欧文誌はQuarterly Cumulative Index Medicus等に従って略する。

著者は3人までは全員、4人以上の場合は3人と他(et al)とする。欧文著者は姓を先に、名は略記で後に付す。

著者名：題名、雑誌名、巻：開始頁-終了頁、発表西暦年。

例：小西郁生、伊東和子、堀内晶子：内膜症を母地とする卵巣癌の特徴と予後。臨産婦、60：134-139, 2006。

East N, Alobaid A, Goffin F, et al : Granulosa cell tumour : a recurrence 40 years after initial diagnosis. J Obstet Gynecol Can, 27 : 363-364, 2005.

b. 単行本：著者名：書名. 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

例：大熊輝夫：現代臨床精神医学. p57-71, 金原出版, 東京, 2005.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ : Williams Obstetrics 21st. p681-682, McGraw-Hill, New York, 2001.

c. 全集または分担執筆：執筆者名：題名, “全書名” 編者名, (巻数), 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

例：森 崇英：着床の基礎組織. “図説 ARTマニュアル” 森 崇英, 久保春海, 岡村 均編, p171-186, 永井書店, 大阪, 2002.

Patrick D : Maternal and perinatal infection. “Obstetrics ; normal and problem pregnancies” 4 ed. Ed by Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, p1293-1345, Churchill Livingstone, New York, 2002.

d. 欧文原稿の文献引用で和文誌を引用するときは, 公式欧文略号を用い, それがない場合は日本語名をそのままローマ字書きとする. いずれの場合も (In Japanese) と註記すること.

6) 図表：適切なソフト (Excel, Power Point, Photoshop等) を用いて作成し, 通しナンバーを付してA4用紙で出力し添付する. 図表にはタイトルを付ける. また写真は図 (Fig) として取り扱う. 光顕写真には撮影倍率を明記し, 電顕写真にはスケールを入れること. また図表の挿入位置を文中に明記し, 原稿右空白欄に朱書のこと.

7. 学術集会記録および研究部会二次抄録投稿形式

1) 学術集会記録

a. 投稿論文の形式はシンポジウム座長が決定するが, 原則として原著ではなく, シンポジウム記録とする.

b. 一課題につき頁数は総計40頁 (1頁約1600字) 程度とする.

c. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

2) 研究部会二次抄録

a. 投稿形式は, 原則として二次抄録である.

b. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

3) 学術集会記録および研究部会二次抄録とも, 表題, 著者名, 所属を和文と英文の両方で表記する.

8. 短報作成

1) 本誌4頁 (1頁約1600字) 以内, 図表は1~2, 写真は1, 参考文献は5つ以内とする.

2) 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

9. 校正

掲載論文は初校のみ著者校正とする. この際には組版面積に影響を与えるような改変は許されない.

10. 別冊

別冊の希望部数は著者校正の際に, 校正紙に朱書のこと.

11. 掲載料

投稿料, 掲載料は無料である. しかし, 下記に対しては実費を申し受ける.

1) 特別掲載は全額著者負担

2) 表組み, 写真版, 図・スケッチ, 原色版, 特別印刷などの費用

3) 本誌6頁以上の超過頁

4) 別冊代およびその郵送料 (電子メールによるPDFファイル送信は無料)

5) 学術集会シンポジウム記録

各シンポジウムにつき5頁までは無料とし, 残り35頁分については, 上記2)と3)に基づいた計算額の2分の1を徴集する. なお, その負担者については学術集会長および座長が相談のうえ決定する.

6) 研究部会記録

各研究部会につき5頁までは無料とし, それ以上の超過頁については, 上記2)と3)に基づいた計算額の2分の1を徴集する. なお, その負担者については世話人が決定する.

これらの費用は論文が掲載されたときに徴集する.

12. 論文原稿の掲載順位, 体裁等について

これについては, 編集委員会に一任する.

13. 論文原稿送付について

原稿送付に際し, オリジナルとコピー2部, ならびに所定の誓約書・著作権委譲書・英文校閲確認書を添付する. データは文字データとともにメールもしくはCD, USBメモリー等で送付のこと. なお, 編集室に送付された電子媒体は返却しない.

14. 原稿送付先

原稿は書留便で下記宛に送付のこと.

〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14

近畿地方発明センタービル「産婦人科の進歩」編集室

電話075(771)1373 E-mail sanpu-sinpo@chijin.co.jp

15. 投稿規定の改変

投稿規定の改変は, そのつど編集委員会によって行う.

昭和58年6月1日改定	平成15年12月11日改定
昭和61年7月16日改定	平成22年2月10日改定
平成4年2月23日改定	平成24年5月13日改定
平成10年5月24日改定	平成24年12月6日改定
平成13年12月13日改定	平成25年12月12日改定
平成14年12月12日改定	平成27年12月10日改定

(注意事項)

- * 1 研究部会二次抄録は査読制を敷いておりませんが, 専門医認定審査や専攻医指導施設基準認定のための対象論文にはなっておりません.
- * 2 研究部会二次抄録の内容を他誌に投稿する場合は, 2重投稿にご注意ください.
- * 3 「個人情報の保護に関する法律」を熟読の上投稿してください.

「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせ

平成17年4月から「個人情報の保護に関する法律」が施行されています。また厚生労働省からは「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」が公表され、その中では「特定の患者・利用者の症例や事例を学会で発表したり、学会誌で報告したりする場合等は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化され则认为られるが、症例や事例により匿名化が困難な場合は、本人の同意を得なければならない」とされています。

本誌に掲載されている、論文、研究部会報告、学会抄録などに含まれる患者個人情報については、個人を識別できる情報を除外して匿名化されていればこの法律でいう個人情報には該当しませんし、匿名化が困難な症例についても、発表の同意を個別に得ておられれば問題はありません。

編集委員会では平成15年の電子ジャーナルとの併用化を契機として、個人を識別できる可能性があり学術的に必須でない、診療日時、患者イニシャル、人種・国籍などを、また不要な場合は年齢についても、編集作業の過程で本文、図表、写真などから削除あるいは修正してきました。しかし、研究部会報告や学会抄録においては修正が困難あるいは不可能ですので、個人を特定できる情報の修正については慎重な対応をお願いいたします。

この新法施行を機に、会員皆様の施設においても個人情報保護に関する宣言（プライバシーポリシー、プライバシーステートメント等）や個人情報を適正に取り扱うための各種規定を策定・公開されていることと存じます。本誌へ投稿される論文、研究部会報告、学会抄録要旨の記載などに際しましては、著者の責任において、それらに沿って患者個人情報の取り扱いを配慮されるよう重ねてお願い申し上げます。

平成28年5月1日

近畿産科婦人科学会編集委員会

委員長 小林 浩

電子ジャーナルのご案内

「J-STAGE」(独立行政法人科学技術振興機構)

掲載内容	1 巻 1 号以降：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文，診療論文，研究部 会論文，臨床の広場，今日の問題 66 巻 3 号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，研究部 会論文，臨床の広場，今日の問題
掲載画面	目次一覧，抄録，引用文献，全文閲覧用 PDF
公開日	刊行月より約 2 カ月後予定
費用	無料
閲覧	入会等手続き なし 直接 https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja へアクセス 全文閲覧には，53 巻 1 号以降は，ID ナンバー（購読者番号）とパスワードが必要。 ★ ID ナンバー（購読者番号）：各人の日産婦学会員コード（数字のみで 8 桁）の 前に k（小文字）をつけたもの（例 k19000000 k20000000）。 ★パスワード：sanpunosinpo このパスワードは全会員共通で初回のみ使用し，その後は会員ご自身でパスワ ードを設定・管理してください。 新しいパスワードは，半角英数字 4 ～ 32 文字で設定し，「産婦人科の進歩」ト ップ画面にあるパスワード変更欄で登録すること。
リンク	Pub Med, Chem Port, Cross Ref, JOIS Link

「Medical Online」((株)メテオインターゲート)

掲載内容	15 巻 1 号以降（一部脱落あり）：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文， 診療論文，学術集会抄録（一般演題） 66 巻 3 号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，学術集 会抄録（一般演題）
掲載画面	目次一覧，抄録，全文閲覧用 PDF
公開日	刊行月より約 2 カ月後予定
費用	1 論文ダウンロード 594 円（税込），その他はホームページ参照
閲覧	会員入会手続き必要（入会無料） アドレス http://www.medicalonline.jp/ 会員登録 上記ホームページより登録 総合問合せ info@medicalonline.jp/ 料金窓口 fee@medicalonline.jp/

近畿産科婦人科学会広報委員会
委員長 小林 浩

誓約書・著作権委譲書

Commitment to Single Submission and Copyright Transfer

「産婦人科の進歩」に投稿した下記の論文は他誌に未発表であり、また投稿中でもありません。また、採用された場合はこの論文の著作権を近畿産科婦人科学会に委譲することに同意します。

I (We) hereby affirm that manuscript is original. It has not been published and is not being submitted for publication elsewhere.

I (We) agree to assign exclusive copyright to The Obstetrical Gynecological Society of Kinki District Japan when the manuscript is accepted for publication.

論文名 (Title)

著者名 (楷書)	署 名 (Signature)	年月日

注：著者は必ず全員署名してください。

All authors must sign.

英文校閲確認書

平成 年 月 日

この度の「産婦人科の進歩」誌への投稿論文につき、英文抄録の校閲については下記のように依頼いたしました。

論 文 名

著 者 名

英 文 校 閲 日

平成 年 月 日

英 文 校 閲 者 名

英文校閲者署名 (もしくは署名のある用紙を添付)

以上は、投稿規定 6.aに明記されている要件を満たしていることを確認いたします。

<投稿規定6.a>

英文抄録は、英語を母国語とし、英語を専門としているか英文校正を生業としている者の校閲を受け、その校閲者に署名をしてもらうこと。

氏名 _____

「産婦人科の進歩」編集室

〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センター

TEL 075-771-1373 FAX 075-771-1510

E-mail : sanpu-sinpo@chijin.co.jp

第134回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会 プログラム・講演抄録

会 期：平成28年6月4日（土），5日（日）

会 場：メルパルク京都

近畿産科婦人科学会	会長	田 村 秀 子
	学術集会長	北 脇 城

第134回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会 ご 案 内

会 期：平成28年 6 月 4 日（土）13：00～18：00
6 月 5 日（日） 9：00～16：05

会 場：メルパルク京都
〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13
TEL：075-352-7444 FAX：075-352-7390

第1会場：会議室C（6階）

（イブニングセミナー1，指導医講習会，ランチョンセミナー1，総会）

第2会場：会議室D（6階）

（イブニングセミナー2，ランチョンセミナー2）

第3会場：会議室A（5階）

（ランチョンセミナー3）

第4会場：スタジオ1（7階）

6月4日（土）：コンセンサスミーティング

第4会場：会議室B（5階）

6月5日（日）：評議員会

第5会場：スタジオ2，3，4（7階）

6月4日（土）：母体急変時の初期対応のための実践的実技セミナー（PLUS
ONEセミナー）

6月5日（日）：母体救命ベーシックコース

<評議員会>

日 時：6月5日（日）12：10～13：10
会 場：第4会場 会議室B（5階）

<総 会>

日 時：6月5日（日）13：15～14：00
会 場：第1会場 会議室C（6階）

<学会参加者へのご案内>

- ・学会参加費5,000円を会場受付で申し受けます。その際、名札（領収書）をお受け取りください。参加費はクレジットカードでのお支払いはできません。なお、初期研修医・医学生の学会参加費は無料です。紹介者の方と一緒に受付をしてください。
- ・日産婦学会専門医シールおよび日本産婦人科医会参加証は配布しませんので、eカードを忘れずにご持参ください。

<懇 親 会>

日 時：6月4日（土）18：30～21：00

会 場：京都タワーホテル 八閣の間（9階）

参 加 費：無料 多数のご参加をお待ちしております。

<一般講演者へのお願い>

1. 講演時間は6分、討論時間は4分です。（発表時間終了1分前に黄ランプ、終了時に赤ランプでお知らせします）
2. 講演者は各セッション開始30分前までに6階PC受付（会議室3）にて試写をお済ませください。

パソコンを持参される方もセッション開始30分前までに受付をお済ませください。

データは専用のPCに保存させていただきますが、発表が終わりしだいデータは消去させていただきます。パワーポイントの「発表者ツール」機能は使用できません。

【発表データをお持ち込みの方へ】

- ・ソフトはWindows版Power Point2003/2007/2010/2013をご使用ください。
※Macintoshをご使用の方は、PC本体をお持ち込みください。
※動画ファイルをご使用の方は、PC本体をお持ち込みください。
- ・フォントはOS標準のもののみご使用ください。
- ・会場スピーカーに音声は流せません。
- ・画像の解像度は、XGA（1024×768）でお願いします。
- ・発表データはUSBフラッシュメモリーに保存してお持ちください。

【ノートPC本体をお持ち込みの方へ】

- ・バックアップとして、必ずメディアもご持参ください。
 - ・会場スピーカーに音声は流せません。
 - ・画像の解像度は10GA（1024×768）でお願いいたします。
 - ・PC受付の液晶モニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
※PCの機種やOSによって出力設定方法が異なります。
 - ・プロジェクターとの接続ケーブルの端子はDsub-15ピンです。
 - ・PCによっては専用のコネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。
※とくにVAIO、MACなど小型PCは別途付属コネクタが必要なことがありますので、ご注意ください。
 - ・スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除願います。
 - ・コンセント用電源アダプタを必ずご持参ください。
※内臓バッテリー駆動ですと、発表中に映像が切れる恐れがあります。
3. 発表10分前には、各会場内前方の「次演者席」に着席し、待機してください。

< 学 会 場 案 内 図 >

■会 場：メルパルク京都

〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13

TEL：075-352-7444 FAX：075-352-7390

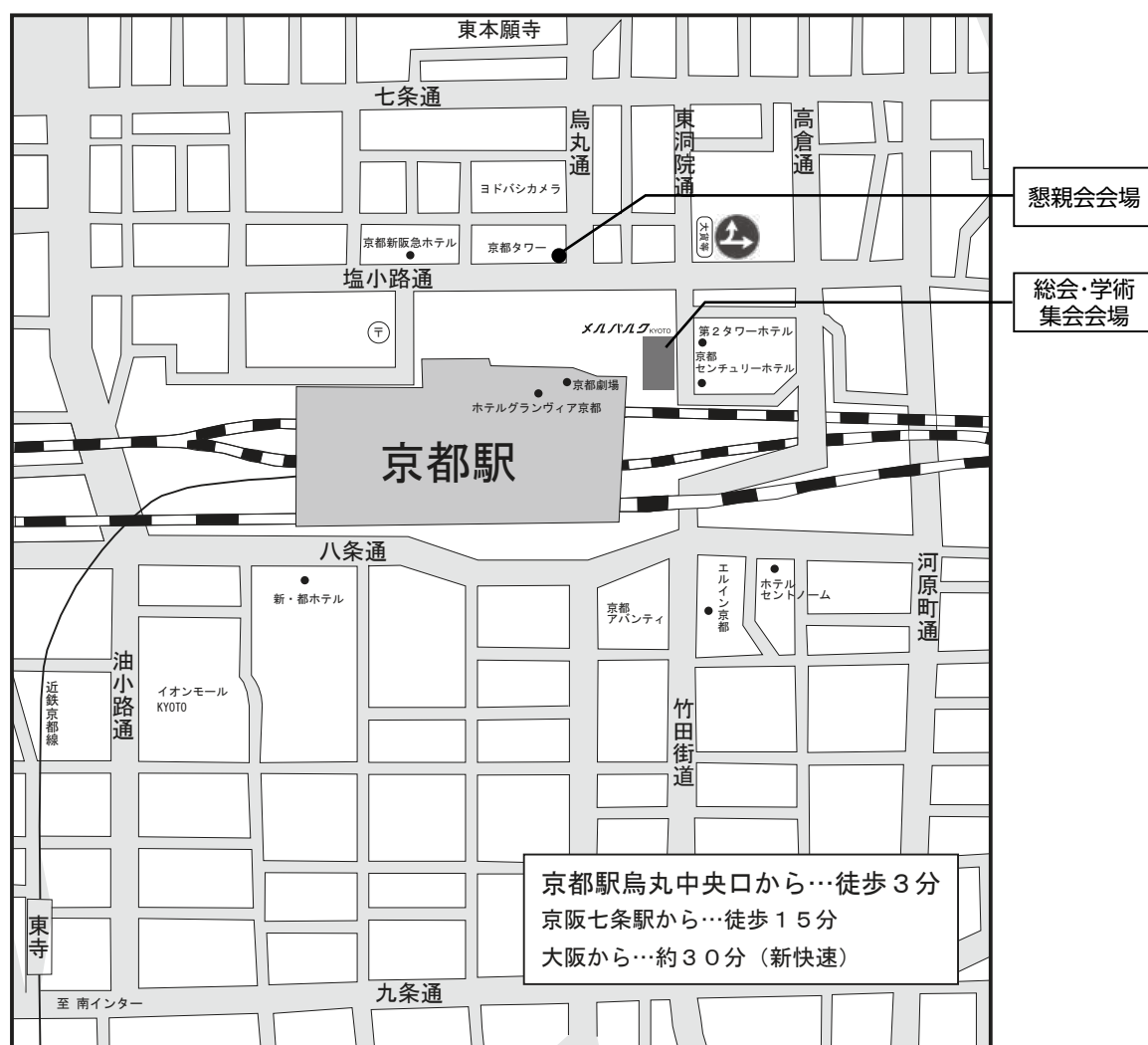
■交通のご案内

< 公共の交通機関をご利用の場合 >

- ・ JR京都駅（烏丸中央口）から東へ約1分

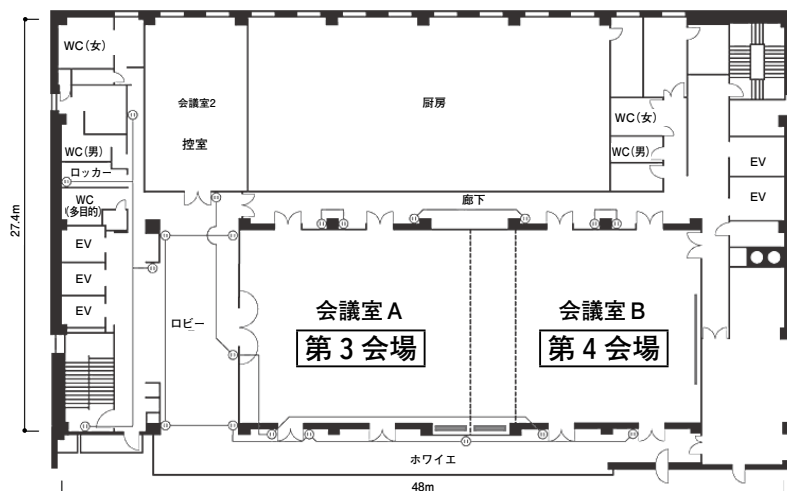
< お車をご利用の場合 >

- ・ 名神高速道路京都南インターより国道1号線経由で約10分
- ・ * 会場の駐車場は有料となります。

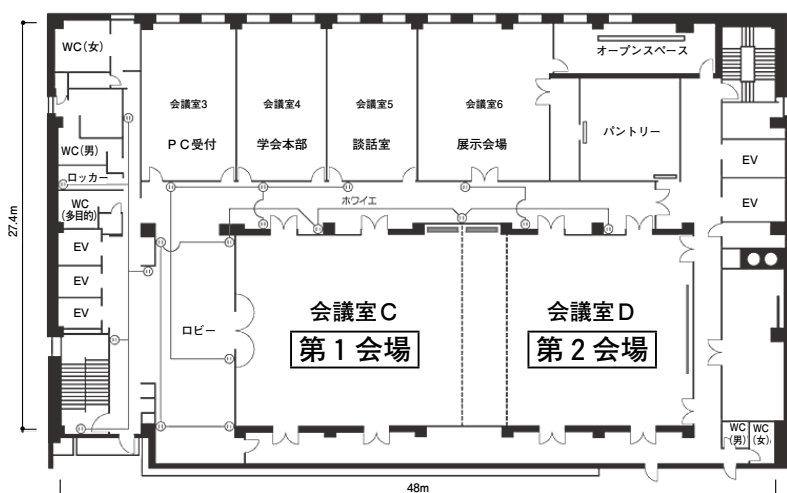


< 各会場案内図 >

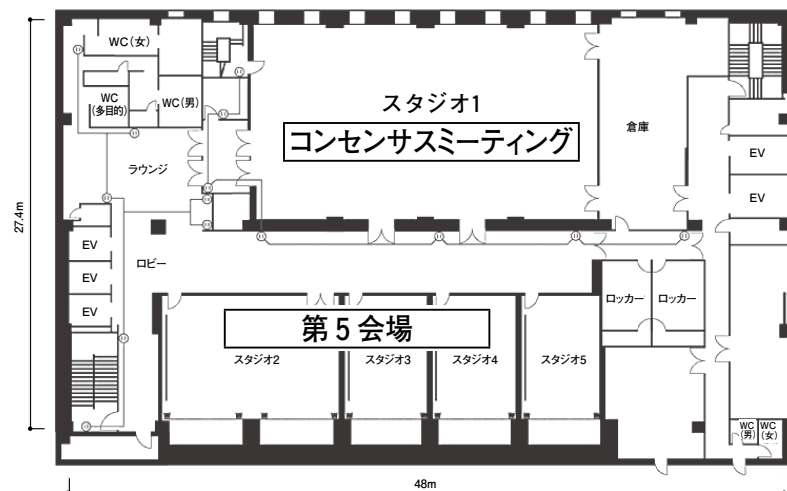
■ 5 F



■ 6 F



■ 7 F



学会進行表

■平成28年 6 月 4 日 (土)

●メルパルク京都

	第 1 会場	第 2 会場	第 3 会場	第 4 会場	第 5 会場
	会議室 C 6 F	会議室 D 6 F	会議室 A 5 F	スタジオ 1 7 F	スタジオ 2,3,4 7 F
13 : 00	13 : 00-13 : 50 産科 1 (1-5) 座長：亀谷英輝	13 : 00-13 : 50 婦人科 2 (21-25) 座長：鏑本浩志	13 : 00-13 : 50 産科 4 (41-45) 座長：吉松 淳	13 : 00-16 : 00 【コンセンサス ミーティング】	13 : 00-17 : 00 【研修医対象企画： PLUS ONEセミナー】
	14 : 00-14 : 50 産科 2 (6-10) 座長：橋 大介	14 : 00-14 : 50 婦人科 3 (26-30) 座長：筒井建紀	14 : 00-14 : 50 産科 5 (46-50) 座長：木村文則	産婦人科診療ガイドライン (婦人科編) 2017	母体急変時の初期対応のための実践的実技セミナー
	15 : 00-15 : 50 産科 3 (11-15) 座長：船越 徹	15 : 00-15 : 50 婦人科 4 (31-35) 座長：寺井義人	15 : 00-15 : 50 産科 6 (51-55) 座長：荻田和秀		
	16 : 00-16 : 50 婦人科 1 (16-20) 座長：北 正人	16 : 00-16 : 50 婦人科 5 (36-40) 座長：吉野 潔	16 : 00-16 : 50 婦人科 6 (56-60) 座長：蝦名康彦		
17 : 00	イブニングセミナー1 「OC・LEPガイドライン2015年度版作成の舞台裏」 座長：大道正英 演者：倉林 工 共催：バイエル薬品㈱	イブニングセミナー2 「帝王切開術における諸問題」 座長：古山将康 演者：下屋浩一郎 共催：科研製薬㈱			
18 : 00					

●京都タワーホテル

	9 階 八咫の間
18 : 30	懇親会
21 : 00	

■ 6月5日(日)

●メルパルク京都

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場	第5会場
	会議室C 6F	会議室D 6F	会議室A 5F	会議室B 5F	スタジオ2,3,4 7F
9:00	9:00-9:50 産科7 (61-65) 座長: 金村昌徳	9:00-9:50 婦人科9 (83-87) 座長: 大井豪一	9:00-9:50 産科9 (104-108) 座長: 近藤英治		日本母体救命 システム普及協議会 公認 【母体救命 ベーシックコース】 午前の部 9:00-12:40
	10:00-11:00 産科8 (66-71) 座長: 岩佐弘一	10:00-10:50 婦人科10 (88-92) 座長: 森田宏紀	10:00-11:00 産科10 (109-114) 座長: 野口敏史		
11:05	11:05-12:05 指導医講習会 座長: 山田秀人 演者: 三嶋廣繁				
12:05 12:10	ランチョンセミナー1 「卵巣がん治療の現 状と展望」 座長: 井篁一彦 演者: 牛嶋公生 主催: 中外製薬(株)	ランチョンセミナー2 「地域周産期医療体 制の再構築」 座長: 柴原浩章 演者: 海野信也 主催: キッセイ薬品(株)	ランチョンセミナー3 「子宮内膜症患者の 管理法」 座長: 村上 節 演者: 西井 修 主催: 持田製薬(株)	評議員会	
13:10 13:15	総会 学術奨励賞受賞講演				午後の部 13:20-17:00
14:00	14:00-14:50 婦人科7 (72-76) 座長: 吉田昭三	14:00-14:50 婦人科11 (93-97) 座長: 安田勝彦	14:00-14:50 婦人科13 (115-119) 座長: 松村謙臣	14:00-14:50 婦人科15 (126-130) 座長: 佐道俊幸	
	15:00-16:00 婦人科8 (77-82) 座長: 安井智代	15:00-16:00 婦人科12 (98-103) 座長: 辻 勲	15:00-16:00 婦人科14 (120-125) 座長: 樫木 晋		
16:00 16:05	閉会の辞				

指導医講習会

■ 6月5日（日）11：05～12：05 第1会場（会議室C）

「アウトブレイク事例から学ぶ院内感染対策の重要性」

座長：神戸大学教授

山 田 秀 人 先生

演者：愛知医科大学教授

三 鴨 廣 繁 先生

学術奨励賞受賞講演

■ 6月5日（日）13：15～14：00 第1会場（会議室C）

「当科で骨盤除臓術を施行した22症例の後方視的検討および文献的考察」

座長：近畿産科婦人科学会前会長

大 橋 正 伸 先生

演者：京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学

吉 岡 弓 子 先生

イブニングセミナー

■ 6月4日（土）17：00～18：00 第1会場（会議室C）

1 「OC・LEPガイドライン 2015年度版作成の舞台裏」

座長：大阪医科大学教授

大 道 正 英 先生

演者：新潟市民病院産婦人科部長

倉 林 工 先生

共催：バイエル薬品株式会社

■ 6月4日（土）17：00～18：00 第2会場（会議室D）

2 「帝王切開術における諸問題」

座長：大阪市立大学教授

古 山 将 康 先生

演者：川崎医科大学教授

下 屋 浩一郎 先生

共催：科研製薬株式会社

ランチョンセミナー

■ 6月5日（日）12：10～13：10 第1会場（会議室C）

1 「卵巣がん治療の現状と展望」

座長：和歌山県立医科大学教授

演者：久留米大学教授

共催：中外製薬株式会社

井 簗 一 彦 先生

牛 嶋 公 生 先生

■ 6月5日（日）12：10～13：10 第2会場（会議室D）

2 「地域周産期医療体制の再構築」

座長：兵庫医科大学教授

演者：北里大学教授

共催：キッセイ薬品株式会社

柴 原 浩 章 先生

海 野 信 也 先生

■ 6月5日（日）12：10～13：10 第3会場（会議室A）

3 「子宮内膜症患者の管理法」

座長：滋賀医科大学教授

演者：帝京大学教授

共催：持田製薬株式会社

村 上 節 先生

西 井 修 先生

コンセンサスミーティング

■ 6月4日（土）13：00～16：00 第4会場（スタジオ1）

「産婦人科診療ガイドライン（婦人科編）2017」

第134回近畿産科婦人科学会 研修医対象企画PLUS ONEセミナー： 母体急変時の初期対応のための実践的実技セミナー

■ 6月4日（土）13：00～17：00 第5会場（スタジオ2, 3, 4）

第134回近畿産科婦人科学会学術集会内で開催するトレーニングコースでは、妊産婦・褥婦の病態の特殊性を考慮した救命蘇生法等についてシミュレーションで、実習を行います。その内容は書籍『母体急変時の初期対応』に基づいた実践的なトレーニングで、日本母体救命システム普及協議会認定のベーシックコースの内容を研修医の方のためにアレンジしたものです。

周産期医療に興味がある方なら、経験のない方でも産婦人科を専攻しない方でも、楽しく受講していただけます。

日 時：2016年6月4日（土）13：00～17：00

会 場：メルパルク京都

対 象：研修医2年目を優先しますが、研修医1年目、6学年の参加も可能です。

参 加 費：無料

受 講 証：本コースを受講された方には受講証を発行します（無料）。

募集人数：18名

申込方法：①氏名（ふりがな）、②連絡先（メールアドレス、電話等）、③所属施設

④学年、を明記の上、

京都府立医科大学産婦人科学教室 「実技セミナー」まで申し込んでください。

aoi@koto.kpu-m.ac.jp, FAX 075-212-1265

申込締切：2016年5月9日（月曜）必着

日本母体救命システム普及協議会公認 母体救命ベーシックコースのご案内

■ 6月5日(日) 午前の部 9:00-12:40 午後の部 13:20-17:00

第5会場：スタジオ2, 3, 4

第134回近畿産科婦人科学会学術集会内で開催するトレーニングコースでは、妊産婦・褥婦の病態の特殊性を考慮した心肺蘇生法等について実習できます。母体救命ベーシックコースは書籍『母体急変時の初期対応』に基づいた実践的なトレーニング（産後の出血性ショック、肺塞栓症、脳血管障害などの場面を設定し、各疾患での母体の救命処置の実技等）を行います。今回開催するプログラムは、**日本母体救命システム普及協議会認定のコース**です。ぜひ、ご参加ください。産婦人科専門医資格を取っていない方でも受講可です。

記

日 時：2016年6月5日(日)

会 場：メルパルク京都

主 催：日本母体救命システム普及協議会

午前の部 9:00 開始 12:40 終了

午後の部 13:20 開始 17:00 終了

参 加 費：15,000円

募集人数：午前・午後ともに18名

申込方法：お名前、所属、連絡先（mail address、電話等）を明記のうえ
jnaka@jaog.or.jp に申し込んでください。

申込締切：2016年5月16日（月曜）24:00まで

準 備：受講される方は前もって参考資料の「母体急変時の初期対応」（メディカ出版）、「日本の妊産婦を救うために2015」（東京医学社）を一読ください。

受 講 証：本コースを受講された方には受講証を発行します（無料）。但し、この証明は1年で期限が切れます。

認 定 証：認定証（カード）は、日本母体救命システム普及協議会（7団体）が母体救命研修の終了を認定するもので、今後、各学会等が認定する資格を得るための必須条件となる可能性があります。認定料や登録方法については、受講時にご案内いたします。

日本母体救命システム普及協議会（J-CIMELS）：妊産婦死亡の更なる減少を目指し、産科医療に関連する医療者に救命処置などを普及するために、日本産婦人科医会、日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本麻酔科学会、日本臨床救急医学会、京都産婦人科救急診療研究会、妊産婦死亡症例検討評価委員会が共同で設立した組織です。

一般講演プログラム

■ 6月4日(土) (13:00~16:50)

〔第1会場 会議室C〕

産科-1 (13:00~13:50)

座長：亀谷 英輝

1. 「もやもや病合併妊娠の分娩管理：過去20年間の検討」

稲山 嘉英, 近藤 英治, 伊尾 紳吾, 濱西 潤三, 杉並 興, 千草 義継, 谷 洋彦,
馬場 長, 小西 郁生 (京都大学)

2. 「当院でのサラセミア合併妊娠について」

山口 綾香, 矢内 晶太, 松本 有紀, 亀井 沙織, 藤田 浩平 (日本バプテスト病院)

3. 「子宮頸部静脈瘤合併妊娠の1例」

舟木 紗綾佳, 秋山 誠, 森崎 秋乃, 大井 仁美, 井上 基, 坪内 万祐子,
山田 義治, 山本浩之, 藤原 葉一郎 (京都市立病院)

4. 「妊娠後期に発症した卵巣チョコレート嚢胞茎捻転の1例」

田中 佑治, 永坂 万友子, 高橋 真理子, 小林 昌 (公立甲賀病院)

5. 「巨大気管支動脈瘤合併妊娠の1例」

福田 弥生¹⁾, 松本 有里¹⁾, 東原 大樹²⁾, 新谷 康³⁾, 柿ヶ野 藍子¹⁾, 高田 友美¹⁾,
松崎慎哉¹⁾, 熊澤 恵一¹⁾, 香山 晋輔¹⁾, 遠藤 誠之¹⁾, 木村 正¹⁾
(大阪大学¹⁾, 同放射線科²⁾, 同呼吸器外科³⁾)

産科-2 (14:00~14:50)

座長：橘 大介

6. 「妊娠中に発症したネフローゼ症候群の1例」

浅見 夕菜, 佐藤 浩, 矢野 紘子, 城 玲央奈, 種田 健司, 酒井 理恵,
今井 更衣子, 川原村 加奈子, 田口 奈緒, 鈴木 尚子, 廣瀬 雅哉
(兵庫県立尼崎総合医療センター)

7. 「胎児甲状腺機能亢進症を来したTRAb著明高値パセドウ病合併妊娠の1例」

上中 美月, 出口 雅士, 豊永 絢香, 小嶋 伸恵, 平久 進也, 篠崎 奈々絵,
森實 真由美, 谷村 憲司, 西田 浩輔, 森岡 一朗, 吉田 健一, 高橋 裕,
山田 秀人 (神戸大学)

8. 「第2子妊娠時に深部静脈血栓症を契機に初めて診断されたAT欠乏症合併妊娠の1例」

松下 彩葉, 城 道久, 太田 葉美, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子,
井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

9. 「妊娠中のクームス陰性AIHA発症を契機に診断された関節リウマチ合併妊娠の1例」

城 道久¹⁾, 小畑 裕史²⁾, 池田 高治³⁾, 馬淵 泰士¹⁾, 八木 重孝¹⁾, 南 佐和子¹⁾,
園木 孝志²⁾, 古川 福実³⁾, 井篁 一彦¹⁾
(和歌山県立医科大学¹⁾, 同血液内科学教室²⁾, 同皮膚科学教室³⁾)

10. 「子宮の高度ひ薄化と弛緩出血を認め、子宮摘出を要したSLE合併妊娠の1例」

徳重 悠, 池田 亜貴子, 川田 悦子, 高松 士朗, 邨田 裕子, 吉水 美嶺,
寒河江 悠介, 岩見 州一郎, 野々垣 多加史

(大阪赤十字病院)

産科-3 (15:00~15:50)

座長: 船越 徹

11. 「Trousseau症候群の発症を契機に診断された進行胃癌合併妊娠の1例」

城 玲央奈, 矢野 紘子, 佐藤 浩, 浅見 夕菜, 種田 健司, 酒井 理恵,
今井 更衣子, 川原村 加奈子, 田口 奈緒, 鈴木 尚子, 廣瀬 雅哉

(兵庫県立尼崎総合医療センター)

12. 「児に内蔵逆位を合併したKlippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の1例」

大門 篤史, 釣谷 充弘, 澤田 雅美, 上田 優輔, 堀内 縁, 三好 剛一,
神谷 千津子, 岩永 直子, 根木 玲子, 吉松 淳

(国立循環器病研究センター)

13. 「D-dimerの異常高値を示したKlippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の1例」

大門 篤史, 釣谷 充弘, 澤田 雅美, 上田 優輔, 堀内 縁, 三好 剛一,
神谷 千津子, 岩永 直子, 根木 玲子, 吉松 淳

(国立循環器病研究センター)

14. 「分娩後、発作性夜間ヘモグロビン尿症(PNH)を合併した骨髓異形成症候群(MDS)合併妊娠の1例」

鹿庭 寛子, 成瀬 勝彦, 佐々木 義和, 長安 実加, 常見 泰平, 佐道 俊幸,
小林 浩

(奈良県立医科大学)

15. 「心不全を合併した頭蓋外先天性動静脈奇形合併妊娠の1例」

山田 光泰, 柿ヶ野 藍子, 松本 有里, 高田 友美, 松崎 慎哉, 熊澤 恵一,
香山 晋輔, 遠藤 誠之

(大阪大学)

婦人科-1 (16:00~16:50)

座長: 北 正人

16. 「腹腔鏡下腔式子宮全摘術を安全に行うための子宮頸部処理法: cat ear法」

西 丈則, 帽子 英二, 吉村 康平

(公立那賀病院)

17. 「卵管卵巣膿瘍に子宮筋層内膿瘍を合併し、膿瘍破裂を来したが腹腔鏡下手術で治癒した1例」

田中 雄介, 尾上 昌世, 増田 公美, 矢野 悠子, 八田 幸治, 高山 敬範,
吉見 佳奈, 大塚 博文, 橋本 奈美子, 佐伯 典厚, 船渡 孝郎, 藤田 征巳

(公益財団法人日本生命済生会附属日生病院)

18. 「茎捻転後に高度の腹腔内癒着を来した卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下手術を施行した1例」

吉田 昭三, 大野木 輝

(大阪暁明館病院)

19. 「子宮頸癌stage I A2に対して5 mm軟性鏡と細径鉗子を用いて骨盤リンパ節郭清を含む腹腔鏡下準広汎子宮全摘術を施行した1例」

直居 裕和, 八木 茉莉, 八木 一暢, 白石 真理子, 奥野 幸一郎, 栗谷 健太郎,
渡辺 正洋, 尾崎 公章, 志岐 保彦

(大阪労災病院)

20. 「当院で子宮内膜ポリープと診断し子宮鏡下手術施行され、術後病理結果が子宮内膜癌と判明した症例の検討」

直居 裕和, 八木 茉莉, 八木 一暢, 白石 真理子, 奥野 幸一郎, 栗谷 健太郎,
渡辺 正洋, 尾崎 公章, 志岐 保彦

(大阪労災病院)

[第2会場 会議室D]

婦人科-2 (13:00~13:50)

座長：鏑本 浩志

21. 「ベバシズマブ併用維持療法により長期生存しえた多剤抵抗性再発卵巣癌の1例」

川俣 まり, 森 泰輔, 黒星 晴夫, 笹本 香織, 古株 哲也, 明石 京子, 松島 洋,
辰巳 弘, 北脇 城 (京都府立医科大学)

22. 【取り下げ】

23. 「術前に卵巣上皮性悪性腫瘍が疑われた骨盤内Hemangiopericytomaの1例」

山上 真祐子¹⁾, 野田 穂寿美¹⁾, 荒木 梢¹⁾, 根来 英典¹⁾, 大西 洋子¹⁾,
西崎 孝道¹⁾, 大石 一人²⁾ (市立吹田市民病院¹⁾, 同病理診断科²⁾)

24. 「卵巣癌pT1期での系統的後腹膜リンパ節郭清の検討」

大久保 理恵子, 小谷 千紘, 小野 ひとみ, 下地 香乃子, 村上 淳子, 中川 美生,
鶴田 智彦, 田島 里奈, 堀 謙輔, 伊藤 公彦 (関西ろうさい病院)

25. 「産痛緩和における麻薬性鎮痛薬の有効性と安全性」

衣笠 万里, 三宅 麻由, 田村 真希 (尼崎医療生協病院)

婦人科-3 (14:00~14:50)

座長：筒井 建紀

26. 「早期子宮体癌に対し、5mm軟性鏡と細径鉗子を用いて腹腔鏡下子宮摘出術を施行した症例」

白石 真理子, 志岐 保彦, 八木 茉莉, 八木 一暢, 奥野 幸一郎, 直居 裕和,
栗谷 健太郎, 渡辺 正洋, 尾崎 公章 (大阪労災病院)

27. 「早期子宮体癌への腹腔鏡下手術の導入」

村越 誉, 大木 規義, 近藤 直子, 宮地 真帆, 成田 萌, 水野 祐紀子,
高橋 良輔, 山崎 友維, 安田 立子, 稲垣 美恵子, 岡田 十三, 吉田 茂樹
(愛仁会千船病院)

28. 「子宮体癌I, II期に対する腹腔鏡下子宮体癌根治術に関する臨床研究」

小林 栄仁, 角田 守, 味村 和哉, 橋本 香映, 福井 温, 馬淵 誠士, 上田 豊,
澤田 健二郎, 富松 拓治, 吉野 潔, 木村 正 (大阪大学)

29. 「高度肥満症例に対する腹腔鏡下子宮体癌手術後に膣断端出血を来した1例」

河田 真由子¹⁾, 三好 愛¹⁾, 藤川 恵理¹⁾, 西村 真唯¹⁾, 中島 文香¹⁾,
田中 あすか¹⁾, 金尾 世里加¹⁾, 竹田 満寿美¹⁾, 三村 真由子¹⁾, 宮武 崇¹⁾,
長松 正章¹⁾, 荻田 和秀²⁾, 横井 猛¹⁾
(泉州広域母子医療センター市立貝塚病院¹⁾, りんくう総合医療センター²⁾)

30. 「早期子宮体癌に対する腹腔鏡下根治術の周術期予後に関する検討」

角張 玲沙, 小林 栄仁, 角田 守, 味村 和哉, 橋本 香映, 福井 温, 馬淵 誠士,
上田 豊, 澤田 健二郎, 富松 拓治, 吉野 潔, 木村 正 (大阪大学)

婦人科-4 (15:00~15:50)

座長：寺井 義人

31. 「当院におけるTLH導入について (LAVHとの比較)」

山西 優紀夫, 信田 侑里, 天野 泰彰, 岡田 由貴子, 高橋 良樹 (大津市民病院)

32. 「腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清術におけるランドマークの設定」

志岐 保彦, 八木 茉莉, 八木 一暢, 奥野 幸一郎, 白石 真理子, 直居 裕和,
栗谷 健太郎, 渡辺 正洋, 尾崎 公章 (大阪労災病院)

33. 「ダグラス窩に癒着を伴う子宮内膜症症例に対する腹腔鏡下仙骨子宮靱帯および直腸腔中隔切除術」

志岐 保彦, 八木 茉莉, 八木 一暢, 奥野 幸一郎, 白石 真理子, 直居 裕和,
栗谷 健太郎, 渡辺 正洋, 尾崎 公章 (大阪労災病院)

34. 「広範囲に腹腔内癒着が予想される症例に対する腹腔鏡手術における注意点と工夫」

志岐 保彦, 八木 茉莉, 八木 一暢, 奥野 幸一郎, 白石 真理子, 直居 裕和,
栗谷 健太郎, 渡辺 正洋, 尾崎 公章 (大阪労災病院)

35. 「当院における腹腔鏡下仙骨腔固定術導入の試み」

小芝 明美, 楠木 泉, 秋山 鹿子, 片岡 恒, 古株 哲也, 笹本 香織, 高岡 宰,
松島 洋, 伊藤 文武, 辰巳 弘, 北脇 城 (京都府立医科大学)

婦人科-5 (16:00~16:50)

座長：吉野 潔

36. 「高悪性度子宮内膜間質肉腫ⅣB期に対するIAP療法の有効性と安全性について」

森内 芳, 山口 建, 井上 彩美, 安彦 郁, 濱西 潤三, 吉岡 弓子, 越山 雅文,
近藤 英治, 馬場 長, 松村 謙臣, 小西 郁生 (京都大学)

37. 「巨大子宮頸部肉腫術後に尿閉が改善した1例」

藤井 温子, 関山 健太郎, 山中 冨, 鈴木 悠, 松村 直子, 金本 巨万,
三木 通保, 藤原 潔 (天理よろづ相談所病院)

38. 「子宮平滑筋肉腫脳転移術後パゾパニブによる長期寛解例」

竹山 龍, 井上 佳代, 鏑本 浩志, 上東 真理子, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

39. 「術後早期に肝転移を来し、肝破裂に至った子宮腺肉腫の1例」

青山 幸平¹⁾, 黒星 晴夫²⁾, 森 泰輔²⁾, 辰巳 弘²⁾, 松島 洋²⁾, 古株 哲也²⁾,
明石 京子²⁾, 笹本 香織²⁾, 榎村 史織²⁾, 野口 敏史¹⁾, 岩破 一博²⁾, 北脇 城²⁾
(京都府立医科大学附属北部医療センター¹⁾, 京都府立医科大学²⁾)

40. 「扁平上皮癌の成分を有する卵巣癌肉腫の1例」

宮本 聖愛, 藤原 聡枝, 芦原 敬允, 兪 史夏, 田中 良道, 田中 智人,
恒遠 啓示, 佐々木 浩, 寺井 義人, 山田 隆司, 大道 正英 (大阪医科大学)

[第3会場 会議室A]

産科-4 (13:00~13:50)

座長：吉松 淳

41. 「敗血症を契機に発症した感染性心内膜炎合併妊娠の1例」

田路 明彦, 神吉 一良, 永易 洋子, 岡本 敦子, 佐野 匠, 鈴木 裕介,
高井 雅聡, 藤田 太輔, 寺井 義人, 大道 正英 (大阪医科大学)

42. 「妊娠早期に劇症型A群溶連菌感染症に至り救命し得た1症例」

澤内 純子, 片山 浩子, 林 雅美, 榎本 小弓, 柳井 咲花, 栗原 康, 羽室 明洋,
中野 朱美, 三枚 卓也, 尾崎 宏治, 橘 大介, 古山 将康 (大阪市立大学)

43. 「2回の妊娠中に疱疹状膿痂疹の管理を必要とした1例」

山本 貴子, 鈴木 彩子, 宮川 知保, 島岡 昌生, 藤島 理沙, 青木 稚人, 葉 宜慧,
村上 幸佑, 貫戸 明子, 高矢 寿光, 浮田 真沙世, 小谷 泰史, 飛梅 孝子,
中井 英勝, 辻 勲, 万代 昌紀 (近畿大学)

44. 「当院における経膈分娩後のルーチンの抗菌薬内服廃止による臨床的効果の検討」

中田 久実子, 城 道久, 太田 菜美, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子,
井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

45. 胸椎レベルでの脊髄損傷術後に硬膜外麻酔併用で経膈分娩が成功した1例」

表 摩耶, 森本 篤, 加藤 徹, 和田 龍, 原田 佳世子, 田中 宏幸, 澤井 英明,
柴原 浩章 (兵庫医科大学)

産科-5 (14:00~14:50)

座長：木村 文則

46. 「子宮頸部静脈瘤を合併した全前置胎盤の1例」

田中 稔恵, 松崎 慎哉, 鈴木 陽介, 柿ヶ野 藍子, 松本 有里, 高田 友美,
熊澤 恵一, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)

47. 「胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離の分娩様式」

井上 彩美, 近藤 英治, 杉並 興, 濱西 潤三, 伊尾 紳吾, 谷 洋彦, 川崎 薫,
千草 義継, 小西 郁生 (京都大学)

48. 「妊娠中および分娩後に子宮内膜症に起因する腹腔内出血を来した2例」

札幌 恵, 中村 博昭, 岡田 麻美, 松木 厚, 公森 摩耶, 西本 幸代, 梶谷 耕二,
田中 和東, 中本 収 (大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター)

49. 「ハイリスク帝王切開術後の大量出血に対して遺伝子組み換え活性型第7因子を使用した1例」

勝部 美咲, 川北 かおり, 山下 暢子, 荻野 美智, 登村 信之, 酒井 理恵,
奥杉 ひとみ, 近田 恵里, 佐原 裕美子, 竹内 康人 (西神戸医療センター)

50. 「緊急子宮摘出を選択した産科危機的出血症例の検討」

丸尾 伸之, 柴田 綾子, 中野 瑛理, 石原 あゆみ, 武居 智信, 陌間 亮一,
田中 達也 (淀川キリスト教病院)

産科-6 (15:00~15:50)

座長：荻田 和秀

51. 「当院における過去5年間の妊娠合併卵巣腫瘍に対する腹腔鏡手術について」

栗原 甲妃, 衛藤 美穂, 福山 真理, 谷垣 佳子, 南川 麻里, 岡島 京子,
山本 彩, 加藤 聖子, 福岡 正晃, 藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

52. 「経陰分娩後の大量出血を契機に臨床的急性妊娠脂肪肝と診断した1例」

戸崎 守, 前田 和則, 澤田 重成 (京都山城総合医療センター)

53. 「高齢初産婦の陣痛誘発の分娩転機に関する因子の検討」

中野 嵩大, 武藤 はる香, 石井 桂介, 林 周作, 岡本 陽子, 光田 信明
(大阪府立母子保健総合医療センター)

54. 「癒着胎盤を合併した子宮間質部妊娠に対し、保存療法にて管理しえた2症例」

澤田 真明, 松崎 慎哉, 味村 和哉, 田中 佑典, 塩見 真由, 柿ヶ野 藍子,
松本 有里, 高田 友美, 熊澤 恵一, 香山 晋輔, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)

55. 「肺塞栓を疑うも病理解剖にて大動脈解離であった母体死亡の1例」

山中 彰一郎, 成瀬 勝彦, 杉本 澄美玲, 佐々木 義和, 長安 実加, 常見 泰平,
佐道 俊幸, 小林 浩 (奈良県立医科大学)

婦人科-6 (16:00~16:50)

座長：蝦名 康彦

56. 「外陰に生じたLipomatous angiomatous fibroblastomaの1例」

萬代 彩人, 三橋 玉枝, 立山 彩子, 石田 美知, 木下 聡子, 浜崎 新, 森 龍雄,
木下 弾, 山崎 則行 (府中病院)

57. 「子宮原発mucosa associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫の1例」

近藤 美保¹⁾, 辰巳 弘¹⁾, 滝本 とも子²⁾, 黒田 純也²⁾, 森 泰輔¹⁾, 黒星晴夫¹⁾,
松島 洋¹⁾, 古株 哲也¹⁾, 明石 京子¹⁾, 笹本 香織¹⁾, 楳村 史織¹⁾, 山田 幸美³⁾,
北脇 城¹⁾ (京都府立医科大学¹⁾, 同血液内科²⁾, 同放射線科³⁾)

58. 「術前の画像診断にてSeromucinous borderline tumorと診断し得た症例」

杉本 ひとみ, 井谷 嘉男, 今中 聖悟, 神田 蘭香, 石橋 理子, 杉浦 敦,
平野 仁嗣, 河 元洋, 豊田 進司, 喜多 恒和 (奈良県総合医療センター)

59. 「腎移植スクリーニングが発見の契機となった類内膜境界悪性腫瘍の1例」

松原 裕明, 市村 友季, 今井 健至, 笠井 真理, 福田 武史, 橋口 裕紀,
安井 智代, 角 俊幸 (大阪市立大学)

60. 「卵巣癌・結核性腹膜炎と鑑別を要したVegetable Granulomaの1例」

前田 裕斗¹⁾, 柳川 真澄¹⁾, 山添 紗恵子¹⁾, 松林 彩¹⁾, 日野 麻世¹⁾, 宮本 泰斗¹⁾,
林 信孝¹⁾, 小山 瑠梨子¹⁾, 大竹 紀子¹⁾, 富田 裕之¹⁾, 上松 和彦¹⁾, 池田 裕美枝¹⁾,
青木 卓哉¹⁾, 今村 裕子¹⁾, 星野 達二¹⁾, 市川 千宙²⁾, 吉岡 信也¹⁾
(神戸市立医療センター中央市民病院¹⁾ 同臨床病理科²⁾)

■ 6月5日（日）（9：00～16：00）

〔第1会場 会議室C〕

産科-7（9：00～9：50）

座長：金村 昌徳

61. 「妊娠と薬外来」について」

山下 優, 安尾 忠浩, 藁谷深 洋子, 岩佐 弘一, 岩破 一博, 北脇 城

（京都府立医科大学）

62. 「帝王切開小史」

玉井 彦明¹⁾, 南野 英隆²⁾

（済生会奈良病院¹⁾, なんのレディースクリニック²⁾）

63. 「胎児心拍数変動における自律神経系の役割」

赤岩 明

（小阪産病院）

64. 「両大血管右室起始・脳瘤を合併した臍帯動脈瘤の症例～妊娠・分娩の経過と管理の問題点～」

松木 理薫子, 飯塚 徳昭, 福岡 泰教, 浅野 正太, 西川 茂樹, 小寺 知揮,

細野 佐代子, 柴田 貴司, 徳田 妃里, 加藤 大樹, 大石 哲也, 小辻 文和,

中後 聡

（高槻病院）

65. 「胎児動脈管瘤の2症例」

黒田 優美, 笠松 敦, 吉田 彩, 岡野 友美, 高橋 直子, 坪倉 弘晃, 生駒 洋平,

高畑 暁, 榎木 晋, 岡田 英孝

（関西医科大学）

産科-8（10：00～11：00）

座長：岩佐 弘一

66. 「兵庫県における過去8年間の緊急母体搬送の検討」

船越 徹

（兵庫県立こども病院周産期医療センター）

67. 「当科で経験したNIPT偽陽性・偽陰性・判定保留例の解析」

上東 真理子, 澤井 英明, 上田 友子, 井上 佳代, 原田 佳世子, 潮田 まり子,

上田 真子, 田中 宏幸, 柴原 浩章

（兵庫医科大学）

68. 「当科で実施した羊水染色体検査の結果と転帰に関する報告」

村上 優美, 上田 友子, 浮田 美里, 藤城 亜貴子, 杉山 由希子, 上東 真理子,

原田 佳世子, 上田 真子, 田中 宏幸, 澤井 英明, 柴原 浩章

（兵庫医科大学）

69. 「流死産歴を有する抗リン脂質抗体陽性妊婦の検査の推移と妊娠転帰に関する検討」

武藤 はる香, 山本 亮, 中野 嵩大, 太田 志代, 和栗 雅子, 和田 芳直,

光田 信明

（大阪府立母子保健総合医療センター）

70. 「近畿産当院における妊娠糖尿病のスクリーニング基準変更による母児の周産期予後の検討」

山田 弘次, 松浦 美幸, 中野 和俊, 山口 永子, 佐々木 高綱, 吉澤 順子,

水田 裕久, 山田 嘉彦

（八尾市立病院）

71. 「IgG avidityとPCR法を用いたサイトメガロウイルス妊婦スクリーニング」

平久 進也¹⁾, 谷村 憲司¹⁾, 森岡 一郎²⁾, 長又 哲史¹⁾, 出口 雅士¹⁾, 蝦名 康彦¹⁾,

峰松 俊夫³⁾, 山田 秀人¹⁾

（神戸大学¹⁾, 同小児科²⁾, 愛泉会日南病院疾病制御研究所³⁾）

婦人科-7 (14:00~14:50)

座長：吉田 昭三

72. 「右卵巢からの脱落が疑われたダグラス窩成熟嚢胞性奇形腫の1例」

小作 大賢, 多賀 紗也香, 山崎 亮, 太田 沙緒里, 成富 祥子, 安田 美樹,
佐藤 奈葉香, 村上 法子, 津戸 寿幸, 伊藤 雅之, 亀谷 英期

(大阪府済生会吹田病院)

73. 「卵巢甲状腺腫26例の臨床的検討 ～次は術前診断できますか?～」

高松 士朗, 徳重 悠, 池田 亜貴子, 川田 悦子, 邨田 裕子, 吉水 美嶺,
寒河江 悠介, 岩見 州一郎, 野々垣 多加史

(大阪赤十字病院)

74. 「術前に卵巢腫瘍と鑑別診断が困難であった末梢神経鞘腫の1例」

森田 奈津子, 恒遠 啓示, 宮本 瞬輔, 芦原 敬允, 兪 史夏, 藤原 聡枝,
田中 良道, 田中 智人, 寺井 義人, 大道 正英

(大阪医科大学)

75. 「水腎症と尿管のループ状の走行を来した子宮内膜症性卵巢腫瘍の1例」

鳥井 裕子, 卜部 優子, 青木 孝之, 藤城 直宣, 伊藤 良治, 鈴木 瞭, 卜部 諭

(草津総合病院)

76. 「neurofibroma成分を含む成熟奇形腫を伴ったvon Recklinghausen病の1例」

小林 智子, 南 佐和子, 野口 智子, 岩橋 尚幸, 島 佳奈子, 中田 久実子,
谷崎 優子, 小林 彩, 城 道久, 太田 菜美, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 井篁 一彦

(和歌山県立医科大学)

婦人科-8 (15:00~16:00)

座長：安井 智代

77. 「骨盤臓器脱における“恥骨頸部筋膜巻出し法”による前脛壁修復術～4種類のバリエーションとその理論的根拠～」

大石 哲也, 加藤 大樹, 柴田 貴司, 小寺 知揮, 小辻 文和

(社会医療法人愛仁会 高槻病院)

78. 「当院におけるLSCとTVM症例の比較」

加藤 稚佳子

(第一東和会病院)

79. 「重症直腸脱を合併した完全骨盤臓器脱に対する経会陰手術 TVM変法とNTRの同時施行」

木村 俊夫, 錢鴻 武, 天満 久美子, 宮本 愛子, 佐治 文隆

(市立芦屋病院)

80. 「子宮頸部無形成・双角子宮症例に対する形成術～頸部瘢痕組織を利用する工夫～」

蝦名 康彦, 村田 友香, 田中 恵里加, 森田 宏紀, 山田 秀人

(神戸大学)

81. 「直腸瘤と鑑別を要した直腸GISTの1例」

垂水 洋輔, 大坪 昌弘, 土屋 宏

(公立南丹病院)

82. 「高齢女性の骨盤臓器脱に対する仙骨脛固定術 (LSC)」

山西 歩, 古板 規子, 中村 光佐子

(京都市民連中央病院)

[第2会場 会議室D]

婦人科-9 (9:00~9:50)

座長: 大井 豪一

83. 「子宮筋腫による急性尿閉をウォーレンリングペッサリーにて解除し外来フォローに成功した2例」

坂本 美友, 久保田 陽子, 野坂 舞子, 伊田 昌功, 辻 芳之

(神戸アドベンチスト病院)

84. 「腫瘍内出血によりDICを来した20kgの巨大子宮筋腫の1例」

山中 呀, 関山 健太郎, 鈴木 悠, 松村 直子, 藤井 温子, 金本 巨万, 三木 通保,
藤原 潔

(天理よろづ相談所病院)

85. 「子宮筋層壊死により子宮全摘出術を余儀なくされた3例」

内山 美穂子, 森本 規之, 平久 進也, 森實 真由美, 谷村 憲司, 出口 雅士,
山田 秀人

(神戸大学)

86. 「腸閉塞を契機に発見されたparasitic myomaの1例」

小川 憲二, 中村 春樹, 永井 景, 安川 久吉, 赤田 忍

(大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)

87. 「的確な病歴聴取が診断の助けとなったWunderlich症候群の1例」

福岡 泰教, 加藤 大樹, 小寺 知揮, 飯塚 徳昭, 浅野 正太, 西川 茂樹,
松本 理薫子, 細野 佐代子, 徳田 妃里, 柴田 貴司, 中後 聡, 小辻 文和,
大石 哲也

(愛仁会高槻病院)

婦人科-10 (10:00~10:50)

座長: 森田 宏紀

88. 「子宮悪性腫瘍診断のピットフォール」

新納 恵美子, 岩井 加奈, 山田 有紀, 重富 洋志, 棚瀬 康仁, 川口 龍二,
佐道 俊幸, 小林 浩

(奈良県立医科大学)

89. 「当科における子宮内膜焼灼術についての検討」

八木 茉莉, 八木 一暢, 奥野 幸一郎, 白石 真理子, 直居 裕和, 栗谷 健太郎
渡辺 正洋, 尾崎 公章, 志岐保彦

(大阪労災病院)

90. 「当科におけるマイクロ波子宮内膜アブレーション導入後の検討」

渡邊 愛, 清水 美代, 小川 佳奈絵, 加藤 淑子

(済生会京都府病院)

91. 「腹腔鏡下腹膜生検の迅速病理診断により診断できた結核性腹膜炎の1例」

横江 巧也, 木戸 健陽, 佛原 悠介, 村田 紘未, 溝上 友美, 吉村 智雄, 北 正人,
岡田 英孝

(関西医科大学)

92. 「院内支援体制を勘案した卵巣癌・卵管癌・腹膜癌の腫瘍減量術」

熊谷 広治, 坂井 昌弘, 前田 隆義

(大阪鉄道病院)

婦人科-11 (14:00~14:50)

座長: 安田 勝彦

93. 「子宮腺筋症, 子宮内膜症を合併し一過性に急性腎不全を呈した2例」

鹿野 理恵子, 深山 雅人, 松木 貴子, 公森 摩耶, 和田 夏子, 徳山 治,
川村 直樹

(大阪市立総合医療センター)

94. 「内腸骨静脈から右心室へ進展した静脈内平滑筋腫症の1例」

飯田 実加, 岩井 加奈, 新納 恵美子, 山田 有紀, 吉元 千陽, 重富 洋志,
棚瀬康仁, 春田 祥治, 川口 龍二, 小林 浩 (奈良県立医科大学)

95. 「後腹膜に発生し尿管を巻き込んで発育したデスモイド型線維腫症の1例」

小野 ひとみ, 堀 謙輔, 小谷 知紘, 大久保 理恵子, 下地 香乃子, 村上 淳子,
中川 美生, 鶴田 智彦, 田島 里奈, 伊藤 公彦 (関西労災病院)

96. 「抗NMDA受容体脳炎を伴った成熟嚢胞性奇形腫の1例」

福岡 寛子, 大八木 知史, 尹 純奈, 和田 あずさ, 宮本 真由子, 木瀬 康人,
坪内 弘明, 福田 綾, 筒井 建紀 (JCHO大阪病院)

97. 「胸腹水貯留, 腹膜播種像を認めたG-CSF産生卵巣癌の1例」

桑鶴 知一郎, 味村 和哉, 馬淵 誠士, 富松 拓治, 澤田 健二郎, 吉野 潔,
木村 正 (大阪大学)

婦人科-12 (15:00~16:00)

座長: 辻 勲

98. 「異所性妊娠の術後病理標本で偶然発見された卵管上皮内癌の1例」

山本 拓郎, 志村 光揮, 菅原 拓也, 小木曾 望, 松本 真理子, 富田 純子,
八木 いづみ, 東 弥生, 大久保 智治 (京都第一赤十字病院)

99. 「頸部リンパ節腫脹を契機に発見された, 全身リンパ節転移を伴う卵管癌の1例」

濱名 智世¹⁾, 金森 玲¹⁾, 実森 万里子¹⁾, 橋村 茉莉子¹⁾, 田中 江里子¹⁾,
梅田 杏菜¹⁾, 細井 文子¹⁾, 数見 久美子¹⁾, 宮西 加寿也¹⁾, 山本 敏也¹⁾,
棟方 哲²⁾ (堺市立総合医療センター¹⁾, 同病理診断科²⁾)

100. 「大腸癌に合併した18歳のKrukenberg腫瘍の1例」

内田 啓子, 橋口 裕紀, 笠井 真理, 福田 武史, 市村 友季, 安井 智代,
角 俊幸 (大阪市立大学)

101. 「術前診断が困難であった尿膜管原発腹膜偽粘液腫の1例」

岡田 愛子, 小林 栄仁, 味村 和哉, 福井 温, 橋本 香映, 馬淵 誠士, 上田 豊,
澤田 健二郎, 富松 拓治, 吉野 潔, 木村 正 (大阪大学)

102. 「子宮内膜症性嚢胞に対してジェノゲスト投与中に卵巣明細胞癌を発症した1例—12年間の経過観察例—」

高倉 賢人, 下園 寛子, 川村 洋介, 秦 さおり, 和田 美智子, 奥田 亜紀子,
住友 理浩, 高尾 由美, 高倉 賢二 (国立病院機構京都医療センター)

103. 「月経モリミナを伴う先天性腔閉鎖にジェノゲストを用いて長期的に待機しえた2例」

高岡 幸, 橋本 香映, 味村 和哉, 小林 栄仁, 福井 温, 馬淵 誠士, 上田 豊,
澤田 健二郎, 富松 拓治, 吉野 潔, 木村 正 (大阪大学)

[第3会場 会議室A]

産科-9 (9:00~9:50)

座長：近藤 英治

104. 「臍帯潰瘍からの大量失血により児貧血となった胎児小腸閉鎖の1例」

塩見 真由, 遠藤 誠之, 柿ヶ野 藍子, 松本 有里, 松崎 慎哉, 高田 友美,

熊澤 恵一, 木村 正

(大阪大学)

105. 「胎児期に羊水過多を呈したApert症候群の画像診断の検討」

志村 光揮¹⁾, 沖村 浩之¹⁾, 青山 幸平¹⁾, 辻 哲朗¹⁾, 野口 敏史¹⁾, 松井 史裕²⁾

(京都府立医科大学附属北部医療センター¹⁾, 同小児科²⁾)

106. 「経過が順調であると判断されていたが急激に重篤な胎児の合併症をきたした一絨毛膜二羊膜(MD)双胎の特徴」

川口 晴菜, 石井 桂介, 武藤 はる香, 馬淵 亜希, 山本 亮, 金井 麻子,

林 周作, 光田 信明

(大阪府立母子保健総合医療センター)

107. 「胎盤のエコー輝度の差によってTAPSが疑われたLate-pretermの一絨毛膜二羊膜双胎の管理経験」

馬淵 亜希, 石井 桂介, 林 周作, 金川 武司, 光田 信明

(大阪府立母子保健総合医療センター)

108. 「一卵性の二絨毛膜二羊膜双胎妊娠で、両児が軟骨無形成症であった症例」

李 享相¹⁾, 瀧内 剛¹⁾, 遠藤 誠之¹⁾, 柿ヶ野 藍子¹⁾, 松本 有里¹⁾, 高田 友美¹⁾,

松崎 慎哉¹⁾, 熊澤 恵一¹⁾, 夫 律子²⁾, 木村 正¹⁾

(大阪大学¹⁾, クリフム夫律子マタニティクリニック臨床胎児医学研究所²⁾)

産科-10 (10:00~11:00)

座長：野口 敏史

109. 「当院で経験した癒着胎盤による胎盤遺残の2症例」

公森 摩耶, 田中 和東, 岡田 麻美, 札幌 恵, 松木 厚, 西本 幸代, 梶谷 耕二,

中村 博昭, 中本 収

(大阪府立総合医療センター総合周産期母子医療センター)

110. 「経陰分娩後に嵌入胎盤が疑われ子宮動脈塞栓術が奏功した1例」

所 伸介, 竹川 哲史, 木下 由之, 初田 和勝

(近江八幡市立総合医療センター)

111. 「既往帝王切開の稽留流産において嵌入胎盤と診断された1例」

松尾 精記, 奥田 知宏, 山本 櫻, 山下 貞雄

(市立福知山市民病院)

112. 「異なる経過をたどった嵌頓子宮の3例」

植村 遼, 柳井 咲花, 和田 夏子, 片山 浩子, 羽室 明洋, 三杵 卓也,

橘 大介, 古山 将康

(大阪市立大学)

113. 「Ultrasound-Indicated Cerclageを行った既往自然早産・中期流産妊婦の分娩時期と早産リスク因子の検討」

稲富 絢子, 林 周作, 川村 裕士, 山本 亮, 石井 桂介, 光田 信明

(大阪府立母子保健総合医療センター)

114. 「非典型的な臨床経過を辿った不全子宮破裂の1例～臨床症状発現機序の考察～」

徳田 妃里, 飯塚 徳昭, 福岡 泰教, 西川 茂樹, 浅野 正太, 小寺 知揮,
松木 理薫子, 細野 佐代子, 柴田 貴司, 加藤 大樹, 中後 聡, 大石 哲也,
小辻 文和 (高槻病院)

婦人科-13 (14:00～14:50)

座長: 松村 謙臣

115. 「子宮頸癌に対する術前化学療法としてネダプラチン・パクリタキセル (NDP+PTX) 療法が有用であった2症例」

金森 玲, 実森 万里子, 橋村 茉莉子, 田中 江里子, 梅田 杏菜, 細井 文子,
数見 久美子, 宮西 加寿也, 山本 敏也 (堺市立総合医療センター)

116. 「当院における過去5年間の子宮頸部円錐切除症例の検討」

福山 真理, 加藤 聖子, 栗原 甲妃, 谷垣 佳子, 南川 麻里, 岡島 京子,
山本 彩, 衛藤 美穂, 福岡 正晃, 藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

117. 「子宮頸部円錐切除前後の病理組織診断の一致率」

小柴 寿人, 大谷 真弘, 菅原 拓也, 秋山 誠, 本山 敏彦
(パナソニック健康保険組合 松下記念病院)

118. 「子宮頸部胃型腺癌の2症例」

奥 幸樹, 蝦名 康彦, 鈴木 嘉穂, 宮原 義也, 森田 宏紀, 山田 秀人
(神戸大学)

119. 「子宮頸癌IB・II期症例における治療成績の検討～手術・放射線療法の比較～」

今福 仁美, 蝦名 康彦, 鈴木 嘉穂, 若橋 宣, 宮原 義也, 森田 宏紀,
山田 秀人 (神戸大学)

婦人科-14 (15:00～16:00)

座長: 榎木 晋

120. 「治療に難渋した子宮筋腫核出術後MRSA敗血症の1例」

岩見 州一郎, 徳重 悠, 池田 亜貴子, 川田 悦子, 邨田 裕子, 高松 士朗,
寒河江 悠介, 吉水 美嶺, 野々垣 多加史 (大阪赤十字病院)

121. 「外陰炎を契機に単純ヘルペス髄膜炎を来した1例」

近藤 直子, 岡田 十三, 成田 萌, 宮地 真帆, 高橋 良輔, 水野 祐紀子,
山崎 友維, 大木 規義, 安田 立子, 稲垣 美恵子, 村越 誉, 本山 覚,
吉田 茂樹 (千船病院)

122. 「腹腔鏡下子宮体癌術後に胸腹水貯留を伴うGemella morbillorumによる菌血症を認めた1例」

藤川 恵理¹⁾, 三好 愛¹⁾, 河田 真由子¹⁾, 中島 文香¹⁾, 西村 真唯¹⁾,
田中 あすか¹⁾, 金尾 世里加¹⁾, 竹田 満寿美¹⁾, 宮武 崇¹⁾, 三村 真由子¹⁾,
長松 正章¹⁾, 荻田 和秀²⁾, 横井 猛¹⁾
(泉州広域母子医療センター市立貝塚病院¹⁾ りんくう総合医療センター²⁾)

123. 「不妊治療中に発症したPyomyomaの1例」

柳川 真澄, 前田 裕斗, 山添 紗恵子, 日野 麻世, 松林 彩, 宮本 泰斗,
林 信孝, 小山 瑠梨子, 大竹 紀子, 富田 裕之, 上松 和彦, 池田 裕美枝,
青木 卓也, 今村 裕子, 星野 達二, 吉岡 信也
(神戸市立医療センター中央市民病院)

124. 「診断が困難であった結核性腹膜炎を合併した性器結核の1例」

中村 雅子, 張 波, 杉本 澄美玲, 生駒 直子, 若狭 朋子, 金山 清二,
大井 豪一 (近畿大学医学部奈良病院)

125. 「腹腔鏡下腹膜生検の迅速病理診断により診断できた結核性腹膜炎の1例」

横江 巧也, 木戸 健陽, 佛原 悠介, 村田 紘未, 溝上 友美, 吉村 智雄,
北 正人, 岡田 英孝 (関西医科大学)

[第4会場 会議室B]

婦人科-15 (14:00~14:50)

座長: 佐道 俊幸

126. 「市中病院における思春期外来の現状」

橋本 (矢田) 奈美子, 田中 雄介, 尾上 昌世, 増田 久美, 矢野 悠子, 八田 幸治,
高山 敬範, 吉見 佳奈, 大塚 博文, 佐伯 典厚, 藤田 征己, 船渡 孝郎
(日本生命済生会付属日生病院)

127. 「不妊外来で経験した子宮体癌の2症例」

脇本 裕^{1,3)}, 小林 眞一郎¹⁾, 小高 晃嗣²⁾, 水谷 靖司²⁾, 玉井 華子³⁾,
上東 真理子³⁾, 加藤 徹³⁾, 柴原 浩章³⁾
(Kobaレディースクリニック¹⁾, 姫路赤十字病院²⁾, 兵庫医科大学³⁾)

128. 「子宮筋層に発生した子宮体部類内膜腺癌の1例」

和田 あずさ¹⁾, 福岡 寛子¹⁾, 尹 純奈¹⁾, 宮本 真由子¹⁾, 木瀬 康人¹⁾,
大八木 知史¹⁾, 坪内 弘明¹⁾, 福田 綾¹⁾, 筒井 建紀¹⁾, 小林 栄仁²⁾, 上田 豊²⁾,
木村 正²⁾ (地域医療機能推進機構大阪病院¹⁾, 大阪大学²⁾)

129. 「GLIF療法が著効したタキサン・プラチナ抵抗性子宮体癌の2例」

横井 恵理子, 上田 豊, 中川 慧, 味村 和哉, 橋本 香映, 小林 栄仁, 福井 温
馬淵 誠士, 澤田 健二郎, 富松 拓治, 吉野 潔, 木村 正 (大阪大学)

130. 「直腸および子宮体部に浸潤したダグラス窩原発扁平上皮癌の1例」

土橋 裕允, 佐々木 浩, 前田 和也, 芦原 敬允, 兪 史夏, 藤原 聡枝,
田中 智人, 田中 良道, 恒遠 啓示, 寺井 義人, 大道 正英 (大阪医科大学)

一般講演抄録

近産婦学会 HP 一般講演抄録閲覧
ID kinsanpu
パスワード kinsanpu

1

もやもや病合併妊娠の分娩管理：過去 20 年間の検討

京都大学

稲山嘉英、近藤英治、伊尾紳吾、濱西潤三、杉並興、千草義継、谷洋彦、馬場長、小西郁生

【目的】もやもや病では血圧変動や過呼吸で脳出血や脳梗塞等の血管イベントが惹起されるが、最適な分娩様式は確立していない。そこで当院におけるもやもや病合併妊娠の分娩管理を検討した。【方法】1997 年 2 月・2016 年 1 月に当院で経験したもやもや病合併妊娠の患者背景、分娩様式、分娩中の血圧変動や脳血管イベントについて診療録より後方視的に検討した。本研究は倫理委員会の承認を得て行った。【結果】期間内に 18 人 27 分娩を認めた。発症時期は 10 歳未満 5 人、10 歳以上 20 歳未満 3 人、20 歳以上 10 人で、発症形式は出血発作 2 人、虚血発作 16 人であった。14 人は血行再建術後であった。14 例は帝王切開分娩、13 例は経膈分娩(うち 12 例は硬膜外麻酔使用)であった。硬膜外無痛分娩は帝王切開分娩と比較して分娩中の血圧変動幅が有意に小さかった(35.0mmHg versus 47.5mmHg, $p=0.036$)。自験例では分娩中に重篤な脳血管イベントは認めなかった。【結論】もやもや病合併妊娠では、硬膜外麻酔を用いて安全に経膈分娩することが可能である。

2

当院でのサラセミア合併妊娠について

日本パプテスト病院

山口綾香、矢内晶太、松本有紀、亀井沙織、藤田浩平

【緒言】我々は本邦で稀なサラセミア合併妊娠を 2 年間に 3 例経験したため報告する。【症例 1】34 歳 1 経産婦、中国南部出身、初期検査で Hb 7.3、MCV 71.5 であり、遺伝子検査で β サラセミアであった。妊娠 20 週に Hb6.8 まで低下したが、その後も輸血なしで満期に既往帝王切開にて帝王切開で 3020g の女児を Ap9/9 で娩出した。【症例 2】25 歳初産婦、米国出身、初期検査で Hb 10.8、MCV 69.1 であり、遺伝子検査で β サラセミアであった。Hb の最低値は 9.7 (22 週) であった。満期に骨盤位のため帝王切開で 3010g の男児を Ap10/10 で娩出した。【症例 3】23 歳初産婦、エジプト出身、初期検査で Hb 10.3、MCV 56.4 であった。遺伝子検査は希望せず、血液塗抹標本と HbF の上昇から、 β サラセミア疑いであった。Hb 最低値は 9.2 (27 週) であった。満期に 3642g の女児を Ap8/10 で経膈分娩した。【結論】全例輸血を要さず、胎児貧血も認めなかったが、時には児に致死的な貧血を生じることがあるため、サラセミア合併妊娠について理解する必要がある。

3

子宮頸部静脈瘤合併妊娠の 1 例

京都市立病院

舟木紗綾佳、秋山 誠、森崎秋乃、大井仁美、井上 基、坪内万祐子、山田義治、山本浩之、藤原葉一郎

妊娠中の子宮頸部静脈瘤は稀である。それらは繰り返す性器出血や分娩時の大出血の原因となり、妊娠分娩管理には注意を要する。妊娠中に性器出血を来した子宮頸部静脈瘤の 1 例を経験したので報告する。症例は 30 歳、初産婦、妊娠 31 週に繰り返す性器出血と貧血の増悪のため紹介受診となった。診察上、腔鏡診で活動性の性器出血を認め、経膈超音波カラー Doppler 法で子宮頸部後壁に拡張血管を認めたため子宮頸部静脈瘤合併妊娠と診断した。胎児心拍モニターと腹部超音波検査で異常所見を認めなかった。入院安静、ガーゼパッキング、塩酸リトドリン点滴で以降の性器出血を認めず。妊娠 37 週 1 日、選択的帝王切開術施行、3130g 男児 アプガースコア 8/10 点で出生した。児娩出後、子宮頸管内部からの出血を認めたため子宮内バルーンを留置し止血を確認した。総出血量 1130ml だった。術後 9 日目の経膈超音波検査所見で子宮頸部静脈瘤は消失していた。妊娠中に性器出血を繰り返す場合、子宮頸部静脈瘤合併妊娠も念頭に置く必要がある。

4

妊娠後期に発症した卵巣チョコレート嚢胞茎捻転の1例

公立甲賀病院

田中佑治、永坂万友子、高橋真理子、小林 昌

子宮内膜症性嚢胞の茎捻転は稀である。また妊娠後期の急性腹症の診断は時に困難である。今回我々は妊娠後期に発症した卵巣チョコレート嚢胞の茎捻転の1例を経験したため報告する。症例は41歳1経産。妊娠32週急性腹症にて当院救急搬送となり、症状・画像検査より卵巣チョコレート嚢胞の破裂もしくは茎捻転として入院管理となった。鎮痛薬で疼痛コントロール施行、超音波にて定期的に卵巣のサイズと血流、腹腔内や子宮内病変の出現がないか、NSTにて胎児の状態を経過観察したが疼痛と子宮収縮は徐々に悪化しコントロール不能となり妊娠34週帝王切開分娩併施の試験開腹術となった。右卵巣は捻転していたが捻転を解除すると血色は良く、腫瘍核出術を施行した。妊娠中の急性腹症は診断が困難であるがチョコレート嚢胞では破裂に加え捻転の可能性も考慮すべきである。管理法としては妊娠週数を考慮し待機の方針した場合は定期的に卵巣血流や胎児の評価を行うことで母児ともに安全な分娩が可能と考えられた。

5

巨大気管支動脈瘤合併妊娠の1例

大阪大学¹、同放射線科²、同呼吸器外科³福田弥生¹、松本有里¹、東原大樹²、新谷 康³、柿ヶ野藍子¹、高田友美¹、松崎慎哉¹熊澤恵一¹、香山晋輔¹、遠藤誠之¹、木村 正¹

【背景】気管支動脈瘤は稀ではあるが、破裂により出血性ショックとなり致死的な経過を辿り得る疾患である。気管支動脈瘤合併妊娠は渉猟した限り過去に報告がない。最大径38mm大の巨大気管支動脈瘤を合併しながらも、妊娠、出産に至った非常に稀な症例を経験したので報告する。【症例】39歳、1回経妊0回経産。34歳時に健診にて胸部レントゲンの異常陰影を指摘され、精査により最大径38mm大の巨大気管支動脈瘤を含む多発気管支動脈瘤と診断された。39歳時に自然妊娠。妊娠経過中、血流の増加や血圧上昇による動脈瘤の増大や破裂が危惧されたが、血圧の上昇はなく、動脈瘤の増大や破裂を認めず経過した。分娩時の劇的な血流変化や血圧変化による破裂の可能性と破裂時の対応を考慮し、妊娠37週3日に選択的帝王切開術を行い、術中、分娩後とも合併症なく児を分娩し得た。【結論】巨大気管支動脈瘤合併妊娠において可能な限りの対策を行い、母子ともに無事に経過し生児を得た非常に稀な症例であり、経過の報告および文献的考察を行いたい。

6

妊娠中に発症したネフローゼ症候群の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター

浅見夕菜、佐藤 浩、矢野絃子、城玲央奈、種田健司、酒井理恵、今井更衣子、川原村加奈子、田口奈緒、鈴木尚子、廣瀬雅哉

【緒言】妊娠中のネフローゼ症候群の発症率は、全妊婦の0.01～0.02%と稀である。治療方針の決定には妊娠高血圧腎症との鑑別が重要である。今回、妊娠中に初めて発症したネフローゼ症候群の1例を経験したので報告する。【症例】30歳、1回経産婦。前回妊娠分娩経過を含めて現在まで特記すべき既往疾患なし。前医で妊娠の診断を受け、妊婦健診を受けており異常は指摘されていなかった。妊娠24週頃より尿量減少、浮腫を自覚し、妊娠25週に前医を受診。尿蛋白4+、急激な体重増加を認め、精査加療目的に当科紹介となった。血圧は正常、尿潜血陰性、血清アルブミンは0.7g/dl、高コレステロール血症を認め、尿蛋白は12g/dayであった。ネフローゼ症候群の診断で早期寛解導入目的にステロイドパルス療法を開始した。治療開始後20日で完全寛解となり、妊娠継続中である。【結語】妊娠中に重症の蛋白尿を認めた際には、稀ではあるが、治療が奏功すれば妊娠の継続が可能なネフローゼ症候群の可能性も考え、治療の可否を検討していく必要がある。

7

胎児甲状腺機能亢進症を来した TRAb 著明高値パセドウ病合併妊娠の 1 例

神戸大学

上中美月、出口雅士、豊永絢香、小嶋伸恵、平久進也、篠崎奈々絵、森實真由美、
谷村憲司、西田浩輔、森岡一朗、吉田健一、高橋 裕、山田秀人

34 歳、4 経妊 4 経産。20 歳より抗甲状腺薬によるパセドウ病治療を受けていた。放射性ヨード治療、手術歴はない。第 3 子は新生児パセドウ病、第 4 子出産時に甲状腺クリーゼをきたした。第 5 子妊娠時も甲状腺機能は管理不十分で、経過中に抗甲状腺薬を漸増したが、27 週より胎児頻脈、甲状腺腫大を認めた。抗甲状腺薬のさらなる増量により、母体は機能低下状態となったが、胎児心拍数は正常化し、週数相当の発育を認めた。羊水過多は認めなかった。児の成長とともに甲状腺も増大したが、超音波検査で気管閉塞は認めなかった。35 週 6 日に陣痛発来し反復帝王切開術を施行、児は 2604g(+0.3SD)で出生後すぐに啼泣した。日齢 3 より甲状腺機能亢進症を認め抗甲状腺薬と β 遮断薬による治療を開始、生後 6 か月で TRAb は陰性化し抗甲状腺薬を中止した。本症例の母体は T3 優位型で TRAb 著明高値であったため管理に苦慮したが、胎児心拍数を指標に抗甲状腺薬の調整をおこなうことで、胎児心不全を来すことなく、妊娠管理が可能であった。

8

第 2 子妊娠時に深部静脈血栓症を契機に初めて診断された AT 欠乏症合併妊娠の 1 例

和歌山県立医科大学

松下彩葉、城 道久、太田菜美、馬淵泰士、八木重孝、南 佐和子、井篁一彦

アンチトロンビン（以下 AT）欠乏症は日本人に多く非妊時は症状が無い場合も多い。初産時は異常無く 2 回目の妊娠時に深部静脈血栓症の発症を契機に初めて診断された AT 欠乏症の経産婦の 1 例を経験し報告する。28 歳 1 回経妊 1 回経産で、既往歴・家族歴共に血栓形成素因無く前回の妊娠経過は問題なし。妊娠初期より悪阻が持続していた。妊娠 13 週 2 日に左下肢の疼痛・腫大を自覚し精査のため当院へ紹介。腓腹筋周囲径は右：27cm、左：31cm で、左下肢の熱感・硬結を認めた。血液検査で D-Dimer：14.03 μ g/mL、AT 活性：63%、下肢超音波検査で左総腸骨静脈より末梢側に連続性に血栓を認めた。心電図、心エコー検査で異常は認めなかった。入院後未分画ヘパリンおよび AT 製剤の点滴を行い、血栓が器質化した段階でヘパリン Ca の自己注射および AT 製剤の定期補充に変更し、AT 活性は 40~50%で推移し妊娠継続中である。稀に分娩後に AT 活性が正常化する例も報告されており、出産後に評価を行う予定である。

9

妊娠中のクームス陰性 AIHA 発症を契機に診断された関節リウマチ合併妊娠の 1 例和歌山県立医科大学¹⁾、同血液内科学教室²⁾、同皮膚科学教室³⁾城 道久¹⁾、小畑裕史²⁾、池田高治³⁾、馬淵泰士¹⁾、八木重孝¹⁾、南 佐和子¹⁾園木孝志²⁾、古川福実³⁾、井篁一彦¹⁾

自己免疫疾患がクームス陰性 AIHA（自己免疫性溶血性貧血）を契機に診断される場合があるが、妊娠中に発症・診断される例は稀である。症例は 32 歳 1 経妊 0 経産で、妊娠 19 週 4 日に Hb：5.3g/dl の著明な貧血を指摘され当院紹介。LDH：3424IU/L、T-Bil：2.1mg/dl、D-Bil：0.2mg/dl、ハプトグロビン：感度以下と溶血性貧血の所見を認め、精査の結果クームス陰性 AIHA と診断。輸血療法を行ったが AIHA は 2 週間で自然軽快した。AIHA の精査で抗核抗体：320 倍、抗 SS-A 抗体：240U/mL 以上が判明し AIHA 軽快後より関節痛を認め、精査の結果関節リウマチと診断。妊娠中は PSL：5mg/day を内服し児は AV-Block を認めなかった。妊娠 40 週 5 日に 2891g の女児を Apgar 9/10 点で経膈分娩となった。分娩後に関節リウマチが増悪し現在は抗リウマチ薬（サルファ剤、MTX）を導入している。

10

子宮の高度ひ薄化と弛緩出血を認め、子宮摘出を要した SLE 合併妊娠の 1 例

大阪赤十字病院

徳重 悠、池田亜貴子、川田悦子、高松士朗、邸田裕子、吉水美嶺、寒河江悠介

岩見州一郎、野々垣多加史

SLE 合併妊娠は FGR や PIH の発症率が上昇し、妊娠、産褥期に慎重な管理が必要となる。今回、子宮の高度ひ薄化と弛緩出血を認め、子宮摘出を要した SLE 合併妊娠の 1 例を経験したので報告する。患者は 35 歳、初産婦。SLE 寛解中に IVF-ET で妊娠が成立。妊娠中は PSL15mg/day にて寛解状態を保った。妊娠 39 週 0 日に血圧上昇と下腹部痛で来院し、採血で AST 上昇と血小板低下を認め、NST で頻脈と variability の低下を認めた。PIH と診断し、翌日よりアトニンによる分娩誘発を開始するも子宮収縮を得られず、採血異常所見の増悪を認めた為、同日緊急帝王切開術を施行した。児娩出までは問題なく施行も、児娩出後の子宮筋層は子宮漿膜面から子宮内の術者の手袋が透見出来るほどのひ薄化を認めた。子宮は収縮不良であり、胎盤剥離後に B-Lynch suture や子宮収縮剤を用いても収縮は認められなかった。その後 shock vital となり、出血多量の為、子宮摘出にて止血を得た。児は 2742g、Ap8/6 点、新生児遷延性肺高血圧症で数日の呼吸管理を要したが以後経過良好、母体も術後良好に経過した。

11

Trousseau 症候群の発症を契機に診断された進行胃癌合併妊娠の 1 例

兵庫県立尼崎総合医療センター

城玲央奈、矢野紘子、佐藤 浩、浅見夕菜、種田健司、酒井理恵、今井更衣子、川原村加奈子

田口奈緒、鈴木尚子、廣瀬雅哉

Trousseau 症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固能亢進で脳梗塞を起こす病態として知られている。今回我々は妊娠 30 週で多発脳梗塞を発症し、進行胃癌に併発した Trousseau 症候群と診断し帝王切開を行った症例を経験した。症例は 34 歳の 1 経産で近医にて妊婦健診を受け、数か月前より背部痛や食欲低下を自覚していた。妊娠 30 週 2 日に意識障害、下肢脱力、呂律不良で当院へ救急搬送された。来院時左重度片麻痺や構音障害があり、MRI で中大脳動脈領域を中心に多発脳梗塞を認めた。DIC 傾向で血栓溶解療法の適応なくヘパリンで治療を開始。脳梗塞の原因精査のための CT で転移性肝腫瘍、肺腫瘍、多発リンパ節転移、胃壁肥厚を認め上部消化管内視鏡で胃癌病変を確認し、進行胃癌による Trousseau 症候群と診断した。胎児は週数相当の発育で well-being の状態であった。全身状態の急速な悪化が予測されたため妊娠 30 週 5 日に全身麻酔下で 1498g の男児を帝王切開分娩した。術後は児への面会を含めた緩和治療を行い術後 14 日目に死亡退院となった。

12

児に内蔵逆位を合併した Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の 1 例

国立循環器病研究センター

大門篤史、釣谷充弘、澤田雅美、上田優輔、堀内 縁、三好剛一、神谷千津子、岩永直子、根木玲子、吉松 淳

今回、児に内蔵逆位を合併した Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の一例を経験したので、報告する。症例は、28 歳、初産婦で自然妊娠成立。生下時より左臀部から足底部まで血管腫を認め、Klippel-Trenaunay-Weber 症候群の診断されている。妊娠 7 週時に下肢血管腫部位の疼痛増強を認め、周産期管理目的に当科へ紹介となり、精査目的に緊急入院とした。入院時、D-dimer 63.1UG/ml と異常高値であり、深部静脈血栓症 (DVT) を疑い精査を行ったが、DVT は指摘されなかった。炎症反応も軽度上昇しており、下肢血管腫部位の血管炎と判断し、弾性ストッキングの着用と点滴補液を開始した。その後下肢の疼痛は改善し、D-dimer が低下傾向のため、退院となった。妊娠 19 週時に児に内蔵逆位を指摘されたが、明らかな心構築異常は認めなかった。妊娠 29 週時に左下肢疼痛の増悪を認め、D-dimer が上昇傾向のため、再入院となったが、DVT は認めず、安静のみで症状は改善した。その後は下肢痛の増悪認めず、妊娠継続中となっている。今回、D-dimer の異常高値を示した Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の一例を文献的考察も含め報告する。

13

D-dimer の異常高値を示した Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の 1 例

国立循環器病研究センター

大門篤史、釣谷充弘、澤田雅美、上田優輔、堀内 縁、三好剛一、神谷千津子、岩永直子、根木玲子、吉松 淳

今回、D-dimer の異常高値を示した Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の一例を経験したので、報告する。症例は、28 歳、初産婦で自然妊娠成立。生下時より左臀部から足底部まで血管腫を認め、Klippel-Trenaunay-Weber 症候群の診断されている。妊娠 7 週時に下肢血管腫部位の疼痛増強を認め、周産期管理目的に当科へ紹介となった。D-dimer 63.1UG/ml と異常高値であり、深部静脈血栓症（DVT）を疑い精査を行ったが、DVT は指摘されなかった。炎症反応も軽度上昇しており、下肢血管腫部位の血管炎と判断し、弾性ストッキングの着用と点滴補液を開始した。その後下肢の疼痛は改善し、D-dimer が低下傾向となり外来管理となった。妊娠 19 週時に児に内蔵逆位を指摘されたが、明らかな心構築異常は認めなかった。妊娠 29 週時に左下肢疼痛の増悪、D-dimer が上昇傾向のため、再入院となったが、DVT は認めず、安静のみで症状は改善した。その後は下肢痛の増悪認めず、妊娠継続中となっている。今回、D-dimer の異常高値を示した Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の一例を文献的考察も含め報告する。

14

分娩後、発作性夜間ヘモグロビン尿症（PNH）を合併した骨髓異形成症候群（MDS）合併妊娠の 1 例

奈良県立医科大学

鹿庭寛子、成瀬勝彦、佐々木義和、長安実加、常見泰平、佐道俊幸、小林 浩

MDS は造血幹細胞の質的異常により血球産生の異常が起こる疾患で、PNH は補体介在性の溶血、血栓症、骨髓不全を 3 主徴とする疾患である。両者は稀に相互移行することが知られている。今回、分娩後に高度溶血と急性腎不全を呈し、PNH と診断した MDS 合併妊娠の症例を経験したので報告する。症例は 31 歳、経産婦、前医にて MDS 合併妊娠で管理していたが、血小板の低下と血圧上昇を認め、当院搬送となった。PIH が増悪するため 35 週 5 日で帝王切開を施行した。術後、肉眼的血尿を認め、さらに乏尿が持続するために血液透析を開始した。その後血小板減少や血尿の増悪、破碎赤血球が出現したため血栓性微小血管症を疑いステロイド投与や血漿交換を行った。並行して溶血性疾患の精査を行ったところ PNH 型血球が検出されたため PNH と診断した。診断確定するころには溶血は改善しており eculizumab の投与せず、退院となった。MDS などの骨髓不全症合併妊娠では PNH の合併も念頭におかなければならない。

15

心不全を合併した頭蓋外先天性動静脈奇形合併妊娠の 1 例

大阪大学

山田光泰、柿ヶ野藍子、松本有里、高田友美、松崎慎哉、熊澤恵一、香山晋輔、遠藤誠之

先天性動静脈奇形（AVM）は巨大病変を形成した場合、心負荷増大を来し心不全となることがある。AVM 病変は妊娠中に発達し、母体の循環動態に影響を及ぼすことがある。妊娠に合併した頭蓋外 AVM の報告は珍しく、特に心不全を来すような重症例の報告は数例しかない。我々は、頭蓋外 AVM 病変を有し、心不全を合併した妊婦に対し妊娠初期より厳密な管理を行い、良好な経過を辿った症例を経験したので報告する。症例は 37 歳初産婦。右下肢に先天性 AVM を有しており、8 歳時に右下腿壊死のため右下腿切断術を行った。成人後、断端潰瘍からの繰り返す出血、病変増大に伴う高拍出性の心不全（NYHA I 度）をきたしていたが、妊娠初期の心機能は良好であった。妊娠経過を通じて心機能増悪は認めず、BNP の最高値は 340pg/ml であった。硬膜外麻酔併用下で妊娠 37 週で分娩誘発を行い、経陰分娩となった。児に異常は認めず、母体も産褥に心機能の増悪無く経過している。重症度の高い AVM は母体、胎児に重大な影響を与える可能性があるため、厳密な周産期管理が必要と考える。

16

腹腔鏡下腔式子宮全摘術を安全に行うための子宮頸部処理法：cat ear 法

公立那賀病院

西 丈則、帽子英二、吉村康平

腹腔鏡下腔式子宮全摘術（TLH）においても手術合併症を極力回避する術式の工夫は重要である。TLH の子宮頸部処理時には、出血と尿路系損傷が大きな問題となる。この問題を解決すべく当科で行う組織の膜と層に重点を置いた頸部処理法（cat ear 法）を提示する。[手術手技]頸部処理前に広間膜内で子宮動脈本幹を結紮する。その後、膀胱頸部腔と広間膜後葉を展開し、子宮両側壁の子宮動静脈周囲疎性結合組織を剥離し血管を露出する。腔円蓋部直上の子宮動静脈上行枝の 2 か所で尾側では血管のみをすくい取るように針糸をかけ結紮し、その間で血管を切断する。子宮血管束と頸筋層部の間には、剥離が容易な粗性結合組織の層が腔円蓋部を越えるまで認められる。尾側血管束断端を下方に軽く牽引、この層を明瞭化し、円蓋部を越えるまで剥離をすすめる。この処理により出血や尿路系損傷の可能性は低下し、子宮が摘出される。剥離処理された血管束は腔断端両側に「猫の耳」の様に立ち上がった組織（cat ear）として残る。

17

卵管卵巣膿瘍に子宮筋層内膿瘍を合併し、膿瘍破裂を来したが腹腔鏡下手術で治癒した 1 例

公益財団法人日本生命済生会付属日生病院

田中雄介、尾上昌世、増田公美、矢野悠子、八田幸治、高山敬範、吉見佳奈、大塚博文、

橋本奈美子、佐伯典厚、舩渡孝郎、藤田征巳

【諸言】卵管卵巣膿瘍は生殖可能年齢の女性に好発し、手術が必要な例も多い。今回、子宮筋層内膿瘍を合併した卵管卵巣膿瘍で、抗菌薬治療中に膿瘍破裂を来したが、腹腔鏡下手術により治癒した一例を経験したため、報告する。【症例】65 歳、5 経産 3 経妊。閉経 52 歳。下腹部痛を主訴に近医内科受診。抗菌薬投与も改善なく、近医産婦人科受診し骨盤腹膜炎の診断で当科紹介。CT で卵管卵巣膿瘍疑われ、MRI で子宮筋層内への膿瘍浸潤も疑われた。抗菌薬治療開始したが下腹部痛増悪を認め、膿瘍破裂を疑い腹腔鏡下子宮全摘及び両側付属器切除術を実施した。術後経過は良好であった。【考察】卵管卵巣膿瘍破裂が疑われたが、全身状態は安定していた。高度の腹腔内癒着が疑われる症例であったが、全腹腔鏡下に手術を実施し、術後経過も良好であった。一方で、卵管卵巣膿瘍破裂により敗血症性ショックを来した例も報告されており、手術時期や手術方法については慎重に決定する必要があると考える。

18

茎捻転後に高度の腹腔内癒着を来した卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下手術を施行した 1 例

大阪暁明館病院

吉田昭三、大野木 輝

症例は 55 歳、5 経妊 3 経産、52 歳閉経。1 カ月前より右下腹部痛を自覚していたが特に医療機関を受診する事なく様子を見ていた。下腹部痛が急激に増悪し当院救急外来に受診したところ腹部単純 CT にて下腹部に大きな嚢胞性腫瘍を認めたため当科に紹介となった。初診時、上極が臍上二横指に達する腹部腫瘍を認め、可動性は極めて不良であった。腹部エコーでは内部に不整な構造を伴う嚢胞性腫瘍として描出された。造影 MRI 検査では腫瘍壁の肥厚を認めたが内部構造は造影にて濃染せず、茎部の画像所見から卵巣腫瘍茎捻転が疑われた。腹腔鏡を行ったところ腫瘍はうっ血が著明で腹壁や大網、腸管と広範囲に癒着していた。これらを逐次剥離したところ捻転部が確認でき、付属器摘出術を行った。術後の病理組織検査では高度にうっ血、変性、壊死をきたしていたが、明確な悪性像はなかった。術後経過は良好で術後 4 日目で退院となった。卵巣腫瘍茎捻転は捻転後時間が経過すると炎症により周辺組織と癒着することがある。画像所見と合わせて報告する。

19

子宮頸癌 stage I A2 に対して 5mm 軟性鏡と細径鉗子を用いて 骨盤リンパ節郭清を含む腹腔鏡下準広汎子宮全摘術を施行した 1 例

大阪労災病院

直居裕和、八木茉莉、八木一暢、白石真理子、奥野幸一郎、栗谷健太郎、渡辺正洋
尾崎公章、志岐保彦

腹腔鏡下広汎子宮全摘術は 2014 年 12 月から先進医療として認可され、当院でも腫瘍の最大径が 4 cm 以下で遠隔転移がないという条件を満たす症例に関して腹腔鏡下手術による治療を開始している。今回、子宮頸癌 stage I A2 に対して 5mm 軟性鏡と細径鉗子を用いて低侵襲で整容面にも優れた腹腔鏡下手術を施行した一例を経験したのでこれを報告する。症例は 39 歳 3 経産で帝王切開術の既往が 3 回ある女性、子宮頸部円錐切除術後の病理結果が MIC width 3.3mm depth 3.9mm であり腹腔鏡下手術を施行の方針となる。臍部に 5mm 軟性鏡を配置し、トロッカーはダイヤモンド式に右下腹部・下腹部正中は 5mm のトロカールを使用、左下腹部は End Relief を使用し、型通りに腹腔鏡下準広汎子宮全摘術及び両側骨盤リンパ節郭清術を施行した。細径鉗子は剛性や牽引力など劣る点はあるが、このような困難な手術に関してもその利点を活かして使用することが可能であると考ええる。

20

当院で子宮内膜ポリープと診断し子宮鏡下手術施行され、 術後病理結果が子宮内膜癌と判明した症例の検討

大阪労災病院

直居裕和、八木茉莉、八木一暢、白石真理子、奥野幸一郎、栗谷健太郎、渡辺正洋
尾崎公章、志岐保彦

子宮内膜ポリープを子宮鏡下手術で摘出した場合に病理結果が悪性である確率は概ね 1%程度とされており、閉経後で不正性器出血を伴う場合は特に悪性のリスクが高いと考えられている。今回は当院で子宮内膜ポリープとの術前診断で子宮鏡下手術を施行した症例の中から病理結果が悪性であった症例に関して検討を加えて報告する。当院で 2007 年 1 月から 2015 年 12 月までに子宮内膜ポリープとの術前診断で子宮鏡下手術を施行した症例は 253 例であり、そのうち病理結果が悪性であった症例は 5 例 (1.9%) であった。悪性であった 5 症例に関して年齢は 32-42 歳であり全て未閉経であった。組織型はいずれも類内膜腺癌 G1 であり、治療に関しては子宮全摘術を含む手術を施行された症例が 3 例、高容量 MPA 療法を施行した症例が 2 例であった。術前の超音波・MRI 等の画像検査の特徴や異型血管を認めた子宮鏡下手術施行時の画像を紹介し、これらの悪性症例に関して検討する。

21

ベバシズマブ併用維持療法により長期生存しえた多剤抵抗性再発卵巣癌の 1 例

京都府立医科大学

川俣まり、森 泰輔、黒星晴夫、笹本香織、古株哲也、明石京子、松島 洋、辰巳 弘、北脇 城

ベバシズマブ (BEV) 併用維持療法により長期間生存しえた多剤抵抗性再発卵巣癌症例を経験したので報告する。症例は 65 歳、2 経妊 2 経産。40 歳時に子宮筋腫を指摘され、単純子宮全摘術施行。腹水貯留・腹膜播種を認め、試験開腹術施行。卵巣原発粘液性腺癌、pT3cNxM0、Stage IIIC (FIGO1988) と診断。術後療法として dose-dense TC 療法を 6 サイクル施行するも PFI5 カ月で骨盤内に再発した。その後、ゲムシタビン、リボソーマルドキソルビシン、イリノテカン、カルボプラチン単剤療法を投与するもそれぞれ 2-8 サイクル後に腹水増加および骨盤内再燃を来した。十分なインフォームドコンセントを行った上で、パクリタキセル+BEV 療法 (PTX: 80 mg/m², q1week, BEV: 15mg/kg, q3weeks) を施行したところ、腹水は著明に減少し再発播種病巣は制御しえた。現在 BEV 治療開始後 1 年 9 ヶ月経過 (BEV22 サイクル中)、担癌生存している。

22

【取り下げ】

23

術前に卵巣上皮性悪性腫瘍が疑われた骨盤内 Hemangiopericytoma の1例市立吹田市民病院¹⁾、同病理診断科²⁾山上真祐子¹⁾、野田穂寿美¹⁾、荒木 梢¹⁾、根来英典¹⁾、大西洋子¹⁾、西崎孝道¹⁾、大石一人²⁾

Hemangiopericytoma は、血管周皮細胞を母地とする稀な腫瘍で、全身の様々な部位から発生する。今回我々は、偶発的に骨盤内に発見され、術前には卵巣上皮性悪性腫瘍を疑われた Hemangiopericytoma の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は51歳未経妊で、右乳癌の術前に施行された腹部造影CTにて、右卵巣に径3cm大の充実性腫瘍を指摘された。骨盤部造影MRIでは造影される充実性腫瘍を認め、右卵巣上皮性悪性腫瘍を疑われた。開腹したところ、両側卵巣は肉眼的に正常で、右円靱帯と思われる部分から発生する径4cm大の有茎性の分葉状腫瘍を認めた。腸管等の他臓器との連続性のないことを確認し腫瘍を摘出した。病理組織学的には、小型～大型血管と増生する紡錘形細胞を認めたが、核異型・核分裂像は目立たず、Hemangiopericytoma と診断された。

24

卵巣癌 pT1 期での系統的後腹膜リンパ節郭清の検討

関西ろうさい病院

大久保理恵子、小谷千紘、小野ひとみ、下地香乃子、村上淳子、中川美生、
鶴田智彦、田島里奈、堀 謙輔、伊藤公彦

【目的】系統的後腹膜リンパ節郭清(SL)を行った卵巣癌 pT1 期のリンパ節転移(LM)の頻度は粘液性腺癌で低いと報告されており、粘液性腺癌 pT1 期では SL の省略が考慮される傾向にある。SL 省略の際に必須となる術前画像評価での後腹膜 LM の診断精度を自験例で検討した。【方法】2002 年から 2015 年までに当科で治療した卵巣原発漿液性腺癌(S) 73 例、明細胞腺癌(C) 60 例、類内膜腺癌(E) 63 例、粘液性腺癌(M) 32 例の計 228 例を、後方視的に検討した。【結果】pT1 期 SL 例は S:5 例、C:28 例、E:13 例、M:7 例存在し、画像で LM が疑われたのは S:0 例、C:2 例、E:1 例、M:0 例であったが、病理組織学的に LM は C:1 例、M:2 例に認められ、C:1 例は術前画像診断可能であったが、M:2 例は診断不能であった。M の LM 画像診断精度は感度 0%、特異度 80%、陽性的中率 0%、陰性的中率 67%と低かった。【結論】pT1 期への SL 省略は慎重に判断すべきである。

25

産痛緩和における麻薬性鎮痛薬の有効性と安全性

尼崎医療生協病院

衣笠万里、三宅麻由、田村真希

【目的】産痛緩和における塩酸ペチジン・酒石酸レバロルフアン注射液（ペチロルフアン注射液：以下、ペチ注）の有効性と安全性を評価した。【方法】平成 17 年 1 月～27 年 8 月に当院で分娩時にペチ注を筋注投与した 151 例を対象として同薬剤の産痛緩和効果や母児に対する影響を調査した。【成績】ペチ注使用例のうち 93%が初産婦であり、72%が経陰分娩、28%が帝王切開術となっていた。一時的でも完全な除痛が得られた症例は 16%であり、鎮痛効果が不完全であっても短時間の休息がとれたか、緊張・不安の軽減が得られた症例は 71%であった。Apgar score 5 分値が 7 点未満の新生児はおらず、ペチ注による呼吸抑制が疑われた症例はなかった。次回妊娠時に当院で経陰分娩をおこなった 21 例中、再度ペチ注を要したのは 1 例のみであり、依存性・習慣性は認められなかった。【結語】ペチ注にはある程度の産痛緩和効果があり、適量を用いれば母児の健康を損なうことなく安全に使用できると考えられた。

26

早期子宮体癌に対し、5mm 軟性鏡と細径鉗子を用いて腹腔鏡下子宮摘出術を施行した症例

大阪労災病院

白石真理子、志岐保彦、八木茉莉、八木一暢、奥野幸一郎、直居裕和、栗谷健太郎、渡辺正洋
尾崎公章

子宮体癌の腹腔鏡下手術ではマニピュレーターの挿入が出来ないため、トロカールの挿入数が増加するのは避けられないことである。今回、細径鉗子を用いることで、より低侵襲で整容面に優れた腹腔鏡手術を施行した一例を報告する。症例は 48 歳未閉経、半年前からの不正出血のため近医を受診し、MPA10mg/日内服加療が反復されたが不正出血が持続し、2 度目の内膜細胞診にて類内膜腺癌を指摘され、紹介受診となった。術前の内膜生検は類内膜腺癌 G1 であった。臍部に 5mm 軟性鏡を、トロカールはダイヤモンド式および左上腹部の計 4 ヶ所に配置し、下腹部正中に 5mm のトロカールを使用し、そのほかはすべて End Relief を使用した。術中迅速検査は腹水細胞診 classIV、組織像類内膜腺癌 G2、IA であり、大網切除を必要としたが、トロカールの配置や鉗子の変更を行うことなく、大網を摘出することが可能であった。細径鉗子は剛性や牽引力など 5mm 鉗子に劣る点はあるが、適材適所に利用することで、細径鉗子の利点を引き出すことが可能と考える。

27

早期子宮体癌への腹腔鏡下手術の導入

愛仁会千船病院

村越 誉、大木規義、近藤直子、宮地真帆、成田 萌、水野祐紀子、高橋良輔、山崎友維
安田立子、稲垣美恵子、岡田十三、吉田茂樹

【目的】当院では子宮体癌進行期 Ia 期に対し、2015 年 2 月から腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術への施設基準を満たした後に腹腔鏡下手術を開始した。同年 12 月までに同手術を 6 例施行し、その手術成績を報告する。【方法】子宮体癌術前進行期 Ia 期、類内膜腺癌 G1 および G2 で経陰回収が可能と判断された症例を対象とした。基本術式は準広汎子宮全摘術および骨盤リンパ節郭清術としたが、患者の希望により 3 例は骨盤リンパ節郭清術を施行しなかった。ポート位置はダイヤモンド法に臍左上 1 孔を追加した 5 孔で行い、子宮マニピュレーターは使用しなかった。【結果】準広汎子宮全摘術および骨盤リンパ節郭清術の平均手術時間は 420 分（368-453 分）、平均出血量は 223g（200-250g）、リンパ節摘出平均個数は 31 個（22-40 個）であった。腸閉塞、感染、臓器損傷等の合併症や輸血症例はなかった。【考察】子宮体癌 Ia 期に対する腹腔鏡下手術では、手術時間は延長するが出血量が少なかった。今後、さらなる技術向上と治療成績の集積が必要である。

28

子宮体癌 I、II 期に対する腹腔鏡下子宮体癌根治術に関する臨床研究

大阪大学

小林栄仁、角田 守、味村和哉、橋本香映、福井 温、馬淵誠士、上田 豊、澤田健二郎、
富松拓治、吉野 潔、木村 正

【目的】本邦では子宮体癌に対する腹腔鏡下手術は傍大動脈リンパ節郭清が必要な場合には現保険制度下においては腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術として算定ができない。我々は、倫理委員会の承認後子宮体癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清を含む腹腔鏡下子宮体癌根治術の実行可能性についての検討を行うことを目的とした【対象】I 期 II 期子宮体癌 【方法】周術期データ、病理組織学的所見の検討【結果】現時点までに腹腔鏡下子宮全摘、両側付属器切除骨盤及び傍大動脈リンパ節郭清まで行った 3 例の結果は、術中平均出血量 163ml、平均手術時間 408 分、平均入院日数 12 日、平均摘出総リンパ節数 58.5 個、合併症は 1 例乳糜腹水を認めた【結論】腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清は、安全に実行可能な術式であると考えられる。今後は症例を蓄積し開腹との比較データ、及び長期予後を含めた検討が必要である。

29

高度肥満症例に対する腹腔鏡下子宮体癌手術後に膣断端出血を来した 1 例

泉州広域母子医療センター 市立貝塚病院¹⁾、りんくう総合医療センター²⁾河田真由子¹⁾、三好 愛¹⁾、藤川恵理¹⁾、西村真唯¹⁾、中島文香¹⁾、田中あすか¹⁾、金尾世里加¹⁾、
竹田満寿美¹⁾、三村真由子¹⁾、宮武 崇¹⁾、長松正章¹⁾、荻田和秀²⁾、横井 猛¹⁾

【背景】高度肥満症例に対しては創部治癒不全回避、入院期間短縮等の利点の大きい腹腔鏡下手術が施設によっては積極的に選択される。今回、高度肥満症例に対し腹腔鏡下子宮体癌根治術を完遂したが、術後膣断端からの強出血を認めた一例を経験したので報告する。【症例】38 歳 1 経妊 1 経産、BMI:42.5 (身長 163cm 体重 113kg)。性器出血を主訴に前医を受診し、内膜組織診にて endometrioid adenocarcinoma G1 が検出された。術前診断子宮体癌 IA 期にて TLH、BSO、PLND を施行した。病理組織診断は endometrioid adenocarcinoma G1、進行期 TNM 分類は pT1aN0MX であった。術後経過良好であったが、12 日目に膣断端から多量の出血を認めた。診察にて右側縫合糸の離断を認め、同部位からの出血を確認した。断端は 2 層縫合としており、膣断端離断はなかった。24 時間のガーゼ圧迫にて自然止血を得た。その後、出血繰り返すことなく、膣断端は自然治癒した。

30

早期子宮体癌に対する腹腔鏡下根治術の周術期予後に関する検討

大阪大学

角張玲沙、小林栄仁、角田 守、味村和哉、橋本香映、福井 温、馬淵誠士、上田 豊、
澤田健二郎、富松拓治、吉野 潔、木村 正

【目的】当院で施行した早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術施行症例について、合併症及び短期予後を検討する。【方法】2010 年 3 月から 2015 年 12 月に、早期子宮体癌に対して腹腔鏡下根治術を施行した症例について合併症及び短期予後を後方視的に解析した。早期子宮体癌は、術前評価にて類内膜腺癌 G1-G2、筋層浸潤 1/2 以下と診断した症例とした。【結果】対象症例は 124 例で、このうち 57 例に骨盤内リンパ節郭清を行っていた。手術時間中央値は 248 分(123-407 分)、出血量 30g(0-670g)、在院日数 7 日(4-43 日)であった。合併症に腸管損傷を 1 例、膀胱損傷を 1 例認めた。1 例が既往開腹手術、腺筋症による高度癒着のため開腹移行した。対象症例の 5 年生存率は 100%で、無再発生存率は 95.1%であった。【結語】早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術は安全に施行可能な術式である。

31

当院における TLH 導入について (LAVH との比較)

大津市民病院

山西優紀夫、信田侑里、天野泰彰、岡田由貴子、高橋良樹

子宮全摘術は婦人科手術の中で最も多く施行される手術であり、近年の腹腔鏡機器の進歩、手術手技の進歩によって低侵襲である腹腔鏡を使用した子宮全摘術 (LAVH、LH、TLH) の割合が増加した。2014 年に子宮体癌に対して腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術が保険収載となったこともあり、全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) は標準的な術式となりつつある。しかし、TLH には十分な腹腔鏡技術や連携が必要であり、腹腔鏡下子宮全摘術が適応となる症例の大半が LAVH で対応可能であるために TLH 導入に積極的ではない施設も多い。当施設は 10 年以上前より LAVH を施行してきた歴史があり、今回、患者のニーズに答えるべく TLH を開始した。2015 年 7 月に KOH Colpotmizer System を導入し、LAVH→LH→TLH へと術式を変化させた。今回、当施設における術式変化の経過を示すとともに、2014 年 1 月~12 月に施行した LAVH34 例と 2015 年 10 月以降に施行した TLH 例の手術成績について後方視的に比較検討を行ったので報告する。

32

腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清術におけるランドマークの設定

大阪労災病院

志岐保彦、八木茉莉、八木一暢、奥野幸一郎、白石真理子、直居裕和、栗谷健太郎、渡辺正洋、尾崎公章

2014 年より腹腔鏡下でも子宮体癌が保険診療で、子宮頸癌が先進医療で手術が行えるようになり、骨盤リンパ節郭清術もそれに伴い腹腔鏡下で行う機会が増加していると考えられる。骨盤リンパ節郭清術の quality は一般的に摘出リンパ節の個数で評価されるが、術中には個数をカウントすることは不可能であり、郭清の範囲を定めてそれを遵守することが手術の quality control には重要であると思われる。腹腔鏡下手術は深部に到達能に優れ、また拡大視により骨盤深部に設定したランドマークの視認も容易である。当科では、外腸骨領域のランドマークとして陰部大腿神経、骨盤底筋群、腰仙骨神経幹、内腸骨度脈-側臍靱帯および下殿-内陰部静脈-新子宮静脈血管鞘を、内腸骨領域のランドマークとして、内腸骨動静脈-深子宮静脈血管鞘-尿管下腹筋膜を術中に確認し、可能な限り en block な摘出を心がけている。手術ビデオを供覧し、これらの手技について考察する。

33

ダグラス窩に癒着を伴う子宮内膜症症例に対する腹腔鏡下仙骨子宮靱帯および直腸膈中隔切除術

大阪労災病院

志岐保彦、八木茉莉、八木一暢、奥野幸一郎、白石真理子、直居裕和、栗谷健太郎、渡辺正洋、尾崎公章

子宮内膜症に対する手術では病変を可能な限り摘出することが望ましい。当科でも 2015 年 11・12 月に行ったダグラス窩に癒着を殿舞う 12 症例のうち 11 症例で仙骨子宮靱帯または直腸膈中隔標本に子宮内膜症を病理組織検査で確認した。しかし、ダグラス窩に癒着を認める症例では病変の摘出が困難なケースにしばしば遭遇する。当科で行った手技を供覧し、手技のポイントを考察するとともに、特に手技が困難であった症例を提示する。【症例】49 歳、G2P2 主訴は月経困難症。術前診断は子宮筋腫。筋腫は子宮体部右側から頸部背側にかけて存在し、ダグラス窩は閉鎖していた。ダグラス窩の解放が困難であったため、嫌酒核出を併用し、TLH および両側仙骨子宮靱帯を切除した。

34

広範囲に腹腔内癒着が予想される症例に対する腹腔鏡手術における注意点と工夫

大阪労災病院

志岐保彦、八木茉莉、八木一暢、奥野幸一郎、白石真理子、直居裕和、栗谷健太郎、渡辺正洋、尾崎公章

複数回の腹部手術既往や大腸癌術後など、広範囲に腹腔内癒着が予想されるケースに遭遇する場合がある。こういった症例に対して腹腔鏡手術を完遂するにあたり注意すべきポイントとして、第一トロッカーの挿入時に Palmer's point からの挿入を考慮する、ダイヤモンド型およびパラレル型のポート位置を併用する、カメラ位置を柔軟に対応するなどがあげられるが、技術の運用には個別化が必要である。当科で行った子宮体癌に対する TLSRH のビデオを供覧し、腹腔鏡手術のポイントを考察する。【症例】60 歳、G3P3 術前診断：子宮体癌 手術歴：帝王切開術 3 回。MRI 所見では子宮は著明に菲薄化・延長し、前壁は腹壁に癒着していることが予想された。体下部に腫瘍と思われる微小な T2 高信号域を認めた。第一トロッカーは臍部より挿入したが、大網が広範囲に癒着していたため、左右下腹部および上腹部に 5 mm の追加ポートを適宜挿入し、カメラの位置を適宜変更しながら準広汎子宮全摘出術を行った。

35

当院における腹腔鏡下仙骨腔固定術導入の試み

京都府立医科大学

小芝明美、楠木 泉、秋山鹿子、片岡 恒、古株哲也、笹本香織、高岡 宰、松島 洋、伊藤文武、辰巳 弘、北脇 城

腹腔鏡下仙骨腔固定術 (laparoscopic sacrocolpopexy ; LSC) は 2014 年 4 月より「腹腔鏡下膀胱脱手術」として一部が保険収載され、骨盤臓器脱 (POP) に対する新たなアプローチとして急速に広がってきている。当院でも 2015 年より比較的若年齢の POP に対し LSC を導入したので、これまでの手術成績について報告する。当院で 2015 年 3 月から 2016 年 1 月に LSC を施行した 3 例において、対象患者の平均年齢は 58 歳、平均 BMI は 28.4、平均経産回数は 2 回であった。いずれも POP-Q stage II 以上の症例であり、手術時間は 256 分から 276 分、出血量は少量から 100g であった。全症例で術中合併症はなく、少ない出血での手術が可能であり、現時点での術後経過では再発や術後合併症は認めていない。今後長期予後についての検討が必要であるが、LSC は特に比較的若年の POP 症例に対しては有用な術式である。

36

高悪性度子宮内膜間質肉腫IVB 期に対する IAP 療法の有効性と安全性について

京都大学

森内 芳、山口 建、井上彩美、安彦 郁、濱西潤三、吉岡弓子、越山雅文、近藤英治、馬場 長、松村謙臣、小西郁生

高悪性度子宮内膜間質肉腫 (HGESS) は稀な疾患であり、Ifosfamide や Adriamycin 単剤による治療報告はあるが確立した治療法はない。今回 Ifosfamide、Adriamycin、Cisplatin の多剤併用化学療法 (IAP 療法) が奏功した症例を経験したので報告する。症例は 42 歳。HGESS IVB 期で、多発肺転移、骨盤リンパ節転移、既報では稀である右寛骨に転移を認め、単純子宮全摘術・両側付属器切除術を施行した。術後化学療法に IAP 療法 6 コースを行い、部分奏効 (縮小率 : 53%) を得た。特に右寛骨転移巣は、CT にて骨硬化所見は残存したが PET-CT での FDG 集積は消失した。また、既報の IAP 療法では Grade4 の骨髄抑制を 80% に認めていたが、本症例では G-CSF 製剤の予防投与により骨髄抑制は認めなかった。その他の Grade2 以上の有害事象はなかった。HGESS に対し IAP 療法は安全で、特に骨転移症例でも有効な治療法の一つになる可能性が示唆された。

37

巨大子宮頸部肉腫術後に尿閉が改善した1例

天理よろづ相談所病院

藤井温子、関山健太郎、山中 冨、鈴木 悠、松村直子、金本巨万、三木通保、藤原 潔

症例は 54 歳、未経産婦、特に既往歴はなく、婦人科受診歴もなかった。52 歳頃に閉経、その頃より不正出血を認めていた。X 年 11 月上旬頃より全身倦怠感、腹部膨満感を自覚し、11 月下旬に強い腹痛を認め、当院へ救急搬送となった。子宮頸部腫瘍と約 3L の尿貯留を認め、尿閉に伴う尿路感染症、敗血症にて緊急入院となった。内診では子宮頸部に約 9cm の外向性に発育する腫瘍を認め、円蓋部や子宮傍組織は intact であった。MRI・CT では多嚢胞性で子宮頸部を置換するような巨大腫瘍と播種を疑う腫瘍を認め、子宮頸部悪性腫瘍が疑われた。生検では肉腫が疑われた。敗血症治療後も自尿を得られず、膀胱カテーテル留置したまま手術を待機した。X+1 年 1 月に準広汎子宮全摘、両側付属器切除、骨盤内リンパ節郭清、大網部分切除術を施行。子宮頸部は小児頭大に腫大し、膀胱は伸展した痕跡を認めた。大網腫瘍も認め切除した。膀胱を広範囲で剥離したため、術後 2 週間カテーテルを留置し、抜去後はスムーズに自尿を認め、導尿も不要となった。

38

子宮平滑筋肉腫脳転移術後パゾパニブによる長期寛解例

兵庫医科大学

竹山 龍、井上佳代、鏑本浩志、上東真理子、柴原浩章

【はじめに】子宮平滑筋肉腫(LMS)は稀な子宮悪性腫瘍で、脳転移はさらに稀であり約 20 例の症例報告があるのみで、治療法は確立していない。子宮平滑筋肉腫の孤発脳転移に対し摘出術を行い、術後パゾパニブ投与で 14 か月の病勢安定を得られている症例を報告する。【症例】48 歳で子宮筋腫の術前診断で開腹子宮全摘術を施行したところ LMS と診断され当科に紹介された。術後 PET-CT 検査で転移性病変なく、経過観察した。4 年後、肺転移が出現し胸腔鏡下手術で摘出した。その後 1 か月で骨盤骨転移を認めたため、gemcitabine/docetaxel 療法を 6 サイクルと骨盤骨転移の疼痛に対して放射線治療を行った。その 2 年後、頭痛、半身麻痺、失語を呈し、孤発性脳転移と診断し、摘出した。脳転移術後、pazopanib(800mg/day 内服)を開始し 14 か月脳転移病巣の再燃はなかった。【考察】子宮平滑筋肉腫の脳転移術後の全身療法として脳血液関門を通過するターゲットセラピーとしてパゾパニブが有効である可能性が示唆された。

39

術後早期に肝転移を来し、肝破裂に至った子宮腺肉腫の1例

京都府立医科大学附属北部医療センター¹⁾、京都府立医科大学²⁾青山幸平¹⁾、黒星晴夫²⁾、森 泰輔²⁾、辰巳 弘²⁾、松島 洋²⁾、古株哲也²⁾、明石京子²⁾笹本香織²⁾、樺村史織²⁾、野口敏史¹⁾、岩破一博²⁾、北脇 城²⁾

【緒言】子宮腺肉腫は上皮成分が良性で間質成分が悪性を示す稀な上皮性・間質性混合腫瘍で、中でも腫瘍の 25%以上を肉腫成分が占める sarcomatous overgrowth の存在は予後不良因子となる。我々は急速に肝転移を来し破裂に至った子宮腺肉腫の 1 例を経験したので報告する。【症例】56 歳女性、6 経妊 2 経産。前医で子宮平滑筋肉腫が疑われ、当科紹介初診。悪性腫瘍の可能性が否定できず、子宮全摘術および両側付属器摘出術を施行した。術後病理診断にて子宮腺肉腫、pT1c、臨床進行期 IC 期(2009 年 FIGO 分類)と診断した。術後 3 ヶ月では明らかな再発所見を認めていなかったが、術後 3.5 ヶ月で肝転移巣破裂、急激に病状が増悪し術後 4 ヶ月で死亡した。【結語】子宮原発腺肉腫は低悪性度の腫瘍として知られており、早期再発や腫瘍死は少ないとされているが、sarcomatous overgrowth を伴うものは予後不良となる。そのため、術後初期から十分な全身検索を行い再発病巣の早期発見に努めることが重要である。

40

扁平上皮癌の成分を有する卵巣癌肉腫の1例

大阪医科大学

宮本聖愛、藤原聡枝、芦原敬允、兪 史夏、田中良道、田中智人、恒遠啓示

佐々木浩、寺井義人、山田隆司、大道正英

卵巣癌肉腫の発生頻度は全卵巣悪性腫瘍の中で約 1%と稀である。また上皮性成分の大部分は腺癌であり扁平上皮癌である報告はない。今回、非常に稀な扁平上皮癌の成分を有する卵巣癌肉腫の 1 例を経験したので文献的考察と共に報告する。症例は 68 歳、腹部膨隆感を主訴に受診した。MRI 画像では、骨盤内を占拠し充実部を伴う卵巣腫瘍を認めた。貧血とイレウスを呈し保存的加療で軽快しないため開腹手術とした。腹腔内は血性腹水で充満し、右卵巣は小児頭大に腫大、被膜は自然破綻していた。右付属器を摘出し術中検査に提出した。迅速検査では悪性腫瘍の診断のみで、組織型、原発巣の推定は困難であった。腹腔内播種はなく、永久標本の結果を確認し 2 期的に手術を行う方針とし閉腹した。組織像は大部分が核異型の強い様々な形態の腫瘍細胞が錯綜し充実性に増殖していた。また一部に扁平上皮癌の成分を認め、卵巣原発の癌肉腫と診断した。再開腹のうえ staging laparotomy を行った。FIGO IIIA1(i)期の診断で、現在術後補助療法中である。

41

敗血症を契機に発症した感染性心内膜炎合併妊娠の1例

大阪医科大学

田路明彦、神吉一良、永易洋子、岡本敦子、佐野 匠、鈴木裕介、高井雅聡、藤田太輔

寺井義人、大道正英

感染性心内膜炎は、的確な診断の下で治療が奏功しないと多くの合併症を引き起こし、死に至る危険性がある。今回、発熱より敗血症を発症し感染性心内膜炎に至った妊婦の一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。症例は 28 歳、未経妊、既往歴に特記事項なし。妊娠 36 週 6 日より 39℃の高熱が継続したため、妊娠 37 週 5 日で前医に管理入院となった。血液培養でブドウ球菌を認め、さらに DIC を併発したために当科に母体搬送となった。聴診による逆流性雑音を認めたことから、心エコーを施行したところ、僧房弁に 12mm の疣贅と弁逆流を認めたため感染性心内膜炎と診断した。急速な心不全に陥る可能性を考慮し、妊娠 37 週 6 日に緊急帝王切開術を施行した。児は 2,627 g で Ap 8/9 であった。術後は ABPC と GM の抗生剤投与を行い、僧房弁置換術を施行し、術後経過は良好である。不明熱を認めた場合は、感染性心内膜炎を疑い聴診による逆流性雑音の確認や心エコーを施行することが必要であると考えられた。

42

妊娠早期に劇症型 A 群溶連菌感染症に至り救命し得た 1 症例

大阪市立大学

澤内純子、片山浩子、林 雅美、榎本小弓、柳井咲花、栗原 康、羽室明洋、中野朱美、

三枚卓也、尾崎宏治、橘 大介、古山将康

敗血症の起因菌として激烈な経過をたどる A 群溶連菌の報告が近年増加している。今回我々は妊娠早期に劇症型 A 群溶連菌感染症に至り救命し得た 1 例を経験したので報告する。症例は 26 歳、2 経妊 1 経産。妊娠 11 週に第一子が溶連菌感染を発症、二日後に本人も発熱があったが自然軽快していた。妊娠 13 週下痢・嘔吐と発熱を認め IUFD を診断、児を自然排出した。ショックインデックス 1.7 となり、乏尿、著明な炎症所見、DIC、腎機能低下を認めた。抗生剤として PIPC/TAZ+CLDM 及び免疫グロブリンの投与を行った。循環不全に対してカテコールアミンの投与を行った。腎機能障害に対してカルペリチド+フロセミド療法を行った。3 病日目に血液培養より *Streptococcus pyogenes* の検出を認めたため抗生剤をよりスペクトラムの狭い ABPC+CLDM に変更した。炎症所見は 4 病日目、腎機能は 6 病日目より改善を認め、その後症状改善し退院となった。本症例では早期に流産に至り適正な抗生剤投与を行ったことで救命し得たと考えられる。

43

2回の妊娠中に疱疹状膿痂疹の管理を必要とした1例

近畿大学

山本貴子、鈴木彩子、宮川知保、島岡昌生、藤島理沙、青木稚人、葉 宜慧、村上幸佑、
貫戸明子、高矢寿光、浮田真沙世、小谷泰史、飛梅孝子、中井英勝、辻 勲、万代昌紀

疱疹状膿痂疹とは妊娠に伴って発症する膿疱性乾癬（汎発型）の一種である。症例は 23 歳初産婦。妊娠 20 週時に疱疹状膿痂疹を発症し、ステロイド外用薬で改善を見ないため、妊娠 29 週で紹介となった。ブレドニゾロン内服で症状は軽快し、妊娠 37 週 0 日に 2866g の男児を経膣分娩した。しかし分娩後に症状が再燃、シクロスポリン内服および TNF α 阻害薬投与を行った。その後 2 年経過し、現在第 2 子妊娠中（26 週）であるが、今回は妊娠初期より皮疹と発熱が出現した。全身状態に応じて、シクロスポリンおよびブレドニゾロン内服と顆粒球吸着療法を組み合わせを行っているが、症状は軽快と再燃を繰り返している。疱疹状膿痂疹は発熱と全身の紅潮皮膚上に多発する無菌性膿疱で発症し、再発を繰り返す。多臓器不全をきたし、妊婦・胎児とも予後不良となることがある。治療については適切な全身管理が必要で、免疫抑制薬や生物学的製剤など、妊婦に安全性が確立されていない薬剤の投与の考慮も必要となり注意を要する。

44

当院における経膣分娩後のルーチンの抗菌薬内服廃止による臨床的効果の検討

和歌山県立医科大学

中田久実子、城 道久、太田菜美、馬淵泰士、八木重孝、南 佐和子、井篁一彦

【目的】当院では 2015 年 6 月より経膣分娩後のルーチンの抗菌薬内服を廃止し、子宮内膜炎と診断した場合に抗菌薬を点滴で投与している。抗菌薬の有無による子宮内膜炎の発症について後方視的検討を行った。【方法】妊娠 37 週以降の経膣分娩例で 2015 年 1 月～5 月に抗菌薬を定期投与した 137 例と 2015 年 6 月～12 月に抗菌薬を処方しない 208 例を対象とした。第 3・4 度会陰裂傷、子宮内操作例は除外した。【成績】抗菌薬有り群（A）と無し群（B）で比較すると年齢、前期破水率、分娩前後の最高体温、分娩時間、出血量、頸管裂傷率に差は認めず、破水後 24 時間以上（A:25.6% vs. B:48.4%、 $p=0.018$ ）、会陰切開率（A:19.7% vs. B:31.7%、 $p=0.014$ ）に有意差を認めた。分娩後 24 時間以降の 37.5℃以上の発熱の割合（A:3 例、2.2% vs. B:2 例、1.0%、 $p=0.636$ ）、産褥子宮内膜炎（A:0 例、0.0% vs. B:2 例、1.9%、 $p=0.670$ ）に有意差はなかった。発熱の原因は子宮内膜炎 1 例、乳腺炎 3 例、下肢静脈炎 1 例であった。【結論】経膣分娩後の予防的抗菌薬内服の有無で子宮内膜炎の発症率に有意差はなかった。

45

胸椎レベルでの脊髄損傷術後に硬膜外麻酔併用で経膣分娩が成功した1例

兵庫医科大学

表 摩耶、森本 篤、加藤 徹、和田 龍、原田佳世子、田中宏幸、澤井英明、柴原浩章

脊髄損傷を持つ女性にとって「子どもを産むことが可能かどうか」は非常に重要な問題である。高位脊髄損傷者の妊娠分娩には脊髄損傷部以下の刺激によって自律神経過反射症（AH:Autonomic hyper-reflexia）と呼ばれる多彩な自律神経症状を呈することが知られている。分娩時の AH は死亡例も報告があり厳重な管理が重要とされ、帝王切開を選択するか、自然分娩を選択するかは結論が得られていない。今回われわれは脊髄損傷（Th6 以上）を持つ女性で硬膜外麻酔の早期導入により無事に経膣分娩に至った症例を経験したので報告する。症例は 38 歳、未経妊、交通事故により第 4-5 胸椎レベルの脊損後 18 年後に凍結融解胚移植で妊娠成立した。陣痛発来時に硬膜外麻酔導入し、自律神経反射による急な血圧上昇を予防した。分娩時には降圧剤の点滴も併用し会陰切開と子宮底圧出法を行い経膣分娩に至った。文献的考察を加え報告する。

46

子宮頸部静脈瘤を合併した全前置胎盤の1例

大阪大学

田中稔恵、松崎慎哉、鈴木陽介、柿ヶ野 藍子、松本有里、高田友美、熊澤恵一

遠藤誠之、木村 正

【背景】妊娠中の子宮頸部静脈瘤はまれな疾患であり、14 例の報告を認めるのみである。今回我々は、子宮頸部静脈瘤を合併した全前置胎盤の1例を経験したので報告する。【症例】35歳、1回経妊、1回経産。既往歴に脊髄腫瘍摘出術がある。妊娠23週0日に全前置胎盤で当科紹介。初診時以降定期的に腔鏡診および経膈超音波検査を行ったが、子宮頸部静脈瘤を認めなかった。妊娠36週3日の診察時に腔鏡診で子宮頸部静脈瘤を認め、経膈超音波では内頸部より発生した静脈瘤と考えられた。急速な増大に伴う破綻時の出血のリスクを考慮し、同日緊急帝王切開にて2746gの男児をApgar Score 8/9点で娩出した。術直後の腔鏡診で怒張した静脈瘤の消失を確認した。母児ともに術後経過に問題は認めなかった。【考察】妊娠中の子宮頸部静脈瘤は明確な定義がなされておらず、画像所見、転帰、経過についても十分にわかっていない。今回我々は子宮頸部静脈瘤について文献的考察を加えて報告する。

47

胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離の分娩様式

京都大学

井上彩美、近藤英治、杉並 興、濱西潤三、伊尾紳吾、谷 洋彦、川崎 薫、千草義継、小西郁生

胎児死亡（IUFD）を伴う常位胎盤早期剥離（早剥）の分娩様式は、本邦では一定の見解が得られていない。我々は以前より経膈分娩を選択しており、その有用性と安全性を明らかにするため、過去20年間に当科で経験した早剥IUFDの患者背景、分娩経過、転帰を後方視的に検討した。早剥IUFDは16例あり、当院搬入の直前まで胎児心拍が確認された1例を除く15例で経膈分娩が試みられた。臨床的児頭骨盤不均衡の1例を除く14例が経膈分娩した。経膈分娩症例では早期に人工破膜が行われ、分娩所要時間の中央値は5時間18分（30分～12時間43分）、平均出血量は $2,716 \pm 1648\text{ml}$ であった。妊娠37週未満とそれ以降では、分娩所要時間および出血量に差を認めなかった。またBishop score 4点以上では、有意に分娩所要時間は短く（ $p=0.0066$ ）、出血量が多かった（ $p=0.020$ ）。母体死亡や子宮摘出の症例はなく、7例はその後生児を得た。早剥IUFDは妊娠週数、頸管熟化の程度や分娩所要時間に関わらず、安全に経膈分娩を完遂できることが示唆された。

48

妊娠中および分娩後に子宮内膜症に起因する腹腔内出血を来した2例

大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター

札幌 恵、中村博昭、岡田麻美、松木 厚、公森摩耶、西本幸代、梶谷耕二、田中和東、中本 收

子宮内膜症組織は妊娠によるプロゲステロンの影響で脱落膜化し、組織全体が脆弱となりまれに腹腔内出血を来すとされている。今回我々は妊娠中および分娩後に子宮内膜症に起因する腹腔内出血を来した2例を経験したので報告する。症例1は30歳代。妊娠40週に胎児機能不全で緊急帝王切開を施行。術後6日目、突然の血圧低下のため当院搬送となった。搬送時、意識障害を認め、超音波検査で腹腔内出血が疑われ緊急試験開腹術を施行。右内膜性性嚢胞があり右子宮動静脈からの出血を認め子宮動脈本幹を縫合止血し手術終了。症例2は30歳代。妊娠23週に右下腹部痛が出現し、腸閉塞が疑われ当院へ母体搬送となった。翌日陣痛発来で緊急帝王切開を施行。腹腔内に130gの凝血塊を認め、膀胱子宮窩腹膜・子宮両側面と腸管が癒着しており、微小血管から出血を認め縫合止血した。原因不明の腹腔内出血を認める場合、子宮内膜症の存在も念頭に置きながら診療する必要があると考えられた。

49

ハイリスク帝王切開術後の大量出血に対して遺伝子組み換え活性型第7因子を使用した1例

西神戸医療センター

勝部美咲、川北かおり、山下暢子、荻野美智、登村信之、酒井理恵、奥杉ひとみ、近田恵里
佐原裕美子、竹内康人

【緒言】近年、産科大量出血時のDIC治療において遺伝子組み換え活性型第7因子の使用について議論されている。今回我々は難易度の高い帝王切開術後の大量出血に対して、遺伝子組み換え活性型第7因子の投与にて止血が得られた症例を経験した。【症例】41歳。1経妊1経産。IVF-ETにて妊娠成立。全前置胎盤、8cm大の子宮体部後壁の筋腫あり。筋腫は内子宮口近傍にあり、悪露流出の妨げになると考え、帝王切開時に胎盤剥離部分から筋腫を核出。しかし、術後2時間で出血性ショックとなり再開腹すると、核出後菲薄化した子宮後壁の筋層穿破をみとめ、子宮全摘術を施行。十分な輸血とDIC治療を行ったが、再手術後も腹腔内、後腹膜の出血を認めた。骨盤内動脈塞栓術を施行しても止血には至らず、遺伝子組み換え活性型第7因子を使用したところ、バイタルは安定し、輸血に見合ったHbの上昇を確認できた。【結語】治療に難渋する大量出血例に対して、遺伝子組み換え活性型第7因子が有効である可能性を管理上の反省点を含めて報告する。

50

緊急子宮摘出を選択した産科危機的出血症例の検討

淀川キリスト教病院

丸尾伸之、柴田綾子、中野瑛理、石原あゆみ、武居智信、陌間亮一、田中達也

産科危機的出血の原因を的確に診断することは困難なことが多いが、状況に合わせて適切な止血処置を選択しなければ母体を救命できない。子宮動脈塞栓術(UAE)により子宮温存を目指した止血を試みるが、出血性播種性血管内凝固症候群(DIC)により出血傾向のコントロールが困難な状況では選択的子宮摘出を決断する必要がある。2015年3例の緊急子宮腔上部切断症例を経験し、方針決定にいたる状況分析と判断のアルゴリズムを検証した。2例は経陰分娩当日および8目の遺残胎盤症例、1例は帝王切開時より出血性DICが急激に進行した子宮型羊水塞栓症例であった。分娩後出血量が多く、急速輸液や輸血にても血圧を維持できない状況にて緊急子宮摘出を選択した。また、遺残癒着胎盤症例の1例ではUAEであり、選択的に子宮摘出を選択してもよいかもしれない。

51

当院における過去5年間の妊娠合併卵巣腫瘍に対する腹腔鏡手術について

京都第二赤十字病院

栗原甲妃、衛藤美穂、福山真理、谷垣佳子、南川麻里、岡島京子、山本 彩
加藤聖子、福岡正晃、藤田宏行

卵巣腫瘍合併妊娠の頻度は全妊娠の約1%と報告されており、そのうち手術適応となる卵巣腫瘍の頻度は0.5%~1%である。近年、低侵襲であることや整容性の観点から妊娠中の腹腔鏡手術が普及しつつある。2011年4月から2016年1月までの間に当院で経験した妊娠合併卵巣腫瘍の中で、外科的介入を要したのは15例であった。そのうち腹腔鏡手術をした12症例を今回検討した。12症例のうち3例は捻転による緊急手術、9例は妊娠初期に卵巣嚢腫を指摘され待機手術を行った症例であった。緊急手術での妊娠週数は6週、7週、20週であり、待機手術の妊娠週数は平均15週であった。妊娠の転帰は現在妊娠継続中1例、正期産8例、術後転院され経過不明2例、人工妊娠中絶1例であった。今回の検討では、妊娠中の腹腔鏡下手術は安全かつ有用であると考えられた。

52

経膣分娩後の大量出血を契機に臨床的急性妊娠脂肪肝と診断した 1 例

京都山城総合医療センター

戸崎 守、前田和則、澤田重成

急性妊娠脂肪肝は妊娠後期に発症する比較的稀な疾患で、妊娠を終了させない限り肝不全となり、母児ともに予後不良となりうる疾患である。今回、経膣分娩後の大量出血を契機に血液検査などを行い、臨床的急性妊娠脂肪肝と診断した症例を経験したので報告する。患者は30歳、初産婦、妊娠39週に自然陣痛発来し、経膣分娩。分娩後出血量が多く、血液検査を施行したところ、貧血以外に、肝機能異常、腎機能異常、血液凝固能異常が認められ、DIC合併のHELLP症候群を疑い内科照会。ATⅢ活性低下、尿酸、クレアチニン、BUN高値、画像診断で肝臓の脂肪変性の疑いがあり、臨床的急性妊娠脂肪肝と診断した。発症当日より血漿交換、人工透析を行い良好な予後を得た。本疾患の早期診断のためには、必要時の血小板数、ATⅢ活性、肝機能検査が推奨されるが、測定時期の見極めは難しいと思われた。

53

高齢初産婦の陣痛誘発の分娩転機に関する因子の検討

大阪府立母子保健総合医療センター

中野嵩大、武藤はる香、石井桂介、林 周作、岡本陽子、光田信明

【目的】高齢初産婦における陣痛誘発の緊急CSに関連する因子を明らかにする【方法】2010年1月から5年間に当院で妊娠37週以降に陣痛誘発を行った35歳以上の高齢初産婦を対象とした後方視的コホート研究。主要評価項目を陣痛誘発中の緊急CSとし、年齢、分娩週数、体外受精、身長、分娩時BMI、母体合併症(妊娠高血圧症候群(PIH)、高血圧、糖尿病および妊娠糖尿病)、分娩誘発開始時の子宮口開大および児頭下降度に関してロジスティック回帰分析にて調整オッズ比(aOR)を算出。多胎、胎児死亡、胎児疾患を適応とした陣痛誘発は除外。【成績】対象234例中、103例(44.0%)が緊急CS分娩となった。40歳未満では65/155例(41.9%)、40歳以上では38/79例(48.1%)がCSとなった。独立した関連因子のaOR(95%信頼区間)は、誘発開始時の子宮口開大2cm以下が1.924(1.085-3.412)、およびPIHが2.091(1.06-4.125)であった。【結論】高齢初産婦の陣痛誘発では約56%が経膣分娩に至ったが、陣痛誘発開始時点での子宮口が2cm以下の症例とPIH症例ではCSとなる可能性が高く注意を要する。

54

癒着胎盤を合併した子宮間質部妊娠に対し、保存療法にて管理しえた 2 症例

大阪大学

澤田真明、松崎慎哉、味村和哉、田中佑典、塩見真由、柿ヶ野藍子、松本有里

高田友美、熊澤恵一、香山晋輔、遠藤誠之、木村 正

【背景】子宮間質部妊娠は異所性妊娠の約2%を占める。子宮破裂のリスクが高く、また癒着胎盤をしばしば合併するため、分娩の際に子宮摘出を要することが多い。我々は癒着胎盤を合併した子宮間質部妊娠症例に対し、胎盤を保存する待機的管理を行い、子宮を温存しえた2症例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。【症例】症例1)35歳、初産婦。妊娠32週1日、胎児心拍異常の適応で緊急帝王切開術を行った。子宮右角部に胎盤を透見し、癒着胎盤が疑われた。胎盤剥離徴候および出血を認めなかったため、胎盤は子宮内に温存し手術を終了した。術後8日目に胎盤の自然排出を認め、以降の経過は良好であった。症例2)31歳、初産婦。妊娠36週1日、胎児心拍異常の適応で緊急帝王切開術を行った。子宮左角部に胎盤を透見し、癒着胎盤が疑われた。症例1と同様に保存療法を行ったところ、合併症なく管理し、子宮を温存しえた。

【結論】癒着胎盤を合併した子宮間質部妊娠に対し、保存療法にて子宮を温存できる可能性が示唆された。

55

肺塞栓を疑うも病理解剖にて大動脈解離であった母体死亡の1例

奈良県立医科大学

山中彰一郎、成瀬勝彦、杉本澄美玲、佐々木義和、長安実加、常見泰平、佐道俊幸、小林 浩

妊産婦死亡の原因として心大血管疾患が重要である。今回肺塞栓を疑うも病理解剖にて大動脈解離であることが判明した母体死亡例を経験したので報告する。症例は27歳、初産婦。上腹部痛を主訴に近医受診、症状改善せず、妊娠26週0日搬送となった。断続的な上腹部痛と炎症所見の上昇を認めたため、消化器疾患などを疑い、腹部CTなどの精査を行ったが異常はなかった。妊娠26週3日、上腹部痛の増強を認め、AST/ALT: 2514/1172、血小板13.7万、AT: 44%にて急性妊娠脂肪肝を疑い、急速遂娩とした。麻酔導入前に心肺停止、7分後に児を娩出したが、2時間後に死亡した。臨床経過から肺塞栓と急性妊娠脂肪肝を疑い、病理解剖を行ったところ大動脈解離による心タンポナーゼが死因であった。妊娠中の上腹部痛を含めた原因不明の疼痛の原因の1つに心大血管病変があることを念頭におく必要がある。また妊産婦が死亡した場合は原因解明のため病理解剖が必要である。

56

外陰に生じた Lipomatous angiomfibroblastoma の1例

府中病院

萬代彩人、三橋玉枝、立山彩子、石田美知、木下聡子、浜崎 新、森 龍雄、木下 弾、山崎則行

血管筋線維芽細胞腫Angiomfibroblastomaは筋線維芽細胞の特徴を有する外陰に特徴的な腫瘍の一つで、再発は稀な良性腫瘍である。症例は45歳、女性。数年前より右大陰唇に腫瘍を触れ、近年増大傾向を示した。当院受診時、大陰唇皮下に長径4cm、境界明瞭な腫瘍を認め、超音波検査で脂肪腫を疑った。MRIの所見では、拡散強調像で強い高信号化は見られず悪性を積極的に疑わないが、脂肪組織を巻き込むように発育した内部不均一な腫瘍を認めた。浸潤性の腫瘍も否定できず、腫瘍周囲の脂肪組織とともに摘出した。病理組織学的には本腫瘍のなかでも稀な、特に成熟脂肪組織に富むlipomatous variant (lipomatous angiomfibroblastoma) と診断された。今回の症例では当初lipomatous variantを想定しなかったため脂肪組織への浸潤を否定できなかったが、病理所見では病変内部の脂肪組織は腫瘍由来のものであり、周囲の脂肪組織への浸潤はないと判断された。術後経過は良好で、現在再発所見は認めない。

57

子宮原発 mucosa associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫の1例京都府立医科大学¹⁾、同血液内科²⁾、同放射線科³⁾近藤美保¹⁾、辰巳弘¹⁾、滝本とも子²⁾、黒田純也²⁾、森 泰輔¹⁾、黒星晴夫¹⁾、松島 洋¹⁾
古株哲也¹⁾、明石京子¹⁾、笹本香織¹⁾、榎村史織¹⁾、山田幸美³⁾、北脇 城¹⁾

MALT リンパ腫は比較的稀な節外性B細胞性リンパ腫である。好発部位は消化管、肺、頭頸部であり、子宮原発例は極めて稀である。今回当科で子宮原発と考えられるMALT リンパ腫を1例経験したので報告する。症例は71歳、閉経48歳、3経妊2経産、不正性器出血と水様性帯下を主訴とし近医受診、子宮腫瘍を疑われ精査加療目的に当科紹介受診。子宮頸部から腔壁にかけ最大径13cmの腫瘍を認め、同部位より生検、病理組織診断はmalignant B cell lymphoma, MALT lymphomaであった。骨盤MRIおよびPET-CTで右総腸骨節、右外腸骨節、右閉鎖節の節性病変を疑ったが、節外性病変は子宮に局限しており、骨髓穿刺所見で白血病細胞を認めなかったため、子宮原発と診断した。R-CHOP療法を6コースおこない寛解、化学療法終了後7ヵ月経過したが、再発所見を認めていない。

58

術前の画像診断にて Seromucinous borderline tumor と診断し得た症例

奈良県総合医療センター

杉本ひとみ、井谷嘉男、今中聖悟、神田蘭香、石橋理子、杉浦 敦、平野仁嗣

河 元洋、豊田進司、喜多恒和

卵巣に発生する Seromucinous borderline tumor (SMBT) は WHO 分類第 4 版 (2014) で新たに設けられた組織型で、旧 WHO 分類 (2003) では内頸部様粘液性境界悪性腫瘍と混合上皮性境界悪性腫瘍に相当する。今回 T2 強調像で淡い低信号を示し、T1 強調像で高信号を示す内容と、T2 強調像で著明な高信号を示す壁に結節など特徴的な MRI 像を示したことから術前に SMBT と診断し得た症例を経験した。症例は 44 歳、2 経妊 2 経産。不正性器出血、下腹部痛を主訴に前医を受診、卵巣腫瘍が疑われて紹介となった。開腹術を行ったところ卵巣は左側が 55mm と腫大していた。対側卵巣の腫大はなかった。腫瘍の術中迅速病理診断は SMBT であり、左付属器切除と大網生検と腹腔内検索を行った。最終病理診断でも SMBT とされた。腫瘍の断面は嚢胞状で壁に結節を認め、これらの肉眼所見は MRI 像と一致していた。以上より、術前診断では本疾患の典型的な MRI 像に注目することが重要であり、これにより患者に対して適切な術前説明の情報が得られると考える。

59

腎移植スクリーニングが発見の契機となった類内膜境界悪性腫瘍の 1 例

大阪市立大学

松原裕明、市村友季、今井健至、笠井真理、福田武史、橋口裕紀、安井智代、角 俊幸

表層上皮性・間質性境界悪性腫瘍のうち、類内膜境界悪性腫瘍の頻度はわずか 2.5% 程度とまれな疾患である。今回われわれは腎移植前のスクリーニング目的で紹介を受けた類内膜境界悪性腫瘍の 1 例を経験したので報告する。症例は 52 歳未経妊で、37 歳ごろより子宮内膜症の指摘を受けていた。初診時の超音波にて 5 cm 大の嚢胞性病変を認め、MRI では子宮左側に 5 cm の T1 高信号で脂肪抑制を受けない内膜症性嚢胞疑う病変と、それに続く卵管留血腫を認めた。腎移植を予定していたこともあり手術を行ったところ、術中迅速病理検査では内膜症性嚢胞の診断であったため両側付属器摘出術を施行し手術を終了した。術後病理検査では脱落膜変化を伴う間質を背景に内膜腺に類似した腺管の増殖と核の腫大を認めたが、間質浸潤は明らかでなく類内膜境界悪性腫瘍と診断した。本症例は術前に 2 回の MRI を撮像しているがいずれも充実部分の存在や壁肥厚は明らかでなくマーカーも陰性であり、今回のような腫瘍の取り扱いの難しさを再認識した。

60

卵巣癌・結核性腹膜炎と鑑別を要した Vegetable Granuloma の 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院¹⁾、同臨床病理科²⁾

前田裕斗¹⁾、柳川真澄¹⁾、山添紗恵子¹⁾、松林 彩¹⁾、日野麻世¹⁾、宮本泰斗¹⁾、林 信孝¹⁾、
小山瑠梨子¹⁾、大竹紀子¹⁾、富田裕之¹⁾、上松和彦¹⁾、池田裕美枝¹⁾、青木卓哉¹⁾、今村裕子¹⁾、
星野達二¹⁾、市川千宙²⁾、吉岡信也¹⁾

Vegetable Granuloma (VG) は植物性異物への反応で生じる肉芽腫で、口腔内での発症が多い。今回骨盤内腫瘍として発症し、卵巣癌・結核性腹膜炎と鑑別を要した例を経験した。【症例】37 歳、タイ人、1 経妊 1 経産。腹痛でタイの病院を受診し、腹腔内に多発肉芽腫を認め、結核性腹膜炎の診断で抗結核薬を 1 年間内服した。内服終了 8 ヶ月後再度腹痛で近医を受診し、CT で骨盤内腫瘍と多発結節を認め、当院へ搬送された。MRI で同様の所見を認め、癌性腹膜炎を伴った卵巣癌または結核性腹膜炎の診断で試験開腹術を施行した。腹腔内は重度に癒着し、組織間に漿液が貯留し嚢胞を形成していた。付属器は両側正常に観察され、癒着組織と大網の部分切除のみ施行した。病理組織診断で植物片を取り巻く異物性肉芽腫を認め、Vegetable Granuloma と診断した。術後経過は良好で、再発なく経過している。【結語】VG は骨盤内腫瘍として発症しうる。骨盤内腫瘍と多発結節を認めた際は悪性腫瘍の腹膜播種以外に結核や VG などの鑑別診断を検討する必要がある。

61

「妊娠と薬外来」について

京都府立医科大学

山下 優、安尾忠浩、藁谷深洋子、岩佐弘一、岩破一博、北脇 城

【緒言】厚生労働省の事業として、2005年10月より妊娠と薬情報センターが設置された。「妊婦・胎児に対する服薬の影響」に関し、科学的に検証された医薬品情報を提供している。また独自に、服薬が妊娠に及ぼす影響を調査・蓄積し、「薬剤情報データベース」を構築している。【方法】2012年4月～2015年12月までに当院の「妊娠と薬外来」を受診した32件を検討した。【結果】受診者の年齢は 34.5 ± 5.8 歳であり、妊娠中は31.3% (n=10) であった。医師からの依頼による相談は40.6% (n=13) であり、半分以上は自らの希望受診であった。診断名は妊娠関連疾患2.2%と少なく、精神疾患が53.3%、てんかん11.1%や自己免疫疾患8.9%であった。相談薬剤は108種類あり、精神疾患薬剤が上位を占めていた。【結語】妊娠中の薬剤は、正確な情報のもと、患者、医療者ともに安心を得て使用することができる。

62

帝王切開小史

済生会奈良病院¹⁾、なんのレディースクリニック²⁾玉井彦明¹⁾、南野英隆²⁾

帝王切開術は、今日では様々な適応のもと、産科領域で日々行われている非常にポピュラーな手術であることは言を俟たない。開腹手術の一つではあるが、組織切除や臓器の機能回復等を目指したものではなく、あくまで分娩形式の一つであることが他の外科手術と一線を画する著しい特徴であり、人類が長きにわたって築き上げてきた膨大な経験と知識から昇華され受け継がれてきた、高度な技術の一つでもある。本講では、有史以前から近現代の爆発的な医学の発展までを背景に、トピックを交えながら帝王切開の歴史を顧みる試みであり、その上でこの手術に込められた目的や意義の変遷をたどり、ここに改めてその真価を問い直そうとするものである。そこには、我々現代人がもはや想像すら難しい、苦難とその超克の連続が展開されよう。しかしこのように見るとき、また同時にこの技術が、今や人類の一つの「至宝」というべきものであることも首肯されるに違いないのである。

63

胎児心拍数変動における自律神経系の役割

小阪産病院

赤岩 明

自律神経系の役割は生体の内部環境を最適に保つこと、つまりホメオスタシスの維持である。胎児一過性心拍数変動 (acceleration、ED、VD、LD) も、この自律神経系による心臓神経反射であり、本来は、環境変化への適応反応で、生体を守る機能が正常に働いている事を示す。心拍数変動の周波数分析からは、心拍数変動に対する自律神経反射の関与は約15%と推定されている。また、胎児心拍数モニタリングにおいては、胎児循環が並列回路であるため、胎児の心拍出力は主に心拍数で調節され、出生後に比べ胎児心拍数はより鋭敏に生理的变化を反映すること、また、胎児ヘモグロビンの特性を考慮する必要がある。経験的にAccelerationは良いこと、Decelerationは悪いこと、と認識されているが、厳密には正しくない。

64

両大血管右室起始・脳瘤を合併した臍帯動脈瘤の症例～妊娠・分娩の経過と管理の問題点～

高槻病院

松木理薫子、飯塚徳昭、福岡泰教、浅野正太、西川茂樹、小寺知揮、細野佐代子、柴田貴司
徳田妃里、加藤大樹、大石哲也、小辻文和、中後 聡

臍帯動脈瘤（UAA）は子宮内で貧血、心不全、胎児死亡を起こしうるが、定まった妊娠・分娩管理指針はない。生後早期に手術を要する両大血管右室起始と脳瘤を合併した UAA 症例を経験し、その経過と管理の問題点について検討する。27 歳初産婦。BPS 評価、臍帯動脈・中大脳動脈・静脈管の血流測定で児を管理した。妊娠 28 週、臍帯間質部の浮腫状変化と臍帯静脈に血腫様像が出現し、胎児腹壁に接した直径 2 cm の UAA は 29 週には 6cm に達した。児の状態を正確に評価する指標は乏しく、瘤が縮小しない限り改善は望めないと判断し、妊娠 30 週に帝王切開を行った。娩出時に UAA は破裂し、児は DIC、HIE となり、生後 4 ヶ月で死亡した。

【管理の問題点・指針】①心奇形を伴う胎児の MCA-PSV に代わる貧血評価と、DIC の可能性を留意した分娩時期決定が課題である。②UAA 破裂回避のため、瘤が 5 cm 以上の場合には、古典的帝王切開を選択し、娩出時にニトログリセリンの使用が推奨される。

65

胎児動脈管瘤の 2 症例

関西医科大学

黒田優美、笠松 敦、吉田 彩、岡野友美、高橋直子、坪倉弘晃、生駒洋平、高畑 暁
榎木 晋、岡田英孝

動脈管瘤は新生児の 5～8% に存在すると報告されている。多くは無症状で出生後消失するが、稀に破裂や血栓、動脈管閉鎖遅延を起こすとの報告もある。また他の心疾患に合併する場合もある。今回我々は 2 症例の胎児動脈管瘤を経験したので報告する。症例 1 は 21 歳、初産、家族歴に特記すべきことなし。妊娠 30 週に胎児超音波で指摘された。妊娠 40 週に 2405g、Apgare score 9/10 で経膈分娩で出生となった。症例 2 は 30 歳、経産、家族歴に特記すべきことなし。妊娠 27 週に胎児超音波で指摘された。妊娠 38 週に 3220g、Apgare score 9/10 で出生となった。両症例とも出生後に動脈管は閉鎖した。近年の超音波スクリーニングの装置や技術の向上に伴い今後増加すると考えられ、発症時期や予後など蓄積が必要である。

66

兵庫県における過去 8 年間の緊急母体搬送の検討

兵庫県立こども病院周産期医療センター

船越 徹

兵庫県の総合周産期母子医療センターは長らく当院の一施設であったが、2013 年 4 月に神戸市立医療センター中央市民病院、2015 年 4 月に神戸大学医学部附属病院、兵庫医科大学病院、姫路赤十字病院、同 6 月に兵庫県立尼崎総合医療センターが加わり現在 6 施設となった。各施設は他施設ならびに地域周産期母子医療センター 5 施設、協力病院 14 施設と協力・連携して周産期医療を担っている。そこで今回、兵庫県の緊急母体搬送の状況を分析するために、2007～2014 年の 8 年間における「周産期医療システム母体紹介・搬送情報提供書」を集計し分析した。兵庫県では外来紹介や母体搬送を行う際には県庁医務課が作成した「周産期医療システム母体紹介・搬送情報提供書」を使用している。各年における母体搬送の件数、月別発生数、妊娠週数の内訳、搬送の理由、患者居住地域、紹介元施設の地域、紹介元施設の種類の、受け入れ施設の地域、受け入れ施設の施設名、紹介元施設地域と受け入れ施設地域、地域における収支について検討した。

67

当科で経験した NIPT 偽陽性・偽陰性・判定保留例の解析

兵庫医科大学

上東真理子、澤井英明、上田友子、井上佳代、原田佳世子、潮田まり子、上田真子、田中宏幸、柴原浩章、

母体血中細胞フリーDNAを用いた胎児染色体検査(NIPT)は、感度・特異度ともに非常に高く、優れたスクリーニング検査とされている。しかし検査の結果は確実ではなく、偽陽性や偽陰性に加え、検査を実施したが結果の出ない判定保留がありうる。これまで当科で実施した NIPT1454 例のうち、1)偽陽性例：NIPT では18トリソミーについて陽性と診断されたが、羊水検査の結果正常核型であった1症例、2)偽陰性例：NIPT では陰性であったが、出生後の児の顔貌から21トリソミーが疑われ、末梢血の染色体検査を行ったところ、21トリソミーと確定した1症例(胎児は完全な21トリソミーであったが、胎盤のマイクロアレイ(SNPアレイ)では正常70%、21トリソミー30%のモザイクであったため、これが偽陰性の原因と考えられた)、3)NIPT採血を2度実施したが、いずれも判定保留になったため、羊水検査を実施したところ正常核型であった1症例(妊婦が潰瘍性大腸炎に罹患していたことが原因の可能性ありと考えられた)、について報告する。

68

当科で実施した羊水染色体検査の結果と転帰に関する報告

兵庫医科大学

村上優美、上田友子、浮田美里、藤城亜貴子、杉山由希子、上東真理子、原田佳世子、上田真子、田中宏幸、澤井英明、柴原浩章

出生前診断の確定診断検査として羊水染色体検査の結果は、その後の妊娠転帰に重大な影響を与える可能性がある。今回、当科で2008年4月～2015年3月までの間に実施した羊水染色体検査の実施状況とその結果が染色体異常と診断された症例についてその内訳および転帰を報告する。妊娠22週未満で結果が報告された羊水検査を1407例実施し、染色体異常は145例あった。うち16例の9番逆位を除く129例が染色体異常とであった(9.2%)。21トリソミーが42例(染色体異常のうちの33%)、18トリソミーが26例、Turner症候群が8例、13トリソミーが3例、クラインフェルター症候群が2例で、その他構造異常等が48例であった。21トリソミーと診断された42例のうち40例は22週未満で人工妊娠中絶、2例は妊娠継続して分娩に至っている。またTurner症候群では8例全例が妊娠継続している。染色体異常と診断されても、その後の判断は様々である。個々のご夫婦の判断を支援できるような診療が重要であると考ええる。

69

流死産歴を有する抗リン脂質抗体陽性妊婦の検査の推移と妊娠転帰に関する検討

大阪府立母子保健総合医療センター

武藤はる香、山本 亮、中野嵩大、太田志代、和栗雅子、和田芳直、光田信明

流死産歴を有する抗リン脂質抗体(aPL)陽性妊婦の妊娠予後を調べる。方法：当院を2014年4月から2015年12月に初診した2回以上の流産歴または1回以上の妊娠22週以降の胎児死亡歴を有する妊婦で、aPL(ループスアンチコアグラント、抗カルジオリピン抗体、 β 2-GP1依存性抗カルジオリピン抗体)が妊娠前または妊娠13週未満に1回以上陽性であったものを対象とした。当院受診前に抗リン脂質抗体症候群(APS)と診断された症例は除外し、aPLの推移と妊娠予後を後方視的に検討した。結果：対象は6例で、抗血小板および抗凝固療法が全例に行われていた。12週間以降のaPL再検では陰性が4例、陽性が2例で、陽性の1例は妊娠中に陰性となった。遅発型妊娠高血圧症候群が1例であり、胎児発育不全、胎盤早期剥離、周産期死亡はなく、全例が正期産であった。APSと診断された症例は無かった。結論：流死産歴を有するaPL陽性例であってもAPSでは無い可能性がある。

70

近畿産当院における妊娠糖尿病のスクリーニング基準変更による母児の周産期予後の検討

八尾市立病院

山田弘次、松浦美幸、中野和俊、山口永子、佐々木高綱、吉澤順子、水田裕久、山田嘉彦

目的：妊娠糖尿病のスクリーニングの指標を空腹時血糖から随時血糖に変更した後の GDM の診断数・周産期合併症、児の予後の変化について後方視的に検討する。方法：2013 年 1 月から 2014 年 12 月迄に当科で分娩した全ての妊婦を対象にした。変更前の 2013 年は血液検査で空腹時血糖 92mg/dl, 変更後の 2014 年は随時血糖 100mg/dl をカットオフ値として 75g OGTT を施行し、GDM の診断数・周産期合併症を比較した。成績：GDM 診断数に有意差は認めなかったが、インスリン投与患者数は有意に増加した。周産期合併症は変更前に 3 例に対し変更後に 6 例、新生児合併症は変更前は認めず、変更後に 1 例認められた。結果：今回のスクリーニング基準の変更により GDM 診断数や周産期合併症・児の予後に有意差は認めなかった。変更後は OGTT 施行回数が飛躍的に増加した為、当院におけるスクリーニング方法について再考する余地があると思われる。

71

IgG avidity と PCR 法を用いたサイトメガロウイルス妊婦スクリーニング

神戸大学¹⁾、同小児科²⁾、愛泉会日南病院疾病制御研究所³⁾平久進也¹⁾、谷村憲司¹⁾、森岡一朗²⁾、長又哲史¹⁾、出口雅士¹⁾、蝦名康彦¹⁾、峰松俊夫³⁾、山田秀人¹⁾

【目的】IgG、IgG avidity (AI) と PCR 法を用いた CMV 妊婦スクリーニングの有用性の検討。【方法】施設倫理委員会の承認と患者の同意の下、前方視的に母体抗体検査、および新生児尿 CMV DNA 検査を実施した母児 1940 組を対象。妊娠初期に CMV IgG を測定し、陰性者に対しては妊娠後期に再測定した。IgG 陽性者には妊娠 16～18 週に AI を測定、 $\leq 45\%$ を初感染疑いとし、母体血液・尿・子宮頸管粘液 CMV-DNA PCR 等を実施。出生児尿 CMV DNA 陽性で先天性感染と診断。【成績】妊婦 1940 人中、IgG 陰性は 561 人 (28.9%)、うち 5 人が妊娠後期に IgG が陽性化。IgG 陽性は 1379 人 (71.1%) で、うち AI $\leq 45\%$ が 142 人、IgM 陽性は 84 人。AI $\leq 45\%$ の 142 人のうち血液 2、尿 11、頸管粘液 2 人で CMV DNA が陽性であった。先天性感染は 9 人 (0.46%) に発生、再活性化の無症候性 4 人、再活性化による症候性 2 人、IgG 陽性化の無症候性 1 人、初感染の症候性 1 人、初感染の無症候性 1 人であった。IgG 陽性 1379 人中、IgM 陽性ないしボーダーラインは 192 人であった。【結論】母体の抗体を用いたスクリーニングには限界があり、新生児尿を用いたスクリーニングは初感染以外の先天性感染も効果的に捉えることができる。

72

右卵巣からの脱落が疑われたダグラス窩成熟嚢胞性奇形腫の 1 例

大阪府済生会吹田病院

小作大賢、多賀紗也香、山崎 亮、太田沙緒里、成富祥子、安田美樹、佐藤奈菜香、村上法子、津戸寿幸、伊藤雅之、亀谷英期

異所性の成熟嚢胞性奇形腫は稀であり、ダグラス窩に存在するものはこれまで十数例しか報告がない。今回、ダグラス窩に卵巣と連続しない孤立性の成熟嚢胞性奇形腫を経験したので報告する。

症例は 34 歳、2 経妊 1 経産。1 年前に他院で自然流産となったが、その際に卵巣嚢腫を指摘され手術目的に紹介となった。前医の MRI で右卵巣に約 5cm の成熟嚢胞奇形腫が疑われた。手術を予定したが、妊娠が判明したため延期とした。妊娠 17 週 6 日に破水し、自然流産となった。流産の 2 ヶ月後に腹腔鏡下手術を施行した。ダグラス窩に約 6cm の嚢腫を認め、子宮後壁と骨盤腹膜に膜状に癒着していたが、右付属器や腸管との連続性はなかった。内容は脂肪、毛髪等であった。右卵巣は小指頭大と正常卵巣と比べ小さく、卵管采は不明瞭で閉鎖していた。摘出標本の病理組織学的所見は卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫として矛盾しなかった。以上より、右卵巣に発生した成熟嚢胞性奇形腫が何らかの原因で切断、分離したのではないかと推察された。

73

卵巣甲状腺腫 26 例の臨床的検討 ～次は術前診断できますか？～

大阪赤十字病院

高松士朗、徳重 悠、池田亜貴子、川田悦子、邨田裕子、吉水美嶺、寒河江悠介
岩見州一郎、野々垣多加史

卵巣甲状腺腫は卵巣腫瘍の約 1%を占める比較的稀な良性腫瘍である。特異的な臨床所見に乏しく画像所見から悪性腫瘍が疑われ易い。この疾患の臨床的特徴を 1998 年から 2015 年までに当科で組織診断した 26 症例において検討した。患者は年齢平均 55 (21-87) 歳、主訴は無症状 62% (16 例)、腹部鈍痛・膨満感 31% (8 例)、画像では腫瘍最大径平均 108 (25-270) mm、嚢胞成分のみが 38% (10 例)、嚢胞と充実性成分の混在が 58% (15 例) であり、充実部の 81% (9/11 例) 造影効果を認めた。術前診断は境界悪性以上の疑いが 42% (11 例)、甲状腺腫の疑いが 3 例でこれら全例で CT にて微小石灰化を認めた。中等量以上の腹水を 3 例に認め、うち 1 例は pseudo-Meigs 症候群を呈し、これら全例で CA125 上昇を認めた。組織診では 31% (8 例) に同側または対側卵巣に成熟奇形腫を認めた。卵巣甲状腺腫はその特徴を知ればより術前診断が可能となるかも知れない。

74

術前に卵巣腫瘍と鑑別診断が困難であった末梢神経鞘腫の 1 例

大阪医科大学

森田奈津子、恒遠啓示、宮本瞬輔、芦原敬允、齋 史夏、藤原聡枝、田中良道
田中智人、寺井義人、大道正英

神経鞘腫は schwann 鞘から発生する腫瘍で、閉鎖神経由来の神経鞘腫は 0.5～5%と稀である。今回我々は、卵巣腫瘍として手術を施行し、末梢神経鞘腫と診断された一例を経験したので報告する。【症例】28 歳 未婚・未妊 不正出血を主訴に前医受診し、子宮内膜肥厚を指摘され MRI 検査を施行したところ、内膜ポリープであった。その検査の際に 3 cm 大の左卵巣腫瘍を指摘され、当科に紹介受診となった。MRI で軽度造影される結節を認め、悪性卵巣腫瘍を疑い開腹手術を施行した。腹腔内所見は、子宮・両側付属器には異常を認めず、左後腹膜内に腫瘍を認めた。後腹膜を展開したところ閉鎖神経から連続した腫瘍を認めた。腫瘍被膜を切開し閉鎖神経を温存しながら腫瘍のみを摘出した。術中の病理診断は神経鞘腫であり、術後閉鎖神経障害による合併症なく軽快退院となった。最終病理結果も神経鞘腫であった。【結語】術前の画像診断では神経鞘腫と診断するのは困難であるが、閉鎖神経領域の腫瘍は、神経鞘腫を考慮する必要がある。

75

水腎症と尿管のループ状の走行を来した子宮内膜症性卵巣腫瘍の 1 例

草津総合病院

鳥井裕子、卜部優子、青木孝之、藤城直宣、伊藤良治、鈴木 瞭、卜部 諭

子宮内膜症性卵巣腫瘍の後腹膜圧迫と癒着により水腎症と尿管の走行偏移を来した症例を経験したので報告する。症例は 28 歳未婚、下腹部痛を訴え受診、TVUS、MRI によりダグラス窩に径約 9cm の多房性の腫瘍と子宮の左頭側に径約 14cm の単房性腫瘍を認めたが明らかな充実成分を認めず、腫瘍マーカーも CA125 値の軽度上昇のみであった。術前 CT で左水腎症を認めたため D-J stent カテーテルの留置を行った。右側は容易に挿入したが左側は屈曲抵抗を示した。術中腹腔鏡の観察では左卵巣嚢腫と骨盤内に右卵巣嚢腫を認めた。左 1200ml 右 300ml のチョコレート内容液を穿刺排出した後嚢腫摘出を施行した。腹腔内は直腸と子宮背側の癒着により後腹膜が圧迫伸展されていたが明らかな尿管への直接浸潤は認めず、丁寧に癒着を剥離して尿管走行を整復した。巨大な卵巣嚢腫の圧迫により後腹膜の癒着部位が牽引され、そのため尿管の圧迫とループ状走行を来し水腎症を発症したと思われる。

76

neurofibroma 成分を含む成熟奇形腫を伴った von Recklinghausen 病の 1 例

和歌山県立医科大学

小林智子、南佐和子、野口智子、岩橋尚幸、島佳奈子、中田久実子、谷崎優子、小林 彩、城 道久、太田菜美、馬淵泰士、八木重孝、井篁一彦

成熟奇形腫は成熟した 2～3 胚葉の体細胞組織からなる腫瘍だが、その中に別の腫瘍成分を伴うことは稀である。今回われわれは、neurofibroma 成分を伴う成熟奇形腫の 1 例を経験したので報告する。症例は 22 歳 0 経妊。von Recklinghausen 病を合併している。3 か月前からの腹部膨満を主訴に近医を受診し卵巣腫瘍の疑いで当科を紹介受診した。MRI では上腹部に達する 25 cm 大の嚢胞性病変を認め、隔壁と壁在結節を伴っていた。左卵巣漿液性嚢胞腺腫の疑いで左付属器摘出術を行った。術後病理検査では、出血や壊死を背景に骨組織、軟骨組織、脂肪組織、脳組織、Schwann 細胞への分化が示唆される紡錘形細胞などを認め、奇形腫と末梢神経鞘腫瘍の併存と考えられた。明らかな未熟成分や核分裂像を認めなかったため、neurofibroma 成分を伴う成熟奇形腫が疑われたが追加解析中である。合併する von Recklinghausen 病との関連についても考察する。

77

骨盤臓器脱における“恥骨頸部筋膜巻出し法”による前腔壁修復術**～4 種類のバリエーションとその理論的根拠～**

社会医療法人愛仁会 高槻病院

大石哲也、加藤大樹、柴田貴司、小寺知揮、小辻文和

【目的】前回、恥骨頸部筋膜巻出し法による前腔壁修復術を紹介した。今回は、子宮の有無、子宮下垂と、頸管延長の有無による 4 つの変法と理論的根拠を示す。【術式】Type1. 子宮脱：子宮摘出と腔壁形成（レベルⅠ～Ⅲ）。Type2. 頸部延長が顕著で子宮下垂は無い：頸部切除と腔壁形成（レベルⅠ～Ⅲ）。Type3. 子宮下垂も頸部延長も伴わない膀胱瘤：腔壁形成（レベルⅡ～Ⅲ）。Type4. 子宮摘出後の腔脱：腔断端と腹膜ザックを子宮に見立て腔壁形成（レベルⅠ～Ⅲ）。【理論的根拠】Type2：レベルⅠの修復を妨げる頸部を摘出。下垂のない体部は摘出不要。Type3：レベルⅠの修復は不要であり、体部や頸部摘出の必要がない。Type4：腔壁形成（レベルⅠ～Ⅲ）が必要。【症例数と成績】Type1：142 例に実施。再発は 3 例。Type 2、3、4：8 例、13 例、15 例に実施。再発は無い。【結論】不必要な手技の省略は、成績を損なうことなく手術侵襲を軽減させる。

78

当院における LSC と TVM 症例の比較

第一東和会病院 ウロギネコロジーセンター

加藤稚佳子

【目的】当院では骨盤臓器脱に対して TVM を中心に手術を行ってきたが、最近は LSC の数も増えてきている。そこで今回当院における LSC と TVM それぞれの症例について比較検討した。【方法】対象は 2015 年 3 月 20 日から 2015 年 12 月 31 日までに当院で骨盤臓器脱の手術を受けた LSC72 例と TVM154 例。【成績】手術時の平均年齢は LSC65 歳（41-79）、TVM71 歳（54-87）、BMI の平均は LSC21.9（15-26）、TVM24.8（17.8-31.4）であった。平均手術時間と出血量は LSC で 3 時間 16 分、11.4g、TVM で 50 分、27.2g であった。術中合併症として LSC で膀胱損傷 2 例、腔壁損傷 1 例、TVM で膀胱損傷 2 例、メッシュ脚切断 2 例があった。【結論】両方の術式とも比較的安全に遂行でき、重篤な合併症がないことが示唆された。今後は、LSC、TVM それぞれに特徴があるため症例にあった選択を考えていくことが必要であると思われた。

79

重症直腸脱を合併した完全骨盤臓器脱に対する経会陰手術 TVM 変法と NTR の同時施行

市立芦屋病院

木村俊夫、銭鴻 武、天満久美子、宮本愛子、佐治文隆

【緒言】骨盤臓器脱、直腸脱では、経会陰手術と経腹手術があるが、合併症例では、腹式（腹腔鏡）手術の報告が多く、経会陰手術の報告は少ない。（症例・経過）85歳2回経産婦。数年前にPOP自覚し近医にてペッサリー挿入されたが、以降通院せず、数ヶ月前からPOP再発、および出血にて受診。前腔壁にはウォーレスペッサリーが埋没、その背側に巨大なPOPを認めた。ペッサリー抜去後、手術待機中に10cmの直腸脱を認めた。（術式）腔式子宮、両側付属器摘出、高位腹膜縫合、前後腔壁にメッシュ挿入（C-TVM 変法：後腔壁は断端部より3cmまでメッシュ挿入、第三アームは仙棘靱帯に直接固定）、後腔壁遠位は肛門挙筋縫縮と後腔壁縫縮・会陰形成を追加。上記施行後、肛門を陰圧吸引したが、ほとんど直腸脱出は認めなかった。（結語）骨盤臓器脱、直腸脱は、術後再発がしばしば問題となり腹式手術が必要と考えられているが、重症な直腸脱を合併した完全骨盤臓器脱でも、TVM 変法とNTRを行い経会陰手術でも対応できる可能性がある。

80

子宮頸部無形成・双角子宮症例に対する形成術～頸部瘢痕組織を利用する工夫～

神戸大学

蝦名康彦、村田友香、田中恵里加、森田宏紀、山田秀人

【緒言】子宮頸部無形成・双角子宮の症例に対して、子宮頸部形成術とストラスマン手術を同時に行なった。発育不良の子宮に対して腔長を確保し、広い子宮頸部を形成するために頸部瘢痕組織を切除せずに利用した術式について報告する。【症例】患者は16才、主訴は原発性無月経、周期的下腹部痛である。診断的腹腔鏡にて、発達不良の双角子宮を認め、子宮頸部は細い瘢痕組織となっていた。経腔的な月経流出路作成を断念し、3ヶ月後に開腹による形成手術を施行した。双角子宮の底部をつなぐように体部に切開を入れ子宮内腔へ到達し、内膜を確認した。そして底部の切開創から頸部側へゾンデを通し、さらに拡張して8Frネラトンチューブを挿入した。頸部瘢痕組織の腹側を切開し薄い半円柱状の組織とし、頸部形成の準備とした。子宮底部はストラスマン手術で縫合閉鎖した。盲端となっていた腔を開放し、頸部瘢痕組織および子宮体部を腔の広さに合わせて、円周状に縫合した。術後に周期的下腹部痛は消失し、術後9ヶ月時点で経過良好である。

81

直腸瘤と鑑別を要した直腸GISTの1例

公立南丹病院

垂水洋輔、大坪昌弘、土屋 宏

【緒言】直腸瘤は診療する機会の多い疾患である。一方、Gastrointestinal stromal tumor (GIST) は消化管・腸間膜に発生する稀な間葉系腫瘍である。今回我々は直腸瘤と鑑別を要した直腸GISTの1例を経験したので報告する。【症例】81歳、3経妊3経産。40歳時に子宮筋腫に対し腔式子宮全摘術を受けている。間欠的な腔壁の膨隆を主訴に当科初診された。後腔壁の軽度膨隆を認め、直腸瘤と診断し経過観察とした。初診から8ヶ月後に直腸瘤の増悪を認め再診された。内診で後腔壁の膨隆は弾性硬であったため、直腸診したところ、直腸腔中隔部に腫瘍を認めた。経腔超音波検査では腫瘍は最大径8.2cmの境界明瞭な充実性腫瘍であり、カラードップラー法で腫瘍内部に血流を認めた。骨盤MRI、¹⁸FDG-PET、大腸内視鏡検査から直腸粘膜下悪性腫瘍を疑い、仙骨式直腸切断術、腹腔鏡下直腸切断術、人工肛門造設術を施行した。術後病理組織診断は直腸GISTであった。【結語】直腸瘤の診断には直腸GISTを含む腫瘍を念頭に置く必要があり、両者の鑑別には直腸診、経腔超音波検査が有用と考える。

82

高齢女性の骨盤臓器脱に対する仙骨脛固定術（LSC）

京都民医連中央病院

山西 歩、古板規子、中村光佐子

腹腔鏡下仙骨脛固定術（LSC）は、手術創が小さく再発率が低いことから、骨盤臓器脱に対する新たな治療法として普及しつつある術式である。比較的若い症例を対象とした報告が多いが、当院でこの間 80 歳以上の症例に LSC を行い、骨盤臓器脱とそれに伴う排尿障害、排便障害の症状に改善が認められたので報告する。そのうち 1 例では、手術に関連すると考えられる合併症と慢性内科疾患により入院期間が延長した。LSC は長時間の気腹と骨盤高位を要する術式であり、年齢による脆弱性から重篤な合併症を引き起こす可能性があるが、開排制限のある患者にも施行することができ、術後の疼痛も軽度で早期に日常生活に復帰可能である。また、中長期的な QOL の改善や、介護負担の軽減が期待できる。合併症に注意は必要だが、高齢患者に対しても術式の選択肢となりうると考える。

83

子宮筋腫による急性尿閉をウォーレンリングペッサリーにて解除し外来フォローに成功した 2 例

神戸アドベンチスト病院

坂本美友、久保田陽子、野坂舞子、伊田昌功、辻 芳之

子宮筋腫の稀な合併症に急性尿閉がある。尿閉のため膀胱充満による腹痛で救急搬送されることもありやむを得ず緊急に子宮全摘出術が選択されることも多い。子宮筋腫による尿閉は子宮筋腫が骨盤腔に下垂し、パッキングして膀胱頸部を圧迫することにより発生すると考えられる。今回我々は子宮筋腫による急性尿閉が発症した患者に対してウォーレンリングペッサリーを腔内に挿入することにより子宮筋腫が挙上され骨盤腔内のパッキングが解除されることで排尿可能となり余裕をもってその後の治療を選択することが可能であった 2 例を経験したので報告する。1 例は急性尿閉発症後に 59mm ウォーレンリングペッサリー装着にて排尿可能となった。子宮温存希望であったため外来にて経過観察後子宮筋腫核出術を行った。もう 1 例は 65mm ウォーレンリングペッサリーの挿入後手術は希望されず 2 年以上経過している。子宮筋腫による急性尿閉に対してウォーレンリングペッサリーでの治療は簡便な方法であり、最初に試みてもよいと考えられる。

84

腫瘍内出血により DIC を来した 20 kg の巨大子宮筋腫の 1 例

天理よろづ相談所病院

山中 冨、関山健太郎、鈴木 悠、松村直子、藤井温子、金本巨万、三木通保、藤原 潔

症例は 43 歳、2 経妊 2 経産。腹部膨満及び下腿浮腫を主訴に当科を受診した。腹囲は 106 cm、剣状突起下に及ぶ巨大腹部腫瘍を触知し、血液検査にて Hb3.4g/dl の高度貧血、凝固能異常を認め DIC を合併していた。造影 CT にて子宮由来と思われる巨大腫瘍を認め、腫瘍内での動脈性出血が疑われた。緊急動脈塞栓術も検討されたが、有効ではないと判断され、まずは輸血と DIC 治療を開始した。入院 18 日目に腹部膨隆が増悪し、更なる腫瘍内出血が疑われた。腫瘍破裂のリスクが高く同日緊急手術となった。開腹所見は小腸間膜と広範に癒着し、豊富な新生血管を伴う巨大子宮腫瘍を認めた。子宮脛上部切断術、両側付属器切除術を施行した。術後病理結果は子宮平滑筋腫であり、巨大腫瘍の大部分は凝血塊であった。POD16 に左子宮動脈仮性動脈瘤及び骨盤死腔炎を認め、流入血管結紮及びドレナージを施行。POD27 に右子宮動脈からの腹腔内出血を認め、右子宮動脈塞栓術を施行した。その後経過良好で、貧血改善と凝固能正常化を認め、POD41 に退院した。

85

子宮筋層壊死により子宮全摘出術を余儀なくされた 3 例

神戸大学

内山美穂子、森本規之、平久進也、森實真由美、谷村憲司、出口雅士、山田秀人

帝王切開術後に子宮筋層壊死に至り、子宮全摘出術を要した 3 例を経験した。2 例は他院で緊急帝王切開の後、大量出血のため母体搬送され子宮動脈塞栓術 (UAE) を実施し、UAE 後解熱を確認し退院したが、退院後 10 日前後で発熱と腹痛を認めて再入院した。その後子宮筋層壊死を呈し、子宮全摘出術に至った。1 例は常位胎盤早期剥離のため緊急帝王切開を行い、術後 21 日目に子宮筋層壊死のため子宮全摘出術に至った。3 例とも子宮内に血腫様遺残物を認め、血腫への感染による子宮内膜炎を疑い抗菌剤と子宮腔内洗浄を開始し菌血症は改善したが、子宮局所の感染症状は持続した。子宮温存を目的に抗菌剤投与と子宮内洗浄を繰り返したが、起因菌は消失せず、造影 CT や MRI で子宮筋層壊死が示唆されたため、子宮全摘出術を行った。緊急帝王切開術後の子宮感染に筋層壊死を併発した場合、保存的治療に抵抗性であることがある。広範な筋層壊死を認めた際は早期の子宮全摘出術を考慮して管理する必要がある。

86

腸閉塞を契機に発見された parasitic myoma の 1 例

大阪府立病院機構 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター

小川憲二、中村春樹、永井 景、安川久吉、赤田 忍

Parasitic myoma とは遊離した子宮筋腫が異所に他臓器からの栄養血管を得て生着した疾患である。今回我々は腸閉塞を契機に発見された parasitic myoma の 1 例を経験したため報告する。[症例]44 歳、未経妊未経産、子宮筋腫の為 39 歳時に他院で腹腔鏡下子宮腔上部切断術を施行されている。今回、下腹部痛、嘔吐、発熱を主訴に近医を受診し、腸閉塞と誤嚥性肺炎、卵巣嚢腫を認めた為当院に紹介となった。骨盤造影 MRI では左卵巣嚢腫茎捻転と、これに接して 10cm 超の充実性腫瘍を認めた。診断と腸閉塞解除を目的に試験開腹手術を施行した。充実性腫瘍と捻転した卵巣嚢腫が小腸を挟み込む様に強固に癒着しており、腸閉塞の原因と考えられた。充実性腫瘍は S 状結腸と連続しており、栄養血管も認めた。癒着を解除して、左付属器切除術と腫瘍生検を行い、術後、腸閉塞は改善した。病理診断は卵巣嚢腫は良性で、充実性腫瘍は平滑筋腫であり、S 状結腸に生着した parasitic myoma と考えられた。術後 31 日目に腫瘍と S 状結腸の合併切除術を施行し、術後 12 日目に退院した。

87

的確な病歴聴取が診断の助けとなった Wunderlich 症候群の 1 例

愛仁会高槻病院

福岡泰教、加藤大樹、小寺知揮、飯塚徳昭、浅野正太、西川茂樹、松木理薫子、細野佐代子

徳田妃里、柴田貴司、中後 聡、小辻文和、大石哲也

Wunderlich 症候群は双頸双角子宮、片側の子宮腔閉鎖、同側腎無形成を三徴とする、稀な疾患である。患例の子宮や閉鎖した腔腔内の経血貯留による急性腹症で受診することが多く、卵巣腫瘍の茎捻転や破裂と誤診され開腹される例もある。演者らは的確な病歴聴取が診断の決め手となり、不必要な開腹を回避し、最小の侵襲での診療が可能となった症例を経験した。患者は 14 歳。出生時に右腎低形成を指摘。初経は 13 歳で、月経痛は月経毎に増悪した。今回も月経初日より下腹痛が徐々に強まり、4 日目に激痛となり来院した。超音波で 8cm 大の嚢胞とそれに一致する圧痛を認めた。CT で、嚢胞は子宮の下方に存在し、嚢胞と子宮には交通があるように見えた。MRI で本症の三徴を認め、診断が確定した。待機的に腔中隔の切開を行い、術後一年間、再発はない。問診での下腹部痛が突発ではなく、月経痛が徐々に悪化したとの情報が鑑別診断の助けとなった。また、右腎低形成の既往を聞き出したことから本症と疑い、CT、MRI で診断が確定した。

88

子宮悪性腫瘍診断のピットフォール

奈良県立医科大学

新納恵美子、岩井加奈、山田有紀、重富洋志、棚瀬康仁、川口龍二、佐道俊幸、小林 浩

【目的】MRI は子宮悪性腫瘍の局在や進展度の診断に有用であるが、腫瘍の進展形式などによって誤認がおこる症例もある。今回、当科で子宮悪性腫瘍の診断で手術を施行した症例の術前後の診断の相違について後方視的に検討した。【対象】2013年7月から2015年7月の間に当科で手術療法（円錐切除術は除く）を施行した157例で、術前診断の内訳は子宮体癌104例、子宮頸癌53例であった。【成績】4例（2.5%）で術前後の診断に相違を認めた。術前に子宮頸癌と診断された3例は全て広汎子宮全摘術を施行し、術後病理組織診では子宮体癌と診断した。術前に子宮体癌と診断された1例は広汎子宮全摘＋後腹膜リンパ節郭清術を施行し、術後病理組織診で子宮頸部腺癌と診断した。このうち2例は子宮峡部癌であった。【結論】術前に病理組織診およびMRIを施行したが、腫瘍の局在診断に難渋した子宮悪性腫瘍の症例が存在した。術前診断は術式選択に関わり、予後や合併症の程度を左右する可能性があり、他科を交えた詳細な術前評価が必要と考える。

89

当科における子宮内膜焼灼術についての検討

大阪労災病院

八木茉莉、八木一暢、奥野幸一郎、白石真理子、直居裕和、栗谷健太郎

渡辺正洋、尾崎公章、志岐保彦

【目的】子宮内膜焼灼術(Endometrial Ablation:EA)は過多月経に対して行われる治療であり、子宮全摘術に比べより低侵襲であり、今後本邦でも過多月経の治療としてEAの需要が増加していくと予想される。今回当科で行った子宮内膜焼灼術の症例について検討する。【症例】52歳3経妊1経産。1年前より慢性腎不全のため腹膜透析導入中。過多月経あり出血持続し、Hb4.8g/dlと貧血認めた。輸血および子宮内膜焼灼術を施行した。術後にHb値は正常化し、貧血の改善を認めたが、その約8ヶ月後には過多月経が再燃。術後約16ヶ月に当科再受診。Hb5.7g/dlと貧血を認めたため、輸血、およびEA再施行となった。【結論】子宮内膜焼灼術は術中及び術後に合併症が少なく、その後の月経量も減少し、かつ侵襲性も低い有用性のある治療法であるが、過多月経再燃の症例も存在するため、長期の経過観察が必要と考える。

90

当科におけるマイクロ波子宮内膜アブレーション導入後の検討

済生会京都府病院

渡邊 愛、清水美代、小川佳奈絵、加藤淑子

MEA（マイクロ波子宮内膜アブレーション）は過多月経に対してマイクロ波で子宮内膜を凝固、壊死させ月経量を減少させる治療である。サイズの大きな子宮筋腫や腺筋症患者には手術療法が勧められるが、希望がなく手術を希望しない患者に選択できる低侵襲な治療法といえる。手術方法は①全身麻酔下に子宮鏡で観察後、内膜搔爬を行う。②超音波ガイド下にアブリケーターを挿入し、子宮内膜を焼灼。③全面焼灼後、子宮鏡で確認。内膜壊死組織を鋭匙で排出し、焼灼できていない内膜を追加焼灼する、これを繰り返して終了する。当科では2012年12月より本治療法を導入し、2016年1月までに13例の患者にMEAを施行した。症例は機能性過多月経3例、腺筋症7例、子宮筋腫3例であり、術後全例に月経量の減少を認めた。しかし過多月経が再発し手術となった症例が2例あった。今回、これまでの症例についての検討を行い、今後のMEAにむけての考察を行ったので報告する。

91

腹腔鏡下腹膜生検の迅速病理診断により診断できた結核性腹膜炎の1例

関西医科大学

横江巧也、木戸健陽、佛原悠介、村田紘未、溝上友美、吉村智雄、北 正人、岡田英孝

結核性腹膜炎は、まれな肺外結核感染症である。今回、癌性腹膜炎との鑑別を要し、腹腔鏡下腹膜生検の迅速病理診断にて結核性腹膜炎と診断できた一症例を報告する。患者は77歳、約3ヶ月前からの食欲不振、体重減少を主訴に受診。径約4cm大の卵巣嚢腫、胸水、腹水貯留、血清CA125値高値を認めた。癌性腹膜炎を最も疑い、準緊急的に腹腔鏡下腹膜生検を施行。淡黄色漿液性腹水の貯留、腹腔内の多数の粟粒大小結節のび漫性の散在とともに、高度の癒着を認めた。腹膜生検組織の迅速病理診断にて肉芽腫が確認され、結核菌PCR検査で陽性を認めたため、抗結核薬の4剤併用療法を開始した。腹水・喀痰のPCR検査は陰性であった。本症例のように、腹水等の検体から結核菌が検出されず、腹膜の組織学的検討によってはじめて結核性腹膜炎との診断に至る例も多い。腹腔内の観察と生検が低侵襲に施行でき、かつ、術後早期に治療開始可能な腹腔鏡下手術は非常に有用である。本症例について、若干の文献的考察を加え報告する。

92

院内支援体制を勘案した卵巣癌・卵管癌・腹膜癌の腫瘍減量術

大阪鉄道病院

熊谷広治、坂井昌弘、前田隆義

【目的】卵巣・卵管・腹膜癌の2015年治療ガイドラインでは肉眼的残存腫瘍がない状態を目指した最大限の腫瘍減量術が推奨されている。その成否は外科および集中治療部などの院内支援体制に依存する。今回この支援体制に着目し腫瘍減量術について検討した。【方法】過去3年間の卵巣・卵管・腹膜癌27例（各22・1・4例；2015年規約でⅠ期10例、ⅡB期3例、ⅢA期2例、ⅢB期2例、ⅢC期10例）を対象とし、院内支援体制、術式、予後などを調査した。【結果】27例の年齢中央値は67歳（46～82歳；75歳以上が7例）で、組織型は漿液10例、明細胞9例、類内膜3例、肉腫3例、粘液1例、胚細胞1例で、当院に集中治療部はなく、Ⅱ期以上では、標準術式が53%（9/17）に行われ、外科の腸管切除例はなく人工肛門造設が1例に行われ、肉眼的残存腫瘍の有・無からの再発は79%（11/14）・67%（2/3）で、再発例の46%（6/13）が原病死した。【結論】院内支援体制を勘案して自院ではどの程度までの腫瘍減量術が可能かを見極めておく必要がある。

93

子宮腺筋症、子宮内膜症を合併し一過性に急性腎不全を呈した2例

大阪市立総合医療センター

鹿野理恵子、深山雅人、松木貴子、公森摩耶、和田夏子、徳山 治、川村直樹

子宮腺筋症、子宮内膜症を合併し、下腹部痛の増強とともに一過性の急性腎不全を呈した2例を報告する。症例1は51歳、0経妊、1週間前から月経困難症でNSAIDsを多用していた。倦怠感が出現し近医で急性腎不全と診断され、血液透析を開始した。第3病日に性器出血と白血球増多を認め、輸血と抗生剤の投与を受けた。当院搬送第6病日に緊急手術（腹式子宮全摘出術、両側付属器摘出術）し、子宮腺筋症・子宮内膜症と診断した。術後は透析1回のみで、1ヶ月で腎機能はほぼ正常化した。症例2は51歳、0経妊、発熱、下腹部痛が出現し、両側卵巣腫瘍、骨盤腹膜炎が疑われ、抗生剤を開始した。翌日腹痛の増強、下痢、乏尿が顕著になり、卵巣腫瘍破裂疑い、急性腎不全、DICと診断された。第3-6病日に抗DIC治療し、第5-14病日に血液透析を5回行った。その後腎機能は正常化した。5か月後に腹腔鏡手術を行い両側卵巣子宮内膜症嚢胞で、破裂や悪性所見は認めなかった。2症例について投薬歴、感染徴候、凝固線溶系を中心に考察する。

94

内腸骨静脈から右心室へ進展した静脈内平滑筋腫症の1例

奈良県立医科大学

飯田実加、岩井加奈、新納恵美子、山田有紀、吉元千陽、重富洋志、棚瀬康仁、春田祥治、川口龍二、小林 浩

静脈内平滑筋腫症は静脈内に発育する良性の平滑筋腫であり、その進展部位は骨盤内静脈内のみならず、稀に下大静脈内を通じて右心房や右心室、肺動脈にまで進展することがあると報告されている。今回、内腸骨静脈から右心房・右心室へ進展した静脈内平滑筋腫症の1例を経験したので報告する。症例は47歳、OGOP、失神を主訴に他院内科を受診した。骨盤MRI、胸腹部造影CTにて、骨盤内に最大長径11cm大の多発子宮筋腫と、それから連続した腫瘍が子宮静脈・内腸骨静脈・下大静脈・右房・右室に進展しており、静脈内平滑筋腫症を疑った。心臓血管外科と消化器外科と当科にて合同手術を行った。まず開胸・開腹の上、体外循環下に、右心房を切開し右心房内の腫瘍を摘出した。次に下大静脈を切開し下大静脈から総腸骨静脈内の腫瘍を摘出した。最後に子宮全摘術＋両側付属器切除術を行い、子宮静脈内と内腸骨静脈内の腫瘍を可及的に摘出し、ほぼ腫瘍の完全摘出が可能であった。術後経過は良好であり、現在外来にて経過観察中である。

95

後腹膜に発生し尿管を巻き込んで発育したデスモイド型線維腫症の1例

関西労災病院

小野ひとみ、堀 謙輔、小谷知紘、大久保理恵子、下地香乃子、村上淳子、中川美生、鶴田智彦、田島里奈、伊藤公彦

デスモイド型線維腫症は100万人あたり3例ほどの稀な疾患である。病理組織学的には線維腫の一種の良性疾患で遠隔転移を来すことはないが、周囲に浸潤しやすく、根治術を行っても局所再発を繰り返す難治性疾患である。また、外傷や手術創に好発する。症例は45歳女性、2経妊1経産。2年前に多発子宮筋腫、左傍卵巣囊腫に対して単純子宮全摘術および左付属器切除術を実施。今回、腹痛・嘔吐を主訴に前医受診し、腹部CTにて6cm大の後腹膜腫瘍と高度の左水腎症を認め、精査加療目的に当院紹介となった。MRIではT1、T2で等信号、DWで軽度高信号、造影効果を伴う腫瘍であり、デスモイド型線維腫症、孤立性線維腫性腫瘍、悪性線維性組織球症などが鑑別にあがった。PET-CTでは腫瘍にFDG集積(SUVmax=6.41)を認め、悪性が疑われた。開腹所見では腫瘍は後腹膜から発生し、内外腸骨動脈、尿管を巻き込み、膀胱、直腸、膣断端と強固に癒着していたが、破綻なく完全切除し得た。病理組織診ではデスモイド型線維腫症と診断された。

96

抗NMDA受容体脳炎を伴った成熟嚢胞性奇形腫の1例

JCHO 大阪病院

福岡寛子、大八木知史、尹 純奈、和田あずさ、宮本真由子、木瀬康人、坪内弘明、福田 綾、筒井建紀

今回我々は、術前に成熟嚢胞性奇形腫が疑われなかったが、付属器摘出後に成熟嚢胞性奇形腫と診断され、脳炎の臨床症状が改善した抗NMDA受容体脳炎の1例を経験したので報告する。症例は25歳、未婚、未経妊。発熱、頭痛、項部硬直が出現し入院となった。ウイルス性髄膜炎を疑い治療を開始したが、意識レベルの低下、痙攣発作を認めた。臨床経過から脳炎を疑いステロイドパルス療法が開始されたが、症状は更に進行し人工呼吸管理、血漿交換も開始された。MRIにて33×25mm大の多房性卵巣囊腫を指摘されたが、画像上は奇形腫を疑う所見はなかった。しかしその後も脳炎症状の改善を認めなかったため左付属器摘出術を施行した。2cm大の嚢胞内に脂肪・毛髪を認め、病理診断は成熟嚢胞性奇形腫であった。また術後に、髄液中の抗NMDA受容体抗体陽性の結果を得、抗NMDA受容体脳炎との診断に至った。術後免疫グロブリン療法も開始され、以後症状は徐々に改善し退院となった。文献的考察を加え報告する。

97

胸腹水貯留、腹膜播種像を認めた G-CSF 産生卵巣癌の 1 例

大阪大学

桑鶴知一郎、味村和哉、馬淵誠士、富松拓治、澤田健二郎、吉野 潔、木村 正

Granulocyte colony-stimulating factor (以下 G-CSF) 産生腫瘍は、MRI や PET-CT で特徴的な所見を示し、症状を伴わない白血球増多症を認めることがある。甲状腺、肝臓、膀胱等を原発とする G-CSF 産生悪性腫瘍の報告は散見するが、卵巣悪性腫瘍の報告は多くない為、予後に関して一定の見解が得られていない。症例は 35 歳、未経妊、不正性器出血および腹水貯留を主訴とし受診、手術加療の方針となる。術前検査で白血球 $>20000/\mu\text{l}$ を認め、血液疾患は否定的であり、血清 G-CSF および IL-6 の値の上昇を認めた。大量胸腹水、腹膜播種を伴う Stage III C の右卵巣癌に対し、標準手術および播種病変摘出術を施行した。術後は胸腹水の症状は改善し、血清 G-CSF、IL-6 および白血球数は正常域となった。右卵巣、子宮体部のみ悪性所見認め、Stage II A の卵巣癌と診断した。当科で経験した G-CSF 産生卵巣癌の 1 例について考察を加えて報告する。

98

異所性妊娠の術後病理標本で偶然発見された卵管上皮内癌の 1 例

京都第一赤十字病院

山本拓郎、志村光揮、菅原拓也、小木曾望、松本真理子、富田純子、八木いづみ、東 弥生
大久保智治

骨盤内漿液性腺癌の発生母地として、卵管上皮内癌 (STIC; serous tubal intraepithelial carcinoma) が注目されている。今回われわれは、異所性妊娠手術で摘出した卵管に STIC 病変が存在した 1 例を経験したので報告する。症例は 33 歳女性、7 経妊 2 経産、不正性器出血と下腹部痛を主訴に前医受診し、異所性妊娠を疑われ当院紹介となった。受診時、最終月経からは妊娠 5 週 5 日、経腔超音波では右卵管に胎嚢様の構造と腹腔内出血を疑い、右卵管妊娠破裂と診断、腹腔鏡下右卵管切除術を施行した。術後病理標本で異所性妊娠の所見と切除卵管に STIC 病変を認めた。家族歴にがん患者は存在しなかったが、本人に十分な説明をしたところ、追加切除を希望されたため、子宮全摘出術および両側付属器切除術を施行した。追加切除検体に悪性を示唆する所見は認めなかった。偶然発見された STIC への対応には今後の症例の蓄積が必要であると考ええる。

99

頸部リンパ節腫脹を契機に発見された、全身リンパ節転移を伴う卵管癌の 1 例堺市立総合医療センター¹、同病理診断科²濱名智世¹、金森 玲¹、実森万里子¹、橋村茉莉子¹、田中江里子¹、梅田杏菜¹細井文子¹、数見久美子¹、宮西加寿也¹、山本敏也¹、棟方 哲²

症例は 45 歳、未経産婦。頸部リンパ節腫脹を自覚し、近医受診後当院内科を紹介受診した。リンパ節生検を施行したところ卵巣、子宮などが原発と考えられる漿液性腺癌を認め、当科紹介受診となった。診察上、子宮・卵巣の腫大および腹水は認めず。子宮頸部細胞診では adenocarcinoma を認め、子宮体部あるいは卵巣由来が疑われたが、子宮内膜組織診では悪性所見認めず。造影 MRI で左卵巣の背側に管状構造物を認め卵管腫大が疑われた。また PET-CT では左鎖骨上窩から骨盤内にかけて異常集積を伴う多発リンパ節腫大を認め、卵管癌および全身リンパ節転移が最も疑われた。腹腔鏡検査を施行したところ、径 5mm に腫大した左卵管と少量の腹水貯留を認めたが、卵巣腫大、腹膜播種は認めず、左付属器を摘出し術を終えた。病理学的検査では、腹水細胞診陽性で、卵管内に high grade serous adenocarcinoma を認めるも卵巣には腫瘍を認めず、卵管癌 IVB 期の診断となった。

100

大腸癌に合併した 18 歳の Krukenberg 腫瘍の 1 例

大阪市立大学

内田啓子、橋口裕紀、笠井真理、福田武史、市村友季、安井智代、角 俊幸

Krukenberg 腫瘍の大半は 40 歳代以降に発症するとされ、10 代における報告は数例しかない。今回、われわれは 10 代女性の Krukenberg 腫瘍症例を経験したので報告する。症例は 18 歳女性。主訴は腹痛。精査の結果、大腸癌と診断された。CT 検査にて両側卵巣軽度腫大が指摘され、婦人科受診予定であったが、腹痛増悪により外科にて緊急手術を施行された。術中所見としては、横行結腸に 3×2cm 大の大腸癌および播種病変を認めた。両側卵巣は肉眼的には正常であったが生検を施行した。病理組織検査にて、大腸病変と同様、卵巣実質にもびまん性に浸潤する低分化型腺癌の診断であった。したがって大腸癌由来の Krukenberg 腫瘍と診断した。大腸癌患者においては、たとえ患者が若年で卵巣に明らかな異常所見を認めなくても、Krukenberg 腫瘍を疑い卵巣の病理学的検索を積極的に考慮すべきと考えられた。

101

術前診断が困難であった尿膜管原発腹膜偽粘液腫の 1 例

大阪大学

岡田愛子、小林栄仁、味村和哉、福井 温、橋本香映、馬淵誠士、上田 豊、澤田健二郎
富松拓治、吉野 潔、木村 正

症例は 60 代 G3P3、20 年前に卵巣腫瘍に対して腹式子宮全摘術、付属器切除術の既往あり（詳細不明）。近医より骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介。腹部超音波、CT、骨盤 MRI では上腹部に播種病変を有し臍部周囲から腹腔内に連続した石灰化を伴う多房性嚢胞性腫瘍を認めた。術前腫瘍マーカーは CEA70U/ml と高値であったが消化管内視鏡検査にて異常を認めず。原発不明腫瘍に対して、まず腹腔鏡下に観察を行った。腹腔内は黄色透明なゼリー状粘液の貯留を認め、最大病変は下腹部に存在していた。腹腔鏡観察の後、開腹にて原発巣を確認するに腫瘍は下腹部正中の腹膜と腹直筋後鞘との間に位置し臍から膀胱頂部筋層に至っていた。この約 20cm 大の腫瘍を切除し、改めて腹腔内を観察したところ両側付属器及び虫垂は切除後であった。上腹部の播種性病変は拡大手術を行っても完全切除は困難との判断から可及的に病巣切除の上、手術を終了した。術中所見と合わせ最終病理診断は尿膜管原発の腹膜偽粘液腫であった。若干の文献的考察を加え発表する。

102

子宮内膜症性嚢胞に対してジェノゲスト投与中に卵巣明細胞癌を発症した 1 例

－12 年間の経過観察例－

国立病院機構京都医療センター

高倉賢人、下園寛子、川村洋介、秦さおり、和田美智子、奥田亜紀子、住友理浩
高尾由美、高倉賢二

【緒言】卵巣明細胞癌は子宮内膜症を背景として発症する悪性腫瘍である。今回、子宮内膜症性嚢胞に対してジェノゲストを投与中に卵巣明細胞癌が発症した 1 例を経験したので報告する。【症例】48 歳、未経妊。12 年前に月経困難で当院初診となり、子宮内膜症性嚢胞および子宮腺筋症に対してリュープロレリン酢酸塩投与や腹腔鏡手術を施行し、経過観察となっていた。6 年前に 4cm 大の左卵巣子宮内膜症性嚢胞が再発し、ジェノゲスト内服を開始した。嚢胞は 2cm 大に縮小し、増大なく経過していたが、今回 4.9cm 大に増大し、内部に充実成分を認めるようになった。CA125 の上昇はないものの、充実成分は MRI で造影効果を呈していた。卵巣癌と診断し、卵巣癌根治術を施行した。病理結果は卵巣明細胞癌、pT1aNOM0、pStageIA であった。術後化学療法は行わず、経過観察中である。【結語】ジェノゲストは子宮内膜症性嚢胞を縮小させる効果があるが、発癌を抑制する効果は明らかになっていない。ジェノゲスト投与中でも慎重な経過観察が必要である。

103

月経モリミナを伴う先天性腔閉鎖にジェノゲストを用いて長期的に待機しえた 2 例

大阪大学

高岡 幸、橋本香映、味村和哉、小林栄仁、福井 温、馬淵誠士、上田 豊、
澤田健二郎、富松拓治、吉野 潔、木村 正

腔欠損症に対する造腔術は、腔狭窄防止のための自己管理を要することから、性成熟期の施行が望ましい一方、手術待機中に月経モリミナの管理に苦慮することがある。今回我々は、月経モリミナを伴う先天性腔欠損にジェノゲストを用いて長期的に待機しえた 2 例を経験したので報告する。症例 1: 13 歳時、腹痛のため小児科を受診し、月経モリミナと診断され当科紹介受診。経血量減量を期待しジェノゲストの内服を開始した。その後腹痛は徐々に軽減し、子宮留血腫もやや縮小。現在 18 歳となり、大学進学を前に造腔術を予定している。症例 2: 13 歳時、腹痛を主訴に前医を受診し、月経モリミナと診断され当院紹介受診。持続的な腹痛のため、経腹的に子宮留血腫をドレナージしたのち、ジェノゲストの内服を開始したが、内服開始後 1 か月時点の月経時と思われる時期の腹痛が強く、ジェノゲストを休業しリュープロレリン酢酸塩を 6 か月間投与したのちジェノゲスト内服を再開した。現在 14 歳で、腹痛なく経過している。

104

臍帯潰瘍からの大量失血により児貧血となった胎児小腸閉鎖の 1 例

大阪大学

塩見真由、遠藤誠之、柿ヶ野藍子、松本有里、松崎慎哉、高田友美、熊澤恵一、木村 正

症例は 30 歳、初産婦。妊婦 32 週の健診時に胎児腸管拡張を認め当院へ紹介、超音波検査にて胎児小腸閉鎖症が疑われた。妊娠 33 週 1 日に前期破水にて入院管理となった。当初は子宮収縮抑制剤投与下に妊娠延長を図ったが、妊娠 33 週 2 日に胎児頻脈の適応で分娩誘発を開始した。分娩経過中に人工破膜を施行したところ血性羊水を認めた。胎児心拍異常の適応で、緊急帝王切開となった。出生児は体重 2056g(0.6SD)の女兒、アプガースコア 1 分値 0 点、5 分値 0 点、重症新生児仮死であった。児は出生後 39 分で心拍再開、臍帯潰瘍を認め、児採血にて Hb2.4g/dl と重症貧血を認めた。日齢 31 に小腸閉鎖根治術を施行された。今回、臍帯潰瘍による重症貧血を合併した胎児小腸閉鎖症の一例を経験した。早期診断につながる母体および胎児管理方法について当院での過去の胎児消化管閉鎖症例も含めて検討する。

105

胎児期に羊水過多を呈した Apert 症候群の画像診断の検討

京都府立医科大学附属北部医療センター1)、同小児科 2)

志村光揮 1)、沖村浩之 1)、青山幸平 1)、辻 哲朗 1)、野口敏史 1)、松井史裕 2)

Apert 症候群は尖頭合指症 type1 に分類される症候性頭蓋骨縫合早期癒合症であり、頭蓋癒合症と両側の合指趾症を特徴とし、中枢神経系の異常により羊水過多を合併することがある。今回我々は、胎児期に羊水過多を認め、出生後に Apert 症候群と診断された 1 例を経験した。症例は 36 歳女性、4G2P、家族歴と既往歴に特記事項はない。他院で羊水過多を指摘され妊娠 32 週 2 日に精査目的に当院紹介となった。4D 超音波検査で前額部の突出した特徴的な顔貌と片側の合指症を確認したが、確定診断には至らなかった。妊娠 37 週 6 日に骨盤位のため選択的帝王切開で分娩、2880g の女兒であった。出生後に遺伝子検査を行い FGFR2 遺伝子の S252W ヘテロ変異を認め Apert 症候群と確定診断した。今回出生前に確定診断には至らなかったが、胎児期の画像検査で特徴的な所見を呈していたため検討し報告する。

106

経過が順調であると判断されていたが急激に重篤な胎児の合併症をきたした

一絨毛膜二羊膜(MD)双胎の特徴

大阪府立母子保健総合医療センター

川口晴菜、石井桂介、武藤はる香、馬淵亜希、山本 亮、金井麻子、林 周作、光田信明

【目的】MD 双胎には、推定体重や羊水深度に異常なく経過するも、急に重篤な合併症を呈する症例(急変例)がある。急変例の頻度と特徴を明らかにする。【方法】対象は 2005 年～2015 年、当センターで妊娠 16 週未満から管理した MD 双胎とする。無心体双胎、胎児異常は除外。MD 双胎の健診は、2011 年 3 月までは妊娠 16 週以降 1 週毎、2011 年 4 月以降は、妊娠 32 週まで 2 週毎、それ以降 1 週毎である。急変例は、前回受診時に異常なかったが、次回受診時重篤な合併症を認める症例とした。重篤な合併症は 1 児 IUFD(sIUFD)、両児 IUFD(bIUFD)、TTTS、胎児水腫、介入を要する胎児機能不全(NRFS)。期間 1 を妊娠 16 週未満、期間 2 を妊娠 16 週～28 週、期間 3 を妊娠 28 週以降とした。【結果】対象は 399 例、急変例は 32 例(8.0%)であった。2011 年 3 月まで 17 例(6.9%)、2011 年 4 月以降は 15 例(9.7%)。期間 1 は 7/399 例(1.8%)ですべて bIUFD。期間 2 は 12/387 例(3.1%)であり、bIUFD3 例、sIUFD2 例、TTTS6 例、胎児水腫 1 例。期間 3 は 13/361 例(3.6%)であり、sIUFD1 例、TTTS9 例、NRFS3 例。【結論】受診間隔が週 1 回でも捉えきれない症例が存在する。

107

胎盤のエコー輝度の差によって TAPS が疑われた Late-preterm の一絨毛膜二羊膜双胎の管理経験

大阪府立母子保健総合医療センター

馬淵亜希、石井桂介、林 周作、金川武司、光田信明

【緒言】中大脳動脈収縮期血流速度(MCAPSV)による双胎貧血多血症(TAPS)の出生前診断基準には該当しないが、胎盤の B モードエコー輝度の差から TAPS が疑われた一絨毛膜二羊膜双胎(MD)の 2 例を経験したので報告する。【症例 1】妊娠 34 週の MD における超音波検査において、一絨毛膜胎盤に境界明瞭な高輝度部分と低輝度部分を認めたが、MCAPSV による診断基準には該当しなかった。臍帯穿刺にて TAPS と診断され、帝王切開にて分娩となった。出生後の Hb(g/dl)は 6.1 と 20.2 で、網赤血球比(RCR)は 5.38 であった。【症例 2】妊娠 34 週 MD において、胎盤のエコー輝度の差を認めたが、MCAPSV による TAPS の基準には該当しなかった。胎児機能不全のため帝王切開となり、出生後の Hb(g/dl)は 6.6 と 20.5 で、RCR は 2.72 であった。2 症例ともに、供血児は輸血を、受血児は交換輸血を要した。

108

一卵性の二絨毛膜二羊膜双胎妊娠で、両児が軟骨無形成症であった症例

大阪大学¹⁾、クリフム夫律子マタニティクリニック臨床胎児医学研究所²⁾李 享相¹⁾、瀧内 剛¹⁾、遠藤誠之¹⁾、柿ヶ野藍子¹⁾、松本有里¹⁾、高田友美¹⁾、松崎慎哉¹⁾熊澤恵一¹⁾、夫 律子²⁾、木村 正¹⁾

軟骨無形成症は、線維芽細胞増殖因子受容体 3(FGFR3)遺伝子の変異を原因とし、2.6 万出生に 1 の頻度でみられるまれな疾患である。常染色体優性の形式で遺伝するが、症例の 80%は新規遺伝子変異による。出生前診断は主に超音波検査により、長管骨の短縮が代表的な所見である。今回、二絨毛膜二羊膜(DD)双胎で、両児が軟骨無形成症で、かつ一卵性であることが確認できた症例を経験したので報告する。症例は 31 歳、2 経妊 1 経産。既往歴・合併症なし。家族歴なし。自然妊娠で妊娠成立し DD 双胎のため妊娠初期より当院で健診を受けていた。妊娠 19 週の中期超音波スクリーニング検査で両児に著明な四肢短縮(-4SD)を認め、精査にて軟骨無形成症が疑われた。プレネイタルカウンセリングの後、中期中絶を希望され、妊娠 21 週 5 日に誘発分娩に至った。本例は新規遺伝子変異による軟骨無形成症と考えられる。DD 双胎の多くは二卵性であるが、発症頻度から本例は一卵性と推測され、児の臍帯を用いた個体識別 PCR 検査により一卵性と確認された。

109

当院で経験した癒着胎盤による胎盤遺残の2症例

大阪市立総合医療センター総合周産期母子医療センター

公森摩耶、田中和東、岡田麻美、札場 恵、松木 厚、西本幸代、梶谷耕二、中村博昭、中本収

常位の癒着胎盤の発生率は1/22000であり、前置胎盤を伴う癒着胎盤の1/2500と比較すると稀であり分娩前診断も困難である。今回我々は異なる経過をたどった癒着胎盤による胎盤遺残の2症例を経験したため報告する。症例1は30代3経妊2経産。分娩第3期遷延の適応にて胎盤用手剥離を施行。産褥1ヶ月に造影CT検査にて6cmの胎盤遺残を認めたが、保存的に経過観察。産後2ヶ月に敗血症と診断され遺残胎盤からの感染が疑われた。抗生物質治療を行ったが、感染コントロール不良のため子宮内容除去術を試みたが子宮穿孔を来し緊急開腹術を施行した。症例2は30代1経妊1経産。既往帝切後妊娠の適応にて帝王切開術を施行。術中に胎盤用手剥離を施行し、癒着胎盤を疑う所見を認めなかった。術後1ヶ月に繰り返す大量出血を認め、MRI及び造影CT検査にて子宮動静脈奇形が疑われたため子宮腔上部切断術を施行。病理組織診で癒着胎盤による胎盤遺残と診断。胎盤遺残は多くの場合、自然排出もしくは自然吸収されるが、2症例とも産後2ヶ月以内に合併症を発症した症例であった。これらの症例提示に文献的考察を加え、報告する。

110

経腔分娩後に嵌入胎盤が疑われ子宮動脈塞栓術が奏功した1例

近江八幡市立総合医療センター

所 伸介、竹川哲史、木下由之、初田和勝

経腔分娩後の胎盤娩出に難渋するいわゆる臨床的癒着胎盤はしばしば経験される。今回我々は、造影MRIで嵌入胎盤の疑いと診断された経腔分娩後の臨床的癒着胎盤に対して子宮動脈塞栓術（以下UAE）を施行し胎盤が自然娩出された1例を経験したので報告する。症例は37歳女性、未経産。自然妊娠成立し、健診で異常指摘されることなく妊娠40週1日に自然陣痛発来。同日に経腔分娩（2732g 女児）となったが胎盤が娩出されず、用手剥離を試みるも不可能であった。超音波検査及び造影MRIで嵌入胎盤が疑われ子宮全摘も考慮されたが、妊孕性温存のためにまずUAEが施行された。UAE施行後約40時間で胎盤が自然娩出された。胎盤娩出後の子宮筋層は正常の厚みを有し胎盤遺残も認められなかったことから、真の嵌入胎盤でなくとも一時的に著しく伸展・菲薄化した子宮筋層のために画像上嵌入胎盤と診断されうることが示唆された。上記症例でもUAE後の胎盤娩出は期待でき、有効な治療法の一つと考えられる。

111

既往帝王切開の稽留流産において嵌入胎盤と診断された1例

市立福知山市民病院

松尾精記、奥田知宏、山本 櫻、山下貞雄

癒着胎盤は脱落膜が欠損し胎盤絨毛組織が直接子宮筋層に癒着した状態である。総分娩数に対する発生率は約0.03%と稀であるが、前置胎盤症例では5-10%、さらに前置胎盤症例で帝王切開既往がある場合には20-30%と発生頻度が上昇するとの報告がある。今回我々は、稽留流産後に嵌入胎盤と診断された症例を経験したので報告する。症例は33歳、2経妊2経産（経腔分娩1回、帝王切開1回）、子宮内膜ポリープ切除2回の既往あり。妊娠9週に稽留流産と診断し子宮内容除去を行った。手術直後より子宮内腔より大量の持続的出血あり、造影X線検査にて子宮動脈末梢からの活動性出血を認め、両側子宮動脈塞栓術（UAE）施行し止血した。総出血量1300g。UAE後48日目より外出血あり、UAE後49日目にMRIにて子宮前壁に45mm大の腫瘤を認め、尿中hCG：64IU/Lと上昇あり。同日開腹にて子宮下部前壁の血腫を摘出し、嵌入胎盤との組織学的診断を得た。帝王切開既往のある妊娠では癒着胎盤を合併する頻度が上昇する事に留意する必要がある。

112

異なる経過をたどった嵌頓子宮の3例

大阪市立大学

植村 遼、柳井咲花、和田夏子、片山浩子、羽室明洋、三杵卓也、橘 大介、古山将康

嵌頓子宮とは、妊娠時に子宮が過度に後屈になった状態で子宮が増大、子宮頸管は延長し子宮底が小骨盤腔に嵌頓した状態である。今回、異なる経過をたどった嵌頓子宮の3例を経験したので報告する。【症例1】35歳初産婦、妊娠31週で前置胎盤にて当院へ紹介された。嵌頓子宮の診断に至らず妊娠36週で帝王切開施行したが子宮頸部と子宮後壁を損傷し輸血を要するに至った。【症例2】34歳初産婦、妊娠30週で低置胎盤にて紹介となり、超音波・MRIにて嵌頓子宮と診断した。妊娠38週で帝王切開施行、延長した頸管の上方で子宮体部前壁を切開し児を娩出した。【症例3】36歳初産婦、妊娠26週で前置胎盤にて紹介となり、嵌頓子宮と診断し外来管理とした。その後自宅にて下腹部の不快感を自覚したが、他に異常所見無く経過観察。妊娠29週時に子宮が正常位置へ回復している事を確認、妊娠37週で経膈分娩に至った。

113

Ultrasound-Indicated Cerclageを行った既往自然早産・中期流産妊婦の分娩時期と早産リスク因子の検討

大阪府立母子保健総合医療センター

稲富絢子、林 周作、川村裕士、山本 亮、石井桂介、光田信明

【目的】子宮頸管長短縮(25mm未満)を適応として子宮頸管縫縮術(Ultrasound-Indicated Cerclage: UIC)を行った既往自然早産・中期流産妊婦の分娩時期と早産リスク因子を明らかにする。【方法】2008年1月から2015年12月までに、当センターでUICを行い、分娩に至った既往自然早産・中期流産妊婦を対象とした。子宮口開大に対する緊急縫縮例と多胎は除外した。母体背景、術後経過、分娩時期を調査し、母体背景から早産リスク因子の検討を行った。【結果】対象症例は31例であり、手術施行週数の中央値は妊娠20週(14週・24週)であった。30例ではその後の外来管理が可能であった。分娩週数の中央値は妊娠38週(26週・40週)であり、妊娠37週未満の早産は8例(26%)であった。母体背景に早産に関連する因子は認めなかった。【結論】UICを行った既往自然早産・中期流産妊婦の四分の三は正期産までの妊娠継続が可能であった。症例数が限られていたためか、早産と関連する母体背景因子は示されなかった。

114

非典型的な臨床経過を辿った不全子宮破裂の1例～臨床症状発現機序の考察～

高槻病院

徳田妃里、飯塚徳昭、福岡泰教、西川茂樹、浅野正太、小寺知揮、松木理薫子

細野佐代子、柴田貴司、加藤大樹、中後 聡、大石哲也、小辻文和

特異的な臨床経過を辿る不全子宮破裂症例を経験したので、発症機序の考察とともに報告する。【症例】妊娠39週の初産婦が、子宮底圧迫併用の吸引分娩から1時間半後に、座位時の気分不良を訴え、血圧低下と心拍数上昇を認めた。腹痛も性器出血の増量もなく経過を観察した。9時間後に、下腹部の自発痛・圧痛・反跳痛が突発した。画像検査で、膀胱子宮窩の血腫像と腹腔内液体貯留を確認し、緊急開腹した。膀胱子宮窩腹膜は膨隆し、腹腔内に凝血塊が存在した。膀胱子宮窩の凝血塊を除くと、膀胱は暗赤色で、これを外すと頸部表面がフラップ状に裂け、この奥に出血点を確認した。止血後に筋層と腹膜を修復した。【考察と結論】頸部筋層の小動脈が破綻し、膀胱子宮窩腹膜内に出血し、貧血症状が出現した。やがて腹膜が破綻し、腹膜刺激症状が突発したと考察する。軽微なバイタルサインの変化や訴えであっても、臨床経過に合致しない場合には、“想定外の異常”の発症初期の可能性を念頭に置き、診療に臨むべきである。

115

子宮頸癌に対する術前化学療法としてネダプラチン・パクリタキセル(NDP+PTX)療法が有用であった2症例

堺市立総合医療センター

金森 玲、実森万里子、橋村茉莉子、田中江里子、梅田杏菜、細井文子、数見 久美子
宮西加寿也、山本 敏也

症例 1: 47 歳。初診時、子宮頸部に径 6.5 cm の腫瘍を認め、組織診断は、squamous cell carcinoma, keratinizing type, SCC: 32.9 ng/ml で子宮頸癌 IB2 期と診断した。NDP+PTX 1 コース、PTX 単剤 1 コース施行したところ、腫瘍径は 3.4 cm まで縮小、SCC: 2.4 ng/ml まで低下し、広汎子宮全摘術施行した。術後診断は、ypT1b1N0M0 であった。症例 2: 41 歳。初診時、子宮頸部に径 4.6cm の腫瘍を認め、組織診断は、papillary squamous cell carcinoma, SCC 6.3 ng/ml で子宮頸癌 IB2 期と診断した。NDP+PTX 1 コース施行したところ、腫瘍径は 1.5cm まで縮小、SCC: 0.5 ng/ml まで低下し、広汎子宮全摘術を施行した。術後診断は、ypT1b1N0M0 であった。子宮頸癌に対して NDP+PTX による NAC は有用と考えられる。

116

当院における過去 5 年間の子宮頸部円錐切除症例の検討

京都第二赤十字病院

福山真理、加藤聖子、栗原甲妃、谷垣佳子、南川麻里、岡島京子、山本 彩
衛藤美穂、福岡正晃、藤田宏行

過去 5 年間に当院で施行した子宮頸部円錐切除術 407 例について検討した。術式として LEEP または超音波メスによる切除のいずれかを選択した。CIN2 以下 54 例、CIN3 287 例、AIS 11 例、IA1 期 41 例（全例扁平上皮癌）、IA2 期 5 例（扁平上皮癌 4 例、腺癌 1 例）、IB1 期 4 例（全例扁平上皮癌）であった。23 例に改めて根治術を行い、4 例に追加円錐切除術を施行した。そのうち 17 例には遺残病変は認めなかった。挙児希望例では原則 cone height を 15 mm までとした。術後の妊娠例は 27 例で、その内訳は正常産 13 例、妊娠中 1 例（現在妊娠 32 週）、早産 6 例、初期流産 2 例、人工妊娠中絶 3 例、胎状奇胎 1 例、転帰不明 1 例であった。

117

子宮頸部円錐切除前後の病理組織診断の一致率

パナソニック健康保険組合 松下記念病院

小柴寿人、大谷真弘、菅原拓也、秋山 誠、本山敏彦

子宮頸部異形成の術前診断で円錐切除術を施行した症例の術前と術後の病理組織診断の一致率を検討した。コルポスコピー下の狙い生検で術前診断し、円錐切除で得られた標本の術後病理組織診断との一致率に着目した。中等度異形成の診断で円錐切除を行った 17 例のうち、術後の病理組織診断が中等度異形成で術前と一致していたのは 6 例 (35.3%) に留まり、3 例は (17.7%) は扁平上皮癌で、うち 2 例 (11.8%) は浸潤癌と診断された。高度異形成の術前診断で円錐切除術を施行した 28 例のうち、術後病理組織診断が高度異形成で術前と一致していたのは 19 例 (67.8%) に留まり、9 例 (32.2%) で扁平上皮癌と診断され、うち 4 例 (14.3%) は浸潤癌であった。生検で異形成と診断した症例のうち、癌が潜んでいることが少なからずあることが示された。ゆえに、異形成の診断と治療方針の決定には細心の注意が必要と考えられた。

118

子宮頸部胃型腺癌の2症例

神戸大学

奥 幸樹、蝦名康彦、鈴木嘉徳、宮原義也、森田宏紀、山田秀人

2014年のWHO分類において、子宮頸部胃型腺癌は新たな組織亜型として加えられた。今回、2症例を経験したので報告する。【症例1】56歳。主訴は不正性器出血で紹介となった。子宮頸部に長径38mm大の腫瘍を認め、子宮頸部組織診は腺癌、子宮頸癌IB1期の診断で、広汎子宮全摘術、骨盤リンパ節郭清を施行した。術後病理診断で胃型腺癌と診断された。術後化学療法としてDC療法を6コース施行した。治療後1年で無病生存。【症例2】46歳。検診で行なった頸部細胞診がAGCであり、精査のため紹介された。頸部細胞診および組織診で、AISと診断した。骨盤MRIでLEGHが疑われるものの、明らかな腫瘍を認めなかった。AIS+LEGH疑いとして、腔式子宮全摘術を施行した。術後病理結果にて胃型腺癌IB1期と診断されたため、再手術を施行した。残存病変を認めなかったが、放射線療法を追加した。治療後1年で無病生存。【考察】胃型腺癌においては、組織診や骨盤MRIによる術前診断が難しい症例が存在することを念頭に置くべきである。

119

子宮頸癌IB・II期症例における治療成績の検討～手術・放射線療法の比較～

神戸大学

今福仁美、蝦名康彦、鈴木嘉徳、若橋 宣、宮原義也、森田宏紀、山田秀人

【目的】子宮頸癌IB期・II期症例における治療成績を、手術(OP)群と放射線療法(RT)群に分けて検討した。【方法】2010年～2013年に治療を行ったIB・II期子宮頸癌患者69例(OP群51例、RT群18例)を対象とし、臨床的背景、再発リスク因子、予後について後方視的に検討した。【成績】対象の年齢中央値はOP群55才、RT群73才、臨床進行期はOP群(IB期33/II期18例)、RT群(5/13例)であった。経過観察期間中央値38ヶ月(範囲8～66ヶ月)において、5年OS、5年PFSは両群に有意差を認めなかった。再発をエンドポイントとしたとき、進行期(II期 vs I期)はハザード比4.4(95%信頼区間1.5～16.3)、PET-CTで骨盤リンパ節集積(あり vs なし)は3.3(1.1～9.3)と独立したリスク因子となっていた。【結論】OP群リンパ節転移陽性例に対しては、放射線療法を中心とした術後治療を追加しているが、RT群に比較して予後良好とはいえなかった。骨盤リンパ節のPET-CT陽性例に対しては初回治療としてRTを考慮する可能性がある。

120

治療に難渋した子宮筋腫核出術後MRSA敗血症の1例

大阪赤十字病院

岩見州一郎、徳重 悠、池田亜貴子、川田悦子、邨田裕子、高松士朗、寒河江悠介、吉水美嶺、野々垣多加史

症例は40歳、未妊婦。過多月経を伴う子宮筋腫の加療目的で、当科に紹介となった。子宮は新生児頭大で、粘膜下から筋層内に多発する筋腫を認めた。強い挙児希望があり、筋腫核出術施行した。計24個の筋腫を核出し、内膜を開放し粘膜下筋腫も核出し、核出創部は吸収性マルチフィラメントで縫合した。術後4日目より39度以上の発熱を認め、血液培養からMRSAを検出し、腔分泌物培養からもMRSAを認めた。術後8日目よりテイコプラニン投与するも、発熱は持続し、白血球数・CRPは改善しなかった。術後15日目よりリネゾイド投与し、発熱は徐々に軽快し、白血球数・CRPは改善傾向を呈し、術後30日目に退院となった。内膜開放が予想される筋腫核出術の場合、術前に腔分泌物培養を施行すべきであり、核出創に多数の縫合糸をかける場合は、洗浄しながら吸収性モノフィラメントを使用することが望ましいと考えられた。

121

外陰炎を契機に単純ヘルペス髄膜炎を来した1例

千船病院

近藤直子、岡田十三、成田 萌、宮地真帆、高橋良輔、水野祐紀子、山崎友維、大木規義、安田立子、稲垣美恵子、村越 誉、本山 寛、吉田茂樹

症例は29歳の女性で、外陰部痛に続く頭痛と発熱（39℃）を主訴に当院初診となった。当院受診時、外陰部には多発する浅い潰瘍と両側鼠径部に有痛性のリンパ節腫脹を認め、ヘルペス外陰炎と診断しアシクロビル250mg 8時間毎の点滴静注を開始した。しかし、強い頭痛と嘔気が持続するため、再度診察をしたところ項部硬直の所見を得た。髄液検査では単核球の優位な上昇を認め、ウイルス性髄膜炎と考えられた。単純ヘルペスによる髄膜炎としてアシクロビル450mgに増量した。頭部MRIおよびCTでは異常所見を認めなかった。治療開始から2日後には頭痛と嘔気はかなり改善し、5日後には外陰部症状も軽快した。その後髄液中の単純ヘルペスDNAが陽性であったことから、単純ヘルペス髄膜炎と確定診断した。ヘルペス髄膜炎の多くは帯状疱疹に伴い発症し、単純ヘルペスによる外陰炎を契機として発症した髄膜炎の報告は非常に少ない。本症例の様にヘルペス外陰炎に発熱や頭痛を伴う症例の場合は、髄膜炎の可能性も十分考慮して診療を行うことが大切である。

122

腹腔鏡下子宮体癌術後に胸腹水貯留を伴う *Gemella morbillorum* による菌血症を認めた1例

泉州広域母子医療センター 市立貝塚病院¹⁾ りんくう総合医療センター²⁾藤川恵理¹⁾、三好 愛¹⁾、河田真由子¹⁾、中島文香¹⁾、西村真唯¹⁾、田中あすか¹⁾、金尾世里加¹⁾、竹田満寿美¹⁾、宮武 崇¹⁾、三村真由子¹⁾、長松正章¹⁾、荻田和秀²⁾、横井 猛¹⁾

Gemella morbillorum は嫌気性グラム陽性菌であり女性生殖器や上気道などに存在する常在菌であるが、まれに重篤な感染の原因となることがある。婦人科腹腔鏡下手術後の *G. morbillorum* による感染症は今までに報告がない。今回我々は腹腔鏡下子宮体癌術後に *G. morbillorum* による菌血症をきたし胸腹膜炎による胸腹水貯留を呈した症例を経験した。[症例]46歳 G0P0 子宮体癌ⅠA期の術前診断にてTLH、BSO、PLNDを行った。経過は良好で感染兆候なく術後9日目に退院した。その後術後36日目に39度の発熱のため来院した。血液検査にて炎症反応の上昇を認め、胸腹部CTにて両側胸水の貯留、多量腹水の貯留、腹膜の多発結節、多数のリンパ節腫大を認め、放射線読影医は子宮体癌の再発を疑った。腹水穿刺にて黄色混濁の腹水を採取し細胞診に提出したが、結果は多数の好中球を認めるのみで悪性細胞は認めなかった。血液培養から *G. morbillorum* が検出され、*G. morbillorum* による菌血症と診断し、抗生剤（フロモキシセフ 2g/日、メトロニダゾール 0.5g/日）による治療を行い解熱した。それとともに胸水・腹水は消失した。

123

不妊治療中に発症した Pyomyoma の1例

神戸市立医療センター中央市民病院

柳川真澄、前田裕斗、山添紗恵子、日野麻世、松林 彩、宮本泰斗、林 信孝、小山瑠梨子、大竹紀子、富田裕之、上松和彦、池田裕美枝、青木卓也、今村裕子、星野達二、吉岡信也

Pyomyoma は子宮筋腫が感染に伴い膿瘍化したもので、これまで100例余りの報告があるが、妊娠・分娩に伴うものや閉経期のものが多く、不妊治療中の報告例はない。今回我々は採卵後生じた pyomayoma の症例を経験したので報告する。症例は41歳女性、既婚、未妊妊。前医にて不妊治療中であり GnRH アンタゴニスト法による卵巣刺激の後に採卵し全胚凍結を行ったが、2週間後に発熱と腹痛にて前医を受診し、当院へ紹介となった。画像上6cm大の筋腫を認め、その内部に液体が貯留しており、子宮筋腫の感染と内部の膿瘍形成と診断し入院、抗生剤による加療を開始した。しかしながら発熱、炎症高値が持続したため、入院後8日目に子宮筋腫核出術を施行した。子宮右側前壁に内部に膿汁が貯留した8cm大の子宮筋腫を認め、培養にて *Peptostreptococcus asaccharolyticus*, *Gardnerella vaginalis* が検出された。術後経過は良好で術後7日目に退院となり、現在術後8カ月であるが感染の再燃は認めていない。

124

診断が困難であった結核性腹膜炎を合併した性器結核の1例

近畿大学医学部奈良病院

中村雅子、張 波、杉本澄美玲、生駒直子、若狭朋子、金山清二、大井豪一

症例は、68歳 G3P2 の婦人である。2 か月間継続する腹部膨満感を主訴に前医受診した。US：中等量腹水貯留、MRI 所見：腹膜播種疑い、血中 CA125 値：139U/ml と異常値、上部および下部内視鏡検査：異常を認めず、腹水細胞診・子宮頸部および体部細胞診：異常認めず、以上より腹膜癌疑いにて当科紹介となった。また、腹水塗抹鏡検と腹水培養検査は陰性であるが、腹水中のアデノシンデアミナーゼ値が 75.5IU/l と高値であったため、結核性腹膜炎の可能性を否定できず、N95 マスクを着用するなどの装備下に試験開腹術を実施した。腹膜と大網の術中迅速病理にて、ランゲルハンス型巨細胞を含む類上皮肉芽腫の形成を認めたため、結核性腹膜炎を強く疑い、手術は腹式単純子宮全摘出術と両側付属器切除術を追加し閉腹した。術後、T-SPOT と子宮腔内膿の TB-PCR が陽性、摘出病理標本から子宮・卵管および腹膜結核の診断がされ、腹水と子宮腔内膿からの培養検査で *M. tuberculosis* が検出されたため、抗結核剤にて加療中である。

125

腹腔鏡下腹膜生検の迅速病理診断により診断できた結核性腹膜炎の1例

関西医科大学

横江巧也、木戸健陽、佛原悠介、村田紘未、溝上友美、吉村智雄、北 正人、岡田英孝

結核性腹膜炎は、まれな肺外結核感染症である。今回、癌性腹膜炎との鑑別を要し、腹腔鏡下腹膜生検の迅速病理診断にて結核性腹膜炎と診断できた一症例を報告する。患者は77歳、約3ヶ月前からの食欲不振、体重減少を主訴に受診。径約4cm大の卵巣嚢腫、胸水、腹水貯留、血清 CA125 値高値を認めた。癌性腹膜炎を最も疑い、準緊急的に腹腔鏡下腹膜生検を施行。淡黄色漿液性腹水の貯留、腹腔内の多数の粟粒大小結節のび慢性の散在とともに、高度の癒着を認めた。腹膜生検組織の迅速病理診断にて肉芽腫が確認され、結核菌 PCR 検査で陽性を認めたため、抗結核薬の4剤併用療法を開始した。腹水・喀痰の PCR 検査は陰性であった。本症例のように、腹水等の検体から結核菌が検出されず、腹膜の組織学的検討によってはじめて結核性腹膜炎との診断に至る例も多い。腹腔内の観察と生検が低侵襲に施行でき、かつ、術後早期に治療開始可能な腹腔鏡下手術は非常に有用である。本症例について、若干の文献的考察を加え報告する。

126

市中病院における思春期外来の現状

日本生命済生会付属日生病院

橋本(矢田) 奈美子、田中雄介、尾上昌世、増田久美、矢野悠子、八田幸治、高山敬範、吉見佳奈、大塚博文、佐伯典厚、藤田征己、舩渡孝郎

当院では専門外来として思春期外来を2008年より開設している。受診患者は多くはないが、思春期特有の疾患が含まれており、当院の現状を報告する。

最近2年間で受診患者は29例、中央値16才(0-36才)であった。受診理由は不正出血、月経不順、月経困難が多かったが、原発性無月経4例も含まれており、ターナー症候群(TS)2例、処女膜閉鎖、PCOであった。性分化異常は6例で、アンドロゲン不応症2例、完全型性腺異型性、精巣退縮症候群が性腺摘出や造瘤、腫形成など手術的に紹介されていた。また処女膜閉鎖、部分閉鎖が1例ずつ、いずれも手術を要した。0才は2例あり、陰唇癒合が1例含まれていた。不正出血の1例はHb5.1と重度の貧血であり入院治療を要した。また、性被害が1例含まれていた。受診経緯は他院産婦人科からが11例、紹介状なしが10例であった。

127

不妊外来で経験した子宮体癌の2症例

Koba レディースクリニック¹⁾、姫路赤十字病院²⁾、兵庫医科大学³⁾脇本 裕^{1、3)}、小林眞一郎¹⁾、小高晃嗣²⁾、水谷靖司²⁾、玉井華子³⁾、上東真理子³⁾、加藤 徹³⁾、柴原浩章³⁾

近年本邦では若年子宮体癌が増加し、挙児希望の子宮体癌症例に対して一定の条件下に妊孕性温存療法が施行されている。今回不妊外来で経験した子宮体癌の2症例を報告する。[症例1]33歳、未妊、不妊原因検索で実施した経膈超音波及び子宮鏡検査で子宮内膜病変を認め子宮内膜全面搔爬を行った。病理診断は高分化型類内膜腺癌であり他院へ妊孕性温存療法の可否を依頼した。Stage I a 期であり26週間、MPA療法を施行した。寛解したため当院でICSIを施行し妊娠が成立して健常児を得た。[症例2]41歳、未妊、経膈超音波で子宮内膜病変を認め子宮鏡検査を行った。乳頭状の内膜増生を認め子宮内膜細胞診を行った結果は陰性であった。再度子宮鏡検査のうえ生検したところ病理診断は低分化型類内膜腺癌であった。Stage I b 期であり妊孕性温存不可のため他院で根治術を施行した。経膈超音波により子宮内膜病変の存在を疑う不妊女性に対し、子宮性不妊の検査として子宮鏡検査を行うことで、無症状かつ細胞診陰性の子宮体癌の早期診断が可能であった。

128

子宮筋層に発生した子宮体部類内膜腺癌の1例

地域医療機能推進機構大阪病院¹⁾、大阪大学²⁾和田あずさ¹⁾、福岡寛子¹⁾、尹 純奈¹⁾、宮本真由子¹⁾、木瀬康人¹⁾、大八木知史¹⁾、坪内弘明¹⁾、福田 綾¹⁾、筒井建紀¹⁾、小林栄仁²⁾、上田 豊²⁾、木村 正²⁾

[緒言]子宮肉腫を疑って手術を行い、子宮筋層に発生した類内膜腺癌と診断された症例を経験したので報告する。[症例]64歳、未妊。既往歴として、20歳時より慢性関節リウマチ(RA)、36歳時に子宮筋腫核出術、56歳時に脳梗塞、57歳時に子宮腺筋症を指摘されている。RAに対しMTX内服中にKL-6が上昇し、間質性肺炎を疑い胸部CTを撮影したところ、両肺野に多発結節を認め、転移性肺癌の精査にてPET-CTを実施。肺野以外に子宮体部・傍大動脈リンパ節にもFDGの集積を認め、MRI検査にて子宮体部後壁に径約8cmの充実性腫瘍を指摘、子宮肉腫が疑われた。単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を実施したところ、子宮内膜には腫瘍を認めず、子宮体部後壁筋層内に充実性腫瘍を認め、病理組織検査にて類内膜腺癌、Grade 2であった。現在TCによる術後化学療法中である。[結語] 子宮筋層に発生する類内膜腺癌は、子宮腺筋症由来との報告が散見される。文献的考察を加えて報告する。

129

GLIF療法が著効したタキサン・プラチナ抵抗性子宮体癌の2例

大阪大学

横井恵理子、上田 豊、中川 慧、味村和哉、橋本香映、小林栄仁、福井 温

馬淵誠士、澤田健二郎、富松拓治、吉野 潔、木村 正

進行・再発子宮体癌に対する化学療法としてはタキサン製剤・プラチナ製剤を含むレジメンが一般的だが、これらの化学療法中に進展あるいは終了後から6ヶ月以内に再発した症例に対しては確立された治療法がない。我々はタキサン製剤・プラチナ製剤に抵抗性の子宮体癌再発例に対してGLIF(Gemcitabine:800mg/m²、Levofornate:100mg/m²、Irinotecan:80mg、5-FU:1000mg/m²)療法を行い著効した症例を経験したので報告する。症例1:64歳、子宮体癌 漿液性腺癌、Stage IVb。根治的手術を行い、術後TEC療法中に膀胱壁に再発。2nd lineとしてGLIF療法を行いCRとなり、14ヶ月のPFSを得た。症例2:77歳、子宮体癌 類内膜腺癌、G2, stage Ic。単純子宮全摘出・両側付属器摘出術、術後TC療法を6コース施行。2年後に骨盤内や肺などに再発し、TC療法を行うもPD。手術療法、放射線療法にて一時病変は消失していたが、6か月後に膣断端と左肺に再々発。GLIF療法を行いCRとなり、現在に至るまでの6ヶ月間再発を認めていない。

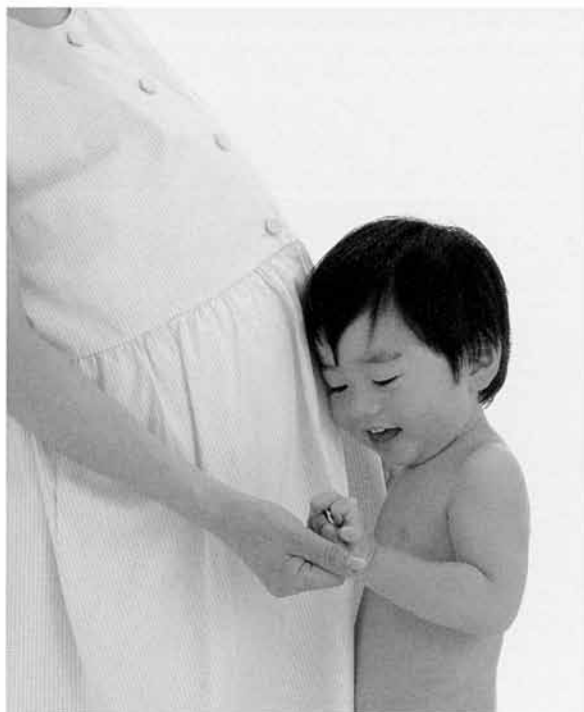
直腸および子宮体部に浸潤したダグラス窩原発扁平上皮癌の1例

大阪医科大学

土橋裕允、佐々木浩、前田和也、芦原敬允、兪 史夏、藤原聡枝、田中智人、田中良道

恒遠啓示、寺井義人、大道正英

直腸および子宮体部に浸潤したダグラス窩原発扁平上皮癌を経験したので報告する。症例は65歳、1年前に横行結腸癌（管状腺癌）にて手術を施行しフォローしていたところ直腸粘膜への浸潤を認める骨盤内腫瘍が出現した。内視鏡下生検にて扁平上皮癌であったことより子宮原発を疑い当科に紹介となった。子宮は鷲卵大で可動性は不良、直腸粘膜面は不整であった。子宮頸部・体部細胞診：SCCであったが拡大鏡および子宮鏡を施行するも病変は認めなかった。MRI上、腫瘍はダグラス窩にあり子宮筋層および直腸への浸潤像を認め、内部は壊死性変化を伴っていた。骨盤内腫瘍の診断のもと手術を施行した。腫瘍はダグラス窩に存在し子宮および直腸と強固に癒着していたことから腫瘍を直腸・子宮と共に合併切除した。摘出標本にて腫瘍はダグラス窩を主座に発育し子宮内腔および直腸粘膜面に浸潤していた。組織は角化を伴う扁平上皮癌であり、子宮頸部及び内膜上皮との移行部は認めなかった。以上よりダグラス窩原発の扁平上皮癌と診断した。



切迫流・早産治療剤

劇薬・処方箋医薬品[※]

ウテメリン[®]注50mg

UTEMERIN[®] injection 50mg 薬価基準収載

リトドリン塩酸塩注射液

(注) 注意－医師等の処方箋により使用すること。

切迫流・早産治療剤

日本薬局方リトドリン塩酸塩錠

処方箋医薬品[※]

ウテメリン[®]錠5mg

UTEMERIN[®] Tab. 5mg 薬価基準収載

(注) 注意－医師等の処方箋により使用すること。

製造販売元

キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号

Zoladex SafeSystem



GnRHアゴニスト

劇薬・処方箋医薬品[※]

ゾラデックス[®] 1.8mg デポ

Zoladex[®] 1.8mg depot 薬価基準収載

ゴセレリン酢酸塩デポ

(注) 注意－医師等の処方箋により使用すること。



販売元

キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号

製造販売元

アストラゼネカ株式会社
大阪市北区大深町3番1号

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

資料請求先：くすり相談センター 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号 Tel. 03-3279-2304/フリーダイヤル 0120-007-622

キッセイ薬品ホームページ：http://www.kissei.co.jp/

UZ013HF
2015年2月作成



処方箋医薬品^{注)}
子宮内黄体ホルモン放出システム

薬価基準収載



ミレーナ[®] 52mg

レボノルゲストレル放出子宮内システム
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

Mirena[®]

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



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

(2014年9月作成)



月経困難症治療剤

薬価基準収載



ルナベル[®]配合錠LD

LUNABELL[®] tablets LD·ULD

ノルエチステロン・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」については製品添付文書をご参照ください。

ルナベル/ノーベルファーマ株式会社
登録商標



販売（資料請求先）

日本新薬株式会社
〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門町14

製造販売元

ノーベルファーマ株式会社
〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町12番地10

2014年9月作成B5

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつにこたえていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。



新発売

月経困難症治療剤

処方箋医薬品^{注)}

フリウェル配合錠LD

(ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤)

薬価基準収載

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)

2015年12月作成 (N2)



月経困難症治療剤

ルナベル®配合錠LD
LUNABELL® tablets LD 薬価基準収載

ルナベル®配合錠ULD
LUNABELL® tablets ULD 薬価基準収載

ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合錠

処方箋医薬品[※] 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につきましては、製品添付文書をご参照ください。



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
<http://www.fujipharma.jp>

製造販売元
ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区日本橋小舟町12番地10

®:ノーベルファーマ株式会社 登録商標

速やかな崩壊・吸収が期待できる発泡性の膣錠
専用アプリケーターにより膣奥への挿入をサポート



REPRODUCTIVE
HEALTH BUILDING THE FUTURE
ON PROVEN SCIENCE



Dissolves.
Delivers.
Done.



黄体ホルモン剤

【薬価標準未収載】

ルティナス® 膣錠 100mg

LUTINUS® Vaginal Tablet 100mg

処方箋医薬品⁽³⁾

プロゲステロン膣錠

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

【禁忌(次の患者には投与しないこと)】

1. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者
2. 診断未確定の性器出血のある患者〔病因を見のがすおそれがある。〕
3. 稽留流産又は子宮外妊娠の患者〔妊娠維持作用により死亡している胎児の排出が困難になるおそれがある。〕
4. 重度の肝機能障害のある患者〔作用が増強されるおそれがある。〕
5. 乳癌又は生殖器癌の既往歴又は疑いがある患者〔症状が悪化するおそれがある。〕
6. 動脈又は静脈の血栓塞栓症あるいは重度の血栓性静脈炎の患者又は既往歴のある患者〔血栓症を起こすおそれがある。〕
7. ボルフィリン症の患者〔症状が悪化するおそれがある。〕

- (3) 片頭痛、喘息又はその既往歴のある患者〔病態に影響を及ぼすおそれがある。〕
- (4) 心機能障害又は腎機能障害のある患者〔体液貯留を引)き起こすおそれがある。〕
- (5) 糖尿病の患者〔糖尿病が悪化するおそれがある。〕
- (6) 35歳以上の喫煙者で、アテローム性動脈硬化症の危険因子を有する患者〔網膜血管障害の危険性が増加するおそれがある。〕

2. 重要な基本的注意

- (1) うつ病又はその既往歴のある患者は注意深く観察し、症状の悪化を認めた場合は投与を中止するなど注意すること。
- (2) 投与の中止により、不安、気分変化、発作感受性の増大を引き起こす可能性があるため、投与中止の際には注意するよう患者に十分説明すること。
- (3) 傾眠状態や浮動性めまいを引き起こすことがあるので、自動車の運転等、危険を伴う機械の操作に従事する際には注意するよう患者に十分説明すること。

3. 相互作用

併用注意(併用に注意すること): 他の膣剤(抗真菌剤など)

4. 副作用

国内で実施された臨床試験において、12件の副作用及び臨床検査値異常が、108症例中9症例(発現率8.3%)で発現した。主な副作用は頭痛、傾眠、性器出血各2例(1.9%)であった。

(1) 重大な副作用

血栓症(頻度不明): 本剤成分の投与で、心筋梗塞、脳血管障害、動脈又は静脈の血栓塞栓症(静脈血栓塞栓症又は肺塞栓症)、血栓性静脈炎、網膜血栓症があらわれたとの報告があるので、観察を十分に行い、このような症状又は初期症状があらわれた場合には、投与を中止し適切な処置を行うこと。

効能・効果

生殖補助医療における黄体補充

用法・用量

プロゲステロンとして1回100mgを1日2回又は3回、採卵日(又はホルモン補充周期下での凍結胚移植ではエストロゲン投与により子宮内膜が十分な厚さになった時点)から最長10週間(又は妊娠12週まで)膣内に投与する。

使用上の注意

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 中等度以下の肝機能障害のある患者〔作用が増強されるおそれがある。〕
- (2) てんかん、うつ病又はその既往歴のある患者〔副腎皮質ホルモン様作用により病態に影響を及ぼすおそれがある。〕

専用アプリケーター



- その他の使用上の注意等については製品添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入)

FERRING
PHARMACEUTICALS

フェリング・ファーマ株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門二丁目3番17号

資料請求先/くすり相談室 TEL: 03-3596-1109 FAX: 03-3596-1107

2015年11月作成

明日をもっとおいしく

meiji

あたらしい命のために。 未来のために。

すこしずつ進化してきた「明治ほほえみ」を、さらに母乳に近づけるために。

わたしたちは母乳の成分量はもちろん質までも、徹底的に検証してきました。

その調査にもとづいて、母乳に含まれるアラキドン酸（ARA）を増量。

赤ちゃんの健康な成長に欠かせないアラキドン酸（ARA）とDHAを

母乳の範囲まで配合した、日本で唯一の粉ミルクとなりました。

また、たんぱく質を改良することで、成分の量と質をさらに母乳に近づけました。

明治ほほえみの“3つの約束”

「母乳サイエンス」で赤ちゃんの成長を支えます。

明治は、粉ミルクのひとつひとつの成分を母乳に近づけ、母乳で育つ赤ちゃんの成長を目指す、「母乳サイエンス」に取り組み続けています。これまで、その取り組みとして、4,000人以上のお母さまの母乳を分析する「母乳調査」を実施し、また、40年以上にわたって「発育調査」を実施することで、延べ200,000人以上の赤ちゃんの発育を調べ続けてきました。「明治ほほえみ」は、こうした「母乳サイエンス」の積み重ねから生まれました。「明治ほほえみ」は、β-ラクトグロブリンの選択分解、β位結合パルミチン酸やα-ラクトアルブミンの配合など、優れた栄養組成により赤ちゃんの成長を支えます。



「安心クオリティ」で大切ないのちを守ります。

赤ちゃんの安全・安心のために、品質管理を徹底。
明治の粉ミルクは、国際規格ISO9001の認証を取得した工場で、厳しい衛生管理のもと、完全自動化された設備で製造、充填されています。

安心をつくる
明治の約束

「育児サポート」でお母さまの育児を応援します。

明治では、ママとパパの妊娠・子育てライフを応援する「ほほえみクラブ」や、育児に役立つ動画が見れる「赤ちゃん情報室」、電話で栄養相談ができる「赤ちゃん相談室」を設置。安心で楽しい育児をサポートします。また、らくらく調乳できるキューブミルク等、より快適な育児生活のための新しいカタチを提供します。



毎日かんたん
ミルク作り



特許取得
第4062357号

世界で唯一※キューブタイプの粉ミルク

※2013年9月時点



明治ほほえみ
らくらくキューブ
(左)27g×16袋
(右)21.6g×5袋



明治ほほえみ
800g
(顆粒タイプ)

明治が提供する妊娠・出産・育児に
関する情報の総合サイト



パソコン・スマートフォンから
明治 ほほえみクラブ 検索



子育てママと家族のための

明治 赤ちゃん情報室

パソコン・スマートフォンから
明治 赤ちゃん情報室 検索



赤ちゃんとママの栄養相談は

赤ちゃん相談室

☎ 0570(025)192

相談時間：
月～金10:00～15:00
(第3火曜日・祝日を除く)

株式会社 明治