

日本産科婦人科学会千葉地方部会
平成21年度冬期学術講演会
プログラム・抄録

日時：平成22年2月6日（土）午後1：30～5：50

場所：千葉県医師会 大会議室

千葉市中央区千葉港7-1 ホテルニューツカモト 2階

TEL 043-242-4271



*駐車場の確保はございませんので、お車でのご来場はご遠慮ください

ご挨拶

日本産科婦人科学会千葉地方部会平成21年度冬期学術講演会を順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科が担当させていただくことになりました。

地方の時代といわれて久しい今日この頃ですが、産科婦人科学会の活動に目を転じてみましても、現在（社）日本産科婦人科学会は公益社団法人の認定を受けるべく着々と準備を進めていますが、予定通り公益社団法人の認定をうけた暁には、本会は（社）日本産科婦人科学会の一地方組織という位置づけではなくなり、名称も「千葉産科婦人科学会（仮称）」等に変更となり、独自の活動が求められるようになります。その意味では、今回が「日本産科婦人科学会千葉地方部会」という名称を用いる最後の冬期学術講演会になるかもしれません。ご承知のように千葉県には医育機関の附属病院のみならず、古くから多くの若手医師を集めてきた臨床研修病院が多施設あり、従来この冬期学術講演会では多数の演題発表と活発なディスカッションが行われてきました。このような千葉県のパワーをもってすれば、学会として独り立ちしても十分に対応可能と思われれます。この冬期学術講演会が今後の千葉県における学会活動の試金石になるとも思われれますので、ご協力賜りますようお願い申し上げます。

さて、今回の冬期学術講演会では、特別講演としまして、近々に刊行が予定されております「産科危機的出血への対応ガイドライン」について、本ガイドラインの策定に携われました順天堂大学医学部産婦人科学教室主任教授の竹田 省先生に「なぜ産科危機的出血への対応ガイドラインを策定したのか？」といった内容で講演をお願いいたしております。また、一般演題には19題という多数の応募をいただきました。この場を借りて御礼申し上げます。

学術講演会終了後は例年同様、懇親会を予定しております。学会のもう一つの大きな目的に会員同士の懇親を深めるということがあります。多くの先生方のご参加を心よりお願い申し上げます。

日本産科婦人科学会千葉地方部会平成21年度冬期学術講演会 担当
順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科

吉田 幸洋

<学術講演会参加の方へ>

- ・参加費は無料です。
- ・受付は12:30より千葉県医師会 大会議室前にて行います。
- ・日本産科婦人科学会研修シール(10単位)ならびに日本産婦人科医会研修シール, 日本医師会生涯教育講座参加証(3単位)は当日, 受付にて交付いたします。
- ・プログラム・抄録集(本誌)は各自ご持参ください。
(初期研修医・学生の方には無料で差し上げます。身分証明書をご呈示ください)
- ・会場内では, 携帯電話, PHSなどの電源はOFFにするか, マナーモードでご使用ください。
- ・会場内サイドスライドでの呼び出しはいたしません。

<演者の方へ>

- ・発表方法について
 - 1) 発表形式は全てPC発表(Windows)です。
スライドやビデオは使用できませんので, ご注意ください。
動画ファイルを使用する場合には2月1日(月)までに事務局へご連絡ください。
 - 2) 会場へは, USBメモリーあるいはCD-Rいずれかの形で発表データをお持ち込みください。(お預かりしたデータは発表後, 事務局が責任をもって消去いたします)
 - 3) 発表30分前までにPC受付にて発表データの試写と受付を済ませてください。
 - 4) PC受付でのデータ修正は基本的にはできません。データ修正などは事前に済ませてから会場へお越しください。
 - 5) PowerPoint2007の「発表者ツール」機能は使用できません。
 - 6) 発表時間は6分間, 討論3分です。時間厳守をお願いいたします。
- ・USBメモリー, またはCD-R(RWは不可)に関する注意事項
 - 1) ソフトは以下のものをご使用ください
Microsoft社 Windows版 PowerPoint 2000/2002/2003/2007
*Macintoshには対応できません。ご了承ください。
 - 2) フォントはOS標準のもののみご使用ください。
 - 3) 会場スピーカーへは音声は流せません。
 - 4) 画面の解像度は, XGA(1024×768)をお願いいたします。
 - 5) CD-R(RWは不可)への書き込みは, ISO9660方式をお使いください。
*パケット方式ですと, 会場PCで読み込めない可能性があります。
- ・ご発表の内容はぜひ日本産科婦人科学会千葉地方部会雑誌へ投稿いただきますようお願いいたします。

<座長の先生へ>

- ・学術講演会参加受付後、PC 受付にて座長受付をお願いいたします。
- ・担当されるセッションの開始 10 分前までに次座長席にお着きください。

<懇親会のご案内>

- ・学術講演会終了後に懇親会を予定いたしております。
ホテル ポートプラザホテルちば 2階 パール
千葉市中央区千葉港 8—5
TEL 043-247-7211
(ホテルニューツカモトの向かいになります)
- ・懇親会参加費 5000 円 (当日徴収させていただきます)
初期研修医・学生の懇親会費は無料といたします (身分証明書をご呈示ください)。

お誘い合わせの上、ふるってご参加ください。

お問い合わせ先

日本産科婦人科学会千葉地方部会平成 21 年度冬期学術講演会 事務局
担当 田嶋 (atajima@juntendo-urayasu.jp)
順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科
〒279-0021 千葉県浦安市富岡 2—1—1
TEL 047-353-3111
FAX 047-352-0187 (産婦人科宛と明記してください)

プログラム

開会挨拶 13:30 順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科 吉田幸洋

I. 周産期

(13:35~14:20)

座長 田嶋 敦

(順天堂大学浦安病院 産婦人科)

1. 胎児卵巣嚢腫疑いで紹介され胎児仙骨部奇形腫も判明した1例
東京女子医科大学八千代医療センター 母性胎児科
都築陽欧子, 袖山雅子, 中島義之, 正岡直樹, 坂井昌人
2. 当科における分娩後大量出血による子宮摘出症例の検討
帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科
秋山育美, 中村泰昭, 落合尚美, 中川圭介, 矢部慎一郎, 五十嵐敏雄, 梁 善光
3. 切迫子宮破裂をきたした子宮筋腫核出術後妊娠の2例
松戸市立病院 産婦人科
尾崎江都子, 伊澤美彦, 金田佳子, 岡山 潤, 海野洋一
4. インフルエンザウイルス感染と鑑別を要した急性虫垂炎の1例
総合病院国保旭中央病院 産婦人科
栗原 史, 里野美佳, 鶴岡みずほ, 大蔵慶憲, 堀内 縁, 山中政人, 松浦孝幸,
島絵美里, 八重樫優子, 小林康祐, 宇田川秀雄
5. 千葉県周産期コーディネーター事業報告
亀田メディカルセンター 産婦人科
鈴木 真

II. 婦人科一般 1

(14:20~15:05)

座長 仲村 勝

(東京歯科大学市川総合病院 産婦人科)

6. 骨盤臓器脱の低侵襲手術—改良マンチェスター手術—
愛友会津田沼中央総合病院 婦人科
西川美名子
7. TVM手術を開始して1年間を振り返って
順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科
永井富裕子, 野島美知夫, 遠藤周一郎, 祖川侑子, 矢田昌太郎, 上山和也, 窪麻由美,
北野孝満, 田口雄史, 田嶋 敦, 吉田幸洋
8. 子宮外妊娠術後にARDS(呼吸促進症候群)を発症した1例
国立病院機構千葉医療センター 産婦人科¹⁾, 麻酔科²⁾, 呼吸器内科³⁾
今泉あすか¹⁾, 黒田香織¹⁾, 岡嶋祐子¹⁾, 大川玲子¹⁾, 近 新平²⁾, 中村達雄²⁾,
船橋秀光³⁾

9. PMS および PMDD に対する問診票を併用した診断・治療の試み
東京歯科大学市川総合病院 産婦人科
小川真里子, 吉丸真澄, 江草悠美, 網脇智法, 菅原かな, 仲村 勝, 佐藤健二,
吉田丈児, 高松 潔
10. 筋腫核出術を施行した筋層内筋腫分娩の1例
千葉大学病院 生殖機能病態学
木嶋由理子, 川野みどり, 木原真紀, 金谷裕美, 石川博士, 生水真紀夫

— 休 憩 —

Ⅲ. 婦人科一般 2

(15:15~15:51)

座長 北野孝満

(順天堂大学浦安病院 産婦人科)

11. 子宮摘出後に一過性の両側尿管閉塞をきたした1例
日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科¹⁾, 泌尿器科²⁾
高屋 茜¹⁾, 高橋恵理佳¹⁾, 朝倉禎史¹⁾, 山田 隆¹⁾, 石川温子¹⁾, 五十嵐健治¹⁾,
石川 源¹⁾, 渡辺美千明¹⁾, 鴨井青龍¹⁾, 坪井成美²⁾
12. 最近経験した小児未熟奇形腫の2例
日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科¹⁾, 放射線科²⁾, 病理部³⁾
高橋恵理佳¹⁾, 石川温子¹⁾, 高屋 茜¹⁾, 朝倉禎史¹⁾, 山田 隆¹⁾, 五十嵐健治¹⁾,
石川 源¹⁾, 渡辺美千明¹⁾, 鴨井青龍¹⁾, 岡田 進²⁾, 大秋美治³⁾
13. 月経歴聴取が診断に役立った巨大骨盤内腫瘍の1例
東京歯科大学市川総合病院 産婦人科
網脇智法, 吉丸真澄, 江草悠美, 菅原かな, 仲村 勝, 佐藤健二, 小川真里子,
吉田丈児, 高松 潔
14. EP療法が著効した臨床的絨毛癌の1例
順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科
遠藤周一郎, 祖川侑子, 矢田昌太郎, 上山和也, 窪麻由美, 永井富裕子, 北野孝満,
田口雄史, 田嶋 敦, 野島美知夫, 吉田幸洋

Ⅳ. 腫瘍

(15:51~16:36)

座長 高野浩邦

(東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科)

15. 子宮頸部明細胞癌の1例
東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 病院病理²⁾
川島秀明¹⁾, 矢野ともね¹⁾, 安田 豊¹⁾, 石田洋昭¹⁾, 齋藤麻由美¹⁾, 高島明子¹⁾,
深谷 暁¹⁾, 山澤功二¹⁾, 笹井大督²⁾, 蛭田啓之²⁾, 木下俊彦¹⁾, 亀田典章²⁾
16. 卵巣成熟嚢胞性奇形腫悪性転化の2例
船橋市立医療センター 産婦人科
吉原ちさと, 齋藤俊雄, 長谷川真理, 森竹哲也, 大淵 紫, 林 敏, 鈴木康伸

17. 子宮脱に合併した子宮頸癌の2例と腔癌の1例
成田赤十字病院 産婦人科
山本憲子, 埴 真輔, 西方紀子, 小幡新太郎, 杉田達哉, 田中 圭, 坂本健彦,
上杉健哲, 松井英雄
18. 診断的腹腔鏡で診断し得た腹膜悪性中皮腫の1例
東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科
佐藤陽一, 黒田 浩, 高橋 健, 拝野貴之, 安西範晃, 飯田泰志, 石塚康夫,
小竹 譲, 茂木 真, 篠崎英雄, 高野浩邦, 佐々木寛
19. 急速に進行し死亡に至った腔関連腫瘍 malignant rhabdoid tumor の1例
帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科¹⁾, 病理部²⁾
落合尚美¹⁾, 秋山育美¹⁾, 中村泰昭¹⁾, 中川圭介¹⁾, 矢部慎一郎¹⁾, 五十嵐敏雄¹⁾,
梁 善行¹⁾, 石田康生²⁾

— 休 憩 —

特別講演

(16:50~17:50)

「なぜ産科危機的出血への対応ガイドラインを策定したのか？」

講 師 順天堂大学医学部産婦人科学教室 主任教授 竹田 省

座 長 順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科 野島美知夫

閉会挨拶 17:50 順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科 野島美知夫

1. 胎児卵巣嚢腫疑いで紹介され胎児仙骨部奇形腫も判明した一例

東京女子医科大学八千代医療センター 母性胎児科
都築陽欧子, 袖山 雅子, 中島 義之, 正岡 直樹, 坂井 昌人

胎児下腹部腫瘤疑いで紹介され受診し, 胎児卵巣嚢腫が疑われていたが, 仙骨部奇形腫も存在することが判明し, 生後に両方とも手術療法を行った症例を経験したので報告する.

症例は33歳, 子宮筋腫核出術の既往があり, 2回経妊, 2回経産(帝王切開). 妊娠18週, 胎児下腹部腫瘤疑いで近医より紹介受診. 超音波検査で5cm大の胎児右卵巣嚢腫が疑われ, 経過観察となった. 妊娠35週の妊婦健診時に超音波で胎児仙骨部に腫瘤を認め, 胎児MRIにて多房性の嚢胞と充実性部分が混在し, 仙骨部奇形腫と考えられた. 超音波ドプラ法では腫瘍内部の充実性部分に弱い血流を認めた. 胎児発育, 羊水量は正常で, 胎児血流計測は正常範囲. 他に合併異常を認めなかった.

妊娠37週3日, 前2回帝王切開既往のため, 帝王切開にて分娩した. 児は2434gの女児で仙骨部に一部皮膚欠損を伴う腫瘤を認め, NICUに入院した. 生後CTで右下腹部嚢胞と仙骨部腫瘤を確認し, 日齢3に腹腔鏡下嚢胞穿刺吸引術を施行したところ, 嚢胞は腸管重複症とわかり, 切除・腸管端々吻合術を施行. 日齢26に仙骨部腫瘤切除術を施行, 病理組織検査で奇形腫と診断された.

胎児仙骨部奇形腫はまれにみられる先天性胎児腫瘍で, 腫瘍内部の血管増生により動静脈シャントを生じることがあり, 胎児に高拍出性心不全を来す可能性があるため, 出生前診断・周産期管理の意義がある.

2. 当科における分娩後大量出血による子宮摘出症例の検討

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科
秋山 育美, 中村 泰昭, 落合 尚美, 中川 圭介, 矢部慎一郎, 五十嵐敏雄, 梁 善光

【緒言】周産期管理の進歩により母体死亡率は著明に低下したものの, 分娩時の出血は妊産婦死亡の約40%を占め主要な原因であり, 状態によっては子宮摘出が必要となることもある. 今回当科において分娩後の大量出血のためにやむなく子宮摘出に至った症例を抽出しその臨床経過の比較検討を行った. 【対象および方法】平成元-21年に大量出血のため分娩後に当科で子宮摘出術を行った5症例を対象としこれらの診療録を調査した. 【成績】5症例の年齢は27-32歳(平均31歳). 1例は低位胎盤であったがその他は妊娠中のリスクはなかった. 分娩週数は38週0日-40週3日とすべて正期産であり, 分娩様式は2例が帝王切開, 1例が吸引分娩, 2例が誘発後正常経陰分娩であった. 出血の原因は弛緩出血2例, 弛緩出血と頸管裂傷の合併が1例, 腔壁裂傷, 帝王切開後の縫合不全がそれぞれ1例であった. いずれの症例も子宮収縮剤の投与や双手圧迫等では出血のコントロールできず, 総出血量は3600-28000gとなり子宮摘出を決断するに至った. 術式は3例が腔上部切断術, 2例が単純子宮全摘術であった. 全例術後経過は良好で, 死亡・後遺症の症例はなかった. 【結論】産科出血はときにそのコントロールが困難となり子宮摘出を含めた速やかな処置が要求される. 5例の臨床経過に加え, 産科出血の管理の重要性を日本の妊産婦死亡の現状とあわせて報告する.

3. 切迫子宮破裂をきたした子宮筋腫核出術後妊娠の2例

松戸市立病院 産婦人科

尾崎江都子, 伊澤 美彦, 金田 佳子, 岡山 潤, 海野 洋一

子宮筋腫核出術は妊孕性を温存する必要がある子宮筋腫治療において日常的に用いられている手術療法である。不妊症・不育症治療目的の手術となる場合もあり、その後の妊娠についても慎重な管理が必要となる。今回我々は、子宮筋腫核出術後の妊娠において切迫子宮破裂と診断し管理した2例を経験したので反省点も含めここに報告する。【症例①】35歳 2経妊0経産 平成17年10月、径6cmの子宮体部筋層内筋腫を核出。平成21年2月自然妊娠。他院にて妊娠管理とされていたが妊娠21週時に筋層菲薄部位への羊水腔の突出あり当院紹介受診。筋腫核出部位での切迫子宮破裂と診断し27週より入院管理としたが、28週2日子宮収縮とともに同部位の疼痛訴えあり緊急帝王切開にて分娩となった。(1198g 男児 アプガールスコア7点(1分)/5点(5分)/8点(10分))胎盤剥離は容易であるも一部筋層の菲薄化を認めた。【症例②】32歳 1経妊0経産 平成19年多発子宮筋腫合併にて自然妊娠するも20週に完全破水、死産。平成20年6月、多発子宮筋腫に対し筋腫核手術施行。平成21年4月自然妊娠。胎嚢が初期よりやや子宮底部に近いようにみえていたが、妊娠21週時より胎盤付着部位筋層菲薄化確認。切迫子宮破裂と診断し31週より管理入院。33週3日母体発熱・子宮収縮出現し、緊急帝王切開となった。(2118g, 女児, アプガールスコア4点(1分), 7点(5分))胎盤付着部位の筋層菲薄化あり、胎盤剥離は危険との判断で帝王切開後膈上部切断術施行となった。

4. インフルエンザウイルス感染と鑑別を要した急性虫垂炎の1例

総合病院国保旭中央病院 産婦人科

栗原 史, 里野 美佳, 鶴岡みずほ, 大蔵 慶憲, 堀内 縁, 山中 政人, 松浦 孝幸,
島 絵美里, 八重樫優子, 小林 康祐, 宇田川秀雄

一般に妊娠経過中の虫垂炎は診断が難しい。今回私たちはインフルエンザウイルスの濃厚接触歴があったためにインフルエンザウイルス感染との鑑別を要した妊娠経過中の虫垂炎を報告する。

症例は30歳, 2経妊1経産。妊娠29週0日, 第1子がA型インフルエンザに罹患したため, 近医にて塩酸オセルタミビルリン酸塩カプセル(タミフル[®])の予防投与が行われた。同日38度台の発熱をみとめたが経過観察された。妊娠29週4日, 腹部緊満感をみとめ前医受診し切迫早産の診断で入院し, 同日20時半より39.7度の発熱と腹痛を訴え当院に緊急母体搬送された。背景からインフルエンザウイルス感染も疑われたが, 理学所見および検査所見上では急性虫垂炎が疑われた。腹部超音波検査では腫大した虫垂は描出されず, 確定診断のため本人の了承を得て造影CT検査を施行した。CTにて急性虫垂炎, 膿瘍形成をみとめ緊急手術の方針となった。開腹所見では虫垂炎, 腹腔内膿瘍を認め虫垂切除および洗浄ドレナージ術を施行した。術後は順調であったが切迫早産の為入院管理が必要であった。34週2日に前期破水, 陣痛発来し経膈分娩の方針となった。同日, 経膈分娩で女児を娩出。児は1896g Ap8/9。分娩後は母子共に経過良好であった。虫垂炎合併妊娠の診断と治療について若干の文献的考察を加え報告する。

5. 千葉県周産期コーディネーター事業報告

亀田メディカルセンター 産婦人科
鈴木 真

周産期医療崩壊が社会的問題となる中、千葉県では母体搬送の円滑な受入れ先の決定と搬送を行うために2007年10月より千葉県母体搬送ネットワーク（Chiba Maternal Transport System：C-MaTS）を立ち上げた。さらに2008年4月からはC-MaTS、千葉県周産期医療関係者育成事業などが千葉県周産期コーディネーター事業として千葉県で事業化された。さらに、同年6月からコーディネーターを導入した母体搬送システムが運用されている。2008年度の県内の母体搬送数は902件、このうちコーディネーターが関与したものが102件あり、すべて県内の医療機関で収容可能であった。これは県内16の周産期中核医療機関が役割分担を行い、一次、二次医療機関と協力することで円滑に運営されていると考えられる。今後、C-MaTSはもちろん産科ガイドライン講習会などを開催し、千葉県の周産期医療のさらなる向上を目指したい。

6. 骨盤臓器脱の低侵襲手術—改良マンチェスター手術—

愛友会津田沼中央総合病院 婦人科
西川美名子

【目的】平成16年7月から平成21年10月までに骨盤臓器脱手術を受けた132人のうち改良マンチェスター手術を受けた症例66人の検討を行った。（国立長寿医療センターでの症例を含む。）

【方法】手術対象者は35歳から92歳までの66人で、年代、既往歴、手術時間、術中出血量、再発の有無を解析した。改良マンチェスター手術のほぼ全例に会陰形成術を併施し、直腸瘤の見られた9症例には後脛壁形成術も行った。改良マンチェスター手術の特徴はナイロン糸を用いて、左右膀胱子宮靱帯を中央に引き寄せての縫合と脛中隔の縫合を行い膀胱底を強化するところにある。

【成績】手術対象年代は60代>70代>50代>80代の順に多かった。また既往症では、高血圧症>糖尿病>心疾患の順に見られ、認知症も4症例あった。手術時間は平均43分で出血量も77%が20g未満である。また当科の骨盤臓器脱術後再発は計5例で、4例が再手術を受けた。うち改良マンチェスター手術後の再手術は3例でいずれも直腸瘤を発症していた。

【結論】60代以上が79%を占め、既往症を持った年代が多い中で、子宮脱の手術は①手技が簡単②手術侵襲が少ない③再発率が少ない④合併症が少ないという方法が選ばれる。この点からも改良マンチェスター手術は推奨できる手技と思われる。また術後に直腸瘤が著明になる症例もあるため、疑われる場合は後脛壁会陰形成術を併施することとした。

7. TVM手術を開始して1年間を振り返って

順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科

永井富裕子, 野島美知夫, 遠藤周一郎, 祖川 侑子, 矢田昌太郎, 上山 和也, 窪 麻由美,
北野 孝満, 田口 雄史, 田嶋 敦, 吉田 幸洋

骨盤臓器脱に対するメッシュを用いた手術は、従来法に比べ、再発が少なく、低侵襲な治療法として普及しつつある。当院では、TVM手術を導入するにあたり、3人が亀田総合病院のハンズオンセミナーに参加、理論と手技を学んだ。別の病院へも何度か見学に行き、準備を整えた上で、2008年9月関連病院で同手術を先駆けて行っていた医師に依頼し、当院で第1回目TVM手術を施行。以後は当院のスタッフのみで行い、2009年11月までに32例を経験した。32症例の結果は、年齢は平均65.5歳(50歳~80歳)、脱の程度はPOP-Qシステムでstage II 19例, stage III 9例, stage IV 4例。術式の内訳はTVM-AP 25例, TVM-P 1例, TVM-total 2例, VTH+TVM-total 3例, VTH+前後膈壁形成術 1例。出血量は平均85.9g, 手術時間は平均104.7分。入院期間10.0日。術中、術直後の合併症は膀胱損傷3例、膈壁再出血1例であった。合併症はあるものの、今のところ重篤なものはなく、再発も認めていない。TVM手術は骨盤臓器脱の治療法として非常に有用であるが、適応を誤ると合併症のリスクが高くなる。今後症例を重ね、手技を安定させるとともに、適応を見極め、それぞれの症例にあった手術をできるように経験をつんでいきたいと考えている。

8. 子宮外妊娠術後にARDS(呼吸促迫症候群)を発症した1例

国立病院機構千葉医療センター 産婦人科¹⁾, 麻酔科²⁾, 呼吸器内科³⁾

今泉あすか¹⁾, 黒田 香織¹⁾, 岡嶋 祐子¹⁾, 大川 玲子¹⁾, 近 新平²⁾, 中村 達雄²⁾,
船橋 秀光³⁾

【諸言】ARDS (acute respiratory distress syndrome: 急性呼吸促迫症候群) は重症感染症, ショックなどを誘因とし, 肺血管内皮細胞の損傷や血管透過性亢進により急激に呼吸不全となる病態である。今回, 我々は子宮外妊娠術後にARDSを発症した1例を経験したので報告する。【症例】29歳1経妊0経産。持続する性器出血と下腹部痛を主訴に近医を受診, CT上腹水を認め卵巣出血疑いで当科紹介となる。妊娠反応陽性, ダグラス窩穿刺で非凝固血を採取し, 子宮外妊娠, 腹腔内出血の診断で, 全身麻酔下に血腫除去術, 卵管内容除去術を施行した。抜管直後よりSpO₂の低下を認め, 急性呼吸不全のためICU入室となった。術翌日の胸部レントゲンでは両側瀰漫性肺浸潤影を認め, PaO₂/FiO₂ ≤ 200mmHgであり, 左心不全の所見がないことからARDSと診断し, NPPVによる陽圧換気とエラスポール投与による治療を開始した。徐々に呼吸状態は改善し, 術後4日目に人工呼吸管理から離脱し, 術後5日目に一般病棟へ転棟となった。換気血流シンチでは欠損は認めなかった。【結語】本症例は手術侵襲, 誤嚥, 出血などがARDSの誘因となったと考えられる。妊娠中は1回換気量の増加や循環血液量の増加から生理的にARDSをきたしやすい状態にあると考えられる。妊娠中のARDS発症率は6277人に1人と一般よりも高いとの報告もある。死亡率も35-50%と高く, 早期診断および人工呼吸管理を含めた全身管理が必要である。

9. PMS および PMDD に対する問診票を併用した診断・治療の試み

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

小川真里子, 吉丸 真澄, 江草 悠美, 綱脇 智法, 菅原 かな, 仲村 勝, 佐藤 健二,
吉田 丈児, 高松 潔

【目的】月経前症候群 (PMS) および月経前不快気分障害 (PMDD) は、症状の多彩さ、診断基準の分かりにくさなどから対応に苦慮することが多い。そこで今回我々は、PMS を疑って外来受診した患者に対し問診票や心理テストを用いて診療治療を行う試みを行ったので報告する。

【対象・方法】対象は当院産婦人科外来を PMS の疑いを主訴として受診した患者 14 名 (年齢 33.2 ± 5.5 歳) である。それらに対し、診断基準を参考に独自に作成した PMS 問診票、不安と抑うつ の尺度として Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) を施行、さらに症状記載カレンダー (以下カレンダー) への記入を促した。

【結果】1) 問診票から PMDD と考えられた者は 9 例あったが、カレンダー記載後に PMDD と診断し得たのは 3 例だった。またカレンダー記載後に PMS と診断しえたのも 3 例に過ぎなかった。2) PMDD 群において PMS 群よりも HADS 総点が高い傾向が見られた。3) 訴えられた症状としては、ゆううつ、イライラ、怒りっぽいなどの精神症状が多くみられた。4) 14 例中 5 例が精神疾患の既往があるかまたは通院中であった。5) 患者が希望する治療としては低用量ピルと漢方薬が多かった。

【結論】PMS/PMDD の診断には症状の経時的変化の確認が必須であると考えられた。また、精神疾患合併例が多く対応を検討する必要があると思われた。今後も例数を増やし問診票の改訂などを行い検討を重ねる予定である。

10. 筋腫核出術を施行した筋層内筋腫分娩の 1 例

千葉大学病院 生殖機能病態学

木嶋由理子, 川野みどり, 木原 真紀, 金谷 裕美, 石川 博士, 生水真紀夫

筋腫分娩のほとんどが、粘膜下筋腫が頸管を経て腔内に脱出したものである。まれに、筋層内筋腫が子宮内腔を経て腔内へ脱出して筋腫分娩となることがある。今回、筋層内筋腫の筋腫分娩例の一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症例：患者は 34 歳未経産の女性である。不正出血を主訴に前医を受診し、筋腫分娩の診断で当科紹介となった。粘膜下筋腫 (径 5cm) の分娩を疑ったが、筋腫茎が通常の粘膜下筋腫よりも太く、超音波では血流が豊富であった。ラミナリア挿入して筋腫茎の圧迫・阻血を試みたが、阻血できなかった。MRI 所見から筋層内筋腫の筋腫分娩と判断し、経腔的に筋腫表面の正常筋層を切開して筋腫核を核出した。

1 年半後、水様性帯下と不正出血で再診した。再び腔内に脱出する筋腫核 (径 4cm) を認めた。MRI では筋腫茎の付着部周囲で正常筋層および内膜の欠損像が認められ、この欠損部から別の筋層内筋腫が子宮腔内に脱出しているものと思われた。経腔的に筋腫核を切除した後、開腹して子宮筋腫茎の付着部位の子宮壁も切除・形成術して、筋層欠損部を修復した。術後経過は良好である。

考察：われわれの施設では、この 3 年間に 4 例の筋層内筋腫の筋腫分娩を経験している。筋腫表面の筋層が薄い症例は粘膜下筋腫の筋腫分娩と肉眼的に類似しており、過去に MRI 検査を行わずに経腔的切除が行われた症例の中に筋層内筋腫症例が含まれていると思われた。粘膜下筋腫の筋腫分娩の例に比べ、茎が太く血流が豊富で、ねじ切りによる切除が困難で、切除できた場合でも強出血で難渋する例が認められた。筋層内筋腫の筋腫分娩であることを認識せずに経腔的切除を行うと、大量出血、子宮内膜および筋層の広範な欠如などをきたす可能性がある。茎の太い筋腫分娩を見た場合には、MRI などにより筋層内筋腫の可能性を否定しておくことが大切と考えられた。

11. 子宮摘出後に一過性の両側尿管閉塞をきたした1例

日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科¹⁾, 泌尿器科²⁾

高屋 茜¹⁾, 高橋恵理佳¹⁾, 朝倉 禎史¹⁾, 山田 隆¹⁾, 石川 温子¹⁾, 五十嵐健治¹⁾,
石川 源¹⁾, 渡辺美千明¹⁾, 鴨井 青龍¹⁾, 坪井 成美²⁾

膀胱損傷は腹式単純子宮全摘術の合併症として知られているが、通常は修復により問題となることは少ない。今回、術後に両側性尿管閉塞を来し、経皮腎瘻造設術後3ヵ月を経て自然治癒した稀な症例を経験したので報告する。症例は、50歳の女性。子宮下垂合併子宮筋腫の診断で、腹式単純子宮全摘術を行った。まず子宮円靭帯の切断から後腹膜腔を展開し、卵巣固有靭帯を結紮切断。膀胱子宮窩腹膜を切開し、膀胱を頸部から膈壁上縁まで剥離する。仙骨子宮靭帯起始部までの後間膜広葉を切開。子宮動脈が同定した後、挟鉗、切断、結紮を行った。子宮外縁に沿って、数回に分けて膈円蓋まで傍子宮結合組織を挟鉗、切断、結紮を繰り返し、子宮が膈壁と円蓋部だけで連続した状態にした。膈壁にメスを横に向けて小切開を加えた後、輪状切開し、子宮を摘出した。膈断端を合成吸収糸にて単結紮で閉鎖した時、膀胱壁の中央部が1.0cm損傷していることに気づいた。3-0合成吸収糸にて全層縫合後、外側筋層を補強して修復した。尿漏がないことを確認後、膈脱の予防に円靭帯断端を膈壁断端に縫合した。術後、無尿にて、両側の尿管閉塞を疑った。緊急避難的に両側の経皮腎瘻を造設した。術後10日目に右尿管は膀胱内へ流入していたが、左側は閉塞しており、3ヵ月後に再検する方針とした。約2ヵ月後、他院での治療を希望して転院し、尿路再建術の術前検査にて、左側の自然治癒が判明した。

12. 最近経験した小児未熟児奇形腫の2例

日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科¹⁾, 放射線科²⁾, 病理部³⁾

高橋恵理佳¹⁾, 石川 温子¹⁾, 高屋 茜¹⁾, 朝倉 禎史¹⁾, 山田 隆¹⁾, 五十嵐健治¹⁾,
石川 源¹⁾, 渡辺美千明¹⁾, 鴨井 青龍¹⁾, 岡田 進²⁾, 大秋 美治³⁾

小児の未熟奇形腫は、小児科領域の固形腫瘍に分類されるが、手術は婦人科医により行われるのが一般的である。今回、1ヶ月に連続して同腫瘍を経験した。小児における取り扱いの特殊性を踏まえて報告したい。

症例1) 11歳の女児。主訴は、3ヶ月前より出現した腹部膨満感および嘔気。2009年9月、腹部腫瘤を指摘されて近医より紹介となった。身長141cm、体重28.0kg、体温37.6℃。初経未発来。MRI上、不均一な造影効果を認める充実部を伴う、16×14×9cm大の多房性嚢胞で、脂肪抑制陽性であった。AFP: 309ng/ml, hCG-β: <0.1ng/ml, CA125: 429U/ml。未熟奇形腫を疑って開腹術を行った。腫瘍は右卵巢由来で皮膜破綻をきたしており、ダグラス窩に播種性腫瘍を認めた。また少量の腹水を認めた。FIGO暫定IIc期と診断し、1173gの右付属器とともにダグラス窩腹膜播種病変さらに大網の一部を摘出した。最終的に、右卵巢未熟奇形腫がGrade 2と診断し、BEP療法を3週間おきを実施中である。

症例2) 13歳の女児。身長: 152cm、体重: 46.9kg、初経: 11歳で月経周期: 30-50日型。1ヶ月前より、腹部腫瘤に気付き、当院を受診。MRIでは、16×14×8cm大の腫瘍が腹部の右側を占拠していた。AFP: 65.5ng/ml, hCG-β: <0.1ng/ml, CA125: 97.0U/ml。2009年10月、開腹した結果、右卵巢由来の腫瘍で皮膜破綻は無く、FIGO暫定Ia期と診断した。摘出した1265gの右付属器は未熟奇形腫、Grade 2で、また卵黄嚢腫瘍や絨毛癌の成分は認められなかった。今後外来にて経過を観察予定である。

13. 月経歴聴取が診断に役立った巨大骨盤内腫瘍の1例

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

網脇 智法, 吉丸 真澄, 江草 悠美, 菅原 かな, 仲村 勝, 佐藤 健二, 小川真里子,
吉田 丈児, 高松 潔

今回我々は、閉経後の年代に子宮筋腫が疑われた巨大骨盤内腫瘍において月経歴聴取が診断の手がかりとなった一例を経験したので報告する。

症例は63歳女性。0経妊0経産。腹部膨満感にて近医受診。子宮筋腫疑いにて当院紹介となる。外陰部は女性型であるが恥毛は認めず、膣は入口部のみで完全閉鎖していた。MRIでは骨盤内を占拠する長径16cmの(T1ではほぼ均一な増強効果T2では低信号を主体)充実性腫瘍を認めるも、子宮・卵巣は同定できなかった。月経歴を聴取したところ、原発性無月経であったが精査歴はなかった。染色体検査を施行したところ46XYと判明。精巣腫瘍が疑われ、開腹下に腫瘍摘出術を施行した。摘出標本病理診断は左は性腺への明らかな分化なく、右はsertoli cell tumorであり、悪性所見は認めず、精査の結果、アンドロゲン不応症による男性仮性半陰陽に伴う精巣腫瘍と診断された。

アンドロゲン不応症は性分化異常症の一つである。分泌されたアンドロゲンが標的臓器にて効果をしないため、染色体は46XYであるにもかかわらず表現型は女性であり、思春期に原発性無月経にて発見されることが多い。本症による男性仮性半陰陽における精巣腫瘍が高齢になって見つかることはまれであるが、たとえ閉経後相当年齢であっても月経歴を聴取し、原発性無月経の病歴があった場合には本疾患も念頭において診療にあたる必要があると考えられた。

14. EP療法が著効した臨床的絨毛癌の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科

遠藤周一郎, 祖川 侑子, 矢田昌太郎, 上山 和也, 窪 麻由美, 永井富裕子, 北野 孝満,
田口 雄史, 田嶋 敦, 野島美知夫, 吉田 幸洋

絨毛癌は以前より、化学療法による治療が重要視されていた。しかし従来より使用されている3剤以上の多剤併用療法は、副作用も強く患者に対する負担がおおきかった。

今回我々は、胞状奇胎を先行妊娠とし、hCGの推移が非順調型であったため、侵入奇胎と診断されMTXによる化学療法が試行されたがhCGの上昇並びに多発性の肺転移巣の存在から臨床的絨毛癌と診断した患者に対し、シスプラチンとエトポシドの2剤併用療法(EP療法)を試行したところ、完全寛解が得られたので報告する。

また、EPを6コース投与したところhCGの値はすみやかに改善し、肺の転移巣はX線CT上縮小ならびに消失を認めた。またhCGが感度以下になったにも関わらず消失しない腫瘍に対しては、胸腔鏡により腫瘍部の生検を試行し、病理組織的に残存腫瘍組織が消失したことを確認しえた。また治療中はグレード3以上の重篤な副作用は認めなかった。

臨床的絨毛癌に対するEP療法は有用な治療法である可能性が示唆された。

15. 子宮頸部明細胞腺癌の一例

東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 病院病理²⁾

川島 秀明¹⁾, 矢野ともね¹⁾, 安田 豊¹⁾, 石田 洋昭¹⁾, 齋藤麻由美¹⁾, 高島 明子¹⁾,
深谷 暁¹⁾, 山澤 功二¹⁾, 笹井 大督²⁾, 蛭田 啓之²⁾, 木下 俊彦¹⁾, 亀田 典章²⁾

近年, 子宮頸癌における腺癌の割合が増加傾向にあるが, 中でも稀な子宮頸部明細胞腺癌を経験したので報告する. 症例は54歳, 未経妊, 閉経50歳, 双角子宮, 左腎無形成.

不正性器出血を主訴に受診され子宮頸部細胞診 class V, 組織診では adenocarcinoma, clear cell carcinoma 疑いであった. 腫瘍マーカーは CA125 14.2U/ml, CA19-9 25.5U/ml, SCC 0.9ng/ml といずれも正常範囲内であった. MRI で子宮頸部内腔に2.5cmの腫瘍を認めた. 子宮頸部腺癌 IB1 の診断にて広汎子宮全摘術, 両側付属器切除術, 骨盤リンパ節郭清を施行した. 術後病理診断は Clear cell adenocarcinoma of the cervix, ly (+), v (+), 進行期 IB1, 腹水細胞診 class V. 術後補助として, 化学療法同時併用放射線治療を施行し, 現在再発徴候は認めていない. 子宮頸部腺癌は扁平上皮癌より予後が悪いことが知られている. 多少の文献的考察を加え報告する.

16. 卵巣成熟嚢胞性奇形腫悪性転化の2例

船橋市立医療センター 産婦人科

吉原ちさと, 齊藤 俊雄, 長谷川真理, 森竹 哲也, 大淵 紫, 林 敏, 鈴木 康伸

今回, 30才代の成熟嚢胞性奇形腫の扁平上皮癌への悪性転化を2例経験したので若干の文献的考察を加え報告する.

症例1) 37歳, 0経産, 下腹部痛にて受診. 卵巣腫瘍茎捻転にて付属器切除術施行. 症例2) 37歳, 2経産, 他院より卵巣腫瘍指摘され, 紹介受診. SCCの軽度上昇を認めたため, 付属器切除術施行. 2症例とも術後病理診断にて悪性転化と診断され, 追加治療をおこなった.

成熟嚢胞性奇形腫は卵巣腫瘍の20%を占め, 生殖年齢の女性に好発する. その悪性転化は2%程度と稀であり, 年齢が高い(閉経後), 腫瘍径が大きい, 腫瘍マーカー(SCC)が高いなどの特徴があるが, 今回はいずれの所見も乏しかった.

成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化は稀であり, 有効な治療法も確立していない. 奇形腫の長期経過中で発生するとも言われ, 卵巣腫瘍の早期発見とともに, 常に悪性転化の可能性を念頭におく必要があると思われる.

17. 子宮脱に合併した子宮頸癌の2例と陰癌の1例

成田赤十字病院 産婦人科

山本 憲子, 埴 真輔, 西方 紀子, 小幡新太郎, 杉田 達哉, 田中 圭, 坂本 健彦,
上杉 健哲, 松井 英雄

子宮脱に合併した子宮頸癌や陰癌は稀であり症例報告も少ない。当院で経験した3例に若干の文献的考察を加え報告する。【症例1】71歳, 3G2P。約5年前より子宮下垂感を認めていたが放置。数ヶ月前より性器出血を認めるようになり当院初診。診察時子宮は完全に陰外に脱出し、頸部に腫瘤を認めた。組織診にて扁平上皮癌の診断となった。完全脱の状態では放射線療法は困難なため手術を先行する方針となり陰式子宮全摘術施行。最終病理は子宮頸癌IB期であった。術後放射線療法施行し、現在外来経過観察中である。【症例2】82歳, 1G1P。約30年前より子宮下垂感あったが放置。約3ヶ月前より出血・痛みが出現、また尿閉も認めるようになり当科受診。診察時陰より脱出する腫瘤を認め、組織診にて扁平上皮癌の診断であった。陰式子宮全摘術施行し、最終病理は子宮頸癌IIB期であった。本人・家族の希望により追加放射線療法は施行せず経過観察となっていたが術後3ヶ月目断端再発および胸腹水貯留を認め、術後4ヶ月目永眠された。【症例3】84歳, 7G7P。約30年前より子宮脱認めていたが放置。1ヶ月前より食欲不振・性器出血認め当院受診となった。陰壁に腫瘤を認め組織診にて扁平上皮癌の診断であった。放射線療法は困難なため陰式子宮全摘術施行。術後追加治療は行わず経過観察となっていたが術後2ヶ月目に陰壁再発認め術後3ヶ月目永眠された。

18. 診断的腹腔鏡で診断し得た腹膜悪性中皮腫の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科

佐藤 陽一, 黒田 浩, 高橋 健, 拝野 貴之, 安西 範晃, 飯田 泰志, 石塚 康夫,
小竹 譲, 茂木 真, 篠崎 英雄, 高野 浩邦, 佐々木 寛

女性の腹膜悪性中皮腫は比較的稀な疾患である。また特異的な症状がなく、しばしば診断が困難であり、試験開腹術となることも少なくない。今回我々は診断的腹腔鏡による大網生検にて診断し得た腹膜悪性中皮腫の一例を経験したので報告する。

症例は32歳女性, 1経妊0経産, 職業は医療従事者でアスベスト曝露歴なし。その他既往歴に特記すべき事項なし。不正性器出血を主訴に近医受診となった。超音波検査・腹部CT検査にて原因不明の腹水貯留・大網の肥厚を認めたため、当院紹介受診となった。原因検索のため全身精査するも、他臓器に異常を認めず、腹水細胞診はclass IIであった。腹水貯留の原因疾患が診断困難であったため、診断的腹腔鏡検査を施行した。腹腔内に腹腔鏡を挿入したところ白濁黄色調でやや粘性の腹水約1000mlを認め、迅速細胞診を提出したがclass IIIで悪性中皮腫と反応性の中皮細胞との鑑別が困難であった。胃・肝・脾・大網・虫垂・子宮・卵巣を検するに肉眼的に明らかな異常はみられず、大網・卵巣生検し術中迅速病理診断を提出するも悪性所見を認めなかったため、手術終了とした。その後大網組織に対して免疫組織化学を含む病理検査を施行したところ、malignant peritoneal mesotheliomaの診断となった。現在癌研有明病院にて化学療法を施行中である。

19. 急速に進行し死亡に至った腔関連腫瘍 malignant rhabdoid tumor の一例

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科¹⁾, 病理部²⁾

落合 尚美¹⁾, 秋山 育美¹⁾, 中村 泰昭¹⁾, 中川 圭介¹⁾, 矢部慎一郎¹⁾, 五十嵐敏雄¹⁾,
梁 善行¹⁾, 石田 康生²⁾

腔原発の悪性腫瘍の頻度は全女性器癌の約1~2%といわれ、婦人科悪性腫瘍のなかでも稀な疾患である。今回我々は急速に進行し死亡に至った malignant rhabdoid tumor (MRT) の一例を経験したので報告する。症例は60歳女性、3経妊2経産、閉経50歳、主訴は不正出血であった。出血にて他医受診し子宮頸部・体部細胞診を数回にわたり施行するも異常なかった。持続出血は8ヶ月に及び出血量増加を契機に前医受診。血尿、腔壁血腫のため精査目的に当科入院となった。経腔超音波にて腔上方に4cm大の血腫様腫瘍2つあり、腹部CTにて腔壁腫瘍・両側腸骨リンパ節転移認めため腔腫瘍疑いにて入院後6日目に腫瘍生検施行した。病理結果は poorly differentiated adenocarcinoma with sarcomatoid feature であり、腔癌 III 期疑いと判断、化学療法施行後に根治術とする方針とした。しかし入院後11日目より右鎖骨上リンパ節腫大みられ、半回神経麻痺による嚥下困難となった。その後も急速に悪化し、治療ができぬまま入院後18日目に永眠となった。死亡解剖にて全身のリンパ節転移、網内系への腫瘍播種がみられた。最終病理結果はMRTであった。MRTは小児の腎に発生する極めて予後不良な疾患である。近年腎以外にも発生することが報告されているが稀であり治療法は確立していない。子宮癌検診にて異常を認めない閉経後出血持続症例に関しては腔腫瘍の存在も念頭におくことが必要と考えられた。